



TJOD Bülten

EKİM 2022



www.tjod.org



Sevgili Meslektaşlarım,

Sevgili Meslektaşlarım,
Türk Jinekoloji ve Obstetrik Derneği'mizin Ekim 2022 bülteninde tekrar sizlerle birlikte olmaktan dolayı oldukça heyecanlı ve mutluyum.

Bu bültenimizde, Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı Başkanı Doç.Dr. Neslihan Bayramoğlu Tepe Hocamız'la söyleşi yaparak hem hocamız ve bölümü ile ilgili bilgiler aldık, hem de Hocamızın mesleğimizin geleceği ile ilgili düşünce ve beklentilerini öğrenme fırsatımız oldu. Bunun yanı sıra Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı'ndan Doç Dr Özge Karuserci tarafından hazırlanan "Kadınlarda Üriner İnkontinansın Değerlendirilmesi" ile ilgili derlemeye bültenimizde yer verdik. İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı'ndan Prof.Dr.Ercan Yılmaz Hoca'mızın "Orta üretral askı operasyonlarının sorgulandığı bir çağda stres üriner inkontinans cerrahisine yönelik anket" isimli makale çevirisinin de bizler için faydalı olacağını düşünmekteyim.

Köşe yazısı kısmımızda, TJOD Yönetim Kurulu Üyesi, Etik Hukuk Kurulu Üyesi Op.Dr.M.Selçuk Söylemez Hoca'mızın, "TJOD Penceresinden Hukuki Sürece Bakış" isimli yazısını da ilgiyle okuyacağınızı düşünmekteyim. Şanlıurfa Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nden genç bir uzman arkadaşımız, Op. Dr. Adem Dilek, deneyimlerini kaleme alarak bizlerle paylaştı.

Ülkemizde sonbahar dönemine giriş yapmaktayız. Bu süreçte tüm meslektaşlarımıza çalışmalarında kolaylıklar diliyoruz.

Gücümüzü siz değerli meslektaşlarımızdan almaktayız ve hep birlikte daha ilerilere taşımaya hazırız. Sonraki sayılarda görüşmek dileğiyle...

Prof. Dr. M. Bülent TIRAŞ
TJOD Yönetim Kurulu Başkanı



Değerli Meslektaşlarımız,

Ekim bültenimizle yine karşınızdayız. Bu sayımızda, Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı Başkanı Doç.Dr. Neslihan Bayramoğlu Tepe Hocamız'la söyleşi yaparak hem hocamız ve bölümü ile ilgili bilgiler aldık. Doç Dr Özge Karuserci tarafından hazırlanan “Kadınlarda Üriner İnkontinansın Değerlendirilmesi” ve İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı'ndan

Prof.Dr.Ercan Yılmaz Hoca'mızın “Orta üretral askı operasyonlarının sorgulandığı bir çağda stres üriner inkontinans cerrahisine yönelik anket” isimli makalelere bültenimizde yer verdik.

TJOD Yönetim Kurulu Üyesi, Etik Hukuk Kurulu Üyesi Op.Dr.M.Selçuk Söylemez Hoca'mızın, “TJOD Penceresinden Hukuki Sürece Bakış” isimli yazısı gündemdeki down sendromu ile ilgili hukuki süreci özetlemiş olacaktır. Şanlıurfa Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nden genç bir uzman arkadaşımız, Op. Dr. Adem Dilek, deneyimlerini sizler için kaleme aldı.

Havaların soğumaya başladığı sonbahar günlerinde hepinize sağlıklı huzurlu günler dilerim.

Prof. Dr. Muhammet Erdal Sak

TJOD Yönetim Kurulu Üyesi

TJOD Bülten Editörü



YÖNETİM KURULU ÜYELERİ



BAŞKAN
PROF. DR.
M. BÜLENT TIRAŞ



2. BAŞKAN
PROF. DR.
İSMAIL METE İTİL



SAYMAN
PROF. DR.
GAZİ YILDIRIM



GENEL SEKRETER
OP. DR.
VOLKAN KURTARAN



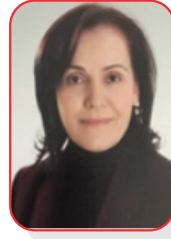
OP. DR.
SAMET BAYRAK



PROF. DR.
ERAY ÇALIŞKAN



PROF. DR.
S. CANSUN DEMİR



PROF. DR.
MELİKE DOĞANAY



PROF. DR.
TALİP GÜL



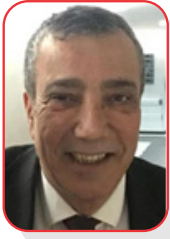
PROF. DR.
ATEŞ KARATEKE



PROF. DR.
ALİ KOLUSARI



PROF. DR.
M. ERDAL SAK



OP. DR.
M. SELÇUK SÖYLEMEZ



PROF. DR.
FATİH ŞENDAĞ



PROF. DR.
ERCAN YILMAZ

BU SAYIDA

1. Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı Başkanı *Doç. Dr. Neslihan Bayramoğlu Tepe* Hocamızla söyleşi
2. Derleme, Kadınlarda Üriner İnkontinansın Değerlendirilmesi, *Doç. Dr. Özge Karuserci*-Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı
3. Makale, Orta üretral askı operasyonlarının sorgulandığı bir çağda stres üriner inkontinans cerrahisine yönelik anket, *Prof. Dr. Ercan Yılmaz*, İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı
1. Köşe yazısı, TJOD Penceresinden Hukuki Sürece Bakış, *Op. Dr. M.Selçuk SÖYLEMEZ* , TJOD Yönetim Kurulu Üyesi, Etik Hukuk Kurulu Üyesi
5. Genç Bir Uzman Gözünden, *Op. Dr. Adem Dilek*



EDİTÖR

PROF. DR. **MUHAMMET ERDAL SAK**

HARRAN ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ
KADIN HASTALIKLARI VE DOĞUM A.D., ŞANLIURFA



EDİTÖR YARDIMCISI

PROF. DR. **AHMET YİĞİT ÇAKIROĞLU**

ACIBADEM SAĞLIK GRUBU,
İSTANBUL



EDİTÖR YARDIMCISI

PROF. DR. **ERCAN YILMAZ**

İNÖNÜ ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ, KADIN HASTALIKLARI VE
DOĞUM A.D., MALATYA



EDİTÖR YARDIMCISI

DOÇ. DR. **ELİF AĞAÇAYAK**

DİCLE ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ, KADIN HASTALIKLARI VE
DOĞUM A.D., DİYARBAKIR



EDİTÖR YARDIMCISI

DOÇ. DR. **TALİP KARAÇOR**

ADIYAMAN ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ, KADIN HASTALIKLARI VE
DOĞUM A.D., ADIYAMAN



EDİTÖR YARDIMCISI

DOÇ. DR. **MERT ULAŞ BARUT**

HARRAN ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ, KADIN HASTALIKLARI VE
DOĞUM A.D., ŞANLIURFA



EDİTÖR YARDIMCISI

DOÇ. DR. **NURULLAH PEKER**

DİCLE ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ, KADIN HASTALIKLARI VE
DOĞUM A.D., DİYARBAKIR

Bu bültenimizde Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı Başkanı Doç. Dr. Neslihan Bayramoğlu Tepe Hocamızla söyleşi yaptık.



Hocam sizi tanıyabilir miyiz ?

Ben Doç. Dr. Neslihan Bayramoğlu Tepe. 1981 yılında Gaziantep'te doğdum. Evli ve iki çocuk annesiyim. İlk, orta ve lise öğrenimimi Gaziantep'te tamamladıktan sonra, üniversiteye Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde devam edip, 2006 yılında dönem birincisi olarak mezun oldum. Aynı yıl girdiğim TUS'ında Mustafa Kemal Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum bölümünü kazandım. 2011 yılında uzman oldum ve mecburi hizmet için Adıyaman/Besni Devlet Hastanesi'nde göreve başladım. 2012 yılının sonunda mecburi hizmetimi tamamlayarak, Adıyaman Özel Park Hospital Hastanesi'nde Kadın Hastalıkları ve Doğum Uzmanı olarak görevime devam ettim. Bir yıl özel hastanede çalıştıktan sonra, Ankara Etlik Zübeyde Hanım Kadın Hastalıkları ve Doğum Hastanesi'ne atandım. İki yıl burada görev yaptıktan sonra, 2015 yılının Mart ayında, Ankara'dan ayrılarak öğrencisi olduğum Gaziantep Üniversitesi'nde Yrd.Doç.Dr. olarak göreve başladım. 2018 yılında Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum AD, Perinatoloji Bilim Dalı'na 3 ay süreyle görevlendirildim. 2020 yılında Sağlık Bilimleri Üniversitesi Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde ÜYTE sertifikasyon programına katıldım. Ekim 2020'de Doçentlik ünvanını almaya hak kazandım ve ardından yapılan doçentlik sözlü sınavını da başarı ile tamamlayarak üniversitemizin Doçent kadrosuna atandım. 2016-2021 yılları arasında bölümümüz eğitim koordinatörlüğü görevini yürüttüm. Eylül 2021'den beri bölüm başkanlığı görevini yürütmekteyim.

Aldığım eğitim gereği, ilgi alanım özellikle Reprodüktif Endokrinoloji ve İnfertilitedir. Aynı zamanda yüksek riskli gebelikler konusunda

da ilgiliyim. Bölgemizde sıklıkla karşılaştığımız plasenta invazyon anomalileri cerrahisinde önemli derecede deneyim kazandım. Yerli ve yabancı birçok dergide makalelerim, sözel sunum ve posterlerim bulunmaktadır. Alanımızdaki dernek faaliyetlerinin gelişmemize büyük katkı sunduğuna inandığımdan, başta TJOD olmak üzere, TÜBİD, JED derneklerine üyeliğim bulunmaktadır.

Hocam bir kadın doğum uzmanı, bir cerrah, bir idareci olarak sorumluluklarınızı yerine getirirken zamanınızı nasıl kullanıyorsunuz, nasıl yetişiyorsunuz? Genç meslektaşlarımıza medikal-paramedikal önerileriniz neler olur?

Meslek seçimi yaparken tüm tercihlerim Tıp, uzmanlık tercihi yaparken tüm tercihlerim Kadın Doğum'du. Mutlu olabilmek için sevdiğiniz işi yapmanın temel şey olduğuna inanıyorum. Branşımız çok yoğun, beraberinde anne ve idareci oluşumun getirdiği sorumluluklar da olunca boş vaktim hiç olmuyor. Çok yorulsam da, mesleğimin kutsallığı, hastaların minnet duyguları, bir canlının dünyaya gelişine tanıklık ve aracılık etmek motivasyon kaynağım oluyor. Güne erken başlayıp, her zaman planlı hareket ederek zaman konusunda kendime ve aileme fırsat oluştuyorum.

Maalesef günümüzde Kadın Doğum branşı eski popülaritesini kaybetmiş olsa da, buna neden olan faktörlerin düzeltilmesi yolunda atılan adımlar, mesleğimin geleceğine dair görüşlerimi değiştirmeye başladı. Kadın Doğum branşının eski değerini tekrar kazanacağını umuyorum.



Genç meslektaşlarımla branş seçimi yaparken, gerçekten severek yapacakları ve yapı olarak kendilerine en uygun olan alana yönelmelerini tavsiye ederim. Cerrahi branşlar her zaman daha zor, dikkat ve emek isteyen branşlar olduğundan, severek yapılıyor olması çok önemli. Günümüzde hem malpraktis davaları, hem de ekonomik tatminsizlik, genç meslektaşlarımla Kadın Doğum ve diğer cerrahi branşlara yönelimini büyük ölçüde etkiledi. Ancak olumsuzluk yaşanan bu konularda çözüme yönelik atılan yeni adımlarla, branşımızın ve mesleğimizin eski saygınlığına kavuşacağına inanıyorum. Tercih yaparken bu durumu göz ardı etmemeleri gerektiğini düşünüyorum. İnsan olarak hepimizin dinlenmeye ve eğlenmeye ihtiyacı var. Bu yüzden mutlaka bir hobimizin olması gerekir. Kitap okumak, herhangi bir enstrüman çalmak, seyahat etmek... Bize ne iyi geliyorsa mutlaka bunu da ihmal etmemeliyiz. Kitap okumayı çok seven biri olarak, her koşulda buna zaman yaratmaya çalışırım.

Bölümünüzden bahsedermisiniz ?

Gaziantep Üniversitesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı 1988 yılında kurulmuştur. Servisimizde 24 yatağımız, doğumhanemizde ise 11 yatağımız bulunmaktadır. Kliniğimizde 3 profesör, 4 doçent, 1 Dr. Öğr. Üyesi olmak üzere 8 öğretim üyesiyiz. 19 araştırma görevlimiz mevcuttur. Tıp Fakültesi eğitimimizin hem Türkçe, hem İngilizce olmasından dolayı, Türkçe ve İngilizce dersler kliniğimiz öğretim üyelerince anlatılmaktadır. Yeni açılan uzmanlık kadrolarında, 4'ü Türk, 1 tanesi de yabancı uyruklu olmak üzere 5 kadro ilanımız mevcuttur. Kliniğimizin bölgeye hizmet vermesi, vaka çeşitliliğimiz ve vaka sayılarımızın fazlalığından dolayı hiçbir uzmanlık sınavında kadrolarımız müracatsız kalmamıştır.

Kliniğimiz; genel jinekoloji, jinekolojik onkoloji, endoskopik cerrahi, ürojinekoloji, obstetrik müdahale ve ameliyatlar, yüksek riskli gebelik alanlarında, yataklı ve ayaktan hasta birimlerinde hizmet vermektedir. Onkolojik hastaların yönetimi, Kadın Doğum, Medikal

Onkoloji, Patoloji bölümlerinin katılımı ile bölümümüzde her hafta düzenli olarak yapılan konseyle yürütülmektedir. Geçen yıl, 1335 sezaryen, 412'si normal doğum olmak üzere toplam 1747 adet doğum gerçekleştirilmiştir. Yapılan jinekolojik operasyon sayısı 5362'dir. Plasenta invazyon anomalisi cerrahisi sayımız 69'dur. Gebe poliklinik sayımız 5542, jinekoloji poliklinik sayımız 10235'dir. Yapılan amniosentez sayısı 79, CVS sayısı 18'dir. Özel hasta muayene sayımız 17792'dir. IVF merkezimizin kurulum projesi onaylanmıştır.

Bu hizmetlerimizin yanısıra, asistan dr'larımızın teorik eğitimi için her hafta Çarşamba günleri asistan ve öğretim üyesi seminerleri yapılmaktadır. Tıp Fakültemizde bulunan Simülasyon Laboratuvarı'nda asistan hekimlerimize maketler üzerinde doğum ve ameliyatlar için pratik eğitimler verilmektedir. Kliniğimiz Gaziantep TJOD şubesi ile ortak toplantılar düzenlemekte, bu sayede ilimiz ve bölgemizdeki branş hekimlerine de destek sunmaktadır.

Hocam mesleğimizin geleceği ile ilgili düşünceleriniz ve beklentileriniz nelerdir ?

Her ne kadar mesleğimiz ve branşımız eski saygınlığını yitirmiş olsa da, yaptığımız işin kutsallığı aşikardır. Malpraktis davaları, hekime yönelik şiddet ve ekonomik tatminsizlik Kadın Doğum ve diğer cerrahi branşların tercih oranlarını düşürse de, bu konuda atılan adımlar ve yapılan iyileştirmelerle branşımızın eski popülaritesine kavuşacağına inanıyorum. Kadın Doğum eskiden uzmanlık sınavlarında en yüksek puanlarla asistan kabul eden branşlardandı. Günümüzde branşımızın tercih puanları çok düşmüş olsa da, bu durumun da önümüzdeki yıllarda tekrar düzeleceğini düşünüyorum. Bu sayıda Kliniğimizi tanıtmaya fırsatı sunduğunuz için çok teşekkür ediyor, saygılar sunuyorum.

Doç. Dr. Neslihan Bayramoğlu Tepe





Kadınlarda Üriner İnkontinansın Değerlendirilmesi

Doç. Dr. Özge Karuserci

Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı

Kadınlarda Üriner İnkontinansın Değerlendirilmesi

Üriner inkontinans, yetişkin kadınların yaklaşık %50'sinde görülür, ancak bu kadınların sadece %25-61'i bu sebeple bir sağlık kuruluşuna başvurmuştur. Hastalar, utanç, tedavi seçenekleri hakkında bilgi eksikliği ve/veya ameliyat korkusu nedeniyle inkontinansları için destek almak konusunda isteksiz olabilirler.

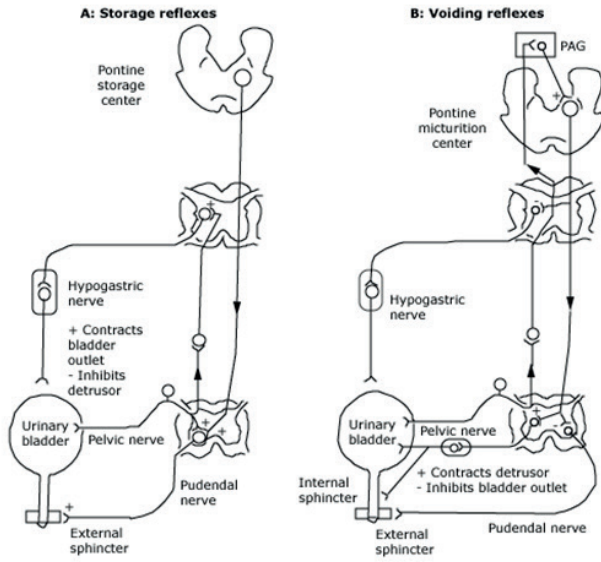
Bu derlemede üriner inkontinansın epidemiyolojisi, risk faktörleri, etiyolojisi ve ilk değerlendirilmesi gözden geçirilecektir. Tablo 1'de kadınlarda üriner inkontinans değerlendirilmesinde temel kaynak olarak kullanılan kılavuzlar sunulmuştur.

Tablo 1: Üriner inkontinans değerlendirilmesinde temel kaynak olarak kullanılan kılavuzlar

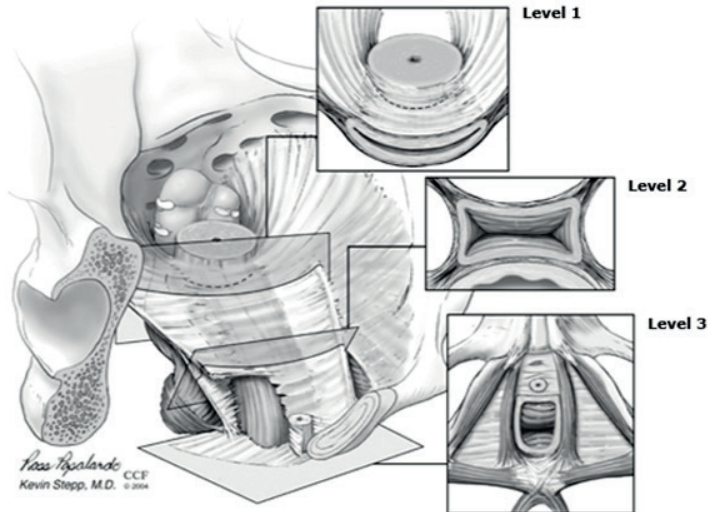
AUA/SUFU (American Urologic Association / Society of Urodynamics, Female Pelvic Medicine and Urogenital Reconstruction) Surgical Treatment of Female Stress Urinary Incontinence	2017
FIGO working group report Evaluation and surgery for stress urinary incontinence	2017
ACOG (American College of Obstetricians and Gynecologists) Urinary Incontinence in Women	2015
EAU (European Association of Urology) Guidelines on Urinary Incontinence	2015
CUA (Canadian Urological Association) Guidelines for Adult Urinary Incontinence Collaborative Consensus Document for the Canadian Urological Association	2012
NICE (National Institute for Health and Care Excellence) Urinary incontinence in women: the management of urinary incontinence in women	2013
ICI (International Consultation on Incontinence) Incontinence	2013
AUA/SUFU (American Urologic Association / Society of Urodynamics, Female Pelvic Medicine and Urogenital Reconstruction) Diagnosis And Treatment of Overactive Bladder (Non- Neurogenic) in Adults	2012
AUA/SUFU (American Urologic Association / Society of Urodynamics, Female Pelvic Medicine and Urogenital Reconstruction) Urodynamic Studies in Adults	2012
AUA (American Urologic Association) Guideline for the Surgical Management of Female Stress Urinary Incontinence	2009

Kadınlarda Üriner İnkontinansın Değerlendirilmesi

Doç. Dr. Özge Karuserci
Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı



Şekil 1: Kontinans ve işemeyi kontrol eden nöral devreleri gösteren diyagram
A: İdrar depolama refleksi
B: İşeme refleksi



Şekil 2: Vajinal destek DE Lancey seviyeleri

Kadınlarda Üriner İnkontinansın Değerlendirilmesi

Doç. Dr. Özge Karuserci
Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı

Klasifikasyon: Üriner inkontinansın başlıca tipleri stres,urge ve taşma inkontinansıdır. Pekçok kadın birden çok tip inkontinansla karşımıza çıkar ki bunu da mix tip üriner inkontinans olarak adlandırırız.

Stres üriner inkontinans: Karın içi basıncın artmasıyla (efor,hapşırma,öksürme,gülme gibi) ortaua çıkan istemsiz idrar kaçırmaadır. Genç kadınlarda en sık görülen tiptir ve en yüksek insidansa 45-49 yaş arasında ulaşır. Mekanizması; üretral hipermobilitate ve/veya intrinsik sfinkter yetmezliğidir.

Urge üriner inkontinans: Urge inkontinanslı kadınlar, istemsiz idrar kaçırmadan hemen önce veya beraberinde işeme dürtüsü yaşarlar. Sızıntı miktarı, birkaç damladan tamamen ıslanmış iç çamaşırlara kadar değişir. "Aşırı aktif mesane", sıklıkla noktüri ve sık idrara çıkmanın eşlik ettiği, inkontinanslı veya inkontinanssız idrara sıkışma sendromunu tanımlayan bir terimdir. "Urge inkontinans" ve "inkontinanslı aşırı aktif mesane" terimleri sıklıkla birbirinin yerine kullanılır.

Urge inkontinans yaşlı kadınlarda ve komorbidite varlığında daha sık görülür. Mesane dolumu sırasında istemsiz detrusor kas kasılmalarına yol açan detrüsör aşırı aktivitesinden kaynaklandığına inanılmaktadır. Bu durum nörolojik bozukluklara (örneğin omurilik yaralanması), mesane anormalliklerine, artmış veya değişmiş mesane mikrobiyomuna ikincil veya idiyopatik olabilir. Prevalansı, sağlıklı, yaşlı yetişkinlerin arasında %21'dir.

Mix Üriner İnkontinans: Hem stres hem de urge üriner inkontinans semptomları olduğunda, mikst üriner inkontinans olarak adlandırılmaktadır.

DEĞERLENDİRME

Üriner inkontinansın ilk değerlendirmesi, inkontinansın tipini karakterize etmeyi ve sınıflandırmayı, üriner inkontinans olarak ortaya çıkabilen altta yatan komorbiditeleri (ör. nörolojik bozukluk veya malignite) tanımlamayı ve potansiyel olarak geri döndürülebilir inkontinansın nedenlerini tanımlamayı içerir. Değerlendirme, ayrıntılı bir anamnez, fizik muayene ve idrar tahlili ile başlamalıdır.

Anamnez: Öykü, hastanın üriner semptomlarını ve şiddetini daha da netleştirir ve tedavi edilebilecek veya daha fazla değerlendirme gerektirebilecek potansiyel altta yatan nedenleri tanımlar. İnkontinans tipini belirleme, sistemik semptom araştırması, kullanılan ilaçlar, alkol-kafein alımı, inkontinansın hayat kalitesi üzerine etkisi hikayede sorgulanmalıdır. Online olarak kolaylıkla bulunabilen işeme günlükleri de üriner inkontinans semptomlarını ve sorunun ciddiyetini belirlemek,aynı zamanda mesane eğitiminin sınırlarını belirlemek için kullanılan bir ölçüdür. Normal işeme sıklığı günde sekiz defadan ve gece bir defadan azdır. Toplam hacim ise 24 saatte 1800 mL'den azdır.Tablo 2'de üriner inkontinans anamnezinde klavuzların önerileri ve kanıt düzeyleri belirtilmiştir

Kadınlarda Üriner İnkontinansın Değerlendirilmesi

Doç. Dr. Özge Karuserci
Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı

Tablo 2: Üriner inkontinans anamnezinde klavuzların önerileri ve kanıt düzeyleri

ANAMNEZ			
Oneriler	Klavuz	Kanıt düzey	Oner Düzey
Uriner inkontinans yakınması ile başvuran kadınlarda yapılması gereken minimum değerlendirme sunları icermeli dir; 1. (i) Anamnez 2. (ii) İdrar analizi 3. (iii) Fizik muayene 4. (iv) Stres üriner inkontinansın değerlendirilmesi 5. (v) Uretral mobilitenin değerlendirilmesi 6. (vi) İseme sonrası artık idrar hacminin ölçümü	ACOG		Level C
Uriner inkontinansın tipini ve derecesini anlamak amacıyla ayrıntılı anamnez alınması önerilir.	EAU AUA CUA NICE	Level 4	
	ICI	Level 5	Grade D
	AUGS		Level C
Doğum oykusunun detaylı olarak alınması önerilir	EAU		
D ğier hastalıkların (malignite, ektopik ureter vb) ekarte edilmesi önerilir	EAU		
Anti - inkontinans cerrahisi planlanan stres ağırlıklı üriner inkont nansı olan kadınlarda "normal iseme sonrası artık idrar hacmi , normal idrar analizi , ve pozitif oksuruk testini " iceren temel değerlendirme urodinamik değerlendirmeden daha az değerli degildir	ACOG		Level A
Sıralanan durumlarda hasta bir uzmana refere edilmelidir; <ul style="list-style-type: none">- Hematuri (mikroskopik veya asikar),- Persiste/rekurren idrar yolu enfeksiyonu,- Semptomatik prolapsus, obstruksiyon veya retans ion bulguları (ele gelen mesane, hidronefroz veya obstruktif renal yetmezlik), <ul style="list-style-type: none">- Suphel norolojik hastalık,- Kitle (uretral, mesane veya pelvik),- Fistul (üriner veya barsak),- Fekal inkontinans,- Gecirilmiş pelvik cerrahi veya radyoterapi oykusu	ICI	Level 5	Grade D

Kadınlarda Üriner İnkontinansın Değerlendirilmesi

Doç. Dr. Özge Karuserci

Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı

Fizik Muayene: Atipik semptomları, tanı belirsizliği veya ilk tedavi sonrası başarısız olunan kadınlar, pelvik taban kas bütünlüğü, vajinal atrofi, pelvik kitleler ve ileri pelvik organ prolapsusu için özel dikkatle pelvik muayeneden geçmelidir.

Ani başlayan üriner inkontinans (özellikle ırge semptomları) veya yeni başlayan nörolojik semptomlarla başvuran hastalar olmadıkça, inkontinansı olan tüm kadınların ilk değerlendirmesinde ayrıntılı bir nörolojik muayene gerekli değildir. Nörolojik hastalık endişesi varsa, alt ekstremitte kuvveti, refleksler ve perineal duyunun sınırlı bir değerlendirmesini yaparız.

Laboratuvar: Tüm hastalara idrar tahlili yapılmalı ve taramada İYE veya hematüri varsa idrar kültürü yapılmalıdır. Hidronefroza sonuçlanan ciddi idrar retansiyonu endişesi olmadıkça böbrek fonksiyonunun rutin kontrolü önerilmiyor. Diğer laboratuvar testleri, öykü ve fizik muayenede ortaya çıkan belirti veya semptomlara göre belirlenir.

Klinik testler: Üriner inkontinansı olan bir kadının ilk değerlendirmesinde sadece birkaç klinik test gereklidir, çünkü sadece semptomlara dayalı olarak konservatif tedavi başlatılabilir. Karmaşık nörolojik durumları veya fizik muayenede anormal bulguları olmayan hastalarda ilk değerlendirme için radyografik görüntüleme önerilmemektedir. İlk olarak mesane stres testi uygulanır. İşeme sonrası rezidü idrar testinin de rutin olarak değerlendirilmesi gerekmektedir. Ürodinamik testler başlangıçta rutin olarak yapılmaz, ancak cerrahi tedaviler düşünülmeden önce veya tanısız belirsizlik veya üriner retansiyon kanıtı olduğunda yapılabilir. Üretral mobilite değerlendirmesi sübjektif bir test olmadığından günümüzde rutinde önerilmemektedir.

Deneyimli Uzmanlık Gerektiren Durumlar: Bazı durumlarda hastaları konusunda uzmanlaşmış bir merkeze yönlendirmek gerekir. Bunlar:

Üriner enfeksiyon (UTİ) yokluğunda pelvik/abdominal ağrı

Kültür pozitif rekurren UTİ (yılda 3 veya daha fazla/6 ayda 2 defa)

UTİ yokluğunda gross ya da mikroskopik hematüri (malignensi?)

Yaşam boyu inkontinans/vezikovajinal fistül ya da üretral divertikül şüphesi

Anormal fizik muayene bulgusu (pelvik kitle,ileri pop)

Üriner ya da fekal inkontinansla beraber nörolojik semptomlar

Tanıda şüphe

Pelvik rekonstrüktif cerrahi ya da radyasyon öyküsü

Olası sebeplerin ortadan kaldırılmasından sonra halen devam eden pvr yüksekliği

Taşma inkontinans şüphesi (özellikle nörolojik bozukluklar ve diyabet varlığında)

Kronik üriner kataterizasyon ya da katater takma zorluğu

Kadınlarda Üriner İnkontinansın Değerlendirilmesi

Doç. Dr. Özge Karuserci

Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı

REFERANSLAR

1. Abrams P, Cardozo L, Fall M, et al. The standardisation of terminology of lower urinary tract function: report from the Standardisation Sub-committee of the International Continence Society. *Neurourol Urodyn* 2002; 21:167.
2. Mardon RE, Halim S, Pawlson LG, Haffer SC. Management of urinary incontinence in Medicare managed care beneficiaries: results from the 2004 Medicare Health Outcomes Survey. *Arch Intern Med* 2006; 166:1128.
3. Griffiths AN, Makam A, Edwards GJ. Should we actively screen for urinary and anal incontinence in the general gynaecology outpatients setting?--A prospective observational study. *J Obstet Gynaecol* 2006; 26:442.
4. Minassian VA, Yan X, Lichtenfeld MJ, et al. The iceberg of health care utilization in women with urinary incontinence. *Int Urogynecol J* 2012; 23:1087.
5. Harris SS, Link CL, Tennstedt SL, et al. Care seeking and treatment for urinary incontinence in a diverse population. *J Urol* 2007; 177:680.
6. Hannestad YS, Rortveit G, Hunskaar S. Help-seeking and associated factors in female urinary incontinence. The Norwegian EPINCONT Study. *Epidemiology of Incontinence in the County of Nord-Trøndelag. Scand J Prim Health Care* 2002; 20:102.
7. Morrill M, Lukacz ES, Lawrence JM, et al. Seeking healthcare for pelvic floor disorders: a population-based study. *Am J Obstet Gynecol* 2007; 197:86.e1.
8. Lee UJ, Feinstein L, Ward JB, et al. Prevalence of Urinary Incontinence among a Nationally Representative Sample of Women, 2005-2016: Findings from the Urologic Diseases in America Project. *J Urol* 2021; 205:1718.
9. Herzog AR, Diokno AC, Brown MB, et al. Urinary incontinence as a risk factor for mortality. *J Am Geriatr Soc* 1994; 42:264.
10. Huang P, Luo K, Wang C, et al. Urinary Incontinence Is Associated With Increased All-Cause Mortality in Older Nursing Home Residents: A Meta-Analysis. *J Nurs Scholarsh* 2021; 53:561.
11. Coyne KS, Sexton CC, Irwin DE, et al. The impact of overactive bladder, incontinence and other lower urinary tract symptoms on quality of life, work productivity, sexuality and emotional well-being in men and women: results from the EPIC study. *BJU Int* 2008; 101:1388.
12. Yip SK, Cardozo L. Psychological morbidity and female urinary incontinence. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol* 2007; 21:321.
13. Ratner ES, Erekson EA, Minkin MJ, Foran-Tuller KA. Sexual satisfaction in the elderly female population: A special focus on women with gynecologic pathology. *Maturitas* 2011; 70:210.
14. Coyne KS, Wein AJ, Tubaro A, et al. The burden of lower urinary tract symptoms: evaluating the effect of LUTS on health-related quality of life, anxiety and depression: EpiLUTS. *BJU Int* 2009; 103 Suppl 3:4.
15. Barber MD, Visco AG, Wyman JF, et al. Sexual function in women with urinary incontinence and pelvic organ prolapse. *Obstet Gynecol* 2002; 99:281.
16. Brown JS, McGhan WF, Chokroverty S. Comorbidities associated with overactive bladder. *Am J Manag Care* 2000; 6:S574.

Kadınlarda Üriner İnkontinansın Değerlendirilmesi

Doç. Dr. Özge Karuserci

Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı

17. Dubeau CE, Simon SE, Morris JN. The effect of urinary incontinence on quality of life in older nursing home residents. *J Am Geriatr Soc* 2006; 54:1325.
18. Serati M, Salvatore S, Uccella S, et al. Female urinary incontinence during intercourse: a review on an understudied problem for women's sexuality. *J Sex Med* 2009; 6:40.
19. Gray T, Li W, Campbell P, et al. Evaluation of coital incontinence by electronic questionnaire: prevalence, associations and outcomes in women attending a urogynaecology clinic. *Int Urogynecol J* 2018; 29:969.
20. Munaganuru N, Van Den Eeden SK, Creasman J, et al. Urine leakage during sexual activity among ethnically diverse, community-dwelling middle-aged and older women. *Am J Obstet Gynecol* 2017; 217:439.e1.
21. Yip SK, Chan A, Pang S, et al. The impact of urodynamic stress incontinence and detrusor overactivity on marital relationship and sexual function. *Am J Obstet Gynecol* 2003; 188:1244.
22. Cohen BL, Barboglio P, Gousse A. The impact of lower urinary tract symptoms and urinary incontinence on female sexual dysfunction using a validated instrument. *J Sex Med* 2008; 5:1418.
23. Brown JS, Vittinghoff E, Wyman JF, et al. Urinary incontinence: does it increase risk for falls and fractures? Study of Osteoporotic Fractures Research Group. *J Am Geriatr Soc* 2000; 48:721.
24. Gibson W, Hunter KF, Camicioli R, et al. The association between lower urinary tract symptoms and falls: Forming a theoretical model for a research agenda. *Neurourol Urodyn* 2018; 37:501.
25. Schluter PJ, Askew DA, Jamieson HA, Arnold EP. Urinary and fecal incontinence are independently associated with falls risk among older women and men with complex needs: A national population study. *Neurourol Urodyn* 2020; 39:945.
26. Schumpf LF, Theill N, Scheiner DA, et al. Urinary incontinence and its association with functional physical and cognitive health among female nursing home residents in Switzerland. *BMC Geriatr* 2017; 17:17.
27. Gotoh M, Matsukawa Y, Yoshikawa Y, et al. Impact of urinary incontinence on the psychological burden of family caregivers. *Neurourol Urodyn* 2009; 28:492.
28. Morrison A, Levy R. Fraction of nursing home admissions attributable to urinary incontinence. *Value Health* 2006; 9:272.
29. Wu JM, Vaughan CP, Goode PS, et al. Prevalence and trends of symptomatic pelvic floor disorders in U.S. women. *Obstet Gynecol* 2014; 123:141.
30. O'Halloran T, Bell RJ, Robinson PJ, Davis SR. Urinary incontinence in young nulligravid women: a cross-sectional analysis. *Ann Intern Med* 2012; 157:87.
31. Tennstedt SL, Link CL, Steers WD, McKinlay JB. Prevalence of and risk factors for urine leakage in a racially and ethnically diverse population of adults: the Boston Area Community Health (BACH) Survey. *Am J Epidemiol* 2008; 167:390.



Kadınlarda Üriner İnkontinansın Değerlendirilmesi

Doç. Dr. Özge Karuserci
Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı

32. Nygaard I, Barber MD, Burgio KL, et al. Prevalence of symptomatic pelvic floor disorders in US women. JAMA 2008; 300:1311.
33. Patel UJ, Godecker AL, Giles DL, Brown HW. Updated Prevalence of Urinary Incontinence in Women: 2015-2018 National Population-Based Survey Data. Female Pelvic Med Reconstr Surg 2022; 28:181.
34. Daugirdas SP, Markossian T, Mueller ER, et al. Urinary incontinence and chronic conditions in the US population age 50 years and older. Int Urogynecol J 2020; 31:1013.
35. Urinary Incontinence: An inevitable part of aging? National Poll on Health Aging. University of Michigan. November 2018 www.healthyagingpoll.org/sites/default/files/2018-11/NPHA_Incontinence-Report_FINAL-110118.pdf (Accessed on November 02, 2018).
36. Lifford KL, Townsend MK, Curhan GC, et al. The epidemiology of urinary incontinence in older women: incidence, progression, and remission. J Am Geriatr Soc 2008; 56:1191.
37. Legendre G, Ringa V, Panjo H, et al. Incidence and remission of urinary incontinence at midlife: a cohort study. Br J Obstet Gynaecol 2015; 122:816.
38. Subak LL, Richter HE, Hunskaar S. Obesity and urinary incontinence: epidemiology and clinical research update. J Urol 2009; 182:S2.
39. Dökmeci, Fulya. "Kadınlarda İzlenen Üriner İnkontinans: Uluslararası Kılavuzlar Işığında Güncel Yönetim." Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası 70.3 (2017): 187-193.
40. Üriner İnkontinanslı Hastanın Yönetimi: Uluslararası Kılavuzlar Ne Diyor? Türk Ürojinekoloji ve Pelvik Rekonstruktif Cerrahi Derneği. 2017



Orta üretral askı operasyonlarının sorgulandığı bir çağda stres üriner inkontinans cerrahisine yönelik anket D'hulster AS, Housmans S, Spaans W

Prof. Dr. Ercan Yılmaz
İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı

Özet

Giriş: Vajinal meş ile ilgili endişeler, bazı ülkelerde orta üretral askıların (MUS) kullanımını azaltmıştır. Belçika ve Hollanda'daki prosedürün kullanımındaki bu potansiyel uzaklaşma göz önüne alınarak, ürojinekologların stres üriner inkontinans (SÜİ) tedavisine yönelik uygulamaları ve alternatif prosedürlerle ilgili deneyimlerinin neler olduğu hakkında bir anket yürütülmüş olup, onlara hastalarının risk ve başarı oranlarını nasıl algıladıkları sorulmuştur.

Yöntemler: Flaman Kadın Hastalıkları ve Doğum Derneği, Belçika Üroloji Derneği ve Hollanda Kadın Hastalıkları ve Doğum Derneği'nin pelvik taban özel ilgi grubu üyeleri arasında bir anket çalışması yapılmıştır.

Bulgular: Tercih edilen primer prosedürün MUS olduğu belirlenmiştir (%99). Katılımcıların %65'i yılda en az 25 MUS gerçekleştirmekte olup, yüksek başarı (%90; IQR [85–92]) ve düşük advers sonuç oranları bildirilmiştir. Hekimler, literatürde de bildirildiği üzere, komplikasyonların gelişmesini beklemektedir: %5 (IQR [4-10]) aşırı aktif mesane, %5 (IQR [2–10]) işeme sorunları, %2 (IQR [1-5]) disparoni ve %1 (IQR [1–3]) kronik ağrı. Hekimlerin %85'i, genellikle nedenini tam olarak söyleyemeseler de, hastalarının bir MUS geçirebilecekleri konusunda korkularını dile getirdiklerini bildirmektedir. Bildirildiğine göre, hastalar doktorlarına ağrı (%54), ekspozür (%45), disparoni (%25), işeme sorunları (%15) veya aşırı aktif mesane (%8) ile ilgili endişelerini dile getirmektedirler. Ankete katılanların sadece yarısının daha önce kolposüspansiyon uyguladığı belirlenmiştir. Bunların çoğu daha yaşlı olup, laparotomi ile kolposüspansiyon uygulamışlardır. Sadece altı kişinin (%4) yılda 20'den fazla kolposüspansiyon gerçekleştirdiği saptanmıştır.

Sonuç: Hollandalı ve Belçikalı ürojinekologlar, MUS'un başarı ve yan etki oranlarını literatürle aynı doğrultuda olduğunu tahmin etmektedirler. Hastalarının en çok belirttiği endişeler, kronik ağrı ve ekspozür korkusudur. Ankete katılanların sadece yarısının daha önce kolposüspansiyon uyguladığı belirlenmiştir. Bu kişilerin daha yaşlı oldukları ve prosedürü laparotomi ile gerçekleştirdikleri saptanmıştır. Anahtar Kelimeler: Orta üretral askı . Burch kolposüspansiyonu. Stres üriner inkontinans

Giriş

Stres üriner inkontinans (SÜİ), karın içi basıncın artmasıyla eş zamanlı olarak üretra yoluyla istemsiz idrar kaçırma şikayetidir. Bunun nedeni üretral hiper mobilite ve/veya göreceli sfinkter yetmezliği olabilir. SÜİ konservatif, farmakolojik veya cerrahi olarak tedavi edilebilir. Böylece, abdominal yüksek basınç bölgesi dağıtılır ve/veya üretrayı destekler. Tarihsel olarak bu prosedür, ilk olarak periüretral dokuların retropubik süspansiyonu (kolposüspansiyon) veya oto-veya heterolog materyalin üretra altına bir askı olarak yerleştirilmesi (pubovajinal askılar) ile gerçekleştirilmiştir. Etkili olmasına rağmen, bu prosedürler daha büyük insizyonlar yoluyla yapıldıkları ve kapsamlı diseksiyon gerektirdiği ve bazı durumlarda donör sahada ek morbiditeye neden olabildiğinden, operasyonun doğası açısından bir morbidite riski taşır. Laparoskopinin ortaya çıkmasıyla beraber kolposüspansiyon daha az invaziv hale gelmiştir [1].



Orta üretral askı operasyonlarının sorgulandığı bir çağda stres üriner inkontinans cerrahisine yönelik anket D'hulster AS, Housmans S, Spaans W

Prof. Dr. Ercan Yılmaz

İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı

Açık kolposüspansiyon için daha yüksek objektif tedavi oranları bildirilmesine rağmen, subjektif tedavi oranları eşittir [1]. Daha az kan kaybı, daha az ağrı, daha az komplikasyon, daha hızlı iyileşme ve daha iyi kozmetik sonuçlarla ilişkili olan orta üretral askıların (MUS)

ortaya çıkmasıyla invazivlik daha da azalmıştır [5]. Başlangıçta mesh retropubik olarak yerleştirilmiş, ancak mesane yaralanması oranı yüksek olarak saptanmıştır. Bu komplikasyon hızlı bir şekilde fark edildiğinde, kolayca ve uzun vadeli sonuçlara sebep olmadan yönetilebilir [2]. Transobturator yaklaşım kullanıldığında bu komplikasyonun neredeyse tamamen önüne geçildiği farkedilmiştir. Transobturator askıların obstrüktif işeme bozukluğuna neden olma olasılığı daha düşüktür, ancak tekrar inkontinans cerrahisi riski daha yüksek görünmektedir [3]. Erişim yönteminden bağımsız olarak, askı materyali kullanımı greftle ilgili komplikasyonlara neden olabilir ve bunların en sık görüleni vajinal erozyon ve perforasyondur. Bu komplikasyon, bant yerleştirmelerinin yaklaşık %2'sinde gelişir [3]. MUS, hastaların % 2.2'sinde ağrıya neden olabilir [3]. Vajinal prolapsus cerrahisinin sonuçlarını iyileştirmek için sentetik dayanıklı materyalin kullanımı, esas olarak greftle ilişkili komplikasyon riski nedeniyle sorgulanmaktadır ve bunun tedavisi zor olabilir [2]. Benzer bir endişe son İngiliz Ulusal Sağlık Sistemi iyileştirmesi'nde mütevelli heyetine gönderilen bir mektupta olduğu gibi hem hastalar hem de bazı yetkililer tarafından MUS'un kullanımına kadar uzanmaktadır [4, 5]. Mesh reaksiyonları, sonunda üreticileri bu tür implantların dağıtımını veya üretimini durdurmaya sevk edebilir [6].

Böyle bir durumda, hekimlerin özellikle kolposüspansiyon olmak üzere alternatif cerrahi tekniklere başvurmaları gerekecektir. Laparoskopik kolposüspansiyon ve MUS'u karşılaştıran güncel veriler, MUS için eşit subjektif tedavi oranları ancak daha yüksek objektif tedavi oranları ileri sürmektedir. Ayrıca, mesh yerleştirmek daha az invazivdir ve daha kısa bir öğrenme eğrisine sahiptir ve prosedür standartlaştırılmış ve tekrarlanabilir [1]. Bu anket çalışmasının amacı, mevcut ürojinekolog kuşağının primer ve sekonder üriner inkontinans yönetimi, sentetik MUS'a karşı tutumları ve kolposüspansiyonla ilgili kişisel deneyimleri hakkındaki görüşlerini araştırmaktır.

Gereçler ve yöntemler

Anket, bu anket çalışması için özel olarak tasarlanmıştır. Soruları doğru bir şekilde oluşturmak için, anketin tam ifadesi ve yapısı ilk olarak, günlük pelvik taban tıbbi pratiğinde çalışmanın amaçlarının farkında olan dört ayrı hekimle tartışılmıştır. Ayrıca, deneysel olarak anketin tamamlanmasının 10-15 dakikadan fazla sürmemesi gerektiğine karar verilmiştir [7]. Bir sonraki adımda, esas olarak potansiyel eksiklikleri belirlemek için daha nihai bir versiyon diğer 6 alt uzmana elektronik ortamda dağıtılmıştır.



Orta üretral askı operasyonlarının sorgulandığı bir çağda stres üriner inkontinans cerrahisine yönelik anket D'hulster AS, Housmans S, Spaans W

Prof. Dr. Ercan Yılmaz

İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı

Sonunda anket, 8 kategoriye ayrılmış ve 33 soru içermektedir: yanıtlayanın profili, primer ve sekonder SÜİ'nin cerrahi tedavisine yönelik tutum, MUS'a yönelik tutum, hekimlerin hastalarının pelvik taban egzersizlerine ve MUS'a yönelik tutumunu nasıl algıladıkları ve son olarak hekimlerin retropubik kolposüspansiyon ve fasyal askılar da dahil olmak üzere potansiyel alternatiflerle kişisel deneyimini içermektedir. Yanıt oranını artırmak amacıyla beyaz bir arka plan kullanımı, konu satırında 'anket' kelimesinden kaçınılması, anketin süresinin belirtilmesi (10 ila 15 dakika), son teslim tarihinin belirtilmesi (daveti aldıktan sonraki 10 gün içinde), anket sorularında yanıt kategorilerinin metinsel gösteriminin kullanımı ve yerleşimde sponsor kuruluşun logosuna (KU Leuven, Leuven, Belçika) yer verilmesi de dahil olmak üzere elektronik anketlere yönelik Cochrane klavuzlarının çeşitli önerileri uygulanmıştır [8].

Flaman Obstetrik ve Jinekoloji Derneği'nin (VVOG) pelvik taban bozuklukları özel ilgi grubu (SIG) (n = 35), Belçika Üroloji Derneği'nin Fonksiyonel Ürolojisi (n = 55) ve Hollanda Obstetrik ve Jinekoloji Derneği'nin SIG "Bekkenbodem" (n = 196) üyelikleri aracılığıyla, çalışmanın amaçlarını ve alaka düzeyini içeren bir davetiye elektronik ortamda dağıtılmıştır. Tüm üyeler, Survey Monkey® (SurveyMonkey Inc., Palo Alto, CA; www.surveymonkey.com) kullanılarak oluşturulan çevrimiçi ankete bağlantı içeren bir e-posta almıştır. Cevap alınmaması durumunda üyelere en fazla iki hatırlatma gönderilmiştir. Tüm katılımcılar anketi yalnızca bir kez doldurmuştur. Anket isimsizdir ve herhangi maddi bir karşılığı bulunmamaktadır.

Bu çalışma için KU Leuven Tıp Fakültesi Etik Kurulu'ndan izin alınması gerekmemiştir, çünkü bu, meslek kuruluşlarının üyelikleri dahilinde yürütülen bir ankettir ve katılımcılar çalışma sitesine bağlantıya tıklayarak çalışmaya katılmayı kabul etmişlerdir. İstatistiksel işlemler için bulgular, soruyu yanıtlayanların mutlak sayısı ve yüzdesi olarak sunulmuştur. Tüm sorular için Kolomogorov-Smirnov ve Shapiro-Wilk testi kullanılarak normallik belirlenmiştir. Verilerin çoğu normal dağılmadığından, her değişken için medyan, IQR ve tam aralık bildirilmiştir. İlişkileri belirlemek için ki-kare testi ve t-testi kullanılmıştır. İstatistiksel anlamlılık $p < 0.05$ olarak tanımlanmıştır. Tüm veriler yapılandırılmış bir veri tabanına girilmiş ve Windows için SPSS, sürüm 25.0 (IBM Corp., Armonk, NY) kullanılarak analiz edilmiştir.



Orta üretral askı operasyonlarının sorgulandığı bir çağda stres üriner inkontinans cerrahisine yönelik anket D'hulster AS, Housmans S, Spaans W

Prof. Dr. Ercan Yılmaz
İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı

Bulgular

Toplam 284 davetiye gönderilmiştir. Yanıt oranı %52 olarak bulunmuştur (n = 147). Davet edilen üyelerin ve ankete katılanların profili Tablo 1'de gösterilmektedir.

Tablo 1: Katılımcıların karakteristiği, sayıları ve yüzdeleri

		N (%)
Coğrafik bölge	Belçika	45 (30.6)
	Hollanda	98 (66.7)
	Diğer	4 (2.7)
Cevap oranı	Belçika	45/84 (53.6)
	Hollanda	102/200 (51.0)
Uzmanlık	Obstetrik&Jinekoloji	116 (78.9)
	Üroloji	31 (21.1)
Ürojinekoloji uzmanlığı	Evet	141 (95.9)
	Hayır	6 (4.1)
Uzmanlık yılı	0-10 yıl	58 (39.5)
	11-20 yıl	56 (38.1)
	>20 yıl	33 (22.4)
Yandal uzmanlık eğitimi	Evet	73 (49.7)
	Hayır	74 (50.3)



Orta üretral askı operasyonlarının sorgulandığı bir çağda stres üriner inkontinans cerrahisine yönelik anket D'hulster AS, Housmans S, Spaans W

Prof. Dr. Ercan Yılmaz

İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı

Ankete katılanların üçte ikisinin Hollanda'dan olduğu görülmüştür. Katılımcıların, ortalama 14.9 (aralık: 0–42) yıldır hekimlik yaptığı belirlenmiştir. Üçte ikisinin jinekolog ve %31'inin ürolog olduğu saptanmıştır. Katılımcıların çoğu kendilerinin ürojinekolojiye ve/veya kadın ürolojisine özel bir ilgi duyduğunu düşünmektedir (n = 141; %95,9). Ankete katılanların yaklaşık yarısı (n = 73; %49,7) belirli bir alt uzmanlık eğitimi aldığını bildirmiştir.

Hekimlerin SÜİ için tedavi seçeneklerine yönelik tutumları Tüm katılımcılar, hastalarına SÜİ için primer tedavi olarak pelvik taban egzersizlerini (PFE'ler) önermektedir. Belirtilen ortalama öngörülen başarı oranı %49'dur (IQR [30–60], aralık: %6–90). Hekimlere göre, hastaların %11'i (IQR [3–20], aralık: %0–81) PFE ile başlamak konusunda isteksizdir ve %2'si de (IQR [0–5], aralık: %0–87) bunu reddedecektir. PFE'nin yapılması, hekim tarafından tercih edilen sonraki cerrahi teknikte herhangi bir rol oynamaz. Dokuz katılımcı, primer vakalar için seçtikleri cerrahi tekniğin ne olacağı sorusuna cevap verememiştir. Diğerlerinin neredeyse tamamı (n = 136/138; %99) MUS'i tercih edilen primer seçenek olarak adlandırmış ve bunların yarısından fazlası (n = 79; %58,1) transobturator yaklaşımı tercih etmiştir. MUS'u primer yaklaşım olarak seçmeyen iki hekim, bunun yerine retropubik kolposüspansiyon (laparotomi yoluyla) önermiştir. Hekimler ayrıca, stres üriner inkontinans için yılda kaç tane primer ameliyat yaptıklarını kendileri bildirmiştir. Üçte biri yılda 1-25 ameliyat yapmaktadır, bu da her iki haftada birden az ameliyat anlamına gelmektedir. Yüzde 40'ı yılda 25-50 ameliyat yapmaktadır, bu da her 2 haftada bir ile haftada bir arasında değişen ameliyat sayısına tekabül etmektedir. Hekimlerin dörtte biri yılda 50'den fazla prosedür gerçekleştirmektedir.

Hekimlere göre MUS komplikasyonlarının ve yan etkilerinin ortaya çıkışı Bu sorulara yanıt oranı %94,5 olarak bulunmuştur. Hastaların en sık bilgilendirildiği sorunlar arasında de novo mesane veya işeme sorunları yer almıştır (%5 risk). Hastalara aktarılan medyan ekspozür oranı %2, de novo disparoni ve ağrı sorunları %1 olarak saptanmıştır. Hekimlerin %3 ila %15'i dikkat çekici bir şekilde bazı komplikasyonlar için %0'lık bir oran belirtmektedir. Katılımcılara ayrıca MUS'un SÜİ'li hastalar için en iyi birinci basamak cerrahi çözüm olduğu konusunda çekinceleri olup olmadığı da sorulmuştur. Ezici bir çoğunluk (n = 123/128) bu soruya “hayır” yanıtını vermiştir. Beş katılımcının (%1,4) MUS'in bilinmeyen uzun vadeli etkililiği (n = 3), de novo disparoni (n = 2), osteitis pubis riski (n = 1), ağrı (n = 2), işeme sorunları (n = 2), başarısızlık durumunda hastaları tedavi etme zorluğu (n = 2) ve/veya komplikasyonları tedavi etme zorluğu (n = 2) nedeniyle çekinceleri olduğu görülmüştür.

Hekimlerin retropubik kolposüspansiyon deneyimi Ankete katılanların yarısından fazlası (75/136; %55,1) herhangi bir zamanda kendi kendilerine retropubik kolposüspansiyon gerçekleştirmiştir. Bunların elli sekizinin (%77) jinekolog ve 17'sinin (%23) ürolog olduğu görülmüştür. Bu, yanıt veren jinekologların %54,2'sinin (58/107) ve ürologların %58,6'sının (17/29) kolposüspansiyon deneyimine sahip olduğu anlamına gelmektedir.



Orta üretral askı operasyonlarının sorgulandığı bir çağda stres üriner inkontinans cerrahisine yönelik anket D'hulster AS, Housmans S, Spaans W

Prof. Dr. Ercan Yılmaz

İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı

Ortalama olarak, bu hekimlerin daha uzun süredir pratik yaptığı (18,7 yıla karşı 8,9 yıl, $p < 0.01$) ve daha sıklıkla ürojinekolojide bir tür alt uzmanlık eğitimi aldıkları (%57,7'ye karşı %39,6, $p < 0.05$) belirlenmiştir. Böyle bir prosedürü "herhangi bir zamanda" yapanların 47'si (%62,7) halen kolposüspansiyon uyguladıklarını bildirmiştir. Yılda yaptıkları medyan kolposüspansiyon sayısı 8 olarak bulunmuştur (IQR [2-7], aralık: 1-70). Hekimlerin 20'si (%42,6) yılda ≥ 5 işlem yaptığını, sadece 11'i (%23,4) ≥ 10 işlem yaptığını ve MUS yapan hekimlerle karşılaştırmaya olanak sağlamak için sadece 6'sı (%12,8) yılda ≥ 20 işlem yaptığını bildirmiştir. Bu hekimlerin çoğu, bu prosedürü tipik olarak laparotomi yoluyla ($n = 65$; %86,7) ve her iki taraf için iki sütür ($n = 66$; %88) kullanarak gerçekleştirdiklerini bildirmiştir. Toplamda, 129 katılımcının 92'si (%71,3), prosedürü kendileri önerir veya önermesin, kolposüspansiyonun doğasına ve sonucuna aşına olduklarını bildirmiştir. Kendi algılarına göre, hekimlerin %44,6'sı bu operasyonu eşit derecede etkili bulurken, %41'i MUS'tan daha az etkili olduğunu düşünmektedir. Hiçbiri kolposüspansiyonun daha etkili olduğunu düşünmemektedir (yanıt vermeyen 13 kişi vardır). Ankete katılanların çoğu, maliyet etkinliği dengesinin MUS'tan yana olduğunu düşünmektedir (%72). Bu hekimler, MUS'a kıyasla kolposüspansiyondan sonra daha olası olan aşağıdaki istenmeyen sonuçlar olduğunu belirtmektedir, sütürle ilgili sorunlar (%55), prolapsus riskinde artış (%52), başarısızlıkları tedavi etme zorluğu (%48), de novo işeme güçlükleri (%46), de novo ağrı (%19) ve de novo disparoni (%18).

Katılımcıların yüzde kırk dördünün ($n = 61$) hiç kolposüspansiyon yapmadığı belirlenmiştir. Bunların yaklaşık yarısı kolposüspansiyon için hastalarını kendi grubundaki bir meslektaşına ($n = 12/60$; %20) veya başka bir merkezdeki bir cerraha ($n = 15/60$; %25) sevk edebilir. Ancak kolposüspansiyon yapmayan hekimlerin çoğu ($n=33$; %55) hastayı nereye sevk edeceklerini bilemezler. Kolposüspansiyona aşına olmayan doktorların üçte ikisinden fazlası ($n = 44$; %72,1) askıların bırakılması durumunda kolposüspansiyon eğitimi almayı düşünecektir. Diğer yedisi (%11,5) hastalara hacim artırıcı ajanlar ($n = 4$, %6,6) veya iğne süspansiyonu ($n = 3$, %4,9) gibi başka alternatif prosedürler önermeyi tercih etmektedir.

Hekimlerin fasiyal askı deneyimi

SÜİ için başka bir operasyon olarak fasiyal askı da araştırılmıştır. Toplam 127 hekimin 43'ü (jinekologların %31,0'ı ve ürologların %44,4'ü) fasiyal askı deneyimine sahip olduklarını belirtmiştir. Kendi algılarına göre, %11'i bu operasyonu daha etkili ve %38'i eşit derecede etkili bulurken, %36'sı MUS'tan daha az etkili olduğunu düşündüğünü (yanıt vermeyen yedi kişi vardır) bildirmiştir. Maliyet etkinliğinin MUS (%62) lehine olduğu düşünülmektedir. Bu hekimler, fasiyal askıdan sonra aşağıdaki sonuçların daha olası olduğuna inanmaktadır (azalan sıra): de novo işeme sorunları (%64), başarısızlığı tedavi etme zorluğu (%62), sütürle ilgili sorunlar (%33), de novo kronik ağrı (%24), de novo disparoni (%20) veya artmış prolapsus riski (%11).



Orta üretral askı operasyonlarının sorgulandığı bir çağda stres üriner inkontinans cerrahisine yönelik anket D'hulster AS, Housmans S, Spaans W

Prof. Dr. Ercan Yılmaz

İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı

MUS'a yönelik algılanan hasta tutumları

Hekimlerin yüzde 15'i (n = 19/124), hastalarının MUS kullanımıyla ilgili endişelerini kendiliğinden dile getirmediğini belirtmektedir. Bunun aksine, hekimlerin büyük çoğunluğu (n = 105/ 124: %84,7) hastalarının ortalama %19,2'sinin (IQR [5–25], aralık: %1–81) MUS ile ilgili endişelerini kendiliğinden dile getirdiğini bildirmiştir. Hekimlerin %14'ünün (n=18/124) deneyiminde hastalar tereddütlerinden vazgeçip danışmanlık sonrası fikir değiştirerek MUS'a karar vermişlerdir. Hekimlerin diğer %70'i (87/124), hastalarının ortalama %7,5'inin (IQR [2–10], aralık: %1–85) kapsamlı danışmanlıktan sonra bile askı kullanmamakta ısrar ettiklerini belirtmiştir. Hastalar tarafından belirtilen endişelerin nedenleri Tablo 3'te yine azalan sırada gösterilmektedir. Ancak hastaların çoğu, MUS'un hangi sorunlara yol açabileceğini tam olarak bilmemekte, ancak belli belirsiz sorunların ortaya çıkabileceğini duymaktadır (%90,5). En yaygın diğer endişeler arasında ağrı (%54,3), ekspozür (%44,8) ve disparoni (%24,8) yer almıştır.

Tartışma

Bu anket, Belçika ve Hollanda'daki ürojinekologların MUS'un etkinliğini ve/veya risk profilini sorgulayıp sorgulamadığını ve eğer öyleyse, önerdikleri alternatiflerin ne olacağı merak edildiği için tasarlanmıştır. Ek olarak, hastalarının tereddütleri olduğunu hissedip hissetmedikleri de sorulmuştur. Bu amaçla, Belçika ve Hollanda'dan tüm ürojinekologlara uygulamaları ve hastalarının görüşleri hakkında elektronik bir anket aracılığıyla anket çalışması yapılmıştır. Optimal olmasa da, yanıt oranı > %50 olarak saptanmış olup, bu da bize bulgularımızın daha geniş profesyonel topluluğa genellenebilir olduğunu düşündürmektedir. Hekimlerin mevcut

uygulamaları, önce PFE önermektir. Hekimler, literatürde bildirilenden çok da uzak olmayan (%56; GA 3.68–19.09) [9], %49'luk bir başarı oranı bildirmektedir (IQR [30–60]). Başarısız olduklarında, neredeyse oy birliğiyle MUS'u SÜİ tedavisinde tercih edilen prosedür olarak kabul etmektedir. Sadece birkaç kişi diğer prosedürlerin tercih edilmesi gerektiğini düşünmektedir. Hekimler, %90'lık bir medyan objektif başarı oranı (IQR [85–92]) belirttikleri için MUS'a büyük güven duymaktadırlar. Çoğunluk transobturator yolu tercih etmektedir. Belirli bir yaklaşımın neden tercih edildiği ve belirli durumlarda transobturator veya retropubik yaklaşım için farklı sonuçların beklenip beklenmediği özellikle sorulmamıştır. Bunun nedeni, son sistematik derlemeler her iki yaklaşım için de %88,3'lük (GA 0,45–0,79) eşit derecede yüksek objektif tedavi oranları bildirdiğinden, bu noktanın daha az alakalı olduğunun düşünülmemesidir [3]. Motivasyonumuz, hekimlerin ve onlar aracılığıyla hastaların SÜİ ameliyatının yan etkileriyle ilgili endişelerini belirlemektir. Uzmanlar tarafından algılanan MUS'un advers sonuçları mevcut literatürle bağdaşmaktadır. En sık görülen sorunlar, yine literatürle uyumlu olarak işeme disfonksiyonu gibi de novo alt üriner sistem semptomları (AÜSS) [algılanan oran: %5] (%5,5; GA 0,43–0,65) [3] ve literatürde bildirilenden daha düşük olan aşırı aktif mesane semptomlarıdır [algılanan oran: %5] (%8,7; GA 1,27–2,84). Literatürde olduğu gibi ekspozür gelişiminin %2 olduğu tahmin edilmiştir (%2,1; GA 0,65–0,78). MUS sonrası tanımlanan bir diğer sorun ise yüzeysel ve derin disparoninin ortaya çıkmasıdır.



Orta üretral askı operasyonlarının sorgulandığı bir çağda stres üriner inkontinans cerrahisine yönelik anket D'hulster AS, Housmans S, Spaans W

Prof. Dr. Ercan Yılmaz

İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı

Literatürde bildirilen oranlar düşüktür (%2,2; GA 0,56–85) [3] ve ankete katılanların belirttikleriyle bağdaşmaktadır.

Disparoni dışında, katılımcılar tarafından hastaların yalnızca %1'inde meydana geldiğini tahmin edilen kronik ağrı sorunu da vardır. Hekimlerin ağrı oranlarını tekniğe bağlı olarak değerlendirip değerlendirmedikleri özellikle sorulmamıştır. Akut kasık ağrısının genel oranları, retropubik yaklaşım yerine obturator kullanıldığında daha yüksektir (%6,4'e karşı %1,3; GA 2,71–6,27), ancak suprapubik ağrı daha düşük olarak derecelendirilir (%0,8'e karşı %2,9; GA 0,11–0,78).). Ağrı çoğunlukla kendi kendini sınırlayıcı tiptedir ve medyan süresi 8 haftadır [3]. Katılımcılarımızın da beklediğinin bu olup olmadığı bilinmemektedir, ancak yalnızca transobturator yaklaşımı uygulayan hekimler dikkate alındığında, ağrı oranlarının retropubik yaklaşım kullananlarla eşit derecede yüksek olduğu belirtilmiştir (%1,9'a karşı %2,2). Sonuç olarak, katılımcılarımız MUS'un etkisinin büyük ve güvenlik profiline sahip bir prosedür olduğuna epey güven duymaktadır. Hastaların MUS hakkında endişe duyup duymadıklarını veya MUS'a alternatifler arayıp aramadıklarını belirleme hedefimiz ışığında, hekimler aracılığıyla da olsa hastalar tarafından MUS'un algılanan risk profili de araştırılmıştır. Hekimlerin sadece %15'inin hiçbir zaman MUS'u reddeden bir hastası olmadığı görülmüştür. Başka bir deyişle, doktorların çoğu, MUS operasyonu ile karşı karşıya kalan bazı hastalarının, bir aşamada işlemin başarısı veya olumsuz etkileri konusunda endişelerini dile getirdiğini belirtmektedir. Anket hastalarla değil doktorlarla yapıldığından, tam olarak kaç hastanın ne hakkında endişelendiği söylenemez.

Bununla birlikte hekimler, hastaların büyük çoğunluğunun, bantlarla ilgili sorunların ortaya çıkabileceğinin belli belirsiz farkında olduklarını, ancak çoğu hastanın nedenini tam olarak söyleyemediğini hatırlamaktadır. Hastalar endişelerini daha spesifik olarak dile getirdiklerinde, advers sonuçların doğasını, doktorların belirttikleri ve literatür raporlarına göre ters olarak derecelendirmeleri dikkat çekicidir [3] Hekimlerin yarısının özellikle ağrı veya erozyon ile ilgili endişeleri olan ve dörtte birinin disparoni ile ilgili endişeleri olan hastaları vardır. Hastalarda ortaya çıkan en az yaygın olan sorun, potansiyel AÜSS riskidir, ancak bu en yaygın fiili yan etkidir. Sadece sekiz katılımcının bu konuda endişelenebileceği hastaları olduğu belirlenmiştir. Bu dikkate değerdir, ancak anket, hastaların bilgilerini ve endişelerini nereden aldıklarını belirlememize olanak sağlamamaktadır. Ağrı sorunu abartılıyor gibi görünse de, bu sorun, Birleşik Krallık'taki İngiliz NHS iyileştirmesinde olduğu gibi, kamu medyasında ve hatta yetkililerden en fazla ilgiyi görmüş olabilir [5]. Diğer bir neden ise yönetilmesi çok zor olabilecek bir sorun olması olabilir [10]. Örneğin SÜ'ye yönelik tereddütler gibi hastaların bilgilerini, beklentilerini ve korkularını değerlendirmek için hastaları doğrudan inceleyen yeni bir anketin tasarlanması gerekecektir.



Orta üretral askı operasyonlarının sorgulandığı bir çağda stres üriner inkontinans cerrahisine yönelik anket D'hulster AS, Housmans S, Spaans W

Prof. Dr. Ercan Yılmaz

İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı

Öte yandan, yine de doktorlarına göre hastalar, kendileri tarafından verilen danışmanlıktan sonra oldukça rahat görünmektedir. MUS önerilen hastaların %10'undan azı sonunda prosedürü reddetmektedir. Giderek daha fazla sayıda hasta MUS'u reddederse veya MUS kullanılamaz hale gelirse, bir alternatif gerekli olacaktır. Tarihsel olarak, SÜİ için en yaygın cerrahi prosedürler arasında kolposüspansiyon ve pubovajinal askı yer almıştır ve kolposüspansiyon Belçika ve Hollanda'da en yaygın yaklaşımdır [1]. Yanıt veren hekimlerin yarısından azı bu prosedürü eşit derecede etkili bulsa da, bu tam olarak iyi kontrollü çalışmaların gösterdiği bir bulgu değildir. MUS ve kolposüspansiyonun subjektif tedavi oranları arasında fark yoktur (GA 0,82-1,54). Tersine, MUS'un objektif tedavi oranları daha yüksektir (GA 0,85-0,99) [1]. Risk profili ve hastalarımızın ağrı ve ekspozür ile ilgili endişeleri göz önüne alındığında, kolposüspansiyonun aynı zamanda sütürle ilgili problemlere ve kronik ağrıya neden olabileceği unutulmamalıdır. Bunun daha sık mı yoksa daha az mı sık olduğu ve bu sorunların ne ölçüde tedavi edilebilir olduğu belirsizliğini korumaktadır [12,13]. AÜSS, MUS'un fiili olarak en sık görülen yan etkisidir, ancak kolposüspansiyondan sonra daha sık olmasa da kesinlikle daha az yaygın değildir [14]. Diğer bir potansiyel dezavantaj, MUS ile karşılaştırıldığında de novo veya nüks prolapsus riskindeki artıştır (%33,9'a karşı 20,1; GA 1,31-2,76) [14]. Bugünlerde Belçika ve Hollanda'da kolposüspansiyonun uygulanma oranı düşük görünmektedir. MUS kullanılamaz hale gelirse bir sorun ortaya çıkacaktır çünkü kolposüspansiyon ve pubovajinal askılar gibi alternatifler konusunda sadece birkaç hekim yeterli eğitime sahiptir. Her 26 katılımcıdan sadece 1'i yılda 25'den fazla kolposüspansiyon operasyonu yapmaktadır.

Üstelik bunlar daha yaşlı hekimler olup, büyük çoğunluğu ameliyatı laparotomi ile gerçekleştirmektedir. Laparoskopik ile eşit başarı oranı ve hastaya sunduğu tartışılmaz avantajları göz önüne alındığında [1], laparoskopik teorik olarak tercih edilen prosedürdür. Hastalar, sağlık otoriteleri ve/veya profesyonel topluluklar artık MUS kullanımını bırakırsa, Belçika ve Hollanda'da (laparoskopik) kolposüspansiyona hemen geçişin şu anda imkansız olduğunu kabul etmek zorundayız. Bu durumda, bu prosedürde ürojinekologları eğitmeye başlamamız gerekir.

Mevcut düşük hacmin yanı sıra gerekli diseksiyon ve sütür becerileri göz önüne alındığında, bu, başlangıçta vaka yükünü artırmak ve eğitim fırsatları yaratmak için birkaç yeni hekimin kolposüspansiyon deneyimini arttırmasını gerektirebilir [15]. Kolposüspansiyon için öğrenme eğrisi uzundur: 30 prosedürden sonra operasyon süresi anlamlı ölçüde düşer ve 90'dan sonra bir platoya ulaşır [16]. Ayrıca, bazılarının sentetik MUS'a alternatif olarak önerdiği pubovajinal askılarla ilgili deneyimleri hakkında üyeliklerimiz araştırılmıştır. Anketimiz bunun Belçika ve Hollanda'da yaygın olarak uygulanan bir alternatif olmadığını göstermiştir [17]. Elbette başka bir prosedüre doğru ilerlemenin izlenecek strateji olup olmadığı sorusu halen güncelliğini korumaktadır. Prolapsus için transvajinal meş ile ilgili sorunlar göz ardı edilemese de, bazı ülkeler dışında ilgili sağlık otoriteleri, SÜİ için bantlara yönelik endişelerini genişletmemiştir.



Orta üretral askı operasyonlarının sorgulandığı bir çağda stres üriner inkontinans cerrahisine yönelik anket D'hulster AS, Housmans S, Spaans W

Prof. Dr. Ercan Yılmaz

İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı

Avrupa için, yalnızca Birleşik Krallık'ta "hükümet, kadınları ve aileleri dinleyen bağımsız bir inceleme komitesi başkanının tavsiyesini takiben SÜİ tedavisinde mesh kullanımına bir ara verdiğini duyurmuştur". Bu, yeni bilimsel görüşlere değil, hastaların ve ailelerinin deneyimlerine dayanmaktadır [18]. Bu duraklama, yüksek bir vijilans kısıtlaması şeklini almaktadır ve NHS iyileştirme [5] tarafından bildirildiği üzere, klinik olarak güvenli hale gelirse, yeni vakaların ertelenmesine yol açmaktadır. Aksine, FDA şunları söylemiştir: "Eylemler yalnızca pelvik organ prolapsusunun transvajinal onarımı için pazarlanan meş cihazları için geçerlidir. Bu direktifler, stres üriner inkontinans (SUI) veya POP'un abdominal onarımı gibi diğer endikasyonlar için cerrahi meş için geçerli değildir" [19]. Bununla birlikte, hastalarımız endişeli görüldüğünden, sentetik MUS'un güvenli ve etkili olduğunu nesnel verilere dayanarak açıklamak ve çaba sarf etmek isteyebiliriz. Düşük kısa ve orta vadeli komplikasyon oranları ile artık yaygın olarak kullanılan iyi standartlaştırılmış bir prosedürdür. MUS ile ilgili komplikasyonların yönetimi de genellikle prolapsus için vajinal meş sonrası olanlardan çok daha kolaydır [20]. Sonuç olarak Hollandalı ve Belçikalı ürojinekologlar MUS'un başarı ve advers etki oranlarını gerçekçi bir şekilde tahmin etmekte ve hastalarını gerçekçi bir şekilde bilgilendirmektedir. Bunun aksine, birçok hekim, hastaların risk, özellikle kronik ağrı ve ekspozür konusunda endişelendiğini bildirmektedir. Bu nedenle kolposüspansiyon gibi alternatifler isteyebilirler. Ayrıca, şu anda kolposüspansiyon uygulayan hekimlerin neredeyse tamamı, prosedürü laparotomi yoluyla gerçekleştiren ileri yaşı hekimlerdir.

Ankete katılanların %5'inden azının (%4) en az 2 haftada bir kolposüspansiyon yaptığı tespit edilmiştir. Ek olarak, hekimler kolposüspansiyonun risk profilini MUS'a göre daha olumsuz olarak algılamaktadırlar. Bu nedenle, şu anda geniş çapta ve etkili bir şekilde sunulamayan alternatif prosedürlere doğru bir hareketi aniden savunmak yerine, hastalarla kesin risk profilini derinlemesine tartışmak akıllıca görünmektedir.



TJOD Penceresinden Hukuki Sürece Bakış

Op. Dr. M. Selçuk SÖYLEMEZ
TJOD Yönetim Kurulu Üyesi, Etik Hukuk Kurulu Üyesi

Değerli Meslektaşlarım

Bilindiği gibi ülkemizde hekim hak ve sorumlulukları ile hekim hasta ilişkisini düzenleyen tek bir yasal mevzuat bulunmadığı gibi var olan mevzuatlara ikibinli yılların başından beri yapılan çeşitli düzenlemeler ile de hekimlerin aleyhine çalışan bir sürece girilmiştir. Günümüzde "Sağlık Mevzuatı" denilince akla öncelikle hasta hakları ardından ise hekim sorumlulukları gelmekte, nedense hekim hakları hep ötelenmektedir. Mevzuat düzenleyiciler ve yargı sistemi hastanın hekim karşısında çaresiz, pasif, muhtaç olduğu şeklinde bir algı yaratarak güçsüzü korumaya çalışırken hekimleri mağdur etmiş, defansif tıp uygulamaları artmış, pek çok hekim ceza ve hukuk mahkemelerinde yargılanmış, maddi ve manevi zarara uğramıştır.

Kadın Hastalıkları ve Doğum Uzmanları olarak bizlerin bu süreçten çok olumsuz şekilde etkilendiği aşikar olduğundan derneğimiz Yönetim ve Etik Hukuk Kurulları aracılığı ile çeşitli girişimlerde bulunarak yaşanan mağduriyetlerin azaltılması, hukuki iyileştirmelerin yapılması hususunda azami çaba sarf etmektedir. Bu amaçla yasama ve yargı organları ile görüşülerek bilgi alış verişinde bulunulup, görüş ve önerilerimiz sunulmakta, kongre ve şube toplantıları aracılığı ile meslektaşlarımızın hukuki ve etik süreçler hakkında bilgilendirilmesi sağlanmakta, talep eden arkadaşlarımıza bilirkişilik ve hukuki destek konularında yardım edilip, gerekirse davalara müdahil olunmaktadır. Sizlerin desteği ile sürdürdüğümüz faaliyetlerde almış olduğumuz yol hakkında bilgilendirme yapmak amacıyla da bu yazı kaleme alınmıştır.

21/01/2010 tarihinde 5947 nolu kanun ile Hekim ve tüm sağlık çalışanlarının çalışma şartlarını düzenleyen Tam Gün Yasası çıkarıldığında Derneğimiz öncülüğü ile başlatılan girişimler ile Uzman Hekim Dernekleri Platformu kurulmuş, düzenleme nedeniyle karşılaşılabilecek problemlere dikkat çekilerek gerekli itirazların yapılması sağlanmıştır.

30/07/2010 tarihinde yürürlüğe giren Tıbbi Kötü Uygulamaya İlişkin Zorunlu Mali Sorumluluk Sigortası mevzuatının yarattığı ve yaratacağı muhtemel olumsuz sonuçların görülmesi üzerine TJOD Etik Hukuk Kurulu, Sayın Yargıtay Üyeleri ile görüşmüş ve ilki Ankara'da olmak üzere 27 şubemizde toplantılar düzenlemiştir. Bu toplantılarda Sayın Yargıtay üyeleri meslektaşlarımıza değerli bilgilerini aktararak hukuki sorun yaşanmaması için alınacak tedbirleri açıklamış, kendilerine de hekimlerin sıkıntıları detaylıca açıklanmıştır.

01/08/1998 tarihinde yayınlanan Hasta Hakları Yönetmeliğinde 2014 yılı içerisinde yapılan değişiklikler hukuk sistemimizde hasta haklarının daha fazla yer almasına sebep olmuş, eskiden ceza mahkemelerine açılan davalar tazminat elde etmek amacıyla tüketici mahkemelerinde de açılmaya başlanmış, zorunlu mali sigorta mevzuatının ticari mahkemede dava açılmasına izin veren hükümleri gereğince hekim aleyhine açılan davalar çığ gibi artmıştır.



TJOD Penceresinden Hukuki Sürece Bakış

Op. Dr. M. Selçuk SÖYLEMEZ
TJOD Yönetim Kurulu Üyesi, Etik Hukuk Kurulu Üyesi

Bu durumun meslek icrasını olumsuz etkileyeceği aşikar olduğundan TJOD Yönetim Kurulu olarak Sağlık Bakanımız ve Sağlık Komisyonu Başkanı ile birebir görüşerek endişelerimizi dile getirdik, TBMM bulunan sağlık kökenli milletvekillerimize görüş ve önerilerimizi içeren mektup yazdık, Hazine ve Maliye Bakanlığına bağlı Sigortacılık Genel Müdürlüğü ile temas kurarak sigorta tazminatlarında gelir ile uyumlu üst sınır belirlenmesi, olayın olduğu zamanki sigorta klotunun devreye alınması, emeklilik veya başka nedenler ile meslekten ayrılanların sigorta korumasının iki yıldan on yıla çıkarılması, sigorta şirketlerine doğrudan açılan davalar yoluyla özellikle kamuda çalışan meslektaşlarımızın mağdur edilmelerinin önlenmesine yönelik taleplerimizi içeren dilekçelerimizi verdik.

Uzmanlık alanımız özelinde açılan malpraktis davalarında özellikle doğum komplikasyonları, perinatal tanısı konulamayan durumlar ve konjenital anomalilere yönelik konular sıkça gündeme geldiğinden TJOD Kongrelerine Sayın Yargıtay üyeleri ve Hukuk Fakültesi Dekanlarını davet ederek karşılıklı bilgi alışverişini ortamının oluşmasını sağladık. Hukuk sistemi mensuplarının komplikasyon ve malpraktis kavramları hakkında farkındalığını arttırırken meslektaşlarımızın da hukuğun davalara bakış açısını görmelerine yardımcı olduk.

Ayrıca özellikle DOWN Sendromlu çocuk sahibi olan kişilerin gebelikleri sırasında muayene oldukları Kadın Hastalıkları ve Doğum hekimleri aleyhine açtıkları çok yüksek tazminat talepli davaların seyri sırasında tıbbi uygulama hatası tespit edilememesine rağmen ülkemizin de kabul ettiği Avrupa Biyotıp sözleşmesi ve Hasta Hakları Yönetmeliğinde geçen "Yapılan tıbbi işlemlerde alınan onamlar yazılı olmalıdır" maddesi gerekçe gösterilerek ailelere yapılan sözel bilgilendirmelerin yeterli bulunmadığına dair yargı kararlarının görülmeye başlaması üzerine hukuki mücadelemizi arttırdık. Kongrelerimize davet ettiğimiz yargı mensuplarına mevcut mevzuat hükümleri gereği gebelik takibi sırasında kişilere yapılan bilgilendirmelerin "yazılı onam" gerektirmediğini açıkladık. Gerek 1219 sayılı Kanun, gerek Hasta Hakları Yönetmeliği gerekse İnsan Hakları-Biyotıp Sözleşmesinde hastalara takip, tedavi ve süreç hakkında yapılan aydınlatmaların sözel olarak yapılabileceğinin ancak girişimsel bir işlem yapılacaksa yazılı onam alınması gerektiğinin vurgulandığını, gebelik takibi sırasında kişilerin tarama testleri hakkında bilgilendirmesinin sözel olarak yapılabileceğini üstelik bu testlerin uygulanmasının ülkemizde zorunlu tutulmadığını belirttik.

Temmuz 2021'de çatı dernek vasfı ile hukuki mücadele gücümüzü arttırmak amacıyla yandal dernekleri Türkiye Maternal Fetal Tıp ve Perinatoloji (TMFTP), Perinatoloji Uzmanları (PUDER) ve Ege Perinatoloji Dernekleri ile toplantı düzenledik ancak ortak bir karara ulaşamadık.



TJOD Penceresinden Hukuki Sürece Bakış

Op. Dr. M. Selçuk SÖYLEMEZ
TJOD Yönetim Kurulu Üyesi, Etik Hukuk Kurulu Üyesi

Meslektaşlarımızı çalışamaz hale getirecek bu süreç ile ilgili sıkıntılarımızı dile getirmek için Sayın Yargıtay Başkanlığından randevu talebinde bulunarak Eylül 2021 tarihinde Sayın Yargıtay Genel Sekreteri ile görüşmeyi başarıp DOWN Sendromu ana konulu ortak çalıştay düzenlemesi kararı aldık. Kasım 2021 tarihinde Ankara Şehir Hastanesinde gerçekleşen bu çalıştayda özellikle DOWN Sendromu olmak üzere çeşitli Tıbbi ve Hukuki konular hakkında konuşarak çözüm yolları aradık.

Sizlere yukarıda ayrıntılarıyla açıklanan uzun soluklu hukuki mücadelenin meyvelerinin alınmaya başladığını da sevinçle duyurmak isterim. Yerel mahkemenin DOWN Sendromu Davasında sözlü

3 / 3

aydınlatmanın ispatı için imzalı onam bulunmamasından dolayı hekimi suçlu bulan kararının Bölge Adliye Mahkemesince kaldırılmasına yapılan itirazının Yargıtay 11.Hukuk Dairesince incelenerek bozulmasına rağmen, kararda direnilmesi sonucu Yargıtay Hukuk Genel Kurulu E2020/11-592,K2022/356 22/03/2022 tarihli oy çokluğu ile almış olduğu karar ile Hekimin SUÇSUZ olduğuna hükmetmiş, karar metninde sözel aydınlatma yapıldığına dair Protokol Defteri veya Bilgisayara not düşülmesinin yeterli olacağı, ancak girişimsel işlem yapacak olan hekimin yazılı onam almasının gerektiğine vurgu yapmıştır. Bu kararın benzer davalarda emsal alınacak çok önemli bir karar olduğu aşikardır. Karar metninde bizlerin çeşitli platformlarda sıkça dile getirdiği görüşlerine uygun ifadelerin yer alması da ayrı bir gurur kaynağıdır.

Op. Dr. M. Selçuk SÖYLEMEZ

TJOD Yönetim Kurulu Üyesi
Etik Hukuk Kurulu Üyesi



Genç Bir Uzman Gözünden

Op. Dr. Adem Dilek
Şanlıurfa Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Değerli hocalarım ve meslektaşlarım, Hekimlik yapmanın zor, cerrah olmanın çok daha zor olduğu bir dönemden geçtiğimizi düşünüyorum. Bu süreçte kadın hastalıkları ve doğum uzmanı olarak kaba doğum hızında ülkede birinciliği kaptırmayan ilde çalışmanın zorluğu Suriye'deki savaş durumu sonrası göçler, Covid-19 pandemisi, yetişmiş uzman hekim eksikliği gibi nedenlerle daha da arttı.

Şu an Şanlıurfa Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde çalışmaktayım. Kliniğimizde 3 Perinatoloji uzmanı ile birlikte yaklaşık 20 kişilik uzman hekim arkadaşımızla çalışmaktayız.

Hastane istatistiklerimize göre; 2020 yılında toplam doğum sayımız 25128(NSVD:16320 C/S ile doğum:8808) 2021 yılında toplam doğum sayımız 26713(NSVD:16730 C/S ile doğum:9983) 2022 yılı eylül ayı dahil aylık toplam doğum sayımız 1850-2413 arasında olmuş ve bunlardan NSVD:1084-1492 C/S ile doğum:724-921 aralıklarında gerçekleşmiştir. Ortalama günlük 70-80 doğumun gerçekleştiği bir klinikte hata oranını minimumda tutmak da haliyle ciddi bir efor, dikkat, işini önemsemeyi, üşenmemeyi ve geçiştirmemeyi gerektiriyor. Bu düsturlarla ilin üniversite hastanesinden uzmanlık almanın faydalarını bu konuda çok hissettim, hissediyorum.

Mükerrer sezaryenlerin sayısı arttıkça daha da sıklaşan PAS(plasenta akreata spektrumu) bozuklukları gibi obstetrik probemlerle sık karşılaşılıyorduk. Aynı gün ve saatlerde 3 farklı ameliyathanede hocalarımızla birlikte bunun mücadelesini verdiğimiz dahi olmuştu.

Kendi tez çalışmam esnasında çalıştığım 4 yıllık süreçte 400'ü aşkın TLH yapılan bir klinik olması, mümkün olan ameliyatlara laparoskopik/endoskopik cerrahiyle yapılması, bünyesinde tüp bebek merkezi bulundurması kliniğimizin önemli artılarıydı. Tabii ki ekipman tek başına çok da anlam ifade etmiyor. Hoca ekibimiz sayesinde ve az sayıda asistan arkadaşımızla birlikte il dışına sevki neredeyse sifıra, anne ölüm oranımızı asgari düzeye indirmeyi başarmıştık. Bu arada o dönemlerde az sayıda asistan arkadaşımızla çalışmak ister istemez iş yoğunluğunu arttırdığı için bazen motivasyonumuz ve enerjimiz düşse, kimi zaman hatalarımız olsa da hocalarımızın yaklaşımları ve ilgileri sayesinde bir aile bilinci oluşturmaları o dönemde çok önemliydi. Bilgi,birikim ve tecrübeleriyle gerek vizitlerde, gerek haftalık klinik toplantılarında, gerekse bölgesel ve ulusal/uluslararası katılımlı toplantılarda bizleri aydınlatan bölüm başkanlığımızı yapan Prof.Dr.Muhammet Erdal Sak , Prof.Dr.Neşe Gül Hilali , tez hocam Prof.Dr.Adnan İncebiyık , Doç.Dr.Hacer Uyanıkoğlu , Doç.Dr.Sibel Sak ve Doç.Dr.Mert Ulaş Barut'a eğitim sürecim ve daha sonraki destekleri için çok teşekkür ediyorum.

İlimizde Erdal hocamın sayesinde düzenlenmesi zor bölgesel ve ulusal/uluslararası katılımlı toplantılarda desteğini esirgemeyen JED ve TJOD ailesine de teşekkürü borç bilirim.

Son söz olarak sağlıkta şiddetin olmadığı, kutsal mesleğimizin tekrar hak ettiği değere kavuştuğu günler diliyorum...

Saygılarımla



20. ULUSAL JİNEKOLOJİ VE OBSTETRİK KONGRESİ

17-21 MAYIS 2023
LIMAK CYRPUS DELUXE HOTEL, KIBRIS

www.TJOD2023.org