

## 66 SİSTOSEL OLGUSUNUN KLİNİK TANIMLAMASI ve UYGULANAN CERRAHİ TEKNİKLERİN DEĞERLENDİRİMİ

THE CLINICAL REPRESENTATION OF 66 CYSTOCELE CASES AND THE EVALUATION OF THE APPLIED SURGICAL PROCEDURES

GÜNALP. İ., YAMAN, S., KÜPELİ, S., MÜFTÜOĞLU, Y.Z., GÖĞÜŞ  
O., ÖZDEMİR, D.G., YAĞCI, F., KARALEZLİ, G.

A.Ü. Tıp Fakültesi Üroloji Anabilim Dalı Emekli Öğretim Üyesi  
A.Ü. Tıp Fakültesi Üroloji Anabilim Dalı Öğretim Üyesi  
A.Ü. Tıp Fakültesi Üroloji Anabilim Dalı Araştırma Görevlisi

### ÖZET

Sistosel genellikle orta yaş kadın sekste mesaneyi alttan destekleyen yapıların destek özelliğinin azalması sonucu meydana gelir. Hastaların fizik yapıları ve klinik semptomları ile değişik tanı yöntemleri sonucu olgular derecelendirilerek değişik tip cerrahi tedavi yöntemlerine tabi tutulmuşlardır. Olgularımıza Kelly, Marshall-Marchetti-Krantz, Marshall-Marchetti modifiye, Stamey ve Lapedes tekniklerinden biri uygulanmıştır. Bu tekniklerin sistoselin derecesine bağlı olarak alınan sonuçlarının karşılaştırmalı analizi yapılmıştır. Genelde alınan pozitif sonuç % 89,6'dır. Genel organ pitozu ile birlikte bulunan sistosel olgularında değişik yöntemlerin uygulanması sonucu başarı oranının ise düşük olduğu gözlenmiştir.

Operasyon sonuçları bakımından Marshall-Marchetti-Krantz tekniği tercih edilecek bir yöntem olarak kabul edilmiştir.

### SUMMARY

Cystocele which is a widespread clinical entity in middle aged women, usually occurs due to the reduction of supportive characteristics of

structures which support the bladder. Each case was evaluated according to her symptoms, physical conditions and outcomes of some diagnostic methods; and one of the different treatment modalities was applied to her. These techniques were Kelly, Marshall-Marchetti-Krantz, modified Marshall-Marchetti, Stamey and Lapedes. All techniques results related to the degree of cystocele were comparatively analyzed. Generally, we received successful results, such as % 89,6. It is observed that the success ratio is low in the patients having cystocele with general organ ptosis.

According to surgical results, it is accepted that Marshall-Marchetti-Krantz techniques is the method of choice.

### MATERYAL ve METOD

1980 ile 1987 yılları arasında kliniğimize çeşitli şikayetlerle yatırılıp sistosel tanısı konan 66 hastanın klinik dökümantasyonu yapılmıştır. Bütün hastalara preoperatif rutin kan ve idrar tetkikleri, sistografi ve sistoskopi, postoperatif sonda alındıktan sonra kontrol sistografisi yapıldı. Hastaların yaşları 20-70 arasında değişmekte olup % 71,1'i 40-60 arasındadır. Büyük kısmı (% 89,5) üç ve daha fazla doğum yapmıştır. % 63,6'sının

şikayeti stres inkontinans, % 12,2'sinin devamlı inkontinans, % 7,5'unun niktüri % 7,5'unun urgency inkontinans, % 9'unun ise strangüridir. (Tablo 1). 38 hastanın (% 57,5) idrarı enfekte idi ve sistoskopik olarak 52 hasta normal. 14 hastada hafif inflamatuvar değişiklikler saptandı. Vakaların tümüne Marshall-Marchetti stres testi yapıldı. 8 hasta daha önce inkontinans nedeniyle opere edilip tekrar şikayetlerinin başlaması üzerine kliniğimize başvurmuştur. Bunların 5'i önceden Kelly, 3'ü sistopeksi operasyonu geçiren hastalardır. 66 hastanın 8'ine konservatif tedavi, 58'ine çeşitli tekniklerle operasyon yapıldı. Hastaların postoperatif kontrolleri yapılarak uygulanan cerrahi tekniklerin ve kullanılan materyallerin karşılaştırılmalı analizi yapılmıştır.

Operate edilen 58 hastanın tümünde Marshall-Marchetti stres testi pozitif bulunmuştur. Bu hastaların 5'ine (% 8,6) Kelly, 28'ine (% 48,2) Marshall-Marchetti Krantz, 21'ine (% 36,2) modifiye Marshall-Marchetti, 3'üne (% 5,1) Lapedes, 1'ine (% 1,7) Stamey operasyonu uygulandı. (Tablo 2) Postoperatif sonda alınış günü ortalama 7 gündü. Hastaların kontinans açısından yapılan kontrollerinde 6 hastada (% 10,3) başarısızlık, 52 hastada ise (% 89,6) başarılı olduğu görüldü. Halbuki hastalarda sonda alındıktan sonra çekilen kontrol sistograflerinde mesanenin normal konumunda olduğu tespit edilmişti. İnkontinansı devam eden hastaların 5'i modifiye Marshall-Marchetti, biri Marshall-Marchetti-Krantz operasyonu geçiren hastalardır.

Tablo I: Sistoselli 66 hastanın şikayeti

	Hasta sayısı	%
Stres inkontinans	42	63,6
Devamlı inkontinans	8	12,2
Urgency inkontinans	5	7,5
Niktüri	5	7,5
Strangüri	6	9
Toplam	100	100

Tablo 2: Operatif tedavi ve alınan sonuçlar

	Hasta Sayısı	Başarı
Marshall-Marchetti-Krantz	28	27
Modifiye Marshall-Marchetti	21	16
Kelly	5	5
Lapedes	3	3
Stamey	1	1
Toplam	58	52 (% 89,6)

Tablo 3: Komplikasyonlar

Vajinal apse	1	% 20
İdrar retansiyonu	2	% 3,6
Osteitis pubis	3	% 6
Eksitus	1	% 1,7

Kullanılan sütür materyali olarak 33 hastada (% 56,8) krome katkı, 16 hastada (% 27,5) dekson, 6 hastada (% 10,3) vikril, 3 hastada (% 5,1) ipek kullanılmıştır. Kontrollerde inkontinan olan 6 hastanın hepsinde krome katkı kullanıldığı tespit edildi.

Daha önce opere edilip stres inkontinansı nüks eden 8 hastanın hepsine Marshall-Marchetti-Krantz operasyonu uygulandı ve takip eden kontrollerinde hepsinin kontinan olduğu görüldü.

Hastaların postoperatif komplikasyon olarak Kelly operasyonu uygulanan 5 hastanın birinde vajinal apse, suprapubik sistopeksi uygulanan hastaların 3'ünde (% 6) osteitis pubis, 2'sinde (% 3,6) idrar sondası alındıktan sonra idrar retansiyonu ve tekrar birkaç gün sonda uygulanması, bir hastada postoperatif birinci gün kardiyak yetmezlik nedeniyle eksitus görülmüştür.

## TARTIŞMA

Genç, sağlıklı ve doğurmamış kadınların % 40-50'sinde hafif stres inkontinans görülebilir. Bununla beraber stres inkontinanslı kadınların en az % 80'i multipar ve perimenapozal dönemdedir.<sup>(10)</sup> Yaşla ve doğum sayısıyla orantılı olarak mesaneyi alttan destekleyen yapıların destek özelliğinin azalmasıyla normalde 90-100 derece olan posterior üetrovezikal açı azalır ve eksternal sfinkter normal olmasına rağmen stres inkontinans görülebilir.<sup>(1)</sup> Stres inkontinans cerrahi müdahalenin amacı üretrada kompresyon ve obstruksiyondan kaçınarak vezikoüretal segmenti yeterince desteklemek ve normal pozisyonuna getirmektir. Pür stres inkontinans sfinkterik mekanizma intaktır. Vezikoüretal segmentin desteklenmesi ve normal pozisyonuna getirilmesiyle genellikle normal sfinkterik fonksiyon yeniden çalışır hale gelir.<sup>(9)</sup> Çabuk ve düşük morbiditeli olan anterior vajinal cerrahi yaşlı veya fiziksel aktivitesi çok az olan hastalarda<sup>(8)</sup> ve ayakta çekilen sistografide mesane tabanının simfiz pubisin 3 cm. den daha fazla altına inmediği hafif stres inkontinanslı hastalarda tercih edilir.<sup>(1)</sup> Mesane tabanının simfiz pubisten 3 cm. den fazla sarktığı vakalarda ve vajinal mobilite ve kapasite uygun oldukça retropubik yaklaşım tercih edilir.<sup>(1,8)</sup>

Marshall-Marchetti-Krantz operasyonu üretranın büyük kısmının yukarı kaldırılmasıyla iyi bir süburetral destek sağlar.<sup>(2)</sup>

Marshall-Marchetti-Krantz operasyonunun başarı oranı % 91 ile % 97,7 arasında değişmektedir. Green abdominal histerektomi ile birlikte Marshall-Marchetti-Krantz operasyonu yapılan vakalarda % 97, uterusu dokunulmadan Marshall-Marchetti-Krantz yapılan vakalarda % 82 başarı elde edilmiştir.<sup>(1, 2, 5)</sup> Stres inkontinans için yapılan tüm operasyonların ortalama başarı oranı % 95,3'dür.<sup>(1)</sup> Bizim serimizde tüm operasyonların ortalama başarı oranı % 89,6'dır. Operasyon cinsine göre başarı oranımız ise Marshall-Marchetti-Krantz da % 96,5 modifiye Marshall-Marchetti de % 76,2'dir. 5 Kelly operasyonunun, 3 Lapedes operasyonunun, 1 Stamey operasyonunun tümü başarılı olmuştur. (Tablo 2)

1960'lı yıllarda kısa süreli absorbl sütür materyali (0 veya 1-0 kromik katkı) kullanılmaktaydı. Fakat operasyondan 6-8 hafta sonra bazı vakalarda inkontinansın nüksetmesi üzerine son zamanlarda nonabsorbabl sütür materyali (ipek) kullanılmaktadır.<sup>(2)</sup> Ancak başka bir çalışmada ise uzun sürede absorbe olan sütür materyalinin (dekson) tercih edildiği belirtilmektedir.<sup>(9)</sup> Sentetik sütür materyalinin operasyondan yıllar sonra üretra veya mesanede erozyon veya enfeksiyona neden olabilecek zararlı etkisi olabilir.<sup>(2)</sup> Bizim başarısız olduğumuz 6 vakada da kromik katkı kullanımı dikkat çekicidir.

Marshall-Marchetti-Krantz operasyonundan sonra görülen osteitis pubis komplikasyonu % 3,2 ile % 9,5 arasındadır.<sup>(2, 3, 4)</sup> Kullanılan sütür materyalinin absorbl veya nonabsorbabl olmasını bu komplikasyonda herhangi bir etkisi yoktur.<sup>(2)</sup> Bizim vakalarımızda osteitis pubis komplikasyonu % 6 oranındadır.

Operasyondan 4-5 gün sonra sondanın alınması ve birkaç gün süreyle 8 veya 12 saatte bir intermitant kateterizasyon yapılması önerilmektedir. Bunun nedeni olarak sonda alınmasını takiben idrar retansiyonu komplikasyonunun % 31,7 ile % 40 gibi büyük bir oranda olmasını göstermektedirler.<sup>(1, 6, 7)</sup> Ancak Tanagho sonda alınmasını takiben idrar retansiyonu probleminin oldukça

düşük oranda olduğunu ve bu durumun ancak preoperatif dönemde atonik mesanesi olan hastalarda görülebileceğini bildirmektedir.<sup>(9)</sup> Başka bir çalışmada ortalama sonda alınış günü 6, 7 gün olarak gösterilmiştir.<sup>(4)</sup> Bizim vakalarımızda sonda alınış günü ortalama 7 gündür ve sonda alındıktan sonra idrar retansiyonu oranı % 3,8 dir. Dolayısıyla biz intermitant kateterizasyon önermedik.

Yaptığımız çalışmada her ne kadar Kelly operasyonlarının sayısı kıyaslama yapacak kadar fazla olmamakla beraber Marshall-Marchetti-Krantz operasyonu ve modifikasyonları stres inkontinans- ta tercih edilebilecek bir teknik olarak tarafımızdan önerilmektedir.

## LİTERATÜR

- 1- **Kaufman, J.M.:** Operative management of stress urinary incontinence. *J. Urol.*, 126:465, 1981.
- 2- **Lee R.A., Symmonds R.E., Goldstein, R.A.:** Surgical complications and results of modified Marshall-Marchetti-Krantz procedure for urinary incontinence. *Obst. Gynec.*, 53: 447, 1978.

- 3- **Marshall, V.F., Vaughan, E.D., Parnell, J.P.:** Suprapubic vesicourethral suspension (Marshall-Marchetti-Krantz) for stress incontinence. In Gittes R.F., Perlmutter, A.D., Stamey, T.A., Walsh (Eds): *Campbell's Urology*. Vol. 3. Philadelphia, W.B. Saunders Co., p. 2711, 1986.
- 4- **Parnell, J.P., Marshall, V.F., Vaughan, E.D.:** Management of recurrent urinary stress incontinence by the Marshall-Marchetti-Krantz vesicourethropey. *J. Urol.*, 132: 912, 1984.
- 5- **Shortliffe, L., Stamey, T.A.:** Urinary incontinence in the female: Stress urinary incontinence. In Gittes R.F., Perlmutter A.D., Stamey, T.A., Walsh P.C. (Eds): *Campbell's Urology*. Vol. 3. Philadelphia, W.B. Saunders Co. p. 2680, 1986.
- 6- **Stanton, S.L., Williams, J.E., Ritchie, D.:** The colposuspension operation for urinary incontinence. *Brit. J. Obst. Gynaec.* 83: 890, 1976.
- 7- **Stanton, S.L., Cardazo, L., Chaudhury, N.:** Spontaneous voiding after surgery for urinary incontinence. *Brit. J. Obst. Gynaec.*, 85: 149, 1978.
- 8- **Stanton, S.L.:** Choice of surgery for incontinence. *Brit. J. Urol.* 54: 74, 1976.
- 9- **Tanagho, E.A.:** Colpocystourethropey: The way do it. *J. Urol.* 116: 751, 1976.