

ABDOMİNAL HİSTEREKTOMİ SONRASI VAJİNAL EVİSERASYON

Evrım ERDEMOĞLU, İlker GÜNYELİ, Mehmet GÜNEY, Hilmi Baha ORAL, Gökhan BAYHAN, Tamer MÜNGAN

Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, Isparta

ÖZET

Amaç: Vajinal eviserasyon çok nadir görülen önemli bir durumdur. Vaka sunumunun amacı premenopozal enteroseli olmayan bir kadında abdominal histerektomi sonrasında bu çok nadir görülen komplikasyonun bildirilmesidir. Histerektomi sonrası vajinal eviserasyon olgusunun bildirilmesi ve literatür bilgileri doğrultusunda histerektomi tekniğinde vajinal kafın açık bırakılması açısından riskli olan hastaların araştırılmasıdır.

Olgu: Elli üç yaşında, premenopozal bir kadın hastada vajinal kafın açık bırakıldığı abdominal histerektomi sonrasında postoperatif dördüncü gününde vajinal eviserasyonla başvurdu. Fizik muayenede ileumun vajenden dışarı herniye olduğu tespit edilen hasta acil laparotomiye alınarak redüksiyon yapıldı ve kuldoplasti uygulandı. Özgeçmişinde tekrarlayan rektal prolapsusu bulunan hastanın risk faktörleri literatürle birlikte değerlendirilip, vajinal kafın sütüre edilmesi gereken özel olguların neler olabileceği tartışıldı.

Sonuç: Diabet, erken koitus, steroid kullanımı, pelvik prolapsus, travma, kronik obstrüktif akciğer hastalıkları da risk faktörü olabileceğinden bu hastaların histerektomisinde ve takiplerinde vajinal eviserasyon olabileceği düşünülmelidir. Günümüze kadar muhtemel rektal prolapsın vajinal eviserasyonla ilişkisi bildirilmemiş olup bu literatürde bildirilmiş ilk vakadır. Bizim olgumuzda literatürden farklı olarak rektal prolapsus, geçirilmiş rektal cerrahi ek risk faktörü olup, bu durumlarda vajinal kafın oblitere edilip kuldoplasti ile güçlendirilmesi vajinal eviserasyonun önlenmesi için önerilebilir.

Anahtar kelimeler: histerektomi, rektal prolaps, vajinal eviserasyon

Türk Jinekoloji ve Obstetrik Derneği Dergisi, (J Turk Soc Obstet Gynecol), 2011; Cilt: 8 Sayı: 2 Sayfa: 149- 52

SUMMARY

VAGINAL EVISCERATION AFTER ABDOMINAL HYSTERECTOMY

Objective: Vaginal evisceration is rarely encountered. Aim of the present study is to report an uncommon case of vaginal evisceration after abdominal hysterectomy in a premenopausal woman without enterocele. Literature is reviewed to study and discuss the predisposing risk factors and management of vaginal evisceration.

Case: A 53 years-old, premenopausal patient was admitted to the hospital with vaginal evisceration at the postoperative fourth day after hysterectomy (where cuff was left open). Ileum was prolapsed thorough the vagina where it was reduced by emergency laparotomy. Additional culdoplasty was performed to obliterate Douglas pouch. On her previous medical history, she had recurrent rectal prolapse and surgeries for this disorder. Literature was reviewed and discussed along with this case in order to identify risk factors of vaginal evisceration. This information may lead to change of hysterectomy technique in selected patients.

Conclusions: Diabetes, early coitus, use of steroid, pelvic prolapse, trauma and chronic obstructive respiratory disease are risk factors for vaginal evisceration. Therefore, leaving the cuff open in the hysterectomy technique should

Yazışma adresi: Doç. Dr. Evrim Erdemoğlu, Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, Isparta
Tel.: (0505) 272 43 44

e-posta: evrimmd@yahoo.com

Alındığı tarih: 25.02.2010 revizyon sonrası alınma: 07.05.2010, kabul tarihi: 21.06.2010, online yayım tarihi: 14.03.2011

be avoided. This is the first case report of vaginal evisceration probably related to rectal prolapse. Rectal prolapse may be an additional risk factor for vaginal evisceration where culdoplasty and suturing of vaginal cuff should be performed to close and restrain the vaginal opening.

Keywords: hysterectomy, rectal prolapse, vaginal evisceration

Journal of Turkish Society of Obstetrics and Gynecology, (J Turk Soc Obstet Gynecol), 2011; Vol: 8 Issue: 2 Pages: 149- 52

GİRİŞ

Vajinal eviserasyon çok nadir görülen önemli bir durumdur⁽¹⁾. Literatürde yaklaşık yüz vaka olup bunların çoğunluğu genellikle enteroseli olan postmenopozal kadınlarda vajinal histerektomi sonrasında gelişmiştir^(2,3). Yıllık histerektomi sayısının çok yüksek olmasına rağmen vajinal eviserasyon nadir görülen bir komplikasyondur ve yönetiminde farklılıklar bildirilmiştir. Vaka sunumunun amacı premenopozal enteroseli olmayan bir kadında abdominal histerektomi sonrasında bu çok nadir görülen komplikasyonun bildirilmesi, vajinal eviserasyona predispozisyon yapan faktörlerin ve tedavisini kendi olgumuzu da literatürdeki diğer olgularla birlikte inceleyip sunmaktır.

Olgu

Elli üç yaşında, 4 gebelik öyküsü, STRAW (Stages of Reproductive Aging Workshop) -1’de olan bir kadın hasta menometroraji şikayetiyle Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği’ne 2008 Ekim ayında başvurdu. Medikal özgeçmişinde astım vardı. Hastanın vücut kitle indeksi 30’du. Obstetrik özgeçmişinde normal vajinal yoldan doğumları olan hastanın jinekolojik özgeçmişinde kistektomi, kolporafi anterior ve 3 kez rekürren rektal prolapsus nedeniyle operasyon, 1 kez geçirilmiş abdominal herni operasyonu mevcuttu. İlk rektal prolapsus operasyonunu 1993 yılında olan hastaya, aynı operasyonda kolporafi anterior, rektopeksi, ovarian kistektomi yapılmış. 2006 yılında rektal prolapsusu tekrarlayan hastaya Delorme ameliyatı (perineal yoldan rektal mukozanın muscularis propria ve anal sfinkterden disseke edilip eksizyonu ve plikasyonu) ve posterior kolporafi uygulandı. 2007’de nüks rektal prolapsus nedeniyle Notaras’un tarif ettiği yöntemle abdominal yoldan mesh ile rektum sarılarak sakruma tespit edilmiştir⁽⁴⁾. Operasyondan 4 ay sonra göbek altı medyan kesisinde herniasyonu olan hastaya prolen mesh ile herni onarımı yapıldı.

Fizik muayenesinde öncelikle spekulum

muayenesi yapıldı, Spekulum muayenesinde spekulum vajinal ön duvarın yerine geçirilip 180 derece döndürüldü, Arka vajinal duvarın apeksinde şişlik olmadığı ve vajina duvarının arkasında ince barsak hareketlerinin olmadığı gözlemlendi. Ayakta rektovajinal muayenede de ince barsak palpe edilmemesi ile bu durum teyit edildi. Bunun dışında, adnekslerde 5x6 cm’lik mobil kitle dışında özelliği olmayan hastanın ultrasonografik incelemesinde uterus doğal, sağ overde 50x50 mm semisolid kitle, sol overde 60x60 mm septalı kistik kitle tespit edildi. Laboratuvar incelemesinde hemogram, biyokimya ve tümör belirteçleri normal olarak bulundu. Abdominal histerektomi bilateral salpingooferektomi yapıldı, işlemin sonunda vajinal kaf kenarları sirküler sütürlü dönülerek vajinal kaf açık bırakıldı. Frozen sonucu benign gelmişti. Rektus fasiası 1 numara loop PDS ile sütüre edildi. Postoperatif takiplerde komplikasyonu olmayan hasta postoperatif 3. gününde taburcu edildi. Taburcu olduktan 1 gün sonra kliniğimize acil olarak vajinal eviserasyonla başvurdu. Muayenede vital bulguları stabil, vajenden dışarı çıkmış ve vajeni doldurmuş şekilde ince barsak loopları görüldü (Resim 1). Vajinal kafdan dışarı çıkan ansların etrafını kafın tam olarak sardığı tespit edildi. İnce barsakların viabilitesi ve peristaltizmi doğal, renk değişikliği yoktu. Umblikusta göbek altı medyan keside de herniasyon tespit edildi. Evisere olan anslar serum fizyolojik ile yıkanıp hemen nemli kompresle sarıldı. Hastaya antibiyotik proflaksisi uygulandı ve eviserasyondan 30 dk sonra genel anestezi altında göbek altı medyan kesiyile eski insizyon hattından batına girildi. Gözlemde terminal ileum ve distal ileum anslarının pelvisi doldurduğu ve vajinal kaftan herniye olduğu, barsaklarda gelişen ödem nedeniyle kafın ansları konstrikte eden bir bant şeklinde olduğu izlendi. Redükte edilen barsak loplalarının viabilitesi ve travma olup olmadığı değerlendirildi. Kaf köşesi bulunup her iki taraftan 1 numara Vikril - poliglaktinle asıldı. Vajinal kaf tek tek sütürlerle kapatıldı. Halban kuldoplasti ile Douglas poşu oblitere edildi. Karın ön duvarındaki defektin kapatılması için rektus fasiası

lateralden disseke edildi, gerilimi azaltmak amacıyla longitudinal insizyonla rektus kası üzerindeki kısmında longitudinal insizyon yapıldı. Defekt, 1 numara PDS suturele kontinü suture edildi. Postoperatif takiplerinde sorunu olmayan hasta taburcu edildi. Ameliyattan sonraki bir ve ikinci ay kontrollerinde herhangi bir sorun bulunmadı.

Resim 1: Abdominal Histerektomi sonrası ileum anslarının eviserasyonu çok nadir görülen bir komplikasyondur.



TARTIŞMA

Bu olgu sunumunda abdominal histerektomi sonrasında vaginal kafı sirküler olarak suture edilmiş olan bir hastanın, bu bölgeden ileum eviserasyonunu bildirdik. Günümüze kadar rektal prolapsın vajinal eviserasyonla ilişkisi bildirilmemiştir. 1846'dan günümüze kadar 100'den az vaka bildirilmiş olup⁽⁵⁾ literatürde bildirilen olguların çoğunluğu postmenopozal kadınlarda bildirilmiştir. Ayrıca bu olgular genellikle enterosel, vajinal cerrahi ve pelvik organ prolapsusuyla beraberdir. Özellikle enteroselin atrofik vajeni gerdiği ve artmış intraabdominal basınçla eviserasyonu kolaylaştırdığı düşünülmektedir. Premenopozal olgulardaysa koit, obstetrik travma ve yabancı cisimlerle ilgili olarak gelişebilir. Vajinal eviserasyonun etiyojisi ve risk faktörleri olgu sayısının sınırlı olması nedeniyle belirsizdir. Ancak vajinal apeksi zayıflatan kötü cerrahi teknik, kaf hematomu, absesi, iyileşmeden önce koitus, steroid kullanımı, malnutrisyon, diabet gibi durumların risk faktörü olabileceği bildirilmiştir^(5,6).

Sharvanahalli ve arkadaşlarının sundukları 39 yaşındaki bir olguda total abdominal histerektomiden 3 ay sonra koit sırasında vajinal eviserasyon gelişen bir olguyu bildirmişlerdir⁽⁷⁾. Histerektomi sonrasında

postoperatif koitusların zamanlaması ve sıklığı konusunda daha yavaş ve daha az sıklıkla ve operasyon sonrası vagen kaf kontrolü yapılarak iyileşmenin tam olarak sağlandığından emin olunduktan sonra yapılabileceğinin hasta ve eşine önerilmesi bu riski azaltabilir.

Sunulan olgumuzda bu risk faktörleri bulunmayıp, intraabdominal basıncın artışına neden olabilecek astım hikayesi bulunmaktaydı. Ancak astım nedeniyle hasta bronkodilatör tedavisini kullanmakta ve postoperatif herhangi bir problemi bulunmamaktaydı. Hastanın ancak tekrarlayan rektal prolapsusu vajinal eviserasyon için risk faktörü olabilir. Rektal prolaps gelişmesi için Douglas poşunun anormal şekilde derin olması, pelvik taban ve anal sfinkter kaslarının atonik olması, internal ve eksternal sfinkterlerin pudental sinir bozukluğuna bağlı fonksiyon kaybı, rektum fiksasyonunun bozuk olması gerektiği bildirilmiştir^(8,9). Ayrıca rektal prolapsusda rektum önündeki ince barsaklar rektumu anüsden dışarı forse etmektedir^(8,9). Rektal prolapsus gelişmesindeki bu etkenler vajinal eviserasyon içinde risk oluşturabilir. Bunların dışında daha önce geçirdiği rektopleksi operasyonu rektumun aksını ve pelvisdeki durumunu değiştirip ince barsakların vajinal kaftan herniasyonunu kolaylaştırmış olabilir. Ayrıca geçirilen rektal cerrahi veya histerektomi esnasında pelvik plexus zedelenmesi konstipasyon ve intrabdominal basınç artışıyla barsakların kaf üzerine itilmesine neden olabilir.

Uygulanan histerektomi tipide vajinal eviserasyon için risk faktörü olabilir. Vajinal veya laparoskopik histerektomi sonrasında daha sık görülmesine rağmen abdominal histerektomiden sonrada gelişen olgular mevcuttur⁽¹⁰⁾. Günümüzde vajinal kaf histerektomi sonrası debris, kan akımının sağlanması ve kafa ait komplikasyonların azaltılması için genel olarak açık bırakılmaktadır⁽¹¹⁾. De laco ve ark. vajinal kafın sutureasyonu ve histerektomi tipiyle vajinal eviserasyon arasındaki ilişkiyi değerlendirdikleri yazılarında kafın suture edilip kapatılıp kapatılmasının vajinal eviserasyonla ilişkili olmadığını bildirmişlerdir⁽¹⁰⁾.

Vajinal eviserasyonda en sık prolabe olan organın ileum olmakla birlikte, omentum, appendiks, tubalar prolabe olabilecek diğer organlardır. 1999 Ocak ayında Ramin ve arkadaşlarının çalışmasına göre abdominal histerektomi sonrası en sık prolabe olan organ fallop tüpleri olarak bildirmişlerdir⁽¹²⁾. Evisere olan organın redüksiyonu vajinal yoldan, laparoskopik ya da

laparotomiyle yapılabilir^(7,11). Bu olgularda laparotomi ya da laparoskopik yaklaşımı tercih etmemizin sebepleri herniye olan organların viabilitesinin kafın proksimal kalan kısmında değerlendirmemize, abdominal eksplorasyon yapabilmemize olanak sağlamasıdır. Ayrıca vajinal eviserasyon için risk faktörü oluşturabilecek durumların (derin douglas poşu boşluğu gibi) tanısının konup tedavisinin yapılmasını sağlar.

Sonuç olarak vajinal eviserasyon histerektomi sonrası gelişen nadir bir durumdur ve kafın suture edilmesi ve güçlendirilmesi çok az bir vakada gerekecektir. Vajinal eviserasyonla ilgili yayınların artması risk faktörlerinin belirlenmesine ve bu hastalarda eviserasyonun önlenmesine katkıda bulunacaktır. Bizim olgumuzda literatürden farklı olarak rektal prolaps, geçirilmiş rektal cerrahi ek risk faktörü olup, bu durumlarda vajinal kafın oblitere edilip kuldoplasti ile güçlendirilmesi vajinal eviserasyonun önlenmesi için önerilebilir. Ancak rekürren rektosellerin olması insidental de olabilir. Diabet, erken koit, steroid kullanımı, pelvik prolapsus, travma, kronik obstrüktif akciğer hastalıkları da risk faktörü olabileceğinden bu hastaların histerektomisinde ve takiplerinde vajinal eviserasyon olabileceği düşünülmelidir.

KAYNAKLAR

1. Partsinevelos GA, Rodolakis A, Athanasiou S, Antsaklis A. Vaginal evisceration after hysterectomy: a rare condition a gynecologist should be familiar with. Arch Gynecol Obstet 2008; 29: [Epub ahead of print].
2. Yüce K, Dursun P, Gültekin M. Posthysterectomy intestinal prolapse after coitus and vaginal repair. Arch Gynecol Obstet 2005; 272(1): 80- 1.
3. Ramirez PT, Klemer DP. Vaginal evisceration after hysterectomy: a literature review. Obstet Gynecol Surv 2002; 57: 462- 7.
4. Notaras MJ. The use of Mersilene mesh in rectal prolapse repair. Proc R Soc Med. 1973; 66: 684- 6.
5. Rajesh S, Kalu E, Bong J, Wales N. Evisceration 5 years post abdominal hysterectomy. J Obstet Gynaecol Res. 2008; 34(3): 425- 7.
6. Ramirez PT, Klemer DP. Vaginal evisceration after hysterectomy: a literature review. Obstet Gynecol Surv. 2002; 57(7): 462- 7.
7. Shrvanahalli S, Nallapeta S, Ahmed A, Edi-Osagie EC. Should we consent for bowel evisceration as a potential complication of hysterectomy? J Obstet Gynaecol. 2008; 28(4): 455.
8. Kuijpers HC. Treatment of complete rectal prolapse: to narrow, to wrap, to suspend, to fix, to encircle, to plicate or to resect? World J Surg. 1992; 16: 826- 30.
9. Madiba TE, Baig MK, Wexner SD. Surgical management of rectal prolapse. Arch Surg. 2005; 140(1): 63- 73.
10. Iaco PD, Ceccaroni M, Alboni C, Roset B, Sansovini M, D'Alessandro L, Pignotti E, Aloysio DD. Transvaginal evisceration after hysterectomy: is vaginal cuff closure associated with a reduced risk? Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol. 2006; 125(1): 134- 8.
11. R.S. Kirsner and W.H. Edglstein, The wound healing process, Dermatol Clin 1993; 11: 629- 40.
12. Ramin SM, Ramin KD, Hemsell DL. Fallopian tube prolapse after hysterectomy. South Med J. 1999; 92(10): 963- 6.