

LAPAROSKOPIK KOLPOSUSPANSİYON

Zeynep Alpay*, Cem Fıçıcıoğlu**

ÖZET

Laparoskopik Kolposüspansiyon yöntemini yakın zamandaki literatür ışığında incelemek. Avataj ve dezavantajlarını belirlemek.

SUMMARY

To evaluate the laparoscopic colposuspension according to the current literature. And to discuss both the advantages and the disadvantages.

GİRİŞ

Son 15 yıldır görüntüleme ve enstrüman dizaynındaki gelişmeler cerrahlara açık konvansiyonel yöntemlerden ziyade endoskopik vizyon prosedürlerini uygulama imkanı sağlamıştır. İçinde bulunduğumuz yüzyılda birçok yenilik ve modifikasyonlara uğrayan stress inkontinans cerrahisi laparoskopik prosedürler listesine de girmiştir. Bu yeni gelişmeyi kabullenmeden önce iyi bir araştırma gerekmektedir.

Stress inkontinansın cerrahi raporlarını incelerken en önemli nokta inkontinansın kürüdür. Ayrıca cerrahi endikasyon, preoperatif değerlendirme, intraoperatif morbidite, erken postoperatif morbidite ve uzun süreli morbidite-ki bunun içine mesane disfonksiyon semptomları, miksiyon zorluğu, vajinal prolapsus ve disparoni girmektedir iyi değerlendirilmelidir. Ne yazık ki konvansiyonel mesane boynu cerrahisinin raporları böyle geniş kapsamlı bir değerlendirmeyi içermemektedir ve bu da yöntemin başarısının fazla iyimser yorumlanmasına neden olmaktadır. Uzun zamandır farkedilen bir başka durum da muhtemel sebebi, yaşla artan doku desteğinin azalması olan ve zamanla artan inkontinans rekürrens riskini tüm yöntemlerin taşımasıdır. İki yıldan daha az süren takiplerin sonuçları bu yüzden yanıltıcı olabilir. Optimal olan cerra-

hiden beş yıl sonra yapılmasıdır. Ayrıca tedavinin maddi tutarı da düşünülmelidir. Daha önce vurgulanan faktörler bu tutarı etkilemektedir ve endoskopik cerrahide aletlerin maliyeti ve eğitimli personel ihtiyacı da bu değerlendirme içine alınmalıdır.

1994'de Jarvis(1) stress uriner inkotinin cerrahi teknikleri üzerine bir meta-analiz uygulamıştır. Bunun sonucunda kolposuspansiyon yapılan kadınların %80-90'ında tam kür elde edilmesi gerektiğini; %15'inde postoperatif detrusor disfonksiyon semptomları, %7'sinde miksiyon problemleri olabileceğini ve %10'unda 12 ay içinde vajinal prolapsusla karşılaşılabilirliğini bildirmiştir. Winskind et al(2) kolposuspansiyondan sonra 5 yıl içinde %25 kadında vajinal prolapsus ve %10'unda disparoni görüldüğünü vurgulamıştır. Uzun süreli takiplerde kolposuspansiyon etkinliğinin zamana bağlı olarak azaldığını ve 10-12 yıl sonra %69 kür oranıyla plato çizdiği gözlenmiştir(3).

Vancaille and Schuessler(4) laparoskopik kolposuspansiyon yapılan ilk 9 vakalarını 1991'de yayınladıktan sonra birçok yayın daha yapıldı, ancak bunların hepsinde hasta sayıları çok azdı ve kısa süreli takipler mevcuttu. Cerrahi tekniklerde bir birliktelik yoktu ve kullanılan cerrahi materyaller farklıydı (suturler, meşler gibi). Burton(5) di-

* Zeynep Kamil Kadın Hastalıkları ve Doğum Hastanesi Dr.

** Zeynep Kamil Kadın Hastalıkları ve Doğum Hastanesi Doç. Dr.

şında hepsi retroskopik çalışmışlardır. Vancaille ve Schuessler(4) ilk yayınlarında işlemin zor öğrenildiğini bildirmişler ve bunu 9 vakanın 2'sinde yapılan mesane yaralanmasıyla da vurgulamışlardır. Diğer yayınlarda intraoperatif zorluklara çok az değinilmiş ancak mesane yaralanması en sık bildirilen komplikasyon olmuştur(%1-%10 sıklıkta). Hiçbir yayında erken postoperatif morbiditeden-ki bunlar pireksi, transfüzyon ihtiyacı veya enfeksiyon olabilir-bahsedilmemiştir. Urodinami dahil olmak üzere objektif bir postoperatif değerlendirilme yapılmamış ve genelde takipler 3-12 ay arasında değişmiştir. Burton(5) laparoskopik ile açık kolposuspanسیونu randomize prospektif bir çalışmayla karşılaştırmış ve laparoskopikte operasyon zamanının daha uzun, operasyon sonrası ayağa kalkma zamanını daha kısa olduğunu ve stress inkotinansın başarılı kür oranını 36 ayda %60 iken açık cerrahide %93 olduğunu bildirmiştir. Bu çalışmadaki en önemli eleştiri çalışmaya başlamadan önce Burton'un yeterli deneyim edinmemiş ve abzorvable sutur materyali ile küçük iğne kullanmış olmasıdır. Bu çalışma aslında laparoskopik kolposuspanسیونu yapacak deneyimsiz bir laparoskopik cerrahının başarı oranı hakkında bizi bilgilendirmektedir. İki yıllık takip içeren diğer çalışmalarda da farklı sonuçlar elde edilmiştir. Laber ve Sand(6) 3 ayda %89, 1 yılda %86 ve 2 yılda %69 gibi bir kür oranı bildirmişlerdir. Bu seride farklı teknikler kullanılmış ve ortalama operasyon süresi de 190 dak. olmuştur Ross(7) 2 yılda 40 vakalık retrospektif bir seri sunmuştur ve 6 ayda %98, 2 yılda %90 başarı oranı bildirmiştir. Laber ve Sand genelde yardımcı tekniklerde Stamey iğnesini kullanmışlar ve Stamey tipi kolposuspanسیونla elde edilen yüksek oranda rekkurans gibi benzer sonuçlar elde etmişlerdir.

Laparoskopik cerrahinin en önemli avantajı erken postoperatif iyileşmedir Liu(8) tüm hastaların cerrahiden sonra 1 hafta içinde normal aktivitelerine döndüğünü bildirmiştir. Bu seride kıyaslama yapılacak

açık cerrahi grubu yoktu. Ayrıca mesane boynu desteklenen hastaların normal aktivitelerine erkenden dönmelerinin iyi olup olmadığı da bilinmemektedir ve erkenden aktivite başlamasının rekürans riskini artırma ihtimalinin de yüksek olduğu düşünülmektedir. Ayrıca laparoskopik kolposuspanسیونda kullanılan sutur materyal tipinin de önemi vardır. Retropubik alanda daha az postoperatif fibrozis olması açısından non abzorvable materyal kullanımına gerek duyulabilir. Mac Kerzie(9) hastaları preoperatif bilgilendirmenin histerektomi sonrasında iyileşme zamanını etkilediğini bildirmiştir. Laparoskopik cerrahi sonrasında iyileşme süresi hem hastanın hem de doktorun beklentileriyle de etkilenmektedir. Sheffield kolesistektomi çalışmasında(10) hastalara method hakkında bilgi vermemiş ve hem açık hem de laparoskopik teknikler uygulanan hastaların iyileşme oranlarında fark gözlememiştir. Aynı tip çalışmalar da kolposuspanسیون için yapılmalıdır.

Eldeki bilgilere dayanarak halen laparoskopik kolposuspanسیونun stress uriner inkontinans için iyi bir gelişme olup olmadığı hakkında şüpheler bulunmaktadır. Laparoskopik kolposuspanسیونu uygulayan birçok jinekologun urojinekoloji açısından daha önce eğitimleri olmamıştır. Bu durum bildirilen raporlarda hasta seçiminde ve detrusor instabilitesi, miksiyon zorlukları ve vajinal prolapsus gibi postoperatif komplikasyonlara yetersiz önemin gösterilmesiyle ispatlanmıştır. Son 20 yıldır urojinekolojide alt uriner sistem disfonksiyonunun araştırılması ve tedavisinde bir standartlaşma uygulanmaktadır.

Sonuç olarak cerrahi endikasyonlarını, uygulanacak yaklaşımları, kullanılacak materyalleri ve postoperatif komplikasyon değerlendirilmesinin standartlaşması için çok merkezli randomize kontrollü bir çalışmanın yapılması gerekmektedir. Objektif bir sonuç için ise en az 2 ve 5 yıllık takipler gereklidir.

KAYNAKLAR

1. Jarvis GJ. Surgery for genuine stress incontinence. *Br J Obstet Gynaecol* 1994;**101**:371-374.
2. Wiskind AK, Craighton SM, Stanton SL. The incidence of prolapse after the Burch colposuspension. *Am J Obstet Gynecol* 1992;**167**:399-405.
3. Alcalay M, Monga A, Stanton SL. Burch colposuspension: a 10-20 year follow up. *Br J Gynaecol* 1995;**102**:740-745.
4. Vancaille TG, Schuessler W. Laparoscopic bladder neck suspension. *J Laparoendosc Surg* 1991;**3**:169-173.
5. Burton G. A three year prospective randomised urodynamic study comparing open and laparoscopic colposuspension *Neurourol Urodynam* 1997;**16**:353-354.
6. Lobel RW, Sand PK. Long term results of laparoscopic Burch colposuspension. *Neurourol Urodynam* 1996;**15**:398-399.
7. Ross JW. Multichannel urodynamic evaluation of laparoscopic Burch colposuspension for genuine stress incontinence. *Obstet Gynecol* 1998;**91**:55-59.
8. Liu CY. Laparoscopic retropubic colposuspension (Burch procedure). *J Perrod Med* 1993; **38**: 526-530.
9. MacKenzie IZ. Reducing hospital stay after abdominal hysterectomy. *Br J Obstet Gynaecol* 1996;**103**:175-178.
10. Majeed AW, Troy G, Nicholl JP et al. Randomised, prospective, single-blind comparison of laparoscopic versus small-incision cholecystectomy. *Lancet* 1996;**347**:989-994.

Yazışma Adresi**Bağdat Cad. No: 272 D: 10****Ankara Apt.****Caddebostan - İstanbul****Tel. : (0 216) 356 76 81 - 411 53 27**