

Fonksiyonel Ürolojide Meş Kullanımı

Fatih HIZLI¹

¹ Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Onkoloji Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Üroloji Kliniği, Ankara

Özet

Pelvik taban disfonksiyonu, pek çok kadın için büyük sağlık problemlerinden biridir ve strese bağlı üriner inkontinans (SUI) her üç kadından birinde, pelvik organ prolapsı (POP) her dokuz kadından birinde görülmektedir. POP, erkeklerde kadınlara oranla daha az görülmektedir. Kadınlarda ve erkeklerde SUI'nin tedavisinde sentetik MUS (midüretal sling)'lar etkin şekilde kullanılabilir. Bununla birlikte POP tedavisinde sentetik meşler ancak komplike vakalarda deneyimli cerrahlarca ve multidisipliner yaklaşımlarla uygulanmalıdır. Hastalar, meş sonrası komplikasyonlar, yan etkiler ve meş içermeyen alternatifler hakkında ayrıntılı bir şekilde bilgilendirilmelidir.

Anahtar Kelimeler: Pelvik organ prolapsusu, meş, midüretal sling, nüks.

Pelvik taban disfonksiyonu, pek çok kadın için büyük sağlık problemlerinden biridir ve strese bağlı üriner inkontinans (SUI) her üç kadından birinde, pelvik organ prolapsı (POP) her dokuz kadından birinde görülmektedir (1). Pelvik taban disfonksiyonu, çocuk doğurma, obezite ve ilerleyen yaşla yakın ilişkilidir ve zamanla sıklığı artmaktadır (2). Hayat tarzı değişiklikleri ve pelvik taban kası egzersizlerinin (PTKE) yetersiz olduğu durumlarda cerrahi yaklaşımlar gündeme gelebilir (3).

POP, erkeklerde kadınlara oranla daha az görülmektedir. Erkeklerde çoğunlukla prostat kanseri ne-

deniyle radikal prostatektomi ya da benign prostatik müdahaleler sonrasında gözlenmektedir (4).

Kadınlarda SUI tedavisi

PTKE/fizyoterapi, hafif ve orta dereceli SUI'nin kısa ya da orta vadeli tedavisinde etkin tedavi sağlayabilir. SUI'li kadınlarda sentetik midüretal sling (MUS) cerrahisinin ve fizyoterapinin karşılaştırıldığı bir çalışmada MUS cerrahisini takip eden bir yılın sonunda MUS'un daha yüksek hasta memnuniyeti gösterdiği bildirilmiştir-

tir. PTKE'den yararlanmak için hastaların uzun süre ve devamlı olarak bu programa katılımlarının gerekliliği, PTKE'den vaz geçerek alternatif tedavi yolları aramaya itmekte ve PTKE'yi terk etmelerine neden olmaktadır (5).

15 yıl önce açık retropubik kolposüspanسیون, SUİ'de yaygın kullanılan bir teknik iken laparoskopik kolposüspanسیون daha az komplikasyon riski ve daha kısa hastanede yatış süresi nedeniyle tercih edilmektedir. Ancak kolposüspanسیون, anterior pelvik kompartmanın yeniden yapılandırılmasını içermekte, bu da posteriyor pelvik kompartmanda sekonder kolposüspanسیونu yeniden gerekli kılabilmektedir (6).

Son yıllarda yapılan sistematik ve meta analiz çalışmaları, sentetik MUS tedavisinin kolposüspanسیون'dan daha yüksek tedavi oranına sahip olduğunu göstermektedir. Çalışmalar, insan ve hayvan orjinli, non-otolog biyolojik materyalleri desteklemektedir. Emilemeyen (non absorbable) polipropilen (PP) meşler yaygın olarak kullanılmaktadır. Meşler seçilirken filament özellikleri (mono-/multifilaman), por çapı, yüzey alanı, doku özellikleri ve kullanılan polimerin yapısı göz önünde bulundurulmalıdır. İmplantasyon sonrası değişiklikler meşin biyomekaniğine ve hastanın cevabına göre değişmekte, ancak implantasyon tekniği, cerrahın deneyimi ve hasta ile ilgili risk faktörleri klinik sonucu ciddi olarak etkilemektedir (3).

Güncel kılavuzlar takip edilmeli, hastanın beklentisi doğrultusunda, hastayı bilgilendirerek hastanın yaşamını tehdit etmeyecek ve yaşam kalitesini arttıracak en doğru karar verilmeli, deneyimli cerrahlarca uygulanmalı ve takip edilmelidir (3).

Üretral balon, enjektabl preparatlar ve artifisiel üreter sfinkter (AUS) kadınlarda SUİ'nin birinci basamak tedavisinde önerilmemektedir.

Kadınlarda POP tedavisi:

Lokal vajinal östrojen tedavisi ürogenital atrofide semptomatik rahatlama sağlarken, POP'da yararı üzerine herhangi kanıt bildirilmemiştir (7).

POP'un 1. ve 2. evrelerinde PTKE düşünülebilir ancak 3. ve 4. evrelerinde yarar sağlamamaktadır. Kilo kontrolü ve genel fiziksel egzersizler semptomatik iyileşme ve ilerlemenin önlenmesi açısından hastalara önerilmektedir. Ancak özellikle ileri evrede cerrahi kaçınılmaz olmaktadır (8).

Anterior Kolporafi, emilebilir ipliklerle gerçekleştirilebilmektedir. Ancak anatomik nedenlerle nüks olasılığı yüksektir. Ancak fonksiyonel güncel yaklaşımlar sayesinde daha iyi sonuçlar alınabilmektedir. Bu yaklaşımlar, rektum ve vajinal epitelini birbirinden ayıran transvajinal rektosel onarımı ile fasyal defektlerinin düzeltilmesine olanak vermektedirler (9-11).

Abdominal herni ve SUİ cerrahisinde meş kullanılan transvajinal meş (TVM) güçlendirilmiş pelvik taban onarımı işlemi geleneksel yöntemlere kıyasla daha başarılıdır. Ancak TVM ile ilgili ciddi yan etkilerin bildirilmesi güvenliği ile ilgili soruları beraberinde getirmektedir. Bu nedenle FDA, sarkma onarımında TVM güvenliği ile ilgili kısıtlamalar getirerek yüksek riskli cihaz olarak yeniden sınıflandırmıştır. TVM ile ilgili yapılan bazı çalışmalarda kısa vadede geleneksel yöntemlere göre bir üstünlük sağlamadığı belirtilerek uzun vadede takibini gösteren çalışmaların gerekliliğinin altını çizmiştir (12).

Sakrokolpopeksi (açık/laparoskopik/robotik) ve vajinal sakrospinöz fiksasyonu (SSF) yaygın kullanılan yöntemlerdir. Abdominal sakrokolpopeksi(ASK), ileri POP cerrahisinde yüksek dayanıklılığa sahip bir yöntemdir ve standart kriterler içerir. Vajinal apeksi bir graft, tercihen sentetik bir meş yardımı ile sakral anterior longitudinal ligamana bağlamayı içeren bir yöntemdir ASK'nin SSF'den daha az sarkma ya da daha az yeniden operasyon riski içerdiği bildirilmiştir. Ancak yine de bu teknik için uzun dönem çalışmalarının gerektiği bir gerçektir (13, 14).

Avrupa Komisyonu Bilimsel Komitesi (European Commission's Scientific Committee) ürojinekolojik meşlerle ilgili yeni bir sağlık raporu yayınlamıştır. Buna göre POP ve SUİ cerrahisinde farklı tipte potansiyel materyaller tanımlanmış ve sınıflandırılmışlardır (15).

1. Allograftlar (kadavradan fasya ve dura mater)
2. Ksenograftlar (domuz ve sığırdan)
3. Otograftlar (fasya lata ve rektus fasyadan)
4. Sentetik meşler (emilemeyen; nonabsorbabl PP meş ve emilebilen meşler).

SUİ tedavisinde sentetik MUS'ların, POP tedavisinde ise geniş yüzey alanlı meş kullanımının önemi vurgulanmaktadır (16).

Meş malzemesinin risk faktörleri düşünüldüğünde; meşin tasarımı, fiziksel özellikleri, enfeksiyona yakınlık

açısından por büyüklüğü, kullanılan malzemenin biyoyumluluğu, uzun dönem stabilitesi ve esnekliği gibi özellikler de göz önünde bulundurulmalıdır (17).

Cerrahinin sonuçlarını etkileyen faktörler ise materyalin tipi, yüzey alanı, fiziksel özellikleri, enfeksiyona yatkınlık açısından por büyüklüğü, implantasyonun bölgesi (vajinal ya da transabdominal), ek işlemlerin varlığı (histerektomi) ve cerrahın deneyimidir (16, 17).

SUI tedavisinde sentetik MUS'ların kullanımı ile karşılaştırıldığında, POP tedavisinde meş ile alakalı morbiditenin daha fazla olduğu akıldan çıkarılmamalıdır. SUI tedavisinde MUS'ların etkililiği aşıkardır ve klinik olarak önerilebilir ancak uzun dönem kullanımları ile ilgili takip verisinin yetersiz olduğu da akıldan çıkarılmamalıdır. SUI tedavisinde MUS etkililiği kolposüspansiyon'a göre daha yüksektir ve daha az morbiditeye rastlanmaktadır. Gözlenen morbidite ise daha çok implantasyon sırasında oluşan diğer komplikasyonlara (mesane perforasyonu, vasküler/barsak hasarı) ya da meş maruziyetine bağlı ağrı ve üriner kanalda erezyona bağlı olmaktadır (16, 17).

POP tedavisi için vajinal meş implant uygulamalarında ise risk artmaktadır. Risk, uzmanlarla hastaya özgü olarak ayrıntılı değerlendirilmelidir. Vajinal implantasyon ancak primer tamir cerrahisinin başarısız olduğu kompleks vakalarda düşünülmelidir. Kullanılacak meş miktarı da sınırlandırılmalıdır. İşlemin, güncel kılavuzların tanımladığı sertifika programlarını bitirmiş cerrahlar tarafından gerçekleştirilmesi önerilmektedir (16, 17).

Erkeklerde SUI tedavisi:

Fizyoterapi hiç tedavi edilmemesine tercih edilmektedir. Ancak cerrahi uygulanmışsa ve ikinci bir cerrahi gereklilik doğmuşsa, ilk operasyondan sonra en az 6 ay tercihen bir yıl beklenmesi gerekir. Prostatektomi uygulanmış hastalarda yeniden cerrahi öncesinde anastomotik stenoz ve mesane disfonksiyonu ihtimali de elimine edilmelidir (18).

Prostatektomi sonrası (postprostatektomi) inkontinansının üretral dolgu maddesi injeksiyonu ile tedavisine yönelik bir veri yoktur. Bu enjeksiyonların postprostatektomi inkontinansını ve hastaların yaşam kalitesini geçici olarak iyileştirdiğine dair zayıf birkaç kanıt bulunmaktadır (18).

Erkeklerde orta ve ciddi SUI'nin standart tedavisinde artifisyonel üriner sfinkter (AUS) kullanılır ancak prospektif klinik çalışmalarda etkililiğine dair kanıtlar kısıtlıdır. Non-randomize grup çalışmalarında AUS'un erkeklerdeki SUI'de etkin tedavi yaklaşımı olduğu söylenmektedir ancak özellikle pelvik radyoterapiye bağlı doku erozyonu olan hastalarda etkililik düşmektedir. Erkeklerde daha hafif formlu SUI tedavisinde ise yapay sentetik meş kapanlar (sling) daha etkin bulunmuştur (18).

Sonuç olarak, kadınlarda ve erkeklerde SUI'nin tedavisinde sentetik MUS'lar etkin şekilde kullanılabilir. Bununla birlikte POP tedavisinde sentetik meşler ancak komplike vakalarda deneyimli cerrahlarca ve multidisipliner yaklaşımlarla uygulanmalıdır. Hastalar, meş sonrası komplikasyonlar, yan etkiler ve meş içermeyen alternatifler hakkında ayrıntılı bir şekilde bilgilendirilmelidir (18).

Kaynaklar:

1. Sliker-ten Hove MC, Pool-Goudzwaard AL, Eijkemans MJ, Steegers-Theunissen RP, Burger CW, Vierhout ME. Symptomatic pelvic organ prolapse and possible risk factors in a general population. *Am J Obstet Gynecol* 2009; 200: 184.e1-7.
2. Gyhagen M, Bullarbo M, Nielsen TF, Milsom I. Prevalence and risk factors for pelvic organ prolapse 20 years after childbirth: a national cohort study in singleton primiparous after vaginal or caesarean delivery. *BJOG* 2013; 120: 152-60.
3. Chapple CR, Cruz F, Deffieux X, Milani AL, Arlandis S, Artibani W, et al., Consensus Statement of the European Urology Association and the European Urogynaecological Association on the Use of Implanted Materials for Treating Pelvic Organ Prolapse and Stress Urinary Incontinence. *Eur Urol* 2017; 72: 424-431.
4. Ficarra V, Novara G, Rosen RC, Artibani W, Carroll PR, Costello A, et al., Systematic review and meta-analysis of studies reporting urinary continence recovery after robot-assisted radical prostatectomy. *Eur Urol* 2012; 62: 405-17.
5. Labrie J, Berghmans B LCM, Fischer K, Milani AL, van der Wijk I, Smalbraak DJC, et al. Surgery versus physiotherapy for stress urinary incontinence. *N Engl J Med* 2013; 369: 1124-33.
6. Lapitan MCM, Cody JD. Open retropubic colposuspension for urinary incontinence in women. *Cochrane Database Syst Rev* 2016; 2: CD002912.
7. Ismail SI, Bain C, Hagen S. Oestrogens for treatment or prevention of pelvic organ prolapse in postmenopausal women. *Cochrane Data-base Syst Rev* 2010; 9: CD007063.
8. Hagen S, Stark D, Glazener C, Dickson S, Barry S, Elders A. Individualised pelvic floor muscle training in women with pelvic organ prolapse (POPPY): a multi-centre randomised controlled trial. *Lancet* 2014; 383: 796-806.
9. Chmielewski L, Walters MD, Weber AM, Barber MD. Reanalysis of a randomized trial of 3 techniques of anterior colporrhaphy using clinically relevant definitions of success. *Am J Obstet Gynecol* 2011; 205: 69.e1-8.
10. Kapoor DS, Nemcova M, Pantazis K, Brockman P, Bombieri L, Freeman RM. Reoperation rate for traditional anterior vaginal

- repair: analysis of 207 cases with a median 4-year follow-up. *Int Urogynecol J* 2010; 21: 27-31.
11. Maher C, Feiner B, Baessler K, Christmann-Schmid C, Haya N, Brown J. Surgery for women with apical vaginal prolapse. *Cochrane Database Syst Rev* 2016; 10: CD012376.
 12. Glazener CM, Breeman S, Elders A, Hemming C, Cooper KG, Freeman RM et al. Mesh, graft, or standard repair for women having primary transvaginal anterior or posterior compartment prolapse surgery: two parallel-group, multicentre, randomised, controlled trials (PROSPECT). *Lancet* 2017; 389: 381-92.
 13. Maher C, Feiner B, Baessler K, Schmid C. Surgical management of pelvic organ prolapse in women. *Cochrane Database Syst Rev* 2013; 4: CD004014.
 14. Visco AG, Advincula AP. Robotic gynecologic surgery. *Obstet Gynecol* 2008; 112: 1369-84.
 15. SCENIHR. Final opinion on the safety of surgical meshes used in urogynecological surgery; 2015. http://ec.europa.eu/health/scientific_committees/emerging/docs/scenihr_o_049.pdf.
 16. Amid PK. Classification of biomaterials and their related complications in abdominal wall hernia surgery. *Hernia* 1997; 1: 15-21.
 17. Jones R, Abrams P, Hilton P, Ward K, Drake M. Risk of tape-related complications after TVT is at least 4%. *Neurourol Urodyn* 2010; 29: 40-1.
 18. European Association of Urology. EAU guidelines on urinary incontinence in adults. 2016 In: <https://uroweb.org/wp-content/uploads/EAU-Guidelines-Urinary-Incontinence-2016.pdf>.
-