

Alpaslan alıřkan

Klaus Goeschen

Kadın Pelvik Tabanı

İntegral Teori Perspektifinden Ürojinekoloji ve
Pelvik Taban Rekonstrüksiyonu
Fonksiyonel Anatomi, Patofizyoloji, Tanı ve Tedavi

Alpaslan alıřkan
Klaus Goeschen

Kadın Pelvik Tabanı

İntegral Teori Perspektifinden Ürojinekoloji ve
Pelvik Taban Rekonstrüksiyonu
Fonksiyonel Anatomi, Patofizyoloji, Tanı ve Tedavi

428 Şekil ve 9 Video ile

 Springer

Hipokrat
Yayıncılık

© Hipokrat Yayınevi 2023

ISBN: 978-625-6429-20-8

Tüm hakları saklıdır. 5846 ve 2936 sayılı Fikir ve Sanat Eserleri yasası gereği; bu kitabın basım, yayın ve satış hakları Hipokrat Yayınevi'ne aittir. Anılan kuruluşun izni alınmadan kitabın tümü ya da bölümleri mekanik, elektronik, fotokopi, manyetik kağıt ve/veya başka yöntemlerle çoğaltılamaz, basılamaz, dağıtılamaz. Tablo, şekil ve grafikler izin alınmadan, ticari amaçlı kullanılamaz. Bölümler içinde kullanılan resim ve bilgilerin sorumluluğu o bölümün yazar(lar)ına aittir.

Orijinal Eser Adı

Der weibliche Beckenboden

Copyright © 2009 of the original **English** language edition by Springer,

Original title: "**Der weibliche Beckenboden**", by **Klaus Goeschen and Peter Papa Petros**

Türkçe Basım: TURKISH Language Edition Published by Hipokrat Yayınevi, Copyright © 2023

Orijinal Eser Yayıncısı

Springer Medizin Verlag Heidelberg

Orijinal ISBN

978-3-540-88354-8

Yazarlar

Dr. Alpaslan Çalışkan

Prof. Dr. Klaus Goeschen

Çeviri Eser Adı

Kadın Pelvik Tabanı

Grafik-Tasarım

Hipokrat Grafik Tasarım

Baskı - Cilt

Ankara Özgür Matbaacılık Basım Yayın Dağ. San. Tic. A.Ş.

1250 Cadde No: 25 Ostim OSB Yenimahalle / Ankara

Hipokrat
Yayıncılık

Süleyman Sırrı Cad. No:16/2 Sıhhiye
Tel: (0312) 433 03 05 - 15 ANKARA
www.hipokratkitabevi.com



Sidal ve Tiber'e



*“Normal function of organs
follows reconstruction of form and structure”*

Galen: (MS 129 - 216)

Önsöz

Pelvik organ prolapsusu (POP) ilk olarak MÖ 1500’de Ebers Papirüsü’nden kaydedilen tıbbi öyküde tanımlanmıştır. Euryphon succussion’ı (kadını baş aşağı çevirmek, MÖ 400), Hipokrat POP’u azaltmak için narı pesser olarak kullanmıştır. Leonardo Da Vinci (1452-1519), kapsamlı kadavra pelvik diseksiyonlarıyla metinlere katkıda bulunmuştur. James Sims, 1852’de POP cerrahisinde gümüş sütürlerin kullanımını popüler hale getirirken, POP nedeniyle ilk vajinal histerektomi 1861’de New Orleans’tan Choppin tarafından rapor edilmiştir (günümüzde en sık uygulanan teknik). Archibald Donald ve William Fothergill, 1800’lerin sonunda Manchester operasyonunu geliştirmişler, Le Fort 1877’de bugün hala kullanılan bir teknik olan kısmi kolpopleksisi tariflemiştir. 1898’de Thomas Watkins sağlıklı uterusun alınmasına inanmayarak interpozisyon ameliyatını tanımlamıştır. Kelly plikasyonu 1913 yılında Howard Atwood Kelly, Retropubik vezikouretal süspansiyon, 1917’de W. Stoeckel tarafından tarif edilmiş, urethrovesical junction elevasyonu John Christopher Burch tarafından 1961’de tanımlanmıştır. Öte yandan Martius 1936’da cerrahi ders kitabında “vajinanın ön ve arka kolporafi denilen yöntemle daraltılmasının yeterli olmadığını, çünkü vajinanın tutma kabiliyetinin yetersiz olduğunu” belirtmiştir.

Bu havalı isimli tekniklerin birçoğu hala POP ve Stres Üriner İnkontinans tedavisinde kullanılmaktadır. Yapılan çalışmalarda zamanla primer cerrahi sonrası nüks için re-operation oranları % 43 ile 58, küresel olarak POP cerrahisinin başarısızlık oranları %25-30 olarak tespit edilmiştir.

Problemler gittikçe artmasına rağmen, hastalar için eskiden olduğu gibi sorunlarını dile getirmek bir “tabu” olarak görülmekte ve çok azı yardım istemektedir. Bir kısım hasta şikayetlerini doktora veya yakınlarına anlatmaktan utanmakta, diğerleri de kendi yaşlarında bu problemlerin normal olduğunu düşünmektedir. Asıl önemli bir neden de son yıllara kadar kalıcı ve etkili tedavi yöntemlerinin olmaması ve başvuru alan hekimin fazla seçeneği olmaması idi. Yakın zamanlarda uygulanmaya başlanan Transvajinal Tape (TVT) ve Transobturator Tape (TOT) gibi askı operasyonları son derece etkili tekniklerdir. Ancak idrar kaçırma şikayeti olan hastaların ancak %15’i için doğru operasyonlardır. Yüksek başarısızlık, tekrar ameliyat oranları ve düşük hasta memnuniyeti nedeniyle ideal tekniği arayış hala sürmektedir.

Sonuç olarak Pelvik organ prolapsusu yönetimi, bir yüzyıldan fazla süredir jinekologları hayal kırıklığına uğratmıştır.

1990 yılında Prof. Dr. Peter Petros ve Prof. Dr. Ulf Ulmsten geliştirdikleri İntegral Teori ile ilgili ilk bilgileri paylaşmadan önce, ürojinekologlar esas olarak pelvik taban kas fonksiyonu/disfonksiyonuna konsantre olmuşlar, bir hasar varsa kas onarımı üzerinde yoğunlaşmışlardı. Bu ikilinin yarattığı yeni düşünce tarzına göre, prolapsus ve çoğu pelvik taban disfonksiyonu büyük ölçüde fasyaların – asıcı ligamentlerin yırtılması ve/veya zayıflaması yani hasarı ile oluşur. Kaslar sadece indirekt rol oynar dolayısıyla pelvik taban cerrahisi bir fascia ve ligament cerrahisidir.

Prof. Petros ile birlikte yeni teknikler geliştiren Prof. Dr. Klaus Goeschen Avrupa’da Pelvik Tabana yönelik minimal invaziv operasyonları yapan ilk kişidir. Prof. Goeschen’in de katkı ve çalışmaları ile başlarda sadece idrar kaçırmaya yönelik yapılan ameliyatlardan tüm pelvik tabanda, “İntegral Teori” prensibiyle uygulanmaya başlanmıştır. Pelvik tabandaki tüm hasarlar, özenli ve kapsamlı muayeneler ile değerlendirilerek, sadece hasarlı bölge değil, tüm bölge ele alınmıştır.

Benim en büyük şansım 2009 yılında bir toplantıda Prof. Goeschen'le tanışmak oldu. Canlı cerrahi sunumu sırasında devamlı fonksiyonlardan bahsediyordu. O güne kadar ilk kez fonksiyondan bahsedildiğini duymuştum. Bizim için başarı çıkan organları içeri sokmaktan ibaretti. Başarısız olduğumda da kendi kendime;

- Bu hastaların çoğu zaten yaşlı, bunları memnun etmek zor,
- Kendi hazırladığım meşler yetersiz, lazerle kesilmeli, daha kaliteli olmalı vs,
- Ancak bu kadar olur, daha ne olsun?
- Herkes havalı hazır meş kitleri kullanıyor, ben kendim hazırlıyorum diyordum (aslında yaptığım tek doğruymuş).

Prof. Petros ve Prof. Goeschen yerleşik uzmanların direnişi karşısında ürojinekolojiyi temelden değiştirdi ve birçok kadının daha iyi bir yaşam sürmesine yardımcı oldular. Günümüzde çoğu ürojinekolog ve ürolog, 1958 yılında kurulan Uluslararası Kontinans Derneği'nin (ICS) tavsiyelerine uymaktadır. Yıllar içinde güncelleseler de, 2022 yılında son açıklamalarında da görüşleri değiştirmemiştir. Buna göre;

- Semptomlar güvenilir değildir,
- İnstabil bir mesane cerrahi olarak tedavi edilemez, ancak ilaçla tedavi edilmelidir,
- Sadece stres inkontinansı olan hastalar ameliyattan fayda görebilir,
- Miks inkontinansı (stres/urge inkontinans) olan hastalar ameliyat edilmemeli, tıbbi olarak tedavi edilmelidir (son zamanlarda buna katılmayanlar artmıştır).

İlaç tedavisi, tüm yan etkileri ve zayıf hasta uyumuna rağmen hala en iyi tedavi yöntemi olarak kabul edilmektedir. Yaşam tarzı, yeme -içme alışkanlıklarında değişiklikler listeye eklenmiş, son seçenek olarak mesaneye yönelik hasta için yıpratıcı, geçici, çoğunlukla etkisiz cerrahiler önerilmektedir. Hatta 2000'lerin başında Prof. Goeschen'in, tedavi edilemez olduğunu düşündükleri şeyleri iyileştirmeye yönelik ilk çalışmalarına 3-5 "önde gelen kanaat önderi" şiddetle saldırmışlardır. "The Medical Society of Incontinence Help Germany" başkanı bir dergide yayınlanan makalesinde, Goeschen'in çalışmalarını saçmalık olarak değerlendirip, "urge inkontinanslı hastalara cerrahi işlem uygulamak açıkça malpraktisttir ve sorunları arttırabilir. Cerrahin şöhretini arttırmak amaçlı yaptığı bir şeydir" demiştir. Ürologlar tarafından benzer tepkilere ben de maruz kaldım.

Her zaman bilinen bir teori veya pratiğin yerini alan bir şey vardır. Altın standart körü körüne takip etmek yerine, kanıtlara kendimiz bakalım ve belirli bir sağlık hizmeti ortamında bireysel hastaya eleştirel bir şekilde uygulayalım. Kanıta dayalı tıbbın amacı bu değil mi? Bu nedenle biz "güncel standart" diyoruz.

Bu arada endüstri Petros'un fikirlerinden kazanılacak çok para olduğunu fark etmiş, 90 ların sonu 2000 lerin başında hazır meş kitleri furyası başlamıştır. Endüstri bu kitleri satabilmek için cerrahi tekniklerin öğretilmesine büyük önem vermiş, ülkelere göre seçtiği hekimlerle, toplantılarla, CD'lerle yaymaya çalışmıştır. Anatomik çalışmalar kadınlarda geniş bir vajinal boyut yelpazesini göstermektedir (6.9 - 14.8 cm). Sonuç olarak her hastaya, her defekte standart boy hazır meş kitlerinin kullanılması sorunlar üretmeye başlamıştır. Meşin defekte göre kısa veya fazla gelmesiyle dispareni, erozyon, mesane ve rektal problemler ortaya çıkmış, öfori kısa sürmüştür. 2011'de FDA, transvajinal meş cerrahisi ile ilgili ciddi güvenlik ve etkililik endişelerini dile getirmiş, 2019'dan itibaren üreticilere ABD'de Transvajinal mesh kitlerini satmamalarını emretmiştir. Şu an hiçbir yerde hazır meş kiti üretilmemek-

tedir. Etkin ve kalıcı rekonstrüktif cerrahi ancak seçilmiş fasya ve ligamentlerin sentetik materyallerle yenilenmesi veya güçlendirilmesi ile mümkündür. Önemli olan, her şeyde olduğu gibi meşi nerede, ne kadar, nasıl kullandığınızdır.

Tıpta yan dalların gelişimiyle birlikte jinekolojinin yanı sıra, üroloji, genel cerrahi, proktoloji, gastroenteroloji, nöroloji ve nöroşirürji de pelvik taban ile ilgilenmektedir. Ancak bu branşlar ağırlıklı olarak kendi organlarına yoğunlaşmışlar ve komşu organlarla ilgilenmemişlerdir. Oysa amaç pelvik sorunları olan hastalara yardım etmekse, pelvik taban tüm organlarla birlikte ele alınmalıdır. Tabanın sadece bir bölümüne odaklanmak yeni sorunlara yol açabilir.

Birçok dilde sayısız pelvik taban cerrahisi kitabı bulunmaktadır. Bu kitapta o kitaplarda benzerleri tekrarlanan hiçbir tekniği bulamayacaksınız. Integral Teori temelli modern, özgün ürojinekolojik cerrahi tekniklerimizin yanında çoğunlukla önemsenmeyen fizyolojik ve patolojik süreçleri tanımlamaya, tanı prosedürlerimizi anlatmaya çalıştık. Ayrıca en iyi yaklaşım yolu (abdominal veya vajinal?), histerektomili ve histerektomisz POP cerrahisinin etkinliği?, artifisyel veya otolog materyal kullanım mı?, apex/uterusu fikse etmek için en iyi yer (promontorium veya sacrospinal ligament?), en etkili rekonstrüksiyon kombinasyonu nedir gibi sorulara da cevap bulabileceksiniz.

Yıllar içinde Prof. Goeschen'le yaptığımız çalışmalar, geliştirdiğimiz tekniklerle, eskilerde %40-50 civarında başarı ve geçici iyileşme sağlayan ameliyatlara yerine, anatomik olarak %95-98, fonksiyonel olarak %70-95 başarı mümkün olmuştur. Güncel reoperasyon oranlarımız %1'in altındadır.

Doğum yapan her üç kadından biri hayatlarının bir döneminde pelvik tabanla ilgili sorunlar yaşıyorlar ve etkili-kalıcı çözüm bulmakta zorlanıyorlar. Hedefimiz, modern tedavi seçenekleriyle ilgilenen meslektaşlarımızın bu kitabı okumaları ve yıllardır denenmiş bu etkileyici tekniklerle hastalarına yardımcı olmalarıdır.

Denizli ve Neustadt (Almanya)

Haziran 2023

Alpaslan Çalışkan

Klaus Goeschen

Önsöz

I Genel Bakış

1	İntegral Teoriye Giriş.....	3
1.1	Problem	3
1.2	Problem Çözme	5
1.3	Anatomik Perspektiften Bakış Açılıarı	6
1.4	İntegral Teori Perspektifinden Fonksiyon	7
1.5	Bağ Dokusunun Kilit Rolü.....	7
2	İntegral Teori Perspektifinde Tanı.....	9
3	İntegral Teori Perspektifinden Tedavi	11

II Pelvik Tabanın Anatomisi ve Fonksiyonu

4	Pelvik Taban Anatomisi	15
4.1	İntegral Teorinin Genel Anatomik İlkeleri	15
4.2	İntegral Teori Perspektifinden Özel Anatomi	16
4.2.1	Üç Anatomik Yaklaşım	16
4.2.2	Üç Anatomik Kas Katmanı	20
4.2.3	Pelvik Taban Kaslarının Üç Hareket Yönü.....	24
4.2.4	Üç Yatay Pelvik Düzlem (Level)	24
4.2.5	Üç Dikey Vajinal Bölge (Zon)	30
5	Pelvik Tabanın ve Organlarının Fonksiyonu.....	33
5.1	Destek ve Tutma İşlevi	33
5.2	Mesanein Açılması ve Kapatılması	34
5.2.1	Mekanik Kontrol.....	38
5.2.2	Teorinin Pratikte Test Edilmesi.....	42
5.2.3	Nörolojik Kontrol	45
5.3	Ano-Rektal Bölgenin Açılması ve Kapanması	48
	II. Bölümün Özeti	50

III Normal veya Bozulmuş Pelvik Taban Fonksiyonunda Bağ Dokusunun Rolü

6	Normal Fonksiyona Sahip Bağ Dokusu.....	53
6.1	Biyomekanik Perspektiften Bağ Dokusu	53
6.2	Vajinanın Biyomekaniği.....	54
7	Fonksiyonu Bozulmuş Bağ Dokusu	55
7.1	Bağ Dokusu Hasarının Nedenleri	55
7.1.1	Hormonların Etkisi.....	55
7.1.2	Yaşın Etkisi	56
7.1.3	Histerektominin Bağların Fonksiyonu Üzerindeki Etkisi	57
7.1.4	Doğumun Bağ Dokusu Fonksiyonu Üzerine Etkisi.....	58
7.2	Bağ Dokusu Hasarının Fonksiyonlar Üzerindeki Etkileri.....	59
7.2.1	Stres İnkontinans, İntrinsik Sfinkter Defekti, Zincirlenmiş Vajen Sendromu	60
7.2.2	Aşırı Aktif Mesane (OAB), Detrusor Aşırı Aktivitesi (DAA).....	64
7.2.3	Mesane Boşaltım Bozukluğu	65
7.2.4	Ağrı.....	66
7.2.5	Anorektal Disfonksiyon	70
7.2.6	İntegral Teori Bakış Açısından Anorektumun Açılması ve Kapanması Üzerine Çalışmalar.....	72
	III. Bölümün Özeti	79

IV Hasarlı Bağ Dokularının Tanısı

	Giriş	83
8	Temel Tanı	85
8.1	Anamnez Formu ve Verilerin Grafikselsel Tanı Algoritmasına Aktarılması	88
8.2	Üç Bölgeyi Kontrol Etmek İçin Vajinal Muayene	88
8.2.1	Ön Bölge.....	89
8.2.2	Orta Bölge	90
8.2.3	Arka Bölge	92
8.3	Tanının Simüle Edilmiş Ameliyatlara Doğrulanması.....	95
9	Spesifik Tanı.....	99
9.1	Temel Tanıların Gözden Geçirilmesi, Ek Veri ve Bulguların Toplanması.....	99
9.1.1	Anamnez Formu	101
9.1.2	Vajinal Muayene.....	102

İçindekiler

9.1.3	24 Saatlik İşeme Günlüğü	102
9.1.4	Ped Testi	104
9.1.5	Öksürük Stres Testi	104
9.1.6	El Yıkama Testi	104
9.1.7	Ultrasonografi	104
9.1.8	Ürodinami	114
9.2	Verilerin Analizi ve Korelasyonu İle Tanı	128
9.2.1	Semptomlar ve Üç Bölge Arasındaki Korelasyon	130
9.3	Simüle Edilmiş Operasyonlar Aracılığıyla Güvence	134
10	ICS Tanımlamalarının ve Tanılarının İntegral Teori İle Karşılaştırılması	135
10.1	Ön Bölgedeki Defektlerin ICS Tanımları ve Açıklamaları	136
10.1.1	Gerçek Stres İnkontinans (GSI)	136
10.1.2	Fark Edilmeyen Sürekli İdrar Kaçağı, İnterinsik Sfinkter Defekti (ISD)	136
10.1.3	Refleks İnkontinans	137
10.1.4	Öksürüğe Bağlı DAA	137
10.2	Orta ve Arka Bölgelerdeki Defektlerin ICS Tanımları ve Açıklamaları	137
10.2.1	Mesane Boşaltım Bozukluğu	137
10.3	Anterior, Orta ve Posterior Bölgelerdeki Defektlerin ICS Tanımları ve Açıklamaları	138
10.3.1	Sensoriyal Urge (Üretral Gevşeme İnkontinansı)	139
10.3.2	Motor Urge (Stresle Tetiklenmiş Sıkışma)	139
10.3.3	Detrusor Aşırı Aktivitesi	140
10.3.4	Stabil Olmayan Üretra	140
10.3.5	Azalmış Komplians	141
10.3.6	Azalmış Mesane Kapasitesi	141
10.4	Posterior Bölgedeki Defektlerin ICS Tanımları ve Açıklamaları	141
10.4.1	Noktüri	141
	IV. Bölümün Özeti	142

V İntegral Teori Perspektifinden Rekonstrüktif Pelvik Taban Cerrahisi

11	İntegral Teori Perspektifinden Rekonstrüktif Pelvik Taban Cerrahisinin Temel Özellikleri ..	145
11.1	Minimal İnvaziv Pelvik Taban Cerrahisi İçin Temel İlkeler	145
11.1.1	Prolapsus Derecesi ve Semptomların Şiddeti	146
11.1.2	Doku Kalitesi: Dokunun Korunması ve Güçlendirilmesi	146
11.1.3	Yapısal Bileşim: Farklı Bağ Dokusu Bileşenlerinin Sinerjik Etkileşimi	147
11.1.4	Ameliyat Sonrası Sorunları Önlemek İçin Metodolojik Yaklaşım	147
11.1.5	Hasarlı Bağ Dokusunun Güçlendirilmesi İçin Aletler ve Erişim Yolları	148

12	İntegral Teoriye Göre Cerrahi Prosedürler Hakkında Genel Düşünceler	153
12.1	Kısa Yatış Süreli Vajinal Cerrahi	153
12.2	Dokunun Korunması ve Güçlendirilmesi	154
12.3	Cerrahi Hazırlık Teknikleri	154
12.4	Nükslerin Önlenmesi	155
12.5	Kısa Süre Yatışlı Pelvik Taban Cerrahisi Sırasında Bakım	156
12.5.1	Ameliyattan Önce	156
12.5.2	Ameliyat Sonrası	157
12.5.3	Erken Postoperatif Komplikasyonlar	158
12.5.4	Geç Komplikasyonlar	158
13	İntegral Teoriye Göre Hasarlı Bağ Dokusunu Güçlendirmek İçin Özel Durumlar	159
13.1	Ligamentlerin Cerrahi Olarak Güçlendirilmesi	160
13.1.1	Sentetik Materyal İle	160
13.1.2	Farklı Bant Dokularının Mekanik Özellikleri	162
13.1.3	Farklı Lif Çapları İle Doku Reaksiyonları	163
13.1.4	Meş Boyutunun ve İnterfibriler Boşlukların Önemi	164
13.1.5	Peki Pelvik Taban Cerrahisinde Meş Kullanılmalı mıdır?	167
13.2	Hasarlı Fasyaların Onarımı	168
13.2.1	Temel Özellikler	168
13.2.2	Fasyanın Homolog Doku İle Güçlendirilmesi	169
13.2.3	Fasyanın Heterolog Doku İle Güçlendirilmesi	172
14	Hasarlı Üç Bölgede Özel Cerrahi Prosedürler	173
14.1	Ön Bölgede Cerrahiler	173
14.1.1	PUL'u Güçlendirmek İçin Gerilimsiz Subüretral Askı	175
14.1.2	Ön Bölgede Ameliyat Komplikasyonları	182
14.2	Orta Bölgede Cerrahiler	184
14.2.1	Genel Özellikler	184
14.2.2	Özel Yöntemler	187
14.3	Arka Bölgede Cerrahiler	212
14.3.1	Genel Özellikler	212
14.3.2	Özellikli Cerrahi Onarımlar	217
14.3.3	Anorektal Prolapsusun Cerrahi Onarımı	245
15	Cerrahi Onarımların Olası Komplikasyonları	249
15.1	Akut Komplikasyonlar	249
15.1.1	Diseksiyon Sırasında Rektum/Mesane Yaralanması	249
15.1.2	Tunneller İle Rektal Perforasyon	250
15.1.3	Tunneller İle Mesane Perforasyonu	250
15.1.4	Hematomlar	250
15.2	Orta Vadeli Komplikasyonlar	251
15.2.1	Sentetik Bant/Meş Erozyonu	251

İçindekiler

15.3	Uzun Vadeli Değişiklikler.....	254
15.3.1	Köprüleme Tekniğinin Olası Komplikasyonları	254
15.3.2	Subüretal Askı Operasyonlarından Sonra Üretranın Daralması.....	254
15.3.3	Fistüller	255
15.3.4	Organları Birbiri Üzerinde Kaydırıcı Katmanlarının Yapışması	255
16	Ameliyatlar Sonrası Persiste, Tekrarlayan veya Yeni Oluşan Semptomların Yönetimi	257
16.1	Nedenin Belirlenmesi.....	257
16.1.1	Yanlış Tanı.....	258
16.1.2	Diğer Bağ Dokularının Zayıflaması	258
16.1.3	Nüks	260
16.2	Ameliyat Sonrası Devam Eden Semptomlar İçin Pratik Yaklaşımlar.....	261
16.2.1	Ön Bölge.....	261
16.2.2	Orta Bölge	262
16.2.3	Arka Bölge	262
	V. Bölümün Özeti.....	264
	Ek	267
	Ek 1. Anamnez Formu	267
	Ek 2. Grafiksel Tanı Algoritması.....	270
	Ek 3. Klinik Muayene Formu.....	271
	Ek 4. Simüle Operasyonlar İçin Doğrulama Tablosu	272
	Ek 5. Tanı Özet Formu.....	273
	Ek 6. İşeme Günlüğü.....	275
	Kaynaklar.....	277

Kısaltmalar

ATFP	Arcus tendineus fasciae pelvis	O	Mesane ve üretranın açılma fazı
B	Mesane	PB	Perineal gövde
BH	Mesane boynu	PC	Pudental kanal
C	Mesanenin kapalı fazı	PM	Perineal membran
CL	Kardinal ligament	PAP	Postanal plak
Cn	Kolajen	PCF	Puboservikal fasya
CP	Üretral kapanma basıncı	PCM	Pubococcygeal kas
CX	Serviks	PIVS	Posterior intravajinal sling
CTR	Öksürük iletim oranı	PS	Pubis simfizi, Symphysis pubica
DAA	Detrusor aşırı aktivitesi	PRM	Puborectal kas, M. puborectalis
EAS	External anal sfinkter	PUL	Puboüretral ligament
EMG	Elektromiyogram	PVL	Pubovezikal ligament
EUL	External üretral ligament	RVF	Rektovajinal fasya
F	Fascia	R	Rektum
FI	Fekal inkontinans	S	Sakrum
FO	Obturator fossa	SI	Stres İnkontinans
FUN	Frequency, Urge, Noktüri	SUL	Sakrouterin ligament
GSI	Gerçek stres inkontinans	T	Bant
H	Hamak, üretrovajinal septum	TFS	Tissue Fixation System, doku sabitleme sistemi
IAS	İnternal anal sfinkter	TVT	Tensionfree Vaginal Tape, gerilimsiz vajinal bant
ICS	Uluslararası Kontinans Derneği,	U	Üretra
IRF	İskiorektal fossa	UI	Urge inkontinans
IS	Spina ischiadica	USL	Uterosakral ligament, ligamentum sacrouterinum
ISD	İntrinsik sfinkter defekti	V	Vajina
LA	Levator ani	ZCE	Kritik elastik bölge
LP	Levator plak		
LMA	Longitudinal anal kas		
MUCP	Maksimum Üretral Kapanma Basıncı		
N	Sinir uçları, mesane tabanındaki gerilme reseptörleri		

