

İleri Yaşta Pelvik Organ Prolapsusu (POP) Ve Stres Üriner İnkontinans(SUI) Birlikteliğinde Gerçekleştirdiğimiz 8 Adet Le Fort Kolpoklezi ve Transobturatuar Tape (TOT) Operasyonlarımızın Retrospektif İncelenmesi

Özge Kızılkale¹, Mustafa Eroğlu², Gazi Yıldırım¹, Murat Bakacak³,
M. Sühha Bostancı⁴, Rukset Attar¹, Zeynep Bakacak⁵, Cem Fıçıcıoğlu¹

¹Yeditepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum AD.,

²Zeynep Kamil Çocuk ve Kadın Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi,

³Kahramanmaraş Şehir Devlet Hastanesi, ⁴Sakarya Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum AD., ⁵Serbest Hekim.

ÖZET:

Amaç: İleri yaşta, fiziksel kondisyonları düşük, anestezinin riskli olduğu POP+SUI tanılı hastalarda Le Fort Kolpoklezi + TOT operasyonlarının etkili, postoperatif mortalite ve morbiditesi düşük, gerekirse lokal anestezi ile yapılabilecek güvenilir bir prosedür olduğunun gösterilmesi.

Materyal Ve Metodlar: Son 3 yıl içinde Yeditepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniğine başvuran ve POP+SUI tanısıyla Le Fort Kolpoklezi + TOT operasyonu yapılan 8 hastamız retrospektif incelendi.

Bulgular: Kliniğimize başvuran bu hastaların ortalama yaşı 82,8 idi. Hepsinin muayenesinde ileri derecede pelvik organ prolapsusu izlendi. Stres testte hepsinde idrar kaçağı mevcut idi. Hastalarımızın hiçbirinin aktif bir cinsel yaşamı ve cinsel yaşam beklentisi yoktu. Tüm hastalarımızda hipertansiyon, 3 hastamızda diyabet, 2 hastamızda geçirilmiş serebrovasküler hastalık hikayesi, 1 hastamızda KOAH ve 1 hastamızda da idiyopatik akciğer ödemi mevcut idi. Tüm hastalar operasyon öncesi ilgili branşlar ve anesteziyoloji ile konsulte edildiler. Hastalarımızdan 3 tanesi sedasyon+lokal, 3 tanesi genel, 2 tanesi de regional anestezi altında opere edildiler. Bütün hastalarımızın vajen ön ve arka duvarlarından dikkörtgen şekilli mukozalar çıkarıldı. Her iki yanda oluk

bırakacak şekilde vajen ön ve arka duvarları birbiri üzerine sütüre edildi (Le Fort Kolpoklezi). Buna ilaveten hastalara TOT operasyonu da yapıldı. Peroperatif hastalarda herhangi bir problem yaşanmadı. Post operatif birinci günlerinde sondalar çıkarılarak rezidü idrar ölçüldü. Tüm hastalarda miktar 100 cc'den azdı. Post operatif herhangi bir komplikasyon oluşmayan hastalar ortalama ikinci günlerinde taburcu edildiler. Operasyon sonrası altıncı aylarındaki muayenelerinde hiçbirinde SUI saptanmadı.

Sonuç: Kolpoklezi, ileri yaş grubunda, aktif cinsel hayatı olmayanlarda POP varlığında kullanılabilen etkili bir yöntemdir. Post operatif mortalite ve morbiditesi düşüktür. Operasyon sonrası hastaların pelvik tabanla ilgili şikayetleri ortadan kalkar. Beraberinde SUI varlığında TOT bu seçilmiş hasta grubunda ilave edilmesi uygun, etkin ve güvenilir bir prosedürdür.

Anahtar Kelimeler: Pelvik Organ Prolapsusu , Üriner stres inkontinans, Trans-Obturator Teyp

Retrospective Analysis of 8 Le Fort Colpocleisis and Transobturator Tape (TOT) Application in Advanced Age Pelvic Organ Prolapsus (POP) and Stress Urinary Incontinence

ABSTRACT

AIM: To show that Le fort colpocleisis+TOT operations are effective, safe procedures with low mortality and morbidity which can be applied with local anesthesia in advanced aged patients with low physical conditions and high anesthesia risks.

İletişim Bilgileri:

Sorumlu Yazar: Gazi Yıldırım

Yazışma Adresi: Yeditepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum

Tel:0 532 4301513

Email: gaziylidirim@gmail.com

Makalenin Geliş Tarihi: 14.03.2013

Makalenin Kabul Tarihi: 01.05.2013

Patients And Methods: 8 patients visiting Yeditepe University Hospital Obstetrics and Gynecology Clinic for POP and SUI and undergoing Le Fort Colpocleisis+TOT operation in the last 3 years were included in the study.

Results: The mean age of our patients was 82,8 years. All patients had advance pelvic organ prolapsus on examination. They also had urinary incontinans on stress test. Neither of the patients had active sexual life or sexual life expectance. All our patients had hypertension, 3 of them had diabetes, 2 had cerebrovascular accident history, 1 had COPD, and 1 had idiopathic pulmonary edema. They were all consulted with anesthesiology and other related disciplines preoperatively. Three of our patients received sedation+local anesthesia, 3 had general anesthesia and 2 had regional anesthesia. Rectangular shaped mucosa was removed from anterior and posterior vaginal wall of all patients. The denude areas were sutured onto each other leaving grooves on lateral parts of vagina(Le Fort Colpocleisis). Also TOT operation was performed for each patient. No complication was encountered peri/postoperatively. Urinary catheters were removed on the first postoperative day and residual urine amounts were measured. Residual urine amount was less than 100 mls for each patient. Neither of our patients had postoprative complications and they were all discharged from the hospital on the second postoperative day. All our patients underwent repeat gynecologic examination and none of them had stress incontinance.

Conclusion: Colpocleisis is a safe and efficient way of correcting POP in advanced age patients with no sexual life. The procedure has low postoperative mortality and morbidity. In the presence of SUI TOT is a safe,efficient and reliable procedure to be combined with Le Fort in a selected population of patients.

Keywords: Pelvic Organ Prolapse , Urinary Stress Incontinence, Trans-Obturator Tape

GİRİŞ

Günümüzde artan yaşam beklentisi giderek daha çok sayıda kadının pelvik organ prolapsusu (POP) ve üriner inkontinans için tedavi arayışına girmesine sebep olmaktadır (1). Artan sayı ve bu kadınların üçte birinin

tekrar ameliyat olma ihtimali (2) prolapsus ve inkontinans cerrahisinde kullanılan değişik teknikleri, bunların endikasyonlarını, risklerini, kısıtlamalarını ve tedavi sonuçlarını anlamamızı zorunlu kılmaktadır. POP tedavisinde birçok faktör hasta ve cerrahın tercihini etkilemektedir. Üriner, rektal ve pelvik semptomlara yol açan defektin özellikleri, cinsel ilişkinin devamı konusundaki beklenti ve hastanın tıbbi durumu öncelikle belirleyicidir. İlerlemiş prolapsus olguları saatlerce süren, kan kaybı ve uzun anestezi süreleri nedeniyle morbiditeye yol açan total pelvik rekonstrüksiyon operasyonları gerektirmektedir. Yaşlı, düşkün, fonksiyonel vajinal anatomi beklentisi olmayan hastalarda kolpocleisis uygun bir yöntem olabilir. Kolpocleisis operasyonu yapılan birçok hastada eşlik eden SUI mevcuttur (3).

Vajinal prolapsus üretra açısını değiştirerek SUI' i maskeleyebileceği için operasyon geçirecek kadınların gizli SUI açısından taranmaları gereklidir (4). Bu hastaların kolpocleisis sırasında ya da sonrasında Mid uretral sling (MUS) operasyonu olması gerekmektedir. Pelvik cerrahlar ilk operasyon sırasında veya sonrasında MUS yerleştirme tercihiyle karşı karşıya kalmaktadırlar ve bu tercihi yönlendirecek randomize geniş tabanlı araştırmalar mevcut değildir. MUS yerleştirilmesi hem prolapsus hem inkontinans için destek vermekte ancak cerrahi riski arttırmaktadır (5). Postoperatif dönemde stress kaçağı, uzamış postop idrar retansiyonu riski nedeniyle daha sonra yapılacak ilave cerrahi riskler, anestezi maruziyeti ve postop nekahat dönemi göze alınabilmektedir (5). Bu çalışmanın amacı ileri yaşta fiziksel kondisyonları düşük, anestezinin riskli olduğu POP + SUI tanılı hastalarda LeFort Kolpocleisis + TOT operasyonlarının etkili, postoperatif mortalite ve morbiditesi düşük, gerekirse lokal anestezi ile bile yapılabilecek güvenilir bir prosedür olduğunun gösterilmesidir.

MATERYAL VE METODLAR

Son 3 yılda kliniğimizde POP + SUI veya aşırı prolapsus nedeniyle üriner retansiyon tanısıyla Le Fort Kolpocleisis + TOT operasyonu yapılan 72- 88 yaşları arasında

(ortalama: 82.8 yaş) 8 hasta retrospektif olarak incelendi. Tüm olgular ayrıntılı anamnez, tam bir jinekolojik muayene, transvajinal ultrasonografi ve stress testi ile değerlendirildi. Tüm hastalar cerrahi süresini kısıtlayan ek medikal problemleri, uygulanan anestezi tipi, hastanede kalış süresi, postop 1. gün rezidü idrar miktarı ve 6 ay sonra kontrol bulguları + hasta memnuniyeti yönünden değerlendirildi. SUI tanısı dolu mesane ile ikındırılan hastalarda idrar kaçağı gözlemlenerek kondu.

Cerrahi yöntem şu şekilde uygulandı: vajinal mukoza arkada himenal halkadan başlayıp önde uretral meatusa 1,5 cm mesafeye kadar yanlarda servikal akıntı için drenaj olukları bırakacak şekilde uzaklaştırıldıktan sonra ön ve arka vajinal duvarlar sütürle yaklaştırıldı. SUI için TOT prosedürü eklendi.

BULGULAR

Hasta grubumuzun ortalama yaşı 82,8 idi. Tüm hastalarda Evre 3-4 POP ve stress testinde idrar kaçağı mevcuttu. Hastalarımızın hiçbirinin aktif cinsel yaşamı ve cinsel yaşam beklentisi bulunmuyordu. Tüm hastalarımızda hipertansiyon, 3 hastamızda diyabet, 2 hastamızda geçirilmiş serebrovasküler hastalık hikayesi, 1 hastamızda KOAH ve 1 hastamızda da idiyomatik akciğer ödemi mevcut idi. Tüm hastalar operasyon öncesi ilgili branşlar ve anesteziyoloji ile konsulte edildiler. Hastalarımızdan 3 tanesi sedasyon+lokal, 3 tanesi genel, 2 tanesi de regional anestezi altında opere edildiler. Bütün hastalarımızın vajen ön ve arka duvarlarından dikdörtgen şekilli mukozalar çıkarıldı. Heriki yanda oluk bırakacak şekilde vajen ön ve arka duvarları birbiri üzerine sütüre edildi (LeFort Kolpoplekzis).

Buna ilaveten hastalara TOT operasyonu da yapıldı. Peroperatif hastalarda herhangi bir problem yaşanmadı. Postoperatif birinci günlerinde sondalar çıkarılarak rezidü idrar ölçüldü. Tüm hastalarda miktar 100 cc'den azdı. Postoperatif herhangi bir komplikasyon oluşmayan hastalar ortalama ikinci günlerinde taburcu edildiler. Operasyon sonrası altıncı aylarındaki muayenelerinde hiçbirinde SUI saptanmadı.

TARTIŞMA

Le Fort kolpoplekzisin belirgin vajinal prolapsusu olan ileri yaş hastalarda kalıcı ve etkili bir tedavi olduğu kanıtlanmıştır (6,7). Bizim vakalarımızın değerlendirilmesi sonucunda da tüm hastalarda anatomik ve fonksiyonel başarı elde ettiğimizi gözlemledik. Seçilmiş hastalarda kolpoplekzis sonrası hasta memnuniyeti yüksektir (8,9). Yaşa bağlı olarak artan sıklıkta karşılaşılan ilave medikal problemler pelvik taban disfonksiyonu olan bu hastaların dikkatli değerlendirilmesini gerekli kılar.

Bizim çalışmamıza dahil olan hastaların her birinin en az bir komorbiditesi mevcuttu. Buna rağmen hiçbir hastamızda komplikasyon gelişmedi. Stepp ve arkadaşlarının 2005te yapmış oldukları çalışma da Le Fort kolpoplekzisin yüksek riskli hasta grubunda kabul edilebilir morbidite ile uygulanabilir bir yöntem olduğunu göstermiştir (10). Operasyon sonrası komplikasyonların çoğu minor gruptandır.

En sık görüleni üriner sistem enfeksiyonudur. Ürosepsis yaşlı hastalarda mortlitesi nedeniyle korkulan bir komplikasyondur. Bu nedenle postoperatif takipte titiz davranmak gerekir (11).

Zebede ve arkadaşları 310 vakalık çalışmalarında preoperative dönemde %52 hastada bağırsak semptomları, %28 hastada stress inkontinans, %5 hastada sıkışma inkontinansı tespit etmiş, bu hastaların %70'ine miduretral sling uygulamışlardır. Bu şekilde minimal postop işeme disfonksiyonuna ve idrar retansiyonu riskine karşılık yüksek kontinans oranlarına ulaşılmıştır. Ayrıca bu hastalarda sıkışma tipi şikayetlerde de azalma izlenmiştir (11-13).

Bizim çalışmamız başlıca zayıflığı sınırlı sayıda hasta üzerinde yapılmış olmasıdır. Bir diğer zayıf yönü ise hastalarımızın ilave medikal sorunları ve farklı bölgelerden gelmiş olmaları nedeniyle kısa süre takip edilebilmiş olmalarıdır. Bununla beraber literature ile aynı yönde sonuçlara ulaşılmıştır.

Sonuç olarak kolpoplekzis, ileri yaş grubunda, aktif cinsel hayatı olmayanlarda POP varlığında kullanılabilen etkili bir yöntemdir. Post operatif mortalite ve morbiditesi

düşüktür. Operasyon sonrası hastaların pelvik tabanla ilgili şikayetleri ortadan kalkar. Beraberinde SUI varlığında TOT bu hasta grubunda ilave edilmesi uygun, etkin ve güvenilir bir prosedürdür.

KAYNAKLAR

1. Boyles SH, Weber AM, Meyn L. Procedures for pelvic organ prolapse in the United States, 1979–1997. *Am J Obstet Gynecol* 2003; 188:108–115.
2. Olsen AL, Smith VJ, Bergstrom JO, Colling JC, Clark AL. Epidemiology of surgically managed pelvic organ prolapse and urinary incontinence. *Obstet Gynecol* 1997; 89:501-505.
3. Fitzgerald MP, Richter HE, Siddique S, et al. Colpocleisis: a review. *Int Urogynecol J* 2006; 17: 261-271.
4. Visco AG, Brubaker L, Nygaard I, et al. The role of preoperative urodynamic testing in stress-continent women undergoing sacrocolpopexy: the Colpopexy and Urinary Reduction Efforts (CARE) randomized surgical trial. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct* 2008; 19(5): 607-614.
5. Koski ME, Chow D, Bedestani A, et al. Colpocleisis for Advanced Pelvic Organ Prolapse. *Female Urology* 2012; 80: 542-546.
6. Oliphant SS, Shepherd JP, Lowder JL. Midurethral Sling for Treatment of Occult Stress Urinary Incontinence at the Time of Colpocleisis: A Decision Analysis. *Female Pelvic Medicine & Reconstructive Surgery* 2012; 18(4): 216-220.
7. Harmanli OH, Dandolu V, Chatwani AJ, Grody MT. Total colpocleisis for severe pelvic organ prolapse. *J Reprod Med* 2003; 48: 703–6.
8. Goldman J, Ovadia J, Feldberg D. The Neugebauer-LeFort operation: a review of 118 partial colpocleisis. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 1981; 12:31-5.
9. Fitzgerald MP, Richter HE, Bradley CS et al. Pelvic support, pelvic symptoms, and patient satisfaction after colpocleisis. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct* 2008; 19:1603–1605.
10. Stepp KJ, Barber MD, Yoo EH, et al. Incidence of perioperative complications of urogynecologic surgery in elderly women. *Am J Obstet Gynecol* 2005; 192: 1630–6.
11. Zebede S, Smith AL, Plowright LN, et al. Obliterative LeFort Colpocleisis in a Large Group of Elderly Women *Obstetrics & Gynecology* 2013; 121(2 pt 1):279-284.
12. Smith AL, Karp DR, Lefevre R, Aguilar VC, Davila GW. Le Fort colpocleisis and stress incontinence: weighing the risk of voiding dysfunction with sling placement. *Int Urogynecol J* 2011; 22:1357–62.
13. Foster RT Sr, Barber MD, Paraiso MF, Walters MD, Weidner AC, Amundsen CL. A prospective assessment of overactive bladder symptoms in a cohort of elderly women who underwent transvaginal surgery for advanced pelvic organ prolapse. *Am J Obstet Gynecol* 2007; 197:821–4.