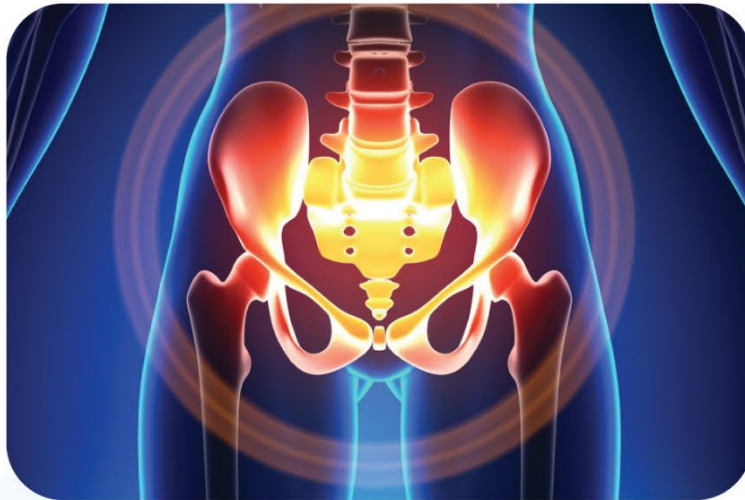




TÜRK ÜROJİNEKOLOJİ VE PELVİK REKONSTRÜKTİF CERRAHİ DERNEĞİ BÜLTENİ

EKİM 2025



www.urojinekoloji.org

BAŞKANDAN



Değerli Meslektaşlarım,

Türk Ürojinekoloji ve Pelvik Rekonstrüktif Cerrahi Derneği'nin 2025 Ekim Bülteni ile sizlerle birlikteyiz.

26–27 Eylül tarihlerinde İstanbul'da II. Ürojinekoloji İstanbul Toplantımızı gerçekleştirdik. 180'in üzerinde katılımcının yer aldığı bu toplantımızda üriner inkontinans ve pelvik organ prolapsusu konularının yanı sıra, genital estetik ve lazer video sunumları, menopozda sık görülen sorunlara yaklaşım, tekrarlayan vaginitler gibi jinekoloji pratiğinde sık karşılaştığımız durumlara da yer verdik. Toplantımıza katılan, programın ve oturumların içeriği konusunda beğenilerini sunan ve bize teşekkür eden tüm meslektaşlarımıza çok teşekkür ederim.

Ayrıca 27 Eylül 2025 tarihinde derneğimizin olağan seçimini yaptık ve en fazla oy alan üyelerimizle beraber yeni yönetim kurulumuzu oluşturduk. Önümüzdeki iki yılın da derneğimizin faaliyetlerini arttıracığımız bir dönem olacağına inanıyorum.

29 Ekim tarihinde Cumhuriyetimizin 102. yılını kutlayacağız. Bugün mesleğimiz ve kendimiz için ne yapabiliyorsak bunun Cumhuriyet sayesinde olduğunu hiç unutmuyoruz ve unutturmayacağız. Hepimizin 29 Ekim Cumhuriyet Bayramı kutlu olsun. Nice yıllar kutlamak dileğiyle..

Bir sonraki bültende görüşmek üzere.

Saygılarımla,

PROF. DR. FUNDA GÜNGÖR UĞURLUCAN
Türk Ürojinekoloji ve Pelvik Rekonstrüktif Cerrahi Derneği Başkanı

EDİTÖRDEN

Değerli Meslektaşlarım;

Türk Ürojinekoloji ve Pelvik Rekonstrüktif Cerrahi Derneği olarak bültenimizin Ekim 2025 sayısı ile sizlerle birlikteyiz. Kış mevsimine girerken yeni hedefler ve yeni projeler ile büyük bir heyecanla karşınızdayız.



Ekim ayında 2. İstanbul Ürojinekoloji günlerinde birlikteydik. Dolu dolu kongre tadında geçen harika bir organizasyonu geride bıraktık. Seçimlerle yönetim kurulumuz tekrar şekillendi ve görevine başladı.

Bu sayımızda iki önemli makalemiz var. İlk makalemiz Tıp dünyasının en önemli dergilerinden Lancet'te geçtiğimiz ay yayınlandı. Fransa'nın tüm Mid Üretral Sling operasyonlarının 10 yıllık datasını toplayan bu geniş kapsamlı araştırmanın çok önemli sonuçları var. Mid üretral slingler her ne kadar Stres Üriner İnkontinans Cerrahisinde altın standart operasyon özelliğini korusa da mesh komplikasyonları gibi halen ciddi bir handikapı var.

İkinci makalemiz ise çok önemli bir derleme. Menopozal şikayetler her geçen yıl daha fazla kadının problemi haline geliyor. Çünkü insan hayatı uzuyor ve Yaşlı nüfusun genç nüfusa oranı her geçen gün artıyor. Bu Green Journal derlemesinde farklı ve yeni menopozal şikayet ilaçları mercek altına alınıyor. Hepinize keyifli okumalar...

Önünüzdeki aylarda yeni toplantılarda görüşmek dileğiyle...

Sağlıkla ve Bilimle kalın. Sevgiler.

DOÇ. DR. ADNAN ORHAN
Türk Ürojinekoloji ve Pelvik Rekonstrüktif Cerrahi Derneği
ÜROJİNEKOLOJİ E-BÜLTEN SORUMLUSU

TÜRK ÜROJİNEKOLOJİ VE PELVİK REKONSTRÜKTİF CERRAHİ DERNEĞİ
YÖNETİM KURULU



**Prof. Dr. Funda
Güngör Uğurlucan**
Başkan



**Prof. Dr. Özgür
Yeniel**
2.Başkan



Prof. Dr. Cenk Yaşa
Sekreter



**Prof. Dr. Şerife Esra
Çetikaya**
Sayman



Prof. Dr. Ergül Aslan
Üye



**Prof. Dr. Fuat
Demirci**
Üye



**Prof. Dr. Fulya
Dökmeci**
Üye



**Prof. Dr. İsmail Mete
İtil**
Üye



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 EDITÖRÜ



1. Tıp dünyasının en önemli dergilerinden bir olan **The Lancet'ten** bir Fransız epidemiyolojik çalışması. Mid üretral slinglerin uzun dönem komplikasyonlarına odaklanana bu çalışmanın sonuçları çok ama çok ilgi çekici.
2. Menopozal semptomlar her yaş alan kadının korkulu rüyası. Ama her geçen gün yeni tedavi ve ilaçlar çıkmakta. Bu bağlamda Menopozda yeni farmakoterapileri derleyen bir kısa özet. Hem de Green Journal yani **Obstetrics and Gynecology'den**.
3. **Ürojinekoloji İstanbul sempozyumunun ikincisi** düzenlendi. Bu harika toplantıda geride kalan güzel fotoğraf kareleri.
4. **Gelecek kongre ve toplantılarımız.**





LONG-TERM SAFETY OF MID-URETHRAL SLING FOR STRESS URINARY INCONTINENCE IN WOMEN: AN EMULATED TRIAL USING FRENCH NATIONAL HEALTH DATA SYSTEM

Cyrille Guillot-Tantay, Sylvie Guillob, Minh Hoang Thuy Diep Tranb, Yann de Ryckeb, Agnès Dechartres, Pierre Mozerd, Emmanuel Chartier-Kastlerd, Florence Tubach

Hôpital Foch, Service d'urologie et de transplantation rénale, Suresnes, France

Sorbonne Université, Institut Pierre Louis d'Epidémiologie et de Santé Publique, Paris, France

AP-HP, Hôpital Pitié Salpêtrière, Centre de Pharmacoépidémiologie, Paris, France

Sorbonne Université, Hôpital Pitié Salpêtrière, Service d'urologie, Paris, France

Pharmacologie des Dysfonctions Urogénito-sexuelles d'origine Neurologique, France

BİR BAKIŞTA BU MAKALENİN ÖNEMİ VE YARATTIĞI KATMA DEĞER:

Bu Çalışma, 2011-2018 yılları arasında Fransa'da kadınlarda Stres Üriner İnkontinans için gerçekleştirilen tüm sentetik Mid Üretral Sling implantasyonlarından (TVT veya TOT) kaynaklanan uzun vadeli komplikasyonlar hakkında gerçek yaşam verilerini bildiren ilk epidemiyolojik ve geniş kapsamlı çalışmadır.

Mid Üretral Sling çıkarılması veya çıkarılmasının kümülatif insidansı TVT grubunda, TOT grubuna göre daha yüksekti. Ayrıca, daha fazla MUS çıkarılması, erozyon, idrar retansiyonu veya MUS enfeksiyonu nedeniyle hastaneye yatışı yine TVT grubunda daha yüksekti. 1 yıl sonra daha az ağrı kesici kullanımı ve stres üriner inkontinans nüksü için daha az sekonder MUS implantasyonu ise TOT grubunda daha yüksekti.

THE LANCET

Volume 87103411 September 2025, Open access

THE LANCET

EClinicalMedicine

Published by THE LANCET

KADINLARDA STRES ÜRİNER İNKONTİNANS İÇİN MİD ÜRETRAL SLİNGLERİN UZUN VADELİ GÜVENLİĞİ: FRANSIZ ULUSAL SAĞLIK VERİ SİSTEMİ KULLANILARAK YAPILAN BENZETİMLİ BİR EPİDOMİYOLOJİK ÇALIŞMA

ÖZET

Arka Plan:

Mid Üretral Sling (MUS), kadınlarda stres tipi idrar kaçırma (SÜİ) tedavisinde en sık kullanılan tedavi yöntemidir. Ancak, pazarlama sonrası çalışmalarda ciddi uzun vadeli yan etkiler göz ardı edilmiştir. İki farklı MÜS tipi olan gerilimsiz vajinal bant (TVT) ve trans-obturator bantı (TOT), implantasyon sonrası MÜS çıkarılması veya kesilmesi sıklığı açısından karşılaştırmayı amaçladık.

Yöntemler:

Fransız ulusal sağlık verilerini (SNDS) kullanarak varsayımsal bir hedef denemesi oluşturduk ve 2011-2018 yılları arasında ilk MÜS implantasyonunu geçiren kadınları dahil ettik (Sağlık Veri Merkezi kayıt no. T16166982020061).

Birincil çıktı, MÜS çıkarılması veya kesilmesinin kümülatif insidansıydı.

İkincil çıktılar ise MÜS çıkarılması ve kesilmesinin kümülatif insidansı, idrar retansiyonu ve MÜS erozyonu ve enfeksiyonu nedeniyle hastaneye yatış ve bu sonuçlardan herhangi biri ile SÜİ nedeniyle tekrar ameliyattı.

Eğilim puanı ağırlıklı Cox modelleri kullandık.

Bulgular:

Toplamda 215.141 kadına MUS uygulandı: 170.781 (%79,4) kadına TOT ve 44.360 (%20,6) kadına TVT uygulandı. 5. yılda, MUS çıkarılması veya kesilmesinin ağırlıklı kümülatif insidansı

TOT grubunda TVT grubundan daha düşüktü (%3,25, %95 güven aralığı GA 3,16-3,34'e karşı %4,13, %95 GA 3,94-4,33).

Zamanla değişen bir etki gözlemledik (implantasyondan [0–3 ay] sonra [tehlike oranı 1,65, %95 GA 1,52–1,78], implantasyondan [3–12 ay] sonra [1,19, %95 GA 1,06–1,32], implantasyondan [1–5 yıl] sonra [0,98, %95 GA 0,88–1,1] ve implantasyondan ≥ 5 yıl sonra [1,44, %95 GA 1,13–1,85]).

MUS çıkarılması ve kesilmesi ve idrar retansiyonu, MUS erozyonu ve enfeksiyonu nedeniyle hastaneye yatış, TVT'li kadınlarda TOT'a göre anlamlı derecede daha sıklıkla, ancak SUI tekrarlama için ikinci MUS implantasyonu daha az sıklıkla idi.

Yorum:

Bu varsayımsal hedef çalışmada, MUS çıkarılması veya kesilmesi riski, TVT'den sonra TOT'a göre zamanla değişen bir etkiyle daha yüksekti.

Finansman:

Bu çalışma, Fransız Sağlık Bakanlığı'nın sağladığı hibeye finanse edilmiştir.

BAĞLAM İÇİNDE ARAŞTIRMA

Bu Çalışmadan Önceki Kanıtlar:

Stres tipi idrar kaçırmaları olan yetişkin kadınlarda sentetik orta üretra askısının (MUS) uzun vadeli güvenlik sonuçlarını değerlendirmek için, ilk MUS'un tanımlandığı 1 Ocak 1996 tarihinden 31 Mayıs 2025 tarihine kadar yayınlanmış makaleler için PubMed aracılığıyla MEDLINE'da bir literatür taraması yaptık ve yalnızca en az 5 yıllık takip süresi olan çalışmaları ve iki MUS tipini (gergin olmayan vajinal bant (TVT) ve transobturator bant (TOT)) dikkate aldık. Analiz edilen 45 çalışmada, sonuçlar çalışmalar arasında heterojendi: Yeniden ameliyat oranı, çalışmaya ve takılan askıya bağlı olarak 5 yılda %0 ila %19 ve 10 yılda %0 ila %17 arasında

değişiyordu. Yayınlanmış çalışmalar, hangi askıların en iyi güvenlik profiline sahip olduğunu belirtmemize izin vermedi.

Bu çalışmanın katma değeri:

Bu, 2011-2018 yılları arasında Fransa'da kadınlarda stres üriner inkontinans için gerçekleştirilen tüm sentetik MUS implantasyonlarından (TVT veya TOT) kaynaklanan MUS'un uzun vadeli komplikasyonları hakkında gerçek yaşam verilerini bildiren ilk çalışmadır. MUS çıkarılması veya çıkarılmasının kümülatif insidansı TVT grubunda TOT grubundan daha yüksekti. Ayrıca, daha fazla MUS çıkarılması ve kesilmesi, erozyon, idrar retansiyonu veya MUS enfeksiyonu nedeniyle hastaneye yatış, ancak TVT'de TOT'a göre daha sık idrar yolu enfeksiyonu, 1 yıl sonra daha az ağrı kesici kullanımı ve stres üriner inkontinans nüksü için daha az sekonder MUS implantasyonu bulduk.

Mevcut tüm kanıtların çıkarımları:

Bu emülasyon çalışması, MUS implantasyonundan kaynaklanan komplikasyonların implantasyondan 5 yıldan daha uzun bir süre sonra bile ortaya çıkabileceğini göstermiştir. Bu sonuçlar, ilk implantasyon için MUS implantasyonuna yönelik cerrahi yaklaşımı sorgulatabilir. Bu tercih, kadınların yaşayabileceği komplikasyon türleriyle dengelenmeli ve yalnızca tekrar ameliyat oranına değil, aynı zamanda ağrı kesici kullanımına ve idrar yolu enfeksiyonlarına da odaklanılmalıdır.

	Women with MUS implantation before propensity score weighting			Propensity score-weighted population with MUS		
	TOT (n = 170,781)	TVT (n = 44,360)	ASD	TOT	TVT	ASD
Median age (IQR)	57 (47-68)	58 (48-69)	0.0603	57 (48-68)	57 (47-68)	0.0009
Charlson Comorbidity Index ^a , N (%)						
0	63,241 (37.0%)	16,571 (37.4%)	0.0067	63,360 (37.1%)	16,434 (37.1%)	0.0002
1-2	69,929 (40.9%)	17,650 (39.8%)	0.0236	69,525 (40.7%)	18,028 (40.7%)	0.0004
3-4	17,301 (10.1%)	4559 (10.3%)	0.0048	17,352 (10.2%)	4496 (10.1%)	0.0004
≥5	20,310 (11.9%)	5580 (12.6%)	0.0209	20,558 (12.0%)	5351 (12.1%)	0.0012
Diabetes, N (%)	12,972 (7.6%)	3438 (7.8%)	0.0058	13,030 (7.6%)	3388 (7.6%)	0.0006
Multiple sclerosis, N (%)	473 (0.3%)	147 (0.3%)	0.0099	492 (0.3%)	128 (0.3%)	0.00007
Parkinson's disease, N (%)	700 (0.4%)	215 (0.5%)	0.0112	727 (0.4%)	189 (0.4%)	0.00009
History of spinal cord injury, N (%)	237 (0.1%)	123 (0.3%)	0.0304	286 (0.2%)	74 (0.2%)	0.0002
History of stroke, N (%)	3289 (1.9%)	935 (2.1%)	0.0129	3354 (2.0%)	877 (2.0%)	0.0011
History of pelvic floor surgery, N (%)	13,007 (7.6%)	3734 (8.4%)	0.0295	13,280 (7.8%)	3415 (7.7%)	0.0026
Median number of GP consultations during the year before implantation, (IQR)	7 (4-10)	7 (4-10)	0.0198	6 (4-10)	6 (4-10)	0.0010
Median number of urologic or gynecologic consultations during the year before implantation (IQR)	2 (2-3)	2 (2-3)	0.0421	2 (1-3)	2 (2-3)	0.0056
Patients with delivery of antibiotic drug boxes during the year before implantation, N (%)						
0 box	59,142 (34.6%)	14,850 (33.5%)	0.0244	58,724 (34.4%)	15,169 (34.2%)	0.0031
1-2 boxes	46,137 (27.0%)	11,992 (27.0%)	0.0004	46,156 (27.0%)	12,010 (27.1%)	0.0018
3-6 boxes	43,130 (25.3%)	11,270 (25.4%)	0.0035	43,187 (25.3%)	11,212 (25.3%)	0.0004
≥7 boxes	22,372 (13.1%)	6248 (14.1%)	0.0287	22,728 (13.3%)	5918 (13.4%)	0.0014
Patients with delivery of antimuscarinic drug boxes during the year before implantation, N (%)						
0 box	141,190 (82.7%)	35,662 (80.4%)	0.0588	140,382 (82.2%)	36,372 (82.1%)	0.0028
1 box	9344 (5.5%)	2713 (6.1%)	0.0276	9580 (5.6%)	2506 (5.7%)	0.0020
2-6 boxes	13,767 (8.1%)	4046 (9.1%)	0.0378	14,150 (8.3%)	3693 (8.3%)	0.0018
≥7 boxes	6480 (3.8%)	1939 (4.4%)	0.0291	6684 (3.9%)	1739 (3.9%)	0.0006
Patients with delivery of painkiller boxes during the year before implantation, N (%)						
0 box	35,816 (21.0%)	9628 (21.7%)	0.0179	36,089 (21.1%)	9406 (21.2%)	0.0024
1-3 boxes	33,357 (19.5%)	8484 (19.1%)	0.0103	33,216 (19.4%)	8617 (19.4%)	0.00002
4-20 boxes	68,441 (40.1%)	17,299 (39.0%)	0.0221	68,057 (39.8%)	17,623 (39.8%)	0.0015
≥21 boxes	33,167 (19.4%)	8949 (20.2%)	0.0189	33,432 (19.6%)	8664 (19.6%)	0.0005
Patients with investigations of CBC during the year before implantation, N (%)						
0 test	26,421 (15.5%)	6088 (13.7%)	0.0495	25,798 (15.1%)	6655 (15.0%)	0.0024
1-2 tests	10,7547 (63.0%)	28,162 (63.5%)	0.0106	10,7749 (63.1%)	28,000 (63.2%)	0.0021
≥3 tests	36,813 (21.6%)	10,110 (22.8%)	0.0297	37,247 (21.8%)	9655 (21.8%)	0.0005
Patients with investigations of CRP level during the year before implantation, N (%)						
0 test	98,603 (57.7%)	25,353 (57.2%)	0.0118	98,400 (57.6%)	25,511 (57.6%)	0.0008
1-2 tests	62,268 (36.5%)	16,265 (36.7%)	0.0043	62,352 (36.5%)	16,196 (36.6%)	0.0009
≥3 tests	9910 (5.8%)	2742 (6.2%)	0.0159	10,043 (5.9%)	2603 (5.9%)	0.0003
Patients with investigations of urine culture during the year before implantation, N (%)						
0 test	38,326 (22.4%)	9187 (20.7%)	0.0421	37,710 (22.1%)	9738 (22.0%)	0.0024
1-2 tests	94,219 (55.2%)	24,482 (55.2%)	0.0004	94,238 (55.2%)	24,475 (55.2%)	0.0012
≥3 tests	38,236 (22.4%)	10,691 (24.1%)	0.0405	38,847 (22.7%)	10,097 (22.8%)	0.0010
Patients with investigations by abdominal ultrasonography during the previous year, N (%)	1449 (0.8%)	354 (0.8%)	0.0056	1430 (0.8%)	366 (0.8%)	0.0013
Patients with investigations by abdominal CT scan during the previous year, N (%)	4418 (2.6%)	1199 (2.7%)	0.0072	4459 (2.6%)	1158 (2.6%)	0.0001
Patients with investigations of abdominal MRI during the previous year, N (%)	2212 (1.3%)	557 (1.3%)	0.0035	2198 (1.3%)	572 (1.3%)	0.0003
Status of the hospital where MUS was implanted, N (%)						
Public	68,554 (40.1%)	19,548 (44.1%)	0.0796	69,990 (41.0%)	18,350 (41.4%)	0.0088
Private	102,227 (59.9%)	24,812 (55.9%)	0.0796	100,805 (59.0%)	25,959 (58.6%)	0.0088
Low economic status, N (%)	7186 (4.2%)	1801 (4.1%)	0.0074	7132 (4.2%)	1841 (4.2%)	0.0010

ASD: absolute standardized difference; IQR: interquartile range; GP: general practitioner; CBC: complete blood count; CRP: C-reactive protein. *Not available for all patients.

Table 1: Characteristics of women at implantation with mid-urethral sling (MUS) and in the propensity score-weighted population by MUS type: trans-obturator tape (TOT) or tension-free vaginal tape (TVT).

SONUÇ VE TARTIŞMA:

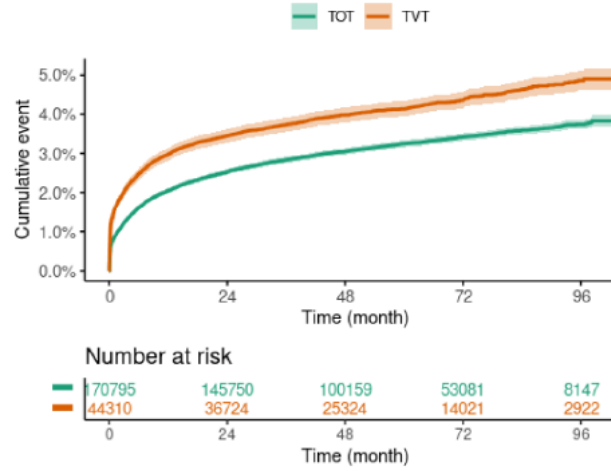
Bu sonuçlar klinik uygulama üzerinde önemli bir etkiye sahip olabilir. MUS implantasyonundan önce hastalar için tekrar ameliyat riski ve diğer komplikasyonlar açısından bilgi formunda raporlanmalıdırlar. MUS komplikasyonlarının implantasyondan 5 yıldan daha uzun bir süre sonra bile ortaya çıkabileceğini gösterdik, bu nedenle hastalar implantasyondan sonra uzun vadede takip edilmelidir.

Ek olarak, bu sonuçlar MUS implantasyonuna cerrahi yaklaşımı sorgulatabilir ve ilk implantasyon için TOT yaklaşımını tercih edebilir. Bu karar, hastaların yaşayabileceği komplikasyon türleri ile dengelenmeli ve yalnızca tekrar ameliyat oranına (TOT'den daha sık TVT ile) değil, aynı zamanda ağrı kesici kullanımına (TVT'den daha sık TOT ile) ve idrar yolu enfeksiyonlarına (TOT'den daha sık TVT ile) de odaklanılmalıdır.

Son olarak, SUI tedavilerinin uzman, yüksek hacimli merkezlerde merkezileştirilmesi hasta sonuçları için faydalı olabilir; Bu yaklaşım, yeterli deneyim ve bakım kalitesini sağlamak için merkez başına yılda en az bir idrar kaçırma prosedürü sayısı gerektiren yakın tarihli bir Fransız kararnamesi tarafından desteklenmektedir.

Ancak, uzman merkezlerde yürütülmesine rağmen VIGI-MESH çalışmasında bildirilen iki yıllık güvenlik sonuçları, ülke çapındaki gerçek dünya verilerimizde gözlemlenenlerle karşılaştırılabilir olup, Fransa'daki çeşitli sağlık hizmetleri ortamlarında benzer güvenlik seviyelerine ulaşılabileceğini göstermektedir.

Sonuç olarak, 2011-2018 yılları arasında Fransa'da kadın SÜİ'nin yönetimi için gerçekleştirilen tüm sentetik MÜS implantasyonlarının (TVT veya TOT) gerçek yaşam uzun vadeli güvenlik verilerini bildiriyoruz. Tekrar müdahaleler (askı çıkarma veya seksiyon), implantasyondan 5 yıldan daha uzun bir süre sonra bile gerçekleşebilir ve TVT'de TOT'a göre daha sık görülür. Ayrıca, MÜS çıkarma ve seksiyon, idrar retansiyonu ve MÜS erozyonu ve enfeksiyonu nedeniyle hastaneye yatış ve idrar yolu enfeksiyonları TVT'den sonra TOT'a göre daha sık görülürken, 1 yıl sonra ağrı kesici kullanımı ve SÜİ tekrarı için ikinci MÜS implantasyonu TVT'de daha az sıklıkta görülmüştür.



Time (year)	TOT weighted incidence (95%CI)	TVT weighted incidence (95%CI)
0.5	1.61 (1.55–1.67)	2.47 (2.33–2.62)
2	2.53 (2.45–2.6)	3.45 (3.28–3.62)
5	3.25 (3.16–3.34)	4.13 (3.94–4.33)
7	3.59 (3.49–3.69)	4.63 (4.41–4.86)

TOT: Trans-Obturator Tape
TVT: Tension-free Vaginal Tape
CI: Confidence Interval

Fig. 2: Weighted cumulative incidence of mid-urethral sling (MUS) removal or section. The dark line represents the cumulative incidence, and the lighter area the 95% confidence interval. TVT: tension-free vaginal tape; TOT: trans-obturator tape; CI: confidence interval.

	OR (95% CI)	IRR (95% CI)	P value (global)
Pain killer delivery			
Since implantation	0.98 (0.92–1.04)	1.01 (0.99–1.02)	0.40
The first year after implantation	1 (0.97–1.03)	1.01 (0.99–1.03)	0.44
After the first year after implantation	0.92 (0.89–0.94)	1.01 (0.99–1.03)	<0.0001
Antimuscarinic drug delivery			
Since implantation	1.01 (0.99–1.04)	0.98 (0.93–1.02)	0.45
The first year after implantation	1.01 (0.98–1.04)	0.98 (0.94–1.01)	0.40
After the first year after implantation	0.99 (0.96–1.02)	0.98 (0.93–1.04)	0.74
Urinary infections			
Since implantation	1.09 (1.07–1.11)	1.07 (1.03–1.1)	<0.0001
The first year after implantation	1.14 (1.11–1.16)	1.07 (1.03–1.11)	<0.0001
After the first year after implantation	1.04 (1.02–1.06)	1.05 (1.01–1.09)	<0.0001

OR: odds ratio; CI: confidence interval; IRR: Incidence Rate Ratio (by person-month). TOT is the group of reference. Pain killer delivery is a proxy to estimate chronic pain. Antimuscarinic drug delivery is a proxy to estimate overactive bladder. Urinary tract infections are addressed by a urine culture in the 2 days before or 7 days after the delivery of related urinary-targeted antibiotics. The Hurdle model is a two-part model that specifies one process for zero counts versus non zero counts (e.g. no pain killer delivery versus at least one) which result is expressed with an OR, and another process for non zero counts (e.g. those with at least one pain killer delivery) comparing the number of counts (e.g. the number of boxes of pain killer delivered) which result is expressed with an IRR.

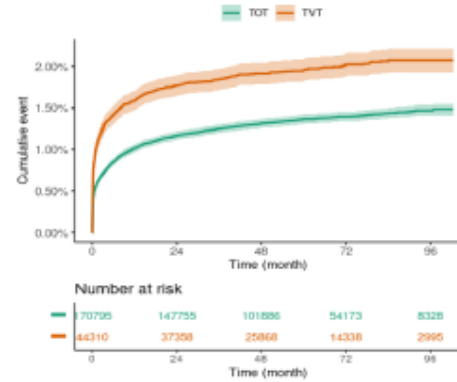
Table 4: Effect of the surgical approach, tension-free vaginal tape (TVT) versus trans-obturator tape (TOT), on drug outcomes in the weighted population, estimated with a Hurdle model.

	Time from implantation	HR (95% CI)	P value
Primary outcome			
MUS removal or section			
	[0-3 months]	1.65 (1.52-1.78)	<0.001
	[3 months-1 year]	1.19 (1.06-1.32)	
	[1 year-5 years]	0.98 (0.88-1.1)	
	≥5 years	1.44 (1.13-1.85)	
Secondary outcomes			
MUS section			
	[0-3 months]	1.77 (1.6-1.96)	<0.001
	[3 months-1 year]	1.12 (0.93-1.34)	
	[1 year-5 years]	1.07 (0.88-1.3)	
	≥5 years	1.38 (0.8-2.37)	
MUS removal			
	[0-3 months]	1.47 (1.3-1.67)	<0.001
	[3 months-1 year]	1.22 (1.06-1.4)	
	[1 year-5 years]	0.94 (0.82-1.07)	
	≥5 years	1.45 (1.1-1.92)	
Second MUS implantation			
	[0-3 months]	0.887 (0.729-1.078)	<0.001
	[3 months-1 year]	0.767 (0.677-0.868)	
	[1 year-3 years]	0.806 (0.706-0.919)	
	≥3 years	0.894 (0.764-1.047)	
Hospitalization for urinary retention			
	[0-3 months]	1.76 (1.63-1.9)	<0.001
	[3 months-1 year]	1.2 (1.06-1.36)	
	[1 year-3 years]	1.13 (1.01-1.25)	
	≥3 years	1.08 (0.97-1.2)	
Hospitalization for MUS infection			
	[0-6 months]	1.48 (1.16-1.88)	0.005
	[6 months-2 years]	1.11 (0.87-1.41)	
	[2 years-5 years]	0.83 (0.65-1.07)	
	≥5 years	1.43 (1.02-1.99)	
Hospitalization for MUS erosion			
	[0-3 months]	1.61 (1.42-1.83)	<0.001
	[3 months-1 year]	1.37 (1.2-1.57)	
	[1 year-5 years]	1.05 (0.94-1.19)	
	≥5 years	1.5 (1.18-1.91)	

MUS: mid-urethral sling, CI: confidence interval. TOT is the group of reference.

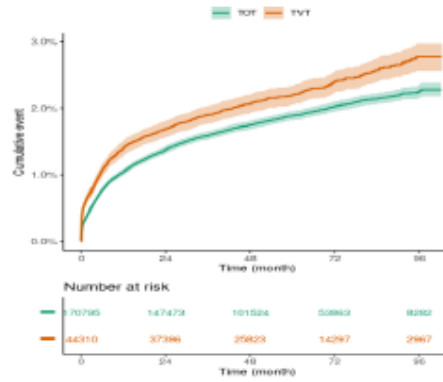
Table 3: Effect of the surgical approach, tension-free vaginal tape (TVT) versus trans-obturator tape (TOT), on surgical outcomes in the weighted population, estimated with a Cox model.

MUS section



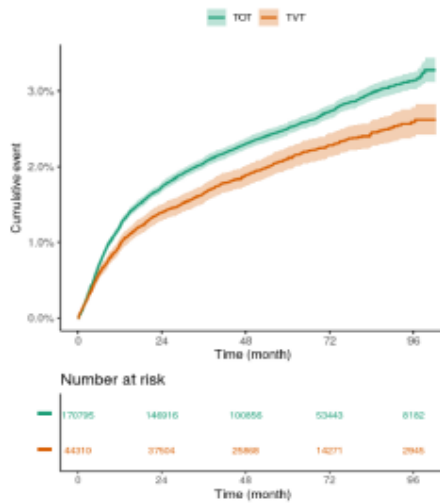
Time (year)	TOT weighted incidence (95% CI)	TVT weighted incidence (95% CI)
0.5	0.85 (0.81–0.9)	1.41 (1.3–1.52)
2	1.17 (1.12–1.22)	1.77 (1.65–1.89)
5	1.37 (1.31–1.42)	1.95 (1.82–2.09)
7	1.43 (1.37–1.5)	2.06 (1.92–2.2)

MUS removal



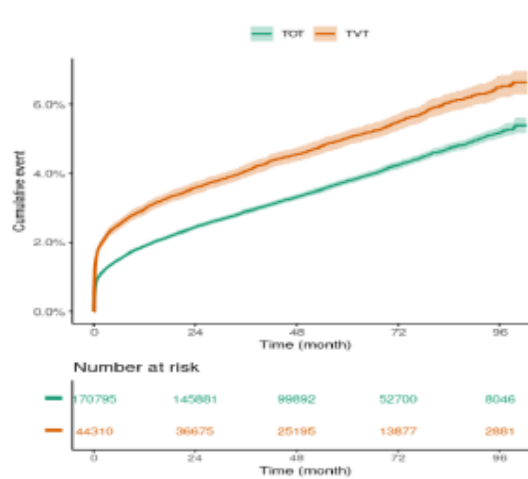
Time (year)	TOT weighted incidence (95% CI)	TVT weighted incidence (95% CI)
0.5	0.77 (0.73–0.81)	1.06 (0.97–1.16)
2	1.38 (1.32–1.43)	1.69 (1.57–1.81)
5	1.88 (1.81–1.95)	2.2 (2.05–2.34)
7	2.14 (2.06–2.22)	2.58 (2.4–2.75)

Second MUS implantation



Time (year)	TOT weighted incidence (95% CI)	TVT weighted incidence (95% CI)
0.5	0.7 (0.66–0.74)	0.59 (0.51–0.66)
2	1.73 (1.67–1.8)	1.39 (1.28–1.51)
5	2.5 (2.42–2.58)	2.1 (1.96–2.25)
7	2.97 (2.87–3.07)	2.43 (2.26–2.6)

Hospitalization for urinary retention



Time (year)	TOT weighted incidence (95% CI)	TVT weighted incidence (95% CI)
0.5	1.52 (1.46–1.58)	2.52 (2.37–2.66)
2	2.44 (2.37–2.51)	3.58 (3.4–3.75)
5	3.78 (3.68–3.88)	5.03 (4.81–5.24)
7	4.72 (4.59–4.85)	6.04 (5.77–6.3)

Fig. 3: Weighted cumulative incidence of secondary outcomes. The dark line represents the cumulative incidence, and the lighter area the 95% confidence interval. MUS: mid-urethral sling; TVT: tension-free vaginal tape; TOT: trans-obturator tape; CI: confidence interval.

AAM TEDAVİSİNDE

uzun yol
arkadaşınız

BETMIGA'ya başladığından beri
17. bisiklet yolculuğunu yapıyor.

Betmiga™ tekrarlayan AAM semptomlarını
ve yaşam kalitesini iyileştirir.¹

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



Kısaltılmış KÜB için
QR kodu okutunuz;



NOVEL PHARMACOTHERAPIES FOR MENOPAUSAL SYMPTOMS

Liao, Caiyun MD, MPH; Pal, Lubna MBBS, MS

Division of Reproductive Endocrinology and Infertility, Department of Obstetrics and Gynecology,

UMass Memorial Health, UMass Chan Medical School, Worcester, Massachusetts;

Department of Obstetrics, Gynecology & Reproductive Sciences, Yale University School of Medicine, New Haven,

Connecticut Department of Obstetrics and Gynecology Akershus University Hospital, Norway

BİR BAKIŞTA BU MAKALENİN ÖNEMİ:

Nörokinin B reseptör antagonistleri olan estetrol ve oksibutinin, menopozda vazomotor semptomların tedavisinde mevcut hormon tedavisine umut vadeden alternatiflerdir.

Hormon tedavisi (HT), rahatsız edici menopoz semptomları için tercih edilen tedavi yöntemi olarak menopoz alanına uzun süredir hakim olmuştur. 2002 yılında, WHI'nin (Kadın Sağlığı Girişimi) iki randomize kontrollü çalışmasından (RCT) ilki, HT ile ilişkili net zarar potansiyelinin beklenen faydayı aşması nedeniyle erken sonlandırılmıştır.1 Sonuç olarak, HT o dönemde mevcut olan nispeten küçük bir tedavi seçenekleri listesinin en altına hızla itilmiştir. Sonraki on yıllarda, menopoz semptomlarının giderilmesinde HT'ye etkili ve daha güvenli alternatifler belirleme çabaları artmıştır.



Obstetrics & Gynecology

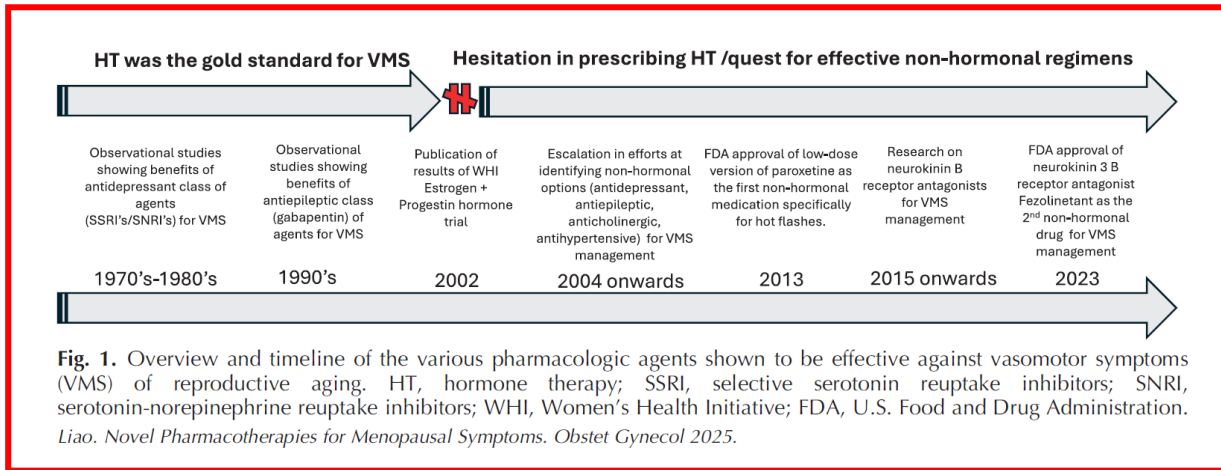
146(4):p 473-486,

October 2025.

MENOPOZAL SEMPTOMLAR İÇİN YENİ TEDAVİLER

Menopozal hormon tedavisi (HT), vazomotor semptomlara (VMS) karşı oldukça etkilidir. HT kontrendike, etkisiz veya kabul edilemez olduğunda, alternatifler arasında antidepresanlar, antinöbet ilaçları ve antihipertansif formülasyonlar yer almıştır.

Son yıllarda VMS için yeni farmakolojik tedaviler ortaya çıkmış olup, bunlardan bazıları ABD Gıda ve İlaç Dairesi (FDA) tarafından onaylanmıştır (örneğin, bir nörokinin 3B antagonisti olan fezolinetant) ve diğerleri FDA onayı almaya hazırdır (örneğin, çift nörokinin 1B ve 3B antagonisti olan elinzanetant ve gebelik durumuna özgü doğal bir östradiol türevi olan estetrol). Oksibutininin VMS için etkili olduğu ve aşırı aktif mesaneye karşı ek faydalar sağlayabileceği gösterilmiştir, ancak daha geniş bir kullanım önerilmeden önce uzun vadeli güvenlik verilerine ihtiyaç vardır.



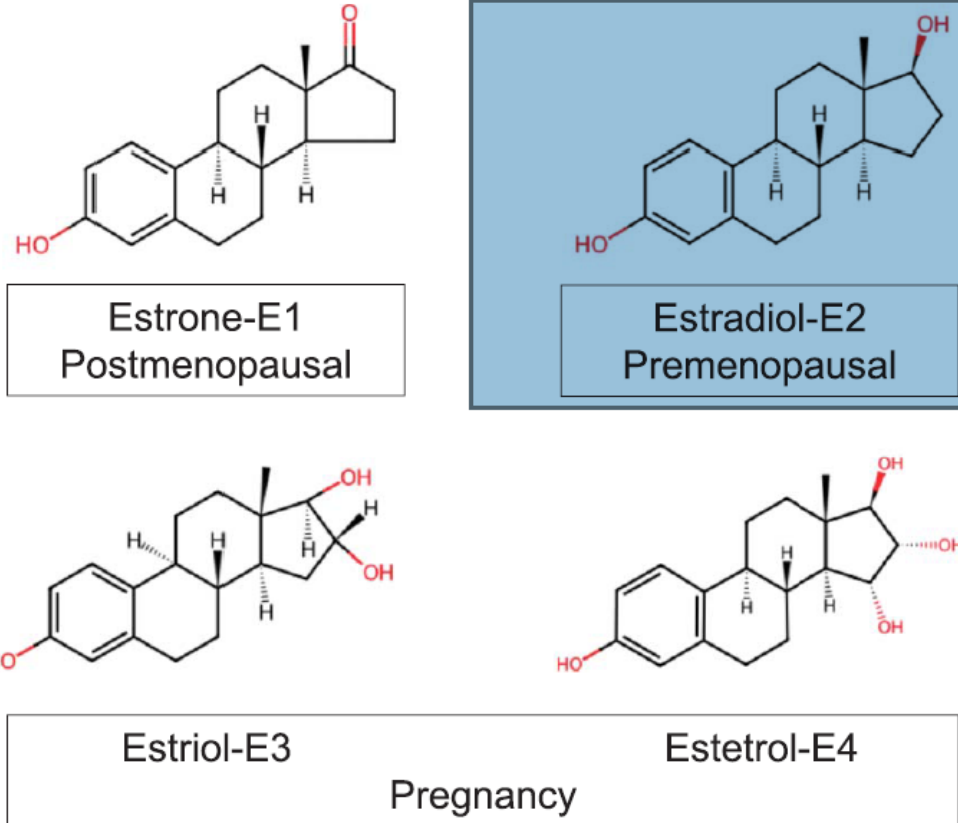


Fig. 3. Common endogenous estrogens and representation in relation to reproductive stage in biological women.

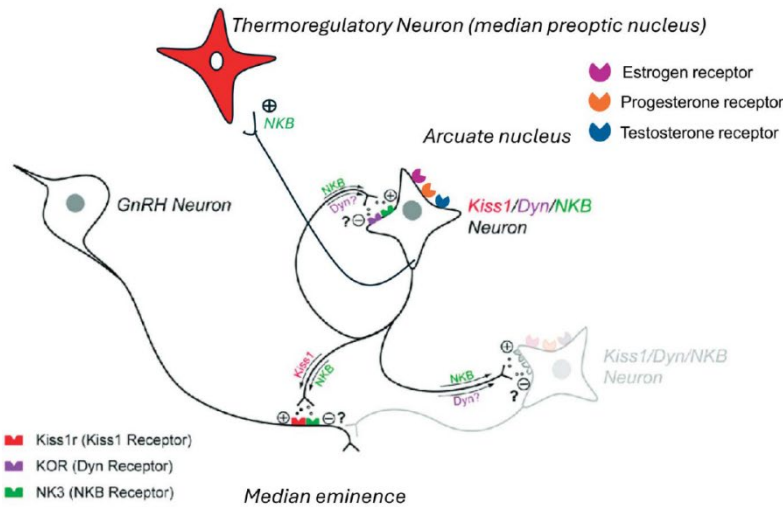


Fig. 2. Schematic representation of the interconnectivity of the kisspeptin, neurokinin B (NKB), and dynorphin-expressing (KNDy) neurons and the role of NKB signaling in the causation of hot flush through modulation of the hypothalamic thermoregulatory neurons. GnRH, gonadotropin-releasing hormone. Liao. Novel Pharmacotherapies for Menopausal Symptoms. Obstet Gynecol 2025.

Hormon tedavisi (HT), rahatsız edici menopoz semptomları için tercih edilen tedavi yöntemi olarak menopoz alanına uzun süredir hakimdir. 2002 yılında, WHI'nin (Kadın Sağlığı Girişimi) iki randomize kontrollü çalışmasından (RCT) ilki, HT ile ilişkili net zarar potansiyelinin beklenen faydayı aşması nedeniyle erken sonlandırıldı.¹ Sonuç olarak, HT o dönemde mevcut olan nispeten küçük bir tedavi seçenekleri listesinin en altına hızla itildi. Sonraki on yıllarda, menopoz semptomlarını hafifletmek için HT'ye etkili ve daha güvenli alternatifler belirleme çabaları arttı. Şekil 1, vazomotor semptomlar (VMS) için denenmiş ve test edilmiş farmakoterapilerin yelpazesine ve zaman çizelgesine bir bakış sunmaktadır.

NEUROKININ 3 RECEPTOR ANTAGONISTS

Hot flush is the hallmark of menopausal symptomatology, and several studies have delved into the role of KNDy neuron in the pathophysiology of vasomotor symptoms. a series of studies involving autopsies of premenopausal and postmenopausal women who had died of nonneurologic causes, Rance and colleagues^{2,3} characterized a dramatic increase in the number and mean cross-sectional area of neurons in the arcuate (infundibular) nucleus, later identified as KNDy neurons. KNDy neurons express kisspeptin, neurokinin B, and dynorphin, which are ligands of kisspeptin receptor (GPR54), neurokinin 3 receptor, and K-opioid receptors, respectively.^{4,5} KNDy neurons also express neurokinin 1 receptor, which is a receptor for substance P.⁴ Animal studies have also demonstrated the role of KNDy neurons in VMS (Fig. 2), leading to the development of neurokinin 3 receptor antagonists.

Fezolinetant, VMS tedavisi için FDA tarafından onaylanan ilk nörokinin 3 reseptör antagonistidir; bu onayı destekleyen temel veriler SKYLIGHT (Menopoz Dönemindeki Kadınlarda Orta ila Şiddetli Sıcak Basmalarını Azaltmaya Yardımcı Olup Olmadığını Bulmak İçin Bir Çalışma) denemeleri tarafından sağlanmıştır (Tablo 1).^{7,8} Hem SKYLIGHT 1 hem de 2, daha önceki klinik çalışmalarda gösterilen fezolinetantın etkisinin başlangıcındaki dikkat çekici hızı doğrulamıştır^{9,10}: Doz grupları arasında tedavinin ilk haftasında VMS sıklığı ve şiddetinde istatistiksel olarak anlamlı azalmalar belirgindi ve maksimum etkiler 4. haftada elde edildi. VMS'nin azaltılması, fezolinetantın yaşam kalitesini iyileştirme yeteneğinin temel itici gücü gibi

görünmektedir.7,11,12 Öte yandan, fezolinetantın tek başına uyku bozukluğu üzerindeki etkisi SKYLIGHT 1 ve 2'de tutarsızdı.

ESTETROL

Estetrol (E4; estra-1,3,5(10)-trien-3,15 α -16 α ,17 β -tetrol; Şekil 3), esas olarak E2'nin 15 α - ve 16 α -hidroksilasyonundan türetilir.27–29 Sadece fetal karaciğerde sentezlenen E4, plasentayı geçer ve maternal dolaşımda tespit edilebilir.27,30,31 E4, nükleer ve sitozolik östrojen reseptörlerine (ER'ler) E2, estriol (E3), etinil estradiol ve tamoksifenden çok daha düşük afiniteyle bağlanır; progesteron reseptörlerinin daha zayıf bir indükleyicisidir; ve kemirgen modellerinde uterus büyümesi üzerinde minimal etkiye sahiptir.

OKSİBÜTİNİN

Nörokinin B'ye benzer şekilde, norepinefrin, serotonin ve asetilkolinin de menopozal VMS'nin oluşumunda rol oynadığı ileri sürülmüştür. Ter bezleri, asetilkolin salgılayabilen ve buharlaşma, radyasyon ve konveksiyon yoluyla deride vazodilatasyon, terleme ve ısı dağılımına neden olarak vücut sıcaklığının düşmesine yol açabilen parasempatik sinir sistemi tarafından innerve edilir. Antikolinerjiklerin hiperhidroza karşı etkili olduğu bilindiğinden ve sıcak deri vazodilatasyon ve terleme, sıcak basmasının ayırt edici özellikleri olduğundan, menopozal VMS için antikolinerjiklerin terapötik etkinliği, güven verici sonuçlarla mantıklı bir sonraki adım olarak araştırılmıştır.77 Nitekim, terleme azalması, aşırı aktif mesaneye bağlı idrar sıklığı, sıkışma ve inkontinansı yönetmek için yaygın olarak kullanılan antikolinerjiklerin bilinen bir yan etkisidir. Bu olgu menopozdan sonra daha yaygın olduğundan, bu rejim rahatsız edici VMS ve aşırı aktif mesane yaşayan kadınlar için çifte fayda sağlayabilir. İdrarda fayda sağlayan dozlarda (10-15 mg/gün) oksibutinin ile VMS'de azalma kaydedilmiş olsa da, ağız kuruluğu gibi rahatsız edici yan etkiler sık ve genellikle tolere edilemezdi. 6 hafta boyunca uygulanan daha düşük dozlarda (günde iki kez 2,5 ve 5 mg), oksibutininin tolere edilebilir

olduğu ve VMS'yi hafifletmede ve yaşam kalitesini iyileştirmede plaseboya kıyasla önemli ölçüde daha etkili olduğu kanıtlanmıştır.

Doğrudan karşılaştırmalar bulunmamakla birlikte, oksibutininin VMS'ye karşı kısa vadedeki faydalarının büyüklüğü, diğer hormonal olmayan rejimlerle karşılaştırılabilir görünmektedir. Seçici serotonin geri alım inhibitörlerinin aksine, oksibutinin CYP2D6 aktivitesini etkilemez ve bu nedenle tamoksifenin metabolik aktivasyonunu etkilemesi beklenmez.^{63,79} Bu avantaj, hormonal olmayan etki mekanizmasıyla birlikte, oksibutininin hormona duyarlı kanser hastalarında VMS'nin yönetimi için potansiyel olarak daha güvenli bir seçenek haline getirir. Bununla birlikte, antikolinergiklerin uzun süreli kullanımıyla zihinsel işlevlerde ve bilişsel bozulmada değişiklikler tanımlanmış ve potansiyel demans riski öne sürülmüştür.^{80–84} Bu endişeler, oksibutininin VMS yönetimi için uzun vadeli denemelerine yönelik sınırlı bir ilgiye yol açmıştır.

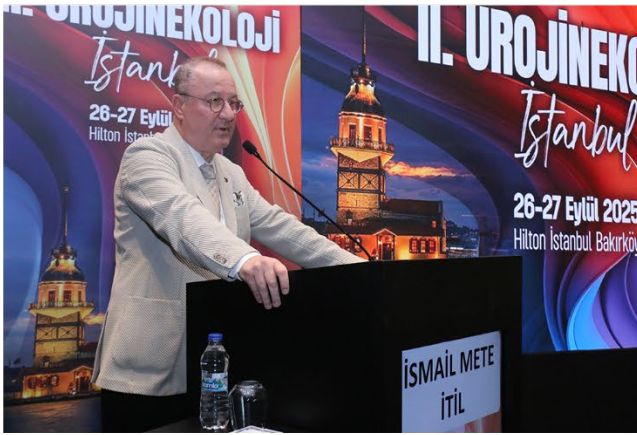
SONUÇ VE TARTIŞMA

Bu kısa derlemede, farklı ve benzersiz etki mekanizmaları sayesinde VMS sıklığını ve şiddetini en aza indirmede etkili olduğu kanıtlanmış ve güven verici güvenlik profillerine sahip üç yeni tedavi edici ilaç sınıfına odaklandık. Nörokinin 3 reseptör antagonistleri, E4 ve oksibutinin, hormona duyarlı kanser öyküsü ve yatkınlığı, metabolik bozukluklar ve genitoüriner semptomlar gibi eşlik eden hastalıklara bağlı olarak VMS tedavisinde üstün seçenekler olarak ortaya çıkabilir. Devam eden çalışmalar paha biçilmez bilgiler sağlayacak ve potansiyel olarak menopoz bakımında yeni bir çağın kapısını açacaktır.

II. ÜROJİNEKOLOJİ İSTANBUL'DAN FOTOĞRAFLAR



II. ÜROJİNEKOLOJİ İSTANBUL'DAN FOTOĞRAFLAR



12-13 Aralık 2025
Sam Royal Hotel Eskişehir



İÇ ANADOLU ÜROJİNEKOLOJİ *Sempozyumu*



Sempozyum Başkanları:
Ömer Tarık Yalçın, Adnan Orhan

www.urojenekoloji.org





9. Ege Ürojinekoloji Workshop

20-22 Şubat 2026
Wyndham Grand Özdilek
İzmir





TÜRK ÜROJİNEKOLOJİ VE PELVİK REKONSTRÜKTİF CERRAHİ DERNEĞİ

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