







To cite this article: Şimşek E, Kadiroğulları P, Seçkin KD, Karaaslan O, Kıyak H, Yıldırım G. Laparoskopi veya Laparotomi ile Histerektomi Uygulanan Hastaların Postoperatif Vajinal Uzunluk ve Kaf Hematomu Yönünden Karşılaştırılması. Turk J Clin Lab 2019; 10: 217-222.

■ Orjinal Makale

Laparoskopi veya laparotomi ile histerektomi uygulanan hastaların postoperatif vajinal uzunluk ve kaf hematomu yönünden karşılaştırılması

Comparison of postoperative vaginal length and cuff hematoma in patients undergoing hysterectomy by laparoscopy or laparotomy

Erkan ŞİMŞEK , Pınar KADİROĞULLARI* , Kerem Doğa SEÇKİN , Onur KARAASLAN , Hüseyin KIYAK , Gökhan YILDIRIM 

Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Kanuni Sultan Süleyman Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Obstetri ve Jinekoloji Kliniği, İstanbul/TÜRKİYE

Öz

Amaç: Benign endikasyonlar nedeniyle yapılan laparoskopik ve laparotomik histerektomi ameliyatları sonrası, postoperatif vajinal uzunluk değerlerinin ve kaf hematomu oluşma riskinin belirlenerek, operasyon tekniğine göre karşılaştırılması amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntemler: Ocak 2017 - Ocak 2018 tarihleri arasında benign endikasyonlar ile total laparoskopik histerektomi (TLH) ve total abdominal histerektomi (TAH) yapılan 267 hasta değerlendirildi. Hastaların operasyon öncesi demografik özellikleri, probe küretaj sonuçları, smear sonuçları, geçirilmiş ameliyatları ve kronik hastalıklarıyla ilgili bilgileri kaydedildi. Hastalar histerektomi sonrası 1. ve 2. gün kontrolleri yapılarak taburcu edildiler. Postoperatif 7. gün kontrole çağrılarak transvajinal ultrason ile kaf hematomu varlığı değerlendirildi ve hastaların hegar bujisi yardımı ile histerektomi sonrası vajinal uzunlukları ölçüldü.

Bulgular: Çalışmada kalan 200 hastayı içeren iki grup arasında yaş, gravida, parite, geçirilmiş operasyon öyküsü, kronik hastalık hikayesi gibi demografik özellikler arasında anlamlı fark saptanmadı. TLH olan hastalarda tedaviye dirençli menometroraji 44 (%44) en sık saptanan operasyon endikasyonu iken, TAH olan hastalarda myoma uteri 96 (%96) en sık endikasyon olarak saptandı. Histerektomi sonrası vajinal uzunluk, TLH grubunda $6,35 \pm 0,81$ cm, TAH grubunda $6,73 \pm 0,92$ cm olarak hesaplanmış olup, iki grup arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı izlenmiştir ($p=0,002$). Kaf hematomu varlığı değerlendirildiğinde, TLH grubunda 14 hasta, TAH grubunda 18 hastada saptanmış olup, gruplar arasında anlamlı fark izlenmemiştir.

Sonuç: Histerektomi olan hastalarda postoperatif dönemde vajen kafında hematoma gelişiminin operasyon şekline göre etkilenmediği ve ayrıca preoperatif dönemdeki demografik hasta özelliklerinin operasyon şekline çok büyük etki bulunmadığı gözlenmektedir. TLH yapılan hastalarda postoperatif vajinal uzunluk, TAH yapılan hastalara kıyasla daha kısa olarak izlenmektedir. Ancak, hastanın postoperatif vajinal uzunluk ölçümü ikinci planda değerlendirilebilen bir kriter olup öncelikle preoperatif endikasyonlar ve minimal invaziv cerrahiye uygunluğu gözetilerek cerrahi seçeneği belirlenmelidir.

Anahtar Kelimeler: laparoskopi; laparotomi; kaf hematomu; vajinal uzunluk

Sorumlu Yazar*: Pınar KADİROĞULLARI, Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Kanuni Sultan Süleyman Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Obstetri ve Jinekoloji Kliniği, İstanbul/TÜRKİYE

E-posta: pinarsezer33@hotmail.com

ORCID: 0000-0002-3268-4940

Gönderim: 01.12.2018 kabul: 14.01.2019

Doi: 10.18663/tjcl.491042

Abstract

Aim: We aimed to compare postoperative vaginal lengths and risk of occurrence of cuff hematoma after laparoscopic and laparotomic hysterectomy operations performed with benign indications according to the operation technique.

Material and Methods: Between January 2017 and January 2018, 267 patients who underwent total laparoscopic hysterectomy (TLH) and total abdominal hysterectomy (TAH) with benign indications were evaluated. Before the operation demographic characteristics of the patients, the results of probe curettage, smear results, previous operations and chronic diseases were recorded. After hysterectomy the patients were discharged following 1st and 2nd day controls. The presence of cuff hematoma was evaluated by transvaginal ultrasound on the 7th postoperative day and vaginal lengths were measured after hysterectomy by aid of hegar bougie.

Results: There was no significant difference between the two groups of 200 patients, including age, gravida, parity, history of operation, history of chronic disease, and demographic characteristics. Treatment-resistant menometrorrhagia was the most common indication in 44 patients (44%), whereas myoma uteri 96 (96%) were the most common indication in patients with TAH. After hysterectomy, vaginal length was calculated as 6.35 ± 0.81 cm in TLH group and 6.73 ± 0.92 cm in TAH group. The difference between the two groups was statistically significant ($p = 0.002$). When the presence of cuff hematoma was evaluated, 14 patients in the TLH group and 18 patients in the TAH group were found to have no significant difference between the groups.

Conclusion: It has been observed that the development of hematoma on the vaginal cuff in the postoperative period is not affected by the operation type of the patients performed hysterectomy. In addition, it is observed that the demographic characteristics of the patients in the preoperative period do not have a great effect on the type of operation. In patients performed TLH, the postoperative vaginal length is shorter than in patients with TAH. However, postoperative vaginal length measurement is a criterion that can be evaluated in the second plan. Primarily, surgical option should be determined by considering preoperative indications and its suitability for minimally invasive surgery.

Keywords: laparoscopy; laparotomy; cuff hematoma; vaginal length

Giriş

Cerrahi olarak uterusun çıkarılması olarak tanımlanan histerektomi, dünyada en yaygın yapılan jinekolojik operasyonlardan biridir. Amerika Birleşik Devletleri 'nde en sık uygulanan jinekolojik ameliyattır [1]. Her yıl 1000 'den fazla kadın histerektomi geçirir ve bunların neredeyse % 90 'ı benign nedenlerle olur [2,3].

Minimal invaziv cerrahinin getirdiği avantajlardan dolayı, laparoskopik ve robotik histerektomi artma eğiliminde olup, vajinal ve abdominal histerektomi oranı da azalmaktadır [4]. Farklı tipte histerektomi tekniklerinin postoperatif toplam vajinal uzunluk ve cinsel işlev üzerindeki etkileri belirsizliğini korumaktadır. Histerektomi yapılan hastaların endişelerinden biri operasyondan sonraki cinselliktir. Prospektif bir çalışmada, vajinal histerektomi (VH) grubunda total abdominal histerektomi (TAH) grubuna göre postoperatif total vajinal uzunluğun daha kısa olduğu ve disparoni oranlarının daha yüksek olduğu bulunmuştur [5]. Bununla birlikte, vajinal

ve vajinal olmayan histerektomi teknikleri arasında, cinsel işlevde belirgin farklılık gözlenmemiştir [6]. Histerektomiden önce ve sonra cinsel işlev biraz tartışmalıdır ve histerektomi sonrası kadınların % 13-37 'sinde cinsel fonksiyonun azaldığı bildirilmiştir [7]. Histerektomi ile cinsel işlevdeki düşüş arasındaki nedensel ilişki, vajinal uzunluğun kısılması ve postoperatif disparoninin ortaya çıkması ile ilişkilendirilmiştir. Ek olarak, serviks ve uterusu innerve eden duyuşal sinirlerin kesilmesi bu noktada etkili olabilir [8].

Mesane yaralanması, üreteral yaralanma, vajinal kaf hematomu ve prolapsusu vs. dahil olmak üzere histerektomi çeşitli komplikasyonlar ile ortaya çıkabilir. Cerrahi ekipman ve teknikler gelişmeye devam ederken, laparoskopik histerektomi giderek artmakta ve ilgili komplikasyonlar azalmaktadır. Histerektomi sonrası gelişen sekonder hemoraji, hızlı ve hayatı tehdit eden bir komplikasyondur ve acil tıbbi ve cerrahi müdahale gerektirebilir. Sekonder hemorajinin genel insidansı düşük olmasına rağmen, jinekologlar değişen derecelerde

sekonder hemorajiye rastlarlar [9]. Histerektomi sonrası genel kanama insidansı % 0.2 'den % 2 'ye kadar değişebilir. Histerektomi sonrası vajinal kaf bölgesinde hematoma sık görülen bir komplikasyondur. Hematom, postoperatif erken dönemde klinik muayene ile tespit edilemez ve özellikle enfekte olduğunda morbiditeye neden olabilir. Genellikle postoperatif ateş yüksekliği ile bulgu verir.

Bu çalışmanın temel amacı, total laparoskopik histerektomi (TLH) ve total abdominal histerektominin (TAH) 'nin postoperatif vajinal uzunluk değerlerine etkisini ve postoperatif kontrollerde vajinal kaf hematoma görülme oranlarını karşılaştırmaktır.

Gereç ve Yöntemler

Bu çalışma, Ocak 2017 ile Ocak 2018 tarihleri arasında yaşı 40 ila 85 arasında olan ve bening endikasyonlar ile total laparoskopik ve abdominal histerektomi yapılmış olan 267 hastanın postoperatif süreçte klinik ve laboratuvar olarak izlenmesi ve datalarının prospektif olarak kaydedilmesi şeklinde dizayn edildi. Çalışma planı etik kurulu Sağlık Bilimleri Üniversitesi İstanbul Gaziosmanpaşa Taksim İlk Yardım Eğitim ve Araştırma Hastanesi tarafından incelenerek onaylanmıştır. Hastalardan imzalı aydınlanmış onam formları alınmıştır. Hastaların histerektomi öncesi demografik bilgileri (yaş, gravide, parite, vücut kitle indeksi) alındı. Histerektomi öncesi ultrasonografi bulguları, preoperatif vajen uzunlukları, probe küretaj sonuçları, smear sonuçları, geçirilmiş ameliyatları ve kronik hastalıkları kaydedildi. Median insizyon ile histerektomi olanlar, postoperatif komplikasyon nedeniyle relaparotomi yapılanlar, geçirdiği cerrahi haricinde enfeksiyon geçirenler (üriner sistem ve akciğer enfeksiyonları gibi), histerektomi sonrası kan transfüzyonu yapılanlar, romatolojik hastalığı olanlar ve yara yeri enfeksiyonu, kaf selülitini ya da enfeksiyonu geçirenler ve hastanede kalış süresi uzayanlar olmak üzere toplam 67 hasta çalışmada dışı bırakıldı. Hastaların yaş, gravida, parite, vücut kitle indeksleri, kliniğimize başvuru şikayetleri, ultrasonografi bulguları, probe küretaj sonuçları, smear sonuçları ve ameliyat endikasyonları, mevcut kronik hastalıkları ve geçirilmiş cerrahi öyküleri ile kaydedildi ve kıyaslandı.

Çalışmaya dahil edilen 200 hastanın tamamı operasyon sonrası 2. günde taburcu edildi. Hastalar histerektomi sonrası 7. günde kontrole çağırılarak transvajinal ultrasonografi ile kaf hematoma olup olmadığı değerlendirildi ve postoperatif vajen

uzunlukları ölçüldü. Hastalar jinekolojik muayene masasında litotomi pozisyonunda hazırlanarak, spekulum ile kaf kontrolü yapıldı, kanama ve kötü kokulu vajinal akıntı olup olmadığı değerlendirildi. Kaf hematoma; terminal vajinal kafa bitişik, önde mesane ve arkada barsak ile sınırlı, hipokoik alan olarak tanımlandı. Barsak peristaltizmi izlenen hipokoik alanlar dahil edilmedi. Yalnızca en uzun iki boyut ölçüldü. Bunun sonrasında hastalara yapılan transvajinal ultrason ile kafta hematoma varlığı veya yokluğu kontrol edildi. Kaf hematoma izlenen hastalar histerektomi sonrası 15. gün tekrar poliklinik kontrolüne çağırıldılar.

Vajinal uzunlukların ölçümü, POP-Q ölçümünde kullanılan C noktası örnek alınarak, anestezi olmadan preoperatif ve postoperatif dönemde yapıldı. Abdominal ultrason kontrolünde, vajenden rijid hegar bujisi ile hassas bir şekilde, hegar bujisinin gidebileceği son noktaya kadar uzatılarak, dışarda hymen karankülüne kadar olan kısmı işaretlenerek, dışarıda ölçümü yapıldı. Bu ölçüm histerektomi sonrası vajinal uzunluk olarak kaydedildi.

Verilerin analizi IBM SPSS Statistics 20 for Macintosh paket programında yapıldı. %80 power analiz ile örneklem 100 kişi olarak tespit edilmiştir. Sürekli değişkenlerin dağılımının normale yakın olup olmadığı Kolmogorov Smirnov testi ile araştırıldı. Sürekli değişkenler ortalama \pm standart sapma şeklinde, nominal değişkenler ise vaka sayısı ve (%) olarak gösterildi. Gruplar arasında ortalamalar yönünden farkın önemi Student's t testi ile araştırıldı. Nominal değişkenler ise Ki-Kare testi ile değerlendirildi. $p < 0,05$ için sonuçlar istatistiksel olarak anlamlı kabul edildi.

Bulgular

Hastaların karakteristik ve demografik özellikleri Tablo 1 de gösterilmektedir. Gruplar arasında anlamlı farklılık saptanmamıştır. Her iki gruba ait; başvuru şikayetleri, ultrasonografi bulguları, histerektomi endikasyonları, histerektomi öncesi probe küretaj ve servikal smear sonuçları Tablo 2 de karşılaştırılmıştır. Başvuru şikayetleri değerlendirildiğinde, TLH grubunda vajinal kanama şikayeti (%82) en sık gözlenmekte olup, TAH grubunda ise pelvik ağrı şikayeti (%50) anlamlı olarak fazla izlenmiştir. Her iki grupta myoma uteri ultrasonografi değerlendirmesinde en sık saptanan patoloji olmasına rağmen TAH grubunda %96 gibi yüksek bir oranında görülmektedir. TAH grubunda en sık operasyon endikasyonunu da myoma uteri tanısı almaktadır.

TLH grubunda tedaviye dirençli menometroraji endikasyonu anlamlı olarak yüksek saptanmıştır.

Tablo 1. Hastaların karakteristik ve demografik özellikleri

	TLH (n: 100) Mean SD	TAH (n: 100) Mean SD	p değeri
Yaş (yıl)	47,96±4.8	46,85±4.69	0.66
Gravida	4.38±1.82	3.88±1.19	0.58
Parite	3.29±1.45	2.93±1.41	0.64
BMI (kg/m ²)	27±2,1	28±2,7	0.56

Sd : Standart deviasyon, TLH : Total laparoskopik histerektomi, TAH : Total abdominal histerektomi

Table 2. Hastaların preoperatif başvuru şikayetleri, muayene bulguları ve örnekleme sonuçları

	TLH (n:100) (%)	TAH (n:100) (%)	p değeri
Başvuru şikayeti			
Vajinal kanama	82(% 82)	49(% 49)	0.01
Kasık / karın ağrısı	15(% 15)	50(% 50)	0.02
Rutin kontrol	3(% 3)	1(% 1)	0.09
Ultrasonografi bulguları			
Normal	9(% 9)	0(% 0)	0.02
Myoma uteri	43(% 43)	96(% 96)	0.02
Endometrial polip	28(% 28)	2(% 2)	0.01
Adenomyozis	11(% 11)	2(% 2)	0.02
Adneksial kitle	4(% 4)	0(% 0)	0.04
Endometrial hiperplazi	5(% 5)	0(% 0)	0.04
Geçirilmiş operasyon öyküsü			
Var (sezaryen, apandektomi, vs)	36(% 36)	42(% 42)	0.38
Yok	64(% 64)	58(% 58)	
Kronik hastalık öyküsü			
Var	36(% 36)	40(% 40)	0.56
Yok	64(% 64)	60(% 60)	
Histerektomi endikasyonları			
Tedaviye dirençli menometroraji	44(% 44)	2(% 2)	0.001
Myoma uteri	38(% 38)	96(% 96)	0.03
Endometrial hiperplazi	16(% 16)	1(% 1)	0.42
Adenomyozis	2(% 2)	1(% 1)	0.71
Probe küretaj sonuçları			
Endometrial polip	28(% 28)	24(% 24)	0.09
Progesteron etkisinde endometrium	19(% 19)	24(% 24)	0.32
Kompleks atipisiz hiperplazi	18(% 18)	7(% 7)	0.61
Endometrial fragmanlar	15(% 15)	20(% 20)	0.08
Probe küretaj sonucu çalışılmayanlar	20(% 20)	25(% 25)	0.18
Servikal smear sonuçları			
Malignite negatif	75(% 75)	74(% 74)	0.18
Smear sonucu çalışılmayan	14(% 14)	15(% 15)	0.72
Kronik servisit	6(% 6)	6(% 6)	0.91
Kronik inflamasyon	5(% 5)	5(% 5)	0.91

TLH : Total laparoskopik histerektomi, TAH : Total abdominal histerektomi

Preoperatif alınan probe küretaj ve smear sonuçları karşılaştırıldığında gruplar arasında anlamlı farklılık izlenmemiştir.

Kronik hastalıklar içerisinde laparoskopi ile opere olanların %17'si hipertansif, %9'u tip 2 DM hastası, %6'sı astım ve kronik bronşit tanılı %4'ü de koroner arter hastalığı tanılıdır. Abdominal histerektomi olan hastaların %16'sı hipertansif, %10'u tip2 DM hastası, %10'u astım ve kronik bronşit tanılı ve %4'ü de koroner arter hastalığı tanılıdır. Kronik hastalık varlığı açısından iki grup arasında anlamlı fark bulunmamıştır (p=0.56).

Geçirilmiş operasyonların ayrıntısına bakıldığında; TLH grubunda geçirilmiş sezaryeni olan 16 (%16) hasta, umbilikal herni operasyonu olan 7 (%7) hasta, apandektomi olan 4 (%4) hasta, myomektomi olan 4 (%4) hasta, adneksial kistektomi olan 1 (%1) hasta, ooforektomi olan 1 (%1) hasta, tüp ligasyonu olan 1 (%1) hasta bulunmaktadır. TAH grubunda ise geçirilmiş sezaryeni olan 24 (%24) hasta, apandektomi olan 5 (%5) hasta, myomektomi olan 5 (%5) hasta, umbilikal herni operasyonu olan 4 (%4) hasta, adneksial kistektomi olan 2 (%2) hasta, ooforektomi olan 2 (%2) hasta, kolesistektomi olan 1 (%1) hasta bulunmaktadır. Geçirilmiş operasyon öyküsü değerlendirildiğinde her iki grup arasında anlamlı fark bulunmamıştır (p=0.38) (Tablo 2).

TLH grubunda postoperatif kaf hematomu 14 (% 14) hastada, TAH grubunda 18 (%18) hastada görülmüş olup, gruplar arasında anlamlı fark izlenmemiştir (p=0.442). Histerektomi sonrası vajinal uzunluk, TLH grubunda (6,35±0.81cm), TAH grubunda (6.73±0.92) oranla daha kısa bulunmuştur. Bu fark istatistiksel olarak anlamlıdır (p=0.002) (Tablo 3). Hastaların preoperatif ve postoperatif dönemde vajinal uzunlukları (ΔVU) arasındaki fark karşılaştırıldığında yine TLH olan grupta 2,38±0,91 cm iken TAH olan grupta 1,83±0,89 cm olduğu gözlenmiştir ve bu fark istatistiksel olarak anlamlı saptanmıştır.

Tablo 3. Histerektomi sonrası vajinal uzunluk ölçümü

	TLH (n: 100) Mean SD	TAH (n: 100) Mean SD	P value
Vajinal uzunluk (cm)	6,35±0.81	6.73±0.92	0.002

Sd : Standart deviasyon, TLH : Total laparoskopik histerektomi, TAH: Total abdominal histerektomi

Tartışma

Histerektomi kadınlarda en sık uygulanan ameliyatlardan biridir ve son yıllarda TLH 'ye doğru artan bir eğilim olmuştur.

Bununla birlikte, yaygın olarak uygulanan bu cerrahi yöntemin vajinal uzunluk, cinsel fonksiyon ve prolapsus üzerindeki etkileri belirsizdir. Birkaç çalışma vajinal uzunluğu farklı histerektomi tipleri arasında karşılaştırmıştır. Chen ve ark. [10] VH sonrası postoperatif vajinal uzunluk ölçümünü TAH sonrasına göre, ve De la Cruz ve ark. [11] da robotik histerektomi yapılanlara göre anlamlı şekilde daha kısa bildirmişlerdir. Tersine, 3247 kadın üzerinde yapılan retrospektif bir çalışmada, uterusun çıkarılmasının, histerektomi tipine bakılmaksızın azalmış total vajinal uzunluk ile sonuçlandığı bulunmuştur [12]. Başka bir çalışmada, tüm histerektomi gruplarında ortalama vajinal uzunluk kontrol grubuna göre anlamlı olarak daha kısa bulunmuş olup, uterusun çıkarılmasının histerektomi tipine bakılmaksızın vajinal boy kısalması ile sonuçlandığını doğrulamaktadır. Yine aynı çalışmada, vajinal uzunluk, TLH grubunda VH grubuna göre anlamlı olarak daha uzun bulunmuş olup, TAH grubunun ortalama vajinal uzunluğu da VH grubundan önemli ölçüde daha uzundur [13].

Laparoskopik yaklaşımda, uterosakral ligamentlerin daha iyi görüntülenmesi ve kullanımı sağlanmakta ve sonuç olarak daha etkili bir süspansiyon sağlanabilmektedir [14]. Bu durum laparoskopik yaklaşımda daha iyi postoperatif vajinal uzunluk elde edilmesini etkileyebilir. Literatürde, vajinal prolapsusun tedavisi için laparoskopik uterosakral ligament süspansiyonundan sonra vajinal uzunluğun daha iyi olduğuna dair kanıt vardır [15]. Ek olarak, uterosakral ligamentin daha iyi kullanımı nedeniyle histerektomi sonrası vajinal kaf prolapsusu riski laparoskopide azaltılabilir [16]. Çalışmamızda TLH uygulanan hastaların postoperatif vajinal uzunlukları tüm bu avantajlara rağmen TAH grubuna göre daha kısa olarak ölçülmüştür. TLH operasyonlarında kolpotomi işlemi başlarken, kolpotomizerın tepesinden değil de alt kısmından kesme işlemi yapıldığı için vajinal uzunluğun daha kısa olabileceği düşünülmektedir. Uterin manipülasyon, kolpotomi yapan ve vajen kafını diken kişinin asistan doktor olması vajinal uzunluğun kısalmasına neden olabilecek bir faktör olabilir. Ayrıca operasyonları gerçekleştiren ekibin her seferinde farklı kişilerden oluşuyor olması da çalışmamızın başlıca kısıtlılıklarını oluşturmaktadır.

Operasyon tekniği dışında, ileri yaşın da vajinal kısalık ile ilişkili olduğu gösterilmiştir [12]. Vajinal uzunluk ve pelvik taban bozukluklarının parite, doğum şekli, menopoz ve

histerektomiden etkilendiği de gösterilmiştir [12,17]. Bizim çalışmamızda, gruplar arasında ortalama yaş, vücut kitle indeksi, parite ve doğum şekli benzer olup, bu iki grubu karşılaştırmada homojen bir yayılım sağlamakta olup sadece operasyon tekniği üzerine odaklanmamızı desteklemektedir.

Posthisterektomik hematoma özellikle büyük ve enfekte olduğunda seröz morbiditeden sorumludur. Nadiren histerektomi sonrası farklı bölgelerde lenf, seröz sıvı veya nekrotik kalıntıların toplanması olabilir. Sadece kan toplanması, hematoma oluşumu ile ilgilidir. Hematomlar Douglas, subvezikal alan, ischiorektal fossa ve broad ligament içinde oluşabilir. Hematomu sadece rutin klinik muayene ile teşhis etmek zordur. Kaf hematoma ağrı, ateş, vajinal akıntı, ishal ve hatta hafif abdominal distansiyona neden olabilir. Büyük hematomlar ile parolitik ileus gelişimi olabilir. Bununla birlikte, bazı çalışmalarda koleksiyon ve postoperatif morbidite arasında ilişki bulunmamıştır [18]. Ultrason, invaziv olmayan, postoperatif 3. günde kaf hematomaunun saptanmasında kullanılabilen ve kullanımı kolay, iyi bir tanı aracıdır. Puri Mangal ve ark. kaf hematomaundan şüphelenilen olgularda ultrason kullanımını önermektedir [19]. Moez K ve ark. [20], VH sonra febril morbidite riskine dikkat çekerken, başka bir çalışmada TAH yapılan hastalarda febril morbidite oranı daha fazla bulunmuştur [21]. Kaf hematoma sıklığı Shreejana H ve ark. nın bir çalışmasında VH sonrası % 3, TAH sonrası % 55 olarak bildirilmiştir [22].

Postoperatif hematoma, histerektomi sonrası ciddi bir komplikasyondur, ancak olguların çoğunda konservatif olarak ultrasonla kolayca teşhis edilebilir. Çalışmamızda 32 hastada postoperatif kaf hematoma saptanmış olup bu hastaların hematoma çapları ciddi boyutlarda değildi. Spontan takip ile gerilediği gözlemlendi. TAH grubunda sayıca daha fazla hematoma görülmekle birlikte anlamlı bir fark saptanmadı.

Ultrasonografi ile postoperatif dönemde vajinal kaf hematoma tanısı konulabilir ve bu hastalar asemptomatik kalabilir. Bunların çoğu kendiliğinden düzelir. Ateş, ağrı ve ishal gibi klinik semptomları olan hastalar, postoperatif 3.günde daha fazla tedaviye gereksinim duyan yüksek riskli grubu belirlemek için yeniden taranmalıdır.

Sonuç

Vajinal uzunluk hangi teknik ile yapıldığına bakılmaksızın histerektomilerden sonra kısalmaktadır. Çalışmamızda TLH yapılan grupta bu kısalık daha fazla saptanmıştır. Ancak hastanın



vajinal uzunluk boyutu ikinci planda değerlendirilebilen bir kriter olup öncelikle preoperatif endikasyonlar ve minimal invaziv cerrahiye uygunluğu gözetilerek cerrahi seçeneği belirlenmelidir. Ancak sonuçların pekiştirilmesi açısından daha fazla sayıda hasta ile daha geniş kapsamlı çalışmaların yapılması gerekmektedir.

Çıkar çatışması / finansal destek beyanı

Bu yazıdaki hiçbir yazarın herhangi bir çıkar çatışması yoktur. Yazının herhangi bir finansal desteği yoktur

Kaynaklar

1. ACOG Committee Opinion No. 444. Choosing the route of hysterectomy for benign disease. *Obstet Gynecol* 2009; 114: 1156–58.
2. Stang A, Merrill RM, Kuss O. Prevalence-corrected hysterectomy rates by age and indication in Germany 2005– 2006. *Arch Gynecol Obstet* 2012; 286: 1193–200.
3. Jacobson GF, Shaber RE, Armstrong MA, Hung YY. Hysterectomy rates for benign indications. *Obstet Gynecol* 2006; 107: 1278–83.
4. Turner LC, Shepherd JP, Wang L, Bunker CH, Lowder JL. Hysterectomy surgery trends: a more accurate depiction of the last decade? *Am J Obstet Gynecol* 2013; 208: 1–7.
5. Abdelmonem AM. Vaginal length and incidence of dyspareunia after total abdominal versus vaginal hysterectomy. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2010; 151: 190–92.
6. Siddiqui NY, Fulton RG, Kuchibhatla M, Wu JM. Sexual function after vaginal versus nonvaginal prolapse surgery. *Female Pelvic Med Reconstr Surg* 2012; 18: 239–42.
7. Helstrom L, Lundberg PO, Sorbom D, Backstrom T. Sexuality after hysterectomy: A factor analysis of women's sexual lives before and after subtotal hysterectomy. *Obstet Gynecol* 1993; 81: 357–62.
8. Komisaruk BR, Frangos E, Whipple B. Hysterectomy improves sexual response? Addressing a crucial omission in the literature. *J Minim Invasive Gynecol* 2011; 18: 288–95.
9. Wilke I, Merker A, Schneider A. Laparoscopic treatment of hemorrhage after vaginal hysterectomy or laparoscopically assisted vaginal hysterectomy (LAVH). *Surg Endosc* 2001; 15: 1144–46.
10. Chen B, Ren DP, Li JX, Li CD. Comparison of vaginal and abdominal hysterectomy: A prospective non-randomized trial. *Pak J Med Sci* 2014; 30 : 875–79.
11. De La Cruz JF, Myers EM, Geller EJ. Vaginal versus robotic hysterectomy and concomitant pelvic support surgery: a comparison of postoperative vaginal length and sexual function. *J Minim Invasive Gynecol* 2014; 21: 1010–14.
12. Tan JS, Lukacz ES, Menefee SA, Luber KM, Albo ME, Nager CW. Determinants of vaginal length. *Am J Obstet Gynecol* 2006; 195: 1846–50.
13. Ercan O, Özer A, Köstü B, Bakacak M, Kiran G, Avcı F. Comparison of postoperative vaginal length and sexual function after abdominal, vaginal, and laparoscopic hysterectomy. *International Journal of Gynecology and Obstetrics* 2016; 132: 39-41
14. Ostrzenski A. Laparoscopic total abdominal hysterectomy by suturing technique, with no transvaginal surgical approach: a review of 276 cases. *Int J Gynaecol Obstet* 1996; 55: 247–257.
15. Turner LC, Lavelle ES, Shepherd JP. Comparison of complications and prolapse recurrence between laparoscopic and vaginal uterosacral ligament suspension for the treatment of vaginal prolapse. *Int Urogynecol J* 2016; 27: 797–803.
16. Worldwide AAMIG. AAGL practice report: Practice Guidelines on the Prevention of Apical Prolapse at the Time of Benign Hysterectomy. *J Minim Invasive Gynecol* 2014; 21: 715–722.
17. Buhling KJ, Schmidt S, Robinson JN, Klapp C, Siebert G, Dudenhausen JW. Rate of dyspareunia after delivery in primiparae according to mode of delivery. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2006; 124: 42–46.
18. Batish A, Sathiyathan S, Jeyanthan K. Vault Hematoma after vaginal hysterectomy. *Nepal J Obstet Gynecol* 2014; 9: 70-72.
19. Puri M, Singh A, Patvkar M, Tyagi S, Sharma P, Singhanian SS. Ultrasound evaluation of vault hematoma after vaginal hysterectomy and its correlation with postoperative morbidity. *J Pharm Biomed Sci* 2012; 25: 212-17.
20. Kdous M, Braham M, Ferchiou M, Zhioua F. Hysterectomy in women with benign uterine disease. a prospective randomized comparison of three minimally invasive procedures. *Donnish J Med Med Sci* 2015; 2: 96-102.
21. Chaudhry SM, Anwer S. Presentation and management of vaginal vault hematoma after hysterectomy. *J Surg Pakistan* 2016; 21: 35-38.
22. Shreejana H, Ju WH, Wang XR, Li H. Evaluation of post hysterectomy vaginal cuff related complications and their management after different modes of hysterectomy. *Intel J Reprod Contracept Obstet Gynecol* 2015; 4: 447-52.