



BÖLÜM 18

KOZMETİK JİNEKOLOJİDE ANESTEZİ

Mehmet Murat ÇELİK¹

GİRİŞ

Kadınlarda ürogenital hastalıklar özellikle menopozdan sonra yaygın olarak ortaya çıkabilmektedir. Yaşla birlikte pelvik tabanın kas yapısında tonus kaybı, ligamentler ve fasyanın travmatizasyonu, obstetrik travmalar ve kronik olası karın içi basıncında muhtemel artışlar; sistosel, rektosel veya uterovajinal prolapsus gibi patolojilerin ortaya çıkmasına sebep olmaktadır.⁽¹⁾ Ayrıca estetik kaygılarla da genital bölgede rekonstrüktif cerrahiler yapılabilmektedir. Bazı hastalar vajinal doğum sonrası şiddetli perineal laserasyon, hatalı epizyotomi tamiri veya pelvik destek azalmasından dolayı genişlemiş vajinadan yakınmaktadır. Yaşa bağlı cinsel işlev bozukluğu, libido azalması, vajinal kuruluk, orgazm yetersizliği ve disparoni olmak üzere kadınların yaklaşık %40'ında yaygın görülen bu durumlar rekonstrüktif cerrahiler için etken oluşturmaktadır.^(2,3) Perineal bölgede düşünülen rekonstrüktif cerrahide anestezinin tekniği; hastanın yaşı, hastanın ASA skoru, hastanın komorbiditesi, hastanın tercihi, cerrahi teknik, operasyon süresi, ilaçların etkinliği, ilaçların güvenliği ve ilaçların maliyeti gibi etkenler göz önünde bulundurularak seçilir. Etkin bir preoperatif değerlendirme yapılarak genel anestezi, sedoanaljezi, yüzeyden emilen (topikal) anestezi, dokuya nüfuz eden (lokal infiltratif) anestezi, santral ya da periferik sinir blokları ve bunların bazılarının kombinasyonu gibi bir yöntem seçilebilir. Her bir yöntemin avantaj ve dezavantajları bulunmaktadır. Hem genel anestezi hem de subaraknoid bloklar vulvar ve vajinal operasyonlar için yeterli anestezi sağlarken, sedasyon ile birlikte lokal infiltratif anestezi de etkin anestezi sağlayabilmektedir.

KOZMETİK JİNEKOLOJİDE KULLANILAN ANESTEZİ TEKNİKLERİ

Genel anestezi, sedoanaljezi, yüzeyden emilen (topikal) anestezi, dokuya nüfuz eden (lokal infiltratif) anestezi, santral ya da periferik sinir blokları ve bunların bazılarının kombinasyonu kozmetik jinekolojide kullanılan anestezi yöntemleridir.

¹ Uzm. Dr., Hatay Dörtyol Devlet Hastanesi, mmurat83@yahoo.com



Periferik Sinir Bloğu (Pudental Blok)

Pudental sinir S2-4'den köken alır. Siyatik foramenden geçtikten sonra Alcock kanalına girmeden önce inferior rektal, dorsal klitoral ve perineal olarak 3 bölüme ayrılır. Pelvik ve perineal bölgede derin ve yüzeysel perineal kasları, üretra ve anal sfinkteri inerve eder. Dış genitalyanın duyuşal innervasyonunu sağlar. Pudental blokaj; doğum analjezisi, perineal cerrahiler ve kronik pelvik ağrı tedavisi için kullanılabilir.⁽¹⁶⁾

Transvajinal, transperineal ve transgluteal yaklaşımlarla bu sinir USG ya da elektrostimülasyon yardımı ile bloke edilebilir. Bu blok için 5-10 ml %0,5 bupivakain yeterli olacaktır. Pudental blok ile postoperatif ağrı azalarak analjezik ihtiyacı azalabilmektedir. Ayrıca opioidlerin bulantı, kusma, konstipasyon gibi yan etkilerinden de kaçınılmış olmaktadır. Pudental blok sırasında vasküler enjeksiyon, uygulamadaki teknik zorluklar, sinir ve vasküler yaralanma, yetersiz anestezi gibi komplikasyonlar görülebilir.⁽¹⁷⁾

Spinal anestezi altında ön ve arka vajinal onarım yapılan hastalarda operasyonun sonunda pudental blok yapılmasının postoperatif ağrıyı azalttığı gösterilmiştir.⁽¹⁸⁾

SONUÇ

Kullanılan anestezi tekniği de cerrahın becerisi gibi cerrahi işlemin başarısını belirleyen faktörlerden biridir. Doğru anestezi yönetiminin belirlenmesinde, hem merkezi hemodinami hem de cerrahi işlemin gerçekleştirildiği dokuya ait bölgesel kan akışını etkileyen birçok faktör mevcuttur. Örneğin aşırı hemodilüsyon nedeniyle doku ciddi ödemli hale gelirse bozulan mikrodolaşım nedeniyle cerrahi başarısız olabilir.

Seçilecek anestezi yöntemi veya yöntemleri; hastanın genel durumu, yapılacak olan cerrahinin yeri ve süresi, cerrahi uygulanacak dokunun özelliği gibi birçok parametrenin ele alınarak doğru bir preoperatif değerlendirmeye karar verilmelidir. Jinekolog, plastik cerrah ve anestezi uzmanı arasındaki iletişikle gerçekleştirilen ekip yaklaşımı hasta güvenliğini optimize edecektir.⁽¹⁹⁾

KAYNAKLAR

1. Buchsbaum GM, Albushies DT, Schoenecker E et al. Local anesthesia with sedation for vaginal reconstructive surgery. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct.* 2006;17:211-214.
2. Millheiser LS, Pauls RN, Herbst SJ et al. Radiofrequency treatment of vaginal laxity after vaginal delivery: nonsurgical vaginal tightening. *J Sex Med.* 2010;7:3088-3095.
3. Tunuguntla HS, Gousse AE. Female sexual dysfunction following vaginal surgery: a review. *J Urol.* 2006;175:439-446.
4. Miller, R. D., Eriksson, L., Fleisher, L. A. (2019). *Miller's Anesthesia.* (2-Volume Set 9th Edition). Philadelphia: Elsevier/Saunders.
5. Butterworth, J. F., Mackey, D. C., Wasnick, J. D. (Eds.). (2015). *Morgan Mikail Klinik Anesteziyoloji.* (5. baskı) (Handan Cuhruk, Çev. Ed.). Ankara: Güneş Tıp Kitabevi.
6. Goodman, M. P. (Ed.). (2020). *Kadın Genital Plastik ve Kozmetik Cerrahisi.* (Gökçen Erdoğan, Çev. Ed.). Ankara: Modern Tıp Kitabevi.
7. Segal JL, Owens G, Silva WA et al. A randomized trial of local anesthesia with intravenous sedation vs general anesthesia for the vaginal correction of pelvic organ prolapse. *Int Urogynecol J.* 2007;18:807-812.
8. Simin A, Zahra F. Comparison of local Anesthesia and Conscious Sedation with Spinal Anesthesia in Vaginal Reconstructive Surgeries. *Pak J Med Sci.* 2009;25:962-967.
9. Stogiannou D, Protopapas A, Protopapas A et al. Is propofol the optimal sedative in gastrointestinal endoscopy? *Acta Gastroenterol Belg.* 2018;81:520-524.

10. Keçik, Y. (2012). *Temel Anestezi*. Ankara. Güneş Tıp Kitapevi.
11. Sridharan K, Sivaramakrishnan G. Comparison of Fentanyl, Remifentanyl, Sufentanyl and Alfentanyl in Combination with Propofol for General Anesthesia: A Systematic Review and Meta-analysis of Randomized Controlled Trials. *Curr Clin Pharmacol*. 2019;14:116-124.
12. Mizuno J. Flumazenil. *Masui*. 2013;62:10-18.
13. Garmon, E. H., Huecker, M. R. (2020). Topical, Local, and Regional Anesthesia and Anesthetics. In: *StatPearls [Internet]*. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing. (22.07.2021 tarihinde <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK430894/> adresinden ulaşılmıştır.)
14. Purwar B, Ismail KM, Turner N et al. General or Spinal Anaesthetic for Vaginal Surgery in Pelvic Floor Disorders (GOSSIP): a feasibility randomised controlled trial. *Int Urogynecol J*. 2015;26:1171-1178.
15. Greene NM. Spinal anesthesia: practical applications. *Yale J Biol Med*. 1993;66:433-436.
16. Kinter K. J., Newton, B. W. (2020) Anatomy, Abdomen and Pelvis, Pudendal Nerve. In: *StatPearls [Internet]*. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing. (22.07.2021 tarihinde <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK554736/> adresinde ulaşılmıştır.)
17. Khandwala S, Cruff J. A Novel Method of Pudendal Nerve Blockade for Managing Pain Following Vaginal Reconstructive Surgery. *Journal of Gynecologic Surgery*. 2020;36:257-261.
18. Rouholamin S, Jabalameli M, Mostafa A. The effect of preemptive pudendal nerve block on pain after anterior and posterior vaginal repair. *Adv Biomed Res*. 2015;4:153.
19. Shapiro FE. Anesthesia for outpatient cosmetic surgery. *Curr Opin Anaesthesiol*. 2008;21:704-710.