

Transabdominal Transperitoneal Sakrospinöz Ligament Fiksasyonu: Olgu Sunumu

TRANSABDOMINAL TRANSPERITONEAL SACROSPINOUS LIGAMENT FIXATION: A CASE REPORT

Dr. Orhan Seyfi AKSAKAL,^a Dr. Görkem TUNCAI,^a Dr. Ömer Lütfi TAPISIZ,^a
Dr. Sefa KELEKÇİ,^a Dr. Ümit BİLGE,^a Dr. Leyla MOLLAMAHMUTOĞLU^a

^aDr. Zekai Tahir Burak Kadın Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, ANKARA

Özet

Sakrospinöz ligament fiksasyonu (SSLF) vaginal prolapsus durumunda uygulanan bir ameliyat tekniğidir. SSLF, genellikle vaginal bir prosedürle uygulanmaktadır. Sunulan olgu ise abdominal olarak transperitoneal yolla SSLF gerçekleştirilen bir olgudur. Hasta 67 yaşında, uterusu grade 3 prolabe ve bilateral kalça osteoartriti mevcuttu. Histerektomi ardından vaginal kubbenin sağ posterolateralinden arka periton kesilerek retroperitoneal alana girildi. Sakrospinöz ligament/musculus coccygeus kompleksi palpe edildi. Ligamentten ve vaginal kubbe köşesinden geçildi, sütür tespit edildi. Her ne kadar vaginal prolapsus cerrahisinde abdominal yolu tercih eden cerrahlar bulunsa da halen çoğunlukla vaginal yol tercih edilmektedir. Abdominal transperitoneal yaklaşım ise uygun olgularda vaginal yolla SSLF'nin bir alternatifi gibi görülmektedir.

Anahtar Kelimeler: Sakrospinöz ligament fiksasyonu, vaginal prolapsus

Abstract

Sacrospinous ligament fixation (SSLF) is an operation technique that applied in cases of vaginal prolapse. SSLF is usually carrying out by vaginal route. In the presented case, SSLF was performed by abdominal transperitoneal course. The patient was 67 years old; uterus was grade 3 prolapsed and had bilateral hip osteoarthritis. After performing hysterectomy, posterior peritoneum cut through and entered into the retroperitoneal area. Sacrospinous ligament/musculus coccygeus complex palpated. The sutures passed through the ligament and vaginal cuff corner and fixed. Although some surgeons prefer abdominal way, vaginal course is still most preferred route in vaginal prolapse surgery. Abdominal transperitoneal style seems to be an alternative of vaginal SSLF in appropriate cases.

Key Words: Sacrospinous ligament fixation, vaginal prolapse

Türkiye Klinikleri J Gynecol Obst 2005, 15:153-155

Sakrospinöz ligament fiksasyonu (SSLF) vaginal prolapsus durumunda başarıyla uygulanan bir ameliyat tekniğidir.¹⁻⁶ Uzun dönemde vaginal kubbeyi çeşitli çalışma sonuçlarına göre %81-100 oranında desteklediği ve tekrarlayan prolapsusu önlediği bildirilen SSLF,⁷ genellikle vaginal bir prosedürle uygulanmaktadır. Bu durumda abdominal insizyonun komplikasyonlarından kaçınıldığı gibi operatif morbiditenin de azaltıldığı savunulmaktadır.⁸ Başka bir sebeple abdominal yaklaşım planlanan olgularda Retzius aralığının

kullanılmasıyla yapılan retroperitoneal transabdominal SSLF bir alternatif olabilir.

Bu yazıda sunduğumuz olgu ise abdominal olarak transperitoneal yolla SSLF gerçekleştirilen bir olgudur.

Olgu Sunumu

Atmış yedi yaşında 3 vaginal doğumu ve 15 yıllık menopoz hikayesi bulunan, genital bölgede ağrı-basınç hissi ve vagina dışında ele kitle gelme şikayeti ile başvuran hastanın muayenesinde, uterus grade 3 prolabe, vaginal mukoza atrofik olarak tespit edildi. Hastanın aynı zamanda bilateral kalça osteoartriti olduğu için kalça fleksiyonu ve dış rotasyonu ileri derecede kısıtlıydı. Bu nedenle hasta ne muayene ne de ameliyatta litotomi pozisyonuna alınamadı. Hastada abdominal histerektomi ve ardından aynı yolla SSLF tercih edilmesinin nedeni de buydu.

Geliş Tarihi/Received: 13.10.2004 Kabul Tarihi/Accepted: 19.04.2005

Yazışma Adresi/Correspondence: Dr. Orhan Seyfi AKSAKAL
Birlik Mah. 9. Cadde 13/4, Çankaya, ANKARA
o.aksakal@superonline.com

Copyright © 2005 by Türkiye Klinikleri

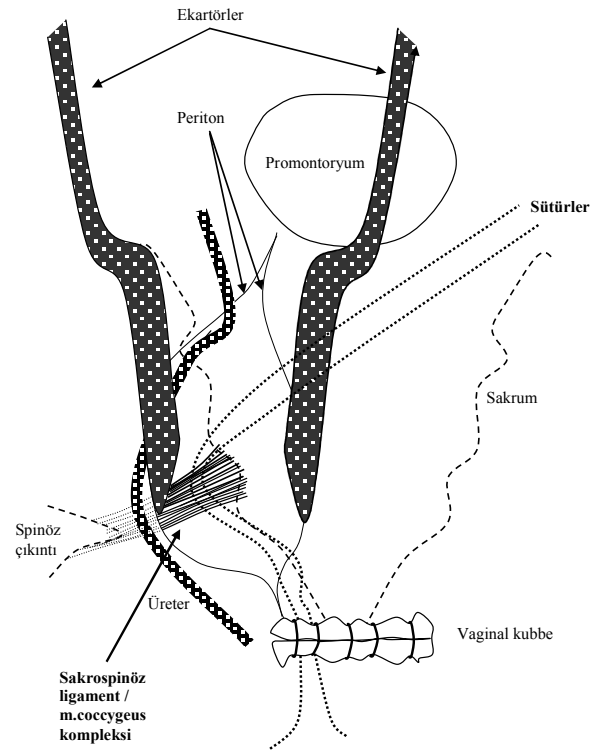
Ultrasonografide uterus atrofik, 54x38 mm boyutlu olarak saptandı. Endometrium ince çizgi şeklinde olarak izlendi. Ayrıca sağ overde 43x38 mm boyutlu basit kistik lezyon görüldü. Rutin olarak yapılan preoperatif servikovajinal smear ve pipelle küretaj atrofi bulguları şeklinde raporlandı. Hastanın preoperatif tam kan sayımı ve biyokimyasal değerleri normal sınırlardaydı.

Teknik: Modifiye Richardson tekniği ile total abdominal histerektomi ve bilateral salpingoferektomi tamamlandıktan sonra oluşturulan vaginal kubbenin sağ posterolateralinden arka periton kesilip yana genişletilmek suretiyle retroperitoneal alana (pararektal mesafe) girildi. Burada künt disseksiyonla sağ üreter görüldü ve yine künt disseksiyonla lateralize edilerek spinöz çıkıntı ve buna bağlı sağ musculus coccygeus önce palpe edildi ve daha sonra künt disseksiyonla bu kasa ulaşıldı. Sakrospinöz ligament / musculus coccygeus kompleksi spinöz çıkıntının yaklaşık 3 cm medialinden bir Babcock klemp ile tutuldu. Navratil ekartörleri ile etrafı görülür hale getirildi. Babcock klempin yukarı doğru çekilmesinin ardından iğne çapı 2,5 cm, sap uzunluğu 22 cm olan Deschamp's suture taşıyıcı ile 1 no (USP) polipropilen (Prolen ®) iplik kullanılarak önce ligamentten ve daha sonra keskin iğneye takılarak sağ vaginal kubbe köşesinden geçilerek tespit edildi. Ardından aynı teknikle diğerinin yanına bir suture daha konularak işlem sonlandırıldı (Şekil 1). İşlem sırasında kayda değer bir kanama olmadı. Her iki tarafa 1 no (USP) Ethibond® suture ile ikişer adet paravajinal dikişler kondu.

Hasta post operatif 5. günde sorunsuz olarak taburcu edildi. Birinci ve altıncı ay kontrollerinde vagina genişliği normal, kabullenilebilir bir lateralizasyonu mevcuttu. Vajinal kubbe spinöz çıkıntı hizasında sabitlenmişti.

Tartışma

Vajinal prolapsus onarım cerrahisinin amacı anatomik ve fonksiyonel restorasyonla hastanın şikayetlerinin giderilmesidir.⁹ Vajinal prolapsus tedavisinde hangi operatif seçimin en iyi sonucu vereceği tartışmalıdır.⁷ Vajinal prolapsusa, öncelikle abdominal yolla yaklaşılmasını önerenler



Şekil 1. Histerektomi sonrası sakrospinöz ligamentin bulunması ve suturelerin konumlandırılması.

vardır.^{7,10} Özellikle abdominal sakral kolpopekside daha üstün anatomik ve fonksiyonel sonuçlar (daha az vaginal daralma ve vaginal lateralizasyon) bildirilmiştir⁷ ve vajen kubbe prolapsuslarında altın standart olarak kabul edilmektedir. Ancak vajen kubbesinin sakrum 3-4 seviyesine tespit edildiği bu ameliyat tekniği, hastanın hayatını tehlikeye sokabilecek ve durdurulması çok zor olan sakral venöz pleksus kanamalarına yol açabilir. Sakral 3-4 seviyesi yerine vajen kubbesinin sakral promontoryum ön yüzüne asılması tercih edilebilir. Ancak bu durumda vajen düzlemi fizyolojik pozisyonundan belirgin bir şekilde uzaklaşmakta, vertikal bir pozisyon almakta ve karın içi basınç artışı durumlarında basınç direkt olarak kubbe ve ön duvara etki edip vajen, introitusa doğru itilmeye zorlanmaktadır. Bu, teorik olarak yapılan ameliyatın başarısını olumsuz yönde etkileyen bir durumdur (kubbenin sakrum 3-4 hizasına asılması halinde karın içi basınç vajenin ön duvarına etki edip introitusa doğru değil, levator düzlemine doğru bastırır ve rekürrens olasılığı teorik olarak oldukça düşüktür).

SSLF planlanan hastalara vaginal yoldan yaklaşmayı tercih eden kliniğimizin bu hastaya abdominal yaklaşıma sebebi hastamızın bilateral kalça osteoartriti olması idi. Hastamızın femur abduksiyon ve dış rotasyonu bilateral oldukça kısıtlıydı. Ciddi kalça osteoartriti dışında, hastanın litotomi pozisyonuna alınmasını engelleyen diğer kas iskelet sistemi hastalıkları, uterus ve/veya adneks cesametinin 12 haftadan büyük olduğu durumlar, ciddi pelvik adeziv hastalıklar, jinekolojik maligniteler, dar bir pubik ark gibi vaginal cerrahi yaklaşıma kontrendikasyon teşkil eden veya zorlaştıran durumlarda da vaginal prolapsusa abdominal yaklaşım zorunlu hale gelebilir.

Literatürde abdominal SSLF ile ilgili saptayabildiğimiz tek çalışma, Hale ve ark.nın rapor ettiği Retzius aralığı kullanılarak yapılan 55 hastalık seridir.¹⁰ Bu operasyon tekniğinde periton boşluğu açılmadan Retzius boşluğuna girilip künt disseksiyonla laterale doğru ilerlenerek spinöz çıkıntının lateraline ulaşılır. Disseksiyon biraz daha ilerletilip çıkıntının medialine geçilir ve kalıcı sütürlerle vajen kubbesi buraya tespit edilir. Ancak bu operasyon tekniğinde de bazen ortaya çıkan baş edilmesi güç kanamalar söz konusudur ve tekniğin uygulanabilirliğini olumsuz yönde etkileyebilir.

Bu hastada uyguladığımız transperitoneal yaklaşımda çalıştığımız bölgede yukarıda bahsedilen abdominal yöntemlerde karşılaşılabilen derecede önemli kanamaya sebep olabilecek venöz pleksuslar yoktur. Üreter güvenli bir şekilde yana çekildikten sonra komplikasyon olasılığı azalmaktadır. Ancak derindeki ligament kompleksine u-

laşmak için gereken ekipmanın bulunması en önemli faktör olarak kendini gösterir.

Sonuç olarak; abdominal transperitoneal yaklaşım, seçilmiş olgularda vaginal yolla SSLF'nin bir alternatifi gibi görülmekle birlikte bu konuda yapılacak prospektif çalışmalara ihtiyaç vardır.

KAYNAKLAR

1. Nichols DH. Sacrospinous fixation for massive eversion of the vagina. *Am J Obstet Gynecol* 1982;142:901-4.
2. Porges RF, Smilen SW. Long-term analysis of the surgical management of pelvic support defects. *Am J Obstet Gynecol* 1994;171:518-26.
3. Paraiso MF, Ballard LA, Walters MD, Lee LC, Michinson AR. Pelvic support defects and visceral and sexual function in women treated with sacrospinous ligament suspension and pelvic reconstruction. *Am J Obstet Gynecol* 1996;175:1423-30.
4. Carey MP, Slack MC. Vaginal vault prolapse. *Br J Hosp Med* 1994;51:417-20.
5. Carey MP, Slack MC. Transvaginal sacrospinous colpopexy for vault and marked uterovaginal prolapse. *Br J Obstet Gynecol* 1994;101:536-40.
6. Morley GW, De Lancey JOL. Sacrospinous ligament fixation for eversion of vagina. *Am J Obstet Gynecol* 1988;158:872-81.
7. Goldberg RP, Tomezsko JE, Winkler HA, Koduri S, Culligan PJ, Sand PK. Anterior or posterior sacrospinous vaginal vault suspension: long-term anatomic and functional evaluation. *Obstet Gynecol* 2001;98:199-204.
8. Cespedes RD. Anterior approach bilateral sacrospinous ligament fixation for vaginal vault prolapse. *Urology* 2000;56(Suppl 6A):70-5.
9. Hoffman MS, Lockhart J, Garvin D. Accurate repair of the prolapsed vagina by use of measured lateral flaps. *Am J Obstet Gynecol* 2000; 183:286-90.
10. Hale DS, Rogers RM. Abdominal sacrospinous ligament colposuspension. *Obstet Gynecol* 1999; 94:1039-41.