

Hasta 50 yaşında bayan hasta.Sık tuvalete gitme (günde 8-10 kez defekasyon ve yaklaşık 20 kez miksiyon), büyük abdestini ve idrarını tam tutamama şikayeti mevcuttu.Hastanın yapılan anamnez ve muayenesinde; İlk doğumda yırtık oluştuğunu anacak başkasına söylemeye çekindiği, sonraki doğumlarında farkedildiğini ancak gittiği doktorların yapacak bir şey yok demeleri üzerine tedavi arayışından vazgeçtiğini ifade etmiştir.Büyük abdestini devamlı katı yiyerek ve mümkün olduğunca insan içine çıkmayarak idare ettiğini ifade etmektedir.Ancak idrar yapmakta çok zorlandığını özellikle ishal olduğunda şikayetlerinin arttığını ve artık dayanılmaz hale gelmesi üzerine tedavi arayışına tekrar girdiğini ifade ederek başvuran hastanın yapılan muayenesinde perine defekti olduğu,rektovaginal septumun defektif olduğu izlendi.Tuşede sfinter defekti mevcuttu.Anal kanal anterior duvarının fibröz banttan oluştuğu izlendi.Sistosel ve fibröz bant proksimalinde oluşan

rektosel mevcuttu.(Resim 1-Preop).



Hasta preop ameliyat hazırlık tetkikleri yapıp 1 gece önceden 250 ml X-M süspansiyon içirilerek barsak temizliği sağlanarak ameliyata hazırlandı. Hastaya genel anestezi altında jinekolojik pozisyonda

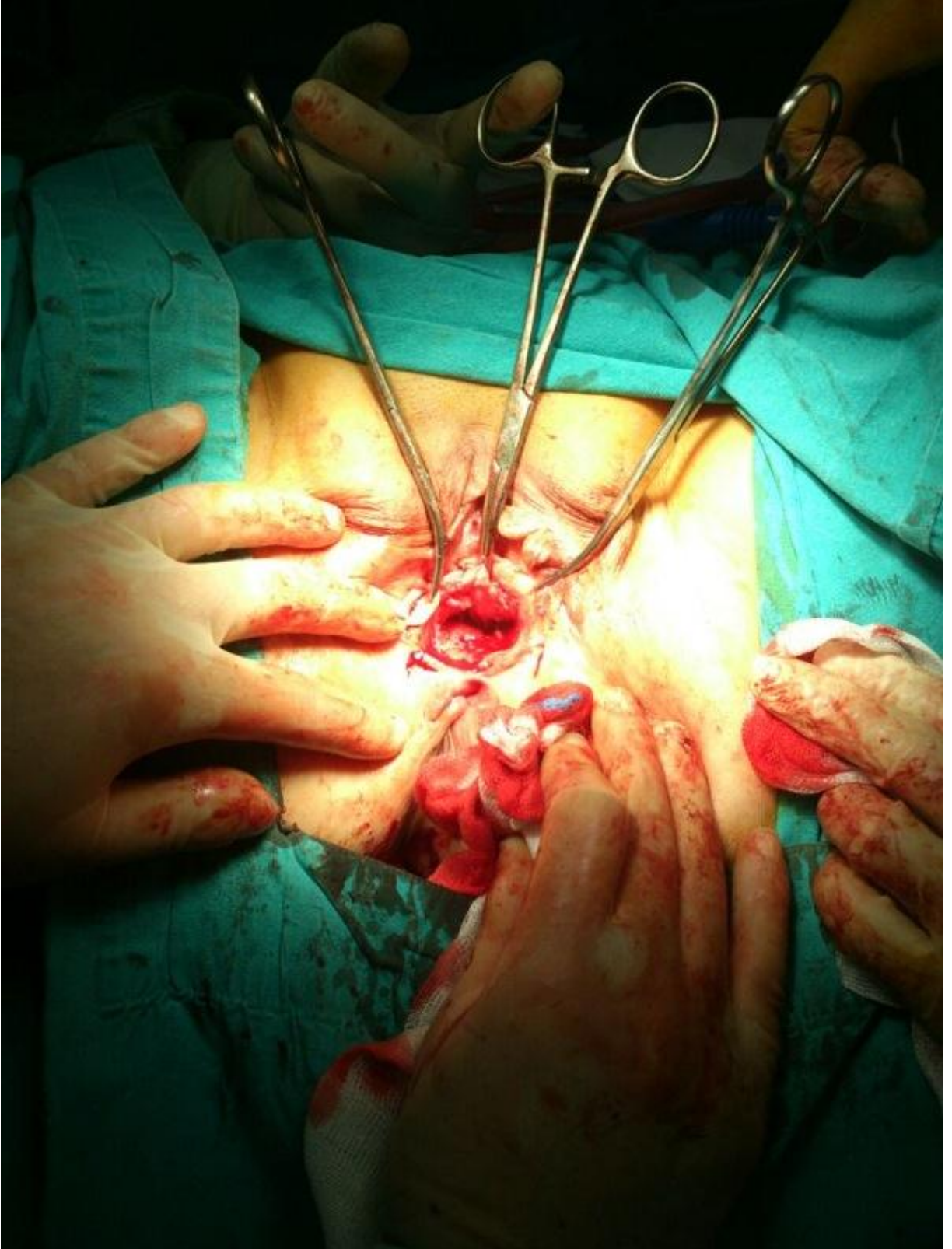
işlem yapıldı. İlk aşamada anterior vaginal duvar açılarak usulünce anterior kolporafi ile sistosel tamiri uygulandı(Resim 2-3-4).



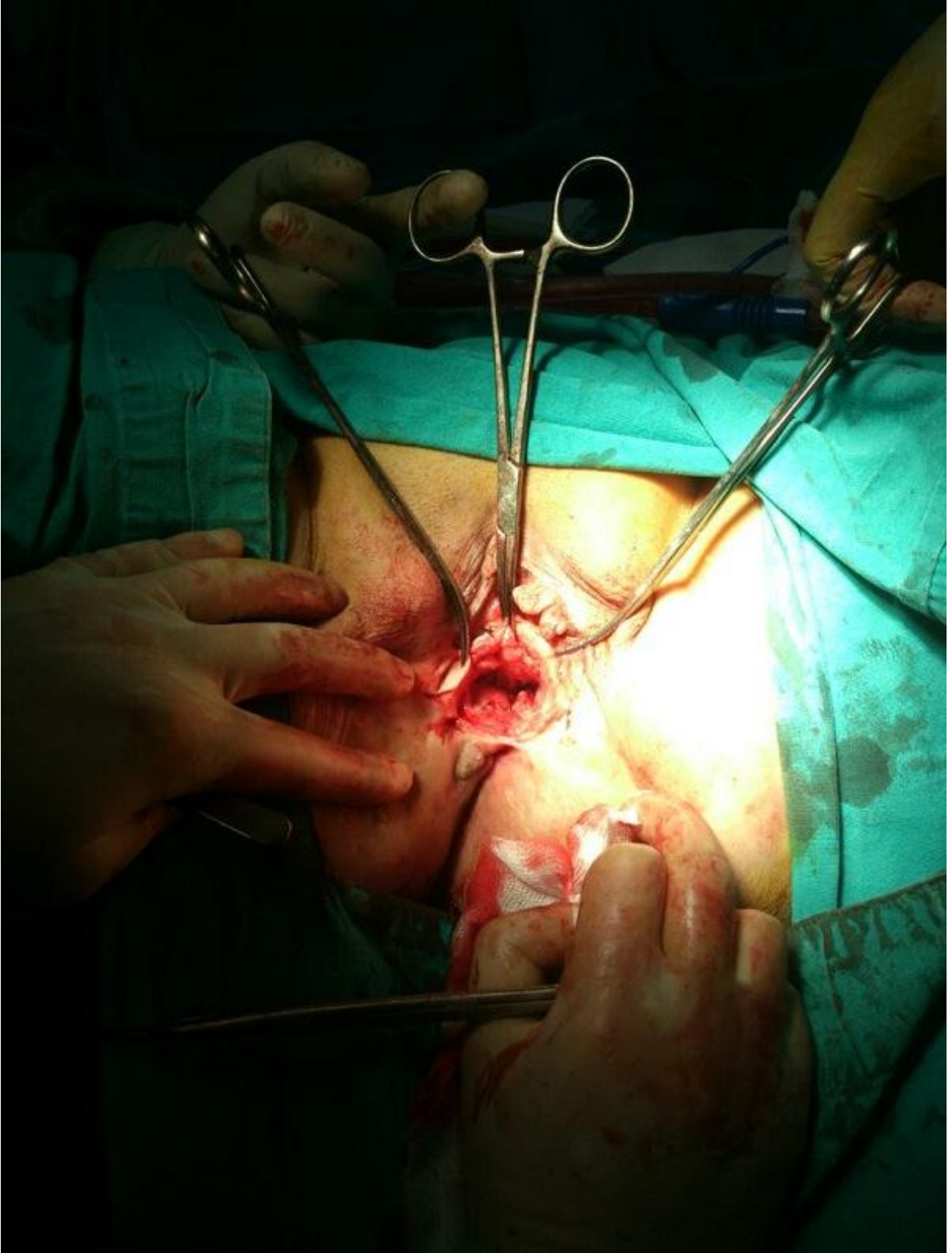




Daha sonra anal kanalı kısmen çevreleyen insizyon hattı defektif perine yerindeki fibröz tabaka eksizye edilecek şekilde insizyon genişletildi. Posterior vaginal duvar diseke edilip rektosel ortaya kondu ve Purse-string suture ile rektosel tamiri uygulandı(Resim5-6-7).







Daha sonra her iki kenardan defektif olan eksternal sfinkter uçları bulunup(Resim 8),

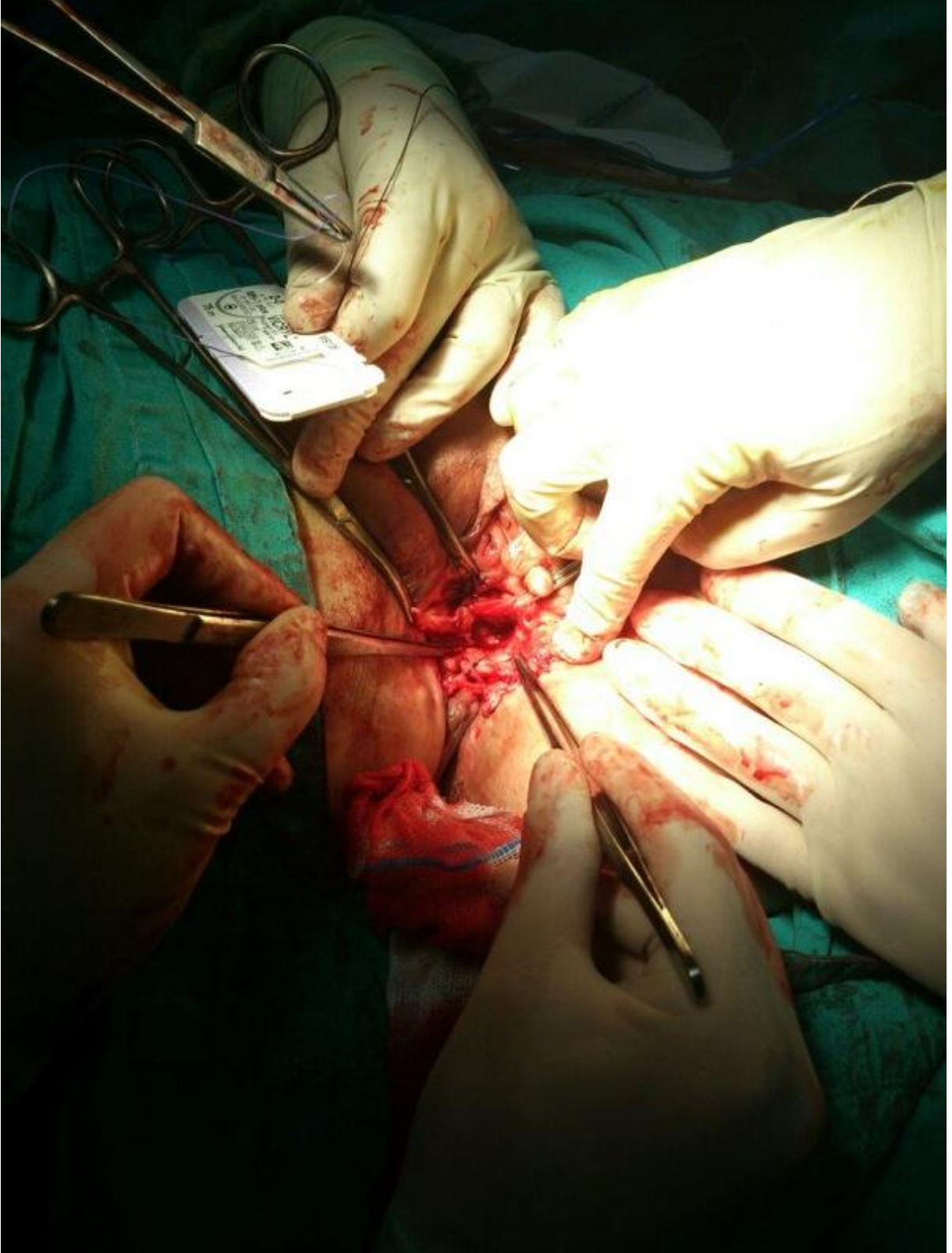


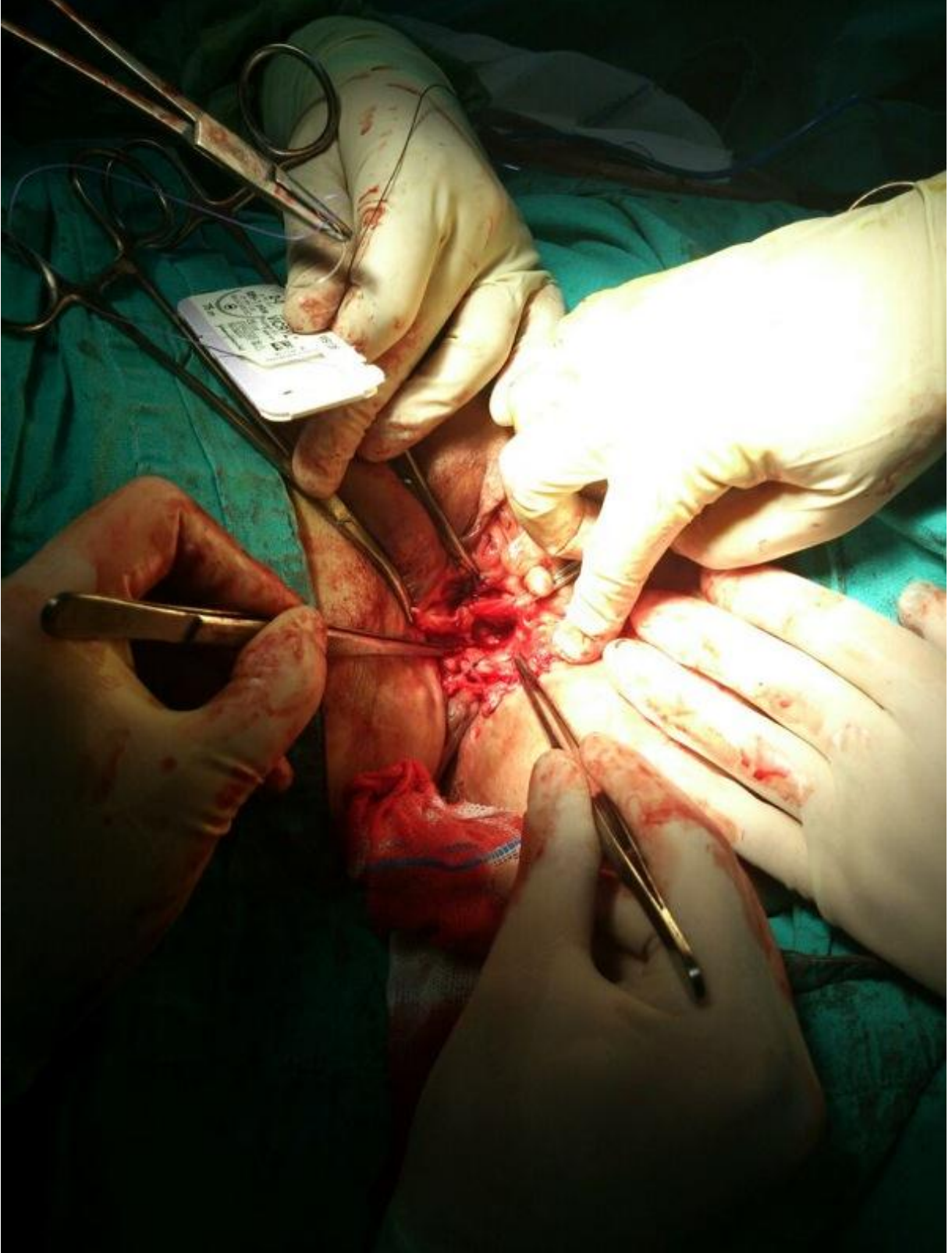


usulünce suture edildi(Resim9).



Tuše ile kontrol sađlandı..Her iki kenardan Levator ani kasları bulunup(Resim 10-pensetle iřaretli olanlar) perine taban tamiri uygulandı.(Resim 10-11).





Vagen posterior duvarı tamir edildi(Resim 12).



Her iki kenardan perine cildi yaklaştırılarak perine tamiri tamamlandı(Resim 13).



Bütün ameliyat boyunca anal kanal mukozası mutlak korundu.Tuşe sonrası enfeksiyon riski nedeni ile eldiven değiştirildi.Anal kanala anal spongostan konulup(Resim 14)



operasyon tamamlandı.Hasta postop 3 gün İV mai ile beslendi.Oral alımı kısıtlandı.Bu sürede sadece sıvı alımına izin verildi.Oral 3X2 lomotil ile hastanın defekasyon yapması engellendi.Postop 4. günde foley kateter çekildi.Glob gelişmesi üzerine tekrar foleyize edilip mesane egzersizi verildi.4. günden itibaren yarı katı diete geçildi.Pansumanlarında sorun yoktu.Hastaya lomotil kesilip laksatifler

verilerek sulu defekasyon yapması sağlandı.Postop 5. günde normal diet ile eksterne edilen hastanın postop dönemde glob harici sorunu olmadı.O da mesane boynunda oluşan ödeme bağlandı.Foley kateter tekrar takılıp mesane egzersizi uygulandı ve sorun aşıldı.Postop 7. günde foley kateter çekildi.Hastamızın takibinde başka sorun ile karşılaşmadık.Gaz, idrar ve gaita kontinansı tam olarak sağlandı.Tuvalet sayısı postop 40. günde 2/ gün defekasyon ve 3-4/gün miksiyona düştü.Postop 40.gün kontrolunda hastanın şikayetlerinin tamamen geçtiği gözlemlendi(Resim 15).





YORUM:Doğum sonrası perine yırtıkları erken dönem tamir edildiğinde cerrahisi kolay olmasına rağmen tedavide değişik sebeplerden dolayı - ki bunların başında evde doğum ve kadın doğum uzmanı meslektaşlarımızın konuya olan mesafeli duruşu gelmektedir-gecikmeler yaşanmakta çeşitli organik ve sosyal problemlere yol açmaktadır.Uzun dönem cerrahisinin zor, morbiditesi yüksek hemde yüksek maliyetli olduğu unutulmamalı, hastaların bu tip bir hastalıkla yaşamalarının kaderleri

olduğu inancı terkedilmelidir.Uygun Cerrahi ve optimal postop bakımla yüz güldürücü sonuçlar elde etmek mümkündür.