

# İLERİ EVRE UTEROVAJİNAL PROLAPSUS TEDAVİSİNDE UTERUS KORUYUCU ABDOMİNAL YAKLAŞIM VE EŞ ZAMANLI ANTI-İNKONTİNANS CERRAHİ SONUÇLARIMIZ

Fikret Fatih ÖNOL<sup>1</sup>, Hasan SAĞLAM<sup>1</sup>, Egemen AVCI<sup>1</sup>, Arif Serhan CEVRİOĞLU<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Sakarya Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Üroloji Kliniği

<sup>2</sup> Sakarya Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği

## ÖZET

**Amaç:** İleri evre uterovajinal prolapsusun tedavisinde genellikle vaginal histerektomi uygulanmaktadır. Ancak uterusun alınması pelvik taban dinamiğini bozabilmekte ve işeme bozukluklarına neden olabilmektedir. Bu çalışmada uterus koruyucu abdominal sakrohisteropeksi (ASKH) tekniğiyle elde edilen sonuçlarımız değerlendirilmiştir.

**Planlama:** İleri evre uterovajinal prolapsus (POP-Q evre  $\geq 3$ ) nedeniyle ASKH uygulanan hastalar, pelvik organ prolapsusuna bağlı yaşam kalitesini (P-QOL) ve inkontinansın derecesini değerlendiren (ICIQ-SF) soru formları, vajinal muayene ve ürodinamik çalışmalarla değerlendirilerek preoperatif ve postoperatif bulguların karşılaştırılması planlandı.

**Ortam:** Sakarya Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Üroloji ve Kadın Hastalıkları ve Doğum Klinikleri.

**Hastalar:** 2007 - 2008 yılları arasında ASKH ve anti-inkontinans cerrahisi uygulanan 12 hasta.

**Girişim:** Rektovajinal ve vezikovajinal planlar levator tabana kadar disseke edildikten sonra uygun ebatlarda hazırlanan polipropilen meşler vajen ön ve arka duvarına kalıcı dikişlerle tespit edildi. Ön meş serviks hizasında ortadan ikiye kesilerek bacakları broad ligamanın içinden posteriora transfer edildi. Tüm meşler retroperitoneal alandan sakral promontoryuma transfer edilerek kalıcı dikişlerle tespit edildi. Sekiz hastaya aynı seansta TOT, 2 hastaya Burch kolposüspansiyon operasyonu uygulandı.

**Sonuç:** Ortalama operasyon zamanı 156 dakika, hastanede kalış süresi 2,3 gün olarak hesaplandı. Ortalama 12,8 aylık izlemde tüm hastalarda serviks ve uterusun normal anatomik lokalizasyonda desteği sağlandı, 1 hastada nüks rektosel gelişti. Tüm hastalarda postoperatif yaşam kalitesi ve inkontinans skorlarında istatistiksel anlamlı düzelme saptandı. Anti-inkontinans cerrahisi uygulanmayan iki hastanın birinde “de-novo” stres inkontinans gelişti. Hiçbir hastada “de-novo” sıkışma semptomları veya vajinal meş erozyonu saptanmadı.

**Yorum:** İleri evre uterovajinal prolapsus olgularında uterus koruyucu ASKH ve eş zamanlı anti-inkontinans cerrahisi, düşük morbidite ve kısa hastanede kalış süresi nedeniyle hastalara alternatif bir cerrahi tedavi seçeneği olarak sunulabilir.

**Anahtar kelimeler:** abdominal sakrohisteropeksi, uterin prolapsus, üriner inkontinans, vajinal prolapsus

*Türk Jinekoloji ve Obstetrik Derneği Dergisi, (TJOD Derg), 2010; Cilt: 7 Sayı: 2 Sayfa: 125- 32*

**Yazışma adresi:** Uzm. Dr. Fikret Fatih Önal, Korucuk Kampüs 54290 Sakarya

Tel.: (0533) 514 09 99

e-posta:ffonal@yahoo.com

Alındığı tarih: 11.06.2009, revizyon sonrası alınma: 12.10.2009, kabul tarihi: 12.11.2009

## SUMMARY

### OUR RESULTS WITH UTERUS-PRESERVING ABDOMINAL APPROACH AND SIMULTANEOUS ANTI-INCONTINENCE SURGERY IN THE MANAGEMENT OF ADVANCED UTEROVAGINAL PROLAPSE

**Objectives:** Vaginal hysterectomy is generally performed in the management of advanced uterovaginal prolapse. However, removal of the uterus may damage the integrity of pelvic floor dynamics with an increased risk for voiding dysfunction. In this study, we reviewed our results with uterus-preserving abdominal sacrohysteropexy (ASCH) technique.

**Design:** Women with advanced (POP-Q stage  $\geq 3$ ) uterovaginal prolapse who underwent ASCH were evaluated with quality of life (P-QOL) and incontinence (ICIQ-SF) questionnaires, vaginal examination, urodynamic studies and a comparison of pre- postoperative findings was planned.

**Setting:** Clinics of Urology and Obstetrics -Gynecology at Sakarya Training and Research Hospital.

**Patients:** Twelve women who underwent uterus-preserving ASCH between 2007 and 2008.

**Interventions:** Rectovaginal and vesicovaginal planes were dissected until the levator plate, followed by interposition and fixation of self-cut prolene meshes to anterior and posterior vaginal walls with non-absorbable sutures. The anterior mesh was cut in the midline at the cervical level producing 2 legs, which were transferred posteriorly under the broad ligament. Promontofixation was performed after retroperitoneal transfer of all meshes. Eight and two patients received transobturator tape (TOT) and Burch procedures, respectively.

**Results:** Mean operative time was 156 min, mean hospitalization duration was 2.3 days. A normal anatomically supported uterus and cervix was achieved in all patients with a mean follow-up of 12.8 months with evidence of recurrent rectocele in one patient. Quality of life measures and incontinence scores improved significantly in all patients after the procedure. De-novo stress incontinence developed in 1 of the 2 patients who did not receive anti-incontinence surgery initially. De-novo urge symptoms or vaginal mesh erosion were not evident in any case.

**Conclusions:** Uterus-preserving ASCH and simultaneous anti-incontinence surgery seems to be a viable alternative for advanced uterovaginal prolapse patients in terms of minimal morbidity and short hospitalization.

**Key words:** abdominal sacrohysteropexy, urinary incontinence, uterine prolapse, vaginal prolapse

*Journal of Turkish Society of Obstetrics and Gynecology, (J Turk Soc Obstet Gynecol), 2010; Vol: 7 Issue: 2 Pages: 125- 32*

## GİRİŞ

Uterin prolapsus uterusu destekleyen uterosakral-kardinal ligamen kompleksinin zayıflaması sonucu oluşan bir durumdur. Patolojinin doğrudan uterusun kendisine bağlı gerçekleşmemesine rağmen bu olgularda histerektomi, pelvik destek yapılarının onarımıyla birlikte uzun zamandır standart olarak uygulanmaktadır<sup>(1)</sup>. Kadın topluluğunda pelvik organ prolapsus nedeniyle yaşam boyu cerrahi geçirme riski %11 olarak bildirilmiştir<sup>(2)</sup>. Günümüzde, yetmiş ve seksenli yaşlara yükselen ortalama yaşam süresi ile birlikte yaşam kalitesi konuları da ön plana çıkmakta, anatomiye düzeltici cerrahilerin gerçekleştirilmesi kadar psikolojik ve işlevsel açıdan uterusunun korunmasını isteyen hastalar da giderek artmaktadır<sup>(3)</sup>. Ayrıca pelvis içinde anahtar konumda bulunan uterusun uzaklaştırılması pelvik taban dinamiklerini bozmakta<sup>(4)</sup>, sıkışma

tipi işeme semptomları dahil çeşitli pelvik taban işlev bozukluklarına yol açabilmektedir<sup>(5,6)</sup>.

Uterin prolapsus onarımında vajinal apikal desteğin restore edilmesi amacıyla vajinal ve abdominal yaklaşımlar tarif edilmekle birlikte hangi tekniğin daha üstün olduğu konusunda görüş birliği yoktur<sup>(7,8)</sup>. Histerektomi yapılmadan uygulanan sakrospinöz ligaman fiksasyonu sıklıkla kullanılan başarılı bir yöntemdir<sup>(9)</sup>. Buna karşın Benson ve ark. yaptığı randomize prospektif bir çalışmada abdominal sakrohisteropeksinin uterovajinal prolapsusun tedavisinde sakrospinöz kolpopeksiye göre daha başarılı olduğu bildirilmiştir<sup>(10)</sup>. Ülkemizden Demirci ve ark. yaptıkları bir çalışmada da uterusunu korumak isteyen genç hasta grubunda sakrohisteropeksinin %95 başarı ve minimal komplikasyon oranları ile uygulanabildiği gösterilmiştir<sup>(11)</sup>. Bu çalışmada, ileri yaş grubunda evre 3-4 uterovajinal prolapsus ve pelvik taban işlev bozukluğu

nedeniyle başvuran ve uterus koruyucu abdominal sakrohisteropeksi (ASKH) ile eş zamanlı anti-inkontinans cerrahisi uyguladığımız hastalarımızın sonuçları değerlendirilmiştir.

## GEREÇ VE YÖNTEMLER

Kliniğimizde Kasım 2007 - Aralık 2008 tarihleri arasında vajinal apikal destek gevşekliğinden kaynaklanan uterovajinal prolapsus nedeniyle tedavi edilen 12 hastanın verileri incelendi. Bütün hastalar ürogenital patolojiler açısından preoperatif pelvik muayene, abdominal-transvajinal ultrasonografi ile değerlendirildi. Hastaların klinik ve demografik özellikleri Tablo I'de özetlenmiştir. Tüm hastalarda klinik değerlendirme pelvik organ prolapsusa bağlı yaşam kalitesini (P-QOL) ve eşlik eden hastalarda inkontinansın derecesini (ICIQ-SF) değerlendiren Türkçe'ye uyarlaması yapılmış standart soru formları (12,13) ve prolapsus redüksiyonunu takiben stres/öksürük provokasyon testi ve ürodinamik çalışmalarla yapıldı. Vajinal muayene pelvik organ prolapsus evreleme sistemi (POP-Q) kriterlerine göre yapıldı<sup>(14)</sup>. Bu çalışmadaki hastaların tümünde valsalva ile serviksın ön ve arka vajen duvarıyla birlikte hymenden, vajen uzunluğunun %50'sinden daha fazla iniş gösterdiği tespit edildi (Resim 1, POP-Q evre  $\geq 3$ ). Tüm hastalardan tedavi seçenekleri konusunda bilgilendirildikten sonra aydınlatılmış onam alındı.



**Resim 1:** Apikal destek kaybına bağlı gelişen ileri evre (POP-Q sınıflaması evre 4) uterovajinal prolapsus olgusu.

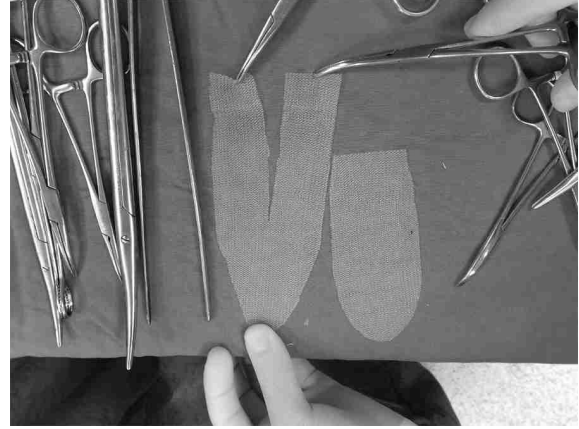
Cerrahi işlem sırasında Barrenger ve ark. tarif ettiği teknik uygulandı<sup>(15)</sup>. Epidural veya genel anestezi altında, modifiye dorsal litotomi pozisyonunda subumbilikal vertikal orta hat insizyonla batına girilerek uterus askıya alındı. Vajenden ilerletilen bir mala ekartör yardımıyla uterus normal intraabdominal pozisyonuna getirildi. Ardından posteriyor serviks hizasında arka peritoneal yaprak açılarak rektovajinal plan distalde levatör tabana kadar disseke edildi. Bu plana 3-4 cm. eninde kesilen polipropilen meş (Resim 2, Gal-Mesh, Gallini tıbbi cihazları, Mantova, İtalya) interpoze edildi ve distalden başlanarak serviks doğru 2/0 absorbe olmayan yumuşak polyester dikişlerle (Ethibond, Ethicon Inc, Somerville, NJ, USA) mukozaya ulaşmayacak biçimde arka vajen duvarına tespit edildi. Ardından vajen ile mesane arasındaki plan

**Tablo I:** Çalışma grubundaki hastaların demografik özellikleri ve peroperatif ve postoperatif klinik bulguları (Değerler ortalama $\pm$  standart sapma olarak belirtilmiş olup parantez içinde üst ve alt değerler belirtilmiştir).

	Preoperatif	Postoperatif 6. ay	Postoperatif 12. ay
İzlem zamanındaki hasta sayısı	12	12	8
Yaş	61.2 $\pm$ 12.6 (54-76)		
Doğum sayısı	4.2 $\pm$ 2.9 (2-7)		
Vücut kitle indeksi (kg/m <sup>2</sup> )	31.2 $\pm$ 7.9		
Menapoz (sayı)	12		
Hormon replasman tedavisi (sayı)	2		
Geçirilmiş idrar kaçırma/pelvik prolapsus cerrahisi (sayı)	0		
<b>Pelvik muayene bulguları:</b>			
POP-Q Ba $\geq$ -1	12	0	0
POP-Q C $\geq$ -1	12	0	0
POP-Q Bp $\geq$ -1	12	1	1
<b>Fonksiyonel semptomlar:</b>			
Stres tip idrar kaçırma (sayı)	5	1	0
Sıkışma semptomları (sayı)	6	1	0
Kronik kabızlık (sayı)	3	0	0

mesane boynuna kadar disseke edildi ve aynı şekilde 3-4 cm. eninde kesilen polipropilen meş distalden başlanarak vajen ön duvarına tespit edildi. Böylece uterus ön ve arka vajen duvarına tespit edilen meşler yardımıyla asılmış olundu (Resim 3). Ardından serviks hizasında ön meş ortadan ikiye ayrıldı ve meşin bacakları herhangi bir noktada tespit edilmeden servikouterin bileşke düzeyinde, ligamentum rotundum'un altından broad ligamanın içinden avasküler bir alan perfore edildikten sonra arka servikal bölgeye transfer edildi (Resim 4). Sigmoid kolon sola retrakte edildikten sonra sakral promontoryum üzerindeki periton orta hatta açılarak hazırlandı. Serbest olan tüm meş yaprakları retroperitoneal alandan ilerletilen bir pedikül klempsi yardımıyla promontoryuma transfer edildi ve 2/0 yumuşak polyester dikiş kullanılarak sakral promontoryum periostuna tespit edildi. İşlem sonunda tüm peritoneal açıklıklar primer kapatılarak meşlerin ekstraperitonealize edilmesi sağlandı. Preoperatif stres tip idrar kaçırma (STİK) saptanan 5 hastaya aynı seansta transobturator teyp (TOT) uygulandı. Preoperatif STİK tariflemeyen 7 hastaya prolapsus onarımı sonrası "de-novo" STİK gelişebilme ihtimali ve operasyon sırasında uygulanabilecek anti-inkontinans teknikler ile bu ihtimalin azaltılabileceği bilgisi verildi. Yedi hastadan 5'i eş zamanlı anti-inkontinans cerrahisi uygulanmasını tercih etti. Hastaların tercihine göre üçüne aynı seansta TOT, ikisine "Burch" işlemi uygulandı. Kalan iki hasta eş zamanlı anti-inkontinans cerrahisi uygulanmasını tercih etmedi.

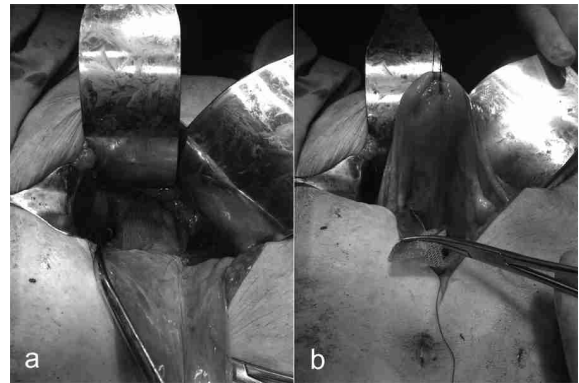
Tüm hastalarda üretral kateter postoperatif 48 saat içinde çekildi. İzlem postoperatif 7. gün ile 1. ve 6. aylarda, sonrasında yıllık olarak yapıldı. Her başvuruda pelvik muayeneye birlikte subjektif olarak hastanın işeme semptomları (obstrüktif işeme paterni, sıkışma semptomları veya stres tip idrar kaçırma olup olmadığı) ile barsak semptomları sorgulandı ve standart formlar kullanılarak yaşam kalitesi ile inkontinans derecesi değerlendirildi. Objektif başarı, yatarak ve ayakta maksimum valsalva sırasında hiçbir vajinal kompartmanda evre 1'den büyük iniş olmaması olarak tarif edildi. Preoperatif, postoperatif 6. ve 12. aydaki POP-Q ve ICIQ-SF skorları arasındaki değişiklikler istatistiksel anlamlılık açısından "Friedman (ANOVA) testi" kullanılarak p değerinin 0,05'ten küçük bulunduğu parametreler için "Dunn çoklu karşılaştırma testi" ile karşılaştırıldı.



**Resim 2:** Vajen ön duvarına (solda yer alan, ortada serviks hizasına kadar ikiye ayrılmış meş) ve arka duvarına (sağda yer alan meş) tespit edilmek üzere hazırlanmış polipropilen meşler.



**Resim 3:** Ön ve arka vajinal duvara tespit edilerek yukarı asılan uterus.



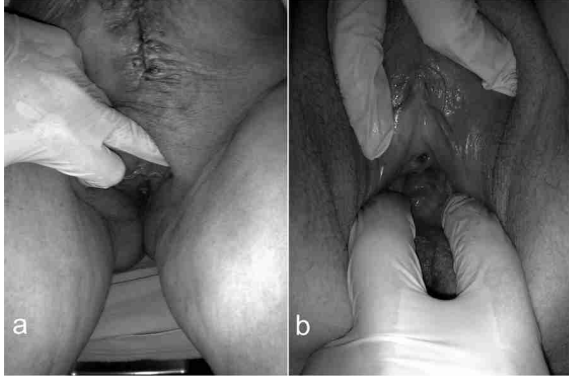
**Resim 4:** Vajen ön duvarına yayılmış prolen meşin görüntüsü (a) ve serviks hizasında ayrılan bacakların broad ligamanın altından arkaya transferi (b).

## BULGULAR

Ortalama operasyon süresi 156 dakika (aralık: 110-215 dakika) ortalama hastanede kalış süresi 2,3 gün (aralık: 1-4 gün) olarak hesaplandı. Hiçbir hastada intraoperatif mesane, üreter veya barsak yaralanması gelişmedi. Postoperatif barsak obstrüksiyonu veya yara problemine rastlanmadı. Ortalama 12,8 aylık (aralık:



6-18 ay izlemde 11 (%92) hastada anatomik olarak tam başarı elde edildi (Resim 5). Tüm hastalarda valsalva ile serviksin hymen hizasından en az 6 cm. yukarıda iyi bir şekilde desteklenmiş olduğu görüldü ancak bir hastada nüks rektosel gelişti (Tablo I). Diğer hastalarda nüks sistosel veya enterosel gelişimi saptanmadı.



**Resim 5:** Resim 1'deki hastanın postoperatif 7. gün kontrolünde ayakta valsalva manevrası altında pelvik muayene görüntüsü (a ve b).

Yaşam kalitesi değerlendirmesiyle ilgili tüm alanlarda postoperatif 6. ve 12. ay skorlarında preoperatif değerlere göre istatistiksel anlamlı düşüş saptandı (Tablo II). Postoperatif 6. ve 12. ay skorlarının karşılaştırılmasında istatistiksel fark saptanmadı. Preoperatif stres tip idrar kaçırma nedeniyle eş zamanlı anti-inkontinans cerrahisi uygulanan 5 hastanın 4'ünde tam kuruluk sağlandı ve tüm hastalarda postoperatif 6. ve 12. ay ICIQ-SF skorlarında preoperatif değerlere göre istatistiksel anlamlı düşüş izlendi (Tablo I ve Tablo II). Anti-inkontinans cerrahi uygulanmayan iki hastanın

birinde “de-novo” stres inkontinans gelişti ve bu hastaya TOT uygulandı. Hiçbir hastada “de-novo” sıkışma semptomları gelişmedi. Preoperatif sıkışma semptomları tarif eden 6 hastanın 5'inde bu semptomlar postoperatif ortalama 3. ayda (aralık: 1-6. ay) tamamen kayboldu (Tablo 1). Preoperatif kronik konstipasyon tarif eden 3 hastanın tümünde kabızlık şikayeti medikal tedavi ile kontrol altına alındı. İzlemdeki hastaların hiçbirinde vajinal meş erozyonu veya insizyonel herni gelişimi gözlenmedi.

## TARTIŞMA

Histerektomi, pelvik organ prolapsusunda sıklıkla uygulanan bir yöntem olmakla beraber cerrahi sonrası başarıyı arttırdığını gösteren yeterli kanıt bulunmamaktadır<sup>(3)</sup>. Çoğu klinisyen pelvik prolapsus cerrahisinde, uterusun ağırlığına bağlı olarak prolapsusun ilerleyeceği veya nüks edeceği düşüncesine dayanarak histerektomiyi rutin olarak uygulamaktadır. Ancak, uterus kadın pelvisi içinde merkezi yerleşimli bir organ olup anatomik olarak anahtar bir rol oynamaktadır. Serviks doğrudan veya dolaylı olarak pelvisteki bütün ligamanlarla bağlantı halinde olup üzerine binen herhangi bir intraabdominal yük bu ligamanlara trofik bir kuvvet olarak aktarılmaktadır<sup>(3)</sup>. Histerektomi potansiyel olarak bu yük dağılımını bozmakta ve intraabdominal basıncın zayıf olan vajinal membrana binmesine neden olarak herniasyona yol açmaktadır<sup>(4)</sup>. Histerektomi ayrıca pelvik taban destekleri ve

**Tablo 2:** Pelvik organ prolapsusa bağlı yaşam kalitesi (P-QOL) ve idrar kaçırma (ICIQ-SF) skorlarının preoperatif ve postoperatif karşılaştırılması (Değerler ortalama±standart sapma olarak verilmiştir, \*p değeri Friedman testine göre preoperatif, postoperatif 6. ve 12. aylardaki değerlerin karşılaştırılmasına ait olup alt-grup karşılaştırmalarının p değerleri gösterilmemiştir).

	Preoperatif	Postoperatif 6. ay	Postoperatif 12. ay	*p değeri
<b>P-QOL değerlendirme alanları:</b>				
Hasta sayısı	(12)	(12)	(8)	
Genel sağlık durumu	68,2±17,6	*30,8±21,6	29,2±19,3	0,0004
Prolapsın yaşam kalitesine etkisi	78,2±31,6	*29,3±19,8	29,2±20,7	0,0006
Kısıtlayıcı etkisi	72,5±24,9	*23,7±18,4	20,8±13,6	0,0005
Fiziksel kısıtlama	74,4±28,3	*13,9±10,8	14,8±13,6	0,0004
Sosyal kısıtlama	56,3±30,4	*34,9±22,4	30,5±19,7	0,0015
Kişisel ilişkiler	58,9±23,8	*30,2±18,4	23,8±16,8	0,0094
Duygulanım	52,7±28,3	*18,9±13,7	21,8±14,3	0,0008
Uyku/enerji bozukluğu	53,2±22,9	*22,7±15,3	24,9±19,3	0,0009
Güçlük ölçütleri	63,7±28,9	*19,2±11,3	13,2±9,2	0,0004
<b>ICIQ-SF skoru:</b>				
Hasta sayısı	(5)	(5)	(5)	
Semptom skoru	17.1±5.4	*4.4±1.3	3.8±1.6	0,0004

inervasyonuna zarar vererek sıkışma tipi idrar kaçırma, mesane ve barsak işlev bozukluğu gibi pelvik taban işlev bozukluklarına neden olabilmektedir<sup>(5,6)</sup>. Bu nedenlerle günümüzde ileri uterin prolapsus olgularında dahi pelvik taban onarımı sırasında uterusun korunması fikri giderek yaygınlaşmaktadır<sup>(3,6,8,11,16)</sup>.

Uterus koruyucu tedavide uterusun uterosakral ligamanlar, sakrospinöz ligamanlar veya presakral bölgede anterior ligamana asılmasına dayalı vajinal ve abdominal yolla uygulanabilen pek çok teknik tanımlanmıştır. Vajinal yolla en sık uygulanan teknik sakrospinöz ligaman fiksasyonudur ve uzun dönem başarısı %80 üzerinde rapor edilmektedir<sup>(3,6,17)</sup>. Demirci ve ark. yayınladığı abdominal sakrokolpopeksi ile vajinal sakrospinöz ligament fiksasyonunu karşılaştıran bir araştırmada genel olarak major ve minör komplikasyonlar yönünden vajinal yaklaşımın daha az komplikasyona yol açtığı ortaya konulmuştur<sup>(18)</sup>. Vajinal cerrahinin morbiditesi daha düşük gibi gözükse de, hastaların %15'ine kadar artan sıklıkta siyatik sinir dallarının sıkışmasına bağlı ciddi kalça ağrılarında rastlanabilmektedir<sup>(16)</sup>. Ayrıca, randomize prospektif bir çalışmada uterovajinal prolapsusun tedavisinde abdominosakral kolpopeksinin sakrospinöz kolpopeksiden daha başarılı olduğu rapor edilmiştir<sup>(10)</sup>. Cerrahi etkinlikteki bu farkın vajinal aksın yeri ve vajinal diseksiyona bağlı gelişen nöropati olabileceği belirtilmiştir. Uterusun normal anatomik desteğini yeniden sağlayan ve abdominal yolla uygulanabilen diğer bir yöntem ise uterosakral ligaman süspansiyonudur<sup>(19,20)</sup>. ASKH'nin aksine sentetik meş kullanımı gerektirmeyen bu minimal invazif tekniğin en büyük dezavantajı %5'e kadar sıklıkla gelişebilen ureter obstrüksiyonu ve %16 civarındaki nüks prolapsus oranlarıdır<sup>(19,20)</sup>.

Bu çalışmada ileri evre uterin prolapsus olgularında uyguladığımız uterus koruyucu ASKH ve eş zamanlı anti-inkontinans cerrahi sonuçlarımız değerlendirilmiştir. Oniki hastalık serimizin tamamında ortalama 12,8 aylık izlemde uterus ve serviksin normal anatomik lokalizasyonda iyi bir şekilde desteklendiği saptanmış, pelvik prolapsusa bağlı yaşam kalitesi sorgulama alanlarının hepsinde postoperatif anlamlı düzelme olduğu gösterilmiştir (Tablo II). Güncel bir çalışmada histerektomili ve histerektomisz abdominal sakrokolpopeksi operasyonu geçiren 98 hastada tüm anatomik nükslerin (3 hasta) ilk 6 ay içinde saptandığı rapor edilmiş, ayrıca tüm nükslerin tek bir kompartmanda

geliştiği (arka vajinal defekt) belirtilmiştir<sup>(3)</sup>. Benzer şekilde bizim serimizdeki 1 hastada postoperatif 6. ay kontrolünde semptomatik evre 2 nüks rektosel saptanmıştır. Demirci ve ark., uterovajinal prolapsuslu ortalama yaşı 32,4 olan reproduktif çağıdaki 20 hastanın ASKH sonuçlarını değerlendirdiği bir çalışmada aynı şekilde 1 hastada nüks ön - arka duvar prolapsusu saptanmış, ortalama 25 aylık izlemde hastaların %95'inde anatomik tam başarı elde edilmiş ve postoperatif yaşam kalitesi skorlarında istatistiksel anlamlı düzelme olduğu gösterilmiştir<sup>(11)</sup>. Mevcut çalışma, kısa dönem sonuçlarımızı bildirmekle beraber ASKH'nin ileri yaş grubunda da benzer başarı oranlarıyla uygulanabileceğini düşündürmektedir. Güncel çalışmalar, ileri yaştaki kadınlarda trans-abdominal pelvik taban cerrahisinin daha genç yaştaki hastalarla karşılaştırılabilir başarı ve morbidite oranlarına sahip olduğunu bildirmektedir<sup>(21,22)</sup>. Bizim serimizdeki dikkat çekici bir nokta ise hastaların büyük kısmının obez olduğudur (ortalama vücut kitle indeksi >30 kg/m<sup>2</sup>). Yaşlı ve kilolu hastalarda abdominal cerrahi daha güç olmaktadır. Bu nedenle, olgularımızın çoğunda Pfannenstiel insizyonu yerine cerrahi sahaya rahat ulaşım sağlamak amacıyla orta hat insizyon kullanılmıştır. Serimizdeki bir diğer teknik konu da prolapsus onarımında ön ve arka vajen duvarına tespit edilen 2 ayrı meş kullanımıdır. ASKH'de genellikle tek meşin arka servikse tespit edildikten sakral promontoryuma asıldığı yöntemler kullanılmaktadır<sup>(20,21)</sup>. Ancak, genç hastalarda normal vajinal aksı ve maksimum vajinal uzunluğu en güvenilir şekilde sağladığı belirtilen çift meşli yöntem<sup>(15)</sup>, obezite gibi rekürrens için risk faktörü bulduran ileri yaş grubundaki mevcut seride de tercihimiz olmuştur. Nitekim, tekrarlayan üçlü kompartman defekti nedeniyle sekonder abdominal onarım uygulanan ve ortalama yaşı 64 olan güncel bir çalışmada çift meşli yöntemin primer ASKH geçiren hastalardakine benzer yüksek başarı oranları sağladığı gösterilmiştir<sup>(22)</sup>.

Mevcut çalışma ayrıca uterus koruyucu cerrahinin ileri yaştaki hastalarda daha düşük morbidite ve kısa hastanede kalış süresiyle uygulanabileceğini göstermektedir. Benzer şekilde, histerektomili ve histerektomisz posterior intravajinal sling (PIVS) sonuçlarının karşılaştırıldığı bir çalışmada histerektomi yapılmayan grupta ortalama hastanede kalış süresi anlamlı derecede kısa bulunmuştur (1,5 güne karşılık 4,2 gün)<sup>(8)</sup>. Abdominal yaklaşımın uygulandığı serimizdeki ortalama 2,3 günlük

yatış süresi vajinal cerrahi sonrası ortalama 1,5 gün yatış bildiren bu çalışma sonuçlarına yakın olup bulgularımız ASKH ile kısa hastanede kalış bildiren diğer güncel seriler tarafından desteklenmektedir<sup>(23)</sup>. Günümüzde laparoskopik ve robotik cerrahinin kullanıma girmesiyle uterus koruyucu abdominal yaklaşım giderek daha kısa hastane yatış süresi ve hızlı iyileşme ile uygulanabilir bir tedavi haline gelmektedir (24,25).

Çalışmamızda cerrahi öncesi stres tip idrar kaçırması tarif eden 5 hasta ile idrar kaçırma tariflemeyen 7 hastanın 5'inde eş zamanlı anti-inkontinans cerrahisi uygulandığı görülmektedir. Anti-inkontinans cerrahisi yapılmayan 2 hastanın 1'inde "de-novo" stres tip idrar kaçırma gelişmiş ve bu hastaya postoperatif TOT uygulanmıştır. Daha önceden semptomatik stres tip idrar kaçırması bulunmayan hastalarda prolapsus onarımı sırasında anti-inkontinans işlemlerin uygulanması tartışmalı bir konudur. Ancak, Brubaker ve ark. yaptığı randomize prospektif bir çalışmada, preoperatif idrar kaçırma semptomları ve objektif muayene bulgularından bağımsız olarak, abdominal sakrokolpopeksiyle aynı seansta "Burch" uygulanan hastaların postoperatif 3. ay değerlendirmesinde stres inkontinans insidansı "Burch" yapılmayanlara göre anlamlı derecede düşük bulunmuş (%23,8'e karşılık %44,1), ayrıca anti-inkontinans cerrahinin postoperatif üriner retansiyon ve sıkışma tipi semptom riskini arttırmadığı gösterilmiştir<sup>(26)</sup>. Bizim serimizde de eş zamanlı anti-inkontinans cerrahisi yapılan hiçbir hastada stres inkontinans saptanmamış, yapılmayan 2 hastanın 1'de "de-novo" idrar kaçırma tespit edilmiştir. Hiçbir hastada "de-novo" sıkışma semptomları rapor edilmemiş olup preoperatif sıkışma semptomları tarif eden 6 hastanın 5'de (%83) bu yakınmaların pelvik taban destek onarımını takiben ilk 6 ayda kayb olduğu gözlenmiştir.

Mevcut çalışmanın, hasta sayısının az olması, kontrol grubunun bulunmaması ve takip süresinin uzun dönem mesane ve barsak işlev bozukluklarının değerlendirilmesini zorlaştıracak şekilde kısa olması nedeniyle kesin bir sonuç bildiremeyeceği bir gerçektir. Ancak güncel literatür bulguları ışığında verilerimiz incelendiğinde, ileri evre uterovajinal prolapsus olgularının tedavisinde uterus koruyucu abdominal yaklaşım ve eş zamanlı anti-inkontinans cerrahisi, düşük morbidite ve kısa hastanede kalış avantajlarıyla etkin bir yöntem olarak görülmektedir.

## KAYNAKLAR

1. Thakar R, Stanton S. Management of genital prolapse. *BMJ* 2002; 324: 1258- 62.
2. Olsen AL, Smith VJ, Bergstrom JO, Colling JC, Clark AL. Epidemiology of surgically managed pelvic organ prolapse and urinary incontinence. *Obstet Gynecol* 1997; 89: 501- 6.
3. Jeon MJ, Jung HJ, Choi HJ, Kim SK, Bai SW. Is hysterectomy or the use of graft necessary for the reconstructive surgery for uterine prolapse? *Int Urogynecol J* 2008; 19: 351- 5.
4. Petros P. The anatomy and dynamics of pelvic floor function and dysfunction. In: Petros P (ed) *The female pelvic floor*, 2nd ed., Springer, Berlin Heidelberg, New York, 2007: 14- 50.
5. Nesbitt REL. Uterine preservation in the surgical management of genuine stress urinary incontinence associated with uterovaginal prolapse. *Surg Gynecol Obstet* 1989; 168: 143- 9.
6. Van Brummen HJ, van de Pol G, Aalders CIM, Heintz APM, van der Vaart CH. Sacrospinous hysteropexy compared to vaginal hysterectomy as primary treatment for a descensus uteri: effects on urinary symptoms. *Int Urogynecol J* 2003; 14: 350- 5.
7. Maher C, Baessler K, Glazener CMA, Adams EJ, Hagen S. Surgical management of pelvic organ prolapse in women: a short version of Cochrane review. *Neurourol Urodyn* 2008; 27: 3- 12.
8. Neuman M, Lavy Y. Conservation of the proplapsed uterus is a valid option: medium term results of a prospective comparative study with the posterior intravaginal slingoplasty operation. *Int Urogynecol J* 2007; 18: 889- 93.
9. Cruikshank SH, Muniz M. Outcome study: a comparison of cure rates in 695 patients undergoing sacrospinous ligament fixation alone and with other site-specific procedure: a 16-year study. *Am J Ostet Gynecol* 2003; 188: 1509- 15.
10. Benson JT, Lucente V, McClellan E. Vaginal versus abdominal reconstructive surgery for the treatment of pelvic support defects: a prospective randomized study. *Am J Ostet Gynecol* 1996; 175: 1418- 22.
11. Demirci F, Ozdemir I, Somunkiran A, Doyran GD, Alhan A, Gul B. Abdominal sacrohysteropexy in young women with uterovaginal prolapse: results of 20 cases. *J Reprod Med* 2006; 51(7): 539- 43.
12. Cam C, Sakalli M, Ay P, Aran T, Cam M, Karateke A. Validation of the prolapse quality of life questionnaire (P-QOL) in a Turkish population. *EJOG* 2007; 135: 132- 5.
13. Çetinel B, Özken B, Can G. ICIQ-SF Türkçe versiyonu validasyon (geçerlilik) çalışması. *Türk Üroloji Dergisi* 2004; 30: 332- 8.
14. Bump RC, Mattiasson A, Bo K, Brubaker LP, DeLancey JO,

- Kartskov P, et al. The standardization of terminology of female pelvic organ prolapse and pelvic floor dysfunction. *Am J Obstet Gynecol* 1996; 175: 10- 7.
15. Barranger E, Fritel X, Pigne A. Abdominal sacrohysteropexy in young women with uterovaginal prolapse: long-term follow-up. *Am J Obstet Gynecol*. 2003; 189(5): 1245- 50.
  16. Dietz V, de Jong J, Huisman M, Koops SS, Heintz P, van der Vaart H. The effectiveness of sacrospinous hysteropexy for the primary treatment of uterovaginal prolapse. *Int Urogynecol J* 2007; 18: 1271- 76.
  17. Nieminen K, Huhtala H, Heinonen PK. Anatomic and functional assessment and risk factors of recurrent prolapse after vaginal sacrospinous fixation. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2003; 82: 471- 8.
  18. Demirci F, Ozdemir I, Somunkiran A, Topuz S, Iyibozkurt C, Duras Doyran G, et al. Perioperative complications in abdominal sacrocolpopexy and vaginal sacrospinous ligament fixation procedures. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct*. 2007; 18(3): 257- 61.
  19. Yazdany T, Bhatia N. Uterosacral ligament vaginal vault suspension: anatomy, outcome and surgical considerations. *Curr Opin Obstet Gynecol*. 2008; 20(5): 484- 8.
  20. Uccella S, Ghezzi F, Bergamini V, Serati M, Cromi A, Franchi M, Bolis P. Laparoscopic uterosacral ligaments plication for the treatment of uterine prolapse. *Arch Gynecol Obstet*. 2007; 276(3): 225- 9.
  21. Richter HE, Goode PS, Kenton K, Brown MB, Burgio KL, Kreder K, Moalli P, Wright EJ, Weber AM; Pelvic Floor Disorders Network. The effect of age on short-term outcomes after abdominal surgery for pelvic organ prolapse. *J Am Geriatr Soc*. 2007; 55(6): 857- 63.
  22. Gilleran JP, Zimmern P. Abdominal mesh sacrocolpopexy for recurrent triple-compartment pelvic organ prolapse. *BJU Int*. 2009; 103(8): 1090- 4.
  23. Moiety FM, Hegab HM, Ghanem IA, Zedan WM, Salem HA. Abdominal Sacrohysteropexy for uterovaginal prolapse: a prospective study on 33 cases. *Arch Gynecol Obstet*. 2009 Jun 16. [Epub ahead of print].
  24. Rosenblatt PL, Chelmow D, Ferzandi TR. Laparoscopic sacrocervicopexy for the treatment of uterine prolapse: a retrospective case series report. *J Minim Invasive Gynecol*. 2008; 15(3): 268- 72.
  25. Daneshgari F, Kefer JC, Moore C, Kaouk J. Robotic abdominal sacrocolpopexy/sacroteropexy repair of advanced female pelvic organ prolapse (POP): utilizing POP-quantification-based staging and outcomes. *BJU Int*. 2007; 100(4): 875- 9.
  26. Brubaker L, Cundiff GW, Fine P, Nygaard I, Richter HE, Visco AG, et al. Abdominal sacrocolpopexy with Burch colposuspension to reduce urinary stress incontinence. *N Engl J Med* 2006; 354: 1557- 66.