

VAGİNAL HİSTEREKTOMİ SONRASI GELİŞEN MİKSIYON ZORLUĞUNUN YÖNETİMİ

Management of Voiding Difficulty After Vaginal Hysterectomy.

Levent SEÇKİN, Mustafa KARA, Emel KIYAK ÇAĞLAYAN

ÖZET

Ürojinekolojik operasyonlar sonrasında miksiyon güçlüğü sık karşılaşılsa da uygun tedavi yaklaşımı ile aşılabilen bir durumdur. Biz bu sunuda vaginal histerektomi ve Kelly plikasyonu yaptığımız bir vakada karşılaştığımız miksiyon güçlüğü nedeniyle, operasyon sonrası işeme güçlüğü olgularında tedavi yaklaşımlarını tartışmak istedik.

Anahtar kelimeler: *Üriner inkontinans; Vaginal histerektomi; Üretral karüncül; İşeme güçlüğü*

ABSTRACT

Voiding dysfunction is one of the most frequent complaints encountered following urogynecological operations. The problem can be solved easily by proper treatment. In this presentation we want to discuss the treatment options of postoperative voiding dysfunction.

Keywords: *Uriner incontinence; Vaginal hysterectomy; Urethral caruncule; Voiding dysfunction*

¹Bozok Üniversitesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Ana Bilim Dalı, Yozgat

Levent SEÇKİN, Yrd. Doç. Dr.
Mustafa KARA, Doç. Dr.
Emel KIYAK ÇAĞLAYAN, Yrd.Doç. Dr.

İletişim:

Yrd. Doç. Dr. Levent SEÇKİN,
Bozok Üniversitesi Tıp Fakültesi
Kadın Doğum ABD, 66100 Yozgat
Tel: 05424 23 53 71
e-mail:
lseckin@gmail.com

Geliş tarihi/Received: 04.06.2013
Kabul tarihi/Accepted: 29.05.2014

Bozok Tıp Derg 2014;4(3):80-2
Bozok Med J 2014;4(3):80-2

GİRİŞ

Histerekтоми operasyonları arasında vaginal histerek-tomi, düşük morbiditesi, fonksiyonelliğın çabuk ka-zanılması ve ucuz olması gibi nedenlerle tercih edilen yöntemdir. Johns ve arkadaşları tarafından yapılan bir çalışmada vaginal histerekтоми, abdominal histerekto-mi ve laparoskopı asiste vaginal histerekтоми (LAVH) ile kıyaslanmış ve maliyet, hastanede kalış süresi ve ope-rasyon süresi bakımından en avantajlı bulunmuştur (1). Özellikle adneksiyal patoloji olmayan desensus uteri vakalarında vaginal histerekтоми tercih edilir. Operas-yonda uretral aksın düzeltilmesine bağılı postoperatif idrar inkontinensi görülebilir, bu nedenle vaginal histe-rektomi genellikle, askı ya da Kelly plikasyonu ile des-teklenir. İnkontinans cerrahisi sonrası miksiyon güçlü-ğü %5-20 rastlanan bir durumdur (2). Bununla birlikte uygun tedavi seçenekleri ile vakaların çoğunda sonuç yüz güldürücüdür. Biz de bu sunuda subtotal prolapsus – sistosel nedeniyle, vaginal histerekтоми – Kelly plikasy-onu – arka onarım yaptığımız, uretral karünkülü de olan bir vakada ameliyat sonrası yaşadığımız miksiyon güçlüğü sorunu nedeniyle tedavi yaklaşımlarını tartış-mak istedik.

OLGU

66 yaşında ve menapozda olan olgu genital prolapsus, üriner inkontinans, menopozal yakınmalar ile hasta-nemize başvurdu. Özgeçmişinde hasta hipertansiyonu olduğunu ve bu nedenle Amlodipin bezilat (Norvasc ®Pfizer, USA) 10mg 1x1 kullandığını söyledi. Operasyon öncesi tetkiklerinde açlık kan şekeri 121 mg/dl saptan-an vakaya ameliyat öncesi medikasyon önerilmedi. Transvaginal ultrasonografide; uterus atrofik, endo-metrium 3mm idi, adnexial patoloji izlenmedi. Kolpos-kopide; ülser zemininde iltihabi doku görünümü izlen-di. Servikovaginalsürüntüde patoloji saptanmadı. Fizik muayenede; subtotal uterin prolapsus, 2.derece sisto-sel, ve uretral karünkül mevcuttu, serviks erozyone idi. Opere edilmek üzere hospitalize edilen hastaya, genel anestezi altında vaginal histerekтоми, Kelly plikasyonu, ön-arka onarım yapıldı. Uretral karünküle cerrahi gi-rişim yapılmadı. Materyal patolojiye yollandı. Hastanın postoperatif takibinde vital bulguları ve postoperatif kontrol hemogramı normal (11,5 g/dL) seyretti. Pre-

operatif açlık kan şekeri: 121 mg/dl olan vakanın pos-toperatif kan şekeri ölçümü 200 mg/dL çıkınca vakaya endokrin konsültasyonu istendi, vaka 4x1 kan şekeri ta-kibine alındı. Post operatif 1. günde barsak hareketleri pozitif ve genel durumu iyi olan hasta mobilize edildi, oral alımı açıldı. Post operatif 2. günde gaz çıkımı poziti-f olan vakanın sondası çıkarıldı. Ancak hastanın spon-tan miksiyon yapamadığı gözlendi. Yeniden kateterize edilen vakanın ertesi günkü mesane jimnastiği sonrası yapılan denemesi de başarısız olunca vakaya ürodinami yapıldı. Ürodinamide detrusör fonksiyonlarının normal olduğu (diabetle alakalı nörojenik mesane ekartasyo-nu açısından) miksiyon güçlüğünün urethral ödem ve urethral karünkül nedeni olabileceği söylendi. Bundan sonra hastaya diyabetik diyet önerildi, antienflamatu-ar-analjezik oral verildi, preoperatif yazılan topikal öst-rojen pomadını yeniden başlandı, hastanın kullandığı kalsiyum kanal blokörü antihipertansif, alfa 1 adrener-jik reseptör blokörü antihipertansifle değiştirildi, hasta üretral kataterle ve üriner antiseptikle taburcu edilip, bir hafta sonra kontrole çağırıldı. Bir hafta sonraki kont-rolde hastanın normal spontan miksiyonu olduğu göz-lendi.

TARTIŞMA

Ürojinekolojik operasyonlar sonrası miksiyon güçlüğü % 5- 20 rastlanılan bir durumdur (2). Bununla birlikte uygun tedavi seçenekleri ile vakaların çoğunda sonuç yüz güldürücüdür. Çoğunlukla birkaç gün ya da haftada olumlu sonuç alınır. Bir aydan uzun süren miksiyon güçlüğü TVT operasyonu sonrası % 2-4, Burch operas-yonu sonrası % 4-22 bildirilmiştir (4). Biz de bu sunuda subtotal prolapsus – sistosel nedeniyle, vaginal histe-rektomi – Kelly plikasyonu – arka onarım yaptığımız, üretral karünkülü de olan bir vakada ameliyat sonrası yaşadığımız miksiyon güçlüğü sorunu nedeniyle tedavi yaklaşımlarını tartışmak istedik. Operasyon travmasına bağılı ödemin giderilmesinde urethral kateterizasyon yanı sıra antienflamatuvar tedavi yararlı olabilir. Diren-gen vakalarda hastanın spontan miksiyonuna olanak tanıyan suprapubik kateterizasyon (cystofix), urethral kateterizasyona tercih edilebilir.

Gerginin aşırı olmasına bağlı miksiyon problemi sling kesilmesi ya da uretroliz (urethrolysis) prosedürü ile aşılabılır. Uretroliz için genelde morbiditesi daha az olan vaginal yol tercih edilir, başarı oranı resuspansiyon uygulananlarda %68, uygulanmayanlarda %74 dür (2). Palma ve ark. Başarı oranını %70 olarak bildirmişlerdir (3).

Eğer varsa üriner enfeksiyon, kültür antibiyogram sonucuna göre uygun antibiyotik tedavisi ile tedavi edilmelidir. Kateterizasyon süresince üriner antiseptik uygulaması uygun olacaktır (methenamin hippurat, methenamin, nitrofurantoin).

Urethral sfincter, alfamimetik uyarı ile kasılan kaslardan oluştuğu için antihipertansif kullanan olgularda, dahil bir kontrendikasyon yoksa antihipertansif tedavinin alfablokürlerle yapılması yararlı olabilir.

Dişabet gerek yara iyileşmesini olumsuz etkilemesi, gerekse üriner enfeksiyonlara zemin hazırlaması ile mutlaka kontrol altında tutulması gereken bir durumdur. Uzun süren ileri dişabet vakalarında karşılaşılabilen nörojenik mesane intermitten self kateterizasyon (4) ya da suprapubik drenaj gerektirebilir.

Urethral karünküller, genellikle postmenopozal kadınlarda görülür ve hipoöstrojenizm nedeniyle oluşur. Çok büyük olmadıkça ve miksiyon sorunu yaratmadıkça cerrahi gerektirmez, lokal östrojen pomatları ile sağıtılabilir. Aşağı üriner trakt semptomları ve ürodinamik faktörler açısından karünküllü ya da karünkülsüz inkontinent kadınlar arasında fark bulunmamıştır (5).

Preop. ve postop. görüntüleri ve ürodinami raporu yukarıda sunulan olguda uygun tedavi ile yaklaşık on günde olumlu sonuç aldığımız deneyimimizi sizlerle paylaşmak istedik, Biz bu vakada preoperatif asemptomatik olan üretral karünkülün postoperatif dönemde de sorun yaratmayacağını düşündüğümüzden, cerrahi yaklaşım yerine topikal östrojen ve antiinflamatuvar tedavisini tercih ettik. Literatür de cerrahi yaklaşımı sadece tanının net olmadığı, büyük ve semptomatik lezyonlar ve konservatif tedavinin başarılı olmadığı olgular için

önermektedir. Uygun yaklaşımlarla postoperatif miksiyon güçlüklerinin aşılabileceği kanısındayız.

KAYNAKLAR

1. Johns DA, Carrera B, Jones J, DeLeon F, Vincent R, Safely C. The medical and impact of laparoscopically assisted vaginal hysterectomy in large, metropolitan, not-for-profit hospital. *Am J Obstet Gynecol.* 1995; 172(6): 1709-15.
2. Dunn JS Jr, Bent AE, Ellerkmann RM, Nihira MA, Melick CF. Voiding dysfunction after surgery for stress incontinence. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct.* 2004;15 (1):25-31.
3. Palma PC, Dambros M, Riccetto CL, Thiel M, Netto Junior NR. Transvaginal urethrolisis for urethral obstruction after anti-incontinence surgery. *Actas Urol Esp.* 2005; 29 (2): 207-11.
4. Natalie F. Voiding dysfunction after anti incontinence surgery. *Minerva Ginecol.* 2009; 61 (2):167-72.
5. Ozkurkcuğil C, Ozkan L, Tarcan T. The effect of asymptomatic urethral caruncle on micturition in women with urinary incontinence. *Korean J Urol.* 2010;51(4):257-9.