

Stres Üriner İnkontinans Tedavisinde Trans-Obturator Teyp Operasyonu Sonrası Vajinal Erozyon

Vaginal Erosion Following Transobturator Tape Operation for Stress Urinary Incontinence: Case Report

Dr. Serdar KAYA,^a
Dr. Işık ÜSTÜNER,^a
Dr. A. Filiz AVŞAR^a

^aKadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği,
Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi,
ANKARA

Geliş Tarihi/Received: 22.07.2008
Kabul Tarihi/Accepted: 08.10.2008

Yazışma Adresi/Correspondence:
Dr. Işık ÜSTÜNER
Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi,
Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği,
ANKARA
kustuner@hotmail.com

ÖZET Orta üretra gergisiz askı operasyonları günümüz stres üriner inkontinans cerrahi tedavisinde tercih edilen yöntemlerdir. Kullanılan askı materyali kontinans sağlamada yüksek başarı oranlarına sahiptir. Ancak uzun dönemde yan etki olarak vajinal teyp erozyonuna neden olabilmektedir. Bu yazıda stresle idrar kaçırma şikâyetiyle başvuran ve trans-obturator teyp (TOT) operasyonu sonrası tekrarlayan vajinal erozyon gelişen olgu sunulmaktadır, güncel literatür eşliğinde TOT operasyonu sonrası vajinal erozyon etyolojisi ve tedavi seçeneklerinin tartışılması amaçlandı. TOT operasyonu sonrası vajinal erozyon sık görülen komplikasyon olmasa da, hasta takibinde unutulmaması gereken bir durumdur. Sonuç olarak, stres üriner inkontinans tedavisinde kullanılan ve yeni geliştirilen cerrahi kitlerle ilgili geçerli klinik veri oluşmasını beklemenin doğru olacağını düşünmekteyiz.

Anahtar Kelimeler: Stres üriner inkontinans; subüretral askı; meş

ABSTRACT Tension-free midurethral sling operations has become the most commonly performed procedure for surgical treatment of female stress urinary incontinence lately. Sling materials used in the treatment of urinary stress incontinence have a high success rate of achieving continence. But unfortunately in the long term, vaginal tape erosions may develop as a complication. Herein a case with repeated vaginal erosions after trans-obturator tape (TOT) operation for stress urinary incontinence was presented and the etiology of vaginal erosion after TOT operation and treatment options are discussed. Although uncommon, vaginal erosion after TOT operation should always be considered in the follow up of patients. In conclusion we should wait for enough supportive clinical data to build up for newly designed surgical kits used in female stress urinary incontinence treatment.

Key Words: Urinary incontinence, stress; suburethral slings; suburethral slings

Türkiye Klinikleri J Gynecol Obst 2008;18(6):400-3

Üriner inkontinans sosyal ve hijyenik sorunlara yol açan ve objektif olarak gösterilebilen istemsiz idrar kaçırma olarak tanımlanmıştır.¹ İnkontinans tiplerinden biri olan stres üriner inkontinans (SÜİ) ise detrusor aktivite artmaksızın, intravezikal basıncın üretra basıncını aşmasıyla ortaya çıkan idrar kaçırma şekli olarak tanımlanır. Erişkin popülasyonun %35'ini etkileyen üriner inkontinansın devamlı ıslaklık ve irritasyondan kaynaklanan rahatsızlığa bağlı olarak depresyona kadar varan emosyonel sorunlara neden olduğu bilinmektedir.²

SÜİ tedavisinde amaç, güçlü bir subüretral destek dokusu oluşturulması ile üretral direncin artırılmasıdır.³ Bu amaçla suprapubik veya vajinal yoldan uygulanan pek çok cerrahi yöntem tarif edilmiştir. Delorme 2001 yılında SÜİ

tedavisinde minimal invaziv bir girişim olan trans-obturator teyp (TOT) tekniğini tarif etmiştir.⁴

Günümüzde TOT operasyonu; düşük komplikasyon oranı, yüksek başarı oranı, kolay uygulanabilir olması, kısa ameliyat süresi ve tekniğin öğrenilme eğrisinin kısa olması nedeni ile SÜİ tedavisinde en sık kullanılan yöntemlerden biridir.³ Ancak TOT sonrası mesane veya üretral yaralanma, üriner retansiyon ve obstrüksiyon, perineal ağrı ve vajinal erozyon gibi komplikasyonlar bildirilmiştir.⁵

Bu yazıda stresle idrar kaçırma şikayetiyle başvuran ve TOT operasyonu sonrası materyalin rejeksiyonuna bağlı olarak tekrarlayan vajinal erozyon ve abse gelişen olgu sunulmaktadır, güncel literatür eşliğinde TOT operasyonu sonrası vajinal erozyon etyolojisi ve tedavi seçeneklerinin tartışılması amaçlandı.

OLGU SUNUMU

Elli bir yaşında gravida 4 parite 3 olan hasta yedi yıldır öksürme, idrar kaçırma şikayetiyle kliniğimize başvurdu. Özgeçmişinde 15 yıl önce geçirilen total abdominal histerektomi ve bilateral salpingoofektomi operasyonu dışında pelvik jinekolojik cerrahi, sigara veya ilaç kullanım öyküsü yoktu. Medikal ve soygeçmişinde özellik olmayan hastanın yapılan fizik muayenede ağırlığı 70 kg idi ve sistem muayeneleri doğaldı. Pelvik muayenede vajina atrofik, vajinal kubbe doğal, 1. derece sistosel, stres testi pozitif ve Q tip test pozitif saptandı. Bonney testi pozitif idi. Olgunun tam idrar, idrar kültürü, açlık kan şekeri, böbrek fonksiyon testleri ve mesane, pelvik ve böbrek ultrasonografisi (USG)'nde patoloji izlenmedi. İşeme günlüğü SÜİ ile uyumlu bulunan olgunun ürodinamik incelemesinde; normal uyumlu, normal kapasiteli mesane izlendi, anormal detrusör aktivitesi izlenmedi. Öksürmekle idrar kaçırdığı, postmiksyonel rezidüsü olmadığı görüldü.

Bu bulgularıyla SÜİ endikasyonu ile TOT operasyonu planlandı. Vajinal atrofi nedeni ile üç hafta lokal östrojen tedavisini takiben bilgilendirilmiş olur formu alındıktan sonra polipropilen meş ve buna her iki tarafından bağlanmış iki silikon sütundan oluşan cerrahi kit ile TOT uygulandı. Postoperatif dönemde idrar kaçırma yakınması ortadan kalktı ve üriner retansiyon ve rezidü görülmeyen

olgumuz postoperatif birinci günde komplikasyonsuz olarak taburcu edildi.

Postoperatif 40. günde olgu vajinal ağrı, yanma, batma ve ele gelen yabancı materyal şikayetiyle başvurdu. Muayenede vajina ön duvarda midüretra seviyesinde 2 cm'lik alanda vajinal erozyon ve meş materyali izlendi. Vajinal infeksiyon bulgusu yoktu. TOT'un eksternal giriş bölgesindeki sütür alanları normaldi. Öksürmekle idrar kaçırması izlenmedi. Vajinal defekt duvarları meş üzerinden 2/0 vicryl ile sütüre edilerek primer onarıldı. Lokal östrojen ve vajinal antiseptik tedavisi ile taburcu edildi.

Postoperatif sekizinci ayda vulva ve vajinada ağrı, disparoni, sıkışma tipi idrar kaçırma, eşinde ilişki sırasında penil travma şikayeti ile hasta tekrar başvurdu. Muayenede sol eksternal giriş insizyonu bölgesinde abse oluşumu ve sağda ise aynı lokalizasyonda seroma, üretra altında 20 mm'lik alanda meş materyalinin izlendiği vajinal erozyon gözlemlendi. Vajinal erozyon alanında infeksiyon yoktu. Abse ve seroma drene edildi ve bilateral silikon materyalin yaklaşık 2 cm'lik kısmı çıkarıldı. Subüretral alanda izlenen yaklaşık 2 cm'lik meş de çıkarılarak vajina duvarları 2/0 vicryl ile sütüre edilerek erozyon kapatıldı. Ürodinamik incelemesi normal ve idrar tetkiki infeksiyonla uyumlu saptandı. Abse kültüründe üreme olmadı. Olgu lokal östrojen ve antibiyotik tedavisi ile taburcu edildi.

Postoperatif 14. ayında sık tekrarlayan kötü kokulu vajinal akıntı, disparoni ve yine ilişki sırasında penil travma şikayeti ile başvurdu. Muayenede saat 2 hizasında vajinal mukoza altında ancak mukozayı erode etmeyen, vajinaya doğru protrude olan ve silikon olduğu düşünülen sert materyal palpe edildi. Meşin tamamen çıkarılması planlandı, ancak meşin dokuya çok iyi penetre olması, oluşan fibrozis, ekstensif cerrahinin komplikasyonları ve kontinan halin bozulma ihtimali düşünülerek, silikon materyalin ve meşin yaklaşık 2.5 cm'lik kısmı çıkarılabildi.

Olgu postoperatif 18. ayında idrar kaçırma ve vajinal erozyon şikayeti olmadan takip edilmektedir.

TARTIŞMA

TOT operasyonu, orta üretra gergisiz askı operasyonlarından biridir. TVT'den farklı olarak askı da-

ha yatay (hamak benzeri) bir konumdadır. Her iki operasyon da orta üretrada destek sağlamakta ve üretranın kapanmasına olanak tanımaktadır. Üretranın yüksek basınç alanını destekleyen puboüretal bağlar orta üretrada tekrar oluşturulmakta ve işleme bağlı inflamasyon ve fibrozis endopelvik fasıayı desteklemektedir. SÜİ tedavisinde TVT yüksek ve uzun süreli başarı oranlarına sahiptir. Yedi yıllık takip sonuçlarında kür %81.3 oranındadır.⁶ TOT operasyonunda pubis arkası alandan geçilmediği için teorik olarak mesane, bağırsak ve büyük damar yaralanmalarından kaçınılmış olur. Kısa dönem takiplerde bu yaklaşımın etkinliği TVT operasyonuna benzer bulunmuştur. Costa ve ark.nın 183 hastalık çok merkezli kısa dönem sonuçlarında TOT ile ilk yılın sonunda %80.5'lik kür oranı elde edilmiştir.⁷ Krauth ve ark.nın yayınlamış olduğu, yine çok merkezli 604 hastalık çalışmada ise, ilk yılın sonunda %85.5 başarı oranı bildirilmiştir.⁸

Her iki yöntemin de istenmeyen yan etkilerinden biri meş erozyonudur. En sık vajinal erozyon şeklinde görülür. Mesane en az sıklıkta rastlanılan bölgedir. TOT sonrası gelişen vajinal erozyon serilerin çoğunda %0-2.7 gibi düşük oranlarda bildirilmesine karşın, Domingo ve ark. %14 gibi yüksek bir oran bildirmişlerdir.⁷⁻⁹ Altmış beş hastadan oluşan bu grupta erozyon nedeni olarak kullanılan cerrahi kit gösterilmiştir. Literatürde üretra, vajina ve mesane erozyonları orta üretra gergisiz askı operasyonlarından sonra %0.3-23 oranında bildirilmektedir.¹⁰ Bin iki yüz altmış bir olgunun dahil edildiği, 11 randomize kontrollü çalışmanın derlemesinde vajinal erozyon TOT olgularında, TVT ve tansiyonsuz vajinal teyp obturator yol (TVT-O) olgularına göre iki kat fazla izlenmiştir (OR: 2.08).⁵ Vajinal ekstrüzyon oranları TOT grubunda 1.5 kat fazladır. TVT ile karşılaştırıldığında TOT grubunda vajinal erozyon 2.3 kat fazla, ancak TVT-O grubunda daha az görülmektedir (OR: 0.86).

Meş erozyonu klinikte seroanjinöz vajinal akıntı, kanama, ağrı, disparoni ve ele gelen kitle belirtilerine neden olur. Meşin yerleştirilmesinden vajinal erozyon gelişmesine kadar geçen süre ortalama 11.2 aydır.¹¹ Etiyolojide operasyon tekniği (vajina atrofi olan olguda trokarın hatalı uygulanması, hematom, cerrahi sırasında yanlışlıkla düğme deliği

bırakılması) ve cerrahi kit düşünülmektedir. Özellikle üretral erozyonun teknik hatalara, askının aşırı gerginliğine ve subklinik enfeksiyona bağlı olduğu düşünülmektedir. Üç tipte askı maddesi mevcuttur. Sentetik meşler etkin, ancak erozyon riski yüksektir. Biyolojik meşlerde etkinlik iyi ve vajinal erozyon riski teorik olarak az bulunmuştur. Hibrid meşlerde de vajinal erozyon riskinin az olduğu düşünülmektedir.¹² Olgumuzda operasyon esnasında herhangi bir cerrahi komplikasyon izlenmedi ve cerrahi kit olarak hibrid meş kullanıldı.

Olgumuzda multipl koni şekilli yumuşak doku çapalarından oluşmuş iki silikon sütün arasında yerleşmiş monoflaman polipropilen hibrid bir meş kullanıldı. Çalışmalar multiflaman meşlerin daha fazla inflamasyon yapması ve elastisitetlerinin azlığından dolayı monoflaman olanlara nazaran vajinal erozyon riskinin daha fazla olduğunu göstermektedir.¹³ Geniş delikli meşler makrofaj ve lökosit sirkülasyonunu kolaylaştırarak enfeksiyon riskini azaltırlar ve bu meşlerde dokunun iyileşme potansiyeli daha iyidir. 75 µm'den büyük çapta delikler kapiller ve fibroblast göçüne izin vermekte ve dokuda yeniden biçimlenme daha iyi olmaktadır. Onyeka ve ark. Obtape® (polipropilen, dokunmamış, örgüsüz, 50 µm filaman çap, düşük elastisite) cerrahi kiti ile 39 olguluk TOT serilerinde üç vajinal (%7.7) erozyon bildirmişlerdir. Çalışmacılar daha geniş delikli meş kullanarak yaptıkları 71 TOT olgusunda ise vajinal erozyon gözlemlenmemişlerdir.¹⁴ Palma ve ark. Safyre® cerrahi kiti ile 126 transvajinal ve 100 trans-obturator orta üretra gergisiz askı operasyonunda ortalama 18 aylık takipte 126 olgunun altısında ve 100 olgunun birinde meş enfeksiyonu bildirmişler, ancak vajinal erozyon her iki grupta da gözlenmemiştir.¹⁵ Olgumuzda tekrarlayan vajinal meş erozyonunun cerrahi kite bağlı geliştiğini düşünmekteyiz. Özellikle geç dönem komplikasyonu olan vajinal meş erozyonunun olgumuzda postoperatif 40. günde oluşması ve tekrarlanması, meşe karşı reaksiyon gibi gözükmemektedir. Yeni bir çalışmada Kuschel ve ark. 108 olguluk Safyre® vajinal askı ile TOT serilerinde 20 aylık takipte yüksek oranda vajinal erozyon (%8.8) ve silikon sütünlarda dislokasyon (%47) bildirmişlerdir.¹⁶

Vajinal meş erozyonunda dikkatli bir muayene ve mesanede erozyon varlığı şüphesinde sistoskopi

gerekmektedir. Meşin kısmi veya tam olarak cerrahi eksizyonu sonrası altı ay içinde semptomlar düzelmektedir. Cinsel olarak aktif olmayan hastada, meş erozyonu küçükse (< 1 cm) gözlem ve antibiyotik tedavisi ile konservatif yaklaşım denenebilir.¹⁶ Ancak semptomatik olgularda, meş üç ay sonunda hala açıktaysa meşteki fazlalık kesilir, vajina mukozasının kenarları serbestleştirilir, vajina duvarı emilebilir dikişlerle sütüre edilir ve antibiyotik verilir. Meşin kısmi kesilmesinin özellikle aşırı hareketli üretra tipi SÜİ olan hastada askının etkinliğini değiştirmesi beklenmemektedir.^{12,17} Bizim olgumuzda da meşin kesilmesine rağmen idrar kaçırma muayene ve hasta anamnezinde saptanmadı.

Tekrarlayan idrar yolları infeksiyonu, hematuri ve dizüri görüldüğünde mesane meş erozyonundan şüphelenilmeli ve sistoskopi yapılmalıdır.

Olgumuzun takiplerinde bu tip şikâyetler hiç gözlemlenmedi. Bu durumlarda operatif sistoskopi ile meş çıkarılması önerilmektedir.^{12,17} Eğer meş tam olarak çıkarılamazsa mesane açılması, meşin çıkarılması ve uzun süreli kateterizasyon yapılması önerilmektedir.¹²

TOT sonrası vajinal erozyon sık görülen komplikasyon olmasa da, hasta takibinde unutulmaması gereken bir durumdur. Ek olarak TOT uygulamasını takiben, vajinal erozyon nedeni ile cerrahi kit kısmen çıkarılmış olsa bile oluşan fibrozis nedeni ile SÜİ tedavisi başarıyla tamamlanmış olabilir.¹²

Sonuç olarak, SÜİ tedavisinde kullanılan ve yeni geliştirilen cerrahi kitlerle ilgili geçerli klinik veri oluşmasını beklemenin doğru olacağını düşünmekteyiz.

KAYNAKLAR

- Abrams P, Blaivas JG, Stanton SL, Andersen JT, Fowler CJ, Gerstenberg T, et al. Sixth report on the standardisation of terminology of lower urinary tract function. Procedures related to neurophysiological investigations: electromyography, nerve conduction studies, reflex latencies, evoked potentials and sensory testing. The International Continence Society Committee on Standardisation of Terminology, New York, May 1985. *Scand J Urol Nephrol* 1986;20:161-4.
- Cetinel B, Demirkesen O, Tarcan T, Yalcin O, Kocak T, Senocak M, et al. Hidden female urinary incontinence in urology and obstetrics and gynecology outpatient clinics in Turkey: what are the determinants of bothersome urinary incontinence and help-seeking behavior? *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct* 2007;18:659-64.
- Dökmeci F. [Management Options in Pelvic Organ Prolapsus and Urinary Incontinence] *Türkiye Klinikleri J Int Med Sci* 2005;1:32-6
- Delorme E. Transobturator urethral suspension: mini-invasive procedure in the treatment of stress urinary incontinence in women. *Prog Urol* 2001;11:1306-13.
- Latthe PM, Foon R, Toozs-Hobson P. Transobturator and retropubic tape procedures in stress urinary incontinence: a systematic review and meta-analysis of effectiveness and complications. *BJOG* 2007;114:522-31.
- Nilsson CG, Falconer C, Rezapour M. Seven-year follow-up of the tension-free vaginal tape procedure for treatment of urinary incontinence. *Obstet Gynecol* 2004;104: 1259-62.
- Costa P, Grise P, Droupy S, Monneins F, Assenmacher C, Ballanger P, et al. Surgical treatment of female stress urinary incontinence with a trans-obturator-tape (T.O.T.) Uratape: short term results of a prospective multicentric study. *Eur Urol* 2004;46:102-6
- Krauth JS, Rasoamiramanana H, Barletta H, Barrier PY, Grisard-Anaf M, Lienhart J, et al. Sub-urethral tape treatment of female urinary incontinence--morbidity assessment of the trans-obturator route and a new tape (I-STOP): a multi-centre experiment involving 604 cases. *Eur Urol* 2005;47: 102-6.
- Domingo S, Alamá P, Ruiz N, Perales A, Pellicer A. Diagnosis, management and prognosis of vaginal erosion after transobturator suburethral tape procedure using a nonwoven thermally bonded polypropylene mesh. *J Urol* 2005;173:1627-30.
- Boublil V, Ciofu C, Traxer O, Sebe P, Haab F. Complications of urethral sling procedures. *Curr Opin Obstet Gynecol* 2002;14:515-20.
- Clemens JQ, DeLancey JO, Faerber GJ, Westney OL, Mcguire EJ. Urinary tract erosions after synthetic pubovaginal slings: diagnosis and management strategy. *Urology* 2000;56:589-94.
- Cardozo L, Staskin DR. Textbook of female urology and urogynecology, 2nd. Ed. Vol 2 Informa Healthcare; 2006. p.879-907, 945-55.
- Bafghi A, Benizri EI, Trastour C, Benizri EJ, Michiels JF, Bongain A. Multifilament polypropylene mesh for urinary incontinence: 10 cases of infections requiring removal of the sling. *BJOG* 2005;112:376-8.
- Onyeka BA, Ogah J. Vaginal tape erosion following transobturator tape (TOT) operation for stress urinary incontinence. *J Obstet Gynaecol* 2006;26:802-3.
- Palma P, Ricetto C, Herrmann V, Dambros M, Thiel M, Bandiera S, et al. Transobturator SAFYRE sling is as effective as the transvaginal procedure *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct* 2005;16:487-91.
- Kuschel S, Schuessler B. Results on function and safety of the Safyre-t, a hybrid transobturator vaginal sling for the treatment of stress urinary incontinence. *Neurourol Urodyn* 2008; 27:403-6.
- Kobashi KC, Govier FE. Management of vaginal erosion of polypropylene mesh slings. *J Urol* 2003;169:2242-3.