



TJODist Bülteni

Ağustos 2022

Editörden



Değerli Meslektaşlarım,

TJOD İstanbul Bülteni'nin bu sayısında da güzel bir röportaj ve güncel makaleler ile karşınızdayız.

Bu sayımızda Dr. Lütfiye Uygur emektar Kadın Doğum uzmanlarımızdan biri olan Dr. Vedat Dayıcioğlu ile röportaj gerçekleştirdi. Özellikle görevi başında öldürülen Dr. Ekrem Karakaya'yı kaybettiğimiz, TUS Kadın Hastalıkları ve Doğum puanlarının düştüğü ve morallerin bozulduğu bu günlerde Dr. Vedat Dayıcioğlu'nun umut veren mesajı beni çok etkiledi. Dr.Vedat Dayıcioğlu'na röportajı kabul ettiği için ve Dr.Lütfiye Uygur'a bu güzel röportajı yaptığı için teşekkür ederim.

Bu sayımızda Dr. Hakan Erenel Maternal-Fetal Medicine Derneğinin ikinci trimesterde saptanan izole soft ultrason markerları ile ilgili önerilerini özetledi.

Dr. Burak Giray; ESGO,ISVVD, ECSVD ve EFC cemiyetlerinin preinvazif vulvar lezyonlar ile ilgili ortak önerilerini özetledi. Dr. İnci Sema Taş, tek insizyonlu minislinglerin 36 aylık takip sonuçlarını özetledi. Dr. İrem Usta Korkut ise ACOG'un adölesanlarda dismenore ve endometriozis ile ilgili komite görüşünü özetledi.

TJOD İstanbul Bülteni'nin bu sayısına katkıda bulunan (soyadı sırasına göre) Dr.Hakan Erenel, Dr. Burak Giray, Dr. İnci Sema Taş, Dr. İrem Usta Korkut, Dr.Lütfiye Uygur'a teşekkür ederim.

Bültenimiz ile ilgili görüş ve önerilerinizi bana (fgungor@yahoo.com) veya TJOD İstanbul mail adresine iletebilirsiniz.

Keyifli bir yaz geçirmenizi dilerim.

Saygılarımla,

Dr. Funda Güngör UĞURLUCAN

TJODist Bülteni

Tjod İstanbul Yönetim Kurulu //

 ✉ Dr. Recep Has Başkan	 ✉ Dr. Ahmet Gül II Başkan	 ✉ Dr. Ayşe Seyhan Genel Sekreter	 ✉ Dr. Veli Mihmanlı Sayman
 ✉ Dr. Funda Güngör Uğurlucan Bülten/Web sitesi Sorumlusu	 ✉ Dr. Hale Göksever Çelik Üyelik İşleri Sorumlusu	 ✉ Dr. Nadiye Doğan Köroğlu Sosyal Medya Sorumlusu	 ✉ Dr. İsmail Çepni İnfertilite Grubu Sorumlusu
 ✉ Dr. Altay Gezer Jinekoloji Grubu Sorumlusu	 ✉ Dr. Özlem Pata Perinatoloji Grubu Sorumlusu	 ✉ Dr. Samet Topuz Onkoloji Grubu Sorumlusu	

TJODist Bülteni

Bu Sayımıza Katkılarından Dolayı Teşekkürler

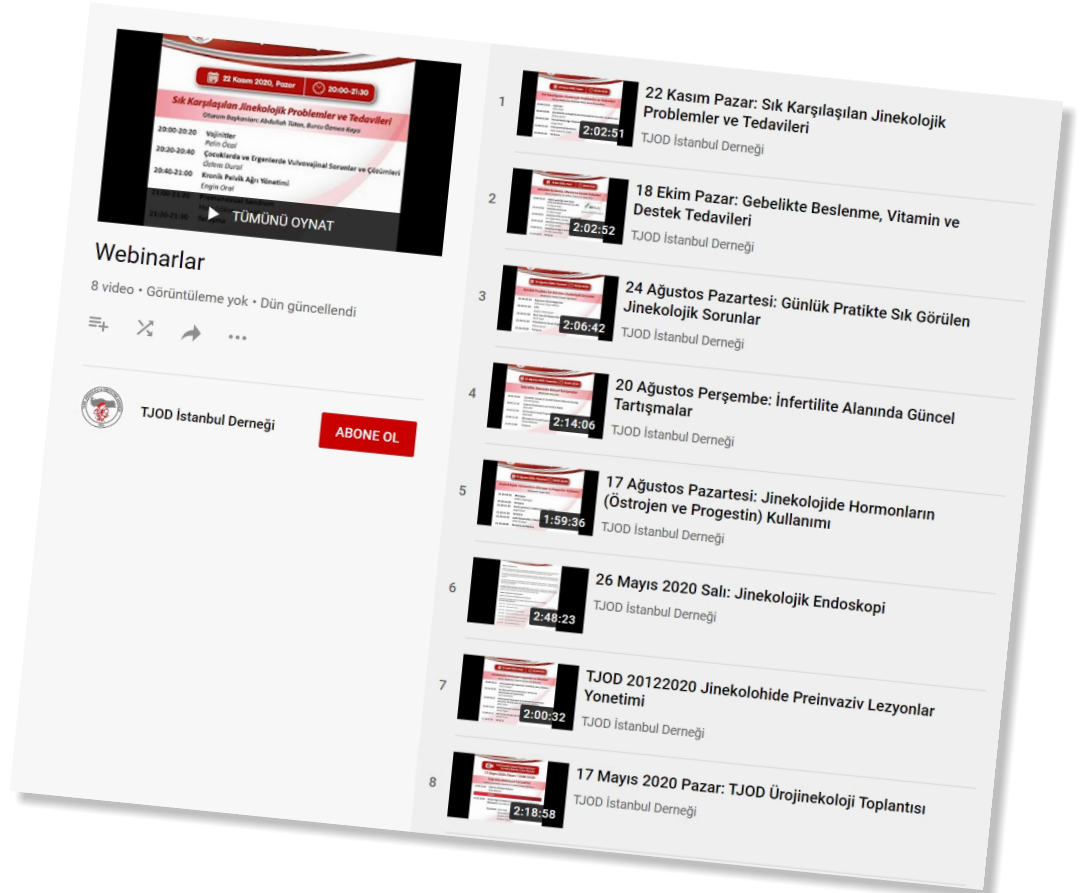
Soyadı Sırasıyla

Dr. Hakan Erenel
Dr. Burak Giray
Dr. İnci Sema Taş
Dr. İrem Usta Korkut
Dr. Lutfiye Uygur



Youtube Kanalımıza **abone** olabilirsiniz.

Webinarların **tekrarını izleyebilirsiniz.**



TJODist Bülteni

Hocamızla Söyleşi

OP. DR. VEDAT ERKAN DAYICIOĞLU

Söyleşi: Dr. Lütfiye Uygur



Hocam, öncelikle söyleşi talebimizi kabul edip bize zaman ayırdığınız için minnettarız. Bize kendinizi tanıtırak eğitim ve meslek hayatınızdan bahsedermisiniz?

Değerli meslektaşlarım, öncelikle bu söyleşi imkanını verdiğiniz için çok teşekkür ederim. Mesleki anılarımı-görüşlerimi siz değerli kardeşlerimle paylaşabilmenin mutluluğunu yaşıyorum. 1967 yılında liseden mezun olup Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi'ni kazandığımı öğrendiğimde kendimi çok mutlu hissetmişim. 1967 yılı Hacettepe'nin üniversiteye dönüştüğü yıl idi. Rahmetli İhsan Doğramacı hocamızın ve tüm diğer hocalarımızın olağanüstü çalışmaları ile her geçen gün gelişip hızla büyüyen Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültemizden 7. yılın sonunda 1974 de tıp doktoru olarak mezun oldum. Uzmanlık eğitimime 1974'te Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde başladım ve Kayseri'deki Hacettepe Üniversitesi Gevher Nesibe Tıp Fakültesi'nde (güncel adı ile Erciyes Üniversitesi) devam ederek 1978 yılında tamamladım. Yeni açılışı yapılmış olan bu fakültemizin 2 kişilik ilk asistan kadrosundan birisi de benimki idi. Aynı fakültede 8 ay öğretim görevlisi olarak çalıştıktan ve takiben Sivas Asker Hastanesi'nde 18 aylık yedek subaylık görevimi de tamamladıktan sonra kendi isteğim ile 1981'de Ayvalık Devlet Hastanesi'nde çalışmaya başladım. Kasabanın tek hastanesi olan bu hastanede tek jinekolog olarak 4 yıl görev yaptım. O yılların koşullarında 50 yataklı kasaba hastanesi olmasının alt yapı eksiklikleri ile uğraşmanın yanı sıra, tek doktor olmanın yarattığı saat kavramsız 7-24 çalışmanın etkileri ile, aslında yaşamak için harika bir yer olan sayısız güzelliklerle dolu olan bu sahil kasabamızdan ayrılmaya karar verdim.

Ankara Doğumevi'nin o zamanki başhekimini rahmetli Ziya Durmuş ve Zeynep Kamil Kadın ve Çocuk Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi başhekimini rahmetli Burhanettin Üstünel hocalarımızın da olduğu jüri önünde verdiğim sınav ile 1985 yılında Zeynep Kamil Kadın ve Çocuk Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi'ne klinik şef muavini olarak atandım. Bunu aynı hastanede çalışmaya devam ederekten, 1991 yılında Klinik Şefi kadrosuna atanmam takip etti. Zeynep Kamil'deki çalışma yaşamım 2011'de kendi talebim ile emekli oluncaya kadar 27 yıl aralıksız devam etti.

2011 Yılında Ülkemiz genelindeki ilk perinatoloji Yan Dal Uzmanları arasında yerimi aldım.

Hekimlik mesleğini ve kadın hastalıkları ve doğum hekimliğini nasıl tercih ettiniz?

Lise yıllarımda evimizdeki kişisel odamın kapısına "Op.Dr.Vedat Dayicioğlu" tabelası astığımı hatırlıyorum. Tıp Doktoru olma arzumun bu yıllardan başladığını söyleyebilirim. Tıp Fakültesi stajlarım sırasında rahmetli Nusret Fişek hocamızın başlatıp geliştirdiği "Toplum Hekimliği" faaliyetleri kapsamında Ankara Etimesgut Kazan İlçesi sağlık ocağındaki ve Ankara Gülveren İlçesi sağlık ocağındaki eğitimlerim sırasında Ana Sağlığı Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim dalına ilgi duymaya başladığımı anımsıyorum. 1971'lerde başlayan bu ilgim, daha sonraları kendi isteğimle 2021 yılında mesleki faaliyetime son verene kadar aralıksız süregeldi.

Perinatoloji dalına yönelmeniz nasıl gelişti? Özel bir nedeni oldu mu?

Meslek yaşantım boyunca özellikle preeklampsi-eklampsi olgularının takip ve tedavileri, bu konuda yaşadığımız mesleki güçlükleri aşma gayretleri hep yüksek ilgi alanım içinde olmuştur. Genel başlığı ile gebelikte hipertansif hastalıkların takip ve tedavilerine olan ilginin perinatoloji yan dalına yönelmeme çok etkisi olduğunu söyleyebilirim. Nitekim 55'ten fazla sevgili asistanımın önemli bir kısmının tez konusunu da bu

TJODist Bülteni

alandan seçmiştik. Bunların önemli bir kısmı sonraları uluslararası çok önemli yere sahip tıp kitaplarında ve dergilerinde yayınlanıp dünya tıbbına katkılarda bulundular. Bu alandaki ve diğer alanlardaki başarılı tez çalışmaları ve yayınları için tüm asistanlarımı kutluyor hepsinin gözlerinden öpüyorum.

Hacettepe Üniversitesi'nde başlayan hekimlik yolculuğunuzdan bugüne kadarki hayatınızda geriye dönseydiniz değiştirmek isteyeceğiniz şeyler var mıdır?

Geriye dönüp baktığımda mesleki zorluklarımız olmuş muydu? Elbette çok olmuştu. Bizim dönemimizde bu günlerdeki gibi mecburi hizmetler yok idi, bu şüphesiz tercihlerimizi özgürce oluşturmak adına olumlu bir durum idi. Öte yandan asistanlık eğitimim boyunca nöbet ertesi izini de olmaksızın gün aşırı nöbet tutmuştum. Çok kısıtlı koşullarda kasaba hastanesinde tek hekim olarak imkanları aşan bir sorumluluk altında çalışmıştım, 27 yıl boyunca Zeynep Kamil Hastanemizin hasta yoğunluğunun ve mesleki eğiticiliğinin sorumluluğuna katkıda bulunmuştum. Şimdilerde hepsinin sayısız güzel anılarını hatırlıyorum. Tekrar dünyaya gelsem gene tıp doktoru –jinekolog – perinatolog olarak yaşamak isterdim, tüm zorluklarına rağmen bu tercihlerimden dolayı asla pişman olmadım.

Daha üst düzey idari-mesleki yetkilere sahip bir konumda olsaydım ne yapmak isterdim? Hem yıllar içinde hem ülkemiz hudutları içinde aynı dönemi paylaşan tüm mesleki eğitim müesseselerimiz arasında alt yapı ve eğitim standartlarının aynı olamasa da birbirine yakın düzeylerde oluşturulmasına katkıda bulunmak isterdim.

Zeynep Kamil Eğitim ve Araştırma Hastanesine uzun yıllar şeflik yaptınız, ordaki yıllarınızdan aklınızda kalan, 'genç meslektaşlarıma bu anımı mutlaka anlatmalıyım' dediğiniz bir anınız var mı?

Zeynep Kamil Kadın ve Çocuk Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde 6 yılı şef muavinliği (1985-1991), 21 yılı klinik şefliği (1991-2011) kadrosunda olmak üzere yaklaşık 27 yıl görev yaptım. Bunca uzun yıl içinde şüphesiz pek çok kayda değer anıya sahibim. Bunlardan birisini şöyle paylaşayım: tıp doktorluğumu ve uzmanlığımı Hacettepe Üniversitesi'nden almış olmamın haklı gururunu ve güvenini hep içimde hissetmişimdir. Bu eğitim dönemimde kendimce biraz da "Bizler özellikle teorik olarak çok daha ileri düzeyde bilgiye sahibiz" duygusu edinmiştim. Bu inancım kendime güven açısından iyi de hissettirmekte idi. Ancak pratik uygulamalar temelinde bunun hiç de böyle olmadığını Zeynep Kamil Hastanemizde göreve başladıktan sonraki ilk nöbetimde tokat yemiş gibi anlamıştım. Tek uzman olarak sorumluluk üstlendiğim daha ilk nöbetimde, o yıllarda günde 80-100 doğum sayısı temposu ile çalışan hastanemizde nöbet süremi tamamlayıp sorunsuz nöbetimi devredene kadar neler çektiğimi ben biliyorum. Pratikteki eksikliklerimle olanca gerçekliği ile yüzleşmek durumunda kalmıştım. Bunu izleyen zamanlarda kendim şef muavini kadrosunda olsam da, yıllarını bu hastanede geçirmiş benden ileri yaşlı başasistanlarımdan ve hastanemizin değerli şef muavini ve şeflerinden pek çok pratik bilgi beceri edinerek yoluma güvenle devam edebilmişim. Bu vesile ile aramızdan ayrılmış olan değerli meslektaşlarımin hepsini saygıyla minnetle rahmetle anmak isterim.

Kısacası sadece teorik olarak birşeyleri daha iyi bildiğini zannetmenin pratikte hiç de yeterli olmadığını, olamadığını Zeynep Kamil Hastanemizdeki ilk nöbetimde yaşayıp anlamıştım. Buradan genç meslektaşlarımin için eve götürülecek mesajlar: Öncelikle bilinmeli ki teorik bilgi ve pratik deneyim bir kuşun iki kanadı gibidir, biri diğerinin tamamlayıcısıdır, biri olmadan öteki de işe yaramaz. Mesleki başarı için her ikisine birlikte sahip olmak gerekir. "Kitap kanamaz" diye bir özdeyiş vardır, kitaptan okumak pratikte tek başına yeterli değildir. Bu konuda aklıma gelen diğer bir özdeyiş de: "Gör, yap, yaptır" şeklindeki ifadedir. Hekim hekimden öğrenir; ustalık-çıraklık müessesesi asla gözardı edilmemelidir. Bilinmeyenler öğrenilmeli, bilinenler öğretilmelidir, bilgi paylaştıkça gelişir.

TJODist Bülteni

Hekimlik mesleğinin ve özellikle Kadın Hastalıkları ve Doğum branşının güncel durumu ile ilgili neler söylemek istersiniz? Sizce olumlu veya olumsuz önemli bir dönüşüm oldu mu? Olduysa bu dönüşüm süreci nasıl işledi?

Son zamanlarda özellikle tıp fakültelerinin öğrenci sayısından başlayarak kontenjanların olağanüstü miktarlarda arttırılmasının temel tıp ve uzmanlık eğitimlerinin standartlarını önemli ölçüde düşüreceğine inanıyor, eğitim kurumlarının kapasitelerinin üzerinde öğrenci yetiştirmek zorunda bırakılmış olmalarını endişe ile izliyorum. Ben Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi'ne başladığımda sınıfımız 160 kişi idi, 7 yılın sonunda da 120 kişi olarak mezun olmuştuk. Asistan olarak da aynı yıl dilimi içinde yalnızca 2 kişi idik. Bugünkü rakamları bilmiyorum ama endişe verici seviyelerde olduğu aşikar. Böyle ortamlarda özellikle cerrahi tıp branşlarında birebir ustalık-çıraklık müessesesinin ideal çalışamayacağını söylemek yanlış olmayacaktır.

Benim asistanlık dönemlerimde en tercih edilen branşlar kadın-doğum ve göz uzmanlıkları idi. Kadın hastalıkları ve doğum anabilim dalının, son yıllarda artan adli sorunlar nedeniyle hayli daha az tercih edilir olmasından da endişe duyuyorum.

Sağlık alt yapılarının fiziksel olarak geçmiş dekadlar içerisinde giderek daha iyileştirilmiş olması ise olumlu bir gelişme. Ülkemiz genelinde devlet bünyesinde olsun özel sektöre ait olsun çok daha iyi alt yapıya sahip hastaneler açılmış ve açılmaktadır. Kendi çalışma hayatım özelindeki bir örnek olarak da Zeynep Kamil Hastanesi binalarının (benim çalışma dönemimden sonra gerçekleşmiş olsa da) kapsamlı şekilde revize edilmiş olmasını belirtebilirim.

Mesleğimizle ilgili başta şiddet olayları ve itibarsızlaştırma ile ilgili son yıllarda derin kaygılarımız mevcut. Son aylarda hekimler bu konularda seslerini duyurmaya çalışıyor. Sizin bu konularda düşünceleriniz neler?

Bu konularda güncel yaşananlar bağlamında doğaldır ki son derece üzgünüm. Bu sorunların en kısa sürede en etkin ve en kalıcı şekilde düzeltilmesi gereği hepimizin malumudur. Konuya ilişkin yasal düzenlemelerin, gelişmiş ülkeler örnek alınarak hızla düzeltilmesi ve bunun paralelinde güncel pratikte de gerekli önlemlerin hızla alınması olmazsa olmaz gerekliliklerdir.

Genç meslektaşlarımızın sorunun çözümüne yönelik katkıları nasıl olabilir? Yetkililere sorunun çözümüne yönelik önerilerini daha etkin nasıl iletebilirler? Bu konuda bireysel gayretlerden çok, ilişkili meslek kuruluşları yoluyla yapacakları girişimlerin daha etkin olacağı inancındayım. Soruna çözüm bulmaya çalışan Türk Tabipleri Birliği, yerel Tabip Odaları, çok sayıdaki uzmanlık dernekleri gibi müesseselerimizin gayretlerine destek olmanız çözümü kolaylaştırır. Sonuçta bu güzel ülke hepimizin; birimizin kazancı hepimizin kazancı olacaktır; iyi sonuçlara doğru stratejilerle ulaşılabilecektir. Mesleki özlük haklarımızın, gelişmiş ülkeler örnek alınarak revize edilip iyileştirilmesi, mesleki yetkililerimizden ve siyasi karar alıcılarımızdan haklı beklentilerimiz arasındadır.

Son olarak mecburi hizmet ve özlük haklarımıza ilişkin görüşlerimi de paylaşmak isterim. Lisansı, uzmanlığı, yan dalı takiben tekraren mecburi hizmet zorunluluğu, kabul edilesi bir uygulama değildir. İlgili yerlere mecburi hizmet uygulaması ile değil, tam tersine o bölgelerde çalışacaklara özel teşvikler sağlayarak eleman gönderilmesinin çok daha başarılı sonuçlar sağlayacağı, hem hizmet alan hem de hizmet verenin daha mutlu olacağı düşüncesindeyim.

TJODist Bülteni

Uzaktan izlediğimiz mutlu bir aile hayatınız, özenerek takip ettiğimiz hobileriniz var. Mesleğin yoğunluğu ile aile hayatı arasındaki dengeyi nasıl kurdunuz? Bu konuda tavsiyeleriniz nelerdir?

Hobilerim ve ilgi alanlarım arasında amatör sporlar (yüzme, sutopu, tüplü dalış, kayak, paraşütçülük); müzik (klasik piyano); motorsiklet kullanımı; ülke içi ve dışı seyahatler yereldi. Bunların hepsi de geriye dönüp baktığımda “iyi ki yapmışım” dediğim etkinliklerdi. Siz genç meslektaşlarıma da hobilerinize zaman ayırmanızı ısrarla öneririm.

Mutlu bir aile yaşamı insanların çalışma başarısının da temelini oluşturur. Tıp doktorluğu gibi ömür boyu özverili çalışma gerektiren bir meslekte aile üyelerinin dayanışmalarının gereği açıktır. Benim iki çocuğumdan birisi yüksek mimar ve peyzaj mimarı olarak çalışmakta, diğer çocuğum da ABD ‘de Güney Florida Üniversitesinde Plastik Cerrahi Uzmanı (Prof.Dr.) olarak mesleki faaliyetini sürdürüelmekte ve kendi çapında Türk Tıbbını uzaklarda başarı ile temsil edegelmekte. Bir nesil daha aşağıda da bebeklik ve erken çocukluk dönemlerini yaşayan 5 torunum var.

Değerli genç meslektaşlarım, bana bu söyleşi imkanını verdikleri için başta TJOD İstanbul ve değerli meslektaşım Perinatolog Doktor Lütfiye Uygur kardeşim olmak üzere ilgili tüm meslektaşlarıma çok teşekkür ederim. Hepinize çok güveniyorum, memleketimizin dört bir köşesinde zorlu koşullarda emeğinizin karşılığını da yeterince almaksızın fedakarca çalışmakta olduğunuzu hissedebiliyorum. Meslek yaşamlarınız boyunca karşınıza çıkacak her engeli aşacağınızdan, birbirinize destek olup dayanışarak mesleklerinizi üstün performansla sürdüreceğinizden eminim. Karamsarlıklara asla geçit vermeyin, geleceklerinize güvenle bakın, yolunuz daima açık olsun, kalın sağlıklıcakla...



İKİNCİ TRİMESTER ANÖPLOİDİ TARAMASINDA İZOLE SOFT ULTRASON MARKERLARININ DEĞERLENDİRİLMESİ VE YÖNETİMİ

Özetleyen: Dr. Hakan Erenel

Link: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34171388/>



SMFM Consult Series

smfm.org



Society for Maternal-Fetal Medicine Consult Series #57: Evaluation and management of isolated soft ultrasound markers for aneuploidy in the second trimester

(Replaces Consults #10, Single umbilical artery, October 2010; #16, Isolated echogenic bowel diagnosed on second-trimester ultrasound, August 2011; #17, Evaluation and management of isolated renal pelviectasis on second-trimester ultrasound, December 2011; #25, Isolated fetal choroid plexus cysts, April 2013; #27, Isolated echogenic intracardiac focus, August 2013)

Society for Maternal-Fetal Medicine (SMFM); Malavika Prabhu, MD; Jeffrey A. Kuller, MD; and Joseph R. Biggio, MD, MS

Özet

Prenatal ultrasonda soft markerlar, yaşa bağlı ve serum belirteçleri ile yapılan tarama stratejilerindeki trizomi 21 saptama oranlarını güçlendirmek üzere tanımlanmıştır. Bu makalenin amacı, güncel maternal serum belirteçleri ve hücre dışı DNA ile tarama seçeneklerinin varlığında izole soft ultrason markerlarının değerlendirilmesi ve yönetimi ile ilgili öneriler sunmaktır. Makale içinde “izole” terimi, herhangi bir fetal yapısal anomali, gelişme kısıtlılığı yokluğunda veya detaylı obstetrik ultrason değerlendirmesini takiben herhangi bir ek soft marker saptanmayan olgular için kullanılmıştır. “Serum tarama yöntemleri”, ilk trimester tarama, entegre tarama, ardışık tarama, bağımlı tarama veya dörtlü tarama olmak üzere tüm maternal tarama stratejilerini kapsamaktadır. Society for Maternal-Fetal Medicine, izole soft markerların değerlendirmesi ve yönetimi için şu yaklaşımı önermektedir: negatif serum veya hücre dışı DNA tarama sonucu varsa, izole soft marker değerlendirmesinde sadece anöploidi için tanısal test yapılmasını önermiyoruz (GRADE 1B); anöploidi taraması yapılmamış ve izole ekojen intrakardiyak odak, ekojen barsak, üriner sistem dilatasyonu izlenen veya kısa femur, kısa humerus ya da ikisi birden mevcut olan gebelere trizomi 21 olasılığını değerlendirmek üzere danışmanlık verilmesini ve hücre dışı DNA ya da ulaşamıyorsa dörtlü test ile non-invaziv anöploidi taraması yapılmasını öneriyoruz (GRADE 1B); anöploidi taraması yapılmamış ve izole artmış nukal kalınlık veya izole nazal kemik yokluğu/hipoplazisi izlenen gebelere trizomi 21 olasılığını değerlendirmek üzere danışmanlık verilmesini ve hücre dışı DNA ya da ulaşamıyorsa dörtlü test ile non-invaziv anöploidi taraması yapılmasını veya klinik koşullara ya da hastanın tercihinine göre amniosentez ile tanısal test yapılmasını öneriyoruz (GRADE 1B); anöploidi taraması yapılmamış ve izole koroid pleksus kisti izlenen gebelere, trizomi 18 olasılığını değerlendirmek üzere danışmanlık verilmesini ve hücre dışı DNA ya da ulaşamıyorsa dörtlü test ile non-invaziv anöploidi taraması yapılmasını öneriyoruz (GRADE 1C); negatif serum veya hücre dışı DNA tarama sonucu varsa, izole ekojen intrakardiyak odak klinik önemi olmayan, fetal ekokardiyografi, takip

TJODist Bülteni

ultrason görüntüleme veya postnatal değerlendirme endikasyonu olmayan normalin varyantı bir bulgu olarak kabul edilir, ek değerlendirme yapılmasını önermiyoruz (GRADE 1B); negatif serum veya hücre dışı DNA tarama sonucu varsa, izole fetal ekojen barsak, üriner sistem dilatasyonu veya kısa femur, kısa humerus ya da ikisi birden mevcut olan gebelere ilave anöploidi değerlendirmesi yapılmasını önermiyoruz (GRADE 1B); negatif serum tarama sonuçları olan ve izole artmış nukal kalınlık veya izole nazal kemik yokluğu/hipoplazisi izlenen gebelere, trizomi 21 olasılığını değerlendirmek üzere danışmanlık verilmesini ve hücre dışı DNA ile non-invaziv anöploidi taraması veya klinik koşullara ya da hastanın tercihinine göre amniyosentez ile tanısal test yapılması gibi ilave anöploidi değerlendirmesi seçeneklerinin sunulmasını öneriyoruz (GRADE 1B); negatif hücre dışı DNA tarama sonucu olan ve izole artmış nukal kalınlık veya izole nazal kemik yokluğu/hipoplazisi izlenen gebelere, ilave anöploidi değerlendirmesi yapılmasını önermiyoruz (GRADE 1B); negatif serum veya hücre dışı DNA tarama sonucu varsa, izole koroid pleksus kisti, klinik önemi olmayan, takip ultrason görüntüleme veya postnatal değerlendirme endikasyonu taşımayan normalin varyantı bir bulgu olarak kabul edilir, ilave anöploidi değerlendirmesi yapılmasını önermiyoruz (GRADE 1C); izole ekojen barsak izlenen fetuslarda, kistik fibrozis ve fetal cytomegalovirus enfeksiyonu açısından değerlendirme yapılmasını, yeniden inceleme ve büyümenin değerlendirilmesi için üçüncü trimesterde ultrason muayenesinin tekrarlanmasını öneriyoruz (GRADE 1C); izole tek umbilikal arter izlenen fetuslarda, anöploidi taramasının düşük riskli olmasına veya tarama testi yapılmamış olmasına bakılmaksızın, anöploidi açısından ilave değerlendirme yapılmasını önermiyoruz. Büyümenin değerlendirilmesi için üçüncü trimester ultrason muayenesi yapılmasını ve 36. gebelik haftasından itibaren haftalık olarak antenatal fetal takibe başlanmasını öneriyoruz (GRADE 1C); izole A1 üriner sistem dilatasyonu olan fetuslarda, 32. gebelik haftası veya sonrasında ultrason muayenesi yapılmasını ve buna göre postnatal pediatrik üroloji veya nefroloji takibi gerekip gerekmeyeceğinin belirlenmesini öneriyoruz. A2-3 üriner sistem dilatasyonu olan fetuslarda, bireyselleştirilmiş izlem ultrasonları ile planlı postnatal takip yapılmasını öneriyoruz (GRADE 1C); izole kısa humerus, femur veya ikisi birden olan fetuslarda, yeniden inceleme ve büyümenin değerlendirilmesi için üçüncü trimester ultrason muayenesi yapılmasını öneriyoruz (GRADE 1C).

Giriş

Soft markerlar gebeliğin ikinci trimesterinde ultrasonda saptanan, sıklıkla yapısal bir anomaliye işaret etmeyen ve normalin varyantı olabilen, ancak artmış anöploidi riski ile ilişkili oldukları için dikkat edilmesi gereken minör ultrason bulgularıdır. Bu makalede ele alınan sık rastlanan soft markerlar: ekojen intrakardiyak odak, ekojen barsak, koroid pleksus kistleri, tek umbilikal arter, üriner sistem dilatasyonu, kısa humerus, femur veya ikisi birden, artmış nukal kalınlık ve nazal kemik yokluğu/hipoplazisidir. Trizomi 21 ile ilişkili diğer ultrason bulguları, hafif ventrikülomegali, klinodaktili, sandal gap deformitesidir ve bu makalede ele alınmamıştır.

Anöploidi taramasında soft markerların belirlenmesi ile ikinci trimester dördü tarama ve maternal serum analitleri ve nukal translüsenzi ölçümü ile ilk trimester tarama gibi gelişmiş serum tarama yöntemlerinin gelişimi eş zamanlı olmuştur. 2011 yılında, hücre dışı DNA tekniklerinin kullanıma girmesi yaygın anöploidilerin taramasını büyük oranda güçlendirmiştir. ACOG ve Society for Maternal-Fetal Medicine, kromozomal anomaliler açısından tarama ve tanı (koryon villus biyopsisi, amniyosentez) testlerinin, maternal yaş ve temel risk düzeyinden bağımsız olarak tüm gebelerle erken dönemde tartışılmasını ve hepsine bu seçeneklerin sunulmasını önermektedir. Bu makalenin amacı, güncel maternal serum belirteçleri ve hücre dışı DNA ile tarama seçeneklerinin varlığında izole soft ultrason markerlarının değerlendirilmesi ve yönetimi ile ilgili öneriler sunmaktır. Makale içinde “izole” terimi, herhangi bir fetal yapısal anomali, gelişme kısıtlılığı yokluğunda veya detaylı obstetrik ultrason değerlendirmesini takiben herhangi bir ek soft marker saptanmayan olgular için kullanılmıştır. “Serum tarama yöntemleri”, ilk trimester tarama, entegre tarama, ardışık tarama, bağımlı tarama veya dördü tarama olmak üzere tüm maternal tarama stratejilerini kapsamaktadır.

İzole soft marker saptandığında ilk yaklaşım ne olmalıdır?

Çok sayıda soft marker veya diğer yapısal ultrason bulgularının varlığı anöploidi riskini artırır. Soft marker saptanması detaylı obstetrik ultrason muayenesi yapılmasını ve öncelikle markerın izole olduğunun doğrulanmasını gerektirir. Kimi zaman aile ilave değerlendirme yapılmasını istemeyebilir, bu durumda hastanın

TJODist Bülteni

kararı tıbbi kayıtlarda belgelenmelidir. Birden çok soft marker izlenirse veya yapısal anomali mevcutsa yönetim bireyselleştirilmelidir. İzole soft marker olduğu doğrulanırsa, yönetim biçimi anöploidi tarama sonuçlarına, yaş ve aile öyküsü gibi ilave risk faktörlerine, kistik fibrozis veya enfeksiyonlarla ilişkisine göre belirlenmelidir.

Mevcut tarama testleri içinde, sık görülen trizomiler (trizomi 21, 18 ve 13) için en iyi ve anöploidi açısından rezidü riski en düşük olan hücre dışı DNA testidir. Sık kullanılan serum tarama testlerinde de saptama oranı trizomi 21 için %81-99 gibi yüksek orandadır. Pek çok laboratuvar da risk için eşik değer 1/250 veya 1/300 olarak kabul edilir, bu risk düzeyinin üzerinde ilave değerlendirme ve tanı testleri yapılması önerilir. Soft markerların çoğu anöploidi riskini hafif veya orta düzeyde artırdığı için, tarama testlerinin negatif sonuç vermesi durumunda, izole soft marker saptanması risk tahminini değiştirme olasılığı düşüktür ve bu nedenle tanı testi önerilmesini gerektirmez. Buna karşılık sadece tanı testlerinin anöploidi saptanmasında rezidü riski tamamen ortadan kaldırdığı ve hastanın herhangi bir sebeple tanı testi yapılmasını isteyebileceği unutulmamalıdır. **Ancak, biz yine de negatif serum veya hücre dışı DNA tarama sonucu varlığında, sadece anöploidi için tanı testi yapılmasını önermiyoruz (GRADE 1B).** Benzer şekilde, hasta tanı testi yaptırır ve normal karyotip görülürse, soft marker saptanmasının herhangi bir anlamı yoktur.

İzole soft marker varlığında, anöploidi riski düşük olduğu için, pek çok klinikte danışmanlık sonrası anöploidi taraması yaptırmayı reddeden hastalarda izole soft marker saptanması normalin varyantı olarak kabul edilmekte ve ilave görüntüleme gerektiren durumlar (üriner sistem dilatasyonu, ekojenik barsak) haricindekiler için hasta takibe alınmamaktadır. Buna karşılık kimi kliniklerde, bu bulguların saptandığı tüm hastalara danışmanlık verilmekte, yeniden anöploidi açısından değerlendirme yapılması önerilmektedir. Her klinik, daha önce anöploidi taraması yapılmasını reddeden gebelerde izole soft marker saptanması durumunda nasıl bir yaklaşım izleneceğini belirleyip kendi protokolünü oluşturmalıdır.

Ekojenik intrakardiyak odak için danışmanlık ve yönetim nasıl olmalıdır?

Ekojen kardiyak odak, herhangi bir kardiyak ventrikülde, çevresindeki kemik doku kadar parlak görülen küçük (<6 mm) ekojen yapıdır, en az 2 ayrı planda izlenmelidir. Sol ventrikülde daha sık görülür ve papiller kasların mikrokalsifikasyonları oldukları düşünülmektedir. Yapısal veya fonksiyonel bir kardiyak anomali değildir ve fetusta veya yenidoğanda herhangi bir kardiyak malformasyonla ilişkili değildir. Karyotipi normal olan fetusların %3-5'inde izlenir. İzole ekojen kardiyak odak ile trizomi 21 arasındaki ilişkinin düşük olduğu meta-analizlerde gösterilmiştir.

Anöploidi taraması yapılmamış ve izole ekojen intrakardiyak odak izlenen gebelere trizomi 21 olasılığını değerlendirmek üzere danışmanlık verilmesini ve hücre dışı DNA ya da ulaşılıyorsa dördüncü test ile non-invaziv anöploidi taraması yapılmasını öneriyoruz (GRADE 1B). Hasta isterse tüm endikasyonlarla tanı testi yapılabilir, ancak sadece bu endikasyonla tanı testi yapılmasını önermiyoruz. **Negatif serum veya hücre dışı DNA tarama sonucu varsa, izole ekojen intrakardiyak odak klinik önemi olmayan, fetal ekokardiyografi, takip ultrason görüntüleme veya postnatal değerlendirme endikasyonu olmayan normalin varyantı bir bulgu olarak kabul edilir, ek değerlendirme yapılmasını önermiyoruz (GRADE 1B).**

Ekojenik barsak için danışmanlık ve yönetim nasıl olmalıdır?

Ekojen barsak, fetal barsakların, çevresindeki kemik dokular, tipik olarak iliak kanat ile benzer ekojenitede görülmesi olarak tanımlanır. Tanının doğrulanması için düşük frekanslı transdüser ve düşük gain ayarı kullanılmalıdır. İkinci trimester ultrasonunda %1,8 oranında görülür, sıklıkla izoledir. Geçici veya idiyopatik bir bulgu olabilse de, anöploidi, kistik fibrozis, konjenital viral enfeksiyonlar, primer gastrointestinal patolojiler, intraamniyotik kanama ve fetal gelişim kısıtlılığı ile ilişkili olabilir. İzole idiyopatik olgularda, primer mekanizmanın mekonyum akümüasyonu olduğu düşünülmektedir. Amniyosentez yapılan hastalarda da görülmesi beklenir. Ekojen barsak varlığında anöploidi riski %3-5'tir ve bunların içinde en sık görülen trizomi 21'dir. Anöploidisi olan fetusların %4-25'inde ekojen barsak izole bir bulgudur.

TJODist Bülteni

Anöploidi taraması yapılmamış ve izole ekojen barsak izlenen gebelere trizomi 21 olasılığını değerlendirmek üzere danışmanlık verilmesini ve hücre dışı DNA ya da ulaşamıyorsa dördü test ile non-invaziv anöploidi taraması yapılmasını öneriyoruz (GRADE 1B). Hasta isterse tüm endikasyonlarla tanı testi yapılabilir, ancak sadece bu endikasyonla tanı testi yapılmasını önermiyoruz. **Negatif serum veya hücre dışı DNA tarama sonucu varsa, izole fetal ekojen barsak izlenen gebelere ilave anöploidi değerlendirmesi yapılmasını önermiyoruz (GRADE 1B).**

Kistik fibroziste, anormal pankreatik enzim sekresyonu mekonyumun kalınlaşmasına neden olduğu için ekojen barsaklar izlenebilir ve buna bağlı mekonyum ileusu görülebilir. Ekojen barsaklara ek olarak dilate barsak anslarının izlenmesi kistik fibrozis riskini artırır. Mevcut veya önceki gebelikte ebeveynlerin kistik fibrozis taşıyıcılık durumu değerlendirilmemişse mutlaka belirlenmelidir. İki ebeveyn de taşıyıcıysa, fetal genotipin belirlenmesi için invaziv testlerin risk ve faydaları açısından genetik danışmanlık verilmelidir.

Konjenital enfeksiyonlar da izole ekojen barsak ile ilişkili olabilir. Virüsün fetal barsak duvarlarına doğrudan hasarı, barsak perforasyonu ve buna bağlı mekonyum peritoniti veya hidropsa sekonder asit altta yatan mekanizmalar olabilir. CMV en sık görülen enfeksiyondur, ancak toksoplazma, rubella, herpes, varisella ve parvovirus de olabilir. CMV IgG ve IgM titreleri ile IgG avidite testi yapılmalıdır. Primer CMV enfeksiyonunu gösterir şekilde sonuçlar elde edilirse amniyosentez ile doğrulama testi yapılmalıdır. Amniyosentezde CMV DNA için PCR çalışılmalıdır. **Özetle, izole ekojen barsak izlenen fetuslarda, kistik fibrozis ve fetal cytomegalovirus enfeksiyonu açısından değerlendirme yapılmasını öneriyoruz (GRADE 1C).**

Barsak obstrüksiyonu, atrezi ve perforasyon fetal barsakların ekojen görünüm vermesine neden olabilir. Son olarak fetal gelişim kısıtlılığı olgularında da, kanın redistribüsyonuna bağlı oluşan iskemi alanları ekojen barsakların izlenmesine yol açabilir. Bu nedenle, **izole ekojen barsak izlenen fetuslarda, yeniden inceleme ve büyümenin değerlendirilmesi için üçüncü trimesterde ultraon muayenesinin tekrarlanmasını öneriyoruz (GRADE 1C).** Doğum zamanında, yenidoğan ekibi antenatal dönemdeki ekojen barsak görünümü hakkında bilgilendirilmelidir, neonatal değerlendirme buna göre planlanabilir.

Koroid pleksus kisti için danışmanlık ve yönetim nasıl olmalıdır?

Koroid pleksus kistleri, ultrasonda ekojen koroid içerisinde ekolüsen kistler olarak görülür. Tek veya multipl, unilateral veya bilateral olabilir, sıklıkla <1 cm ebattadır. Çoğunlukla öploid fetuslarda izole bulgular olarak görülür.

Trizomi 18 ile ilişkilidir ve trizomi 18'li fetuslarda %30-50 oranında görülür. Koroid pleksus kistine ek olarak yapısal anomalilerin izlenmesi trizomi 18 olasılığını belirgin şekilde artırır. Diğer ultrasonografik anormalliklerin eşlik etmemesi durumunda, trizomi 18 olasılığı çok daha düşüktür. Koroid pleksus kisti varlığı trizomi 21 riskini değiştirmemektedir. **Anöploidi taraması yapılmamış ve izole koroid pleksus kisti izlenen gebelere, trizomi 18 olasılığını değerlendirmek üzere danışmanlık verilmesini ve hücre dışı DNA ya da ulaşamıyorsa dördü test ile non-invaziv anöploidi taraması yapılmasını öneriyoruz (GRADE 1C).** Hasta isterse tüm endikasyonlarla tanı testi yapılabilir, ancak sadece bu endikasyonla tanı testi yapılmasını önermiyoruz. **Negatif serum veya hücre dışı DNA tarama sonucu varsa, izole koroid pleksus kisti, klinik önemi olmayan, takip ultrason görüntüleme veya postnatal değerlendirme endikasyonu taşımayan normalin varyantı bir bulgu olarak kabul edilir, ilave anöploidi değerlendirmesi yapılmasını önermiyoruz (GRADE 1C).** Koroid pleksus kistlerinin özellikleri (boyut, kompleks yapı, lateralite, persistans) risk düzeyini değiştirmek üzere kullanılmamalıdır, çünkü bu faktörler trizomi 18 olasılığını etkilememektedir.

Koroid pleksus kistleri yapısal veya fonksiyonel beyin anomalileri olarak kabul edilmemelidir, neredeyse hepsi 28 hafta civarında kaybolur. Ailelere koroid pleksus kisti olan fetusların çocukluk çağında nörokognitif fonksiyonlar, motor fonksiyonlar ve davranış biçimi olarak farklılık göstermediği anlatılmalıdır.

Tek umblikal arter için danışmanlık ve yönetim nasıl olmalıdır?

İkiz gebeliklerde daha sık görülür. Tek umblikal arterde yapısal anomali eşlik ediyorsa bunlar en sık kardiyovasküler ve renal sistemlerde izlenir. **İzole tek umblikal arterde anöploidi riskinde artış bulunmamaktadır. İzole tek umblikal arter izlenen fetuslarda, anöploidi taramasının düşük riskli olmasına veya tarama testi yapılmamış olmasına bakılmaksızın, anöploidi açısından ilave değerlendirme yapılmasını önermiyoruz (GRADE 1C).** Ancak fetal gelişim kısıtlılığı ile ilişkisi konusunda yayınların verileri çelişkili olduğu ve ölü doğum riskinin artmış olduğunu gösteren çalışmalar olduğu için, **büyümenin değerlendirilmesi amacıyla üçüncü trimester ultrason muayenesi yapılmasını ve 36. gebelik haftasından itibaren haftalık olarak antenatal fetal takibe başlanmasını öneriyoruz (GRADE 1C).**

Üriner sistem dilatasyonu için danışmanlık ve yönetim nasıl olmalıdır?

Gebeliklerin %1-2'sinde görülür ve sıklıkla normalin varyantı olan geçici bir bulgudur. Renal veya üriner sistem patolojisine işaret edebilir veya trizomi 21 markerı olabilir. Ancak trizomi 21 için minimal risk taşımaktadır, bu nedenle **anöploidi taraması yapılmamış ve izole üriner sistem dilatasyonu izlenen gebelere trizomi 21 olasılığını değerlendirmek üzere danışmanlık verilmesini ve hücre dışı DNA ya da ulaşamıyorsa dördümlü test ile non-invaziv anöploidi taraması yapılmasını öneriyoruz (GRADE 1B).** Hasta isterse tüm endikasyonlarla tanı testi yapılabilir, ancak sadece bu endikasyonla tanı testi yapılmasını önermiyoruz. **Negatif serum veya hücre dışı DNA tarama sonucu varsa, izole üriner sistem dilatasyonu izlenen gebelere ilave anöploidi değerlendirmesi yapılmasını önermiyoruz (GRADE 1B).**

2014 yılında bir konsensüste ön-arka renal pelvis çapının ölçüsüne göre antenatal üriner sistem dilatasyonu açısından normal kabul edilen değerler yayınlanmıştır. Buna göre ön-arka renal pelvis çapının 16-27 haftalarda <4 mm, 28 haftadan doğuma kadar <7 mm olması normaldir. Üriner sistem dilatasyonunu tam olarak değerlendirmek ve sınıflandırmak için, kalislerin dilatasyonu, parenkim kalınlığı ve görünümü, üreter dilatasyonu, mesane anomalileri ve amniyotik sıvı hacmi de incelenmelidir. Üriner sistemin tam değerlendirmesi yapıldıktan sonra, A1 (düşük risk) ve A2-3 (artmış risk) olarak sınıflandırılır, buna göre antenatal yönetim ve postnatal takip planlanır (Tablo 1). **İzole A1 üriner sistem dilatasyonu olan fetuslarda, 32. gebelik haftası veya sonrasında ultrason muayenesi yapılmasını ve buna göre postnatal pediatrik üroloji veya nefroloji takibi gerekip gerekmeyeceğinin belirlenmesini öneriyoruz. A2-3 üriner sistem dilatasyonu olan fetuslarda, bireyselleştirilmiş izlem ultrasonları ile planlı postnatal takip yapılmasını öneriyoruz (GRADE 1C).**

Üriner sistem dilatasyonu izlenen olgularda altta yatan patolojik nedenler, vezikoüreteral reflü (en sık etiyoloji), üreteropelvik bileşke darlığı, üreterovezikal bileşke darlığı multistikistik displastik böbrek, posterior üretral valv olabilir. Doğum zamanında A1 veya A2-3 üriner sistem dilatasyonu mutlaka pediatri ekibine bildirilmelidir, ancak üçüncü trimesterde kaybolan A1 dilatasyonların postnatal dönemde izleme alınması gerekmemektedir.

Kısa humerus ve/veya kısa femur için danışmanlık ve yönetim nasıl olmalıdır?

Anöploidi taramasında kısa humerus, ölçülen/beklenen humerus uzunluğunun (biparietal çapa göre) <0,90 olması olarak tanımlanır. Benzer şekilde, kısa femur da ölçülen/beklenen femur uzunluğunun (biparietal çapa göre) 0,92 olmasıdır.

Bu eşik değerlerle, tek başına bu iki markerdan birinin mevcut olması trizomi 21 ile ilişkilendirilmiştir, ancak kısa humerusun spesifitesi daha yüksektir. Ebevenylerin ırk ve etnisitesi de kısa kemiklere neden olabileceği için konstitüsyonel kısalık da ayırıcı tanıda akılda tutulmalıdır.

Anöploidi taraması yapılmamış ve kısa femur, kısa humerus ya da ikisi birden izlenen gebelere trizomi 21 olasılığını değerlendirmek üzere danışmanlık verilmesini ve hücre dışı DNA ya da ulaşamıyorsa dördümlü test ile non-invaziv anöploidi taraması yapılmasını öneriyoruz (GRADE 1B). Hasta isterse tüm

TJODist Bülteni

endikasyonlarla tanı testi yapılabilir, ancak sadece bu endikasyonla tanı testi yapılmasını önermiyoruz. **Negatif serum veya hücre dışı DNA tarama sonucu varsa, kısa femur, kısa humerus ya da ikisi birden izlenen gebelere ilave anöploidi değerlendirmesi yapılmasını önermiyoruz (GRADE 1B).**

Kısa humerus ve/veya kısa femur iskelet displazileriyle de ilişkili olabilir. Tüm uzun kemiklerin kapsamlı biçimde değerlendirilmesi ve ölçülmesi, gebelik haftasına uygun nomogramlar ile karşılaştırılması önerilir. Genellikle iskelet displazili fetuslarda ikinci trimesterde kemik uzunlukları 3. persentilin altında izlenir, istisnai olarak akondroplazi ancak gebeliğin üçüncü trimesterine kadar saptanamayabilir.

Son olarak, izole kısa femur ve/veya kısa humerus fetal gelişim kısıtlılığı ile ilişkilidir. **İzole kısa humerus, femur veya ikisi birden olan fetuslarda, yeniden inceleme ve büyümenin değerlendirilmesi için üçüncü trimester ultrason muayenesi yapılmasını öneriyoruz (GRADE 1C).**

Artmış nukal kalınlık için danışmanlık ve yönetim nasıl olmalıdır?

Nukal kalınlık, fetal başın tranvers kesitinde, oksipital kemik ve serebellumu görüntülemek için prob kaudale doğru açıldırıldığında izlenir, ölçüm oksipital kemiğin dışından cildin dışına yapılır. 15-20. gebelik haftaları arasında artmış nukal kalınlık 6 mm ve üzeri ölçümler olarak tanımlanır. Artmış nukal kalınlık trizomi 21 için ilk tanımlanmış olan markerlardan biridir ve bugüne kadar bildirilmiş en spesifik markerdir. İzole artmış nukal kalınlık ile trizomi 21 arasında doğrulanmış bir ilişki vardır.

Anöploidi taraması yapılmamış ve izole artmış nukal kalınlık izlenen gebelere trizomi 21 olasılığını değerlendirmek üzere danışmanlık verilmesini ve hücre dışı DNA ya da ulaşılamıyorsa dörütlü test ile non-invaziv anöploidi taraması yapılmasını veya klinik koşullara ya da hastanın tercihine göre amniyosentez ile tanısal test yapılmasını öneriyoruz (GRADE 1B). Negatif serum tarama sonuçları olan ve izole artmış nukal kalınlık izlenen gebelere, trizomi 21 olasılığını değerlendirmek üzere danışmanlık verilmesini ve hücre dışı DNA ile non-invaziv anöploidi taraması veya klinik koşullara ya da hastanın tercihine göre amniyosentez ile tanısal test yapılması gibi ilave anöploidi değerlendirmesi seçeneklerinin sunulmasını öneriyoruz (GRADE 1B). Negatif hücre dışı DNA tarama sonucu olan ve izole artmış nukal kalınlık izlenen gebelere ise, ilave anöploidi değerlendirmesi yapılmasını önermiyoruz (GRADE 1B).

Anöploidi değerlendirmesinde hangi adımların izlendiğinden bağımsız olarak, artmış nukal kalınlığının seri ultrason ölçümleri ile takip edilmesi gerekmez. Artmış nukal kalınlık ile konjenital kalp hastalıkları arasındaki ilişkiyi gösteren veriler çelişkili olsa da kardiyak anatomi yeterli biçimde görüntülendiyse ve normal izlendiyse ilave görüntüleme yapılması gerekli değildir.

Nazal kemik yokluğu/hipoplazisi için danışmanlık ve yönetim nasıl olmalıdır?

Nazal kemik, burnun longitudinal aksına dik olarak, yüzün midsagittal planında izlenir. İkinci trimesterde hipoplastik nazal kemik, biparietal çapa göre (biparietal çap/nazal kemik oranı ≥ 10 veya ≥ 11), gebelik haftasına uygun persentillere ($< 2,5$ persentil) veya MoM'a göre ($< 0,75$ veya $\leq 0,7$) belirlenen bir oran ile tanımlanır. Bunların içinde trizomi 21'in tespiti açısından en uygun olan MoM'a göre yapılan değerlendirmedir. Nazal kemik yokluğu/hipoplazisi öploid gebeliklerin %0,1-1,2'sinde görülür. Etnik özelliklere göre değişkenlik izlenebilir.

İkinci trimesterde nazal kemik yokluğu/hipoplazisi ile trizomi 21 ilişkisi iyi tanımlanmıştır. Çoğu olguda, bu bulgu diğer yapısal anomaliler veya soft markerlarla bir arada görülür, izole nazal kemik yokluğu/hipoplazisi ile artmış trizomi 21 riski üzerine veriler kısıtlıdır.

Literatürdeki verilere göre, **anöploidi taraması yapılmamış ve izole nazal kemik yokluğu/hipoplazisi izlenen gebelere trizomi 21 olasılığını değerlendirmek üzere danışmanlık verilmesini ve hücre dışı DNA ya da ulaşılamıyorsa dörütlü test ile non-invaziv anöploidi taraması yapılmasını veya klinik koşullara ya da hastanın tercihine göre amniyosentez ile tanısal test yapılmasını öneriyoruz (GRADE 1B). Negatif serum**

tarama sonuçları olan ve izole nazal kemik yokluğu/hipoplazisi izlenen gebelere, trizomi 21 olasılığını değerlendirmek üzere danışmanlık verilmesini ve hücre dışı DNA ile non-invaziv anöploidi taraması veya klinik koşullara ya da hastanın tercihinine göre amniyosentez ile tanısal test yapılması gibi ilave anöploidi değerlendirmesi seçeneklerinin sunulmasını öneriyoruz (GRADE 1B). Negatif hücre dışı DNA tarama sonucu olan ve izole nazal kemik yokluğu/hipoplazisi izlenen gebelere ise, ilave anöploidi değerlendirmesi yapılmasını önermiyoruz (GRADE 1B). Anöploidi riski düşük olduğunda, tek başına bu bulgu hafif bir klinik öneme sahiptir ve normalin varyantı olarak kabul edilir. Tek başına bu bulgu için antenatal ultrason takibi önermiyoruz. Nazal kemik yokluğu diğer genetik sendromlarla da ilişkili olabileceği için, dikkatli bir anatomi taraması yapılması önerilir.

Sonuç

Fetal anöploidi için prenatal taramadaki gelişmelerle, ultrasonografik soft markerların etki gücü zaman içerisinde azalmıştır. Negatif tarama sonuçlarından sonra izole bir soft marker saptandığında hastalar anöploidi riskinin düşük olduğu konusunda rahatlatılabilir. Ancak, yine de soft marker saptandığında fetal anöploidi dışındaki ilişkili durumların da değerlendirilmesi önemlidir.

Tablo 1. Üriner sistem dilatasyonu: Bulguların antenatal sınıflaması

Ultrason bulguları	A1	A2
Renal pelvis ön arka çap (16-27 hafta)	4-7 mm	≥7 mm
Renal pelvis ön arka çap (≥28 hafta)	7-10 mm	≥10 mm
Kaliks dilatasyonu	Yok veya santral	Yok, santral veya periferik
Parenkim kalınlığı	Normal	Normal veya anormal
Parenkim görünümü	Normal	Normal veya anormal
Üreterler	Normal	Normal veya anormal
Mesane	Normal	Normal veya anormal
Açıklanamayan oligohidramnios	Yok	Yok veya var
Prenatal takip	≥32 haftada üçüncü trimester ultrason muayenesi	Bireyselleştirilmiş ultrason takibi

THE EUROPEAN SOCIETY OF GYNAECOLOGICAL ONCOLOGY (ESGO), THE INTERNATIONAL SOCIETY FOR THE STUDY OF VULVOVAGINAL DISEASE (ISSVD), THE EUROPEAN COLLEGE FOR THE STUDY OF VULVAL DISEASE (ECSVD) AND THE EUROPEAN FEDERATION FOR COLPOSCOPY (EFC) CONSENSUS STATEMENTS ON PRE-INVASIVE VULVAR LESIONS

PRETI M, JOURA E, VIEIRA-BAPTISTA P, VAN BEURDEN M, BEVILACQUA F, BLEEKER MCG, BORNSTEIN J, CARCOPINO X, CHARGARI C, CRUICKSHANK ME, ERZENEGLU BE, GALLIO N, HELLER D, KESIC V, REICH O, STOCKDALE CK, ESAT TEMİZ B, WOELBER L, PLANCHAMP F, ZODZIKA J, QUERLEU D, GULTEKIN M.

INT J GYNECOL CANCER. 2022 JUN 21;32(7):830–45.

DOI: 10.1136/IJGC-2021-003262. EPUB AHEAD OF PRINT. PMID: 35728950; PMCID: PMC9279839.

Özetleyen: **Dr. Burak Giray**

Link: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35728950/>

Avrupa Jinekolojik Onkoloji Derneği (ESGO), Uluslararası Vulvovajinal Hastalık Araştırmaları Derneği (ISSVD), Avrupa Vulval Hastalığı Araştırma Kurulu (ECSVD) ve Avrupa Kolposkopi Federasyonu (EFC) preinvaziv vulvar lezyonlarla ilgili kanıta dayalı ortak bir bildirme oluşturmuştur. Bu bildirmede Avrupa'dan ve dünyadan bu konuyla ilgili çalışmalarını liderlik eden 22 klinisyen ve araştırmacı güncel literatürü derlemiş ve özetlemişlerdir. Sonuç olarak 12 temel öneri üzerinde uzlaşmıştır. Bu konsensüs bildirgesi preinvaziv vulvar lezyonların yönetimine ilişkin ESGO/ISSVD/ECSVD/EFC önerilerini sunmakta ve buna ilişkin kanıtları özetlemektedir.

GİRİŞ

Vulvar lezyonların doğru bir şekilde değerlendirilmesi ve tedavi edilmeden önce invaziv kanserin dışlanması önemlidir. Bu konsensüs bildirgesinde vulvar skuamöz intraepitelyal neoplazi, vulvar in situ Paget hastalığı veya vulvar in situ melanomu olan hastalara yaklaşımı güçlendirmek için önerilerde bulunulmuştur.

SONUÇ

Diferansiye vulvar intraepitelyal neoplazide her zaman eksizyonel prosedürler tercih edilmelidir. Vulvar high-grade intraepitelyal lezyonlarda hem eksizyonel hem de ablatif yöntemler kullanılabilir. Ayrıca medikal tedaviler (imiquimod veya cidofovir) de vulvar high-grade intraepitelyal lezyonlarda tedavide düşünülebilir. Güncel çalışmalar vulvar Paget hastalığının tedavisinde cerrahi tedaviye alternatif olarak imiquimodu da desteklemektedir. Tedavi sonrası hastaların takibi nüks riskine göre (lezyon tipi, yaş, immunojenik durum, diğer genital lezyon varlığı vb.) değerlendirilmelidir.

2015 ULUSLARARASI VULVOVAJİNAL HASTALIK ARAŞTIRMALARI DERNEĞİ (ISSVD) TERMİNOLOJİSİ

1. **LSIL**: Low-grade skuamöz intraepitelyal lezyon (vulvar LSIL, flat kondilom veya Human Papillomavirus (HPV) etkisi)
2. **HSIL**: High-grade skuamöz intraepitelyal lezyon (vulvar HSIL, VIN (vulvar intraepitelyal neoplazi) usual tip)
3. **dVIN**: Diferansiye VIN

2020 WHO TERMİNOLOJİSİ

1. HPV-ilişkili skuamöz intraepitelyal lezyon: low-grade skuamöz intraepitelyal lezyon (LSIL)
2. High-grade skuamöz intraepitelyal lezyon (HSIL)
3. HPV-bağımsız VIN: diferansiye vulvar intraepitelyal neoplazi (dVIN)
4. Diferansiye egzofitik vulvar intraepitelyal lezyon (DEVIL)
5. Vulvar akantozis-altered diferansiasyon (VAAD)

EPİDEMİYOLOJİ

Vulvar yüksek dereceli skuamoz intraepitelyal lezyonların (VHSIL) invaziv kansere dönüşme potansiyelleri vardır ve insidansı 2,5 – 8,8/100.000/yıldır.

Diferansiye vulvar intraepitelyal neoplazi (dVIN) tüm skuamoz vulvar intraepitelyal lezyonların %10'undan daha azını oluşturur ve VHSIL'den daha fazla malign transformasyon potansiyeline sahiptir (dVIN olan ileri yaş kadınlarda %32,8, VHSIL olan genç kadınlarda %5,7).

Meme dışı Paget hastalığı, tüm Paget hastalığı vakalarının yaklaşık %1-10'unu oluşturur ve insidansı Avrupa'da yılda yaklaşık 0,6/100.000 kişi olarak tahmin edilmektedir. Kadın hastalarda, meme dışı Paget hastalığının %80'den fazlası vulvada bulunur. Tüm primer vulvar Paget hastalığı vakalarının %16-19'unda invaziv adenokarsinom bildirilmiş ve tüm vakaların %4-17'sinde altta yatan bir vulvar adenokarsinomun belirtisi olarak vulvar Paget hastalığı görülmüştür.

Vulvar melanom, vulvar malignitelerin %6 ila %10'unu ve tüm melanomların ise yaklaşık %3'ünü oluşturur.

ETYOLOJİ

VHSIL, HPV ilişkili invaziv kanserin prokürsörüdür ve yüksek riskli HPV tipleri etyolojide rol oynar. Vakaların %70'ten fazlasında HPV 16 sorumludur. Sigara içmek ve immunsupresyon da diğer risk faktörlerindendir. Avrupa'da vulvar kanserlerin yaklaşık %80'i HPV negatiftir. HPV ilişkisiz oluşan invaziv kanserin mekanizması ise tam olarak anlaşılamamıştır.

KLİNİK

Vulvar skuamoz lezyonlara ait tek bir patogonomik bulgu yoktur. Hastaların yaklaşık %60'ı vulvar kaşıntı, iritasyon, görünen lezyonun kanaması gibi şikayetlerle gelebilir. Bunların dışında rutin muayene sırasında da teşhis edilebilirler. Lezyonların rengi, boyutu, sınır düzenleri veya ciltten kabarıklıkları farklı olabilir (**Resim 1**). Biyopsi alınması kesin tanıya götürür. Biyopsi alırken %5 asetik asit uygulaması ve kolposkopik inceleme HPV-ilişkili lezyonlardan şüphelendiğinde yararlı olabilir. VHSIL sıklıkla multifokaldır ve genellikle introitus etrafında ve labia minorada bulunur. Bu tür bir lezyonla karşılaşıldığında vulvanın yanında serviks, vajen ve anal bölge de incelenmelidir. dVIN genellikle daha ileri yaşlarda görülür (median yaş 67, VHSIL'da ise median yaş 47,8). Daha çok unifokal görölme eğilimindedir (**Resim 2**). dVIN genellikle asetik asit ile reaksiyon vermez. Bu sebeple vulva incelemesi deneyimli ellerde yapılmalıdır. VHSIL olan vakaların altından yaklaşık %20 oranında invaziv kanser çıkabilir ve bu oran dVIN'da daha yüksektir. Ayırıcı tanıda liken simpleks kronikus, liken skleroz, liken planus, psoriasis ve kontakt dermatit yer alır. Kesin tanı için vulvar biyopsi gereklidir. Şüpheli her bölgeden multiple biyopsiler alınmaktan kaçınılmalı ve haritalandırılmalıdır.



Resim 1: Vulvar HSIL.



Resim 2: diferansiye VIN.

Vulvar Paget hastalığında lezyon kırmızıdan gri ve beyaza kadar kayan düzensiz sınırlı bir lezyon şeklinde görünebilir (**Resim 3**). Egzematöz veya ülseratif görünebilir. Lezyonların çoğu labia majorda bulunsa da labia minör, clitoris, ingiunal bölge, üriner meatus ve perineyi de tutabilir. Ayırıcı tanıda liken skleroz, dermatofitoz, kandida, kontakt dermatit, psoriasis, seboraik dermatit ve VIN yer alır. Eşlik eden invaziv kanseri dışlamak için multiple biyopsiler alınmalıdır.



Resim 3: Vulvar Paget hastalığı.

Vulvada yer alan hiperpigmente lezyonlardan melonama insitu genellikle asimetrik, düzensiz sınırlı ve değişken koyulukta lezyonlar şeklindedir (**Resim 4**). Tanısı biyopsi ile koyulur. Ayırıcı tanıda fizyolojik hiperpigmentasyon, konjenital adrenal hiperplazi, Addisonb veya Cushing hastalığı, postinflamatuvar hiperpigmentasyon, akantozis nigricans, seboraik keratoz, vulvar melanozis, pigmente nevüs, pigmente kondilom, pigmente bazal hücreli karsinom, pigmente VIN ve skuamoz hücreli karsinom bulunur.

TEDAVİ

VHSIL tedavisinde hem cerrahi tedaviler hem de medikal tedaviler kullanılabilir. Medikal tedavi olarak imiquimod veya cidofovir tercih edilir. Cerrahi tedaviler olarak da geniş lokal eksizyondan yüzeysel vulvektomiye kadar değişen eksizyonel metodlar kullanılabilir. Cerrahi tedavi sonrası sınır pozitif gelen VHSIL vakalarında klinik olarak görünür rezidü bir bir lezyon yoksa re-eksizyon önerilmez. Ayrıca ablatif tedavi yöntemleri de invaziv kanseri multiple biyopsiler ile dışladıktan sonra uygulanabilir. Ablatif tedavi yöntemi olarak CO2 lazer veya argon koagülasyon uygulanabilir.



Resim 4: Vulvar melanoma in situ.

dVIN tedavisi is mutlaka cerrahi olmalı ve eksizyon önerilmelidir.

Vulvar Paget hastalığının tedavisinde son zamanlarda imiquimod kullanımının fayda sağladığı çalışmalarla desteklenmektedir. Topikal olarak %5 imiquimod kremin güvenli bir şekilde tedavide kullanılabileceği gösterilmiştir. Literatürde tam yanıt oranları %22 ile %90 arası değişmektedir. Ancak literatürdeki yayınların çoğu cerrahi tedavinin temel olduğunu belirtmektedir. 2 cm cerrahi sınır genellikle yeterlidir. Bunun yanında cerrahi tedavide, hastalığın yayılımının genellikle ciltte görünenden daha geniş olduğu da göz önünde bulundurulmalıdır.

Melanoma in situ tedavisinde de temel yaklaşım cerrahi tedavidir. 1 cm cerrahi sınır ile lezyon eksize edilmelidir.

Aşağıda konsensüs bildirelerinin bir özeti bulunmaktadır.

KONSENSUS BİLDİRGELERİ	Fikir birliği
1. Vulvanın pre-invaziv lezyonlarında, zor vakaları ayırt etmek için immünohistokimya önerilir: - p16, ki-67 p53 (skuamöz lezyonlar) - PAS-D, mucicarmine, CK 7, GCDFP-15, GATA3 (vulvanın Paget hastalığı) - s100, Melan-A, HMB 45 (in situ melanom).	%100
2. dVIN tedavisinde lezyonu tedavi etmek ve invaziv hastalığı dışlamak için görünür lezyonların tam cerrahi eksizyonu önerilir.	%93,3
3. dVIN eksizyonundan sonra, nüks/progresyon riskini azaltmak için öncesinde varsa Liken skleroz ve Liken Planus'un topikal yüksek potensli kortikosteroidlerle tedavisi önerilir.	%100
4. VHSIL tanısı alan kadınlarda serviks ve vajinanın kolposkopisi ve vulvar, perianal ve anal bölge dahil olmak üzere tüm alt genital sistemin inspeksiyonu önerilir.	%93,3
5. VHSIL'da eksizyonel olmayan tedavilerden önce (tıbbi tedavi, LAZER vaporizasyon, CUSA, PDT) invazyonu dışlamak için birden fazla biyopsi önerilir.	%100
6. İmiquimod, VHSIL hastalarında normal vulvar anatomiye korumak için bir tedavi seçeneği olarak düşünülmelidir.	%100
7. VHSIL'in cerrahi eksizyonel tedavisinden sonra pozitif sınır olması durumunda, klinik muayenede rezidü lezyon izlenmiyorsa hastalar takip edilmelidir ve re-eksizyon önerilmemektedir.	%100
8. VHSIL nüksünü azaltmak amacıyla cerrahi tedaviye adjuvan HPV aşısı düşünülebilir.	%84,6
9. VHSIL tedavisi sonrası hastalar yaşam boyu HPV-ilişkili kanserler açısından takip edilmelidir.	%93,3
10. Vulvar Paget hastalığının cerrahi tedavisinden sonra pozitif cerrahi sınır olması halinde muayenede rezidüel lezyon izlenmiyorsa hastalar takip edilmelidir ve re-eksizyon önerilmemektedir.	%92,9
11. Vulvar preinvaziv hastalıkların cerrahi tedavisinde vulvada ciddi anatomik bozukluklara neden olabilecek cerrahilerden kaçınılmalıdır.	%92,9
12. Vulvar preinvaziv lezyon tedavisinden sonra, takip nüks riskine göre (lezyon tipi, hastanın yaşı ve immünolojik durumu, diğer ilişkili alt genital sistem lezyonları) modifiye edilmelidir.	%93,3

KADINLARDA STRES ÜRİNER İNKONTİNANSTA SINGLE-INCISION MINI SLING UYGULAMASI

SINGLE-INCISION MINI-SLINGS FOR STRESS URINARY INCONTINENCE IN WOMEN

MOHAMED ABDEL-FATTAH, M.D., DAVID COOPER, PH.D., TRACEY DAVIDSON, M.SC., MARY KILONZO, M.SC., MD HOSSAIN, PH.D., DWAYNE BOYERS, PH.D., KIRON BHAL, M.D., JUDITH WARDLE, PH.D., JAMES N'DOW, F.R.C.S.(UROL.), GRAEME MACLENNAN, M.SC., AND JOHN NORRIE, M.SC.

NEW ENGLAND J MED 2022 MAR; 386(13): 1230-1243. DOI: 10.1056/NEJMOA2111815.

Özetleyen: Dr. İnci Sema Taş

Link: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35353961>

ÖZET

Giriş:

Güncel pratikte; kadınlarda stres üriner inkontinans konservatif tedavinin yetersiz kaldığı durumlarda, mesh veya tape kullanılarak yapılan midüretal sling cerrahileri dünya çapında standart cerrahi tedavi olarak görülmektedir. Standart midüretal sling ile daha yeni olan single incision mini sling'in etki ve güvenilirliğini kıyaslayan veriler kısıtlıdır.

Metod:

Birleşik Krallık'taki 21 hastanenin katıldığı bu pragmatik, aşağı olmama-eşitlik (non-inferiority) randomize çalışmada, minisling ile midüretal sling karşılaştırılmıştır. Takip süresi 36 aydır. Birincil sonuç hastanın raporladığı başarı durumudur (postoperatif 1.yıldaki Patient Global Impression of Improvement anketinde tamamen iyileşme ve çok iyileşme şeklinde verilen cevaplar başarı olarak değerlendirilmiştir).

Sonuç:

298 kadın minisling, 298 kadın da midüretal sling operasyonu olmuştur. 15.ayda minisling grubunda 268 kadının 212'si (%79.1) başarı tariflerken, midüretal sling grubunda 250 kadının 189'u (%75.6) başarı tariflemiştir (düzeltilmiş risk %4.6, %95 güven aralığı, aşağı olmama -2.7 ile 11.8; p < 0.001). 36.ay kontrolünde minisling grubunda 246 hastanın 177'si (%72) başarı tariflerken, midüretal sling grubunda ise 235 hastanın 157'si (%66.8) başarı tariflemiştir (düzeltilmiş risk %5.7, %95 güven aralığı, aşağı olmama -1.3 ile 12.8; p < 0.001). 36.ay kontrolünde kasık veya bacak ağrısı tarifleyen hasta oranları minisling grubunda %14.1, midüretal sling grubunda ise %14.9 olarak tespit edilmiştir. Bu süre zarfında tape veya mesh erozyonu görülen hastaların oranı minisling grubunda %3.3 iken midüretal sling grubunda 1.9'dur. Stres üriner inkontinans nedeniyle tekrar operasyon geçirme oranları ise minisling grubunda %2.5, midüretal sling grubunda %1.1'dir. Hayat kalitesi ve cinsel fonksiyon açısından yapılan değerlendirmelerde disparoni şikayeti hariç sonuçlarda anlamlı fark saptanmamıştır. Minisling grubundaki disparoni oranı %11.7, midüretal sling grubundaki oran ise %4.8 olarak saptanmıştır.

Single-incision mini slingerler, midüretal slinglere göre; 15. ayda bildirilen hasta memnuniyeti açısından eşdeğer bulunmuştur. 36. ay takiplerinde de başarı bildiren hasta oranları benzer bulunmuştur.

GİRİŞ

Hayat boyu stres üriner inkontinans için primer cerrahi geçirme olasılığı Birleşik Krallık'ta %3.6, Amerika Birleşik Devletleri'nde ise %13'tür. Bugüne kadar tüm dünyada sentetik meş ile uygulanan midüretal slingler stres üriner inkontinans için en sık tercih edilen cerrahi yöntemdir. İngiltere'de 2008 ile 2017 arasında inkontinans için yapılan midüretal sling sayısı 100516 iken diğer inkontinans cerrahilerinin toplam sayısı 1195'tir.

Günümüzde single incision mini sling'ler de kullanılmaya başlanmıştır. Bu yöntemde daha kısa polipropilen bir meş kullanılmakta, böylece retropubik alanda veya adductor kasında herhangi bir hasar yaratmamakta ve bu nedenlerle perioperatif morbiditeyi düşüreceği hedeflenmektedir.

2014'te yayınlanan sistematik bir derlemeye göre, 18 aylık takipte hem objektif hem de subjektif sonuçlara dayanarak, mini slingler ile (TVT secur hariç, çünkü şirket maddi sebeplerden üretimi durdurmuştu) midüretal slinglerin memnuniyet oranları benzerdir. Öte yandan minisling grubunda daha az postoperatif ağrı ve daha hızlı iyileşme görülmüştür. Fakat bu derlemedeki çalışmalar az örneklemlili ve heterojen çalışmalardır ve bias riski yüksektir. Bir Cochrane derlemesinde; mini slinglerin klinik fayda ve risklerini tespit edecek uzun takip süresi olan, randomize kontrollü bir çalışma yapılması önerilmiştir. Bu çalışma pragmatik, çok merkezli, aşağı olmama (noninferiority), randomize kontrollü (SIMS çalışması) olarak dizayn edilmiş, stres üriner inkontinans için uygulanan ayarlanabilir minislingler ile tension free midüretal slingleri karşılaştırmayı amaçlamıştır.

METOD

Çalışmaya stres baskın üriner inkontinansı olan, 18 yaş üstü ve konservatif tedavinin yetersiz kaldığı kadınlar dahil edilmiştir. Evre 2 veya üstü anterior veya apical prolapsusu olan hastalar, aşırı aktif mesanesi olanlar, eş zamanlı başka bir cerrahinin de yapılması planlanan hastalar, daha önce pelvik radyasyon öyküsü olanlar, gebelik planı olan hastalar ve İngilizce onamı anlayamayan hastalar çalışmaya dahil edilmemiştir.

Kullanılan 2 marka Adjust (C.R. Bard) and Altis (Coloplast)' dir. Midüretal slingler ise ya retropubik ya da obturator (dıştan içe veya içten dışa) tape'lerdir. İki grupta da kullanılan alet seçimi normalde de olduğu gibi cerrahin tercihidir. Tüm takipler posta yoluyla iletilen anketler ile yapılmıştır.

SONUÇLAR

Operatif Veriler

İlk 14 güne ait ağrı skorları minisling grubunda daha düşük bulunmuştur

TJODist Bülteni

Outcome	Single-Incision Mini-Sling (N=276)	Standard Midurethral Sling (N=261)	Adjusted Risk Difference (95% CI)†
Procedure time			
No. of patients with available data	273	258	
Mean — min	39.2±16.8	41.3±11.6	-2.2 (-5.9 to 1.6)
Type of anesthesia — no. (%)			
General	70 (25.4)	238 (91.2)	
Spinal	5 (1.8)	7 (2.7)	
Local‡	201 (72.8)	16 (6.1)	
Local anesthesia infiltration to facilitate dissection — no. (%)	270 (97.8)	235 (90.0)	
Tape was adjusted according to cough stress test — no. (%)	180 (65.2)	15 (5.7)	
Blood loss — no. (%)			0.72 (0.48 to 1.08)§
<50 ml	134 (48.6)	107 (41.0)	
50–100 ml	126 (45.7)	129 (49.4)	
≥100 ml	15 (5.4)	23 (8.8)	
Missing data	1 (0.4)	2 (0.8)	
Unplanned operative events — no. (%)			
More than one kit used	7 (2.5)	0	
Anesthesia changed	7 (2.5)	1 (0.4)	
Trocar inserted more than once	1 (0.4)	0	
Satisfactory voiding without any intervention — no. (%)	230 (83.3)	206 (78.9)	4.1 (-6.1 to 14.2)¶
Postoperative hospital stay			
No. of patients with available data	276	261	
Mean — hr	7.2±8.7	9.7±10.7	-2.5 (-4.7 to -0.3)
Return to normal activities within 28 days — no./total no. (%)	185/246 (75.2)	160/226 (70.8)	4.2 (-3.4 to 11.9)¶
Pain score up to 14 days after surgery			
No. of patients with available data	238	213	
Mean	19.8±19.6	28.1±22.2	-8.3 (-12.8 to -3.8)

Hasta Memnuniyeti ve Objektif Başarı

1.yılda minisling grubunda 212/268 (%79.1) , midüretral sling grubunda ise 189/250 (%75.6) hasta memnuniyet bildirmiştir (Düzeltilmiş risk 4.6 %; 95% güven aralığı [CI], aşağı olmama -2.7 ile 11.8; P<0.001). 36.ay takibinde ise sırasıyla 177/246 (%72) ve 157/235 (%66.8) olarak bildirilmiştir (Düzeltilmiş risk 5.7 %; 95% güven aralığı [CI], aşağı olmama -1.3 ile 12.8; P<0.001).

24 saatlik ped testi ile değerlendirilen objektif başarıya; minisling grubunda 102/119 (%85.7) hastada, midüretral sling grubunda ise 83/110 (%75.5) hastada ulaşılmıştır (Düzeltilmiş risk %5.2, %95 CI, -5.9 ile 16.2). (Tablo 3).

Table 3. Patient-Reported and Objective Outcomes.*

Outcome	Single-Incision Mini-Sling	Standard Midurethral Sling	Adjusted Difference (95% CI)†
Patient-reported success according to PGI-I response — no./total no. (%)‡			
At 15 mo: primary outcome	212/268 (79.1)	189/250 (75.6)	4.6 (-2.7 to 11.8)§
At 36 mo	177/246 (72.0)	157/235 (66.8)	5.7 (-1.3 to 12.8)
Patient-reported cure on ICIQ-UI Short Form — no./total no. (%)¶			
At 15 mo	93/241 (38.6)	72/217 (33.2)	6.4 (-1.2 to 13.9)
At 36 mo	68/210 (32.4)	62/202 (30.7)	4.1 (-4.0 to 12.2)
Objective cure on 24-hr pad test — no./total no. (%) 			
At 15 mo	102/119 (85.7)	83/110 (75.5)	5.2 (-5.9 to 16.2)
At 36 mo	75/87 (86.2)	64/79 (81.0)	3.7 (-5.0 to 12.4)

Sekonder Sonuç

Alt üriner sistem semptomları, hayat kalitesi ve cinsel fonksiyon parametreleri arasında iki grup arasında anlamlı fark bulunmamıştır (**Tablo 3**). Minisling grubunda dispareni ve koital inkontinans daha sık bulunmuştur (**Tablo 4**).

Table 4. Adverse Events.*				
Event	Single-Incision Mini-Sling no./total no. (%)	Standard Midurethral Sling no./total no. (%)	Risk Difference (95% CI)†	P Value
Operative				
Bladder injury	0/276	9/261 (3.4)	-3.5 (-8.7 to 1.8)	0.18
Urethral injury	0/276	1/261 (0.4)	-0.4 (-1.2 to 0.4)	0.32
Blood loss >200 ml	5/276 (1.8)	5/261 (1.9)	-0.1 (-2.6 to 2.4)	0.94
Complications of general anesthesia	1/276 (0.4)	0/261		
Vaginal button hole‡	6/276 (2.2)	3/261 (1.1)		
Anaphylactic reaction to antibiotics§	1/276 (0.4)	0/261		
Skin reaction in the area of surgery§	0/276	1/261 (0.4)		
Intraoperative tonic-clonic seizure§	1/276 (0.4)	0/261		
Postoperative serious adverse events				
Death	0/298	1/298 (0.3)¶		
Transient ischemic attack	0/298	1/298 (0.3)		
Overdose of acetaminophen	0/298	1/298 (0.3)		
Lung cancer	0/298	1/298 (0.3)		
Other postoperative adverse events				
Any degree of groin or thigh pain				
At 15 mo	41/276 (14.9)	31/261 (11.9)	3.0 (-1.1 to 7.1)	0.14
At 36 mo	39/276 (14.1)	39/261 (14.9)	-0.8 (-4.1 to 2.5)	0.61
Use of any type of painkiller				
At 15 mo	24/276 (8.7)	13/261 (5.0)	3.7 (0.0 to 7.4)	0.047
At 36 mo	21/276 (7.6)	12/261 (4.6)	3.0 (-0.4 to 6.4)	0.08
Tape or mesh exposure**				
At 15 mo	2/276 (0.7)	2/261 (0.8)	0.0 (-1.6 to 1.5)	0.96
At 36 mo	1/276 (0.4)	0/261	0.4 (-0.4 to 1.1)	0.33

Güvenilirlik

Ciddi yan etki yaşayan hastaların oranı iki grupta da aynıdır (**Tablo 4**). 15.ayda minisling grubunda kasık veya bacak ağrısı tarifleyen hasta oranı daha yüksek olmasına rağmen, 36.ayda bu oranlar benzerdir (sırasıyla %14.1 ve %14.9, Risk farkı %-0.8, %95 CI, -4.1 ile 2.5).

36 aylık takipte meş erozyonu oranı minisling grubunda %3.3 iken midüretral sling grubunda %1.9'dur (Risk farkı %1.3, %95 CI, -1.7 ile 4.4).

36 aylık takipte; ek cerrahi ihtiyacı olan hastalar minisling grubunda 24 (%8.7), midüretral sling grubunda ise 12 (%4.6)'dır (Stres üriner inkontinans için sırasıyla %2.5 ve %1.1, herhangi bir nedenden ötürü meşin total veya kısmi eksizyonu %2.9 ve %1.9, ağrı için %1.5 ve %0.8, meş erozyonu için ise %1.4 ve %1.1).

TARTIŞMA

Bu çok merkezli çalışma, 15 ve 36.aylarda, minislingin midüretral sling ile benzer hasta memnuniyet oranları yakaladığını göstermiştir.

Minisling daha sıklıkla lokal anestezi altında uygulanmış ve postoperatif ilk 2 haftadaki ağrı skorları daha az bulunmuştur. İki grupta da 36.aydaki kasık veya bacak ağrısı tarifleyen hastaların oranı benzerdir fakat minisling grubunda daha sıklıkla dispareni, meş erozyonu veya üriner inkontinans veya komplikasyonlar için ek cerrahi ihtiyacı görülmüştür. İki grupta da tamamen veya kısmi meş eksizyonu oranları benzerdir ve düşük bulunmuştur.

TJODist Bülteni

Minisling ve midüretal slinglerin benzer sonuçları önceki literatür ile de uyumludur. 2 randomize kontrollü çalışmada (biri minisling ile (MiniArc) obturator tape kıyaslayan 193 hastalık bir çalışma, diğeri de minisling (MiniArc) ile retropubik tape kıyaslayan 185 hastalık bir çalışma) 36 haftalık takipte objektif ve subjektif başarı oranları arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır. Minisling (Ajust) ile obturator tape kıyaslayan başka bir randomize kontrollü çalışmada, bizim çalışmamızla benzer metodoloji kullanılmış, yine anlamlı bir fark saptanmamış fakat; minisling grubunda daha az erken dönem ağrı, daha kısa operasyon süresi ve daha hızlı iyileşme saptanmıştır. 2014'te yaptığımız sistematik derlemede (3308 hastanın dahil olduğu, 26 randomize kontrollü çalışmadan oluşan) 18 aylık takiplerde aynı şekilde objektif ve subjektif başarı açısından anlamlı fark saptanmamıştır. Uzun dönem sonuçları da raporlayan (3 yıldan fazla) daha güncel bir derlemeye göre midüretal slingler ile objektif başarı yakalama şansı daha yüksek iken hasta memnuniyeti iki grupta da benzer olarak bulunmuştur. Çalışmamızın, benzer çalışmalara kıyasla, örneklemini daha büyüktür ve metodolojisi sağlamdır. Ayrıca muhtemelen anketlerin posta yoluyla yapılması sayesinde takipten çıkan hasta sayısı azaltılabilmiş ve bias minimal düzeyde tutulabilmiştir.

36 aylık takipte, meş veya tape erozyonu oranları minisling grubunda %3.3 iken midüretal sling grubunda %1.9 olarak bulunmuştur. İnsidans iki grup arasında anlamlı bir fark göstermemekle birlikte çalışma aslında bunu araştırmak için dizayn edilmemiştir. Bu sonuçlar 2014 yapılan bir sistematik derlemedeki minisling grubundaki hafif yüksek, fakat istatistiksel olarak anlamlı olmayan, meş erozyonu sonuçları ile de tutarlıdır (%2.3 ve %1.4; RR 1.43, %95 CI, 0.61 ile 3.35).

Kasık veya bacak ağrısı insidansı 15.ayda minisling grubunda daha yüksek iken 36.ayda benzerdir. Daha önce yapılmış 60 hastalık bir çalışmada, minisling (Ajust) ile obturator tape karşılaştırılmış; minisling grubundaki 3 hasta 1 yıl devam eden bacak ağrısı tariflerken, obturator tape grubunda hiçbir hastada bu yakınma olmamıştır. 'Midüretal Sling Çalışması'nda (597 hasta) obturator tape grubunda ağrı retropubik tape grubuna göre daha sık görülmüştür (9.4% vs. 4.0%).

Minisling grubunda daha sık üriner inkontinans veya komplikasyonlar ile ilgili ek cerrahi ihtiyacı doğmuştur. Bu bulgular önceki veriler ile de uyumludur (RR 2.00, %95 CI, 0.93-4.31). Bu çalışmada dispareni minisling grubunda önemli derecede daha sık görülmüştür. Daha önceki randomize bir çalışmada (205 hasta), minisling (Ajust) ile midüretal sling karşılaştırılmış, 3 yıllık takipte dispareni açısından anlamlı bir fark saptanmamıştır. Yine minisling (Ajust) ile obturator tape karşılaştıran başka bir randomize çalışmada, minisling grubundaki 2 hasta yeni başlayan dispareni bildirirken obturator tape grubundaki hiçbir hasta dispareni bildirmemiştir.

Çalışmanın temel limitasyonları; kısa takip süresi (3 yıl), kör çalışma olamaması (fizibilite nedeniyle) ve istenmeyen etkileri belirleyebilmekteki yetersizliğidir. Hem minisling hem de midüretal slinglerde, geç başlangıçlı şikayetler, operasyonun etkisinin zaman içinde gerilemesi veya her ikisi de literatürde raporlanmıştır bu nedenle daha uzun dönem güvenilirlik ve etki verilerine ihtiyaç duyulmaktadır; 10 yıllık takip içeren bir çalışma planlanmaktadır.

SIMS çalışmasında, ayarlanabilir kancalı minislingler, tension-free midüretal slinglere; 15.aydaki hasta memnuniyetine göre, eş değer özellikte bulunmuştur. Gruplar arası fark; 36.ayda da benzer kalmıştır.

ADÖLESLANLARDA DİSMENORE VE ENDOMETRİOZİS

Özetleyen: **Dr. İrem Usta Korkut**

Obstet Gynecol. 2018 Dec;132(6):e249-e258.

doi: 10.1097/AOG.0000000000002978.

ACOG Committee Opinion No. 760: Dysmenorrhea and Endometriosis in the Adolescent

No authors listed PMID: 30461694 DOI: [10.1097/AOG.0000000000002978](https://doi.org/10.1097/AOG.0000000000002978)

Giriş

Dismenore veya menstrüel ağrı adölesan kızlar ve genç kadınlar arasında en yaygın menstrüel semptomdur. Prevalansı %50-90 arasında değişmektedir.

Dismenore Tanımları

Primer dismenore; pelvik patoloji yokluğunda görülen ağrılı menstrüasyon durumunu tanımlar. Primer dismenore karakteristik olarak menarştan 6-12 ay sonra ovulatuvar siklusların başlaması ile başlar. Patofizyoloji prostaglandinler ve lökotrienler gibi inflamatuvar mediatörler ile ilişkilidir.

Sekonder dismenore; pelvik patoloji veya tanı almış medikal durumlara bağlı ağrılı mensleri tanımlar. Sekonder dismenorenin en yaygın nedeni endometriozistir. Diğer nedenler adenomyozis, enfeksiyonlar, myomlar, Müllerian anomaliler, obstrüktif reproduktif trakt anomalileri, veya ovaryan kistlerdir. Dismenorenin aksine; kronik pelvik ağrı, pelvik bölgede 6 ay veya daha uzun süredir devam eden sürekli, aralıklı, dönemsel veya dönemsel olmayan ağrıyı ifade eder.

Dismenore ile İlişkili Semptomlar

Dismenoreye eşlik eden durumlar kadın doğum uzmanları tarafından tanınmalıdır. Bulantı, kusma, ishal, baş ağrısı ve kas krampları dismenore ile ilişkilendirilebilir.

Düşük uyku kalitesi, uyku başlangıcında rahatsızlık, gecikme, uyku etkinliğinde azalma şiddetli dismenore hastalarında orta şiddetteki dismenore hastalarına göre daha fazla bildirilmiştir. Bu semptomlarla ilişkili olarak dismenore tekrarlayan, kısa süreli okuldan uzaklaşmaların başlıca nedenidir. Bir araştırmaya göre 14-20 yaş arası adölesan kızların %12'si her ay dismenore nedeni ile bir kaç gün kaybediyor ve her 4 kızdan biri ağrı nedeni ile doktoru görmeksizin, ağrı nedeni araştırılmadan her ay ağrı kesici kullanıyor. Kronik dönemsel olmayan ağrı yaşayan, laparoskopi yapılan adölesanların 2/3'ünde endometriozis izleniyor. 2015 yılında laparoskopi ile endometriozis tanısı alan adölesan kızlardan (ortalama yaş 17.2) çoğu dönemsel olmayan, menstrüasyon dönemi dışında olan ağrı ile prezente olmuştur ve preoperatif dönemde %56'si en az bir gastrointestinal semptom, %52'si en az bir genitoüriner semptom tariflemiştir.

Primer Dismenorenin Araştırılması

Adölesanlar medikal bakıma ulaşma konusunda gecikme yaşayabilmektedir.

Aynı zamanda pelvik ağrı tanısı için geçen süre adölesanlarda daha uzundur (adölesanlarda 5.4 yıl, yetişkinlikte semptomu başlayan kadınlarda tanı süresi 1.9 yıl). Bununla birlikte başlangıç, araştırma, tanı koyulması ve tedavide bir gecikme tüm yaşlardaki dismenore hastaları için ortaktır. Sınırlayıcı etkenler; sigorta kapsamı konusunda yaşanan güçlükler ve klinisyenin kronik ağrı durumları konusunda bilgi, zaman ve ilgi eksiliğidir.

Bir hasta sadece primer dismenore semptomları ile başvuruyorsa pelvik muayene gerekli değildir. Bununla birlikte cinsel yolla bulaşan enfeksiyon bulguları varsa pelvik muayene eklenmelidir. Hasta menarş sonrası şiddetli dismenore, giderek kötüleşen dismenore, anormal uterin kanama (şiddetli menstrüel kanama veya düzensiz kanama), siklus ortası veya düzensiz ağrı, infertilite, ampirik medikal tedaviye cevapsızlık, ailede endometriozis öyküsü, renal anomali, diğer konjenital anomaliler (omurga, kardiyak, gastrointestinal anomaliler),disparoni tarifliyorsa klinisyenler sekonder dismenoreden şüphelenmelidir.

Primer Dismenorenin Yönetimi

-Nonsteroid Antiinflatuar İlaçlar

NSAİ'lar siklooksijenaz aracılı prostaglandin üretimini engelledikleri için birinci tedavi seçeneğidir. NSAİ dozları bireyseldir (tablo 1)

Table 1. Nonsteroidal Antiinflammatory Drugs Used During Menstruation in the Treatment of Primary Dysmenorrhea in Adolescents and Young Adults

Drug	Dosage
Ibuprofen	800 mg initially, followed by 400–800 mg every 8 hours as needed
Naproxen sodium	440–550 mg initially, followed by 220–550 mg every 12 hours as needed
Mefenamic acid	500 mg initially, followed by 250 mg every 6 hours as needed
Celecoxib [†]	400 mg initially, followed by 200 mg every 12 hours as needed

*For females older than 18 years

[†]Cyclooxygenase-2 specific inhibitor

Reprinted from Harel Z. Dysmenorrhea in adolescents and young adults: an update on pharmacological treatments and management strategies. Expert Opin Pharmacother 2012;13:2157–70.

İlaçlar menstrüasyon başlangıcından 1-2 gün önce başlanıp, adet ilk 2-3 günü devam edildiğinde daha etkilidir. Bir ajan yeterli rahatlamayı sağlamazsa farklı bir ajan denenebilir. Çünkü opioid reçete edilen çocuklar 7 günlük kullanım sonucunda dahi, ilaç kesilmesine bağlı yoksunluk semptomları yaşayabilirler. Opioidler dismenore için kullanılmamalıdır.

-Hormonal Ajanlar

Eğer NSAİ'lar yeterli rahatlamayı sağlamazsa hormonal ajanların verilmesi de birinci seçenek olarak düşünülebilir. Nonsteroid antiinflatuar ilaçlar devam edebilir veya hormonal tedaviye gerektiğinde eklenebilir. KOK, kontraseptif yama veya vajinal halka, progestin implantları, Im veya SC depomedroksiprogesteron asetat ve LNG RİA dismenore tedavisinde etkindir.

Hormonal metodlar endometrial proliferasyonu ve/veya ovülasyonu önleyerek etki gösterir. Kesintisiz OKS kullanımı siklik kullanım ile karşılaştırıldığında ağrı azaltılmasında daha hızlı etki gösterir, fakat her iki rejim ile

TJODist Bülteni

uzun süreli başarı mümkündür. FDA onayı olmamakla birlikte 5 mg Norethindrone kesintisiz kullanımının 18-23 yaş arası kadınlarda dismenoreyi azalttığı gösterilmiştir.

GNRH agonistlerinin primer dismenore hastalarında ampirik kullanımı, kemik mineral yoğunluğuna etkisindeki çekinceler nedeni ile önerilmemiştir.

-Tamamlayıcı Ve Alternatif Tedaviler

Çemen otu, zencefil, kedi otu, ballıbaba, çinko sülfat, balık yağı, vitamin B1 desteğinin yararlı olabileceğine dair kanıtlar sınırlıdır. Yakın dönemde yapılan bir çalışma ortalama yaşı 14.7 olan adölesanlarda 9 hafta yüksek doz D vitamini almanın dismenoreyi azalttığını göstermiştir. Bununla birlikte diğer çalışmalar D vitamini konusunda sınırlı etki göstermiştir. TENS, akupunktur, bitkisel ilaçlar ve yoga bazı çalışmalarda dismenorede iyileşme göstermiştir. Fakat kanıtlar bu tedavileri birinci seçenek veya alternatif olarak gösterme konusunda desteklemez.

Primer Dismenoreye Cerrahi Yaklaşım

-Primer Dismenorenin Takibi

Seçilen tedaviden bağımsız olarak primer dismenore tanısı koyulan bir hasta, tedaviye yanıtı bakımından izlenmelidir. Primer dismenore tedavisine verilen cevap tanıyı destekler.

Bir hasta 3-6 ay tedaviye rağmen klinik iyileşme göstermiyorsa, kadın doğum uzmanı ikincil nedenleri ve tedaviye uyumu sorgulamalıdır. Tedaviye uyum var ise bir başka hormonal metod 3 ay denenebilir.

Şüpheli Sekonder Dismenorede Değerlendirme

Bir hasta ampirik tedaviden 3-6 ay sonra pelvik ağrı yaşıyorsa daha ayrıntılı bir değerlendirme; potansiyel gastrointestinal, ürolojik, muskuloskeletal ve psikolojik etiyolojilere odaklanmış fizik muayene yapılmalıdır. Pelvik muayenede endometriozis, obstrüktif reproduktif trakt anomalileri, genişlemiş veya düzensiz şekilli uterus, servikal frajilite, akıntı, pelvik kitleler (over kisti), vajinismus ve diğer pelvik taban bozuklukları tanınabilir. Ultrason ve MR tanı için kullanılabilir.

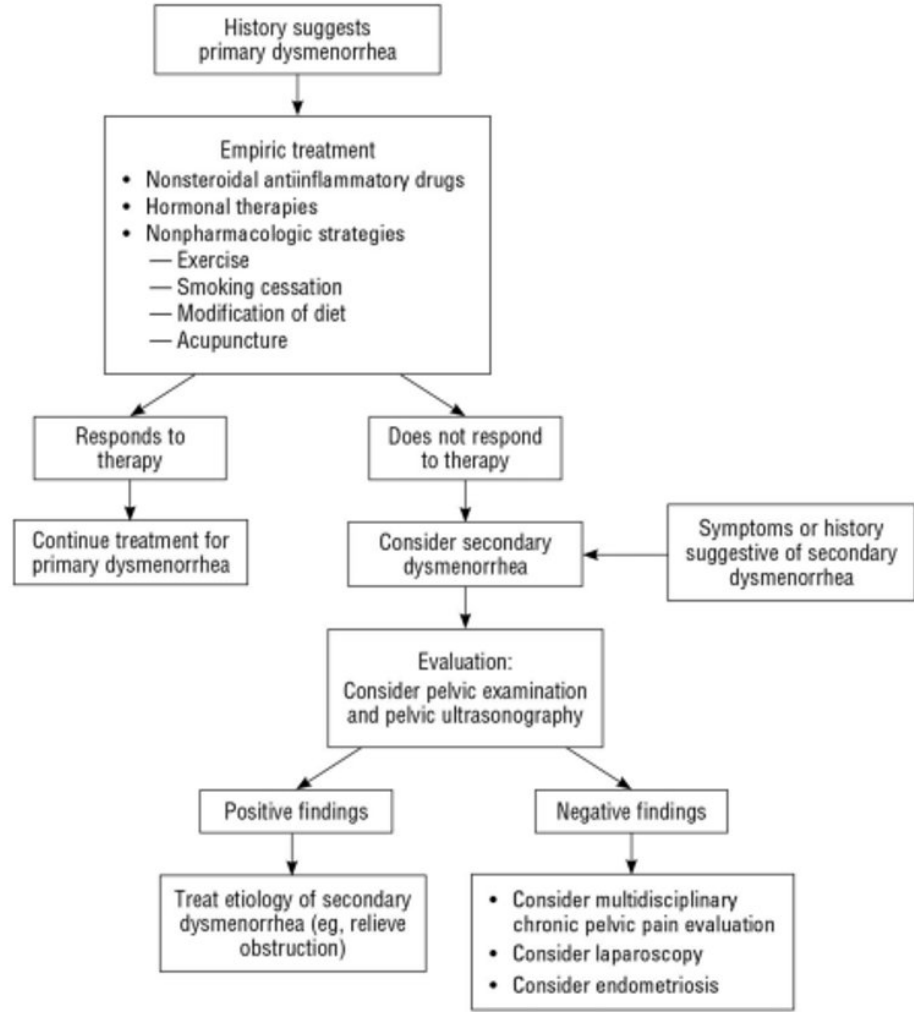


Figure 1. Approach to the adolescent with dysmenorrhea.

-Reprodüktif Trakt Anomalileri

Hymenal, vaginal veya Müllerian kanalın obstrüktif anomalileri sekonder dismenoreye sebep olabilir. Reprodüktif trakt anomalilerinin sıklığının %0.1- 3.8 olduğu tahmin edilmektedir. Tedavinin amacı patent bir çıkış yolu oluşturmak, semptomları ve endometriozisi azaltmak ve retrograd menstrüasyona bağlı adezyonları azaltmaktır. Ancak cerrahi düzeltmeye rağmen persistan endometirozis vakaları bildirilmiştir.

-Şüpheli Endometirozis

Endometriozis adölesanlardaki sekonder dismenorenin başlıca nedenidir. Aile hikayesi şüpheyi artırır. Birinci derece akrabalarında endometriozis olan hastaların riski 7-10 kat artmıştır.

Endometriozis kronik pelvik ağrı nedeni ile laparoskopi yapılan kadınlarda en sık rastlanan bulgudur. Adölesanlarda endometriozisin gerçek prevalansı bilinmemekle birlikte; NSAİİ ilaçlara ve hormonal tedaviye cevap vermeyen adölesanlara kronik pelvik ağrı nedeni ile laparoskopi yapıldığında 2/3'ünde endometriozis izlenir.

Tedaviye rağmen dismenoresi devam eden, ağrıyı açıklayan başka bir neden bulunmayan hastalar olası endometriozis hakkında bilgilendirilmeli ve laparoskopinin risk ve yararları konusunda konuşulmalıdır. Laparoskopi, endometriozisin varlığını veya yokluğunu doğrulama veya adezyonlar gibi ağrıyı açıklayan nedenler bulma konusunda fayda sağlayabilir. Ayrıca endometriozis lezyonlarına koagülasyon, ablasyon, adezyolizis yapılabilir. Laparoskopi ile ilişkili riskler ise anestezi yan etkileri, VTE, kanama, enfeksiyon, yara yeri enfeksiyonu, adezyon, çevre dokularda yaralanma olabilir. Karar süreci hastalar, aileler ve jinekologlar ile görüşüldüğünde; laparoskopi ve patolojik tanıdan kaçınılarak şüpheli endometriozis için medikal tedavi seçeneği olabilir.

-Endometriozis için Laparoskopi

Adölesanlarda endometriozis yetişkinlerden farklı görünebilir. Adölesanlarda endometriotik lezyonlar tipik olarak berrak veya kırmızı olabilir ve adölesan endometriozise alışkın olmayan jinekologlar tarafından anlaşılması güç olabilir. Berrak lezyonlara biyopsi ve ablasyon yapılabilir ancak vizüel tanı da tedaviye başlamak için yeterlidir. Laparoskopi ile tanı alan çoğu adölesan evre 1-2'dedir, ancak lezyonların boyutu ve evresinin semptomların şiddeti ile ilişkili olmayabileceği akılda tutulmalıdır. Gözlemlerde erken evre lezyonlar izlense bile düzgün ve kırmızı lezyonlar erişkindeki barut yanığı lezyonlara göre metabolik olarak daha aktiftir, daha fazla prostaglandin üretimi, ağrı ve inflamasyonla ilişkilendirilirler.

LNG RİA; OKS'ye cevap vermeyen dismenore ve endometriozis ile ilişkili dismenoreyi azaltır. Bununla birlikte LNG RİA'nın endometriozis için FDA onayı yoktur.

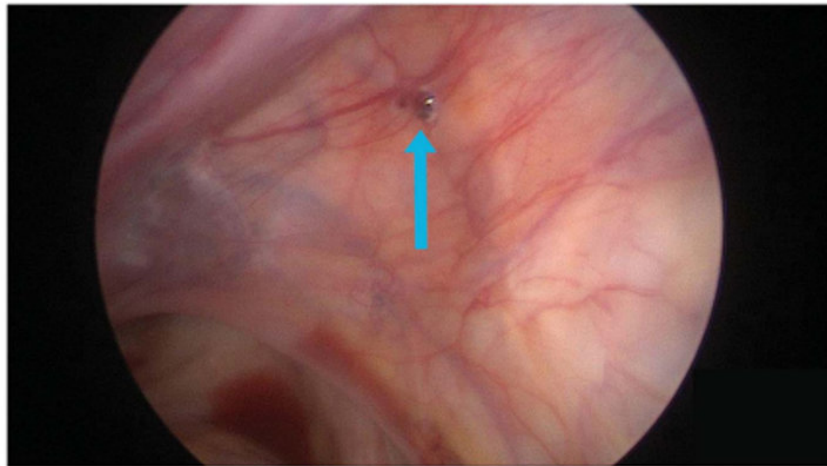


Figure 2. Red, inflamed adolescent endometriotic implant in the right paraovarian fossa. (Image courtesy of Geri Hewitt, MD, Nationwide Children's Hospital, Columbus, Ohio.)

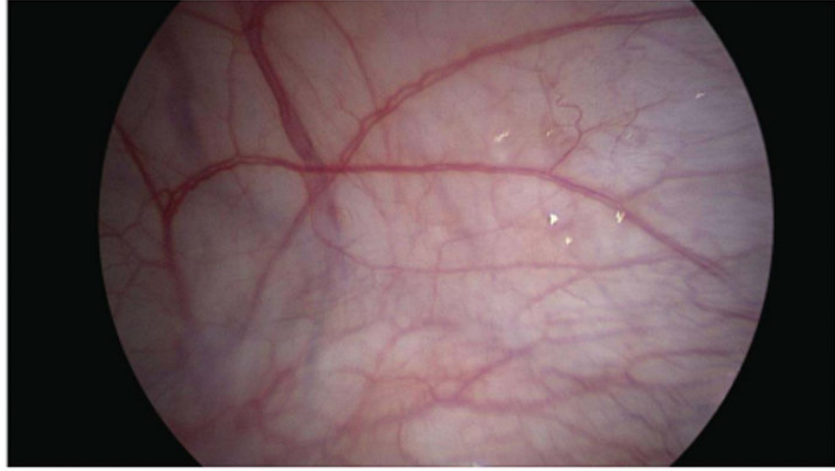


Figure 3. Clear, vesicular adolescent endometriotic implant in the anterior peritoneum. (Image courtesy of Geri Hewitt, MD, Nationwide Children's Hospital, Columbus, Ohio.)

VOL. 132, NO. 6, DECEMBER 2018

Committee Opinion *Dysmenorrhea and Endometriosis* e255

Adölesanlarda Endometriozis Yönetimi

Endometriozis için kür ve tek bir en iyi tedavi seçeneği yoktur. Tedavi bireyselleştirilmelidir. Adölesanlarda birinci tedavi seçeneği kesintisiz KOK, yalnızca progesteronlar, LNG RİA olabilir. Hastalar kendileri için en iyi tedaviyi bulana kadar farklı tedavi seçenekleri denenebilir, çünkü endometriozis kronik bir durumdur ve hormonal supresyon hasta gebelik planlayana kadar devam etmelidir.

Konservatif cerrahi tedavi ve hormon supresyon tedavisine rağmen refrakter ağrısı olan hastalar 6 ay GnRH agonisti ve add back tedaviden fayda görürler. GnRH agonistlerinin adölesanlarda kemik yoğunluğu üzerine etkisi uzun dönemde belirsizdir. GnRH agonisti ile tedavi edilen hastalara, kemik kaybını önlemek ve menopozal semptomların gelişiminden kaçınmak için add-back hormon terapi başlanmalıdır. 2017 yılında adölesanlarla yapılan bir çalışmada add back terapide günlük konjüge etinil östrojen (0.625 mg) ve norethindrone asetat (5 mg) kullanımı ile tek başına norethindrone asetat kullanımı karşılaştırıldığında yaşam kalitesi ve kemik mineral yoğunluğu sonuçları daha iyidir. GnRH agonist tedavisi 12 aydan uzun sürmediği sürece kemik mineral yoğunluğu ölçümüne gerek yoktur. Leuprolide tedavisi sonlandırıldıktan sonra hormon supresyon tedavisi başlayabilir.

Ca 125 düzeyleri endometriozis hastalarında artmakla birlikte AC

-  5 Haziran 2022 - Gebelik Öncesi ve Gebelikte Hangi Testleri Nasıl Yapalım? Güncel Durum Nedir?
-  15 Mayıs 2022 - Endometrioziste 2022 Yılında Neredeyiz?
-  13 Ekim 2019 - Jinekolojik Onkoloji Güncel Yaklaşımlar
-  15 Eylül 2019 - Preterm Doğum
-  19 Mayıs 2019 - Vakalar ile Fetal MSS / Yüz / Spina / İskelet / Kalp / Toraks / GIS / GÜS / Doppler / Plasenta
-  14 Nisan 2019 - Jinekolojik Endoskopide Doğrular ve Yanlışlar
-  24 Mart 2019 - Maternal Mortalite ve Morbidite Nedenleri ve Nasıl Azaltabiliriz?
-  17 Şubat 2019 - İnfertil Çiftin Değerlendirilmesi ve IVF Dışı Yönetimi
-  13 Ocak 2019 Jinekolojide ve Cinsel Yaşamda Sık Karşılaşılan Sorunlar ve Çözümleri
-  23 Aralık 2018 Üreme Endokrinolojisi 2019: Yeni Ne Var?
-  18 Kasım 2018 Fetal İyilik Halinin Değerlendirilmesi ve Doğum Zamanlanması
-  14 Ekim 2018 Jinekolojik Onkolojide Preinvaziv Hastalık Yönetimi ve Organ Koruyucu Yaklaşımlar
-  16 Eylül 2018 Ürojinekolojide yenilikler - 2018
-  20 Mayıs 2018 Jinekolojik Onkoloji
-  8 Nisan 2018 İntrapartum Yönetim
-  11 Mart 2018 Jinekolojide Ednoskopik Uygulamalar
-  11 Şubat 2018 Endometriozis ve Genel Jinekoloji
-  14 Ocak 2018 Gebelikte Hipertansif Hastalıklar ve Komplikasyonları
-  17 Aralık 2017 Endokrin + Genel Jinekoloji
-  05 Kasım 2017 Ürojinekoloji + Cinsel Disfonksiyon
-  15 Ekim 2017 Obstetrik Kanamalar ve Malpraktis
-  18 Haziran 2017 Reprodüktif Endokrinoloji ve İnfertilite
-  28 Mayıs 2017 Prenatal Tanı ve Gebelik İzleniminde Tartışmalı Konular
-  30 Nisan 2017 Jinekolojide Endoskopi Uygulamaları
-  19 Mart 2017 Jinekolojide Karşılaşılan Onkolojik Sorunlar
-  12 Şubat 2017 Ürojinekoloji, Pelvik Ağrı ve Cinsel Disfonksiyon
-  15 Ocak 2017 Reprodüktif Endokrinoloji ve İnfertilite