

Genital Prolapsus Nedeniyle Yapılan Pelvik Cerrahide Sakrospinöz Kolpopeksinin Yeri

USE OF SACROSPINOUS COLPOPEXY IN PELVIC RECONSTRUCTIVE SURGERY PERFORMED FOR UTEROVAGINAL PROLAPSE

Ergün BİLGİÇ*, Neşe YÜCEL**, Gülçin DEMİRDÖVEN***, Selen SEZGİNSOY***

* Uz.Dr., Göztepe SSK Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi, 4. Kadın Doğum Kliniği,

** Doç.Dr., Göztepe SSK Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi, 4. Kadın Doğum Kliniği,

***Dr., Göztepe SSK SSK Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi, 4. Kadın Doğum Kliniği, Asistan, İSTANBUL

Özet

Amaç: Bu çalışmadaki amacımız; uterin prolapsus ve vaginal eversiyon için yapılan pelvik rekonstrüksiyon cerrahisinde, ileriki post histerektomi cuff prolapsusunu önlemek için vaginal cuff'ın sakrospinöz ligamana asılmasının önemini tartışmak, cerrahi tekniği, komplikasyonları ve literatürü gözden geçirmektir.

Metod: 1999 - 2002 yılları arasında uterin prolapsus ve vaginal eversiyon -tanısı ile yatırılan 17 hastaya vaginal histerektomi, kolporafi anterior ve posterior ile birlikte sağ sakrospinöz ligamana vaginal cuff süspansiyonu yapıldı. Hastalar cerrahiden sonraki 2, 6, 12 ve 24. aylarda değerlendirildi.

Bulgular: 3 ila 34 aylık izlem sırasında, 1 olguda postoperatif 1. yılda cuff prolapsusu gelişirken, 2 olguda postoperatif febril morbidite, 2 olguda ise postoperatif ilk 6 haftada defekasyon güçlüğü ortaya çıktı. İntraoperatif komplikasyon olarak sadece 2 olguda perirectal venlerden transfüzyon gerektiren kanama meydana geldi.

Sonuç: Pelvik relaksasyon nedeniyle yapılan vaginal histerektomi sırasında, operasyona sakrospinöz kolpopeksiyi eklemek gelecekte oluşabilecek vaginal cuff prolapsusunu önlemek açısından faydalı bir yöntemdir. İkinci derece desensus uteriye eşlik eden parsiyel vaginal eversiyon vakalarında profilaktik olarak, 3. derece desensus uteriye eşlik eden total vaginal eversiyon vakalarında ise terapötik olarak, vaginal histerektomiye sakrospinöz kolpopeksiyi eklemek mantıklı görülmektedir.

Anahtar Kelimeler: Sakrospinöz kolpopeksi,
Uterin prolapsus, Vaginal eversiyon

T Klin Jinekoloj Obst 2003, 13:345-349

Summary

Purpose: Our aim in this study is to discuss the importance of suspending vaginal cuff to sacrospinous ligament to prevent post-hysterectomy cuff prolapse in pelvic reconstruction surgery which is performed for uterin prolapse and vaginal eversion, and to review surgical technique, complications and literature.

Methods: As a surgical procedure vaginal hysterectomy, colporaphy anterior, posterior and vaginal cuff suspension to right sacrospinous ligament were performed to 17 patients diagnosed as subtotal or total uterin prolapse and vaginal eversion between 1999-2002 and patients were evaluated respectively on 2, 6, 12, 24 months postoperatively.

Results: During 3-34 months follow-up period, postoperatively cuff prolapse in one patient, febril morbidity in two patients, defecation difficulty within 6 weeks in one patient was demonstrated. As an intraoperative complication perirectal venous bleeding necessitating transfusion occurred only in two patients.

Discussion: In pelvic relaxation, it is an easy and helpful method adding sacrospinous colpopexy during vaginal hysterectomy operation to prevent vaginal cuff prolapse. Adding sacrospinous colpopexy during vaginal hysterectomy seems to be useful and logical, in partial vaginal eversion cases associated with second degree descensus utery as a prophylactic procedure and in total vaginal eversion cases associated with third degree descensus utery as a therapeutic procedure

Key Words: Sacrospinous colpopexy,
Uterine prolapse, Vaginal eversion

T Klin J Gynecol Obst 2003, 13:345-349

Genital prolapsus, pelvik destek yapılarıdaki bir defektin indirekt belirtisidir. Prolapsus; doğum ve pelvik travmaya bağlı olarak, vaginal destek dokularındaki gerilme ve yırtılmalar ile meydana gelebileceği gibi, destek yapıların postmenopozal atrofiye bağlı olarak zayıflaması sonucunda da ortaya çıkabilmektedir (1). Bazı yazarlar ise genital prolapsusun, bir nöropati'den veya pelvik destek yapılarıdaki bağ dokusunun konjenital bir defektinden kaynaklanabileceğini, diğer sebeplerin ise progresyonu

hızlandırılabilirliğini düşünmektedirler (2-4). Son olarak, obezite, büyük intraabdominal kitleler, kronik akciğer hastalıkları veya mesleki riskler gibi intra abdominal basıncı kronik olarak artıran hadiseler genital prolapsusa yol açabilir veya prolapsusu hızlandırabilir (1).

Vaginal cuff prolapsusu, histerektominin seyrek fakat trajik, uzun dönem komplikasyonlarından birisidir. Son yayınlarda insidansının %0,2'den %1'e kadar değiştiği bildirilmektedir (5,6).

Posthisterektomi vaginal cuff prolapsusunu düzeltmek için abdominal veya vaginal bir çok cerrahi teknik tarif edilmiştir. 1968'de ilk defa Richter, vagen cuff'ını asmak için transvaginal bir yaklaşımla sakrospinoz ligamentin kullanılabilceğini bildirdi (7). Daha sonra ise, yayınladıkları 18 vakalık serileri ile Randall ve Nichols tarafından, sakrospinoz kolpopeksi Amerikaya tanıtıldı (8).

Uterin prolapsus, genital prolapsusun sebebi değil sonucudur. Bu nedenle sadece histerektomi yapmak veya pelvik relaksasyonların her çeşidini kolporafi anterior ve posterior yaparak tedavi etmeye çalışmak sorunu her zaman çözmeyecektir. Bazen vajen cuff'ının ve vajen duvarlarının desteklenmesi operasyonun en önemli kısmını teşkil edebilmektedir.

Bu çalışmadaki amacımız, genital prolapsus nedeniyle yapılan pelvik rekonstrüksiyon cerrahisinde, vagen cuff'ının desteklenmesinde ve posthisterektomi vaginal cuff prolapsusunun önlenmesinde sakrospinoz kolpopeksinin yerini ve önemini tartışmak, cerrahi tekniği ve komplikasyonları literatür eşliğinde gözden geçirmektir.

Materyal ve Metod

Bu çalışma 1999 ve 2002 yılları arasında SSK Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi 4. Kadın Hast. ve Doğum Kliniğinde yapıldı. Sakrospinoz ligament fiksasyonu yapılan 17 hastada ortalama yaş 62 ve parite 4.8 olarak tespit edildi.

Uterovaginal prolapsus derecelendirmesi, hastayı ı-kındırmakla (Valsalva manevrası) cervix'in inebildiği seviyeye göre yapıldı. Valsalva manevrası ile cervix, ischial spine ile vaginal introitus arasında bir noktaya iniyorsa birinci derece prolapsus, cervix ve isthmus introitusu geçiyor fakat corpus vajende kalıyor ve henüz dışarı çıkmıyorsa ikinci derece prolapsus, vajen ile birlikte uterus tümüyle dışarı çıkmış ve introitus önünde uterus bütünüyle palpe edilebiliyorsa üçüncü derece prolapsus (total uterovaginal prolapsus veya uterin procidentia) olarak sınıflandırıldı (1,9,10). Bu derecelendirme, aynı zamanda Cruikshank ve Cox'un (11) genital prolapsusları, orta derece, ileri derece ve total uterovaginal prolapsus şeklinde sınıflandırmalarına karşılık gelmektedir.

Total uterin prolapsus (3. derece descensus uteri), vaginal eversiyon, sistosel, rektosel ve enterosel tanısıyla 12 hastaya ve subtotal uterin prolapsus (2. derece descensus uteri) ve kısmi vaginal inversiyon tanısıyla 5 hastaya vaginal histerektomi, subürethral plikasyon, kolporafi anterior, kolporafi posterior ve sağ sakrospinoz ligament fiksasyonu uygulandı. Yine olguların hepsine Douglas boşluğunu daraltmak için Mc Call tipi posterior culdoplasti (12) ve yüksek peritoneal ligasyon yapıldı. Hastaların hiçbirisi önceden ürogenital sistem ile ilgili operasyon geçirmemişti. 17 hastanın sadece 4 tanesinde

stress uriner inkontinans olmasına karşın, postoperatif stress üriner inkontinans gelişme olasılığı göz önüne alınarak, hastaların hepsine subürethral plikasyon sütürleri uygulandı.

Bütün hastalara, 2 gr/gün cefazolin sodyum ile 5 gün süreyle profilaktik antibiyotik tedavisi uygulandı. Hastalar, postoperatif 2, 6, 12, 24 ve 36. aylarda muayene için çağrıldı.

Operasyon Tekniği: Hastalara, dorsal litotomi pozisyonunda önce vaginal histerektomi, Mc Call tipi culdoplasti, yüksek peritoneal ligasyon, kolporafi anterior ve subürethral plikasyon yapıldı. Vagen ön duvarı kapatıldıktan sonra posterior vaginal duvar apex'e kadar açılarak sağ rektovaginal aralığa girildi. Buradan ischial spina'ya kadar posterolateral doğrultuda parmakla künt diseksiyon yapıldı. İschial spina ile sakrum arasındaki sağ sakrospinoz ligament palpe edildi. Ligamentin önündeki desendan rektal septum (rektal pillar) üzerinde, uzun ve eğri uçlu bir hemostatla pencere açıldı ve pararektal aralığa girildi. Pencere parmakla genişletilerek sakrospinoz ligament ortaya çıkarıldı. Ekartörler yardımıyla ischial çıkıntının 2 ile 3 cm. iç tarafına ligamentin içinden geçecek şekilde No:1 non absorbabl sütür materyali (Prolen) ile sütür yerleştirildi. Aynı sütür materyali ile ilk sütüre medial yaklaşık yarım santim uzaklıkta ligamandan ikinci defa geçildi (safety stitch). Serbest sütür uçları, vagen apex'inin ortasında, vagen ön ve arka duvarından geçilerek (pulley stitch) bağlanmadan tutuldu.

Posterior kolporafi tamamlandıktan sonra vagen arka duvar mukozası kapatılırken sakrospinoz ligamana yerleştirilen sütür bağlandı.

Bulgular

Olgularımızdan sadece ikisinde (%11,7), perirektal hemoroidal pleksus'dan transfüzyon gerektiren kanama meydana geldi. Başka önemli intraoperatif komplikasyon gelişmedi. Operasyon sırasında rektum, mesane, siyatik sinir, pudental arter ve üreter yaralanması olmadı.

Bütün hastalar profilaktik antibiyotik tedavisi aldı. 17 hastanın 15'i afebril kalırken ikisinde febril morbidite gelişti (%11,7). Her iki hastada da, enfeksiyon, vaginal cuff'dan kaynaklandı ve kombine antibiyoterapi ile bir hafta içinde kontrol altına alındı. Hastaların hiç birisinde üriner sistem enfeksiyonu, postoperatif stress uriner inkontinans ve tromboembolik hadise gelişmezken bir hastada sonda çıkarıldıktan sonra idrar yapma zorluğu meydana geldi. Bu durum 2 hafta içinde spontan olarak düzeldi. İki hastada (%11,7) sağ kalça ağrısı ve yine iki hastada (%11,7) defekasyon güçlüğü ortaya çıktı. Defekasyon güçlüğü geniş perirektal diseksiyona bağlı olup, her iki postoperatif erken dönem komplikasyon, postoperatif ilk vizite kadar kendiliğinden düzeldi. Hasta-

lar, 3 ila 34 ay izlendiler. Postoperatif uzun dönem takip esnasında bir hastada (%6) 11. ayda vaginal cuff prolapsusu meydana geldi. Bu olguda, endopelvik fasya oldukça zayıftı ve pelvik destek yapıların bağ dokusunda konjenital bir defekt olduğu düşünüldü. Bu hastaya, vaginal cuff prolapsusu için sakrokolpopeksi yapılırken, sakral vertebraların anterior longitudinal ligamanları da çok gevşek ve zayıf olarak bulundu. Bu vaka, sakrokolpopeksiden sonra postoperatif 6. ayda olup henüz komplikasyonsuz devam etmektedir.

Tartışma

Klasik olarak, sakrospinoz fiksasyon; sadece vaginal cuff prolapsusunun ve total genital prolapsustaki vaginal eversiyonun tamiri için kullanılan terapötik bir işlem olarak kabul edilmektedir (1,9). Profilaktik cuff süspansiyonunun önemi tartışmalı olmakla birlikte Cruikshank ve Cox (11), valsalva manevralarıyla veya çekmekle serviksin introitusu inebildiği ve bazen de geçebildiği orta ve ileri derece prolapsuslarda, ve uterosacral-cardinal ligament kompleksi'nin vaginal cuff'ı desteklemek için oldukça zayıf ve gevşek olduğu durumlarda, posthisterektomi cuff prolapsusuna karşı bir profilaksi olarak sakrospinoz kolpopeksi'nin kullanılabileceğini savunmaktadırlar.

Biz yaptığımız çalışmada, sakrospinoz kolpopeksi'yi, ikinci derece prolapsus'da (subtotal prolapsus) profilaktik olarak, üçüncü derece (total prolapsus) prolapsus'da ise vaginal eversiyonun tedavisi için terapötik olarak kullandık. Ancak, uterin cervix'in, iskiyal spin ile vaginal introitus arasında olduğu birinci derece prolapsuslarda sakrospinoz kolpopeksi işlemini gereksiz bulmaktayız. Birinci derece prolapsuslarda, vaginal apeksin uterosacral-cardinal ligament kompleksine bağlanması ve posterior culde -sac'ı kapatmak için yüksek peritoneal ligasyon ve Mc Call tipi culdoplasti yapılması, profilaktik işlem olarak yeterlidir. Bu işlemler, vagina'yı levator ani üzerinde horizontal pozisyonda tutmak için gereklidir.

Endopelvik fasyanın ve pelvik destek yapıların ilerleyici zayıflığının ve gevşekliğinin bir göstergesi olarak ikinci derece prolapsuslarda, posthisterektomi cuff prolapsusu'nu önlemek amacıyla, profilaktik bir işlem olarak sakrospinoz kolpopeksi yapmak akılcı görünmektedir.

Yine Cruikshank'ın (11) çalışmasında, 48 olgunun %37.5'una sakrospinoz fiksasyon ile birlikte anterior ve posterior duvar tamiri, %14,6'sına sadece anterior duvar tamiri, %14,6'sına sadece posterior duvar tamiri yapılmış ve %33.3'üne ne anterior ne de posterior duvar tamiri yapılmamıştır. Ortalama iki yıllık izlem esnasında, bunlardan anterior ve posterior duvar tamiri yapılmayan grup'da 5 olguda anterior duvar relaksasyonu, 2 olguda rektosel ve 1 olguda (%1.9) vaginal cuff prolapsusu meydana gelmiştir. Güner ve arkadaşları (15) uterovaginal prolapsus nede-

niyle vaginal histerektomi ve sakrospinoz kolpopeksi yaptıkları 23 hastanın hepsinde, operasyona, aynı zamanda ön ve arka vagen duvar tamiri ile birlikte enterosel kesesinin yüksek ligasyonla kapatılmasını eklemişler ve 2,6 yıllık ortalama izlem periodu esnasında, 2 hastada (%8,7) operasyon gerektirmeyen asemptomatik küçük sistosel ile 1 hastada operasyonu takiben 36. ayda küçük bir enterosel geliştiğini ve hiç rekürren cuff prolapsusu meydana gelmediğini bildirmişlerdir. Hefni ve El-Toukhy (16), 48 hastaya vaginal histerektomiyi takiben sakrospinoz fiksasyon uyguladıklarını ve 34 aylık ortalama izlem periodu esnasında 5 hastada (%10,4) rekürren sistosel, 2 hastada ise rekürren cuff prolapsusu meydana geldiğini bildirmişlerdir. Maher ve arkadaşları (17), vaginal cuff prolapsusu nedeniyle sakrospinoz fiksasyon uyguladıkları 36 hastanın %81'inde ön duvar, %100 'ünde ise arka duvar tamirini operasyona ekledikleri halde, 19 aylık ortalama izlem periodu esnasında, hastaların %25'inde postoperatif rekürren sistosel, %5,6'sında rekürren rektosel geliştiğini ve 1 hastada rekürren vaginal cuff prolapsusu meydana geldiğini açıklamışlardır.

Lester'in (11) 268 vakalık sakrospinoz kolpopeksi serisinde, original anterior duvar relaksasyonları ve 6 rekürren cuff prolapsusu ile birlikte enterosel gelişmesi nedeniyle, ön ve arka vagen duvarlarında zayıflık küçük bile olsa anterior-posterior duvar tamirlerinin bu rekürrensleri önlemek için mutlaka yapılması gerektiği sonucuna varmıştır. Biz de çalışmamızda hem bu gerekliliği tahmin ettiğimizden, hem de cuff prolapsusu ihtimalini azaltmak için vagen çapını apekse doğru sexüel fonksiyonu engellemeyecek şekilde daraltmak amacıyla bütün hastalara ön ve arka duvar tamiri yaptık. Ancak Smilen ve Benson, gerek sakrospinoz fiksasyonun eklenmediği diğer vaginal rekonstrüktif cerrahi operasyonlardan sonra, gerekse abdominal sakrokolpopeksi'den sonra, başarısızlığın (rekürren sistosel) en sık karşılaşıldığı yerin vagen ön duvarı olduğunu ve sakrospinoz fiksasyonun kendisinin bu riski ayrıca arttırmadığını bildirmişlerdir (18-19).

Bizim çalışma grubumuzda 1 vakada (%5.9) vaginal cuff prolapsusu gelişti. Vaginal cuff prolapsus oranını, Cruikshank (11) %1.9, Lester (11) %2.2, (Hardiman ve Drutz (13) %2.4, Hefni (16) %4.2, Maher (17) %2.8, Güner (15) ise %0 olarak vermektedirler. Bizim oranımızın literatürden biraz yüksek görünmesi vaka sayımızın azlığından kaynaklanmaktadır.

Hardiman ve Drutz (13), serilerindeki stress üriner incontinans sayısını bildirmemekle birlikte, sakrospinoz kolpopeksi yaptıkları 125 hastanın 116'sına (%93) aynı zamanda suburethral sling uygulamışlar. Operasyondan önce ve sonra bütün hastalara ürodinamik çalışma yapmışlar ve sakrospinoz kolpopeksiden sonra fonksiyonel urethra uzunluğunda bir artış olması (preoperatif 2,8cm'den postoperatif 3,5cm'e) dışında ürodinamik pa-

rametrelerde anlamlı bir değişikliğin olmadığını bildirmişler. Fakat yine de latent stress üriner incontinans ihtimalini göz önünde bulundurmanın önemini vurgulayarak, bundan şüphe edildiğinde preoperatif ürodinamik araştırmaların yapılmasını ve gerekirse uygun bir antiinkontinans cerrahinin operasyona eklenmesini tavsiye etmişlerdir (13).

Cruikshank ve Cox ise (11), 48 sakrospinöz kolpopeksi olgusunun 4'ünde stress üriner incontinans olduğunu ve 48 olgunun 25'ine stress üriner incontinans ve anterior duvar relaksasyonu nedeniyle sadece ön duvar tamiri yaptıklarını bildirmişlerdir. İşleme herhangi bir antiincontinans cerrahi eklememelerine rağmen sadece 2 (%4,2) hastada geçici stress üriner incontinans geliştiğini, hatta ön duvar tamiri yapılan 4 olguda operasyon sonrası erken dönemde idrar yapma zorluğu meydana geldiğini ve her iki komplikasyonun postoperatif ilk 6 hafta içinde spontan olarak düzeldiğini bildirmişlerdir (11). Güner ve arkadaşları(15), 23 hastanın hepsine vagen ön duvar tamiri yaptıkları ve işleme herhangi bir antiincontinans cerrahi eklemedikleri halde postoperatif dönemde 2 hastada üriner enfeksiyon görülmesi dışında stres üriner inkontinans ile karşılaşmamışlardır. Maher ve arkadaşları (17) da aynı şekilde operasyon sonrası erken dönemde 36 hastanın sadece 2'sinde (%5,5) geçici üriner inkontinans geliştiğini bildirmişlerdir.

Biz, 17 hastanın 4'ünde (%23,5) anamnez ve fizik muayene ile preoperatif dönemde stress üriner incontinans tesbit ettik. Bu 4 inkontinanslı hastada tedavi edici amaçla, diğerlerinde ise postoperatif stress üriner incontinansı önlemek amacıyla 17 hastanın hepsine suburethral plikasyon ile birlikte ön duvar tamiri uyguladık. Ortalama 17,6 aylık postoperatif izlem süresince, olguların hiçbirinde stress üriner incontinans gelişmedi. Hatta, bir hastada postoperatif erken dönemde idrar yapma zorluğu meydana geldi. Bu komplikasyonda 2 hafta içinde kendiliğinden düzeldi.

Sakrospinöz fiksasyon için hangi sütür materyalinin kullanılacağı konusunda görüş birliği yoktur. Biz süspanسیون için No:1 nonabsorbabl sütür materyali (prolen) kullanmamıza karşın kişisel tercihe göre geç absorbabl sütür materyalleri de (No:1 PDS) kullanılabilir (13). Geç absorbabl sütür materyallerinde, sütür, vaginal duvarın bütün katlarından geçilerek lümen içinde bağlanırken, nonabsorbabl sütürler, vagen mukozasını penetre etmeden submukozal olarak geçilip bağlanırlar. Eğer işlem sırasında nonabsorbabl materyal kullanılmış ise sütüre ve düğüme bağlı olarak vagen mukozasında erozyon, disparanü ve kanlı vaginal akıntı oluşabilmektedir.(14) Bu durumda sütürün alınması gerekir. Teorik olarak, absorbabl sütür materyalleri ile daha yüksek başarısızlık oranı beklenmekle birlikte Hardiman'ın çalışması bu teoriyi doğrulamaktadır. (13) Bu çalışmada 3 rekürrent prolapsus vakasının

ikisi absorbabl sütür materyali kullanılan olguda, bir tanesi ise nonabsorbabl sütür materyali kullanılan olguda meydana gelmiştir.

Sakrospinöz kolpopeksi yapan cerrahlar, işlemin potansiyel riskleri konusunda bilgili ve hazırlıklı olmalıdırlar. Pudental damar ve siyatik sinir hasarı iskiyal spine yakın sütür geçildiği zaman meydana gelebilecek komplikasyonlardır. Bu amaçla Sağsöz ve arkadaşları (20) 9 kadın kadavrasında sakrospinöz ligamentin topografik anatomisini ve komşu yapılar ile anatomik ilişkisini araştırmışlar ve sakrospinöz ligamentin ortalama 43 mm uzunluğunda olduğunu, pudental nörovasküler demetin 9 kadavranın 6'sında (%66) iskiyal spinin üzerinden ve maksimum 5,5 mm medialinden geçtiğini, siyatik sinirin ise iskiyal spinin ortalama 25 mm posterolateralinden geçtiğini bildirmişler ve ligamanın sacrum'a yakın 1/3 inferomedialinden ve ligaman içinden sütür geçilmekle komplikasyon riskinin minimal olacağı sonucuna varmışlardır. Kanama, postoperatif stress üriner inkontinans, üreter yaralanması ve cuff rekürrensi işlemin diğer komplikasyonlarıdır. Üreter yaralanması, kolpopeksi'den ziyade Mc Call tipi posterior culdeplasti ve yüksek peritoneal ligasyon sırasında meydana gelebilmektedir (12). Kanama, diseksiyon sırasında perirektal dokulardaki inferior hemoroidal pleksusdan kaynaklanmaktadır ve bazen transfüzyon gerektirecek kadar şiddetli olabilmektedir. Bu intraoperatif komplikasyon Cruikshank ve Cox'un serisinde 48 hastanın 2'sinde (%4,2), Paraiso'nun serisinde (21) 152 hastanın 2'sinde (%1,3), Maher ve arkadaşları'nın (17) serisinde 36 hastanın 1'inde meydana gelmişken, bizim serimizde 17 hastanın 2'sinde (%11,2) ortaya çıkmıştır. Perirektal inferior hemoroidal ven pleksusundaki variköz genişlemeler bu komplikasyon olasılığını arttırmaktadır.

En sık karşılaşılan postoperatif komplikasyonlardan birisi de sağ kalça ağrısı ve siyatik olup, bizim serimizde %11,7, Maher ve arkadaşlarının (17) serisinde %14, Güner ve arkadaşlarının (15) serisinde %19, Cruikshank'ın serisinde (11) ise %41 olarak gerçekleşmiştir. Sze ve Karram'ın (22) cuff prolapsusunun transvaginal tamiri ile ilgili geniş literatür araştırmasında postoperatif gluteal ağrı insidansı%3 olarak verilmekle birlikte son yayınlarda oran %10 ila 40 arasında değişmektedir. Sacrospinöz fiksasyondan sonra ortaya çıkan gluteal ağrı, kısmen bu bölgede (perirektal alanda) yapılan künt diseksiyona, kısmende sütürün koksigeal sakrospinöz ligament kompleksi üzerinde yolaçtığı aşağı doğru çekme ve germe etkisine bağlı olup, bu bölgede fibrozis gelişmesiyle 3 ay içinde kendiliğinden kaybolmaktadır.

Pelvik relaksasyon nedeniyle yapılan vaginal histerektomi sırasında operasyona sakrospinöz kolpopeksi'yi eklemek, gelecekte oluşabilecek vaginal cuff prolapsusunu önlemek açısından faydalı bir yöntemdir. İkinci ve üçüncü derece desensus uteri'ye eşlik eden

vaginal inversiyon vakalarında, profilaktik ve terapötik olarak vaginal histerektomiye, sakrospinoz kolpopeksi'nin eklenmesi yararlı olacaktır.

KAYNAKLAR

1. Thompson JD, Rock JA. *Telinde's Operative Gynecology* 8 th ed. Philadelphia: JB Lippincott 1996: 961-38.
2. Falconer C, Ekman G, Malmstrom A, Ulmsten U. Decreased Collagen Synthesis in Stress Urinary incontinent women. *Obstet Gynecol* 1994; 84; 583-6.
3. Norton PA, Baker JE, Sharp HC, Warenski JC. Genitourinary prolapse and joint hypermobility in women. *Obstet Gynecol* 1995; 85:225-8.
4. Smith AR, Hosker GL, Warrell DW. The role of partial denervation of the pelvic floor in the aetiology of genitourinary prolapse and stress incontinence of urine; 2 neurophysiological study. *Br J Obstet Gynaecol* 1989; 96:24-8.
5. Symmonds RE, Williams TJ, Lee RA, Webb MJ. Posthysterectomy enterocele and vaginal vault prolapse. *Am J Obstet Gynecol* 1981; 140: 852-9.
6. Kaser O, İkle FA, Hirsch HA. *Atlas of gynecological surgery*, 2nd ed. New York: Thime Stratton 1985; 12: 58.
7. Richter K. Die chirurgische anatomie der vaginaefixatio sacrospinalis vaginalis; ein Beitrag zur operativen Behandlung des Scheiden blindsasch prolapses. *Geburtshilfe Frauenheilkd* 1968; 28:321-7.
8. Randal CL, Nichols DH. Surgical treatment of vaginal inversion. *Obstet Gynecol* 1971; 38: 327-32.
9. Morley GW, De Lancey JOL. Sacrospinous ligament fixation for eversion of the vagina. *Am J Obstet Gynecol* 1988; 158: 872-81
10. Beecham CT. Classification of uterovaginal relaxation. *Am J Obstet Gynecol* 1980; 136-957.
11. Cruikshank SH, Cox DW. Sacrospinous ligament fixation at the time of transvaginal hysterectomy. *Am J Obstet Gynecol* 1990; 162: 1611-9.
12. McCall ML. Posterior Culdoplasty: surgical correlation of enterocele during vaginal hysterectomy. A Preliminary Report *Obstet Gynecol* 1957; 10:595.
13. Hardiman PJ, Drutz HP. Sacrospinous vault suspension and abdominal colposacropexy: success rate and complications. *Am J Obstet Gynecol* 1996; 175: 612-6.
14. Morley GW. Treatment of uterine and vaginal prolapse. *Clin Obstet Gynecol* 1996; 39:959-69.
15. Güner H, Noyan V, Tıraş MB, Yıldız A, Yıldırım M. Transvaginal sacrospinous colpopexy for marked uterovaginal and vault prolapse. *Int J Gynaecol Obstet* 2001 Aug; 74(2):165-70.
16. Hefni M, El-Toukhy T, Bhaumik J, Katsimanis E. Sacrospinous cervicocolpopexy with uterine conservation for uterovaginal prolapse in elderly women : An evolving concept. *Am J Obstet Gynecol* 2003 Mar; 188(3):645-50.
17. Maher CF, Murray CJ, Carey MP, Dwyer PL, Ugoni AM. Iliococcygeus or sacrospinous fixation for vaginal vault prolapse. *Obstet Gynecol* 2001 Jul; 98(1):40-4.
18. Smilen SW, Saini J, Wallach SJ, Porges RF. The risk of cystocele after sacrospinous ligament fixation. *Am J Obstet Gynecol* 1998; 179:1465-72.
19. Benson JT, Lucente V, Mc Clellan EJ. Vaginal versus abdominal reconstructive surgery for the treatment of pelvic support defects: A prospective randomized study with long term outcome evaluation. *Am J Obstet Gynecol* 1996; 175:1418-22.
20. Sagsoz N, Ersoy M, Kamacı M, Tekdemir I. Anatomical landmarks regarding sacrospinous colpopexy operations performed for vaginal vault prolapse. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2002 Feb 10; 101(1):74- 8.
21. Paraiso MF, Ballard LA, Walters MD, Lee JC, Mitchinson AR. Pelvic support defects and visceral and sexual function in women treated with sacrospinous ligament suspension and pelvic reconstruction. *Am J Obstet Gynecol* 1996; 175:1423-31.
22. Sze EHM, Karam MM. Transvaginal repair of vault prolapse: A review. *Obstet Gynecol* 1997; 89:466-75.

Geliş Tarihi: 20.8.2002

Yazışma Adresi: Dr.Ergün BİLGİÇ
60 Ada Akasya 3/3 Daire: 8
Ataşehir, İSTANBUL
e.bilgic@superonline.com