

RAHİM SARKMASI ONARIM AMELİYATLARINDA İDRAR KAÇIRMAYI ÖNLEYECEK AMELİYATLAR EKLENMELİ Mİ?

PELVİK ORGAN PROLAPSUS CERRAHİSİNDE İNKONTİNANS PROFİLAKSİSİ

PROF. DR. FULYA DÖKMECİ

İleri evre prolapsus olgularında, ön kompartmanda sarkma olmasına rağmen prolapsusa eşlik eden üriner inkontinans semptomu olmayabilmektedir. Bu olgularda sadece semptom sorgulaması ile prolapsus cerrahisine antiinkontinans cerrahisi eklenip eklenmeyeceği kararı rasyonel olmamaktadır. Prolapsus nedeniyle uretrada oluşan bükülme nedeniyle maskelenen stres üriner inkontinansın prolapsus cerrahisi sonrası aşikar hale gelmesi sıklıkla rastlanmakta ve bu olguların operasyon öncesi tesbiti önem kazanmaktadır. Bu amaçla her prolapsus olgusunun “prolapsus redüksiyon stres test” ile değerlendirilmesi önerilmektedir.

Öte yandan antiinkontinans cerrahisi sonrası görülebilen alt üriner sistem semptomları da unutulmamalıdır. Antiinkontinans cerrahisi sonrası stres üriner inkontinans (SÜİ) ve / veya urge inkontinans şikayetlerinin sebat ettiği veya yeni ortaya çıkabileceği gösterilmiştir. Ön kompartmanın vajinal onarımından önce, prolapsus redüksiyon stres testi bakılan ve (-) olan olgulardan (n=102) suburetral plikasyon eklenen ve eklenmeyen grupların 1 yıl sonra takibinde SÜİ oranlarında fark gösterilememiştir. Her iki grupta da SÜİ oranları (%8) bildirilmiştir.

Prolapsus redüksiyon testi (+) olgular ise bir başka çalışmada TVT veya suburetral plikasyon operasyonlarına randomize edilmiş ve 2 yıl sonra karşılaştırıldıklarında, TVT eklenen olgularda SÜİ hem subjektif (%96, % 64) hem de objektif (%92, %56) olarak belirgin daha az izlenmiştir.

Prolapsus cerrahisi planlanan olgularda ürojinekolojik bakış açısı önem kazanmaktadır.

Öncelikle alt üriner sistem sorgulaması detaylı yapılmalıdır.

- Stres veya miks üriner inkontinans
- İşemeyi hemen başlatamama
- Zayıf akım
- İkinmayla, bastırmayla işeme
- Yetersiz boşaltma/dolu mesane hissi
- Sık tekrarlayan İYE
- Disüri
- İdrar yapma sıklığı>8
- Gece idrara gitme sıklığı>3
- Acil sıkışma hissi
- Acil sıkışma ile kaçırma semptomları sorulmalıdır

SISTEr (n=655)

TOMUS (n=597) çalışmalarında UDI / IIQ / Ped Testi / POP-Q ile yapılan incelemeler sonucunda her iki çalışma grubunda da UDI skorları ile prolapsus evreleri arasında belirgin korelasyon gösterilemezken, prolapsus ve inkontinans cerrahi öyküsü olanlarda prolapsus evresinden bağımsız daha şiddetli inkontinans şikayeti saptanmıştır. Bu da bize her iki operasyonun birlikteliğinin inkontinansı önlemede ne kadar başarılı olduğunu sorgulatmaktadır.

İzole arka kompartman defekti olan hastalarda; (n:23), %56 oranında işeme bozukluğu semptomları izlenmiştir.

- İşemeyi hemen başlatamama
- İkınmayla işeme
- Kesintili işeme
- Pozisyon vererek işeme vb.

İşeme sonrası artık idrar miktarı >100cc olanlar, %48 olarak bildirilmektedir

Ürodinamik inceleme yapılanlarda aşağıda ki sonuçlar bulunmuştur.

- Qmax; <15ml/sec (n:12/17)
- Pdet Qmax; >25cm H2O (n: 10/17)

Prolapsus olgularına antiinkontinans cerrahisi eklemekten önce iyi incelenmemelerinin daha sonra gelişebilecek potoperatif işeme güçlüğü semptomlarına zemin hazırlayabileceği unutulmamalıdır.

Ayrıca prolapsus olgularında SÜİ dışında urge inkontinans geliştiği de gösterilmiştir.

- Evre 2-3 → %52 Detrusor aşırı aktivitesi
- Evre 1 → %20 Detrusor aşırı aktivitesi

Bu çalışmaların ışığı altında pelvik taban cerrahisinde en önemli hedefin

Pelvik taban gevşemesine bağlı oluşan; Anatomik bozukluğu onarmak ve Semptomatik rahatlama sağlamak olduğu düşünülürse

- Üriner, rektal, seksüel işlevlerde düzelmeyi
- En az komplikasyon ve nüks oranları ile sağlamak ve böylece hastanın beklentisini karşılamak önemlidir. Bu nedenle pelvik taban onarımına yönelik iki ameliyatın aynı anda uygulanıp uygulanmaması kararını bilimsel kanıtların doğrultusunda ve kişinin özelinde vermek gereklidir.

Araştırmalarla elde edilen bulgular;

- POP Olgularında %40 SÜİ (+)
- Diğerlerinde de %50 Gizli SÜİ(+)
- POP Cerrahisine antiinkontinans cerrahisi eklenmesi PO SÜİ oranını (%12) veya (%56) azaltmaktadır.
- POP Cerrahisi sonrası AAM semptomlarının da azaldığı gösterilmiştir
- ANCAK; POP+Antiinkontinans cerrahisi sonrası AAM riski artmaktadır.

(Grody MH ve ark. Clinacal Obstetrics &Gynecol 1998

Bump RC ve ark. Obstetrics & Gynecology 1988

Liang CC ve ark. Obstetrics & Gynecology 2004

De Tayrac R ve ark. Acta Obstetrica Gynecologica Scand.2004)

Antiinkontinans Cerrahisinin, aşırıaktif mesane (AAM) Riski anlaşıldıkça antiinkontinans operasyonunun profilaktik uygulamasının daha seçici kriterlerle yapılması gerektiği daha yaygın kabul görmektedir.

- Aşırı aktif detrusor (AAD) mevcudiyetinde, mesane dolumunda uretra kapanma basıncında azalma
- Antikolinerjik tedavi sonrası AAM semptomları sebat edenlerde, postoperatif (PO) şikayetlerin artma olasılığı
- AAD (-) olgular da bile PO AAM gelişme riski
- Ürodinamik Miks Üİ olgularında PO AAM

riskinin arttığı (%19-53) gösterilmiştir.
(Chaliha C ve ark. Am J Obstet Gynecol, 2005
Duckett JR ve ark. BJOG, 2006
Novara G ve ark. Eur Urol, 2007)

- Sistometride Pdet>15cmH₂O olan olgularda pubovajinal sling (PVS) sonrası Denovo Urge İnkontinans riski artar OR 4.6 (1.4-15.0)
- Saf SÜİ olgularının %20 sinde DAA gösterilmiştir.
- Zayıf veya akontraktil detrusor ile işeyenlerde PO Üriner retansiyon riski yüksektir
- Ürodinamik veriler medikal tedaviyi %26.9 Cerrahi tedaviyi %45.5 (%95CI) değiştirir
(Alperin M ve ark. Neurourol &Urodynamics 2008
Digesu GA ve ark. Uroogy 2009
Miller EA ve ark. J Urol 2003
Ward RM ve ark. Int Urogynecol J 2008)

POP olgularında cerrahi öncesi ürodinamik inceleme ICI tarafından 1996 yılından beri önerilmektedir. Son çalışmalar da bu öneriyi desteklemektedir,
(ICI commitee report; Bump RC ve ark. AmJ Obstet Gynecol 1996
Houvert RM ve ark. Int Urogynecol J 2010)