

Vajen Kafi Prolapsusunda Fasyal Askı ve Moschcowitz Operasyonu

FASCIAL SLING AND MOSCHCOWITZ TECHNIQUES IN SURGICAL CORRECTION OF VAGINAL CUFF PROLAPSUS

Ekrem SAPMAZ*, Bilgin GÜRATES*, Esra BULGAN**

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

** Araş.Gör.Dr., Fırat Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum AD, ELAZIĞ

Özet

Amaç: Histerektomi sonrası gelişen vajen kaf prolapsusu vakalarında fasyal askı ve Moschcowitz operasyonu sonuçlarının değerlendirilmesi.

Çalışmanın Yapıldığı Yer: Fırat Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı.

Materyel ve Metod: 1998 Ekim - 1999 Kasım tarihleri arasında vajen kafi prolapsusu tanısıyla kliniğimize kabul edilen yedi hasta çalışma kapsamına alındı. Tüm vakalara rektus kası kınından elde edilen fasyal bant ile asma ve enterosel gelişimini önlemek için Moschcowitz teknikleri uygulandı.

Bulgular: Ameliyat sonrası kontrole gelen hastalarda vajen uzunluğu yeterli idi. Hastaların hiçbirinde dispareni, işeme zorluğu, detrusör instabilitesi, gerçek stress üriner inkontinans veya enterosel gelişmedi.

Sonuç: Vajen kafi prolapsusu vakalarında fasyal askı ve Moschcowitz teknikleri gerek etkin, gerekse komplikasyonlarının az olması sebebiyle tercih edilebilir.

Anahtar Kelimeler: Vajen kaf prolapsusu, Fasyal askı, Moschcowitz

T Klin Jinekolo Obst 2002, 12:452-455

Summary

Objective: To evaluate the results of fascial sling and moschcowitz techniques in correction of vaginal cuff prolapsus developed following hysterectomies.

Institution: Department of Obstetrics and Gynecology, Fırat University Faculty of Medicine.

Design: Seven patients applied to our clinic with an established diagnosis of vaginal cuff prolapsus between October 1998 and November 1999 were enrolled into the study. All patients were applied a sling operation by a fascial band prepared from rectus abdominis sheath and a subsequent moschcowitz techniques in order to prevent development of an enterocele.

Results: Vaginal lengths were sufficient in all patients. None of the patients developed dyspareunia, voiding dysfunction, detrusor instability, genuine stress urinary incontinence or an enterocele.

Conclusion: Fascial sling and a subsequent moschcowitz techniques can be surgical procedure of choice in vaginal cuff prolapsus cases due to the high efficacy and less likely the development of complications.

Key Words: Vaginal cuff prolapsus, Fascial sling, Moschcowitz

T Klin J Gynecol Obst 2002, 12:452-455

Vajen duvarının tamamen dışarı çıkması, histerektomi komplikasyonu olarak vakaların %0.2-1'inde görülür. Primer risk faktörü obezite olup (1,2) tedavide çeşitli abdominal ve vajinal cerrahi yöntemler mevcuttur.

A) Vajinal Yöntemler

1. Vajinal onarım: Cul de sac eksizyonunu takiben uterosakral ligament pilikasyonu yapılır. Koitusda zorluk ortaya çıkar (3,4).

2. Sakrospinöz fiksasyon: Çok etkin bir yöntemdir, ancak sütürler direkt bakı altında konulmadığından, siatik sinir hasarı, sakral veya pudendal damar yaralanmaları gibi komplikasyonlar görülür (5-8).

3. Vajinal kolpopleksis: Seksüel fonksiyonun tamamen kaybına neden olduğu için yalnızca seksüel olarak inaktif hastalara uygulanabilir (9).

B) Abdominal Yöntemler

1. Abdomino-perineal onarım (Zacharin operasyonu): Zor uygulanabilmesi ve abdominal sakrokolpopeksiden daha az başarılı olması sebebiyle tercih edilmemektedir (5,10).

2. Abdominal sakrokolpopeksi: Çok etkin bir yöntemdir. Ancak hemoraji, işeme zorluğu, gerçek stress üriner inkontinans (SÜİ), detrusor insitabilitesi ve mesh enfeksiyonuna sebep olabilir (11,14).

3. Fasyal askı tekniği: Rektus kılıfından elde edilen fasyal bantların vajen kafi tepesine sütüre edilmesidir. Basit, güvenli, ucuz ve etkin bir yöntemdir (15,16).

Vajen kafi prolapsuslarında usta ellerde vajinal sakrospinöz fiksasyon ve abdominal sakrokolpopeksi teknikleri ile %90 oranında başarı elde edildiği rapor edilmiştir (17,20). Pelvik rekonstrüktif cerrahi teknikleri arasında abdominal teknikler vajinal olanlara göre daha etkindir (21). Vajen kaf prolapsusu vakalarında abdominal yaklaşım tercih edildiğinde, fasyal askı tekniği, basit ve etkin olması nedeniyle tercih edilir (15,16). Moschcowitz tekniği ise enterosel gelişiminin önlenmesi ve tedavisinde kullanılır; ayrıca vajen üst 1/3 kısmına ek destek sağlar (22).

Materyel ve Metod

1998 Ekim-1999 Kasım tarihleri arasında vajen kafi prolapsusu tanısıyla kliniğimize kabul edilen yedi hasta çalışma kapsamına alındı. İki hastada ayrıca enterosel tespit edildi. Gerçek stres üriner inkontinans ya da detrusör dissinerjisi saptanamadı. Hastalardan operasyon için yazılı izin alındı.

Hastalara genel anestezi altında dorsal litotomi pozisyonunda, pfannenstiel insizyon yapıldı. Rektus kası kınına kadar çok dikkatli hemostaz ve keskin disseksiyon yapıldı. Yaklaşık olarak onaltı cm uzunluğunda dört cm eninde rektus kası kını açığa çıkarıldı. Üzerindeki yağ dokusu tamamen temizlendi. Rektus kası kınına orta hatta bistüri ile dikey insizyon yapıldı. İnsizyon bir cm aşağıya ve yukarıya, daha sonra yanlara doğru uzatıldı. Yaklaşık iki cm eninde sekiz cm boyunda iki adet fasyal bant elde edildi. Batın açıldı ve her iki fasyal bantın serbest uçları M. Rektus abdominusların dış köşelerinden batın içine, iç inguinal kanal seviyesinde, round güdüğüne kadar transperitoneal sevk edildi. Gilliams - Doleris'in uterus ventro-süspansiyonunda kullandığı noktalar bize rehber oldu. Vajen tepesi, monte tampon ile batın içine itildi ve orta hatta yukarı kaldırıldı. Mesaneye foley sonda takıldı ve 300 cc %5'lik metilen mavisi verilerek mesanenin vajen kafi ile ilişkisi demonstre edildi. Üç vakada mesane vajen kafının tepesinden arkaya doğru (posterior vajen duvarına) yapışmıştı. Keskin disseksiyon ile vajen kafının tepesi açığa çıkarıldı. Tüm vakalarda fasyal bantlar vajen kafi tepesine maximum mobilitenin olacağı noktadan non absorbable no: 1 naylon sütür ile (Ethicon, Edinburgh, UK) tespit edildi. Ayrıca vakaların tümüne enterosel gelişimini önlemek amacıyla Moschcowitz tekniği uygulandı (22). Uterosakral ligamentler üç adet no: 0 vikril (Ethicon, Edinburgh, UK) ile konsantrik sütüre edilerek vajenin üst 1/3 kısmına ek destek sağlandı. Aponevrozdaki defekt no: 1 vikril ile kontinü, cilt 3/0 prolenle subkütiküler kapatıldı. Hastalar postoperatif beşinci günlerinde taburcu edildi. Üçüncü ve altıncı aylarında kontrole çağırıldılar. Kontrolde

şikayetleri soruldu. Fizik muayene, transvajinal sonografi ve hemogram bulguları değerlendirildi.

Verilerin tanımlayıcı (Descriptive) istatistiksel analizi için "SPSS 9.0 for Windows" programı kullanıldı.

Bulgular

Çalışma kapsamına alınan hastaların beşi total abdominal histerektomi, ikisi vaginal histerektomi (minimum: 5 yıl, maximum: 13 yıl, ortalama 8.8 yıl önce) operasyonu geçirmişti. İki hastada ayrıca enterosel tespit edildi. Hastaların fiziksel özellikleri, ortalama yaş: 59.5 yıl (min:53, max:64), boy: 156.4 cm (min:151, Max:163), kilo: 82.8 kg (min:75, max:91), vücut kütle endeksi (BMI): 33.5 (min:32, max:38) olup obezite ile uyumlu idi (23).

Tüm vakalara abdominal yaklaşımla fasyal askı ve Moschcowitz teknikleri uygulandı. Postoperatif kontrolde, hastaların vajenlerinin yeterli uzunlukta olduğu ve disparoni şikayetlerinin olmadığı tespit edildi. Ayrıca hiçbir hastada işeme problemi, detrusör instabilitesi, gerçek stress üriner inkontinans gelişmedi. Operasyon anında veya sonrasında hemoraji görülmedi. Barsak komplikasyonu görülmedi. Enterosel veya sistosel gelişmedi. Postoperatif üçüncü ve altıncı aylarda ağrı şikayeti olmadı. Hastaların hepsi postmenopozal olup hormon replasman tedavisi (HRT) almamakta idiler. Hiçbir hastada yara yeri enfeksiyonuna rastlanmadı. Ortalama 8.5 ay (min:6, max:11) takip edilen hastalarda nüks saptanamadı. Operasyon süresi ortalama 40.1 dakika (min:30, max:50) idi. Başarı oranımız %100 idi. Tüm hastalara operasyon sonrası HRT başlandı.

Tartışma

Pelvik destek dokularının düzeltilmesi için yapılacak rekonstrüktif cerrahi teknikleri arasında abdominal yöntemler, vajinal yöntemlere göre daha etkindir (21). Biz de tüm vakalarımızda abdominal yolu tercih ettik.

Vajen kafi prolapsusu olgularında enterosel birlikteliğine sıkça rastlanır (12,16). Vakalarımızın ikisinde (%26) preoperatif dönemde enterosel tespit ettik. Ayrıca vajen kafi onarımı operasyonlarından sonra enterosel sık ortaya çıkar (6). Bunu önlemek için Moschcowitz tekniğinin rutine sokulmasını önerenler vardır (13). Tüm vakalarımıza fasyal askı ve Moschcowitz tekniklerini uyguladık. Sonuçta, postoperatif dönemde hiçbir hastamızda enterosel gelişmedi.

Seksüel açıdan aktif kadınlarda vajenin yeterli uzunlukta olması ve disparoni şikayetleri çok önemlidir. Gerek abdominal sakrokolpopeksi gerekse vajinal sakrospinöz fiksasyon operasyonları sonucu vajenin daralması veya kısalması sebebiyle çeşitli derecelerde disparoni ortaya çıkabilir (5,6). Vakalarımızın hepsinde vajen yeterli çap ve uzunlukta idi, disparoni şikayeti olmadı.

Abdominal sakrokolpopeksi ve vajinal sakrospinöz fiksasyon operasyonlarını takiben işeme problemleri, gerçek SÜİ, detrüsr instabilitesi veya sistosel ortaya çıkabilir (5,6,12,14). Aksine, fasyal askı tekniği ile çevre organlarda özellikle mesane ve üreterdeki anatomik bozukluklar düzeltilebilmektedir (16).

Özellikle abdominal sakrokolpopeksi operasyonlarından sonra barsak komplikasyonları ortaya çıkabilir (14). Zacharin ve vajinal sakrospinöz fiksasyon operasyonlarında rektal yaralanmalar görülebilir (5, 6). Fasyal askı tekniğinde ise fasya bandının transperitoneal uygulanmasına dikkat edildiği sürece hiçbir vakada barsak komplikasyonu görülmecektir. Hiçbir vakamızda barsak komplikasyonu görülmedi.

Abdominal sakrokolpopeksi operasyonlarında santral sakral venden veya presakral damarlardan kanama ortaya çıkabilir (5,14).

Vajinal sakrospinöz fiksasyonda ise görecelik sütür atılmaması ve o bölgede %20-100 arasında anatomik anastomoz varyasyonları olması sebebiyle, en çok A. Glutealis inferior yaralanmaları ile karşılaşılır. Kanamalar tamponaj ile durdurulabilse de daha az sıklıkta görülen A. pudendalis internadaki yaralanmalarda kanama kontrolü için A. iliaca interna ligasyonu gerekir (5,7). Fasyal askı tekniğinde hemoraji riski yoktur. Hiçbir vakamızda hemoraji komplikasyonu görülmedi.

Özellikle abdominal sakrokolpopeksi operasyonlarında kullanılan meshlerin enfeksiyonu görülebilir (5,12) ve enfekte meshlerin çıkarılması zorunludur. Fasyal askı tekniğinde otolog fasya bandı kullandığımız için böyle bir risk yoktur.

Operasyon süresi Zacharin tekniğinde 80-120 dakika, abdominal sakrokolpopeksi'de 40 dakika, vajinal sakrospinöz fiksasyon'da 15-25 dakika bulunmuştur (5,6). Uyguladığımız fasyal askı ve Moschcowitz tekniğinde ise 30-50 dakikadır. En kısa süre vajinal sakrospinöz fiksasyon'da kaydedilmiş olup fasyal askı ve Moschcowitz tekniği ikinci sıradadır. Operasyon süresini uzatan faktör muhtemelen tüm vakalara Moschcowitz tekniğinin uygulanmasıdır.

Başarı oranı Zacharin operasyonda %70, abdominal sakrokolpopeksi'de ve vajinal sakrospinöz fiksasyon'da %90 olarak bulunmuştur (5,14,16,20). Yaptığımız fasyal askı ve Moschcowitz tekniğinde ise %100'dür. Ancak hastaların daha uzun süre takip edilmesi uygun olacaktır.

Anatomik olarak vajenin üst 1/3'lük bölümü histerektomiden sonra M. Levator ani üzerinde, sakruma doğru pozisyonda olmalıdır (17). Vajenin bu pozisyonda olması için parakolpiumdaki lifler en önemli rolü oynar (24). M. Levator ani ise intraabdominal basınç artışı esnasında üst vajeni destekler. Bu nedenle vajen kafi

prolapsusu olan vakalarda ya histerektomi esnasında üst vajeni destekleyen liflerde hasar yapılmıştır, ya da yeterli pelvik destek direncinde yetersizlik vardır (2,12,25). Fasyal askı tekniğinde vajen kafi anterior pozisyonda fiks edilir. Bazı cerrahlar vajenin yanlış açı ile tespit edildiğini ileri sürerek bu yöntemi eleştirirler. Bununla birlikte Fasyal askı tekniğinde üst vajen yeterince düzeltilebilir (16).

Vajen kafi prolapsuslarında en önemli risk faktörü obezitedir (2). Tüm vakalarımızda BMI>30 idi (23). Bu bulgu literatür ile uyumludur.

Sonuç: Vajen kafi prolapsusu vakalarında fasyal askı ve Moschcowitz tekniklerinin uygulanması, etkin ve komplikasyonlarının az olması nedeniyle tercih edilebilir.

KAYNAKLAR

1. Symmonds RE, Williams TJ, Lee RA et al. Post hysterectomy enterocele and vaginal prolapse. *Am J Obstet Gynecol* 1981; 140: 852-9.
2. Marchionni M, Bracco GL, Checucci V, Carabaneau A, Coccia EM, Scarselli G. True incidence of vaginal prolapse. Thirteen years of experience. *J Reprod Med* 1999; 44(8):679-84.
3. Given FT. Posterior culdoplasty. Revisited. *Am J Obstet Gynecol* 1985; 153: 135-9.
4. Jenkins VR 2nd . Uterosacral ligament fixation for vaginal vault suspension in uterine and vaginal vault prolapse. *Am J Obstet Gynecol* 1997; 177(6): 1337-43.
5. Creighton SM, Stanton SL. The surgical management of vaginal vault prolapse. *Br J Obstet Gynaecol* 1991; 98: 1150-54.
6. Özcan U, Güngör T, Ekin M, Eken S. Sacrospinous fixation for the prolapsed vaginal vault. *Gynecol Obstet Invest* 1999; 47(1):65-8.
7. Barksdale PA, Elkins TE, Sanders CK, Jaramillo FE, Gasser RF. An anatomik approach to pelvic hemorrhage during sacrospinous ligament fixation of the vaginal vault. *Obstet Gynecol* 1998; 91(5 pt 1): 715-8.
8. Watson JD. Sacrospinous ligament colpopexy: new instrumentation applied to a standard gynecologic procedure. *Obstet Gynecol* 1996; 88(5):883-5.
9. Smale LE, Smale CL, Mundo NG, Rivera R. Vaginectomy: Profile of Success in Treating Vaginal Prolapse. *Medscape Womens Health* 1997; 2(3):5.
10. Zacharin RF, Hamilton NT. The problem of the large enterocele. *Aust NZ J Obstet Gynaecol* 1972; 12: 105-9.
11. Birnbaum Sj. Rational therapy for the prolapsed vagina. *Am J Obstet Gynecol* 1973; 153: 140-6.
12. Valaitis SR, Stanton SL. Sacrocolpopexy: a retrospective study of a clinician's experience. *Br J Obstet Gynaecol* 1991; 101: 518-22.
13. Occelli B, Narducci F, Cosson M, Ego A, Decocq J, Querleu D, Crepin G. Abdominal colposacroplexy for the treatment of vaginal vault prolapse with or without urinary stress incontinence. *Ann Chir* 1999;53(5):367-77.
14. Pilsgaard K, Mouritsen L. Follow-up after repair of vaginal vault prolapse with abdominal colposacroplexy. *Acta Obstet Gynecol Scand* 1999; 78(1):66-70.
15. Howkins J, Hudson C. Surgery for axial displacement and prolapse of uterus and vaginal vault. In: Howkins J, Hudson C, eds. *Shaw's Textbook of Operative Gynaecology*. Edinburgh. Churchill livingstone,1977: 236-8.
16. Barrington JW, Celvert JP. Vaginal vault suspension for prolapse after hysterectomy using an autologous fascial sling of rectus sheath. *Br J Obstet Gynaecol* 1998; 105: 83-6.

17. Morley GN, Delancey JO. Sacrospinous ligament fixation for eversion of the vagina. *Am J Obstet Gynecol* 1988; 158: 872-9.
 18. Imperato E, Aspesi G, Rovetha E, Presti M. Surgical management and prevention of vaginal vault prolapse. *Surg Gynecol Obstet* 1992; 175:233-7.
 19. Addison WA, Livengood CH, Sutton GP, Parker RT. Abdominal sacral colpopexy with mersilene mesh in the retroperitoneal position in the management of post-hysterectomy vault prolapse and enterocele. *Am J Obstet Gynecol* 1991; 153: 140-6.
 20. Timmons CM, Addison WA, Addison SB, Cavenar MG. Abdominal sacral colpopexy in 163 women with post hysterectomy vault prolapse and enterocele. *J Reprod Med* 1992; 37: 323-7.
 21. Benson JT, Lucente V, McClellan E. 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(6): 1418-21.
 22. Nichols. Moschowitz AV. The pathogenesis anatomy and cure of prolapse of the rectum. *Surg Gynecol Obstet* 1912; 15:17.
 23. Thomas AE, McKay DA, Cutlip MB. A nomograph method for assessing body weight. *Am J Clin Nutr* 1976; 29:302.
 24. De Lancey JOL. Anatomic aspects of vaginal eversion after hysterectomy. *Am J Obstet Gynecol* 1992; 166: 1717-28.
 25. Angulo A, Kligman I. Retroperitoneal sacrocolpopexy for correction of prolapse of the vaginal vault. *Surg Gynecol Obstet* 1989; 175: 233-7.
-
- Geliş Tarihi:** 08.05.2000
Yazışma Adresi: Ekrem SAPMAZ
Fırat Üniversitesi Tıp Fakültesi
Kadın Hastalıkları ve Doğum AD, ELAZIĞ