

# TOTAL LAPAROSKOPİK HİSTEREKTOMİ İLE EŞ ZAMANLI YAPILAN LAPAROSKOPİK BURCH OPERASYONUNUN SONUÇLARININ DEĞERLENDİRİLMESİ

M. Bülent TIRAŞ\*, Çağatay TAŞKIRAN\*, Aml ONAN\*, T. Umut K. DİLEK\*\*, Aydan BİRİ\*,  
Nuray BOZKURT\*, Haldun GÜNER\*

\* Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Ana Dalı, Ankara

\*\* Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Ana Dalı, Mersin

## ÖZET

**Objektif:** Total laparoskopik histerektomi ile eş zamanlı yapılan laparoskopik Burch kolposüspansiyon operasyonunun sonuçlarının değerlendirilmesi.

**Planlama:** Retrospektif.

**Ortam:** Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum A.D.

**Hastalar:** Benign nedenlerle histerektomi endikasyonu konan ve beraberinde idrar inkontinansı olan hastalar.

**Girişim:** Laparoskopik total histerektomi ve eş zamanlı olarak laparoskopik transperitoneal Burch kolposüspansiyon operasyonu.

**Değerlendirme parametreleri:** İşlemin yapılabilirliği, komplikasyon oranları ve takip verileri.

**Sonuç:** Bu çalışmaya 12 hasta dahil edildi. Tanı anında ortalama hasta yaşı 48 (aralık, 42-55) idi. Tüm olgularda operasyon tamamen laparoskopik olarak ve gerek intraoperatif gerek postoperatif komplikasyon olmaksızın gerçekleştirildi. Toplam operasyon süresi ortalama 173 dakika (aralık, 160-200), total laparoskopik histerektomi için ortalama operasyon süresi 130 dk (aralık, 120-150), Burch kolposüspansiyonu için ise 43 dk (aralık, 35-50) idi. Hesaplanan kan kaybı ortalama 450 ml (aralık, 300-600), ultrasonografik olarak hesaplanan ortalama uterus volümü 73 cm<sup>3</sup> (aralık, 40-167), histerektomi spesmeninin ortalama ağırlığı ise 279 g (aralık, 153-350) idi. Tüm hastalar operasyonu takiben 48-72 saat içerisinde taburcu edildiler. Hiçbir hastada 2 günden uzun süre ile üriner kateterizasyon gerekmedi. Ortalama izlem süresi 16 ay (aralık, 12-24) olup 12 olgudan 10'unda (%83,4) tam kür sağlandı; 1 olguda (%8,3) stres inkontinansa ait şikayetler azaldı; ancak tam kür sağlanamadı. Diğer 1 olguda (%8,3) ise şikayetlerde hiçbir gerileme saptanmadı.

**Yorum:** Histerektomi endikasyonu konulan ve eş zamanlı idrar inkontinansı olan olgularda total laparoskopik histerektomiye laparoskopik Burch operasyonunun eklenmesi etkin ve uygun bir yaklaşımdır.

**Anahtar kelimeler:** laparoskopik Burch kolposüspansiyonu, total laparoskopik histerektomi, transperitoneal yaklaşım

## SUMMARY

### Evaluation of Outcomes of Laparoscopic Burch Colposuspension Concomitant with Total Laparoscopic Hysterectomy

**Objective:** To present the success and morbidity rates of the patients who underwent total laparoscopic hysterectomy associated with laparoscopic Burch colposuspension operation.

**Design:** Retrospective.

**Setting:** Gazi University, Faculty of Medicine, Department of Obstetrics and Gynecology.

---

**Yazışma adresi:** Prof. Dr. M. Bülent TIRAŞ, Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı  
06502, Beşevler/ Ankara  
Tel: (0 312) 223 66 55 / Fax: (0312) 466 06 18  
e-mail: btiras@tr.net

Alındığı tarih: 18. 04. 2005, kabul tarihi 13. 05. 2005

**Patients:** The patients who were subjected to the hysterectomy due to benign disease, and having stress incontinence concomitantly.  
**Interventions:** Total laparoscopic hysterectomy plus transperitoneal laparoscopic Burch colposuspension with non-absorbable sutures.

**Main outcome measures:** Feasibility of procedure, and success and morbidity rates.

**Results:** Overall 12 patients were included. The mean age at the time of operation was 48 (range 42-55). All procedures were completed laparoscopically without intraoperative or postoperative complications. Operative time ranged from 160 to 200 minutes (mean, 173 minutes). Mean operative time was 130 minutes (range, 120-150) for total laparoscopic hysterectomy, 43 minutes (range, 35-50) for Burch procedure. Estimated blood loss ranged from 300 to 600 ml (mean, 450). Ultrasonographically estimated volume of the uterus was 73 cm<sup>3</sup> (range, 40-167). Mean weight of the hysterectomy specimens was 279 gram (range, 153-350). All patients were discharged from the hospital within 48 to 72 hours. For all patients, catheterization was not required more than 2 days. Mean follow-up period was 16 months (range, 12-24). Ten of 12 (83,4%) patients were cured completely, and 1 (8,3%) was improved for stress incontinence. The remaining one patient (8,3%) did not have any improvement in her complaints.  
**Conclusion:** Total laparoscopic hysterectomy plus laparoscopic Burch procedure is feasible and effective for patients who underwent hysterectomy and having stress incontinence additionally.

**Keywords:** laparoscopic Burch colposuspension, total laparoscopic hysterectomy, transperitoneal approach

## GİRİŞ

Histerektomi jinekoloji pratiğinde sezaryenden sonra en sık yapılan majör cerrahi operasyondur ve indikasyonlarına göre değişmekle beraber değişik şekillerde yapılabilmektedir<sup>(1)</sup>. 1988 yılına kadar iki farklı yaklaşımla yapılmaktaydı. Birincisi, ilk kez Recamier<sup>(2)</sup> tarafından 1829'da yapılmış olan vajinal histerektomi (VH); ikincisi ilk kez İngiltere'de Charles Clay tarafından 1843'te yapılmış olan abdominal histerektomi'dir<sup>(3)</sup>. 1988 yılında ise bu iki klasik yönteme ek olarak laparoskopik histerektomi (LH) tanımlanmıştır<sup>(4)</sup>. Histerektomiye laparoskopik yaklaşım için çok sayıda terminoloji önerilmiş ve sınıflama yapılmıştır. Yapılan bütün sınıflamalardaki ortak nokta, cerrahi işlemin "ne kadarının" özellikle de uterin arter-ven ligasyonunun laparoskopik veya vajinal yoldan yapılıp yapılmadığı üzerine dayanmaktadır.

Üriner stres inkontinans sık görülen, hastada ciddi rahatsızlığa neden olan bir durum olup bu şikayetle hastaneye başvuran hasta sayısında geçmişe oranla ciddi bir artış gözlemlenmektedir<sup>(5)</sup>. Tarihsel süreç içerisinde tedavide anterior kolporafi, kolposüspansiyon, iğne süspansiyon operasyonları ve sling prosedürleri uygulanmıştır. Uzun dönemli takipler değerlendirildiğinde Burch kolposüspansiyon operasyonu öne çıkmaktadır<sup>(6)</sup>. Zaman zaman stres inkontinansla beraber cerrahi gerektiren diğer patolojiler de görülmektedir. Ek cerrahilerin inkontinansa yönelik operasyonların başarı oranlarına etkisi çok az çalışmada

değerlendirilmiş olup<sup>(7,8)</sup>, özel olarak total laparoskopik histerektominin etkisi incelenmemiştir. Bu çalışmada sık görülen bu iki patolojinin tedavisinde birlikte uygulanan total laparoskopik histerektomi ve laparoskopik Burch kolposüspansiyon prosedürünün uygulanabilirliğini, komplikasyonlarını ve başarısını değerlendirmek amaçlanmıştır.

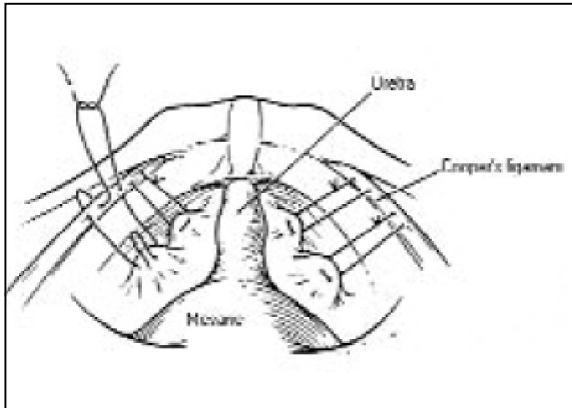
## GEREÇ VE YÖNTEMLER

Bu çalışmada myoma uterisi olup anormal uterin kanama ve pelvik ağrı nedeniyle histerektomi indikasyonu konulan; ve de ek olarak üriner stres inkontinansı olan 12 olgu değerlendirildi. Hastaların hiçbirisinde uterin prolapsus saptanmadı. Operasyon öncesi detrusör instabilitesini ayırt etmek için tüm olgulara ürodinami yapıldı. Bu 12 hastaya total laparoskopik histerektomi ve laparoskopik Burch kolposüspansiyon ameliyatı yapıldı. Altı hastada ek olarak bilateral salpingo-ooferektomi de yapıldı. TLH yapılırken bilateral utero-ovaryen ligamentler, fallop tüpleri ve ooferektomi yapılacaksa infundibulopelvik ligamentler bipolar forsepsle koagüle edilerek makas yardımı ile kesildi. Uterin arterler 0/0 Vikril ile ekstrakorporal düğüm tekniğiyle bağlandı. Kardinal ve uterosakral ligamentler diseke edildikten sonra anterior ve posterior kolpotomi insizyonları yapıldı. Uterus vajinal yoldan çıkarıldı ve vajen kafı 0/0 vikril ile sütüre edildi.

Histerektomiye takiben mesaneye 200-300 ml normal

salin verildi ve böylece mesanenin üst sınırı belirlendi. Keskin diseksiyon ile mesane refleksiyonunun 3 cm üzerine medyal umbilikal katlantıların arasına elektrokoter ile insizyon yapılarak Retzius boşluğuna girildi. İnsizyonu takiben areolar dokunun görülmesi diseksiyon planının doğru olduğunu göstermektedir. Retzius boşluğunda her iki tarafta mesane boynu ve Cooper ligamentleri açığa çıkarıldı. Vajene yardımcı bir cerrah iki parmağı ile girip kaldırarak üretrovezikal bileşke belirlendi. Tanagho'nun tariflediği gibi lateral vajinal duvarlar kaldırılarak laparoskopik disektörle mesane boynu ekspoze edildi<sup>(9)</sup>. Birinci sütür üretranın 2 cm lateraline mid-üreter düzeyine ve ikinci sütür ise veziko-üretal bileşke seviyesine konuldu. Vajen duvarına mukozadan geçilmeden 2/0 absorbe olmayan sütürler konuldu (Ethybond, Ethicon Co. USA). Daha sonra Cooper ligamentinden geçildi. Aynı işlem diğer tarafta da tekrarlandı ve ekstrakorporal olarak düğümler atılarak düğüm itici ile yerine oturtuldu. Bu sırada vajen duvarında aşırı bir gerilim oluşturmamaya ve gereğinden fazla asılmamasına dikkat edildi (Şekil 1). Burch işleminin tamamlanmasını takiben sistoskopi yapıldı. Anterior peritoneal defekt 2/0 vikril ile kapatıldı. Tüm operasyonlar aynı cerrah tarafından yapıldı. İşlem öncesi tüm hastalara profilaksi amacıyla 1 gr intravenöz sefazolin verildi. Postoperatif dönemde ek antibiyotik verilmedi. Operasyonla ilgili bilgiler hasta dosyalarından elde edildi. Takipte hastalarla telefon görüşmesi yapılarak inkontinans şikayetlerinin geçip geçmediği ve ped kullanıp kullanmadıkları sorgulandı.

**Şekil 1:** Paravajinal fasyadan geçilen absorbe olmayan sütürlerin Cooper ligamanına bilateral olarak asılması görülmektedir (M.Bülent Tıraş, Uzay Yıldırım. Laparoskopik gerçek stres inkontinans ameliyatları. Haldun Güner, editör, Jinekolojik ve Obstetrikal Cerrahi, Güneş Kitabevi).



## SONUÇLAR

Hastaların operasyon zamanındaki ortalama yaşı 48 (aralık, 42-55) idi. Operasyonlar 160 ile 200 dk arasında tamamlandı (ortalama, 173). Total laparoskopik histerektomi için ortalama operasyon süresi 130 dk (aralık, 120-150) Burch içinse 43 dk (aralık, 35-50) idi. Tahmini kan kaybı 300 ile 600 ml arasında saptandı (ortalama, 450). Ortalama preoperatif hematokrit değeri %40,7 iken postoperatif dönemde %36,8'e düştü. Ultrasonografik olarak belirlenen uterus volümü 78 cm<sup>3</sup> (aralık, 40-167) ve ortalama uterus ağırlığı 279 gram (aralık, 153-350) olarak saptandı (Tablo I). Tüm hastalar operasyonu takiben 48-72 saat içerisinde taburcu edildiler. Hiçbir hastada 2 günden daha fazla süre ile üriner kateterizasyon gerekmedi. İntraoperatif veya postoperatif komplikasyon olmadı.

**Tablo I:** Hastaların özellikleri ve operasyon verileri.

Hasta sayısı	12
Yaş, ortalama	48 (42-55)
Total laparoskopik histerektomi+Burch	12
Bilateral salpingooferektomi	6 (%50)
Toplam süre, dk	173 (160-200)
Histerektomi	130 (120-150)
Burch	43 (35-50)
Kan kaybı, ml	450 (300-600)
Uterus volümü, cm <sup>3</sup>	73 (40-167)
Uterus ağırlığı, gr	279 (153-350)

On-altı aylık ortalama takip süresinde (aralık, 12-24) on hastada (%83,4) tam kür sağlandı. Bir hastada (%8,3) semptomlarda gerileme görülürken diğer bir hastada (%8,3) inkontinans bulgularında gerileme saptanmadı.

## TARTIŞMA

Üriner inkontinans sosyal ve hijyenik bir problem olup objektif olarak gösterilebilen istemsiz idrar kaçırma anlamına gelmektedir<sup>(10)</sup>. Birçok tipi olmakla beraber en sık görülen artan intraabdominal basınca bağlı oluşan stres inkontinanstır. Patofizyolojide üretrayı bir hamak gibi destekleyen konnektif doku yapının bozulması ve mesane boynundaki hipermobilitate

suçlanmaktadır<sup>(11,12)</sup>. Tanı detaylı öykü sonrası fizik muayene ve testlerle konulur. Tedavide birçok değişik yöntem kullanılmış olup bugün artık anterior kolporafinin uzun dönem başarı oranlarının düşük olduğu bilinmektedir<sup>(13)</sup>. Modern anlamda ilk olarak Marshall, Marchetti ve Krantz retropubik yaklaşımı tariflemiştir<sup>(41)</sup>. Burch kopsüspansiyon prosedürü daha sonra tanımlanmış olup mesane boynu fasyasının Cooper ligamente kalıcı sütürlerle bağlanması olarak tariflenmiştir<sup>(5,16)</sup>. Başarı oranları oldukça yüksek düzeydedir. Cochrane derlemesinde 33 çalışmada toplam 2403 hasta değerlendirilmiş ve tedavinin ilk yılı sonunda hastaların %85-90'nın, beş yıl sonunda ise %70'nin kontinan olduğu belirtilmiştir<sup>(6)</sup>.

Laparoskopik operasyonlardaki tecrübenin artması ve cerrahi aletlerdeki teknolojik gelişmeyle beraber 90'lı yıllarda birçok operasyon laparoskopik olarak yapılmaya başlandı. Laparoskopik Burch kolposüspansiyon prosedürü ilk olarak 1991 yılında<sup>(17)</sup> tanımlandı. Retzius aralığına kolay ulaşım, minimal intraoperatif kan kaybı, minimal postoperatif analjezi gereksinimi, hastanede kalış süresinin daha kısa olması ve hastanın normal işlevlerine daha kısa sürede tekrar başlayabilmesi laparoskopik yöntemin avantajları olarak saptanmıştır<sup>(17,18-25)</sup>. Yöntemin etkinliği birçok çalışmada değerlendirilmiştir. Miannay ve ark. 72 hastayı karşılaştırdıkları çalışmalarında 2 yıllık takip sonucunda laparoskopik yapılanlarda %68, açık yapılanlarda ise %64'lük başarı elde etmişlerdir<sup>(18)</sup>. Summitt ve ark.<sup>(19)</sup> laparoskopik yaptıkları 28 hastanın sonuçlarını transabdominal yapılan 34 hasta ile karşılaştırmışlar ve 1 yıl sonunda başarı oranlarını benzer bulmuşlardır (%93 vs %88). Dietz ve ark laparoskopik operasyon yapılan 50 hastanın sonuçlarını konvansiyonel yöntemle üretropeksi yapılan 50 hasta ile karşılaştırmışlar ve 1 yıl sonundaki subjektif iyileşmenin aynı olduğunu (%74 vs %80), ancak üretropeksi grubunda işeme disfonksiyonunun daha fazla olduğunu belirtmişlerdir<sup>(20)</sup>. Eski bazı çalışmalarda laparoskopik yöntemin başarı oranının açık yöntemle oranla daha düşük olduğu belirtilmişse de bu çalışmaların öğrenme eğrisi içerisinde yapıldığı belirtilmiştir<sup>(21-23)</sup>. Standart laparoskopik yöntemin yanında mesh ve tacker yöntemleri de tanımlanmış olup Zullo ve ark.'nın yaptıkları çalışmada klasik yöntemle göre başarı oranlarının daha düşük olduğu saptanmıştır<sup>(24)</sup>. Ancak Tıraş ve ark.'nın yaptıkları çalışmada ise ortalama 25 aylık takip sonrası

transperitoneal yöntem uygulanan 36 hastada %91,7'lik bir başarı oranı saptanırken diğer grupta %82,1'lik başarı elde edilmiştir<sup>(25)</sup>. Bu fark istatistiki anlamlılığa ulaşmamıştır ve yazarlar maliyetinin düşüklüğünün klasik laparoskopik Burch operasyonunun avantajı olduğunu belirtmişlerdir. Bizim çalışmamızda transperitoneal yolla her iki tarafa iki adet absorbe olmayan sütür konularak başarı oranı 16 aylık ortalama takip sonrasında %83,4 olarak tespit edilmiştir; ve bu sonuç literatürle paralellik göstermektedir. Sıklıkla hastaların tek şikayeti inkontinans olmamakta, diğer bazı cerrahi girişimlerin de yapılması gerekebilmektedir. Walter ve ark. vajinal ek operasyon gerektiğinde laparoskopik ve açık Burch yapılan hastaları karşılaştırmış ve kan kaybı, operasyon süresi, hospitalizasyon ve morbidite açısından bir fark saptamamıştır<sup>(7)</sup>. Bu nedenle eğer vajinal ek cerrahi yapılacaksa laparoskopinin geleneksel yararlarının ortadan kalktığını belirtmişlerdir. Buna karşılık Üstün ve ark. ek cerrahi işlemler de yaptıkları 26 laparoskopik Burch olgusunun sonuçlarını 26 laparotomi ile yapılan hastayla karşılaştırdıklarında başarı ve komplikasyon oranlarının değişmediğini, hastanede kalış süresinin laparoskopik grubunda daha kısa olduğunu ve ek cerrahi yapılacaksa bile stres inkontinans tedavisinde laparoskopik yöntemin avantajlarını koruduğunu belirtmişlerdir<sup>(8)</sup>. Bizim çalışmamızda total laparoskopik histerektomi yapılan hastalarda laparoskopik Burch operasyonunun başarı ve komplikasyonları değerlendirilmiştir. Hastanede kalış süresi veya üriner kateterizasyon süresi literatür değerleri ile uyumlu olduğu bulunmuştur. İntraoperatif ve postoperatif dönemde majör bir komplikasyon görülmemiştir. Bu hem hasta sayısının kısmen sınırlı olması ve de cerrahi tecrübe ile açıklanabilir. On-altı aylık ortalama takip süresindeki değerlendirmemizde hastaların %83,4'ünde tam başarı sağlanmıştır. Bu sonuç da daha önce yayınlanan serilerle uyum içerisinde.

Sonuç olarak laparoskopik transperitoneal Burch prosedürü total laparoskopik histerektomi ile birlikte yapılabilir. Tecrübeli ellerde her iki operasyonun da morbidite oranlarında bir artış görülmemekte ve stres inkontinansın tedavisi yönünden değerlendirildiğinde başarı oranlarının oldukça tatminkar bir düzeyde olduğu tespit edilmiştir.

**KAYNAKLAR**

1. Parker WH. Total laparoscopic hysterectomy. In (ed) Cooper J.M. Contemporary management of abnormal uterine bleeding. *Obstet Gynecol Clin North Am* 2000;431-440.
2. Cravello L, de Montgolfier R, D'Ercole C, Roger V, Blanc B. Endoscopic surgery. The end of classic surgery ? *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 1997;75:103-106.
3. Sutton C. Hysterectomy : a historical perspective. *Bailli\_ Clin Obstet Gynaecol* 1997;11:1-22.
4. Reich H, De Caprio J, McGlynn F. Laparoscopic hysterectomy. *J Gynecol Surg* 1989;5:213-216.
5. Beresford NM, Evans AA. Recent advances and controversies in the surgical techniques for urinary stress incontinence. *Reviews in Gynaec Pract* 2003;3:137-141.
6. Lapitan MC, Cody DJ, Grant AM. Open retropubic colposuspension for urinary incontinence in women. *Cochrane Database Syst Rev.* 2003;(1):CD002912.
7. Walter AJ, Morse AN, Hammer RA, Hentz JG, Magrina JF, Cornella JL, Magtibay PM. Laparoscopic versus open Burch retropubic urethropexy: comparison of morbidity and costs when performed with concurrent vaginal prolapse repairs. *Am J Obstet Gynecol.* 2002 Apr;186:723-728.
8. Ustun Y, Engin-Ustun Y, Gungor M, Tezcan S. Randomized comparison of Burch urethropexy procedures concomitant with gynecologic operations. *Gynecol Obstet Invest.* 2005;59:19-23.
9. Tanagho EA. Colpocystourethropexy: the way we do it. *J Urol* 1976;116:751-753.
10. Abrams P, Blaivas JG, Stanton SL, ve ark. The standardisation of terminology of lower urinary tract function. *Scand J Urol Nephrol* 1988;114:5-18.
11. Enhorning G. Simultaneous recording of intravesical and intraurethral pressure. *Acta Chir Scand* 1961;276:1-68.
12. DeLancey JO. Structural support of the urethra as it relates to stress urinary incontinence: the hammock hypothesis. *Am J Obstet Gynecol.* 1994;170:1713-1720.
13. Glazener CM, Cooper K. Anterior vaginal repair for urinary incontinence in women. *Cochrane Database Syst Rev.* 2001;(1): CD001755.
14. Marshall VF, Marchetti AA, Krantz KE. The correction of stress incontinence by simple vesicourethral suspension. *Surg Gynec Obstet* 1949;88:509-518.
15. Burch JC. Urethrovaginal fixation to Cooper's ligament for correction of stress incontinence, cystocele, and prolapse. *Am J Obstet Gynecol.* 1961;81:281-290.
16. Burch JC. Cooper's ligament urethrovesical suspension for stress incontinence. Nine years' experience—results, complications, technique. *Am J Obstet Gynecol.* 1968;100:764-774.
17. Vancaillie TG, Schuessler W. Laparoscopic bladderneck suspension. *J Laparoendosc Surg.* 1991;1:169-173.
18. Miannay E, Cosson M, Lanvin D, Querleu D, Crepin G. Comparison of open retropubic and laparoscopic colposuspension for treatment of stress urinary incontinence. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 1998;79:159-166.
19. Summit RL, Lucente V, Karram MM, Shull BL, Bent AE. Randomized comparison of laparoscopic and transabdominal Burch urethropexy for the treatment of genuine stress incontinence. *Obstet Gynecol* 2000;95(suppl 2):2S.
20. Dietz HP, Wilson PD. Laparoscopic colposuspension versus urethropexy: a case-control series. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct.* 2005;16:15-18.
21. Paraiso MF, Falcone T, Walters MD. Laparoscopic surgery for genuine stress incontinence. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct* 1999;10:237-247.
22. Polascik TJ, Moore RG, Rosenberg MT, Kavoussi LR. Comparison of laparoscopic and open retropubic urethropexy for treatment of stress urinary incontinence. *Urology* 1995;45:647-652.
23. Vancaillie TG. Laparoscopic colposuspension and pelvic floor repair. *Curr Opin Obstet Gynecol* 1997;9:244-246.
24. Zullo F, Palomba S, Piccione F, Morelli M, Arduino B, Mastrantonio P. Laparoscopic Burch colposuspension: A randomized controlled trial comparing two transperitoneal surgical techniques. *Obstet Gynecol* 2001; 98: 783-788.
25. Tiras BM, Sendag F, Dilek U, Guner H. Laparoscopic burch colposuspension: comparison of effectiveness of extraperitoneal and transperitoneal techniques. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 2004;116:79-84.