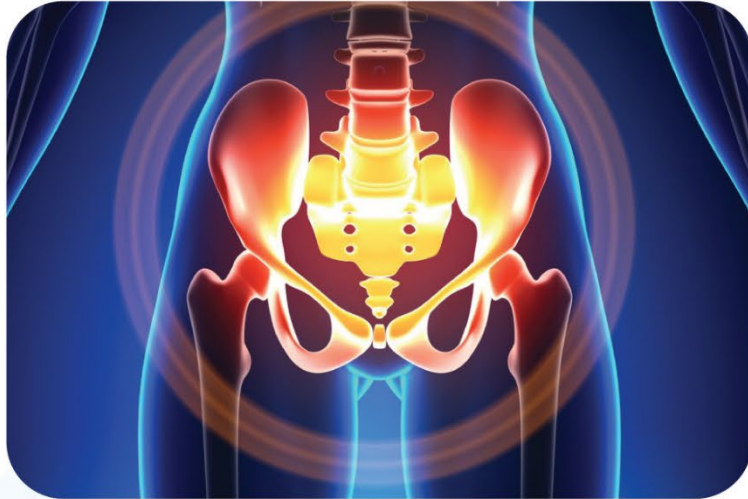




TÜRK ÜROJİNEKOLOJİ VE PELVİK REKONSTRÜKTİF CERRAHİ DERNEĞİ BÜLTENİ

OCAK 2024



BAŞKANDAN

Değerli Meslektaşlarım,

Türk Ürojinekoloji ve Pelvik Rekonstrüktif Cerrahi Derneği'nin 2023 seçimleri 11 Kasım 2023 tarihinde yapıldı ve yeni yönetim belirlendi. Seçime katılan tüm üyelerimize teşekkür ederiz. Yeni dönemdeki görev dağılımını aşağıda görebilirsiniz.

Öncelikle bugüne kadar derneğimiz yönetim kurulunda görev yapmış tüm meslektaşlarımıza teşekkür ederim. Önümüzdeki dönemde yönetim kurulumuzun en büyük hedefleri Türkiye'de ürojinekoloji ile ilgilenen ve ilgilenmek isteyen meslektaşlarımıza yönelik faaliyetleri arttırmak, Türkiye'de ürojinekoloji ile ilgili sorunlara çözüm yolları aramak ve çok merkezli bilimsel çalışmalar düzenlemektir. Önümüzdeki dönemde Şubat ayında İzmir, Mart ayında Diyarbakır ve Nisan ayında Trabzon olmak üzere 3 toplantı organize etmiş durumdayız. 2024 yılı Kasım ayında da ulusal kongremizi gerçekleştireceğiz.

Bunun dışında her ay sizlerle Ürojinekolojiye gönül vermiş hocalarımızın yazıları ve genç ekibin hazırladığı ürojinekoloji alanında yayınlanmış güncel ve kaliteli makalelerin özetlerini içeren bültenimizi ulaştırıyor olacağız. Bu dönemde bülten editörlüğünü sevgili Doç. Dr. Adnan Orhan yürütecektir.

Yönetim kurulu olarak her türlü eleştiri ve öneriye açık olduğumuzu ve derneğimiz için samimiyetle çalışacağımızı bilmenizi isteriz. Bize öneri ve eleştirilerinizi e-mail veya telefon yoluyla bildirebilirsiniz. Ürojinekoloji ile ilgilenen tüm meslektaşlarımızın derneğimize aktif katılımını bekliyoruz.

Saygılarımla,



FUNDA GÜNGÖR UĞURLUCAN

Türk Ürojinekoloji ve Pelvik Rekonstrüktif Cerrahi Derneği Başkanı

EDİTÖRDEN

Değerli Meslektaşlarım;

Türk Ürojinekoloji ve Pelvik Rekonstrüktif Cerrahi Derneği olarak ilk defa bir bülten çıkarmanın heyecanını ve coşkusu içerindeyiz. Bu bağlamda hem siz meslektaşlarımızla daha yakından bir bağ kuracak hem de ürojinekolojik en son tıbbi gelişmeleri yakından izleme fırsatı bulabileceğiz. En büyük amacımız bu bülteni sizlerin de katkısı ile düzenli ve sürekli hali getirmek ve bu sayede Ürojinekoloji ve Pelvik Rekonstrüktif cerrahinin büyüdü dünyasını daha geniş kitlelere ulaştırmaktır.

Bültenimizi Türkiye’de Ürojinekolojinin bir bilim dalı haline gelmesini sağlayan duayen hocamız Prof. Dr. Önay Yalçın’ın **Türkiye’de Ürojinekolojinin Tarihi** adlı tarihe not düşen yazısı ile açmak istedik.

Bezmi Âlem Üniversitesi Ürojinekolojiden **Doç. Dr. Ayşe Filiz Gökmen Karasu** yakın zamanda International Urogynecology Journal’da yayımlanan kendi yayını için özetleyecek. Marmara Ürojinekolojiden **Dr. Gamze Kırpınar** Pelvik Rekonstrüktif cerrahideki peroperatif ağrı yönetimi ile ilgili bir makaleyi bizler için özetledi. Trabzon Araklı Devlet Hastanesinden **Dr. Hidayet Şal** International Urogynecology Consultation raporlarından en son çıkan Pelvik organ Prolapsusu Cerrahisinin sonuçlarını tanımlamak adlı yazıyı harika bir biçimde topladı. Son olarak Bursa Şehir Hastanesinden **Dr. Serhat Ünal** Benign Histerektomi çeşitlerini değerlendiren bir metaanalizi önemli noktaları vurgulayarak özetledi.

Umarız bültenimizden hem akademik hem de tıbbi anlamda büyük zevk alırsınız. Bir sonraki sayımızda görüşmek üzere. Sağlıkla ve bilimle kalın.



DOÇ. DR. ADNAN ORHAN

Türk Ürojinekoloji ve Pelvik Rekonstrüktif Cerrahi Derneği

Ürojinekoloji E-Bülten Sorumlusu



TÜRK ÜROJİNEKOLOJİ VE PELVİK REKONSTRÜKTİF CERRAHİ DERNEĞİ
YÖNETİM KURULU



**Prof. Dr. Funda
Güngör Uğurlucan**
Başkan



**Prof. Dr. Özgür
Yeniel**
2.Başkan



Prof. Dr. Cenk Yaşa
Sekreter



**Prof. Dr. Şerife Esra
Çetikaya**
Sayman



Prof. Dr. Ergül Aslan
Üye



**Prof. Dr. Fuat
Demirci**
Üye



**Prof. Dr. Fulya
Dökmeci**
Üye



**Prof. Dr. İsmail Mete
İtil**
Üye



Doç. Dr. Murat Seval
Üye



Doç. Dr. Adnan Orhan
Üye



Prof. Dr. Önay Yalçın
Üye

BU SAYIDA NELER VAR?

DOÇ. DR. ADNAN ORHAN
BURSA ULUDAĞ ÜROJİNEKOLOJİ
ÜROJİNEKOLOJİ BÜLTEN EDITÖRÜ



1. Türkiye’de Ürojenekolojinin bir bilim dalı olarak kabul edilmesinde en büyük pay sahibi olan Duayen hocamız **Önay Hoca’dan** tarih dersi niteliğinde bir makale.
2. **Ayşe Filiz Gökmen Karasu’dan** IUJ’da kendi yayınlanan makalesi: Türk Üniversitelerindeki kız öğrencilerde Üriner inkontinans sıklığı.
3. **Gamze Kırpınar’dan** bir makale çevirisi: Preoperatif ağrının vajinal rekonstrüktif cerrahi ve perioperatif Pelvik taban kas eğitimi sonrası operasyon sonuçlarına etkisi.
4. **Hidayet Şal’dan** son çıkan İCS Rapor Özeti: Pelvik Organ Prolapsusu Cerrahisinin Sonuçlarının Tanımlanması.
5. **Serhat Ünal’dan** Sistematik Derlem ve Metaanaliz özeti: Benign Histerektomi tipi ve Cerrahi yaklaşımların karşılaştırılması.



DOÇ. DR. AYŞE FİLİZ GÖKMEN KARASU
BEZMİ ÂLEM KADIN DOĞUM



UZM. DR. GAMZE KIRPINAR
MARMARA KADIN DOĞUM



UZM. DR. HİDAYET ŞAL
TRABZON ARAKLI DEVLET HASTANESİ



UZM. DR. SERHAT ÜNAL
BURSA ŞEHİR HASTANESİ

TÜRKİYE'DE ÜROJİNEKOLOJİNİN TARİHÇESİ

Prof. Dr. Önay Yalçın

Gelişmiş ülkelerin sağlık sisteminde jinekolojinin bir yan dal uzmanlığı olan ürojinekoloji, konu itibarı ile pelvis tabanı disfonksiyonlarını kapsar. Bu yönü ile ürojinekolojinin geçmişi insanlık tarihi kadar eskidir. Ancak “Tarihçe” söz konusu olduğunda ise doğal olarak tıbbi kayıtlara ihtiyaç duyulur. Nitekim ilk tıbbi kayıtlar olan Eski Mısır Medeniyetine ait papirüslerde, doğum yırtıkları ve obstetrik fistüllere ait bilgiler olduğu bildirilmektedir.

“Türkiye’de Ürojinekoloji” konusuna gelince, iki farklı dönemden söz etmek gerekir: **Nonspesifik Dönem** dediğimiz ilk dönemde, Pelvik taban disfonksiyonlarına ait sağlık sorunlarının önce cerrahi, daha sonra jinekoloji adı altında değerlendirilip tedavi edilmeye çalışıldığı dönem hüküm sürmüştür. İkinci dönem olan **Spesifik Dönemde** ise Ürojinekoloji adı altında pelvik taban yetersizliklerinin tanı alıp tedavi edildiği dönem başlamıştır.

1.DÖNEM: Ürojinekoloji’de Nonspesifik Çalışma Dönemi

Tıp tarihçilerine göre bu dönem İslamiyet’in kabulünden önce ve İslamiyet’in kabulünden sonra olmak üzere ikiye ayrılır. İslamiyet’in kabulü ile başlayan süreçte ise Türkiye’de farklı iki dönemden söz etmek mümkündür:

- Klasik Dönem, Usta-Çırak Dönemi (1450-1730)
- Batı Tıbbını Tanıma ve Geçiş Dönemi (1730-1827)

Klasik dönemde sağlık hizmetlerini hekimler ve cerrahlar yürütmektedir. Doğumlar ev doğumları şeklinde ebeler tarafından gerçekleştirilmekte, komplikasyon halinde hekimler yardıma koşmaktadırlar. Cerrahlar, cerrahi konular yanında komplike doğumlar, jinekoloji ve ürojinekoloji sorunlarında da sağlık hizmeti sunmaktaydı. Hekimlik ve cerrahlık genel olarak usta çırak ilişkisi içinde yürütülmekteydi.

İslamiyet'in kabulü ile bilim dilinin Arapça olması dolayısıyla sağlık konusundaki eserlerin genelde Arapça veya Farsça olarak yazılmış olduğunu görüyoruz. Ürojinekolojik sağlık sorunlarının cerrahi kapsamında hizmet bulduğu klasik dönemde, Amasralı hekim Şerafettin Sabuncuoğlu (1385-1468) tarafından Türkçe hazırlanmış bir cerrahi kitap mevcuttur. Tıp Tarihçisi Prof. Dr. Nuran Yıldırım'a göre bu eserin ismi "**Cerrahiyye-i İlhaniyye**" olup Anadolu'da cerrahlara yaklaşık 200 yıl yol gösteren önemli bir kaynak kitaptı. Kitapta cerrahi konular yanında zor doğumların, jinekolojik ve ürojinekolojik konuların da yer aldığı görülmektedir. Kitapta bazı cerrahi aletler de gösterilmektedir. Kitabın en önemli özelliklerinden biri ise minyatürler eşliğinde konularının anlatılmasıdır. Örneğin **Resim-1'** de Prolapsus ile oluşan nekrotik dokunun ampütasyonu anlatılmakta, **Resim-2'**de ise mesane katateri ile idrar torbası resmedilmektedir.



Resim-1: Prolapsusta Nekroze Olan Dokunun Ampütasyonu



Resim-2: Mesane Katateri ve Torbası

Minyatürlerin kimin tarafından çizildiği ise bilinmemektedir. Kitap üç nüsha halinde hazırlanmış; biri İstanbul Tıp Fakültesi, Tıp Tarihi Anabilim Dalı kütüphanesinde, ikincisi İstanbul Millet Yazma Eserler Kütüphanesinde ve üçüncüsü ise Fransız Milli Kütüphanesinde (Bibliothèque Nationale de France) bulunmaktadır. Yazarın ayrıca iki eseri daha vardır. Biri bir kodekstir.

1730 Yılı itibarı ile başlayan Batı Tıbbını Tanıma ve Geçiş Dönemine ait jinekoloji ve ürojinekoloji konularındaki en önemli gelişme, Dr. **Besim Ömer Akalın**'a (1861-1940) aittir. Tabip yüzbaşı olarak mezuniyetinden sonra Ebelik Bilgisi Muallim Muavini olarak göreve başlamış ve 2 yıl sonra doğum ve yeni doğan uzmanlığı için Paris'e gönderilmişti. Dr. Besim Ömer Paşa 4 yıl sonra dönüşte, Paris'te gördüklerini uygulamak ister. Önce **"Seriri-yat-ı Viladiye Dersleri"** isimli doğum kitabını hazırlar ve bastırır ve daha sonra doğumhane açma girişiminde bulunur. Padişah Abdülhamit'in onayını alsa da gerçekleştiremediğini görerek kendi olanakları ile Kadirga'daki Hastanenin karantina binasının iki odasını ilk doğumhane (**Viladethane**) olarak faaliyete geçirir. Dr. Besim Ömer Paşa Paris'te bulunduğu sırada ilk defa jinekoloji kürsüsünün açılmasını izler ve 1892 yılında arkadaşı Dr. M. Nizameddin ile birlikte Auguste Joseph Lutaud'un jinekoloji kitabını Fransızcadan tercüme ederek yurdumuzda ilk Türkçe jinekoloji kitabını hazırlamış olur. **"Emraz-ı Nisa Seriri ve Cerrahi"** isimli bu kitapta ürojinekoloji konuları olan pelvik organ prolapsusları, peserler ve peserlerle tedavi, genital fistüller ve fistüllerin cerrahi tedavisi resimler eşliğinde anlatılmaktadır (**Resim-3, Resim-4**).

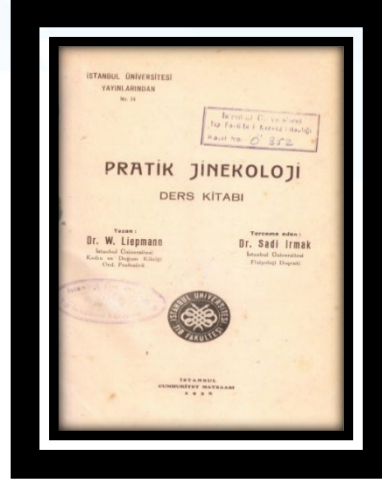


Resim-3: Emraz-ı Nisa Seriri ve Cerrahi - Pelvik Organ Prolapsusu, Peserler ve Peserle Tedavisi

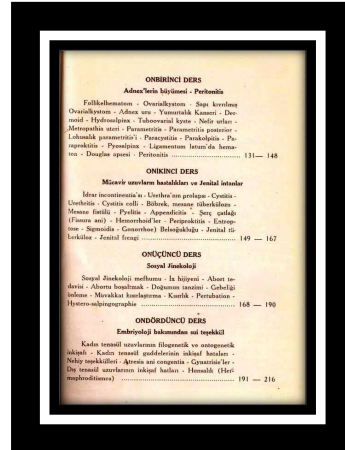
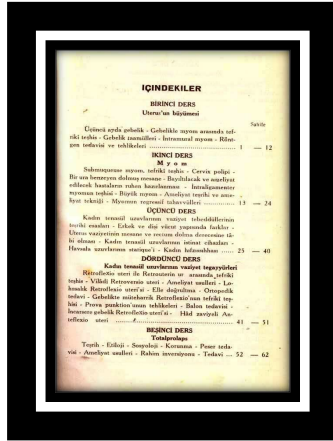


Yurdumuzda jinekolojik cerrahinin modern anlamda ilk kurucusu **Dr. Asaf Derviş Paşa**'dır (1868-1928). Asaf Derviş Paşa uzmanlığını Berlin'de yapmış, dönüşte Gülhane Askeri Hastanesinde modern anlamda bir jinekoloji servisi kurmuştur. Balkan Harbi ve 1.Dünya Savaşına katılmış ve Prof. unvanı alarak 3 ciltlik "Kadın Hastalıkları" kitabını hazırlamış, ancak ne yazık ki ancak bir cildini bastırabilmiştir.

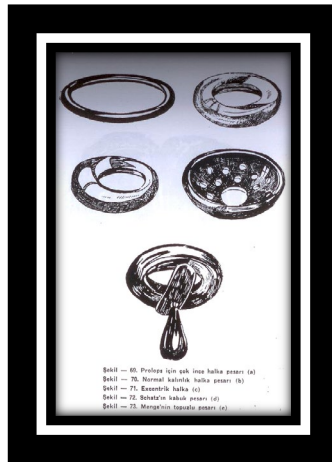
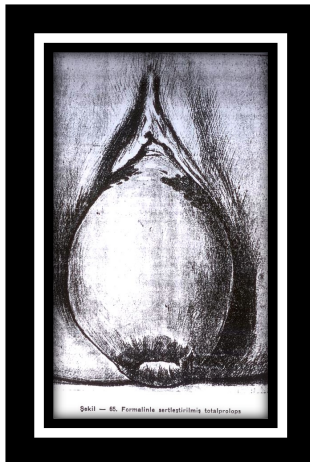
1933 Yılında Atamız Gazi Mustafa Kemal Atatürk'ün, gerçekleştirdiği "Üniversite Reformu" ile üniversitede birçok kadro boşalmış ve o sırada Nazi Almanya'sından kaçan Musevi kökenli bilim insanları yurdumuza davet edilmişti. Bu kapsamda Berlin Üniversitesinden **Prof. Dr. Wilhelm Gustav Liepmann** (1878-1939) İstanbul Tıp Fakültesi, 2. Kadın-Doğum Kürsüsüne başkan olarak atanmıştı. Prof. Dr. Liepmann, altı yıl gibi kısa zaman diliminde modern anlamda bir kadın-doğum kürsüsü kurmaya çalışmış, Almanya'dan aletler getirmiş ve "**Pratik Jinekoloji Ders Kitabı**" isimli kitabını öğrencileri ve asistanları için hazırlamıştı. Kitapta ürojinekoloji konularına da yer verildiğini görüyoruz. Bu kitabın Almanca'dan tercümesini ise fizyoloji hocamız Prof. Dr. Sadi Irmak yapmıştı. (**Resim-5,6 ve 7**).



Resim-5. Prof. Dr. Wilhelm Gustav Liepmann ve Kitabı Pratik Jinekoloji Ders Kitabı



Resim-6: Pratik Jinekoloji Ders Kitabı, İçindekiler Bölümü



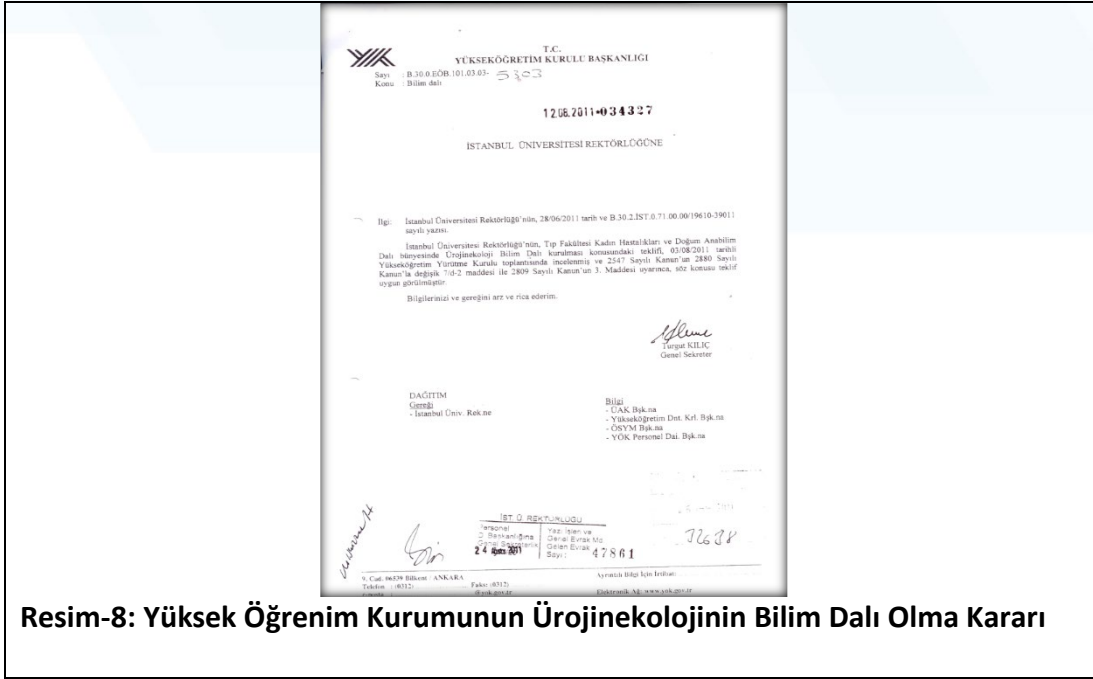
Resim-7: Pratik Jinekoloji Ders Kitabı, Pelvik Organ Prolapsus, Peserler ve Peser Takılması.

2.DÖNEM: Ürojinekoloji’de Spesifik Çalışma Dönemi

Türkiye’de “Ürojinekoloji” adı altında spesifik branşa özel sağlık hizmetlerinin sunulması 1994 yılında Eskişehir’de, Osmangazi Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı’nda, **Prof. Dr. Ömer Tarık Yalçın** tarafından bir başlatıldı.

Bundan bir yıl sonra Eskişehir’deki gelişmeden tamamen habersiz olarak İstanbul Üniversitesi, İstanbul Tıp Fakültesi Anabilim Dalı’nda bir “Ürojinekoloji Ünitesi”nin faaliyete geçtiğini görüyoruz. Ünitenin kuruluşu konusunda gayet göstermiş olmam dolayısıyla sorumluluğu bana (**Prof. Dr. Önay Yalçın**) verilmişti. Buradaki sağlık hizmetinin özelliği, konuya multidisipliner bir yaklaşım gösterilmesidir. Her ne kadar Üroloji Anabilim Dalı ile arzu edilen iş birliği başlangıçta sağlanamadı ise de, İstanbul Tıp Fakültesi Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, özellikle **Prof. Dr. Nurten Eskiurt**’un katkıları ile ortak bir çalışma düzeni kurulmuştur. Dolayısıyla baştan itibaren diğer seçenekler yanında pelvik taban rehabilitasyon programları ile tedavi imkanları sağlanmıştır. Daha sonra bize Prof. Dr. Ayşe Karan ve Doç. Dr. Nalan Çapan katılacaklardır. Ekibin önemli elemanı kontinans hemşiresi olarak o sırada İstanbul Üniversitesinin bir Yüksek Okulu olan Florans Nightengale Yüksek Okulu, Jinekoloji Hemşireliğinden Uzman Hemşire **Nezihe Kızılkaya Beji** de bize katıldı. Başlangıçta Üroloji konsültasyonlarımızı Uzman Dr. Serdar Erkan ile sürdürdük.

Tam işler rutine oturtulmuş iken Sosyal Güvenlik Kurumu (SGK) yeni bir kararla ürodinami testi işlemi ve kateterlerini ödememe kararı aldı. Ürodinamik testlerin sadece Üroloji laboratuvarlarında yapılabileceği bildirildi. Bu sorunun çözümü ile ilgili olarak o dönem başhekim olan Prof. Dr. Akif Karan, kurumsallaşma konusunda adım atmamızı ve bilim dalı olma yönünde çalışmamızı önerdi. Bunun için İstanbul Üniversitesinde, ürojinekolojinin neden bilim dalı olmasının gerekli olduğunun anlatıldığı gerekli aşamalardan geçildi. O dönem Rektör Prof. Dr. Yunus Söylet’in de yardımı ile Yüksek Öğrenim Kurumu (YÖK) İstanbul Üniversitesine bağlı bir bilim dalı olarak “Ürojinekolojiyi” tanıdı (**Resim-8**).



Ürojinekoloji Bilim Dalı döneminde önemli bir gelişme Avrupa Ürojinekoloji Board'u (EUGA) tarafından akredite edilmemizdir. Bu nedenle Almanya'dan Prof.Dr. Echart Petri, Finlandiya'dan Prof.Dr. Carl Gustav Nilsson ve Türkiye'den Prof.Dr. Ali Baloğlu'ndan oluşan bir hakem heyeti Bilim Dalımızı ziyaret ederek çalışmalarımızı değerlendirdi ve beş yıllığına akredite etti (**Resim-9**).



2020 Yılı itibariyle Çapa Ürojinekoloji olarak 25. yılımıza ulaşmış olmuştuk. Bu olayı Covid-19 pandemisi nedeni ile “Ürojinekoloji’de Yedi Kıta Yedi Konu” isimli, uluslararası katılımlı bir dizi çevrimiçi bilimsel aktivite ile kutladık (**Resim-10**).



Resim-10: Ürojinekoloji’de Yedi Kıta, Yedi Konulu Toplantının Afifi

Türkiye’de Ürojinekolojinin önemli bir olgusu şüphesiz önce “Ürojinekoloji Derneği” olarak kurulan ve daha sonra “Türk Ürojinekoloji ve Pelvik Rekonstrüktif Cerrahi Derneği” ismiyle günümüze kadar gelen dernek faaliyetidir. **Resim-11’de** kurucuları ve zaman içinde amblemlerindeki değişiklikler gösterilmiştir.

Derneğin amacı Türkiye genelinde ürojinekolojinin çağdaş düzeyde uygulanmasını sağlamaktır. Bu amaçla iki yılda bir dernek merkezi olan İstanbul’da uluslararası katılımlı Ulusal Kongreler (**Resim-12**) düzenlenirken, bölgesel mezuniyet sonrası kurslarla yurdumuzun muhtelif bölgelerinde hem teorik hem de uygulamalı bilimsel toplantılarla (**Resim-13**) konu yaygınlaştırılmaya çalışıldı. Genelde İstanbul yanında Ankara ve İzmir’de de düzenli periyodik toplantılar gerçekleştirildi.

ÜROJİNEKOLOJİ DERNEĞİ

Kuruluş: 1997



Kurucu Üyeler

- Ergin Bengisu
- Önay Yalçın
- Fuat Demirci
- Nezihe Kızılkaya Beji
- Şahizer Döver
- Hakan Topalismailoğlu
- Serdar Erkan

Resim-11: Ürojinekoloji Derneği, Kurucu Üyeleri ve Amblemler

İlk toplantı 1997 yılında bir sempozyum olarak yapıldı ve USA-UCLA (University of California, Los Angeles)den Kadın Ürolojisi öğretim üyesi Prof. Dr. Sholomo Raz'ın katılımı ile gerçekleşti. Operasyon salonundan uygulamalar ve teorik program çok başarılı oldu.

1. I. Ulusal Ürojinekoloji Kongresi **Bilimsel Toplantılar– Kongreler**

8-11 Haziran 1999, Harbiye Askeri Müze-İstanbul

2. II. Ulusal Ürojinekoloji Kongresi

17-19 Nisan 2002, Harbiye Askeri Müze-İstanbul

3. III. Ulusal Ürojinekoloji Kongresi

21-23 Eylül 2005, Harbiye Askeri Müze-İstanbul

4. 1. Pelvik Taban Sağlığı ve İşeme Bozuklukları Kongresi

30 Ekim-3 Kasım 2007, Antalya

5. IV. Ulusal Ürojinekoloji Kongresi

21-24 Ekim 2009, Harbiye Askeri Müze-İstanbul

6. V. Ulusal Ürojinekoloji Kongresi

19-22 Ekim 2011, Harbiye Askeri Müze-İstanbul

7. VI. Ulusal Ürojinekoloji Kongresi

23-26 Kasım 2013, Harbiye Askeri Müze-İstanbul

8. VII. Ulusal Ürojinekoloji Kongresi

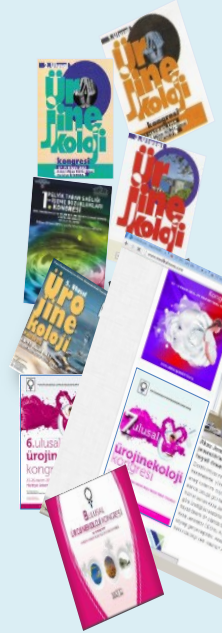
14-17 Ekim 2015, Harbiye Askeri Müze-İstanbul

9. VIII. Ulusal Ürojinekoloji Kongresi

26-29 Ekim 2017, Harbiye Askeri Müze-İstanbul

10. IX. Ulusal Ürojinekoloji Kongresi – IUGA Exchange Program,

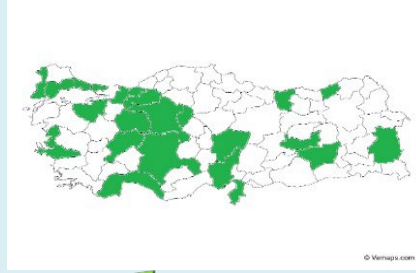
1-3 Kasım 2019 Maltepe- İstanbul -



Resim-12: Dernek Bilimsel Toplantıları: Uluslararası Katılımlı Ulusal Kongreleri

Bilimsel Toplantılar

- Sempozyumlar
- Bölgesel Toplantılar
- Mezuniyet sonrası kurslar

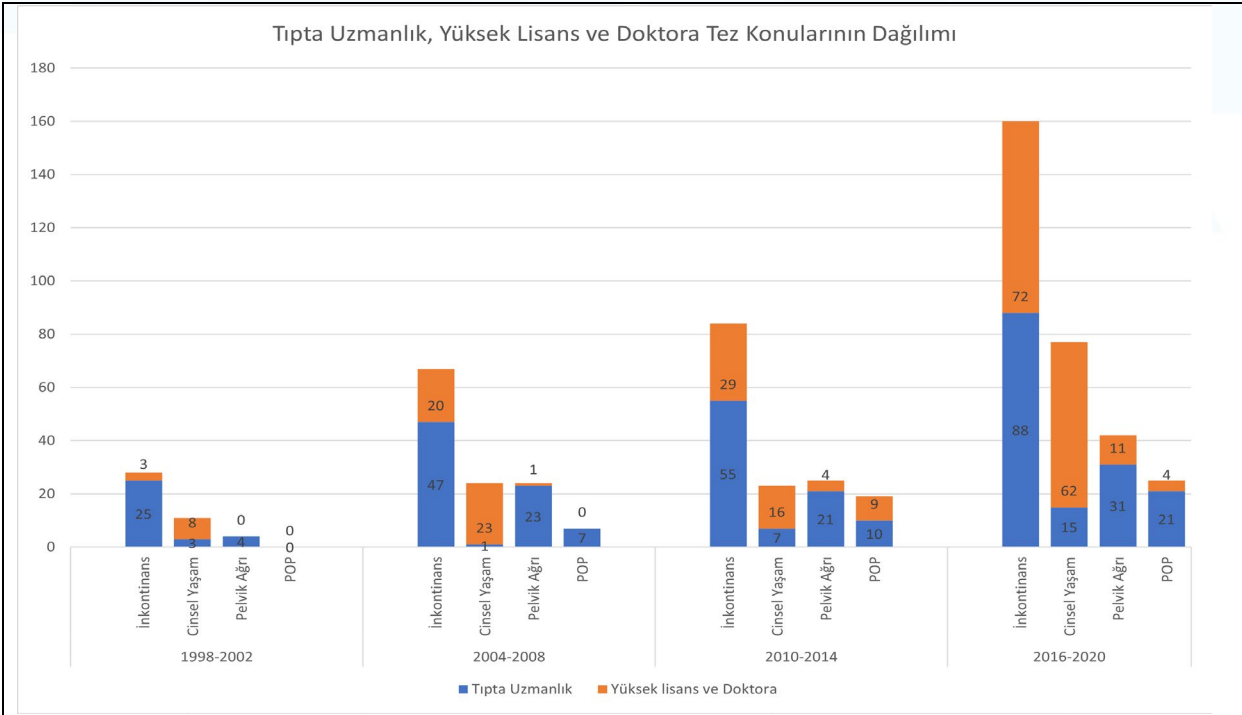


Resim-13: Dernek Lokal Sempozyum ve Bölgesel Toplantıları ve Türkiye'deki Dağılımı

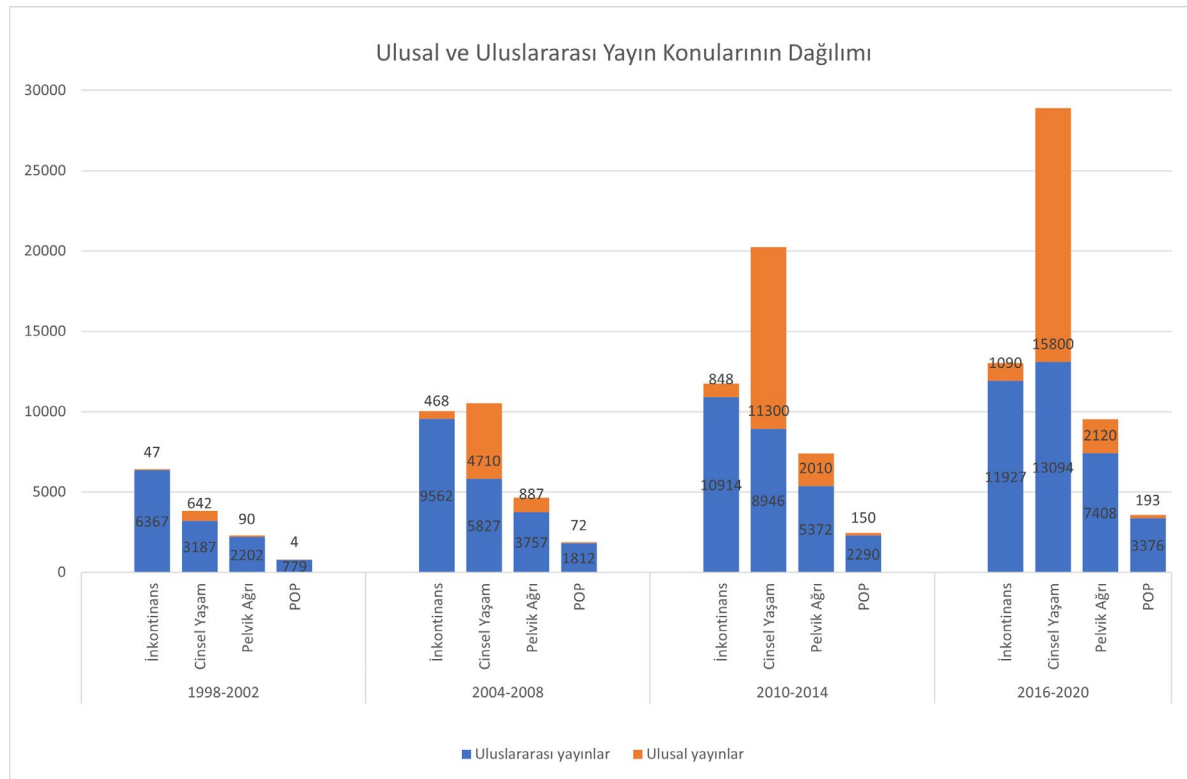
Ürojinekoloji konusunda derneğin kurulması, konuya ilgi duyanların yapılan toplantılarda deneyimlerinin paylaşılmasına imkan verilmesi, bazı tıp fakülteleri ve eğitim hastanelerinde spesifik poliklinik hizmetlerinin başlamasına yol açtı. Ürojinekoloji, özel bir ilgi alanı olarak ortaya çıktı ve uzmanlık eğitimi içindeki yerini aldı.

Bilimsel arenada da ürojinekoloji konusu yerini almaya başladı. Kadın Doğum uzmanlık, yüksek lisans ve doktora tez konusu olarak ürojinekoloji konularının seçilmesine neden oldu. Bu yöndeki dağılımda, 1998-2020 arasında, beş yıllık dört farklı zaman diliminde, konuların sayılarla belirtildiği grafikte, zaman içinde ciddi oranda bir artış söz konusudur (**Şekil-1**).

Geldiğimiz noktada İstanbul Tıp Fakültesinden sonra Bursa Uludağ Üniversitesi, Tıp Fakültesinde de Ürojinekoloji Bilim Dalının kurulduğunu görüyoruz. Artık yurdumuzda kadın sağlığı konulu toplantıların en az bir oturumu ürojinekolojiye ayrılmaktadır. Bilimsel arenada spesifik çalışmanın bir katkısı da ulusal ve uluslararası dergilerdeki yayın sayısında görülen belirgin artıştır. **Şekil-2** de görüleceği gibi, 20 yılı kapsayan ve beş yıllık dört periyotta, farklı konularda yayınlanmış makale sayısında belirgin bir artış vardır.



Şekil-1: Ürojinekoloji Konulu Tıpta Uzmanlık ve Yüksek Lisans ve Doktora Tezlerin 1998 -2020 Yılları Arasındaki Dağılımı



Şekil-2: Ürojinekoloji konularında 1998-2020 yılları arasında Ulusal ve Uluslararası Dergilerde Yayınlanmış Makale Sayısı ve Konulara Dağılımı.

Bir başka bilimsel çalışma Türkçe yazılmış veya Türkçeye tercüme edilmiş Ürojinekoloji Kitaplarımızdır (**Resim-14**). Bunlardan sadece ikisi Türkçeye tercümedir. Geriye kalanlar genellikle çok yazarlı kaynak kitaplardan oluşmaktadır.



Resim-14: Ürojinekoloji Konulu Kitaplarımız.

Bu yöndeki çalışmalarda hastalarımız da unutulmamıştır. Hemşire grubunun gayretleri ile hastalara yönelik bilgilendirme kitapçıkları da hazırlanmıştır (**Resim-15**).



Resim-15: Ürojinekoloji Konularında Hazırlanmış Hasta Bilgilendirme Kitapçıkları.

Türk Ürojinekoloji ve Pelvik Rekonstrüktif Cerrahi Derneği 2022 yılında 25.yaşına ulaştı. Bu özel yıl 10. Ulusal Kongre ile birlikte bir uluslararası katılımlı bilimsel toplantı şeklinde kutlandı. Dönemin dernek başkanı Prof. Dr. Fulya Dökmeci ve ekibi zor şartlara rağmen başarılı bir toplantı gerçekleştirdiler **(Resim-16)**.

Uluslararası ilişkilerimizde bizi ilk farkedener İtalyanlar oldu. 2005 Yılında Sicilya'nın Lecce kentinde "Akdeniz Ülkelerinde Ürojinekoloji " toplantısına davet edildim ve ülkemizdeki uygulamaları aktarmaya çalıştım. Resim 18'de görüldüğü gibi 2009 yılında Uluslararası Ürojinekoloji Derneği (International Urogynecological Association – IUGA)ne afiliye olduk. Bu halen sürmektedir. Bu kapsamda, 2019 yılı Kasım ayında 9. Ulusal kongremizi Maltepe Üniversitesi yerleşkesinde IUGA ile bir Exchange Meeting şeklinde gerçekleştirdik. Bu toplantı Prof. Dr. İsmail Mete İtil başkanlığı döneminde sekreter Prof. Dr. Özgür Yenieli'nin gayretleri ve ev sahibi Prof. Dr. Berna Haliloğlu Peker'in yoğun çabaları ile gerçekleşti **(Resim-16)**.



Resim-16: Derneğim Dokuzuncu ve Onuncu Ulusal Kongreleri

Derneğin katkıları ve İstanbul Tıp Fakültesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, Ürojinekoloji Bilim Dalının ev sahipliğinde 2015 yılında, konuda uzman Abdul Sultan ve Ranece Thakar'ın katılımı ile bir kurs düzenlendi; "Obstetrik Anal Sfinkter Hasarına Multidisipliner Yaklaşım ve Anorektal Ultrasonografi Kursu". Geniş katılımlı ve uygulamaya dayanan bir çalışma oldu. Bu toplantının benzeri de daha sonra düzenli olarak tekrarlandı (**Resim-17**).



Resim-17: Obstetrik Anal Sfinkter Hasarına Multidisipliner Yaklaşım ve Anorektal Ultrasonografi Kursu Duyurusu ve Uygulamadan bir görüntü.

2011 Yılında Uluslararası Kontinens Derneği (ICS-International Continence Society) ile İstanbul Askeri Müze'de "Gebelik, Doğum ve Pelvik Taban" isimli, iki günlük bir toplantı gerçekleştirildi. 2015 Yılında ise Prof.Dr. Linda Cardozo'nun desteği ile Avrupa Ürojinekoloji Derneği (EUGA) ile süreli bir affilyasyon sağlandı (**Resim-18**).

Dernek olarak 26 yılımızı geride bırakıyoruz. Bu süre içinde 2 kez yan dal uzmanlığı konusunda sağlık Bakanlığına müracaat edilmiş, ancak bu konu muhtelif nedenlerle reddedilmiştir. Türkiye'de ürojinekoloji ile ilgili sağlık sorunlarının sıklığı, bölgesel dağılımı ve risk faktörlerini belirlemek amacı ile başlattığımız "Epidemiyolojik Çalışma" da dayanaksız gerekçelerle Sağlık Bakanlığının ilgili bölümü tarafından uygun görülmemiştir.

Uluslararası İlişkiler

- Akdeniz Ülkeleri Ürojinekoloji Toplantısı
5-7 Ekim 2005 - Lecce
- IUGA'ya affilyasyon - 2009
- ICS ile ortak toplantı
23-25 Eylül 2011 - İstanbul
- EUGA'ya affilyasyon – 2015
- IUGA ile ortak sempozyum -2019- Maltepe - İstanbul



Resim-18: Türk Ürojinekoloji ve Pelvik Rekonstrüktif Cerrahi Derneğinin Uluslararası İlişkileri

2023 Yılı 10 Kasımında Ulu önder Mustafa Kemal Atatürk'ü anarken yine bir "Ürojinekoloji İstanbul" toplantısı ile yeni yönetim kurulunu belirlerken, oluşturulacak ilave kurullar ve komitelerle Türkiye'de Ürojinekolojinin çağdaş düzeyde uygulanmasını sağlamak üzere çalışmalarımıza devam edeceğiz.

Kaynak: Geçmişten Günümüze Ürojinekoloji. Prof. Dr. Önay Yalçın. İstanbul Tıp Kitabevleri. İstanbul. 2021.





TÜRK ÜROJİNEKOLOJİ VE PELVİK REKONSTRÜKTİF CERRAHİ DERNEĞİ GERİ BİLDİRİM VE BEKLENTİLER ANKETİ

Dernek çalışmalarını ve bilimsel aktivitelerini ilgili önerilerinizi bize ulaştırın.

Bu anket derneğimizin önümüzdeki dönemde yapmayı planladığı faaliyetlerin planlanması amacıyla sizden gelen görüş, öneriler ve beklentileri toplamak ve üroginekoloji alanında daha verimli ve bilimsel etkinliklerin mümkün kılınması amacıyla hazırlanmıştır. Anketi yanıtlamanız yaklaşık üç dakikanızı alacaktır. Ankete vereceğiniz samimi ve doğru yanıtlar, bulgularının doğru analiz edilmesine imkân sunacaktır.

Katkılarınız için şimdiden teşekkür ederiz.



Karekod Okutabilirsiniz!

ANKETE KATILIN!



**PREVALENCE OF URINARY INCONTINENCE AND ANAL INCONTINENCE: AN
INTERNET-BASED CROSS-SECTIONAL STUDY OF FEMALE TURKISH
UNIVERSITY STUDENTS**

**ÜRİNER İNKONTİNANS VE FEKAL İNKONTİNANS YAYGINLIĞI:
TÜRK ÜNİVERSİTE ÖĞRENCİSİ KADINLAR ÜZERİNDE
İNTERNET TABANLI KESİTSEL BİR ÇALIŞMA**

Ayşe Filiz Gokmen Karasu, Çağlar Çetin, Özge Pasin, Melike Karacabay, Fatma
Başak Tanoglu, Gülşah İlhan

BİR BAKIŞTA BU MAKALENİN ÖNEMİ:

Bu makalenin en büyük önemi International Urogynecology Journal gibi Ürojinekolojinin en önemli ve en etkili dergisinde yayımlanmış bir Türk makalesi olmasıdır. Bu bağlamda Türkiye'deki bir örneklemden yola çıkılarak üniversitede okumakta olan lisans ve yüksek lisans öğrencilerinde Üriner İnkontinans, Fekal İnkontinans ve bunlarla ilişkili rahatsızlıkların yaygınlığını gösterilmiştir. Bu çalışmanın klinik sonuçları, üniversiteli kız öğrencilerde hem idrar yolu hem de kolorektal semptomların yüksek yaygınlık gösterdiği yönündedir.

MEVCUT LİTERATÜRDEKİ BİLGİ NE DİYOR?

Bugüne kadar tıbbi literatürün çoğu; peri ve postmenopozal kadınlar üzerine yoğunlaşmıştır. Genç popülasyonda yeterince epidemiyolojik çalışma yapılmamıştır.

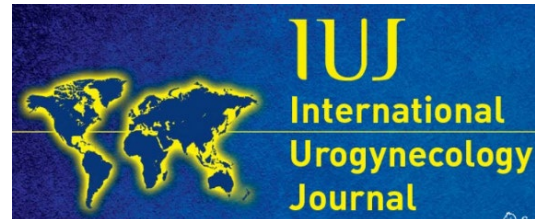
BU MAKALENİN TIBBİ LİTERATÜRE KATKISI NEDİR?

Bu çalışma sayesinde daha önce çok araştırılmamış bir popülasyonda Üniversiteli genç kızlarda Üriner İnkontinans prevalansının %19.5 olduğu gösterilmiştir. Katılımcıların %29'u "gaz kaçırma" yaşadığını, %0.5'i Fekal İnkontinans ve %1.6'sı hem dışkı hem de gaz kaçırma epizodları yaşadığını bildirmiştir.



Doç. Dr. Ayşe Filiz Gökmen Karasu
Bezmialem Vakıf Üniversitesi.
Kadın Hastalıkları ve Doğum
Anabilim Dalı

International Urogynecology Journal
2023 Sep;34(9):2309-2315.



ÜRİNER İNKONTİNANS VE FEKAL İNKONTİNANS YAYGINLIĞI: TÜRK ÜNİVERSİTE ÖĞRENCİSİ KADINLAR ÜZERİNDE İNTERNET TABANLI KESİTSEL BİR ÇALIŞMA

Giriş ve Amaç

Bu kesitsel, epidemiyolojik çalışmanın amacı, idrar yolu ve bağırsak semptomlarının yaygınlığını ve bunlarla ilişkili rahatsızlık/dert düzeyini karakterize etmektir. Araştırmacılar; Türk üniversite öğrencisi olan kadınlar arasında her iki durumla ilişkilendirilen faktörleri keşfetmeyi amaçladılar. Ayrıca çalışmanın ikincil amacı olarak kadınların aile üyeleriyle "idrar kaçırma ve gaita kaçırma konusundaki iletişimi" hakkında bir içgörü elde etmek istenmiştir.

Materyal Metod

Çalışma, doğum sayısı, doğum şekli, kilo, boy, kahve içme alışkanlığı, su tüketimi, sigara içme, ve çocukluk döneminde idrar kaçırma gibi tanımlanamayan demografik verileri toplamak için sekiz soru içeren 30 soruluk bir anketi içeriyordu. Üriner inkontinansı değerlendirmek için Urogenital Distress Inventory anketinin kısa formu (UDI-6)'nın Türkçe versiyonu kullanıldı [11]. Bağırsak semptomları için ise Colorectal-Anal Distress Inventory (CRADI-8) kullanıldı.

Toplamda 2,125 e-posta davetiyesi gönderildi, bunlardan 1,226 alıcı bu analizde kullanılan verilerle yanıt verdi. Katılımcıların yaş ortalaması 26.53 ± 10.082 yıl ve Vücut Kitle İndeksi (BMI) 23.45 ± 6.609 idi. Katılımcılardan 214'ü (%17.5) tıp fakültesine devam etmişti.

Daha kolay bir analiz için "tıp fakültesi, diş hekimliği fakültesi, eczacılık fakültesi ve sağlık bilimleri fakültesi"ni "sağlık fakülteleri" olarak tanımlandı, diğer fakülteleri ise "sağlık dışı fakülteler" olarak belirlendi.

Sonuçlar

Katılımcıların büyük bir kısmı nullipar (79%) idi. Anketi yanıtlayan katılımcılardan 357'si (%29.1) "gaz kaçırma" yaşadığını belirtti, 6'sı (%0.5) dışkı kaçırma, ve 20'si (%1.6) hem dışkı hem de gaz kaçırma epizodları yaşadığını bildirdi. CRADI-8 semptom tarama anketi ile, en yüksek rahatsızlık seviyesi "dışkılama sonrasında bağırsakları boşaltamama" alt ölçeği için 312 katılımcıda (%25.5) kaydedildi.

Beş yüz kırk dört katılımcı (%44), "idrar kaçırma" sorunu yaşayan aile üyeleri olduğunu bildirdi ve 576'sı (%47) "idrar kaçırma" konusunda bir konuşma yaptıklarını belirtti. Yetmiş beş anket katılımcısı (%6.1), ailelerinden birinin "dışkı kaçırma" sorunu olduğunu ifade etti ve 246'sı (%20.1) "dışkı kaçırma" konusunda bir konuşma yaptıklarını belirtti.

Table 2 Demographics related to incontinence status

Demographic	Data
Have you had an episode of urinary incontinence in the last year? <i>n</i> (%)	
Never	985 (80.5)
Once a month	125 (10.2)
More than once a month, less than once a week	30 (2.4)
Once a week	50 (4.1)
More than once a week but not every day	24 (2.0)
Every day	10 (0.8)
Do you suffer incontinence during sport activities? <i>n</i> (%)	
Yes	120 (9.8)
No	1102 (89.9)
At night, do you have to get up more than once to urinate? <i>n</i> (%)	
Yes	269 (21.9)
No	956 (78)
Do you lose gas or stool involuntarily? <i>n</i> (%)	
I don't	838 (68.4)
Only gas	357 (29.1)
Only stool	6 (0.5)
Both	20 (1.6)

Korelasyon analizine göre yaş ($r = 0.149$), BMI ($r = 0.162$) ve kahve tüketimi ($r = 0.167$) arttıkça, toplam UDI-6 puanı da önemli ölçüde arttı ($p < 0.001$). CRADI-8 puanları ile yaş ve kahve tüketimi arasında anlamlı bir korelasyon bulunmadı (sırasıyla $p = 0.407$, $p = 0.874$). Sadece artan BMI ile artan CRADI-8 puanları arasında zayıf bir korelasyon vardı ($p = 0.026$; $r = 0.064$).

Diğer parametreler univaryant analiz kullanılarak değerlendirildi (Tablo 3). "Sağlıkla ilgili" fakültelerdeki öğrencilerin ortalama UDI-6 puanının, sağlıkla ilgili olmayan fakültelerdeki öğrencilere göre anlamlı derecede düşük olduğu bulundu ($p = 0.014$). Ortalama CRADI-8 puanı açısından fakülte grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktu ($p = 0.768$). Farklı parite grupları, UDI-6 puanları için çiftli karşılaştırmalarla detaylı olarak incelendiğinde, toplam puanlar açısından nullipar ile ≥ 2 sezaryen arasında ($p < 0.001$), nullipar ile vajinal doğum + sezaryen arasında ($p = 0.001$), bir vajinal doğum ile ≥ 2 sezaryen arasında ($p < 0.001$), bir vajinal doğum ile vajinal doğum + sezaryen arasında ($p = 0.003$) ve bir sezaryen ile ≥ 2 sezaryen arasında ($p = 0.002$) anlamlı bir fark gözlemlendi.

Çoklu regresyon modeline göre toplam UDI-6 puanları, spor aktiviteleri sırasında idrar kaçırmaya, genel sağlık algısı, geçen yıl içindeki idrar kaçırmaya epizodları, noktüri ve istem dışı gaz/dışkı kaybı ile ilişkilendi. Toplam CRADI-8 puanları, yaş, su tüketimi, genel sağlık algısının tek ölçütü, noktüri, istem dışı gaz/dışkı kaybı ve idrar kaçırmaya sorunu olan aile üyeleri ile ilişkilendi.

Table 3 Univariate analysis of total Urogenital Distress Inventory questionnaire short form (UDI-6) and Colorectal-Anal Distress Inventory (CRADI-8) scores

		Total UDI-6 score				Total CRADI-8 score			
		Median	Q1	Q3	p	Median	Q1	Q3	p
University faculty*	Health faculties	8.33	4.17	16.67	0.014	12.50	6.25	28.13	0.768
	Other	12.50	4.17	20.83		15.63	6.25	28.13	
Gravidity**	Nulliparous	8.33	4.17	16.67	<0.001	12.50	6.25	28.13	0.022
	1 Vaginal delivery	8.33	6.25	14.58		12.50	4.69	25	
	1 C-section	12.50	4.17	20.83		9.38	0	15.62	
	≥2 vaginal deliveries	12.50	7.29	25		14.06	6.25	22.65	
	≥2 C-sections	22.92	12.5	37.5		21.88	6.25	35.16	
Water consumption**	Vaginal+C-section	16.67	11.45	29.17		21.88	9.37	31.25	
	<1,500 ml	8.33	4.17	20.83	0.002	18.75	6.25	31.25	0.004
	1,500-3,000 ml	8.33	4.17	20.83		12.50	3.12	25	
Incontinence during sport activities*	> 3,000 ml	16.67	12.5	25		15.63	3.12	31.25	
	Yes	8.33	4.17	16.67	<0.001	12.50	5.47	28.12	0.002
Smoking**	No	29.17	20.83	40.62		21.88	9.37	34.37	
	Non smoker	8.33	4.17	20.83	<0.001	12.50	3.12	28.12	0.114
	<½ pack/day	12.50	8.33	25		18.75	6.25	34.37	
	<1 pack/day	12.50	8.33	20.83		15.63	6.25	28.12	
Single item health-related measure**	>1 pack/day	25.00	12.5	37.5		6.25	0	50	
	Very bad	45.83	10.42	68.75	<0.001	37.50	35.16	84.37	<0.001
	Bad	16.67	4.17	29.17		17.19	4.69	47.66	
	Fair	16.67	8.33	29.17		21.88	6.25	35.94	
	Good	8.33	4.17	16.67		12.50	6.25	28.12	
Enuresis history*	Very good	8.33	0	16.67		9.38	0	25	
	Yes	8.33	4.17	16.67	<0.001	12.50	3.12	28.12	0.002
Urinary incontinence episodes in the last year**	No	12.50	8.33	25		18.75	6.25	31.25	
	Never	8.33	4.17	16.67	<0.001	12.50	3.12	28.12	0.002
	Once a month	20.83	12.5	33.33		15.63	6.25	34.37	
	More than once a month	37.50	29.17	41.67		18.75	4.69	40.62	
	Once a week	29.17	19.79	37.50		21.88	8.59	32.03	
	More than once a week	33.33	16.67	41.67		25.00	16.40	31.25	
Getting up more than once to urinate at night*	Every day	45.83	41.67	75		28.13	5.47	47.66	
	Yes	8.33	4.17	16.67	<0.001	12.50	3.12	28.12	<0.001
Involuntary loss of gas/stool**	No	20.83	12.5	31.25		18.75	6.25	34.37	
	Only gas	8.33	4.17	16.67	<0.001	9.38	3.12	21.87	<0.001
	Only stool	12.50	8.33	25		25.00	12.5	37.50	
	Both	29.17	27.08	34.37		37.50	17.19	39.06	
Family member with urinary incontinence**	Both	27.08	13.54	41.67		42.19	9.37	67.97	
	Yes	12.50	4.17	20.83	<0.001	15.63	6.25	31.25	<0.001
	No	8.33	4.17	16.67		12.50	3.12	28.12	
Family member with anal incontinence**	I don't know	12.50	4.17	20.83		12.50	3.12	25	
	Yes	12.50	4.17	29.17	<0.001	21.88	6.25	43.75	<0.001
	No	8.33	4.17	16.67		12.50	3.12	25	
Conversation regarding "urinary incontinence"***	I don't know	12.50	8.33	20.83		18.75	6.25	31.25	
	Yes	12.50	8.33	25	<0.001	15.63	6.25	31.25	<0.001
	No	8.33	4.17	16.67		12.50	3.12	26.56	
Conversation regarding "anal incontinence"***	I don't remember	12.50	4.17	20.83		15.63	6.25	28.12	
	Yes	12.50	8.33	25	<0.001	18.75	9.37	31.25	<0.001
	No	8.33	4.17	20.83		12.50	3.12	28.12	
	I don't remember	12.50	4.17	20.83		15.63	6.25	31.25	

*Mann-Whitney U

**Kruskal-Wallis test

Tartışma

Birçok çalışmada, idrar kaçırma (UI) sorunu yaşayan kadınların semptomları için yardım arama konusunda çok düşük sayıda başvuruda bulunduğu belirlenmiştir. UI ve kadınların bu soruna yönelik tutumları, yardım arama davranışını etkiler. Aile üyelerinden sağlık sorunlarıyla ilgili iletişim ve destek, sağlık hizmeti arama davranışının temel adımlarından biridir. Bu nedenle UI bilgisine ve aile üyelerinin inkontinans durumlarına dair son soruları dahil edildi ve katılımcıların bu konularda aktif olarak konuşup konuşmadıkları soruldu. Üriner inkontinans muhtemelen daha yüksek yaygınlığından dolayı, fekal inkontinans daha sık konuşulan bir konudur. Artan AI riski ile ilişkili olabilen obstetrik olmayan faktörler arasında olumsuz genel sağlık durumu [23] ve kabızlık gibi dışkılama bozuklukları bulunmaktadır. Dışkılama semptomları ve kabızlık (CRADI-8 alt alanı 1). Katılımcıların cevapları, "dışkılama için zorlanma"nın katılımcıların %17.9'u için pek rahatsız edici olmadığını, %20.4'ü için orta derecede rahatsız edici olduğunu ve %24.2'si için büyük ölçüde rahatsız edici olduğunu göstermiştir. Kabızlık, yetişkinler arasında yaygın bir sorundur ve yaygınlığı tanı kriterlerine göre değişmektedir.

Bu çalışma, Türkiye'den genç kadın üniversite öğrencileri arasında hem idrar yolu hem de bağırsak semptom rahatsızlığını inceleyen ilk çalışmalardandır. Ayrıca, idrar kaçırma ve dışkı kaçırma rahatsızlığı semptomları, standartlaştırılmış ve doğrulanmış anketler kullanılarak değerlendirilmiştir.



THE IMPACT OF PREOPERATIVE PAIN ON OUTCOMES AFTER VAGINAL RECONSTRUCTIVE SURGERY AND PERIOPERATIVE PELVIC FLOOR MUSCLE TRAINING

PREOPERATİF AĞRININ VAJİNAL REKONSTRÜKTİF CERRAHİ VE PERİ-OPERATİF PELVİK TABAN KAS EĞİTİMİ SONRASI SONUÇLARA ETKİSİ

Rui Wang, Paul K Tulikangas, Elisabeth C Sappenfield

From the Division of Female Pelvic Medicine and Reconstructive Surgery,

Department of Obstetrics and Gynecology, Hartford Hospital, Connecticut, USA

BİR BAKIŞTA BU MAKALENİN ÖNEMİ:

Pelvik taban cerrahisi öncesi Pelvik ağrısı olan hastanın yapacağı pelvik taban kasa egzersizlerinin ameliyat sonrası dönemde çok büyük katkısı olmaktadır.

MEVCUT LİTERATÜRDEKİ BİLGİ NE DİYOR?

Şu ana kadar ki bilgilerimiz Pelvik taban kas egzersizlerinin ameliyat sonrası nekahet dönemini ve Pelvik taban ağrısını ne kadar azalttığı konusunda yetersizdir.

BU MAKALENİN TIBBİ LİTERATÜRE KATKISI NEDİR?

Ameliyat öncesi ağrısı olan kadınların başlangıçta ve ameliyat sonrasında ağrı skorları ve prolapsus semptomları beklendiği üzere daha kötü olmaktadır; ancak ameliyatta 2 yıl sonra ağrı ve sarkma semptomlarında da daha fazla iyileşme görülmektedir. Bu çalışma göstermiştir ki Pelvik taban kas egzersizleri ile özellikle preoperatif dönemde ağrısı olan hastalar postoperatif dönemi daha rahat geçirmektedir.



Op.Dr.Gamze KIRPINAR
Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi
Kadın Hastalıkları ve Doğum Ana Bilim Dalı

Urogynecology.
2023 Dec 1;29(12):930-937.

UROGYNECOLOGY
OFFICIAL JOURNAL OF THE AMERICAN UROGYNECOLOGIC SOCIETY

PREOPERATİF AĞRININ VAJİNAL REKONSTRÜKTİF CERRAHİ VE PERİOPERATİF PELVİK TABAN KAS EĞİTİMİ SONRASI SONUÇLARA ETKİSİ

Pelvik ağrı ABD'de yaklaşık 9 milyon kadını etkilemektedir. Kronik pelvik ağrıya neden olan veya bununla ilişkili olan durumlar arasında ağrılı mesane sendromu, İnterstisyel Sistit, Pelvik taban Miyaljileri, İrritabl Bağırsak Sendromu, Fibromiyalji ve kronik opioid kullanımı yer alır. Bu durumların rahatsız edici pelvik taban ve idrar semptomlarıyla ilişkili olduğu bilinmektedir. Eşzamanlı pelvik ağrısı ve pelvik taban bozuklukları olan kadınlar için tedavi seçenekleri; ağrı durumlarını şiddetlendirmeden pelvik taban bozukluklarını optimize etme isteği göz önüne alındığında zorlayıcıdır. Bu, ameliyat öncesi pelvik ağrı tanısının, pelvik organ prolapsusu için ameliyattan ziyade bekleme tedavisi olasılığını arttırdığını bulgusuna katkı sağlamaktadır.

Yakın zamanda yayınlanan bir çalışmada, “Outcomes Following Vaginal Prolapse and Midurethral Sling - Vajinal Prolapsus ve Midürettral Sling Sonrası Sonuçlar” (OPUS) çalışmasının verilerini kullanarak ameliyat öncesi pelvik ağrının vajinal prolapsus cerrahisi sırasında midürettral askı yerleştirme veya sahte insizyonları takiben ortaya çıkan sonuçlara etkisini değerlendirdi. OPUS çalışmasının bu ikincil analizi ameliyat öncesi pelvik ağrısı olan kadınların ağrı ve pelvik taban semptomlarında önemli iyileşmeler sağladığını ve bu sonuçların kadınların midürettral askı prosedürü veya sahte insizyon geçirip geçirmemesinden etkilenmediği görüldü. Bu sonuçlar güven verici olsa da OPUS çalışması vajinal prolapsus ameliyatı türlerini özellikli olarak araştırmamıştır. Ayrıca doktorlar ameliyat öncesi pelvik ağrı nedeniyle hastaları sıklıkla perioperatif fizik tedaviye yönlendirmektedir.

Preoperatif pelvik ağrısı ve pelvik taban bozuklukları olan kadınlara yeterli danışmanlık sağlamak için, farklı türlerde pelvik rekonstrüktif cerrahi ve perioperatif pelvik taban fizik tedavisi uygulanan kadınlarda preoperatif pelvik ağrının etkisi hakkında daha fazla veriye ihtiyaç vardır. Bu çalışmanın temel amacı, preoperatif ağrısı olan ve olmayan kadınlar arasında vajinal rekonstrüktif cerrahi ve perioperatif pelvik kas eğitimi sonrası sonuçları karşılaştırmaktır.

METOT:

Bu çalışma, Operations and Pelvic Muscle Training in the Management of Apical Support Loss (OPTIMAL) - Apikal Destek Kaybının Yönetiminde Operasyonlar ve Pelvik Kas Eğitimi randomize klinik çalışmasının ikincil bir analizidir. OPTIMAL çalışması Pelvik Taban Bozuklukları Ağrı aracılığıyla gerçekleştirilmiştir. Bu çalışmada bildirilen veriler Eunice Kennedy Shriver Ulusal Çocuk Sağlığı ve Gelişimi Enstitüsü verileri ve örnek merkezi tarafından sağlanmıştır.

OPTIMAL çalışmasının tasarımı ve birincil sonuçları daha önce yayınlanmıştı. Birincil çalışma tasarımı, cerrahi müdahale (Sakrospinöz Ligament Fiksasyonu (SSLF) vs uterusakral ligament suspansiyonu(USLS) ve perioperatif davranışsal müdahaleyi (pelvik taban kas egzersizi vs genel bakım) içeren 2x2 randomize faktöriyel tasarımdaydı. Bu çalışmaya 2008 ile 2013 yılları arasında evre 2-4 pelvik organ prolapsusu ve stres üriner inkontinansı nedeniyle operasyon geçiren 374 kadın dâhil edilmiştir. Stres inkontinans cerrahisinde hem kontrol hem de deney gruplarında Tension-free vaginal tape (TVT) uygulanmıştır.

Katılımcılar en başta, 2. haftada, 4-6. haftada, 3. ayda, 6. ayda, 12. ayda ve 24. ayda Pelvik Taban Sıkıntı Envanterini(Pelvik Floor Distress Inventory- PFDI) Pelvik Taban Etki Anketini (Pelvik Floor Impact Questionnaire-PFIQ) ve Hastanın Küresel İyileşme İzlenimini (Patient Global Impression of Improvement-PGI-I) tamamlamışlardır.

OPTIMAL çalışmasında birincil sonuç, anatomik başarı ile tanımlanan cerrahi başarıydı (Vajinal kanala üçte birinden daha fazla apikal iniş ya da himen altında anterior ya da posteriordan iniş olmaması, rahatsız edici vajinal şişkinlik belirtileri olmaması, 2 yılda sarkma nedeniyle ne ameliyatla ne de pesslerle yeniden tedavi yapılmaması). Bu çalışmanın birincil sonucu, ameliyat öncesi ağrısı olan ve olmayan kadınlarda 24 ay boyunca ağrı ölçeğiyle tanımlanan ağrı değişikliğiydi. Preoperatif ağrı, istirahatte ağrı ölçeğinde "5" veya daha fazla yanıt verilmesi veya PFDI sorusuna "orta derecede" veya "oldukça fazla" yanıtı verilmesi olarak tanımlandı. "Genellikle alt karın veya genital bölgede ağrı mı yaşıyorsunuz?" Ağrı ölçeğinde 5 veya daha yüksek bir kesme noktası, önceki çalışmalara dayanarak orta veya daha yüksek bir cevaba en çok benzeyen şekilde belirlendi.

Başlangıçtan itibaren ağrıdaki değişiklik, trapezoid kuralı kullanılarak her zaman aralığına(başlangıçtan 2 haftaya, 2 haftadan 4-6 haftaya, 4-6 haftadan 3 aya, 3 aydan 6 aya, 6 aydan 12 aya ve 12 aydan 24 aya kadar) ağırlıklar verilerek başlangıçtan 24 aya kadar ağrı skorlarının eğrisi altındaki alan olarak hesaplandı.İkincil sonuçlar PGI-I, PFDI, PFIQ skorlarını ve komplikasyon oranlarını içeriyordu.

SONUÇLAR:

OPTIMAL çalışmasına katılan 374 kadından 368'i ikincil analize dahil edildi. Bunlardan 109'u (%30) ameliyat öncesi ağrı kriterlerini karşılarken, 259'u (%70) karşılamadı. Ameliyat öncesi ağrısı olan kadınların 54'ü USLS, 55'i SSLF operasyonu geçirdi; 56'sı Pelvik Taban Kas egzersizi alırken 53'ü genel bakım grubundaydı.

Pelvik ağrısı olan ve olmayan katılımcıların özellikleri **Tablo 1**'de sunulmaktadır. Pelvik ağrısı olan kadınların Hispantik olma olasılığı pelvik ağrısı olmayan kadınlara göre daha yüksekti (%34'e karşı %14, $P < 0,001$). Pelvik ağrısı olan ve olmayan kadınlarda uygulanan cerrahi prosedür, tahmini kan kaybı veya hastanede kalış süresinde fark yoktu. Çoklu karşılaştırmalar için düzeltme sonrasında mesane yaralanması, sinir yaralanması, transfüzyon ve dikişe maruz kalma dahil komplikasyonlarda da hiçbir fark yoktu.



TABLE 1. Patient Characteristics

	No Preoperative Pelvic Pain (n = 259)	Preoperative Pelvic Pain (n = 109)	P Value
Age	58 ± 11	55 ± 10	0.01
Race			0.25
White	222 (86)	88 (81)	
Black/AA	16 (6)	6 (5)	
Other	21 (8)	15 (14)	
Hispanic ethnicity	37 (14)	37 (34)	<0.001
Insurance			<0.001
Private/HMO	146 (56)	50 (46)	
Medicare/ Medicaid	77 (30)	23 (21)	
Self-Pay	2 (1)	4 (4)	
Other	34 (13)	32 (29)	
Current smoker	20 (8)	13 (12)	0.20
Diabetes	30 (12)	13 (12)	0.90
Cesarean delivery			
1 or more	19 (7)	13 (12)	0.15
Vaginal deliveries			
2 or More	217 (84)	95 (87)	0.41
Prior prolapse surgery	20 (8)	6 (5)	0.57
BMI	29 ± 5	29 ± 6	0.18
POP-Q			0.04
Stage 2	89 (34)	52 (48)	
Stage 3	158 (61)	51 (47)	
Stage 4	12 (5)	6 (6)	
Estimated blood loss, mL	257 ± 127	201 ± 139	0.61
Operative time, min	155 ± 45	152 ± 51	0.60
Bladder injury	28 (11)	12 (11)	0.96
Neural injury	21 (8)	13 (12)	0.25
Persistent neural injury (4–6 weeks)	3 (1)	5 (5)	0.04
Transfusion	9 (3)	2 (2)	0.40
Suture exposure	43 (17)	18 (17)	0.98
Hospital stay, days	2 ± 1	2 ± 1	0.31

AA, African American; BMI, body mass index (calculated as weight in kilograms divided by height in meters squared); HMO, health maintenance organization; POP-Q, Pelvic Organ Prolapse Quantification.

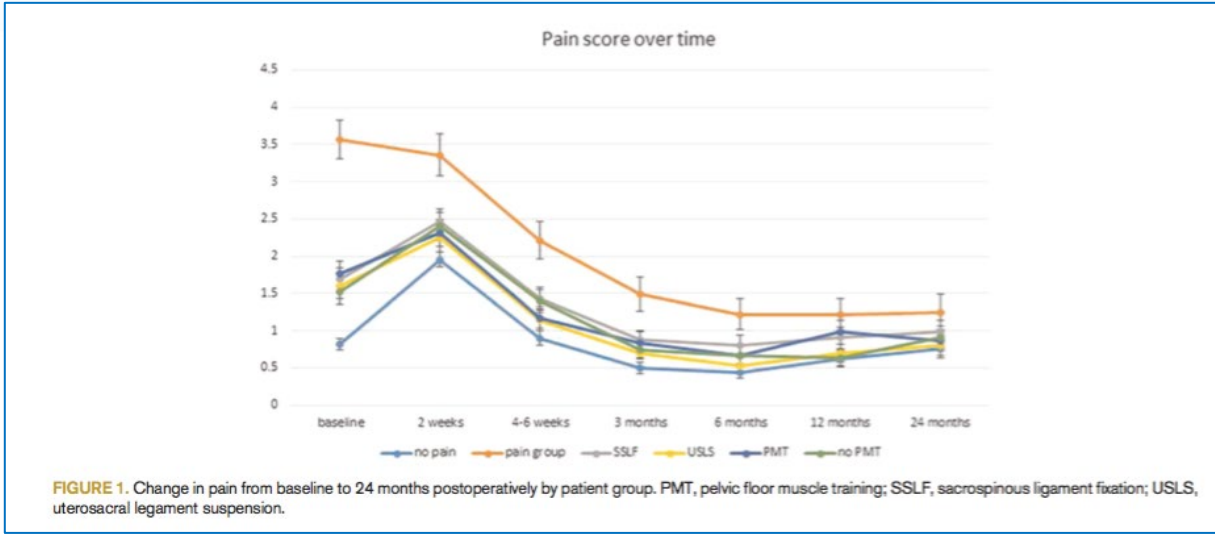
Tablo-2 ameliyat öncesi ağrı gruplarına göre birincil ve ikincil sonuçları göstermektedir. Beklendiği gibi, ameliyat öncesi ağrısı olmayan kadınlar ile ameliyat öncesi ağrısı olan kadınlar arasında başlangıçtaki ağrı skorları farklıydı ($0,82 \pm 1,2$ vs $3,6 \pm 2,8$, $P < 0,001$). Ameliyat öncesi ağrısı olan kadınlarda ameliyatı takip eden 24 ay boyunca ağrıda daha büyük bir iyileşme vardı ($-2,3 \pm 2,4$ 'e karşı $-0,15 \pm 1,36$, $P < 0,001$). Orantılı olarak ağrısı olan grupta ağrıda %64, ağrısı olmayan grupta ise %18 oranında azalma oldu.

TABLE 2. Primary and Secondary Outcomes by Pain Group

	No Preoperative Pelvic Pain	Preoperative Pelvic Pain	Difference (95% CI)	P Value
Pain scale				
Baseline	0.82 ± 1.2	3.6 ± 2.8	[-3.2, -2.3]	<0.001
24 months	0.75 ± 1.7	1.3 ± 2.1	[-0.96, -0.04]	0.03
Δ at 24 months*	-0.15 ± 1.36	-2.3 ± 2.4	[1.7, 2.5]	<0.001
Surgical success, n (%), 24 months	147 (68)	46 (56)	[-0.45, 24]	0.05
PGI-I, 24 months	2.3 ± 1.4	2.4 ± 1.3	[-0.49, 0.20]	0.41
UDI				
Baseline	111 ± 50	164 ± 66	[-66, -41]	<0.001
Δ at 24 months	-74 ± 56	-114 ± 78	[24, 56]	<0.001
POPDI				
Baseline	107 ± 63	164 ± 65	[-71, -42]	<0.001
Δ at 24 months	-62 ± 64	-103 ± 78	[24, 59]	<0.001
CRADI				
Baseline	97 ± 78	143 ± 89	[-65, -28]	<0.001
Δ at 24 months	-42 ± 76	-76 ± 89	[13, 55]	0.001
UIQ				
Baseline	113 ± 87	195 ± 113	[-103, -59]	<0.001
Δ at 24 months	-65 ± 90	-133 ± 118	[42, 93]	<0.001
POPIQ				
Baseline	70 ± 84	173 ± 124	[-125, -80]	<0.001
Δ at 24 months	-39 ± 82	-130 ± 129	[66, 117]	<0.001
CRAIQ				
Baseline	53 ± 76	124 ± 122	[-92, -49]	<0.001
Δ at 24 months	-16 ± 73	-89 ± 136	[40, 89]	<0.001

*Change from baseline calculated using area under the curve from baseline through 24 months with weights given to the time intervals using the trapezoid rule.
CI, confidence interval; CRADI, Colorectal-Anal Distress Inventory; CRAIQ, Colorectal-Anal Impact Questionnaire; PGI-I, Patient Global Impression of Improvement; POPDI, Pelvic Organ Prolapse Distress Inventory; POPIQ, Pelvic Organ Prolapse Impact Questionnaire; UDI, Urinary Distress Inventory; UIQ, Urinary Impact Questionnaire.

Ameliyat öncesi ağrısı olmayan, ameliyat öncesi ağrısı olan, SSLF, USLS, PTKE olan ve PTKE'i olmayan grup için 2 yıllık takip süresi boyunca ağrıdaki iyileşme eğilimleri **Şekil-1**'de gösterilmektedir. Ameliyat öncesi ağrısı olan kadınlar, 24 ay boyunca tüm zaman noktalarında daha fazla ağrı yaşadılar ancak aynı dönemde ağrılarında da daha fazla iyileşme görüldü. Yalnızca 24. ayda ağrı düzeyi 0'ın üzerinde olduğunu bildiren kadınlar dâhil olmak üzere, ameliyat öncesi ağrısı olan kadınların 5'inde (%16) 24. ayda kalıcı veya kötüleşen ağrı mevcuttu. Ameliyat öncesi ağrısı olmayan kadınlardan 14 kadının (%6,3) 24. ayda orta veya daha fazla ameliyat sonrası ağrısı vardı.



Başlangıçtaki pelvik taban semptomları ameliyat öncesi ağrısı olan kadınlarda olmayanlara göre daha kötüydü. Ameliyattan önce, başlangıçtaki UDI, POPDI ve CRADI skorları ameliyat öncesi ağrısı olan ve olmayan kadınlar için sırasıyla 164 ± 66 vs 111 ± 50 ($P<0,001$), 164 ± 65 vs 107 ± 63 ve 143 ± 89 vs 97 ± 78 idi (**Tablo-2**). Her iki grupta da PFDI'ya dayalı olarak pelvik taban semptomlarında iyileşme görüldü. Bununla birlikte, ameliyat öncesi ağrısı olan kadınlar, ameliyattan sonraki 24 ay boyunca PFDI'nın tüm alt bölümlerinde daha fazla iyileşme yaşadılar. Ameliyat öncesi ağrısı olan kadınların UDI skorlarında 40 puan daha fazla iyileşme, POPDI skorlarında 41 puan, CRADI skorlarında 34 puan ameliyat öncesi ağrısı olmayan kadınlara kıyasla bu dönemde daha fazla iyileşme vardı. Pelvik taban bozukluklarının günlük yaşam üzerindeki etkisini değerlendiren UIQ, POPQI ve CRAIQ'da da benzer değişiklikler görülmektedir. Orantılı olarak, ameliyat öncesi ağrısı olan kadınların UDI skorlarında %69 azalma, ağrısı olmayan kadınlarda ise %66 azalma, POPDI skorlarında %58'e kıyasla %63 azalma, CRADI skorlarında %43'e kıyasla %53 azalma, UIQ puanlarında %58'e kıyasla %68 azalma, POPIQ puanlarında %56'ya göre %75, CRAIQ puanlarında %30'a göre %72 azalma görüldü. Ameliyat öncesi ağrısı olan ve olmayan kadınlar arasında cerrahi başarı ve 24 aydaki PGI-I açısından anlamlı farklılık yoktu.

Ameliyat öncesi ağrısı olan ve SSLF uygulanan kadınlar arasında, perioperatif Pelvik Taban Kas Egzersizi (PTKE) uygulananlarda, PTKE yapılmayanlara kıyasla 24 ay boyunca postoperatif ağrıda anlamlı düzeyde daha fazla iyileşme görüldü. Perioperatif PTKE ile PTKE olmaması arasındaki bu fark, ameliyat öncesi ağrısı olmayan ve SSLF uygulanan kadınlarda bulunamadı. Ayrıca, ameliyat öncesi ağrısı olup olmadığına bakılmaksızın USLS uygulanan

kadınlar arasında PTKE ile PTKE yapılmaması arasında ağrı iyileşmesi açısından anlamlı bir fark yoktu.

Ameliyat sonrası ağrıdaki iyileşmeyi olumsuz yönde etkileyen potansiyel etkenleri değerlendirmek ve ayarlamak için çok değişkenli bir regresyon analizi yapıldı (**Tablo-3**) Ameliyat öncesi ağrı, yaş, etnik köken, sigorta durumu, POP-Q evresi ve tedavi grupları (SSLF vs USLS ve PTKE vs PTKE yok) kontrol edildikten sonra 24 ay boyunca postoperatif ağrıda 2,2 puanlık bir azalmanın göstergesiydi. Çoklu karşılaştırmalar için düzeltmeler yapıldıktan sonra 24 ay boyunca ağrıdaki değişimin istatistiksel olarak anlamlı bağımsız bir belirleyicisi olan başka bir değişken bulunamadı.

TABLE 3. Multivariate Regression Analysis Predicting Change in Postoperative Pain at 24 Months*

Variable	Coefficient	95% CI	P Value
Moderate Pain	-2.15	[-2.58, -1.71]	<0.001
Age	-0.02	[-0.05, 0.003]	0.09
Ethnicity	0.27	[-0.28, 0.82]	0.34
Insurance			
Private/HMO	Ref		
Medicare/Medicaid	0.61	[0.05, 1.17]	0.03
Self-pay	-0.72	[-2.16, 0.71]	0.32
Other	-0.09	[-0.65, 0.48]	0.76
POP-Q stage at baseline			
2	Ref		
3	0.16	[-0.27, 0.59]	0.47
4	-0.33	[-1.29, 0.63]	0.50
SSLF Group	0.18	[-0.20, 0.56]	0.35
PMT Group	-0.03	[-0.41, 0.35]	0.88

*Change in postoperative pain calculated using area under the curve from baseline through 24 months with weights given to the time intervals using the trapezoid rule.

CI, confidence interval; HMO, health maintenance organization; PMT, pelvic floor muscle training; POP-Q, Pelvic Organ Prolapse Quantification; SSLF, sacrospinous ligament fixation.

TARTIŞMA:

OPTIMAL çalışmasında, prolapsus ve idrar kaçırma nedeniyle vajinal rekonstrüktif cerrahi geçiren kadınlar arasında ameliyat öncesi ağrının yaygın olduğunu ve katılımcıların yaklaşık %30'unda meydana geldiğini bulduk. Bu hasta popülasyonu aynı zamanda daha

rahatsız edici pelvik taban semptomları da yaşamaktadır. Her ne kadar ameliyat öncesi ağrısı olan hastaların ağrı seviyeleri çalışma katılımcılarının geri kalanından daha yüksek kalsa da, güven verici bir şekilde aynı hastaların ağrıda da en büyük iyileşmeyi kaydettikleri görüldü; Hastaların %16'sı 24 ayda kalıcı veya kötüleşen ağrı yaşadı. Ayrıca preoperatif ağrısı olmayanlarla karşılaştırıldığında PFDI ve PFIQ skorlarında anlamlı derecede daha fazla iyileşme vardı ve PGI-I'e göre vajinal rekonstrüktif cerrahi sonrası cerrahi başarıda veya subjektif iyileşmede hiçbir fark yoktu. Sakrospinöz ligament fiksasyonu uygulanan ağrılı kadınlar arasında PTKE'nin 24 ay boyunca ağrıda daha büyük bir azalma ile ilişkili olduğu da dikkate değerdir.

Bulduğumuz başlangıçtaki preoperatif ağrı oranı, pelvik organ prolapsusu olan hastalarda önceki literatürle tutarlıdır. Duruma özgü ölçümler açısından, ameliyat öncesi ağrısı olan kadınlar, tüm alt ölçeklerde PFDI ve PFIQ'da başlangıçta daha büyük semptomlara sahip olma eğilimindeydi. Beklendiği gibi, preoperatif ağrısı olan ve olmayan her iki grupta da prolapsus onarımı ve anti-inkontinans cerrahisi sonrasında PFDI ve PFIQ ve bunların ilgili alt ölçekleri için klinik olarak önemli minimum fark eşiklerini karşılayan iyileşmeler görüldü. Ameliyat öncesi ağrısı olan kadınların ağrı ve semptom skorlarında daha büyük iyileşmeler vardı ve daha yüksek başlangıç skorlarında bile, ameliyat öncesi ağrısı olan kadınların ameliyat öncesi ağrısı olmayan kadınlara kıyasla benzer veya daha büyük orantısal iyileşmeleri vardı. Her ne kadar preoperatif ağrısı olan kadınlar PFDI ve PFIQ'ya göre pelvik taban semptomlarında daha büyük iyileşmeler görse de, ameliyat sonrası 24. ayda bile mutlak skorları preoperatif ağrısı olmayan kadınlara göre daha kötü olmaya devam etti. Ameliyat öncesi ağrısı olan kadınların ameliyat sonrası pelvik taban semptomlarında önemli iyileşmeler bekleyebilecekleri cesaret verici ve güven verici olsa da, bu sonuçlar aynı zamanda bu hasta popülasyonunda genel olarak daha yüksek semptomatik rahatsızlığın ve pelvik taban fonksiyon bozukluğunun etkisinin ele alınmasının önemine işaret etmektedir. Ayrıca sonuçlarımız, ameliyat öncesi pelvik taban kas eğitiminin (PTKE), ameliyat öncesi ağrısı olan ve SSLF yaptırmayı planlayan kadınlarda ameliyat sonrası ağrının azaltılmasında rol oynayabileceğini düşündürmektedir. Pelvik ağrısı olan kadınlarda pelvik kas eğitiminin rolü, özellikle histerektomi sonrası pelvik taban disfonksiyonu ve doğumdan sonra kalıcı lumbopelvik ağrısı olan kadınlarda görülen işlem sonrası perspektiften faydaları ile kabul edilmiş bir standart olmuştur. Potansiyel bir etki tespit etmemize rağmen bu, orijinal çalışmanın veya çalışmamızın birincil sonucu değildi ve dikkatle yorumlanmalıdır. Pelvik kas

eğitiminin vajinal rekonstrüktif cerrahi ve özellikle sakrospinöz bağ fiksasyonu geçiren kadınlarda ağrı sonuçlarında oynayabileceği rol gelecekteki çalışmalarda daha fazla açıklanmalıdır.

Önceden ağrı semptomları olan kadınların belirli prolapsus cerrahisi türlerinden sonra kronik pelvik ağrı geliştirme riskinin daha yüksek olabileceği tahmin edilse de, bunu destekleyen çok az veri bulunmaktadır. USLS'ye karşı SSLF uygulamasının 24 ay boyunca postoperatif ağrı seviyelerindeki değişikliklerle ilişkili olmadığını bulduk. Belirlediğimiz tek bağımsız belirleyici, ameliyat sonrası ağrı klinik olarak anlamlı bir fark öngören ameliyat öncesi ağrının varlığıydı. Bu, ameliyat öncesi ağrının etkisini araştıran ve ameliyat sonrası ağrı için temel risk faktörünün ameliyat türünden ziyade ameliyat öncesi ağrı olduğunu bulan önceki çalışmalarla tutarlıdır. Brandsborg ve arkadaşları histerektomiden 1 yıl sonra Danimarka'daki kadınları araştırdı ve ameliyat öncesi ağrının ameliyat sonrası ağrıyı tahmin etme ihtimalinin en yüksek olduğunu buldu.

Klinik Etkiler

Bu çalışma, ağrılı kadınlar ameliyat öncesi danışmanlık sırasında prolapsus onarımı ve PMT'yi göz önünde bulundurarak doktorlara güvence sağlar; Özellikle PMT'nin sakrospinöz bağ fiksasyonu yapılanlarda ağrının düzelmesini iyileştirebileceği konusunda güvence sağlar. Sonuçlarımız, pelvik rekonstrüktif cerrahi geçirmeyi planlayan ameliyat öncesi ağrısı olan kadınlara, ameliyat tipinin ameliyat sonrası ağrı semptomlarını öngörmediğini ancak PTKE'nin ameliyat sonrası ağrıyı azaltabileceği konusunda danışmanlık yapılmasını desteklemektedir. Vajinal apikal prolapsus onarımının türü ne olursa olsun, ameliyat sonrasında ağrı semptomlarının iyileşmesi beklenir. Daha fazla araştırma, PTKE'nin pelvik taban ameliyatı geçiren hastalarda ağrı tepkilerini modüle etmede oynayabileceği spesifik rolün belirlenmesine yardımcı olabilir.

SONUÇ:

Hem cerrahlar hem de hastalar, ameliyat öncesi ağrısı olan kadınların, vajinal rekonstrüktif cerrahi ile ağrı ve pelvik taban semptomlarında önemli iyileşmeler yaşadıklarından emin olabilirler. Ayrıca benzer cerrahi başarı oranlarına ve postoperatif subjektif iyileşmeye sahiptirler. Perioperatif pelvik taban kas eğitimi, ağrısı olan ve sakrospinöz bağ fiksasyonu planlanan hastalarda faydalı olabilir.

11. Ulusal ÜROJİNEKOLOJİ KONGRESİ



8-10 Kasım 2024
İstanbul

www.urojinekoloji2024.org

11. Ulusal ÜROJİNEKOLOJİ KONGRESİ

8-10 Kasım 2024 / İstanbul



Sevgili Meslektaşlarım,

Türk Ürojenekoloji ve Pelvik Rekonstrüktif Cerrahi Derneği olarak İstanbul'da 8 – 10 Kasım 2024 tarihleri arasında düzenleyeceğimiz 11. Ulusal Ürojenekoloji Kongre'mizde sizlerle buluşmanın heyecanı ve mutluluğu içindeyiz.

Kongrelerimizin klasiği olan canlı cerrahi oturumu ile yine klasik ve yeni nesil cerrahiler, konusunda uzman yabancı ve yerli cerrahların katılımı ile interaktif bir ortamda yapılacaktır.

Her zaman olduğu gibi bu kongremizde de ürojenekolojide son yıllarda kabul görmüş uygulamalar ile multidisipliner yaklaşımlar üzerine pratik odaklı kurslara özel vurgu yapılacaktır. Kozmetik jinekoloji, obstetrik anal sfinkter hasarı tamiri, pelvik taban görüntüleme yöntemleri ile temel ürodinami gibi konularda uzman hekimlerimizin zengin içerikli uygulamalı kursları da kongre programımızın önemli bir parçasını oluşturacaktır.

Kongremiz, ekip çalışmasının ile bilgi alışverişinin değerini ön planda tutarak, ürojenekoloji hemşireliği oturumlarına ve fizyoterapi kurslarına da geniş yer ayıracaktır.

Deneyimli cerrahların ve genç meslektaşlarımızın benimsediği ve uyguladıkları tekniklerin paylaşılması ve tartışılmasına olanak sağlayan ve katılımcıların ilgi gösterdiği video maratonu oturumu yine kongremizde yer alacaktır.

Kongremizin en büyük zenginliklerinden biri de sizlerden gelecek bildirimlerdir. Tüm bildirimler e-poster alanında tüm kongre boyunca paylaşılıp kongre özet kitapçığında yayınlanacaktır. Değerlendirme komitesince seçilecek olan bildirimler sözlü sunum oturumunda sunulacaktır. Sözlü sunum ve video bildirimler arasından ilk 3'e giren meslektaşlarımıza ödülleri verilecektir.

Biz, dünyadan ve ülkemizden deneyimli seçkin bilim insanlarının bir araya geldiği, ürojenekoloji alanında herkesin deneyimlerini paylaşıp tartışabildiği ve en güncel gelişmeleri ele aldığımız bir bilimsel buluşma ortamı oluşturmayı amaçlıyoruz. Yıllarını ürojenekolojiye adanmış, hizmet sunmuş ve araştırma yapmış olan değerli meslektaşlarımızla birlikte, aynı zamanda bu alana yeni ilgi duyan ve hastalarına güncel bilgi ve deneyimlerle hizmet sunmak isteyen tüm sağlık profesyonellerini kongremize davet etmekten büyük onur duyuyoruz. Katılımınız ve katkılarınızın, ülkemizde ürojenekolojinin daha da gelişmesini sağlayacağına inanıyor, sizleri kongremizde görmek için sabırsızlanıyoruz.

Sevgi ve saygılarımla,

Türk Ürojenekoloji ve Pelvik Rekonstrüktif Cerrahi Derneği Yönetim Kurulu Adına;

Prof. Dr. Funda Güngör Uğurlucan



TJOD İzmir Şubat 2024 Bölge Toplantısı

8 Ege ÜroJinekoloji Workshop

17 Şubat 2024

Ege Üniversitesi
Atatürk Kültür Merkezi, İzmir

Organizasyon Sekreteryası

MOTTO
www.motto.tc

0232 446 06 10
info@motto.tc

TJOD İzmir Şubat 2024 Bölge Toplantısı

8 Ege
ÜroJinekoloji
Workshop



17 Şubat 2024

Ege Üniversitesi
Atatürk Kültür Merkezi, İzmir

BİLİMSEL PROGRAM

08:30 Açılış

08:40-09:00

Açılış Oturumu

Oturum Başkanı: Niyazi Aşkar

Türkiye’de ÜroJinekoloji: Ajandamızda ne var? yapılanlar, beklentiler ve gelecek

Önay Yalçın

09:15-10:30

Olgularla Stres Üriner İnkontinans Yönetimi

Moderatör: Fuat Demirci

Panelistler: Adnan Orhan, Özge Tosun, Fulya Dökmeci, İsmail Mete İtil

Olgular ve Değerlendirme

Adnan Orhan

Başlangıç Yaklaşımı

Özge Tosun

Cerrahi tedavi: En iyi yaklaşım TVT

Fulya Dökmeci

Cerrahi tedavi: En iyi yaklaşım TOT

İsmail Mete İtil

10:30-10:45

Kahve Molası

10:45-12:00

Urge Üriner İnkontinanslı Olgunun Yönetimi

Moderatör: Fulya Dökmeci

Panelistler: Murat Seval, Kardelen Acar, Esra Çetinkaya, Özgür Yeniel

Olgular ve Değerlendirme

Murat Seval

Başlangıç yaklaşımı

Kardelen Acar

Medikal tedavi

Esra Çetinkaya

Yanıtsız olguların yönetiminde minimal invaziv çözümler

Özgür Yeniel

12:00-13:00

Öğle Arası

TJOD İzmir Şubat 2024 Bölge Toplantısı

8 Ege ÜroJinekoloji Workshop



13:00-13:30

ÜroJinekolojide Lazer Kullanımı

Oturum Başkanı: İsmail Mete İtil
Konuşmacı: Tamer Erel

13:30-14:00

Genitoüriner Sendrom Oturumu

Oturum Başkanı: Funda Güngör Uğurlucan
Hormonal tedaviler
Serdar Özşener
Non-hormonal tedaviler
Tamer Erel

14:00-14:15

Kahve Molası

14:15-16:15

Pelvik Organ Prolapslu Olguları Nasıl Yönetelim ?

Moderatör: Funda Güngör Uğurlucan
Panelistler: Gökay Özçeltik Özgür Yeniel Cenk Yaşa Fuat Demirci
Melike Doğanay
Olgular ve Değerlendirme
Gökay Özçeltik
Cerrahi tedavi: En iyi yaklaşım Vaginal DDO
Özgür Yeniel
Cerrahi tedavi: En iyi yaklaşım Abdominal Meş cerrahileri
Cenk Yaşa
Cerrahi tedavi: En iyi yaklaşım Transvaginal Meş cerrahisi
Pelvik taban cerrahisinde komplikasyonların yönetimi
Melike Doğanay

16:15-16:30

Kahve Molası

16:30-17:00

Obsterik Anal Sfinker Yaralanması Nasıl Değerlendirelim Nasıl Yönetelim ?

Moderatör: Esra Çetinkaya
Panelistler: Funda Güngör Uğurlucan, Cenk Yaşa

INTERNATIONAL UROGYNECOLOGICAL CONSULTATION

CHAPTER 4.1: DEFINITION OF OUTCOMES FOR

PELVIC ORGAN PROLAPSE SURGERY

**Uluslararası Ürojinekolojik Konsültasyon Bölüm 4.1: Pelvik Organ Prolapsusu Cerrahisinin
Sonuçlarının Tanımı**

Kowalski JT, Barber MD, Klerkx WM, Grzybowska ME, Toozs-Hobson P, Rogers RG, Milani AL.

BİR BAKIŞTA BU MAKALENİN ÖNEMİ:

Bu makale; pelvik organ prolapsusu cerrahisinin başarı ve başarısızlık tanımlamalarının standardizasyonu için belirleyici ilk literatür taramasıdır.

MEVCUT LİTERATÜRDEKİ BİLGİ NE DİYOR?

POP cerrahisi başarıları tanımlamaları standardize olmayıp farklı araştırmalara göre anatomik ve klinik olarak iki alt başarı gruba ayrılmaktadır. Anatomik veya klinik başarının yeterli olup olmadığı tartışılmaktadır.

BU MAKALENİN TIBBİ LİTERATÜRE KATKISI NEDİR?

Anatomik başarının tek başına yeterli olmadığı hastanın başarı veya memnuniyet algısıyla iyi bir şekilde ilişkilendirilmesi ve POP a bağlı ek hastalıklarında (idrar, barsak, seksüel, ağrı) başarı tanımlamalarında dikkate alınması gerektiği belirtilmektedir.



Op. Dr. Hidayet ŞAL

Trabzon Araklı
Bayram Halil Devlet Hastanesi

International Urogynecology Journal
(2023) 34:2689–2699



ULUSLARARASI ÜROJİNEKOLOJİK KONSÜLTASYON BÖLÜM 4.1:

PELVİK ORGAN PROLAPSUSU CERRAHİSİNİN SONUÇLARININ TANIMI

Giriş:

Uluslararası Ürojinekoloji Birliği'nin (IUGA) sponsorluğunu üstlendiği Uluslararası Ürojinekolojik Konsültasyon (IUC) projesinin bir parçası olarak geliştirilen bu proje, pelvik organ prolapsusu (POP) cerrahisi ile ilgili dünya literatürünü gözden geçirmeyi ve özetlemeyi amaçlamaktadır. Bu rapor, projenin dördüncü bölümüne odaklanarak, POP cerrahi tedavisinin sonuçlarını tanımlamaktadır.

Günümüzde POP cerrahisinin sonuçlarına ilişkin tanımlar çok olup bunları birbirinden ayırmak zordur. Sonuç tanımlamaları, anatomik uç noktalardan, rekürren POP'ta yeniden tedavi ihtiyacına kadar değişkenlik göstermektedir. Cerrahi başarıyı veya başarısızlığı tanımlamak için evrensel olarak kabul edilmiş sonuç ölçütleri bulunmaması cerrahi sonuçların karşılaştırılmasını zorlaştırmaktadır. Hastalar başarıyı cerrahlardan veya araştırmacılardan çok farklı görebilirler. POP ameliyatı sonrası vajinal şişkinlik semptomu hasta memnuniyeti ile iyi bir korelasyon gösterirken, anatomik sonuçlar tek başına bu korelasyona sahip değildir. Bu nedenle, klinik pratikte araştırma protokollerine göre anatomik sonuçların değerlendirilmesi daha az öneme sahiptir. Hastalar ve klinisyenler için araştırma odaklı tanımlamalardan ziyade, hastanın hedeflerine ulaşmasına ve sağlıklı yaşam kalitesine odaklanan tanımlamar daha yararlı olabilir. UIC'ye göre POP'un klinik tanımı; birincisi, maksimum Valsalva ile vajinal duvarlardan en az birinin hymen halkasına veya ötesine inmesiyle anatomik prolapsus ve ikincisi, çoğunlukla vajinal bir şişkinlik hissi gibi rahatsız edici semptomların varlığı veya şikayeti olmayan kadınlarda sarkmaya bağlı fonksiyonel veya tıbbi bozulma (idrar retansiyonu, obstrüktif böbrek yetmezliği veya ciddi vajinal yaralar gibi) olmak üzere birbirinden ayrılmayacak iki bileşene sahiptir.

Bu rapor, literatürü gözden geçirmekte ve popülasyona dayalı araştırma dahil araştırma protokollerinde ve POP'un cerrahi tedavisine yönelik klinik uygulamalarda, cerrahi başarı veya başarısızlığı tanımlamak için sonuç ölçütlerine ilişkin önerilerde bulunmaktadır.

Materyal ve Metod:

Bu makale, uluslararası ürojinekoloji uzmanlarından oluşan bir yazma grubu tarafından hazırlanan bir derlemeyi sunmaktadır. Grup, rekabetçi bir başvuru süreci ve davet sonrasında IUGA İcra Komitesi'nin katkılarıyla IUC başkanları ve IUC yönetim komitesi tarafından seçilmiştir. Şubat 2022 ile Mart 2023 arasında düzenlenen grup toplantıları, makalenin içeriğini uzman görüş birliği temelinde belirlemiştir. İki aşamalı literatür araştırmaları yapılmış olup birincisi 01/01/2012–06/12/2022 tarihleri arasında Nüfus, Müdahale, Karşılaştırma ve Sonuç (PICO) stratejisi kullanılarak, ikincisi ise 24/7/2022'ye kadar geniş bir PubMed araştırması olarak yapılmıştır. PRISMA akış şeması ve incelemesi, başlıkların ilk incelemesinin ardından dört yazar tarafından tamamlanmıştır. 290 özetin değerlendirilmesi sonucunda 45 çalışma rapora dâhil edilmiştir. Hakem incelemesine tabi tutulmadan önce, seçilen hakemlere makalenin son versiyonları dağıtılmıştır. IUC akran değerlendirmesi süreci; IUC eş başkanları, IUC yürütme komitesi üyeleri, IUGA genel üyeliği ve IUGA yönetim kurulu üyelerinin katılımını içeren dört tur incelemeyi kapsamaktadır.

Bulgular:

Araştırma protokolü:

Vajinal şişkinlik semptomu, prolapsus için en özgün ve hassas belirtidir. Bu nedenle, çoğu POP cerrahisi araştırması, *vajinal şişkinlik* semptomunu temel odak noktası olarak kabul etmelidir. Anatomik ölçümler ve tedaviye yeniden ihtiyacı olanlarda rapor edilmelidir; çünkü bunlar, hastanın semptomlarının (örneğin, vajinal şişkinlik) hala devam etmesiyle doğrudan bağlantılıdır ve araştırma için önem taşır. Ancak, bu sonuçların şişkinlik semptomuna sekonder geliştiği düşünülmektedir. Bazı özel çalışma türleri, özellikle epidemiyolojik çalışmalar, kalite iyileştirme projeleri veya tele sağlık takibini değerlendiren çalışmalar, anatomik sonuçları yeterince göz ardı edebilir. Prolapsus sonuç araştırmalarında rapor edilmesi gereken ek ikincil sonuçlar arasında *alt idrar yolu semptomları*, *bağırsak semptomları*, *seksüel fonksiyon ve ağrı* yer almaktadır.

Primer sonuçlar

POP'un klinik semptomları (Subjektif):

Vajinal şişkinlik, POP'un en spesifik klinik semptomudur ve hastanın bakış açısından POP tedavisi başarısını belirlemede kritik bir faktördür. Hasta tarafından bildirilen ideal sonuç ölçümü (PRO), güvenilir ve duyarlı olmalıdır. Pelvik Taban Distress Envanteri (PFDI), kadınlarda POP semptomlarını değerlendiren bir HRQoL aracıdır ve yaygın olarak kullanılan bir ankettir. PFDI-20'nin 3 numaralı sorusu vajinal şişkinlik semptomuna odaklanır ve POP cerrahisi sonrası başarı kriteri olarak kullanılmıştır. Subjektif başarı, PFDI-20'nin bu sorusuna "hayır" cevabı veya benzer anketlerde vajinal şişkinlik semptomlarının yokluğu olarak değerlendirilir. Prolapsus tanımındaki anatomik prolapsusun rahatsızlık vermediği durumları içerdiği göz önüne alındığında, subjektif başarı aynı zamanda "hiç" olarak derecelendirilen rahatsızlık miktarını içerir.

Sekonder sonuçlar

Genel hasta tarafından bildirilen sonuç ölçütleri (Subjektif): PGI-I (Hastanın Global İyileşme İzlenimi): PGI-I, prolapsus tedavisinde subjektif iyileşmeyi değerlendiren doğrulanmış bir ölçüdür. Ancak, prolapsus popülasyonları için yeterli PGI-I verisi eksikliği bulunmaktadır, bu nedenle daha fazla araştırmaya ihtiyaç vardır.

POP'un anatomik ölçümleri (Objektif): POP-Q: Pelvik Organ Prolapsusu Kantifikasyon muayenesi, anatomik POP'un en yaygın kullanılan sistemi olarak kabul edilir. Ancak, cerrahi başarıyı değerlendirmede belirsizlik ve anlaşmazlık yaratma potansiyeline sahiptir. Apikal başarı tanımlarının değişkenliği ve klinik faydasının sorgulanması, POP-Q'nun kullanımını zorlaştırır.

Apikal başarı tanımlamaları: Hymen ve vajinal şişkinlik, POP semptomlarıyla ilişkilidir ve cerrahi başarıyı değerlendirmede önemli bir rol oynar. Birlikte ele alındığında, tüm veriler $\text{serviks} < (-\text{total vajinal uzunluk}/2)$ veya serviksin vajinanın yarısından fazlasında desteklenmesinin apikal başarı için makul bir kriter olabileceğini düşündürmektedir. Ancak, bu konuda daha fazla güçlü veriye ihtiyaç vardır.

Yeniden Cerrahi Tedavi: Tekrarlayan prolapsus nedeniyle yeniden tedavi gören hastanın, mantıksal olarak tekrarlayan vajinal şişkinlik semptomlarına sahip olması beklenir. POP cerrahisini takiben mesh çıkarılması gibi yeni sorunlar nedeniyle yeniden tedavi ve komplikasyonlar rapor edilmelidir.

İlişkili Pelvik Taban Semptomları: Alt idrar yolu semptomları, bağırsak semptomları, cinsel fonksiyon ve ağrı, hastanın POP cerrahisi başarısına ilişkin algısını etkiler. Bu semptomlar, hastanın memnuniyetini etkileyebileceği için önemlidir. ***Alt Üriner Sistem Semptomları:*** Obstrüktif alt idrar yolu semptomları, POP ile idrar kaçırmayla ilişkilidir. Yeniden tedavi sonrası ortaya çıkabilir veya önceki semptomların düzelmesiyle ilişkilendirilebilir. ***Bağırsak Semptomları:*** Bağırsak semptomları, arka bölgedeki POP ameliyatıyla genellikle ilişkilidir. Hastalar, bağırsak semptomlarında da iyileşme bekler. ***Cinsel İşlev Durumu:*** POP cerrahisinin cinsel işlev üzerindeki etkisi, heteroseksüel hastalar üzerinde yapılan çalışmalara dayanmaktadır. Cinsel işlevin değerlendirilmesi için yaygın olarak kullanılan PISQ-12 ve PISQ-IR ölçütleri vardır. ***Ağrı:*** POP cerrahisi, preoperatif pelvik ağrısı olan hastalarda ağrı ve pelvik taban semptomlarında iyileşme sağlayabilir. Ancak, ağrının değerlendirilmesi için standart bir ölçüm ve raporlama yöntemi eksiktir.

Başarıyı tanımlamak

POP cerrahisinde başarı veya başarısızlığın tanımlanması konusundaki gelişmeler şu şekildedir:

2001 Ulusal Sağlık Enstitüleri (NIH) Pelvik Taban Bozukluklarında Araştırmacılar için Terminolojinin Standartlaştırılması Çalıştay'ında, tedavi başarısını belirlemek için keyfi tanımlar önerilmiştir. "İyileşme" olarak adlandırılan "optimal anatomik sonuç" tanımı mükemmel anatomik destek (POP-Q evre 0) gerektirir, "tatmin edici anatomik sonuç" ise hymenin 1 cm proksimalinden daha yüksekte destek gerektirir. Ancak, bu tanımların pratikte uygulanabilirliği sınırlıdır. 2016'da Amerikan Ürojinekoloji Derneği (AUGS) Prolapsus Konsensüs Konferansı, genel kabul görmüş bir ölçü kullanılması çağrısında bulundu. Ancak, bu çağrıya rağmen, prolapsus cerrahisi sonrası başarı tanımındaki değişkenlik devam etmekte ve çalışmaların karşılaştırılmasını zorlaştırmaktadır. Barber ve ark. tarafından yapılan CARE çalışması, 18 farklı başarı tanımının kullanılmasının hastaların başarı algısını büyük ölçüde etkilediğini gösterdi. Tedavi başarısı, kullanılan tanıma bağlı olarak %19,2 ile %97,2 arasında değişen büyük farklılıklar gösterdi. Bu da başarı tanımının önemli olduğunu ve daha önce belirlenmiş bir ölçünün kullanılmasının gerekliliğini vurguladı. Khoder ve ark. cerrahi pişmanlık ve memnuniyet üzerindeki etkilerini inceledi ve yeniden tedavi ihtiyacının en büyük etkiye sahip olduğunu belirledi. Bu nedenle, cerrahların ameliyat öncesi danışmanlık sırasında yeniden tedavi oranlarına odaklanmaları önerildi. Jelovsek ve arkadaşlarının çalışması, başarı

ve başarısızlığın tek bir zaman noktasında değil, takip sürecinde değişebileceğini gösterdi. *Zaman çizelgesi:* Pelvik organ prolapsusu için cerrahi prosedürlerin sonuçlarını raporlamaya yönelik IUGA/ICS ortak raporu, en az 5 yıllık takibi önermektedir. Özellikle mesh bazlı cerrahiye değerlendirirken daha uzun takip sürelerinin önerildiği vurgulanmıştır. *Nüfusa dayalı araştırmalar:* Genellikle demografik bilgilere dayandığı ve fizik muayenenin pratik olmayabileceği belirtilmiştir. Semptom temelli tarama ise umut vericidir, ancak daha ileri aşamalarda POP'u yakalama konusunda sınırlamalara sahip olabilir.

Klinik uygulama

POP cerrahisi sonrası sonuç değerlendirmesi, hastanın bakımına odaklanmalı ve kalite iyileştirme açısından değerli olabilir. Bu değerlendirme, hastanın semptomları, cerrahi veya cerrahi olmayan tedavi, komplikasyonlar ve yeniden tedavi ihtiyacını içermelidir. Ancak, klinik uygulamada ameliyat sonrası takip aralıkları geniş bir değişkenlik gösterir, bu da resmi sonuç değerlendirmesini zorlaştırır.

Asgari klinik sonuç değerlendirmesi: POP'un klinik tanımı ve IUC tavsiyelerine dayanarak aşağıdaki unsurları içermelidir:

Primer Sonuç: Vajinal şişkinlik semptomları POP için en hassas ve spesifik semptomdur ve tek bir soruyla güvenilir bir şekilde değerlendirilebilir. Yukarıda belirtilen “Vajinal bölgenizde genellikle görebileceğiniz veya hissedebileceğiniz bir şişlik var mı veya bir şey sarkıyor mu?” sorusunun asemptomatik bir tarama popülasyonunda hymen ötesi prolapsus için %96 duyarlı ve %79 spesifik olduğu gösterilmiştir. Bu semptomların varlığı veya yokluğu, hastanın ameliyat sonrası yaşam kalitesi üzerindeki genel etkiyle ilişkilidir. Bu semptomlar, fiziksel muayene olmadan da değerlendirilebilen tek bir soruyla belirlenebilir.

Sekonder Sonuç: Pelvik veya vajinal basınç hissi, bağırsak hareketini tamamlama zorluğu gibi diğer semptomlar değerlendirilmelidir. POP hastalarında sıkça görülen idrar ve bağırsak semptomları kaydedilmeli ve tedavi sonrası değişiklikler izlenmelidir. Doğrulanmış Patient-Reported Outcome (PRO) araçları kullanılarak bu semptomlar değerlendirilmelidir. POP'lu hastalar için güvenilir PRO'lar arasında; *Pelvik Taban Distres Envanteri (PFDI)*, *Pelvik Taban Etki Anketi (PFIQ)*, *PFDI-20*, *PFIQ-7*, *Prolapsus Yaşam Kalitesi Anketi (P-QOL)* ve *Avustralya Pelvik Taban Anketi (APFQ)* yer almaktadır.

Yeniden Tedavi: POP semptomları için yeniden tedavi ihtiyacı olan her hasta, uygulanan tedaviye bağlı olarak bildirilmelidir. Yeni veya kalıcı idrar, bağırsak veya diğer pelvik taban semptomlarının tedavisi de değerlendirilmelidir.

Komplikasyonlar: Kısa vadeli (6-12 hafta) ve uzun vadeli (12 ay veya daha uzun) ameliyat kaynaklı komplikasyonlar değerlendirilmelidir.

Zaman Çizelgesi: 6-12 hafta sonra en az bir takip önerilir. Mesh bazlı cerrahi uygulanan hastalarda daha uzun süreli takip önerilir. Bu asgari klinik sonuç değerlendirmesi, hastaların sağlık durumlarının etkili bir şekilde izlenmesini ve gerektiğinde müdahale edilmesini sağlamak için önemlidir.

Ek klinik sonuç değerlendirmesi:

Fizik Muayene ve Takip: Yüz yüze ve telefon takibini karşılaştıran araştırmalar, fizik muayene ile yüz yüze takibin zorunlu olmadığını göstermektedir (39). Video takibi, geleneksel muayenehaneye görüşmelerine kıyasla yüksek düzeyde hasta memnuniyeti ve komplikasyon oranlarında farklılık olmaksızın sonuçlanabilir. Fizik muayene, komplikasyonların proaktif olarak belirlenmesi, hasta güvencesi ve cerrahın kalite iyileştirme çabalarını destekleyebilir. POP ameliyatından sonra tam bir POP-Q değerlendirmesi yapılması önerilir veya en azından her tedavi sonrası ziyarette maksimum gerginlikle sarkma olup olmadığı not edilmelidir.

İyileşmenin Genel Değerlendirmesi: Hastalarda, *Küresel İyileşme İzlenimi (PGI-I)*, cerrahi tedavi gören POP hastalarında kullanılabilir. PGI-I, anatomik değişiklikler, yaşam kalitesi değişiklikleri ve POP-Q'daki değişikliklerle korele olabilir. Bu basit araç, hastanın bakış açısından değerli bir değişim ölçümü sağlar.

Hasta Tarafından Kabul Edilebilir Semptom Durumu (PASS): PASS, hastanın iyileşmesinden duyduğu memnuniyetin doğrulanmış bir ölçüsüdür. Soru, hastanın kendini "iyi" olarak değerlendirdiği en yüksek semptom düzeyini belirler. PASS, semptomla özgü PRO'lardan cut-off puanı belirlemek için kullanılabilir. Ameliyat sonrası PASS cut-off puanları; PFDI-20 için ≤ 60 puan ve POPDI-6 için ≤ 17 puan olarak belirtilir.

Hasta Hedefine Ulaşma: Hasta merkezli tedavi hedeflerinin belirlenmesi ve takip edilmesi, iletişimi kolaylaştırabilir ve beklentileri belirleyebilir. Hasta tarafından belirlenen hedefler, tedavi başarısının bir göstergesi olabilir ve cerrahi sonuçlarla memnuniyetsizliği

önleyebilir. Hasta hedeflerinin zaman içinde yeniden değerlendirilmesi önemlidir. Hedefe ulaşma ölçeklendirmesi (GAS), diğer alanlarda yaygın olarak kullanılan ve pelvik taban bozukluklarına da uygulanan, terapi sonrası hedefe ulaşmayı ölçen bir tekniktir. Terapiden sonra hedefe ulaşma veya ulaşmama durumu değerlendirilir ve görsel analog ölçekler (VAS) veya Likert tipi yanıtlar kullanılarak ölçülebilir.

Sonuç:

1- POP araştırma protokollerinde; cerrahi başarı, hastada rahatsız edici şişkinlik semptomlarının veya POP için yeniden tedavinin (cerrahi, peser veya fizik tedavi) olmaması olarak tanımlanmalıdır. Anatomik sonuçların yanı sıra AÜSS, barsak semptomları, cinsel fonksiyon ve ağrı gibi sekonder sonuçlarda değerlendirilmelidir.

2- Klinik uygulamada; araştırma protokollerine benzer şekilde, cerrahi başarı öncelikle hastada rahatsız edici şişkinlik semptomlarının olmaması olarak tanımlanmalıdır. Cerrahi başarı, sadece anatomik sonuçlara dayanmamalıdır, çünkü bu sonuçlar hastanın başarı veya memnuniyet algısıyla iyi bir şekilde ilişkilendirilmemektedir. Komplikasyonlar özellikle takip edilmeli ve mesh bazlı cerrahi uygulanan hastalarda uzun vadeli sonuçlar özellikle önemlidir. Cerrahlar, hastalarını takip etmek için PASS veya hasta hedefine ulaşma değerlendirmelerini kullanmayı düşünebilir Mesh esaslı cerrahi uygulanan hastalar için önerilen takip süresi en az 6-12 haftadır.

Sonuç olarak, hem araştırma protokollerinde hem de klinik uygulamada POP cerrahisinin başarısının tanımları öncelikle rahatsız edici şişkinlik semptomlarının yokluğuna dayanmalıdır.





DİYARBAKIR ÜROJİNEKOLOJİ SEMPOZYUMU



Tarih: 10 Mart 2024
Katılım ücretsizdir.



Yer: Dicle Üniversitesi Kardiyoloji
Hastanesi Konferans Salonu

Sempozyum Başkanı:
Dr. Reyhan GÜNDÜZ

**VAGINAL HYSTERECTOMY COMPARED WITH LAPAROSCOPIC HYSTERECTOMY
IN BENIGN GYNECOLOGIC CONDITIONS A SYSTEMATIC REVIEW AND META-ANALYSIS**

Ali A, Ahmed T, Hollie U, Amanda A, Catherine C, Sydnee G, Carmen M, Madison B, Greg M.

Marchand Institute for Minimally Invasive Surgery, Mesa, Arizona, USA

University of Arizona, the School of Medicine, USA

Creighton University, Phoenix, Arizona, USA

Fayoum University Faculty of Medicine, Fayoum, EGYTP

BİR BAKIŞTA BU MAKALENİN ÖNEMİ:

Benign jinekolojik endikasyonlarla yapılan histerektomilerin birçok çeşidi vardır. Robotik, laparoskopik, vajinal ve abdominal olarak yapılan histerektomilerin karşılaştırılması genellikle çok pratik ve mümkün olmamaktadır.

MEVCUT LİTERATÜRDEKİ BİLGİ NE DİYOR?

Her ne kadar laparoskopik histerektomi minimal invaziv bir cerrahi olarak adlandırılrsa da vajinal cerrahi ile karşılaştırıldığında daha doğal bir cerrahi yol olan vajinal yaklaşım bir adım daha öne çıkmaktadır. Fakat bunun tersini de destekleyen birçok çalışma mevcuttur.

**BU MAKALENİN TIBBİ LİTERATÜRE KATKISI
NEDİR?**

Vajinal histerektominin laparoskopik histerektomiye göre daha kısa operasyon süresi ve daha hızlı iyileşme süreleri vardır. Fakat postop ağrı daha fazladır.



SERHAT ÜNAL
Bursa Şehir Hastanesi
Kadın Hastalıkları ve Doğum

Obstet Gynecol
2023;142:1373–94

OBSTETRICS & GYNECOLOGY



BENİGN JİNEKOLOJİK DURUMLAR İÇİN YAPILAN HİSTEREKTOMİLERDE VAJİNAL VE LAPAROSKOPİK CERRAHİ YAKLAŞIMLARIN KARŞILAŞTIRILMASI. SİSTEMATİK META-ANALİZ VE DERLEME:

Histerektomi en yaygın uygulanan majör jinekolojik cerrahilerden bir tanesidir ve histerektomilerin yaklaşık %70'i leiomyoma, endometriozis ve uterin prolapsus gibi benign durumlar için gerçekleştirilir. Çeşitli minimal invaziv teknikler tanımlanmış ve kullanılmış olup, bu da hangi tekniklerin üstün olabileceği konusunda ilginin artmasına neden olmuştur.

Vajinal, Abdominal, Laparoskopik ve Robotik yardımcı laparoskopik histerektomiler yaygın histerektomi yaklaşımlarıdır. Vajinal histerektominin (VH) Abdominal histerektomiye (AH) göre daha hızlı iyileşme, daha düşük postoperatif ateş insidansı ve daha kısa hastanede kalış süresi gibi avantajları vardır. Genel olarak, klinik ve teknik olarak mümkün olan benign patolojik durumlar için öneriler arasında, AH'nin klinik endikasyonlarla sınırlı olması gerektiği ve VH'nin tercih edilen cerrahi olduğu yer almaktadır.

Günümüzde giderek artan sayıda histerektomi laparoskopik veya robotik yardımcı gerçekleştirilmektedir. En yaygın olanları arasında Laparoskopik yardımcı vajinal histerektomi (LAVH) ve Total laparoskopik histerektomi (TLH) yer almaktadır. Her ne kadar Laparoskopik histerektomi (LH) vücut yapısı, adhezyon varlığı veya malign durumlar nedeniyle her zaman uygulanabilir olmasa da bazı potansiyel avantajlarla birlikte minimal invazif bir yaklaşım sağlar.

Benign jinekolojik hastalıkların tedavisinde LH'nin mi yoksa VH'nin mi üstün olduğu jinekolojik cerrahlar arasında tartışılmaya devam ediyor ve yayınlanmış Randomize kontrollü çalışmalar(RKÇ)'larda tutarsız sonuçlar elde ediliyor. Bu sistematik derleme ve meta-analizde benign jinekolojik durumlar nedeniyle histerektomi yapılan kadınlarda LH ile VH arasındaki cerrahi sonuçlar ve komplikasyonları karşılaştırıldı.

Bu incelemenin hazırlanmasında PRISMA (Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-analyses) beyanı kullanıldı. Çalışmaya RKÇ' ler, Benign jinekolojik rahatsızlıkları olan kadınlar, VH ve LH alt tipleri dâhil edildi. Malign durumlar nedeniyle histerektomi uygulanan RKÇ olmayan çalışmalar incelemeye dâhil edilmedi. Anahtar kelime olarak "vajinal histerektomi" ve "laparoskopik histerektomi" veya "laparoskopik yardımcı vajinal histerektomi" kullanıldı.

Toplanan çalışmalar uygunluk açısından bağımsız olarak incelendi. Öncelikle başlıklar ve özetler özel bir yazılımla tarandı. Nihai çalışmalar Meta-analize dâhil edilecek makaleler, uygun görülen araştırma makalelerinin tam metin taraması yapılarak seçilmiştir. VH ile LH'nin etkinliğini veya güvenliğini karşılaştıran çalışmalar dâhil edildi. Birincil etkililik sonuçları; Ameliyat süresi, kan kaybı, hastanede kalış süresiydi. İkincil son noktalar ise intraoperatif iç organ yaralanmaları, transfüzyon ihtiyacı, ateş, laparotomi ihtiyacı, kanama ve pelvik hematom oluşumunu içeriyordu.

Hasta özellikleri arasında yaş, BMI, parite ve uterus ağırlığı, Cerrahi komplikasyonlar, ameliyat süresi, hastanede kalış süresi tespit edildi.

Ocak 2000 ile Şubat 2023 arasında büyük veritabanları (PubMed, Scopus, Web of Science, ClinicalTrials gov ve Cochrane Library) taranarak benign jinekolojik durumlarda, cerrahi etkinlik ve komplikasyonlar açısından, vajinal histerektomiye laparoskopik histerektomiye karşılaştıran 22 makale meta-analize dahil edildi.

Sonuçlar değerlendirildiğinde;

Birincil literatür taramasında 3249 kayıt elde edildi. Başlıklar ve özetleri incelendikten sonra tam metin taramasında RKÇ olan 22 makale meta-analizde yer aldı. Toplam uygun hasta sayısı 2408 idi; bunların 1105'i VH grubunda ve 1303'ü LH grubundaydı. Çalışmalar İtalya, Fransa, Hindistan, Mısır, Güney Afrika, Brezilya, İsveç, Sri Lanka, Çin, ve Çek Cumhuriyeti'nde yürütülmüştü. İki çalışma uterus büyüklüğü olarak 12 hafta ve 280 gramdan düşük olanları dâhil ederken; Altı çalışma 12 haftaya eşit veya daha büyük ve 280 gramdan büyük olanları dâhil etmişti. Yaş, VH grubunda 43-55, LH grubunda 40.9-54.67 arasında değişmekteydi. Uterus ağırlığı, 14 çalışma değerlendirildiğinde VH için 91.5-424 g, LH için 88.4-481 gram arasında değiştiği bildirilmiştir. BMI, dört çalışma dışında rapor edilirken, 15 çalışmada parite bildirilmiştir. Yirmi çalışmada ameliyat süresi için kantitatif analiz sağlanmış ve VH'nin LH'den 34.94 dakika daha az sürdüğü sonucuna varılmıştır.

Hastanede kalış süresi yirmi çalışmadan elde edilen verilerle analiz edildiğinde VH, LH ile karşılaştırıldığında 0.17 günlük bir azalmayla ilişkili bulunmuştur. VH grubunda kan kaybı önemli ölçüde daha düşüktü, İdrar yolu, mesane ve üreter yaralanmaları VH 'in %1.8'nde LH'lerin %1.4 ' nde meydana geldi. Bağırsak, rektal ve damar yaralanmaları daha da nadirdi. İntraoperatif kanama (>500 mL) VH' de %3.5, LH' de %4.9 olmak üzere daha azdı. Kan transfüzyon oranları VH grubunda %4.5 iken LH grubunda %5.2 olarak daha azdı. Laparotomiye

dönüş oranları VH için %4.1, LH için %4.1 idi. Ameliyat sonrası ateş VH grubunda %7.8, LH grubunda %5.4 olarak görüldü. İyileşme süresine (Normal yaşam aktivitelerine dönüş olarak tanımlanan) ilişkin beş çalışmadan elde edilen veriler bir araya getirildiğinde VH'nin 2,45 gün daha az iyileşme süresiyle ilişkili olduğu görüldü.

TABLE 2 Results of meta-analysis.

Variable	n/studies	Pooled outcome	95% CI	I ²
Anatomic success rate				
Total population	654/10	90.2%	83.3–95.5	83.6%
LUSLS-UP	123/4	83.4%	67.7–94.6	74.4%
LUSLS-HYS	260/3	96.6%	87.5–100	85.4%
Subjective cure rate				
Total population	299/8	90.5%	81.9–96.5	77.6%
LUSLS-UP	148/5	93.1%	85.2–98.1	59.1%
LUSLS-HYS	47/2	92.0%	80.7–97.8	Fixed ^a
Complication rate				
Total population	933/13	8.2%	3.9–12.9	85%
Clavien dindo I-II	933/13	6.8%	2.4–13.2	89%
Clavien dindo III	933/13	1.0%	0.5–1.9	0% fixed
Apical recurrence				
Total population	685/9	9.7%	3.5–18.7	90.5%
LUSLS-UP	228/5	9.8%	1.3–25.0	88.4%
LUSLS-HYS	312/2	6.3%	0.01–22.4	94.8%

Note: Meta-analysis (weighted average) of primary and secondary outcome measures; in the case of heterogeneity the random effects model was used; otherwise the fixed model was used.

Abbreviations: LUSLS-HYS, LUSLS with hysterectomy; LUSLS-UP, LUSLS with uterus preservation.

^aFixed model was used because outcome was extracted from only two studies.

Yara açılma oranları karşılaştırıldığında LH grubunda %1.4 iken VH grubunda sıfırdı. Pelvik hematoma oranı VH için %9.8 ve LH için %5.9, tromboemboli oranı VH için %0.51, LH için %0.54 idi. İdrar yolu enfeksiyonu (İYE) ile ilgili verilerin birleştirilmiş analizinde, VH grubunun (1/229), LH grubuna (11/230) kıyasla daha düşük bir İYE oranıyla ilişkili olduğu gösterildi. Cerrahi alan veya yara enfeksiyonu, vajinal cuff enfeksiyonu veya belirtilmemiş enfeksiyon oranları dahil olmak üzere diğer enfeksiyonlar nadirdi. Postoperatif ağrı skorlarını değerlendiren çalışmalar arasında sadece ameliyat gününde fark bulundu ve VH lehine (VH' de LH' ye nazaran daha fazla ağrı skorları) olduğu görüldü. Ameliyat sonrası birinci ve ikinci günde ağrı skorlarını değerlendiren çalışmalar arasında anlamlı fark bulunmadı.

TABLE 3 Overview of described complications.

Complications	Total (n= 933)
Clavien–Dindo I–II	
Urinary incontinence	21
Urine retention	9
Urinary tract infection	6
Urinary control problems/bowel strain ¹³	3
Abdominal or pelvic pain	12
Ureter obstruction	0
Infection	1
Haemorrhage	2
Pneumonia	1
Deep vein thrombosis and pulmonary embolism	1
Umbilical hernia	1
Subcutaneous emphysema	1
Dyspareunia	2
Other (not specified)	7
Total Clavien–Dindo I–II	67 (7%)
Clavien–Dindo III	
Bladder injury	2
Broad ligament haematoma conversion to laparotomy	1
Small bowel entrapment requiring laparotomy	1
Diagnostic laparoscopy because of painful defecation and constipation, no origin found	1
Laparoscopic adhesiolysis due to persistent pelvic pain, no origin found	1
Total Clavien–Dindo III	6 (0.6%)
Total complication rate (overall)	73 (8%)

Çalışmanın tartışma kısmına geldiğimizde ise;

VH, LH'den yaklaşık 35 dakika daha kısa sürer ve daha az kan kaybı ve daha hızlı iyileşme süresi (2,7 gün) ile ilişkilidir. Bulgular ayrıca VH grubunda kan kaybı ve İYE oranlarının azaldığını da kaydetmiştir. Fakat bu bulgular konuyla ilgili daha önceki bazı literatürle çelişmektedir. Örneğin Agostini ve arkadaşları 40 bilateral ooforektomili VH ile 24 bilateral ooforektomili LAVH'yi karşılaştırılan bir çalışmada LAVH grubunda daha yüksek komplikasyon oranı bulunmuştur. (8 intraoperatif >500 mL kan kaybı, 2 trokar port hematomu, 2 vajinal cuff hhematomu, 1 postoperatif ateş).

Chrysostomou ve arkadaşları yaptıkları bir çalışmada Vajinal histerektomiyle karşılaştırıldığında, LAVH ile ilişkili daha uzun ameliyat süresi ve daha yüksek maliyetler (tek kullanımlık ekipman) tespit edildi. Drahonovsky ve arkadaşları yapılan başka bir RKÇ 'de TLH'

nin en uzun ameliyat süresine sahip olduğunu ve LAVH' nin en yüksek kan kaybına sahip olduğunu gösterdiler.

Bir başka çalışmada Sesti ve arkadaşları büyük myoma uteride VH ile LAVH' yi karşılaştırılmış ve VH grubunda daha iyi sonuçlar elde edilmiştir. VH ile TLH arasında fark olmadığını bildiren pek çok çalışmada bulunmaktadır. Örneğin Allam ve arkadaşları TLH, VH ve AH'yi karşılaştırmışlar ve TLH grubunda postoperatif ağrı skorlarının ve hastanede kalış süresinin anlamlı derecede daha düşük olduğunu bulmuşlardır. Desensusu olmayan vakalarda VH ve TLH'yi AH ile karşılaştırılan çalışmada, iyileşme süresi açısından üç grup arasında anlamlı bir fark yoktu. Bu çalışma aynı zamanda VH ve TLH 'in uzmanlaşmış merkezlerde yapılması durumunda en uygun maliyetli olduğunu ancak AH' nin kırsal alanlarda daha uygun maliyetli olduğunu bildirmişlerdir (Ekanayake et al).

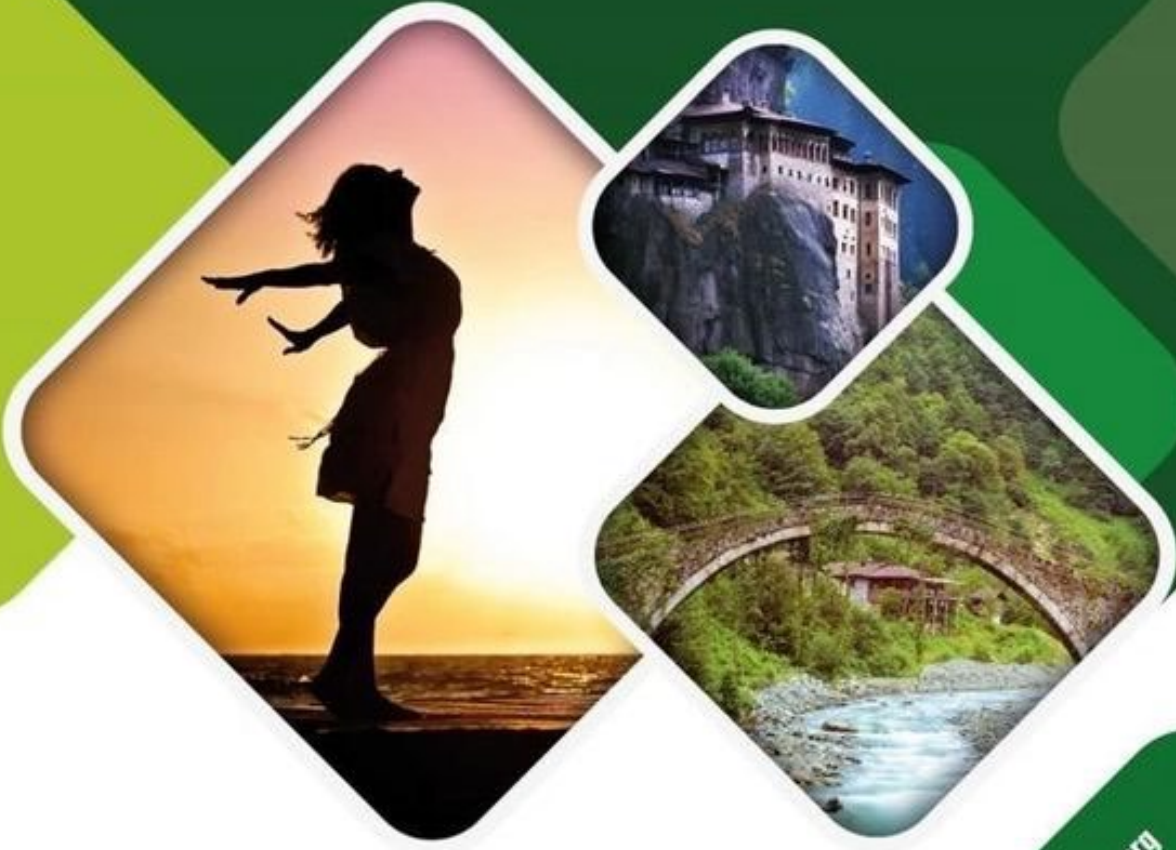
TLH, postoperatif ağrı, analjezik ihtiyacı ve hastanede kalış süresi açısından VH' ye göre daha avantajlıdır (Ghezzi et al). Bu konuyla ilgili 2015 tarihli Cochrane incelemesi, birkaç histerektomi yöntemini karşılaştırmıştır. VH' yi LH analiziyle karşılaştıran 16 RKÇ bulundu ve her iki grup arasında kısa vadeli, uzun vadeli veya intraoperatif komplikasyonlar açısından istatistiksel bir fark yoktu. Sonuçların çoğu bu çalışma ile tutarlı olmasına rağmen, güncellenmiş derlememiz VH ile LH arasında klinisyenlere yardımcı olabilecek farklar tespit etmiştir.

2017 tarihli bir derlemede cerrahi maliyet, daha düşük laparotomi dönüşüm oranı ve daha kısa ameliyat süresi açısından VH grubunun üstünlüğü bildirildi (Sandberg et al). 2019 tarihli iki ayrı derlemede ise her iki histerektomi açısından anlamlı bir fark olmadığını bildirilmiştir (Andres et al ve Lee et al).

Sonuç olarak, benign jinekolojik endikasyonlarla yapılan histerektomilerin birçok çeşidi vardır. Robotik, laparoskopik, vajinal ve abdominal olarak yapılan histerektomilerin karşılaştırılması genellikle çok pratik ve mümkün olmamaktadır. Her ne kadar laparoskopik histerektomi minimal invaziv bir cerrahi olarak adlandırılrsa da vajinal cerrahi ile karşılaştırıldığında daha doğal bir cerrahi yol olan vajinal yaklaşım bir adım daha öne çıkmaktadır. Fakat bunun tersini de destekleyen birçok çalışma mevcuttur. Vajinal histerektominin laparoskopik histerektomiye göre daha kısa operasyon süresi ve daha hızlı iyileşme süreleri vardır. Fakat postop ağrı daha fazladır.



KARADENİZ ÜROJİNEKOLOJİ *Sempozyumu*



27 - 28 Nisan 2024

Prof. Dr. Osman Turan Kültür ve Kongre Merkezi, Trabzon

www.karadenizurojinekoloji.org



TÜRK ÜROJİNEKOLOJİ VE PELVİK REKONSTRÜKTİF CERRAHİ DERNEĞİ

Değerli meslektaşlarımız;
Bir sonraki bültenimizde görüşmek üzere,
Sağlıkla ve Bilimle Kalın... 🙌😊