



TÜRK ÜROLOJİ DERGİSİ

Cilt: 14, Sayı: 3, 349-355, 1988

KADINLARDA STRESS İNKONTİNANSA CERRAHİ YAKLAŞIM

SURGICAL APPROACH TO THE STRESS INCONTINENCE IN WOMEN

TUNÇ, M., ÖZSOY, G., KADIOĞLU, A., ANDER, H., ERSAY, A.R.^(*)

GİRİŞ

Stress inkontinans kadınlarda intra-abdominal basıncın artmasına bağlı olarak uretada herhangi bir anomali olmamasına rağmen istem dışı idrar kaçırmadır. Stress inkontinans mesane adalesinde de bir patoloji bulunmaz. Kadınlarda görülen üriner stress inkontinans 3 grade'e (dereceye) ayrılabilir. Grade I'de hasta uykuda iken kuru, ancak gündüz ani olarak intra-abdominal basınç artışında idrar kaçırmaktadır. Hasta daha az şiddetli bir fizik aktivitede (aniden kalkma, yürüme gibi) idrar kaçırmıyorsa grade II, herhangi bir aktiviteye bağlı olmadan idrar kaçırmıyorsa ve mesanesi boş ise grade III olarak sınıflandırılır (3).

Normal şartlar altında endo-pelvik fasya, pubo-servikal fasya, pubo-uretral adaleler ve pubo-uretral ligaman mesane ve uretranın intra abdominal pozisyonunda kalmasını temin eder. Mesane ve uretraya pelvik desteklerin konjenital zayıflığı, vajinanın konjenital kısa olması, ağır işte çalışma, çok sayıda doğum ve menapoz vajinal prolapsusa sebebiyet vererek inkontinansa yol açar (2).

Histerektomi ve diğer cerrahi girişimler anterior vaginal prolapsusa sebebiyet verir, mesane ve uretra prolapse olan vagina duvarı aracılığı ile abdominal pozisyonun altına düşer. Mesanenin düşüşü sırasında uretro-vezikal açı ve mesane boynu normal anatomik pozisyonunu yitirir ve inkontinansa yol açar. Intra-abdominal basıncın uretro-vezikal açıdaki etkisi kaybolur ve stress inkontinans teşekkül edebilir (3, 10).

Stress inkontinans şikâyeti ile başvuran hastaların fizik muayenesi yapıldıktan sonra IVP ve sistografi ile üriner sistemlerinin değerlendirilmesini takiben, organik bir üriner obstrüksiyon veya nörojen mesanelerinin olup olmadığının araştırılması gerekir.

(*) İstanbul Tıp Fakültesi Üroloji Anabilim Dalı

Bu hastaların rutin jinekolojik muayenelerinin yapılmasının şart olduğu söylenmektedir (1). Stress inkontinansı taklit eden unstable mesanenin teşhisinde ve ayırıcı tanısında, hastalara uygulanan sistometrik ve ürodinamik tetkikler önem kazanır. Stress inkontinans teşhisi için Marshall-Marchetti testi yapılmalıdır (3). Mesanedeki herhangi bir patolojiyi elimine etmek için de sisto-uretroskopi uygulanmalıdır.

Stress inkontinans tespit edilen hastalar medikal ve çok sayıda değişik cerrahi yöntemlerle tedavi edilirler. Bu yöntemler arasında Keil (3), Marshall-Marchetti-Krantz (5), Burch kolposüspansiyonu (1), Stamey (9) ve Stamey (8) prosedürleri sayılabilir.

MATERYAL VE METOD

1978-1987 yılları arasında idrar kaçırma şikâyeti ile bizi bünyemize başvuran hastalar, bu bilgilerin ışığında değerlendirilmiştir. Stress inkontinans ameliyatı uygulanan 41 kadın hastaya önce fizik muayene yapılmıştır. Fizik muayenede sistosel ve rektosel olup olmadığı araştırılmıştır. Hastalarda üriner enfeksiyon elimine edildikten sonra intravenöz ürografi ve sistografi ile üriner sistemin anatomisi ve fonksiyonu araştırılmıştır. Marshall-Marchetti testini takiben hastalara 1986 Temmuz ayına kadar sistometrik tetkik yapılarak mesanenin innervasyonunun normal olup olmadığı araştırılmıştır. Bu tarihten sonra teknik yetersizlikten dolayı sistometrik tetkik mümkün olmamıştır. Organik bir patolojiyi elimine etmek için hastalara rutin endoskopi tetkik yapılmış ve uretra, mesane boynu ve mesane gözlenmiştir.

BULGULAR

Stress inkontinans ameliyatı uygulanan hastaların yaş gruplarına dağılımı Tablo I'de gösterilmiştir. Hastalarımızın yaş ortalaması 45.9'dur. Hastalarımızdan iki doğum yapan kadın sayısı 8, üç doğum yapanlar 12, dört doğum yapanların sayısı 8, beş doğum yapan 6 ve altı doğum yapan kadın sayısı 7 olarak belirlenmiştir. Hastaların stress inkontinans grade'leri ise Tablo II'de gösterildiği gibidir.

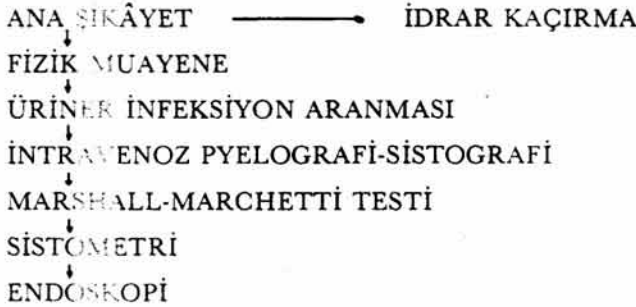
TABLO I: Hastaların Yaş Gruplarına Göre Dağılımı

YAŞ	SAYI
30-40	8
40-50	15
50-60	18

TABLO II: Stress İnkontinans Derecelendirilmesi

GRADE I	32 HASTA
GRADE II	7 HASTA
GRADE III	2 HASTA

TABLO III: Stress İnkontinanslı Hastalara Yaklaşım



TABLO IV: 1978-1987 Yılları Arasında Stress İnkontinanslı Hastalara Uygulanan Operasyonlar

YILLAR	78	79	80	81	82	83	84	85	86	87
BURCH	3	4	3	4	3	4	4	2	4	3
M.M.K.	1	2	2	1	1	—	—	—	—	—

Marshall-Marchetti testi yapılan hastaların 29'unda test (+) olarak bulunmuştur. 12'sinde hastalar mabeyra sırasında idrar kaçırmamışlar ve stress inkontinansları hakkında bilgi sahibi olmak mümkün olmamıştır. Bu nedenle bu test ikinci kez tekrarlanmış ve ayrıca hastalara essandan eforlu sistografi çekilmiştir. Hastaların ıknma ve öksürme sırasında çekilen sistografilerinde idrar kaçırdıkları gözlenmiştir (Resim 1). Hiçbirinde üriner enfeksiyonla karşılaşmayan hastalarımızın 5'ine sistometri teknik yetersizlikten dolayı yapılamamış, sistometri uygulanan 36 hastanın beşinde unstable mesane olduğu gözlenmiştir. Bu beş hasta ameliyata karar verilmeden önce 3 ay süreyle 2 mg/kg imipramin ve 15-30 mg/kg probanthine ile tedavi edilmişlerdir. İnkontinansları devam ettiği için bu hastalara Burch kolposüspansiyonu uygulanmıştır. 41 hastanın hepsinde sistoskopi sonucu organik bir lezyona rastlanmamıştır. Tablo III'de kliniğimizde stress inkontinansa yaklaşımımız özetlenmiştir.

Bu bulguların ışığında 41 hastanın 34'üne Burch kolposüspansiyon, 7'sine de Marshall-Marchetti-Krantz operasyonu uygulanmıştır. Stress inkontinans nedeniyle kliniğimizde uygulanan ameliyatların yıllara göre dağılımı Tablo IV'deki gibidir.

Marshall-Marchetti-Krantz operasyonunda uygulanan veziko-uretral süspansiyon suprapubik bir insizyondan yapılır. Hasta dorso-litotomi pozisyonundadır. Üretral kateter konur ve kateterin balonu veziko-uretral açığı (jonktürü) belirlemek için şişirilir. Mesane boynunu explore etmek için künt disseksiyon kullanılır. 2/0 kromik cat-gut ile parauretral doku suprapubik periostuna fikse edilir. Eğer non-absorbabl sütür materyali kullanılırsa uretra-vezikal jonktürün her iki tarafına iki adet sütür kullanılır. Bu sütürler proksimal uretra ve uretra-vezikal jonktürü simfiz pubise yükseltir. Marshall-Marchetti-Krantz operasyonu ile birlikte histerektomi de tavsiye edilmektedir (12).

Burch kolposüspansiyon ameliyatında ise hasta litotomi durumunda yatırılır. Karın alt bölgesiyle birlikte vagina da temizlenir. Pfannenstiel insizyonu ile retropubik bölgeye varılır. Mesane boynu ve proksimal uretranın pubis simfizi ile olan yapışıklıkları ayrılır. Bimanuel olarak mesane orta hatta doğru üzerinde yatmakta olduğu vaginal fasyadan mobilize edilir. Böylece vaginal forniksler iyice ortaya çıkarılmış olur. Mesane boynunun her iki tarafından itibaren vagina duvarına üçer adet dexon, naylon veya ipek sütür konur. Daha sonra sütürler kendi tarafındaki Cooper ligamentine (ligamentum iliopectinea) tespit edilir. Vaginadaki parmak uretro-vezikal bölgeyi istenen seviyeye kadar kaldırır. Vagina duvarına konan sütürle uretro-vezikal bölge yüksetildiği için bu ameliyata Burch kolposüspansiyon adını vermiştir (3, 7, 11).

TABLO V: Marshall-Marchetti-Krantz Ameliyatının Komplikasyonları

2 HASTADA POST OP. İNKONTİNANS
5 HASTADA İDRAR YAPMA GÜÇLÜĞÜ
2 HASTADA DİLATASYONLAR SONRASI İNKONTİNANS

Burch kolposüspansiyonu uygulanan 34 vakanın 8'ine ve Marshall-Marchetti uygulanan 7 vakanın 3'üne daha önceden başka kliniklerde Kelly plikasyonu uygulandığı halde stress inkontinansları devam etmekteydi. Burch kolposüspansiyon ameliyatı sırasında 4 hastada mesane boynu proksimal uretradan serbestleştirilirken künt disseksiyon sırasında mesane yırtıldı. Bu yırtık primer sütürlerle kapatıldı. Geç komplikasyon olarak Burch kolposüspansiyon ameliyatında 6 hastada işeme güçlüğü oluşmuş ve bunlara aralıklı dilatasyon uygulanmış ve üçünde stress inkontinans yeniden oluşmuştur. Üç hastamızın da şikâyeti detrussor instabilitesi nedeniyle değişmemiştir. Bu üç hastaya antikolinergik medikal tedavi uygulanmış ve 1 ila 3 ay arasında değişen zaman içinde kontinan hale gelmişlerdir. Marshall-Marchetti-Krantz ameliyatı uygulanan 7 vakanın 5'inde post operatif dönemde aralıklı uretral dilatasyonu gerektirecek işeme güçlüğü oluşmuş, bunların 2'sinde 8 ay sonra yeniden stress inkontinans başlamıştır. Diğer iki vaka da ameliyattan istifade etmemişlerdir. Aralıklı uretral dilatasyon yapılan 5 hastanın üçünde miksiyon güçlüğü ortadan kalkmıştır (Tablo 5).



Resim 1: Stress İnkontinansına Neden Olan Hastanın İkinma-Öksürme Sırasında Çekilen Sistografisi

TARTIŞMA

İdrar kaçırma şikâyeti Marchetti testi ile inkontinans olarak test ikinci kez tekrar edilmesi amacıyla hastalara assandadır. Sırmak gibi eforlarla hastalarda mesanesi olanlarda bu 3 unstable mesaneli hastada Genellikle unstable mesane gün görülmez, hatta kontr uretral sfinkter yetersizliği table mesaneli hasta ameli da uretral sfinkter yetersiz

liğimizde ameliyat edilen hastaların %2'sinde Marshall-Marchetti testi ile inkontinans saptanmamıştır. Bu hastaların şikâyeti göz önüne alınarak testin pozitif olduğu görüldükten sonra teyid etmek amacıyla sistografi çekilmiştir. Sistografi sırasında öksürmek ve akıntı fizyolojik olarak idrar kaçırdığı tespit edilmiştir. Unstable mesaneli hastaların güvenilmemesi gerektiği vurgulanmaktadır. Serimizde Marshall-Marchetti testi ile olumlu sonuç elde edilmiştir. Hastalara stress inkontinans ameliyatının yapılması uygundur (3, 7). Ancak unstable mesaneli birlikte belirgin tedavi girişim düşünülmelidir (7, 11). Serimizde üç unstable mesaneli hastaya medikal tedaviye cevap vermemiştir. Bu hastaların saptandığı için stress inkontinans ameliyatı yapılmıştır.

Ameliyat sonrası hastaların idrar kaçırma şikâyetleri azalmış, fakat ortadan kaybolmamıştır. Bu hastalarda post operatif medikal tedavi ile birlikte 3-13 ay içinde kontinans temin edilmiştir. Bu da belirli şartlar altında unstable mesanesi olan hastalarda stress inkontinans ameliyatının yapılabileceğini ortaya çıkar.

Ameliyatın başarılı olup olmadığını anlamak için hastaları en az 6-12 ay takip etmek gerekir (3, 7). Çünkü zamanla asıcı sütürlerin atması ile dokular eski durumlarına dönebilir ve nüks görülebilir. Biz hastalarımızı 12-20 ay süreyle takip ettik. Bu izlemenin sonucunda Marshall-Marchetti yaptığımız 7, Burch kolposüspansiyon uyguladığımız 34 hastanın takibinde geç komplikasyonlara rastladık. Marshall-Marchetti-Krantz ameliyatı uygulanan hastaların 5'inde, Burch kolposüspansiyon yapılanların 6'sında idrar güçlüğü görüldü. Marshall-Marchetti-Krantz yapılan hastaların 2'sinde stress inkontinans devam etti.

Değişik çalışmalarda stress inkontinansda Burch kolposüspansiyonunun başarı oranı % 87-93 arasındadır (1, 10). Bizde de başarı oranı % 80,1 olarak bulunmuştur. Bu oranı etkileyen hamilelik, post operatuvar cinsel ilişki gibi durumlar söz konusudur (7). Başarısız olunan bu 3 hastada işeme güçlüğü nedeniyle yapılan uretral dilatasyonun da stress inkontinans yaptığı düşünülmektedir. Marshall-Marchetti-Krantz ameliyatı kliniğimizde 1980-1982 yılları arasında uygulanmıştır. Sekonder stress inkontinansı olan hastalarda ligamentum ileo-pectinea'nın yapışıklık ve fibrozisten dolayı yetersiz olduğu göz önüne alınarak bu tip hastalarda Marshall-Marchetti-Krantz'ın daha üstün olduğu söylenmektedir (3). Marshall-Marchetti-Krantz uygulanan 4 hastanın ikisinde geç komplikasyon olarak stress inkontinans devam etmiştir. Başarısızlığın sebebi 1 vakada cerrahi yetersizlik, diğerinde ise idrar güçlüğü nedeniyle yapılan uretral dilatasyonlardır. Marshall-Marchetti-Krantz operasyonu için başarı yüzdesi % 90-97 arasındadır (5, 6). Ancak kliniğimizde başarı oranı % 50 bulunmuştur. 1982 yılından sonra Burch operasyonu uygulanan sekonder vakalarda primer vakalardaki kadar başarılı olmamız nedeniyle Marshall-Marchetti-Krantz ameliyatı olan vaz geçilmiştir. Bundan başka Burch ameliyatında ligamentum ileo-pectinea'nın kullanılması ile Marshall-Marchetti-Krantz'a nazaran daha sağlam bir tespit olarak bulunmamız ve kliniğimizde görülmemesine rağmen Marshall-Marchetti-Krantz operasyonu komplikasyonu olarak bildirilen osteitis pubisten kaçınmak da Burch kolposüspansiyon tercih sebepleri arasındadır (3, 4).

ÖZET

1978-1987 yılları arasında kliniğimize başvuran ve gineyolojik, sistometrik, sistouretroskopik tetkikler ve jinekolojik muayene yapılarak stress inkontinans teşhisi konulan 41 kadın hasta cerrahi olarak tedavi edilmiştir. Bu hastaların 10'una Marshall-Marchetti-Krantz prosedür, diğerlerine Burch modifiye, Burch kolposüspansiyon ameliyatları uygulanmıştır. Bu hastaların post operatuvar tetkiklerinden elde edilen bulgular da çalışmada tartışılmıştır.

SUMMARY

Between 1978-1987 41 patients complaining of stress incontinence were subjected to this study. Radiological, cystometric studies and gynecologic examinations were performed to these patients. 10 of 41 cases underwent Marshall-Marchetti-Krantz procedure and in remaining 31 cases Burch colposuspension procedures were performed. Post op. follow up findings of 41 cases are also discussed in this study. .

KAYNAKLAR

1. **Burch, J.C.:** Urethrovaginal fixation to Cooper's ligament for correction of stress incontinence, cystocele and prolapse. *Am. J. Obstet. Gynecol.*, 81: 281, 1961.
2. **David, R., Stashin, M.D., Philippe, E., Zimmern, M.D., Hadley, H.R., Raz, S.:** The pathophysiology of stress incontinence. *Urol. Clinic of North Am.* p: 271-277 Vol: 12 Number: 2, 1985.
3. **Linde, M., Dairiki, Shoniffle, M.D., Thomas, A., Stamey, M.D.:** Urinary incontinence in the female, stress urinary incontinence in Campbell's Urology-5th Edition Walsh, Gittes, Perlmutter, Stamey (1986) W.B. Saunders Company, Philadelphia 2680-2711.
4. **McGuire, M.D. E.J.:** Abdominal procedures for stress incontinence, *Urol. Clin. of North Am.* 285-290 Vol. 12, Number 2, 1985.
5. **Marchetti, A.A.:** Urinary incontinence, *JAMA*, 162: 1366, 1956.
6. **Marchetti, A.A., Marshall, F. and Shultis, L.D.:** Simple vesicourethral suspension for stress incontinence of urine. *Am. J. Obstet. Gynecol.*, 74: 57, 1957.
7. **Özsoy, C.N.:** Kadınlarda stres inkontinansın vaginal flap tekniği ile düzeltilmesi, *Doçentlik Tezi*, 1982.
8. **Pereyra, A.J.:** A simplified surgical procedure for the correction of stress incontinence in woman. *West J. Surg.*, 65: 223, 1959.
9. **Stamey, T.A.:** Endoscopic suspension of the vesical neck for urinary incontinence. *Surg. Gynecol. Obstet.* 136: 547, 1973.
10. **Stanton and Cardozo:** Results of colposuspension operation for incontinence and prolapse. *Br. J. Obstet. Gynecol.*, 86: 693, 1979.
11. **Stanton, S.L. and Tanagaki, E.A. (Eds):** Surgery of female incontinence. Chaps. 3, 5, 6 and 8. New York Springer Verlag, 1979.
12. **Victor, F., Marshall, M.J. and Darracott Vaughhan, Jr.M.D., Jerome P. Parnell, M.D.:** Suprapubic vesicourethral suspension (Marshall-Marchetti-Krantz) for stress incontinence in Campbell's Urology-5th Edition Walsh, Gittes, Perlmutter, Stamey (1986) W.B. Saunders Company, Philadelphia (2711-2717).