PELVİK TABAN VE KOZMETİK JİNEKOLOJİ DERNEĞİ
2021



Pelvik taban ve kozmetik Jinekoloji 23-25 Eylül 2022 Kongresi

Bildiri Sunumlar

Pektopeksi Yapilan Evre 4 Prolapsus Hastasinda Postoperatif De Novo Rektosel Gelişimine Yaklaşim

Ayşe Betül Albayrak Denizli, Ahmet Eser
Zeynep Kamil Kadın ve Çocuk Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği, İstanbul
Lefkoşa Sevinç Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği, Lefkoşa

Pelvik organ prolapsusu (POP) tedavisinde cerrahi, konservatif yöntemlere göre daha sık tercih edilmektedir. Hangi yöntemin seçileceği her zaman bir tartışma konusu olmuştur. Kadınların %29,2'si prolapsus nüksü nedeniyle ikinci bir POP cerrahisi geçirmektedirl. Geniş vajinal hiatus, transvajinal uzunluğun büyüklüğü, operasyondan önce prolapsus ile geçen süre rekürrens için risk faktörleridir. Laparoskopik pektopeksi ile sakrospinöz fiksasyonun orta dönemde karşılaştırıldığı bir çalışmada, apikal desensus nüksü arasında fark görülmezken, sistosel oranı sakrospinöz fiksasyon yapılan hastalarda daha yüksek olarak tespit edilmiştir2. Laparoskopik pektopeksi, altın standart olarak kabul edilen sakrokolpo/servikopeksi ile kısa dönem sonuçlarının kıyaslandığı bir çalışmada laparoskopik pektopeksi yapılan hastalarda ortalama ameliyat süresi ve kan kaybı anlamlı olarak düşük bulunmuştur3. Posterior intravajinal slingoplasti (IVS) posterior kompartman prolapsusunda oldukça tatmin edici sonuçlara sahiptir. Biz de evre 4 prolapsus nedeniyle pektopeksi uygulanan ve 1 yılın sonunda posterior defekt gelişmesi üzerine posterior IVS operasyonu gerçekleştirilen bir olgumuzu sunduk.

1 Olsen AL, et al. Epidemiology of surgically managed pelvic organ prolapse and urinary incontinence. Obstet Gynecol. 1997 Apr; 89(4):501-6.

2 Astepe BS, et al. Intermediate-term outcomes of laparoscopic pectopexy and vaginal sacrospinous fi xation: a comparative study. Int Braz J Urol. 2019 Sep-Oct;45(5):999-1007. doi: 10.1590/S1677-5538.

3 Noé, K.G., et al. Laparoscopic pectopexy: a randomised comparative clinical trial of standard laparoscopic sacral colpo-cervicopexy to the new laparoscopic pectopexy. Short-term postoperative results. Arch Gynecol Obstet 2013 287, 275–280.

Anahtar Kelimeler: Pelvik organ prolapsusu, pektopeksi, posterior IVS

Posterior IVS preop/postop görüntüleri



Pelvik ağrı, akciğerde multiple leiomyomatozis, malign potansiyeli belirlenemeyen düz kas hücresi tümörü ve gebelik: Nadir vaka sunumu

Sinan Güleç, Gökçe Güleç, Cem Dane
İstinye Üniversitesi Hastanesi MedicalPark Gaziosmanpaşa, İstanbul
Sağlık Bakanlığı, Gölköy Devlet Hastanesi, Ordu
İstinye Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, İstanbul

Giriş: 2003 Dünya Sağlık Örgütü sınıflamasına göre; Uterin düz kas tümörlerinin benign veya malign ayırımının teşhisi yapılamadığından, belirsiz malign potansiyeli olan düz kas tümörleri (STUMP-smooth muscle tumors of uncertain malignant potential) adı verilen yeni bir sınıf eklendi. Leiomyom, STUMP ve leiomyosarkom; pelvik ağrı, pelvik basınç, anormal uterin kanama gibi benzer semptomlar gösterir. Fertilite arzusu olan kadınlarda tedavi ve tanı amaçlı myomektomi uygulanmaktadır. Bu yazıda myomektomi yapıldıktan sonra STUMP tanısıyla Akciğerde leiomyomatozis nodulleri olan, tanı sonrası gebeliği oluşan ve gebelikte tekrar leiomyom oluşan nadir raporlanan bir vaka sunuldu.
Olgu: 24 yaş kadın hasta gravide 1 parite 1 olan hastaya sezaryen sırasında myomektomi yapılmış patolojisi selüler myom olan hasta pelvik ağrı şikayetiyle başvurdu. Yapılan muayenelerde ve görüntülemelerde en büyüğü 11 cm multiple uterin myomlar ve akciğerde leiomyomatozis nodulleri olması üzerine önceki patolojisine lam revizyonu yapılarak selüler myom tanısı yenilendi. Onkoloji konseyinde değerlendirilen hastamızda benign metastaz yapan leiomyom ön tanısı konulması üzerine myomektomi yapıldı. Patolojisi STUMP gelen ve fertilite beklentisi olan hastamıza yakın takip ve danışmanlık başlandı. Gebe kalan hastamızın takiplerinde 4 cm yeni Leiomyom oluştu. Hastanın takipleri devam ederken doğumunu memleketinde yapmak istediği için, dış merkezde 39. haftasında sezaryen ile 3000gr canlı doğum gerçekleştirilmiş, sezaryen sırasında komplikasyon riskini arttırmamak adına 6 cm'e ulaşan Leiomyom'a myomektomi yapılmamış. İletişimde kalarak danışmanlık verdiğimiz hastamız takiplerine devam etmektedir.
Tartışma: STUMP tanısı konulduktan sonra gebeliği olan vakaların seyrek görülme sebepleri; STUMP tanısının azlığı, genelikle fertilitesini tamamlamış ileri yaştaki hastalara tanı konulması ve STUMP tanısına hızlı kararlarla histerektomi yapılmasıdır. Vakamız STUMP tanısı olmasına rağmen hamileliğin ve başarılı doğumun mümkün olduğunu göstermektedir. Bizim vakamızda farklı olarak gebelik sırasında yeni STUMP ihtimali yüksek leiomyom oluşumu ve akciğerlerde benign leiomyomatozisler gelişmesidir. Gebeliğin ilk trimesterında 4 cmlik STUMP oluşan hasta miada kadar ulaştıralarak 6 cmlik leiomyom ile canlı doğumu sağlanmıştır.

STUMP'larda 5 yıllık sağkalım oranı %92'dir ve olumlu prognoza sahiptirler. Bu nedenle her hastaya acele edilerek histerektomi yapılmamasını öneriyoruz. Myomektomilerde patoloji incelemesinde yüksek mitotik aktivite, nekroz ve yaygın atipi gibi malignite şüphesi lehine bulgu yoksa takipler fertilite isteği bitene kadar yeterli olabilmektedir. Sonuç: Myomektomi sonrası patolojisinde malignite lehine yüksek şüphesi olmayan STUMP tanılı hastalarda başka organlarda nodulariteler olsa ve gebelik sırasında STUMP gelişse bile gebelik başarısı ve canlı doğum mümkündür.

Anahtar Kelimeler: STUMP, Pelvik ağrı, Leiomyom, Leiomyomatozis, Gebelik

STUMP AMELİYAT FOTOSU



Lefort Kolpokleizis Operasyonu Sonrası Hastaların Uzun Dönem Klinik Sonuçları, Rekürrens ve Hasta Memnuniyet Düzeyleri

Hale Çetin Arslan
Sağlık Bilimleri Üniverstesi, Kanuni Sultan Süleyman Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği

Amaç: Pelvik organ prolapsusu, günümüzde milyonlarca kadını etkileyen, yaşam kalitesini bozan önemli bir jinekolojik sorundur. Özellikle hastaların doktora söylemekten çekinmesi tanıyı geciktirir. Seksüel aktivitesi olmayan ileri yaş grubunda obliteratif cerrahi operasyonlar tercih edilmektedir. Bu çalışmadaki amacımız; kliniğimizde uygulanan Lefort Kolpokleizis vakalarının klinik sonuçlarını analiz etmek ve literatür eşliğinde gözden geçirmektir.

Gereç ve Yöntemler: Sağlık Bilimleri Üniversitesi İstanbul Kanuni Sultan Süleyman Eğitim ve Araştırma Hastanesi Ürojinekoloji kliniğinde 2012-2022 yılları arasında, Lefort Kolpoklezis operasyonu geçiren 20 hastanın verileri retrospektif olarak incelenmiştir.

Bulgular: On yıllık süreçte toplam 20 hastaya Lefort Kolpokleizis operasyonu uygulanmıştır. Hastaların yaş ortalaması 76.3±7.1 idi. Hastaların tamamı multipar ve normal vajinal doğum öyküsüne sahipti. Hastaların %65'i (n:13) evli ve %35'i (n:7) dul idi. Hastaların %55'inde (n:11) ek sistemik hastalık hikayesi mevcuttu. Hastaların %45'inin (n:9) total abdominal histerektomi, %15'inin (n:3) ise vajinal histerektomi öyküsü olup, ayrıca hastaların %15'ine (n:3) histerektomiye eş zamanlı sakrospinöz fiksasyon uygulandı. Ayrıca hastaların %25'inin (n:5) geçmişte inkontinans şikayeti olması üzerine; dört hastaya Transobturator Tape; bir hastaya ise Burch operasyonu uygulandığı görüldü. Hastalara yapılan jinekolojik muayenelerinde; %40'ında apikal prolapsus (n:8), %10'unda (n:2) evre 4 sistorektosel, %10'unda (n:2) evre 3 sistosel+apikal prolapsus, %15'inde (n:3) descensus uteri, %25'inde ise (n:5) total uterin prolapsus izlendi. Hastaların %60'ına (n:12) kolpokleizis operasyonu, %35'ine (n:7) vajinal histerektomi ile beraber kolpokleizis, %5'ine (n:1) ise uterus korunarak kolpoklezis uygulandı. Hastaların takibinde herhangi bir komplikasyon izlenmedi. Bir hastada prolapsus rekürrensi olup, herhangi bir operasyona gerek duyulmadı. Hastaların %10'unda (n:2) operasyon sonrası urge inkontinans izlenmiş olup; antikolinerjikler ile tedavi edildi. Hastaların hiçbirinde operasyona bağlı pişmanlık bildirilmedi.

Sonuç: Lefort Kolpokleizis, rekonstrüktif cerrahilere kıyasla perioperatif komplikasyonları ve nüks oranlarının az olması sebebiyle ileri yaş populasyonunda güvenle uygulanabilir. Hastaların evli olması, operasyona engel teşkil etmemektedir. Kolpokleizis operasyonu sonrası de novo stres üriner inkontinans ortaya çıkabileceği ise akılda tutulmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Lefort Kolpokleizis, pelvik organ prolapsusu, üriner inkontinans

Sağlık Çalışanlarında Kegel Egzersizleri Bilgi Düzeyi

Bilge Doğan Taymur, Arzu Bilge Tekin, Güldeniz Toklucu
Sancaktepe Şehit Prof. Dr. İlhan Varank Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği

Giriş

Yaşam kalitesini bozarak hastayı kısıtlayan ve psikolojik sorunlara neden olan üriner inkontinans tüm yaş grubundaki kadınları etkilemektedir. İnkontinans sorununun, tedavi maliyetleri açısından birey ve ülke ekonomisine oldukça fazla yük getirdiği gösterilmiştir. Üriner inkontinans tedavisi ve koruyuculuğunda yan etkisinin bulunmaması, invaziv olmaması ve maliyetinin düşük olması nedeniyle üriner inkontinans tedavisinde davranışsal tedavi yöntemleri uygulanmaktadır. Sağlık çalışanlarının kadınların sağlıklı yaşam sürmelerini sağlamada davranışsal tedavi yöntemlerini bilmeleri; üriner inkontinans sorunlarını tanımlayarak tedavisine yardımcı olmaları ve kadınlara da bu yöntemleri öğretmeleri önemlidir. Çalışmamızın amacı hastanemizdeki sağlık çalışanlarının Kegel egzersizleri hakkındaki bilgilerini ve kendi uygulama sıklıklarını değerlendirmektir.

Materyal ve Metod

İstanbul Prof. Dr. İlhan Varank Sancaktepe Eğitim ve Araştırma Hastanesinde kadın sağlık çalışanlarına Kegel egzersizleri hakkında bilgisi iki soru ile evet /hayır cevapları kullanılarak ve bilenlerin uygulama sıklıkları ile kegel egzersizi uygulama metodu bilgisi açık uçlu soru ile değerlendirilmiştir.

Bulgular

İstanbul Prof. Dr. İlhan Varank Sancaktepe Eğitim ve Araştırma Hastanesinde 100 kadın sağlık çalışanının Kegel egzersizleri hakkında bilgisini ve bilenlerin uygulama sıklıklarını sorgulanmıştır.Sağlık çalışanlarımızın %32 si kegel egzersizlerinin ne olduğunu bilmediğini belirtti.%68 i kegel egzersizlerinin ne olduğunu bildiğini belirtirken bilenlerin %33.8 i hayatı boyunca kegel egzersizlerini hiç yapmamış.kegel egzersizlerini uygulayanların sıklığını değerlendirdiğimizde %2.2 si günde 5 kez, %11.1i günde 1 kez,%11.1ihaftada 2 kez %11.1 i haftada 1 kez %6.6 sı 2 haftada 1 kez,%33.3 ayda 1-2 kez,%13.3ü 3 ayda bir,%8.8 6 ayda 1 kez ve %2.2 si yılda 1 kez uyguladığını belirtti. Kegel egzersizinin ne olduğunu bilenlerin ve uygulayanların %100'ü Kegel egzersizlerini sık bırak şeklinde tariflemiştir.

Sonuç

Kegel egzersizlerinin amacı, eski gücünü kaybetmiş olan ve bu nedenle idrar kaçışına neden olan bu kas gruplarının güçlenmesini veya gücü normal olan kas grubunun gücünü idame ettirebilmesini sağlamaktır. İdrar inkontinansı nedeniyle gereken ameliyat sayıları da azalmaktadır. Alparslan ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada kadınların Kegel egzersizlerini hiç duymadıklarını göstermişlerdir. Kadınlarda inkontinans prevelansının yüksek olması ve her yaş döneminde görülmesine karşın Kegel egzersizlerini bilmemelerinin nedeni, sağlık personelinin bu konuda gerekli bilgilendirmeyi yapmaması olabilir.çalışmamızda %32 sağlık çalışanımızın Kegel egzersizleri hakkında bilgisi olmadığını saptadık.

Kegel egzersiz çeşitleri olarak duvarda ayakta pelvik hareket, hareketsiz postür düzeltmek, ayakta bel bükmek,yere köprü yapmak, yüzükoyun basıp kalkmak,yerde dirsekle destek tanımlanmaktadır. Bu egzersizler her gün düzenli olarak az üç kez uygulanması önerilmektedir. Bir diğer yöntem de, ayakta ya da otururken bacaklar hafifçe aralanır, pelvis kasları yavaş yavaş kasılarak en üst düzeye çıkılır ardından gevşetilir egzersiz esnasında pelvis tabanı kasları 3-10 saniye süreyle kasılır ve bu kadar bir süre ara verilir. Bu arka arkaya 5-10 kez uygulanır. Günde beş kez uygulama maksimum faydayı sağlar.Çalışmamıza katılan sağlık personelleri arasında da Kegel egzersizlerini bilenlerin doğru uygulanırlığı ve uygulama sıklığı konusunda tam olarak bilgi sahibi olmadıkları görülmüştür.

Sonuç

Kegel egzersizlerinin noninvazif davranışsal metod olarak pelvik taban sağlığını korumadaki pozitif koruyucu etkisi nedeniyle tüm topluma Kegel egzersizleri hakkında bilgi vermek, uygulanırlığını arttırmak toplum sağlığı açısından önem taşınmaktadır. Sağlık çalışanlarının Kegel egzersizleri hakkındaki bilgi düzeyi arttırılması ile onların da toplumdaki pelvik taban sağlığı ve koruyucu Kegel egzersizleri hakkında bilgi yayması sağlanabilir.Sağlık hizmeti veren merkezlerde hastane içi eğitimlerin verilmesi ile sağlık çalışanlarının farkındalığı arttırılabilir.

Anahtar Kelimeler: Kegel egzersizi, pelvik taban, sağlık çalışanları

Başarısız Labioplasti Operasyonları Sonrası Flap Çevirme İle Revizyon Olgusu

Bertan Akar
Özel Aktif Kocaeli Hastanesi, Kocaeli

Giriş

Labioplati, kadın genital estetik cerrahi prosedürleri içerisinde en sık yapılanıdır. Kompozit redüksiyon labioplasti, wedge rezeksiyon, de-epitelizasyon, kenar rezeksiyonu, labial trimming, lazer labioplasti, özel flask labioplasti, W-şekilli rezeksiyon, inferior flep transpozisyonlu fenestrasyon labioplasti şeklinde olabilir. En sık komplikasyonları ayrılma, hematom, yetersiz skarlaşma, yüzeyel enfeksiyonlardır Ayrıca wedge rezeksiyon ile flep nekrozuda görülebilir. Bizde labioplasti nedeni ile 2 kere opereedilen ancak sonrasında defektif iyileşen hastada flap çevirme ile revizyon labiaplasti yapılmayı amaçladık.
Vaka sunumu Olgumuz 28 yaşında, 3 yıllık evli, 1.5 yıl önce sezeryan ile doğum yapmış. Kronik hastalığı, sigara ve ilaç kullanım hikayesi olmayan olgu 6 ay önce labial hipertrofi nedeni ile labioplasti operasyonu oluyor. Yara yeri dehissansı nedeni ile 2 ay sonra tekrar revizyon labioplasti cerrahisi geçiren hastanın yara yerinde tekrar ayrılma oluyor. Yapılan muayene ve değerlendirme neticesinde olguya flap çevirme ile revizyon labioplasti yapılması kararlaştırıldı.

Resim-1 Preoperatif görünüm
Resim-2 Operasyon sırasında flap çevirme görüntüsü
Resim-3 Postoperatif görünüm

Tartışma

Yara yeri ayrılması ile sonuçlanan rekürren labioplasti olgularında flap çevirme tekniği etkili bir yöntem olarak karşımıza çıkmaktadır.

Anahtar kelimeler
Labioplasti, flap labioplasti, dehissans

Anahtar Kelimeler: Dehissans, Flap Labioplasti, Labioplasti

Histeroskopik morselasyonun enerji yöntemleri ile histeroskopik rezeksiyona üstünlük ve dezavantajları, video vaka sunumu

Mustafa Can Sivas, Alperen İnce
Başakşehir Çam ve Sakura Şehir Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, İstanbul

Amaç: Bu vaka sunumunun amacı birden fazla büyük polipoid yapıları olan hastada histereskopik morselatör (HM) ile polip çıkarımını video sunum olarak göstermek, bu yöntemin cerrah için sağladığı kolaylık ve zorlukları öne çıkartmak ve hasta açısından faydalı ve riskli yönleri ile ilgili deneyimimizi paylaşmaktır.

Metod: Postmenopozal kanama şikayeti ile başvuran hastaya, spinal aneztezi eşliğinde histeroskopik morselasyon tekniği kullanılarak polip çıkarımı planlandı.

Vaka Takdimi:52 yaşında, iki nsd'si ve 6 yıldır menopozda olan hasta, kanama şikayeti ile başvurduğu dış merkezden postmenopozal kanama ve endometriyal kalınlık artışı tanısı ile Başakşehir Çam ve Sakura Şehir Hastanesine yönlendirildi. Bilinen ek hastalığı ve geçirilmiş cerrahi öyküsü olmayan hastamıza yapılan spekulum muayenesinde, serviksin multipar vasıfta olduğu ve kaviteden lekelenme şeklinde kanaması olduğu izlendi. Transvajinal ultrasonografide bilateral overler normal, endometriyal kalınlık 21mm'ydi. Kavitede hiperekojen görünümde düzensiz yapılar mevcuttu. İlk başvurduğu merkezde yapılan probe küretaj sonucu neoplazma rastlanmadı ve smeari malignite negatif şeklinde raporlanan hastaya hastanemizde yapılan ofis histeroskopide, posterior duvar kaynaklı 3x2cm ve sol latero-posterior duvar kaynaklı 1x3cm'lik polipoid yapılar izlendi. Hastaya ameliyathane koşullarında Truclear histeroskopik morselatör kullanılarak endometriyal patolojilerin çıkarımı planlandı. Spinal anestezi altında serviks no-6 bujiye kadar dilate edildi. İntrauterin basınç izotonik sıvı ile histeroskopik pompa kullanılarak 100mmHg ve drenaj vakum gücü 200mmHg olacak şekilde sistem ayarı yapıldıktan sonra HM ile kaviteye girildi. Uç olarak polip için tasarlanmış uç seçildi ve 800RPM frekans kullanıldı. Her iki polipoid yapı tam olarak HM ile çıkarıldı. Takiben küretaj işlemi uygulanarak işleme son verildi. HM'ün vakum kısmında file de birikmiş olan ameliyat materyali patolojik incelemeye gönderildi. Defisit 200cc olarak izlendi. Servikal os geçilişinden işlem sonuna geçen süre 8dk.

Bulgular: HM'ün dış kılıfının (histeroskop) 6mm çap inceliğinde olması; servikal dilatasyon ihtiyacını azaltmış geçişi kolaylaştırmıştır. Morselatör uç, negatif vakum etkisi ile polipoid yapıyı distaldeki kesici mekanizmanın olduğu pencereye çekerek polibin salınım hareketlerini engellemiştir. Kesilen parçalar bu vakum etkisi ile kaviteden uzaklaştırılarak vakum cihazında filede biriktiği için kesilen parçaların kamera önüne gelmemesi görüşün aynı kalitede devam etmesini sağlamıştır.

Kesilen parçalar kavitede birikmediği için histeroskopun dışarıya çıkarılıp bu parçaların vinter/küret vb. ayrı bir cerrahi alet ile çıkarılmasına gerek kalmamıştır. Histeroskop ile tekrarlayan girişe gerek kalmadığı için bu süreçlerde ortaya çıkan; histeroskop sisteminin hata vermesi, kameraya sıvı kaçması, cerrahi alanın ıslanması, tekrar girildiğinde içerideki kanlı birikintinin uzaklaştırılması için beklenen sürenin olmaması büyük kolaylık ve paratiklik sağlamıştır. Üstteki süreçlerin olmaması işlem süresini etkin bir şekilde kısaltmıştır. Tekrarlayan girişlerin olmaması, tekrarlayan basınç değişimine bağlı muhtemel artış gösteren vasküler yatağa sıvı geçişini minimalize etmiş ve işlem süresininde kısa olmasına bağlı olduğu düşünülerek defisit 200cc izlenmiştir. Diğer yöntemlerde enerji kullanımı sırasında ortaya çıkan hava kabarcıklarına bağlı görüntü kaybı HM'de yaşanmamıştır. Kesici pencerenin olduğu distal kısmın en ucu kapalı olduğu için uterusun fundal bölgeden ileri doğru kesici mekanizmaya bağlı delinme riski olmadığı deneyimlenmiştir. Malzeme tedariğinde diğer sistemler ile karşılaştırıldığında dez avantaj olarak fiyatının daha yüksek olduğu görülmüştür.

Sonuç: Uterin kaviteyi dolduran çok sayıda ve büyük ebadlı polipoid yapıları olan hastalarda HM, cerrahi işlemin daha kolay ve hızlı gerçekleştirilmesini sağlayabilir. Perforasyon, hastaya fazla sıvı geçişi, hava embolisi gibi riskleri azaltabilir. Özellikle çocuk istemi olan hastalarda enerji kullanımına bağlı oluşabilecek endometriyal hasar ve adezyon risklerinin önüne geçebilir.

Anahtar Kelimeler: histeroskop, morselatör, polip

İntrauterin Gelişme Kısıtlılığı Tanısı Alan Gebelerde Serum Amphiregulin Düzeylerinin Araştırılması

Fatma İsmail Ali Ramadan, İbrahim Kale, Berna Buse Kobal, Ayşegül Özel, Murat Muhcu
Gebze Yüzyıl Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Ana Bilim Dalı, İstanbul
Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Ümraniye Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İstanbul

Amaç: Amphiregulin (AREG), birçok dokudan proprotein olarak eksprese edilen bir transmembran tirozin kinaz olan epidermal büyüme faktörü reseptörünün (EGFR) bir ligandıdır. AREG EGFR'ye bağlanarak sitotrofoblast hücrelerinin gelişmesini ve sağ kalımında rol oynadığı bildirilmiştir. Azalan AREG salımı hücre apopitozunun artışı ile ilişkilendirmiştir. Bu nedenle trofoblastların proliferasyonunun ve sağ kalımının azalması ve apopitozun artması plasentasyon sorunlarına neden olan faktörlerden biri olarak karşımıza çıkmaktadır. Trofoblastik invazyon bozukluğu intrauterin gelişme kısıtlılığına (IUGK) neden olabilir. IUGK gebelikte kötü prognoz gösterebilir. Gebelerde IUGK etyopatogenezinde rolü olabileceği düşünülerek serum AREG düzeyi farklı çalışmalarda değerlendirilmiştir.
Biz bu çalışmamızda üçüncü trimester normal sağlıklı gebe popülasyonu ile IUGK tanısı almış gebe popülasyonunun serum AREG düzeylerini ve Doppler parametrelerini karşılaştırmayı amaçladık.
Gereç-Yöntem: Çalışmamız prospektif, kesitsel bir çalışma olarak planlanmıştır. Çalışma; hastanemiz Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği'nde Ocak 2022 ve Mayıs 2022 tarihleri arasında başvuran ve IUGK tanısı konmuş 18-39 yaş aralığında üçüncü trimesterde 45 olgu ile yine hastanemizde gebelik takibinde olan üçüncü trimesterdeki 45 sağlıklı gebe kontrol grubu olarak dahil edilerek gerçeleştirilmiştir.
Bulgular: IUGK grubunda ortalama AREG düzeyleri, kontrol grubuna göre anlamlı olacak şekilde yüksek bulunmuştur. Çalışmamızda gebelerde yapılan umbilikal arter (UmbA) Doppler ultrasonografi değerlendirmesinin, AREG düzeyleri ile korelasyon ilişkisi incelendiğinde ise; AREG düzeyleri ile Bipariatal çap ölçümü (BPD) ve Tahmini Fetal Ağırlık (TFA) arasında negatif yönde anlamlı ve umblikal arter Doppler S/D oranı arasında pozitif yönde anlamlı korelasyon ilişkisi saptanmıştır.
Sonuç: Çalışmamız gebelerde serum AREG düzeyinin IUGK'nın belirlenmesinde bir indikatör olarak kullanılabileceğini işaret etmekle birlikte bu konuda daha geniş çalışmalara gereksinim olduğu düşünülmüştür.

Anahtar Kelimeler: Amphiregulin, intrauterin gelişme kısıtlılığı, gebe

Histerektominin Seksüel Fonksiyon Üzerindeki Etkisinin Değerlendirilmesi

Kübra Bağdatlıoğlu, Mechtap Kirtzali, Ahmet Alp, Nura Fitnat Topbaş Selçuki
Sisli hamidiye etfal eğitim araştırma hastanesi

Giriş

Kadın cinsel fonksiyon bozukluğu klasik olarak cinsel istek, uyarılma, lubrikasyon, orgazm, tatmin ve ağrıyla ilgili bozuklukları içine almaktadır. Seksüel fonksiyon, kadın cinsel işlev indeksi (FSFI) ile değerlendirilebilir. Bu ölçek kadınlarda cinsel işlevleri az önce bahsedilen 6 temel başlıkta, 19 maddede değerlendirilen bir öz bildirim anketidir. Seksüel fonksiyonun değerlendirilmesiyle ilgili, veriler sınırlıdır. Tahminler kadınların %40'ının en az bir cinsel problemi olduğu yönündedir. Ülkemizdeki çalışmalarda seksüel disfonksiyon, yaşa bağlı %21,7 ile %92,9 arası bir sıklıkta tespit edilmiştir. FSFI ölçeği kullanılarak seksüel disfonksiyon değerlendirme cut off değeri için yapılan 568 hastadan oluşan çalışmada; duyarlılık ve özgüllük için en doğru değerlendirme FSFI toplam puanı için gösterilmiştir. Seksüel fonksiyon bozukluğu için cut off değer 26,55 olarak belirtilmiş olup <=26.55 seksüel fonksiyon bozukluğu olarak sınıflandırılmıştır.

Histerektomi en sık uygulanan jinekolojik cerrahilerdendir. Histerektomilerin büyük kısmı benign nedenlerle yapılır. Histerektomi yöntemi olarak vajinal, laparoskopik ve abdominal yaklaşım veya tekniklerin bir kombinasyonu kullanılabilir. Histerektomi sonrası kadınların seksüel fonksiyon endişesi olabilir. Günümüze dek, seksüel fonksiyon üzerine histerektominin etkisi hakkındaki araştırmalar yetersizdir. Histerektominin seksüel fonksiyon bozukluğuna nasıl neden olabileceğine dair birkaç hipotez vardır. Bir hipoteze göre histerektomi uterus, serviks ve vajinanın üst kısmının kaybıyla sonuçlanır. Bu da vazokonjesyonu azaltır, böylece uyarılmayı azaltabilir. Diğer hipotez, histerektominin pelvisin kan dolaşımını bozduğu bunun da lubrikasyonu olumsuz etkilediğidir. Sinir uyarıyı keserek duyarlılığın azalmasına; böylece uyarılmada, lubrikasyonda azalmaya neden olabileceği düşünülmektedir.

Bu çalışmanın amacı üçüncü basamak merkezimizde benign endikasyonlarla histerektomi olan hastaların 1 yıllık postoperatif takiplerinde seksüel fonksiyonlarını FSFI ile değerlendirerek histerektominin seksüel fonksiyon üzerindeki etkisini belirlemektir.

Materyal ve metot

Çalışmaya 2020 - 2021 tarihleri arasında SBÜ Sarıyer Hamidiye Etfal Eğitim Araştırma Hastanesi'nin Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniğinde benign jinekolojik endikasyonlarla histerektomi olan hastalar dahil edilmiştir. Hastanenin elektronik veri tabanı retrospektif olarak taranmış, 134 hastaya ulaşılmıştır. 22 hastaya iletişim bilgileri değiştiği için ulaşılamamıştır.

13 hasta aktif cinsel hayatı olmaması nedeniyle çalışmaya dahil edilmemiştir. 38 hasta çalışmaya dahil olmak istememiştir. 18 hastaya ulaşılamamıştır. Totalde 43 hasta çalışmaya dahil edilmiştir; total abdominal histerektomi (TAH) olan 15, total laparoskopik histerektomi (TLH) olan 13, vajinal histerektomi olan 15(VAH) hasta. Operasyon üzerinden 1 sene geçmiş hastalara telefonla ulaşılmış ve seksüel fonksiyonları FSFI ölçeği kullanılarak değerlendirilmiştir.

Bulgular

Genel grubun yaş ortalaması 53,5±8,7 olarak hesaplanmıştır. Ameliyat yöntemine göre ayrılan gruplarda (TLH, TAH, VAH) yaşa göre gruplandırma sırasıyla TLH için 50,2 ±5,3, TAH için 48,8 ±3,9 ve VAH için 60,9 ±9,9'dur. Post-Hoc testlerde VAH olan hastaların yaşı anlamlı olarak daha büyük izlenmiştir (P<0,001). Seksüel fonksiyon FSFI ölçeğiyle yapılmıştır. FSFI puanları sırasıyla TLH için 49,8±18,8, TAH için 54,3±18,2, VAH için 30±14,1 olarak hesaplanmıştır. TAH ve TLH olan gruplar arasında seksüel fonksiyon açısından anlamlı fark izlenmemiştir (P=0.764). Ancak grupların VAH olan grupla kıyaslanması sonucu VAH olan hastaların FSFI puanı anlamlı olarak daha düşük izlenmiştir (P=0,009 ve P=0,001).

Sonuç

En sık yapılan jinekolojik operasyonlardan histerektomi sırasında hastaların çoğunluğu premenopozal ve cinsel aktif dönemlerindedir. Bu nedenle histerektominin postoperatif cinsellik ve yaşam kalitesi üzerindeki etkileri hakkında ayrıntılı danışmanlık, preoperatif danışmanlığın önemli bir parçası kabul edilebilir. Çalışmamızda histerektominin seksüel fonksiyon üzerinde anlamlı negatif bir etkisinin olmadığı izlenmiş olsa da bu alandaki çalışmaların kısıtlılığından dolayı hastaların ayrıntılı olarak bilgilendirilmesi önemlidir.

Anahtar Kelimeler: seksüel disfonsiyon, histerektomi, FSFI

Uterin Prolapsus Tedavisi'nde Vaginal Asiste Laparoskopik Sakroservikopeksi Yaklaşımı

Sema Rumeysa Çınar
SBÜ GAZİOSMANPAŞA EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ, KADIN HASTALIKLARI VE DOĞUM, İSTANBUL

VAGİNAL ASİSTE LAPAROSKOPİK SAKROHİSTEROPEKSİ
DOÇ DR SÜLEYMAN SALMAN
AS. DR. SEMA RUMEYSA ÇINAR
SBÜ Gaziosmanpaşa Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, İstanbul

30 YAŞINDA, GIPI NSD, GRADE 3 UTERİN PROLAPSUS TANISI OLAN HASTAYA VAGİNAL ASİSTE LAPAROSKOPİK SAKROHİSTEROPEKSİ OPERASYONU PLANLANDI. 3 AŞAMADAN OLUŞAN UTERUS KORUYUCU BİR CERRAHİ YÖNTEMDİR. İLK AŞAMADA LİTOTOMİ POZİSYONUNDA VAGİNAL OLARAK OPERASYONA BAŞLADIK. VALVLER YARDIMIYLA COLLUMU ORTAYA ÇIKARDIK VE SERVİKSİ ANTERİOR VE POSTERİORDAN YAPTIĞIMIZ KESKİN VE KÜNT DİSEKSİYONLARLA SERBESTLEŞTİRDİK. MESANE VE REKTUMU UZAKLAŞTIRDIK. POSTERİOR SERVİKOVAGİNAL KESİŞİM YERİNDEN YARIM DAİRELİK BİR İNSİZYON AÇTIK. VAGİNADAN PROMONTORİUMA DOĞRU KÜNT DİSEKSİYON YAPILARAK BURADA ABDOMENE UZANAN BİR TÜNEL OLUŞTURDUK. MESHİ ÖNCE SERVİKS ANTERİORUNA SÜTÜRE EDEREK SABİTLEDİK SONRASINDA DİĞER UCUNU POSTERİORDA AÇTIMIZ TÜNELDEN GEÇİRDİK. EŞ ZAMANLI LAPAROSKOPİ İLE ABDOMENDE MESH VİSUALİZE EDİLDİ VE BİR ALET YARDIMIYLA TUTULDU. SONRASINDA UTERUSA MANİPİLATÖR TAKILDI VE UTERUS MAKSİMUM SEVİYEDE YUKARI DOĞRU KALDIRILIRKEN MESH SAKRAL PROMONTORİUMDAKİ ANTERİOR LONGUTİDİNAL LİGAMENTE SÜTÜRE EDİLDİ. SON OLARAK PROMONTORİUM ÜZERİNDEKİ PERİTONEAL MEMBRANA LAPAROSKOPİK OLARAK SÜTÜRE EDİLDİ. OPERASYON SONLANDIRILDI. HASTA POSTOP 2. GÜNÜNDE TABURCU EDİLDİ. 1 AY SONRA YAPILAN MUAYENEDE HASTANIN HERHANGİ BİR ŞİKAYETİ YOK, DESENSUS İZLENMEDİ.
1. VE 2. YIL KONTROLLERİNDE DESENSUS İZLENMEDİ.

Anahtar Kelimeler: Vaginal, Laparoskopi, Prolapsus, Sakrohisteropeksi

Uterin Prolapsus Tedavisinde Laparoskopik Sakrohisteropeksi Kravat Tekniği

Berrin Taşkesen
SBÜ GAZİOSMANPAŞA EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ, KADIN HASTALIKLARI VE DOĞUM, İSTANBUL

Laparoskopik Sakrohisteropeksi Kravat Tekniği
Berrin Taşkesen, Süleyman Salman
Gaziosmanpaşa Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Pelvik organ prolapsusu (POP), pelvik organların bir veya daha fazlasının vajinaya inişi olarak tanımlanır. Vajinanın herhangi bir bölümünü etkileyebilir: ön (mesane), posterior (bağırsak) veya apikal (hastanın zaten histerektomi geçirmişse uterus / serviks veya tonoz). Çocuk sahibi kadınların üçte birinde semptomatik prolapsus gelişir; yaşam boyu prolapsus için ameliyat gerektirme riski kadınlar için% 11 civarındadır.
Vajinal ve abdominal yaklaşımlar (açık, laparoskopik veya robotik) dahil olmak üzere ve greft materyali olan ve olmayan birçok prolapsus cerrahisi vardır.
Sakrokolpopeksi yapma tekniği laparotomi, laparoskopi veya robotik yardımlı laparoskopi
ile yapılabilir.
Sakrohisteropeksi; meş ile serviksin sakruma asılması operasyonudur.
Abdominal sakrohisteropekside iki meş ön ve arka vajinal duvarı sakruma sabitleyerek uterus ve mesaneyi asar.
Farklı bağlantı yapıları da tanımlanmış olup, en sık bağlantı noktası sakral promontoryum
olarak bildirilmiştir.
Olgumuz; 38 yaşında Gravida 5 parite 4, 4 adet normal doğumu olan hasta kliniğimize vajende ele gelen kitle, vajende doluluk hissi şikayetiyle başvurdu. Yapılan muayenesinde evre 3 desensus uteri izlendi. Laparoskopik sakrohisteropeksi kararı alındı. Hastanın jinekoloji servis takiplerinde genel durumu iyi, ek şikayetinin olmaması üzerine postop 2. günde taburcu edildi.
Operasyon sonrası 3. Ay 6. Ay ve 12. Ay kontrollerinde nüks prolapsus veya herhangi bir komplikasyon saptanmadı.

Anahtar Kelimeler: laparoskopik, sakrohisteropeksi, kravat tekniği

Perineoplasti uygulanan hastaların retrospektif analizi: 33 olgu

Sakine Rahımlı Ocakoğlul, Fatma Serra Sezerl, Mustafa Çağatay Büyükuysal, Emin Üstünyurt
Bursa Şehir Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği
2Zonguldak Bülent Ecevit Üniversitesi, Tıp Fakültesi Biyoistatistik Anabilim Dalı

Giriş: Travma, kilo kaybı ve çoğunlukla vajinal doğum sonrası, perineumda lokal doku harabiyeti ve pelvik taban kaslarının ayrılması sonucu vajinal gevşeklik oluşabilmektedir. Perineoplasti, anüs ile vajina (perine) arasındaki bölgenin onarımına yönelik, vajinayı daraltmayı amaçlayan bir cerrahi bir prosedürdür. Kadın genital estetik cerrahisi, hızla büyüme gösteren bir alandır. Bu alanda yapılan prosedürlerin hastalarda yüksek memnuniyet ve düşük komplikasyon gösterdiği bildirilmiştirl-3. Bu çalışmada kliniğimize perinoplasti isteği ile başvurmuş hastaların demografik, obstetrik özellikler, ek urojinekolojik cerrahi girişimler ve postoperatif komplikasyonlar açısından araştırılması amaçlanmıştır.
Materyal-Metod: Çalışmada 01.01.2022 - 01.07.2022 tarihleri arasında Bursa Şehir Hastanesinde perinoplasti yapılmış 33 hastanın kayıtları incelenmiştir. Hastalar premenopoz ve menopoz döneminde olmak üzeri iki gruba ayrılmış, gruplar arasında obstetrik ve demografik özelliklere yönelik inceleme yapılmıştır. Çalışma grupları arasında hastaların başvuru şikayetleri, ameliyat esnasında yapılan diğer ürojinekolojik prosedürler (perinoplastiye eşzamanlı olan cerrahiler) ve postoperatif komplikasyonlar değerlendirildi.
Bulgular: Çalışmaya dahil edilen 33 hastanın medyan yaşı 45 yıl olup, en küçük 24 en yaşlısı ise 78 yaşında idi. Hastaların medyan gravida sayısı 4 (1 – 8) olup hastaların %75,80'inin (n=25) gravidası 3 ve üzeriydi. Hastaların medyan BMI düzeyi 27,3 (19,6 – 33,2) iken bu hastaların %75,80' inin (n=25) BMI düzeyinin 24 ve üzeri olduğu saptandı. Çalışma grupları arasında başvuruda gözlenen şikayetler estetik ve fonksiyonel şikayetler olarak sınıflandırılmış olup; menopoz ve premenopoz grupları arasında başvuru şikayetleri bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu saptandı (p<0,001). Menopoz dönemindeki kadınların tamamında sadece fonksiyonel bozukluk şikayeti ile geldiği belirlenmiş olup premenopoz grubunda ise hastaların %76,20' sinin ise başvuru şikayetlerinin estetik nedenli olduğu belirlendi. Komplikasyon görülme oranlarına göre de gruplar arasında farklılık bulunmamakta idi (p>0,99). Perinoplasti prosedürüne eşlik eden cerrahi yöntemler arasında en sık kullanılan cerrrahi yöntemi anterior ve posterior kolporafi olarak saptandı. Ek olarak hastanede yatış yapılan gün sayısı da çalışma grupları arasında farklılık göstermemekteydi (p>0,99).

Sonuç: Tekrarlayan vajinal doğumlar gevşemiş, elastikiyetini kaybetmiş perineuma ve aşırı genişlemiş vajinal orifise neden olmaktadır. Perinoplasti esnasında birçok hastadaya vajina daraltma ve perine yükseltme dışında ek cerrahi müdahale de gerekmektedir. Son yıllarda jinekoloji dışında diğer cerrahi branşlarında perinoplasti vakalarına ilgileri artmaktadır. Ancak yapılan son çalışmalarda, hastada eşlik eden pelvik organ prolapsusu, sistosel veya rektosel mevcudiyetinde daha ileri değerlendirme için hastanın jinekologa yönlendirilmesi gerektiği vurgulanmıştır4. Perinoplasti ile beraberinde kullanılan posterior vajinoplasti tekniğinin postoperatif dönemde başarı ve hasta memnuyetini sağladığını tespit edilmiştir5.

Bu çalışmada premenopoz dönemde olan hastaların estetik kaygı nedeni ile menopozal dönemdeki hastaların ise fonksiyonun geri kazanımına yönelik perinoplasti isteği ile başvurduğu saptandı. Komplikasyon oranı düşük olan perinoplasti prosedürüne eşlik eden en sık müdahalenin de anterior ve posterior kolporafi olduğunu belirledik. Böylece perinoplasti nedeni ile başvuran hastaların ek ürojinekolojik cerrahi gereksiniminin ortaya çıkma ihtimalinin yüksek olması nedeni ile ürojinekolojik değerlendirmeye tabi tutulmasında fayda vardır.

Anahtar Kelimeler: Eşzamanlı ürojinekolojik cerrahi, menopoz, perinoplasti, sistosel ve rektosel

Kaynaklar

1. Goodman M P, Placik O J, Benson Iii R H, Miklos J R, Simopoulos A F, Stern B H, Stanton R A, Kolb S E, Gonzalez F. A Large Multicenter Outcome Study of Female Genital Plastic Surgeryjsm_1573. 2009.
2. Iglesia C B, Yurteri-Kaplan L, Alinsod R. Female genital cosmetic surgery: a review of techniques and outcomes. International urogynecology journal. 2013, 24(12): p. 1997-2009.
3. Barbara G, Facchin F, Buggio L, Alberico D, Frattaruolo M P, Kustermann A. Vaginal rejuvenation: current perspectives. International journal of women's health. 2017, 9: p. 513.
4. Furnas H J, Canales F L. Vaginoplasty and perineoplasty. Plastic and Reconstructive Surgery Global Open. 2017, 5(11).
5. Austin R E, Lista F, Vastis P-G, Ahmad J. Posterior vaginoplasty with perineoplasty: a Canadian experience with vaginal tightening surgery. in Aesthetic Surgery Journal Open Forum. 2019. Oxford University Press US.

Sonuçların altında eklenmesi gerekmektedir.

Tablo-1: Hastaların demografik ve obstetrik özellikleri

		Medyan (Min.: Maks.)
Yaş (yıl)		45 (24: 78)
BMI (kg/m²)		
<24	8 (%24,20)	27,30 (19,60 :33,20)
≥24	25 (%75,80)	
Gravida		
<3	8 (%24,20)	4 (1:8)
≥3	25 (%75,80)	
Parite		
<3	15 (%45,50)	3 (1:8)
≥3	18 (%54,50)	
Vajinal Doğum Sayısı		
<3	16 (%48,50)	3 (0:8)
≥3	17 (%51,50)	
Abortus		
Yok	19 (%57,60)	
Var	14 (%42,40)	
Menopoz		
Yok	14 (%42,40)	
Var	19 (%57,60)	

Tablo-2: Gruplar arasında başvuru şikayetleri, ek ürojinekolojik prosedürler ve postoperatif komplikasyonların karşılaştırılması

	Menopoz (n=12)	Pre-Menopoz (n=21)	p-değeri
Başvuru şikâyeti			
• **Estetik Şikâyet**	0 (%0)	16 (%76,2)	
➢ Vajinal Laksite	0	12 (%57,1)	
➢ Vajinal Laksite & Labiumda Hipertrofi	0	4 (%19,0)	
• **Fonksiyonel bozukluk**	12 (%100)	5 (%23,8)	**<0,001[a]**
➢ Ele gelen kitle	3 (%25)	1 (%4,8)	
➢ Vajinal Laksite & Ele gelen kitle	0	2 (%9,5)	
➢ Sol Labiumda Hipertrofi	2 (%16,7)	0	
➢ İdrar Kaçırma & Ele gelen kitle	7 (%58,3)	2 (%9,5)	
Preop Değerlendirme			
• Rektosel	2 (%16,7)	3 (%14,3)	
• Sistosel	4 (%33,3)	3 (%14,3)	
• Rektosel Labium Hipertrofi	2 (%16,7)	8 (%38,1)	0,359[b]
• Sistorektosel	1 (%8,3)	5 (%23,8)	
• Desensus	3 (%25,0)	2 (%9,5)	
Perinoplastiye Eşlik Eden Cerrahi			
• Labioplasti	2(%16,70)	8(%38,10)	0,198[c]
• Kolporafi	7(%58,30)	14(%66,70)	0,716[c]
• TOT	4(%33,30)	6(%28,60)	>0,99[c]
• Vajinal Histerektomi	3(%25)	0	**0,040[c]**
• Askı Cerrahisi	1(%8,30)	(%4,80)	>0,99[c]
Komplikasyon			
• Temiz	11 (%91,7)	18 (%85,7)	
• Enfeksiyon	1 (%8,3)	1 (%4,8)	>0,99
• Mesane Glob	0	1 (%4,8)	
• Nöropati	0	1 (%4,8)	
Hastanede Kalınan Süre (Gün)	1(1:3)	1(1:7)	>0,99[d]

Veriler n% ve medyan (minimum: maksimum) olarak ifade edilmiştir.
a: Yates Düzeltmeli Ki-kare Testi, b:Fisher-Freeman-Halton Testi, c: Fisher'in Kesin Ki-kare Testi, d: Mann-Whitney U Testi

Sözlü Sunum No: 12

İntrapartum ultrasonografinin doğumda arrest şüphesinde kullanımı ve gözlemciler arası güvenilirliği

Arzu Bilge Tekinl, Murat Yassa, Pınar Birol, Ayşegül Gücük, Doğuş Budak, Bilge Dogan Taymur, Niyazi Tuğ
ISancaktepe Şehit Prof. Dr. İlhan Varank Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği
2VM Maltepe Medikal Park Hastanesi, Bahçeşehir Üniversitesi
3Kartal Dr. Lütfi Kırdar Şehir Hastanesi

Giriş

Pekçok çalışma ile fetal baş pozisyonu ve seviyesinin belirlenmesinde intrapartum ultrasonografi klinik muayeneden daha etkili ve daha tekrarlanabilir bulunmuştur. Ultrasonografi klinik muayeneden farklı olarak daha objektif ve dokümente edilebilecek muayene bulguları elde etmemize olanak verir. Bu konuda tanımlanan bir çok ultrasonografi parametreleri bulunmaktadır. Ancak henüz intrapartum ultrason kullanımında ne zaman, ne şekilde ve hangi parametreler ile kliniğe girmesi ile ilgili fikir birliği mevcut değildir.

Biz bu çalışmada doğumda ilk evre aktif faz ve ikinci evrede arrest şüphesinde ultrasonografi parametrelerinin doğum şekli ile ilişkisini ve intrapartum ultrasonografi kullanımında gözlemciler arası güvenilirliği araştırmayı amaçladık.

Metod

Çalışma Nisan 2020 ve 2022 tarihleri arasında üçüncü basamak hastanemiz doğumhanesinde yapılmıştır. Otuzaltı gebelik haftası ve üzerinde, tekil, baş geliş olan ve komorbiditesi olmayan, NICE (National Institute for Health and Care Excellence) kılavuzuna göre doğumun 1. Evresi aktif fazında ve 2. Evrede doğumda arrest şüphesi bulunan gebe kadınlarda yapılmıştır. Transabdominal ve transperineal ultrasonografi doğum arresti şüphesi durumunda resim ve video olarak kaydedilecek şekilde uygulanmıştır ve doğum takibi ve sonucu ile ilgili bilgisi olmayan iki klinisyen tarafından kayıtlı resim ve videolardan ölçüm yapılarak değerlendirilmiştir. Tüm ultrasonografi uygulama ve değerlendirmeleri ISUOG (The International Society of Ultrasound in Obstetrics and Gynecology) 2018 kılavuzuna uygun şekilde yapılmıştır. Ultrasonografi parametreleri ölçüm ve değerlendirmelerinin doğum şekli ile ilişkisi ve gözlemciler arası verilerin tutarlılığı araştırılmıştır.

Bulgular

Yirmisekiz (%63.64) doğumun ilk evresi aktif fazında ve 16 (%36.36) doğumun ikinci evresinde toplam 44 gebe hasta çalışmaya dahil edilmiştir. Onsekiz (%40.91) gebede vajinal doğum, 15 (%34.09) gebede sezaryen doğum ve 11 (%25) gebede vakum ile operatif doğum gerçekleşmiştir. Gebe hastaların demografik ve klinik özellikleri doğum şekli ile sınıflandırılark Tablo 1'de verilmiştir. Ultrasonografi parametrelerinin doğum şekilleri ile değişimi Tablo 2'de özetlenmiştir. Gözlemciler arasındaki intrapartum ultrasonografi değerlendirmelerinin korelasyonları Tablo 3'de verilmiştir.

Tartışma

Doğum şeklini öngörmede doğum arresti sırasında fetal başın ilerleme açısı ve mesafesi istirahatte ve valsalva ile değerlendirildiğinde anlamlı bulunmuştur. Ultrasonografi ile belirlenen fetal başın pozisyonu doğum şeklini belirgin etkilemektedir. Ultrasonografi parametrelerinin gözlemciler arasında güvenilirliği yüksek bulunmuştur. Doğum arresti durumunda doğum şekline karar verirken doğumla ilgili klinik değerlendirmenin yanında ultrasonografinin kullanımının yararlı olabileceği düşünülmüştür.

Anahtar Kelimeler: Doğum şekli, güvenilirlik, intrapartum ultrasonografi

Tablo1:Demografik ve klinik özelliklerinin doğum şekli ile ilişkisi

	Vajinal doğum n=18 (40.91%)	Sezaryen Doğum n=15 (34.09%)	Operatif Doğum n=11 (25%)	P
Yaş (yıl)	28.07±2.99	27.8±4.59	30.45±4.87	0.118
VKİ (kg/m2)	31.78±5.98	30.63±4.7	27.67±1.99	0.159
Gestasyonel yaş (hafta)	39.67±1.23	39.23±1.16	39.36±1.12	0.544
Parite	1 (2)	0 (2)	0 (0)	0.615
Hastane yatış nedeni	15 (83.33%) ilk evre aktif faz 3 (16.67%) oligohidramnios	8 (53.3%) erken membran rüptürü 4 (26.7%) ilk evre aktif faz 1 (6.7%)	5 (45.5%) ilk evre aktif faz 3 (27.3%) erken membran rüptürü 1 (9.1%)	0.014

		oligohidramnios 1 (6.7%) postterm 1 (6.7%) GVN	oligohidramnios 1 (9.1%) preeklampsi	
Doğum indüksiyonu	7 (38.9%)	10 (66.7%)	5 (45.5%)	0.266
Augmentasyon süresi	149.13±309.58	269.27±254.28	269.18±307	0.085
Amniotomi	14 (77.8%)	5 (33.3%)	5 (45.5%)	0.030
1. evre arrest şüphesi	9 (50%)	13 (86.7%)	6 (54.5)	
2. evre arrest şüphesi	9 (50%)	2 (13.3%)	5 (45.5%)	0.071
Aktif ilk evre süresi (dk)	476.8±203.36	619.13±354.99	584.91±280.27	0.488
2. evre süresi (dk)	92.33±72.15	28.27±74.66	128.73±65.73	<0.0001
Arrest şiphesinde servikal açıklık (cm)	7.73±2.37	6.73±1.98	7.45±2.54	0.375
Arrest şüphesinde seviye	-0.07±1.53	-1.2±1.52	-0.09±1.38	0.034
Maternal morbidite	2 (11.1%)	-	3 (27.3%)	0.096
Fetal doğum ağırlığı (gr)	3332.67±405.31	3334.53±349.60	3265±234.26	0.661
Fetal baş çevresi (cm)	36.80±6.17	36±4.05	36.55±5.18	0.995
Umblikal kord pH	7.27±0.11	7.27±0.06	7.2±0.14	0.580
YYBÜ başvuru	-	1 (6.7%)	1 (9.1%)	0.464

VKİ:Vücut kitle indeksi, GVN:güven vermeyen NST, YYBÜ:yenidoğan yoğun bakım ünitesi

Tablo 2: Doğum şekillerine göre klinisyenlerin intrapartum ultrasonografi parametrelerinin ölçüm ve değerlendirmeleri

	Vajinal Doğum		Sezaryen Doğum		Operatif Doğum			
	Klinisyen 1	Kinisyen 2	Klinisyen 1	Klinisyen 2	Klinisyen 1	Klinisyen 2	P1	P2
Pubik ark açısı (°)	103.61±8.13	107.39±7.93	107±10.91	109.07±9.03	109.27±11.71	109.73±10.57	0.518	0.875
Levator hiatus ön,arka mesafesi (mm)	51.92±11.02	53.21±9.01	46.63±9.66	47.21±6.3	46.71±9.36	44.92±11.18	0.379	0.079
Oksiput-spine açısı (°)	128.54±15.13	128.9±13.86	121.2±21.1	124.9±18.08	116±17.14	116.44±14.53	0.266	0.229
Baş simfisiz uzaklığı (mm)	12.64±7.64	15.04±7.31	13.74±7.68	16.81±6.59	13.85±4.8	16.56±5.57	0.716	0.740
Baş perine mesafesi (mm)	32.96±11	34.56±8.81	40.97±7.58	41.95±8.20	33.75±7.38	34.83±9.14	0.093	0.106
İlerleme açısı istirahat (°)	128.72±24.98	129.28±22.59	110.07±16.35	112.93±15.20	123.82±24.48	125.09±25.88	0.070	0.086
İlerleme açısı valsalva (°)	137.94±24.4	136.72±25.41	115.87±20.9	117.53±19.58	127.55±27.09	130.82±26.37	0.047	0.070

İlerleme mesafesi istirahat (mm)	37.86±27.82	39.5±23.95	18.81±23.99	19.59±19.59	32.83±16.12	35.80±16.6	0.108	0.017
İlerleme mesafesi valsalva (mm)	52±21.54	47.9±17.81	27.97±27.53	29±22.41	44.15±22.11	40.33±19.21	0.032	0.045
İstirahatte baş yönü								
Yukarı	8 (44.4%)	8 (44.4%)	2 (13.3%)	2 (13.3%)	3 (27.3%)	2 (18.2%)		
Düz	8 (44.4%)	7 (38.9%)	6 (40%)	5 (33.3%)	6 (54.5%)	4 (36.4%)	0.115	0.148
Aşağı	2 (11.1%)	3 (16.7%)	7 (46.7%)	8 (53.3%)	2 (18.2%)	5 (45.5%)		
Valsalva ile baş yönü								
Yukarı	12 (66.7%)	12 (66.7%)	4 (26.7%)	4 (26.7%)	4 (36.4%)	4 (36.4%)		
Düz	6 (33.3%)	5 (27.8%)	6 (40%)	7 (46.7%)	6 (54.5%)	4 (36.4%)	0.029	0.157
Aşağı	-	1(5.6%)	5 (33.3%)	4 (26.7%)	1 (9.1%)	3 (27.3%)		
Başın pozisyonu								
Oksiput anterior	15 (83.3%)	15 (83.3%)	4 (26.7)	4 (26.7)	1 (9.1%)	1 (9.1%)		
Posterior	1 (5.6%)	2 (11.1%)	3 (20%)	5 (33.3%)	5 (45.5%)	5 (45.5%)	<0.0001	0.001
Transvers	2 (11.1%)	1 (5.6%)	8 (53.3%)	6 (40%)	5 (45.5%)	5 (45.5%)		
Kaput suksedaneum	12 (66.7%)	12 (66.7%)	9 (60%)	9 (60%)	7 (63.6%)	6 (54.5%)	0.924	0.802

Tablo 3:İntrapartum ultrasonografi parametrelerinin gözlemciler arası güvenilirliği

	ICC	Güven aralığı (% 95)	P
Pubik ark açısı	0.868	0.759-0.928	<0.0001
Levator açıklık ön-arka çapı	0.926	0.864-0.960	<0.0001
Oksiput-spine açısı	0.983	0.964-0.992	<0.0001
Baş-simfisiz mesafesi	0.944	0.897-0.969	<0.0001
Baş-perine mesafesi	0.937	0.884-0.965	<0.0001
İstirahatte ilerleme açısı	0.988	0.978-0.993	<0.0001
Valsalva ile ilerleme açısı	0.994	0.989-0.997	<0.0001
İstirahatte ilerleme mesafesi	0.985	0.973-0.992	<0.0001
Valsalva ile progresyon mesafesi	0.963	0.933-0.980	<0.0001
	Kappa	Güven aralığı (% 95)	P
İstirahatte baş yönü	0.726	0.555-0.897	<0.0001
Valsalva ile baş yönü	0.853	0.720-0.986	<0.0001
Fetal oksiput pozisyonu	0.894	0.780-0.99	<0.0001
Kaput suksedaneum	0.855	0.696-0.99	<0.0001

ICC: İntraclass correlation coefficient

Laparoskpik Pektopeksi

Reyhan Yesevi, Süleyman Salman, Fatma Ketenci Gencer
Gaziosmanpaşa Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Kadın Hastalıları ve Doğum Anabilim Dalı, İstanbul

Pelvik organ prolapsusu, kadınlarda sık görülen ve çoğunlukla cerrahi tedavi gerektiren durumdur. Cerrahi tedavide minimal invaziv yöntemlerin yaygınlaşmasıyla birlikte robotık ve laparoskopik yöntemler ön plana çıkmıştır. Hastamız 52 yaşında, G4P4Y4, POPQ evre 3 uterin prolapsusu var, geçirilmiş abdominal cerrahisi yok. Uterusunun korunmasını istiyor. Halen L/S sakrokolpopeksi yönteminin uzun dönemde iyi anatomik ve fonksiyonel sonuçları nedeniyle en çok uygulanan yöntem olmasına rağmen L/S pektopeksi ile kıyaslandığında rektum ve üreter yaralanma ihtimalinin daha yüksek olması, hastada sırt ağrısı yapabilme ve daha fazla komplikasyon riski taşıması cerrahi teknik olarak nispeten daha zor olması bizi sakrokolpopeksiden uzaklaştırdı. Hastamıza L/S pektopeksi planladık ve kendisine cerrahiyi ayrıntılı olarak anlatıp onamlarını aldık. Operasyon sırasında batına laparoskopik olarak girildi. Mesane serviksten ligasure yardımı ile keskin ve künt olarak diseke edildi, broad ligametin ön yaprağı ligamentum rotundumun önünden laterale doğru açıldı, ligamentum rotundum ile oblitere umblikal arter arasından diseksiyon yapılarak eksternal iliak damarların medialinde ve altında yaklaşık 2cm lik uzaklıkta olan iliopektineal ligamente ulaşıldı. Daha önceden hazırlanan meşin orta kısmı servikse prolen sutur ile sütüre edildi. Meşin diğer uçları iliopektineal ligamente prolen sutur ile sütüre edildi. Diseke edilen periton vikril sütür ile kapatıldı. Postoperatif komplikasyon izlenmeyen hasta 1 gün sonra taburcu edildi. Postoperatif 3.ayında kontrol edilen hastanın yapılan vagınal muayenede decensusu izlenmedi. Hastanın şikayeti yoktu.

Anahtar Kelimeler: Laparoskopi, iliopektineal Ligamentopeksi, Prolapsus

Laparoskopik lateral süspansiyon ile sistosel ve uterin prolapsus tedavisi

Aybüke Kaya
SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ GAZİOSMANPAŞA EĞİTİM ARAŞTIRMA HASTANESİ, İSTANBUL

LAPAROSKOPİK LATERAL SÜSPANSİYON İLE SİSTOSEL VE UTERİN PROLAPSUS TEDAVİSİ

Aybüke KAYAI, Süleyman SALMANI
ISAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ İSTANBUL GAZİOSMANPAŞA EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ, KADIN HASTALIKLARI VE DOĞUM ANABİLİM DALI, İSTANBUL TÜRKİYE

Giriş: Pelvik organ prolapsusları kadınlarda vajen ve destek dokularının zayıflaması ile ortaya çıkan genellikle cerrahi tedavi gerektiren durumlardır. İleri olmayan evrelerde kegel egzersizleri ve pesser aparatları kullanılabilirken semptomatik prolapsus olgularında cerrahi tedavi önerilir.

Vaka: 4-5 yıldır vajende ele gelen kitle şikayeti ile kadın hastalıkları ve doğum polikliniğine başvuran 4 normal doğumu olan 55 yaşındaki hastaya polikliniğimizde yapılan muayeneler sonrası grade 3 uterin prolapsus, grade 4 sistosel tanısı koyularak operasyon kararı verildi. Hastanın geçirilmiş bir batın operasyonu ya da ek bir hastalığı yoktu. Preop tahliller ve üriner ultrasonu normaldi. Hastaya laparoskopik lateral süspansiyon planlandı. Eksplorasyonda uterus ve bilateral overler doğal izlendi. Mesane peritonu ligasure yardımı ile keskin künt diseke edildi. Uterus isthmus hizası açıldı, insizyon hattı her iki paraservikal alanda yaklaşık 2/3 cm genişletildi. Ardından daha önce hazırlanmış olan ortasından prolen ile suture edilmiş haldeki meş sol 5lik trokar yerinden batın içine alındı. Meş ortasından servikse I nolu prolen ile suture edildi. Disektör sağ ve sol sias 3cm posterlateralinden periton altına açılmış insizyona doğru ligamentum rotundum altından geçecek şekilde ilerletildi. Meş ucu her iki yan sias 2-3 cm posterolateralinde batın dışına alındı. Açılan uterus üzeri periton 2/0 vicryl ile l/s onarıldı. Batın dışındaki her iki meş ucu fasyaya 3/0 prolen ile sabitlendi. Kanama kontrolü yapıldı. Operasyona son verildi. Postop ve erken preop komplikasyonu olmayan hasta serviste takibe alındı. Hasta postop 2.gün iyilik haliyle taburcu edildi.

Sonuç: Postoperatif 3. Ve 6. Ayındaki kontrollerinde desensus ve sistosel izlenmeyen hastamızın ek şikayeti yoktu. Sonuç olarak pelvik organ prolapsusu kadınlarda özellikle gebelik ve normal doğumun tetiklediği çoğunlukla cerrahi tedavi gerektiren bir durumdur. l/s lateral süspansiyon ile daha küçük kesi izi ve daha hızlı iyileşme sağlanarak uzun dönemde başarılı sonuçlar elde edilebilir.

Anahtar Kelimeler: laparoskopi, lateral süspansiyon, sistosel, desensus uteri

Semptomatik Bartholin kisti veya apsesi tedavisinde Bartholin gland marsupializasyonu; Olgu serisi

Zeliha Atak
Bursa Şehir Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Bölümü, Bursa

Giriş: Bartholin kistleri ve apseleri üreme çağındaki kadınlarda sık görülen problemlerden olup yıllık jinekolojik başvuruların %2'sini oluşturur. Bartholin bezleri arka introitusta bilateral olarak bulunur ve vajinal lubrikasyonda rol oynarlar. Vestibüle açılan kanallar travma, mukus veya ödem ile tıkanabilir ve kist oluşumuna neden olabilir. Normalde bezelye büyüklüğündeki bezler, yalnızca kanal kistik hale gelirse veya bir bez apsesi gelişirse palpe edilebilirler. Yönetimin amacı, mümkünse bezi ve işlevini korumaktır. Mevcut randomize çalışma kanıtları, Bartholin bezinin semptomatik kisti veya apsesinin tedavisi için herhangi bir tek cerrahi müdahalenin kullanımını desteklememektedir. Tedavide basit iki prosedür olan iğne aspirasyonu ile insizyon ve drenaj, göreceli olarak artan nüks oranı nedeniyle önerilmemektedir. Bu çalışmada semptomatik bartholin kisti veya apsesi için uygulanan marsupializasyon işleminin sonuçlarının değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

Materyal-Metod: Bu retrospektif çalışmada aynı cerrah tarafından Temmuz 2019 - Şubat 2022 tarihleri arasında Bursa Şehir Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniğinde semptomatik Bartholin kisti veya apsesi nedeni ile marsupializasyon yapılan 11 olguya ait veriler sunulmuştur. Sekiz hastaya Bartholin kisti, üç hastaya Bartholin apsesi nedeni ile marsupializasyon uygulandı. Apse mevcut olan hastalara 48 saatlik antibiyotik supresyonu sonrasında selülit bulgularının olmadığının gözlenmesini takiben cerrahi işlem uygulandı. Bir hastaya lokal anestezi altında işlem yapılırken geri kalan hastalara genel anestezi verildi. Cerrahi işlem olarak; lateralizasyon durumuna göre saat 4 veya 8 hizasında fluktuasyonun en belirgin olduğu kısma yaklaşık 1-1,5 cm'lik insizyon yapıldı. Kist duvarından patolojik örnekleme yapıldı. Sütür materyali olarak 2-0 polyglaktin kullanılarak Bartholin bezi vestibüler mukozaya ağızlaştırıldı. Lokal anestezi altında Bartholin apsesi nedeni ile marsupializasyon işlemi yapılan 22 haftalık gebe hastadan doku örneği alınmadı. Postoperatif takip süresi altı aydan kısa olan hastalar çalışmaya dahil edilmedi.

Bulgular: Tekrarlayan Bartholin apsesi/kisti öyküsü olan toplam 11 olgunun değerlendirildiği çalışmamızda hastaların yaş ortalaması 36,00±8,73 (min 25:max 50) idi. Hastaların klinik ve laboratuvar özellikleri Tablo 1 de gösterilmiştir. Altı hastada sol, beş hastada sağ yerleşimli patoloji mevcuttu. İki hastanın histopatoloji sonucu Batholin apsesi ile sekiz hastanın ise Bartholin kisti ile uyumlu geldi. Apse mevcut olan olgularda lökositoz hakim iken ortalama beyaz küre 10744,55±4707,17 (min 6300:max 21230) idi.

Marsupializasyon uygulanan hastaların tamamı aynı gün içinde taburcu edilmiş olup intraoperatif ve postoperative komplikasyon gelişmedi. Apse formu mevcut olan hastalarda penisilin + metronidazol tedavisi 7 güne tamamlandı. Sadece kist formu mevcut olan hastalara sefazolin ile cerrahi proflaksi dışında idame antibiyotik tedavisi uygulanmadı. Kişisel hijyen önerilerinde bulunuldu. Ortalama takip süresi 20,09±10,19 (min 9:max 36) ay olup bu süre içinde rekürrens olgusuna rastlanmadı.

Sonuç: Marsupializasyon ostomisi, semptomatik Bartholin kisti veya apsesi olgularında kolay uygulanabilir olması, düşük komplikasyon ve düşük rekürrens oranları nedeni ile öncelikli olarak düşünülebilecek cerrahi işlemlerdendir.

Anahtar Kelimeler: Bartholin kisti, Bartholin apsesi, marsupializasyon

Hastaların klinik ve laboratuvar özellikleri

Olgu No	Yaş	Bartholin Apsesi	Bartholin Kisti	Lokalizasyon	WBC	Anestezi	Takip Süresi (ay)	Komplikasyon	Patoloji Raporu	Postoperatif Rekürrens
1	26/ 22hf gebe	+	-	Sol	15430	Lokal	36	-	-	-
2	50	-	+	Sağ	7630	Sedasyon	33	-	Bartholin kisti	-
3	37	-	+	Sol	6480	Sedasyon	24	-	Bartholin kisti	-
4	45	+	-	Sağ	15210	Sedasyon	19	-	Bartholin apsesi	-
5	45	-	+	Sağ	7460	Sedasyon	17	-	Bartholin kisti	-
6	36	+	-	Sağ	21230	Sedasyon	17	-	Bartholin apsesi	-
7	40	-	+	Sol	7590	Sedasyon	11	-	Bartholin kisti	-
8	27	-	+	Sol	10420	Sedasyon	11	-	Bartholin kisti	-
9	38	-	+	Sol	6300	Sedasyon	10	-	Bartholin kisti	-

10	26	-	+	Sağ	10810	Sedasyon	9	-	Bartholin kisti	-
11	25	-	+	Sol	9630	Sedasyon	34	-	Bartholin kisti	-

WBC: Preoperatif beyaz küre değeri

Sözlü Sunum No: 15

TOT operasyonu sonrasında komplikasyon olarak gelişen mesh erozyonunun, mesh eksızyonu yapılmadan yönetimi

Elif Yıldız
Gaziosmanpaşa Eğitim ve Araştırma Hastanesi,Kadın Hastalıkları ve doğum Kliniği,İstanbul

43 yasında kadın hasta tarafımıza oksuruken,ağır kaldırmakla olan idrar kaçırma şikayeti ile başvurdu.yapılan değerlendirmesinde grade 2 sıstosel, grade 2 rektosel i mevcut olan hastanın stress testi pozitif idi.desensuss uterı izlenmedi.ek hastalığı olmayan hastanın öyküsünde 2 paket gun 20 yıldır sigara kullanımı mevcut idi. hastaya elektif koşullarda colpografı anterıor ile sıstosel onarımı, colpografı posterıor ıle rektosel onarımı ve tot operasyonu planlandı. spınal anestezi altında operasyonu gerceklestırıldı. postop dönemde erken donem komplikasyon gözlenmeyen hasta şifa ile taburcu edildi. postop kontrollerinde 6. haftada dısparoni şikayeti ıle tartımıza başvuran hastanın yapılan degerlendırmesınde mesh üzerinde uretra altında kalan kısımda yaklaşık lxl cm lik erozyon alanı izlendi,sılıng materyalı vajen icerısınde gözlendi. eksızyon önerilen hasta operasyon sonrası ınkontınans sıkayetelrının tamamen gecmiş olması nedeniyle eksızyonu kabul etmedi. hastada lokal anestezi ıle vajinal mukoza dekore edildi,mesh altında kalan vajinal mukoza dekole edilerek mesh mukoza altına yerlestırıldı.2-0 vıcryl ile mukoza sture edildi.postop donemde vajinal topikal östrojen verildi.postop kontrollerinde erken donem komplikasyonu olmayan hasta postop l. gününde taburcu edildi.postop takiplerinde yeniden mesh erozyonu izlenmedi.ınkontınas sıkayetı tamamen gerılemıs ıdı.
tot operasyonu sonrası gorulebılen nadır komplikasyonlardan biri olan mesh erozyonu uygun hastalarda eksıze edilmeden tedavi edılebılır.

Anahtar Kelimeler: trans obturatuar tape, mesh erozyonu, tot komplikasyon, inkontinans cerrahisi

.

Bir vaka sunumu; vajinal sineşi

Merve Sezer Yıldırım1, Sezgi Güllü Erciyestepe2, Orhan Şahin1, Narin Ece Roll
ISARIYER HAMİDİYE ETFAL EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ, KADIN HASTALIKLARI VE DOĞUM ANA BİLİM DALI, İSTANBUL
2ACIBADEM ÜNİVERSİTE HASTANESİ, KADIN HASTALIKLARI VE DOĞUM ANABİLİM DALI

Vajinal sineşi, vajen dokusunun birbirine yapışmasıdır. Kısmi (parsiyel) veya tam (komplet) yapışıklık olabilmektedir. Kliniğimizce takip ve tedavisini gerçekleştirdiğimiz vajinal sineşi olgusunu sizlerle paylaşmaktayız.

25 yaşında nullipar hasta son adet tarihine göre 39 hafta 4 günlük iken kasık ağrısı şikayeti ile merkezimize başvurdu. Hastanın gestasyonel diabetes mellitus dışında herhangi bir kronik hastalığı mevcut değildi. Normal spontan vajinal doğum ve mediolateral epizyotomi ile kız bebek doğurtuldu. Kontrol hemogramı normal görülen, vitalleri stabil seyreden ve ek şikayeti olmayan hasta postpartum birinci gününde taburcu edildi. Hasta kliniğimize 1 ay sonra vajinal darlık ve disparoni şikayetleriyle ayaktan başvurdu. Hastanın ek başka bir şikayeti bulunmamaktaydı. Yapılan muayenede arka forşet ve labium minörlerin arka sınırı hizasında 2 adet mukozal bant izlendi (Fotoğraf 1-2). Palpasyonda hastanın ağrı hissettiği izlendi. Hastaya vajinal sineşi endikasyonu ile vajinal rekonstrüksiyon operasyonu gerçekleştirilmesi planlandı. Operasyon sırasında genel anestezi altında litotomi pozisyonunda yapılan muayenede arka forşet ve labium minörlerin arka sınırı hizasında sineşiye sebep olabilecek 2 alanda adezyon izlendi. Her iki alandaki sineşiler himenal ringe sıfır olacak şekilde klemp ile tutularak kesildi ve kalan dokular 3,0 vicryl ile continue sütüre edildi.Ardından vajen arka duvarında palpasyonla hissedilen striktür alanı künt diseksiyon ile diseke edildi ve kalan dokuların tamiri gerçekleştirildi. (Fotoğraf 3-4) ve operasyon 15 dk içinde sorunsuz bitirildi.
Hastanın postoperatif yatarak ve ayaktan takiplerinde ek bir şikayeti izlenmedi. Post op birinci ay kontrolünde vajinal darlık ve disparoni şikayetlerinin ortadan kalktığı öğrenildi. (Fotoğraf 5)
Vajinal sineşiler hayatın erken döneminde olabilmekle beraber travmaya bağlı da oluşabilmektedir.. En sık olarak 0-2 yaş arasında görülür. Bu dönemde görülme sıklığı yaklaşık %0.6-3'tür.Travmaya bağlı yapışıklık ileri boyuta geldiğinde disparoni şikayeti ile hastalar başvurabilmektedir. Basit ve kısa bir operasyon ile yapışıklıklar giderilebilir ve iyi prognozlu seyretmektedir.

Anahtar Kelimeler: adezyon, vajen, sineşi, rekonstruksiyon

Mukozal bantlar



Operasyon sonrası görüntü



Operasyon sonrası görüntü



Post-op 1. ay kontrol



Vajinal sineși



Vajinal histerektomi sonrası batın içi kanama: olgu sunumu

Esra keleş
Kartal Dr. Lütfi Kırdar Şehir Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Ana Bilim Dalı,İstanbul

Giriş

Histerektomi birkaç farklı yöntemle yapılabilmektedir. Genel olarak histerektomi vajinal, abdominal, laparoskopik ve robot yardımıyla yapılmaktadır. Vajinal histerektomi, daha az komplikasyon ile minimal invaziv histerektomi formlarından biri olarak kabul edilir. Mümkün olduğunca tercih edilen histerektomi yolu olarak belirtilmektedir. Vajinal histerektominin avantajları arasında daha az ağrı, hızlı iyileşme, işe daha hızlı dönüş, daha düşük maliyet ve daha düşük morbidite sayılabilir. Genellikle benign nedenlerle yapılır. Vajinal histerektominin avantajları fazla olmasına rağmen çeşitli intraoperatif ve postoperatif komplikasyonlarda gelişebilmektedir. Başlıca komplikasyonlar; kanama, üreter yaralanması, mesane yaralanması, bağırsak yaralanması, sinir yaralanmalarıdır. Bu yazıda vajinal histerektomi sonrasında batın içi kanama nedeniyle laparotomi yapılan olgumuzu sunmaktayız.

Materyal ve Metod

Mart 2021'de Kartal Lütfi Kırdar Şehir Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum servisinde vajinal histerektomi yapılan olgunun verileri retrospektif olarak değerlendirildi.

Bulgular

61 yaşında kadın hasta kliniğimize Mart 2021'de genital bölgede ele gelen kitle ve sık idrara çıkma şikayetiyle başvurdu. Vücut kitle indeksi 29.2 olan hastanın bilinen kronik hipertansiyonu, geçirilmiş serebro-vasküler olay öyküsü ve epilepsisi mevcuttu. Hastanın başka bir cerrahi veya pelvik radyasyon öyküsü yoktu. Hastanın kalsiyum kanal blokeri ve antiepileptik ilaç kullanımı vardı. Yapılan jinekolojik muayenesinde 2.derece sistosel ve 4.derece uterun desensus izlendi. Spinal anestestezi altında hastaya vajinal histerektomi, kolpografi anterior ve posterior, sakrospinofiksasyon ve perinoplasti işlemleri toplam 150 dakika sürede tamamlandı. Postoperatif dönemde 4. saatte kontrol hemogram değerinin 12.4 'den 7.7 mmol/l gelmesi üzerine ve ultrasonografide karaciğer altına uzanan batın içi yaygın mai izlenmesi üzerine kan hazırlığına başlanarak acil laparotomi planlandı.

Vajinal histerektomi sonrası batın içi kanama: olgu sunumu

Acil laparotomide batın içi yaygın koagulum, bilateral infindubulopelvik ligamentlerde ve vajinal kafta kanama odakları izlendi. Bilateral salpingo-ooferektomi, sağ hipogastrik arter ligasyonu ve sağ pudendal arter ligasyonu yapılarak kanama alanlarının koagulasyonu sağlanarak operasyona son verildi. Hastanın intraoperatif gönderilen tetkiklerinde platelet değerinin 179 000 'den 33000 ve fibrinojen değerinin 103 gelmesi üzerine yoğun bakım ünitesinde eritrosit süspansiyonu ve fibrinojen replasmanı yapıldı. Hastanın postop 4.gününde batında distansiyon, gaz ve gayta deşarjı olmaması nedeniyle çekilen batın BT'de barsak anlarında yaygın ödem ve dilatasyon saptanması üzerine genel cerrahi tarafından acil laparotomi planlanarak bridektomi yapıldı. Hasta ilk operasyondan 13 gün sonra şifa ile taburcu edildi.

Sonuç

Vajinal histerektomide kanama sıklığı yapılan çalışmalarda %30 ile %98 arasında değişen oranlarda bildirilmiştir. Vajinal histerektomiyi takiben uterin arterin bir dalından veya vajinal arterden olan kanamalar en olası hematom nedenlerdendir. En sık kanama yeri vajinal kaftır. Arterden olan kanamaların görülmemesinin nedeni vajina pedikülünün geri çekilmesi nedeniyle olabilir. Kanamaların tesbit edilmesi için pelvisin görselleştirmenin iyileştirilmesi gerekmektedir. Bunun için ekartörler mutlaka mesane, rektum ve lateral pelvik duvara koyulmalıdır. Kanama kontrolü sırasında özellikle bağlanan arterler ekartörler yardımıyla değerlendirilmelidir. Bizim vakamızda da muhtemelen vajina pediküllerinin geri çekilmesi nedeniyle intraoperatif kanama gözlenmemiştir. Postoperatif dönemde hemogram düşüklüğünün saptanması üzerine hastaya yapılan ultrasonografide batın içi hematom saptanmıştır. Hastalar bundan dolayı vajinal histerektomiden sonra postoperatif dönemde damar yaralanmaları açısından yakın takip edilmelidir.

Anahtar Kelimeler: kanama, komplikasyon, vajinal histerektomi

Transobturatuar Tape Operasyonu Sonrası Gelişen Pulmoner Emboli - Vaka Sunumu

Kazibe Koyuncu, Emre Mat, Gazi Yıldız, Rezzan Berna Temoçin, Pınar Birol İlter, Dürüye Ayhan, Ezgi Aslan
Kartal Dr. Lütfi Kırdar Şehir Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Ana Bilim Dalı,İstanbul

Giriş

Pulmoner emboli (PE) jinekolojik cerrahi sonrasında görülen majör komplikasyonlardandır. Hastanede yatmakta olan hastaların tümünde en az bir, yaklaşık %40'ında ise üç ya da daha fazla sayıda venöz tromboembolizm riski bulunur bu nedenle hastane morbidite ve mortalitesinin en önemli önlenebilir nedenlerinden biri venöz tromboembolidir(VTE)'dir.Yüksek ve çok yüksek riskli olarak belirlenen hastalarda farmakolojik tromboprofilaksi, düşük ve orta riskli hastalarda mekanik tromboprofilaksi öncelikle düşünülmelidir. Çok yüksek risklilerde iki tedavi stratejisi birlikte de uygulanabilir. Çok düşük VTE riski taşıyan hastalarda tek başına erken mobilizasyon ve hidrasyon yeterlidir.

Stres üriner inkontinans (SÜİ) kadınlarda en sık görülen inkontinans tipidir ve kadınların %4-35'ini etkiler. TOT operasyonu 2001 yılında Delorme tarafından tanımlanmış ve 2001 yılından beri SÜİ tedavisinde güvenli,etkili,minimal invaziv bir cerrahi yöntem olarak sıklıkla kullanılmaktadır. Transobturator midüretral askı prosedürlerini takiben çok az ciddi veya uzun vadeli komplikasyon bildirilmiştir. Operasyon sonrası kalıcı stres üriner inkontinans, işeme disfonksiyonu, mesane veya üretra yaralanması, fistül gibi nadir komplikasyonlar oluşabilir.Bu yazıda TOT sonrası çok nadir görülen pulmoner embolinin meydana geldiği olguyu sunacağız.

Bulgular

46 yaşında multipar olan hastaya Nisan 2021 'de mikst tip üriner inkontinans endikasyonu ile Kartal Dr.Lütfi Kırdar Şehir Hastanesi'nde total obturatuar tape (TOT) operasyonu uygulandı. Operasyon öncesinde dereceli kompresyon çorabı uygulanan hastanın operasyonu 30 dakikada tamamlandı. Operasyondan sonra 1.günde hasta çarpıntı tariflemesi üzerine çekilen pulmoner BT anjiografi'de bilateral emboli ile uyumlu dolum defekti saptadı, Pulmoner tromboemboli düşünülen hastanın tedavisi göğüs hastalıkları tarafından düzenlenerek hasta operasyondan sonra 6. günde şifa ile taburculuğu planlandı.

Sonuç

VTE; mortalite, morbidite ve sağlık harcaması yüksek olan, ancak önlenebilir bir hastalıktır.Erken dönemde saptanması ve preoperatif gerekli profilaksinin yapılması hayati önem taşımaktadır.Risk faktörlerini tanımak,uygun hastalarda profilaksi uygulamak, postop takiplerde jinekolojik benign nedenlerle de olsa opere olan tüm hastalarda pulmoner tromboemboli açısından dikkatli olmak gerekmektedir. Erken dönemde pulmoner tromboemboliyi tanımak ve gerekli tedaviyi düzenlemek mortalite ve morbiditeyi azaltma açısından çok önemlidir.

J.T.Öfke ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada; toplam 1356 TOT operasyonu uygulanan hastadan 467 (%34,4) hastaya eş zamanlı prolapsus cerrahisi uygulanmış, ameliyattan 3 ay sonra tek başına TOT yapılan kadınların %0.9'unda ve eşzamanlı prolapsus cerrahisi uygulanan kadınların %2.2'sinde tromboembolik komplikasyonların meydana geldiği saptanmıştır.Bu çalışma TOT ile eş zamanlı yapılan prolapsus cerrahisinin tromboembolik komplikasyon olasılığını yaklaşık 3 kat arttırdığını göstermiştir.

Caprini risk değerlendirme modeline göre TOT operasyonu yüksek riskli cerrahi sınıfa girmemektedir ki bu nedenle TOT operasyonu uygulanan hastalarda tromboemboli profilaksisi ihmal edilebilmektedir.

Anahtar Kelimeler: komplikasyon, pulmoner emboli, transobturator tape

Vajinanın primer malign melanomu-olgu sunumu

Rezzan Berna Temoçin, Kazibe Koyuncu, Gazi Yıldız, Emre Mat, Ezgi Aslan
Kartal Dr. Lütfi Kırdar Şehir Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Ana Bilim Dalı,İstanbul

Malign melanom yüksek malign potansiyeli olan deri ve mukozal membranları tutan bir nadir tümördür. Genel prognozu deri melanomlarından ve kutanöz melanomlardan daha kötüdür. Bu olgu sunumunda kliniğimize başvuran son derece nadir görülen vajinanın primer malign melanomu tanısı ve takibini sizlerle paylaşıyoruz. 85 yaşında vajende ağrı kanama şikayetleriyle hastanemiz jinekolojik onkolojik cerrahi ünitesine refere edilen hastanın, yapılan jinekolojik muayenesinde vajen alt 1/3 sol yan duvarda 4x 2 cm boyutlu nodüler nekrotik hiperpigmente lezyon izlendi. Lezyondan yapılan biyopsinin patoloji sonucu primer vajinal malign melanom rapor edildi. İmmünhistokimyasal çalışmalarda vimentin ve S-100 ile pozitif boyanma ve BRAF V600 negatif olarak saptandı. Hastanın Pet-CT'inde uzak metastaz saptanan hastaya EBRT+IKBT tedavisi verilmiştir. Malign melanom, kadın genital sisteminde nadir görülen bir tümör olmasına rağmen, ileri yaş hastalar rutin jinekolojik muayene esnasında dikkatli inspeksiyonla değerlendirilmeli, şüpheli pigmente lezyonlardan biyopsi yapılmalıdır. Bu tümörlerin prognozu oldukça kötüdür, uygulanan tedaviye rağmen yüksek düzeyde rekürrens saptanır ve uzun dönem sağkalım oranları düşüktür. Primer tedavi yöntemi cerrahidir.

Anahtar Kelimeler: malign melonom, metastaz, vajina

Genital bölge stromal vasküler fraksiyon ve adipoz doku kaynaklı mezenkimal kök hücre enjeksiyonu

Savas Ozgur Aglamis
Özel Op Dr Özgür Ağlamış Muayenehanesi, İstanbul

Amaç: Rejeneratif kapasitesi yüksek mezenkimal kök hücreden zengin stromal vasküler fraksiyon enjeksiyonu genital bölge rejuvasyonunun etkin olup olmadığını araştırmayı amaçladık.

Materyal-Metod: Retrospektif yapılan bu çalışmaya 50 kadın katılımcı katılmıştır. Her bir katılımcıdan suprapubik bölgeden 30 cc lipoaspirasyon yapılmıştır. Lipoaspirat materyali t-lab stem cell kitinin microlyzerları kullanılarak non-enzimatik olarak mikronize edildikten sonra santrifüje tabi tutulmuştur. 41 mikrona kadar inceltilen stromal vasküler fraksiyon elde edilerek; fibrotik doku, yağ hücresi ve trigliseridlerin geçişine izin verilmeyerek güvenli enjeksiyon sağlanmaya çalışılmıştır. Glans klitoris, periüretral alan, posterior vajinal duvar ve g noktasına enjekte edilmiştir. işlem sonrası katılımcılara mail ile ulaşarak vhı ve fsfı anketleri doldurultularak retrospektif olarak değerlendirme yapılmıştır.

Bulgular: Tedaviden sonraki 12.ayda vaginal health index (VHI) parametrelerinden elastisite, vajinal pH ve nem skorları önemli ölçüde arttı ($p<0.001$). Female Genital Self-Image Scale (FSFI) parametrelerinden orgazm, memnuniyet ve ağrı skorları tedaviden sonraki 12. Ayda anlamlı olarak arttı. ($p<0.001$).

Sonuç: Rejuvenasyon tekniğimiz kısa sürede uygulanabilir ve non enzimatik olmasıyla genital gençleştirme için yeni ve pratik bir gençleştirme protokolü olabilir. Ek personel ve ekstra labaratuvar sürecinin gerekmemesi maliyet açısından da avantaj olarak görülebilmektedir.

Anahtar Kelimeler: Adipoz Türevli Mezenkimal Kök Hücre, Genital Gençleştirme, Stromal Vasküler Fraksiyon

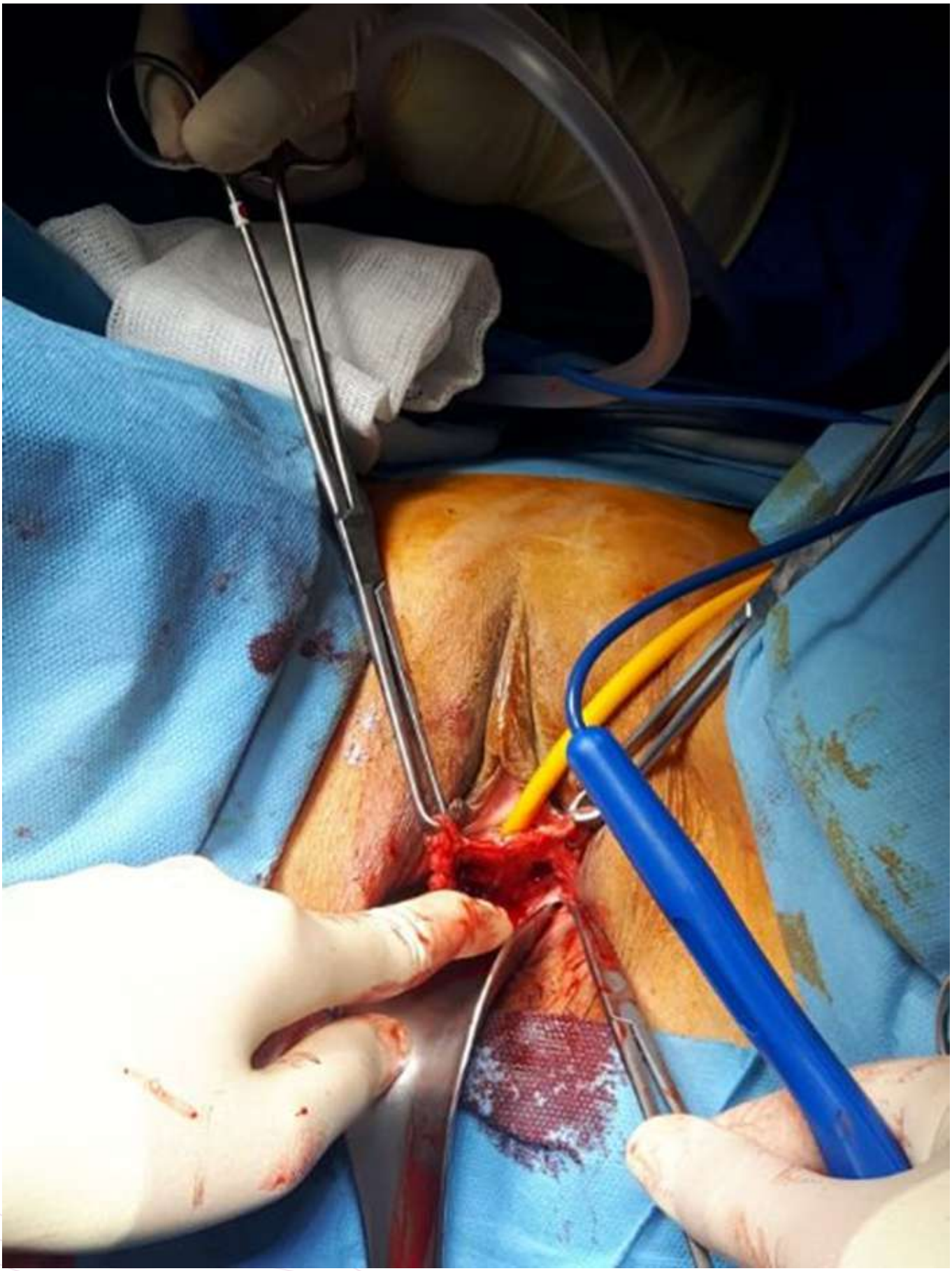
Surgical Treatment of Stress Urinary Incontinence and Prolapse by Vaginal Hysterectomy with Single İncision Mini Sling

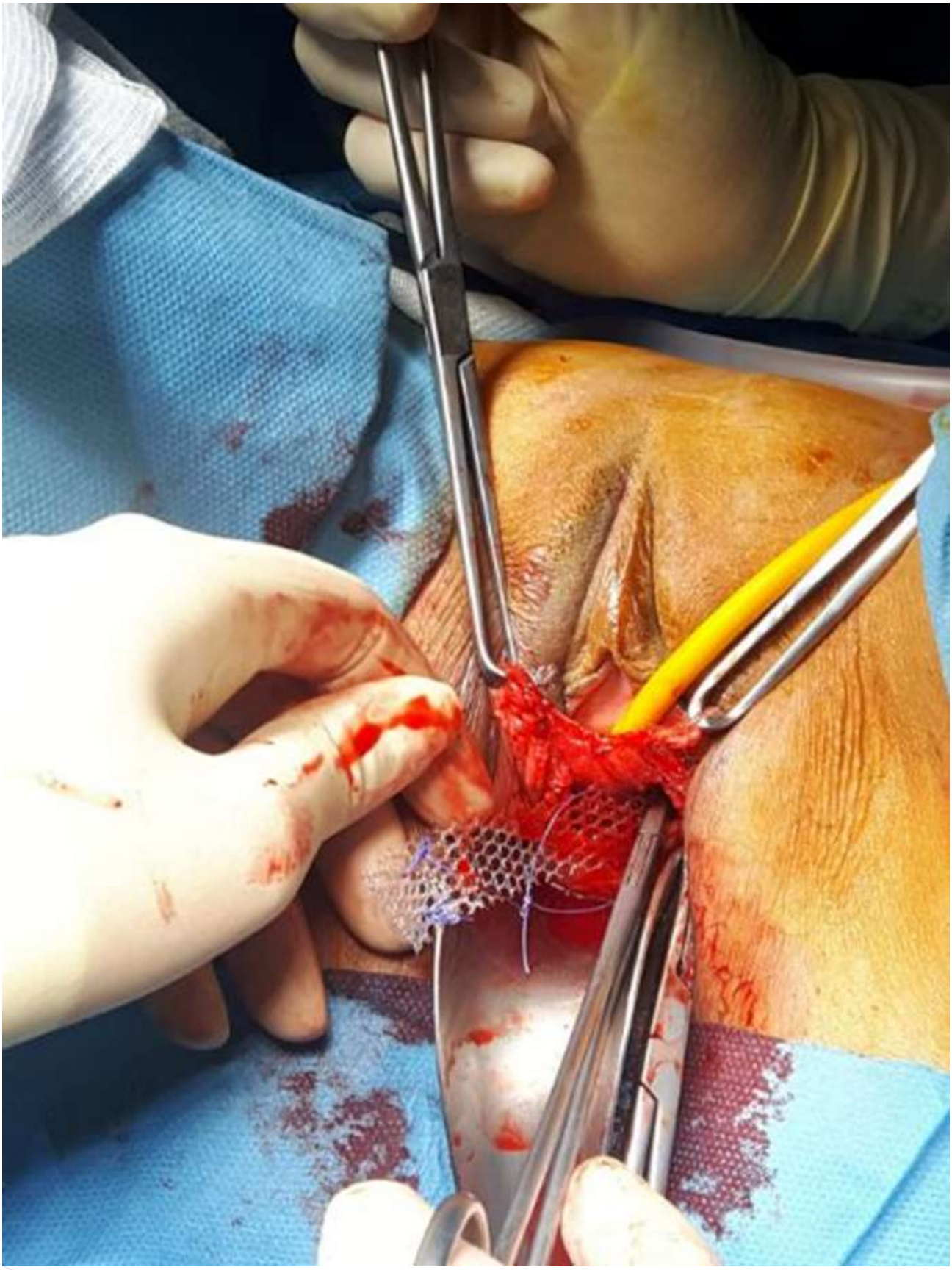
Inci Öz
Liv Hospital Vadi Obstetrics and Gynecology

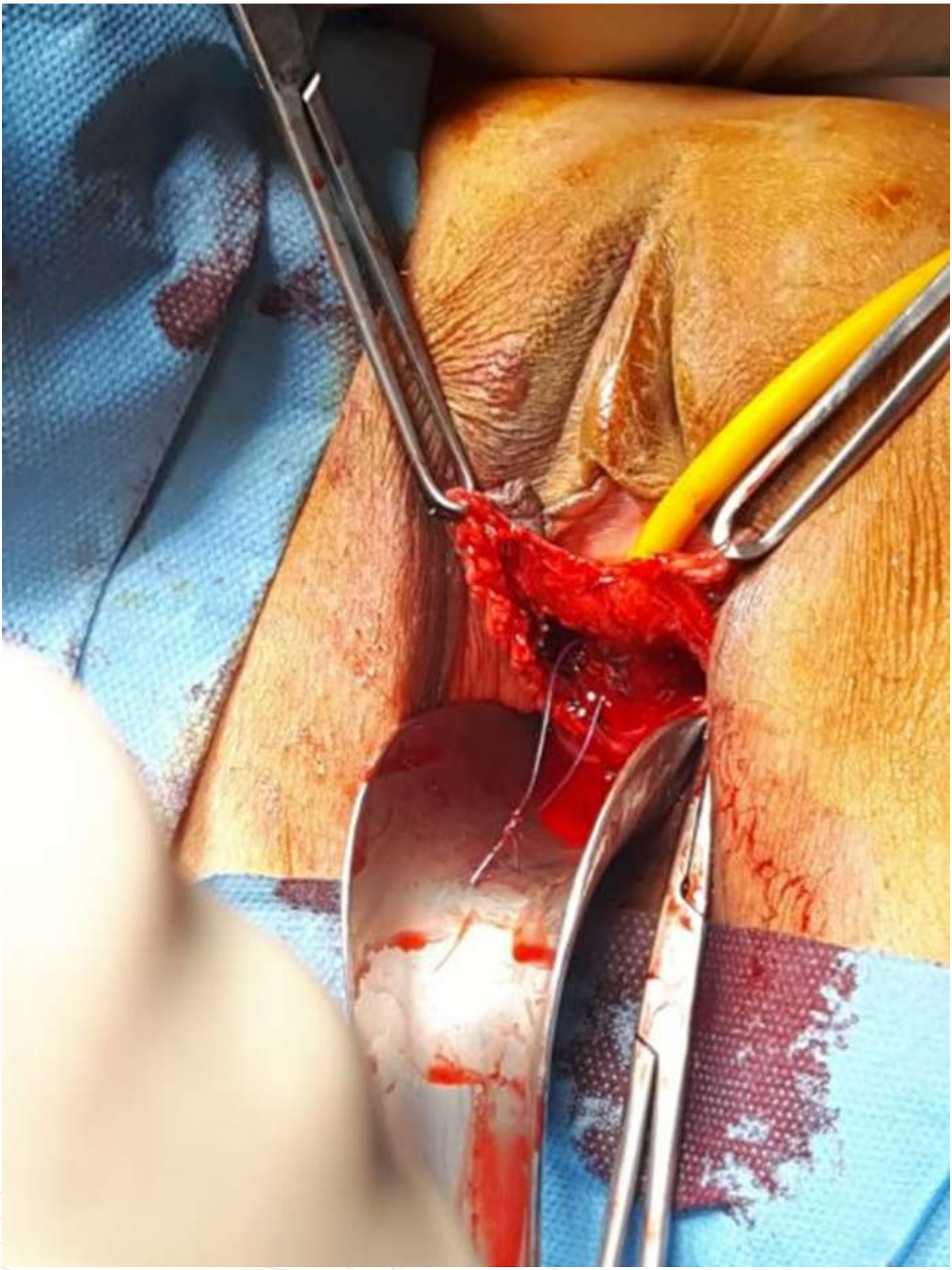
Objectives: The Mini Incision Mini Sling method was used in 63 years old woman g5p5y5n/d who came to our clinic for total prolapse and urinary stress incontinence.
To apply in the treatment and present short-term results.
Methods: Patient 1, who applied to Liv Vadi Hospital, was a 63-year-old g5p5y5 with vaginal delivery. Our patient had 5 vaginal deliveries at the age of 63. In the evaluation of the patients A clinical diagnosis of total prolapse and stress incontinence was made.
Results: Vaginal hysterectomy and Single incision mini sling was used in the treatment. Vaginal sub urethral 2cm in practice An incision was made and the mesh was placed bilaterally by adjusting its tension. Vaginal incision was sutured.
The procedure time was approximately 1 hour and15 minutes in case. After the treatment, the patient were followed up in the service.She was discharged the same day. In the control, the short-term one-month, the longest six-month follow-up.Positive feedback was received from the patient.
Conclusions: Stress urinary incontinence (SUI) affects 35% of adult women worldwide,
It is a common medical condition characterized by involuntary leakage of urine with activities such as coughing and sneezing.
Results of short-term clinical patients in the literature, single incision mini sling's female stress urinary
It is a safe and effective minimally invasive sling procedure to treat incontinence.
To avoid the complication of mesh erosion, in our cases macropore
mesh was used. Single incision mini sling is an effective method in the treatment of SUI.
Compared to transobturator slings, they only have similar high cure rates.
Not only has it been associated with lower complication rates.
Self-fixing that does not require passage through the obturator foramen or external skin incision.Single incision mini sling designed with tips attracts great attention due to its positive clinical effectiveness. Repeat continence surgery with complications such as perforation, erosion or urinary tract infection. Regarding the data reported here, there is no significant difference between the 2 surgical methods.
However, there is no current data available regarding the efficacy and safety of the single-incision mini sling (SIMS). Evidence is still controversial. To confirm these positive results of the meta-analyses,Larger, well-designed prospective randomized studies with series are needed.

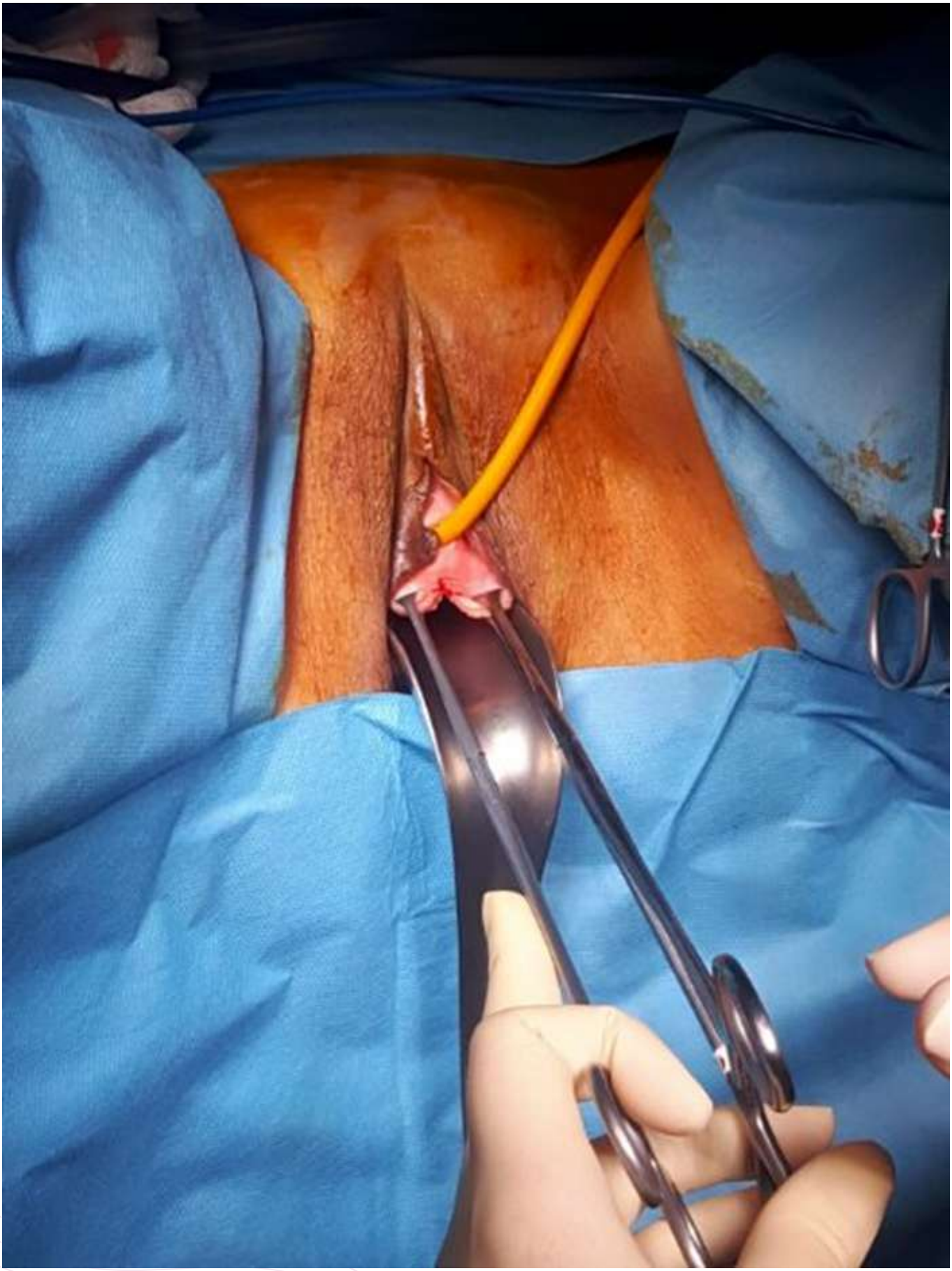
Keywords: vaginal hysterectomy single incision, mini sling, stress incontinence, pelvic organ prolapse

vaka görüntüsü2









Perimenopozal Kadınlarda Pelvik Organ Prolapsusu Sıklığı, Şiddeti ve Risk Faktörleri

Elif Yıldız1, Burcu Dinçgez Çakmak2, Fatma Ketenci Gencer1, Burcu Aydın Boyama3
1Gaziosmanpaşa Eğitim ve Araştırma Hastanesi,Kadın Hastalıkları ve doğum Kliniği,İstanbul
2Bursa Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği, Bursa
3Medipol Üniversitesi, Esenler Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği, İstanbul

GİRİŞ ve Amaç: Pelvik organ prolapsusu daha çok postmenapozal kadınlarda sık görülen, kadınların doktora şikayet olarak belirtmekten çekindikleri hayat kalıtesini oldukça düşüren bir sorundur. Genc perımenapozal hasta grubunda çok sık beklemedıgımız bir tablodur.ancak Özellikle risk faktörlerini taşıyan hastaların detaylı sorgulanması ve muayenesi, tanı ve tedavi açısından çok önemlidir. Bu çalışmanın amacı postmenapozal yaslı hasta popülasyonunda daha sık gördüğümüz ancak perimenopozal kadınlarda çok sık görülmeyen pelvik organ prolapsusu risk faktörlerinin araştırılmasıdır.
Yöntem-Gereçler: Çalışmaya Temmuz ve Aralık tarihleri arasında jinekoloji polikliniğine başvuran, perimenopozal dönemdeki 1860 hasta dahil edildi. Retrospektif olarak hastaların yaşı, boyu, kilosu, eğitim durumu, doğum sayıları, doğum şekli, doğum ağırlığı, pelvik organ prolapsusu varlığı ve pelvik organ prolapsusu olan hastalar için POP-Q sınıflaması kaydedildi. Bulgular: Hastaların 1232'sinde (%66,2) farklı evrelerde pelvik organ prolapsusu tespit edildi. Evre>=2 hastalar, tüm hasta grubunun %26,2'si (n=487) idi. Pelvik organ prolapsuslu hastalar daha yaşlı (p<0,001), daha kilolu (p<0,001), doğum sayıları daha yüksek (p=0,036), daha kilolu bebek doğurmuş (p<0,001), daha fazla vajinal doğumu olan (p=0,022) hastalardı. Vücut kütle indeksi (OR 4,1, p<0,001), vajinal doğum (OR 3,6, p=0,003) ve doğum ağırlığı (OR 2,3, p<0,001) pelvik organ prolapsusu için bağımsız öngörüdürücü parametreler olarak belirlendi. Ayrıca evre>=2 hastalar, daha kilolu (p<0,001), daha kilolu bebek doğurmuş (p<0,001) ve daha fazla vajinal doğumu olan (p=0,002) hastalardı. Evre >=2 genital prolapsus için vücut kütle indeksi (OR 7,6, p<0,001) ve maksimum doğum ağırlığı (OR 3,1, p<0,001) bağımsız öngörüdürücü idi.
TARTIŞMA ve Sonuç: Çalışmamızda vücut kütle indeksi, vajinal doğum ve doğum ağırlığı pelvik organ prolapsusu için risk faktörleri olarak bulundu. Ayrıca vücut kütle indeksi ve doğum ağırlığı, evre >=2 olan hastalar için de risk faktörü idi. Bu bulgular sonucunda, yaşam tarzı değişikliği ile kilo kontrolünün ve düzgün bir doğum yönetiminin pelvik organ prolapsusu için kritik öneme sahip olduğu sonucuna varıldı.

Anahtar Kelimeler: Pelvik organ prolapsusu, POP-Q, risk faktörleri

Minimally Invasive Robotic Sacrocervicopexy and Burch Operation in the Treatment of Pelvic Organ Prolapse and Stress Incontinence

Inci Öz
Liv Hospital Vadi İstanbul Turkey Obstetrics and Gynecology

Objective: The treatment of a patient with pelvic organ prolapse and stress incontinence who underwent robotic sacrocervicopexy and burch operation as a minimally invasive surgical option in the treatment of Pelvic Organ Prolapse and stress incontinence is summarized with a video presentation.
Material-Methods: Robotic sacrocervicopexy and Burch operation was performed as a minimally invasive treatment method in abdominal sacrocervicpexy and burch operation to the patient with vaginal uterine prolapse and stress incontinence who applied to Liv Vadi Hospital.
Results: The treated patient was 45 years old. She had a history of macrozomic pregnancy g2p1y1n/d and had uterine prolapse and stress incontinence.
Conclusion: Abdominal sacrocervicopexy and burch operation is the gold standard in the treatment of POP and stress incontinence in the literature. Abdominal treatments have higher success rates than vaginal treatments. Abdominal sacrocervicopexy and burch operation can be performed by open surgery, laparoscopic or robotic method. Open surgery is invasive for the patient, laparoscopic approaches are commonly seen as more invasive in cases with adhesions, due to limited mobility and long suture times. Minimally invasive Robotic sacrocervicopexy and burch operatıon can be recommended as the first choice in suitable patients, due to the short duration of the robotic sacrocervicopexy and burch operation, superior vision and high surgical motion capacity, long-term studies with a high number of cases will be guiding.

Keywords: robotic minimal invasive surgery, sacrocervicopexy, burch operation, stress incontinence

TOT cerrahisinde icten dısa ve dıştan içe mesh uygulamalarının karşılaştırılması

Elif Yıldız, Esra Nazlı Döktür
Gaziosmanpaşa Taksim Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği, İstanbul

Amaç: Bu çalışmada, kliniğimize başvuran stres üriner inkontinans(SÜİ) tanısı konularak kendilerine Transobturator Tape (TOT) cerrahisi uygulanan hastalarda kullanılan meshın dıştan ıce teknik veya ıcten dışa teknik kullanılarak yerlestırmesının kısa tedavi başarısının ve komplikasyonlar üzerine etkisinin değerlendirilmesi amaçlandı.
Materyal-Metod: kliniğimize Ocak 2022-haziran 2022tarihleri arasında stres inkontinans şikayeti ile gelen ve TOT uygulanan 36 hasta dahil edildi. Olguların kontrolerinde şikayetler stress test ve urodınamı ile tanıları konuldu.hastalar randomıze olarak grup I: ivten kısa teknik ve grup 2: dıştan ıce teknik kullanılan gruba atandı.Operasyon sonrası kısa donem ilk I2 haftalık takiplerinde olan şikayetler, meuyene bulguları ve komplikasyonlar kayıt altına alınraka değerlendirildi.neden olabılecek Enf vs gibi nedenler dıslandıktan sonra gelen hastalardan herhangi bir karın içi basınç artışına bağlı olarak idrar kaçırması gözlenmeyen hastaların tedavisi başarılı olarak kabul edildi; öte yandan devam eden idrar kaçırma şikâyetinin olması TOT başarısızlığı olarak değerlendirildi.
Bulgular: Hastaların yaş ortalamaları her ıkı grubupta farklı değildi (sırasıyla 46.2+6.I ve 45.3+7.I) (p<0.05). İki grup arasında parite sayısı, vücut kitle indeksi, menopoz durumu ve sigara kullanımı,operasyon süresi bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır (p<0.05).
İntraoperatif komplikasyon olarak sadece ıcten dısa teknik grubunda sadece 2(%I5) hastada sulkus perforasyonu görülmüştür. Postoperatif komplikasyonlar olan üriner retansiyon, reoperasyon, denovo urgency ve kasık ağrısı açısından gruplar arasında fark izlenmemiştir (p>0.05). Her iki grupta başarı oranları benzer olarak izlenmiştir ve istatistiksel fark saptanmamıştır (p>0.05).
Sonuç: stres inkontinans şikayeti olan ve bu durumu komplike olmayan hastalarda TOT cerrahisi her ıkı teknikle de oldukça başarılıdır ve cerrah hastaya uygun olan ve kendısını güvende hissettığı, deneyimli olduğu tekniği uyguluyor olması medikal tedaviden fayda görmeyen hastalara TOT başarısını arttıracaktır.

Anahtar Kelimeler: stres inkontinans, transobturator tape, üriner inkontinans

Pelvik Organ Prolapsusu Nedeniyle Sakrokolpopeksi Operasyonu Yapılan Hastaların Uzun Dönem Sonuçlarının POP-Q Ölçeği ve Pelvik Taban Ultrasonografisi ile Değerlendirilmesi

Hüseyin Durukan, Revan Sabri Ciftci
Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi

Giriş-Amaç:

Pelvik organ prolapsusu (POP), pelvik organların aşağı ve/veya öne doğru yer değiştirmesidir. Genitoüriner, gastrointestinal, psikolojik ve estetik semptomlara neden olabilmektedir (Resim-1). Epidemiyolojisi net olmamakla beraber, bir hastanın hayatı boyunca POP nedeniyle cerrahi geçirme ihtimali % 10-17 civarındadır. Bu çalışmanın amacı pelvik organ prolapsusunun cerrahi tedavi yöntemlerinden biri olan abdominal sakrokolpopeksi (ASKP) operasyonunun (Resim-2) uzun dönem sonuçlarının pelvik taban ultrasonografisi ve POP-Q ölçeği ile değerlendirilmesidir.

Materyal-Metod:

Çalışmamızda 1 Ocak 2012 - 1 Ocak 2022 yılları arasında Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalında pelvik organ prolapsusu nedeniyle ASKP operasyonu yapılan 82 hasta, hastane veri tabanı ve arşiv dosyaları taranarak tespit edildi. Çalışma kriterlerini karşılayan total uterin prolapsuslu (POP-Q Evre 4) 48 hasta olduğu bulundu. Hastalar kontrol ve değerlendirme için hastaneye davet edildi. Bunlardan sekizi takibe gelmediği için çalışmadan çıkarıldı. Hastalar operasyon sonrası geçen süre dikkate alınarak yıl bazlı gruplara ayrıldı. Hasta dosyalarından geçirilen operasyonun süresi, operasyon öncesi ve operasyon sonrası hematolojik parametreleri, operasyon öncesi prolapsus seviyeleri ve nihai patoloji sonuçları kaydedildi. POP'un hayat kalitesi üzerine etkisini değerlendirmek için PQOL ölçeği uyguladı. POP-Q sistemi ve pelvik/translabial ultrasonografi yapılarak pelvik tabanın operasyon sonrası uzun dönem sonuçları incelendi. Elde edilen veriler uygun istatistiki yöntemlerle değerlendirdi. Verilerin istatistiksel açıdan anlamlılık düzeyi $p<0,05$ olarak alındı.

Bulgular:

Hastaların demografik özellikleri ve hemogram parametreleri Tablo-1 ve Tablo 2'de verilmiştir.

PQOL Ölçeğinde; prolapsus etkisi, rol sınırlamaları, fiziksel kısıtlamalar, sosyal sınırlamalar, kişisel ilişkiler, duygu-durum, uyku/enerji, prolapsus şiddeti ölçütlerinde preop döneme göre anlamlı bir iyilik söz konusu iken genel sağlık algıları arasında fark görülmedi. Elde edilen veriler Tablo-3'de verilmiştir.

POP-Q sistemine göre preop ve postop değerlendirmeleri kıyaslandığında Aa,Ba,Ap,Bp ve C noktalarında anlamlı iyileşme izlenirken transvajinal uzunluk, genital hiatus ve perineal cisimde değişiklik izlenmedi. Veriler Tablo-4'te verilmiştir.

Pelvik taban ultrasonografisi istirahat halinde ve maksimum valsalva manevrası ile değerlendirildi. Dört hastada maksimum valsalva ile mesanenin anterior vajinal duvarı geçtiği pelvik arkın en az 2 cm inferioruna indiği görüldü (POP-Q Evre II sistosel). İki hastada anorektal açıda posterior vajinal duvara doğru artan yer değiştirme (POP-Q Evre II rektosel) görüldü. Hiçbir hastada vajinal cuff'ta anlamlı bir yer değiştirme izlenmedi (Resim-3 ve Resim-4).

Ameliyat sonrası ilk 4 yıl içerisinde hafif düzeyde (Evre 0 ve Evre I) prolapsus görülürken dördüncü yıldan itibaren Evre II prolapsuslarda artış tespit edilmekle birlikte hiçbir hastada nüks kabul edilebilecek Evre III ve Evre IV prolapsus bulunmadı (Resim-5).

Hastalarda nihai patoloji materyalinde ise %45'inde leiyomyom, %52'si atrofik endometrium,%15'i adenomyozis ve %20'sinde endometrial polip mevcut idi. Bütün hastaların preop Pap-smear kontrolleri yapıldı, anormal patoloji izlenmedi.

Sonuç:

Pelvik organ prolapsusunda birçok cerrahi tedavi yöntem tanımlanmış olmasına rağmen sakrokolpopeksinin uzun dönem sonuçlarının tatmin edici olması, hayat kalitesini iyileştirmesi ve nüks oranlarının düşük olması nedeniyle güvenle uygulanabilir. Ayrıca POP için pelvik taban ultrasonografisiyle değerlendirilmesi preoperatif pelvik yapıların birbiri ile ilişkisi, postoperatif ek patolojiler ve cerrahi sonrası nüks açısından yararlı olacaktır.

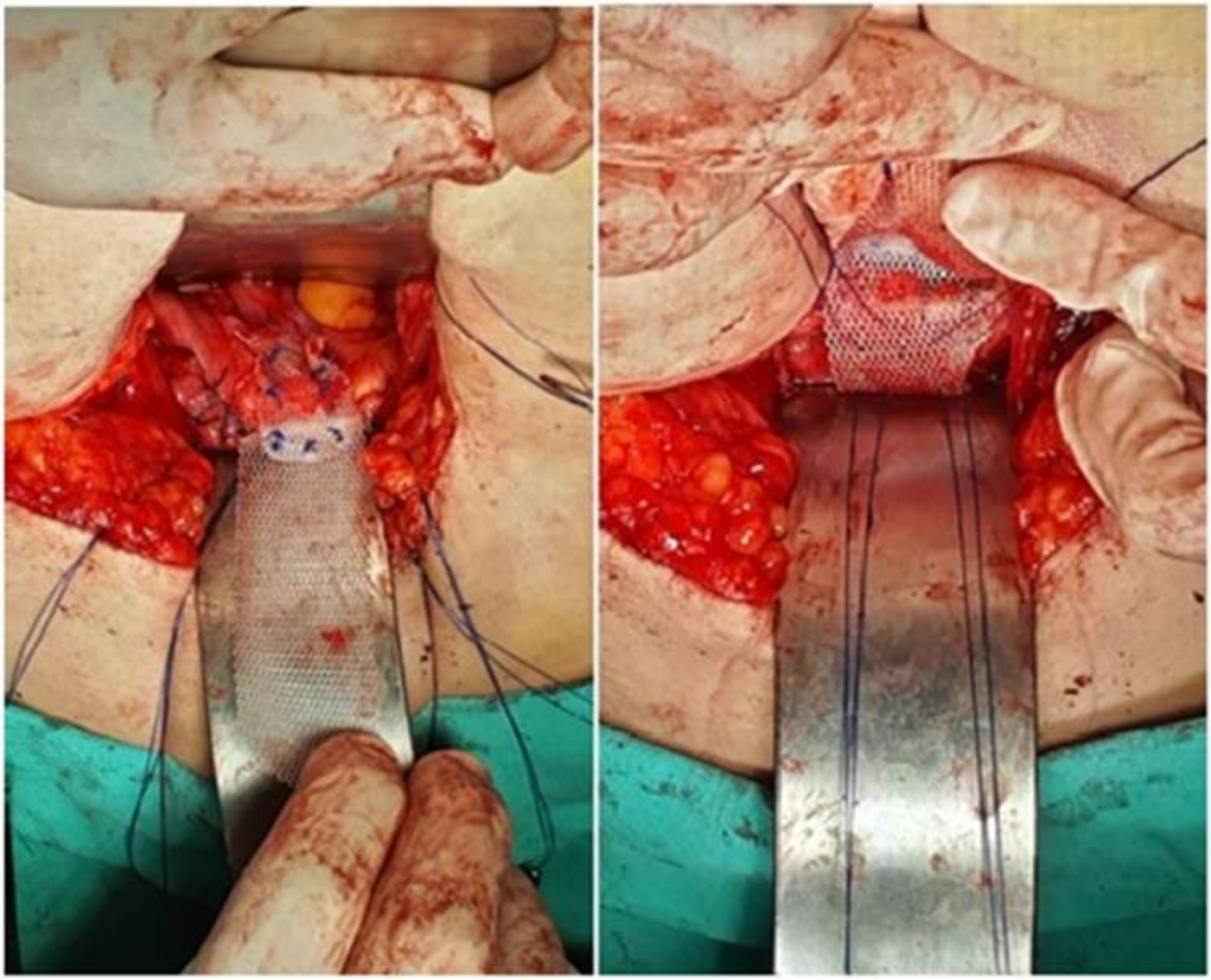
Anahtar Kelimeler: Pelvik Organ Prolapsusu, Pelvik Taban Ultrasonografisi, POP-Q, Sakrokolpopeksi

Resim-1: POPQ Evre IV prolapsus, eritemli, erezyone, ağrılı lezyonlar, uzun yıllar boyunca tedavi almamış hasta.



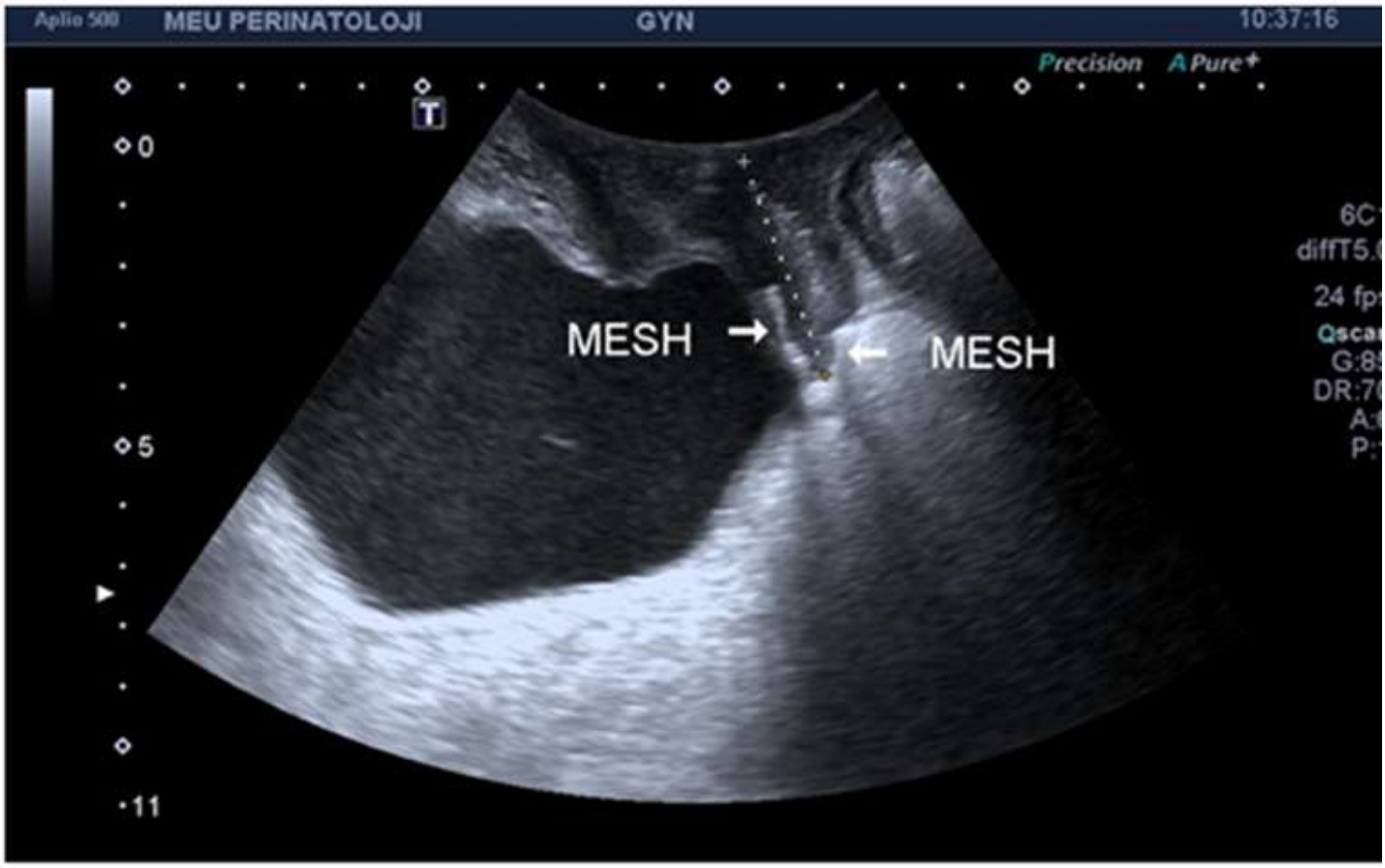
Hastaların bir kısmı muayenelerini ihmal etmekte ve ileri evre prolapsus ile karşımıza çıkabilmektedir.

Resim-2:Hazırlanan polypropylene meş cuffın anterior ve posterior yüzeylerine 2/0 polypropylene sütürlerle fikse edilmiş hali. (Deaver ekartör pubik tarafta)



Abdominal sakrokolpopeksi operasyonu.

Resim-3:Abdominal sakrokolpopekside kullandığımız meşin Tranlabial ultrasonografi ile görünümü. Meşin anterior ve posterior kısımları net şekilde seçilmekte.

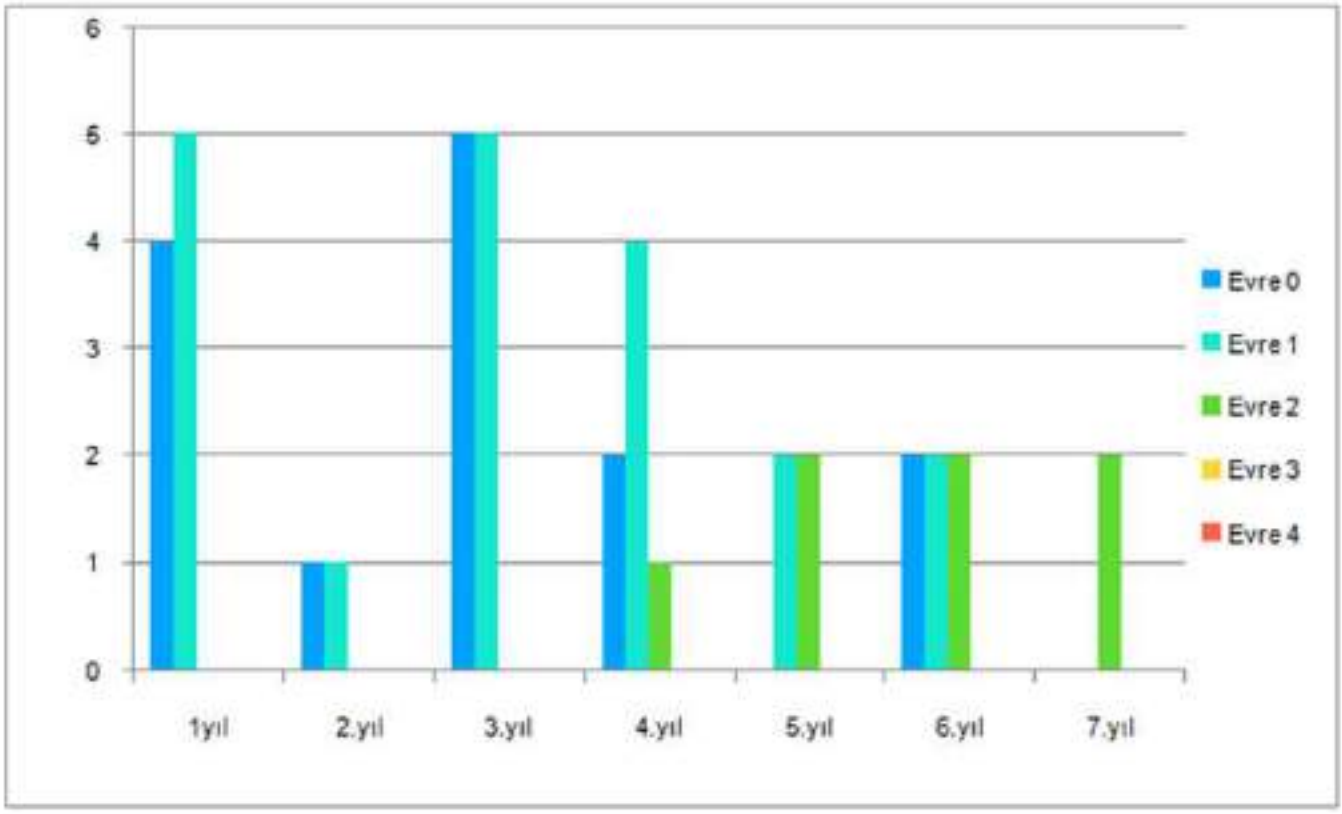


Pelvik taban ultrasonografisi ile değerlendirilen hastaların tamamında vajinal cuffın yerinde ve intakt olduğu görüldü.

Resim-4:Solda üretranın ıkınma anındaki açılanımı, sağda üretranın istirahat durumundaki görünümü.



Hastalar postop dönemde pelvik ultrasonografi ile değerlendirilemk üzere davet edilip maksimum valsalva ile pelvik organların yer değiştirmesi izlendi.



Tablo-1:POP Tanılı Hastaların Sosyo-demografik ve Klinik Özellikleri Dağılımı (n=40)

Tanımlayıcı Özellikler	Ort±S.s	Medyan (Min-Max)
Yaş	57,8±8,8	57,5(43-78)
Gravida	4,45±2,8	4(0-16)
Abortus	1,15±1,7	0,5(0-7)
Parite	3,23±1,7	3(0-10)
Yaşayan Bebek	3,8±1,8	3(0-10)
Operasyon Süresi(Dakika)	129,4±14,1	120(100-150)
Postop Süre(Yıl)	3,9±1,9	4(1-7)
	Sayı (n)	Yüzde (%)
Sezaryen Doğum	1	2,5
Vajinal Doğum	37	92,5
Virjin	2	5
Komorbite	11	27,5
Hipertansiyon	8	20
Diabetes Mellitus	2	5
Hipotroidi	4	10
Astım	-	-
Patoloji Materyal Tip		
Leiyomyom	18	45
Atrofik Endometrium	21	52
Adenomyozis	6	15
Endometrial Polip	8	20

Tablo-2:Operasyon Öncesi ve Sonrası Hemogram Parametreleri (n=40)

n=40	Preop	Postop	p
	Ortalama±Std.Sapma	Ortalama±Std.Sapma	
Hgb (g/dL)	12,81±1,37	11,56±1,35	<0,001*
Hct (%)	38,61±3,23	34,48±,32	<0,001*
Wbc (x103/µl)	7120,41±1995,69	11457,08±3201,27	<0,001*
Platelet (x103/µl)	277583,33±58981,72	232791,67±62038,75	<0,001*

*Operasyon öncesi ve sonrası hemoglobin ve hematokrit değerleri arasındaki farklar istatistiksel olarak anlam olsa da hastalara kan ürünü transfüzyonu gerektirecek kadar düşüş yaşanmadı. *p<0,05 düzeyinde anlamlıdır. (Paired t test/Wilcoxon)*

Tablo-3:Operasyon Öncesi ve Sonrası PQOL Ölçeği Değerlendirmesi

n=40	Preop	Postop	p
	Ortalama±Std.Sapma	Ortalama±Std.Sapma	
Genel Sağlık Algıları	2,81±0,89	2,87±1,16	0,8
Prolapsus Etkisi	43,29±2,38	18,06±2,11	<0,001*
Rol Sınırlamaları	25,02±2,11	11,17±1,65	<0,001*
Fiziksel Kısıtlamalar	7,54±0,82	2,45±0,79	<0,001*
Sosyal Sınırlamalar	15,42±1,33	4,56±1,11	<0,001*
Kişisel İlişkiler	11,79±0,71	3,5±1,7	<0,001*
Duygu-Durum	11,92±0,45	5,5±1,44	<0,001*
Uyku/ Enerji	6,25±0,64	2,97±1,26	<0,001*
Prolapsus Şiddeti Ölçütü	11,69±1,17	5,04±1,98	<0,001*
PQOL Toplam	135,73±3,83	56,15±4,9	<0,001*

*Sakrokolpopeksi yapılan hastalar postop dönemde hayat kalitelerinde olumlu yönde değişiklik yarattı. *p<0,05 düzeyinde anlamlıdır. (Paired t test/Wilcoxon)*

Tablo-4:Operasyon Öncesi ve Sonrası Klinik Değerlendirme (n=40)

n=40	Preop	Postop	p
	Ortalama±Std.Sapma	Ortalama±Std.Sapma	
Aa (cm)	3±0	-3±0	<0,001*
Ba (cm)	7,92±0,9	-2,61±0,68	<0,001*
Ap (cm)	3±0	-3±0	<0,001*
Bp (cm)	7,92±0,29	-2,47±0,65	<0,001*
C (cm)	7,95±0,21	-7,11±2,33	<0,001*
Genital Hiatus (cm)	5,23±0,44	5,27±0,39	0,32
Perineal Cisim (cm)	3,17±0,41	3,19±0,36	0,32
Total Vajinal Uzunluk (cm)	7,79±1,32	7,46±0,27	0,14
POP-Q Evre	4±0	0,87±0,59	<0,001*

*Aa,Ba,Ap,Bp ve C ölçümleri istatistiksel ve klinik olarak iyileşme göstermekle beraber transvajinal uzunluk perineal cisim ve genital hiatusta anlamlı değişiklik saptanmadı. *p<0,05 düzeyinde anlamlıdır. (Paired t test/Wilcoxon)*

vNOTES Histerektomi ile Alakalı Youtube Videolarının Eğiticilik Değeri ve Kalite Analizi

Esra Ayanoğlu1, Arzu Bilge Tekin1, Memiş Ali Mutlu1, Pınar Birol İlter2, Murat Yassa3, Niyazi Tuğl
1İstanbul Şehit Prof. Dr. İlhan Varank Sancaktepe Eğitim Ve Araştırma Hastanesi
2İstanbul Kartal Dr. Lütfi Kırdar Şehir Hastanesi
3İstanbul Özel VM Medical Park Maltepe Hastanesi

Giriş: Bu çalışmada YouTube platformunda bulunan vNOTES Histerektomi videolarının güvenilirlik ve kalitelerini değerlendirmek amaçlanmıştır.
Materyal-Metod: YouTube'da "vNOTES hysterectomy, TVNOTES hysterectomy, vaginal notes hysterectomy, transvaginal natural orifice transluminal endoscopic hysterectomy" anahtar kelimeleri ile arama yapıldı ve her bir anahtar kelime için ilk 100 video analiz edildi. Videoların yükleme kaynakları, yüklenmelerinden bu yana geçen süre, izlenme sayısı, beğeni ve beğenmeme sayısı, yorum sayısı, videonun süresi, videolarda didaktik ses veya müziğin varlığı özellikleri kaydedildi. Görüntüleme oranı (görüntüleme sayısı/gün), beğenme oranı (beğenme × 100/[beğenme+ beğenmeme]) ve Video Güç Endeksi (VPI; beğenme oranı × görüntüleme oranı/100) gibi oranlar hesaplandı. Cerrahi tekniği değerlendirmek için uluslararası komite önerileri doğrultusunda 15 adımlı bir skorlama sistemi oluşturuldu. Toplam skorlarına göre videolar Grup 1(kötü), grup 2 (orta) ve Grup 3 (iyi) olmak üzere 3 gruba ayrıldı. Video kalitesi ve eğitim için yeterliliklerinin değerlendirmesi için modifiye GQS puanlama sistemi kullanıldı.
Bulgular: Çalışmaya 55 video dahil edildi.Ortalama video uzunluğu 618.02±606.35 saniye, ortalama izlenme sayısı 1105.91±1611.66, ortalama beğeni sayısı 14.91±18.18 idi. Video yüklenme kaynakları çoğunlukla cerrahlar idi[46,(83.6%)]. Video toplam skorları ile modifiye-GQS puanları, video izlenme sayısı, beğeni sayısı, izlenme oranı ve video güç indeksi arasında pozitif yönde anlamlı korelasyon saptandı(r=0.844,p<0.001) (r=0.405,p=0.002)(r=0.406,p=0.002)(r=0.419,p=0.001)(r=0.355,p=0.008). Didaktik ses olan videoların video toplam skorlarının ortalaması, ses olmayan veya yalnızca müzik olan videolara göre anlamlı derecede daha yüksekti(p=0.008). Modifiye-GQS puanlamasına göre videoların 50.9%'u oldukça yararsız ve yararsız, 20.0%'si orta derecede yararlı, 29.1%'i faydalı ve çok faydalı olarak tanımlandı. Video toplam skorlarına göre videoların 34'ü(61.8%) Grup 1, 16'sı (29.1%) Grup 2 ve 5'i(9.1%) Grup 3'te yer aldı. Gruplar arasında videoların yüklenmelerinden bu yana geçen süre, izlenme sayısı, yorum sayısı, videonun süresi, görüntüleme oranı, video güç indeksi açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı. Grup 3'e dahil olan videoların beğeni sayısı ortalaması diğer iki gruptan anlamlı derecede daha yüksekti(p=0.049).

Cerrahi olgunun sunumu, üreterin tanımlanması ve parametriyumun traseksiyonu, infundibulopelvik veya overian ligamanın transeksiyonu, spesmenin çıkarılması gibi cerrahi teknik parametrelerin varlığı her üç grup için benzerdi. Postoperatif yönetim ile ilgili bilgi videoların hiçbirinde bulunmamaktaydı. Didaktik adımların varlığı, ameliyathanenin düzenlenmesi, hastanın hazırlanması ve pozisyonu, serviksin insizyonu, ön ve arka kolpotomi, uterosakral bağların kesilmesi, vNOTES-portunun hazırlanması ve yerleştirilmesi, hemostaz ve portun çıkarılması, vajinal kaf kapatılması adımları değerlendirildiğinde üç grup arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptandı ve Grup I'de bu adımların yüksek oranda eksik olduğu görüldü.

Sonuç: YouTube'da yayınlanan vNOTES histerektomi cerrahisi videolarının yalnızca %29.1'i faydalı veya çok faydalı olarak tanımlandı; ve cerrahi teknik adımların varlığı değerlendirildiğinde videoların yalnızca %9,09'u iyi olarak kategorize edildi. Uluslararası konsensus bildirisinde yer alan tüm cerrahi teknik adımları ve gerekli didaktik bilgileri içeren daha güvenilir videoların vNOTES Histerektomi konusunda deneyimli cerrahlar, profesyonel organizasyonlar ve dernekler tarafından yayınlanmasına ihtiyaç vardır.

Anahtar Kelimeler: vNOTES Histerektomi, Doğal Açıklık Cerrahisi, TVNOTES Histerektomi, NOTES

Vajinal histerektomi yapılan olguların postoperatif üriner inkontinans gelişim riski açısından değerlendirilmesi

Özge Coşar, Kübra Bağdatlıoğlu, Meriç Kabakçı
Sisli hamidiye etfal eğitim araştırma hastanesi

Giriş

Üriner inkontinansı (Üİ), Uluslararası Kontinans Derneği ve Uluslararası Ürojinekoloji Derneği istemsiz idrar kaçırma olarak tanımlanmaktadır. Stres üriner inkontinansı (SÜİ) efor veya aktiviteyle, urge Üİ'yi ani/zorlayıcı işeme hissinin neden olduğu aciliyetle (urgency) ilişkili inkontinans olarak tanımlamıştır. Pelvik organ prolapsusu (POP) pelvik organların vajina içine veya vajinadan dışarı sarkması olarak tanımlanır. POP, SÜİ gibi pelvik tabandaki fonksiyon bozukluğu sebebiyle gelişen bir hastalıktır. Her iki hastalığın risk faktörleri benzerdir, bu nedenle sıklıkla beraber görülürler. İleri evre prolapsusta üretranın, prolabe olan pelvik organ/dokular tarafından katlanarak obstrükte olmasıyla inkontinans izlenmeyebilir. Yani üretral obstrüksiyon kontinansı sağlayabilir Prolapsus cerrahisi sonrası üretradaki katlanmanın düzeltilmesiyle gizli inkontinans, aşikar olabilir. Bu tip inkontinansa, gizli/okkült stres üriner inkontinans (OSÜİ) denir.

OSÜİ'nin teşhisinde muayenede prolapsus redükte edilerek postoperatif düzeltilmiş anatominin provası yapılır. Bu test OSÜİ' yi yakalamada tamamen başarılıdır denemez, çalışmalarda preoperatif değerlendirilip inkontinans düşünülmeyen hastaların postoperatif inkontinans tariflediği gözlenmiştir.

Kadınların POP cerrahisine ihtiyaç duyma riski %12-19'dur. POP cerrahisine antiinkontinans prosedür eklenmesi tartışmalı bir konudur. Bazı çalışmalar sling gibi bir antiikontinans prosedürün POP cerrahisine eklenmesinin postoperatif SÜİ 'yi azaltabileceğini gösterirken, bazı çalışmalar aşamalı yaklaşımın 3'te 2 oranında daha az antiinkontinans prosedür ihtiyacı oluşturduğunu göstermişlerdir.

Çalışmanın amacı POP endikasyonuyla vajinal histerektomi (VAH) geçiren hastalarda Üİ gelişip gelişmediğini araştırmak ve Üİ gelişen hastalarda inkontinans gelişme riskiyle VAH'a eşlik eden TOT, sistorektosel onarımı (CAP) ve sakrospinöz fiksasyon (SSF) gibi prosedürlerin ilişkisini değerlendirmektir.

Materyal- Metot

Çalışmaya 2021 – 2022 tarihleri arasında SBÜ Sarıyer Hamidiye Etfal Eğitim Araştırma Hastanesi'nin Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniğinde POP nedeniyle VAH olan hastalar dahil edilmiştir. Hastane elektronik veri tabanından 42 hastaya ulaşıldı. 1 hastanın covid nedeniyle ex olduğu öğrenildi. 2 hastanın iletişim bilgilerinin yanlış olması nedeniyle 3 hastaya da 4 kere telefon ile deneme sonucu ulaşılamadı.

Çalışmaya 36 hasta dahil edildi. Hastalar postoperatif 6. ayda ve de 1. yılda değerlendirildi. Üİ sorgusunda "Üriner İnkontinans Teşhis Anketi" kullanıldı. SÜİ için stres skoru>=4, UÜİ teşhisi için urgency skoru >=6 baz alındı. Her ikisini sağlayan bireylere MÜİ teşhisi konuldu. Bu anketin SUİ için sensitivite ve spesifitesi sırasıyla %85 ve %71, UÜİ için sensitivite ve spesifitesi %79 ve %79 bildirilmiştir.

Bulgular

Vajinal histerektomize 36 hastanın 14(%38,9)'ünde Üİ bulgusuna rastlanıldı. 22 hasta kontinant izlendi. İdrar kaçıran hastalardan 1(%7,1)'inde stress, 7(% 50)'sinde urge tip, 6(% 42,9) hastada mikst tip inkontinans izlendi. Hastaların 31 (% 86,1)'inde CAP, 4 (% 11,1)'ünde TOT, 10 (% 27,8)'unda SSF operasyonu eşlik ettiği gözlendi. Yaş ortalamaları 58,9±8,9 idi. Gruplar arası yaş açısından fark izlenmedi (p>0.05). VAH sonrası postoperatif 6. ay (p=0.361) ve 1. yıl (p=0.809) kontrolünde her iki hasta grubu için Üİ gelişmesi riski (SUİ ve UÜİ alt grupları dahil olmak üzere) istatistiksel anlamlı fark izlenmedi (p=0.456). SSF, TOT, CAP operasyonlarının VAH'a eklenmiş olmasının Üİ üzerindeki etkisi araştırıldı. Üİ riskini etkilemediği izlendi (p>0.05).

Sonuç

Vajinal histerektomiye antiinkontinans prosedür eklenmesi tartışmalı bir konudur. Özellikle preoperatif inkontinans tariflemeyen hastalarda VAH sonrasında gelişebilen Üİ hasta -hekim memnuniyetini düşürmektedir. Çalışma sonuçlarımız VAH sonrasında Üİ gelişmesini istatistiksel olarak anlamlı değerlendirmemiştir. POP nedeniyle operasyon planlanan her hasta komplikasyonlar göz önünde bulundurularak değerlendirilmeli şikayetlerinin tamamen geçmeyebileceği, tekrarlayabileceği, stres/urge üriner inkontinans gelişebilebileceği konusunda bilgilendirilmelidir.

Anahtar Kelimeler: üriner inkontinans, vajinal histerektomi, tot, VAH

Kliniğimizde meş erozyonu nedeniyle opere edilen hastaların özellikleri ve sonuçları

Elif Cansu Gundogdu, Elif Karataşlı, Elif Ünlügedik Sayın
Kartal Dr Lütfi Kırdar Şehir Hastanesi

Giriş

Polipropilen meş, yıllardır hem stres üriner inkontinans (SÜİ) hem de pelvik organ prolapsusu (POP) için vajinal rekonstrüksiyon tedavisinde yardımcı materyal olarak kullanılmaktadır. SUI için midüretral askıların komplikasyon oranı çalışmalar arası değişkenlik göstermektedir. Komplikasyonlar kısa veya uzun vadede ortaya çıkabilir. En sık karşılaşılan komplikasyonlardan biri meş erozyonudur. Meş erozyonlarının kesin nedenleri belirsizliğini korumakla birlikte olası sebepler arasında yara enfeksiyonu, meşin aşırı gerilimi, küçük gözenek boyutu, cerrahi teknik, radyoterapi ve postoperatif vajinal atrofi düşünülmektedir. Meş erozyonu sıklıkla disparoni, ağrı, vajinal akıntı gibi şikayetlere yol açar. Tespit edildiğinde vajinal ya da abdominal yoldan laparotomik, laparoskopik veya robotik olarak meşin eksizyonu yapılabilir. Bu bildiri ile kliniğimizde meş erozyonu nedeniyle opere edilen hastaların özellikleri, cerrahi yönetimleri ve postoperatif takiplerinin değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

Materyal ve Metod

Çalışmaya Kartal Dr. Lütfi Kırdar Şehir Hastanesi Kadın hastalıkları ve doğum kliniğinde arasında meş erozyonu tanısı konulmuş ve opere edilmiş hastalar dahil edilmiştir. Hastaların yaş, vücut kitle indeksi (VKİ), menopozal durum, medikal ve cerrahi özgeçmiş, preoperatif başvuru sebebi, yapılan operasyon ve postoperatif şikayet sebepleri gibi veriler digital dosya kayıtları taranarak elde edilmiştir.

Bulgular

Meş erozyonu tanısıyla 12 hasta opere edilmiştir. Operasyon sırasında hastaların yaş ortancası 44,5 (min:26, max:60) olarak bulunmuştur. Hastaların vücut kitle indeksi ortancası 30,5 (min:28.7, max: 38.1) olup sadece 5 hasta menopozal dönemde tespit edilmiştir. On iki hastanın 11'inde meş erozyonu TOT operasyonu sonrası gelişmiş olup, TVT operasyonu sonrası meş erozyonu ile başvuran hasta saptanmamıştır. Vajinal yoldan meş eksizyonu başarısızlığı nedeniyle laparoskopik meş eksizyonu yapılan bir hasta dışında tüm hastalarda vajinal yoldan meş eksizyonu uygulanmıştır. On hastada meş eksizyonu sonrası herhangi bir şikayet saptanmazken sadece 2 hastada üriner inkontinans gelişmiştir.

Sonuç

Stres üriner inkontinans tedavisi de dahil olmak üzere pelvik rekonstrüksiyon için polipropilen meşin güvenliği ve faydası tartışmalıdır. Cerrahi teknik ve hasta seçimi, hasta sonuçlarını optimize etmede kritik faktörlerdir. Güvenlik ve etkinlik ile ilgili uzun dönem sonuçları bildiren çalışmalarla kanıt düzeyi yüksek sonuçlar elde edilene kadar polipropilen meşin geleceği hakkında net kanıya varmak mümkün gözükmemektedir ve yaygın olarak kullanılan bir materyal olarak kalıp kalmayacağı belirsizdir.

Anahtar Kelimeler: Cerrahi meş, Meş erozyonu, Transobturator tape

Epizyotomi Cilt Onarımında Farklı Sütür Tekniklerinin Yara İyileşmesi ve Ağrı Açısından Karşılaştırılması

Semra Yüksel, Aylin Üstün
Başakşehir Çam ve Sakura Şehir Hastanesi

Giriş Epizyotomi rutin olarak önerilmese de günlük pratikte perineal hasar riskini azaltmak için hastalarda uygulanabilmektedir. Epizyotominin intravajinal kısım genellikle benzer yöntemle; devamlı sütürlerle onarılır. Cilt kısmının onarımında ise klinisyenler tarafından farklı teknikler tercih edilmektedir. Bu çalışmada amacımız, epizyotomi cilt onarımında kullanılan farklı sütür tekniklerinin postpartum perineal ağrı ve yara iyileşmesine olan etkisinin araştırılmasıdır.

Methods: Bu prospektif girişimsel çalışmaya tersiyer bir merkezde 18-45 yaş arası 34-41 gebelik haftasında doğum yapan primipar hastalar dahil edildi. Epizyotomi cilt onarımında matris (n:43), primer separe (n:43), subkutan devamlı (n:43) olmak üzere 3 farklı sütür tekniği kullanıldı. Postpartum 1. ve 15. günde hastaların Vizüel Analog Skala (Visual Analogue Scale, VAS) ve (Redness, Edema, Ecchymosis, Discharge,Approximation) REEDA skorları hesaplandı.

Results: Postpartum 1. günde VAS skorları separe ve subkutan grupta anlamlı olarak matris grubuna göre düşük bulunurken (medyan 4,4,6 (0-10); p<0.001); REEDA skorları arasında anlamlı fark yoktu. Postpartum 15. günde ise subkutan grupta REEDA skorları diğer gruplara göre düşük bulunurken (medyan 0 (0-5),1 (0-9),1 (0-9); p=0.013); VAS skorları arasında anlamlı fark bulunmadı. Gruplar arasında epizyotomi süreleri benzer bulundu. Matris ve primer separe grupta birer hasta epizyotomi cilt kısmında açılma izlendi (%2.3) ve onarıldı; takibinde sorunsuz iyileşme görüldü.

Conclusions: Epizyotomi yapılan hastalarda onarım şekli postpartum ağrı ve yara iyileşmesini etkileyebilir. Cildin subkutan olarak kapatıldığı grupta postpartum 15. günde REEDA skorlarının daha düşük olduğu görülmüştür. Hastaların estetik kaygılarının arttığı günümüzde epizyotomide standard sütür tekniklerinin yara iyileşmesi ve skar açısından karşılaştırıldığı yeni çalışmalara ihtiyaç vardır.

Anahtar Kelimeler: Epizyotomi, perineal ağrı, yara iyileşmesi, sütür teknikleri

Grupların demografik ve klinik özelliklerinin karşılaştırılması

	Matris grup (n:43)	Primer separe (n:43)	Subkutan devamlı (n:43)	p
Yaş	22.6±2.9	23.9±4.8	24.1±4.1	0.19
Sigara	2 (%4.7)	3 (%7)	6 (%14)	0.27
VKI	28.4±4.5	27.3±3.1	28.3±5.0	0.39
Doğumda gebelik haftası	4.52±3.89	4.56±3.22	5.02±3.55	0.77
Tam açıktan doğuma kadar geçen süre	33.65±18.91	47.53±36.54	42.02±26.71	0.08
Yüzeyel yan duvar laserasyonu	5 (%11.6)	3 (%7)	8 (%18.6)	0.26
Epizyotomi intravajinal uzunluğu	5.88±1.56	5.44±1.78	5.58±1.73	0.47
Epizyotomi cilt uzunluğu	4.14±1.19	4.42±1.35	4.14±1.17	0.48
Epizyotomi süresi (dakika)	24.53±8.82	21.67±7.09	25.23±7.30	0.08
Yenidoğan ağırlığı (gram)	3207±383	3035±491	3166±445	0.17
Yenidoğan baş çevresi (cm)	34.79±1.28	34.12±1.55	34.67±1.51	0.07

VKİ: Vücut kitle indeksi

Grupların postpartum izlemlerinin karşılaştırılması

	Matris grup (n:43)	Primer separe grup (n:43)	Subkutan devamlı grup	p
Postpartum 1. gün lökosit sayısı	18.67±4.14	18.29±4.76	18.58±3.57	0.91
Postpartum 1. gün VAS	6 (0-10)	4 (0-10)	4 (0-10)	<0.001
Postpartum 1. gün REEDA	3 (0-10)	3 (0-9)	3 (0-11)	0.39
Düşük moleküler ağırlıklı heparin kullanımı	6 (%14)	4 (%9.3)	8 (%18.6)	0.46
Epizyotomide açılma	1 (%2.3)	1 (%2.3)	0	-
Postpartum 15. gün VAS	2 (0-10)	2 (0-10)	1 (0-8)	0.87
Postpartum 15. gün REEDA	1 (0-10)	1 (0-9)	0 (0-5)	0.013
Üriner inkontinans	2 (%4.7)	1 (%2.3)	2 (%4.7)	0.81

REEDA:Redness, Edema, Ecchymosis, Discharge,Approximation; VAS: Visual Analogue Scale

Vajinal Histerektomi Sonrası Cuff Prolapsusunda Laparoskopik Lateral Süspansiyon

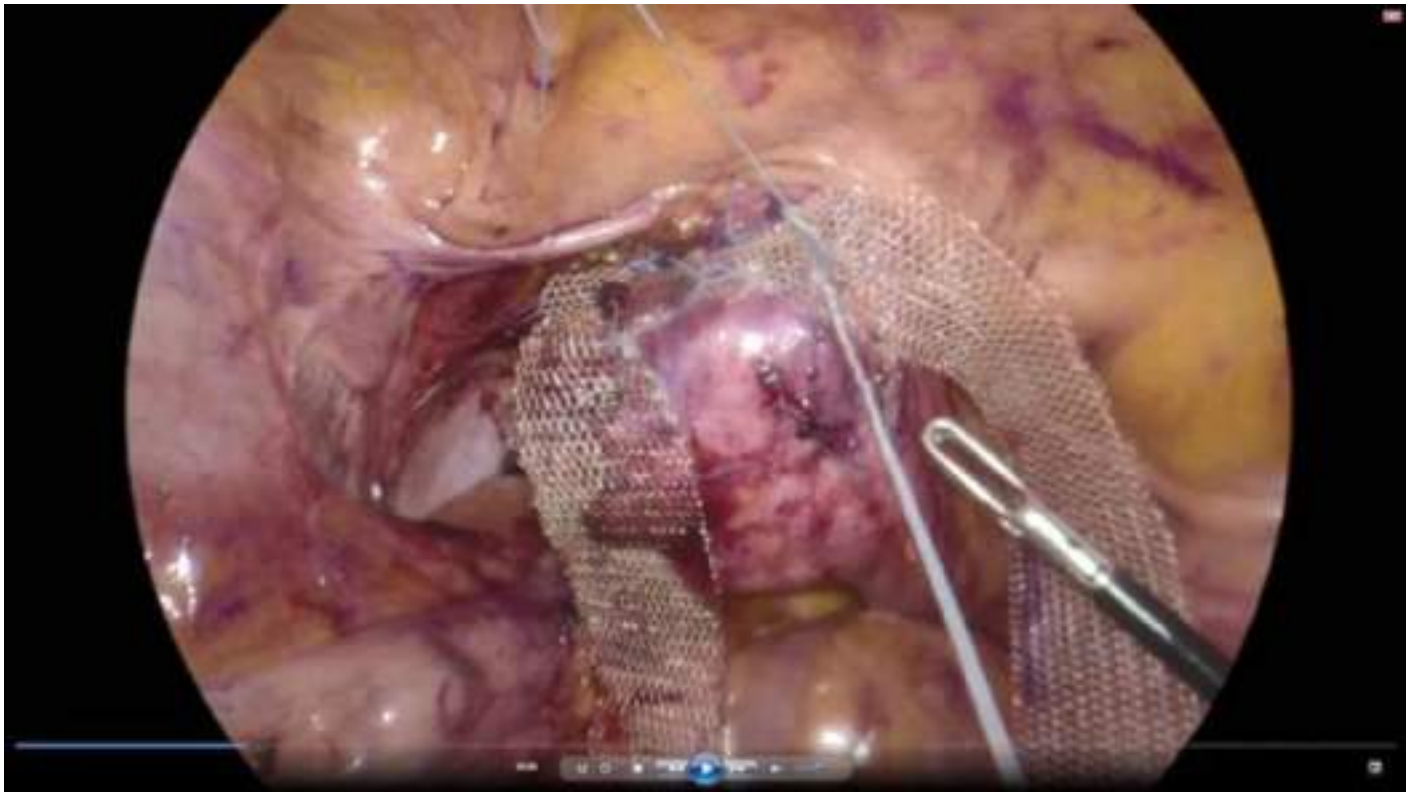
Karolin Ohanoglu, Alper Türkoğlu
Başakşehir Çam Ve Sakura Şehir Hastanesi

Giriş: Pelvik organ prolapsusları (POP) vajenin kompartman defektleri nedeni ile uterus, vajinal cuf, mesane ve rektumun vajina içine veya dışına kadar prolabe olmasıdır. Yaşla birlikte artış gösteren, 20–29 yaş grubunda %6,6, 50–59 yaş grubunda %55,6'lara kadar çıkan ve çoğu kez cerrahi tedavi gerektiren önemli bir sağlık problemidir.1 Başlıca sebepler arasında vajinal doğum, ileri yaş, geçirilmiş histerektomi, obezite, kronik konstipasyon ve bağ dokusu hastalıkları sayılabilir. 2 Laparoskopik lateral süspansiyon özellikle cuff prolapsusu olan olgularda, anatomik ve fonksiyonel pozitif sonuçları açısından günümüzde sıklıkla kullanılmaktadır. 3

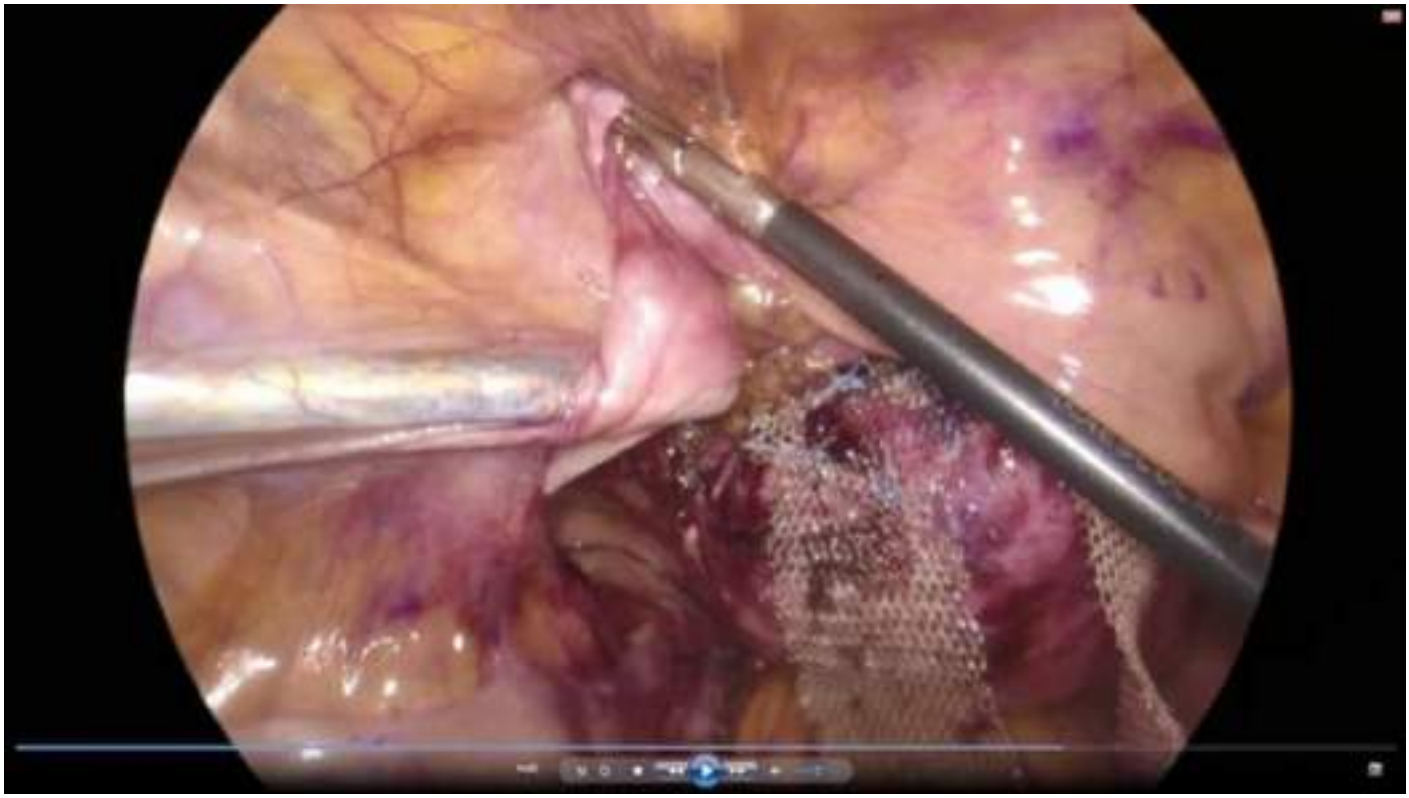
Olgu: 55 yaşında, 1 yıl önce vajinal histerektomi ve bilateral salpingooferektomi geçiren, evre I sistosel ve grade 2 cuff prolapsusu ile başvuran hastaya laparoskopik lateral süspansiyon ile mesh uygulanması planlandı. Operasyona rutin laparoskopik set up ile başlandı. Daha sonra vajene yuvarlak tampon yerleştirilerek cuff sınırları belirlendi. Bilateral üreter traseleri kontrol edildi. Mesane 200 cc izotonik işe şişirilerek sınırları belirlendi. Mesane, peritondan sıyrılarak uzaklaştırıldı. 30*30 cm prolen mesh V şeklinde (boy 30 cm, en 2 cm alt köşe 2 cm kare olacak şekilde) kesilip hazırlanarak 10'luk trokardan batın içine gönderildi. Öncelikle Ethibond No: 1 sütür ile mesh vajinal cuff üzerine tespit edildi. Mesh kolları bilateral alanlarda süspansiyon için uygun pozisyona getirildi. Daha sonra mesh absorbable tucker ile Ethibond sütür ile cuffa sabitlendi. Ek insizyon yapılmaması açısından, rutin teknikten (Spinia iliaca anterior superior'lara 2 cm posterokranial yönde) farklı olarak sağ ve sol inguinal trokar girişlerinden batına sokuldu. İnguinal trokarlar çekilerek, trokar yerlerinden laparoskopik portegü ile girildi, fasya geçilerek subperiton seviyesine kadar ilerletilip, subperitoneal tünel oluşturularak round ligamen geçildikten sonra periton perfore edildi ve batına çıkması sağlandı. Sonrasında mesh kollarının ucundan tutularak periton altından oluşturulan tünelden batın dışına çıkarıldı. Bilateral olarak tension-free olacak şekilde gerginlik ayarlandıktan ve vajinal olarak stumphun seviyesi kontrol edildikten sonra batın dışında kalan mesh uçları kesildi. Mesh uçları kısa dönem postoperatif gevşeme olmaması açısından, trokar çıkış yerlerine 2.0 Vicryl ile fasyaya tespit edildi. Anterior ve posterior periton, mesh kapanacak şekilde 2.0 Vicryl ile sütüre edilerek peritonizasyon yapıldı. Operasyon sırasında herhangi bir kanama yada komplikasyon izlenmedi. Postoperatif 6.saatte mesane sondası çekilerek spontan idrar çıkışı izlendi. Hasta postoperatif 2.gününde komplikasyonsuz taburcu edildi. Postoperatif 1., 6. ve 12.aylık kontrollerinde ek şikayet izlenmedi ve proplapsus tekrarlamadı.

Sonuç: Rekürren prolapsus olgularında laparoskopik lateral fiksasyon tekniği efektif ve düşük komplikasyon riski olan bir tedavi yöntemidir.

Anahtar Kelimeler: laparoskopi, lateral süspansiyon, vajinal cuff prolapsusu



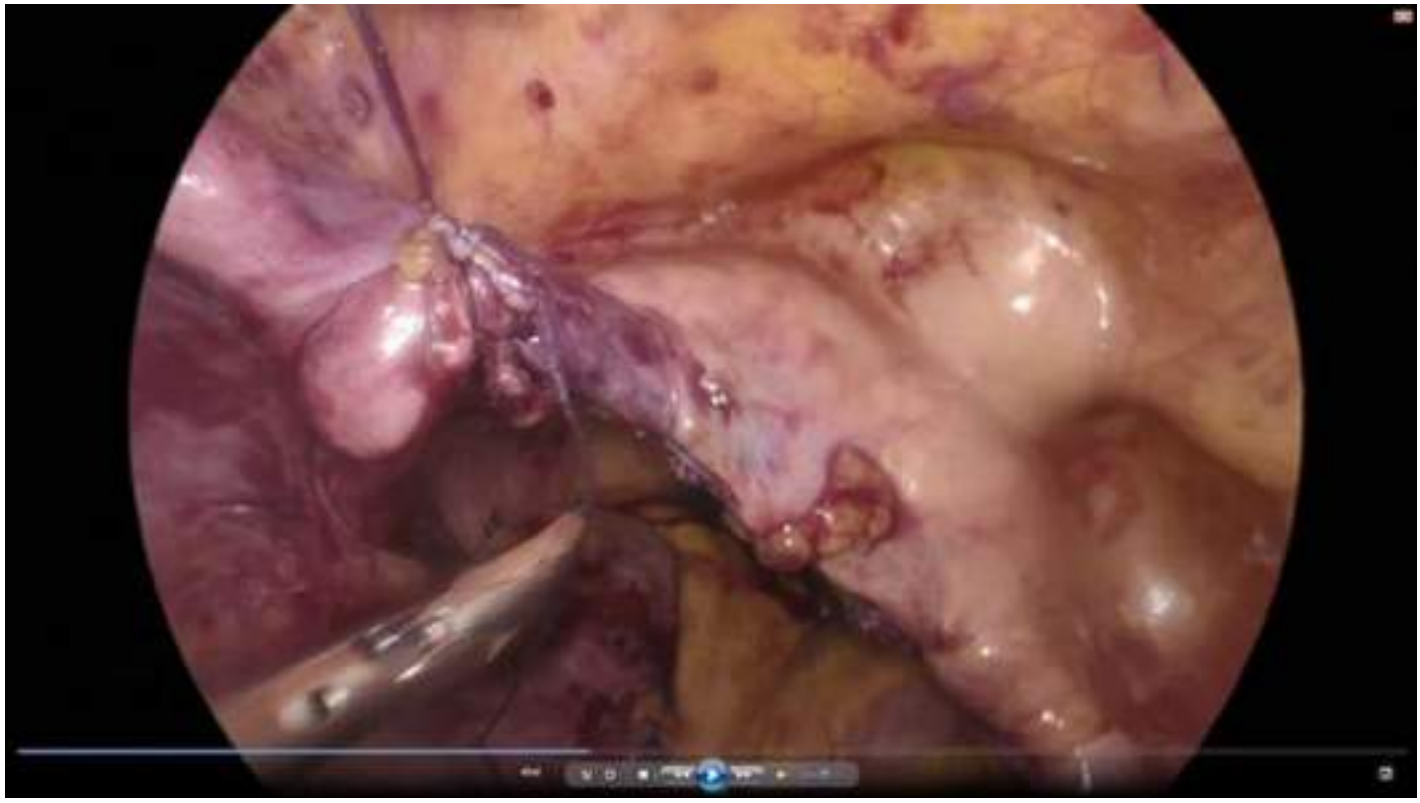
Mesh'in cuff'a sabitlenmesi



Portegü yardımı ile peritoneal tünel oluşturulması



Meshin her iki ucunun retroperitoneal tünelden batın dışına çekilmesi



Mesh tension-free olacak şekilde fasyaya tesbiti ve peritonizasyon

Stres üriner inkontinans cerrahisi başarısızlığını etkileyen faktörler ve hasta danışmanlığı için Nomogram

Muhammed Hanifi Bademkıran
Gaziantep Universitesi Tip Fakultesi,kadin Hastaliklari ve Dogum,Gaziantep

Amaç; Stres üriner inkontinans (SUI) nedeniyle transobturator mid-üretral (TOT) veya Burch kolposüspansiyon cerrahisi geçirenlerin cerrahi başarısızlığının klinik bir tahmin modelini değerlendirmek.
Gereç-Yöntem: Bu retrospektif çalışmaya SÜİ nedeniyle TOT veya Burch kolposüspansiyon cerrahisi uygulanan toplam 462 hasta dahil edildi. Yaş, anti-inkontinans ameliyatları, eşlik eden ameliyatlar, diyabet, menopoz, önceki abdominal cerrahi ve komplikasyonlar, kısıtlı bir kübik spline kullanılarak kısıtlı düz parametreler olarak Modele dahil edildi.
Sonuçlar: Dört aday değişken SÜİ cerrahi tedavisinin başarısızlığı ile güçlü bir şekilde ilişkiliydi: Menopoz (olasılık oranı [OR]: 4.0[1.88–8.5]), diyabet (OR: 4.3 [1.83-10.5]), idrar yolu enfeksiyonu (OR: 2.29 [0.96–5.4]) ve pelvik ağrı (OR: 4.10 [1.40–11.9]). Beş aday öngörücü SUI cerrahi tedavisinin başarısızlığı ile ilişkili olabilir: önceki pelvik cerrahi (OR: 1.55 [0.81-2.95]), eşzamanlı ameliyatlar (OR: 0.71 [0.50-1.02]), idrar yolu yaralanması (OR: 0.52 [0.19] –1.42]), SÜİ (OR: 1.42 [0.68–2.96]) ve disparoniye (OR: 0.64 [0.23–1.77]) bağlı anti-inkontinans ameliyatları.
Sonuç: SÜİ nedeniyle TOT veya Burch kolposüspansiyon cerrahisi geçirenlerde menopoz, diyabet, idrar yolu enfeksiyonu ve pelvik ağrı gibi bazı parametreler cerrahi başarısızlığı öngörebilir.

Anahtar Kelimeler: Burch Kolposüspansiyon, Klinik Öngörü Modeli, Stres Üriner İnkontinans, TOT, Nomogram

Figure 1

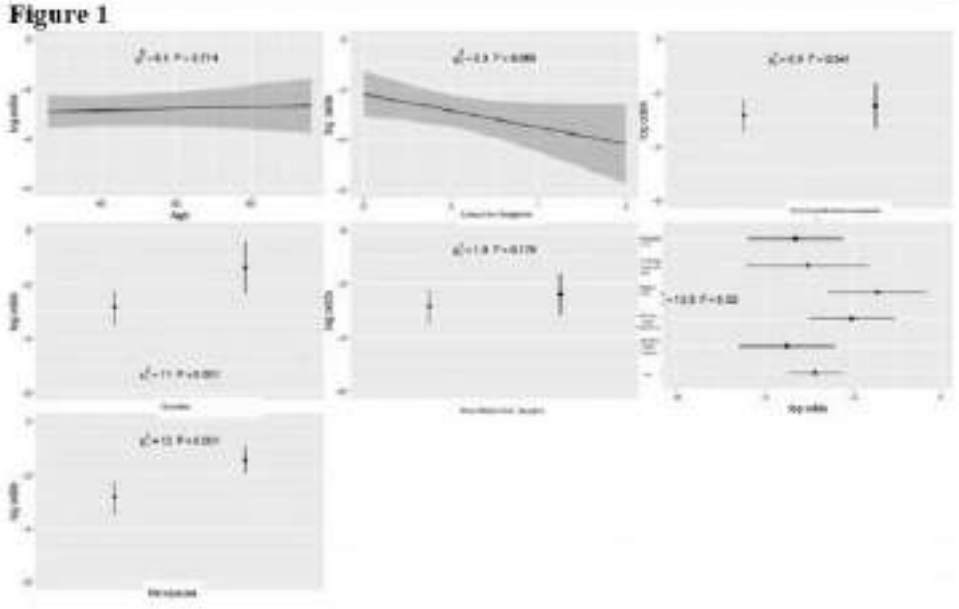
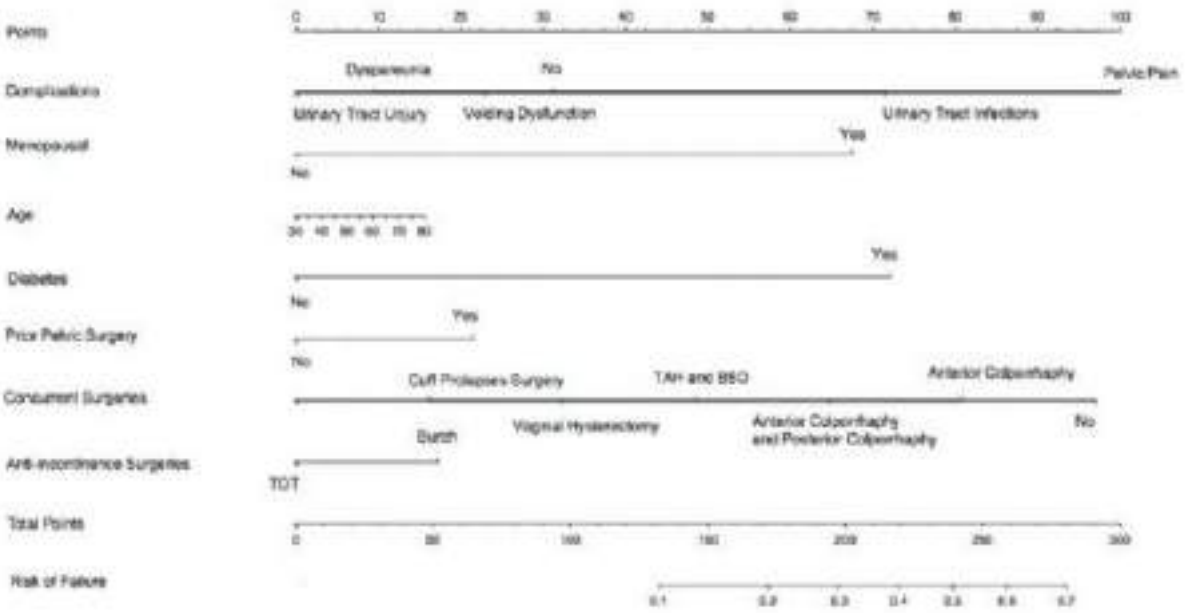


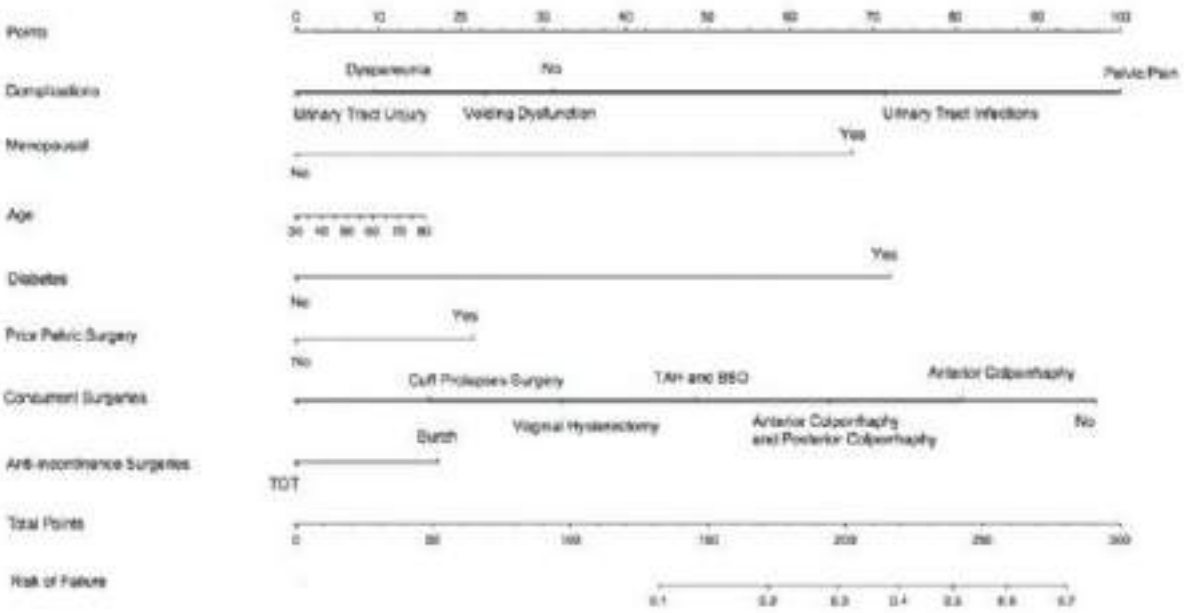
Figure 2



Tablo 1

Demografik Özellikler	Başarılı grup N=386 (%83)	Başarısız grup N=76 (%17)	P değeri
Hormonal Durum ve (%) Menapoz Premenopoz Bilgisi Yok	 189(49%) 139(36%) 58(15%)	 52(70%) 13(16%) 11(14%)	0.01
Yaş, ortalama ±ss	47,14±9,65	51,3 ±11,06	0,001
SÜİ'ye bağlı idrar kaçırma ameliyatları, n (%) Burch TOT	 67(17%) 319(83%)	 13(17%) 63(83%)	0.9
Eşzamanlı ameliyatlar,(%) Yok CA ve CP TAH ve BSO VAH kaf sarkması cerrahisi	 8(2%) 16(4%) 305(79%) 39(10%) 5(1,2%) 13(3.8%)	 4(6%) 7(9%) 56(75%) 8(9%) 0(0%) 1(1%)	0.11
Cinsel Aktivite, n (%) var yok Bilgi yok	 298(77%) 77(20%) 11(3%)	 55(74%) 18(23%) 3(3%)	0.8

Figure 2



Tablo 1

Demografik Özellikler	Başarılı grup N=386 (%83)	Başarısız grup N=76 (%17)	P değeri
Hormonal Durum ve (%) Menapoz Premenopoz Bilgisi Yok	 189(49%) 139(36%) 58(15%)	 52(70%) 13(16%) 11(14%)	0.01
Yaş, ortalama ±ss	47,14±9,65	51,3 ±11,06	0,001
SÜİ'ye bağlı idrar kaçırma ameliyatları, n (%) Burch TOT	 67(17%) 319(83%)	 13(17%) 63(83%)	0.9
Eşzamanlı ameliyatlar,(%) Yok CA ve CP TAH ve BSO VAH kaf sarkması cerrahisi	 8(2%) 16(4%) 305(79%) 39(10%) 5(1.2%) 13(3.8%)	 4(6%) 7(9%) 56(75%) 8(9%) 0(0%) 1(1%)	0.11
Cinsel Aktivite, n (%) var yok Bilgi yok	 298(77%) 77(20%) 11(3%)	 55(74%) 18(23%) 3(3%)	0.8

günlük ped kullanımı, ortalama ±sd	2.20 ±1.12	2.27±1.04	0.8
Parite, n (%) 4=< 5>	 277(72%) 109(28%)	 48(63%) 28(37%)	0.2
Diabetes, n (%) Yok Var	369(96%) 17(4%)	62(82%) 14(18%)	<0.0001
Hipertansion, n (%) Yok Var	327(85%) 59(15%)	62(82%) 14(18%)	0.68
Önceki Karın Ameliyati , n(%) Yok Var	318(82%) 68(18%)	58(77%) 18(23%)	0.2
Prosedür suresi, ortalama ±sd Burch kolposüspansiyonu TOT	 38.7 ± 13.1 38.3 ± 12.8	 44.7 ± 16.5 36.5 ± 10.6	0.5
Q tip test, n (%) hayir evet	 194(50%) 192(50%)	 31(41%) 45(59%)	0.13
komplikasiyon, n (%) Yok İdrar yolu yaralanması İdrar yolu enfeksiyonları Pelvik ağrısı işeme disfonksiyonu disparoni	245(63%) 45(%12) 23(%6) 12(%3) 13(%3) 48(%13)	44(57%) 6(%8) 10(%13) 7(%9) 4(%5) 5(%6)	0.02

stres inkontinans nedeniyle burch ve TOT operasyonu olan hastalarin demografik ve klinik ozellikleri

Tablo 2

Degiskenler	OR	95% CI	p-degeri
Yas	1.00	0.97-1.04	0.65
Menapoz	4.00	1.88-8.5	<0.0004
eslik eden cerrahiler	0.71	0.50-1.02	0.10
Diabetes	4.3	1.83-10.5	<0.0008
Önceki Pelvik Cerrahi	1.55	0.81-2.95	0.17
SUI nedeniyle anti-inkontinans ameliyatları	1.42	0.68-2.96	0.34

komplikasyonlar			
yok	1	Referent	
İdrar Yolu Yaralanması	0.52	0.19-1.42	0.23
İdrar yolu enfeksiyonları	2.29	0.96-5.4	<0.05
Pelvik ağrı	4.10	1.40-11.9	<0.01
İşeme Bozukluğu	0.84	0.23-3.03	0.86
disparoni	0.64	0.23-1.77	0.36

Tablo 2: Pre-operatif, intra-operatif ve post-operatif aday öngörücülerinin SUI cerrahisinin başarısızlığı ile ilişkisini izlemek için olasılık oranları

Gebelikte Konstipasyonu Olan Hastalarda Tüketilen Ekmeğin Etkisi

Ülkü Ayşe Türker Arası1, Hande Sezer2
1Kafkas Üniversitesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilimdalı, Kars
2Kars Harakani Devlet Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Bölümü, Kars

Amaç: Konstipasyon sıklığı kadınlarda literatür verileri incelendiğinde %6-17 arasındadır. Gebe kadınlarda ise bu oran %13-38 arasındadır. Yapılan çalışmalar da konstipasyonu olan gebe kadınlarda yaşam kalitesinin olmayan gebelere göre daha az olduğu görülmüştür. Tedavide organik bir patoloji eşlik etmiyorsa genellikle hayat tarzı değişikliğinden fayda beklenmektedir. Fayda görülmeyen durumlarda ise medikal ajan kullanımı söz konusudur. Yaşam tarzı değişikliği olarak kadınlarda günlük tüketilen lif miktarının arttırılması, fiziksel aktivitenin arttırılması ve tüketilen su miktarının arttırılması önerilmektedir. Türkiye'de çoğunlukla beyaz undan yapılan ekmek tüketilmektedir. 100 gram beyaz ekmek içeriğindeki lif miktarı 2,7 gramdır. Tam buğday unundan yapılan ekmeğin 100 gramındaki lif miktarı ise 7 gramdır. Biz bu çalışmada sadece gebelerde tüketilen lif miktarını arttırmak amacı ile beyaz undan yapılan ekmek tüketimini tam buğday unundan yapılan ekmek ile değiştirerek bu durumun gebelerde konstipasyona etkisini incelemeyi amaçladık.
Yöntem: Çalışmamız kadın hastalıkları ve doğum servisine konstipasyon şikayeti ile başvuran 50 gebe üzerinde gerçekleştirildi. Bu gebelerin 25'inde ekmek kullanımı tam buğday unundan yapılmış ekmek ile değiştirilirken, diğer 25 tanesinde ekmek kullanımı değiştirilmedi. 1 haftalık değişiklik sonrası hastalarda konstipasyon değerlendirildi. İstatiksel analizler SPSS 21 programı ile Man Whitney U, Ki-Kare testi yapılmıştır ve $p<0,05$ anlamlı kabul edilmiştir.
Bulgular: Gebelerin biyodemografik, gebelik, labaratuvar parametreleri açısından istatistiksel açıdan anlamlı farklılık saptanmadı. Konstipasyon açısından haftalık dışkı sayısında anlamlı farklılık saptandı. Şişkinlik hissinde ise anlamlı farklılık saptanmadı.
Sonuçlar: Gebelikte karşılan en sık 2. gastrointestinal sistem problemi olan konstipasyon yaşam tarzı değişikliği ile medikal ajan kullanılmadan gebelikte azaltılabilir.

Anahtar Kelimeler: gebelik, konstipasyon, diyet değişikliği

Gebelerin Özellikleri

	Beyaz ekmek grubu (ortalama standart sapma)	Tam buğday ekmek grubu (ortalama standart sapma)	p
Yaş (yıl)	26,8±1,7	27,1±1,3	0,876
Gebelik haftası (hafta)	25±2,3	24±1,9	0,910
Vücut kitle indeksi (kg/m2)	28,1±0,6	27,9±0,7	0,854
Hb (gr/dL)	11,2±1,3	14,3	0,903
TSH (mIU/L)	1,7±0,2	1,8±0,3	0,768
D vitamini düzeyi (ng/mL)	22,1±0,9	23,4±04	0,841

Tablo 2: Ekmek türü değişikliğinin konstipasyona etkisi

	Konstipasyonda azalma yok (n(%))	Konstipasyonda azalma var (n(%))	Toplam (n(%))	p
Beyaz ekmek grubu	16 (%66,7)	9 (%34,6)	25 (%50)	25 (%50) 0,046
Tam buğday ekmek grubu	8 (%33,3)	17 (%65,4)	25 (%50)	

Tablo 2: Ekmek türü değişikliğinin konstipasyona etkisi

	Şişkinlik hissinde azalma yok (n(%))	Şişkinlik hissinde azalma var (n(%))	Toplam (n(%))	p
Beyaz ekmek grubu 18 (%58,1) 7 (36,8) 25 (%50) 0,244	18 (%58,1)	7 (36,8)	25 (%50)	0,244
Tam buğday ekmek grubu	13 (%41,9)	12 (%63,2)	25 (%50)	

Gebelerin Özellikleri

	Beyaz ekmek grubu (ortalama standart sapma)	Tam buğday ekmek grubu (ortalama standart sapma)	p
Yaş (yıl)	26,8±1,7	27,1±1,3	0,876
Gebelik haftası (hafta)	25±2,3	24±1,9	0,910
Vücut kitle indeksi (kg/m2)	28,1±0,6	27,9±0,7	0,854
Hb (gr/dL)	11,2±1,3	14,3	0,903
TSH (mIU/L)	1,7±0,2	1,8±0,3	0,768
D vitamini düzeyi (ng/mL)	22,1±0,9	23,4±04	0,841

Tablo 2: Ekmek türü değişikliğinin konstipasyona etkisi

	Konstipasyonda azalma yok (n(%))	Konstipasyonda azalma var (n(%))	Toplam (n(%))	p
Beyaz ekmek grubu	16 (%66,7)	9 (%34,6)	25 (%50)	25 (%50) 0,046
Tam buğday ekmek grubu	8 (%33,3)	17 (%65,4)	25 (%50)	

Tablo 2: Ekmek türü değişikliğinin konstipasyona etkisi

	Şişkinlik hissinde azalma yok (n(%))	Şişkinlik hissinde azalma var (n(%))	Toplam (n(%))	p
Beyaz ekmek grubu 18 (%58,1) 7 (36,8) 25 (%50) 0,244	18 (%58,1)	7 (36,8)	25 (%50)	0,244
Tam buğday ekmek grubu	13 (%41,9)	12 (%63,2)	25 (%50)	

Stres üriner inkontinansın cerrahi tedavisinde otolog rektus fasya grefti ile pubovajinal sling tekniği

Can Tercan, Ali Selçuk Yeniocak
T.C. Sağlık Bakanlığı, Başakşehir Çam ve Sakura Şehir Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği, İstanbul

Amaç:

Normal doğumdan sonra sık görülen komplikasyonlar olan stres üriner inkontinans (SUI) ve pelvik organ prolapsusunun (POP) cerrahi tedavisinde, mesh kullanımını içeren teknikler 1990'lı yılların sonlarından itibaren rutin tedavinin bir parçası olarak sunulmuştur. Ancak sentetik meshler, sinir hasarı, kronik ağrı, erozyon, gibi birçok kadın için yaşamı ciddi şekilde etkileyen komplikasyonlara yol açmıştır. ABD Gıda ve İlaç Dairesi (FDA), 1996'da Boston Scientific'in ProteGen Sling'i olan SUI için ilk mesh implantını onayladı. POP için ilk mesh ise 2002 yılında onaylandı. 2008'de FDA, SUI ve POP tedavisinde transvajinal olarak yerleştirilen cerrahi meshler ile ilişkili ciddi komplikasyonlar hakkında bir halk sağlığı bildirimi ve hasta bildirimi yayınladı. Johnson & Johnson (J&J) ilk federal mesh davasını Şubat 2013'te kaybederken, Kasım 2017'de Avustralya, Aralık 2017'de Yeni Zelanda, POP için transvajinal mesh kullanımını yasakladı. Birleşik Krallık Sağlık Bakanlığı, Temmuz 2018'de belirli koşullar sağlanıncaya kadar mesh implantların güvenli kabul edilemeyeceği yönünde görüş bildirdi. Otolog greftlerle uygulanan sling cerrahi tekniği ilk olarak Goebel tarafından, 1910 yılında piramidalis kasını üretra altında müsküler bir sling oluşturmak amacıyla kullanılmıştır[1]. 1942'de ise Aldridge modern tekniklerin öncüsü olarak kabul edilen rektus kas fasyasını kullanmıştır[2]. Sonrasında fasya lata ve rektus kılıfının kullanıldığı vajinal, abdominal veya kombine yaklaşımlarla uygulanan çeşitli prosedürler tarif edilmiştir[3'4]. Otolog rektus kas fasyası veya fasya lata kullanımını değerlendiren çalışmalarda erken dönemde %92-95 arasında başarı oranları bildirilmektedir[5'6]. Otolog fasyanın uzun dönem sonuçlarını değerlendiren bir çalışma, %97 başarı bildirilirken bunun yanında %63 gibi düşük oran bildiren az sayıda çalışmalar da mevcuttur[7'8]. Poliüretran sentetik mesh ile otolog fasya kullanımını karşılaştıran bir çalışmada, politetrafloroetilen kullanılan 16 sling prosedüründen 2'sinde üretral erozyon gelişirken fasyal sling uygulanan 32 hastada hiç erozyon saptanmamıştır[9].

Video sunumumuzda, otolog rektus fasya grefti ile pubovajinal sling tekniğini takdim edeceğiz.

Olgu:

Hastamız; 47 yaşında, anamnezinde; G7P7NSD/7, Hastanın bilinen ek kronik dahili hastalığı, kullandığı ilacı yoktur. Polikliniğimize idrar kaçırma ve kozmetik şikayetler ile başvuran hastanın jinekolojik muayenesinde; POP_Q skoru Aa:-1,Ba:-1.0,C:-5.0, gh:3.0,pb:2.0,tvl:10.0 Ap:-1.0,Bp:-1.0,S:-7.0 Evre:2 sistorektoseli mevcuttu. Q-tip>30⁰ üretral hipermobilite lehine değerlendirildi. Ultrasonografik muayenesinde; Uterus antevert, endometrium 4mm düzenli, bilateral overler atrofik izlendi. İdrar tetkiklerinde, idrar kültüründe patoloji saptanmadı. Hasta bilgilendirilip onamları alınarak; Otolog rektus fasya grefti ile pubovajinal sling operasyonunu takiben, kolporafi anterior posterior, perinoplasti, labioplasti operasyonu planlandı. Kombine spinal-epidural sedoanestezi altında, dorsolitotomi pozisyonunda, yaklaşık 1,5cm üretra eksternal orifisi posteriorundan 3cm'lik vajen mukozasına yapılan vertikal insizyon ile, puboservikal fasya vajen mukozasından ayrıştırıldı. Pubik ramuslara keskin ve künt diseksiyon ile ulaşıldı. Pfannenstiel insizyonla rektus fasyasından yaklaşık 7x1cm otolog greft alındı, 1/0 prolen ile uçlardan tespit edilip, endopelvik fasya içten dışa bilateral geçilerek, greft üretra boynuna gerimsiz fikse edildi ve abdominal olarak süture edildi. Sistoskopide üretra ve mesane tabii olarak izlenerek, batın katları usulüne uygun kapatıldıktan sonra, operasyona kolporafi anterior posterior, perinoplasti ve labioplasti eklendi. Postoperatif erken komplikasyon yaşanmadı, mesane sondası postoperatif 24. saatte çekildi, rezidü idrar 80ml ölçüldü. (Video sunumu yapılacaktır)

Sonuç:

Otolog rektus fasyası kullanılarak uygulanan pubovajinal sling olerasyonu; güvenli, etkin ve kalıcı bir şekilde SUI cerrahi tedavisinde uygulanabileceği literatürde tanımlanmıştır. Özellikle ileride sentetik meshlerin yol açabileceği mediko-legal durumlar ve uzun dönem komplikasyonlar göz önünde bulundurulduğunda, otolog greftler, sentetik meshlere alternatif olarak kullanılabilecek etkili birer alternatiftir.

Anahtar Kelimeler: otolog fasyal greft, pubovaginal sling, stres üriner inkontinans

Bartholin bezi apsesi tedavisi sonrası gelişen anovajinal fistülün iki aşamalı cerrahi onarımı

Uğur Kemal Öztürk1, Esra Keleş2, Sami Açar3
1Zeynep Kamil Kadın ve Çocuk Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Jinekolojik Onkoloji Ana Bilim Dalı, İstanbul
2Kartal Dr. Lütfi Kırdar Şehir Hastanesi, Jinekolojik Onkoloji Ana Bilim Dalı, İstanbul
3Namık Kemal Üniversitesi, Genel Cerrahi Ana Bilim Dalı, Tekirdağ

Giriş

Anovajinal fistüller, anal kanal ile vajen arasında yer alan anormal bağlantı yollarıdır. Genellikle uzun süren doğum eyleminin rektovajinal septuma basısı neticesinde ortaya çıkan basınç nekrozundan kaynaklanmaktadır. Ayrıca doğuma bağlı gelişen üçüncü veya dördüncü dereceli anal sfinkter yaralanmalarının yetersiz onarımı, vajinal doğum sırasında fark edilmeyen yaralanmalar ve epizyotomi alanında gelişen enfeksiyonlar sonucunda gözlenmektedir. Jinekolojik olarak posterior cul-de-sac tutulumu bulunan derin yerleşimli endometriozis nedeniyle yapılan zor cerrahiler sonrası da gözlenebilmektedir. Bartholin bezi apsesi tedavisinin gecikmesi veya posterior vajinal duvar, rektum, anüs ya da perineye uygulanan cerrahi girişimler diğer olası nedenler arasında yer alır.

Case

Son üç aydır vajenden gaz, gayta gelmesi şikayeti ile başvuran 41 yaşındaki kadın hastanın yapılan proktolojik muayenesinde vajen posterior forniksinde fistül ağzı saptandı. Alınan öyküden şikayetlerinin bartholin bezi apsesi drenajından sonra başladığı öğrenildi. Yapılan manyetik rezonans görüntülemede anovajinal fistül traktının transsfinkterik olduğu, vajen posterior forniksi ile anal kanal anterior duvarı arasında olduğu belirlendi (Figure 1). Genel anestezi altında yapılan anoskopik değerlendirmede fistülün diğer ağzı gözlenemedi. Bunun üzerine anal kanala temiz gazlı bez yerleştirildi. Vajen posterior forniksinde yer alan fistül ağzından metilen mavisi verildi ve boyanın anal kanalda bulunan gazlı bezi boyadığı gözlendi. Boyanın çıkış noktası gözlenerek, bir adet topuz uçlu stile yardımıyla vajen posterior forniksinde yer alan fistül ağızdan ilerlendi, dentat line üzerinde yer alan diğer ağıza ulaşıldı (Figure 2). Fistül traktının drenajının sağlanması, etrafında yer alan inflamasyonun gerilemesi amacıyla, emilemez 2 adet 1/0 ipek sütür materyalinden oluşturulan seton hazırlandı ve stile teli yardımıyla fistül traktını katedecek şekilde yerleştirildi (Figure 3). Altı hafta beklenildikten sonra hasta ikinci defa opere edildi. Litotomi pozisyonunda daha önce konulmuş olan setonun gevşediği, etraf dokudaki inflamasyonun azaldığı gözlendi. Seton kılavuzluğunda fistül traktına stile teli yerleştirildi, tel yerinde bırakılarak seton çıkarıldı (Figure 4). Stile telinin iz düşümüne uyan perineal cisim üzerinde yer alan cilde yaklaşık dört cm'lik trasvers kesi yapıldı. Kesi hattı boyunca ilerlenerek fistül traktüsü etraf dokulardan izole edilerek ortaya konuldu (Figure

5). Fistül traktının vajene ve anüse yakın bölgeleri 3/0 poliglaktin sütür materyaliyle bağlandı, arada bulunan traktüs bistüri yardımıyla eksize edilerek patolojik incelemeye gönderildi. Her iki ağzın epitelizasyon alanları kürete edildi. Anüs tarafında bulunan ağzın poliglaktin sütür materyaliyle bağlanan kısmı, 3/0 poliglikonat 3/8'lik yuvarlak sütür ile kapatıldı. Subkutan diseksiyon alanı 4/0 yuvarlak iğneli poliglaktinle primer yaklaştırıldı. Cilt 4/0 keskin iğneli polydioxanone kullanılarak separe sütürler yardımıyla onarıldı. Patolojik incelemede fistül traktının epitel tabakası ile örtülü olduğu bildirildi. Ameliyat sonrası üçüncü ayda yara yeri iyileşmesi tamamlandı, cinsel ilişkiye izin verildi ve fekal inkontinans sorunu yaşanmadan süreç tamamlandı.

Tartışma

Anovajinal fistül gelişimi hayat kalitesini belirgin olarak düşüren, bireysel ve sosyal açıdan zor bir durumdur. Yönetiminde başarılı sonuç elde edilebilmesi için etkin bir değerlendirme yapılmalı ve uygun tedavi seçimi gereklidir. Eş zamanlı fekal inkontinans varlığı sfinkter yaralanması için bir ipucudur ve titizlikle araştırılmalıdır. Yapılacak cerrahi girişimin belirli standardı bulunmamaktadır, olgu bazında planlama yapılmalıdır.

Sonuç

Anovajinal fistül olgularında başarıyı belirleyecek en önemli faktör tanının doğru konulmasıdır. Doğru tanı, cerrahi tedavinin uygun zamanda, doğru yöntemle ve gerekirse aşamalı olarak uygulanmasına fırsat verecektir.

Anahtar Kelimeler: Anovajinal fistül, Proktolojik muayene, Anoskopik değerlendirme, Bartholin bezi apsesi

Figure I Anovajinal fistül traktının manyetik rezonans görüntülenmesi

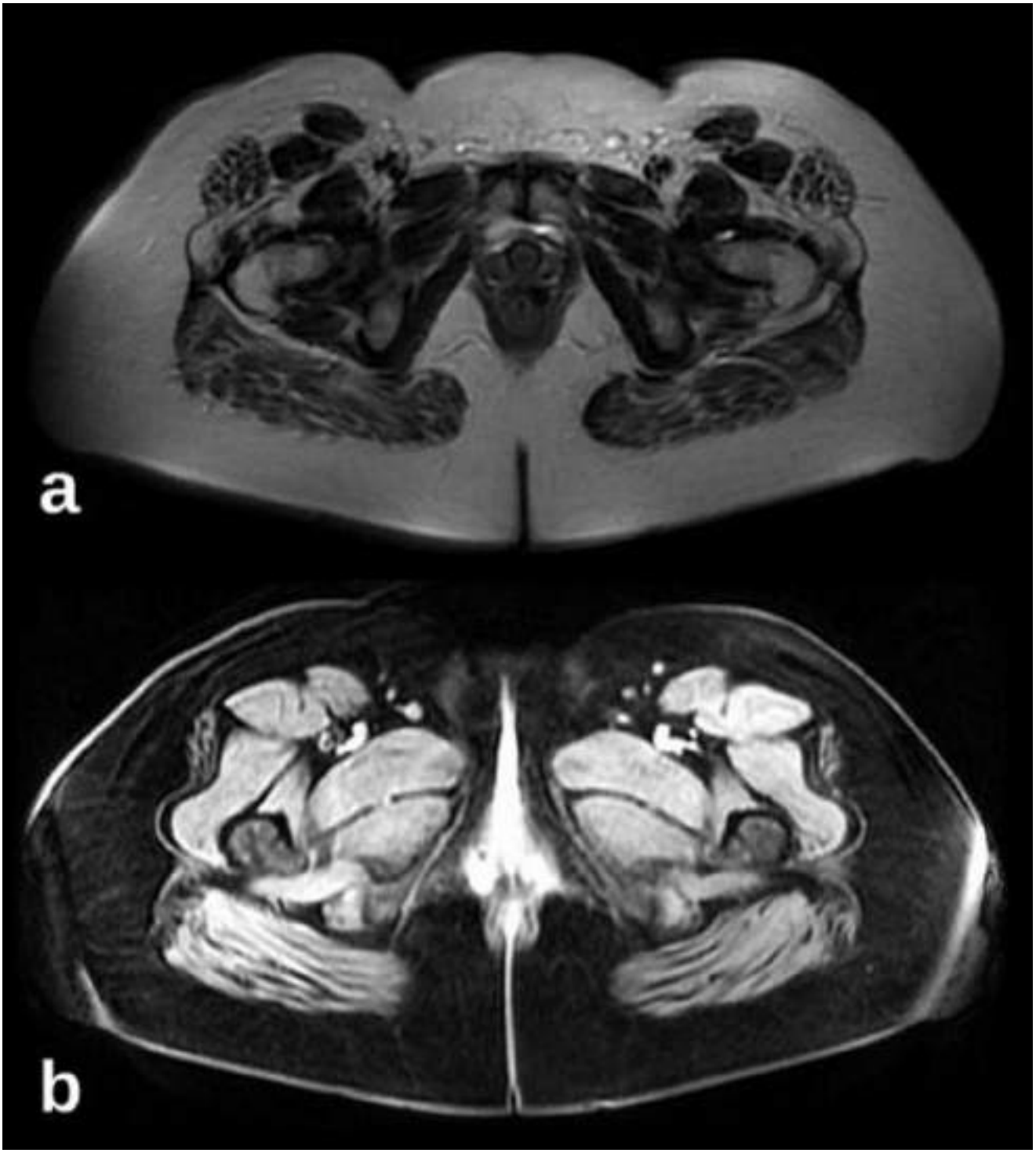
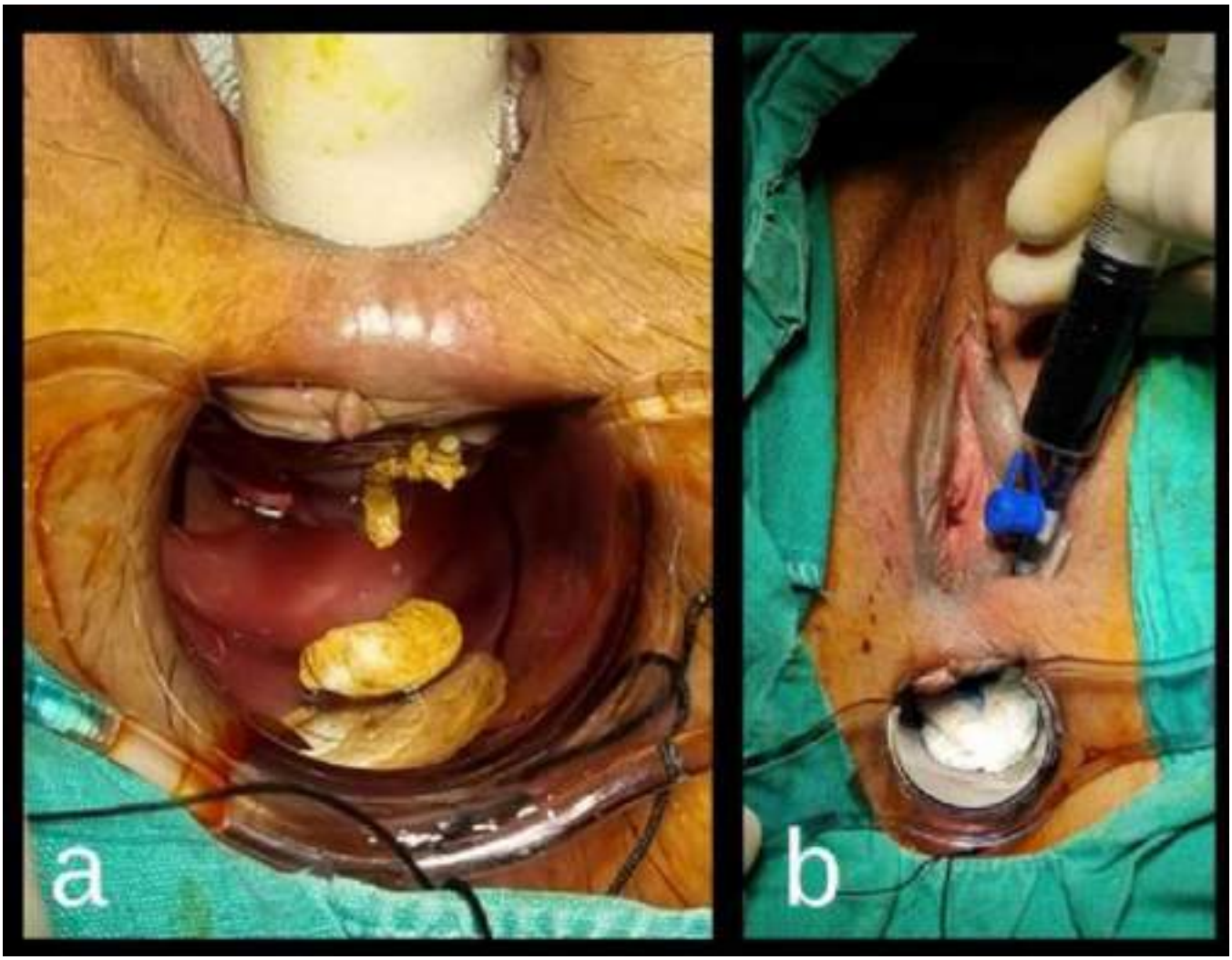
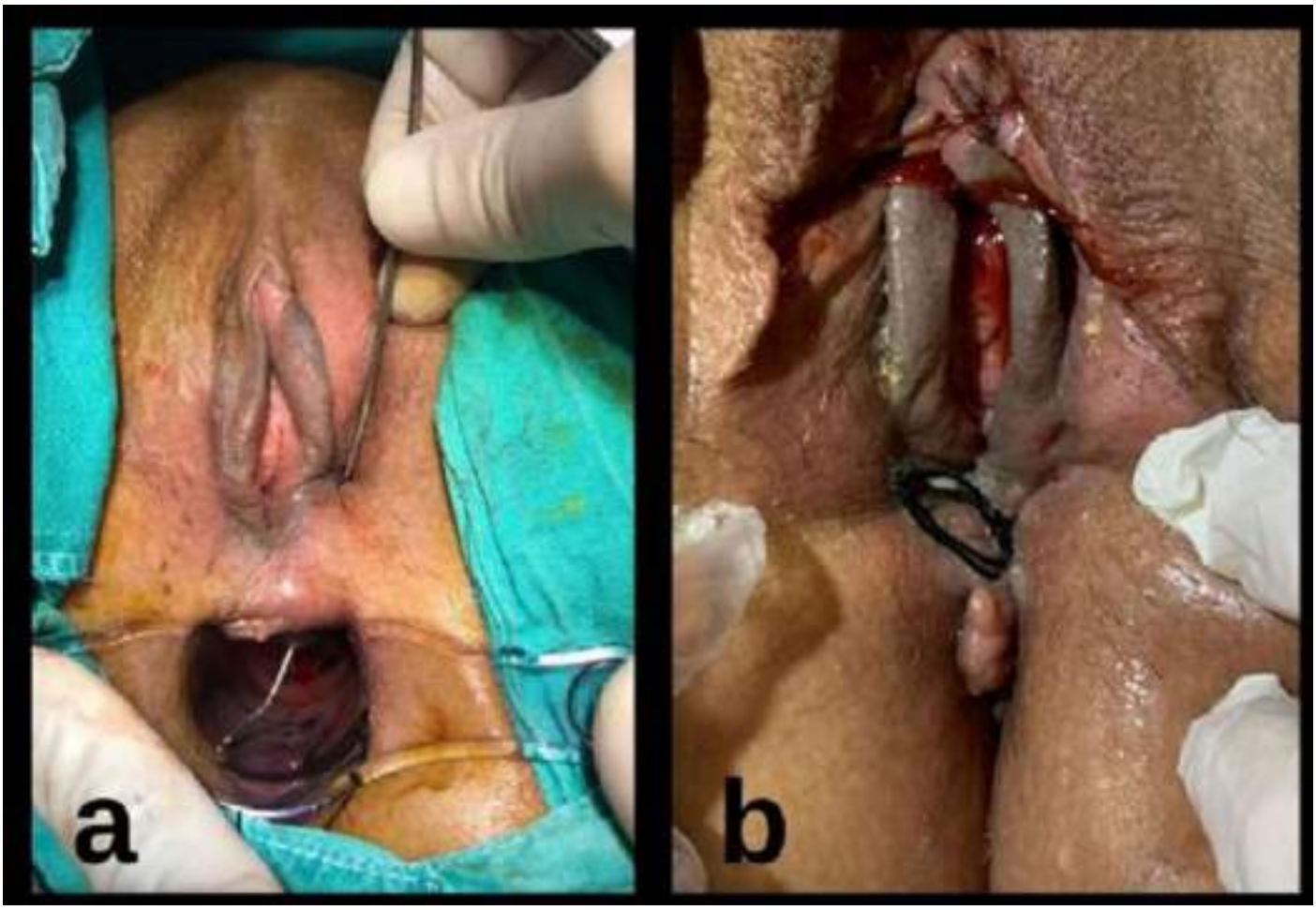


Figure 2 Fistül alanının genel anestezi altında muayenesi



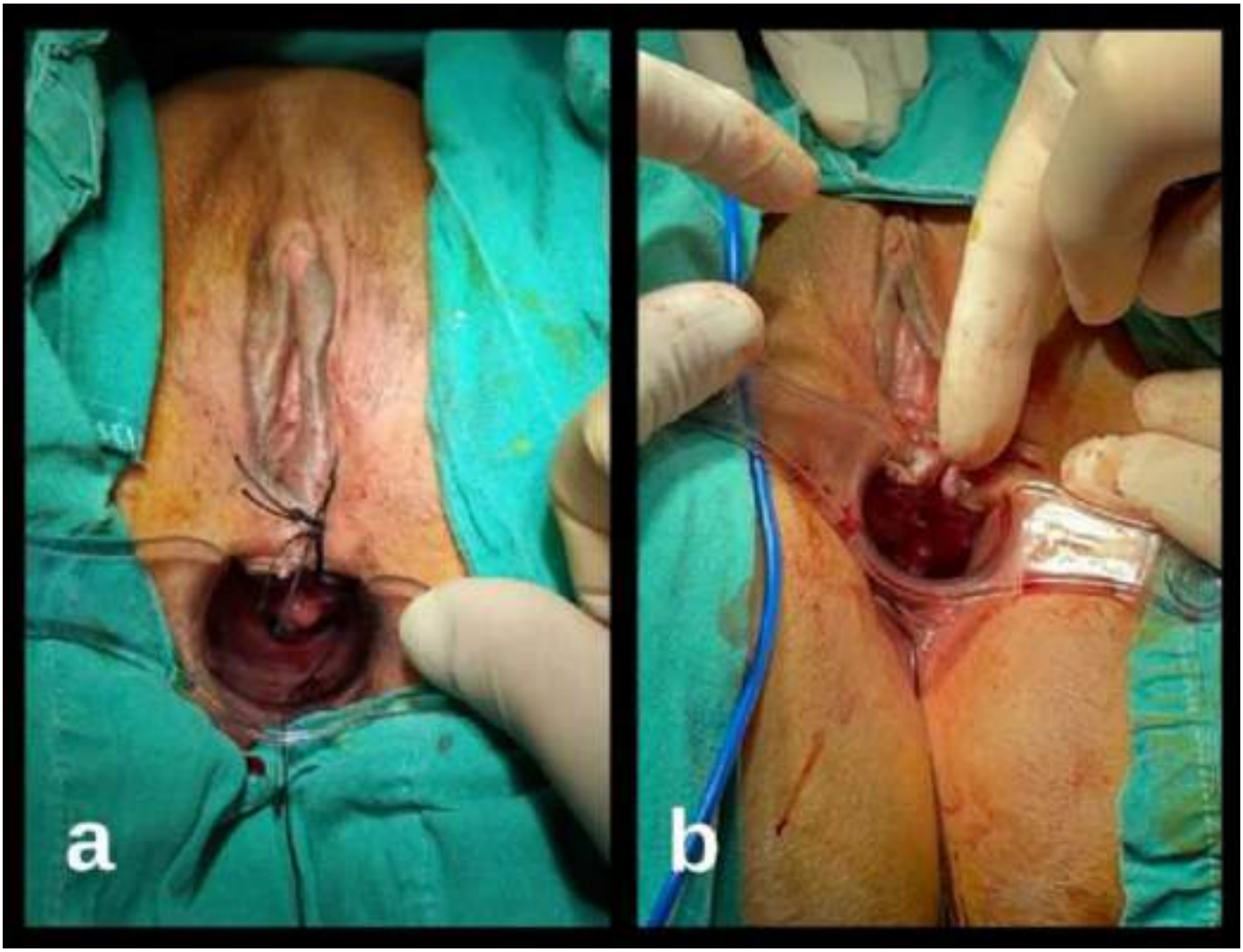
a) Palpasyonla fistül traktında yer alan gaytanın çıkarılması b) Fistül traktının yönünün tespit edilebilmesi için metilen mavisi injeksiyonu ve gazlı bezin boyanması

Figure 3 Fistül traktının tespiti ve seton yerleştirme işlemi



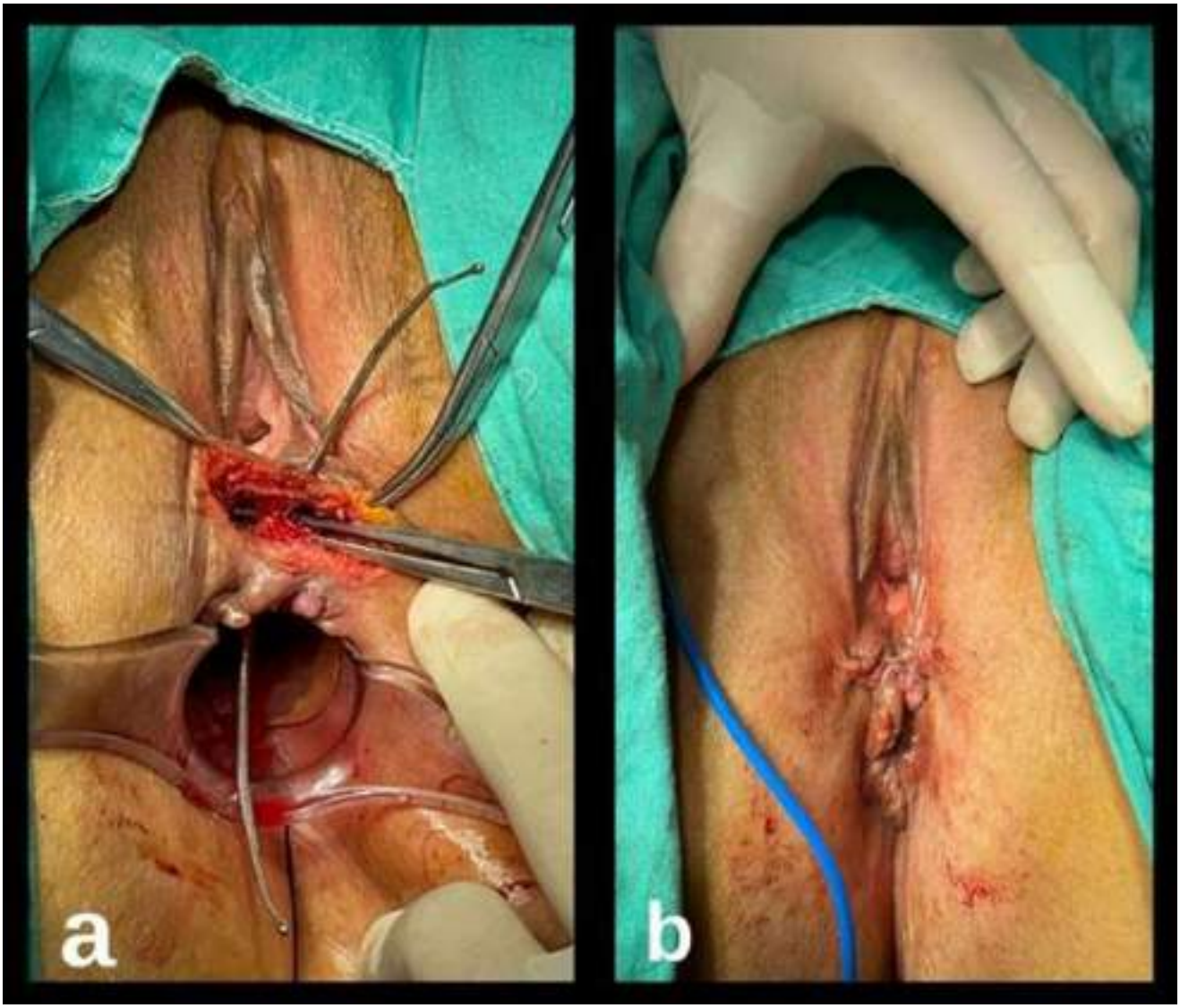
a) Fistül traktının stile teli ile tespit edilmesi b) Tespit edilen fistül traktına 1/0 ipek sütürden oluşan setonun yerleştirilmesi

Figure 4 Seton sonrası fistül alanının gözlenmesi



a) Seton konulduktan 4 hafta sonra fistül alanının görünümü b) Seton çıkarılıp cerrahi girişim öncesi fistül iç ağzının gözlenmesi

Figure 5 Fistül traktının onarımı



a) Fistül alanına yerleştirilen stile teli kılavuzluğunda, perineal cisim üzerine yapılan transvers kesi ile fistül traktüsünün ortaya konulması. Fistül trakt bütünlüğü bozulduktan sonra, traktüsün iç ve dış ağzı eksize edilerek eksternal anal sfinkter bütünlüğünün korunması b) Kesi alanının 4/0 monofilaman emilebilir sütür materyali ile kapatıldıktan sonraki görünümü

Stres ürinerinkontinans nedeniyle midüretralsling prosedürünün komplikasyonlarından mesh erozyonlarının incelenmesi:

Osman Samet Gunkaya, Memiş Ali Mutlu
Sancaktepe Şehit Profesör Dr. İlhan Varank Eğitim Ve Araştırma Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum, İstanbul

Giriş:
Stres üriner inkontinans (SUI) kadınların %15-17'sini etkileyen ve kadınların yaşam kalitesi üzerinde olumsuz etkisi olan yaygın bir semptomdur. SUI'nin ilk yönetimi, pelvik taban kas eğitimi gibi konservatif tedaviyi ve farmakoterapili veya farmakoterapisiz elektrik stimülasyonunu içerse de askı prosedürü olan midüretral sling (MUS) yerleşimi artık SUI için standart olarak kabul edilmektedir. Yapılan çalışmalarda SUI 'li kadınların %80'i iyileşmiş ve transobturator (TOT) veya MUS yerleştirildikten sonra semptomlarında belirgin düzelme görülmüştür. Fakat bu meshlerin yaygın kullanımı beraberinde çeşitli komplikasyonları getirmiştir. Obstrüktif işeme semptomları, vajinal veya pelvik ağrı, disparoni, tekrarlayan idrar yolları enfeksiyonu, tekrarlayan stres üriner inkontinans ve mesh erozyonları gibi çeşitli komplikasyonları görülebilmektedir. En sık en yaygın komplikasyon pelvik ağrı ve mesh erozyonudur. Literatürde tanımlanan mesh erozyonu insidansı %10,3 olarak raporlanmıştır. Bu çalışmanın amacı kliniğimizde uyguladığımız TOT ve mini-sling operasyonu sonrası gelişen mesh erozyonu oranlarının literatürle ile karşılaştırılmasıdır.

Materyal-Metod:
Bu retrospektif çalışma, muayene sırasında stres testi pozitif olan, SUI endikasyonuyla Kasım 2019 ve Ocak 2022 tarihleri arasında hastanemizde mini-sling ve TOT prosedürü uygulanan hastaların tıbbi kayıtlarından yararlanılarak yürütülmüştür. Daha önce MUS yerleşimi uygulanan hastalar, nöromusküler hastalık tanısı olan hastalar çalışma dışı bırakılmıştır.

Bulgular-Sonuç:
Midüretral sling uygulanan toplam 51 hastanın, %27,5 (n=14) mini-sling operasyonu iken %72,5 (n=37) TOT operasyonudur ve %3,9 (n=2) 'ü vajinal histerektomi operasyonuyla beraber uygulanmıştır. Çalışmaya dahil edilen tüm hastaların %39,2'si (n=20) postmenopozal dönemdeydi. Ortalama yaşları (mean)44.7 ± 9.7 SD (23-64), pariteleri (median) 3,0 ± 2 IQR (1-7)'dir. Yapılan tüm MUS uygulamalarının postoperatif takiplerinde %7,8 (n=4)'inde mesh erozyonu saptanmıştır.
Anahtar Kelimeler: mesh erozyonu, midüretralsling, stres üriner inkontinans

Hastanemizde literatürde bildirilen oranlara göre özellikle MUS uygulaması sonrası mesh erozyonu oranı daha düşük bulunmuştur. Litreratürde TOT ile mini-sling prosedürleri arasında mesh erozyonu açısından anlamlı fark olmasa da çalışmamızda mini-sling uygulanan hastalarımızda mesh erozyonu izlenmemiştir. Midüretral sling uygulamaları SUI tedavisinde oldukça etkilidir fakat özellikle mesh erozyonun oluşması; ameliyat tekniğinden, cerrahın deneyiminden, hastanın genç yaş ve cinsel aktif olması, sigara gibi faktörlerden etkilenmektedir. Bu sebeple, cerrahi prosedürün bireyselleştirilmesi, hasta ve materyal seçimi, hastaların eğitimi ve değiştirilebilir risk faktörlerinin ortadan kaldırılması ile mesh erozyon riski minimuma indirilebilir.

Kaudal regresyon tanılı hastamızda obstetrik travmaya bağlı anal inkontinansının yönetimi

Duygu Işıl Gencer
İstanbul Medipol Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Ana Bilim Dalı, İstanbul

Kaudal regresyon sendromu, terminal spinal segmentleri etkileyen nadir ve sporadik görülen bir nöral tüp defektidir. Koksiks agenezisinden, torakal vertebralar düzeyine uzanabilen farklı derecelerde anomalileri içerebilmektedir. Anomali düzeyine göre nörojen mesane, idrar ve gaita inkontinansı, pareziler ve duyu kusurları görülebilir.

Anal inkontinans ise gaz ve dışkının istem dışı kaçırılmasıdır. Toplumda görülme sıklığı %2-7 arasındadır. Normal anal kontinansın fizyolojisinde intrinsik, ekstrinsik ve SSS yanında pelvik tabanının kas yapısı, external ve internal sfinkter mekanizmaları gibi çok sayıda faktörün karmaşık etkileşimi rol oynamaktadır.

Obstetrik yaralanmaya bağlı olarak ortaya çıkan anal inkontinansı olan ve çekilen MRG sonucunda önceden tanı konulmamış sakrokoksigeal agenezisi ve kaudal regresyon sendromu olan olgumuzun; anterior overlapping sfinkteroplasti yöntemiyle başarılı bir şekilde tedavi edilmesini sunuyoruz.

Olgumuz, 35 yaşında Gravida(G)3 Parite(P)3, 3 kez normal spontan vajinal doğum yapmış ve üçüncü vajinal doğumdan sonra, yaklaşık 10 yıldır gaz, sıvı ve katı dışkı kaçırması şikayeti mevcuttu. Bilinen bir gastrointestinal veya sistemik hastalığı bulunmayan hastanın rektovajinal muayenesinde; eksternal sfinkter tonusu yok, perine cildi kaybı ile birlikte anüs vajen posterior komissür ile birleşmiş görünümde izlendi. Rektosigmoidoskopide patoloji saptanmadı. Anal manometride istirahat basıncı ve maksimum sıkma basıncı normalden düşük bulundu (Sırasıyla 10 mm Hg ve 30 mmHg). Anal manometride sfinkter tonusu düşük bulunan hastamızın sfinkter defektinin lokalizasyonu ve derecelendirilmesi için EAUS (endoanal ultrason) yapıldı. Yapılan Pelvik Batın MRG' de ise sakrum ve koksiks izlenmemiş olup görünüm kaudal regresyon ile uyumludur. Sağda puborektal kas özellikle anterior ve lateralinde incelme, bilateral puborektal kasın konveks konfigürasyonunu kaybetmesine sekonder vajenin özellikle distalde normal görünümü bozulmuştur. Sağda belirgin bilateral eksternal sfinkter incedir.

Preoperatif barsak temizliği ile hasta operasyona hazırlandı. Sefazolin 2 gr İV ile yara yeri enfeksiyonu için preop profilaksi uygulandı. Anal kanalın anterioruna yapılan insizyon ile eksternal sfinkter kası skar dokusu boyunca serbestleştirildi. Oluşturulan fibromusküler uçlar üst üste gelecek şekilde (overlap) iki sıra polipropilen mattress dikişlerle tamir edildi, ardından perine insizyonu kapatıldı. Postop takibinde sorun yaşamadığımız ve 2. gün taburculuğu yapılan hastamızın altı hafta Magnesıe calcinee (100 GR) toz ile gaita çıkışı yumuşatıldı. Postoperatif 3. ay kontrolünde hastamızın gaz, sıvı ve katılara karşı tam olarak sfinkter fonksiyonu yeterliydi. Anal manometride basınç profili normale dönmüştü (60 mm Hg istirahat basıncı ve 120 mm Hg max sıkma basıncı).

Anal inkontinansı olan hastaların çoğunda sorunun kaynağı anorektum deki obstetrik travma sonrası ortaya çıkan sfinkter defektidir. Vajinal doğumların ancak %10'unda sfinkter hasarı belirgin olsa da diğer kadınlarda da tanımlanmamış sfinkter hasarı %18-35 olarak yüksek bir değerdedir. Doğum sonrası ultrasonografi incelemelerinde ilk vajinal doğum sonrası kadınların %30'unda sfinkter hasarı oluştuğu gösterilmiştir. Anal sfinkter defekti ile birlikte perine yırtılması %1-9 arasında değişmektedir. Doğum sırasında inkontinansa yol açan sfinkter hasarı ve pudental nöropati risk faktörleri arasında; forsepsle doğum, oksiput posterior pozisyon ve doğumun ikinci evresinin uzaması sayılabilir. Pudental nöropati doğumunun ikinci evresinde ıkınma ile birlikte sinirin gerilmesi ve fetal başın inişi ile oluşmaktadır. Hatta bazen doğumun birinci evresinde bile olmaktadır.

Obstetrik travmaya bağlı olarak ortaya çıkan anal inkontinans problemi olgumuzda anterior overlapping sfinkteroplasti yöntemiyle başarılı bir şekilde tedavi edilmiştir.

Anahtar Kelimeler: anal inkontinans, obstetrik doğum, komplikasyonlar, kaudal regresyon sendromu

Obstetrik travmaya bağlı anal sfinkter yaralanması



TOT uygulanan hastalarda dıştan içe ve içten dışa iki ayrı tekniğin karşılaştırılması

Hakan Kızıletl, Ozan Doğan2
IAdıyaman Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği, Adıyaman
2Özel Ofis, Kadın Hastalıkları ve Doğum Uzmanı Kliniği, İstanbul, Türkiye

Giriş-Amaç: Trokar yerleştirme yönüne göre değişen iki transobturator midüretral sling prosedürü vardır: İlki 2001 yılında Delorme tarafından tanımlanan dıştan içe teknik, ikincisi de-Leval tarafından tanımlanan içten dışa tekniktir. Bu çalışmanın amacı, 'içten dışa' ve 'dıştan içe' transobturator bant prosedürlerini komplikasyon açısından retrospektif olarak karşılaştırmaktır.

Yöntem: Çok merkezli retrospektif bu çalışmada, 01.08.2021 ile 01.08.2022 tarihleri arasında 20 içten dışa ve 20 dıştan içe TOT uygulanan reprodüktif dönemdeki hastaların bilgileri elektronik ve dosya kayıtları tarandı. Hastalar operasyon süresi, intraoperatif komplikasyon, postoperatif 1 hafta 1 ay ve 1 yıllık uylukta devam eden ağrı semptomları ve SÜİ tedavi başarısı açısından karşılaştırdı. SÜİ başarısı, kadının fiziksel egzersiz sonrası herhangi bir idrar kaybı yaşamadığını ifade etmesi olarak tanımlandı.

Bulgular: Operasyon süresi her iki prosedür karşılaştırıldığında anlamlı farklılık gözlenmedi. Her iki grupta da mesane perforasyonu, enfeksiyon veya önemli sinir veya damar yaralanması gibi ciddi perioperatif komplikasyon görülmedi. İçten dışa grupta 11 hasta ve dıştan içe grupta 5 hasta ameliyat sonrası iç uyluk veya kalça rahatsızlığından şikayet etti, ancak bu semptomlar 1 aylık takipte bir hasta hariç diğerlerinde kayboldu. İçten dışa TOT uygulanan bir hastanın uyluk ağrısı bir yıl sebat etmesi üzerine mes eksizyonu yapıldı. SÜİ tedavi açısından iki hasta grubu da başarılıydı. Hastaların hiçbirinde uzamış işeme güçlüğü, yara enfeksiyonu veya vajinal erozyon gibi başka komplikasyon görülmedi.

Tartışma: Litaratüre baktığımızda iki tip transobturator prosedürün uzun vadede eşit derecede etkili olduğu görülmektedir. Dışarıdan içeriye yaklaşımın dezavantajı, daha büyük bir vajinal insizyona ihtiyaç duyulması ve daha yüksek bir vajinal perforasyon oranına sahip olması iken içten dışa teknikte daha az vajinal diseksiyon gerektirir. Ancak bazı çalışmalarda içten dışa yaklaşımın kasık ağrısına neden olma olasılığının daha yüksek olduğu bulunmuştur. Bu ağrı içten dışa prosedürde trokarların sinirlere ve damarlara daha yakın geçirildiğini bulan kadavra çalışmaları ile desteklenmektedir. Sonuç olarak, birinci yılda idrar kaçırma tedavisinde içten dışa ve dıştan içe işlemler eşit derecede başarılı yöntemlerdir, ancak içten dışa işlem daha ağrılı görünmektedir.

Anahtar Kelimeler: Stres üriner inkontinans, Transobturator tape, Monarc, TVT-O

Normal Vajinal Yolla Doğum Sonrası Görülen Rektum Hasarlarının Yönetimi

Gülseren Polatl, Tuğba Akçaoğlu2
İstanbul Gelişim Üniversitesi, Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu
2İstanbul Medipol Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Ana Bilim Dalı

Obstetrik ve/veya cerrahi travmalar sonrası rektovajinal septum ve perineal yapıların parsiyel veya komplet defektleri görülebilmektedir. Doğum sonrası nadiren izlediğimiz rektum hasarlarının yönetimini, kliniğimizde karşılaştığımız bir olgunun sunumu doğrultusunda vurgulamayı amaçladık.

27 yaşında, gravidası 1 olan kadın hastamız, 35 hafta 6 günlük gebe iken vajinal tuşesinde 5 cm. dilatasyon saptanması üzerine takibimize alındı. Sorunsuz geçen travay takibi sonrası, 2805 gram ağırlığında, 47 cm uzunluğunda canlı bebek baş ve el gelişi ile doğurtuldu. Epizyotomi uygulaması yapılamadan doğurtulan olguda izlenen deşüri repere edildi. Kontrolde; alt 1/3 vagen posteriorunda, rektum ön duvarında, lineer uzanımlı, parçalı olmayan yaklaşık 4 cm. laserasyon saptandı. Sfinkter hasarı yoktu. Tespit edilen rektum hasarının onarımı için Genel Cerrahi ekibi ile iletişime geçildi. Yaralanma düzgün sınırlı ve vagen eksplorasyonu net olduğundan, lokal anestezi altında, rektum mukozasının 3/0 vicryl ile primer onarım yeterli oldu. Hasta, postpartum 3. gününde gözlem süresinin yeterli görülmesi üzerine taburcu edildi.

Rektovajinal septum yaralanmaları Rosenshein tarafından sınıflandırılmıştır. Sınıflama yapılırken, anatomik lokalizasyon ve eşlik eden yaralanma olup olmayışı baz alınmıştır. Tedavi modaliteleri de bu doğrultuda değişmektedir. Sfinkter tamiri, flep prosedürleri veya sadece primer tamir seçenekleri uygulanabilirken; tedaviye kolostomi eklenmesi de gerekebilmektedir.

Normal spontan doğum sonrası rektal tuşenin yapılması, rektum hasarının atlanmaması adına büyük önem arz etmektedir. Hızlı tanı konması ve eksplorasyonun net olması halinde, bizim olgumuzda olduğu gibi, rektum yaralanmasının primer tamir ile tedavi edilebilmesi olanaklıdır.

Anahtar Kelimeler: doğum, perine, rektum

Rosenshein Tarafından Önerilen Rektovaginal Septum Yaralanmalarının Sınıflandırılması

Tip 1	Fistülsüz, perineal yapının kaybı
Tip 2	Alt 1/3 vagina fistülü, perineal yapının kaybı
Tip 3	Alt 1/3 vagina fistülü, perine intakt
Tip 4	Orta 1/3 vagina fistülü
Tip 5	Üst 1/3 vagina fistülü

Sistosel Olgularında PRP Uygulamaları Sonrası İzlenen İşeme Disfonksiyonu

Tuğba Akçaoğlu, Adeviye Elçi Atılgan
İstanbul Medipol Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Ana Bilim Dalı, İstanbul

Rejeneratif tıpta en sık kullanılan preparat olan plateletten zengin plazma; günümüzde jinekoloji alanında G spot amplifikasyonu, vulvar/vajinal rejunevasyon gibi amaçlarla da kullanılabilmektedır. Sistosel, ameliyat sonrası yüksek nüks insidansı olan, sık görülen bir vajinal duvar prolapsusudur. PRP uygulamasının, sistosel nüksünü önlemek için de iyi bir alternatif olabileceği düşünülmektedir. Bu doğrultuda; hastalarımızda, sistosel cerrahisi sonrası PRP uygulamasını deneyimledik. Postoperatif takiplerimizde bir komplikasyon olarak karşımıza çıkan geçici mesane disfonksiyonuna dikkat çekmek istedik.

TVT veya TOT yapılmaksızın, pür sistosel onarımı ve eş zamanlı olarak vezikovajinal sahaya PRP uygulaması yaptığımız 25 olgumuzu değerlendirdik. Tüm hastalarımız postmenapozal dönemde kadın hastalardı. 25 hastamızın 18'inde postoperatif dönemde yapığımız değerlendirmede işeme disfonksiyonu saptadık. Bu 18 hastadan mesane jimnastiği yapabilenlere egzersiz önerdik. Takip süreçlerinde büyük oranda rahatlama sağlandığını sözel olarak ifade ettiler.

Komplikasyonun gelişmesinde altta yatan mekanizma; mesane tabanından sıvı emilmesi doğrultusunda kalsiyum alımının engellenmesinin mesane atonisi olarak sonuçlanması olabilir. Ekstrasellüler matriksten absorbe edildiğinde böyle bir sorun beklenmemektedir.

Ürojinekoloji alanında PRP uygulamaları yaygınlaşmakla beraber olası komplikasyonlara dair yeterli veriye erişilememektedir. Hasta takipleri doğrultusunda elde edilen deneyimlerin paylaşılması, olguların hekimler tarafından iyi yönetilmesi ve hasta güvenliği sağlanması için yol gösterici olacaktır. Mevcut bilgilerimize göre, postoperatif komplikasyonlar az görülmektedir. İleri araştırmalarda, uzun dönemde hasta memnuniyetinin, komplikasyon ve nüks görülme oranının değerlendirilmesi uygulamalara ışık tutacaktır.

Anahtar Kelimeler: işeme, disfonksiyon, PRP, sistosel

Histerektomi Yapilan Hastalarda Ameliyat Tekniklerinin (Laparoskopik Ve Vnotes) Retrospektif Karşilaştirilmasi

Doğuş Budakl, Arzu Bilge Tekinl, Murat Yassa2, Niyazi Tuğl
ISancaktepe Şehit Prof. Dr. İlhan Varank Eğitim ve Araştırma Hastanesi İstanbul
2Medical Park Maltepe Hastanesi İstanbul

Giriş: Histerektomi jinekoloji pratiğinde en sık yapılan ameliyatlardandır. Histerektomi tipik olarak leiomyom, adenomyozis, uterus prolapsusu, kronik ağrı, kronik kanama ve malignitesi gibi endikasyonlarla yapılmaktadır. Histerektomi tekniği iyileşme süresini, skar tipini, anatomik komplikasyonları ve sonraki yaşam kalitesini belirleyebilir. Histerektomi genellikle aşağıdaki üç geleneksel yaklaşımla gerçekleştirilir: abdominal, vajinal ve laparoskopik. Minimal invaziv cerrahi, geleneksel açık cerrahiye kıyasla daha hızlı iyileşme, daha kısa hastanede kalış süresi, daha az ağrı ve yara izi ve daha düşük enfeksiyon olasılığı sağlar. Son yıllarda minimal invaziv cerrahi, cerrahinin kozmetik sonuçlarıyla ilgili artan endişeler nedeniyle cerrahlar tarafından daha fazla ilgi görmeye başlamıştır. Bu çalışmadaki amacımız vNOTES ve geleneksel laparoskopi ile opere ettiğimiz hastaları preoperatif-postoperatif özellikler, postoperatif hasta memnuniyetleri, operasyon süresi ve komplikasyonlar açısından karşılaştırmaktır.

Metod:

Hastanemizde Mart 2021 ve Mart 2022 tariheri arasında benign endikasyonlarla vNOTES ve laparoskopik tekniklerle histerektomi yapılan hastaların verileri retrospektif olarak elektronik hastane dosyaları üzerinden değerlendirilmiş ve karşılaştırılmıştır. Geriye dönük olarak operasyon öncesi hastaların endikasyonları, hemoglobin değerleri, demografik özellikleri (yaş, kilo, VKI, parite, gravida), operasyon süresi, komplikasyonları, operasyon sonrası ağrı skorlaması (vizüel analog skalası (VAS)) ve yatış süreleri elektronik dosyalardan taranarak çalışmada kullanılmıştır. Kliniğimizde histerektomi yapılan tüm hastalar rutin olarak postoperatif 1.haftalarında ve 1.aylarında kontrole çağrılmış ve hasta memnuniyeti (), cinsel ilişkide ağrı (female sexual function index (FSFI) ağrı bölümü) sorgulanmıştır.

Bulgular:

Toplam 98 hastaya histerektomi yapılmıştır. Bu hastaların 57 (% 58,16)'sinin vNOTES histerektomi 41(41,84) ise laparoskopik histerektomi yapılmıştır. Hastaların demografik, klinik özellikleri ve postoperatif takipleri Tablo 1'de özetlenmiştir. Tüm vakalardan iki vNOTES histerektomi yapılan hastada mesane yaralanması olmuş ve vajinal olarak onarılmıştır, her iki vakada da önceden geçirilmiş sezaryen öyküsü mevcuttu ve uterin desensus mevcut değildi. Laparoskopik histerektomi yapılan bir hastada ise bağırsak termal hasarı olmuştur. Hastaların her iki uterus boyutu operasyonları öncesi ve sonrası FSFI ağrı skorları benzer bulunmuştur.

Sonuç:

Çalışmamızda ortalama ameliyat süresi vNOTES histerektomilerde daha kısa ve ortalama uterus boyutu laparoskopik histerektomi vakalarından büyük ölçülmüştür. vNOTES histerektomilerde postoperatif ağrı skoru, gaz çıkarma süresi ve postoperatif analjezi dozu değerlendirildiğinde avantajlı görülmektedir. vNOTES histerektomi, büyük uterus boyutunda bile güvenli ve uygulanabilir bir ameliyattır, hızlı iyileşme süresi ve skar olmaması postoperatif memnuniyeti artırmaktadır. Geçirilmiş batın cerrahisi olan hastalarda ise diseksiyon sırasında dikkatli olmayı gerektirmektedir. vNOTES'in iyi huylu nendenlerle güvenli bir şekilde uygulanabileceğini ve vNOTES'in geleneksel laparoskopik tekniğe kıyasla, ameliyat süresi ve hastanede kalış süresi gibi daha üstün operatif sonuçlar sunabileceği görülmüştür.

Anahtar Kelimeler: Histerektomi, Laparoskopi, vNotes

	Vnotes (57 Hasta)	TLH (41 Hasta)	P
Yaş (yıl)(mean±std)	50,49±6,869	49,05±6,819	0.306
VKI (kg/m2) (mean±std)	30,0647±4,6869	29,9551±5,2974	0.914
Parite (med(IQR))	3,28±1,925	3,59±2,418	0.489
Önceki Doğum	1 (%1,8) NULLİPAR 14 (%24,6) C/S 42 (%73,7) NSD	2 (%4,9) NULLİPAR 13 (%31,7) C/S 26 (%63,4) NSD	0.400
Geçirilmiş Karın İçi Operasyon	23 (% 40,4) VAR	16 (% 39) VAR	0,895
Endikasyon	1 (%1,8) ADNEKSİYAL KİTLE 3 (%5,3) PMK 4 (%7) HİPERPLAZİ 10 (%17,5) MYOM 11 (%19,3) PROLAPSUS 28 (%49,1) AUK	1 (%2,4) PROLAPSUS 3 (%7,3) ADNEKSİYAL KİTLE 4 (%9,8) PMK 6 (%14,6) MYOM 8 (%19,5) HİPERPLAZİ 19 (%46,3) AUK	0,047
Modifiye POPQ			
Ba (med (IQR))	-2	-2	0,505
Bp (med (IQR))	-2	-2	0,885
C (med (IQR))	-3	-3	0,852
Uterus (gr) (mean±std)	419,68	379,15	0
Hb düşüşü (gr/dl) (mean±std)	1,2649	1,8488	0,34
Total sure (dk)(mean±std)	97,63	135,56	0
Yatış süresi (gün) (med±IQR)	1	2	0,103
Gaz çıkarma süresi (saat) (mean±std)	12,51	16,78	0,001
6. saat VAS (mean±std)	5,05	6,1	0,010
24. saat VAS (mean±std)	2,3	3,59	0
Toplam Analjezik Dozu (med (IQR))	1±0 (0-2)	1±0 (0-2)	0,73
Posoperatif Analjezik Dozu (med (IQR))	0±1 (0-1)	1±0 (0-1)	0,005
1. hafta PGI-I skor	3	3	0,394
1. ay PGI-I skor	1	1	0,786
Preop FSFI ağrı skoru	14,4	10,4	0,229

A case report: Incomplete management of a case with uterine didelphys type Müllerian anomaly

Erhan Hüseyin Cömert
Vocational School of Health Services,Rumeli Universty,Istanbul,Turkey

Fusion anomalies are seen in the developmental phases of the mullerian ducts. We wanted to present a case with mullerian anomaly who had an intrauterine pregnancy and was planned for ectopic pregnancy treatment in an external center.

The patient's blood Beta HCG value was positive (8000 ml/u) who applied to an external center with menstrual delay. The diagnosis of ectopic pregnancy had considered, since no gestational sac was observed in the intrauterine cavity during ultrasonographic examination. Methotrexate(MTX) treatment was planned for the patient in the external center. The patient applied to our clinic to get a different opinion before the MTX treatment.

Double endometrial cavity was observed in ultrasonographic examination. While the right endometrial thickness was 12mm, a 5mm gestational sac was observed in the other endometrial cavity.Upon confirmation of pregnancy, curettage was performed with the patient's request to terminate the pregnancy upon request. Deep vaginal septum and cervical os on the right and left of this septum were observed during pelvic examination. Curettage was performed from the cervix on the left side and the endometrial cavity were checked from other cervix. After the procedure, the necessary information was given to the patient and explained.

The female reproductive tract develops from a pair of Müllerian ducts that form the following structures: fallopian tube, uterus, cervix and the upper two-thirds of the vagina. Normal development of the Müllerian ducts depends on the completion of three phases: organogenesis, fusion and septal resorption. Organogenesis is characterised by the formation of both Müllerian ducts. Failure of this results in uterine agenesis/hypoplasia or a unicornuate uterus. Fusion is characterised by fusion of the ducts to form the uterus. Failure of this results in a bicornuate or didelphys uterus. Septal resorption involves subsequent resorption of the central septum once the ducts have fused. Defects in this stage result in a septate or arcuate uterus.

Patients with Müllerian anomalies may be encountered incidentally without any findings. As in the cases mentioned above, if it is not carefully examined, misdiagnosis and treatment can be applied.

Keywords: double cervix, mullerian anomaly, deep vaginal septum, uterin didelphs

deep vaginal septum, double cervix





Histerektomi türlerinde cinsel fonksiyonların karşılaştırılması

Elif Uçar
Özel Esencan Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Ana Bilim Dalı, Esenyurt, İstanbul

GİRİŞ

Histerektomi en sık yapılan jinekolojik operasyonlardandır. Abdominal, vajinal veya laparoskopik olarak yapılabilir. Myoma uteri ve anormal uterin kanama en sık endikasyonlardır.

Uterus, kadının bedensel bütünlüğünün yanı sıra ruhsal olarak da önemli yer tutan bir organdır. Yapılan çalışmalarda kadınların en çok merak ettiği konuların başında histerektomi sonrası cinsel hayatlarında etkilenme olup olmayacağı, cinsel haz almada bir kayıp yaşayıp yaşamayacakları ve isteksizlik gelişip gelişmeyeceği gelmektedir.

Biz çalışmamızda vajinal ve laparoskopik yolla yapılan histerektomilerde operasyon sonrası gelişebilecek cinsel istek kaybı, disparoni, cinsel aktivite sıklığında azalma, cinsel haz kaybı, orgazma erişmede zorluk gibi şikayetleri ve cinsel işlev açısından etkilenmenin olup olmadığını karşılaştırmayı amaçladık.

MATERYAL METHOD

Ocak 2018-Ocak 2019 yılları arasında bir eğitim ve araştırma hastanesinde jinekoloji polikliniğine başvuran vajinal veya laparoskopik histerektomi kararı alınan 49 hasta çalışmaya dahil edildi. Hastalara operasyon öncesi yaşam kaliteleri ve genel sağlık durumları ile ilgili sorular soruldu. Operasyon şekli, süresi, uterus büyüklüğü, operasyon öncesi ve sonrası hemoglobin ve hemotokrit değerleri, hospitalizasyon süreleri ve komplikasyonlar kaydedildi. Ana hedef olan cinsel yaşam kalitesi değerlendirilmesinde Arizona Cinsel Yaşam Kalitesi Ölçeği (ACYÖ) kullanıldı. Önceden geçirilmiş batın cerrahisi olan, malignite şüphesi, histerektomi esnasında ek bir operasyona daha ihtiyaç duyulan (perinoplasti,transobturatuar tape vs.), endometriozis öyküsü olan, hormon replasman tedavisine ihtiyaç duyulan, vajinismus, seksüel disfonksiyon ve psikiyatrik bozuklukları olan hastalar çalışma dışı bırakıldı.

Hastalar ameliyat öncesi ve postoperatif 6.ayda değerlendirildi. ACYÖ, 5 sorudan oluşan, cinsel işlevleri cinsel yönelim ve eşle olan ilişkiyi hariç tutarak değerlendiren ölçektir. Bu ölçekte cinsel dürtü, psikolojik uyarılma, fizyolojik uyarılma (vajinal lubrikasyon), orgazma ulaşma kapasitesi ve orgazm sonrası hissedilen duyguyu değerlendiren sorular mevcuttur. Her sorunun 1'den 6'ya kadar değişen puanlamasıyla total skor 5'ten 30'a kadar değişir. Düşük skorlar cinsel yanıtın güçlü, kolay ve tatmin edici olduğunu gösterirken, yüksek skorlar cinsel işlev bozukluğunun varlığını gösterir. Bizim çalışmamızda 5 puan ve üzeri fark klinik olarak anlamlı sayılmıştır.

BULGULAR

Çalışma prospektif olarak yapılmıştır. Çalışmaya perimenapozal dönemde olan 29'una total laparoskopik histerektomi(TLH) (%59.1), 20 'sine vajinal histerektomi (VAH) (% 41.9) uygulanan 49 hasta dahil edildi. Hastaların 29'u (%59.1) anormal uterin kanama, 20'si (%40.8) uterin prolapsus endikasyonları ile opere edildi.

Operasyon süresi, uterus büyüklüğü, operasyon öncesi ve sonrası hemoglobin ve hemotokrit değerleri, hospitalizasyon süreleri ve komplikasyonlar açısından iki grupta anlamlı fark bulunamadı.

İki grup arasında ACYÖ skorlarının preoperatif dönem ve postoperatif 6.ay değerleri arasında istatistiksel anlamlı fark izlenmemiştir. Bu iki grupta ACYÖ skorları postoperatif 6. Ay değerlendirilmesinde preoperatif değerlendirmeye göre anlamlı artış izlenmiştir.

SONUÇ

Çalışmamızda histerektomi tiplerinden bağımsız olarak ameliyat öncesi ve sonrası dönem karşılaştırıldığında cinsel yaşam ve yaşam kalitesinden anlamlı bir artış tespit ettik. Perimenapozal dönemde olan, adneksiyal kitlesi olmayan, benzer uterus büyüklüklerine sahip olan hastaları tercih ederek homojen bir grupta yöntem başarısını ve etkisini tespit etmeye çalıştık. Preoperatif değerlendirmede VAH endikasyonu konulan grubun cinsel işlev ölçeği daha iyi bulunmuşken, postoperatif 6.ayda yapılan değerlendirmede TLH hastalarının cinsel işlevleri daha iyi bulunmuştur. Fakat her iki yöntemin birbirine üstünlüğü tespit edilmemiştir. Dolayısıyla uygun endikasyonlarda cinsel işlevleri korumak için doğal orifis cerrahileri ilk seçenek olarak düşünülebilir.

Anahtar Kelimeler: Cinsellik, Prolapsus, Histerektomi, Vajinal, Laparoskopi

Histerektomi gruplarında ACYÖ değerlerinin karşılaştırılması

	TLH	VAH	p
ACYÖ	18,9±5,5	17,1±5,7	0.215
ACYÖ 6. ay	21,5±4,7	22,5±5,9	0.135

Vulva ip askı uygulamaları

Dr Ebru Alper
Amerikan Hastanesi, Kadın Sağlığı Bölümü

Vulvovaginal atrofiye bağlı olarak vajinal sekresyonların özelliği ve miktarındaki değişiklikler, kollajen, adipöz doku ve su tutma yeteneğinde kayıp olması ciltte sarkma ve gevşekliğe neden olur. Cildin extrasellüler matriksindeki fibriler komponent dermisdeki direnç ve elastisiteyi sağlar.
Yaşlanma ve doğumlar bu bölgedeki sarkma, ve gevşeklikten sorumludurlar. Vulvadaki ip askılar işte bu süreci geri çevirmek ve esasen burada bir enflamasyon oluşturarak cildi gererek etki gösterirler. Fonksiyonlarını şu şekilde özetleyebiliriz:

- Konnektif dokudaki sellularitenin stimulasyonu
- Kollajen ve elastin sentezi
- Konnektif çevre dokunun destek fonksiyonunun güçlenmesi
- Konnektif dokuda neo-vaskülarizasyon
- Epitel kalınlığında artış

Vulvada kullanılan ip askı materyellerinin 2 tipi vardır: Polidioxanon (PDO) ve Prolen

PDO askının absorbsiyonu hidrolizle gerçekleşir ve ortalama 6 ayda tamamlanır. Düzgün yüzeyli askılardır. Bu nedenle de etkisini göstermesi için mesh tarzı bir ağ yapısı oluşturulması gerekir. Birkaç fonksiyonu bir arada yapar; lifting, sıkılaştırma, hacim kazandırma, kollajenez ve anjiogenez.

Prolen askılar ise nonabsorbable sütürlerdir. Farklı yönlere doğru yerleşmiş spiküle yapıları sayesinde dokuda enflamatuar bir reaksiyon oluştururlar. Uygulanmaları daha kolaydır. İki uçtaki iğneler sayesinde ciltte aşırı tansiyona neden olmadan destek ve lifting etkilerini gerçekleştiriler. Ciltte oluşan kollajenezis sayesinde bu etki güçlenir. Yüzeyinde yer alan spiküllerin herbiri çıpa görevi görerek çok sayıda fiksasyon noktası oluşmasını sağlar. Geç dönemde ise rejeneratif etkisi ortaya çıkar. Enflamasyona bağlı mikrotravma ile neoanjiogenez ve neokollajenezin aktive olması asıl majör etkinin zaman içinde ortaya çıkmasını sağlar.
Farklı tipteki askıların bir arada kullanılması da mümkündür. Bu şekilde, derin dermal ve subkutan uygulamalar kombine edilerek en iyi sonucun elde edilmesi mümkündür.
Sonuç olarak; pek çok estetik prosedürün (lazer, microneedling) temel prensibini oluşturan "selektif enflamatuar yanıt" vulva ip askılarının da etki mekanizmasını oluşturur. Vulvaya yerleştirilen ip askılar buradaki dokuda enflamasyon oluşturarak kollajen sentezi ve uzun dönemde de bu iyileşme sürecinde dokuda traksiyon olmasını sağlar.



EYLÜL 2022

www.petkoz.org

ISBN : 978-605-72006-0-0