

Tacker Mesh İle Modifiye Laparoskopik Preperitoneal Burch Operasyonu: Olgu Sunumu

Doç. Dr. Birtan BORAN (1), Dr. Ali Ekber ŞAHİN (2), Dr. Figen DİNÇER (3), Dr. Serpil ÖZEN (4), Dr. Hülya ÖMER (2)

ÖZET

Amaç: Kliniğimizde anatomik stres inkontinans (ASI) tedavisi için tacker mesh ile modifiye laparoskopik preperitoneal burch operasyonunu sunmak ve tekniğini tanıtmak.

Materyal-Metod: Sistoseli olmayan stres inkontinanslı hasta preperitoneal balon diseksiyonu yöntemi ile, tacker mesh ile modifiye laparoskopik burch operasyonu yapıldı.

Bulgular: Teknik postoperatif 18. aydaki kontrolde etkili olarak bulundu. Perioperatif, erken ve geç postoperatif komplikasyon gelişmedi.

Sonuç: Pelvik relaksasyonu ve beraberinde ek bir jinekolojik patolojisi bulunmayan, laparoskopi için bir kontrendikasyonu olmayan hastalarda hastanede kalış süresini kısaltması, minimal kanama olması, batin içi organ yaralanma riskini ve laparoskopik sutür atma güçlüğünü ortadan kaldırması nedeniyle ASI tedavisinde günümüzde yaygın olarak kullanılmaya aday bir yöntemdir.

Anahtar Kelimeler: Stres inkontinans, Burch Prosedürü, Laparoskopik cerrahi

SUMMARY

A case of laparoscopic preperitoneal Burch Procedure with tacker mesh.

Objective: To introduce a new Laparoscopic Preperitoneal Burch Procedure with tacker mesh

Material and Methods: A stress incontinence case without cystocele was operated by laparoscopic preperitoneal colpo-suspension

Results: Procedure is found effective in eighteenth postoperative month and no complication was seen

Conclusion: In patients who is not candidate for vaginal surgery; without other gynecologic pathologies and with previous history for avoidancethe peritoneal approach; laparoscopic Burch procedure via preperitoneal balloon with tacker mesh dissection is an effective procedure

Key Words: Stressincontinance, Burchprocedure, Laparoscopic surgery

GİRİŞ

Fizik aktivite sırasında karın içi basınç artışı ile birlikte detrusör kontraksiyonları olmadan istemsiz idrar kaçırılması olayı üriner stres inkontinans olarak tanımlanır(1). Sosyal ve hijyenik bir problemdir. En sık rastlanan tipi anatomik stres inkontinanstır olgu-

ların %90'ını oluşturur. Gerçek stres inkontinansda temel fizyo-patoloji posterior üretero-vezikal açının bozulması ve üretranın aşağı doğru yer değiştirmesi ile intraabdominal basınç etkisinde inkontinans gelişmesidir. Doğum travması, histerektomi, östrojen eksikliği, pelvik denervasyon veya yaşlanmaya sekonder gelişebilir. Tariflenen 100'den fazla operasyon olmasına rağmen Burch operasyonu yüksek başarı ve düşük komplikasyon oranı ile ilk seçilecek operasyonlar arasındadır(2). Burch bu operasyonla ek olarak sistoselide düzelttiğini ifade etmiştir. Bu yöntemin anatomik dayanakların ise şöyle açıklamıştır: 1-Üretral meatusun yukarı çekilmesi 2-Mesane boynunun yükselmesi 3-Mesane posterior üretra arasındaki açının düzelmesi 4- Üretra eğim açısının düzelmesi 5- Üretra boynundaki uzamadır(3). Laparoskopinin güncel olması ve avantajları nedeniyle anti-inkontinans cerrahisinde de kullanım alanı bulmasını sağlamıştır.

SSK İstanbul Eğitim Hastanesi I. Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği Şefi (1), Asistanı (2), Uzmanı (4), Semiha Şakir Devlet Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği Uzmanı (3)

* NOT: Bu çalışma 2. Ulusal Ürojinekoloji kongresinde poster olarak sunulmuştur

OLGU SUNUMU

Hasta B.A. 42 yaşında, pre manapozda, G:3, P:2, A:1 öz ve soy geçmişinde özellik yoktu. Kliniğimize, ağır kaldırmave öksürük gibi durumlarda idrar kaçırma şikayeti ile başvurdu. Pelvik muayenede normal genital bulgular saptandı. Stress testi pozitif. İdrar kültürü sterildi. Qtip teste üretral hipermobilité (Açı>40°) mevcuttu. Kliniğimizde yapılan ürodinamik çalışmada gerçek stres inkontinansla ilgili bulgular dışında patoloji saptanmadı. (tablo-1) Pre-op rutin tetkikler normaldi.

OPERASYON TEKNİĞİ

Hasta GAA litotomi pozisyonunda hazırlandı. Mesaneye 20 no'lu foley katater yerleştirildi. Balon 20 cc. serum fizyolojik ile şişirildi. İntra umbikal bölgeye parietal periton intakt kalacak şekilde 1.5 cm'lik kesi yapıldı. Bu kesiden ekstra-peritoneal olarak Retzius alanına doğru distansiyon balonu yerleştirildi. Kılıf yerinde bırakılarak trocar çekildi ve optik kamera yerleştirildi. Paravajinal bölge ve cooper ligamenti iyice disseke edilip görüntülenene kadar balon şişirildi. Distansiyon balonu çıkarıldı yerine stuktural balon yerleştirildi ve CO₂ insuflasyonu yapıldı. 5 mm trocar suprapubik alana yerleştirildi. Parmaklar vajende bulunan asistanın yardımıyla paraüretral dokular ve cooper ligamentinin üzeri Grasper forceps ile disseke edildi. 2.5x4 cm. boyutlarındaki polipropilen mesh operasyon sahasına konuldu. Propilen meshin bir ucu endoskopik tacker fiksasyon aleti ile paravajinal fasciaya 2 defa, vajendeki parmak yardımıyla yükseltilecek cooper ligamentine 2 defa fikse edildi. Yerleşim yeri orta hattın 2-3 cm. lateraliydi. Aynı işlemler diğer tarafada uygulandı. Kanama kontrolünü takiben trokarlar çıkarıldı. Fascia ve cilt suture edildi. Operasyon 30 dakika sürdü. Peri-op komplikasyon olmadı.

POST-OP DÖNEM

Foley katater post-op 1. günde çıkarıldı. Spontan miksiyonun olması üzerine hasta post-op 3. gününde taburcu edildi. Post-op 18. ayda yapılan kontrolde; hastanın tres inkontinans şikayeti yoktu, stres testi negatifti, ve yapılan ürodinamik değerlendirme de fonksiyonel üretral uzunlukta, mesane kapasite ve kompliansında artış saptandı. İnkontinans tespit edilmedi (Tablo-2).

URODINAMI	PRE-OP	POST-OP
URET.UZ	30mm	48mm
FONK.UZ.	30mm	46mm
Pura(max)	38cmH ₂ O	25cmH ₂ O
SIST.KAP.	450ml	457ml
Pabd.	3cmH ₂ O	3cmH ₂ O
Pvez.	10cmH ₂ O	12cmH ₂ O
Pdet.	9cmH ₂ O	9cmH ₂ O
First sens.	70cc	177cc
strongsens	305cc	315cc
urgentsens	450cc	457cc
LPP	274cc	

Tablo 2

TARTIŞMA

Anatomik stres inkontinans için asıl tedavi cerrahi iken, tedavisinde asıl olarak konservatif yöntemler kullanılan detrusör instabilitesi için cerrahi girişimler kontendikedir(4,5,6). Patofizyolojileri birbirinden tamamen farklı olduğu gibi tedavilerinde de son derece farklı yöntemler kullanılan tüm inkontinans tiplerinin ayırıcı tanısı çok önemli olduğundan hastaların ürodinamik testler de dahil olmak üzere ürojinekolojik olarak eksiksiz değerlendirilmeleri şarttır (7,8). Burch operasyonunun diğer laparoskopik girişimlerde olduğu gibi, operasyon zamanı ve hastanede kalış süresinde kısılma, minimal kan kaybı, periton açılmadığı için minimal invazyon, düşük post-op yara enfeksiyonu riski, düşük morbidite ve minimal insizyon gerektirmesi gibi avantajları vardır(9). Ayrıca bizim yapmış olduğumuz yöntem ile hem laparoskopik suture atma güçlüğü hemde batın içi organlara zarar verme riski ortadan kalkmaktadır. Koyduğumuz meshin 2.5 cm'lik kalınlığı daha sağlam fiksasyon sağlamaktadır(9). Bu nedenlerden dolayı biz bu yöntemi tercih ettik.

KAYNAKLAR

1. Robertson JR, Hebert DB: Gynecologic urology. In: Pernol ML, Benson RC(eds): Current Obstetrics and Gynecologic Diagnosis and Treatment, 7th ed., San Mateo, California: Appleton and Lange 1991: 851-865.

2. **Güner H, Yıldız A, Erdem A, Erdem M, Tiftik Z, Yıldırım M:** Surgical treatment of urinary stress incontinence by a suburethral sling procedure using a mersilene mesh graft. *Gynecol Obstet Invest* 1994; 37: 52-55.
 3. Ürojinekoloji. **Güner H.** Atlas Kitapçılık Tic. ve Ltd. Şti., 2000; 162.
 4. **Yalçın ÖT, Özalp S, Yıldırım A, Şener T,** Premenopozal ve postmenopozal dönemde belirlenen inkontinans tiplerinin karşılaştırılması. *Kadın Doğum Dergisi* 1996; 12: 165-170.
 5. Assosation for Continance Advice. Guidelines for continance care .London, 1993.
 6. **Friedman AJ.** A simplified urogynocologic work up. *American Urogynocology Sociaty Quartely Report.* 1990; 8: 1-6
 7. **Pow-Sang JM, Lockhard JL.** Female urinary incontinence: Preoperative selection, surgical complication on results. *J Urology* 1986; 136: 831-833.
 8. **Dikno AC.** Diagnostic categories of incontinance and role of urodynamic testing *J Am Geriatry soc* 1990; 38: 300-305
 9. **Hannah SL, DABOG, FACOG and Chin A:** Laparoscopic retropubic urethropexy. *J Am Ass Gynecol Laparosc* 1996; 4: 47-52.
-