



TÜRK ÜROJİNEKOLOJİ VE PELVİK REKONSTRÜKTİF CERRAHİ DERNEĞİ BÜLTENİ

HAZİRAN 2024



www.urojinekoloji.org

BAŞKANDAN

Değerli Meslektaşlarım,

Geçtiğimiz hafta, ülkemizde jinekolojik onkoloji camiasının duayenlerinden Sayın Ali Ayhan Hocamızı kaybettik. Son zamana dek şevkle çalışan hocamız, çalışma hayatı boyunca pek çok hekim ve hastaya dokunmuştur. Ülkemiz için çok büyük bir kayıptır. Kendisine Allah'tan rahmet, sevenlerine baş sağlığı diliyoruz.



Haziran ayı pelvik organ prolapsusu farkındalık ayıdır. Pelvik organ prolapsusu hastayı öldürmez, ancak göz ardı edilerek de iyileşip düzelmez. Hastalar bazen bu şikâyet ile yıllarca hekime başvurmayabilir. Sadece pelvik organ prolapsusunu tedavi etmek değil, hastalarımızda pelvik organ prolapsusu ile ilgili farkındalığı arttırmak, erken yaşlardan itibaren pelvik organ prolapsusu önleyici stratejiler ve sağlıklı yaşam tarzı alışkanlıkları kazandırmaya çalışmak da bizim görevimizdir. Bunu dernek olarak çok önemsiyoruz.

Bunun dışında kongremiz ile ilgili hazırlıklarımızı hızlandırmış durumdayız. Hepinizi kongremize bekliyoruz.

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 beşinci sayısı sizlerle yine birlikteyiz. Ali Ayhan hocamızı kaybetmenin derin üzüntüsü içerisinde bu satırları yazarken hocanın bilim camiasındaki önemi ve akademik vizyonunun ne kadar büyük ve derin olduğunun bi kez daha idrakine vardık. Bu bayrağı gelecek nesillere taşımak ta bizim görevimiz.



Bu sayımızda Kütahya Sağlık Bilimleri Üniversitesi Kadın Doğumdan **Doç. Dr. İsmail Bıyık** ve **Araştırma Görevlisi Dr. Rümeyza Ercura** Fraksiyonel CO2 Lazerin Stres üriner inkontinanstaki yerini özetleyen güçlü bir IUJ makalesini çok anlaşılır bir dille özetlediler.

İkinci makalemiz ise Apikal prolapsusa Jinekologların bakış açısı ile ilgili. İstanbul Gazi Osman Paşa Eğitim Araştırma Hastanesi Kadın Doğum'dan **Dr. Esra Nazlı Döktür Efeoğlu** bizlere Apikal Pelvik Organ Prolapsusunda farklı cerrahi bakış açılarını yansıtan harika bir IUJ makalesini derledi.

Son makalemizi ise Hakkâri Devlet Hastanesinden **Uzm. Dr. Ebru Yücel** hazırladı. Parite, Pelvik Organ Prolapsusu ve Yaş parametrelerini kavramsal bir pelvik taban modelinde matematiksel olarak modelleyen ve irdeleyen bu AJOG makalesini de umarız beğenirsiniz.

Kurban bayramınızı en içten dileklerle kutlarken, büyük kongremizi hatırlatmak istiyorum. Tüm meslektaşlarımızı 2024 yılı Kasım ayında İstanbul'da yapacağımız genel kongremize davet ediyoruz. Büyük bir katılım ve sponsor desteği ile planladığımız Ürojinekoloji ve Pelvik Rekonstrüktif Cerrahi Kongremiz için çok ama çok heyecanlıyız.

Mutlu kalın ama en çok Sağlıkla ve Bilimle kalın.

Saygılarımla.

DOÇ. DR. ADNAN ORHAN

Türk Ürojinekoloji ve Pelvik Rekonstrüktif Cerrahi Derneği

ÜROJİNEKOLOJİ E-BÜLTEN SORUMLUSU



TÜRK ÜROJİNEKOLOJİ VE PELVİK REKONSTRÜKTİF CERRAHİ DERNEĞİ
YÖNETİM KURULU



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



**Prof. Dr. Özgür
Yeniel**
2.Başkan



Prof. Dr. Cenk Yaşa
Sekreter



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



Prof. Dr. Ergül Aslan
Üye



**Prof. Dr. Fuat
Demirci**
Üye



**Prof. Dr. Fulya
Dökmeci**
Üye



**Prof. Dr. İsmail Mete
İtil**
Üye



Doç. Dr. Murat Seval
Üye



Doç. Dr. Adnan Orhan
Üye



Prof. Dr. Öney Yalçın
Üye

BU SAYIDA NELER VAR?

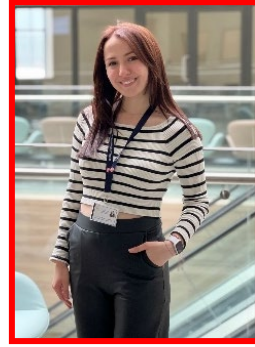
DOÇ. DR. ADNAN ORHAN
BURSA ULUDAĞ ÜROJİNEKOLOJİ
ÜROJİNEKOLOJİ BÜLTEN EDITÖRÜ



1. Kütahya Sağlık Bilimleri Üniversitesi Kadın Doğumdan **Doç. Dr. İsmail Bıyık** ve Araştırma Görevlisi **Dr. Rümeyza Ercura** Fraksiyonel CO2 Lazerin Stres üriner inkontinanstaki yerini özetleyen güçlü bir IUJ makalesini özetlediler.
2. İstanbul Gazi Osman Paşa Eğitim Araştırma Hastanesi Kadın Doğum'dan **Dr. Esra Nazlı Döktür Efeoğlu** bizlere Apikal Pelvik Organ Prolapsusunda farklı cerrahi bakış açılarını yansıtan harika bir IUJ makalesini derledi.
3. Hakkâri Devlet Hastanesinden **Uzm. Dr. Ebru Yücel** Parite, Pelvik Organ Prolapsusu ve Yaş parametrelerini kavramsal bir pelvik taban modelinde matematiksel olarak modelleyen bir AJOG makalesini bizler için topladı.



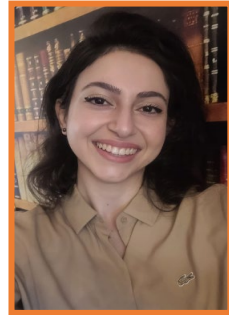
DOÇ. DR. İSMAİL BIYIK
KÜTAHYA SBÜ KADIN DOĞUM



ARAŞ. GÖR. DR. RÜMEYSA ERCURA
KÜTAHYA SBÜ KADIN DOĞUM



DR. ESRA NAZLI DÖKTÜR EFEĞLU
GAZİ OSMAN PAŞA KADIN DOĞUM



UZM. DR. EBUR YÜCEL
HAKKARİ DEVLET HASTANESİ



**Saygıdeğer Hocamız,
Prof. Dr. Ali Ayhan
ebediyete intikal etmiştir.**

**Jinekoloji alanında sayısız
bilim insanı yetiştiren hocamıza
Allah'tan rahmet,
yakınlarına sabır ve başsağlığı dileriz.**

**Türk Ürojinekoloji Pelvik ve Rekonstrüktif
Cerrahi Derneği Yönetim Kurulu**

**FRACTIONAL CO2 LASER TREATMENT FOR WOMEN WITH STRESS
PREDOMINANT URINARY INCONTINENCE: A RANDOMIZED CONTROLLED
TRIAL**

Teerayut Temtanakitpaisan, Chompilas Chongsomchai, Pranom Buppasiri

Faculty of Medicine, Khon Kaen University, Thailand.

BİR BAKIŞTA BU MAKALENİN ÖNEMİ:

Günümüzde stres üriner inkontinansı (SUI) baskın olan kadınlarda vajinal CO2 lazerin etkinliğini plasebo tedavisi ile karşılaştırmalı olarak değerlendirilmesi.

MEVCUT LİTERATÜRDEKİ BİLGİ NE DİYOR?

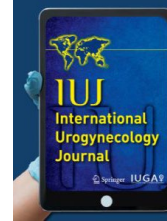
CO2 lazerin SUI semptomlarını iyileştirdiğini gösteren çalışmalar olmakla birlikte, CO2 lazer grubu ile sham grubunu karşılaştıran sınırlı veri bulunmaktadır.

BU MAKALENİN TIBBİ LİTARETÜRE KATKISI NEDİR?

Fraksiyonel CO2 lazer tedavisi, SUI semptomlarını hafifletmede sham grubuna göre bir fayda sağlamamıştır. Her iki grupta da girişimden hemen sonra veya tedavinin tamamlanmasından 3 ay sonra mesane boynu inişinde veya levator hiatal bölgesinde herhangi bir değişiklik olmamıştır. SUI semptomlarındaki iyileşmenin, çalışma süresi boyunca önerilen pelvik taban kas eğitimi ile ilişkisi olabilir.



Doç. Dr. İsmail BIYIK
Araşt. Gör. Dr. Rümeyza ERCURA
Kütahya Sağlık Bilimleri Üniversitesi
Kadın Hastalıkları ve Doğum ABD



**International
Urogynecology
Journal**

Int Urogynecol J.
2023;34(11):2827-2832.

STRES ÜRİNER İNKONTİNANSIN BASKIN OLDUĞU KADINLARDA FRAKSİYONEL CO₂ LAZER TEDAVİSİ: RANDOMİZE KONTROLLÜ ÇALIŞMA

Giriş:

Vajinal lazerlerin kullanımı ürojinekolojide giderek daha popüler hale gelmektedir. Stres üriner inkontinans (SUI), pelvik organ prolapsusu ve menopozun genitoüriner semptomları gibi pelvik bozuklukların hafif, orta dereceli semptomlarının giderilmesi için kabul edilen minimal invaziv bir tedavi prosedürüdür. Bununla birlikte, plaseboya kıyasla vajinal lazerlerin potansiyel faydasını doğrulayan güçlü bir bilimsel kanıt yoktur.

Mikroablatif fraksiyonel CO₂ lazerler ve non-ablatif Er:YAG lazerler vajinada yaygın olarak kullanılan iki lazer türüdür. Termal etkisine bağlı olarak vajinal dokunun morfolojisinde meydana gelen değişiklikler yeni kolajen sentezine yol açmaktadır. Atımlı lazer fototermal etki, üst dermisteki ve komşu pelvik taban dokudaki kolajen neogenezi ve morfolojik değişiklikleri uyarmaktadır.

Kadınların %25-45'inin üriner inkontinans yaşadığı tahmin edilmektedir. Pelvik taban kas eğitimi, karın içi basıncı aniden artıran aktivitelerden kaçınmak, SUI semptomlarını hafifletebilir. Semptomlar tatmin edici bir şekilde düzelmezse, ameliyat genellikle bir sonraki adımdır. Vajinal CO₂ lazerler minimal invaziv bir tedavi olarak ve genellikle semptomları hafifletmek için ameliyattan önceki adım olarak kabul edilmektedir. SUI olan kadınlar SUI olmayan kadınlara göre önemli ölçüde daha düşük tip I ve tip III kollajen ekspresyonuna sahiptirler (p<0.01). Bu nedenle, kolajen üretimini uyaran herhangi bir müdahale, (örn. vajinal lazer uygulaması) SUI semptomlarını iyileştirebilir.

Çalışmanın amacı, tedaviden hemen sonra ve tedaviden 3 ay sonra SUI'li kadınlarda vajinal CO₂ lazerlerinin etkinliğini sham grubu ile karşılaştırmaktır.

Materyal ve Yöntem:

Tayland, Khon Kaen Üniversitesi, Srinagarind Hastanesi, Tıp Fakültesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, Kadın Pelvik Tıbbı ve Rekonstrüktif Cerrahi Ünitesinde Ocak 2019 - Nisan 2021 tarihleri arasında sham tekniği ile randomize kontrollü bir çalışma yürütülmüştür. SUI ve stres ağırlıklı mikst üriner inkontinansı (MUI) olan kadınlar bu çalışmaya dâhil edilmiştir. Evre II ve üstü pelvik organ prolapsusu, tekrarlayan idrar yolu enfeksiyonu öyküsü, daha önce geçirilmiş anti-inkontinans cerrahisi, idrar kaçırma için mevcut ilaç tedavisi kullanımı, menopoz sonrası kadınlarda hormonal tedavi kullanımı, vücut kitle indeksi (VKİ)>30 kg/m², cinsel ilişkiye bağlı olan ya da olmayan vajinal ağrı, aktif vajinal enfeksiyon, gebelik, nedeni bilinmeyen anormal uterin kanama ve vajinal lazer tedavi öyküsü olanlar çalışma dışı bırakılmıştır. Bu çalışma CONSORT beyanına uygun olarak gerçekleştirilmiş ve raporlanmıştır ve Thai Clinical Trial Register'a kaydedilmiştir

Müdahale grubu transvajinal fraksiyonel mikroablatif CO₂ lazerler ile tedavi edilmiştir. 360° ve 90°'lik aplikatörler kullanılmıştır. 360°'lik aplikatörün yerleştirilmesinden sonra vajinanın tüm uzunluğu boyunca rotasyonel ve geri çekme tekniği uygulanmıştır. CO₂ enerjisi, ürün talimatlarına göre uygulanmıştır. CO₂ uygulaması ayakta tedavi bazında 28-35 gün arayla dört kez uygulanmıştır. Tüm katılımcılara tedaviyi takiben bir hafta boyunca cinsel ilişkiden kaçınmaları tavsiye edilmiştir. Her iki müdahaleyi de aynı ürojinekolog gerçekleştirmiştir. Her iki gruptaki tüm katılımcılara müdahaleden sonra düzenli olarak pelvik kas eğitimi almaları tavsiye edildi ve bilgilendirmeler verilmiştir.

Semptomları değerlendirmek için, Uluslararası İnkontinans Konsültasyon Anketi Üriner İnkontinans Kısa Formu (ICIQ-UI SF) anketinin doğrulanmış Tayland versiyonu kullanılmıştır. Tüm kadınlar, 4 kür CO₂ enerji uygulamasından önce ve hemen sonra ve tedaviden 3 ay sonra 4D transperineal pelvik ultrasonografisi kullanılarak incelenmiştir.

Sonuçlar:

Hasta özellikleri Tablo 1'de gösterilmiştir. SUI ve MUI yüzdeleri iki grup arasında farklı değildir. ICIQ-UI SF'nin temel skorları her iki grupta da yakındı. İki grup arasında mesane boynu inişi ve levator hiatal alan açısından istatistiksel bir anlamlılık saptanmamıştır.

	CO ₂ laser n = 28	Sham n = 28	p-value
Age, mean (SD)	49.7 (10.9)	52.8 (11.8)	0.316
Menopausal status, n (%)	14 (50.0)	14 (50.0)	0.060
Parity			
-Nulliparous, n (%)	2(7.1)	1(3.6)	> 0.999
-Parous, n (%)	26 (92.9)	27 (96.4)	
BMI, mean (SD)	23.19 (3.15)	23.16 (2.48)	0.9739
Diagnosis			
-SUI, n (%)	19 (67.9)	22 (78.6)	0.3653
-MUI, n (%)	9 (32.1)	6 (21.4)	0.3653
ICIQ-UI SF score pre-treatment, median (IQR)	10 (7, 14.5)	9 (7, 12.25)	0.4152
Pelvic floor ultrasonography			
Bladder neck at rest (mm), median (IQR)	25.95 (23.6,28.08)	27.95 (25.6,28.95)	0.1424
Bladder neck on maximal Valsalva (mm), mean (SD)	9.99 (8.56)	8.66 (9.52)	0.5852
Bladder neck descent (mm), mean (SD)	15.57 (9.52)	18.04 (11.06)	0.3746
LHA at rest (cm ³) mean (SD)	20.33 (5.37)	21.26 (3.39)	0.444
LHA on maximal Valsalva (cm ³), mean (SD)	24.6 (7.48)	28.15 (6.18)	0.058
The differences of LHA (cm ³), mean (SD)	4.27 (5.25)	6.89 (5.12)	0.063

BMI, body mass index, *SUI*, stress urinary incontinence, *MUI*, mixed urinary incontinence, *ICIQ-UI SF*, International Consultation on Incontinence Questionnaire-Urinary Incontinence Short Form, *LHA*, levator hiatal area

Üriner inkontinans semptom skorları her iki grupta da anlamlı olarak iyileşmiştir (sırasıyla, $p < 0.001$ ve $p < 0.001$). Bununla birlikte, 4 kür lazer tedavisinden hemen sonra ($p = 0.9129$) veya son CO₂ enerjisi uygulamasından 3 ay sonra ($p = 0.8281$) iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı fark yoktu (Tablo 2).

Her iki grupta da girişimden hemen sonra ($p = 0.5414$) veya tedavinin tamamlanmasından 3 ay sonra ($p = 0.4803$) mesane boynu inişinde herhangi bir değişiklik olmamış ve tedaviden hemen sonra veya tedavinin tamamlanmasından 3 ay sonra CO₂ lazerde veya sham grubunda levator hiatus alanı ve maksimal valsavadaki levator hiatal alan anlamlı olarak değişmemiştir. Ancak, maksimal valsavadaki levator hiatus alanı, tedaviden hemen sonra CO₂ lazer grubunda anlamlı olarak azalmıştır ($p = 0.041$) (Tablo 2).

Table 2 The changes after treatment and 3 months later among two groups (N = 56)

	CO ₂ laser n = 28	Sham n = 28	p-value
The changes of ICIQ-UI SF score			
after treatment, mean (SD)	-3.86 (3.94)	-3.57 (3.33)	0.9129
3 months follow up, mean (SD)	-3.54 (3.97)	-3.32 (3.36)	0.8281
Pelvic floor ultrasonography			
Bladder neck descent			
after treatment, mean (SD)	18.3 (8.93)	19.02 (9.13)	0.7668
3 months follow up, mean (SD)	19.43 (9.31)	19.89 (7.81)	0.8436
The changes of bladder neck descent			
after treatment, mean (SD)	2.73 (9.72)	0.98 (11.51)	0.5414
3 months follow up, mean (SD)	3.86 (12.51)	1.84 (8.27)	0.4803
LHA at rest			
after treatment, mean (SD)	20.2 (4.62)	22.09 (4.26)	0.118
3 months follow up, mean (SD)	19.82 (3.89)	21.56 (3.94)	0.103
LHA on maximal Valsalva			
after treatment, mean (SD)	24.95 (6.63)	28.48 (5.99)	0.041*
3 months follow-up, mean (SD)	24.81 (6.05)	26.54 (6.27)	0.296
The changes of LHA			
after treatment, mean (SD)	4.75 (3.26)	6.39 (4.18)	0.108
3 months follow up, mean (SD)	4.98 (4.01)	4.98 (3.7)	0.999

ICIQ-UI SF, International Consultation on Incontinence Questionnaire-Urinary Incontinence Short Form, *LHA*, levator hiatal area

CO₂ enerjisi ile tedavi edilen kadınların çoğu, işlem sırasında minimal vajinal ağrının işlemden sonra kendiliğinden düzeldiğini bildirmiştir. İşlemlerden sonra hiç kimse vajinal enfeksiyon veya disparoni bildirmemiştir.

Tartışma:

Birçok prospektif gözlemsel çalışma, SUI tedavisinde CO₂ lazerlerin etkinliğini değerlendirmiş ve birçoğu CO₂ uygulamasından sonra SUI semptomlarının önemli ölçüde iyileştiğini bulmuştur. Bir çalışmaya hem SUI hem de MUI semptomları olan hastalar dahil edilmiş ve üç seans fraksiyonel mikroablatif CO₂ lazer tedavisinden sonra semptomlarda anlamlı iyileşme bildirilmiştir. Bununla birlikte, semptomların iyileşmesine katkısını belirlemek için lazer tedavisini plasebo veya sham tedavisini karşılaştıran çok az veri vardır. Bu nedenle SUI tedavisinde CO₂ lazerin etkinliğini değerlendirmek için randomize sham kontrollü çalışma yapılmıştır. Bu çalışma, hem tedavi hem de sham gruplarında ICIQ-UI SF skorlarına göre üriner inkontinans semptomlarında anlamlı olarak iyileşme olduğunu, ancak gruplar arasında hemen veya tedaviden 3 ay sonra ICIQ-UI SF skorlarında anlamlı bir fark olmadığını göstermiştir. Bu, semptom skorlarındaki azalmanın önerilen pelvik kas egzersizlerine veya plasebo etkisine bağlı olabileceği anlamına gelmektedir.

2022'de yayınlanan başka bir prospektif randomize çalışmanın verileri, hem CO₂ lazerlerin hem de Er: YAG'nin SUI semptomlarını sham tedavi prosedürüne göre önemli ölçüde iyileştirdiğini ortaya koymuştur. Bu sonuçlar, mevcut çalışmadaki bulgularla çelişmektedir. Bu çalışma ve 2022 çalışması benzer sayıda katılımcıya sahip olup bu nedenle farklılıkları bağdaştırmak zordur. Bununla birlikte, iki çalışma arasındaki en önemli fark, bu çalışma katılımcılarına pelvik kas eğitimi verilmesinin önerilmiş olmasıdır. Bu çalışma için yazarlar, sham grup için herhangi bir tedavi sağlamamanın etik kaygıları nedeniyle, protokolün pelvik taban kas eğitimi için bir öneri içermesi gerektiğini ve her iki gruba da bu terapi hakkında bir bildiri verilmesi gerektiğini düşünmüşlerdir. Bu çalışmaya katılanlar, pelvik taban egzersizleri için herhangi bir özel eğitim seansına tabi tutulmamıştır. Bu nedenle, her iki grupta da UI semptom skorlarındaki iyileşme, bu ortamda önerilen ek pelvik kas eğitiminden kaynaklanıyor olabilir veya sadece bir plasebo etkisi olabilir.

Pelvik taban ultrasonografi bağlamında, CO₂ uygulamasından kaynaklanan termal etki, sham tekniğiyle karşılaştırıldığında mesane boynu inişinde anlamlı bir değişiklik göstermemiştir. CO₂ lazer uygulaması sırasında kendiliğinden düzelen sadece minimal ağrı görülmüştür. Vajinal lazerden kaynaklanan ciddi yan etkiler görülmemiştir.. Bu da CO₂ vajinal



uygulamasının kısa vadede ciddi bir yan etki olmaksızın güvenli olduğunu göstermektedir. Fakat uzun vadede advers olaylar hakkında veri bulunmamaktadır.

Bu çalışma, stres baskın üriner inkontinans tedavisinde CO₂ lazerlerin etkinliğini araştırmak için randomize plasebo / sham kontrollü bir çalışmayı araştırmak için yapılmıştır. Bu çalışmada SUI tedavisi açısından CO₂ lazerlerin sham tekniğine göre faydasını göstermemiştir. Bu çalışmaya hem SUI'si hem de MUI'si olan stres baskın olan hastalar dahil edilmiştir. Örneklem büyüklüğü uygun olsa da küçüktür. Bu nedenle, daha büyük örneklem boyutlarına sahip RCT'ler yapılmalıdır.

Sonuç:

Fraksiyonel CO₂ lazer tedavisi, SUI semptomlarını hafifletmede sham tekniğine göre bir fayda sağlamamıştır. SUI semptomlarındaki iyileşme, çalışma süresi boyunca önerilen pelvik taban kas eğitimi ile ilişkisi olabilir. Her iki grupta da girişimden hemen sonra veya tedavinin tamamlanmasından 3 ay sonra mesane boynu inişinde veya levator hiatal bölgesinde herhangi bir değişiklik olmamıştır.

11. Ulusal ÜROJİNEKOLOJİ KONGRESİ



8-10 Kasım 2024
Marriott Hotel Şişli - İstanbul

www.urojenekoloji2024.org

GYNECOLOGISTS' PERSPECTIVES ON SURGICAL TREATMENT FOR APICAL PROLAPSE: A QUALITATIVE STUDY

Anique MJ Van Oudheusden, Mirjam Weemhoff, Leah Menge, Brigitte AB Essers.

Department of OB/GYN Vie Curi Medical Centre, Venlo, Netherlands

Department of OB/GYN Maastricht University, Netherlands

Department of OB/GYN Reinier de Graaf Hospital, Delft, Netherlands

BİR BAKIŞTA BU MAKALENİN ÖNEMİ:

Meşsiz vajinal sakrospinöz fiksasyon (VSF) ve meşli sakrokolpopeksi (SCP) Hollanda'da apikal POP için en sık uygulanan cerrahi prosedürlerdir. En uygun tekniği gösteren uzun vadeli kanıt bulunmamaktadır. Amaç, bu seçenekler arasındaki seçimde hangi faktörlerin rol oynadığını belirlemektir.

MEVCUT LİTERATÜRDEKİ BİLGİ NE DİYOR?

On katılımcı analiz edildi. 6 jinekolog VVP için VSF gerçekleştirirken, üç jinekolog SCP'yi tercih etmiştir. Tüm katılımcılar tekrarlayan VVP için SCP'yi tercih etmektedir. Tüm katılımcılar, birden fazla komorbiditenin VSF'yi seçme nedeni olabileceğini, çünkü bu prosedürün daha az invaziv olarak kabul edildiğini belirtmiştir. Katılımcıların çoğu ileri yaş (6/10) veya yüksek BMI (7/10) durumunda VSF'yi tercih etmektedir. Tüm katılımcılar, primer POP tedavisi için vajinal uterin koruyucu cerrahi tercih etmektedir.

BU MAKALENİN TIBBİ LİTERATÜRE KATKISI NEDİR?

Tüm katılımcılar primer POP için ilk seçenek vajinal, uterus koruyucu bir tedaviyi tercih etmiştir. Bunun ana nedeni, başarılı otolog doku seçenekleri olduğu için ilk prolapsusta meş kullanımı için bir endikasyon görmemeleridir. VVP'de rol oynayan faktörler olarak, SCP'nin daha invaziv görülmesi, meşle ilişkili komplikasyon riskinin daha yüksek olması ve kronik ağrı gibi nedenler belirtilmiştir. Hangi ameliyatı tercih edecekleri esas olarak kendi klinik deneyimlerine dayanmaktadır.

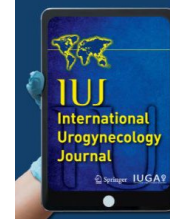


ESRA NAZLI

DÖKTÜR EFEOĞLU

GAZİOSMANPAŞA EĞİTİM VE
ARAŞTIRMA HASTANESİ

KADIN DOĞUM



**International
Urogynecology
Journal**

Int. Urogynecology Journal
2023 Nov;34(11):2705-2712.

JİNEKOLOGLARIN APİKAL PROLAPSUS İÇİN CERRAHİ TEDAVİYE BAKIŞ AÇILARI:

Meşsiz vajinal sakrospinöz fiksasyon (VSF) ve meşli sakrokolpopeksi (SCP) Hollanda'da apikal prolapsus için en sık uygulanan cerrahi prosedürlerdir. Ancak en uygun tekniği gösteren uzun vadeli bir kanıt bulunmamaktadır. Amaç, bu cerrahi tedavi seçenekleri arasındaki seçimde hangi faktörlerin rol oynadığını belirlemektir.

On katılımcı analiz edilmiştir. Altı jinekolog primer vajinal tonoz prolapsusu (VVP) için VSF gerçekleştirirken, üç jinekolog SCP'yi tercih etmiştir. Tüm katılımcılar tekrarlayan VVP için SCP'yi tercih etmektedir. Tüm katılımcılar, birden fazla komorbiditesi olan hastada VSF'yi seçme nedeninin, bu prosedürün daha az invaziv olarak kabul edildiğini belirtmiştir. Katılımcıların çoğu ileri yaş (10 kişiden 6'sı) veya yüksek vücut kitle indeksi (10 kişiden 7'si) durumunda VSF'yi tercih etmektedir. Tümü, primer uterin prolapsusu için uterus koruyucu cerrahi ile tedavi etmektedir.

Giriş:

Pelvik organ prolapsusu (POP) sık görülen bir sağlık sorunudur ve yaş ve obezite oranları yükseldikçe artması beklenmektedir. POP için ameliyat geçiren kadınların yaşam boyu riskinin 80 yaşına kadar %20 olduğu bildirilmiştir. Geleneksel olarak uterus prolapsusu vajinal histerektomi (VH) ile tedavi edilmektedir. Bu konuda daha fazla literatür yayınlandıkça rahim koruyucu tedavilere olan ilgi de artmaktadır. Kadınlar, VH'nin önemli bir faydasının olmadığı durumlarda rahim koruyucu prolapsus cerrahisini tercih etmektedir. POP'un yanı sıra, histerektomi yapmak için ağır adet kanaması veya serviks displazisi gibi başka nedenler de olmalıdır.

Apikal prolapsus için laparoskopik ve vajinal tedavileri karşılaştırmak için birkaç randomize çalışma yapılmıştır. LAVA çalışması (n = 126), 12 aylık takipten sonra rahatsız edici şişkinlik semptomları için desensus uteri'nin tedavisinde laparoskopik sakrohisteropeksi (LSH), vajinal sakrospinöz histeropeksi (SSHP) ile karşılaştırıldığında üstün olmadığını göstermiştir. VUE çalışmasının (n=208) sonuçları, 1 yıllık takipte VVP tedavisi olarak laparoskopik sakrokolpopeksi (LSC) ile VSF arasında etkinlik, yaşam kalitesi veya advers olaylar açısından

fark olmadığını göstermiştir. SALTO-2 çalışması da (n=64) 1 yıllık takipte VVP tedavisinde LSC ve VSF arasında anatomik ve fonksiyonel sonuçlar açısından fark olmadığını bildirmiştir.

Laparoskopik sakrokolpopeksi ve VSF çok farklı prosedürlerdir; bu nedenle jinekologların da belirli bir tercihi olduğu düşünülebilir. VSF'nin Hollandalı jinekologlar arasında VVP'nin ilk tercih edilen tedavisi olduğu görülmüştür. Ancak, bu tercihe hangi faktörlerin katkıda bulunduğu açık değildir. Bu niteliksel çalışmanın amacı, Hollandalı jinekologları seçimlerini yaparken etkileyen faktörleri belirlemek ve hastalara danışmanlıktır.

Materyaller ve yöntemler:

Çalışma tasarımı

Tüm görüşmeler tek bir araştırmacı (AVO) tarafından gerçekleştirilmiştir. Katılımcılarla e-posta yoluyla iletişime geçilmiş ve görüşme 20 ila 30 dakikalık bir videokonferans görüşmesi ile gerçekleştirilmiştir. Katılımcılara önceden kısa bir dijital anketle hangi ameliyatları yaptıkları, yılda kaç ameliyat gerçekleştirdikleri ve toplamda kaç prosedür uyguladıkları sorulmuştur.

Veri toplama

Her görüşmenin başında katılımcıya primer ve tekrarlayan VVP için ilk tercih ettiği cerrahi tedavinin ne olduğu sorulmuştur. Katılımcının deneyimlerini keşfetmek ve en uygun cerrahi tedaviye karar vermede hangi faktörlerin önemli olduğunu araştırmak için açık uçlu sorular kullanılmıştır. Son olarak, katılımcılardan kararlarında önemli olan ilk beş faktörü belirtmeleri istenmiştir.

Veri işleme ve analizi

Görüşmeler kaydedilmiş ve daha sonra Amberscript.com kullanılarak tamamen yazıya dökülmüştür. Transkriptler iki araştırmacı (AVO ve LM) tarafından Windows için Atlas.ti 9.0.23 nitel analiz aracı kullanılarak kodlanmış ve analiz edilmiştir.

Sonuçlar:

Toplamda on jinekolog çalışmaya katılmıştır. Katılımcıların özellikleri Tablo 1'de gösterilmiştir. Tüm konular şu temalarda kategorize edilmiştir: prolapsus tipi, hastayla ilgili faktörler, ameliyatla ilgili faktörler ve hekimle ilgili faktörler.

Table 1 Characteristics of respondents	Respondents (n = 10)
Sex	
Female	7/10
Male	3/10
Age (years), median (IQR)	50.5 (45.5–52.5)
Hospital type	
Academic teaching hospital	2/10
Non-academic teaching hospital	6/10
Non-academic nonteaching hospital	2/10
Experience as a gynecologist (years), median (IQR)	13.5 (8.5–16.3)
Specialty	
Urogynecologist	4/10
Gynecologist with urogynecological focus	6/10
Procedure performed	
VSF/SSH/VH	10/10
Modified Manchester	9/10
Sacrocolpopexy/sacrohysteropexy performed by participant ^a	6/10
Sacrocolpopexy/sacrohysteropexy performed by colleague ^a	1/10
No sacrocolpopexy/sacrohysteropexy performed in hospital ^a	3/10
Combining laparoscopic/vaginal surgery (perineoplasty) ^b	3/10
Procedures performed in total	
VSF	
1–100	3/10
> 100	7/10
SSH/VH	
1–100	2/10
> 100	8/10
Modified Manchester	
1–100	4/10
> 100	6/10
Vaginal hysterectomy	
1–100	2/10
> 100	8/10
LSC/LSH	
0	4/10
1–100	5/10
> 100	1/10
RSC/RSR	
0	9/10
1–100	–
> 100	1/10

No./no. of total respondents, unless stated otherwise

VSF vaginal sacrospinous fixation; SSH/VH vaginal sacrospinous hysteropexy, VH vaginal hysterectomy, LSC laparoscopic sacrocolpopexy, RSC robotic sacrocolpopexy, LSH laparoscopic sacrohysteropexy, RSR robotic sacrohysteropexy

^aSacrocolpopexy and sacrohysteropexy, performed per laparoscopy, robot, or abdominally

^bCombining sacrocolpopexy or sacrohysteropexy with vaginal surgery for pelvic organ prolapse

Tablo 2, tüm jinekologların Vajinal tonoz prolapsusu için tercih edilen ilk tedavi tedaviyi göstermektedir ve bu prosedür için başka bir hastaneye sevk etmeleri gerekip gerekmediğine bağlı olarak gruplara ayrılmıştır. Altı jinekolog birincil VVP için VSF uygulayacaktır; 3 jinekolog SCP'yi tercih etmiştir; ve 1 jinekoloğun belirli bir tercihi yoktur. Önceki histerektomi uterus prolapsusu tedavisi olarak yapıldığında, 2 jinekolog yine de VSF önerirken, diğer 5 katılımcı SCP'yi tercih etmektedir. Tüm katılımcılar daha önce VVP tedavisi gördükten sonra SCP'yi tercih etmektedir. VVP'nin tekrarlayan apikal prolapsus mu yoksa tekrarlayan VVP mi olduğu çoğu katılımcı için en önemli faktördür.

Table 2 First-choice surgical treatment for the type of prolapse

Surgical treatment of first choice for VVP	VSF	LSC/RSC	No preference
VVP after hysterectomy for a reason other than prolapse	6/10	3/10	1/10
Performing SC/SC in the same hospital	3/10	3/10	1/10
Referring to another hospital for SC	3/10	–	–
VVP after hysterectomy for prolapse	2/10	5/10	3/10
Performing SC/SC in the same hospital	–	5/10	2/10
Referring to another hospital for SC	2/10	–	1/10
Recurrent VVP after previous surgical treatment for VVP	–	10/10	–

No./no. of total respondents
VVP vaginal vault prolapse, VSF vaginal sacrospinous fixation, SC sacrocolpopexy (either laparoscopic sacrocolpopexy or robotic sacrocolpopexy)

Hasta ile ilgili faktörler

Hastaların tıbbi/cerrahi geçmişi jinekologların göz önünde bulundurması gereken ikinci en önemli faktördür. Tüm katılımcılar, belirli komorbiditelerin veya abdominal cerrahi geçmişinin VSF'yi tercih etmek için bir neden olabileceğini belirtmiştir.

Yüksek yaş ve yüksek vücut kitle endeksi bazı katılımcılar tarafından farklı yorumlanan faktörlerdir. Bazı durumlarda jinekologlar(10 kişiden 6'sı), daha yaşlı örneğin 80 veya 85 yaşın üzerindeki hastalarda VSF yapmayı tercih ederken, bu durumda SCP'yi tercih eden bir jinekolog bulunmaktadır. Aynı durum daha yüksek BMI için de geçerlidir: sakrokolpopexi seçen 2 jinekoloğa kıyasla 7 jinekolog VSF'yi tercih etmektedir. Alıntı: "Bir hastada morbid obezite ve çok fazla visseral yağ varsa, sakrokolpopexi teknik olarak zor bir prosedür olabilir. Bu durumda sakrospinöz fiksasyonu tercih ederim."

Aciliyet, şiddetli kabızlık veya kronik pelvik ağrı, 4 katılımcı tarafından SCP yerine VSF'yi tercih etme nedenleri olarak belirtilmiştir. 1 katılımcı, pelvik ağrısı olan veya pudendal sinir ya da sakrospinöz ligament seyrinde tetik noktaları olan bir hastaya VSF uygulamakta tereddüt etmiştir. Alıntı: "Sakrospinöz ligamenti palpe ettiğimde ve ağrıdığımda, hastaya farklı tavsiyelerde bulunurum. Primer tonoz prolapsusu durumunda, vajinal sakrospinöz fiksasyon yapmadan önce hastanın bu ağrı semptomlarını hafifletmek için önce pelvik taban fizik tedavisi görmesi gerekir."

Düşük veya yüksek pelvik organ prolapsusu kantifikasyon (POP-Q) evresi sadece 2 katılımcı için önemlidir. Üç jinekolog vajinal uzunluğa dikkat etmekte, VSF'de köprüleme sütürünü veya prolapsusun aşırı düzeltilmesini önlemek için vajinal uzunluk kısa olduğunda sakrokolpopeksiği tercih etmektedir.

Ameliyatla ilgili faktörler

VSF spinal analjezi ile gerçekleştirilebilirken, SCP için genel anestezi gereklidir. Beş jinekolog bunun önemli olduğuna inanmamakta veya genel anestezi uygulanıp uygulanamayacağına karar vermeyi anestezi uzmanına bırakmaktadır.

Ameliyatla ilgili diğer faktörler perioperatif faktörler ve postoperatif faktörler olarak alt kategorilere ayrılmıştır. Dokuz katılımcı SCP'nin daha uzun cerrahi süre, daha yüksek komplikasyon riski ve uzun süreli Trendelenburg pozisyonu nedeniyle daha invaziv bir prosedür olduğunu belirtmiştir.

Bahsedilen ameliyat sonrası faktörler, SCP için daha düşük nüks oranı veya daha yüksek etkinlik (10'da 7) ve VSF için daha yüksek nüks sistosel olasılığıdır (10'da 2). Bir jinekolog de novo disparoninin SCP'nin bir sonucu olduğunu söylerken, 3 jinekolog bunun VSF'nin bir sonucu olduğunu söylemiştir. İki katılımcı, de novo disparoninin her iki prosedürün de sonucu olabileceğini savunmuştur. Alıntı: "Disparoni her zaman biraz zorlayıcıdır. Sakrospinöz fiksasyondan sonra sıklıkla disparoni görüyoruz. Öte yandan, önceden var olan disparoni durumunda, bir mesh yerleştirmeyi tercih etmezsiniz."

Hekimle ilgili faktörler

Hastaları sakrokolpopeksi için sevk etmesi gereken jinekologların tamamı (10 kişiden 4'ü) bunu yapmakta herhangi bir engelle karşılaşmadıklarını belirtmiştir.

Desensus Uteri

Tüm katılımcılar primer uterus prolapsusu için ilk seçenek ameliyat olarak vajinal, uterus koruyucu bir tedaviyi tercih etmiştir. Bunun ana nedeni, başarılı otolog doku seçenekleri olduğu için ilk prolapsusta meş kullanımı için bir endikasyon görmemeleridir. VVP'de rol oynayan faktörler olarak, SCP'nin daha invaziv bir prosedür olarak görülmesi, meşle ilişkili komplikasyon riskinin daha yüksek olması ve kronik ağrı riski gibi benzer nedenler belirtilmiştir. Hangi spesifik ameliyatı tercih edecekleri esas olarak kendi klinik deneyimlerine dayanmaktadır.

Tartışma:

Ana bulgular

Sonuçlar, primer VVP'nin tedavisi için (yani nüks yok), bazıları VSF'yi tercih ederken, bazıları SCP'yi tercih etmekte, diğerleri ise tercih etmemektedir. Çoğu jinekolog için tekrarlayan VVP, SCP seçiminde en önemli faktördür (10 kişiden 8'i). İkinci olarak, komorbidite ve cerrahi geçmişin her iki cerrahi prosedürle de ilgili olduğu düşünülmektedir (10 kişiden 7'si). Rol oynayan diğer hastayla ilgili faktörler yaş, BMI ve hastaların kendi tercihleridir.

Primer uterus prolapsusu tedavisinde tüm katılımcılar vajinal uterus koruyucu tedaviyi tercih etmektedir. Tekrarlayan desensus uteri veya ek şikayetler (örn. şiddetli servikal displazi veya ağır adet kanaması) durumunda, çalışmamızdaki jinekologlar tarafından VH tercih edilmektedir.

Yaş, POP gelişimi için bilinen bir risk faktörüdür, ancak tekrarlayan POP için bir risk faktörü olarak yaş literatürde çelişkilidir. Bazı incelemeler ve kohort çalışmaları sakrokolpopeksi için daha iyi sonuçlar önermektedir.

Aşırı kilolu ve obez kadınların POP geliştirme olasılığı, VKİ'si normal aralıkta olan kadınlara kıyasla daha yüksektir. Ayrıca ameliyattan önce daha yüksek POP-Q evresi (evre 3 veya 4) POP nüksü için bir risk faktörü olarak listelenmiştir.

Bazı katılımcılar spinal analjezinin özellikle yaşlı hastalar için genel anesteziye kıyasla faydalı olduğunu düşünmektedir. Ancak, bu teoriyi destekleyen bir literatür yok gibi görünmektedir.

Yorum:

Çoğu jinekolog öncelikle tekrarlayan bir prolapsus olup olmadığına bağlı olarak ameliyat türü için bir endikasyon belirler. Nihai bir karara varmak için çoğu jinekolog birden fazla faktörü bir arada değerlendirir. Örneğin, 85 yaşında, tekrarlayan tonoz prolapsusu, obezite ve birden fazla komorbiditesi olan bir hastaya sakrokolpopeksi yerine VSF uygulanırken, 60 yaşında, tekrarlayan VVP'si olan ve çok aktif bir yaşam tarzı olan bir hastaya sakrokolpopeksi uygulanabilir.

Bu çalışma jinekologların tercihlerine odaklanmaktadır. Hastaların VVP için farklı tedavi türlerine ilişkin tercihleri üzerine gelecekte yapılacak araştırmalar daha da ilginç olacaktır.

Sonuç:

Tekrarlayan apikal prolapsus, hastalara VVP veya desensus uteri için hangi tedaviyi almaları gerektiği konusunda tavsiyede bulunurken en önemli faktördür. Ayrıca, hastaların eşlik eden hastalıkları, cerrahi geçmişi, yaşı, BMI ve hastanın kendi tercihi de önemli faktörlerdir. Kendi kliniklerinde sakrokolpopeksi yapmayan jinekologların VSF yapma olasılığı daha yüksektir ve bir hastaya sakrokolpopeksi yapılmasını önermemek için daha fazla neden bulmaktadırlar. Tüm katılımcılar primer uterin prolapsus için vajinal cerrahiye tercih etmektedir.

HAZİRAN AYI

PELVİK ORGAN PROLAPSUSU FARKINDALIK AYI

June is Pelvic Organ Prolapse (POP) Awareness Month!

IUGA
international urogynecological association



Pelvik Organ Prolapsusu, mesanenin, uterusun veya rektumun vajinaya doğru sarkması olarak tanımlanan ve pelvik taban kaslarının güçsüzlüğü ile bağ dokularından kaynaklanan problemler nedeni ile ortaya çıkan ve milyonlarca kadını etkileyen klinik bir tablodur. **Risk faktörleri** arasında zayıf bağ dokusuna genetik yatkınlık, **doğum travması** ve kronik **kabızlık** veya pelvik taban üzerinde aşırı baskı oluşturan **inatçı öksürük** gibi diğer sağlık durumları yer alır. Belirli yaşam tarzı seçimlerini benimsemek, pelvik organ prolapsusu gelişme olasılığını önemli ölçüde azaltabilir ve iyileşmeye yardımcı olabilir.

Riski en aza indirmenin dört yolu:

- Pelvik Taban Kaslarını Güçlendirin.
- Sağlıklı Kiloyu Koruyun.
- Ağır Kaldırmaktan Kaçınin.
- İyi Mesane ve Bağırsak Alışkanlıkları Geliştirin.

Mixovul

Metronidazol 750 mg
Mikonazol Nitrat 200 mg
Lidokain 100 mg

3 Ovül
Trivag 300 mg/200 mg/100 mg
Tinidazol
Tiokonazol
Lidokain

Farklı
KADINLAR

Farklı
TEDAVİLER



BİL7896MIX76



Kısa Ürün Bilgisi özeti için QR KODU okutabilirsiniz.

bilim
İL A Ç

bilimsel
paydaş



11. Ulusal ÜROJİNEKOLOJİ KONGRESİ

8-10 Kasım 2024
İstanbul



*İyi
Bayramlar*

Sevdiklerinizle birlikte güzel
bir bayram dileriz

www.urojinekoloji2024.org

A UNIFIED PELVIC FLOOR CONCEPTUAL MODEL FOR STUDYING MORPHOLOGICAL CHANGES WITH PROLAPSE, AGE, AND PARITY

John O. De Lancey, Sara Mastrovito, Mariana Masteling, Whitney Horner, James A. Ashton-Miller

Department of Obstetrics and Gynecology, University of Michigan

Departments of Mechanical Engineering and Biomedical Engineering, University of Michigan

BİR BAKIŞTA BU MAKALENİN ÖNEMİ:

Anatomideki bireysel farklılıklar, ilerleyen yaş ve vajinal doğum bir araya gelerek pelvik tabanı ve ilişkili yapıları farklı etkilemekte olup mevcut birçok ölçümün birbiriyle nasıl ilişkili olduğunu analiz edecek veya genel pelvik taban yapısını ve işlevini yansıtan birleştirici bir kavramsal model bulunmamaktadır.

MEVCUT LİTERATÜRDEKİ BİLGİ NE DİYOR?

Pelvik taban, abdomino pelvik boşluğun tabanında ventral bir açıklığa sahip raf benzeri bir yapıdır. Yapısal değişiklikleri değerlendirmek için son 30 yılda ultrason ve MRI kullanılarak çeşitli ölçümler geliştirilse de bütüncül değerlendirme için yeni çalışmalara ihtiyaç vardır.

BU MAKALENİN TIBBİ LİTERATÜRE KATKISI NEDİR?

İçeriğindeki anatomik yapı, şematik bağlantı noktaları ve iki boşluk ile pelvik taban kavramsal modeli, bu yapısal desteklerin etkileşimlerini ve bağlantılardaki değişikliklerin sistemin diğer bölümlerine olan etkisinin anlaşılması için kavramsal bir çerçeve sağlamaktadır.



Op. Dr. Ebru YÜCEL
Hakkari Yüksekova
Devlet Hastanesi

Am J Obstet Gynecol
2024;230(5):476-484.e2.

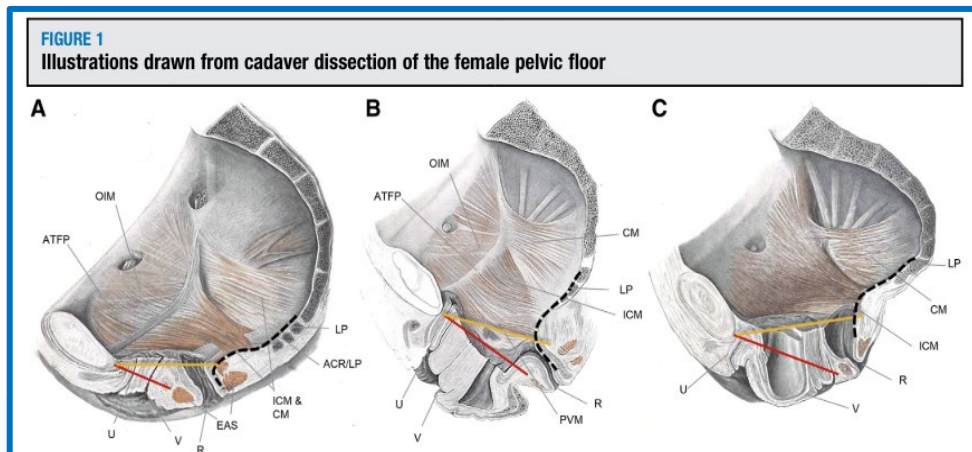
AJOG American
Journal of
Obstetrics &
Gynecology

MORFOLOJİK DEĞİŞİKLİKLER İLE PROLAPSUS, YAŞ VE PARİTEYİ İNCELEMELİK İÇİN BİRLEŞİK BİR PELVİK TABAN KAVRAMSAL MODELİ

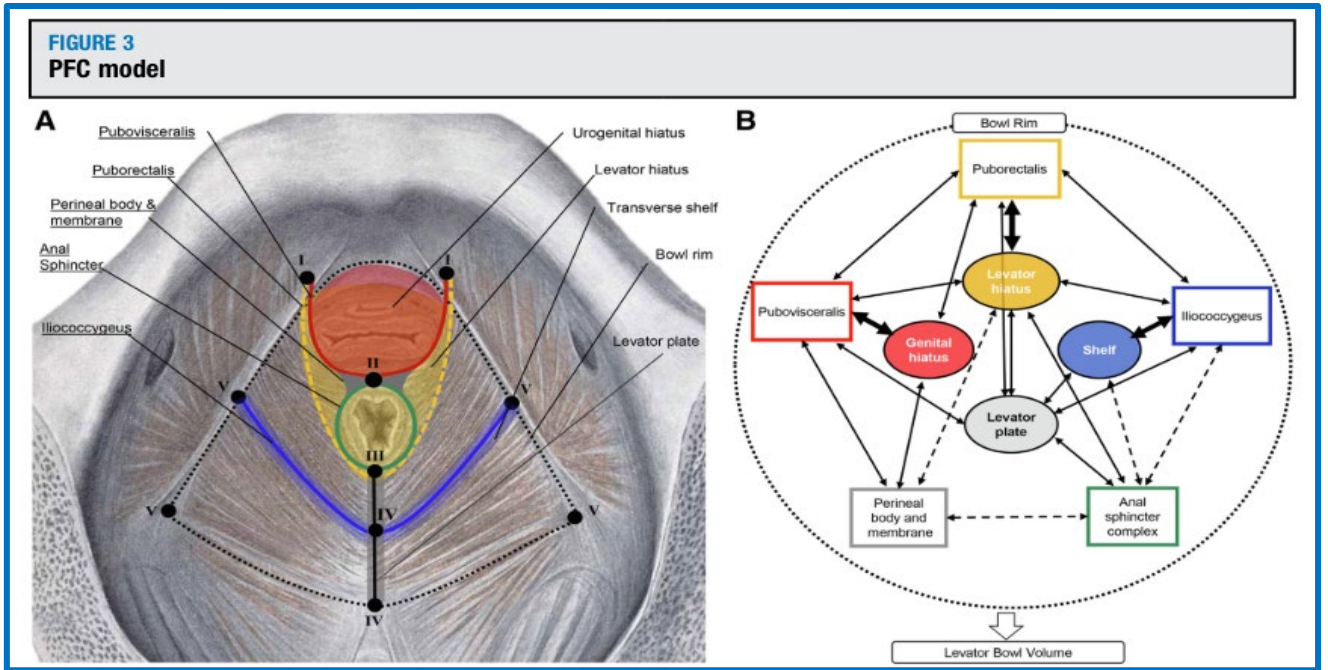
Kadın pelvik tabanı, abdominopelvik organlara uygulanan kuvvetlere, karın içeriğinin ağırlığı ve atalet kuvvetleri ile günlük aktivitelerle ilişkili karın içi basınca karşı koyan ventral bir açıklığa sahip raf benzeri bir yapıdır. Esasen levator ani kası (LAM) ve onun kemik pelvik kanalı kapsayan fasyal kaplamalarından oluşur. Bu kas ve bağ doku bileşkeleri idrar ve dışkı tutmanın kontrolüne yardımcı olur, cinsel fonksiyona katılır ve doğuma izin verir. Şimdiye kadar bu yapılardaki farklılıkları ve değişimleri incelemeyi amaçlayan birçok ölçümün birbiriyle nasıl ilişkili olduğunu veya genel pelvik taban fonksiyonunu nasıl yansıttığını değerlendirmemize olanak tanıyan birleştirici bir kavramsal model mevcut değildir.

Anatomik detaylara bakacak olursak LAM anatomik olarak üç bileşene sahip olarak kabul edilir: pubococcygeus (pubovisceralis [PVM]), puborectalis (PRM) ve iliococcygeus (ICM). Ürogenital boşluk (UGH) pubis ile perineal gövde arasında yer alır ve PVM ile çevrilidir. Levator boşluğu ise (LH) aynı ventral ve lateral sınırlara sahiptir fakat anorektal açının arkasına kadar uzanır. PRM ve PVM'nin dorsal ve lateralinde yer alan ICM, "pelvik taban çanağını" kapatıp anal kanaldan sakruma kadar raf benzeri bir yapı oluşturur.

Kadavra diseksiyonlarına ait olan resimlerin ilki (A) üst pelvik organların çıkarılmasından sonra normal bir kadına ait soldan bir görünümdür. Diğer iki midsagittal kesit ise (B ve C) ilerlemiş pelvik organ prolapsusu (POP) olan kadınlara aittir. Pelvik taban değişikliklerinin farklı bireylerde farklı olduğunu göstermek amacıyla seçilen görsellerde B'de kırmızı ile çizilen UGH ve sarı ile çizilen LH daha genişken siyah noktalı çizgi ile belirtilen levator plakası ise C'de daha vertikal yönelimlidir. Ayrıca tüm pelvik tabanın aşağı sarkması ile oluşan çanak benzeri şeklin derinleşmesi B'de daha net seçilirken C'de aynı derecede değildir.



Son otuz yılda ultrason ve manyetik rezonans görüntüleme (MRI) kullanılarak LH ve UGH'nin ön-arka ve enine çapları ve alanları, levator plaka açısı ve şekli, levator çanak hacmi ve pelvik duvarlara bağlanan levatorun kenar benzeri üst kısmındaki değişiklikler incelenmiştir. Bu dört alanda ölçümler yapılarak belirli bir boyut veya şekli yansıtacak tanımlamalar bu ölçümlere dayanarak yapılmıştır. Ayrıca güncel çalışmalar, perineal cisimcik ve LAM ile olan bağlantıları aracılığıyla kapanmayı sürdüren UGH etrafındaki perineal membrana da odaklanmıştır.



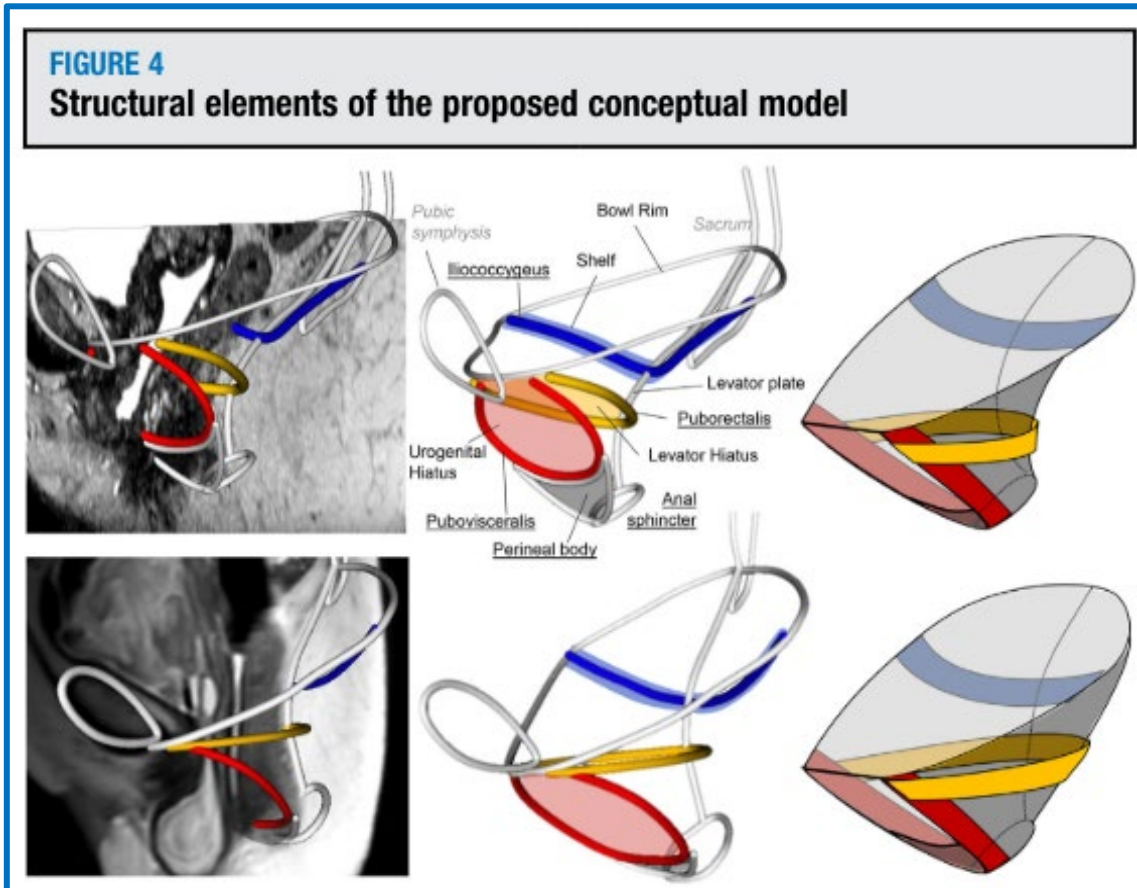
Tüm bunlardan yola çıkarak, DeLancey ve ark., pelvik tabanı oluşturan yapılardaki değişikliklerin ve etkileşimlerin, vajinal doğum, prolapsus ve yaşla birlikte nasıl etkilendiğini daha iyi ortaya koymak için birleşik bir kavramsal modelini tanımlamayı amaçlamıştır.

LAM' in pelvik taban desteğindeki önemine yönelik çalışmalarda çoğunlukla kas yaralanmasına, prolapsusta ise LH ve UGH' nin boyutuna odaklanılmıştır. Her ne kadar POP oluşumunda genişlemiş UGH 'ye anlam kazandıran güncel yüksek düzeyli kanıtlar olsa da hiatal boyut ve levator yaralanması pelvik taban konfigürasyonunu tamamıyla kapsamamaktadır. Hiatal genişlemenin az bir kısmı kas defektiyle ilişkili olup POP'lu kadınların yarısında dikkate

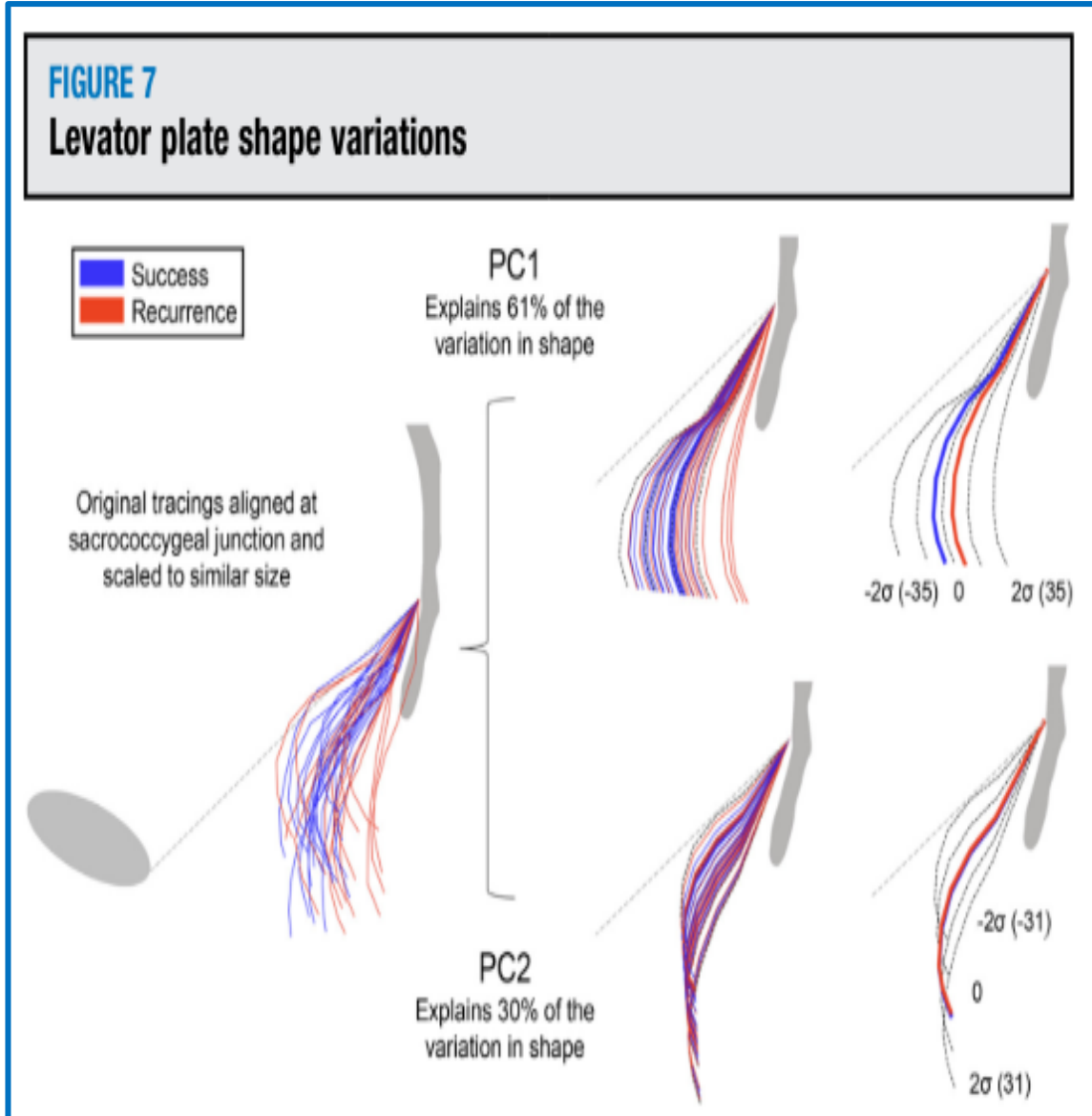
değer levator hasarı bulunmamaktadır. Bu da ilerleyen yaş gibi kasların aşağı doğru yer değiştirmesine meyil oluşturan başka faktörleri akla getirmektedir. Kas ve bağ dokulardaki bireysel ölçümlerin, değişikliklerin birbirleriyle ve genel yapı üzerinde nasıl bir etkiye sahip oldukları konusunda analiz yapabilmek için genel kavramsal bir çerçeve gereksinimi vardır.

Pelvik taban kavramsal modeli:

Pelvik taban kavramsal (PFC) modelinde, yine bir kadavra diseksiyonuna ait biyomekanik tabanlı ilk şekil ‘yapısal’ modele (A) aittir. Önemli anatomik yapılar, bağlantılarıyla ilişkilendirilmiştir. Gelişmiş veri tabanlı çeşitli ölçümler arasındaki ilişkileri ve bunların gücünü analiz etmek için şablon görevine sahip ‘etkileşimler’ modeli (B) ise bir yapı veya elemanın nasıl olabileceğini şematik olarak gösterir. Kalın oklar iyi bilinen etkileşimleri gösterirken, kesikli çizgiler daha az çalışılan bağlantıları işaret eder. Bu iki model de, pelvik taban bileşenlerinin başlıca anatomisini, geometrisini ve bağlantı noktalarını ve birbirleriyle etkileşimlerini gösterip doğum, travma, hastalık ve yaşlanmanın pelvik taban fonksiyonuna etkisiyle alakalı var olan eksikliklere ışık tutabilir.



3D Slicer kullanılarak belirli deneklere ait MRI rekonstrüksiyonlarından elde edilen kavramsal model örneklerini gösteren yandaki şekilde, üstteki görseller normal bir kadına, alttakiler ise anlaşılacağı gibi POPlu bir bireye aittir. Örneğin, ICM'yi temsil eden mavi çizgi, ilerlemiş sarkması olan kadında (altta) farklı bir şekle sahiptir ve bu da kâsenin içbükey bir "U" tarzında olmasına sebep olur. Üstelik aşağı doğru yer değişikliği ile genişlemiş hiatal boyut da seçilmektedir. Karşımıza çıkan önemli noktalardan biri, anal sfinkterin içini simgeleyen halkanın da genişlemesidir ki bu, prolapsusta tipik olarak ifade edilmeyen bir durumdur. Her bir öge "bağımsız bir şekilde" değerlendirilse de, farklı yapılar arasında önemli bağlantı noktaları vardır. Bu bize pelvik taban deformasyonunda daha önce önemsenmeyen yeni noktaların PFC modeli ile belirlenebileceğini göstermektedir.



PFC modelini daha net tanımlayabilme adına, modeli oluşturan yapılar (PVM, PRM, ICM, Perineal cisimcik ve Anal sfinkter kompleksi) belirlenmiştir. Bunların anatomik olarak boy, şekil, kalınlık, pozisyon... gibi özelliklerine bakılıp bağlantı noktaları olarak kabul edilen (Pubik kemik, Perineal cisimcik, Anal sfinkter kompleksi, Levator plakası ve İskial spinler) yerler listelenmiştir. Bu ögeler ve bağlantılar temel anatomik gözlemlere dayandırılmıştır. Mesela, Halban ve Tandler tarafından ortaya atılan bir terim olan levator plakası, LAM'ın ICM karşılığı ile birleştiği arka segmente denk gelir. Orta hat iliokoksigeal rafe ile anatomik olarak sınırlanmış olup bu, midsagittal MRI kesitlerinde kolayca belirlenebilen karakteristik bir özelliktir. Ayrıca belirlenen anatomik yapı ve bağlantı noktalarıyla ilişkili olarak çeşitli ölçümler (UGH, LH, Levator plaka, Transvers raf, Levator çanak hacmi ve sınırları) ve özellikleri listelenmiştir.

UGH, enine bir çapa ve alana da sahip olmasına rağmen genellikle ölçümü AP çap ile sınırlandırılır. Olası tek taraflı bir travma UGH alanını veya uzunluğunu etkilemeden asimetrik bir şekil oluşturabilir. Yine bilateral avülsiyonu olan bir kadın, benzer AP çapına sahip ama daha gergin ve sağlam kaslara sahip olan kadına göre daha büyük bir açıklığa sahip olacaktır. Bu örnekler bize mevcut pelvik taban değişikliklerinin esas nedeni hakkında net bilgi vermemektedir.

Buna yönelik, pelvik tabanda oluşabilecek değişiklikleri karakterize edip istatistiksel olarak değerlendirmesini yapma amacıyla temel bileşen analizi (PCA) kullanılabilir. Bu yöntem ile en sık (PC1) ve ikinci en sık (PC2) olarak izlenen varyasyonun oluşmasında yaş, doğum sayısı, kas yaralanması ve prolapsus gibi faktörlerin etkisinin belirlenmesi sağlanır.

POP cerrahisi sonrası başarısızlık (kırmızı) tanımlanan 16 kadın ve ameliyat sonrası desteği normal olan 19 kadındaki farklılıkların incelendiği aşağıdaki görsel, boyut farklılıklarından bağımsız olarak pelvik taban şeklinin nasıl analiz edilebileceğine yönelik tasarlanmıştır. Ameliyat sonrası kadınlarda levator plak şekli karşılaştırmaktadır. Benzer boyutta olacak şekilde ölçeklendirilmiş gerçek şekillerin ham verileri gösterilmektedir. Temel bileşen analizi olarak iki anayol belirlendi: PC1 sakrokoksigeal eklemden rotasyonu gösterirken PC2 kaudal-kranial inişi gösterir. Her bileşen, ortalamadan sapma derecesi olarak tanımlanır ve kadınlar arasında sayısal karşılaştırmaya imkan tanıyan değerlendirme sağlar. Buna göre levator plaktaki şekil değişikliğinin PC1 ,%61'ni (levator plak rotasyonu), PC2 ise %30' unu

(kraniyel iniş) oluştuyordu. %9 'u ise bu nedenlerle karakterize edilemedi. Başarı ve tekrarlama grupları arasında PC1 anlamlı farka sahipken, PC2 puan dağılımları benzerdi.

Pelvik taban değişikliklerinin biyomekanik sonuçları

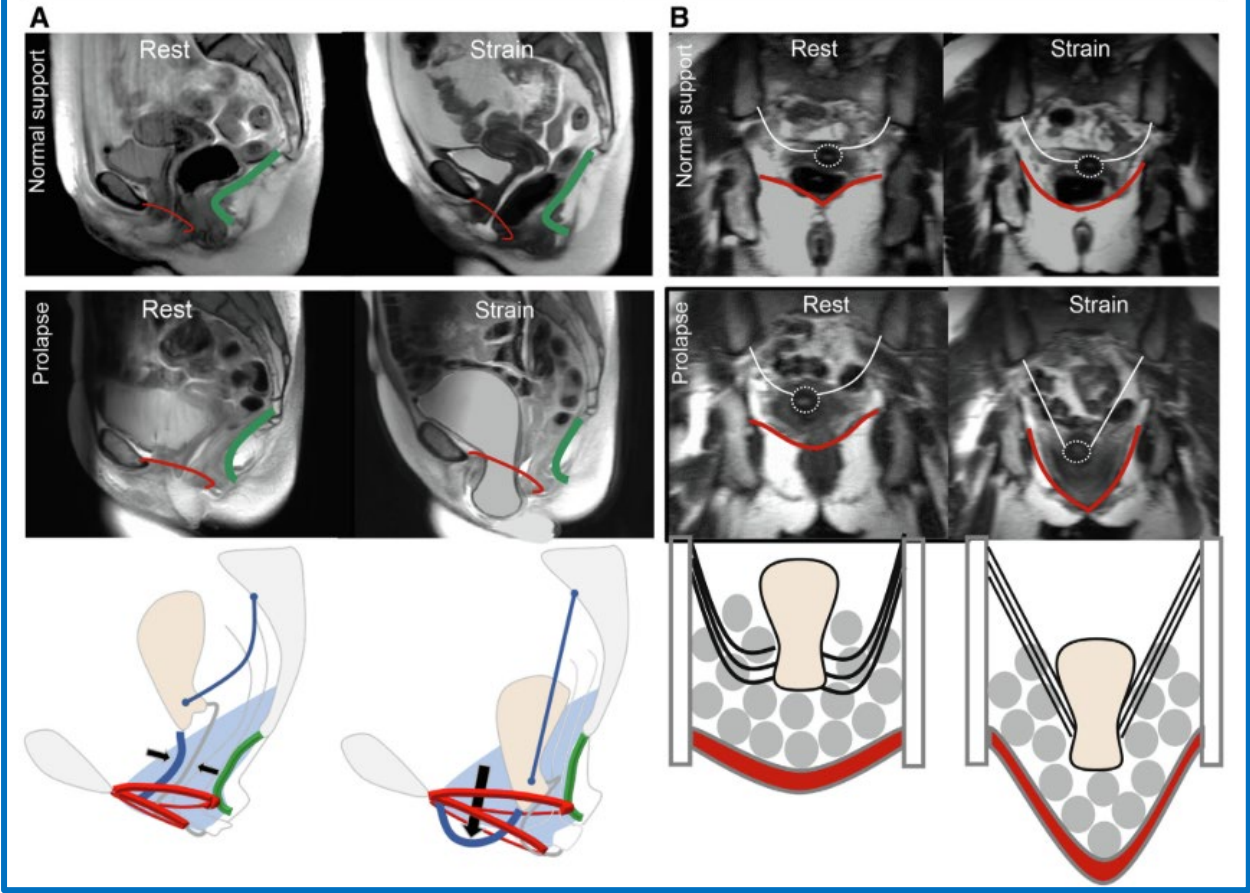
İçeriğindeki pelvik organların bağ dokuyla yan duvarlara tutunmasından dolayı pelvik tabanda meydana gelecek değişiklikler bu bağları etkiler. Bununla ilişkili olarak ilk mekanizma; aralıkların kapanmaması ve vajinal duvarın basınca maruz kalması, karın içi ve atmosferik basınç farkları nedeniyle bağ dokular üzerinde oluşturduğu anormal stres ile ilgilidir. İkinci mekanizma ise, pelvik tabanın yer değiştirmesi, organların aşağı doğru kaymasına ve bağ dokusu geriliminin artmasına neden olur. Her ne kadar pelvik taban açıklığının artması ve sarkmayla ilişkili olduğu iyi bilinse de tüm bireylerde değişiklikler aynı kombinasyonla görülmemektedir. Aşağıdaki görselde istirahatte ve maksimum valsalva esnasında normal (üst sıra) ve prolapsusu olan kadınlara (orta sıra) ait MRI kesitlerini midsagittal (A) ve koronal (B) açılardan görmekteyiz. Alt satır şematik bir modele ait olup prolapsusla birlikte hiatal boyutta ve levator plak açısında oluşan değişiklikler simüle edilmiştir.

Pelvik taban disfonksiyonunun biyomekanik sonuçlarını anlamak için her olgunun ayrı ayrı değerlendirilmesi gereklidir.

Kas fonksiyonu, fasya kaplaması ve levator şekli:

Pelvik tabanın ana bileşeni olan LAM ve fasyal yapılar, gelişmiş sinirsel kontrol mekanizmalar tarafından yönetilir. Statik ve dinamik kuvvetlerin üzerine uyguladığı aşağı doğru yüklere karşı koyarak pelvik taban ünitesinin şeklini korumasına yardımcı olur. İlerleyen yaşla birlikte hücrel ve moleküler düzeydeki değişikliklerden LAM da etkilenip kronik inflamasyon, hücrel yaşlanma, tekrarlayan mekanik stres ve miyojenik-nörojenik değişikliklere bağlı olarak fonksiyonunda bozulmalar meydana gelmektedir.

FIGURE 8
Biomechanical consequences of pelvic floor changes



LAM' in sahip olacağı en yüksek seviyedeki izometrik kuvvet, çevre kemik ve bağ dokuların bütünlüğünden etkilenip oluşabilecek yaralanma ile kuvvet iletiminde farklılıklar meydana gelebilmektedir. Doğum gibi travmatik olaylar ve kas yapısının değiştiren başka faktörler (bağ dokusu bozukluğu, nöropatik yaralanma ve yaşlanma gibi...) kas hareket hattının ve uzunluk-gerilim ilişkisinin değişmesine yol açar. Ayrıca, kemik pelvisin boyutları, pelvik taban disfonksiyonuna yatkınlığı etkileyebilir. Daha büyük bir pelvis, karın içi basıncın daha geniş bir alana yayılmasıyla pelvik taban disfonksiyonuna yol açabilirken, aynı zamanda daha az gerilme ve doğum sırasında daha düşük yaralanma riski anlamına da gelebilir. Fakat bu mekanizmalarla ilgili eldeki veriler hala kısıtlı olup farklı kuvvetlerin ve destek yapılarının biyomekaniği yeterince aydınlatılamamıştır. PFC modeli kas gücünü değerlendirmeye almasa da kasların pelvik taban şeklini ve işlevini nasıl etkileyebileceğini ortaya koymaktadır.

Pelvik taban morfolojisini değiştirebilecek faktörler:

Prolapsus riskini artırıp pelvik taban yapılarının boyut ve şekil değişikliklerine sebep olan esas faktörler ilerleyen yaş ve doğumdur. Nullipar kadınlarda yaşlanma, levator çanak hacminin artması ve kaslarda aşağı doğru yer değişimi ile ilişkilidir. Yaşla birlikte levator çanak hacmi genişler ve bu, levator kaslarıyla levator plakanın şekline yansır. Hiatal alan kase hacmindeki değişikliklerinde sadece %56'sında sorumlu tutulduğu için vajinal doğum hiatal alanı genişletmesine rağmen kasenin arka yönlerini etkilemez. Çanak hacmindeki bu farklılaşmalar, apikal ve paravajinal bağlarda gerilimi artırıp desteğin bozulmasına sebep olur.

Pelvik tabana ait yapılarla ilgili hücre dışı matriks bileşimi ve kolajen polimorfizmleri gibi histolojik ve moleküler değişikliklerle ilgili netleşmemiş kısımlar bulunmaktadır. PFC modeli, esasen sarkmaya bağlı şekil değişikliklerini inceler. Mevcut cerrahi teknikler, prolapsustaki nüks mekanizmalarına doğrudan hitap etmediği için %30 oranlarında nüks karşımıza çıkmaya devam etmektedir. Kişiselleştirilmiş tıpta, pelvik taban yetmezliği bölgelerinin belirleyip niceliksel bir çerçeve ile hastaya en uygun cerrahi teknik kararı verilebilir. İleride, biyomekanik modellere bağlı cerrahi plan genişleyen hiatusa mı yoksa derinleşen levator çanağa mı müdahale edilmesi gerekliliği kararları ile oluşturulan cerrahi stratejilerle sonuçların tahminine yardımcı olabilir.

Sonuç:

Toparlayacak olursak, PFC modeli pelvik taban araştırmalarında içerdiği 5 anatomik yapı, 5 farklı türde 10 şematik bağlantı noktası, 2 boşluk ve birkaç önemli ölçülebilir ögenin etkileşimlerini araştırmak için kavramsal bir çerçeve sağlar. Oluşabilecek değişikliklerin sistemin diğer bölümlerini nasıl etkilediğini anlamaya yardımcı olur. Üstelik vajinal doğum, yaşlanma, anatomik varyasyonlar ve bunların kombinasyonlarının pelvik taban üzerindeki etkilerini araştırmayı mümkün kılar. Bu bakış açısı, pelvik tabanın yaşam boyu uygulanan yüklere nasıl direnç gösterdiğini yapısal ve işlevsel olarak anlamak için gereklidir.



— Babalar Günü —

Kutlu Olsun



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... 🙌😊