

## GERÇEK STRESS İNKONTİNANS OLGULARINDA İĞNE İLE ENDOSKOPIK MESANE BOYNU SÜSPANSİYONU

Nihat Arıkan\* Erol Özdiler\*\* Alim Koşar\*\*\* Suat Aytaç\*\*\*\*  
Çetin Dinçel\*\*\*\*\* Orhan Göğüş\*\*\*\*\*

Stres inkontinans erişkin kadınlarda hijyenik problemlere, sosyal yaşamlarda kısıtlamalara neden olan önemli bir sağlık sorunudur(1,8). Kadınların yaklaşık %50'sinde stres inkontinans olduğu bilinmektedir. Buna karşılık genel kadın popülasyonunun ancak % 1'i hekime bu nedenle başvurmaktadır(5).

Stamey stress inkontinansını klinik semptomlara göre 3'e ayırmıştır(11) :

Tip I : Yatarken idrar kaçırmaz, ayakta iken intraabdominal basıncı arttıran durumlarda (öksürme vs.) inkontinans olur.

Tip II : Yürürken, ayağa kalkarken ve yatarken intraabdominal basıncı arttıran durumlarda inkontinans olur.

Tip III : Her pozisyonda idrar kaçıırır.

Bu güne kadar stres üriner inkontinansı düzeltmek için 100'den fazla operasyon tanımlanmıştır. Hiç bir operasyon tekniği diğerinden anlamlı olarak daha başarılı bulunmamıştı. Tüm cerrahi işlemlerin amacı: hiper mobil ve inkompetan üretrayıyi desteklenmiş fikse bir duruma getirmektir(2).

\*A.Ü. Tıp Fakültesi Üroloji Anabilim Dalı Öğretim Üyesi Doçenti

\*\*A.Ü. Tıp Fakültesi Anabilim Dalı Öğretim Üyesi Prof.

\*\*\* Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi Üroloji Anabilim Dalı Uzmanı.

\*\*\*\* A.Ü. Tıp Fakültesi Radyoloji Anabilim Dalı Öğretim Üyesi Doç.

\*\*\*\*\* A.Ü. Tıp Fakültesi Üroloji Anabilim Dalı Araştırma Görevlisi

\*\*\*\*\* A.Ü. Tıp Fakültesi Üroloji Anabilim Dalı Öğretim Üyesi Prof.

Geliş Tarihi : Ocak 25, 1995 Kabul Tarihi : Ekim 4, 1995

Üriner stress inkontinansının tedavisinde hasta seçimi esastır ve cerrahi yaklaşım; suprapubik yaklaşımları, basit vajinal onarımları ve farklı iğnelerle yapılan süspansiyon işlemlerini kapsar. Stamey tarafından 1973'de tanımlandığından beri, endoskopik mesane boynunu süspansiyonunun zaman içerisinde kadın stres inkontinansını tedavi etmede etkili bir yöntem olduğu belirlenmiştir. Bu güne kadar endoskopik mesane boynunu süspansiyonu için pek çok değişik tipte iğne kullanılmıştır. Uygulamalarımız anjiomed firmasınınca üretilen double-needle ile yapılmıştır.

### MATERYAL VE METOD

Uygulamanın yapıldığı 16 hastanın yaş ortalaması 39.8 (21 - 57) idi. Hastalar ortalama 3.2 (2 - 5) doğum yapmışlardı. Preoperatif dönemde; ayrıntılı anamnez, ürolojik jinekolojik ve nörolojik muayene, İVP, ayakta ve yatarak sistografi, ürodinamik İncelemeler (provakasyonlu sistometri, üroflowmetri) ve TRUS ile değerlendirildi. Bu uygulama grubuna sadece gerçek stres inkontinansı saptanan hastalar alındı. Detrusor instabilitesi gibi anormal ürodinamik bulguları olan, belirgin sistoseli olan ve pelvik operasyonlara bağlı vajinal kapasitenin ileri derecede azaldığı vakalar, ilk olgular dışında aşırı obezite ve kronik obstrüktif akciğer hastalığı (KOA) olan olgular uygulamaya alınmadılar.

10 olguda tip I, 6 olguda tip II stres inkontinans saptandı.

Cerrahi işlem spinal veya genel anestezi altında yapıldı. Hasta operasyon masasına ljitotomi pozisyonunda yatırıldı. Steril örtülerle örtüldükten sonra üretral foley sonda konarak sondanın balonu şişirildi ve balonun kılavuzluğunda mesane boynunun hemen lateralinden double-needle ile vajen duvarından girildi ve simphizis pubisi sıyrarak suprapubik bölgeden orta hattın 4 - 5 cm lateralinden çıkıldı. 0 numara prolen sütürler iğnelere yerleştirildikten sonra iğne geri çekildi. 0.5 cm silikon tüp destek yerleştirilerek sütür vajende bağlandı. Daha sonra aynı işlem diğer tarafa uygulandı. Sistoskop ile mesane duvarından geçilip geçilmediği kontrol edildikten sonra sistoskop kontrolünde mesane boynunda yeterli yükselmenin olduğu gözlemlenerek sütürler suprapubik bölgede rektus fasiası üstünde bağlandı. Üretral veya suprapubik kateter konularak işleme son verildi.

Sistografi, ürodinamik incelemeler ve TRUS preop ve postoperatif 6. ve 12. aylarda yapıldı.

### BULGULAR

Uygulama yapılan onaltı olgunun 10'unda tip I, 6'sında tip II stress inkontinans mevcuttu. Operasyon işlemi ortalama 21 dakika (15 - 25) sürdü. Mesaneden birkaç kez sütür geçmesi dışında preoperatif ve postoperatif bir komplikasyona rastlanmadı.

Hastaların postoperatif dönemde semptomları değerlendirildiğinde (Tablo I) 11'inde (% 68.75) tam düzelme, 3'ünde (%18.75) kısmi düzelme sağlanırken sadece iki hastanın (% 12.5) semptomlarında değişiklik saptanmadı. Başarısız kalınan 2 hasta değerlendirildiğinde bunların her ikisinin de ileri derecede obes oldukları, ayrıca 1 tanesinin önceden pelvik operasyon geçirdiği, kısmi düzelme sağlanan bir hastanın KOAH'a sahip olduğu, bir tanesinin önceden pelvik operasyon geçirdiği saptandı (Tablo II).

Tablo I : Hastaların Postoperatif Semptomatik Değerlendirilmeleri.

Sonuç	Hasta Sayısı
Düzelme	11 (% 68.75)
Kısmi Düzelme	3 (% 18.75)
Başarısız	2 (% 12.50)

Tablo II : Başarı Oranını Etkileyen Faktörler.

Patoloji	Hasta Sayısı	Sonuç
Obesite	2	Başarısız
KOAH	1	kısmi düzelme
Geçirilmiş Pelvik Operasyon	3	tam düzelme 1, kısmi düzelme 1, başarısız 1

Hastaların postoperatif üroflowetri, sistometri ve rezidüel idrar miktarı bulgularında anormallik saptanmadı. Preop ve postoperatif TRUS bulguları karşılaştırıldığında mesane boynunda bir miktar yükselme dışında bir değişiklik saptanmadı (Tablo III). Ayakta sistografi incelemesinde ise TRUS bulgusuna paralel olarak mesane boynunda ortalama 1.82 cm yükselme saptandı (Tablo IV).

Tablo III : Hastaların Preop ve Postop Ortalama Trusg Bulguları.

	S.N.*		S.V.*		E.N.*		E.V.*	
	Preop	Postop	Preop	Postop	Preop	Postop	Preop	Postop
Mesane Tabanı (mm.)	14.7	151.7	-3.7	5.2	9	12.7	10.2	1.5
Anterior U-V Açığı (°)	64	87.5	66	99.7	97.5	95.5	98	96
Posterior U-V Açığı (°)	154	156	178	158.3	125	159.7	120	169

(\*) S.N. : Supin normal S.V. : Supin valsalva E.N. : Erekt Normal E.V. : Erekt Valsalva pozisyonlarında üretra - vezikal açılar ve mesane tabanının pubis alt kenarından uzaklığı hesaplandı.

Tablo IV : Hastaların Preop ve Postop Ayakta Sistografi ile Değerlendirilmesi.

Ayakta Sistografi	Mesane Seviyesi* (cm)
Preop	2.3 ( 0 - 4)
Postop	0.48 (0.3 - 1.5)

(\*) Ayakta sistografide mesane alt kenarının simphisis pubis üst kenarından ne kadar aşağıda olduğu ölçüldü

## TARTIŞMA

Mesane boynu süspansiyonu için pek çok cerrahi yaklaşım çeşidi vardır. Ancak hiçbir operasyon tekniği diğerinden anlamlı olarak daha başarılı bulunmamıştır. Marshal-Marshetti Kranz ve Burch teknikleri suprapubik bir girişimle yapılır ve başarı oranları %73-98 olarak bildirilmektedir(3,6,9). Pereyra ve Stamey'in tanımladıkları iğne ile süspansiyon işlemlerinde de %64-96 arasında değişen başarı oranları verilmektedir(4,10,11). Biz double needle ile endoskopik mesane boynu süspansiyonunu tercih ettik. Bu teknik kolayca uygulanabilir, komplikasyonları düşük, maliyeti ucuz, hastanede kalış süresi kısa ve hastanın postoperatif döneminin oldukça rahat geçtiği bir uygulamadır. Ancak başarılı bir mesane süspansiyonu yapabilmek için cerrahi işlem esnasında bazı prensiplerin yerine getirilmesi gerekir. Bu prensipler : üretra ve mesane boynunun yeterli mobilasyonu, süspansiyon sütürlerinin sağlam dokuya yerleştirilmesi, mesane boynu süspansiyon sütürlerinin tam uygun lokalizasyona yerleştirilmesi, sütürleri tesbit etme işleminin yeterince güvenli olması, sütürlerin uygun suprapubik alandan çıkarılması gibi cerrahi teknik özelliklerden oluşur (7). Doub-

le needle ile yapılan bu işlemde bu prensiplerin hepsini yerine getirmek mümkün olmamaktadır. Uygulama vajen ön duvarı açılmadan yapılmakta ve iğne parmak kontrolünde ilerletilmektedir. Yani işlem çok basit ve kısa olmasına rağmen teknik olarak birçok yetersizliklere sahiptir. Daha önce pelvik operasyon geçiren hastalarda işlemin oldukça zorlaştığı da gözlenmiştir. Bu hastalarda iğnenin ilerletilmesi ve kontrolü zor olduğu için mesane duvarından geçme riski çok artmakta idi. Bu gözlemlerden sonra daha önce pelvik operasyon geçiren hastalarda bu yöntemi uygulamadık. Yine obes hastalarda işlemin yetersiz kaldığını gözlemledik. Aşırı sistoselli hastalarda da işlemin yeterli anatomik revizyonu sağlayamayacağı ve vezikouretral bükülmelere yol açacağı düşüncesiyle suprapubik açık cerrahi uygulamaları veya vajinal olarak sistosel onarımı ile birlikte mesane boynu süspan-siyonunu tercih etmekteyiz.

Preop ve postoperatif üroflowmetri, sistometri ve rezidüel idrar miktarı bulgularında anormallik saptanmamıştır. Hiç bir hastada perioperatif ve postoperatif komplikasyon görülmemiştir. 16 hastanın 14'ünde (% 87.50) başarılı olunmuştur. Başarısız olunan her iki hastanın ileri derecede obes olması, bir hastada ağır KOAH mevcut olması hasta seçiminde göz önüne almamız gereken kriterler olarak görülmüştür.

Sonuç olarak double - needle ile endoskopik mesane boynu süspan-siyonu basit, komplikasyon oranı düşük, hastanede kalış süresi kısa, maliyeti ucuz bir yöntem olmasına rağmen her hastaya uygulanmaması (Obesite, KOAH, Geçirilmiş suprapubik operasyon, Belirgin sistosel) başarılı cerrahi için gerekli prensiplerin yerine getirilmemesi dezavantajlarıdır. Bu yöntemin ancak seçilmiş vakalarda alternatif bir cerrahi yöntem olabileceği kanısındayız.

## ÖZET

Kliniğimize primer stres inkontinans yakınması ile gelen kadın olgular ürolojik jinekolojik ve nörolojik muayeneye ek olarak intravenöz pyelografi (İVP), ayakta ve yatarak sistografi, üroflowmetri ve transrektal ultrasonografi (TRUS) ile değerlendirildi. Gerçek stres inkontinans saptanan 16 olguya Double-needle ile mesane boynu süspan-siyonu uygulandı.

Sistografi, ürodinamik incelemeler ve TRUS postoperatif 6. ve 12. aylarda tekrarlandı. Ortalama 12 aylık takip döneminde hastaların 11'inde tam, 3'ünde kısmi başarı sağlandı. 2 haktada postoperatif erken dönemden itibaren stres inkontinansın tekrarladığı görüldü.

Bu yönetimin basit, komplikasyon oranı düşük, hastanede kalış süresi kısa, maliyeti ucuz olması nedeni ile seçilmiş gerçek stres inkontinans olgularında etkili bir tedavi seçeneği olabileceği düşünülmüştür.

Anahtar Kelimeler : Stres İnkontinans, Double-needle, mesena boynu süspansiyonu

### SUMMARY

#### Endoscopic Bladder Neck Needle Suspension in Genuine Stress Incontinence

All female patients referring with stress incontinence underwent complete urological, neurological and gynecological examination. Intravenous pyelography (IVP), cystography, uroflowmetry, cystometry and transrectal ultrasonography (TRUS) were done in all of the cases.

In 16 patients with genuine stress incontinence, endoscopic bladder neck needle suspension with double needle was performed. Cystography, urodynamics evaluations and TRUS were repeated on postoperative 6 and 12 months during a 12 month follow up, in 11 cases (67.75 %) complete success and in 3 cases (18.75 %) partial success was obtained. No improvement was observed in 2 cases.

Endoscopic bladder neck needle suspension is an easy and cheap technique with low morbidity it seems as an effective alternative surgical modality in selected cases of genuine stress incontinence

Key Words : Stress Incontinence, Double Needle, Bladder Neck Suspension

### KAYNAKLAR

1. Arıkan N Küpeli S Yaman SL ve ark : İnkontinans yakınması olan kadın sekste detrusör instabilitesi insidansı : Klinik analiz ve tanı yaklaşımları. Üroloji Bülteni 3 (4) : 214, 1992.
2. Athanassopoulos A Melekos MD Speakman et al GA : Stamey endoscopic vesical neck suspension in female urinary stress incontinence : Results and changes in various urodynamic parameters. Int. Urol. 26 (3) : 293, 1994.

3. Burch JC : Cooper's ligament urethrovesical suspension for stress incontinence. *Am. J. Obst. Gynec.* 100 : 764, 1968.
4. Diaz DL Fox BM Wapzak MP et al : Endoscopic vesicourethropexy : Experience and complications. *Urology*, 24 : 321, 1984.
5. Feneley RGL Shepherd A Povell PH et al : Urinary incontinence : Prevalence and needs. *Br. J. Urol.*, 51 : 493, 1979.
6. Green TH : Urinary stress incontinence : Pathophysiology, diagnosis and classification. *Gynecologic and Obstretic Urology*. 13 : 199, 1982.
7. Gregory RW George PHY and Shlomo R : Vaginal surgery for stress urinary incontinence. *Urology*, 43 (4) : 416, 1994.
8. Marchant DJ : Clinical evaluation of urinary incontinence and abnormal anatomy and pathophysiology. *Clin. Obstet. Gynecol.*, 27, 434, 1984.
9. Marshall VF and Segaul RM : Experience with suprapubic vesicourethral suspension after previous failures to correct stress incontinence in women. *J. Urol.* 100 : 647, 1968.
10. Pereyra AJ and Lebherz TB : The modified pereyra procedure in Buchsbaum HJ, Schmidt JD (eds) : *Gynecologic and Obstetric Urology*. 17 : 259, 1982.
11. Stamey TA : Endoscopic suspension of the vesical neck for urinary incontinence in females : Report of 203 consecutive patients. *Ann. Surg.*, 192 : 465, 1980.
12. Stamey TA : Endoscopic suspension of the vesical neck for urinary incontinence. *Surg. Gynecol. Obstet.*, 136 : 547, 1973.