



## STRESS İNKONTİNANSTA BURCH KOLPOSÜPANSİYON AMELİYATI

### BURCH COLPOSUSPENSION OPERATION IN URINARY STRESS İNCONTINENCE

CANBAZOĞLU, N., KAZADO, M., BERBEROĞLU, Y., AYDIN, M.

#### GİRİŞ

Stress inkontinans öksürme ve gülme gibi fizik zorlanmalar sonucu intraabdominal basınçtaki ani yükselmelerin sebep olduğu inkontinans tipidir. Bu konu uzun yıllar ürolojik ve jinekolojik cerrahların ilgi alanında kalmış, ürodinami alanındaki gelişmelerle tedavisine klasik vajinal ve retropubik operasyonlara ilaveten sling prosedürleri<sup>(1)</sup> ve endoskopik yaklaşımlar da <sup>(2, 3)</sup> eklenmiştir. Tedavisinde 100'ün üzerinde operasyon şeklinin tatbik edilmiş olması inkontinans ve cerrahi tedavi mekanizmalarının yetersiz anlaşılmasından ileri gelmektedir. Retropubik girişim ile sağlanan yüz güldürücü sonuçlar nedeniyle, önce "vajinal bir plastik yap... yetersiz kalırsa diğerlerini..." şeklindeki popüler jinekolojik politika artık geçerliğini yitirmiş bulunmaktadır<sup>(4)</sup>. Zira stress inkontinanstaki en başarılı operasyonun ilk operasyon olacağı artık iyi bilinmektedir.

Retropubik girişimlerin en iyi bilineni Marshall-Marchetti-Krantz (M.M.K.) tekniğidir. Bizim stress inkontinans olgularına tatbik ettiğimiz operasyon şekli Burch kolposüspansiyon tekniğidir. Burada son 7 yıldır 18 hastaya uyguladığımız bu teknik ve sonuçlar tartışılmıştır.

#### MATERYAL VE METOD

Ocak 1980'den Ağustos 1987'e kadar bu yakınma ile kliniğimize başvuran bütün hastalara tam bir anamnez ve fizik muayene uygulanmış ve hepsinden tam idrar tahlili, kültür antibiogramı, İVP, ayakta ve lateral sistografi gibi tetkikler alınmıştır.

(\* Haseki Hastanesi Üroloji Kliniği)

Operasyon endikasyonu koyulan bütün hastalara bu endikasyon Bonney<sup>(5)</sup> veya Marshall testi adıyla bilinen stress testi ile konulmuştur.: Mesane yaklaşık 250cc. su ile doldurulduktan sonra vajinadan sokulan parmak ile üretra yükseltilerek normal bir üretra-vezikal anatomi sağlanır ve hastaya kıcnması söylenir. İnkontinansın önlenmesi test için pozitif sayılarak bir kolposüspanسیون ameliyatının hasta için endike olduğu kabul edilir.

Operasyon Burch tarafından tanımlanan standart tekniğe göre yapılmıştır<sup>(6, 11)</sup>. Litotomi pozisyonunda yatırılan hastaya üretral yoldan bir Foley kateter konulur. Pfannenstiel insizyonu ile girilerek vesika kollumu ve proximal üretra ekspoze edilir. Vajinal tuşe yoluyla lateral fornixler görülür hale getirilirken, iki taraflı olarak mesane boynu ve proximal üretra etrafındaki muskulo-fasyal dokudan geçirilirken 3-4 adet sütür Cooper ligamanına (iliopektineal ligaman) tespit edilir. Biz kliniğimizde non-absorbabl sütür materyeli (ipek) kullanmaktayız. Hastada bıraktığımız sondayı post-operatif 5-7 gün içinde almaktayız.

Operasyon sonrası bütün hastalara profilaktik antibiotik tedavisi uygulanmış olup post-op 1. ve 3. aylarda hepsi yeniden değerlendirilmiş, elde edilen bilgileri kartlarına geçirilmiştir. Yayın için gereken iletişim ise mektupla sağlanmaya çalışılmış, ancak 3 hasta ile irtibat sağlanmak mümkün olmamıştır.

Yapılan operasyon ile stress inkontinansın ortadan kalktığı hastalarda cerrahi "şi-fa"nın sağlandığı kabul edilmiştir. Bu grup kendi içinde 3 tane subgruba ayrılmıştır.: Hiçbir yakınması olmayanlar şita tam olarak değerlendirilirken diğerleri, irritasyon semptomları (pollaküri, disüri, urgency) ve rezidüel idrar gösterenler başlığı altında toplanmışlardır. Sonuçların diğer kategorileri ise minimal stress inkontinanslı hastalar ile tedavinin yetersiz kaldığı ve hiçbir değişiklik yapmadığı hastalardır.

## SONUÇ

Yaşları 30 ile 62 arasında değişen 18 hastanın süreleri 1 yıl ile 4,5 yıl arasında değişen takiplerinde operasyon 15 hastada inkontinansı ortadan kaldırmıştır (% 82,5). Minimal stress inkontinanslı 2 hasta da dahil edildiğinde sağlanan objektif iyileşme oranı % 93,5'a ulaşmaktadır. Operasyon 1 hastada inkontinansı önleyememiştir (% 5,5). (Tablo I)

Hastalarda en sık görülen komplikasyon olarak üriner infeksiyon göze çarpmaktadır (7 hasta). Diğer komplikasyonlar ise yara infeksiyonu (5 hasta), akut idrar retansiyonu (1 hast), vesiko-kutaneal fistül oluşumu (1 hasta) şeklinde gerçekleşmiştir. Fistülün olduğu olguda bu durumun stress inkontinansın operatif tedavisi sırasında sütürlerden birinin kollum hizasında mesane lateral duvarından geçmesine ve burada yaptığı tahribata bağlı olduğu fistülün reparasyonu sırasında anlaşılmıştır. Buna rağmen hastada post-operatif inkontinans oluşmamıştır. Akut idrar retansiyonunun geliştiği 1 has-

Tablo 1: Sonuçlar

	Olgu Sayısı	Yüzde
Şifa	10	% 55
-Tam şifa	4	% 22
(Stress inkontinans yok)		
-Rezidüel idrar	1	% 5,5
Toplam: 15	% 82,5	
Minimal stress inkontinans	2	% 11
Yetersizlik	1	% 5,5

tada bu durum sondanın çekildiği post-op 7. günde meydana geldi ve daima sonda süresinin 7 gün daha uzatılmasıyla rezidüel idrar miktarı 50cc.nin altına indirilerek hasta taburcu edildi (Tablo 2).

Tablo 2: Komplikasyonlar

	Olgu Sayısı
Üriner infeksiyon	7
Yara infeksiyon	5
Geçici idrar retansiyonu	1
Hipogastrik vesiko-kutaneal fistül oluşumu	1

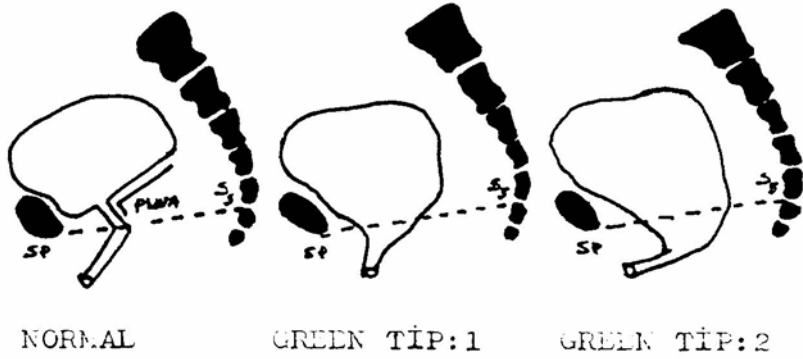
## İRDELEME

Kadında kontinansı sağlayan en önemli mekanizma üretrotrigonal anatominin özelliği ve intraabdominal basınç artışlarında bu basıncın mesaneye olduğu kadar proximal üretraya da intikal etmesidir<sup>(6)</sup>.

Bailey<sup>(7)</sup> ve Green'in<sup>(8)</sup> geniş bir stress inkontinanslı hasta grubu üzerinde yaptığı çalışmalar, posterior üreto-vesikal açının ve üretral eğim açısının (üretranın vertikal bir hatla yaptığı açı) bu hastalarda arttığını göstermiştir. Bu açıların normal değerleri birincisi için 90-100, ikincisi için 0-30 derecedir. Buna göre stress inkontinans için 2 kategori oluşmuştur<sup>(9)</sup>.

Tip I: Sadece normal posterior üreto-vesikal açının kaybolduğu (arttığı) hastalar,

Tip II: Aynı zamanda üretranın eğim açısının arttığı (üretral desensusu olan) hastalar (Şekil 2).



Şekil 1: Normal ve stress inkontinanslı kadınlarda anatomik konfigürasyon. PUVA: Posterior üreto-vesikal açı. SP: Simfiz pubis. (Campbell'dan)

Başarılı bir stress inkontinans ameliyatı bu açıları normale getirir, oysa başarısız ameliyatlarda açılar da anormaldir<sup>(8, 9)</sup>.

Bates ve Tanagho'nun yaptığı çalışmalar göstermiştir ki normalde mesane tabanı simfiz pubis ile sakro-koksigeal eklem arasında çekilen çizginin 2 cm. üzerinde yer almakta, zorlanmalarda ise 1,5 cm.'den daha fazla bir descensus oluşmamaktadır<sup>(10)</sup>. Bu yolla intraabdominal basınç mesaneye olduğu kadar proximal üretraya da iletilmekte, intravesikal ve intraüretral basınçlar arasında denge bozulmadığından kontinans sürdürülmektedir<sup>(6)</sup>. Kollumu ve proximal üretra mobilitesini sınırlayan en önemli tespit vasıtası pubo-üretral ligamanların pubise ve levator kasına olan bağlantılarıdır<sup>(9)</sup>. Bu yapılarıdaki bir zayıflama proximal üretrayı normal intraabdominal pozisyonundan çıkararak fizyolojik abdominal kavitenin altına inmesine neden olur. Bu durumda basınç üretradan çok mesaneye iletileceğinden inkontinans oluşur<sup>(9, 12, 13)</sup>.

Bu nedenle stress inkontinansın cerrahi tedavisinde amaç proximal üretra ve mesane boynunun abdomen içine repoze edilmesidir. Bu yolla stress inkontinansla mevcut olan anatomik bozukluklar da düzeltilmiş olur. Bu da en iyi retropubik girişimle sağlanabilir<sup>(6, 13)</sup> oysa başarılı bir anterior kolporafi ile üreto-vesikal bileşke simfiz pubis arkasında ancak 0,9-1,1 cm. yükseltilebilir<sup>(6)</sup>.

Anterior vajinal reparasyonu kullanan muhtelif yazarların çalışmaları incelendiğinde % 34-91 arasında değişen başarı oranları ile karşılaşılmaktadır<sup>(14)</sup>. Birçok yazar bu geniş farkı vajinal yolun ancak bazı durumlarda kullanılabilceği ve stress inkontinanslı hastalarda rutin olarak kullanılmaması gerektiği şeklinde yorumlanmışlardır. Ancak bu konuda sabit ve daimi kriterler ortaya koymamışlardır. Yalnız Green, hastanın anatomik durumuna göre cerrahi girişim şeklinin seçilmesinden yana olmuş ve tip I hastaların vajinal reparasyonla, tip II'lerin ise retropubik yaklaşımla tedavi edilmeleri gerektiğini öne sürmüştür. Otör, yaptığı çalışmalarda vajinal reparasyonun tip I hastalarda % 90, tip II hastalarda ise % 50 başarıya ulaştığını bildirirken, M.M.K. tekniğinin tip II olgularında % 93'lük bir başarı sağlandığını görmüştür<sup>(8)</sup>.

Literatürde retropubik girişim için bildirilen başarı oranları M.M.K. için % 75 ile 96, Burch için ise % 86 ile 93, arasında değişmektedir<sup>(4)</sup>. Yine literatürde vajinal ve retropubik yol için yapılan kıyaslamalı çalışmalar da mevcuttur. Ancak bunun için önceden tasarlanmış tek çalışma Standon ve Cardozo'nun çalışmalarıdır ki bunda retropubik yolun bariz bir üstünlüğünü göstermektedir (% 84'e karşılık % 36)<sup>(14)</sup>.

Stress inkontinans için kullanılan retropubik girişimlerin en yaygın kullanılanı M.M.K. tekniğidir. Daha sonra Burch 1961 de kendi tekniğini geliştirmiştir. Bunun M.M.K. tekniğine göre iki önemli avantajı vardır:

1- İliopektineal ligaman M.M.K. da kullanılan pubis periostuna göre daha iyi bir destek noktası sağlar,

2- Periost yerine ligaman kullanımı M.M.K. daki % 5'lik osteitis pubis riskini ekarte eder.

Tekniğin ilkelerine sadık kalındığı takdirde Burch operasyonunun bilinen bütün komplikasyonlarından sakınmak mümkündür. Literatürde komplikasyonlar, vesikovajinal ve vesiko-kutaneal fistül formasyonları, ureter ve uretra ligasyonları olarak bildirilmiştir<sup>(6)</sup>. Mesane duvarının anterior suspansiyonunun posterior vajinal duvarı zayıflatarak enterosel oluşumuna da sebep vermesi mümkündür. Asıcı sütürlerin çok fazla laterale konulması mesane kollumunu daha da açarak inkontinansı düzeltmek yerine daha da şiddetlendirebilir. Daha sık olarak görülen idrar retansiyonları ise erken dönemde oluşur ve geçici özellik arzeder.

Sonuç olarak çalışmamızdaki % 80'nin üzerindeki objektif başarı oranı ile diğer literatür bulgularına uyum sağlayan Burch kolposuspansiyon tekniğinin primer stress inkontinanstaki ilk cerrahi tedavi şekli olarak düşünülmesi gerektiğini, vajinal yolun ise ancak yaşlı ve fiziksel açıdan yetersiz hastalara uygulamanın mantıklı olacağını savunmaktayız.

## ÖZET

Kadınlardaki stress inkontinans tedavisinde son yıllarda retropubik girişim taraftarları vajinal yaklaşıma kıyasla önemli ölçüde artmaktadır. Bu girişimin en yaygın kullanılan Marshall, Marchetti-Krantz (M.M.K.) tekniğidir. 1961 de Burch, M.M.K. tekniğinin bazı komplikasyonlarını bertaraf eden kendi tekniğini geliştirmiştir. Kliniklerimizde 18 olguya tatbik ettiğimiz bu teknik ve sonuçları tartışılmıştır.

## SUMMARY

In the recent years, supporters of the retropubic intervention for the treatment of stress incontinence in women are being steadily increasing. Marshall-Marchetti-Krantz (M.M.K.) technique is the most widespread retropubic technique applied in this context. In 1961, Burch developed this own technique Here Burch technique which we applied 18 patients in our clinic and its consequences are evaluated.

## KAYNAKLAR

- 1- **Mc. Guire, E.J. and Lytton, B.:** Pubovaginal sling procedure for stress incontinence. *J. Urol.*, 119; 82, 1978.
- 2- **Stamey, T.A., Schaffer, A.J. and Condy, M.:** Clinical and roentgenographic evaluation of endoscopic suspension of the vesical neck for urinary incontinence. *Surg., Gynec. Obst.*, 140: 355, 1975.
- 3- **Vordermark, J.S., Brannen, G.E., Wettlaufer, J.N. and Modarelli, R.O.:** Suprapubic endoscopic vesical neck suspension. *J. Urol.*, 122: 165, 1979.
- 4- **Shortliffe, L.M.D., Stamey, T.A.:** *Campbell's Urology*, 5. cilt, W.B. Saunders, s: 2679, 1986.
- 5- **Bonney, V.:** Operations for stress incontinence.: *Bonney's Gynaecological Surgery*, 7. baskı, New York, Harper Row: Publishers, bölüm 23, s: 451, 1964.
- 6- **Glenn, J.F.:** *Urologic Surgery*. Üçüncü baskı, J.P. Lippicott Company Philadelphia-Toronto, bölüm: 66, s: 672-673, 1983.
- 7- **Bailey, K.V.:** A clinical investigation into uterine prolapse with stress incontinence. *J. Obst. Gynec. Brit. Emp.*, 79: 947, 1963.
- 8- **Green, T.H.. Jr.:** The problem of urinary stress incontinence in the female an appraisal of its current status. *Obst. Gynec. Survey* 23: 603, 1986.
- 9- **Kaufman, J.M.:** Operative management of stress urinary incontinence. *J. Urol.*, 126: 465, 1981.
- 10- **Smith, D.R.:** *General Urology*. 10. baskı, Lange Medical Publications, California, s: 473-474, 1981.
- 11- **Burch, J.C.:** Urethrovaginal fixation to Cooper's ligament for correction of stress urinary incontinence, cystocele and prolapse. *Am. J. Obstet. Gynec.*, 81: 281, 1961.
- 12- **Tanagho, E.A.:** *Gynaecologic Urology and Urodynamics*. 42. bölüm, s: 1503, 1985.
- 13- **Slate, W.G.:** Disorders of the Female urethra and Urinary incontinence. *Williams-Wilkins Company*, 2. baskı, Baltimore, bölüm: 15-25, s: 175-186, 1982.
- 14- **Richardson, D.A., Ostergard, D.R.:** *Gynaecologic Urology and Urodynamics* 39. bölüm, s: 469, 1985,