

Pelvik Organ Prolapsusuna Eşlik Eden Gizli Stres İnkontinans Olgularında Profilaktik Antiinkontinans Cerrahisinin Etkinliği

Taner Günay¹, Mehmet Akif Sargın², Işıl Turan Bakırcı³, Mehmet Bayrak¹,
Gökçen Örgül⁴, Özgür Aydın Tosun⁵, Alpaslan Akyol³

¹T.C.Sağlık Bakanlığı İstanbul Medeniyet Üniversitesi Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi,Kadın hastalıkları ve Doğum Kliniği,İstanbul

²T.C.Sağlık Bakanlığı Fatih Sultan Mehmet Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği,İstanbul

³T.C.Sağlık Bakanlığı Kanuni Sultan Süleyman Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği,İstanbul

⁴T.C.Sağlık Bakanlığı Kars Devlet Hastanesi , Kars

⁵T.C.Sağlık Bakanlığı Zeynep Kamil Kadın Hastalıkları ve Çocuk Hastalıkları Eğitim ve araştırma hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği,İstanbul

ÖZET :

Amaç: En az üçüncü derece pelvik organ prolapsusu olan ve Gizli Stres İnkontinans tanısı konulan hastalarda prolapsus cerrahisi sonrasında ortaya çıkabilecek stres inkontinansın korunmak için yapılacak eş zamanlı profilaktik antiinkontinans cerrahisinin etkinliğini değerlendirmek.

Gereç ve yöntem: Ocak 2005-Ocak 2007 tarihleri arasında 3.derece ve üzerindeki pelvik organ prolapsusu nedeniyle hastanemize başvuran ve yapılan incelemeler sonucunda Gizli Stres İnkontinans tanısı konulan 140 hasta çalışmamıza dahil edildi.

Hastalar iki gruba ayrıldı. Grup 1 : Prolapsus cerrahisine ek olarak profilaktik antiinkontinans cerrahisi yapılan hastalar (n=105) ve Grup 2 : Sadece prolapsus cerrahisi yapılan, antiinkontinans cerrahisi yapılmayan hastalar (n=35).Hastaların hiçbirinde preoperatif inkontinans şikayeti yoktu.Preoperatif muayenede anamnez,fizik muayene ve ürodinamik incelemeler yapıldı.Prolapsusu redükte edildikten sonra inkontinans varlığı ürodinamik incelemelerde gösterildi.Postoperatif kontrollerinde stres inkontinans, de novo sıkışma hissi, işeme zorluğu ve rekürren prolapsus açısından değerlendirildi.

Bulgular: Ocak 2005-Ocak 2007 tarihleri arasında 3.derece ve üzerindeki pelvik organ prolapsusu nedeniyle hastanemize başvuran ve yapılan incelemeler sonucunda Gizli Stres İnkontinans tanısı konulan 140 hasta çalışmamıza dahil edildi.

Hastalar iki gruba ayrıldı. Grup 1 : Prolapsus cerrahisine ek olarak profilaktik antiinkontinans cerrahisi yapılan hastalar (n=105) ve Grup 2 : Sadece prolapsus cerrahisi yapılan, antiinkontinans cerrahisi yapılmayan hastalar (n=35).Hastaların hiçbirinde preoperatif inkontinans şikayeti yoktu.Preoperatif muayenede anamnez,fizik muayene ve ürodinamik incelemeler yapıldı.Prolapsusu redükte edildikten sonra inkontinans varlığı ürodinamik incelemelerde gösterildi.Postoperatif kontrollerinde stres inkontinans, de novo sıkışma hissi, işeme zorluğu ve rekürren prolapsus açısından değerlendirildi.

İletişim Bilgileri

İlgili Doktor : Dr.Taner Günay

Yazışma Adresi: Acıbadem mah. Yurtseven sok. Alsancak sitesi F blok D:19 Üsküdar/ İstanbul

Tel : (0 506) 632 57 75

E-mail : tanergunay@hotmail.com

Makalenin geliş tarihi: 12/01/2013

Makalenin kabul tarihi:30/03/2013

Sonuç: İleri derecede pelvik organ prolapsusu olan hastalar operasyon sonrasında ortaya çıkabilecek stres inkontinansı açısından risklidirler. Bu nedenle hastalara prolapsus cerrahisine ek olarak yapılacak profilaktik antiinkontinans cerrahisi hastaları önemli bir problemten kurtaracaktır.

Anahtar kelimeler: Pelvik Organ Prolapsusu , Üri-ner İnkontinans

ABSTRACT :

Objective: Clinically continent women with severe genitourinary prolapse and occult stress incontinence are considered to be at high risk of developing symptomatic stress incontinence once the prolapse is repaired. We studied the efficacy and safety of prophylactic anti-incontinence surgery in preventing postoperative stress incontinence in these women.

Material and method: One hundred forty consecutive women with stage 3 or higher genitourinary prolapse and occult stress incontinence were enrolled between January 2005-January 2007. This was a retrospective study that compared women underwent prolapse surgery with prophylactic antiincontinence procedure (Group 1, n=105) and only prolapse surgery (Group 2, n=35). Preoperatively,none of the women complained of stress incontinence. Preoperative evaluation included history, physical examination and urodynamic assesment. However, all had urodynamically-confirmed occult stress incontinence, revealed by repositioning of the prolapse. The main outcome measures were postoperative stress incontinence, voiding dysfunction, de novo urgency and recurrence of prolapse.

Results: IPatient characteristics and preoperative urodynamic evaluation were similar in two groups. The mean duration of follow-up was 26.5 months and all patients underwent a repeat urodynamic evaluation at 3 months postoperatively.The rate of postoperative voiding disfunction, de novo urgency and recurrent prolapsus 15.2, 9.5, 2.9% in Group 1 and 5.7, 8.6, 5.7% in Group 2, respectively.There was no statistically difference among Group 1 and Group 2 (p>0,05). Nine (%8.6) patients in Group 1 and ten (%28.6) in Group 2 developed postoperative stress incontinence (p<0,05).

Conclusion: Prophylactic anti-incontinence procedure(TVT or Burch colposuspension) is effecti-

ve in preventing postoperative urinary stress incontinence in clinically continent patients who undergo surgery for severe genitourinary prolapse

Key words: Pelvic Organ Prolapse , Urinary Incontinence

BULGULAR

Pelvik organ prolapsusu (POP), normal yerleşiminde vajinal kubbeye komşu olan pelvik organların birinin veya birkaçının birlikte pelvis taban yetmezliğinin sonucu olarak normal lokalizasyondan aşağıya veya öne doğru yer değiştirmesi ile gelişen klinik patolojiler grubudur. Pelvis tabanı yetmezliği , destek verdiği organların , önde alt üriner sistem organları üretra ve idrar kesesi, ortada genital organlar uterus ve vajina, arkada da rektumun buldukları yerden daha aşağı bir seviyeye kaymasına neden olmaktadır. Bu organların fonksiyonlarında, yer değişikliği ile meydana gelen normalden sapmalar, çeşitli semptomlara yol açabilmektedir. Bu nedenle pelvik organ prolapsusunun gerçek insidansı bilinmemektedir. Bir kadının hayatı boyunca pelvik organ prolapsusu ve neden olduğu semptomlar opere olma oranı %11-19 olarak verilmektedir (1,2) . Primer olarak hayat kalitesini etkileyen , mortaliteye neden olmayan bir hastalıktır.

İdrar inkontinansı , sosyal veya hijyenik sorun haline gelen ve objektif olarak gösterilebilen idrar kaybı şeklinde tanımlanmaktadır (3). Yaşla artan bir prevalans göstermekle beraber kadınlarda ortalama %30 oranında izlenmektedir (4). Sıklıkla hayatı tehdit eden bir durum olmamakla birlikte sürekli ıslaklık hissi , irritasyona bağlı olarak ortaya çıkan şikayetler , istemli olarak kendini sosyal hayattan izole etmek ve buna bağlı ortaya çıkabilen duygu durum değişiklikleri gibi kişinin yaşam kalitesinin bozulmasına yol açabilmektedir. Bütün bunların sonucunda günlük işlerden kaçınma , fizik aktivitenin kısıtlanması hatta günlük alınan sıvı miktarının azaltılması ve buna sekonder olarak ortaya çıkabilen (üriner taş , hidroüreteronefroz , vb) sorunlar ile karşılaşmaktadır. Pelvik prolapsusun cerrahi olarak düzeltilmesi ile birlikte hastalarda idrar kaçırma şikayeti ortaya çıkabilmektedir (5,6). Bunun sebebi prolabe olan orga-

nın sebep olduğu üretral kıvrımlaşma ve karrın içi basınç artışı durumlarında bu basıncın absorbe edilerek üretrayı sağlam bir şekilde desteklemesidir. Prolapsus cerrahisi sonrasında bu desteğin ortadan kalkması inkontinansa yol açmaktadır (Gizli Stres İnkontinans).

Çalışmamızın amacı pelvik organ prolapsuslu hastalarda pelvik organ prolapsusu cerrahisine eklenecek profilaktik antiinkontinans cerrahisinin Gizli Stres İnkontinanstaki etkinliğini ve komplikasyon oranlarını değerlendirmektir.

YÖNTEM VE GEREÇ

Ocak 2005-Ocak 2007 tarihleri arasında hastanemizin Kadın Hastalıkları ve Doğum kliniğine Pelvic Organ Prolapse-Quantification (POP-Q) (7) sınıflamasına göre 3.derece ve üzerindeki pelvik organ prolapsusu nedeniyle başvuran 268 hasta değerlendirildi.

Prolapsusu pesser ile düzeltilmeden de üriner inkontinansı olan hastalar , Detrusor instabilitesi veya Miks Üriner İnkontinansı olan hastalar , 1-2 derece pelvik organ prolapsusu olan hastalar, diyabet, multipl skleroz gibi üriner inkontinansı etkileyecek sistemik bir hastalığa sahip olan hastalar ve daha önce inkontinans cerrahisi geçirmiş olan hastalar çalışma dışı bırakıldı. Gizli inkontinansı ortaya çıkarmada prolapsusu redükte etmek için kullanılan metodlardan (manuel , ringforseps , tampon , sims spekulum , pesser) en doğru uygulama tamponla redüksiyondur. Pelvik prolapsus mevcut iken idrar kaçırması olmayan ancak tamponla pelvik prolapsusu düzeltildikten sonra ürodinamik incelemede inkontinansı ortaya çıkan hastalar Gizli Stres İnkontinans olarak değerlendirildi. Çalışmamıza 268 hastadan 3.derece ve üzerindeki pelvik organ prolapsusuna ek olarak Gizli Stres İnkontinans tanısı ile opere edilen 140 hasta dahil edildi ve iki gruba ayrıldı.

Grup 1: Pelvik prolapsusa eşlik eden Gizli Ürodinamik Stres İnkontinans nedeniyle prolapsus cerrahisine ek olarak profilaktik antiinkontinans cerrahisi operasyonu uygulananlar (n= 105) Grup 2: Pelvik prolapsusa eşlik eden Gizli Ürodinamik Stres İnkontinans

nedeniyle sadece prolapsus cerrahisi yapıp profilaktik antiinkontinans cerrahisi operasyonu yapılmayanlar (n=35)

Çalışmamızın amacı Gizli Stres İnkontinans hastalarında pelvik prolapsus cerrahisi sonrasında ortaya çıkabilecek Stres İnkontinans'tan korunmak için yapılacak eş zamanlı profilaktik antiinkontinans cerrahisinin etkinliğini değerlendirmektir. Bu amaçla bütün hastalara operasyondan sonra ortalama 3.ayda kontrol ürodinami yapıldı ve her iki gruptaki hastalar operasyondan 1 ay , 3 ay , 6 ay , 12 ay ve 24 ay sonraki kontrollerinde stres inkontinans , de novo sıkışma hissi , işeme zorluğu ve rekürren prolapsus açısından değerlendirildi. Çalışma için hastane etik kurul onayı ve operasyon için bütün hastalardan aydınlatılmış imzalı yazılı onam belgesi alındı.

İstatistiksel analizler için MedCalc 9.3 for Windows programı kullanıldı. Sürekli değişkenlerin normal dağılımının değerlendirilmesinde Kolmogorov – Smirnov analizi kullanıldı. Normal dağılım gösteren verilerin analizleri bağımsız t testi, normal dağılım göstermeyen verilerin analizleri ise Mann – Whitney U testi ile yapıldı. Kategorik değişkenler için ki-kare testi ve uygun verilerde Fisher exact testi kullanıldı. p<0.05 olan değerler istatistiksel olarak anlamlı kabul edildi

BULGULAR

Çalışmaya dahil edilen 140 hastanın yaş , parite , geçirilmiş jinekolojik operasyon ve vücut kitle indeksini gösteren tablo 1 de gösterilmiştir.

	GRUP 1 (n=105)	GRUP 2 (n=35)	p değeri
Yaş	63.7±8.1	61.4±9.0	0,15
Parite	3.6±1.4	3.2±1.0	0,10
Geçirilmiş jinekolojik op.	11 (%10.5)	5 (%14.3)	0,54
Vücut kitle İndeksi (kg/m ²)	31.1±3.0	31.0±2.9	0,87

Tablo 1: Hastaların karakteristik özellikleri

Hastalara endikasyonlarına uygun şekilde başlıca 4 farklı ameliyat prosedürü uygulanmıştır. Grup 1'deki 105 hastaya Grup 2'deki hastalardan farklı olarak eş zamanlı profilaktik antiinkontinans operasyonu olarak Burch kolposüspansiyonu veya TVT prosedürü uygulanmıştır (Tablo 2).

GRUP 1	N	GRUP 2	n
TAH+BSO+SKP + Burch+CP	22	TAH+BSO+SKP+CP	6
TAH+BSO+Burch	20	TAH+BSO	9
VAH+CAP+TVT	26	VAH+CAP	8
CAP+TVT	37	CAP	12
TOPLAM	105	TOPLAM	35

Tablo 2: Uygulanan ameliyatlara dağılımı (TAH: Total abdominal histerektomi , VAH: Vaginal histerektomi , SKP: Sakrokolpopeksi BSO: Bilateral salpingooferektomi , CAP: Kolporafi anteroposterior , CP: Kolporafi posterior , TVT: Tension free vaginal tape)

Profilaktik antiinkontinans cerrahisi yapılan grupta (Grup 1) yaş ortalaması 63.7 , sadece prolapsus cerrahisi yapılan grupta (Grup 2) ise 61.4 olarak bulundu. Opere olan en genç hasta 34 , en yaşlı hasta ise 77 yaşında idi. Anamnezde 16 hastanın daha önce geçirilmiş jinekolojik cerrahi öyküsü vardı. Grup 1'de 5 hastanın histerektomi,4 hastanın myomektomi ve 2 hastanın over kist operasyonu geçirdiği, Grup 2'deki 2 hastanın histerektomi,2 hastanın over kist operasyonu ve 1 hastanın da myomektomi operasyonu geçirdiği tespit edildi. Çalışmamıza katılan hastalara uyguladığımız cerrahi prosedürler Tablo 3'de gösterilmiştir.

GRUP 1	GRUP 1 (n=105)	GRUP 2 (n=35)	p değeri
TAH+BSO+SKP + CP± Burch	22 (%20.9)	6 (%17.1)	0,80
TAH+BSO±Burch	21 (%20.0)	9 (%25.7)	0,48
TAH+BSO±Burch	25 (%23.8)	8 (%22.9)	1,00
CAP±TVT	37 (%35.2)	12 (%34.3)	1,00

Tablo 3: Uygulanan cerrahi prosedürler

Grup 1 ve Grup 2'deki hastalar operasyondan 1 ay , 3 ay , 6 ay ,12 ay ve 24 ay sonraki kontrollerinde stres inkontinans , de novo sıkışma hissi , işeme zorluğu ve rekürren pro-

lapsus açısından değerlendirildi. Bütün hastalara operasyondan ortalama 3 ay sonra ürodinami yapıldı. Ortalama takip süresi 26.5 ay idi. Tablo 4’de operasyondan 24 ay sonra işeme zorluğu , de novo sıkışma hissi , stres inkontinans ve rekürren prolapsus gözlenen hastaların sayısı ve oranı gösterilmiştir

GRUP 1	GRUP 1 (n=105)	GRUP 2 (n=35)	p değeri
İşeme zorluğu	16 (%15.2)	2 (%5.7)	0,24
De novo sıkışma hissi	10 (%9.5)	3 (%8.6)	1,00
Stres inkontinans	9 (%8.6)	10 (%28.6)	0,008*
Rekürren prolapsus	3 (%2.9)	2 (%5.7)	0,59

Tablo 4: Hastaların 24 ay sonra yapılan değerlendirme sonuçları

Operasyondan sonra işeme zorluğu oluşan hastaların oranı Grup 1’de %15.2 iken Grup 2’de %5.7 idi ve gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamasına karşın profilaktik antiinkontinans cerrahisi yapılan grupta bu oran Grup 1’de daha yüksek bulundu. Grup 1’de operasyondan sonra hastaların %8.6’sında stres inkontinans meydana gelirken Grup 2’de bu oran %28.6 olarak bulundu ve aradaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır (p=0,008).

Operasyon sonrası takiplerinde 5 hastada rekürren prolapsus tespit edildi. Bu hastalardan 2’ sinde 2.derece sistosel, 1’inde 3.derece sistosel ve 2’ sinde de 2.derece vaginal kubbe sarkması meydana geldi ve çalışma grupları hastasında rekürren prolapsus açısından istatistiksel olarak anlamlı fark tespit edilmemiştir (p>0,05). Operasyondan sonraki takiplerinde Grup 1’deki 105 hastadan idrar kaçırması şikayeti olan ve fizik muayene ve ürodinamik incelemeler ile de desteklenen 9 (%8.6) hastaya ve Grup 2’deki 35 hastadan 10 (%28.6)’una Ürodinamik Stres İnkontinans tanısı konulmuştur. Profilaktik antiinkontinans cerrahisi yapılan Grup 1’deki 9 hastadan 5 hastaya TVT operasyonu , 4 hastaya ise Burch kolposüspansiyonu yapılmış idi. Grup 1’deki 105 hastanın yapılan profilaktik antiinkontinans operasyonuna göre başarı oranları Tablo 5’de gösterilmiştir. Çalışmamıza katılan Grup 1’deki 105 hastadan 63 (%60.0)’üne

profilaktik antiinkontinans operasyonu olarak TVT prosedürü 42 (%40.0)’sine de Burch kolposüspansiyonu uygulanmıştır. TVT grubu ile Burch grubu arasında operasyondan sonra ortaya çıkan işeme zorluğu , de novo sıkışma hissi , stres inkontinans ve rekürren prolapsus açısından istatistiksel olarak anlamlı fark tespit edilmedi (p>0,05). İstatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamasına rağmen TVT yapılan grupta operasyondan sonra ortaya çıkan işeme zorluğu oranı Burch grubundan yüksek idi.

	GRUP 1		
	TVT (n=63)	Burch (n=42)	p değeri
İşeme zorluğu	11 (%17.5)	5 (%11.9)	0,58
De novo sıkışma hissi	6 (%9.5)	4 (%9.5)	1,00
Stres inkontinans	5 (%7.9)	4 (%9.5)	1,00
Rekürren prolapsus	2 (%3.2)	1 (%2.4)	1,00

Tablo 5: Grup 1’deki 105 hastanın yapılan profilaktik antiinkontinans operasyonuna göre başarı oranları

TARTIŞMA

Pelvik organ prolapsuslu hastaların ameliyat öncesi değerlendirilmesinde uygun şekilde yapılan ürodinamik incelemenin rolü büyüktür. Ürodinamik incelemenin önce hastalardaki prolapsus düzeltilmeden yapılması , ardından uygun bir pesser , tampon , ring forseps , spekulum veya manuel olarak prolapsus düzeltilerek tekrar edilmesi oldukça önemlidir. Nitekim prolapsus düzeltildikten sonra yapılan ürodinamik incelemede idrar kaçağı tespit edilirse hastaya Gizli Ürodinamik Stres İnkontinans tanısı konulur ve prolapsus cerrahisine ek olarak antiinkontinans cerrahisi uygulanması faydalı olacaktır. Rosenzweig ve arkadaşları bir çalışmada, ciddi sistoseli olan hastalarda prolapsusun basit bir pesser kullanılarak düzeltilmesi ile %59 oranında Gizli Ürodinamik Stres İnkontinans tespit etmişler (8). Benzer şekilde Ghoeneim ve arkadaşları ürogenital prolapsusu olan hastalarda pesser kullanımı ile %68 oranında Ürodinamik Stres İnkontinansın gizlendiğini bulmuşlar (9). Biz de çalışmamızda 3.derece ve üzerinde pelvik organ prolapsusu olan hastalarda %52.2 oranında Gizli Stres İnkontinans tespit

ettik. TVT,1996 yılında Ulmstein ve arkadaşları tarafından Stres inkontinans tedavisinde kullanılabilen minimal invaziv bir teknik olarak tanımlanmasından sonra yapılan birçok çalışmada TVT'nin Stres İnkontinans tedavisindeki yüksek başarı oranını , güvenilirliğini ve dayanıklılığını desteklemiştir (10,11). Bugün TVT operasyonu Stres İnkontinans tedavisinde tüm dünyada yaygın olarak kullanılmaktadır. İnkontinans tedavisinde %81'den %100'e kadar olan yüksek başarı ve düşük komplikasyon oranları nedeniyle pelvik prolapsusa eşlik eden gizli veya belirgin Stres İnkontinans tanısı almış olan hastalarda en çok tercih edilen operasyonlardan birisidir.

Pelvik prolapsus cerrahisi ile birlikte yapılan antiinkontinans cerrahisinin operasyon sonrasında gelişebilecek stres inkontinans üzerine etkisini değerlendiren bazı çalışmalar vardır. Bir çalışmada prolapsus cerrahisi ile birlikte profilaktik antiinkontinans cerrahisi olarak Kelly plikasyonu ve Stamey prosedürü uygulanan Gizli Stres İnkontinans hastalarında postoperatif stres inkontinans gelişme olasılığı sırasıyla %50 ve %23 olarak bulunmuştur (12). Benzer bir çalışmada antiinkontinans operasyonu olarak puboüretal ligament plikasyonu ve Pereyra süspansiyonu yapılmış ve operasyon sonrasında sırasıyla %76 ve %50 oranında stres inkontinans geliştiği görülmüştür (13). Barnes ve arkadaşları ise pubovaginal sling operasyonu ekledikleri Gizli Stres İnkontinans hastalarında %95 başarı elde etmişler (14). Bir çalışmada prolapsus cerrahisi ile birlikte yapılan TVT operasyonunda postoperatif inkontinans açısından başarı oranını %84 olarak bulunmuş ve TVT'nin prolapsus cerrahisi ile kombine edildiğinde en az tek başına uygulandığındaki kadar başarılı olduğu görülmüştür (15). Biz de yaptığımız çalışmada prolapsusu cerrahisine ek olarak profilaktik antiinkontinans cerrahisi yapılan grupta stres inkontinans gelişme oranını %8.6 olarak bulduk. Profilaktik antiinkontinans cerrahisi uygulanmayan grupta ise bu oran %28.6 idi ve iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı fark vardı(p=0,008). Bununla birlikte sling prosedürlerinin özellikle kullanım tekniğiyle ilgili morbiditesi, operasyon sonrası mesane çıkış obstrüksiyonu ve urge inkonti-

nans gibi konularda endişelere sebep olmasına rağmen stres inkontinans ve bu duruma eşlik eden pelvik prolapsus olgularında güvenle kullanılabilmesine dair uzun dönem sonuçları mevcuttur. Biz de çalışmamızda profilaktik antiinkontinans cerrahisi olarak TVT uyguladığımız hastalarımızda işeme zorluğu için %82.5 , de novo sıkışma hissi için %90.5 ve stres inkontinans için %92.1 başarı tespit ettik. Chaikin ve arkadaşları yaptıkları bir çalışmada inkontinans cerrahisi sonrası de novo sıkışma hissi için başarı oranını %90 , Barnes ve arkadaşları ise başka bir çalışmada bu oranı %85 olarak bulmuşlardır(14,16). Ürodinamik Stres İnkontinans tedavisinde kullanılan diğer bir operasyon Burch kolposüspansiyonudur. Burch kolposüspansiyonu ile tedavi edilen stres inkontinans hastalarının uzun dönem sonuçları incelendiğinde işeme zorluğu ve detrusor hiperreaktivitesi oranı sırasıyla %22 ve %14.7' dir (17). Biz de çalışmamızda prolapsusu cerrahisine ek olarak Burch kolposüspansiyonu yapılan hastalarımızda %11.9 oranında işeme zorluğu, %9.5 de novo sıkışma hissi ve yine %9.5 stres inkontinans tespit ettik.

Pelvik prolapsus ve Gizli Stres İnkontinans hastalarında kombine operasyon sonuçların değerlendiren toplam 6 çalışmanın sonucunda hastalarda %86-100 oranında kontinans saptanmıştır. Sadece prolapsus cerrahisi yapılanlarda de novo sıkışma hissi %5 bulunurken kombine operasyonlarda bu oran %6-30 arasında bulunmuştur(16,18).

SONUÇ

Pelvik prolapsusu olup Gizli Stres İnkontinans tespit edilmeyen hastalarda post operatif stres inkontinans gelişmesi çok düşüktür (%2-10). Bu nedenle hastalarda inkontinans cerrahisinin istenmeyen etkilerinin ortaya çıkmasını engellemek için sadece prolapsus cerrahisi yapılması doğru bir yaklaşım olabilir. İleri derecede pelvik organ prolapsusu olan hastalar operasyon sonrasında ortaya çıkabilecek stres inkontinans açısından risklidirler.Bu nedenle prolapsus cerrahisine ek olarak yapılacak profilaktik antiinkontinans cerrahisi hastaları önemli bir problemten kurtaracaktır. TVT operasyonu ve Burch kolpo-

süspansiyonu, stres inkontinans tedavisindeki yüksek başarı oranları , ayrıca prolapsus cerrahisi ile birlikte uygulandıklarında da tek başına uygulandıklarındaki kadar başarılı olmaları nedeniyle antiinkontinans cerrahisinde tüm dünyada en başta tercih edilen operasyonlardır.

KAYNAKLAR

1. Olsen A.L, Smith V.J, Bergstrom J.D, et al. Epidemiology of surgically managed pelvic organ prolapse and urinary incontinence. *Obstet Gynecol*,1997;89:501-506
2. Smith FJ, Holman CD, Moorin RE, Tsokos N. Lifetime risk of undergoing surgery for pelvic organ prolapse. *Obstet Gynecol* 2010; 116:1096.
3. Abrams P, Cardoze L, Fall M, Griffiths D, Rosier P, Ulmstein U, Van Kerrebroeck P, Vivtor A, Wein A. Standardisation sub-committee of Continence Society. The standardisation of terminology of lower urinary tract function: report from the standardisation subcommittee of the International Continence Society. *Neurourol Urodyn* 2002, 21:167-168
4. Hunskaar S, Arnold EP, Burgio K, Dianko AC, Herzog AR, Mallett VT. Epidemiology and natural history of urinary incontinence. 1999,34:102-104
5. Colombo M, Maggioni A, Zanetta G, et al. Prevention of postoperative urinary stress incontinence after surgery for genitourinary prolapse. *Am J Obstet Gynecol*, 1996; 87:266-271
6. Bergman A, Koonings PP, Ballard CA. Predicting postoperative urinary incontinence in women undergoing operation for genitourinary prolapse. 1996,158:1171-5
7. Bump RC, Mattiasson A, Bo K, et al. The standardization of terminology of female pelvic organ prolapse and pelvic floor dysfunction. *Am J Obstet Gynecol* 1996; 175:10
8. Rosenzweig BA, Pushkin S, Blumenfeld D, et al. Prevalence of abnormal urodynamic test result in continent women with severe genitourinary prolapse. *Obstet Gynecol* ,1992;79:539
9. Ghoneim GM, Walters F and Lewis V. The value of the vaginal pack test in large cystoceles. *J Urology*,1993;152:931
10. Ward KL, Hilton P; UK and Ireland TVT Trial Grup. A prospective multicenter randomized trial of tension-free vaginal tape and colposuspension for primary urodynamic stress incontinence. *Am J Obstet Gynecol*,2004;190:324-331
11. Nilsson CG, Falcaner C, Rezapour M. Seven-year follow-up of the tension free vaginal tape procedure for treatment urinary incontinence. *Obstet Gynecol*,2004;104:1259-1262
12. Groutz A, Gordon D, Wolman I, Jaffa AJ, Kupferminc MJ, David MP, Lessing JB. The use of prophylactic Stamey bladder neck suspension to prevent postoperative stress urinary incontinence in clinically continent women undergoing genitourinary prolapse repair. *Neurourol Urodyn*,2000;19(6):671-676
13. Colombo M, Maggioni A, Scalombrino S, Vitobella D, Milani R. Surgery for genitourinary prolapse and stress incontinence; a randomized trial of posterior pubourethral ligament plication and Pereyra suspension. *Am J Obstet Gynecol*,1997;176(2):337-343
14. Barnes NM, Dmochowski RR, Park R, Nitti VW. Pubovaginal sling and pelvic prolapse repair in women with occult stress urinary incontinence: effect on postoperative emptying and voiding symptoms. *Urology*,2002;59(6):856-860
15. Gordon D, Gold RS, Pauzner D, Lessing JB, Groutz A. Combined genitourinary prolapse repair and prophylactic tension free vaginal tape in women with severe prolapse and occult stress urinary incontinence: preliminary results. *Urology*,2001;58(4):547-550

16. Chaikin DC, Groutz A, Blaivas JG. Predicting the need for anti-incontinence surgery in continent women undergoing repair of severe urogenital prolapse. *J Urol* 2000;163(2):531-534

17. Alcalay M, Manga A, Stanton SL. Burch colposuspension; a 10-20 year follow-up. *Br J Obstet Gynecol*, 1995;102:740-745

18. Gordon D, Gold RS, Pauzner D, Lessing JB, Groutz A. Combined genitourinary prolapse repair and prophylactic tension free vaginal tape in women with severe prolapse and occult stress urinary incontinence: preliminary results. *Urology*, 2001;58(4):547-550