

## UTERUSUNUN KORUNMASINI İSTEYEN UTEROVAJİNAL PROLAPSUSLU KADINLARDA LAPAROSKOPIK SAKROSERVİKOPEKSİ YÖNTEMİ

Fatih ŞENDAĞ, Levent AKMAN, Kemal ÖZTEKİN, Onur BİLGİN

Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, İzmir

### ÖZET

*Pelvik organ prolapsusu, genellikle postmenopozal yıllarda veya klimakterik dönemde oluşsa da, fertilitésinin devamını arzu eden genç kadınlarda da bazen gözlenebilir. Pelvik taban cerrahisinde geleneksel transvajinal ve transabdominal yaklaşımlara ek olarak, laparoskopik yöntemler günümüzde yaygın olarak kullanılmaktadır. Çalışmamızda, semptomatik uterovajinal prolapsusu nedeniyle laparoskopik sakroservikopeksi uyguladığımız 6 hasta ile ilgili operasyon tekniği ve sonuçları değerlendirdik. Ortalama operasyon süresi 89 (80-100) dakika idi. Tüm hastalar postoperatif birinci gün taburcu edildi ve ortalama kan kaybı tüm hastalarda 100 ml'den az bulundu. Hiçbir hastada intra- ve post-operatif komplikasyon gelişmedi ve 6-44 ay arası takipte rekürrens izlenmemiştir. Operasyondan 2 yıl sonra miadında sezeryan ile doğum yapan bir hastada, doğumdan sonra geçen 28 ay takipte rekürrens saptanmamıştır. Laparoskopik sakroservikopeksi, fertilitésinin devamını isteyen uterovajinal prolapsusu olan hastalarda laparotomiye alternatif iyi bir yöntemdir ve servikal anatomiye zarar vermemektedir.*

**Anahtar kelimeler:** laparoskopi, prolapsus, sakroservikopeksi

### SUMMARY

#### Laparoscopic Sacro-servicopexy Procedure for Uterovaginal Prolapse in Woman Wishing Uterine Preservation

*Though pelvic organ prolapse is usually encountered during climacteric and postmenopausal years, it may sometimes be seen in young woman who desire to retain their fertility. In addition to conventional transvaginal and tranabdominal approaches, laparoscopic procedures are now widely being used in pelvic floor surgery. We presented six patients with symptomatic uterovaginal prolapse managed with laparoscopic sacro-cervicopexy. The mean operation time is 89 (80-100) minutes. All these patients were discharged from hospital in the first postoperative day and the blood loss was lower than 100 ml in all patients. The complication did not occur in all patients and no objective evidence of recurrent genital prolapse was found in all patients with follow up of 6-44 months. Two years after this operation in a patient whom delivered with sectio, no objective evidence of recurrent genital prolapse was found in a patient with follow up of 28 months after than sectio. We feel that laparoscopic sacro-cervicopexy is a good alternative in patients with pelvic prolapse who desire to retain their fertility since it avoids the need for a laparotomy and does not disturb the cervical anatomy.*

**Key words:** laparoscopy, prolapse, sacro-servicopexy

## GİRİŞ

Pelvik organ prolapsusu (POP) sık görülen jinekolojik bir problemdir. Utero-vajinal prolapsus, asemptomatik ve sadece rutin pelvik muayene sırasında saptanabileceği gibi pelvik ağrı, konstipasyon ve üriner kontinans gibi semptomlara neden olabilir. POP genellikle postmenopozal yıllarda veya klimakterik dönemde oluşsa da, fertilitésinin devamını arzu eden genç kadınlarda da bazen gözlenebilir. Pesser gibi konservatif yaklaşımların veya cerrahi yöntemlerin tamamen başarılı olamadığı bazı hastalarda histerektomi yapılmaktadır. POP ile birlikte eş zamanlı olarak üriner stres inkontinans varsa, cerrahi tedavi ile düzeltilmesi göz önünde bulundurulmalıdır.

Pelvik taban cerrahisinde geleneksel transvajinal ve transabdominal yaklaşımlara ek olarak<sup>(1-3)</sup>, laparoskopik yöntemler günümüzde yaygın olarak kullanılmaktadır. Bu çalışmamızın amacı laparoskopik sakro-servikopeksi uygulanan, semptomatik pelvik organ prolapsusu olan hastalarımızın sonuçlarını bildirmektir.

## MATERYAL VE METOD

Kliniğimizde, 2002-2007 yılları arasında, semptomatik utero-vajinal prolapsus nedeniyle 6 hastaya laparoskopik sakroservikopeksi uygulandı. Tüm hastalar, cerrahi öncesinde anamnez ve vajinal muayene ile değerlendirildi. Muayene sol yan pozisyonunda, valsalva manevrası yaptırılarak, Sims spekulumu ile gerçekleştirildi. Ürogenital prolapsus modifiye Baden-Walker sınıflaması kullanılarak derecelendirildi<sup>(4)</sup>. Prolapsus, orta vajina düzeyinde ise birinci derece, introitusta ise ikinci derece ve introitusu geçmiş ise üçüncü derece olarak tanımlandı. Tüm hastalarda ürojinekolojik değerlendirme yapıldı ve stres üriner inkontinans dışlandı. Anormal uterin kanaması olmayan ve servikal sitolojisi normal olan hastalarda uterusun korunması göz önünde bulunduruldu.

## CERRAHİ TEKNİK

Genel anestezi altında, dorsal litotomi pozisyonunda; umblikustan veress iğnesi ile girilerek pneumoperitoneum sağlanmıştır. 1 cm.'lik infraumblikal kesiden 10 mm. çapında trokar girilmiştir. Ek olarak, 2 adet 5

mm çapında trokar bilateral olarak spina iliaka anteriorun 2 cm medialine ve 1 adet 5 mm çapında trokar da umblikus seviyesinde abdominal rektus kasının sol lateraline yerleştirilmiştir. Tam olarak pelvik ve abdominal gözlem sonrasında, pelvik peritonda sağ üreter trasesi refleksiyonu gözlenmiştir. Periton kesisi yapılarak, unipolar makas ve bipolar dissektör kullanılarak üreter pelvik birimden servikse kadar disseke edilmiştir. Daha sonra, sakrouterin ligament üzerinde örtülü olan visseral periton, ligamentin hemen uterusu yapıştığı yerden insize edilmiştir ve periton diğer sakrouterin ligamentin yağıştığı yere doğru transvers olarak kesilmiştir. Böylece, serviksin arkası görünür hale getirilmiştir. 15x2 cm boyutlarında prolen mesh, 5mm.'lik trokardan abdominal kaviteye sokulmuştur ve meshin ucu serviksin arkasına 3 yerden 0-numara kalıcı sütür ile (0-Ethibond, Ethicon, Rome, Italy) ekstrakorporeal sütür tekniği ile sütüre edilmiştir. Daha sonra, asistan iki parmağını vajinaya yerleştirerek uterusu normal anatomik pozisyonuna getirmiştir. Diğer yandan 2 cm.'lik transvers kesi sakral promontorium üzerindeki peritona yapılmıştır ve üreterin disseksiyonu için sağ tarafta yapılan insizyonun üst ucuna kadar genişletilmiştir. Meshin diğer ucu sakral promontoryuma 3 yerden 0-numara kalıcı sütür ile (0-Ethibond, Ethicon, Rome, Italy) ekstrakorporeal sütür tekniği ile sütüre edilmiştir ve uterus anatomik pozisyonuna gelmesi sağlanmıştır. Mesh retroperitoneal olarak yerleştirilmiş ve üzerindeki periton 2/0 vicryl ile intrakorporeal sütür tekniği ile kapatılmıştır.

## SONUÇLAR

Hastaların demografik ve klinik özellikleri tablo 1'de özetlenmiştir. Tüm hastalara laparoskopik sakroservikopeksi operasyonu uygulanmıştır. Hastaların ortalama yaşı 33.1 (29-40) yıldır ve tümü en az bir kez (1-3 arası) vajinal doğum yapmışlardır. Ortalama operasyon süresi 89 (80-100) dakikadır. Tüm hastalar postoperatif birinci gün taburcu edilmiştir ve ortalama kan kaybı tüm hastalarda 100 ml'den azdır. Hiçbir hastada komplikasyon gelişmemiştir ve 6-44 ay arası takipte rekürrens izlenmemiştir. Hastalardan sadece, Olgu 1, operasyondan 2 yıl sonra gebe kalmış ve 38-39. gebelik haftasında sezeryan ile 3400 gr. bebek doğurtulmuştur. Batın gözleminde herhangi bir adezyon oluşumu izlenmemiştir ve doğumdan sonra geçen 28

**Tablo I:** Laparoskopik sakroservikopeksi uygulanan hastaların demografik ve klinik özellikleri.

	Olgu 1	Olgu2	Olgu 3	Olgu 4	Olgu 5	Olgu 6
Yaş (yıl)	31	33	34	29	32	40
Parite	1	2	2	2	3	1
Doğum kilosu (gr)	3800	3600/ 3700	3300/ 3800	3050 3200	3800/3500/ 3600	3400
Utero-vajinal prolapsus	3°	3°	3°	3°	3°	3°
Operasyon süresi (dk)	90	100	90	80	85	90
Takip süresi (ay)	44	36	30	24	16	6
Komplikasyon	Yok	Yok	Yok	Yok	Yok	Yok
Operasyon sonrası doğum	1 S/C	Yok	Yok	Yok	Yok	Yok
Rekürrens	Yok	Yok	Yok	Yok	Yok	Yok
Kan kaybı (ml)	50	80	30	100	80	50
Postoperatif hastanede kalış süresi (gün)	1	1	1	1	1	1

ay takipte rekkürrens mevcut değildir.

## TARTIŞMA

Uterusun korunmasını isteyen kadınlarda semptomatik utero-vajinal prolapsus cerrahisi özel bir problemdir. Giderek daha çok kadın, histerektomiden kaçınmaktadır (5). Çocuk sahibi olmayı ileri yaşlara erteleme, uterusun seksüel tatminde rol oynadığı inancı(6), menoraji kontrolündeki başarılı konservatif tedaviler(7), histerektomi ihtiyacını azaltmaktadır.

Uterusun korunmasını isteyen kadınlarda prolapsus cerrahisinde muhtelif seçenekler mevcuttur. Geçmişteki uterus asma yaklaşımlarının yan etkileri: düşük fertilité, dispareni görülmesi ve rekürrensi. Üstelik bağlantı noktası olarak anterior abdominal duvarı kullanan yöntemler, karın içi basıncının cul-de-sac'a geçişini mümkün kılarak muhtemel enterosele yol açmaktaydı. Manchester prosedüründe (vajinal yaklaşım) uterosakral ve kardinal ligamanlar kısaltılıp tekrar anterior servikal fasyaya tutturulmaktadır. Aynı zamanda portio veya tüm serviks ampute edilmektedir(8). Manchester onarımının dezavantajları ilk birkaç ayda %20'den fazla rekürrens(9), infertilitede artış ve gebelik elde etme harcamalarında %50 gibi bir artışa yol açmasıdır (8-10). Vajinal reepitelizasyon veya servikal stenozis sebebiyle ileride yapılacak olan serviks sitolojik ve endometriumun histolojik incelemeleri güçleşmektedir. Diğer geleneksel transvajinal ve transabdominal yaklaşımlar sakrospinöz histeropeksi (serviks-sakrospinöz ligaman)(2) ve sakral histeropeksidir (serviks-sakrum)(3).

Transvajinal yolla sakrospinöz histeropeksi, 3 araştırmacı tarafından uterusunun korunmasını isteyen 35(11-13), fertilitésini korumak isteyen 24 ve uterusunun

korunmasını isteyen 11 kadında tariflenmiştir. 33 adet takip bildirilmiştir. 5 kadın gebeliklerini tamamlamıştır (hepsi vajinal doğum) ve birinde (%20) uterin prolapsus cerrahisi gerekmiştir. Sakrospinöz histeropeksi yapılan hamile kalmayan 28 kadında sadece 1'nde başarısızlık olmuştur. Takip periyodu 6 hafta-6 yıl arasında bildirilmiştir. Maher ve arkadaşları(14), çocuk sahibi olamadıkları için uterusunun korunmasını isteyen utero-vajinal prolapsuslu 34 kadında sakrospinöz histeropeksi uygulamıştır. Başarı oranı, ortalama 26 aylık takipte %74 olarak bildirilmiştir.

Serviksini direkt veya indirekt olarak sakruma tutturulduğu sınırlı sayıda abdominal sakral histeropeksi olguları bildirilmiştir(3). Constantini ve arkadaşları(3) Gore-Tex mesh kullanarak kolposakropeksi veya histeropeksi uyguladıkları 21 hastalarını bildirmişlerdir. 12-68 ay arasındaki takip döneminde, toplam başarı oranı %90 olarak bildirilmiştir.

Laparoskopik cerrahinin ortaya çıkması, intraabdominal adezyon oluşuma riskini azaltacak minimal invaziv yaklaşım olanağı sunmaktadır. Laparoskopik ventral askı literatürde sıkça belirtilmekte ve premenapozal kadınlarda uterus retroversiyonunun düzeltilmesinde çok etkin bir yöntem olduğunu bildirilmektedir(15). Buna rağmen uterovajinal prolapsus tedavisinde bu yöntemin sonuçları tartışmalıdır. O'Brien ve İbrahim (16) çalışmalarında, iyi sonuçlar bildiren yayınların tersi olarak(17), tedavi edilen 8 kadında da rekürrens tariflenmektedir. Cornier ve Madelenat(18) laparoskopik yaklaşım için Kapandji histeropeksisini uyarlamıştır: vajina ve uterus istmusunu SİAS'ın yanındaki oblik kasın aponevrozuna transvers asmak için mersilen yama kullanmışlardır. 10 hastanın 7'sinde fonksiyonel sonuçlar tatminkardır ve şikayet görülmemiştir. Maher ve arkadaşları(19), uterusunun korunmasını isteyen kadınlarda uterus prolapsusu için yakın zamanda

laparoskopik sütür histeropeksi tariflemişlerdir. Ortalama 12 aylık bir takipte 43 kadından 35'inde hiçbir prolapsus semptomu rapor edilmemiştir. Wu (20) ılımlı veya şiddetli utero-vajinal prolapsuslu 7 hastada yüksek McCall kolpopeksi uygulamıştır. 9-17 ay sonra hastaların hiçbirinde genital prolapsus için rekürrens kanıtı bulunmamıştır.

Çalışmamızda, semptomatik utero-vajinal prolapsusu olan hastalarda yapılan laparoskopik sakroservikopeksi tekniği ve sonuçları değerlendirilmiştir. Uygulama, tüm hastalar tarafından iyi tolere edilmiştir. Operasyon sonrasında, hastaların minimal ağrısı olmuştur ve postoperatif birinci günde normal diyeti tolere edebilmişlerdir. Hastaların hiç birinde majör komplikasyon gelişmemiştir. 6-44 ay arasındaki takip süresince hastaların hiçbirinde tekrarlayan genital prolapsusunun kanıtları olmamıştır. Uterusunun korunmasını isteyen kadınlarda mesh kullanarak laparoskopik servikopeksi sonuçları ve tekniği ile ilgili literatürde çok az bilgi mevcuttur<sup>(21,22)</sup>.

Semptomatik utero-vajinal prolapsusu olan ve servikal smearde anormallik göstermeyen hastaların yönetiminde laparoskopik sakroservikopeksi etkili ve güvenlidir<sup>(23)</sup>. Uterin prolapsusu olan ve uterusunun korunmasını isteyen genç hastalarda uygun bir yöntemdir.

## KAYNAKLAR

1. Thomas AG, Bromdan ML, Dottino PR, Bodian C, Friedman F Jr, Bogursky E. Manchester procedure vs vaginal hysterectomy for uterin prolapse. *Reprod Med* 1995;40:299-304
2. Cruikshank SH, Cox IN. Sacrospinous fixation at the time of vaginal hysterectomy. *Am j Obstet Gynecol* 1991;164:1072-1076.
3. Costantini E, Lombi R, Micheli C, Parziani S, Porena M. Colposacropexy with Gore-Tex mesh in marked vaginal and uterovaginal prolapse. *Eur Urol* 1998;34:111-117
4. Baden WF, TR. Genesis of the vaginal profile: a correlated classification of vaginal relaxation. *Clin Obstet Gynecol* 1972; 15:1048-1054.
5. Wilcox LS, Koonin LM, Pokras R, Strauss RT, Xia Z, Peterson HB. Hysterectomy in the United States, 1988-1990. *Obstet Gynecol* 1994;83:549-555.
6. Masters WH, Johnson V. Human sexual response. Boston, Little Brown, 1966.
7. Barrington JW, Bowen Simpkins P. The Levonorgestrel intrauterine system in the management of menorrhagia. *Br J Obstet Gynecol* 1997;104:614-616.
8. O'Leary JL. The extended Manchester operation. *Am J Obstet Gynecol* 1970;107:546-550.
9. Williams BFP. Surgical treatment in uterin prolapse in young women. *Am J Obstet Gynecol* 1966;95:967-972.
10. Naye y Sanchez RM, Velasco VR, Garcia TL. Manchester operation: late complications and obstetric future. *Obstet Gynecol Mex* 1973;33:457-459.
11. Kovac SR, Cruikshank SH. Successful pregnancies and vaginal deliveries after sacrospinous uterosacral fixation in five of nineteen patients. *Am J Obstet Gynecol* 1993;168:1778-1786.
12. Carey MP, Slack MC. Transvaginal sacrospinous colpexy for vault and marked uterovaginal prolapse. *Br J Obstet Gynecol* 1994;101:536-540.
13. Richardson DA, Scotti RJ, Ostergard DR. Surgical management of uterine prolapse in young women. *J Reprod Med* 1989; 536:540.
14. Maher CF, Cary MP, Slack MP, Murray CJ, Milligan M, Schultzer P. Uterin preservation or hysterectomy at sacrospinous colpexy for utero vaginal prolapse? *Int Urogynecol J* 2001;12:381-385.
15. Shalev E, Butsan M, Peleg D. Laparoscopic ventrosuspension or ventrofixation- alternative treatment approaches for uterine prolapse. *Gynecol Endosc* 1994;3:17.
16. O'Brien PMS, Ibrahim J. Failure of laparoscopic uterine suspension to provide a lasting cure for uterovaginal prolapse. *Br J Obstet Gynecol* 1994;101:707.
17. Escamilla JO. Uterine suspension. *Am J Obstet Gynecol* 1998; 178:194-195.
18. Cornier E, Madelenat P. The Kapandji hysteropexy: a laparoscopic technique and Preliminary results. *J Gynecol Obstet Biol Reprod* 1994;23:378-385.
19. Maher CF, Cary MP, Murray CJ. Laparoscopic suture hysteropexy for uterine prolapse. *Int j Gynecol Obstet* 2001;97:1010-1014.
20. Wu MP. Laparoscopic uterine suspension for the treatment of utero vaginal prolapse. *Int J Gynecol Obstet* 1997;59:259-260.
21. Donnez J, Anaf V, Nisolle M. Laparoscopic sacrofixation for uterine, cervical and vaginal vault prolapse. Presented at the New Modalities in Endoscopic Surgery Symposium. Brussels; 1994.
22. Wattiez A, Boughizane S, Alexandre F, Canis M, Mage G, Pouly JL, Bruhat MA. Laparoscopic procedures for stress incontinence and prolapse. *Curr Opin Obstet Gynecol* 1995;7:317-321.
23. Sze EH, Meranus J, Kohli N, Miklos JR, Karam MM. Vaginal configuration on MRI after abdominal sacrocolpexy and sacrospinous ligament suspension. *Int Urogynecol J* 2001; 12:375-380.