



# TJODist Bülteni

Aralık 2024

Başkandan



Sevgili meslektaşlarım merhaba. Yılın son bülteni ile karşınızdayız.

Bu bültende gene her bültende olduğu gibi, hepimize günlük hayatta faydalı olacak makaleler, kılavuzlar taranıp tercüme edildi.

Bu bültendeki hastane konuğumuz ise Dr. İbrahim Polat yönetimindeki **Başakşehir Çam ve Sakura Kadın Hastalıkları ve Doğum Hastanesi** oldu.

Aralık ayında başlattığımız Asistan Okulu Toplantılarının ilkinin yaklaşık iki hafta önce başarıyla gerçekleştirdik (Toplantı Sorumluları: **Dr. Hale Göksever Çelik**, **Dr. Ayşe Seyhan Ata**).

2024-2025 akademik yılı için planladığımız dört Asistan Okulu Toplantısı'ndan birini tamamladık.

**İkinci toplantımızı, 16 Ocak'ta** obstetri içerikli olarak düzenleyeceğiz (Toplantı Sorumluları: **Dr. Özlem Pata**, **Dr. Hakan Erenel**, **Dr. Tuğba Sivrikoz**).

İlk toplantımıza 80 kişi katıldı. Umdüğümüzün üzerinde talep oldu. İstanbul'da asistan eğitimi veren tüm hastanelere asistan göndermeleri için bilgi verdik. Aynı şekilde Ocak, Şubat ve Mart ayında üç toplantı daha gerçekleştireceğiz. Bunun dışında, Ocak-Haziran ayları arasında her ay yapacağımız Pazar Toplantıları devam edecektir. İlki **12 Ocak'ta Jinekolojide Görüntüleme** başlığıyla yapılacaktır (Toplantı Sorumluları: **Dr. Faruk Buyru**, **Dr. Hale Göksever Çelik**).

Sizlerden, TJOD İstanbul üyelerinden ricamız asistan toplantısına katılmasını istediğiniz asistanların isimlerini bize bildirmenizdir (drenginoral@gmail.com, hgoksever@yahoo.com).

Ayrıca, Pazar Toplantıları'na fiziksel katılımınız Pazar Toplantılarının gücünü arttıracaktır.

Umarım 2025 yılı kadın hastalıkları ve doğum camiasına, tüm sağlık camiasına, ülkemize ve dünyaya daha çok bilim, huzur ve üretim getirir.

Saygılarımla

TJOD İstanbul Şubesi Yönetim Kurulu Adına

Başkan

**PROF. DR. ENGİN ORAL**



# TJODist Bülteni

## EDİTÖRLERDEN

Değerli Meslektaşlarımız,

2024 yılının son bültenini sizlerle paylaşıyoruz. Bu yıl yayınladığımız toplam 6 adet bültende klinik pratiğe yönelik makalelere, mesleğinde öncü isimlerle röportajlara ve ülkemizin önde gelen kadın hastalıkları ve doğum kliniklerinin tanıtımına yer verdik. Bu yıl boyunca bültene katkıda bulunan tüm meslektaşlarımıza teşekkür ederiz. 2025 yılında da yüksek kalitede çalışmalarını ve keyifli röportajlarını sizlerle paylaşmayı hedefliyoruz.

Aralık ayı bültenimizde ülkemizin en yoğun ve en çok sayıda kadın hastalıkları ve doğum uzmanlık öğrencisine eğitim veren kliniklerinden biri olan '**Başakşehir Çam ve Sakura Şehir Hastanesi**' kadın doğum kliniğinin tanıtımını yer alıyor. Bu güzel yazıyı hazırlayan **Dr. Yahya Özgün Öner**'e çok teşekkür ediyor ve beğenerek okuyacağınızı umuyoruz.

Bu ayki bültenimizde ayrıca önceki aylarda olduğu gibi faydalı olacağına inandığımız güncel makalelerin özetlerini yayınlıyoruz. İlk makalemizde **Dr. Mehtap Akın Efe** sizlere kadınlarda en sık görülen kanser olan meme kanseri olgularının cinsel sağlık sorunlarının yönetimi ile ilgili olarak Breast dergisinde Mart 2024 tarihinde yayımlanan derlemeyi özetledi. **Dr. Esra Selvi** obstetrik makalemizde Maternal Fetal Tıp Derneği'nin (SMFM) erken gebelik haftalarında erken membran yönetimi ile ilgili önerilenin yer aldığı derlemeyi hazırladı. Üçüncü makalede **Dr. Elif Akşahin** Ağustos 2024'te yayımlanan 'Ayaktan Ofis Histeroskopi Uygulamaları' başlıklı RCOG kılavuzunu özetledi. Son makalemiz ise, **Dr. Hevra Ekin Ulusoy** ergenlerde sık olarak karşımıza çıkan dismenore ve bu yaş grubunda genellikle geç tanı alan endometriozisizn yönetimi ile ilgili Aralık 2024'te Obstetrics and Gynecology Clinics of North America dergisinde yayımlanan bir derlemeyi özetledi.

Seçtiğimiz makaleleri beğenerek okuyacağınızı umarak, bülteni hazırlanmasına katkıda bulunan meslektaşlarımıza yönetim kurulu adına teşekkür ederiz.

2025 yılının tüm camiamıza sağlık, başarı ve mutluluk getirmesini dileriz.

Sevgi ve Saygılarımızla,

Dr. Özlem Dural

İstanbul Üniversitesi

İstanbul Tıp Fakültesi

Kadın Hastalıkları ve Doğum AD

Dr. Hakan Erenel

Başakşehir Çam ve Sakura Şehir Hastanesi

Kadın Hastalıkları ve Doğum AD, Perinatoloji



# TJODist Bülteni

## Tjod İstanbul Yönetim Kurulu



Dr. Engin Oral  
Başkan



Dr. Samet Topuz  
2. Başkan



Dr. Ayşe Seyhan  
Genel Sekreter



Dr. A. Serdar Açıkgöz  
Sayman



Dr. Özlem Dural



Dr. Hakan Erenel



Dr. Funda Güngör Uğurlucan



Dr. Veli Mihmanlı



Dr. Özlem Pata



Dr. Hale Göksever Çelik



Dr. Süleyman Salman





# TJODist Bülteni

## Bu Sayımıza Katkılarından Dolayı Teşekkürler

*Soyadı Sırasıyla*

**DR. MEHTAP AKIN EFE**

**DR. ELİF AKŞAHİN**

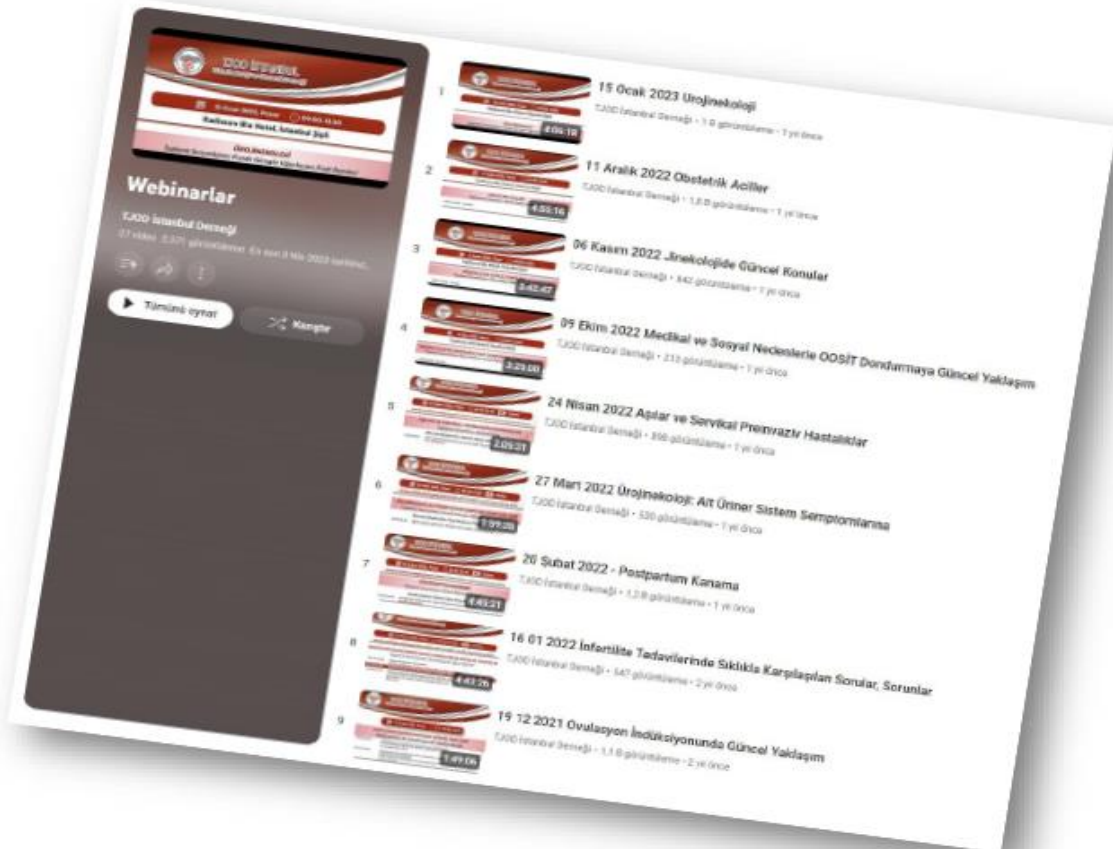
**DR. HEVRA EKİN ULUSOY**

**DR. YAHYA ÖZGÜN ÖNER**

**DR. ESRA SELVİ**



**Youtube Kanalımıza abone olabilirsiniz.  
Webinarların tekrarını izleyebilirsiniz.**





# TJKODist Bülteni

## BAŞAKŞEHİR ÇAM VE SAKURA ŞEHİR HASTANESİ

Hazırlayan: **Dr. Yahya Özgün Öner**

Hastanemiz; Sağlık Bakanlığı tarafından kamu özel iş birliği modeli ile inşa edilmiş, 2020 yılının Mayıs ayında hizmet vermeye başlamıştır ve toplamda 8 hastane 10 bloktan oluşmaktadır. En yüksek teknoloji ve en gelişmiş sistemler ile donatılan Başakşehir Çam ve Sakura Şehir Hastanesi toplam **2721 yatak** kapasitesi ile İstanbul ve çevre illerine dünya standartlarında sağlık hizmeti sunmaktadır.

Kanuni Sultan Süleyman Eğitim ve Araştırma Hastanesi akademik kadrosundan gelen hocalarımız ile hizmet vermeye başlayan Kadın Hastalıkları ve Doğum Hastanesi D Bloкта yer almaktadır. Toplam 13 katlı 12 servisli olan Kadın Hastalıkları ve Doğum Hastanesi **280 yatak kapasitesine** sahiptir. Sağlık hizmetinin yanında; kurulduğu günden itibaren eğitim misyonu da bulunan kliniğimizde güncel literatür ve eğitim programları ile ana dal ve yan dal asistanlık eğitimi verilmektedir; **Toplamda 4 profesör doktor, 8 doçent doktor olmak üzere toplam 62 uzman hekim, 28 yan dal asistanı ve 130 ana dal asistanı ile çalışmaktadır.**

**PERİNATOLOJİ:** Perinatoloji bölümünde 1 profesör doktor, 2 doçent doktor olmak üzere 12 uzman hekim ve 18 yan dal asistanı, toplam 30 hekim hizmet vermektedir. Aktif 48 yatak kapasitesi ve 8 poliklinik vardır. Polikliniklerin beşinde randevusu MHRS'den alınan ve HBYS üzerinden verilen gebeler muayene edilmektedir. Bir poliklinik konsültasyon polikliniği olarak çalışmaktadır, 2 poliklinikte takipli gebelerimiz muayene olmaktadır. Perinatoloji bölümünde özellikli olgular her çarşamba gerçekleşen perinatoloji-genetik konseyi ve perinatoloji-pediyatrik kardiyoloji konseyinde değerlendirilmektedir. Konseylerle birlikte her çarşamba günü eğitim saatinde yan dal asistanları ve uzmanlarının sunumları ile güncel literatür ve olgular tartışılmakta, çiftlere ayrıntılı bilgiler verilerek yönetimde kendilerine seçenekler sunulabilmektedir. Kliniğimizde ilk ve ikinci trimester tarama testi, ikinci trimester ayrıntılı ultrasonografi muayenesinin yanı sıra koryon villus biyopsisi, amniyosentez, kordosentez, fetal redüksiyon ve fetal kan transfüzyonu işlemlerini içeren invaziv işlemler yapılmaktadır. Maternal ve fetal açıdan riskli gebeliklerin takibi yapılmaktadır. Vajinal ve abdominal serklaj işlemleri gerçekleştirilmektedir. Torakoamniyotik şant, vezikoamniyotik şant, radyofrekans ve mikrodalga ablasyon gibi intrauterin cerrahi girişim ve tedaviler de kliniğimizde başarı ile uygulanmaktadır. Yüksek mortalite ve morbidite nedeni olabilen plasenta yapışma anomalili hastaların ameliyatları kliniğimizde sıklıkla yapılmaktadır ve bu konuda kliniğimiz refere merkezlerden biri olup hiçbir hasta geri çevrilmemektedir.



# TJODist Bülteni

**JİNEKOLOJİK ONKOLOJİ:** Jinekolojik onkoloji bölümünde 2 profesör doktor, 1 doçent doktor olmak üzere 10 uzman hekim ve 9 yan dal asistanı toplam 19 hekim hizmet vermektedir. Servisin toplam yatak kapasitesi 24'tür. Her çarşamba eğitim saatinde yan dal asistanları ve uzman hekimler tarafından hazırlanan konular anlatılmakta ve tartışılmaktadır. Özellikle olgular jinekolojik onkoloji tümör konseyinde multidisipliner yaklaşımla değerlendirilmekte ve tedavileri planlanmaktadır. **Robotik cerrahi** dahil olmak üzere tüm endoskopik ve açık cerrahiler uygulanmaktadır. Kliniğimiz 2024 yılında Avrupa Jinekolojik Onkoloji Derneği (**ESGO**) tarafından akredite edilmiştir.

**ÜREMEYE YARDIMCI TEDAVİ MERKEZİ:** Üremeye yardımcı tedavi (ÜYTE) merkezinde, ikisi doçent doktor olmak üzere toplam 5 sertifikalı kadın hastalıkları ve doğum uzmanı ve 5 sertifikalı histoloji-embriyoloji uzmanı hizmet vermektedir. Merkeze bağlı tüp bebek ve infertilite polikliniklerinde hizmet sunulmaktadır. Hastane bünyesinde bir tüp bebek laboratuvarı ve iki androloji laboratuvarı bulunmaktadır. İnfertil olgulara yönelik ovulasyon indüksiyonu ve intrauterin inseminasyon, kontrollü ovaryen hiperstimülasyon ve in vitro fertilizasyon (İVF)-intrasitoplazmik sperm enjeksiyonu (İCSİ) işlemleri uygulanmaktadır. Diğer mikromanipülasyon işlemleri (assisted hatching, AH) lazer yardımıyla gerçekleştirilmektedir. Gonad hücreleri (sperm, oosit) veya embriyo dondurma işlemleri ÜYTE yönetmeliğine uygun şekilde yapılmaktadır. Azospermik hastalardan mikro-TESE yöntemiyle cerrahi olarak sperm elde edilmektedir. Yakında genetik laboratuvarımız hazır olduğunda embriyolarda preimplantasyon genetik tanı yapılması da planlanmaktadır.

Senelik doğum sayısı **15.000** civarında olan hastanemiz **anne dostu hastane** ünvanını 2024'te almıştır. Doğumlar bir refakatçi eşliğinde **tek kişilik sancı doğum lohusa (SDL) odalarında** gerçekleştirilmektedir. İki doğumhanenin içinde olmak üzere toplam 13 ameliyat masamız vardır. Endoskopik, açık, vajinal ve Vnotes ile jinekolojik operasyonlar gerçekleştirilmektedir. Her çarşamba ve cuma günü jinekolojik operasyon hastaları jinekolojik konseyde değerlendirilmektedir. Bununla birlikte **infertilite, ürojinekoloji, pediatrik ve adolesan jinekoloji, endometriyozis, kozmetik jinekoloji ve cinsel işlev, üreme sağlığı, menopoz, lohusa** polikliniği gibi özellikli poliklinikler mevcut olup jinekoloji polikliniğinde değerlendirilen ve triyajı yapılan hastaların gerekli ise bu polikliniklerde takip ve tedavilerine devam edilmektedir.



# TJODist Bülteni



Contents lists available at [ScienceDirect](https://www.sciencedirect.com)

The Breast

journal homepage: [www.journals.elsevier.com/the-breast](http://www.journals.elsevier.com/the-breast)



## Managing sexual health challenges in breast cancer survivors: A comprehensive review

Linda Cucciniello <sup>a,b</sup>, Federica Miglietta <sup>c,d</sup>, Valentina Guarneri <sup>c,d</sup>, Fabio Puglisi <sup>a,b,\*</sup>

Çeviren ve Özetleyen: **Dr. Mehtap Akın Efe**

### MEME KANSERİ OLGULARINDA CİNSEL SAĞLIK SORUNLARININ YÖNETİMİ

#### Özet

Meme kanseri tedavisinde kaydedilen önemli ilerlemeler, meme kanserinden kurtulanların sayısında artışa yol açmıştır. Etkinliğine rağmen bu tedaviler, hastaların yaşam kalitesini önemli ölçüde bozan çeşitli yan etkilere neden olabilir.

Cinsel işlev bozukluğu ve özellikle menopozun genitoüriner sendromu, meme kanseri hastaları arasında yaşam kalitesinin bozulmasının başlıca nedenlerinden birini temsil etmekte ve potansiyel olarak tedaviye bağlılığı ve uyumu etkilemektedir. Genel popülasyonda, hypoöstrojenizmle ilişkili semptomlar tipik olarak sistemik veya topikal östrojen uygulaması yoluyla yönetiliyorsa, bu yaklaşım meme kanseri hastalarında hastalığın nüksetme riskindeki potansiyel artış nedeniyle kontrendikedir ve alternatif önlemlerin araştırılmasını gerektirir.

Bu derlemenin amacı, meme kanseri hastalarında ve sağ kalanlarda cinsel işlev bozukluklarının yönetimi için mevcut olan en güncel farmakolojik ve non-farmakolojik girişimlerin yanı sıra destekleyici önlemleri özetlemektir.

#### Giriş

Meme kanseri (MK), dünya çapında kadınlar arasında en sık teşhis edilen solid tümör ve kansere bağlı ölümlerin önde gelen nedenidir. Son yıllarda, çoğunlukla erken teşhis olanaklarının iyileştirilmesi ve tedavilerin yaygınlaştırılması ve etkinliği sayesinde, MK yönetiminde önemli gelişmelere tanık olduk. Bunun doğrudan bir sonucu olarak, MK'dan kurtulanların prevalansı son yıllarda önemli ölçüde artmıştır; dünya genelinde yaklaşık 8 milyon kadın MK tanısından sonra en az 5 yıl yaşamaktadır ve bu sayı tüm kanserden kurtulanların yaklaşık %40'ını oluşturmaktadır. Bu sayının daha da artması beklenmektedir.

Bu çerçevede, son yıllarda MK'dan kurtulanlarda yaşam kalitesinin korunması daha fazla ilgi görse de hala büyük ölçüde ihmal edilmiş ve üzerinde yeterince durulmamış bir konuyu temsil etmektedir. Gerçekten de MK hastaları ve hayatta kalanlar çok yönlü zorluklarla karşı karşıyadır ve uzun vadeli refahlarını azaltan önemli bir faktör, *cinsel sağlık işlev bozukluklarıdır*.



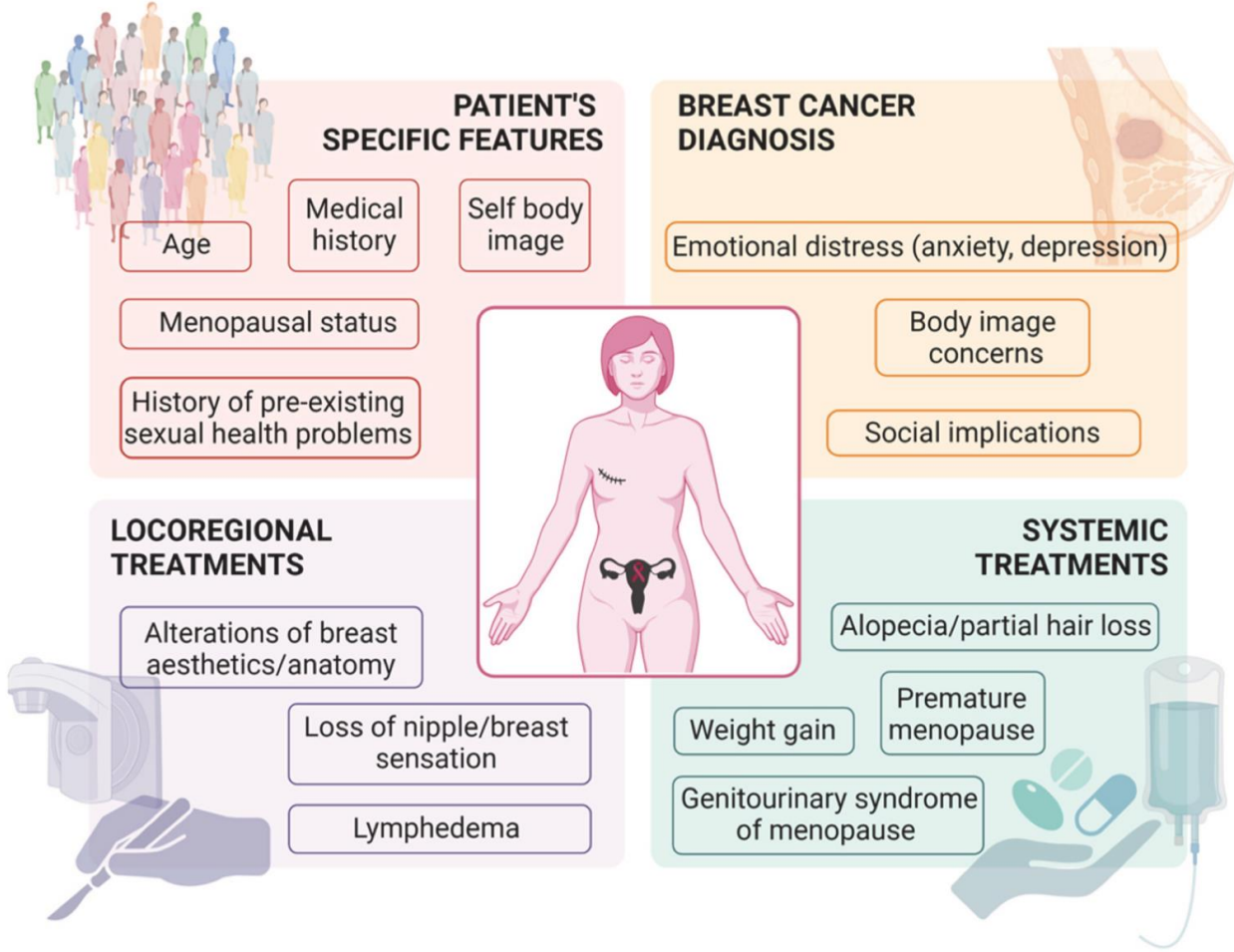


Fig. 1. Key factors influencing sexual health dysfunction in breast cancer patients.

Şekil 1'de görsel olarak gösterildiği gibi, cinsel sağlık sorunlarıyla karşılaşma olasılığını değişen derecelerde etkileyen hastaya özgü özelliklerin yanı sıra, MK tedavileri ve teşhisiyle ilişkili cinsel işlev bozukluğuna katkıda bulunan ana mekanizmalar MK hastalarının önemli bir oranında (~%55) görülmektedir.

Hormon reseptörü (HR)-pozitif MK tedavisinde kullanılan tüm endokrin ajanlar, değişken şiddette cinsel sağlık işlev bozukluklarına neden olabilir. Tamoksifen (Tam) ile tedavi edilen postmenopoz hastalar, ATAC çalışmasında anastrozol alanlara kıyasla, özellikle vajinal kanama ve vajinal akıntı olmak üzere daha yüksek sıklıkta jinekolojik advers olaylar yaşamıştır. Benzer şekilde, IES çalışmasında (erken HR-pozitif MK hastaların Tam ile 5 yıllık adjuvant endokrin tedavinin (ET) alması veya ilk 2-3 yıllık tedaviden sonra Tam'dan eksemestana geçmesi), Tam ile tedaviye devam eden hastalar arasında eksemestana geçene kıyasla daha yüksek cinsel sağlık disfonksiyonu ve vajinal kanama insidansı bildirilmiştir.





# TJODist Bülteni

"Cinsel sağlık disfonksiyonu" vulvovajinal ve mesane-üretral bölgeleri etkileyen, atrofiden kaynaklanan küresel olarak hipoöstrojenizmle ilişkili semptomların geniş yelpazesini kapsayan bir ifadedir ve yaşam kalitesi üzerinde önemli bir etkiye sahiptir ve muhtemelen tedaviye uyumu ve tedaviyi erken kesmeyi etkiler. Günümüzde, vakaların ~%20'si kadarında adjuvan ET, jinekolojik advers olayların ortaya çıkması nedeniyle erken kesildiği tahmin edilmektedir. Bu nedenle, uluslararası kılavuzlar MK hastalarının cinsel sağlık semptomlarının erken tanımlanması ve multimodal tedavisini amaçlayan düzenli jinekolojik takip ziyaretlerine katılmalarını önermektedir.

Bu derlemede, özellikle GSM yönetimine odaklanarak, MK tanısı ve tedavileri ile ilgili cinsel sağlık bozukluklarından muzdarip hastalara ve hayatta kalanlara sunulabilecek en güncel müdahaleleri (Tablo 1'de özetlenmiştir) ve destekleyici önlemleri kapsamlı bir şekilde tartışıyoruz.

L. Cucciniello et al.

**Table 1**  
Pharmacological strategies for the management of genitourinary syndrome of menopause (GSM) in breast cancer (BC) patients.

Pharmacological Interventions	non-hormonal strategies	Agents	Current Regulatory Approval	References
		Vaginal moisturizers	FDA/EMA approved <sup>d</sup>	Bygdeman et al., 1996 Nachtigall et al., 1994 Loprinzi et al., 1997
		Vaginal lubricants	FDA/EMA approved <sup>d</sup>	Merlino et al., 2023 Hickey et al., 2016
		Vaginal pH-balanced gels	FDA/EMA approved <sup>d</sup>	Lee et al., 2011
		Vitamin D or E vaginal suppositories	FDA/EMA approved <sup>d</sup>	Keshavarzi et al., 2019
		Vaginal lidocaine 4 % solutions	FDA/EMA approved <sup>d</sup>	Goetsch et al., 2015
		Vaginal laser therapy	FDA/EMA approved <sup>d</sup>	Zerbinati et al., 2015 Pearson et al., 2019 Mension et al., 2023
		Vaginal oxygen and hyaluronic acid	Not FDA/EMA approved	Massarotti et al., 2023
	<b>hormonal strategies</b>	<b>Agents</b>	<b>Current Regulatory Approval</b>	<b>References</b>
		Systemic estrogens	Not FDA/EMA approved	Jacobson et al., 2021 Baber et al., 2016 Holmberg et al., 2004 Holmberg et al., 2008 von Schoultz et al., 2005
		Tibolone	Not FDA/EMA approved	Kenemans et al., 2009 Sismondi et al., 2011
		Ospemifene	FDA/EMA approved <sup>nd</sup>	Lilue et al., 2020 Archer et al., 2019 Eigeliene et al., 2016 DeGregorio et al., 2013
		Bazedoxifene	Not FDA/EMA approved	Bachmann et al., 2010 Kagan et al., 2010
		Estrogen-containing vaginal products	FDA/EMA approved <sup>h</sup>	Dew et al., 2003 Le Ray et al., 2012 Cold et al., 2022 Kendall et al., 2006 Wills et al., 2012 Ponzone et al., 2005 McVicker et al., 2023

The Breast 76 (2024) 103754

Table 1 (continued)

Promestriene	Not FDA/ EMA approved	Del Pup et al., 2013 Espitia De La Hoz, 2017–2018 Almodovar et al., 2013
Vaginal DHEA (prasterone)	FDA/EMA approved <sup>d</sup>	Mension et al., 2022 Barton et al., 2018

Abbreviations: FDA = Food and Drug Agency; EMA = European Medical Agency; DHEA = dehydroepiandrosterone.

<sup>a</sup> Ospemifene can be prescribed for the management of GSM symptoms in patients with a history of breast cancer that have completed all active treatments.

<sup>b</sup> Estrogen-containing vaginal products mostly represent a second line option; FDA has approved only the use of estradiol-containing products for breast cancer patients, but has not approved the use of estriol-containing products; the approval granted by EMA does not include a specific focus on BC patients.

<sup>c</sup> Prasterone data sheet includes a warning for use in breast cancer patients.

<sup>d</sup> Level of evidence: 2.

## Non-hormonal Lokal Tedavi Seçenekleri

MK hastalarında GSM yönetimi için D vitamini ve E vitamini içeren vajinal ajanlar, vajinal nemlendiriciler ve kayganlaştırıcılar, vajinal lidokain ve intravajinal lazer tedavisi dahil olmak üzere hormonal olmayan ajanlar tercih edilmelidir. Bu seçenekler arasında, erişilebilirlikleri ve maliyet etkinlikleri nedeniyle, vajinal nemlendiriciler MK hastalarında GSM'yi ele almak için tercih edilen ilk terapötik seçeneği temsil eder.

Vajinal nemlendiriciler, vajinal bütünlüğü ve elastikiyeti sürdürmek amacıyla cinsel aktivite sıklığından bağımsız olarak düzenli olarak kullanıldığında vajinal semptomları kontrol etmede etkilidir. Özellikle GSM'li erken dönem MK hastalarında, bir faz III randomize klinik çalışma, polikarbofil bazlı bir vajinal nemlendirici ile tedavinin vajinal kuruluk ve disparoni tedavisinde etkili olduğunu göstermiştir. Bununla birlikte, gözlenen yararın plasebo ürün kullanıldığında bildirilenden önemli ölçüde üstün olmadığı unutulmamalıdır.

Bununla birlikte, düzenli cinsel aktivite durumunda vajinal kayganlaştırıcılar kullanılmalıdır, özellikle cinsel ilişki sırasındaki rahatsızlığı azaltmada etkilidir. Su bazlı ve silikon bazlı vajinal kayganlaştırıcılar en yaygın kullanılanlar olmak üzere farklı formları mevcuttur. Cinsel ilişki sırasında rahatsızlıktan bahseden 39 postmenopoz MK hastasını içeren bir klinik çalışmanın post hoc analizi, su bazlı ürünlere kıyasla silikon bazlı kayganlaştırıcıların kullanımı lehine hafif bir fayda (p-değeri 0,02) ortaya koymuştur.

Nemlendiriciler ve kayganlaştırıcılara ek olarak, jinekolojik kanserli hastaları içeren bir klinik çalışmada vajinal duvar esnekliğini artırmada ve cinsel ilişki sırasında rahatsızlığı azaltmada etkili oldukları gösterildiğinden vajinal dilatörlerin kullanılması da önerilmektedir.



# TJODist Bülteni

Vajinal pH dengeli jeller, kayganlaştırıcılara ve nemlendiricilere bir alternatif oluşturabilir. Randomize bir klinik çalışmada, vajinal semptomlar yaşayan 86 postmenopoz erken MK hastası, pH dengeli bir jel veya plasebo almak üzere randomize edilmiştir. Vajinal jel ile tedavi, vajinal pH'ı düşürme (p-değeri<0.001), vajinal olgunlaşma indeksini (VMI, p-değeri<0.001) iyileştirme ve vajinal sağlık indeksini (VHI, p-değeri 0.002) geliştirme açısından önemli faydalar göstermiştir. Hem VMI hem de VHI, atrofik vajinitin ciddiyetinin göstergeleri olarak kullanılabilir. Vajinal yaymaların sitolojik incelemesi yoluyla hesaplanan VMI, yüzeysel, orta ve parabazal hücrelerin yüzdesine bağlıdır. En olgunlaşmamış vajinal epitel hücrelerini temsil eden parabazal hücrelerin daha yüksek bir yüzdesi ve daha olgun yüzeysel hücrelerin daha düşük oranı, dolaşımdaki düşük östrojen konsantrasyonları ve düşük bir VMI'nin göstergesidir ve daha şiddetli GSM semptomlarına işaret eder. VHI ise vajinal duvar esnekliği, vajinal pH, vajinal epitel duvarının bütünlüğü, sıvı hacmi ve nemin değerlendirilmesine göre belirlenir.

Premenopoz 96 kişinin katıldığı faz III randomize bir klinik çalışmada Tam ile adjuvan tedavi gören ve GSM semptomları gösteren erken dönem MK hastaları, katılımcılar D vitamini veya E vitamini vajinal ovülleri ya da plasebo almak üzere randomize edilmiştir. D vitamini veya E vitamini alan hastalar, plasebo alanlara kıyasla özellikle VMI (p-değeri<0.001) ve vajinal pH'ın azaltılması (p-değeri<0.001) açısından anlamlı iyileşmeler göstermiştir.

Tüm GSM semptomları arasında öncelikle disparoni yaşayan hastalar için, %4'lük vajinal lidokain ile kısa süreli bir tedavi potansiyel bir seçenek olabilir. Randomize bir klinik çalışmada, cinsel aktivite sırasında disparoni yaşayan 46 MK hastası, 2 ay boyunca vajinal penetrasyondan önce vulvar vestibüle salin veya %4 lidokain solüsyonu uygulamak üzere rastgele atanmıştır. %4'lük lidokain uygulaması disparonide anlamlı bir iyileşmeye yol açmıştır.

Hem CO2 hem de erbium lazerlerin kullanıldığı vajinal lazer tedavisi, vajinal epitelini restore etme ve bağ dokusunun rejenerasyonunu uyarma, böylece vajinal elastikiyeti artırma yeteneğini göstermiştir. CO2 lazer ve fototermal Erbium: Yag lazer en yaygın olarak genel, onkolojik olmayan popülasyonda kullanılmaktadır. Bunların etkinliği ve güvenliği, genel olarak her 30-40 günde bir 3 seans lazer tedavisinin uygulandığı ve vajinal atrofi semptomlarında önemli iyileşmelere yol açan çok sayıda klinik çalışmada araştırılmıştır. MK hastalarında GSM tedavisi için hem FDA hem de EMA tarafından onaylanmasına rağmen, vajinal lazer tedavisinin şu anda etkinliğini destekleyen sınırlı kanıta sahip olduğu unutulmamalıdır. Ek olarak, pahalı bir prosedürdür ve nispeten yeni ortaya çıktığı göz önüne alındığında, birçok jinekolog hala onu kullanma konusunda güven duymayabilir.

Vajinal dokuyu modüle etmek için hala ışık kullanımına dayanan farklı bir tedavi şekli, genel popülasyonda CO2 lazer tedavisine göre benzer sonuçlarla GSM semptomlarını hafiflettiği gösterilen fotobiyomodülasyondur (PBM). Şu anda, bu yaklaşımın özellikle MK hastalarında güvenlik ve etkinliğine ilişkin kesin veriler bulunmamaktadır.

Vajinal oksijen ve hyaluronik asit kombinasyonu yeni bir terapötik yaklaşımı temsil etmektedir. Yakın zamanda yayınlanan bir çalışmada, vajinal atrofi yaşayan erken dönem MK'lı 40 hastaya her 15 günde bir vajinal oksijen ile birlikte %2 hyaluronik asit kullanılarak tedavi uygulanmıştır. Hyaluronik asit solüsyonu toplam 5 döngü boyunca uygulanmıştır. Deneysel tedavi disparonide anlamlı bir iyileşmeye yol açtığından bu hastalar için umut verici bir tedaviyi temsil etmektedir.





# TJODist Bülteni

**Bu nedenle, MK hastalarında meydana gelen jinekolojik advers olayların yönetimi için vajinal nemlendiriciler ve vajinal kayganlaştırıcılar (düzenli cinsel aktivite durumunda), çoğunlukla disparoni bildiren hastalarda vajinal %4 lidokain, vajinal pH dengeli jeller ve D ve E vitamini içeren vajinal ovüller dahil olmak üzere farklı lokal hormonal olmayan tedavi seçenekleri düşünülebilir. Bir diğer potansiyel seçenek de lazer tedavisidir. Son olarak, yeni ortaya çıkan yaklaşımlar arasında, hiyalüronik asit ile kombine edilmiş intravajinal oksijen tedavisi MK hastalarında çok çeşitli jinekolojik semptomların iyileştirilmesinde umut vaat ettiğini göstermiştir.**

## Sistemik Hormonal Stratejiler

GSM semptomlarının ister fizyolojik ister iatrojenik olsun, menopozun neden olduğu dolaşımdaki östrojen seviyelerindeki ani düşüştü kaynaklandığı düşünüldüğünde, sistemik veya lokal östrojenlerin kullanımı semptom yükünü hafifletmek için en uygun tedavi stratejisi olarak görünecektir. Sistemik hormonal tedaviler (SyHT), artmış MK nüks riski nedeniyle uluslararası kılavuzlara göre MK hastalarında kullanılması önerilmemektedir.

Sistemik östrojenlerin yanı sıra, tibolon, ospemifen ve bazedoksifen gibi seçici östrojen reseptör modülatörleri (SERM'ler) de dahil olmak üzere çeşitli diğer ajanlar araştırılmıştır.

Özellikle, östrojenik, progestojenik ve androjenik özelliklere sahip bir steroid hormon olan tibolon ile tedavi edilen hastalar arasında artmış MK riski ortaya çıkmıştır. LIBERATE çalışmasında, vazomotor semptomlar bildiren erken dönem MK 3148 hasta, tibolon veya plasebo almak üzere randomize edilmiştir.

Medyan 3 yıllık bir takipten sonra, tibolon tedavisinin vazomotor semptomların ve vajinal kuruluğun şiddetini azaltmada ve kemik yoğunluğunu iyileştirmede etkili olduğu kanıtlanmış olsa da deney kolunda MK nüks riskinin arttığını ortaya koymuştur (sırasıyla tibolon ve plasebo kollarında hastalık nüksü yaşayan hastaların %15,2'sine karşı %10,7'si; HR 1,4, %95 CI 1,14-1,7, p-değeri 0,001) ve bu da çalışmanın erken sonlandırılmasına yol açmıştır.

Ospemifen, vajinal epitel ve kemik dokusu üzerinde östrojenik özellikler gösterirken endometriyum üzerinde herhangi bir etki göstermeyen bir SERM'dir. Ayrıca meme üzerinde anti-östrojenik bir etki gösterir [29,30]. Ospemifen ile tedavinin postmenopoz hastalarda tüm vajinal atrofi göstergelerini ve vajinal kuruluk şiddetini iyileştirdiği gösterilmiştir [29,30]. Bununla birlikte, MK hastalarında kullanımına ilişkin güvenlik endişeleri devam etmektedir. Preklinik ve klinik çalışmalar meme dokusu üzerindeki anti-östrojenik etkilerini doğrulamış olsa da ve şu anda MK nüks riskinin arttığını gösteren bir kanıt bulunmasa da MK hastalarında ospemifenin etkinliğini ve güvenliğini özel olarak araştıran hiçbir çalışma yoktur. Bu endikasyon için onayı EMA tarafından verilmiş, ancak FDA tarafından verilmemiştir.

MK hastalarında etkinliği ve güvenliği ile ilgili yetersiz veriler nedeniyle, bazedoksifen ne FDA ne de EMA tarafından bu hasta kategorisinde kullanım için onaylanmamıştır.

**Özetle, sistemik östrojenler, bu hasta kategorisinde kullanımlarıyla ilişkili artmış nüks riski nedeniyle, MK hastalarında cinsel sağlık işlev bozukluklarını yönetmek için önerilmemektedir. SERM'lerle ilgili olarak, tibolon tedavisi artmış MK nüks riski ile ilişkilendirilmiştir ve bu nedenle önerilmemektedir. Buna karşılık, ospemifen, adjuvan ET dahil olmak üzere tüm kesin tedaviler tamamlandıktan sonra kullanılması koşuluyla, jinekolojik semptomları yönetmek için güvenli ve etkili bir seçenek olarak düşünülebilir. Bazedoksifenin bu ortamdaki güvenliğine ilişkin mevcut veriler yetersiz kalmaktadır.**



# TJODist Bülteni

## Lokal Hormonal Stratejiler

Düşük doz vajinal östrojenlerin GSM semptomlarını hafifletmede etkili olduğu kanıtlanmıştır ve vajinal kremler, tabletler veya halkalar gibi farklı formülasyonlarda ve farklı dozlarda uygulanabilir. En yaygın kullanılan ürünler *estradiol ve estriol* içerenlerdir. *Estriolün FDA onaylı olmadığını* belirtmek gerekir. Etkinliğine rağmen, birçok medikal onkolog MK hastaları için güvenlik endişeleri nedeniyle lokal hormonal tedavi reçete etmekte tereddüt etmektedir.

Bir kohort çalışmasında erken evre MK 1472 kadın; estriol içeren kremler veya ovüller veya estradiol içeren tabletler ile vajinal hormon tedavisi (VaHT) ile tedavi edilmiştir. Çalışma MK nüks riskinde artışa yol açmamıştır (HR 0.57; %95 CI 0.20-1.58, p-değeri .28) [38]. VaHT'nin güvenliği, %80'ine Tam tedavi uygulanan ve %20'sine AI verilen 13.749 erken MK hastasını içeren bir vaka-kontrol çalışmasında daha da değerlendirilmiştir. Bu çalışmada, hastaların %2,1'i tamoksifen veya AI'larla eş zamanlı östrojen içeren vajinal kremler veya tabletler yoluyla VaHT almış ve bu kombinasyon MK nüks riskinde artış göstermemiştir (RR 0,78; %95 CI 0,48-1,25).

Erken MK'da ET'nin birincil amacı baskılanmış sistemik östrojen seviyeleri olduğundan, özellikle bir AI ile tedavi edilen postmenopoz hastalarda serum östrojen konsantrasyonlarını artırma potansiyeline ilişkin mevcut kanıtların yetersiz olması nedeniyle VaHT kullanımına ilişkin endişeler ortaya çıkmaktadır.

Gerçekten de iki prospektif klinik çalışma, VaHT ile tedavi edildiğinde adjuvan ET uygulanan MK hastalarında serum östrojen seviyelerinin arttığını tanımlamıştır. Bununla birlikte, bu bulgular sınırlı kohort boyutları ve nispeten kısa takip süreleri nedeniyle kısıtlanmıştır. Buna karşılık, çeşitli klinik çalışmalardan elde edilen kanıtları sentezleyen kapsamlı bir inceleme, haftada iki kez 25 µg estradiol veya haftada iki kez 0,5 mg estriol içeren ürünlerin kullanımının sistemik östrojen seviyelerini önemli ölçüde artırmadığını göstermiştir.

Daha yakın zamanda, büyük bir kohort çalışmasında %5'i VaHT ve yaklaşık %1'i SyHT alan toplam 49.237 erken dönem MK hastası değerlendirilmiştir. Bu çalışmada, VaHT kullanımı, maruziyet süresine veya preparatlarda bulunan östrojen dozajına bakılmaksızın, MK ile ilişkili mortalite riskinde artışla ilişkili bulunmamıştır (HR 0.57; %95 CI 0-34-0.96). *Bu nedenle, özellikle başarısız hormonal olmayan stratejilerden sonra kanıtlanmış klinik faydaları göz önüne alındığında, erken dönem MK hastalarında GSM'yi hafifletmek için düşük doz vajinal östrojenlerin kullanılması düşünülebilir. Bununla birlikte, bu karar, güvenliğine ilişkin mevcut kesin veri eksikliğini kabul ederek hastayla kapsamlı bir şekilde tartışmayı gerektirir.*

Sentetik bir östrojen olan *Promestriene*, postmenopoz hastalarda sistemik östrojenik etkilere neden olmadan vajinal atrofinin tedavisinde etkinlik göstermiştir. Etkinliği ve güvenilirliği MK hastalarında araştırılmıştır. Promestrien tedavisinin disparoni şiddetini önemli ölçüde azalttığını ve plasebo ile karşılaştırıldığında sistemik östradiol seviyelerini arttırmadan vajinal kayganlığı arttırdığını ortaya koymuştur. Bununla birlikte, klinik öncesi veriler promestriene maruz kalmanın, özellikle östrojen yoksunluğu koşulları altında, hormon reseptörlerini pozitif meme kanseri hücrelerinin proliferasyonunu indükleyebileceğini göstermiştir. Bu nedenle, *bir AI ile tedavi gören hastalarda GSM'yi yönetmek için kullanımı düşünülürken dikkatli olunması tavsiye edilir.*



# TJODist Bülteni

Vajinal mukozada androjen reseptörlerinin ekspresyonu göz önüne alındığında, vajinal testosteron uygulaması bu ortamda değerlendirilmiştir. Testosteron içeren kremlerin MK hastalarında GSM üzerinde faydalı bir etki gösterdiği gösterilmiştir. Özellikle hem hormon reseptörü pozitif hem de hormon reseptörü negatif hastalıkta, dolaşımdaki androjenlerin ve androjen reseptörü sinyalinin MK proliferasyonundaki rolüne ilişkin kanıtlar artmaktadır. Bu nedenle, GSM'nin tedavisi için androjen içeren ürünlerin kullanımı dikkatle değerlendirilmelidir. Bununla birlikte, kullanımlarının şu anda FDA veya EMA tarafından yetkilendirilmediğine dikkat etmek önemlidir.

Dehidroepiandrosteron (DHEA), hem testosteron hem de estradiole dönüşebilen ve GSM semptomlarını hafifletmede etkinlik gösteren bir steroid hormondur. Bununla birlikte, bir çalışma, vajinal DHEA kullanımının sistemik östradiol seviyelerinde hafif bir artışa neden olduğunu göstermiştir. VIBRA çalışmasında, AI ile tedavi gören ve GSM yaşayan 10 erken MK hastası DHEA içeren vajinal ovüllerle tedavi edilmiştir. 6 aylık takip sonrasında, düşük sistemik östradiol seviyeleri korunurken, semptomlarda belirgin iyileşme rapor edilmiştir. Halen, DHEA (esas olarak prasteron) içeren vajinal ürünler, FDA ve EMA tarafından GSM yönetimi için onaylanan tek androjen bazlı vajinal tedaviler olarak durmaktadır. Bununla birlikte, veri sayfaları MK hastalarında kullanımla ilgili bir uyarı içermektedir.

**Sonuç olarak, lokal non-hormonal tedavi seçeneklerinin başarısız olması durumunda, bu ajanların hem etkinliği hem de güvenliği konusunda hastayla kapsamlı bir görüşmenin ardından VaHT düşünülebilir.**

Özellikle, bir AI ile tedavi edilen postmenopoz hastalarda serum östrojen konsantrasyonlarındaki artışla ilgili risk konusunda şu anda kesin bir kanıt bulunmamaktadır. Mevcut diğer seçenekler arasında promestrien, MK hastalarında jinekolojik semptomları önemli ölçüde iyileştirebilir, ancak AI ile tedavi edilen hastalarda dikkatli kullanılmalıdır. Son olarak, vajinal androjen bazlı ürünler düşünülebilir, ancak bunların kullanımı MK hastalarında dikkatle değerlendirilmelidir.

## Non-farmakolojik Müdahaleler

Yaşam tarzı değişiklikleri, cinsel sağlık işlev bozukluklarının yönetiminde çok önemli bir rol oynamaktadır. Bunlar arasında sağlıklı bir diyet benimsemek, kilo vermek ve beslenme uzmanları ve kişisel eğitimcilerin rehberliğinde düzenli fiziksel aktivite yapmak yer almaktadır. Ayrıca, sigara içmek daha yüksek atrofik vajinal değişiklik riskiyle ilişkilendirildiğinden sigaranın bırakılması önerilmektedir.

Ayrıca, genital bölgeye kan akışını ve vajinal pH'ı iyileştirerek dokunun sağlıklı ve elastik kalmasına yardımcı olabileceğinden, hastalar düzenli cinsel aktiviteyi sürdürmeye teşvik edilir.

Aslında, kanser hastaları sıklıkla libido kaybı, beden imajı algısı bozukluğu ve partnerleriyle iletişim sorunları yaşamaktadır. Bu husus, takip ziyaretleri sırasında sıklıkla eksik bildirilmekte olup, bu durum potansiyel olarak kısıtlı zaman, hastaların rahatsızlığına ilişkin endişeler ve uygun tedavi stratejilerinin belirlenmesindeki zorluklardan kaynaklanmaktadır. Bu engellerin üstesinden gelmek için, sağlık hizmeti uygulayıcılarının konu hakkında uygun şekilde eğitilmeleri, iletişim becerilerini geliştirmeleri ve hastalarını cinsel sağlıkla ilgili endişelerini dile getirme konusunda teşvik etmeleri şiddetle tavsiye edilmektedir.

Grup müdahaleleri de düşünülebilir. Örneğin, 20 MK hastasının katıldığı küçük bir çalışmada, cinsel sağlık rehabilitasyonu, vücut farkındalığı egzersizleri ve farkındalık temelli bilişsel terapi becerilerine odaklanan 4 saatlik bir grup müdahalesi ve ardından grup seansından sonra yapılan bir telefon görüşmesi, cinsel sağlık ve psikolojik sıkıntıda önemli bir iyileşme ile ilişkilendirilmiştir.



# TJODist Bülteni

Ayrıca *bilişsel davranışçı terapi seansları*, bu ortamda araştırılmıştır. Özellikle, çok merkezli, randomize bir klinik çalışmadan elde edilen kanıtlar, bilişsel davranışçı terapinin (bir seksolog rehberliğinde) cinsel istek, sıkıntı, vücut imajı endişeleri, vajinal kayganlaşma ve cinsel ilişki sırasında rahatsızlık dahil ancak bunlarla sınırlı olmamak üzere farklı GSM semptomlarını önemli ölçüde hafiflettiğini göstermektedir.

Son olarak, MK hastaları genellikle azalmış pelvik taban kas gücü ve bozulmuş gevşeme kapasitesi cinsel işlevlerini önemli ölçüde etkilemektedir. Bu nedenle, pelvik taban kas eğitimi ve gevşeme teknikleri gibi müdahaleler pelvik taban kas fonksiyonunun iyileştirilmesine ve GSM semptomlarının hafifletilmesine yardımcı olabilir. Bununla birlikte, bugüne kadar hiçbir çalışma, GSM yaşayan MK hastalarında pelvik taban kas terapisinin rolünü özel olarak değerlendirmemiştir.

## Sonuçlar ve Gelecek Perspektifleri

Cinsel sağlık sorunları, MK'dan kurtulan kişiler arasında yaşam kalitesini düşüren başlıca nedenlerden birini temsil etmekte ve potansiyel olarak tedaviye bağlılığı ve uyumu etkilemektedir. Genel popülasyonda, hipoöstrojenizmle ilişkili semptomlar tipik olarak *sistemik östrojen* uygulamasıyla ele alınmaktadır. Ancak bu yaklaşım, hastalığın nüksetme riskinin artmasıyla ilgili endişeler nedeniyle MK hastalarında *kontrendikedir*, dolayısıyla bu özel hasta grubunda cinsel sağlık sorunlarının yönetimini zorlaştırmakta ve *alternatif farmakolojik ve non-farmakolojik önlemlerin* araştırılmasını gerektirmektedir.

MK ile ilişkili cinsel sağlık sorunlarının ele alınmasına yönelik son zamanlarda gösterilen ilgiye rağmen, optimum yönetim zor olmaya devam etmektedir. Gelecekteki araştırma gündemi, kişiselleştirilmiş stratejileri içeren multidisipliner bir yaklaşıma öncelik vermelidir. Bu çabanın merkezinde hem hastalar hem de uygulayıcılar arasında eğitim ve farkındalığın artırılması zorunluluğu yer almaktadır. Avrupa Tıbbi Onkoloji Derneği (ESMO) tarafından yakın zamanda yapılan bir konsensüs, kanserden kurtulanlarda, özellikle de MK hastalarında karşılanmamış ihtiyaçların devam ettiğini kabul ederek, hayatta kalma bakımı ve araştırmalarında kanıta dayalı çerçevelerin uygulanmasını onaylamıştır.

Bu nedenle, MK hastalarının cinsel sağlığı alanında gelecekte yapılacak araştırmalar, bütüncül ve hasta merkezli bir yaklaşımı hedefleyerek bu boşlukları proaktif bir şekilde ele almalıdır.





# TJODist Bülteni



SMFM Consult Series

[smfm.org](http://smfm.org)



## Society for Maternal-Fetal Medicine Consult Series #71: Management of previable and periviable preterm prelabor rupture of membranes

Society for Maternal-Fetal Medicine (SMFM); Ashley N. Battarbee, MD, MSCR; Sarah S. Osmundson, MD, MS;  
Allison M. McCarthy, PhD; and Judette M. Louis, MD, MPH; SMFM Publications Committee

Endorsed by the Society of Family Planning June 2024.

Endorsed by the American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG) August 2024 and should be construed as ACOG clinical guidance.

Çeviren ve Özetleyen: **Dr. Esra Selvi**

### PREVİABLE VE PERİVİABLE PRETERM DOĞUM ÖNCESİ MEMBRAN RÜPTÜRÜNÜN YÖNETİMİ

#### Giriş

Doğum öncesi preterm membran rüptürü (PPROM), 37 0/7 haftalık gebelikten önce meydana gelen doğum öncesi membran rüptürü olarak tanımlanmaktadır. PPRM tüm gebeliklerin <math>\lt; 1\%</math>inde görülür. Ancak önemli maternal ve neonatal enfeksiyöz morbidite ve mortalite ile ilişkilidir. Previabl ve periviabl PPRM'dan sonra gebeliğe devam etmek doğrudan maternal fayda ve fetal fayda garantisiz maternal riske neden olur. Bu yazının amacı previable ve periviable PPRM'lu hastalar için müdahaleli ve müdahalesiz ekspektan yönetimin maternal ve neonatal risklerini gözden geçirmek ve bu koşullardaki tüm hastalar için mevcut olması gereken yönetim seçeneklerini ana hatlarıyla belirtmektir.

## Previabl ve Periviabl Preterm Doğum Öncesi Membran Rüptürü Nedir?

Yaşayabilirliğin tanımlanması karmaşıktır. Çünkü gebelik yaşı ve aşağıda açıklanan diğer klinik faktörlerden etkilenen fizyolojik bir sürekliliği temsil eder. “Yaşayabilir” bir fetüsün uterus dışında hayatta kalabildiği dönemi ifade eder ve bu tanım yalnızca gebelik yaşına dayanmaz. “Previabl” fetüsün rahim dışında hayatta kalamayacağı ve dolayısıyla yaşamı idame ettirici müdahaleler için aday olmadığı dönemi ifade eder. “Periviabl” fetüsün yaşamı idame ettirici müdahalelerle uterus dışında hayatta kalabileceği ancak yine de yüksek ölüm riski veya ciddi morbiditeler taşıdığı dönemi ifade eder. Eunice Kennedy Shriver Ulusal Çocuk Sağlığı ve İnsan Gelişimi Enstitüsü, Amerikan Pediatri Akademisi Maternal-Fetal Tıp Derneği ve Amerikan Kadın Hastalıkları ve Doğum Uzmanları Koleji'nden katılımcıların yer aldığı 2013 tarihli multidisipliner bir ortak toplantıda varılan fikir birliği periviabl dönemi 20 0/7 ila 25 6/7 gebelik haftası olarak tanımlamıştır. Toplantı özetinde ayrıntılı olarak belirtildiği üzere, bu dönemde yenidoğanın taburcu olana kadar hayatta kalma oranları 23. gebelik haftasındaki doğumlar için %23-%27; 24. gebelik haftasındaki doğumlar için %42-%59 ve 25. gebelik haftasındaki doğumlar için %67-%76 arasında değişmektedir. 23. gebelik haftasından önceki doğumlarda yenidoğanın hayatta kalma oranı %5-%6'dır ve hayatta kalanlar arasında ciddi hastalık oranı %98-%100'dür. Gebelik yaşına ek olarak yaşayabilirliği etkileyen diğer önemli faktörler arasında tahmini fetal ağırlık, çoğul gebelikler, fetal genetik hastalıklar ve fetal anomaliler yer almaktadır.

Bu belge neonatal resüsitasyon ve yoğun bakım denemesinin sağlık ekibi tarafından uygun görülmediği veya gebe hasta tarafından istenmediği previabl ve periviabl dönemlerde PPRM'un yönetimine odaklanmaktadır. Yenidoğan resüsitasyonu ve yoğun bakım, sağlık ekibi tarafından uygun görüldüğünde ve hasta tarafından istendiğinde periviabl PPRM'un yönetimi genellikle PPRM ve periviabl doğum için önceki kılavuzları takip etmelidir (Tablo)

Intervention	20 0/7 to 21 6/7 wk	22 0/7 to 22 6/7 wk	23 0/7 to 23 6/7 wk	24 0/7 to 24 6/7 wk	25 0/7 to 25 6/7 wk
Neonatal assessment for resuscitation	Not recommended 1A	Consider 2B	Consider 2B	Recommended 1B	Recommended 1B
Antenatal corticosteroids	Not recommended 1A	Consider 2C	Consider 2B	Recommended 1B	Recommended 1B
Magnesium sulfate for neuroprotection	Not recommended 1A	Not recommended 1A	Consider 2B	Recommended 1B	Recommended 1B
Antibiotics to prolong latency during expectant management of PPRM	Consider 2C	Consider 2C	Consider 2B	Recommended 1B	Recommended 1B
Intrapartum antibiotics for group B streptococci prophylaxis	Not recommended 1A	Not recommended 1A	Consider 2B	Recommended 1B	Recommended 1B
Cesarean delivery for fetal indication	Not recommended 1A	Not recommended 1A	Consider 2B	Consider 1B	Recommended 1B

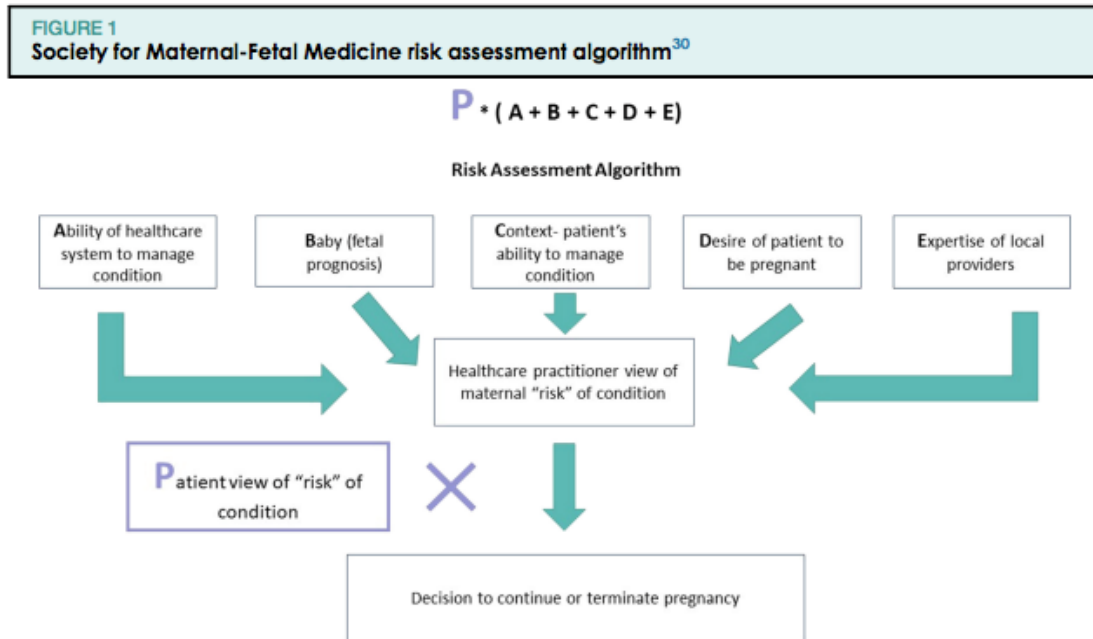
*PPROM, preterm prelabor rupture of membranes.*  
Adapted from Cahill et al,<sup>22</sup> 2021 and Obstetric Care Consensus No. 6: Periviable birth.<sup>21</sup>  
*Society for Maternal-Fetal Medicine. Management of previable and periviable preterm prelabor rupture of membranes. Am J Obstet Gynecol 2024.*

## Previabl ve Periviabl Preterm Doğum Öncesi Membran Rüptürü Tanısı Konulduktan Sonra Yönetim Seçenekleri Nelerdir?

Previabl ve periviabl PPRM için yönetim seçenekleri arasında ekspektan yaklaşım ve abortus bakımı yer almaktadır. Previabl ve periviabl PPRM tanısı konulduktan sonra gebe bireyler enfeksiyon, kanama ve devam eden doğum eylemi belirti ve semptomları açısından değerlendirilmelidir. Enfeksiyonun klinik semptomları daha erken gebelik yaşlarında daha az belirgin olabilir. İntraamniyotik enfeksiyonun klinik tanısı genellikle annenin ateşinin 38C olması ve diğer enfeksiyon belirti veya semptomları (örneğin; annede taşikardi, pürülan servikal akıntı, fetal taşikardi, uterus hassasiyeti) temelinde konulsa da bazı intraamniyotik enfeksiyon vakaları başlangıçta annede ateşle ortaya çıkmayabilir. Bu nedenle intraamniyotik enfeksiyon tanısı, antibiyotiklerle uygun müdahale ve abortus bakımı annenin ateşinin olmaması nedeniyle geciktirilmemelidir. Benzer şekilde amniyosentez intraamniyotik enfeksiyonun teşhisinde yardımcı olsa da yukarıda açıklandığı gibi klinik yönetimi geciktirmemelidir. Hemoraji ve fetal ölüm dahil olmak üzere ekspektan yaklaşıma yönelik diğer kontrendikasyonlar abortus bakımını veya doğum ve uterus içeriğinin boşaltılmasını gerektirmelidir. Abortus bakımının türüne (prosedürel veya ilaçla abortus) ilişkin kararlar maternal stabilite, gebelik yaşı ve prosedürel abortus bakımı sağlayabilecek klinisyenlerin mevcudiyeti göz önünde bulundurularak gebe kişinin güvenliğine öncelik vermelidir.

## Previabl ve Periviabl Preterm Doğum Öncesi Membran Rüptürü Olan Gebe Hastaları Tedavi Ederken Dikkat Edilmesi Gereken Temel Etik Hususlar Nelerdir?

Maternal-Fetal Tıp Derneği maternal risk değerlendirme algoritması gebelikte maternal riski etkileyen karmaşık tıbbi koşullarla ilgili faktörleri özetlemektedir: (1) sağlık sisteminin durumu yönetme becerisi, (2) fetüs ve yenidoğan için prognoz, (3) gebe hastanın durumu yönetme becerisi, (4) bireyin gebe kalma isteği ve (5) yerel veya mevcut sağlık hizmeti uygulayıcılarının uzmanlığı (Şekil 1).



Society for Maternal-Fetal Medicine. Management of previable and periviable preterm prelabor rupture of membranes. Am J Obstet Gynecol 2024.



# TJODist Bülteni

Previabl veya periviabl PPROM'u olan, gebeliğin devam etmesini isteyen ve gebelik yönetimi için kontrendikasyonları olmayan stabil gebeler için etik bir çerçeve gebe hastanın her bir yönetim seçeneğinin hem kendisi hem de fetüsü için risk ve faydalarını tartmasına yardımcı olabilir. Klinisyenler bilgilendirilmiş karar verme için tıbbi açıdan uygun tüm seçenekleri sunan danışmanlığın ardından gebelerin temel değerlerine en uygun kararları verme özerkliğine saygı göstermelidir. Gebe hastaların etik bakımı maternal ve fetal yararın inatçı bir şekilde çatıştığı durumlarda maternal tıbbi yararın öncelikli olmasını gerektirir. Ancak gebe hasta, algılanan fetal faydayı maternal tıbbi faydaya göre önceliklendirmeyi seçerek özerkliğini kullanabilir. Gebe hastaya fetal yararı kendi tıbbi yararına göre önceliklendirme yetkisinin tanınması, klinisyenlerin etik olarak talep edilen herhangi bir eylem tarzını önermek zorunda olduğu anlamına gelmez. Bu gibi durumlarda, klinisyenlerin danışmanlığı fetal fayda için makul kanıtların bulunmadığı müdahaleleri içermemelidir. Bununla birlikte, gebelere klinik bir senaryoda tıbbi açıdan uygun seçenekler konusunda verilen danışmanlık, annenin tıbbi yararına öncelik verilmesi ve gebelerin algılanan fetal yarar için kendi sağlıklarına yönelik belirli riskleri kabul etme yetkisine saygı gösterilmesi yönündeki etik taahhütleri yansıtmalıdır.

## **Previabl ve Periviabl Preterm Doğum Öncesi Membran Rüptürü Olan Gebe Bireylere Tedavi Seçenekleri Konusunda Nasıl Danışmanlık Verilmelidir?**

Previabl ve periviabl PPROM senaryosu özeldir. Çünkü gebeliğin devam ettirilmesi önemli maternal risk taşır ve fetüsün sonuçlarını iyileştirmeye çalışmanın potansiyel duygusal yararı dışında doğrudan maternal-fetal-yenidoğan açısından yararı yoktur. **Previabl ve periviabl PPROM'lu gebelere, bilinçli bir karara rehberlik etmesi için hem abortus bakımının hem de ekspektan yaklaşımın maternal- fetal riskleri ve faydaları hakkında bireyselleştirilmiş danışmanlık verilmesini öneriyoruz. Previabl ve periviabl PPROM'lu tüm hastalara abortus bakımı önerilmelidir. Ekspektan yaklaşım da kontrendikasyon yoksa önerilebilir (GRADE 1C).**

İlk danışmanlık gerekli eğitim ve bilgiye sahip klinisyenler tarafından gerçekleştirilebilir ve gebenin her bir yönetim seçeneğinin maternal ve fetal risklerini ve neonatal prognozlarını anlamasını sağlamak için gerektiğinde bir maternal-fetal tıp yan dal uzmanı veya neonatolog tarafından ek danışmanlık sağlanabilir. Buna ek olarak gebeler previable ve periviable PPROM'un yönetimine ilişkin fikirlerini değiştirme hakkına sahiptir ve ekspektan yaklaşımın ilk denemesinden sonra istenirse prosedürel veya ilaçlı abortus bakımına erişebilmelidir. Danışmanlık ve ortak karar verme sürecinin belgelenmesi önemlidir ve hasta isterse veya klinik senaryo değişirse yeniden ele alınmalıdır.





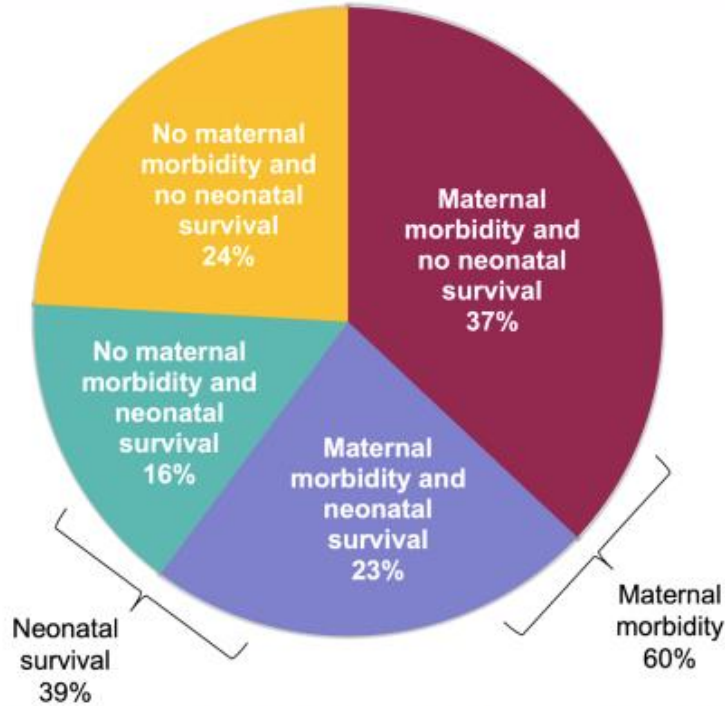
# TJODist Bülteni

## Previabl ve Periviabl Preterm Doğum Öncesi Membran Rüptüründe Ekspektan Yaklaşım Abortus Bakımı İle Karşılaştırıldığında İlişkili Maternal Riskler Nelerdir?

Previabl ve periviabl PPRM'da ekspektan yaklaşım abortus bakımı ile karşılaştırıldığında enfeksiyon, kanama ve ölüm dahil olmak üzere çoklu maternal komplikasyon riskini artırmaktadır. ABD'nin farklı coğrafi bölgelerindeki 3 hastanede 2011-2018 yılları arasında toplanan elektronik sağlık kaydı verilerinin kullanıldığı bir çalışmada, 14 0/7-23 6/7 gebelik haftalarında PPRM'u takiben abortus bakımı ile karşılaştırmalı olarak ekspektan yaklaşım sonuçları değerlendirilmiştir. Ekspektan yaklaşım için kontrendikasyonları olan (koryoamniyonit veya aktif yoğun kanama) ve PPRM'dan sonraki 24 saat içinde spontan doğum yapan bireyler analizden çıkarılmıştır. Çalışmaya dahil edilen 208 gebenin 108'i (%51,9) ekspektan yaklaşımı, 100'ü (%48,1) ise abortus bakımını seçmiştir. Ekspektan yaklaşımı seçen gebelerde PPRM, kürtaj tedavisini seçenlere göre (18 6/7 hafta; IQR, 14 0/7-23 6/7; P<.001) daha geç ortalama gebelik yaşında (21 6/7 hafta; çeyrekler arası aralık [IQR], 15 0/7-23 6/7) görülmüştür. PPRM'daki gebelik yaşı ve diğer temel karıştırıcılar için ayarlama yapıldıktan sonra yazarlar, abortus bakımı ile karşılaştırıldığında, ekspektan yaklaşım ile daha yüksek bir bileşik maternal morbidite insidansı bulmuşlardır (%60,2'ye karşı %33,0; düzeltilmiş olasılık oranı [aOR], 3,47; %95 güven aralığı [CI], 1,52-7,93).

Previabl ve periviabl PPRM sonrası yönetim kararı ne olursa olsun, aşağıdakilerden birini içeren yüksek bir maternal morbidite insidansı olduğunu belirtmek önemlidir: intraamniyotik enfeksiyon (bir doktor tarafından belgelenen ve antibiyotik tedavisini gerektiren klinik koryoamniyonit olarak tanımlanır), endometrit, sepsis, doğumdan sonra planlanmamış operatif prosedür, onarım gerektiren yaralanma, planlanmamış histerektomi, planlanmamış histerotomi (sezaryen hariç), uterus rüptürü, >1000 mL kanama, transfüzyon, maternal yoğun bakım ünitesine yatış, akut böbrek yetmezliği, venöz tromboemboli, pulmoner emboli ve 6 hafta içinde hastaneye tekrar yatış. En sık görülen komplikasyon intraamniyotik enfeksiyondur ve abortus tedavisini seçenlerin %13,0'üne karşılık ekspektan yaklaşım seçenlerin %38,0'inde görülmüştür (odds oranı [OR], 4,10; %95 CI, 2,03-8,26). Doğum sonrası kanama da abortus tedavisine kıyasla ekspektan yaklaşımda iki kattan fazla artmıştır (%23,1'e karşı %11,0; OR, 2,44; %95 CI, 1,13-5,26). Hiçbir olumsuz maternal sonuç, abortus bakımı gören gebe bireyler arasında ekspektan yaklaşım uygulananlara kıyasla önemli ölçüde daha yaygın değildi. Genel olarak başlangıçta ekspektan yaklaşım seçen hastaların %37'si yenidoğan sağkalımı olmaksızın maternal morbidite yaşamış, %23'ü maternal morbidite ve hastaneden taburcu olana kadar hayatta kalan bir bebeğe sahip olmuş, %24'ü maternal morbidite ve yenidoğan sağkalımı yaşamamış ve sadece %16'sı maternal morbiditeden kurtulmuş ve taburcu olana kadar hayatta kalan bir bebeğe sahip olmuştur (Şekil 2).

**FIGURE 2**  
Outcomes after expectant management of PPRM at <24 weeks of gestation



Adapted from Sklar et al,<sup>12</sup> a retrospective cohort study of pregnant individuals with PPRM at <24 weeks of gestation at multiple US centers comparing outcomes based on initial trial of expectant management vs abortion care. The most common outcome after trial of expectant management after PPRM <24 weeks was maternal morbidity and no neonatal survival. Maternal morbidity included  $\geq 1$  of the following: intraamniotic infection (defined as clinical chorioamnionitis documented by a physician and prompting treatment with antibiotics), endometritis, sepsis, unplanned operative procedure after delivery, injury requiring repair, unplanned hysterectomy, unplanned hysterotomy (excluding cesarean), uterine rupture, hemorrhage of >1000 mL, transfusion, admission to the maternal intensive care unit, acute renal insufficiency, venous thromboembolism, pulmonary embolism, and readmission to the hospital within 6 weeks. Rates of neonatal survival were based on all pregnancies with PPRM <24 weeks that had trial of expectant management. Other studies have shown that earlier gestational ages at PPRM are associated with lower rates of neonatal survival compared with PPRM at later gestational ages.<sup>2</sup>

PPROM, preterm prelabor rupture of membranes.

Society for Maternal-Fetal Medicine. Management of previable and periviable preterm prelabor rupture of membranes. *Am J Obstet Gynecol* 2024.



# TJODist Bülteni

## Previabl ve Periviabl Preterm Doğum Öncesi Membran Rüptüründe Ekspektan Yaklaşım İle İlişkili Ortalama Doğum Gecikmesi Ve Perinatal Sonuçlar Nelerdir?

Previabl ve periviabl PPRM da ekspektan yaklaşım gebelere doğrudan tıbbi fayda sağlamadığından, neonatal sağkalım ve morbidite olasılığı genellikle karar vermede çok önemlidir. Gebeliğin devam etmesini isteyen hastalarda previaabl PPRM sonrası ekspektan yaklaşımın birincil amacı yenidoğanın doğumdan sonra yaşamı sürdürücü müdahalelerle hayatta kalabileceği bir gebelik yaşına ulaşmasıdır. Birçok ebeveyn için ise hedef önemli bir sakatlık olmadan yenidoğanın hayatta kalmasıdır. PPRM ile doğum arasındaki süre previaabl ve periviabl PPRM çalışmalarında önemli ölçüde farklılık göstermekte olup bildirilen süre 7 gün (IQR, 3-29) ile 51 gün (IQR, 19-107) arasında değişmektedir. Gecikme süresi PPRM sırasındaki gebelik yaşı ile ters orantılıdır. Amsterdam'da üçüncü basamak bir bakım merkezinde ve afiliye 8 ikinci basamak hastanede 13 0/7-23 6/7 gebelik haftalarında PPRM tanılı 98 gebe üzerinde yapılan prospektif bir kohort çalışmasında (PPROMEXIL-III kohortu), ekspektan yaklaşım uygulanan bireylerin %40'ının 24 gebelik haftası olarak tanımlanan yaşayabilirliğe ulaştığı ve medyan gecikme süresinin 9 gün (IQR, 2,6-52,3) olduğu bulunmuştur. Kanada kohortunda, ekspektan yaklaşım uygulanan bireylerin yalnızca %27'si medyan 7 günlük gecikmeyle (IQR, 3-29) yaşayabilirliğe ulaşmıştır. Bu çalışmaların her ikisinde de gecikme süresinde geniş bir varyasyon olması ve PPRM sırasındaki gebelik yaşına bağlı olarak gecikme süresindeki farklılıkların değerlendirilmemiş olması dikkat çekicidir. Yaşayabilir bir gebelik yaşında canlı doğum gerçekleştikten sonra bile yenidoğan morbidite ve mortalite riski yüksektir. Yayınlanan literatürde genel yenidoğan sağkalım tahminleri muhtemelen dahil edilme kriterlerindeki farklılıklar, çalışılan popülasyonlar ve zaman içinde bakımdaki gelişmeler nedeniyle %17 gibi düşük bir orandan %80 gibi yüksek bir orana kadar değişmektedir. Previabl PPRM ile ilgili en önemli endişelerden biri kritik fetal akciğer gelişimi döneminde yeterli amniyotik sıvı hacminin olmamasıdır. Bu durum pulmoner hipoplazi, ciddi akciğer hastalığı ve ölüm ile sonuçlanabilir. Bununla birlikte pulmoner hipoplaziyi antenatal olarak tahmin etmek zordur. PPRMEXIL-III kohortunda, taburcu olana kadar hayatta kalamayan 10 canlı doğan yenidoğandan 4'üne pulmoner hipoplazi tanısı konmuştur. Bu durum yenidoğan mortalitesine büyük katkıda bulunabileceğini düşündürmektedir. Solunum sıkıntısı ve bronkopulmoner displazi, hayatta kalan yenidoğanlar arasında %50- %80'e varan oranlarda yaygındır. İskelet deformiteleri, intraventriküler kanama, nekrotizan enterokolit, sepsis ve prematüre retinopatisi gibi daha az görülen diğer yenidoğan komplikasyonları vakaların %5- %25'inde gözlenmiştir. Previabl ve periviabl PPRM sonrası doğan yenidoğanlar sadece kısa vadeli morbidite riski altında kalmaz, aynı zamanda bu komplikasyonların çoğu kronik hastalıklara ve uzun vadeli sağlık sorunlarına yol açar.

## Previabl ve Periviabl Preterm Doğum Öncesi Membran Rüptüründe Ekspektan Yaklaşımın Sonuçlarını Öngörebilecek Klinik Faktörler Var Mıdır?

PPROM'da daha geç gebelik yaşı ve daha yüksek rezidüel amniyotik sıvı hacmi daha iyi perinatal sağkalım ile en tutarlı şekilde ilişkilidir. Previabl veya periviabl PPRM ile ilgili tüm çalışmalarda olmasa da çoğu çalışmada PPRM daha geç gebelik yaşlarında ortaya çıktığında neonatal sağkalım olasılığı daha yüksektir. Hayatta kalamayan yenidoğanlarla karşılaştırıldığında hayatta kalan yenidoğanların PPRM sonrası oligohidramniyos veya anhidramniyos olan gebelerden doğma olasılığı daha düşüktür. Bununla birlikte anhidramnios hayatta kalmayı kesin olarak engellemez. Çünkü önceki çalışmalarda hayatta kalan yenidoğanlar arasında %7- %38 arasında değişen anhidramnios oranları bildirilmiştir. Ayrıca altta yatan tıbbi ve obstetrik özelliklere dayalı olarak previaabl ve periviabl PPRM sonrası maternal riskin değerlendirilmesi de ortak karar verme sürecine dahil edilmelidir.





# TJODist Bülteni

## **Previa ve Perivia Preterm Doğum Öncesi Membran Ruptürü Nedeniyle Ekspektan Yaklaşım Uygulanan Gebeler İçin Perinatal Sonuçları İyileştiren Doğum Öncesi Müdahaleler Nelerdir?**

### **Antibiyotikler**

Geniş spektrumlu antibiyotikler <34. gebelik haftasında PPRM tedavisi için önerilmektedir. Latens dönemi uzatıp neonatal morbiditeyi azaltmak için 20 0/7- 23 6/7. haftalarda düşünülebilir. Önerilen antibiyotik rejimi randomize bir klinik çalışmadan elde edilen verilere dayanarak 48 saat boyunca intravenöz ampisilin ve eritromisin kombinasyonu ardından 5 gün daha oral amoksisilin ve eritromisin ile 7 günlük bir antibiyotik tedavisini içerir. Azitromisin eritromisine alternatif olarak kullanılabilir. Nekrotizan enterokolit riskinde artış ile ilişkili olması nedeniyle amoksisilin-klavulanik asitten kaçınılmalıdır. Özellikle previa ve perivia PPRM sonrası antibiyotik kullanımına ilişkin sınırlı veri bulunmaktadır. Previa ve perivia PPRM sonrası yenidoğan sağkalımı ile ilişkili faktörleri değerlendiren retrospektif gözlemsel çalışmalar hayatta kalan yenidoğanların antibiyotik alan gebelerden doğma olasılığının daha yüksek olduğunu ve antibiyotik kullanımının daha uzun latens süresi ile ilişkili olduğunu göstermiştir. Ancak previal ve periviabl PPRM sonrası en uygun antibiyotik tipi, dozu ve uygulama zamanlaması bilinmemektedir. Klinik uygulamalarda önemli farklılıklar mevcuttur.

### **Özetle**

**>24 0/7 haftalık PPRM'dan sonra ekspektan yaklaşımı seçen gebeler için antibiyotik öneriyoruz (GRADE 1B).**

**20 0/7- 23 6/7 gebelik haftalarında PPRM'dan sonra antibiyotik verilmesi düşünülebilir (GRADE 2C).**

<20 haftada previal PPRM'u takiben antibiyotiklerin net faydasına dair kanıt bulunmadığı göz önünde bulundurulduğunda, PPRM teşhisi sırasındaki ve daha sonraki gebelik haftaları kıyasalanarak antibiyotik kullanımının potansiyel fayda ve riskleri gözden geçirilerek ve aile ile karar verilmesini öneriyoruz.

### **Antenatal Kortikosteroidler Magnezyum Sülfat**

Doğum öncesi kortikosteroidlerin ve magnezyum sülfatın uygulanması, sağlık ekibi tarafından yenidoğan resüsitasyonu ve yoğun bakım desteğinin uygun görüleceği ve hastanın bunu isteyeceği zamana kadar önerilmez (GRADE 1B).





# TJODist Bülteni

## **Ayakta Tedaviye Karşı Yatarak Tedavi**

Previabl ve periviabl PPROM'da ekspektan yaklaşımda ayakta tedaviye karşı yatarak tedavi verilmesini destekleyen yüksek kaliteli kanıtlar eksiktir. Bireylerin eve taburcu edilmeden önce erken doğum, dekolman veya enfeksiyon kanıtı olmaksızın hastanede bir süre gözlemlenmesi makuldür. Kanama veya enfeksiyon gibi maternal komplikasyonların belirti veya semptomlarının yakından izlendiği ayaktan tedavi, fetal fayda için neonatal resüsitasyon ve yoğun bakımın uygulanamayacağı dönemde gebenin ekspektan yaklaşım istediği durumlarda sıklıkla tercih edilir.

Gebe taburculuk öncesi PPROM komplikasyonlarının belirti ve semptomları hakkında ayrıntılı bilgilendirilmelidir. Bunlar arasında annenin ateşini ve enfeksiyonunu taramak için günlük ateş, kasılma varlığı, vajinal kanama, renksiz veya kötü kokulu vajinal akıntı ve karın ağrısı takibi yer almaktadır. Ancak bunlarla sınırlı değildir. Gebenin yaşamsal belirtilerinin, fetal kalp atış hızının değerlendirilmesi, fizik muayene ve lökositoz gibi enfeksiyon belirtileri için olası laboratuvar değerlendirmesi de dahil olmak üzere yakın izlem için ayakta tedavi ortamında sık sık (genellikle haftada bir) görülmesi yaygındır. Hastaneye yeniden kabul, kanama, enfeksiyon veya fetüsün ölümü gibi ekspektan yaklaşım için kontrendikasyonlar varsa veya yenidoğan resüsitasyon ve yoğun bakım desteğinin sağlık ekibi tarafından uygun görüleceği ve hasta tarafından isteneceği bir noktaya ulaştıktan sonra gerçekleşmelidir. Böylece antenatal kortikosteroidler, magnezyum sülfat ve antepartum fetal gözetim uygun şekilde başlatılabilir.

## **Seri Amnioinfüzyonlar ve Amniopatch**

Araştırmacılar previal PPROM sonrası sonuçları iyileştirmek için seri amnioinfüzyonları ve amniyotik membranı yeniden kapatan teknikleri kullanmaya çalışmışlardır. Gebeliğin 16 0/7- 23 6/7 haftasında PPROM'u olan hastaları 28-34. gebelik haftasına kadar seri amnioinfüzyonlara veya ekspektan yaklaşıma rastgele atayan en geniş iki çalışma perinatal morbiditede azalma bulmamıştır.

**Seri amnioinfüzyonlar ve amniopatch araştırma amaçlı olarak kabul edilir ve yalnızca klinik çalışma ortamında kullanılmalıdır; previal ve periviabl preterm doğum öncesi membran rüptürünün rutin bakımı için önerilmez (GRADE 1B).**



# TJODist Bülteni

## **Previabl ve Periviabl Preterm Doğum Öncesi Membran Rüptüründen Sonra Transvajinal Servikal Serklaj Çıkarılmalı Mıdır?**

Herhangi bir gebelik haftasında PPROM'dan sonra serklaj yönetimi konusunda bir fikir birliği yoktur. Şu anda, 22 0/7- 32 6/7 gebelik haftasında PPROM'dan sonra servikal serklajın çıkarılmasının, serklajın yerinde tutulduğu yönetime karşı etkinliğini değerlendiren yalnızca tek bir randomize klinik çalışma bulunmaktadır. Bazı retrospektif kohort çalışmaları serklaj retansiyonu ile daha uzun latans süresi göstermiş olsa da enfeksiyöz morbiditede artış da olabilir. Çalışma verileri previable ve perivable dönemlere özgü değildir.

**Previabl veya periviabl PPROM sonrası serklaj yönetimi, daha sonraki gebelik haftalarındaki PPROM sonrası serklaj yönetimine benzerdir. Riskler ve faydalar tartışıldıktan ve ortak karar verilerek serklajın çıkarılması veya yerinde bırakılması makuldür (GRADE2C).**

## **Previabl veya Periviabl Preterm Doğum Öncesi Membran Rüptürü Öyküsünden Sonraki Gebeliklerde Riskler Nelerdir?**

Previabl veya periviabl PPROM öyküsünden sonra sonraki gebeliklerin yönetimi için en iyi uygulamalara ilişkin sınırlı kanıt vardır. <24 haftalık gebelikte PPROM ile komplike olmuş 1 gebelik öyküsü olan 108 gebe kadın üzerinde yapılan retrospektif bir kohort çalışmasında, tekrarlayan erken doğum riski yüksek bulunmuştur. Hemen sonraki gebeliklerin yaklaşık %50'si tekrarlayan erken doğumla sonuçlanmıştır. Bunların %30'u <34 gebelik haftasında, %23'ü <28 gebelik haftasında ve %17'si <24 gebelik haftasında gerçekleşmiştir. Katılımcıların sadece %45'ine tekrarlayan erken doğumun önlenmesi için progesteron veya serklaj uygulanmıştır. Ancak sonuçlar bu müdahalelerden bağımsız olarak benzerdir. Previabl PPROM sonrası tekrarlayan erken doğum ile bağımsız olarak ilişkili olan tek faktör, daha önce başka bir erken doğum öyküsüdür.

**Mevcut sınırlı verilere dayanarak previable veya perivable PPROM öyküsünden sonraki gebeliklerde daha önce spontan erken doğum yapmış gebelerin yönetimine ilişkin kılavuzların izlenmesini öneriyoruz (GRADE 1C).**

Öykü endikasyonlu serklaj, klasik servikal yetmezlik özellikleri olan veya plasenta dekolmanı yokluğunda açıklanamayan ikinci trimester kaybı olan bireyler için saklanmalıdır.

## **Sonuç**

Previabl ve periviabl PPROM yüksek oranda maternal ve neonatal morbidite, mortalite ile seyreden ciddi obstetrik komplikasyonları temsil etmektedir. Gebelere yönetim seçenekleri hakkında detaylı danışmanlık verilmelidir. Ekspektan yaklaşımı seçen gebelere kanıtlara dayalı olarak perinatal sağkalım ve morbiditeler hakkında en gerçekçi bilgiler sunulmalıdır. Gebeler previable ve perivable PPROM'un bekleme yönetimi ile ciddi maternal komplikasyon riskini ve majör morbidite olmaksızın neonatal sağkalımın sadece küçük bir şans olduğunu anlamalıdır. Bilgilendirilmiş onam, hasta özerkliğine saygı ve gebelerin değerleriyle uyumlu ortak karar verme, previable ve perivable PPROM sonrası yönetim kararlarına nihai olarak rehberlik etmelidir.

## UNNUMBERED TABLE

### Summary of recommendations

#	Recommendation	Grade
1	We recommend that pregnant patients with previable and periviable PPRM receive individualized counseling about the maternal and fetal risks and benefits of both abortion care and expectant management to guide an informed decision. All patients with previable and periviable PPRM should be offered abortion care. Expectant management can also be offered in the absence of contraindications.	1C
2	We recommend antibiotics for pregnant individuals who choose expectant management after PPRM at $\geq 24$ weeks of gestation.	1B
3	Antibiotics can be considered after PPRM at 20 0/7 to 23 6/7 weeks of gestation.	2C
4	Administration of antenatal corticosteroids and magnesium sulfate is not recommended until the time when a trial of neonatal resuscitation and intensive care would be considered appropriate by the healthcare team and desired by the patient.	1B
5	Serial amniotomies and amniopatch are considered investigational and should be used only in a clinical trial setting; they are not recommended for routine care of previable and periviable PPRM.	1B
6	Cerclage management after previable and periviable PPRM is similar to cerclage management after PPRM at later gestational ages; it is reasonable to either remove the cerclage or leave it in situ after discussing the risks and benefits and incorporating shared decision-making.	2C
7	In subsequent pregnancies after a history of previable or periviable PPRM, we recommend following guidelines for management of pregnant persons with a previous spontaneous preterm birth.	1C

PPROM, preterm prelabor rupture of membranes.

Society for Maternal-Fetal Medicine. Management of previable and periviable preterm prelabor rupture of membranes. *Am J Obstet Gynecol* 2024.



# TJODist Bülteni

Published Online 19 August 2024

DOI: 10.1111/1471-0528.17907

RCOG GREEN-TOP GUIDELINE

BJOG An International Journal of  
Obstetrics and Gynaecology

## Outpatient Hysteroscopy

(Green-top Guideline no. 59)

Prathiba M. De Silva | Paul P. Smith | Natalie A. M. Cooper | T. Justin Clark |  
on behalf of the Royal College of Obstetricians and Gynaecologists

Çeviren ve Özetleyen: **Dr. Elif Akşahin**

### OFİS HİSTEROSKOPI

#### Amaç

Bu kılavuzun amacı, kliniklere ve başvuran hastalara, deneyimlerini iyileştirmek ve ağrıyı en aza indirmek amacıyla, güncel ve kanıta dayalı bilgiler sağlamaktır. Bu kılavuz, RCOG İyi Uygulama Kılavuzu No. 16 ile okunmalıdır. Ayrıca, kadın sağlığı ve üreme hizmetlerine erişim hizmetleri yalnızca kadınlar için değil, cinsiyet kimliği doğumda kaydedilen cinsiyetle uyumlu olmayan bireylerin ihtiyaçlarına duyarlı ve kapsayıcı olmalıdır.

#### Giriş

Ofis histeroskopisi, anormal uterin kanama ve reproduktif sorunların tanısında yaygın olarak kullanılan, minimal anesteziyle yapılan bir prosedürdür. Endoskopik teknolojiye ilerlemeler sayesinde, operasyonel işlemler lokal anesteziyle veya anestezi olmadan gerçekleştirilebilmektedir. Yaygın uygulamalar arasında polipektomi, endometrial ablasyon submukozal fibroid ve kaybolan rahim içi araçların çıkarılması yer alır. Bu prosedür genellikle güvenli ve iyi tolere edilse de ağrı, anksiyete ve utanma gibi sorunlar yaşanabilir. Bu durum, hastaların memnuniyetini ve prosedürün etkinliğini olumsuz etkileyebilir. Ağrı ve rahatsızlığı azaltmak için farklı ekipman kullanımı, teknik değişiklikler ve ilaçlar önerilmektedir. Kılavuz, bu yöntemleri ve optimal hizmet sunumunu incelemektedir.

#### Etkili Bir Ofis Histeroskopi Hizmeti Sunmak İçin Temel Gereksinimler

Etkili bir hizmet için formal bir ameliyat odası dışında uygun boyutlandırılmış, tam donanımlı bir tedavi odası, iyi eğitilmiş personel, hasta odaklı bir ortam ve iletişim desteği gereklidir. Oda, özel soyunma alanı ve tuvalet ile birlikte olmalıdır. Müzik ve sanal gerçeklik gibi yöntemler kaygıyı azaltabilir. Personel sayısı, yerel koşullara göre değişir, ancak genellikle en az iki sağlık çalışanı gereklidir. Temizlik ve sterilizasyon imkanları da önemlidir.





# TJODist Bülteni

## Ofis Histeroskopi Öncesinde Hangi Bilgiler Sağlanmalıdır?

Hastalara işlem hakkında basit ve anlaşılır yazılı bilgiler verilmelidir. Bu bilgiler, işlem, faydalar, riskler, alternatif tedavi ve ağrı yönetimi seçeneklerini içermelidir. Ofis histeroskopi özellikle önceki vajinal muayenelerde ağrı veya travmatik deneyimleri olan bazı kadınlar için daha fazla ağrı ve travma oluşturabilir. Bu nedenle hastalara ağrı yönetimi için intravenöz sedasyon veya anestezi gibi alternatifler de sunulmalıdır. Hastalar, işlem öncesinde kaygı yaşarsa, seçeneklerini gözden geçirmek için daha fazla zamana sahip olmalı ve gerektiğinde randevuları yeniden düzenlenmelidir.

## Ofis Histeroskopi Öncesi Aydınlatılmış Onam Nasıl Alınmalıdır?

İşlemi yapacak kişi, hastanın bilgi alıp, kararını düşünmek için yeterli zaman bulduğundan emin olmalıdır ve işlem günü sözlü ve yazılı onam almalıdır. Hastalara, randevudan önce gözden geçirebilecekleri yazılı veya elektronik bir onam formu sağlanması önerilir. Histeroskopist, hastaya işlem sırasında veya sonrasında regl benzeri kramplar ve alt karın ağrısı yaşayacağını bildirmelidir. Ancak klinik ekibin, hastanın çok fazla ağrı çektiğini bildirdiği veya vasovagal reaksiyon gösterdiği durumlarda, prosedürü durdurmalı ve başka bir ağrı yönetimi seçeneği (örneğin, intravenöz sedasyon veya anestezi) ile yeniden planlama yapmalıdır. RCOG, BSGE ve NHS, tarafından ayaktan histeroskopi ve endometrial ablasyon gibi işlemler için prosedürün nedeni, içeriği, olası ek işlemler, yan etkiler, faydalar ve riskler gibi bilgileri içeren onam belgeleri hazırlanmıştır.

## Ofis Histeroskopi İşlemi Öncesi Güvenlik Kontrol Listesi Yapılmalı Mıdır?

Birimler, temel unsurların (hasta kimlik kontrolü, alerji durumu ve gebelik dışlama gibi) kaydedildiğinden emin olmak için bir kontrol listesi kullanmalıdır. Uygun bir kontrol listesi şu bilgileri içermelidir: Tarih, Kimlik doğrulaması (3 tanımlayıcı: ad, doğum tarihi, adres), Alternatif ağrı yönetimi ve bu seçeneklerin sunulacağı ortamlar (örneğin intravenöz sedasyon, bölgesel/genel anestezi), Onam (sözlü ve/veya yazılı), Alerji durumu, Gebelik dışlanması (uygunsa idrar gebelik testi), Prosedür öncesi ağrı kesici kullanımı (zamanı ve dozu)

## Ayaktan Histeroskopi Sonrası Bakım Nasıl Sağlanmalıdır?

İşlem sonrası, hastalara klinik bulgular, histolojik, sitolojik veya mikrobiyolojik sonuçların nasıl ve ne zaman bildirileceğini anlatılmalıdır ve gerekli olursa ek bakım hakkında bilgi verilmelidir. Post-prosedür bilgisi, yazılı ve sözlü olarak sunulmalıdır. Özellikle, basit ağrı kesicilerle kontrol edilemeyen karın ağrısı, normalden daha fazla kanama veya sepsis belirtileri (ateş, titreme, kötü kokulu vajinal akıntı) yaşarsa, klinikle iletişime geçmesi gerektiği bildirilmelidir. Hastalara rahat bir iyileşme alanı ve ikramlar sunulmalıdır, ağrı yönetimi izlenmeli ve gerekirse uzun süreli iyileşme alanına erişim sağlanmalıdır.



# TJODist Bülteni

## **Ofis Histeroskopide Eğitim ve Standartlar Nasıl Sağlanmalı ve Değerlendirilmelidir?**

RCOG, "Teröpatik Histeroskopi" için bir eğitim modülü, ESGE, laparoskopik ve histeroskopik beceriler için GESEA MIGS Diploması programı sunmaktadır. Bu programda, histeroskopik prosedürler, pre-operatif planlama ve hizmet geliştirme de dahil olmak üzere kapsamlı eğitim verilmektedir. Ayaktan histeroskopi yeterliliği, hastalar uyanırken klinik ortamda eğitim almayı gerektirir. Kliniklerin, yeterliliklerini koruyacak ve becerilerini geliştirecek yeterli iş yüküne sahip olmaları gerekmekte ve klinik sonuçlarını gözden geçirmeleri ve kalite güvencesi amacıyla denetimlere katılmaları beklenmektedir.

## **Hastaların İşlem Sırasında ve Sonrasında Hissettikleri Ağrıyı Azaltmak İçin Ayaktan Histeroskopi Öncesinde Hangi Analjezi Önerilmeli ve Nasıl Verilmelidir?**

Hastalara planlanan randevularından bir saat önce standart dozda oral non-steroid antiinflamatuvar ilaçlar (NSAİİ'ler) almaları tavsiye edilmelidir.

NSAİİ'ler kontrendike olduğunda (örneğin bazı astım hastaları, böbrek yetmezliği veya mide ülseri) veya reddedildiğinde, transkutanöz elektriksel sinir stimülasyonu (TENS) kullanılabilir. NSAİİ'lere karşı kontrendikasyonu olan kadınlar için oral opioid veya antispazmodik ilaçlar kullanılabilir, ancak bu ilaçların yan etkilerinin artmış riski hakkında bilgilendirilmeleri gerekmektedir.

NSAİİ'ler, opioidler, TENS ve antispazmodikler ağrı azaltmada etkili olmakla birlikte, yan etki profilleri farklıdır. Son çalışmalar, inhaler nitroz oksit ve Pentrox®'in belirli durumlarda ağrı kesici olarak etkili olabileceğini göstermekte, ancak kanıtlar hala gelişmektedir.

## **Ofis Histeroskopiye Kolaylaştırmak İçin Servikal Preparasyon Kullanılmalı Mıdır?**

Uterin travma ile ilişkili faktörler, intrauterin enstrümantasyon için 6 mm'den fazla kör dilatasyon gereksinimi (örneğin, daha büyük çaplı operatif histeroskopların kullanımı), servikal stenoz (örneğin, atrofi, servikal cerrahi, önceki sezaryen, nulliparite), tortöz servikal kanal (örneğin, miyomlarla ilişkili) ve deviye olmuş uterus kavite (örneğin, akut fleksiyon, pelvik yapışıklıklar, miyomlar) gibi durumlardır.

Servikal hazırlık rutin olarak kullanılmamalıdır. Çalışmalar vajinal prostaglandinlerin ağrıyı azalttığını ancak genital sistem kanamaları, karın ağrısı ve gastrointestinal yan etkilerle ilişkili olduğunu göstermiştir. Başarısız HS ve servikal travma ile uterus perforasyonu gibi komplikasyonları azaltmadığı gösterilmiştir.



# TJODist Bülteni

Eğer vajinal prostaglandinler uygulanacaksa, histeroskopiden 12 saat önce verilmelidir. Ancak klinik uzmanlar, uygulamanın uygulanabilirliğini, yan etki profilini ve alternatif seçenekleri (lokal anestezi ve servikal dilatasyon kullanımı dahil) göz önünde bulundurmalıdır. Vajinal prostaglandinlerle servikal hazırlık, seçilmiş vakalarda (örneğin, servikal stenoz beklediğinde veya serviksi 6 mm'den fazla dilatasyon yaparak uterin aletlerin yerleştirilmesi gerektiğinde) düşünülebilir. Servikal hazırlıktan en fazla fayda sağlayabilecek kadınlar veya kişiler hakkında sağlam bir kanıt bulunmamaktadır.

## Ofis Ortamında Hangi Boyut ve Açıdaki Histeroskop Kullanılmalıdır?

3.5 mm veya daha küçük dış çapta histeroskoplar tercih edilmelidir. Histeroskop lens açısının seçimi, klinisyenin takdirine bırakılmalıdır. Ayaktan histeroskopi için rutin olarak 0° veya ön-oblik optik lenslerin kullanımını tavsiye etmek için yeterli kanıt yoktur.

## Rigid Veya Fleksibl Histeroskoplar, Ayaktan Tedavi Ortamında Rutin Olarak Kullanılmalı mı?

Rigid veya fleksibl histeroskop kullanılmasına karar vermek, histeroskopistin takdirine bırakılmalıdır.

## Ayaktan Tedavi Ortamında Operatif İşlemler İçin Hangi Cihazlar Kullanılmalıdır?

**Endometrial poliplerin çıkarılması için mekanik histeroskopik doku çıkarma sistemleri**, minyatür bipolar elektrotlara tercih edilmelidir. **Ayaktan endometriyal ablasyon cihazı seçimi**, klinisyenin takdirine ve alışkanlığına bırakılmalıdır. Ancak, daha yeni nesil ablasyon cihazlarının karşılaştırıldığı veriler eksiktir. **Uterin septaların çıkarılması için inaktive mekanik mini-makaslar**, minyatür bipolar elektrotlara tercih edilmelidir.

## Ofis Histeroskopisi Sırasında Hangi Rahim Distansiyon Maddesi Kullanılmalı ve Nasıl Uygulanmalıdır?

Distansiyon maddesi olarak salin önerilmektedir. Salin, tatmin edici bir görüş elde etmek için mümkün olan en düşük basınçta uygulanmalıdır. Salinin vücut sıcaklığına yakın bir sıcaklığa ısıtılması düşünülebilir.

## Poliklinik Ortamında Histeroskop Yerleştirilmeden Önce Servikal Kanalın Rutin Dilatasyonu Yapılmalı mıdır?

Rutin servikal dilatasyondan kaçınılmalıdır. Bu uygulama, ağrı, vazovagal reaksiyonlar ve uterin travma ile ilişkilidir ve mini histeroskoplar (dış çapı  $\leq 3.5$  mm olan) kullanıldığında gereksizdir.

## Ofis Histeroskopisi Öncesinde Lokal Anestezi Uygulanmalı mıdır?

Vajinoskopik yaklaşımın kullanıldığı ofis histeroskopisi öncesinde rutin olarak lokal anestezi uygulanmamalıdır. Vajinal spekulum kullanımı planlandığında, örneğin servikal stenoz ve/veya daha büyük çaplı histeroskopların ( $\geq 5$  mm dış çap) kullanılması durumunda servikal dilatasyon bekleniyorsa, lokal anestezi uygulanması düşünülmelidir.

Lokal anestezi ajan ve uygulama yolu seçimi, histeroskopistin takdirine bırakılmalıdır. Ancak, endometrial ablasyon sırasında ağrıyı azaltmak için intrauterin fundal anestezi düşünülmelidir.



# TJODist Bülteni

## **Poliklinikte Histeroskopik İşlemlerle İlişkili Ağrıyı Azaltmak İçin Bilinçli Sedasyon Kullanılmalı Mıdır?**

Rutin olarak bilinçli sedasyon kullanılmamalıdır. Eğer bilinçli sedasyon uygulanacaksa, hastalar önceden uygun şekilde seçilmeli ve histeroskopi, hayati belirtileri izlemek ve aşırı sedasyon geçiren kadın ve bireyleri tanıyıp bakımını sağlamak için gerekli beceri ve ekipmana sahip ayrı bir personelin bulunduğu uygun bir ortamda yapılmalıdır.

## **Vaginoskopik Yaklaşım, Ofis Histeroskopide Ağrıyı Azaltıp Prosedürün Uygulanabilirliğini Artırır mı?**

Vaginoskopi vajinal spekulum kullanımı gerektiği durumlar dışında (örneğin serviksin dilatasyonunda veya kör endometrial biyopsi alınırken), ofis histeroskopi için standart teknik olmalıdır. Vaginoskopi veya 'dokunmadan' 'no touch' histeroskopi yaklaşımı, histeroskopun vajinaya, servikal kanaldan geçerek uterin kaviteye, vajinal spekulum veya servikal enstrümantasyon gerektirmeden yerleştirildiği bir tekniği ifade eder. Vajinal spekulum kullanılmadan yapılan histeroskopi, alt genital sistem ağrısını azaltır ve histeroskopun uterin kavitedeki manevra kabiliyetini artırır, çünkü vajinal spekulum hareketi kısıtlamaz. Vaginoskopi, servikse lokal anestezi uygulanması ve/veya servikal dilatasyon yapılmasının ardından, yukarıda belirtilen faydalarından yararlanmak amacıyla düşünülmelidir.

## **Rutin Antibiyotik Profilaksisi, Ayaktan Histeroskopik İşlemler Sırasında Prosedürle İlişkili Enfeksiyon Oranlarını Azaltmak İçin Kullanılmalı mı?**

Ayaktan histeroskopik işlemler için rutin antibiyotik profilaksisi önerilmemektedir. Histeroskopi, pelvik enfeksiyon şüphesi varsa ertelenmeli ve genital trakt sürüntü örnekleri alınmalı ve/veya antibiyotikler uygulanmalıdır. Eğer ayaktan histeroskopi sırasında piometri tanısı konursa, sistemik enfeksiyon riskini minimize etmek için antibiyotikler mümkün olan en kısa sürede uygulanmalı, başlangıç dozu ideal olarak intravenöz yoldan verilerek etkinin başlama süresi optimize edilmeli ve ardından tam bir oral tedavi uygulanmalıdır.

## **Histeroskopide Prosedür Tekniği Ve Bulguları Nasıl Kaydedilmelidir?**

Histeroskopik teknik ve bulguların kaydedilmesi için standart bir form önerilmektedir. Bu form, histeroskopik teknik ve bulguların sistematik ve tutarlı bir şekilde belgelendirilmesini sağlar.





## Dysmenorrhea and Endometriosis in Adolescents



Jessica Y. Shim, MD<sup>a,b,\*</sup>

Çeviren ve Hazırlayan: **Dr. Hevra Ekin Ulusoy**

### ERGENLERDE DİSMENORE VE ENDOMETRİOZİS

#### Anahtar Noktalar

- Dismenore ve pelvik ağrı ergenlerde endometriozisin sık görülen semptomlarıdır.
- Ergenlerde endometriozisin yetersiz tanınması ve tanısında gecikme yaygın bir sorun olmaya devam etmektedir.
- Daha erken müdahaleyi mümkün kılmak için ergenlik çağındaki hastalarda, semptom ve bulgulara dayalı olarak, endometriozis klinik tanısı akla gelmelidir.
- Endometriozis değerlendirmesi muayene ve görüntülemeyi kapsar, ancak bunlar hastanın semptomlarına ve tampon yerleştirme veya vaginal penetrasyon geçmesine bağlı olarak uyarlanabilir. Daha da önemlisi, muayene ve görüntüleme bulgu vermeyebilir/açıklayıcı olmayabilir ancak endometriozis olasılığını dışlamaz.
- Ergenlerde endometriozisin semptomları, görüntüleme ve laparoskopik bulguları yetişkinlerde tipik olarak görülenlerden farklı olabilir. Bu nedenle ergenlerde laparoskopi yapan cerrahlar, ergenlerde endometriozis bulgularını bilmeli ve tanımalıdır.
- Ergenler endometriozis için, cerrahi, hormonal ve hormonal olmayan müdahaleleri içeren multimodal bir tedavi rejiminden fayda görürler.

#### Giriş

Dismenore, üreme çağındaki kadınlarda yaygın (%91) görülen bir jinekolojik şikayettir. Pelvik patoloji yokluğunda primer; pelvik patolojiye veya bilinen bir tıbbi duruma bağlı ise sekonder dismenore olarak tanımlanır. Çoğu ergen primer dismenore yaşar ancak ergenlerde sekonder dismenore de görülebilir ve önde gelen nedeni endometriozistir. Kesin prevalansı bilinmemekle birlikte, özellikle hormonal tedavilere ve NSAİİ'ye yanıt vermeyen dismenoresi veya kronik pelvik ağrısı (KPA) olan ergenler arasında yüksek olduğu düşünülmektedir. Laparoskopi (L/S) yapılan semptomatik ergenlerde ortalama endometriozis prevalansı %64 (%25-100 arasında değişir) olarak saptanmıştır. Yüksek prevalansa rağmen, ergenlerde tanısız gecikme yaygındır; 22 yaşından küçük ergenlerde semptomların başlangıcından endometriozis değerlendirmesine kadar geçen ortalama süre 4 yıldır.



# TJODist Bülteni

## Endometriozisin Prezantasyonu

Endometriozisli yetişkinlerin çoğunda, semptomların ergenlik döneminde başladığı saptanmıştır. Ergenlerde endometriozisin en sık görülen semptomları ise dismenore veya KPA'dır (intermittan/sürekli/siklik/asiklik). Asiklik pelvik ağrı çarpıcı bir semptom olarak göz ardı edilmemelidir; endometriozisli ergen ve genç yetişkinlerde, hastaların %64'ü asiklik pelvik ağrı, %58'i ise dismenore bildirmiştir. Bu hastalarda disparoni de yaygın (%79) olarak görülmektedir. Endometriozisli ergenler sıklıkla pelvik ağrı semptomlarına eşlik eden jinekolojik olmayan semptomlar da yaşamaktadır. Hastaların %56'sı en az bir gastrointestinal semptom (bulantı-kusma (erişkinlerden daha sık), ishal, kabızlık, diskezi veya hematokezya) bildirmiştir. Alt üriner sistem semptomları da (stres üriner inkontinans, urgency, frequency, ıkınarak idrar yapma, mesanenin tam boşaltılmaması, hematüri, dizüri veya mesane ağrısı) yaygındır (>%40). Ayrıca akranlarına kıyasla endometriozisli ergenlerde migren ve irritabl bağırsak sendromu (İBS) prevalansı daha yüksektir. Endometriozisli ergenlerin %56'sında komorbid ağrı sendromları (İBS, interstisyel sistit, kronik baş ağrısı, kronik bel ağrısı, vulvodini, fibromiyalji, temporomandibular eklem hastalığı veya kronik yorgunluk sendromu) bildirilmiştir. Pelvik ağrısı olan bireylerde anksiyete, depresyon ve eşlik eden duygudurum bozukluklarının prevalansı da yüksektir.

## ÖZEL POPÜLASYONLAR

**Premenarşal Ergenler:** Ergenlerde adet görmemelerine rağmen endometriozis olabilir. Bir vaka serisinde; obstrüktif anomalisi olmayan, KPA'sı olan ve nihayetinde L/S ile endometriozis teşhisi konulan 5 premenarşal kız tespit edilmiştir. Menarştan sonraki 1 ay içinde de endometriozis tanısı konulmuştur. Bu özel genç popülasyon, endometriozisin sadece yıllar süren retrograd menstrüasyona sekonder olmadığını, multifaktöriyel patogenezi olan bir hastalık olduğunu düşündürmektedir.

**Cinsiyet Çeşitliliği Olan Ergenler:** Endometriozis; ırk, etnik köken, sosyoekonomik durum ve cinsiyetten bağımsız olarak tüm ergenleri etkileyebilir. Bir kohort çalışmasında; dismenore ve pelvik ağrı semptomları bildiren 35 transseksüel ergen tespit edilmiş ve 7'sinde (%20) endometriozis olduğu L/S ile doğrulanmıştır. Bu çalışma, cinsiyet onaylayıcı testosteron tedavisi gören transseksüel bireylerde bile endometriozisin L/S ile doğrulanabileceğini göstermiştir. Ayrıca, etkilenen bireyler, endometriozisle ilişkili semptomlarının tedavisi için testosteronun ötesinde ek hormonal tedavilere ihtiyaç duyabilir.

**Konjenital Anomalileri Olan Ergenler:** İmperfore himen, transvers vaginal septum ve OHVIRA gibi obstrüktif reproduktif trakt anomalileri; retrograd menstrüasyona yardımcı olarak endometriozis gelişimiyle ilişkilendirilmiştir. Obstrüktif mülleryan anomali nedeniyle cerrahi yapılan genç ergenlerin yarısında endometriozis tespit edilmiştir (en sık servikal aplazilerde). Ayrıca, obtrüksiyonun uygun şekilde cerrahi olarak düzeltilmesine ve operasyon sırasında endometriozis olmamasına rağmen, bazı ergenlerde takipte endometriozis geliştiği bildirilmiştir.



# TJODist Bülteni

## Ergenlerde Endometriozis Patofizyolojisi

Endometriozis multifaktöriyel bir hastalıktır. Patofizyolojisinde; retrograd menstrüasyon, çöломik metaplazi ve lenfatik ve vasküler metastaz kabul edilen teorilerdir. Lezyona özgü yollar da mevcut olabilir. Ayrıca kalıtım ve genetik de rol oynamaktadır (endometriozisli hastaların birinci derece akrabalarının cerrahi olarak doğrulanmış hastalığa sahip olma olasılığı 7 kata kadar daha fazladır). Endometriozisle ilişkili ağrının ortaya çıkmasında bir dizi mekanizma rol oynuyor olabilir. Ağrı alt tiplerine göre plazma protein profillerinde farklılıklar gözlemlendiğinden, ağrının çeşitli prezentasyonları altta yatan patofizyolojiye sekonder olabilir. Bu nedenle plazma proteinleri endometriozisin cerrahi tedavisine yanıtı öngörebilir. Diğer kronik ağrı durumlarına benzer şekilde, endometriozis de periferik ve merkezi sinir sistemlerindeki değişikliklerle ilişkilidir ve santral sensitizasyon riskini artırır.

## DEĞERLENDİRME

**Muayene:** Kapsamlı bir anamnez alındıktan sonra değerlendirme fizik muayene ile başlar; genellikle tek başına açıklayıcı olmaz ve endometriozis tanısı koydurmaz. Çoğu vakada pelvik muayene endike değildir ve ergen için travmatik olabilir. Bir obstrüktif reproduktif trakt anomalisi için yüksek şüphe varsa, pelvik muayene yerine rektal muayene yapılabilir (obstrüksiyon anteriorda bir çıkıntı olarak palpe edilebilir). Muayene edilemeyen ergenlerde endometriozisin ileri değerlendirmesi (görüntüleme) düşünülmelidir.

**Görüntüleme:** Pelvik görüntüleme, over kistleri ve reproduktif trakt anomalileri gibi sekonder dismenorenin ve pelvik ağrının tüm olası nedenlerini değerlendirmek için düşünülmelidir. Lateralite, asiklik ve/veya progresif olarak kötüleşen ağrı varlığında daha ileri değerlendirme için görüntüleme yapılmalıdır. Pelvik ağrısı olan ergenlerde ilk basamak görüntüleme transvaginal değil transabdominal pelvik sonografidir. Pelvik görüntülemede adenomyozis saptanabilir. Dismenore ve/veya yoğun menstrüel kanama nedeniyle sevk edilen 13-25 yaş arası ergenlerden oluşan bir çalışmada; hastaların %27,4'ünde sonografide adenomyozis tanısı konulmuştur. MRG, sonografi yapıldıktan sonra yardımcı bir araç olabilir ancak çoğu ergende yüzeysel peritoneal endometriozis olduğu için maliyet ve negatif görüntüleme potansiyeli göz önünde bulundurulmalıdır. Ergenlerde tahmini DİE prevalansı, dahil etme kriterlerine ve kullanılan tanı yöntemine bağlı %3-44 arasında değişmektedir. Bugüne kadar endometriozis tanısı için geçerliliği kanıtlanmış spesifik bir marker bulunmamaktadır. Tam kan sayımı, gebelik testleri ve CYBH testleri gibi laboratuvar testleri, pelvik ağrının diğer potansiyel nedenlerinin dışlanmasında yardımcıdır.



# TJODist Bülteni

## ENDOMETRİOZİS TANISI

**Klinik Tanı:** Semptomların ve klinik bulguların kapsamlı bir şekilde değerlendirilmesi sonrasında endometriozis klinik tanısı konulabilir (örn: siklik oral kontraseptiflere dirençli dismenore için kontinü oral kontraseptif kullanımına geçen ergenlerde). Klinik tanı, L/S'ye gerek kalmadan daha erken müdahale olanağı sağlar.

**Laparoskopik Tanı:** Kesin bir tanı ve olası terapötik yönetim sağlamak için ergenlerde L/S önerilebilir. Medikal tedavinin denenmesinden sonra dirençli veya progresif ağrısı olan ergenler LS'den fayda görebilir. Ergenlerde L/S, yetişkin hastalara benzer şekilde yapılır, ancak bazı hususlar ergenlere göre uyarlanabilir. İlk olarak, ergen uterusu tipik olarak küçük ve görece hareketli olduğundan ve bir manipülatörün yerleştirilmesi vulvovaginal rahatsızlığa ve/veya travmaya neden olabileceğinden, uterin manipülatör gerekli olmayabilir. İkinci olarak, L/S sırasında RİA takılması önerilebilir. Ergenlerdeki L/S bulguları erişkinlerdekinden farklı olabilir ve cerrahlar pelvisteki çok çeşitli lezyonları tanıyabilmelidir. Ergenlerde; barut yanığı lezyonlarına kıyasla, şeffaf, beyaz veya kırmızı lezyonlar gibi hafif atipik lezyonlar daha yaygındır, ayrıca periton defekti de yaygındır. L/S sırasında biyopsi yapılabilir, ancak özellikle erken evre hastalıkta olası düşük verim ve yanlış negatif bulgular göz önüne alındığında tanı için bir ön koşul olarak düşünülmemelidir. Hastalığın derecesini belirlemek için bir sınıflandırma sistemi kullanılabilir. ASRM sınıflandırması en iyi bilinen sistemdir. Ergenlerin çoğunda erken evre (evre I veya II) hastalık vardır, ancak semptomatik ergenlerin %35-54'ünde ileri evre (evre III veya IV) hastalık bulunmuştur. İleri evre endometriozis daha sık, endometrioma olarak ve daha büyük ergenlerde ortaya çıkabilir. ASRM evrelemesine göre hastalığın şiddeti; ağrı veya infertilite şiddeti ile tutarlı bir şekilde ilişkili değildir.

## TEDAVİ SEÇENEKLERİ

**Cerrahi:** Endometriotik lezyonların laparoskopik tedavisi faydalı olabilir ve ağrı semptomlarını tedavi edebilir. Ergenlerin %80'i ameliyattan sonra (hem ablasyon hem de eksizyon teknikleri kullanıldığında) ağrının azaldığını veya geçtiğini bildirmiştir. DİE'nin aksine ergenlerde görülme olasılığı daha yüksek olan yüzeysel peritoneal lezyonların tedavisinde; ablasyon veya eksizyonun daha iyi olduğunu gösteren uzun vadeli veya yüksek kaliteli veriler yoktur. Eksizyon, DİE için fayda sağlayabilir ve nüks ve ağrı semptomlarını azaltabilir. Ancak radikal eksizyonun veya peritonun (normal periton dahil) kapsamlı bir şekilde çıkarılmasının, erken evre hastalığı olan ergenler de dahil olmak üzere tüm hastalar için faydalı olduğuna dair kanıt yoktur. Erken evre hastalığı olan bir ergende peritoneal stripping sonrasında ciddi adezyon oluşumu ve persiste ağrı semptomları bildirilmiştir Endometriomalar nadirdir ancak ileri evre hastalığı olan ergenlerde görülebilir. Over rezervini ve fonksiyonunu korumak için ooforektomi yerine kistektomi yoluyla konservatif tedavi uygulanmalıdır. Aspirasyon gibi diğer konservatif teknikler nüks ve endometriozisle ilişkili ağrı riskini artırabilir. Laparoskopik tedavi küratif olarak kabul edilmemekte ve uzun vadeli fayda sağlayacağı garanti edilmemektedir. Ergenler ve genç yetişkinlerin %56'sında ilk L/S'den sonra nüks görülmüştür. Nüks; ikinci L/S'de hastalığın tekrarlama ya da semptomların veya klinik/görüntüleme bulgularının yeniden ortaya çıkması olarak tanımlanmıştır (çalışmada kullanılan cerrahi teknik detaylandırılmamış ve hastaların %47'sinde postop hormonal tedavi kullanılmamıştır).





# TJODist Bülteni

**Hormonal:** Ergenlerde endometriozis tedavisi için semptom nüksünü ve hastalığın progresyon potansiyelini en aza indirmek için genellikle hormonal terapi tavsiye edilir. Hormonal rejimlere uyulmaması nedeniyle ikinci L/S yapılan ergenlerde endometriozisin daha ileri evreye ulaştığı saptanmıştır. Birinci basamak hormonal tedaviler arasında kombine hormonal kontraseptifler ve yalnızca progestin yöntemleri yer almaktadır. Tedaviye; hastanın tercihlerine, yan etki profiline ve östrojen içeren yöntemlere karşı kontrendikasyonlara göre karar verilmelidir. Ergenlerde endometriozisin tedavisinde diğerlerine üstün bir tedavi seçeneği belirlenmemiştir.

- **Kombine Hormonal Kontraseptifler:** Bu grup arasında (hap, bant/yama veya vaginal halka) herhangi bir tedavinin diğerlerine üstünlüğü gösterilmemiştir. Kombine hormonal tedavilerin avantajları arasında; uygun maliyet ve kontraseptif faydaları yer almaktadır. Çekilme kanamalarını ve semptom nüksünü en aza indirmek için kontinü tedavi verilmelidir.
- **Progestinler:** Haplar, depo MPA enjeksiyonları, etonogestrel içeren kontraseptif implant ve levonorgestrel içeren RİA seçenekler arasındadır. Yalnızca progestin içeren kontraseptif haplar olarak noretindron (0,35 mg) ve drospirenon (4 mg) kullanılabilir. Ergenlerin %67'sinde kontinü drospirenon kullanımında, daha az endometriozis ilişkili ağrı bildirilmiştir. Noretindron asetat (NETA), bir kontraseptif olmasa da ergenlerde endometriozisin tüm evrelerinde, ağrı ve kanamayı yönetmek için, iyi tolere edilen ve etkili bir postoperatif tedavi seçeneğidir. NETA genellikle 5 mg'da başlanır ve titre edilebilir; ancak periferik estradiol dönüşüm ve hepatik adenom oluşumu riski nedeniyle dozu genellikle 10 mg'ın üzerine çıkarılmaz. Levonorgestrel içeren RİA, cinsel olarak aktif olmayan ergenlere de yerleştirilebilen iyi tolere edilen bir seçenektir. Endometriozisi olan ergenlerin, yalnızca RİA ile ortaya çıkabilecek kanama ve ağrı semptomlarını tamamen hafifletmek için NETA gibi RİA'ya ek olarak sistemik hormonal tedaviye ihtiyacı olabilir.
- **Alternatif hormonal tedaviler:** Kombine veya sadece progestin içeren tedavilere rağmen persiste eden ağrı için alternatif hormonal tedaviler düşünülebilir. Sentetik bir testosteron türevidir olan danazol; endometriozis ilişkili semptomların tedavisinde ve amenorenin sağlanmasında oldukça etkili olsa da akne, hirsutizm ve olası ses kalınlaşması gibi androjenik yan etki profili nedeniyle nonbinary ve transseksüel ergenlerde daha kabul edilebilir bir tedavi seçeneğidir. GnRH agonistleri arasında löprolid asetat (her 1 veya 3 ayda bir enjeksiyon olarak) ve nafarelin asetat (günde iki kez uygulanan burun spreyi) bulunur. GnRH agonistleri, kemik mineral yoğunluğunun azalması gibi hipoöstrojenik yan etkileri en aza indirmek için add back tedavi veya ek hormonal tedavi ile uygulanmalıdır. Add back tedaviyle birlikte GnRH agonistlerinin, endometriozisle ilişkili semptomları tedavi etmede ve ergenlerde yaşam kalitesini iyileştirmede oldukça etkili olduğu gösterilmiştir. Tedavi kemik yoğunluğunun takibiyle dikkatli olunarak 12 aydan daha uzun süre devam ettirilebilir. GnRH antagonistleri de endometriozisin tedavisi için uygundur, ancak 18 yaşın altındaki ergenlerde araştırılmamıştır.



# TJODist Bülteni

**Tamamlayıcı:** Endometriozis hastalarının yaklaşık %20'sinde hormonal tedaviye rağmen şiddetli asiklik pelvik ağrının devam ettiği bildirilmiştir. Bu nedenle ergenlerde endometrioz için; cerrahi, hormonal ve hormonal olmayan tedavileri içeren multidisipliner bir yaklaşım teşvik edilmelidir. Endometriozis yönetiminde hormonal olmayan tedaviler yardımcı tedavilerdir ve yeterince araştırılmamıştır. Belirli hormonal tedavileri tolere edemeyen hastalarda, ağrı için tedavi rejimine hormonal olmayan tedaviler eklenebilir. Multidisipliner uzmanlar arasında akupunktur uzmanları ve pelvik taban fizyoterapistleri yer alabilir. Akupunktur, egzersiz, elektroterapi ve yoga gibi tamamlayıcı tedaviler arasında yalnızca akupunkturun sonuçlarda anlamlı bir iyileşme gösterdiği gösterilmiştir. Pelvik taban rehabilitasyonunun da endometriozisli ergenlerde faydalı olduğu ve herhangi bir vajinal yerleştirme egzersizi olmaksızın işlevselliği iyileştirebileceği gösterilmiştir. Ayrıca algoloji uzmanları, endometriozisli ve KPA'sı olan ergenlerde ağrıyı azaltmak ve işlevi normalleştirmek için, analjezik denemeler, bilişsel davranışçı terapi ve biyodavranışsal teknikler dahil olmak üzere diğer tamamlayıcı tedavileri uygulayabilir.

## ÖZET

Endometriozis, ergenlik döneminde başlayabilen ve yaşam kalitesini bozan şiddetli ağrı semptomlarına yol açan yaygın bir jinekolojik hastalıktır. Öykü, muayene ve görüntüleme ile yapılacak kapsamlı bir değerlendirme klinik taniya götürülebilirken, L/S de tanı ve tedavi amaçlı kullanılabilir. Endometriozisli ergenlere semptomları için cerrahi, hormonal ve tamamlayıcı tedaviler sunulmalıdır; ancak hastalığın progresyonunu en aza indirmek için hormonal tedavi önerilmektedir. Ergenlerde endometriozis giderek daha fazla tanınsa da uzun dönem etkileri ve tedavileri henüz yeterince araştırılmamıştır. Klinik çalışmalar genellikle 18 yaşın altındaki katılımcıları kaydetmediğinden, ergenlerde GnRH antagonistleri gibi yeni tedavilerin kullanımı konusunda daha fazla araştırma yapılmalıdır. Son olarak, birçok ergen çeşitli hormonal tedavilerle tolere edilemeyen yan etkiler veya kalıcı ağrı semptomları yaşadığından, hormonal olmayan tedavilere şiddetle ihtiyaç duyulmaktadır.



# TJODist Bülteni

## TJOD İSTANBUL 12 OCAK PAZAR TOPLANTISI

Yer: Radisson Blu Hotel, Şişli



12 Ocak 2025, Pazar



09:00-14:00

### JINEKOLOJİDE GÖRÜNTÜLEME

Toplantı Sorumluları: *Faruk Buyru, Hale Göksever Çelik*

09:00-09:55 Kahvaltı ve Kayıt

09:55-10:00 Açılış Konuşması: *Engin Oral*

#### 10:00-11:10 1. OTURUM

Oturum Başkanları: *Hale Göksever Çelik, Gonca Yetkin Yıldırım*

#### UTERUSUN GÖRÜNTÜLENMESİ

10:00-10:20 Polip ve Myomların Yönetiminde Ultrason Kullanımı

*Hüsni Görgeç*

10:20-10:40 İnfertilite Yönetiminde Ultrason Kullanımı

*Kübra Boynukalın*

10:40-11:00 Histerosalpingografinin Detaylı Değerlendirilmesi

*Cevat Bayrak*

11:00-11:10 Tartışma

#### 11:10-12:20 2. OTURUM

Oturum Başkanları: *İsmail Çepni, Özlem Dural*

11:10-11:30 Adenomyozis ve Endometriozisin Yönetiminde Ultrason Kullanımı

*Ercan Baştu*

11:30-11:50 Adneksiyal Kitlelerin Yönetiminde Ultrason Kullanımı

*Engin Çelik*

11:50-12:10 Jinekolojik Kitlelerin Değerlendirilmesinde MR Kullanımı

*Nefise Çağla Tarhan*

12:10-12:20 Tartışma

12:20-12:50 Kahve Molası

#### 12:50-14:00 3. OTURUM

Oturum Başkanı: *Bülent Urman*

12:50-13:50 Nadir Olgu Sunumlarına Yaklaşım Paneli

Panelistler: *Faruk Buyru, Bülent Baysal, Engin Oral, Sedat Kadanalı*

13:50-14:00 Tartışma ve Kapanış





# TJODist Bülteni



**TJOD İSTANBUL**  
Türk Jinekoloji ve Obstetrik Derneği

## **TJOD İSTANBUL ASİSTAN OKULU**

**16 Ocak 2025**

Eresin Hotels Topkapı



Toplantı  
Sorumluları  
**Özlem Pata**  
**Hakan Erenel**  
**Tuğba Sivrikoz**

[www.tjodistanbul.org](http://www.tjodistanbul.org)





# TJODist Bülteni



## TJOD İSTANBUL

Türk Jinekoloji ve Obstetrik Demeđi

08:00-08:30	<b>Kahvaltı ve Kayıt</b>
08:30-09:00	<b>Açılış Konuşması ve Toplantı Öncesi Değerlendirme</b> <i>Engin Oral</i>
	<b>1.OTURUM</b> Oturum Başkanları: <i>Alev Atış Aydın, Semra Yüksel</i>
09:00-09:30	Doğumun Evreleri ve Travay Takibi, Doğum İndüksiyonu <i>Tuğba Sivriköz</i>
09:30-10:00	Fetal Kardiyotokografi: Normal ve Anormal Fetal Kalp Hızı Paterni, Travaydaki Gebede Yaklaşım (Vaka Örnekleri ile) <i>İbrahim Kaleliođlu</i>
10:00-10:20	Vakum Ekstraksiyonu: Endikasyonlar ve Komplikasyonlar, Uygulama <i>Mucize Eriç Özdemir</i>
10:20-10:40	<b>Kahve Molası</b>
	<b>2.OTURUM</b> Oturum Başkanları: <i>Özlem Pata, Esra Esim Büyükbayrak</i>
10:40-11:00	Omuz Distosisi: Risk Faktörleri, Yönetim ve Manevralar <i>Ebru Alıcı Davutođlu</i>
11:00-11:20	Makat Doğum: Endikasyonlar ve Manevralar <i>Lütfiye Selçuk Uygur</i>
11:20-12:30	Pratik Uygulama (Gruplar İkiye Ayrılacak) Bir Kısım Kiwi Uygulama Diğer Kısım Omuz Distasisi ve Makat Doğum Pratiđi Yapacak
12:30-13:00	İyi Bir Kadın Doğum Hekimi Nasıl Yetiřir? <i>Engin Oral</i>
13:00-14:00	<b>Öđle Yemeđi</b>
	<b>3.OTURUM</b> Oturum Başkanları: <i>Özlem Pata, Nil Atakul</i>
14:00-14:30	Postpartum Kanama: Risk Faktörleri, Tıbbi ve Cerrahi Yaklaşım <i>Bariř Kaya</i>
14:30-15:00	Bakri ve Celox Pratik Uygulama
15:00-15:30	Olgular Eşliğinde Gebelikte Hipertansif Olgulara Yaklaşım <i>Hakan Erenel</i>
15:30-15:50	<b>Kahve Molası</b>
	<b>4.OTURUM</b> Oturum Başkanları: <i>Halil Aslan, Miraç Özalp</i>
15:50-16:10	ISUOG Temel Ultrasonografi Klavuzu 11-13. Hafta <i>Doruk Cevdi Katlan</i>
16:10-16:30	ISUOG Temel Ultrasonografi Klavuzu 18-23. Hafta <i>Verda Alpay</i>
16:30-17:00	Tartışma - Kapanış

[www.tjodistanbul.org](http://www.tjodistanbul.org)