

ORTA YOĞUNLUKLU BİR ÜROLOJİ KLİNİĞİNDE ÜROJİNEKOLOJİK CERRAHİ VAKALARININ ETİYOLOJİK DAĞILIMI; BEŞ YILLIK RETROSPEKTİF BİR ANALİZ

THE ETIOLOGICAL DISTRIBUTION OF UROGYNECOLOGIC SURGICAL CASES IN A MID-VOLUME UROLOGY CLINIC; A FIVE YEAR RETROSPECTIVE ANALYSIS

Şahin BAĞBANCI, MD,¹ Mümtaz DADALI, MD¹

¹Ahi Evran Üniversitesi Tıp Fakültesi, Üroloji Anabilim Dalı, Kırşehir, Türkiye

Geliş tarihi: 31/03/2017

Kabul tarihi: 19/07/2017

Yazarlar herhangi bir finansal destek kullanmamış olup yazarlar arasında çıkar çatışması yoktur.

ÖZ

AMAÇ: Bu yazıda, kliniğimizde son beş yıl içerisinde kadın ürolojisi alanında yapılmış cerrahilerin retrospektif analizlerinin yapılması ve vakaların etiyolojik dağılımlarının değerlendirilmesi, ürojinekolojik cerrahi spektrum içerisinde yapılan operasyonların bu pasta içerisindeki yüzdelik dilimlerinin incelenmesi amaçlanmıştır.

GEREÇ VE YÖNTEMLER: Bu çalışmaya, Eylül 2011 ile Haziran 2016 tarihleri arasında, Ahi Evran Üniversitesi Tıp Fakültesi Üroloji Anabilim Dalı'nda kadın ürolojisi alanında cerrahi tedavi uygulanmış tüm hastalar dahil edildi. Hastalar üriner inkontinans, pelvik organ prolapsusu (POP) nedeniyle opere olanlar, hem POP hem de üriner inkontinans nedeniyle aynı seansta opere olan hastalar ve komplikasyonlar nedeniyle başvuran hastalar olmak üzere sırasıyla grup-1, grup-2, grup-3, grup-4 şeklinde dört gruba ayrıldılar. Hastaların dosyaları retrospektif olarak tarandı ve elde edilen verilerin analizi gerçekleştirildi.

BULGULAR: Bu çalışmaya grup-1'de 77, grup-2'de 26, grup-3'te 19, grup-4'te 6 olmak üzere toplam 128 hasta alındı. Hasta yaşları grup-1'de ort: $54,5 \pm 10,2$, grup-2'de ort: $63,9 \pm 7,6$, grup-3'te ort: $55,0 \pm 11,8$ ve grup-4'te $41,6 \pm 11,2$ olarak saptandı. Kliniğimizde kadın ürolojisi nedeniyle son beş yıl içerisinde 128 hastanın 77'sine (% 59,1) sadece stres inkontinans, 26'sına (% 20,5) POP, 19'una (%15) POP ve stres inkontinans, 6'sına (% 4,7) ise komplikasyonlar nedeniyle cerrahi operasyon uygulanmıştı.

SONUÇ: Ürojinekoloji hem üroloji hem de kadın doğum hekimlerinin ilgilendiği oldukça geniş spektrumda hastalıklarla ilgilenen bir alandır. Bu alan içerisinde en sıklıkla cerrahi tedavisi yapılmakta olan grup stres üriner inkontinans hastalarıdır. POP ve ürojinekolojik komplikasyonların cerrahi tedavileri ise azalan sıklıkta yapılmaktadır.

Anahtar Kelimeler: Ürojinekoloji; stress inkontinans; pelvik organ prolapsusu

Yazışma adresi / Correspondence Address: Dr. Şahin BAĞBANCI, Ahi Evran Üniversitesi Tıp Fakültesi, Üroloji Anabilim Dalı, Kırşehir, Türkiye

Tel: 0 386 280 39 00

e-mail: sahin.bagbanci@ahievran.edu.tr

ABSTRACT

OBJECTIVE: To evaluate the surgical outcomes of patients that had undergone surgical treatment on uroynecology field at our clinic and to make the retrospective analysis of this patients. Also the percentages of the surgeries that made in this specific field were analysed.

MATERIAL AND METHODS: All patients that had undergone urogynecologic surgical treatment between september 2011 and june 2016 at the Department of Urology, Medical Faculty of Ahi Evran University were enrolled to this study. Patients were divided into four group. Patients that had undergone surgical treatment for stres urinary incontinence, for pelvic organ prolapse (POP), for both stres urinary incontinence and POP, for correction of any complications were included in group-1, group-2, group-3 and group-4, respectively. The medical records of the patients were analysed retrospectively.

RESULTS: A total of 128 patients were enrolled to this study. There were 77 (59.1%), 26 (20.5%), 19 (15%) and 6 (4.7%) patients in group-1, group-2, group-3 and group4, respectively. Age of patients were mean: 54,5±10,2 in group-1, mean: 63,9±7,6 in group-2, mean:55,0±11,8 in group-3 and 41,6±11,2 in group-4.

CONCLUSION: Urogynecology has a wide spectrum of surgical treatments that both urologists and gynecologists are interested in. The surgical treatments are being performed with high success rates urology clinics.

Keywords: Urogynecology, stress incontinence, pelvic organ prolapsus

GİRİŞ

Ürojinekoloji, aşırı aktif mesane, pelvik organ sarkmaları ve idrar kaçırma şikayetleri ile ilgilenen üroloji biliminin bir alt dalıdır. Oldukça geniş bir spektrumda hastalıklarla ilgilenilen bu alan da hem kadın doğum hem de üroloji hekimleri çalışmaktadır. Bu yazıda, kliniğimizde son beş yıl içerisinde kadın ürolojisi alanında yapılmış cerrahilerin retrospektif analizlerinin yapılması ve vakaların etiyolojik dağılımlarının değerlendirilmesi, ürojinekolojik cerrahi spektrum içerisinde yapılan operasyonların bu pasta içerisindeki yüzdelik dilimlerinin incelenmesi amaçlanmıştır.

GEREÇ VE YÖNTEMLER

Bu çalışmaya, Eylül 2011 ile Haziran 2016 tarihleri arasında, Ahi Evran Üniversitesi Tıp Fakültesi Üroloji Anabilim Dalı'nda kadın ürolojisi alanında cerrahi tedavi uygulanmış tüm hastalar dahil edildi. Kadın ürolojisi alanında takip edilip medikal tedavi alan hastalar çalışmaya alınmadı. Hastaların dosyaları retrospektif olarak tarandı ve elde edilen verilerin analizi gerçekleştirildi.

Hastaların medikal kayıtlarından; yaşları, başvuru esnasındaki şikayetleri, şikayetlerine yönelik daha önce tedavi alıp

almadıkları, başvuruları sonrasında yapılan değerlendirme testleri, yapılan operasyon ve operasyon tarihleri, operasyon sonrası elde edilen cerrahi başarı oranları ve takip süreleri kaydedildi.

Hastalar üriner inkontinans, pelvik organ prolapsusu (POP) nedeniyle opere olanlar, hem POP hem de üriner inkontinans nedeniyle aynı seansta opere olan hastalar ve komplikasyonlar nedeniyle başvuran hastalar olmak üzere sırasıyla grup-1, grup-2, grup-3, grup-4 şeklinde dört gruba ayrıldılar.

Grup-1' de stres inkontinans nedeniyle opere edilen hastalar yer aldılar. POP nedeniyle opere edilen hasta grubuna; anterior onarım yapılanlar, anterior ve posterior onarım yapılanlar, vault prolapsusu-enterosel nedeniyle opere edilenler ve POP nedeniyle kolpoplezis yapılan hastalar dahil edildi. Hem inkontinans hem de POP cerrahisi yapılanlar grup-3'te yer alırken komplikasyon cerrahisi yapılan hastalar grup-4'te yer aldılar. Bu çalışmadaki verilerin analizi Statistical Package for Social Sciences (SPSS) 21.0 for Windows programı kullanılarak yapıldı. Veriler ortalama±SD (minimum ve maksimum) olarak verildi.

TARTIŞMA

Ürojenekoloji, aşırı aktif mesane, pelvik organ sarkmaları ve idrar kaçırma şikayetleri ile ilgilenen üroloji biliminin bir alt dalıdır. Her ne kadar kadın ürolojisi denince akla idrar kaçırmayı önleyici ameliyatlara gelse de, bu alan içerisinde yapılan ameliyat çeşitliliği çok değişkenlik göstermektedir ve sadece idrar kaçırmayı önlemeye yönelik ameliyatlara sınırlı değildir. Bu yazıda kliniğimizde ürojenekoloji alanında son beş yıl içerisinde uygulanmış cerrahi tedavileri analizleri yapılmıştır.

Ürojenekolojide stres üriner inkontinans tedavisi oldukça geniş bir yere sahiptir. Önceleri kolposüspansiyon ameliyatlarının ağırlıklı olarak uygulandığı bu alanda artık cerrahi tedaviler ağırlıklı olarak midüretal slingler (MUS) ile yapılmaktadır. Stres inkontinans “intraabdominal basıncı arttıran fiziksel aktivite, öksürme-hapşırma ve diğer aktivitelerle istemsiz ani idrar kaçırma şikayeti” olarak tanımlanmaktadır ve kadınlarda %15-80 sıklıkta görülebilmektedir (1,2). Fiziksel tedaviler, pesseler, bulking ajanlar tedavide kullanılabilirken midüretal slingler standart cerrahi teknik olarak kabul edilmektedir (3). MUS cerrahilerinde uzun dönem başarı oranları % 80 gibi yüksek oranlarda bildirilmektedir (4). Kliniğimizde son beş yıl içerisinde 77 hastaya stres inkontinans nedeniyle TOT operasyonu uygulandı ve ortalama 31,5 aylık takip süresinde başarı oranımız %97,4 olarak saptandı. Kliniğimizde stres inkontinans tedavisinde kolposüspansiyon ameliyatları artık tercih edilmemektedir.

Pelvik organ prolapsusları pelvik taban desteğinin bozulduğu durumlarda meydana gelmektedir. Sistosel, enterosel, rektosel, uterin prolapsus gibi çeşitli alt tipleri bulunmakta ve bunlar karışık şekilde hastalarda birlikte görülebilmektedir. Anterior vajinal duvar prolapsusu veya sistosel, anterior vajinal duvar ve üzerindeki mesane tabanının patolojik olarak yer değiştirmesidir. Midline, paravajinal veya transvers fasya defektleri nedeniyle oluşabilmektedir. Cerrahi tedavisinde uygulanan onarımlar mesh'li veya mesh'siz uygulanmaktadır (5). Kliniğimizde sistosel ameliyatı yapılan 33 hastanın 15'inde hastada sadece sistosel onarımı yapıldı ve bunların üçünde mesh kullanıldı. Hastaların ortalama takip süresi 22 ay (3-51) idi ve hastalarda tam cerrahi başarı sağlandı. Mesh kullanılan hastalardan birinde disparoni şikayeti mevcuttu ancak meshin çıkartılmasını istemedi. Mesh kullanılan iki hastada ise vajinal ekstrüzyon meydana

geldi. Östrojenli lokal tedaviye yanıt vermeyen bu hastalarda lokal mesh eksizyonu ve onarım yapıldı.

Enterosel veya rektosel posterior vajinal duvarın vulvadana dışarıya doğru yer değiştirmesi neticesinde meydana gelir (6). İnsidansı yaşa ve doğum sayısına bağlıdır. Cerrahi tedavisinde posterior vajinal duvar onarımı uygulanmaktadır (7). Kliniğimizde toplam 10 hastaya rektosel onarımı yapıldı ve bu hastaların tamamında eş zamanlı MUS veya sistosel onarımında uygulanmıştı. Hastaların hiçbirinde mesh kullanılmadı. Bu hastalarda tam cerrahi başarı sağlandı.

Vajinal vault prolapsusu vajen kafının destek dokularını kaybederek vajene düşmesi olarak tanımlanır. Uterin prolapsus ile beraber görülebileceği gibi histerektomi sonrasında da görülebilmektedir (8). Cerrahi tedavisinde transvajinal histeropeksi veya sakrokolpopeksi (laparoskopik veya açık) başarıyla uygulanabilmektedir. Kliniğimizde altı hastaya transabdominal sakrokolpopeksi ve bir hastaya sakrospinöz ligamentopeksi operasyonu uygulandı. Ortalama 36,5 ay takip edilen hastalarda tam başarı sağlandı.

Prolapsus cerrahisinde obliteratif yaklaşımda, Le-fort (parsiyel) kolpoplezis ve tam kolpoplezis operasyonları yapılabilmektedir (9). Bu yöntemlerde, fazla vajina epiteli çıkarılarak ön ve arka vajina duvarları birbirine dikilir. Böylece vajina kafi oblitere edilerek vajinanın etkin bir şekilde kapatılması sağlanır (10,11). Kolpoplezis, yaşlı ya da tıbbi olarak risk altında olan ve cinsel aktivite isteği olmayan hastalar için uygun bir cerrahi tekniktir. Kolpoplezis uygulanacak hastalarda preoperatif servikal smear alınmalıdır (12,13). Bu cerrahide hasta memnuniyet oranı yüksektir (14). Kliniğimizde iki hastaya Le-fort kolpoplezis cerrahi uygulandı ve hastaların 35 ve 26 aylık takiplerinde herhangi bir problemle karşılaşmadı.

Ürojenekolojik operasyonlar sonrası çeşitli komplikasyonlarla karşılaşılabilir. Erozyon, ekstrüzyon, çeşitli lokalizasyonlarda üriner fistüller, üriner inkontinans, tam boşaltamama gibi komplikasyonlar bunlardan bazılarıdır. Kliniğimizde bir TOT sonrası inguinal apse, bir midüretal sling sonrası üretrovajinal fistül, bir midüretal sling sonrası zor işeme, iki mesh ile anterior onarım sonrası vajinal ekstrüzyon ve bir uterovezikal fistülü olan hastaya yönelik cerrahi tedaviler uygulandı.

Inguinal bölgede apse olan hastada apse drenajı sonrası ilgili bölgedeki mesh ulaşılabilirdiğii yere kadar diseke edilip eksize edildi. Gereklili antibiyoterapi sonrası tam iyileşme sağlandı. Üretrovajinal fistülü olan hastaya dış merkezde TOT sonrası zor işeme nedeniyle mesh insizyonu uygulanmış ve bu tedavi sonrası üriner inkontinansı meydana gelmişti. Hastada proksimal üretrada iki cm defekt izlendi ve vajinal yaklaşımla iki tabaka halinde onarım uygulandı. Postoperatif tam iyileşme sağlanan hasta altı ay sonra zor işeme şikayetiyle başvurusunda sistoskopi ile değerlendirildi ve daha önce insize edilen meshin anterior üretrayı eroze ederek üretra içine uzandığıı saptandı ve mesh eksize edilip üretra tam kat onarıldı.

Dış merkezde TOT sonrası zor işeme nedeniyle mesh insizyonu yapılan bir diğeri hasta ise zor işeme şikayetiyle başvurdu. Hastanın basınç-akım çalışmasında 80 cm H₂O işeme basıncı ile birlikte düşük işeme hızı saptandı. Hastaya suprameatal üretrolizis yapılması kararı alındı ve uygulandı. SUİ cerrahi tedavileri sonrasında %5-20 oranlarında üretral obstrüksiyon görülebilmektedir (15). MUS cerrahisi sonrasında üretral obstrüksiyon oranları ise %2-5 olarak bildirilmektedir (16). Yapılan çalışmalar, üretral obstrüksiyonu olan kadınların ürodinamik çalışmalarında her zaman yüksek detrüör basınçlarının saptanamayabildiğıi ve üretrolizis sonrası sonuçların ürodinamik bulgulara bağılı olmadığını göstermektedir (17). SUİ cerrahisi sonrasında mesane çıkış obstrüksiyonu olan ve sling insizyonunun başarısız olduğıı hastalarda tercih edilecek tedavi yöntemi üretrolizistir (18,19). Bizim olgumuzda postoperatif üçüncü ay kontrolünde işeme hızlarında düşüklük olmasına rağmen preoperatif döneme göre belirgin artış olduğıı saptandı. Uzun süreli yüksek çıkım direncine karşı işeme, detrüör kasında kalıcı hasarlara neden olabilmektedir. Bu da işeme akım hızlarının erken dönemde normal değerlere ulaşmasını engellemektedir.

Uterovezikal fistül çok sık rastlanılmayan genitoüriner fistüller arasında yer alır (20). Sezaryen sonrası siklik hematurii ve amenorenin eşlik edip inkontinansın olmadığıı hastamızın sistoskopik değerlendirmesinde uterovezikal fistül olduğıı görülerek Youssef's Sendromu tanısı konuldu (21). Hastaya transabdominal yaklaşımla fistül trakti eksizeyonu ile beraber mesane-uterus onarımı uygulandı. Bu hastamızda tam iyileşme sağlandı.

SONUÇ

Ürojinekoloji hem üroloji hem de kadın doğum hekimlerinin ilgilendiğıi oldukça geniş spektrumda hastalıklarla ilgilenen bir alandır. Bu alan içerisinde en sıklıkla cerrahi tedavisi yapılmakta olan grup stres üriner inkontinans hastalarıdır. POP ve ürojinekolojik komplikasyonların cerrahi tedavileri ise azalan sıklıkta yapılmaktadır. Bu alanda yapılan cerrahi tedaviler oldukça yüksek başarı oranları ile üroloji kliniklerinde uygulanmaktadır.

KAYNAKLAR

- 1)Richter HE, Albo ME, Zyczynski HM, Kenton K, Norton PA, Sirls L et al. Retropubic versus transobturator midurethral slings for stress incontinence. N Engl J Med. 2010; 362: 2066-76.
- 2)Abrams P, Cardozo L, Fall M, Griffiths D, Rosier P, Ulmsten U et al. The standardisation of terminology of lower urinary tract function: report from the Standardisation Sub-committee of the International Continence Society. Am J Obstet Gynecol. 2002; 187: 116-26.
- 3)Ulmsten U, Henriksson L, Johnson P, Varhos G. An ambulatory surgical procedure under local anesthesia for treatment of female urinary incontinence. Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct. 1996; 7: 81-85.
- 4)Kenton K, Stoddard AM, Zyczynski H, Albo M, Rickey L, Norton P. 5-year longitudinal followup after retropubic and transobturator mid urethral slings. J Urol. 2015; 193: 203-10.
- 5)Sun Y, Tang C, Luo D, Yang L, Shen H. The treatment of anterior vaginal wall prolapsed by repair with mesh versus colporrhaphy. Int Urol Nephrol. 2016; 48: 155-67.
- 6)Glavind K, Christiansen AG. Site-specific colporrhaphy in posterior compartment pelvic organ prolapse. Int Urogynecol J. 2016; 27: 735-39.
- 7)Hale DS, Fenner D. Consistently inconsistent, the posterior vaginal wall. Am J Obstet Gynecol. 2016; 214: 314-20.
- 8)Illiano E, Giannitsas K, Zucchi A, Di Biase M, Del Zingaro M, Bini V. Sacrocolpopexy for posthysterectomy vaginal vault prolapse: long-term follow-up. Int Urogynecol J. 2016 Mar 18. doi:10.1007/s00192-016-2998-4.
- 9)Abbasy S, Kenton K. Obliterative procedures for pelvic organ prolapse. Clin Obstet Gynecol. 2010; 53: 86-98.
- 10)FitzGerald MP, Richter HE, Siddique S, Thompson P, Zyczynski H. Ann Weber for the Pelvic Floor Disorders Network. Colpocleisis: a review. Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct. 2006; 17: 261-71.
- 11)Zebede S, Smith AL, Plowright LN, Hegde A, Aguilar VC,

- Davila GW. Obliterative LeFort colpocleisis in a large group of elderly women. *Obstet Gynecol.* 2013; 121: 279-84.
- 12)Hullfish KL, Bovbjerg VE, Steers WD. Colpocleisis for pelvic organ prolapse: patient goals, quality of life, and satisfaction. *Obstet Gynecol.* 2007; 110: 341-5.
- 13)Wheeler TL, Richter HE, Burgio KL, Redden DT, Chen CC, Goode PS. Regret, satisfaction, and symptom improvement: analysis of the impact of partial colpocleisis for the management of severe pelvic organ prolapse. *Am J Obstet Gynecol.* 2005; 193: 2067-70.
- 14)Barber MD, Amundsen CL, Paraiso MF, Weidner AC, Romero A, Walters MD. Quality of life after surgery for genital prolapse in elderly women: obliterative and reconstructive surgery. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct.* 2007; 18: 799-806.
- 15)Goldman HB, Urethrolisis. *Urol Clin N Am.* 2011; 38: 31-37.
- 16)Starkman JS, Scarpero H, Dmochowski RR. Methods and results of urethrolisis. *Curr Urol Rep.* 2006; 7: 384
- 17)Nitti VW, Raz S. Obstruction following antiincontinence procedures: diagnosis and treatment with transvaginal urethrolisis. *J Urol.* 1994; 152: 93-98.
- 18)Goldman HB, Rackley RR, Appell RA. The efficacy of urethrolisis without re-suspension for iatrogenic urethral obstruction. *J Urol.* 1999; 161: 196-98.
- 19)Cross CA, Cespedes RD, English SF, McGuire EJ. Transvaginal urethrolisis for urethral obstruction after anti-incontinence surgery. *J Urol.* 1998; 159: 1199-201.
- 20)Rao MP, Dwivedi US, Datta B, Vyas N, Nandy PR, Trivedi S. Post caesarean vesicouterine fistulae Youssef syndrome: our experience and review of published work. *ANZ J Surg.* 2006; 76: 243-45.
- 21)Porcaro AB, Zicari M, Zecchini Antonioli S, Pianon R, Monaco C, Migliorini F. Vesicouterine fistulas following cesarean section: report on a case, review and update of the literature. *Int Urol Nephrol.* 2002; 34: 335-44.