

TOT Operasyonları Sonrası Vaginal Mesh Erozyonları

Cüneyt Eftal TANER, İlkan KAYAR, Yasemin GÖKLÜ, Gülin OKAY

İzmir Ege Doğumevi ve Kadın Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi

ÖZET

Amaç: TOT operasyonlarından sonra ortaya çıkan mesh erozyonlarının gözden geçirilerek tartışılması.

Yöntemler: 130 TOT olgusunun yaş ortalaması 50.5±9.5 (29-72) idi. Postoperatif takip süreleri ortalama 15.5±7.9 (1-30) ay idi. Tüm olgularda makroporlu polypropylene meshler kullanıldı. İntraoperatif ve postoperatif komplikasyonlardan yalnızca mesh erozyonları incelendi.

Bulgular: 130 TOT operasyonu sonrası 6 olguda (% 4.6) mesh erozyonu izlendi. Tüm olgularda vaginal erozyonlar postoperatif ilk 6 ay içinde ortaya çıktı. Dört olguda akıntı ve ağrı, 3 olguda dispareuni yakınması mevcuttu. Enfeksiyon izlenmeyen olgularda lokal erode mesh eksizyonu, mukoza debridmanı ve resutur uygulandı.

Sonuç: Mesh erozyonları TOT operasyonları sonrasında görülen ve enfeksiyöz komplikasyonlar nedeniyle derhal tedavi edilmesi gereken komplikasyonlardır.

Anahtar kelimeler: TOT komplikasyonları, vaginal mesh erozyonları

SUMMARY

Vaginal Mesh Erosions After TOT Operations

Objective: Evaluate and discuss the mesh erosions occurring after TOT operations.

Methods: Mean age of 130 TOT cases was 50.5±9.5 (29-72) years. Mean postoperative follow-up period was 15.5±7.9 (1-30) months. Polypropylene macroporous meshes have been used in all cases. Among intraoperative and postoperative complications only mesh erosions were investigated.

Results: Mesh erosions were observed in 6 cases (4.6 %) after 130 TOT operations Vaginal erosions were apparent during the first six months of the postoperative period. The patients complained of vaginal discharge and ache (n= 4), and painful coitus (n=3). In woman without infections locally eroded meshes were excised and vaginal mucosa was resutured after debridement.

Conclusion: Mesh erosions are important complications observed after TOT operations and they should be treated immediately for risk of infection.

Key words: TOT complications, vaginal mesh erosions

GİRİŞ

TVT tekniğinden daha az invaziv olarak kabul edilen TOT tekniği yaygın kullanım alanı bulmuştur, ancak son yıllarda bu teknikle ilgili intraoperatif ve postoperatif komplikasyonları bildiren oldukça fazla yayın izlenmektedir⁽¹⁻⁵⁾. Postoperatif vaginal yara iyileşmesinden sonra vaginada yabancı cisim olarak sling materyalinin bulunmasına vaginal erozyon denir.

Bu çalışmada TOT uygulanan olgularda görülen mesh erozyonları incelenerek tartışılmıştır.

GEREÇ ve YÖNTEM

Ocak 2008 ile Şubat 2011 tarihleri arasında hastanemiz 4. kliniğinde yapılan TOT operasyonlarından sonra görülen komplikasyonlardan vaginal mesh erozyonları inceleme grubunu oluşturdu. Postoperatif dönemde takiplere gelmeyen veya ulaşılamayan olgular çalışma kapsamı

Alındığı tarih: 01.06.2011

Kabul tarihi: 23.08.2011

Yazışma adresi: Ass. Dr. İlkan Kayar, İzmir Ege Doğumevi ve Kadın Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi Gaziler Cad, No: 468, 35120, İzmir

e-posta: ilkankayar@gmail.com

dışında bırakıldı.

Tüm olgularda rutin testler ile birlikte ürodinamik inceleme ve stres testleri uygulandı. Stres inkontinans tanısı alan olgular ile miks üriner inkontinans tanısı alan ancak stres bulguları ön planda olan olgulara dıştan içe teknikle TOT operasyonu uygulandı. Tüm olgularda makroporlu polypropylene (Safyre T plus, Promedom-Arjantin) TOT materyali kullanıldı. İntraoperatif ve postoperatif komplikasyonlar bilgisayar kayıtlarına eklendi.

Vaginal erozyon tanısı alan olgularda 1. kuşak sefalosporin ile profilaksi uygulandı. Bakteriyal vaginosis saptanan olgularda 7 gün süreyle 2x500 mg metronidazol p.o. eklendi. Postmenopozal olgularda 1 hafta süreyle (Estrofem tablet) oral estrogen verildi.

Enfeksiyöz komplikasyon izlenmeyen vaginal erozyonlarda erode mesh kısmı eksize edildi. Vagen mukozası kenarları dekole ve debride edildikten sonra tekrar suture edildi.

BULGULAR

Otuz sekiz aylık süre içinde kliniğimizde 130 olguda TOT operasyonu uygulandı. Olguların yaş ortalaması 50.5±9.5 (29-72) idi. Postoperatif dönemde ortalama 15.5±7.9 ay (1-30) ay takip edilen olgulardan 6'sında mesh erozyonu tespit edildi (% 4.6). Erozyonlara postoperatif ilk 6 ay içinde tanı kondu.

Erozyonların hepsi midüretal bölgedeki vagen mukozası altında izlendi. İntraoperatif sulkus perforasyonu gelişen ve hemen suture edilen 5 olgunun hiçbirinde sulkus perforasyon alanında erozyon izlenmedi. Erozyonların en küçüğü 4x4 mm, en büyüğü ise 20x5 mm ve meshin midüretal bölümü üzerideydi. Dört olguda akıntı ve

ağrı yakınması mevcuttu. Üç olguda hem kendisinde hem de partnerinde dispareuni yakınması oldu. Vaginal erozyon tespit edilen olgularda erode mesh kısmı eksize edildi. Mukoza dekole ve debride edildikten sonra suture edildi. Hiçbir olguda tekrar erozyon gelişimi ve üriner inkontinans rekürrensi izlenmedi.

TARTIŞMA

Bağırsak, mesane, damar gibi major organ yaralanma riski daha az olan, daha güvenli ve daha etkili bir yöntem olarak kabul edilen TOT uygulamalarında nadir de olsa birçok farklı komplikasyon görülebilmektedir. Hasta memnuniyetini olumsuz etkileyen postoperatif komplikasyonlardan biri de vaginal mesh erozyonlarıdır. Vaginal erozyonların enfeksiyon, dispareuni, kaşıntı, fibrozis ve vezikovaginal fistül gibi komplikasyonlara yol açma riski bulunmaktadır^(1,6). Erozyonlar bakteriler için giriş yeri oluşturmakta ve enfekte olan tape; myozit, sellulit ve abse formasyonuna neden olabilmektedir^(7,9).

Vaginal erozyonlar genellikle vaginal insizyon hattında veya lateral sulkuslarda gelişir⁽¹⁰⁾. Hastada ön vagen duvarında hassasiyet vardır. Muayenede granüler bir dokudan, görünen bir meshe kadar farklı fizik bulgular olabilir. Akıntı, kanama ve enfeksiyöz komplikasyonlarda yürüme güçlüğü görülebilir. Çıkarılan meshlerde bakteriyolojik analiz yapılmalıdır. Perioperatif enfeksiyon profilaksisinde özellikle 2 g amoksisilin ve klavulonik asit ve 1 g metronidazol önerilmektedir⁽¹¹⁾.

Çalışma grubumuzdaki 130 olgunun ortalama 15,5 aylık takiplerinde 6 olguda (% 4.6) erozyon saptandı. Gambirasio ve ark.⁽³⁾ 233 olguya uyguladıkları TOT operasyonlarında 3 farklı marka mesh kullanarak olguları 27 ay takip ettiklerinde 17 olguda (% 7.1) erozyon saptadı.

Mesh markalarına göre Aris kullanılanlarda % 4, Obtape kullanılanlarda % 17 ve TVT-O kullanılanlarda % 0 erozyon görülmüştür. Göynüner ve ark. ⁽¹²⁾ 9 ay süreyle takip ettikleri 66 TOT olgusunda vaginal erozyon oranını % 6.1 (4 olgu) olarak bildirdi. Abdel Fattah ve ark. ⁽⁴⁾ 112 TVT-O ve 204 TOT olgusunu karşılaştırdıkları çalışmalarında, 16 olguda erozyon tespit etti ve erozyon tanısı ile operasyon arasındaki süreyi ortalama 13 hafta (1-45 hafta) olarak saptadılar.

TOT operasyonlarında görülen vaginal erozyon oranları % 1.1 ila % 20 arasında bildirilmektedir ^(13,14). Oranların bu kadar farklı bildirilmesinin bir nedeni de takip sürelerindeki farklılıklardır. Çünkü erozyonlar aylar sonrasında da görülebilmektedir.

Vaginal erozyon oluşumunu etkileyen faktörlerin başında kullanılan sling materyalinin özellikleri gelir. Monofilament, makroporlu meshlerde erozyon daha az görülmektedir ^(14,16). Meshe karşı oluşan yabancı cisim reaksiyonları ve enfeksiyonlar ve özensiz cerrahi erozyon oluşumunu artırır. Diyabetes mellitus, kortikosteroid kullanımı ve menopoz gibi kişisel faktörler de etiolojide rol oynayabilmektedir. Menopozdaki düşük estrogen düzeyi ve daha önceki operasyonlara bağlı skatrisler doku kanlanmasını bozarak erozyonun ortaya çıkmasında etkili olabilmektedir.

Erozyon tedavisinde bazı yazarlar konservatif yaklaşımı önermektedir ^(1,16). Bazı yazarlar da enfeksiyöz komplikasyon riski nedeniyle erozyonlarda hemen revizyon yapılmasını önermektedir ^(14,17). Enfeksiyon geliştiğinde mesh total olarak çıkarılmalı ve potansiyel abse formasyonunu engellenmelidir ^(1,8,9). Klinik yaklaşımımızda enfeksiyon yoksa mukoza debridmanı, erode meshin kısmen eksizyonu ve resuturasyonudur.

Ayhan ve ark. ⁽¹⁸⁾ VH ve TOT uyguladıkları 72 olgudan 2'sinde (% 2.8) erozyon saptamış ve parsiyel eksizyon uygulamışlardır. Subüretal fibrozis meshin yerleştirilmesinden sonraki 7 gün içinde gelişmektedir. Bu nedenle erode meshin parsiyel çıkarılması fibrozise uğramış alanı tamamen bozmadığı için bu olgularda inkontinans rekurrensi de görülmemektedir. Tape in komplet çıkarılmasında ise % 25 olguda inkontinans rekurrensi izlenmektedir.

Son yıllarda TOT uygulamalarının yerini mini slingler almıştır. Kennelly ve ark. ⁽¹⁹⁾ 188 mini sling uygulamasından sonra erozyon oranını % 1.6 olarak bildirmiştir.

Sonuç olarak, TOT operasyonlarından aylar sonra bile vaginal erozyon gelişebileceği unutulmamalı, olgular dikkatli izlenmeli ve erozyonlar enfeksiyöz komplikasyon riski nedeniyle derhal tedavi edilmelidir.

KAYNAKLAR

1. **Sivanesan K, Abdel Fattah M, Tiemey J.** Perineal cellulitis and persistent vaginal erosion after transobturator tape (Obtape) - case control and review of the literature. *Int Urogynecol J* 2007;18(2):219-221.
2. **Starkman JS, Meints L, Scarpero HM, Dmochowski RR.** Vesicovaginal fistula following a transobturator midurethral sling procedure. *Int Urogynecol J* 2007;18(1):113-115.
3. **Gambirasio IK, Jacob S, Boulvain M, Dubuisson JK, Dallenbach P.** Complications associated with transobturator sling procedures: analysis of 233 consecutive cases with a 27 months follow up. *BMC Womens Health* 2009;9:28.
4. **Abdel-Fattah M, Sivanesan K, Ramsay I, Pringle S, Bjornsson S.** How common are tape erosions? A comparison of two versions of the transobturator-free vaginal tape procedure. *BJU International* 2006;98(3):594-598.
5. **Kuhn A, Burkhard F, Eggemann C, Mueller**

- MD. Sexual function after suburethral sling removal for dyspareunia. *Surg Endosc* 2009;23(4):765-768.
6. **Giri KS, Debrasri SGN, Flood D, Skehan M, Drumm J.** Management of vaginal extrusion after tension free vaginal tape procedure for urodynamic stress incontinence. *Urology* 2007;69(6):1077-1080.
 7. **But I, Faganelj M.** Complications and short term results of two different transobturator techniques for surgical treatment of women with urinary incontinence: a randomized study. *Int Urogynecol J* 2008;19(6):857-861.
 8. **Lee YS, Kim JY, Park SJ, Kwan YW, Nguyen HB, Chang IH, et al.** Bilateral recurrent thigh abscesses for five years after a transobturator tape implantation for stress urinary incontinence. *Korean J Urol* 2010;51(9):657-659.
 9. **Karsenty G, Boman J, Elzayat E, Lemieux MC, Corcos J.** Severe soft tissue infection of the thigh after vaginal erosion of transobturator tape for stress urinary incontinence. *Int J Urogynecol* 2007;18(2):207-212.
 10. **De Leval J.** Novel surgical technique for the treatment of female stress urinary incontinence: transobturator vaginal tape inside-out. *Eur Urol* 2003;44(6):724-730.
 11. **Deval B, Haab F.** Management of the complications of the synthetic slings. *Curr Opin Urol* 2006;16(4):240-243.
 12. **Göynüner FG, Yüzel N, Uslu ZG, Açış R, Türkgeldi E, Durukan B.** The initial experience of a training hospital on TOT. *Turkish German Gynecol Assoc* 2009;10:80-83.
 13. **But I.** Vaginal wall erosion after transobturator tape procedure. *Int Urogynecol J* 2005;16(6):506-508.
 14. **Siegel AL.** Vaginal mesh extrusion associated with use of Mentor transobturator sling. *Urology* 2005;66(5):995-999.
 15. **Wu MP.** The use of prostheses in pelvic reconstructive surgery: joy or toy? *Taiwan J Obstet Gynecol* 2008;47(2):151-156.
 16. **Kuhn A, Eggeman C, Burkhard F, Mueller MD.** Correction of erosion after suburethral sling insertion for stress incontinence: results and related sexual function. *Eur Urol* 2009;56(2):371-376.
 17. **Domingo S, Alama P, Ruiz G, Morell LM.** Pellicer A. Transobturator tape procedure outcome: a clinical and quality of life analysis of a 1 year follow up. *Int Urogynecol J* 2007;18(8):895-900.
 18. **Ayhan A, Dogan NU, Guven S, Guler OT, Boynukalin FK, Salman MC.** Clinical outcome of transobturator tape concomitant with vaginal hysterectomy plus anterior posterior colporrhaphy. *Arch Gynecol Obstet* 2009;280(3):375-380.
 19. **Kenelly MJ, Moore R, Nguyen JN, Lukban JC, Siegel S.** Prospective evaluation of a single incision sling for stress urinary incontinence. *J Urol* 2010;184(2):604-609.