



## SERVİKS VE OVERLERİN KORUYARAK YAPILAN HİSTEREKTOMİNİN SEKSÜEL FONKSİYONLAR ÜZERİNDEKİ ETKİSİ

### THE EFFECT OF CERVIX AND OVARY SPARING HYSTERECTOMY ON SEXUAL FUNCTIONS

Erdal YERMEZ<sup>1</sup>

Esra Bahar GÜR<sup>1</sup>

İbrahim SEKÜ<sup>1</sup>

Seçil KURTULMUŞ<sup>1</sup>

Hayal BOYACIOĞLU<sup>2</sup>

<sup>1</sup>SSK Ege Doğumevi ve Kadın Hastalıkları Eğitim Hastanesi, Yenışehir, İZMİR

<sup>2</sup>Ege Üniversitesi Fen Fakültesi İstatistik Bölümü, Bornova, İzmir

**Anahtar sözcükler:** uterus, serviks, over, histerektomi, seksüel fonksiyonlar

**Key words :** uterus, cervix, ovary, hysterectomy, sexual functions

**Amaç:** Çalışmamızın amacı, histerektomide serviksin ve overlerin korunmasının, seksüel fonksiyonlara etkisini belirlemektir.

**Materyal ve Metod:** Çalışmamız SSK Ege Doğumevi ve Kadın Hastalıkları Hastanesinde subtotal histerektomi (STH), total abdominal histerektomi (TAH) ve total abdominal histerektomi ve bilateral salpingooferektomi (TAH+BSO) uygulanıp hormon replasman tedavisi (HRT) alan hastalar üzerinde uygulanmıştır. Adres kayıtlarına ulaşılan ve çalışmaya katılmayı kabul eden hastalara, pre-postoperatif seksüel fonksiyonu değerlendirmek amacıyla hazırlanan anket formu uygulandı. Sonuçlar, STH ve TAH ile TAH ve TAH+BSO grupları arasında karşılaştırılma yapılarak değerlendirildi.

**Sonuçlar:** Anket çalışmasına katılan 32'si STH, 34'ü TAH ve 30'u TAH+BSO geçmiş hasta, verdikleri cevaplarla değerlendirildi. Her üç grup arasında demografik özelliklerde fark yoktu. TAH uygulanan hastalarda, STH olanlara kıyasla, orgazm, çoklu orgazm ve koital sıklık ile tüm seksüel yeterlilik daha kötü idi ( $p=0.024$ ,  $p=0.012$ ,  $p=0.032$  ve  $p=0.003$  sırasıyla). TAH+BSO grubu ile TAH grubu arasında ise, sadece postoperatif libidoda değişim konusunda, TAH grubu lehine anlamlı fark elde edildi ( $p=0.014$ ).

**Tartışma:** Çalışmamızın sonuçları, serviksin ve overlerin korunmasının seksüel fonksiyonlara olumlu etkileri olduğu yönündedir. Ancak, objektif değerlendirmenin ve sağlıklı analiz yapabilmenin oldukça güç olduğu bu konuda, kesin yargıya varabilmek için daha çok kontrollü çalışmaya ihtiyaç vardır.

### SUMMARY

**Aim:** The aim of our study was to assess the effect of cervical and ovarian protection during hysterectomy on sexual functions.

**Material and methods:** Study group consisted of patients who had undergone subtotal hysterectomy (STH), total abdominal hysterectomy (TAH) or total abdominal hysterectomy and bilateral salpingoophorectomy (TAH+BSO); and received hormonal replacement therapy (HRT) in our maternity hospital. An inquiry form was prepared to determine pre- and postoperative sexual functions and was applied to patients in whom address informations could be reached and to whom approved join the study. The results were assessed by making comparison between the groups of STH and TAH, TAH and TAH+BSO. There were no demographic differences between the three groups. In the patients who undergone TAH; orgasm, multiple orgasm, coital frequency and whole sexual sufficiency scores were worse than the patients who had undergone STH ( $p=0.024$ ,  $p=0.012$ ,  $p=0.032$  and  $p=0.003$ ; consecutively).

Yazışma adresi: Erdal ERYEMEZ, SSK Ege Doğumevi ve Kadın Hastalıkları Eğitim Hastanesi, Yenışehir, İzmir  
Makalenin geliş tarihi, 24.12.2004 ; Kabul tarihi 27.02.2004

*The only statistically significant difference between TAH+BSO and TAH groups was in postoperative libido changes and it was better in TAH group (p= 0.014).*

*Discussion : Results of our study shows that protecting cervix and ovaries during hysterectomy has positive effects on sexual functions. Larger prospective studies are needed on this subject which is hard to make objective assessment to make certain decisions.*

## GİRİŞ

Histerektomi tüm dünyada ve ülkemizde en çok uygulanan jinekolojik operasyondur (1). Teknik olarak infraserikal (total) ve supraserikal (subtotal) olarak uygulanabilmekle beraber, en yaygın olanı tüm dünyada total olanıdır (2,3). Subtotal histerektomi, daha az operasyon süresi, daha az kan kaybı ve daha az ürojinekolojik travma avantajı sağlarken, bırakılan servikal dokunun malign potansiyeli, jinekologlar için tereddüt konusu olmaktadır (4-10). Özellikle rutin jinekolojik kontrol bilincini gelişmediği toplumlarda, bu tereddüt birçok hekimi TAH' a yöneltmektedir. Yaygın olan bu eğilime karşın, "organ koruyucu cerrahi" kavramını giderek taraftar bulmasıyla son zamanlarda STH tekrar tartışılmaya başlanmıştır (5,6). Tartışmalar, pek çok soruyu da beraberinde getirmiştir: Acaba uzun dönemde hastanın seksüel fonksiyonları ve yaşam kalitesi üzerinde, seçtiğimiz operasyon şeklinin etkisi ne olmaktadır? Servikal dokunun seksüel fonksiyonlara etkisi var mıdır? Serviksini çıkarılması seksüel fonksiyonları ne derece etkilemektedir? Bu soruların yanı sıra altı yılda STH gerçekten avantajlı mıdır ve önerilmeli midir? Aslında, serviksini seksüel fonksiyonlar üzerindeki etkisini açıklamaya çalışan teoriler yeni değildir. 1960' lardan beri orgazm sırasıyla fundal kontraksiyonlarla, heyecanlanma ve plato fazları, alt uterin segmentlerin de progresif olarak etkilendiği gösterilmiştir (11). Sonrasında meydana gelen servikal dilatasyonu, kadında seksüel cevapla ilişkili bulunmuştur. Yine bilinmektedir ki, internal orgasm başarma yeteneği, Frankenhauser' in uterovajinal (servikal) pleksusunun sinir uçlarını stimülasyonu ile olmaktadır. TAH operasyonu sırasında serviksini eksizyonu genellikle bu pleksusun major parçasını kaybı ile sonuçlanır. Bu pleksus, serviksi çevreleyen afferent sinir liflerinden oluşmaktadır. Serviksini stimülasyonu, zevk veren bir duyunun oluşmasını sağlayarak, orgazm gelişimine katkıda bulunur (6,12). Bununla beraber orgazm, genital yapıları, sağlıklı işleyen nöronal ve vasküler bağlantılar ile endokrin sisteme verdiği ve psikolojik faktörlerden de büyük ölçüde etkilenen karmaşık bir cevaptır. Bu karmaşık süreçte her bir faktörün etki düzeylerini belirlemek hayli güçtür. Histerektominin seksüel fonksiyon üzerindeki etkilerini araştırılan çok sayıda çelişkili sonuçları olan çalışma vardır.

Bazı çalışmalarda total abdominal histerektomi sonrası seksüel cevapta ölçülebilir bir düşüş gözlenmişken, bazı çalışmalarda da seksüel fonksiyonların histerektomiden sonra düzeldiği saptanmıştır (13-19). Histerektomiden sonra düzelen seksüel fonksiyonları açıklayan bir sezgisel mekanizma, uterin patolojinin ( fibroidler, adenomyozis gibi

) düzelmesi ile bundan kaynaklanan disparenin ortadan kalkması olabilir (20). Bununla beraber farklı histerektomi tiplerinin seksüel fonksiyonlara etkisini inceleyen ve ortaya koymayı başaran çalışma sayısı gerçekten azdır. Çalışmamızın amacı her iki histerektomi şekline göre hastaların seksüel fonksiyonlarını incelemek ve operasyon öncesi ile karşılaştırmaktır. Çalışmamızla ortaya koymayı amaçladığımız bir diğer konu, aynı yaş grubu ve demografik özelliklere sahip hastalardan, TAH uygulananlar ile TAH+BSO uygulanan hormon replasman tedavisi alan hasta grubunun seksüel fonksiyonlarını irdelemek olmuştur. TAH endikasyonu bulunan ve yaş grubu 40-48 arasında yer alan hastaların operasyonuna ooforektominin eklenip eklenmeyeceğinin belirlenmesi jinekologlar arasında tartışılan bir konudur. Tartışmaları odak noktası, " STH mi?-TAH mı ?" tartışması ile aynıdır. Tartışmanın bir tarafında, organ koruyucu cerrahiye savunular, ooforektomi sonrası HRT ile telafi edilemeyecek fonksiyon kaybı olduğunu savunurken, diğer tarafta, bırakılacak overlerin malign potansiyeli, hekimleri ooforektomiden yana tavır koymaya itmiştir (20-24). Biz çalışmamızda TAH+BSO uygulanan HRT alan grup ile, overlerin bulunduğu TAH grubu arasında postoperatif seksüel işlev farkı olup olmadığını incelemeyi amaçladık.

## METERYAL VE METOD

SSK Ege Doğumevi ve Kadın Hastalıkları Eğitim Hastanesi' nde 1 Ocak 2000 ve 31 Aralık 2002 tarihleri arasında TAH ve STH uygulananlar ile TAH+BSO uygulanan HRT alan hastalar çalışma kapsamına alındı. Kanser tanısı almış olanlar (jinekolojik, nonjinekolojik), diabetes mellitus, kronik pelvik ağrı, endometriozisi, nörolojik veya psikiyatrik hastalığı, alkol yada madde bağımlılığı ve seksüel fonksiyonları etkilediği bilinen ilaç kullanımı olan hastalar çalışmaya alınmadı. Çalışmaya kabul ettiğimiz hastalarda olmamasına dikkat ettiğimiz bir diğer patoloji, seksüel isteksizlik sendromu oldu. Seksüel isteksizlik sendromu, DSM-IV-TR kriterlerine göre, sürekli yada geçici seksüel fantazi ve istek kaybı durumunun, psikiyatrik hastalık, alkol yada madde bağımlılığı yada medikal durum bozukluğu olmaksızın meydana gelmesi ve bu durumun yaşam kalitesini bozması olarak tanımlanır (12). Ayrıca iletişim güçlüğü olanlar, yaş değişkeninin seksüel fonksiyonları etkilediği düşünülerek homojen bir hasta grubu elde etmek amacıyla 50 yaşın üstündeki hastalar, iletişimi kolaylaştırmak ve elde edilen bilgilerin kalitesini yükseltmek amacıyla evli olmayanlar ile birden çok cinsel partnere sahip olanlar çalışma kapsamına alınmadı. Histerektomi uygulanan 156 hasta çalışma kapsamına alındı. Bunlardan sadece 118

hasta çalışma kriterlerine uygunluk gösterdi. 22 hastanı n ise kartlardan adreslerine ulaşı lamadı . Sonuç olarak, anket çalı şmamız 96 hasta üzerinde uygulandı . Hastalardan 32' sine STH, 34' üne TAH ve 30' una TAH+BSO uygulanmı ştı . TAH+BSO grubundaki hastaları n tümü, analiz kolaylı ğı sağlamak için HRT alan ve yaş grubu itibariyle diğer iki gruba benzer hastalardan seçildi. HRT hastalara postoperatif 1. ayda başlanmı ştı . Çalı şma öncesi tüm hastalar çalı şmaya gönüllü olarak katıldı kları na dair imzalı onay alındı . Hastalara yöneltilen sorular, Golombok- Rust cinsel doyum ölçeği temel alınarak ve literatürdeki diğer çalı şmalar ile toplumsal özelliklerimiz göz önünde tutularak düzenlendi (25). Hazı rlanan anket formu, hastanemizin psikiyatri bölümü uzmanları nca incelenerek, gerekli düzeltmeler yapı ldı . Çalı şmamızda kullandı ğı mız anket formu, üç bölümden oluşmaktaydı . Bölüm 1' de hastaları n yaşları , pariteleri, evlilik süreleri ve eğitim düzeyleri ile, operasyon endikasyonları , operasyondan çalı şmanı n uygulandı ğı ana kadar geçen süre ve operasyonda kullanı lan insizyonun şekli sorgulanı rken, ikinci bölüm hastaları n operasyon öncesi seksüel fonksiyonları nı incelemeye yönelik olarak hazı rlanmı ştı . Son bölümde ise, operasyon sonrası seksüel fonksiyonlar ve operasyon öncesinden operasyon sonrası na değişim sorgulandı . Ankette toplam 16 soru yer aldı ve yanı tlar, çoktan seçmeliydi.Yine de hastalara bu seçeneklerin di ři nda yorum yapmaları na izin verildi. İkinci ve üçüncü bölümde yer alan ve hastaları n seksüel fonksiyonları nı incelemeye yönelik olan sorular içinde ilişki sıklı ğı , orgazm sıklı ğı , çoklu orgazm sıklı ğı , yeterli kayganlık

oluşup oluşmadı ğı ve genel anlamda memnuniyet sorgulandı . Operasyon öncesinden operasyon sonrası na seksüel fonksiyonlardaki değişim kötüden iyiye doğru kategorize edildi. Örneğin herhangi bir hasta için operasyon öncesi aylık seksüel ilişki sıklı ğı 1-3 iken operasyon sonrası 4-6 olmuşsa bu "daha iyi" şeklinde kaydedildi.Toplanan veriler Ege Üniversitesi istatistik bölümünde değerlendirildi. Demografik veriler, Ki kare yada student-T-testi kullanı larak analiz edildi. Seksüel fonksiyonlara ilişkin yanı tlar ise STH ile TAH ve TAH ile TAH+BSO grupları arası nda kı yaslama yapı larak Pearson Chi-Square test yardımıyla değerlendirildi. İ statistiksel anlamlılık için  $P < 0.05$  kabul edildi.

## SONUÇLAR

Grup 1 içinde yer alan yaş, parite, evlilik süresi ve eğitim düzeyini içeren demografik özellikler arası nda her üç grupta anlamlı bir farklılık saptanmadı . TAH olan grupta operasyondan çalı şma zamanı na kadar geçen süre ortalama 16.6 ay ( $\pm 3.2$ ); STH olan grupta 15.2 ay ( $\pm 2.7$ ) ve TAH+BSO grubunda 16.5 ay ( $\pm 3.4$ ) ay olup arada istatistiksel fark yoktu ( $p > 0.05$ ). Operasyonda kullanı lan insizyon şekli her üç grupta da ağı rlı klı olarak, pfannenstiel insizyon olmuştur. Grup 1' e ait veriler tablo 1' de sunulmuştur.

Hastaları n operasyon öncesi seksüel fonksiyonları nda anlamlı fark yoktu. Hastaları n operasyon öncesi seksüel fonksiyonları nı irdeleyen soruları n analizi tablo 2' de sunulmuştur

**Tablo1:** Demografik özellikler.

DEMOGRAFIK ÖZELLİKLER	STH GRUBU (N=32)	TAH GRUBU (N=34)	TAH+BSO GRUBU (N=30)
YAŞ	39.3 $\pm$ 4.5	40.7 $\pm$ 3.1	48.5 $\pm$ 4.7
MULTİ PARİTE(%)	87	91.3	85.1
EĞİTİM DÜZEYİ (%)			
İlköğretim	64	58	47
Lise	22	34	27
Yüksek okul	14	8	26
EVLİLİK SÜRESİ (%)			
<5 yıl	26	34	41
>5 yıl	74	66	59
İNİZYON ŞEKLİ (%)			
Pfannenstiel	87.5	79	77
Vertikal	12.5	21	23
OPERASYON ENDİKASYONU(%)			
Myoma uteri	47	59	65
Tedaviye dirençli menometroraji	26	24	24
Diğer	27	17	11
OPERASYONDAN SONRA GEÇEN SÜRE	15.2 $\pm$ 2.7	16.6 $\pm$ 3.2	16.5 $\pm$ 3.4

**Tablo-2:** Hastaların preoperatif seksüel fonksiyonlarına ilişkin yanıtları .

PREOPERATİF SEKSÜEL FONKSİYONLAR	STH GRUBU (N=32)	TAH GRUBU (N=34)	TAH+BSO GRUBU (N=30)	İSTATİSTİKSEL ANLAMLILIK
<b>LİBİDO</b>				<b>AD</b>
Yetersiz	3(%9.3)	3(%8.8)	4(%13.3)	
İlmi	20(%62.5)	22(%64.7)	18(%60)	
Güçlü	9(%28.1)	9(%26.4)	8(%26.6)	
<b>DİSPARONİ</b>				<b>AD</b>
Yok	18(%56.2)	15(%44.1)	14(%46.6)	
Arada	11(%34.3)	14(%41.1)	11(%36.6)	
Her zaman	3(%9.3)	5(%14.7)	5(%16.6)	
<b>İLŞKİ SIKLIĞI(ayda)</b>				<b>AD</b>
0	0	0	0	
1-3	2(%6.2)	5(%14.7)	4(%13.3)	
4-6	10(%31.2)	12(%35.2)	10(%33.3)	
7-9	16(%50)	13(%38.2)	12(%40)	
>10	4(%12.5)	4(%11.7)	4(%13.3)	
<b>ORGAZM SIKLIĞI</b>				<b>AD</b>
Hiç bir zaman	10(%31.2)	9(%26.4)	8(%26.6)	
arada	18(%56.2)	22(%64.7)	18(%60)	
Her zaman	4(%12.5)	3(%8.8)	4(%13.3)	
<b>ÇOKLU ORGAZM</b>				<b>AD</b>
Hiç bir zaman	14(%43.7)	14(%41.1)	10(%33.3)	
arada	16(%50)	17(%50)	16(%53.3)	
Her zaman	2(%6.2)	3(%8.8)	4(%13.3)	
<b>YETERLİ KAYGANLIK</b>				<b>AD</b>
Hiç bir zaman	3(%9.3)	4(%11.7)	6(%20)	
arada	15(%46.8)	15(%44.1)	13(%43.3)	
Her zaman	14(%43.7)	15(%44.1)	11(%36.6)	
<b>GENEL MEMNUNİYET</b>				<b>AD</b>
yetersiz	8(%25)	14(%41.1)	7(%23.3)	
yeterli	24(%75)	20(%58.8)	23(%76.6)	

**Tablo-3:** Hastaları postoperatif seksüel fonksiyonları ndaki değişim.\*:TAH ile STH grupları arası nda, \*\*: TAH ile TAH+BSO grupları arası ndaki istatistiksel fark.

SEKSÜEL FONKSİYONLARDA POSTOPERATİF DEĞİŞİM	STH GRUBU (N=32)	TAH GRUBU (N=34)	İSTATİSTİKSEL ANLAMLILIK*	TAH+BSO GRUBU (N=30)	İSTATİSTİKSEL ANLAMLILIK**
LİBİDO			AD		P=0.014
Aynı /daha iyi	25(%78.1)	25(%73.5)		13(%43.3)	
Daha kötü	7(%21.8)	9(%26.5)		17(%56.7)	
DISPARONİ			AD		AD
Aynı /daha iyi	28(%87.5)	28(%82.3)		25(%83.3)	
Daha kötü	4(%12.5)	6(%17.7)		5(%16.7)	
İLİŞKİ SIKLIĞI			P=0.032		AD
Aynı /daha iyi	25(%78.1)	18(%52.9)		16(%53.3)	
Daha kötü	7(%21.8)	16(%47.1)		14(%46.6)	
ORGAZM SIKLIĞI			P=0.024		AD
Aynı /daha iyi	28(%87.5)	21(%61.7)		16(%53.3)	
Daha kötü	4(%12.5)	13(%38.3)		14(%46.6)	
ÇOKLU ORGAZM			P=0.012		AD
Aynı /daha iyi	27(%84.3)	19(%55.9)		15(%50)	
Daha kötü	5(%15.7)	15(%44.1)		15(%50)	
YETERLİ KAYGANLIK			AD		AD
Aynı /daha iyi	26(%81.2)	25(%73.5)		23(%86.7)	
Daha kötü	6(%18.8)	9(%26.5)		4(%13.3)	
GENEL MEMNUNİYET			P=0.003		AD
Aynı /daha iyi	28(%87.5)	18(%52.9)		16(%53.3)	
Daha kötü	4(%12.5)	16(%47.1)		14(%46.6)	

Operasyon sonrası seksüel fonksiyonlara ve operasyon öncesinden operasyon sonrası na değişime baktığımızda STH ve TAH grupları arası nda libido değişiklikleri, disparoni ve yeterli kayganlık oluşumu için anlamlı bir fark elde edemedik. Bununla birlikte ilişkisi, orgazm ve çoklu orgazm frekansı ile tüm seksüel yeterlilik uygulanan prosedürün tipine bağlı olarak STH grubunun lehine anlamlı bulundu (sırasıyla  $p=0.032$ ,  $p=0.024$ ,  $p=0.012$  ve  $p=0.003$ ). İlişkisi dikkate alınrsa TAH uygulanan hastaları n %47'inde ( $n=16$ ) ve STH uygulanan hastaları n %21.8'inde ( $n=7$ ) postoperatif kötüye gidiş söz konusuydu. TAH uygulanan hastaları n %38.2'inde ( $n=13$ ) orgazm olabilmeye yeteneği azalırken aynı durum STH uygulananlarda %12.5 ( $n=4$ ) olmuştur. Çoklu orgazm TAH grubunda %41.4 ( $n=14$ ), STH grubunda %15.6 ( $n=5$ ) oranı nda kötüye gidiş göstermişti. Postoperatif disparoni gelişimi, STH grubunda %12.5 ( $n=4$ ), TAH grubunda %14.7 ( $n=5$ ) olarak bulundu ve arada istatistiksel fark izlenmedi. Genelde anlamda tüm seksüel yeterlilik STH grubunda %18.7 ( $n=6$ ) daha kötüye giderken, TAH uygulananlarda %47 ( $n=16$ ) oranı nda anlamlı bir kötüleşme gösterdi. TAH+BSO grubunun sonuçları ile TAH grubunun

sonuçları kıyaslandığında, sadece libidodaki değişim TAH grubunun lehine anlamlı idi ( $p=0.014$ ). TAH grubundaki hastaları n 9 (%26.5)'unda libido postoperatif kötüleşirken, bu sayı TAH+BSO grubunda 17 (%56.7) olmuştur. Diğer seksüel parametrelerdeki değişim istatistiksel anlam taşımamaktaydı.

## TARTIŞMA

Çalışmamızda katılan hastalar arası nda demografik özellikler arası nda fark yoktu. Yaş değişkeni seksüel fonksiyonları doğrudan etkileyen bir parametre olduğundan, çalışmaya katılan koşulları içinde yaş sırtlaması getirmemiz bu sonuca yol açmıştır. Hastaları mızın pariteleri, evlilik süreleri ve eğitim düzeyleri arası nda fark yoktu. Hastanemizin SSK hastanesi olması dolayısıyla hasta grubumuzun sosyoekonomik açıdan göreceli olarak homojen olması bu sonuca yol açmı ş olabilir. Çalışmamızın sonuçları nı histerektomide serviksin ve overlerin bırakılması nı n seksüel fonksiyonlara etkisi şeklinde ayrı ayrı yorumlamak daha mantıklı görünmektedir. Serviksin bırakılması ilişkisi, orgazm sıklığı, çoklu orgazm sıklığı ve genel an-

lamda memnuniyeti etkilemiştir. Kilku ve ark. ile Kim ve ark.' nı n yaptı ğı çalı şmalarda da benzer sonuçlar bulunmuştur (13,26). İ lişki sı klı ğı ndaki azalmanın nedeni orgazm duyusundaki azalma olabilir. Nitekim, Kilku ve ark. ile Kim ve ark.' nı n çalı şmaları nda da, bizim çalı şmamız da olduğu gibi, orgazm sı klı ğı STH grubunda daha iyiydi ve orgazm sı klı ğı ilişkisi klı ğı ile paralellik göstermekteydi. Saini ve ark.' nı n 2002 yılı nda yayı nlanan benzer bir çalı şması nda da, STH grubunda ilişkisi klı ğı , TAH grubuna göre anlamlı olarak daha iyi bulunmuştur (27). Saini ve ark.' nı n çalı şması nda çoklu orgazm yönünden iki grup arası nda anlamlı fark izlenmemişken, bizim çalı şmamız da STH grubu lehine anlamlı fark bulundu. Disparoni seksüel memnuniyeti ve ilişkisi klı ğı nı doğrudan etkileyen önemli bir parametredir; ancak, çalı şmamız da disparoni açısı ndan gruplar arası nda fark izlemedik. TAH+BSO grubunun sonuçları na bakıldı ğı nda çalı şmamız la elde ettiğimiz veriler TAH ve TAH+BSO grupları arası nda postoperatif libidodaki değişimde TAH grubu lehine farklılık olduğunu ortaya koydu. BSO' nun seksüel fonksiyonlara etkisinin incelendiği çalı şmalara göz atıldı ğı nda farklı sonuçlar görmekteyiz. Utian ve ark. BSO sonrası seksüel fonksiyonlarda anlamlı değişiklik izlemezken, Saini ve ark. ile Helstrom ve ark. çalı şmaları nda, BSO sonrası seksüel fonksiyonlarda kötüleşme olduğunu kaydettiler (23,27,15). Hatta, Saini ve ark.' nı n çalı şması nda HRT alan grupta dahi seksüel fonksiyonlar kötüleşmekte idi. Araştı rmacılar, bu durumu HRT ile testesteron başta olmak üzere tüm

over hormonlarını nı n karşı lanamamasına bağladı lar. Bilindiği gibi testesteron kadının seksüel davranışını etkilemektedir ve postmenapozal dönemde dahi, overdeki sentezi devam eder

(28,29). Sherwin ve ark.' nı n çalı şması nda postmenapozal HRT uygulaması nda ilave testesteron alan grubun seksüel yeterliliği sadece östrojen alan gruptan daha iyi olarak bulunmuştur (30). Bizim çalı şmamız da TAH+BSO grubunda TAH grubuna göre libidoda anlamlı fark izlememiz, olasılıkla, bu açığı klama ile ilişkilidir. Libido dışındaki parametreler, her iki grupta benzerdi.

Bağımsız değişken sayısını azaltmak amacıyla, TAH+BSO grubundaki hastaların TAH grubu ile benzer demografik özellikler gösteren ve HRT alan hastalar içinden seçilmiş olmaları , olasılıkla bu sonuca yol açmıştı r.

Sonuç olarak, kişilerin seksüel fonksiyonlarını objektif olarak ölçmek ve net bir kesinlikle irdelemek imkansızdır. Fakat son dönemde yapılan çalı şmaları n çoğu, bizim çalı şmamız da da vurguladığı mız gibi, organ koruyucu cerrahinin seksüel fonksiyonlar üzerindeki koruyucu etkisinden bahsetmektedir. Bu konuda, daha fazla kontrollü, randomize çalı şmaya ihtiyaç olduğu açıktır. Ancak hekimin seçeceği operasyon türünün, hastanın bundan sonraki seksüel hayatını ve dolayısıyla yaşam kalitesini etkileyebileceği unutmaması ve operasyon şeklinin avantaj ve dezavantajlarını hasta ile tartışması gerekmektedir.

#### KAYNAKLAR

1. Wilcox LS, Koonin LM, Pokras R, Strauss LT, Zhisen X, Peterson HB: Hysterectomy in the United States, 1988–1990. *Obstet Gynecol* 1994, 83:549-55
2. Morley GW: Indications for hysterectomy. In: *TeLinde's Operative Gynecology Updates*. 1993, 1:1-11
3. Sills ES, Saini J, Applegate MS, McGee M, Gretz HF 3d: Supracervical and total abdominal hysterectomy trends in New York State: 1990–1996. *J Urban Health* 1998, 75:903-10
4. Sills ES, Saini J, Steiner CA, McGee M, Gretz HF 3d: Abdominal hysterectomy practice patterns in the United States. *Int J Gynecol Obstet* 1998, 63:277-83
5. Munro MG: Supracervical hysterectomy: a time for reappraisal. *Obstet Gynecol* 1997, 89:133-9
6. Hasson HM: Cervical removal at hysterectomy for benign disease, risks and benefits. *J Reprod Med* 1993, 38:781-90
7. Vara P, Kinnunen O: Total vs. subtotal abdominal hysterectomy. *Acta Obstet Gynecol Scand* 1950, 31:4-43
8. Nathorst-Boos J, Fuchs T, von Schoultz BV: Consumer's attitude to hysterectomy, the experience of 678 women. *Acta Obstet Gynecol Scand* 1992, 71:230-4
9. Kilku P: Supravaginal uterine amputation vs hysterectomy: effects on coital frequency and dyspareunia. *Acta Obstet Gynecol Scand* 1983, 62:141-5
10. Kilku P: Supravaginal uterine amputation versus hysterectomy with reference to subjective bladder symptoms and incontinence. *Acta Obstet Gynecol Scand* 1985, 64:375-9
11. Masters WH, Johnson VE: *Human sexual response*. Boston: Little, Brown, 1966:111-26
12. Hobos RE: *Clinical psychiatry. The American Psychiatric Publishing Textbook of Clinic Psychiatry*, fourth edition. 2003, 749-753.
13. Kilku P, Gronroos M, Hirvonen T, Rauramo L: Supravaginal uterine amputation vs. hysterectomy: effects on libido and orgasm. *Acta Obstet Gynecol Scand* 1983, 62:147-52
14. Thompson JD: Hysterectomy. In: *TeLinde's Operative Gynecology* 1993:687-705.
15. Helstrom L, Lundberg PO, Sorbom D, Backstrom T: Sexuality after hysterectomy: a factor analysis of women's sexual lives before and after subtotal hysterectomy. *Obstet Gynecol* 1993, 81:357-62

16. Sarp HT, Dodson MK, Langer KM, Doucette RC, Norton PA. The role of vaginal apex excision in the management of persistent posthysterectomy dyspareunia. *Am J Obstet Gynecol*. 2000 Dec; 183(6): 1385-8; discussion 1388-9.
17. Farrell SA, Kieser K: Sexuality after hysterectomy. *Obstet Gynecol* 2000, 95:1045-51
18. Rhodes JC, Kjerulff KH, Langenberg PW, Guzinski GM: Hysterectomy and sexual functioning. *JAMA* 1999, 282:1934-41.
19. Graesselin O, Martin-Morille C, Leguellier- Amour RC et al. Local investigation concerning psychic and sexual functioning a short time after hysterectomy. *Gynecol Obstet Fertil*. 2002 Jun; 30(6): 474-82. French.
20. Chakravarti S, Collins WP, Newton JR, Oram DH, Studd JW: Endocrine changes and symptomatology after oophorectomy in premenopausal women. *Br J Obstet Gynaecol* 1977, 84:769-75
21. Dennerstein L, Wood C, Burrows GD: Sexual response following hysterectomy and oophorectomy. *Obstet Gynecol* 1977, 49:92-6
22. Nathorst-Boos J, von Schoultz B: Psychological reactions and sexual life after hysterectomy with and without oophorectomy. *Gynecol Obstet Invest* 1992, 34:97-101
23. Utian WH: Effect of hysterectomy, oophorectomy and estrogen therapy on libido. *Int J Gynaecol Obstet* 1975, 13:97-100
24. Carlson KJ, Miller BA, Fowler FJ Jr: The Maine Women's Health Study, I: outcomes of hysterectomy. *Obstet Gynecol* 1994, 83:556-65.
25. Tuğrul C, Öztan N, Kabakçı E. Golombok-Rust cinsel doyum ölçüğünün standardizasyon çalışması . *Türk Psikiyatri Dergisi* 4:(2) 1993, 83-89.
26. Kim DL, Lee YS, Lee ES. Alteration of sexual function after classic intrafascial supracervical hysterectomy and total hysterectomy. *J Am Assoc Gynecol Laparosc*. 2003 Feb; 10(1): 60-4.
27. Saini J, Kuczynsky E, Herbert F at al. Supracervical hysterectomy versus total abdominal hysterectomy: perceived effects on sexual function. *Bio Med Central Woman' s Healty*. 2002, 2:1
28. Chang J, Judd H: The ovary after the menopause. *Clin Obstet Gynecol* 1981, 24:181-91
29. Rasmussen KL, Hansen V, Madzak F, Ljungstom B, Lauszus FF. Feeling of illness after hysterectomy. Women's own assessment. *Ugeskr Laeger*. 2001 Dec 10; 163(50): 7040-2. Danish.
30. Sherwin BB, Gelfand MM, Brender W: Androgen enhances sexual motivation in females: a prospective, crossover study of sex steroid administration in the surgical menopause. *Psychosom Med* 1985, 47:339-51