

KADIN ÜREME ORGANLARININ ANOMALİLERİ

Şerivan KARAKUT

Öğr. Gör. Şırnak Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu, ŞIRNAK, TÜRKİYE
ORCID ID:0000-0002-2285-0984.srvnkrkt@hotmail.com

Feray BUCAK

Öğr. Gör. Harran Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, Şanlıurfa, TÜRKİYE
ORCID ID: 0000-0002-2453-8310. feraykabalcioglu@hotmail.com

Öz

Kadınlarda üreme sisteminin en önemli sorunlarından olan genital kanala ait anomaliler tüm yaşamı etkileyen bir durumdur. Kadın üreme organlarının gelişimsel anomalileri ve sonradan kazanılmış bozukluklar olarak iki şekilde incelenmektedir. Kadın üreme organlarının gelişimsel bozuklukları ergenlik ve adölesan çağdan itibaren tüm yaşam boyunca devam edebilen menstrüel bozukluklara, infertiliteye ve kalıtsal bozukluklara sebep olmaktadır. Sonradan kazanılmış bozukluklarda ise pelvik organ prolapsusu ve üriner inkontinans yer almaktadır. Pelvik organ prolapsusu pelvik organları destekleyen yapıların anatomik ve işlevsel bozuklukları sebebiyle pelvis içerisindeki yer alan yapıların aşağı doğru yer değişikliği olarak tanımlanmaktayken; üriner inkontinans, utanç verici doğası ve eklenen sosyal damgalanma nedeniyle genellikle kadınlarda az rapor edilen yaygın bir sorundur. Yaşam kalitesini etkileyen bu tür durumlarda kadınlar fiziksel ve psikolojik desteğe ihtiyaç duymaktadır. Hastaların değerlendirilmesi, tedavide başarı sağlanabilmesi için doktor ve hemşirenin hastayı desteklemesi gerekmektedir. Bu derlemede kadınlarda jinekolojik sorunlar içinde genital organların gelişimsel anomalileri, üreme organlarının sonradan kazanılmış bozuklukları ve getirdikleri üreme sağlığı sorunlarının sınıflandırılması, risk faktörleri, belirti, tanı ve tedavileri başlıkları altında ele alınmıştır.

Anahtar Kelimeler: Genital Organların Gelişimsel Anomalileri, Sonradan Kazanılan Üreme Sistem Bozuklukları, Hemşirelik

ANOMALIES OF FEMALE REPRODUCTIVE ORGANS

Abstract

Anomalies of the genital tract, which is one of the most important problems of the reproductive system in women, is a condition that affects the whole life. It is examined in two ways as developmental anomalies of female reproductive organs and acquired disorders. Developmental disorders of female reproductive organs cause menstrual disorders, infertility and hereditary disorders that can continue throughout life, starting from adolescence and adolescence. Acquired disorders include pelvic organ prolapse and urinary incontinence. Pelvic organ prolapse is defined as the downward displacement of the structures in the pelvis due to anatomical and functional disorders of the structures supporting the pelvic organs; Urinary incontinence is a common problem that is often underreported in women due to its embarrassing nature and added social stigma. In such situations that affect their quality of life, women need physical and psychological support. In order to evaluate the patients and to achieve success in the treatment, the doctor and the nurse should support the patient. In this review, developmental anomalies of genital organs, acquired disorders of reproductive organs and classification of reproductive health problems, risk factors, symptoms, diagnosis and treatments are discussed among gynecological problems in women.

Keywords: Developmental Anomalies of Genital Organs, Reproductive System Disorders Acquired, Nursing

1. GİRİŞ

1.1. KADIN ÜREME ORGANLARININ GELİŞİMSEL ANOMALİLERİ

1.1.1. Müllerian Kanal Anomalileri: Müllerian kanalların embriyolojik dönemdeki füzyon anormallikleri veya septum birleşimindeki yetersizlikten dolayı değişik derecede konjenital malformasyonlar ortaya çıkar (1). Birinci derece akraba evliliği, gebelik esnasında iyonize radyoaktif maddeye, çeşitli enfeksiyonlara(kızamık) ve teratojenik kimyasallara maruz kalmak müllerian anomali riskini artırır (2). Konjenital uterin anomalilerin gerçek insidansı tam olarak bilinmemesine rağmen genel popülasyondaki görülme sıklığı %0.001 ile %10 arasında olduğu tahmin edilmektedir (1). Amerikan Fertilité Cemiyeti tarafından müllerian kanal sisteminden kaynaklanan anomaliler şu şekilde sınıflandırılmıştır.

Tablo 1. Mullerian Anomalilerin Sınıflandırılması (AFS)

| | |
|------------------------------|-----------------|
| Clas I (agenezis, hipoplazi) | A. Vajinal |
| | B. Servikal |
| | C. Fundal |
| | D. Tubal |
| | E. Kombine |
| Clas II (Unikorn) | A. Kominikan |
| | B. Nonkominikan |
| | C. Kavitesiz |
| | D. Kavitesiz |
| | E. Hornsuz |
| Clas III (Didelphys) | |
| Clas IV (bikornuat) | A. Komplet |
| | B. Parsiyel |
| Clas VI (arkuat) | |
| Clas VII (DES ilişkisi) | |

-Müllerian Hipoplazi/agenezis: Embriyonik dönem gelişimde duraksama sonucu ortaya çıkan en ciddi dişi genital anomalisidir. Bu gelişim bozukluğu sonucu uterus ve vajina kısmen ya da hiç gelişmemiştir. Görülme sıklığı 1/4500 olarak bilinmektedir. Bu kişilerin ilk şikâyeti primer amenoredir. Tedavinin amacı kişinin cinsel hayatını sürdürebilmesi için fonksiyonel vajina oluşturmak ve kişinin fertilitésini devam ettirmektir. Vajina oluşturmak için iki tip tedavi seçeneği kullanılmakta olup birinci cerrahi işlem olmadan vajinal dilatasyon yöntemi; ikincisi cerrahi olarak uygulanan McIndoe operasyonudur. Bu cerrahi işlemde mesane ve rektum arası ayrılarak kalçadan alınan deri grefti ile vajina oluşturulur ve vajinal dilatatör yardımıyla vajinal açıklık sürdürülür (3).

-Unikornu Uterus: Bu sendromda kanallardan biri normal gelişim gösterdiği halde diğer kanalın gelişiminin kısmen veya tamamen kesintiye uğraması sonucu meydana gelmektedir. Bu anomalinin rudimenter horn bulunmayan izole unikornuat uterus; uterusla bağlantılı olmayan (non-komunikan) ve endometrial kavite içermeyen rudimenter horn; uterusla bağlantılı olmayan (non-komunikan) ve endometrial kavite içeren rudimenter horn ve uterusla bağlantılı (komunikan) ve endometrial kavite içeren rudimenter horn olmak üzere dört tipi bulunmaktadır (4).

-Uterus Didelfis: Müllerian kanalın füzyonunun gerçekleşmemesi neticesinde iki ayrı uterus ve iki ayrı serviksle karakterizedir. Bazen longitudinal veya transvers bir vajinal septum da eşlik edebilmektedir. Uterin malformasyon sıklığı genel popülasyonda %7'dir. Tedavi anomali ve semptomlara göre yapılır. Obstrükte hemivajina varlığında hematokolpos ve disparonia var ise vajinal septum eksize edilerek çıkartılır (5).

-Bikornu Uterus: Bu bozukluk sol ve sağ müllerian kanallarının füzyonunun başarısız olması nedeniyle oluşur. Uterus bicornis subseptum karaciğerin şekli gibi uterusun bir deformitesidir, fundus ortaya çıkar, içe doğru kıvrıktır ve iç tarafında uterus boşluğunda bir ekran veya duvar vardır. Strassman metroplastisi adı verilen operasyon uygulanarak uterus normal haline getirilir (6).

-Septat Uterus: Septum, ters bir "H" harfine benzeyen anterior ve posterior uterus duvarına uzanır. Septum, görünüşte fonksiyonel endometriyumla kaplıdır ve vaskülarizasyon zayıftır. Septumun doğurganlık ve gebelik üzerindeki olumsuz etkisinin ardındaki mekanizmalar, septumun tüm rahim ile koordine edilmemiş kasılması ile de temsil edilebilir. Septat uterusun cerrahi tedavisi histeroskopik metroplasti ile temsil edilmektedir (7).

-Arkuat Uterus: Uterusun fundus kısmından kaviteye doğru hafif bir girinti olmasıdır (2).

-Diethylstilbestrol Etkin Uterus: Bu sendrom serviks, vajen, uterus ve fallop tüplerinin sayısız değişikliklerle ilişkili olduğu bir durumdur. Bu hastalarda en sık karşılaşılan durumlar infertilite, ektopik gebelik, spontan abortus ve preterm eylemdir. Servikal yetmezliği bulunan hastalarda servikal serklaj tedavi seçeneklerinden biridir. DES e maruz kalmış hastalar için profilaktik amacıyla serklaj uygulanması kanıta dayalı çalışmalar ile desteklenmemiştir. Diğer bir seçenek abdominal veya histeroskopik metroplasti uygulamaktır (8).

1.1.2.Gonadal Farklılaşma Anomalileri: Cinsel farklılaşma oldukça karmaşık bir konudur. Bu nedenle ambigius genitalya bu konuda yeterli bilgi ve tecrübesi olan merkezlerde ve uzman bir kadro tarafından incelenip değerlendirilmesi, olabildiğince en kısa süre içinde bireyin kesin cinsiyeti konusunda karar verilmesi gereken bir durumdur.

Doğumda cinsiyet karışıklığına neden olan dört ana grup hastalık vardır:

1. Kız psödohermafroditizm: Kız psödohermafroditizm kromozom yapısı 46,XX, gonadları normal over yapısı gösteren, ancak dış genital yapıda değişik derecede virilizasyon saptanan hastaları tanımlar. Bu durum fetusun virilizasyonu ya fetal adrenalenden kaynaklanan androjen artışı ya da plasenta yolu ile fütusa geçen maternal androjenler ile gerçekleşir. Kız psödohermafroditizmin en sık nedeni konjenital adrenal hiperplazidir (KAH). KAH, kolesterolden kortizol biyosentezi için gerekli enzimlerden birinin eksikliği sonucunda ortaya çıkan otozomal resesif geçişli bir hastalıktır.

2. Erkek psödohermafroditizm: Erkek psödohermafroditizm; karyotipi 46,XY ve bilateral gonadları testis olan bireylerin dış genital organlarının yetersiz maskülinizasyonu olarak tanımlanır. En sık erkek psödohermafroditizm nedenleri androjen direnci ve androjenlerin yetersiz biyosentezidir. Testosteron biyosentez defektlerinin bir kısmında seks steroid sentezi yanında, adrenal bezde glukokortikoid ve mineralokortikoid sentezi de yetersizdir.

3. Gerçek hermafroditizm: Aynı bireyde hem testis hem over dokusunun bulunması ile belirlenir, ender bir durumdur. Over dokusunun primordial follikülleri, testis dokusunun seminifer tübülleri içermesi gerekir. Over ve testis dokusu aynı gonad içinde (ovotestis) yer alabileceği gibi farklı gonadlarda ayrı ayrı da bulunabilir. Testis bulunan tarafta vas deferens ve epididim, over bulunan tarafta fallop tüpleri saptanır. Gonad ovotestis ise, her ikisi birden bulunabilir. Uterus olguların çoğunda vardır ve genellikle normal boyut ve biçimdedir. Lateral tip gerçek hermafroditizmde, over bulunan tarafta cornusu olan "uterus unicornus" görülebilir.

4. Gonadal disgenezis: Gonadal disgenezis 46,XX; 46,XY ya da mozaik karyotipteki hastalarda görülebilir. Bu grup içinde özellikle miks gonadal disgenezis olguları ambigius genitalya ile başvururlar. Dış ve iç genital organlarının farklılaşmasındaki bozukluk yanında boy kısalığı, boyunda yelesenme, kubitus valgus gibi Turner sendromunun somatik özelliklerini gösterebilirler. Bu hastalarda genellikle 45,XO/46,XY karyotipi bulunur (9).

1.3.Cinsiyet Kromozomlarının Sayısal ve Yapısal Anomalileri

-Turner Sendromu: Turner sendromu (TS), X kromozomunun tamamen veya kısmen kaybıyla veya X kromozomundaki çeşitli yapısal anomaliler neticesinde oluşan ve yaklaşık 2500 canlı kız bebek doğumunda 1 sıklıkla görülen hastalıktır. TS'li bireylerde sıklıkla görülen bulgular; büyüme geriliği, düşük saç çizgisi, yele boyun, kalkan göğüs, mikrognati, gonadal disgenezi v.d. dir. Over yetersizliğine bağlı olarak primer amenore ve infertilite meydana gelir. Overlerinde folikül dejenerasyon olmayan kadınlar puberteye girebilir ve gebe kalabilir. Turner sendromu olan bireyler yakından takip edilmeli ve gelişimleri izlenmelidir. Östrojen replasman tedavisi adölesan dönemde başlanmalı ve erişkin dönemde de devam edilmelidir (2,10).

-Trizomi X:1000 kız yenidoğanda bir görülür. Tetrazomi X veya pentazomi X şeklinde de görülebilir. Hafif derecede zeka geriliği, konuşma ve dil sorunları, motor ve fonksiyon bozuklukları görülebilir. Bu kadınlar evlenebilir, çocuk sahibi olabilir ve hayata uyumları iyidir (2,11).

-Klinifelter Sendromu: Klinefelter sendromu (KS), fazladan bir X kromozomu nedeniyle 900 erkekten 1'ini etkiler. Belirgin fiziksel özellikler olmamasına rağmen, birçok erkek çocuk sözel işlemede bilişsel bir eksiklik gösterir. Hormon düzeyi, jinekomasti, küçük testis ve azospermi belirtileri de görülür (2,12).

-47.XYY Sendromu: Her 1000 yeni doğan erkekte bir görülür. Bu sendrom Klinifelterde sendromdaki bireylerle benzerdir. Biyolojik yaklaşımçılar şiddet tutumlarını; beyin bozuklukları ve tümör gibi nöropsikolojik faktörler ile XYY sendromu gibi genetiksel faktörler üzerinden analiz etmektedir (2,13).

2. ÜREME ORGANLARININ SONRADAN KAZANILMIŞ BOZUKLUKLARI

2.1.Pelvik Organ Prolapsusu (POP): Pelvik organ prolapsusu milyonlarca kadının yaşam kalitesini önemli derecede etkileyen jinekolojik bir sorundur. POP; pelvik organları destekleyen yapıların anatomik ve işlevsel bozuklukları sebebiyle pelvis içerisindeki yer alan yapıların aşağı doğru yer değişikliği olarak tanımlanmaktadır. Bu durum kadınlar için mortaliteye sebep olmasa da disparoni, cinsel ilişki esnasında rahatsızlık ve üriner inkontinans gibi rahatsızlıklara neden olduğundan kadınların yaşam kalitesini ciddi boyutlarda etkilemektedir. Ayrıca POP olan kadınlarda beden imajında zedelenme, kendini daha az çekici hissetmesi cinsel ilişki sırasında üriner veya fekal inkontinans yaşanması, koku sebebiyle sosyal izolasyon yaşaması, cinsel aktivite sıklığının azalmasına, uyarılma ya da orgazm güçlüklerine neden olabilir (14,15).

-Sınıflandırılması: Pelvik organ prolapsusunun tanımlanmasına bir standardizasyon getirmek amacıyla 1996 yılında International Continence Society'nin öngördüğü POP-Q sistemi benimsenmiştir. Bu vajina ve perinede belirli anatomik noktaların objektif olarak ölçülmesine dayalı bir sistemdir.

- 1) Sistosel; mesane tabanının aşağı doğru yer değiştirmesi
- 2) Üretrosel; üretra alt duvarının sarkması
- 3) Sistoüretrosel; üretrayı da kapsayan sistosel
- 4) Rektosel; rektum üst duvarının posterior vajinal kısma kabarması
- 5) Enterosel; Douglas boşluğundaki ince barsağın vajen lümenine fitiklaşması (16)

-Risk Faktörleri: Pelvik organ prolapsusu genetik ve çevresel faktörlerden kaynaklanır. Yaş,menapozal durum, gebelik, vajinal doğum,obezite,kronik öksürük,kronik kabızlık,iş stresi,konjenital faktörler ve geçirilmiş histerektomi pelvik organ prolapsusu etiyopatogenezinde önemli risk faktörleridir. Vajinal doğum en etkili faktörlerden biri olup; POP lu kadınların %90'ının vajinal doğum yapmış kadınlar oluşturmaktadır. ABD de yapılan çalışmada fizik muayenede

kadınların % 41 ila% 50'sinde kadar prolapsus varken sadece hastaların % 3'ünün semptomlarının olduğu bildirilmektedir (17).

Kadınlarda artan parite ile beraber pelvik taban hastalıkları artmaktadır. Yapılan çalışmalarda doğum yapmış kadınlarda inkontinansın %50'sinde ve prolapsusun %75'inde bu durum gebelik ve doğuma bağlı olduğu düşünülmektedir. Özellikle premenopozal kadınlarda doğumun etkisi daha fazladır. Diğer önemli bir risk faktörü yaştır ve menopoz sonrası kadınlarda yaşın etkisi, doğum yapmış olmanın önüne geçmektedir. 55 yaş altı doğum yapmamış kadınlarda üriner inkontinans prevalansı% 6.5-18, prolapsus prevalansı ise yaklaşık 0.6 'dir (18).

-Belirtileri: Kadınlarda; bağırsak, cinsel ve/veya alt idrar yolu şikâyetleri dâhil olmak üzere çok çeşitli semptomlara yol açabilir. Kadınların günlük aktivitelerini büyük ölçüde etkilemekte ve beden imajı algılarını bozabilmektedir. Vajinada şişkinlik veya yumru hissetmek veya ele gelmesi en önemli belirtilerindendir. Obstrüktif defekasyon semptomlarının, yani dışkıda ıkınma, tam olmayan barsak boşalması ve perineal, vajinal veya anal bölgede, özellikle rektosel ve rektal invajinasyon olmak üzere arka kompartman prolapsusu ile ilişkili olduğu gösterilmiştir. Tam olarak idrarın boşaltılmaması, kadınları tekrarlayan idrar yolu enfeksiyonlarına yatkın hale getirebilir ve aşırı aktif mesane semptomlarına neden olabilmektedir. Bu semptomlar prolaps olan organla ilgili ya da prolapsdan bağımsız olarak olabilmektedir (19).

-Tanı ve Tedavisi: Pelvik organ prolapsusuna yönelik tedavinin belirlenmesinde miksiyon,defekasyon ve cinsel fonksiyonların sorgulanması gerekir. Hastanın tuvalet sıklığı ve öğrenilmelidir. Fekal inkontinans mutlaka sorgulanmalıdır çünkü hastalar genellikle bu tarz şikâyetlerini anlatmaktan çekinebilirler. Konservatif veya cerrahi tedavi seçenekleri mevcuttur. Ancak her ikisinin kombinasyonu idealdir (20).

Pelvik Taban Kas Egzersizleri (Kegel Egzersizleri):

Pelvik taban kas egzersizi ilk olarak 1936'da Margaret Morris tarafından, kadınlara kasları güçlendirmek ve stres üriner inkontinansı önlemek amacıyla vajinal kasları nasıl çalıştıracaklarını öğretmek için tanıtılmıştır. Bununla birlikte, PTKE ilk olarak stres üriner inkontinansın pelvik taban kaslarının fonksiyon ve koordinasyon eksikliğinden kaynaklandığını öne süren bir jinekolog olan Arnold Kegel tarafından popülerleştirilmiştir. Dr. Kegel ayrıca hastaların, kas gücü artırmak için ardışık pelvik kas kasılmaları yoluyla stres üriner inkontinanslarını azaltabileceklerini öne sürmüştür. Zamanla, bu egzersiz davranışsal ve fizik tedavi olarak gelişmiş ve üriner inkontinans için konservatif bir tedaviye dönüşmüştür.

Hastalar pelvik taban kaslarını düzgün bir şekilde kasma ve gevşetme yeteneğini gösterdikten sonra, günlük uygulama ve egzersiz talimatları verilir. Günlük egzersizin amacı, egzersiz yaparak kas gücünü artırmak ve motor becerileri geliştirmektir. Temel rejim, günde 3 kez gerçekleştirilen, her biri 8 ila 10 saniye süren 8 ila 12 kasılmadan oluşan 3 setten oluşur. Hastalar bunu her gün yapmaya çalışmalı ve en az 15 ila 20 hafta devam etmelidir (20,21).

Peser Kullanımı: Ameliyat edilemeyen, cerrahiye alternatif arayan ya da doğurganlığını korumak isteyen kadınlarda pelvik organları desteklemek için vajinal peser kullanılabilir. Peserler silikon ya da plastik yapılı, sıklıkla kübik ya da halka şekilli araçlardır. POP'lu kadınlarda peser kullanımının başarı oranı % 92'dir. Uygun büyüklükteki peser bir ucu ön vajinal duvarda olacak şekilde yerleştirilir. Bu pozisyon da peser serviksi pelvis içinde yukarı ve arkaya doğru destekler. Peserler iritasyona, erozyona, devaskularizasyona ve nadir de olsa fistüle neden olabilir.Bu komplikasyonlar kadınlara anlatılmalıdır (2,22).

Medikal Tedavi: Östrojen replasman tedavisi bir ay süreyle destek dokuların tonüsünü, vaskülaritesini artırmak için kullanılır.

Cerrahi Tedavi: Cerrahi tedavide amaç spesifik defektleri düzelterek, normal anatominin restorasyonunu ve fonksiyonların muhafaza edilmesini sağlamaktır. Operasyonun seçimi pelvik prolapsusun tipi ve ciddiyetine bağlıdır.

Histeropeksi: Histerektomi ile karşılaştırıldığında güvenilirlik ve etkililik konusunda daha az kanıt olmasına rağmen, histerektomi uterin prolapsusu olan kadınlarda histerektomiye uygulanabilir bir alternatiftir. Histeropeksi, serviksin sakrospinöz ligamente sütür veya meş ile tutturulmasıyla vajinal kesi yoluyla gerçekleştirilebilir. Histeropeksi ayrıca abdominal veya laparoskopik olarak serviksten anterior longitudinal ligamente bir meş veya biyolojik greft yerleştirilerek yapılabilir (20).

Aşağıdaki öneriler ve sonuçlar, iyi ve tutarlı bilimsel kanıtlara dayanmaktadır (A düzeyi):

- Doğal doku ile apikal POP için uterosakral ligaman süspansiyonu ve sakrospinöz ligament süspansiyonu, benzer anatomik, fonksiyonel ve olumsuz sonuçlara sahip, POP'un eşit derecede etkili cerrahi tedavileridir.
- Posterior vajinal duvar prolapsusunun transvajinal onarımında sentetik meş veya biyolojik greftlerin kullanılması sonuçları iyileştirmez.
- Doğal doku ön onarımı ile karşılaştırıldığında, ön vajinal duvar prolaps onarımının polipropilen meş ile güçlendirilmesi anatomik ve bazı öznel sonuçları iyileştirir, ancak artmış morbidite ile ilişkilidir.
- Aşağıdaki öneriler ve sonuçlar, sınırlı veya tutarsız bilimsel kanıtlara dayanmaktadır (B düzeyi):
- Fizik muayenede POP olan birçok kadın, POP semptomlarını bildirmez. Tedavi yalnızca sarkma rahatsız edici şişkinlik ve basınç semptomlarına, cinsel işlev bozukluğuna, alt üriner sistem işlev bozukluğuna veya dışkılama işlev bozukluğuna neden oluyorsa endikedir.
- POP tedavisini düşünen kadınlara, cerrahiye alternatif olarak vajinal bir peser önerilmelidir.
- Tekrarlayan POP riskini azaltmak için uterus prolapsusu için histerektomi sırasında vajinal apeks süspansiyonu yapılmalıdır.
- Sentetik meşli abdominal sakrokolpopeksi, tekrarlayan POP riski daha düşüktür, ancak doğal doku ile vajinal apeks onarımından daha fazla komplikasyonla ilişkilidir.
- Vajinayı daraltan, kısaltan veya tamamen kapatan obliteratif prosedürler, POP tedavisi için etkilidir ve ileride vajinal ilişki veya vajinal koruma istemeyen önemli tıbbi komorbiditeleri olan kadınlar için birinci basamak cerrahi tedavi olarak düşünülmelidir.
- POP cerrahisinde sentetik meş veya biyolojik greft kullanımı, doğal doku ile POP onarımında görülmeyen benzersiz komplikasyonlarla ilişkilidir.
- Histerektomi ile karşılaştırıldığında güvenilirlik ve etkililik konusunda daha az kanıt olmasına rağmen, histereksi rahim sarkması olan kadınlarda histerektomiye uygulanabilir bir alternatiftir.

Aşağıdaki öneriler esas olarak fikir birliğine ve uzman görüşüne dayanmaktadır (seviye C):

- -Prolapsın derecesinin objektif olarak değerlendirilmesi ve belgelenmesi için tedaviden önce bir POP-Q muayenesi önerilir.
- -Gelecekte gebe kalmak isteyen semptomatik POP hastası bir kadın için bir peser düşünülmelidir.

- -Pelvik organ prolapsusu vajinal meş onarımı, tekrarlayan prolapsusu olan kişiler (özellikle ön veya apikal kompartmanlarda) veya daha invazif ve daha uzun açık ve endoskopik prosedürler. Sentetik meş greftlerini anterior vajinal duvara yerleştirmeden önce, hastalar işlemin yararlarını ve risklerini gözden geçirdikten ve alternatif onarımları tartıştıktan sonra bilgilendirilmiş onamlarını vermelidir.
- -Biyolojik greftler veya sentetik meş greftleri ile POP cerrahisi gerçekleştiren cerrahlar, özellikle bu prosedürler için eğitim almalı ve doğal doku onarımına kıyasla meş kullanımı için risk-fayda oranı konusunda hastalara danışmanlık yapabilmelidir.
- -POP cerrahisi sırasında rutin intraoperatif sistoskopi, gerçekleştirilen cerrahi prosedür mesane veya üreterde önemli bir yaralanma riski ile ilişkili olduğunda önerilir. Bu prosedürler, vajinal apeksin uterosakral ligamanlara asılması, sakrokolpopeksi ve anterior kolporafi ve meşin ön ve apikal bölmelere yerleştirilmesini içerir.
- -Belirgin apikal prolapsusu, anterior prolapsusu veya her ikisi de olan tüm kadınlar, prolaps azalmış öksürük stres testi veya ürodinamik test ile gizli stres üriner inkontinans için preoperatif bir değerlendirme yaptırmalıdır.
- -POP'lu ancak stres üriner inkontinansı olmayan, abdominal veya vajinal prolapsus onarımı geçiren hastalara, postoperatif stres üriner inkontinansın eşlik eden bir kontinans prosedürü olmaksızın daha olası olduğu, ancak ek bir prosedürle yan etki riskinin arttığı konusunda tavsiyede bulunulmalıdır (17).

2.2.Üriner İnkontinans: Üriner inkontinans istemsiz idrar kaçırmadır. Üriner inkontinans, utanç verici doğası ve eklenen sosyal damgalanma nedeniyle genellikle az rapor edilen yaygın bir sorundur. Yetişkin kadınların yaklaşık %50'si idrar kaçırma şikayeti yaşarken bu kadınların yalnızca %25-61 kadarı tedavi için bir sağlık kurumuna başvurmaktadır. Üriner inkontinans, bir bireyin yaşam kalitesi üzerinde önemli bir etkiye sahip olabilir, ancak doğru değerlendirme, tedavi ve yönetim ile önemli ölçüde iyileştirilebilen patolojik bir durumdur (23,24).

Norveç'in bir ilçesinde gerçekleştirilen büyük bir araştırmanın (HUNT 2) parçasıdır. 20 yaş ve üzerindeki herkes davet edildi. Toplum içinde yaşayan 34.755 kadından 27.936'sı (% 80) bir anketi yanıtladı. Katılan kadınların yüzde yirmi beşinde idrar kaçağı vardı. Yaklaşık% 7'sinde rahatsız edici olarak deneyimlenen orta veya şiddetli inkontinans olarak tanımlanan önemli inkontinans vardı. Yaş ilerledikçe inkontinans prevalansı artmıştır. İnkontinansın yarısı stres tipindeydi,% 11'inde sıkışma ve% 36'sında karışık inkontinans var (25).

-Sınıflandırılması:

- Stres üriner inkontinans:Efor veya egzersiz sırasında veya hapsiz ve öksürme gibi durumlarda istemsiz idrar kaçırmadır.
- Sıkışma tip üriner inkontinans:Acil idrar yapma ihtiyacını duymayı veya boşaltım hissini takiben idrar kaçırılma durumudur.
- Karışık tip üriner inkontinans:SUI ve UÜİ tiplerinin semptomları vardır.
- Taşma üriner inkontinans:İşeme sonrası çok yüksek rezidüel idrar olarak bilinir.Hipotoni ya da yetersizliğine bağlı olarak detrusör kas disfonksiyonu geliştiğinde görülür.
- Nokturnal Enürezis:Uyku esnasında görülen idrar kaçırma tipidir (2).

-Risk Faktörleri: Yaş, ırk, eğitim durumu, kilo, menopoz, gebelik, doğum, ek hastalıklar ve sigara gibi UI ile ilişkili birçok faktör bildirilmiştir (26).

ABD Kadınlarda UI ile ilişkili ortak faktörler arasında çocuk doğurma, yaş, vücut kitle indeksi, önceki histerektomi ve diğer komorbiditeler bulunur (27).

-Tanı ve Tedavisi: İstemsiz idrar kaçırma şikâyeti olan kadınlarda tanının konulabilmesi için öncelikle ayrıntılı anamnez alınması ve ardından detaylı fiziksel muayenenin yapılması gerekir. Hastadan öykü alınırken Üİ sıklığı, şiddeti, yaşam kalitesine olan etkisi, ıslaklık nedeniyle bez kullanma durumu, başka fonksiyon bozukluğu olup olmadığı, üriner boşaltım alışkanlığı, günlük sıvı tüketimi, başka semptom varlığı, herhangi akut veya kronik bir hastalık varlığı ve kullanılan ilaçlar sorgulanmalıdır.

Tedavi yöntemleri konservatif ve cerrahi olmak üzere iki grupta incelenir:

-Konservatif Tedavi

-Davranışsal Terapi: Özellikle SÜİ ve UÜİ tipindeki idrar kaçırılarda davranış terapisi etkilidir.

-Sıvı Yönetimi: Fazla miktarda sıvı alımı SÜİ olan kişilerde semptomları şiddetlendirebilir. Sıvı tüketimini düzenleyecek şekilde yaşam tarzı düzenlenmelidir.

-Mesane Eğitimi: 3-4 saat aralıklarla miksiyon alışkanlığının kazandırılması ve detrusör kasın bu idrara uyum yeteneğinin geliştirilmesi eğitimle sağlanabilir. MÜİ ve UÜİ tipinde ilk basamak mesane eğitimidir.

-Pelvik taban kas egzersizleri: Üretal desteğin güçlenmesinde ve kapanma basıncının artırılmasında önemli bir yeri olan PTKE, SÜİ ve MÜİ şikâyetlerini azaltır ve hastaların yaşam kalitesini artırır.

-Biofeedback: Bedende meydana gelen fizyolojik olayların görüntülü ve sesli olarak hastaya iletilmesidir. Bu yöntemde hastalar kasları doğru şekilde kasıp gevşemeyi öğrenir.

-Fonksiyonel elektriksel stimülasyon: Anal veya vajinal probalar yardımıyla pelvik efferent sinirler ve hipogastrik liflere elektriksel uyarı verilmesidir.

-Vajinal konlar, anti-inkontinans peser: Mesane boynu ve proksimal üretranın bu aletlerle alttan desteklenmesi ile üretral rezistans artırılarak Üİ önlenmektedir.

-Farmakoterapi: Östrojen, antikolinerjikler, a-adrenerjik ilaçlar, imipramin HCL vb ilaçların kullanımı urge ve miks inkontinansda daha fazladır.

-Cerrahi Tedavi: İnkontinans tipine göre cerrahi işlem yapılır (2,22).

Üriner İnkontinans Uygulamalarında Kanıt Düzeyleri

Konservatif tedavi seçenekleri üriner inkontinans türlerinin tedavisinde önemli bir yere sahiptir. Hastaların yaşam tarzı değişiklikleri kapsamında eğitim ve danışmanlık verilmeli, kilo vermeleri sağlanmalı (A kanıt düzeyi), sigaranın bırakılması (A düzeyi), diyetin düzenlenmesi ve sıvı tüketiminin düzenlenmesi sağlanmalıdır. Ayrıca mesane eğitimi, SÜİ ve MÜİ tedavisinde ilk seçenek olarak uygulamalı, (A düzeyinde) önerilmeli ve mutlaka ele alınmalıdır. PTKE üriner inkontinansın önlenmesinde ve SÜİ tedavisinde seçenek olabilir. SÜİ riskini azaltmak için vajinal konlar kullanılması PTKE kadar etki göstermektedir. SÜİ tedavisi için elektriksel uyarılma tek başına uygulanması önerilmezken; davranış değişikliği ile kombinasyonu önerilmektedir. Manyetik uyarılmanın ise inkontinans tedavisinde yeri olmadığı belirtilmektedir. Üİ tedavisinde biyofeedback ve peserlerin kullanımına dair yeterli kanıt bulunmamaktadır (28).

2.3. Genital Fistülleri: Genital ve üriner sistem organları arasında oluşan normal dışı bağlantı olarak tanımlanmaktadır. Bu fistüller ile genital yoldan istem dışı idrar kaçırma sonucunda hastalar ruhsal, sosyal ve fiziksel açıdan olumsuz etkilenmektedir. Genitoüriner fistüller sosyoekonomik durumun düşük olduğu ülkelerde daha çok görülmesi nedeniyle yeterli sayıda çalışma

bulunmamaktadır. Sahra-altı Afrika ülkelerinde 2 milyon ile 4 milyon arasında onarılmamış genitoüriner fistül vakası olduğu tahmin edilmektedir. Bu sayıya her yıl 30.000-130.000 arasında yeni vaka eklenmektedir (29).

-Risk Faktörleri: Fistüller gelişmiş ülkelerde daha çok pelvik cerrahi sonrasında görülürken obstetrik sebeplerle oluşan fistüller daha az görülmektedir. Kanser cerrahisi veya radyoterapi sonrasında nadiren de olsa meydana gelebilir. Sağlık kaynaklarının kısıtlı olduğu ülkelerde, gelişmiş ülkelerin aksine genitoüriner fistüller daha sık görülür ve genellikle obstetrik travma ve uzamış doğum eylemine bağlı gelişir.

-Belirtileri: Kadınlarda vajinadan idrar yada feçesinin geldiği görülür. İdrar ve feçese bağlı olarak enfeksiyon, kötü koku, kirlilik hissi ve sosyal izolasyon yaşayabilirler.

-Tanı ve Tedavisi: Fistülde tedavi cerrahidir. Fistüllerin tamiri için bekleme sürecinde sık ve dikkatli perine hijyeni ile kadının genel sağlık durumunun geliştirilip yükseltilmesi enfeksiyonlardan korunma açısından son derece önemlidir (2,22).

Pelvik Bozukluklarında Hemşirenin Rolü

- Doğurganlık döneminde gebelik ve doğum sayısını sınırlı tutmak amacıyla AP yöntemleri konusunda eğitim vermek
- Doğum travmalarından korunmak ve zamanında epizyotomi açmak. Kadınların doğum eyleminde iyi bir bakım almasını sağlamak. Gereksiz müdahalelerden kaçınmak, perineyi korumak, pelvisi gereksiz travmalardan önlemek
- Doğum sonrası devamlı sırtüstü veya sağ/sol yöne yatmamasını, sürekli pozisyon değiştirmesini, sürekli ayakta kalacak aktivitelerden kaçınması ve özellikle uterusun antevent pozisyonunu koruma amaçlı olarak günde iki saat yüzüstü yatmasını önermek
- Doğum sonrası pelvik taban kasları güçlendirecek Kegel egzersizlerinin düzenli yapılmasını ve önemini anlatmak
- Yaşam stilindeki birkaç değişikliğin pelvik relaksasyonun önlenmesine yardımcı olabileceğini açıklamak (Örneğin konstipasyonu önlemek, ideal kiloda kalmak...)
- Menopoz dönemindeki kadınların menopoz kliniklerine gitmesini sağlamak ve rehberlik etmek.
- Kadına her aşamada sağlığın korunması ve geliştirilmesine yönelik sağlık eğitimi vermek (22).

KAYNAKÇA

1. Sak, M. E., Koplay, M., Özkul, Ö., Sibel, S. A. K., & ÇAÇA, F. N. (2009). Uterus didelfis olgusunda gebelik: Olgu sunumu. *Duzce Medical Journal*, 11(2), 38-40.
2. Arslan Özkan H. (ed) (2019) Kadın Sağlığı ve Hastalıkları
3. Tokmak, A., & Sarıkaya, E. (2015). Mülleryan Kanal Anomalileri. *Jinekoloji-Obstetrik ve Neonatoloji Tıp Dergisi*, 12(2), 83-88.
4. Erden, A. (2015). Uterovajinal anomaliler. *Trd Sem. Ss*, 36-46.
5. Yılanlıoğlu, N. C., Özbay, K., Arısoy, R., & Kahraman, S. (2019). Uterus Didelfis Olgusunda Dikaviter İkiz Gebelik. *Zeynep Kamil Tıp Bülteni*, 50(4), 230-232.
6. Marni, H., Ferry, F., & Utama, B. I. Uterus Bicornu.
7. Simionescu, A. A., & Cîrlan, C. (2020). Uterul septat: mini-review util clinicienilor. *Obstetrica și Ginecologia*.
8. Güven, D., Topçu, H. O., & Batoğlu, A. S. Mülleryan anomaliler ve cerrahi tedavileri. *Journal of Experimental and Clinical Medicine*, 29(4), 258-264.
9. Alikışıfoğlu, A. (2013). Ambiguous Genitalia'ya Klinik Yaklaşım. *Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi*, 12(4), 141-145.

10. Murat, K. A. Y. A., & Doğan, M. (2019). Turner sendromu ve alopesi universalis birlikteliği: 45, X/46, X, i (X)(q10) karyotipli bir olgu. *Ortadoğu Tıp Dergisi*, 11(4), 631-633.
11. Çolak, F., Değirmenci, B., Saatçi, Ç., & Dündar, M. Pentazomi X Karyotipli Olgu Sunumu. *Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 40(3), 157-159.
12. Rovet, J., Netley, C., Keenan, M., Bailey, J., & Stewart, D. (1996). The psychoeducational profile of boys with Klinefelter syndrome. *Journal of learning disabilities*, 29(2), 180-196.
13. Günindi, E. A. (2018). Toplumsal Yaşamda Şiddet: Trafikte Yol Vermeme Nedeni İle Yaşanan Şiddet Olaylarının Nedenlerine Multidisipliner Bir Bakış. *Electronic Turkish Studies*, 13(15).
14. Isık, S. (2020). Pelvik Organ Prolapsusu.
15. Fışkın, G., & Kızılkaya Beji, N. (2018). Pelvik organ prolapsusu ve cinsel yaşam üzerine etkileri. *American College of Obstetricians and Gynecologists*. (2019). Pelvic organ prolapse. *Female Pelvic Medicine & Reconstructive Surgery*, 25(6), 397-408.
17. Iglesia, C., & Smithling, K. R. (2017). Pelvic organ prolapse. *American family physician*, 96(3), 179-185.
18. Kömürcü, Ö., & Uğur, G. M. (2017). Doğuma Bağlı Ortaya Çıkan Pelvik Taban Değişiklikleri. *İnkontinans Ve Nöroüroloji Bülteni*, 4, 25-34.
19. Shek KL, Dietz HP. Assessment of pelvic organ prolapse: a review. *Ultrasound Obstet Gynecol*. 2016 Dec;48(6):681-692. doi: 10.1002/uog.15881. PMID: 26865209.
20. Küçükkaya, B., & Süt, H. K. Pelvik Taban Bozukluklarında Kullanılan Geleneksel ve Tamamlayıcı Tedaviler. *Ordu Üniversitesi Hemşirelik Çalışmaları Dergisi*, 3(1), 44-53.
21. Jelovsek, J. E., Barber, M. D., Brubaker, L., Norton, P., Gantz, M., Richter, H. E., ... & Meikle, S. (2018). Effect of uterosacral ligament suspension vs sacrospinous ligament fixation with or without perioperative behavioral therapy for pelvic organ vaginal prolapse on surgical outcomes and prolapse symptoms at 5 years in the OPTIMAL randomized clinical trial. *Jama*, 319(15), 1554-1565.
22. Şirin A (Ed), Kavlak O. (2015) Kadın Sağlığı
23. Oztas, S. (2020). Üriner İnkontinans.
24. Bardsley, A. (2016). An overview of urinary incontinence. *British Journal of Nursing*, 25(18), S14-S21.
25. Hannestad, Y. S., Rortveit, G., Sandvik, H., & Hunskaar, S. (2000). A community-based epidemiological survey of female urinary incontinence: The Norwegian EPINCONT Study. *Journal of clinical epidemiology*, 53(11), 1150-1157.
26. Özkan, Z. S., & Sapmaz, E. (2015). Reprodüktif çağıdaki kadınlarda üriner inkontinans prevalansı ve etkileyen faktörler. *J Kartal TR*, 26(2), 101-106.
27. Minassian, V. A., Stewart, W. F., & Wood, G. C. (2008). Urinary incontinence in women: variation in prevalence estimates and risk factors. *Obstetrics & Gynecology*, 111(2), 324-331.
28. Buran, G., & Gerçek, E. Kadında Üriner İnkontinansın Konservatif Tedavisinde Güncel Ve Kanıtla Dayalı Uygulamalar: Literatür İncelemesi. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 35(3), 155-161.
29. Önel, F. F., & Yıldırım, Ü. Genitoüriner Fistüllerde Transvajinal Onarım 68.