

Histerektomi Sonrası Vajinal Eversiyon Gelişen İki Vakada Transvajinal Sakrospinöz Kolpopeksi

TRANSVAGINEAL SACROSPINOUS COLPOPEXY IN TWO CASES
OCCURED VAGINEAL EVERSION OF HYSTERECTOMY

Haldun GÜNER, Saadet AHMED, Mehmet ERDEM, İzzet ŞAHİN, Mülazım YILDIRIM

Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum ABD

ÖZET

Amaç: Histerektomi sonrası vajinal eversiyon gelişen iki vaka dolayısıyla transvajinal sakrospinöz kolpopeksi tekniğinin gözden geçirilmesi.

Çalışmanın Yapıldığı Yer: Gazi Üniv. Tıp Fak. Kadın Hast. ve Doğum Kliniği

Materyal ve Metod: Birisi vajinal diğeri abdominal histerektomi geçirmiş ve yaklaşık 1 yıl sonra vajen eversiyonu ile başvurmuş olan 2 hastaya transvajinal sakrospinöz kolpopeksi uygulandı.

Bulgular VB Sonuç: İster vajinal ister abdominal histerektomi sonrası, vajen destek dokuları yeterince güçlü olmayan vakalarda vajinal eversiyon gelişebilmektedir. Transvajinal yolla vajen kubbesinin sakrospinöz ligamento fiksasyonu bu vakalarda iyi sonuç vermektedir. Vajen destek dokuları güçlü olmayan vakalarda, sakrospinöz kolpopeksi vajinal histerektomiye eklenerek ikinci bir operasyon gereği ortadan kaldırılabilir.

Anahtar Kelimeler: Vajinal eversiyon, Transvajinal sakrospinöz kolpopeksi

T Klin Jinekoi Otost 1995, 5: 61-63

Vajinal eversiyon için en belirgin risk faktörü obstetrik travma olmakla birlikte menopoz sonrası gelişen endokrin ve nutrisyonel değişiklikler kas ve bağ dokularında atrofiye yolaçmakta, bu da vajinal eversiyonu kolaylaştırmaktadır (1). Kardinal ve uterosakral ligamentler yeterince güçlü ise bunların kısaltılması ile yeterli vajen desteği sağlanabilir (2,3). Ama bazen vajeni destekleyecek böyle bir doku bulunmayabilir.

Hastaların %20'sinde belirgin bir enterosel olmadan vajen eversiyonu olur. Vajinal eversiyon histerektomiye takiben olmuşsa, %60 vakada birlikte enterosel de olur (4). Bunun nedeni histerektomi sırasında, gevşek

Geliş Tarihi: 28.01.1995

Yazışma Adresi: Haldun Güner
Gazi Üniv. Tıp Fak. Kadın Hast. ve Doğum
ABDÖğr. Üyesi
Beşevler - ANKARA

T Klin J Gynecol Obst 1995, 5

SUMMARY

Objective: We wanted to review the technic of transvaginal sacraspnous colpopey by meaus of two patient with vaginal eversión.

Institution: Gazi University Hospital, Obstetrics and Gynecology Department

Materials and Methods: We performed transvaginal sacraspinous coipopeiy on 2 patients qith vaginal eversión, one is after abdominal the other is after vaginal hysterectomy.

Findings and Conclusion: If vaginal support is not strong enough, there is the risk of vaginal aversion after either vaginal or abdominal hysterectomy. In these cases results of transvaginal sacrospinous fixation gives favorable outcome. Thus in the cases which has poor vaginal support, sacrospinous colpopey should be done with vaginal hysterectomy.

Key Words: Vaginal aversion, Transvaginal sacrospinous colpopey.

T Klin J Gynecol Obst 1995, 5: 61-63

vajen destek dokularını aşacak güçlü uterosakral-kardinal ligament desteği yoksa alternatif yöntemler kullanılmalıdır. Bunlardan birisi transvajinal sakrospinöz kolpopeksidir (1).

Histerektomi sonrası vajen eversiyonu ile kliniğimize başvuran iki vaka dolayısıyla bu yöntemi yeniden gözden geçirmek istiyoruz.

VAKA TAKDİMİ

Vaka 1

M.G. Protokol No:536310, 56 yaşında, 39 yıllık evli, G:6, P:5,4 yıldır menopozda. Yaklaşık 1 yıl kadar önce uterus prolapsusu nedeniyle başka bir merkezde vajinal histerektomi geçiren hasta, 9 aydır vajende sarkma şikayetiyle kliniğimize başvurdu. Hastada ek olarak stres inkontinansı, urgency inkontinansı, pollakuri, nokturi ve bel ağrısı şikayetleri vardı. Yapılan genital muayenede özellikle ıkınmakla belirginleşen vajen

eversiyonu ve enterosel saptandı. Yapılan tam idrar tetkiki ve idrar kültürü normaldi.

Hastaya 16.01.1994 tarihinde kliniğimizde transvajinal olarak enterosel tamiri ve bilateral sakrospinöz ligament fiksasyonu uygulandı. Postoperatif dönemde 1. gün dekateterize edildikten sonra spontan idrar yapamayan hasta tekrar kateterize edildi. Bundan 2 gün sonra kateteri çıkartılan hasta rahat idrar yapmaya başladı. Postoperatif 5. gün hasta sorunsuz olarak taburcu edildi.

Vaka 2.

H.G. Protokol No:66672, 60 yaşında. 35 yıllık evli, G:5, P:5, 15 yıldır menopozda. 1 yıl kadar önce adneksiyai kitle nedeniyle kliniğimizde total abdominal histerektomi yapılmış olan hastanın 6 aydır vajende sarkma şikayeti mevcuttu. Ayrıca hasta disüri ve pollaküriden şikayetçiydi. Stres inkontinansı ve urgency inkontinansı yoktu. Tüm laboratuvar tetkikleri normal olan hastanın genital muayenesinde vajinal eversiyon saptandı, enterosel yoktu.

Hastaya 27.04.1994 tarihinde kliniğimizde transvajinal olarak sağ sakrospinöz ligamentopeksi uygulandı. Postoperatif sorunu olmayan hasta 5 gün sonra taburcu edildi.

TARTIŞMA

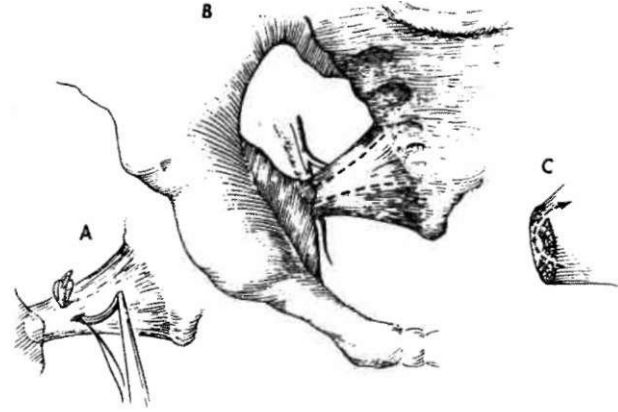
Histerektomi sonrası vajen eversiyonu, destek dokuların zayıf olduğu postmenopozai hastalarda daha sık görülmektedir. Vajeni asmak için güçlü uterosakral-kardinal ligament desteğinin olmadığı vakalarda başka yöntemler uygulamak gerekir.

Bu konuda ilk girişim 1892'de Zweifel (5) tarafından yapılmış ve vajenln sakrotuberöz ligamente asılması denenmiştir. 1909'da White (6) transvajinal bir sutur ile vajeni arkus tendineaosa asmıştır. Immon (7) ve daha sonra Symmonds (3) vajeni pelvik diaframın faslasına tutturmuşlardır. 1951 "de Amreich (8) inverte olmuş vajeni sakrotuberöz ligamente tutturmak için hem transgluteal (Amreich 1) hem de transvajinal (Amreich 2) yolu kullanmıştır. Sakrospinöz ligamentin bu amaçla kullanılması ise ilk defa 1958'de Sederl (9) tarafından olmuştur. Yakın zamanlarda ise Richter (10,11) bu tekniği daha popüler hale getirmiştir.

Transvajinal sakrospinöz kolpopeksinin birçok avantajı vardır: Vajeni anatomik planda levator düzleminin üstüne astığı için tekrar eversiyon riski yok denecek kadar azdır.

Abdominal kolpopeksiden farklı olarak aynı seans-ta sistorektosel, enterosel tamiri de yapılabilir. Abdominal operasyona göre daha kısa sürmektedir ve peritona girilmediği için postoperatif ileus, barsak obstrüksiyonu, insizyon ağrısı gibi problemler olmamaktadır. Enterosel tamiri için batin açılrsa bile morbiditeyi artırmamaktadır.

Kısaca operasyon tekniğinden bahsetmek istersek: Sağ elini kullanan bir cerrah için sağ sakrospinöz liga-



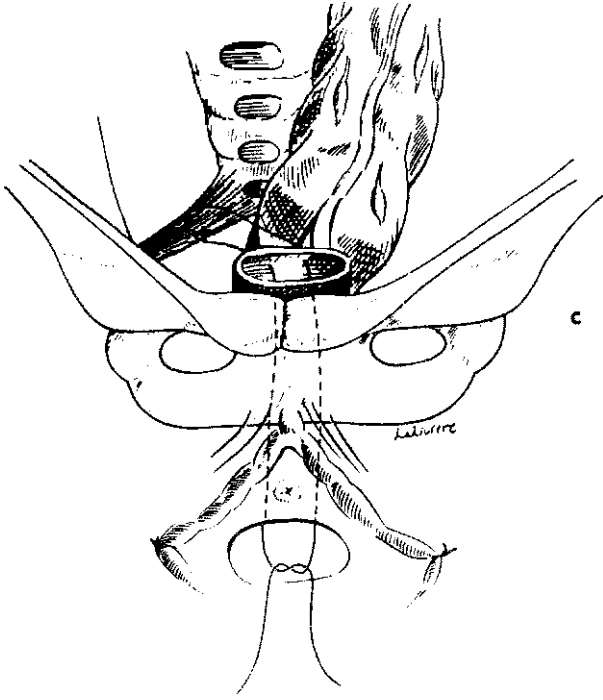
Şekil 1. Transvajinal sakrospinöz fiksasyon tekniği.
Figure 1. Technique of transvaginal sacrospinous fixation.



Şekil 2. Breisky-Navratil retraktörü.
Figure 2. Breisky-Navratil retractor.

mente ulaşmak daha pratiktir. Dorsal litotomi pozisyonunda, posterior vajen duvarına "V" şekilli bir insizyon yapılarak rektovajinal aralığa girilir. Sağ inen rektal septum üzerinden **lakt** (parmak ucu ile) veya keskin (mayo makası ile) sağ pararektal alana ulaşılır. Sakrospinöz ligament koksigeal kasının lifleri içinde yer alan apenörotik bir yapıdır (Şekil 1). Her iki tarafta iskial spinalar ile sakrumun alt ucu arasında yer alır. Yukarıda tarif edildiği üzere sağ pararektal alana ulaşıldıktan sonra Breisky-Navratil retraktörü ile rektum hastanın soluna çekilerek operasyon alanından uzaklaştırılır (Şekil 2). Cerrah sol elinin orta parmağı ile iskial spinayı hissederek ve spinanın 1.5-2 parmak kadar medialinden Deschamps ile sakrospinöz ligamentten sütürü geçirir. Burada altından veya çevresinden değil ligamentin tam içinden geçmek gerekir. Bu ligamentin arkasından pudental sinir ve damarlar, ayrıca n.icshiadicus geçtiği için dikkatli olmak gerekir. Cerrah Deschamps saat yönünde çevirerek ligamentten geçerken ligamentin direncini hissetmelidir. Deschamps ile ligamentten geçirilen sutürün ucu hook yardımıyla çekilir. Eğer ligamentin tam içinden geçiymişse sutur iki ucundan çekildiğinde hasta yana doğru gelir. Sütürün serbest ucu daha sonra vajen alt duvarından da geçirilir ve ligament-kas birleşiminin vajene tam yaklaşması sağlanır (Şekil 3). İşleme usulüne uygun kolporafi ile son verilir.

Genellikle tek taraflı ligament fiksasyonu yeterlidir. Nadiren vajenin çok geniş olduğu vakalarda iki taraflı yapmak gerekebilir.



Şekil 3. Vajenin sakrospinöz ligamente fikse edilmesi.
Figure 3. Fixation of the vagina to sacrospinous ligament.

Sutur materyali olarak 1 veya 2 rıoiu geç absorabl bir sutur, örneğin vikril kullanılabilir.

Utérus prolapsusu olan ve uterusakral-kardinal ligament desteği zayıf olan hastalarda, örneğin menopoz grubundaki kadınlarda, transvajinal sakrospinöz kolpopeksi vajinal histerektomi ve kolporafiye ek olarak aynı seansta yapılabilir (12,13,14). Bizim sunduğumuz iki vaka da menopoz dönemindeki kadınlar olup vajen eversiyonu nedeniyle sakrospinöz kolpopeksiye gereksinim göstermişlerdir.

Genellikle yapılmamakla birlikte transvajinal sakrospinöz kolpopeksinin histerektomi ile beraber gerçekleştirilmesi hiç de zor değildir. Eğer hasta daha önce o bölgedeki anatomik yapıyı değiştirecek başka bir operasyon geçirmemişse, transvajinal sakrospinöz kolpopeksi operasyon zamanını sadece 15 dakika uzatmaktadır. Bu durumda vajen destek dokuları zayıf hastalarda histerektomiye bu prosedürün eklenmesi gerekliliğini kabul etmek gerekir.

Bu sonucun ışığı altında biz de bir vakada aynı seansta hem vajinal histerektomi hem de sakrospinöz fiksasyonu birlikte uyguladık: Vaka 68 yaşında, 24 yıldır menopozda, 2 yıldır eline kitle gelmesi şikayeti mevut. Yapılan vajinal muayene total prolapsus saptanma-

sı üzerine hastaya vajinal histerektomi yapılması uygun bulundu: Hasta postmenopozal dönemde olduğu için vajen eversiyonu riski olduğundan operasyona sakrospinöz ligament fiksasyonunun da eklenmesi düşünüldü. Bu amaçla hastaya 24.01.1994'de vajinal histerektomi ve sağ sakrospinöz ligament fiksasyonu yapıldı. Postoperatif sorunu olmayan hasta postoperatif 7. gününde taburcu edildi. Uzun dönem kontrollerine bekliyoruz.

KAYNAKLAR

1. Nichols DH. Gynecologic and Obstetric Surgery 1993:445-56.
2. Nichols DH, Randall CL. Vajinal Surgery, second Ed. Baltimore: Williams & Wilkins 1989:284-303.
3. Symmonds RE, Williams TJ, Lee RA, Webb MJ. Posthysterectomy enterocele and vaginal vault prolapse. Am J Obstet GyncoM981; 140:852.
4. Nichols DH. Sacrospinous fixation for massive eversion of the vagina. Am J Obstet Gynecol 1982; 142:901.
5. Zweifel P. Vorlesungen über klinische gynakologie. Berlin: Hirschwold. 1982
6. White GR. Cystocele, a radical cureby suturing lateral sulcjof vagina to white line of pelvic fascia, JAMA 1909; 53:17-?
7. Smmon WB. Pelvic relaxation and repair including prolapse of vagina following hysterectomy. South Med J 1963; 56:577.
8. Amreich J. Aetiologie und operatbnes scheidenstumpf prolapses. Wien Klin Wochenschr 1951; 63:74.
9. Sederl J. Zur operation des prolapses der blind endiegenderen scheide. Geburtshilfe Frauenhilkd 1958; 18:824.
10. Richter K. Die operative behandlung des prolabierten scheidengrundes nach uterusextirpation Beitrag zur vaginaefixatio sacrotuberalis nach amreich. Geburtshilfe Fraeinhild1967; 27:941.
11. Richter K, Albrich W. Long term results following fixation of the vagina on the sacrospinal ligament by vaginal route (vaginafixatio sacrospinalis vaginalis). Am J Obstet Gynecol 1981:141:8111.
12. Cruikshank SH. Sacrospinous fixation-should this be performed at the time of vaginal hysterectomy? Am J Obstet Gynecol 1991; 1164:1072.
13. Morley GW, De Lancey JOL. Sacrospinous ligament fixation for eversion of the vagina. Am J obstet Gynecol 1988; 158:872.
14. Nichols DH, Milley PS, Randall CL. Significance of restoration of normal vaginal depth and axis. Obstet Gynecol 1970; 36:241.