

Vaginal Cuff Prolapsuslarının Onarımında Mersilen Mesh ile Abdominal-Retroperitoneal Sakrokolpopeksi (Ön Çalışma)[¶]

ABDOMINAL-RETROPERITONEAL SACRAL COLPOPEXY WITH MERSILENE MESH FOR THE CORRECTION OF POSTHYSTERECTOMY VAGINAL VAULT PROLAPSE

S.Cansun DEMİR*, Aytekin ALTINTAŞ**, M.Ali VARDAR***, Cüneyt EVRÜKE***, Yılmaz ATAY***

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

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

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

Özet

Amaç: Histerektomi sonrasında vaginal cuff prolapsusu olan olgularda mersilen mesh ile uygulanan sakrokolpopeksinin etkinliğinin değerlendirilmesi.

Materyal ve Metod: 1.1.1997-1.5.1999 tarihleri arasında Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı'na histerektomi sonrası vaginal cuff prolapsusu nedeniyle başvuran ve transabdominal retroperitoneal mersilen mesh ile sakral kolpopeksi uygulanan 8 olgu prospektif olarak çalışmaya alındı. Olgular, parite, operasyon ve hospitalizasyon süresi, intraoperatif kanama, tedavinin etkinliği ve komplikasyonlar açısından değerlendirildi.

Bulgular: Olguların yaş ortalaması 59.5, parite ortalaması 5.8 idi. 3 olgu önceden vaginal, 5 olgu abdominal histerektomi olmuştu. İlk operasyondan sonra geçen süre ortalama 7.77 yıl idi. Ortalama olarak: operasyon süresi 68 dakika, hospitalizasyon süresi 7 gün ve intraoperatif kanama 634 ml idi. 7 olguda (%87.5) prolapsus onarımı başarılı idi. İntraoperatif olarak presakral venöz pleksus yaralanması olan bir olguda operasyon sonrası prolapsus tekrarladı, 1 olguda ise postoperatif stress üriner inkontinens oluştu.

Sonuç: Vaginal cuff prolapsusu onarımında mersilen mesh ile sakral kolpopeksi etkin bir yöntemdir. Ancak operasyon sırasında presakral venöz pleksus yaralanması ve operasyon sonrasında üriner inkontinens hatırlanması gereken sorunlardır.

Anahtar Kelimeler: Vaginal cuff prolapsusu, Mersilen, Sakrokolpopeksi

T Klin Jinekoloj Obst 2000, 10:196-200

Geliş Tarihi: 29.11.1999

Yazışma Adresi: Dr. S.Cansun DEMİR
Çukurova Üniversitesi, Tıp Fakültesi
Kadın Hastalıkları ve Doğum AD,
Balcalı, ADANA

[¶] Bu çalışma Türk Jinekoloji Derneği II. Uluslararası Jinekoloji ve Obstetri Kongresinde (3-7 Ekim), Belek, Antalya'da sunulmuştur.

Summary

Objective: Our purpose was to evaluate the efficacy of sacral colpexy with mersilen mesh in the correction of posthysterectomy vaginal vault prolapse

Materials and Method: The study was prospectively designed in 8 patients who admitted to the Obstetrics and Gynecology Department of Faculty of Medicine, Çukurova University in a period between 1.1.1997 to 1.5.1999 with a complaint of posthysterectomy vaginal vault prolapse and transabdominal retroperitoneal sacral colpexy with mersilene mesh is performed. The cases were evaluated for parity, operation and hospitalization time, intraoperative bleeding, efficacy of the method and complications.

Results: The mean age of the patients were 59.5 years, mean of parity was 5.8. Three cases had prior vaginal and 5 cases had abdominal hysterectomy, mean latency time was 7.77 years. Mean operation time was 68 minutes, hospitalization time 7 days, intraoperative bleeding 634 ml. Treatment of prolapse was successful in 7 cases (87.5%). In one case who had intraoperative injury of presacral venous plexus, recurrent prolapse occurred postoperatively. In another case there was significant postoperative stress urinary incontinency.

Conclusion: Abdominal retroperitoneal sacral colpexy with mersilene mesh is an effective method for the treatment of posthysterectomy vaginal vault prolapse. Intraoperative presacral venous plexus injury and postoperative stress urinary incontinence are important complications to be remembered.

Key Words: Vaginal vault prolapse, Mersilene, Sacral colpexy

T Klin J Gynecol Obst 2000, 10:196-200

Vaginal cuff prolapsusu'nun histerektomi sonrasında %0.2-%43 oranında görüldüğü bildirilmiştir (1).

Abdominal ve vaginal histerektomilerden sonra cuff prolapsusu olguları arasında sayıca fark olmadığı ancak ABD'de yapılan histerektomilerin yalnızca %20'sinin, İngiltere'de ise %21'inin vagi-

nal olduğu ve vaginal histerektomilerin zaten destek dokuları sorunlu hastalarda uterus prolapsusu nedeniyle yapıldığı gözönünde bulundurulursa vaginal histerektomilerden sonra göreceli olarak daha çok cuff prolapsusu olduğu bildirilmiştir (1-3).

Vaginal cuff prolapsuslu olgularda semptomlar: Vaginanın dışarı sarkması, idrar şikayetleri, bel ağrısı, konstupasyon, cinsel ilişkide zorluk, vagina'da ülserasyondur (1). Bu semptomlar yaşlı kadınların yaşam standardını düşürmektedir.

Vaginal cuff prolapsusunun, hipoöstrojenizm sonucu kollagen dokunun zayıflaması ile destek mekanizmalarının yetersizliği ve pelvis tabanının ve sinirlerinin doğum sırasında hasar görmesi sonucunda ortaya çıktığı, ayrıca yaşlanma ve histerektomi sırasında yeterli süspansiyonun sağlanmaması ile oluşabildiği belirtilmektedir. (1,4).

Vaginal cuff prolapsusu tedavisinde değişik modaliteler öne sürülmüştür. Bunlar:

Cerrahisiz tedavi: Topikal östrojen tedavisi ve Pesser uygulanmasıdır (5,6).

Cerrahi tedavisinde ise:

Vaginal Yaklaşım: Posterior kolporafi, uterosakral ligamentlere plikasyon, sakrospinöz ligament fiksasyonu ve Le Fort operasyonu (colpopcleisis)'dur (1,2,7,8).

Abdominal Yaklaşım: Rektus fasyası, cilt, duramater, sentetik materyaller (Marlex, Prolen, Mersilen, veya Goretex) kullanılarak yapılan sakrokolpopeksi ve Zacharin operasyonu (abdomino-perineal yaklaşım)'dur (1,4,9-20).

Biz bu çalışmada abdominal retroperitoneal mersilen mesh ile yapılan sakrokolpopeksi'nin histerektomi sonrası vaginal cuff prolapsusu onarımına etkisini incelemeyi amaçladık.

Materyel ve Metod

Çalışmaya, Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı'na 1.1.1997- 1.5.1999 tarihleri arasında vaginal cuff prolapsusu nedeniyle başvuran önceden vaginal veya abdominal histerektomi olmuş 8 olgu prospektif olarak alındı. Olgular preoperatif olarak değerlendirildikten sonra genel anestezi altında operasyona alındılar. Olgulara operasyondan 30 dakı-

ka önce tek doz profilaktik antibiyotik olarak 1 gr Cefepime i.v. uygulandı.

Abdominal-Retroperitoneal Sakral Kolpopeksi 'de Ameliyat tekniği olarak Wheelless C.R.Jr'ın Pelvik Cerrahi Atlas'ında (21) belirtilen ve Addison ve ark.(14) yayınladığı yöntem uygulandı: Hastalar dorsal litotomi pozisyonunda hazırlandı. Pfannenstiel insizyonla batına girildi. Bir asistan yardımıyla veya vagene yerleştirilen protez ile vaginal apex belirlendi. Vaginaly örten visseral periton, vagina üzerinden ve rektosigmoid kolon ve ureter kenara çekilip sakral promontoryuma kadar insize edilip açıldı. Üç cm eninde ve 5-12 cm boyunda dikdörtgen şekilli, kenarları önceden dikilmiş ve dikdörtgen haline getirilmiş iki katlı mersilen mesh, ya mersilen veya 1 no prolene ile vagina apexine ortasından, kenarlarından ve rektovaginal junctiondan ,diğer tarafta ise sakral promontoryumda ligamentum flevuma 3-6 sütür konularak sütüre edildi. Daha sonra internal herniasyonu önlemek için (22) visseral periton 2/0 kromik katgut ile tek tek sütüre edildi ve batın kapatılarak operasyona son verildi. Hastalar ortalama 1 haftalık hospitalizasyondan sonra taburcu edildiler. Operasyondan 1, 6, 12 ay sonra ve ardından senelik takibe alındılar.

Sonuçlar

8 olgunun özellikleri ve operasyon sonuçları Tablo 1'de gösterilmiştir.

Vaginal cuff prolapsusu nedeniyle başvuran 8 olgunun yaşları 46 ile 75 arasında değişiyordu ve yaş ortalaması 59.5 idi. Olgulardan 3'ü (%37.5) önceden vaginal histerektomi, 5'i ise (% 62.5) abdominal histerektomi olmuştu. İlk operasyondan sonra geçen süre 2 ay ile 17 yıl arasında değişmekte idi ortalaması 7.77 yıl idi. Olguların tümü menopozda idi ve hiçbiri hormon replasman tedavisi kullanmıyordu. Olguların operasyon süresi 40 dakika ile 120 dakika arasında değişmekteydi ortalaması 68 dakika idi. Olguların hospitalizasyon süresi ise 5 ile 10 gün arasında değişmekteydi ve ortalaması 7 gün idi. Olgulardan 7 sinin (% 87.5) sakrokolpopeksi operasyonu sonrasında cuff prolapsusu düzeldi. Operasyon sırasında daha önceki operasyona bağlı yapışıklıklar sonucu presakral venöz pleksus yaralanması oluşan 1 olguda operasyondan 10 gün sonra cuff prolapsusu tekrarladı.

Tablo 1. Vaginal cuff prolapsuslu olguların özellikleri ve operasyon sonuçları

Olgu no.	Yaş	Parite	Önceki operasyon	İlk operasyondan sonra geçen süre	Operasyon süresi (dk.)	Hospitalizasyon süresi (gün)	Operasyon sırasında Kanama (ml)	Sonuç
1	75	6	Vaginal	7 yıl	60	7	200	Başarılı
2	46	5	TAH	5 yıl	90	6	100	Başarılı
3	54	7	TAH	2 ay	45	5	300	Başarılı
4	51	4	TAH	17 yıl	55	6	225	Başarılı
5	68	5	TAH	3 yıl	120	10	3500	Başarısız *
6	46	3	TAH	11 yıl	65	7	300	Başarılı
7	62	8	Vaginal	6 yıl	40	7	210	Başarılı
8	73	9	Vaginal	13 yıl	70	8	240	Başarılı ⊗
Ortalama	59.5	5.8		7.77 yıl	68	7	634	% 87.5

* Bu olguda operasyon sırasında presakral venöz plexus yaralanması oldu. Aynı olguda operasyondan 10 gün sonra yeniden prolapsus oluştu.

⊗ Bu olguda ise operasyon sonrası üriner stress inkontinens oluştu.

Hasta yeniden operasyonu kabul etmedi. Başka bir olguda ise vaginal cuff prolapsusu düzeltildi ancak operasyon sonrasında stress üriner inkontinens gelişti. Operasyon sırasında periton açılırken hiçbir olgumuzda ureter ve barsak yaralanması olmadı.

Tartışma

Vaginal cuff prolapsusu eski yayınlarda % 43'lere varan oranda bildirilmişken, yeni yayınlarda histerektomi sonrası sıklığının %0.5-1 olduğu belirtilmiştir (1,10). Tedavisinde amaç prolapsusun ve birlikte mevcut olan enteroselin kalıcı onarımı ile birlikte, yaştan bağımsız olarak, ağrısız ve skarsız, fonksiyonel ve anatomik olarak yeterli vagina sağlamaktır (22).

Abdominal sakropeksi 1962 yılından beri vaginal cuff onarımında değişik yazarlarca, onarım için değişik materyaller kullanılarak yapıldığı bildirilmiştir (9-20,23).Çeşitli malzemelerle yapılan sakropeksinin başarı oranı %90-100'dir (4,10,13).

Mersilen mesh ile yapılan sakrokolpopekside %96'lara varan başarı bildirilmiştir (14). Mersilen; örgülü polyester, yüksek gerilme gücüne sahip, pürüzsüz, ıslanma ve doku içine gömülü olma sonucunda gücünü yitirmeyen, vücudun iyi tolerans gösterdiği, sentetik, non-absorbabl sütür materyalidir (24). Naylondan farklı olarak yumuşak, geniş ve fibroblastlara kolaylıkla infiltrat olan bir materyaldir.

Kullandığımız teknikte, Wheelers C.R. Jr 'ın (21) ve Addison ve ark.(14) yayınladığı teknikten farklı olarak biz batin açılırken transvers, Pfannenstiel insizyon uyguladık, adı geçen yayınlarda ise göbekağı median insizyon uygulanmıştı. Addison'un (14) yayınladığından farklı olarak mersilen mesh vaginal cuff'a ve sakruma, ipek yerine 1 no prolene ile suture edildi.

Schattini ve ark. (9) ise vagen ile sakral promontoryum arasında retroperitoneal tünel açarak (insizyon yapmadan) kolpopeksi yapmışlar ve başarılı sonuçlar vermişlerdir. Ayrıca sling olarak fasciayı absorbabl suture ile vagen ve promontoryuma suture eden yayımlar vardır (19). Ayrıca kolpopeksinin yanı sıra perinede ve vaginada sarkma olması nedeniyle posterior vaginayı düzeltmek için kolpopeksiden önce kolporafi posterior yapıldığını belirten yayımlar da vardır (17).Ancak biz operasyonlarımızda kolpopeksiye ilave bir yöntem uygulamadık.

Daha önceki operasyonu abdominal histerektomi olan ve yoğun adezyonları olan bir olguda sakruma suture konurken presakral büyük damarlarda yaralanma oldu. Bu olguda suture'nin sakral promontoryumdan daha yukarı konulduğu farkedildi. Hemostazı takiben mersilen mesh yeniden promontoryuma suture edildi. Ancak bu arada mersilen mesh muhtemelen travmatize olduğundan operasyondan 10 gün sonra cuff prolapsusu tekrarladı. Hasta yeni operasyonu kabul etmedi. Literatürde presakral venöz plexusta yaralanma

sonucu 7200 ml'ye kadar kanama olduğu bildirilmiştir (25). Bu olgumuzda operasyon sırasında 3500 ml kanama oldu ve hastaya operasyon sırasında ve sonrasında toplam 6 ünite taze kan ve eritrosit süspansiyonu transfüzyonu uygulandı. Tüm olgularımızda operasyon sırasında ortalama 634 ml kanama olurken, yukarıda bahsedilen olgu dışındaki 7 olgunun ortalaması ise 225 ml idi. Addison ve ark. yayınında ise ortalama 525 ml kan kaybı olduğu belirtilmiştir (14).

Operasyon sırasında kanama problemi olan olguda hemostaz ve sütürün yerinin değiştirilmesi nedeniyle operasyon süresi 120 dakikaya uzamıştı. Bu nedenle tüm olguların ortalama operasyon süresi 68 dakika bulundu. Diğer 7 olgunun operasyon süresi ortalaması ise 60 dakika idi. Literatürde bizim uyguladığımız teknikle yapılan operasyonların ortalama süresi ise sırasıyla 95 dakika ve 4 saat 29 dakika olarak bildirilmiştir (10,14).

Olgularımızda ilk operasyonla sakrokolpopeksi arasında geçen zaman ortalama 7.77 yıl idi. Literatürde ise ilk operasyonla sakrokolpopeksi arasında 8.3, 12.8 ve 16.7 yıllık ortalama süreler bildirilmiştir (10,11,14).

Operasyon sonrasında olgularımızda herhangi bir postoperatif komplikasyon olmadı.

Mersilen mesh ile sakrokolpopeksi yaptığımız 8 olgudan 7'sinde (%87.5) prolapsus onarımı başarılı idi. 1 olguda (%12.5) prolapsus tekrarladı. Bu olgu operasyon sırasında komplikasyon olarak sakral venöz pleksus hasarlanması olan olgu idi. 1 olguda (%12.5) ise operasyondan sonra stress üriner inkontinens oluştu.

Sakropeksilerden sonra stress üriner inkontinens %18'lere varan oranlarda bildirilmiştir (10,14). Stress üriner inkontinensin , vaginal cuff'ın süspansiyonu sonrasında veziko-üretral junction'daki düzleşme nedeniyle olduğu bildirilmiştir (10). Bu nedenle olası üriner inkontinensi engellemek için zaten konnektif dokusunda zayıflık olan vaginal prolapsus olgularında birlikte retropubik üretropeksi (Burch veya Marshall-Marchetti-Krantz operasyonları) yapılması önerilmiştir (10,14,26).

Operasyon sonrasında seksüel ilişkinin devamının sağlanması operasyonun amaçlarından biridir. Seksüel olarak aktif olan 3 olgumuz op-

erasyondan 3 ay sonra cinsel ilişkiye başlamışlardır. 3 olgudan hiçbirinde disparoni ya da ilişkide azalma olmamış, tersine cinsel ilişkide düzelme bildirilmiştir. Diğer 5 olgu ise operasyondan önce de seksüel aktif değillerdi.

Prolabe vagina ile sakrum arasına mersilen mesh ile konulacak sling, vagen apeksinin desteğini sağlamakta, vaginal prolapsusu önlemekte ve vagen fonksiyonlarını restore etmekte başarılı bulunmuştur.

Mersilen mesh ile yapılan sakropeksi , özellikle obes olgularda uygulanan transvaginal yoldan vagen apeksinin sakrospinöz fiksasyonuna oranla daha az komplikasyonlu olması ve daha efektif olması nedeniyle daha çok tercih edilen yöntem olduğu bildirilmiştir (10,14,18).

Son zamanlarda vaginal cuff prolapsusu onarımında laparoskopik sakropeksinin uygulandığı çeşitli yayınlarda bildirilmiştir (27-29).

Vaginal cuff prolapsusu onarımında sakropeksi çok efektif bir yöntemdir. Ancak sakropeksi sırasında büyük damar yaralanması ve postoperatif stress üriner inkontinens önemli olası sorunlardır. Bu sorunlardan kaçınmak için sakrum sütürünün hemen promontoryumun altına yerleştirilmesi, yeterli adezyolizis yapılması ve operasyon öncesinde olguların üriner inkontinens açısından iyice değerlendirilmesi ve üriner inkontinens olasılığı olan durumlarda retropubik üretropeksi işleminin de uygulanması gerektiği görüşündeyiz.

KAYNAKLAR

1. Toozs-Hobson P, Boos K, Cardozo L. Management of vaginal vault prolapse. Br J of Obstet Gynaecol 1998;105:13-7.
2. Morley GN, De Lancey JO. Sacrospinous ligament fixation for eversion of vagina. Am J Obstet Gyneol 1988;158:872-81.
3. Dicker RC, Greenspan JR, Strauss LT, et al. Complications of abdominal and vaginal hysterectomy among women of reproductive age in the United States. Am J Obstet Gynecol 1982;144:841-8.
4. Snyder TE, Krantz KE. Abdominal-retroperitoneal sacral colpopexy for the correction of vaginal prolapse. Obstet Gynecol 1991;77(6):944-9.
5. Fantl JA, Cardozo LD, McClish D. and the HUT. Committee. Estrogen therapy in the management of urinary incontinence in postmenopausal women: a meta-analysis. Obstet Gynecol 1994;83:12-8.
6. Thompson JD. Malpositions of the uterus. In: Thompson JD, Rock JA, eds. Te Linde's Operative Gynecology. Philadelphia: JB Lippincott, 1992:819-53.

7. Holley RA, Varner RE, Gleason BP, et al. Sexual function after sacrospinous ligament fixation for vaginal vault prolapse. *J Reprod Med* 1996;41:355-8.
8. Mc Call ML. Posterior culdoplasty: surgical correction of enterocele during vaginal hysterectomy, a preliminary study. *Obstet Gynecol* 1957;10:595-9.
9. Schettini M, Fortunato P, Gallucci M. Abdominal sacral colpopexy with prolene mesh. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct* 1999;10(5):295-9.
10. Virtanen H, Hirvonen T, Makinen J, Kiilholma P. Outcome of thirty patients who underwent repair of posthysterectomy prolapse of the vaginal vault with abdominal sacral colpopexy. *J Am Coll Surg* 1994;178(3):283-7.
11. Kulkarni S. Surgery for post-hysterectomy vaginal prolapse. *West Indian Med J* 1993; 42(2):65-7.
12. Iosif CS. Abdominal sacral colpopexy with use of synthetic mesh. *Acta Obstet Gynecol Scand* 1993 ;72(3):214-7.
13. Timmons MC, Addison WA, Addison SB, Cavenar M. Abdominal sacral colpopexy in 163 women with posthysterectomy vaginal vault prolapse and enterocele. Evolution of operative techniques. *J Reprod Med* 1992;37(4):323-7.
14. Addison WA, Livengood CH III, Sutton GP, Parker RT. Abdominal sacral colpopexy with Mersilene mesh in the retroperitoneal position in the management of posthysterectomy vaginal vault prolapse and enterocele. *Am J Obstet Gynecol*.1985;152 (2):140-6.
15. Feldman GB, Birnbaum SJ. Sacral colpopexy for vaginal vault prolapse. *Obstet Gynecol*.1979; 53 (3):399-401.
16. Costantini E, Lombi R, Micheli C, Parziani S, Porena M. Colposacropexy with Gore-tex mesh in marked vaginal and uterovaginal prolapse. *Eur Urol* 1998;34(2):111-7.
17. Cundiff GW, Harris RL, Coates K, Low VH, Bump RC, Addison WA. Abdominal sacral colpopexy: a new approach for correction of posterior compartment defects and perineal descent associated with vaginal vault prolapse. *Am J Obstet Gynecol* 1997;177(6):1345-53; discussion 1353-5.
18. Traiman P, De Luca LA, Silva AA, Antonini R, Dias R, Rodrigues JR. Abdominal colpopexy for complete prolapse of the vagina. *Int Surg* 1992 ;77(2):91-5.
19. Kauppila O, Punnonen R, Teisala K. Operative technique for the repair of posthysterectomy vaginal prolapse. *Ann Chir Gynaecol*.1986 ; 75 (4):242-4.
20. Lansman HH. Posthysterectomy vault prolapse: sacral colpopexy with duramater graft. *Obstet Gynecol*.1984;63 (4):577-82.
21. Wheelless CR Jr. Atlas of Pelvic Surgery. 1997, 3rd ed. Baltimore: Williams & Wilkins, 73-7.
22. Cowan W, Morgan HR. Abdominal sacral colpopexy. *Am J Obstet Gynecol* 1980; 138(3):348-50.
23. Lane F.E. Repair of posthysterectomy vaginal vault prolapse. *Obstet Gynecol*,1962;20:72-7.
24. Demir SC, Arıdoğan N. Cerrahi sütür materyalleri ve jinekolojide kullanımı. *Arşiv Tarama Dergisi*, 1998;7 (3):326-337
25. Sutton GP, Addison WA, Livengood CH 3d, Hammond CB. Life-threatening hemorrhage complicating sacral colpopexy. *Am J Obstet Gynecol* 1981 ;140(7):836-7
26. Addison WA, Timmons MC, Wall LL, Livengood CH 3d. Failed abdominal sacral colpopexy: observations and recommendations. *Obstet Gynecol* 1989;74(3 Pt 2):480-3.
27. Paraisu M.F., Falcone T, Walters M.D. Laparoscopic surgery for enterocele, vaginal apex prolapse and rectocele. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct* 1999; 10 (4):223-9
28. Shrotri MS, Hershmann MJ, Farquharson RG. How to do it in surgery :Laparoscopic sacral colpopexy. *Br J Hosp Med* 1997;57 (10):514-6.
29. Ross JW. Techniques of laparoscopic repair of total vault eversion after hysterectomy. *J Am Assoc Gynecol Laparosc* 1997; 4 (2):173-83.