

Kadın hastalarda antiinkontinan cerrahi girişim sonuçları

Cabir Alan (*), Bedrettin Seçkin (*), Oktay Demirkesen (**), Bülent Çetinel (**), Koray Erten (*), A.Önder Örs (*), Lütfü Tahmaz (*)

Özet

Bu çalışmada stres ile idrar kaçırma nedeniyle antiinkontinan cerrahi girişim uygulanan hastaların sonuçları değerlendirildi. Stres ile idrar kaçırma şikayeti nedeniyle 1991 ile 2004 yılları arasında değişik zamanlarda antiinkontinan cerrahi girişim uygulanan hastalardan telefon ile temas sağlanabilen 196 hastaya aynı sorgulama formu doldurtularak elde edilen sonuçlar değerlendirildi. Burch kolposüspansiyonunun 1991 ile 1998 yılları arasında uygulandığı hastaların 81'ine, pubovajinal sling'in 1995 ile 2004 yılları arasında uygulandığı hastaların 40'ına ve "tension free vaginal tape"nin 2001 ile 2004 yılları arasında uygulandığı hastaların 75'ine ulaşıldı. Sorgulama formunda 10 soru kontinans durumu ile ilgili, 5 soru gelişebilecek komplikasyonlarla ilgili, 4 soru hasta memnuniyeti ile ilgiliydi. Başarı oranı, sorgulamada cerrahi sonrası hiçbir şekilde idrar kaçırmadığını ifade eden hastalar dikkate alınarak hesaplandı. Burch kolposüspansiyon uygulanan grupta ortalama takip süresi 53.6 (38-94) ay olan 81 hastadan 28'i (%36) idrar kaçırması olduğunu belirtti. Pubovajinal sling uygulanan grupta ortalama takip süresi 42.6 (7.1-107.9) ay olan 40 hastadan 12'si (%30) idrar kaçırması olduğunu belirtti. "Tension free vaginal tape" uygulanan

grupta ortalama takip süresi 21.6 ay (6-38.9) olan 75 hastadan 8'i (%11) idrar kaçırması olduğunu belirtti. Ürodinamik stres inkontinans cerrahi tedavisinde uzun dönemde etkinliği en yüksek olan girişim pubovajinal sling gibi görünmektedir. "Tension free vaginal tape" sonuçlarını diğer tedavi yöntemleri ile karşılaştırmak için geç dönem sonuçlarını beklemek gerekmektedir.

Anahtar kelimeler: Gerçek stres inkontinans, pubovajinal sling, "tension free vaginal tape"

Summary

Results of the anti-incontinence surgery in female patients

In this study, results of the anti-incontinence surgery performed due to stress type urinary incontinence were evaluated. Of all the patients performed anti-incontinence surgery due to genuine stress incontinence in different time periods between 1991 and 2004, 196 patients who can be contacted on phone were evaluated with the same questionnaire form. Eighty one patients performed Burch colposuspension between 1991 and 1998, 40 patients performed pubovaginal sling between 1995 and 2004, and 75 patients performed tension free vaginal tape between 2001 and 2004 were reached. In the questionnaire form 10, 5 and 4 questions were about continence, probable complications and patient satisfaction, respectively. Success rate was calculated considering only patients with no signs or symptoms of incontinence after surgery. In the Burch colposuspension group 28 (36%) of the 81 patients followed up with a mean period of 53.6 (38-94) months declared inconti-

nence. In the pubovaginal sling group 12 (30%) of the 40 patients followed up with a mean period of 42.6 (7.1-107.9) months declared incontinence. In the tension free vaginal tape group 8 (11%) of the 75 patients followed up with a mean period of 21.6 (6-38.9) months declared incontinence. The most effective method in the surgical repair of urodynamical stress incontinence seems to be pubovaginal sling in the long term. Long term results of tension free vaginal tape should be seen to compare with the other treatment modalities.

Key words: Genuine stress incontinence, pubovaginal sling, tension free vaginal tape

Giriş

İnkontinans, kadınların %14'ünü etkileyen genel bir problemdir (1). İnkontinans yakınmasıyla başvuran hastaların yaklaşık %50'sinde ürodinamik stres inkontinans (ÜSİ) tanısı konmaktadır (2). ÜSİ, detrusor kontraksiyonu olmaksızın karın içi basınç artışının üretral direnci aştığı zaman oluşur. Stres inkontinans etiolojisinin belirlenmesiyle birlikte yer değiştirmiş sağlam sfinkterik birimin düzeltilmesi için suprapubik veya vajinal yoldan uygulanan pek çok farklı cerrahi yöntem tarif edilmiştir (3). Bu yöntemlerin çoğunda amaç, midüretral segment ve mesane boynunun hipermobilitesi için destek dokularının

* GATA Üroloji AD

**İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Üroloji AD

Aynı basım isteği: Dr. A.Önder Örs, GATA Üroloji AD, Etlik-06018, Ankara
E-mail: ondors@yahoo.com

Makalenin geliş tarihi: 07.08.2006

Kabul tarihi: 09.05.2007

rekonstrüksiyonunu sağlamaktır. ÜSİ için çok farklı cerrahi seçenekler bulunduğundan hangi tedavinin en iyi olduğuna karar vermek güç olabilir. Cerrahi öncesi değerlendirme tam olarak yapılarak, ÜSİ'nin cerrahi tedavisine ilişkin belirli kılavuzlar izlenerek, inkontinansı ve aynı anda bulunabilen başka bir patolojiyi tümüyle ortadan kaldıran kapsamlı bir tedavi gerçekleştirilebilir.

Bu çalışmada ÜSİ nedeniyle değişik tipte antiinkontinan girişim uyguladığımız hastaların sonuçları değerlendirilmiştir.

Gereç ve Yöntem

Telefon ile ulaşmak suretiyle 1991-1998 yılları arasında Burch kolposüspanسیون uygulanan hastaların 81'ine, 1995-2004 yılları arasında pubovajinal sling (PVS) uygulanan hastaların 40'ına ve 2001-2004 yılları arasında "tension free vaginal tape" (TVT) uygulanan hastaların 75'ine sorgulama formları doldurtularak sonuçlar değerlendirildi.

Ürodinamik çalışmada üroflovetri, dolum sistometrisi, Valsalva kaçırma anı basıncının ölçümü, ped testi, postmiksiyonel rezidü tayini yapıldı. Gerektiğinde bu testlere basınç akım çalışması eklendi. Hastalara en az 3 günlük sıklık hacim çizelgesi doldurtuldu. Valsalva kaçırma anı basıncı, ayakta ve oturur pozisyonda, dolum sistometrisinden sonra ölçüldü. Mesane boşaltıldıktan sonra oda sıcaklığındaki sırasıyla 200 ve 300 cc serum fizyolojikte tekrar dolduruldu. Hasta, üretradan idrar sızıntısı görülene kadar Valsalva manevrası (ıkmama ve öksürme) uyguladı. Bu işlem her iki volümde de tekrarlandı. İdrar sızıntısına neden olan en düşük mesane basıncı Valsalva kaçırma anı basıncı olarak kaydedildi.

Kırk hastaya pubovajinal sling (5), 81 hastaya Burch kolposüspanسیون (6) ve 75 hastaya TVT (7) daha önce tanımladığı şekilde uygulandı. Hastalara sorgulama formu doldurtularak sonuçlar değerlendirildi. On soru kontinans durumu ile ilgili, 5 soru gelişebilecek komplikasyonlarla ilgili, 4 soru hasta memnuniyeti ile ilgiliydi. Başarı oranı, sorgulamada hiçbir şekilde inkontinansı olmadığını ifade eden hastalar dikkate alınarak hesaplandı. Çalışmamız tanımlayıcı tiptedir.

Bulgular

Çalışma gruplarındaki hastaların tedavi sonuçları Tablo 1'de verilmiştir. Burch kolposüspanسیون uygulanan 81 hastanın ortalama takip süresi 53.6 (38-94) ay idi. Yirmi sekiz (%36) hastada inkontinans saptandı. İnkontinans tipi sorgulandığında 12 hastada stres inkontinans, 15'inde sıkışma inkontinansı saptandı, 1 hasta ise hangi durumda kaçırıldığından emin değildi. Stres ile idrar kaçırma 12 hasta dışındaki 16 hastaya oksibutin hidroklorid tedavisi başlandı. Tedaviyi düzenli uygulayan 9 hastanın ilaç kullandıkları sürece kontinans oldukları saptandı. Tedaviyi bırakan 7 hastadan 3'ü ilaçtan fayda görmediği için, 2'si yan etkilerinden dolayı ilacı bıraktı ve ek bir tedavi istemedi. İki hasta diğer sağlık sorunları nedeni ile kaybedildi. İnkontinans açısından ameliyat öncesi ve sonrası durum karşılaştırıldığında 45 has-

ta (%55) tam iyi, 21 hasta (%26) daha iyi, 12 hasta (%15) aynı durumda, 3 (%4) hasta daha kötü durumda olduğunu bildirdi. Altmış hasta (%74) böyle bir sonuçla tekrar aynı ameliyatı olabileceğini ve benzer yakınmaları olanlara tavsiye edebileceğini vurguladı.

PVS uygulanan 40 hastanın ortalama takip süresi 42.6 (7.1-107.9) ay idi. On iki (%30) hastada inkontinans saptandı. İnkontinans hastaların kaçırma tipi sorgulandığında 4 hastada (%10) stres, 5 hastada (%13) sıkışma, 2 hastada (%5) ise her iki durumda da inkontinans olduğu saptandı. Bir (%2) hasta ise hangi durumda kaçırıldığından emin değildi. Stres ile idrar kaçırma 4 hasta dışındaki 8 hastaya oksibutin hidroklorid tedavisi başlandı. Tedaviyi düzenli uygulayan 3 hastanın ilaç kullandıkları sürece kontinans oldukları saptandı. Tedaviyi bırakan 5 hastadan 2'si tedaviden fayda görmediği için, 3 hasta ise yan etkilerinden dolayı ilacı bıraktı. İnkontinans açısından ameliyat öncesi ve sonrası durum karşılaştırıldığında 27 (%67.5) hasta tam iyi, 10 (%25) hasta daha iyi, 3 (%7.5) hasta aynı durumda olduğunu bildirdi. Otuz altı (%90) hasta böyle bir sonuçla tekrar aynı ameliyatı olabileceğini ve benzer yakınmaları olanlara tavsiye edebileceğini vurguladı.

TVT uygulanan 75 hastanın ortalama takip süresi 21.6 ay (6-38.9) idi. Sekiz (%11) hastada inkontinans saptandı. İnkontinans

Tablo 1. Hastaların kontinans durumu

	Burch (n=81)	Pubovajinal sling (n=40)	"Tension free vaginal" vaginal tape" (n=75)
Ortalama yaş (yıl)	48.1 (25-68)	48 (22-67)	52.2 (38-69)
Ortalama takip süresi (ay)	53.6 (38-94)	42.6 (9.2-82.9)	21.6 (6-38.9)
Kontinans	Tam iyi	%55	%67.5
	Daha iyi	%26	%25
	Aynı durumda	%15	%7.5
	Daha kötü	%4	%3

hastaların kaçırma tipi sorgulandığında 6 hastada sıkışma inkontinansı, 2 hastada stres inkontinans saptandı. Stres ile idrar kaçıran 2 hasta dışındaki 6 hastaya oksibutin hidroklorid tedavisi başlandı. Tedaviyi düzenli uygulayan 2 hastanın ilaç kullandıkları sürece kontinan oldukları saptandı (%3). Tedaviyi bırakan 1 hasta yan etkilerinden dolayı ilacı bıraktı. Bir hasta diğer sağlık nedenlerinden dolayı kaybedildi. İnkontinans açısından ameliyat öncesi ve sonrası durum karşılaştırıldığında 75 hastadan 70'i (%93) tam iyi olduklarını, 3 (%4) hasta daha iyi, ve 2 (%3) hasta aynı durumda olduğunu bildirdi. Altmış yedi (%90) hasta böyle bir sonuçla tekrar aynı ameliyatı olabileceğini ve benzer yakınmaları olanlara tavsiye edebileceğini belirtti.

Tartışma

Stres ile idrar kaçırmanın cerrahi tedavisinde, suprapubik veya vajinal yoldan uygulanan pek çok farklı cerrahi yöntem tarif edilmiştir. Abdominal retropubik kolposüspansiyon askı tipi operasyonların ortak noktaları indirekt olarak subüretral vajinal duvarın üretraya destek olarak kullanılmasıdır. Bu operasyonlarda temel amaç üretrayı yüksek retropubik pozisyona getirerek vajinal desensusun üretral destek üzerinde oluşturduğu olumsuz etkileri ortadan kaldırmaktır (8-11). Ancak DeLancey'in tanımlamalarından sonra ÜSİ fizyopatolojisinin daha iyi anlaşılması ile, cerrahi tedavilerde güçlü bir subüretral destek dokusu oluşturulması ve üretral direncin artırılması önem kazanmıştır (12). Bu gelişmeler ışığında 1996 yılında Ulmsten tarafından, ÜSİ tedavisinde TVT kullanımı tanımlanmıştır (7). TVT üretral destek sağlar ve dinlenme esnasın-

da üretral fonksiyonu etkilemeden stres altında üretral direnci artırır (13). Nitekim bir çalışmada TVT öncesi ve sonrası manyetik rezonans görüntüleme ile mesane boynunda yükselme veya üretral mobilitede düzelme olmadığı gösterilmiştir (14). TVT ile ilgili ilk bildiriler bu tekniğin basit, kolay öğrenilen ve minimum düzeyde invaziv bir yöntem olduğunu ve hasta morbiditesinin çok az olduğunu düşündürmektedir (24, 25). Olsson ve Kroon TVT uyguladıkları ve ameliyattan üç yıl sonra anket yoluyla değerlendirdikleri 51 hastanın 46'sında (%90) tam iyileşme olduğunu bildirmişlerdir (25). Çalışmamızda ise 1 yıl üzerinde takibi olan 75 hastanın 70'inde (%93) tam iyileşme saptandı. Yapılan bir çalışmada TVT'nin kısa dönem başarı oranları diğer cerrahi yöntemlerle karşılaştırılmış ve sadece pubovajinal sling operasyonlarının aynı sürelerde, buna yakın başarı oranları (%85-95) sağladığı görülmüştür (27). TVT yönteminin bir komplikasyonu olarak ortaya çıkabilen de nova sıkışma veya semptomatik de nova detrusor instabilitesi (Dİ) oranı %3-15 arasında değişmektedir (28,29). Çalışmamızda, de nova sıkışma semptomları izlenmedi. Bir diğer komplikasyon olarak gelişen idrar retansiyonu 9 hastada ortaya çıktı. Bu hastalardan 1'i dışında diğerlerine 1 aydan kısa süren temiz aralıklı kateterizasyon (TAK) uygulandı.

Abdominal insizyon yapılarak uygulanan Burch kolposüspansiyon ameliyatlarında başarıyı etkileyen en önemli faktörler; hasta yaşı, daha önceden geçirilmiş antiinkontinans cerrahisi varlığı ve takip süresi olarak bildirilmiştir (15). Bu nedenle primer cerrahi yapılanlar ve genç hastalar ekarte edilip değerlendirme yapıldığında

Burch ameliyatlarının başarısı 5 yıllık izlemde %52'lere düşmektedir (16). Burch kolposüspansiyon uygulanan ve ortalama takip süresi 53.6 ay olan 81 hastanın 45'inde (%55) tam iyileşme saptandı. Kolposüspansiyon ameliyatının önemli komplikasyonlarından biri olan de nova Dİ %3.4-27 arasında bildirilmiştir (17). Çalışmamızda hastaların %12'sinde de nova Dİ ortaya çıkmıştır. Mesanenin boşaltım fazına ait bir diğer komplikasyon olan idrar retansiyonu gelişme oranı %4.8-15 arasında bildirilmiştir (17,18). Çalışmamızda 3 (%4) hastada 1 aydan kısa süreli TAK gerektiren idrar retansiyonu gelişirken 2 (%2) hastada daha uzun süreli TAK gerektiren idrar retansiyonu gelişti.

Diğer bir antiinkontinans cerrahi yöntemi olan pubovajinal sling ameliyatının en önemli avantajı stres manevraları sırasında üretral direnci artırarak idrar kaçışını engellerken, spontan işemeye izin verecek şekilde üretral koaptasyonun sağlanmasıdır (19). PVS'de takip süresinin uzaması ile birlikte başarıda azalma olmadığı dikkat çeken bir diğer noktadır. Jarvis sling operasyonlarında başarının diğer yöntemlerden farklı olarak uzun süreli ve kalıcı olduğunu göstermiştir (20). Çalışmamızda ortalama takip süresi 42.6 ay olan ve PVS uygulanan 40 hastanın 27'sinde (%67.5) tam iyileşme saptandı. PVS işleminin en önemli komplikasyonlarından biri olarak karşımıza çıkan de nova Dİ'nin %10-40 oranında gerçekleştiği bildirilmiştir (21). Çalışmamızda 6 (%15) hastada de nova sıkışma semptomu ortaya çıktı. Diğer bir komplikasyon olan idrar retansiyonu %2-12 oranında ortaya çıkabilir (22). Chaikin ve ark. PVS uyguladıkları 251 hastanın 4'ünde (%2) idrar retansiyonu

saptamıştır (23). PVS uyguladığımız çalışmamızda postoperatif dönemde 4 hastada 1 haftadan kısa süreli TAK uygulanırken, hastaların hiçbirinde uzun süreli idrar retansiyonu gelişmedi.

Sonuç olarak ürodinamik stres inkontinans cerrahi tedavisinde uzun dönemde etkinliği en yüksek olan girişim PVS gibi görünmektedir. TVT, erken dönem sonuçları ile etkin ve güvenli bir yöntemdir. Ayrıca uygulama kolaylığı ve postoperatif morbiditesinin minimal olması önemli avantajlarıdır. Ancak uzun dönem sonuçlarını bildiren ve diğer yöntemlerle karşılaştıran çalışmalara gereksinim vardır.

Kaynaklar

1. Thomas MT, Plymat KR, Blannin J, et al. Prevalence of urinary incontinence. *BMJ* 1980; 281: 1243-1245.
2. Carlin BI, Klutke JJ, Shepherd AM, Abrams P. Referral patterns and diagnoses in women attending a urodynamic unit. *BMJ* 1992; 305: 808-825.
3. Carlin BI, Klutke JJ, Klutke CG. The tension-free vaginal tape procedure for the treatment of stress incontinence in the female patient. *Urology* 2000; 56 (Suppl 6A): 28-31.
4. Abrams P, Cardozo L, Fall M, et al. The standardisation of terminology of lower urinary tract function: report from the Standardisation Subcommittee of the International Continence Society. *Am J Obstet Gynecol* 2002; 187: 116-126.
5. McGuire EJ, Lytton B. Pubovaginal sling procedure for stress incontinence. *J Urol* 1978; 119: 82-84.
6. Burch JC. Urethrovaginal fixation to Cooper's ligament for correction of stress incontinence, cystocele, and prolapse. *Am J Obstet Gynecol* 1961; 81: 281-289.
7. Ulmsten U, Henriksson L, Johnson P, Varhos G. An ambulatory surgical procedure under local

anaesthesia for treatment of female urinary incontinence. *Int Urogynecol J* 1996; 7: 81-86.

8. Pereyra AJ. A simplified surgical procedure for the correction of stress incontinence in women. *West J Obstet Gynecol* 1959; 65: 223-226.
9. Stamey TA. Endoscopic suspension of the vesical neck for urinary incontinence. *Surg Gynecol Obstet* 1973; 136: 547-554.
10. Raz S. Modified bladder neck suspension for female stress incontinence. *Urology* 1981; 17: 82-85.
11. Marshall VF, Marchetti AA, Krantz KE. The correction of stress incontinence by simple vesicourethral suspension. *Surg Gynecol Obstet* 1949; 88: 509-518.
12. DeLancey JOL. Structural support of the urethra as it relates to stress urinary incontinence: the hammock hypothesis. *Am J Obstet Gynecol* 1994; 170: 1713-1723.
13. Petros P, Ulmsten U. An integral theory and its method for the diagnosis and management of female urinary incontinence. *Scand J Urol Nephrol* 1993; 153: 1-93.
14. Halaska M, Otcenasek M, Martan A, Masata J, Voigt R, Seifert M. Pelvic anatomy changes after TVT procedure assessed by MRI. 24th Annual Meeting of the International Urogynaecology Association: August 23-26, 1999, Denver, USA. *Int Urogynecol J* 1999; 10 (Suppl 1): S88.
15. Akpınar H, Cetinel B, Demirkesen O, Tufek I, Yaycıoğlu O, Solok V. Long-term results of Burch colposuspension. *Int J Urol* 2000; 7: 119-125.
16. Kjolhede P. Long-term efficacy of Burch colposuspension: a 14-year follow-up study. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2005; 84: 767-772.
17. Lapitan MC, Cody DJ, Grant AM. Open retropubic colposuspension for urinary incontinence in women. *Cochrane Database Syst Rev* 2005; 20 (3): CD 002912.
18. Green J, Herschorn S. The contemporary role of Burch colposuspension. *Curr Opin Urol* 2005; 15: 250-255.

19. Govier FE, Kobashi K. Pubovaginal slings: a review of the technical variables. *Curr Opin Urol* 2001; 11: 405-410.
20. Jarvis GJ. Surgery for genuine stress incontinence. *Br J Obstet Gynaecol* 1994; 101: 371-375.
21. Taub DA, Hollenbeck BK, Wei JT, Dunn RL, McGuire EJ, Latini JM. Complications following surgical intervention for stress urinary incontinence: a national perspective. *Neurourol Urodyn* 2005; 24: 659-665.
22. Morgan TO Jr, Westney OL, McGuire EJ. Pubovaginal sling: 4-year outcome analysis and quality of life assessment. *J Urol* 2000; 163: 1845-1848.
23. Chaikin DC, Blaivas JG, Rosenthal JE, Weiss JP. Results of pubovaginal sling for stress incontinence: a prospective comparison of 4 instruments for outcome analysis. *J Urol* 1999; 162: 1670-1673.
24. Çetinel B, Demirkesen O, Önal B, Alan C. Gerçek stres üriner inkontinans tedavisinde tansiyonsuz vajinal teyp (TVT). *Türk Üroloji Dergisi* 2001; 27: 190-196.
25. Olsson I, Kroon U. A three-year postoperative evaluation of tension-free vaginal tape. *Gynecol Obstet Invest* 1999; 48: 267-269.
26. Ulmsten U, Falconer P, Johnson P, et al. A multicenter study of tension-free vaginal tape (TVT) for surgical treatment of stress urinary incontinence. *Int Urogynecol J* 1998; 9: 210-213.
27. Craig VC, Sandip PV, Kavalier E, Carbone JM, Raz S. The surgical treatment of female SUI: making an intelligent choice. *Contemporary Urol* 2000; 12: 62-87.
28. Moran PA, Ward KL, Johnson D, Smirni WE, Hilton P, Bibby J. Tension-free vaginal tape for primary genuine stress incontinence: a two-center follow-up study. *Br J Urol* 2000; 86: 39-42.
29. Cetinel B, Demirkesen O, Onal B, Akkus E, Alan C, Can G. Are there any factors predicting the cure and complication rates of tension-free vaginal tape? *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct* 2004; 15: 188-193.