



TÜRK ÜROJİNEKOLOJİ VE PELVİK REKONSTRÜKTİF CERRAHİ DERNEĞİ BÜLTENİ

TEMMUZ 2024



www.urojinekoloji.org

BAŞKANDAN

Değerli Meslektaşlarım,

2024 yılının ilk yarısını bitirirken sizlere bu yazın son bültenini sunuyoruz.



Eylül ayı ile birlikte yoğun bir akademik yarı yıla başlayacak ve yeni yıla dek çalışmalarımızı sürdüreceğiz.

Yılın ikinci yarısındaki kongremizi sizlere tekrar hatırlatmak isterim.

Bu sene kongremize gönderilen bildirilerden kabul edilerek sunulanların tamamı Ege Tıp Dergisinde yayınlanacaktır.

4 farklı kıtadan ve ülkemizin 7 bölgesinden bilimsel görevlilerimiz ile Jinekoloji ve Ürojinekoloji'nin ilgi çeken konularını sizlerle birlikte tartışacağız.

Kayıt olmayı ve bildiri göndermeyi unutmayın.

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 altıncı sayısı sizlerle yine birlikteyiz. Yaz aylarının getirdiği sıcak hava dalgası ile birlikte bir miktar dinlendikten sonra yine en sevdiğimiz iş olan bilimle aranızı dönmekten son derece heyecanlıyız.

Bu sayımızda Düzce Devlet Hastanesinden **Uzm. Dr. Tansu Bahar Gündüz**; Tekrarlayan İntravezikal Botulinum Toksin enjeksiyonlarının uzun dönem etkilerini inceleyen bir makaleyi sade ve anlaşılır bir dille özetledi.

İkinci makalemiz ise çok önemli bir International Consultation on Incontinence–Research Society (ICI-RS) derleme özeti. Marmara Üniversitesinden **Prof. Dr. Nurdan Demirci** hoca ile birlikte Çanakkale On Sekiz Mart Üniversitesinden **Arş. Gör. Rüveyda Ölmez Yalazı** bizlere Alt üriner sistemde mesane idrar hissinin nasıl oluştuğunu irdeleyen bir makaleyi derlediler.

Son makalemizi ise Bartın Devlet Hastanesinden **Uzm. Dr. Mustafa Onur Kamani** hazırladı. Vajinal laksite ve gevşekliğin doğum şekli ve parite ile ilişkisini araştıran bu enfes IUJ makalesini de eminim ki çok beğeneceksiniz.

Temmuz ayı içerisinde harika bir Ürojinekoloji hemşireliği webinarı yaptık. Webinarı planlayan ve yürüten Başkanımız Funda Hoca ve İstanbul Üniversitesinden Ergül Aslan Hocamıza çok teşekkür ederiz. Bu arada tüm meslektaşlarımızı 2024 yılı Kasım ayında İstanbul’da yapacağımız genel kongremize davet ediyoruz. Büyük bir katılım ve sponsor desteği ile planladığımız Ürojinekoloji ve Pelvik Rekonstrüktif Cerrahi Kongremiz için çok ama çok heyecanlıyız.

Mutlu kalın ama en çok Sağlıkla ve Bilimle kalın.

Saygılarımla.

DOÇ. DR. ADNAN ORHAN

Türk Ürojinekoloji ve Pelvik Rekonstrüktif Cerrahi Derneği

ÜROJİNEKOLOJİ 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



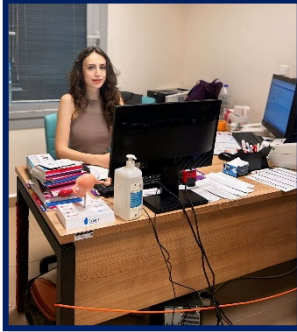
Prof. Dr. Önay Yalçın
Üye

BU SAYIDA NELER VAR?

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



1. Düzce Devlet Hastanesinden **Uzm. Dr. Tansu Bahar Gündüz**; Tekrarlayan İntravezikal Botulinum Toksin enjeksiyonlarının uzun dönem etkilerini inceleyen bir makaleyi özetledi.
2. Marmara Üniversitesinden **Prof. Dr. Nurdan Demirci** ile birlikte Çanakkale On Sekiz Mart Üniversitesinden **Araş. Gör. Rüveyda Ölmez Yalazı** bizlere Alt üriner sistemde mesane idrar hissinin nasıl oluştuğunu irdeleyen bir makaleyi derlediler.
3. Bartın Devlet Hastanesinden **Uzm. Dr. Mustafa Onur Kamani**; Vajinal laksite ve gevşekliğin doğum şekli ve parite ile ilişkisini araştıran bir IUJ makalesini özetledi.



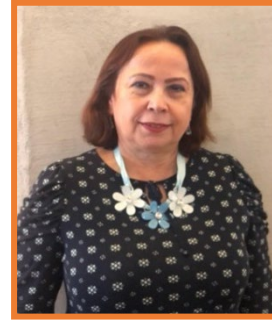
UZM. DR. TANSU BAHAR GÜRBÜZ
DÜZCE ATATÜRK DEVLET HASTANESİ



ARAŞ. GÖR. DR. RÜVEYDA ÖLMEZ YALAZI
ÇANAKKALE 18 MART ÜNİVERSİTESİ



UZM. DR. MUSTAFA ONUR KAMANI
BARTIN DEVLET HASTANESİ



PROF. DR. NURDAN DEMİRCİ
MARMARA ÜNİVERSİTESİ

**LONG TERM SAFETY OUTCOMES AND CONTINUATION RATES OF REPEATED
INTRAVESICAL BOTULINUM TOXIN A INJECTIONS FOR DETRUSOR
OVERACTIVITY: 16 YEAR'S EXPERIENCE OF A TERTIARY CENTRE IN THE UK.**

R. Mohamed-Ahmed, C Tomlinson, A. Rantell, G Araklitis, D Robinson, L. Cardozo

Department of Urogynaecology, Golden Jubilee Wing, King's College Hospital, London.

BİR BAKIŞTA BU MAKALENİN ÖNEMİ:

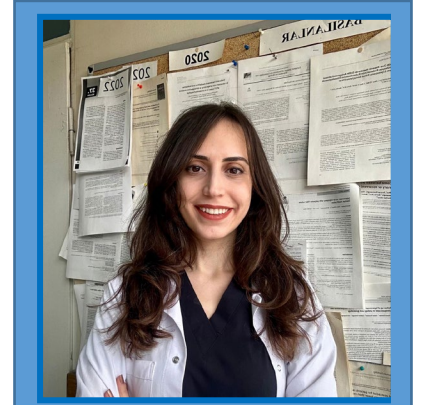
Çalışmalar, Birleşik Krallık'ta %27-33 AAM yaygınlığı olduğunu göstermektedir. AAM'de tekrarlayan intravezikal botulinum enjeksiyonlarda uzun vadeli güvenlik verilerinde literatürde eksiklikler bulunmaktadır. Bu çalışma, AAM'li kadınlarda tekrarlayan intravezikal BoNt-A enjeksiyonlarının uzun vadeli güvenlik ve ilaç bırakma oranlarını rapor etmektedir.

MEVCUT LİTERATÜRDEKİ BİLGİ NE DİYOR?

BoNt-A'nın bilinen komplikasyonları arasında işeme disfonksiyonu ve idrar yolu enfeksiyonları bilinmektedir. Ancak, mevcut veriler, bu komplikasyonların oranlarında geniş farklılıklar olduğunu bildirmektedir. Ayrıca, tekrarlayan enjeksiyonlarda uzun vadeli gerçek güvenlik verilerinde eksiklik bulunmaktadır.

BU MAKALENİN TIBBİ LİTERATÜRE KATKISI NEDİR?

Tekrarlanan BoNt-A enjeksiyonları, refrakter AAM için güvenli bir tedavi olarak görülmekte olup, kadınların üçte biri uzun vadeli tedaviye devam etmiş, dörtte biri tekrarlayan İYE geliştirmiş ve beşte biri ise yeni işeme disfonksiyonu geliştirmiştir, bu da intermittan self kateterizasyon gerektirmektedir. Bu çalışma, BoNt-A tedavisi alan hastalarda intermittan self kateterizasyon başlatılmasına dair net bir protokolün ve intravezikal BoNt-A enjeksiyonları sırasında antibiyotik profilaksisinin birleştirilmiş rehberliğe ihtiyaç olduğunu vurgulamaktadır.



Uzm. Dr.
Tansu Bahar GÜRBÜZ
Düzce Devlet Hastanesi
Kadın Doğum

Continence

The Journal of the
International Continence Society



CONTINENCE

December 9 (2024)

Detrusor Hiperaktivitesi İçin Kullanılan Tekrarlayan Intravezikal Botulinum Toksin A Enjeksiyonlarının Uzun Vadeli Güvenlik Sonuçları ve Devam Etme Oranları: İngiltere'deki Bir Üçüncü Basamak Merkezin 16 Yıllık Deneyimi"

GİRİŞ:

Aşırı aktif mesane (AAM), sık idrara çıkma ve gece idrara çıkma gibi belirtilerle karakterizedir ve Birleşik Krallık'ta %27, Amerika Birleşik Devletleri'nde ise %33 oranında yaygındır. İlk tedavi adımları genellikle yaşam tarzı değişikliklerini içerir, ancak antikolinerjik ilaçlar da önerilen bir seçenektir. Alternatif olarak, intravezikal OnabotulinumtoxinA (BoNT-A) enjeksiyonları refrakter AAM için birinci basamak tedavi olarak önerilmektedir. Ancak, BoNT-A'nın bilinen komplikasyonları arasında işeme disfonksiyonu ve idrar yolu enfeksiyonları (İYE) bulunmaktadır ve tekrarlayan enjeksiyonlara dair uzun vadeli güvenlik verileri eksiktir. Bu çalışma, AAM'li kadınlarda tekrarlanan intravezikal BoNT-A enjeksiyonlarının uzun vadeli güvenlik ve ilaç bırakma oranlarını rapor etmektedir.

MATERYAL & METOD:

2007 ile 2023 yılları arasında King's College Hastanesi'nde AAM tedavisi gören kadın hastaların retrospektif analizi gerçekleştirildi. Hastaların retrospektif olarak tıbbi kayıtlardan verileri toplandı. Tüm hastalar tanısal ürodinamik testlere tabi tutulmuştu ve demografik bilgiler, mesane günlükleri ve KHQ skorları gibi bazı veriler kayıt altına alınmıştı. Tıbbi kayıtlar, başlangıçtaki tıbbi tedavi seçenekleri ve ilaç bırakma nedenleri hakkında bilgi sağladı. Başlıca sonuçlar arasında, hastaneye yatma, üriner sistem enfeksiyonu gelişimi, intermittan self kateterizasyon yapma ihtiyacı ve tekrarlayan üriner sistem enfeksiyonu gibi uzun vadeli yan etkilerin insidansı yer aldı. İkincil sonuçlar arasında BoNT-A enjeksiyonlarının sıklığı, tedaviler arasındaki aralıklar ve tedavi bırakma nedenleri kaydedildi. 2007 ile 2013 yılları arasındaki standart uygulama genel anestezi altında 200u BoNT-A uygulamasını içeriyordu. 2011'den itibaren, fleksibl sistoskopi altında 1 g siprofloksasin oral profilaksi ile BoNT-A uygulamaya başlandı. Reçete kılavuzlarına uygun olarak, 2013'ten itibaren idiyopatik detrusor hiperaktiviteli hastalara 100u ve nörojenik detrusor hiperaktiviteli veya 100u tedavisine yanıt vermeyenlere 200u verilmeye başlandı. Birim protokolü gereği, tüm hastaların ilk prosedürden

önce intermittan self kateterizasyon (CISC) yapmayı öğrenmeleri ve enjeksiyondan 2 hafta sonra PVR'yi (post void rezidüyü) dışlamak için CISC yapmaları gerekiyordu. Semptomları olan ve PVR'si 100 ml'den fazla olan veya semptomları olmayan ancak PVR'si 150 ml'den fazla olan hastalara CISC önerilmekteydi. Tüm hastalar tedavilerini takiben iki ila üç hafta içinde kontrol edildi ve bu konsültasyonda hastalara İYE (idrar yolu enfeksiyonu) belirtileri soruldu veya pozitif idrar kültürleri olup olmadığı bakıldı. BoNt-A'nın tam etkisini göstermesine izin vermek için, hastalara tedavilerini takiben iki ila üç hafta boyunca AAM için oral ilaçlarını devam etmeleri önerildi. Semptomlarının tekrar ortaya çıktığı aşamada, tekrarlayan BoNt-A enjeksiyonları öncesinde ilaçlarını yeniden başlayabilirlerdi ve bu enjeksiyonlar arasında en az altı aylık bir süre olmalıydı. Proje, yerel denetim departmanına kaydedildi ve etik onay gerektirmedi. Veri analizi SPSS kullanılarak gerçekleştirildi.

NUMBER OF MEDICATIONS TRIALLED PER PATIENT

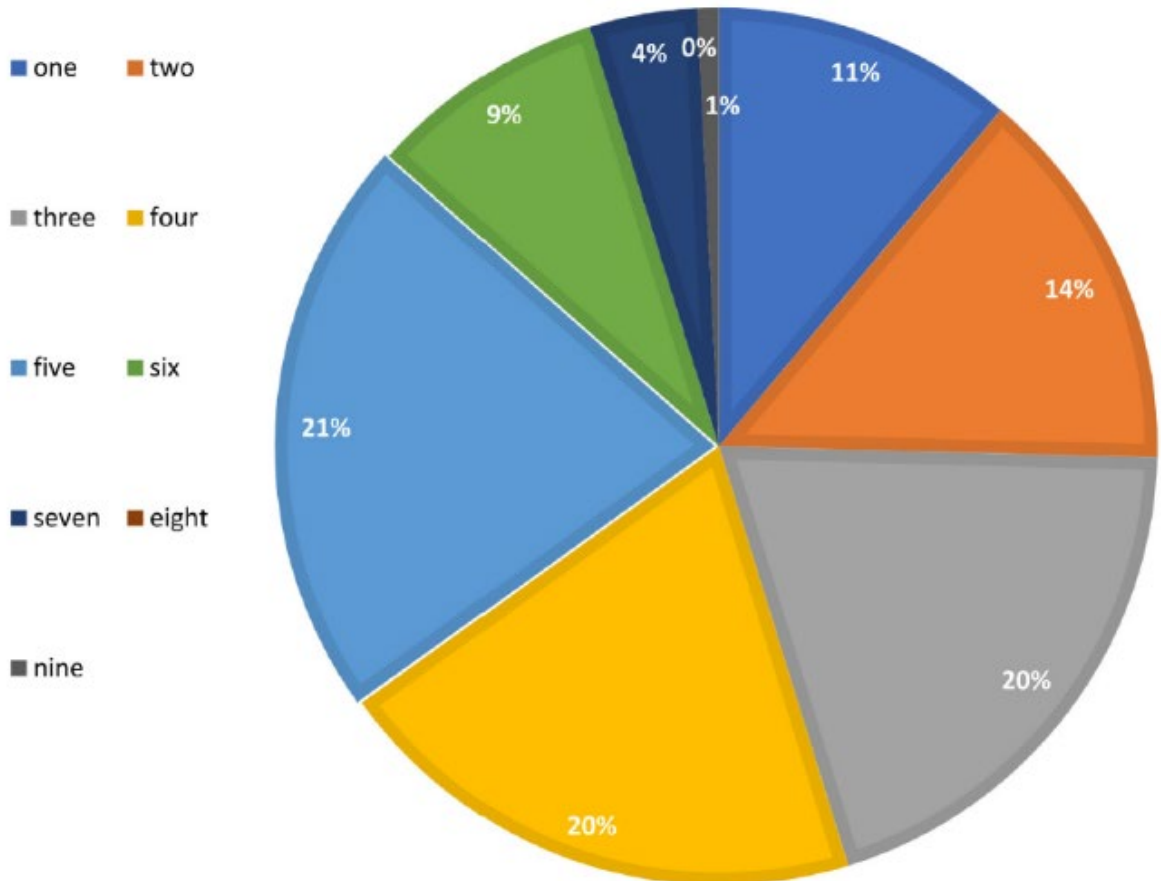


Fig. 1. Number of medications trialled per patient.

SONUÇLAR:

- Hasta Profili ve Takip Süresi:** Toplam 574 intravezikal botulinum toksin enjeksiyonu vakası 132 hastada tespit edildi. İlk BoNt-A tedavisinde ortalama yaş 54 idi ve hastaların %73'ü saf AAM semptomlarıyla başvurdu. Takip süresinin medyan uzunluğu 58 aydı.
- Ürodinamik Bulgular:** Tüm kadınlar ürodinamik testlere tabi tutuldu. %80'inin de detrusor hiperaktivitesi bulundu. Yüksek basınçlı kontraksiyonlar %22'de, nörojenik detrusor hiperaktivitesi %13'ünde tespit edildi. Mesane kapasitesi azalması %19'ında ve PVR > 100 ml olması hastaların %2'sinde görüldü.
- Tıbbi Tedavi:** Tüm hastalar en az iki farklı antikolinergik denedi. Tedavinin kesilme nedenleri arasında tedaviye yanıt alınamaması (%76), yan etkiler (%14) ve her ikisinin kombinasyonu (%10) bulunuyordu.
- CISC Yapabilme durumu:** BoNt-A tedavisi için hastaların CISC yapma durumu önemliydi. Hastaların %92'sine tedaviden önce başarıyla CISC öğretildi.
- BoNt-A Tedavileri:** Kadınların %73'ü birden fazla BoNt-A tedavisi aldı. BoNt-A tedavi sayısının medyanı üçtü ve tedaviler arasında ortalama 14 ay vardı.
- Erken Dönem Komplikasyonlar:** BoNt-A tedavisi sonrası hastaneye yatış olmadı, ancak hastaların %21'inde ilk tedaviden sonra üriner sistem enfeksiyonu gelişti.
- Uzun Vadeli Komplikasyonlar:** Kadınların %23'ü tekrarlayan üriner sistem enfeksiyonu geliştirdi ve bu durum CISC yapmak zorunda kalanlarla, hem BoNt-A tedavisi öncesinde hem de sonrasında ve ilk tedaviden sonra üriner sistem enfeksiyonu gelişenlerle ilişkilendirildi.
- Tedavi Bırakma Oranları:** Kohortun %30'u BoNt-A tedavisine devam ederken, %52'si takip edilemez hale geldi. %8'i tıbbi tedaviye geri döndü, %2'si gebe kaldı ve %4'ü ilişkili olmayan nedenlerden dolayı kaybedildi.

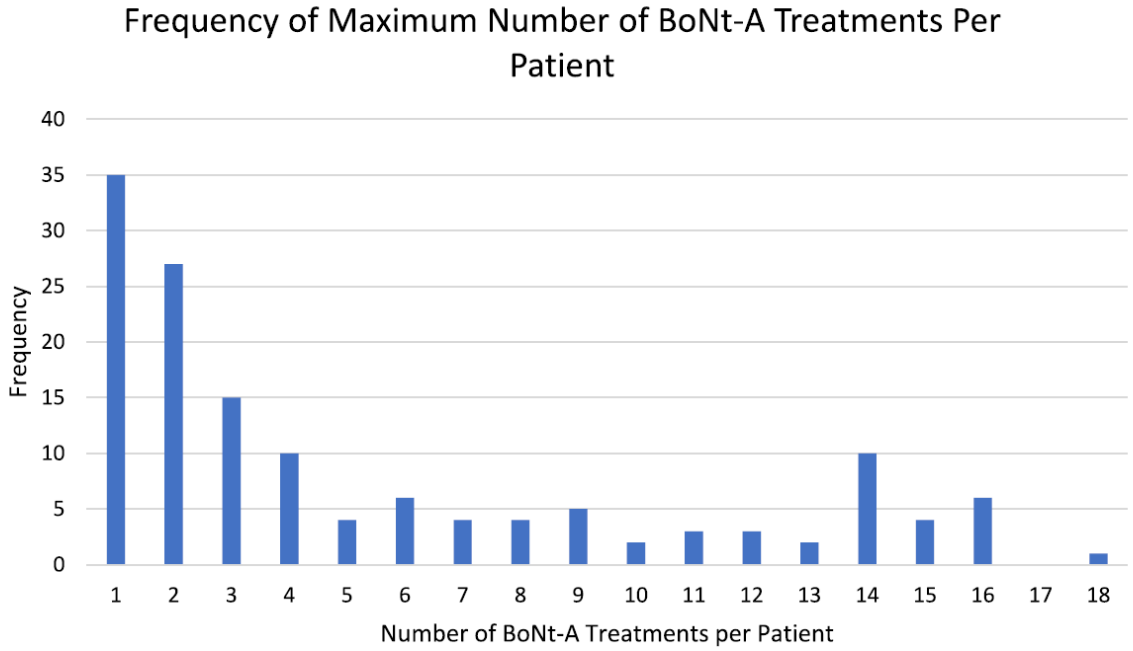


Fig. 2. Total number of BoNt-A treatments given per patient.

TARTIŞMA:

Dirençli AAM hastası olan ve CISC yapmak isteyen kadınlarda, etkinlik eksikliği veya yan etkiler nedeniyle iki ilacın başarısız olması durumunda BoNt-A önerilen ilk basamak tedavidir. Veriler ortalama 58 ay ile tekrarlanan enjeksiyonların güvenliğini vurgulamaktadır. Bu kohortta hastaların yalnızca %30'u 16 yıllık bir süre boyunca AAM'leri için tekrarlanan BoNt-A enjeksiyonlarına devam etti. Mohee ve arkadaşlarının retrospektif bir kohort çalışmasında. Hastaların %56'sı, CISC yapma ihtiyacı, tekrarlayan idrar yolu enfeksiyonu veya semptomların kötüleşmesi gibi tolere edilebilirlik sorunları nedeniyle BoNt-A tedavisini bırakmıştır. BoNt-A tedavisine devam etmeyen hastaların çoğunluğunun takibi kaybedildi. BoNt-A tedavisinden sonra semptomlarda subjektif veya objektif iyileşmeye ilişkin veri toplanamadığı için bunların, hastalığın seyrine katkıda bulunan faktörler olup olmadığı konusunda yorum yapılamamaktadır. King's College Hastanesi'nin üçüncü basamak bir Ürojenekoloji birimi olması nedeniyle, AAM için BoNt-A tedavisinin ilk kez uygulanmaya başlandığı dönemde birçok hastanın başka birimlerden yönlendirildiğini belirtmek önemlidir. BoNt-A tedavisinin AAM için diğer tedavilerle uyumunun karşılaştırıldığı yeni bir meta- analizde etkisizliğe ve yan etkilere ikincil olarak antikolinerjiklerle devam etme oranının %22 olduğu gösterilmiştir. Chapple ve

arkadaşları tarafından yapılan retrospektif bir kohort çalışmasında mirabegron ile bir yılda %38'lik bir devam oranı rapor edilmiştir. PTNS gibi dirençli AAM tedavilerine devam oranları %19 olarak rapor edilmiştir. Bu kohortta ise CISC oranı %22 idi. Eksik mesane boşalması nedeniyle BoNt-A tedavisi öncesinde CISC uygulayan tüm kadınlar tedaviden sonra da bunu yapmaya devam etti. ICS, kadınlarda işeme disfonksiyonunu 'ideal olarak tekrarlanan ölçümlerde anormal derecede yavaş idrar akış hızlarına veya anormal derecede yüksek işeme sonrası rezidüleri dayalı olarak anormal derecede yavaş ve/veya eksik işeme' olarak tanımlamaktadır. Yaş, tedavi öncesi ürodinamik parametreler veya uygulanan BoNt-A dozajı ile yeni işeme disfonksiyonu (örneğin mesanenin tam olarak boşaltılamaması) geliştiren ve bu nedenle CISC yapması gereken kadınlar arasında herhangi bir ilişki bulunmadı. Yayınlanan literatürde CISC oranları %1,9'dan %45'e varan yüksek oranlara kadar rapor edilmiştir. Bu, bazı kurumların yalnızca PVR semptomu olan kadınlarda CISC'yi tavsiye etmesiyle neyin önemli bir PVR olarak tanımlandığına dair değişen tanımlamalara ikincil olabilir. Örneğin, EMBARK çalışmalarında, PVR'si 200-350 ml arasında olan semptomatik hastalarda veya PVR'si >350 ml olan asemptomatik hastalarda CISC başlatılmıştır, dolayısıyla bunların daha düşük CISC oranları %6'nın biraz üzerindedir. İntravezikal BoNtA enjeksiyonlarına sekonder en sık görülen yan etki İYE'dir ve yayınlanmış literatürde bu durum %0,4 ila %44 arasında bildirilmektedir. Bu kohorttaki veriler, ilk tedaviyi takiben %21 oranında idrar yolu enfeksiyonu olduğunu ve devam eden tedavi sırasında kadınların %23'ünde tekrarlayan idrar yolu enfeksiyonu geliştiğini göstermektedir. İYE'lerin farklı tanımları nedeniyle bu komplikasyonlara ilişkin yayınlanmış rakamlar arasında büyük bir tutarsızlık vardır; bazı çalışmalar pozitif kültüre sahip asemptomatik kadınları, diğerleri ise negatif kültüre sahip semptomatik kadınları içermektedir. İntravezikal BoNt-A tedavisi sırasında antibiyotik profilaksisinde de değişen uygulamalar vardır. Houman ve ark. tarafından gerçekleştirilen retrospektif bir kohort çalışması. tek doz IM seftriakson alan hastalarda İYE oranını üç gün oral florokinolon alan hastalara göre değerlendirmişti. Semptomlara veya pozitif idrar kültürüne göre tanımlanan İYE oranını sırasıyla %36 ve %20,8 olarak buldular ($p = 0,04$). Ancak Martin ve ark. tarafından gerçekleştirilen retrospektif bir kohort çalışması. bir gün ile birden fazla gün antibiyotik tedavisi gören hastalarda İYE tanısında hiçbir fark bulamadılar ve OR 1,38 (CI 0,80-2,38, $p = 0,249$) idi. Güven verici bir şekilde, BoNt-A enjeksiyonlarını takiben idrar yolu enfeksiyonu gelişmesinin etkililikte kötüleşmeye neden olduğunu gösteren hiçbir kanıt yoktur. Bu

çalışmanın güçlü yönleri arasında kohorttaki sayının çok olması ve uzun vadeli takibin sonuçların genellenebilirliğine olanak sağlaması yer almaktadır. Veriler homojen bir cerrahi ekipten alınmıştır, bu da operatörler arasındaki uygulama çeşitliliğini azaltır. Çalışmanın sınırlamaları arasında önyargıya yol açabilecek retrospektif yapısı yer alıyor. Bu sonuçlar tek merkezden alınmıştır; birden fazla merkezden veri alınması genellenebilirliği artıracaktır. Kadınların büyük bir kısmının takibi kaybedilmiştir ve bu da uzun vadeli sonuçların geçerliliğini etkileyebilen bir durumdur. Hastaların takipten çıkmalarının nedenleri net değerlendirilemediği için bu durum tamamen tedavi başarısızlığına atfedilemez.

SONUÇ

Tekrarlanan BoNt-A enjeksiyonları, dirençli OAB için güvenli bir tedavi şekli gibi görünmektedir. Bu çalışmada kadınların üçte biri uzun vadeli tedaviye devam ederken, dörtte biri tekrarlayan İYE geliştirmiş ve beşte biri yeni işeme disfonksiyonu geliştirmiş ve bu nedenle artık CISC yapmaktadır. CISC gereksinimi olan kadınları önceden tahmin etmek için demografik veya ürodinamik parametreler bulunmamaktadır. İlk BoNt-A tedavisini takiben ilk İYE gelişen ve CISC yapan kadınlarda tekrarlayan İYE daha yaygındır. Bu bilgiler, dirençli detrusor hiperaktivitesinin devam eden yönetimi için daha bilinçli bir karar verme sağlayarak hasta danışmanlığını iyileştirmek için kullanılabilir. Bu çalışma, 'önemli' bir PVR'nın neyi oluşturduğu konusunda bir fikir birliğine ihtiyaç olduğunu vurgulamaktadır. BoNt-A tedavisi alan hastalarda CISC'nin ne zaman başlatılacağı konusunda net protokollerin oluşturulması, tedavinin tolerabilitesini artırabilir ve bu da hasta memnuniyetini artırabilir ve CISC'ye bağlı ağrı ve İYE gibi yan etkileri azaltabilir. Ayrıca, intravezikal BoNt-A enjeksiyonları sırasında veya öncesinde antibiyotik profilaksisi konusunda rehberlik gereklidir.

Table 2

Risk factors associated with rUTIs.

	rUTIs	No rUTIs	P value
Age ^a (mean)	72.4	64.5	0.32
Low capacity ^b n(%)	3 (12)	28 (26)	0.13
Low compliance ^b n(%)	3 (20)	28 (24)	0.74
Voiding dysfunction ^b n(%)	3 (33)	28 (23)	0.47
High pressure DO ^b n(%)	5 (14)	26 (27)	0.13
Neurogenic DO ^b n(%)	5 (30)	26 (23)	0.54
CISC ^b n(%)	19 (43)	12 (14)	<0.001
UTI after 1st BoNt-A treatment ^b n(%)	17 (61)	14 (13)	<0.001
Higher dose of BoNt-A ^b n(%)	14 (48)	43 (45)	0.90

^a Mann-Whitney U.

^b Chi-squared.

Number of UTIs following first BoNt-A treatment

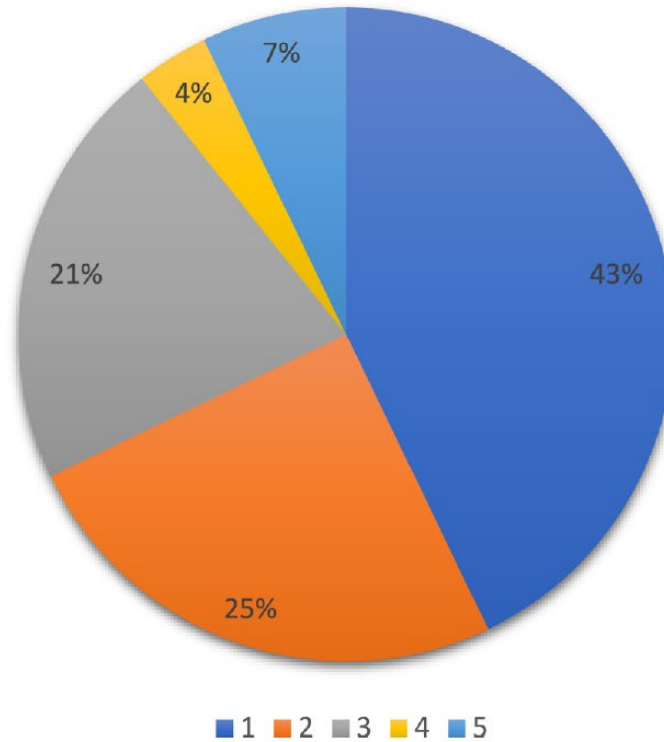
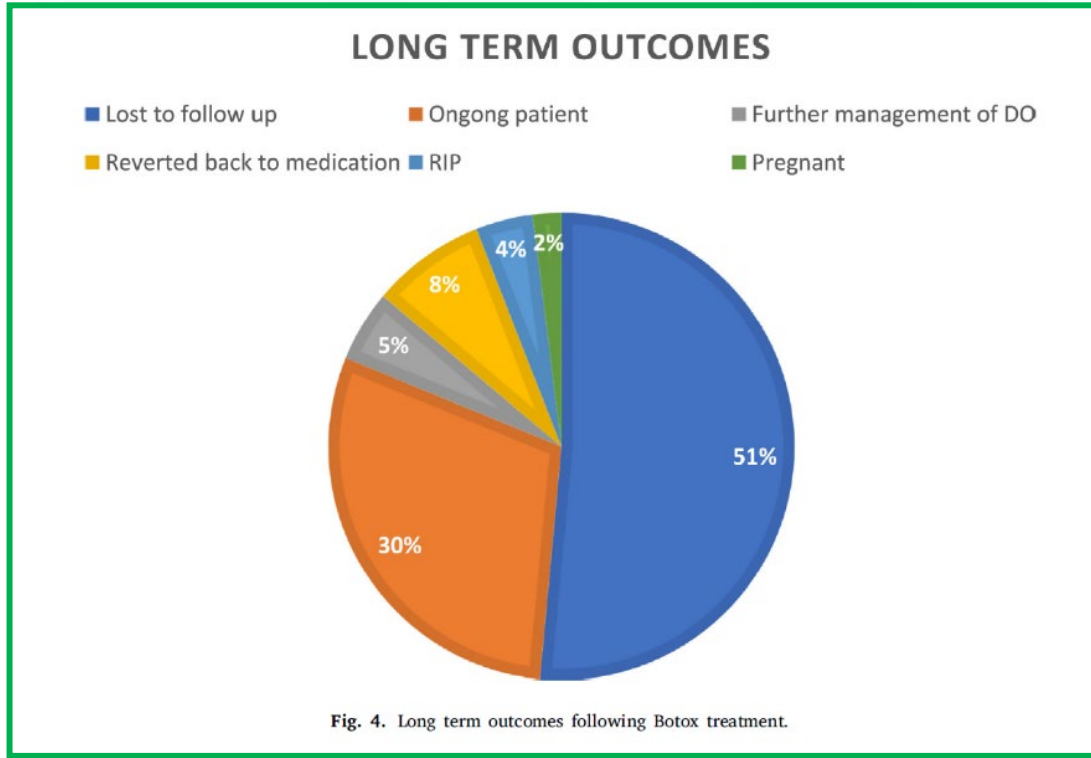


Fig. 3. Number of UTIs following first BoNt-A injection.



TÜRK ÜROJİNEKOLOJİ VE PELVİK REKONSTRÜKTİF CERRAHİ DERNEĞİ

WEBİNAR



ÜROJİNEKOLOJİ HEMŞİRELİĞİ



16 TEMMUZ 2024



14.00 – 15.00

MODERATÖRLER

Prof. Dr. Ergül ASLAN – Prof. Dr. Ümran OSKAY

İstanbul Üniversitesi – Cerrahpaşa Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi

AÇILIŞ KONUŞMALARI

KONUŞMACILAR



Prof. Dr. Nezihe KIZILKAYA BEJİ
Biruni Üniversitesi
Sağlık Bilimleri Fakültesi



Prof. Dr. Funda GÜNGÖR UĞURLUCAN
İstanbul Üniversitesi
İstanbul Tıp Fakültesi



Gebelik ve Doğum Sonu Dönemde Pelvik Tabanı Güçlendirme

Arş. Gör. Dr. Elif Zahide ÇELEBİ
İstanbul Bilgi Üniversitesi
Sağlık Bilimleri Fakültesi



Genito-üriner Sendromun Yaşam Kalitesine Etkisi

Dr. Öğr. Üyesi Fatma SOYLU ÇAKMAK
İstanbul Atlas Üniversitesi
Sağlık Bilimleri Fakültesi



ZOOM BİLGİLERİ

Zoom ID: 964 6892 9171
Parola: 429603

<https://urojinekoloji.org/>

2. Gebeliğin Pelvik Taban Üzerine Etkisi

- Pelvik taban kasları hem fetüsün büyümesi hem de gebelikte artan relaksin ve progesteron etkisiyle birlikte dokularda meydana gelen değişiklikler nedeniyle olumsuz yönde etkilenebilir.
- Başa pelvis olmak üzere hormon yapımındaki artış kas iskelet sisteminde gevşemeye sebep olmaktadır (Dönmez ve Kavlak, 2014).
- Gebelikteki artan progesteron seviyesi kas ve fibromusküler yapıların gevşemesine yol açarken, artan serum relaksin seviyeleri ve kollajen metabolizmasındaki değişiklikler hem pelvik taban kaslarının hem de bağ dokularının biyomekanik özelliklerini değiştirmektedir (Kamisan Atan ve diğ., 2021).

3. Doğumun Pelvik Taban Üzerine Etkisi

- Vajinal doğum ya da sezaryen doğum pelvik taban kas gücü ve dayanıklılığını azaltmaktadır.
- Ancak pelvik taban bozuklukları vajinal doğum yapan kadınlarda daha sık olmaktadır (Tim ve Mazur-Bialy, 2021).
- Levator kasının, özellikle de levator ani kompleksinin en kosa ve en medial bileşeni olan pubokoksigeal kasın açın gerilmesi ve hasar görmesi vajinal doğuma ilişkilendirilmiştir (Lien ve diğ., 2004).

4. Doğumun Pelvik Taban Üzerine Etkisi

- Vajinal doğum ya da sezaryen doğum pelvik taban kas gücü ve dayanıklılığını azaltmaktadır.
- Ancak pelvik taban bozuklukları vajinal doğum yapan kadınlarda daha sık olmaktadır (Tim ve Mazur-Bialy, 2021).
- Levator kasının, özellikle de levator ani kompleksinin en kosa ve en medial bileşeni olan pubokoksigeal kasın açın gerilmesi ve hasar görmesi vajinal doğuma ilişkilendirilmiştir (Lien ve diğ., 2004).

5. Doğumun Pelvik Taban Üzerine Etkisi

- Vajinal doğum ya da sezaryen doğum pelvik taban kas gücü ve dayanıklılığını azaltmaktadır.
- Ancak pelvik taban bozuklukları vajinal doğum yapan kadınlarda daha sık olmaktadır (Tim ve Mazur-Bialy, 2021).
- Levator kasının, özellikle de levator ani kompleksinin en kosa ve en medial bileşeni olan pubokoksigeal kasın açın gerilmesi ve hasar görmesi vajinal doğuma ilişkilendirilmiştir (Lien ve diğ., 2004).

HOW DOES THE LOWER URINARY TRACT CONTRIBUTE TO BLADDER SENSATION? ICI-RS 2023

Luke Grundy, Jean J. Wyndaele, Hikaru Hashitani, Bahareh Vahabi, Alan Wein, Paul Abrams, Basu Chakrabarty, Christopher H. Fry

Flinders Health and Medical Research Institute, Flinders University, Australia

Faculty GGW, University Antwerp, Antwerp, Belgium

Department of Cell Physiology, Nagoya City University, Japan

School of Applied Sciences, University of the West of England, Bristol, UK

PennMedicine, University of Pennsylvania, Philadelphia, Pennsylvania, USA

Desai Sethi Institute of Urology, MillerSchool of Medicine, University of Miami, Florida, USA

Bristol Urological Institute, Southmead Hospital Bristol, Bristol, UK

BİR BAKIŞTA BU MAKALENİN ÖNEMİ:

Bu makale, mesane duyusunun oluşum mekanizmalarını ve mesane fonksiyonunu etkileyen faktörleri daha iyi anlamayı amaçlamaktadır.

MEVCUT LİTERATÜRDEKİ BİLGİ NE DİYOR?

Mevcut literatür, mesane duyusunun sağlıklı mesane fonksiyonunun korunmasında önemli olduğunu ve mesane duyusunun nasıl başladığı konusunda hala belirsizlikler olduğunu belirtmektedir.

BU MAKALENİN TIBBİ LİTERATÜRE KATKISI NEDİR?

Bu makale, mesane duyusunun oluşum mekanizmaları hakkında yeni bilgi sağlayarak OAB ve IC/BPS gibi



Arş. Gör. Rüveyda
Ölmez Yalazı
Çanakkale On Sekiz



Prof. Dr. Nurdan
Demirci
Marmara Üniversitesi



Neurourology and Urodynamics
2024 August Volume 43

ALT ÜRİNER SİSTEM MESANEDEKİ İDRAR HİSSİNE NASIL KATKIDA BULUNUR? (ICI-RS 2023)

Özet:

Mesane hissi, sağlıklı mesane fonksiyonunu sürdürmek ve istemli idrar çıkarmayı koordine etmek için kritik öneme sahiptir. Bu inceleme, mesane hissinin oluşum mekanizmaları hakkındaki en son bilgileri özetlemekte ve gelecekteki araştırmalar için temel alanları belirlemektedir. Mesane duysal sinyallemesi konusunda uzmanlar, alt idrar yolunun mesane hissine nasıl katkıda bulunduğuna ilişkin literatürü gözden geçirmiş ve 10. Uluslararası İnkontinans Konsültasyonu-Araştırma Topluluğu'nda tartışılacak temel araştırma alanlarını belirlemiştir. Aşırı aktif mesane sendromu (OAB) ve interstisyel sistit/mesane ağrısı sendromu (IC/BPS) için terapötik tedavilerin ilerletilmesi, mesane hissiyatının oluşum mekanizmalarının daha derinlemesine anlaşılmasını gerektirir ve gelecekteki araştırmalar için temel alanlar belirlenmiştir.

1. Giriş

Mesane hissi, sağlıklı mesane fonksiyonunu sürdürmek ve gönüllü işemeyi koordine etmek için kritik öneme sahiptir. Duyusal afferent sinirler, detrusor, lamina propria ve ürotelyum boyunca mesane duvarında aktive olarak mesane hissini başlatırlar. Mesane doluluğu arttıkça, bu afferent sinirler aktive olur ve bu duysal sinyaller merkezi sinir sistemine iletilerek mesane doluluğunun farkındalığını sağlarlar. Mesane hissi, idrar hacmi arttıkça yoğunluğunda artışla ilişkilidir ve işeme kontrolü, mesane duysal sinyallerinin durumsal farkındalık ve sosyal ipuçlarıyla entegre edilmesiyle sağlanır. Mesane duysal sinyallerinin sağlıklı fonksiyonu sürdürmedeki kritik önemi iyi anlaşılmış olsa da, sağlık ve hastalık durumlarında bu sinyallerin başlatılmasının altında yatan fizyolojik karmaşıklık henüz tam olarak açıklığa kavuşturulmamıştır. Mesane duysal sinyallerinin detaylı bir şekilde anlaşılması, ürolojik bozuklukların tedavisinde önemli ilerlemelere yol açabilir. Bu nedenle, mesane duysal sinyallemesi ve duyumunu yöneten karmaşık mekanizmaları ve yolları çözmek, gelecekteki araştırmalar için kritik bir alandır.

2. Mesane Hissi

Mesane hissi, genellikle mesane doluluğunun yoğunluğunu iletmekle sınırlıdır. Dolum, ilk hissinden (FSF) ilk işeme isteğine (FDV) ve güçlü işeme isteğine (SDV) kadar yoğunlukta artmaktadır (Tablo 1). Bu hisler, mesane fonksiyonuyla doğrudan ilişkilidir ve mesane doluluğunun bilinçli farkındalığı, uygun zamanda idrar yapmayı planlama yeteneği sağlamaktadır. SDV, koruyucu bir his olarak kabul edilmekte ve mesanenin sağlıklı fonksiyonunu sürdürmesinde önemli bir rol oynamaktadır. İnsanlarda alt üriner sistem (LUT) hislerinin değerlendirilmesi genellikle sistometrik dolum hissi kullanılarak yapılmaktadır. Bu yöntem, güvenilir ve tekrarlanabilir bir şekilde dolum hissini değerlendirmektedir. Sürekli sistometri, dolum sırasında gelişen hislerin klinik görüntüsünü sunmakta ve mesane hacmindeki artışın mesane hissini nasıl etkilediğini göstermektedir (Tablo 1). Sağlıklı bireylerde, hissin karakteristikleri ve SDV ile mesane doluluğu arasındaki ilişki, omuriliğe giden sinir popülasyonlarının ve duyuşal afferent yollarının aktivasyonunu gösterebilmektedir.

Tablo 1: Hissin tanımı, lokalizasyonu, tanınma kolaylığı, SDV ile oranı ve farklı dolumlar sırasındaki gelişimi verilmiştir.

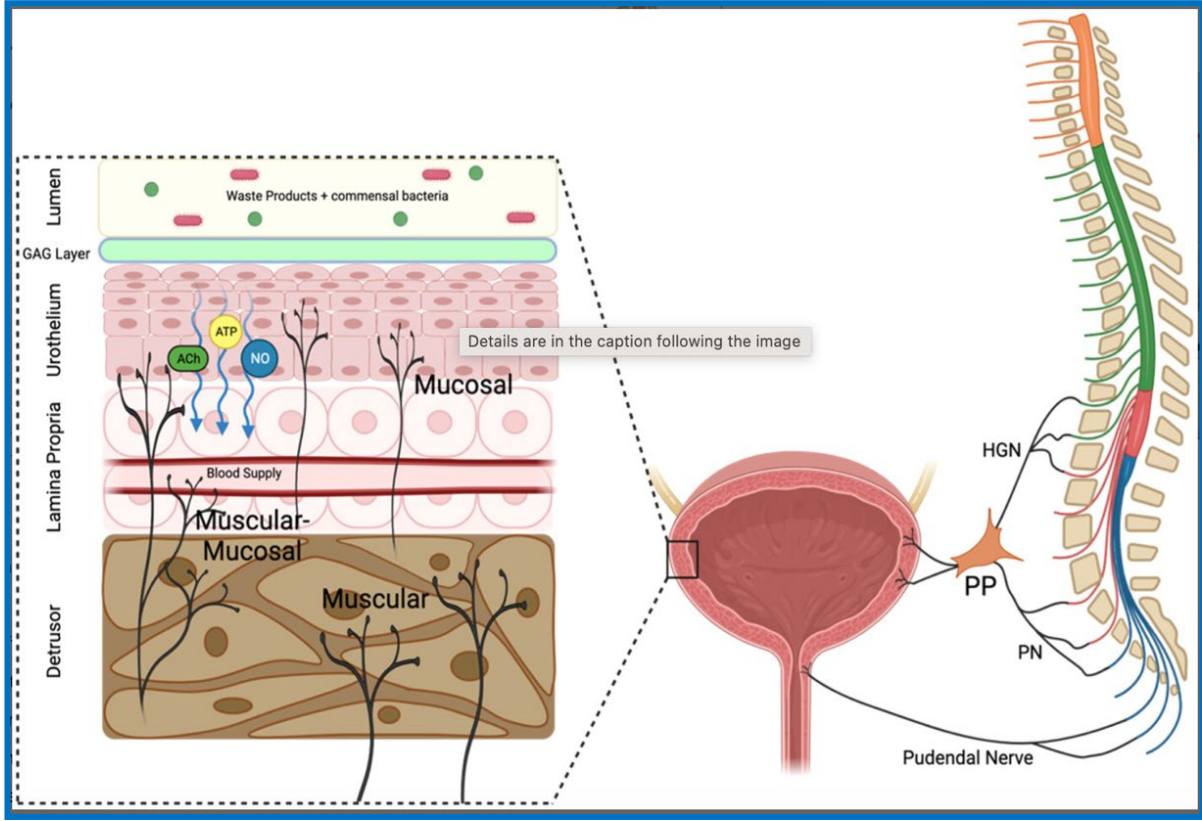
	Description of sensation	Location	Easiness to recognize as part of daily life	The ratio of SDV in neurologically normal	Evolution during further filling
FSF	Vague, waxing and waning	Lower pelvis	Not recognised	Appears at $\pm 40\%$ of SDV	It can be ignored for several minutes
FDV	Familiar: persuades a person to look for a place to void	Lower abdomen	Recognized	Appears at $\pm 75\%$ of SDV	Becomes gradually stronger and cannot be ignored
SDV	Constant, almost uncomfortable	Perineal/urethra	Recognized	=SDV	Uncomfortable, filling must be stopped

Bakteriyel, interstisyel veya radyoterapi, immünoterapi ve kemoterapi kaynaklı sistit dahil olmak üzere çeşitli klinik olarak farklı sistit türleri sırasında ortaya çıkan mesane hisleri, hastalar tarafından sağlıklı mesane fonksiyonu sırasında deneyimlenenlerden farklı terimlerle tanımlanmaktadır. Hastalar tarafından yaygın olarak bildirilen hisler arasında mesane basıncı/ağrısı, dizüri (işeme sırasında ağrı/yanma hissi) ve sağlıklı bireylere kıyasla daha düşük mesane hacimlerinde aciliyet bulunmaktadır. İlginç bir şekilde, bu irritatif semptomlar, abartılı mesane doluluğuyla açıkça bağlantılı değildir, aksine tamamen mesane patolojisine özgü hisler olarak kabul edilir. Somatosensör sistemde, irritatif hisler ağrı ve kaşıntı olarak ortaya çıkar ve doku hasarı, enfeksiyon ve iltihaplanmanın önemli belirteçleridir; bu da koruyucu davranışsal tepkileri uyandırmak için gereklidir. Mesanedeki enfeksiyon ve iltihaplanmanın varlığının altında yatan aciliyet, dizüri ve ağrının, mesane hasarının farkındalığını sağlamak ve sık idrara çıkma gibi benzersiz koruyucu refleksleri başlatmak için evrildiği ileri sürülebilir. ICI-RS'de bir öneri kapsamında geniş çapta tartışılmış ve aşağıda tartışılan alanı ilerletmek için gelecekteki araştırma önceliklerini geliştirmeye odaklanılmıştır.

3. Mesane Afferent İnervasyonu

Mesane hisleri, mesane duvarı boyunca innerve olan karmaşık bir duyuşal afferent sinir ağı tarafından başlatılır. Mesane afferent sinirleri, hipogastrik, pelvik ve pudendal sinirler içinde seyahat eder ve sırasıyla torakolomber (TL) (T10-L1), lumbosakral (LS) (L6-S2) ve sakral omurilik (S2-S5) bölgelerinde sonlanır (Şekil 1).

Omuriliğin dorsal boynuzunda sonlanan mesane afferentleri, mesane duvarı kasılmasının efferent modülasyonunu besleyen refleks devreleri ve ikinci derecede yükselen projeksiyon nöronları ile sinaps yapar. Omurilikten yükselen projeksiyon nöronları ağırlıklı olarak orta beyin periaqueductal gri (PAG) bölgesinde ve talamusta sonlanır; buradan sinyaller somatosensör kortekse iletilir ve limbik sistemden gelen girdilerle bütünleştirilerek mesane hislerini oluşturur.



Şekil 1: Mesanenin Duyusal İnnervasyonu. Kısaltmalar: ACh, asetilkolin; ATP, adenosin trifosfat; GAG, glikozaminoglikan; HGN, hipogastrik sinir; NO, nitrik oksit; PN, pelvik sinir; PP, pelvik pleksus.

4. Farklı Sinirler Farklı Doluluk Hissilerini Oluşturmada Sorumlu mu?

Belirli sinirlerin özel olarak tahrip edildiği hastaların gözlemlerine dayanarak, mesane doluluk ile ilgili belirgin temel hislerin - yani FSF, FDV ve SDV - belirli periferik sinirlerle ilişkili olabileceği hipotezi ortaya atılmıştır. Özellikle, tümör tedavisi için tek taraflı veya çift taraflı sakrum rezeksiyonu sonucu sinir lezyonları olan hastalarda FSF'nin hipogastrik sinirler aracılığıyla gerçekleştiği bulunmuştur. Klinik çalışmalar ayrıca pelvik sinirlerin FDV hissini iletebileceğini, pudendal sinirlerin ise SDV'yi ilettiğini göstermiştir. Özellikle, omurilik, mesane

veya üretra içeren cerrahilerden geçmiş hastaların bile idrar yapma arzusu ile idrarın yaklaştığı hissi arasında ayırım yapabilme yeteneğini koruduğu gözlemlenmiştir. Özellikle, idrarın yaklaştığı hissi üretradır, idrar yapma arzusu ise mesane duvarının gerilmesi ile ilişkilidir (detaylı segmental dağılım için Tablo 2'ye bakınız). Ancak, mevcut kanıtlar küçük vaka serileri ile sınırlı olduğundan, insanlarda farklı doluluk hislerinden sorumlu farklı sinirlerin kesin olarak onaylanması konusunda kesin bir doğrulama bulunmamaktadır. İnsanlarda belirli periferik sinirlerdeki afferent innervasyonu çalışmak için elektriksel uyarı ile duyuşal eşikleri ölçmek, LUT'taki sinir yollarının doluluk hissi ile farklı olduğu için kullanışlı bir yöntem değildir.

Tablo 2. Farklı duyular ve Farklı duyular ve çalıştıkları periferik sinirler

	Pelvic	Hypogastric	Pudendal
The sensation of filling	Yes	Probably	No
Desire to void	Yes	Probably	No
Strong desire to void	Possibly	Probably not	Yes
Pain bladder	Yes	Yes	No
Pain urethra	Probably	Probably not	Yes

5- Mukozal ve Kas Sinirleri Mesane Duyularının Oluşturulmasından Sorumludur mudur?

Üretral ve kas sinirlerinin mesane hissine olan katkıları araştırılmaktadır. Kas sinirlerini innervate eden mesane afferentleri, mesane gerilimiyle doğrudan artan bir afferent ateşleme gösterir ve normal mesane doluluğu sırasında rapor edilen duyum artışıyla korelasyon gösterir. Kas afferentleri, geçici spontan kasılmaların dinamik yanıtına sahip olup, bu kasılmalar normal kas tonundan çok daha güçlü afferent yanıtlarına yol açabilir. Bu durum, nörojenik mesanelerde görülen patolojik sonuçlara benzer şekilde aciliyet hissini artırabilir. Eğer ileri

çalışmalar mukozal afferentlerin sistit sırasında sinyallemede önemli bir rol oynayabileceğini doğrularsa, bu, sistit ile ilişkili alt üriner sistem semptomlarının gelecekteki tedavileri için önemli sonuçları olabilir. Semptomları hafifletmek için duysal sinirlerin belirli alt gruplarını manipüle edebilmek, normal mesane fonksiyonunu etkilemeden, aşırı aktif mesane (OAB) ve interstisyel sistit/mesane ağrı sendromu (IC/BPS) gibi mesane bozukluklarının klinik yönetiminde önemli bir adımı temsil eder.

6- Ürotelyum/Mukoza Mesane Duyumlarına Nasıl Katkıda Bulunur?

6.1. Mukozal ve muscular afferentlerin farklı mesane duysal algılarını oluşturmak için sorumlu olup olmadığına dair doğrudan etkileşimler

Mukozal afferentlerin çoğu gerilime duysız olsa da, kas-mukozal afferentler gerilime yanıt verir ve distansiyon sırasında mesane afferent yanıtlarını düzenlemede önemli bir rol oynayabilir. Mukozanın detrusorla etkileşimi, mekanosensitif afferent sinyallere katkıda bulunabilir; örneğin, mukozanın kas kuvveti detrusorun 10 katı fazla olabilir, bu da duysal iletimde önemli bir kaynak olduğunu gösterir. Son çalışmalar, detrusorun intrinsik aktivitesinin mukozanın katılımı olmadan sınırlı olduğunu ve mukozadan salınan faktörlerin detrusorun kasılmalarını tetikleyebileceğini öne sürmektedir. Muskuleris mukoza, urothelyum ve suburothelyumdan etkilenme eğilimindedir ve bu bölgelerden salınan ATP gibi mediatörler, mukozal kasılmaları ve duysal çıkışı etkileyebilir. Ancak, bu etkileşimli mekanizmalar henüz tam olarak anlaşılmamıştır. Mukozanın fiziksel bağlantısının detrusor kasılmalarını düzenleyici etkisi göz önüne alındığında, urothelyum ve kan kaynaklı maddelerin mukozanın kasılma sıklığı ve amplitüdünü değiştirerek duysal sinyalleme etkileyebileceği düşünülmektedir.

6.2. Urothelyum, duyuşal sinirler ve mesane duvarı arasındaki dolaylı etkileşimler

Urothelyumdan mesane duvarı geriliminde artışları iletiminin kimyasal transdüksiyonu artan afferent ateşlemeye neden olabilir. Adenosin trifosfat (ATP), asetilkolin (ACh), nitrik oksit (NO•) ve prostaglandinler dahil çeşitli nörotransmitterler, urothelyumdan salınarak mesaneyi innerve eden duyuşal sinirleri veya altta yatan mesane duvarı hücrelerini aktive etmek ve/veya modüle etmek için önerilmiştir. Bu urothelyum nörotransmitterlerinin reseptörleri mesaneyi innerve eden duyuşal afferentlerde, lamina propria'nın interstisyel hücrelerinde ve urothelyumda ifade edilir, bu da urothelyum mediatörlerinin otokrin veya parakrin sinyalleşmesi için hücreşel mimari sağlar, böylece mesane duyusunu ve işlevini potansiyel olarak etkileyebilir.

6.3. Mesane patolojilerinde urothelial sinyal transdüksiyonunun modülasyonu ve potansiyel tedaviler

Urothelial/mukozal ATP salınımı ile afferent ateşleme arasındaki ilişki, LUT bozukluklarında mesane duvarı dokusundan artan ATP salınımının fibrozis ve mesane duvarı uyum kaybı ile ilişkili olduğunu göstermektedir. Bu salınım, gerilimle indüklenmiş ve stresle artan içşel gerginlikle ilişkilendirilen bir işlev görebilir. NO• sinyal yolunun manipölasyonu, hücreşel cGMP seviyelerini yükselterek ATP salınımını azaltarak antifibrotik etkiler sağlayabilir. Örneğin, PDE5 inhibitörleri (sildenafil, tadalafil) cGMP'nin parçalanmasını azaltarak bu sürece müdahale eder. Benzer şekilde, sGC aktivatörleri (cinaciguat gibi) oksidatif stres altında cGMP üretimini artırarak etki eder. Bu yaklaşımlar, mesane duvarının uyumluluğunu normalleştirerek gerilimle indüklenen ATP salınımını azaltabilir ve LUT patolojilerinde potansiyel terapötik seçenekler sunabilir.

7-Araştırma Soruları ve Sonuçlar

Sağlıklı mesane fonksiyonu yaşam kalitesi için hayati önem taşır, ancak nüfusun önemli bir bölümü, mevcut terapötiklerle yeterince yönetilemeyen, aşırı mesane duyusu ile karakterize kronik fonksiyonel ürolojik bozukluklara sahiptir. Mesane bozuklukları sırasında duysal sinyal oluşturma ve ardışık olarak ortaya çıkan engelleyici semptomların fizyolojik karmaşıklığını çözmek, uygun terapötik yönetim için kritik bir adım olacaktır. Ancak, ICI-RS-2023 toplantısı önemli ilerlemeleri vurgulamış olsa da, önemli bilgi boşlukları devam etmekte ve cevaplanması gereken önemli araştırma soruları bulunmaktadır (Tablo 3).

Tablo 3. ICI-RS 2023 toplantısı sırasında yapılan tartışmalardan kaynaklanan önemli araştırma

Research questions
Are different nerves responsible for different filling sensations in humans?
Are different nerves responsible for relaying pathophysiological sensations?
Is the relative contribution of specific nerves to bladder sensation altered in disease states?
How do afferent response characteristics contribute to different bladder sensations?
What is the role of stretch insensitive afferents to bladder sensation in health and disease?
How could mucosal contractility (not mucosa-derived substances) alter detrusor contractility?
Which mucosal-derived substances are responsible for regulating spontaneous detrusor contractility?
How do afferent firing bursts during transient spontaneous contractions translate to sensation?

ICI-RS 2023'te vurgulandığı gibi, sağlık ve hastalık durumlarında mesane duyusunda hangi duysal sinirlerin (hipogastrik, pelvik, pudental) ve spinal kordun hangi bölgelerinin (torakolomber, lumbosakral, sakral) en önemli olduğu hala belirsizdir. Bu nedenle, ön klinik bulguların insanlara çevrilmesi, klinik ilerleme için önemli bir zorluk olmaya devam etmektedir. Belirli sinirleri doğrudan veya dolaylı olarak anatomik konum, reseptör ifadesi veya nörokimya yoluyla hedefleyebilmek, nöromodülasyon ve farmakolojik hedefleme açısından daha etkili çözümlere dönüşebilir, bu da yan etkiler olmadan terapötik etkinliği artırabilir.

11. Ulusal ÜROJİNEKOLOJİ KONGRESİ



8-10 Kasım 2024
Marriott Hotel Şişli - İstanbul

www.urojinekoloji2024.org

Mixovul

Metronidazol 750 mg
Mikonazol Nitrat 200 mg
Lidokain 100 mg

Farklı
KADINLAR

Trivag Ovül

300 mg/200 mg/100 mg
Tinidazol
Tiokonazol
Lidokain

Farklı
TEDAVİLER



BİL7896MIX76



Kısa Ürün Bilgisi özeti için QR KODU okutabilirsiniz.

bilim
İL A Ç

bilimsel
paydaş

IS VAGINAL LAXITY ASSOCIATED WITH VAGINAL PARITY AND MODE OF DELIVERY?

Susana Mustafa-Mikhail, Moshe Gillor, Yara Nakhleh Francis, Hans Peter Dietz

Sydney Medical School Nepean, University of Sydney, Australia.

Galilee Medical Center, Bar-Ilan University, Israel.

Kaplan Medical Center, Hadassah School of Medicine in Jerusalem, Israel.

Sydney Urodynamic Centres, Penrith, NSW, Australia.

BİR BAKIŞTA BU MAKALENİN ÖNEMİ:

Bu çalışma büyük popülasyon büyüklüğüne sahip, doğum şekilleri ile vajinal gevşeklik arasındaki ilişkiyi irdeleyen retrospektif bir kohorttur.

MEVCUT LİTERATÜRDEKİ BİLGİ NE DİYOR?

Vajinal gevşeklik veya 'bolluk' ürojinekoloji servislerinde yaklaşık ¼ prevalans ile yaygındır. Bu durum, genç yaş, vajinal doğum, prolapsus semptomları, POP-Q muayenesi ile görüntülemeye objektif prolapsus ile ilişkilidir ve vajinal gevşekliğin prolapsus semptomu olarak kabul edilebileceği düşünülmektedir.

BU MAKALENİN TIBBİ LİTERATÜRE KATKISI NEDİR?

Bu çalışma, farklı doğum yöntemleri ile vajinal gevşeklik arasındaki ilişkiyi ele almaya çalışan ilk kohort çalışmasıdır.



Op.Dr. Mustafa Onur Kamani

Bartın Devlet Hastanesi



International Urogynecology
Journal 2024 July

Vajinal Laksite (Gevşeklik), Vajinal Doğum Sayısı ve Doğum Yöntemi ile İlişkili mi?

Giriş:

Vajinal gevşeklik (VG), hastayı rahatsız eden vajinal bolluk olarak tanımlanır ve bu durum geniş bir rahatsızlık yelpazesinde giderek daha fazla kadın tarafından bildirilmektedir. Bu semptom genellikle cinsel ilişkiler ve genel yaşam kalitesi üzerinde olumsuz etkilidir. VG, yakın zamana kadar kadınlar tarafından az bildirilen ve dolayısıyla sağlık hekimleri tarafından az teşhis edilen bir durumdur. Ürojinekoloji kliniğine başvuran kadınlar arasında VG prevalansı % 24-38 olarak bildirilmiştir. Önceki çalışmalar, VG'nin pelvik organ prolapsusu (POP) semptomları ile benzer derecede rahatsızlık verdiğini göstermiştir. VG'nin genç yaş, vajinal doğum sayısı, POP semptomları ve objektif prolapsus ile ilişkili olduğu bildirilmiştir.

VG'nin etiyolojisi ve risk faktörleri tam olarak belirlenmemiştir. Ancak, Pelvik Organ Prolapsus Kuantifikasyon (POP-Q) sistemine göre klinik muayenede ölçülen genital hiatus (gh) ve perineal vücut (pb) toplamı ve pelvik taban ultrasonu (PFUS) ile Valsalva manevrasında ölçülen levator hiatal alanı ile güçlü ilişkiler bulunmuştur. Bu, VG'nin levator ani balonlaşmasının bir belirtisi olabileceğini düşündürmektedir. Puborektalis komponentinin vajinal yüksek basınç bölgesini belirlediği göz önüne alındığında, bu kasın yaralanması, hiatal alanın artmasına ve dolayısıyla vajinanın gevşemesine neden olabilir. Bazı çalışmalar levator ani yaralanması, hiatal balonlaşma ve vajinal doğum arasında bir ilişki olduğunu göstermiş olsa da, doğum yönteminin VG üzerindeki etkisi hakkında çok az şey bilinmektedir. Bu çalışmanın amacı, VG ile vajinal doğum sayısı ve doğum yöntemi arasındaki ilişkiyi daha fazla araştırmaktır.

Materyal ve Yöntem:

Bu çalışma, Mayıs 2016 ile Kasım 2018 arasında pelvik taban disfonksiyonu semptomları nedeniyle üçüncü basamak bir ürojinekoloji kliniğine yönlendirilen 1.078 kadını içeren retrospektif bir gözlemsel çalışmadır. Hastaların demografik bilgileri, obstetrik öykü ve semptomları anamnezlerden toplanmıştır. Hastalar doğum şekline göre Sezaryen doğum (CS; yalnızca Sezaryen doğumlar), vajinal doğum (VD; en az bir vajinal doğum ve hiç forseps doğumu [FD] olmamış) ve FD (herhangi bir forseps doğumu ve herhangi bir vakum doğumu

[forseps yok]) olarak sınıflandırılmıştır. VG, "Vajinal gevşeklik veya bolluk fark ettiniz mi?" sorusu ile belirlenmiştir. Bu soru ICIQ-VS anketinin 4. Sorusudur. Yukarıdaki soruya olumlu yanıt verenlerde VG'nin öznel rahatsızlığı, görsel analog skala (VAS) puanı kullanılarak 0'dan 10'a kadar bir ölçeğe değerlendirilmiştir.

Table 1 Demographics and patient history

	Vaginal laxity negative (N= 815)	Vaginal laxity positive (N= 236)	Odds ratio (95% CI)	p value
Age in years (mean $\pm$ SD)	58.5 $\pm$ 14.0	54.3 $\pm$ 12.3	0.98 (0.97–0.99)	<0.001
BMI in kg/m ² (mean $\pm$ SD)	29.1 $\pm$ 6.1	29.3 $\pm$ 6.9	1.00 (0.98–1.02)	0.752
Menopause, n (%)	530 (65.0%)	129 (54.7%)	0.65 (0.48–0.87)	0.004
Vaginal parity, n (%)	767 (94.1%)	235 (99.6%)	14.71 (2.02–107.12)	0.008
Age at first delivery in years, mean $\pm$ SD	24.0 $\pm$ 5.0	24.9 $\pm$ 5.6	1.03 (1.00–1.06)	0.020
First neonatal birthweight (g), mean $\pm$ SD	3,352.1 $\pm$ 527.5	3,393.4 $\pm$ 547.5	1.00 (1.00–1.00)	0.312
Previous hysterectomy, n (%)	253 (31.1%)	63 (26.7%)	0.81 (0.58–1.12)	0.193
previous POP repair, n (%)	114 (14.0%)	17 (7.2%)	0.48 (0.28–0.81)	0.006
Previous anti-incontinence procedures, n (%)	139 (17.1%)	48 (20.3%)	1.24 (0.86–1.79)	0.246
Sexually active, n (%)	411 (50.4%)	142 (60.2%)	1.49 (1.11–1.99)	0.009

CI confidence interval, SD standard deviation, BMI body mass index, POP pelvic organ prolapse

Bu, mesane boşaltıldıktan sonra maksimum Valsalva manevrasında POP-Q sistemi kullanılarak yapılan klinik bir muayene ile takip edilmiştir. Klinik olarak anlamlı POP, ön ve/veya arka kompartmanlarda evre ≥ 2 ve/veya apikal kompartmanda ≥ 1 olarak tanımlanmıştır. Daha sonra hasta sırtüstü pozisyonda iken dört boyutlu (4D) pelvik taban ultrasonu (PFUS) yapılmıştır. Hacim alımı, istirahat halinde, maksimum Valsalva manevrasında ve maksimum pelvik taban kası kasılmasında gerçekleştirilmiştir. PFUS üzerinde anlamlı POP, daha önce belirlenmiş kesme noktalarına göre, mesane veya rektal ampullanın pubik simfizinin altında sırasıyla ≥ 10 mm ve ≥ 15 mm'ye inmesi veya uterusun pubik simfizinin üstünde ≤ 15 mm'ye inmesi olarak tanımlanmıştır. Ultrason üzerinde levator bütünlüğünün değerlendirilmesi ve levator avulsiyonunun teşhisi daha önce tanımlanmış ve standartlaştırılmış bir tekniğe göre gerçekleştirilmiştir. Saklanan 4D-PFUS hacimleri, tüm hasta verilerinden körleştirilmiş olarak daha sonraki bir tarihte 4D View 10.5 yazılımı kullanılarak analiz edilmiştir. Maksimum Valsalva üzerindeki levator hiatal alanı, minimum hiatal boyutların düzleminde render edilmiş hacim tekniği kullanılarak ölçülmüştür. Levator hiatal alanı için gözlemci arası güvenilirlik çalışması yapılmıştır.

Sonuçlar:

Ortalama yaş 57.6 (standart sapma [SD] 13.8), 660'ı (%63) menopoza sonrası ve ortalama vücut kitle indeksi (VKİ) 29 (SD 6.3) kg/m² saptanmış. Toplamda 317 (%30) kadının histerektomi, 187'sinin (%18) POP onarımı ve 131'inin (%13) anti inkontinans cerrahisi geçirdiği bildirildi. 1,002 kadının doğum geçmişi incelendi. Normal vajinal doğum 644 kadın tarafından bildirildi, 61 sadece sezaryen doğum yapmıştı, 268 en az bir FD geçirmişti ve 29 en az bir vakum doğum geçirmişti.

Table 2 Clinical symptoms and findings on examination and ultrasound

	Vaginal laxity negative (N=815)	Vaginal laxity positive (N=236)	Odds ratio (95% CI)	p value
POP symptoms, n (%)	316 (46.5%)	214 (93.9%)	17.61 (10.05–30.87)	< 0.001
Any significant clinical POP, n (%)	593 (72.9%)	224 (95.3%)	7.56 (4.05–14.11)	< 0.001
TVL in cm, mean ± SD	8.5 ± 1.1	8.4 ± 1.1	0.95 (0.83–1.09)	0.502
Ba, mean ± SD	-1 ± 1.6	0 ± 1.7	1.36 (1.25–1.48)	< 0.001
C, mean ± SD	-5 ± 3.0	-3 ± 3.4	1.14 (1.09–1.19)	< 0.001
Bp, mean ± SD	-1 ± 1.4	-1 ± 1.5	1.22 (1.10–1.34)	< 0.001
gh + pb in cm, mean ± SD	7.5 ± 1.5	8.4 ± 1.5	1.45 (1.31–1.60)	< 0.001
Mean Oxford, mean ± SD	2.3 ± 1.2	2.1 ± 1.1	0.84 (0.74–0.95)	0.007
Significant US POP, n (%)	497 (61.1%)	199 (84.7%)	3.52 (2.40–5.15)	< 0.001
Bladder descent in mm, mean ± SD ^a	-2.4 ± 19.3	-15.8 ± 18.7	0.97 (0.96–0.97)	< 0.001
Uterine descent in mm, mean ± SD ^a	-0.9 ± 10.6	-4.3 ± 14.3	0.98 (0.97–0.99)	< 0.001
Rectal descent in mm, mean ± SD ^a	-2.1 ± 8.7	-2.4 ± 8.8	0.99 (0.98–1.01)	0.657
Enterocoele descent in mm, mean ± SD ^a	-6.8 ± 17.8	-12.3 ± 15.3	0.98 (0.97–0.99)	< 0.001
HA on Valsalva in cm ² , mean ± SD	25.6 ± 8.6	31.3 ± 9.1	1.07 (1.05–1.09)	< 0.001
Levator avulsion, n (%)	153 (18.8%)	81 (34.3%)	2.261 (1.640–3.117)	< 0.001

SD standard deviation, CI confidence interval, POP pelvic organ prolapse, TVL total vaginal length, HA hiatal area

^aA minus sign signifies a descent below the symphysis pubis, whereas a plus sign signifies an organ position above the symphysis pubis

İlk vajinal doğumda ortalama yaş 24 (SD 5.18) yıl, ilk vajinal doğumda ortalama doğum ağırlığı 3,362 (SD 523) g idi. Çoğu kadın stres üriner inkontinans (n = 763, %73) ve urge inkontinans (n = 737, %70) ile başvurdu, ardından 532'sinde (%51) kabızlık, 531'inde (%50) prolapsus semptomları, 422'sinde (%40) noktüri, 370'inde (%35) işeme disfonksiyonu semptomları, 303'ünde (%29) artan gündüz idrara çıkma sıklığı (günde yedi veya daha fazla işeme) ve 163'ünde (%16) anal inkontinans.

Vajinal gevşeklik 236 (%23) kadın tarafından medyan 6 (çeyrekler arası aralık [IQR] 3.6–8.85) rahatsızlık ile tanımlandı ve 530 (%50) kadın prolapsus semptomları medyan 7 (IQR 3.9–

8.85) rahatsızlık bildirdi. Klinik olarak, ortalama Ba, Bp ve C sırasıyla -0.69 (SD 1.66) cm, -1 (SD 1.4) cm ve -4.34 (SD 3.16) cm idi. Genel olarak, 818 (%78) kadında yukarıda tanımlandığı gibi klinik olarak anlamlı POP vardı ve bu 620'sinde (%76) anterior kompartman prolapsusu, 280'inde (%34) uterin prolapsus, 81'inde (%10) vault prolapsusu ve 579'unda (%71) posterior kompartman prolapsusu şeklindeydi. Ortalama gh ve pb toplamı 7.7 (SD 1.6) cm idi.

Table 3 Vaginal parity, vaginal laxity (VL) symptoms and bother

	VD 0 (n=108)	VD 1 (n=130)	VD 2 (n=346)	VD 3 (n=292)	VD 4+ (n=175)
VL symptoms	5 (5%)	28 (22%)	89 (26%)	76 (26%)	38 (22%)
OR ^a (95% CI)	Ref. group	5.65 (2.101–15.219)	7.13 (2.82–18.1)	7.25 (2.85–18.46)	5.71 (2.17–15.02)
p value	<0.001				
Adjusted p value/OR ^b	<0.001	6.753 (2.480–18.393)	9.517 (3.693–24.523)	10.603 (4.069–27.631)	9.068 (3.354–24.514)
Mean VL bother (range) ^c	5.9 (2.1–10)	6.1 (1.3–10)	6.3 (1.6–10)	5.7 (0.7–10)	6.9 (1.9–10)

OR odds ratio, VD vaginal delivery

^aAll OR relates to comparison with vaginally nulliparous group

^bAdjusted for age, sexually active state

^cOnly for patients with VL symptoms

Table 4 Sub-group analysis of only patients with vaginal delivery or deliveries

	VD 1 (n=130)	VD 2 (n=346)	VD 3 (n=292)	VD 4+ (n=175)
VL symptoms	28 (22%)	89 (26%)	76 (26%)	38 (22%)
OR (95% CI)	Ref. group	1.262 (0.78–2.04)	1.282 (0.78–2.1)	1.01 (0.58–1.75)
p value	0.5738			

OR odds ratio, VD vaginal delivery, VL vaginal laxity

Görüntüleme ile, 697 kadın (%66) mesane, uterus, enterocele ve rektal ampullayı içeren sonografik olarak anlamlı POP'a sahipti, sırasıyla 419'unda (%60), 89'unda (%13), 72'sinde (%10) ve 439'unda (%63). Ortalama mesane ve rektal ampulla inişi sırasıyla pubik simfiz altında 5.5 (SD 19.9) mm ve 8 (SD 16.6) mm idi. Ortalama uterin inişi (mevcut olduğunda) -2.3 (SD 13.7) mm ve ortalama enterocele inişi (mevcut olduğunda) pubik simfiz ile ilgili olarak 8 (SD 16.6) mm idi. Valsalva manevrasında ortalama hiatal alan 27 (SD 9) cm² idi. Levator avülsiyonu 235 kadında (%22) teşhis edildi ve bu durum 87'sinde (%37) çift taraflıydı. Cinsel olarak aktif olan kadınlar, olmayanlara göre anlamlı olarak daha gençti (51 yıl vs 65 yıl, p < 0.001).

VL olan kadınlar ile olmayanlar arasında yapılan tek değişkenli analizde BMI, ilk vajinal doğumdaki neonatal doğum ağırlığı, önceki histerektomi ve önceki idrar kaçırma karşıtı operasyonlar arasında anlamlı fark bulunmamıştır (Tablo 1). Aksine, VL bildiren hastalar daha gençti (54 vs 59 yıl, $p < 0.0001$), menopoza olma olasılıkları daha düşüktü (129 [54.7%] vs 530 [65.0%], $p = 0.004$) ve VL grubundaki daha fazla kadın geçmişte prolapsus onarım operasyonu geçirmişti (114/814 [%14] vs 17/236 [%7], $p=0.0063$). POP semptomları VL pozitif grupta daha yaygındı (214/236 [%91] vs 316/815 [%39], $p \leq 0.0001$) ve klinik olarak anlamlı POP da daha yaygındı (224/235 [%95] vs 593/813 [%73], $p < 0.0001$). Ayrıca, Valsalva'da ortalama levator hiatal alanı VL pozitif hastalarda daha büyüktü (31 vs 26 cm², $p = 0.01$; Tablo 2). VL bildiren hastalar cinsel olarak aktif olma olasılığı daha yüksekti (142/236 [%60] vs 411/815 [%50], $p = 0.009$), ancak bu çok değişkenli analizde anlamlı değildi.

Table 5 Vaginal parity and delivery mode

	Nulliparous (N=49)	Only CS (N=61)	Only normal vaginal delivery/deliveries (N=644)	At least one FD (N=268)
VL symptoms	1 (2%)	5 (8%)	149 (23%)	72 (27%)
OR (95% CI)	Reference	4.286 (0.484–37.965)	14.448 (1.978–105.564)	17.633 (2.390–130.108)
	0.233 (0.026–2.067)	Reference	3.371 (1.326–8.570)	4.114 (1.585–10.679)
	0.069 (0.009–0.506)	0.297 (0.117–0.754)	Reference	1.220 (0.881–1.691)
	0.057 (0.008–0.418)	0.243 (0.094–0.631)	0.819 (0.591–1.136)	Reference
	0.046 (0.005–0.390)	0.198 (0.059–0.663)	0.669 (0.298–1.500)	0.816 (0.355–1.875)
p value	0.002			
Adjusted p value/OR ^a	< 0.001	6.068 (0.676–54.487)	23.705 (3.183–176.547)	29.727 (3.944–224.057)
Mean VL bother (range) ^b	–	5.9 (2.1–10)	6.1 (1–10)	6.4 (0.7–10)

CS cesarean section, VD vaginal delivery, VL vaginal laxity, FD forceps delivery

^aAdjusted for age, sexually active state

^bOnly for patients with VL symptoms (nulliparous = 0 [1 missing], CS = 4 [1 missing], FD = 56 [16 missing], NVD = 119 [30 missing])

Vajinal doğum sayısı VL semptomları ile ilişkililiydi (231/943 [%25] vs 5/108 [%5], $p < 0.0001$); ancak, bu semptomun prevalansı artan vajinal doğum sayısı ile artmamıştır ve rahatsızlık derecesi artmamıştır (Tablo 3). Ayrıca, yalnızca vajinal doğum yapmış hastaları içeren ayrı bir analizde, daha yüksek vajinal doğum sayısı ile VL semptomlarında ek bir artış gözlemlenmiştir (Tablo 4).

Vajinal doğum yapmış kadınlar, nullipar veya yalnızca CS ile doğum yapmış olanlara göre üç kat daha fazla VL bildirme olasılığına sahipti. Ayrıca, en az bir FD geçirmiş olanlar,

nullipar veya yalnızca CS ile doğum yapmış olanlara göre dört kat daha fazla VL bildirme olasılığına sahipti (Tablo 5). Operatif doğumların normal vajinal doğumlara göre VL ile daha güçlü bir ilişkisi görülmüş; ancak bu istatistiksel anlamlılığa ulaşmamış.

Tartışma:

Bu çalışmada, ürojinekoloji birimine başvuran kadınların %23'ünde VG tespit edilmiştir, bu da önceki öalışmalarla uyumludur. VG'nin vajinal doğum yapmış kadınlarda daha yaygın olduğu bulunmuştur. Ancak, artan doğum sayısı VG olasılığını veya rahatsızlığını artırmamıştır. Görünüşe göre, vajinal doğum ve VG arasındaki ilişki büyük ölçüde ilk doğuma bağlıdır. Bu bulgu, pelvik tabana en çok zarar verenin ilk vajinal doğum olduğunu ve sonraki doğumların daha az etkiye sahip olduğunu gösteren önceki çalışmalarla örtüşmektedir.

Pelvik balonlaşma, genişlemiş hiatal alan olarak ortaya çıkmakta olup, vajinal ve forseps doğum sonrası kadınlarda daha yaygındır. Bu fenomen, vajinal doğum yapmış kadınlarda VG oranının artmasını açıklayabilir. Pelvik taban balonlaşması ile VG arasındaki ilişkiyi gösteren Manzini ve ark. tarafından yapılan bir yayında, VG ile USG'de pelvik balonlaşma arasında korelasyon bulunmuştur. Bu çalışmada da sonuçlarımız bu bulguyu güçlendirmektedir, VG'li hastalarda artmış levator hiatal alan gözlemlenmiştir. Daha önce yayımlanan verilerle tutarlı olarak, VG şikayeti olan kadınlar daha gençtir. Bu, genç kadınların bu semptomun daha fazla farkında olma ve rahatsız olma olasılığı ile açıklanabilir. Menopoz sonrası kadınlar VG pozitif grubunda daha az bulunmuş olup, bu, vajinal gevşeklik hissini etkileyebilecek elastikiyet kaybı ve vajinal atrofi ile açıklanabilir.

Bu çalışmada, VG'nin patogenezi daha iyi anlamak ve kadınlara daha iyi bilgi ve tedavi sağlamak amaçlanmıştır. VG ve POP semptomları ile ilgili olarak, sonuçlar VG grubundaki kadınların daha fazla POP semptomuna sahip olduğunu göstermiştir. Bu, nedenler ve risk faktörlerinin benzer olmasından dolayı şaşırtıcı değildir. Ancak, Alexander ve ark. çalışmalarında VG'nin prolapsusun erken bir semptomu olmadığını belirtmiştir. Ayrıca, Polland ve ark. VG'nin Vajinal Gevşeklik Anketinin prolapsus muayene bulguları ile korele olmadığını göstermiştir [15].

Bu çalışmanın en büyük gücü nispeten büyük bir popülasyon büyüklüğüne sahip olması ve bildiğimiz kadarıyla farklı doğum yöntemleri ile VG arasındaki ilişkiyi ele almaya çalışan ilk kohort çalışması olmasıdır. Çalışmanın en büyük sınırlılığı ise retrospektif tasarımı ve doğum yöntemi ile ilgili verilerin hasta tarafından bildirilen bilgilere dayanmasıdır, bu da hatırlama yanlılığı riskini ima etmektedir. Obstetrik kayıtlara erişim başılamamıştır; dolayısıyla ikinci evre doğum süresi ve perineal yırtıklar gibi değişkenler hakkında bilgi yoktur. Son olarak, çalışmada çoğunlukla beyaz etnik kökene sahip ürojinekoloji hastaları vardır, bu sebeple bulgular genellenemez.

Sonuç olarak, vajinal gevşeklik vajinal doğum yapmış kadınlarda daha yaygın bulunmuştur. Bu etkinin büyük ölçüde ilk doğuma atfedilebileceği görülmektedir. Operatif doğumun ile ilişki daha da güçlüdür.



Mixovul
Metronidazol 750 mg
Mikonazol Nitrat 200 mg
Lidokain 100 mg

3 Ovül
Trivag Ovül
Tinidazol
Tiokonazol
Lidokain

monurol
3g fosfomisin
saşe

Travazol Krem
ANTİFUNGAL, ANTİENFLAMATUAR

Farklı
KADINLAR

Farklı
TEDAVİLER

iyiki
VAR

MÜKEMMEL
UYUMLA
Güncel tedavi



BİL7897MIX77



Kısa Ürün Bilgisi özeti için QR KODU okutabilirsiniz.

bilim
İ L A Ç

bilimsel
paydaş



TÜRK ÜROJİNEKOLOJİ VE PELVİK REKONSTRÜKTİF CERRAHİ DERNEĞİ

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