

KADIN STRES ÜRİNER İNKONTİNANSINDA MODİFİYE GİTTES OPERASYONU

MODIFIED GITTES OPERATION IN FEMALE STRESS URINARY INCONTINENCE

ONUR S., GÜRDAL M., EROL A., ŞENGÖR F., ERDOĞAN K.

ÖZET

Mart 1994 – Aralık 1996 tarihleri arasında anatomik stress üriner inkontinans tanısı alan 27 bayan hastaya Modifiye Gittes tekniği uygulanarak mesane boynu süspansiyonu ameliyatı yapılmıştır. Suprapubik tek bir insizyon yapıldıktan sonra künt diseksiyon ile rektus fasyasına inilmiş, süspansiyon için vajen duvarına atılan sütür tek bir seferde rektus fasyası üzerine alınmış ve sütürlere karşılıklı olarak bağlanmıştır. Böylece süspansiyonun daha efektif, operasyon süresinin daha kısa, komplikasyon oranının daha düşük olacağı düşünülmüştür. Ortalama 12.9 aylık takip sonucunda; subjektif başarı oranımızı % 74.1 olarak saptadık. İğneyi bir kez geçerek azaltmayı düşündüğümüz mesane perforasyonu ve sinir sıkışması komplikasyonuna da hiçbir vakamızda rastlamadık.

ABSTRACT

Bladder neck suspension with modified Gittes technique was performed in 27 women with anatomical stress urinary incontinence between March 1994 – December 1996. A single suprapubic incision was followed by blunt dissection until the rectus fascia is reached. During the vaginal part of the operation, bilateral full thickness helical sutures were put in the anterior vaginal wall at the level of the bladder neck. This level was determined by the guidance of the catheter balloon. Both ends of the suture loop are loaded to a single needle and then the needle was passed behind the symphysis pubis up to the suprapubic incision. Once the procedure was completed on both sides, suture ends were tied with the corresponding ends from the opposite side over the rectus fascia. This maneuver was supposed to increase the effectiveness of the operation, shortens the operation time and thereby, decreases the complication rate. After a mean follow-up of the 12.9 months, the subjective and objective success rates were found to be 85.2 % and 74.1 %, respectively. Complications due to bladder perforation or nerve entrapment were not observed. This can be attributed to passing the needle only once in each side.

ANAHTAR KELİMELER: İnkontinans, Stress İnkontinans, süspansiyon

KEY WORDS: Female incontinence, stress incontinence, suspension

Dergiye geliş tarihi: 23.06.1998

Yayına kabul tarihi: 10.11.1998

SB. Haydarpaşa Numune Hastanesi Üroloji Kliniği

GİRİŞ

Abdominal basınç artışı ile, mesane kasında kontraksiyon olmaksızın, mesane içi basıncın üretra ve sfinkterdeki basınçtan yüksek olması sonucu gelişen istemsiz idrar kaçırmaya gerçek stres üriner inkontinans denir¹. Stres üriner inkontinans (SÜİ) bayan popülasyonunda % 15 - % 65 oranında görülür^{2,3}. Hastaların sosyal ve hijyenik hayatlarını olumsuz yönde etkileyerek, belirgin rahatsızlığa yol açar. Baker ve Brown'un 1864 yılında SUI cerrahisi için tanımladıkları "Suprapubik sistostomi" den günümüze kadar 100'ün üzerinde cerrahi prosedür tanımlanmıştır. Bu nedenle ideal operasyonu saptamada; stres inkontinansın tipi, hastanın yaşı, kilosu, menapozal durumu, sistoselin derecesi, eşlik eden pelvik patolojiler, daha önce geçirilmiş anti-inkontinans cerrahisine bağlı üretral skar varlığı gibi nedenler göz önünde bulundurulmalıdır⁴.

Transvajinal iğne ile mesane boynu süspan-siyonu ameliyatları ilk kez Pereyra tarafından 1959 yılında tanımlanmış ve günümüze kadar birçok modifikasyonlar yapılarak uygulanmış ve sonuçları değerlendirilmiştir⁷.

HASTALAR VE YÖNTEM

Mart 1994 - Aralık 1996 tarihleri arasında anatomik stres üriner inkontinans tanısı alan 27 bayan hastaya Modifiye Gittes tekniği uygulanarak mesane boynu süspan-siyonu ameliyatı yapılmıştır. Hastalar değerlendirilirken anamnezde; detaylı bir inkontinans hikayesi, yaş, kilo, doğum sayısı, menopozal durumu, kronik hastalık varlığı, daha önce geçirilmiş anti-inkontinans ve jinekolojik operasyonları, fizik muayenede; sistosel, rektosel varlığı ve derecesi, stres testi, basit bir nörolojik muayene, laboratuvar değerlendirmesinde ise; tam idrar tetkiki ve idrar kültür antibiogramı ile rutin kan biokimyası incelenmiştir. Hastalar stres inkontinansın derecesine göre; grade I: ağır egzersizle idrar kaçırmaya, grade II: hafif egzersizle idrar kaçırmaya, grade III: Sürekli idrar kaçırmaya olarak sınıflandırılmıştır.⁸ Çalışmaya grade III inkontinanslı hastalar ile, fizik muayenede grade I'den büyük sistosel ve rektoseli olan hastalar dahil edilmemiştir. Ürodinamik inceleme stres ile birlikte urgency inkontinansı

olan ve daha önce anti-inkontinans cerrahisi geçirip rekürrens gösteren hastalara yapılmıştır.

Tüm hastalara profilaktik antibiotik tedavisi başlanmış, postoperatif dönemde kateter çekilinceye kadar devam edilmiştir. Operasyonlar genel veya anestezi altında uygulanmıştır.

Teknik

Litotomi pozisyonunda yatan hastaya gerekli saha örtümü ve temizliğini takiben 16F foley kateter üretral olarak yerleştirilip, traksiyona alınarak mesane boynu belirlendi. Anterior vajinal duvar; foley kateterin balonu yardımıyla mesane boynuna en yakın kesiminden Allis klemple tutulup, 2-3 kez spiral tarzda tüm vajinal duvarı alacak şekilde 1/10 polipropilen ile sütüre edildi. Suprapubik bölgeye 4 cm'lik transvers insizyon yapılır ve yağlı doku geçildikten sonra rektus abdominus fasyasına ulaşıldı. Suprapubik bölgede orta hattın 2 cm lateralinde olacak şekilde, düz Stamey iğnesi ile rektus fasyasından geçilip, vajinal sütür hattındaki parmağımızın kılavuzluğunda pubik kemiği yalayarak vajen ön duvarındaki sütür hattına çakıldı. 20F sheath ve 30 derece optik ile, iğnenin mesaneden geçip geçmediğini kontrol etmek amacıyla sistoskopi yapıldı. Mesaneden geçildiyse işlem tekrarlandı. Anterior vaginal duvara atılan sütürün her iki ucu da iğnenin ucuna takılıp, rektus fasyası üzerine alındı. Aynı işlemler karşı tarafa da uygulandıktan sonra, sütürler karşılıklı çapraz olacak şekilde rektus fasyası üzerinde, sistoskopi kontrolünde mesane boynunun elevasyon ile gülümseme konfigürasyonu şeklini aldığı noktada bağlandı⁹. Üretral kateter postoperatif ortalama 3 gün çekildi.

Hastalar üretral kateter çekilmesinden sonra 7.gün, 3-6-12-18. aylarda değerlendirildi. Kontroller sırasında; inkontinans anamnezi, stres testi, idrar tetkiki ve kültürü yapıldı. İnkontinansı devam eden hastalar ürodinamik incelemeye alındı. Değerlendirme: hastanın anamnezine göre subjektif kriterler; inkontinans olmaması tam iyileşme, nadiren olması iyileşme, sık sık veya sürekli olması başarısızlık, stres testine göre objektif kriterler; stres manevraları ile idrar kaçırmaya başlaması başarı, kaçırma olması başarısızlık göz önüne alınarak yapıldı.

Hastaların izlem süresi ortalama 12.9 ay olup, 3 ile 28 ay arasında değişmektedir.

BULGULAR

Hastaların yaş ortalaması 46.7 yıl (25-64), doğum sayıları ortalama 4 (2-11) olup, kiloları ise ortalama 74.8 kg (60-93) idi. Hikayede stres inkontinansın yanında 11 (% 40) olguda urge inkontinans eşlik etmekteydi. Post-menapozal hasta sayısı 10 olup, 5 hastada Diabetes Mellitus, 2 hastada kronik obstrüktif akciğer hastalığı mevcuttu. Daha önce diğer bir merkezde; 3 hasta histerektomi, 3 hasta da Kelly plikasyon ameliyatı geçirmişti. Yapılan fizik muayenede 18 (% 66) hastada grade I sistosel, 8 (% 29) hastada grade I rektosel tesbit edilmiştir. Urge inkontinans nedeniyle operasyon öncesi yapılan ürodinamik incelemelerde hiçbir hastada detrusör instabilitesi saptanmamıştır.

Operasyon genel veya spinal anestezi altında uygulanmış, ameliyat ortalama 25.7dk. (15-45) sürmüştür. Hiçbir hastada mesane perforasyonu gözlenmemiştir. Ortalama hospitalizasyon süresi üretral kateterli gönderilenler dahil 2.9 gün (1-5) dür. Rezidüel idrar miktarındaki fazlalık nedeniyle üretral kateterli gönderilen hasta sayısı 6 (% 22)'dir. Bu hastaların rahat ve rezidü-süz idrar yapmalarına kadar geçen süre ortalama 10 (3-17) gündür. Post-operatif dönemde 1 hasta da insizyon yerinde enfeksiyon gelişti. Kültür antibiogramına uygun tedaviyle düzeldi. Tüm hastalar postoperatif ilk 2 ay kontinan iken, rekurrensler ortalama 4.2 ay (2-7) da gelişmiştir. Subjektif kriterler göz önüne alındığında başarı oranı % 85.2 iken, objektif kriterlerde bu oran % 74.1 olarak tespit edilmiştir.(Tablo -1). Daha önce an-

ti-inkontinans cerrahisi uygulananlardan 2 vaka kontinan hale gelirken, 1 vakanın inkontinansı devam etti. Histerektomi uygulanmış olan 3 vakanın sadece birinde düzelme gözlenirken diğer 2 vakada herhangi bir değişiklik olmadı. İnkontinansı devam eden ve operasyon öncesi herhangi bir instabilitesi olmayan 2 vaka (% 11.7) detrusör instabilitesi gözlemlendi. Postoperatif sonuçlara göre vakalar tablo-2'de incelenmiştir.

Tablo -2: Postoperatif sonuçlara göre vakaların değerlendirilmesi.

	BAŞARILI VAKALAR	BAŞARISIZLAR VAKALAR
YAŞ(yıl)	45.9 (25-69)	5112 (45-62)
DOĞUM(adet)	4.3 (2-11)	3.4(2-6)
KİLO(kg)	71.8 (60-84)	8312(75-9.3)
ŞİKAYETSÜRESİ(yıl)	6.4 (1-12)	9.6(1-15)
GRADE I SÜİ	16 (%25)	3(%42.6)
GRADE I SÜİ	4 (%20)	4(%57.4)
SİSTOSEL	11 (%55)	7(%100)
REKTOSEL	4 (%20)	4(%57.1)
MENAPOZ	5 (%25)	5(%70.1)

TARTIŞMA

Kadınlarda üriner kontinansın sağlanmasında; etkili üretral kapanma basıncı, abdominal basınç artışlarının mesane ve proksimal üretraya eşit olarak iletilmesi, fonksiyonel üretral uzunluk, pelvik taban kaslarının stress anında mid-üretral basıncı artırması, sfinkterik ünitenin normal anatomik lokalizasyon ve fonksiyonda olması, mesane boynunu valv etkisi ile üretral mukozal kapanmanın bir denge halinde çalışması gibi nedenler gerekmektedir¹⁰. Çeşitli faktörler nedeniyle pelvik taban yetmezliği gelişen kadınlarda; proksimal üretra ve mesane boynu arkaya ve aşağıya doğru rotasyona uğramakta, yeterince üretral kapanma gerçekleşmemekte ve bunun sonucunda stress anında idrar kaçırması gözlenmektedir. Bu nedenle anatomik stress üriner inkontinansın cerrahisindeki asıl amaç proksimal üretra ve mesane boynunu yüksek retropubik pozisyona getirerek mesane tabanını desteklemek, yeterli üretral kapanmayı sağlayarak stress anında gelişecek inkontinansı önlenmektir. Bu amaçla tarif edilmiş mesane boynu suspansiyon yöntemleri minimal ağrı, morbidite ve maliyete yol açması nedeniyle standart tedaviler olarak kabul edilmiştir¹¹.

Tablo -1 Operasyon sonrası başarı oranları

	Vaka n(%)
SUBJEKTİF	
Tam iyileşme	16(59.3)
İyileşme	7(25.9)
Başarısız	23(85.9)
OBJEKTİF	
Başarılı	20(74.1)
Başarısız	7(25.9)

Gittes'in tanımladığı "insizyonsuz pubovajinal süspansiyon" yöntemine kadar, SUI cerrahi prosedürlerinin hepsinde; suprapubik bölge ve/veya vajen ön duvarının tam kat insizyonuna gerek duyulmaktaydı.⁷ Gittes'in tanımladığı bu yöntemde vajen ön duvarına mesane boynu hizasından atılan tam kat sütürlerin, belli bir gerginlik altında suprapubik yağlı dokuda bağlanmasını takiben bir süre sonra vajen duvarını kestikleri gözlenmiştir. Sonuçta gerginlik azalmakta, anterior vajinal duvar aşağı inerek nötral pozisyona gelmektedir. Fakat sütürlerin yukarı doğru ilerleme sürecinde, her iki tarafta fibroblastik aktivitenin uyarılması ile doğal bir fibroz doku oluşmaktadır. İşte oluşan bu skar dokusu, internal bir yastık gibi etki göstererek mesane boynuna otolog bir destek sağlamaktadır. Biz Gittes'in yönteminde olduğu gibi vajen ön duvarına insizyon yapmazken, suprapubik bölgeye nokta tarzında paralel insizyonlar yerine, rektus fas-yasına rahat ulaşmak amacıyla, orta hatta 4 cm'lik transvers insizyon yapmayı tercih ettik. Rektus fasyası üzerinde bağlamamızın amacı; suprapubik yağlı dokuda bağlanan sütürlerin, kısa sürede yağlı dokuyu keserek rektus fasyası üzerine inmesiyle suspansuar etkide azalma olmaktadır. Azalan bu suspansuar etkinin, gerginliği azaltıp, sütürlerin vajen duvarını kesme işlemini yetersiz yapacağı düşünülmüştür. Ayrıca suprapubik bölgedeki gerginliğin çok iyi ayarlanması gerekmektedir. Aşırı gergin bağlandığı zaman; sütürler vajen duvarını hızla kesmekte ve kısa sürede eski konumuna gelmektedir. Bunun sonucu esas etkiyi oluşturan skar dokusunun tam olarak oluşmadığından bahsedilmektedir¹². Rektus fasyası üzerinde sütürleri karşılıklı bağlamamız sayesinde; iki sütür hattı arasında dengeli bir gerginlik oluşturup, mesane boynu ve proksimal üretrayı eşit oranda kaldırarak etkili bir suspansiyon sağlayabileceğimizi düşündük.

Operasyonda uyguladığımız, iğneyi bir kez geçme modifikasyonu ile hem mesane perforasyonu riskini, hem de sinir sıkışması sonucu gelişen nöropati riskini minimuma indirmek amaçlanmıştır. Literatürde % 6 oranında görülen mesane perforasyonu, % 16 oranında görülen ilioinguinal nöropati ve çok daha nadir, fakat daha dramatik seyreden obturator nöropati kompli-

kasyonları bizim serimizde hiçbir vakada gözlenmemiştir^{12,13}.

SUI cerrahisi sonrası % 7-28 oranında gözlenen de-novo detrusor instabilitesi, bizim serimizde 2 olguda (% 11.7) gözlenmiştir¹⁴. Her iki olguda antikolinerjik tedaviye cevap vermiştir.

Uygulanan bu tekniğin erken dönemde orijinal Gittes yöntemine göre avantajı mesane perforasyonu ve sinir sıkışması riskini minimuma indirmesidir. Tek seferde geçirilerek yapılan süspansiyonun¹², 9 aylık takipte % 74.1 başarı göstermiş olması; Grade I, primer, pre-menopozal, pelvik prolapsusun eşlik etmediği, ideal vücut ağırlığında, operasyon süresinin kısa sürmesi gereken hastalarda uygulanabilecek bir yöntem olduğunu düşündürmektedir. Fakat cerrahi tedavideki yeri ve başarısı konusundaki gerçekçi değerlendirmeler, uzun dönem sonuçlar ve aynı özelliklere sahip hasta gruplarında diğer tekniklerle karşılaştırmalı olarak yapılacak çalışmalar sonucu ortaya çıkacaktır.

KAYNAKLAR:

- 1- Baldwin D.D., Hadley R.: Stress Urinary Incontinence: Urinary Incontinence, Edited by O'Donnell P.D.: First edition. Misiore, Mosby-Year Book, Inc. 190-197, 1997.
- 2- Foldspang A., Mommsen S.: Adult female urinary incontinence and childhood bedwetting. J Urol 152: 85-88, 1994.
- 3- Burgio KL., Matthews KA., Engel BT.: Prevalence, incidence and correlates of urinary incontinence in healthy, middle-aged women, J Urol 146: 1255-1259, 1991.
- 4- Walters MD., Realini JP., Dougherty M.: Nonsurgical treatment of urinary incontinence. Curr Op Obstet Gynecol. 4t: 554-558, 1992.
- 5- Pereyra AJ.: Simplified surgical procedure for the correction of stress urinary incontinence in women. West J Surg. 67:223,2959.
- 6- Raz S., Stothers L., Chopra A.: Vaginal surgery for female incontinence and vaginal wall prolapse. Textbook of Operative Urology, Edited by Marshall FF., First edition Philadelphia, Saunders Company. 759-778, 1996.
- 7- Gittes RF., Loughlin KR.: No-incision pubovaginal suspension for stress incontinence. J Urol., 138: 568, 1987.
- 8- Stamey A.T.: Urinary incontinence in the female: The stamey endoscopic suspension of the vesical

- neck for stress urinary incontinence. Campbell's Urology, (Edited by Patrick C. Walsh), Sixth edition, Philadelphia, Saunders. 2829-2850, 1992.
- 9- Kursh ED.: No-incision Endoscopic Urethropexy. Female Urology, (Edited by Kursh ED., Mc Guire EJ., First edition. Philadelphia., JB Lippincott. 227-238, 1994.
- 10- Person DF., Raz S.: Why Anti-incontinence surgery succeeds or fails. Female Urology. Edited by Raz S. Second edition. Philadelphia, Saunders Company. 435-442, 1996.
- 11- Spencer JR., O'Conner VJ., Schaeffer AJ.: A comparison of endoscopic suspension of the vesical neck with suprapubic vesicourethropexy for the treatment of stress urinary incontinence. J Urol, 137: 411-414, 1987.
- 12- Gittes RF.: No-incision Urethropexy. Female Urology. Edited by Raz S., Second edition. Philadelphia, Saunders Company. 328-332, 1996.
- 13- Benson JT., Agosta A., McCellan E.: Evaluation of a minimal-incision pubovaginal suspension as adjunct to other pelvic floor surgery. Obstet Gynecol., 75: 844-848, 1990.
- 14- Schübler B., Anthuber C.: Incontinence Surgery. Curr Op Urol., 2: 283-287, 1992.