

Ayarlanabilir orta üretra askı ameliyatı sonrası cilt ve vajinal erozyon

Skin and vaginal erosion after adjustable mid-urethral sling operation

Okan Alkış, Ali Ersin Zümrütbaş, Yusuf Özlülerden, Zafer Aybek

Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi, Üroloji AD, Denizli

Özet

Meş erozyonu, transobturator tape (TOT) uygulaması sonrası görülen nadir bir komplikasyondur. Meş erozyonu küçük bir alanda görüldüğünde vajinal topikal östrojen tedavisi ile giderilebilmekte ancak geniş alanlı meş erozyonunda ya da enfekte meş varlığında meşin eksize edilmesi önerilmektedir. Burada, transobturator tape uygulaması sonrasında vajina ve ciltte meş erozyonu gelişen bir olguda lokal meş eksizyonu ve vajinal mukoza onarımı sunulmuştur.

Pam Tıp Derg 2014;7(3):230-233

Anahtar sözcükler: Stres tip idrar kaçırma, Transobtrator tape, Meş erozyonu.

Abstract

Mesh erosion is a rare complication of the transobturator tape (TOT) procedure. Mesh erosion can be treated with topical estrogen therapy if it is seen in a small area, however excision of the mesh is necessary when the erosion is larger or if any infection is present. In this case, we report a patient who had mesh erosion after the TOT procedure. Her treatment consisted of surgical excision of the mesh and primary closure of the wound after adequate debridement.

Pam Med J 2014;7(3):230-233

Key words: Stress urinary incontinence, Transobtrator tape, Mesh erosion.

Giriş

İdrar kaçırma, Uluslararası Kontinans Topluluğu (International Continence Society –ICS) tarafından her türlü idrar tutamama yakınması olarak tanımlanmıştır [1]. İdrar kaçırma tipleri ise; stres tip idrar kaçırma, sıkışma tipi idrar kaçırma, karışık idrar kaçırma, uykuda idrar kaçırma, devamlı idrar kaçırma ve diğer tip idrar kaçırma olarak belirtilmiştir [1]. Kadınlarda idrar kaçırma görülme sıklığı, yapılan çalışmalarda %4.5–53 arasında gösterilmiştir. İdrar kaçırma vakalarının çoğunluğunu oluşturan stres tipi idrar kaçırma (STİK), karın içi basıncını arttıran aktiviteler esnasında (öksürme, hapşırma, gülme, egzersiz yapma) istemsiz idrar kaybıdır. STİK, genel olarak üretra fonksiyonu yetersizliği sonucu ortaya çıkmaktadır [2]. Etiyolojide geçirilmiş pelvik cerrahi, zor doğum öyküsü, yaşlanma ve hipoestrogenemi yer almaktadır. Tedavide ise şikayeti minimal olan olgularda davranış tedavisi (zamanlı işeme, sıvı kısıtlaması,

gastrointestinal sistem düzenlenmesi, vb) ve pelvik taban egzersizleri önerilmektedir. Ancak semptomları fazla olan, konservatif tedavi yöntemleri ile şikâyetleri gerilemeyen ve kontinan olma isteği olan hastalarda cerrahi tedavi düşünülmelidir [3]. Cerrahi tedavide retropubik üretropeksi yöntemleri ve sling operasyonları uygulanmaktadır. Retropubik üretropeksi yöntemleri Marshall-Marchetti-Krantz sistoüretropeksi ve Burch kolposüspasyonu operasyonlarını içerir [4,5]. Sling operasyonları ise pubovajinal sling, midüretal sling (retropubik yaklaşım ve transobturatuar yaklaşım) ve minimal invaziv sling (mini-sling) operasyonundan oluşmaktadır. Günümüzde midüretal sling kolay uygulanması, güvenli oluşu ve uzun dönem sonuçlarının başarılı olması nedeniyle en sık kullanılan yöntemdir. Midüretal sling yöntemlerinde transobturatuar tape uygulaması retropubik yaklaşımda (TVT) trokarın retropubik alandan geçişine bağlı komplikasyonları

Okan Alkış

Yazışma Adresi: Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi, Üroloji AD, Denizli
e-mail: okanalks@hotmail.com

Gönderilme tarihi: 07.01.2014

Kabul tarihi: 17.03.2014

önlemek için Delorme [6] tarafından 2001 yılında geliştirilmiştir. Bu teknikte midütretra seviyesinde vajene yaklaşık 1 cm'lik vertikal insizyon yapılır. Ardından laterale doğru diseksiyon ile her iki ischiopubik ramusa ulaşılır. Ardından cilt insizyonları bilateral olarak, klitoris ile aynı hizada horizontal hatta ischiopubik ramustan 1 cm laterale yapılır. Trokar ile ciltten yapılan insizyonla obturator foremeden geçilerek sentetik meş midütretra seviyesine yerleştirilir. Günümüzde stres tip idrar kaçırmının cerrahi tedavisinde yaygın olarak kullanılan bu operasyon sonrası komplikasyonlar nadirdir [7]. Postoperatif en sık görülen komplikasyonlar ise; idrar retansiyonu, işeme disfonksiyonu, yeni gelişen sıkışma, mesane veya üretra yaralanması ve meş erozyonudur [8-9]. Meş erozyonu küçük bir alanda görüldüğünde vajinal topikal östrojen tedavisi ile giderilebilmekte ancak geniş alanlı meş erozyonunda ya da enfekte meş varlığında meşin eksize edilmesi önerilmektedir [10]. Burada, TOT operasyonu sonrasında vajina ve ciltte meş erozyonu gelişen bir olguda lokal meş eksizyonu ve vajinal mukoza onarımı sunulmaktadır.

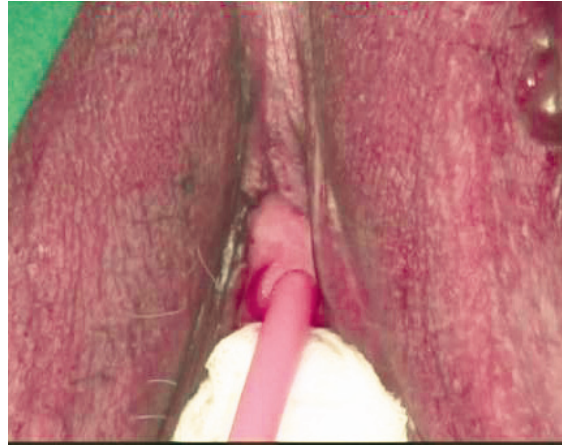
Olgu Sunumu

53 yaşında bayan hasta Mayıs 2013'te kliniğimize vajende ve perinede ağrı ve şişlik şikayeti ile başvurdu. Hastanın öyküsünde 4.5 yıl önce dış merkezde stres tip idrar kaçırmaya nedeniyle TOT operasyonu yapıldığı ve yeniden ayarlanabilir makropor monoflaman poliprolen meş (Safyre®) (Resim 1) kullanıldığı öğrenildi.



Resim 1. Yeniden ayarlanabilir makropor monoflaman poliprolen meş

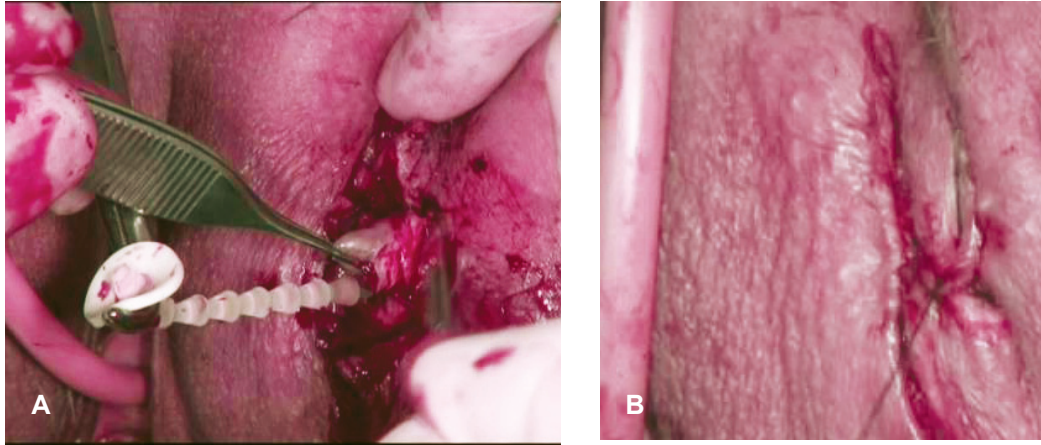
Postoperatif idrar kaçırmaya şikayeti düzelen hastanın 6. ayda vajende ağrı ve şişlik şikayetinin başladığı ve anılan yakınmalar ile başvurduğu merkez tarafından oral antibiyotik, vajinal östrojenli krem önerildiği anlaşıldı. Tedaviyi kullanmasına rağmen şikayetlerinde düzelme olmaması üzerine kliniğimize başvuran hastanın yapılan muayenesinde solda meşin giriş yerinde 0.5 cm çaplı endüre lezyon ve vajende sol yan duvara uzanan ağrılı, endüre lezyon (Resim 2) palpe edildi. Yapılan tetkiklerinde aktif enfeksiyon bulgusu saptanmadı ve çekilen MR'da abse formasyonu izlenmedi. Temmuz 2013'te hastaya parsiyel meş eksizyonu ve vajen mukozası onarımı yapıldı (Resim 3). Hastanın şikayetleri postoperatif dönemde geriledi ve yara yeri normal olarak izlendi.



Resim 2. Meşin giriş yerinde endüre lezyon

Tartışma

Stres tip idrar kaçırmaya cerrahisinde minimal invaziv, komplikasyon oranı düşük ve etkinliği yüksek bir yöntem olan TOT operasyonu üroloji pratiğinde yaygın olarak uygulanmaktadır. Cerrahi tecrübe arttıkça komplikasyon oranları azalmakta ve bunların yönetimi kolaylaşmaktadır. Nadir olsa da görülen komplikasyonlar ise barsak ve büyük damar yaralanması (obturator damar, inferior epigastrik arter, iliak damarlar), mesane yaralanması, üretra yaralanması, idrar retansiyonu, yeni gelişen sıkışma (de novo urge) ve meş erozyonudur. Literatürde intraoperatif major komplikasyonlar çok



Resim 3. Meş parsiyel eksize edildi

nadir olarak bildirilmiştir [11]. Major organ ve damar yaralanmaları retropubik yaklaşımda (TVT) vasküler yapılara oldukça yakın trokar girişi nedeniyle daha sık görülmektedir (%0.8). Yine literatürde mesane yaralanması vakaların %0-0.5'inde ve üretra yaralanması ise vakaların %0-1.1'inde bildirilmiştir [6–12]. Operasyon sırasında sistoskopi yapılması gerekliliği tartışılmakla birlikte mesane ve üretra yaralanmasının erken tanısında oldukça etkilidir. Mesane ve üretra yaralanmaları görüldüğünde meş eksize edilmeli ve defekt primer onarılmalıdır. Nadir olarak meşin mesane içinde geniş alanda izlendiği olgularda parsiyel sistektomi uygulanabilir. Yine nadiren görülen üretrovajinal fistül olgularında martius flep uygulanabilir. Meş erozyonu ise daha çok uzun dönem komplikasyonu olarak izlenmektedir. Literatürde meş erozyonu vakaların %3.4'ünde bildirilmiştir [13]. Yine literatürde ayarlanabilir silikon sütünlü sentetik meşin (SAFYRE®) diğer meşlere göre orantısız yüksek erozyon riskine (%19–71) sahip olduğu bildirilmiştir [14]. Bunun nedeni de silikon sütünlü olarak gösterilmiştir. Erozyon etiolojisinde bireysel faktörlerin (yaş, diyabet, obezite, vb) yanında kullanılan sentetik meş tipi de önemlidir. Günümüzde önerilen meş, makropor (>75 mikron), monoflaman, poliprolen sentetik meştir [15]. Erozyon tedavisinde bazı çalışmalarda konservatif yaklaşım önerilmektedir [16,17]. Bazı çalışmalarda ise enfeksiyöz komplikasyon riski nedeniyle erozyon varlığında hemen meşin tamamen çıkarılması önerilmektedir [18,19]. Meş eksizyonu, meşe ve operasyona bağlı fibrozis nedeniyle bazı vakalarda oldukça zor ve komşu vasküler yapıların yaralanma riski nedeniyle komplikasyona açık bir operasyondur. Konservatif izlemde gerilemeyen minimal erozyonu olan vakalarda parsiyel meş eksizyonu ve vajinal sütürasyon uygulanabilir. Yapılan bir çalışmada TOT uygulanan 72 hastanın 2'sinde

(%2.8) erozyon saptanmış ve parsiyel eksizyon uygulanmıştır [20]. Yine meşin parsiyel çıkarıldığı olgularda meşin yerleştirilmesinden sonra oluşan subüretral fibrozis tamamen bozulmadığı için idrar kaçırma nüksü de görülmektedir. Meşin komplet çıkarılmasında ise %25 oranında idrar kaçırma nüksü izlenmektedir. Sonuç olarak meş erozyonu daha çok uzun dönem komplikasyonu olarak görülmesi nedeniyle hastaların postoperatif dönemde de yakın izlenmesi ve meş erozyonu açısından her ziyarette fizik muayene ile değerlendirilmesi önemlidir.

Çıkar İlişkisi: Yazarlar çıkar ilişkisi olmadığını beyan eder.

Kaynaklar

1. Abrams P, Cardozo L, Fall M. et al. The standardisation of terminology of lower urinary tract function: report from the standardisation sub-committee of the international continence society. *Neurourol Urodyn* 2002;21:167.
2. Wein AJ, Rovner ES. Definition and epidemiology of overactive bladder. *Urology* 2002;60:12.
3. American college of obstetricians and gynecologists(ACOG) practice bulletin no 63. Urinary incontinence in women. *Obstet Gynecol* 2005;105:1533.
4. Marshall VF, Marchetti AA, Krantz KE. The correction of stress incontinence by simple vesicourethral suspension. *Surg Gynecol Obstet* 1949;88:509.
5. Burch JC. Urethrovaginal fixation to cooper's ligament for correction of stress incontinence, cystocele, and prolapse. *Am J Obstet Gynecol* 1961;81:281.
6. Delorme E. Transobturator urethral suspension: mini-invasive procedure in the treatment of stress urinary incontinence in women. *Prog Urol* 2001;11:1306.
7. Delorme E, Droupy S, De Tairac R, Delmas V. Transobturator tape uratape, a new minimally invasive treatment for female urinary incontinence. *Prog Urol* 2003;13: 656-659.
8. Ansquer Y, Marcollet A, Yazbeck C. et al. The suburethral sling for female stress urinary incontinence:retropubic or transobturator approach. *J Am Assoc Gynecol Laparosc* 2004;11:353-358.

9. Grise P, Droupy S, Saussine C. et al. Transobturator tape sling for female stress incontinence with polypropylene tape and outside-in procedure: prospective study with 1 year of minimal follow-up and review of transobturator tape sling. *Urology* 2006; 68:759-763.
10. Kobashi KC, Govier FE. Management of vaginal erosion of polypropylene mesh slings. *J Urol* 2003;169:2242-2243.
11. Deng DY, Rutman M, Raz S, Rodriguez LV. Presentation and management of major complications of midurethral slings: are complications under-reported? *Neurourol Urodyn* 2007;26:46-52.
12. Mellier G, Benayed B, Bretones S, Pasquier JC. Suburethral tape via the obturator route: is the TOT a simplification of the TVT? *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct* 2004;15:227.
13. Latthe PM, Foon R, Toozs-Hobson P. Transobturator and retropubic tape procedures in stress urinary incontinence: a systematic review and meta-analysis of effectiveness and complications. *BJOG* 2007;114:522-531.
14. Kuschel S and Schuessler B. Results on function and safety of the safyre-T, a hybrid transobturator vaginal sling for the treatment of stress urinary incontinence. *Neurourol Urodyn* 2008;27:403-406.
15. NICE clinical guideline 40. Urinary incontinence: The management of urinary incontinence in women. Developed by the national collaborating centre for women's and children's health 2006;24.
16. Sivanesan K, Abdel Fattah M, Tiemey J. Perineal cellulitis and persistent vaginal erosion after transobturator tape (Obtape) - case control and review of the literature. *Int Urogynecol J* 2007;18:219-221.
17. Kuhn A, Eggeman C, Burkhard F, Mueller MD. Correction of erosion after suburethral sling insertion for stress incontinence: results and related sexual function. *Eur Urol* 2009;56:371-376.
18. Siegel AL. Vaginal mesh extrusion associated with use of mentor transobturator sling. *Urology* 2005;66:995-999.
19. Domingo S, Alama P, Ruiz G, Morell LM, Pellicer A. Transobturator tape procedure outcome: a clinical and quality of life analysis of a 1 year follow up. *Int Urogynecol J* 2007;18:895-900.
20. Ayhan A, Dogan NU, Guven S, Guler OT, Boynukalin FK, Salman MC. Clinical outcome of transobturator tape concomitant with vaginal hysterectomy plus anterior posterior colporrhaphy. *Arch Gynecol Obstet* 2009;280:375-380.