

# Stres inkontinans cerrahisinde kliniğimizde uygulanan minimal modifiye Çolakoğlu iğne süspansiyon yönteminin kısa dönem sonuçları

Okan Özkaya

Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hast. ve Doğum A.D. Isparta

## Özet

Bu çalışmadaki amaç, Çolakoğlu ve ark. tarafından tanımlanmış iğne süspansiyon yönteminde minimal modifikasyonlar yapılarak opere edilmiş, stres inkontinans hastalarının kısa dönem sonuçlarını değerlendirmektir. Ocak 2007-Kasım 2008 arasında, Çolakoğlu ve ark. tarafından tanımlanan ve tarafımızdan minimal modifiye edilen iğne süspansiyonu yöntemi ile opere edilen 12 hasta retrospektif olarak çalışmaya alındı. Çalışmaya alınan 12 hastanın yaş ortalamaları  $59.1 \pm 10.8$  yıl, gravida'ları  $6.4 \pm 3.2$ , parite'leri  $5.5 \pm 3.2$  idi. Cerrahi sonrasında 1 (%8) hastada idrar yapmada zorluk, fazla rezidü idrar nedeniyle sütürleri açıldı. Postoperatif 4. ve 8.hafta kontrolde 11 (%92) hastanın hiçbirinde inkontinans saptanmadı. Bu cerrahi teknik, ucuz ve basit olması, kısa dönemde son derece başarılı sonuçlarının olması açısından iyi bir yöntem gibi görünmektedir.

**Anahtar Kelimeler:** Stres inkontinans, iğne süspansiyon, kısa dönem sonuç.

## Abstract

**The short-time results of minimal modified çolakoğlu needle suspension method which is applied in stress incontinence surgery in our clinic**

The aim of the study to evaluate the short-time results of stress incontinence patients who had operated needle suspension method which is minimal modified, defined by Çolakoğlu et al. Between, January 2007–November 2008, 12 patients have taken in study who had operated needle suspension method which is minimal modified by us and defined by Çolakoğlu et al. The average age of 12 patients are  $59.1 \pm 10.8$  years, gravity's are  $6.4 \pm 3.2$  and parity's are  $5.5 \pm 3.2$  In postoperative period 1 patient's sutures (%8) was taken because of difficulty in mision and residue urine. Postoperative 4. and 8. week's controls any patients had urinary incontinence. This surgical technique seems to be a good method, because it is cheap, easy, and has successful results in short time.

**Key words:** Stress incontinence, needle suspension, short time result.

## Giriş

Üriner inkontinans kadınların yaklaşık %10-40'ını etkileyen önemli bir sağlık sorunudur (1). Üriner inkontinansın tanımlanmış birçok tipi olmakla birlikte, en sık görüleni stres inkontinanstır (SUI) (2-4). SUI efor, egzersiz, öksürme ve hapşırma gibi intrauterin basıncın arttığı durumlarda istem dışı idrar kaçırma olarak tanımlanmaktadır (5). Patofizyolojisinde üretral basınç önemli rol oynamaktadır (2). Üretral basıncı etkileyen faktörler ise, mesane boynunun durumu, sfinkter kas dokusu, damar oluşumları, sinir uyarısı ve çevre yumuşak dokudur (2).

SUI tedavisinde şimdiye kadar halen tam bir başarı sağlanamamıştır. Bu nedenle literatürde 200 kadar tedavi yöntemi tanımlanmaktadır(6). Her yöntemin kendine özgü avantaj ve dezavantajları vardır. Bu nedenle seçilen tedavi yöntemi hastaya göre planlanmalıdır (6).

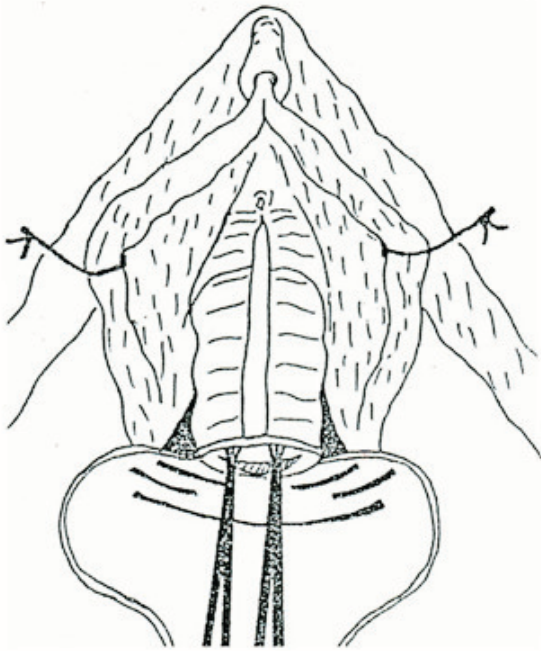
Biz kliniğimizde, SUI cerrahi tedavisi için daha önce Çolakoğlu ve ark. (7) tarafından tanımlanmış iğne süspansiyon yönteminde minimal modifikasyonlar yaparak opere edilmiş hastaların kısa dönem sonuçlarını yayınlamayı amaçladık.

**Yazışma Adresi:** Doç. Dr. Okan Özkaya  
İskender Mh. 121. Cad. Nanelidere Apt. B Blok, No: 34/4  
32040 Isparta, Türkiye  
Tel : 0 542 326 5900 Faks: 0 246 237 1762  
e-mail: drokanozkaya@yahoo.com

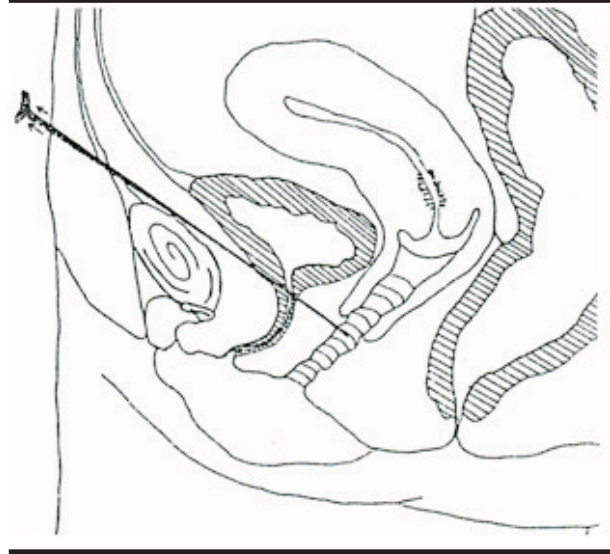
Müracaat tarihi: 04.11.2008  
Kabul tarihi: 02.04.2009

### Gereç ve Yöntem

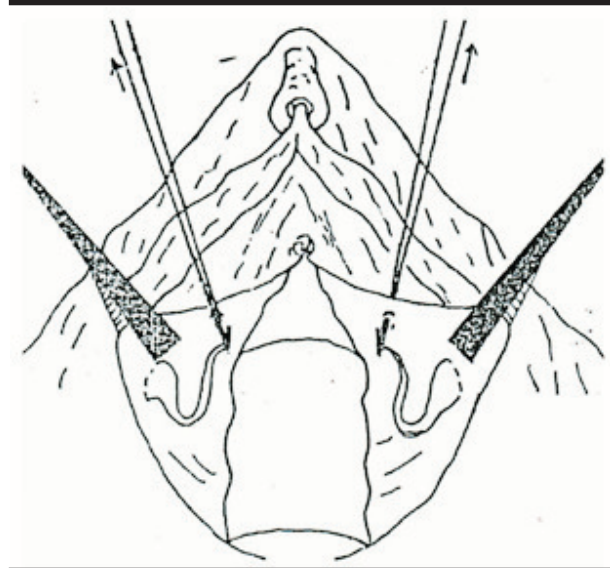
Kliniğimizde son iki yıl içerisinde (Ocak 2007-Kasım 2008) Çolakoğlu ve ark. (7) tarafından tanımlanan ve tarafımızdan minimal modifiye edilen iğne süspansiyonu yöntemi ile opere edilen 12 hasta retrospektif olarak çalışmaya alındı. Çalışmaya alınma kriteri olarak, hastaların tamamının aynı iğne süspansiyonu yöntemi ile ve aynı cerrah (O.Ö) tarafından opere edilmesi özellikleri arandı. Cerrahi uygulanacak hastalarda stres inkontinans tanısı anamnez, jinekolojik muayene ve basit testler (stres test) ile konuldu. Tanıda şüpheye düşülen durumlarda ürodinamik testlerden yararlandı. Hastaların tamamına cerrahiden önce yapılacak operasyon ayrıntılı olarak anlatıldı. Gelişebilecek komplikasyonlar ve cerrahinin başarısı hakkında bilgi verildi. Hastaların tamamından cerrahi öncesi aydınlatılmış cerrahi yazılı onam alındı. Cerrahide kullanılan yöntem Çolakoğlu ve ark.'nın (7) tanımladığı şekilde yapıldı (Şekil 1,2 ve 3). Sadece iki noktada cerrahi yöntemde minimal modifikasyon yapıldı. İğne olarak tanımlanan 2.5 mm kalınlığındaki iğne yerine, 3 nolu basit örgü şişi kullanıldı (Şekil 4). İkinci olarak Şekil 3'de tarif edilenden farklı olarak, prolen sütür açılmış olan anterior vajinal doku köşesi yerine, mesane boynu dahil tüm üretra boyunca yaklaşık 2-2.5 cm uzunluğunda olacak şekilde paraüretral dokudan geçirildi. Cerrahi sırasında mesane açısından şüphe duyulan vakalar için sistoskopi yapılması planlandı.



Şekil 1. Vajen ön duvarının T şekli açılması (Çolakoğlu ve ark. alınmıştır)



Şekil 2. İğnenin pubis arkasından endopelvik fasyayı delerek vajene iletileşi (Çolakoğlu ve ark. alınmıştır)



Şekil 3. Prolen sütürün açık ön vajinal duvar köşesinden geçirilmesi (Çolakoğlu ve ark. alınmıştır)

Hastalar postoperatif hastanede kalış süreleri, sonda çekilmesi sonrası idrar yapma durumları, rezidü idrar durumları, postoperatif şikayetleri ve stres inkontinans açısından kısa dönem (ilk 4 hafta) prospektif olarak değerlendirildi. Yine hastalar ilk 8 hafta klinik durumları açısından prospektif, sonraki 18 aya kadar olan dönem için retrospektif olarak değerlendirildiler. Tüm değerlendirmeler aynı kişi (O.Ö) tarafından yapıldı. Değerlendirmeler, anamnez, fizik muayene, stres test gibi basit değerlendirme yöntemleri kullanılarak yapıldı. İstatistiksel analizde SPSS (Statistical Packages for the Social Science) sürüm 15.0' da "student's t-test" kullanıldı.



Şekil 4. Süspansiyon için kullanılan 3 no örgü şişi (ucu delinmiştir=siyah ok)

### Bulgular

Çalışmaya alınan 12 hastanın yaş ortalamaları  $59.1 \pm 10.8$  yıl, gravida'ları  $6.4 \pm 3.2$ , parite'leri  $5.5 \pm 3.2$  idi. Hastaların 10 (%83)'ü postmenopozal dönemde bulunuyordu. Hastaların 4'ünde SUI dışında 2-3. derece sistosel varken, %67 (8 hasta)'sinde subtotal veya total uterin prolapsus SUI'a eşlik ediyordu. Hastaların demografik özellikleri, cerrahi endikasyonları, yapılan operasyonlar, postoperatif 1. hafta ve 4. hafta sonu değerlendirme sonuçları Tablo 1'de verilmiştir.

Tablo 1. Hastaların demografik özellikleri, cerrahi endikasyonları, yapılan cerrahi tedavileri ve kısa dönem cerrahi sonuçları

No	Yaş (yıl)	Gravida	Parite	Cerrahi endikasyon	Yapılan cerrahi tedavi	SONUÇ	
						1. hafta	4. hafta
1	48	6	6	UP, SUI	VH, İS, SSF Kolporafi A/P	–	-
2	56	5	3	SUI, sistosel	İS, Kolporafi Anterior	-	-
3	46	6	2	SUI, sistosel	İS, Kolporafi A/P	Ağrı	Ağrı
4	66	7	5	UP, SUI	VH, İS, Kolporafi A/P	-	-
5	75	14	12	UP, SUI	VH, İS, SSF Kolporafi A/P	-	-
6	54	6	6	UP, SUI	VH, İS, SSF Kolporafi A/P	-	-
7	67	3	3	SUI, UP	VH, İS, Kolporafi A/P	-	-
8	45	2	2	SUI, sistosel	İS, Kolporafi A/P	-	-
9*	58	7	7	SUI, sistosel	İS, Kolporafi A/P	Rezidü, idrar yapamama	-
10	58	3	3	UP, SUI	VH, İS, SSF Kolporafi A/P	-	-
11	79	10	10	UP, SUI	VH, İS, SSF Kolporafi A/P	Ağrı	Ağrı
12	58	8	8	UP, SUI	VH, İS, SSF Kolporafi A/P	Ağrı	Ağrı

Cerrahi sonrasında 1 (%8) hastada idrar yapmada zorluk, fazla rezidü idrar nedeniyle hastane taburculuğu 2 haftaya uzatıldı. İkinci hafta sonrasında şikayetleri devam eden hastanın prolen sütürleri kesilerek süspansiyon açıldı. Diğer 11 (%92) hastanın buna benzer herhangi bir problemi olmadı ve bu hastaların tamamı en geç 3-4. günde hastaneden taburcu edildi. Kısa dönem ilk 4 hafta içi takipte hastaların 3 (%25)'inde prolen sütür düğüm bölgesinde acı ve ağrı hissi vardı. Postoperatif 8.hafta kontrolde ise hastadan hiçbirinde herhangi bir şikayet yoktu. Hiçbir hasta SUI tanımlamıyordu. Muayene ve stres teste 11 hastanın hiçbirinde inkontinans saptanmadı. Takip döneminde 10 ayı geçen 6 hastanın tamamında 10. ayda inkontinans öyküsü ve muayene bulgusu yoktu.

### Tartışma

SUI sıklığı 45-49'lu yaşlarda pik yapmaktadır (1). Ancak literatürde çok genç yaşlarda doğum yapmamış kadınlarda, gebelerde bile SUI durumundan bahsedilmektedir (2,8). Ancak gebelerde saptanan inkontinans doğum sonrasında gerilemektedir. SUI etyolojisi halen açık değildir. Literatürde sık vajinal doğumlardan sonra sıklığın arttığı bildirilmektedir (9,10). Burada neden olarak ise pelvik doku yapısında bozulma, levator kasında tahribat, mesane boynu sarkması suçlanmaktadır (2). Bizim çalışma vakalarımızın tamamı 45 yaş ve üzerinde, ayrıca yüksek parite oranına ( $5.5 \pm 3.2$ ) sahip hastalardan oluşmaktaydı.

SUI cerrahi tedavisinde birçok cerrahi yöntem sunulmaktadır. Bunun esas nedeni hiçbir cerrahi yöntemin tam başarı sağlamaması ve ek cerrahi işlemlerin gerekliliğidir. Çünkü bu hastaların birçoğunda SUI ile beraber uterin prolapsus gibi ek durumlar eşlik etmektedir. Bizim çalışma vakalarımızın sadece 4'ünde esas cerrahi endikasyonu SUI oluşturmaktaydı. Diğerlerinin tamamında uterin desensus eşlik ediyordu ve bu nedenle hastalara iğne süspansiyonu ile beraber, vajinal histerektomi ve sakrospinöz ligament fiksasyonu ameliyatı da yapılmıştı.

SUI cerrahi tipinin seçiminde, hastanın anatomik ve ürolojik yapısı, hekimin deneyimi, beraberinde ek patoloji bulunması gibi durumlar önemli rol oynamaktadır (6). Günümüzde SUI cerrahisinde en sık kullanılan yöntemler; kolporafi anterior ve Kelly plikasyonu (11), retropubik süspansiyon (Burch ve Marshall-Marchetti-Krantz operasyonu)(12), iğne süspansiyonu (13), TVT-TOT (14,15) ve sling (16)



yöntemleridir. Literatüre göre bunlardan uzun dönemde en başarılı olanlar retropubik süspansiyon ve TVT yöntemleridir. Ancak bunlar iğne süspansiyonuna göre, hem komplikasyon oranları fazla, hem de daha pahalı yöntemlerdir (2). Subakk ve ark. (17) yaptıkları çalışmada üriner inkontinansi olan hastaların yıllık tedavi kuru için 1400 USD harcadıklarını belirtmektedir (17). Cerrahi ile bu miktarın arttığı düşünülürse, cerrahi yöntemlerin olabildiğince ucuz olması hasta ve ülke ekonomisi için uygundur. Minimal modifiye Çolakoğlu iğne süspansiyon yöntemi, cerrahiye ek olarak sadece bir örgü şişi ve 2 adet 1 no prolen sütür gerektirmesi açısından son derece ucuz bir yöntemdir. Ayrıca komplikasyon oranı son derece düşüktür. Biz hiçbir hastamızda mesane ve diğer organ yaralanması saptamadık. Sadece kendimizi kontrol amaçlı ilk 3 hastada sistoskopi ile mesaneyi değerlendirdik. Bu yöntemin kısa dönemde en önemli dezavantajı, sütürlerin sıklığının ayarlanmasının, yani süspansiyon derecesinin göreceli olarak hekimin tecrübesine bağlı olmasıdır. Bu durum tecrübe kazanıldıkça giderilebilir görünmektedir. Bizim sadece 1 vakamızda süspansiyon fazla olduğu için sütürler kesilerek hastanın rahat idrar yapması sağlandı.

Literatürde iğne süspansiyon yöntemleri için, erken dönemde başarılı, ancak 5-10 yıllık dönemde %30-50'lik düşük bir başarı oranları olduğundan bahsedilmektedir (6,18). Ancak minimal modifiye Çolakoğlu iğne süspansiyonu yönteminde prolen sütür tüm üretra boyunca yaklaşık 2-2.5 cm uzunlukta para üretral dokulardan geçirilmektedir. Bu durum sütürlerin ileri dönemde gevşeme riskini azaltıp başarı oranlarını arttırabilir.

Sonuç olarak, hasta sayımızın az olması önemli bir dezavantajdır. Yine hastalarımızın yarısı yaklaşık 1 yıllık süreyi doldürmüştür. Fakat bu hastaların halen hiçbirinde herhangi bir inkontinans şikayeti yoktur. Tüm bunlar göz önüne alındığında, bu yöntem, ucuz ve basit olması, kısa dönemde son derece başarılı sonuçlarının olması ve vajinal histerektomi gibi desensus operasyonlarına eklenebilmesi açısından iyi bir yöntem gibi görünmektedir.

### Teşekkür

Bu yöntemi tanımlayan Çolakoğlu ve arkadaşlarına, verileri toplamamda bana yardımcı olan Dr. Esra Nur Tola ve Dr. Burcu Çınar'a çok teşekkür ederim.

### Kaynaklar

1. Hannestad YS, Rortveit G, Sandvik H, Hunskaar S; Norwegian EPINCONT study. Epidemiology of Incontinence in the County of Nord-Trøndelag. A community-based epidemiological survey of female urinary incontinence: the Norwegian EPINCONT study. *Epidemiology of Incontinence in the County of Nord-Trøndelag. J Clin Epidemiol* 2000;53:1150-7.
2. Nygaard IE, Heit M. Stress urinary incontinence. *Obstet Gynecol.* 2004;104:607-20.
3. Harding CK, Thorpe AC. Surgical treatment for stress urinary incontinence. *Int J Urol* 2008;15:27-34.
4. McKertich K. Urinary incontinence-assessment in women: stress, urge or both? *Aust Fam Physician* 2008;37:112-7.
5. Abrams P, Cardozo L, Fall M, Griffiths D, Rosier P, Ulmsten U, et al; Standardisation Sub-committee of the International Continence Society. The standardisation of terminology of lower urinary tract function: report from the Standardisation Sub-committee of the International Continence Society. *Neurourol Urodyn* 2002;21:167-78.
6. Schulz JA, Drutz HP. The surgical management of recurrent stress urinary incontinence. *Curr Opin Obstet Gynecol* 1999;11:489-94.
7. Colakoğlu M, Capar M, Kiliç M, Colakoğlu U, Kaya H, Acar A. A new needle suspension procedure for genuine stress incontinence and anterior vaginal wall prolapse. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct* 1996;7:64-7.
8. Viktrup L, Lose G, Rolff M, Barfoed K. The symptom of stress incontinence caused by pregnancy or delivery in primiparas. *Obstet Gynecol* 1992;79:945-9.
9. Peschers UM, Schaer GN, DeLancey JO, Schuessler B. Levator ani function before and after childbirth. *Br J Obstet Gynaecol* 1997;104:1004-8.
10. DeLancey JO, Kearney R, Chou Q, Speights S, Binno S. The appearance of levator ani muscle abnormalities in magnetic resonance images after vaginal delivery. *Obstet Gynecol* 2003;101:46-53.
11. Bergman A, Elia G. Three surgical procedures for genuine stress incontinence: five-year follow-up of a prospective randomized study. *Am J Obstet Gynecol* 1995;173:66-71.
12. Albo ME, Richter HE, Brubaker L, Norton P, Kraus SR, Zimmern PE, et al.; Urinary

13. Incontinence Treatment Network. Burch colposuspension versus fascial sling to reduce urinary stress incontinence. *N Engl J Med* 2007;356:2143-55.
14. Bidmead J, Cardozo L. Four decades of needle bladder neck suspension. *Br J Urol* 1998;82:171-3.
15. Esinler İ, Öktem M, Yavuz E, Kuşcu E, Zeyneloğlu HB. Transobtüratör tape (TOT): Bir yıllık takip sonuçları. *Jinekoloji ve Obstetrik Dergisi* 2006;20:83-7.
16. Kılıçarslan H, Vuruşkan H, Doğan HS. Kadınlarda tüm stres üriner inkontinans tedavisinde otolog rektus fasyası kullanılarak yapılan pubovajinal sling. *Uludağ Ün Tıp Fak Dergisi* 2007; 33:11-4.
17. Subak LL, Brubaker L, Chai TC, Creasman JM, Diokno AC, Goode PS, et al.; Urinary Incontinence Treatment Network. High costs of urinary incontinence among women electing surgery to treat stress incontinence. *Obstet Gynecol* 2008;111:899-907.
18. Kuczyk MA, Klein S, Grünewald V, Machtens S, Denil J, Höfner K, et al. A questionnaire-based outcome analysis of the Stamey bladder neck suspension procedure for the treatment of urinary stress incontinence: the Hannover experience. *Br J Urol* 1998;82:174-80.