

Stress İnkontinensinin Nonabsorbabl Sentetik Greft Kullanılarak Sling Metodu ile Cerrahi Tedavisi*

SURGICAL TREATMENT OF STRESS INCONTINENCE BY SLING OPERATION USING NONABSORBABL SYNTHETIC GREFT

**Dr.Haldun GÜNER, Dr.Akgün YiLDIZ,
Dr.Ahmet ERDEM, Dr.Jptisam MUDERRİS,Dr.Mehmet ERDEM**

Gazi Üniversitesi Kadın Hastalıkları ve Doğum ABD, ANKARA

ÖZET

Stress inkontinensi olan 26-52 yaşları arasındaki 19 hastaya sling operasyonu uygulandı. Bunlardan 6 ededi daha önce ameliyat geçirmiş nüks vakalardı. Hastaların postoperatif ortalama 12 ay boyunca takip edildi. 18 vakada başarılı sonuç alındı (%94.7). Bir vakada yeniden nüks teşekkül etti. Sling operasyonu Gerçek Stress İnkontinensi olan hastalarda isler primer, isler nüks vakalar olsun tecrübeli ellerde uygulandığında çok iyi netice alınan bir operasyon şeklidir.

Anahtar Kelimeler: Stress inkontinensi. Sling prosedürü, Cerrahi tedavi

TKİinJinekoloObst 1991,1:18-22

Stress inkontinensi intraabdominal basıncın ani arttığı (öksürme, hapşırma vs) durumlarda mesaneden idrar kaçığına denir (1-3).

Stress inkontinensinin tedavisi cerrahidir. Ancak cerrahi tedaviye rağmen bazen nüksler olabilmektedir (4,5). **Bu** nedenle pekçok cerrahi metod geliştirilmiştir (4-7).

Stress inkontinensi bulunan 19 vakada nükslerde kullanılan Sling operasyonu uygulanmıştır.

Geliş Tarihi: 25.3.1991

Kabul Tarihi: 15.4.1991

Yazışma Adresi: Dr.Haldun GÜNER
Gazi Üniversitesi Kadın Hastalıkları ve Doğum ABD, ANKARA

SUMMARY

19 patients between the ages of 26-52 years have been operated by a sling operation for urinary stress incontinence. Among these 19 patients, 6 had recurrent incontinence, after an unsuccessful past operation. A post-operative follow-up was done for an average of 12 months. 18 patients were free of symptoms (94.7%, success rate). Only 1 patient had recurire.nl incontinence. The sling operation can be applied to all patients, particularly for recurrent stress urinary incontinence, with reasonable results when performed with a proper technique.

Key Weirds: Urinary stress incontinence. Sling procedure, Surgical treatment.

Anatolian .1 Gynecol Obst 1991,1:18-22

Bu cerrahi metod ve aldığımız sonuçları sunmayı uygun bulduk.

MATERYAL VE METOD

Ağustos 1989-Şubat 1991 tarihleri Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Ana Bilim Dalında 19 hastaya sentetik greft kullanılarak sling operasyonu uygulandı. Vakalardan 12'sinc preoperatif ürodinamik inceleme yapıldı. Urgency inkontinens tespit edilen 4 hasta çalışma grubundan çıkarılarak tıbbi tedaviye alındılar.

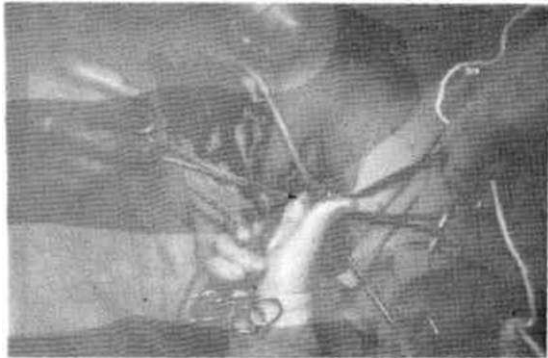
Hastalarımızın yaş ortalaması 34 (26-52), doğum ortalaması 4.2 (1-8) idi. 19 vakanın 6 adedinde önceden stress inkontinensi nedeni ile operasyon geçirmiş olduğu için "nüks inkontinens" vardı (%32).

Nüks inkontinensi olanlardan: 4 vaka kolporafi anterior ve posterior perincorafi (Kelly plikasyonu ile), 1 vaka vajinal hislereklomi ve kolporafi anterior-posterior perincorafi ve 1 vaka abdominal histerektomi ameliyatı geçirmişti.

Postoperatif takip süresi ortalama 12 ay (2-21 ay arasında) idi.

CERRAHİ TEKNİK

Pubis kemiğinin hemen üzerinden, lüberkulum pubicumdan spina iliaca anterior superior'a doğru uzanan ligamentum inguinaleye paralel ve birbirlerinden 3 cm. aralıklı 4-5 cm. uzunluğunda iki kesi yapılır. Rektus adalesi fasciası insizyonla açılır. Eğriliği pubis kemiğine bakacak şekilde Mayo makası ile rektus adalesi aralanır. Retzius aralığına kapalı olarak tatbik edilen makas açılarak aralık genişletilir. Daha sonra parmakla Obturator foramenin arka yüzüne doğru Retzius açıklığı genişletilir. Her iki kesi üzerine steril tamponlar konulduktan sonra vajinal girişim için operatör yer değiştirir. Önceden lithotomi pozisyonu verilmiş olan hastaya 16 numara foley kaleler tatbik edilir. Balon şişirilir ve mesaneye 50-60 cc kadar steril süt verilir. Balonun hizasından vajene longitudinal olarak üretral orifise doğru insizyon yapılır. Üretra ve mesane vajen ön duvarından disseke edilir. Üretranın her iki yanından yukarı doğru Mayo makası kapalı olarak sokularak içeride açılıp Diyafragma Ürogenitaleye varılır. Kesi daha sonra parmakla genişletilir (Şekil 1). Bir parmak yukarıdan, diğer bir parmak ise aşağıdan tatbik edilerek arada ne kadar mesafe kaldığı tahmin edilir. Mersilen greft ortada 2-2.5 cm çapında geniş



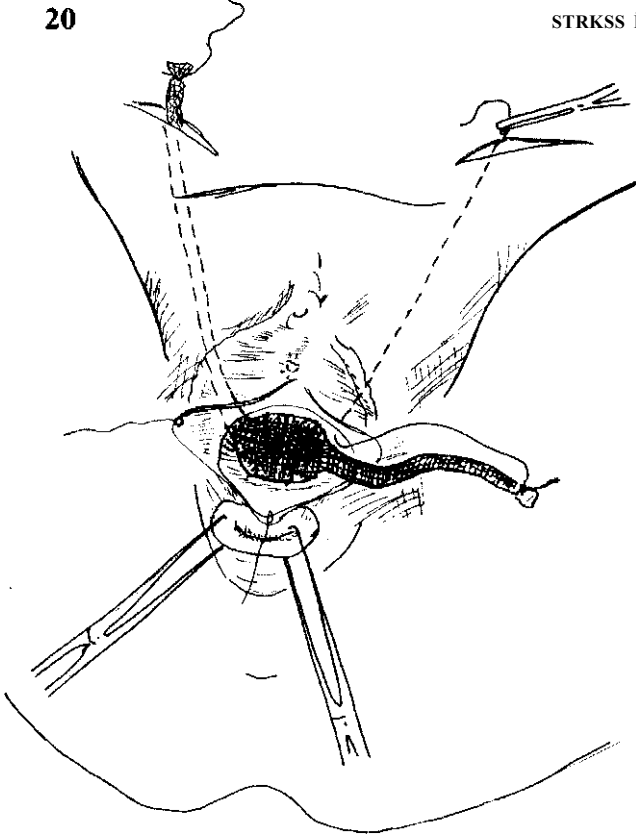
Şekil 1. Vajen duvarındaki keşiden parmakla girilerek uretranın her iki yanından diyafragma ürogenitaleye doğru kesim genişletilmesi

olacak, devamında 1.5 cm olacak şekilde 25 cm. olarak hazırlanır. Posterior üretra kenarlarına her iki yanda ikişer aded 00 chromie catgut sütürlerle tesbit edilir (Şekil 2). Grefl'in her iki ucuna I numara ipek iplik geçirilir ve ipliğin ucu eğriliği az, uzun bir pens'e tutturulur. Her iki yandan parmak gözetiminde pubis kemiğinin hemen arkasından Ürogenital diyafram geçilerek üstteki keşiden pensin ucu çıkarılır. Diğer bir pens ile ipek tutulduktan sonra alttaki pens gevşetilerek çıkarılır (Şekil 3). Aynı işlem daha sonra diğer tarafta tekrarlanır. Üstteki keşiden ipekler çekilerek greft uçları simfiz üzerine çıkarılır (Şekil 4). Kateterdeki süt az miktarda boşaltılarak herhangi bir mesane yaralanması olup olmadığı kontrol edilir. Kanama kontrolü yapıp vajen kenarları kapatılır. Bu esnada eğer arzu edilirse vajen mukozasından parça çıkarılıp, Kelly sütürleri tatbik edilebilir. Daha sonra greft gerdirmeden çekilir. Uçları rektus fasiasına sütüre edilip, fascia ve diğer dokular usulünce kapatılır (Şekil 5). Hasta normal postoperatif bakıma alınır. Foley kateteri 3 gün sonra çıkarılır (8*9).

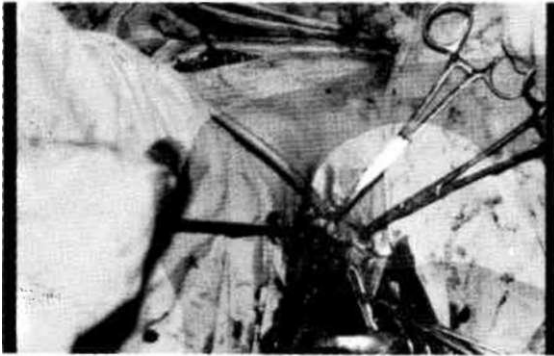
Hastanede 16 hastanın postoperatif süresi komplikasyonsuz geçmiş, 3 hastada pubik kesilerde infeksiyon gelişmiş olup herhangi bir abse oluşmaksızın antibiyotik tedavisi ile iyileşmişlerdir. Tüm vakalar daha sonra muntazam olarak ikişer aylık kontrollere alınmış olup stress inkontinansı bulunan vakamız olmamıştır. Sadece bir vakada ameliyattan 45 gün sonra gelişen zaman zaman noktüri yakınmaları olmuş olup, yapılan araştırmalarda herhangi bir organik lezyona rastlanmamıştır. İmipramine (antikolinergik) Tofranil 25 mg gece dozu şeklinde verildi. Bir ay sonraki



Şekil 2. Mersilen greft'in posterior üretra kenarına 00 chromie catgut sütürlerle tesbit edilmesi



ŞiKil .V Mersilen greflı'n ucuna geçirilen ipek sütünle pubis kemiğinin hemen arkasından abdominal keşiden çıkartılması.



Şekil 4. ürel't uçlarının abdominal keşiden çıkartılması.

kontrolünde hasta noktüri şikayeti kaybolması üzerine 20. günden itibaren ilaca devam etmediğini bildirmiştir.

Postoperatif kontrollerde bir vaka hariç inkontinans tespit edilemedi. Muayeneleri ve Boncy testleri normal sınırlarda bulundu. Kesi yeri endürasyon, süpürasyon veya greft çıkması görülmedi. Kabul eden hastalar postoperatif ürodinamik tetkike alındı. 8 vakanın üroflowmetrisi

normal bulundu. C02 sistometri yapılan 8 hastadan birinde detrüör dissinerji saptandı. İnkontinans tarif etmemekle beraber mevcut urgeney yakınması için imipramin tedavisi başlandı.

Vaka sayımız yeterli olmamakla beraber kısa dönemde operasyon başarısı %94.7 olmuştur. Literatüre ameliyatın başarı oranı ortalama %95.5 olarak bildirilmektedir (8,9).

TARTIŞMA

Stress inkontinensin tedavisinde günümüze kadar pek çok ameliyat tekniği geliştirilmiştir. Genelde uygulanan ameliyatları şöyle özetleyebiliriz:

1. Transvajinal ameliyatlar:

Kolporafi anterior (Kelly plikasyonu) (10)

2. Retropubik ameliyatlar:

Marshall-Marchetti-Krantz suprapubik vezikoüretal süspansiyonu (11).

Burch ileopktinal ligament üretrovezikal süspansiyon (12-13).

3. Kombine transvajinal ve retropubik ameliyatlar

Percyra üretrovezikal süspansiyon ve vaginouretroplastı (14,15,16).

Stamey mesane boynu endoskopik Süspansiyonu (17,18).

Sling ameliyatları:

— Tıbbi fasial greft: Goebell-Frangnheim-Stoeckel-Aldridge (19,20).

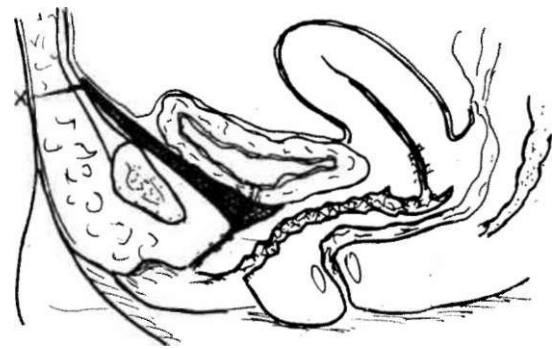
— Sentetik mersilen greft: Nichols (8,9)

4. Diğer uygulamalar:

Periüretal teflon injeksiyonu (6)

Artifisiyel sfinkter (21).

1800'lü yılların sonlarından beri stress inkontinens tedavisi için yoğun çabalar harcanmaktadır. Değişik disiplinler tarafından ve değişik merkezlerden (ülkemiz dahil olmak üzere) sayıları yüze varan



Şekil 5. Mersilen greft'in reklus fasiaına göre teshil edilmesi.

çeşitli ameliyat şekilleri tarif edilmiştir (4,7,8,9,10,11,12,14,17,18,19,22,23).

Klasik bilgilere göre bir hastalığın tedavisinde ne kadar değişik cerrahi metod varsa, tedavinin henüz tam yerine oturmadığı anlaşılmaktadır.

Başarı tanısıl doğruluk, uygun ameliyatın seçimi ve cerrahi tekniğe sekonderdir. Bu bakımdan her cerrahın tercihide değişik olmaktadır. Üroloji kliniklerinde retropubik prosedürlerin tercih edilmelerine karşın, jinekologlar her tipteki operasyonu uygulayabilmektedirler.

Preoperatif araştırmalara ürodinamik tetkiklerinde dahil edilip edilmemesi konusu henüz tartışmalıdır. Mutlaka preoperatif sistometrik çalışmanın olmasını savunanların yanında, kesin gerçek stres inkontinensi tanısı konulduğunda ürodinamik çalışmayı gereksiz ve masraflı bulanlarında varlığı dikkati çekmektedir (2,4,6,7,17,18,24,25,26). Özellikle bu konuda kendi adı altında bugünde tercih edilmekte olan cerrahi tekniği olan Stamey öksürüm ve Boney testinin yeterli olacağını savunmaktadır (17,18). Yeterli çalışmanın rahatlıkla yapılabildiği ürodinamik laboratuvarların bulunması halinde vakalara preoperatif ve postoperatif ürodinamik tetkiklerin yapılmasından yanayız.

Hastada infeksiyon veya detrusör dissinerjisi nedeniyle urgeney inkontinansının bulunuşu veya birlikte stres inkontinansının varlığı cerrahi tedaviyi olumsuz etkilemektedir. Mikst inkontinanslarda uygulanacak Kegel egzersizleri ve tıbbi tedavilerle başarı şansı pekala artırılabilir (6,7).

Ülkemizde tek başına stres inkontinansi ameliyatı az miktarda yapılmaktadır. Eğer hastada myoma uteri ile beraber stress inkontinensi varsa veya başka bir nedenle abdominal girişim uygulanacaksa, Marshall-Narchetti-Krantz ameliyatı uygulanmaktadır. Diğer taraftan desensus, sistoretoksel, prolapsus gibi nedenlerle vaginal bir girişim düşünülüyorsa Kelly plikasyonu uygulanmaktadır.

Stress inkontinensi ameliyatlarının başarı oranları aşağıdaki şekildedir.

AMELİYAT TİPİ	BAŞARI ORANI
Kelly	94-50
Marshall-Marchetti	%82
Stamey	%91
Burch	%93
Percyra	%M.S
Sling (Nichols)	%95.5
Sling (Günerve ark.)	%A.M.7

Kelly plikasyonlarındaki nüksler nedeniyle uygulanan Sling operasyonları 1900'lü yılların başlarına kadar gitmektedir (19). Fasial slingler yeterince kalınlıkta materyal alınmayışı, ikinci bir kesi ihtiyacının varlığı vs. gibi nedenlerle günümüzde revaç bulmamaktadır. Bu yüzden sentetik greft ile sling operasyonları geliştirilmiştir (4,6,8,9).

Postoperatif ortalama takip süremiz, kısa olmakla beraber (12 ay) elde ettiğimiz netice (%94.7) literatür ile uyumludur (8,9). Halen serimiz devam etmektedir. Şiddetli inkontinensler veya geçirilmiş ameliyatlardan sonra nüks eden inkontinens'i olanlarda uygulanacak tedavi sling metodu olmalıdır(8,9).

Myoma uteri vs. gibi nedenlerle abdominal cerrahi uygulanacak vakalara genelde retropubik prosedürler tatbik edilmektedir (11-12-13-23). Eğer pelvik relaksasyon nedeniyle vajinal histerektomi gerekiyorsa Kelly plikasyonu ilk düşünülen cerrahi metod olmaktadır (4,6,10,23).

Mersilen ucuz ve kolay bulunan bir materyal olup önceden kesilip sterilize edildiğinde bir greft ile ortalama 7-8 vaka ameliyat edilebilir. Postoperatif bakım kolaylığı, hastanede kalış süresinin kısalığı ameliyatın tercih nedenleridir.

SONUÇ

Gerçek stres inkontinensinin tedavisi cerrahidir. Birden fazla cerrahi tekniğin uygulanır olmasını, bu tekniklerden pek çoğunun tam başarılı olmaması sonucuna bağlayabiliriz. Bunlar içinde en iyi sayılabilecek ve hatta diğer cerrahi tekniklerin nükslerinde de uygulanabilen ameliyatın, Sling metodu olduğu kanısına varılmıştır. Kliniğimizde uyguladığımız bu teknikte %94.7 oranında başarılı sonuçlar alınmıştır. Bu konudaki çalışmamız ve vaka sayımızı arttırmaktayız. İleride daha büyük seri ile bu metodu yeniden diğer operasyon neticeleri ile karşılaştırmamız mümkün olacaktır.

TEŞEKKÜR

*Bu çalışmada preoperatif ve postoperatif ürodinamik tetkikleri gerçekleştiren Üromedikal Sağlık Araştırma Merkezinden Prof. Dr. Remzi Sağlık 'a teşekkür ederiz.

17-19 Eylül 1990 tarihleri arasında Adana'da yapılan 1. Jinekoloji mezuniyet sonrası eğitim kursu ve 2 Mart 1991 tarihinde Ankara Jinekoloji Derneği "Stress İnkontinens V" panelinde sunulmuştur.

KAYNAKLAR

1. Staskin DR, Zimmern PE, Hadley IIR, Ray S: Pathophysiology of stress incontinence. Clin Obslet, Gynecol 1985,12,2:357-68.
2. Yıldız A, Güner H, Gürsoy R: Jinekolojide idrar inkontinensi ayırıcı tanısı. Kadın Doğum Dergisi 1989, cilt 2,4:241-8.
3. Walters MD: Mechanisms of continence and voiding with International Continence Society classification of dysfunction. Obstet Gynecol Clin North America 1989,16,4:773-85.
4. Fantl JA: "Genuine stress incontinence: Emphasis on pathophysiology and suggested rationale of surgical management" in Current Concepts in Gynecologic Surgery, Williams and Wilkins London 1987, Ch. 11:119-25.
5. Symmonds RE, Jordan LT: Iatrogenic stress incontinence of urine. Am J Obstet Gynecol 1961, 82:1235-8.
6. Shortliffe LMD, Stamey TA: Urinary incontinence in the female. Walsh PC, Gittes RF, Perlmutter AD, Stamey TA (ed's), Campell's Urology (Ed.5), Philadelphia WB Saunder's. Volume 3-Chapter 73:2680-94.
7. Green T: Urinary Stress Incontinence; Differential Diagnosis, Pathophysiology and Management. Am J Obstet Gynecol 1975, 122:368-400.
8. Nichols DII: The Mersilene Mesh Gauze-Hammock for Severe Urinary stress Incontinence. Obstet Gynecol 1973, 41,1:88-93.
9. Nichols DH, Randall CL CI: Choice of Operation for Urinary Stress Incontinence in "Vaginal surgery", Williams and Wilkins Baltimore 1989, 98-124.
10. Kelly HA: Incontinence of Urine in Women. Urol Cutan Rev 1913, 17:291. In "Operative Gynecology" Ed: Mattingly RF, Thompson JD, Lippincott Comp. Philadelphia 6 th Edition 1985, ch. 25:595-621.
11. Marshall VF, Marchetti AA, Krantz KE: The Correction of Stress Incontinence by Simple Vesicourethral Suspension. Surg Gynee Obstet 1949,88:509-18.
12. Burch JC: Urethrovaginal Fixation to Cooper's Ligament for Correction of Cystocele and Prolapse. Am J Obstet Gynecol 1961,81:281-90.
13. Burch JC: Cooper's Ligament Urethrovesical Suspension for Stress Incontinence. Am J Obstet Gynecol 1968, 100:764-72.
14. Pereyra AJ: A Simplified Procedure for Correction of Stress Incontinence in Woman. West J Surg Obstet Gynecol 1959, 67:223-6.
15. Pereyra AJ, Letherz.TB: Combined Urethrovesical Suspension and Vaginothoroplasty for Correction of Urinary Stress Incontinence Obstet Gynecol 1967. 30:537-41.
16. Pereyra AJ, Letherz TB, Growdan WA. Powers JA: Pubourethral Supports in Perspective: Modified Pereyra Procedure for Urinary Incontinence Obstet Gynecol 1982, 59:643-8.
17. Stamey TA: Endoscopic Suspension of the Vesical Neck for Urinary Incontinence. Surg Gynecol Obstet 1973. 136:547-54.
18. Stamey TA: Endoscopic Suspension of the Vesical Neck for Urinary Incontinence in Females. Ann Surg 1980, 192:465-71.
19. Goebel R: Zur Operativen Beseitigung Der Angeborenen Incontinentia Vesicae. .Gynnaek. Urol 2:187, 1910 in "Operative Gynecology" Ed: Mattingly RF. Thomson JD Lippincott Comp Philadelphia 6 th Ed 1985, Ch 25:595-621.
20. Aldridge AII: Transplantation of Fascia for Relief of Urinary Stress incontinence, am J Obstet Gynecol 1942, 44:398-6.
21. Scott FB: Use of Artificial Sphincter in the Treatment of Urinary incontinence. Clin Obstet Gynecol 1985, 12,2:415-29.
22. Mermut S, Ülgenalp İ. Koksal A, Pabuççu R. Sağlam R, Akyürek C, Dilek S: Kadın Üriner Stress İnkontinensinde Vaginal Flapli Üretra Süspansiyonu (Mermut Yöntemi). Medial Kadın Doğum Dergisi 18 = 985, cilt 1, Sayı 2:89-94.
23. Cengiz SD. Söylemez F. Erdoğan S, Köse F, Ketere T, Şatıroğlu II: Stress inkontinansda Cerrahi Tedavinin Karşılaştırmalı Sonuçları. Medial Kadın Doğum Dergisi, 1989, cilt 5,1:41-3.
24. Sand PK. Hill RC Ostergand DR: Incontinence History as a Predictor of Detrusor Stability. Obstet Gynecol 1988. 71 (2):257-9.
25. Bergman A: Office Work up of Lower Urinary Tract Dysfunctions and Indications for Referral for Urodynamic Testing. Obstet Gynecol Clin North amer 1989, 16,4:787-94.
26. Bump RC: The Urodynamic laboratory. Obstet Gynecol Clin North Amer 1989, 16,4:795-816.