

## PELVİK APSE: MEŞ KOMPLİKASYONU, OLGU SUNUMU

### PELVIC ABSCESS: MESH COMPLICATION, A CASE REPORT

Gülsüm Uysal<sup>1</sup>, Ercan Aygen<sup>1</sup>, Oğuz Ekmekçioglu<sup>2</sup>

Sentetik meşler, bazı cerrahi prosedürlerde başarıyı artırmak ve tedavinin ömrünü uzatmak için, giderek artan oranda kullanılmaktadırlar. Ancak, artan meş kullanımı meşe bağlı komplikasyon riskini de beraberinde getirmektedir. Komplikasyonlar kronik erozyon, dispareuni, ağrı, enfeksiyon, abse ve sinüs oluşumu, rektum, mesane ve damar yaralanmalarına kadar geniş bir yelpazede yer almaktadır. Bu yazıda pelvik organ prolapsusu nedeniyle abdominal histerektomi, sakrospinöz fiksasyon yapılan ve postoperatif dönemde meş komplikasyonu gelişen bir olgu sunulmaktadır. Meş kullanımı endikasyonun iyi seçildiği olgularda ve uygun cerrahi teknik kullanılarak daha yararlı sonuçlar verebilir. Bu açıdan algoritmalara ve ortak görüş birliğine ihtiyaç vardır. Meşlerin güncel olarak, klinik denemeler dışında, pelvik rekonstrüktif cerrahide rutin kullanımını destekleyecek veri bulunmamaktadır. Bu tür tek veya seri haldeki olgu sunumlarının meş kullanımıyla ilgili algoritmaların oluşumuna katkıda bulunacağını düşünüyoruz.

Synthetic meshes for increasing the success of some surgical procedures and treatment to extend life, are increasingly being used. However, the increasing use of mesh introduces the risk of complications associated with meshes. Complications are a wide range of chronic erosion, dyspareunia, pain, infection, abscess and sinus formation, rectum, bladder and vascular injuries. In this case report, we presented a patient who underwent abdominal hysterectomy and sacrospinous fixation for pelvic organ prolapse and developed postoperative mesh complication. Good indications for the use of mesh in selected cases, and the appropriate surgical technique can give more useful results. In this respect, algorithms and common consensus are needed. Nowadays data about meshes, except for clinical trials, are not available to support the routine use of meshes in pelvic reconstructive surgery. We consider that this type of single or serial case presentation will contribute to the formation of the algorithms on the use of mesh.

**Anahtar kelimeler:** Cerrahi Ağ, Pelvik Ağrı, Uterus Prolapsusu

**Key words:** Surgical Mesh, Pelvic Pain, Uterine Prolapse

### Giriş

Sentetik meşler, stres üriner inkontinans ve pelvik organ prolapsusunun cerrahi tedavisinde, başarı oranlarını artırmak ve tedavinin ömrünü uzatmak için, giderek artan oranlarda kullanılmaktadırlar. Ancak, artan meş kullanımı meşe bağlı komplikasyon riskini de beraberinde getirmektedir. Komplikasyonlar kronik erozyon, dispareuni, ağrı, enfeksiyon, abse ve sinüs oluşumu, rektum, mesane ve damar yaralanmalarına kadar geniş bir yelpazede yer almaktadır (1). Ülkemizde meş kullanımı ve komplikasyonları hakkında net bir veri bulunmamaktadır. Bu yazıda pelvik organ prolapsusu nedeniyle abdominal histerektomi, sakrospinöz fiksasyon yapılan ve postoperatif dönemde meş komplikasyonu gelişen bir olgu sunulmaktadır.

### Olgu Sunumu

Kırk dokuz yaşında kadın hasta, üç aydır olan vajinal kötü kokulu akıntı ve idrar kaçırma şikayetleriyle polikliniğimize başvurdu. Öyküsünden üç ay önce yurtdışında pelvik organ prolapsusu nedeniyle abdominal histerektomi, Burch ve sakrokolpopeksi operasyonu olduğu ve sakral bölgeye prolen meş yerleştirildiği öğrenildi. Hastanın operasyondan kısa bir süre sonra yurda döndüğü anlaşılmaktadır. Öyküsü detaylı sorgulandığında, hastanın postoperatif dönemde batıcı tarzda sırt ağrısının başladığı ve sonrasında devam ettiği, beraberinde eşzamanlı olarak kötü kokulu vajinal akıntısının da olduğu belirlendi. Bu şikayetlerle operasyondan bir ay sonra fizik tedavi bölümüne başvuran hastanın çekilen MR'ında patolojik bir bulguya saptanmadığı ancak MR sonrası şiddetli bel ağrılarının geliştiği öğrenildi. Bunun üzerine beyin cerrahisine yönlendirilen hastanın bel ağrılarını açıklayacak nörolojik patolojisinin olmadığı söylenerek akıntı şikayeti nedeniyle kliniğimize sevk edildi.

Polikliniğimizde yapılan ilk incelemede genel durum iyi, vücut ısısı 38°C, arteriyel kan basıncı 120/80 mmHg, nabız 90/dk olarak izlendi. Jinekolojik muayenesinde, yeşil renkte ve kötü kokulu akıntı ve pelvik hassasiyet saptandı. Vajinal USG'de 26x30 mm boyutlarında vajen kafı posteriorunda abse ile uyumlu görünüm izlendi. Hastada vajinal kaf üzerinde abse olduğu düşünülerek ileri tetkik ve tedavi amacıyla hospitalize edildi. Laboratuvar bulguları Hb 10,5 gr/dL, lökosit sayısı 11900 ve CRP 142 mg/L idi. Kan ve idrar kültürlerinde üreme saptanmadı.

<sup>1</sup>Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, Kayseri, Türkiye

<sup>2</sup>Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi, Üroloji Anabilim Dalı, Kayseri, Türkiye

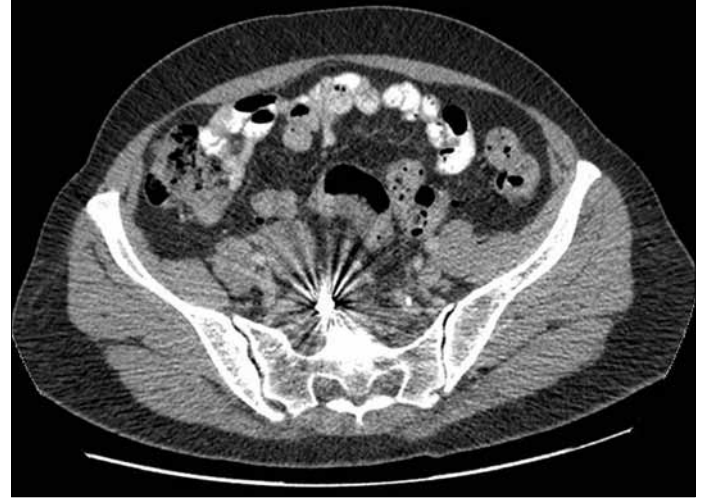
**Geliş Tarihi/Submitted**  
06.10.2011

**Düzeltilme Sonrası Kabul Tarihi**  
**Accepted After Revision**  
06.01.2012

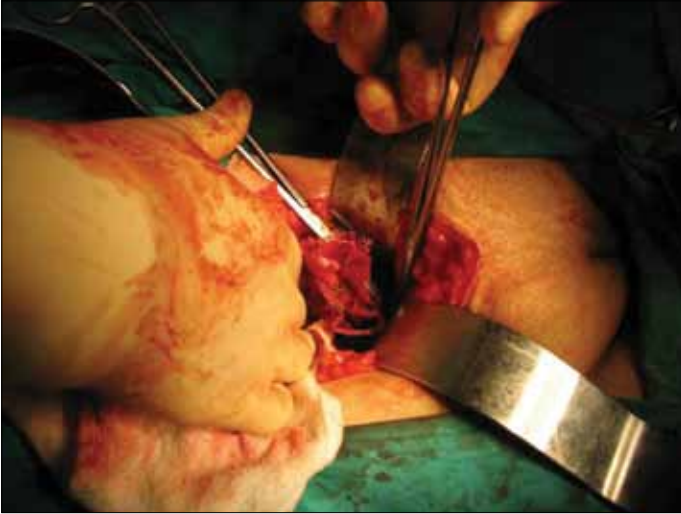
**Yazışma/Correspondance**  
Dr. Gülsüm Uysal  
Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, Kayseri, Türkiye  
Tel: +90 0352 207 66 00  
e.posta: gulsumaykut@yahoo.com



**Resim 1.** Çekilen batın tomografisinde izlenen sakral 1. vertebra anteriorunda hiperdens cerrahi klips materyalleri ile uyumlu olabilecek görünümler



**Resim 2.** Çekilen batın tomografisinde izlenen sakral 1. vertebra anteriorunda hiperdens cerrahi klips materyalleri ile uyumlu olabilecek görünümler

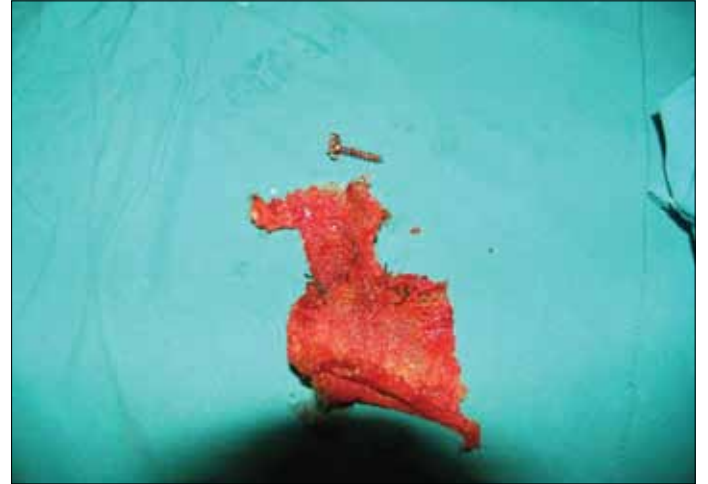


**Resim 3.** Abdominal yoldan meshin çıkarılması

Olguya, enfeksiyon hastalıklarına danışılarak metronidazol 2x500 mg ve siprofloksasin 2x500 mg başlandı. Batın tomografisinde, mesane sol posteriorunda 3,5x3 cm ölçüsünde loküle mayi koleksiyonu izlendi (Resim 1, 2). Koleksiyon abse lehine değerlendirildi. Beraberinde sakral birinci vertebra anteriorunda hiperdens cerrahi klips materyalleri ile uyumlu olabilecek görünümler saptandı. Mevcut bulgular üroloji ile birlikte değerlendirildiğinde, absenin meş ve beraberinde takılmış vidaya bağlı olabileceği düşünüldü. Abse drenajı ile meş ve vida çıkarılması planlandı. Operasyonda abdominal yoldan meşin tamamı ve meşin sakral kemiğe sabitlenmesi için kullanılan vida çıkarıldı (Resim 3, 4). Postoperatif dönemde ateşi olmayan hastanın şikayetlerinde hızlı gerileme olduğu gözlemlendi. Hasta tedavisinin 15. gününde taburcu edildi. Hastanın birinci yıl takibinde herhangi bir şikayetinin olmadığı ve USG'de abse formasyonunun tekrar gelişmediği gözlemlendi.

### Tartışma

Sentetik meşler, stres üriner inkontinans ve pelvik organ prolapsusunun cerrahi tedavisinde, başarı oranlarını arttırmak ve tedavinin



**Resim 4.** Meşin tamamı ve meşin sakral kemiğe sabitlenmesi için kullanılan vida çıkarıldı

başarısını arttırmak için, giderek artan oranlarda kullanılmaktadır (2). Sentetik meşlerin kullanımı, kayıp destek dokusunu yerine koyması, yetersiz dokuyu güçlendirmesi, yeni destek dokusu oluşumunu uyarması ve cerrahi teknikten kaynaklanabilecek eksiklikleri gidermesi açısından gün geçtikçe yaygınlaşmaktadır (3).

Ülkemiz ve dünya çapındaki durum hakkında net bir veri bulunmamakla birlikte, kadınlarda pelvik organ prolapsusu nedeniyle yaşam boyu cerrahi geçirme riski %11 olarak tahmin edilmektedir. Öte yandan, bu kadınların yaklaşık üçte birinde nüks nedeniyle ilk dört yıl içinde tekrar cerrahi gerekmektedir. Bu yetersiz sonuçların, hastanın kötü kalitedeki kendi öz dokusu kullanılarak gerçekleştirilen klasik onarım yöntemlerinden kaynaklandığı düşünülmekte ve bu düşünceler sentetik meş materyallerinin kullanımını desteklemektedir (4, 5).

Son dönemlerde meş kullanımının gittikçe artması, meşe bağlı komplikasyon riskini de arttırmaktadır. Her ne kadar prolapsus tedavisinde sakrokolpopeksi için meş kullanımının etkinliği net olarak gösterilmişse de, büyük başarı bildiren az sayıda olgu içeren

çalışmaların aksine kronik meş erozyonu, enfeksiyon, rejeksiyon, dispareni ve cerrahi gerektiren diğer ağrı semptomları ile implantın cerrahi olarak çıkarılması gibi komplikasyonları bildiren yayınlar giderek artmaktadır (6-8). Bu durumlar büyük olasılıkla uygun olmayan olgu seçimleri uygun olmayan cerrahi teknik kullanımına bağlı olabilir. Uygun olmayan cerrahi teknik bozulmuş yara iyileşmesi süreci başlatır; ardından sekonder enfeksiyon, sürekli akıntı, sinüs veya abse oluşumu ve sonuç olarak rejeksiyon izlenir (9, 10). Cerrahi teknik önemlidir ve temiz çalışmayı, iyi hemostazı, uygun sutürasyonu kapsamanın yanı sıra kullanılan meşin uygunluğunu ve uygun yerleşiminide içermelidir. Perioperatif dönemde antibiyotikler endike olsa da hiç bir antibiyotik rejiminin diğerinden üstün olduğu gösterilememiştir (11).

Amerikan Gıda ve İlaç Dairesi (FDA) 2008 yılında yaptığı bir bildiride son üç yılda dokuz farklı meş firmasının 1000'den fazla sayıda erozyon, enfeksiyon, ağrı, işeme problemleri ve rekürrensi de içine alan komplikasyonları bildirdiklerini rapor etmiştir. Meş uygulamaları minimal invaziv olarak gösterilse de barsak, mesane ve damar yaralanmaları olabilmektedir. Daha fazlası bu komplikasyonlar ağırlı olabilmekte ve meşin çıkarılması için tekrar cerrahiye gerektirmektedir (12).

İdeal meş bakteri yapışmasını engellerken, aralıklardan makrofaj geçişine izin verir. Bu nedenle monofilaman meşler tercih edilmektedir. Monofilaman polipropilen meşler bugün için altın standart olsa da meşin düzgün fonksiyon görebilmesi için dokuya uyumu, anjiogenez, fibroblast ve makrofajların penetrasyonu esastır (9, 10, 13, 14). Olgumuzda da polipropilen meş kullanılmıştır.

Literatürde geç dönem meş komplikasyonları ile ilgili az sayıda olgu sunumu bulunmaktadır. Olgu sunumlarından birinde stres inkontinans nedeniyle yerleştirilen vajinal meş sonrası septik şok geliştiği bildirilmiştir (15). Diğer bir olguda abdominal sakral kolpoksiden 5 yıl sonra meşe bağlı sakral osteomyelit tanısı konulmuş ve meş çıkarılmadan antibiyotik tedavisi verilmiştir (16). Downing ve arkadaşlarının bildirdiği başka bir olguda laparoskopik olarak yapılan servikosakropeksiden 1 yıl sonra vertikal osteomyelit tanısı konulmuş ve hasta abdominal yoldan tekrar opere edilerek total abdominal histerektomi ve meş rezeksiyonu yapılmıştır (17). Bizim olgumuzda ise meşi sakral kemiğe sabitlemek için kullanılan vida-ya bağlı abse formasyonu gözlenmiştir.

Sonuç olarak cerrahi esnasında meş kullanımı giderek artan bir yöntem olmakla birlikte postoperatif dönemde gelişebilecek bazı komplikasyonları da beraberinde getirmektedir. Meş kullanımı seçilmiş hastalarda uygun cerrahi yöntem belirlenerek daha yararlı sonuçlar verebilir. Bu açıdan algoritmalara ve ortak görüş birliğine ihtiyaç vardır. Meşlerin güncel olarak, klinik denemeler dışında, pelvik rekonstrüktif cerrahide rutin kullanımını destekleyecek veri bulunmamaktadır. Bu tür tek tek veya seri haldeki olgu sunumlarının meş kullanımıyla ilgili algoritmaların oluşumuna katkıda bulunacağına düşünüyoruz.

#### Çıkar çatışması

Yazarlar herhangi bir çıkar çatışması bildirmemişlerdir.

**Yazarlık katkıları:** Fikir ve deneylerin tasarlanması: EA, OE. Deneylerin uygulanması: EA, OE. Verilerin analizi: GU. Yazının hazırlanması: GU. Tüm yazarlar yazının son halini okumuş ve onaylamıştır.

#### Kaynaklar

1. Aldemir M, Uncugil A, Ener K, Kayigil O. Enterocutaneous Fistula- A Rare Complication After Anterior Vaginal Wall Sling: Case Report. *Turkiye Klinikleri J Gynecol Obst* 2009; 19: 169-71.
2. Onol FF, Avci E, Ergonenc T. The use of "self-cut" polypropylene meshes in the management of stress urinary incontinence and pelvic organ prolapse. *Turkish Journal of Urology* 2009; 35: 117-23.
3. Baessler K, Maher CF. Mesh augmentation during pelvic-floor reconstructive surgery: risks and benefits. *Curr Opin Obstet Gynecol* 2006; 18: 560-6. [CrossRef]
4. De Ridder. Should we use meshes in the management of vaginal prolapse? *Curr Opin Urol* 2008; 18: 377-82. [CrossRef]
5. Pacquee S, Palit G, Jacquemyn Y. Complications and patient satisfaction after transobturatuar anterior and/or posterior tension free vaginal polypropylene mesh for pelvic organ prolapse. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2008; 87: 972-4. [CrossRef]
6. Wu MP. The use of prostheses in pelvic reconstructive surgery: joy or toy? *Taiwan J Obstet Gynecol* 2008; 47: 151-6. [CrossRef]
7. Raba G, Chamula W. Management of selected complications following urogynecological surgeries with the use of synthetic prostheses-own observations. *Ginekol Pol* 2008; 79: 550-4.
8. Falagas ME, Velakoulis S, Lavazzo C, Athanasiou S. Mesh-related infections after pelvic organ prolapse repair surgery. *Eur J Obstet gynecol Reprod Biol* 2007; 134: 147-56. [CrossRef]
9. Amid PK. Classification of biomaterials and their related complication in abdominal wall hernia surgery. *Hernia* 1997; 1: 15-21. [CrossRef]
10. Klinge U, Junge K, Spellerberg B, Piroth C, Klosterhalfen B, Schumpelick V. Do multifilament alloplastic meshes increase the infection rate? Analysis of the polymeric surface, the bacteria adherence, and the in vivo consequences in a rat model. *J Biomed Mater Res* 2002; 63: 765-71. [CrossRef]
11. Colinet P, Belot F, Debodinance P, Ha Duc E, Lucot JP, Cosson M. Transvaginal mesh technique for pelvic organ prolapse repair: mesh exposure management and risk factors. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct* 2006; 17: 315-20. [CrossRef]
12. Transvaginal Mesh Related Adverse Events May Have Serious Consequences, FDA Warns. [www.fda.gov/cdrh/consumer/surgicalmesh-hernias.html](http://www.fda.gov/cdrh/consumer/surgicalmesh-hernias.html) Oct 2008.
13. Bensinger G, Lind L, Lesser M, Guess M, Winkler HA. Abdominal sacral suspensions: analysis of complications using permanent mesh. *Am J Obstet Gynecol* 2005; 193: 2094-8. [CrossRef]
14. Coda A, Bendavid R, Botto-Micca F, Bossotti M, Bona A. Structural alterations of prosthetic meshes in humans. *Hernia* 2003; 7: 29-34.
15. Septic shock reported with surgical mesh for pelvic organ prolapse and stress urinary incontinence. *American Urogynecologic Society (AUGS) 30th Annual Scientific Meeting: Poster 21.* 2009, Sep 24.
16. Weidner AC, Cundiff GW, Haris RL, Addison WA. Sacral osteomyelitis: an unusual complication of abdominal sacral colpopexy. *Obstet Gynecol* 1997; 90: 689-91. [CrossRef]
17. Downing KT. Vertebral osteomyelitis and epidural abscess after laparoscopic uterus-preserving cervicosacropepy. *J Minim Invasive Gynecol* 2008; 15: 370-2. [CrossRef]