

Stres İnkontinans Tedavisinde Yeni Bir Yöntem: T.V.T. (Tension-Free Vaginal Tape) Uygulaması: Olgu Sunumu

A NEW TECHNIQUE IN STRESS INCONTINENCE SURGERY: T.V.T. (TRANSVAGINAL TENSION-FREE VAGINAL TAPE): CASE REPORT

M.Bülent TIRAŞ*, Murat ARSLAN**, Gürkan YAZICI**, Haldun GÜNER***, Mülazım YILDIRIM***

* Doç.Dr., Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum AD,

** Dr., Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum AD,

*** Prof.Dr., Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum AD, ANKARA

Özet

Giriş: Kadınlarda çok sık rastlanan semptomlardan birisi olan üriner inkontinansın düzeltilmesine yönelik 120'nin üzerinde cerrahi teknik tanımlanmış olmakla birlikte, bunların çoğunun sonuçları yüz güldürücü değildir. Günümüzde de başarı şansı yüksek ve kolay uygulanabilir yeni tekniklere ihtiyaç duyulmaktadır. Biz de gitmiş daha yaygın kullanılan ve lokal anestezi altında bile gerçekleştirilebilen, başarı şansı oldukça yüksek sayılabilecek yeni bir yöntemi tension-free vaginal tape uygulaması (T.V.T.) kliniğimizde başarı ile uyguladık.

Olgu Sunumu: Olgularımızın her ikisi de daha önce stress inkontinans sebebiyle kolporafi anterior-posterior-kely plikasyonu yapılmış ve nüks stres inkontinansa sahipti. Bu vakalardan birinde buna ek olarak geçirilmiş Marshall-Marchetti-Krantz operasyonu mevcuttu. Her iki hastanın da Boney testleri ve ürodinamik çalışmaları nüks stress inkontinans ile uyumluydu.

Teknik: Operasyonlar daha önce bildirilen orijinal prosedürlere bağlı kalınarak uygulandı. Her iki vakada da epidural anestezi yapıldı. Temel olarak üretra altına yapılan küçük bir insizyondan girilerek paraüretal dokular diseksi edildi. Bu alanlardan plastik kılıf içerisindeki özel prolen tape, iki kısımdan oluşan iğne sistemi ile uygulandı. Operasyon esnasında sistoskopi ile mesane kontrol

Geliş Tarihi: 18.10.1999

Yazışma Adresi: Dr.Bülent TIRAŞ
Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi
Kadın Hastalıkları ve Doğum AD
Beşevler, ANKARA

Summary

Introduction: Although there are more than 120 surgical techniques for correction of stress incontinence in women; most of the results are not promising. Therefore, there is still need for effective and new surgical modalities which can be easily applied. We applied a new technique that is called T.V.T. (tension-free vaginal tape) in 2 patients successfully in our department.

Cases: Both of the patients had stress incontinence surgery (colporrhaphy anterior and posterior) previously and the first patient had also a second surgery, namely Marshall-Marchetti-Krantz operation. There were recurrence of stress incontinence. Urodynamic studies were also consistent with stress incontinence.

Technique: Operations were done under epidural anesthesia and according to the described original procedure. The paraüretal tissues were dissected through small, suburethral vaginal incision. A special prolene tape covered by a plastic sheath was introduced using a two component needle instrument. The tape was applied around the mid-urethra. Bladder was checked by cystoscopy for any inadvertent damage. Bladder neck was elevated under the vision of cystoscopy. The vaginal and abdominal incisions were sutured primarily after cutting the abdominal ends of the tape in the subcutaneous tissue without any fixation.

Results and Conclusion: We have detected no stress incontinence at 3rd and 6th months postoperatively. This shows the effectivity of procedure. With promising results from

edildi. Polipropilen mesh'in yarattığı mesane boynu yüksekliği sistoskopi esnasında ayarlandı. Mesh'in abdominal kısımdaki serbest uçları hiçbir fiksasyon uygulanmadan cilt altı seviyesinde kesildi. Karın ön duvarındaki ve vajendeki insizyonlar primer suture edildi.

Tartışma ve Yorum: Daha önce bir ve daha fazla sayıda başarısız stres inkontinans cerrahisi geçiren hastalarımızda 3 ve 6 aylık kontrollerinde stres inkontinansın saptanmaması yöntemin etkinliğini kanıtlamaktadır. Bu prosedürün yaygın olarak kullanıldığı merkezlerden bildirilen %90'lara varan 3 yıllık başarı oranları da bu tekniğin ileride daha geniş seriler ile karşımıza çıkabileceğini düşündürmektedir.

Anahtar Kelimeler: Tension-free vaginal tape, Stres inkontinans

T Klin Jinekoloj Obst 2000, 10:49-52

different centers this technique candidates to become more popular in the future.

Key Words: Tension-free vaginal tape, Stress incontinence

T Klin J Gynecol Obst 2000, 10:49-52

Kadınlarda üriner inkontinans, bir hastalıktan çok bir semptomu tarifler. Bu yüzden iyi bir tedavi için doğru tanının konması gerekir (1). İnkontinans sebepleri arasında birçok teori öne sürülmüş isede bunlardan hiçbirisi yeteri kadar kanıtlanamamıştır. Üriner inkontinans, bütün dünyada olduğu gibi ülkemizde de jinekoloji departmanlarına başvuran kadınlarda en sık görülen semptomlardan biridir. Üriner inkontinansa yönelik olarak uygulanan bugüne kadar tanımlanmış 120'nin üzerinde cerrahi teknik bulunmaktadır ve kısa dönemde bu tekniklerin hemen hepsi ile başarılı sonuçlar elde edildiği bildirilmiştir (2). Fakat uzun dönemde bu tekniklerin çoğu ile başarısız sonuçlar elde edilmiştir. Bu cerrahi tekniklerin çoğunda geniş vajinal plastiye ihtiyaç duyulur ve operasyon süreleri uzundur. Özellikle konvansiyonel slingplastide geniş bir diseksiyon sahası yapılmalıdır. Bu sebeple hastaya genel anestezi uygulanır ve ortalama operasyon süresi de oldukça uzun sayılabilir. Gene bu operasyonda, seçilen sling materyali, proksimal üretraya tatbik edildiği için postoperatif idrar yapamama ve idrar retansiyonu gibi komplikasyonlar sıkça izlenir. Bu tip cerrahi için primer endikasyon "intrinsic sfinkter yetmezliği" (İSD) olmalıdır. Gene endoskopik veya açık Burch kolposüspanسیونlarında da operasyon süreleri istenen seviyelere düşürülemediği. Günümüzde de başarı şansı yüksek ve kolay uygulanabilir yeni tekniklere ihtiyaç duyulduğu görülmektedir. Biz de gittikçe daha yaygın kullanılan ve lokal anestezi altında bile gerçekleştirilebilen, hem İSD hem de anatomik

hipermobiliteli hastalara uygulanabilen, başarı şansı oldukça yüksek sayılabilecek yeni bir intravajinal slingplastisi (İVS) yöntemini (Transvaginal T.V.T.; tension-free vaginal tape uygulanması) kliniğimizde başarı ile uyguladık. Klasik İVS ve T.V.T.'in en önemli özelliği işlemin basitliğindedir. Üretra altına yapılan küçük bir kesiden yapılan paraüretal diseksiyon yeterli olmaktadır. Bu sebeple hastalar lokal anestezi veya epidural anestezisi altında opere edilebilmektedirler (3,4,7). Daha önceleri tariflenmiş intravajinal slingplastiler (İVS) ile başarılı sonuçlar (~%90) bildirilmiş olsa da (3,4) özellikle kullanılan materyaller (Gore-tex, Mersilen) ile ilgili rejeksiyon problemi hastaların %8-10'unda izlenmiştir. Polipropilen mesh kullanılan T.V.T. ile hemen hemen hiç rejeksiyona rastlanmamaktadır (10). Bu yöntem ile uzun dönem başarı oranları da %86-95 olarak bildirilmiştir (10-11).

Olgu Sunumu

1. Olgu: Bn. H.A. 47 y., gravida 4, paritesi 3 olan hastanın özgeçmişinde 1992 yılında geçirilmiş vajinal histerektomi ve kolporafi anterior-posterior-kely plikasyonu ve 1995 yılında nüks stres inkontinans sebebiyle geçirilmiş Marshall-Marchetti-Krantz operasyonları mevcut. Tekrar idrar kaçırma şikayeti ile kliniğimize başvuran hastanın yapılan muayene ve inkontinansına yönelik tetkiklerinin (24 saatlik pet testi, Boney testi, ürodinamik çalışmalar) stres inkontinans ile uyumlu olduğunun saptanması üzerine hastaya T.V.T. uygulanmasına karar verildi.

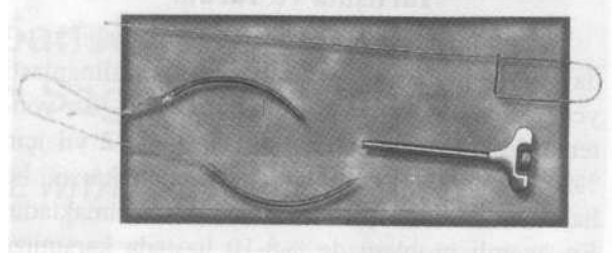
2. Olgu: Bn.M.A. 51 y., gravida 12, paritesi 5 olan hasta yaklaşık 30 yıldan beri devam eden idrar kaçırma şikayeti ile kliniğimize başvurdu. Özgeçmişinde 1985 yılında nefrolitiazis operasyonu ve 1987 yılında sistosel ve stress inkontinans nedeniyle kolporafi anterior-posterior-kelyplikasyonu operasyonu mevcut. Hasta bimanüel vajinal muayene, idrar tahlilleri, Boney testi, ve ürodinamik çalışmalarla değerlendirildi. Nüks stress inkontinans tanısı konan hastaya T.V.T. uygulandı.

Teknik

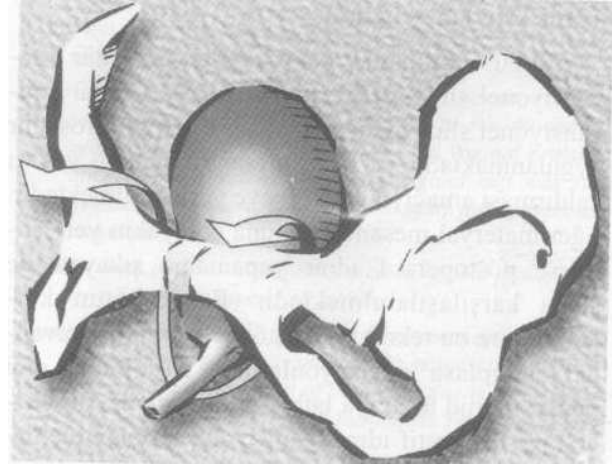
T.V.T. uygulamasını daha önce bildirilen orijinal prosedüre bağlı kalınarak yapıldı (7). Epidural anestezi altında ,pubik kemiğin süperior kenarının hemen üzerinden 5 cm aralıklı iki minimal insizyon yapıldı. İlk olarak mesane transüretal Foley kateteri ile boşaltıldı. Daha sonra eksternal üretral açıklığın 0.5-1 cm altından başlamak üzere subüretal vajen ön duvarına midline 1,5 cm uzunluğunda kesi yapıldı. Vajen duvarı ile üretra arasında laterale doğru makasla minimal bir künt diseksiyon yapıldı. Böylece iğne sisteminin uygulanmaya başlanacağı alan yaratıldı. Aşağıda da görülebileceği gibi Foley kateteri boyunca yerleştirilen düz bir yönlendirici ile üretra ve mesanenin kontrlaterale alana itilmesi sağlandı. Böylece iğne sisteminin herhangi bir komplikasyon oluşmadan uygulanmasına olanak tanındı (Şekil 1).

Plastik kılıf içerisindeki özel prolene tape (Ethicon Inc., Sommerville, New Jersey, USA), iki kısımdan oluşan bir iğne sistemi (MedScand Medical, Malmö, İsveç) ile uygulandı. Bu iğneler ile, diseke edilen paraüretal alanlara teker teker girilerek pubik kemiğe çok yakın geçecek şekilde ürogenital diyafram ve retzius boşlukları perfor edilerek daha önce hazırlanan karın ön duvarındaki kesilere ulaşıldı (Şekil 2).

Operasyon esnasında sistoskopi ile mesane kontrol edildi. Bu şekilde mid-üretraya serbestçe (fazla kaldırmadan) oturtulan prolene tape'in etrafındaki koruyucu kılıfı çıkartılarak yeri sabitleştirildi. Prolene tape'in abdominal kısımdaki serbest uçları hiçbir fiksasyon uygulanmadan cilt altı seviyesinde kesildi. Karın ön duvarındaki ve vajendeki insizyonlar primer onararak işleme son verildi.



Şekil 1. Tension-free vaginal tape enstrümanı. Plastik koruyucu ile kaplanmış prolene tape'in bağlı olduğu iki iğne sisteminden oluşmaktadır. Şekilde görülen tutacak her iki iğneye sırayla sabitleştirilerek prolene tape tatbik edilir. İğneler abdominal insizyon seviyesine ulaştıklarında tutacaklar iğnelere ayrılır. Foley kateter içerisine uygulanarak üretranın yön değiştirmesine yardımcı olan yönlendirici kateter de görülmektedir.



Şekil 2. Prolene tape'in son pozisyonu. Prolenin mid-üretraya gevşek olarak oturması yeterlidir.

Transüretal kateterizasyon uygulanmadı. Operasyonun toplam süresi her iki vakada ortalama 35 dk. olarak saptandı. Hastalara intraoperatif antibiyotik profilaksisi uygulandı. Postoperatif komplikasyonu olmayan hastalar ertesi gün taburcu edildi. 1. Olgunun takibinde, 3. ve 6. aylarda yapılan muayenesinde ve ürodinamik çalışmalarda stress inkontinansının tamamen düzeldiği izlendi. 2. Olgu postoperatif 3. ayda kontrole çağırıldı. Yapılan klinik ve ürodinamik araştırmalarda stress inkontinans saptanmadı.

Tartışma ve Yorum

Stres inkontinansda ayaktan uygulanabilen tedavi modaliteleri arasında intravajinal slingplastisi yeni bir yöntem olarak kullanılmaktadır. Bu yöntemlerle bildirilen başarı oranları (3-4) 2 yıl için %90 gibi yüksek oranlarda olmasına karşın bu hastalarda önemli problemlerle karşılaşmaktadır. En önemli problem de %8-10 hastada karşımıza çıkan Gore-Tex veya mersilenin doku tarafından rejeksiyonudur. Bizim bu hastada uyguladığımız T.V.T.'de de, daha önce bildirilen cerrahi prensiplere bağlı kalınarak (5-6), puboüretrovesikal ligamentin ve subüretral vajinal duvarın üretral desteğinin artırılması amaçlanmaktadır. Bildirilen yayınlarda da prolens sling materyalinin özelliğine bağlı olarak, gore-tex ve mersilene nazaran vücut tarafından daha iyi kabul edilmesi sebebiyle daha az rejeksiyon izlenmiştir.

Şunu vurgulamak gerekir ki bu prosedür konvansiyonel sling ile karşılaştırılmaz. Çünkü konvansiyonel sling'de daha geniş bir cerrahi prosedür uygulanmaktadır ve sling mesane boynunu yukarı kaldırması amacıyla bu bölgeye yerleştirilmektedir. Eğer materyal mesane boynuna çok yakın yerleştirilirse postoperatif idrar yapamama şikayeti ile sıkça karşılaşılabilir. Fakat bizim kullandığımız bu teknikte daha önce yapılan intravajinal slingplastisi operasyonlarında da olduğu gibi materyal mid üretraya tatbik edilmektedir. Bu yüzden post operatif idrar retansiyonu problemine daha az rastlanmaktadır (7-8).

İntravajinal slingplastiler yerleştirilen materyal boyunca destek bağ dokusunda yaptıkları olumlu değişiklikler yaratmaktadırlar. Bu yüzden sling materyalinin yerleştirildiği yer önem kazanmaktadır. Sling materyali mesane boynuna değil endopelvik fasyanın en az olduğu bölge olan mid üretra seviyesine oturtulmalıdır. Falconer ve ark. (9) tarafından yapılan çalışma ile sling materyalinin yerleştirildiği mid üretral alandan operasyondan 2 yıl sonra alınan biyopsilerle paraüretral kollajen doku özelliklerinin düzelme gösterdiği ve kollajen turn-over'inin arttığı saptanmıştır.

Tedavi başarısının konvansiyonel teknikler kadar iyi olmasına karşılık kesin sonuçlar verebilmek için uzun dönem başarı oranları da ortaya konmalıdır. Buna karşılık ilk çalışmalarla ortaya konan 3 yıllık başarı oranlarının %90'larda

seyretmesi (10-11) bizim bu tekniğe daha iyimser yaklaşmamızı sağlamaktadır.

Sonuç olarak, daha önce iki kez başarısız stress inkontinans cerrahisi geçiren 1.hastamızda 3 ve 6. Aylarda yapılan kontrollerde ve 2. Hastamızın 3 aylık kontrollerinde stress inkontinans saptanmaması yöntemin etkinliğini kanıtlamaktadır. Orijinal prosedürde yöntemin lokal anestezi ile uygulanması önerilmesine karşın, her iki olgumuzda epidural anestezi kullanılmış olup, meshin gerginliğinin ayarlanması sistoskopi ile mesane boynu gözlenerek yapılmıştır. Bu yöntemin, yaygınlaşması için daha çok sayıda hastada uzun dönemli sonuçların elde edilmesi gereklidir.

KAYNAKLAR

1. Hilton P. Which operation and for which patient. Int Drife JO. Hilton P, Stanton SL eds. Micturition. London: Springer Verlag, 1990.
2. Abrams P, Blawias J, Stanton S, Andersen J. The standardization of terminology of lower urinary tract function recommended by the International Continence Society. Int Urogynecol J 1990; 1:45-58.
3. Petros P, Ulmsten U. Intravaginal slingplasty. An ambulatory surgical procedure for treatment of female urinary incontinence. Scand J Urol Nephrol 1995; 29:75-82.
4. Falconer C, Ekman G, Malmström A, Ulmsten U. Intravaginal slingplasty for treatment of female stress incontinence. 11th IUGA Meeting, Kuala Lumpur, 1995.
5. Petros P, Ulmsten U. An integral theory on female urinary incontinence experimental and clinical considerations. Acta Obstet Gynecol Scand 1990; 69(suppl):153.
6. Petros P, Ulmsten U. An Integral theory and its method for the diagnosis and management of female urinary incontinence. Scand J Urol Nephrol 1993; 153: 1-93.
7. Ulmsten U, Henriksson L, Johnson P, Varhos G. Intravaginal slingplasty: An ambulatory surgical procedure under local anesthesia for treatment of female urinary incontinence. Int Urogynecol J 1996; 7:81-6.
8. Ulmsten U, Falconer C, Johnson P, Jomaa M, Lanner L. A multicenter study of tension-free vaginal tape (TVT) for surgical treatments of stress urinary incontinence. Int Urogynecol J 1998; 9:210-13.
9. Falconer C, Ekman G, Malmström A, Ulmsten U. Clinical outcome and chances in connective Tissue metabolism after intravaginal slingplasty in strerr incontinent women. Int Urogynecol J 1996; 7:133-7.
10. Ulmsten U, Johnson P, Rezapour M. A three-year follow-up of TVT for surgical treatment of female stress urinary incontinence. Br J Obstet Gynaecol 1999; 106 : 345-50.
11. Wang AC, Lo TS. Tension-free vaginal tape. A minimally invasive solution to stress urinary incontinence in women. J Reprod Med 1998; 43: 429-34.

