

Stress üriner inkontinanslı hastada TVT ameliyatı sonrası mesane içinde taşlaşmış mesh

Petrified mesh in bladder after TVT surgery in patients with stress urinary incontinence

Buğra Doğukan Törer, Abdulmuttalip Şimşek, Doğukan Sökmen, Taner Kargı, Alper Bitkin, Selçuk Şahin, Ali İhsan Taşçı

Bakırköy Dr. Sadi Konuk Eğitim ve Araştırma Hastanesi Üroloji Kliniği

Geliş tarihi (Submitted): 30.07.2013
Kabul tarihi (Accepted): 24.09.2013

Yazışma / Correspondence

Dr. Buğra Doğukan Törer
Bakırköy Dr. Sadi Konuk Eğitim ve
Araştırma Hastanesi Üroloji Kliniği
Tel: 0530 696 95 88
Faks: 0212 414 71 45
E-mail: bugradt@hotmail.com

Özet

TOT veya TVT gibi minimal invazif prosedürler kadınlarda stres üriner inkontinans (SUİ)'ta kullanılır. TVT uygulaması intrinsik sfinkter yetmezliği ve üretral hipermobilité de daha etkilidir. Bu yazıda SUİ'da TVT'nin potansiyel bir komplikasyonu sunulmuştur. Hematüri şikayeti ile başvuran hastada radyolojik tetkiklerinde şüpheli radyoopasite tespit edildi. Yapılan sistoskopiye mesane içinde taşlaşmış mesh görüldü. Bu nadir komplikasyon endoskopik olarak başarılı şekilde tedavi edildi.

Anahtar Kelime: Mesane, Mesh, İnkontinans, Taş

Abstract:

TOT or TVT, minimally invasive procedures are used to stress incontinence. TVT is more effective in patients with intrinsic sphincter deficiency and urethral hypermobility. This article presented the potential complications of TVT procedure for SUİ. Patient who was presented with hematuria, suspected radioopacity was detected with radiological examinations. The stony mesh was seen in bladder during cystoscopy. In this rare complication was successfully treated by endoscopic surgery.

Key Words: Bladder, Mesh, Incontinence, Stone

Giriş

Üriner inkontinans, Uluslararası Kontinans Birliği'nin tanımına göre, sosyal ya da hijyenik açıdan sorun oluşturan, objektif olarak gösterilebilir, istemsiz idrar kaçırma durumudur (1,2). Üriner inkontinansı etkileyen yaş, cinsiyet, parite, obezite, ırk, menopo, sigara, konstipasyon, jinekolojik cerrahi ve pelvik relaksasyon gibi birçok faktör bulunur. İnkontinans üretral veya üretra dışı sebeplerden ileri gelebilir. Üretral inkontinans nedenleri mesane kaynaklı veya sfinkterik kaynaklı olabilir. İnkontinans ürojinekolojik değerlendirme yöntemleri ile altında yatan patofizyolojiler ortaya konularak inkontinansın tipi belirlenmeli ve uygun, etkili yöntemlerle tedavi edilmeli-

dir (3). Üriner inkontinansın tedavisinde; ilaç tedavileri, pelvik ve periüretral kas fizyoterapisi ve davranış tedavileri gibi konservatif yöntemler yanında özellikle üretral sfinkterik yetmezliği olanlarda birçok cerrahi prosedür tanımlanmıştır. Bu olgu sunumunda Tension-Free Vaginal Tape (TVT) operasyonu sonrasında oluşan komplikasyonlardan mesane içinde taşlaşmış meshi olan bir kadın hastayı sunuyoruz.

Olgu

5 aydır makroskopik hematüri şikayeti olan 56 yaşında kadın hasta üroloji polikliniğine başvurdu. Yapılan tetkiklerde tam kan sayımı, kan biyokimyası ve ilk fizik muayenesi normaldi. Tam idrar tahlilinde 44/HPF (high

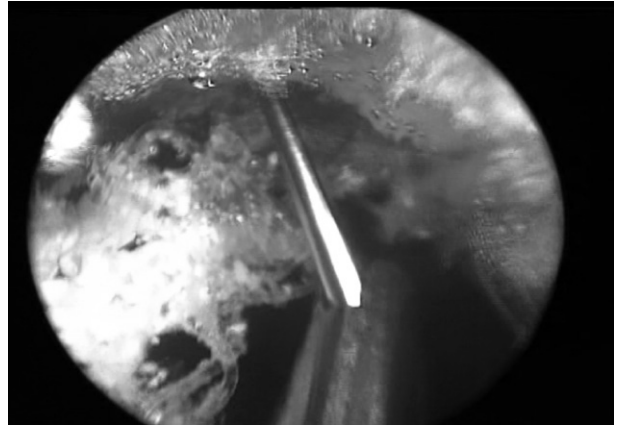
-power field) lökosit ve 15/HPF eritrosit gözlemlendi. İdrar kültürü negatifti. Direkt üriner sistem grafisinde pelvik boşluk içinde yaklaşık 4 cm'lik radyoopasite izlendi. Üriner Ultrasonografide (USG) mesane sağ yan duvar tavan bileşkesinde yaklaşık 3 cm çapında kalsifiye odak izlendi. Bilgisayarlı tomografide (BT) mesane sağ alt anterior lümeninde 4-5 cm çaplı lobüle düzensiz konturlu keskin sınırlı kalsifiye hiperdansite alanı (mesane taşı? Polipoidal formasyon?) izlendi (Resim 1). Hastanın öyküsünde diabetes mellitus ve hipertansiyonunun olduğu görüldü. Operasyon öyküsünde ise 2003 yılında inkontinans nedeniyle TVT operasyonu vardı. Hastaya mesanede şüpheli lezyon ön tanısı ile endoskopik girişim planlandı. 22 Ch sistoskopi ile mesane içine girildiğinde mesane sağ yan duvar kubbe bileşkesinde yaklaşık 4 cm uzunluğunda daha önceki operasyona bağlı mesh ve üzerinde yaklaşık 4 cm çaplı mesane taşı olduğu izlendi. Mesane taşı endoskopik sistolitriptör ile fragmente edildi. Mesh ortaya koyulduktan sonra sistoskop bıçağı ile mesh mesaneye giriş yerlerinden kesildi (Resim2). Mesane irrigasyonu yapılarak mesh ve taşlar dışarı alındı (Resim 3). 18 F foley sonda takılarak operasyona son verildi. Postoperatif 1. gün taburcu edildi. Postop. 10. gün sondası alındı.

Tartışma

İnkontinans operasyon öyküsü olan hematüri ve mesanede taşı olan hastalarda mesane içi yabancı cisimlerde dahil birçok faktör değerlendirilmelidir. Mesane içi yabancı cisimler birçok yolla mesaneye ulaşabilirler. Bu üretra yoluyla olduğu gibi diğer organlardan perforasyon migrasyon veya iyatrojenik birçok sebepten dolayı olabilir. En sık görülenleri, intrauterin araçlar ve geçirilen üro-jinekolojik operasyonlardaki kullanılan cerrahi malzemelerdir (10,11). İyatrojenik yabancı cisimler en sık vajinal düzeltme ve inkontinans operasyonlarında olmaktadır (10). Stres inkontinans tedavisinde literatürde birçok cerrahi teknik tanımlanmış olmasına rağmen; minimal invazif yöntemler arasında sık olarak uygulanan TVT bulunmaktadır. Güncel cerrahi tekniklerden biri olan TVT 1995'de Ulmsten tarafından tanımlanmıştır (4). Bu yöntemin başarı oranları %84 ile %95 arasında değişmesine rağmen, operasyon güvenliği açısından bazı çekinceler söz konusuydu (5,6). Bu endişeler TVT prosedüründe trokarın retropubik mesafeden körlemesine geçişi ile ilgili komplikasyonlardır (7,8). Komplikasyonlar arasında

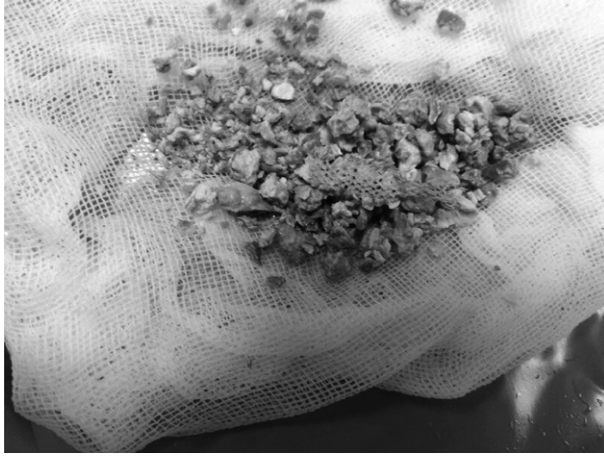


Resim 1. Operasyon öncesi bilgisayarlı tomografide mesane içindeki yabancı cisim



Resim 2. Ameliyat esnasında yabancı cisim makasıyla meshin kesilmesi

transfüzyon gerektiren kanama, hematoma, mesane yaralanması, glob sonrası rekateterizasyon, idrar yapamama bulunabilir. Yoo Jun Park ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada TVT yapılan olgularda başarı oranı %84.6, hasta memnuniyet oranı %82.8 ve inkontinans devam etme oranı %3 idi. Hiçbir olgularında mesane perforasyonu olmamış; işeme zorluğu, dispareni ve uyluk iç ağrısı %2.6 olarak saptanmıştı (12). Nilson ve arkadaşlarına göre TVT sonrası kür oranı %81 olarak bildirilmişti (13). TVT sırasında mesane yaralanması (%6-15) oranında gözlenmektedir (9). Literatürlere baktığımız zaman TVT sonrası mesh taşlaşması son yıllarda olgu sunumları şeklinde rapor edilmiştir (14-17). Olgumuzdaki gibi daha önceden TVT operasyonu geçiren hastalarda mesane yaralanması her zaman akla getirilmelidir. TVT sonrası mesaneden mesh geçip taşlaşması durumlarında endoskopik olarak başarılı şekilde tedavi edilebilmektedir.



Resim 3. Ameliyat sonrası çıkarılan taş ve mesh

Sonuç

Mesane taşı olan hastaların öyküsünde inkontinans cerrahisi varsa, mesh taşlaşması mutlaka akla getirilmelidir. TVT sonrası mesaneden mesh geçip taşlaşması durumlarında endoskopik olarak başarılı şekilde tedavi edilebilmektedir. Bunun önüne geçilebilmesi için, özellikle TVT operasyonlarında eş zamanlı sistoskopi yapılmalıdır. Postop dönemde dizüri hematüri gözlenmesi durumunda mesaneden mesh geçmesi akla gelmelidir. Benzer olguların tedavisinde endoskopik yöntemler etkili ve güvenlidir.

Kaynaklar

1. Abrams P, Blaivas JG, Stanton SL, Andersen JT. The standardisation of terminology lower urinary tract function. Br J Obstet. Gynaecol 1990;97:1-16.
2. Abrams P, Cardozo L, Fail M, Griffiths D, Rosier P, Ulmsten U, Kerrebroeck P, Victor A, Wem A. The standardisation of terminology of lower urinary tract function: Report from the standardisation sub-committee of the international Continence Society. Neurourology and Urodynamics 2002; 21: 167-78.
3. Yalçın ÖT. Ürojinekoloji. İn: Temel Kadın Hastalıkları ve Doğum Bilgisi. Kişnişiçi H, Gökşin E, Ustay K ve ark. (ed.) Güneş Kitapevi. Ankara. 1996: s: 730- 747.
4. Ulmsten U, Petros P. Intravaginal slingplasty (IVS); an ambulatory surgical procedure for treatment of female urinary incontinence. Scand J Urol Nephrol 1995; 29:75-82.
5. Ulmsten U, Johnson P, Rezapour M. A three- year follow up of tension free vaginal tape for surgical treatment of female stress urinary incontinence. Br J Obstet Gynaecol 1999; 106:345-350.
6. Debodinance P, Delporte P, Engrand JB, Boulogne M.

- Tension-free vaginal tape (TVT) in the treatment of urinary stress incontinence: 3 years experience involving 256 operations. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol 2002; 105:49-58.
7. Kuuva N, Nilsson CG. A nationwide analysis of complications associated with the tension- free vaginal tape (TVT) procedure. Acta Obstet Gynecol Scand 2002; 81:72-77.
8. Zilbert AW, Farrell SA. External iliac artery laceration during tension-free vaginal tape procedure. Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct 2001; 12:141-143.
9. Ulmsten U, Falconer C, Johnson P, et al. A multicenter study of tension-free vaginal tape (TVT) for surgical treatment of urinary stress incontinence. Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct 1998; 9:210-213.
10. Frenkl TL, Rackley RR, Vasavada SP, Goldman HB. Management of iatrogenic foreign bodies of the bladder and urethra following pelvic floor surgery. Neurourol Urodyn 2008;27:491-5.
11. Juan YS, Chen CK, Jang MY, Shen JT, Wang CJ, Chou YH, Huang CH. Foreign body stone in the urinary bladder: a case report. Kaohsiung J Med Sci 2004;20:90-2.
12. Yoo Jun Park, Duk Yoon Kim Randomized Controlled Study of MONARC® vs. Tension-free Vaginal Tape Obturator (TVT-O®) in the Treatment of Female Urinary Incontinence: Comparison of 3-Year Cure Rates Korean J Urol 2012;53:258-262
13. Nilsson CG, Falconer C, Rezapour M. Seven-year follow-up of the tension-free vaginal tape procedure for treatment of urinary incontinence. Obstet Gynecol 2004;104:1259-62.
14. Mahmoud Mustafa, Bassem S. Wadie. Bladder erosion of tension-free vaginal tape presented as vesical stone; management and review of literature. Int Urol Nephrol 2007; 39:453-455.
15. Peyromaure M, Dayma T, Zerbib M. Development of bladder stone following a tension-free vaginal tape intervention. J Urol 2004;171:337
16. Tsivian A, Kessler O, Mogutin B, Rosenthal J, Korczak D, Levin A, Sidi AA. Tape related complications of the tension-free vaginal tape procedure. J Urol 2004;171:762-764.
17. Bora I, Guven A, Sertac C, Ozan B, Ilhan C. Development of vesical calculi following tension-free vaginal tape procedure. Int Urogynecol J 2005; 16: 245-246.