

# Laparoskopik Sakroservikopeksi ve İntraperitoneal Burch Operasyonu: İki Olgu Sunumu

## LAPAROSCOPIC SACROCERVICOPEXY AND INTRAPERITONEAL BURCH OPERATION: TWO CASE REPORT

M. Bülent TIRAŞ\*, T. Umut K.DİLEK\*\*, M. Anıl ONAN\*\*\*, Mesut ÖKTEM\*\*, Haldun GÜNER\*\*\*\*

\* Doç.Dr., Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum AD,

\*\* Dr., Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum AD,

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

\*\*\*\* Prof.Dr., Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum AD, ANKARA

### Özet

Uterin prolapsus kadın popülasyonunda oldukça yaygın bir problem olup kesin tedavisi cerrahi tedavi yöntemleridir. Bunlar içinde vajinal histerektomi prolapsus için en sık kullanılan yöntemdir. Ancak esas problem, genç ve fertilitate beklentisi olan kadınlarda uygun cerrahi yöntemin seçilmesidir. Pessierler gibi konservatif yöntemler veya cerrahi yöntemlerin bir kısmı, tatminkar sonuçlar vermediği gibi preterm eylem, gebelik kaybı gibi sakıncalar taşırlar.

**Amaç:** Biz bu çalışmada semptomatik uterovajinal prolapsusu ve stres inkontinansı olup fertilitate beklentisi olan iki kadında, serviksi sakral promontoryuma yaklaştırmayı amaçladık.

**Metot:** Biri 31 diğeri 35 yaşında olan ve fertilitate beklentisi ve subtotal uterin prolapsusu olan iki kadında laparoskopik olarak sakroservikopeksi operasyonunu uyguladık. İlk olarak peritonu sağda pelvik brimden itibaren disseke edip ureteri promontoryumdan serviks düzeyine kadar olan alanda sağa doğru ittik. Bunu takiben polipropilen mesh önce 3 adet ethibond suture ile serviks sabitlendi. Ardından diğer ucu sakral promontoryuma tacker yardımı ile fikse edildi. Periton 2/0 vicryl ile kapatıldı. Her iki hastada da mevcut stres inkontinans nedeni ile laparoskopik intraperitoneal Burch operasyonu yapıldı.

**Sonuçlar:** Toplam operasyon süresi ilk olguda 2 saat 30 dakika, ikinci olguda 105 dakika, kan kaybı her iki olguda da 100 ml' den az, postoperatif hastanede kalış süresi 2 gün olup her iki hastanın idrar kateteri 48 saat sonra çekildi. Her iki olguda da intraoperatif veya postoperatif komplikasyon gözlenmedi. Operasyonu takiben hastaların şikayetleri geriledi ve serviks spina ischiadicaların üzerinde olacak şekilde uterus elevasyonu sağlandı.

**Tartışma:** Laparoskopik sakroservikopeksi ve Burch operasyonu genç ve fertilitatesini korumak isteyen semptomatik uterovajinal prolapsusu olan kadınlarda uygun ve yeterli bir operasyondur.

**Anahtar Kelimeler:** Uterin prolapsus, Fertilitenin korunması, Laparoskopik sakroservikopeksi

T Klin Jinekolo Obst 2002, 12:249-252

### Summary

Uterine prolapsus is a common gynecological problem in female population. The definitive treatment for prolapsus is surgery. Vaginal hysterectomy is the most common surgical procedure for uterine prolapsus. However the main problem is choosing appropriate surgical operation in young women who do not wish to lose their fertility. Neither conservative approaches such as pessaries nor surgical procedures are satisfactory and carries some problems such as preterm labor, miscarriage etc.

**Aim:** We aimed to elevate the uterus for symptomatic uterine prolapsus and wish to preserve her fertility by approximating the cervix to the sacrum.

**Method:** We performed a laparoscopic sacrocervicopexy operation to 31 and 35 years old women have subtotal uterine prolapsus and who wish to preserve their fertility. First, the peritoneum was dissected from the right side of pelvic brim by pushing the right ureter to the right side, from promontorium to the posterior surface of the cervix. Then a polypropylene mesh, was fixed posterior uterine cervix by three ethibond sutures. The proximal part of the mesh was fixed to the promontorium by tacker device. Peritoneum was closed by 2-0 vicryl sutures. Laparoscopic intraperitoneal Burch operation was added for genuine stress incontinence.

**Results:** Total operation time for first patient was 2 hours 30 minutes and the second one 105 minutes. Blood loss was below 100 ml, postoperative hospital stay were two days and urinary catheters were removed 48 hours later. There were no postoperative complication. Complaints of patients was improved and uterus was elevated above the spines and both of the patients become continent.

**Conclusion:** Laparoscopic sacrocervicopexy and Burch operation is suitable and effective operation in young women who are in the childbearing age and wish to preserve their fertility.

**Key Words:** Uterine prolapsus, Fertility retention, Laparoscopic sacrocervicopexy

T Klin J Gynecol Obst 2002, 12:249-252

Pelvik organ prolapsusu jinekologların sık karşılaştıkları problemlerden birini oluşturmaktadır. Uterovajinal prolapsus kimi zaman rutin jinekoloji muayenesinde saptanan bir bulgu olup bu hastalar sıklıkla

asemptomatik olmakla birlikte ağrı, basınç hissi, konstipasyon, sık idrara çıkma, idrar inkontinansı gibi şikayetler ile de doktora başvurabilirler. Pelvik organ prolapsusu özellikle kırklı yaşlardan sonra ortaya çıkar ve

klimakterik dönemde önemli bir problem halini alır. Ancak bu genel tablonun dışında kalan bir grup üreme çağında, semptomatik prolapsusu olan ve fertilité isteği olan yada çeşitli nedenler ile uterusunu korumak isteğinde olan hastalardır. Ancak konservatif ve hastanın mevcut klinik durumuna çözüm getiren bir tedavi modalitesinin yokluğu veya olan tedavi şekillerinin yetersizliği önemli bir problem olarak karşımıza çıkmaktadır. Pelvik organ prolapsusu olan hastalarda eş zamanlı olarak stres inkontinans bulunabilir veya hasta inkontinans tarif etmese de anatomik bozukluğun cerrahi olarak düzeltilmesini takiben stres inkontinans ortaya çıkabilir. Bu nedenle cerrahi olarak anatomik bozukluğun düzeltilmesi planlanan hastalarda idrar inkontinansı olup olmadığının saptanması hastaya uygun yaklaşım için gereklidir.

On yıl öncesine kadar pelvik organ prolapsusu olan hastalarda cerrahi tedavi için abdominal ve transvajinal yol mevcut iken yaklaşık 10 yıl içerisinde gerek kullanılan araç bazında gerekse giderek artan sayıda laparoskopik cerrahin yetişmesine bağlı olarak pelvik taban cerrahisinde laparoskopi giderek hakettiği yeri almaktadır. Bu kapsamda üreme çağında ve semptomatik uterovajinal prolapsusu olan iki hastada alışılagelen klasik konservatif cerrahi yaklaşımın dışında, laparoskopik olarak uygulanan sakroservikopeksi ve intraperitoneal burch operasyonunu sunmayı amaçladık.

### Olgu Sunumu

Birinci olgumuz; 35 yaşında evli, gravida 5, parite 2, abortus 1 ve gebelik sonlandırması 2 olan hasta yaklaşık iki yıldan bu yana devam eden idrar kaçırma ve eline aşağıdan kitle gelmesi yakınması ile başvurdu. Hastanın her iki doğumu da spontan vajinal yolla olup doğum ağırlıkları 2500-4000 gram arasında imiş. Hastanın yapılan spekulum muayenesinde serviks multipar görünümde, ikinci dereceden sistosel, birinci dereceden rektoseli, üçüncü dereceden desensus uterisi mevcuttu. Hastanın yapılan transvajinal ultrasonografisi normal idi.

İkinci olgumuz; 31 yaşında evli, gravida 2, parite 2, yaşayan 2 olan diğer hastanın yaklaşık bir yıldan bu yana devam eden idrar kaçırma, kasık ağrısı, ağır yük kaldırınca veya ev işleri sonrası aşağıdan eline kitle gelmesi şikayeti olup bu yakınmalarla doktora başvurdu. Hastanın özgeçmişinde cerrahi operasyon öyküsü olmayıp iki adet normal spontan vajinal yolla doğumu mevcut idi. Hastanın yapılan spekulum muayenesine serviks multipar görünümde, geniş sistosel, birinci dereceden rektoseli, subtotal prolapsus hali mevcuttu. Palpasyonda fundus yerleşimli 2 cm'lik myom mevcuttu. Hastanın yapılan transvajinal ultrasonografisinde fundus yerleşimli 25x19 mm boyutunda intramural-subseröz yerleşimli myom nüvesi izlendi.

Her iki hastaya bu bulgular ile laparoskopik sakroservikopeksi ve intraperitoneal Burch operasyonu

uygulandı. Toplam operasyon süresi ilk olguda 150 dk, ikinci olguda 105 dk. idi. Kan kaybı her iki vakada da 100 cc'den az, idrar sondasının kalış süresi 48 saat, hospitalizasyon süresi iki gün idi. Hiçbir hastada kan transfüzyonu yapılmadı. Her iki hastaya da cerrahi proflaksi amacıyla anestezik indüksiyon esnasında tek doz birinci kuşak sefalosporin içeren antibiyotik uygulandı. Her iki hasta da postoperatif üçüncü günde önerilerle taburcu edildi.

### Cerrahi Teknik

Litotomi pozisyonunda operasyon masasına alınan hastada uygun hazırlık sonrası Veress iğnesi ile yeterli pnömoperitonizasyon sağlanmasını takiben 10 mm' lik trokar ile umbilikal bölgeden batına girildi. Pelvik organların eksplorasyonunu takiben hastaya trendelenburg pozisyonu verildi. Ardından önce solda rektus kasının lateral kenarı ile spina iliaka anterior süperior arasındaki bölgede 5 cm mesafe ile biri yukarıda diğer i se aşağıda olmak üzere 2 adet ve sağda bunun simetriği nokta olmak üzere toplam üç adet 5 mm' lik sekonder trokar girildi.

Sağ adneks pelvik yan duvara itilerek pelvik periton üzerinden üreterin peristaltik hareketler izlenerek üreterin seyri belirlendi. Peritona unipolar makas ile bir kesi yapıp, üreter pelvik brimden servikse kadar olan bölgede, bipolar forseps ve unipolar makas yardımı ile açığa çıkarıldı. Bunu takiben sakro-uterin ligamentlerin uterusu yapıştıkları noktadan itibaren forsepsle visseral periton tutulup unipolar makasla kesilerek orta hatta yaklaşık 3 cm'lik transvers bir kesi yapıldı ve servikse ulaşıldı. Bunu takiben 15x2 cm boyutundaki polipropilen mesh 5 mm'lik trokardan batın içine grasper yardımı ile sokuldu ve bir ucu orta hatta servikse 2/0 ethibond sütürler ile üç noktadan ekstrakorporeal sütür tekniği ile fikse edildi. Bunu takiben operasyona katılan asistanlardan biri vajene iki parmağını sokarak uterusu normal anatomik pozisyonuna doğru itti. Sonra sakral promontoryum üzerinde peritona yaklaşık 2 cm'lik transvers bir kesi yapılarak bu kesi sağda üreter trasesi boyunca yapılan kesi birleştirildi. Ardından diğer uç sakral promontoryum üzerinde hazırlanan alana 4x4 mm boyutlarında titanyumdan yapılan helikal vida atan tacker (Origin, CA, USA) ile 3 noktadan fikse edildi. Kanama kontrolü sonrası 2/0 vicryl ile intrakorporeal sütür tekniğine uygun olarak reperitonizasyon yapıldı. Bunu takiben mesane foley sonda ile 200 cc steril binde 9'luk serum fizyolojik ile dolduruldu. Symfisis pubisin yaklaşık 3 cm üzerinde her iki yanda oblitere umbilikal arterler olmak üzere aradaki periton yaprağı üzerine yaklaşık 7 cm'lik transvers bir kesi yapıp bipolar dissektör yardımıyla künt ve keskin diseksiyonla paraüretal dokular disseke edildi. Operasyona katılan asistanlardan birinin vajene iki parmağını sokarak her iki yanda paraüretal dokuları göstermesini takiben, bilateral paraüretal dokular 2/0 ethibond sütürler ile Cooper ligamentine ekstrakorporeal sütür tek-

niği ile asıldı. Her iki tarafa da ikişer sütür kondu. Bunu takiben periton 2/0 vicryl ile continue suture edildi.

### Tartışma

Pelvik organ prolapsusu günlük jinekoloji pratiğinde sık karşılaşılan bir problemdir. Tedavisinde Kegel egzersizleri, pesser uygulamaları gibi koruyucu, cerrahi olmayan tedavi şekilleri olduğu kadar abdominal, vajinal ve son zamanlarda laparoskopik yolla uygulanan cerrahi yaklaşımlar da kullanılmaktadır. Ancak bir jinekoloğun karşılaştığı en zor problemlerden biri ise üreme çağındaki ve fertilitate arzusu olan bir kadında ortaya çıkan semptomatik pelvik organ prolapsusuna nasıl bir yaklaşım uygulanması gerektiğidir.

Kegel egzersizleri her ne kadar doğum sonrası dönemde pelvik destek yapılarını güçlendirmek için ilk olarak önerilmişse de erken dönemde pelvik organ prolapsusunda primer tedavi olarak kullanıldığı gibi cerrahi sonrasında da yardımcı tedavi olarak kullanılabilir (1) Cerrahi olmayan tedavilerin başında halka pesserler gelir. Pesserler koitusu izin verdiği gibi gebeliğin 20 haftasına kadar yerlerinde kalabilirler. Ancak seçilen uygun pesserin yerinde kalabilmesi ve destek işlevini yürütebilmesi için pubokoksigeus kasının güçlü olması gereklidir. Vajen de ülserasyon, fistül oluşumu, barsak herniasyonu gibi potansiyel komplikasyonlar pesserlerin kullanımını sınırlamaktadır (2). Öte yandan hastalara uygun pesser seçilmesi, pesserin düzenli olarak temizlenmesi, lokal östrojen tatbiki ile bu potansiyel komplikasyonlar önlenbilir.

Pesserin uzun süre kalamadığı, hasta uyumunun zayıf olduğu ve uterusun fertilitate isteği gibi nedenlerle hasta tarafından korunmak istendiği hallerde uygulanabilen üç tane klasik cerrahi yaklaşım bulunmaktadır. Bunlar;

- Manchester operasyonu,
- Transabdominal retroperitoneal, sakroservikopeksi,
- Transvajinal sakroservikopeksi,

Manchester operasyonu özellikle elonge serviks varlığında tercih edilen bir operasyon olmakla birlikte özellikle fertilitate beklentisi olan kadınlarda bir takım postoperatif problemleri de beraberinde getirmektedir. Başlıcaları, postoperatif stenoz, servikal yetmezlik, prematüre membran rüptürü, residüel servikte ortaya çıkan fibrozis ve buna ikincil gelişen yumşak doku distosisi gibi (3).

Transabdominal retroperitoneal, sakroservikopeksi de fasya lata veya mersilen mesh gibi sentetik bir materyal kullanarak, serviksi sakruma asmak amaçlanır (4).

Laparoskopi pelvik taban disfonksiyonlarının tedavisinde yerini alması ile birlikte bu hastalarda daha az morbidite ve adezyon formasyonu ile pelvik organ prolapsusunun tedavisi mümkün olabilmektedir. Wu ve

arkadaşları (5) 1996 Ocak ve Aralık ayları arasında yaşları 32-37 arasında değişen ve fertilitate arzusu olan uterin prolapsusu olan 7 hastaya laparoskopik yolla uterin süspansiyon uygulamışlardır. Bu teknikte her iki ureter pelvik brim' den endoserviks seviyesine kadar disseke edilmiş, ardından önce sol sakrouterin ligamentden, bunu takiben vajenin posterior duvarına doğru ancak serviksten ve sağ sakrouterin ligamentden pelvik peritondan, rektosigmoid kolonun serozasından geçerek tekrar sol sakrouterin ligamente ulaşarak bağlanır. Ardından operasyona katılan asistanlardan birinin vajenden parmağı ile uterusu nazikçe yukarı itmesini takiben, yine sakrouterin ligamentlerden geçerek ilk sutureden daha üst seviyeye konan sutureler ile üst vajen ve serviks levatör düzlemine paralel olarak presakral bölgeye doğru çekilir. Yazar bu operasyon sırasında 2 no Gore-tex™ suture kullanmış olup suture tekniği olarak bizim de laparoskopik operasyonlar da tercih ettiğimiz ekstrakorporeal tekniği uygulamıştır. Hastalar ortalama 1.7 gün süre ile hastanede kalmışlardır. Hastaların 9-17 aya arasında değişen takip süreleri sırasında hiçbir hastada rekürrent genital prolapsus gelişmemiştir.

Laparoskopik yaklaşımın diğer bir şekli de Gilliam uterin süspansiyonunun laparoskopik uygulamasıdır. İntraoperatif ve postoperatif morbiditesi düşük ve kısa süren bir operasyondur (6). Ancak uzun dönem de yüksek başarısızlık oranlarına sahip oluşu bu yöntemin yaygın bir şekilde kullanımını engellemiştir (7).

Laparoskopik lateral uterovajinal süspansiyon diğer bir teknik olup ilk kez Dubuisson ve arkadaşları tarafından tanımlanmıştır (8). 1997-1999 yılları arasında toplam 35 hastaya uygulamışlar, ortalama operasyon süresi 254±45 dk (180-360 dk) olarak gerçekleşmiş, hastaların ortalama hastanede kalış süreleri 4.8 ± 1.2 gün (3-8), ortalama postoperatif takip süreleri, 10.5±4.6 ay olarak saptanmıştır. Hastalardan %10.3'ünde disparoni ortaya çıkmış. Opere edilen hastaların 11'inde stres inkontinans mevcut olup olguların %6.6'ında operasyon sonrasında stres inkontinans devam etmiştir. Perop ve postoperatif ortaya çıkan komplikasyonlar aşağıdadır.

<b>Komplikasyonlar</b>	<b>n</b>	<b>(%)</b>
Mesane Yaralanması	1	2.9
Abdominal Duvar Abseleri	1	2.9
Ilioinguinal Nevralji	1	2.9
Uriner Enfeksiyon	1	2.9
Postoperatif Ağrı	1	2.9
Uriner Retansiyon	1	2.9
Vajinal Duvar Erezyonu	1	2.9

Literatürde genç ve fertilitate beklentisi olan uterovajinal prolapsuslu olgularda koruyucu cerrahi bazında önerilen üç klasik cerrahi modalitenin dışında cerrahi yöntem olarak tariflenen çok farklı bir yöntem yoktur.

Dubuisson ve arkadaşlarınca önerilen yöntemde uterovajinal olarak yerleştirilen mesh anterolateral olarak crista iliaca düzeyinin üzerinde eksternal kas aponevrozuna fikse edilmektedir. Bu yolla anterolateral fiksasyon sağlanmakta olup mesh' in uterovajinal olarak yerleştirilme seviyesi ile ilişkili olarak rektosel ve sistoselin anatomik olarak düzeltilmesi mümkün olabilmektedir. Öte yandan bu yöntemin birtakım handikapları vardır. Bunlardan biri geniş sisto-rektosellerde anatomik düzeltmeyi sağlayabilmek için vajen duvarlarının olabildiğince disseksiyonu gerekmekte bu da potansiyel olarak mesane ve rektum yaralanması riskini arttırmakta, operasyon süresini uzatmaktadır. İkinci bir sakıncası da adı geçen çalışmada da belirtildiği gibi ilioinguinal sinirin mesh' in fikse edildiği yerdeki kompresyonudur.

Bu iki olguda ilk kez uygulanan bu yöntemi seçerken geçmiş literatürden çıkarttığımız bir takım sonuçlar yardımcı olmuştur. Nichols' un (4) 1991 yılında tanımladığı transabdominal yola uygulanan yönteminde kullanılan fascia lata yerine inert ve düşük reaksiyon özelliği olan polipropilen mesh' i tercih ettik. Nezhat ve arkadaşlarınca (9) postoperatif vajen kaf prolapsusunun laparoskopik tamirinde kullanılan yöntemde tarif edilen mesh' in sakral 3-4 aralığına fiksasyonu yerine bu bölgede literatürde bildirilen kanama komplikasyonu riski nedeni ile laparoskopik kaf süspansiyonu vakalarımızda uyguladığımız şekilde (10) bu ihtimalin daha düşük olduğu sakral promontoryum seviyesine fikse etmeyi tercih ettik. Nichols (4 ve 11) transabdominal yolla yapılan tamirde serviks ile sakral promontoryum arasında peritonu açmaksızın, servikse fikse ettiği fasya greftini subperitoneal bir tünel oluşturarak taşımış ve sakral promontoryuma fikse etmiştir. Laparoskopik yaklaşımda ise benzer bir subperitoneal tünel oluşturmanın zorluğunu dikkate alarak peritonu açmayı tercih ettik. Operasyon sırasında ilk yaptığımız işlem üreter yaralanmasını ihtimalini ortadan kaldırmak için üreter trasesini ortaya koymak idi. Her ne kadar bu işlem toplam operasyon süresini bir miktar uzatsa da olabilecek komplikasyonlardan kaçınmamızı sağlamıştır. Rektovajinal ve vezikovajinal aralığı disseke etmememiz operasyon süresini kısalttığı gibi disseksiyon sırasında olabilecek yaralanma riskini de azalttı. Olguların mevcut stres inkontinans yakınmaları nedeni ile uyguladığımız intraperitoneal burch operasyonu ile hastaların bu yakınmaları ortadan kaldırıldığı kadar mevcut olan ön kompartıman defekti de düzeltilmiştir.

## Sonuç

Genç ve fertilité beklentisi olan kadınlarda ortaya çıkan semptomatik uterovajinal prolapsusda koruyucu cerrahi yaklaşımlarına olan ihtiyaç giderek artmaktadır. Klasik olarak uygulanan transabdominal, transvajinal veya laparoskopik yaklaşımların tatminkar sonuçlar sağlamaktan uzak oluşu nedeni ile bu iki olguda uyguladığımız laparoskopik sakroservikopeksi operasyonu alternatif bir çözüm olarak karşımıza çıkmaktadır. Sınırlı sayıda uyguladığımız bu yeni yöntemi literatürdeki diğer laparoskopik operasyonlar ile kıyasladığımızda laparoskopik sakroservikopeksinin önu açık ve geleceği parlak bir yöntem olduğunu düşünmekteyiz.

## KAYNAKLAR

1. Cundiff GW, Addison WA. Management of pelvic organ prolapse. *Obstet Gynecol Clin N Am* 1998; 25 : 907-21.
2. Goldstein I, Wise GJ, Tancer ML. A vesicovaginal fistula and intravesical foreign body: A rare case of neglected pessery. *Am J Obstet Gynecol* 1990; 163: 589-91.
3. Nichols DH. Symptomatic genital prolapse in a patient desiring more children. In: Nichols DH, Delancey JO, Clinical problems, injuries and complications of gynecologic and obstetric surgery. 3. baskı Williams & Wilkins 1995: 28-9.
4. Nichols DH. Fertility retention in the patient with genital prolapse. *Am J Obstet Gynecol* 1991 ; 164 : 1155-8.
5. Wu MP. Laparoscopic uterine suspension for the treatment of uterovaginal prolapse. *Int J Gynecol Obstet* 1997 ;59 : 259-60.
6. Gordon SF. Laparoscopic uterine suspension. *J Reprod Med* 1992 ;37:615-6.
7. O' Brien PM, Ibrahim J, Failure of laparoscopic uterine suspension to provide a lasting cure for uterovaginal prolapse. *Br J Obstet Gynecol* 1994; 101 : 707-8.
8. Dubuisson JB, Chapron C, Fauconnier A, Babaki-Fard K and Dendinos S. Laparoscopic management of genital prolapse: lateral suspension with two meshes . *Gynaecol Endoscopy* 2000; 9 : 363-8.
9. Nezhat CH, Nezhat F, Nezhat C. Laparoscopic sacral colpopexy for vaginal vault prolapse. *Obstet Gynecol* 1994; 84 : 885-8.
10. Sutton GP, Addison WA, Livengood CH .Life threatening hemorrhage complicating sacral colpopexy. *Am J Obstet Gynecol* 1981; 140 :836-7.
11. Nichols DH. Massive eversion of the vagina. In: Nichols DH. *Gynecologic and Obstetric Surgery*. 1993: 431-64.

**Geliş Tarihi:** 23.07.2001

**Yazışma Adresi:** Dr.M. Bülent TIRAŞ  
Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi  
Kadın Hastalıkları ve Doğum AD,  
06502 Beşevler, ANKARA  
btiras@tr.net