

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](http://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 kolpokleisisi tariflemiştir. 1898’de Thomas Watkins sağlıklı uterusun alınmasına inanmayarak interpozisyon ameliyatını tanımlamıştır. Kelly plikasyonu 1913 yılında Howard Atwood Kelly, Retropubik vezikoöretal 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 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 ameliyatlara 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 güncelleşmeler 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 olarakta 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. Kanıtla 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 disparoni, 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 üretilmemektedir. 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?), histerektomi ve histerektomisiz POP cerrahisinin etkinliği?, artifisyal veya otolog materyal kullanımı mı?, apex/uterusu fikse etmek için en iyi yer (promontorium veya sacrospondyl 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 ameliyatların 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 denemiş bu etkileyici tekniklerle hastalarına yardımcı olmalarıdır.

Denizli ve Neustadt (Almanya)

*Haziran 2023*

Alpaslan Çalışkan

Klaus Goeschen



# İçindekiler

## I Genel Bakış

1	İntegral Teoriye Giriş.....	3
1.1	Problem .....	3
1.2	Problem Çözme .....	4
1.3	Anatomik Perspektiften Bakış Açılıarı .....	5
1.4	İntegral Teori Perspektifinden Fonksiyon .....	6
1.5	Bağ Dokusunun Kilit Rolü.....	6
2	İntegral Teori Perspektifinde Tanı .....	7
3	İntegral Teori Perspektifinden Tedavi .....	9

## II Pelvik Tabanın Anatomisi ve Fonksiyonu

4	Pelvik Taban Anatomisi .....	13
4.1	İntegral Teorinin Genel Anatomik İlkeleri .....	13
4.2	İntegral Teori Perspektifinden Özel Anatomi .....	14
4.2.1	Üç Anatomik Yaklaşım .....	14
4.2.2	Üç Anatomik Kas Katmanı .....	17
4.2.3	Pelvik Taban Kaslarının Üç Hareket Yönü.....	20
4.2.4	Üç Yatay Pelvik Düzlem (Level) .....	20
4.2.5	Üç Dikey Vajinal Bölge (Zon) .....	25
5	Pelvik Tabanın ve Organlarının Fonksiyonu .....	27
5.1	Destek ve Tutma İşlevi .....	27
5.2	Mesane nin Açılması ve Kapatılması .....	28
5.2.1	Mekanik Kontrol.....	30
5.2.2	Teorinin Pratikte Test Edilmesi.....	33
5.2.3	Nörolojik Kontrol .....	35
5.3	Ano-Rektal Bölgenin Açılması ve Kapanması .....	38
	II. Bölümün Özeti .....	40

## III Normal veya Bozulmuş Pelvik Taban Fonksiyonunda Bağ Dokusunun Rolü

6	Normal Fonksiyona Sahip Bağ Dokusu ..	43
6.1	Biyomekanik Perspektiften Bağ Dokusu .....	43
6.2	Vajinanın Biyomekaniği.....	44
7	Fonksiyonu Bozulmuş Bağ Dokusu .....	45
7.1	Bağ Dokusu Hasarının Nedenleri.....	45
7.1.1	Hormonların Etkisi.....	45
7.1.2	Yaşın Etkisi .....	46
7.1.3	Histerektominin Bağların Fonksiyonu Üzerindeki Etkisi .....	46
7.1.4	Doğumun Bağ Dokusu Fonksiyonu Üzerine Etkisi.....	47
7.2	Bağ Dokusu Hasarının Fonksiyonlar Üzerindeki Etkileri .....	48
7.2.1	Stres İnkontinans, İntrinsik Sfinkter Defekti, Zincirlenmiş Vajen Sendromu .....	49
7.2.2	Aşırı Aktif Mesane (OAB), Detrusor Aşırı Aktivitesi (DAA) .....	51
7.2.3	Mesane Boşaltım Bozukluğu .....	52
7.2.4	Ağrı.....	53
7.2.5	Anorektal Disfonksiyon .....	56
7.2.6	İntegral Teori Bakış Açısından Anorektumun Açılması ve Kapanması Üzerine Çalışmalar ..	58
	III. Bölümün Özeti .....	63

## IV Hasarlı Bağ Dokularının Tanısı

	Giriş .....	67
8	Temel Tanı .....	69
8.1	Anamnez Formu ve Verilerin Grafikselleştirilmesi ve Tanı Algoritmasına Aktarılması .....	69

8.2	Üç Bölgeyi Kontrol Etmek İçin Vajinal Muayene.....	71
8.2.1	Ön Bölge.....	71
8.2.2	Orta Bölge.....	72
8.2.3	Arka Bölge.....	73
8.3	Tanınımın Simüle Edilmiş Ameliyatlara Doğrulanması.....	75
<b>9</b>	<b>Spesifik Tanı.....</b>	<b>79</b>
9.1	Temel Tanıların Gözden Geçirilmesi, Ek Veri ve Bulguların Toplanması.....	79
9.1.1	Anamnez Formu.....	79
9.1.2	Vajinal Muayene.....	83
9.1.3	24 Saatlik İşeme Günlüğü.....	83
9.1.4	Ped Testi.....	83
9.1.5	Öksürük Stres Testi.....	83
9.1.6	El Yıkama Testi.....	83
9.1.7	Ultrasonografi.....	83
9.1.8	Ürodinami.....	90
9.2	Verilerin Analizi ve Korelasyonu İle Tanı.....	102
9.2.1	Semptomlar ve Üç Bölge Arasındaki Korelasyon.....	103
9.3	Simüle Edilmiş Operasyonlar Aracılığıyla Güvence.....	107
<b>10</b>	<b>ICS Tanımlamalarının ve Tanılarının İntegral Teori İle Karşılaştırılması.....</b>	<b>109</b>
10.1	Ön Bölgedeki Defektlerin ICS Tanımları ve Açıklamaları.....	110
10.1.1	Gerçek Stres İnkontinans (GSI).....	110
10.1.2	Fark Edilmeyen Sürekli İdrar Kaçağı, İnterinsik Sfinkter Defekti (ISD).....	110
10.1.3	Refleks İnkontinans.....	110
10.1.4	Öksürüğe Bağlı DAA.....	111
10.2	Orta ve Arka Bölgelerdeki Defektlerin ICS Tanımları ve Açıklamaları.....	111
10.2.1	Mesane Boşaltım Bozukluğu.....	111
10.3	Anterior, Orta ve Posterior Bölgelerdeki Defektlerin ICS Tanımları ve Açıklamaları.....	111
10.3.1	Sensoriyal Urge (Üretral Gevşeme İnkontinansı).....	112

10.3.2	Motor Urge (Stresle Tetiklenmiş Sıkışma).....	112
10.3.3	Detrusor Aşırı Aktivitesi.....	113
10.3.4	Stabil Olmayan Üretra.....	113
10.3.5	Azalmış Komplians.....	113
10.3.6	Azalmış Mesane Kapasitesi.....	114
10.4	Posterior Bölgedeki Defektlerin ICS Tanımları ve Açıklamaları.....	114
10.4.1	Noktüri.....	114

## IV. Bölümün Özeti..... 115

## V İntegral Teori Perspektifinden Rekonstrüktif Pelvik Taban Cerrahisi

<b>11</b>	<b>İntegral Teori Perspektifinden Rekonstrüktif Pelvik Taban Cerrahisinin Temel Özellikleri.....</b>	<b>119</b>
11.1	Minimal İnvaziv Pelvik Taban Cerrahisi İçin Temel İlkeler.....	119
11.1.1	Prolapsus Derecesi ve Semptomların Şiddeti.....	119
11.1.2	Doku Kalitesi: Dokunun Korunması ve Güçlendirilmesi.....	120
11.1.3	Yapısal Bileşim: Farklı Bağ Dokusu Bileşenlerinin Sinerjik Etkileşimi.....	120
11.1.4	Ameliyat Sonrası Sorunları Önlemek İçin Metodolojik Yaklaşım.....	121
11.1.5	Hasarlı Bağ Dokusunun Güçlendirilmesi İçin Aletler ve Erişim Yolları.....	121
<b>12</b>	<b>İntegral Teoriye Göre Cerrahi Prosedürler Hakkında Genel Düşünceler.....</b>	<b>125</b>
12.1	Kısa Yatış Süreli Vajinal Cerrahi.....	125
12.2	Dokunun Korunması ve Güçlendirilmesi.....	126
12.3	Cerrahi Hazırlık Teknikleri.....	126
12.4	Nükslerin Önlenmesi.....	126
12.5	Kısa Süre Yatışlı Pelvik Taban Cerrahisi Sırasında Bakım.....	128
12.5.1	Ameliyattan Önce.....	128
12.5.2	Ameliyat Sonrası.....	128
12.5.3	Erken Postoperatif Komplikasyonlar.....	129
12.5.4	Geç Komplikasyonlar.....	129

<b>13</b>	<b>İntegral Teoriye Göre Hasarlı Bağ Dokusunu Güçlendirmek İçin Özel Durumlar</b> .....	<b>131</b>
13.1	Ligamentlerin Cerrahi Olarak Güçlendirilmesi .....	132
13.1.1	Sentetik Materyal İle .....	132
13.1.2	Farklı Bant Dokularının Mekanik Özellikleri .....	133
13.1.3	Farklı Lif Çapları İle Doku Reaksiyonları .....	134
13.1.4	Meş Boyutunun ve İnterfibriler Boşlukların Önemi .....	135
13.1.5	Peki Pelvik Taban Cerrahisinde Meş Kullanılmalı mıdır? .....	137
13.2	Hasarlı Fasyaların Onarımı .....	138
13.2.1	Temel Özellikler .....	138
13.2.2	Fasyanın Homolog Doku İle Güçlendirilmesi .....	139
13.2.3	Fasyanın Heterolog Doku İle Güçlendirilmesi .....	141
<b>14</b>	<b>Hasarlı Üç Bölgede Özel Cerrahi Prosedürler</b> .....	<b>143</b>
14.1	Ön Bölgede Cerrahiler .....	143
14.1.1	PUL'u Güçlendirmek İçin Gerilimsiz Subüretal Askı .....	145
14.1.2	Ön Bölgede Ameliyat Komplikasyonları .....	150
14.2	Orta Bölgede Cerrahiler .....	151
14.2.1	Genel Özellikler .....	151
14.2.2	Özel Yöntemler .....	154
14.3	Arka Bölgede Cerrahiler .....	174
14.3.1	Genel Özellikler .....	174
14.3.2	Özellikli Cerrahi Onarımlar .....	178
14.3.3	Anorektal Prolapsusun Cerrahi Onarımı .....	198
<b>15</b>	<b>Cerrahi Onarımların Olası Komplikasyonları</b> .....	<b>201</b>
15.1	Akut Komplikasyonlar .....	201
15.1.1	Diseksiyon Sırasında Rektum/Mesane Yaralanması .....	201
15.1.2	Tunneller İle Rektal Perforasyon .....	201
15.1.3	Tunneller İle Mesane Perforasyonu .....	202
15.1.4	Hematomlar .....	202
15.2	Orta Vadeli Komplikasyonlar .....	202
15.2.1	Sentetik Bant/Meş Erozyonu .....	202
15.3	Uzun Vadeli Değişiklikler .....	205
15.3.1	Köprüleme Tekniğinin Olası Komplikasyonları .....	205
15.3.2	Subüretal Askı Operasyonlarından Sonra Üretranın Daralması .....	205
15.3.3	Fistüller .....	205
15.3.4	Organları Birbiri Üzerinde Kaydırıcı Katmanlarının Yapışması .....	206
<b>16</b>	<b>Ameliyatlar Sonrası Persiste, Tekrarlayan veya Yeni Oluşan Semptomların Yönetimi</b> .....	<b>207</b>
16.1	Nedenin Belirlenmesi .....	207
16.1.1	Yanlış Tanı .....	208
16.1.2	Diğer Bağ Dokularının Zayıflaması .....	208
16.1.3	Nüks .....	210
16.2	Ameliyat Sonrası Devam Eden Semptomlar İçin Pratik Yaklaşımlar .....	210
16.2.1	Ön Bölge .....	210
16.2.2	Orta Bölge .....	211
16.2.3	Arka Bölge .....	211
<b>V. Bölümün Özeti</b> .....		<b>212</b>
<b>Ek</b> .....		<b>215</b>
Ek 1. Anamnez Formu .....		215
Ek 2. Grafikselsel Tanı Algoritması .....		218
Ek 3. Klinik Muayene Formu .....		219
Ek 4. Simüle Operasyonlar İçin Doğrulama Tablosu .....		220
Ek 5. Tanı Özet Formu .....		221
Ek 6. İşeme Günlüğü .....		223
<b>Kaynaklar</b> .....		<b>225</b>
<b>Dizin</b> .....		<b>233</b>



# Kısaltmalar

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





# Video Linkleri

---

Video 1



Video 2



Video 3



Video 4



Video 5



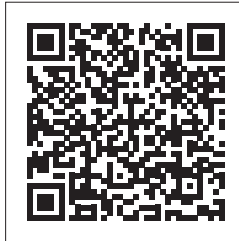
Video 6



Video 7



Video 8



Video 9



