

Abdominal Sacrohysteropexy in Women with Uterovajinal Prolapse: Our 3 Years Clinical Experience

Uterovajinal Prolapsusu Olan Kadınlarda Abdominal Sakrohisteropeksi: 3 Yıllık Klinik Tecrübemiz

Abdominal Sakrohisteropeksi ve Uterovajinal Prolapsus / Abdominal Sacrohysteropexy and Uterovajinal Prolapse

Atilla Karateke[1], Raziye Keskin Kurt[2], Mehmet Dede[1], Defne Özkaya[1], Ayhan Gül[1]
[1]Hatay Antakya Doğumevi, [2]Mustafa Kemal Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hast. ve Doğum A.B.D., Hatay, Türkiye

Özet

Amaç: Uterusu destekleyen uterosakral- kardinal ligamanların zayıflaması sonucu oluşan duruma uterovajinal prolapsus denir. Bu olgularda zayıflama uterusun doğrudan kendisine bağlı olmamasına rağmen histerektomi en çok uygulanan cerrahi yöntem olmuştur. Son yıllarda ise hastaların hem psikolojik ve işlevsel açıdan uterusun korunmasını istemesi ve hem de anatomi düzeltici cerrahi tekniklerin gelişmesinden dolayı histerektominin yerini pelvik organ koruyucu cerrahi almıştır. Pelvik koruyucu cerrahi operasyonlardan en önemlilerden birisi abdominal sakrohisteropeksidir (ASH). Bu çalışmamızda kliniğimizde uterovajinal prolapsus tanısıyla ASH yaptığımız olguların özelliklerini sunmayı amaçladık. Gereç ve Yöntem: Kliniğimizde Ocak 2010 – Mart 2013 tarihleri arasında uterovajinal prolapsus tanısıyla ASH yapılan 27 hastanın verileri incelendi. Hastaların tamamına ürogenital patoloji yönünden preoperatif jinekolojik muayene ve transvajinal ultrasonografi yapıldı. Vajinal muayene pelvik organ prolapsus evreleme sistemi (POP-Q) kriterlerine göre yapıldı. Uygun endikasyon konulan hastalara laparatomi ile ASH uygulandı. Ayrıca 5 hastaya eş zamanlı stres tipi inkontinans varlığından dolayı 'Burch' ameliyatı yapıldı. Bulgular: ASH yapılan olgularımızda hastanede ortalama yatış süresi 2.6 gün (aralık, 2-5gün) ve yaş ortalaması 52.8 ±7.5 olarak bulunmuştur. Hiçbir olguda operasyona bağlı mesane, barsak ve üreter komplikasyonu görülmedi. İlk yıl sonunda başarı oranı %92.6 iken rekürrens oranı % 7.4 idi. Birinci yıl sonunda olguların hiçbirinde ileus gibi barsak problemi görülmezken, 'Burch' yapılan 1 olguda idrar kaçırma şikayetinin tekrarladığı gözlendi. Tartışma: Bu çalışma sonucunda elde edilen veriler, ASH'ın pelvik organ prolapsuslarında ciddi anlamda başarılı olduğunu göstermiştir. Ayrıca, bu yöntemin minimal komplikasyon görülme açısından diğerlerine üstün olduğu bulunmuştur.

Anahtar Kelimeler

Abdominal Sakrohisteropeksi; Burch; Uterovajinal Prolapsus

Abstract

Aim: Weakening of uterine supporting ligaments, especially cardinal and uterosacral ligaments, causes uterovaginal prolapse. Although uterovaginal prolapse is not related to uterus, hysterectomy has been the most preferred surgery in these situations. However, in recent years, uterine preservation surgery has become popular because patients begin to prefer uterus preservation for psychological reasons and site specific surgery has been developed. One of the most important uterine preservation surgery is abdominal sacrohysteropexy(ASH). In this study, we aim to present our clinical result of ASH surgey in women with uterovaginal prolapsus. Material and Method: Of 27 patients who had ASH operation due to uterovaginal prolapsus between January 2010- March 2013 in our clinic were included in the study. All the patients had preoperative urogenital examination and transvaginal ultrasonography were performed before operation. Pelvic organ prolapsus degree were recorded according to the pelvic organ prolapsus quantification system(POP-Q). ASH operation was performed by laparatomy to all patients. Of 5 patients who had stress type incontinance had 'Burch' operation concomitantly. Results: The mean hospitalization day of patients who had ASH operation was 2.6 days(range 2-5days) and the mean age of patients were 52.8 ±7.5. None of the patients had bladder, ureter or intestine injury due to operation. While anatomical success rate were 92.6%, recurrence rate was 7.4 % at the end of first year. Ileus was not observed and only one patient who had burch operation had recurrent urinary incontinance symptoms at the end of the first year. Discussion: Our study results showed that ASH operation is a successfull operation in pelvic organ prolapse. This method also was found to be superior to others in terms of minimal complications.

Keywords

Abdominal Sacrohysteropexy; Burch; Uterovaginal Prolapse

DOI: 10.4328/JCAM.2598 Received: 02.06.2014 Accepted: 11.07.2014 Printed: 01.02.2015 J Clin Anal Med 2015;6(suppl 1): 26-9
Corresponding Author: Atilla Karateke, Hatay Antakya Doğumevi, 31000, Hatay, Türkiye.
T.: +90 3262146170 E-Mail: drkarateke@gmail.com

Giriş

Uterusun kendisini destekleyen kardinal ve sakrouterin ligaman kompleksinin zayıflaması sonucu gelişen duruma uterovajinal prolapsus denir. Uterovajinal prolapsusla beraber sistosel, rektosel ve enterosel de genellikle bulunur. Her kadının yaşamı boyunca uterovajinal prolapsusdan dolayı cerrahi işlem geçirme riski yaklaşık %11 olarak saptanmıştır [1]. Bu durumun kesin tedavisinde cerrahi yöntemler kullanılmaktadır.

Günümüze kadar cerrahi yöntem olarak histerektomi uygulanmasına rağmen, son yıllarda organ koruyucu cerrahi yöntemleri ön plana çıkmaya başlamıştır. Bunun nedeni olarak da artmış ortalama yaşam süresi ile beraber hastaların hem psikolojik hem de işlevsel anlam da uterusun korunmasını istemesidir [2]. Bunun yanında histerektomi yapıldıktan sonra pelvik dinamikler bozulmakta ve bunun sonucunda da pelvik taban bozuklukları oluşmaktadır [3, 4].

Uterus koruyucu birçok cerrahi yöntem olmakla beraber, son yıllarda ASH ön plana çıkmıştır. Zucci ve ark. [5] yapmış olduğu çalışmada ASH'ın başarı şansının %84 – 98 oranında bulmuştur. ASH ile diğer organ koruyucu cerrahi yöntemler karşılaştırıldığında ise, birbirlerine olan net üstünlük gösterilememiştir [6]. Yapılan başka bir çalışmada ise ASH'ın sakrospinöz fiksasyona olan üstünlüğü gösterilmiştir [7]. Bunun yanında, ASH ile sakrokolpopeksi karşılaştırıldığında başarı ve komplikasyon görülme açısından aralarında bir fark olmadığı tespit edilmiştir [8, 9] .

Bu çalışmada kliniğimizde evre 3-4 uterovajinal prolapsus tanısı konulup ASH yapılan hastaların intraoperatif ve postoperatif dönemdeki klinik verileri tartışılmıştır.

Gereç ve Yöntem

Kliniğimizde Ocak 2010 – Mart 2013 tarihleri arasında 3 ve 4.derece uterovajinal prolapsus tanısıyla ASH yapılan 27 olgunun tamamının dosyası retrospektif olarak değerlendirildi. Tüm hastalardan operasyon hakkında bilgilendirildikten sonra yazılı onam alındı. Postoperatif 12 ay takip sonrasında kontrollere 20 hastanın geldiği belirlendi. Takiplere gelmeyen 4 hastaya telefonla ulaşıldı. Bu hastalar kontrole çağrıldı ve şikâyetleri sorgulandı . Hastaların tamamına ürogenital patoloji yönünden preoperatif jinekolojik muayene ve transvajinal ultrasonografi yapıldı. Vajinal muayene pelvik organ prolapsus evreleme sistemi (POP-Q) kriterlerine göre yapıldı. Ayrıca servikal 'smear' örneklemesi yapıldı. Uygun endikasyon konulan hastalara laparatomi ile ASH uygulandı. ASH, Barrenger ve ark.[10] tariflediği şekilde yapıldı. Genel anestezi altında dorsal litotomi pozisyonunda midline insizyonla batına girildi. Vajene yerleştirilen bir ekartör sayesinde uterus normal anatomik pozisyonuna getirildi. Rektovajinal plan, posterior serviks hizasında arka peritoneal yaprak açıldıktan sonra levator tabana kadar disseke edildi. Bu alana 4 cm eninde hazırlanmış olan poliprolen meş yerleştirildi ve ardından absorbe olmayan 2.0 dikişlerle distalden servikse doğru tespit edildi. Vajen ön duvarı ile mesane arasındaki plan mesane boynuna kadar disseke edildikten sonra, yine aynı şekilde hazırlanmış olan meş vajen ön duvarına tespit edildi. Bu durumda uterus hem ön hem de arka duvara tespit edilen meşler sayesinde asılmış oldu. Ön meş, serviks hizasında ikiye ayrıldıktan sonra meşin kolları ligamentum rotundumun altından avasküler bir alandan arka tarafa doğru ilerletildi. Ardından sigmoid kolon sola itildikten sonra sakral promontoryum üzerindeki periton açıldı. Serbest olan meş kolları bir alet ile retroperitoneal alandan promontoryum hizasına getirildi. Bu meş kolları 2.0 absorbe olmayan sutur ile promontoryum periostuna tespit edildi. Bu işlemlerin sonunda açık olan bütün peritoneal alanlar suture edildi. Pelvik organ prolapsus cerrahisi yapılan hastalarda gizli stres inkontinans olabileceği için redüksiyon sonrası valsavra manevrası yapıldı. 5 olguda stres inkontinans tespit edildi. Bu olgularda ek olarak 'Burch' ameliyatı yapıldı. 'Burch' operasyonunun yapılış tekniği ise şöyledir; önce retropubik alana ulaşılıp ardından mesane boynu ve proksimal üretranın pubis simfisiz ile olan yapışıklıkları ayrıldı. Bimanuel olarak mesane orta hatta doğru üzerinde mevcut olan vajinal fasya ile olan bütünlüğü ayrıştırıldı. Mesane boynunun her iki yanından vajen duvarına 2'şer adet prolen sutur konuldu. Ardından suturlar kendi taraflarındaki Cooper ligamanına tespit edildi. Bütün hastaların üretral kateterleri postoperatif 24 saat sonunda çekildi. Hastalar postoperatif dönemde 1. ve 6. ay ile 1 yıl sonunda kontrole çağrıldı. Her kontrol sırasında pelvik muayene, transvaginal ultrasonografi yapıldıktan sonra işeme ve barsak semptomları sorgulandı. Veriler bilgisayar ortamında SPSS 19.0 yazılımı kullanılarak analiz edildi. Ölçümle belirtilen sürekli değişkenler ortalama ve standart sapma ile sürekli olmayan değişkenler median ve minimum-maksimum değerleri ile kategorik değişkenler yüzde olarak ifade edildi.

Bulgular

Olgularımızın yaş ortalaması 52.8 ±7.5 olarak hesaplandı. Ortalama takip süresi 11.2 ay olarak bulundu. Olguların hiçbirinde operasyona bağlı mesane, barsak ve üreter yaralanması görülmedi. Postoperatif dönemde yara yeri enfeksiyonu ve barsak obstrüksiyonu saptanmazken, hastanede kalış süresi ortalama 2.6 gün (dağılım, 2-5 gün) olarak hesaplandı. Toplam izlem sonunda uterovajinal desensus derecesi 1 veya daha az olanların oranı yani başarı oranı %92.6 olarak tespit edilirken, sadece 2 olguda yeniden üçüncü derece prolapsus gelişti (tablo 1). 'Burch' operasyonu yapılan olguların sadece birisinde yeniden idrar kaçırma semptomları gözlenirken, hastaların hiçbirisinde ileus gibi barsak sorunu saptanmadı. Servikal 'smear' örnekleme sonuçlarında patoloji saptanmadı.

Tablo 1. ASH yapılan olguların demografik verileri

	ASH yapılan olgular (n:27)
Yaş ortalaması (ortalama ± SD)	52.8 ±7.5
Ortalama takip süresi (ay)	11.2
Hospitalizasyon süresi (gün, dağılım)	2.6 (2-5)
Başarı oranı (%)	92.6
Rekürren oranı (%)	6.4
Komplikasyon	-

ASH: abdominal sakrohisteropeksi
SD: standart deviasyon

Tartışma

Pelvik organ prolapsus cerrahisinde günümüze kadar en çok kullanılan cerrahi yöntem histerektomi olmuştur [1]. Bu yöntemin çok kullanılmasının nedeni olarak, uterusun kendi ağırlığından dolayı cerrahi sonrası nüks olma ihtimalinin fazla olması gösterilmiştir [2]. Ancak histerektomi sonrası pelvik taban yapısının bozulması ve buna bağlı olarak da işeme ve barsak problemleri-

nin ortaya çıkmasından dolayı, son yıllarda histerektominin yerini artık daha çok uterus koruyucu yöntemler almaya başlamıştır [4, 11-14]. Ayrıca hem histerektomi sonrası başarının arttığına dair yeterli kanıtın olmaması, hem de kadınların psikolojik ve işlevsel olarak uterusun korunmasını istemesi de bu yöntemin daha yaygınlaşmasına neden olmuştur [2].

Uterus koruyucu cerrahi yöntemler olarak birçok yöntem vardır. Bu yöntemlerden ilk olarak 1957 yılında tanımlanan ASH operasyonu son yıllarda uterus koruyucu cerrahiler içerisinde en çok kullanılan yöntemlerden birisi olmuştur [15]. ASH tekniği ile uzun dönemde başarı şansının yüksek olduğuna dair birçok çalışma mevcuttur. Demirci ve ark. [13] yapmış olduğu bir çalışmada başarı oranı %95 olarak bulunmuştur ve uzun dönemde komplikasyonların çok az olduğu gösterilmiştir. Başka bir çalışmada yine aynı şekilde ASH sonrası başarı oranı %93.3 olarak bulunmuştur [16]. Bizim çalışmamızda ise 1 yılın sonunda başarı oranı %92.6 olarak bulunmuştur.

Histerektomi sonrası gelişen prolapsuslarda en çok kullanılan yöntemlerden birisi de abdominal sakrokolpopeksi tekniğidir. Abdominal sakrokolpopeksi operasyonun pelvik organ prolapsus cerrahisinde yüksek oranda başarı sağladığı bilinmektedir [17]. Abdominal sakrokolpopeksi ile ASH tekniği karşılaştırıldığında uzun dönemde başarı oranı ve komplikasyon görülme açısından birbirlerine üstünlük gösterilememiştir. Constantini ve ark. [9] kendi çalışmalarında ASH ile sakrokolpopeksi arasında uzun dönemde fonksiyonel, objektif ve subjektif açıdan bir fark saptamamışlardır. Bundan dolayı da uterus koruyucu cerrahinin daha çok kullanılmasını önermişlerdir.

Pelvik organ prolapsus cerrahisinde diğer bir yöntem ise vajinal yoldan yapılan sakrospinöz fiksasyondur (SSF). Cruikshank ve ark.[18] yapmış olduğu çalışmada SSF'nin pelvik organ prolapsus cerrahisinde başarı oranının yüksek olduğunu göstermişlerdir. Demirci ve ark. [13] ise ASH'ın SSF'ye göre daha başarılı olduğu ve rekürren prolapsus gelişme ihtimalinin daha az olduğunu bildirmiştir. Başka bir çalışmada ise rekürren prolapsus oranı %20 olarak görülmüştür [19]. Kendi çalışmamızda ise 1 yılın sonunda rekürren prolapsus görülme oranı % 7.4 olarak bulunmuştur. Diğer yandan vajinal girişimlerde %5'e varan üreter obstrüksiyonu görülme ihtimali vajinal girişimlerin en büyük dezavantajıdır [20]. Ayrıca olgularımızın hiçbirinde üreter komplikasyonu görülmemiştir.

Pelvik organ prolapsus cerrahisinde bazı tekniklerde meş kullanılır. Meş kullanılan operasyonların diğer bir komplikasyonu da postoperatif dönemde meş erozyonudur. Meş erozyonunun gelişmesinde rol oynayan faktörler çok net değilse de cerrahın deneyimi ve kullanılan sentetik materyalin kalitesi önemlidir. ASH'da meş kullanıldığından meş erozyonu bu teknikte de görülebilir. Abdominal girişimlerde meş erozyonu vajinal girişimlere göre çok daha azdır. FDA'nın son güncellemesinde abdominal girişimlerde meş erozyonu yaklaşık %4 olarak bildirilmiştir [21]. Kendi olgularımızda ise meş erozyonu görülmemiştir.

Bu çalışmada ASH ile eş zamanlı olarak 5 hastaya 'Burch' operasyonu uygulanmıştır. Prolapsus onarımı esnasında daha önceden stres inkontinans tipi idrar kaçırması olmayanlara anti-inkontinans cerrahisi uygulanması gerektiği hakkında birçok görüş olmasına rağmen bu konuda ortak bir fikir yoktur [22]. Kendi olgularımızda gizli stres testi pozitif olan hastalara anti-inkontinans cerrahi uygulanmıştır. Anti-inkontinans cerrahinin başarısı en az 2 ya da 3 yıl sonunda görülür. Bizim ülkemiz gibi gelişmekte olan ülkelerde olguların postoperatif dönemde takibini yapmak zordur. Bu nedenlerden dolayı 1 yıllık takip bile büyük başarıdır. Bizim çalışmamızda takip süresi 1 yıl olarak belirlenmiştir ve bir yılık izlem sonucu sadece 1 olguda idrar kaçırma şikayetinin tekrarladığı gözlenmiştir.

Çalışmamızın en önemli limitasyonu, retrospektif bir çalışma olması ve olgu sayısının az olmasıdır. Bunun yanında ASH tek bir cerrah tarafından yapılmadığından cerrahi heterojenite de söz konusudur.

Sonuç olarak bu çalışmada ASH diğer teknikler ile karşılaştırıldığında hastanede kısa yatış süresi, yüksek başarı oranı ve minimal komplikasyon görülmesi dolayısıyla pelvik organ prolapsus cerrahisinde önemli ve etkili bir teknik olarak gösterilmiştir.

Çıkar Çakışması ve Finansman Beyanı

Bu çalışmada çıkar çakışması ve finansman destek alındığı beyan edilmemiştir.

Kaynaklar

1. Olsen AL, Smith VJ, Bergstrom JO, Colling JC, Clark AL. Epidemiology of surgically managed pelvic organ prolapse and urinary incontinence. Obstet Gynecol 1997;89(4):501-6.
2. Jeon MJ, Jung HJ, Choi HJ, Kim SK, Bai SW. Is hysterectomy or the use of graft necessary for the reconstructive surgery for uterine prolapse? Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct 2008;19(2):351-5.
3. P. P. The anatomy and dynamics of pelvic flor function and dysfunction. In: Petros P (ed) The female pelvic floor, 2nd ed, Springer, Berlin Heidelberg, New York: 2007. p. 14 - 50.
4. Van Brummen HJ, van de Pol G, Aalders CI, Heintz AP, van der Vaart CH: Sacrospinous hysteropexy compared to vaginal hysterectomy as primary surgical treatment for a descensus uteri: effects on urinary symptoms. Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct 2003;14(5):350-5.
5. Zucchi A, Lazzeri M, Porena M, Mearini L, Costantini E. Uterus preservation in pelvic organ prolapse surgery. Nat Rev Urol 2010;7(11):626-33.
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(1):3-12.
7. 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(6):1418-21.
8. McDermott CD, Hale DS. Abdominal, laparoscopic, and robotic surgery for pelvic organ prolapse. Obstet Gynecol Clin North Am 2009;36(3):585-614.
9. Costantini E, Porena M, Lazzeri M, Mearini L, Bini V, Zucchi A. Changes in female sexual function after pelvic organ prolapse repair.; role of hysterectomy. Int Urogynecol J 2013;24(9):1481-7.
10. Barranger E, Fritel X, Pigne A. Abdominal sacrohysteropexy in young women with uterovaginal prolapse: long-term follow-up. Am J Obstet Gynecol 2003;189(5):1245-50.
11. Nesbitt RE, Jr.: Uterine preservation in the surgical management of genuine stress urinary incontinence associated with uterovaginal prolapse. Surg Gynecol Obstet 1989;168(2):143-147.
12. Neuman M, Lavy Y: Conservation of the prolapsed uterus is a valid option: medium term results of a prospective comparative study with the posterior intravaginal slingoplasty operation. Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct 2007;18(8):889-893.
13. Demirci F, Ozdemir I, Somunkiran A, Doyran GD, Alhan A, Gul B. Abdominal sacrohysteropexy in young women with uterovaginal prolapse: results of 20 cases. J Reprod Med 2006;51(7):539-43.
14. Dietz V, de Jong J, Huisman M, Schraffordt Koops S, Heintz P, van der Vaart H. The effectiveness of the sacrospinous hysteropexy for the primary treatment of uterovaginal prolapse. Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct 2007;18(11):1271-6.
15. Takahashi S, Obinata D, Sakuma T, Nagane Y, Sato K, Mochida J et al. Tension-free vaginal mesh procedure for pelvic organ prolapse: a single-center experience of 310 cases with 1-year follow up. Int J Urol 2010;17(4):353-8.
16. Moiety FM, Hegab HM, Ghanem IA, Zedan WM, Salem HA. Abdominal sacrohysteropexy for uterovaginal prolapse: a prospective study on 33 cases. Arch Gynecol Obstet 2010;281(4):631-6.
17. Ganatra AM, Rozet F, Sanchez-Salas R, Barret E, Galiano M, Cathelineau X et al. The current status of laparoscopic sacrocolpopexy: a review. Eur Urol 2009;55(5):1089-103.
18. Cruikshank SH, Muniz M. Outcomes study: A comparison of cure rates in 695 patients undergoing sacrospinous ligament fixation alone and with other site-specific procedures--a 16-year study. Am J Obstet Gynecol 2003;188(6):1509-12.
19. Nieminen K, Huhtala H, Heinonen PK. Anatomic and functional assessment and

risk factors of recurrent prolapse after vaginal sacrospinous fixation. Acta Obstet Gynecol Scand 2003;82(5):471-8.
20. Yazdany T, Bhatia N. Uterosacral ligament vaginal vault suspension: anatomy, outcome and surgical considerations. Curr Opin Obstet Gynecol 2008;20(5):484-8.
21. Clemons JL, Weinstein M, Guess MK, Alperin M, Moalli P, Gregory WT et al. Impact of the 2011 FDA transvaginal mesh safety update on AUGS members' use of synthetic mesh and biologic grafts in pelvic reconstructive surgery. Female Pelvic Med Reconstr Surg 2013;19(4):191-8.
22. Brubaker L, Cundiff GW, Fine P, Nygaard I, Richter HE, Visco AG, Zyczynski H, Brown MB et al. Abdominal sacrocolpopexy with Burch colposuspension to reduce urinary stress incontinence. N Engl J Med 2006;354(15):1557-66.

How to cite this article:
Karateke A, Kurt RK, Dede M, Özkaya D, Gül A. Abdominal Sacrohysteropexy in Women with Uterovajinal Prolapse: Our 3 Years Clinical Experience. J Clin Anal Med 2015;6(suppl 1): 26-9.