



# TÜRK ÜROJİNEKOLOJİ VE PELVİK REKONSTRÜKTİF CERRAHİ DERNEĞİ BÜLTENİ

---

HAZİRAN 2025

---



[www.urojinekoloji.org](http://www.urojinekoloji.org)

## BAŞKANDAN



**Değerli Meslektaşlarım,**

Türk Ürojinekoloji ve Pelvik Rekonstrüktif Cerrahi Derneği'nin 2025 yılının Haziran Bülteni ile sizlerle.

31 Mayıs-1 Haziran tarihlerinde Adana'da Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde 'Akdeniz Gebelik ve Pelvik Taban' Sempozyumunu gerçekleştirdik. 180'in üzerinde kayıtlı katılımcının olduğu sempozyumumuz aynı zamanda şimdiye dek gerçekleştirdiğimiz en yoğun katımlı obstetrik anal sfinkter kursuna ev sahipliği yaptı. Toplantı ile ilgili geri dönüşlerin çok olumlu olması bizi çok mutlu etti. Bu sempozyumun düzenlenmesinde katkıları bulunan başta toplantı sorumluları Prof. Dr. Selim Büyükkurt ve Prof. Dr. Hakan Aytan ve üniversitede sempozyum yapmamızı sağlayan Çukurova Üniversitesi Rektörü Prof. Dr. Hamit Emrah Beriş olmak üzere emeği geçen herkese çok teşekkür ederiz.

18-22 Haziran tarihleri arasında Barselona'da düzenlenen IUGA/EUGA 2025 ortak toplantısında da derneğimizi başarıyla temsil ettik. Kongrenin Pan/Asian oturumu olmak üzere, toplantının pek çok oturumunda dernek yönetim kurulu üyelerimiz ve dernek üyelerimiz aktif görev aldılar. Umudumuz ilerleyen yıllarda derneğimizin uluslararası camiada akademik performansının daha da artmasıdır. Bunun için elimizden gelen her şeyi yapmayı planlıyoruz. Derneğimiz bu yıl da EUGA ve IUGA affiliasyonlarını devam ettirmektedir. Dernek üyeliğinin ve bu affiliasyonların avantajlarını öğrenmek ve yararlanmak için bize başvurabilirsiniz. Dernek üyelerimize affiliasyon sürecinde destekleri için sonsuz teşekkür ederim.

Bunun dışında, 26- 27 Eylül tarihlerinde İstanbul'da II. Ürojinekoloji İstanbul toplantımızı gerçekleştireceğiz. Bu toplantıda ürojinekoloji ile ilgilenen tüm meslektaşlarımızı görmeyi ümit ediyoruz.

Bir sonraki ay görüşmek üzere,

Saygılarımla,

**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 son sayısı ile sizlerle birlikteyiz. Adana'daki Gebelik ve Pelvik Taban sempozyumunu başarı ile tamamlamanın heyecanı ve gururu içerisinde sizlere dolu dolu bir bülten ile geldik.



Bu sayımızda iki önemli makalemiz var. İlk makalemiz Histerektomiler ile Pelvik Taban Bozuklukları arasındaki ilişkileri inceleyen, çok güçlü bir metaanaliz. Histerektomilerin her çeşidinin aslında pelvik organ disfonksiyonları için nasıl bir risk faktörüne dönüştüğünü bu derleme sayesinde çok daha iyi anlayacağız gibi görünüyor.

İkinci makalemiz ise çok önemli bir Randomize Kontrollü Çalışma özeti. Antalya Akdeniz Üniversitesi Kadın Hastalıkları ve Doğum ABD'nden Öğr. Gör. Dr. Ömer Faruk ÖZ bizlere vajinal pesseler kullanılırken topikal lidokain kullanımı ile ilgili bir RCT'yi derledi. Bu derleme ürojinekoloji literatürünü doğrudan etkileyecek düzeyde gibi görünüyor.

Önünüzdeki aylarda yeni toplantılarda görüşmek dileğiyle...

Sağlıkla ve Bilimle kalın. Sevgiler.

**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  
ÜROJİNEKOLOJİ BÜLTEN EDITÖRÜ



1. En saygın Jinekoloji dergilerinden birisi olan AJOG'tan Histerektomiler ve Pelvik taban bozuklukları arasındaki ilişkiyi inceleyen yeni bir meta-analiz ve sistematik derleme özetini İstanbul Beykent Üniversitesinden **Doktor Öğretim Üyesi Tuğba Öz** derledi.
2. Antalya Akdeniz Üniversitesi Kadın Hastalıkları ve Doğum ABD'ndan **Öğr. Gör. Dr. Ömer Faruk Öz** tarafından özetlenen bir AJOG Randomize Kontrollü Çalışması.
3. Adana Gebelik ve Pelvik Taban Sempozyumundan harika fotoğraflar.



DOKTOR ÖĞRETİM ÜYESİ TUĞBA ÖZ  
İSTANBUL BEYKENT ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ



ÖĞR. GÖR. DOKTOR ÖMER FARUK ÖZ  
ANTALYA AKDENİZ ÜNİV. TIP FAKÜLTESİ  
KADIN DOĞUM ABD



## ASSOCIATIONS BETWEEN HYSTERECTOMY AND PELVIC FLOOR DISORDERS: A SYSTEMATIC REVIEW AND META-ANALYSIS

Olivia H. Chang, | Ian J. Saldanha, | Diana Encalada-Soto, | Randa J. Jalloul, | Sarah Rozycki, | Megan Orlando, | Amanda White, | Linda C. Yang, | Jennifer C Thompson, | Mikio Nihira, | C. Emi Bretschneider, | Peter C. Jeppson | Ethan M. Balk, | Ankita Gupta

AJOG American Journal of Obstetrics & Gynecology

American Journal of Obstetrics & Gynecology, 2025 Mart 20  
S0002 9378(25)00164-4.

### **BİR BAKIŞTA BU MAKALENİN ÖNEMİ:**

Bu araştırma; Histerektomi ile pelvik taban bozuklukları (pelvik organ sarkması, idrar kaçırma ve boşaltım disfonksiyonu dâhil) arasındaki ilişkileri belirlemek amacıyla sistematik olarak gözden geçirilmiş bir meta-analiz çalışmasıdır.

### **MEVCUT LİTERATÜRDEKİ BİLGİ NE DİYOR?**

İyi huylu jinekolojik durumlar için histerektomi, histerektomi dışı tedavi seçenekleriyle karşılaştırıldığında, histerektomiden sonraki 10 yıl içinde tüm idrar kaçırma türleri açısından artmış risk ile ilişkilendirilmiştir. Ayrıca histerektomi, 10 yıldan uzun süre sonra pelvik organ sarkması ve stres tipi idrar kaçırma riskinde artışla da ilişkilendirilmiştir.

### **BU MAKALENİN TIBBİ LİTERATÜRE KATKISI NEDİR?**

Histerektomi, 10 yıl içinde tüm tiplerde idrar kaçırma ile ayrıca 10 yıldan sonra pelvik organ sarkması (POP) ve stres tipi idrar kaçırma (SUI) ile istatistiksel olarak anlamlı şekilde daha yüksek bir olasılıkla ilişkilidir. Histerektomi danışmanlığı sırasında bu risklerin tartışılması ve eğer klinik olarak uygunsa, tıbbi ya da histerektomi dışı tedavi seçeneklerinin değerlendirilmesi önemlidir.



DR. ÖĞR. ÜYESİ TUĞBA ÖZ

İSTANBUL BEYKENT ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ  
HEMŞİRELİK BÖLÜMÜ

## **HİSTEREKTOMİ VE PELVİK TABAN BOZUKLUKLARI ARASINDAKİ İLİŞKİLER: SİSTEMATİK BİR İNCELEME VE META-ANALİZ**

### **GİRİŞ:**

Histerektomi, Amerika Birleşik Devletleri'nde kadınlar arasında en sık uygulanan cerrahi işlemlerden biridir; her yıl 600.000'den fazla histerektomi gerçekleştirilmektedir.<sup>1,2</sup> Histerektomi oranları zamanla azalmış olsa da, bu cerrahi işlem, alternatif tedavilerin yetersiz kaldığı durumlarda hâlâ yaygın olarak uygulanmaktadır.<sup>1</sup> Histerektomi için en yaygın iyi huylu endikasyonlar arasında anormal uterin kanama, uterin fibroidler, endometriozis ve pelvik organ sarkması (POP) yer almaktadır.<sup>3</sup>

Histerektominin bu kadar yaygın yapılmasına rağmen, pelvik taban bozuklukları (PTB) üzerindeki etkisi, özellikle aşırı aktif mesane (OAB), stres tipi idrar kaçırma (SUI), POP ve fekal inkontinans (FI) gibi durumlar üzerindeki etkisi tam olarak netlik kazanmamıştır.<sup>4,5</sup> PTB'lerin yaşam kalitesi üzerindeki genel etkisi göz önüne alındığında, histerektomi ile PTB gelişimi arasındaki uzun vadeli ilişkilerin net bir şekilde tanımlanması gerekmektedir. Eğer histerektomiyi gerektiren bir patoloji yoksa, bu veriler, histerektomi ile uterusun korunmasına yönelik tedavi seçenekleri arasında risk-fayda değerlendirmesi yapılabilmesi için kritik önem taşımaktadır.

Bu sistematik incelemenin amacı, iyi huylu nedenlerle yapılmış histerektomiler ile pelvik taban bozukluklarının (POP, idrar kaçırma, işeme bozuklukları (VD) ve fekal inkontinans) başlangıcı arasındaki ilişkileri ortaya koyan mevcut kanıtları özetlemektir.

### **METOD:**

Bu sistematik inceleme, Jinekolojik Cerrahlar Derneği Sistematik İnceleme Grubu tarafından yürütülmüştür. Çalışmada, sistematik inceleme metodolojisine uygun şekilde standart adımlar izlenmiştir. Bu adımlar; PROSPERO sistemine önceden bir protokol kaydı yapılması, incelemenin yürütülmesi ve PRISMA 2020 raporlama kılavuzlarına uygun olarak raporlanmasını içermektedir.

Bu sistematik inceleme ve bulgular, Mart 2024'te Jinekolojik Cerrahlar Derneği'nin 50. Yıllık Toplantısı'nda sunulmuş ve ardından Haziran 2024'te Jinekolojik Cerrahlar Derneği internet sitesinde kamuoyunun görüşüne açılmıştır.



### Uygunluk, Bilgi Kaynakları ve Arama Stratejisi

Medline (PubMed aracılığıyla) ve Embase (Ovid aracılığıyla) veri tabanlarında, başlangıç tarihlerinden itibaren 11 Ekim 2024'e kadar tarama yapılmıştır. Aramalar, histerektomi ve ilgili sonuçlarla ilgili tıbbi konu başlıkları (MeSH) ve metin ifadelerini içermektedir. Kayıtlar, sadece karşılaştırmalı ve sistematik çalışmaları içerecek şekilde sınırlandırılmıştır.

### Çalışma Seçimi

Çalışmaya dâhil edilen makaleler, şu tür karşılaştırmalı çalışmalardan oluşmaktadır:

- ✓ Randomize kontrollü çalışmalar (RCT) (en az 10 katılımcı)
- ✓ Kohort çalışmaları (prospektif veya retrospektif; en az 200 katılımcı)
- ✓ Olgu-kontrol çalışmaları (en az 200 katılımcı)

Pelvik taban bozuklukları nedeniyle eş zamanlı cerrahi geçiren bireyler dışlanmıştır.

İncelenen sonuçlar: POP, stres tipi idrar kaçırma (SUI), aşırı aktif mesane (OAB), özgül olmayan idrar kaçırma, karışık tip idrar kaçırma, işeme bozukluğu (VD), fekal inkontinans (FI) ve dışkılama bozukluğu.

PTB tanıları; klinik değerlendirme, cerrahi veya başka prosedürel müdahalelere dayalı olarak konulmuştur. POP, ön (sistosel), apikal (uterovajinal veya vajinal kubbe) ya da arka (rektosel) kompartman sarkmaları olarak tanımlanmıştır. SUI, fiziksel aktivite ya da karın içi basınç artışı ile birlikte idrar kaçırma olarak tanımlanmıştır. OAB ise sık idrara çıkma, acil idrar hissi ve acil tip inkontinans gibi semptomları kapsamaktadır. Karışık tip idrar kaçırma, hem SUI hem OAB semptomlarının birlikte görülmesi şeklinde tanımlanmıştır.

İdrar kaçırma tipi belirtilmeyen durumlar "özgül olmayan idrar kaçırma" olarak sınıflandırılmıştır. VD, mesanenin tam boşaltılamaması olarak subjektif veya objektif kriterlere göre tanımlanmıştır (örneğin, yüksek artık idrar miktarı). FI, dışkının istemsiz şekilde kaçırılmasıdır. Dışkılama bozukluğu, dışkılama sırasında koordinasyon eksikliği ya da anatomik sorunlar nedeniyle tam boşaltamama olarak tanımlanmıştır.

## **Veri Çıkarımı ve Yanlılık Değerlendirmesi:**

Dâhil edilen çalışmalar için tüm veriler, SRDR+ (Systematic Review Data Repository Plus) platformunda oluşturulmuş özelleştirilmiş veri çıkarım formlarına girilmiştir.

Çıkarılan veriler:

- ✓ Çalışma ve katılımcı özellikleri
- ✓ Histerektomi ayrıntıları
- ✓ Sonuç tanımları ve zaman noktaları
- ✓ Bulgular (kategorik veriler için frekans ve yüzdelere; sürekli veriler için ortalama ya da medyan değerler)

Eksik veri varsa bu durum not edilmiş ve herhangi bir varsayımda bulunulmamıştır.

Her çalışmanın yanlılık riski ve metodolojik kalitesi, şu araçlarla değerlendirilmiştir:

- ✓ Randomize kontrollü çalışmalar (RCT) için Cochrane Risk of Bias Tool
- ✓ Kohort ve olgu-kontrol çalışmaları için Newcastle-Ottawa Ölçeği kriterleri

Veri çıkarımı ve yanlılık değerlendirmesi sırasında bir kişi verileri toplamıştır, ikinci bir kişi doğrulamıştır. Gerekli durumlarda anlaşmazlıklar, iki araştırmacı arasında tartışılarak ve gerektiğinde sorumlu araştırmacının (O.H. Chang) kararıyla çözülmüştür.

## **Veri Sentezi:**

En az iki çalışma aynı sonucu bildiriyorsa rastgele etkiler modeli kullanılarak meta-analizler yapılmıştır. Her sonuç için histerektomi sonrası geçen süreye göre iki zaman aralığına göre analiz yapılmıştır:  $\leq 10$  yıl ve  $> 10$  yıl

Eğer bir çalışma aynı sonuç için birden fazla takip süresi bildiriyorsa, o aralıktaki en uzun süreli takip verisi kullanılmıştır. Meta-analizlerde birden fazla çalışma tasarımı varsa, sonuçlar çalışma türüne göre tabakalandırılarak analiz edilmiştir. Tüm istatistiksel analizler STATA 17 programı kullanılarak yapılmıştır. Çalışmalar arası farklılık (heterojenlik)  $I^2$  istatistiği ile ölçülmüştür. Duyarlılık analizleri, en yüksek ağırlığa sahip çalışmanın çıkarılmasıyla yapılmıştır. POP ve SUI analizleri için ayrıca cerrahi sonuçları kullanan çalışmalar çıkarılarak ek analizler de yapılmıştır. Kanıt gücü, Amerikan Sağlık Araştırma ve Kalite Ajansı (AHRQ) çerçevesine göre “yüksek, orta, düşük veya yetersiz” olarak sınıflandırılmıştır. Bu sınıflandırmadaki kriterler; Yanlılık riski, Tutarlılık, Doğrudanlık ve Kesinlik’tir.

**BULGULAR:**

Toplamda 17.214 kayıt taranmıştır ve bunlardan 179 makale tam metin incelemeye alınmıştır. Sonuç olarak, 1994-2024 yılları arasında yayınlanmış 60 çalışma bu incelemeye dâhil edilmiştir.

Bu 60 çalışmaların dağılımı:

- ✓ 8 randomize kontrollü çalışma (RCT)
- ✓ 20 kohort çalışma (3 prospektif, 17 retrospektif)
- ✓ 32 olgu-kontrol çalışması

Çalışmalarda toplam 3.567.848 katılımcı yer almıştır. Orta değer (medyan) örneklem büyüklükleri: RCT'ler: 165 (57–235 arası), Kohort çalışmaları: 39.530 (233–697.801 arası), Olgu-kontrol çalışmaları: 1.560 (200–63.427 arası) şeklinde olmuştur.

| Outcome                     | Time-Point      | Number of Studies (Participants) | Risk of Bias | Consistency  | Precision | Directness | Strength of Evidence | Conclusion                                                                                         |
|-----------------------------|-----------------|----------------------------------|--------------|--------------|-----------|------------|----------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Pelvic organ prolapse       | ≤10 years       | 5 (19,244)                       | Moderate     | Inconsistent | Precise   | Direct     | Low                  | Hysterectomy may not be associated with higher risk (ES 1.31, 95% CI 0.81 to 1.80; 5 studies)      |
|                             | Beyond 10 years | 6 (441,172)                      | Moderate     | Consistent   | Precise   | Direct     | Moderate             | Hysterectomy is probably associated with higher risk (adjHR 1.56, 95% CI 1.35 to 1.78; 6 studies)  |
| Stress UI                   | ≤10 years       | 14 (98,763)                      | Moderate     | Inconsistent | Precise   | Direct     | Low                  | Hysterectomy may be associated with higher risk (ES 1.31, 95% CI 1.06 to 1.56; 14 studies)         |
|                             | Beyond 10 years | 5 (404,444)                      | Low          | Consistent   | Precise   | Direct     | High                 | Hysterectomy is associated with higher risk (ES 2.40, 95% CI 2.17 to 2.63; 5 studies)              |
| Overactive bladder/ Urge UI | ≤10 years       | 16 (113,047)                     | Moderate     | Inconsistent | Precise   | Direct     | Low                  | Hysterectomy may be associated with higher risk (ES 1.41, 95% CI 1.25 to 1.58; 16 studies)         |
|                             | Beyond 10 years | 2 (116,691)                      | Moderate     | Consistent   | Precise   | Direct     | Moderate             | Hysterectomy is probably not associated with higher risk                                           |
| Mixed UI                    | ≤10 years       | 3 (38,746)                       | Moderate     | Consistent   | Precise   | Direct     | Moderate             | Hysterectomy may be associated with higher risk (ES 1.62, 95% CI 1.40 to 1.85; 3 studies)          |
|                             | Beyond 10 years | 0 (0)                            | -            | -            | -         | -          | -                    | None                                                                                               |
| UI (non-specified)          | ≤10 years       | 25 (92,942)                      | Moderate     | Inconsistent | Precise   | Direct     | Low                  | Hysterectomy may be associated with higher risk (ES 1.29, 95% CI 1.11 to 1.47; 25 studies)         |
|                             | Beyond 10 years | 0 (0)                            | -            | -            | -         | -          | -                    | None                                                                                               |
| Voiding dysfunction         | ≤10 years       | 3 (9,165)                        | Moderate     | Consistent   | Precise   | Direct     | Moderate             | Hysterectomy is probably not associated with higher risk (ES 2.22, 95% CI 0.92 to 3.53; 3 studies) |
|                             | Beyond 10 years | 0 (0)                            | -            | -            | -         | -          | -                    | None                                                                                               |
| Fecal incontinence          | ≤10 years       | 1 (3,497)                        | Low          | Unknown*     | Precise   | Direct     | Insufficient         | None                                                                                               |
|                             | Beyond 10 years | 0 (0)                            | -            | -            | -         | -          | -                    | None                                                                                               |
| Defecatory dysfunction      | ≤10 years       | 1 (2,104)                        | Moderate     | Unknown*     | Precise   | Direct     | Insufficient         | None                                                                                               |
|                             | Beyond 10 years | 0 (0)                            | -            | -            | -         | -          | -                    | None                                                                                               |

Abbreviations: adj = adjusted; CI = confidence interval; ES = effect size; HR = hazard ratio; UI = urinary incontinence.

RCT'lerin 3'ü yüksek riskli, 2'si orta riskli, 3'ü düşük riskli olarak değerlendirilmiştir.

Yüksek/orta risk genellikle katılımcı, personel veya değerlendirme yapanların körlenmemesinden kaynaklanmıştır.

20 kohort çalışmasının 6'sı orta riskli, 14'ü düşük riskli bulunmuştur.

Orta risk genellikle karşılaştırma grubunun uygun seçilmemesi ya da sonuç verilerinin eksikliğinden kaynaklanmıştır.

32 olgu-kontrol çalışmasının 3'ü yüksek riskli, 10'u orta riskli, 19'u düşük riskli olarak sınıflandırılmıştır. Riskler, vaka-tanım uyumsuzlukları ve örneklemin temsil edici olmaması ile ilgili bulunmuştur.

### **Pelvik Organ Sarkması (Pelvic Organ Prolapse - POP)**

Histerektomiden sonraki ilk 10 yıl içinde: 5 çalışma (1 retrospektif kohort çalışması ve 4 olgu-kontrol çalışması) histerektomiden sonraki 10 yıl içinde POP gelişimini raporlamıştır. Meta-analiz, histerektomi ile POP arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmadığını göstermiştir. Ancak, cerrahi müdahaleyi POP sonucu olarak kullanan iki çalışma çıkarıldığında yapılan hassasiyet analizine göre: Histerektomi, ilk 10 yıl içinde POP gelişme riskinde istatistiksel olarak anlamlı bir azalma ile ilişkili bulunmuştur:

Histerektomiden 10 yıl sonra: 6 retrospektif kohort çalışması, histerektomiden 10 yıl sonra POP gelişimini değerlendirmiştir. Meta-analiz bulgularına göre: Histerektomi, POP riskinde artış ile ilişkili bulunmuştur. Bu alt gruptaki tüm çalışmalar POP'u cerrahi gerektiren bir sonuç olarak tanımladığı için hassasiyet analizi yapılması mümkün olmamıştır.

### **Stres Tipi İdrar Kaçırma (Stress Urinary Incontinence - SUI)**

Histerektomiden sonraki ilk 10 yıl içinde: 14 çalışma (5 RCT, 1 prospektif kohort, 1 retrospektif kohort, 7 olgu-kontrol) SUI üzerine odaklanmıştır. Meta-analiz sonuçları: Histerektomi, SUI riskinde artış ile ilişkili bulunmuştur. Bu gruptaki hiçbir çalışma SUI'yi yalnızca cerrahi tedavi gerektiren bir sonuç olarak ele almadığı için hassasiyet analizi gerekmemiştir.

Histerektomiden 10 yıl sonra: 5 retrospektif kohort çalışması bu süre zarfında SUI gelişimini değerlendirmiştir. Meta-analiz bulgularına göre: Histerektomi, SUI gelişme riskinde anlamlı artış ile ilişkili bulunmuştur. Bu 5 çalışmadan 4'ü SUI cerrahisini sonuç olarak kullandığı için çıkarıldığında yalnızca 1 çalışma kalmıştır. Ancak bu çalışma da benzer şekilde SUI riskinin yüksek olduğunu göstermiştir.

### **Aşırı Aktif Mesane (Overactive Bladder - OAB)**

Histerektomiden sonraki ilk 10 yıl içinde: Toplam 16 çalışma (6 RCT, 2 prospektif kohort, 2 retrospektif kohort ve 6 olgu-kontrol) OAB semptomlarını incelemiştir. Meta-analiz bulgularına göre: Histerektomi, OAB gelişimi ile ilişkili bulunmuştur.



Histerektomiden 10 yıl sonra: Yalnızca 2 retrospektif kohort çalışması bu zaman dilimini değerlendirmiştir. Sonuçlara göre histerektomi, 10 yıl sonrasında OAB riskinde anlamlı bir artışla ilişkili görülmemektedir.

### **Karışık Tip İdrar Kaçırma (Mixed Urinary Incontinence - MUI)**

Histerektomiden sonraki ilk 10 yıl içinde: 3 çalışma (1 RCT, 1 retrospektif kohort, 1 olgu-kontrol) bu sonucu rapor edilmiştir. Meta-analiz bulgularına göre: Histerektomi, MUI gelişimi ile muhtemelen ilişkili bulunmuştur.

Histerektomiden 10 yıl sonra: Bu zaman diliminde karışık tip idrar kaçırma (MUI) ile ilgili hiçbir çalışma bulunmamaktadır.

### **Özgül Olmayan İdrar Kaçırma (Non-specific Urinary Incontinence)**

Histerektomiden sonraki ilk 10 yıl içinde: Toplamda 25 çalışma (1 RCT, 2 prospektif kohort, 4 retrospektif kohort ve 18 olgu-kontrol) özgül olmayan idrar kaçırmaı değerlendirmiştir. Meta-analiz bulgularına göre: Histerektomi, özgül olmayan idrar kaçırma ile ilişkili bulunmuştur.

Histerektomiden 10 yıl sonra: Bu zaman aralığında özgül olmayan idrar kaçırmaı değerlendiren hiçbir çalışma bulunmamaktadır.

### **İşeme Bozukluğu (Voiding Dysfunction - VD)**

Histerektomiden sonraki ilk 10 yıl içinde: 3 çalışma (1 RCT, 1 retrospektif kohort, 1 olgu-kontrol) VD üzerine odaklanmıştır. Meta-analiz bulgularına göre: Histerektomi ile VD arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamaktadır.

Histerektomiden 10 yıl sonra: Bu zaman aralığında işeme bozukluğu ile ilgili hiçbir çalışma yoktur.

### **Dışkı Kaçırma (Fekal İnkontinans - FI)**

Histerektomiden sonraki ilk 10 yıl içinde: 1 olgu-kontrol çalışması (ABD Ulusal Sağlık ve Beslenme Araştırması) şu bulguları rapor etmiştir: Histerektomi, fekal inkontinans riski ile ilişkili bulunmuştur. Ayrıca idrar ve dışkı kaçırmanın birlikte görülme olasılığı da artmıştır.

Histerektomiden 10 yıl sonra: Bu zaman aralığında dışkı kaçırma ile ilgili hiçbir çalışma bulunmamaktadır.

### **Dışkılama Bozukluğu (Defekasyon Disfonksiyonu)**

Histerektomiden sonraki ilk 10 yıl içinde: 1 olgu-kontrol çalışması (Kaiser Permanente Reproductive Risks çalışması) şu sonucu vermiştir: Histerektomi ile dışkılama bozukluğu arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır:

Histerektomiden 10 yıl sonra: Bu zaman aralığında dışkılama bozukluğu ile ilgili hiçbir çalışma bulunmamaktadır.

### **TARTIŞMA:**

Bu sistematik inceleme ve meta-analiz, 3.5 milyondan fazla katılımcıyı içeren 60 çalışmaya dayanmaktadır. Bulgulara göre: Histerektomi, ilk 10 yıl içinde idrar kaçırma (her tür), stres tipi idrar kaçırma (SUI), aşırı aktif mesane (OAB) ve karışık tip idrar kaçırma (MUI) ile anlamlı şekilde ilişkilidir.

Histerektomiden 10 yıl sonra ise pelvik organ sarkması (POP) ve SUI riskinde istatistiksel olarak anlamlı artış görülmektedir. İlk 10 yılda POP ve SUI için anlamlı artış gözlenmese de, kümülatif riskin her yıl artabileceği kabul edilmektedir.

### **Olası Nedenler (Mekanizmalar):**

Histerektomi sonrası pelvik destek yapılarında meydana gelen yapısal değişiklikler ve sinir hasarları, PFD (pelvik taban bozuklukları) gelişimine yol açabilir. Özellikle kolpotomi sırasında uterin sakral ve kardinal bağların kesilmesi, pelvik organları yerinde tutan birinci düzey desteğin kaybına neden olabilir. Petros ve arkadaşlarının “İntegral Teorisi”ne göre, vajinal gevşeklik sinirsel ya da yapısal dengesizliklere yol açarak, SUI ya da OAB gelişimine zemin hazırlayabilir. Altman ve arkadaşlarının yaptığı büyük ölçekli İsveç çalışmasında, histerektomi geçirenlerde ileride POP ameliyatı geçirme oranı belirgin şekilde yüksek bulunmuştur. Aynı çalışmada, supraservikal histerektomi POP riskine karşı koruyucu olmadığı sonucuna varılmıştır. 30 yıllık başka bir İsveç çalışması da, histerektomi sonrası SUI ameliyatı ihtimalinin anlamlı şekilde arttığını göstermiştir.

### **Danışmanlık ve Karar Süreci:**

Histerektominin uzun vadeli etkileri (örneğin PFD, cinsel işlev, ruhsal sağlık) konusunda yıllardır uyarılar olsa da, danışmanlık genellikle sadece kısa dönem cerrahi sonuçlara odaklanmaktadır. Nitel bir

çalışmada, hastalar cerrahi sonrası yaşadıkları bedensel değişimlerin ameliyat öncesinde yeterince anlatılmadığını belirtmiştir.

Bu sistematik inceleme, histerektominin PFD'ye neden olduğunu kanıtlamasa da, bu ilişki klinik olarak çok önemli bulunmuştur. Uterus koruyucu tedaviler, klinik olarak uygun olan vakalarda mutlaka değerlendirilmelidir. Ancak, bazı hastalarda (örneğin anormal uterin kanama veya kronik pelvik ağrı yaşayanlar), histerektomi nihai ve etkili bir tedavi olabilir. Bu tür hastalara, sadece mevcut jinekolojik sorunların çözümü değil, gelecekteki pelvik taban bozuklukları riski de açıkça anlatılmalıdır. Ortak karar verme (shared decision-making) süreci, hasta memnuniyetini artırabilir ve cerrahi planlamada kritik bir rol oynayabilir.

PFMT (pelvik taban kas eğitimi), PFD riskini azaltmakta etkili görünmese de (özellikle kısa süreli takiplerde), riski düşük olduğu için bazı hastalarda uygulanabilir. POP'u önlemeye yönelik girişimlerden biri olan McCall Kuldoplasti, 12 aylık takipte anlamlı fark yaratmamıştır. Gelecekte yapılacak araştırmalarda, histerektomi sonrası pelvik desteği korumaya yönelik stratejilerin geliştirilmesi önerilmektedir.

### **SONUÇ VE KLİNİK YORUMLAR**

Bu sistematik inceleme ve meta-analiz, histerektominin kısa ve uzun vadede çeşitli pelvik taban bozukluklarıyla ilişkili olduğunu güçlü şekilde göstermektedir. Bu bulgular, histerektomi öncesi danışmanlık sürecinde risklerin kapsamlı bir şekilde ele alınması gerektiğini ortaya koymaktadır. Uygun durumlarda tıbbi ve çok yönlü (multimodal) tedavi seçenekleri, cerrahiye alternatif olarak değerlendirilebilir. Gelecekte yapılacak çalışmalar, histerektomi ile pelvik taban bozuklukları arasındaki nedensel mekanizmaları aydınlatmalı ve riskleri azaltmaya yönelik etkili stratejiler geliştirmelidir.

#### **Güçlü Yönler ve Sınırlılıklar:**

Bu sistematik derlemenin güçlü yönleri arasında titiz metodolojisi ve mevcut kanıtları 3.5 milyondan fazla bireye dayalı olarak kapsamlı bir şekilde kataloglaması yer almaktadır. Bu derlemede, POP (pelvik organ prolapsusu) veya SUI (stres üriner inkontinans) nedeniyle histerektomi geçiren hastalar dışlandığından, elde edilen sonuçlar özellikle, önceden mevcut pelvik taban bozuklukları (PFD) olmayan, benign nedenlerle histerektomi geçiren hastalar için önem taşımaktadır. Ayrıca, histerektomi ile PFD'ler arasındaki ilişkilerde olası çeşitli etkenler göz önüne alındığında, yalnızca çok değişkenli regresyon analizleriyle bu etkenleri ele alan RCT'ler (randomize kontrollü çalışmalar) ve karşılaştırmalı çalışmalara yer verilmiştir.

Bu sistematik derlemede tanımlanan kanıtların bazı sınırlılıkları da mevcuttur. Bunlar arasında, histerektomi yolu, endikasyonu, yaş ya da doğurganlık durumu gibi önemli risk belirleyicilerine göre sınıflandırmaların nadir olması yer almaktadır. Bazı çalışmalar yalnızca hasta tarafından bildirilen semptomları raporlamıştır, ancak bu semptomlar PFD'lerin objektif tanısıyla güçlü bir şekilde ilişkilidir. Ayrıca bazı çalışmalar, SUI ve POP sonuçlarını bu durumlar için cerrahi tedavi uygulanıp uygulanmamasına göre tanımlamıştır. Bir durumun kendisi yerine o durum için yapılan cerrahiye sonuç olarak kullanmak, potansiyel yanlılık (bias) riski taşır; çünkü hastanın cerrahiye olan tercihi ya da karışıklığı, sigorta durumu, uzman bakıma erişim ve hastalığın şiddeti gibi çeşitli faktörler cerrahi kararlarını etkileyebilir. Cerrahiye sonuç olarak kullanan çalışmalarda, hastanın cerrahiye olan isteksizliği özellikle etkili olabilir; çünkü bu durum histerektomiye olan isteksizliğini de etkiler (bu sistematik derlemede ilgilenilen asıl değişkenimiz). Başka bir deyişle, bu çalışmalarda cerrahiden kaçınan hastalar hem PFD için cerrahi tedaviden hem de histerektomiden kaçınabilir. Cerrahi kararlarında çeşitli faktörlerin rol oynadığının farkında olarak bu durumu hesaba katan duyarlılık analizleri gerçekleştirdik ve sonuçlarımız bu analizler sonrasında da değişmemiştir.

Bir diğer sınırlılık, RCT'lerin ve prospektif kohort çalışmalarının çoğunun, önceden mevcut pelvik taban semptomları olan hastaları dışlamamış olmasıdır. Ancak histerektomi ile eş zamanlı olarak PFD müdahalesi yapılan çalışmaları dışlayarak bu durum azaltmaya çalışılmıştır. Bunun sonucunda, bu çalışmalarda histerektomi dışındaki risk faktörleri (örneğin doğurganlık, obezite vb.) PFD gelişimine katkıda bulunmuş olabilir, ancak bu risk faktörlerinin hem histerektomi geçiren hem de geçirmeyen gruplarda benzer şekilde mevcut olduğunu varsayılmıştır.

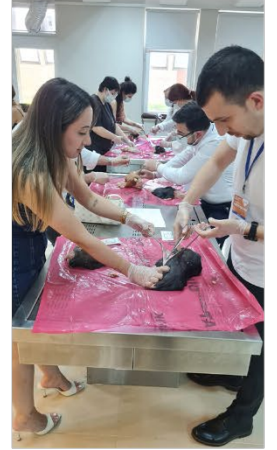
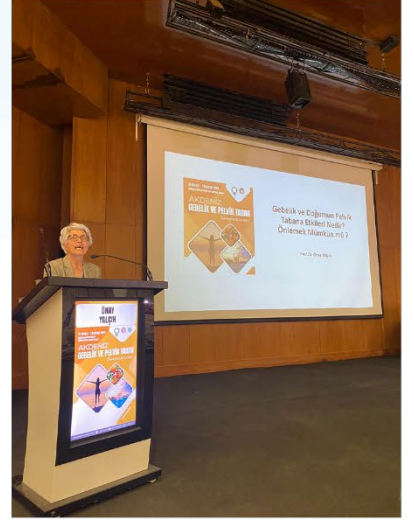
Son olarak, dahil edilen çalışmaların kalite, büyüklük ve metodoloji açısından önemli ölçüde farklılık göstermesi nedeniyle, kanıtların gücü tüm sonuçlara entegre edilirken bu ve diğer etkenler göz önünde bulundurulmuştur. Bununla birlikte, bazı sonuçlar için çalışma tasarımına göre çalışmalar arasında istatistiksel olarak anlamlı heterojenite olduğu belirtilmelidir. Örneğin, histerektomiden sonraki 10 yıl içinde SUI ve OAB (aşırı aktif mesane) için yapılan meta-analizlerde, bu sonuçların daha yüksek olasılıkları sadece prospektif kohort çalışmaları ve olgu-kontrol çalışmaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Olgu-kontrol çalışmaları, geriye dönük yanlılık (recall bias) açısından daha savunmasızdır (örneğin, bir sonucu olan bireyler olmayanlara göre geçmişteki maruziyetleri daha fazla hatırlayabilir). Ancak bu sistematik derlemede maruziyetin (histerektomi) büyük bir cerrahi işlem olması nedeniyle bu



yanlılığın etkisinin düşük olduğu düşünülmektedir. Bununla birlikte, çalışmalar arasında heterojenlik yüksek olduğunda, bu durum belirli sonuçlar için kanıtların gücünün düşürülmesine de katkıda bulunmuştur.

### Affiliations

- Center for Pelvic Floor Disorders Research, University of California.
- Center for Clinical Trials and Evidence Synthesis. Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health
- Department of Obstetrics and Gynecology, University of South Florida, Tampa, FL.
- Department of Obstetrics and Gynecology, University of Texas Health Science Center, Houston, TX.
- Department of Obstetrics and Gynecology, Houston Methodist Hospital.
- Department of Obstetrics and Gynecology, University of Colorado, Aurora, CO.
- Department of Women's Health, Dell Medical School, The University of Texas at Austin, TX.
- Department of Obstetrics and Gynecology, Northwestern University, Evanston, IL.
- Division of Urogynecology, Kaiser Northwest Permanente, Portland, OR.
- Seven Star OB/GYN - KPC Healthcare, Hemet, CA.
- Division of Urogynecology and Reconstructive Pelvic Surgery, Northwestern University, IL.
- University of Arizona College of Medicine Phoenix, Phoenix, AZ.
- Department of Health Services, Brown School of Public Health, Providence, RI.
- University of Louisville Health, Louisville, KY.





## TOPICAL LIDOCAINE FOR PESSARY REMOVAL AND REINSERTION PAIN REDUCTION: A RANDOMIZED CLINICAL TRIAL

Araba Amonu Jackson, Sara Caitlin Frisco, Catherine Marie Lynch, Jean Paul Tanner, Katie Propst.

Urogynecology & Reconstructive Pelvic Surgery, Morsani College of Medicine, University of South Florida,

College of Public Health, University of South Florida, Tampa, Florida.

AJOG American Journal of Obstetrics & Gynecology

American Journal of Obstetrics & Gynecology, 2025  
Mar;232(3):303.e1-303.e7.

### **BİR BAKIŞTA BU MAKALENİN ÖNEMİ:**

Vajinal pesserler, pelvik organ prolapsusu ve stres üriner inkontinans tedavisinde kullanılır. Pesser takılması ve çıkartılması ağrılı olabilir ve lidokain-prilokain bazlı kremler bu ağrıyı azaltmada etkilidir. Lidokain HCl %2 jeli daha erişilebilir bir alternatif olabilir, ancak etkisi henüz araştırılmamıştır.

### **MEVCUT LİTERATÜRDEKİ BİLGİ NE DİYOR?**

Pesser uygulanması sırasında topikal lidokain kullanımıyla ilgili literatür sınırlıdır. Mevcut çalışmalar, lidokain-prilokain kremi gibi lokal anesteziklerin pesser bakımı sırasında ağrıyı azaltmada etkili olduğunu göstermektedir. Ancak, lidokain hidroklorür (HCl) %2 jelinin bu işlemler sırasında ağrı kontrolündeki etkinliği henüz kapsamlı bir şekilde araştırılmamıştır.

### **BU MAKALENİN TIBBİ LİTERATÜRE KATKISI NEDİR?**

Pesser uygulanması işleminde oluşan ağrı düzeyi düşük olup; bu ağrının kontrolünde topikal lidokain jelinin, lubrikan jelle karşılaştırıldığında daha fazla analjezik etki sağlamadığı gösterilmiştir.



ÖĞRETİM GÖR.DR.

ÖMER FARUK ÖZ

AKDENİZ ÜNİV. KADIN DOĞUM

## PESSAR ÇIKARMA VE YENİDEN TAKMA İŞLEMİ SIRASINDA AĞRI AZALTIMINDA TOPIKAL LİDOKAİNİN ETKİNLİĞİ: RANDOMİZE KLİNİK ÇALIŞMA

### Giriş:

Hastaların jinekolojik muayenelerde oluşabilecek ağrılar nedeniyle Pap smear gibi önemli taramalardan kaçınabildikleri gözlenmiştir. Pesser çıkarma ve yeniden takma işlemleri sırasında da ağrı yaşanabilmekte ve ağrı korkusu nedeniyle hastaların bir kısmı cerrahi tedaviye yönelebilmektedir. Lidokain-prilokain bazlı kremler bu işlemlerde ağrıyı azaltmada etkili bulunmuştur. Lidokain jeli ise küçük jinekolojik işlemlerde kullanılsa da pesser işlemlerinde henüz incelenmemiştir. Bu çalışma, lidokain hidroklorür %2 jelinin pesser çıkarma ve yeniden yerleştirme sırasında oluşan ağrıyı azaltmadaki etkisini değerlendirmeyi amaçlamaktadır.

### Materyal ve Metot:

Bu çalışma, 3. basamak bir sağlık merkezinde ayaktan ürojinekoloji kliniğinde gerçekleştirilen, randomize ve tek kör bir araştırmadır. Toplam 66 hasta çalışmaya dahil edilmiş, gruplar 33:33 hasta olacak şekilde ikiye bölünmüştür. Çalışmaya, POP ve/veya SUI nedeniyle pesser kullanan, 18 yaş ve üzeri hastalar dahil edilmiştir. Hastalar rastgele olacak şekilde lidokain jel veya lubrikan jel grubuna dağıtılmıştır.

Muayene öncesinde hastaların demografik ve klinik bilgileri toplanmış, başlangıç ağrı düzeyi VAS (Visual Analog Scale: Genellikle 10 cm uzunluğunda düz bir çizgi şeklinde olup, bir ucu "0: hiç ağrı yok", diğer ucu "10: dayanılmaz şiddette ağrı" olarak işaretlenir.) ile



ölçülmüştür. İşlem sırasında 5 cc jel uygulanmış, 5 dakika sonra pesser çıkarılmış ve ağrı değerlendirilmiştir. Spekulum muayenesi sonrası pesser yeniden takılmış ve ağrı tekrar ölçülmüştür. Katılımcılardan jeli tahmin etmeleri ve gelecekte anestezi isteyip istemedikleri sorulmuştur.

### Sonuçlar:

Eylül 2022 - Haziran 2023 arasında 192 kadın değerlendirilmiş, 126'sı çeşitli nedenlerle çalışma dışı bırakılmıştır. 66 kadın çalışmaya dahil edilerek rastgele iki gruba ayrılmış: 33'ü lidokain jeli, 33'ü lubrikan jeli kullanmıştır. Gruplar arasında başlangıç özellikleri açısından fark yoktu. En yaygın kullanılan pesser destekli halka idi. Pesser boyutları 51-96 mm arasında değişiyordu. Katılımcıların bir kısmı kronik ağrı kesici kullanıyordu. Dört kadında vajinal erozyon tespit edildiği için pesser tekrar yerleştirilmedi. Çalışmada herhangi bir yan etki veya komplikasyon gözlenmedi.

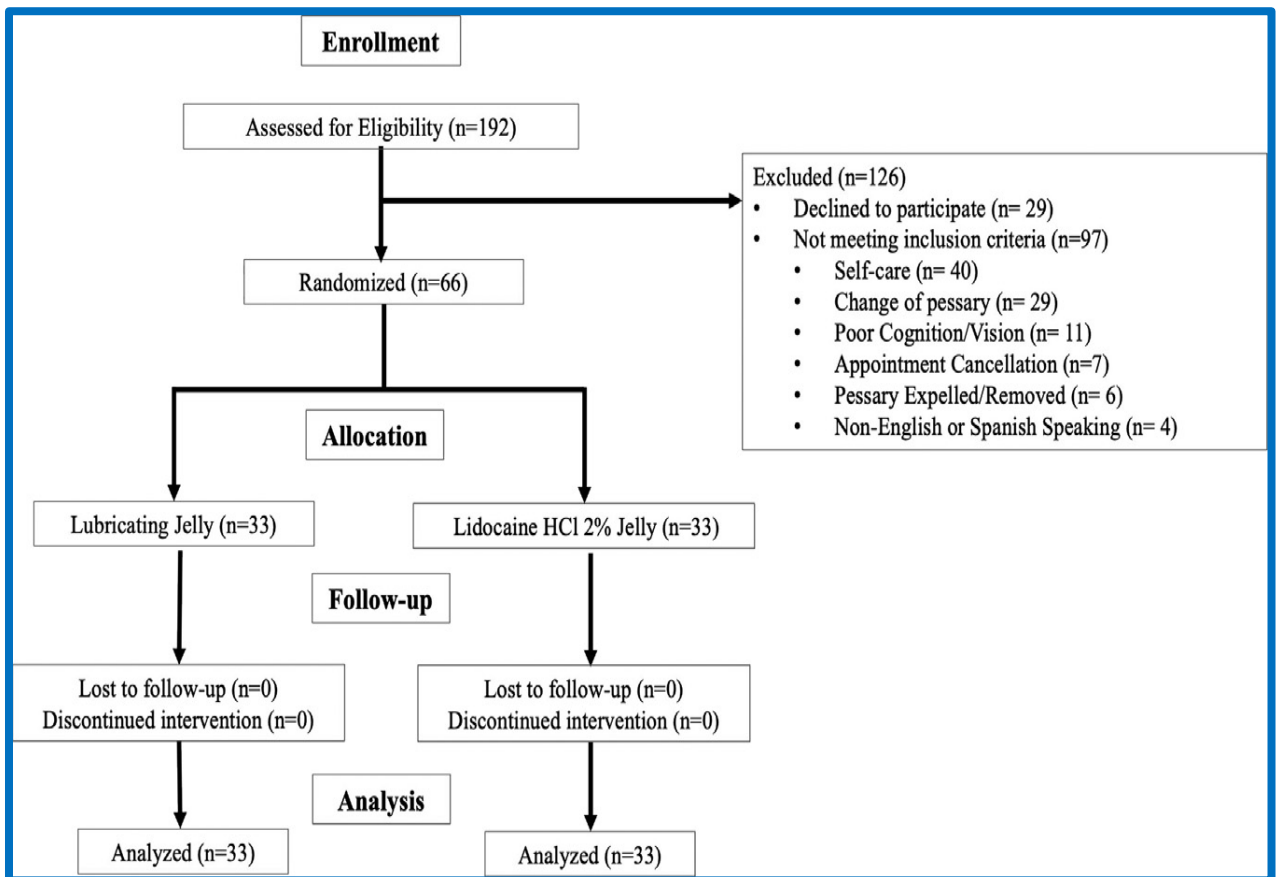
Her iki grupta da başlangıçtaki VAS ağrı skorları düşüktü. Pesser çıkarma sırasında lidokain grubu daha düşük ağrı bildirirse de fark istatistiksel olarak anlamlı değildi. Aynı şekilde, pesser yeniden takılırken de gruplar arasında anlamlı bir ağrı farkı yoktu. Katılımcıların %70'i gelecekteki pesser muayenelerinde topikal anestezi kullanmak istedi. Yaklaşık yarısı hangi jeli aldıklarını bildiklerini düşündü, ancak doğru tahmin oranları %50 idi.

**TABLE 2**

**Pain scores by treatment group**

| Time of assessment | All (n=66) | Lidocaine (n=33) | Lubricating (n=33) | P value |
|--------------------|------------|------------------|--------------------|---------|
| Baseline           | 0.25±0.85  | 0.18±0.89        | 0.32±0.81          | .51     |
| Removal            | 2.95±2.88  | 2.66±2.77        | 3.23±3.00          | .42     |
| Reinsertion        | 1.20±1.65  | 1.12±1.81        | 1.27±1.50          | .72     |

Data are presented as, mean±standard deviation. Differences between study group and pain scores were not significant (*P* value > .05) based on independent samples *t* test).



### TARTIŞMA:

Daha önce yapılan bir çalışmada, lidokain-prilokain kremi, pesser çıkarma sırasında oluşan ağrıyı anlamlı düzeyde azaltmıştır. Lidokain-prilokain kremi yağ bazlı olup cilt penetrasyonu daha yüksektir, oysa lidokain jeli su bazlıdır. Bu farklılıklar, çalışmalardaki sonuç farklılıklarını açıklayabilir.

Katılımcıların çoğu postmenopozal ve pesser kullanımına alışkın bireyler olup daha önce anestezi kullanmadan pesser değişimi yaptırmıştır. Ağrı düzeyleri düşük olmasına rağmen, büyük bir çoğunluk gelecekteki pesser muayenelerinde ağrı kontrolü istemektedir. Lidokain jelinin anlamlı bir ağrı azalması sağlamadığı görülmüştür, ancak lidokain-prilokain kremi ile yapılan çalışmalar ağrının belirgin şekilde azaldığını göstermektedir.

**TABLE 1**  
Patient demographic and clinical characteristics by treatment group

| Patient characteristics                | All (n=66)      | Lidocaine (n=33) | Lubricating (n=33) | P value |
|----------------------------------------|-----------------|------------------|--------------------|---------|
| Age                                    | 73.0±10.1       | 71.5±8.8         | 74.5±11.2          | .23     |
| Body mass index                        | 27.3±6.1        | 27.9±5.3         | 26.8±6.9           | .50     |
| Race                                   |                 |                  |                    | .20     |
| Black/African American                 | 12 (18.2)       | 5 (15.2)         | 7 (21.2)           |         |
| White                                  | 48 (72.7)       | 27 (81.8)        | 21 (63.6)          |         |
| Unknown                                | 6 (9.1)         | 1 (3)            | 5 (15.2)           |         |
| Ethnicity                              |                 |                  |                    | .35     |
| Hispanic                               | 13 (19.7)       | 5 (15.2)         | 8 (24.2)           |         |
| non-Hispanic                           | 53 (80.3)       | 28 (84.8)        | 25 (75.8)          |         |
| Parity                                 | 3 (2–4)         | 2 (2–4)          | 3 (2–4)            | .22     |
| Genital hiatus with valsalva (cm)      | 3.3±1.1         | 3.1±1.0          | 3.5±1.1            | .11     |
| Duration of pessary use (mo)           | 10.2 (3.9–33.7) | 7.7 (1.4–18.1)   | 14.3 (4.4–51.7)    | .06     |
| Pessary size (mm)                      | 72.3±10.8       | 71.9±10.8        | 72.6±10.9          | .80     |
| Pessary size (mm)                      |                 |                  |                    | .67     |
| <70 mm                                 | 24 (36.4)       | 11 (33.3)        | 13 (39.4)          |         |
| 70 mm                                  | 15 (22.7)       | 9 (27.3)         | 6 (18.2)           |         |
| >70 mm                                 | 27 (40.9)       | 13 (39.4)        | 14 (42.4)          |         |
| Reason for pessary use                 |                 |                  |                    | .50     |
| Prolapse                               | 52 (78.8)       | 24 (72.7)        | 28 (84.8)          |         |
| Incontinence                           | 3 (4.5)         | 2 (6.1)          | 1 (3)              |         |
| Prolapse and incontinence              | 11 (16.7)       | 7 (21.2)         | 4 (12.1)           |         |
| Type of pessary                        |                 |                  |                    | .15     |
| Ring with support                      | 43 (65.2)       | 19 (57.6)        | 24 (72.7)          |         |
| Ring without support                   | 3 (4.5)         | 3 (9.1)          | 0 (0)              |         |
| Incontinence ring without support      | 1 (1.5)         | 0 (0)            | 1 (3)              |         |
| Incontinence ring with support         | 13 (19.7)       | 9 (27.3)         | 4 (12.1)           |         |
| Gellhorn                               | 4 (6.1)         | 1 (3)            | 3 (9.1)            |         |
| Donut                                  | 2 (3)           | 1 (3)            | 1 (3)              |         |
| Weekly topical estrogen                |                 |                  |                    | .80     |
| No                                     | 29 (43.9)       | 14 (42.4)        | 15 (45.5)          |         |
| Yes                                    | 37 (56.1)       | 19 (57.6)        | 18 (54.5)          |         |
| Prior hysterectomy                     |                 |                  |                    | .79     |
| No                                     | 45 (68.2)       | 22 (66.7)        | 23 (69.7)          |         |
| Yes                                    | 21 (31.8)       | 11 (33.3)        | 10 (30.3)          |         |
| Sexually active                        |                 |                  |                    | .12     |
| No                                     | 53 (80.3)       | 24 (72.7)        | 29 (87.9)          |         |
| Yes                                    | 13 (19.7)       | 9 (27.3)         | 4 (12.1)           |         |
| Pain with intercourse                  |                 |                  |                    | .18     |
| No                                     | 10 (15.2)       | 6 (18.2)         | 4 (12.1)           |         |
| Yes                                    | 3 (4.5)         | 3 (9.1)          | 0 (0)              |         |
| Not applicable                         | 53 (80.3)       | 24 (72.7)        | 29 (87.9)          |         |
| Pain medication                        |                 |                  |                    | .30     |
| No                                     | 44 (66.7)       | 20 (60.6)        | 24 (72.7)          |         |
| Yes                                    | 22 (33.3)       | 13 (39.4)        | 9 (27.3)           |         |
| Pessary satisfaction                   |                 |                  |                    | .23     |
| Somewhat dissatisfied                  | 2 (3)           | 1 (3)            | 1 (3)              |         |
| Neutral                                | 5 (7.6)         | 4 (12.1)         | 1 (3)              |         |
| Somewhat satisfied                     | 11 (16.7)       | 3 (9.1)          | 8 (24.2)           |         |
| Very satisfied                         | 48 (72.7)       | 25 (75.8)        | 23 (69.7)          |         |
| Baseline pain (visual analog scale cm) |                 |                  |                    | .40     |
| 0                                      | 49 (74.2)       | 26 (78.8)        | 23 (69.7)          |         |
| <1                                     | 17 (25.8)       | 7 (21.2)         | 10 (30.3)          |         |

Data are presented as counts (percentages), mean±standard deviation, or median (interquartile range). Differences between study group and patient characteristics were not significant (*P* value >.05) based on independent samples *t* test or Mann-Whitney *U* test (continuous variables) or chi-square/Fisher's exact test (categorical variables).



Bu çalışma yalnızca pesser bakım muayenelerine odaklanmıştır. Gelecekte yapılacak çalışmaların pesser ölçüm ve uyumlandırma işlemlerine de odaklanması, literatüre önemli katkılar sağlayacaktır. Ayrıca, daha büyük bir örneklemle ve hacim kaplayan pesser türlerini içeren araştırmaların yapılması gerekmektedir.

Bu çalışmanın güçlü yönleri arasında randomize oluşu, tek körlü bir klinik çalışma olması, tüm katılımcıların çalışmayı tamamlaması ve kullanılan anesteziğin klinik ortamda yaygın olarak bulunması sayılabilir. Ayrıca, hastaların yalnızca ağrı skorları değil, aynı zamanda ağrı kontrolü konusundaki tercihlerinin de değerlendirilmesi önemlidir. Ancak çalışmanın sınırlılıkları arasında, muayeneyi gerçekleştirenlerin körlenmemesi ve gerçek bir kontrol grubunun bulunmaması sayılabilir. Lidokain jelinin hiçbir müdahale olmamasına kıyasla etkisi değerlendirilememiştir. Ayrıca, pesser değişimini kendi yapan veya pesser boyut/tip değişikliği planlayan kadınlarda lidokain jelinin etkisine dair veri bulunmamaktadır.

**TABLE 3****Did the patient identify treatment received?**

| Patient identified type of treatment | All (n=66) | Lidocaine (n=33) | Lubricating (n=33) |
|--------------------------------------|------------|------------------|--------------------|
| Correctly identified                 | 18 (27.3)  | 10 (30.3)        | 8 (24.2)           |
| Incorrectly identified               | 17 (25.8)  | 9 (27.3)         | 8 (24.2)           |
| Unsure                               | 31 (47.0)  | 14 (42.4)        | 17 (51.5)          |

Differences between study group were not significant ( $P$  value  $>.05$ ) based on chi-square test.

Percentages may not add to 100 due to rounding.

### SONUÇ:

Lidokain HCl %2 jeli, ofis ortamında yapılan pessier çıkarma ve yeniden takma işlemleri sırasında lubrikan jelle karşılaştırıldığında ağrıyı azaltmada etkili bulunmamıştır. Her iki grupta da ağrı skorları düşük olmasına rağmen, çoğu katılımcı gelecekteki muayenelerde topikal analjezi talep etmiştir. Bu nedenle, ofis prosedürleri sırasında oluşan hafif ağrılar göz ardı edilmemeli, hasta odaklı bir yaklaşımla yönetilmelidir.



## IUGA & EUGA JOINT MEETING 2025

18-21 HAZİRAN 2025, BARCELONA - İSPANYA





## IUGA & EUGA JOINT MEETING 2025

18-21 HAZİRAN 2025, BARCELONA - İSPANYA







# II. ÜROJİNEKOLOJİ

## *İstanbul*



**26-27 Eylül 2025**  
İstanbul

[www.urojinekoloji.org](http://www.urojinekoloji.org)



7 Aralık 2025

Sam Royal Hotel Eskişehir



# İÇ ANADOLU ÜROJİNEKOLOJİ *Sempozyumu*



**Sempozyum Başkanları:**  
Ömer Tarık Yalçın, Adnan Orhan

[www.urojenekoloji.org](http://www.urojenekoloji.org)





# AAM TEDAVİSİNDE

uzun yol  
arkadaşınız

BETMIGA'ya başladığından beri  
17. bisiklet yolculuğunu yapıyor.

Betmiga™ tekrarlayan AAM semptomlarını  
ve yaşam kalitesini iyileştirir.<sup>1</sup>

**Referans: 1.** Kakizaki H, et al. *Eur Urol Focus*.  
2019 Nov 11. pii: S2405-4569(19)30341-4.



Kısaltılmış KÜB için  
QR kodu okutunuz;





# TÜRK ÜROJİNEKOLOJİ VE PELVİK REKONSTRÜKTİF CERRAHİ DERNEĞİ

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