



TJOD Bülten

MART 2023



www.tjod.org



Sevgili Meslektaşlarım,

Bültenimizin mart sayısı ile ilgili bilgi vermeye başlamadan önce, tüm ülkemizi yasa boğan ve hepimizi oldukça derinden yaralayan deprem felaketinin yaralarını sarmak üzere Derneğimiz adına var gücümüzle destek olmaya çalıştığımızı belirtmek isterim. Türk Jinekoloji ve Obstetrik Derneği olarak ve şahsım adına bu felakette hayatını kaybeden meslektaşlarımıza Allah'tan rahmet ve kederli ailelerine tekrar baş sağlığı ve sabırlar diliyorum.

Bu bültenimizde, Kütahya Sağlık Bilimleri Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı Başkanı Prof Dr Nadi Keskin Hocamız'la söyleşi yaparak hem hocamız ve bölümü ile ilgili bilgiler aldık, hem de Hoca'mızdan mesleğimizin geleceği ile ilgili düşüncelerini ve beklentilerini öğrenme fırsatımız oldu. Bunun yanı sıra, Arş. Grv. Dr. Zafer Kolsuz, Dr. Öğr. Üyesi İsmail Bıyık ve Prof. Dr. Nadi Keskin tarafından hazırlanan "Pelvik Organ Prolapsusu" ile ilgili derlemeye bültenimizde yer verdik. Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı'ndan Doç. Dr. Nurullah Peker Hoca'mızın "Pelvik organ prolapsusu için laparoskopik lateral süspansiyon: Sistemantik literatür incelemesi" isimli derlemesini de heyecanla okuyacağınızı düşünmekteyim.

Bültenimizin bu sayısında, Fatih Sultan Mehmet Eğitim ve Araştırma Hastanesi 'nden Op.Dr.Ertuç Mega, "Sağlık Mensuplarının Mali Sorumluluk Sigortalarına Yönelik İsimden Kapsama Bir Eleştiri" başlıklı yazısında sorumluluk sigortalarına yer verdik. Depremi direkt merkezinden, Kahramanmaraş'tan, deprem felaketini birebir yaşayan Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı'ndan Prof.Dr.Deniz Arıkan Hocamız "Depremzede olarak akademisyenlik" başlıklı köşe yazısında, felaket sürecinde yaşadıklarını tüm gerçekliğiyle bizlerle paylaştı. Adıyaman Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı'ndan Dr. Öğretim Üyesi Mehmet Can NACAR, "Bir depremzede olarak akademisyenlik" başlıklı köşe yazısında, deprem afeti ile ilgili yaşadığı tecrübeleri tüm açıklığıyla bizlere aktarmaya çalıştı.

Gücümüzü siz değerli meslektaşlarımızdan almaktayız ve hep birlikte daha ilerilere taşımaya hazırız. Bu süreçte tüm meslektaşlarımıza çalışmalarında kolaylıklar diliyoruz. Hepimizin zor zamanlar geçirdiği bu günleri milletçe sağlıklı atlatmak ve sonraki sayılarda görüşmek dileğiyle...

Prof. Dr. M. Bülent TIRAŞ

TJOD Yönetim Kurulu Başkanı



Değerli Meslektaşlarımız,

Öncelikle deprem felaketinde hayatını kaybeden vatandaşlarımıza ve meslektaşlarımıza Allah'tan rahmet yaralılara şifalar diliyorum. Allah böyle felaketler bir daha bizlere yaşatmasın.

Mart bültenimizle yine karşınızdayız. Bu bültende Kütahya Sağlık Bilimleri Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalına misafir olduk. Ana Bilim Dalı Başkanı Prof Dr Nadi Keskin Hocamız'dan hem kendisi hem bölüm ile ilgili bilgiler aldık. Bu sayımızda, Arş. Grv. Dr. Zafer Kolsuz, Dr. Öğr. Üyesi İsmail Bıyık ve Prof. Dr. Nadi Keskin tarafından hazırlanan "Pelvik Organ Prolapsusu" ile ilgili derlemeye ve Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı'ndan Doç. Dr. Nurullah Peker Hoca'mızın hazırladığı "Pelvik organ prolapsusu için laparoskopik lateral süspansiyon: Sistemik literatür incelemesi" isimli derlemesine yer verdik.

Op.Dr.Ertuç Mega'nın, "Sağlık Mensuplarının Mali Sorumluluk Sigortalarına Yönelik İsimden Kapsama Bir Eleştiri" başlıklı makalesini bu sayımızda paylaştık."Depremzede olarak akademisyenlik" başlıklı köşe yazısında iki değerli hocamız, Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı'ndan Prof.Dr.Deniz Arıkan ve Adıyaman Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı'ndan Dr. Öğretim Üyesi Mehmet Can NACAR hocalarımız deprem ile ilgili yaşadıkları tecrübeleri bizlere aktardılar.

Gelecek sayıda görüşmek üzere, hepinize sağlıklı huzurlu günler dilerim. Sağlıcakla kalın.

Prof. Dr. Muhammet Erdal Sak

TJOD Bülten Editörü, TJOD Yönetim Kurulu Üyesi



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



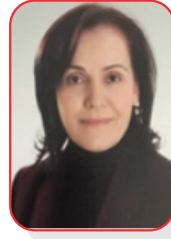
OP. DR.
SAMET BAYRAK



PROF. DR.
ERAY ÇALIŞKAN



PROF. DR.
S. CANSUN DEMİR



PROF. DR.
MELİKE DOĞANAY



PROF. DR.
TALİP GÜL



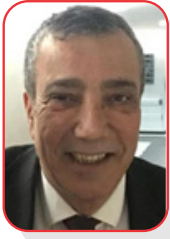
PROF. DR.
ATEŞ KARATEKE



PROF. DR.
ALİ KOLUSARI



PROF. DR.
M. ERDAL SAK



OP. DR.
M. SELÇUK SÖYLEMEZ



PROF. DR.
FATİH ŞENDAÇ



PROF. DR.
ERCAN YILMAZ

BU SAYIDA

1. Kütahya Sağlık Bilimleri Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı Başkanı **Prof. Dr. Nadi KESKİN** Hocamız ile söyleşi
2. Derleme, Pelvik Organ Prolapsusu, **Arş. Grv. Dr. Zafer KOLSUZ, Dr. Öğr. Üyesi İsmail BIYIK, Prof. Dr. Nadi KESKİN**
3. Derleme, Pelvik organ prolapsusu için laparoskopik lateral süspansiyon: Sistemantik literatür incelemesi, **Doç. Dr. Nurullah PEKER**
4. Sağlık Mensuplarının Mali Sorumluluk Sigortalarına Yönelik İsimden Kapsama Bir Eleştiri, **Op. Dr. Ertuç MEGA**
5. Köşe Yazısı, Depremzede olarak akademisyenlik, **Prof. Dr. Deniz ARIKAN**
6. Köşe Yazısı, Depremzede olarak akademisyenlik, **Dr. Öğretim Üyesi Mehmet Can NACAR**



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 AÇAÇAYAK**
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 ayki bültenimizde misafir eğitim kliniğimiz, Kütahya Sağlık Bilimleri Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı oldu. Anabilim Dalı Başkanı Prof. Dr. Nadi KESKİN hocamız ile söyleşi yaptık.



1. Hocam sizi tanıyabilir miyiz?

Tabii. Prof. Dr. Nadi Keskin. Balıkesir'liyim, 58 yaşındayım, evliyim ve iki çocuk babasıyım. Çocuklarımdan birisi hekim, Psikiyatri asistan. Birisi de Cerrahpaşa Tıp Fakültesi öğrencisi. İstanbul Tıp Fakültesi 1988 mezunuyum. 1982 yılında Bu Fakülteye, İstanbul Pertevniyal Lisesi Birincisi olarak girdim. 1995 yılında Yine İstanbul Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı'ndan Kadın Hastalıkları ve Doğum Uzmanı oldum. Mezuniyet sonrası bir süre Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı'nda yardımcı doçent olarak çalıştım ve bu süre zarfında askerliğimi Foça Deniz Üs komutanlığı, 30 yataklı işveli revirde uzun dönem olarak yaptım. Bu süre zarfında bir süre bu kuruma baştabipliği'de vekalet ettim. Askerliğimin bitimi sonrasında Kocaeli Tıp Fakültesi'ndeki öğretim üyeliği görevimden ayrıldım ve SSK Bandırma Hastanesi'ne Kadın Hastalıkları ve Doğum Uzmanı olarak atandım. Asistanlığımdan bu güne kadar jinekolojik Onkolojik Cerrahi ilgi alanım oldu ve İstanbul Tıp Fakültesi Jinekolojik Onkolojik Cerrahi kıymetli hocalarımla çalışma şansına sahip oldum. 2005 yılında yeniden akademisyenliğe döndüm ve Kütahya Dumlupınar Üniversitesi Tıp Fakültesi'ne yardımcı doçent olarak atandım. 2012 yılında Tıpta Uzmanlık Kurulu karar ile Jinekolojik Onkolojik Cerrahi yan dal uzmanı ve girdiğim sözlü sınav ve yayın aşamasındaki sınavlarla da doçent oldum. 2018 yılında Kütahya Sağlık Bilimleri Üniversitesi kurulumunda profesör olarak KSBÜ Tıp Fakültesine atandım. Kurumum afiliye olarak SB Kütahya Evliya Çelebi Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde tıp eğitimini sürdürdüğünden tıbbi çalışmalarına Jinekolojik Onkolojik Cerrahi Kliniği 'ni de kurarak burada devam ettim. Kliniğimiz yan dal eğitim kliniği olup, yan dal asistanım ile birlikte çalışıyoruz. Ayrıca Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı Başkanıyım. Akademik hayatım boyunca hem DPÜ Üniversitesi hem de KSBÜ üniversitesinde fakülte yönetim kurulu ve senato üyelikleri de dahil birçok idari görevlerde bulundum. Yaklaşık 15 yıldır bu idari görevlerim devam etmekte.

2. 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?

Doğal olarak çok yoğun çalışmaktayız. İyi bir planlama yapmak zorundayım. Hem cerrahiyi hem de, eğitim işlerini çok severek yapıyorum. Hastalarım benim için çok önemli, onlarla tam bir empati kurmaya ve dertlerini dert edinmeye çalışıyorum. Onkolojik tedavilerinin iyi planlanması için diğer alanlarla olan konsey toplantılarımızda çok önem vererek yeterli zamanı ayırıyoruz. Bu açıdan iyi bir ekip ile çalıştığımızı söyleyebilirim. Hastalar ile de iyi bir iletişim içerisinde olduğumuzu söyleyebilirim. Öğrencilerimiz bizim için çok önemli, varlık sebebimiz olarak görüyorum. Onlar bizim olmazsa olmazımız. Çocuklarımızın da bu yolda olması benim işime ayrı bir anlam katıyor. Tüm tıbbi bilgi ve görgümü onlara aktarabilmek için yeterli zamanı mutlaka ayırıyorum. Bizim öğrenciliğimizde dahiliye stajımızda Ercüment ve Şerafettin hocalarımızın ki, ruhları şad olsun, bizim peşimizden nasıl koştuklarını ve bizlere bir şeyler öğretmek için olan çabalarını hep hatırlayarak, bende onların peşinden koşmaya gayret ediyorum. Ayrıca ameliyat günlerimizde ve asistan teorik eğitim seminerlerimizde asistanlarımızın hem yan dal, hem de ana dal asistanlarımızın eğitimi için elimden geleni yapmaya çalışıyorum. Hepsisi çok kıymetli ve aynı zamanda Kütahya halkına da büyük hizmetleri geçiyor. Sağ olsunlar. Tüm işlerin içerisinde herbirisinin en ufak bir sorunu olursa onunla da ilgilenmek durumundayım. Onları seviyorum, onların beni sevdiğini düşünüyorum.

Genç arkadaşlarım birbirlerine sıkı sıkı sarılsınlar. Şartlar giderek zorlaşıyor. Yıllar içerisinde mesleğimizde ciddi hak kayıpları oldu. Bu ancak iyi bir dayanışma ile aşılabılır. Çok kıymetli bir mesleğimiz olduğunu asla unutmasınlar, morallerini bozmasınlar. Hiçbir maddi değerini beyaz gömleğimizin düşmesini dahi alamayacağını hatırlarından çıkarmasınlar. İsrarla hedeflerine yürüsünler.

Yurt dışı deneyimini önemsesinler. Benim çeşitli sebeplerden dolayı fırsatım olmadı ve bu eksikliği hep hissettim. Mutlaka yurt dışını deneyimlesinler ve bizi başka ülkelerde temsil etsinler. Fırsat bulurlarsa iş imkanı yakalasinlar. Ama unutmasınlar ki Türkiye'miz dünyanın en iyi coğrafyasında, ülkemizi terketmesinler ve mutlaka birikimlerini Türk milleti ile paylaşsınlar.

Fakat her şeyden önemlisi hem kendileri hem de meslekleri için öğrenmesi gerekenlerin ne olduğunun iyi fakında olsunlar ve eğitimleri boyunca hem kendi kişiliklerini hem de mesleki bilgi ve görgülerini geliştirmeye çalışsınlar.

En çok ihtiyacımız olan vefa duygusunu unutmalarını ve hocalarına ve mesleğin duayenlerine gerekli saygı ve sevgide kusur etmesinler. Hipokrat yemininin gereklerini yerini getirsinler.

3. Bölümünüzle ilgili bilgi verebilir misiniz?

Kütahya Sağlık Bilimleri Üniversitesi Tıp Fakültesi 2018 yılında yeni bir yapılanma ile Dumlupınar Üniversitesi Tıp Fakültesi içerisinde kurulmuştur. Kadroları ve birikimi itibarı ile 2008 yılında kurulmuş, yaklaşık 14 yıllık birikime sahip bir yapıdır. Anabilim dalının yapılandırılmasında ve geliştirilmesinde kurucu rol üstlendim. Şu an anabilim dalımızda 2 profesör, 1 doçent, 3 doktor öğretim üyesi mevcut olup, 11 anadal asistanımız, 1 de jinekolojik onkolojik cerrahi yan dal asistanımız mevcuttur. Bir yıl öncesine kadar hem perinatoloji hem de, jinekolojik onkolojik cerrahi yan dalları alanında bilim dallarımız mevcuttu. Ancak perinatoloji alanında hocamızın ayrılması nedeni ile şu an başkanlığını benim yaptığım jinekolojik onkolojik cerrahi bilim dalı olup, yan dal eğitimi yapmaktayız. Hastanemizde her türlü jinekolojik onkolojik vakanın yönetimi ve ameliyatları yapılmaktadır. Ayrıca ürojinekoloji alanında yetkin hocalarımıza da sahip olup, bu alanda da laparoskopik burch ameliyatı da dahil bir çok ameliyatı yapmaktayız. İnfertilite alanında yapılanma içerisindeyiz. Önümüzdeki 1 yıl içerisinde bir IVF ünitemizin açılması plan dahilinde olup 1 profesör ve 1 doçent düzeyinde hocalarımızla yönetilmektedir ve reproduktif endokrinoloji polikliniği hizmeti vermektedir. Anabilim dalımız şu ana kadar 6 uzman vermiştir.

4. Hocam mesleğimizin geleceği ile ilgili düşünceleriniz ve beklentileriniz nelerdir?

Hekimlik benim idealimdi. Hep severek ve onurla yaptım. Tekrar dünyaya gelsem yine hekim olurum. Mesleğimin onuru bana hep yetti, çok bir beklentim olmadı. Ben onu sevdiğim oda beni yükseltti. Mesleğime minnettarım. Ancak daha farklı şartlarda çalışmak isterdim. Mesleğimin onurunun ve öneminin yıpratılmasına üzülüyorum. Bu korunmalı ve asla buna müsaade edilmemeli. Çok olmak kaliteyi bence azaltıyor, bu hekimlikte kabul edilebilir bir şey değil bu nedenle tıp eğitiminde mutlaka belli standartlara dikkat edilmeli ve dünyanın en iyi hekimlerini yetiştirmeyi hedeflemeli ve bunun için çabalamalıyız. Ayrıca tıp alanında akademisyen olan grup bence son yıllarda ciddi hak kaybına uğradı. Özellikle afiliye sistem adı altında her şeyi bakanlığın kontrol etme çabası ve şehir hastaneleri üzerinden yapılanmanın sorgulanmasını, akademisyen hekim olan bizlerin sosyoekonomik şartları geliştirilmesini isterim. Bence hocalar hizmet sektöründe amacından farklı kullanarak yıpratılmamalı. Ülke genelinde tıp fakültesi akademisyenleri standart haklar bence sağlanmalı.

Bu şartların sağlanmış olduğu insanca bir ortamda çalışmak isterdim. Bu amaçla dayanışma ve hiyerarjik düzen içerisinde mücadele çok önemli, bu anlamda bakıldığında Hipokrat yeminine sadık kalırsa bile belki yeterli. Mesleğim ve şahsım adına hemen aklıma gelenler bunlar. Son olarak asıl önemli olan genç hekimler, umarım gelecek çocuklarıma çok daha iyi ekonomik ve sosyal şartlar sağlar. Bizden çok onlar için duacıyım.



PELVİK ORGAN PROLAPSUSU



Arş. Grv. Dr. Zafer KOLSUZ¹, Dr. Öğr. Üyesi İsmail BIYIK², Prof. Dr. Nadi KESKİN¹

¹Kütahya Sağlık Bilimleri Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, Jinekolojik Onkoloji Cerrahisi Bilim Dalı

²Kütahya Sağlık Bilimleri Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı

Özet

Pelvik organ prolapsusu, pelvik organların vajinal duvarlara veya vajina duvarının ötesine herniasyonudur. Prevalans yaşla birlikte artar. Prolapsusun nedeni çok faktörlüdür ancak primer olarak doğrudan pelvik taban kası ve bağ dokusu hasarına yol açan gebelik ve vajinal doğum ile ilişkilidir. Pelvik cerrahi, histerektomi, obezite, kronik öksürük, kabızlık ve tekrarlayan ağır kaldırma gibi sürekli artan karın içi basınç bölümleriyle ilişkili durumlar da prolapsusa katkıda bulunur. Pelvik organ prolapsusu olan hastaların çoğu asemptomatiktir. Şişkinlik vajinal açıklıktan dışarı çıktıkça semptomlar daha belirgin hale gelir. İlk değerlendirme, idrar kaçırma, mesane çıkışı obstrüksiyonu ve fekal inkontinans için değerlendirmeyi içeren bir öykü ve sistematik pelvik muayeneyi içerir. Tedavi seçenekleri gözlem, vajinal pessierler ve cerrahi içerir. Mevcut cerrahi seçenekler rekonstrüktif pelvik cerrahi ve obliteratif cerrahidir. Bu yazıda pelvik organ prolapsusları ile ilgili literatür bilgisini derlemeye çalıştık.

Abstract

Pelvic organ prolapse is herniation of the pelvic organs to or beyond the vaginal walls. The prevalence increases with age. The cause of prolapse is multifactorial, but is primarily related to pregnancy and vaginal delivery, which directly leads to pelvic floor muscle and connective tissue damage. Conditions associated with episodes of ever-increasing intra-abdominal pressure, such as pelvic surgery, hysterectomy, obesity, chronic cough, constipation, and repetitive heavy lifting, also contribute to prolapse. Most patients with pelvic organ prolapse are asymptomatic. Symptoms become more pronounced as the swelling protrudes through the vaginal opening. Initial evaluation includes a history and systematic pelvic examination, including evaluation for urinary incontinence, bladder outlet obstruction, and fecal incontinence. Treatment options include observation, vaginal pessaries, and surgery. Current surgical options are reconstructive pelvic surgery and obliterative surgery. In this article, we tried to review the literature on pelvic organ prolapses.

EPİDEMİYOLOJİ:

Pelvik organ prolapsusu (POP), dünya çapında birçok kadını günlük yaşamlarında olumsuz etkileyen yaygın bir tıbbi durumdur. POP hayatı tehdit eden bir hastalık olmasa da, yaşam kalitesi üzerinde önemli bir etkiye sahiptir (1). Prolapsusu olan hastalar günlük

aktiviteleri, cinsel işlevi ve egzersizi etkileyen semptomlar yaşar (2). Araştırmalar, kadınların 80 yaşına kadar POP için cerrahi düzeltme geçirme riskinin yaşam boyu %12,6 olduğunu göstermektedir (3). Genel olarak artan yaşam beklentisi ile birlikte, tedavi talep eden kadın ve ameliyat sayısının önümüzdeki 20-40 yılda muazzam bir şekilde artacağı tahmin edilmektedir. POP ameliyatı için bu yüksek oranlar, önleyici stratejilere odaklanmayı gerektirmektedir (4).

RİSK FAKTÖRLERİ:

Parite: Parite arttıkça POP riski artar. Ayrıca doğumun ikinci evresinin uzamış olması, ilk doğumda anne yaşının 25' den küçük olması ve artmış bebek doğum ağırlığı da artmış risk ile ilişkilidir (5).

İleri yaş: Epidemiyolojik çalışmalar genellikle ilerleyen yaşla birlikte POP riskinin arttığını bildirmiştir (6).

Menapoz: İlerleyen yaş, POP için bir risk faktörüdür ve menopoz ile artmış POP riski arasında doğrudan ve bağımsız bir korelasyon bildirilmiştir (7).

Obezite: Aşırı kilolu (vücut kitle indeksi ≥ 25 ila 29,9 kg/m²) ve obez (vücut kitle indeksi ≥ 30 kg/m²) kadınlar, normal kilolu akranlarıyla karşılaştırıldığında daha yüksek POP riskine sahiptir. Kilonun prolapsus riski üzerindeki etkisini bildiren 22 çalışmanın meta-analizinde, fazla kilolu ve obez kadınların normal kilolu akranlarına kıyasla yaklaşık % 40- 50 oranında artmış POP riski olduğu bulunmuştur (8).

Histerektomi: Sonraki POP gelişiminde histerektominin rolü tartışmalıdır. Risk yaşa, histerektomi sırasında prolapsus olup olmadığına ve histerektomi sırasında apikal destek prosedürleri dahil olmak üzere cerrahi yaklaşıma bağlı olabilir. Prolapsus onarımı sırasında histerektomi yerine histeropeksi kullanımı kısa dönem (<3 yıl) tekrarlayan prolapsus riskini değiştiriyor gibi görünmektedir (9).

İrk ve etnik köken: Afrikalı Amerikalı kadınların ABD'deki diğer ırksal veya etnik gruplara göre daha düşük semptomatik POP prevalansına sahip olduğunu gösterilmiştir (10).

KLİNİK BULGULAR:

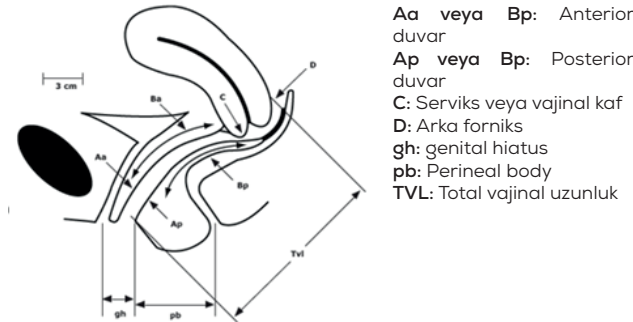
Şişkinlik veya basınç belirtileri: POP'lu hastalar vajinal veya pelvik basınç şikayeti veya vajinadan düşen bir şey hissi ile başvururlar.

Üriner semptomlar: Ön vajinal duvar veya vajinal apeksin desteğinin kaybı, mesane ya da üretral işlevi etkileyebilir. Stres üriner inkontinans (SUI) semptomları sıklıkla evre 1 veya 2 prolapsus ile birlikte bulunur.

Dışkılama belirtileri: Defekasyon semptomları genel popülasyona kıyasla POP' lu kadınlarda daha yaygındır. Defekasyon disfonksiyonu genel popülasyondaki kadınların %20' sini, POP' lu kadınların %24-52' sini etkiler. Prolapsus ile ilişkili en yaygın semptomlardan ikisi kabızlık ve eksik boşalmadır. Diğer dışkılama semptomları arasında fekal aciliyet, fekal inkontinans ve obstrüktif semptomlar (ıkınma veya tamamen boşaltmak için vajinaya ve perineye parmakla baskı uygulama ihtiyacı) vardır. Bazı kadınlarda ise cinsel ilişki sırasında dışkı kaçırmaya bildirilmiştir (11).

Cinsel fonksiyonlar üzerine etkisi: Çalışmalar POP'un orgazm veya cinsel tatmin üzerindeki olumsuz etkilerle ilişkili olup olmadığına göre değişse de, hafif prolapsus cinsel istekte azalma veya disparoni ile ilişkili görünmemektedir. Bazı kadınlar özellikle cinsel aktivite sırasında üriner ve fekal inkontinansı olanlar, POP' la ilişkili rahatsızlık veya utanma korkusu nedeniyle cinsel aktiviteden kaçındıklarını bildirmişlerdir (11).

Teşhis ve sınıflandırma: POP tanısı pelvik muayene ile konulur. Tedavi genellikle sadece semptomatik prolapsus için endike olduğundan, anamnez de prolapsusla ilişkili semptomları ortaya çıkarmak için önemlidir. POP'u sınıflamak için geliştirilen çeşitli sınıflamalar bulunmaktadır. POP-Q sistemi ilk kez 1996 yılında tanıtılmış olup günümüzde en sık kullanılan prolapsus evreleme sistemidir (12) (Şekil 1)



Şekil 1. POP-Q sınıflaması

Evre-0: Aa, Ba, Ap ve Bp noktaları -3 cm'dedir.

Evre-1: Prolabe olan kısmın en distal kısmı hymen'in 1 cm yukarisındadır (≤ -1 cm).

Evre-2: Prolabe olan kısmın en distal kısmı hymenin 1 cm yukarisı ve aşağısındaki aralıktadır ($\leq +1$ cm ve ≥ -1 cm).

Evre-3: Prolabe olan kısmın en distal kısmı hymenin 1 cm aşağısındadır, ancak TVL-2 cm den daha az prolabedir.

Evre-4: Prolabe olan kısmın en distal kısmı hymenden en az TVL-2 cm veya daha fazla prolabe olmuştur (\geq TVL-2 cm).

YÖNETİM:

Tedavi endikasyonları: Prolapsus semptomları ve ilişkili (üriner, bağırsak ve cinsel işlev bozukluğu) durumları olan hastalar için tedavi endikedir. Üriner veya defekasyon için bir obstrüksiyon varlığı, hidronefroz, prolapsus derecesi ne olursa olsun tedavi endikasyonlarıdır (13). Tedavi genellikle asemptomatik prolapsusu olan kadınlar için endike değildir (14).

Ekspaktan yaklaşım: Semptomlarını tolere eden ve tedaviden kaçınmayı tercih eden kadınlar için uygun bir seçenektir.

Konservatif yaklaşım: POP'lu tüm kadınlar için ilk seçenektir çünkü cerrahi tedavi komplikasyon ve nüks riskini de beraberinde getirir. Bununla birlikte, prolapsus tipik olarak kronik bir problemdir ve başarılı bir cerrahi sürekli bakım gerektirmediğinden, çoğu kadın nihayetinde cerrahiye konservatif tedaviye tercih eder (15).

Vajinal pesser: Peserler, pelvik organları destekleyen çeşitli şekil ve boyutlardaki silikon cihazlardır. POP için cerrahi olmayan tedavinin temel dayanağı vajinal pesserdir. Vajinal pesser kullanımı gebe kalma isteği olan, cerrahi tercih etmeyen, cerrahi açısından yüksek risk grubunda olan kadınlar için uygun olabilir. Başarı oranları %92 olarak bildirilmiştir (16). Pesser kullanan kadınların yaklaşık yarısı ara dönemde yani bir ile iki yıl arasında pesser kullanmaya devam etmektedir. Pesserler düzenli olarak çıkarılmalı ve temizlenmelidir.

Pelvik taban kas egzersizleri: Pelvik taban kas eğitimi, POP evresinde ve POP ile ilişkili semptomlarda iyileşmelerle sonuçlanıyor gibi görünmektedir. POP'lu 2300'den fazla kadını içeren 13 çalışmanın meta-analizinde, pelvik taban kas egzersizleri, prolapsus semptom skorlarında ve objektif POP evresinde daha fazla iyileşme ile ilişkilendirilmiştir (17). Semptomatik evre 2 POP'lu kadınlar için, semptomları iyileştirdiği için bu egzersizler önerilmektedir. Pelvik taban kas egzersizleri prolapsusu ortalama 1 ila 2 cm azalttığından hymenin çok ötesindeki sarkmayı ve bununla ilişkili semptomların iyileşme olasılığı daha düşüktür.

Östrojen tedavisi: Şu anda, POP'un birincil tedavisi olarak sistemik veya topikal östrojeni destekleyen hiçbir veri mevcut değildir. Vajinal biyopsilerle ilgili bir çalışma, perioperatif topikal vajinal östrojenin olgun kollajen üretimini arttırdığını, vajinal duvar kalınlığını arttırdığını ve parçalayıcı enzim aktivitesini azalttığını bildirirken, bu histolojik bulguların klinik sonuçlarla doğrulanması gerekir. Yapılan bir meta-analizde, raloksifenin, POP için ameliyat olma olasılığının azalmasıyla ilişkili görüldüğü bildirildi, ancak veriler, raloksifenin rutin bir tedavi olarak tavsiye edilmesi için yetersizdir (18).

CERRAHİ TEDAVİ:

Semptomatik prolapsusu olan ve prolapsuslarının konservatif tedavisini başaramayan veya reddeden kadınlar cerrahiye adaydır. Cerrahi olarak, vajinal, abdominal ve laparoskopik yaklaşımlar mevcuttur. Cerrahi prognoz, semptomların ciddiyetine, prolapsusun boyutuna, cerrahin deneyimine ve hasta beklentilerine bağlıdır. Cerrahi, genellikle ilk ameliyattan sonra % 30'a varan bir nüks oranıyla ilişkilendirilmiştir (19), bazı merkezler prolapsus için daha önce en az iki cerrahi prosedür geçirmiş hastalarda nüks oranını % 50' den fazla olduğunu bildirmiştir (20).

Anterior kolporafi:

Anterior kolporafi, çoğu sistosel için etkili bir tedavidir (21). Sistoseli olan birçok kadında apikal prolapsus da vardır (22). Bu kadınlarda cerrahi, apikal prolapsusu ve anterior vajinal duvar prolapsusunu düzeltmelidir. Ön vajinal duvar defektinin onarımı ile eş zamanlı olarak vajinal apeksin yeniden desteklenmesi, tekrarlayan POP cerrahisi riskini azaltır (23).

Kolporafi posterior:

Posterior vajinal duvar onarımı geleneksel olarak posterior vajinal duvar fibromüsküler bağ dokusunun orta hat plikasyonu yoluyla gerçekleştirilir (24). Onarım, dispareniye yol açabileceğinden levator ani kaslarına gerilim uygulanmadan yapılmalıdır (25). Retrospektif bir çalışma bölgeye özgü onarım (site spesifik repair) ve klasik orta hat kolporafisinin karşılaştırılması, bölgeye özgü onarımın daha yüksek semptomatik şişkinlik (bulge) nüksü oranıyla ilişkili olduğunu bulurken (%11'e karşı %4, P = 0.02) (26). Prospektif bir çalışma, iki teknik için benzer sonuçlar göstermiştir (27).

Vajinal meş kullanımı:

Günümüzde POP tedavisi için ABD Gıda ve İlaç İdaresi (FDA) onaylı transvajinal meş ürünleri bulunmamaktadır. 2011 FDA duyurusundan sonra ciddi güvenlik ve etkililik endişeleri nedeniyle birçok transvajinal meş ürünü piyasadan kaldırmıştır. Nisan 2019'da FDA, POP'un transvajinal onarımı için belirtilen kalan tüm cerrahi meş ürünlerinin üreticilerine ürünlerini Amerika Birleşik Devletleri'nde satmayı ve dağıtmayı durdurma kararı vermiştir (28). Özetle günümüzde, vajinal yoldan yapılan üriner inkontinans cerrahileri dışında POP için vajinal meş kullanılmamaktadır.

Sakrohisteropeksi/Sakrokolpopeksi:

Abdominal sakrokolpopeksi, POP tedavisi için kanıtlanmış ve etkili bir ameliyattır. Bu prosedür, vajinanın kubbesinden sakrumun anterior longitudinal ligamanına sentetik bir meş veya biyolojik greft yerleştirilmesini içerir. Abdominal sakrokolpopeksi için uygun hastalar arasında kısa vajinal uzunluk, eş zamanlı karın içi patoloji için cerrahi planlanması ve tekrarlayan POP için risk faktörleri (örn. <60 yaş, evre 3 veya 4 prolapsus ve vücut kitle indeksi > 26 kg//) olanlar yer alır. (29). Sentetik meşle ilişkili komplikasyon riski yüksek olan kadınlarda (örn. kronik steroid kullanımı, halen sigara içen), biyolojik greft ile sakrokolpopeksi veya sakrokolpopeksiye alternatifler düşünülebilir.

Sentetik meş ile abdominal sakrokolpopekside POP'un tekrarlama riski daha düşüktür, ancak doğal doku ile vajinal kubbe onarımına göre daha fazla komplikasyonla ilişkilidir. Randomize kontrollü çalışmalardan elde edilen veriler ayrıca, doğal doku ile vajinal kubbe onarımına kıyasla meş abdominal sakrokolpopeksi ile anatomik başarı olasılığının önemli ölçüde daha yüksek olduğunu göstermektedir (OR, 2.04; %95 CI, 1.12–3.72). İleus veya ince bağırsak obstrüksiyonu (%2.7'ye karşı %0.2, P<0.01), tromboembolik fenomenler (%0.6'ya karşı %0.1, P=0.03) ve meş veya sütür komplikasyonları (%4.2'ye karşı %0.04, P<0.01) gibi cerrahi komplikasyonlar meş ile abdominal sakrokolpopekside daha fazla görülmektedir (30).

Supraservikal histerektomi veya total histerektomi ile birlikte olan veya histerektomiz sakrohisteropeksi, robotik yardımla veya laparoskopik olarak gerçekleştirilebilir (31). Açık abdominal sakrokolpopeksi daha kısa ameliyat süreleriyle ilişkili olsa da (222'ye karşı 296 dakika; P < 0.02), minimal invaziv sakrokolpopeksi daha az kan kaybı (122 ± 146 - 187 ± 142 mL; P < 0.01) ve daha kısa hastanede kalış (1.3 ± 1 - 2.9 ± 1.6 gün; P < 0.01) süresine sahiptir (32).

Uterusun korunması:

Uterus koruyucu prolapsus cerrahileri operasyon süresi, kan kaybı ve meş erozyonu açısından eş zamanlı histerektomi yapılan cerrahilere göre daha avantajlıdır. Cerrahlar, apikal prolapsus onarımı sırasında bu seçeneği arzu eden uygun kadınlara bir seçenek olarak uterusun korunmasını önerebilirler (33)

Histerektomi sırasında ne yapalım?

Tekrarlayan POP riskini azaltmak için uterus prolapsusu için histerektomi sırasında vajinal apeks süspansiyonu yapılmalıdır (34).

Histeropeksi:

Histeropeksi, uterin prolapsusu olan kadınlarda histerektomiye uygun bir alternatiftir, ancak histerektomiye kıyasla güvenlik ve etkinlik konusunda daha az kanıt vardır (35). Histeropeksi, serviksi dikişlerle sakrospinöz bağa bağlayarak vajinal bir insizyon yoluyla gerçekleştirilebilir veya serviksten anterior longitudinal ligamana bir meş veya biyolojik greft yerleştirilerek abdominal veya laparoskopik olarak da yapılabilir (35). Uterosakral ligamanların robotik yardımla veya robotsuz laparoskopik olarak veya abdominal insizyonla kısaltılması da yapılabilir. Laparoskopik sakral histeropeksi ile vajinal mesh histeropeksiyi karşılaştıran kohort çalışmasında, 1 yıllık takipte 2 prosedürün benzer etkinliğe sahip olduğunu ve komplikasyon oranları, kan kaybı veya hastanede kalış süresi açısından anlamlı bir fark olmadığı gösterilmiştir (36).

Prolapsus için vajinal askı cerrahileri:

Transvajinal cerrahide yaygın olarak kullanılan yöntemlerden olan sakrospinöz ligament fiksasyonu (SSLF) ve uterosakral ligaman süspansiyonu (ULS) tipik olarak doğal doku kullanılarak gerçekleştirilir (37). Doğal doku ile apikal POP için uterosakral ligaman süspansiyonu ve sakrospinöz ligaman süspansiyonu, karşılaştırılabilir anatomik, fonksiyonel ve olumsuz sonuçlarla POP'un eşit derecede etkili cerrahi tedavileridir (34). Pelvik organ prolapsusu için ACOG kılavuzlarına göre, klinik uygulama için SSLF ve ULS önerilir (34). FIGO (Uluslararası Jinekoloji ve Obstetrik Federasyonu) çalışma grubu, SSLF yerine ULS'nin vajinal apikal kısmı anatomik olarak normal bir konuma getirebileceğini önermiştir (38). POP'lu bu iki prosedürden hangisinin hastalarda en uygun cerrahi olduğunu karşılaştıran birkaç yüksek kaliteli RCT çalışmanın sonucunda, hala hangisinin daha iyi olduğunu gösterecek yeterli kanıt bulunamamıştır (39).

Obliteratif yöntemler:

Vajinayı daraltan, kısaltan veya tamamen kapatan obliteratif prosedürler POP tedavisinde etkilidir ve gelecekte vajinal ilişki istemeyen veya tıbbi komorbiditeleri olan kadınlar için birinci basamak cerrahi tedavi olarak düşünülebilir (40). Obliteratif prosedürler, POP'ta bildirilen yüksek objektif ve sübjektif iyileşme oranlarına sahiptir (sırasıyla %98 ve %90) ve düşük tekrarlayan POP riski ile ilişkilidir (41).

Le-Forte Kolpoplezis:

Histerektomiden kaçınmak isteyen veya önemli komorbiditeleri olan ve artık vajinal koital işlevi arzu etmeyen POP'lu kadınlarda Le Fort kolpocleisis terapötik bir seçenektir. Bu ameliyat, yüksek başarı oranı ve yüksek hasta memnuniyeti ile POP için etkili bir tedavidir. Ancak hastalara bu ameliyatın geri dönüşüzlüğü anlatılmalıdır (42).

YENİ YÖNTEMLER:

Laparoskopik pektepeksi:

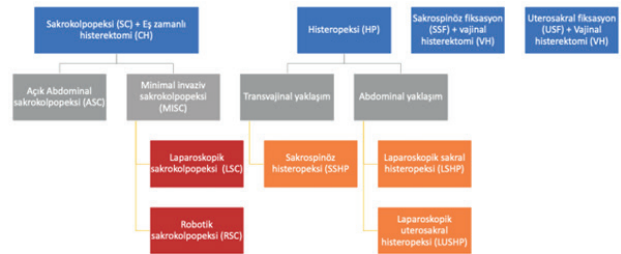
Son 15 yıl içerisinde özellikle obez hastalar için laparoskopik pektepeksi adı verilen teknik Bannerjee ve Noe tarafından literatüre sunulmuştur (43). Bu teknikte iliopektineal ligamanın lateral kısımları bilateral meş fiksasyonu için kullanılır ve meş ureter veya barsakları geçmeden round ve broad ligamanları takip eder. Rektum ile bir meş teması olmadığı için defekasyon sorunları görülmez. Laparoskopik pektepeksi cerrahi sırasında zor ve komplike promontoryum diseksiyonu olan hastalarda alternatif bir yöntem olabileceği, cerrahi başarısı laparoskopik sakrokolpopeksi ile benzer bir yöntem olduğu rapor edilmiştir (44). Güncel bir çalışmada laparoskopik pektepeksinin, laparoskopik sakrokolpopeksiye göre daha kısa operasyon süresi ve daha az postoperatif rahatsızlık oranlarına sahip bir cerrahi yöntem olduğu bildirilmiştir (45).

Lateral süspansiyon:

Meş ile abdominal lateral süspansiyon, sakral promontoryum diseksiyonundan ve geniş peritonizasyondan kaçınmak istenilen durumlar için alternatif bir yöntemdir. Bu cerrahi teknikte, T şeklindeki sentetik meşin orta kısmı vezikovajinal boşluğa yerleştirilir, ön vajina duvarına ve uterus serviksine-isthmusa dikişlerle sabitlenir. Meşin yan kolları, eksternal oblik kasın aponevrozuna ve iki tarafı anterior superior iliak çıkıntının arkasına sabitlenir. Güncel literatür derlemesinden elde edilen sonuçlar, lateral süspansiyonun optimum anatomik ve fonksiyonel sonuçlarla minimal invaziv lateral süspansiyonun güvenliğini, etkinliğini ve fizibilitesini göstermektedir (46).

ALGORİTMA:

Güncel kullanılmakta olan cerrahi yöntemler algoritma şeklinde şekil 2'de verilmiştir.



Chan CW, A systematic review of the surgical management of apical pelvic organ prolapse. Int Urogynecol J. 2022 Dec 3.

Şekil 2. Apikal pelvik organ prolapsusu için öneriler

Özetle, hastanın aktif şikayeti varsa prolapsus cerrahisi yapılmaktadır ve her hastaya özel bir cerrahi yöntem seçilmelidir.

Kaynaklar:

1. Fritel X, Varnoux N, Zins M, Breart G, Ringa V. Symptomatic pelvic organ prolapse at midlife, quality of life, and risk factors. *Obstet Gynecol.* 2009;113(3):609-616.
2. Lowder JL, Ghetti C, Nikolauski C, Oliphant SS, Zyczynski HM. Body image perceptions in women with pelvic organ prolapse: a qualitative study. *Am J Obstet Gynecol.* 2011;204(5):441.e1-5.
3. Wu JM, Matthews CA, Conover MM, Pate V, Jonsson Funk M. Lifetime risk of stress urinary incontinence or pelvic organ prolapse surgery. *Obstet Gynecol.* 2014;123(6):1201-1206.
4. Schulten SFM, Claas-Quax MJ, Weemhoff M, van Eijndhoven HW, van Leijsen SA, Vergeldt TF, Int'Hout J, Kluivers KB. Risk factors for primary pelvic organ prolapse and prolapse recurrence: an updated systematic review and meta-analysis. *Am J Obstet Gynecol.* 2022;227(2):192-208.
5. Moalli PA, Jones Ivy S, Meyn LA, Zyczynski HM. Risk factors associated with pelvic floor disorders in women undergoing surgical repair. *Obstet Gynecol.* 2003;101(5):869-74.
6. Olsen AL, Smith VJ, Bergstrom JO, Colling JC, Clark AL. Epidemiology of surgically managed pelvic organ prolapse and urinary incontinence. *Obstet Gynecol.* 1997;89(4):501-6.
7. Sze EH, Hobbs G. A prospective cohort study of pelvic support changes among nulliparous, multiparous, and pre- and post-menopausal women. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 2012;160(2):232-5.
8. Giri A, Hartmann KE, Hellwege JN, Velez Edwards DR, Edwards TL. Obesity and pelvic organ prolapse: a systematic review and meta-analysis of observational studies. *Am J Obstet Gynecol.* 2017;217(1):11-26.e3.
9. Dallas K, Elliott CS, Syan R, Sohlberg E, Enemchukwu E, Rogo-Gupta L. Association Between Concomitant Hysterectomy and Repeat Surgery for Pelvic Organ Prolapse Repair in a Cohort of Nearly 100,000 Women. *Obstet Gynecol.* 2018;132(6):1328-1336.
10. Rortveit G, Brown JS, Thom DH, Van Den Eeden SK, Creasman JM, Subak LL. Symptomatic pelvic organ prolapse: prevalence and risk factors in a population-based, racially diverse cohort. *Obstet Gynecol.* 2007;109(6):1396-403.
11. Weber AM, Walters MD, Piedmonte MR. Sexual function and vaginal anatomy in women before and after surgery for pelvic organ prolapse and urinary incontinence. *Am J Obstet Gynecol.* 2000;182(6):1610-5.
12. Bordeianou LG, Anger JT, Boutros M, Birnbaum E, Carmichael JC, Connell KA, De EJB, Mellgren A, Staller K, Vogler SA, Weinstein MM, Yafi FA, Hull TL; Members of the Pelvic Floor Disorders Consortium Working Groups on Patient-Reported Outcomes. Measuring Pelvic Floor Disorder Symptoms Using Patient-Reported Instruments: Proceedings of the Consensus Meeting of the Pelvic Floor Consortium of the American Society of Colon and Rectal Surgeons, the International Continence Society, the American Urogynecologic Society, and the Society of Urodynamics, Female Pelvic Medicine and Urogenital Reconstruction. *Female Pelvic Med Reconstr Surg.* 2020;26(1):1-15.
13. Jelovsek JE, Maher C, Barber MD. Pelvic organ prolapse. *Lancet.* 2007;24;369(9566):1027-38.
14. Handa VL, Garrett E, Hendrix S, Gold E, Robbins J. Progression and remission of pelvic organ prolapse: a longitudinal study of menopausal women. *Am J Obstet Gynecol.* 2004;190(1):27-32.
15. Culligan PJ. Nonsurgical management of pelvic organ prolapse. *Obstet Gynecol.* 2012;119(4):852-60.
16. Cundiff GW, Amundsen CL, Bent AE, Coates KW, Schaffer JI, Strohbehk K, Handa VL. The PESSRI study: symptom relief outcomes of a randomized crossover trial of the ring and Gellhorn pessaries. *Am J Obstet Gynecol.* 2007;196(4):405.e1-8.
17. Li C, Gong Y, Wang B. The efficacy of pelvic floor muscle training for pelvic organ prolapse: a systematic review and meta-analysis. *Int Urogynecol J.* 2016;27(7):981-92.
18. Ismail SI, Bain C, Hagen S. Oestrogens for treatment or prevention of pelvic organ prolapse in postmenopausal women. *Cochrane Database Syst Rev.* 2010;8;(9):CD007063.
19. Lavelle RS, Christie AL, Alhalabi F, Zimmern PE. Risk of Prolapse Recurrence after Native Tissue Anterior Vaginal Suspension Procedure with Intermediate to Long-Term Followup. *J Urol.* 2016;195(4 Pt 1):1014-20.
20. Whiteside JL, Weber AM, Meyn LA, Walters MD. Risk factors for prolapse recurrence after vaginal repair. *Am J Obstet Gynecol.* 2004;191(5):1533-8.
21. Chmielewski L, Walters MD, Weber AM, Barber MD. Reanalysis of a randomized trial of 3 techniques of anterior colporrhaphy using clinically relevant definitions of success. *Am J Obstet Gynecol.* 2011;205(1):69.e1-8.
22. Chen L, Ashton-Miller JA, Hsu Y, DeLancey JO. Interaction among apical support, levator ani impairment, and anterior vaginal wall prolapse. *Obstet Gynecol.* 2006;108(2):324-32.
23. Eilber KS, Alperin M, Khan A, Wu N, Pashos CL, Clemens JQ, Anger JT. Outcomes of vaginal prolapse surgery among female Medicare beneficiaries: the role of apical support. *Obstet Gynecol.* 2013;122(5):981-987.
24. Karram M, Maher C. Surgery for posterior vaginal wall prolapse. *Int Urogynecol J.* 2013;24(11):1835-41.

- sis. *Am J Obstet Gynecol.* 2022;227(2):192-208.
5. Moalli PA, Jones Ivy S, Meyn LA, Zyczynski HM. Risk factors associated with pelvic floor disorders in women undergoing surgical repair. *Obstet Gynecol.* 2003;101(5):869-74.
 6. Olsen AL, Smith VJ, Bergstrom JO, Colling JC, Clark AL. Epidemiology of surgically managed pelvic organ prolapse and urinary incontinence. *Obstet Gynecol.* 1997;89(4):501-6.
 7. Sze EH, Hobbs G. A prospective cohort study of pelvic support changes among nulliparous, multiparous, and pre- and post-menopausal women. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 2012;160(2):232-5.
 8. Giri A, Hartmann KE, Hellwege JN, Velez Edwards DR, Edwards TL. Obesity and pelvic organ prolapse: a systematic review and meta-analysis of observational studies. *Am J Obstet Gynecol.* 2017;217(1):11-26.e3.
 9. Dallas K, Elliott CS, Syan R, Sohlberg E, Enemchukwu E, Rogo-Gupta L. Association Between Concomitant Hysterectomy and Repeat Surgery for Pelvic Organ Prolapse Repair in a Cohort of Nearly 100,000 Women. *Obstet Gynecol.* 2018;132(6):1328-1336.
 10. Rortveit G, Brown JS, Thom DH, Van Den Eeden SK, Creasman JM, Subak LL. Symptomatic pelvic organ prolapse: prevalence and risk factors in a population-based, racially diverse cohort. *Obstet Gynecol.* 2007;109(6):1396-403.
 11. Weber AM, Walters MD, Piedmonte MR. Sexual function and vaginal anatomy in women before and after surgery for pelvic organ prolapse and urinary incontinence. *Am J Obstet Gynecol.* 2000;182(6):1610-5.
 12. Bordeianou LG, Anger JT, Boutros M, Birnbaum E, Carmichael JC, Connell KA, De EJB, Mellgren A, Staller K, Vogler SA, Weinstein MM, Yafi FA, Hull TL; Members of the Pelvic Floor Disorders Consortium Working Groups on Patient-Reported Outcomes. Measuring Pelvic Floor Disorder Symptoms Using Patient-Reported Instruments: Proceedings of the Consensus Meeting of the Pelvic Floor Consortium of the American Society of Colon and Rectal Surgeons, the International Continence Society, the American Urogynecologic Society, and the Society of Urodynamics, Female Pelvic Medicine and Urogenital Reconstruction. *Female Pelvic Med Reconstr Surg.* 2020;26(1):1-15.
 13. Jelovsek JE, Maher C, Barber MD. Pelvic organ prolapse. *Lancet.* 2007;24;369(9566):1027-38.
 14. Handa VL, Garrett E, Hendrix S, Gold E, Robbins J. Progression and remission of pelvic organ prolapse: a longitudinal study of menopausal women. *Am J Obstet Gynecol.* 2004;190(1):27-32.
 15. Culligan PJ. Nonsurgical management of pelvic organ prolapse. *Obstet Gynecol.* 2012;119(4):852-60.
 16. Cundiff GW, Amundsen CL, Bent AE, Coates KW, Schaffer JI, Strohbehm K, Handa VL. The PESSRI study: symptom relief outcomes of a randomized crossover trial of the ring and Gellhorn pessaries. *Am J Obstet Gynecol.* 2007;196(4):405.e1-8.
 17. Li C, Gong Y, Wang B. The efficacy of pelvic floor muscle training for pelvic organ prolapse: a systematic review and meta-analysis. *Int Urogynecol J.* 2016;27(7):981-92.
 18. Ismail SI, Bain C, Hagen S. Oestrogens for treatment or prevention of pelvic organ prolapse in postmenopausal women. *Cochrane Database Syst Rev.* 2010;8;(9):CD007063.
 19. Lavelle RS, Christie AL, Alhalabi F, Zimmern PE. Risk of Prolapse Recurrence after Native Tissue Anterior Vaginal Suspension Procedure with Intermediate to Long-Term Followup. *J Urol.* 2016;195(4 Pt 1):1014-20.
 20. Whiteside JL, Weber AM, Meyn LA, Walters MD. Risk factors for prolapse recurrence after vaginal repair. *Am J Obstet Gynecol.* 2004;191(5):1533-8.
 21. Chmielewski L, Walters MD, Weber AM, Barber MD. Reanalysis of a randomized trial of 3 techniques of anterior colporrhaphy using clinically relevant definitions of success. *Am J Obstet Gynecol.* 2011;205(1):69.e1-8.
 22. Chen L, Ashton-Miller JA, Hsu Y, DeLancey JO. Interaction among apical support, levator ani impairment, and anterior vaginal wall prolapse. *Obstet Gynecol.* 2006;108(2):324-32.
 23. Eilber KS, Alperin M, Khan A, Wu N, Pashos CL, Clemens JQ, Anger JT. Outcomes of vaginal prolapse surgery among female Medicare beneficiaries: the role of apical support. *Obstet Gynecol.* 2013;122(5):981-987.
 24. Karram M, Maher C. Surgery for posterior vaginal wall prolapse. *Int Urogynecol J.* 2013;24(11):1835-41.
 25. Kahn MA, Stanton SL. Posterior colporrhaphy: its effects on bowel and sexual function. *Br J Obstet Gynaecol.* 1997;104(1):82-6.
 26. Abramov Y, Gandhi S, Goldberg RP, Botros SM, Kwon C, Sand PK. Site-specific rectocele repair compared with standard posterior colporrhaphy. *Obstet Gynecol.* 2005;105(2):314-8.
 27. Paraiso MF, Barber MD, Muir TW, Walters MD. Rectocele repair: a randomized trial of three surgical techniques including graft augmentation. *Am J Obstet Gynecol.* 2006;195(6):1762-71.
 28. U.S. Food and Drug Administration. FDA takes action to protect women's health, orders manufacturers of surgical mesh intended for transvaginal repair of pelvic organ prolapse to stop selling all devices. Silver Spring, MD: FDA; 2019. Available at: <https://www.fda.gov/NewsEvents/Newsroom/PressAnnouncements/ucm636114.htm> Accessed July 17, 2019.

29. Eilber KS, Alperin M, Khan A, Wu N, Pashos CL, Clemens JQ, Anger JT. Outcomes of vaginal prolapse surgery among female Medicare beneficiaries: the role of apical support. *Obstet Gynecol.* 2013;122(5):981-987.
30. Siddiqui NY, Grimes CL, Casiano ER, Abed HT, Jeppson PC, Olivera CK, Sanses TV, Steinberg AC, South MM, Balk EM, Sung VW; Society of Gynecologic Surgeons Systematic Review Group. Mesh sacrocolpopexy compared with native tissue vaginal repair: a systematic review and meta-analysis. *Obstet Gynecol.* 2015;125(1):44-55.
31. Hudson CO, Northington GM, Lyles RH, Karp DR. Outcomes of robotic sacrocolpopexy: a systematic review and meta-analysis. *Female Pelvic Med Reconstr Surg.* 2014;20(5):252-60.
32. Nosti PA, Umoh Andy U, Kane S, White DE, Harvie HS, Lowenstein L, Gutman RE. Outcomes of abdominal and minimally invasive sacrocolpopexy: a retrospective cohort study. *Female Pelvic Med Reconstr Surg.* 2014;20(1):33-7.
33. Grzybowska ME, Futyma K, Kusiak A, Wydra DG. Colpocleisis as an obliterative surgery for pelvic organ prolapse: is it still a viable option in the twenty-first century? Narrative review. *Int Urogynecol J.* 2022;33(1):31-46.
34. Pelvic Organ Prolapse: ACOG Practice Bulletin, Number 214. *Obstet Gynecol.* 2019;134(5):e126-e142.
35. Gutman R, Maher C. Uterine-preserving POP surgery. *Int Urogynecol J.* 2013;24(11):1803-13.
36. Gutman RE, Rardin CR, Sokol ER, Matthews C, Park AJ, Iglesia CB, Geoffrion R, Sokol AI, Karram M, Cundiff GW, Blomquist JL, Barber MD. Vaginal and laparoscopic mesh hysteropexy for uterovaginal prolapse: a parallel cohort study. *Am J Obstet Gynecol.* 2017;216(1):38.e1-38.e11.
37. Hill AJ, Barber MD. Apical prolapse repair: weighing the risks and benefits. *Curr Opin Obstet Gynecol.* 2015;27(5):373-9.
38. Betschart C, Cervigni M, Contreras Ortiz O, Doumouchtsis SK, Koyama M, Medina C, Haddad JM, la Torre F, Zanni G. Management of apical compartment prolapse (uterine and vault prolapse): A FIGO Working Group report. *Neurourol Urodyn.* 2017;36(2):507-513.
39. Al-Badr A, Perveen K, Al-Shaikh G. Evaluation of Sacrospinous Hysteropexy vs. Uterosacral Suspension for the Treatment of Uterine Prolapse: A Retrospective Assessment. *Low Urin Tract Symptoms.* 2017;9(1):33-37.
40. FitzGerald MP, Richter HE, Siddique S, Thompson P, Zyczynski H; Ann Weber for the Pelvic Floor Disorders Network. Colpocleisis: a review. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct.* 2006;17(3):261-71.
41. von Pechmann WS, Mutone M, Fyffe J, Hale DS. Total colpocleisis with high levator plication for the treatment of advanced pelvic organ prolapse. *Am J Obstet Gynecol.* 2003;189(1):121-6.
42. Grzybowska ME, Futyma K, Kusiak A, Wydra DG. Colpocleisis as an obliterative surgery for pelvic organ prolapse: is it still a viable option in the twenty-first century? Narrative review. *Int Urogynecol J.* 2022;33(1):31-46.
43. Banerjee C, Noé KG. Laparoscopic pectopexy: a new technique of prolapse surgery for obese patients. *Arch Gynecol Obstet.* 2011;284(3):631-5.
44. Biler A, Ertas IE, Tosun G, Hortu I, Turkay U, Gultekin OE, Igci G. Perioperative complications and short-term outcomes of abdominal sacrocolpopexy, laparoscopic sacrocolpopexy, and laparoscopic pectopexy for apical prolapse. *Int Braz J Urol.* 2018;44(5):996-1004.
45. Chuang FC, Chou YM, Wu LY, Yang TH, Chen WH, Huang KH. Laparoscopic pectopexy: the learning curve and comparison with laparoscopic sacrocolpopexy. *Int Urogynecol J.* 2022;33(7):1949-1956.
46. Campagna G, Vacca L, Panico G, Caramazza D, Lombisani A, Scambia G, Ercoli A. Laparoscopic lateral suspension for pelvic organ prolapse: A systematic literature review. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 2021;264:318-329.



PELVİK ORGAN PROLAPSUSU İÇİN LAPAROSKOPİK LATERAL SÜSPANSİYON: SİSTEMATİK LİTERATÜR İNCELEMESİ

Doç. Dr. Nurullah PEKER

Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, Diyarbakır

Laparoscopic lateral suspension for pelvic organ prolapse: A systematic literature review

Giuseppe Campagna, Lorenzo Vacca, Giovanni Panico, Daniela Caramazza, Andrea Lombisani, Giovanni Scambia, Alfredo Ercoli

European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology 264 (2021) 318–329

ÖZET

Background: Vajinal apeksin mesh ile karın boşluğunu askıya almak için alternatif bir tedaviyi temsil eder.

Amaç: Bu çalışmanın amacı, minimal invaziv yöntemlerle (laparoskopik/robotik) bu tekniğin anatomik ve fonksiyonel sonuçları ile intra ve postoperatif komplikasyonları ile ilgili literatür verilerini özetlemektir.

Arama stratejisi: MEDLINE/PubMed, SCOPUS, Web of Science kullanarak sistematik literatür taraması.

Veri toplama ve analiz: İki yazar tarafından temel özellikler (yaş, BMI, önceki pelvik rekonstrüktif cerrahi, preoperatif POP aşaması), perioperatif sonuçlar (ameliyat süresi, tahmini kan kaybı, intraoperatif ve postoperatif komplikasyonlar, başvuru zamanı), objektif ve subjektif başarı oranı, cerrahi başarısızlık, takip süresi. Veriler ayrıntılarıyla açıklayarak sunuldu.

Ana Bulgular: İncelemeye on üç çalışma dahil edildi. Analizimiz için toplam hasta sayısı 1066 idi. Laparoskopik/robotik lateral süspansiyon için sevk edilen hastalar en sık postmenopozal, 50 ila 65 yaş arası, BMI 25 kg/m²; %22,2'si zaten histerektomize edilmişken, %17'si önceden bir POP ameliyatı geçirmiş hastalardı. Ameliyat süresi 78,4 ± 29,7 ile 254 ± 45 dakika arasında değişmekteydi. Genel olarak apikal kompartmanda anatomik başarı %90'ın üzerinde, anterior kompartmanda ise %88'in üzerinde idi. Orta süreli takipte subjektif iyileşme oranı %78,4 ile %100 arasında değişmektedir. Claiven-Dindo Skalası'na göre ameliyat sonrası komplikasyon derecesi \geq 3 %1.03 idi. Mesh erozyon oranı %0 ve %13. arasında değişmiştir.

Sonuçlar: Sistematik incelememizden elde edilen sonuçlar, optimum anatomik ve fonksiyonel sonuçlarla birlikte minimal invaziv lateral süspansiyonun güvenlik, etkinlik ve fizibilitesini göstermektedir. Bu verileri doğrulamak için iyi tasarlanmış, randomize, kontrollü çalışmalar gereklidir.

GİRİŞ

Pelvik organ prolapsusu (POP), tüm kadınların %40'a varan bir bölümünde, ilişkili semptomlarıyla birlikte yaşam kalitesini etkileyen tipik bir kadın patolojisidir. POP insidansı yaşla artmakta olup, 60-69 yaş aralığında 100 kadının 1,5 ile 1,8 aralığında pik noktasına ulaşır.

Uterus veya vajinal apeksin apikal prolapsusu, ilerlemiş POP'lu kadınlarda yaygın olarak bulunur ve tedavisi teknik olarak ürojinekologlar için zordur. Apeksi etkili bir yeniden askıya alma tüm vajinal kompartmanlarda (anterior, santral ve posterior) iyi ve kalıcı bir anatomik düzeltme elde etmek için zorunludur; Aksi takdirde, en iyi uygulanan rekonstrüktif cerrahi bile başarısız olmaya mahkumdur.

Güncel literatür laparoskopik sakral kolpopeksi tanımlar (LSCP), %78 ila %100 arasında değişen başarı oranları ile apikal prolapsus için altın standart tedavi olarak tanımlar.

Bununla birlikte, LSCP, derin pelvik diseksiyonlar ve kaliteli sütürleme cerrahi gerektiren karmaşık bir prosedürdür ve nadiren de olsa ancak ciddi intraoperatif komplikasyonlar (örn. damar yaralanmaları, sakral sinir kökü hasarı) ilişkilidir

Bu nedenle, aynı anatomik ve fonksiyonel sonuçları garanti edebilen, daha kolay ve daha az karmaşık cerrahi rekonstrüktif prosedürlere büyük bir ilgi ortaya çıkmıştır.

Günümüzde meş ile abdominal lateral süspansiyon, sakral promontoryum preparasyonundan veya geniş peritonizasyon ihtiyacından kaynaklanan olası hasarı önleyerek vajinal apeksin yeniden askıya alınması için alternatif bir tedaviyi temsil etmektedir.

Bu cerrahi teknik, vezikovajinal boşluğa yerleştirilmiş, vajinal ön duvara ve uterin serviks ve istmusa dikişlerle sabitlenen T-şekilli sentetik bir ağı kullanımını içerir.

Meshin yan kolları, dış eğik kasın aponevrozuna ve iki taraflı anterior superior iliak omurganın arkasına bağlanır.

Son on yılda, POP için laparoskopik lateral süspansiyonun (LLS) çeşitli yönlerini araştıran çok sayıda çalışma yayınlandı.

Bu çalışmanın amacı anatomik ve fonksiyonel sonuçlar ile intra ve postoperatif komplikasyonlara ilişkin verileri özetlemektir.

MATERYALLER VE METHODLAR ARAŞTIRMA STRATEJİSİ

Sistemik İncelemeler ve Meta analizler için Tercih Edilen Raporlama Öğeleri (PRISMA) kılavuzuna uygun olarak sistemik bir inceleme yapılmıştır.

Aralık 2020'de iki yazar (L.V., G.C.), MEDLINE/PubMed, SCOPUS, Web of Science kullanarak bağımsız olarak sistemik bir literatür araştırması yaptı. Kullanılan anahtar kelimeler ve kombinasyonlar "lateral süspansiyon", "laparoskopik lateral süspansiyon", "robotik lateral süspansiyon", "lateral kolposüspansiyon", "lateral histeropeksi", "pelvik organ sarkması", "pelvik sarkma", "apikal sarkma" idi.

Hakemli makaleler, kısıtlama tarihi olmaksızın dahil edildi. POP için LLS ile 5 cerrahi prosedürü araştıran tüm orijinal İngilizce çalışmalarını belirlemeyi amaçladık.

Başlangıçta iki yüz altmış dokuz çalışma belirlendi. İki araştırmacı (L.V., G.C.) elde edilen tüm makalelerin başlıklarını ve özetlerini bağımsız olarak inceledi.

İlk yinelenen yayınlar, içsel raporlar değil, özet, vaka ve 5 vaka altı içeren raporlar veya seriler ve yayınlanmış çalışmalarda İngilizce dışındaki diller hariç tutulmuştur. Bu süreçten sonra değerlendirme sürecine 23 makale kaldı. Hastaların takip süreçleri özellikle belirtilmedi.

Seçilen çalışmaların tam metni eleştirel bir şekilde gözden geçirildi. Uygunluklarını aynı iki yazar tarafından değerlendirildi. İçeren makalelerde belirsiz veriler veya ardışık çalışmalara kayıtlı kadınları olanlar hariç tutuldu. Seçilen çalışmalardan alıntılanan referanslar da uygunluk açısından incelendi ve değerlendirildi. Sonunda 13 çalışma incelemeye dahil edildi.

Seçilen çalışmaların metodolojik kalitesini değerlendirmek için eleştirel değerlendirme becerileri programı (CASP) kullanıldı: İki yazarlar bağımsız olarak değerlendirmeyi CASE tavsiyelerine göre gerçekleştirdi. (Tablo 1)

Table 1
Study quality evaluation based on the CASP criteria.

Study/CASP criteria	Dubuisson et al. 2000 [8]	Dubuisson et al. 2008 [9]	Dubuisson et al. 2013 [13]	Dillenbach et al. 2014 [10]	Veit-Rubin et al. 2017 [14]	Mereu et al. 2018 [15]	Malanaska et al. 2019 [16]	Yassa M. et al. 2019 [17]	Martiniello et al. 2019 [18]	Gil Ugarteburu et al. 2019 [19]	Mang et al. 2019 [20]	Russo et al. 2020 [21]	Mereu et al. 2020 [22]
Was there a clear statement of the aims of the research?	y	y	y	y	y	y	y	y	y	y	y	y	y
Is a qualitative methodology appropriate?	y	y	y	y	y	y	y	y	y	y	y	y	y
Was the research design appropriate to address the aims of the research?	y	y	y	y	y	y	y	n	y	y	y	y	y
Was the recruitment strategy appropriate to the aims of the research?	y	y	y	y	y	y	y	y	y	y	y	y	y
Were the data collected in a way that addressed the research issue?	y	y	y	n	y	y	y	y	y	n	n	y	y
Has the relationship between the researcher and participants been adequately considered?	y	y	y	y	y	y	y	y	y	y	y	y	y
Have ethical issues been taken into consideration?	y	y	n	y	y	y	y	y	y	y	y	y	y
Was the data analysis sufficiently rigorous?	n	y	y	n	y	n	y	y	y	y	y	y	n
Is there a clear statement of findings?	y	y	y	y	y	y	y	y	y	y	y	y	y
How valuable is the research?	Good	Very good	Good	Sufficient	Very good	Good	Very good	Good	Good	Good	Good	Very good	Good

VERİLERİN TOPLANMASI

İki yazar tarafından toplanan veriler, hastanın temel özelliklerini (yaş, VKİ, önceki pelvik rekonstrüktif cerrahi, ameliyat öncesi POP evresi), perioperatif sonuçları (ameliyat süresi, tahmini kan kaybı, intraoperatif ve postoperatif komplikasyonlar, kabul süresi), objektif ve subjektif başarı oranını, cerrahi başarısızlığı, takip zamanı olacak şekilde toplandı.

Farklı raporlar arasındaki farklılıkları en aza indirmek için, intraoperatif ve postoperatif komplikasyonlar sırasıyla Clavien-Dindo (CD) şiddet sistemine göre derecelendirildi.

Sürekli değişkenler ortalama \pm standart sapmalar olarak tanımlanırken, kategorik değişkenler tüm grubun yüzdeleri olarak ifade edildi. İstatistiksel anlamlılık $p < 0.05$ olarak belirlendi. Bu araştırma için etik kurul onayı gerekli değildi.

SONUÇLAR

Başlangıçta belirlenen 269 yayından 13 makale, akış şemasında gösterildiği gibi son analize dahil edildi (Şek. 1). Tüm çalışmalar gözlemsel çalışmalardı: 9 çalışma ileriye dönük bir tasarıma sahipken, kalan 4 tanesi [10,15,18,20] doğası gereği retrospektifti. Genel olarak analizimiz için hasta sayısı 1066 idi ve özellikleri Tablo 2'de özetlendi.

Table 2
Patients' baseline characteristics.

Study	Institution	Design	Patients n*	Age Mean/median	BMI mean/median (Kg/m ²)	Parity mean/median	Post-menopausal n (%)	Previous hysterectomy n (%)	Previous POP surgery n (%)
Dubuisson et al. 2000 [8]	Geneva University Hospital, Geneva, Switzerland	Prospective	35	51.1 \pm 13.3	/	2.9 \pm 1.1	15 (42.9)	/	2 (5.7)
Dubuisson et al. 2008 [9]	Geneva University Hospital, Geneva, Switzerland	Prospective	73	55 (36-81)	26 (18 -37)	2 (0-5)	49 (67.1)	22 (30.1)	17 (23.3)
Dubuisson et al. 2013 [13]	Geneva University Hospital, Geneva, Switzerland	Prospective	73	63 (39-83)	26.7 (18-38)	2 (0-5)	/	73 (100)	31 (42.5)
Dällenbach et al. 2014 [10]	Geneva University Hospitals, Geneva, Switzerland	Retrospective	10	57.1 (41-63)	25.8 (22.1-32.9)	/	/	0 (0)	1 (10)
Veit-Rubin et al. 2017 [14]	Geneva University Hospitals, Geneva, Switzerland	Prospective	417	57.7 \pm 11.5	26.3 \pm 4.1	2.2 \pm 1.1	292 (71.1)	74 (17.8)	69 (16.5)
Mereu et al. 2018 [15]	Santa Chiara Hospital, Trento, Italy	Retrospective	35	53.5 \pm 9.1	25 \pm 2.5	/	23 (65.7)	4 (11.4)	/
Małanowska et al. 2019 [16]	Pomeranian Medical University, Szczecin, Poland	Prospective	64	59.4 \pm 9.3	26.8 \pm 3.5	Not clear	60 (93.7)	0	0
Yassa M. et al. 2019 [17]	Health Sciences University, Training and Research Hospital, Istanbul, Turkey	Prospective	17	52.3 \pm 11.7	29 \pm 3.9	3.4 \pm 2.1	9 (53)	0	2 (11.8)
Martinello et al. 2019 [18]	Azienda Ospedaliero-Universitaria S. Anna, Ferrara, Italy Policlinico of Abano Terme, Abano Terme, Italy	Retrospective	48	63 (37-86)	23.39 (19.5-33.1)	2 (0-5)	43 (89.6)	7 (14.5)	5 (10.4)
Gil Ugarteburu et al. 2019 [19]	University Hospital of Cabuen-es, Gijón (Asturias), Spain	Prospective	20	69.2 \pm 9.1	28.3 \pm 2.3	1.8 \pm 1.3	/	4 (20)	5 (25)
Mang et al. 2019 [20]	Bethesda Spital Basel, Basel, Switzerland	Retrospective	39	68 (44-82)	25 (18-35)	2 (0-5)	/	29 (75)	20 (51)
Russo et al. 2020 [21]	University of Pisa, Pisa, Italy	Prospective	115	64.6 \pm 8.5	26.6 \pm 4.6	/	107 (93)	9 (7.8)	10 (8.7)
Mereu et al. 2020 [22]	Santa Chiara Hospital, Trento, Italy University of Pisa, Pisa, Italy	Prospective	120	60 \pm 9.85	Not clear	Not clear	100 (83.3)	7 (5.8)	13 (10.8)

Abbreviations: BMI: body mass index; POP: pelvic organ prolapse.

Laparoskopik/robotik lateral süspansiyon için yönlendirilen hastalar en sık postmenopozal, 50 ila 65 yaş arası, BMI 25 kg/m²; 1031 kadından 229'u (%22,2) 319 kadın histerektomize olmuşken, 1031 kadından 175'i (%17) önceden POP ameliyatı geçirmişti.

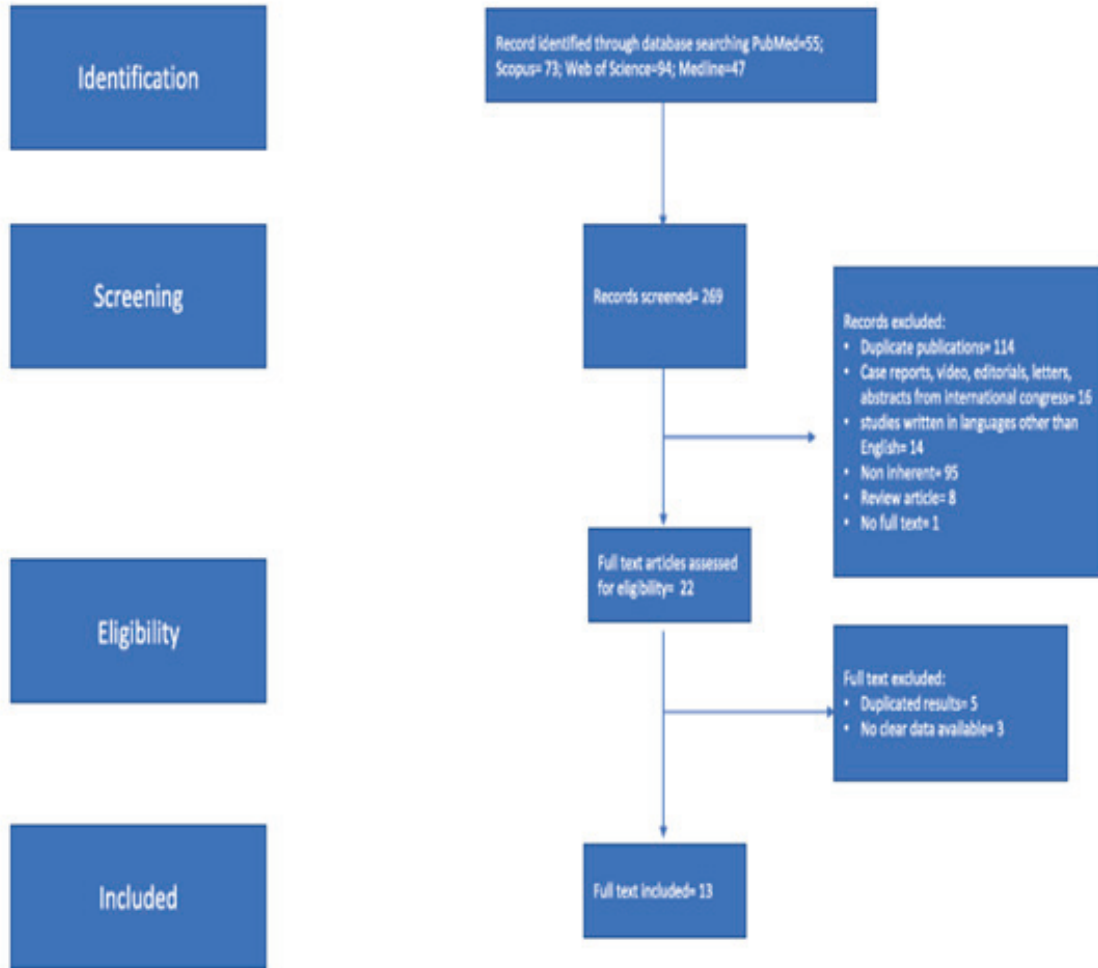


Fig. 1. Flowchart outlining the article selection process.

CERRAHİ TEKNİK

Dubuisson ve diğerleri tarafından açıklanan mesh kullanan LLS. [7], daha önce tarif edilen abdominal prosedürden türemiştir. İlk adımda, endopelvik fasya disseke edilir.

Daha sonra vezikovajinal klivaj oluşturulur, bunu mesanenin vajinal ön duvardan diseksiyonu takip eder. Posterior diseksiyon, rektumu posterior vajinal duvardan ayıran rektovajinal septumu içerir.

Ardından, endike ise, normal bir serviks durumunda, meş erozyonunu veya enfeksiyon riskini önlemek için supraservikal histerektomi yapılır.

Orijinal teknik, iki ağın implante edilmesini içeriyor: bir ön orta kısımdan ön vajinal duvara dikilir ve isthmus ve bir posterior santral olarak posterior vajinal duvara ve tekrar isthmusa sabitlenir.

Son adımda ise iki mesh bilateral olarak sabitlenir. Her iki tarafta, küçük kutanöz insizyonlar (3 mm), spina iliak anterior superiorun 2 cm yukarısından ve 4 cm lateralinden yapılır.

Daha sonra laparoskopik atravmatik forseps, insizyon yoluyla avasküler bir alana sokulur, sadece dış oblik kasın aponevrozunu deler, uterusu doğru ilerler, homolateral yuvarlak bağların altından geçer. Bu noktada iki meshin lateral kolları tutularak kutanöz insizyondan dışarı çekilir.

Daha sonra aynı yazarlar [9], ikinci posterior transversal protezin herhangi bir ek fayda sağlamadığını, aksine ameliyat süresini ve meşe bağlı komplikasyon riskini artırdığını fark ettiler. Bu nedenle meşin yerine levator ani kaslarına ve uterusakral ligamanlara herhangi bir gerilim ve süspansiyondan kaçınılarak sütüre edilen posterior sentetik bir yama yerleştirildi.

Diğer yazarların son serilerinde sadece anterior meş implante edilmiştir [10,16,19,21,22]. Bazı vakalarda, tek ön ağ ek olarak rektovajinal boşluğun diseksiyonundan sonra arka vajinal duvara sabitlendi ve ardından askıya alındı [13,20].

Veit-Rubin ve ark. her iki tekniği de kullandı (tek bir anterior ek arka yama ile veya yama olmadan ağ) [14]. Farklı olarak Yassa ve ark. ve Martinello ve ark. kare şeklinde bir ağ keserek elde edilen V şeklinde 2 cm genişliğinde bir protez kullanmıştır [17,18]. Özellikle Yassa ve ark. eşlik eden ön duvar kusurlarını iyileştirmek için V-mesh'in köşesine 2x2 baklava biçimli bir uzantı eklendi. Uzatmanın alt köşesi serviks öne, ön köşesi vajinal fasya ile mesane arasına sabitlenmeden yerleştirildi.

PROSEDÜR SIRASINDAKİ VERİLER

Dokuz çalışma LLS'yi [8,9,13-15,16-20], ikisi robotik prosedürü [10,21] ve biri her iki prosedürü [22] inceledi. Ameliyat süresi 78,4 ± 29,7 [19] ile 254 ± 45 dakika [8] arasındaydı. Ameliyat süresi, eşlik eden ameliyatlardan kesinlikle etkilenmiştir: total veya supraservikal histerektomi, anti-inkontinans prosedürleri, anterior veya posterior kompartmanların cerrahi olarak düzeltilmesi. laparoskopik prosedürler için 1,45 (±0,7) [19] ila 4,8 (±1,2) gün [8]. Yalnızca robotik olarak gerçekleştirilen prosedürler dikkate alındığında, Russo ve ark. ortalama 1 gün olan daha kısa hastanede kalış süresini bildirmiştir (SD n/a) [21]. Üç çalışmada, cerrahi düzeltme elde etmek için ek bir arka ağ implante edilmiştir: birinde, ağ aynı şekli ve ön ağ ile aynı türde süspansiyonu paylaşmıştır. [8]. İçinde kalan iki tanesine gerilimsiz bir şekilde sentetik bir yama implante edildi [9,14]. Tablo 3

Table 3
Surgery and perioperative data

Study	N	Technique	Median/mean OT (min)	Concomitant SLI surgery, n (%)	Concomitant anterior colporrhaphy, n (%)	Concomitant posterior surgery, n (%)	Posterior mesh placement n (%)	Concomitant TH or STH, n (%)	Median/mean EBL	Median/mean HS (days)
Dubuisson et al. 2000 [8]	35	LPS	254 (±45)	25 (71.4%) LPS Burch	0 (0)	33 (94.3) posterior colporrhaphy and perineorrhaphy	35 (100) Y-shaped mesh suspended	2 (5.7) STH 1 (2.9) TH	/	4.8 (±1.2)
Dubuisson et al. 2008 [9]	73	LPS	208 (196-220)	39 (53.4) LPS Burch 3 (4.1) TOT	0 (0)	0 (0)	73 (100) Tension-free mesh	20 (27.4) STH	/	4.5 (±1.5)
Dubuisson et al. 2013 [13]	73	LPS	193 (90-300)	25 (34.2) LPS Burch 2 (2.7%) MUS	0 (0)	7 (9.6) Perineorrhaphy	0 (0)	0 (0)	/	4.4 (SD n/a)
Dällenbach et al. 2014 [10]	10	R-LPS	206.5 (190.3-251)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	8 (0-50)	Not clear
Veit-Rubin et al. 2017 [14]	417	LPS	201 (±52.3)	204 (48.9) LPS Burch 13 (3.1) TOT	0 (0)	62 (14.9) Colporrhaphy	100 (24) Tension-free mesh	96 (23.1) TH	/	/
Mereu et al. 2018 [15]	35	Mini-LPS	121.5 (±43.2)	1 (2.9) TOT	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	Not clear	2.4 (±0.9)
Malanaska et al. 2019 [16]	64	LPS	Not clear	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	64 (100) STH	/	Not clear
Yassa M. et al. 2019 [17]	17	LPS	108.8 (±29.8)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	1 (5.9) STH	/	/
Martinello et al. 2019 [18]	48	LPS	92.5 (55-215)	1 (2.1) TOT	0 (0)	5 (10.4) Colporrhaphy 2 (4.2) STARR	0 (0)	0 (0)	/	3 (2-7)
Gil Uğarteburu et al. 2019 [19]	20	LPS	78.4 (±29.7)	4 (20) MUS	0 (0)	0 (0)	0 (0)	1 (5) TH	Not clear	1.45 (±0.7)
Mang et al. 2019 [20]	39	LPS	174 (±42)	0 (0)	7 (17.9)	2 (5.1) Ventral Rectopexy	0 (0)	6 (15.4) STH 3 (7.7) TH	93 (±56)	4 (2-9)
Russo et al. 2020 [21]	115	R-LPS	129 (±34)	0 (0)	0 (0)	1 (0.9) STARR	0 (0)	3 (2.6) STH	50 (SD n/a)	1 (SD n/a)
Mereu et al. 2020 [22]	120	LPS 40 (33.3%) Mini-LPS 20 (16.6%) R-LPS 60 (50%)	120 (63-280)	0 (0)	0 (0)	2 (1.7) STARR	0 (0)	7 (5.8) STH 1 (0.8) TH	/	2.1 (1-10)

Abbreviations: LPS: laparoscopy; R-LPS: robot assisted laparoscopy; Mini-LPS: laparoscopy 5 mm; MUS: mid urethral sling; TOT: transobturator tape; TH: total hysterectomy; STH: subtotal hysterectomy; STARR: stapled transanal rectal resection; OT: operative time; SLI: stress urinary incontinence; EBL: esteemed blood loss; HS: hospital stay.

Intraoperatif komplikasyonların toplam sayısı 13'tür: 9 mesane yaralanması[8,13,14,16,20], ikisi eş zamanlı rektopleksi [20] ve bir CO2 embolisi yanlı şüphesine yol açacak şekilde laparotomiye geçiş [17] ile ilişkili üç barsak yaralanması. . Hepsini intraoperatif olarak çözüldü. Tablo 4.

Table 4
Intraoperative and postoperative complications.

Study	N	Mesh material	Intraoperative Complications			Postoperative complications according to Clavien Dindo [25] classification							Mesh related complication N (%)
			Bladder injury N (%)	Bowel injury N (%)	Conversion to LPT N (%)	1 N (%)	2 N (%)	3a N (%)	3b N (%)	4a N (%)	4b N (%)	5 N (%)	
Dubuisson et al. 2000 [8]	35	Polyglactine/polyester	1 (2,9)	0 (0)	0 (0)	2 (5,7)	2 (5,7)	1 (2,9)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	1 (2,9)
Dubuisson et al. 2008 [9]	73	Polyglactine/polypropylene Polyester	0 (0)	0 (0)	0 (0)	4 (5,5)	13 (17,8)	1 (1,4)	1 (1,4)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	4 (5,5)
Dubuisson et al. 2013 [13]	73	Polypropylene	1 (1,3)	0 (0)	0 (0)	1 (1,3)	2 (2,7)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	4 (5,5)
Dällenbach et al. 2014 [10]	10	Titanium-coated polypropylene	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
Veit-Rubin et al. 2017 [14]	417	172 (41,3) Polyethylene 206 (49,4) Polypropylene 39 (9,3) Titanium coated polypropylene	4 (0,9)	0 (0)	0 (0)	10 (2,4)	19 (4,6)	0 (0)	5 (1,2)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	17 (4,3)
Mereu et al. 2018 [15]	35	Titanium-coated Polypropylene	0 (0)	0 (0)	0 (0)	3 (8,6)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
Małanowska et al. 2019 [16]	64	Polypropylene	2 (3,1)	0 (0)	0 (0)	2 (3,1)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
Yassa M. et al. 2019 [17]	17	Polypropylene	0 (0)	0 (0)	1 (5,9)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	1 (5,9)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
Martinello et al. 2019 [18]	48	23 (48%) Polypropylene 25 (52%) Titanium-coated polypropylene	0 (0)	0 (0)	0 (0)	1 (2,1)	1 (2,1)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
Gil Ugarteburu et al. 2019 [19]	20	Polyvinylidene fluoride	0 (0)	0 (0)	0 (0)	2 (10)	0 (0)	0 (0)	1 (5)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
Mang et al. 2019 [20]	39	Titanium-coated polypropylene	1 (2,6)	3 (7,7)	0 (0)	0 (0)	4 (10,3)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	5 (12,8)
Russo et al. 2020 [21]	115	Titanium-coated polypropylene	0 (0)	0 (0)	0 (0)	6 (5,2)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	1 (0,9)
Mereu et al. 2020 [22]	120	Titanium-coated polypropylene	0 (0)	0 (0)	0 (0)	2 (1,7)	1 (0,8)	0 (0)	1 (0,8)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	1 (0,8)

Spesifik bilgilerin mevcut olduğu serilere göre, 16 idrar yolu enfeksiyonu [8,9,13-15,20], bir piyelonefrit [22], 11 idrar retansiyonu [8,14,20], üçü mesane yaralanmalarından sonra uzamış kateterizasyon [13] kaydettik. ,16], bir vajinit [22], bir karın duvarı apsisi [8], bir ilioinguinal nevralsi [8], bir bradikardi [18], bir atriyal fibrilasyon[19], bir ameliyat sonrası kan transfüzyonu gerektiren perioperatif kanama [9], 16 postoperatif ağrı [8,9,14,19,21,22], lateral sütür sabitleme meş ucunun bir ablasyonu [9], dört trokara bağlı komplikasyon[9,14], lokal olarak tedavi edilen 10 arka vajinal granülasyon dokusu gümüş nitrat [9], cerrahi olarak drene edilen bir vajinal hematoma [14], bir derin ven trombozu [13], bir üreterovajinal fistül [14], kan transfüzyonu gerektiren Burch kolposüspansiyonu sırasında bir retzius hematomu [9], antikoagülan tedavi alan bir kadında bir melena [9], ilk 30 gün içinde mesh maruziyetinin vajinal eksizyonunu gerektiren bir mesh erozyonu saptadık.

Sistemik incelemeye dahil edilen tüm hastalar arasında [8,10,13-22], CD derece 1, 2, 3a, 3b sırasıyla 33 (%3,1), 42 (%3,9), 2 (%0,2), 8 (%0,8) ameliyat sonrası komplikasyon kaydettik. Laparotomiye geçişi belirleyen yanlı bir CO2 emboli şüphesi nedeniyle CD sınıflamasına göre IV olarak derecelendirilen yalnızca bir postoperatif komplikasyon vardı [17].Diğer 4. Derece veya 5. Derece komplikasyonlar yoktu. Ameliyat sonrası ilk 30 gün sonrası mesh ile ilgili komplikasyonlar ayrı ayrı tedavi edildi.

CD derece 3a ve 3b komplikasyonlara odaklanarak şunları gözlemledik: ameliyat sonrası ağrı, ameliyattan günler sonra lateral sütür sabitleyici meşin ablasyonuyla düzeldi [9] ve tek bir ilioinguinal nevralsi vakası, spinal anterior superiora yakın sabitlemiş sütür kesilerek tekrarlanan lokal anestezi altında hızlı bir şekilde tedavi edildi [8]. Bir karın duvarı dikiş granülomu cerrahi olarak çıkarıldı [18]. Atriyal fibrilasyon gelişen bir kadında otomatik defibrilatör implantasyonu gerekti [19].

Fitik ve deri altı granülom dahil olmak üzere yeniden ameliyat gerektiren dört trokarla ilgili komplikasyon vardı [9,14].

Üreterovajinal fistülden etkilenen bir hastaya (muhtemelen supraservikal histerektomi ile ilişkili) 16. günde üreteral reimplantasyon uygulandı [14] ve vajinal hematumlu bir başka hasta cerrahi drenajla tedavi edildi [14].

MESH İLE ALAKALI KOMPLİKASYONLAR

1031 hastadan gelen ve spesifik bilgileri mevcut olan verilere göre, polipropilen (383 vaka) ve titanyum kaplı polipropilen (383 vaka) en sık implante edilen protetik materyaldi, bunu sırasıyla polietilen, polyester ve poliviniliden florür (sırasıyla 172, 73 ve 20 vaka) izledi. Toplamda 32 (%3.1) meş erozyonu ve iki sub üretral sling erozyonu vakası vardı. Özellikle en büyük seride, 17 kadın mesh ile ilgili komplikasyonlar gösterdi. 15 vakada anterior mesh erozyona ve üç vakada posterior mesh neden oldu. Her iki greftin açığa çıktığı veya ekstrüzyonu olan bir hasta vardı [14].

Genel olarak, meş erozyon oranı, muhtemelen örnek boyutu, takip süresi, protetik malzeme türü ve eşlik eden cerrahi prosedürlerin türündeki farklılıklar nedeniyle %0 ile %13 [16–21] arasında değişen farklı raporlar arasında değişiklik göstermiştir.

Posterior protez verileri hariç tutularak ve yalnızca anterior ağ materyallerine ve ilgili ekstrüzyon/erozyona odaklanıldığında, 1,8(7/383) [10,14,15,18,2022]ve 2,3(9/383) komplikasyon oranıyla komplikasyonlardan en az etkilenenlerin titanyum kaplı polipropilen ve polipropilen VE ardından polietilen, %5,8 10/172 [14] olduğunu gözlemledik. [13,14,1618].

Düşük vaka sayıları nedeniyle poliviniliden florürü dikkate almadık

ANATOMİK SONUÇLAR

Tablo 5, ameliyat öncesi ve sonrası POP aşamasını, takip süresini, objektif iyileşme ve yeniden ameliyat oranlarını göstermektedir. Başarılı ameliyatların tanımındaki farklılıklar, takip süresi ve ameliyat öncesi prolapsus varlığı sonuçların karşılaştırılmasını zorlaştırır. Dubuisson ve ark.'nın [8] ilk serisinde, ameliyat öncesi evre II ve III apikal prolapsusu olan 35 hasta araştırıldı ve beş ($\pm 4,65$) aylık takipte %80'lik bir genel başarı oranı (POP Q = 0) gözlemlendi. Nükslerde yeniden müdahale gerekli değildi.

Daha uzun takipli (19 ay) daha geniş bir seride (73 hasta), Dubuisson ve ark. %87,7'lik bir başarı oranı (POPQ < 2) (apikal %94,6, anterior %95,9, posterior %97,3) ve %6,8'lik bir operasyon oranı kaydetti [9]. Aynı yazarlar, histerektomi uygulanmış kadınlardan oluşan bir kohortta cerrahi sonuçları analiz ettiler ve benzerleri tatmin edici sonuçlar gözlemlediler: apeks vakalarının %98,6'sında iyi bir şekilde askıya alındı ve %82,7'lik genel bir nesnel kür oranı ile hastaların yalnızca %8,2'sinde ikinci bir POP ameliyatı gerekti.

2014 yılında Dällenbach ve ark. 10 hastanın lateral suspansiyona alındığı ilk robotik seriyi yayınladı: bu hastalar anterior ve apikal prolaps evre 2 olan hastalardı ve 1.8(± 0.6) aylık takipten sonra hiçbirinde prolapsus tekrarı görülmedi [10].

Veit-Rubin ve ark. daha geniş bir prospektif seri

yayınladı ve vakaların sırasıyla %92.1'inde, %95.1'inde ve %89.9'unda apikal, anterior ve posterior POPQ evre 2'ye sahip 417 kadını dahil etti[14].

12 aylık takipte, vakaların %93.6'sında apeks (C <1cm) ve %91.6'sında (Ba <1cm) ön vajinal duvar hala düzeltildi.

Yeniden ameliyat oranı %7.3 idi.

Mereu ve diğerleri tarafından yazılan ilk seride, miniLPS tekniği uygulanan kadınlar ve 20 aylık medyan takip, %91.4'lük bir genel başarı oranı gösterdi [15].

20 aylık takip ile LPS veya mini LPS veya robotik prosedür uygulanan 120 kadından oluşan daha büyük bir vaka serisinde ikinci bir analizi, %94.2'lik bir nesnel iyileşme oranı ve %6.4'lük bir yeniden ameliyat oranı gösterdi [22]

Malanowska ve arkadaşları tarafından yayınlanan son prospektif veriler, LLS(Ba,C,Bp<1) ile başarılı bir şekilde tedavi edilen POP'lu 64 kadını dikkate aldı [16]12 aylık takipte nüks oranı %12.5 idi: 2 vakada ön kompartmanda, 2 vakada apeks ve 3 vakada posterior kompartmanda; 7 kadın ameliyata ihtiyaç duydu (%10.9).

Yassa ve ark.'nın 17 hastadan oluşan serisinde apekte herhangi bir nüks (C-1) kaydetmemiş ve 2 yıllık gözlemden sonra anatomik yetmezliğin tamamı (%11.8 Ba-1) ön kompartmanda oluşmuştur [17]].

Martinello ve ark. sadece 24'ü postoperatif 12 ay takip edilen 48 hasta hakkında yayınlanmış veriler, %92'de PO Q < 2 ve %100 iç ve apikal kompartmanda ve %6.3 genel reoperasyon oranı gösterdi [18]

Gil Ugarbeturu ve ark. müteakip cerrahiye ihtiyaç duymadan santral bölme için %100 ve ön bölme için %90'lık bir objektif başarı oranı (POPQ 1) gözlemlemiştir [19].

Russo ve ark. tarafından 28 \pm 4 aylık orta takiple sunulan en büyük robotik prospektif seri, anteriorda %88.7 ve apikalde %93.1'lik bir objektif kür oranı (POP Q 1) gösterdi [21];

Mangetal., LLS'den sonra %82'lik bir genel anatomik iyileşme oranı ve %13'lük yeniden müdahale oranı kaydetti [20].

Table 5
Anatomical outcomes.

Study	N	Median/mean Follow up (months)	POP class	Preoperative POP stage N (%)			Postoperative POP stage N (%)			Success criteria	Success rate %	Recurrence rate %	Reoperation rate %
				And/Or median/mean POP Q points value			And/Or median/mean POP Q points value						
				Anterior	Apical	Posterior	Anterior	Apical	Posterior				
Dubuisson et al. 2000 [8]	35	5 (s4.6)	POP-Q	II 18(51.4) III 16(45.7)	II 20(57.1) III 11(31.4)	III 15(42.9) II 2 (5.7)	0 35(100)	0 35(100)	0 28(80) I 7(20)	POP-Q = 0	Anterior 100 Apical 100 Posterior 80	Overall 20 Anterior 0 Apical 0 Posterior 20	0
Dubuisson et al. 2008 [9]	73	19 (12-41)	B&W	I 1(1.4) II 36(49.3) III 30(41.1) IV 1(1.4)	0 6(8.2) I 23(31.5) II 37(50.7) III 5(6.8) IV 2(2.7)	128(38.3) II 27(36.9) III 6(8.2)	0 66(90.4) I 4(5.5) II 2(2.7) III 1(1.4)	0 64(87.7) I 5(6.8) II 3(4.1) III 1(1.4)	0 63(86.3) I 7(9.6) II 3(4.1)	POP-Q ≤ 1	Overall 87.7	Overall 12.3 Anterior 4.1 Apical 5.5 Posterior 2.7	6.8
Dubuisson et al. 2013 [13]	73	17.5 (1-67)	POP-Q	0 7(9.6) I 2(2.7) II 28(38.3) III 35(47.9) IV 1(1.4)	I 21(28.8) II 24(32.9) III 27(37) IV 1(1.4)	0 12(16.4) I 13(17.8) II 35(47.9) III 13(17.8)	0 62(84.9) I 9(12.3) II 2(2.7) III 1(1.4)	0 66(90.4) I 3(4.1) II 3(4.1) III 1(1.4)	0 58(79.5) I 6(8.2) II 9(12.3)	POP-Q < 2	Overall 82.7 Apical 98.6 Posterior 85	Overall 17.8 Anterior 2.7 Apical 1.4 Posterior 12.3	8.2
Dällenbach et al. 2014 [10]	10	1.8 (s0.6)	POP-Q	≥ II 10 (100)	≥ II 10(100)	n/a	0 10(100)	0 10(100)	0 10(100)	POP-Q = 0	Overall 100	Overall 0	0
Veis-Rubin et al. 2017 [14]	417	12 (n/a) 392 pts	POP-Q	Ba ≥ -1 (95.4)	C ≥ -1 (92.1)	Bp ≥ -1 (89.9)	n/a	n/a	n/a	Ba, C, Bp < -1 cm	Anterior 90.6 Apical 92.6 Posterior 85	Overall n/a Anterior 9.4 Apical 7.4 Posterior 15	7.3
Meru et al. 2018 [15]	35	20 (12-24)	POP-Q	I 3(8.6) II 14(40) III 18(51.4)	I 4(11.4) II 18(51.4) III 13(37.2)	0 12(34.3) I 20(57.1) II 3(8.6)	0 31(88.5) I 2(5.7) II 1(2.9) III 1(2.9)	0 33(94.2) I 1(2.9) II 1(2.9)	0 26(74.3) I 4(11.4) II 4(11.4) III 1(2.9)	POP-Q ≤ 2	Overall 94.3	Overall 5.7 Anterior 2.9 Apical 2.9 Posterior 2.9	2.9
Malanaska et al. 2019 [16]	64	12 (n/a)	POP-Q	Ba 1.67 ± 1.13	C -0.06 ± 1.63	Bp -0.47 ± 1.01	Ba -1.63 ± 1.11	C -5.55 ± 2.53	Bp -2.19 ± 2.29	Ba, C, Bp < -1	Apical 84.4 Anterior 76.2	Overall 12.5 Anterior 3.1 Apical 4.7 Posterior 4.7	10.9
Yasa M. et al. 2019 [17]	17	23.93 (15.3-28.8)	POP-Q	0 1(5.9) I 3(17.6) II 6 (35.3) III 5 (29.4) IV 2 (11.8)	II 2 (11.8) III 6 (35.3) IV 9 (52.9)	0 11(64.7) I 5(29.4) II 1(5.9)	0 11(64.7) I 4 (23.5) II 2(11.8)	0 17(100)	0 12 (70.6) I 4 (23.5) II 1(5.9)	C, Ba < -1	Anterior 88.2 Apical 100	Overall 11.8	5.9
Martinello et al. 2019 [18]	48	1(100% of pts) 3 (91.6% of pts) 6 (87.5% of pts) 12 (50% of pts) 24 (10.4% of pts)	POP-Q	0 4(8.3) I (48.3) II 11(22.9) III 26(54.2) IV 3(6.3)	0 6(12.5) I 11(22.9) II 17(35.4) III 12(25) IV 2(4.2)	0 21(43.8) I 17(35.4) II 9(18.8) III 1(2.1)	0 26(54.2) I 16(33.3) II 5(10.4) III 1(2.1) (intention to treat 12 months)	0 48(100) I 8(16.7) (intention to treat 12 months)	0 32(66.7) I 8(16.7) II 8(16.7) (intention to treat 12 months)	Pop Q ≤ 1	Anterior 92 Apical 100 Posterior 75	Overall 8.3	6.3

(continued on next page)

Table 5 (continued)

Study	N	Median/mean Follow up (months)	POP- class	Preoperative POP stage N (%) And/Or median/mean POP Q points value			Postoperative POP stage N (%) And/Or median/mean POP Q points value			Success criteria	Success rate %	Recurrence rate %	Reoperation rate %
				Anterior	Apical	Posterior	Anterior	Apical	Posterior				
Gil Ugarteburu et al. 2019 [19]	20	12.8 (±5.7)	POP- Q	II 9(45) III 11(55) Ba 1.5 ± 1.2	0 7(35) I 5(25) II 7(35) III 1(5) C -3.3 ± 3.3	0 10(50) I 7(35) II 3(15) Bp -2.3 ± 0.7	0 9(45) I 5(25) II 5(25) III 1(5) Ba -2 ± 1.3	0 17(85) I 3(15) C -6.8 ± 1.4 II 1(5) Bp -2.5 ± 0.8	POP-Q ≤ 1 Anterior and/or Apical	Apical 100 Anterior 90	Overall 10	0	
Mang et al. 2019 [20]	39	13.5 (4-22) 38 pts	B&W	0 4 (10.3) I 2 (5.1) II 7 (17.9) III 24 (61.5) IV 2 (5.1)	II 27 (77.1) III 12 (22.9)	0 19 (48.7) I 17 (43.6) II 3 (7.7) Enterocele 0 28 (71.8) I 8 (20.5) 2 3 (7.7)	0 24 (63.2) I 8 (21.1) II 6 (15.8)	0 35 (92.1) I 2 (5.2) II (2.6)	Posterior 0 20 (52.6) I 16 (42.1) II 1 (2.6) III 1 (2.6) Enterocele 0 36 (94.7) I 2 (5.3)	Absence of prolapse beyond the hymen	82	Overall 18	13
Russo et al. 2020 [21]	115	28 (14)	POP- Q	< 2 4 (3.5) > 2 111 (96.5) Ba 3.31 ± 1.36	≥ 3 115 (100) C 4.09 ± 0.9	0 106 (92.2) I 9 (7.8) Bp - 2.6 ± 1.15	n/a Ba - 2.34 ± 1.64	n/a C - 6.47 ± 1.83	n/a Bp - 2.23 ± 1.18	POP-Q ≤ 1 (apical/anterior)	Anterior 88.7 Apical 93.1	Overall 147	11.3
Mereu et al. 2020 [22]	120	20 (n/a)	POP- Q	0 1 (0.8) I 7 (5.8) II 20 (16.6) III 69 (57.6) IV 23 (19.3) Ba 2.9 ± 0.8	II 37 (30.8) III 48 (40.0) IV 35 (28.1) C 3 ± 0.8	0 75 (62.5) I 40 (33.3) II 5 (4.1) Bp 0.4 ± 0.6	0 88 (73.3) I 15 (12.5) II 10 (8.4) III 6 (5) IV 1 (0.8) Ba 0.5 ± 0.9	0 109 (90.8) I 3 (2.5) II 2 (1.6) III 5 (4.1) IV 1 (0.8) C 0.2 ± 0.7	Ba, C, Bp <+1	94.2	Overall n/a Anterior 5.8 Apical 5 Posterior 1.6	6.7	

Abbreviations: POP-class: pelvic organ prolapse classification (type); POP-Q: pelvic organ prolapse quantification system; B&W: Baden and Walker classification; pts: patients.

SUBJEKTİF İYİLEŞME ORANLARI

Mevcut analize dahil edilen 14 çalışmadan 10u, subjektif iyileşme oranını açıkça tanımlamıştır [8,9,14-19,21,22]. Dubuisson ve diğerleri tarafından hazırlanan iki seride. özel anketler kullanılmadan hasta memnuniyetine dayalı olarak %90.9 ve %100'lük bir semptomatik başarı oranı bildirilmiştir [8,9].

Veit-Rubin ve ark. 17.5 aylık takipte POP ile ilgili semptomların yokluğuna tekabül eden %78.4'lük subjektif iyileşme oranı gösterdi [14].

Mereu ve ark. tatmin edici sonuçları teyit etti ve iki raporda %94.3 (şişkinlik veya üriner semptom yokluğu) ve %89 (şişkinlik semptomu yok) subjektif iyileşme oranı gözlemlendi [15,22].

Yassa ve ark. Kriter olarak değerlendirildiğinde, subjektif iyileşme oranını tanımlamak için POPSS anketindeki "Vajinanızdan veya vajinanızdan bir şey geldiğini hissediyor musunuz?" sorusu %94,12 oranında "Asla" şeklinde yanıtlanmıştır [17].

Russo ve ark. tarafından robotik olarak tedavi edilen 115 hasta arasında, şişkinliğin olmaması kriter olarak alındığında subjektif iyileşme oranı %82 idi [21]. Gil Ugarbeturu ve ark.'nın serisinde kadınların %90'ının şişkinlik hissi olmaması nedeniyle subjektif olarak iyileştiği kabul edildi [19] (Tablo 6)

Table 6
Subjective outcomes.

Study	Pts	Median/mean Followup time (months)	Subjective cure criteria	Success rate %	Specific Questionnaire	Mean/median Pre-Operative Score	Mean/median Post-operative Score	PGI-1 1-2 (%)	De novo constipation, n (%)	De novo dyspareunia, n (%)		
Dubuisson et al. 2000 [8]	35	10.5 (14.6) 33pts	Patient's satisfaction at telephone interview	90.9	n/a	n/a	n/a	n/a	0	n/a	3/29 (10.3)	
Dubuisson et al. 2008 [9]	73	19 (12-41)	Patient's satisfaction at non specific questionnaire	100	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	
Dubuisson et al. 2013 [13]	73	17.5 (1-67)	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	0	n/a	1/31 (3.2)	
Dällenbach et al. 2014 [10]	10	1.7 (n06)	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	0	n/a	n/a	
Veit-Rubin et al. 2017 [14]	417	12.72 (±25.2)	Absence of POP symptoms 1 year after surgery	78.4	PS scale ¹ 214 pts	n/a	8.3 ± 2.2	187/214 (87.8)	(5.2)	(4.1)	0	
Mereu et al. 2018 [15]	35	20 (12-24)	No bulge/urinary symptoms	94.3	n/a	n/a	n/a	n/a	0	n/a	n/a	
Malanowska et al. 2019 [16]	64	12 (n/a)	Satisfaction at questionnaire	95.3	PFQ-20 ² POPQ-6 ³ UDI-6 ⁴ CRADI-8 ⁵	99.2 ± 33.4 51.0 ± 18.3 39.1 ± 22.3 9.1 ± 9.8	16.5 ± 21.6 4.2 ± 10.7 7.4 ± 13.3 4.8 ± 7.6	n/a	(4)	(4)	n/a	
Yassa M. et al. 2019 [17]	17	23.93 (15.3-28.8)	"Never" to question "A feeling of something coming down from or in your vagina?" of the POP-SS ⁶	94.12	P-QOL ⁶ POP-SS ⁷ PFI ⁸ M-SS ⁹	1. 2.47 ± 0.94 2. 3.71 ± 0.59 3. 31.30 ± 9.66 4. 15.89 ± 5.50 5. 6.05 ± 2.03 6. 10.70 ± 6.70 7. 6.30 ± 2.08 8. 9.23 ± 2.89 9. 8.94 ± 2.33 10. 5.94 ± 1.78 11. 11.82 ± 3.90 20.89 ± 5.74 12.37 ± 7.36 1. 2.53 ± 2.37 2. 13.12 ± 6.48 3. 3.88 ± 1.80 4. 2.53 ± 2.37 5. 13.12 ± 6.48	1. 1.18 ± 0.81 2. 1.06 ± 0.43 3. 17.65 ± 5.16 4. 8.71 ± 4.95 5. 2.18 ± 0.53 6. 2.47 ± 0.80 7. 2.12 ± 0.33 8. 1.76 ± 1.68 9. 3.59 ± 0.94 10. 2.71 ± 1.26 11. 4.59 ± 0.87 5.06 ± 4.66 24 ± 7.98 1. 0.71 ± 1.26 2. 5.00 ± 5.763 3. 1.71 ± 1.86 4. 0.71 ± 1.2 5. 5.00 ± 5.76	(100)	0	(5.9)	n/a	
Martinello et al. 2019 [18]	48	1 (100% of pts) 3 (91.6% of pts) 6 (87.5% of pts) 12 (50% of pts) 24 (10.4% of pts)	" Good General Health perception at The 7-items King's Health Questionnaire	greater than 80	KHQ-7 ¹⁰ (23/48)	1.11 2.14 3.13 4.7 5.19 6.12 7.19	1.23 2.21 3.21 4.21 5.23 6.21 7.23	n/a	(8.3)	n/a	0	
Gil Ugarbeturu et al. 2019 [19]	20	12.8 (±5.7)	absence of feelings of a vaginal bulge	90	QAB-SP ¹¹ (at 6 months) PISQ-12 ¹²	1.14 ± 7.12 20.2 ± 8.1 30.3 ± 3.5	1.107 ± 6.4 2.15.9 ± 5.9 32.3 ± 7.5	n/a	(5)	0	n/a	
Mang et al. 2019 [20]	39	13.5 (4-22)	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	0	0	n/a	
Russo et al. 2020 [21]	115	28 (14)	absence of per-ceived vaginal bulge	82	n/a	n/a	n/a	n/a	65,7 (44/67)	(3,4)	n/a	0

(continued on next page)

Table 6 (continued)

Study	Pts	Median(mean follow up time (months))	Subjective cure criteria	Success rate %	Specific Questionnaire	Mean/median Pre-Operative Score	Mean/median Post-operative Score	PGI-I 1-2 (X)	De novo SUI %	De novo constipation, n (X)	De novo dyspareunia, n (X)
Mereu et al. 2020 [22]	120	20 (mean)	No POP symptoms	89	BQ-7 ¹³ Wexner ¹⁴	n/a	n/a	n/a	(2,5)	0	0

Abbreviations: PGI-I: patient global improvement index; SUI: stress urinary incontinence; pts: patients.

¹ PS scale: performance status scale, for global satisfaction in a telephone interview. Scale from 0 to 10;

² PFDI-20: Pelvic Floor Distress Inventory Questionnaire;

³ POPDI-6: Pelvic Organ Prolapse Distress Inventory 6 items;

⁴ UDI-6: Urogenital Distress Inventory 6 items;

⁵ CRADI-8: Colorectal-anal distress inventory;

⁶ P-QOL: Prolapse Quality of Life - every 11 items scores reported;

⁷ POP-SS: Pelvic Organ Prolapse - Symptom Score;

⁸ FSFI: Female Sexual Function Index - total score;

⁹ M-ISI: Michigan Incontinence Severity Index. b = bother score. s = severity score;

¹⁰ KHQ-7: 7-items King's Health Questionnaire - reported the pure number of 0-1 scores for each of 7 domains at 12 months;

¹¹ OAB-SF: Overactive Bladder Questionnaire-Short Form - first 2 questions;

¹² PISQ-12: Pelvic Organ Prolapse/Urinary Incontinence Sexual Questionnaire;

¹³ IIQ-7: Incontinence Impact Questionnaire 7 items;

¹⁴ Wexner scale: defecatory functional constipation score;

HASTA MEMNUNİYETİ

Üç çalışmada hastaların cerrahi girişimden memnuniyetleri PGI-I [14,17,21] ile değerlendirildi. Veit-Rubin ve arkadaşları, ortalama 7 yıllık takipte hastaların %87.8'inde PGI-I 1-2 gözlemlenildi [14].

Bu veriler, bir telefon görüşmesiyle toplanan genel memnuniyet için, performans durumu ölçeğinde 8,3±2,2'lik ortalama puanla desteklendi.

Diğer iki seride PGI skoru 1-2, tedavi edilen kadınların %100[17]ve %75'inde [21] elde edildi.

ANKETLER

4 çalışmada [16-19] özel anketler kullanıldı. Malanowska ve ark. Pelvik Taban Sıkıntı Envanteri Anketinin (PFDI-20) tüm alanlarında istatistiksel olarak anlamlı bir gelişme gözlemlendi. (PFDI 99,2 ± 33,4 - 16,5 ± 21,6; POPDI-6 (Pelvik Organ Sarkması Sıkıntı Envanteri 6) 51,0 ± 18,3 - 4,2 ± 10,7; CRADI-8(Kolorektal-Anal Sıkıntı Envanteri 8) 9,1 ± 9,8 - 4,8 ± 7,6; UDI6(İdrar Tehlike Envanteri, Kısa Form) 39,1 ± 22,3 vs7,4 ± 13,3; p < 0,001) [16].

P-QOL (Prolapsus Yaşam Kalitesi Anketi), POP SS (Pelvik Organ Sarkması Semptom Skoru), FSFI (Kadın Cinsel İşlevi Index) ve M-ISI (Michigan Incontinence Symptom Index),LLSinYassaetal.'in serisinden sonra istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde iyileşmiştir [17].Özellikle POP-SS puanı 20.89'dan 28 üzerinden 5.06'ya düştü (p= 0.000). FSFI 36 üzerinden 12,37'den 24'e yükseldi (p = 0,000)

Martinello ve ark. King's Health Questionnaire'in7 maddesinin operasyon öncesi ve sonrası sonuçları, kadınların yaşam kalitesi algılarında önemli bir iyileşme olmadığını gösterdi [18].

Ugarteburu ve ark, idrar dolum semptomlarını ve cinselliği OABQSF (Aşırı Aktif Mesane Kalitesi Yaşam, Kısa Form Anketi) ve PISQ12 anketi (Pelvik Organ Prolapsusu/Üriner İnkontinans Cinsel Anketi 12) aracılığıyla araştırdı. Her iki puan da 6 aylık takip sırasında iyileşti, ancak PISQ-12 önemli ölçüde (19% iyileşme 0.2) izlendi.[19 ile ap].

YENİ BAŞLAYAN SEMPTOMLAR

Çalışmaların farklı özellikleri, de novo stres üriner inkontinans, kabızlık ve dispareni ile ilgili verilerin karşılaştırılmasını engellemektedir.De novo stres üriner inkontinans insidansı %0 ile %8,3 arasında değişmektedir[8,18]: Özellikle, Veit Rubinetal.ve Russoetal tarafından hazırlanan en büyük iki laparoskopik and robotik serisi sırasıyla %5.2 ve %3.4 insidans oranları ortaya koymuştur [14,21].

De novo kabızlık, cerrahi olarak tedavi edilen kadınları %5,9'a varan oranlarda[17], en geniş serilerde ise %4,1'i [14] etkiledi.

Son olarak, de novo dispareni insidansı en geniş seride 0 olarak sonuçlanmıştır [14,21,22]. Dubuisson'un çalışmasında kaydedilen yüksek değer (%10,3), gerdirilmiş arka mesh kullanımıyla ilişkili olabilir [8].

TARTIŞMA

Günümüzde laparoskopik prosedürler, daha yüksek maliyete, daha uzun operasyon süresine ve öğrenme eğrisine rağmen POP tedavisi için daha iyi bir seçim gibi görünmektedir, çünkü pelvik anatominin büyütülmüş görüntüsü intraoperatif komplikasyonları azaltarak daha hızlı iyileşmeye, daha kısa hastanede kalış süresine ve üstün kozmetik sonuçlara yol açmaktadır [26].

İlerlemiş apikal prolapsusun tedavisi, çeşitli faktörlerden etkilenebilen diğer risklerin hemen veya gecikmeli nükslerinden dolayı zorlu bir klinik durum olmaya devam etmektedir [27]. Laparoskopik histero-servikopeksi, apikal POP için altın standart tedavi olarak kabul edilmesine ve diğer tekniklere kıyasla daha düşük nüks oranlarına yol açmasına rağmen, oldukça invazivdir. Yamaların sabitleneceği alanı oluşturmak için derin pelvik diseksiyon ihtiyacı ve dikiş atmada yüksek beceri gerektirmesi dışında, anterior longitudinal vertebral bağın tanımlanması özellikle obez kadınlarda zor olabilir. Orta sakral damarlar, sol ortak iliak damar veya sağ üreter gibi presakral alanı çevreleyen kritik yapılar, üreter (%1.0) ve kan kaybına (%4.4) ve birkaç vakada ölüme neden olan damar yaralanması riskini açıklar [5]. Bu yön, cerrahları LSCP uygulamaktan caydırdı ve onları apeks süspanyonu için alternatif tekniklere itti. Bu durumda LLSH, vajinal lapeksi yeniden askıya almak için olası bir alternatif tedavi olarak ortaya çıktı. Bu teknik, ilişkili sistoseli düzeltmek için eşlik eden derin ön diseksiyon nedeniyle yağma ve ön bölmelerdeki kusurları tedavi etmeyi amaçlar. Sakral promontoryumun önünde doku diseksiyonunun olmaması, LLS'yi obez hastalar için de güvenli ve uygulanabilir kılar. Ek olarak LLS, aktif cinsel yaşamı olan ve rahmini korumak isteyen kadınlar için endikedir [29].

Anatomik sonuçlarla ilgili olarak, kısa orta vadeli takipte apikal kompartmanda %90'dan fazla ve anterior kompartmanda %88'den fazla genel anatomik başarı oranı LSCP'dekine benzer saptandı.[27,30,31].

Posterior bölme ile ilgili olarak, başarı oranı en geniş serilerde biraz daha düşüktü ve %85'e ulaşıyordu [14]. Bununla birlikte, birkaç çalışma arasında, kadınların yalnızca küçük bir yüzdesi, > 2 dereceli posterior prolapsus göstermektedir; bu, şiddetli posterior relaps durumunda, LLS'nin uygun bir tedavi olarak savunulmaması gerektiğini doğrulamaktadır. Sakrokolpopeksi sırasında posterior meş yerleştirme yoluyla gerçekleştirilen rekto-vajinal boşluğun meş takviyesi, ileri posterior ve apikal POP'lu kadınlarda posterior vajinal desteği iyileştirir ve sonuç olarak bu tekniği çok kompartmanlı ileri prolaps için altın standart tedavi haline getirir [32].

Arka bölme ile ilgili olarak, başarı oranı en geniş serilerde biraz daha düşüktü ve %85'e ulaşıyordu [14]. Bununla birlikte, birkaç çalışma arasında, kadınların yalnızca küçük bir yüzdesi, > 2 dereceli posterior prolapsus göstermektedir; bu, şiddetli posterior relaps durumunda, LLS'nin uygun bir tedavi olarak savunulmaması gerektiğini doğrulamaktadır. Sakrokolpopeksi sırasında posterior meş yerleştirme yoluyla gerçekleştirilen rekto-vajinal boşluğun meş

takviyesi, ileri posterior ve apikal POP'lu kadınlarda posterior vajinal desteği iyileştirir ve sonuç olarak bu tekniği çok kompartmanlı ileri prolaps için altın standart tedavi haline getirir [32].

De novo kabızlık oranı %0 ila %5.9 arasındaydı ve muhtemelen LLS tekniği ile potansiyel hipogastrik pleksus lezyonlarının olmaması nedeniyle sakropeksi olanlarda daha düşüktü. Ancak promontofiksasyon durumunda sinir koruyucu tekniğin benimsenmesi bu oranı %5'e düşürür [31,33].

Sadece 11 derece 3 (%1) CD vakası ile %8.6'lık postoperatif komplikasyon oranı, tekniğin güvenliğini göstermektedir. Ağ erozyon oranı, LSCP [5,31] için tanımlananla karşılaştırılabilir şekilde, %0 ila %5,5 arasında değişmiştir.

DAYANIMLAR VE LİMİTASYONLAR

Bu sistematik incelemenin birçok güçlü ve zayıf yönü vardır. Kapsamlı arama stratejisi aracılığıyla, dahil edilme kriterlerimizi karşılayan hiçbir makalenin çıkarılmadığından emin olduk. Analiz edilen tüm sonuçlar sistematik ve açık bir şekilde sunuldu. Bazı araştırmalarda inceleme için gerekli spesifik verilerin eksik olması bu çalışmanın sınırlılıklarından birini oluşturmaktadır. İkinci olarak, derlemeye dahil edilen çalışmalardan dördü kanıt kalitesini etkileyebilecek retrospektif serilerdi.

Son olarak, farklı çalışmalarda kullanılan protez materyalinin değişkenliği ve prosedürün kendisinin çalışmaları arasında ve aynı zamanda uygun bir ekip içinde standardizasyon eksikliği, mevcut sistematik incelemenin başka bir sınırlamasını temsil eder.

SONUÇ

Sistemantik incelememizden elde edilen sonuçlar, optimal anatomik ve fonksiyonel sonuçlar ile LLS'nin güvenliğini, etkinliğini ve fizibilitesini göstermektedir. Bu cerrahi prosedürü, apikal prolapsus tedavisinde altın standart teknik olarak kabul edilen LSCP ile karşılaştıran, bu verileri doğrulamak için iyi tasarlanmış, randomize, kontrollü çalışmalara ihtiyaç vardır.

REFERANSLAR

- [1] Olsen A, Smith V, Bergstrom J, Colling J, Clark A. Epidemiology of surgically managed pelvic organ prolapse and urinary incontinence. *Obstet Gynecol* 1997;89(4):501-6.
- [2] Barber MD, Maher C. Epidemiology and outcome assessment of pelvic organ prolapse. *Int Urogynecol J* 2013;24(11):1783-90.
- [3] Rooney K, Kenton K, Mueller ER, FitzGerald MP, Brubaker L. Advanced anterior vaginal wall prolapse is highly correlated with apical prolapse. *Am J Obstet Gynecol* 2006;195(6):1837-40.
- [4] Maher C, Feiner B, Baessler K, Christmann-Schmid C, Haya N, Brown J. Surgery for women with apical vaginal prolapse. *Cochrane Database Syst Rev* 2016. Oct 1;10(10):CD012376.
- [5] Nygaard IE, McCreery R, Brubaker L, Connolly AnnaMarie, Cundiff G, Weber AM, et al. Abdominal sacrocolpopexy: a comprehensive review. *Obstet Gynecol* 2004;104(4):805-23.
- [6] Possover M, Lemos N. Risks, symptoms, and management of pelvic nerve damage secondary to surgery for pelvic organ prolapse: a report of 95 cases. *Int Urogynecol J* 2011;22(12):1485-90.
- [7] Dubuisson JB, Chapron C. Laparoscopic iliac colpo- uterine suspension for treatment of genital prolapse using two meshes. A new operative technique. *Journal of. Gynecol Surg* 1998;14:153±9.
- [8] Dubuisson JB, Chapron C, Fauconnier A, Babaki-Fard K, Dendrinis S. Laparoscopic management of genital prolapse: lateral suspension with two meshes. *Gynaecol Endosc* 2000;9:3683-9.
- [9] Dubuisson J-B, Yaron M, Wenger J-M, Jacob S. Treatment of genital prolapse by laparoscopic lateral suspension using mesh: a series of 73 patients. *J Minim Invasive Gynecol* 2008;15(1):49-55.
- [10] Dällenbach P, Veit N. Robotically assisted laparoscopic repair of anterior vaginal wall and uterine prolapse by lateral suspension with mesh: initial experience and video. *Int Urogynecol J* 2014;25(8):1137-9.
- [11] Simoncini T, Russo E, Mannella P, Giannini A. Robotic-assisted apical lateral suspension for advanced pelvic organ prolapse: surgical technique and perioperative outcomes. *Surg Endosc* 2016;30(12):5647-55.
- [12] Liberati A, Altman DG, Tetzlaff J, Mulrow C, Gotzsche PC, Ioannidis JPA, et al. The PRISMA statement for reporting systematic reviews and meta-analyses of studies that evaluate healthcare interventions: explanation and elaboration. *BMJ* 2009;339(jul21 1): b2700-b2700.
- [13] Dubuisson J, Eperon I, Dällenbach P, Dubuisson J-B. Laparoscopic repair of vaginal vault prolapse by lateral suspension with mesh. *Arch Gynecol Obstet* 2013;287(2):307-12.
- [14] Veit-Rubin N, Dubuisson J-B, Gayet-Ageron A, Lange S, Eperon I, Dubuisson J. Patient satisfaction after laparoscopic lateral suspension with mesh for pelvic organ prolapse: outcome report of a continuous series of 417 patients. *Int Urogynecol J* 2017;28(11):1685-93.
- [15] Mereu L, Dalpra F, Terreno E, Pertile R, Angioni S, Tateo S. Mini-Laparoscopic Repair of Apical Pelvic Organ Prolapse (POP) by Lateral Suspension with Mesh. *Facts Views Vis Obgyn* 2018 Sep;10(3):139-45.
- [16] Malanowska E, Starczewski A, Bielewicz W, Balzarro M. Assessment of Overactive Bladder after Laparoscopic Lateral Suspension for Pelvic Organ Prolapse. *Biomed Res Int* 2019;2019:1-6.
- [17] Yassa M, Tug N. Uterus-preserving Laparoscopic Lateral Suspension with Mesh Operation in Pelvic Organ Prolapse: Initial Experience in a Single Tertiary Center with a Median 24-Month Follow-up. *Geburtshilfe Frauenheilkd* 2019;79(09):983-92.
- [18] Martinello R, Scutiero G, Stuto A, Indraccolo U, Cracco F, Borghi C, et al. Correction of pelvic organ prolapse by laparoscopic lateral suspension with mesh: A clinical series. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2019;240:351-6.
- [19] Gil Ugarteburu R, Rúger Jiménez L, Rodríguez Villamil L, Blanco Fernández R, González Rodríguez I, Cruceyra Betriú G, et al. Laparoscopic Abdominopexy: Surgery for Vaginal Prolapse e2019.00012. *JSLs* 2019;20(19):23(2). <https://doi.org/10.4293/JSLs.2019.00012>.
- [20] Mang C, Huemer H, Birkenmaier A, Humburg J. Laparoscopic lateral suspension: a single-site and single-surgeon experience. *Gynecol Surg* 2019;16(1). <https://doi.org/10.1186/s10397-019-1067-7>.
- [21] Russo E, Giannini A, Guevara MM, Mannella P, Misasi G, Falcone M, et al. Medium-term outcomes after robotic-assisted lateral suspension with mesh for advanced multi-compartmental prolapse. *Int Urogynecol J* 2020;31(8):1647-53.
- [22] Mereu L, Tateo S, D'Alterio MN, Russo E, Giannini A, Mannella P, et al. Laparoscopic lateral suspension with mesh for apical and anterior pelvic organ prolapse: A prospective double center study. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2020;244:16-20.
- [23] Critical Appraisal Skills Programme, 2018. CASP Qualitative Checklist. [online] Available at: <https://casp-uk.net/>.
- [24] Mitropoulos D, Artibani W, Graefen M, Remzi M, Rouprêt M, Truss M. Reporting and grading of complications after urologic surgical procedures: an ad hoc EAU guidelines panel assessment and recommendations. *Eur Urol* 2012;61(2):341-9.
- [25] Kapandji M. Cure des prolapsus uro-génitaux par la colpo-isthmo-cystopexie par bandelette transversale et la Douglassorrhaphie ligamento-péritonéale étagée et croisée. *Ann Chir* 1967 Mar;21(5):321-8.



- [26] Haj Yahya R, Chill HH, Herzberg S, Asfour A, Lesser S, Shveiky D. Anatomical outcome and patient satisfaction after laparoscopic uterosacral ligament hysteropexy for anterior and apical prolapse. *Female Pelvic Med Reconstr Surg* 2018;24(5):352-5.
- [27] Barber MD, Maher C. Apical prolapse. *Int Urogynecol J* 2013;24(11):1815-33.
- [28] Maher CF, Feiner B, DeCuyper EM, Nichlos CJ, Hickey KV, O'Rourke P. Laparoscopic sacral colpopexy versus total vaginal mesh for vaginal vault prolapse: a randomized trial. *Am J Obstet Gynecol* 2011;204(4):360.e1-360.e7.
- [29] Veit-Rubin N, Dubuisson J, Constantin F, Lange S, Eperon I, Gomel V, et al. Uterus preservation is superior to hysterectomy when performing laparoscopic lateral suspension with mesh. *Int Urogynecol J* 2019;30 (4):557-64.
- [30] Gutman R, Maher C. Uterine-preserving POP surgery. *Int Urogynecol J* 2013;24 (11):1803-13.
- [31] Serati M, Bogani G, Sorice P, Braga A, Torella M, Salvatore S, et al. Robotassisted sacrocolpopexy for pelvic organ prolapse: a systematic review and meta-analysis of comparative studies. *Eur Urol* 2014;66(2):303-18.
- [32] Grimes CL, et al. What happens to the posterior compartment and bowel symptoms after sacrocolpopexy? Evaluation of 5-year outcomes from ECARE. *Female Pelvic Med Reconstr Surg* 2014;20(5):261-6.
- [33] Claerhout F, De Ridder D, Roovers JP, Rommens H, Spelzini F, Vandenbroucke V, et al. Medium-term anatomic and functional results of laparoscopic sacrocolpopexy beyond the learning curve. *Eur Urol* 2009;55(6):1459-68. <https://doi.org/10.1016/j.eururo.2008.12.008>.



SAĞLIK MENSUPLARININ MALİ SORUMLULUK SİGORTALARINA YÖNELİK İSİMDEN KAPSAMA BİR ELEŞTİRİ

Op. Dr. Ertuğ MEGA
Fatih Sultan Mehmet Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İstanbul

Sorumluluk sigortalarının temelini, kişilerin hayatın genel akışı içinde üçüncü kişilere verebilecekleri zararların ekonomik sonuçlarından kendilerini korumaya yönelik tedbir alma gayesi oluşturmaktadır. Bu gaye, rizikoya karşı iradi bir taleple gerçekleşebilmenin yanında, bazı özel sorumluluk gerektiren faaliyetlerde/işlerde/ mesleklerde ise zorunluluk şeklinde de ortaya çıkmaktadır ve bu özel sorumluluk sigortası alanları da her geçen gün gelişmektedir. Sigortalanın malvarlığında ortaya çıkabilecek eksilmelere karşı güvenceyi tesis eden mali sorumluluk sigortası alanlarından birisi de tıbbi uygulamalar olup, sigortalanması zorunlu olan meslek grubu ise tabiplerdir. Anılan zorunlu sigorta, Türkiye’de, Tıbbi Kötü Uygulamaya İlişkin Zorunlu Mali Sorumluluk Sigortası şeklinde isimlendirilmiştir. Çalışmamız ile tıbbi kötü uygulamaya ilişkin zorunlu mali sorumluluk sigortasını iki açıdan tartışmaya açmayı amaçladık. İlk amacımız tabiplere yönelik zorunlu mali sorumluluk sigortalarının isimlendirilmesindeki kötü sözcüğünün kullanımını olumsuz yönde eleştirmektir. Bu olumsuz eleştirinin gerekçelendirilmesindeki temel dayanağımız ise kötü tıbbi uygulama ifadesinde yer bulan kötü sözcüğünün hukuki bir normdan ya da hukuk bilimine ait bir terimden öte iyi sözcüğünün karşıtı olarak ahlaki bir standardı işaret olduğu yönündeki görüşlerdir. Makale’de ikinci amacımız ise, bu sigortanın, tabipler dışındaki sağlık mensupları hatta sağlık mensubu olmadığı hâlde sağlık hizmet sunucularında görevli sair çalışanlar açısından da zorunlu hâle getirilmesinin gerekliliğini vurgulamaktır. Özellikle tabibin yönlendirmesine bağlı olmadan teşhis ve tedavi hizmeti verebilen sağlık mensupları açısından zorunlu mali sigorta kurumu ivedi düzenleme talep eden konulardandır. İşlerini özel sağlık hizmet sunucularında yürütürken zorunlu sigorta kapsamında olan özel güvenlik görevlilerinin, aynı işi kamu sağlık hizmet sunucularında gördüklerinde zorunlu mali sorumluluk sigortası kapsamında tutulmaması da dikkat çekilmesi gereken bir diğer husustur.

<http://tbbdergisi.barobirlik.org.tr/m2023-164-2099>



Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı

DEPREMZEDE OLARAK AKADEMİSYENLİK

Prof. Dr. Deniz ARIKAN

Yazıma başlamadan önce bu felakette akrabalarını, yakınlarını ve arkadaşlarını kaybeden meslektaşlarıma ve tüm halkıma başsağlığı ve sabırlar dilerim.

Türkiye’de son yıllarda yaşanan en büyük depreme merkez üssü Kahramanmaraş’ta yakalandım. 1999 Gölcük depremini de yaşamış biri olarak bu gerçekten inanılmaz ve dehşet vericiydi.

Sabahın karanlığında merdivenler dışarı çıkmaya çalışan komşularımın bağırtılarıyla inliyordu.

Tüm Kahramanmaraş arabalarıyla yol kenarlarına ve üniversite kampüsüne gelmişlerdi.

Herkes binalardan uzak bir yerde arabasına park yeri arıyordu.

Gelebilen asistanlarımız ve hocalarımızla acilde çalışmaya başladık ama en ufak bir sarsıntıda hasta yakınları dahil herkes dışarı koşuyordu.

İletişim hatalarının kesikliğinden dolayı ilk anda olayın büyüklüğünü anlayamadık. Ama acile gelen hastalar arttıkça ve iletişim hatları açıldıkça olayı anlamaya başladık. Gerçekten felaketti yaşadığımız ve hayatta kaldığımız için şanslıydık.

Biz tabiki akademisyenliğin ötesinde birer doktoruz. Bizi üniversitelerdeki diğer akademisyenlerden ayıran en önemli özelliğimiz mesleğimiz.

Akşama doğru hastane acilimizde tamamen bir can pazarı yaşıyordu. O gün Kahramanmaraş’ta hizmet veren birkaç hastaneden biriydi bizim hastanenin acili. Ambülansın biri gidiyor diğeri geliyordu. Acilin önünde uzayan bir ambülans kuyruğu mevcuttu.

En büyük yük ortopedi, genel cerrahi, beyin cerrahisi ve anesteziydi.

İlk iki gün gerçekten zordu; kimse binalara girmek istemediği için arabalarda kalıyordu ve hava -10 dereceleri gördü.

Üçüncü gün gelen hasta sayısı azalmaya başlamasıyla beraber kendi kliniğimizi düzenlemek için uğraşmaya başladık.

Ama o zamanda en büyük sorun insanların psikolojik durumlarından dolayı yukarı katlara çıkmak istememeleriydi.

Bugün depremden sonra 24. gün ve halen yataklı servisleri açamamış durumdayız.

Bu arada eğitim; tabiki fiziki şartlardan ve barınma sorunlarından dolayı online eğitime geçmiş bulunmaktayız. Tıp eğitimi bildiğiniz gibi teorik yanında pratiğinde olması gereken bir eğitim süreci. Bu nedenle 4, 5, ve 6 sınıf öğrencilerine başka üniversitelere nakil hakkı tanındı. Bu seferde öğrenciler programların uyuşmamasından dolayı kabul alamadıklarını belirttiler. Şu an bizim üniversitemizde kalan öğrencilere bahar döneminde teorik dersleri online anlatacağız ve uygun bir dönemde de stajın pratik eğitimini alacaklar. Bu öğrenciler zaten pandemi nedeniyle de eğitimlerini online yapmak zorunda kalmışlardı. Şimdi de mesleklerinin en önemli parçası olan pratik eğitimi de deprem dönemine denk gelmiş oldu.

6 yıllık eğitimleri pandemi ve deprem nedeniyle sekteye uğramış durumda. Bu durumun öğrencilerin eğitimini olumsuz etkileme olasılığı yüksek tabiki. Bir akademisyen olarak bu durum öğrencilerimizin olduğu kadar bizim de canımızı sıkmakta.

Bizim akademisyen olarak yetiştirdiğimiz önemli bir grupta asistanlarımız; geleceğin kadın hastalıkları ve doğum uzmanları. Eğitimlerinin bitmesi yakın olanlar için çok büyük sorun olmasa da yeni başlayan ve orta kıdemde olan asistanlarımız eğitimlerinin aksayacağını düşünmekte. Bu arada eğitim bir yana bazı asistanlarımız nerdeyse tüm yakınlarını kaybetmiş durumda. Hepsine sabırlar diliyorum. Mevcut 26 asistanımızdan 16’sı eğitimlerine başka kurumlarda devam etmek için dilekçe vermiş durumdadılar. Ben onları da anlıyorum çünkü şu anda birçok belirsizlik mevcut;

1-Barınma; birçok asistanımızın evi ağır hasarlı ve yıkılmak üzere, hafif hasarlı olanlar da eve girmek bile istemiyor

2-Hastanenin durumu; her ne kadar hastanemizde ağır bir hasar olmasa da poliklinik ve ameliyathanelerin ne zaman normal işleyişe geçeceği belli değil

3-Hasta sayısı; hastane normal işleyişine dönse bile şehirde azalan nüfus nedeniyle yeterli poliklinik ve ameliyat sayısına ulaşmak için geçecek süre hakkında yorum yapmak zor

4-Psikolojik travma; belki de en başa yazmak gerekir Tüm bu nedenler asistanlarımızda kendi eğitimleri için endişe duymalarına neden olmakta ve alternatif arayışlara yönelmelerine yol açmaktadır. Onlara hak vermemek bu şartlar altında mümkün değil. Ben bile kendi geleceğim için endişe duyarken onlara yol göstermek inanılmaz zor bu günlerde.

Öğrencilerimizin ve asistanlarımızın olmadığı bir üniversitede akademisyen olmak ne kadar keyifli ve motive edici olabilir. Çünkü bizim ufkumuzu açan ve motive eden en önemli itici güçlerimiz öğrencilerimizdir. Biz akademisyenler de birer öğretmeniz. Öğrencilerimiz olmadan kendimizi eksik hissederiz ve öyleyiz de galiba.

Bu kadar sorunun içinde biz akademisyenler, öğrenciler ve asistanlarımızı eğitim konusunda ne kadar motive edebileceğiz bilemiyorum. Bu zor süreçte onlar kadar bizim de motivasyona, morale ve desteğe ihtiyacımız var belki de.

İnşallah ülkemiz bir daha böyle büyük bir felaket yaşamaz. Hayatını kaybeden vatandaşlarımıza Allah’tan rahmet geride kalan yakınlarına sabırlar dilerim.



BİR DEPREMZEDE OLARAK AKADEMİSYENLİK

Dr. Öğretim Üyesi Mehmet Can NACAR
Adıyaman Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı

İnsanlar için fiziksel, ekonomik ve sosyal kayıplara neden olan, normal yaşamı durdurarak veya kesintiye uğratarak toplumlara etkileyen ve yerel imkânlar ile baş edilemeyen her türlü doğal, teknolojik veya insan kaynaklı tüm olaylar olarak adlandırılan “afet” durumu kişileri her yönüyle etkilediği gibi mesleki açıdan da depremzedeleri oldukça derinden etkilemektedir.

Deprem ilk olduğu anda aklınızda sadece sevdiğinizin hayatta kalabilme şansı olup olmadığını sorguluyor insan. Olayın sıcaklığı ile ilk 24 saatte en yakınınızdan eş dostlarınıza, asistanlarınızdan öğrencilerinize kadar her kimseyi aklına getiriyor insan. Nasıl olduğunu merak ettiğiniz kişilerin telefonu cevap vermiyorsa aklınız ve kalbiniz bir kez daha dağılıyor. O süreçte hiçbir şekilde maddi kayıpları düşünemiyor, dünyevi tüm makam ve ünvanlar önemini kaybediyor. Evinizden sağlam ya da hayati tehdit etmeyen bir yara ile çıkınca arabanız sağlam ise hemen en yakınınızdan tüm tanıdıklarınızın oturduğu binaların önüne gitmek ve ayakta kalan binaları görünce şükretmek, yıkılan binaları görünce derin bir vah çekmek geliyor insana. Yıkılan binalardan moloz altından kurtarılabilenleri kurtarmaya çalışmak çıplak elle.. Yine gelen sesi duymazsa rağmen biçare şekilde enkazın kenarında durmak insanın kanını donduruyor. Biz bile üstümüzde montlarımız olmasına rağmen çitileyen yağmur altında titrerken enkaz altında duran akraba, iş arkadaşlarımız, öğrencilerimiz ne durumda acaba..!

Birden aklınıza iş yeriniz geliyor, binanın önüne gidiyoruz, hastaneyi ayakta görüyorum ve derin bir oh çekiyorum. Hasarlı ama yıkılmamış bu hastanede bahçe mahşer meydanı gibi. Bir yanda cesetler, bir yanda kolu bacağı ve diğer uzuvları kopmuş insanlar.. Yarasını getiren insanlar da aslında hastaneden bir şey bekleyemiyor çünkü herkes kendi derinde, hastane çalışanları da enkaz altında ya da yıkılan enkazın altında yakınlarının baş ucunda.. Üniversite kampüsüne geçiyorum ve kampüsteki binaları ayakta görüp bir nebze rahatlıyorum.

Tüm bunlar yaşanırken birden ikinci deprem oluyor. Depreme araçta yakalanıyorum ve yirmi, metre ileride komşumuzun beş katlı binası yerler bir oluyor. Şükür ki içinde kimse yok diye avutuyor kendini insan. Enkaz başında yardım için çabalayan insanlar kendilerini sağa sola atıyor. Ve herkes ikinci şok dalgasını yaşıyor tüm hücrelerinde.

Şehirde kaos hakim. Halbuki o sabah o hafta insanlar neleri planlayarak uyumuştular. Ben bir akademisyen olarak sabah dokuz için yeni başlayacak Tıp Fakültesi IV. sınıf öğrencilerim ile sınıfta buluşacak, tanışma toplantısı sonrası, oryantasyon planı içindeydin. Yine bir yandan gündüz muayene için önceden çağırdığım hastalarım gelecekti. İnturner ile öğle arası toplantı olacak, tez öğrencilerimden Asistan Dr. Vedat ile tezin tartışma kısmını konuşacaktık.

Şimdi artık derslikte bulunacak olan öğrencilerin, inturn hekim arkadaşlarımın, klinikte diğer hekim arkadaşların, asistanlarımızın hayatından endişe duymaya başlamıştık. Telefon hattının izin verdiği zamanlarda kendi iç gruplarımızda klinikteki uzman hekim ve asistan arkadaşlardan vefat olmadığını teyit etmiştim. Ama kötü haberler de geliyordu. Mevcut ve eski inturn grubu ve diğer öğrencilerimizin ve diğer fakültelerden öğrencilerin vefat haberini aldıkça kahroluyorduk. Ve vefatını öğrendiğim her öğrencim sonrası “ne de mükemmel çocuklardı” diyordum içten içe..

Tamam biz hayattaydık ama ilk yardım ya da acil doğumlar bir şekilde devam etmeliydi. Deprem sabahı kliniğimize yirmiden fazla intrauterin ex fetüs taşıyan anne gelmişti. Sağlam kaldığını düşündüğümüz çevre il-ilçe hastanelerine yönlendirme yapıldı. Deprem sabahı olmasına rağmen o günkü nöbetine gelen meslektaş arkadaşlarıma da bu vesile ile teşekkürü borç bilirim. Acil kriz masası oluşturuldu ve bir yandan sağlam kalan diğer hastanede yeniden neler yapılabileceğimiz düşünölmeye başlandı. Birkaç gün içinde sahra hastanesi kuruldu ve en azından acil doğumlar, sevke uygun olmayan sezaryenler ve ivedi muayeneler yapılmaya başlanmıştı. Tabi bu süreçte aklımızda binbir soru.. Öğrenciler- asistanlar- uzman arkadaşlar..halimiz ne olacaktı. Çünkü neredeyse hepimizin evleri ağır hasarlı, içinden tek bir eşya bile çıkarmak imkansız, artçı depremler devam etmekte, korku hala hakim.. Üzerimizde depremden önceki kıyafetler dışında hiçbirşeyimiz yok.

Yanımızda günler geçtikçe AFAD, UMKE, TTB ve diğer gönüllü tüm kurum ve dernekleri gördükçe yalnız kalmadığımızı hissedip biraz daha umut doluyoruz. Herkes ellerinden geldiğince bir şey yapmaya çalışıyor. Kurulan sahra çadırda eskiden tanıdığımız her insanı gördükçe içimizi buruk bir coşku kaplıyor. Mobil baz istasyonları devreye girdikçe öğrencilerimizi arıyoruz ve onlardan telefon geliyor. Bu şartlarda bir akademisyenin dünyada tadabileceği en büyük hazlardan biri olan öğrencilerimizin arayıp “Hocam nasılsınız?” diye kurduğu cümle diyebilirim. Arayan öğrenci ve asistanlarımızın iyi olduğunu duymak.. paha biçilmez bir duygu.. Yine bazılarının şehir dışında olup yardım paketleri ayarlayıp “Hocam nerede iseniz sizin yanınıza da gelelim” cümlesi. Hep “iyiki..” dedirtiyor insana..



BİR DEPREMZEDE OLARAK AKADEMİSYENLİK

Dr. Öğretim Üyesi Mehmet Can NACAR
Adıyaman Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı

Yine günler geçtikçe bağlı bulunduğumuz mesleki derneklerden arayan saygıdeğer hocalarımız, asistanlık dönemi değerli hocalarımız, eski meslektaşlarımız..hepsine ayrı ayrı teşekkür ediyorum buradan. Yine şehirde ve hastanede kalacak yer sorunu ciddi bir sıkıntı içinde iken Türk Jinekoloji Obstetri Derneği tarafından yaptırılan iki adet konteynerin değerli hocam büyüğüm Selçuk Söylemez tarafından Adıyaman'a getirtilip hastane çevresinde konumlandırılması ve kliniğimizdeki tüm hekimlerimizin kullanımına bırakılması. Bunları gördükçe ne büyük bir camiada bulunduğumuzu, yalnız olmadığımızı hissedip içimizdeki umut fidanı biraz daha boy veriyor, acılarımızı bir miktar daha arkamızda bırakıyoruz.

Yine empati yapıp ülkemizin her köşesinden isimlerini gönüllü olarak yazdırıp ve hastanemize gelen hekim abilerim, ablalarım, kardeşlerime de teşekkürü bir borç bilirim. Hastanede işlerin yoluna koyulması aşamasında sorduğum "arkadaşlar bizim yapabileceğimiz bir şey var mı sorumuza "abi siz gidin ailenizle sevdiklerinizle bulunun, burayı hiç düşünmeyin" demeleri dünyaya bedel..

Yaşadığımız deprem felaketi asrın felaketi olduğu kadar her insanın kıyameti ya da kıyamet provasıydı. Kimileri bedelini canları ile öderken kimileri sevdiklerinin vefat haberleri ve mal-mülkleri ide ödedi. Bu dönemde akademisyenliğin de farklı zorlukları olduğunu anlıyor insan. Her öğrenciniz ailenizden biri gibi, her asistanımız ailelerinin bize bir emaneti.. Ve yine eğitim öğretimin nasıl devam edeceğine dair binbir türlü soru akılda beliriyor. Gözlerimiz Sağlık Bakanlığı, Yüksek Öğretim Kurulu ve Tıpta Uzmanlık Kurulu'ndan gelecek duyurularda..

Temennimiz millet olarak bir daha böyle acıların yaşanmaması, ve yine bu acılara sebebiyet veren her türlü idari eksikliğe bağlı hataların yargı önünde cezasını bulması.. Saygılarımla.

Dr.Öğr.Üyesi Mehmet Can Nacar/ 07.03.2023



20. ULUSAL JİNEKOLOJİ VE OBSTETRİK KONGRESİ

17-21 MAYIS 2023
LIMAK CYRPUS DELUXE HOTEL, KIBRIS

www.TJOD2023.org