

Desensus Uteri'de Laparoskopik Uterus Süspansiyon Tekniđi

LAPAROSCOPIC UTERINE SUSPENSION
TECHNIQUE FOR UTERINE PROLAPSE

Metin ÇAPAR, Ali ACAR, İsmet KARAKUYU, Şükran KOPAL,
Mehmet ÇOLAKOđLU, Cemalettin AKYÜREK

Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Doğum ABD, KONYA

ÖZET

Amaç: Desensus uteri vakalarında klasik laparotomi ile ventrofikasyon benzeri operasyonlar yerine daha az girişim gerektiren ve hastayı daha az travmatize eden laparoskopik bir yöntemin onaya konması.

Çalışmanın Yapıldığı Yer: Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum, ABD.

Materyal ve Metod: 32-44 yaşları arasında değişik derecelerde desensus uteri bulunan 15 multipar hastaya Olympus CLV-U 20 marka laparoskopik cihazı ve Cook marka trokarlar kullanılarak operasyon gerçekleştirilmiştir.

Bulgular: Ek bir patolojisi olmayan 1. ve 2. derece desensus uteri vakalarında operasyon gerçekleştirilmiştir. Operasyon 30-45 dakika süren, hastayı az travmatize eden, nispeten uygulaması kolay bir yöntemdir. Batın açılmadığı için kanama az olmakta ve hastanın postop takibi ucuz ve az emek gerektirmektedir.

Anahtar Kelimeler: Uterus Süspansiyonu, Laparaskopi, Desensus Uteri

T Klin Jinekolo Obst 1996, 6:178-180

Uterusun vajen duvarlarını kendisiyle beraber sürükleyerek aşağıya doğru anormal sarkması prolapsus uteri olarak isimlendirilir (1). Genellikle sistosel, rektosel ve enteroselde beraber bulunabilir (2).

Vajinal doğum, multiparite, pelvik tümörler, diabeük nöropati, S.1-4 sakral sinir hasarları prolapsusa yol açabilirler (1-3). Astım, kronik bronşit, bronşiektazi, obezite, uterus veya över tümörleri hastalığın seyrini hızlandırır (2). Nullipar veya kızlarda bile konjenital pelvik destek dokusu zayıflığına bağlı desensus ve prolapsus görülebilmektedir (1). Retroversiyo uteri mevcut olan kadınlar prolapsus gelişimine daha fazla adaydır. Menopoz ya da östrojen eksikliği durumları desensusu daha belirgin hale getirebilir.

Geliş Tarihi: 25.4.1995

Yazışma Adresi: Dr.Metin ÇAPAR
Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi
Kadın Doğum ABD, KONYA

178

SUMMARY

Objective: To practice a now laparoscopic method for uterine prolapse cases instead of classic laparotomy operations such as ventrofixation.

Institution: Selçuk University Faculty of Medicine, Obstetric and Gynecology Department.

Material and Method: Operation was performed with Olympus CLV-U20 trademark laparoscopy instrument and Cook trademark trocars on multiparous, 32-44 year old 15 woman with various degree uterine prolapse.

Results: Laparoscopic uterine suspension was applied to patients with first and second degree uterine prolapse without any additional pathology. Operation lasts around 30-45 minute; and bleeding becomes minimal. It is an easy method and postoperative follow up of patient becomes cheaper and needs less personal work.

Key Words: Uterine suspension laparoscopy, Uterine prolapse

T Klin J Gynecol Obst 1996, 6: 178-180

Tedavide medikal ve cerrahi yaklaşımlar vardır. Medikal yöntemlerle hasta rahatlatılmaya ya da hastalığın seyrinin durdurulmasına çalışılır. Cerrahi tedavide amaç sarkan kısımların normal anatomik pozisyona getirilmesi veya sarkan kısımların uygun şekilde onarımı ya da çıkarılmasıdır (5-6).

Desensus uteri cerrahi tedavisinde Nichois sakrospinos ligament fiksasyonu ve vajinal histerektomi üçüncü derece desensusu olan parimenapozal kadınlara uygulanır (7-9). İleri derecede desensusu olan, yaşlı ve koitus devamlılığı gerekmeyen kadınlarda vajinal histerektomi, kuldeplasti, total kolpektomi, anterior-posterior kolporafi ve kolpopleksis tekniği uygulanabilir (9-12). Elongaö kolli bulunan, birinci derece veya ikinci derece desensus uterili, retroversiyo uteri olmayan kadınlarda Manchester operasyonu uygulanan bir yöntemdir (13-15).

Perimenapozal, sağlıklı kadınlarda desensus uteri yanısıra stress üriner inkontinans ve ek pelvik patoloji varsa abdominal histerektomi, Moschcowitz kuldeplasti, suprapubik ütrokolpopeksi ve vajinal kol-

T Klin Jinekolo Obst 1996. 6

porafi uygulanmaktadır (18-17). Genç, birinci derece veya ikinci derece desensus uteri bulunan, ilerde çocuk doğurmak isteyen kadınlarda Modifiye Gilliam ligamentum rotundum süspansiyonu, uterosakral ligament pükasyonu ve gerekiyorsa kolporafi yapılır (20).

MATERYEL VE METOD

Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Kadın Doğum Anabilim Dalında 8.7.1993 ile 8.9.1994 tarihleri arasında 15 hastaya Laparoskopik Uterus Süspansiyonu (LUS) uygulanmıştır. Hastalar 32-44 yaşları arasında, multipar, ortalama 3, 4 (2-5) vajinal doğum yapmış kadınlardı. Hastalar, diyabetik nöropati, sakral sinir hasarı, uterus ve över tümörleri gibi prolapsusu hızlandıran patolojileri olmayan kişilerden seçildi. Desensus uteri derecelendirmesinde Beecham klasifikasyonu kullanıldı (4). 8 hastada birinci derece desensus ve hafif sistosei, 7 hastada ikinci derece desensus uteri ve sistorektosomal mevcuttu. 3 hastaya tuba ligasyon isteği nedeniyle aynı seansta laparoskopik tuba ligasyonu da kofer ile uygulanmıştır.

Laparoskopik Uterus Süspansiyonu (LUS)

Genel anestezi altında hasta dorsal litotomi pozisyonunda hazırlanarak, uygun şekilde boyanır ve steril örtülerle örtülür. Verres iğnesiyle göbek 2 cm altından batına girilerek 3 lt karbondioksit gazı 1.5 lt/dk hızda insuffle edilir. 15 nolu bisturi ile 1 cm'lik enine kesi yapılarak 10 mm'lik trokar batına sokulur ve içinden teleskop batına indirilir.

Simfiz pubisten 2 cm yukarıda orta hattın 3-4 cm lateralinde, her iki tarafta 0.5 cm'lik kesi ile 5 mm'lik trokariar batına sokulur. Trokarlardan birinin ucunda 1 no iğneli piolen sütür olan iki grasper (tutucu) batına sokularak sol grasper ile sağ ligamentum rotundum tutulur ve altından diğer grasper ile prolen geçirilerek prolenin iki ucu trokardan dışarı alınır. Aynı işlem diğer tarafta da tekrarlanır. Daha sonra cilt altında taşıyıcı iğneyle bir taraf prolen uçları diğer tarafa taşınır. Teleskop gözleminde uterus parietal peritona değecek şekilde yukarı çekildikten sonra sütürler birbirine bağlanır ve cilt altına gömülür. Kesi yerlerine 3-0 krome atravmatik katküt ile birer sütür konularak operasyon sona erer.

Operasyonda Olympus CLV-U20 marka laparoskopik cihazı ve Cook [Avusturalya] marka trokariar kullanılmıştır.

TARTIŞMA

Özellikle perimenapozai dönemdeki kadınları rahatsız eden ve beyaz ırkta siyah ve asyalı kadınlara nazaran daha sık görülen prolapsus uteri hastayı bel ve kasık ağrısı, aşağıya doğru inen kitle hissi, idrarını, gaitasını tam boşalttırmama gibi şikayetlere! jinekologlara getirir.

Yeni bir yaklaşım olan laparoskopik uterus süspansiyonunda (LUS) sarkan kısımlar normal anatomik pozisyona getirilmekte ve histerektomi gibi klasik cerrahi tekniklerin kesin endikasyonu olmadıkça daha konservatif olarak problem halledilmektedir. LUS üçüncü derece desensus uteri vakalarına uygulanmamıştır, çünkü bu hastaların çoğunluğu postmenapozal dönemde yaşlı kadınlardır. Bu hastalar da bağ dokusu gevşekliğine bağlı ligamentum rotundumun zayıf olabileceği ve konulan sütürün dokuyu yırtabileceği düşünülür. Ayrıca bu hastalarda süspansiyon uygulanırsa bile bir süre sonra desensusun tekrarlanması ihtimali yüksektir. Bu hasta grubuna Nichols sakropinuous ligament fiksasyonu ve vajinal histerektomi ya da vajinal histerektomi, kuldeplasti, total kolpektomi, anterior-posterior kolpografi ve kolpopleksis uygulanmalıdır. Bu operasyonların kanama, enfeksiyon, mesane ve rektum hasarı gibi komplikasyonları olabilir. Orta yaş kadınlarda birinci derece ve ikinci derece desensus uteri ile elongatio coli durumlarında uygulanan bir yöntem olan Manchester operasyonu sonrası infertilite sık görülür. Operasyon sonrası bu hastalar gebe kalsa bile abortus ve erken doğum oranı oldukça yüksektir. Bu nedenle çocuk düşünen, retrovert uterusu olan kadınlarda Manchester operasyonu düşünülmemelidir (13-14). LUS yaklaşımı retrovert uterus durumlarında özellikle tercih edilir, çünkü bu durumu da düzelterek uterusu antevert pozisyona getirir. LUS'nun hastanın fertilités! üzerine olumsuz bir etkisi yoktur.

LUS esnasında stress üriner inkontinansı olan hastalara laparoskopik üretrokolpopekski uygulanabilir. Fakat hastaya laparotomi yapılmasını gerektirecek ek pelvik patoloji varsa abdominal histerektomi Moschowitz kuldeplasti, suprapubik üretrokolpopeksi ve vajinal kolporafi uygulamaları gerekli olan tekniktir (16-17).

Genç hastalarda ve konjenital pelvik destek dokusu zayıflığı düşünülen desensus uterili kadınlarda Modifiye Gilliam ligamentum rotundum süspansiyonu uygulanmaktadır (20). Aynı endikasyonlarda LUS'da uygulanabilir.

LUS ortalama 30-45 dakika süren, az travmatize edici, uygulaması kolay bir yaklaşımdır. Batın açılmadığı için kanama 20-30 cc gibi minimum düzeyde olmakta ve enfeksiyon ihtimali azalmaktadır. Operasyon süresi uzun olmadığından hasta genel anesteziyi daha az almakta ve postoperatif gastrointestinal sistem faaliyeti daha erken başlamaktadır. Hasta operasyon sonrası idrar sondası takılmaksızın yatağına gönderilmekte ve postoperatif 6 saatte intravenöz mayi verilimi kesilmektedir. Hastalara ilaç tedavisi olarak sadece profilaktik tek doz 1 gr settidim intramusküler yapılmaktadır.

Intravenöz tedavinin kısa süreli olması, ilaç tedavisinin sınırlılığı hem tedavi maliyetini hem de has-

ta için gereken sağlık personeli (hemşire, hasta bakıcı) hizmetini oldukça azaltmaktadır. Hastanın postoperatif intravenöz mayi tedavisinin erken sonlanması ve idrar sondası takılmaması hasta mobilizasyonunu ve rahatını artırmaktadır. Hastalar LUS sonrası postoperatif 1. günde taburcu edilmektedirler.

Uygulanan vaka sayısı sınırlı ve izleme periyodu yeterli olmadığı için daha net fikirler ileri sürülemezdir.

Hali hazırda görülen anavatajlarıyla LUS yaklaşımının belirli endikasyonlarda uygulanabileceği ve yararlı olacağı düşünülmektedir.

KAYNAKLAR

- Richard E Symmonds. Relaxation of pelvic supports. Chap 40 pp 830-849. In: Martin L Pernoll, ed. Current obstetric and gynecology diagnosis and treatment, seventh ed. A Longe Medical Book 199.
- John D Thompson. Malpositions of the uterus. In: Te Linde's operative gynecology, seventh ed. JP Lippincott Company, 1992- 31:819-51.
- Ailen WM, Masters WH. Traumatic lacerations of uterine supports: The clinical syndrome and operative treatment. Am J Obstet Gynecol 1995; 70:500.
- Beecham CT. Classification of vaginal relaxation. Am J Obstet Gynecol 1980; 138:957.
- Birnbaum SJ. Rational therapy for the prolapsed vagina. Am J Obstet Gynecol 1973; 155:4.
- Bonney Y. The principles that should underlie all operations for prolapse, J Obstet Gynecol Br Emp 1934; 41:669.
- Nichols DH, Randall CL. Vaginal surgery, third ed, Baltimore: Williams and Wilkins, 1989.
- Cruikshank SH, Cex DW. Sacrospirtous ligament fixation at the time of transvaginal hysterectomy Am J Obstet Gynecol 1990; 162:1611.
- Copenhaver EH. Vaginal hysterectomy analysis of indications and complications among 1000 operations. Am J Obstet Gynecol 1962; 84:123.
- Copenhaver EH. Vaginal hysterectomy: post, present and future surg. Clin Nonh Am 1980; 60:437.
- Given FT. Posterior culdeplasty: revisted. Am J Obstet Gynecol 1985; 153:135.
- Hayden RC, Revinson JM. Total vaginectomy, vaginal hysterectomy and colpocieisis for advanced procidentia Obstet Gynecol 1960; 16:564,
- Solomons E The cure of uterine prolapse with special reference to the Manchester operation. Am J Obstet Gynecol 1955; 70:514.
- Show WF. The treatment of prolapsus uteri, with special reference to the Manchester operation of colporrhapy. Am J Obstet Gynecol 1930; 26:667.
- O'Leary JA O'Leary JL, The extended Manchester operation of review of 289 cases. Am J Obstet Gynecol 1970:107 546.
- Buroh JO Urethrovaginal fixation to cooper's ligament for correction of stress incontinence cystocele and prolapse. Am J Obstet Gynecol 1961; 81 28.
- Moschcowitz AV. The pathogenesis, anatomy and cure of prolapse of the rectum. Surg Gynecol Obstet 1912; 15:7.
- Williams BFP. Surgical treatment for uterine prolapse in young women. Am J Obstet Gynecol 1966; 95:967,
- Gilliam DT. Round ligament ventrosuspension of the uterus; a new method. Am J Obstet Gynecol 1900; 41:299.
- Hirsch HA Uterosacral ligament suspension of vaginal vault Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol 1989; 32:13.