



TÜRK ÜROJİNEKOLOJİ VE PELVİK REKONSTRÜKTİF CERRAHİ DERNEĞİ BÜLTENİ

MAYIS 2024



www.urojinekoloji.org

BAŞKANDAN

Değerli Meslektaşlarım,

Türk Ürojinekoloji ve Pelvik Rekonstrüktif Cerrahi Derneği'nin 2024 yılının Mayıs Bülteni ile sizlerle.

27-28 Nisan tarihlerinde Trabzon'da Karadeniz Teknik Üniversitesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı ile ortaklaşa 'Karadeniz Ürojinekoloji Sempozyumu'nu gerçekleştirdik. Canlı cerrahilerin ve panellerin ağırlıkta olduğu ve katılımın olduğu bu toplantıyı derneğimiz ile beraber organize ettikleri için başta sempozyum başkanı Doç. Dr. Ömer Demir ve sempozyum sekreteri Op. Dr. Hidayet Şal olmak üzere tüm Karadeniz Teknik Üniversitesi Tıp Fakültesi öğretim üyelerine teşekkür ederiz. Katılımları ile bize destek veren tüm meslektaşlarımıza ve tüm firmalara teşekkür ederiz.

Sempozyum ve kongrelerimizin artık vazgeçilmez bir parçası olan Obstetrik Anal Sfinkter Hasarına Yaklaşım kursumuza da ilgi çok büyüktü. Katılan ve bizzat hayvan modeli üzerinde öğrenme şansına sahip olan herkes çok memnun kaldığını belirtti. Bundan sonra da ülkemizin her köşesinde Ürojinekoloji ile ilgili farkındalığı arttırmak ve mezuniyet sonrası eğitimlere devam etmek adına toplantı organizasyonlarımızı ve diğer eğitim faaliyetlerimizi sürdüreceğiz.

Ayrıca mayıs ayının ikinci hafta sonunda kutlandığımız Anneler Günü vesilesi ile annelerin kendilerine verecekleri en güzel hediyenin aileleri ile birlikte sağlıklı bir yaşam olduğunu hatırlatmak isterim. Jinekologlar olarak kadınları yıllık jinekolojik muayeneleri için teşvik etmeliyiz. Anneler eğitilerek, kız çocuklarına doğru bilgiler aktarmaları sağlanmalı, HPV aşısı yaygınlaştırılmalı ve ergenlikle ilgili toplumda sık bilinen yanlışlar giderilmelidir. Kadınların ergenlikten itibaren, gebelik ve menopoz dönemleri boyunca dengeli beslenmesi ile ilgili eğitimlere önem verilmeli ve bu konu ile ilgili kafa karışıklıkları giderilmelidir. Günümüzde sağlık hizmetleri hastalıkları tedavi eden hekimlikten ziyade, hastalıklardan koruyan hekimliğe doğru ilerlemektedir. Ürojinekolojide de primer hedefimiz; kadınları gebelik ve lohusalık döneminden itibaren ileride yaşayabilecekleri pelvik taban disfonksiyonlarına karşı korumak olmalıdır. Derneğimiz toplumumuzda bunu sağlayabilmek için tüm çabayı sarf edecektir.

Son olarak, Ulu Önder Atatürk'ün bağımsızlık ve aydınlanma meşalesini yaktığı ve Türkiye Cumhuriyeti'ni kurduktan sonra da Türk Gençliğine armağan ettiği 19 Mayıs Atatürk'ü Anma Gençlik ve Spor Bayramımızı kutluyorum. Ata'mıza çok şey borçluyuz.

Bir sonraki ay görüşmek üzere,

Saygılarımla,

PROF. DR. FUNDA GÜNGÖR UĞURLUCAN

Türk Ürojinekoloji ve Pelvik Rekonstrüktif

Cerrahi Derneği Başkanı



EDİTÖRDEN

Değerli Meslektaşlarım;

Türk Ürojinekoloji ve Pelvik Rekonstrüktif Cerrahi Derneği olarak bültenimizin dördüncü sayısı ile siz değerli meslektaşlarımızın tekrar karşınızdayız.

Geçtiğimiz ay içerisinde Trabzonda harika bir bölgesel toplantı gerçekleştirdik. Kongre tadında geçen bu sempozyumun baş mimarları Doç. Dr. Ömer Demir hocamız ve Op. Dr. Hidayet Şal arkadaşımıza şükranlarımızı sunuyoruz. Canlı cerrahiler, panller, uydu sempozyumlar, yoğun katılım ve endüstrinin güçlü desteği ile gerçekten dolu dolu bir toplantı gerçekleştirdik.

Bu sayımızda Diyarbakır Kadın doğumdan Doç.Dr. Reyhan Gündüz sezaryen skar defektlerinde vajinal cerrahi yaklaşım ile ilgili bir JMIG makalesini özetledi. İkinci makalemiz ise Anal inkontinanstaki ilgili. İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa'dan **Prof. Dr. Ergül Aslan** ve **Araş. Gör. Nihal Avcı Başboğa** bizlere bu harika "Continence journal" makalesini derlediler. Son makalemizi ise Bitlis Tatvan Devlet Hastanesinden **Uzm. Dr. Gözde Karacan Duman** hazırladı. Vajinal mesh cerrahisi sonrası uzun dönemde meydana gelen problemleri irdeleyen bu BJOG makalesini de umarız beğenirsiniz.

Bir sonraki sayımızda görüşmek üzere derken 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. Önay Yalçın
Üye

BU SAYIDA NELER VAR?

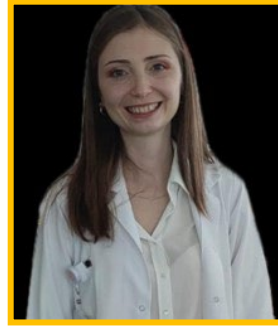
DOÇ. DR. ADNAN ORHAN
BURSA ULUDAĞ ÜROJİNEKOLOJİ
ÜROJİNEKOLOJİ BÜLTEN EDITÖRÜ



1. Diyarbakır Kadın Doğumdan **Doç. Dr. Reyhan GÜNDÜZ** Sezaryen skar defektlerinde vajinal cerrahinin önemini vurgulayan bir JMIG makalesini bizler için özetledi.
2. İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa'dan **Prof. Dr. Ergül ASLAN ve Nihal Avcı BAŞBOĞA** Sezaryen doğumun Anal inkontinans koruyuculuğundaki etkisini araştıran bir "Continence Journal" Review ile karşınızdalar.
3. Bitlis Tatvan Devlet Hastanesi'nden **Uzm. Dr. Gözde KARACAN DUMAN**, vajinal mesh uygulamaları ile ilgili harika bir uzun dönem etki makalesini BJOG'dan derledi.
4. Trabzon Bölgesel Ürojinekoloji toplantımızdan kalan mutlu fotoğraf kareleri...



DOÇ. DR. REYHAN GÜNDÜZ
DİYARBAKIR DİCLE KADIN DOĞUM



UZM. DR. GÖZDE KARACAN DUMAN
BİTLİS TATVAN DEVLET HASTANESİ



ARAŞ. GÖR. DR. NİHAL AVCI BAŞBOĞA
İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ - CERRAHPAŞA



PROF. DR. ERGÜL ASLAN
İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ - CERRAHPAŞA



11. Ulusal ÜROJİNEKOLOJİ KONGRESİ

8-10 Kasım 2024
İstanbul



19 MAYIS

ATATÜRK'Ü ANMA
GENÇLİK VE SPOR BAYRAMI

www.urojenekoloji2024.org

A PREDICTION MODEL FOR THE EFFICACY OF TRANSVAGINAL REPAIR IN PATIENTS WITH CESAREAN SCAR DEFECT: AN EVIDENCE-BASED PROPOSAL FOR PATIENT SELECTION

Xingchen Zhou, Zhenyan Gao, Huihui Chen, Yizhi Wang, Jun Zhang, Xipeng Wang

Shanghai Jiao Tong University, School of Medicine, Xinhua Hospital,
Department of Gynecology and Obstetrics Shanghai, China.

BİR BAKIŞTA BU MAKALENİN ÖNEMİ:

Doktorların sezaryen skar defekti olan hangi hastaların transvajinal onarım için daha uygun olduğunu belirlemelerine yardımcı olacak bir tahmin modeli oluşturmak için retrospektif analiz yapılmıştır.

MEVCUT LİTERATÜRDEKİ BİLGİ NE DİYOR?

Sezaryen skar defekti hastanın yaşam kalitesini etkileyen bir dizi semptoma neden olmaktadır. Farklı terapötik seçenekler farklı etkinlik sağlayabilmekte, tüm defektler ameliyat gerektirmemekte ve tüm ameliyatlarda defekti iyileştirememektedir. Literatürde optimal iyileşmeyi preoperatif dönemde tahmin edebilecek faktörler tanımlanmamıştır.

BU MAKALENİN TIBBİ LİTERATÜRE KATKISI NEDİR?

Bu çalışma ile ilk kez sezaryen skar defektinin onarım etkisini tahmin edebilecek ve hangi hastaların cerrahi veya diğer tedavi seçenekleri için daha uygun olduğunu belirlemek için bir prediksyon sistem modeli oluşturulmuştur.



Doç. Dr. Reyhan Gündüz
Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi
Diyarbakır

JMIG The Journal of
Minimally Invasive
Gynecology

J Minim Invasive Gynecol
2024 Mar;31(3):213-220

Sezaryen Skar Defekti olan Hastalarda Transvajinal Onarımın Etkinliğine İlişkin Bir Tahmin Modeli: Hasta Seçimi için Kanıta Dayalı Bir Öneri

Giriş

1995 yılında Morris, sezaryen sonrası anormal uterin kanama (AUK) gelişen hastalarda, uterus insizyonunda, şimdi önceki sezaryen skar defekti (CSD) olarak adlandırılan, zayıf kas iyileşmesi olan bir skarı ilk kez tanımladı. Sezaryen öyküsü olan rastgele kadın popülasyonunda CSD'nin görülme sıklığı %50 ile %84 arasında değişmektedir.

AUK bir çiftin cinsel yaşamını etkileyebilir. Erken siklus intermenstrüel kanama, inflamatuvar enfeksiyon sıklığını arttırabileceği gibi, aynı zamanda genital sistem inflamasyonuna, vulvar kaşıntıya ve kronik karın ağrısına da neden olabilir. Araştırmalar, CSD boyutu ve rezidüel miyometriyumun kalınlığının (TRM) daha sonraki infertilite ile önemli ölçüde ilişkili olduğunu, aynı zamanda dondurulmuş embriyo transferinin başarı oranını da önemli ölçüde azalttığını göstermiştir. Ayrıca CSD'nin sezaryen skar gebeliği, plasenta previa ve plasenta akreata ve hatta uterus rüptürü ile ilişkili olduğu gösterilmiştir.

AUK'yı iyileştirmeye veya TRM'yi artırmaya çalışan hastalar için ortak cerrahi tedavi yaklaşımları, genel olarak AUK semptomlarının iyileştirilmesine yönelik cerrahi ve rekonstrüktif cerrahi olarak kategorize edilebilir ancak herhangi bir tedavi kılavuzu yoktur. Histeroskopik rezeksiyon cerrahisi erken dönem intermenstrüel kanama semptomlarını iyileştirebilir ancak CSD çevresindeki miyometrial dokuyu inceltir ve daha sonra gebelik riskini daha da artırır. Laparoskopik ve vajinal onarım gibi rekonstrüktif cerrahi teknikler, AUK'yı iyileştirirken TRM'yi de artırmaya çalışmak için defekt rezeksiyonu ve yeniden sütürizasyonu içerir. Ancak şiddetli pelvik adezyonları olan hastalar CSD'yi vajinal cerrahi yoluyla onarmaya çalıştıklarında abdomene girmek zor olabilir, bu da mesane yaralanması veya cerrahi başarısızlık riskine yol açabilir.

Cerrahi ekibimiz tarafından vajinal onarım yoluyla 1100'den fazla CSD vakası başarıyla gerçekleştirilmiştir ve ulusal ve uluslararası olarak bilinen en büyük CSD tedavi gruplarından biridir. Daha önceki çalışmalarımızda vajinal onarım sonrası hastaların %64,52'sinde CSD'nin kaybolduğu ve hastaların %60,0'ının ≤7 gün menstruasyona ulaştığı

belirtilirdi. Ancak iyileşmeyi etkileyen faktörler tanımlanmadığından onarım ameliyatının sonucunu tahmin edecek bir modele acilen ihtiyaç vardır.

Bu çalışma, CSD'li 1015 hastanın transvajinal onarım etkinliğini retrospektif olarak analiz eder ve optimal iyileşme için bir tahmin modeli geliştirir. İlk kez hasta seçimi için kanıta dayalı bir öneri olacaktır.

Materyal ve Metodlar

Başlangıçta toplam 1015 hasta kaydedildi ve son analize 940 hasta dahil edildi. Dahil etme ve dışlama kriterleri önceki çalışmamızdan alıntılanmıştır. Tüm vajinal onarım ameliyatları aynı cerrahi ekip tarafından gerçekleştirildi. Yetmiş beş hasta CSD onarımından 3 veya 6 ay sonra takip nedeniyle kaybedildi.

Vajinal onarımdan sonra 7 günden fazla olmayan menstruasyon süresini ve 5,39 mm'den az olmayan bir TRM'yi optimal iyileşme olarak tanımladık, tam tersini ise optimalin altında iyileşme grubu olarak tanımladık. Bu nedenle postoperatif 6. ayda CSD'nin manyetik rezonans görüntüleme (MRI) ölçümlerini yaş, uterus pozisyonu, sezaryen sayısı, sezaryen zamanlaması (elektif veya acil operasyon), onarım ameliyatı öncesi ve sonrası menstruasyon süresi ve CSD boyutu, adet döngüsü gibi istatistiksel analizlerle birlikte kullandık. Analiz sonuçlarına göre defekt onarımının prognozunu belirleyen temel faktörler belirlendi ve puanlama modeli oluşturuldu. Çalışma etik kurul tarafından onaylandı. Tüm hastalardan yazılı onam alındı.

Cerrahi teknikler daha önceki yayıнымızda ayrıntılı olarak anlatılmış olup, işlemin en önemli adımları aşağıda özetlenmiştir. Refleksli veziko servikal bölgenin 0,5 cm altından, elektrokoter kullanılarak saat 3 ile saat 9 arasında anterior bir kesi yapıldı. Abdominal kaviteye girişten ve serviks tamamen açığa çıktıktan sonra, uterus defektinin yeri belirlendi ve CSD'nin alt uterus segmentinin kalınlığı, cerrahın işaret parmağıyla temas ve sonda yoluyla ölçülebilir. CSD dokusu rezeke edildi, insizyon dokuları diseksiyon makası ile sağlıklı bir miyometriyum oluşturacak şekilde kesildi ve insizyon, 1-0 emilebilir kesintili dikişlerden oluşan çift katmanla kapatıldı.

İstatistiksel analizlerde β katsayıları ve OR'ler etki tahminleri olarak sunuldu ve rapor edilen istatistiksel anlamlılık seviyelerinin tümü iki yönlüydü ve istatistiksel anlamlılık 0,05 olarak belirlendi. İstatistiksel analiz R yazılımıyla yapıldı (3.5.1; R Foundation for Statistical Computing) ve SAS sürüm 9.4 (SAS Institute Inc., Cary, NC).

Bulgular:

Hastaların özellikleri Tablo 1'de özetlenmiştir. Çalışmaya katılan hastaların ortalama yaşı 33'tür. Sezaryen öncesi ve sonrası ortalama menstruasyon süresi sırasıyla $6,13 \pm 1,10$ ve $13,37 \pm 3,64$ gündür. Vajinal onarım öncesinde MRI yoluyla ölçülen medyan TRM $2,73 \pm 1,82$ mm'dir. CSD'nin MRI aracılığıyla uzunluk, genişlik ve derinlik ölçüm verileri sırasıyla $8,96 \pm 3,95$ mm, $14,33 \pm 8,12$ mm ve $6,40 \pm 2,96$ mm'dir. Bu kadınların %33,19'u (312/940) optimal iyileşmeye ulaşıyor.

Table 1

Multivariable linear regression models for the association of CSD parameters and the optimal-healing/menstrual improvement/TRM

CSD parameters	Optimal-healing			Menstrual improvement			TRM		
	β	95% CI	p-value	β	95% CI	p-value	β	95% CI	p-value
Age	-0.001	-0.008, 0.007	0.8522	-0.000206	-0.00794, 0.00753	0.9583	-0.001	-0.006, 0.004	0.594
Number of C-section	-0.026	-0.133, 0.081	0.6344	-0.062	-0.175, 0.051	0.2847	0.000	-0.071, 0.071	0.9905
Timing of C-section (emergency or elective)	0.251	0.186, 0.316	<.0001	0.230	0.161, 0.299	<.0001	0.001	-0.043, 0.044	0.9812
Menstruation period	0.064	-0.001, 0.129	0.0532	0.049	-0.020, 0.118	0.1621	0.032	-0.011, 0.075	0.1484
Menstrual cycle	0.030	0.022, 0.039	<.0001	0.028	0.019, 0.037	<.0001	0.003	-0.002, 0.009	0.256
Uterine position (anteflexion or retroflexion)	0.054	0.000, 0.108	0.0493	0.031	-0.026, 0.088	0.2847	-0.048	-0.084, -0.012	0.009
Thickness	-0.012	-0.013, -0.010	<.0001	-0.011	-0.012, -0.009	<.0001	-0.001	-0.002, 0.000	0.0282
Length	0.016	0.007, 0.024	0.0002	0.016	0.008, 0.025	0.0002	0.001	-0.004, 0.006	0.7166
Width	-0.035	-0.041, -0.030	<.0001	-0.034	-0.040, -0.029	<.0001	-0.002	-0.006, 0.001	0.1918
Depth	0.046	0.034, 0.057	<.0001	0.036	0.024, 0.049	<.0001	0.008	0.000, 0.016	0.0477
TRM	0.023	0.40, 0.005	0.0106	0.010	-0.008, 0.029	0.2633	0.016	0.004, 0.027	0.0069

CSD = cesarean scar defect;

Timing of C-section: Emergency or selection; Thickness: Myometrial layer thickness of the lower uterine segment.

Optimal iyileşme grubundaki uterusun alt segmentinin kas tabakasının kalınlığı, sub-optimal iyileşme grubundakilerden önemli ölçüde daha düşüktür ($20,63 \pm 25,23$ vs. $32,15 \pm 28,27$, $p < 0,05$). Optimum grubun MRI aracılığıyla CSD'sinin genişliği $13,39 \pm 7,98$ mm'dir; bu değer sub-optimal iyileşme grubunununkinden ($14,80 \pm 8,15$ mm) önemli ölçüde daha düşüktü.

Menstruasyonun ≤ 7 gün olan grupta kalınlığın menstruasyonun > 7 gün olan gruba göre anlamlı derecede düşük olduğunu bulduk ($22,67 \pm 26,88$ vs $31,77 \pm 27,84$, $p<0,05$). Menstruasyon ≤ 7 gün olan grupta MRG yoluyla CSD'nin genişliği $13,27 \pm 8,14$ mm'dir; bu değer menstruasyon > 7 gün olan grubunkinden ($14,99 \pm 8,04$ mm) önemli ölçüde daha düşüktür. TRM $\geq 5,39$ mm grubundaki hastaların %47,61'i (409/859) antefleksiyon uterusudur ve TRM $< 5,39$ mm grubundaki hastaların yalnızca %23,46'sı (19/81) antefleksiyon uterusudur. Ameliyat sonrası TRM $\geq 5,39$ mm olduğunda, ameliyat öncesi TRM daha kalındır ($2,79 \pm 1,87$ mm vs. $2,16 \pm 0,93$ mm, $p<0,05$).

Sonuç değişkenleri olarak optimal iyileşme, menstrüel iyileşme ve TRM ile çok değişkenli lineer regresyon modelleri gerçekleştirilir. Yaş, menstruasyon süresi, menstrüel siklus, kalınlık, uzunluk, genişlik, derinlik ve TRM sürekli değişkenler olarak dahil edilmiştir. Kategorik değişkenler olarak sezaryen sayısı, sezaryen zamanlaması ve uterus pozisyonu. Sonuçlar Tablo 1'de sunulmaktadır.

Bireyselleştirilmiş tahmin modelini değerlendirmek için çok değişkenli lojistik regresyon analizi kullanılır ve eğitim kohortunda lojistik regresyon analizine dayalı son nomogram oluşturulur. MRI yoluyla CSD'nin hem kalınlığı hem de genişliği optimal iyileşme ile negatif ilişkilidir ($p<0,05$). CSD derinliği, CSD uzunluğu, sezaryen sonrası menstrüel siklus ve sezaryen ameliyatının zamanlaması optimal iyileşme ile pozitif yönde ilişkilidir ($p<0,05$). On iki değişkenin tahmini b-regresyon katsayılarından türetilen model, bir nomogram olarak geliştirilmiştir. Nomogramın kalibrasyon eğrisi, eğitim kohortunda ve dahili doğrulama kohortunda gözlem ve tahmin arasında yeterli uyumu göstermektedir. Hosmer–Lemeshow testi anlamlı olmayan bir değer döndürdü (eğitim kohortunda $p=0,419$, dahili doğrulama kohortunda $p=0,963$). Bu sonuç mükemmel uyumdan herhangi bir sapmayı temsil etmemektedir. Tahmin modelinin C indeksi eğitim kohortu için 0,790'dır. Kalibrasyon eğrisi, optimal iyileşmenin gözlemlenen sonucu ile öngörülen optimal iyileşme riski arasındaki uyum açısından modelin kalibrasyonunu tasvir ediyordu. Ayrıca tahmin nomogramı, nomogramın dahili doğrulamasına göre 0,823'lük bir C-indeksi vermiştir. Net fayda, nomograma dayalı olarak bu aralıkta karşılaştırılabilir. Nomogram modeli ile hastalara tedavi önerileri sunabiliyoruz.

Tahmin puanı, lojistik regresyon modelinden beta katsayısının 0,20'ye bölünmesiyle hesaplanır. Tahmine Dayalı Puan Modeli tablo 2 de gösterilmiştir.

Table 2							
Derivation of the scoring system for cesarean scar defect							
Factors	Score						
	0	0.5	2.5	3	4	6	9
Timing of C-section							
Emergency	0						
elective					4		
Menstrual cycle (day)							
≤26	0						
>26				3			
Thickness							
≤28.1							9
>28.1	0						
Length (mm)							
≤7.8	0						
>7.8		0.5					
Width (mm)							
≤13.8						6	
>13.8	0						
Depth (mm)							
≤6.0	0						
>6.0			2.5				
Total scores ranged from 0 to 25 points with a cutoff point at 16.5, with a cumulative score ≥16.5, transvaginal repair of the cesarean scar defect is easier to achieve optimal healing.							

Tartışma

Bu çalışma, önceki çalışmamızın eksikliklerini iyileştirmiş ve yeni bir tahmin modeli sistemi kurmuştur. Araştırmamız, sezaryen doğumlarının zamanlamasını (elektif veya acil operasyon), menstrüel siklusun ve CSD'nin uzunluğunu, genişliğini, derinliğini ve kalınlığının CSD onarım ameliyatının optimal iyileşmeyi sağlayıp sağlayamayacağını tahmin edebildiğini göstermektedir. İlginç bir şekilde, elektif sezaryen doğumlarının CSD için bir risk faktörü olduğunu bulduk, ancak CSD oluştuğunda onarım cerrahisine daha iyi yanıt veriyorlar.

Adet döngüsü 26 günden uzun olduğunda, onarım sonrasında optimal iyileşmenin daha kolay gerçekleştiğini de bulduk. Bu durum adet döngüsü uzun olan (>26 gün) hastaların daha iyi cerrahi sonuçlara sahip olduğu anlamına gelir; diğer çalışmamızın oral kontraseptiflerin

veya Gonadotropin salgılayan hormon analogunun (GnRHa) menstruasyon koşullarını iyileştirebileceği yönündeki bulgusuyla tutarlıdır. Bu durum adet döngüsünü uzatabilen veya adet hacmini belirli bir dereceye kadar azaltabilen GnRHa ile ilişkili olabilir, bu nedenle adet döngüsü uzun olan hastalar ameliyattan sonra nispeten iyi iyileşebilir. Ek olarak, sonuçlarımız 13,8 mm'den büyük bir CSD genişliğinin cerrahi etkinliği, özellikle de postoperatif menstruasyonun iyileşmesini etkileyeceğini göstermektedir.

Tüm hastaların tedaviyle optimal iyileşmeyi elde etmeye çalışmadığını da bulduk. Bazı hastalar yalnızca erken dönem intermenstrüel kanama semptomlarının iyileşmesini beklerken, diğerleri gebelik riskini azaltmak için TRM'yi artırmayı bekleyebilir ancak AUK'yı pek umursamazlar. Bu nedenle analizleri ayrı ayrı gerçekleştiriyoruz. Sonuçlar retrofleksiyon uterusunun veya $TRM \geq 2,79$ mm'nin TRM iyileşmesi için bağımsız korelasyon faktörü olduğunu göstermektedir. Bununla birlikte ameliyat öncesi CSD genişliğinin $\leq 13,27$ mm olması veya alt uterus segmentinin kalınlığının $\leq 22,67$ mm olması, erken siklus intermenstrual kanama semptomlarının iyileşmesini öngörebilir.

Birçok çalışma CSD'nin varlığının daha sonraki sezaryen skar gebeliği riskini artırabileceğini doğrulamıştır. Bir çalışma onarım ameliyatının hem sezaryen skarında gebelik insidansını azalttığını hem de canlı doğum sayısını arttırdığını gösterdi. Bu nedenle daha sonra gebelik isteği olan hastalar için öneri, optimal iyileşmenin sağlanıp sağlanamayacağını veya TRM'nin ameliyattan sonra bir tahmin modeliyle iyileştirilip iyileştirilemeyeceğinin değerlendirilmesidir.

CSD'li hastalar için daha uygun tedavi seçeneklerini mümkün kılmak amacıyla tahmin modelini kullanmayı umuyoruz. Model Tablo 2'de gösterilmektedir. İstatistiksel sonuçlara dayanarak, sezaryen zamanlaması, menstrüel siklus, kalınlık, uzunluk, genişlik ve derinlik dahil olmak üzere ameliyat öncesi altı parametreye farklı puanlar veriyoruz. Kümülatif skor $\geq 16,5$ olduğunda ilk seçenek olarak vajinal onarım ameliyatını öneriyoruz, çünkü trans-vajinal cerrahi, doğal boşluklar yoluyla daha minimal invaziv bir işlemdir, son yıllardan bu yana giderek daha az sayıda doktor bu geleneksel tekniğe hakim olmuştur. Skorun 16,5'un altında olması hastanın vajinal onarım yoluyla optimal iyileşmeyi sağlamada zorluk yaşayacağını gösterir. Bu durumda hastanın bir sonraki gebelik isteğinin olmaması durumunda histeroskopik rezeksiyon ameliyatı önerilebilir. Histeroskopik rezeksiyon olası ameliyatlarda en az invazif olanıdır;

ancak histeroskopi onarım düzeyinde rezidüel miyometriyal dokunun direncinin azalmasına yönelik potansiyel risk taşıyabilir ve sonraki gebelik sırasında uterus rüptürüne yol açabilir. Ek olarak, perforasyon veya mesane yaralanmalarının beklenen riski göz önüne alındığında, TRM 3 mm'den az olmamalıdır. Bu nedenle gebelik isteği olan hastaların ameliyat öncesi daha detaylı değerlendirilmesi gerekmektedir.

Skoru 16,5'in altında olan ve gebelik istemi olmayan hastalarda, daha genç hastalara oral kontraseptif veya rahim içi araç (RİA) kullanılması önerilebilir. Levonorgestrel intrauterin sisteminin, CSD'li hastalarda AUK'nin güvenli ve etkili yönetiminde bir rolü olabilir. Bu sadece menstruasyonlarını iyileştirmek isteyen hastalar için iyi bir seçimdir. Skor 16,5'un altında ve ameliyat öncesi rezidüel kas tabakası 2,16 mm'nin altındaysa ancak hastanın gebe kalma isteği güçlüyse, ameliyattan önce kötü sonuç olasılığı konusunda hasta tam olarak bilgilendirilmelidir. Sezaryen geçiren bazı kadınların ameliyattan sonra pelvik yapışıklıkları olabilir. Şiddetli pelvik yapışıklık, uterusun karın ön duvarına tamamen yapışmasına neden olabilir. Bu durum ameliyat sonrası yara iyileşmesini etkileyecektir. Bu nedenle tek portlu laparoskopi yardımıyla pelvik adezyon ayrışmasını gerçekleştirmeye çalışıyoruz ve daha sonra vajinal cerrahi yapılabilir, bu da postoperatif iyileşmeyi iyileştirmeye yardımcı olabilir. Ameliyattan sonra menstruasyonu uzatmak için oral kontraseptiflerin veya GnRH analogunun eklenmesi de prognozu iyileştirmeye yardımcı olabilir.

Çalışmamızın üstünlüğü skora göre CSD'li hastaların hangilerinin onarılması gerektiğini veya diğer tedavi seçeneklerini belirlemesidir. Bu çalışmanın sonuçları yorumlanırken çeşitli sınırlamalar dikkate alınmalıdır. Birincisi, bu retrospektif bir çalışmadır ve doğası gereği önyargılara sahiptir. İkincisi, bu çalışma tek bir kurumdan geliyor ve cerrahi tekniklerde tutarlılık sağlansa da hasta seçiminde sınırlamalar var. Üçüncüsü, alternatif tedavi seçenekleri ve bunların etkinliği daha fazla doğrulanmalıdır.

Sonuç olarak CSD skrolama tahmin modeli, CSD'li hastaların potansiyel cerrahi sonuçlarını değerlendirmek için önemli olabilir ve doktorlar bireysel hastalar için cerrahi etkinliği tahmin edebilir. Skor $\geq 16,5$ olduğunda optimal iyileşmeye ulaşmak daha kolaydır. Buna karşılık hastalar oral kontraseptifler, RİA veya ilaç tedavisiyle birlikte ameliyat gibi diğer tedavi planları için değerlendirilmelidir. Daha da önemlisi ameliyatın hemen yapılması yerine iyileşmenin bozulmasına neden olabilecek faktörlerin ortadan kaldırılması faydalı olacaktır.



KARADENİZ ÜROJİNEKOLOJİ SEMPOZYUMUNDAN BAZI KARELER





KARADENİZ ÜROJİNEKOLOJİ SEMPOZYUMUNDAN BAZI KARELER





11. Ulusal ÜROJİNEKOLOJİ KONGRESİ

8-10 Kasım 2024
İstanbul



*Anneler
Günü*
Kutlu Olsun



www.urojinekoloji2024.org

IS CAESAREAN SECTION PROTECTIVE AGAINST ANAL INCONTINENCE IN WOMEN AFTER OBSTETRIC ANAL SPHINCTER INJURY (OASI)? A SYSTEMATIC REVIEW AND META-ANALYSIS

Carter E, Hall R, Ajoku K, Kearney R

St Mary's Hospital, Manchester University NHS Foundation Trust, UK

BİR BAKIŞTA BU MAKALENİN ÖNEMİ:

Bu araştırmanın amacı, obstetrik anal sfinkter yaralanması sonrası anal inkontinans gelişimine karşı elektif sezaryenin koruyucu olup olmadığını belirlemek için mevcut kanıtların sistematik olarak gözden geçirilmesi ve meta-analizin yapılmasıdır.

MEVCUT LİTERATÜRDEKİ BİLGİ NE DİYOR?

Obstetrik anal sfinkter yaralanmasını takiben anal inkontinans gelişmesi riski, kadınların sonraki gebeliklerinde doğum şekline karar vermesinde önemli bir faktördür. Elektif sezaryenin obstetrik anal sfinkter yaralanması sonrası anal inkontinans gelişimini önlediğine dair kanıtlar sınırlıdır.

BU MAKALENİN TIBBİ LİTERATÜRE KATKISI NEDİR?

Obstetrik anal sfinkter yaralanması sonrası sezaryen ile doğum yapan kadınlar ile vajinal doğum yapan kadınlar arasında anal inkontinansın kötüleşmesi açısından bir fark olduğuna dair kanıt yoktur. Bu meta-analiz ile obstetrik anal sfinkter yaralanması sonrası anal inkontinansın kötüleşmesini önlemede rutin elektif sezaryenin koruyucu bir fayda göstermediği belirlenmiştir ancak kanıtlar yetersizdir. Bu konuda daha fazla araştırmaya ihtiyaç vardır.



Arş. Gör. Nihal AVCI BAŞBOĞA
İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa
Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi



Prof. Dr. Ergül ASLAN
İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa
Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi

Continence

The Journal of the
International Continence Society

Continence
2023 Sep 7(1): 100719

Obstetrik Anal Sfinkter Yaralanması (OASY) Sonrası Sezaryen Kadınlarda Anal İnkontinansa Karşı Koruyucu Mudur?

Bir Sistematiik Derleme ve Meta-analiz

GİRİŞ VE AMAÇ

Obstetrik anal sfinkter yaralanması (OASY) genç kadınlarda anal inkontinansın en yaygın nedenidir ve primipar doğumların %6'sını komplike hale getirir. Yaşam boyu anal inkontinans insidansı, komplikasyonsuz bir doğuma kıyasla OASY'den sonra üç kat artmaktadır. OASY sonrası doğum yapan kadınlarda, önceden var olan anal inkontinans semptomları ve OASY derecesi yaşam boyu anal inkontinans insidansını %50'ye kadar çıkarmaktadır. OASY sonrası anal inkontinansın kötüleşmesi riski, kadınların sonraki gebeliklerinde doğum şekline karar vermesinde önemli bir faktördür. Buna rağmen elektif sezaryenin OASY sonrası anal inkontinans gelişimini önleyici olduğuna dair sınırlı kanıt bulunmaktadır. RCOG ve AJOG, kadınlara doğum seçenekleri konusunda danışmanlık verilmesini önermektedir.

Bu çalışmanın amacı elektif sezaryenin OASY sonrası anal inkontinans gelişimine karşı koruyucu olup olmadığını belirlemek için mevcut kanıtların sistematiik olarak gözden geçirilmesi ve meta-analizinin yapılmasıdır.

ARAŞTIRMANIN TASARIMI, MATERYAL VE METOD

Prospektif olarak yayınlanan protokole (PROSPERO CRD42022372442) göre PRISMA yönergeleri doğrultusunda sistematiik bir inceleme ve meta-analiz gerçekleştirildi. Toplam beş veri tabanı (Medline/Pubmed, Embase, Medline, CINAHL ve Cochrane) 30 Kasım 2022 tarihine kadar tarandı. Dahil edilen çalışmaların referansları manuel olarak arandı. Gri literatür dahil edildi. Tümünde başlık/özet taraması, tam metin incelemesi, veri çıkarma ve önyargı riski değerlendirmeleri iki kör-bağımsız incelemeci tarafından tamamlandı. Meta-analiz için uygun formatta veri elde etmek üzere yazarlarla iletişime geçildi. Kesitsel, kohort ve vaka kontrol çalışmalarında yanlılık riskini değerlendirmek için Joanna Briggs araçları ve randomize

kontrollü araştırmalar için Cochrane araçları kullanıldı. Heterojenliğin anlamlı olması durumunda analizler Revman 5.4 random-etki modellemesi kullanılarak yapıldı.

Araştırmada primer çıktı; OASY sonrası kadınlarda planlı elektif sezaryen veya planlı vajinal doğum ile yapılan sonraki doğumlardan sonra anal inkontinans insidansını belirlemektir. İkincil çıktılar; katı fekal inkontinans, sıvı fekal inkontinans, flatal inkontinans, fekal sıkışma (urgency) gelişimi; yaşam kalitesi, doğum şeklinden duyulan memnuniyet ve pişmanlıktır. Doğumdan sonra OASY konusunda sonuçları içeren her araştırma çalışmaya dahil edildi.

BULGULAR

2472 makale (1239 mükerrer hariç) tespit edildi. Tam metin incelemesinden sonra 86 çalışma dahil edilme kriterlerini karşıladı.

Yanlılık riski ve veri heterojenliği:

Tüm veriler en az bir alan için yüksek yanlılık riski taşımaktaydı. Çok merkezli bir randomize kontrollü çalışmada dahil edilen kadınların büyük çoğunluğuna doğum sırasında OASY tanısı konulmamıştı ve OASY varlığını gösteren ultrason bulguları sonrasında çalışmaya dahil edilmişlerdi (Abramowitz ve ark., 2021). Analize 6 aylık takip süresi olan bir prospektif kohort çalışması da dahil edildi (Webb ve ark., 2020). Diğer tüm çalışmalar kalite ve metodoloji açısından farklılık göstermekteydi ve retrospektif derlemeler, vaka-kontrol çalışmaları, hizmet değerlendirmeleri ve anket çalışmalarından oluşuyordu. Sonraki doğum şekli konusunda danışmanlığına yönelik çok çeşitli yöntem ve protokoller tanımlanmıştı: yalnızca hasta semptomlarına dayalı; endoanal ultrason kriterleri; anorektal manometri kriterleri; ve 3 boyutlu transperineal ultrason bulguları. Semptomatik kadınlardan ayrı olarak, asemptomatik kadın grubuna ait veriler analiz edilemedi.

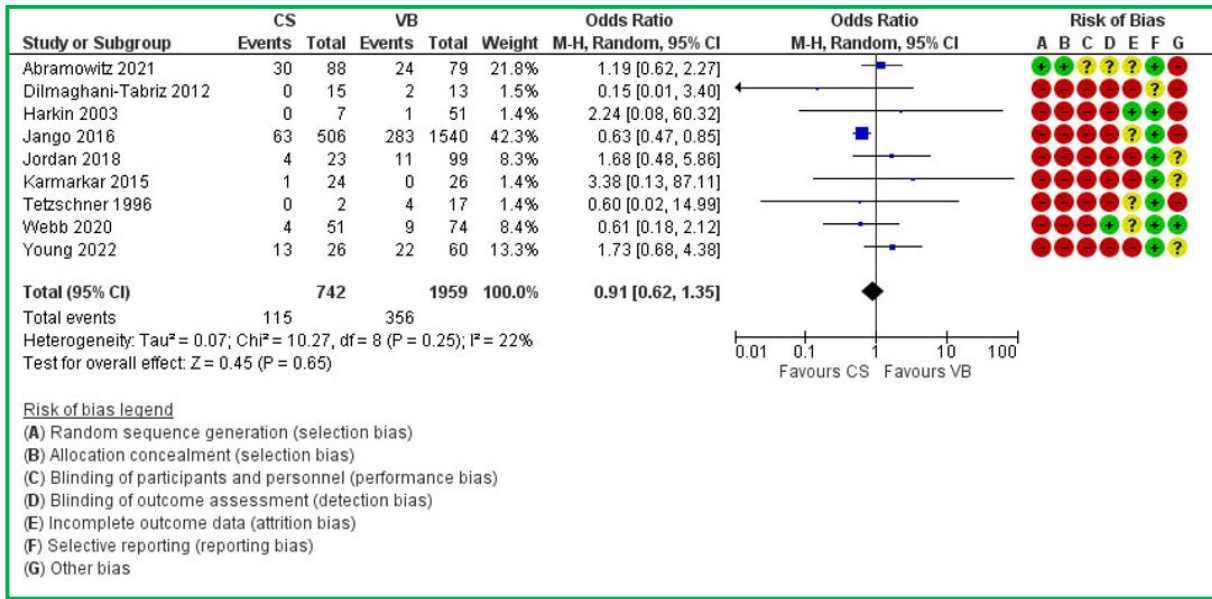
Obstetrik anal sfinkter yaralanmasının tekrarlaması:

49 çalışmada vajinal doğum yapan kadınlarda OASY'nin tekrarladığı bildirilmiştir. Ortalama OASY oranı %3,31 ve nüks oranı %6,6 idi (7413 vaka; dağılım %1,9-25). OASY oranları eğitim hastanelerinde (%6,13 n=32) toplum temelli çalışmalara (%4,34 n=11) ve ilçe genel hastanelerine (%3,2 n=6) kıyasla daha yüksekti. Tekrarlayan OASY oranları ilçe genel hastanelerinde (%11,74 aralık %6,6-25; n=6) daha yüksekken, eğitim hastanelerine (%6,02 aralık %1,9-13,4; n=32) ve toplum temelli çalışmalara (%5,59 aralık %2,1-7,2; n=11) benzerdi.

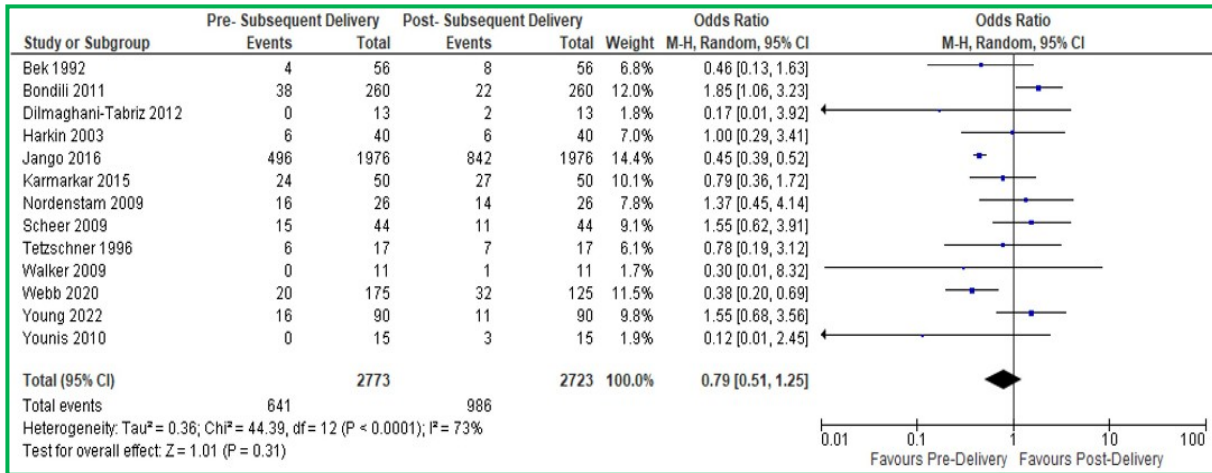
Vajinal doğumdan sonra anal inkontinans insidansı:

22 çalışmada birincil sonuç olan OASY ve sonraki doğumdan sonra anal inkontinans insidansından bahsedilmektedir. 12 çalışma (1 RKÇ ve 11 randomize olmayan çalışma) meta-analiz için uygun bulunmuştur.

OASY'den sonraki sezaryen sonrası anal inkontinans insidansı, vajinal doğuma göre daha yüksekti ($p=0,05$; OR 1,64, %95 CI 1,00-2,70; 9 randomize olmayan çalışma, 2587 katılımcı; yüksek yanlılık riski). Tüm takip süreleri boyunca OASY sonrası sezaryen ile karşılaştırıldığında vajinal doğum sonrası anal inkontinansta kötüleşme açısından bir fark olduğuna dair kanıt bulunmamıştır (Şekil 1: $p=0,25$; OR 0,91, %95 CI 0,62-1,35; 9 çalışma, 2701 katılımcı). Doğumdan 2+ yıl sonra anal inkontinansta kötüleşme açısından bir fark olduğuna dair kanıt yoktur ($p=0,13$; OR 0,89 %95 CI 0,41-1,94; 3 randomize olmayan çalışma, 2151 katılımcı). Bir çalışmada, doğumdan 5-14 yıl sonra uzun vadeli sonuçlar için anket yoluyla veri sağlanmış ve sezaryenin uzun vadeli anal inkontinans semptomlarının gelişimine karşı olası koruyucu etkisi gösterilmiştir (Jango ve ark., 2016). Çalışma, retrospektif olarak hasta semptomlarının hatırlanmasına dayanmaktadır ve bulgu, çalışma yazarları tarafından çok değişkenli analizde anlamlı bulunmamıştır.



Şekil 1. OASY ve sonraki doğumdan sonra yeni veya kötüleşen anal inkontinans semptomları



Şekil 2. OASY sonrası doğum öncesi ve sonrası anal inkontinans insidansı

Herhangi bir yöntemle yapılan sonraki doğumdan sonra anal inkontinans:

Doğum şekline bakılmaksızın OASY olan kadınlar doğum öncesi semptomlara kıyasla doğum sonrası anal inkontinansla kötüleşme yaşamaktadır ($p=0,04$; OR 0,61, %95 CI 0,38-0,98; 13 randomize olmayan çalışma, 5600 katılımcı; Şekil 2).

Diğer sonuçlar:

OASY'den sonraki sezaryen veya vajinal doğumdan sonra, ikincil sonuçlarda gruplar arasında bir fark olduğuna dair kanıt yoktur. Hiçbir çalışmada irritabl bağırsak sendromu semptomları, obstrüktif defekasyon, kan kaybı, diğer advers sonuçlar veya yatış süresi hakkında veri sağlanmamıştır.

SONUÇLARIN YORUMLANMASI

OASY'den sonraki doğumdan sonra semptom yaşayan kadınlara elektif sezaryen olmaları önerilmiştir. Dolayısıyla sonraki doğumun ardından anal inkontinansın genel prevalansını inceleyen randomize olmayan çalışmalarda, vajinal doğuma kıyasla sezaryeni takiben daha fazla sayıdaki kadının semptomatik olması öngörülebilir. OASY sonrası sezaryen ile doğum yapan kadınlar ile vajinal doğum yapan kadınlar arasında anal inkontinansın kötüleşmesi açısından bir fark olduğuna dair kanıt yoktur (Şekil 1).

Bu analiz, OASY sonrası anal inkontinansın kötüleşmesini önlemede rutin elektif sezaryen için koruyucu bir fayda göstermemektedir; ancak veriler oldukça sınırlıdır. Dahil edilen tüm çalışmalar en az bir sonuç için yüksek yanlılık riski taşımaktadır. Bunun nedeni çalışmaya alınan popülasyonla ilgili kısıtlamalar, tedavi sonuçlarına randomizasyon yapılmaması, sistemik yanlılığa neden olan semptomatik kadınların dahil edilmesi, retrospektif analiz ve bazı çalışmalarda sistematik değerlendirmelerin olmamasıdır.

OASY sonrası semptomlar ile sonraki vajinal doğum ve sezaryen sonrası uzun vadeli anal inkontinans sonuçlarını irdeleyen RKÇ veya iyi tasarlanmış prospektif kohort çalışmaya ihtiyaç vardır. Çalışmaya dahil edilen kadınların asemptomatik olması ve ultrasonda geriye dönük



OASY tanısı konulan kadınların değil; doğum sırasında OASY tanısı konulan kadınların çalışmalara dahil edilmesi önerilmektedir.

SONUÇ

Mevcut kanıtlara dayanarak elektif sezaryenin OASY sonrası anal inkontinansın kötüleşmesine karşı koruyucu olup olmadığı kesin değildir ve bu alanda, özellikle asemptomatik kadınlara sonraki doğum şekli ve uzun vadeli sonuçlarla ilgili danışmanlık verilmesini kolaylaştırmak için daha yüksek kaliteli verilere ihtiyaç vardır. Bu bilgi, OASY sonrası sonraki doğum şekline ilişkin karar verirken kadınların ve klinisyenlerin yönetimine yardımcı olacaktır.

11. Ulusal ÜROJİNEKOLOJİ KONGRESİ



8-10 Kasım 2024
Marriott Hotel Şişli - İstanbul

www.urojinekoloji2024.org

Mixovul

Metronidazol 750 mg
Mikonazol Nitrat 200 mg
Lidokain 100 mg

Farklı
KADINLAR

3 Ovül
Trivag Ovül^{300 mg/200 mg/100 mg}
Tinidazol
Tiokonazol
Lidokain

Farklı
TEDAVİLER



BIL7896MIX76



Kısa Ürün Bilgisi özeti için QR KODU okutabilirsiniz.

bilim
İL A Ç

bilimsel
paydaş

THE LONG-TERM IMPACT OF VAGINAL SURGICAL MESH DEVICES ON PAIN CLINIC AND PSYCHOLOGICAL SERVICE REFERRALS, ANTI-INFLAMMATORY TESTING AND PELVIC SCANS IN UK PRIMARY CARE:

A COHORT STUDY WITH THE CLINICAL PRACTICE RESEARCH DATALINK

Emily McFadden, Carl Heneghan

Nuffield Department of Primary Care Health Sciences, University of Oxford, UK

BİR BAKIŞTA BU MAKALENİN ÖNEMİ:

SUI ve pelvik organ prolapsusu (POP), pelvik mesh ile tedavi edilebilir. Bu çalışmada, cerrahi mesh implantı olan ve olmayan SUI ve POP'u olan hastalar komorbiditeyi ve yaşam kalitesini etkileyen uzun vadeli komplikasyonlar açısından incelenmiştir.

MEVCUT LİTERATÜRDEKİ BİLGİ NE DİYOR?

SUI ve POP olan hastaların pelvik mesh ile tedavisi, semptomlarında iyileşme sağlar; ancak ağrı, enfeksiyon, depresyon, anksiyete, cinsel işlev bozukluğu, mesh erozyonu ve ek cerrahi gibi komplikasyonlar meydana gelebilir. Vajinal mesh cerrahisinin uzun vadeli olumsuz etkilerine dair yeterli kanıt yoktur. Mesh cerrahisi cinsel sağlık sonuçları arasında bir ilişki gösterilmiştir, fakat çelişkili sonuçlar mevcuttur.

BU MAKALENİN TIBBİ LİTERATÜRE KATKISI NEDİR?

Birçok araştırma, mesh eksizyon cerrahisinin etkilerine ya da cerrahi sonuçlara odaklanmaktadır. Bu çalışma SUI/POP mesh ameliyatı olan kadınlarda morbidite yükünün daha yüksek olduğunu ve bu kadınların birinci basamakta sürekli takip gerektirebileceğini göstermektedir. Bu amaçla mesh cerrahisi olan ve olmayan hastaların birincil bakım kaydındaki ameliyat öncesi ve sonrası ağrı ve psikolojik hizmetlere yönlendirilme oranları; idrar analizi, CRP ve ESR testi oranları ve MRI, BT ve ultrason ile pelvik tarama oranları karşılaştırılmıştır.



Uzm. Dr. Gözde KARACAN DUMAN
BİTLİS TATVAN DEVLET HASTANESİ

BJOG An International Journal of
Obstetrics and Gynaecology

British Journal of
Obstetrics & Gynaecology
2024;00:1–10

Vajinal Cerrahi Mesh Cihazlarının İngiltere'deki Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde Ağrı Kliniği ve Psikolojik Hizmetlere Yönlendirme, Anti-Enflamatuvar Testler ve Pelvik Taramalar Üzerindeki Uzun Vadeli Etkisi: Klinik Uygulama Araştırma Veri Bankası ile Bir Kohort Çalışması

Özet

Cerrahi mesh implantı olan ve olmayan stres idrar kaçırma (SUI) ve/veya pelvik organ prolapsusu (POP) hastalarında uzun dönem komplikasyonların incelenmesi amacıyla 1 Nisan 2006'dan 30 Kasım 2018'e kadar (uzunlamasına) açık kohort çalışması yapılmıştır. Oranlar negatif binom regresyon kullanılarak tahmin edilmiştir. Klinik Uygulama Araştırma Veri Bağlantısı (CPRD) Gold veri tabanı, Hastane Epizod İstatistikleri (HES) yatan hasta verileri, HES Tanısal Görüntüleme Veri Seti (DID), Ulusal İstatistik Ofisi ölüm verileri ve Çoklu Yoksunluk Endeksi sosyo-ekonomik durum verileriyle bağlantılı olup hastaların bilgileri buradan edinilmiştir.

Giriş

Stres idrar kaçırma (SUI) ve pelvik organ prolapsusu (POP), pelvik mesh ile tedavi edilebilir. Bazı kadınlar için bu semptomatik iyileşmelere yol açar, ancak ağrı, enfeksiyon, depresyon, anksiyete, cinsel işlev bozukluğu, mesh erozyonu ve ek cerrahi gibi komplikasyonlar meydana gelebilir. Uzun vadeli komplikasyon oranlarına ilişkin güvenilir tahminler eksiktir. Birincil bakım ortamında yapılan bir çalışmada, mesh cerrahisi ile kötü ruh sağlığı ve cinsel sağlık sonuçları arasında bir ilişki gösterilmiştir. Diğer bir çalışma, mesh cerrahisinden sonra yüz yüze hekim muayenesi oranlarında hafif bir azalma olduğunu göstermiştir. Bu çalışma, SUI ve/veya POP'u olan hastalarda, cerrahi mesh implantları olan ve olmayan hastalarda, eşlik eden hastalıkları ve yaşam kalitesini etkileyen ağrı kliniği ve psikolojik hizmetlere yönlendirme, idrar analizi, C-reaktif protein (CRP) ve eritrosit sedimentasyon hızı (ESR) testleri ve pelvik taramalar (MRI, BT ve ultrason) gibi birincil ve ikincil bakım verilerini karşılaştırmıştır.

Materyal ve Metod:

Çalışmada, CPRD Gold (Clinical Practice Research Datalink) veri tabanına kayıtlı 18 yaş ve üzeri SUI ve/veya POP tanısı olan kadınları kapsayan açık bir kohort çalışması yürütülmüştür. Bu çalışmada, CPRD Gold veri tabanına katkıda bulunan uygulamalara kayıtlı kadınlar incelenmiştir. Çalışma başlangıç tarihi 1 Nisan 2006 olarak belirlenmiştir (veya 1 Nisan 2012, çünkü bu tarih DID bağlantısının başladığı tarih olarak kabul edilmiştir). Temel maruziyet olan mesh cerrahisi kaydıyla, mesh cerrahi kodları olmayan (non-mesh cerrahi dahil) hastalar karşılaştırılmıştır.

Çalışmanın amacı birincil bakım kaydındaki ağrı kliniği/hizmetleri ve psikolojik hizmetlere yönlendirme oranları; idrar analizi, CRP ve ESR testi oranları ve MRI, BT ve ultrason pelvik tarama oranları karşılaştırılmasıdır. Değişkenler, indeks tarihinde ölçülen yaş, vücut kitle indeksi (BMI), etnik grup, yoksulluk (IMD beşinci dilimi) ve genel uygulama bölgesi olarak belirlenmiştir.

Tüm analizler Stata 14 (StataCorp LLC, College Station, TX, ABD) kullanılarak gerçekleştirilmiştir. SUI ve POP tanısı olan kadınlar için veriler ayrı ayrı analiz edilmiştir. Ortak değişkenler için temel özet istatistikler (ortalamalar ve standart sapmalar veya sayılar ve oranlar) hesaplanmıştır ve tanı ve ameliyat durumuna göre özetlenmiştir. Her bir sonucun ham oranı, takip edilen her bir takvim yılı için hesaplanmış ve grafiksel olarak sunulmuştur. Her bir sonuç oranının mesh cerrahi maruziyeti ile ilişkisini incelemek için negatif binom regresyon modellemesi kullanılmış, bu sırada değişkenler ayarlanmıştır. Tarama sonuçları için, duyarlılık analizleri, 1 Nisan 2006'dan başlayarak tüm kohort verilerini içermektedir.

Keşifsel alt grup analizlerinde, maruziyet ve her bir sonucun önceki tarihine yönelik etkileşim terimleri monte edilmiştir ve bir etkileşim varsa, modeller bu değişkene göre stratifiye edilerek uyarlanmıştır, bu değişken için düzeltme yapılmamıştır. Daha fazla alt grup analizinde, mesh cerrahisi olan kadınlar için, mesh cerrahisinden önce ve sonra 5 yıllık takip döneminde her bir sonucun ham oranları da çizilmiştir.

Bulgular

Toplamda, 400 uygulamadan 220,544 kadın kohorta dahil edilmiştir: SUI olanlar %74'ü (n = 162,687) ve POP olanlar %37'si (n = 82,123); SUI ve POP için kodları olanlar %11'i (n = 24,266) (Tablo1). SUI için 788 675 kişi-yıl uygun takip vardı ve POP için 445 241 kişi-yıl takip

vardı. Takip süresinin medyanı SUI için 4.0 yıl (IQR 1.6-7.4 yıl) ve POP için 4.9 yıl (IQR 2.2-8.2 yıl) idi, her iki grup için de maksimum takip süresi 12.7 yıl idi.

Tablo 1, SUI ve POP tanısı almış katılımcıların dahil edildiği temel özellikleri göstermektedir. Çalışma girişinden sonra SUI için POP'a kıyasla daha fazla kadın mesh cerrahisi geçirmiştir (5251, %3.2'ye karşılık 1249, %1.5). Diğer özellikler benzerdir. Tablo 2, bir mesh cerrahisi geçiren kadınların tanıya göre özelliklerini göstermektedir. Yaş, BMI ve yoksulluk düzeyi, mesh cihazı olan ve olmayan kadınlarda benzer izlenmiştir. Cerrahi oranları, beyaz kadınlarda biraz daha yüksekken, diğer tüm etnik gruplarda biraz daha düşük bulunmuştur.

Şekil 1, SUI ve/veya POP'u olan kadınların tipine göre yıllık yönlendirme, test ve tarama oranlarını göstermektedir. Ağrı kliniklerine ve psikolojik hizmetlere yönlendirme oranları, CRP testi ve pelvik taramalar, takip dönemi boyunca artmıştır. İdrar analizi veya ESR testi için belirgin bir eğilim yoktur. Mesh cerrahisi geçiren ve geçirmeyen kadınlar arasında sonuçların oranlarında belirgin bir fark bulunamamıştır.

TABLE 1 Baseline characteristics of 162687 women with stress urinary incontinence and 82123 women with pelvic organ prolapse. Data are expressed as mean $\pm$ SD or % (N).

Variable	SUI	POP
N ^a	162687 women	82123 women
Age (years)	58.9 $\pm$ 18.8	64.2 $\pm$ 15.0
BMI (kg/m ²)	27.7 $\pm$ 6.7	27.1 $\pm$ 5.4
IMD quintile		
1 (least deprived)	38853 (23.2)	21757 (26.1)
2	38207 (22.8)	21146 (25.4)
3	34105 (20.3)	16921 (20.3)
4	31057 (18.5)	13889 (16.7)
5 (most deprived)	25539 (15.2)	9533 (11.5)
IMD total	167761	83246
Ethnicity		
White	149687 (89.2)	76490 (91.8)
South Asian	4646 (2.8)	1403 (1.7)
Black	2430 (1.4)	693 (0.8)
Other/Mixed	1860 (1.1)	579 (0.7)
Not stated	9249 (5.5)	4143 (5.0)
SHA region		
North East	3502 (2.1)	1679 (2.0)
North West	25853 (15.4)	12201 (14.6)
Yorkshire and the Humber	6702 (4.0)	3468 (4.2)
East Midlands	4360 (2.6)	2391 (2.9)
West Midlands	20389 (12.1)	10269 (12.3)
East of England	19551 (11.6)	9696 (11.6)
South West	22650 (13.5)	11148 (13.4)
South Central	21957 (13.1)	11742 (14.1)
London	21260 (12.7)	9162 (11.0)
South East Coast	21648 (12.9)	11552 (13.9)
Previous		
Referral to pain clinic services	7818 (4.7)	2979 (3.6)
Referral to psychological services	15599 (9.3)	4442 (5.3)
Urinalysis testing	10025 (6.0)	63983 (76.8)
Pelvic scan	3479 (2.1)	21833 (26.2)
Pelvic MRI scan	512 (0.3)	27 (0.0)
Pelvic CT scan	2926 (1.7)	213 (0.3)
Pelvic ultrasound scan	7422 (4.4)	15345 (18.4)
Incident		
Referral to pain clinic services	10545 (6.3)	4813 (5.8)
Referral to psychological services	14165 (8.4)	5371 (6.4)
Urinalysis testing	100209 (59.7)	8017 (9.6)
Pelvic scan	49229 (29.3)	3934 (4.7)
Pelvic MRI scan	1770 (1.1)	114 (0.1)
Pelvic CT scan	12511 (7.5)	1067 (1.3)
Pelvic ultrasound scan	33383 (19.9)	2374 (2.8)
Mesh surgery	6475 (4.0)	2108 (2.6)
Mesh surgery before study entry	1224 (0.7)	859 (1.0)

Tablo 3, SUI ve/veya POP'u olan kadınlarda mesh cerrahisi ile cerrahi olmayanları karşılaştırarak, yönlendirme, test ve taramalar için düzeltilmemiş ve düzeltilmiş insidans oranı oranlarını (IRR'ler) göstermektedir. SUI mesh cerrahisi geçiren kadınlarda, düzeltmeden sonra psikolojik hizmetlere ve pelvik BT taramalarına yönlendirme oranlarının daha düşük olduğu ve idrar analizi, CRP testi ve pelvik MRI taramaları için daha yüksek oranların olduğu tespit edilmiştir. POP mesh cerrahisi geçiren kadınlarda, düzeltmeden sonra ağrı klinik hizmetlerine yönlendirme ve idrar analizi ve CRP testlerinin daha yüksek oranlarının olduğu belirlenmiştir. Tablo 3, mesh cerrahisinin etkisinin bazı sonuçlarda daha önceki bir geçmişi olan kadınlarda farklı olduğuna dair bazı kanıtlar olduğunu önermektedir. Psikolojik hizmetlere yönlendirme oranı, SUI mesh'i olan kadınlarda ve daha önce yönlendirme geçmişi olanlarda daha düşüktü ve daha önce herhangi bir geçmişi olmayan kadınlarda bir ilişkiye dair az kanıt bulunmaktaydı. Daha önce bu testleri yapılmasına dair geçmişi olmayan SUI mesh cerrahisi geçiren kadınlarda CRP ve ESR testlerinin daha yüksek oranı izlenirken bu testlerin daha önce yapılmasına dair geçmişi olan kadınlarda ESR testlerinin daha düşük oranı bulunmuştur. POP tanısı almış mesh'i olan kadınlarda, ağrı kliniklerine yönlendirme oranı, daha önce yönlendirme geçmişi olmayan kadınlarda daha yüksek belirlenmiş, ancak daha önce yönlendirme geçmişi olan kadınlarda daha düşük saptanmıştır.

Hassasiyet analizlerinde (Tablo S1), 2006'da başlangıç tarihi ile, daha önce ultrasonografi taramaları geçmişi olan kadınlar SUI mesh cerrahisi sonrası daha düşük bir ultrasonografi tarama oranına sahip iken taraması olmayan kadınların takiplerinde daha yüksek bir oran saptanmıştır. POP için ultrasonografi taramalarının oranı ve mesh cerrahisi arasında ilişkiye dair az kanıt bulunmaktaydı. SUI ve POP mesh cerrahisi olan kadınlarda pelvik BT taramalarının artan bir oranı belirlenmiş ve SUI mesh cerrahisi olan kadınlarda ise pelvik MRI taramalarının artan bir oranı izlenmiştir.

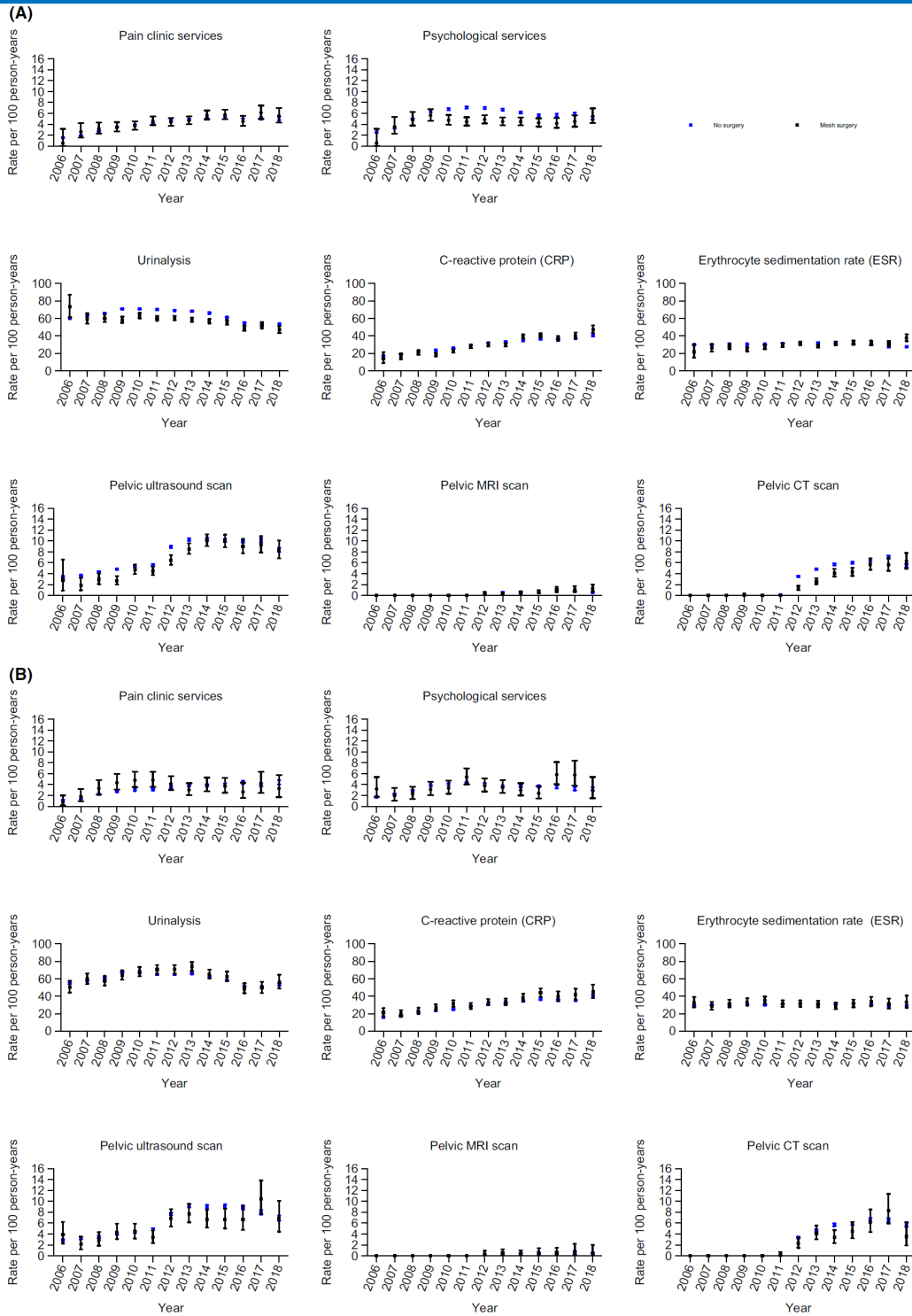


FIGURE 1 Annual rates and 95% confidence intervals of referrals, tests and scans, by type, in: (A) 162 687 women with stress urinary incontinence; and (B) 82 123 women with pelvic organ prolapse.

Cerrahiden Önce ve Sonra

Şekil S1, SUI ve POP mesh cerrahisi öncesi ve sonrası 5 yıllık kadınların yönlendirme, tarama ve testlerin yıllık oranlarını göstermektedir. Cerrahiden sonraki 5 yılda yönlendirme, test ve taramaların oranları, cerrahiden önceki 5 yıla göre daha yüksek bulunmuştur. Ağrı kliniklerine, psikolojik hizmetlere ve CRP testlerine yönlendirme için, oranlar cerrahiden önce artmakta ve cerrahiden sonra artmaya devam ettiği gösterilmiştir. İdrar analizi testi ve taramalar için, artan oranlar cerrahiden sonra görülmüştür.

Tartışma

Bu çalışmada, SUI ve POP'u olan kadınlarda yönlendirmelerin, testlerin ve taramaların oranları yüksek saptanmıştır. Ağrı kliniklerine ve psikolojik hizmetlere yönlendirmelerin, CRP testlerinin ve pelvik taramaların oranlarının izlem süresi boyunca arttığı, ancak idrar analizi veya ESR testi için net bir eğilim görülmediği saptanmıştır: SUI mesh cerrahisi olan kadınlarda, psikolojik hizmetlere ve BT taramalarına yönlendirme oranları daha düşük bulunmuştur. Bununla birlikte, SUI ve POP mesh beraber olan kadınlarda CRP testlerinde, POP mesh olan kadınlarda idrar analizi testlerinde ve ağrı kliniklerine yönlendirilmede, SUI mesh olan kadınlarda MRI taramalarına yönlendirmelerde daha yüksek oranlar gözlenmiştir.

Alt grup analizleri ayrıca, mesh cerrahisinden sonra yönlendirmelerin, testlerin ve taramaların daha yüksek bir hızını desteklemektedir. Bu nedenle, sonuçlar, mesh cerrahisi geçirmiş SUI ve POP'u olan kadınlarda daha yüksek bir morbidite yüküne ve dolayısıyla bu kadınların bakımında daha yüksek bir iş yüküne işaret etmektedir. Sonuçlar, SUI veya POP'u olan kadınlar için mesh cerrahisinin faydalarını ve risklerini dikkatlice değerlendirdikten sonra, tüm mevcut kanıtların kullanılarak karar verilmesi kavramını desteklemektedir.

Çalışmada kullanılan yüksek kaliteli veriler, İngiltere nüfusunu temsil ettiği düşünülmektedir. CPRD içinde yalnızca İngiliz uygulamalarını bağlamak mümkündür ve birincil maruziyet olan mesh cerrahisine ilişkin verilere ulaşmak için veri bağlantısı gerektiğinden, yalnızca İngiliz uygulamalarındaki kadınları incelenebilmiştir.

Genel olarak, mesh cerrahisi genellikle HES verilerinde iyi kaydedilmektedir, ancak hastalar CPRD uygulamalarına kaydolmadan önce mesh cerrahisi geçirirse bazı yanlış sınıflandırmalar olabilmektedir.

TABLE 2 Baseline characteristics of 162 687 women with stress urinary incontinence and 82 123 women with pelvic organ prolapse by mesh surgery status. Data are expressed as mean $\pm$ SD or % (N).

Variable	SUI		POP	
	No mesh surgery	Mesh surgery	No mesh surgery	Mesh surgery
N ^a	161 397	6475	81 200	2108
Age (years)	59.1 $\pm$ 19.0	54.4 $\pm$ 12.5	64.2 $\pm$ 15.0	63.9 $\pm$ 11.8
BMI (kg/m ²) (N: SUI = 57 055; POP = 24 603)	27.7 $\pm$ 6.7	28.4 $\pm$ 6.0	27.1 $\pm$ 5.4	26.9 $\pm$ 4.7
IMD quintile (<i>n</i> missing: SUI, 109; POP, 62)				
1 (least deprived)	37 368 (23.2)	1485 (22.9)	21 216 (26.1)	541 (25.7)
2	36 664 (22.7)	1543 (23.8)	20 596 (25.4)	550 (26.1)
3	32 737 (20.3)	1368 (21.1)	16 496 (20.3)	425 (20.2)
4	29 822 (18.5)	1235 (19.1)	13 530 (16.7)	359 (17.0)
5 (most deprived)	24 699 (15.3)	840 (13.0)	9301 (11.5)	232 (11.0)
Ethnicity				
White	143 502 (88.9)	6185 (95.5)	74 452 (91.7)	2038 (96.7)
South Asian	4558 (2.8)	88 (1.4)	1384 (1.7)	19 (0.9)
Black	2393 (1.5)	37 (0.6)	677 (0.8)	16 (0.8)
Other/Mixed	1810 (1.1)	50 (0.8)	570 (0.7)	9 (0.4)
Not stated	9134 (5.7)	115 (1.8)	4117 (5.1)	26 (1.2)
SHA region				
North East	3391 (2.1)	111 (1.7)	1656 (2.0)	23 (1.1)
North West	24 965 (15.5)	888 (13.7)	11 914 (14.7)	287 (13.6)
Yorkshire and the Humber	6496 (4.0)	206 (3.2)	3404 (4.2)	64 (3.0)
East Midlands	4230 (2.6)	130 (2.0)	2329 (2.9)	62 (2.9)
West Midlands	19 687 (12.2)	702 (10.8)	10 034 (12.4)	235 (11.1)
East of England	18 859 (11.7)	692 (10.7)	9403 (11.6)	293 (13.9)
South West	21 783 (13.5)	867 (13.4)	10 758 (13.2)	390 (18.5)
South Central	20 919 (13.0)	1038 (16.0)	11 473 (14.1)	269 (12.8)
London	20 564 (12.7)	696 (10.7)	8976 (11.1)	186 (8.8)
South East Coast	20 503 (12.7)	1145 (17.7)	11 253 (13.9)	299 (14.2)
Previous				
Referral to pain clinic services	7438 (4.6)	380 (5.9)	2862 (3.5)	117 (5.6)
Referral to psychological services	15 029 (9.3)	570 (8.8)	4347 (5.4)	95 (4.5)
Urinalysis testing	9817 (6.1)	208 (3.2)	62 351 (76.8)	1632 (77.4)
Pelvic scan	3394 (2.1)	85 (1.3)	21 252 (26.2)	581 (27.6)
Pelvic MRI scan	485 (0.3)	27 (0.4)	23 (0.0)	4 (0.2)
Pelvic CT scan	2827 (1.8)	99 (1.5)	201 (0.2)	12 (0.6)
Pelvic ultrasound scan	7069 (4.4)	353 (5.5)	14 933 (18.4)	412 (19.5)
Incident				
Referral to pain clinic services	10 105 (6.3)	440 (6.8)	4656 (5.7)	157 (7.4)
Referral to psychological services	13 775 (8.5)	390 (6.0)	5255 (6.5)	116 (5.5)
Urinalysis testing	96 545 (59.8)	3664 (56.6)	7821 (9.6)	196 (9.3)
Pelvic scan	47 149 (29.2)	2080 (32.1)	3842 (4.7)	92 (4.4)
Pelvic MRI scan	1665 (1.0)	105 (1.6)	112 (0.1)	2 (0.1)
Pelvic CT scan	12 015 (7.4)	496 (7.7)	1041 (1.3)	26 (1.2)
Pelvic ultrasound scan	31 929 (19.8)	1454 (22.5)	2314 (2.8)	60 (2.8)
Mesh surgery before entry	–	1224 (18.9)	–	859 (40.7)

Farklı mesh cihazlarının farklı komplikasyon oranlarına sahip olabileceği, ancak belirli mesh cihazının türüne ilişkin bilgilerin mevcut olmadığı belirtilmiştir. SUI mesh cerrahisi için gerilme serbest vajinal band ve transobturator band kodları Nisan 2006'da tanıtılmıştır. Bundan önce, daha genel kodlar kullanılmıştır ve bu nedenle bazı kadınlar maruz kalmayanlar olarak yanlış sınıflandırılmış olabilmektedir. Cerrahin tercihi ve eğitimi ayrıca cerrahi ile sonuçlar arasındaki ilişkiyi etkileyebilmektedir.

Diğer Kanıtlar Işığında Yorum

2019'dan bu yana, NICE sadece belirli koşullar altında mesh kullanılmasını önermektedir. Çoğu sonuç odaklı araştırma, tam/kısmi mesh çıkarma cerrahisinin etkilerine odaklanmaktadır; daha yeni HES verilerinin analizleri cerrahi sonuçlara odaklanmaktadır (tekrar cerrahisi/çıkarma). Bugüne kadar birincil bakımda da veri eksikliği olmuş ve bu nedenle bu çalışma gerekli bulunmuştur.

NICE ve Cochrane tarafından özetlenen kanıtların çoğu, daha düşük kaliteli randomize kontrollü çalışmalardan gelir, ancak mesh cerrahisi, diğer tasarımlar kullanılarak yapılan çalışmalarda da kötü sağlık sonuçları ile ilişkilendirilmiştir. Örneğin, CPRD verilerinin kullanıldığı bir kohort çalışmasında, mesh cerrahisinin, bu sonuçlarla ilgili geçmişi olmayan kadınlarda kötü zihinsel ve cinsel sağlık sonuçları, ağrı ve enfeksiyon için artmış ilaç kullanımı ile ilişkili olduğu öne sürülmekteydi. Ancak aynı zamanda mesh cerrahisinin, bu sonuçlarla ilgili geçmişi olan kadınlarda, ruh sağlığını iyileştirdiği ve daha az ağrı kesici kullanımı ile ilişkili bulunmuştur.

Kanada elektronik sağlık kayıtlarını kullanan başka bir kohort çalışması, mesh komplikasyonları için cerrahi müdahale gereksinimi duyan kadınlarda depresyon ve kendine zarar riskinin, cerrahi düzeltme gerektirmeyen kadınlara kıyasla daha yüksek olduğunu bulmuştur. SUI ve POP için mesh cerrahisi deneyimlerine ve bakış açılarına ilişkin niteliksel bir sistemik derleme, kadınların deneyimlerini küçümsemenin travmayı artırdığını ve zararların kadınların azınlığında meydana geldiğini, ancak bunların önemli bir potansiyel sonuç olarak kabul edilmesi gerektiğini bulmuştur.

Diğer nitel araştırmalar, mesh komplikasyonlarının duygusal sağlık üzerinde derin etkisini, tıbbi profesyonellerle etkileşimleri (özellikle, destek eksikliği ve kadınların deneyimlerini küçümsemenin olası zararları) ve kişisel gelişimi tartışmaktadır. Bu çalışma, SUI mesh cerrahisi geçiren kadınlarda psikolojik hizmetlere yönlendirme oranlarında azalma olduğunu göstermiştir, ancak POP mesh cerrahisi geçiren kadınlarda herhangi bir ilişki saptanamamıştır. Bu nitel çalışmalar, bu çalışma ve önceki araştırmalardaki sonuçların yorumlanmasına yardımcı olabilmekte ve kadınların tıbbi profesyonellerle etkileşimde yaşadıkları zorlukları ve kişisel gelişimlerini yansıtabilmektedir.

İzlem dönemi boyunca artan yönlendirmeler, testler ve taramaları gösteren tanımlayıcı sonuçlar, daha önce CPRD tarafından yapılan bir çalışmayla uyumlu olarak belirlenmiştir. Bu çalışma, idrar analizi ve pelvik ultrasonografi için ters-U dağılımı bulmuştur (yani, bir artışı takiben bir azalma). Mesh cerrahisi geçiren kadınlarda bağışıklık yanıtının belirleyicileri için (CRP ve ESR gibi) artan test oranları, kalıcı implante edilebilir tıbbi cihazlarda bulunan sentetik malzemelere bağlı olarak bir konak bağışıklık tepkisi endişeleriyle uyumludur. CRP seviyeleri, iltihaba yanıt olarak yükselir ve bu biyolojik mesh kullanılarak yapılan fıtık onarımı sonrası komplikasyonların öngörülmesinde belirleyici olduğu gösterilmiştir. Gözlem süresi boyunca artan bakım talepleri ayrıca yaşlanan bir nüfusla ilişkili olabilmektedir, ancak tüm analizler yaşa göre ayarlanmıştır.

Sonuç

Sonuçlar, mesh cerrahisi geçiren kadınların muhtemelen birinci basamak sağlık hizmetlerinde devam eden takibe ihtiyaç duyacağını göstermektedir. Ayrıca, her hasta için mesh cerrahisinin faydalarının ve risklerinin bireysel olarak değerlendirmesi gerektiğini desteklemektedir.

Mixovul
Metronidazol 750 mg
Mikonazol Nitrat 200 mg
Lidokain 100 mg

3 Ovül
Trivag Ovül
Tinidazol
Tiokonazol
Lidokain

monurol
3g fosfomisin
saşe

Travazol Krem
ANTİFUNGAL, ANTİENFLAMATUAR

Farklı
KADINLAR

Farklı
TEDAVİLER

iyi ki
VAR

**MÜKEMMEL
UYUMLA**
Güncel tedavi



BİL7897MIX77



Kısa Ürün Bilgisi özeti için QR KODU okutabilirsiniz.

bilim
İ L A Ç

bilimsel
paydaş



TÜRK ÜROJİNEKOLOJİ VE PELVİK REKONSTRÜKTİF CERRAHİ DERNEĞİ

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