

KOLPOKLEZİS

COLPOCLEISIS

Melike DOĞANAY

Zekai Tahir Burak Kadın Sağlığı Eğitim ve Araştırma Hastanesi Jinekoloji Bölümü, Ankara - TÜRKİYE

Geliş Tarihi:17.07.2012

Kabul Tarihi: 17.08.2012

Özet

Kolpoklezis uzun dönem koital fonksiyonları korunmayacak ileri derece pelvik organ prolapsusunun tedavisi için etkili bir prosedürdür. Bu grup yaşlı hastalarda komplikasyonlar rölatif olarak yaygındır. Kolpoklezisin fonksiyonel başarısı ve hasta memnuniyeti açısından prospektif çalışmalara ihtiyaç vardır.

Anahtar Kelimeler: Kolpoklezis, POP, obliteratif prosedür

Abstract

Colpocleisis is an effective procedure for treatment of advanced pelvic organ prolapse in patients who no longer desire preservation of coital function. Complications are relatively common in this group of elderly patients. Prospective trials are needed to understand the impact of colpocleisis on functional outcomes and patient satisfaction.

Keywords: Colpocleisis, POP, obliterative procedures

Pelvik organ prolapsusu (POP) milyonlarca kadını etkilemektedir. US 'de yılda yaklaşık 200.000 hastaya prolapsus cerrahisi uygulanmaktadır (1,2). Seksen yaş civarındaki kadınların 1/9'u inkontinans veya prolapsus cerrahisi geçirecek ve bunlarında % 30'na ilave prolapsus cerrahisi gerekecektir (3).

Rekonstrüktif cerrahi de prolabe vajenin düzeltilmesi ve normal anatominin sağlanması amaçlanır. Obliteratif cerrahide prolabe olan kısım çıkarılır veya vajinal kanal tamamen ya da kısmen kapatılır.

Semptomatik POP'lu kadınların çoğu rekonstrüktif prosedürle tedavi edilir. Gelecekte seksüel aktif olmayacaklar, genişletilmiş cerrahiye tolere edemeyenler de obliteratif prosedürler tercih edilir. Bu prosedürlerde hasta memnuniyet oranı oldukça yüksektir(4).

Tablo 1'de kolpoklezis endikasyonları, Tablo 2'de kolpoklezis avantajları belirtilmiştir (5-7).

Kolpoklezis prosedürünün seksüel aktivite olmaması, de nova veya üriner inkontinansa yol açması ve servikal kanala ulaşılamadığı için endometrial biyopsi alınmaması gibi dezavantajları mevcuttur. Dikkatli hasta seçimi ile uzun dönem operasyon başarısı artmaktadır. Yapılan

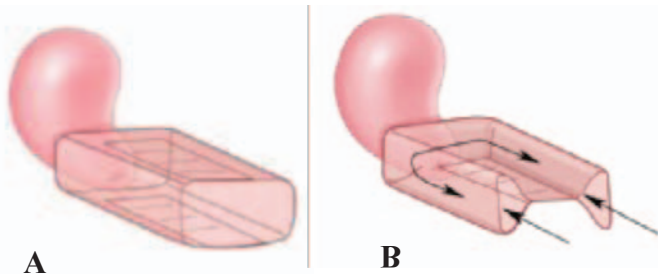
çalışmalarda 70 ile 79 yaşları arasında evli kadınların % 78'nde seksüel aktivite olmadığı, 40 ile 85 yaşları arasındaki kadınların % 11.4'nde semptomatik POP olduğu gösterilmiştir (8,9).

Tablo 1 . Kolpoklezis Endikasyonları

Kesin Endikasyonlar
Gelecekte seksüel aktif olmayacaklar
Stage –III/IV POP
Aşağıdakilerden en az biri mevcutsa
Ciddi koroner arter hastalığı
Ciddi pulmoner hastalık
Ciddi demans
İleri evre kanser olguları
Multipl cerrahi için yetersizlik

İleri yaş kadınlarda pelvik taban cerrahisi güvenli görünmesine rağmen, 70 yaş ve üzerinde perioperatif komplikasyonlar artmaktadır (10,11). Çoklu cerrahi kaldıramayacak olan koroner arter hastalığı ve kanser olgularında kolpoklezis daha güvenlidir. Kolpoklezis prosedüründen sonra hastaların vücut algılarında değişkenlik olmaktadır. Çok merkezli prospektif bir çalışmada, kolpoklezis operasyonundan 1 yıl sonra kadınların % 2'si vücudunu kötü, % 60'ı da iyi hissetmiştir (4).

Operasyon öncesi hastaların hikayesi, fizik muayenesi ve normal smear testi gereklidir. Pelvik kitlesi ve uterin kanaması varsa transvajinal ultrasonografi ile değerlendirilmelidir. Postmenapozal dönemde endometrial kalınlık 4mm'den fazla veya endometrial biyopsi yetersiz ise histeroskopi ve dilatasyon-küretaj gibi invaziv girişimler yapılmalıdır (12). Özellikle yüksek riskli hastalarda sedasyon ve lokal anestezi yeterli olabilir (13,14).



Şekil 1. LeFort Kolpoklezin Prensipleri.

A. Anterior ve posterior vajinal duvarda diseksiyon alanı

B. Sütürasyon sonrası kanalların görünümü Dr. Ö. Harmanlı'nın izniyle.

Cerrahi Teknik: LeFort operasyonu vajen ön ve arka duvarlarının orta hatta karşılıklı birleştirilmesidir. Bu operasyon longitudinal vajinal septum oluşturarak kenarlarda bilateral kanalların oluşumuna izin vermektedir (Şekil 1, A ve B). Bu kanallar sayesinde apikal vajinal sekresyon ve kanama drene olabilmektedir. Genital hiatusun kısılması için agresif perineorafiyeye ihtiyaç vardır. LeFort operasyonu cerrahi teknik ayrıntılı olarak Şekil 2'de gösterilmiştir.

inkontinans cerrahisi için en iyi prosedür midüretal slingdir.

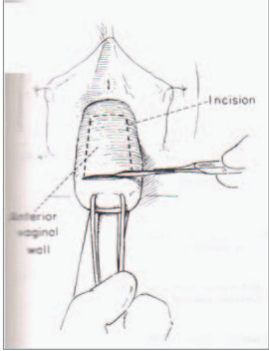
Kolpoklezis operasyonlarının önemli bir kısmına Sling prosedürü gerekmektedir. Sling operasyonu kolpoklezisten sonra perineorafiden önce yapılmalıdır. Bu operasyonda ideal olan intravenöz İndigo Karmin verilerek sistoskopi yapılmasıdır. Bu güvenli yaklaşımla üreter yaralanmaları daha erken tanınabilir ve önlem alınır (16).

Özel Durumlar: Goodall ve Power tarafından vajenden üçgen şeklinde doku çıkarılarak koitusa izin veren modifiye kolpoklezis geliştirilmiştir(17). Histerektomi geçirmiş hastalara total kolpoklezis yapılmalıdır(18,19).

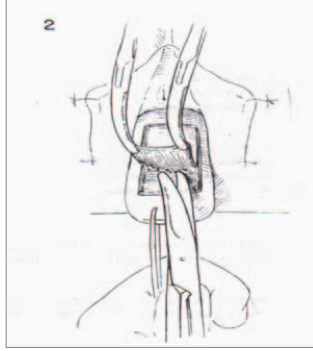
Operasyon Başarısı: Operasyon başarı oranları son üç dekattır % 90'ın üstündedir (5,18-22). Bu çalışmalar otuz yıllık izlemi içermektedir.

Perioperatif Komplikasyonlar: Yapılan birçok çalışmada prosedürle ilgili mortalite oranı % 0.025'dir(5). Olguların % 2'nde görülen majör komplikasyonlar kardiyovasküler ve pulmoner hastalıklara bağlıdır. Pyelonefrit ve transfüzyon gerektiren kanama gibi majör komplikasyonlar % 4, daha az ciddi komplikasyonlar ise % 15 oranında görülmektedir.

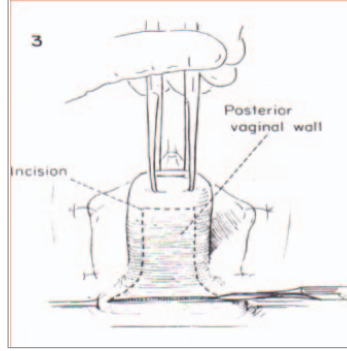
Yaşam Kalitesi: Anket çalışmalarında, kolpoklezis operasyonundan bir yıl sonra üriner, kolorektal, pelvik tabanla ilgili semptomlarında, mental ve fiziksel yönden yaşam kalitelerinde önemli seviyede artış görülmüştür (4). De novo veya üriner inkontinans kolpoklezis operasyonu sonrası gelişen istenmedik durumlardır. Kontinans cerrahisi geçirmeyen POP nedeniyle rekonstrüktif cerrahi geçiren hastalarda % 40 oranında inkontinansla karşılaşmaktadır (23). POP'lu olgularda üriner retansiyon yaygın olduğundan kolpoklezis operasyonu için aday olan hastaların preoperatif dönemde ilave prosedürler açısından iyi değerlendirilmesi gerekmektedir. İyi seçilmiş olgularda kolpoklezis sırasında üriner inkontinansın tedavisi için midüretal tension-free sling prosedürü uygulanan hastalarda başarı oranı % 90 ile % 94 arasındadır (4). Preoperatif intrensek sfinkter yetersizliği ve detrusör disfonksiyonunu tanımak açısından ürodinamik çalışmalar yararlı olmaktadır. Kolpoklezis uygulanacak hastalarda inkontinans cerrahisi için en iyi prosedür midüretal slingdir.



Anterior vajinal apekte 5-6 cm transvers kesi ile başlanır.



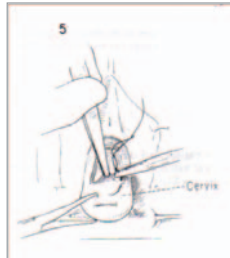
Epitel fibromusküler tabakadan üretrovesikal bileşkeye kadar diseke edilir.



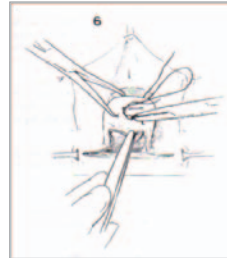
Posterior vajinal duvarda aynı teknikle transvers kesi yapılır.



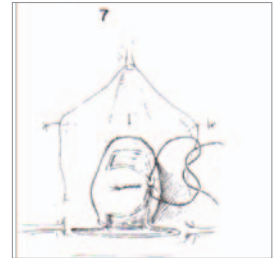
Epitel ve fibromusküler tabaka perineye 2 cm mesafeye kadar diseke edilir.



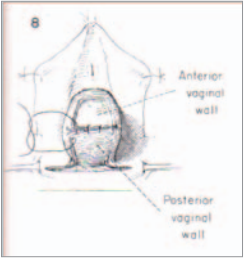
Anterior ve posterior vajinal duvar arasında yaklaştırma sütürünün ön köşeden geçilmesi.



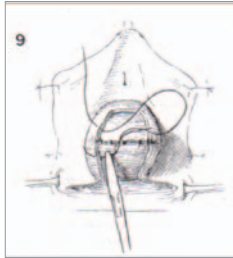
Anterior ve posterior vajinal duvar arasında yaklaştırma sütürünün arka köşeden geçilmesi.



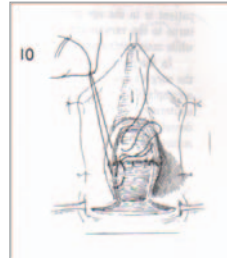
Geçilen sütürlerin bağlanması.



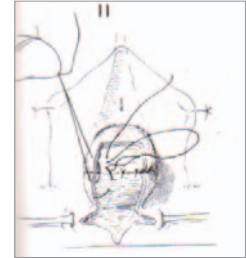
Sütürlerin tek tek devam edilmesi.



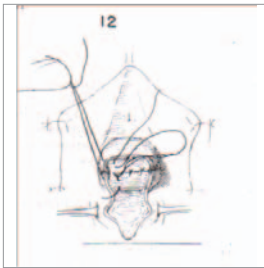
Vajen arka ve ön duvarda ikinci tabakanın tamamlanması.



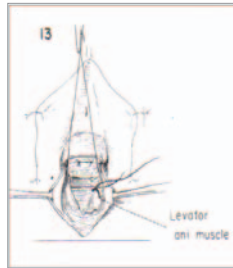
Vajen arka ve ön duvarda ikinci tabakanın tamamlanması.



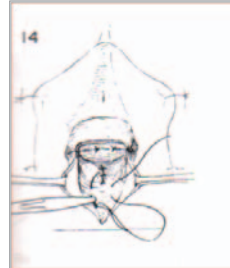
Vajen arka ve ön duvarda üçüncü tabakaya geçiş.



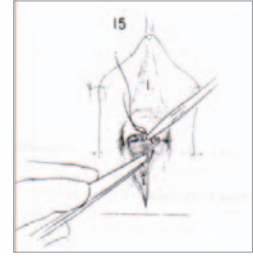
Vajen ön ve arka duvarda üçüncü tabakanın kapatılması.



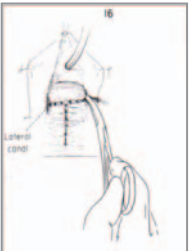
Levator sütürlerinin atılması.



Distal vajinaya destek sütürlerinin atılması.



Distal vajinanın kapatılması.



Son görüntü. Şekil 2: Le Fort Operasyonunun Tekniği. An Atlas of Pelvic Operations (1958), Langden Parsons and Howard Ulferder : The Le Fort Operation 'dan alınmıştır.

Kaynaklar

1. Jones KA, Shepherd JP, Oliphant SS, et al. Trends in inpatient prolapse procedures in the United States, 1979-2006. *Am J Obstet Gynecol* 2010; 202: 501-4.
2. Boyles SH, Weber AM, Meyn L. Procedures for pelvic organ prolapse in the United States, 1979-1997. *Am J Obstet Gynecol* 2003; 188: 108-11.
3. Olsen AL, Smith VJ, Bergstrom JO, et al. Epidemiology of surgically managed pelvic organ prolapse and urinary incontinence. *Obstet Gynecol* 1997; 89: 501-4.
4. Fitzgerald MP, Richter HE, Bradley CS, et al. Pelvic support, pelvic symptoms, and patient satisfaction after colpopoiesis. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct* 2008; 19: 1603-9.
5. FitzGerald MP, Richter HE, Siddique S, Thompson P, Zyczynski H, Weber A. Colpopoiesis : a review. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct*. 2006; 17: 261-71.
6. Wheeler TL, Richter HE, Burgio KI, et al. Regret, satisfaction, and symptom improvement: analysis of the impact of partial colpopoiesis for the management of severe pelvic organ prolapse. *Am J Obstet Gynecol*. 2005; 193: 2067-70.
7. Hullfish KL, Bovbjerg VE, Steers WD. Colpopoiesis for pelvic organ prolapse : patient goals, quality of life, and satisfaction. *Obstet Gynecol*. 2007; 110: 341-5.
8. Patel D, Gillespie B, Foxman B. Sexual behavior of older women: results of a random-digit-dialing survey of 2.000 women in the United States. *Sex Transm Dis*. 2003; 30: 216-20.
9. Sliker-ten Hove Mc, Pool-Goudzwaard AL, Eijkemans MJ, Steegers-Theunissen BP, Burger CW, Vierhout ME. Symptomatic pelvic organ prolapse and possible risk factors in a general population. *Am J Obstet Gynecol*. 2009; 200: 184-7.
10. Gerten KA, Markland AD, Lloyd LK, Richter HE. Prolapse and incontinence surgery in older women. *J Urol*. 2008; 179: 2111-8.
11. Manku K, Bacchetti P, Leung JM. Prognostic significance of postoperative in-hospital complications in elderly patients. I. Long-term survival. *Anesth Analg*. 2003; 96: 583-9.
12. American College of Obstetricians and Gynecologists. ACOG Committee Opinion No. 426: The role of transvaginal ultrasonography in the evaluation of postmenopausal bleeding. *Obstet Gynecol*. 2009; 113(2 Pt 1). 462-4.
13. Moore RD, Miklos JR. Colpopoiesis and tension-free vaginal tape sling for severe uterine and vaginal prolapse and stress urinary incontinence under local anesthesia. *J Am Assoc Gynecol Laparosc*. 2003; 10: 276-80.
14. Buchsbaum GM, Albushies DT, Schoenecker E, Duecy EE, Glantz JC. Local anesthesia with sedation for vaginal reconstructive surgery. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct*. 2006; 17: 211-4.
15. Harmanli Oz. Colpopoiesis: A simple, effective, and underutilized procedure. *Obs Management*. 2009; 21(6): 19-28.
16. Gustilo-Ashby AM, Jelovsek JE, Barber MD, Yoo EH, Paraiso MF, Walters MD. The incidence of ureteral obstruction and the value of intraoperative cystoscopy during vaginal surgery for pelvic organ prolapse. *Am J Obstet Gynecol*. 2006; 194: 1478-85.
17. Goodall JR, Power RMH. A modification of the LeFort operation for increasing its scope. *Am J Obstet Gynecol*. 1937; 34: 968-76.
18. Harmanli OH, Dandolu V, Chatwani AJ, Grody MT. Total colpopoiesis for severe pelvic organ prolapse. *J Reprod Med*. 2003; 48: 703-6.
19. DeLancey JOL, Morley GW. Total colpopoiesis for vaginal eversion. *Am J Obstet Gynecol*. 1997; 176: 1228-32.
20. Goldman J, Ovadia J, Feldberg D. The Neugebauer –Le Fort operation: a review of 118 partial colpopoieses. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*. 1981; 12: 31-5.
21. Ubachs JM, van Sante TJ, Schellekens LA. Partial colpopoiesis by a modification of Le Fort's operation. *Obstet Gynecol*. 1973; 42: 415-20.
22. Von Pechmann WS, Mutone MD, Fyffe J, Hale DS. Total colpopoiesis with high levator plication for the treatment of advanced pelvic organ prolapse. *Am J Obstet Gynecol*. 2003; 189: 121-6.
23. Albo ME, Richter HE, Brubaker L, et al. Burch colposuspension versus fascial sling to reduce urinary stress incontinence. *N Engl J Med*. 2007; 356: 2143-55.

Sorumlu Yazar: Doç.Dr. Melike DOĞANAY

Zekai Tahir Burak Kadın Sağlığı Eğitim ve Araştırma

Hastanesi Jinekoloji Bölümü

E-mail: drmelikedoganay@gmail.com