



# Transobturator tape operasyonu yapılan hastalarda postoperatif cinsel fonksiyonların değerlendirilmesi

Evaluation of postoperative sexual function in patients after trans-obturator-tape operation

Elif AĞAÇAYAK<sup>1</sup>, Serdar BAŞARANOĞLU<sup>2</sup>, Mustafa YAVUZ<sup>1</sup>, Senem YAMAN TUNÇ,  
Sibel SAK<sup>3</sup>, Abdülkadir TURGUT<sup>1</sup>, Ayşegül DEREGÖZÜ<sup>4</sup>, Talip GÜL<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Department of Obstetrics and Gynecology, Faculty of Medicine, Dicle University, Diyarbakir, Turkey

<sup>2</sup> Department of Obstetrics and Gynecology, Faculty of Medicine, Fatih University, Istanbul, Turkey

<sup>3</sup> Department of Obstetrics and Gynecology, Faculty of Medicine, Harran University, Sanliurfa, Turkey

<sup>4</sup> Clinic of Obstetrics and Gynecology, Bahcelievler State Hospital, Istanbul, Turkey

## ÖZ

**Giriş:** Bu çalışmada amacımız sistosel ve stres üriner inkontinans nedeniyle ön onarım ve transobturator tape (TOT) uygulanan hastaların postoperatif cinsel fonksiyonlarını değerlendirmektir.

**Materyal ve Metod:** Çalışmamıza 2009 Ocak-2014 Ocak tarihleri arasında Dicle üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum polikliniğine başvuran idrar torbasında sarkma ve idrar kaçırma şikayeti olan 52 hasta dahil edildi. Geçirilmiş histerektomisi olanlar, operasyona eşzamanlı histerektomi ve rektosel onarımı yapılanlar ve menapozdaki hastalar çalışma dışı bırakıldı. Hastalara operasyondan önce ve operasyondan sonra Pelvik Organ Prolapsusu/İdrar İnkontinansı Cinsel Fonksiyon Sorgulaması Anketi-12 uygulandı.

**Bulgular:** Çalışmamız sonucunda hastaların yaş ortalaması  $42.04 \pm 7.50$ , hastaların ortalama vücut kitle indeksleri  $30.1 \pm 3.7$  izlendi. Ortalama takip süremiz  $31.5 \pm 11.3$  ay idi. Hastaların 22 (%42.3)'sinin şikayetleri postoperatif tamamen geçmişti. İki (%3.8) hastada şikayetler arttı. Postoperatif şikayetlerle disparoni arasında pozitif korelasyon izlendi ( $r=0.355^{**}$   $p=0.010$ ). Hastaların 5 (%9.6)'inde postoperatif komplikasyon gelişti. Bu komplikasyonlar 2 (%3.8) hastada idrarını rahat yapamama, 1 (%1.9) hastada meş erezyonu, 2 (%3.8) hastada denova üriner inkontinans gelişti. Pelvik Organ Prolapsusu/İdrar İnkontinansı Cinsel Fonksiyon Sorgulaması anketi-12 sonucunda total olarak seksüel fonksiyonlarda anlamlı düzelme izlendi ( $p=0.000$ ).

**Sonuç:** Sonuç olarak idrar kaçırma bayanların seksüel hayatını olumsuz etkilemektedir. İdrar kaçırma için yapılan TOT operasyonu sonrası kadın seksüel fonksiyonlarda düzelme izlenmektedir.

**Anahtar Kelimeler:** Üriner inkontinans, TOT operasyonu, seksüel disfonksiyon

## ABSTRACT

**Introduction:** In this study, we aimed to evaluate postoperative sexual function of patients, who had undergone colporrhaphy anterior and transobturator tape operation due to cystocele and stress urinary incontinence.

**Materials and Methods:** In our study, 52 patients with cystocele and stress urinary incontinence that were admitted to Dicle University, School of Medicine, Department of Obstetrics and Gynecology between January 2009 and January 2014, were included in the study. Patients with previous hysterectomy, patients who had rectocele repair during operation, patients in menopause were excluded from the study. Patients completed the Pelvic Organ Prolapse Urinary Incontinence Sexual Questionnaire-12 before and after undergoing surgery.

**Results:** Mean age of the patients in our study was  $42.04 \pm 7.50$ , average body mass index of the patients was  $30.1 \pm 3.7$  kg/m<sup>2</sup>. Average follow-up time was  $31.5 \pm 11.3$  months. 22 (42.3%) patients did not completely recovery the postoperative complaints. 2 (3.8%) patients had increased postoperative complaints. The positive correlation between postoperative complaints with dyspareunia was observed ( $r=0.355^{**}$   $p:0.010$ ). 5 (9.6%) patients developed postoperative complications. These complications, urinary comfortable inability in 2 (%3.8) patients, mesh erosion in 1(%1.9) patient, developed de novo urinary incontinence in 2 (%1.9) patients. The total result according to Pelvic Organ Prolapse Urinary Incontinence Sexual Questionnaire-12 was observed significant improvement in sexual function ( $p=0.000$ ).

**Conclusion:** Urinary incontinence negatively affects the sexual life of women. We observed improvement in sexual function of women that had went transobturator tape operation for urinary incontinence.

**Keywords:** Urinary incontinence, TOT operation, sexual dysfunction

**Yazışma Adresi/Correspondence:** Elif AĞAÇAYAK

Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, Diyarbakır, Türkiye  
Telefon/Tel: +90 0505 9433449 • E-posta/E-mail: drelifagacayak@gmail.com

**Geliş Tarihi/Received:** 24.01.2016 • **Kabul Ediliş Tarihi/Accepted:** 22.02.2016

## GİRİŞ

Kadınlarda idrar kaçırma psikolojik, sosyal ve cinsel yaşam açısından hayat kalitesini olumsuz etkileyen bir sağlık problemidir. Yapılan çalışmalarda kadınlarda idrar kaçırma %8 ila %52 oranlarında tespit edilmiştir (1). Ülkemizde yapılan bir çalışmada bu oran %48.3 olarak bulunmuştur (2).

Cinsel fonksiyon; cinsel uyarıya karşı oluşan arzu, uyarılma, orgazm ve çözülme fazlarından oluşur. Kadında cinsel fonksiyon bozukluğu bu fazlardan birinin veya birkaçının oluşmaması ve cinsel ilişki sırasında ağrı olarak tanımlanmaktadır. Kadın cinsel disfonksiyonu yaş gruplarına göre %30-50 arasında değişmektedir (3,4). İnsan cinsel fizyolojisi, cinsel uyarılma ve orgazmı oluşturmak üzere sinir sistemi, endokrin ve vasküler sistemlerin karşılıklı etkileşimlerini içerir. Kadınlarda cinsel fonksiyon bozukluğu; benlik saygısında azalma, bütünlük duygusunun kaybı ve kişiler arasındaki ilişkilerde bozulmaya neden olabilmektedir.

Stres ürinerin kontinans (SÜİ) için yapılan cerrahi tedaviler sonucu seksüel fonksiyonun değerlendirildiği çalışmalar oldukça azdır. Yapılan çalışmaların sonuçlarında; bazı çalışmalarda seksüel fonksiyonun operasyon sonrası kötüleştiği, bazı çalışmalarda iyileştiği bazı çalışmalarda değişiklik olmadığı şeklinde kaydedilmiştir.

Bu çalışmada amacımız SÜİ ve sistosel nedeniyle transobturator tape (TOT) ve anterior onarım yapılan hastaların postoperatif seksüel fonksiyonlarını değerlendirmektir.

## MATERYAL ve METOD

Çalışmaya Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum polikliniğine, 2009 Ocak-2014 Ocak tarihleri arasında, idrar torbasında sarkma ve idrar kaçırma şikayeti ile başvuran hastalar alındı. Hasta bilgileri hastane kayıtlarından elde edildi. Hastaların detaylı tıbbi hikayeleri ve fiziksel muayeneleri kaydedildi. Tüm hastaların stres test (hastadan ıkınma, öksürme gibi karın içi basıncı artıran hareketler yapması istenirken aynı anda eksternal üretral meatustan idrar kaçağı varsa test pozitif kabul edilir), Q tip test (üretral motilite (hareketlilik) testidir. Üretra ve mesane arasındaki açığı değerlendirmek için, steril bir pamuk uçlu çubuk üretraya 3 cm derinliğe yerleştirilir. Hasta öksürdüğünde veya ıkındığında aç 30 dereceden fazla değişirse, mesane boynu desteğinin kötü olduğunu gösterir) ve ürojinekolojik muayeneleri kaydedildi. Çalışmamıza preoperatif muayenesinde Q tip testi > 30 derece olan ve stres testi pozitif olan aşikar SÜİ'li olgular, Baden-Walker Halfway sınıflamasına göre evre 2 ve üzerinde sistoseli olan ve TOT operasyonu yapılan hastalar dahil edildi (5). Pelvik organ prolapsuslu

gizli SÜİ'li olgular, urge inkontinans (Üİ) olan, belirgin nörolojik hastalığı bulunan, önceden geçirilmiş vajinal cerrahi operasyonu bulunan ve kanamaya eğilim yaratan ilaç kullanan hastalar çalışma dışı bırakıldı. Geçirilmiş histerektomisi olanlar, operasyona eşzamanlı histerektomi ve rektosel onarımı yapılanlar ve menopozdaki hastalar çalışmaya dahil edilmedi. Çalışmaya toplam 52 hasta dahil edildi. Hastalar telefonla aranıp çalışma hakkında bilgi verildi (Kasım 2015), çalışmaya katılmak isteyenler hastaneye kontrole çağrıldı. Hastalara ikişer adet PISQ-12 anketi verildi. Operasyondan önce ve sonra seksüel fonksiyonlarını değerlendirip sorulara puan vermeleri istendi. Kontrole gelen hastaların hepsi anket doldurmaya kabul etti. Okuma yazma bilmeyen hastalara hastanın isteğine bağlı olarak biz ya da hasta yakını tarafından sorular okundu. Çalışmanın yapılması için Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi Etik Kurulundan onay alındı.

## Klinik Uygulama

Kliniğimizde TOT operasyonu uygulamamız; operasyondan 30 dakika önce 2 g 1. kuşak sefalosporin ile antibiyotik profilaksisi sağlanır. Herhangi bir kontrendikasyon yoksa hastalara spinal anestezi uygulanır. Litotomi pozisyonu verildikten sonra vulva, vajina ve perinenin povidon iyot ile temizliğini takiben foleykateter ile mesane boşaltılır. TOT prosedürü Delorme'nin tarif ettiği şekilde dıştan içe teknik ile uygulanır (6). Üretral meatusun 0.5 cm altından başlanarak vajen ön duvarına yaklaşık 2 cm longitudinal insizyon yapılır. Künt ve keskin diseksiyonla iskiopubik ramusun altına kadar periüretral diseksiyon yapılır. Klitoris seviyesinde, labium majusun lateral kenarına, iskiyo pubik ramusun 15 mm laterale bilaterale 5 mm insizyon yapılır. Kanca şeklindeki TOT iğnesi, paraüretral diseksiyon yerindeki işaret parmağımızla iskiyopubik ramusun posterioru ve musculus obturatorius internus palpe edilerek mediale doğru ilerletilir ve sırayla ciltten, obturator membrandan ve vajendeki insizyondan geçirilir. Bu işlem sonrasında vajinal forniks ve üretra perforasyonu olup olmadığı kontrol edilir. Ardından meş ile tutturulan iğne ters yönden çekilerek meş ciltten çıkarılır. Aynı yöntem diğer tarafada uygulanır. Meşin gerginliği prosedürün sonunda üretra ile bant arasında makas ucu girecek kadar bir açıklık bırakılarak ayarlanır. TOT insizyonun 1 cm altından başlayacak şekilde anterior onarım yapılır. Prosedürün sonunda 18 foley kateter yerleştirilir ve postoperatif 1. günde çekilir. TOT ve anterior onarımın operasyon süreleri dosyaya kaydedilir. İntraoperatif sistoskopi uygulanırsa dosyaya kaydedilir. Bizim hastalarımızın hiçbirine uygulanmadı. Tüm olgularda makroporlu polypropylene (Safyre T plus, Promedom Arjantin) TOT materyali kullanıldı.

PISQ-12; üriyelerin kontinans ve/veya pelvik organ prolapsusu olan kadınlarda seksüel fonksiyonu değerlendiren bir sorgu formudur. Her bir başlıktaki sorulara verilen cevaplar 0-4 arası skorlandırılır. On iki sorudan oluşan bu sorgu formunun maksimum total skoru 48'dir. Üç alt başlık halinde gruplandırılır. Sorgu formunu oluşturan sorular 1-4 emosyonel, 5-9 arası fiziksel, 10-12 partner bağımlı olarak alt gruplara ayrılmaktadır. Sorular; 0= daima, 1= sıklıkla, 2= bazen, 3= arasıra, 4= asla şeklinde sınıflandırılır. Daha yüksek PISQ-12 skoru daha iyi seksüel fonksiyonu gösteriyor demektir (7).

### İstatistiksel Yöntem

İstatistiksel değerlendirme için SPSS 21 programı kullanıldı. Verilerin ortalama  $\pm$  standart sapma değerleri hesaplandı. Kantitatif veriler için Student's t test ve Wilcoxon test kullanıldı.  $p < 0.05$  anlamlı olarak kabul edildi. PISQ-12 sonuçlarıyla postoperatif iyileşme sonuçlarının karşılaştırmak için Pearson korelasyon analizi yapıldı.

### BULGULAR

Çalışmamıza, SÜİ ve sistosel endikasyonu ön onarım ve TOT yapılan, menopozda olmayan 52 hasta dahil edildi. Çalışmamızda hastaların yaş ortalaması  $42.04 \pm 7.50$ , ortalama doğum sayıları  $6.02 \pm 3.49$ , hastaların geçirilmiş ortalama normal doğum sayıları  $5.77 \pm 3.64$ , ortalama vücut kitle indeksleri (VKİ)  $30.1 \pm 3.7$  izlendi. Ortalama takip süremiz  $31.5 \pm 11.3$  (21-60) ay idi (Tablo 1). Operasyonların  $48$  (%92.3)'i spinal anestezi ve di-

**Tablo 1. Hastaların demografik verilerinin değerlendirilmesi**

	Ortalama $\pm$ Standart sapma	Min-Maks
Yaş	$42.04 \pm 7.50$	25-51
Gravide	$7.15 \pm 3.80$	2-17
Parite	$6.02 \pm 3.49$	1-14
Abortus	$1.13 \pm 1.68$	0-8
İlaç kullanımı		
Var	20 (%38.5)	
Yok	32 (%61.5)	
Aile öyküsü		
Var	20 (%38.5)	
Yok	32 (%61.5)	
Sigara		
Var	11(%21.2)	
Yok	41(%78.8)	
VKİ (kg/m <sup>2</sup> )	$30.1 \pm 3.7$	24.4-43.0
Kaç yıldır şikayeti var	$6.31 \pm 5.96$	1-30
Geçirilmiş sezeryan sayısı	$0.19 \pm 0.52$	0-2
Geçirilmiş normal doğum sayısı	$5.77 \pm 3.64$	0-14
Ortalama operasyon süresi (dakika)	$40.5 \pm 10.5$	27-55
Ortalama takip süresi (ay)	$31.5 \pm 11.3$	17-60

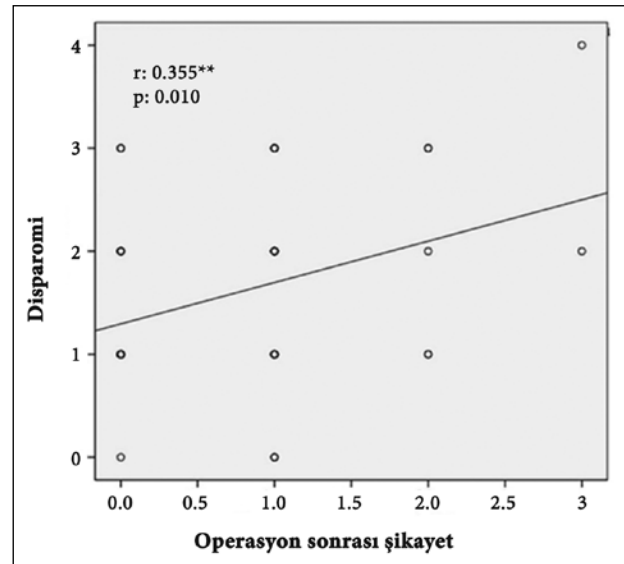
VKİ: Vücut kitle indeksi.  
Mean  $\pm$  Standart Deviasyon (Min-maks).

ğerleri  $4$  (%7.7) ise genel anestezi altında gerçekleştirildi. Hastaların  $22$  (%42.4)'sinin şikayetleri postoperatif tamamen geçmişti. Hastaların  $23$  (%44.2)'ünün şikayetleri azaldı,  $5$  (%9.6)'inin şikayetleri değişmemiş,  $2$  (%3.8)'sinin şikayetleri artmıştı (Tablo 2). Yapılan korelasyon analizinde postop şikayet ile disparoni arasında pozitif korelasyon tespit edildi ( $r = 0.355^{**}$   $p = 0.010$ ) (Şekil 1). Hastaların  $5$  (%9.6)'inde postoperatif komplikasyon gelişti. Bu komplikasyonlar  $2$  hastada idrarını rahat yapamama,  $1$  hastada meş erezyonu,  $2$  hastada denova üriner inkontinans idi. PISQ-12 anket sonuçlarına göre emosyonel açıdan (ilişki esnasında istek, orgazm, heyecan ve çeşitliliklerin cinsel mutluluk vermesi açısından) anlamlı düzeyde iyileşme olduğu tespit edildi ( $p = 0.002$   $p = 0.003$   $p = 0.010$   $p = 0.003$  sırasıyla). Hastalar koitalin kontinans açısından preoperatif dönemde değerlendirildiğinde;  $18$  (%34.6) hasta her zaman,  $23$

**Tablo 2. Hastaların postoperatif bulgularının değerlendirilmesi**

	Ortalama $\pm$ Standart sapma	Min-Maks
Preopsistosomal derecesi	$2.10 \pm 0.72$	0-3
Postopsistosomal derecesi	$0.42 \pm 0.63$	0-3
Postoperatif komplikasyon var mı		
Var	5 (%9.6)	
Yok	47 (%90.4)	
Postoperatif şikayetleri		
Tamamen iyileşmiş	22 (%42.3)	
Azalmış	23 (%44.2)	
Değişmemiş	5 (%9.6)	
Artmış	2 (%3.8)	

Mean  $\pm$  Standart Deviasyon (Min-maks).



**Şekil 1.** Postoperatif şikayetlerle disparoni arasındaki korelasyon analizi.

**Tablo 3. Hastaların PISQ-12 anket sonuçlarının değerlendirilmesi**

	Preoperatif (Ortalama ± Standart sapma)	Postoperatif (Ortalama ± Standart sapma)	p
Hangi sıklıkta cinsel istek duyarsınız?	1.6 ± 0.6	2.1 ± 0.8	<b>0.002</b>
Cinsel ilişki sırasında orgazm olur musunuz?	1.1 ± 0.7	1.6 ± 0.9	<b>0.003</b>
Cinsel ilişkide heyecan duyar mısınız?	1.5 ± 0.8	1.8 ± 0.8	<b>0.010</b>
Cinsel hayatınızdaki çeşitlilikler sizi mutlu ediyor mu?	1.2 ± 0.9	1.8 ± 0.9	<b>0.003</b>
Cinsel ilişki sırasında ağrı oluyor mu?	1.3 ± 0.8	1.6 ± 0.9	0.440
Cinsel ilişki sırasında idrar kaçırmaz oluyor mu?	0.9 ± 0.8	1.6 ± 1.3	<b>0.001</b>
İdrarınızı tutamamanız cinselliğinizi olumsuz etkiliyor mu?	1.1 ± 0.7	1.6 ± 0.9	<b>0.012</b>
Cinsel organınızda bombeleşme, ele gelen kitle ve idrar torbanızın sarkmasından dolayı cinsel ilişkiden çekingeniz oluyor mu?	1.1 ± 0.7	1.7 ± 1.3	<b>0.020</b>
Cinsel ilişki sırasında korku, utanma, iğrenme, suçluluk duygusu gibi negatif duygular oluyor mu?	1.2 ± 0.9	1.6 ± 1.2	<b>0.044</b>
Eşinizin cinsel hayatınızı etkileyecek kadar sertleşmeme sorunu var mı?	1.4 ± 0.9	1.3 ± 0.8	0.825
Eşinizin cinsel hayatınızı etkileyecek kadar erken boşalma sorunu var mı?	1.4 ± 0.7	1.6 ± 0.8	0.229
Daha önceki orgazmlarınızla karşılaştırıldığında son 6 ayda orgazm yoğunluğunuz var mı?	1.6 ± 0.6	2.1 ± 0.8	<b>0.003</b>
<b>Toplam</b>	<b>15.5 ± 3.3</b>	<b>20.0 ± 6.2</b>	<b>0.000</b>

*Student's t-testi, Wilcoxon analizi.*

(%44.2) hasta sıklıkla, 8 (%15.4) hasta bazen, 3 (%5.8) hasta arasına koitalin kontinans vardı. Asla kontinansı olmayan hasta yoktu. Postoperatif dönemde 13 (%25) hastada her zaman, 12 (%23) hasta sıklıkla, 13 (%25) hastada bazen, 9 (%17.3) hastada arasına koital inkontinans vardı. Asla kontinansı olmayan 5 (%9.7) hasta mevcuttu. Preoperatif ve postoperatif dönemde koitalin kontinans açısından anlamlı düzelme izlendi ( $p=0.001$ ). Fiziksel açıdan idrar kaçırmaya, idrar kaçırmadan dolayı ilişkiden çekinme, ele gelen kitleden dolayı ilişkiden çekinme ve cinsel ilişkiden iğrenme, utanma gibi negatif duygular açısından postoperatif anlamlı iyileşme izlendi ( $p=0.001$ ,  $p=0.012$ ,  $p=0.020$ ,  $p=0.044$  sırasıyla). Partner ile ilgili sorularda postoperatif anlamlı bir iyileşme izlenmedi ( $p=0.825$ ,  $p=0.229$  sırasıyla) (Tablo 3).

## TARTIŞMA

SÜİ tedavisinde literatürde birçok cerrahi teknik tanımlanmış olmasına rağmen; minimal invaziv yöntemler arasında TOT kolay uygulanabilir olması, tedavi başarısının yüksek olması ve komplikasyon oranlarının az olması nedeniyle popüler bir yer kazanmıştır. İdrar kaçırmaya ve kadın cinsel disfonksiyonu yakın ilişkili olmasına rağmen inkontinans cerrahisinin cinsel fonksiyon üzerine etkilerini araştıran yeterli sayıda çalışma mevcut değildir. SÜİ'li hastalarda; koitus esnasında oluşabilecek inkontinans korkusu veya inkontinansa sekonder vulvovajinal bölgelerde oluşan dermatite bağlı disparoni nedeniyle seksüel disfonksiyon mevcuttur. Biz çalışmamız sonucunda;

TOT operasyonu sonrası kadın seksüel fonksiyonlarında düzelme, erkek seksüel fonksiyonlarında (PISQ-12 anketi (10 ve 11. soru) erken boşalma, sertleşememe) operasyon öncesi ve sonrası bir farklılık olmadığını tespit ettik. Walters ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada; 63 SÜİ'li kadın ve 27 kontinan kadın karşılaştırılmış olup, inkontinanslı kadınlarda daha fazla seksüel disfonksiyon tespit edilmiştir (8).

Vajinal cerrahi girişimlerden sonra seksüel aktivite ile ilgili literatürde birkaç çalışma mevcut olup sonuçları tartışmalıdır. Seksüel değerlendirmenin optimal zamanı cerrahiden 6-12 ay sonradır. Bizim çalışmamızın ortalama değerlendirme süresi  $31.5 \pm 11.3$  aydır. Midüretal sling ameliyatı yapılan hastaların yaş faktörlerinin ve menopozal durumlarının da göz önünde bulundurulması ve vajinal atrofiye ve vajen kuruluşuna da dikkat edilmesi gerekmektedir (9). Biz çalışmamızda; menopoza bağlı vaginal kuruluk ve atrofiyi ekarte etmek için menopozdaki hastaları çalışma dışı bıraktık. Hastalarımızın yaş ortalaması  $42.04 \pm 7.50$  idi. Obezite; sistosel ve idrar inkontinansı için bir risk faktörüdür (10). Yapılan çalışmalarda obezitenin oluşturduğu fiziksel bozukluk cinsel disfonksiyona sebep olmaktadır (11). Bizim çalışmamızda; ortalama VKİ  $30.1 \pm 3.7$  idi ve obez hastalardı. Çalışmamızda postoperatif dönemde obeziteye rağmen seksüel fonksiyonlarda düzelme olduğu tespit edildi.

Midüretal sling (MÜS) ameliyatları sonrası koital inkontinansın ortadan kalkması, gerek fiziksel gerekse psikolojik etkileri sayesinde kadın seksüel fonksiyonlarına

olumlu etki yaptığı gösterilmiştir. Ancak daha az oranda da olsa sling operasyonlarının kadın seksüel fonksiyonlarını negatif etkilediğini gösteren çalışmalar mevcuttur. Bu negatif etkinin nedenlerinin en başında sling operasyonlarının sonucunda ortaya çıkan erozyon/ekstrüzyon önemli yer tutmaktadır. Bizim çalışmamızda 1 (%1.9) hastada operasyon sonrası meş erozyonu gelişti. Vajen ön duvarının innervasyonunun ve vaskülarizasyonun bozulması özellikle orgazm yönünden önemli seksüel disfonksiyon nedeni olabileceğini belirten çalışmalar mevcuttur. Bazı çalışmalarda vajen darlığı veya vajen gevşekliğinin de seksüel disfonksiyon yapabileceği belirtilmiştir (12).

MÜS'i üretra tabanına yerleştirirken esnekliğini iyi ayarlamak gerekmektedir. Aşırı olarak üretra boynu daralmasında idrar yapamama, meşin gevşek kalmasında da üriner inkontinans şikayeti düzelmeyebilir (13). Bizim çalışmamızda 5 (%9.6) hastada postoperatif komplikasyon gelişti. Vajinal meş erozyonu postoperatif 2. ayda 1(%1.9) hastada tespit edildi. Bu komplikasyonlardan 2 (%3.8)'si idrarını rahat yapamama, 2 (%3.8)'si de ürinerin kontinans şikayetinin devam etmesiydi.

Elzevier ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada; Transvaginal Tape (TVT) ve TOT operasyonu karşılaştırılmış olup, TOT yapılan grupta seksüel fonksiyonlarda emasyonel olarak düzelmeye tespit edilmiştir. Bunun sebebi de koitus esnasındaki inkontinansın azalması olduğu düşünülmektedir. Ancak disparonide anlamlı olmayan bir artış tespit edilmiştir. Bunun sebebinde TOT operasyonunda daha fazla vajinal doku çıkarılması ve buna bağlı oluşan vajinal daralma olduğu düşünülmüştür (14). Liang ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada 83 TOT yapılan hastaya 3 ay sonra PISQ-12 anketi uygulanmış. PISQ-12'de istatistiksel anlamlı değişim gözlenmemiştir. PISQ-12'nin inkontinansla ilgili parametrelerinde düzelmeye görülmesine rağmen özellikle ilişki esnasında negatif duygusal reaksiyonlar ve orgazm parametrelerinde anlamlı olarak kötüleşme dikkati çekmektedir (15). Bizim çalışmamızda; Elzevier ve arkadaşlarının yaptığı çalışmaya benzer olarak postoperatif dönemde inkontinansın azalmasına sekonder emasyonel olarak seksüel fonksiyonlarda anlamlı bir artış izlendi. Ancak disparonide anlamlı olmayan bir artış vardı. Bunun sebebinde, çalışmamızdaki hastaların sistoseli mevcut olan anterior onarımda yapılan hastalar olduğundan dolayı olabilir. Anterior onarım sonrası vaginal daralmaya sekonder disparoni artmış olabilir. Carey ve arkadaşlarının yaptığı randomize çalışmada; sistosel tedavisi yapılan hastalar ile polipropilenmeş uygulanan hastalar arasında yapılan karşılaştırma sonucunda klasik kolporafi anterior yapılan hastalarda disparoni anlamlı olarak yüksek tespit edilmiştir. Meşli sistosel sonrası disparoni %9-20 oranında rapor edilmiştir (16). Khandwala ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada cerrahiden sonra PISQ-12 anketi uygulandı. Cerrahiden sonra disparoni

anlamlı şekilde artmış ve sonuç olarak meş kullanılmazsa bile denovadisparoninin gelişebileceği sonucuna varılmıştır. Bizim çalışmamızda hastaların tümüne anterior onarım ve TOT operasyonu yapılmış olup cinsel ilişkide ağrı açısından postoperatif dönemde anlamlı olmayan bir artış izlenmiştir. Bunun sebebinin TOT operasyonu için uygulanan meşten değil hastalarımıza uygulanan kolporafi anterior onarımına bağlı olduğunu düşünmekteyiz. Ancak bu disparoninin net olarak sebebinin meş mi yoksa anterior onarım sonrası vajinal daralma mı olduğunu tespit etmek için anterior onarım yapılan ve yapılmayan TOT hastalarının karşılaştırıldığı daha geniş çaplı çalışmalara ihtiyaç vardır.

Dursun ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada; TOT yapılan 96 seksüel aktif kadın değerlendirilmiştir. Hastaların total Female Sexual Function Index (FSFI) skoru, istek, uyarılma, lubrikasyon, orgazm skorlarında artış olmasına rağmen anlamlı bulunmamıştır. Ancak tatmin ve ağrı skorunda istatistiksel olarak anlamlı düzelmeye gözlenmiştir. Hiçbir hastanın seksüel fonksiyonlarında kötüye gidiş izlenmemiştir (17). Çalışmamız sonucunda; emasyonel açıdan seksüel fonksiyonlarda düzelmeye olduğunu ancak ilişki sırasında ağrı ve partner ile ilgili sorularda preoperatif ve postoperatif değişiklik olmadığını tespit ettik.

Glavind ve arkadaşları tarafından TVT prosedürü uygulanan 63 hastanın değerlendirildiği bir çalışmada preoperatif ortalama PISQ-12 skoru 33.7 iken postoperatif olarak 36.7 olarak gösterilmiş ve istatistiksel olarak anlamlı bir artış bulunmuştur ( $p < 0.05$ ). Preoperatif 18 hasta koital inkontinans tariflerken ameliyat sonrası bu sayı 2 olarak bulunmuştur. Çalışma sonucunda postoperatif değerlendirmede; kadınlarda inkontinansın ve cinsel ilişki sırasında kaçırma korkusunun ortadan kalkmasına bağlı olarak cinsel hayatlarında düzelmeye olduğu belirtilmiştir (18). Bizim çalışmamızda; preoperatif PISQ-12 skoru  $15.5 \pm 3.3$ , postoperatif  $20.0 \pm 6.2$  bulundu. Anlamlı bir artış izlendi. Bunun sebebi hastalarımızda preoperatif idrar inkontinansından dolayı cinsel ilişkiden çekinme korkusu olabilir. Postoperatif hastalarımızda inkontinans açısından tamamen iyileşme 22 (%42.4) hastada tespit edilmiştir. Sadece 2 (%3.8) hastada şikayetler artmış, 5 (%9.6) hastada ise şikayetler değişmemiştir. Postoperatif şikayetler ile PISQ-12 anket parametreleri arasında yapılan korelasyon analizi sonucunda; postoperatif şikayetlerle disparoni arasında pozitif korelasyon izlendi. Bizim çalışmamızın sonuçlarının bu şekilde olmasının sebebi, operasyon sonrası idrar inkontinansının büyük bir oranda iyileşmiş olması ve buna sekonder seksüel fonksiyonlarda anlamlı bir düzelmeye olması olabilir. Şikayetleri geçmeyen veya artan %13.4'lük grupta da inkontinansın devamına bağlı olarak vulvovajinal bölgelerde gelişen dermatit nedeniyle disparoninin geliştiğini düşünüyoruz.

2012 yılında, idrar inkontinansına yapılan cerrahi operasyon sonrası seksüel fonksiyonları değerlendiren 21 çalışmanın meta-analizini yapan Jha ve arkadaşları; seksüel fonksiyonlarda birkaç çalışmada iyileşme olduğu, olasılıkla değişiklik olmadığı hatta kötüleşme olduğunu tespit etmiş (19). Bu meta-analizde; bir çok çalışma inkontinans cerrahisindeki başarının artması ile seksüel fonksiyonlardaki iyileşmenin korele olduğunu vurgulamaktadır (20). Jha ve arkadaşlarının yapmış olduğu diğer bir çalışma 54 hasta üzerinde yapılmış olup PISQ-12 anketinin sonuçlarında emasyonel durum ile ilgili sorularda skorun değişmediği ancak partner ile ilişkili ve fiziksel durumla ilgili sorularda skorun arttığı tespit edilmiş (21). Sonuçlarımızın bu çalışmadan farklı çıkması, bu çalışmaya pelvik organ prolapsuslu hastaların dahil edilmemesi olabilir. Bizim çalışmamızda; partner ile ilgili sorularda ve dispareni açısından operasyon sonrası kötü bir skor elde etmemizin sebebinin, sistosel nedeniyle uygulanan kolporafianterior operasyonuna bağlı olduğunu düşünüyoruz.

Bizim çalışmamızın eksik yanı seksüel fonksiyonları değerlendirmede optimal zaman yaklaşık 6-12 ay arasıdır. Bizim çalışmamızda ortalama değerlendirme 31.5 ± 11.3 aydır. Çalışmamızın diğer bir eksik yanı hastalarımızın TOT operasyonu ile birlikte kolporafi anterior yapılan hastalar olmasıdır. Bu nedenle ağrı skorunda postoperatif düzelmeye ulaşması ve partner ile ilgili skorlarda anlamlı bir düzelmeye ulaşmamasının sebebinin TOT'da uygulanan meşe mi yoksa kolporafianterior sonrası oluşan vajinal daralmaya mı bağlı olduğunu tam olarak ifade edemedik.

Sonuç olarak kadın seksüel disfonksiyonu, zor ve kompleks bir konudur. İdrar inkontinansı seksüel fonksiyonları negatif yönde etkiler. Bizim çalışmamız sonucunda TOT + anterior onarım sonrası uzun dönem sonuçlar açısından seksüel fonksiyonlarda emasyonel ve fiziksel olarak düzelmeye olduğunu tespit ettik.

## ÇIKAR ÇATIŞMASI

Yazarlar arasında çıkar çatışması bulunmamaktadır.

## KAYNAKLAR

- Demirci N, Coşar F. Ürinerin kontinans tedavisinde davranışsal tedavi yöntemleri. S.D.Ü. Tıp Fak Derg 2009;16(3):35-40.
- Öksüz E, Malhan S. Prevalence and risk factors for female sexual dysfunction in Turkish women. J Urol 2006;175:654-8.
- Glavind K, Tetsche MS. Sexual function in women before and after suburethral sling operation for stress urinary incontinence: a retrospective questionnaire study. Acta Obstet Gynecol Scand 2004;83:965-8.
- Sadock B, Sadock V. Anormal cinsellik ve cinsel disfonksiyon. Concise text book of clinical psychiatry. 2. Baskı. Güneş Kitabevi, 2005;277-9.
- Baden WF, Walker TA, Lindsday HJ. Thevaginal profile. Tex Med J 1968;64:56-8.
- Delorme E. Transobturator urethral suspension: mini-invasive procedure in the treatment of stress urinary incontinence in women. Prog Urol 2001;11(6):1306-13.
- Rogers RG, Coates KW, Kammerer-Doak D, Khalsa S, Qualls C. A short form of the Pelvic Organ Prolapse/Urinary Incontinence Sexual Questionnaire (PISQ-12). Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct 2003;14:164-8.
- Walters MD, Taylor S, Schoenfeld LS. Psychosexual study of women with detrusor instability. Obstet Gynecol 1990;75:22-6.
- Sözeri Varma G, Karadağ F, Kalkan Oğuzhanoglu N, Özdel O, Kökten S. Menopoz: Klimakterik belirtiler ve cinsel doyum arasındaki ilişki. New/Yeni Symposium Journal 2006;44(4):182-5.
- Akın Y, Gülmez H, Sonbahar AE, İpekçi T, Yılmaz MO, Ateş E. Obesity and stress urinary incontinence in women. Ankara Med J 2015;15(4):226-30.
- Carrilho PJ, Vivacqua CA, Godoy EP, Bruno SS, Brígido AR, Barros FC, et al. Sexual dysfunction in obese women is more affected by psychological domains than that of non-obese. Rev Bras Ginecol Obstet 2015;37(12):552-8.
- Özdedeli K, Yüksel İ. Pelvik taban bozuklukları ve kadın cinsel fonksiyon bozukluğu. Kadın ve İşlevsel Üroloji Dergisi 2014;3:73-7.
- Eftal Taner C, Kaya İ, Okay G, Göklü Y, Şahin G. Intraoperative and postoperative complications after TOT operations. Türkiye Klinikleri Jinekoloji Obstetrik Dergisi 2012;22(1):21-4.
- Elzevier HW, Putter H, Karl PJ, Delaere MD, Venema PL, Lycklama à Nijeholt AA, et al. Female sexual function after surgery for stress urinary incontinence: trans obturators ub urethral tape vs. tension-free vaginal tape obturator. J Sex Med 2008;5:400-6.
- Liang CC, Tseng LH, Lo TS, Lin YH, Lin YJ, Chang SD. Sexual function follow in goutside-in transobturator midurethral sling procedures: a prospective study. Int Urogynecol J 2012;23(12):1693-8.
- Carey M, Higgs P, Goh J, Lim J, Leong A, Krause H, et al. Vaginal repair with mesh versus colporrhaphy for prolapse: a randomised controlled trial. BJOG 2009;116:1380-6.
- Dursun M, Otunctemur A, Ozbek E, Cakir SS, Polat EC. Impact of the transobturator tape procedure on sexual function in women with stress urinary incontinence. Impact of the trans obturator tape procedure on sexual function in women with stress urinary incontinence. J Obstet Gynaecol Res 2013;39(4):831-5.
- Glavind K, Larsen T, Lindquist AS. Sexual function in women before and after tension-free vaginal tape operation for stress urinary incontinence. Acta Obstet Gynecol Scand 2014;93(10):986-90.
- Jha S, Radley S, Farkas A, Jones G. The impact of TVT on sexual function. Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct 2009;20:165-9.
- Jha S, Ammenbal M, Metwally M. Impact of incontinence surgery on sexual function: a systematic review and meta-analysis. J Sex Med 2012;9:34-43.
- Jha S, Moran P, Greenham H, Ford C. Sexual function following surgery for urodynamic stress incontinence. Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunction 2007;18:845-50.

### How to cite:

Ağaçayak E, Başaranoğlu S, Yavuz M, Yaman Tunç S, Sak S, Turgut A, et al. Evaluation of postoperative sexual function in patients after trans-obturator-tape operation. Gaziantep Med J 2016;22(2):76-81.