

**STRES ENKONTİNANS TEDAVİSİNDE GİTTES MESANE BOYNU  
SÜSPANSİYONU İLE MARSHALL-MARSHETTI-KRANTZ  
OPERASYONUNUN KARŞILAŞTIRILMASI\***

**Comparison of Gittes and Marshall-Marshetti-Krantz urethropexy in the treatment  
of stress incontinence**

Atila Tatlışen<sup>1</sup>, Deniz Demirci<sup>2</sup>, Oğuz Ekmekçioğlu<sup>3</sup>, İbrahim Gülmez<sup>1</sup>, Mustafa Karacağil<sup>1</sup>

**Özet:** 1987-1997 yılları arasında Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Üroloji Anabilim Dalına idrar kaçırma şikayeti ile başvuran ve stres enkontinans tanısı konan 26 hastanın 14'üne Gittes, 12'sine Marshall-Marshetti-Krantz operasyonu uygulandı. Gittes grubunda izlem süresi 32(3-69) ay ve hastanede kalış süresi dört (3-10) gün idi. Bu olguların izlemlerinde birinci yıl %95, ikinci yıl %86 oranında başarı sağlandı. Operasyon sonrası yalnızca bir olguda makroskopik hematüri ve dört olguda geçici işeme güçlüğü görüldü. Marshall-Marshetti-Krantz grubunda ise takip süresi 42(17-95) ay ve hastanede kalış süresi sekiz (7-12)gün idi. Bu grupta birinci yıl %98, ikinci yıl %90 başarı oranı sağlandı. Bir olguda retropubik hematoma ve üç olguda operasyon sonrası geçici işeme güçlüğü ile karşılaşıldı. Çalışmamızda Gittes tekniği ile onarımın kolay ve çabuk oluşu, hastanede kalış süresinin kısalığı ve düşük morbidite gibi özellikle re sahip olduğu, dolayısıyla öncelikli olarak tercih edilebileceği sonucuna varıldı.

**Summary:** Twenty six cases of stress incontinence were diagnosed at the Urology Clinic of Erciyes University Faculty of Medicine between 1987-1997 and operated. Gittes technique was used for 14 of them and Marshall-Marshetti-Krantz for 12. In Gittes group length of the follow-up of the follow-up was 32(3-69) months and the hospitalisation time was 4(3-10) days; the success rates were 95% after one year and 86% after two years. Postoperative gross hematuria was observed only in one case. In Marshall- Marshetti Krantz group length of the follow up was 42(17-95) months and hospitalization time was eight(7-12) days; the success rates were 98% after one year and 90% after two years. Retropubic hematoma was observed in one case and temporary voiding difficulty in three cases postoperatively. In conclusion, due to easy manipulation, short hospitalization time and low morbidity, the Gittes bladder neck suspension can be preferred to Marshall Marshetti Krantz operation for stress incontinence.

**Anahtar Kelimeler:** Stres enkontinans, Stres, Tedavi

**Key Words:** Stress urinary incontinence, Therapy

Stres enkontinans karın içi basınç artışına bağlı olarak idrar kaçırma ve geç reproduktif dönemdeki kadınların hastalığıdır. Bu durum

mesane boynunun yukarı kaldırılarak simfizis pubis arkasında normal pozisyonuna getirilmesiyle düzeltilebilir. Retropubik ürotropeksi ameliyatı ilk olarak Marshall-Marshetti-Krantz (MMK) tarafından tanımlanmıştır(1). Takip eden yıllarda Pereyra(2) mesane boynunun iğne ile süspansiyonunu tanımlamış ve bu teknik Stamey (3) tarafından geliştirilerek daha popüler hale gelmiştir. Gittes (4) yapmış olduğu pubovajinal askılarda monofilament sütür materyali kullanarak yara

\*XV. Gevher Nesibe Tıp Günleri, 27-30 Mayıs 1997, Kayseri Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi 38039 KAYSERİ. Üroloji. Prof.Dr.<sup>1</sup>, Uzm. Dr.<sup>2</sup>, Öğr.Gör.Dr.<sup>3</sup>.

Geliş tarihi: 28 Mayıs 1997

yerinde enflamasyon ve lokal sepsisin olmadığını gözlemlemiştir.

Çalışmamızda MMK ve Gittes tekniği ile toplam 26 hasta üzerinde uygulanan retropubik üretropeksi tedavisinin sonuçları değerlendirildi.

## MATERYAL VE METOT

1987-1997 yılları arasında stres enkontinans nedeniyle 12 olguda MMK ve 14 olguda da Gittes tekniği kullanılarak cerrahi tedavi yapıldı. MMK grubundaki olguların yaşları 48.5(42-58), Gittes grubundaki olguların yaşlarıysa 50.5(38-62) idi. Her iki gruptaki olguların ameliyat öncesi değerlendirilmesinde hikaye, nöroürolojik muayene, idrar mikroskopisi, Marshall stres testi ve gerekli olgularda sistoskopik muayene yapıldı. Ameliyatına karar verilen olgular Stamey ölçütlerine göre değerlendirildi. Buna göre, derece 1 şiddetli stres ile enkontinans, derece 2 minimal stres halinde enkontinans ve derece 3 pozisyonundan bağımsız devamlı enkontinans olarak sınıflandırıldı. Önceden nörojenik hikayesi veya urge enkontinansı olan olgular çalışma dışı bırakıldı. Normal vücut ağırlığından %20 daha fazla ağırlığa sahip olan olgular obez olarak kabul edildi. Ameliyat yapılacak olgulara bir gün öncesinden povidon iyot ile vajen temizliği yapıldı. Olgulara ameliyattan bir saat önce profilaksi amacıyla parenteral antibiyotik yapıldı. Ameliyatlar spinal veya genel anestezi altında gerçekleştirildi. Olgular ameliyat sonrası birinci yıl üç ayda bir, ikinci yıl altı ayda bir ve sonraki yıllarda yılda bir kontrollere çağrıldı. Bu kontrollerde ameliyat öncesine göre yakınmaları sorgulandı. Fizik muayene ve rutin idrar tetkiki yenilendi. İdrar kaçırma yakınması devam eden olgulara Marshall testi yapıldı. Gittes tekniği (5) ile 12 olgu, MMK tekniği (6) ile de 14 olgu opere edildi. Çalışmada elde edilen rakamsal veriler ortanca (min-max) olarak gösterildi. Sonuçların değerlendirilmesinde Fisher'in kesin Ki-kare testi ve Mann Whitney-U testleri kullanıldı.

## BULGULAR

Çalışmaya alınan olguların bulguları Tablo 1'de gösterilmiştir. Stres enkontinans tanısı konan toplam 26 olgunun 14'üne Gittes, 12'sine ise MMK tekniği ile cerrahi onarım yapıldı.

Her iki grubu oluşturan olguların yaşları arasında istatistiki olarak anlamlı bir fark yoktu ( $P>0.05$ ). Gittes grubundaki sekiz (%56) olgu ve MMK grubundaki dört (%32) olgu obez idi. Postmenapozal dönemdeki olgu sayısı Gittes grubunda altı (%42), MMK grubunda 5 (%41) idi. Gittes grubundaki bir (%7) ve MMK grubundaki iki (%16) olgu önceden jinekolojik operasyon geçirmişti.

MMK grubunda foley üretral kateterin çekilme süresi 5 (4-6) gündü. Bir olguda ameliyat sonrası retropubik hematoma gelişti. Üç olguda kateter çekilmesinden sonra geçici işeme güçlüğü ile karşılaşıldı ve yeniden kateterizasyona ihtiyaç duyuldu. Bu olgular izlemelerinin 9(7-11) gününde spontan miksiyon yaptılar. Olguların hastanede kalış süresi 8 (7-12) gün ve izlem süresi 42(17-95) ay idi. Bu grupta birinci yıl %98, ikinci yıl %90 ve 42 aylık izlem süresi içinde %84 başarı oranı sağlandı. Nüks görülen olgulardan biri önceden vajinal histerektomi ameliyatı geçirmişti. Diğer olgu ise obez idi.

Gittes grubunda, cerrahi tekniğin uygulanmasına bağlı herhangi bir komplikasyon görülmedi. Foley üretral kateter çekilme süresi 3.4 (3-5) gün idi. Dört olguda geçici işeme güçlüğü nedeniyle tekrar kateterizasyon uygulandı. Bu olgular izlemelerinin 7.2 (6-10) gününde spontan miksiyon yaptılar. Ameliyat sonrası iki olguda urge enkontinans görüldü. Bunlar uygulanan antikolinergik tedavi ile düzeldiler. Bu grupta izlem süresi 32 (3-69) ay ve hastanede kalış süresi ise 4 (3-10) gün idi. Gruplar karşılaştırıldığında Gittes grubunda hastanede kalış süresi istatistiksel olarak anlamlı derecede kısa bulundu ( $P< 0.05$ ). Gittes grubundaki olguların

izlemlerinde birinci yıl %95, ikinci yıl %86 ve toplam 32 aylık izlem süresinde %76 oranında başarı sağlandı. Operasyon sonrası dört olguda geçici işeme güçlüğü ve bir olguda üçüncü günde başlayan makroskobik hematüri görüldü. Bunun ameliyat öncesi profilaksi amacıyla uygulanan antibiyotiğe bağlı olarak gelişen, eozinofilik sistite bağlı olduğu belirlendi ve uygun tedavisi yapıldı.

**Tablo I.** Her iki grubu oluşturan olguların ameliyat öncesi ve sonrası bulguları

	MKK (sayı=12)	Gittes (sayı=14)	P
Doğum	3.5 (3-7)	5 (3-8)	>0.05
Geçirilmiş stress inkontinans tamiri (sayı %)	0(0.0)	0(0.0)	
Nüks	2 (16.7)	3(21.4)	>0.05

## TARTIŞMA

Bir çok cerrahi yöntem üretrovezikal bileşkenin simfizis pubisin üst sınırına yükseltilmesi amacıyla yöneliktir ve halen stres enkontinans tedavisinde kullanılmaktadır. Bu yöntemler başlıca mesane boynunun vajinal plikasyonu, iğne ile süspansiyonu ve retropubik üretropeksi olmak üzere üç ana grupta toplanabilir (7). Vajinal plikasyonla elde edilen başarı oranı diğer iki yaklaşıma göre daha düşüktür (8,9). Son zamanlarda iğne ile süspansiyon teknikleri morbiditesinin az olması ve elde edilen başarı oranları ile daha popüler hale gelmiştir (10,11).

Gittes 1987 yılında insiyonsuz, emilmeyen monoflaman sütür kullanarak pubovajinal süspansiyonu gerçekleştirmiş ve olgularında %87 oranında başarı elde etmiştir (4). Takip eden yıllarda bu teknikle yapılan çalışmalarda %70-92 oranında başarı elde edilmiştir. Çalışmamızda elde edilen %76'lık başarı oranı kanımızca tatminkardır. MMK grubunda sağlanan %84'lük başarı oranı, literatürdeki uzun süreli takiplerde elde edilen %57-

96'lık başarı oranına göre yeterli gözükmektedir (13,14).

Gittes grubunda üç olguda ve MMK grubunda ise iki olguda mevcut izlem süresi içerisinde nüks görüldü. Gittes grubundaki olgular obez iken, MMK grubundaki olgunun biri obez olup, diğer olgu önceden vajinal histerektomi geçirmişti. Bu sonuçlar literatürde de belirtildiği gibi (15) şişmanlığın ve daha önceden geçirilen vajinal ameliyatların, başarı oranını azaltan faktörler olduğunu desteklemektedir.

İğne ile mesane boynu süspansiyonu tekniklerinde ameliyat morbiditesi azdır ve buna bağlı olarak hastanede kalış süresi de kısalmaktadır (2). Çalışmamızda da Gittes grubunda elde edilen ortalama hastanede kalış süresi, MMK grubunda sağlanan süreden, anlamlı derecede daha kısa bulunmuştur (P<0.05).

Gittes tekniği ile ameliyat edilen olgularda görülen komplikasyon oranı, iğne ile mesane boynu süspansiyonu yapılan diğer tekniklerle benzerlik gösterir. Ancak Gittes (4) gerek tekniğin uygulanması ve gerekse izlemde geçici bir komplikasyonla karşılaşmamış ve ameliyat edilen olguların bir kısmında bir kaç günde geçen mesane spazmı gözlemlemiştir. Morales ve ark.(5) ise buna ek olarak ortalama beş günde geçen üriner retansiyon, urge enkontinans ve yara yerinde hematoma gibi komplikasyonlarla karşılaşmışlardır. Çalışmamızda benzer komplikasyonlarla (iki olguda urge enkontinans ve dört olguda izlemde düzelen geçici idrar retansiyonu) karşılaşmamıza rağmen, bulgularımız tekniğin morbiditesinin düşük olduğunu desteklemektedir. MMK tekniği ile yapılan ameliyatlardan sonra en sık görülen komplikasyonlar geçici işeme güçlüğü ve idrar retansiyonu olup, literatürde bu oranlar % 15-40 arasında bildirilmiştir(16). Çalışmamızda da %25 oranında geçici işeme güçlüğü ve buna ek olarak bir olguda (%8) retropubik hematoma görüldü. Her iki teknikle yapılan ameliyatlardan sonra ortaya çıkan işeme güçlüğü'nün proksimal üretranın aşağı doğru yer değiştirmesine bağlı olduğu bildirilmiştir. Bu bulgu sütürlerin Gittes tekniğinde fazla sıkılmasına,

MMK tekniğinde ise fazla mediale veya fazla distale konmasına bağlanmıştır (17).

Sonuç olarak iki gruba uyguladığımız ameliyat teknikleri, elde edilen başarı oranı, uygulamadaki teknik kolaylık, morbidite ve hastanede kalış süresi açısından karşılaştırıldığında Gittes tekniği, stres enkontinans tedavisinde öncelikli olarak tercih edilebilecek yöntem olarak gözükmektedir. MMK tekniğinin ise uygun olgularda değerini koruyan standart cerrahi bir yöntem olduğu kanısına varılmıştır.

#### KAYNAKLAR

1. Marshall VF, Marshetti AA, Krantz KE. The correction of stress incontinence by simple vesicourethral suspension. *Surg Gynec Obst* 1949; 88 : 509-518.
2. Pereyra AJ. A simplified surgical procedure for the correction of stress incontinence in women. *West J Surg* 1959; 67 : 223-226.
3. Stamey TA. Endoscopic suspension of the vesical neck for urinary incontinence. *Surg Gynec Obst* 1973; 136: 547-554.
4. Gittes RF, Loughlin KR. No-incision pubovaginal suspension for stress incontinence. *J Urol* 1987; 138: 568-570.
5. Morales A, Glenn FVC. The Gittes procedure as an improved simplification of current techniques for vesical neck suspension *Surg Gynec Obst* 1988; 167: 243-245.
6. Raz S, Little NA, Juma S. Female Urology. In: Walsh PC, Retik AB, Stamey TA, Vaughan ED (eds), *Campbell's Urology*. WB Saunders, Philadelphia 1993, pp 2782-2828.
7. Bergman A, Giovanni E. Three surgical procedures for genuine stress incontinence; five year follow-up of a prospective randomized study. *Am J Obst Gynec* 1995; 173: 66-71.
8. Mundy AR. A trial comparing the Stamey bladder neck suspension procedure with colposuspension for the treatment of stress incontinence. *Br J Urol* 1983; 55:687-691.
9. Stonton SI, Cordozo LD. A comparison of vaginal and suprapubic surgery in the correction of incontinence due to urethral sphincter incompetence. *Br J Urol* 1979;51: 465-471.
10. Stamey TA. Endoscopic suspension of the vesical neck for urinary incontinence in females. *Ann Surg* 1980;192: 465-471.
11. Raz S. Modified bladder neck suspension for female stress incontinence. *Urology* 1981; 17: 82-84
12. Foster MC, O'Reilly Ph. Early experience of the Gittes "No-incision" pubovaginal suspension for urinary incontinence. *Br J Urol* 1992; 64: 590-593.
13. Spencer JR, O'Connor VJ, Schaeffer AJ. A comparison of endoscopic suspension of the vesical neck with suprapubic vesicourethropexy for treatment of stress urinary incontinence. *J Urol* 1987; 137: 411-415.
14. Longmade CF, Oliver JA. Simplifying the management of stress incontinence. *Am J Obst Gynec* 1984; 149:24-28.
15. Ahskan MH, Abrams PH, Lawrence WT. Stamey endoscopic bladder neck suspension for stress incontinence. *Br J Urol* 1984; 56: 629-634.
16. Lewis RW. Abdominal repair of female incontinence. In: Glenn JF(ed), *Urologic Surgery*. JB Lippincott, Philadelphia, 1991, pp 778-789.
17. Webster GD, Kreder KJ. Voiding dysfunction following cystourethropexy; Its evaluation and management. *J Urol* 1993; 144: 670-673.