



# TÜRK ÜROJİNEKOLOJİ VE PELVİK REKONSTRÜKTİF CERRAHI DERNEĞİ BÜLTENİ

ŞUBAT 2026



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

## BAŞKANDAN

**Değerli Meslektaşlarım,**

Türk Ürojinekoloji ve Pelvik Rekonstrüktif Cerrahi Derneği'nin 2026 yılının ilk bülteni ile sizlerle. 2026 yılının derneğimizin faaliyetleri açısından oldukça verimli geçeceğine inanıyorum.



20-22 Şubat 2026 tarihinde Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi'nden Prof. Dr. Özgür Yenieli'nin düzenlediği Ege Ürojinekoloji Sempozyumu'nu gerçekleştirdik. Bültenimizde bu toplantımız ile ilgili görselleri bulabilirsiniz.

Ayrıca 11-12 Nisan 2026 tarihlerinde Eskişehir'de Prof. Dr. Ömer Tarık Yalçın başkanlığında Eskişehir Ürojinekoloji Sempozyumu'nu gerçekleştireceğiz. Derneğimizin Eskişehir'de düzenlediği ilk toplantı olması açısından çok kıymetli olan bu toplantıyı heyecanla bekliyoruz.

Bu faaliyetlerin yanında 5-7 Kasım 2026 tarihlerinde 12. Ulusal Ürojinekoloji Kongresi ile ortak olarak IUGA Regional Symposium gerçekleştireceğiz. Türkiye'de Ürojinekoloji'nin gelişimi için çok önemli olan bu toplantıya desteklerinizi bekliyoruz.

2026 yılında da 2 ayda bir sürdürdüğümüz dernek bülteni faaliyetimize de devam edeceğiz. 2026 yılında bülten sponsorluğumuzu üstlenen Bilim İlaç'a çok teşekkür ederim.

2026 yılında da IUGA ve EUGA affiliasyonlarımızı devam ettireceğiz. Özellikle ürojinekoloji ile ilgilenen genç meslektaşlarımızı derneğimize ve derneğimiz vasıtasıyla IUGA ve EUGA'ya üye olmaya davet ediyorum.

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 2026 yılının ilk sayısı ile sizlerle birlikteyiz. Kongreler, toplantılar, sempozyumlar ve çalışmalar ile yeni bir yılı heyecanla kucaklıyoruz.



Önümüzdeki aylarda yine yurdun dört bir yanında farklı sempozyumlarımız olacak. Şubat ayında düzenli bir şekilde uzun süredir yapılan Ege Ürojinekoloji Workshop'ta İzmir'de olacağız. Mayıs ayında ise Eskişehir'de bir bölgesel sempozyumumuz olacak. Bu tür toplantılar Anadolu'nun farklı yerlerindeki meslektaşlarımızı görmek ve farklı platformlarda projeler üretmek için çok güzel fırsatlar doğuruyor. Hepinizi sabırsızlıkla bekliyoruz.

Bu sayımızda iki önemli makalemiz var. İlk makalemiz Kadın Hastalıkları ve Doğum branşının en önemli dergilerinden **American Journal Obstetrics and Gynecology**'de geçtiğimiz ay yayınlandı. Kadın pelvisinin intravajinal stimülasyonu ve gelecek tedavilerdeki yansımaları. İkinci makalemiz ise **IUGA**'nın en son çıkan Opinion Paper'ı. Obstrüktif Defekasyon sendromu her yönü ile irdeleniyor. Hepinize keyifli okumalar...

Önünüzdeki yıl harika geçsin, yeni toplantılarda ve bültenlerde 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  
Yeni**  
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



**Prof. Dr. Murat Seval**  
Üye



**Doç. Dr. Adnan Orhan**  
Üye



**Prof. Dr. Önay Yalçın**  
Üye

# BU SAYIDA NELER VAR?

DOÇ. DR. ADNAN ORHAN  
ÜROJİNEKOLOJİ BÜLTEN EDİTÖRÜ



1. Dünya Ürojinekoloji Derneğinin hazırladığı Opinion Paper: Rektoseller ve Obstrüktif defekasyon sendromunda literatür ve son bilgiler ne diyor? Yapılması gerekenler ve Operasyon basamakları.
2. AJOG son sayıdan harika bir metaanaliz: Pelvik tabanın intra vajinal stimülasyonu. Randomize kontrollü çalışmaların temel bulguları ne diyor ve gerçekten işe yarıyor mu?
3. **Gelecek kongre ve toplantılarımızın haberleri.**
4. Ürojinekoloji derneğimizin genç oluşum organizasyonu hakkında detaylı bilgi.
5. Şubatın 20'si Dünya Ürojinekoloji farkındalık günü: Neden Ürojinekoloji. Ürojinekoloji ne yapar? Ne yapmaz?

**Mixovul**  
Metronidazol 750 mg  
Mikonazol Nitrat 200 mg  
Lidokain 100 mg

3 Ovül  
**Trivag Ovül**  
Tinidazol  
Tiokonazol  
Lidokain

**monurol**  
3g fosfomisin saşe

**Travazol Krem**  
ANTIFUNGAL, ANTİENFLAMATUAR

*Farklı*  
**KADINLAR**

*Farklı*  
**TEDAVİLER**

*iyiki*  
**VAR**

**MÜKEMMEL UYUMLA**  
*Güncel tedavi*



BİL7897MIX77



Kısa Ürün Bilgisi özeti için QR KODU okutabilirsiniz.

**bilim**  
İLAÇ

**bilimsel**  
paydaş

# IUGA OPINION PAPER ON OBSTRUCTED DEFECATION: MANAGEMENT OF CLİNICAL AND PROCTOGRAPHIC RECTOCELES

Suneetha Rachaneni · Hans Peter Dietz · Pallavi Latthe · Annie Sirany · Anna Spivak · Anupreet Dua

Shrewsbury and Telford Hospitals NHS Trust, Shropshire, UK

Sydney Urodynamic Centres, Sydney, Australia

Birmingham Women's Hospital, Birmingham, UK

University of Minnesota, Minneapolis, MN, USA

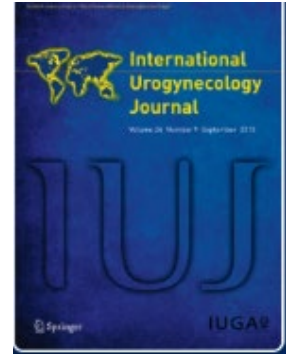
Cleveland Clinic Lerner College of Medicine, Cleveland, OH, USA

## BİR BAKIŞTA BU MAKALENİN ÖNEMİ VE YARATTIĞI KATMA DEĞER:

Tıkanmış dışkılama sendromu (ODS), eksik dışkılama hissi, dışkılama sırasında zorlanma ihtiyacı, vajina, anüs veya perine bölgesinde parmakla müdahale ihtiyacı ile karakterize bir dışkılama anormalliğidir. Rektosel ve rektal invajinasyon, ODS'nin sık görülen patolojileridir. Bu derleme, ürojinekologun yetki alanında rektosel, rekto-enterosel ve rektal invajinasyon bulunan kadınlarda tıkanmış dışkılamanın değerlendirilmesi ve tedavisine odaklanmaktadır.

Derleme, klinik muayenede veya görüntülemelerde tıkanmış dışkılama ve posterior kompartman prolapsusu bulunan kadınların tedavi seçeneklerine odaklanmıştır.

Ultrason ve dinamik MR, hastaların sınıflandırılmasında yardımcı görüntüleme yöntemleridir. Rektal intussusception ve enterocele boyutunu değerlendirmek için yapılan defekasyon proktogramı standart incelemidir. Konservatif tedaviler etkili birinci basamak tedavi seçenekleridir. Transvajinal doğal doku rektosel onarımı, tıkanıklığı olan kadınlarda güvenli ve etkili bir birinci basamak cerrahi tedavidir.



## IUGA'NIN TIKANMIŞ DIŞKILAMA ÜZERİNE GÖRÜŞ YAZISI: KLİNİK VE PROKTOGRAFİK REKTOSELLERİN YÖNETİMİ

### GİRİŞ

Dışkılama, gastrointestinal sistemin hareketliliğinin, anorektal duyumun, rektumun kasılmasının, pelvik taban kaslarının koordinasyonunun ve anal sfinkter mekanizmasının gevşemesinin senkronizasyonunu içeren karmaşık bir süreçtir. Roma III ve IV kriterlerine göre tanımlanan kabızlık, yavaş kolon geçişine veya çıkış gecikmesine atfedilebilen bu dışkılama sürecindeki bir bozulmadan kaynaklanır. Tıkalı dışkılama, eksik boşalma hissi ve parmakla müdahale ihtiyacı ile tanımlanan bir dışkılama anormalliğidir. Vajinal veya perineal parmakla müdahale, cebin küçültülmesine, rektumun düzleştirilmesine ve artık dışkının boşaltılmasına yardımcı olur.

Tıkalı dışkılama sendromu (ODS), fonksiyonel ve/veya anatomik patolojilerden kaynaklanabilir. Rektosel ve rektal intussusception, ODS semptomlarından sorumlu olan anatomik anormalliklerdir. Anismus veya ıkınma sırasında gevşemeyen puborektalis kası, pelvik taban dissinerjisi, rektal hiposensasyon, pudental nöropati ve spastik kolon gibi fonksiyonel bozuklukları olan hastalar da ODS ile başvurabilirler. Rektal fonksiyon ve anatomi birbirleriyle ilişkilidir ve anormal fonksiyon, "tıkanmış dışkılamanın kısır döngüsü" anlamında anatomiye değiştirebilir. Neden ve sonuç birbirinden ayıramayabilir. Ürojinekologlar sürekli olarak hangi araştırmaları yapacakları, hastayı ne zaman kolorektal cerrahlara veya gastroenterologlara yönlendirecekleri ve hangi cerrahi seçeneği sunacakları ikilemiyle karşı karşıyadırlar.

Bu Ar-Ge Komitesi Görüş belgesi, baskın belirtisi dışkılama olan çeşitli evrelerdeki posterior kompartman prolapsusu olan kadınların tanı ve yönetimini gözden geçirmeyi amaçlamıştır.

## Patoloji

Anormallikler fonksiyonel veya mekanik olabilir veya her ikisinin bir kombinasyonu olabilir. Fonksiyonel nedenler arasında azalmış rektal duyu, dışkılamada yer alan kasların anormal koordinasyonu (disinerji), rektal-anal inhibitör refleksin kaybı ve pelvik tabanın azalmış gevşemesi yer alır. Mekanik nedenler arasında rektosel, rektal intussusception, enterocele, rektal prolapsus ve inen perine sendromu bulunur.

### **Rektosel:**

Rektosel, rektal ampulün vajinaya doğru çıkıntı yapması nedeniyle arka vajinal duvarın aşağı doğru sarkmasıdır. Rektovajinal septumda veya Denonvilliers fasyasında bir yetersizlik, ön rektal duvarda bir divertikül oluşmasına izin verir. Bu, divertikülde dışkı birikmesine neden olur. Dışkılama sırasında zorlanma, divertikülü büyütür ve daha fazla dışkı ile doldurur; bu da davranışsal değişikliklerin (yani zorlanmanın) sorunu daha da kötüleştirmesine neden olduğu, daha fazla zorlanmaya yol açan bir kısır döngünün gelişmesine neden olur. Risk faktörleri arasında yaş, çoklu doğum, yardımcı vajinal doğum, iri bebekler, omuz distosisi, ameliyat (histerektomi, kolposüspanسیون veya hemoroidektomi dahil) ve kronik obstrüktif akciğer hastalığı, obezite ve kabızlık gibi karın içi basıncını kronik olarak artıran durumlar yer almaktadır. Bazen rektoseller hiç doğum yapmamış kadınlarda da görülebilir ve ayrıca doğuştan da olabilir.

Rektosel için klinik POPQ değerlendirmesi, Ap, Bp ve D noktalarının inişini (Şekil 1) ve ayrıca genital hiatus (GH) ve perineal cismin (PB) belirlenmesi yoluyla levator hiatusunun genişleyebilirliğinin değerlendirilmesini içerir. GH ve PB mesafelerinin değerlendirilmesi, maksimum Valsalva manevrasında yapılmalıdır. Uygun bir değerlendirme için Valsalva manevrası en az 6 saniye sürmeli ve boş mesane ve tercihen boş rektum ile sırtüstü pozisyonda yapılmalıdır. Bununla birlikte, belirgin levator koaktivasyonu olan genç kadınlarda, ayakta muayene gerekebilir. Klinik değerlendirmeye rektal muayenenin eklenmesi, Valsalva manevrasında belirgin olmayan rektoselleri tespit etmeye yardımcı olabilir. Puborektalis kası

ve PB vajinal muayene veya rektal palpasyon sırasında palpe edilebilir. Paradoksal kasılma veya gevşememe (anismus) bu muayene ile tespit edilebilir. Rektovajinal septumdaki kusurlar klinik olarak palpe edilebilir.

180 kadın üzerinde yapılan bir çalışma, palpasyon ve görüntüleme arasında vakaların %77'sinde uyum olduğunu göstermiştir. Valsalva manevrası sırasında yapılan dijital rektal muayene parmağın ucu rektal ampullaya ve proksimal anal kanala doğru uzanan bir kitle tespit ederse rektal intussusception'ı da belirleyebilir; bu, görüntüleme ihtiyacını azaltabilir. Rektoselin fonksiyonel değerlendirmesi, dinamik görüntüleme, örneğin pelvik taban ultrasonu, defekating proktogramları veya manyetik rezonans defekografi ile yapılabilir.

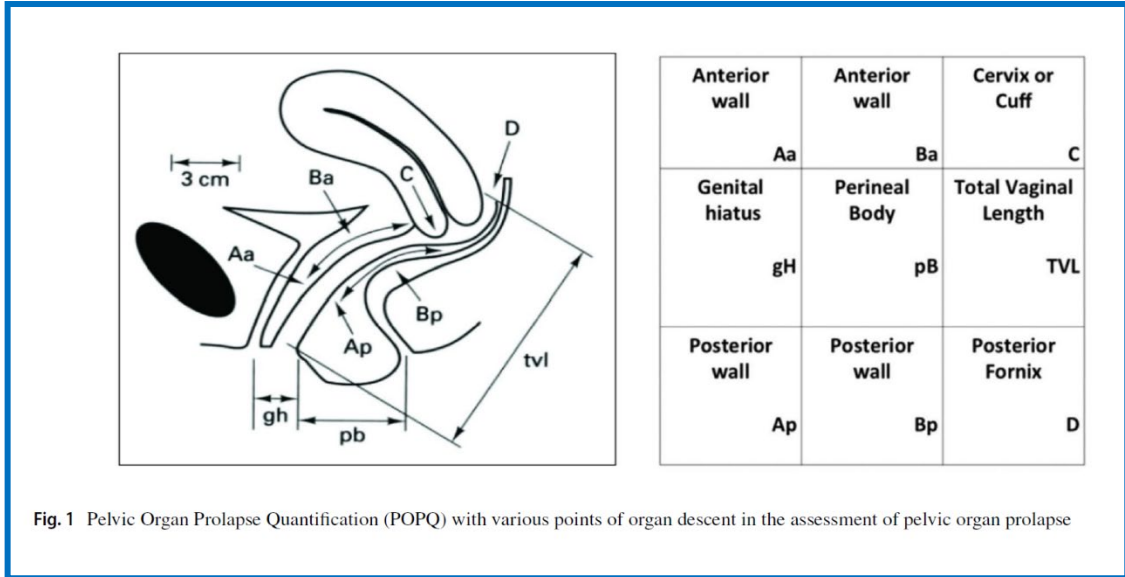


Fig. 1 Pelvic Organ Prolapse Quantification (POPQ) with various points of organ descent in the assessment of pelvic organ prolapse

## Rectal Intussusception:

Rektal intussusception, dışkılama sırasında orta ve alt rektumun anal kanala invaginasyonudur. Rektal mukozanın veya mukoza ve muskularisin, çoğunlukla anterior yönde, inversiyonu, anal kanalın intussusciens tarafından tıkanmasına neden olur; bu tıkanıklık genellikle bir enterocele içerir. Dışkılama sırasında zorlanma, tıkanıklığı ve prolapsusu kötüleştirerek kısır bir döngünün gelişmesine neden olur.

İntussusception, anormal levator anatomisi ve fonksiyonundan kaynaklanabilir. (İntussusception, anal kanalın mekanik tıkanmasına yol açabilir ve bu nedenle ODS'nin bir

nedenidir. Bu, sfinkter kaslarında ilerleyici hasara ve ardından dışkı inkontinansının gelişmesine ve vajinal prolapsusun kötüleşmesine yol açabilir.

Oxford Derecelendirme Sistemi, radyografik bulgulara dayanarak rektal intussusception'ı derecelendirmek için kullanılır. Bu sistem, intussusception'ın tepesinin ulaştığı en düşük noktaya göre derecelendirir.

### **Ultrason:**

Ultrasonografi, arka bölge prolapsusu ve tıkanmış dışkılamamanın değerlendirilmesinde, translabial, perineal veya introital ultrasonografi şeklinde kullanılır ve daha ileri görüntüleme için bir triyaj testi olarak kullanılabilir.

İşaret noktaları arasında ön tarafta simfizis pubis, üretra ve mesane boynu, vajina, serviks, rektum ve anal kanal bulunur. Rektosel, rektal ampullanın ön duvarının bir divertikülü olarak belirgindir ve ıkınma sırasında vajinaya uzanır. Ultrasonografide "gerçek" bir rektosel tanısı, ODS semptomlarıyla açıkça ilişkilidir. Rektal ampullanın veya içeriğinin simfizis pubisin 15 mm altına inmesi anormal kabul edilir. Aşırı hiatal genişleme, yakından perineal hiper mobilité ile ilişkili olup, ayrıca görselleştirilebilir.

Bir enterocele, karın içeriğinin (ince bağırsak) vajinaya doğru aşağıya doğru yer değiştirmesi olarak görselleştirilir, anal kanalın ventralinde. Rektosel ve enterocele kombinasyonu gösterilir. Rektal intussusception, normalde tüp şeklinde olan anal kanalın "yayılmaması", yani anal kanalın Martini bardağı şeklinde genişlemesi ile tanımlanır.

Defekasyon proktografisi, MRI ve transperineal ve introital ultrason, rektosel, enterocele, intussusception ve anismus değerlendirmesinde benzer tanısal doğruluğa sahiptir. Arka bölgenin ultrason görüntülemesi iyi bir tanısal doğruluğa sahiptir, maliyet etkin bir yöntemdir ve yukarıda bahsedilen arka bölge bozukluklarının ilk taramasında kullanılabilir.



Fig. 3 Defecation proctogram showing a large rectocele

### Manometre:

Pozitif bir ıkınma testi, düşük maksimum istemli kasılma ve bozulmuş ve artmış rektal duyu, manometride ODS'li hastalarda görülen başlıca anormalliklerdir. Dinlenme ve sıkma arasında düşük ton ve minimal değişiklik rektal-anal intussusception'da gözlenir.

Table 1 History and physical exam

History	Sensation of a bulge or pressure Bowel movements—constipation IBS symptoms Blood or mucus in stool or recent change in bowel habit Flatus/fecal incontinence/post-defecation soiling Anismus
Examination	POPQ—for vaginal prolapse including Gh+Pb on Valsalva Pelvic-floor-muscle strength Levator ani muscle palpation to rule out any avulsion Anal sphincter tone, squeeze tone Sphincter dyssynergia-paradoxical non-relaxation of anal sphincter Digital rectal examination Anoproctoscopy Commode examination: for full-thickness rectal prolapse, straining with or without enema or balloon

IBS irritable bowel syndrome, POPQ pelvic organ prolapse questionnaire

## OBSTRUKTİF DEFEKASYON SENDROMUNDA KONZERVATİF TEDAVİ

Hastaları sıvı alımını artırma ve bazı yiyeceklerden kaçınma konusunda eğitmek, dışkının viskozitesini artırabilir ve dışkılamayı iyileştirebilir. Yüksek lifli diyet ve laksatifler, ODS'li kadınlarda en sık kullanılan tedavilerdir. Yüksek lif, dışkının ağırlığını artırarak dışkılamayı kolaylaştırır. Gliserin fitilleri, doku hidrasyonunu iyileştirerek ve rektal kasılmayı ve boşalmayı uyararak yardımcı olabilir.

Pelvik taban kası eğitimi, rektosel veya erken evre rektal intussusception'ı olan kadınlara yardımcı olabilir. Anismus veya rektal hiposensitizasyon varlığında, biyofeedback gerekebilir. Puborektalis kasına botulinum toksini enjeksiyonu anismusu iyileştirebilir. Transanal elektrostimülasyon hem pudental nöropatide hem de rektal hiposensitizasyonda etkili olabilir. Lavmanlar ve retrograd rektal/kolonik irrigasyonlar, ilk önlemler başarısız olduğunda ikinci basamak tedavi olarak kullanılır. İrrigasyon, dışkı kıvamını değiştirerek rektal boşalmayı iyileştirebilir ve bu da dışkılama isteğini tetikler.

ODS ve proktaljisi olan kadınların yaklaşık üçte biri cinsel travma vakaları yaşadığını bildirmektedir. Bu kadınlar psikolojik danışmanlık ve terapiden fayda görmektedir. Diyet değişiklikleri, yüksek lifli diyet, laksatifler/fitiller ve pelvik taban fizyoterapisi şeklinde konservatif tedavi, temel ilk adımdır. Lavmanlar, rektal irrigasyon, psikolojik danışmanlık ve terapi, ilk değerlendirmede atılacak diğer adımlardır.

**Table 2** Comparison of symptom-scoring questionnaires

Name of questionnaire	Validation	Number of activities	Responses score	Diagnostic accuracy parameters
ODS score	√	Patient's evacuation habits, use of digital stimulation, use of enemas, and fecal consistency	0–31	92% sensitive, 96% specific; score > 9
CRADI	×	Four subscales: obstructive, incontinence, pain/irritation, and rectal prolapse	0–400	
CRAIQ	√	Measures the impact of bowel symptoms on 31 activities of daily living	0–400	1–4
Modified Longo score	×	Used in two studies to measure outcomes of surgery for ODS		
ePAQ	√	Bowel evacuatory consists of seven questions	0–100	

ODS obstructive defecation syndrome, CRADI Colorectal-Anal Distress Inventory, CRAIQ Colorectal-Anal Impact Questionnaire, ePAQ electronic Personal Assessment Questionnaire

## Cerrahi Tedavi

Hem rektosel hem de dışkılama güçlüğü tedavisinde en iyi cerrahi yöntem tartışılmaktadır. Dışkılama güçlüğü tedavi etmek için kullanılan çeşitli cerrahi yöntemler arasında transvajinal yöntemler, transrektal yöntemler ve abdominal yöntemler yer almaktadır.

**Doğal Doku Transvajinal Onarımları:** Rektovajinal fasyanın orta hat katlaması (dikey orta hat katlaması), posterior vajinal duvar prolapsusunun tedavisinde ve dışkılama güçlüğü semptomlarının iyileştirilmesinde başarılıdır.

**Defekte Özgü Rektosel Onarımı:** Gerçek bir rektoseli, yani Denonvilliers fasyasında anterior rektal duvarın posterior vajinal duvara fıtıklaşmasına neden olan bir defekti düzeltmek, defekte özgü bir onarım gerektirir. Denonvilliers fasyası vajina duvarından ayrılır, yeniden yapılandırılır ve servikse veya vajina kubbesine (yüksekse) veya vajina kubbesi (veya serviks) düşükse sakrospinöz bağlara bilateral olarak yeniden asılır (yatay plikasyon). Yatay plikasyonun rektosel boyutunu ve disparoniye azaltmada daha etkili olduğu görülmüştür. Sistemik bir inceleme, rektovajinal septumun hem transvers hem de orta hat plikasyonlarının rektosel şişliğini ve tıkanmış dışkılamayı iyileştirdiğini, düşük komplikasyon ve tekrarlama oranlarıyla sonuçlandı.

**Rektoseller için Mesh Onarımları:** Vajinal mesh onarımları (biyolojik ve kalıcı) da şişlik hissini ve ODS'yi iyileştirmede benzer başarı oranları göstermektedir. Ancak çalışmalar, yara enfeksiyonu, disparoni ve mesh erozyonunun daha yüksek oranlarda olduğunu bulmuştur.

**Enterocel Onarımı/Vajina Kubbesi Prolapsusu Onarımı:** Posterior onarım, enterocele'nin aşağı inmesini engelleyen posterior vajinal skar plağının oluşumu nedeniyle enterocele'yi tesadüfen azaltabilir [48]. Eş zamanlı bir kubbe prolapsusu varsa, sakrospinöz

ligament fiksasyonu gerekecektir. Kubbe süspansiyonu ayrıca şu yöntemlerle de gerçekleştirilebilir:

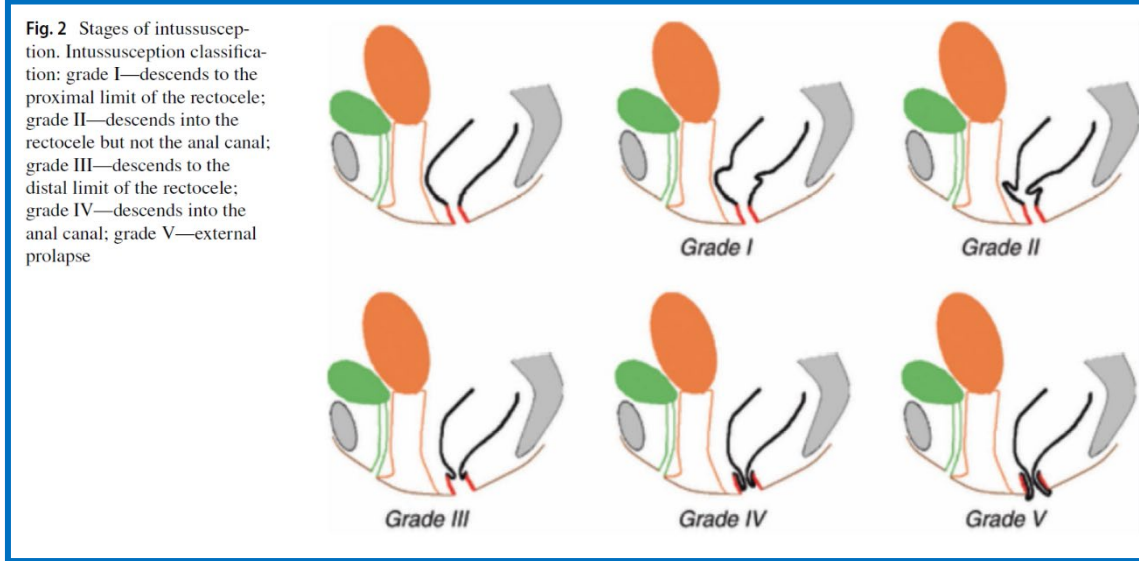
1. Kubbe prolapsusunun azaltılması için vajinal mesh implantasyonu.

2. Sakrokolpopeksi

3. Sakrospinöz ligament fiksasyonupleksustan gelen kavernöz dallardır ve dorsal sinirlerle birleşir. Bu anatomik ilişkiler, klitorise yakın cerrahi işlemlerde sinir ve damar yaralanma riskini artırır.

Bugüne kadar, bu yöntemlerden herhangi birinin üstünlüğüne dair hiçbir kanıt bulunmamaktadır.

Orta hat katlaması veya kusura özgü onarımlar yoluyla yapılan doğal doku vajinal onarımları, vajinal şişkinlik semptomlarını ve daha az ölçüde tıkanmış dışkılamayı iyileştirmede yüksek başarı oranına sahiptir.



### Rektosel ve İntussusception İçin Cerrahi Onarımda Kolorektal Yaklaşım:

Transanal yaklaşım, ön mukozanın dentat çizgisinde kesilmesini, proksimalde rektal kas duvarından ayrılmasını ve muskularis proprianın enine katlanmasını içerir. Fazla mukoza çıkarılır ve kenarlar yeniden birleştirilir. Bu yaklaşım, eşlik eden anorektal durumları da ele alabilir (yani, mukoza prolapsusu veya hemoroid).

Transperineal onarım, anal sfinkter kompleksinin önünde perineal kesiyi, perineal gövdenin rektoselin üst sınırına kadar diseksiyonunu, rektovajinal Denonvilliers fasyasının enine katlanmasını ve perineal gövdenin yeniden yapılandırılmasını içerir.

Ventral mesh rektopeksi (VMR), vajinal muayenede genellikle rektosel ile ilişkili olan, 3. derece ve üzeri intussusceptionlu tam kalınlıkta rektal prolapsus için endikedir. Teknik, rektumun anterior mobilizasyonunu, arka diseksiyon yapılmadan, sentetik veya biyolojik bir greftin rektuma sabitlenmesini ve ardından meshin sakral çıkıntıya asılmasını içerir. Bu işlem açık, laparoskopik veya robot destekli olabilir. VMR sonrası hasta sonuçları üzerine yapılan bir meta-analizde, ortalama nüks oranı %2,8 olup, ortalama takip süresi 23 aydır. VMR sonrası dışkı inkontinansı ve kabızlıkta iyileşme oranları sırasıyla %79 ve %71 olup, etkili bir tedavi seçeneğidir.

## Sonuç ve Tartışma

Dışkılama güçlüğü çeken hastalarda karmaşık pelvik taban disfonksiyonunun tanınmaması, cerrah ve hasta tarafından semptomların hafifletilmesinde cerrahinin rolüne ilişkin gerçekçi olmayan beklentilere yol açabilir. Hem şekil hem de fonksiyonun iyileştirilmesi, yetkin bir değerlendirme gerektirir.

Klinik olarak anlamlı dışkılama güçlüğü semptomları olan küçük dereceli rektoseller (evre 1) için, transvajinal yaklaşım yoluyla rektoselin cerrahi yönetimi konusunda belirsizlik vardır. ODS semptomları olan evre 2 ve üzeri rektoseller için, ilk etapta transvajinal onarım en iyi cerrahi seçenek olabilir. Rektosel ve dışkılama güçlüğüne cerrahi yönetimi üzerine 46

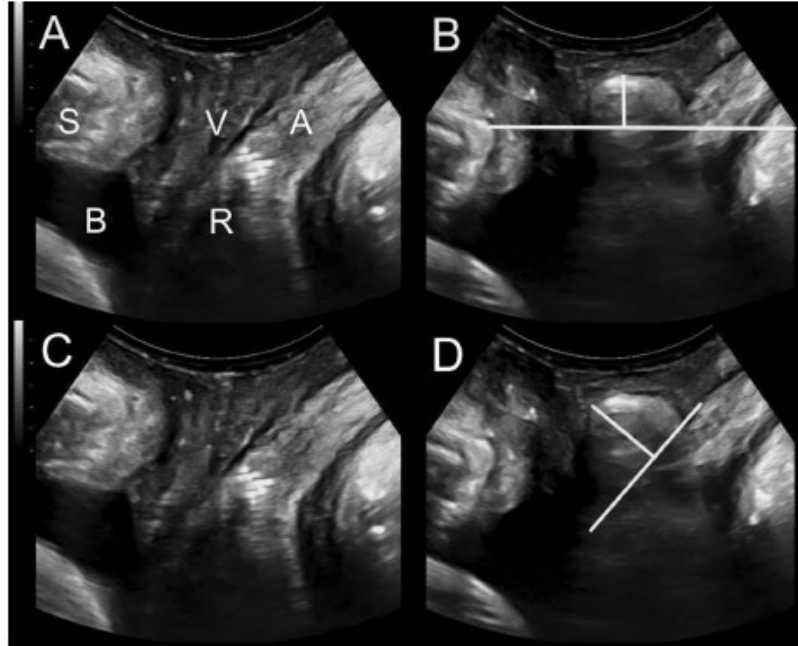
çalışmanın sistematik bir incelemesinde, altı farklı cerrahi prosedür karşılaştırılmıştır. Doğal doku ile yapılan transvajinal rektosel onarımı, transanal rektosel onarımı ve zimbali transanal rektosel onarımı (STARR) ameliyatları ile şişkinlik hissi ve dışkılama semptomlarında iyileşme görüldü.

Sakrokolpoperineopeksi ile prolapsus düzelmesine rağmen, dışkılama semptomları kötüleşti. STARR, ameliyat sonrası yüksek oranda dışkılama aciliyetine neden oldu, ancak bu semptom genellikle zamanla düzeldi. Transanal yöntemle karşılaştırıldığında, doğal doku ile yapılan transvajinal onarım, anatomik sonuçlarda daha büyük iyileşme, tıkanıklık kaynaklı dışkılama semptomlarında iyileşme ve rektal yaralanma olasılığında azalma sağladı, ancak dispareni oranları daha yüksek oldu.

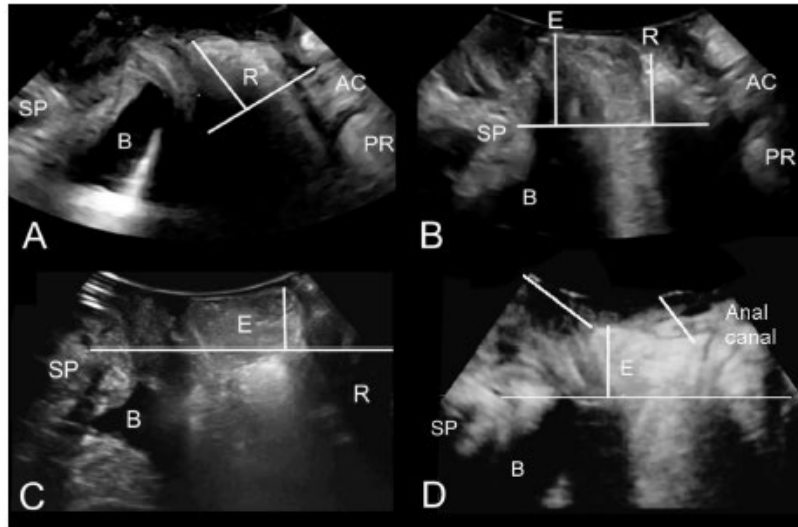
Bir Cochrane sistematik incelemesi, doğal doku ile yapılan transvajinal rektosel onarımının, vajinal şişkinlik ve dışkılama güçlüğü çeken kadınlarda vajinal şişkinlik ve dışkılama güçlüğü semptomlarını gidermede transperineal veya transanal onarımlardan daha etkili olduğu sonucuna varmıştır. Rektoselin transvajinal onarımı, prolapsus farkındalığında daha büyük bir iyileşme sağlamış ve ayrıca cinsel sonuçları da iyileştirmiştir.

Rektoselin vajinal doku onarımı sonrası 5 yıla kadar süren küçük bir uzunlamasına takip çalışması, kadınlarda parmakla müdahale ihtiyacında kalıcı iyileşme ve şişkinlik hissinde azalma göstermiştir. Laparoskopik VMR'ye ilişkin uzun vadeli takip verileri ayrıca, semptomatik rektosel ve tam kalınlıkta rektal prolapsuslu kadınlarda prolapsus semptomlarında ve dışkılama güçlüğünde önemli bir iyileşme göstermiştir ve 4. derece ve üzeri rektal invajinasyon ve ayrıca tam rektal prolapsus için önerilen bir cerrahi müdahaledir.

**Fig. 4** Schematic representation of the posterior compartment using transperineal ultrasound. *A* anal canal, *B* bladder, *V* vagina, *S* symphysis pubis, *R* rectum



**Fig. 5** Four different causes of posterior compartment descent. *A* A simple “true” rectocele. *B* An isolated enterocele. *C* A recto-enterocele. *D* Rectal intussusception

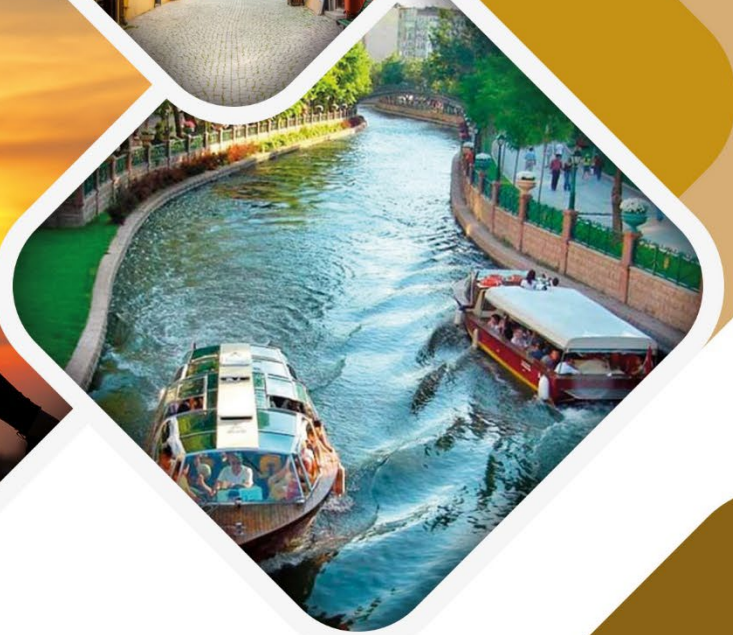


11-12 Nisan 2026

Tasigo Hotel, Eskişehir



# ESKİŞEHİR ÜROJİNEKOLOJİ *Sempozyumu*



**Sempozyum Başkanları:**

Ömer Tarık Yalçın, Funda Güngör Uğurlucan

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

Kayıt ve diğer bilgiler için iletişime geçebilirsiniz.



0530 783 78 55



info@formice.net



# INTRAVAGINAL ELECTRICAL STIMULATION OF THE PELVIC FLOOR FOR WOMEN WITH URINARY INCONTINENCE: A SYSTEMATIC REVIEW OF RANDOMIZED CONTROLLED TRIALS

Durga Naidu, Rohan Modi, Mugdha Kulkarni, Varman Gunasaegaram, Daniel L. Rolnik, Jawad Freites, Sascha Vereeck, Anna Rosamilia

Portsmouth Hospitals University NHS Trust, Portsmouth, United Kingdom

Monash Women's, Monash Health, Clayton, Victoria, Australia

Royal Adelaide Hospital, Adelaide, South Australia, Australia

York and Scarborough Teaching Hospital NHS Foundation Trust, York, United Kingdom

University of Aberdeen, Foresterhill, Aberdeen, United Kingdom



## BİR BAKIŞTA BU MAKALENİN ÖNEMİ VE YARATTIĞI KATMA DEĞER:

İdrar kaçıрма, "istem dışı idrar kaybı şikayeti" olarak tanımlanır ve kadınların yaklaşık %40'ını etkiler. Yaygınlığına rağmen, yönetimiyle ilgili çeşitli zorluklar vardır ve cerrahi olmayan tedavi alternatiflerine ihtiyaç duyulmaktadır. Bu sistematik derleme, vajina içi elektriksel stimülasyonun hasta sonuçlarını ve yaşam kalitesini iyileştirmedeki etkinliğini değerlendirmeyi amaçlamıştır. Belirlenen 187 çalışmadan 32'si (%17,1) RCT olarak dahil edilmeye uygun bulundu. Spesifik sonuçları bildirirken, 8 randomize kontrollü çalışmanın 6'sında (%75) vajina içi elektriksel stimülasyon gruplarında kullanılan ped sayısında grup içi anlamlı azalma; 15 çalışmanın 10'unda (%66,7) vajina içi elektriksel stimülasyon gruplarında ped ağırlığında grup içi anlamlı azalma; ve 14 çalışmanın 8'inde (%57,1) vajina içi elektriksel stimülasyon ve pasif tedavi grupları arasında anlamlı farklılıklarla birlikte sızıntı sıklığında anlamlı azalma bildirildi. Diğer mesane günlüğü ölçüm bulguları karışık. Pelvik taban kas kasılma gücünde artış, maksimum sistometrik kapasitede artış, detrusor aşırı aktivitesinde azalma ve yaşam kalitesinde artış gözlemlenmiştir; ancak kanıtların kalitesi düşük ve sağlamlığı yetersizdir. Randomize kontrollü çalışmalar bağlamında, vajina içi elektriksel stimülasyon orta ila yüksek düzeyde uyum oranları ve düşük risk ve şiddette yan etkiler göstermiştir.

## PELVİK TABANIN VAJİNA İÇİ ELEKTRİKSEL UYARIMI: RANDOMİZE KONTROLLÜ ÇALIŞMALARIN SİSTEMATİK BİR İNCELEMESİ

### BİR BAKIŞTA BU MAKALE

#### Bu çalışma neden yapıldı?

İdrar kaçırma (UI) sorunu yaşayan kadınlarda vajina içi elektriksel stimülasyonun (IVES) sonuçları ve yaşam kalitesini (QoL) iyileştirmedeki etkinliğini değerlendirmek amacıyla yapılmıştır.

#### Temel Bulgular:

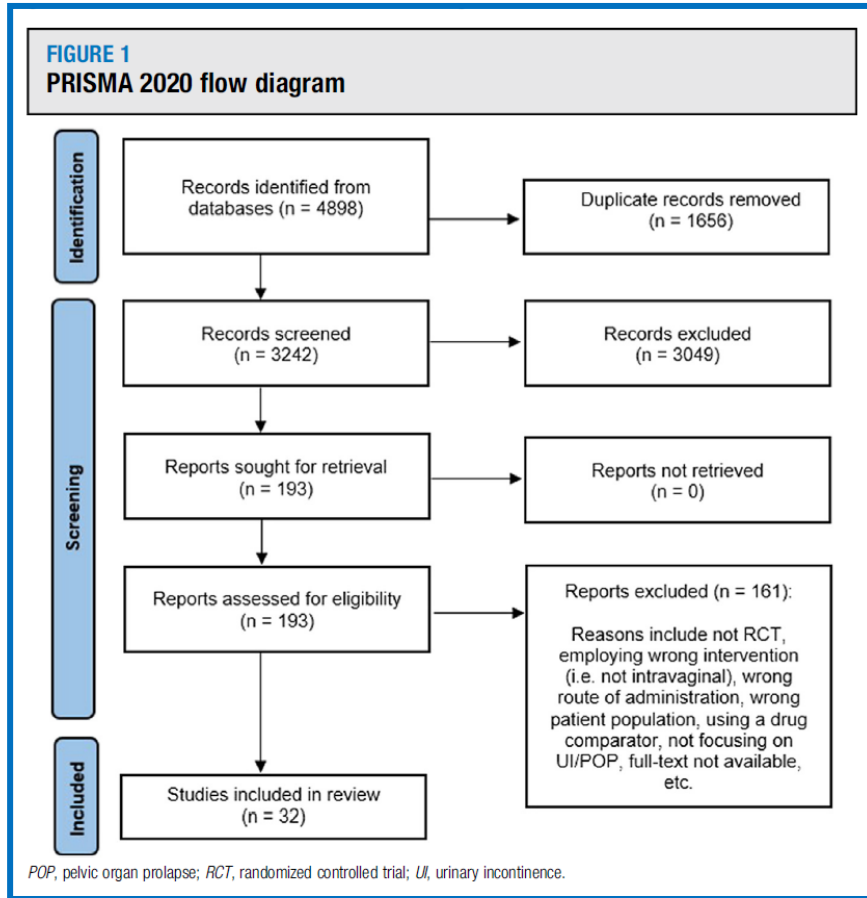
IVES, UI ve diğer pelvik taban bozuklukları için potansiyel olarak güvenli ve etkili bir tedavi yöntemidir. Orta ila yüksek düzeyde uyum oranları ve yaşam kalitesinde, pelvik taban kas gücünde ve idrar kaçırma şiddetinde terapötik iyileşmelerle ilişkilidir. Bununla birlikte, mevcut kanıtların kalitesi yetersizdir ve etkinliği hakkındaki iddiaları sınırlamaktadır.

#### Bu, bilinenlere ne katıyor?

Bu çalışma, IVES ve tüm UI tipleri üzerindeki etkileri hakkındaki anlayışımızı kapsamlı bir şekilde güncelleyerek, Uluslararası Kontinans Derneği tarafından kolaylaştırılan gelecekteki Uluslararası İdrar Kaçırma Danışma Toplantılarında kanıta dayalı önerilerde bulunmayı kolaylaştırmaktadır.

## GİRİŞ

Pelvik organ prolapsusu (POP) veya idrar kaçırma (UI) gibi pelvik taban bozuklukları, küresel kadın nüfusunda oldukça yaygındır. Uluslararası Kontinans Topluluğu tarafından “istem dışı idrar kaybı şikayeti” olarak tanımlanan UI, morbidite ve yaşam kalitesinde (QoL) azalma ile ilişkilidir. Genel olarak, yetişkin kadınların %10'u haftalık idrar kaçırma yaşarken, %25 ila %45'i ara sıra idrar kaçırma bildirmektedir. Sonuç olarak, bu durum kadınların zihinsel, fiziksel, cinsel ve sosyal refahı üzerinde olumsuz bir etkiye sahip olabilir. Stres tipi idrar kaçırma (SUI) ve acil idrar kaçırma (UUI) dahil olmak üzere çeşitli UI türleri vardır. SUI'de (%40 yaygınlık), gülme, hapşırma, öksürme, fiziksel efor ve obezite nedeniyle artan karın içi basıncı idrar kaçırmaya yol açabilir ve pelvik taban kası (PFM) disfonksiyonu (kas zayıflaması veya diğer hasarlar nedeniyle) ile ilişkili olabilir.



Öte yandan, acil idrar kaçırma (%1 ila %19 yaygınlık, hastanın yaşına bağlı olarak) ve aşırı aktif mesane, ani idrar yapma ihtiyacı ile ilişkilidir ve istemsiz idrar kaçırmaya neden olabilir.3,6 İdrar kaçırma vakalarının %7,5 ila %25'inde hastalar her iki idrar kaçırma türünün de semptomlarını yaşayabilir ve bu nedenle karışık idrar kaçırma (MUI) olarak tanımlanır.

Bu sistematik inceleme, kadınlarda idrar kaçırmının yönetiminde IVES'in diğer konservatif müdahalelere karşı etkinliğini değerlendiren randomize kontrollü çalışmalardan (RCT'ler) elde edilen mevcut kanıtları özetlemiştir.

Amaç, IVES'in idrar kaçırma için cerrahi olmayan bir müdahale olarak klinik faydasını değerlendirmek ve kanıta dayalı klinik uygulama önerilerini bilgilendirmektir. Bu, idrar kaçırma, hasta tarafından bildirilen sonuç ölçütleri, pelvik taban kası gücü ve yaşam kalitesi gibi sonuçların karşılaştırılmasıyla gerçekleştirilmiştir.

## SONUÇLAR

Arama sonucunda belirlenen 4.898 çalışma arasında, toplam 32 RCT dahil edilmeye uygundu. Bu, Şekil 1'deki PRISMA akış diyagramında özetlenmiştir.

Çalışmaların özellikleri Tablo 1'de verilmiştir ve çalışmalar 1995 ile 2023 yılları arasında yayınlanmıştır. Bunlardan 31'i (%96,9) genel bir kadın popülasyonunu incelemiş olup, yalnızca Yang ve ark.33 çalışması doğum sonrası kadınları özel olarak araştırmıştır. Dahil edilen tüm çalışmalar öncelikle idrar kaçırmayı incelemiş olup, 3 çalışma da pelvik organ sarkmasını (POP) incelemiştir.17,33,35 İncelenen 3 idrar kaçırma alt tipi SUI, UUI ve MUI idi. Bu çalışmalar ya durum alt tiplerini ayrı ayrı ya da 1 veya her iki alt tip ile birlikte inceledi (SUI [n=19], MUI [n=10], UUI [n=14], UI [n=3]). 32 çalışmanın dokuzunda (%28,1) en az 1 müdahale kolunda kombine tedavi uygulandı. Bu çalışmalarda IVES, elektromiyografi biyofeedback, PFMT, mesane eğitimi ve/veya davranışsal eğitim ile birlikte kullanıldı.

Şekil 2, dahil edilen çalışmalarda önyargı riskinin değerlendirilmesinin özetini ve Şekil 3, her çalışma için her alanda önyargı riskinin değerlendirilmesinin sonuçlarını sunmaktadır. Alan 2 (amaçlanan müdahalelerden sapmalardan kaynaklanan önyargı) için, her çalışma niyet-tedavi kriterlerine göre değerlendirildi.

**FIGURE 3**  
Summary of bias assessment results using ROB-2 for each trial

Study	Risk of bias domains					Overall
	D1	D2	D3	D4	D5	
Rodrigues et al (2019)	+	-	+	+	+	-
Huebner et al (2010)	-	-	+	+	+	-
Sand et al (1995)	+	+	+	+	+	+
Amaro et al (2004)	-	-	-	+	+	-
Amaro et al (2006)	-	+	+	+	+	-
Arruda et al (2007)	+	-	+	+	+	-
Smith et al (1996)	+	+	+	+	+	+
Spruijt et al (2003)	+	+	+	+	+	+
Barroso et al (2003)	+	+	+	+	+	+
Bo et al (1999)	+	-	+	+	+	-
Brubaker et al (1997)	-	+	-	+	+	-
Terlikowski et al (2013)	+	-	+	+	+	-
Ugurlucan et al (2012)	+	-	+	-	+	-
Wang et al (2004)	+	-	+	+	+	-
Wang et al (2017)	+	+	+	-	-	-
Carneiro et al (2012)	+	-	+	+	+	-
Knight et al (1998)	+	+	+	+	+	+
Yang et al (2017)	+	+	+	+	+	+
Scaldazza et al (2017)	+	+	+	+	+	+
Mateus-Vasconcelos et al (2018)	+	+	+	+	+	+
Oldham et al (2012)	+	-	+	+	+	-
Castro et al (2008)	+	+	+	+	+	+
Correlá et al (2013)	+	+	+	+	+	+
Delneri et al (2000)	-	-	-	+	+	-
Dmochowski et al (2018)	+	+	+	+	+	+
Furst et al (2014)	+	-	-	-	-	-
Goode et al (2003)	+	+	+	+	+	+
Yıldız et al (2021)	+	+	+	+	+	+
Firinci et al (2020)	+	+	+	+	+	+
Oldham et al (2021)	+	-	+	+	-	-
Nunes et al (2023)	+	-	+	+	-	-
Antonio et al (2022)	+	+	+	+	-	-

Domains:  
D1: Bias arising from the randomization process.  
D2: Bias due to deviations from intended intervention.  
D3: Bias due to missing outcome data.  
D4: Bias in measurement of the outcome.  
D5: Bias in selection of the reported result.

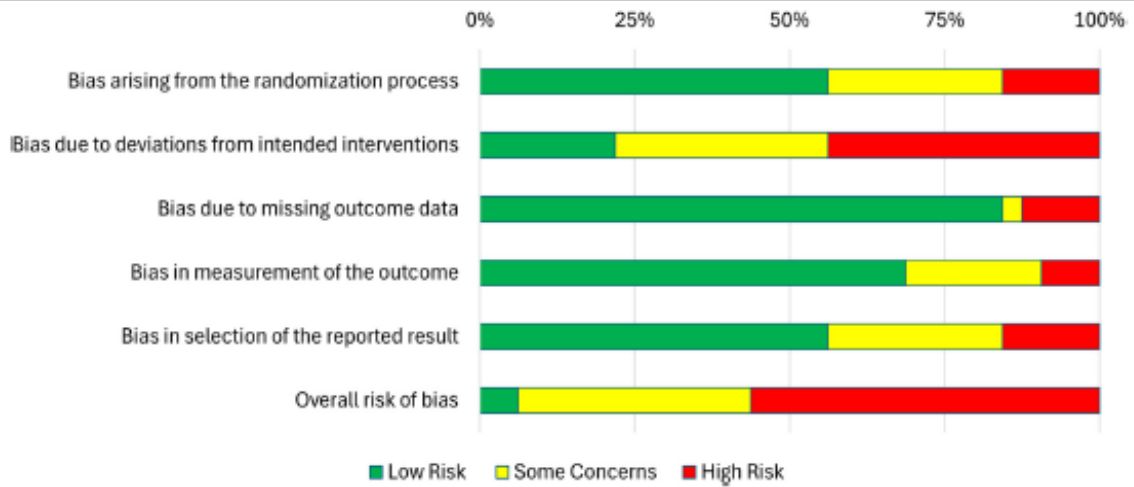
Judgement  
- High  
+ Some concerns  
- Low

## SONUÇ VE TARTIŞMA

Bu sistematik inceleme, idrar kaçırma sorunu yaşayan kadınlarda IVES'in etkinliği hakkındaki mevcut kanıtları özetlemiştir. Bunu kolaylaştırmak için, kadınların bildirdiği ölçümler (ped ağırlığı, kullanılan ped sayısı ve mesane günlükleri), fizyolojik parametreler (pelvik taban kası gücü ve ürodinamik ölçümler) ve yaşam kalitesi dahil olmak üzere idrar kaçırmanın çeşitli ölçümlerine uygulandığında IVES'in analizini sunduk. Ek olarak, IVES ile ilişkili olumsuz olayları ve IVES'e genel uyumu analiz ederek müdahalenin kabul edilebilirliğini inceledik.

Ped ağırlığı testlerinden, kullanılan ped sayısından ve mesane günlüklerinden elde edilen sızıntı olaylarının sayısından elde edilen düşük kaliteli kanıtlar (önyargı değerlendirmesinden de anlaşıldığı gibi) IVES'in idrar kaçırmayı azaltmada uygulanabilir bir müdahale olabileceğini düşündürmektedir.

**FIGURE 2**  
Summary of the risk of bias scores across trials using the ROB-2 tool



ROB-2, Risk of Bias 2.0.

Ancak IVES'in diğer müdahalelere göre üstünlüğü belirsizdir. Diğer aktif müdahalelerle (örneğin PFMT, biyofeedback vb.) karşılaştırıldığında, IVES'in açık bir üstünlüğü olmadığı için kanıtlar karışıktır. Pasif müdahalelerle (örneğin, plasebo veya tedavi uygulanmaması) karşılaştırıldığında, müdahaleler arasındaki fark anlamlılığa doğru eğilim göstermiştir, ancak bu durum esas olarak ped ağırlığı ve sızıntı olaylarının sayısı için belirgindir. Stania ve ark.48, IVES'i SUI için bir monoterapi olarak inceledikleri çalışmalarında, ped ağırlığı için bu bulguyu doğrulamış, ancak sızıntı olaylarının sayısı açısından IVES'in plasebo/konservatif müdahalelerle karşılaştırılabilir olduğunu bulmuşlardır. Dolayısıyla IVES, tedavi uygulanmamasına göre daha etkili olabilir, ancak alternatif aktif müdahalelere göre önemli ölçüde daha büyük avantajlar sağlamaz.

**TABLE 2**

**Summary of studies reporting adverse events associated with IVES (continued)**

Author	Number of patients	Types of adverse events reported and attributed to IVES
Firinci et al (2020)	70	IVES: Vaginal irritation (n=3)
Oldham et al (2021)	86	IVES: Discomfort (n=2) Postmenopausal bleeding (n=1) (considered to be unrelated)
Nunes et al (2023)	69	IVES: Vaginal pain (n=1)
Antonio et al (2022)	64	Nil

IVES, intravaginal electrical stimulation.

IVES, kadınlarda idrar kaçırmaya ve diğer pelvik taban bozuklukları için güvenli bir yaklaşım olabilir; orta ila yüksek uyum oranlarına ve yaşam kalitesinde iyileşme, pelvik taban kas gücünde artış ve idrar kaçırmaya azalmasıyla ilgili iyileşmeler gibi potansiyel terapötik faydalara sahiptir. Ancak, mevcut kanıtlar IVES'in etkinliği hakkında yeterli sonuçlar çıkarmak için düşük kalitededir.

Bu nedenle, yeterli güce sahip ve metodolojik olarak sağlam randomize kontrollü çalışmalar (RCT'ler), Standart Protokol Maddeleri: Girişimsel Çalışmalar için Öneriler ve Çalışmaların Raporlanmasına İlişkin Konsolide Standartlar'a uygun olarak tasarlanmalı ve raporlanmalıdır.

IUGA 

**February 20 is International  
Urogynecology Awareness Day!**



### **Uluslararası Ürojinekoloji Farkındalık Günü: 20 ŞUBAT**

20 Şubat Uluslararası Ürojinekoloji Farkındalık Günü, ürojinekolojinin hayati önem taşıyan alanına dikkat çekmeye ve kadın sağlığını iyileştirmek için yorulmadan çalışan profesyonelleri onurlandırmaya adanmış bir gündür.

Şunu hayal edin: Siz ve arkadaşınız Samantha bir kafede brunch yaparken, kahkahalar arasında, ruh hali aniden değişiyor ve yüzünde şok ve rahatsızlık ifadesi görüyorsunuz. İdrar kaçırma sorunuyla ilgili mücadelesini anlatıyor. Dışa dönük yapısına rağmen, bu durum onu utandırıyor ve günlük hayatını etkileyerek sosyal aktivitelere katılmaktan veya basit gezilerden bile endişe duymadan keyif almaktan çekinmesine neden oluyor.

Onun hayal kırıklığını görünce, bir ürojinekoloğa görünmesini öneriyorsunuz. "Ürojinekolog mu?!" diye şaşkınlıkla haykırıyor. Bu konuda yalnız olmadığını bilmenin verdiği rahatlamayla, tanıdığınız neşeli arkadaşınıza geri döndüğünü görüyorsunuz.

### **Peki, Ürojinekoloji Tam Olarak Nedir?**

Ürojinekoloji, kadınlarda pelvik taban bozukluklarının teşhis ve tedavisine odaklanan jinekoloji alanının bir alt uzmanlık dalıdır. Pelvik taban, mesane, rahim, vajina ve rektum gibi çeşitli pelvik organları destekleyen kaslar, bağlar ve bağ dokularından oluşan bir ağıdır.

# Mixovul

Metronidazol 750 mg  
Mikonazol Nitrat 200 mg  
Lidokain 100 mg

# 3 Ovül Trivag<sup>300 mg/200 mg/100 mg</sup> Ovül

Tinidazol  
Tiokonazol  
Lidokain

Farklı  
KADINLAR

Farklı  
TEDAVİLER



BİL7896MIX76



Kısa Ürün Bilgisi özeti için QR KODU okutabilirsiniz.

**bilim**  
İLAÇ

**bilimsel**  
paydaş

## 9. EGE ÜROJİNEKOLOJİ WORKSHOP



Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi'nde kurslarımız yoğun ilgi gördü.

## 9. EGE ÜROJİNEKOLOJİ WORKSHOP





# TÜRK ÜROJİNEKOLOJİ VE PELVİK REKONSTRÜKTİF CERRAHİ DERNEĞİ

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