

Kolpoklezis; Pelvik Organ Prolapsuslu İleri Yaş Kadın Hastalarda Başarı Oranı Yüksek Bir Cerrahi Teknik

Colpocleisis; A High Success Rate Surgical Technique for the Treatment of Pelvic Organ Prolapse in Geriatric Female Patients: Case Report

Mümtaz DADALI,^a
M. Levent EMİR,^a
M. Şahin BAĞBANCİ,^a
Ayhan KARABULUT^a

^aÜroloji AD,
Ahi Evran Üniversitesi Tıp Fakültesi,
Kırşehir

Geliş Tarihi/Received: 06.03.2014
Kabul Tarihi/Accepted: 10.06.2014

Yazışma Adresi/Correspondence:
Mümtaz DADALI
Ahi Evran Üniversitesi Tıp Fakültesi,
Üroloji AD, Kırşehir,
TÜRKİYE/TURKEY
mumtazdadali@gmail.com

ÖZET Özellikle ürojinekoloji ile ilgilenen ürologlar, ileri yaş grubu kadın hastalarda fizik muayene sırasında inkontinansın yanı sıra pelvik organ prolapsusu (POP)'nu az olmayan oranlarda görmekte-dirler. Ek sistemik hastahkları nedeniyle bu yaş grubunda rekonstrüktif cerrahi yerine obliteratif cerrahi yöntemler de tercih edilebilmektedir. Çalışmamızda, inkontinans ve Evre 4 pelvik organ prolapsusu (POP-Q) olan 74 yaşındaki hemiplejik hastaya uyguladığımız cerrahi anlatılmıştır. POP'u olan ileri yaş grubunda uygulanan LeFort Kolpoklezis, başarı oranları yüksek olan bir cerrahi yöntemdir. Literatür eşliğinde yöntemin faydaları ve komplikasyonları gözden geçirilmiştir.

Anahtar Kelimeler: Pelvik organ prolapsusu; üriner inkontinans

ABSTRACT In geriatric female patients with urinary incontinence, pelvic organ prolapse (POP) can also be recognized during physical examination. Sometimes obliterative surgery may preferred instead of reconstructive surgical techniques in patients with serious comorbidities. We are reporting a 74-years-old patient with hemiplegia and stage 4 pelvic organ prolapse (POP-Q) who underwent colpocleisis as the surgical treatment. LeFort Colpocleisis technique can be used for POP treatment in geriatric patient groups and has high success rates. In this article, benefits and complications of this technique is discussed under the light of literature.

Key Words: Pelvic organ prolapse; urinary incontinence

Türkiye Klinikleri J Urology 2014;5(1):33-8

Üroloji literatürü gözden geçirildiğinde kolpoklezis ile ilgili makalelerin az sayıda olduğu dikkati çekmektedir. Aslında ürojinekoloji ile uğraşan meslektaşlarımız, ileri yaş hastalarda inkontinans değerlendirilmesi esnasında tedavi gerektiren Evre 3 ve üzeri pelvik organ prolapsusu (POP)'na nadir olmayacak sayıda rastlamaktadır. 2050 yılına kadar Amerika Birleşik Devletleri'nde pelvik taban disfonksiyonundan etkilenen yaşlı kadın sayısının 58,2 milyon olacağı tahmin edilmektedir.¹ Başka bir çalışmada, önümüzdeki 30 yıl içinde pelvik taban hizmeti için %45 oranında bir talep artışı beklendiği vurgulanmaktadır.² Altmış beş yaşın üzerindeki kadınların çoğu, en az bir kronik tıbbi soruna sahiptir ve yaşla birlikte komorbidite artmaktadır.³ Bu durum pelvik rekonstrüktif cerrahi için sorun teşkil edebilir.

Prolapsus cerrahisinin, obliteratif ve rekonstrüktif yaklaşım olmak üzere iki yöntemi vardır.⁴ Obliteratif yaklaşımlar, Lefort (parsiyel) kolpoklezis ve tam kolpoklezistir. Bu yöntemlerde, fazla vajina epiteli çıkarılarak ön ve arka vajina duvarları birbirine dikilir. Böylece vajina kafı oblitere edilerek vajinanın etkin bir şekilde kapatılması sağlanır. Obliteratif yöntemler, yalnızca, yaşlı ya da tıbbi olarak risk altında olan ve cinsel aktivite isteği olmayan hastalar için uygundur.

Obliteratif yöntemler, teknik olarak daha kolaydır, operasyon süresi daha kısadır ve rekonstrüktif yöntemlerle karşılaştırıldığında daha yüksek başarı oranı sağlar. Bu oranları destekleyen kanıta dayalı çalışmaların kalitesi düşük olsa da, kolpoklezisin başarı oranları %91 ile %100 arasındadır.⁵⁻⁷ Ameliyat sonrası ilişki yasak olduğu için hastaya tavsiyelerde bulunma büyük önem taşımaktadır. Doğru seçilmiş hastalarda, %10'dan daha az sıklıkta cinsel aktivitelerini kaybetmeye bağlı pişmanlık belirtmektedirler.⁷⁻⁹ Kolpoklezis sırasında ne derin pelvik diseksiyon gerekir ne de periton kavitesine girilir. Bu nedenle rekonstrüktif cerrahiler ile karşılaştırıldığında kanama miktarı daha az, operasyon süresi daha kısadır ve minimal anestezi gerektirir. Aynı zamanda anatomik sonuçları daha iyidir.¹⁰

LeFort Parsiyel Kolpoklezis: Bu ameliyat uterusu olan veya olmayan kadınlarda, prolabe olmuş vajina kafını etkili bir şekilde batın içine geri yerleştirir. Yöntem, uterus, vajina ve himenin ötesindeki ön ve arka vajina duvarlarında belirgin prolapsusu olan kadınlarda uygulanır. Komplet kolpoklezisten farklı olarak vajen mukozasının tamamı çıkarılmaz. Lokal ve bölgesel anestezi ile hızlıca yapılabilir. Lefort parsiyel kolpoklezisten sonra artmış stres üriner inkontinans sıklığı nedeniyle, eş zamanlı anti-inkontinans ameliyatı düşünülmelidir.¹¹

OLGU SUNUMU

Yetmiş dört yaşındaki kadın hasta, polikliniğimize vajenden dışarı çıkan kitle şikâyeti ile başvurdu. Hastanın öyküsünde şikâyetinin iki yıldır devam ettiği ve ayrıca miks inkontinansı olduğu izlendi. On bir doğum gerçekleştiren hastamızın hem POP hem de inkontinans nedeniyle yaşam kalitesi ileri

düzeyde bozulmuştu. Hasta geçirilmiş serobrovasküler olaya bağlı olarak sağ hemiplejikti. Bu nedenle anti-koagülan kullanımı mevcuttu. Medikal öyküsünde hipertansiyon ve geçirilmiş kolesistektomi bulunmaktaydı. Yapılan fizik muayenesinde POP-Q Evre 4, D:+6 POP'u olduğu izlendi. Ayrıca stres manevraları ile yaklaşık 1 metreye varan idrar kaçırmaları mevcuttu. Ultrasonografi (USG) ile mesane kapasitesinin 340 cc olduğu ve üst üriner sisteminin normal olduğu tespit edildi. Böbrek fonksiyonları ve idrar tahlili normal olarak izlendi. Olgu sunumuyla ilgili genel bilgilerin kullanımı için hastadan yazılı onam belgesi alındı.

Hastanın Değerlendirilmesi: Bu yöntemden sonra serviks ve endometriyal kaviteye ulaşmak olanaklı olmadığı için preinvaziv lezyonlar dışlanmalıdır. Bunun için pap-smear (PAP) belgelenmeli ve endometriyal biyopsi ya da sonografi ile endometriumun değerlendirilmesi önerilmektedir. Gelecekte vajinal ilişki olmayacağı için partnerinin de onayı alınmalıdır. Yöntemin üriner inkontinans, idrar retansiyonu, üreter obstrüksiyonu ve prolapsusun nüksü gibi komplikasyonları vardır. Ayrıca serviks ve endometrium malignitesi gelişimi olursa tanı gecikebilmektedir. Hastamızda bu tetkikler yapılarak kanser riski ekarte edilmiş ve eşinin onayı alınmıştır (Hastamız jinekolog tarafından değerlendirilerek USG'de endometrium kalınlığı normal bulunmuş, PAP sürüntülerinde malign hücreye rastlanılmamıştır).

Cerrahi Adımlar: Cerrahi adımlar kendi olgumuzun görüntüleri eşliğinde anlatılacaktır. Lokal anestezi altında uygulanabilse de, bölgesel veya genel anestezi tercih edilir. Biz spinal anesteziyi tercih ettik. Hasta yüksek litotomi pozisyonuna alındı. Foley kateter yerleştirildi. Ön ve arka vajinal duvarları üzerindeki dikedörtgen şekilli vajinal mukoza alanları işaretleyici kalem veya elektrocerrahi bıçak ile çizildi. Distal transvers insizyon, servikal os'un 1 ile 2 cm yukarısından yapıldı. Proksimal transvers insizyon ise, üretral meatusun 2 ile 3 cm aşağısına uzanarak yapıldı. İnsizyonun genişliği, uterus, serviks ve vajina duvarlarının büyüklüğüne göre belirlenecektir ve prolabe olmuş çıkıntı kadar geniş olmalıdır. Mukozayı fibromusküler tabakadan ayırmak için künt ve keskin diseksiyon kullanıldı



RESİM 1: Vajen ön duvar insizyonu.

(Renkli hali için Bkz. <http://www.turkiyeklinikleri.com/journal/uroloji-dergisi/1309-632X/>)



RESİM 2: Vajen ön duvar diseksiyonu.

(Renkli hali için Bkz. <http://www.turkiyeklinikleri.com/journal/uroloji-dergisi/1309-632X/>)

(Resim 1, 2 ve 3). Dikdörtgenler çıkarıldıktan sonra, önden arkaya distal transvers kenarlara kadar, 2-0 poliglikolik asit materyaller kullanarak aralıklı sütürler yerleştirildi (Resim 4). İnsizyonun sağ ve sol kenarları boyunca lateral vajinal drenaj kanallarını oluşturmak için dikdörtgenlerin üst ve alt kenarları yaklaştırıldı (Resim 5). Uterusu pelvik kaviteye yükseltmek ve yerleştirmek için, insizyonun genişliği boyunca ön ve arka fibromusküler tabakaları yaklaştıran, ilerleyici şekilde daha aşağıya doğru aralıklı sütür sıraları konuldu. Proksimal transvers insizyona ulaşıncaya kadar art arda transvers sütür sıraları yapıldı (Resim 6). Bu sıralar, uterusu yükselten ve destekleyen bir doku bölümü oluşturur. Daha sonra vajina mukozası 2-0 geç emilen bir sütür ile vajinal epitelden geniş geçişler yaparak devamlı

olarak kapatıldı (Resim 7). Genelde iyileşme hızlı ve tipik olarak komplikasyonsuzdur. Hastaya eş zamanlı olarak transobturator tape (TOT) ve posterior kolporafi (Resim 8) işlemi uygulandı. 2013 eylül ayında opere edilen hasta postoperatif üçüncü ayında yapılan telefon görüşmesinde yaşam kalitesinde %90 memnuniyet bildirdi. Hastamızın postoperatif yedinci ayında yapılan poliklinik muayenesinde yaşam kalitesi memnuniyetinin yanı sıra anatomik başarısında yaklaşık olarak %90 olduğu izlendi. Gelişen bir komplikasyonu yoktu.

TARTIŞMA

Michelle ve ark.nın yapmış olduğu bir çalışmada, 2001-2010 yılları arasında kolpoklezis cerrahisi uygulanan 53 hasta retrospektif olarak incelenmiştir.¹²



RESİM 3: Vajen arka duvar diseksiyonu.

(Renkli hali için Bkz. <http://www.turkiyeklinikleri.com/journal/uroloji-dergisi/1309-632X/>)



RESİM 4: Lateral drenaj kanallarının oluşturulması.

(Renkli hali için Bkz. <http://www.turkiyeklinikleri.com/journal/uroloji-dergisi/1309-632X/>)

**RESİM 5:** İkinci sıra sütürler.(Renkli hali için Bkz. <http://www.turkiyeklinikleri.com/journal/uroloji-dergisi/1309-632X/>)**RESİM 6:** Transvers sütürler.(Renkli hali için Bkz. <http://www.turkiyeklinikleri.com/journal/uroloji-dergisi/1309-632X/>)**RESİM 7:** Vajina mukozasının kapatılması.(Renkli hali için Bkz. <http://www.turkiyeklinikleri.com/journal/uroloji-dergisi/1309-632X/>)**RESİM 8:** Posterior colpoctomi.(Renkli hali için Bkz. <http://www.turkiyeklinikleri.com/journal/uroloji-dergisi/1309-632X/>)

Tüm olgular da POP-Q evresi 3 veya daha yüksekti. Cinsel aktivitesi olmayan hastaların %76'sına total kolpoklezis, %26,4'üne LeFort kolpoklezis uygulanırken, %60,4 oranında birlikte sling cerrahisi ilave edilmiştir. Komplikasyon olarak birer hastada pulmoner emboli ve mesane perforasyonu izlenmiştir. Ameliyat sonrası daha önceden öngörülme-yen herhangi bir acil durum, prolapsın nüksetmesi ve kronik retansiyon gözlenmemiştir. Askı ameliyatı yapılmayan 4 hastada stres tipi idrar kaçırma (STİK)'nın devam ettiği, bir hastada ise yeni ortaya çıkmış STİK gözlenmiştir. Ortalama takip süreleri 9,3 aydır. Hasta memnuniyet anketleri ile olgular

değerlendirilmiş ve hastaların %90,9'u durumlarının aynı derecede veya çok daha iyi olduğunu tanımlamıştır. %33,3 üzerinde kaygıya sebebiyet veren en yaygın şikâyet, sık idrara çıkma ve sıkışma olarak belirlenmiştir. Bu çalışma, sonuç olarak kolpoklezisin etkili ve güvenilir bir yöntem olduğunu ifade etmektedir.

Solomon ve ark.nın yaptığı bir çalışmada ise, 2000-2011 yılları arasında LeFort kolpoklezis uygulanan 325 hasta, anatomik ve fonksiyonel sonuçlar, hasta memnuniyeti, mortalite ve morbidite açısından değerlendirilmiştir.¹⁰ Ortalama yaş 81,3±5,3 yıldır. Hastalarda en az bir tane olmak üzere %74,1

oranında komorbidite saptanmıştır. Ameliyatların %67'si spinal anestezi altında yapılmıştır. Kolpoklezi sırasında eş zamanlı %79 oranında anti-inkontinans cerrahi ve %46 oranında dilatasyon ve küretaj işlemi yapılmıştır. Ortalama takip süresi 45 hafta olan olguların %98,1'inde anatomik başarı, %92,9'sinde ise yüksek hasta memnuniyeti saptanmıştır. Komplikasyon ve mortalite oranları sırasıyla %15,2 ve %1,3 olarak belirtilmiştir.

Kolpoklezi ve üriner inkontinansı değerlendirilen bir başka çalışma da Fitzgerald ve ark., 2000-2002 yılları arasında kolpoklezi uyguladıkları ortalama yaşı 78 olan 60 kadının 21 (%33)'ine subüretral sling ve 12 (%19)'üne subüretral plikasyon prosedürünü STİK nedeniyle ilave etmişlerdir.¹¹ Bir hasta kolpoklezisten bağımsız gelişen multiorgan yetmezliği nedeniyle kaybedilmiştir. Demans nedeniyle üç hasta tam olarak değerlendirilememiştir. Geriye kalan 60 hasta değerlendirildiğinde preoperatif STİK olmayan sekiz hastada yeni inkontinans geliştiği görülmüştür.

Reisenauer ve ark., 2007-2011 yılları arasında LeFort kolpoklezi uyguladıkları 58 hastayı hem anatomik-fonksiyonel hem de memnuniyet açısından değerlendirmişlerdir.¹³ Ortalama izlem süresi 14 aydı. %89 hasta yaşam kalitesinde artma bildirmiştir. Hiçbir hastada seksüel fonksiyon kaybından pişmanlık gelişmemiştir. Operasyon sırasında komplikasyon gelişmemiştir. Postoperatif sekiz hastada üriner sistem enfeksiyonu, iki hastada hematom ve bir hastada da pyometra gelişmiştir. İki hastada stres inkontinans ve bir hastada aşırı aktif mesane yakınması görülmüştür.

Thubert ve ark., 2004 ve 2010 yılları arasında LeFort kolpoklezi uygulanan 27 hastayı retrospektif olarak incelediklerinde memnuniyet oranını %94 ve kür oranını %96 olarak bulmuşlardır.¹⁴ Ortalama yaş 79 ve izlem süresi üç yıl olarak belirtil-

miştir. Ortalama ameliyat süresi de 70 dakikadır. Sadece bir hastada cerrahi gerektiren nüks bildirilmiştir.

2011 yılında yapılan başka bir çalışmada Lefort kolpoklezi ile beraber subüretral sling uygulanan hastaların sonuçları değerlendirilmiştir.¹⁵ Yaş ortalaması $82,2 \pm 4,9$ olan toplam 210 hastaya kolpoklezi işlemi uygulanırken, 161 (%77) hastaya eş zamanlı midüretral askı işlemi ilave edilmiştir. Ortalama 22 hafta takip edilen olgularda kontinans oranı %92,5 olarak bulunmuştur. İşeme disfonksiyonu olan 56 hastanın %91'inde postoperatif dönemde bu yakınmalarında düzelme olmuştur. İki (%1,9) hastada ise yeni gelişen işeme disfonksiyonu saptanmıştır. Bir hastada da sling revizyonu gerekmiştir.

Büyük çoğunluğunu jinekolojik yayınların oluşturduğu kolpoklezi cerrahisi, özellikle ürojenekoloji ile ilgilenen ürologlar tarafından bilinmeli ve ileri yaş POP'u olan kadınlarda güvenli olarak uygulanabilmelidir. Literatür incelendiğinde, çok düşük yüzdelerde cinsel yönden pişmanlık izlenmiştir. Spinal ve lokal anestezi ile yapıldığı söylenece de genel uygulama spinal anestezi uygulaması yönündedir. Kanama az miktardadır. Anatomik ve fonksiyonel sonuçları olguların %90 ve üzerinde başarılı olarak izlenmektedir. Öncesinde STİK'i olan kadınlarda anti-inkontinans cerrahisi mutlaka kolpoklezi operasyonuna ilave edilmelidir. Ameliyat öncesi STİK şikâyeti olmayanlarda da düşük düzeylerde de olsa yeni inkontinans gelişebileceği akılda tutulmalıdır. Vajen obstrüksiyonu sonrası STİK'e yönelik cerrahilerin zorluğu nedeni ile anti-inkontinans cerrahisinin Lefort kolpoklezi operasyonundan önce yapılması mantıklı olarak durmaktadır.

Yazarlar arasında çıkar çatışması yoktur. Olgu sunumu olduğu için finansal destek gerekmemiştir.

KAYNAKLAR

1. Wu JM, Hundley AF, Fulton RG, Myers ER. Forecasting the prevalence of pelvic floor disorders in U.S. Women: 2010 to 2050. *Obstet Gynecol* 2009;114(6):1278-83.
2. Luber KM, Boero S, Choe JY. The demographics of pelvic floor disorders: current observations and future projections. *Am J Obstet Gynecol* 2001;184(7):1496-501; discussion 1501-3.
3. Charlson M, Szatrowski TP, Peterson J, Gold J. Validation of a combined comorbidity index. *J Clin Epidemiol* 1994;47(11):1245-51.
4. Abbasy S, Kenton K. Obliterative procedures for pelvic organ prolapse. *Clin Obstet Gynecol* 2010;53(1):86-98.
5. FitzGerald MP, Richter HE, Siddique S, Thompson P, Zyczynski H; Ann Weber for the Pelvic Floor Disorders Network. Colpocleisis: a review. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct* 2006;17(3):261-71.
6. Fitzgerald MP, Richter HE, Bradley CS, Ye W, Visco AC, Cundiff GW, et al.; Pelvic Floor Disorders Network. Pelvic support, pelvic symptoms, and patient satisfaction after colpocleisis. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct* 2008;19(12):1603-9.
7. Hullfish KL, Bovbjerg VE, Steers WD. Colpocleisis for pelvic organ prolapse: patient goals, quality of life, and satisfaction. *Obstet Gynecol* 2007;110(2 Pt 1):341-5.
8. Barber MD, Amundsen CL, Paraiso MF, Weidner AC, Romero A, Walters MD. Quality of life after surgery for genital prolapse in elderly women: obliterative and reconstructive surgery. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct* 2007;18(7):799-806.
9. Wheeler TL 2nd, Richter HE, Burgio KL, Redden DT, Chen CC, Goode PS, et al. Regret, satisfaction, and symptom improvement: analysis of the impact of partial colpocleisis for the management of severe pelvic organ prolapse. *Am J Obstet Gynecol* 2005;193(6):2067-70.
10. Zebede S, Smith AL, Plowright LN, Hegde A, Aguilar VC, Davila GW. Obliterative LeFort colpocleisis in a large group of elderly women. *Obstet Gynecol* 2013;121(2 Pt 1):279-84.
11. FitzGerald MP, Brubaker L. Colpocleisis and urinary incontinence. *Am J Obstet Gynecol* 2003;189(5):1241-4.
12. Koski ME, Chow D, Bedestani A, Togami JM, Chesson RR, Winters JC. Colpocleisis for advanced pelvic organ prolapse. *Urology* 2012;80(3):542-6.
13. Reisenauer C, Oberlechner E, Schoenfisch B, Wallwiener D, Huebner M. Modified LeFort colpocleisis: clinical outcome and patient satisfaction. *Arch Gynecol Obstet* 2013;288(6):1349-53.
14. Thubert T, Daché A, Leguilchet T, Benchikh A, Ravery V, Hermieu JF. [Obliterative vaginal surgery for genital prolapse: a retrospective cases series]. *Prog Urol* 2012;22(17):1071-6.
15. Smith AL, Karp DR, Lefevre R, Aguilar VC, Davila GW. LeFort colpocleisis and stress incontinence: weighing the risk of voiding dysfunction with sling placement. *Int Urogynecol J* 2011;22(11):1357-62.