

Pelvik Prolapsus

Pelvic Prolapse

SEZAI DEMİRBAŞ
GATA, Ankara-Türkiye

ÖZET

Kadın nüfusu içerisinde pelvik organ prolapsusunun (PP) giderek arttığı görülmektedir. PP bulunması hastalarda büyük semptomatik sıkıntılara neden olmakta olup yaşam kalitesini (YK) azaltır. Semptom veren PP'nun cerrahi tedavisi sık ve genellikle gerekli ise de pezzet'ler, pelvik taban kas egzersizleri veya her ikisi de semptomatik iyileşme sağlayabilir. Bu çalışmanın amacı PP hastalarının objektif ve subjektif değerlendirmeleri, cerrahi veya cerrahi olmayan tedavi yöntemleri üzerine literatürü sistematik olarak gözden geçirmektir.

Anahtar Kelimeler: Pelvik prolapsus

Başvuru Tarihi: 01.03.2012, Kabul Tarihi: 25.03.2012

✉ Dr. Sezai Demirbaş
GATA, Ankara - Türkiye
Tel: 0532.4411873
e-mail: drsdemirbas@gmail.com

Kolon Rektum Hast Derg 2012;22:1-9

ABSTRACT

There is increasing evidence that pelvic prolapse (PP) among women population. Women with PP cause great symptomatic distress and impaired quality of life (QOL). Although surgical management of symptomatic PP is common and often necessary, conservative treatments such as pessaries, pelvic floor muscle training, or both can usually result in symptomatic improvement. The aim of our study was to provide a systematic literature review the objective and subjective evaluation of PP patients and the treatment methods in both surgical and nonsurgical management of PP.

Key words: Pelvic prolapse

Genital organ prolapsı

Sıklıkla yaşlı kadınlarda görülen bu durum özellikle nüfusu yaşlanan ülkelerde daha önemli bir sağlık sorunu olarak büyümektedir. Çünkü ABD gibi bir ülkede istatistikler 2030 yılında 65 yaş üstü kadın nüfusunun 40 milyon civarında olacağını ve bunların %11'inde de genital prolaps yada üriner inkontinans bulunacağını bildirmektedir. Bunların üçte birinden biraz fazlası ise cerrahiden sonra tekrar etmiş prosedürler olarak karşımıza çıkacaktır. Yine ABD'de 55 yaş üstünde genital prolaps cerrahisi artmaktayken 50 yaşın altında ise oran düşme eğilimi içindedir. Genel olarak hastalığın sağlık gideri değerine bakılınca yılda 1 milyar dolar bu durumun düzeltilmesi için ABD'de harcanmaktadır.¹ Bizim ülkemizde böyle bir istatistiki oran yapmak mümkün olmasa bile kendi klinik serimiz içinde hastalarımızın yaş ortalamasını 60 yaş olarak verebilirim. 50 yaş altındaki hastalarımız için de 4 ve üzerinde doğum yapmış olmak halini yardımcı bir faktör olarak koymak gerekmektedir.

Özellikle prolaps cerrahi tedavisinden sonra bazen ciddi klinik sonuçlar ile karşılaşılmaktadır. Aslında klinik olarak normal pelvik destek ile meydana gelen prolaps başlama halinin değerlendirmesinin yapılması zordur. Bunun iki önemli nedeni bulunur. Birincisi özellikle paröz kadınlarda vajinal anatomisinin değişmesi sık olmaktadır. İkincisi ise prolaps bulguları ile protrüde olan dokunun meydana getirdiği his sonderece nonspesifik olmasıdır. Kadınlarda pelvik muayene sırasında prolaps gözlenmesi de son derece sık olmaktadır.² Bu kadınların çoğunda ise tedavi gerekmez. Bilinen ve yanlış olan hüküm ise var olan prolapsın ileriki zamanda giderek artmasının olacağına dair inanıştır. Oysa genital prolaps dinamik bir durumdur. Prolaps regresyonu hastalığın sıklığı kadar veya daha yüksek oranda görülebilir.³ Klinik olarak değerlendirdiğimiz hastalar açısından durum daha farklıdır oysa. Ülkemizde 50 yaşından önce başlayan genital prolaps durumu özellikle vajinal yoldan 4'ten fazla doğum yapan ve obez kadınlarda zaman içerisinde klinik olarak belirgin hale gelmektedir. Daha da kötüsü bu durum hastalık olarak kabul görmediği yada utanılarak dile getirilmediği için grade IV prolaps durumuna kadar pelvik çatının tabiri caiz ise çökmesine seyirci kalmaktadır (şekil 3).

Fizyopatoloji

Genellikle sanki bir şey aşağı doğru geliyor hissi ve

vajinal rahatsızlık hisleri ile başlayan bu durum bazı hastalarda aşağı doğru çekilme ağrısıyla da beraberdir. Bulguların yoğunluğu ne yazıkki hastalığın şiddeti ile alakalı değildir.⁴ Prolaps içinde mesanenin bulunması halinde (sistosel) ise mesane ile ilgili bulgular da eklenecektir.

Bu durumun fizyopatolojisini anlamak için hazırlayıcı, destekleyici ve meydana geldiğinde de kompenzasyonu sağlayamayan faktörleri bilmek gereklidir. Özellikle predispozan faktörler arasında genetik yada ailesel olarak duruma yatkınlık yatmaktadır. ABD'de ise durum ırklar arasında incelendiğinde beyaz ırkta genital prolapsın daha sık olduğu bildirilmiştir.⁵ Hamilelik ve doğumlar ile histerektomi ya da prolapse cerrahisi ile birlikte miyopati yada nöropati gibi faktörler durumun oluşumunu teşvik eden hızlandırıcı faktörlerdir. Obezite ve sigara içme hali ile meydana gelmiş olan kronik akciğer hastalığından dolayı sık, sürekli öksürük ve konstipasyon yada sürekli ağır bir iş altında kollarını kullanarak çalışma durumu ise bilhassa genital prolapsın oluşumunda ana destekleyici faktör konumundadırlar. Yaşlanma, menapoz durumu yine nöropati ve niyopati hastalıklarının bulunması ve dibilite genital prolapsı ortaya çıkaran, organizmanın kompanze etme gücünün tükendiği durumlar faktörler olarak kabul edilmektedir.

Bir örnek vaka üzerinden gidilir ise durum daha iyi anlaşılabilir. Bir kadının ailesel olarak prolaps hikayesinin olduğunu ve konnektif doku remodelizasyonu sırasında bazı subklinik defektleri taşıdığını hayal edin. Böyle bir modelin akraba evlilikleri sık olan toplumumuzda görülme olasılığının da sık olduğuna dikkatinizi çekmek istiyorum. Yaşamında art arda yaptığı doğumlarda epizyo sonrasında bebek büyüklüğü veya diğer nedenler ile obstetrik yaralanma meydana gelebileceğini ve anal sfinkter mekanizmasının rüptüre olabileceğini farz etmek olağan dışı değildir. Bu kadının yaşının ilerlemesiyle kilosunun arttığını ve defekasyon yaparken artık sürekli ıkınma halinin defekasyonun bir parçası olabileceğini ileri sürmek hayalcilik değildir. Bu kadın menapoza girdiğinde bir neden ile histerektomi ameliyatı olur ise ve ameliyatı yapanlar uterosakral ligamanın vajinal kafa yeni tutunma odağının oluşturulmasında dikkatli olmazlar ise 50-55 yaşında dahi olsa bu kadında III derece vaginal prolapsın görülmesi ve tanı konulması çok kolay olacaktır. Böyle bir örnek kadına bir identik ikiz düşününüz ama yaşam şekli daha farklı olsun. Bu kadın da yaşamı boyunca doğum yapmamış ve aktif bir yaşama biçimi

içerisinde kilo almadan yaşayabilmiş olsun. Histerektomi geçirmesin ve 55 yaşında dahi pelvik desteğinin durumu harika olsun. Hipotetik olsa bile bu iki farklı vaka aslında genital prolapsın çok faktörlü doğasını kolay yoldan açıklamaktadır.

Genel olarak prolapsın risk faktörlerini ileri yaş, fazla sayıda gebelik ve doğum, sıklıkla bu doğumların vajinal olarak bitirilmesi, histerektomi olma durumu ve diğer inkontinens yada prolaps için yapılan ameliyatlardır.^{6,7,8} Bilinmelidir ki artmış parite prolaps için bir risk faktörü ise de nulliparite koruyucu bir özellik taşımamaktadır. Amerika kadın sağlığı girişimcileri grubunun ortaya koyduğu durum ortalama olarak nulliparların da beşte birinde prolaps meydana geldiğini göstermektedir. Bu aforizma tüm kadınlara sezeryen yaparak prolapsı önleyebilme durumunu ortadan kaldırmıştır.⁹ Yine aynı grup şişmanlığın ve özellikle BMI in 30 kg/m^2 'yi geçtiği hallerde prolaps olma riskinin %40-75 arasında arttığını da bildirmiştir.⁹ Klinik pratiğimizde bize ulaşarak tedavi olan hastalarımızın hepsinin BMI leri 30 kg/m^2 'nin üzerindeydi. Bu kadınlar ortalama 4 ve daha fazla doğum yapmışlar ve bu sayıdan da daha fazla gebelikleri olmuştu. Bir neden olarak değerlendirilebilmesini tam olarak bilmediğimiz başka faktör ise başvuran kadınların hemen hepsinin doğumlarının çoğunu hastane dışı şartlarda yapmış olmaları idi. Yaşam biçimleri sedanter denilecek düzeyde olan kadınların yakınmaları ve prolaps hikayeleri ortalama 4 yıldan daha geriye dayanıyordu. Bir kısmı yalnız üriner inkontinens için tedavi yada cerrahi prosedür olmuştu. Sonuç olarak inkontinens problemleri ve prolaps ile tekrar başlamışlardı.

Tanı

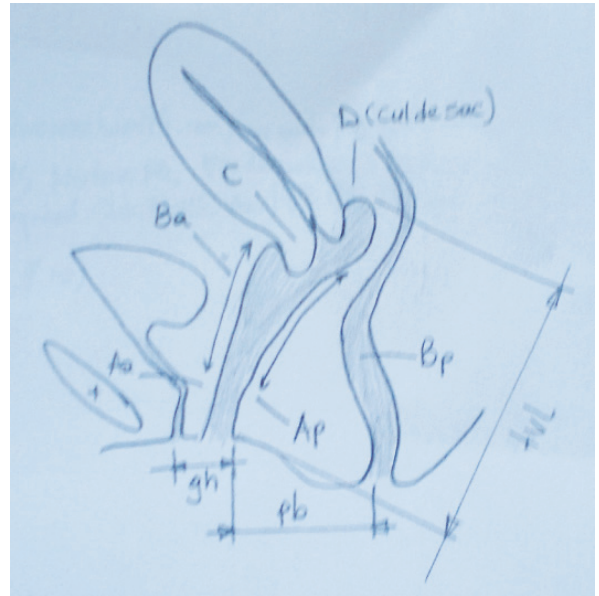
Tanı koymak semptomlar açısından pek kolay değildir. Bulgular prolapsın şiddetiyle de orantılı olmayabilir. Prolaps himen hizasının üzerinde ise kadın protrüzyondan haberdar olmayabilir. Fakat prolaps ile beraber arka alt bölümde ağrı klasik olarak bildirilmiştir. Yeni bir çalışma¹⁰ arka ağrısının da prolapsın şiddeti ile alakalı olmadığını bildirmektedir.

Prolaps olan kadınların hemen hepsi üriner bulgular da göstermektedir. Bu bulguların ortaya çıkması farklı mekanizmalardandır. Bazı kadınlar stress inkontinens bulgularına sahiptir ki bu üreteral yetmezliğe (inkompetans) bağlıdır. Özellikle ileri anterior vajinal

Fizik muayene

Pelvik muayene vajen ve vulvanın iyi ve tam bir bakışı ile başlar. Buradaki lezyonlar görülmeli, tanınmalı ve gerekiyorsa biyopsi alınmalıdır. İleri evre prolapsın ileriliğinin araştırılması anterior ve posterior vajina; serviks yada vajinal apeksin belirlenmesi ile yapılmalıdır. Bu zor değildir. Ters olarak daha yeni bir prolapsın tanınması daha zordur. Vajinal spekulum ile yapılan muayenede vajenin ne kadarının prolaps ile etkilendiğinin ortaya konulması önemlidir. Küçük prolapslarda vajenin iki duvarının da aşağı ve yukarı çekildiğinde vajinal apeks net olarak değerlendirilecektir. Öte yandan posterior vajinal prolaps (rektosel) vajinal muayene ile rahatlıkla tanınabilir. Rektovajinal muayene önemli olsa da bazen tek başına posterior vaginal prolaps, yüksek apikal prolaps (enterosel) yada ikisinin kombinasyonunun tanınmasında işe yaramayabilir.

Pelvik organ prolapsının skorlanması için kullanılan sistem uluslararası kontinens cemiyetinin (ICS) pelvik organ prolaps skorlama sistemidir (POPQS-Pelvic Organ Prolaps Quantification Sysem). Bu sistem 0 dan IV e kadar sınıflamaktadır. Bu sistem klinik olarak diğerlerinden daha sık kullanılır. Çünkü hem süregelen



Şekil 1. Diagram prolapsı fizik muayenede evrelerken pelvik organ prolaps ölçüm sistemini göstermektedir. Aa, Ba ön tarafta Ap, Bp ise arkatarafta bulunan noktaları göstermektedir. C. Cerviks ve D Cull de sac tır. Genital hiatus(gh), perineal body (pb)ve toplam vajinal genişlik (tvl) bu ölçüm sisteminde kullanılan belirli noktalardır.

bir nirengi noktası olarak himeni alır ve buna göre kantitatif ölçüm yapılır hem de prolaps durumu vajinanın bir çok tarafına göre değerlendirilir (yani prolapsın en ileri olan yerinden ölçüm diye bir durum yoktur). Litotomi pozisyonunda himenden içeriye uzatılan parmak ile muayene edilebilen pelvik çatı kasları ile temas özellikle saat kadranı ile 4 ve 8 hizasında hissedilebilir. Bun önemli muayenede doktor pelvik kasların kasılmasını hastadan istemelidir. Eğer bu kasma işini hasta yapamıyor ise ve pelvik kaslarından haberi dahi yok ise hasta için yaptırılacak egzersiz programının bir anlamının olmayacağı bilinmelidir. İlave olarak anal kanal muayenesinde sfinkter mekanizmasının tamlığı, parmağı sarıp sarmadığı ve istemli sıkma ile tonus artışının durumu da mutlaka değerlendirilmelidir.

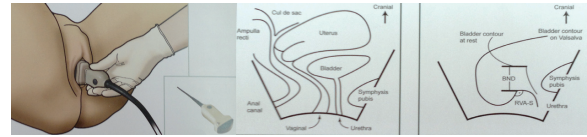
Mesane testi

Prolapsı olan her hastanın en azından 3 farklı mesane bilgisine ihtiyaç duyulur. Bunlardan ilki üriner sistem enfeksiyon durumu, ikincisi işeme sonrasında kalan idrar volümü ve mesane sensasyonunun olup olmadığıdır (yani doluluk hissi ile işeme miktarının karşılaştırılması, günlük işeme biçimi ve miktarı ile mesanenin doluluk hissi araştırılmalıdır). Mesanede kalan idrar miktarının “cut off” değeri hakkında tam bir anlaşma yok ise de 100 ml genellikle en üst sınır olarak kabul edilmektedir. Mesane stres testi prolapsı olan ve idrar inkontinensi olan hastada prolaps yapay olarak düzeltilerek yapılmalıdır. Çünkü bu durum ameliyat sonrasındaki mesane ve üretra fonksiyonunu taklit edecek ve hastanın bir yerde geleceğini gösterecektir. Ama iyi olmayan taraf ise bu düzeltme işleminin bir standardının olmamasıdır. Kontrollü çalışmalarda stres inkontinensi olan yada olmayan prolapslı hastalar için cerrahi durumu tam olarak düzelterebilir güvencesinin verilememesidir. Bu durumdan hastalarımızı mutlaka haberdar etmeliyiz. Prolaps cerrahisine inkontinens için bir prosedür eklediğiniz zaman karşınıza çıkacak daha kötü bir durum ise hastanın gereksiz aşırı bir tedavi alması ve işeme fonksiyonunun bozulması olabilecektir. Tersinde ise hastanın ikinci bir cerrahiye prolaps tedavisi için ihtiyaç duyacağıdır. Fakat etkili prosedürler lokal anestezi altında artık yapılabilmektedir.

Görüntüleme yöntemleri

Transperineal ultrasonografi; ureterovesikal mobilite

hakkında iyi bilgi verir. Mesane boynu ile uretral mobilite hakkında özellikle valsalva manevrası, pelvik kasların kontraksiyonu sırasında ve öksürmekle birlikte intraoital/transperineal/trans labial ultrasonografi görüntüleri önemli veriler sunmaktadır. Proksimal üretranın mobilizasyonu idrar inkontinensli kadında önemli bir veri olsa da kontinens mekanizmasının net olarak değerlendirilmesi için üretranın tüm parçalarının değerlendirilmesi gereği vardır. Perineal ultrasonografi hem proksimal haçetli üretra bölümünü hem de distalde bulunan ve hareketsiz olan üretral bölümün değerlendirilmesinde kullanılır.



Şekil 2. Transvajinal ultrasonografi ve görülen ilgili noktaların şematik çizimi görülmektedir (çizimler ve resim, Ultrasonography of the pelvic floor region in women, application Note’ dan alınmıştır).

Transvajinal ultrasonografi; hem posterior vajinal duvar hem de üretral sfinkter morfolojisinin değerlendirilmesi daha uygun görüntüler ile mümkün olmaktadır. Transvajinal ultrasonografi aynı zamanda üretranın detayları hakkında ve ureterovesikal bileşke ile simfizis pubisin alt polü hakkında da detaylı bilgi verebilmektedir. Böylece mesane duvar kalınlığının ölçülmesi de kolay olur. Ama üretranın mobilitesi bu test için bir dezavantaj oluşturur.

Tedavi yaklaşımları

Pelvik çatının iyi değerlendirilmesinden sonra pelvik çatı kaslarının rehabilitasyonu, ve cerrahi tedavi yollarındandır.

Tedavi seçeneğinin ortaya çıkmasında önemli faktör prolapsın derecesi ve şiddetidir. Aynı zamanda hastanın genel sağlık durumu ve aktivitesi de önemlidir. Yukarıda belirtildiği üzere pelvik bulgular ile prolaps semptomları arasındaki alaka zayıftır. Evre I-II prolapsın bulguları iyi izlenerek değerlendirilmelidir. Özellikle cerrahi uygulanacak hastalara yukarıdaki adım daha dikkatlice uygulanmalıdır. Stres üriner inkontinensi olan bir çok kadının beraberinde prolapsında olduğu bilinmelidir. Birbirleri ile bulguları örtüşme de raslantısal olarak birinin varlığında diğeri bulgu olarak

karşımıza çıkabilir. Doktor ve hastanın amaçlarının hemen aynı olması tedavi sonucunu yüzdürür hale getirecektir. Aksi ise uyumsuzluktur. Buna dikkat edilmelidir. Tedavi seçilirken hasta cerrahi yolu tercih etse bile prolapsın ileri olma durumu, hastanın yaşlı olma durumu ve önceden geçirilen prolaps cerrahisi olma durumları da göz önüne alınarak diğer uygulamalara da dikkatlice yaklaşılmalıdır.

Gözlem maksadıyla takip: hastanın takip edilmesi 3'er aylık periyotlar halinde olmalıdır. Burada önemli konu rezidü idrararın miktarıdır. Bu gelişebilecek ürosepsis için oldukça önemlidir. Vajinal duvarın dışarıyla temasta olması ilki kadar olmasa da hem mukozal erozyona hem de pelvik sepsise neden olabilecek ikincil bir durumdur. Diğer ve daha nadir risk ise evisserasyon riskidir. Bu nedenle hastalar yakından gözlenmelidir.

Cerrahi dışı tedavi yolları

Cerrahi dışı tedaviden beklenen bulguların sıklığının ve şiddetinin azaltılmasıdır. Pelvik çatı kaslarının çalıştırılması, diyafram kullanılması var olan bulguların azaltılması için uygun yöntemlerdir. Cerrahi dışı tedavi yöntemlerini kullanmak için hastanın cerrahi istememesi yada gözlemin yeterli olmaması sonuçlarının birinin doğmuş olmalıdır. Diyafram kullanımı cerrahi öncesinde sonrasını ve iyileşebilmeyi değerlendirmek için uygulanabilir. Bu durum özellikle bulguları ile prolaps şiddetinin uyumlu olmadığı ya da yalnız arka ağrısı bulgusu olup prolaps tanısı tam olarak konulamayan hastalar için geçerlidir. Cerrahi dışı tedavi yöntemleri cerrahi öncesinde mutlaka hasta ile de konuşulmalı ve detaylı açıklamalar yapılmalıdır.¹⁶

Tamamlayıcı tedavi yöntemleri

Bu yöntem genellikle hastanın var olan üriner, dışkılama ve seksüel fonksiyonlarını düzeltmeye yardımcı olabilecek yolları tanımlar. Örneğin defekasyon fonksiyonu bozulmuş ve kuvvetli ıkınma ile yapabildiği bir kadında posterior vaginal prolapsın (rektosel) evre II yada erken evre III olarak akla getirilmesi gerekmektedir. Bu durumu fizik muayenede yada başka yöntem ile bularak açığa çıkarmak kolay değildir. Hasta yaş da dikkate alınarak tam bir kolorektal hatta gastroenterolojik bakış açısı altında fizik muayeneden geçmelidir. Kolorektal kanser durumu, beslenme biçimi ve aldığı yiyeceklerin posa durumu defekasyon alışkanlığı,

defekasyon sıklığı ve içeriği sorgulanmalıdır. Fizik muayene anorektal muayene üzerinde odaklanmalıdır. Prolaps mümkün ise skorlanmalıdır. Pelvik kasların kasılması, hareketliliği değerlendirilmelidir. Gastrointestinal bir patoloji olmadığı takdirde barsak alışkanlığı ve ıkınma durumunun düzeltilmesi için hasta ile ilgili tartışma ve yol gösterme yapılmalıdır. Hastaya aksi olmadıkça günde 20-25 gr kadar posa alması, 2 lt. kadar sıvı içmesi önerilmelidir. Aynı zamanda aktif bir yaşam tarzı önerilmelidir. Defekasyon için yemeklerden sonra gün içi ayarlama yapması ve buna uyması salık verilmelidir. Gerekiyor ise katartikler yada osmotik laksatifler ile yardımcı olunmalıdır. Eğer kadında anismus yada pelvik kasların paradoksal olarak defekasyon sırasında kasılması durumu tespit edilmiş ise biofeedback tedavisi denenmelidir.¹⁷ Hastanın posterior vajinal duvarı günlük kontrol etmesi istenmelidir. Bir aylık bir süre ile dikkatle uygulanacak bu yöntemlerin faydalı olmaması halinde gastroenteroloji konsültasyonu ihtiyaç gösterecektir. Bundan sonraki dönemde defekasyon problemleri çözülen hastanın hala protrüzyon ile alakalı yakınmaları var ise hastaya cerrahi önerilmesi akla getirilmelidir. Cerrahiden amaç posterior vajinal duvar protrüzyonunun önlenmesidir. Hastaya cerrahiden sonra bir süre daha eski kabızlık önleyici yeme içme işlemini aynen bir süre daha devam etmesini ve gerekiyorsa özellikle impakşından kaçınmak için de laksatif tedavisini sürdürmesini ısrar ile hatırlatmak gerekmektedir. İlave tedavi seçenekleri içerisinde ise hastanın yaşam biçiminin değiştirilmesi, kilo vermesinin sağlanması ve aktivasyonunun artırılması da bulunmalıdır.

Pelvik çatı kaslarının çalıştırılması

Pelvik organları destekleyen bu kasların güç ve dayanıklılıklarının artırılması için uygulanan çalışma programları vardır. Prolaps için kesin tedavi edici etkisi gösterilememiş olsa da fekal ve üriner inkontinens için faydası olduğu bilinmektedir.¹⁸ Bizim klinik uygulamamızda pelvik çatı kaslarını güçlendirmek adına yapılan eğitim çalışmalarının hastalar tarafından tam olarak benimsenmediği ve üzerine düşülerek yapılmadığı için fekal inkontinens olgularının dahi yalnız üçte birinde etkili olduğu tespit edilmiştir. Yinede çalıştırılan bu kasların en azından prolaps için bulguların şiddetini azaltabileceği öngörüsü söylenebilir. Fekal inkontinensli kadınların dahi Kegel egzersizleri için

haftada 2 defa ve ortalama 6-8 haftalık bir sürede kliniğe gelerek bunu uygulamalarının pek takip edilemediği kendi klinik pratiğimiz açısından aşikârdır. Ayrıca bu egzersizlerin evde hastanın kendisine yaptırılması hastada doyumsuzluk ve uyumsuzluk ile beraber olacağından başarı daha da düşmektedir.

Diyaframların uygulaması

Diyafram uygulaması deneyimli bir doktor ya da hemşire tarafından yapılmalıdır. Cerrahiye olan süreyi uzatarak hastanın bulgularının şiddetini azaltacaktır. Kontrendikasyonlarından biri hastanın takibe gelmemesi diğeri de vajinada kalıcı erozyon yapmasıdır. Böyle durumlarda eğer diyaframa bağlı olarak erozyon meydana gelmiş ise lokal estrogen tedavisinin kullanılması uygundur. Ama bu durum sürekli basınç altında dışarıda kalan vajinal mukoza prolapsa bağlı ise bu kez daha küçük hacimde kullanılacak diyaframlar işe yarayacaktır. Diyaframların kullanımı daha sıklıkla jinekologlar tarafından tercih edilmektedir. Vajinal prolapsı olan kadınların %30'una yakını diyafram ile rahatlıkla tedavi olmakta doğrusu bulguları rahatsızlık vermektense uzaklaşmaktadır.

Cerrahi tedavi

Cerrahi yaklaşım olarak vajinal abdominal ve laparoskopik yaklaşımlar uygulanabilir. Vajinal prolapsın tip ve yerine bağlı olarak anterior vajina, vajinal apeks, posterior vajina ve perineye direk müdahale edilmektedir. Posterior vajinal prolaps için sıklıkla ve özellikle jinekologlar transvajinal müdahale ederler ve fakat kolorektal cerrahların yaklaşımı ise transperineal olmaktadır. Anterior vajinal prolaps için ise vajinal ya da abdominal yaklaşım ile tedavi edilmektedir. Abdominal ve vajinal yaklaşımların birbirine cerrahi sonuç açısından üstünlükleri bariz değil hatta tartışmalıdır. Fakat gerçek olan taraf vajinal girişimlerden sonra postoperatif ağrının daha az olması, kısa süreli hastanede yatma, ve harcamaların daha az olması yanında laparotominin postoperatif dönemde olabilecek komplikasyonlarının görülmemesi bir kazanç olarak değerlendirilir.^{19,20} Her ne kadar cerrahi tipi hastanın ve doktorun bekleddikleri sonuca, doktorun bilgi ve becerisine ve hastanın istemine bağlı olarak farklı yollarda olsa da genel olarak 3 grup halinde cerrahiden bahsetmek mümkündür. 1-Hastanın kendi yapılarının kullanıldığı restoratif destek ameliyatları, 2-Bazı tip greftler ile (sentetik, allojenik,

xenogenic yada otolog) bulunan defektin desteklenmesi ile kompensatuar cerrahi ve 3- Vajinanın kapatıldığı obliteratif cerrahi olarak 3 farklı tiptedir.

Prolaps prosedürleri

Anterior vajinal onarım; kolporafi anterior olarak da jinekologlar tarafından sık uygulanan yöntem anterior duvar prolapsında endikedir. Eğer cerrah klinik olarak deneyimli ise ve anterior vajinal prolapsa neden olarak lateral bağ zayıflamasını ortaya koydu ise vajinal paravajinal onarım uygulayabilir.

Posterior vajinal onarım; kolporafi posterior ismi ile bir önceki prosedüre benzer şekilde yapılır. Beraberinde levator kas plikasyonu, perineorafi eklenebilir. Bu prosedürlerin eklenmesinde endikasyonlar halen tartışmalıdır. Posterior vajinal duvar onarımının sonrasında sık olarak disparanü bir problem halinde çıkmaktadır. Disparanü levator plikasyonu ile alakalıdır. Perineorafi ile vajenin topografisi değişmektedir. Özellikle Burch ameliyatından sonra prosedür posterior tamir ile kombine edilen kadınlarda disparanü sık olarak gözlenir. Bu nedenle plikasyon özellikle seksüel olarak aktif kadınlarda uygulanmamalıdır. Aslında levator ani plikasyonu orta ve alt vajinal kısmı yaklaştırmak ve onarımı kuvvetlendirmek için yapılmaktadır. Kolorektal cerrahlar ise posterior vajinal prolapse -rektosel için rektovajinal bölgenin diseksiyonunun yapılmasını yaklaşım biçiminin trans perineal olmasını ve burada meydana gelen prolapsın da mesh kullanılarak onarılmasını önermektedir. Biz de kendi pratiğimizde bu prosedürü uygulamaktayız. Bu diseksiyon sonucunda defekt olan bölge tam olarak görünür hale gelmektedir. Aslında bir noktaya kadar bu onarım "site-specific repair" olarak ta adlandırılabilir. Defekt bölgesine özgü diseksiyon yapılarak gerçekleştirilen onarımın bir benzeri olan ve fakat mesh kullanılarak kuvvetlendirilen posterior vajinal duvar onarımı için ne yazıkki karşılaştırmalı ve öne doğru çalışma bulunmamaktadır. Fakat Abramov'un çalışmasında²¹ kısa dönem sonuçları kolporafi posteriordan iyi olan defekt bölgesine özgü yaklaşım ile onarımın takip sırasında geleneksel kolporafi posteriordan dahafazla rekürrens meydana getirdiği bildirilmişti. Oysa klinik çalışmamız sırasında rektosel onarımı mesh kullanılarak yapılan 47 hastanın 2'sinde nüks görüldüğü ve takiplerinin henüz 27. ayında olduklarını bildirmek isterim.

Vajinal apikal onarım; tipik olarak uterus prolapsının yani bir başka deyiş ile enterosel için onarımdır. Semptomatik uterin prolaps için cerrahi histerektomi ve vajenin apeksten asılmasıdır. Prolaps için yalnız histerektominin yapılması yeterli değildir. Beraberinde vajinal kaf suspensiyonu da uygulanmalıdır.

Enterosel onarımı; peritoneal kese rektum ve mesaneden keskin diseksiyonlar ile ayrılmalıdır. Periton yüksek ligasyon ile bağlanarak kapatılır. Enterosel kesesinin kapatılması için de vajenin anterior ve posterior fibromüsküler konnektif dokusunun yaklaştırılması gerekmektedir. Vajinal apeksin asılması hemen her zaman gereklidir.

Bunlardan başka jinekologların kullandığı cerrahi teknikler arasında sakrospinöz ligamanın güçlendirilmesi (suspensiyonu), ileokoksigeal vajinal suspensiyon, uterosakral ligaman süspensiyonu bulunmaktadır. Abdominal apikal onarım;

Abdominal sakral kolpopeksi, apikal prolapsın onarılması için vajen apeksinin anterior ve posteriorundan sakrumun anterior longitudinal ligamanına asılmasıdır.²² Genellikle graft kullanılarak yapılır. Vajen rektovajinal ve vezikovajinal bölgelerde diseksiyonu yapılır. Rektovajinal bölgede pelvik çatı kasları görülene kadar inilerek rektumun iki tarafında diseksiyon tamamlanır. Buraya bir Y şekilli mesh konularak levator kasına dikilir. Önde ise vezikovajinal bölgede diseksiyon vajen distaline 1-1,5 cm kalana kadar yapılır. Buraya da bir diğer mesh konulur. Meshler sakrumun önüne anterior ligamana dikilir. Ardından peritonize edilerek batin içerisinde barsak ansları ile karşılaşmaları önlenmiş olur. Bu onarım apikal prolaps ve yüksek yerleşimli rektosel varsa planlanarak yapılmalıdır.²³ Cundiff,²⁴ sakral kolpoperineopeksi tekniğini tanımlamış ve normal vajinal ligamanların ve sakrumdan perineal cisime kadar uzanan fasiyal katmanların rekonstrüksiyonunu yapabildiğini bildirmiştir. Prosedür sırasında vajenin açılmaması gereklidir. Ters durumlarında mesh erozyonu gözlenecektir. Bu cerrahi teknik sonrasında intraoperatif kanama, grefte bağlı erozyon ve enfeksiyon meydana gelebilecek komplikasyonlardır. Aynı zamanda laparotomi sonrasında karşılaşılacak ince barsak tıkanması veya adezyonların görülmesi gibi komplikasyonlarda meydana gelebilir. Laparoskopik apikal prolaps onarımı; sakral kolpopeksi laparoskopik yaklaşımla yapılabilen bir cerrahi prosedürdür. Fakat laparoskopinin bilinen tüm



Şekil 3. Klinik pratiğimizde karşılaşılan genital prolaps olguları.

avantajlarını hasta için taşısa da yinede deneyimli bir cerrah ve merkez olması gerekmektedir. Bu yöntem yukarıda anlatılan diseksiyon adımlarının hepsini kapsamaktadır. Uygulama minimal invaziv etki ile sonlanır. Ama cerrahi teknik sırasında dikkat edilecek noktalar şunlardır. Laparoskopik diseksiyon mutlaka sakrumun sağ lateralinden aşağı doğru ve rekto vajinal bölgeye girerek levator kasın görülmesine kadar distale inilerek yapılmalıdır. Burada dikkat edilecek olan sakral venlerin yaralanmamasının yanında rektumun duvarının da yaralanarak delinmemesidir. Rektovajinal bölgede rektumun sağ ve solunda pelvik taban kaslarının ortaya konulması gözler dahil bir yüz ifadesini çağrıştırdığından bu zamandaki görüntüye face sign denilir. Rektovajinal bölgede diseksiyonun tamamlandığının göstergesidir. Pelvik taban kaslarının buldukları bölge Y şeklindeki meşin tutturulacağı alanlardır. Daha sonra diseksiyon vajen ile mesane arasına gelinir. Burada da vajen distaline kadar yani vajen giriminden 1-1,5 cm proksimale kadar diseksiyon yapılır. Burada dikkat edilecek olan mesanenin yaralanmasından ziyade vajenin açılmaması olmalıdır. Zira mesh erozyonu vajen için kötü bir durumdur ve pelvik sepsise ciddi bir risk faktörüdür. Vajenin anterioruna da ikinci mesh tuturulacaktır. Eğer hasta histerektomili ise sacrouterin ligaman kalıntıları vajenin her iki tarafından vajene dikilmelidir. Daha sonra meshler sakrumun önünde anterior ligamana dikilerek apikal prolaps durumu askıya alınır. Enson peritonun tüm mesh yapılarını kapatacak biçimde yeniden dikilerek oluşturulmasıdır.

Kendi klinik pratiğimizde grad III sistosel ve yüksek yerleşimli rektoseli olan hastalarımıza bu ameliyatı laparoskopik olarak uyguladık. Hastaların ortalama 9 aylık takipleri sırasında nüks ile karşılaşmadık. İdrar inkontinensi için bir hastaya Burch yaklaşımını laparoskopik olarak eklemiştik. Seri yeterliliğine henüz ulaşamayan bu küçük klinik pratik uygulama sırasında ciddi komplikasyon ile karşılaşmadık. Hastalar

kendilerine ait anketler ile halen takip altındadırlar. Sonuç olarak pelvik organ prolapsı multidisipliner çalışma gerektiren ve tedavinin kişiselleştirilmesi gereken bir dizi hastalık durumudur. Bu hal hali hazırda ülkemizde istatistiki olarak ne kadar dır belli olmasa da uğraşı alanımıza ve hatta klinik pratiğimize girmeye oldukça sık olarak devam etmektedir.

Kaynaklar

1. U.S. Census Bureau. U.S. interim projections by age, sex, race, and Hispanic origin. Available at: <http://www.census.gov/ipc/www/usinterimproj> Retrieved June 28, 2005.
2. Hendrix SL, Clark A, Nygaard I, Aragaki A, Barnabei V, McTiernan A. Pelvic organ prolapse in the Women's Health Initiative: gravity and gravidity. *Am J Obstet Gynecol* 2002;186:1160-6.
3. Handa VL, Garrett E, Hendrix S, et al. Progression and remission of pelvic organ prolapse: a longitudinal study of menopausal women. *Am J Obstet Gynecol* 2004;190:27-32.
4. www.2womenhealth.com/vaginal.prolapse.causes-treatment.htm
5. Bumb R, Norton PA, Epidemiology and national history of pelvic floor dysfunction. *Obstet Gynecol. Clin. North Am.* 1999;25:723-46
6. Swift SE. The distribution of pelvic organ support in a population of female subjects seen for routine gynecologic health care. *Am J Obstet Gynecol* 2000;183:277-85.
7. Olsen AL, Smith VJ, Bergstrom JO, Colling JC, Clark AL. Epidemiology of surgically managed pelvic organ prolapse and urinary incontinence. *Obstet Gynecol* 1997;89:501-6.
8. Mant J, Painter R, Vessey M. Epidemiology of genital prolapse: observations from the Oxford Family Planning Association Study. *Br J Obstet Gynaecol* 1997;104:579-85.
9. Mant J, Painter R, Vessey M. Epidemiology of genital prolapse: observations from the Oxford Family Planning Association Study. *Br J Obstet Gynaecol* 1997;104:579-85.
10. Heit M, Culligan P, Rosenquist C, Shott S. Is pelvic organ prolapse a cause of pelvic or low back pain? *Obstet Gynecol* 2002;99:23-8.
11. Handa VL, Harvey L, Cundiff GW, Siddique SA, Kjerulff KH. Sexual function among women with urinary incontinence and pelvic organ prolapse. *Am J Obstet Gynecol* 2004;191:751-6.
12. Pregazzia R, Sartorea A, Botollo P, Grimaldia E. Perineal ultrasound evaluation of urethral angle and bladder neck mobility in women with stress urinary incontinence. *Br J Obstet Gynecol* 2002;109:821-27.
13. Bartrham CI, DeLancy JOI. *İmaging pelvic floor disorders: The anatomy of the pelvic floor and sphincters.* P:13; springer ISBN 2003.
14. Heit M, Rosenquist C, Culligan P, Graham C, Murphy M, Shott S. Predicting treatment choice for patients with pelvic organ prolapse. *Obstet Gynecol* 2003;101:1279-84.
15. Mouritsen L, Larsen JP. Symptoms, bother and POPQ in women referred with pelvic organ prolapse. *Intl Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct* 2003;14:122-7.
16. Weber AM, Richter HE Pelvic organ Prolapse. *Obstet. Gynecol* 2005;106:61-5.
17. Mimura T, Roy AJ, Storrie JB, Kamm MA. Treatment of impaired defecation associated with rectocele by behavioral retraining (biofeedback). *Dis Colon Rectum* 2000;43:1267-72.
18. Thakar R, Stanton S. Management of genital prolapse. *BMJ* 2004;324:1258-62.
19. Walter AJ, Morse AN, Hammer RA, Hentz JG, Magrina JF, Cornella JL. Laparoscopic versus open Burch retropubic urethropexy: comparison of morbidity and costs when performed with concurrent

- vaginal prolapse repairs [published erratum appears in *Am J Obstet Gynecol* 2004;190:274]. *Am J Obstet Gynecol* 2002;186:723-8.
20. Weber AM. New approaches to surgery for urinary incontinence and pelvic organ prolapse from the laparoscopic perspective. *Clin Obstet Gynecol* 2003;46:44-60.
21. Abramov Y, Gandhi S, Goldberg RP, Botros SM, Kwon C, Sand PK. Site-specific rectocele repair compared with standard posterior colporrhaphy. *Obstet Gynecol* 2005;105:314-8.
22. Shull BL, Capen CV, Riggs MW, Kuehl TJ. Preoperative and postoperative analysis of site-specific pelvic support defects in 81 women treated with sacrospinous ligament suspension and pelvic reconstruction. *Am J Obstet Gynecol* 1992;166:1764-71.
23. Addison WA, Bump RC, Cundiff GW, Harris RL. Sacral colpopexy is the preferred treatment for vaginal vault prolapse. *J Gynecol Tech* 1996;2:69-74.
24. Cundiff GW, Harris RL, Coates K, Low VH, Bump RC, Addison WA. Abdominal sacral colpoperineopexy: a new approach for correction of posterior compartment defects and perineal descent associated with vaginal vault prolapse. *Am J Obstet Gynecol* 1997;177:1345-55.