

## DESCENSUS UTERİDE MANCHESTER (DONALD — FOTHERGİLL) AMELİYATI

### MANCHESTER (DONALD — FOTHERGİLL) OPERATION IN DESCENSUS UTERİ

Dr. Kayıhan UMUROĞLU (\*)

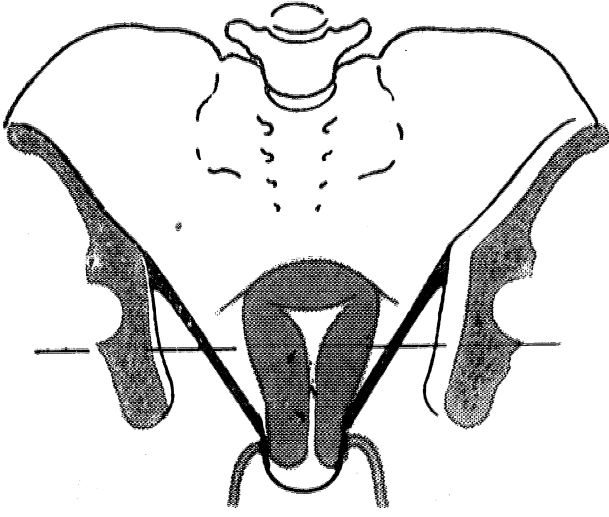
#### Giriş:

Manchester ameliyatı descensus uterileri bulunan genç veya orta yaşta-ki kadınlarda yapılan bir müdahaledir. Bu ameliyatta prensip ligamentum cardinalleri cerviksin önünde germek ve fikse etmek suretiyle uterusu yukarıya çekerek anteversion haline sokmaktır. Portio amputasyonu ile de uterusun pelvisteki pozisyonunu kolaylaştırarak retroversion haline dönmesini önlemek ve eğer mevcutsa elangoŷio collinin, hipertrofik ve hasta cerviksin ortadan kalkmasını sağlamaktır. (Resim 1, 2, 3, 4).

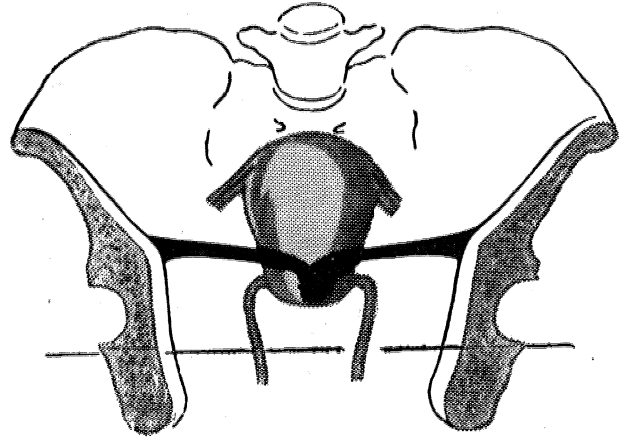
Vaginal yoldan yapılan plastik ameliyatlarda gaye, pelvis organlarının anatomi ve topoğrafileri göz önüne alınarak onları mümkün olduğu kadar eski durumlarına getirebilmektir.

DONALD 28.4.1888 de İngilterenin Manchester şehrinde ilk olarak ön ve arka plastikte birlikte portio amputasyonunu yapmıştır. Daha geç olarak FOTHERGİLL buna Lig. Cardinalleri cervix ön duvarına fikse etmeği ilâve etti. O bununla uterusun yukarıya kaldırılmasını ve desteklemeyi istiyordu. DONALD ve FOTHERGİLL büyük sayıda yaptıkları ameliyatlarının neticelerini yayınlamışlardır. Araya giren uzun senelerden sonra yukarıdaki prensiplere sadık kalınmak suretiyle Amerika ve diğer memleketlerde Manchester ameliyatı tekrar ele alınmaya başlanmış ve bu ameliyatın çeşitli modifikasyonları tarif edilmiştir. (BURGER, SCHULTZE). Fakat hiç bir metod portio amputasyonunun dezavantajlarını ortadan kaldıramamıştır.

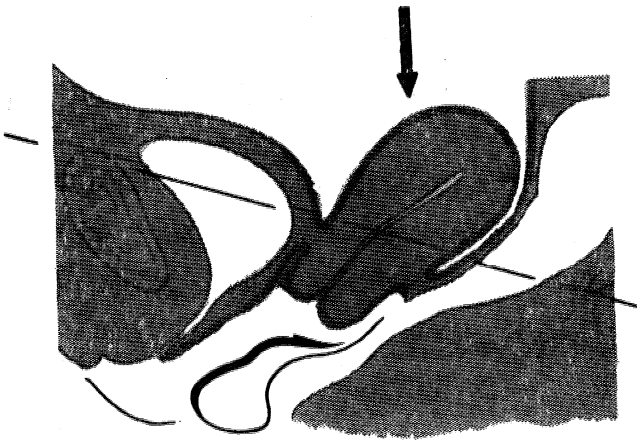
(\*) Zeynep-Kâmil Hastanesi Şef Muavini.



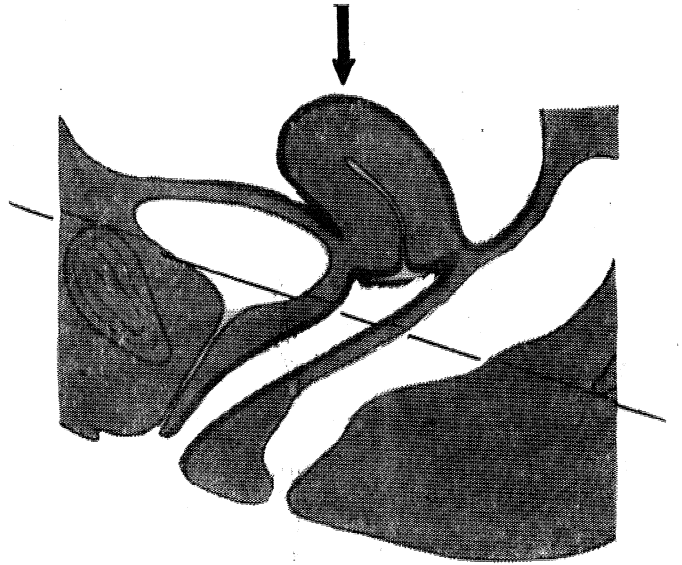
Resim: 1



Resim: 2



Resim: 3



Resim: 4

(Kaeser ve Ikle'den)

### Ameliyata umumi hazırlık :

Deride ve ameliyat sahasında teşekkül etmiş iltihabi veya mekanik tahrişler ameliyat öncesinde tedavi edilmelidir. Atrofik vagina mukozası östrojen ihtiva eden preparatlarla düzeltilmelidir. Vaginal ameliyatlardan sonra idrar yolları enfeksiyonları sık görülen

bir komplikasyondur. Bu bakımdan ameliyat öncesinde bu hal araştırılmalı (idrâr kültürü, sistoskopi, böbrek fonksiyonları) ve tedavi edilmelidir. Tekniğine uygun yapılan vaginal ameliyatlardan kan kaybı fazla değildir. BUCHMAN vaginal ameliyatlarda kan kaybını şöyle hesaplamıştır:

Col. Anterior ve posteriorda	550 cm <sup>3</sup>
Vaginal hysterektomide	700 cm <sup>3</sup>
Manchester ameliyatında	850 cm <sup>3</sup>

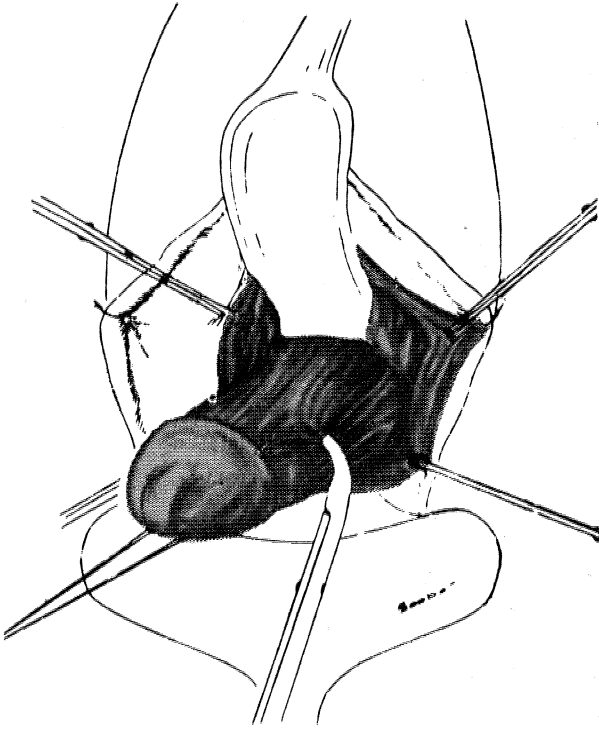
Bu rakkamlar muhakkak ki biraz fazladır. Fakat vaginal yapılacak ameliyatlardan önce konserve kanın hazır bulundurulması her bakımdan lüzumludur.

Teneffüs yolları enfeksiyonları ve bilhassa kronik öksürükler, vaginal ameliyatlardan sonra residivlere sebebiyet verebilmeleri dolayısıyla ameliyat öncesinden tedavi edilmeli, postoperatif devrede ise tromboz ve trombofilebit profilaksisi için hastalar erken ayağa kaldırılmalıdır. Vaginal müdahalelerden sonra vagina nedbeli boru halinde deforme bir hale sokulmamalı, bilâkis vaginanın mobillliği, fizyolojik şekli muhafaza edilmeli, ileride kohabitasyon güçlüğüne ortaya çıkmasına mani olunmağa çalışılmalıdır. Vaginal ameliyatlardan sonra mortalite bugün için çok düşüktür. Büyük istatistiklere göre nisbet 1/1000 dir. (ANDERES - KAESER-HELD-HUCK)

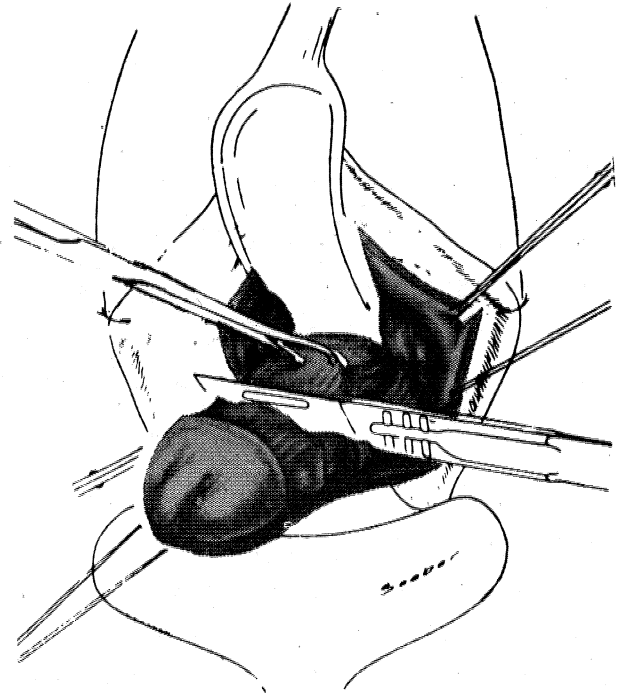
### Ameliyat tekniği :

Labiumlar birer dikişle yanlara tesbit edilir. Portio tek dişli ile tutulup öne çekilir, hysterometri ile retrofleksiyonun derecesi ve collumun elongatiosu kontrol edilir. Cervikal kanal Hegar 8 e kadar dilate edilir ve icabında cervix ve cavum uteri kürete edilir. Ameliyattan önce portioda bir Ca. (in

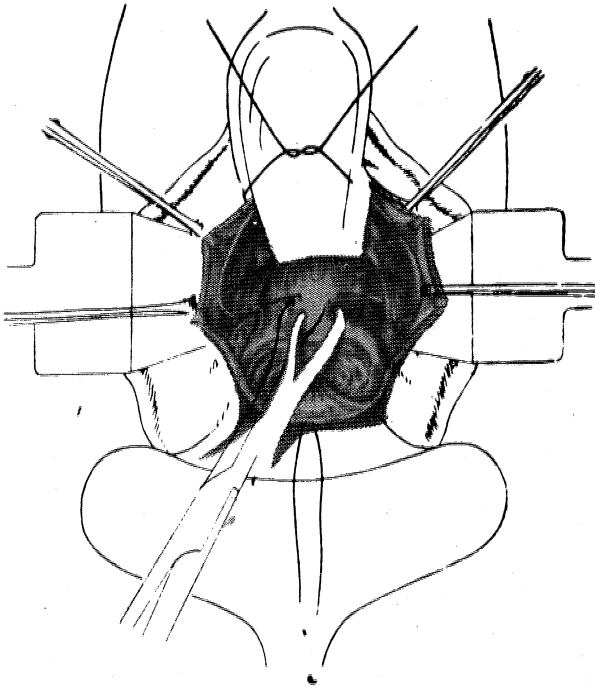
situ) olup olmadığı kolposkopi ve sitoloji ile araştırılmalıdır. Dilatasyon ile portionun rekonstriksiyonu kolaylaştırılmış olur. Ameliyat sahası adrenalini veya hypophysinli fizyolojik serum ile infiltre edilir. (Bu infiltrasyonu biz hiç bir vak'amızda tatbik etmedik) Manchester ameliyatı bir col. anterior gibi başlar. FOTHERGILL bu ameliyata ön vagina duvarında uretranın altından başlayan üçgen tarzında bir lambo kalkabilecek gibi bir insizyonla başlanmasını tavsiye etmektedir. Bunu çıkarılacak portio etrafında bir sirküler kesit takip etmektedir. Vagina ön duvarına ters T şakki yapılarak vagina mukozası uretra ağzına kadar yanlardan da olmak üzere prepare edilir. Lig. supravaginale keskin olarak ayrılır ve mesane ön periton görülünceye kadar (Plica vesico uterina peritonei) refule edilir. Periton açılmaz. Portio dairevi olarak kesilir ve bir makas ile arkadan ve yanlardan vagina manşet şeklinde ayrılır. Kesit vaginanın kısalmasına mani olmayacak şekilde çok arkadan yapılmamalıdır. Her iki yanlardaki Lig. Cardinaler sağlam bir pensle kuvvetlice cerviksten geçmek üzere tutulur. (Resim 5). Bu tutulan doku 3 nolu katgütle dikilir. (Chromkatgüt 1 no tavsiye ediliyor). Yukarıda anlatılan bu ameliye pens kullanılmadan da direkt bir iğne veya bir dechamplada yapılabilir. Dikilen ve kesilen lig. cardinales cerviksin önünde çaprazlaşabilecek kadar yanlardan ayrılır. Çaprazlaşma anında uterusun aldığı yeni pozisyon kontrol edilir. Hastada tekrar çocuk



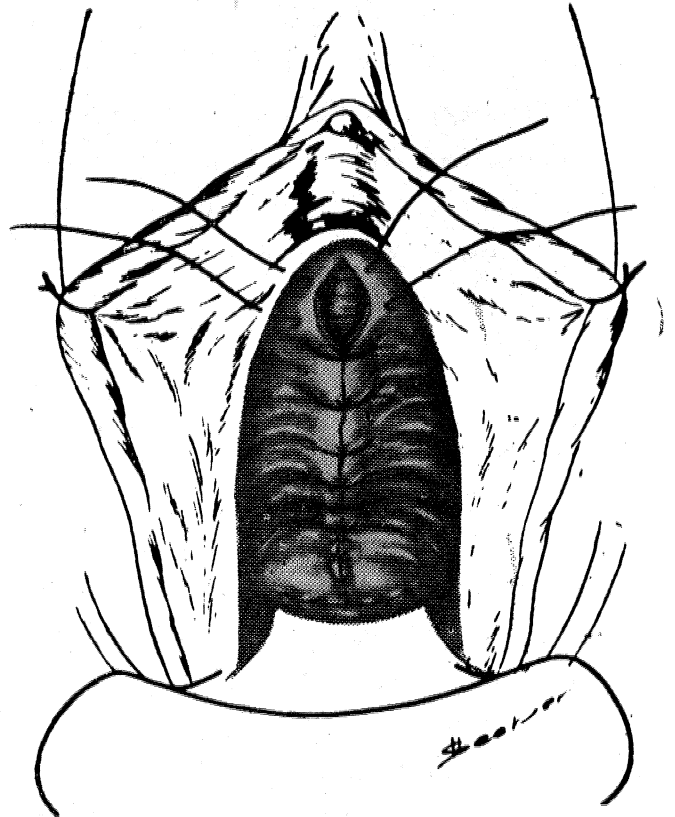
Resim: 5



Resim: 6



Resim: 7



Resim: 8

sahibi olma arzusu varsa portio derin olmamak şartıyla ampute edilir ve arkada Sturmdorf dikişi konur. (Resim 6). Sonra prepare edilmiş Lig. Cardinaller cerviks ön duvarına 2-3 dikişle çarpazlaşacak tarzda fikse edilir. (FOTHERGILL dikişi) (Resim 7). Bu suretle uterus anatomik durumuna getirilmiş olur. Vagina ön duvarından fazla olan mukoza kesilir. Bundan sonra öne, gene tekniğine uygun olarak Sturmdorf dikişi konur ve yeni portio teşkil edilmiş olur. Bazı ahvalde eğer teknikte bir güçlük karşılaşılmadığı takdirde Fothergill ve Sturmdorf dikişi k o m b i n e edilerek konabilir. Stenoz teşkiline mani olmak için Sturmdorf dikişleri konduktan sonra cervical kanal bir buji ile kontrol edilir. Bunu ön plastik takip eder. (Colporrhaphie anterior). Fascia pubovesico cervicalis O no katgut ile separe olarak dikilir. İlk fasia dikişleri cerviks ön duvarından beraberce alınmalıdır. Bu suretle yeni bir sistoselin meydana çıkmasına mani olunur. Biz gene sistoselin teşkiline mani olmak için yaptığımız bir modifikasyonla cerviks önünde çarpazlaştırılarak cervikse dikilen Lig. cardinallerin ipliklerini uzun bırakarak vagina mukozasından geçiriyor ve vagina mukozası kapatıldıktan sonra birbirine bağlıyoruz. Trigonum urogenitaleyi germek gayesiyle uretranın altına bir U dikişi konur. Sonra separe dikişlerle vagina mukozası kapatılır. (Resim 8) Umumiyetle Manchester operasyonu bir arka plastik (Col. Posterior) sonlandırılır.

### Material, metod ve disküsyon :

Hastanemizde 1968 şubatından 1969 martına kadar 17 Manchester ameliyatı yapılmıştır. En genci 30 yaşında, en yaşlısı da 50 yaşında olan bu 17 hastanın yaş ortalaması 40.3 dür. Hastalarımızın post Op. devrede hastanede kalış müddetleri ortalama 9 gündür. 1962 den 1963 e kadar Gelsenkirchen Knappschafts hastanesi nisaiye servisinde 21, 1963 den 1968 e kadar da Münster Raphaelskliniğin nisaiye servisinde 103 Manchester ameliyatını takip etmek fırsatını bulduk. Bu 124 vak'alık seride yaş ortalaması 33 ve post Op. devrede hastanede kalma müddeti ise 18 gündü.

Toplam olarak 141 vak'ada post Op. kanama 3 vak'ada (% 2.1). Cerviks stenozu hiç bir vak'ada görülmedi. Buna mukabil gene 1968 şubatından 1969 martına kadar hastanemizde yapılan 9 col amputasyonundan sonra 2 vak'ada cerviks stenozu ve hematometra görülmüştür (% 22.2) ki bu nisbet çok yüksektir. Bu stenoz teşekkülünü biz ameliyat esnasında cerviks iyi dilate edilmeden Sturmdorf dikişinin konmasına bağlıyoruz.

Gene kliniğimizde 1968 başından 1969 martına kadar 66 vaginal total histerektomi yapılmıştır. Histerektomiler adetten kesilmiş ve total prolapsusları olan hastalarda tatbik edilmiştir. Hafif descensus uteri ile birlikte sistorektoselleri olan 67 vak'ada col. anterior ile posterior ameliyatı yapılmıştır.

141 Manchester ameliyatı yapılan vak'alarda adet ve fertilitenin muha-

fazası daima göz önünde tutulmuştur. 1 vak'amızda aradan bir sene geçmeden yeniden bir desensus uterinin meydana geldiği görülmüştür. (Sütür en-süfisansına bağlı). Hastanemizde yapılan 17 vak'anın büyük çoğunluğunu takip etmek imkânını bulamadık. Kontrol muayenelerine gelmediklerine göre bir şikâyetlerinin olmadığına hükmediyoruz.

Her ne kadar total prolapsusları olan hastalarda Manchester ameliyatı yapılmaması (residif ihtimalinin büyüklüğünden) tavsiye edilmekte ise de biz 1 vak'amızda yapmak mecburiyetinde kaldık ve iyi netice aldık. Hastamız 35 yaşında ve descensus uteriden dolayı iki defa ligamentopexie ve col. anterior-posterior ameliyatı yapılmıştı. Bize geldiğinde elangatio colli ile total prolapsusu mevcuttu. Ameliyata total histerektomi yapmak üzere başladık. Fakat evvelce geçirdiği iki laparotomi neticesi iltisaklar dolayısıyla ön ve arka peritona girmek mümkün olmadı. Yüksek bir col amputasyonu ile Manchester plastiği yaparak ameliyatı bitirdik. Hastayı 7 ay kadar takip ettik, netice bizim için memnuniyet verici idi.

Manchester ameliyatının neticeleri ve komplikasyonları hakkında çeşitli neticeler neşredilmiştir. Bu ameliyat yapılan hastaların uzun seneler kontrol altında kalmaları icap etmektedir. Erken komplikasyon olarak ön plânda idrar yolları enfeksiyonu kendini gösterir. (% 20 - 25). Stumpf kanaması nadirdir. (% 1 - 2). Bu hal revizyon, di-

kiş veya tamponla önlenilebilir. % 2-5 vak'ada ateş ve yara iyileşmesinde gecikme görülmektedir. Tromboz ve emboli frekansı diğer vaginal ameliyatlarda olduğu gibidir. Profilaktik olarak ameliyat öncesi alınan tedbirlerle bu frekans % 1 e kadar inebilir. Geç komplikasyon olarak en çok dyspareunia görülmektedir. Bu hal umumiyetle yüksek yapılan bir col. posteriorun neticesidir. Manchester ameliyatından 1 sene sonra yapılan kontrollarda fonksiyonel ve anatomik bakımından % 70 - 80 nisbetinde kusur tesbit edilmemektedir. Cerviks stenozu, hematometra ve pyometra çok nadirdir. (% 1). Sistosel ve rektosel tarzındaki residif azdır. (% 2). Manchester ameliyatından sonra bir enterosel görülmesi çok enderdir. Yeniden bir desensus uterinin teşekkülü hemen hemen yok gibidir. Portio amputasyonundan sonra görülen kosmetik olarak iyi olmayan neticelerden başka, kronik cervicitis, endometritis görülen en sık komplikasyonlardandır. Fertilité % 10-25 nisbetindedir. JEFFCOATE'ye göre portio amputasyonlardan sonra düşük nisbeti yüksektir, bilhassa yüksek yapılmış amputasyonlardan sonra bunu % 20 - 50 olarak kabul eder. Manchester ameliyatından sonra cervical distosiler görülmüş olup sektio nisbeti % 20 dir. Doğumdan sonra desensus residivi mevcut olup HELD ve HUNTER büyük epizyotomi yapmak suretiyle diğer müelliflere nazaran daha az residiv gördüklerini söylemektedirler. Ameliyattan sonra düzelmiş inkontinens ve desensusun residivini önle-

yebilmek için hasta normal doğuma terk edilmeyerek, doğumun bir sektio ile sonuçlandırılması en emin yoldur.

I. derecede desensus uterisi ve hafif elangatio collisi olan hastalarda portio amputasyonu yapmadan col. anterior ile birlikte 1-2 Fothergill dişi ile lig. cardinalleri germek belki gayeye erişmek için kâfidir. Fakat bunlarda residiv biraz daha yüksektir. Total prolapsusu olanlarda residiv ihtimali çok olduğundan Manchester ameliyatı tavsiye edilmemektedir. Zaten genç kadınlarda total prolapsus oldukça nadirdir.

OBER ve MEINRENKEN'e göre Manchester ameliyatının iki dezavantajı bulunmaktadır:

1 — Kalan porticda memnuniyet verici bir estetiğin olmaması.

2 — Fertilitenin azalması.

Portio amputasyonunun bir çok avantaj ve dezavantajları bulunmaktadır. Bu bakımdan portio amputasyonunun bir çok modifikasyonları seneler boyunca anlatılmış ve disküte edilmiştir. Bir çok vak'alarda portio amputasyonu yerine, yeni bir teknikle portioda elektrokonzilyasyon tavsiye edilmektedir. Bu tekniğin kullanılabilmesi için hysterometrinin 9 cm.den yukarı olmaması ve büyük bir elangatio collinin bulunmaması lâzımdır. (KEPP - WOLFF - HERTEL). Biz hastalarımızda bu tekniği tatbik imkânını bulamadık.

Yapılan istatistiklere göre portio

amputasyonlarından sonra % 12.5, konzilyasyonlardan sonra da % 28.2 nisbetinde gebelik görülmektedir. Hangi yükseklikte yapılmış olursa olsun portio amputasyonlarından sonra bir rigidite meydana gelmekte ve doğum esnasında, dilatasyon devrinde bu hal kendisini göstermektedir. Konzilyasyondan sonra rigidite görülmemektedir. Konzilyasyon amputasyona nazaran konzilyasyonda daha da iyileşmektedir.

Genç kadınlarda Manchester prensiplerine sadık kalarak portio çıkarılmadan bir modifikasyonun yapıp yapılamıyacağı zihinlerde bir soru olarak daima kalmıştır. Manchester ameliyatı neticesinde vaginanın fonksiyonu ve pelvis organlarının statığı çok iyidir. Ameliyat neticelerine göre, bu ameliyatın doğum için bir tehlike arz etmediği görülmektedir. Bundan dolayı bu müdahale doğum yapabilecek çağda olan kadınlarda çekinilmeden yapılmaktadır. Menopozdan önce veya menopozda olan kadınlarda dahi ameliyatın neticeleri çok iyidir. (HUNTER - SHAW). Eğer uterusun muhafazası istenildiği takdirde bu kadınlarda seçilecek en iyi yoldur.

Özet olarak söylemek icap ederse: Te LINDE'ye göre % 18.5 bir residiv gösteren ve retroversio fikse olan uterislarda iyi netice vermeyen (SCHWALM - DÖDERLEIN) Manchester ameliyatı Col. anterior, mesanenin itilmesi ve gerilmesi, portio amputasyonu ile yanlardan prepare edilen Lig. cardinallerin cerviksin ön yüzüne dikilmesiyle cerviksin yukarıya itilmesi

ve col. posteriordan müteşekkil bir ameliyat olup, çocuk arzu eden genç kadınlarda total prolapsusu olmayan, ha-

fif bir densus uteriyle birlikte sistoseli olan kadınlarda yapılan neticeleri iyi olan bir plastik ameliyattır.

### **ÖZET**

Manchester ameliyatı, densus uterileri olan kadınlarda adet ve fertilitenin muhafazasını ön gören ve neticeleri iyi olan bir plastik ameliyattır.

Bu yazıda Manchester ameliyatının tekniği anlatılmış ve 141 vak'alık seride alınan neticeler disküte edilmiştir.

### **ZUSAMMENFASSUNG**

Die Manchester Operation ist eine Operation die bei der Frauen mit Deszensus Uteri das Erhalten der Fertilitaet und Menses bestrebt und gute Ergebnisse gibt.

In diesem Referat wurde die Technik der Manchester Operation beschriben und das Resultat in einer Serie mit 141 Faelle diskutiert.

### **LİTERATÜR**

- 1 — **KAESER, O. — IKLE, F.A.** : Atlas der Gynaekologischen Operationen. 1960, 181.
- 2 — **SCHWALM, H. — DÖDERLEIN, G.** : Klinik der Frauenheilkunde und Geburtshilfe 1967 6. Band. 27.
- 3 — **LOWRIE, R.J.** : Gynecology Surgical Techniques 1955 124,
- 4 — **CROSSEN, H.S. — CROSSEN, R.J.** : Operativ Gynecology 1948. 388.
- 5 — **OBER, K.G. — MEINRENKEN, H.** : Allgemeine und Spezielle Chirurgische

- Operationslehre IX. Gynaekologische Operationen 1964. 372.
- 6 — **KEPP, R. — WOLFF, C.H. — HERTEL, H.** : Geburtshilfe und Frauenheilkunde: Elektrokonisation bei plastischen Vaginalen Operationen. 1969. 11. 1025.
- 7 — **TAVMERGEN, H.** : Zentralblatt für Gynaekologie: Ein Beitrag zur Portioplastik nach Sturmdorf. 1960. 82. 1986.
- 8 — **UMUROĞLU, K.** : Haydarpaşa Numune hastanesi Tıp Dergisi: Portio konisationunun ameliyat tekniği. 1966. Cilt 4, sayı 1. 64.