

KADIN ÜRİNER İNKONTİNENS TEDAVİSİNDE RETROPUBİK URETROPEKSİ

RETROPUBIC URETHROPEXY; IN MANAGEMENT OF FEMALE URINARY INCONTINENCE

ARIMAN, A., KAYILI, İ., ÖZEN, A., TOPSAKAL, M., BAŞAK, D.

SSK Okmeydanı Hastanesi

ÖZET

Kliniğimizde 1986 Kasım-1991 Ağustos ayları arasında stres üriner inkontinens nedeniyle kolposuspansiyon tedavisi gören 18 hastayı retrospektif olarak değerlendirdik. 16 hastamızın grade 2, 2 hastamızın ise grade 3 stres üriner inkontinens yakınması vardı. Bütün hastalarımız IVP, idrar analizi, uretrosistoskopi, jinekolojik muayene ve Marshall-Marchetti testi ile değerlendirdik ve tüm olgularımızın tedavisinde kolposuspansiyon tekniğini uyguladık. Hastalarımızın postoperatif takiplerinde stres üriner inkontinens görülmedi.

SUMMARY

We have evaluated retrospectively 18 patient whose complaints were stress urinary incontinence and underwent colposuspension in their managements between 1986 November-1991 Agust in our clinic. 16 of the patients grouped as grade 2 stress urinary incontinence and the other 2 patients were grade 3. In all cases we have performed IVP, urine analysis, urethrocystoscopy, gynecological examination and Marshall-Marchetti stress test. In the management of all cases we choosed colposuspension technique. Post operative observation of patients revealed no stress urinary incontinence.

GİRİŞ

Stres üriner inkontinans, genellikle yaşlı kadınların öksürme ve eforla idrar kaçırma şeklinde görülen bir şikayettir. Çoğunlukla doğum

sonrası görülmesine rağmen genç kızlarda ve doğurmamış kadınlarda da görülür. (1)

Stres üriner inkontinanslı hastalarda ana lezyon mesana tabanı ve üretranın sarkması ile normal midüretal direncin kaybıdır. Sfinkter adaleleri genellikle normaldir, ancak üretra ve mesanenin düşmesi ile etkili bir şekilde çalışamazlar. Üretral basınç çalışmaları bu hastalarda üretral kapanma basıncının azaldığını gösterir (3)

İkınma ile idrar kaçırma şikayeti ancak hasta ayakta dururken görülür. Hasta yatakta iken kurudur. İdrar kaçırma şiddetine göre 3 dereceye ayırabiliriz.

Gr. 1 Stres üriner inkontinans: Öksürme, ıkınma, gülme gibi intraabdominal basıncın arttığı durumlarda görülür.

Gr. 2 Stres üriner inkontinans: İntraabdominal basıncın hafif arttığı "oturmak, ayağa kalkmak, merdiven çıkmak, koşmak" gibi durumlarda görülür.

Gr. 3 Stres üriner inkontinans: İntraabdominal basınca bağlı olmadan devamlı idrar kaçırma anlamına gelir. (4)

MATERYAL VE METOD

Kliniğimizde 1986-1991 yılları arasında 18 hasta stres üriner inkontinans tanısı ile tedavi görmüştür. Ortalama yaş 48.5 (35-62), ortalama doğum sayısı ise 4(1-10 arası) idi. 5 hastamız (% 27) daha önce jinekolojik operasyon (T. A. H.) geçirmişti. Hastalarımızın 16'sı Gr. 2, 2'si Gr. 3 stres üriner inkontinans tarif ediyordu.

Bütün hastalarımız genel durumları, kardiyopulmoner durumları, mevcut kiloları ve kilo değişiklikleri açısından preoperatif değerlendiril-

TARTIŞMA

di. Bu yönlerden hiç birinde operasyonu etkiliyecek bir sorun çıkmamıştı. Tüm olgularımız preoperatif IVP, sistografi, idrar analizi, üretro-sistostokopi, jinekolojik muayene ve stres üriner testi (Marshall-Marchetti) ile değerlendirildi.

Ayakta yapılan sistografik araştırmalarında mesanenin, ramus pubisin alt kenarını geçtiği ve ıkınma ile dahada aşağı sarktığı (ort: 2 cm.) görüldüğü. Lateral sistografide üretrovezikal açının değiştiği gözlemlendi.

Üretrosistostoskopik tetkiklerinde mesane tabanının sarkması ve üriner enfeksiyon mevcut olan hastalardaki enflamasyon bulguları dışında bir özellik görülmedi. Hastalarımızın % 22'nde (4 hasta) preop üriner sistem enfeksiyonu tespit edilmiş ve tedavi yoluna gidilmiştir. Operasyonun başarı şansını preop değerlendirmek için tüm olgularımıza üriner stres testi yapıldı. Bu test için hastanın mesanesi doldurulduktan sonra ayakta durur pozisyonda mesane boynu vaginadan iki parmak ile pubis kemiğine doğru yükseltildi ve hasta öksürtüldü. Şayet bu şekilde idrar kaçağı yok ise test (+) kabul edildi. Bütün hastalarımızda test neticesi (+) görüldükten sonra colposuspension tekniği uygulama kararı aldık.

Ameliyat için hasta supine pozisyonda bacakları orta hattan 30 derece açık vaziyette yatırıldı. 14-16F foley sonda mesaneye yerleştirildi ve balonu 5 cc. şişirildi. Plfannenstiel insizyon ile mesane boynuna ulaşıldı. Bir asistan iki parmağı ile vagina ön duvarını yukarı kaldırarak yardımcı oldu ve bu şekilde paravaginal fascia ligamentum ileopectiniaya (Cooper's lig) sağlamı sollu ikişer sütür ile dikildi. Sütür materyali olarak No: 1 Vicryl kullandık. (2) Hastalarımızın sondası post op 7. gün alındı.

Bir hastamızın operasyon sırasında iki taraflı ureterleri bağlandı ve 24 saat içinde fark edilerek müdahale edilip sütürleri açıldı. Bir hastamızda yara enfeksiyonu gelişti. 3 hastamızda (% 16) ise bir hafta sonra yaptığımız kontrolde üriner sistem enfeksiyonu tespit edildi ve uygun antibiyotik ile tedavi edildi. Bunların dışında bir komplikasyona rastlanmadı.

Hastalarımızı 6 ay ile 12 ay arası takip ettik ve bu süre içinde hiçbirinde inkontinans görülmedi.

Stres üriner inkontinansın şiddetli sosyal rahatsızlığa sebep olması operasyon için kesin bir endikasyondur. Ancak operasyon kararı vermeden önce üriner inkontinansın ayırıcı tanısının kesin bir şekilde yapılması gerekir. Aksi takdirde operasyon neticesi yüz güldürücü olmayabilir. Bu nedenle biz bütün hastalarımızın geçmişindeki enüresis, ağrılı idrar yapma, hematüri, üriner kalkül, bakteriyel sistit ve nörolojik hastalıklara ait anamnezlerini dikkatlice alarak spesifik ürolojik ve nörolojik araştırmalarını yaptık. Nöropatik mesaneli hastalarda ve inhibe edilemeyen detrusor kontraksiyonları olan hastalarda retropubik üretropexi kontrendikedir. Keza geçirdiği jinekolojik ameliyatlardan neticesi vaginal duvarın kalınlaştığı, skarlaştığı ve rigid hal aldığı hastalarda da operasyon neticesi tatminkar olmamaktadır (6). Ancak bizim ameliyat ettiğimiz hastaların 5 tanesi daha önce jinekolojik operasyon geçirmiş olmasına rağmen operasyon neticeleri başarılıydı. Yalnız burada geçirilen ameliyatlardan abdominal yolla olduğunu belirtmek istiyoruz.

Biz bütün hastalarımızı kardiyopulmoner durumu, kilo durumu ve kilo değişiklikleri açısından değerlendirdik. Kardiyopulmoner açıdan bütün hastalarımızın problemsizdi. Hastalarımızın kilo durumlarını ise kesin tespit edememiş olmamıza rağmen aşırı kilolu olmadıklarını biliyoruz. Obesite, astım ve aşırı sigaraya bağlı kronik öksürük gibi kronik pulmoner hastalıklar cerrahi için kesin kontrendikasyon olmamakla beraber, cerrahinin neticesinin tatminkar olması için hastaları bu faktörlerden uzaklaştırmak gerekir (7).

Anterior vaginal duvarın mobilitesini anlamak için jinekolojik muayene gerekir. Eğer vaginal prolaps çok bariz ise retropubik üretropexi, vaginal yoldan sistosel ve gerekirse rektosel tamiri ile kombine edilmelidir (5). Bizimde bir hastamıza rektosel nedeniyle colporaphli posterior yapmamız gerekti.

Retropubik üretropexi sonrası en sık beklenen komplikasyonlar olarak üriner retansiyon, üriner sistem enfeksiyonu, yara enfeksiyonu,

pelvik hematoma, mesane perforasyonu ve osteitis pubisi sayabiliriz. Bizim hastalarımızın yalnızca 3'ünde (%16) üriner sistem enfeksiyonu gelişti. 1 hastamızda da yara enfeksiyonu görüldü. Green ve arkadaşlarının 21 hastalık grubunda da 3 hastada üriner sistem enfeksiyonu, 1 hastada yara enfeksiyonu geliştiği bildiriliyor. Bu grupta ayrıca 4 hastada üriner retansiyon, 2 hastada pelvik hematoma, 1 hastada osteitis pubis geliştiği bildirilmektedir (5). Bu saydığımız komplikasyonlar dışında 1 hastamızda ameliyat sırasında bilateral üreterler ligatüre edildi ve 24 saat içinde durum fark edilerek gerekli müdahale yapıldı. Süspansiyon sütürleri açıldı.

Bu çalışmamız neticesinde, ameliyat öncesi hastaların seçimi ve değerlendirmesi uygun yapıldığı takdirde gerçek stres üriner inkontinans tedavisinde retropubik üretropexi yönteminin morbidite yönünden hala güvenilir bir yöntem olduğunu kanaatine vardık.

- 1- **Tanagho, Emil, A.:** Disorders of the bladder, prostate and seminal vesicles. Smith's Gen. Urol. 1992, Ch: 36 pp: 582
- 2- **Burch, J. C.:** Urethrovaginal fixation to Cooper's ligament for correction of stress incontinence, cystocele and prolapse. AM J. Obstet. Gynecol. 1961; 81: 281
- 3- **Tanagho, E. A.:** Urodynamics of female urinary incontinence with emphasis on stress incontinence. J. Urol. 1979; 122:20
- 4- **Ingelman-Sundberg A.:** L'incontinence urinaire orthostatique chez la femme. Gyn. prot (Paris) 1960; 11: 561
- 5- **David, F., Green, Edward J., McGuire, Bernard Lytton.:** A comparison of endoscopic suspension of the vesical neck versus anterior urethropexy for the treatment of stress urinary incontinence. J. of Urol. 1986; 136: 1205-1207
- 6- **C. Paul Hodgkinson and Stuart L. Stanton.:** Retropubic urethropexy or colposuspension.
- 7- **Bobby, L. Shull, MD. and Wayne, F., Baden, MD.:** A Six year experience with paravaginal defect repair for stress urinary incontinence. AM J. Obstet. Gynecol. 1989; 160: 1432-40.