

# TRANSVAGİNAL MESANE BOYNU SÜSPANSİYONU (RAZ MODİFİKASYONU):20 HASTADA ORTALAMA 14.7 AYLIK TAKİP

## TRANSVAGİNAL BLADDER NECK SUSPENSION (RAZ MODIFICATION):MEAN 14.7 MONTH FOLLOW UP IN 20 PATIENTS

ÖZKÜRKÇÜGİL, C.\*, GÜLTEKİN, Y., AYAN, S., GÖKÇE, G., KILIÇARSLAN, H.

### ÖZET

Nisan 1994 ile Ocak 1996 arasında orta derece sistoselle birlikte stres inkontinansı olan 20 hastadaki cerrahi sonuçlarımız değerlendirildi. Bu çalışmaya alınan tüm hastalarda, ayrıntılı anamnez, fizik inceleme, ürodinamik tetkikler ve radyografik değerlendirme yapılmıştır. Olgularda hem sistosel hem de inkontinans tedavisi amaçlandı. Ortalama 14.7 aylık takiple (6-22 ay) olguların % 90'ı kontinandı ve olguların hiçbirinde sistosel rekürens görülmüdü.

### SUMMARY

20 patients who underwent surgery for moderate cystocele with incontinence between April 1994 and January 1996 were reviewed. In this study, all patients assessed by detailed history, physical examination, urodynamic and radiographic evaluation. The aim of surgery was both cystocele and incontinence correction. With an average follow-up 14.7 months (6-22 mo), 90 percent of patients were completely continent and also no cystocele recurrences were seen.

**ANAHTAR KELİMELEER:** Stres inkontinans, sistosel.

**KEY WORDS:** Stress incontinence, cystocele

## GİRİŞ

Anterior vajinal duvar prolapsusu, pelvik organ prolapsusları arasında en sık görülen patolojidir. Prolabe olan anatomik yapılar, mesane boynu, mesane tabanı ve üretradır. Semptom ve bulgular ise üriner inkontinans, vajinal kitle, üriner obstrüksiyon, perineal rahatsızlık ve rezidüel idrara bağlı tekrarlayıcı enfeksiyonlardır. Raz tarafından geliştirilen "four-corner bladder neck suspension" (FCBNS), orta dereceli sistoselle birlikte inkontinanslı olgularda iyi sonuçlar vermekte olup morbidite oranları düşüktür.<sup>1</sup>

Bu çalışmada, az sayıda olguda yapılan FCBNS işleminin sonuçları değerlendirilmiştir.

## YÖNTEM VE GEREÇ

Nisan 1994 ile Ocak 1996 arasında orta derece sistoselle birlikte stres inkontinansı olan 20 hastadaki cerrahi sonuçlarımız değerlendirildi. Bu hastalarda detaylı anamnez alınmış olup yaş, doğum sayısı, inkontinansın öyküsü, daha önceden geçirilmiş operasyon sorgulanmıştır. Hastaların hepsi idrar kaçırma şikayetiyle başvurmuş olup, olguların % 10'una daha önceden inkontinans cerrahisi uygulanmıştır. Fizik incelemede bonney testini takiben sistosel varlığı ve derecesi araştırılmış, idrar kültürleri negatif olan olgulara ürodinamik inceleme hem oturur pozisyonda hem de ayakta valsava manevraları eşliğinde yapılmıştır. Preoperatif dönemde radyolojik ve sistoskopik inceleme ile mesane boynu ve üretra hiper-mobilitesi dışı patolojiler ekarte edilmiştir. Tüm hastalara posteroanterior ve ıkmama ile lateral sistogramlar çekilerek orta derecede sistosel varlığı gösterildi. Hastalar hem inkontinans hem de sistosel derecelerine göre sınıflandırılmış ve tip 2 inkontinansı olanlarla grade 2-3 sistoseli olanlar opere edilmiştir. Doğurganlık döneminde olan hastalara gebelik testi yapıldı. Hastalara bir gün öncesinden betadinli vajinal tampon yerleştirilmiş olup operasyonda diversiyon olarak sadece üretral kateter takılmış, postoperatif 3. günde de çekilmiştir. Menapoz dönemindeki kadınlarda, operasyon sonrasında doku direncini arttırmak amacıyla vajinal östrojen kremler kullanıldı. Urge inkontinansın eşlik ettiği olgularda, antikolinergik tedavi (oksibütinin hidroklorid) postoperatif dönemde başlandı.

## TEKNİK

Yapılan operasyon modifiye Raz yöntemidir. Operasyon genel anestezi altında ve litotomi pozisyonunda uygulandı. 16 F üretral kateter mesaneye yerleştirilerek mesane drenajı ve mesane boynunun lokalizasyonu sağlandı. Her iki tarafta, vajen ön duvarına 3 cm'lik vertikal insizyon yapıldı. Proksimal üretra ve mesane boynu hizasında keskin ve künt diseksiyonla, vajinal duvar ile endopelvik fasyanın iç uzantısı arasında bir hat oluşturuldu. Bu hattın yanlış oluşturulmasında, mesane boynu seviyesinde ciddi kanamalar görüldü. Bu hat pubik kemiğin posterior yüzeyine doğru lateral planla genişletildi. Daha sonra derin endopelvik fasya keskin veya künt diseksiyonla perfore edildi. Böylece retropubik bölgeye ulaşıldı. Mesane boynu ve proksimal üretra seviyelerinde 1 numara prolenle, vajinal mukozadan geçmeden 2 adet spiral sütür konuldu. Aynı işlem karşı tarafa da uygulandı. Daha sonra 4-6 cm'lik suprapubik transvers insizyon yapıldı. Daha önceden konulan 4 adet sütür, oluşturulan hattın suprapubik bölgeye alındı. Sistoüretroskopi yapılarak mesane boynundan sütür geçip geçmediği ve mesane boynu repozisyonu kontrol edildi. Vajinal insizyon 0 kronik katgüt ile kapatıldı. Suprapubik bölgeye alınan sütürler ise anterior rektus fasyasına ve pubik kemiğe dikildi. Suprapubik insizyon kapatılarak operasyona son verildi. Vajene betadinli tampon, mesaneye 16F üretral kateter yerleştirildi. Operasyon süresi 60 ile 90 dakika arasında değişti. Vajinal tampon ertesi günde, üretral kateter postoperatif 3. günde çıkarıldı. Rezidüel idrarın olmadığı olgular taburcu edildi.

## BULGULAR

Olguların yaşları 20 ile 70 arasında (ortalama 40.8) olup, doğum sayıları 1 ile 6 idi (ortalama 4). Fizik incelemede, 13 hastada bonney testi pozitif ve 20 olgunun tamamı grade 2-3 sistosel olarak değerlendirildi. Ayrıca 12 hastada ıkmama ile rektosel tespit edildi ve bu hastalar rektosel tamiri istemedi. Preoperatif dönemde yapılan inceleme ile hastaların % 65'inde gerçek stres ve % 35'inde ise mikst inkontinans (urge ve stres) mevcuttu. Ürodinamik inceleme sonucu ortalama mesane kapasitesi 400 cc (350-450), ilk idrar hissi ortalama 120 cc (90-150) olarak tespit edildi. Hastaların %

50'sinde detrusör instabilitesi bulundu (ortalama 20 cmH2O). 20 hastanın yedisinde stres manevraları ile üroflowmetride üretral sızıntı görüldü. Bu 7 hastada "leak point pressure" (LPP) ortalama 65 cmH2O (60-70) idi. Diğer hastalarda ise ürodinamik olarak inkontinans gözlenmedi. Preoperatif dönemde lokal anestezi altında yapılan sistoskopi-lerde ilave patolojiler tespit edilmedi.

Cerrahi işlem esnasında iki hastada mesane boynu seviyesinde kan transfüzyonunu gerektirecek kanamalar oldu. 20 hastanın 2'sinde postoperatif 3. gün üretral kateterin çekilmesiyle rezidüyel idrarın 100 cc'nin üzerinde olduğu görüldü. Üretral kateter ortalama 3 gün daha tutularak bu problem giderildi. Diğer hastalarda, postoperatif 3. günde üretral kateterin çekilmesiyle miksiyonları gözlenen hastalar şifa ile taburcu edildiler. Ortalama yatış süresi 4 gündü (3-7 gün). Postoperatif dönemde hastaların % 35'inde bacakta çekilme hissi meydana geldi ve 6 hafta içinde kayboldu.

Hastaların % 90'ı kontinent olup hiçbir olguda sistosel tekrarı görülmedi. Bir hasta, postoperatif birinci ayda başka nedenlerden dolayı kaybedildi. Diğer hastada görülen idrar kaçırma ise urge inkontinansa bağlandı ve bu hasta antikolinerjik tedaviye cevap vermedi.

## TARTIŞMA

İntra-abdominal basıncın hızla artmasına (stres) bağlı olarak üretradan istem dışı idrar gelmesine stres inkontinans denir. Dört tipi tanımlanmıştır, tip 0: fizik inceleme ve radyolojik yöntemlerle gösterilemediği halde, hastanın stres manevraları ile idrar kaçırdığını söylemesi, tip 1: hastada tipik stres inkontinans vardır, mesane boynu ve üretra'nın minimal hiper-mobilitesi inkontinansın nedenidir, tip 2: tipik stres inkontinansa eşlik eden mesane boynu ve üretra'nın stres ile 2 cm'den fazla inişi vardır, tip 3: mesanede kontraksiyon olmadığı halde mesane boynu ve üretra açıktır, intrin-sik üretral hasar söz konusudur.<sup>2</sup>

Anatomik veya tip 2 stres inkontinansda cerrahi işlemin amacı, üretra ve mesane boyununun hiper-mobilitesini düzelterek normal retro-pubik seviyeye getirmek ve stres manevralarına karşı prolapsusu önlemektir. Anatomik stres inkontinansa eşlik eden en sık patoloji orta derecede sistoseldir.<sup>3</sup> Grade 1 sistoselle birlikte stres inkonti-

nansı olan olgular Gittes veya Stamey gibi rutin mesane boynu süspansiyonu ile düzeltilebilir.<sup>4,8</sup>

Radyolojik ve klinik incelemeye göre sistosel dörde ayrılır. Grade 1; mesane tabanı ıkmama ile minimal iniş gösterir fakat simfizis pubis'in Ramus'unun altına inmez, Grade 2; mesane tabanı introitus'a doğru iniş gösterir (radyolojik olarak simfizis'in inferior ramus'unun 1-2 cm altına iner), Grade 3; mesane tabanı, ıkmama ile introitus'un dışına çıkar, Grade 4; mesane tabanı, istirahat de introitus'un dışındadır.<sup>9</sup>

Grade 1 sistosel basit mesane boynu süspansiyonu ile düzeltilebilir. Grade 4 sistoselde formal sistosel tamiri gereklidir. Grade 2-3 sistoselde ise FCBNS işlemi önerilmektedir.<sup>10</sup>

Anterior vajinal prolapsusda, jinekologlar tarafından en sık uygulanan yöntem, Kelly plikasyon ile yapılan anterior kolporafidir. Bu operasyonda mesane boynu ve proksimal üretra daraltılır ve inkontinans önlenir ancak 1 yıllık başarı oranı % 50'dir.<sup>11</sup> Diğer bir teknik ise Burch kolposüspansiyonudur. Bu işlemde vajinal duvar, cooper ligamente asılır. Birçok olguda başarılı sonuç vermektedir. Bununla birlikte, perivesikal sahaya girildiği için hastanede kalım süresi, postoperatif rehabilitasyon ve morbidite artmaktadır. Marshall-Marchetti yöntemi de, mesane süspansiyonu amacıyla uygulanmaktadır. Bu işlemde sadece anterior vajinal prolapsusun üretral komponenti düzeltilir ancak sistosel düzeltilmediği için üretral obstrüksiyona bağlı miksiyon sonu idrar kalabilir ve hatta idrar retansiyonu gelişebilir. FCBNS'de ise hastanede kalım süresi ve morbidite daha düşüktür.<sup>9</sup>

Cerrahi başarıyı etkileyen en önemli iki faktör, hasta seçimi ve cerrahi tekniğin uygun biçimde yapılmasıdır. Hastanın obez olması ve mikst inkontinansın bulunması başarıyı olumsuz yönde etkilemektedir.<sup>6,12</sup> Stres inkontinansa % 27 oranında urge inkontinans da eşlik edebilir.<sup>13</sup> Urge inkontinansı olan olgularda antikolinerjik tedavi gerekebilir.<sup>14</sup> 20 hastamızın 7'si mikst 13'ü gerçek stres inkontinanslı idi. Mikst inkontinansı olan hastalarımızda postoperatif antikolinerjik tedavi, bir hasta dışında başarıyı olumlu yönde etkiledi. Serimizdeki hastalarda obezite prognozu etkilemedi.

Bu tür operasyonlarda görülen postoperatif bacakta çekilme hissi, ilioinguinal sinirin sensoriyal dalı ya da genitofemoral sinirin genital dallarının

süspansiyon sütürleri arasında sıkışması ile açıklanmıştır (nerve entrapment syndrome).<sup>15</sup> Bizim olgularımızda da bu rahatsızlık meydana gelmiş olup 6 hafta gibi bir sürede tamamen geçmiştir.

Özetle, FCBNS orta derecede sistosel tamirinde prolapsusu düzeltilmesi ve kontinansı sağlaması nedeniyle bu kısıtlı sayıdaki deneyimlerimiz bize bu konuda cesaret vermektedir.

#### KAYNAKLAR

- 1) Raz, S., Sussman, E.M., Ericson, D.B., Bregg, K.J., Nititi, V.W.: The Raz bladder neck suspension: Results in 206 patients. *J Urol*, 148:845, 1992.
- 2) Blavias, J.G., Olsson, C.A.: Stres incontinence: Classification and surgical approach. *J Urol*, 139:727, 1988.
- 3) Zimmern, P.E., Leach, G.E., Sirls, L.: Four-corner bladder neck suspension. *Atlas Urol Clin North Am*, 1:29, 1994.
- 4) Kayıgil, Ö., Atahan, Ö., Metin, A.: Stres inkontinanslı olgularda endoskopik mesane boynu süspansiyonu. *Üroloji Bülteni*, 5:99, 1994.
- 5) Toklu, C., Ergen, A., Aygün, C. ve ark.: Stres inkontinans tedavisinde transvajinal mesane boynu süspansiyonu (Gittes operasyonu) Hacettepe deneyimi. *Üroloji Bülteni*, 6:144, 1995.
- 6) Özyurt, C., Avcieri, V., Cüreklibatır, I. ve ark.: Stamey

mesane boynu süspansiyonu uygulanan olguların postoperatif geç dönem izlem sonuçları. *Üroloji Bülteni*, 6:101, 1995.

- 7) Jones, D.J., Shah, P.J.R., Worth, P.H.L.: Modified Stamey procedure for bladder neck suspension. *BR J Urol*, 63:157, 1989.
- 8) Gittes, R.F., Loughlin, K.R.: No-incision pubovaginal suspension for stress incontinence. *J Urol*, 138:568, 1987.
- 9) Raz, S., Klutke, C.G., Golomb, J.: Four corner bladder and urethral suspension for moderate cystocele. *J Urol*, 142:712, 1989.
- 10) Raz, S., Little, A., Juma, S.: *Female Urology*. Campbell's Urology (Walsh PC, Retik A, Stamey TA, Vaughan ED, ed). Sixth edition. Philadelphia, Saunders. Vol 3, 2783-2828, 1992.
- 11) Drukker, B.H., Starr, R.A.: *Anterior Colporrhaphy. Gynecologic and Obstetric Urology* (Buchsbaum HJ, Schmidt JD, ed). Third edition. Philadelphia, Saunders 285-296, 1993.
- 12) Aflandi, M.A., Kramer, A.E.J.L., Jonas, U.: Stress incontinence in females: which factors play a role in operative results? *World J Urol*, 6:48, 1988.
- 13) McGuire, E.J., Lytton, B., Kohorn, El, et al.: The value of urodynamic testing in stress urinary incontinence *J Urol*, 124:256, 1980.
- 14) Bavendam, T.G., Leach, G.E.: Urogynecologic reconstruction. *Problems in Urology*, 1:295, 1987.
- 15) Kelly, M.J., Zimmern, P.E., Leach, G.E.: Complications of bladder neck suspension procedures. *Urol Clin North Am*, Vol. 18, No.2, May 1991.