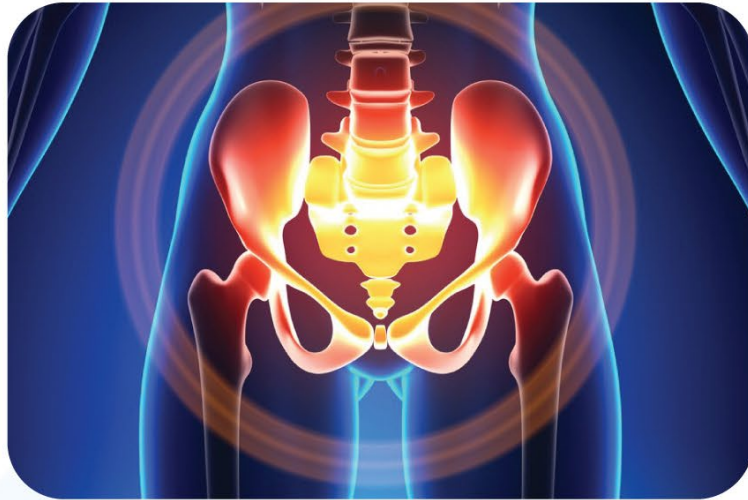




TÜRK ÜROJİNEKOLOJİ VE PELVİK REKONSTRÜKTİF CERRAHİ DERNEĞİ BÜLTENİ

ŞUBAT 2024



www.urojinekoloji.org

BAŞKANDAN

Değerli Meslektaşlarım,

Bu yılın ikinci bülteni ile sizlerle beraberiz. 17 Şubat 2024 tarihinde TJOD İzmir Şubesi ile ortaklaşa 'TJOD İzmir Bölge Toplantısı & 8. Ege Ürojinekoloji Workshop' düzenledik. Önümüzdeki Mart ayında, 10 Mart tarihinde Diyarbakır Dicle Üniversitesi'nde ve 27-28 Nisan 2024'te ise Trabzon'da Karadeniz Teknik Üniversitesi'nde toplantılarımız olacak. Bu toplantılarımızda sizlerle buluşmak için sabırsızlanıyoruz.



Başka şehirlerde de bölgesel toplantılarımıza büyük bir şevkle devam edeceğiz. Hedefimiz Türkiye'nin tamamına Türk Ürojinekoloji ve Pelvik Rekonstrüktif Cerrahi Derneğimizin ürojinekoloji faaliyetlerini yaymak ve bu konu ile ilgilenen meslektaşlarımıza ulaşmaktır.

Ayrıca 8-10 Kasım 2024 tarihinde de 11. Ulusal Ürojinekoloji Kongremizi gerçekleştireceğiz. Bununla ilgili hazırlıklarımıza hızla devam ediyoruz.

Şubat ayında bültenimize katkıda bulunan başta Doç. Dr. Adnan Orhan olmak üzere tüm meslektaşlarımıza teşekkür ederim. Ayrıca Bilim İlaç'a verdikleri destekten ötürü teşekkür ederim.

Derneğimizin diğer akademik faaliyetlerinde görüşmek üzere, sizleri saygıyla selamlıyorum.

PROF. DR. FUNDA GÜNGÖR UĞURLUCAN

Türk Ürojinekoloji ve Pelvik Rekonstrüktif Cerrahi Derneği Başkanı

EDİTÖRDEN

Değerli Meslektaşlarım;

Türk Ürojinekoloji ve Pelvik Rekonstrüktif Cerrahi Derneği olarak bültenimizin ikinci sayısını çıkarmaktan büyük bir kıvanç duyuyoruz. Düzenli ve sıralı bir bülten çıkarmak tıpkı bir aylık dergiyi devamlı yayında ve canlı tutmak gibi çok zahmetli ve yorucu olmasına rağmen ortaya çıkan güzel işleri gördükçe heyecanımız bir sonrakinin daha iyi yapmak için katlanarak artıyor.

Bültenlerimizin artık bir sponsoru olacak. Kongreler, Toplantılar, Workshop'lar, Bültenler... Bunların hepsi endüstrinin desteği olmadan çok zor. Bu bağlamda bültenimizi koşulsuz destekleyen **Bilim İlaç**'a çok teşekkür ederiz.

Bu sayımızda Zeynep Kamil Kadın Doğum'dan **Uzm. Dr. Reyhan Gökçen İşcan'ın** Laparoskopik Sakrouterin Ligaman süspansiyonu ile ilgili çok güzel bir makale özeti olacak. Menopozdaki hastanın vajinal mikrobiyota'sındaki değişiklikler son dönemde bilimin en popüler konularından bir haline geldi. Kadıköy Medicana Hastanesinden **Doç. Dr. Kazibe Koyuncu** bize bu konuyu anlatan bir makaleyi çok güzel ve öz bir biçimde özetledi. Son olarak Vajinal Enfeksiyonlarda Bakteriyel Vaginozis ile Vajinal kandidiyazisin arasındaki patofizyolojik ilişkilere odaklanan güçlü bir makaleyi de Gemlik Devlet Hastanesinden **Uzm. Dr. Bahadır Koşan** derledi.

Merak etmek, okumak ve araştırmak bizim en büyük üç tutkumuz... 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



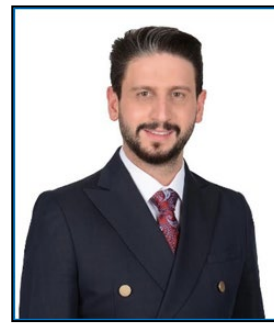
1. Bakteriyel Vajinozis ve Vulvovajinal Kandidiyazisin patofizyolojik mekanizmaları ve “Tiyokonazol + Tinidazol + Vajinal Lidokain” kombinasyonunun tedavideki etkinliğini değerlendiren makaleyi Gemlik Devlet Hastanesinden **Uzm. Dr. Bahadır Koşan** derledi.
2. **Uzm. Dr. Reyhan Gökçen İşcan**'dan Laparoskopik Sakrouterin Ligaman Süspansiyonunun etkinliğini değerlendiren bir derleme ve metaanalizin çevirisi.
3. **Doç. Dr. Kazibe Koyuncu**'dan Vajinal Mikrobiota ve menopozun Genito Üriner Sendromu arasındaki ilişkiyi inceleyen bir makale çevirisi.
4. Ege Ürojinekoloji workshop'tan kalan mutlu fotoğraf kareleri...



DOÇ. DR. KAZİBE KOYUNCU
KADIKÖY MEDİCANA HASTANESİ



UZM. DR. REYHAN GÖKÇEN İŞCAN
ZEYNEP KAMİL KADIN DOĞUM



UZM. DR. BAHADIR KOŞAN
GEMLİK DEVLET HASTANESİ

BACTERIAL VAGINOSIS AND VULVOVAGINAL CANDIDIASIS PATHOPHYSIOLOGIC INTERRELATIONSHIP

Jack D Sobel, Yogitha Sai Vempati

C.S. Mott Center for Growth and Human Development, Detroit, MI, USA.

Dep. of Internal Medicine, Wayne State University School of Medicine, Detroit, MI, USA.

BİR BAKIŞTA BU MAKALENİN ÖNEMİ:

Kadınlarda Vulvovajinal semptomların en önemli iki enfeksiyöz nedeni Bakteriyel Vaginozis (BV) ve Vulvovajinal Kandidiyazis (VVC) gelmektedir. Bu makalede bu ikisi arasındaki patofizyolojik ilişkiler masaya yatırılmıştır.

MEVCUT LİTERATÜRDEKİ BİLGİ NE DİYOR?

Sanılanın aksine nadir görülen mixt tip enfeksiyonların dışında, her iki enfeksiyonun da birbirinden bağımsız olduğu ve ilgisiz patojenik mekanizmalardan kaynaklandığı düşünülmektedir.

BU MAKALENİN TIBBİ LİTERATÜRE KATKISI NEDİR?

BV'nin neden olduğu vajinal proinflatuar ortam, mixt enfeksiyona ve ardışık tedavi sonrası da VVC epizodlarına zemin hazırlar. Tekrarlayan BV ve tekrarlanan antimikrobiyal ilaca maruz kalma aynı zamanda Candida albicans izolatlarında kazanılmış flukonazol direncine zemin hazırlayarak dirençli vulvovajinal kandidiyazın oluşumuna katkıda bulunur.



Uzm. Dr. Bahadır KOŞAN

Gemlik Devlet Hastanesi



microorganisms

Microorganisms

2024 Jan 5;12(1):108

Bakteriyel Vajinozis ve Vulvovajinal Kandidiyazis Arasındaki Patofizyolojik İlişki

Bakteriyel vajinozis (BV) ve vulvovajinal kandidiyazis (VVC) vajinal enfeksiyonun en yaygın iki çeşididir. Her ikisinin de farklı klinik bulguları olduğu gibi etiopatogenezleri de farklıdır. Nadir olmakla birlikte, hem BV hem de VVC'nin eş zamanlı enfeksiyonları meydana gelmektedir. İlişkileri ve hastalık etkileşimleri hakkında çok az şey bilinmektedir. Klinisyenler için iyi bilinen tek ilişki, uygun antibiyotiklerle tedavi edilen semptomatik bir BV atağından sonraki günlerde veya birkaç hafta içinde VVC gelişmesidir. Bunun makul bir açıklaması, antibakteriyel ajanların zaten patolojik olan BV mikrobiyomunu etkilediği ve kalan bakteriyel kısıtlamaları kaldırarak vajinal maya çoğalmasını kolaylaştırdığı ve semptomatik VVC'ye yol açtığıdır. BV enfeksiyonunun kendisinden ziyade BV epizodunun tedavisinin ardışık VVC epizoduna yol açtığı düşünülmektedir. Bu fenomen hem hastalar hem de klinisyenler tarafından iyi bilinmektedir, öyle ki BV tedavisinin bu son derece öngörülebilir komplikasyonuna sahip kadınlar antibakteriyel ajanlar alırken rutin olarak eş zamanlı profilaktik oral antifungal ilaç, genellikle flukonazol, talep etmektedir. Profilaktik flukonazol bu bağlamda oldukça etkilidir, ancak kullanımı büyük ölçüde doğrulanmamıştır. Bu nedenle BV ve VVC arasındaki bu ilişki ilaca bağlı VVC atağı ile sınırlı kalmıştır. Diğer ilişkiler üzerine çok az düşünülmüş veya araştırma yapılmış olup, bu durumun sıklığı veya klinik ve terapötik etkileri hakkında da veri bulunmamaktadır. BV'nin çoklu cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlara yatkınlık oluşturduğu yaygın olarak kabul edilmektedir, ancak BV'nin bir sonucu olarak VVC'ye çok az dikkat çekilmiştir.

Üçüncü basamak bir vajinit kliniğindeki klinisyenler olarak, tekrarlayan BV (RBV) veya RVVC tedavisi için sevk edilen kadınları değerlendirdiğimizde RBV için sevk edilen kadınların %80'inden fazlası RVVC öyküsü tarifler. Vajinal mantar enfeksiyonları, hastalar için ağrı açısından baskın olmayan bir sorun olarak görülmekte ve sadece BV için gerekli antibiyotik tedavisinin kaçınılmaz bir yan etkisi olarak değerlendirilmekte, uygulayıcılar tarafından alternatif bir biyolojik ilişki düşünülmemektedir. BV için antibakteriyel tedavi dışında BV ve VVC arasındaki ilişkiyi araştırmak için, VVC ve BV patogenezini gözden geçirmek gerekir.

Vulvovajinal Kandidiyaz Patogenezi:

VVC'deki birincil patojenler, muhtemelen gastrointestinal sistemden kaynaklanan ve kommensal olarak ilk asemptomatik vajinal kolonizasyona ulaşan Candida türleridir. Candida mikroorganizmaları, vajina koruyucu mikrobiyota tarafından yaratılan saprofitik bir yapıdadır. Özellikle, Organik asitler (Laktik asit, asetik asit vb.) Candida türlerinin vajinal toleransına katkıda bulunur.

Östrojenin lokal etkisi, sağlıklı alt genital sistem mikrobiyomunda Candida kommensalizmine izin vermede baskın bir rol oynamaktadır. Vajinal maya kolonizasyonu uzun süreli olabilir bunu biyolojik ya da davranışsal teşvik edici faktörler olduğu gibi konakçının genetik faktörleri de etkiler. Candida vajinitinin yanı sıra benign asemptomatik kolonizasyonu üç faktörün etkileşimini gösterir: maya, vajinal mikrobiyota ve konak mukozal immün faktörler. İnsan vajinal mukozasının, konakçı bağışıklığının ve vajinal mikrobiyotanın VVC patogeneziindeki rolünün ayrıntılı bir açıklaması çeşitli araştırmacılar tarafından gözden geçirilmiştir. VVC'nin hem savunmasında hem de patogeneziinde konakçı lokal bağışıklığın kritik bir rolü vardır ve ortaya çıkan semptom ve bulguların konakçının artık koruyucu olmayan enflamatuar yanıtının bir sonucu olduğu yaygın olarak öne sürülmektedir.

Akut semptomatik Candida vulvovajiniti, birden fazla faktör tarafından tetiklenir ancak her zaman önceden vajinal maya kolonizasyonu gerekir. Maya blastosporlarının çoğalması ve çoklu mantar virülans faktörlerinin ekspresyonu ile hif oluşumu ile karakterize dramatik bir değişiklik olur. Bu mikrobiyom değişiklikleri yüzeysel vajinal epitel yüzey istilası ve bunun sonucunda vajinal epitel hücre proinflamatuar reaksiyonu ile sonuçlanır. Akut vulvovajinitte görülen sayısız belirtide bunu takip eder. Proinflamatuar mukozal yanıtın bir parçası olarak hem IL-1 β hem de IL-6 artar. Akut VVC için risk faktörleri arasında, büyük ölçüde tek nükleotid polimorfizmlerinden oluşan genetik duyarlılığın üzerine eklenen antimikrobiallerden sonra vajinal disbiyoz, artmış östrojen ve kontrolsüz diyabet yer almaktadır. Üçlünün tüm üyeleri hastalığın riskine katkıda bulunur. VVC akut, kısa süreli, kronik veya tekrarlayan olabilir. Oral kandidiyazın aksine, immünosupresyon VVC için bir ön koşul değildir.

Maya virülans faktörleri, vajinal mikrobiyota ve akut vajinal kandidiyazda rol oynayan konak mukozal bağışıklık mekanizmaları hakkında hala tam bir bilgiye sahip değiliz. Kommensal durumdan patojenik mantar durumuna ve vajinite dönüşümü hızlandıran yaygın "tetikleyiciler" bile tam olarak anlaşılabilmiştir ve bu da BV ile VVC arasındaki bağlantıların daha iyi anlaşılmasını engellemektedir.

Bakteriyel Vajinozis Patogenezi:

VVC'den farklı olarak BV, "sağlıklı" koruyucu *Lactobacillus* türlerinin kaybı ve anaerobik ve fakültatif türlerin aşırı büyümesi ile ciddi bir polimikrobiyal vajinal disbiyozu tanımlar. Buna birden fazla *G. vaginalis* türü, *Fannyhessea vaginae*, *Mobiluncus* spp. BVAB (BV ile ilişkili bakteriler) ve *Bacteroides* spp. *Clostridiale* spp. *Prevotella* spp. *Zozaya* spp. ve diğerleri dahildir. Bu patojenik türlerin aşırı çoğalmasının *Lactobacillus* türlerinin azalmasına veya ortadan kalkmasına katkıda bulunup bulunmadığı kesin olarak belirlenmemiştir. Birçok araştırmacı, anaerobların patolojik konsorsiyumunun, muhtemelen bir erkek veya kadın partnerden cinsel yolla bulaşmayla ilişkili, birincil sonucu olduğunu düşünmektedir. Bazı virülan *Gardnerella* türlerinin, vajinal *Lactobacillus* türlerinin yerini alarak ve vajinal epitel hücrelerine yapışarak BV patogenezinde kilit bir faktör olduğu düşünülmektedir. Önemli kanıtlar, uzunlamasına takip edilen kadınlarda birden fazla tekrarlayan BV atağını açıklamak için cinsel aktarımın rolünü göstermektedir, ancak cinsel aktarım veya patojenin yeniden girişi açıkça sık tekrarlama veya nökslerin tek mekanizması değildir.

Daha yakın zamanlarda, vajinal mukozanın yüzeyini kaplayan BV biyofilminin tanınması BV'nin, özellikle de RBV'nin patogenezinin anlaşılmasına katkıda bulunmuş ve BV tedavisini geliştirmiştir. Virülan *Gardnerella* spp. suşlarının biyofilm üretimini başlattığı ve genellikle biyofilmde bulunan baskın türler olduğu düşünülmektedir. Bazı *Gardnerella* türlerinin vajinal mikro çevrenin oksidasyon azaltma potansiyelini düşürmenin yanı sıra temel substratları (NH₃) hazırlayarak katı anaerobik bakterilerin büyümesine izin verdiği varsayılmaktadır. BV mikrobiyomu, son on yılda PCR ve yeni nesil dizilemenin kullanılabilirliği ile önemli ölçüde geliştirilmiş, tanıda ilerlemelere yol açmıştır, ancak bugüne kadar tedaviye katkıda bulunmamıştır.

Nedensel üçlünün üçüncü bileşenine dönecek olursak, konakçı bağışıklık sisteminin BV patogenezindeki ve vajinal mukozada ifade edilen rolü kapsamlı bir şekilde araştırılmıştır. BV uzun süredir "enfamatuar olmayan" bir durum olarak kabul edilmektedir, dolayısıyla "vajinit" değil "vajinozis" terimi kullanılmaktadır. Bu erken tanımlama veya belirleme büyük ölçüde ağrı, acı veya disparoni gibi vajinal ve vulvar inflamasyonun tipik klinik belirtilerinin olmamasından kaynaklanmıştır. Bu karar, vajinal eksudada veya salin mikroskopisinde akıntıda polimorfonükleer lökositlerin (PMN'ler) çarpıcı yokluğu ile pekiştirilmiştir. Ancak bu varsayım daha sonra yapılan immünolojik incelemelerle uyuşmamıştır. BV'deki vajinal ortam, çok sayıda

çalışmada doğrulandığı üzere son derece proinflatuardır. Sitokin ve kemokin artışı IL-2, tip 1 interferon artışı ile belgindir. PMN'lerin eksikliği, birikimlerini önleyen kemokin veya kemotaksik inhibitörlerin etkisini uygun şekilde yansıtmaktadır. Vajinal enflamatuar araçların BV patogenezindeki rolü büyük ölçüde bilinmemektedir ve belki de koruyucu Lactobacillus türlerinin kaybının yanı sıra klinik BV nüksünü ve probiyotik tedaviye direnci açıklamak için çok önemlidir.

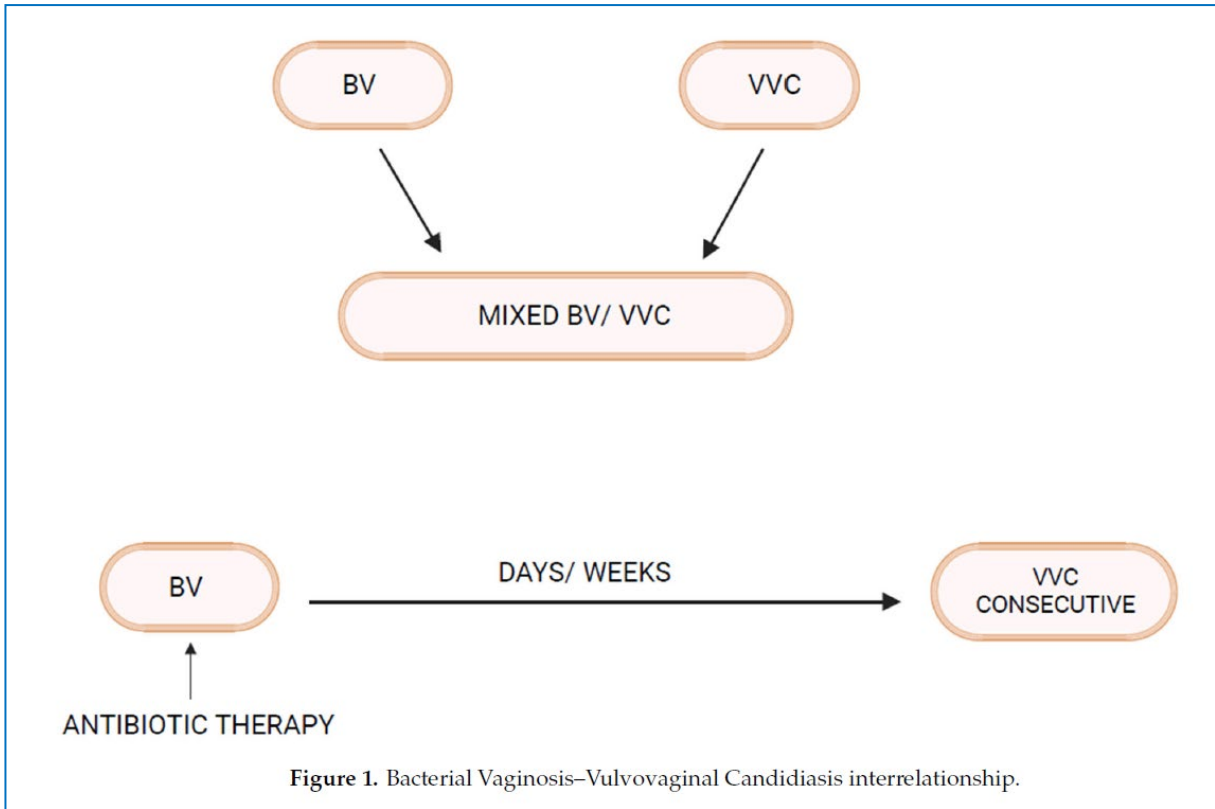


Figure 1. Bacterial Vaginosis–Vulvovaginal Candidiasis interrelationship.

Bakteriyel Vajinozis ve Vulvovajinal Kandidiyazis arasındaki ilişki:

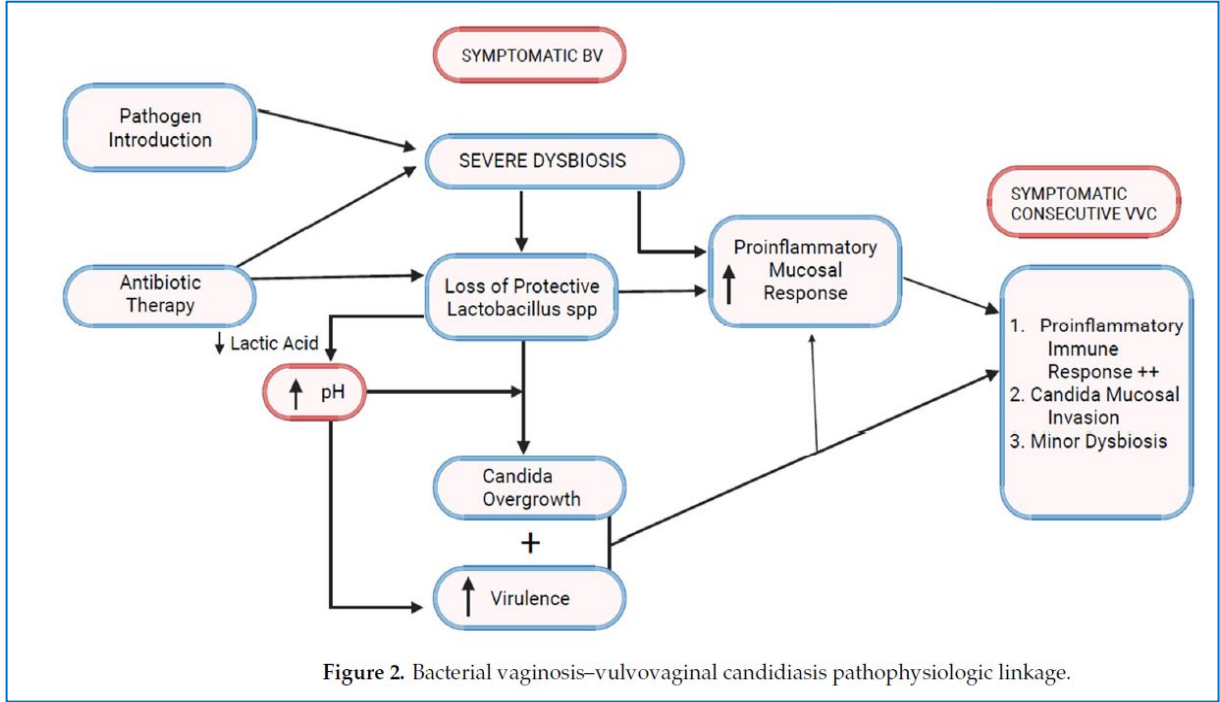
Yukarıda belirtildiği gibi, RVVC'li kadınların hepsinde BV veya RBV görülmez. Aslında, RVVC'li birçok kadında böyle bir ilişki yoktur. Öte yandan, RBV'ye yatkın bazı kadınlardaki klinik deneyim, RVVC'nin öngörülebilir bir ek sorun olduğunu ortaya koymaktadır. Değişmez bir şekilde, RVVC ataklarından önce gelen ve onları tetikleyen BV'dir. Ele alınması gereken ilk soru, BV'li kadınlarda vajinal Candida kolonizasyon oranlarının artıp artmadığıdır. Aslında, BV'li kadınlarda yapılan birkaç vajinal mikrobiyota çalışması, Candida vajinal kolonizasyon oranlarının arttığını ortaya koymaktadır. Benzer şekilde, kliniğimizde akut BV'li kadınlarda Candida kolonizasyon oranları, yaklaşık %30-35 olup, normal kontrol grubu kadınlardan (%12-

15) önemli ölçüde daha yüksektir. Laktik asit ve bakteriyosin üreten koruyucu Lactobacillus türlerinin kaybını yansıtan BV'nin daha yüksek vajinal pH özelliği göz önüne alındığında bu şaşırtıcı değildir. Bu durum, hem semptomatik BV'nin akut atakları sırasında hem de BV'nin metronidazol ile başarılı bir şekilde tedavi edilmesinin ardından BV'nin karakteristik L. iners baskın olduğu durumlarda özellikle belirgindir. Dolayısıyla, genel bir ilke olarak, vajinal disbiyoz Candida kolonizasyonunu kolaylaştırır.

BV'nin Antibiyotik Tedavisi Ardışık VVC'yi Tetikler

Antimikrobiyal kullanımı, akut VVC'nin en yaygın olmasa da yaygın bir tetikleyicisi olarak kabul edilmektedir. Neredeyse tüm antibiyotikler bu komplikasyona neden olmakla birlikte, bazı antibiyotik sınıfları daha büyük bir risk taşımaktadır. Dikkat çekici bir şekilde, antibiyotiklerin kommensal mayanın çoğalmasını kolaylaştırdığı mekanizmalar tam olarak anlaşılamamıştır. Candida proliferasyonunun, antibiyotikler ile maya virülans faktörlerini aktive eden bilinmeyen bakteriyel bileşenlerin salınımıyla yerleşik bakteri türlerini parçalaması olduğu öne sürülmüştür. Ancak bu süreç hakkında çok az şey bilinmektedir. Alternatif bir mekanizma da antibiyotiklerin "koruyucu" bakteri türlerini ortadan kaldırarak "mayayı engelleyen" faktörlerin azalmasına yol açmasıdır. Artık sınırlandırılmamış olan kommensal maya blastoporları çoğalır, hif oluşturur ve virülan enzimler salgılar, bu da epitel hücre yapışmasını ve vajinal epitel hücre bariyerinin istilasını kolaylaştırır. Yukarıdakilerin hepsinin vajinal lümende meydana geldiği varsayılmaktadır ancak komşu gastrointestinal kanalda da meydana gelebilir. Antibakteriyel ajanların kommensal maya proliferasyonunu doğrudan uyardığına dair kanıtlar mevcut değildir, ancak antibiyotiklerin yakın zamanda konağın doğuştan gelen bağışıklığını ve dolayısıyla dolaylı olarak anti-mikotik aktiviteyi etkilediği gösterilmiştir.

Buna göre, RBV için antibiyotik tedavisi, RVVC için en sık tanınan tetikleyicidir, daha sık olarak linkozamid sınıfı, yani klindamisin ve daha az sıklıkla nitroimidazol sınıfı (yani metronidazol) kullanımı ile görülür. Hem topikal hem de sistemik uygulamada görülebilir, ilaç sınıfı veya tedavi yolu ile ilişkili VVC süperenfeksiyon oranlarına ilişkin az sayıda yayınlanmış veri bulunmaktadır. RBV için haftada iki kez metronidazol vajinal jel kullanan idame tedavisine ilişkin yeni bir çalışmada, hastaların >%50'sinde VVC nüksü gösterilmiş ve RBV'nin önlenmesi için profilaktik metronidazolün devam etmesine izin vermek için idame haftalık flukonazol eklenmesi gerekmiştir.



Bu hipotezin zayıf noktası; Antibiyotiklerin koruyucu *Lactobacillus* türlerini azaltarak veya ortadan kaldırarak VVC'ye zemin hazırladığı yönündeki ikinci kavramla ilgili olarak semptomatik BV'li kadınların antibiyotikler uygulanmadan çok önce koruyucu *Lactobacillus* türlerinde ciddi bir azalma göstermesidir. Benzer şekilde, BV'nin etkili tedavisini takiben, asetik asitte hızlı bir düşüş meydana gelir ve *Candida* türlerinin çoğalmasına izin verir [34]. Bu nedenle, BV sonrası ardışık VVC'ye yatkınlık karmaşıktır ve muhtemelen antibiyotik tedavisi öncesi daha yüksek *Candida* kolonizasyonu ve *L. iners* ile değiştirilen *Lactobacillus* türlerinin daha fazla kaybı olmak üzere mikrobiyomdaki birkaç eşzamanlı değişiklikten kaynaklanmaktadır.



Sonuç:

RBV'nin bazı alt popülasyonlarda VVC nüksetmesine katkıda bulunan baskın bir faktör olarak önemli rolü klinisyenler tarafından yeterince onay görmese de hastalar tarafından istenmektedir. RVVC öyküsü olan kadınlarda RBV için antibiyotik tedavisiyle birlikte profilaktik flukonazol kullanımı önemlidir ve bölgesel terapötik uygulamada klinik norm haline gelmiştir. İdiyopatik RVVC'li kadınlarda haftada bir kez idame baskılayıcı flukonazol kullanımı standart bakım olarak zaten yaygın olarak kabul edilmektedir. Tekrarlayan BV'nin baskın patojenik tetikleme süreci olduğu RVVC'li kadınlarda, bu tür profilaktik antifungal rejimler gereksiz olabilir ve dikkat muhtemelen hastalığın kontrolü üzerinde yoğunlaşmıştır. RBV'nin flukonazol direnci ile ilişkisi de benzer şekilde fark edilmemiştir ve bu konu ile ilgili daha fazla çalışmaya ihtiyaç vardır. Kuşkusuz, hem tedavi hem de profilaktik amaçla kullanıldığında sık sık flukonazol maruziyeti, bu hastalarda C. albicans'ın sekonder flukonazol direncinin muhtemel baskın nedenidir. Vajinal Disbiyozis veya inflamatuvar sitokinlerin de kronik rezistansa neden olup olmadığı son durum itibari ile spekülatif olarak değerlendirilmiştir ve bu konuda daha fazla araştırmalara ihtiyaç vardır.

Mixovul

Metronidazol 750 mg
Mikonazol Nitrat 200 mg
Lidokain 100 mg

3 Ovül Trivag^{300 mg/200 mg/100 mg} Ovül

Tinidazol
Tiokonazol
Lidokain

Farklı
KADINLAR

Farklı
TEDAVİLER



BİL7896MIX76



Kısa Ürün Bilgisi özeti için QR KODU okutabilirsiniz.

bilim
İLAÇ

bilimsel
paydaş

DİYARBAKIR ÜROJİNEKOLOJİ SEMPOZYUMU

Tarih: 10 Mart 2024
Katılım ücretsizdir.



Yer: Dicle Üniversitesi Kardiyoloji
Hastanesi Konferans Salonu

Sempozyum Başkanı:
Dr. Reyhan GÜNDÜZ

DİYARBAKIR ÜROJİNEKOLOJİ SEMPOZYUMU



10 Mart 2024

Dicle Üniversitesi Kardiyoloji Hastanesi Konferans Salonu

09:00-09:30 Kayıt

09:30 İstiklal Marşı - Açılış Konuşmaları

Mehmet Sıddık Evsen

Dicle Üniversitesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı Bölüm Başkanı

Funda Güngör Uğurlucan

Türk Ürojinekoloji ve Pelvik Rekonstrüktif Cerrahi Derneği Başkanı

1. OTURUM PELVİK ORGAN PROLAPSUSU OTURUMU

Oturum Başkanları: **Talip Gül, Neşe Gül Hilali, Deniz Balsak**

09:40-10:00 POP'ta değerlendirme ve konservatif tedavi yaklaşımları

Reyhan Gündüz

10:00-10:20 POP ve Üriner İnkontinans ilişkisi: Nasıl Yönetelim?

Elif Ağaçayak

10:20-10:40 POP'ta uterus koruyucu cerrahi yaklaşım

Fuat Demirci

10:40-11:00 POP'ta obliteratif cerrahi: Kime? Nasıl?

Funda Güngör Uğurlucan

11:00-11:10 Tartışma

11:10-11:30 Kahve Molası

2. OTURUM ÜRİNER İNKONTİNANS OTURUMU

Oturum Başkanları: **Mete Gürol Uğur, Mert Ulaş Barut, Şeyda Yavuzkır**

11:30-11:50 Üriner inkontinansın değerlendirmesi ve birinci basamak yönetimi

Murat Seval

11:50-12:10 Aşırı aktif mesaneye güncel yaklaşım

Esra Çetinkaya

12:10-12:30 Üriner inkontinans tedavisinde fizyoterapi

Cenk Yaşa

12:30-12:50 Stres üriner inkontinansa cerrahi yaklaşım

Fuat Demirci

12:50-13:00 Tartışma

13:00-14:00 Öğle Yemeği

3. OTURUM KOZMETİK JİNEKOLOJİ OTURUMU

Oturum Başkanları: **Senem Yaman Tunç, Mehmet Obut**

14:00-14:20 Kozmetik jinekolojide anatomi

Berna Haliloğlu Peker

14:20-14:40 Kozmetik jinekolojide non-cerrahi/cerrahi endikasyonlar

Hakan Peker

14:40-15:00 Non-cerrahi yöntemler

Berna Haliloğlu Peker

(PRP, otolog yağ, dolgular, hyaluronik asit, kök hücre)

15:00-15:20 Cerrahi yöntemler (Labioplasti/hudoplasti, labio majora plasti, vaginoplasti/

perinoplasti)

Özgür Leylek

15:20-15:30 Tartışma / Kapanış

THE EFFECTIVENESS AND SAFETY OF LAPAROSCOPIC UTEROSACRAL LIGAMENT SUSPENSION: A SYSTEMATIC REVIEW AND META-ANALYSIS

LAPAROSKOPIK UTEROSAKRAL LİGAMAN SÜSPANSİYONUNUN ETKİNLİĞİ: SİSTEMATİK DERLEME VE META-ANALİZ

Carolien KM Vermeulen, Britt Schuurman, Anne-Lotte WM Coolen, Puck R. Meijs-Hermanns,

Sanne AL van Leijsen, Joggem Veen, Marlies Y. Bongers

Department of Gynaecology and Obstetrics, Máxima Medical Centre, Veldhoven, The Netherlands

Research School of Oncology and Reproduction, University of Maastricht, The Netherlands

Department of Gynaecology and Obstetrics, Zuyderland Medical Centre, The Netherlands

Department of Pathology, Maastricht University. The Netherlands

BİR BAKIŞTA BU MAKALENİN ÖNEMİ:

Laparoskopik uterosakral ligaman süspansiyonu (LUSLS), uterosakral ligamanların sütürlerle kısaltılması yoluyla apikal pelvik organ prolapsusunu (POP) düzeltmek için kullanılan bir tekniktir. Çalışma LUSLS'nin etkinlik ve güvenilirlik verilerinin meta-analiziyle oluşturulan bir sistematik derlemedir.

MEVCUT LİTERATÜRDEKİ BİLGİ NE DİYOR?

Laparoskopik olarak yapılan Uterosakral Ligaman Fiksasyonu yetkin cerrahların elinde güvenli ve etkin gibi görünmesine rağmen bunula ilgili tıbbi datalar yeterli değildir.

BU MAKALENİN TIBBİ LİTERATÜRE KATKISI NEDİR?

Laparoskopik uterosakral ligaman süspansiyonu apikal POP için etkili ve güvenli bir tedavi olabilir, ancak doğrulama için uzun dönem sonuçları içeren, prospektif ve randomize kontrollü çalışmalara ihtiyaç vardır.



Reyvan Gökçen İşcan
Zeynep Kamil
Ürojinekoloji

BJOG.2023;130(13):
1568–1578



LAPAROSKOPİK UTEROSAKRAL LİGAMAN SÜSPANSİYONUNUN ETKİNLİĞİ: SİSTEMATİK DERLEME VE META-ANALİZ

GİRİŞ:

Apikal pelvik organ prolapsusunu tedavi etmek için birçok cerrahi teknik mevcuttur ve literatürde sakral kolpopeksi (SC) bu teknikler arasında en iyi sonuçların elde edildiği teknik olarak gösterilmiştir. Ancak Sakrospinöz Ligaman Fiksasyonu (SSF) apikal prolapsusta daha sık tercih edilmektedir. Her iki operasyonun etkinliği ve hasta memnuniyeti yüksek olmakla birlikte dezavantajları da vardır.

SSF, serviks veya vajinal kubbenin sakrospinöz ligamana sabitlendiği, vajinal aksın daha posterior ve tek taraflı fiksasyonuna yol açan bir prosedürdür. Bu prosedür, özellikle apikal kısımda, SC'ye göre daha yüksek nüks oranlarına sahiptir (3). Yakın zamanda yapılan bir meta-analiz, dispareninin SSF'den sonra SC'ye göre daha yaygın olduğunu göstermiştir(3). Ayrıca daha önce POP ameliyatı veya histerektomi geçirmiş, vajinal uzunluğu kısa olan kadınlarda bu işlem mümkün olmayabilir.

Laparoskopik sakral kolpopeksi'de (LSC) POP tedavisinde etkili olduğu bilinen meş kullanılır. Abdominal meş, vajinal meşe göre daha düşük komplikasyon riskine sahip olsa da, kullanım konusunda giderek artan çekinceler oluşmuş ve doğal doku onarımı tercih edilir hale gelmiştir.

Uterosakral ligaman süspansiyonu (USLS), uterosakral ligamanların olabildiğince proksimal kısımdan başlayarak vajina veya serviksin apeksine kadar suture edilmesini içerir. Bu prosedür laparoskopik (LUSLS) veya vajinal (HUSLS) olarak yapılabilir ve vajinal eksenin ve uzunluğun korunmasına yardımcı olur.

McCall prosedürü ve modifiye Manchester Fothergill (MF) prosedürü, uterosakral ligamanların kullanıldığı apikal POP için alternatif vajinal prosedürlerdir. HUSLS tekniği, uterosakral ligamanları oldukça yükseğe çeker ve bu teknikleri karşılaştıran iki çalışmaya göre diğerlerinden daha iyi apikal süspansiyon sağladığı görülmüştür. 2010 yılında yapılan bir inceleme, HUSLS'nin çok yüksek bir etkinlik oranına sahip olduğunu ve kadınların %98'inde anatomik başarıya ulaştığını buldu. Bununla birlikte, HUSLS'nin potansiyel bir dezavantajı,

üreterin sınırlı görünümüdür ve bu da üreteral yaralanmaya veya tıkanmaya yol açabilir. Bu riski azaltmak için genellikle perioperatif sistoskopi yapılır.

LUSLS, üreter anatomisinin ve konumunun daha iyi görüntülenmesini sağlayarak, HUSLS'ye kıyasla yaralanma veya obstrüksiyon olasılığını azaltır ve bu sayede daha güvenli, yüksek sütür yerleşimine ve güçlü apikal desteğe olanak tanır.

LUSLS'nin teorik faydaları net olmasına rağmen yaygın olarak uygulanmamaktadır. Bu sistematik derleme, hem uterusu olan hem de olmayan hastalarda apikal prolapsusun tedavisinde LUSLS'nin etkinliğini ve güvenilirliğini göstermeyi amaçlamaktadır.

MATERYAL VE METOD:

Aramalar, PubMed ve Cochrane veritabanları kullanılarak gerçekleştirilmiştir. Anahtar kelimeler 'pelvik organ prolapsusu', 'laparoskopi' ve 'uterosakral' ve bunların eş anlamlıları olarak belirlenmiştir. Son arama 2 Mayıs 2022'de yapılmıştır. Uygun makaleler aşağıdaki kriterlere göre seçilmiştir: (a) laparoskopik cerrahi tekniğin kullanılması, (b) uterosakral ligamanların sütür yoluyla serviks veya vajinal kubbeye plikasyonu veya yeniden bağlanması, (c) uterovajinal veya vajinal kubbe prolapsusunun tedavisi ve (d) orijinal objektif ve/veya subjektif sonuç ölçümlerinin yer alması. İncelemeye İngilizce makaleler dahil edilmiştir. Hariç tutma kriterleri vaka raporlarını, meta-analizleri, robotik cerrahiyi, meş cerrahisini ve prolapsussuz cerrahide (profilaksi) standart prosedür olarak LUSLS'yi kullanan çalışmaları içermektedir. Bu, konuyla ilgili ilk inceleme olduğundan, çalışma tasarımı, popülasyon veya takip konusunda herhangi bir ek sınırlama getirilmemiştir. *Birincil sonuç ölçütü*, hem objektif (anatomik sonuçlar) hem de subjektif (hasta tarafından bildirilen sonuç) prosedürün etkinliği olmuştur. Apikal kompartmanın pre ve postoperatif POP-Q evresine ilişkin veriler kullanılmıştır. Anatomik başarı oranı, preoperatif evre ≥ 2 apikal POP'u olan kadınlar arasında başarılı cerrahi geçiren kadınların (takip sonunda apikal POP-Q evre 0-1) yüzdesi olarak tanımlanmıştır. Subjektif sonuç bildiren tüm çalışmalarda subjektif kür oranı hesaplanmıştır. PGI-I ölçeği kullanıldıysa 'iyi' veya 'çok iyi' cevapları başarı olarak kabul edilmiştir. PGI-I yok ise başarı, POP semptomlarının olmaması olarak tanımlanmıştır. *İkincil sonuç ölçütü*; güvenilirlik, nüks ve apikal prolapsus için yeniden operasyon olarak belirlenmiştir. Güvenilirlik, Clavien-

Dindo Sınıflamasına göre komplikasyon oranıyla ölçülmüştür. Apikal prolapsusun nüks ve yeniden ameliyatlarının analizi için yalnızca takip süresi ≥ 12 ay olan çalışmalar dahil edilmiştir.

BULGULAR:

Dahil edilme ve hariç tutma kriterlerini karşılayan, randomize olmayan prospektif veya retrospektif bir tasarıma sahip 13 çalışma dahil edilmiştir. Bu çalışmalardan beşi uterus korunarak (LUSLS-UK) yapılmış, üçü eş zamanlı histerektomi ile birlikte (LUSLS-H) yapılmış, biri LUSLS-UK ile LUSLS-H'yi karşılaştırılmış ve dördü histerektomize hastada vajinal cuff'a LUSLS (LUSLS-VC) yapılmış veya LUSLS-UK ve/veya LUSLS-H dahil olmak üzere karma bir popülasyona sahip prosedürü içermekteydi. Toplam 933 hasta dahil edilmiştir. Hastaların 504'üne histerektomi ile birlikte LUSLS (%54), 295'ine uterus korunarak LUSLS (%32) ve 134'ünde vajinal cuff'a LUSLS (%14) uygulanmıştır.

Tüm çalışmalara apikal cerrahi tedavi gerektiren semptomatik POP'lu hastalar dahil edilmiştir. Sekiz çalışmaya yalnızca apikal prolapsus \geq POP-Q evre 2 (C -1 veya daha fazla) olan kadınlar dahil edilmiş olup diğer çalışmalara ayrıca apikal POP-Q evre 1 olan ancak farklı bir kompartmanda prolapsus \geq evre 2 olan kadınlar dahil edilmiştir. Çalışmaların çoğunda, öncelikle inkontinans cerrahisi, laparoskopik paravajinal onarım, anterior veya posterior onarım olmak üzere eş zamanlı prosedürler uygulanmıştır.

13 çalışmanın tümünde, kullanılan LUSLS tekniği hakkında ayrıntılı bilgi elde edilmiş. On çalışmada non-absorbabl dikişler kullanılmış (çoğunlukla Ethibond veya Goretex 0 veya 1 numara). Üç çalışmada absorbabl dikişler kullanılmış. Dokuz çalışmada, üreteral bükülmeyi önlemek için peritoneal serbestleştirici insizyonlar veya üreterolizis uygulanmış. Dikiş sayısı bilateral 1 ila 3 arasında değiştiği görülmüş. Altı çalışmada standart sistoskopi uygulanmış. Medyan/ortalama takip süresi 3 ila 38 ay arasında (bunlardan dokuzunun medyan/ortalama takip süresi en az 12 ay idi) değişmekte ve bireysel ortalama takip süresi katılımcı başına 22 ay olarak bulunmuştur.

Primer sonuçlardan biri olan apikal prolapsus için birleştirilmiş anatomik başarı 10 çalışmadan elde edilmiş olup (Evre 2 ve üzeri apikal prolapsusu düzelen total hasta sayısı), oran %90 (%95 CI 83,3-95,5) olarak hesaplanmıştır (20,22-29,31). Çalışmalar bu oranı %73 ile %100

aralığında rapor etmiştir (19-31). Ameliyat öncesi ortalama c noktası -3,2 ile +3 cm arasında değişirken ameliyat sonrası -8 ile -5,8 cm arasında bulunmuştur.

Subjektif kür oranı (PGI-I skalasında memnuniyet ya da POP semptomlarının olmayışı olarak tanımlanmış) 9 çalışmada, %90,5'lik birleştirilmiş oranla (%95 CI 81,9-96,5) %72 ile %100 arasında değişen oranlarda bildirilmiştir. Tablo 1'de birleştirilmiş değişken sonuçları gösterilmektedir. Birleştirilmiş anatomik başarı oranı LUSLS-UK için %83,4 (%95 CI 67,7-94,6) ve LUSLS-H için %96,6 (%95 CI 87,5-100) idi. İstatistiksel olarak önemli bir fark bulunmamıştır. Birleştirilmiş subjektif iyileşme oranı iki grup arasında benzer bulunmuştur (LUSLS-UK için %93,1 ve LUSLS-H için %92,0; Tablo 1).

Tablo-1: Meta-analiz sonuçları

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.

Hiçbir hastada IV-V. derece komplikasyon görülmemiştir. Komplikasyon oranı %8 (%95 CI 3,9-12,9) olarak bulunmuştur. Hastaların %7'sinde hafif (Clavien-Dindo I-II), %1'inde majör komplikasyon (Clavien-Dindo III) görülmüştür. Hafif komplikasyonlardan üriner inkontinans, özellikle de novo stres inkontinans, 303 hastanın 21'ini (%7) etkilemiştir. Bunun bir komplikasyon olarak kabul edilip edilmeyeceği tartışmalıdır ancak hastalar üzerindeki etkisi nedeniyle derlemede yer almıştır. Diğer hafif komplikasyonlar; perioperatif kateterizasyona bağlı sıklıkla görülen idrar retansiyonu ve idrar yolu enfeksiyonudur. Pelvik ağrı (n = 12) ve de

novo disparoni (n=2) yedi çalışmada tanımlanmıştır; sırasıyla %3,4 ve %0,7 oranında görülmüştür. Çalışmaların hiçbirinde üreteral kinking, yaralanma veya obstrüksiyona rastlanmamıştır. Altı majör komplikasyon bildirilmiştir. Mesane yaralanması biri paravajinal onarım sırasında olmak üzere 2 hastada görülmüştür. Her ikisi de ameliyat sırasında fark edilmiş ve onarılmıştır. Bir hastada sütür serviksten geçerken sol uterin arterde laserasyona neden olmuş ve bu da Broad Ligamanı'nda geniş bir hematoma ile sonuçlanmış, laparotomiye geçilmiş ve hastaya kan transfüzyonu yapılmıştır. Bildirilen diğer bir majör komplikasyon ise laparotomi gerektiren ileustur. İki hastaya ameliyattan sonraki ay ağrı nedeniyle tanısız laparotomi yapılmış ancak LUSLS komplikasyonuna rastlanmamıştır.

LUSLS prosedürleri için ortalama operasyon süresi 22 ila 120 dakika arasında değişmektedir. Histerektomi de yapılan çalışmalarda ortalama ameliyat süresi 75 ile 140 dakika arasında bildirilmiştir. Çoğu çalışma, tüm prosedürler için (+/- histerektomi) ortalama hastanede kalış süresinin 1-2 gün olduğunu bildirmektedir.

Nüks, ortalama bireysel takip süresi 27 ay olan dokuz çalışmada tanımlanmıştır, takip süresi <12 ay olan çalışmalar dahil edilmemiştir. Anatomik POP nüksü (herhangi bir kompartmanda \geq Evre-2 POP olarak tanımlanır) %26 (n=205/798 kadın) olarak bulunmuştur. Meta-analiz ile apikal nüks %9,7 olarak hesaplanmıştır. LUSLS-UK sonrası hastaların %9,8'inde (%95 CI 1,3-25,0) ve LUSLS-H sonrası %6,3'ünde (%95 CI 0,01-22,4) 23 aylık benzer bir takip süresinde apikal nüks meydana gelmiştir; bu fark istatistiksel olarak anlamlı değildir. Beş çalışmada yeniden ameliyat oranları rapor edilmiştir; takip süresi boyunca 77/492 kadın POP nedeniyle (medyan aralık 12-34 ay), 51-53'ü apikal nüks nedeniyle (bu popülasyonun %10-11'i) yeniden ameliyat edilmiştir.

Beş çalışma (276 kadın) cinsel işlev hakkında sonuç bildirmiştir. Toplamda, bir çalışmada iki kadın LUSLS'den sonra disparoni yaşamış (%0,7), diğer çalışmalarda, önceden disparonisi olan kadınların işlem sonrası cinsel fonksiyonlarında iyileşme olduğu görülmüş ve yeni disparoni vakası tanımlanmamıştır.

TARTIŞMA:

Bu metaanalizin tartışmasında temel ve ana bulgulara bakıldığında aşağıdaki sonuçlara ulaşılmıştır.

- ◆ Ortalama 22 aylık takip süresinde birleştirilmiş anatomik başarı oranı (Evre 2 ve üzeri apikal prolapsusu düzelen kadınların toplamı olarak tanımlanır) tüm LUSLS prosedürleri için %90 olarak bulunmuştur. (%95 CI 83,3-95,5).
- ◆ Histerektomi ile kombine LUSLS %96,6 (%95 CI 87,5-100) anatomik başarı oranıyla sonuçlanırken, uterusun korunduğu LUSLS'da %83,4 (%95 CI 67,7-94,6) olarak bulunmuş. Bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır.
- ◆ Birleştirilmiş subjektif kür oranı (PGI-I ölçeğinde memnuniyet veya POP semptomlarının yokluğu olarak tanımlanır) %90,5 (%95 CI 81,9-96,5) olarak hesaplanmıştır. LUSLS-UK ve LUSLS-H sonrası subjektif iyileşme oranları aynıdır.
- ◆ Hastaların %1'inde majör komplikasyonlar gözlemlendiğinden LUSLS güvenli bir prosedür gibi görünmektedir.

Bulguların Yorumlanmasında en son tıbbi literatür bilgileri ile karşılaştırıldığında ise aşağıdaki bulgulara ulaşılmıştır.

- Sonuçlara bakılarak LUSLS'nin etkinlik ve güvenilirlik açısından diğer apikal prosedürlerle benzer olduğu söylenebilir fakat diğer yöntemlerde bu sonuçların randomize kontrollü çalışmalarla da gösterildiği unutulmamalıdır.
- Apikal rekürrens %10 olarak bulunmuştur, bu oran güncel bir meta-analizde yer alan diğer bir doğal doku onarım yöntemi olan SSF'nin rekürrens oranı (%11) ile benzerdir.
- Literatüre göre daha üstün olan yöntem %94 başarı ve %6 rekürrens oranı ile LSC olarak görülmektedir.
- Bu derlemede yer alan hiçbir çalışmada LUSLS ile ureter obstrüksiyonu ya da hasarı görülmemiştir. Bu komplikasyon daha çok vajinal Yüksek Uterosakral Ligaman Süspansiyonu'nda (YUSLS) %1,8 - 9 insidans ile görülmektedir.
- Literatürde diğer POP prosedürlerinde disparoni sıklığı %3 ile %23 arasında değişkenlik gösterirken bu derlemede de novo disparoni %0,7, pelvik ağrı %3,4 olarak tespit edilmiştir dolayısıyla LUSLS ile pelvik ağrı, disparoni ve seksüel fonksiyonun bozulması nadir görülür.
- Literatürde yer alan çalışmalar POP rekürrensi için LUSLS tekniğinin uygunluğu açısından yetersiz kalmaktadır. Bu derlemede yer alan çalışmalarda hastalar, %9 geçirilmiş POP cerrahisi

olanlar dışında, primer POP nedeniyle opere edilmiş ve hastaların çoğunda hafif apikal POP olduğu tespit edilmiştir.

- Uterus koruyucu yaklaşım (LUSLS-UK) ile histerektomi yapılan LUSLS (LUSLS-H) arasında anatomik/subjektif başarı ve rekürrens oranları açısından anlamlı bir fark bulunmamıştır fakat daha olumlu sonuçların saptanması nedeniyle eş zamanlı histerektomi yapılması eğilimi mevcuttur. LUSLS-UK ve LUSLS-H'nin karşılaştırıldığı bir çalışmada başarısızlık LUSLS-UK grubunda daha fazla saptanmış olup neden servikal elongasyon ve büyük uterus ile ilişkilendirilmiştir.
- Cerrahi tekniğin detaylarının karşılaştırılması ile ilgili herhangi bir veri bulunmadığı için bir çıkarım yapılamamıştır (ör; sütür materyali, sütür sayısı gibi)
- LUSLS'nin sadece apikal değil Delancey 2. Seviyedeki defektler üzerinde de etkili olduğu 3 çalışmada gösterilmiştir. Bu çalışmalarda anterior ve /veya posterior prolapsusun ek bir prosedür yapılmadan LUSLS ile düzeldiği gözlemlenmiştir.

Çalışmanın gücü ve limitasyonları

- Popülasyonun geniş olması ve LUSLS sonuçlarının uterusun korunmasıyla veya korunmadan değerlendirilmesi bu derlemenin güçlü yönüdür. Çalışma tasarımı, katılımcı sayısı veya takip süresi konusunda herhangi bir kısıtlama olmaksızın tüm çalışmalar dahil edilmiş; bu nedenle seçim yanlılığı en aza indirilmiş ve mevcut literatüre tam bir genel bakış sağlanmıştır.
- Randomize kontrollü çalışma olmaması, çalışmaların tümünün retrospektif ya da prospektif dizayna sahip olması ve bazılarının düşük kalitede olması limitasyonların başında gelmektedir.
- Klinik çeşitliliğe ve metodolojik çeşitliliğe bağlı istatistiksel heterojenlik nedeniyle LUSLS'nin belirli ayrıntıları hakkında sonuçlara varılamamıştır ancak LUSLS'yi bir operasyon tekniği olarak daha geniş bir perspektifte değerlendirebilmiştir.
- LUSLS-UK ve LUSLS-H gruplarının subanalizlerinde dışlama biası önlenememiştir. Birçok çalışmada LUSLS-H, LUSLS-UK ve LUSLS-VC'li kadınların sonuçları arasında hiçbir ayırım yapılamamış bu nedenle bu çalışma verileri (n=334) alt analizlerden çıkarılmıştır.

Sonuç olarak bu sistematik derleme ve metaanaliz sonucunda aşağıdaki sonuçlara ulaşılmıştır.

- Laparoskopik uterosakral ligaman süspansiyonu apikal pelvik organ prolapsusunu tedavi etmek için umut verici, etkili ve güvenli bir teknik gibi görünmektedir.



- Diğer apikal prosedürlerle karşılaştırıldığında belirgin avantajları vardır: meş kullanılmaması (doğal doku onarımı), üreter obstrüksiyon riskinin düşük olması, toplam vajinal uzunluğun uzun olması ve doğal vajinal aksın korunması gibi.
- LUSLS sonrası disparoni ve pelvik ağrı nadirdir.
- Bu tekniğin etkinliğini ve güvenliğini doğrulamak için, maliyet etkililik analizi de dahil olmak üzere, uzun süreli takipli prospektif ve randomize kontrollü araştırmalar gereklidir.

TJOD İzmir Şubat 2024 Bölge Toplantısı

8 Ege
ÜroJinekoloji
Workshop



17 Şubat 2024

Ege Üniversitesi
Atatürk Kültür Merkezi, İzmir

EGE ÜROJİNEKOLOJİ TOPLANTIMIZDAN BAZI KARELER



TJOD İzmir Şubat 2024 Bölge Toplantısı

8 Ege
ÜroJinekoloji
Workshop



17 Şubat 2024

Ege Üniversitesi
Atatürk Kültür Merkezi, İzmir

EGE ÜROJİNEKOLOJİ TOPLANTIMIZDAN BAZI KARELER





KARADENİZ ÜROJİNEKOLOJİ *Sempozyumu*



27 - 28 Nisan 2024

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

www.karadenizurojinekoloji.org

KARADENİZ ÜROJİNEKOLOJİ Sempozyumu

27 - 28 Nisan 2024 Prof. Dr. Osman Turan Kültür ve Kongre Merkezi, Trabzon



27 NİSAN CUMARTESİ

- 08:30 - 08:45** **AÇILIŞ KONUŞMALARİ**
Neşe Kaklıkkaya - KTÜ Tıp Fakültesi Dekanı
Mehmet Armağan Osmanağaoğlu - KTÜ Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum A.D. Başkanı
Funda Güngör Uğurlucan - Türk Ürojenekoloji ve Pelvik Rekonstrüktif Cerrahi Derneği Başkanı
Ömer Demir - Karadeniz Ürojenekoloji Sempozyum Başkanı
- 08:45 - 10:15** **İNKONTİNANS OTURUMU**
Moderatörler: Önay Yalçın, Fuat Demirci
- 08:45 - 09:30** **AŞIRI AKTİF MESANE PANELİ**
Moderatör: Önay Yalçın
Panelistler: Özgür Yeniel, Mehmet Gökhan Çulha, Murat Seval, Adnan Orhan
Aşırı aktif mesane nedir?
Nasıl değerlendiririm?
Nasıl tanı koyarım?
Konservatif tedavi hangi hastaya ne zaman? Medikal tedavi hangi hastaya ne zaman? Hangi tedavi?
İlk basamak medikal tedavide ne veririm?
Üçüncü basamak tedavi ne zaman? Hangi tedavi?
- 09:30 - 10:15** **STRES ÜRİNER İNKONTİNANS PANELİ**
Moderatör: Fuat Demirci
Panelistler: İsmail Mete İtil, Fulya Dökmeci, Funda Güngör Uğurlucan, Berna Haliloğlu Peker
Stres üriner inkontinans nedir?
Nasıl değerlendiririm?
Nasıl tanı koyarım?
Konservatif tedavi hangi hastaya ne zaman?
Medikal tedavi hangi hastaya ne zaman? Hangi tedavi?
Cerrahi tedavi hangi hastaya ne zaman? Hangi tedavi?
- 10:45 - 11:45** **CANLI CERRAHİ OTURUMU**
Moderatörler: Ömer Tank Yalçın, Yeşim Bayoğlu Tekin
TOT
İsmail Mete İtil
TVT
Ömer Lütfi Tapısız
- 11:45 - 12:55** **VİDEO OTURUMU - 1**
Moderatörler: Esra Çetinkaya, Recep Erin
11:45 - 11:55 Vajinal histerektomi
Hidayet Şal
11:55 - 12:05 Sakrospinöz fiksasyon
Kuntay Kokanalı
12:05 - 12:15 LS pektepeksi
Serdar Aydın
12:15 - 12:25 Minisling
Berna Haliloğlu Peker
12:25 - 12:35 İntravezikal botoks uygulaması
Ulaş Çoban
12:35 - 12:45 Pubovajinal sling
Ayşe Filiz Gökmen Karasu
12:45 - 12:55 LS burch kolposuspansiyon
Bulut Varlı
- 14:15 - 15:15** **PROLAPSUS PANELİ**
Moderatör: İsmail Mete İtil
Panelistler: Esra Çetinkaya, Ömer Gülpınar, Serdar Aydın, Kuntay Kokanalı, Hüseyin Cengiz
Pelvik organ prolapsusunu nasıl değerlendiririm?
Pelvik organ prolapsusunda konservatif tedavi kime? Ne zaman? Hangi tedavi?
Pelvik organ prolapsusunda cerrahi tedavi kime? Ne zaman? Hangi tedavi?
Pelvik organ prolapsusu cerrahisinde meş kullanımının yeri var mı?
Pelvik organ prolapsusu cerrahisinde histerektominin Yeri?
- 15:15 - 16:15** **CANLI CERRAHİ OTURUMU**
Moderatörler: Fulya Dökmeci, Kübra Erin
SRS implant
Fuat Demirci
LS lateral süspansiyon
Çetin Kılıççı
Uterus koruyucu mini sakrospinöz fiksasyon
Özgür Yeniel
- 16:45 - 17:45** **PELVİK TABAN - DOĞUM OTURUMU**
Moderatörler: Önay Yalçın, Songül Aktaş
16:45 - 17:00 Gebelik ve doğumun pelvik tabana etkisi
Melike Doğanay
17:00 - 17:15 OASIS engellenebilir mi? - Kanıt dayalı yöntemler
Esra Çetinkaya
17:15 - 17:30 Obstetrik anal sfinkter hasarına nasıl tanı koyalım?
Funda Güngör Uğurlucan
17:30 - 17:45 Obstetrik anal sfinkter hasarını nasıl tedavi edelim?
Ömer Demir
- 17:45 - 18:45** **HAYVAN DOKUSU ÜZERİNDE 3. VE 4. PERINE LASERASYONLARI TAMİRİ UYGULAMASI**
Videolar Eşliğinde
Eğitmenler: Funda Güngör Uğurlucan, Ömer Demir

28 NİSAN PAZAR

- 08:45 - 11:00** **V-NOTES OTURUMU**
Moderatörler: İsa Aykut Özdemir, Cavit Kart
- 08:45 - 09:45** **V-NOTES PANELİ**
Moderatörler: İsa Aykut Özdemir, Cavit Kart
Panelistler: Özgür Yeniel, Süleyman Salman, İsmail Alay, Sema Karakaş, Cihan Kaya
Vnotes ile laparoskopinin birbirine olan üstünlükleri nelerdir?
Jinekolojik acillerde vnotes uygulamaları? Hangi vakalar için uygun?
Histerektomi vnotes ile yapalım mı? - Hangi durumlarda?
Pelvik organ prolapsusu cerrahisinde vnotes yapalım mı? - Hangi durumlarda?
Jinekolojik onkolojide vnotes' un yeri?
- 09:45 - 11:00** **CANLI CERRAHİ OTURUMU**
Moderatörler: İsa Aykut Özdemir, Cavit Kart
V-notes setup + histerektomi
Cihan Comba
- 11:30 - 12:15** **OLGULARLA ZOR HASTA YÖNETİMİ PANELİ**
Moderatör: Fulya Dökmeci
Panelistler: Funda Güngör Uğurlucan, Ömer Lütfi Tapısız, Çetin Kılıççı, Çetin Çam
Dirençli aşırı aktif mesane olgusunda yönetim
Tekrarlayan stres üriner inkontinans olgusunda yönetim
Tekrarlayan pelvik organ prolapsusunda yönetim
Pelvik organ prolapsusu ve üriner inkontinans birlikteliği olan hastada yönetim
Ağrılı mesane sendromunda yönetim
- 13:30 - 14:10** **VİDEO OTURUMU - 2**
Moderatörler: Gülşah Balık, Adnan Orhan
13:30 - 13:40 Vnotes uterosakral ligament süspansiyonu
Gökay Özçeltik
13:40 - 13:50 Vnotes lateral süspansiyon
Eralp Bulutlar
13:50 - 14:00 Vals
Cihan Comba
14:00 - 14:10 Vnotes SSF
Ömer Demir
- 14:10 - 15:50** **KOZMETİK JİNEKOLOJİ OTURUMU**
Moderatörler: Ömer Demir, Murat Seval
14:10 - 14:30 Genital estetiğin kadın cinselliğine etkisi
Şebnem Alanya Tosun
14:30 - 14:50 Non-cerrahi genital estetik uygulamaları
Süleyman Eserdağ
14:50 - 15:10 Cerrahi genital estetik uygulamaları
Berna Haliloğlu Peker
15:10 - 15:30 Genital estetik uygulamaları - videolar eşliğinde
Ebru Alper
15:30 - 15:50 Jinekolojide lazer uygulamaları
Süleyman Engin Akhan
- 16:10 - 17:10** **VULVOVAGİNAL HASTALIKLAR OTURUMU**
Moderatörler: Naci İmamoğlu, Turhan Aran
16:10 - 16:25 Tekrarlayan idrar yolu enfeksiyonları
Gökay Özçeltik
16:25 - 16:40 Vulvo-vajinal kondilomlara güncel yaklaşım
Cihan Comba
16:40 - 16:55 Tekrarlayan vulvovajinitlere yaklaşım
Gülseren Dinç
16:55 - 17:10 Vulvar dermatozlar; tanı, tedavi
Bakiye Akbaş
- 17:10 - 17:15** **KAPANIŞ**

RELATIONSHIPS BETWEEN THE VAGINAL MICROBIOTA AND GENITOURINARY SYNDROME OF MENOPAUSE SYMPTOMS IN POSTMENOPAUSAL WOMEN: THE STUDY OF WOMEN'S HEALTH ACROSS THE NATION

LE Waetjen, SL Crawford, P Gajer, MM Brooks, EB Gold, BD Reed, R Hess, J Ravel.
University of California Davis, School of Medicine, Sacramento, CA.
University of Maryland School of Medicine, Institute for Genome Sciences, Baltimore
University of Pittsburgh, Department of Statistics, Pittsburgh, PA.
University of Michigan, Ann Arbor, MI
University of Utah, School of Medicine, Salt Lake City, UT.

BİR BAKIŞTA BU MAKALENİN ÖNEMİ:

Çalışma, menopoz sonrası kadınlarda vajinal mikrobiyota ile genitoüriner menopoz sendromu (GSM) semptomları arasındaki bağlantıyı araştırmaktadır.

MEVCUT LİTERATÜRDEKİ BİLGİ NE DİYOR?

Menopozun Genitoüriner Sendromu (GSM) genital, cinsel ve idrarla ilgili semptomları kapsar ve bu sorunların anlaşılması ve tedavi edilmesi, menopoz sonrası kadınların yaşam kalitesinin iyileştirilmesi açısından çok önemlidir.

BU MAKALENİN TIBBİ LİTERATÜRE KATKISI NEDİR?

Çalışma, vajinal mikrobiyota ile menopozal semptomlar arasındaki etkileşime ilişkin anlayışımızı geliştirmeyi, GSM yaşayan postmenopozal kadınlara yönelik potansiyel terapötik müdahaleler veya yönetim stratejileri hakkında bilgi sağlamayı amaçlamaktadır.



Kazibe Koyuncu Demir

Kadıköy Medicana Hastanesi



Menopause
Nov 1;30(11):1073-1084

POSTMENOPOZAL KADINLARDA VAJİNAL MİKROBİYOTA VE MENOPOZUN GENİTOÜRİNER SENDROMU SEMPTOMLARI ARASINDAKİ İLİŞKİ:

Amacı:

Menopoz sonrası kadınlardan oluşan çeşitli bir kohortta vajinal mikrobiyom tipleri (CST) göre sınıflandırılan vajinal mikrobiyotayı tanımlamak ve genitoüriner menopoz sendromu (GSM) semptomları (vajinal kuruluk, vulvovajinal tahriş, cinsel ağrı, dizüri, urgency) ve CST'ler, östrojen, vajinal olgunlaşma indeksi (VMI) ve vajinal pH arasındaki ilişkiyi incelemek

Materyal- Metod:

Ülke Çapında Kadın Sağlığı Araştırmasında, yaşları 60,4 ile 72,5 arasında olan 1.320 kadın, kendi kendine vajinal akıntı örneği topladı (2015-2017). Vajinal numuneler 16S rRNA gen amplikon dizilimi kullanılarak mikrobiyota bileşimi ve tipi (CST'ler), VMI ve pH açısından analiz edildi. GSM semptomları hastalara uygulanan anketlerle toplandı; anketörler tarafından östrojen kullanımını sorguladı ve vücut kitle indeksini ölçüldü. Serum E2 ve E1 düzeyleri, yüksek performanslı sıvı kromatografi kullanılarak ölçüldü. Data analizi Pearson χ^2 testleri, varyans analizi, Kruskal-Wallis testleri ve binom lojistik regresyon yöntemleri kullanılarak yapıldı.

Bulgular:

En sık görülen CST, Lactobacillus türü IV-C (%49,8) idi; Kadınların %36,4'ünde Lactobacillus türlerinin baskın olduğu CST'ler vardı. Vajinal atrofi olan kadınların yarısından fazlasında CST IV-C0 bulunurken, östrojen kullanan veya daha yüksek E1 ve E2 düzeylerine sahip kadınlarda Lactobacillus Crispatus'un baskın olduğu CST I prevalansı daha yüksekti. Cinsel ağrı, atrofi biyo belirteçleriyle ilişkilendirildi ve bağımsız olarak Streptococcus türlerinin baskın olduğu CST IV-C1 ile ilişkilendirildi. Diğer tüm GSM semptomları için E1 veya E2 seviyeleri, atrofi biyobelirteçleri veya herhangi bir CST ile tutarlı bir ilişki bulunmadı.

Sonuçlar:

Östrojen, CST'ler, VMI ve pH arasında yakın ilişkiler olmasına rağmen cinsel ağrı, vajinal mikrobiyota ve atrofi biyobelirteçlerinin yapısıyla ilişkili tek GSM semptomu olarak bulundu.



Menopozun genitoüriner sendromu (GSM), menopozdan sonra düşük östrojen seviyeleriyle ilişkili belirti ve semptomlar topluluğudur. GSM semptomları arasında genital kuruluk, vulvovajinal tahriş, cinsel ağrı, dizüri ve urgency yer almaktadır. GSM'nin fiziksel belirtileri arasında vajinal bölgedeki renk solukluğu, kuruluk, rugalarda azalma ve doku dayanıklılığında azalma bulunur. GSM etyolojisi şu an için net bir şekilde ortaya konamamıştır, ancak GSM kadınların cinsel hayatını etkiler, depresif semptomlarla ilişkilidir ve sosyal aktiviteleri negatif etkileyerek, hayat kalitesini önemli ölçüde azaltmaktadır.

Vajinal mikrobiyom ile menopoz sonrası genitoüriner sağlık ve hastalık arasında potansiyel bir bağlantı olduğu düşünülmektedir. Vajinal mikrobiyom, menopoz öncesi kadınlarda bakteriyel vajinoz ve insan papilloma virüsünün kalıcılığı ile ilişkilendirilmiştir. Vajinal mikrobiyota tiplerindeki bireysel farklılıklar ve bunların menopoz sonrası östrojen azalmasıyla bağlantısı, GSM gelişimini açıklayan faktörler olarak öne sürülmektedir. Ancak sınırlı sayıda çalışmada menopoz sonrasındaki farklı mikrobiyom tipleri ile GSM semptomları arasındaki ilişkiyi araştırmıştır. 16S rRNA gen amplikon dizilimi ile yapılan çalışmalarda, epidemiyolojik araştırmaları kolaylaştıran, vajinal mikrobiyom tipleri (CST'ler) olarak da adlandırılan vajinal mikrobiyotanın 5 ana ve 13 alt tipini tanımlamıştır. Başlıca CST'lerden dördü (CST I, II, III ve V) farklı Lactobacillus türlerinin hakimiyetindedir. Buna karşılık, CST IV mikrobiyotası, Lactobacillus türlerinin azlığı ile karakterize edilmiştir ve çok çeşitli anaerob türler içermektedir. CST IV son yapılan çalışmalarda CST IV-A, IV-B ve IV-C alt tiplere ayrıştırılmış olup; IV-C için daha ileri subgruplama IV-C0, 1, 2, 3 ve 4 yapılmıştır.

Ülke Çapında Kadın Sağlığı Çalışması'nda (SWAN) 60 yaş ve üzeri, ırksal/etnik açıdan çeşitli 1.320 menopoz sonrası kadın araştırmaya dahil edilmiştir. Çalışmanın amaçları arasında, SWAN kohortunda CST dağılımının tanımlanması, bunların eksojen östrojen kullanımı, serum estron ve estradiol seviyeleri ve atrofi biyobelirteçleri ile ilişkilerinin değerlendirilmesi yer almaktadır. Ek olarak çalışma, menopoz sonrası genitoüriner sağlıkta vajinal mikrobiyomun rolünün anlaşılmasını geliştirmek için GSM semptomları, CST'ler, östrojen durumu ve atrofi biyobelirteçleri arasındaki ilişkileri incelemeyi amaçlamaktadır.

Materyal- Metod:

1995 yılında başlatılan kapsamlı bir kohort çalışması olan SWAN çalışmasında 16,065 katılımda kesitsel bir anket yapılması ile başlanmıştır. Sonrasında yedi klinik bölgeden 3.302 kadın ile çalışmaya devam edilmiştir. Dahil edilme kriterleri 42 ila 52 yaş arası bir yaş ve kendini belirli ırksal/etnik kökenlerle tanımlamaktır. Dışlanma kriterleri yakın zamanda menstruasyon, histerektomi veya ooferektomi geçirmiş olmak, hamilelik, emzirme, hormon tedavisi kullanımı ve dil bilmemektir. 16 vizitte gerçekleştirilen çalışma için, katılan tüm kadınların onamı alındı. 2015 ve 2017 yılları arasında 15. ziyarete katılan 2.031 kadından bir "vajinal sağlık kohortu" oluşturulmuştur. Vajinal numuneleri kendi kendine toplamayı kabul eden 994 kadından vajinal mikrobiyota analizi yapılmıştır.

Araştırmaya katılanlar ayrıntılı talimatları izleyerek vajinanın orta kısmından vajinal örnekleri topladılar. Bu numuneler mikrobiyota analizi için RNA later solüsyonunda muhafaza edilmiş ve vajinal olgunlaşma indeksi (VMI) ölçümü için Thin-Prep solüsyonuna ikinci bir swab yerleştirilmiştir. Vajinal pH, katılımcılar tarafından pamuk çubuk ve pH kağıdı kullanılarak ölçüldü; bildirilen pH >5 olması, vajinal atrofinin bir biyo belirteci olarak kabul edildi. Mikrobiyota sürüntüleri soğutuldu, işlenmek üzere mavi buz üzerinde gönderildi ve VMI örnekleri oda sıcaklığında saklandı ve Pittsburgh Üniversitesi Sitoloji Laboratuvarı'nda ölçüldü. Kadınlar genitoüriner semptomlar ve vajinal bakıma ilişkin anketleri doldurdu. Vajinal kuruluk, önceki 2 hafta içinde herhangi bir kuruluk olduğunu kişinin kendisinin bildirmesi veya en az bir önceki SWAN ziyaretinde kuruluk bildirilmesi olarak, vulvovajinal tahriş, cinsel ağrı, dizüri ve urgency, kişinin kendi bildirimine göre belirli zaman dilimleri ve sıklıklardaki semptomlar tanımlandı.

Çalışmada genomik DNA ekstraksiyonu, 16S rRNA gen amplifikasyonu, barkodlama ve sıralama yoluyla vajinal mikrobiyota kompozisyonunu çalışıldı. Örneklerden DNA ekstrakte edildi, 16S rRNA geninin V3-V4 bölgeleri için amplifiye edildi ve Illumina HiSeq 2500 kullanılarak sekanslandı. Çoğullama çözme, kalite kontrol ve sınıflandırma atamasını içeren biyoinformatik analiz, QIIME, DADA2 ve spesifik sınıflandırıcılar kullanılarak gerçekleştirildi. Ortaya çıkan verilerle, VALENCIA sınıflandırıcısı kullanılarak vajinal mikrobiyotanın 13 alt tipine (CST) sınıflandırılmış ve istatistiksel modelleme yapılmıştır.

Sonuçlar:

Ortalama yaşları 65,5 olan ve yeterli vajinal mikrobiyota örneklerine sahip 1.320 kadın analize dahil edildi; ırk/etnik köken, genitoüriner semptomlar veya yakın zamanda ilaç kullanımı açısından önemli bir farklılık görülmedi.

Birincil amaç, SWAN kohortunda CST'lerin dağılımını tanımlamak ve bunların eksojen östrojen kullanımı, serum estron (E1) ve estradiol (E2) seviyeleri ve atrofi biyo belirteçleri ile ilişkilerini değerlendirmektir. Mikrobiyom örneğinde CST IV en yaygın olanıydı (%63,6), Çinli kadınlarda diğer gruplara göre en yaygın olarak CST IV-C0 ve IV-C1 tipleri izlendi. Klinik bölgelerdeki siyahi kadınlar arasında CST dağılımında önemli farklılıklar gözlemlendi; Chicago bölgesindekiler en düşük CST IV-A ve IV-B prevalansına ve en yüksek CST IV-C0 prevalansına sahipti. CST prevalansı aynı zamanda BMI, östrojen kullanımı, endojen hormon düzeyleri, vajinal pH ve vajinal atrofi biyo belirteçleri ile de ilişkili bulunmuştur.

Çalışmanın ikinci amacı, GSM semptomları, CST'ler, östrojen durumu ve atrofi biyo belirteçleri arasındaki ilişkileri araştırmaktır. Çalışmada kadınların %63,9'u, en az bir GSM semptomu bildirilmiştir ve düzeltilmemiş analizlerde, ırk/etnik köken, BMI ve spesifik CST'lere dayalı semptom raporlamasında farklılıklar mevcuttur.

GSM semptomlarını, CST'ler, atrofi biyo belirteçlerini, östrojen seviyelerini ve östrojen kullanımını inceleyen düzeltilmemiş analizlerde, disparoni, belirli bir CST ile ilişkili tek GSM semptomu olarak bulunmuştur. Özellikle disparoni tarifleyen kadınlarda CST IV-C1'in prevalansı yüksek ve diğer tüm CST'lerin prevalansı ise düşük bulunmuştur. Disparoni, atrofi biyo belirteçleri, VMI <50, pH >5 ile ilişkili olarak bulunmuştur ancak urgency bu atrofi biyo belirteçleriyle ters orantılı olarak bulunmuştur. Bireysel GSM semptomları ile endojen östrojen belirteçleri arasındaki ilişki modelleri arasında tutarlı bir sonuç bulunmamıştır.

Her ne kadar CST IV-C0 ve IV-C1 vajinal mikrobiyom tipleri ; atrofi biyo belirteçleri, VMI <50 ve vajinal pH >5, olan kadınlarda fazla izlendiyse de, CST tiplerinin dağılımı, atrofi biyo belirteçleri olsun veya olmasın herhangi bir GSM semptomu ile ilişkilendirilememiştir.

VMI, vaginal pH, E1 ve E2 seviyeleri modelden çıkarıldıktan sonra yapılan analizlerde CST IV-C1 tip mikrobiyom bulunan kadınların, Lactobacillus türlerinin baskın olduğu CST'lerle karşılaştırıldığında cinsel ağrı bildirme olasılığının iki katından fazla olduğunu bulunmuştur.

Tartışma:

Vajinal mikrobiyota, östrojen ve vajinal atrofinin biyo belirteçleri arasında yakın ilişkiler bulunduğunu bulunmasına rağmen, bunların postmenopozal kadınlarda GSM semptomlarıyla doğru orantılı veya doğrudan bir ilişkisi bulunmamıştır. Bu çalışmanın sonuçları, menopoz sonrası kadınların genitoüriner sağlığı hakkında önemli ve klinik açıdan anlamlı soruları gündeme getirmektedir. Daha ileri çalışmalar, spesifik vajinal biyo belirteç modellerine sahip semptomatik kadın alt gruplarının örneğin, cinsel ağrısı ve CST IV-C1'i olanlar veya vajinal kuruluğu ve düşük VMI'sı ve/veya yüksek pH'ı olanların anlamlı bir şekilde karakterize edilip edilemeyeceğini ve bu tür bir karakterizasyonun daha hedefe yönelik, kişiselleştirilmiş tedavi stratejilerinin geliştirilmesine yol açıp açmayacağı araştırılmalıdır.

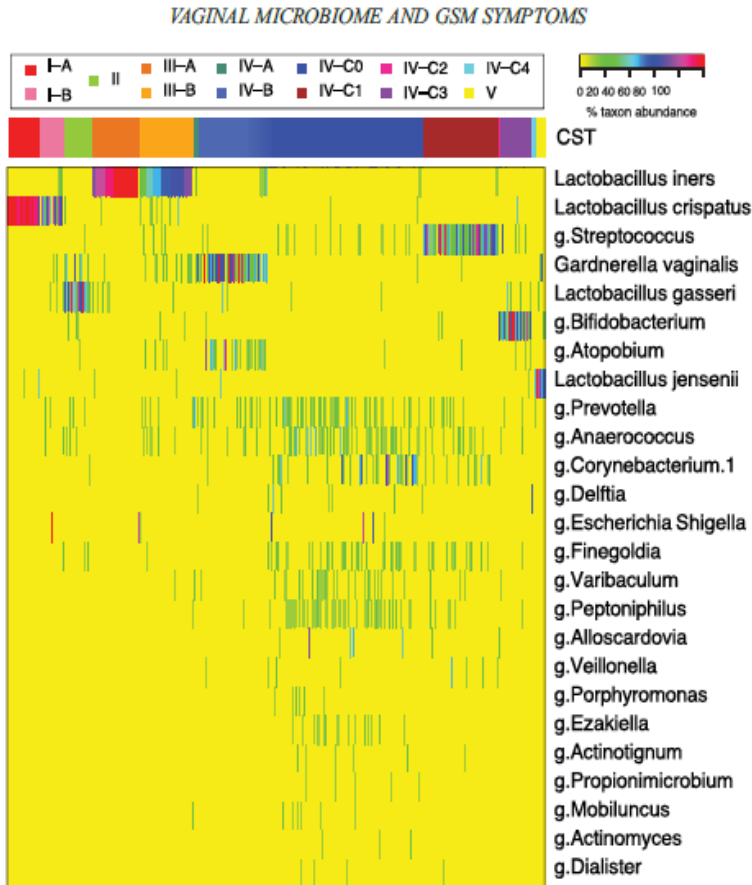


FIG. 2. Heatmap of relative abundance of top 25 bacterial taxa found in the vaginal bacterial communities of 1,320 postmenopausal women from the Study of Women's Health Across the Nation (2015-2017). Vaginal microbiota were assigned to 1 of 13 community state types (CST) using VALENCIA and are shown grouped by CST as indicated.

11. Ulusal ÜROJİNEKOLOJİ KONGRESİ



8-10 Kasım 2024
Marriott Hotel Şişli - İstanbul

www.urojenekoloji2024.org

Mixovul
Metronidazol 750 mg
Mikonazol Nitrat 200 mg
Lidokain 100 mg

3 Ovül
Trivag Ovül
Tinidazol
Tiokonazol
Lidokain

monurol
3g fosfomisin saşe

Travazol Krem
ANTIFUNGAL, ANTIENFLAMATUAR

Farklı
KADINLAR

Farklı
TEDAVİLER

iyiki
VAR

MÜKEMMEL
UYUMLA
Güncel tedavi



BİL7897MIX77



Kısa Ürün Bilgisi özeti için QR KODU okutabilirsiniz.

bilim
İLAÇ

bilimsel
paydaş



TÜRK ÜROJİNEKOLOJİ VE PELVİK REKONSTRÜKTİF CERRAHİ DERNEĞİ

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