

Sakrospinöz Ligament Süspansiyonu ile Vaginal Kuff Prolapsusunun Sağaltımı[¶]

TREATMENT OF VAGINAL VAULT PROLAPSE WITH SACROSPINOUS LIGAMENT SUSPENSION

Sermet SAĞOL*, Hüseyin YILMAZ*, Ömer DİNÇER*

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

Özet

Amaç: Total vaginal prolapsuslu iki olguya uyguladığımız modifiye sakrospinöz ligament süspansiyonu operasyonunu sunmak, cerrahi tekniği ve literatürü gözden geçirmek.

Çalışmanın yapıldığı yer: Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı.

Materyel ve Metod: Vaginal histerektomi sonrası total vaginal prolapsus gelişen 49 ve 52 yaşlarındaki iki olguya sakrospinöz ligament süspansiyonu uygulandı. Bu operasyonda vaginal kuff sakrospinöz ligamente direk teknik ile asıldı. Olgular on aylık klinik izlem sonrası değerlendirildi.

Bulgular: On aylık izlem sonrası, her iki olgu da vaginal prolapsusun tamamen düzeldiği saptandı.

Sonuç: Vagina prolapsusunun sağaltımında vaginal yaklaşımın birçok avantajı bulunmaktadır. Bu tekniğin geniş doku diseksiyonu gerektiren yöntemlere oranla uygulanması kadar öğretilmesinin de çok daha kolay olduğu düşünülmektedir.

Anahtar Kelimeler: Vaginal kuff prolapsusu, Sakrospinöz ligament süspansiyonu

T Klin Jinekoloj Obst 2000, 10:53-56

Summary

Objectives: To present two women, with total vaginal prolapse whom we treated with a modified sacrospinous ligament suspension procedure, to review the literature and surgical technique.

Institution: Ege University School Of Medicine, Department of Obstetrics and Gynecology.

Materials and Methods: The modified sacrospinous ligament suspension procedure was performed to two 49 and 52 years old women who developed total vaginal prolapse after vaginal hysterectomy. The vaginal cuff was suspended to the sacrospinous ligament by direct approach technique.

Results: Both patients have been cured of vaginal prolapse after a follow-up time of 10 months.

Conclusion: The vaginal approach in the treatment of eversion of vagina has many advantages. We suggest that application as well as teaching of this technique is much easier when compared with other techniques requiring a wide tissue dissection.

Key Words: Vaginal vault prolapse, Sacrospinous ligament suspension

T Klin J Gynecol Obst 2000, 10:53-56

Abdominal veya vaginal histerektomi sonrası vaginal kuff prolapsusu %0.2 ile 43 sıklıkla görülmekte olup, cerrahi veya tıbbi sağaltımı büyük sıkıntılara neden olmaktadır (1). Vaginal kuff pro-

lapsusunun nedeni dokudaki kollajen hasarı, östrojen yetersizliğine veya doğumlara bağlı pelvis tabanı destek dokularında ve sinirlerinde ortaya çıkan hasarlar ve histerektomi sonrası vaginanın desteğini kaybetmesidir (2-5). Vaginal kuff prolapsusunun abdominal ve vaginal histerektomilerden sonra eşit sayılarda geliştiği gözlenmektedir (6,7).

Günümüzde histerektomi operasyonları sonrası gelişen vaginal kuff prolapsuslarının sağaltımı için çok çeşitli cerrahi teknikler uygulanmaktadır. Total kolpoklesis, abdominal sakrokolpopeksi veya vaginal sakrospinöz ligament fiksasyonu sıklıkla tercih edilen etkin operasyonlardır. Total kolpokle-

Geliş Tarihi: 08.07.1999

Yazışma Adresi: Dr.Sermet SAĞOL
Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi
Kadın Hastalıkları ve Doğum AD
35100, Bornova, İZMİR

[¶] 5th International Congress of Obstetrics and Gynecology (5-8/Mayıs/199) poster olarak sunulmuştur.

sis özellikle ileri yaş grubundaki seksüel aktivitesi olmayan ve tıbbi nedenlerle diğer rekonstruktif operasyonların sakıncalı olduğu durumlarda tercih edilmektedir (8).

Sakrospinöz ligament fiksasyonu ilk olarak 1971 yılında Nichols ve Randall tarafından tanımlanan ve yaygın olarak kullanılan bir tekniktir (9). Biz bu teknikten farklı olarak Morley (6) tarafından tanımlanan ve direk olarak sakrospinöz ligamente ulaşılarak vagina kuffinin asıldığı operasyonu vaginal histerektomi sonrası vaginal kuff prolapsusu gelişen iki olgumuzda uyguladık. Bu operasyon tekniğini ve sonuçları tartışmayı amaçladık.

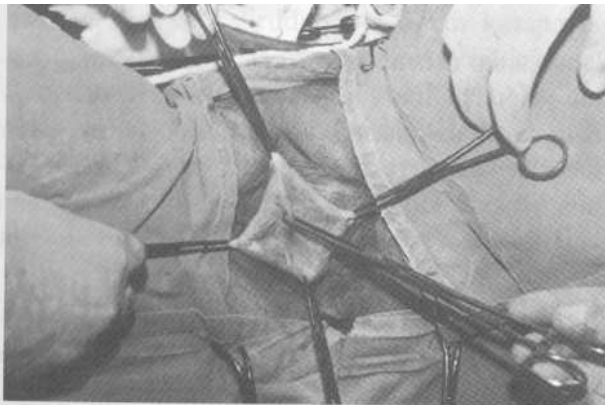
Olgu

İlk olgumuz da (49 yaşında, Gebe 4, Parite 4) 2 yıl önce yapılan vaginal histerektomi sonrası yaklaşık bir yıldır giderek artan vaginal prolapsus yakınması mevcuttu. İkinci olgumuzda ise (52 yaşında, Gebe 2, Parite 2) 4 yıl önce yapılan vaginal histerektomi sonrası yaklaşık 2 yıldır vaginal prolapsus yakınması vardı. Her iki olgumuzda da prolabe olan vaginal kuff geri itildikten sonra yapılan ürodinamik inceleme sırasında üriner stres inkontinans olduğu gözlemlendi. Detrüör instabilitesi her iki olguda da saptanmadı.

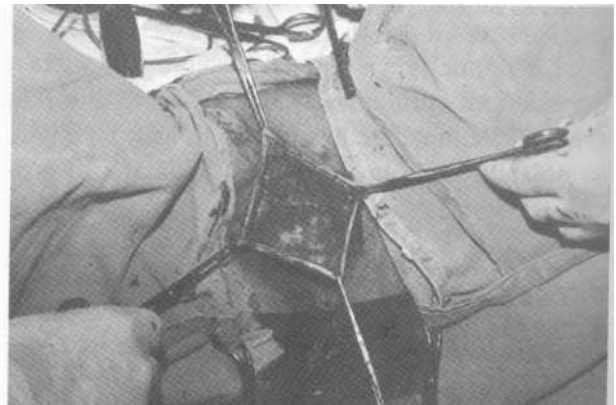
Operasyon Tekniği

Hastalar uygun anestezi verildikten sonra operasyon masasında dorsal lithotomi pozisyonunda hazırlandı ve vaginal defektin genişliği ayrıntılı

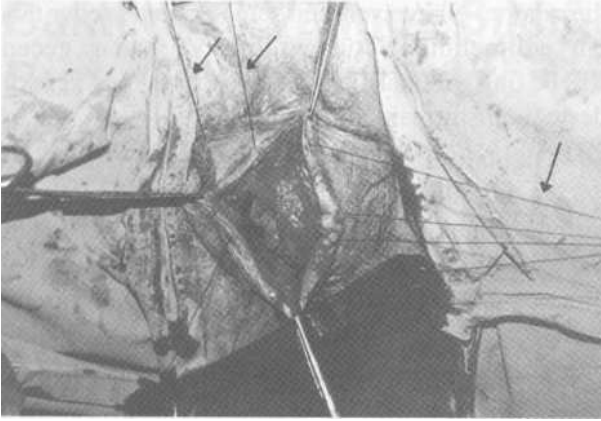
olarak değerlendirildi. Vaginal kuff üzerinde saptanan önceki operasyona ait skar dokusu yeni oluşturulacak olan vajenin tepe noktası olarak kabul edildi (Şekil 1). Yeni oluşturulacak olan vaginanın yaklaşık 10-12 cm derinlikte olmasına dikkat edildi. Allis klempleri ile vagina tepesi dört noktadan tutularak mukoza eşkenar dörtgen şeklinde kesildi ve çıkartıldı (Şekil 2). Enterosel kesesi künt ve keskin diseksiyonlarla serbestleştirildi. Sağ sakrospinöz ligament fiksasyonu yapmayı tercih ettiğimiz için olgunun sağ tarafından retroperitoneal olarak posterolateral doğrultuda parmakla künt diseksiyon yapıldı. Diseksiyonu daha fazla yana veya arkaya genişletmemeye özen gösterilerek bu bölgedeki Hipogastrik veya Hemoroidal vasküler pleksusu zedelememeye dikkat edildi. Sakrospinöz ligament hissedilince iskiyal spina üzerinden uzun hemostatla rektal pililer ayrıldı ve pararektal alana girildi. Parmakla yanlara genişletilerek uygun şekilde sütür materyalini yerleştirebilmek için ligamente ulaşılacak bir pencere oluşturuldu. Sol elin işaret ve orta parmağı kontrolünde Deschamps sütür taşıyıcısına yüklenmiş No. 1 sentetik emilebilir sütür materyali (PDS, polydioxanone) iskiyal çıkıntının 2 cm iç tarafına gelecek şekilde ligamente yerleştirildi. Sütürün ligamentin ortasından geçmesine dikkat edildi. İlk sütürün 0.5 ile 1 cm iç tarafına ikinci sütürde yerleştirildikten sonra toplam dört çift serbest sütür ucu sırasına uygun olarak operasyon örtüsüne tespit edildi. Serbestleştirilen enterosel kesesi açılarak pelvis peritonu kontrol edildi ve 2-0 sentetik emilebilir



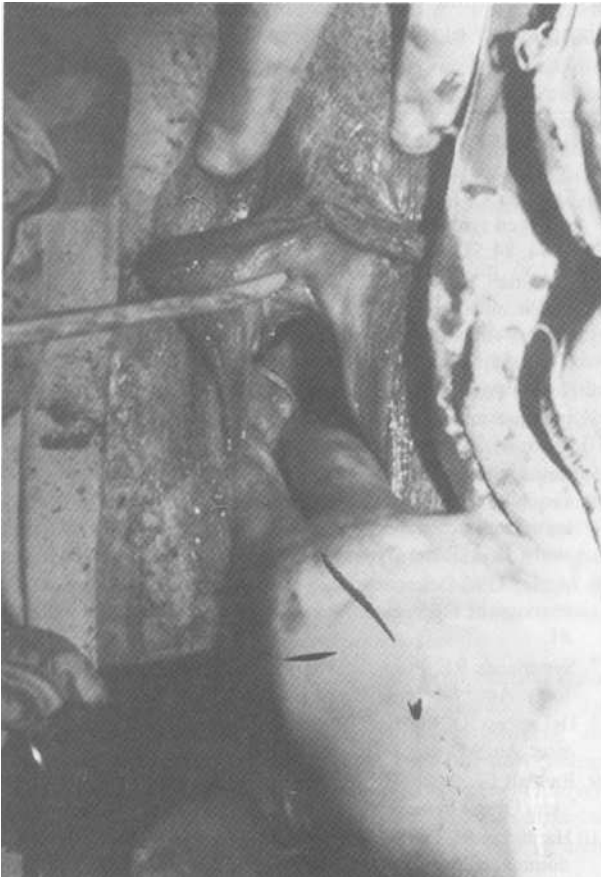
Şekil 1. Operasyonun başlangıcında vaginal kuffin değerlendirilmesi.



Şekil 2. Prolabe olan vagina tepesinde mukoza dekole edilip çıkartıldıktan sonra enterosel kesesinin görünümü.



Şekil 3. Sakrospinöz ligamentten geçildikten sonra vagina mukozasına yerleştirilen sütürler. (Oklar: süspansiyon sütürleri)



Şekil 4. Sakrospinöz ligamente yerleştirilen sütürler bağlandıktan sonraki vagina tepesi.

sütür materyali ile periton ulaşılabilen en üst seviyeden sirküler şekilde kapatıldı. Bu basamaktan sonra ilk olguya ön kolporafi uygulandı. Sakrospinöz ligamente konmuş olan sütürler sırasıyla 1-1.5 cm aralıklarla ve vagina mukozası-

dan tam kat geçecek şekilde yerleştirildi (Şekil 3). Kanama kontrolünün ardından yeni oluşturulan vajen tepesi tek tek 2-0 kromik katgut sütürler ile kapatıldı. Sakrospinöz ligamente tespit edilen sütürler bağlanarak vaginanın arada boşluk kalmayacak şekilde sakrospinöz ligamente yaklaşması sağlandı (Şekil 4). Son olarak arka kolporafi uygulandıktan sonra vaginaya ıslak rulo tampon (24 saat süreyle) yerleştirildi. İkinci olguya ise vaginal operasyon sonlandırıldıktan sonra retropubik Burch operasyonu uygulandı.

Tartışma

Vaginal kuff prolapsusunda sağaltım için karar verirken öncelikle kadının seksüel fonksiyonlarının devamı arzusu, yakınmaları ve klinik durumu dikkate alınmalıdır. Operasyona karar vermeden önce semptomların ve pelvik anatomisinin dikkatle değerlendirilmesi yapılmalı ve olgu için en uygun yol seçilmelidir. Ayrıca olguların tümünde ayrıntılı ürodinamik değerlendirme yapılmalı ve prolabe olan vajen kuffi geri itildikten sonra idrar inkontinansının olup olmadığı araştırılmalıdır. Seksüel fonksiyonun korunmasını arzu eden kadınlarda, gerek sakrokolpopeksi gerekse de sakrospinöz ligament fiksasyonu etkili operasyonlardır ve başarı oranları %95'in üzerindedir. Hardiman ve ark prospektif çalışmalarında vaginal prolapsusu olan 210 kadında başarısızlık oranları sakrokolpopeksi için %1.3, sakrospinöz ligament süspansiyonu için ise %2.4 olarak vermektedirler (10).

Vaginal yolun kullanılması, abdominal yaklaşıma göre birçok avantajlar taşımaktadır (11). Öncelikle abdominal insizyona ve batının açılmasına bağlı ortaya çıkabilecek olan erken ve geç komplikasyonlar (enfeksiyon, evisserasyon, intraabdominal yapışıklıklar) vaginal yaklaşımda gözlenmez. Vaginal yaklaşım operasyon sırasında sistosel veya rektosel onarımının yapılmasını kolaylaştırması nedeniyle tercih edilmektedir (11). Sakrospinöz ligament süspansiyonunda operasyon travması abdominal yaklaşıma oranla daha azdır ve hastanın iyileşme süresi daha kısadır (1,6). Özellikle sistoseli olmayan ve belirgin enteroselin bulunduğu olgularında vaginal yaklaşım önerilmektedir (1). Abdominal sakrokolpopeksi ise özellikle nükseden, vaginanın çok kısa olduğu veya geniş sıkır dokuları bulunan olgularda sentetik greftlerin kullanılması gereği olduğu için tercih edilmelidir (1).

Bizim uyguladığımız ve Morley tarafından tanımlanan yöntemde Nichols'ın tekniğinde kullanılan vagina arka duvarında geniş diseksiyondan kaçınılmakta ve direkt olarak sakrospinöz ligamente ulaşılmaktadır. Bu yöntemle geniş operasyon alanına bağlı kanama, rektumun yaralanma riski azalmakta ve operasyon süresi kısaltılabilmektedir.

Vaginal yaklaşımda sıklıkla tercih edilen tek taraflı ligament süspansiyonudur ve genellikle cerrahlar sağ ellerini kullandıkları için sağ ligament süspansiyon için kullanılmaktadır. İki taraflı süspansiyon yapılabilir, fakat süspansiyon için gerekli olmaması, operasyonun süresini uzatması ve morbiditeyi artırması nedeniyle tercih edilmemektedir. Özellikle tekrarlayan vaginal kuff prolapsusu olan olgularda vagina sakrospinöz ligamente asılacak kadar yeterli uzunlukta olmayabilir. Bu durumlarda vagina tepesine yalnız transvers kesi yapılmalı ve vajen dokusu çıkartılmadan ligament süspansiyonu uygulanmalıdır. Buna rağmen vaginanın sakrospinöz ligamente kadar uzanamayacağı düşünülüyorsa greft yerleştirilerek uygulanan abdominal sakrokolpopeksi tercih edilmelidir.

Sakrospinöz kolpopeksi sonrası sıklıkla gözlenen komplikasyonlar genelde pelvik operasyonlarda karşılaşılan üriner sistem enfeksiyonlarıdır. Bu yöntemle spesifik olarak saptanan komplikasyonlar, kanama, siyatik sinir hasarı, operasyon sonrası gerçek stress inkontinans, üreter yaralanması ve prolapsusun tekrarlamaıdır. Ciddi komplikasyonlar pelvik anatomisinin iyi bilinmesi ile engellenebilmektedir. Kanama diseksiyonun pelvis yan duvarına ve öne doğru ilerletilmesi sonucu hipogastrik pleksustan veya perirektal dokulara yakın olmasına bağlı hemoroidal pleksustan ortaya çıkmaktadır. Sıklıkla kanamanın inferior gluteal arter yaralanması sonucu geliştiği belirtilmektedir (12). Kanamayı kontrol etmek için en etkin yöntemin kanama alanına baskı, vasküler klips ve arteriel embolizasyon olduğu belirtilmektedir (12). Siyatik sinir hasarı sütünün ligamentin içinden geçecek şekilde yerleştirilmesi ile engellenebilir. Üreter yaralanması ligament süspansiyonundan daha çok enterosel kesesinin kapatılması sırasında ortaya çıkmaktadır. Eğer sakrospinöz kolpopekside kalıcı sütün materyeli kullanılmışsa sütün bağli olarak vajen mukozasında erozyon, disparanü ve kanlı vaginal akıntı oluşabilir. Sütün alınması gerekir. Bu komplikasyondan kaçınmak için PDS (poly-

dioxanone) gibi geç emilen sentetik materyeller tercih edilmelidir. Sütün emilinceye kadar geçen sürede oluşan lokal fibrosis ve skar dokusu gerekli desteği oluşturmaktadır (13).

Olgularımızda operasyon süresi ortalama 90 dakika idi. Postoperatif dönemde olgularımızdan birinde komplikasyon saptanmazken, diğer olgumuzda Burch kolposüspensiyon sütününe bağli sol ureterde kıvrılma ve buna bağli olarak hidroüreter geliştiği gözlemlendi. Bu olgumuzda operasyonun beşinci günü sol taraftaki Burch kolposüspensiyon sütünü alındı ve ureter geçişinin düzeldiği saptandı. Kullandığımız tekniğin Nichols ve ark. tarafından tanımlanan ve geniş doku diseksiyonu gerektiren yöntemle oranla uygulanmasının daha basit olduğu, aynı zamanda eğitiminin diğer yöntemlere oranla daha kolay olacağı düşüncesindeyiz.

KAYNAKLAR

1. Hobson PT, Boos K, Cardozo L. Management of vaginal vault prolapse. Br J Obstet Gynaecol 1998; 105:13-7.
2. Falconer C, Ekman G, Malmstrom A, Ulmsten U. Decreased collagen synthesis in stress incontinent women. Obstet Gynecol 1994; 84:583-6.
3. Bergman A, Elia G, Cheung D, Perelma N, Nimni M. Biochemical composition of collagen in continent and stress urinary incontinent women. Gynecol Obstet Invest 1994; 37:48-51.
4. Norton PA, Baker JE, Sharp HC, Warenski JC. Genitourinary prolapse and joint hypermobility in women. Obstet Gynecol 1995; 85:225-8.
5. 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: a neurophysiological study. Br J Obstet Gynaecol 1989; 96:24-8.
6. Morley GW, DeLancey JO. Sacrospinous ligament fixation for eversion of the vagina. Am J Obstet Gynecol 1988; 158:872-81.
7. Symmonds RE, Pratt JH. Vaginal prolapse following hysterectomy. Am J Obstet Gynecol 1960; 79:899-909.
8. DeLancey JO, Morley GW. Total colpocleisis for vaginal eversion. Am J Obstet Gynecol 1997; 176:1228-35.
9. Randall CL, Nichols DH. Surgical treatment of vaginal inversion. Obstet Gynecol 1971; 38:327-32.
10. Hardiman PJ, Durtz HP. Sacrospinous vault suspension and abdominal colposacropexy: success rate and complications. Am J Obstet Gynecol 1996; 175:612-6.
11. Güner H, Ahmed S, Erdem M, Şahin İ, Yıldırım M. Histerektomi sonrası vajinal eversiyon gelişen iki vakada transvajinal sakrospinöz kolpopeksi. T Klin Jinekolojisi 1995; 5:61-3.
12. Barksdale PA, Elkins TA, Sanders CK, Jaramillo FE, Gasser RF. An anatomic approach to pelvic hemorrhage during sacrospinous ligament fixation of the vaginal vault. Obstet Gynecol 1998; 91:715-8.
13. Morley GW. Treatment of uterine and vaginal prolapse. Clin Obstet Gynecol 1996; 39:959-69.

