

Pelvik Organ Prolapsus Cerrahisinde Lefort Kolpokleizis-İstanbul Tıp Fakültesi Deneyimi

Lefort Colpocleisis in Pelvic Organ Prolapse Surgery-İstanbul Medical School Experience

Funda GÜNGÖR UĞURLUCAN,^a
Nurcihan ALPER,^a
Habibe AYYILDIZ ERKAN,^a
Burcu YÜCESOY,^a
Aslı NEHİR,^a
Önay YALÇIN^a

^aKadın Hastalıkları ve Doğum AD,
İstanbul Üniversitesi
İstanbul Tıp Fakültesi, İstanbul

Geliş Tarihi/Received: 18.11.2012
Kabul Tarihi/Accepted: 12.03.2013

*Bu çalışma, V. Ulusal Ürojinekoloji
Kongresi (19-21 Ekim 2011, İstanbul)'nde
poster olarak sunulmuştur.*

Yazışma Adresi/Correspondence:
Funda GÜNGÖR UĞURLUCAN
İstanbul Üniversitesi
İstanbul Tıp Fakültesi,
Kadın Hastalıkları ve Doğum AD, İstanbul,
TÜRKİYE/TURKEY
fgungor@yahoo.com

ÖZET Amaç: Obliteratif cerrahi girişimler, pelvik organ prolapsusu cerrahisinde düşük nüks oranları nedeniyle önemli bir avantaj yaratmaktadır. Amacımız, kliniğimizde de sıklıkla uygulanan LeFort kolpokleizis vakalarının verilerini paylaşmaktır. **Gereç ve Yöntemler:** İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı Ürojinekoloji Bilim Dalında 2008-2011 yılları arasında uygulanan LeFort kolpokleizis vakalarının verileri retrospektif olarak analiz edilmiştir. **Bulgular:** Toplam opere edilen hasta sayısı 27'dir. Hastaların yaş ortalaması 70,1±8,8'dir. On yedi (%62,9) hasta evli, 10 (%37,1) hasta duldur. Dokuz (%33,3) hastada total abdominal histerektomi, 3 (%11,1) hastada vajinal histerektomi öyküsü bulunmaktadır. On yedi (%62,9) hastada 3. derece sistosel, 3 (%11,1) hastada 3. derece rektosel, 14 (%51,9) hastada 3. derece apikal prolapsus mevcuttur. İki (%7,4) hastada stres test pozitifdir. Sekiz (%29,6) hastada inkontinans şikâyeti saptanmamış, 3 (%11,1) hastada tamponlu sistometride okkult stres üriner inkontinans saptanmıştır. Altı (%22,2) hastada mikst üriner inkontinans, 9 (%33,3) hastada acil üriner inkontinans, 1 hastada stres üriner inkontinans şikâyetleri mevcuttur. On iki (%44,4) hastaya anti-inkontinans cerrahisi (TOT) eklenmiştir. Bir hastada bacak ağrısı, bir hastada labium majusta hematoma, bir hastada sulcus perforasyonu dışında komplikasyon gelişmemiştir. Yalnızca 3 (%11,1) hasta postoperatif dönemde acil üriner inkontinans mevcuttur. 1 hastada prolapsus rekürrens görülmüş ve total kolpokleizis ile düzeltilmiştir. **Sonuç:** Kolpokleizis, pelvik organ prolapsus cerrahisinde düşük nüks oranları nedeniyle seksüel hayatını tamamlamış kadınlarda tercih edilebilen bir yöntemdir. Kadınların evli olması bu yönde tercih kullandıklarını engellemektedir. Kolpokleizis operasyonu öncesinde yapılan tamponlu sistometri postoperatif stres üriner inkontinansı predikte ederek kolpokleizis sonrası üriner inkontinansı engelleyebilir ve bu vakalara anti-inkontinans cerrahi eklenebilir.

Anahtar Kelimeler: Üriner inkontinans; pelvik organ prolapsusu

ABSTRACT Objective: Obliterative operative procedures offer great advantage by low recurrence rates in pelvic organ prolapse surgery. Our aim is to retrospectively analyze the data regarding LeFort colpocleisis cases performed in our clinic. **Material and Methods:** Retrospective analysis of LeFort colpocleisis surgery cases performed in Istanbul University Istanbul Medical School Department of Obstetrics and Gynecology between 2008 and 2011. **Results:** Twenty-seven patients were operated. The mean age of the patients was 70.1±8.8. Seventeen (62.9%) were married; ten were (37.1%) widow. Nine (33.3%) patients had a history of total abdominal hysterectomy, three (11.1%) had a history of vaginal hysterectomy. Seventeen (62.9%) had grade 3 cystocele, 3 (11.1%) had grade 3 rectocele, 14 (51.9%) had grade 3 apical prolapse. Two patients (7.4%) had a positive stress test. Eight (29.6%) patients did not suffer from urinary incontinence; three (11.1%) had occult stress urinary incontinence in urodynamics when prolapse was reduced. Six (22.2%) suffered from mixed urinary incontinence, nine (33.3%) had urge incontinence, one had stress urinary incontinence. Concomitant anti-incontinence surgery was performed in 12 (44.4%) patients. No perioperative complications developed except for one sulcus perforation at TOT operation. No major complications were observed, one patient had groin pain, one had labium majus hematoma. Only three (11.1%) patients suffered from urge urinary incontinence in the postoperative period. Only 1 prolapse recurrence was observed and treated with total colpocleisis. **Conclusion:** Colpocleisis may be preferred in women completing their sexual activities due to lower recurrence rates. Being married is not a criterion for women to reject this operation. Preoperative urodynamics with reduction of the prolapse may predict postoperative stress urinary incontinence secondary to colpocleisis and anti-incontinence surgery may be added in these cases.

Key Words: Urinary incontinence; pelvic organ prolapse

Yaşlı nüfusun artışı ile beraber pelvik taban hasarı ve pelvik organ prolapsus yaşayan hasta sayısı artmaktadır. Amerika Birleşik Devletleri verilerine göre 2030 yılı itibarıyla, nüfusun %20'den fazlası 65 yaşın üzerinde olacak ve 84 yaşının üzerinde olan kadın nüfusu iki katına çıkarak 6 milyona ulaşacaktır.¹ 2050 yılında ise 58,2 milyon kadın en az bir pelvik taban bozukluğuna maruz kalacaktır.² Dolayısıyla prolapsus nedeniyle hekime başvuran hasta sayısında ciddi artış beklenmektedir.

Semptomatik pelvik organ prolapsusuna yönelik çeşitli cerrahi girişimler bulunmaktadır. Rekonstrüktif cerrahi operasyonlarda vajina derinliği ve fonksiyonları korunurken obliteratif cerrahi prosedürlerde ise vajina kapatılarak prolapsus re-dükte edilir.³

LeFort kolpopleizis, ilk kez 1877 yılında tarif edilen obliteratif pelvik organ prolapsus cerrahisidir.⁴ Bu yöntemde anterior ve posterior vajinal duvarlar birleştirilerek vajina kapatılır. Periton boşluğuna girilmez ve derin pelvik disseksiyona ihtiyaç yoktur. Operasyon süresinin kısa olması, kan kaybının minimal olması ve düşük rekürrens oranları nedeniyle cerrahi riski yüksek olan veya rekürrens riskini göze almak istemeyen hastalarda tercih edilebilecek bir tedavi yöntemidir.^{5,6} Ayrıca literatürde kolpopleizis sonrasında hayat kalitesinin arttığı ve hasta memnuniyetinin yüksek olduğuna dair yayınlar bulunmaktadır.^{5,7} Kolpopleizis ile ilgili en önemli nokta, preoperatif dönemde hastanın operasyondan sonra koitusun olamayacağına dair uygun şekilde bilgilendirilmesi ve onamının alınmasıdır. Uygun seçilmiş vakalarda pişmanlık oranı düşüktür.^{6,8}

Pelvik organ prolapsus cerrahisinde öngörülen artış ile birlikte kolpopleizis oranlarında da artış görülecektir. Kliniğimizde de son yıllarda uygulanan kolpopleizis vakalarında artış olmuştur. Bu çalışmada amacımız, kolpopleizis uyguladığımız vakaların retrospektif analizi ile birlikte operasyon ile ilgili deneyimlerimizi paylaşmaktır.

GEREÇ VE YÖNTEMLER

İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalında 2008-

2011 yılları arasında uygulanan LeFort kolpopleizis vakalarının verileri retrospektif olarak analiz edilmiştir. Hastaların demografik verileri, başvuru şikâyetleri, inkontinans varlığı, jinekolojik muayene bulguları, ped testi, Q-tip testi, stres testi, ürodinami bulguları, ek cerrahi girişimler, komplikasyonlar, postoperatif muayene bulguları ve nüksler değerlendirilmiştir.

Okkult stres üriner inkontinans, objektif olarak ürodinami esnasında tampon ile prolapsus re-dükte edildiğinde meydana gelen kaçaklar şeklinde değerlendirilmiştir.

Tüm operasyonlar aynı cerrah tarafından gerçekleştirilmiştir. Uterusu olan tüm vakalarda öncelikle vajinal histerektomi yapılmış ve tüm vakalara LeFort tipi kolpopleizis uygulanmıştır. LeFort tipi kolpopleiziste üetrovezikal bileşkenin proksimalindeki vajina epiteli parsiyel olarak çıkartılarak lateral vajina epitelinde tüneller oluşturulmuştur. Tüm vakalara genital hiatusu daraltmak amacıyla yüksek perineorafi yapılmıştır. Eş zamanlı anti-inkontinans cerrahisi hastanın semptomlarına veya ürodinami bulgularına göre uygulanmıştır.

BULGULAR

İstanbul Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı Ürojinekoloji Bilim Dalında 2008-2011 yılları arasında toplam 27 hastaya Lefort kolpopleizis uygulanmıştır.

Hastaların yaş ortalaması 70,1±8,8'dir. On yedi (%62,9) hasta evli, 10 (%37,1) hasta duldu. Dokuz (%33,3) hastada total abdominal histerektomi, 3 (%11,1) hastada vajinal histerektomi öyküsü bulunmaktadır.

Hastaların jinekolojik muayeneleri değerlendirildiğinde bütün hastaların evre 3 ve üzeri pelvik organ prolapsusu bulunmaktadır. On yedi (%62,9) hastada 3. derece sistosel, 3 (%11,1) hastada 3. derece rektosel, 14 (%51,9) hastada 3. derece apikal prolapsus mevcuttur. Hastalar üriner inkontinans açısından değerlendirildiğinde 19 hastada üriner inkontinans şikâyeti mevcuttur; 6 (%22,2) hastada mikst üriner inkontinans, 9 (%33,3) hastada acil üriner inkontinans, 1 hastada stres üriner inkontinans şikâyetleri mevcuttur. İki (%7,4) hastada stres

test pozitifdir. Sekiz (%29,6) hastada inkontinans şikâyeti saptanmamıştır. Üç (%11,1) hastada ise tamponlu sistometride okkult stres üriner inkontinans saptanmıştır. Beş (%26,3) hastada inkontinans şikâyeti saptanmamıştır. On iki (%44,4) hastaya anti-inkontinans cerrahisi (TOT) eklenmiştir.

Komplikasyonlar değerlendirildiğinde 1 hastada bacak ağrısı, 1 hastada labium majusta hematoma, 1 hastada sulkus perforasyonu dışında komplikasyon gelişmemiştir. Yalnızca 3 (%11,1) hastada postoperatif dönemde acil üriner inkontinans mevcuttur. Bu hastaların ikisinin preoperatif dönemdeki semptomları devam etmektedir, bir hastada de novo acil üriner inkontinans gelişmiştir. Bir hastada postoperatif 8. ayda nüks saptanmıştır ve bu hastaya total kolpopleizis uygulanmıştır. Hastanın sonraki takiplerinde nüks saptanmamıştır. Hastaların hiçbirinde postoperatif dönemde pişmanlık görülmemiştir.

TARTIŞMA

İstanbul Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalındaki deneyimlerimize göre LeFort kolpopleizis güvenlidir ve nüks oranları düşüktür. Literatürde ürojinekolojik cerrahiye bağlı ölüm riskinin 80 yaşının üzerindeki kadınlarda 60 yaşının altındakilere oranla %13,6 arttığı bildirilmektedir.⁹ Ancak rekonstrüktif cerrahi yerine obliteratif cerrahi yapıldığında perioperatif komplikasyon oranı daha düşüktür. Kolpopleizis operasyonunun daha az invaziv olması ve rekürrens oranının düşük olması yaşlılar için daha tolere edilebilir bir cerrahi yöntem olmasını sağlamaktadır.

Kliniğimizde LeFort kolpopleizis operasyonunun tercih edilmesindeki en önemli sebep, düşkün hastalarda kısa sürede uygulanan bir cerrahi yöntem olmasından ziyade pelvik organ prolapsus cerrahi yöntemleri arasında en düşük nüks oranlarından birine sahip olmasıdır. Literatürde uzun dönem takipte %90-100 arasında başarı oranları bildirilmiştir.^{5,6,10} Bulgularımız literatür ile uyumludur. Literatürde rekürrens görülen vakalar oldukça nadirdir.¹¹ Ayrıca rekürrens görülen vakalarda uygulanması en uygun cerrahi teknik hakkında konsensüs yoktur. Bizim olgu sunumumuzda

1 adet nüks görülmüştür. Total prolapsusu olan bu vakaya eş zamanlı vajinal histerektomi, parsiyel kolpopleizis ve yüksek perineoplasti yapılmıştır. Nüks sonrasında ise hastaya total kolpopleizis yapılmıştır. İkinci operasyon sonrasında nüks görülmemiştir. Hastalarımızın hepsi yapılan cerrahiden memnundur; ancak bununla ilgili anket formu verilerinin olmaması çalışmanın zayıf noktasıdır.

Kliniğimizde uterusu olan vakalarda LeFort kolpopleizis ile eş zamanlı histerektomi yapılmaktadır. Bunun nedeni kolpopleizis operasyonu sonrası pyometra oluşumunu engellemektir. Eş zamanlı histerektomi operasyon süresini ortalama 52 dakika arttırmaktadır.¹² Ancak eş zamanlı histerektomi postoperatif dönemde gelişebilecek pyometrayı engeller.¹³⁻¹⁵ Ayrıca kolpopleizis operasyonu sonrası servikal sitoloji ve endometriyal örnekleme olanağı yoktur.

Hastalarımızın %62,9'u, evli olmalarına rağmen kolpopleizis operasyonunu tercih etmiştir. Postoperatif dönemde hiçbir hasta pişmanlık yaşamamıştır. Yine de 57-64 yaş arasındaki kadınların %62'sinin, 75-85 yaş arasındaki kadınların ise %17'sinin cinsel aktif olduğu göz önünde bulundurulmalıdır.¹⁶

Yirmi yedi hastanın 9'unda preoperatif dönemde acil üriner inkontinans şikâyetleri mevcuttur. Preoperatif dönemde yer alan irritatif mesane semptomlarına özellikle dikkat etmek önemlidir. Aşırı aktif mesane semptomları yaş ile birlikte artmaktadır. Postoperatif dönemde bu şikâyetler devam edebileceği için hastalara bu konuda bilgi vermek önemlidir. Ayrıca bu hastalara sling operasyonları yapıldığında şikâyetleri artabilir. Preoperatif dönemde acil üriner inkontinans semptomları olan iki hastamızın postoperatif dönemde şikâyetleri devam etmektedir.

Kolpopleizis sonrası %8-30 hastada de novo stres üriner inkontinans görülebilir.¹⁷ Yalnızca ürodinamik stres üriner inkontinans varlığında midüretrel sling yapılan vakalarda bu oran %27'lere varmaktadır.¹⁰ Bizim midüretrel sling eklenmeyen vakalarımızın hiçbirinde de novo stres üriner inkontinans görülmemiştir. TOT yapılan 1 hastada de novo acil üriner inkontinans gelişmiştir. Klinik deneyimimizde okkult stres üriner inkontinans varlığı

ğında eğer kontrendikasyon yoksa postoperatif stres üriner inkontinans gelişmesini engellemek için hastaya midüretal sling önerilmektedir. Tüm kolpokleizis vakalarında semptomlardan veya ürodinami bulgularından bağımsız olarak midüretal sling uygulanması, postoperatif üriner retansiyon riskini arttırabilir.

SONUÇ

Kolpokleizis, pelvik organ prolapsus cerrahisinde düşük nüks oranları nedeniyle seksüel hayatını tamamlamış kadınlarda tercih edilebilen güvenli bir

yöntemdir. Kadınların evli olması bu yönde tercih kullanmalarını engellemektedir. Peroperatif ve postoperatif komplikasyonlar nadirdir. Hasta memnuniyeti yüksektir; uygun onam alınan vakalarda postoperatif dönemde pişmanlık görülmemektedir. Preoperatif dönemde mevcut olan alt üriner sistem semptomları postoperatif dönemde devam edebilir. Kolpokleizis operasyonu öncesinde yapılan tamponlu sistometri postoperatif stres üriner inkontinansı predikte ederek kolpokleizis sonrası üriner inkontinansı engelleyebilir ve bu vakalara anti-inkontinans cerrahi eklenebilir.

KAYNAKLAR

1. Wu JM, Hundley AF, Fulton RG, Myers ER. Forecasting the prevalence of pelvic floor disorders in U.S. Women: 2010 to 2050. *Obstet Gynecol* 2009;114(6):1278-83.
2. Smith AL, Karp DR, Lefevre R, Aguilar VC, Davila GW. LeFort colpocleisis and stress incontinence: weighing the risk of voiding dysfunction with sling placement. *Int Urogynecol J* 2011;22(11):1357-62.
3. Güner H, Güler İ. [Transvaginal approaches to uterin and vault prolapse]. *Türkiye Klinikleri J Surg Med Sci* 2007;3(48):70-6.
4. Abbasy S, Kenton K. Obliterative procedures for pelvic organ prolapse. *Clin Obstet Gynecol* 2010;53(1):86-98.
5. Fitzgerald MP, Richter HE, Bradley CS, Ye W, Visco AC, Cundiff GW, et al.; Pelvic Floor Disorders Network. Pelvic support, pelvic symptoms, and patient satisfaction after colpocleisis. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct* 2008;19(12):1603-9.
6. Hullfish KL, Bovbjerg VE, Steers WD. Colpocleisis for pelvic organ prolapse: patient goals, quality of life, and satisfaction. *Obstet Gynecol* 2007;110(2 Pt 1):341-5.
7. Barber MD, Amundsen CL, Paraiso MF, Weidner AC, Romero A, Walters MD. Quality of life after surgery for genital prolapse in elderly women: obliterative and reconstructive surgery. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct* 2007;18(7):799-806.
8. Wheeler TL 2nd, Richter HE, Burgio KL, Redden DT, Chen CC, Goode PS, et al. Regret, satisfaction, and symptom improvement: analysis of the impact of partial colpocleisis for the management of severe pelvic organ prolapse. *Am J Obstet Gynecol* 2005;193(6):2067-70.
9. Sung VW, Weitzen S, Sokol ER, Rardin CR, Myers DL. Effect of patient age on increasing morbidity and mortality following urogynecologic surgery. *Am J Obstet Gynecol* 2006;194(5):1411-7.
10. FitzGerald MP, Richter HE, Siddique S, Thompson P, Zyczynski H; Ann Weber for the Pelvic Floor Disorders Network. Colpocleisis: a review. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct* 2006;17(3):261-71.
11. Hoskey KA, Shippey SH, Handa VL. Surgical repair of recurrent prolapse after LeFort colpocleisis. *Int Urogynecol J* 2012;23(3):371-3.
12. Hoffman MS, Cardosi RJ, Lockhart J, Hall DC, Murphy SJ. Vaginectomy with pelvic hemiorrhaphy for prolapse. *Am J Obstet Gynecol* 2003;189(2):364-70; discussion 370-1.
13. Kohli N, Sze E, Karram M. Pyometra following Le Fort colpocleisis. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct* 1996;7(5):264-6.
14. Shayya RF, Weinstein MM, Lukacz ES. Pyometra after Le Fort colpocleisis resolved with interventional radiology drainage. *Obstet Gynecol* 2009;113(2 Pt 2):566-8.
15. Toglia MR, Fagan MJ. Pyometra complicating a LeFort colpocleisis. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct* 2009;20(3):361-2.
16. Patel D, Gillespie B, Foxman B. Sexual behavior of older women: results of a random-digit-dialing survey of 2,000 women in the United States. *Sex Transm Dis* 2003;30(3):216-20.
17. Abbasy S, Lowenstein L, Pham T, Mueller ER, Kenton K, Brubaker L. Urinary retention is uncommon after colpocleisis with concomitant mid-urethral sling. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct* 2009;20(2):213-6.