



GENİTAL PROLAPSUSLARDA SAKROKOLPOPEKSİ SONUÇLARI

Doç. Dr. Cüneyt Eftal Taner, Dr. İrem Şenyuva, Dr. Aysun Camuzcuođlu, Dr. Cemal Karanfil

T.C. Sağlık Bakanlığı, Ege Dođumevi ve Kadın Hastalıkları Eđitim ve Araőtırma Hastanesi, İZMİR

ÖZET

• **Amaç:** Genital prolapsus olgularının cerrahi tedavisinde uygulanan sakropeksi operasyonlarının sonuçları değerlendirildi.

• **Materyal ve Metod:** Genital organ prolapsusu tespit edilen 47 olgu çalışma grubunu oluşturdu. Desensus uteri, subtotal prolapsus, total prolapsus ve stump prolapsusunu içeren gruba abdominal yaklaşım ile mersilen veya prolen mesh kullanılarak sakropeksi operasyonu uygulandı. Stres üriner inkontinansın eşlik ettiği 5 olguda Burch operasyonu eklendi. Olgular post operatif dönemde nüks ve

pelvik organ prolapsusuna bağlı yakınmaları açısından değerlendirildi.

• **Bulgular:** Post operatif takiplerde nüks %2 oranında görüldü. Sistosel %12, disparoni %14, bel ve kasık ağrısı %21 olarak saptandı.

• **Sonuç:** Genital prolapsuslu olguların cerrahi tedavisinde sakropeksi operasyonu etkin bir yöntem olarak kabul edilebilir.

• **Anahtar Kelimeler:** Abdominal, cerrahi, genital prolapsus, sakrokolpopeksi, sakropeksi. Nobel Med 2009; 5(1): 14-18

ABSTRACT

RESULTS OF SACROCOLPOPEXY IN GENITAL VAULT PROLAPSUS

• **Objective:** The results of sacrocolpopexy operation for treatment of vaginal vault prolapsus were evaluated.

• **Material and Method:** Forty-seven patients with vaginal vault prolapsus were included into the study group. Patients with descensus uteri, total prolapsus, subtotal prolapsus and stump prolapsus were underwent sacrocolpopexy operation by abdominal route with mersilene sutures or prolene meshs. Burch operations were performed because of urinary stress incontinence

in five patients. Patients were reevaluated for postoperative complaints.

• **Results:** Post operative relaps occured in one (2%) patient. Post operative complaints included; cystocele (6 patients, 12%), dysparaunia (7 patients, 14%), pelvic pain (10 patients, 21%).

• **Conclusion:** We conclude that sacrocolpopexy operation for vaginal vault prolapsus can be accepted as a safe and effective operative treatment.

• **Key Words:** Abdominal, surgery, genital prolaps, sacrocolpopexy, sacropexy. *Nobel Med 2009; 5(1): 14-18*

GİRİŞ

Pelvik organ prolapsusu, vajinal kubbeye komşu olan yapıların aşağıya doğru yer değiştirmesidir. Genital organ prolapsusunun etyolojisinde pek çok faktör rol alır. Ardışık doğumlar endopelvik fasiya hasarını artıran bir nedendir. Yaşın ilerlemesiyle birlikte pelvik taban kas ve dokuları zayıflar. Postmenopozal östrojen eksikliğine bağlı atrofik değişikliklerle beraber osteoporozla bağlı omurgada oluşan kifozun pelvik düzlemde horizontal kaymaya neden olması da intraabdominal basıncı artırarak pelvik tabana yansır. Yaşam tarzı da prolapsus gelişiminde etkilidir. Astım, kronik bronşit, sigara kullanımına bağlı gelişen kronik öksürük ve kronik kabızlık intraabdominal basıncı artıran durumlara örnektir. Obezite pelvik taban üzerindeki yükü artıran bir diğer faktördür. Ayrıca yapısal bağ dokusu hastalıkları genital organ prolapsusuna sebep olabilir. Kronik kortikosteroid kullanımının da bağ dokusu üzerine zayıflatıcı etkisi bilinmektedir. Genital organ prolapsuslarının tedavisinde; pelvik taban egzersizleri, kilo verilmesi, kronik hastalıkların tedavisi, fiziksel terapi, sigaranın bırakılması, östrojen tedavisi gibi yaklaşımlar ya da cerrahi tedavi söz konusudur.¹ Her yıl ileri yaşlardaki pek çok kadın genital prolapsus nedeniyle opere olmaktadır.² Prolapsus ya da idrar inkontinansı nedeniyle opere edilen her üç kadından birinde dört yıl içinde tekrar operasyon gerekmektedir.³ Bu çalışmada pelvik organ prolapsusu bulunan 47 olgu ve postoperatif sonuçları değerlendirilmektedir.

MATERYAL ve METOD

Çalışmamızda Ocak 2000 ila Nisan 2006 tarihleri arasında pelvik organ prolapsusu nedeniyle opere olan 47 olgu ve postoperatif sonuçları değerlendirilmiştir. Hasta bulguları ve sonuçları hastane kayıtlarından retrospektif olarak taranmıştır. Hastalar hastaneye çağrılıp tekrar muayene edilmiş ve varsa yakınmaları değerlendirilmiştir. Genital organ prolapsusu saptanan 47 olguya abdominal yaklaşımla sakropeksi uygulanmıştır. Sakropeksi operasyonu için materyal olarak 15 olguda mersilen sütür ve 35 olguda prolen mesh kullanılarak her iki sakrouterin ligament veya vaginal cuff'a geçirilen sütürler sakrumun periostuna asılmıştır.

Tablo 1: Postoperatif takip sürelerine göre olgu dağılımı

Takip süresi (ay)	Olgu sayısı	Yüzde (%)
0-12	1	2,1
12-24	3	6,3
24-36	5	10,7
36-48	8	17,0
48-60	10	21,3
60-72	20	42,6
Toplam	47	100

Tablo 2: Yaş gruplarına göre olgu dağılımı

Hasta yaşı	Olgu sayısı	Yüzde (%)
30-40	2	4,2
41-50	5	10,7
51-60	18	38,3
61-70	11	23,4
71-80	9	19,2
>80	2	4,2
Toplam	47	100

Menstürel durum	Olgu sayısı	Yüzde (%)
Menopoz	40	85,1
Premenopoz	5	10,6
Fertil dönem (40 yaş altı)	2	4,3
Toplam	47	100

Parite sayısı	Olgu sayısı	Yüzde (%)
≥4	27	54
3	18	42
2	2	4
Toplam	47	100

Endikasyon	Sakropeksi	Burch	Geçirilmiş pelvik cerrahi öyküsü
Stumpf Prolapsusu	20	3	2
Desensus uteri	8	2	-
Subtotal Prolapsus	10	-	-
Total prolapsus	9	-	-
Toplam	47 olgu	5 olgu (%10)	2 olgu (%4)

Endikasyon	Postoperatif nüks	Sistosel	Disparuni	Bel ve kasık ağrısı	Defekasyon zorluğu	Post operatif stres inkontinans
Stumpf Prolapsusu	1	3	4	4	-	3
Desensus uteri	-	1	1	3	-	1
Subtotal Prolapsus	-	2	2	3	-	-
Total prolapsus	-	-	-	-	-	-
Toplam	1 olgu (%2,1)	6 olgu (%12,7)	7 olgu (%14,8)	10 olgu (%21,2)	-	4 olgu (%8,5)

Subtotal ve total prolapsus olgularında histerektomi uygulanmamıştır. Operasyonlar genel anestezi altında ve litotomi pozisyonunda gerçekleştirilmiştir. Olguların postoperatif takip süreleri 10 ile 72 ay arasında değişmekte olup ortalama 32,7 aydır. Postoperatif takip sürelerine göre hasta dağılımı Tablo 1'de gösterilmiştir. İntraoperatif ya da postoperatif mortalite saptanmamıştır. Çalışmamız hastanemizin etik kurulu tarafından onaylanmıştır.

BULGULAR

Hastaların yaşları 35 ile 83 yaşları arasında değişmektedir. Ortalama yaş 58,6'dır. Hastaların %85'i 50 yaş ve üzerindedir. Yaş gruplarına göre hasta dağılımı Tablo

2'de, büyük çoğunluğu (%85) post-menopozal dönemde olan hastaların menstürel özelliklerine göre dağılımı Tablo 3'de, hastaların parite özellikleri Tablo 4'de, genital organ prolapsusu nedeniyle sakropeksi uygulanan olgular Tablo 5'de gösterilmiştir.

Stumpf prolapsusu nedeniyle 20 olguya, desensus uteri nedeniyle 8 olguya subtotal prolapsus nedeniyle 10 ve total prolapsus sebebiyle 9 olguya abdominal sakropeksi uygulandı. Stumpf prolapsusu nedeniyle opere edilen olguların üçünde ve desensus uteri nedeniyle opere edilen olguların ikisinde eş zamanlı Stres Üriner İnkontinans (SUI) varlığı sebebiyle Burch operasyonu eklendi. Hastaların postoperatif takiplerinde üriner inkontinans yakınması saptanmadı. Stumpf prolapsusu nedeniyle opere edilen olgulardan ikisinin daha önceden başka hastanelerde geçirilmiş Gilliam Dolores operasyonları vardı. Sakrokolpopeksi operasyonunun postoperatif sonuçları Tablo 6'da gösterilmiştir. Postoperatif dönemde sistosel %12, disparoni %14, bel ve kasık ağrısı %21 oranında saptandı. Defekasyon zorluğu hiçbir vakada gözlenmedi. Postoperatif nüks stumpf prolapsusu nedeniyle sakropeksi yapılan 82 yaşında astenik bir olguda öksürük sırasında vagen cuffındaki sütürlerin yırtılması sonrasında görüldü. Hiçbir olguda mesh erozyonu saptanmadı.

TARTIŞMA

Sakrokolpopeksi vajinal prolapsusu efektif ve kesin bir şekilde çözen bir prosedürdür. Hastalara, tekrarlayan prolapsus, stres inkontinans ve oluşabilecek komplikasyonlar açısından az da olsa gerekli bilgiler verilmeli ve tekrar operasyon gerekebileceği açıklanmalıdır.⁴⁻⁶

Sakropeksi operasyonundan sonra postoperatif dönemde bazı sorunlarla karşılaşılabilir. Kullanılan mesh materyaline bağlı rejeksiyon, üriner inkontinans, barsak fonksiyonlarında problemler ve disparoni gibi hastanın yaşamını olumsuz etkileyecek problemler görülebilmektedir.⁷

Mesh rejeksiyonu nadir bir komplikasyondur. Imperato ve ark. yaptığı bir çalışmada sakropeksi yaptıkları 71 hastanın, 57'sine eş zamanlı histerektomi yapmışlardır. Bu 57 hastanın 21'ine sentetik mesh kullanırken kalan 36 hastada vajinal stumpf anterior vertebral longitudinal ligamana yaklaştırılarak bağlanmıştır. Mesh rejeksiyonu 21 hastanın 3'ünde (%14) gözlenmiştir.⁸ Buna zıt olarak Blizzolara ve Pillai-Allen, 60 hastalık serilerinde sakropeksi operasyonunda kullandıkları mesh'e bağlı rejeksiyon bildirmemişlerdir.⁹

Çeşitli mesh'lerin erezyon açısından karşılaştırıldığı, 2178 olguyu kapsayan bir çalışmada mesh rejeksiyonu %3,4 olarak saptanmıştır. Aynı çalışmada polipropilen →

(prolen) mesh ile reaksiyon 221 hastanın birinde (%0,5) gözlenmiştir.¹⁰⁻¹³ Çalışma grubumuzdaki olgularda postoperatif dönemde erken mesh rejeksiyonu saptanmamıştır.

Sakropekside kullanılacak olan ideal materyal, uzun süre sağlam kalabilecek ucuz, kullanımı kolay rejeksiyon, enfeksiyon ve enflamasyon riski olmayan materyallerdir. Literatür bilgilerinde kullanılan meshler sentetikdir.⁴ Fitz ve ark. çalışmalarında otolog fasyanın nonimmunojen olması nedeniyle avantajlı olduğunu, fakat postoperatif insizyonel herninin özellikle rektus kasi fasyasının kullanıldığı olgularda oluşabileceğini göstermişlerdir.¹⁴ Ayrıca Hurt ve ark. yaptığı çalışmada vajinit, perioperatif antibiyotik kullanımı, vajinal östrojen kullanımı, vajinal duvara sık sütür koyma gibi faktörlerin rejeksiyona neden olabileceğine değinmişlerdir.¹⁵⁻¹⁷

Hastalardan bazılarının ameliyattan önce prolapsus ile birlikte üriner inkontinans yakınmaları olabilmektedir. Prolapsus ameliyatı sonrasında da stres üriner inkontinans gelişebilmektedir. Yapılan bazı çalışmalarda bu oran %8-60 arası bildirilmektedir.¹⁸⁻²⁰ Bizim çalışmamızda eş zamanlı stres üriner inkontinansı olan 5 olgumuza Burch operasyonu da eklenmiştir. Genital organ prolapsusu olan hastaları üriner inkontinans açısından da ayrıntılı olarak değerlendirip uygun operasyon tespit edilmelidir. İlerlemiş prolapsusu olan vakalarda obstürüktif mekanizmaya bağlı barsaklarda fonksiyonel bozukluklar görülebilmektedir.²¹ Sakropeksi operasyonu defekasyonu olumlu ya da olumsuz etkileyebilir. Posterior vaginal duvarın elevasyonu obstrüksiyonu ve ıkınma ihtiyacını azaltabilmektedir. Diğer yandan ise yapılan kuldoplastiye bağlı defekasyon disfonksiyonu artabilmektedir.⁴ Baessler K ve ark. çalışmalarında postoperatif konstipasyonun azaldığını %64'den %38'e indiğini göstermişlerdir.²² Pilsgaard K ve ark.'nın yaptığı çalışmada %29'dan %52'ye çıktığı gösterilmiştir.⁷ Virtanen H ve ark. ise 30 hastanın %26'sında yeni oluşan ağırlı defekasyonu saptamışlardır.²³ Bizim olgularımızda postoperatif dönemde konstipasyon ve ağırlı defekasyona rastlanmamıştır.

Sakropeksi operasyonundan sonra seksüel fonksiyonların sürdürülmesinde vajinal ve abdominal yaklaşım arasında bir fark saptanmamıştır.⁴ Ayrıca hastanın yaşı, postmenopozal dönemde olması, vajinal kuruluk gibi faktörler de önemlidir. Bu konu ile ilgili yapılan çalışmalarda bazı tartışmalı sonuçlar elde edilmiştir. Sakropeksi operasyonu geçirmiş ve yaş ortalaması 61 olan 30 hastayı inceleyen bir çalışmada, ameliyat öncesinde 9 hastanın 8'inde dispareni mevcut iken postoperatif bu sorunun giderildiği saptanmıştır.^{22, 23} Çalışmamızdaki hastaların %86'sı postmenopozal

dönemde olan, ek hastalıklar ile eş faktörü nedeniyle cinsel ilişki sıklığı az olan hastalardır. Postoperatif dönemde dispareni 47 olgunun 7'sinde (%14) saptanmıştır.²⁴

Sakropeksiden sonra reoperasyon yapılan çalışmalarda %4,4 oranında saptanmıştır.⁴ Reoperasyon nedeni çok anterior ve posterior komponent prolapsusudur. Yapılan bir çalışmada 236 hastanın %31'ine sistosel ve %25'ine rektosel sebebiyle reoperasyon yapılmıştır.²⁵ Bizim çalışmamızda 47 olgunun 6'sında (%12) sistosel saptanmıştır. Rektosele rastlanmamıştır. Yine yapılan çalışmalarda sakropeksiden sonra stres inkontinans sebebi ile operasyon oranı %4,9 olarak bildirilmiştir.⁴ Bizim çalışmamızda postoperatif sistoseli olan 4 olguda (%8,5) SUI saptanmıştır.

Sakropeksi operasyonuna bağlı morbidite görülebilmektedir. Üriner sistem enfeksiyonu (%10,9) başta olmak üzere yara yeri enfeksiyonu (%4,6) ve hemoraji (%0,1-%16) görülebilir. Komplikasyon olarak intraoperatif sistotomi (%3,1), enterotomi (%1,6), üretral zedelenme (%1) görülebilir. Postoperatif dönemde ise ileus (%3,6), derin ven trombozu veya pulmoner embolinin (%3,3) oranında görülebildiği bildirilmiştir.⁴

Genital organ prolapsusunda en iyi cerrahi yöntemin vajinal yaklaşım ya da abdominal yaklaşım olması konusunda pek çok çalışma yapılmıştır.²⁶ Retrospektif çalışmalar abdominal yolun daha tatmin edici olduğunu göstermiştir.²⁷⁻²⁹ Biz de olgularımızda güvenilirlik ve uygulanım kolaylığı nedeniyle abdominal yolu tercih ettik. Boukerrou ve ark. genital organ prolapsusu olan 44 hastayı içeren çalışmalarında, hastaların preoperatif ve postoperatif prolapsus derecelerini MRI (Magnetic Rezonance Imaging) ile değerlendirdikten sonra bir gruba abdominal yol ile sakropeksi diğer gruba vajinal yaklaşımla sakrospinoz fiksasyon uygulamışlar ve iki cerrahi yaklaşımın da postoperatif sonuçlarının benzer olduğunu göstermişlerdir.

Vajinal yaklaşımla postoperatif vajende kısalık olmadığını, fakat abdominal yaklaşıma göre postoperatif MRI (Magnetic Rezonance Imaging) ile yapılan ölçümler sonucunda mesane pozisyonunun yaklaşık 1cm aşağıya doğru yer değiştirdiğini saptamışlardır. İleri derecede sistoseli olan hastalarda vajinal yolun tercih edilmemesini tavsiye etmişlerdir.³⁰

SONUÇ

Genital organ prolapsuslarının cerrahi tedavisinde sakropeksi efektif bir yöntemdir. Fakat abdominal ve vajinal yaklaşımın etkinliği ve uzun dönem sonuçlarını gösterecek daha geniş hasta serileri ile yapılan çalışmalara ihtiyaç vardır.



KAYNAKLAR

- 1 Zimmerman CW. Pelvik Organ Prolapsusu. John A. Rock, Howard W, Jones III. Te Linde's Operative Gynecology. Güven Kitabevi, İzmir. 2005, 850.
- 2 Boyles SH, Weber AM, Meyn L. Procedures for pelvic organ prolapse in the United States, 1979-1997. *Am J Obstet Gynecol* 2003; 188: 108-115.
- 3 Olsen AL, Smith VJ, Bergstrom JO, Colling JC, Clark AL. Epidemiology of surgically managed pelvic organ prolapse and urinary incontinence. *Obstet Gynecol* 1997; 89: 501-506.
- 4 Nygaard IE, McCreery R, Brubaker L, et al. Pelvic Floor Disorders Network. Abdominal sacrocolpopexy: a comprehensive review *Obstet Gynecol* 2004; 104: 805-823.
- 5 Chmel R, Nováková M, Horcicka L, Pastor Z, Rob L. Abdominal sacrocolpopexy--simple and still actual method in the treatment of vaginal vault prolapse? *Ceska Gynekol* 2008; 73: 47-53.
- 6 Maher C, Baessler K, Glazener CM, Adams EJ, Hagen S. Surgical management of pelvic organ prolapse in women: a short version Cochrane review. *Neurourol Urodyn* 2008; 27: 3-12.
- 7 Quiroz LH, Gutman RE, Shippey S, et al. Abdominal sacrocolpopexy: anatomic outcomes and complications with Pelvicol, autologous and synthetic graft materials. *Am J Obstet Gynecol* 2008; 198: 557.
- 8 Imperato E, Aspesi G, Rovetta E, Presti M. Surgical management and prevention of vaginal vault prolapse. *Surg Gynecol Obstet* 1992; 175: 233-237.
- 9 Brizzolara S, Pillai-Allen A. Risk of mesh erosion with sacral colpopexy and concurrent hysterectomy. *Obstet Gynecol* 2003; 102: 306-310.
- 10 Pilsgaard K, Mouritsen L. Follow-up after repair of vaginal vault prolapse with abdominal colposacropexy. *Acta Obstet Gynecol Scand* 1999; 78: 66-70.
- 11 Baker KR, Beresford JM, Campbell C. Colposacropexy with prolene mesh. *Surg Gynecol Obstet* 1990; 171: 51-54.
- 12 Schettini M, Fortunato P, Gallucci M. Abdominal sacral colpopexy with prolene mesh. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct* 1999; 10: 295-299.
- 13 Diana M, Zoppe C, Mastrangeli B. Treatment of vaginal vault prolapse with abdominal sacral colpopexy using prolene mesh. *Am J Surg* 2000; 179: 126-128.
- 14 FitzGerald MP, Edwards SR, Fenner D. Medium-term follow-up on use of freeze-dried, irradiated donor fascia for sacrocolpopexy and sling procedures. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct* 2004; 15: 238-242.
- 15 Iglesia CB, Fenner DE, Brubaker L. The use of mesh in gynecologic surgery. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct* 1997; 8: 105-115.
- 16 Cosson M, Debodinance P, Boukerrou M, et al. Mechanical properties of synthetic implants used in the repair of prolapse and urinary incontinence in women: which is the ideal material? *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct* 2003; 14: 169-178.
- 17 Hurt WG. Abdominal sacral colpopexies complicated by vaginal graft extrusion *Obstet Gynecol* 2004; 103: 1033-1034.
- 18 Gallentine ML, Cespedes RD. Occult stress urinary incontinence and the effect of vaginal vault prolapse on abdominal leak point pressures. *Urology* 2001; 57: 40-44.
- 19 Rosenzweig BA, Pushkin S, Blumenfeld D, Bhatia NN. Prevalence of abnormal urodynamic test results in continent women with severe genitourinary prolapse. *Obstet Gynecol* 1992; 79: 539-542.
- 20 Bergman A, Koonings PP, Ballard CA. Predicting postoperative urinary incontinence development in women undergoing operation for genitourinary prolapse. *Am J Obstet Gynecol* 1988; 158: 1171-1175.
- 21 Spence-Jones C, Kamm MA, Henry MM, Hudson CN. Bowel dysfunction: a pathogenic factor in uterovaginal prolapse and urinary stress incontinence. *Br J Obstet Gynaecol* 1994; 101: 147-152.
- 22 Baessler K, Schuessler B. Abdominal sacrocolpopexy and anatomy and function of the posterior compartment. *Obstet Gynecol* 2001; 97: 678-684.
- 23 Virtanen H, Hirvonen T, Makinen J, Kiilholma P. Outcome of thirty patients who underwent repair of posthysterectomy prolapse of the vaginal vault with abdominal sacral colpopexy. *J Am Coll Surg* 1994; 178: 283-287.
- 24 Handa VL, Zyczynski HM, Brubaker L, et al. Pelvic Floor Disorders Network. Sexual function before and after sacrocolpopexy for pelvic organ prolapse. *Am J Obstet Gynecol* 2007; 197: 629.
- 25 Sullivan ES, Longaker CJ, Lee PY. Total pelvic mesh repair: a ten-year experience. *Dis Colon Rectum* 2001; 44: 857-863.
- 26 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: 1418-1421.
- 27 Cundiff GW, Harris RL, Coates K, et al. Abdominal sacral colpopexy: a new approach for correction of posterior compartment defects and perineal descent associated with vaginal vault prolapse. *Am J Obstet Gynecol* 1997; 177: 1345-1353.
- 28 Baessler K, Schuessler B. Abdominal sacrocolpopexy and anatomy and function of the posterior compartment. *Obstet Gynecol* 2001; 97: 678-684.
- 29 Snyder TE, Krantz KE. Abdominal-retroperitoneal sacral colpopexy for the correction of vaginal prolapse. *Obstet Gynecol* 1991; 77: 944-949.
- 30 Boukerrou AM, Mesdagh BP, Ego AA, et al. An MRI comparison of anatomical changes related to surgical treatment of prolapse by vaginal or abdominal route. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2005; 121: 220-225.