



TÜRK ÜROJİNEKOLOJİ VE PELVİK REKONSTRÜKTİF CERRAHİ DERNEĞİ BÜLTENİ

AĞUSTOS 2024



www.urojinekoloji.org



BAŞKANDAN

Değerli Meslektaşlarım,

Ağustos ayı bülteniyle hepimizi saygıyla selamlıyorum.



Kongremize çok az zaman kaldı. 11. Ulusal Ürojinekoloji Kongremizi 8-10 Kasım tarihleri arasında Şişli Marriott Otel’de gerçekleştireceğiz. Çok sayıda yabancı konuşmacı, hemşirelik oturumları ve içerikleri birbirinden zengin kurslar ile dolu bir program hazırladık.

Ayrıca kongremize gönderilen sözlü bildiri özetleri arasından birincilik elde eden sözlü bildiri sahibine 18-21 Haziran 2025 tarihinde Barcelona’da gerçekleşecek olan IUGA toplantısına kongre katılımı ve konaklama hediyesi vereceğiz. Tüm sözlü bildirimleri Ege Tıp Dergisi’nde yayınlanacak. Bildirileriniz ile bilimsel programımızı desteklemenizi diliyorum.

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 yedinci sayısı sizlerle yine birlikteyiz. Yaz mevsimini bitirirken yeni akademik yılın başlayacak olmasının heyecanı içerisindeyiz.

Bu sayımızda Tekirdağ Namık Kemal Üniversitesi'nden **Doktor Öğretim Üyesi Arzu MALAK** obezite ve ilerleyen yaş ilişkisini inceleyen bir makaleyi sade ve anlaşılır bir dille özetledi.

İkinci makalemiz ise çok önemli bir International Urogynecology Journal makale özeti. Şırnak Devlet Hastanesi'nden **Uzm. Dr. Zeynep Kübra Usta Kurt** bizlere Uterosakral ligamanın normal kadınlar ve inkontinanslı kadınlar arasındaki farklılıklarını irdeleyen bir makaleyi derledi.

Son makalemizde ise Bursa Özel Doruk Nilüfer Hastanesinden **Uzm. Dr. Ayşenur Kaptan KAYA**; kız çocuklarına yapılan sünnet sonrası ilerleyen yaşlardaki uygulanan rekonstrüksiyon ameliyatlarının sonuçlarını yorumlayan enfes bir BJOG makalesini özetledi.

Önümüzde genel Ürojinekoloji kongremiz var. Bütün meslektaşlarımı 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.

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
BURSA ULUDAĞ ÜROJİNEKOLOJİ
ÜROJİNEKOLOJİ BÜLTEN EDİTÖRÜ



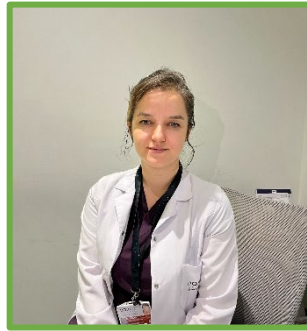
1. Tekirdağ Namık Kemal Üniversitesinden **Doktor Öğretim Üyesi Arzu Malak**, Obezite ile ileri-orta yaş kadınlardaki üriner inkontinans ilişkisini inceleyen bir sistematik derlemeyi özetledi.
2. Şırnak Devlet Hastanesinden **Uzm. Dr. Zeynep Kübra Usta Kurt** bizlere Uterosakral Ligamanın üriner inkontinanslı hastalar ile normal popülasyondaki farklılıklarını irdeleyen bir makaleyi derledi.
3. Bursa Özel Doruk Nilüfer Hastanesinden **Uzm. Dr. Ayşenur Kaptan KAYA**; kız çocuklarına yapılan sünnet sonrası ilerleyen yaşlardaki rekonstrüksiyon amleyatlarını akıbetini yorumlayan bir BJOG makalesini özetledi.



DR. ÖĞR. ÜYESİ ARZU MALAK
TEKİRDAĞ NAMIK KEMAL ÜNİVERSİTESİ



UZM. DR. ZEYNEP KÜBRA USTA KURT
ŞIRNAK DEVLET HASTANESİ



UZM. DR. AYŞENUR KAPTAN KAYA
ÖZEL BURSA DORUK NİLÜFER HASTANESİ

ASSOCIATION OF OVERWEIGHT, OBESITY AND RISK OF URINARY
INCONTINENCE IN MIDDLE-AGED AND OLDER WOMEN: A META
EPIDEMIOLOGY STUDY

Xin Shang, YuFu, Xiaoqin Jin, Chenxiao Wang, Panpan Guo, and Shuxun Yan

Henan University of Chinese Medicine, Zhengzhou, China,

Department of Endocrinology and Department of Geriatrics, First Affiliated Hospital of Zhengzhou University, Zhengzhou, China

BİR BAKIŞTA BU MAKALENİN ÖNEMİ:

Fazla kilo ve obezite orta yaşlı ve ileri yaşlı kadınlarda üriner inkontinans riskini artıran bağımsız risk faktörü olarak belirlenmiştir.

MEVCUT LİTERATÜRDEKİ BİLGİ NE DİYOR?

Fazla kilo ve obezite, kadınlarda üriner inkontinans riskini artırmakla birlikte yaş dönemlerine ve üriner inkontinans tiplerine göre yapılan çalışmaların meta analiz çalışmaları yetersizdir.

BU MAKALENİN TIBBİ LİTERATÜRE KATKISI NEDİR?

Bu çalışma obezite ile fazla kilo arasındaki ilişkiyi ve orta yaş ve üzeri kadınlarda üriner inkontinans (Üİ) riskini değerlendirmek için yapılmış ilk meta-analiz çalışmasıdır. Orta yaş ve yaşlı kadınlarda fazla kilo ve obezite doğrudan stres üriner inkontinans ile ilişkili bulunmazken, obez orta yaş ve yaşlı kadınlarda urge üriner inkontinans görülme riskinin olduğu belirlenmiştir.



Dr. Öğr. Üyesi Arzu MALAK

Tekirdağ Namık Kemal
Üniversitesi Sağlık Bilimleri
Fakültesi Hemşirelik Bölümü

Frontiers in Endocrinology
TYPE Systematic Review
October 2023
14:1220551, DOI

ORTA YAŞ VE YAŞLI KADINLARDA FAZLA KİLO, OBEZİTE VE ÜRİNER İNKONTİNANS RİSKİ ARASINDAKİ İLİŞKİ: BİR META EPİDEMİYOLOJİ ÇALIŞMASI

GİRİŞ:

Üriner inkontinans (Üİ), birey tarafından kontrol edilmeyen üretradan istemsiz idrar kaybı olarak tanımlanmaktadır. İnsidans oranı %10 ile %40 arasında değişen, yaygın ancak sıklıkla ihmal edilen bir durumdur. Üç tip Üİ vardır: Stres üriner inkontinans, urgency üriner inkontinans ve miks üriner inkontinans.

Kadınlarda Üİ'nin ana nedeni genellikle doğum şekli ve sıklığı olarak kabul edilmektedir. Ancak her yaşta kadında Üİ prevalansı, özellikle yaşlanmanın ortaya çıkmasıyla birlikte artmaktadır. Orta yaş ve yaşlı kadınlarda bu sorun daha belirgindir. Her ne kadar Üİ kadınların çoğunluğunu etkilese de çoğu zaman kadınların zamanında tedavi aramasını engelleyen bir sorundur ve uzun vadeli potansiyel sorunlara yol açmaktadır. Bu nedenle, Üİ ile bağlantılı risk faktörlerinin erken tanınması, başlangıcının ve ilerlemesinin önlenmesine yardımcı olabilir.

Son çalışmalar fazla kilo ve obezitenin kadınlarda Üİ için yüksek risk oluşturduğunu göstermektedir. Obezitenin dünya çapında yaygınlığı 60 ila 74 yaş aralığında yüksektir; 50-54 yaş grubundaki kadınların yaklaşık %48'i fazla kilolu ve yaklaşık %19'u obezdir. Özellikle 2. derece obez (Beden Kitle İndeksi-BKI ≥ 35 kg/m²) kadınlarda erkeklere kıyasla belirgin şekilde daha yaygındır. Ek olarak fazla kilo ve obezitenin Üİ'nin güçlü belirleyicileri olduğu ve obez olanlarda riskin önemli ölçüde arttığı tespit edilmiştir. Bununla birlikte, orta yaş ve yaşlı kadınlarda fazla kilo/obezite ile Üİ riski arasındaki ilişkiyi kapsamlı bir şekilde inceleyen yayımlanmış bir meta-analiz çalışması bulunmamaktadır.

Bu çalışmanın amacı orta yaş ve yaşlı kadınlarda fazla kilo, obezite ve Üİ arasındaki ilişkiyi incelemek ve obezite ile Üİ alt tipleri arasındaki ilişkiyi araştırmaktır.

METOD:

Bu araştırma, sistematik derlemeler ve meta-analizler için tercih edilen raporlama (PRISMA) yönergelerine uygun olarak yapılmıştır.

Veri Kaynakları

Bu çalışma için, PubMed, Cochrane Library ve EMBASE dahil olmak üzere ilgili veri tabanlarında 25 Nisan 2023 tarihine kadar yapılan çalışmalar taranmıştır. Anahtar kelime olarak “obezite”, “obez”, “idrar kaçırma” “üroklepsi” ve “urakratia” ve bunların benzeri olan kelimeler kullanılmıştır.

Uygunluk kriterleri

Çalışmaların uygunluk kriterleri: vaka kontrol, kesitsel veya kohort çalışma tasarımı olması; obezite, fazla kilo ve Üİ riski arasındaki ilişkinin araştırılması; sonuç olarak Üİ riskini belirtmek için OR ve güven aralığı (CI) %95 olarak kullanılmasıdır. Bu çalışmada fazla kilolu= $25 \text{ kg/m}^2 \leq \text{BKI} \leq 30 \text{ kg/m}^2$, obezite= $\text{BKI} \geq 30 \text{ kg/m}^2$ ve 2. derece obezite= $\text{BKI} \geq 35 \text{ kg/m}^2$ olarak tanımlanmıştır.

Çalışma seçimi

Önceden tanımlanmış dahil edilme ve dahil edilmeme kriterlerine dayanarak, iki bağımsız araştırmacı literatürü dikkatli bir şekilde taramıştır. Başlangıçta başlık ve özetlerine göre tekrarlanan ve ilgisi olmayan makaleler çalışma dışı bırakılmıştır. Potansiyel olarak uygun makalelerin tam metinleri alındıktan sonra uygunlukları kapsamlı bir şekilde tekrar değerlendirilmiştir.

Herhangi bir tutarsızlık olması durumunda, bir fikir birliğine varmak için SX Yan ile görüşmeler yapılmıştır. Bu nedenle, sonuçların güvenilirliğini ve geçerliliğini sağlamak için çalışmaların seçimi titizlikle gerçekleştirilmiştir.

Veri çıkarma

XShang ve XQJin'in, ilk yazar, yayın yılı, ülkesi veya bölgesi, çalışma tasarımı, örneklem büyüklüğü, takip süresi, çalışma süresi, yaş aralığı, kullanılan tanı kriterleri dahil olmak üzere

İlgili verileri bağımsız olarak çıkarmıştır. Çıkarılan veriler daha sonra, SX Yan tarafından incelenmiş ve doğrulanmıştır.

Yan tutma riski

Kohort çalışmalarının kalitesi için Newcastle Ottawa Ölçeği (NOS) kullanılmıştır. Bu ölçek ile makale yeterlilikleri, 0-9 arasındaki puanlarla değerlendirilmektedir. Daha yüksek puan, daha kaliteli bir çalışmayı göstermektedir. 0-3 puan düşük kaliteyi, 4-6 puan orta kaliteyi ve 7-9 puanlar yüksek kaliteyi göstermektedir. Kesitsel bir çalışmanın kalitesini değerlendirmek amacıyla, kesitsel çalışmalar için Amerikan Sağlık Hizmetleri Kalitesi ve Araştırma Ajansı'nın (AHRQ) kalite değerlendirme maddeleri kullanılmıştır ve her bir madde 'EVET' yanıtı için '1' olarak, 'BELİRSİZ' veya 'HAYIR' yanıtı için '0' olarak puanlanmıştır. Ortaya çıkan puanlar ile düşük kaliteli çalışmalar (0-3), orta kaliteli çalışmalar (4-7) ve yüksek kaliteli çalışmalar (8-11) olarak kategorize edilmiştir.

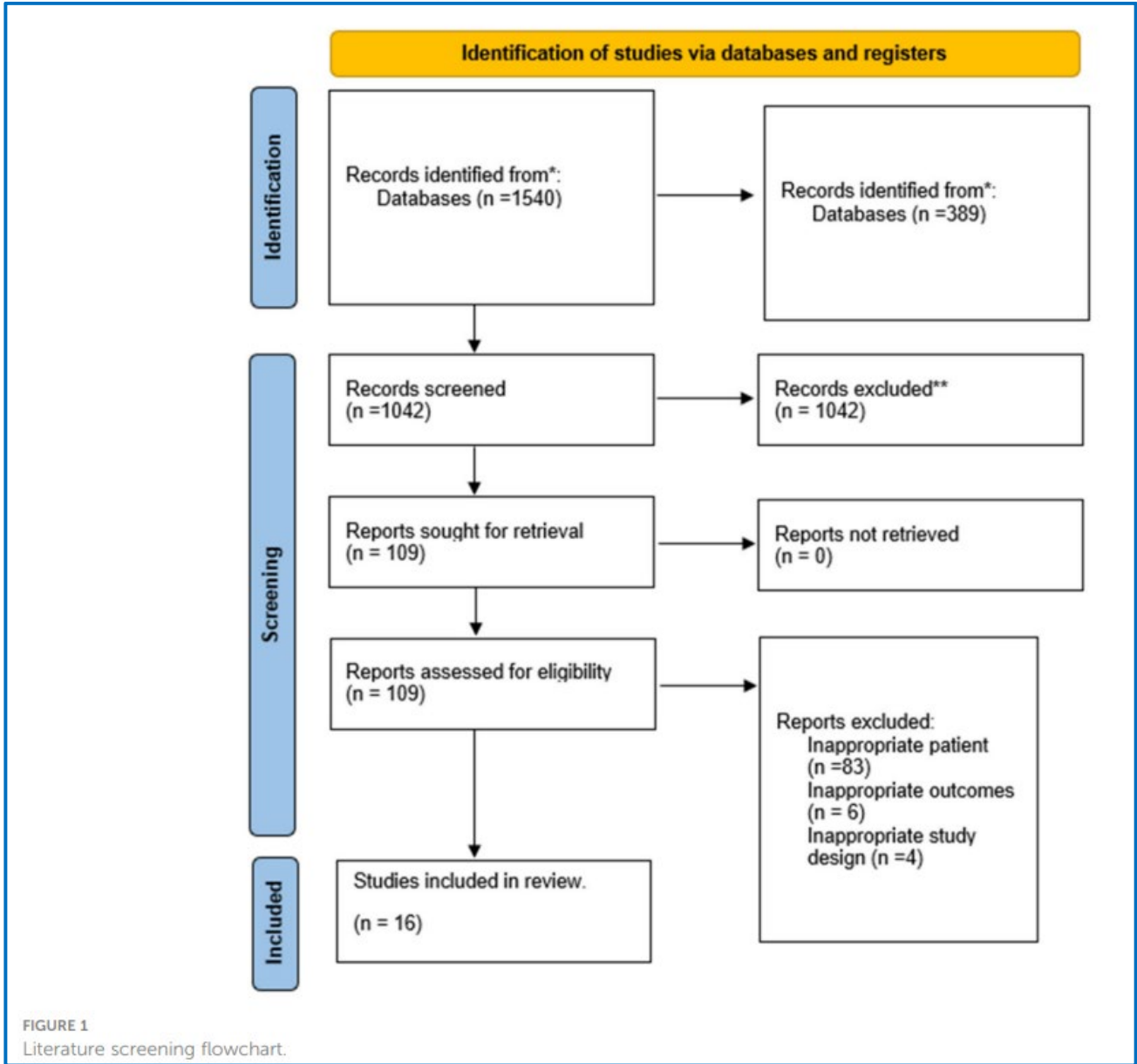
İstatistiksel analiz

Analiz için Software Stata14.0 kullanılmış; burada obezite ile Üİ riski arasındaki ilişkiyi değerlendirmek üzere dahil edilen çalışmalardan OR ve bunların güven aralığı (CI) %95 olanlar çıkarılmıştır. Heterojenlik X^2 testi ve I^2 değerleri kullanılarak değerlendirilmiştir. Bu çalışmada $I^2 \leq 50$ ve $P > 0.1$ ve sabit etkiler modeli kullanılmıştır. Bunun tersine, I^2 'nin %50'yi aşması durumunda anlamlı heterojenliği gösteren rastgele etkiler modeli benimsenmiştir. Genel etkilerin geçerliliğini sağlamak için duyarlılık analizi yapılmış, yayın yanlılığını değerlendirmek için huni grafikleri ve Egger regresyon testi kullanılmıştır.

BULGULAR:

Literatür seçimi

Bu çalışma için 25 Nisan 2023'ten önce yayımlanan gözlemsel çalışmalar taranmış, 1.540 sonuç elde edilmiştir. Daha sonra 389 tekrarlanan makale çıkarılmış, 1.042 makale başlık ve özet taramasından sonra çalışma dışı bırakılmıştır. Tam metinleri okunduktan sonra 92'si hasta popülasyonunun uygunsuz olması nedeniyle, üçü uygunsuz sonuçlar nedeniyle ve dördü uygunsuz çalışma tasarımı nedeniyle toplam 109 makale çalışma dışı bırakılmıştır. Sonuçta bu sistematik incelemeye 16 çalışma dahil edilmiş, sürecinin ayrıntıları Şekil 1'de sunulmuştur.



Çalışma özellikleri

Bu meta-analiz, 27.389 kişiden oluşan örneklem büyüklüğüne sahip toplam 16 çalışmayı kapsamaktadır. Bu analize dahil edilen 16 çalışmanın 11'i kohort çalışması, geri kalan beşi ise kesitsel çalışmalar oluşturmaktadır. Çalışmaların örneklem büyüklüğü 168 ila 8.736 katılımcı arasında değişmektedir. Bu 16 çalışmanın özelliklerine ilişkin detaylı bilgiler Tablo 1'de verilmiştir.

TABLE 1 Basic characteristics of the included studies.

Author	Year	Country	Study Type	Follow-up years	Diagnostic criteria	Sample size	Age (Mean \pm SD)	Confounders adjusted	Scores
Townsend MK, et al. (21),	2008	USA	cohort study	2	self-reported	Total: 6,790 obesity: 3,740 No obesity: 3,050	66 54-79	age, parity, race/ethnicity, smoking, menopausal status, hysterectomy, physical activity, diabetes, high blood pressure, and diuretic use.	7
Martinez A, et al. (22)	2022	US	cohort study	20	self-reported	Total: 307	72.7 \pm 6.1 \geq 65	NA	6
Sievert LL, et al. (23)	2022	the State of Qatar.	cross-sectional study	NR	self-reported	Total: 304	49.29 \pm 5.55 40-60	menopausal status, level of education, and parity.	6
McGrother CW, et al. (2015),	2015	UK	cohort study	1	self-reported	Total: 837	59.5 \pm 13.0 40-98	NA	5
Byles J, et al. (25),	2009	Australia	cohort study	9	self-reported	NA	70-75	NA	6
Islam RM, et al. (26),	2018	Bangladeshi	cross-sectional study	NR	self-reported	Total: 377	42.3 \pm 8.1 30-59	NA	5
Zelege BM, et al. (27),	2015	Australia	cross-sectional study	NR	self-reported	Total: 549 obesity: 394 No obesity: 153	71.5 \pm 4.1 65-79	NA	5
Hakimi S, et al. (28),	2020	Iran	cross-sectional study	NR	self-reported	Total: 168	54.3 \pm 4.0 45-60	NA	6
Dellu MC, et al. (29)	2016	São Paulo	cross-sectional study	NR	self-reported	Total: 204	51.9 \pm 8.8 35-72	Menopause, UI pregnancy, UI post-partum, Genital prolapse, Stress, Depression, Obesity	5
Mishra GD, et al. (30)	2008	UK.	cohort study.	7	self-reported	NA	48-54	age, childhood enuresis, kidney infection, childbirth characteristics, menopausal status, general practitioner consultations and educational qualifications	6
Townsend MK, et al. (31),	2007	America	cohort study.	14	self-reported	Total: 4,215 obesity: 2,172 No obesity: 2,043	37-54	age, parity, race or ethnicity, smoking, postmenopausal hormone therapy status, hysterectomy, oral contraceptive use, physical activity, and diabetes.	7
Mitchell ES, et al. (32),	2013	Seattle	cohort study	20	self-reported	NA	41.5 \pm 4.3 35-55	NA	6
Forsman M, et al. (33),	2008	Sweden.	cohort study	32	self-reported	Total: 555	64.1 \pm 9.2 48-81	age, BMI and childbirth (ever/never)	8
Janssen I, et al. (34),	2007	US	cohort study	9	self-reported	Total: 2,001	\geq 65 years	age, sex, race, socioeconomic status, smoking, and physical activity.	7
Komesu YM, et al. (20),	2011	US	cohort study	2	self-reported	Total: 2,286	67.6 \pm 10.15 \geq 50	age, ethnicity, parity, medical comorbidities, functional limitations, psychiatric illness, BMI, and UUI and SUI status at baseline	7

(Continued)

Kalite değerlendirme:

On altı çalışmanın kalitesini gösteren NOS ve AHRQ skorları Tablo 1'de sunulmuştur. NOS kriterlerine göre beş çalışma ≥ 7 (yüksek kalite) ve altı çalışma 6 ve 5 (orta kalite) olarak puanlanmıştır. Genel olarak orta kaliteyi temsil eden on üç çalışmanın ortalaması 6,5 puandır. AHRQ kriterlerine göre beş çalışma 6 ve 5 (orta kalite) puan olarak puanlanmıştır. Bu beş çalışmanın ortalama puanı 5,4 olup genel olarak orta düzeyde kaliteyi temsil etmektedir.

Fazla Kilo ve Üi riski:

Toplam 14 çalışmada orta yaş ve yaşlı kadınlarda, fazla kilo ile Üi arasındaki ilişki incelenmiştir. Bu çalışmaların analizine göre fazla kilonun önemli ölçüde Üi riski ile ilişkili olduğu belirlenmiştir (OR= 1,27; %95 CI: 1,17 1,37; $I^2 = \%51,8$, $P=0,013$; Şekil 2).

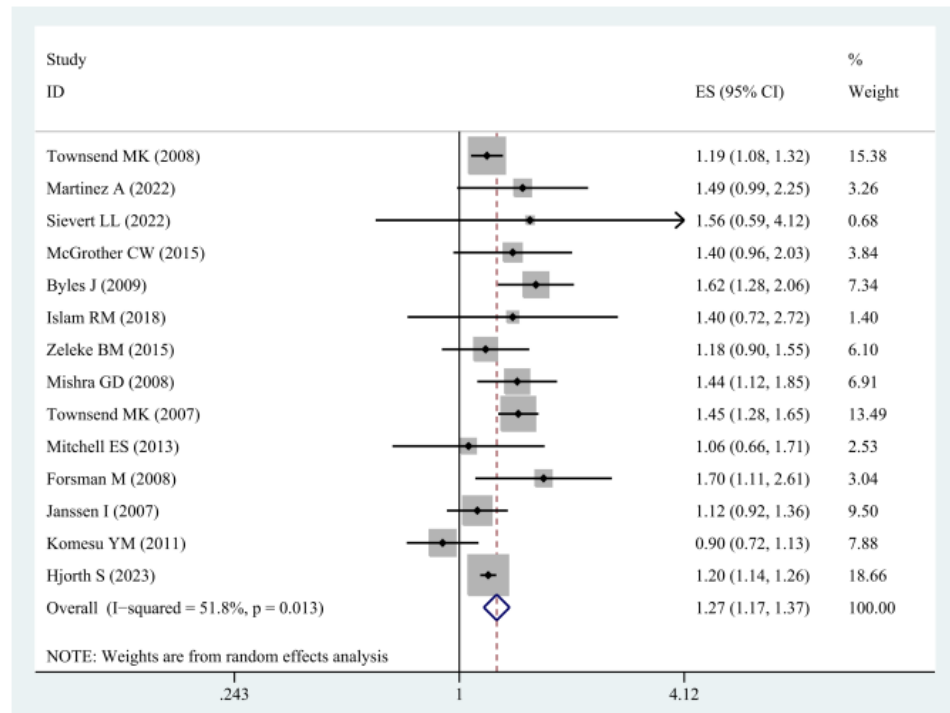


FIGURE 2

Meta-analysis of overweight and the risk of UI in middle-aged and older women.

Obezite ve Üi riski:

Toplam 16 çalışmada orta yaş ve yaşlı kadınlarda, obezite ile Üi arasındaki ilişki incelenmiştir. Bu çalışmaların analizine göre bu grup kadında obezite ve Üi arasında anlamlı bir ilişki belirlenmiştir (OR = 1,60; %95 CI: 1,42, 1.81; $I^2 = \%71,8$, $p=0,000$; Şekil 3).

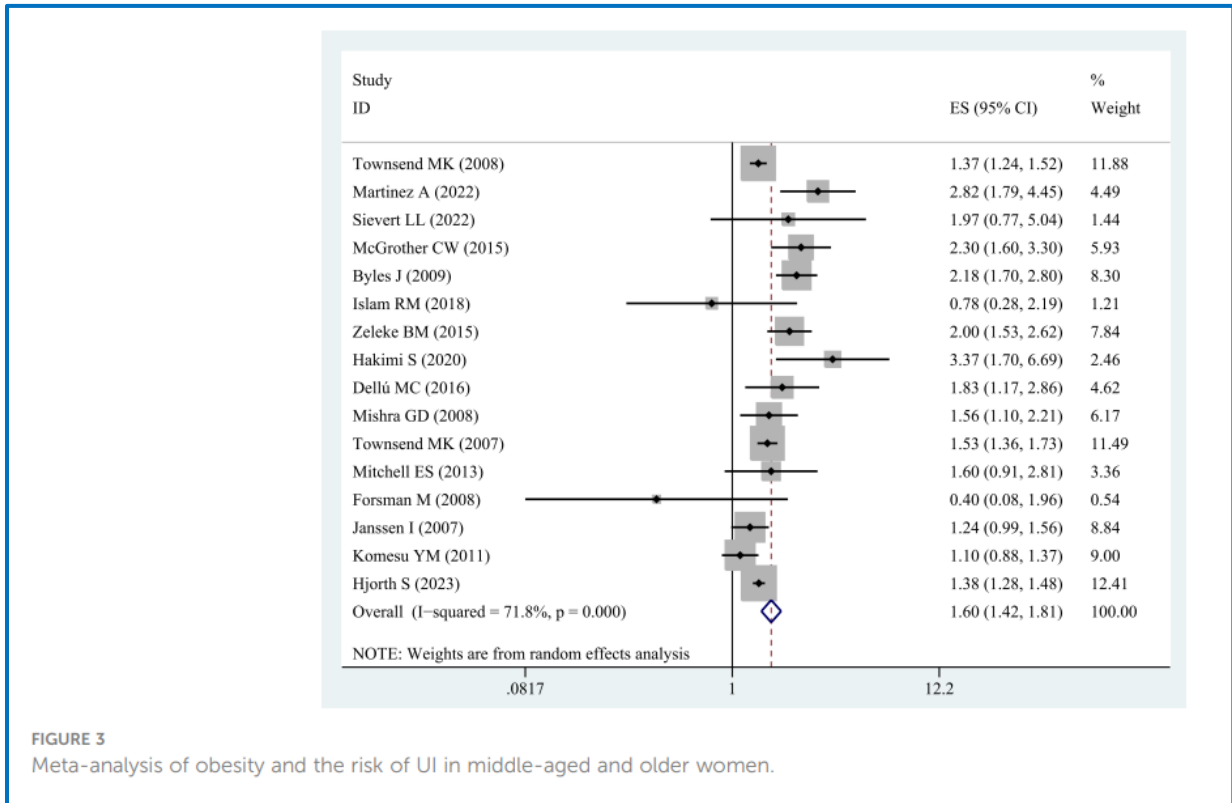


FIGURE 3
Meta-analysis of obesity and the risk of UI in middle-aged and older women.

2. Derece Obezite ve Üi riski:

Beş çalışma orta yaş ve yaşlı kadınlarda sınıf II obezite ile Üi arasındaki ilişkiyi incelemiştir. Genel olarak sınıfı II obez olan orta yaş ve yaşlı kadınlarda Üi olasılığının daha yüksek olduğu belirlenmiştir (OR=1,85; %95 CI: 1,59-2,16; $I^2 = \%48,1$, $p=0,103$; Şekil 4).

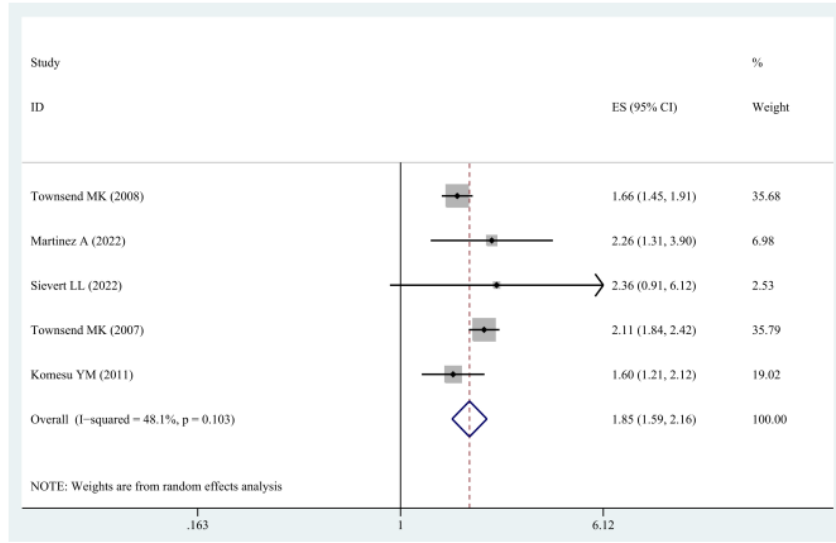


FIGURE 4
Meta-analysis of obesity class II and the risk of UI in middle-aged and older women.

Alt grup analizi:

Çalışmaların alt grup analizleri incelendiğinde orta yaş ve yaşlı kadınlarda obezite ve stres üriner inkontinans arasında anlamlı bir ilişki bulunmazken (OR=1,31; %95 CI: 0,99-1,74; $I^2 = %63,7$, $P=0,011$), obezitenin önemli ölçüde urgency üriner inkontinans ile ilişkili olduğu belirlenmiştir (OR=2,11; %95 CI: 1.54-2.89; $I^2 = %80,2$, $P=0,000$) (Tablo 2).

TABLE 2 Subgroup analysis for the risk of obesity in middle-aged and elderly women with UI.

Subgroups	Included studies	OR	Heterogeneity	
		95% CI	I^2 (%)	P-values
UI type				
SUI	7	1.31(0.99-1.74)	63.70%	0.011
UUI	8	2.11(1.54-2.89)	80.20%	0.000

TARTIŞMA:

Mevcut meta-analiz, orta yaş ve yaşlı kadınlarda fazla kilo, obezite ve Üİ arasındaki ilişkiyi inceleyen 27.389 kişiden oluşan geniş bir örnekleme kapsayan toplam 16 çalışmadan oluşmaktadır. Sistemik analiz, fazla kilolu ve obez orta yaş ve yaşlı kadınlarda Üİ gelişme riskinin, normal kiloda olanlara kıyasla sırasıyla 1,27 kat, 1,60 kat ve 1,85 kat risk artışıyla anlamlı derecede yüksek olduğunu ortaya çıkarmıştır. Bu sonuçlar hem fazla kilonun hem de obezitenin, bağımsız faktörler olarak Üİ riskini artırabileceğini göstermektedir.

Bulguların Yorumlanması

Yapılan bir çalışmada genç ve orta yaşlı kadınlarda fazla kilo ile obezite ve Üİ arasındaki ilişki araştırılmış ve bunların Üİ için risk faktörleri olduğunu doğrulamıştır. Ancak yaşlanan nüfusun artmasıyla birlikte orta yaş ve yaşlı kadınların sağlık sorunları giderek daha önemli hale gelmektedir. Bu çalışmada, orta yaş ve yaşlı kadınlarda fazla kilo ve obezite ile Üİ arasındaki ilişkiyi incelemeyi ve daha fazla sayıda kohort ve kesitsel çalışma yoluyla daha güvenilir kanıtlar sağlamayı amaçlanmıştır. Çalışmada fazla kilo ve obezitenin orta yaş ve yaşlı kadınlarda Üİ için önemli risk faktörleri olduğunu, bunların klinik uygulamada dikkate alınması gerektiği vurgulanmaktadır.

Bir meta-analiz çalışmasında, BKİ, abdominal obezite, kilo alımı ve bunların Üİ riski ile ilişkisi incelenmiştir. Bu çalışmada, BKİ'daki her 5 kg/m² artış için toplam RR'nin 1,20 (%95 CI: 1,16-1,25, I² = %58, n=13) olduğu, aynı zamanda her 10 kg ağırlık artışı için RR'nin 1,34 olduğu belirlenmiştir. (%95 CI: 1,11-1,62, I² = %90, n=2). Özellikle, orta yaş ve yaşlı kadınlarda yüksek BKİ ile Üİ riski arasındaki ilişki incelenmemiştir. Bu nedenle bu çalışmada orta yaş ve yaşlı kadınlarda fazla kilo/obezite ile Üİ riski arasındaki bağlantıyı yeniden incelemeye ve analiz etmeye çalışılmıştır. Çalışmada, hem fazla kilonun hem de obezitenin bu demografik gruptaki Üİ riskini artırdığı ortaya konulmuştur.

Üİ'nin küresel prevalansı %8,7'ye ulaşmıştır. Araştırmalar yetişkin kadınların yaklaşık %50'sinin Üİ yaşayabileceğini göstermektedir, bu da erkeklerde Üİ görülme oranının iki katıdır.

Üİ gelişme olasılığı yaşla birlikte artmakta ve yaşlılar arasında sık görülen bir durumdur. Bu durum, normal sosyal aktiviteleri ve fiziksel sağlığı engelleyebileceği için yaşam kalitesi üzerinde önemli bir etkiye sahiptir. Üİ'nin yaşla güçlü bir şekilde ilişkili olmasına rağmen, son araştırmalar obezitenin Üİ'nin hem prevalansında hem de 5 yıllık insidans oranında önemli bir rol oynadığını göstermektedir. Fazla kilo ve obezite, kadınlarda Üİ için risk faktörleri olarak tanımlanmıştır. Ancak obezite ile Üİ arasındaki ilişkinin altında yatan patofizyolojik mekanizmaya ilişkin sınırlı araştırma mevcuttur.

Araştırmalarda orta yaş ve yaşlı kadınların yaşlandıkça Üİ riskinin önemli ölçüde daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Birçok kadın üriner inkontinansı yaşa bağlamakta ve fazla kilonun etkisini hafife almakta olduğundan obezitenin doğal bir olay olduğunu varsayarak değerlendirmektedir. Çeşitli faktörlerden dolayı kadınlar sıklıkla Üİ şikayetlerini gizlemekte ve teşhis konulduğunda bile çok azı aktif olarak tedavi aramaktadır. Ancak obezitenin orta yaş ve yaşlı kadınların Üİ üzerindeki etkisine daha fazla önem verilmesi önerilmektedir. Kilo verme girişimleri Üİ'yi iyileştirmede yarar sağlamak ve kilo verme ameliyatı gibi prosedürler Üİ hastalarının yaşam kalitesini iyileştirebilmektedir.

Kadın üriner sistemi; gebelik, doğum, histerektomi gibi pelvik taban kaslarına ve bağ dokularına zarar verebilecek risk faktörlerine duyarlı bir yapıya sahiptir. Menopoz sonrası kadınlarda östrojen seviyesinin düşmesiyle birlikte mesane ve üretranın sağlığını koruma kapasitesinde bir azalma olmakta, bu da doku bozulmasına ve Üİ gelişmesine yol açmaktadır. Ayrıca yaş ilerledikçe mesane ve üretra kasları zayıflamakta, kontraktilitesini kaybetmekte, mesane kapasitesinde ve dolgunluk hissinde azalma olmakta, detrüör kasılma oranı azalmakta, pelvik taban kas gücü azalmakta ve rezidüel idrar miktarında artış gözlemlenmektedir. Detrüör ve sfinkterin fonksiyon bozukluğu mesane kapasitesini azaltmakta, dolayısıyla istemsiz idrara çıkma riski artmaktadır. Fazla kilo ve obezite normal idrar yapmayı bozabilmekte ve Üİ sıklığını arttırabilmektedir. Fazla kilolu olmak mesane ve çevresindeki kaslar üzerinde daha fazla strese neden olmakta, bu da kas gücünün azalmasına ve öksürme veya hapşırma sırasında idrar kaçırmaya neden olmaktadır. Merkezi yağ dokusu ağırlığı, karın içi basıncında kronik bir artışa yol açarak üretral destekte gerginliğe neden olarak Üİ gelişme riskini arttırabilmektedir. Bu nedenlerin dışında BKİ'deki artış, diğer mekanizmalar yoluyla Üİ gelişimini tetikleyebilmektedir. Fazla kilo ve obezite, oksidatif zorlanmaya ve kronik

insülin direncine yol açarak pelvik taban damar hasarına ve detrüsr ve sfinkterin sklerozuna yol açmaktadır. Gelir düzeyi yüksek olan ülkelerde yapılan güncel araştırmalarda, stres üriner inkontinansın en yaygın Üİ tipi olduğunu göstermektedir. Bu çalışmada aynı zamanda BKİ'nin stres üriner inkontinansın bağımsız bir belirleyicisi olduğu verisi desteklenmektedir.

Üİ, kızarıklık, enfeksiyon ve yara gibi cilt hasarlarına neden olmakta, tekrarlayan idrar yolu enfeksiyonları riskinin artmasına ve yaşam kalitesini etkileyen fiziksel ve psikolojik sorunlara neden olabilmektedir. Son araştırmalar, uzun süreli fazla kilolu veya obez olmanın Üİ riskini artırdığını göstermekte, bu nedenle Üİ'yi önlemek için orta yaş ve yaşlı kadınlar arasında fiziksel sağığı iyileştirmeyi hedefleyen girişimler yapılması önerilmektedir. Bu çalışma bulgularında yüksek BKİ, karın içi basıncı ve mesane basıncı arasında güçlü bir ilişki olduğunu ortaya konulmakta ve yüksek BKİ'den kaçınmanın orta yaş ve yaşlı kadınlar arasında Üİ yükünü hafifletmeye yardımcı olabileceğı bildirilmektedir.

SONUÇ:

Bu çalışma, Üİ şikayeti olan orta ve yaşlı kadınlar arasında fazla kilo ile obezite arasındaki ilişkiyi inceleyen ilk meta-analizdir. Fazla kilo ve obezite, bu yaşam döneminde Üİ riskini artırmaktadır. Ayrıca, BKİ 30'un üzerinde olan kadınlarda Üİ'nin çeşitli alt tiplerine yönelik risk artarak devam etmektedir. Bu nedenle sağık profesyonellerinin ve araştırmacıların, Üİ'ye karşı profilaktik önlem olarak kilo alımını önlemeye yönelik çalışması, orta ve yaşlı obez kadınlarda idrar kaçırmaya yönetimi stratejileri geliştirmesi önerilmektedir.

LAX UTEROSACRAL LIGAMENT AND URGE URINARY INCONTINENCE: MRI FINDINGS IN SYMPTOMATIC PATIENTS VERSUS HEALTHY VOLUNTEERS

Rania F. El-Sayed, Noha M. Moqbel, Ahmed F. Hussein, Mohamed A. Abdelatty

Department of Diagnostic and Interventional Radiology, Kasr Al-Ainy Hospital, Cairo University,

Department of Urology, Kasr Al-Ainy Hospital, Cairo University, Egypt

BİR BAKIŞTA BU MAKALENİN ÖNEMİ

Mevcut çalışmaların hiçbiri laks uterosakral ligamentler (USL) ile Urge üriner inkontinans (UI) arasındaki ilişkiyi kanıtlayıcı bir görüntüleme metodu içermemektedir. Bu literatür ile ameliyat öncesi UI ve laks USL'ler arasındaki ilişkiyi radyolojik olarak araştırmak hedeflenmektedir.

MEVCUT LİTERATÜRDEKİ BİLGİ NE DİYOR?

Kontrol ve UI gruplarındaki USL'nin ortalama uzunlukları arasında anlamlı farklılık izlendi. ($p < 0.001$). UI grubunda ortalama sağ USL uzunluğu 38 ± 11 mm ve sol USL uzunluğu 35 ± 12 mm idi. Kontrol grubunda ortalama sağ USL uzunluğu 22 ± 9 mm ve sol USL uzunluğu 18 ± 9 mm idi.

BU MAKALENİN TIBBİ LİTERATÜRE KATKISI NEDİR?

Bu çalışma UI'nın patofizyolojisinde yer alan bir faktör olarak, laks USL'lerin radyolojik tanı kullanılarak MRI aracılığıyla ilk tespitidir. Bulgular ,artmış USL uzunluğu ve UI arasında doğrudan bir ilişki olduğunu desteklemektedir. Bu da, UI'nın patofizyolojisi hakkındaki hipotezlerimizi geliştirebilir ve özellikle tedavisi güç UI vakalarında tedavi yaklaşımlarımıza katkı sunabilir.



Op. Dr. Zeynep Kübra Usta Kurt
Şirnak Devlet Hastanesi



International Urogynecology Journal

January 19, 2024.

GEVŞEK (LAKS) UTEROSAKRAL LİGAMENT VE URGE ÜRİNER İNKONTİNANS BAĞINTISI: SEMPTOMATİK HASTALARDA SAĞLIKLI GÖNÜLLÜLERDE MR BULGULARININ KARŞILAŞTIRILMASI

Giriş:

Urge Uriner İnkontinans (UUI), ani bir idrara çıkma isteği ve tuvalete zamanında ulaşamaması durumunda istem dışı idrar kaçırma anlamına gelmektedir [1]. Öngörülememesinden dolayı, yaşam kalitesini önemli ölçüde etkiler. Yayınlık oranı %25 ila %29 arasında değişmektedir [2].

UUI'yla başa çıkma yöntemleri arasında farmakolojik tedavi ile posterior tibial sinir uyarımı ve botox enjekte edilmesi gibi minimal invaziv müdahaleler bulunur [3,4,5]. Ancak, son iki tedavinin kür oranları “yetersiz” olarak belirtilmiş olup %30 ila %40'ı geçmemektedir. Bu tedaviler, kısa vadeli etkilere sahiptir ve yineleyen tedaviler gerektirmektedir [4,5].

UUI'nın asıl etiyojisi bilinmemekte olup, kadınlarda patofizyolojisini açıklamak için çeşitli teoriler ortaya atılmıştır. 1993 yılında, Petros ve Ulmsten, laks uterosakral ligamentlerin (USL) vajinal membranın mesane muskuler tabaka reseptörlerine olan desteğini zayıflatarak UUI'nın oluşumunda önemli bir rol oynayabileceğini ileri sürdüler [7,8]. 2010 yılında, Petros ve Richardson, UUI semptomlarının cerrahi açıdan iyileştirilebilirliğini araştırmak için posterior doku fiksasyon sistemi kullanarak USL'lerin davranışlarını taklit eden cerrahi işlemler gerçekleştirdiler. Bu, %78 oranında bir ilerleme elde etmelerini sağladı [9].

Çeşitli çalışmalar (örn. 2012'de Jäger ve ark. tarafından ve 2016'da Ludwig ve ark. tarafından yapılan çalışmalar), integral teoriyi benimseyerek USL'lerin alloplastik bantlarla değiştirilmesini kapsayan farklı cerrahi yaklaşımlar izlediler. Bunun sonucunda olumlu sonuçlar elde ettiler [10,11]. Ancak, bu çalışmaların hiçbiri laks USL'ler ile UUI arasındaki ilişkiyi kanıtlayıcı bir görüntüleme metodu içermemektedir.

Sadece birkaç çalışmada, MR kullanarak sağlıklı kadınlarda USL'lerin görünürlüğünü ve görünümünü ortaya konulmuştur [12-14] ve UUI hastalarında USL'lerin kalınlığını değerlendiren tek bir çalışma bulunmaktadır [15]. Dolayısıyla, çalışmamızın amacı, ameliyat öncesi UUI ve laks USL'ler arasındaki ilişkiyi radyolojik olarak araştırmaktır.

Hastalar ve Yöntemler

Bu prospektif karşılaştırmalı çalışma, Ocak 2019 ile Kasım 2021 tarihleri arasında gerçekleştirildi. Mısır'ın Kahire şehrinde bulunan Kahire Üniversitesi Hastaneleri'nde tanısal radyoloji ve üroloji bölümleri içerisinde yürütüldü. Çalışma, Hastane Etik Kurulu'ndan onay aldı ve tüm katılımcılardan yazılı onay alındı.

Gönüllülerin Seçimi

Gönüllüler, hastane içinde yer alan duyuru panolarında yer alan ilanlara başvuran kişiler içinden seçildi. Pelvik taban semptomları göstermeyen hastane çalışanları araştırma ekibiyle iletişime geçmek için teşvik edildi ve ilgilenenlere çalışmanın amaçları, prosedürleri ve faydaları hakkında detaylı bilgi verildi.. Tüm katılımcılar, geçerli bir anket kullanılarak değerlendirildi [16]. Akabinde, 41 sağlıklı kadın belirlenerek kontrol grubu olarak çalışmaya dâhil edildi.

Semptomatik Katılımcılar

İdrar kaçırmaya sorunu olan kadınlar Üroloji bölümüne yönlendirildi. Hastalar, sekiz senelik deneyime sahip ürolog (A.H) tarafından muayene edildi. Hastaların klinik geçmişlerine bakıldı, fiziksel muayeneleri yapıldı, laboratuvar sonuçları incelendi ve ürodinamik incelemeleri yapıldı. Stres tipi ve mix tip üriner inkontinans gösteren hastalar, hamileler ve kloströfobisi olan kişiler çalışmanın dışında bırakılmıştır. Dolayısıyla, çalışmaya UUI tanısı konmuş 26 hasta dahil edilmiştir.

Manyetik Rezonans Görüntüleme

1.5-T MRI (manyetik rezonans görüntüleme) cihazı (Philips Medical Systems, Best, Hollanda) kullanıldı. Hastalar, sırtüstü pozisyona getirildi ve dizleri yukarı kaldırıldı. MRI muayenesinden önce hastalara rektal lavman yapmaları ve iki saat önce idrarlarını yapmış olmaları önerildi. Rektum, ultrason jel ile dolduruldu ve hastalara, tümüyle boşaltmaları bildirildi. MR defekografisi, sagittal planda gerçekleştirildi. Her sekans için alım süresini 1.12 dakika alan Balanced-FSE(fast spin eko) (TE/TR 1.27-1.88/3.3-397.4), kesit alanı 8mm, FOV (görüntüleme alanı) 250-310 ve matriks 512×512 kullanıldı.

USL'lerin özel statik görüntüleri, proton dansitesi (PD)- ve aksiyal planda (görüntüleme alanı 200mm, kesit kalınlığı 4mm, aralık 0.5, matris 512×512, her bir sekans için alım süresi 2.12 dakika) T2 ağırlığında turbo spin-eko sekansları kullanılarak elde edildi.

Görüntü Analizi:

Manyetik rezonans görüntüleme veri setleri, eğitimli bir radyolog (N.M.), eğitimli bir radyolog (A.H.) ve pelvik taban MRI'sında 25 yıllık deneyime sahip uzman bir radyolog (R.E.) tarafından değerlendirildi. Tüm ölçümler, yazılım (Paxera Viewer, V 8.1.7) kullanılarak elde edildi.

Uzman radyoloğa, hiçbir katılımcının klinik verileriyle ilgili bilgi sağlanmadı. Bu sebepten, USL'lerin ortalama uzunluğu, uzman okuyucu analizine dayanmaktadır.

MR Defekografi Görüntülerinin Değerlendirilmesi

Pelvik organ prolapsusu (POP), MR defekografi midsagittal planda değerlendirildi. Pubokoksijeal hattı referans hattı olarak alındı. POP'un tüm üç bölmedeki evrelemesi, her bölgenin anatomik referans noktasından referans hattına olan uzaklığın dik olarak ölçülmesiyle elde edildi [17].

Statik MR Görüntülerinin Değerlendirilmesi

Statik MR görüntülerinin analizi için USL'ler değerlendirilir. Bunun amacı, UUI tanısı konmuş kadınlara kıyasla, sağlıklı gönüllülerde USL'lerin genital kanaldan çıkış yerlerini ve pelvik yan duvarlara olan insersiyon noktalarını belirlemektir. Chou ile DeLancey'nin 2001'de ve El Sayed ile arkadaşları tarafından 2007'de tarif ettiklerine benzer standartlaştırılmış bir grid sistemi, ardışık aksiyel T2 ve PD ağırlıklı görüntülerinde USL'lerin yapısal gözlemlerini kayıt etmede kullanıldı [18,19]. Gönüllülerden ve hastalardan toplanan kümülatif veriler, her ligamentin görünümünün ve konumunun tanımlanabilmesi için derlendi. Grid sistemi, iskiüm başını referans seviyesi olarak aldı ("görüntü A"ya bakınız). Görüntü "A"ya doğru olan ardışık görüntüler negatif numaralarla belirtilirken bunlardan uzaklaşanlar pozitif numaralarla ifade edilir (Fig. 1).

USL'nin "orijini"; bağ dokunun yoğunlaştığı bant şeklindeki bir dokuya dönüştüğü ve genital sisteme vajinada, servikste veya her ikisinde birden bağlandığı en-caudal nokta olarak tanımlanır. Bağ dokusunun (USL) bu yoğunlaşması, en az bir görüntüde görünür olmalıdır. Aynı şekilde, USL'lerin pelvik yan duvardaki insersiyon noktası da ligamentlerin sonlandığı noktaya göre belirlenir (Fig. 2).

Grid sistemine göre, her USL'nin orijini ve insersiyon noktasının belirlenebildiği görüntülerin "A" görüntüsüne göre aksiyal T2 ve PD ağırlıklı görüntüler olduğu rapor edildi. Her USL'nin görünür olduğu dilim sayısı, USL'lerin uzunluğunu belirlemek için sayıldı. Her USL'nin uzunluğu, bu kesit sayısının her bir kesitin kalınlığı ve boşluğunun toplamı ile çarpılarak hesaplandı (Fig. 3).

USL'lerin görünürlüğü, dört puanlık bir derecelendirme ölçeği kullanılarak değerlendirildi. Bu ölçekte; 1 (görünmez), 2 (az görünür), 3 (orta derecede görünür), 4 (kolay görünür) olarak alındı. Ligamentlerin görünürlüğü ayrıca T2 ve PD ağırlıklı görüntülerde karşılaştırıldı.

Gözlemci Arası Güvenilirlik

Gözlemci arası güvenilirlik, üç gözlemci arasındaki USL'lerin genital kanallardan çıkış yeri, pelvik yan duvara insersiyon noktası, bu anatomik bağlantıların tespit edildiği kesit sayısı ve görünürlük puanları açısından değerlendirildi.

İstatiksel Analiz

İstatiksel analizler, (SPSS) versiyon 22.0 kullanılarak gerçekleştirilmiştir. Sayısal veriler, ortalama \pm standart sapma olarak tanımlandı. Kategorik veriler, frekans ve yüzdeler olarak tanımlandı. Dağılım normalliği Shapiro-Wilk testi kullanılarak denendi. Çalışma grupları arasındaki karşılaştırma, normal olarak dağılmış veriler için Student's t-test ve normal dağılım göstermeyen verileri karşılaştırmak için Mann-Whitney U testi kullanıldı. Birden fazla karşılaştırmanın yapıldığı durumlarda Benferroni düzeltmesi uygulandı. Kategorik verileri karşılaştırmak için ki-kare testi uygulandı. Kappa istatistiği, kategori değişkenler arasındaki uyumu test etti. Kappa (κ) değeri uyumun gücünü belirtti. Kappa istatistikleri şu şekilde

çıkardı: 0.01-0.20 (hafif uyum), 0.21-0.40 (adil uyum), 0.41-0.60 (orta derece uyum), 0.61-0.80 (önemli uyum) ve 0.81-0.99 (neredeyse mükemmel uyum). Sürekli veriler için güvenilirlik ölçütü olarak, kappa ile aynı konseptteki, Cronbach alfa kullanıldı. İki yönlü p değeri 0.05'ten küçük olan sonuçlar istatistiksel olarak anlamlı kabul edildi.

Sonuçlar:

Çalışmanın Popülasyonu

Çalışmada 67 kadın katılımcı yer aldı. Aralarında yaş ortalaması 38 olan (15 ila 74 yaş aralığında) ve ortalama doğum sayısı 2.67 olan (0-6 aralığında) 41 sağlıklı gönüllü bulunuyordu. Bunların içinde, %17'si (7 kişi) nulipar, %70.7'si (29 kişi) normal doğum ve %12'si (5 kişi) sezaryen doğum geçirmişti. UUI grubu, yaş ortalaması 37 olan (15-68 yaş aralığında) ve ortalama doğum sayısı 3.9 ± 1.9 (0-8 aralığında) olan 26 kadından oluşuyordu. Bu grupta hastaların %23'ü (6 hasta) nulipar, %65'i (17 hasta) vajinal doğum ve %11.5'i (3 hasta) sezaryen doğum geçirmişti. Kontrol grubu, MRI defekografi bulgularına göre iki alt gruba ayrıldı: grup A (n=27) pelvik organ prolapsusu olmayan ve grup B (n=14) pubokoksijeal hattın altında POP gösteren bireyler. Benzer şekilde, UUI hastaları iki alt grupta sınıflandırıldı: grup U1 (n=17) POP olmayan UUI ve grup U2 (n=9) POP olan UUI hastaları.

POP Değerlendirmesi

Kontrol alt grubu B'deki POP'un şiddeti hakkında, üç bölümlü yaklaşım izlendi ve sadeleştirilmiş POP-Q (rule of three)¹ göre derecelendirildi. Ön kompartmanda, 7 katılımcı (%50) grade 1 sistosel gösterirken bu gruptan 3 katılımcı (%21) grade 2 sistosel gösterdi. Orta kompartmanda, 4 katılımcı (%28.5) grade 1 uterin prolapsus gösterirken 1 katılımcı (%7) grade 2 uterin prolapsus gösterdi. Posterior kompartmandaki katılımcıların çoğu (10; %71) grade 2 anorektal bileşke prolapsusu gösterirken 3 kişi (%21) grade 3 anorektal bileşke prolapsusu ve 1 kişi (%7) grade 1 anorektal bileşke prolapsusu gösterdi. Ayrıca, 7 kişi (%50) grade 1 rektosel, 5 kişi (%36) grade 2 rektosel ve yalnızca 1 kişi (%7) grade 3 rektosel gösterdi. U2 alt grubu içinde (UUI VE POP) POP şiddeti şu şekildedir: Ön kompartmanda, 4 katılımcı (%44) grade 1 sistosel gösterirken 2 katılımcı (%22) grade 2 sistosel gösterdi. Arka kompartmanda, katılımcıların çoğu (%78; 7 kişi) grade 2 anorektal bileşke prolapsusu gösterirken 2 kişi (%22) grade 3 anorektal bileşke prolapsusu gösterdi. Ayrıca, 3 kişi (%33) grade 1 rektosel, 3 kişi (%33) grade 2 rektosel ve yalnızca 1 kişi (%11) grade 3 rektosel gösterdi.

USL Uzunluğunun Değerlendirilmesi

Kontrol grubundaki ve UUI grubundaki USL'lerin ortalama uzunluklarının karşılaştırılması önemli bir istatistiksel fark ortaya koydu ($p < 0.0001$). UUI grubunda, kraniokaudal kapsamda sağ USL'nin ortalama uzunluğu 35 ± 12 mm ve sol USL'nin ortalama uzunluğu 22 ± 9 mm idi. Buna karşılık, kontrol grubunda sağ USL'nin ortalama uzunluğu 22 ± 9 mm ve sol USL'nin ortalama uzunluğu 20 ± 9 mm idi. Kontrol ve UUI alt grupları arasında detaylı bir karşılaştırma yapıldı ve sonuçlar Tablo 1'de özetlendi. Alt grup U2 ile kontrol alt grubu B arasında önemli farklar tespit edildi. Ancak, alt gruplar U1 ve U2 arasında her iki tarafta da USL uzunluğu açısından istatistiksel anlamda bir fark gözlemlenmedi.

USL orijini ve İnsersiyonunun Değerlendirilmesi

USL'lerin orijin ve insersiyonları açısından kontrol grubundaki en yaygın orijin serviks ve vajinayken hasta grubunda sadece vajinaydı. Her iki grupta da, en sık insersiyon noktası sakrosipinoz ligamenti- coccygeus kas kompleksi idi (SSLC; Tablo 2). T2 ve PD ağırlıklı görüntüler arasında görünürlük puanı açısından istatistiksel anlamda bir fark bulunamadı.

Gözlemci Arası Güvenilirlik

Gözlemci arası güvenilirlik için üç okuyucu arasındaki en yüksek uyum, ligamentin orijin yerinin ve insersiyon noktasının bulunduğu kesit numarasını tespit etmek için belirlenir. Kontrol grubunda, kesit numaraları orijin için -1, -2 ve -3 iken hastalarda A, -1 ve -2 idi. İnsersiyon noktasının tespiti için, kontrol grubunda bulunduğu kesit numaraları -5, -6 ve -7 iken hastalarda -6, -7 ve -8 idi. En zayıf uyum, USL'lerin görünürlük puanının değerlendirilmesinde gözlemlendi.

Tartışma

Ani idrar kaçırma genellikle anormal detrüsör kas fonksiyonu veya sinirsel uyarımı ile ilişkilendirilir [19]. Ancak yapılan son çalışmalar, UUI'yı açıklamak için alternatif hipotezler sunmuş ve olası tedaviler için cerrahi yöntemleri araştırmıştır. Bilhassa, 2012 yılında Jäger ve meslektaşları, UUI'nın USL'lerin gevşekliğine bağlanabileceği hipotezini öne sürdüler [10, 20]. Çalışmamızda, hastalarda (sağ USL = 38 ± 11 mm, sol USL = 35 ± 12 mm) kontrol grubuna (sağ USL = 22 ± 9 mm, sol USL = 18 ± 9 mm) kıyasla USL'lerin ortalama uzunluğunda önemli bir farklılık gözlemledik. Bu da, hastalarda belirgin olarak daha uzun ligamentlerin olduğunu gösterdi. Bu

bulgular, USL gevşekliğinin UUI ile ilişkili olabileceğini öne süren önceki önerilerle uyusmaktadır [10, 11].

Kontrol ve hasta alt grupları arasındaki karşılaştırma, bu hipotezi daha da güçlendirdi. Hem kontrol B hem de hasta U2 alt grupları pelvik organ prolapsusu (POP) sergiledi. Fakat önemli bir USL uzunluk farkı vardı, U2 alt grubunda daha uzun ligamentlere rastlandı. B grubunda sağ USL'lerin ortalama uzunluğu 19 ± 7 mm ve sol USL'lerin uzunluğu 19 ± 7 mm idi. Buna karşılık, U2 alt grubunda sağ USL'lerin uzunluğu 32 ± 9 mm ve sol USL'lerin uzunluğu 32 ± 9 mm idi. Bu veriler, ligament uzunluğundaki artışın UUI ile ilişkili olabileceğini göstermektedir. Bunun aksine, hasta alt grubu U1 ile U2 arasında POP varlığına rağmen, USL uzunluğu açısından anlamlı bir fark bulunamadı. U1'in sağ USL uzunluğunun 40 ± 14 mm ve sol USL uzunluğunun 36 ± 1 mm idi. Benzer şekilde, POP belirtisi olmayan kontrol alt grupları A ile U1 arasındaki karşılaştırmalar istatistiksel açıdan önemli sonuçlar koydu. U1 grubunda daha uzun USL uzunluğu görüldü. Bu bulgular, POP'un daha uzun USL'lerle ilişkili olmayabileceğini desteklerken UUI'nın patogeneğinde USL gevşekliğinin önemli derece etkisi olduğunu vurgular.

USL özelliklerinin analizinde bir grid sistemi kullanma kararımız, normal anatomi ile az görülen anatomik varyantları ayırt etmek ve ligament uzunluğunu hesaplamak için. Çalışmamızdaki kontrol grubundaki USL'lerin ortalama uzunluğu, Umek ile meslektaşların tarafından 2004'te ve Chen ile meslektaşları tarafından 2013'te belirtilen ölçümlerle oldukça uyumludur fakat sağ USL, sol USL'den nispeten daha uzundur [12, 14]. Bu anatomik varyasyon, sigmoid kolon un ve bağırsak askısının sol pelvikte bulunması sonucu o kısımda USL için daha az yer bırakmasından kaynaklanabilir [21, 22]

Sonuçlarımız, kontrol grubundaki kadınlarda USL'lerin en sık orjin aldığı yerlerin hem vajina hem serviks (sağda %76, solda %73) olduğunu gösterdi. Bu, Umek ve arkadaşlarının 2004 yılında ortaya koyduğu (61 kadından %63'ünün benzer USL orijin noktaları olduğu) verilerle uyuyor [12]. Ancak, UUI tanısı konmuş hastalarda (sağda %48, solda %44), USL'nin en sık orjin yeri daha alt bir seviyedeydi (vajina) ve UUI hastalarında USL'lerin daha uzun olduğunu ortaya koyuyordu.

Kontrol grubundaki USL'lerin en yaygın insersiyon noktaları SSLC (sağda %72, solda %53) idi. Bu, USL anatomik insersiyon noktasının vakaların %82'sinde SSLC kompleksi olduğunu bildiren Umek ve meslektaşlarının bulgularıyla uyuyor [12, 23]. Sonuçlarımız, aynı zamanda, UUI hastalarında en yaygın USL insersiyon noktalarının SSLC (sağda %56, solda %52) olduğunu gösterdi.

Grid sistemi kullanarak, USL'lerin orjinlerinin görülebildiği kesit numaralarının (seviyelerinin) UUI hastalarında kontrol grubu katılımcılarından daha yaygın olarak düşük seviyede, USL insersiyonunusa daha yaygın bir şekilde yüksel seviyede olduğunu gözlemledik. Bu, semptomatik hastalarda artmış USL uzunluğu ve gevşekliği arasındaki ilişkiyi daha da destekler ve USL uzunluğunun UUI gelişimine katkıda bulunan bir faktör olabileceğini öne sürer.

T2 ve PD ağırlıklı görüntüler arasında görünürlük puanı açısından istatistiksel açıdan önemli bir fark bulamadık. Bu da, her iki sekansın da USL değerlendirmesi için etkili bir şekilde kullanılabileceğini göstermektedir.

Gözlemci arası güvenilirlik hakkında bulgularımız orjin ve insersiyon yerlerinin (kontrol grubu -1, -2 ve -3; hasta grubu A, -1 ve -2) kesit sayıları (seviyesi) ve USL'nin tanımlanabildiği kesitlerin sayısında kabul edilebilir ile iyi tanımlarında uyumluluk gözlemlendi. Bu uyum, ölçüm için güvenilir ve standartlaştırılmış bir yöntem olan grid sisteminin kullanımına dayandırılabilir. Ancak, en zayıf uyum USL'lerin görünürlük puanının değerlendirilmesinde gözlemlendi çünkü bu subjektif bir nokta ve grid sistemi kullanılarak elde edilemez.

TARTIŞMA VE SONUÇ:

Bilgimiz dahilinde, bu çalışma UUI'nın patofizyolojisine katkıda bulunan bir faktör olarak laks uterosakral ligamentlerin (USL), radyolojik kanı kullanılarak MRI aracılığıyla ilk tespittir. Ancak, çalışmamızın sınırlamaları olduğunu kabul ediyoruz. Öncelikle, UUI grubu için örnek büyüklüğü nispeten küçüktü. Bu, sonuçlarımızın güvenilirliğini saptamak için miks (stres ve sıkışma) inkontinans vakalarını hariç tuttuğumuz sıkı bir seçim sürecimizin bir sonucuydu.



Bulgularımızı doğrulamak için daha büyük örnek grupları ile daha fazla araştırma yapmak gerekmektedir. Ayrıca, grid sistemi, eğitilmiş olmayan radyologlar için bir zorluk oluşturabilir. Ancak, farklı deneyim seviyelerine sahip gözlemciler, en yaygın görülen görüntülerde ligamenti algılayabildiğini belirtmişlerdir. Çalışmamızın başka bir sınırlaması da sonuçlarımızı destekleyecek cerrahi veri eksikliğidir, cerrahi sonuçları doğrulamak için daha fazla postoperatif MRI değerlendirmesi gerekmektedir.

Sonuç olarak mevcut bulgularımız, artan USL uzunluğu ve UUI arasında doğrudan bir ilişki olduğunu desteklemektedir. Bu da, UUI'nın patogenezi hakkındaki fikirlerimizi geliştirebilir ve özellikle tedavisi güç UUI vakalarında tedavi yöntemlerini genişletebilir.

11. Ulusal ÜROJİNEKOLOJİ KONGRESİ



8-10 Kasım 2024
Marriott Hotel Şişli - İstanbul

www.urojenekoloji2024.org

Mixovul

Metronidazol 750 mg
Mikonazol Nitrat 200 mg
Lidokain 100 mg

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

Tinidazol
Tiokonazol
Lidokain

Farklı
KADINLAR

Farklı
TEDAVİLER



BİL7896MIX76



Kısa Ürün Bilgisi özeti için QR KODU okutabilirsiniz.

bilim
İL A Ç

bilimsel
paydaş

RECONSTRUCTIVE SURGERY FOR WOMEN WITH FEMALE GENITAL MUTILATION: A SCOPING REVIEW

Aurora Almadori, Stefania Palmieri, Catrin Evans, Soheir Elneil, Juliet Albert.

Henan University of Chinese Medicine, Zhengzhou, China.

BİR BAKIŞTA BU MAKALENİN ÖNEMİ:

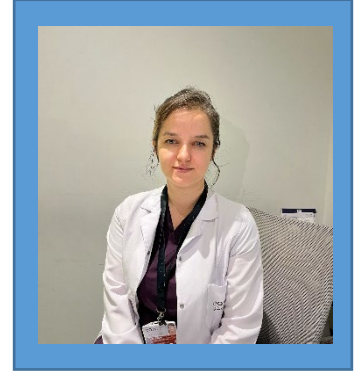
Genital mutilasyon özellikle Afrika kıtasından halen çok büyük bir halk sağlığı sorunu oluşturmaktadır. Bununla birlikte işlem sonrası kadınların ilerleyen yıllardaki rekonstrüktif operasyonlarının akıbeti hakkındaki datalar son derece sınırlıdır.

MEVCUT LİTERATÜRDEKİ BİLGİ NE DİYOR?

Genital mutilasyon sonrası yapılan rekonstrüktif operasyonların sonuçlarına ilişkin tıbbi veriler hem çelişkili hem de yetersiz düzeydedir. Bu konu ile ilgili mevcut çalışmaları ya vaka serilerinden ya da izole olgu sunumlarından takip etmek durumunda kalıyoruz çoğu zaman.

BU MAKALENİN TIBBİ LİTERATÜRE KATKISI NEDİR?

Daha fazla araştırma ve klinik araştırmaya ihtiyaç vardır. Sonuçlar ameliyat sonrası cinsel fonksiyonda ve yaşam kalitesinde iyileşme olduğunu gösterse de kanıtlar sınırlıdır. Kadın sünnetinden sağ kurtulanlar için cerrahi rekonstrüksiyonun savunulması, sağlık eşitsizliklerinin giderilmesi ve potansiyel maliyet etkinliği açısından hayati öneme sahiptir.



Uzm. Dr. Ayşenur Kaptan KAYA

Bursa Özel Doruk Nilüfer
Hastanesi

BJOG June 2024





ÖZET:

Arka plan: Kadın sünneti (FGM) küresel bir halk sağlığı sorunudur. Ancak birçok ülkede rekonstrüktif cerrahi hala mevcut değildir.

Amaçlar: Joanna Briggs Enstitüsü (JBI) ilkelerinin rehberliğinde yapılan bu kapsamlı inceleme, kadın sünneti için rekonstrüktif cerrahinin endikasyonlarını, sevk yollarını, uygunluğunu, bakım yollarını ve klinik sonuçlarını araştırıyor.

Arama stratejisi: Tıbbi Konu Başlıkları (MeSH) terimleri ve konu başlıkları EMBASE, MEDLINE, SCOPUS, Web of Science ve kamuya açık araştırma kayıtlarında arandı.

Seçim kriterleri: Kadın sünneti için rekonstrüktif cerrahi ve bunun kadınlar üzerindeki etkisini ele alan, Haziran 2023'ten önce yayınlanmış herhangi bir birincil deneysel ve yarı deneysel çalışma.

Veri toplama ve analizi: Arama sonuçlarından yinelenenler çıkarıldıktan sonra başlıklar ve özetler tarandı ve veriler çıkarıldı. Anlaşmazlıklar panel tartışmasıyla çözüldü. Sistemik incelemeler ve Meta Analizler için Tercih Edilen Raporlama Öğeleri (PRISMA) akış şeması, arama sonuçlarını ve dahil etme sürecini gösterir.

Ana sonuçlar: Toplam 40 çalışma dahil edildi. Çalışmaların %40'ında (16/40) multidisipliner ekipler yer alırken, %37,5'inde (15/40) psikoseksüel danışmanlık hizmeti sunuldu. Foldes tekniği kullanılarak yapılan klitoral rekonstrüksiyon baskındı (%95, 38/40). Toplam 7274 kadına bir tür yeniden yapılanma uygulandı. Vakaların %94'ünde ameliyat sonrası iyileşme bildirildi (6858/7274). Komplikasyon oranı %3'tü (rekonstrüksiyon yapılan 207/7722 kadın).

Sonuçlar: Daha fazla araştırma ve klinik araştırmaya ihtiyaç vardır. Sonuçlar ameliyat sonrası cinsel fonksiyonda ve yaşam kalitesinde iyileşme olduğunu gösterse de kanıtlar sınırlıdır. Kadın sünnetinden sağ kurtulanlar için cerrahi rekonstrüksiyonun savunulması, sağlık eşitsizliklerinin giderilmesi ve potansiyel maliyet etkinliği açısından hayati öneme sahiptir.

INTRODUCTION:

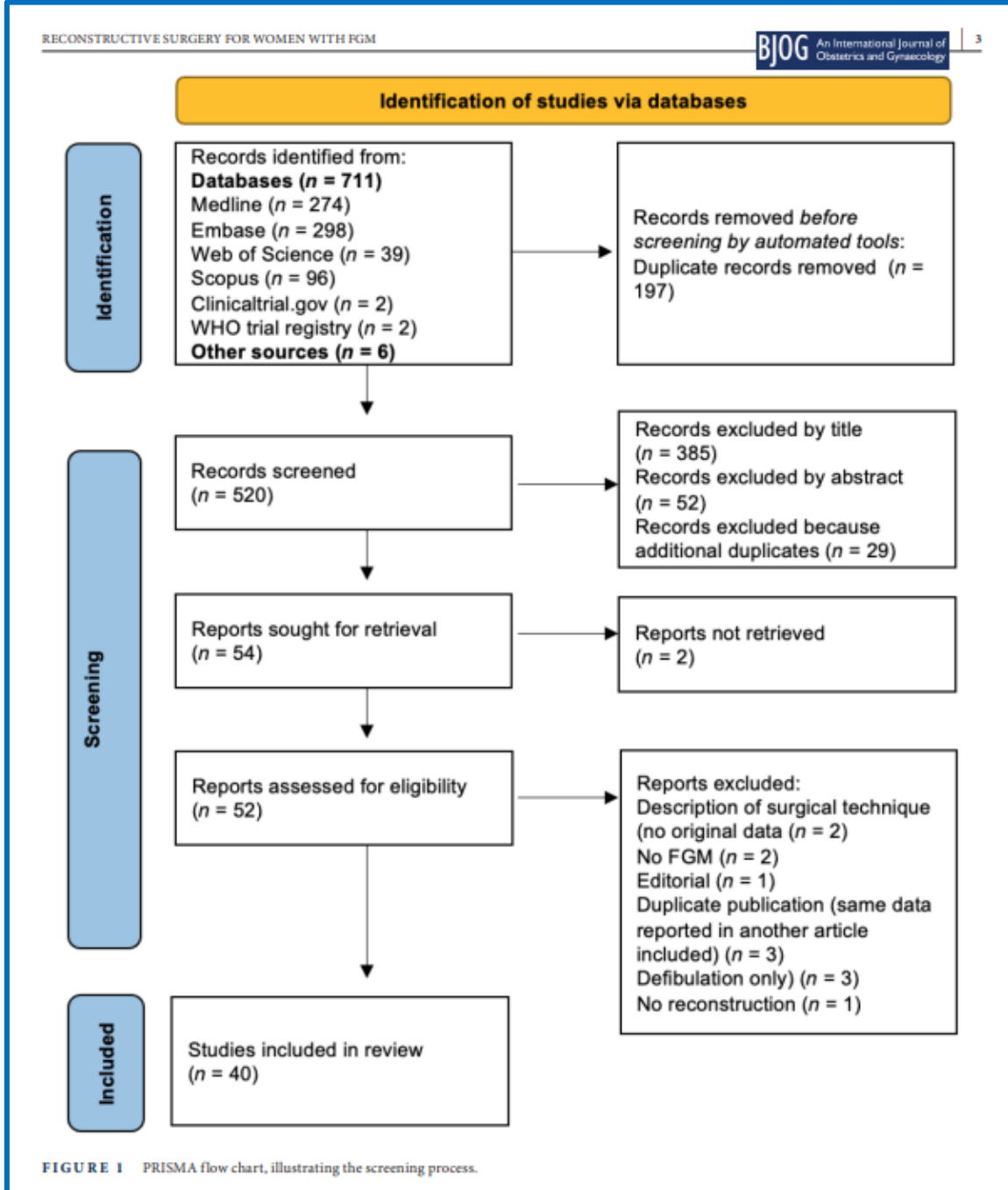
Kadın sünneti (FGM), tıbbi olmayan nedenlerle dış cinsel organın kısmen veya tamamen çıkarılmasını içeren ciddi bir halk sağlığı sorunudur. Kadın sünneti, Şekil 2'de gösterilen tip 1-3 ile dört türe ayrılmıştır. Kadın sünneti bir insan hakları ihlalidir ve ağırlıklı olarak Afrika, Orta Doğu ve Asya'da olmak üzere dünya çapında 230 milyon kadını etkilemektedir, aynı zamanda kadın sünnetinin geleneksel olarak uygulanmadığı bölgelerde de bulunmaktadır.

Rekonstrüktif cerrahi, kadın sünnetinin tipine ve kapsamına bağlı olarak klitoris ve/veya iç ve/veya dış dudakların yeniden yapılandırılmasını içerir. Şu anda İngiltere dahil pek çok ülkede yeniden inşa mümkün değil. Bununla birlikte, Fransa'da 1998'den bu yana mevcuttur ve şu anda Avrupa, Afrika ve ABD'nin bazı bölgelerinde kamu sağlık sistemleri veya hayır kurumları/özel sektör aracılığıyla çeşitli ülkelerde mevcuttur. Mevcut yeniden inşa hizmeti sunumundaki değişkenliğin bir nedeni, farklı ülkelerdeki sağlık hizmetleri rehberliği ve görevlendirme organlarının farklı sonuçlara ulaşmasıyla kanıt düzeyi ile yenilik arasındaki gerilimde yatmaktadır. Rekonstrüktif cerrahi, cinsel organların görünümünü ve cinsel işlevini eski haline döndürmenin yanı sıra psikolojik sağlığı da iyileştirmeyi amaçlar. Klitoral rekonstrüksiyonun (CR) tek başına veya labial rekonstrüksiyonla birlikte genital ağrıyı tedavi etmeye, cinsel zevki artırmaya ve uzun vadede cinsel ilişkileri, yaşam kalitesini ve psikolojik sağlığı iyileştirebilecek vücut imajı kaygılarını gidermeye yardımcı olabileceğine dair artan kanıtlar vardır.

İngiltere'de 137.000 kadının kadın sünneti yaptırdığı tahmin ediliyor. Şu anda, Birleşik Krallık'taki Ulusal Sağlık Hizmeti (NHS) defibülasyon veya kist çıkarılmasını önermektedir, ancak tam kadın sünneti rekonstrüksiyonu henüz devreye alınmamıştır. Bununla birlikte, Birleşik Krallık'ta yaşayan kadın sünnetinden etkilenen topluluklarda yeniden yapılanma ameliyatına yönelik artan bir talep var; bazı kadınlar ameliyat olmak için yurtdışına seyahat ediyor veya bakımın düzensiz ve hasta için maliyetli olduğu özel sektörde yeniden yapılandırmaya erişiyor. 2020 yılında, Bir Araştırma Çerçevesinde Klitoral Yeniden Yapılanma ve Duygusal Desteğe Erişimi Savunan gönüllü kolektif (ACERS-UK), Birleşik Krallık'ta kadın sünnetinden sağ kurtulanların bakım yönetimindeki bu boşluğu gidermek için JA ve SE tarafından kuruldu. Mevcut kapsam belirleme incelemesi, kadın sünneti mağdurları için yeni bir ulusal yeniden yapılanma hizmetinin (fgmnetwork.org.uk/fgm-reconstruction-surgery) geliştirilmesine bilgi vermek amacıyla multidisipliner ekibin araştırma yolunun bir parçasını oluşturmaktadır.

Bu kapsam belirleme incelemesinin temel amaçları, rekonstrüktif cerrahi endikasyonları, sevk yolları, uygunluk kriterleri ve bakım yolları dahil olmak üzere gelecekteki klinik araştırmaların tasarımı

için minimum kriterleri tanımlamaktı. İkincil amaç ise bakım modellerini, klinik sonuçları ve bunları değerlendirmek için kullanılan metodolojileri tanımlamaktı.



MATERYAL VE METOD:

Bu kapsam belirleme incelemesi, Joanna Briggs Enstitüsü'nün (JBI) metodolojik rehberliğine uygun olarak gerçekleştirildi. Protokol, Açık Bilim Çerçevesi'ne ileriye dönük olarak kaydedildi.

Araştırma stratejisi:

Profesyonel bir akademik tıp kütüphanecisinin desteğiyle oluşturulan arama stratejisi, kadın sünneti rekonstrüktif cerrahisiyle ilgili konu başlıklarını ve metin sözcüklerini içeriyordu.

Aranan veritabanları arasında EMBASE (OvidSP), MEDLINE (OvidSP), SCOPUS, Web of Science ve kamuya açık deneme kayıtları (ClinicalTrials.gov ve WHO Uluslararası Klinik Araştırmalar Kayıt Platformu) yer almaktadır. EMBASE, MEDLINE, SCOPUS ve Web of Science için arama stratejisi Tablolar S1–S4'te gösterilmektedir. Arama Haziran 2023'te gerçekleştirildi.

Uygunluk kriterleri:

Kadın sünneti rekonstrüktif cerrahisini ve bunun kadınlar üzerindeki etkisini ele alan yayınlanmış herhangi bir birincil deneysel ve yarı deneysel yayınlanmış çalışma tasarımı uygun kabul edildi. Nitel verilere odaklanan çalışmaları da değerlendirdik. Arama dille sınırlı değildi ve gerekirse Baulk ve diğerleri tarafından doğrulanan Google Translator (Google, Mountain View, CA, ABD) kullanıldı.

Veri çıkarma:

Tespit edilen alıntılar EndNote 9'a (Clarivate, Philadelphia, PA, ABD) yüklendi ve kopyalar kaldırıldı. Başlıklar ve özetler daha sonra iki bağımsız incelemeci (AA ve JA) tarafından tarandı. Veriler dört incelemeci (SP, CC, AA ve JA) tarafından çıkarıldı. Her türlü anlaşmazlık panel tartışması yoluyla çözüldü. Arama sonuçları ve çalışmaya dahil etme süreci, PRISMA yönergelerine uygun olarak, Sistemik incelemeler ve Meta-Analizler (PRISMA) akış şeması için Tercih Edilen Raporlama Ögeleri'nde (Tablo S5) sunulmaktadır.

Birden fazla yazar birden fazla yayın yayınlamıştır. Bu durumlarda, ilgili yazarlara ulaşıldı ve kadın kohortunun farklı çalışmalar arasında kopyalanıp kopyalanmadığının açıklığa kavuşturulması istendi ve tekrarlanan veriler hesaplamalardan çıkarıldı.

SONUÇLAR:

Tarama süreci

Tanımlanan 717 referanstan dahil edilme kriterlerimize uyan 40 çalışma dahil edildi. Tarama işleminin ayrıntıları Şekil 1'de gösterilmektedir.

Dahil edilen çalışmaların özellikleri

Dahil edilen 40 makale (Tablo 1) dergi makaleleri (n=31), özetler (n=8) ve kitap bölümlerinden (n=1) oluşmaktaydı. Çalışmaların coğrafi dağılımı şu şekildedeydi: 10'u Fransa'da yapıldı; İsviçre'de yedi; İspanya'da dört; üçü Mısır ve Sudan'da; iki Belçika, ABD, İsveç ve Burkina Faso'da; biri Kanada, Senegal ve Hollanda'da; biri Fransa, Belçika ve İsviçre arasındaki bir işbirliğiydi; ve biri İtalya ile Birleşik Krallık arasındaki bir işbirliğiydi.

TABLE 3 Domains for seeking surgical reconstruction and improvement after reconstruction.

Domain	No. of studies	Patients assessed	Patients improved	%
Sexual function	14	3205	1121	35%
Pain	7	506	102	20%
Body image	2	36	25	69%
Vulval appearance (patient assessed)	6	139	89	64%
Vulval appearance (clinician assessed)	5	2975	2765	93%
Intimate relationship	2	33	25	76%
Self-esteem	1	45	35	78%

Çalışmalara genel olarak düşük kabul edilen bir kanıt düzeyi atanmıştır; 12 çalışma (%30) düzey5'te, 23 çalışma düzey 4'te (%57,5), dört çalışma düzey 3'te (%10) ve bir çalışma düzey2'dedir (%2,5 (Tablo 1). Hiçbir randomize kontrollü çalışma (RKÇ) yoktu ve sadece bir tane sıkı prospektif kohort çalışması vardı. Altı makale (%15) yalnızca bir katılımcının yer aldığı vaka raporlarıydı, 14 makale (%35) ondan az kadın içeren vaka serileriydi, biri beş katılımcıyı içeren bir kitap bölümüydü ve iki makale katılımcı içermiyordu (biri bir anket üzerine rapor edildi) cerrahların ve bir diğeri de hizmet tanımıydı). Birden fazla çalışma arasında tekrarlanan hastalar çıkarıldıktan sonra, dahil edilen toplam kadın sayısı 7722 oldu; bunlardan 7274'ü yeniden inşa edildi (Tablo 1). Fazari ve ark. 3750 kadını içeriyordu, Foldes ve ark. 2938 kadın dahil,3 Merckelbagh ve ark. 169 vaka rapor edildi ve Thabet ve ark. 147 vaka rapor edilmiştir. Diğer tüm çalışmalar 100'den az vakayı içermektedir. Yayınlanma tarihleri 2003 ile 2023



arasında değişmekle birlikte %75'inin (30/40) 2015'ten sonra yayınlanması bu konuya olan ilginin arttığını göstermektedir.

Dahil edilen kadınların sosyodemografik özelliklerinde önemli farklılıklar vardı (Tablo 2). Bazı çalışmalar menşe ülkesini bildirirken, diğerleri etnik kökeni bildirmiştir. En fazla sayıda kadın Burkina Faso'dan (n=167), onu Mısır (n=54), Mali (n = 71), Senegal (n = 52), Somali (n = 34), Gine Bissau (n =) takip etti. 30), Eritre (n = 29), Fildişi Sahili (n = 24), Gine (n = 12), Sudan (n=8), Sierra Leone (n=5), Gambiya ve Irak (n=2) ve Mali ve Etiyopya (n = 1).

Ortalama hasta yaşı 23,3-44,5 olup, yaş aralığı 19-35'tir. İstisnalar arasında Abramovic ve ark.18 ve Diouf ve ark. vardı; yaş aralıkları 13–29 ve 14–38 arasındaydı ve bu da 18 yaşın altındaki kızların rekonstrüksiyon ameliyatı geçirdiğini ima ediyordu.

Kadınların çoğunluğu tip2 (n=362) veya tip3 (n=190) kadın sünneti olarak sınıflandırıldı. Altmış iki kadın tip1 FGM'ye sahip olarak sınıflandırıldı ve beş kadın da tip4 FGM'ye sahip olarak sınıflandırıldı. Beş çalışma, Dünya Sağlık Örgütü'nün (WHO) 2a, 2b, 3a, 3b ve 3c alt tip açıklamalarını kullanmıştır. Bir çalışma, kadın gruplarını 'psödoinfibülasyonlu tip2' ve 'psödoinfibülasyonsuz tip2' olarak ayırmıştır ve bunu açıklayacak net bir anatomik tanımlama yoktur. 'psödoinfibülasyon' ile kastedilen şey.

izlem ve Bakım modeli

Bakım modeli, ideal olarak müdahale/televi aşamalarından geçerken hasta için en iyi uygulamaları içeren, hizmetleri organize etmek ve sağlamak için tasarlanmış sistem olarak tanımlanır.

Kadın sünneti sonrası cerrahi rekonstrüksiyon arayışına yönelik alanlar

Dahil edilen 40 çalışmanın 38'i kadınların yeniden yapılanma arayışının nedenlerini bildirdi. Ana faktörler %70 (28/40) cinsel fonksiyon, %38 (15/40) anatomi/kozmetik görünüm, %28 (11/40) vücut imajı ve %28 (11/40) ağrı idi. Bunları %13 (5/40) ile psikolojik durum, %5 (2/40) ile duygusal iyilik hali, %3 (1/40) ile vücut bütünlüğü ve 'kendini bütün hissetme', %3 (1/40) ile geçmişle barışma takip etti. 40), ilişkiler %3 (1/40) ve özsaygı %3 (1/40).

Yönlendirme yolları

Dahil edilen 40 çalışmadan hastaların %22,5'i (9/40) kendi kendine sevk etmiş ve %15'i (6/40) "karışık" bir sevk yoluna (örn. kendisi, pratisyen hekimin yönlendirdiği ve diğer uzmanlar tarafından sevk edilmiş) sahipken, 62,5'i (6/40) % (25/40) hastaların rekonstrüktif hizmete hangi yönlendirme yoluyla ulaştığını belirtmedi.

TABLE 4 Complication rates.

Complication	No. of studies	No. of complications	%
Haematoma	5	164	2.13%
Wound infection	4	15	0.19%
Urinary tract infection	1	1	0.01%
Acute urinary retention	1	1	0.01%
Wound/suture dehiscence	3	165	2.14%
Readherence/readhesion of clitoris	2	3	0.03%
Partial necrosis	1	2	0.02%
Keloid on operative scar	1	1	0.01%
Hyperaesthesia	1	1	0.01%
Post-traumatic stress disorder	2	2	0.03%
Pain	2	2	0.02%

Bakım ve izlem basamakları

Çalışmaların %40'ında (16/40) ameliyat öncesi randevu programı, cerrahlar, ebeler, psikologlar, psikiyatristler ve cinsel danışmanlardan oluşan multidisipliner bir ekip (MDT) yaklaşımını içeriyordu. Çalışmaların %7,5'inde (3/40) cerrahi ekiple sadece bir randevu sonrasında ameliyat gerçekleştirildi. Araştırmaların %52,5'inde (21/40) randevu sayısı belirtilmemiştir. Araştırmaların %37,5'inde (15/40) psikoseksüel danışmanlık belirtildi. Bununla birlikte, kaç tanesine terapi teklif edildiği, kaç tanesine terapi uygulandığı açık değildir: örneğin, 30 kadını kapsayan bir çalışmada bunun istendiğinde ayarlandığı belirtilmişken, 18 diğer bir çalışmada tüm katılımcılara cinsel danışmanlığın önemi tavsiye edilmiş ancak bu sağlanmamıştır. CeMAViE (Centre Médical d'Aide aux Victimes de l'Excision) hizmeti, kadınların devlet tarafından finanse edilen ücretsiz CR'den yararlanabilmesi için beş zorunlu psikoseksüel danışmanlık seansını içeren bir bakım modelini açıklamaktadır.



Uygunluk kriterleri:

Bir hastayı ameliyat için uygun kabul etme kriterleri oldukça değişkendi ve 'hastanın bilgilendirilmiş onam imzalayabilmesinden', hastanın yeniden yapılandırmaya devam etmeye uygun olduğuna dair MDT anlaşmasına kadar uzanıyordu.

Kadın sünneti sonrasında rekonstrüktif cerrahi teklif etmeme nedenleri:

Çalışmaların çoğunluğu (%77,5, 31/40) belirli hastalara ameliyat önermeme nedenlerini belirtmedi veya bu dahil etme kriteri çalışma için geçerli değildi (yani yalnızca ameliyat olan hastalar analize dahil edildi).

Çalışmaların %12,5'inde (5/40) ilk danışmanlık sonrasında hastanın devam etmeme kararı alması nedeniyle rekonstrüksiyon ameliyatı yapılmadı; Çalışmaların %10'unda (4/40) klinik ekip tarafından gereksiz görüldüğü veya diğer tıbbi nedenler nedeniyle ameliyat yapılmadı.

Cerrahi ekip:

CR uygulayan cerrahlar en sık jinekologlardı (%65), bunu plastik cerrahlar (%20) ve ürologlar (%5) takip ediyordu. Dört çalışmada (%10) işlemi gerçekleştiren cerrahın türü belirtilmedi.

Yeniden yapılanma türü

Derlenen çalışmaların çoğunluğu (%95, 38/40) çoğunlukla Foldes tekniği veya varyasyonlarını kullanan CR'den oluşuyordu. Wilson CR'yi ve duysal labial flep ile kaplamayı tanımladı ve Manero vajinal greft transpozisyonu ile klitoro-labial rekonstrüksiyonu tanımladı.35 Bir çalışma yalnızca labia minör rekonstrüksiyonunu (%2,5) içeriyordu ve bir çalışma FGM sonrası tedavi edilen vulval skarları ele aldı. klitoris/labia minör/labia majoraya (%2,5) otolog yağ grefti ile.19 CR, vakaların %25'inde labial rekonstrüksiyon veya deinfibülasyon ile birlikte, vakaların %12,5'inde klitoral kistlerin çıkarılmasıyla ve Postoperatif klitoral epitelizasyonu (%5) iyileştirmek için trombosit açısından zengin plazma (PRP) ile kombine edilen iki çalışmada. İntraoperatif olarak şu anestezi türleri kullanıldı: genel (%30), spinal (%12,5), bilinçli sedasyon (%2,5), lokal (%5) ve pudental sinir bloğu (%2,5). Geriye kalan çalışmalarda kullanılan anestezi tipi belirtilmemiştir.

Ameliyat sonrası bakım

Ameliyat sonrası tedavi planı aşağıdakilerden bir veya daha fazlasının kullanımını içeriyordu: analjezikler (çalışmaların %15'inde belirtilmiştir), antibiyotikler (%15), dezenfektanlar/antiseptikler (%7,5), cinsel danışmanlık (%5), lidokain/basitrasin merhem (%5), steroid hormon kremi (%2,5) ve antikoagülanlar (%2,5). Bazı yazarlar kateter yerindeyken birkaç gün yatak istirahati (%2,5), 17 güne kadar işten izin almayı (%2,5), birkaç gün düşük aktivite (%2,5) veya hastalara genellikle kişisel bakım ve/veya yara pansumanı konusunda tavsiyeler. Takip süresi 6 hafta ile 5 yıl arasında değişmekte olup çalışmaların çoğunluğunun (17, %42,5) 3-12 ay takip süresi olduğu görülmüştür.

14 BJOG An International Journal of Obstetrics and Gynaecology		ALMADORI ET AL.
TABLE 6 Recommended minimum criteria for future studies reporting on reconstruction for female genital mutilation (FGM).		
Sociodemographic information		<ul style="list-style-type: none">• Age (mean with standard deviation)• Ethnic origin (rather than country of origin)• WHO description of FGM type
Model of care		<ul style="list-style-type: none">• MDT• Psychosexual therapy (including how many took up psychosexual counselling)
Pre- and postoperative management		<ul style="list-style-type: none">• Analgesia• Antibiotics• Wound dressing• Self-care
Surgical technique (description of the technique in correlation with the type of FGM)		<ul style="list-style-type: none">• Clitoral• Labial• Clitoral + labial• Other• Type of FGM
Outcome assessment (with validated tools)		<ul style="list-style-type: none">• Patient-based• Physician-based• Other qualitative/quantitative
Effectiveness and safety		<ul style="list-style-type: none">• Effectiveness• Complications rate• Complication grade

Sonuçlar:

Verimlilik

40 çalışma boyunca 7274 kadına yeniden yapıcı cerrahi uygulandı. Bunların arasında %94'ünün (6858) ameliyattan sonra 'iyileştiği' bildirildi. İyileşme oranı çalışmalar arasında ortalama %90 (\pm %0,15) ile %46 ile %100 arasında değişiklik gösterdi. 16 çalışmada bildirilen iyileşme oranı %100'dür.

Altı çalışma, toplam 3862 hasta için (iyileşen kadınların %56'sı) iyileşme alanını belirtmedi. 2996 hastayı kapsayan geri kalan çalışmalarda (iyileşen kadınların %44'ü), şu alanlarda iyileşmeler rapor edilmiştir: cinsel işlev %35 (değerlendirilen 3205 kişiden 1121'i iyileşti), ağrı %20 (değerlendirilen 506 kişiden 102'si iyileşti) , vücut imajı %69 (değerlendirilen 36 kişiden 25'i iyileşti), kadınlar tarafından değerlendirilen vulval görünüm %64 (değerlendirilen 139 kişiden 89'u iyileşti), doktorlar tarafından değerlendirilen vulval görünüm %93 (değerlendirilen 2975 kişiden 2765'i) , yakın ilişkiler %76 (değerlendirilen 33 kişiden 25'i geliştirdi) ve özsaygı %78 (değerlendirilen 45 kişiden 35'i geliştirdi) (Tablo 3).

CR uygulanan 28 kadını içeren bir çalışmada, ana sonuç, yeniden yapılanma geçirmeyen 56 kadından oluşan bir kontrol grubuyla karşılaştırıldığında, yeniden yapılanma geçiren kadın sünneti sağ kalanlarındaki doğumla ilişkili riski değerlendirdi. Yeniden yapılanma grubundaki kadınların kontrol grubundaki kadınlara (28/44, %63,6) göre önemli ölçüde daha az epizyotomiye ihtiyaç duyduğunu (5/17, %29,4) bulmuşlardır ($P=0,02$), bu da CR'nin epizyotomi riskini azaltabileceğini göstermektedir ($P=0,02$). OR0,15, %95CI 0,04–0,56, $P<0,01$). CR grubunda hastaların %47'sinde doğumdan sonra sağlam bir perineye sahip olma olasılığı 3,46 kat artırılabilir (%95 GA 1,04–11,49, $P = 0,04$).

Komplikasyon oranı

Çalışmaların %35'inde (14/40) komplikasyon rapor edildi ve komplikasyon oranı %3'tü (ameliyat edilen 7274 kadından 207'si komplikasyon). Bildirilen komplikasyonlar arasında yara veya dikiş açılması (%2,14), hematom (%2,13), yara enfeksiyonu (%0,19), klitoris yeniden yapışması (%0,03), kısmi klitoral nekroz (%0,02), ağrı (%0,02), travma sonrası stres bozukluğu (%0,02), keloid yara izi (%0,01), hiperestezi (%0,01), İYE (%0,01) ve akut idrar retansiyonu (%0,01)

Değerlendirme araçları

Sonuçları değerlendirmek için kullanılan yöntemlerde büyük farklılıklar vardı (Tablo 5). Doğrulanmış araçlar 40 çalışmanın yalnızca yedisinde (%17,5) kullanıldı. En çok kullanılan araç, altı çalışmada (%15) benimsenen Kadın Cinsel Fonksiyon İndeksi (FSFI) idi. Altı alandan oluşur: arzu, uyarılma, lubrikasyon, orgazm, tatmin ve ağrı. Bu alanlardan birinde ölçek kadın sünnetine uyarlanmıştır (%2,5), ancak bu revizyon doğrulanmamıştır. Doğrulanmış diğer araçlar arasında şunlar yer almaktadır: Kadın genital imajını değerlendiren Kadın Genital Benlik İmajı Ölçeği (FGSIS) (n=4, %10); cinsel yaşamla ilişkili sıkıntıyı değerlendiren Kadın Cinsel Sıkıntı Ölçeği (FSDS) (n = 2, %5); ve skar dokusunun varlığı da dahil olmak üzere anatomik tutulumun boyutunu değerlendiren Vulvar Mimari Skorlama Sistemi (VASS) (n=1, %2,5). Doğrulanmamış değerlendirme araçları arasında Foldès ölçeği (%5) ve Kasr El Aini cinsel anketi (%2,5) gibi Likert ölçekleri olan kimlik, ağrı, klitoral duyum, cinsel ilişki gibi genel soruları içeren ölçekler vardı. cinsel fonksiyon, cinsel tepki ve vulval görünüm.

Ana bulgular

Bakım modeline ilişkin bilgiler değişkendi ve hasta bakımının heterojen yönlerine odaklanıyordu. Örneğin, çalışmaların yarısından fazlası (%62,5) kadınların rekonstrüktif hizmetlere erişimde hangi yönlendirme yolunu kullandığını belirtmemiştir. MDT, çalışmaların çoğunda minimum bir cerrah ve akıl sağlığı uzmanından oluşan bir ekiple birincil bakım modeliydi.

Psikoseksüel terapi girdisine erişimin nihai olarak alınan tedavi üzerinde büyük bir etkisi olduğu görülüyor: adayların yaklaşık %25'i artan kişisel ve/veya cinsel tatmin nedeniyle ameliyata devam etmedi. Bu nedenle, psikoseksüel bileşen son derece önemlidir ve gereksiz tedavi ve ilgili maliyetlerden kaçınmak için, potansiyel olarak yeniden yapılanma sürecinde olan kadın sünnetinden sağ kalanların bakım yollarına bunun her zaman dahil edilmesi gerektiğini öneriyoruz.

Cerrahi sonuçlarla ilgili olarak, derlenen çalışmalardan elde edilen sonuçlar cesaret vericidir. Yeniden yapılanma arayışının ana alanları cinsel işlev, anatomi/kozmetik görünüm, vücut imajı ve ağrıydı. Bu incelemedeki sonuç değerlendirmeleri tüm bu alanlarda genel bir iyileşme olduğunu göstermektedir. En yüksek oran, doktorların %93'ü ve hastaların %64'ü tarafından iyileşme olarak değerlendirilen anatomik vulval görünümde rapor edildi. Bu rakamlardaki farklılık vulval bölgenin anatomik bilgi düzeyine bağlı olabilir. Doktorlar, kadınlara kıyasla iyileşmeden daha memnun olma eğilimindedirler; bunun nedeni, muhtemelen değerlendirmelerinin anatomik yapıların objektif bir dış değerlendirmesine dayanmasıdır; oysa bir kadının değerlendirmesi, cinsel organlara ilişkin ideal standartlarından etkilenebilir. Bu, genel olarak kadın popülasyonunda (FGM değil) vulval anatomik

varyasyonlar ve ameliyat sonrası görünümünden memnuniyet üzerine yapılan son araştırmalarla uyumludur.⁶⁰

Genel olarak, ameliyat için ana motivasyon kaynağı olmasına rağmen cinsel fonksiyondaki iyileşme yalnızca %35 idi. Bu, tüm katılımcılarda cinsel işlevin tamamen yeniden başlamasına izin vermeyen, gerçekçi olmayan beklentiler veya kısa süreli takip dahil olmak üzere birçok faktöre bağlı olabilir. Diğer alanlarla karşılaştırıldığında cinsel işlevdeki nispeten daha düşük iyileşmeye (%35) rağmen, yakın ilişkiler (%76), benlik saygısı (%78) ve vücut imajı (%69) gibi cinsel işlevle doğrudan ilgili olan diğer yönler önemli ölçüde iyileşti. . Bu sonuçlar cesaret vericidir çünkü artık cinsel işlevin yalnızca sağlam veya işleyen bir anatomiyle ilgili olmadığı iyice anlaşılmıştır; yüksek vücut saygısı ve cinsel aktivite sırasında dikkat dağınıcı düşüncelerin düşük sıklığı gibi diğer önemli yönler kritik bir rol oynar. Aslında araştırmalar, kişinin vücuduna yönelik kronik eleştirel dikkatin cinsel aktiviteyi etkileyebileceğini ve kadının cinsel işlevini engelleyebileceğini göstermiştir. Negatif genital algılar aynı zamanda cinsel sağlık üzerinde de zararlı bir etkiye sahip olabilir ve zayıf genital imaj, cinsel aktiviteler sırasında daha yüksek genital öz farkındalıkla ve dolayısıyla daha düşük cinsel saygı ve cinsel tatminle ilişkilendirilir. Ancak klitoral duyum bu yönde bir etki yaratmadı. Çalışmaların herhangi birinde ameliyat öncesi ve sonrası objektif olarak değerlendirilmiştir.

Derlenen çalışmalarda bildirilen genel komplikasyon oranı %3 olup, diğer jinekolojik ameliyatlar için bildirilen genel postoperatif komplikasyon oranından (%3,7) daha düşüktür.

Dil, olumlu, kapsayıcı ve güçlendirici mesajları iletmek için güçlü bir araçtır. Kelime dağarcığının yanlış kullanımı yanlış anlamalara ve kavram yanılgılarına neden olabilir. Örneğin, 'hayatta kalan' tabiri 'mağdur' yerine tercih ediliyor çünkü hem kadının yaşadığı şiddeti kabul ediyor hem de yeniden mağdur edilmekten kaçınıyor ve kadının bu şiddetin aşılmasındaki aktif rolünü güçlü bir şekilde vurguluyor. Benzer şekilde, cerrahi rekonstrüksiyondan bahsederken 'restore' sözcüğünden de kaçınılmalıdır çünkü yanıltıcı olabilir ve yanlış beklenti yaratabilir.

Güçlü yönler ve sınırlamalar

Bu çalışma bu konudaki ilk kapsam belirleme incelemesini temsil etmektedir. Temel gücü, kadın sünnetinden sağ kurtulanlarda cerrahi rekonstrüksiyon sonuçlarının cesaret verici olduğunu göstermesidir; rekonstrüksiyon uygulanan 7274 kadından 6858'i (%94) 'iyileşmiş' olarak rapor edilmiş ve nispeten düşük bir komplikasyon oranıyla (%3)). Ana sınırlamalardan biri, sonuç değerlendirmesinin yüksek heterojenliğiydi. Yalnızca sınırlı sayıda çalışma onaylanmış araçları benimsemiştir ve bu büyük bir endişe kaynağıdır. Bilim camiası, kadın sünneti mağdurlarında rekonstrüktif cerrahinin sonuçlarını bildirirken doğrulanmış araçları uygulayarak bir temel sonuç seti (COS) belirlemeye çalışmalıdır.

Anketler kadın sünnetine uyarlanmalı ve bu kadın grubunun değerlendirilmesine uygunluklarını artırmak için doğrulanmalıdır.

YORUM:

Kadın sünneti (FGM), diaspora ülkeleri de dahil olmak üzere dünya çapında giderek artan bir endişe konusudur. Kadın sünnetinden sağ kalanlarda dış genital organların biçimini ve işlevini yeniden eski haline getirmek için CR (tek başına veya labia minör rekonstrüksiyonuyla birlikte) dahil olmak üzere birçok cerrahi teknik mevcuttur. Benzer teknikler Birleşik Krallık'taki Ulusal Sağlık Hizmeti (NHS) gibi kamu sağlığı sistemlerinde diğer birçok klinik senaryo için (örn. liken skleroz, cinsiyet değiştirme ameliyatı veya kanser sonrası vulva ameliyatı için) mevcuttur, ancak kadın sünneti olan kadınlar bu tekniklere erişemez. bazı yüksek gelirli ülkelerde bu yeniden yapılandırma teknikleri kullanılıyor ve bu ayrımcı olarak görülebilir.

Artan sayıda Birleşik Krallık'ta yaşayan kadın sünneti olan kadınların yurtdışında rekonstrüktif cerrahi arayışına girdiğine dair kanıtlar var. Ameliyat sonrası bakıma erişim eksikliği ve/veya zayıf postoperatif bakım, hastaların postoperatif komplikasyonların tedavisi için kamu sağlık sistemlerine başvurmalarına yol açabilir. Birleşik Krallık merkezli yeni bir araştırma, 'ameliyat turizminin' NHS'deki maliyetinin hasta başına 862 £ ile 10.520 £ arasında olduğunu vurguladı. Bu nedenle, cerrahi yeniden yapılandırma seçeneği daha fazla araştırılmalı ve sonuçta sadece kadın sünnetini azaltmakla kalmayıp, FGM'den sağ kalanlara da sunulmalıdır. Kadın sünnetinden sağ kalanlar için sağlık eşitsizliğinin yanı sıra potansiyel maliyet etkinliği nedeniyle de.

Bu kapsam belirleme incelemesi, rekonstrüktif cerrahi isteyen kadın sünneti mağdurları için bakıma ilişkin bir model ve değerlendirmenin geliştirilmesine ve gelecekteki bir klinik araştırmanın tasarımına katkıda bulunacaktır. Şunları planlıyoruz: (i) kadın sünnetinden sağ kurtulanların gelecekteki hizmetlerin geliştirilmesine dahil olmalarını sağlayarak bakım modelini birlikte tasarlamak için hasta ve halkın katılımı (PPI) ile birlikte çalışmak; ve (ii) uzmanların ve paydaşların yardımıyla bir COS belirlemek.

Gelecekteki araştırmalar için öneriler

- Psikoseksüel danışmanlık ve anatomi eğitimi, kadın sünneti mağdurlarını rekonstrüktif yolculukları sırasında desteklemek için gereklidir. Gelecekteki araştırmalarda, bu bileşen, potansiyel olarak yeniden



yapılanma geçiren kadın sünneti mağdurlarına yönelik bakım yollarına dahil edilmeli ve geçerliliği kanıtlanmış araçlarla değerlendirilmelidir.

- Gelecekteki meta-analizlerde sonuçların farklı çalışma grupları arasında karşılaştırılmasına olanak sağlamak için sonuç değerlendirmesinde fikir birliğine varılmalıdır. Bilimsel topluluk, kadın sünneti mağdurlarında rekonstrüktif cerrahinin sonuçlarını bildirirken bir COS tanımlamalıdır. Ayrıca, anketlerin kadın sünnetine uyarlanması ve bu kadın grubuna uygunluğunun artırılması için doğrulanması gerekmektedir.
- Farklı çalışmalar arasında şu anda çok çeşitli rapor edilen özellikler mevcut olduğundan, gelecekteki sistematik incelemelerde ve meta-analizlerde karşılaştırmaya olanak sağlayacak olan, kadın sünneti rekonstrüktif çalışmalarındaki bilgilerin raporlanması için minimum kriterleri öneriyoruz (Tablo 6).

SONUÇ VE ÇÖZÜM BASAMAKLARI

Bu kapsamlı inceleme, rekonstrüktif cerrahinin, kadın sünneti mağdurlarında yaşam kalitesini, vulva görünümünden memnuniyeti ve cinsel işlevi iyileştirdiğini göstermektedir. Ancak kanıt düzeyi düşük ve acilen daha fazla araştırmaya ihtiyaç var. Bu derlemede yer alan makalelerden vurgulanan cesaret verici sonuçlar, klinik araştırmalarda daha fazla test yapılmasının gerekli olduğunu göstermektedir.

Mixovul
Metronidazol 750 mg
Mikonazol Nitrat 200 mg
Lidokain 100 mg

3 Ovül
Trivag Ovül
Tinidazol
Tiokonazol
Lidokain

monurol
3g fosfomisin saşe

Travazol Krem
ANTIFUNGAL, ANTIENFLAMATUAR

Farklı
KADINLAR

Farklı
TEDAVİLER

iyiki
VAR

MÜKEMMEL UYUMLA
Güncel tedavi



BİL7897MIX77



Kısa Ürün Bilgisi özeti için QR KODU okutabilirsiniz.

bilim
İLAÇ

bilimsel
paydaş



TÜRK ÜROJİNEKOLOJİ VE PELVİK REKONSTRÜKTİF CERRAHİ DERNEĞİ

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