

## Bir üniversite hastanesinde üriner inkontinans ve prolapsus cerrahisi geçiren kadınların beş yıllık değerlendirilmesi: Retrospektif bir çalışma

*Five-year evaluation of women with urinary incontinence and prolapse surgical operations in a university hospital: A retrospective study*

Manolya Parlas<sup>1</sup>  Dilek Bilgiç<sup>2</sup>  Sefa Kurt<sup>3</sup> 

<sup>1</sup> Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, İzmir, Türkiye

<sup>2</sup> Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi, Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, İzmir, Türkiye

<sup>3</sup> Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, İzmir, Türkiye

### ÖZ

**Amaç:** Bir üniversite hastanesinde üriner inkontinans ve prolapsus cerrahisi geçiren kadınların demografik ve klinik özelliklerin araştırılması, etiyolojik dağılımın ortaya konulması ve cerrahi tiplerinin retrospektif olarak değerlendirilmesidir.

**Gereç ve Yöntem:** Bir üniversite hastanesinin 2017-2022 yılları arasında üriner inkontinans ve prolapsus cerrahisi geçiren 137 olgunun kayıtları retrospektif olarak incelenmiştir. Kayıtların 17'si tekrarlayan girişler olduğundan, toplamda 120 kadının verileri değerlendirilmiştir. Olguların yaş, obstetrik ve jinekolojik öyküsü, ürojinekolojik şikayetler ve süresi, başvuru yapılan klinik, tanıları, geçirilen operasyon tipi, yılı, yatış süresi gibi parametreleri analiz edilmiştir.

**Bulgular:** İncelenen olguların yaş ortalaması  $59,63 \pm 10,66$  (min. 34- maks. 81) ve %77,5'i postmenopozal dönemdeydi. Kadınların ortalama gebelik ve doğum sayısı sırasıyla  $3,36 \pm 2,07$  (min. 0- maks. 9) ve  $2,50 \pm 1,42$  (min. 0- maks. 9) idi. Kadınların %35'si üriner inkontinans, %27,5'i perinede ele gelen kitle ve %26,7'si ise ele gelen kitle ile birlikte üriner inkontinans şikayetleri ile hastaneye başvurmuştu. Hastaneye başvuruların ürojinekolojik şikayetlerin başlangıcından ortalama  $4,03 \pm 5,52$  (min 0- max 25) yıl sonra olduğu ve en sık üriner inkontinans (%28) ve sistosel (%28) tanılarıyla yatışlarının olduğu belirlenmişti. Olgular en fazla transobturator tape (TOT) (%38,3) ve sakrokolpopeksi (%12,5) operasyonu geçirmişti. Cerrahi nedeniyle hastanede yatış süresi ortalama  $3,42 \pm 1,33$  (min 1- max 7) gündü. Kadınların %13,4'ünün tekrarlayan pelvik taban cerrahisi mevcuttu ve %5'inin post-op dönemde disparoni bildirdiği saptandı.

**Sonuç:** Kadınlar ürojinekolojik şikayetlerin başlangıcından ortalama dört yıl sonra hastaneye başvurmuşlar ve çoğunlukla üriner inkontinans ve sistosel tanısı almışlardır. Ağırlıklı olarak TOT ve sakrokolpopeksi cerrahisi uygulanmıştır. Yaklaşık her on kadından birinin tekrarlayan ürojinekolojik cerrahi öyküsü mevcuttur. Düşük oranda operasyon sonrası dönemde disparoni bildirilmiştir. Veri kayıtlarının daha kapsamlı tutulması ve takip edilmesinin sağlık çalışanlarının planlamalarına yol göstereceği düşünülmektedir.

**Anahtar Sözcükler:** Pelvik taban cerrahisi, pelvik organ prolapsusu, retrospektif, üriner inkontinans.

Sorumlu yazar: Manolya Parlas  
Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, İzmir, Türkiye  
E-posta: [manolya.parlas@gmail.com](mailto:manolya.parlas@gmail.com)  
Başvuru tarihi: 09.08.2023 Kabul tarihi: 17.11.2023

## ABSTRACT

**Aim:** The aim is to investigate the demographic and clinical characteristics of women who underwent urinary incontinence and prolapse surgery in a university hospital, to reveal the etiological distribution and to retrospectively evaluate the types of surgery.

**Material and Methods:** Records of 137 patients who underwent urinary incontinence and prolapse surgery at a university hospital between 2017 and 2022 were retrospectively reviewed. Due to 17 repeated entries in the records, data from a total of 120 women were evaluated. Parameters such as age, obstetric and gynecological history, urogynecological complaints and duration, referring clinic, diagnoses, type of surgery performed, year of surgery, and length of hospital stay were analyzed.

**Results:** The mean age of the examined cases was  $59.63 \pm 10.66$  (min 34 - max 81), with 77.5% being in the postmenopausal period. The mean number of gravida and parity for women were  $3.36 \pm 2.07$  (min 0 - max 9) and  $2.50 \pm 1.42$  (min 0 - max 9), respectively. Of the women, 35% presented with urinary incontinence, 27.5% with pelvic organ prolapse, and 26.7% with both pelvic organ prolapses and urinary incontinence complaints. The average time to hospital admission was  $4.03 \pm 5.52$  (min 0 - max 25) years after the onset of urogynecological complaints, and the most common hospitalizations were diagnosed with urinary incontinence (28%) and cystocele (28%). The majority of cases underwent transobturator tape (TOT) (38.3%) and sacrocolpopexy (12.5%) surgeries. The average hospital stay due to surgery was  $3.42 \pm 1.33$  (min 1 - max 7) days. About 13.4% of women had a history of recurrent pelvic floor surgery and 5% reported dyspareunia in the postoperative period.

**Conclusion:** Women presented to the hospital approximately four years after the onset of urogynecological complaints and were mostly diagnosed with urinary incontinence and cystocele. TOT and sacrocolpopexy surgeries were predominantly performed. About one in ten women had a history of recurrent urogynecological surgery. Dyspareunia was reported at a low rate in the postoperative period. It is believed that maintaining more comprehensive and follow-up data records would guide healthcare professionals in their planning.

**Keywords:** Pelvic floor surgery, pelvic organ prolapse, retrospective, urinary incontinence.

## GİRİŞ

Üriner inkontinans (Üİ) ve pelvik organ prolapsusu (POP) kadın popülasyonunun %20-25'ini etkileyen çok yaygın durumlardır (1, 2). Pelvik organların herniasyonu olarak tanımlanan POP'un, Üİ ile birlikteliği sıktır ve çoğu zaman ortak bir neden olan pelvik taban yetmezliğinden kaynaklanır. Bunlar postmenopozal kadınların %41'inde mevcut patolojiler grubudur (3). Üİ'nin hastaların yaklaşık %40-60'ında POP ile birlikte olabileceği tahmin edilmektedir (4). POP, jinekoloji polikliniğine başvuran 20-59 yaş grubundaki kadınların %30'unu, elli yaş üzeri kadınların ise yarısından fazlasını etkileyen yaygın bir sağlık sorunudur (5). Her yıl tüm dünyada yapılan binlerce jinekolojik cerrahi girişimden sorumlu olan POP için sadece ABD'de yılda 400.000 operasyon uygulanmaktadır (6). Türkiye'de üroloji ve kadın hastalıkları polikliniklerine çeşitli nedenlerle başvuran kadınlarda Üİ prevalansı %35,7 olarak bildirilmiştir (7).

Üİ ve POP birlikteliği çoğunlukla parite ve vajinal doğum gibi aynı etiyolojik faktörleri de paylaşır (1, 2). Diğer bilinen risk faktörleri, yaş, obezite,

gravida, pelvik cerrahi, astım veya kabızlık gibi komorbiditeler ile bazı genetik ve yapısal özelliklerdir (8-11). Birçok kadının hayat kalitesini önemli derecede azaltan prolapsus ve inkontinanslar ciddi pelvik destek kaybının sonucu olup cerrahi tedavi gerektirir. Pelvik taban cerrahisinde amaç; hastanın pelvik organ anatomisinin rekonstruksiyonu ile yaşam kalitesinin iyileştirilmesidir (4).

Prolapsuslu hastaların yaklaşık olarak %13-82'sine üriner inkontinans eşlik ettiği bilinmektedir. Pelvik organ prolapsusu nedeni ile opere olan hastaların yaklaşık %20'sine aynı seansta inkontinans cerrahisi de uygulanabilmektedir (12). Cerrahi tedavi; vajinal, abdominal, laparoskopik ve robotik cerrahi yöntemleri ile yapılabilmektedir. Vajinal yoldan yapılan cerrahilerde abdominal yolla yapılan göre komplikasyon oranı düşük, postoperatif iyileşme süreci daha kolaydır. Buna karşılık vajinal yolun nüks oranı abdominal yola göre yüksektir (13). POP ön kompartman cerrahisinde sıklıkla kolporafi anterior (CA) kullanılır. İnkontinans operasyonları da sıklıkla sistosel defekleriyle birlikte onarıldığından üretral sfinkter

yetmezliği için TVT (tension-free vaginal tape) veya TOT (Transobturator Tape) gibi midüretal slingler kullanılır (14). Ayrıca Üİ ve POP cerrahisinde Burch kolposüspanسیون ve sakrospinöz fiksasyon (vajinal kafın desteklenmesi) gibi farklı cerrahi prosedürler de mevcuttur (15).

POP ve Üİ tedavileri maliyetli olup, cerrahi operasyonun tipine göre yatış ücreti, katater ücretleri gibi diğer masraflar eklendiğinde birey ve sağlık sistemi üzerinde ciddi ekonomik yük oluşturmaktadır. Öte yandan bazı çalışmalarda Üİ veya POP cerrahisi geçiren kadınlarda uzun dönemde novo aşırı aktif mesane, urgency veya idrar yolu retansiyonu gibi komplikasyonlar da bildirilmiştir (16, 17). Bu komplikasyonlar cerrahinin başarı şansını düşürmekle kalmayıp, tekrarlayan cerrahilere de neden olmaktadır. Gelecekte yaşlı nüfusun artmasına paralel inkontinans ve prolapsus cerrahilerinde artış ile birlikte etkin, uzun dönem sonuçları iyi, nüks oranı ve maliyeti düşük, yöntemlerin uygulanması önemlidir. Bu çalışmada amaç; bir üniversite hastanesinde üriner inkontinans ve prolapsus cerrahisi geçiren kadınların demografik ve klinik özelliklerin araştırılması, etiyolojik dağılımın ortaya konulması ve cerrahi tiplerinin retrospektif olarak değerlendirilmesidir. Çalışma sonuçlarının hem klinikte ürojinekolojik hastalıkların yönetimine ilişkin planlamalara ışık tutacağı, hem de literatürde ürojinekoloji alanında çalışan klinisyen ve akademisyenlerin çalışmalarına katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

## GEREÇ ve YÖNTEM

Çalışmaya, bir üniversite hastanesinde Üİ, POP ve Üİ+POP operasyonu geçiren kadın hastalar dahil edilmiştir. Çalışmanın örneklemini, üniversite hastanesinin sistem analiz birimine N81 (kadın genital prolapsusu), N81.1 (sistosel), N81.2 (uterovajinal prolapsus 1. Ve 2. Derece), N81.3 (uterovajinal prolapsus 3.derece), N81.8 (kadın genital prolapsusu, diğer), N39.3 (stres inkontinans), N39.4 (diğer tanımlanmış üriner inkontinans), R32(üriner inkontinans; tanımlanmamış) ICD-10 kodları ve 620921 (transobturator tape uygulaması), 620690 (burch operasyonu), 620890 (sakrokolpopeksi), 620340 (sistosel operasyonu) SUT (Sağlık Uygulama Tebliği) kodlarıyla kayıtlı beş yıllık (2017-2022) hasta verileri oluşturmuştur (18, 19).

Üniversitenin Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu'ndan onay alındıktan sonra

(21.06.2023 tarih ve 2023/21-11 sayılı), 1 Ocak 2017- 31 Aralık 2022 tarihleri arasında retrospektif olarak incelenen 137 kaydın, 17'sinin tekrarlayan girişler olduğu saptanmış ve toplamda 120 kadının verileri değerlendirilmiştir. Değerlendirilmeye alınan elektronik tıbbi kayıtlar yaş, obstetrik ve jinekolojik öykü, hastaneye başvuruda mevcut ürojinekolojik şikayetleri ve süresi, başvuru yapılan klinik, ürojinekolojik tanılar, geçirilen operasyon tipi, yatış süresi gibi parametreler yönünden analiz edilmiştir. Verilerin analizinde ortalama, yüzde ve standart sapma kullanılmıştır.

## BULGULAR

Çalışmaya dahil edilen 120 kadın hastanın yaş ortalaması  $59,63 \pm 10,66$  (min. 34- maks. 81), gravida ortalama  $3,36 \pm 2,07$  (min. 0- maks. 9) ve parite ortalama  $2,50 \pm 1,42$  (min. 0- maks. 9)'dir. Hastaların %77,5'i postmenopozal dönemdedir. Hastaların %65,8'inde kronik hastalık mevcuttur. Kadınların %24,2'sinin histerektomi ve %4,1'inin obstetrik risk faktörü mevcuttur (Tablo-1).

Kadınların %35'inin üriner inkontinans, %27,5'inin ele gelen kitle ve %26,7'sinin ise ele gelen kitle ile birlikte üriner inkontinans şikayetleri ile hastaneye başvurduğu, kadınların ortalama  $4,03 \pm 5,52$  (min. 0- maks. 25) yıldır şikayetlerinin olduğu saptanmıştır. Kadınların pelvik cerrahi öncesi %13'nün medikal tedaviden fayda görmediği, %6'sının ped ve %2'sinin pesser/vajinal halka kullandığı bulunmuştur. Kadınların yalnızca %3'üne medikal tedavi ile birlikte kegel egzersizi önerildiği tespit edilmiştir. Pelvik taban cerrahilerinin %66,7'si kadın hastalıkları kliniğinde yapılmıştır. Cerrahi nedeniyle hastanede yatış süresi ortalama  $3,42 \pm 1,33$  (min. 1-maks. 7) gündür. Kadınların %13,4'ünün tekrarlayan (nüks) pelvik operasyonları geçirdiği ve %5'inin post operatif dönemde disparoni bildirdiği saptanmıştır (Tablo-2). Son beş yıl içerisinde pelvik cerrahilerin en fazla (%29,2) 2018 yılında yapıldığı görülmüştür (Şekil-1). Üriner inkontinans ve pelvik organ prolapsus cerrahisi geçiren kadınların en sık üriner inkontinans (%28) ve sistosel (%28) tanılarını aldığı (Şekil -2) ve en çok transobturator tape (TOT) (%38,3) ve sakrokolpopeksi (%12,5) operasyonu olduğu belirlenmiştir (Şekil-3).

**Tablo-1.** Üİ ve POP cerrahisi geçiren kadınların sosyodemografik özellikleri (n=120).

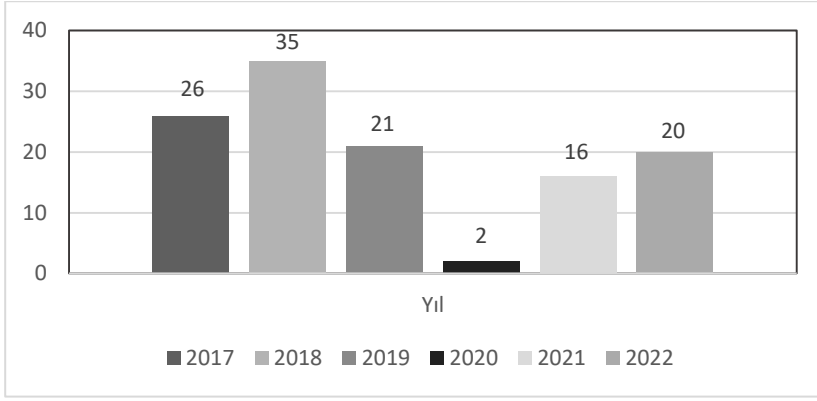
	Min-Maks.	Ort±SS
<b>Yaş</b>	34-81	59,63±10,66
<b>Gravida</b>	0-9	3,36±2,07
<b>Parite</b>	0-9	2,50±1,42
	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Histerektomi öyküsü</b>		
Hayır	91	75,8
Evet	29	24,2
<b>Kronik hastalık varlığı</b>		
Hayır	41	34,16
Evet*	79	65,84
<b>Sigara kullanımı</b>		
Hayır	117	97,5
Evet	3	2,5
<b>Menstrüal durum</b>		
Postmenopoz	93	77,5
Cerrahi menopoz	3	2,5
Premenopoz	4	3,3
Menstrüasyon (düzenli)	14	11,7
Menstrüasyon (düzensiz)	6	5,0
<b>Obstetrik risk faktörleri</b>		
Hayır	115	95,84
Evet	5	4,16

\*Diabetes Mellitus (n=34), Hipertansiyon (n=48), \*\*Distosi (n=2), Perineal laserasyon (n=2), Makrozomik bebek (n=1)

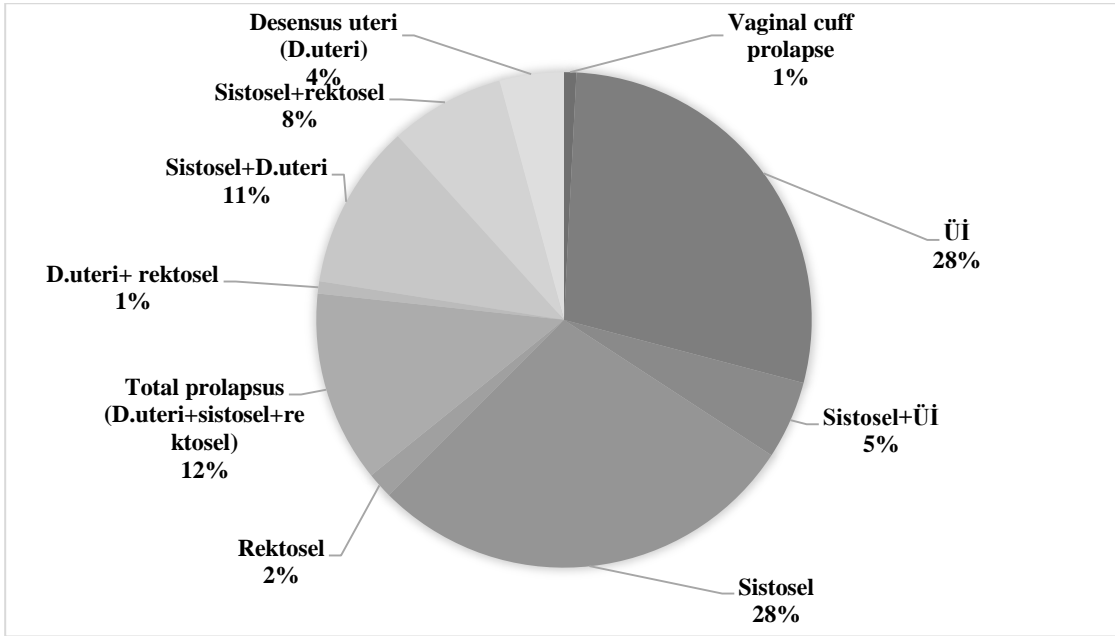
**Tablo-2.** Üİ ve POP cerrahisi geçiren kadınların ürojinekolojik özellikleri (n=120)

	n	%
<b>Hastaneye başvuru şikayetleri</b>		
Üriner inkontinans	42	35,0
Perinede ele gelen kitle	33	27,5
Perinede ele gelen kitle+ üriner inkontinans	32	26,7
Alt üriner sistem semptomları	7	5,8
Ürojinekolojik şikayet dışında başvuru	6	5,0
<b>Başvuru yapılan klinik</b>		
Kadın hastalıkları ve doğum	80	66,7
Üroloji	40	33,3
<b>Geçirilmiş pelvik taban cerrahisi öyküsü</b>		
Hayır	104	86,6
Evet	16	13,4
<b>Geçirilmiş pelvik taban cerrahi tipleri (n=16)</b>		
TOT	5	31,3
Sistosel onarımı	3	18,8
Burch operasyonu	2	12,5
CAP	2	12,5
CA	1	6,2
Sakrokolpopeksi	1	6,2
Sakrokolpopeksi+Burch+CP	1	6,2
Sakrospinöz fiksasyon	1	6,2
	<b>Min.- Maks.</b>	<b>Ort±SS</b>
<b>Hastaneye başvuru şikayetlerinin süresi (yıl)</b>	0-25	4,03±5,52
<b>Hastanede yatış süresi (gün)</b>	1-7	3,42±1,33

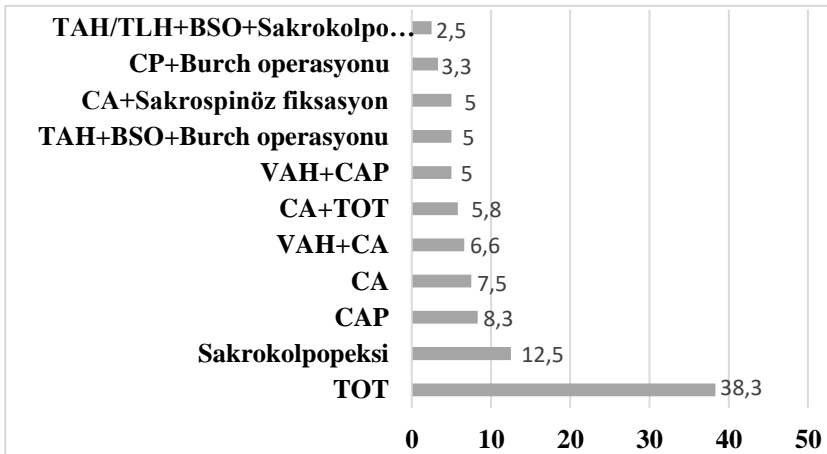
TOT: Transobturator tape, CA: Kolporafi anterior, CAP: Kolporafi anterior-posterior, CP: Kolporafi posterior



Şekil-1. Üİ ve POP cerrahilerinin yıllara göre dağılımı (n=120).



Şekil-2. Üİ ve POP cerrahisi geçiren kadınların ürojinekolojik tanıları (n=120).



Şekil-3. Üİ ve POP cerrahisi geçiren kadınların cerrahi tipleri (n=120)

BSO: Bilateral Salpingooferektomi, CA: Kolporafi anterior, CAP: Kolporafi anterior-posterior, CP: Kolporafi posterior, TAH: Total abdominal histerektomi, TLH: Total laparoskopik histerektomi, TOT: Transobturator tape, VAH: Vajinal histerektomi.

## TARTIŞMA

Retrospektif olarak yürütülen bu çalışmada bir üniversite hastanesinde üriner inkontinans ve pelvik organ prolapsus cerrahisi geçiren kadınların verileri incelenmiştir. Pelvik taban cerrahisi POP ve Üİ gibi pelvik taban disfonksiyonlarının (PTD) tedavisinde uygulanan cerrahilerin bütünüdür. Üİ ve POP prevalansı yaşla birlikte artmakta ve en yüksek oranda postmenopozal kadınlarda görülebilmektedir (20). Çalışmamızda POP ve Üİ cerrahisi geçiren kadınların yaş ortalaması 59,63±10,66 olup, çoğunluğunun postmenopozal dönemde olduğu belirlenmiştir. Literatürde Hullfish ve ark. çalışmasında PTD cerrahisi geçiren kadınların yaş ortalamasının 65,4±11,5 ve çoğunluğunun postmenopozal dönemde olduğu bulunmuştur (21). Krishna ve ark. Üİ ve POP cerrahisi geçiren kadınlarla yürüttükleri çalışmada kadınların yaş ortalaması 64,2'dir (22). Mattson ve ark. Finlandiya'da POP cerrahisinin sağlıkla ilgili yaşam kalitesini ülke çapında inceledikleri bir kohort çalışmasında POP cerrahisi geçiren kadınların yaş ortalaması 63,3 olarak belirlenmiştir (23). Ülkemizde Orhan ve Aslan'ın POP nedeni ile ürojinekoloji polikliniğine başvuran hastalarla yürüttükleri çalışmada kadınların yaş ortalaması ise 56,5 olup, çoğunun (%67,9) menopozda olduğu belirlenmiştir (24). Çalışmalarda PTD cerrahisi geçiren kadınların yaş ortalamalarının 56-65 arasında değişmekte olup, bulgularımız literatüre benzer niteliktedir. Her ne kadar PTD prevalansının yaşla birlikte arttığı bilinse de, yaşlılığın doğal bir sonucu olarak algılanmamasına yönelik kadınlarda farkındalık oluşturulması ve risk altındaki bu gruba eğitim ve danışmanlık verilmesi önemlidir.

PTD' nin risk faktörlerinden biri de geçirilmiş histerektomi operasyonudur. Histerektomi ameliyatı, pelvik taban yapılarına ve pelvik organları besleyen sinirlere zarar verebilmekte, pelvik organların anatomik bağlantılarında değişikliklere neden olarak instabiliteye yol açabilmektedir (25). Çalışmamızda pelvik taban cerrahisi geçiren hastaların dörtte birine yakınında geçirilmiş histerektomi öyküsü bulunmaktadır. Hullfish ve ark. çalışmasında PTD cerrahisi geçiren kadınların yaklaşık üçte ikisinin daha önce histerektomi geçirdiği belirlenmiştir (21). Bir başka çalışmada, Banas ve ark. POP ve Üİ cerrahisi geçiren her on kadından birinde histerektomi öyküsü mevcuttur (17).

Çalışmamızda PTD cerrahisi geçiren kadınlarda histerektomi varlığı literatürü desteklemekle birlikte histerektomi oranındaki farklılığın örneklem büyüklüğüne ve özelliklerine bağlı değişkenlik gösterdiğini düşünmekteyiz. Dolayısıyla histerektomi operasyonu sonrasında kadınların PTD açısından takip edilmesi ve önlenmesine yönelik girişimlerin planlanması önemlidir.

Üİ ve POP cerrahisi geçiren kadınların retrospektif olarak incelendiği çalışmamızda kadınların daha fazla Üİ, daha az oranda POP şikayetiyle polikliniklere başvurduğu, en fazla Üİ ve sistosel tanılarını aldığı belirlenmiştir. Kadınların ürojinekolojik şikayetlerinin başlamasından sağlık kuruluşuna başvurana kadar geçen sürenin ortalama dört yıl olduğu görülmüştür. Ülkemizde, jinekoloji polikliniğine başvuran geriatrik hastalarla yürütülen bir çalışmada postmenopozal kadınların polikliniğe en sık başvuru sebepleri sırasıyla sistosel, Üİ ve uterin prolapsus olarak belirlenmiştir (26). Ürojinekolojik cerrahi vakalarının etiyojik dağılımının incelendiği bir başka çalışmada, kadınlarda çoğunlukla stres üriner inkontinans (SÜİ), daha az oranlarda POP ve takiben POP+Üİ cerrahilerinin yapıldığı belirlenmiştir (27). Kadınlarda POP semptomları ile ürojinekoloji kliniğine başvuru süreleri arasındaki ilişkinin incelendiği çalışmada da hastaların neredeyse yarısının (%42,7) semptomlar başladıktan 1-3 yıl içerisinde bir doktora başvurduğu bulunmuştur (24). Bilgiç ve ark. çalışmasında kadın hastaların çoğu ilk Üİ semptomlarından 1-6 yıl sonra tıbbi bakıma başvurmuştur (28). Çalışma bulgularımızdan kadınların kliniğe başvuru şikayetlerinin ve başvuru sürelerinin literatüre benzer olduğu görülmektedir. Kadınların sağlık kuruluşuna başvurularının gecikmesinin, Üİ ve POP semptomlarının yaşla birlikte normalleştirilmesi, kişilerin nereye başvuracaklarını bilememesi, semptomlardan rahatsızlık duymaması ya da kendi kendine birtakım geçici yöntemlerle (ped kullanma, su içmeyi azaltma vb) semptomlarla baş etmek istemelerinden kaynaklanabilir.

Pelvik taban cerrahisinde tekniğin seçimi hastanın şikayeti, muayenesi, yaşı, beklentisi, cinsel hayatı, yaşam kalitesi ve isteği göz önüne alınarak yapılmaktadır (29). Çalışmamızda pelvik cerrahi tiplerinden en fazla transobturator tape (TOT) ve sakrokolpopeksi operasyonlarının

yapıldığı saptanmıştır. Literatürde SÜİ' li kadınlar için birinci basamak cerrahi tedavide yeni bir altın standart olan retropubik veya transobturator yaklaşımla yerleştirilen sentetik midüretal sling operasyonları bildirilmiştir (30). Bulgularımıza paralel olarak, Bağbancı ve Dadallı'nın çalışmalarında kadın üroloji kliniğinde en fazla TOT operasyonun yapıldığı hatta SÜİ olan hastaların tamamına TOT uygulandığı belirlenmiştir (27). Pham ve ark. nın çalışmasında da POP cerrahisi olan kadınların en çok (%35) sakrokolpopeksi operasyonunu geçirdiği bulunmuştur (31). Günümüzde bu operasyonlar kolay uygulanması, güvenli oluşu ve uzun dönem sonuçlarının başarılı olması nedeniyle en sık kullanılan yöntemdir (32).

Çalışmamızda kadınların pelvik cerrahi nedeniyle hastanede yatış süresi ortalama 3,5 gün olarak belirlenmiştir. Çalışma bulgumuz, literatürde Üİ ve POP cerrahisi geçiren kadınlarda bildirilen ortalama 1,2-2,4 günlük yatış süresinden yüksek bulunmuştur (33-35). Bu farklılığın, popülasyonun yaş ve kronik hastalık gibi demografik değişkenlikler ile farklı cerrahi tiplerinin uygulanmasından kaynaklandığını düşünmekteyiz. Cerrahiye bağlı hastanede yatış süresinin uzaması hastane enfeksiyonu ve tedavi maliyetini açısından önemlidir (36).

Üİ, POP, fekal inkontinans, kronik pelvik ağrı ve cinsel disfonksiyon sorunlarıyla ilgilenen ürojinekoloji alanında hem kadın doğum hem de üroloji hekimleri çalışabilmektedir. Çalışmamızda kadınların yarısından fazlası ürojinekolojik şikayetleri için kadın hastalıkları ve doğum hekimlerine başvurmuşlardır. Bulgularımıza benzer şekilde, ülkemizde Çetinel ve ark.nın, Üİ prevalansı ve yardım arama davranışını değerlendirdikleri çalışmalarında da kadınların çoğu (%62,8) kadın hastalıkları ve doğum polikliniklerine başvurmuşlardır (7). Hastaların POP ve Üİ cerrahisi için çoğunlukla kadın hastalıkları ve doğum birimini tercih etmeleri ürojinekolojik semptomları kadınsal bir rahatsızlık olarak algılamalarından kaynaklanabilmektedir.

Çalışmamızda yaklaşık her on kadından birinin tekrarlayan pelvik cerrahi geçirdiği saptanmıştır. Hullfish ve ark.nın çalışmasında da PTD cerrahisi geçiren kadınların üçte birinden fazlasının öncesinde pelvik cerrahi geçirdiği bulunmuştur (21). Antiinkontinans ve prolapsus cerrahilerinin başarısının hastanın menopoz durumu ya da eş zamanlı başka bir jinekolojik operasyon geçirme durumlarından etkilendiği düşünülmektedir (37).

Çalışmada pelvik cerrahi geçiren 6 kadının (%5) disparoni bildirdiği saptanmıştır. Taner ve ark. çalışmasında prolapsus cerrahisi geçiren 7 olguda disparoni bildirilmiştir (38). Srikrishna ve ark. POP ve Üİ cerrahisi geçiren hastalarda %7 oranında düşük bir disparoni oranı bildirmişlerdir. Çalışma bulgumuz, literatüre benzerlik göstermektedir. POP veya Üİ olan kadınlarda ileri yaş ve menopozla birlikte cinsel disfonksiyon görülme sıklığının da arttığı bilinmektedir. Özellikle kolpografi posterior (CP) gibi bazı pelvik cerrahilerin vajeni daraltarak disparoni sıklığını artırdığı bildirilmiştir (15). Kayıtlarda kadınların cinsel olarak aktif olup olmadığı bilgisi bulunmamakla birlikte operasyon öncesinde ve sonrasında cinsel yaşamın sorgulanmasının önemli olduğunu düşünmekteyiz.

Güncel rehberler PTD' de cerrahi tedaviye başlamadan önce cerrahi olmayan tedavilerin denenmesini önermektedir (39). Özellikle pelvik taban kas egzersizleri/ kegel egzersizlerinin Üİ tüm tiplerinde birinci basamak tedavi seçeneği olarak en az 3 ay uygulanması gerektiği vurgulanmaktadır (40). Çalışmamızda kayıtlara göre kadınlara pelvik cerrahi öncesinde çoğunlukla medikal tedavi verildiği, yalnızca iki kadına medikal tedavi ile birlikte Kegel egzersizinin önerildiği belirlenmiştir. Konservatif yaklaşımının daha az kullanılması çalışmanın yürütüldüğü hastanenin hasta yoğunluğunun fazlalığı ve polikliniklerde hekim, fizyoterapist, hemşire gibi multidisipliner hizmetin yoksunluğundan kaynaklanabilir.

## SONUÇ

Kadınlar ortalama dört yıl sonra ürojinekolojik semptomlarla hastaneye başvurmuşlar ve üçte birinden fazlası Üİ, dörtte biri ve/veya prolapsus tanısı almıştır. Ağırlıklı olarak TOT cerrahisi uygulanmıştır. Yaklaşık her beş kadından birinin tekrarlayan ürojinekolojik cerrahi geçirdiği belirlenmiştir. Düşük oranda operasyon sonrası dönemde disparoni bildirilmiştir. Ürojinekolojik hasta yönetiminde kılavuzların önerdiği konservatif tedavi yaklaşımların çok az kullanıldığı görülmüştür.

Pelvik taban cerrahilerinin maliyetleri operasyonun türüne göre değişmekle birlikte yatış ücreti, medikal tedaviler, katater ücretleri gibi diğer masraflar eklendiğinde birey ve sağlık sistemi üzerinde ciddi ekonomik yük oluşturmaktadır. Bu yükü azaltmak için POP ve Üİ gibi PTD'nin iyileştirilmesinden çok önlenmesi

gerekmektedir. Kadın sağlığı alanında çalışan sağlık profesyonellerinin reproduktif dönemden başlayarak postmenopozal döneme kadar risk altındaki tüm kadınlara multidisipliner yaklaşımla gebelik ve doğumda pelvik tabanı koruması, ürojinekolojik cerrahi öncesi ve sonrası yaşam tarzı davranışlarını öğretmesi ve hastaları konservatif tedavi yaklaşımlarına yönlendirmesi

gibi konularda uygulayıcı, eğitici ve danışmanlık rollerini yerine getirmesi önerilmektedir. Veri kayıtlarının daha kapsamlı tutulması ve takip edilmesinin sağlık çalışanlarının planlamalarına yol göstereceği düşünülmektedir.

**Çıkar çatışması:** Yazarlar çalışmada herhangi bir finansal destek kullanmamış olup yazarlar arasında çıkar çatışması bulunmamaktadır.

## Kaynaklar

1. Rubilotta E, Balzarro M, D'Amico A, et al. Pure stress urinary incontinence: analysis of prevalence, estimation of costs, and financial impact. *BMC Urol* 2019;19(1):44. <https://doi.org/10.1186/s12894-019-0468-2>
2. Hakimi S, Aminian E, Mohammadi M, et al. Prevalence and Risk Factors of Urinary/Anal Incontinence and Pelvic Organ Prolapse in Healthy Middle-Aged Iranian Women. *J Menopausal Med* 2020;26(1):24–8. <https://doi.org/10.6118/jmm.19201>
3. Miller KL, Baraldi CA. Geriatric gynecology: Promoting health and avoiding harm. *Am J Obstet Gynecol* 2012; 207(5): 355-67
4. Maher C, Feiner B, Baessler K, et al. Surgical management of pelvic organ prolapse in women. *Cochrane Database Syst Rev* 2013;30(4):CD004014. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD004014>
5. Seven M, Akyuz A, Acikel CH. Ürogenital Prolapsus Yaşam Kalitesi Ölçeğinin Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması. *TAF Prev Med Bull* 2008;7(4):317-22.
6. Olsen A.L, Smith V.J, Bergstrom J.D, et al. Epidemiology of surgically managed pelvic organ prolapse and urinary incontinence *Obstet Gynecol*,1997;89:501-06
7. Çetinel B, Demirkesen O, Tarcan T, Yalcin O. et al. Hidden female urinary incontinence in urology and obstetrics and gynecology outpatient clinics in Turkey: What are the determinants of bothersome urinary incontinence and help-seeking behavior? *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct* 2007;18(6):659-64.
8. Rodríguez-Mias NL, Martínez-Franco EM, Aguado J, et al. Pelvic organ prolapse and stress urinary incontinence, do they share the same risk factors? *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2015;190:52–7. <https://doi.org/10.1016/j.ejogrb.2015.04.015>
9. Vergeldt TFM, Weemhoff M, Int'Hout J, et al. Risk factors for pelvic organ prolapse and its recurrence: a systematic review. *Int Urogynecol J* 2015;26(11):1559–73. <https://doi.org/10.1007/s00192-015-2695-8>
10. Dicipinigitis PV. Prevalence of stress urinary incontinence in women presenting for evaluation of chronic cough. *ERJ Open Res* 2021;7(1):00012–2021. <https://openres.ersjournals.com/content/7/1/00012-2021>
11. Allen-Brady K, Cannon-Albright LA, Farnham JM, et al. Evidence for pelvic organ prolapse predisposition genes on chromosomes 10 and 17. *Am J Obstet Gynecol* 2015;212(6):771.e1–7. <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2014.12.037>
12. Brown JS, Waetjen LE, Subak LL. et al. Procedures for pelvic organ prolapse in the United States. *Am J Obstet Gynecol* 2002; 186:712-16.
13. Yalçın Ö. Pelvik Organ Prolapsusu. İn: Pelvik Taban Disfonksiyonu Tanı, Tedavi ve Bakımda Hemşirelere Yönelik Güncel Yaklaşımlar. Ed. Beji NK, Çayır G. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri; 2020: 64-5.
14. Walters MD, Paraiso MF. Anterior vaginal wall prolapse: Innovative surgical approaches. *Review. Cleve Clin J Med.* 2005;72(4):S20-7.
15. Yıldız Ç, Akkar-Bozoklu Ö, Karakuş S, Korğalı E. Kadınlarda pelvik cerrahi sonrası cinsel yaşam. *Androloji Bülteni*, 2015;17(60), 56-9.
16. Zhang Y, Song X, Mao M, Kang J, Ai F, Zhu L. Tension-free vaginal tape for the treatment of stress urinary incontinence: a 13-year prospective follow-up. *Journal of Minimally Invasive Gynecology* 2019;26(4): 754-59.
17. Banas J, Jankiewicz K, Rechberger T, Kołodyńska A, Bogusiewicz M. Outcome of transobturator sling for treatment of female stress urinary incontinence applied as a single procedure or concomitantly with pelvic organ prolapse surgery. *Annals of Agricultural and Environmental Medicine* 2023;30(1): 190-94.
18. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) ICD 10; 2016. Erişim tarihi: 28.06.2023. Erişim adresi: [http://www.who.int/occupational\\_health/publications/en/oehicd10.pdf](http://www.who.int/occupational_health/publications/en/oehicd10.pdf)



19. T.C Sosyal Güvenlik Kurumu (SGK) Sağlık Uygulama Tebliği (SUT), 2022. Erişim tarihi: 28.06.2023. Erişim adresi: <https://www.sgk.gov.tr/Duyuru/Detay/27072022-SUT-Degisiklik-Tebliği-Islenmis-Guncel-2013-SUT-2022-07-27-05-04-57>
20. Mironska E, Chapple C, MacNeil S. Recent advances in pelvic floor repair. 2019; F1000Res, 8. <https://doi.org/10.12688/f1000research.15046.1>
21. Hullfish KL, Bovbjerg VE, Steers WD. Patient-centered goals for pelvic floor dysfunction surgery: long-term follow-up. American journal of obstetrics and gynecology 2004;191(1): 201-5.
22. Srikrishna S, Robinson D, Cardozo L, Thiagamorthy G. Patient and surgeon goal achievement 10 years following surgery for pelvic organ prolapse and urinary incontinence. International Urogynecology journal. 2015; 26: 1679-86.
23. Mattsson NK, Karjalainen P, Tolppanen AM. Pelvic organ prolapse surgery and quality of life—a nationwide cohort study. Am J Obstet Gynecol 2020; 222: 588.e1-10.
24. Orhan A, Aslan K. Pelvik Organ Prolapsusunda Semptomlar ile Kliniğe Başvuru Süreleri Arasındaki İlişki. Osmangazi Tıp Dergisi 2020;42(5): 532-540.
25. Nygaard I, Barber MD, Burgio KL, Kenton K, Meikle S, Schaffer J, Spino C, et al. Prevalence of symptomatic pelvic floor disorders in US women. JAMA. 2008;300(11):1311–16. <https://doi.org/10.1001/jama.300.11.1311>
26. Güvey H. Jinekoloji Polikliniğine Başvuran Geriatrik Hastalardaki Problemlerin Premenapozal Dönemdeki Hastalarla Kıyaslanması. Konuralp Medical Journal 2020;12(1), 144-47.
27. Bagbanci S, Dadalı M. Orta yoğunluklu bir üroloji kliniğinde ürojinekolojik cerrahi vakalarının etiyolojik dağılımı; Beş Yıllık Retrospektif Bir Analiz. Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi Tıp Dergisi 2017; 50(2):62-7.
28. Bilgiç D, Kizilkaya Beji N, Ozbas A, Çavdar İ, Aslan E, Yalcin O. Coping and help-seeking behaviors for management of urinary incontinence. LUTS: Lower Urinary Tract Symptoms 2017;9(3): 134-41.
29. Adelowo AO, O'Neal E, Hota LS. Underlying Factors Contributing to the Delay in Patients Seeking Care for Pelvic Floor Dysfunction. J Clin Trials 2014;4: 174.
30. Cox A, Herschorn S, Lee L. Surgical management of female SUI: is there a gold standard?. Nature Reviews Urology 2013;10(2): 78-89.
31. Pham T, Kenton K, Mueller E, et al. New pelvic symptoms are common after reconstructive pelvic surgery. Am J Obstet Gynecol 2009;200: 88.e1-88.e5.
32. Alkış O, Zümrütbaş AE, Özlülerden Y, Aybek Z. Ayarlanabilir orta üretra askı ameliyatı sonrası cilt ve vajinal erozyon. Pam Tıp Derg 2014;7(3): 230-33.
33. Bandarian M, Ghanbari Z, Asgari A. Comparison of transobturator tape (TOT) vs Burch method in treatment of stress urinary incontinence, Journal of Obstetrics and Gynaecology 2011;31:6: 518-20. DOI:10.3109/01443615.2011.578776
34. Sharma JB, Thariani K, Kumari R, Kaur T, Uppal B, Pandey K, Dalal V. Short and long term follow up and efficacy of trans obturator tape for management of stress urinary incontinence. Journal of Obstetrics and Gynaecology of India 2021;71(3): 285–91. <https://doi.org/10.1007/s13224-020-01398-2>
35. Shah AD, Kohli N, Raja, SS. et al. The age distribution, rates, and types of surgery for pelvic organ prolapse in the USA. Int Urogynecol J. 2008;19,421–28. <https://doi.org/10.1007/s00192-007-0457-y>
36. Eryavuz AK, Özdemir M, Üçdoğru Ş. Türkiye'de Hastanede Yatış Süresini Etkileyen Demografik Özelliklerin Sayma Verisi Modelleriyle İncelenmesi. Eurasian Econometrics Statistics & Empirical Economics Journal. 2022;17–29. <https://doi.org/10.17740/eas.stat.2016-V4-02>
37. Karataş A, Duran B, Özlü T, Koç Ö, Dönmez ME, Güler A. Transobturator tape uygulanan olgularda tedavi başarısının değerlendirilmesi. Journal of Turkish Society of Obstetrics & Gynecology 2014; 11(2): 115 – 18.
38. Taner CE, Şenyuva İ, Camuzcuoğlu A, Karanfil C. Genital Prolapsuslarda Sakrokolpopeksi Sonuçları. Nobel Med 2009; 5(1): 14-8.
39. Medina CA, Costantini E, Petri E, Mourad S, Singla A, Rodríguez-Colorado, et al. Evaluation and surgery for stress urinary incontinence: A FIGO working group report. Neurourol Urodyn 2017; 36(2): 518-28.
40. Dökmeçi F. Kadınlarda İzlenen Üriner İnkontinans: Uluslararası Kılavuzlar Işığında Güncel Yönetim. Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası 2017; 70(3): 187-93.