

Stress İncontinans Tedavisinde Laparoskopik Ekstraperitoneal Polypropylen Mesh ve Endotacker Kullanarak Burch Kolposüspansiyonu

LAPAROSCOPIC EXTRAPERITONEAL BURCH PROCEDURE USING POLYPROPYLEN MESH AND TACKER AT THE TREATMENT OF STRESS INCONTINENCE

Ziya GÜNENÇ*, Göğşen ÖNALAN*, Süheyla AYDOĞMUŞ*, Mesut ÖZSOY*, Ertan AYDIN*, Gürcan BEBİTOĞLU*, Bülent GÖKMEN*

*Dr., SB Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği, ANKARA

Özet

Amaç: Prospektif randomize çalışma ile gerçek stress inkontinansta propylen mesh ve endotacker kullanımı ile yapılan laparoskopik Burch procedürünü alternatif prosedürlerle karşılaştırmak.

Çalışmanın Yapıldığı Yer: Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği.

Materyel ve Metod: Şubat 1996 ve Mayıs 1998 tarihleri arasında klinik ve laboratuvar testleri ile gerçek stres inkontinans tanısı konan toplam 23 hastaya laparoskopik ekstraperitoneal Burch prosedürü uygulandı. Bu operasyonda balon distansiyon sistemi endotacker ve polypropylen mesh kullanılarak endopelvik fascia Cooper ligamana asıldı.

Bulgular: 21 hastamızda iyileşme (%91.3), 1 hastamızda rekürrens (%4.3), 1 hastamızda intraoperatif mesane yaralanması gelişti (%4.3).

Sonuç: Kısa operasyon süresi, operasyon alanının daha iyi görülebilmesi, minimal kanama, perioperatif komplikasyon azlığı, hastanede kalış süresi kısalığı, günlük aktivitelere çabuk dönüş ve yüksek başarı oranı gibi avantajlar sunan bu operasyonun diğer inkontinans operasyonlarının çok güçlü bir alternatifi olduğunu düşünmekteyiz. Ancak yinede tam bir fikir sahibi olabilmek için uzun süreli prospektif randomize çalışmalara ihtiyaç vardır.

Anahtar Kelimeler: Stres inkontinans, Laparoskopik Burch, Polypropylen mesh, Endotacker

T Klin Jinekoloj Obst 2001, 11:257-261

Summary

Objective: The aim this prospective randomized study was to compare the laparoscopic Burch procedure using propylen mesh and endotacker for the treatment of genuine stress incontinence by clinical symptoms and laboratory findings and the outcomes.

Institution: Ankara Education and Research Hospital, Department of Obstetrics and Gynecology.

Materials and Methods: Extraperitoneal laparoscopic Burch procedure was performed on 23 patients with genuine stress incontinence. In this procedure the endopelvic fascia was hung on to the Cooper's ligament by using balloon distention system and propylen mesh.

Findings: 21 patients (91.3%) were successfully treated. Recurrence was observed in 1 patient (4.3%) and intraoperative vesicle injury in 1 patient (4.3%).

Conclusion: We believe this procedure to be a good alternative to other urinary incontinence operations because of several advantages; such as short operation time, better exposure, less perioperative complications, short hospitalization, faster return to the daily life and high rate of success. But we still need long term prospective randomized studies for a definite decision.

Key Words: Stress incontinence, Laparoscopic Burch, Polypropylen mesh, Endotacker

T Klin J Gynecol Obst 2001, 11:257-261

Üriner inkontinans, sosyal ve hijyenik problemler yaratan, objektif olarak gösterilebilen, istemsiz idrar kaçırma olarak tanımlanır (1-4). Bazı çalışmalar göstermiştir ki kadınların %50'sinde arasında, %10'unda sürekli olarak idrar kaçırma vardır (1).

Geliş Tarihi: 23.06.2000

Yazışma Adresi: Dr.Ziya GÜNENÇ
SB Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi
Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği, ANKARA

Gerçek stress inkontinans, detrüsr kasılması olmaksızın intraabdominal basıncın artışıyla, istemsiz olarak idrar kaçırmadır (1-3). Gerçek stress inkontinansın tedavisi için birçok cerrahi teknik geliştirilmiştir. Bunlar 1. Vaginal yoldan puboservikal fasyanın plikasyonu (Kelly Plikasyonu) 2. Mesane boynu iğne süspansiyon ameliyatları (Pereyra, Stamey, Raz, Gittes v.b.) 3. Retropubik ürotropeksiler (Burch, Marshall Marchetti-Krantz) olmak üzere üç grupta toplanabilir (5). Bütün bu operasyonlarda amaç bozulan mesane boynu anatomisinin yeniden tashihidir.

Bu arada laparoskopik cerrahi tekniklerin hızla gelişmesi ile laparoskopi bu alanda da kullanılmaya başlanmıştır. Bu amaçla kullanılan mesane boynu süspansiyon teknikleri arasında intraperitoneal, ekstraperitoneal sütür kullanarak veya kullanmaksızın ve laparoskopi yardımcılığında iğne süspansiyonları sayılabilir.

Biz bu çalışmada laparoskopik olarak ekstraperitoneal yaklaşımla, polipropilen mesh ve titanyum endotacker kullanarak, mesane boynunun Cooper ligamentine süspansiyon edilmesi ve bu yolla stress inkontinansın tedavisindeki başarısını prospektif olarak inceledik.

Hastalar ve Yöntem

Şubat 1996 ve Mayıs 1998 tarihleri arasında polikliniğimize idrar kaçırma şikayeti ile başvuran hastalar, önce ayrıntılı bir öykü ve fizik muayene ile değerlendirildiler. Bunu takiben hastalar tam idrar analizi ve idrar kültürü, kan üre ve kreatinin seviyeleri, Q tip testi, stress testi, Boney testi, transabdominal üriner sistem ultrasonografisi ve basit ofis sistometri ile değerlendirildiler. Öykü ve fizik muayene bulgularından detrusör instabilitesi düşünülen hastalardan ürodinamik çalışma istendi ve bunlara göre 23 hasta çalışmaya dahil edildi. Stress manevralarıyla idrar kaçıışı izlenmeyen hiçbir hasta bu çalışmaya dahil edilmedi. Bu operasyon için bir kontrendikasyon teşkil etmemesine rağmen detrusör instabilitesi tespit edilen, belirgin sistoseli olan, aşırı obez ve grade III üriner inkontinansı bulunan hastalar bu çalışmaya dahil edilmediler.

Hastalardan hiçbirisi daha önce vaginal veya pelvik inkontinans operasyonu geçirmemişlerdi ve diabetes mellitus veya kronik obstrüktif akciğer hastalığı gibi dahili bir hastalıkları yoktu. Bütün hastaların preoperatif olarak eksternal anal sfinkter tonusu ve anal refleksine bakılarak nörolojik bir problem olasılığı ekarte edildi.

23 hastadan biri intraoperatif komplikasyon nedeniyle açık operasyona geçilmesi üzerine çalışmadan çıkarıldı.

Ciltten cilde operasyon zamanı, kanama miktarı, postoperatif dönemde üretral kateter çekilme zamanı, rezidü idrar miktarı, idrar yapma şikayetleri her hasta için ayrı ayrı kaydedildi.

Hastalar postoperatif 1. ay, 3. ay, 6. ay, 12. ay ve 24. ayda yeniden değerlendirildiler. Hastaların tüm stress manevraları ile litotomi pozisyonu ve ayakta iken idrar kaçırılmaları veya çok dolu mesane ile nadiren idrar kaçırılmaları kür olarak kabul edildi.

Bütün hastalar preoperatif antibiyotik profilaksisine alındı ve tüm operasyonlar genel anestezi altında gerçekleştirildi.

Operasyon Tekniği

Hasta litotomi pozisyonunda operasyona hazır konuma getirildi. Ksifoide kadar bütün karın, bacaklar, perine

ve vajen povidin iodin solüsyonu ile boyandıktan sonra hasta örtüldü. 16 F Foley kateter ile mesane kateterizasyonu takiben kateterin balonu 30 cc SF ile şişirildi. Umbilikusun 2 cm altından ve yaklaşık olarak 2 cm sol lateralinden 2 cm'lik bir transvers insizyon yapıldı. Bu insizyonun avantajı midline insizyona göre rektus arka kılıfına daha kolay ulaşılabilmesidir. Bu insizyonla cilt ve ciltaltı geçildikten sonra rektus ön kılıfına ulaşarak vertikal olarak insize edildi. Rektus kası künt olarak diseke edilip laterale alındı ve rektus arka kılıfına ulaşıldı. Balon distansiyon sistemi steril yağlı sıvı ile ıslatıldıktan sonra insizyondan girilerek rektus arka kılıfına ulaşıldı ve rektus arka kılıfı üzerinde kaydırılarak simfiz pubise kadar itildi. Sistemin içine laparoskop ile girilerek, Retzius aralığı direkt laparoskopik gözlemlerle şişirilerek diseke edildi. Balonun çevre dokulara yaptığı kompresyonla küçük kanamaların durması sağlandı. Balonun içindeki hava çıkartıldıktan sonra balon sistemi çıkartıldı. Oluşmuş olan tünelden 10 mm'lik retraksiyon amaçlı kullanılan ve kaz ayağına benzeyen strüktürel balon yerleştirilerek şişirildi. Aynı trokarın içerisine laparoskop ile girilerek 15 mm Hg basınçlı CO₂ insuflasyonu ile oluşturulan boşluğun devamlılığı sağlandı.

Biz bu operasyonda manipülasyonun kolaylığı açısından sağda McBurney'e uyan solda ise bunun simetriği olan iki yerde biri 10 mm diğeri 5 mm, iki trokarı daha inferior epigastrik arterin dallarını zedelemeye dikkat ederek oluşturulan boşluğa yerleştirdik. Bu trokarlardan 10 mm olandan ucuna minik bir fındık tampon yerleştirilen endodisektör girilerek mesane boynu, proksimal üretra çevresinden ve internal iliak tüberkülden başlayıp krural ark boyunca devam eden Cooper ligamenti üzerindeki yağ dokusu künt diseksiyon ile temizlenip asma işlemi için hazır hale getirildi.

Bu arada gözenekli polypropylen meshten 5x1.5 cm boyutlarında hazırlanan parça, diseke edilen bölgeye getirildi. Bu arada hastanın bacakları arasında duran asistanın yardımıyla Foley kateterin balonu mesane boynuna oturtuldu. Asistanın vajendeki parmaklarının klavuzluğunda, mesane boynu ve proksimal üretranın 1-2 cm laterale, diseke edilen alana, polipropilen meshin bir ucu üçgen oluşturacak şekilde endotacker yardımıyla tutturuldu. Meshin diğer ucu bir tutucu yardımıyla ve asistanın vajen ön duvarını e-levasyonu sayesinde Cooper ligamentin diseke edilen bölgesine getirilerek, aynı şekilde endotacker yardımıyla tutturuldu. Aynı işlemler kontrlateral kısım için tekrarlandı.

Laparoskopik girişimin tamamlanmasıyla karbondioksit insuflasyonu durduruldu ve içerdeki gaz boşaltıldıktan sonra kanama kontrolü yapıldı. Daha sonra bütün trokarlar laparoskopik gözlem altında çıkarıldı ve rektus kılıfı No: 0 vicryl, cilt ise 3/0 prolene ile sütüre edildi.

Foley kateterleri postoperatif birinci günde çıkarılan ve rezidü idrarları kontrol edilen hastalar daha sonra poliklinikten takip edildiler.

Bulgular

Şubat 1996 ve Mayıs 1998 tarihleri arasında toplam 22 hastaya laparoskopik ekstrapitoneal Burch operasyonu uygulandı.

Hastaların yaşları 30 ile 56 (ortalama 42.3), pariteleri 1 ile 6 arasında (ortalama 2.5) ve ağırlıkları 48 ile 74 (ortalama 60.2) arasında değişmekteydi.

Operasyon süresi ciltten cilde 25 dakika ile 80 dakika arasında değişmekle birlikte, ortalama 40 dakikada gerçekleştirildi.

Operasyon sırasında yıkama ve aspirasyon gerektiren kanama yalnızca bir hastada görüldü. Hiçbir hastamızda dren koymayı gerektirecek kadar kanama olmadı.

Hastaların postoperatif 1. günde 24 saat dolduktan sonra Foley kateterleri çekilerek, spontan idrar yaptıkları teyid edildikten sonra, rezidü idrar miktarlarına bakıldı.

Postoperatif dönemde bir hastamızda 100 ve iki hastamızda 120 cc rezidü idrar olduğu için Foley kateterleri aralıklı olarak uygulandı. Postoperatif 3. günde rezidü idrar miktarları 50 cc'nin altına düştüğü için kateterizasyondan vazgeçildi.

Kateter çekildikten sonra bütün hastaların litotomi pozisyonunda ve ayakta stress manevralarıyla idrar kaçırıp kaçırmadıkları kontrol edilerek, idrar kaçırmadıkları gözlemlendi.

Operasyonu takiben hastalara parenteral ve oral almaya başlayınca oral yolla nonsteroid antiinflamatuvar ajanlar verilerek analjezi sağlandı.

Hastalarımızın hastanede kalış süreleri 2 ile 4 gün, ortalama 56 saattir.

Postoperatif olarak hastalarımız 3 ay ile 24 ay arasında ortalama 14 ay takip edildiler. 22 hastamızın hepsinin 1. ve 3. ay kontrollerinde kontinans olduğu saptandı. 6.ay kontrollerine gelen 18 hastamızdan yalnızca bir tanesinin preoperatif dönemdekinden daha az olmak üzere, stress manevralarıyla idrar kaçırdığı tespit edildi. Daha sonraki kontrollerde hiçbir hastamızda inkontinans rekürrensi saptanmadı.

Postoperatif kontrollerine gelen hastaların subjektif şikayetleri dinlenerek, litotomi pozisyonunda ve ayakta stress testi, Q tip testi uygulandı. Tam idrar analizi ve idrar kültürleri istendi. Postoperatif dönemde uygulanan Q tip testi hastalarımızın tamamında negatif olarak bulundu.

Postoperatif inkontinans rekürrensi bir hastada görüldü (%4.5). Toplam başarı oranı %95.4 olarak bulunmuştur. Rekürrensin nedeni olarak mesane boynunun yeterince yukarı asılmamış olması düşünülmüştür. Bir hastamızda oksibutin tedavisine cevap veren detrüsr instabilitesi gelişti.

İntraoperatif komplikasyon olarak bir hastamızda mesane yaralanması oluşmuş ve açık operasyona geçilmesi nedeniyle çalışmadan çıkarılmıştır. Beş has-

tamızda (% 22) üst üriner sistemi ilgilendirmeyen üriner sistem enfeksiyonu gelişmiş ve tamamı antibiyotik tedavisiyle iyileşmiştir. Bu hastalardan hiçbirisinde tekrarlayan üriner sistem enfeksiyonu gelişmedi. Ayrıca hiçbir hastamızda yara yeri enfeksiyonu ve Retzius'da hematoma görülmedi.

Tartışma

Stress inkontinans cerrahisinin başarısı, en başta doğru tanı konulmasına bağlıdır. İyi bir öykü ve fizik muayene ile bir takım basit testlerin kullanımı ile çoğunlukla doğru tanı konulabilir. Rutin olarak ürodinamik testlerin kullanımına gerek kalmaz (6,7). Ürodinamik testler genellikle saf urge inkontinans düşünülen veya öykü ve fizik muayene ile tanı konulamayan komplike hastalardan istenir. Bununla birlikte, hekim stress manevralarıyla idrar kaçışını izliyorsa birlikte urge inkontinansın bulunuşu cerrahi için kontrendikasyon teşkil etmez (6). Saf urge inkontinansı olan hastalar cerrahiden fayda görmezler, hatta şikayetleri artabilir. Bu nedenle stress manevraları ile idrar kaçışı olmayan hastaların opere edilmemesi gereklidir (6,8).

Gerçek stress inkontinans vakalar stress inkontinans olgularının % 90-95'ini teşkil etmektedir. Uygulanan cerrahi prosedürlerin tamamında amaç mesane boynu ve proksimal üretrayı retropubik olarak yüksek bir konuma getirip, fikse etmektir. Çünkü stress inkontinansda problem, normalde intraabdominal yapılar olan mesane boynu ve proksimal üretranın, stress anında pelvik desteğinin kaybolması nedeniyle, hiper mobil olması ve batin dışına doğru bir nevi herniye olmasıdır. Bu durumda intraabdominal basınç artışı mesaneye iletildiği miktarda, mesane boynu ve proksimal üretraya iletmediği için, mesane içi basıncın üretra basıncını aşmasıyla inkontinans gelişir. İntrensek sfinkter disfonksiyonunda ise maksimal üretral basınç düşüktür. Bu hastalarda mesane boynu ve proksimal üretranın hiper mobilitesi olmadığı için bu hastalara üretropeksi yapmak ciddi bir hatadır (8).

Stress inkontinansın cerrahi tedavisi için birçok cerrahi teknik geliştirilmiştir. Bunlar arasında kolporafi anterior, süspansiyon ameliyatları, iğne üretropeksiler, subüretal sling prosedürleri, retropubik üretropeksiler sayılabilir. Jinekologlar arasında genellikle intakt üretral sfinkteri olan olgularda (fakat üretral desteği zayıf) tedavi seçeneği olarak retropubik kolposüspansiyon (Burch prosedürü) tercih edilir. Bununla birlikte Burch üretropeksi laparotomi gerektirir ve Retzius aralığının görülmesi zordur. Bu sebeple laparoskopik yaklaşım daha avantajlıdır (9, 10).

Yine aynı sebeple, abdominal üretropeksi operasyonları ile karşılaştırıldığında, birkaç santimetrelik abdominal kesiler ve daha az morbidite avantajları ile transvajinal endoskopik iğne süspansiyonları popülerite kazanmıştır (11). Fakat bu operasyonların başarısı bir yıl sonra Burch

için %9, Pereyra için %56 ve Kelly için %63 iken 5 yıl sonra bu oran Burch için %2 (yalnız %8 azalma), Pereyra için %45 (%20 azalma) ve Kelly için %37 (%26 azalma) görülmüştür. Ürodinamik çalışmalarla bu üç prosedürde de abdominal basıncın üretraya iletilmesi başarılıdır. Ancak üretral kapanma basıncı ve fonksiyonel üretra uzunluğu anlamlı olarak etkilenmemektedir (10).

Gerek erken, gerekse geç takiplerde abdominal üretropeksinin, vajinal yaklaşımdan daha yüksek kür oranına sahip olduğu görülmektedir (12). Abdominal üretropeksiler içerisinde Burch kolposuspansiyonu Marshall-Marchetti-Krantz üretropeksi ile karşılaştırıldığında yüksek kür oranı, spontan idrar yapma zamanının kısalığı, hastanede kalış süresinin daha kısa oluşu ve daha düşük morbiditeye sahip olması nedeniyle seçilmesi gereken gerçek stress inkontinans operasyonudur (13).

Bütün bunları göz önünde bulundurarak stress inkontinans tedavisinde en iyi operasyon tekniği olduğuna inandığımız Burch üretropeksiye laparoskopik olarak ekstraperitoneal yaklaşımla uygulamaya karar verdik.

Preperitoneal alana girmek alt abdominal cerrahi geçiren hastalarda her zaman kolay olmayabilir (10). Retzius aralığını diseke etmek amacıyla geliştirilen balon distansiyon sistemlerinin kullanılmasıyla, Retzius aralığı minimal kanama ve kısa zamanda efektif bir şekilde açılabilir (11).

Operasyonun laparoskopik olarak uygulanmasındaki pelvik görüntü, açık yapılan formundan daha iyidir. Diseksiyon sırasında kan damarları iyi görülmeli ve zarar verilmemelidir. Obturator venin kollaterallerinin yaralanması Burch prosedürünün potansiyel bir riskidir. Laparoskopik yaklaşımda bu venlerden kaçınmak kolaydır (10).

Laparoskopik ekstraperitoneal mesane boynu suspanسیون operasyonunda, ortalama operasyon süresi 50 ile 120 dakika arasındadır (14). Kanama miktarı genellikle minimaldir (50 ml'den az). Hastaların %2'sinde mesane yaralanması oluşabilir. Marshall-Marchetti-Krantz operasyon tekniği uygulananlarda %12.5, Burch operasyon tekniği uygulananlarda %2 idrar retansiyonu görülebilir.

Bizim kullandığımız teknik sayesinde cerrah için oldukça sorun yaratan sütür düğümlenme problemi ortadan kaldırılmış ve polipropilen mesh ve endotacker sayesinde, endopelvik fasya oldukça başarılı bir şekilde Cooper ligamentine fikse edilmiştir. Polipropilen mesh ve titanyum raptiyelerin kullanımı ile endopelvik fasyada daha geniş bir alan, belki de daha güçlü bir şekilde tutturulmuş olur. Diseke edilen bölgeden gelişen skar dokusu, bu tutunmayı zaman içerisinde daha da güçlendirir. Ayrıca polipropilen mesh de skar oluşumunu hızlandırır (15).

Liu laparoskopik Burch sonrası %5.1 detrusör instabilitesi bildirilmiştir (14). Cardozo ise retropubik kolposuspansiyon uygulanan hastaların %18'inde detrusör instabilitesi geliştiğini bildirmiştir. Etiyolojik faktörler arasında mesaneden sütür geçilmesi, mesane boynu obstrüksiyonu

ve veziköüretal bileşke etrafında aşırı diseksiyon sayılabilir (14). Bu nedenle mesane boynu etrafındaki yağ dokusu uzaklaştırılırken sert hareketlerden ve aşırı diseksiyondan kaçınılmalıdır. Opere ettiğimiz hastalarda yalnızca bir tanesinde detrusör instabilitesi gelişti (%4.5) ve oksibutinine cevap verdi. Diseksiyon en az üretradan 2 cm uzaklıktan yapılmalı ve operasyon sırasında üretranın kink yapmamasına özen gösterilmelidir.

Bir başka çalışmada laparoskopik Burch uygulanan 12 hastanın postoperatif dönemde 3'ünde (%25) urgency tespit edilmiştir. Ancak bu hastalardan birinde preoperatif dönemde de urge inkontinans olduğu bildirilmiştir (16). Aynı çalışmada laparoskopik ve laparotomik yapılan Burch arasında postoperatif dönemde urge inkontinans gelişmesi açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır.

Polascık ve arkadaşları laparoskopik ve açık Burch prosedürünü karşılaştırdıkları çalışmalarında laparoskopik yapılan grupta analjezi için ortalama 14.2 mg morfin sülfat kullanırken, açık Burch üretropeksi yapılan grupta ortalama 131.4 mg morfin sülfat kullanıldığını bildirmişlerdir (16). Biz iki hastamız dışında hiçbir hastamızda narkotik analjezik kullanmadık.

Operasyon zamanı literatürde 50 ile 255 dakika arasında değişmektedir (10,14,16). Bizim çalışmamızda ise bu süre 25 ile 80 dakika arasında değişmektedir. Bu farkın sebebi sütür geçmek yerine polipropilen mesh ve endotacker kullanılmasına bağlanmıştır. Böylece laparoskopik ekstraperitoneal yaklaşımla polipropilen mesh ve endotacker kullanılarak yapılan Burch operasyonundaki sürenin kısalması özellikle yaşlı hastalarda anesteziye bağlı oluşacak olan komplikasyonlarda azalma sağlayacaktır.

Mesane yaralanması en sık görülen intraoperatif komplikasyondur (16). Liu ve Peah 107 hastadan dördünde mesane yaralanması bildirmişlerdir (14). Bizim olgularımızdan bir tanesinde mesane boynu çerçevesindeki yağ dokusu uzaklaştırılmaya çalışılırken mesane yaralanması oldu ve açık operasyona geçilerek mesane çift kat sütüre edildikten sonra operasyon açık olarak tamamlandı. Postoperatif dönemde komplikasyon gelişmedi. Bu şekilde olan mesane yaralanmalarından kaçınmak için diseksiyon sırasında mesanenin 150 ml serum fizyolojik ile doldurulmasının faydalı olacağı bildirilmiştir (16).

Laparoskopik yaklaşımla yapılan operasyonlarda Retzius aralığı, paraüretral alan, Cooper ligamenti ve sütür konulacak yerler daha rahat görülmekte, bu da operasyon kolaylığı sağlamaktadır (16).

Daha önceden alt abdominal veya pelvik operasyon geçirmiş hastalarda Retzius aralığına girilemediği veya yeterli boşluk oluşturulmadığı için başka operasyonlara geçmek gerekebilmektedir. Bu oran yaklaşık %15 kadardır. Ancak daha önce operasyon geçirmiş iki hastamızda, Retzius aralığına girmekte veya yeterli boşluk oluşturmakta bir problemle karşılaşmadık.

Postoperatif takipte suprapubik kateter veya üretral kateter kullanılabilir. Hastada kronik üriner retansiyon yok ise suprapubik katetere gerek olmadığını düşünüyoruz. Ayrıca erken dönemdeki idrar yapma zorluklarında intermittant kateterizasyon uygulanabilir. Suprapubik kateterizasyona bağlı transfüzyon gerektiren ciddi vezikal kanamalar bildirilmiştir.

Bu çalışmada üretral kateter postoperatif 24. saatte çıkarıldı. Üç hasta rezidü idrar hacmi fazla olduğu için rezidü hacimleri 50 cc'nin altına düşene kadar aralıklı kateterize edildiler.

Hastaların hastanede kalış süreleri 2 ile 4 gün arasında değişmekle birlikte ortalama 56 saattir. Bu açık teknikte yapılan operasyonlarla karşılaştırıldığında oldukça kısadır. Polascık ve arkadaşları laparoskopik Burch için 1.9 gün açık Burch operasyonunda ise 4.9 gün hastanede kalış süresi bildirmişlerdir (16). Ayrıca laparoskopik Burch uygulanan hastalar kısa sürede günlük aktivitelerine dönebilmektedirler.

Abdominal retropubik kolposuspansiyon ameliyatlarının en sık komplikasyonları retropubik hematoma, abses, yara yeri enfeksiyonu, enterosel ve seksüel disfonksiyondur (14). Bu çalışmada bu komplikasyonlardan hiçbirine rastlanmadı. Bu açıdan değerlendirildiğinde laparoskopik Burch, açık tekniğe göre oldukça avantajlıdır.

Laparoskopik ekstraperitoneal Burch operasyonu kolay disseksiyon daha az kanama ve adezyon formasyonu oluşturur (17).

Bizim çalışmamızda transfüzyon yapmayı ya da dren konulmasını gerektiren hiçbir kanama olmadı.

Bütün bunlar gözönünde bulundurulduğunda başarı oranı yüksek, postoperatif komplikasyonu az, kısa operasyon süresi, minimal kan kaybı, hastanede kalış süresinin kısalığı, normal günlük aktivitelere kısa sürede dönüş gibi bir çok avantajı sunan bu yöntemin stress inkontinans hastalarının cerrahi tedavisi için çok güçlü bir alternatif olduğu görülmektedir.

Çeşitli yöntemlerin erken ve geç başarı oranlarının karşılaştırıldığı çalışmalarda, laparoskopik kolposuspansiyon ameliyatlarının, en az açık kolposuspansiyon ya da iğne suspansiyon operasyonları kadar etkili ve daha az invaziv olduğu görülmektedir (10).

KAYNAKLAR

1. Robertson JR, Hebert DB. Gynecological Urology. In: Pernol ML. Current Obstetric and Gynecologic Treatment 7th ed. Appleton and Lange, 1991: 41: 851-65.
2. Thompson JD, Wall LL, Growdon WA, Ridley JH. Urinary Stress incontinence. In: Thompson JD, Rock JA. T Linde's Operative Gynecology, 7th ed. JB Lippincott Company. 1992: 887-935.
3. Synde JA, Lipsitz DU. Evaluation of female stress incontinence. Urol Clin North Am 1991; 18: 197-209.
4. Kujansuu E. Patient history in the diagnosis of urinary incontinence and determining type quality of life. Acta Obstet Gynecol Scand. Supplement 1997; 166: (17): 15-8.
5. Bergman A, Elia G. Three surgical procedure for genuine stress incontinence, five years follow up: a prospective randomized study. Am J Obstet Gynecol 1995; 173: 66-71.
6. Jeffrey L, Donald RO. Needle Suspension procedures for urinary stress incontinence. A review and historical prespective. Obstet Gynecol Sur 1990; 45: 805-16.
7. Kelly MJ, Kniesen K, Bruskewitz R, Roskamp D, Leach GE. Symptom analysis of patients undergoing modified Pereyra bladder neck suspension for stress urinary incontinence, Urology 1991; 37 (3): 213-9.
8. Blaives JG, Olsson CA. Stress Incontinence: Classification and surgical approach. J Urol 1988; 139: 727-31.
9. Langebrekke A, Dahlstrom B, Eraker R, Urnes A. The Laparoscopic Burch Procedure. Acta Obstet Gynecol 1995; 74: 153-5.
10. Satki D, Keith JP: Laparoscopic Colposuspension. J Urol 1995; 154, 1119-21.
11. Mc Doughal EM, Klutke CG, Cornel T. Comparison of Transvaginal Versus laparoscopic bladder neck suspension for urinary incontinence. Urology, 1995; 45: 641-6.
12. Green DF, McGuire EL, Lytton B. A Comparison of endoscopic suspension of vesical neck versus anterior urethropexy for the treatment of stress urinary incontinence. J Urol 1986; 136; 1205-07.
13. Eriksen BC, Hagen B, Eik-Nes SH et al. Long term effectiveness of Burch colposuspension in female stress incontinence. Acta Obstet Gynecol Scand 1990; 69; 44.
14. Liu CY. Laparoscopic Retropubic Colposuspension (Burch Procedure) J. Reproductive Med 1993; 38: 526-30.
15. Chau-Su, OU, Presthus J, Beadle E. Laparoscopic bladder neck suspension using hemia mesh and surgical staples. J Laparoendo. Surg 1993; 3: 563, 566.
16. Polascık TJ, Moore RG, Rosenberg MT, Kovoussi LR. Comparison of laparoscopic and open retropubic urethropexy for treatment of stress urinary incontinence. Urology 1995; 45: 647-52.
17. Karabacak O, Taner MZ, Tıraş MB, Kaya A, Güner H, Yıldırım M. An extraperitoneal Burch procedure; a case report. J Laparoendoscopic Surg 1996; 6 (1):65-8.