



TJODist Bülteni

Başkandan



Herkese merhaba

Yaz tatili bitti. Eylül ayı ile birlikte akademik yıl tekrar başlamaktadır. Biz TJOD İstanbul Yönetim Kurulu olarak bu yaz tatilinde 2025-2026 akademik toplantı programımızı yapmış bulunmaktayız. Bültende de göreceğiniz üzere 2025 Eylül ayından 2026 Haziran ayına kadar programlarımız belli oldu. Yaz tatilindeki bu iki ay içinde özveriyle bu programı oluşturmak için uğraşan tüm yönetim kurulu üyelerine ve programlarda yer almayı kabul eden tüm hocalarımıza teşekkür ederiz.

Bu yıl toplantılarımızın üç tanesini istek üzerine deneme amaçlı hafta içi çarşamba günleri yapacağız. Diğer toplantılar eskiden olduğu gibi pazar günü olacaktır. Toplantılarımız aynı şekilde **Şişli Radisson Blu Otel**'de olacaktır. Biliyorsunuz ki her bültenimizde bir sağlık kuruluşumuzun kadın doğum bölümünü tanıtıyoruz. Bu bültenimizde de aynı zamanda yönetim kurulu üyemiz olan sevgili **Süleyman Salman** Hoca'nın liderlik ettiği **Gaziosmanpaşa Eğitim ve Araştırma Hastanesi** Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği'ni tanıtacağız. Aynı zamanda benim de bulunduğum Mayıs ayında yapılan **Dünya Endometriozis Kongresi** özetini sevgili Doç. Dr. **Meryem Hocaoğlu** hazırladı. Kendisine teşekkür ederiz. Bu arada **2027 Dünya Endometriozis Kongresi** ülkemizde İstanbul'da yapılacaktır. Bunu da buradan duyurmak isterim. Yeni akademik yılımızın hepimize daha faydalı olması dileğiyle tüm Türk milletinin **30 Ağustos Zafer Bayramı**'nı gönülden kutlarım. Bu zaferi bize kazandıran başta **Mustafa Kemal Atatürk** ve tüm silah arkadaşlarına minnet borçluyuz.

Saygılarımla

TJOD İstanbul Şubesi Yönetim Kurulu Adına

Başkan

PROF. DR. ENGİN ORAL



TJODist Bülteni

Değerli Meslektaşlarımız,

Bu ayki bültenimize kadın hastalıkları ve doğum eğitiminde aktif kliniklerden biri olan eski adıyla 'Taksim Eğitim ve Araştırma Hastanesi' yeni adıyla 'Gaziosmanpaşa Eğitim ve Araştırma Hastanesi' kadın hastalıkları ve doğum kliniğinin tanıtımı ile başlıyoruz. Bu güzel yazıyı hazırlayan Dr. Havva Betül Bacak ve Prof Dr. Süleyman Salman'a çok teşekkür ediyor ve beğenerek okuyacağınızı umuyoruz.

Bu ayki sayımızda önceki aylarda olduğu gibi faydalı olacağına inandığımız güncel makalelerin özetlerini yayınlıyoruz. İlk makalemizde **Dr. Gaye Arslan** sizlere 2025 Mayıs ayında The Journal of Minimally Invasive Gynecology dergisinde yayımlanan uterin myomların tedavisinde uterin arter embolizasyonu kullanımı: başlıca ulusal kılavuzların karşılaştırmalı bir incelemesini özetledi. **Dr. Fatma Canan** obstetrik makalemizde 2024 Ocak ayında Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica dergisinde yayımlanan 'plasenta akreata spektrumunda uterus koruyucu cerrahi fırsatları ve engelleri' başlıklı çalışmayı hazırladı. Üçüncü makalede **Dr. Atacem Mert Aytekin** 2025 Temmuz ayında The Journal of American Medical Association (JAMA) dergisinde yayımlanan over kanseri derlemesini özetledi. Son makalemizde ise **Dr. Hale Özer Çaltak** Temmuz 2025 tarihinde Obstetrics and Gynecology dergisinde yayımlanan 'Molar gebelik etyolojisi, seyir ve yönetimde yeni gelişmeler' başlıklı derlemeyi hazırladı. Son olarak **Dr. Meryem Hocaoğlu** 21-24 Mayıs 2025 tarihleri arasında Avustralya'nın Sidney kentinde düzenlenen 16. Dünya Endometriozis Kongresi'nden (16th World Congress on Endometriosis) izlenimlerini ve bu alandaki yenilikleri bizlerle paylaştı.

Bültenimizi beğenerek okuyacağınızı umarak, katkıda bulunan meslektaşlarımıza yönetim kurulu adına teşekkür ederiz.

30 Ağustos Zafer Bayramı'mızı kutlar, görüş ve önerilerinize her zaman açık olduğumuzu belirtmek isteriz.



Dr. ÖZLEM DURAL

İstanbul Üniversitesi
İstanbul Tıp Fakültesi
Kadın Hastalıkları ve Doğum AD



Dr. HAKAN ERENEL

Başakşehir Çam ve Sakura Şehir Hastanesi
Perinatoloji Kliniği



TJODist Bülteni

Gaziosmanpaşa Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği

Taksim Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği 60 yılı aşkın köklü geçmişiyle İstanbul'un sayılı kadın sağlığı merkezlerinden biri olarak tanınmıştır. 1969 yılında açılan 360 yataklı modern hastane bloğunda doğum ve jinekoloji hizmetleri ile faaliyete başlamış; yıllar içinde yalnızca İstanbul'un değil, Türkiye'nin birçok bölgesinden gelen hastalara da hizmet veren önemli bir referans merkezi hâline gelmiştir.

2013 yılında, Taksim'deki merkez binanın yenilenmesi süreci nedeniyle klinik, Gaziosmanpaşa'daki yeni yerleşkeye taşınarak "Gaziosmanpaşa Taksim Eğitim ve Araştırma Hastanesi" adı altında hizmete devam etmiştir. 2018'de Taksim Eğitim ve Araştırma Hastanesi ile Gaziosmanpaşa Eğitim ve Araştırma Hastanesi tamamen ayrılmış olup Eğitim kliniği Gaziosmanpaşa'da kalarak, Gaziosmanpaşa Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği, Gaziosmanpaşa ilçesi Mevlâna mahallesinde Fizik tedavi Ek hizmet binasında bağımsız ve güçlü bir şekilde hizmet vermeye devam etmiştir. Hastanemiz Taksim'den Gaziosmanpaşa'ya taşınma sürecinde birçok hekimin ayrılması nedeniyle özellikle Kadın Doğum kliniği neredeyse kapanma sürecine girmiş ancak genç ve dinamik kadronun oluşmasıyla adeta küllerinden yeniden doğmuştur. Hiç Asistan hekimin olmadığı bir süre geçiren klinik daha sonra canlanmaya başlamıştır.

Kliniğimizde bugün: Klinik eğitim ve idari sorumlusu Prof. Dr. Süleyman Salman ile birlikte Doç. Dr. Serkan Kumbasar, Doç. Dr. Fatma Ketenci Gencer, Doç. Dr. Elif Yıldız, Doç. Dr. Ada Bender Önal eğitim görevlisi olarak görev yapmaktadır. Ayrıca 15 uzman hekim ve 30 asistan hekim aktif olarak görev yapmaktadır. Kliniğimiz eğitim kliniği olmanın bilinciyle asistan hekim eğitimini öncelikli görevlerinden biri olarak kabul edip asistanların teorik ve pratik becerilerini arttırmak için tüm imkanları kullanmakta ve özveriyle çalışmaktadır. Kliğimizde başta ürojinekolojik ameliyatlara olmak üzere, minimal invaziv güncel cerrahi teknikler hastalarımıza sunulmakta aynı zamanda cerrahi eğitim verilmektedir. Akademik anlamda da kliniğimizden tıp literatürüne katkı sağlayan yayınlar yapılmaktadır.

Eğitim kliniğimizde Son 10 yılda 40'tan fazla asistan hekim uzmanlık eğitimini tamamlamış olup bu hekimler Türkiye'nin dört bir yanında, büyükşehirlerden küçük ilçelere kadar geniş bir coğrafyada hizmet vermektedir. Yetiştirdiğimiz uzmanlar, görev yaptıkları illerde yalnızca rutin doğum ve jinekoloji hizmetleri değil, ileri düzey minimal invaziv ameliyatlara da dahil olmak üzere güncel jinekolojik cerrahileri gerçekleştirmektedir.



TJODist Bülteni

Cerrahi Yetkinlik ve Operasyon Çeşitliliği ile kliniğimiz, Türkiye’de kadın sağlığı alanında ileri cerrahilerin merkezi hâline gelmiştir. Başlıca cerrahi uygulamalarımız şunlardır:

- Prolapsus cerrahileri: Uterus ve vajinal duvar sarkmalarının ileri cerrahi yöntemlerle tedavisi.
- Tüm laparoskopik cerrahiler: Minimal invaziv tekniklerle hem jinekolojik hem onkolojik operasyonlar.
- V-NOTES cerrahiler: Vajinal yoldan doğal girişimle yapılan laparoskopik ameliyatlar; hem estetik hem de iyileşme süresi açısından hastalara büyük avantaj sağlamaktadır.
- Ürojinekolojik cerrahiler: İnkontinans ve pelvik taban bozukluklarının modern tekniklerle tedavisi.
- Kadın onkolojik cerrahiler: Uterus, over ve serviks kanserlerinde hem laparoskopik hem açık cerrahi yöntemler.

Bilimsel Çalışmalar ve Yenilikçi Yaklaşımlar

Klinik olarak, yalnızca cerrahi alanda değil, akademik üretkenlikte de öne çıkıyoruz. Özellikle ürojinekoloji alanında yeni cerrahi teknikler tanımlayan ve literatüre kazandıran ulusal ve uluslararası yayınlarımız bulunmaktadır. Bunun yanı sıra perinatoloji, infertilite, jinekolojik onkoloji ve minimal invaziv cerrahi konularında çok sayıda makale, bildiri ve araştırma çalışmamız mevcuttur.

Hizmet Alanımız ve Etki Çapımız

Gaziosmanpaşa Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği, İstanbul’un çok geniş bir bölgesine –Gaziosmanpaşa, Eyüpsultan, Sultangazi, Arnavutköy, Bayrampaşa, Kağıthane, Sarıyer ve çevre ilçeler dahil– aktif olarak hizmet sunmaktadır.

Modern tıbbi donanımımız, güçlü akademik kadromuz, ileri cerrahi kapasitemiz ve hasta odaklı hizmet anlayışımız ile hem bölgesel hem de ulusal ölçekte bir referans merkezi olma niteliğimizi her geçen gün daha da pekiştiriyoruz. Kliniğimizde yapılan kurs ve sempozyumlarla uzmanlık sonrası eğitime katkı sağlamaktayız.

Hazırlayan: Dr. Havva Betül Bacak, Dr. Süleyman Salman



TJODist Bülteni



Invited Article

Use of Uterine Artery Embolization for the Treatment of Uterine Fibroids: A Comparative Review of Major National Guidelines

Cyra M. Cottrell, MD, and Elizabeth A. Stewart, MD

From the Department of Obstetrics and Gynecology, Division of Reproductive Endocrinology and Infertility, Mayo Clinic and Mayo Clinic College of Medicine and Science, Rochester, MN, United States (all authors).

Uterin Myomların Tedavisinde Uterin Arter Embolizasyonu Kullanımı: Başlıca Ulusal Kılavuzların Karşılaştırmalı Bir İncelemesi

Özet ve Çeviri: Dr. Gaye Arslan

ÖZET

Amaç: Myomlar, anemi, pelvik ağrı ve infertilite dahil olmak üzere pek çok önemli morbiditeye neden olur. Sağlık çalışanlarının myomlar için mevcut çeşitli tedavi yöntemleri konusunda bilgi sahibi olmaları zorunludur. Özellikle, uterin arter embolizasyonu (UAE), anemiyi, pelvik ağrıyı azaltan ve yaşam kalitesini iyileştiren bir tedavi yöntemidir. Bu makalenin amacı, sağlık çalışanlarına en iyi uygulamalar hakkında bilgi sunmak için UAE ile ilgili uluslararası yönergeleri karşılaştırmaktır.

Veri Kaynakları: American College of Obstetrics and Gynecology, The Royal College of Obstetricians and Gynaecologists, the Royal College of Radiologists, National College of French Gynecologists and Obstetricians, The Royal Australian New Zealand College of Obstetricians and Gynaecologists, the Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada, ve the National Institute for Health and Care Excellence hakemli Pubmed makaleleri incelendi.

Çalışma Seçimi Methodu: UAE ile olası coğrafi, kültürel ve toplumsal farklılıkları kapsayacak şekilde başlıca uluslararası kılavuzların karşılaştırmalı bir incelemesi yapıldı.



TJODist Bülteni

Tablolar, Analiz ve Sonuçlar: Verilerin incelenmesi, kılavuzların UAE ile myom tedavisinin önerilmesi konusunda pek çok faktörün etkili olduğunu ortaya koydu. Kılavuzlar, küçük myomlar, intrakaviter/submukozal myomlar ve saplı serozal myomlar için UAE önerilip önerilmemesi ve görüntüleme yöntemleri tercihi konusunda farklılık göstermektedir. Çoğu görüş, bir jinekolog ve girişimsel radyologdan oluşan deneyimli bir sağlık ekibinin dahil edilmesi gerektiği konusunda hemfikirdir. Ameliyat öncesi antibiyotikler ve rahim içi cihaz çıkarılması önerilebilir. Doğurganlık isteyen hastalar için UAE, danışmanlık sonrasında çoğu kılavuzda bir seçenek olarak kalmaya devam etmektedir.

Sonuçlar: UAE, histerektomi ve myomektomiye göre güvenli, etkili ve uygun maliyetli bir alternatiftir. Hasta danışmanlık sürecinde UAE'yi bir tedavi seçeneği olarak dahil etmek kritik öneme sahiptir. Kılavuzlar, veri yorumlamasına göre değişiklik göstermekte olup klinik araştırmalara ve uzman görüşlerine dayanmaktadır. Karma veriler ve randomize kontrollü çalışmaların eksikliği nedeniyle, kılavuzlar doğurganlığı korumak isteyen hastalara UAE önerilmesi konusunda fikir farklılıkları göstermektedir. Sonraki gebelikler için UAE'nin güvenliğini destekleyen yeni çalışmalara dikkat etmek hayati önem taşımaktadır. Journal of Minimally Invasive Gynecology (2025) 32, 418–424. © 2024 AAGL.

Anahtar Kelimeler: Uterin arter embolizasyonu; Leiomyom; Myomlar

Veri Toplama

Bu makale, the American College of Obstetrics and Gynecology [1], The Royal College of Obstetricians and Gynaecologists (RCOG) and the Royal College of Radiologists [2], National College of French Gynecologists and Obstetricians (CNGOF) [3], The Royal Australian and New Zealand College of Obstetricians and Gynaecologists [4], the Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada (SOGC) [5] ve the National Institute for Health and Care Excellence [6] kılavuzlarının karşılaştırmalı incelemesidir. Yukarıda belirtilen kılavuzlar, coğrafi farklılıklara sahip olmaları amacıyla seçilmiştir, yakın zamanda güncellenmiş ve İngilizce olarak kolayca incelenebilir durumdadır. Uluslararası uterin arter embolizasyonu (UAE) kılavuzlarının incelenmesiyle birlikte PubMed kullanılarak bir literatür taraması yapılmıştır. Bu bulgular Tablo 1'de özetlenmiştir.



TJODist Bülteni

Çalışmanın Arka Planı

Uterin myomlar, düz kastan oluşan iyi huylu uterus neoplazmlarıdır. Myomlar oldukça yaygındır ve üreme çağındaki kadınların %70 kadarında görüldüğü tahmin edilmektedir. Ancak yaklaşık %25'i tıbbi müdahale gerektirmektedir [7]. Myomlar, uterus içinde boyut ve yer bakımından değişiklik gösterebilir ve bu da hastaların farklı şikayetlerle başvuru yapmalarına neden olabilir. Myomlu hastalarda, düzensiz ve yoğun âdet kanaması, şiddetli anemi, dismenore, pelvik basınç ve ağrı, idrar kaçırma, infertilite, erken ve tekrarlayan düşükler görülebilir. [8]. Uterin myomlar; Afrikalı Amerikalı kadınlarda, Kafkasyalı kadınlara göre daha yaygındır [9] ve bu kadınlar daha şiddetli semptomlara sahip olma eğilimindedir [10]. Araştırmalar ayrıca, Kafkasyalı kadınlara kıyasla, Afrikalı Amerikalı kadınların daha genç yaşta myom geliştirdiğini ve daha ciddi myomlara (örneğin, daha büyük boyut, sayı ve büyüme hızı) sahip olduğunu göstermektedir [11,12]. Önemli morbiditeye ek olarak, myomlar sağlık sistemi için maliyetlidir. 2010 yılında, myomların Amerika Birleşik Devletleri'ne yıllık 5,9 ila 34,4 milyar dolara mal olduğu tahmin edilmektedir [13].

Myomların görünümünün heterojen olduğu bilinmektedir, bu nedenle myomların yönetimi büyük ölçüde farklılık gösterebilir. Ayrıca, kültürel, teknik ve tıbbi özellikler farklı tedavi seçeneklerine yol açabilir. Bu derleme, myomların tedavisi için UAE düşünüldüğünde yönetim kılavuzlarındaki tutarlılıkları ve farklılıkları ortaya koymayı amaçlamaktadır.

Uterin Myomların Tedavisi

Myomların tedavi seçenekleri arasında tıbbi tedavi, prosedürel seçenekler veya cerrahi tedavi yer alır. Bu seçenekler, yoğun adet kanamasını, pelvik ağrıyı, kitle semptomlarını azaltmayı ve üreme sonuçlarını iyileştirmeyi amaçlamaktadır. Tıbbi seçenekler arasında oral kontraseptifler (östrojen/progestin), traneksamik asit, oral veya enjekte edilebilir progestinler, levonorgestrel salgılayan intrauterin sistem, gonadotropin salgılatıcı hormon agonistleri, gonadotropin salgılatıcı hormon antagonistleri kombinasyonları, seçici progesteron reseptör modülatörleri ve aromataz inhibitörleri bulunur [1]. D vitamini ve epigallokateşin gallat gibi doğal tedavilerin de tedavi seçenekleri olduğu öne sürülmüştür [14]. Tıbbi tedaviler; etkinlik, yan etkiler, güvenlik profili ve hasta kitlesi özellikleriyle ilişkili olarak semptomatik iyileşme açısından farklılık gösterir. Ayrıca, dünya çapında önemli kullanımına rağmen Amerika Birleşik Devletleri'nde Gıda ve İlaç Dairesi (FDA) tarafından myomların tedavisi için hiçbir zaman onaylanmamış olan ulipristal asetat örneğinde olduğu gibi, ilaçlara tüm ülkelerde erişilemeyebilir. Prosedürel ve organ koruyucu cerrahi müdahaleler arasında UAE, manyetik rezonans görüntüleme ve ultrason eşliğinde odaklanmış ultrason ile laparoskopik ve histeroskopik radyofrekans ablasyonu bulunur. Odaklanmış ultrason ve radyofrekans ablasyon prosedürleri, erişilebilir yerlerde tek veya birkaç myomu olan, rahmini korumak isteyen veya ideal cerrahiye aday olmayabilecek kadınlar için düşünülebilir. Myomların tedavisinde cerrahi tedaviler arasında myomektomi, laparoskopik bipolar koagülasyon veya uterus damarlarının diseksiyonu (veya her ikisi) ve histerektomi yer alır [15]. Cerrahi tedaviler arasında myomektomi ve histerektomi için çeşitli yöntemler bulunur. Histerektomi, yeni myom oluşumunu önlemek için mevcut tek tedavi yöntemidir.

Myomların Tedavisinde Uterin Arter Embolizasyonu

UAE ilk olarak doğum sonrası kanamayı tedavi etmek için bir teknik olarak geliştirilmiştir. Ravina ve arkadaşları [16], 1991 yılında myomları tedavi etmek için UAE'yi ilk kullanan kişiler olmuş ve bu da 1995 yılında yayınlanan bir vaka serisiyle sonuçlanmıştır. Myomların hipervaskülerize lezyonlar olması, antihemoraji prosedürünün cerrahi tedaviye oranla daha başarılı ve güvenli bir alternatif haline gelmesini sağlamıştır. 1995'ten bu yana, UAE tekniklerindeki birçok ilerleme, onu uluslararası alanda myom tedavisi için erişilebilir bir seçenek haline getirmiştir. Doğal olarak, UAE'nin kullanımı ve sunulduğu hasta popülasyonu gelişmiş ve uzun vadeli etkileri ve sonuçları olan bir sinerji ve söylem yaratmıştır.

Table 1

Comparison of key components of UAE guidelines, sorted by authoring national organization

	ACOG	RCOG	RANZCOG	NICE	SOGC	CNGOF
Care Team	No specific recommendations	Experienced gynecologist and interventional radiologist	Referral to experienced interventional radiologist	Care team to include gynecologist and interventional radiologist	Care team to include gynecologist and interventional radiologist experienced with UAE	No specific recommendations
Size/Location of Fibroids	No explicit size or location criteria	FIGO 0, 1, or 7 with plans in place for surgical intervention	FIGO 0, 1, or 7 counseled on possibility of requiring surgical intervention	Fibroids ≥ 3 cm	No explicit size or location criteria	FIGO 0, 1, or 7 should not be treated by embolization.
Preprocedural Imaging	US as a screen. MRI for surgical planning or vascularity assessment.	MRI	MRI or US	US as a screen. MRI for surgical planning or vascularity assessment	MRI or US	US or hysterosonography. Second-line MRI
Preoperative Considerations	No specific recommendations	Perioperative antibiotics at provider discretion. IUD removed before UAE. Evaluate for genital infections	High risk patients counseled on risk of malignancy	No specific recommendations	Treatment of UTIs, removal of IUD	No specific recommendations
Contraindications	Active pelvic infection, suspicion for malignancy or pregnancy	Current pregnancy, active pelvic infections, lack of certainty of benign disease, unwilling to undergo hysterectomy	Current pregnancy, active pelvic infections, or lack of certainty of benign disease	Asymptomatic fibroids	Active pelvic infections, malignancy, or unwilling to undergo hysterectomy.	Future desire for pregnancy
Embolic Agent	No specific recommendations	No specific recommendations	No specific recommendations	No specific recommendations	No specific recommendations	Particles greater than 500 μ m should be used
Future Fertility	Counsel on limited data on reproductive outcomes	Counsel on limited data on reproductive outcomes	Counsel on limited data on reproductive outcomes	Counsel on limited data on reproductive outcomes	Counsel on limited data on reproductive outcomes	UAE is not a first-line treatment for women who want to become pregnant. Counsel on limited data on reproductive outcomes
Follow Up	No specific recommendations	Follow-up protocols should be established to include contact telephone numbers for advice after procedure	No specific recommendations	No specific recommendations	Follow up is needed-no specific time frame or format noted	No specific recommendations

ACOG = American College of Obstetrics and Gynecology; CNGOF = Royal College of Radiologists, National College of French Gynecologists and Obstetricians; FIGO = International Federation of Gynecology and Obstetrics; IUD = intrauterine device; MRI = magnetic resonance image; NICE = National Institute for Health and Care Excellence; RANZCOG = The Royal Australian and New Zealand College of Obstetricians and Gynaecologists; RCOG = The Royal College of Obstetricians and Gynaecologists; SOGC = Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada; UTI = urinary tract infection.



TJODist Bülteni

Ameliyat Öncesi ve Ameliyat Sırasında Dikkat Edilmesi Gerekenler

Diğer önemli jinekolojik müdahalelerde olduğu gibi, UAE için de işlem öncesi dikkat edilmesi gerekenler, güvenliği sağlamak ve komplikasyonları en aza indirmek için son derece önemlidir. İncelenen kılavuzlar, bir hasta UAE'ye girmeden önce nelerin gerekli olduğu ve nelerin dikkate alınabileceği konusunda farklılık göstermektedir. Bu kategoriler arasında myom boyutu ve yerine göre, ameliyat öncesi görüntüleme, laboratuvar değerlendirmesi, bulaşıcı hastalık testi, ameliyat sırasında antibiyotik kullanımı ve rahim içi araç (RİA) çıkarılması yer almaktadır.

UAE işlemine hazırlık olarak hastanın muayenesinin bir parçası olarak dikkatli bir öykü ve kapsamlı bir değerlendirme yapılmalıdır. Birçok kişi, işlemi gerçekleştiren bir jinekolog ve girişimsel radyologla konsültasyon yapılması, uyum sağlanması ve işlemin, risklerinin ve faydalarının ve beklenen sonucun zaman kısıtlaması olmaksızın ayrıntılı olarak tartışılması gerektiği konusunda hemfikirdir [17].

Uluslararası kılavuzlar, UAE için hangi myomun boyutunun ve yerinin dikkate alınması gerektiği konusunda farklılık göstermektedir. Örneğin; RCOG, CNGOF ve Royal Australian and New Zealand College of Obstetricians and Gynaecologists de dahil olmak üzere çeşitli kuruluşlar, saplı myomların embolizasyonunun (International Federation of Gynecology and Obstetrics (FIGO) 0, 1 ve 7) komplikasyon riskinin faydalarından daha ağır basabileceği konusunda uyarılmaktadır; ancak kanıtlar bunun güvenli bir uygulama olduğunu göstermektedir [18]. National Institute for Health and Care

Excellence, asemptomatik myomların tedaviye alınmamasını, boyut olarak 3 cm'den büyük myomlar için UAE'nin düşünülmesini önermektedir; ancak cerrahi olarak yaklaşılması zor olan multipl küçük myomları olan uterus, her myomun ayrı ayrı hedeflenmesi gerekmediğinden, birçok yönden UAE için ideal bir adaydır. American College of Obstetrics and Gynecology ve SOGC, myomların boyutunu veya yerini UAE için endikasyon veya kontrendikasyon olarak açıkça listelememektedir.

Konsensüs, ultrasonu makul bir birinci basamak görüntüleme yöntemi olarak kabul etmektedir. Manyetik rezonans görüntüleme, myomların vaskülaritesini daha fazla değerlendirmek veya gelecekteki cerrahi planlama için zor lokalizasyona sahip myomları daha iyi belirlemek için bir araç olarak birçok büyük uluslararası grup tarafından teşvik edilmektedir. Manyetik rezonans görüntüleme, özellikle menopozal dönemde, tamoksifen kullanımı, pelvik radyasyon öyküsü veya Herediter Leiomyomatozis ve Renal Hücreli Karsinom gibi sarkom açısından yüksek risk olabilecek spesifik genetik sendromları olan kadınlarda, atipik veya potansiyel olarak kötü huylu uterin lezyonlarını tespit etmek için de kullanılabilir. Ayrıca, hızla büyüyen myomlar leiomyosarkom endişesine yol açmalı ve UAE önerilmeden önce uygun bir değerlendirme yapılmalıdır [19]. İlginç bir şekilde, CNGOF sonohisterografiyi kabul edilebilir bir başlangıç görüntüleme tekniği olarak listelemektedir.



TJODist Bülteni

Birçok kılavuz, işlem öncesi antibiyotiklerin rutin kullanımını önermemektedir. RCOG, antibiyotik kullanımının sağlık çalışanlarının takdirine bağlı olduğunu açıkça belirtmektedir. Ancak, RCOG, pelvik enfeksiyonların değerlendirilmesi ve tedavisinin UAE'den önce tamamlanmasını önermektedir. SOGC, varsa idrar yolu enfeksiyonlarının embolizasyondan önce ortadan kaldırılmasını önermektedir. RIA'nın UAE sırasında çıkarılması önerisi konusunda karışık veriler mevcuttur. RCOG ve SOGC, işlemden önce RIA'nın çıkarılmasını açıkça önerirken, diğer kılavuzlar bunu bir gereklilik olarak belirtmemektedir.

Kılavuzlar genel olarak, UAE geçiren hastaların, UAE komplikasyonlarını yönetme konusunda yetkin, deneyimli bir jinekolog ve girişimsel radyologdan oluşan bir bakım ekibine sahip olması gerektiğini belirtmektedir. Ameliyat sonrası komplikasyonlar için rol dağılımı ve sorumluluk şiddetle önerilmektedir. İncelenen kılavuzların hiçbirinde takip süresi açıkça önerilmemektedir.

UAE Teknikleri

UAE, myomlara kan akışını engellerken miyometriyal kan akışını korumak amacıyla her iki uterin arterin biyouyumlu partiküllerle tıkanmasını içerir. Tıkanıklık için en yaygın kullanılan ajan, kontrast solüsyonunda süspansiyon edilmiş, çeşitli boyutlarda (normalde 150-1000 mikron) bulunan, biyolojik olarak parçalanmayan bir ajan olan polivinil alkoldür (PVA) [15]. Çoğu önemli uluslararası kılavuz, embolizasyon için tercih edilen belirli bir malzeme veya partikül boyutunu bildirmez; ancak CNGOF, 500 µm'den büyük partiküllerin kullanılmasını önermektedir.

Sedoanaljezi, lokal anestezi veya genel anestezi dahil üzere çeşitli anestezi seçenekleri kullanılmakta olup, çoğu merkez sedoanaljezi kullanmaktadır. Bazı uygulayıcılar profilaktik antibiyotikler uygulamaktadır, ancak UAE protokollerine ilişkin başlıca uluslararası kılavuzlar rutin antibiyotik kullanımını şiddetle önermemektedir. Arteriyel ponksiyon bölgesinin yeterli topikal sterilizasyonu önerilmektedir.

Bir anjiyografi kateteri doğrudan femoral artere yerleştirilir ve ardından kontralateral uterin arter seçici olarak kateterize edilir. Hedeflenen myom(lar)a giden ana kan kaynağının uterin arter olduğunu ve overyan veya servikal arterlerden kaynaklanmadığını doğrulamak için genellikle başlangıçta kontrast madde kullanılır; bu durum komplikasyonları artırabilir ve etkinliği azaltabilir. Embolizasyondan sonra, kateter ipsilateral uterin artere geri döndürülür ve işlem tekrarlanır, böylece tek bir ponksiyon noktasından bilateral embolizasyon sağlanır. Hedef damarın başarılı bir şekilde tıkanıldığını ve hedef dışı embolizasyonun olmadığını doğrulamak için anjiyografi kullanılır. İşlemin tamamlanması 45 ila 135 dakika sürer ve overler yaklaşık 20 rad (20 cGy) iyonlaştırıcı radyasyona maruz bırakılır [20]. Kadınlar işlemden sonra 24 saate kadar gözlem altında tutulur ve ağrı kesici ve opioidlerle tedavi edilir.



TJODist Bülteni

UAE'nin Avantajları

UAE, randomize kontrollü çalışmalar ve yüksek kaliteli kanıt içeren literatür incelemeleriyle desteklenen, cerrahiye kıyasla birçok önemli avantaja sahiptir. Birleştirilmiş çalışmalardan elde edilen sonuçlar, myomektomiye kıyasla UAE uygulanan hastaların kan transfüzyonuna ihtiyaç duyma olasılığının önemli ölçüde daha düşük olduğunu göstermiştir [olasılık oranı (odds ratio) 0,07; %95 güven aralığı 0,01-0,52] [15]. Zaten anemiye yatkın bir popülasyonda kan transfüzyonundan kaçınmak, cerrahi müdahalelerle ilişkili daha fazla morbiditeyi önler. Ayrıca, UAE, cerrahi müdahale için uygun preoperatif hemoglobine ulaşamayan kronik anemi hastalarında endikedir. UAE'nin kronik anemi hastalarında hemoglobin seviyelerini iyileştirdiği gösterilmiştir.

Büyük myomu olan hastalar ve birden fazla myom nedeniyle kapsamlı bir myomektomi gerektirebilecek hastalar; çok sayıda myomun hedeflenmesine olanak tanıyan UAE'den faydalanabilirler. UAE'nin minimal invaziv yapısı, uzun süreli iyileşme, abdominopelvik yapışıklıklar ve organ yaralanması gibi cerrahi sekel olasılığını ortadan kaldırır. Minimal invaziv bir prosedürle uyumlu olarak, hastalar ameliyattan sonra daha az postoperatif ağrı hissettiklerini ve normal aktivitelere daha hızlı dönüş yaptıklarını bildirmektedir. Çok merkezli prospektif bir kohort çalışması, daha düşük ortalama hastanede kalış süresi (UAE için 1 gün ve myomektomi için 2,5 gün), normal aktivitelere daha hızlı dönüş (UAE için 15 gün ve myomektomi için 44 gün) ve daha hızlı işe dönüş (UAE için 10 gün ve myomektomi için 37 gün) bulmuştur [21].

Cope ve ark. tarafından yürütülen sistematik bir inceleme [22], myomektomi ile karşılaştırıldığında UAE'nin benzer yaşam kalitesi puanlarına, semptom şiddeti puanlarına, cinsel fonksiyon puanlarına, yumurtalık fonksiyonuna ve müdahale sonrası düşük oranlarına sahip olduğunu bulmuştur. Ayrıca, Hartmann ve ark. [23], yaklaşık 8000 kadınla yapılan 7 randomize kontrollü çalışmayı incelemiş ve UAE'nin myom hacmini azaltmada (yüksek kaliteli kanıt), kanamayı azaltmada (yüksek kaliteli kanıt) ve yaşam kalitesinde (orta kaliteli kanıt) etkili olduğunu bulmuştur.

UAE'nin Dezavantajları/Kontrendikasyonları

UAE ile ilişkili komplikasyonlar ve riskler hasta danışmanlığı sırasında ayrıntılı olarak tartışılmalıdır. Komplikasyonlar ve riskler arasında işlem sonrası ağrı, embolizasyon sonrası sendrom, enfeksiyon, hedef dışı embolizasyona bağlı prematür over yetmezliği riski ve endometriyal atrofi, endometriyal leiomyoma fistülü veya intrauterin yapışıklıklara bağlı sekonder amenore yer almaktadır. [24] Postembolizasyon sendromu, düşük dereceli ateş, bulantı, kusma ve pelvik ağrıyı içerir. Profilaktik ağrı kontrolü, işlem sırasında IV nonsteroidal analjezikler uygulanarak ve yeterli ağrı kontrolü sağlamak için ameliyat sonrası ek analjeziklerle birlikte veya tek başına uygulanabilir. [17] Postembolizasyon sendromunun yanı sıra, komplikasyonlar nadir görülmektedir ve genellikle vaka raporlarında bulunur. UAE ile ilgili uluslararası kılavuzlar, gebe kalma ve gebelik üzerindeki bilinmeyen etkiden sürekli olarak bahsetmektedir.



TJODist Bülteni

Randomize çalışmalarda, UAE'nin işlem sonrası dönemde cerrahiye kıyasla daha az majör, ancak daha fazla minör komplikasyona yol açtığı bulunmuştur. Planlanmamış histerektomi, tekrar hastaneye yatış, over yetmezliği ve pulmoner emboli dahil olmak üzere majör komplikasyonların oranı, UAE sırasında ve sonrasında işlemden sonraki bir ay içinde %1,2 ile %6,9 arasında değişirken, 1 yıl içinde %3'e kadar artmaktadır [25]. Bu oran 2 yıl sonra yaklaşık %5 iken, cerrahi myom tedavisinden sonra %2,7'ye çıkmıştır [26]. UAE'nin ayakta tedavi prosedürü olarak yapıldığını ve tekrar yatış veya acil servis değerlendirmesinin minör komplikasyon olarak sayıldığını belirtmek önemlidir.

Gupta ve ark. tarafından yürütülen bir Cochrane incelemesi [15], birincil karşılaştırma olarak histerektomili cerrahiye kıyasla UAE'den sonra tekrar müdahale riskinin arttığını gösteren birkaç çalışmaya atıfta bulunmaktadır. Çalışmalar bir araya getirildiğinde, şaşırtıcı olmayan bir şekilde, UAE geçiren kadınlarda, 2 yıl içinde olmak üzere, daha fazla cerrahi müdahaleye ihtiyaç duyma olasılığı daha yüksekti [olasılık oranı (odds ratio) 3,72; %95 güven aralığı 2,28-6,04].

Uluslararası kılavuzların tümü, malignite, gebelik ve aktif pelvik enfeksiyon açısından aktif veya yüksek şüpheyi UAE için bir kontrendikasyon olarak kabul etmektedir. RCOG ve SOGC'nin histerektomiye rıza göstermemeyi bir kontrendikasyon olarak listelediğini belirtmek zorunludur. Asemptomatik myomların tedavi için uygun olmadığı büyük ölçüde kabul edilmektedir.

Fertilite ve Gelecekteki Gebelik Düşünceleri

Çoğu randomize ve randomize olmayan seri, UAE için klinik başarı ve sonraki gebelik başarısı olasılığının yüksek olduğunu bildirmektedir, ancak UAE her zaman cerrahi tekniklerden üstün değildir. UAE, minimal invaziv bir prosedürü cerrahiye veya diğer tedavi yöntemlerine tercih eden ve UAE'nin risklerini kabul etmeye istekli kadınlar için en uygun yöntemdir [27,28].

UAE sonrası gebe kalma yeteneği konusunda endişeler ortaya çıkmış olsa da vaka serileri myomektomi ile karşılaştırılabilir başarılı gebelik oranları göstermiştir. FEMME çalışması (Histerektomiden Kaçınmak İsteyen Kadınlarda Yaşam Kalitesi Üzerindeki Etkisini Ölçmek İçin Myomların Embolizasyon veya Miyomektomi ile Tedavisine İlişkin Randomize Bir Çalışma), UAE ve myomektomi geçiren hastalarda gebelik oranlarını bildirmiştir. Toplamda, UAE'ye randomize edilen gruptaki 9 kadın (%8) ve myomektomiye randomize edilen 5 kadın (%4), randomizasyondan sonraki 2 yıl içinde gebelik bildirmiştir; UAE grubunda 6 canlı doğum, myomektomi grubunda ise 4 canlı doğum gerçekleşmiştir. Dolayısıyla, UAE grubunda myomektomiye göre daha yüksek gebelik oranları ve canlı doğum oranları bulunmuştur ve katılımcıların ortalama yaşı 40'tır [29]. Bu çalışmanın, UAE ve myomektomi grupları arasında gebelik oranları veya sonuçlarında istatistiksel



TJODist Bülteni

olarak anlamlı farklılıklar ortaya koymak için tasarlanmadığını belirtmek önemlidir. Ayrıca, yakın zamanda yapılan bir sistematik analiz, intramural myomların doğurganlık üzerinde olumsuz etkileri olduğunu ve bu etkinin myomektomi sonrasında da geri döndürülmediğini göstermiştir [30].

Birçok çalışma, UAE'den sonra önemli bir over disfonksiyonu olabileceğini sorgulasa da bu durumun myom tedavisi cerrahisinde de benzer şekilde görülen yaşa bağlı bir durum olduğu görülmektedir. UAE ile oluşabilen hedef dışı ve kollateral damar tıkanıklığının, UAE sonrası olası over disfonksiyonunun arkasındaki mekanizma olduğu düşünülmektedir. Bu durum, folikül uyarıcı hormonda geçici bir artış ve antimüllerian hormonda bir azalma ile görülebilir. FEMME çalışmasında, hormonal seviyeler, incelenen zamanların çoğunda 2 grupta da önemli ölçüde farklı görünmemiştir [29]. Randomize EMMY (Embolizasyon ve histerektomi) çalışmasında, çalışmanın sonunda (24 aylık takip) hem embolizasyon hem de histerektomi gruplarında yükselmiş folikül uyarıcı hormon seviyeleri ve menopoza semptomlarının görülmesi benzerdi [31]. Bu çalışmada ortalama hasta yaşının yaklaşık 45 olduğu ve bunun UAE'nin antimüllerian hormon düzeyleri üzerindeki olumsuz etkisini açıklayabileceği vurgulanmalıdır [32].

UAE'yi takiben uterus rüptürü ile ilgili birkaç vaka raporu mevcuttur [33-35]. Buna karşılık, myomektomi sonrası uterus rüptürü riskinin yaklaşık %0,79 [36], daha önce bir sezaryen doğum yapmış kadınlarda %1 ve 2 veya daha fazla sezaryen doğum yapmış kadınlarda %3,9 [37] olduğu tahmin edilmektedir. Ayrıca, birçok sağlık çalışanının myomektomi sonrası sezaryen doğumu önerdiği, ancak bunun UAE sonrası bir öneri olmadığı da unutulmamalıdır.

Ayrıca, UAE'yi takiben plasenta kan akışında olumsuz bir etkiye neden olabileceği de teorik olarak mevcuttur. Obstetrik komplikasyonlar arasında anormal plasantasyon, erken doğum, fetal büyüme kısıtlaması ve doğum sonrası kanama yer alabilir, ancak çalışmalar bu komplikasyonların tedavi edilmemiş myomlu veya myomektomi geçiren kadınlara göre önemli ölçüde daha yüksek oranlarda ortaya çıktığını güvenilir bir şekilde desteklememiştir. Başlıca uluslararası kılavuzlar, gelecekte fertilizasyon isteği olan kadınlara UAE'nin ancak dikkatli ve uygun danışmanlıktan sonra önerilebileceği konusunda uyarılmaktadır. CNGOF'un gelecekte fertilizasyon isteğini de UAE için bir kontrendikasyon olarak listelediği de dikkat çekicidir.



TJODist Bülteni

Sonuç

Genel olarak, UAE kılavuzlarında ülkeler arasında farklılıklar olsa da kılavuzlar UAE'nin myomlu hastalar için güvenli ve etkili bir tedavi olduğunu desteklemektedir. Uterus koruyucu myom tedavisi büyük ölçüde cerrahi olsa da hasta danışmanlık sürecinde UAE'nin bir alternatif olarak değerlendirilmesi zorunludur çünkü mevcut literatüre göre UAE'nin sonuçları cerrahi ile karşılaştırılabilir ve bazı açılardan cerrahi tedaviye göre daha üstündür.

Mevcut kılavuzlarda sınırlamalar mevcuttur. UAE'nin klinik açıdan önemli bazı yönleri kılavuzlarda ya ele alınmamış ya da ayrıntılı olarak değerlendirilmemiştir.

Daha fazla ele alınması gereken konular arasında, kullanılan embolizasyon partiküllerinin boyutu ve yapısı, uygulama tekniği, işlemin başarılı sayılması için kriterler, ameliyat sonrası ağrı kontrolü yöntemleri ve saplı miyomların nasıl yönetileceği konusunda ortak bir görüş oluşturulması yer almaktadır. Multidisipliner bir ekip yaklaşımıyla yayınlanan kılavuzlar faydalı olabilir. Sağlık çalışanları, UAE kılavuzlarını takip etmeli ve uygun hasta popülasyonuna UAE sunmalıdır.



PLASENTA AKREATA SPEKTRUMU İÇİN UTERUS KORUYUCU TEKNİKLERİN AVANTAJLARI VE ZORLUKLARI

Paping A, Bluth A, Al Naimi A, et al. Opportunities for, and barriers to, uterus-preserving surgical techniques for placenta accreta spectrum. Acta Obstet Gynecol Scand. 2025;104 Suppl 1(Suppl 1):8-19. doi:10.1111/aogs.14855

Özet ve Çeviri: Fatma Canan Karabaş

1.GİRİŞ

Plasenta akreta spektrumunun (PAS) yönetiminde, derecesine, hastanın ve doktorların tercihlerine ve klinik duruma bağlı olarak farklı cerrahi stratejiler bulunmaktadır. Özellikle PAS'ın yüksek derecelerinde (FIGO 2–3c) histerektomi en sık uygulanan prosedürdür. Genç kadınlar açısından peripartum histerektomi, yalnızca üreme sağlığını değil, aynı zamanda psikososyal iyilik halini de etkileyebilecek radikal bir girişim olarak değerlendirilmektedir

Fokal rezeksiyon ve onarım ya da plasentanın bırakılması histerektomiye alternatif uterus koruyucu tekniklerdir. Yapılan çalışmalarda, bu yaklaşımlar histerektomiye kıyasla benzer peripartum kan kaybı, daha az transfüzyon gereksinimi olduğu ve ameliyat süresinin daha kısa olduğu gösterilmiştir.

2.MATERYAL VE METHOD

2.1 VERİTABANI ANALİZİ

IS-PAS (Uluslararası Plasenta Akreta Spektrumu Derneği) veri tabanı, 14. gebelik haftası üzerinde olan ve plasenta akreta spektrumundan (PAS) şüphelenilen ve/veya patolojik olarak doğrulanmış vakalara ait prospektif olarak toplanmış obstetrik ve cerrahi verileri içermektedir. Ocak 2020 ile Haziran 2022 arasında toplam 315 vaka veri tabanına dahil edilmiştir. Veriler, PAS tedavisinde merkez olarak kabul edilen 16 farklı ülkedeki (Avrupa, Asya, Kuzey ve Güney Amerika) 23 merkezden toplanmıştır. Vakalar FIGO sınıflamasına göre derecelendirilmiştir. IS-PAS veri tabanındaki 315 vakanın yalnızca, doğum sırasında histerektomi, fokal rezeksiyon veya plasentanın bırakılması ile sonuçlanmış, doğrulanmış PAS vakaları bu analize dahil edilmiştir.

2.2 IS-PAS MERKEZLERİNİN ANKETİ

Veri tabanına vaka göndermiş olan 23 kayıtlı IS-PAS merkezinin üyeleri tarafından çevrim içi bir anket doldurulmuştur. Anket, antenatal danışmanlık ve ameliyat sırasındaki karar verme süreçleri ile ilgili toplam 21 soru içermektedir (Ek S1). Anket soruları arasında, antenatal danışmanlık sırasında endikasyonlar, planlanan yönetimin ilkeleri, tanı kriterleri ve öneriler yer aldı. Ayrıca, her merkezde kullanılan farklı yönetim stratejilerindeki cerrahi adımlar ve ekibin ameliyat sırasında tedavi stratejilerini değiştirmesine yol açabilecek olası durumlar soruldu.

2.3 VERİTABANI VE ANKET İSTATİKSEL ANALİZİ

Gruplar arasındaki karşılaştırmalar, sürekli değişkenler için Mann–Whitney U testi veya Kruskal–Wallis testi kullanılarak yapıldı ve katılımcılar öncelikle intraoperatif değerlendirme ve evreleme sonrasında uygulanan nihai tedaviye göre gruplandırıldı. İkinci analiz ise planlanan tedaviye göre gerçekleştirildi, bu kapsamda katılımcılar ameliyat öncesinde planlanan cerrahi prosedüre göre sınıflandırıldı. Veriler, medyan ve çeyrekler arası aralık (IQR) şeklinde rapor edildi. Çoklu karşılaştırmalar stepwise step-down yöntemi ile yapıldı. Kategorik değişkenler sayı (yüzde) olarak ifade edildi ve Fisher's Exact test ile karşılaştırıldı. Kontenjans tablolarının post hoc analizleri, Bonferroni düzeltmesi ile hücre bazlı residual analiz kullanılarak yapıldı. İstatistiksel analizler için SPSS Sürüm 28 (IBM, Chicago, ABD) kullanıldı. $P \leq 0,05$ değeri istatistiksel anlamlılık olarak kabul edildi.

Kullanılan yaklaşımların oranlarını ve yüzdelerini tanımlamak için tanımlayıcı istatistikler kullanıldı. Kategorik değişkenler Fisher's exact test ile karşılaştırıldı. İstatistiksel analizler için SPSS Sürüm 28 (IBM, Chicago, ABD) kullanıldı. $p \leq 0,05$ değeri istatistiksel anlamlılık olarak kabul edildi.

3.SONUÇLAR

3.1 VERİ TABANI ÇALIŞMA GRUBU

Dışlama kriterlerinin uygulanmasının ardından, 22 merkezden 234 vaka analiz edildi. Toplamda 186 vaka histerektomi ile, 38 vaka fokal rezeksiyon ile ve 10 vaka ise plasentanın bırakılması ile sonuçlanmıştı. Histerektomilerin 128'i (%68,8) planlı olarak yapılırken, 49'u (%26,4) plansız olarak gerçekleştirildi. 9 vakanın (%4,8) planlı ya da plansız yapıldığı belirtilmemişti. Planlanan tarihten önce acil/ani şekilde gerçekleştirilen veya konservatif tedavinin klinik olarak uygulanamadığı durumlar nedeni ile histerektomi yapılan 49 vakada başlangıçta planlanan tedaviler şunlardı: planlı histerektomi (n = 20 [%40,8]), fokal rezeksiyon (n = 19 [%38,8]), plasentanın bırakılması (n = 5 [%10,2]), plasentanın elle çıkarılması (n = 4 [%8,2]) ve gebeliğin terminasyonu (n = 1 [%2,0]).

3.2 DEMOGRAFİK ÖZELLİKLER VE PERİOPERATİF YAKLAŞIMLAR

Çalışma popülasyonunun özellikleri Tablo 1'de gösterilmektedir. Üç çalışma grubu arasında yaş, gebelik sayısı veya doğum sayısı açısından anlamlı bir fark bulunmamıştır. Önceki sezaryen doğum sayısının medyan değeri tüm gruplarda iki olarak saptanmıştır. **Plasenta previa oranı, histerektomi grubunda anlamlı derecede yüksek, fokal rezeksiyon grubunda ise anlamlı derecede düşük bulunmuştur (%86,0'a karşı %60,3; $p < 0,001$).** **Doğum sırasındaki gebelik haftası, her iki diğer çalışma grubuna kıyasla histerektomi grubunda anlamlı olarak daha düşük bulunmuştur (35 [34–36] haftaya karşı 36 [35–38] ve 37 [36–37] hafta; $p < 0,05$).** Tüm ameliyatlarda, PAS cerrahisinde özel uzmanlığa sahip kıdemli cerrahlar tarafından gerçekleştirilmiştir. **Prostaglandin E2 ve intrauterin balonlar, fokal rezeksiyon grubunda daha sık kullanılmıştır.** Plasentanın bırakıldığı vakalarda prostaglandin kullanılmamıştır.

TABLE 1 Study population and management.

Variable	Hysterectomy N= 186	Focal resection N= 38	Leaving the placenta in situ N= 10	p-value
Characteristics at enrolment				
Maternal age [years] ^a	35 (31-39)	34 (30-37)	33 (33-39)	0.31
Gravidity ^a	3 (2-4)	3 (2-5)	3 (2-5)	0.54
Parity ^a	2 (1-3)	1 (0-3)	2 (1-3)	0.61
Number of previous cesarean deliveries ^a	2 (1-2)	2 (1-3)	2 (1-3)	0.96
Placenta previa ^b	160 (86.0)	23 (60.3)	8 (80.0)	<0.01
PAS suspected antenatally ^b	169 (90.9)	33 (86.8)	9 (90.0)	0.67
GA at delivery [weeks] ^a	35 (34-36)	36 (35-38)	37 (36-37)	<0.01
Grade of surgeon [N=233]^b				
Junior	3 (1.6)	0 (0)	0 (0)	0.49
Senior	21 (11.3)	4 (10.5)	1 (10.0)	
Senior with special experience in PAS	162 (87.1)	33 (86.8)	9 (90.0)	
Additional intraoperative measures^b				
Oxytocin	93 (50.0)	17 (44.7)	4 (40.0)	0.73
Misoprostol	8 (4.3)	3 (7.9)	0 (0)	0.64
Prostaglandin E2	12 (6.5)	15 (39.5)	0 (0)	<0.001
Tranexamic acid	117 (62.9)	24 (63.2)	3 (30.0)	0.13
Intravascular balloon	25 (13.4)	1 (2.6)	1 (10.0)	0.13
Embolization	4 (2.2)	0 (0)	4 (40.0)	<0.001
Uterine artery ligation	25 (13.4)	3 (7.9)	0 (0)	0.42
Internal iliac artery ligation	13 (7.0)	1 (2.6)	0 (0)	0.72
Intrauterine balloon	4 (2.2)	5 (13.2)	0 (0)	0.02

Note: For additional intraoperative measures, both prophylactic and therapeutic administration were included in the analysis. Statistically significant p-values (<0.05) are marked as bold text.

^aData presented as median (IQR) and analyzed with Kruskal-Wallis test.

^bData presented as n (%) and analyzed by Fisher exact test.

3.3 UYGULANAN TEDAVİ GRUBUNA GÖRE KLİNİK SONUÇLAR

Klinik sonuç parametreleri Tablo 2’de sunulmaktadır. **Histerektomi grubunda, fokal rezeksiyon grubuna kıyasla anlamlı derecede daha fazla FIGO Grade 3b ve 3c vaka bulunmaktaydı (%31,8’e karşı %2,6; p <0,001).** Plasentanın bırakılarak sonlandırılan vakaların üçü (%30,0) FIGO Grade 3b/3c olarak sınıflandırılmıştı. Kan kaybı, fokal rezeksiyon grubu ile plasentanın bırakıldığı grupta, histerektomi grubuna kıyasla daha düşüktü (p = 0,04); ancak üç grup arasındaki post hoc karşılaştırmalar istatistiksel olarak anlamlı bulunmadı. Fokal rezeksiyon grubunda transfüzyon gerekliliğinin daha az olma eğilimi vardı (p = 0,05). Yoğun bakım ünitesine yatış oranı, plasentanın bırakıldığı grupta en düşüktü (p = 0,05). **Fokal rezeksiyon yapılan 1 hastaya (%2,6) ve plasentanın bırakıldığı 6 hastaya (%60,0) şiddetli postpartum kanama nedeniyle histerektomi yapıldı.** Majör maternal morbidite oranı, en yüksek histerektomi grubunda (%36,0’a karşı %7,9 ve %20,0; p <0,001) ve en yaygın neden üriner sistem veya mesane hasarı (39 vaka [%21,0]) olarak görüldü. Anne ölümü görülmedi. Her bir FIGO evresi için tedaviler karşılaştırıldığında, çalışma grupları arasında kan kaybı açısından anlamlı fark bulunmadı. Medyan kan kaybı, 1000 mL (FIGO 3a + plasentanın bırakıldığı grupta) ile 2900 mL (FIGO 3c + histerektomi grubunda) arasında değişmekteydi. FIGO Grade 1 histerektomi yapılmış grupta kan kaybı 2600 (1500–3400) mL idi. Bu 21 histerektominin 15’i (%71,4) plansız olarak gerçekleştirilmişti.

TABLE 2 Outcome parameters.

Variable	Hysterectomy N= 186	Focal resection N= 38	Leaving the placenta in situ N= 10	p-value
FIGO grade of invasion ^a				
Grade 1	21 (11.3)	10 (26.3)	1 (10.0)	<0.01
Grade 2	46 (24.7)	13 (34.2)	3 (30.0)	
Grade 3a	60 (32.3)	14 (36.8)	3 (30.0)	
Grade 3b	44 (23.7)	0	2 (20.0)	
Grade 3c	15 (8.1)	1 (2.6)	1 (10.0)	
Hysterectomy at interval ^a	n/a	1 (2.6)	6 (60.0)	<0.001
Blood loss in mL ^b	2000 (1400–3000)	1500 (1000–2500)	1600 (900–2800)	0.04
Red blood cells transfused (units) ^b	2 (0–4)	0 (0–4)	2 (0–5)	0.05
ICU admission ^a	76 (40.9)	20 (52.6)	1 (10.0)	0.05
Women with major maternal morbidity ^a	67 (36.0)	3 (7.9)	2 (20.0)	<0.001
Bowel damage	4 (2.2)	0	0	
Urinary tract or bladder damage	39 (21.0)	1 (2.6)	1 (10.0) ^c	
Vesicovaginal fistula	3 (1.6)	0	1 (10.0) ^c	
Thrombotic event	4 (2.2)	1 (2.6)	0	
Cerebrovascular accident	1 (0.5)	0	0	
Pulmonary edema	2 (1.1)	0	0	
Renal failure	5 (2.7)	1 (2.6)	0	
Sepsis	4 (2.2)	0	0	
Required ventilation	6 (3.2)	0	0	
Other	19 (10.2)	1 (2.6)	1 (10.0)	

Note: Blood loss rounded to 100mL. Seventeen women developed more than one major maternal morbidity (maximum: 4 morbidities). Statistically significant p-values (<0.05) are marked as bold text.

Abbreviation: n/a, not applicable.

^aData presented as n (%) and analyzed by Fisher Exact test.

3.4 PLANAN TEDAVİYE GÖRE ANALİZ

PAS vakalarında planlanan ve gerçekleştirilen yönetim stratejilerinin analizi Tablo 4'te gösterilmektedir. Planlanan histerektomilerin %96,1'i uygulanmıştır. Fokal rezeksiyon planlanan 56 kadının 26'sında (%46,4), invazyon alanının büyüklüğü veya şiddetli kanama nedeniyle histerektomiye geçilmek zorunda kalmıştır. Benzer şekilde, plasentanın bırakılması planlanan 14 kadının 5'inde (%35,7), ameliyat sırasında şiddetli kanama nedeniyle histerektomi tercih etmiştir.

TABLE 4 Intention-to-treat analysis of planned versus performed management in cases of PAS.

Planned management		Performed management		
		Hysterectomy N= 178	Focal resection N= 35	Leaving the placenta in situ N= 10
Hysterectomy N= 153		147 (96.1)	5 (3.2)	1 (0.6)
Focal resection N= 56		26 (46.4)	30 (53.6)	0 (0)
Leaving the placenta in situ N= 14		5 (35.7)	0 (0)	9 (64.3)

Note: Data presented as n (%). Data were available for a total of 223 cases. The following cases are not shown: two cases planned as terminations of pregnancy and treated with hysterectomy and nine cases planned for manual removal of the placenta (three treated with focal resection and six treated with hysterectomy).

3.5 ANTENATAL DANIŞMANLIK

FIGO Grade 3a–c için histerektomi önerme eğilimi ($p < 0,001$) ve FIGO Grade 1–2 için fokal rezeksiyon önerme eğilimi izlenmiştir ($p = 0,07$; $p = 0,27$). En belirgin farklılık FIGO Derece 2 ve 3c'de bulunmuştur. Antenatal dönemde histerektomi planlamanın en önemli kriterleri, uterus koruyucu tekniklerde beklenen yüksek kan kaybı ve morbidite ile kadının tercih ettiği tedavi yöntemi olarak izlenmiştir (her ikisi de: 14 merkez [%64], $p = 0,09 / < 0,001$). **Antenatal danışmanlığa ilişkin serbest metin yorumları Tablo 6'da özetlenmiştir.** On dört merkez (%64), invazyon alanının büyüklüğünü fokal rezeksiyon hakkında danışmanlık verilip verilmeyeceğini belirlemede kritik bir kriter olarak kabul etmektedir ($p = 0,17$). Tedavi seçeneği olarak plasentanın bırakılmasının önerildiği vakalardaki ultrasonografik bulgular veya klinik durumlar sorulduğunda, dokuz merkez (%41) invazyon alanının genişliği ile histerektomi veya fokal rezeksiyona bağlı olarak beklenen artmış kan kaybı ya da morbiditeyi gerekçe göstermiştir ($p = 0,17 / < 0,001$). Dört merkez (%18), bu yönetim tekniğinde deneyim eksikliği, artmış kan kaybı endişesi ya da yöntemin hastalar tarafından kabul edilmemesi nedeniyle kadınlara fokal rezeksiyon seçeneğini sunmamaktadır. Plasentanın bırakılması seçeneği ise sekiz merkez (%36) tarafından, ani ve beklenmedik bir yeniden operasyon gereksinimi ihtimali, lohusalık döneminde enfeksiyon riski (7 merkez [%32]) veya ekibin bu yöntemi kabul etmemesi (5 merkez [%23]) gerekçeleriyle önerilmemektedir.

TABLE 6 Survey: Antenatal criteria that prompted the consultants for a positive recommendation in favor of hysterectomy, focal resection, or leaving the placenta *in situ*.

Positive criteria for recommendation	Hysterectomy	Focal resection	Leaving the placenta in situ
Concerning the location of the PAS area	<ul style="list-style-type: none"> • "cervical or parametrial invasion of PAS" • "anterior placenta praevia" • "anterior placenta invading the bladder" • "posterior wall" • "any" 	<ul style="list-style-type: none"> • "away off the cervix" • "distanced from bladder/parametrium" • "placenta anterior accreta" • "fundal, relatively high, medial (not near lateral vasculature, no lateral extension)" • "upper anterior uterine segment" 	<ul style="list-style-type: none"> • "vesical, cervical or parametrial invasion of PAS" • "near bladder" • "posterior and impact the broad ligament and large vessels" • "any"
Concerning the size of the PAS area	<ul style="list-style-type: none"> • ">1/3 of the anterior wall" • "very big size, without healthy margin to leave" • "when healthy myometrium is not enough to do focal resection: less than 2 cm healthy myometrium below the PAS area; less than 50% of the uterine circumference with healthy myometrium" 	<ul style="list-style-type: none"> • "medium size without impact of broad ligament or large vessels" • "small, able to access, healthy tissue all around" • "<1/3 of anterior wall" • "3-4 cm" • "focal lesions" 	<ul style="list-style-type: none"> • ">1/3 of anterior wall, no focal resection possible" • "diffuse placenta increta" • "It must be the whole placental bed involved" • "large or impact the bladder, large vessels" • "any"
Concerning other factors	<ul style="list-style-type: none"> • "never decisions based on prenatal images, always operative staging" 	<ul style="list-style-type: none"> • "bladder can be separated from the uterus" 	<ul style="list-style-type: none"> • "If the team is not ready or trained for hysterectomy or partial resection, placenta in situ is an option"

3.6 İNTRAOPERATİF KARAR VERME SÜRECİ

On altı merkez (%73), şiddetli kanama meydana gelmesi durumunda planlanan fokal rezeksiyon veya plasentanın bırakılması seçeneğinden histerektomiye geçiş yapacaklarını bildirmiştir. İntraoperatif PAS derecelendirmesi antenatal dönemde öngörülenden daha yüksek olduğunda, altı merkez (%27) planlanan fokal rezeksiyon yerine plasentayı bırakmayı tercih edeceğini belirtmiştir. Aksine, intraoperatif PAS derecelendirmesi antenatal dönemde öngörülenden daha düşük olduğunda, sekiz merkez (%36) plasentayı bırakmak yerine fokal rezeksiyon uygulayacağını ifade etmiştir. Bir merkez, "fokal miyometriyal rezeksiyon sonrası uterusu yeniden yapılandırmak için yeterli sağlıklı miyometriyum bulunmaması" nı histerektomiye yönelmek için başka bir kriter olarak belirtmiştir. PAS'ın öngörülmediği ve yalnızca doğum sırasında teşhis edildiği durumlarda, 12 merkez (%55) fokal rezeksiyonu dikkate alacağını, 11 merkez (%50) ise aynı durumda plasentanın bırakılmasını düşünceğini belirtmiştir. **Merkezlerin PAS için histerektomi ve uterus koruyucu tedavi yaklaşımlarında tercih edilen cerrahi adımları Tablo 7' de gösterilmiştir.**

TABLE 7 Survey: surgical steps.

Surgical step	Hysterectomy	Focal resection	Leaving the placenta <i>in situ</i>	p-value
General anesthesia from the beginning	6 (27)	1 (5)	1 (5)	0.04
Start with neuraxial/regional anesthesia and change to general anesthesia after child development	13 (59)	3 (14)	2 (9)	<0.001
Start with neuraxial/regional anesthesia and change to general anesthesia in case the woman becomes unstable or feels pain	2 (9)	11 (50)	7 (32)	0.01
Midline abdominal incision	10 (45)	4 (18)	4 (18)	0.10
Transverse abdominal incision	14 (64)	13 (59)	5 (23)	0.02
Amnion drainage	1 (5)	1 (5)	1 (5)	1.00
Exteriorization of the uterus	15 (68)	6 (27)	5 (23)	<0.01
Intraoperative ultrasound to visualize the location of the placenta	9 (41)	7 (32)	7 (32)	0.85
Preventive surgical uterine devascularisation	7 (32)	4 (18)	1 (5)	0.07
Preventive radiological uterine devascularisation	4 (18)	1 (5)	1 (5)	0.35
Separation of invaded uterine tissues from invaded vesical tissues	16 (73)	9 (41)	2 (9)	<0.001
Upper-segmental (fundal and vertical) hysterotomy	16 (73)	4 (18)	6 (27)	<0.001
Lower-segmental transverse hysterotomy (above the placenta)	8 (36)	10 (45)	4 (18)	0.19
Lower-segmental transverse hysterotomy (through the placenta if required)	n/a	5 (23)	n/a	n/a
Hysterotomy guided by intraoperative ultrasound	5 (23)	3 (14)	4 (18)	0.92
Uterotonics just before delivery of the fetus	0	0	0	n/a
Uterotonics after delivery of the fetus	11 (50)	14 (64)	3 (14)	<0.01
No uterotonics	10 (45)	1 (5)	6 (27)	<0.01
No attempt to remove the placenta	14 (64)	1 (5)	8 (36)	<0.001
Attempt to remove the placenta	5 (23)	9 (41)	n/a	0.33
Partial myometrial resection of invaded tissue	3 (14)	14 (64)	n/a	<0.01
Myometrial reconstruction: one layer	0	1 (5)	1 (5)	1.00
Myometrial reconstruction: two layers	4 (18)	14 (64)	3 (14)	<0.001
Total hysterectomy	18 (82)	n/a	n/a	n/a
Supracervical hysterectomy	7 (32)	n/a	n/a	n/a
Placental tissue invading the bladder is left in situ	2 (9)	1 (5)	n/a	1.00
Placental tissue invading the bladder is resected.	11 (50)	9 (41)	n/a	0.76
Compression sutures	n/a	6 (27)	0	0.02
Tamponades	2 (9)	3 (14)	0	0.36
Balloon tamponades	n/a	5 (23)	0	0.048
Radiological uterine devascularisation	n/a	n/a	3 (14)	n/a
Aortic balloon occlusion if needed	1 (5)	1 (5)	0	1.00
Chitosan-covered gauze	0	1 (5)	0	1.00

4. TARTIŞMA

2020 ile 2022 yılları arasında PAS tedavisi için neredeyse tüm IS-PAS merkezlerinde histerektomi yapılmışken, yalnızca sınırlı sayıda merkez uterus koruyucu yöntemleri tercih etmiştir. Çalışmaya katılan merkezlerden yarısından daha azı fokal rezeksiyon gerçekleştirmiş ve yalnızca iki merkez (Berlin, Almanya ve Cali, Kolombiya) bu 30 aylık dönemde beşten fazla vaka tedavi etmiştir. **Plasentanın bırakıldığı yalnızca 10 vaka bulunmuş olup, bunların %60,0'ında sekonder histerektomi gerekmiştir.**

Acil histerektomiler ve majör maternal morbidite açısından bakıldığında, fokal rezeksiyon histerektomiye güvenli bir alternatif olarak görünmektedir. Uterus koruyucu teknikler, histerektomiye kıyasla benzer hatta daha düşük kan kaybı ve maternal morbidite ile uygulanabilecek bir alternatif olsa da, çalışmaya katılan uzmanların üçte ikisi olası artmış kan kaybı endişesi nedeniyle bu tedaviyi henüz rutin olarak uygulamamaktadır. FIGO Grade 2 vakalarda, fokal rezeksiyonun histerektomiye geçerli bir alternatif olarak görülme olasılığı en yüksek bulunmuştur. FIGO Grade 3c vakalarda ise, katılımcı uzmanların yarısı plasentanın bırakılmasını bir seçenek olarak değerlendirmiştir. Dikkat çekici bir şekilde, bu kohortta FIGO Grade 3c'ye ait 17 PAS vakasından yalnızca 1'i (%5,9) plasenta bırakılarak sonlandırılmıştır.

Antenatal danışmanlığın bazı bileşenlerinde önemli ölçüde fikir birliği eksikliği vardı. Örneğin, iki merkez (%9) servikal veya parametrium invazyonunun tedavi seçeneği olarak plasentanın bırakılmasının hastalara önerilmesi için kontrendikasyon olduğunu belirtirken, üç merkez (%14) bunu açık bir şekilde öneri kriteri olarak ifade etmiştir. İnvazyon alanının büyüklüğü ve yerleşimi, yönetim stratejisine yönelik antenatal danışmanlığı etkileyen temel faktörler olarak görünmektedir. “Fokal, küçük, 3–4 cm,” “orta büyüklükte, fundusun üçte birinden azını tutan,” “üst anterior uterin segment,” “serviksten uzak,” “mesaneden uzak” ve “parametrium/geniş ligament veya lateral damar tutulumunun olmadığı” ve “çevresinde sağlıklı doku ile erişilebilen” olgularda, antenatal önerilerde fokal rezeksiyon eğilimi gözlemlenmiştir.

Buna karşılık, plasentanın bırakılması “büyük” PAS alanlarında, “vezikal, servikal veya parametrium invazyonu” bulunduğu, “anterior duvarın üçte birinden fazlasını” veya “posterior duvarı” tuttuğunda, “fokal rezeksiyonun mümkün olmadığı” durumlarda ve “tüm plasenta yatağını tutan diffüz plasenta inkreta” vakalarında geçerli bir seçenek olarak bildirilmiştir. Bununla birlikte, plasentanın bırakılmasına yönelik önerilerde genel kabul görmüş, kesin kriterlerin bulunmadığı da açıktır. Bir uzman, plasentanın bırakılmasını, “ekip histerektomi veya parsiyel rezeksiyon için hazır değilse ya da bu konuda eğitilmemişse” olası bir seçenek olarak tanımlamıştır.

Konservatif yönetim önerilmemesinin bildirilen engelleri arasında; uzman eğitimi eksikliği, kadınların bilgilendirilmiş reddi (örn. çok uzun takip süresi), uzman şüpheliği (örn. beklenen yüksek kan kaybı, enfeksiyon ve ani reoperasyon riski) ve uzman reddi (“Bu yöntemin rutin kullanımının değerine inanmıyorum.”) yer almaktadır.



TJODist Bülteni

Şiddetli kanama durumunda kesin cerrahi tedavi olarak histerektomi konusunda neredeyse fikir birliği olsa da, antenatal dönemde değerlendirilenden farklı intraoperatif derecelendirme ile karşılaşıldığında yaklaşımları farklılık göstermiştir. Fokal rezeksiyon, PAS alanı uterusun anterior duvarının %50'sinden daha azını içerdiğinde düşünülebilir. Plasentanın bırakılması ise genellikle fertilesini korumak isteyen kadınlar için ve histerektominin cerrahi komplikasyonlar açısından çok yüksek risk taşıdığı durumlarda uygun bir yönetim stratejisi olarak değerlendirilmektedir. PACCRETA çalışmasında, plasentas başlangıçta yerinde bırakılan kadınların yalnızca %22,1'inde sekonder histerektomi uygulanması gerekirken, bu kohortta 10 kadından 6'sında (%60,0) sekonder histerektomi yapılmıştır.

Uluslararası PAS kılavuzları, uterus koruyucu yaklaşımları PAS derecesine, tıbbi ekibin uzmanlığına ve hastanın tercihinine bağlı olarak uygun yönetim stratejileri arasında tanımlamaktadır. Ancak, bu tekniklerin kimlere sunulması gerektiğine dair net bir öneri henüz bulunmamaktadır. İlginçtir ki, bu çalışmada, histerektomi PAS vakalarında sıklıkla altın standart olarak kabul edilmesine rağmen, katılımcı merkezlerden ikisi antenatal danışmanlık sırasında bunu birinci basamak tedavi olarak belirtmemiştir. Bunun yerine, intraoperatif evreleme yapmakta ve mümkün olduğunca sık fokal rezeksiyon uygulamayı hedeflemektedir.

Palacios-Jaraquemada ve arkadaşları, PAS'ın invazyon alanına dayalı topografik bir sınıflandırmasını önermiştir. Patolojik olarak doğrulanmış 326 PAS vakasını kapsayan çok merkezli retrospektif bir olgu serisinde, intraoperatif olarak atanan sınıflandırmaya bağlı olarak uterusun kadınların %0 (topografik tip 4) ile %81,5 (topografik tip 1) korunabileceğini göstermişlerdir.

Fokal rezeksiyon için intraoperatif kriterler de yakın zamanda yayımlanmıştır. Bu kriterler; mesanenin uterustan ayrılabilmesi, serviksin üzerinde (abnormal plasental migrasyon bölgesinin kaudalinde) en az 2 cm sağlıklı miyometriyum bulunması ve etkilenen miyometriyumun uterusun aksiyel çevresinin %50'sinden daha azını kaplamasıdır. Bu ankete göre, daha fazla sayıda fokal rezeksiyon yapılması, genel anestezi oranlarının da azaltılmasına katkıda bulunabilir.

Bu çalışmanın bazı güçlü yanları vardır. Çalışma 16 ülkeden 234 vaka içeren geniş bir kohorta sahiptir. Bu, PAS yönetiminde uterus koruyucu tekniklerin var olan yöntemlere rağmen yaygın olarak uygulanmadığını ortaya koyan ilk çok merkezli çalışmadır. Buna karşılık, plasentanın bırakıldığı vaka sayısının azlığı, bu yöntemin uygunluğu hakkında kesin sonuç çıkarılmasına izin vermemektedir. Fokal rezeksiyon sonuçları da yanlı olabilir, çünkü bu tekniği rutin olarak yalnızca az sayıda merkez uygulamaktadır. Öte yandan, bu yöntemin olumlu sonuçları, diğer uzmanları da kendi merkezlerinde uygulamaya teşvik edebilir.

Anket için ise, gönüllü katılımı elde edilen sonuçlar her zaman temkinli şekilde yorumlanmalıdır. Bir anketin temel zayıflıklarından biri, seçim ve hatırlama yanlılıklarına yatkın olmasıdır; çünkü öz-bildirime dayanır ve doğruluğu kontrol edilemez. Birçok vakaya dahil olan uzmanların görüşleri, yıllık vaka sayısı oldukça düşük olan uzmanların görüşleriyle eşit değerlendirilmiştir, bu da sonuçların sapmasına yol açabilmektedir. Genel yanıt oranı %96 gibi yüksek görünse de bazı sorular yalnızca belirli merkezler tarafından yanıtlanmış, bu da bazı sonuçların genellenebilirliğini azaltmıştır. Örneğin, tüm merkezler uterus koruyucu tedavide uterotoniklerin kullanımı konusunda görüş bildirmemiştir. Ayrıca, çok sayıda alt sorusu olan 21 teknik sorudan oluşan anketin uzunluğu da tamamlanmayı olumsuz etkileyen caydırıcı bir faktör olmuş olabilir.



TJODist Bülteni

5. SONUÇ

PAS'ın klinik çeşitliliği nedeniyle merkezlerin farklı tedavi stratejileri sunabilmesi kritik önemdedir. Fokal rezeksiyon ve plasentanın yerinde bırakılması, özellikle FIGO 1-3a olgularında histerektomiye güvenli alternatiflerdir. Ancak enfeksiyon korkusu, ani yeniden operasyon ihtimali, deneyim eksikliği ve kan kaybı endişesi konservatif yöntemlerin yaygınlaşmasını engellemektedir. Bu yaklaşımların kabulünü artırmak için net kriterler geliştirilmesi ve uzmanlara yönelik sistematik eğitimlerin sağlanması gereklidir.



TJODist Bülteni

JAMA | Review

Ovarian Cancer A Review

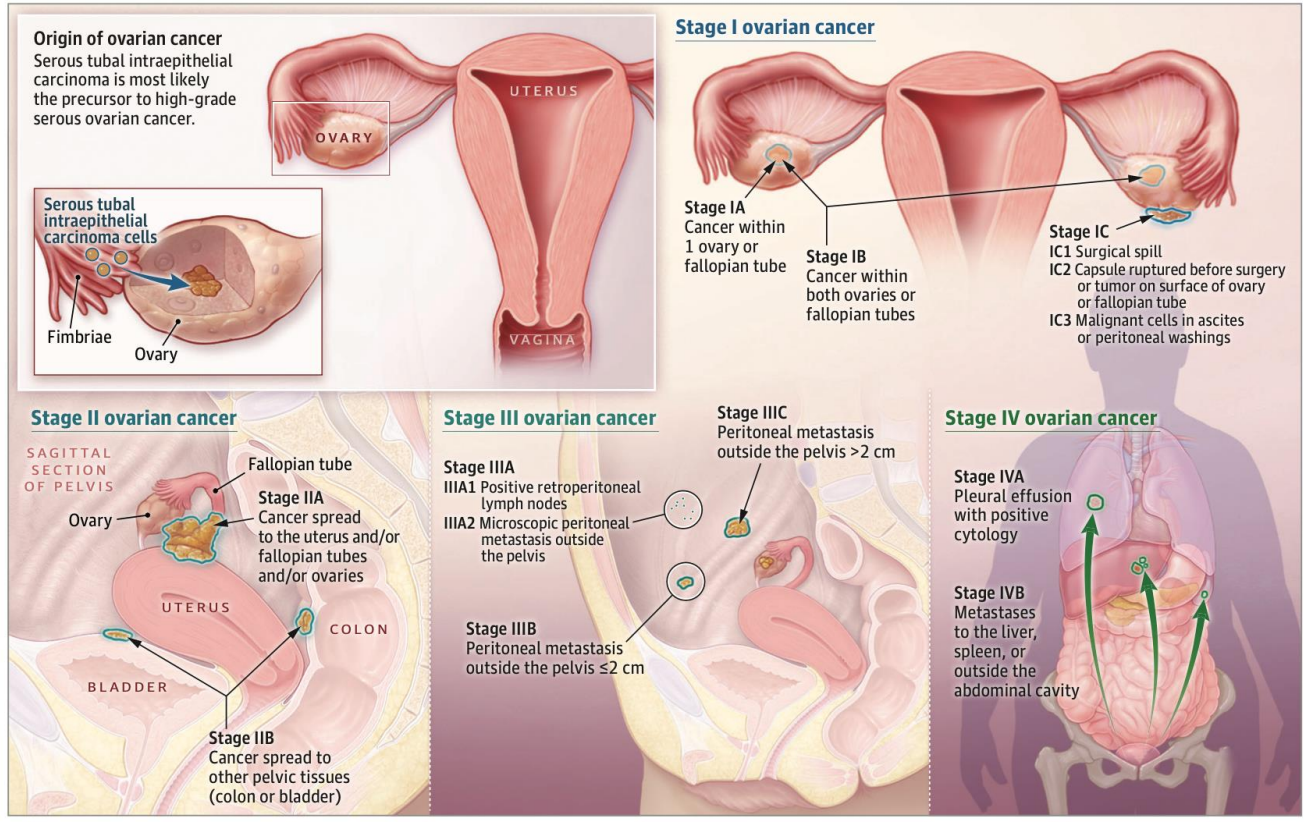
Giuseppe Caruso, MD; S. John Weroha, MD, PhD; William Cliby, MD

Çeviren: Atacem Mert Aytekin

Yaşam boyu over kanseri gelişme riski 91 kadında 1 iken, kanser nedeniyle ölüm riski 143 kadında 1'dir. Over kanserlerinin yaklaşık %80'i ileri evrede tanı alır. Erken teşhis zordur çünkü etkili bir tarama yöntemi yoktur. Hastaların %95'i karın ağrısı, şişkinlik, üriner urgency ve frequency gibi non-spesifik semptomlara sahiptir.

Epitelyal maligniteler over kanserlerinin %90'ını oluşturur ve bunların %70 ila %80'i high grade seröz over kanserleridir. Erken evre over kanseri, evre I (over veya fallop tüpüyle sınırlı) ve evre II'yi (rahim veya diğer pelvik organları içeren) içerir (Figür 1). Cerrahi ve adjuvan platin bazlı kemoterapi ile erken evre over kanseri olan hastaların 5 yıllık genel sağ kalımı %70 ila %95 arasındadır. Evre III (pelvik ve paraaortik lenf nodları veya ekstrapelvik periton tutulumu) ve evre IV (karaciğer, dalak parankimi veya abdomen dışı metastazlar) içeren ileri evre over kanseri, sitoredüktif cerrahi, platin bazlı kemoterapi ve antianjiyojenik ilaç bevacizumab ve/veya poli-adenozin difosfat riboz gibi hedefli tedavilerin bir kombinasyonu ile tedavi edilebilir. İleri evre over kanserinin başlangıç remisyon oranları %80'dir. Ancak ileri evre over kanseri olan hastaların yaklaşık %75'inde 2 yıl içinde nüks gelişmektedir ve 5 yıllık genel sağ kalım %10 ila %40 arasındadır. İleri evre over kanseri olan hastaların yaklaşık %50'sinde germline veya somatik BRCA 1/2 veya diğer BRCA ile ilişkili gen varyantları bulunur, PARP inhibitörleri ile tedavi edildiklerinde 5 yıllık genel sağ kalım oranları %70'e yaklaşır. Bu inceleme, high grade seröz over kanserinin (HGSC) teşhisi ve tedavisine odaklanmaktadır. Kutu 1, over kanseri hakkında bazı yaygın soru ve cevaplar sunmaktadır.

Figure 1. Origin and Stages of Ovarian Cancer



EPİDEMİYOLOJİ VE RİSK FAKTÖRLERİ

Over kanseri, dünya genelinde kadınlarda kanser ve kansere bağlı ölümlerin sekizinci en yaygın nedenidir. 2022 yılında küresel olarak, 324398 yeni over kanseri vakası ve 206839 ölüm olacağı tahmin edilmektedir. Bu vakaların insidans ve ölüm oranları sırasıyla 100.000 kadın yılında 6,6 ve 4,2'dir. ABD'de over kanseri insidansı ve ölüm oranları, oral kontraseptif kullanımının artması, BRCA1/2 (kalıtsal meme ve over kanseri sendromu) gibi yüksek riskli genetik varyant sahibi kadınlarda uygulanan profilaktik salpingoofektomi nedeniyle yılda yaklaşık %3 azalmıştır. Dünya genelinde, over kanseri görülme sıklığı Birleşik Krallık, Avusturya, Hollanda ve Norveç gibi diğer yüksek gelirli ülkelerde azalmış, ancak Afrika ve Asya'nın bazı bölgeleri gibi bazı düşük gelirli bölgelerde artmıştır.



TJODist Bülteni

Over kanseri ağırlıklı olarak epitelyal orijinlidir (%90). Dünya Sağlık Örgütü 2020 yılında 6 ana epitelyal alt tip tanımlamıştır: high grade seröz (%70-%80), endometrioid (%10-%20), berrak hücreli (%5-%10), low grade seröz (%5-%10), müsinöz (%3-%5) ve karsinosarkom (%1-%3). Daha az yaygın olarak, over kanseri; germ hücreli (%3-%5) ve seks kord-stromal tümörleri (%2-%5) içerir.

Over kanserinin ortalama teşhis yaşı 63'tür. Ancak germline BRCA gen varyantına sahip hastalarda 10 yıl daha erken görülmektedir. Over kanserlerinin yaklaşık %25'i kalıtsaldır: %90'ı BRCA1 ve BRCA2 genlerinde, %10'u ise DNA mismatch repair genleri (Lynch sendromu) ve CHEK2, RAD51, BRIP1 ve PALB2 gibi DNA çift sarmal kırık onarım sisteminde yer alan genler dahil olmak üzere diğer gen varyantlarından kaynaklanır. BRCA gen varyantlı hastalarda over kanseri geliştirme tahmini riski yaşam boyu %20 ila %70, eşleşme-repair gen varyantlı hastalarda ise %10 ila %18'dir. Over kanseri için endokrin ve üreme risk faktörleri arasında endometriozis infertilite ve HRT yer almaktadır. Olası koruyucu faktörler şunlardır: multiparite, laktasyon, OKS kullanımı.

Kutu 1. Over Kanseri Hakkında Sıkça Sorulan Sorular

Over Kanserinin Yaygın Belirtileri ve Semptomları Nelerdir?

Over kanseri olan kadınların %95'i başlangıçta karın ağrısı, şişkinlik ve idrara çıkma sıkıntısı gibi spesifik olmayan semptomlar yaşar. İleri evre over kanserinin belirti ve semptomları arasında asit, elle hissedilen karın kitleleri ve/veya dispne (karın gerginliği veya plevral efüzyondan kaynaklanan) yer alabilir.

Over Kanseri Riskini Azaltmanın Etkili Yöntemleri Var mı?

Fertilitesini tamamlamış BRCA 1 taşıyıcıları için 35-40 yaş arasında, BRCA 2 taşıyıcıları için 40-45 yaş arasında bilateral salpingo-oofektomi önerilir. Lynch sendromlu kadınlar için 45-50 yaş arası önerilir

Over Kanseri Olan Hastalar İçin İlk Tedavi ve Prognoz Nedir?

Erken evre over kanserinde (evre I-II) ilk tedavi seçeneği, ameliyat ve ardından platin bazlı kemoterapidir ve bu tedavi %70-95 arasında 5 yıllık genel sağkalım oranlarıyla ilişkilidir. İleri evre over kanseri (evre III-IV), sitoredüktif cerrahi, platin bazlı kemoterapi ve hedefli tedavilerin (bevacizumaband/veya PARP inhibitörleri) kombinasyonu ile tedavi edilir ve 5 yıllık sağ kalım oranı %10 ila %40'tır. Ancak, PARP inhibitörü tedavisiyle ileri evre over kanseri ve BRCA ile ilişkili gen varyantları olan hastalarda yaklaşık %70'lik 5 yıllık sağ kalım oranı vardır.



PATOFİZYOLOJİ VE MOLEKÜLER BİYOLOJİ

Epitel over kanserinin patogenezi net değildir, ancak gen ekspresyon profillemesi, HGSC'ların çoğunun muhtemelen tubal fimbriadaki öncüllerden kaynaklandığını ve over ve periton boşluğuna metastaz yaptığını göstermektedir (Figür 1).HGSC'lerin yaklaşık %50'sinde genetik varyantlar (%25'i kalıtsal/germline ve %25'i tümör kaynaklı/somatik) homolog rekombinasyon onarım genleri bulunur ve bu da DNA çift sarmal kırıklarının onarımını imkansız hale getirir; buna homolog rekombinasyon eksikliği (HRD) denir. BRCA1 ve BRCA2 gen varyantları, HRD vakalarının yaklaşık yarısını oluşturur ve tüm HGSC'lerin %25'inde bulunur. HRD vakalarının kalan yarısına, homolog rekombinasyon onarım yolunda yer alan CHEK2, RAD51, BRIP1 ve PALB2 dahil diğer genler neden olur.

ÖNLEME

Yüksek Riskli Bireyler

Over kanseri açısından yüksek riskli bireyler arasında germline BRCA 1/2 gen varyantları olanlar ve ailede herhangi bir yaşta over veya erken başlangıçlı meme kanseri öyküsü olanlar bulunur. NCCN kılavuzları, epitelyal over kanserli birinci veya ikinci derece akrabası olan veya kalıtsal meme-over kanseri sendromunu düşündüren kişisel veya ailesel kanser öyküsü olan bireylerde over kanseri duyarlılık genleri (ATM, BRCA1, BRCA2, BRIP1, MLH1, MSH2, MSH6, EPCAM, PALB2, RAD51C ve RAD51D) için genetik danışmanlık önermektedir.

Over kanseri için genetik yatkınlığa sahip hastalarda, profilaktik bilateral salpingo-ooferektomi en etkili önleyici yöntemdir. rrBSO 4 yıl boyunca over kanseri riskini %81 oranında azaltmaktadır. NCCN kılavuzları, fertilitelerini tamamlamış BRCA1 gen varyantı taşıyıcıları için. rrBSO'yu 35-40 yaş, BRCA2 taşıyıcıları için 40-45 yaş ve Lynch sendromu gibi diğer patojenik gen varyantları olan kadınlar için 45-50 yaş aralığında önermektedir. Profilaktik cerrahi öncesinde, klinisyenler erken menopozun potansiyel etkilerini (örneğin, vazomotor semptom riskinde artış, osteoporoz, kardiyovasküler hastalık, bilişsel gerileme, cinsel fonksiyon üzerindeki olumsuz etkiler) tartışmalı ve kişisel meme kanseri öyküsü olmayan premenopozal kadınlar için hormon tedavisi düşünmelidir.

Oral kontraseptifler, bilateral salpingo-ooferektomi geçirmeyen yüksek riskli genç bireylerde over kanseri riskini azaltır. BRCA1/2'li kadınlarda oral kontraseptif kullanımı over kanseri için 0,62'lik bir risk oranı bildirmiştir. Benzer şekilde, BRCA1/2 patojenik varyantlarına sahip 1503 katılımcıyı içeren 5 gözlemsel çalışmanın meta-analizi, oral kontraseptif kullanımının over kanseri riskinin azalmasıyla (0,50; %95 GA, 0,33-0,75) ilişkili olduğunu ve her ek 10 yıllık kullanımın %36 oranında daha az riskle, 0,64; %95 GA, 0,53-0,78) ilişkili olduğunu bildirmiştir.



TJODist Bülteni

Genel Popülasyon

ACOG ve FIGO kılavuzları, over kanseri riskini azaltmak için genel popülasyonda cerrahi ve hormonal önleyici yaklaşımların değerlendirilmesini önermektedir. Benign endikasyonlar (örneğin, uterin myomlar için histerektomi veya kolon hastalıkları için pelvik cerrahi) nedeniyle pelvik cerrahi geçiren postmenopozal kadınlar için bilateral salpingo-ooferektomi düşünülebilir. Çocuk doğurmakla ilgilenmeyen ve pelvik cerrahi geçiren premenopozal kadınlar için, overi koruyarak bilateral salpenjektomi erken menopoza ve bunun sağlık üzerindeki olası olumsuz etkilerini önleyebilir.

Oral kontraseptif kullananlarda over kanseri insidansı hiç kullanmayanlara kıyasla daha düşüktür (0,73; %95 GA, 0,66-0,81). 10 yıldan uzun süredir oral kontraseptif kullanımı daha düşük riskle ilişkilendirilmiştir, (0,43; %95 GA, 0,37-0,51). Yaşam boyu over kanserinde oral kontraseptif kullanımına bağlı azalmanın %0,54 olduğu tahmin edilmektedir.

TARAMA

Yıllık transvajinal ultrason ve/veya CA125 testi kullanımıyla anlamlı bir ölüm oranı azalması olmayan ortalama riskli asemptomatik kadınlarda tarama yapılmaması önerilmektedir. Benzer şekilde, yüksek riskli bireylerde (örneğin BRCA'lı olanlar) yapılan büyük prospektif çalışmalar transvajinal ultrason ve CA125 ile taramanın düşük pozitif prediktif değere (%4,6-%10,8) sahip olduğu ve over kanseri ölüm oranını azaltmadığını gösterilmiştir bu nedenle, over kanseri taraması, yüksek riskli bireylerde bile önerilmemektedir.

KLİNİK PREZENTASYON

Over kanseri teşhisinden önce, kadınların %95'i karın ağrısı, şişkinlik ve idrara sıkışma veya sık idrara çıkma gibi non-spesifik semptomların kademeli olarak başladığını bildirmektedir. Kalıcı karın ağrısı veya şişkinlik, asit, elle muayenede karın veya pelviste kitle, kilo kaybı ve dispne (karın distansiyonu veya plevral efüzyondan kaynaklanan) ileri evre over kanserini görülebilir. Nadiren (hastaların %1'inden azında), over kanseri, uzak metastazlardan (kemik ağrısı, nöbetler) veya paraneoplastik sendromlardan (serebral dejenerasyon, periferik polinöropati) kaynaklanan abdomen dışı semptomlarla ortaya çıkar.

TANI

Tanısal çalışmalar, hastaların BRCA1/2 gibi over kanseriyle ilişkili bilinen bir genetik varyanta sahip olup olmadığını belirlemek için kişisel ve ailesel kanser öyküsünün alınmasını ve elle muayene edilebilen kitleler veya asitler için pelvik ve abdominal değerlendirmeyi içeren fizik muayeneyi içerir (Kutu 2). Pelvik ultrason, malign kitlelerinin tanımlanması için oldukça sensitiv (%70-93) ve spesifiktir (%80-98). Abdomen/pelvis bilgisayarlı tomografisi (BT) daha az hassas (%60-90) ve spesifiktir (%85-94), ancak evreleme ve planlama için önemli bulgular olan periton hastalığı ve omental kalınlaşmayı tespit etmede %94'lük bir da sensitiviteye sahiptir. BT ile karşılaştırıldığında, abdominal manyetik rezonans görüntüleme (MRG), peritoneal karsinomatoz ve mezenterik veya bağırsak serozal tutulumunu değerlendirmede daha sensitiv (%92-%94) ve daha spesifiktir (%85-%98). BT veya MR görüntülemesinden sonra kanser rezektabilitesi hakkında belirsizlik devam edebilmektedir. Tanısal laparoskopi, rezektabiliteyi belirlemek için laparatomiden önce yapılabilir. Tüm vücut pozitron emisyon tomografisi, uzak lenf nodları (örneğin mediastinal, inguinal, supraklaviküler) ve pulmoner metastazlar gibi abdomen dışı lezyonların tespiti için BT'den (%43-55) daha yüksek duyarlılığa sahiptir (%73-75), Bu da potansiyel olarak debulking yerine sistemik tedaviye geçişi etkileyebilir.

Kutu 2
• Kanser öyküsü (kişisel ve ailevi)
○ Kalıtsal bozukluklar: kalıtsal meme ve over kanseri sendromu (BRCA gen varyantları), Lynch sendromu
• Birinci veya ikinci derece akrabalarda meme, over, endometriyal, kolon veya pankreas kanseri
• Klinik muayene (pelvik muayene dahil)
• Serum tümör belirteçleri
• CA125
• CA19-9 ve CEA (görüntüleme bulgularına göre şüphelenilen veya doğrulanmış müsinöz histoloji için)
• Görüntüleme
○ Pelvik ultrason (özellikle erken evre hastalıkta adneksiyel kitleleri karakterize etmek için)
○ Toraks, abdomen ve pelvisin oral ve intravenöz kontrastlı bilgisayarlı tomografisi (klinik evreleme ve cerrahi planlama için)



TJODist Bülteni

- Seçili vakalarda;
 - Abdominal difüzyon ağırlıklı manyetik rezonans görüntüleme
 - Tüm vücut 18FDG PET-BT (şüpheli uzak lenf nodlarını ve ekstraabdominal bölgeleri karakterize etmek için)
 - Laparoskopi veya mini laparotomi (peritoneal karsinomatozisin ve rezektabilitenin değerlendirilmesi için)
 - Endoskopi (özofagogastroduodenoskopi ve kolonoskopi) (CA19-9 yüksekliği, CEA yüksekliği, CA125/CEA oranı 25 ve görüntüleme bulgularına dayanarak) veya (doğrulanmış müsinöz histoloji) primer gastrointestinal tümörleri dışlamak için
 - Tanısal biyopsilerden veya cerrahi örneklerden yeterli tümör veya örneğin patolojik incelemesi
 - Varsa, asit veya plevral efüzyonun sitolojik değerlendirmesi
 - Genetik ve moleküler testler
- Epitelyal over kanseri olan tüm hastalarda BRCA1/2 ve diğer over kanseri yatkınlık genleri için germline test (kalıtsal meme ve over kanseri sendromunu taramak ve tedavi kararlarını bilgilendirmek için). Germ line patojenik BRCA1/2 varyantı olmayan hastalarda, tedavi kararlarına rehberlik etmek için BRCA1/2 için somatik mutasyon testi yapılmalıdır.
 - İleri evre yüksek grade seröz veya endometrioid over kanserlerinde HRD testi (tedavi kararlarını bilgilendirmek için)
 - Tümör mismatch repair testi- özellikle immünohistokimya ve mikrosatellit instabilite testi-endometrioid, berrak hücreli veya müsinöz alt tiplere sahip hastalar için (Lynch sendromunu taramak için)

Serum Tümör Belirteçleri

CA125, HE- 4, CA19-9 ve CEA gibi serum tümör belirteçleri, epitelyal over kanserinin tanısında için etkili değildir, ancak tedaviye yanıt ve takipte yardımcı olabilir. CA125, en sık yükselen serum tümör belirteçidir. Erken evre over kanseri olan hastaların yaklaşık %50'sinde ve ileri evre over kanseri olan hastaların %75 ila %92'sinde tanı anında yükselmiştir. HE- 4, erken evre epitelyal over kanseri tespiti için faydalı olabilecek başka bir serum tümör belirteçidir (sensivite, %65-%83; spesifite, %78-%99). Müsinöz gastrointestinal kanserlerle ilişkili CA19-9 ve CEA, müsinöz over tümürlü hastalarda yüksek tespit edilebilir. Primer over müsinöz kanserleri, primer gastrointestinal tümör veya over metastazını değerlendirmek için üst ve alt endoskopi yapılmalıdır. CA125/CEA oranının 25'ten yüksek olması, overe metastazı yerine primer müsinöz over tümörü olduğunu düşündürür.



TJODist Bülteni

Biyopsi

Ameliyat öncesi biyopsi erken evre over kanseri olduğu düşünülen hastalarda kontrendikedir, çünkü tümörün rüptürüne ve malign hücrelerin periton boşluğuna dökülmesine yol açabilir. Ameliyat sırasında frozen/section genellikle over kanserinin patolojik tanısını koymak için yapılır. İleri evre hastalığı olan hastalar için uygun değildir. Ameliyat öncesi doku analizi, over kanseri tanısını doğrulamak ve kemoterapi seçimine rehberlik etmek için cerrahi müdahale, tru-cut biyopsi (tercih edilir) veya ince iğne aspirasyonu kullanılabilir. Ameliyat öncesi kemoterapi planlanmayan, ilk cerrahiye uygun olan ileri evre hastalığı olan hastalar için, tanısal intraoperatif biyopsi yeterlidir. Asit veya plevral efüzyonu olan hastalar için parasentez veya torasentez sitolojik tanı ve semptom rahatlaması sağlayabilir.

GENETİK ve MOLEKÜLER TESTLER

NCCN ve ASCO kılavuzları, epitelyal over kanseri olan tüm hastalarda kalıtsal BRCA1/2 varyantlarını taramak için germline kan testini önermektedir. Negatif germline testi sonucunda ise, somatik BRCA1/2 varyantları için cerrahi numunenin değerlendirmesini önermektedir. Germline ve somatik testler, hastaların ve risk altındaki akrabalarının tedavisi ve danışmanlığı hakkında bilgi sağlar (Kutu 2). İleri evre, HGSC veya endometrioid over kanserinde HRD testi, tedaviye de yön verir. HRD pozitifliği, platin bazlı kemoterapiye ve PARP inhibitörlerine daha yüksek yanıtla ilişkilidir. Lynch sendromunu taramak için NCCN kılavuzları, endometrioid, berrak hücreli veya müsinöz alt tipler için Mismatch repair testleri önermektedir.

ERKEN EVRE OVER KANSERİNİN TEDAVİSİ

Erken evre over kanseri şüphesi olan hastalarda birinci basamak tedavi olarak cerrahi uygulanır ve tümörün çıkarılıp evrelendirilmesi sağlanır, ardından adjuvan platin bazlı kemoterapi uygulanır (Figür 2). Erken evre over kanseri olan hastada cerrahi müdahale şunları içerir: (1) Tümör hücrelerini peritona dökmeden ilgili over ve fallop tüpünün en-blok çıkarılması (2) kontralateral salpingoofektomi ve histerektomi; (3) retroperitoneal (pelvik ve paraaortik) lenfadenektomi; (4) omentektomi; (5) random peritoneal biyopsiler ve (6) periton sıvı sitolojisi. Bazı müsinöz over kanseri hastalarında apendektomi de yapılabilir. Ameliyat sırasında evreleme önemlidir çünkü görüntüleme ile erken evre over kanseri olduğu varsayılan hastaların yaklaşık %30'unda kesin patolojik incelemede gizli metastatik hastalık vardır.

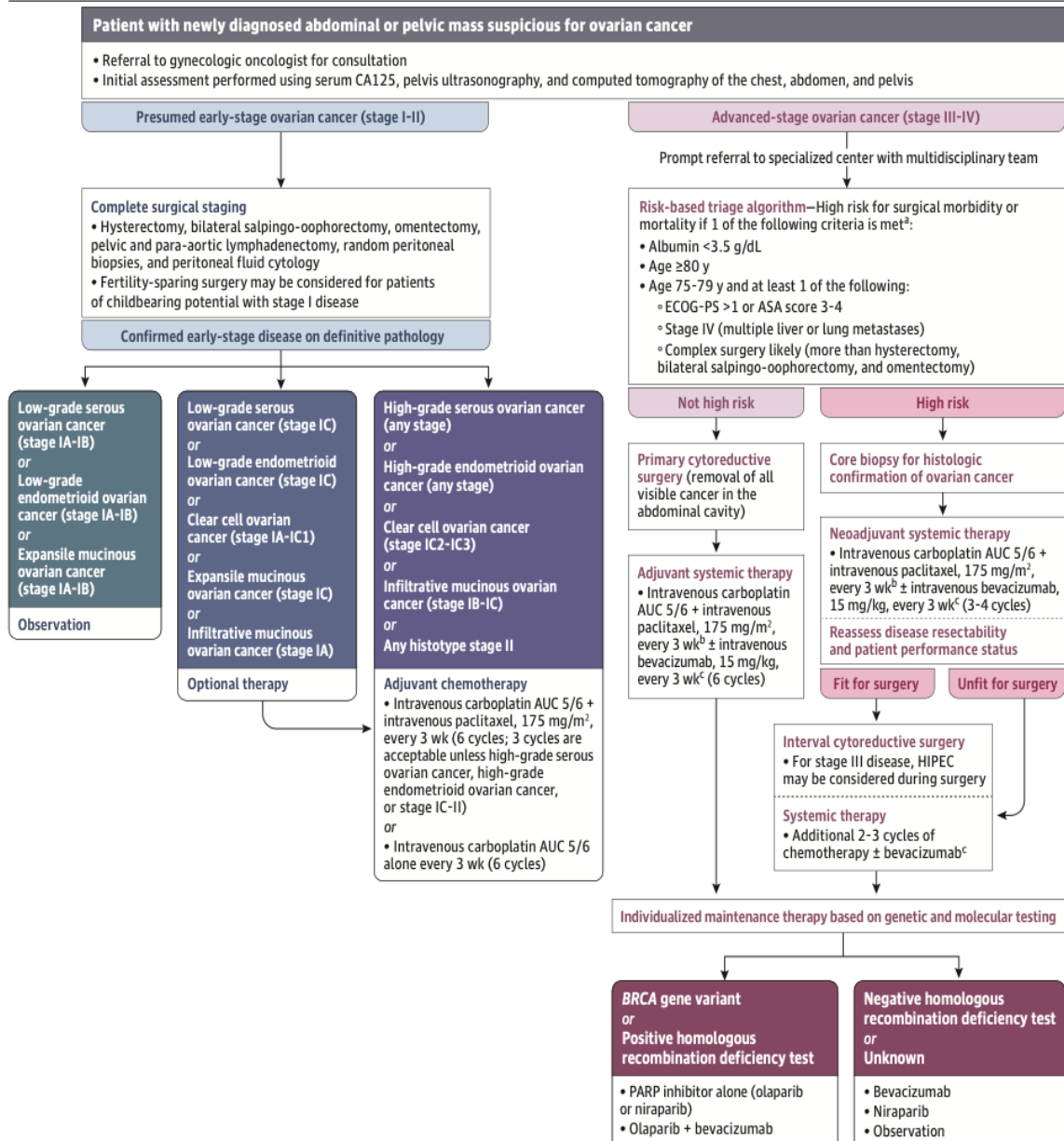


TJODist Bülteni

Evre I hastalığı olan ve gelecekte çocuk sahibi olmayı düşünen hastalar, tek taraflı salpingooferektomi (uterus ve kontralateral over/fallop tüpünün korunması) içeren fertilite koruyucu cerrahi düşünülebilir. Bilateral salpingooferektomiden önce oositlerin kriyoprezervasyonu, gelecekte in vitro fertilizasyon ve uterus embriyo transferi gibi yardımcı üreme yaklaşımlarına olanak sağlayabilir. Ameliyattan önce bir onkolojik fertilite uzmanına danışılması önerilir.

Erken evre over kanserinde adjuvan kemoterapinin faydası evreye, histolojik tipe ve tümör gradeine bağlıdır. Adjuvan kemoterapiyle ilgili karar verirken yaş, eşlik eden hastalıklar, performans durumu ve olası olumsuz olaylar göz önünde bulundurulmalıdır. Yüksek riskli hastalığı olan hastalar (evre IA grade 3, evre IB-IC, grade 2-3, evre II veya herhangi bir evre berrak hücreli over kanseri) arasında, adjuvan kemoterapi alanların 10 yıllık genel sağ kalım oranları, adjuvan kemoterapi almayanlara kıyasla daha iyidir.

Figure 2. Primary Treatment for Early-Stage and Advanced-Stage Ovarian Cancer



ASA indicates American Society of Anesthesiologists; AUC, area under the curve; CA125, carbohydrate antigen 125; ECOG-PS, Eastern Cooperative Oncology Group performance status; HIPEC, hyperthermic intraperitoneal chemotherapy; and PARP, poly-adenosine diphosphate ribose polymerase.
^aConsider neoadjuvant chemotherapy also if recent (<6 months) venous thromboembolism, myocardial infarction, stent, or laparotomy.

^bAn alternative weekly chemotherapy regimen of carboplatin AUC 2 and paclitaxel, 60 mg/m², is a reasonable option for frail patients who cannot tolerate the every-3-week schedule.

^cBevacizumab should be stopped 6 to 8 weeks before surgery and reinitiated 4 to 8 weeks after surgery due to wound-healing issues.



TJODist Bülteni

İLERİ EVRE OVER KANSERİNİN TEDAVİSİ

İleri evre epitelyal over kanserinin tedavisi tipik olarak sitoredüktif cerrahi, sistemik kemoterapi ve kişiye özel idame tedavisinin bir kombinasyonunu içerir. Perioperatif komplikasyon riski düşük ve görüntülemeye dayalı olarak rezektabl olduğu düşünülen ileri evre over kanseri olan hastalar için, adjuvan platin bazlı kemoterapiden önce primer sitoredüktif cerrahi önerilir. Diğer organlarda metastazı bulunan hastalarda, bulky retroperitoneal pelvik ve paraaortik lenf düğümlerinin, dalak, bağırsak ve diyaframın rezeksiyonu gerekebilir.

Perioperatif komplikasyon riski yüksek veya primer cerrahide komplet sitoredüksiyona ulaşma olasılığı düşük ileri evre over kanserli hastalarda neoadjuvan kemoterapi ve ardından intervaş sitoredüktif cerrahi ve adjuvan sistemik kemoterapi almalıdır. Evre III over kanseri olan hastalar için, ameliyat sırasında karın boşluğuna ısıtılmış platin bazlı kemoterapi verilmesini içeren hipertermik intraperitoneal kemoterapi, intervaş sitoredüktif cerrahi sırasında önerilebilir.

İleri evre over kanseri için birinci basamak sistemik kemoterapi, 6 kür her 3 haftada bir karboplatin artı paklitaksel içerir. Primer sitoredüktif cerrahi geçiren hastalar, ameliyattan sonraki 6 hafta içinde başlayarak 6 kür kemoterapi alırlar. İnterval sitoredüktif cerrahi geçiren hastalar genellikle ameliyattan önce 3 ila 4 kür ve ameliyattan sonra 2 ila 3 kür kemoterapi alırlar. Her 3 haftada bir aynı kümülatif dozu veren haftalık karboplatin ve paklitaksel rejimi, standart programı tolere edemeyen hastalar için makul bir alternatiftir. İleri evre over kanserli hastalarda kemoterapiye bevacizumab eklenip ardından 22 döngüye (15 ay) kadar bevacizumab idame tedavisinin, tek başına kemoterapiye kıyasla ortalama progresyonsuz sağkalımı (PFS) 2 ila 4 ay uzattığını gösterilmiştir.

İleri evre over kanseri olan hastalarda, kemoterapiye yanıtına, histolojiye, BRCA/HRD durumuna ve eşlik eden hastalıklara bağlı olarak, primer tedaviden sonra Bevacizumab ve/veya PARP inhibitörü (olaparib ya da niraparib) idame tedavisi düşünülebilir. PARP inhibitörleri, özellikle BRCA varyantı veya HRD pozitif tümörlerde, platin bazlı kemoterapiye yanıt veren HGSC veya endometrioid karsinomda idame tedavisi olarak önerilir.

PROGNOZ ve GÖZLEM

Erken evre over kanseri nedeniyle tedavi edilen hastalarda genel 5 yıllık sağkalım oranları %70 ila %95, ileri evre hastalığı olanlarda ise %10 ila %40'tır. İleri evre over kanseri olan hastaların %80'inden fazlasında başlangıçta tam remisyon görülür (tedavi sonrası görüntülemeye hastalık görülmez). Platin bazlı kemoterapiden sonra PARP inhibitörü idame tedavisi, BRCA'lı hastalarda 5 yıllık genel sağkalım oranlarını yaklaşık %70'e çıkarır. Primer tedavilerden sonra tam remisyon gösteren hastalara, ilk 2 yıl boyunca her 2-4 ayda bir, 3-5 yıl boyunca her 3-6 ayda bir ve ardından yıllık olarak klinik yeniden değerlendirme ve CA125 testi (başlangıçta yükselmişse) yapılmalıdır. Bilgisayarlı tomografi görüntüleme, tekrarlama riskine veya klinik tekrarlama şüphesine göre kişiselleştirilmelidir.



TJODist Bülteni

NÜKS OVER KANSERİ

İleri evre kanseri olan hastaların yaklaşık %75'i ve erken evre kanseri olan hastaların %10 ila %30'u 2 yıl içinde nükseder. Tekrarlayan hastalık tedavisi, platinsiz aralığa (platin bazlı kemoterapinin son dozundan nükse kadar geçen süre) bağlıdır ve bu süre sonraki platin tedavisine yanıtı tahmin eder. İlk nükste, hastaların yaklaşık %80'inde platine duyarlı hastalık (platinsiz aralık) vardır 6 ay) ve %20'sinde platine dirençli hastalık (platinsiz aralık <6 ay) vardır. Her remisyon ve nüksetmeyle birlikte platinsiz aralıklar kısalır ve tekrarlayan hastalığı olan hastaların yaklaşık %60 ila %75'inde platine direnç gelişir.

Platine Duyarlı Over Kanseri

Platine duyarlı tekrarlayan over kanserli hastalar için, bevacizumab ile birlikte veya bevacizumab olmaksızın platin bazlı kemoterapi (karboplatin artı lipozomal doksorubisin, gemitabin veya paklitaksel) önerilir. Görüntüleme ve performans durumu potansiyel olarak rezaktabl hastalığı olanlarda platine duyarlı hastalık için kemoterapi öncesi sekonder sitoredüktif cerrahi düşünülebilir. Platin bazlı kemoterapiye yanıt veren BRCA1/2 gen varyantlarına sahip PARP inhibitörü kullanmamış hastalarda tekrarlayan hastalık için PARP inhibitörü (olaparib, niraparib veya rucaparib) ile idame tedavisinin kullanımını düşünülmelidir.

Platine Dirençli Over Kanseri

Platine dirençli nüks over kanseri, tek ajanlı platin bazlı olmayan kemoterapi (lipozomal doksorubisin, gemitabin, haftalık paklitaksel, ortopotekan) ile tedavi edilebilir.



MOLAR GEBELİK ETYOLOJİSİ, SEYİR VE YÖNETİMDE YENİ GELİŞMELER

Braga A, Berkowitz R, Horowitz N. Etiology, Natural History, and Management of Recent Advances in Molar Pregnancy. *Obstet Gynecol*. Published online July 10, 2025. doi:10.1097/AOG.0000000000005998

Özet ve Çeviri: Hale Özer Çaltek

Molar gebelik, çok uzun zamandır bilinen bir patoloji olmasına rağmen günümüzde hâlâ tanıda gecikmeler, yetersiz postmolar takip ve gestasyonel trofoblastik neoplaziye (GTN) ilerlemenin gözden kaçırılması önemli sorunlar arasında yer almaktadır.

Bu nedenle birçok ülkede sağlık hizmetleri, molar gebelik olgularının takibini referans merkezlerinde toplamış, böylece deneyimli ekipler ve özelleşmiş kaynaklar aracılığıyla morbiditenin azaltılması ve sağkalımın artırılması hedeflenmiştir.

1970'lerin sonunda molar gebelik Komplet hidatidiform mol ve Parsiyel hidatidiform mol olmak üzere ikiye ayrılmıştır. Bu ayrım, hastalığın sitogenetik, klinik ve prognostik özelliklerindeki farklılıklara dayanmaktadır.

Molar gebeliğin doğal seyirinde iki kritik dönem vardır:

1. Tanı aşaması: Olguların yaklaşık %50'si ilk trimesterde ultrasonografi ile tanınır. Diğer yarısında ise tanı gecikir; bu durumda obstetrik komplikasyonlar, "near miss" tablosu ve hatta maternal mortalite gelişebilir.
2. GTN'ye ilerleme: Molar gebeliklerin %80–95'i evakuasyon sonrası spontan remisyona girerken, parsiyel molelerde %1–5, komplet molelerde %15–20 oranında GTN gelişebilir. Bu olguların çoğunda kemoterapi gerekmektedir.

Tanım ve Epidemiyoloji

Molar gebelik, **gestasyonel trofoblastik hastalığın benign spektrumunda** yer alır. Fertilizasyondaki genetik bir anomali sonucu gelişir. Sonuçta **koriyonik villuslarda anormal gelişim**, belirgin **trofoblast hiperplazisi** ve **aşırı hCG üretimi** ile karakterizedir. Molar gebelik yaklaşık **1:1.000–1:1.500 sıklığında** görülmektedir. Molar gebeliğin insidansı bölgesel ve etnik farklılıklar gösterebilir; bu nedenle yüksek riskli gruplarda (ileri yaş, adolesan, molar öyküsü olanlar) **erken ultrasonografi ve dikkatli takip** büyük önem taşır.

Tablo 1. Molar Gebelik İçin Başlıca Risk Faktörleri

Risk Faktörü	Açıklama	Risk Artışı
Anne yaşı	Adölesan dönem ve ileri yaş	Komplet mole için 2-7 kat artış; parsiyel mole ile ilişki yok
Önceki molar gebelik	- 1 kez molar gebelik sonrası tekrarlama - 2 kez molar gebelik sonrası tekrarlama	%1-2 %15-25
Coğrafi bölge	Asya ve Latin Amerika'da insidans daha yüksek	1:500'e kadar
Etnik farklılıklar	- Asya kökenli: komplet mole ↑, parsiyel mole ↓ Siyahi kadınlar: parsiyel mole ↓, komplet mole hafif ↓ - Hispanik kadınlar: her iki tip ↓	Göreceli risk değişken
Beslenme faktörleri	Karoten, folat ve mikronütrient eksiklikleri	Komplet mole riskinde artış
Genetik faktörler	NLRP7 ve KHDC3L mutasyonları (ailesel molar gebelik)	Tekrarlayan molar gebeliklerde belirgin artış

Komplet mol: Çoğunlukla diploid ve tamamen paternal genomdan köken alır. En sık, kromozomsuz bir oositin tek sperm tarafından döllenmesi ve sperm DNA'sının duplikasyonu ile **46, XX androjenetik** karyotip oluşur. Daha nadiren iki spermle döllenme sonucu **46, XY** de gelişebilir.

Parsiyel mol: Triploiddir ve biparental genetik kökenlidir. En sık iki sperm veya diploid bir sperm ile döllenme sonucu **69, XXX / 69, XXY / 69, XXX** karyotipleri görülür.

Tanı: Mikrosatellit STR genotipleme ile komplet molde maternal genetik katkı yokluğu, parsiyel molde ise diandrik triploidi doğrulanabilir.

Ailesel olgular: Nadir olarak, NLRP7 veya KHDC3L mutasyonları sonucu **otozomal resesif geçişli, biparental diploid komplet mol** gelişebilir. Bu kadınlar tekrarlayan molar gebelik riski taşır ve sağlıklı gebelik ancak **donör oosit** ile mümkündür.

Patoloji

Komplet hidatidiform mol, makroskopik olarak tüm plasentayı kaplayan sayıca fazla ve büyük veziküllerle karakterizedir. Bu veziküller 1–3 cm çapına ulaşabilir, toplamda 2 kilografa kadar ağırlığa ve 3 litreye kadar hacme sahip olabilir. Görünüm çoğunlukla üzüm salkımını andırır ve fetal doku ya da zar bulunmaz. Mikroskopik incelemede yaygın hidropik villuslar, belirgin santral kistik boşluklar (cisternler), diffüz trofoblastik hiperplazi, sık mitoz ve sitolojik atipi izlenir. Tanıda önemli bir özellik, anne genomunun bulunmamasına bağlı olarak p57^{kip2} ekspresyonunun olmamasıdır; bu nedenle komplet mol vakalarında villöz sitotrofoblast ve stromal çekirdeklerde immünohistokimyasal boyama negatiftir.

Parsiyel hidatidiform mol ise makroskopik olarak daha sınırlı hacimde, fokal veziküllerle seyredir. Veziküller komplet mole göre daha küçüktür; ilk trimesterde 5 mm, ikinci trimesterde ise 2 cm civarında olabilir ve normal villilerle iç içe görülür. Çoğunlukla küçük ve ciddi anomalileri olan bir embriyo veya fetüs mevcuttur. Mikroskopik olarak iki farklı villi populasyonu izlenir: büyük ve ödemli villiler ile küçük, fibrotik villiler. Trofoblast proliferasyonu fokal ve daha hafif düzeydedir, hücresel atipi de genellikle mildir. Trofoblastik psödoinklüzyonlar sık görülmekle birlikte özgül değildir. Parsiyel mol vakalarında anne genetik katkısı bulunduğundan p57^{kip2} ekspresyonu pozitifdir ve bu özellik komplet mol ayırımında oldukça değerlidir.

Özetle, komplet mol daha yaygın, büyük ve belirgin trofoblast proliferasyonu ile seyrederken; parsiyel mol daha sınırlı, küçük veziküllerle, hafif atipi ve fokal proliferasyon ile karakterizedir. İmmünohistokimyasal olarak p57^{kip2} negatifliği komplet mol için, pozitifliği ise parsiyel mol için ayırıcı tanıda yol göstericidir.

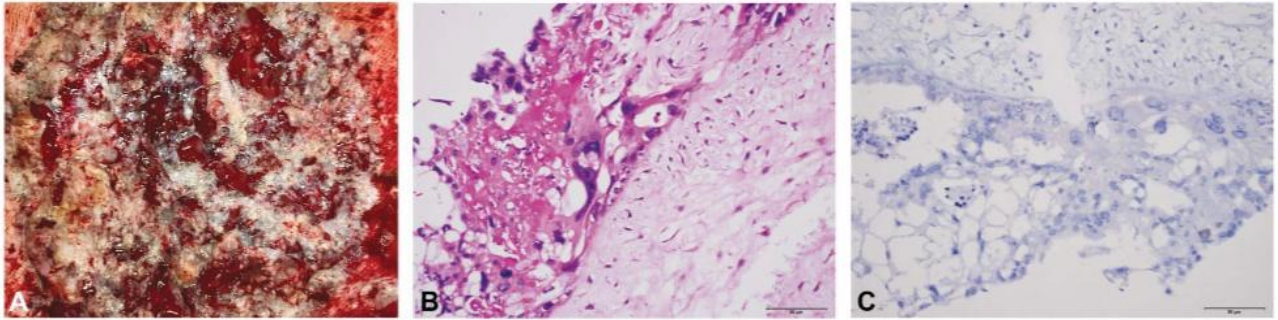


Fig. 1. A. Macroscopy of complete hydatidiform mole at 8 weeks of gestation. Note the presence of hydatidiform vesicles without embryonic development. B. Histopathology of complete hydatidiform mole. There are diffuse hydropic enlargement and trophoblastic proliferation of the chorionic villi on hematoxylin-eosin staining ($\times 10$ magnification). C. Immunohistochemistry of complete hydatidiform mole with absence of p57^{kip2} staining in cytotrophoblast cells showing the absence of maternal genetic material in the analyzed tissue and highlighting its parthenogenetic constitution.

Braga. *Recent Advances in Molar Pregnancy. Obstet Gynecol* 2025.

Figure 1. A. Gebeliğin 8. haftasında tam hidatidiform molün makroskopisi. Embriyonik gelişim olmaksızın hidatidiform veziküllerin varlığı B. Tam hidatidiform molün histopatolojisi. Hematoksilin-eozin boyamasında koryonik villuslarda yaygın hidropik büyüme ve trofoblastik proliferasyon görülmektedir. C. Sitotrofoblast hücrelerinde p57^{kip2} boyamasının olmadığı tam hidatidiform molün immünohistokimyası, analiz edilen dokuda maternal genetik materyalin olmadığını ve partenogenetik yapısını vurgulamaktadır.

KLİNİK BULGULAR

Son 30 yılda molar gebeliğin klinik bulguları değişmiştir. Günümüzde gelişmiş ultrasonografi ve hassas hCG testleri sayesinde olguların çoğu ilk trimesterde, sıklıkla asemptomatikken saptanmaktadır. Yine de en sık görülen bulgu ağrısız vajinal kanamadır ve genellikle 4–16. amenore haftaları arasında ortaya çıkar. Bu hastaların küçük bir kısmında ciddi anemi gelişir; nadiren ise masif kanama ve hipovolemik şok görülebilir, bu durumda hemodinamik destek ve kanamayı kontrol altına almaya yönelik girişimler gerekir.

Bazı olgularda uterus gebelik haftasına göre büyük olabilir. Bu durum uterin perforasyon riskini artırdığı için molar boşaltım sırasında ultrason eşliğinde işlem yapılması önerilir. Yüksek hCG düzeyleri nedeniyle görülen teka lutein kistleri genellikle bilateral, multiloküle ve 6 cm'den büyük boyuttadır; çoğu olgu konservatif olarak takip edilir ve boşaltımdan 6–8 hafta sonra kendiliğinden geriler. Ancak %3 kadarında torsiyon veya rüptür gibi komplikasyonlar gelişebilir.

Molar gebelik nadiren gebeliğin 24. haftasından önce ortaya çıkan preeklampsiye yol açabilir. Klinik olarak nonmolar gebeliklerdeki preeklampside farklı değildir; hipertansiyonla birlikte proteinüri, trombositopeni, karaciğer fonksiyon bozukluğu, böbrek fonksiyon bozukluğu, pulmoner ödem veya eklampsi görülebilir. Tedavi, gebeliğin sonlandırılması ve maternal komplikasyonların kontrolü ile yapılır; magnezyum sülfat ve antihipertansif ilaçlar (labetalol, hidralazin, nifedipin) kullanılabilir.

Yüksek hCG düzeyleri ayrıca hiperemesis gravidarum tablosuna neden olabilir. Bu durum inatçı kusmalar, kilo kaybı ve sıvı-elektrolit bozuklukları ile seyreder ve hidrasyon, antiemetikler ve beslenme desteğiyle yönetilir. Benzer şekilde, hCG'nin TSH ile yapısal benzerliği nedeniyle hipertiroidi gelişebilir. Özellikle uterusu büyük olan, teka lutein kisti bulunan ve hCG düzeyi 400.000 IU/L'den yüksek hastalarda risk fazladır. Klinik tablo bazen tiroid fırtınasına kadar ilerleyebilir. Tedavi, tiroid fonksiyonunu baskılayıcı ilaçlar (propiltiourasil, iyot), beta blokerler ve gerekirse plazmaferez sonrası acil molar dokunun boşaltılmasıdır.

Pulmoner komplikasyonlar özellikle ileri gebelik haftasında ve uterusu büyük olan olgularda gelişebilir ve maternal ölüme yol açabilir. Molar boşaltım sırasında sıvı tedavisinde dikkatli olunmalı, sağ kalp yüklenmesi sonucu ciddi pulmoner ödem gelişebileceği akılda tutulmalıdır. Trofoblastik emboli, villusların myometriyal ventlere penetre olarak vena kava, kalp ve akciğerlere ulaşması ile ortaya çıkar. Bazı yazarlar, boşaltım öncesinde misoprostol veya oksitosin kullanımının emboli riskini artırabileceğini bildirmiştir. Bu olguların yönetiminde ventilatör desteği, yakın hemodinamik monitorizasyon ve acil uterin boşaltım gereklidir. Mortal seyreden olguların büyük kısmında molar boşaltımın geciktirildiğini göstermektedir.

TANI

Ultrasonografi, molar gebeliğin tanı ve yönetiminde temel görüntüleme yöntemidir. Serum hCG düzeyleri ile birlikte erken dönemde molar gebeliğin saptanmasında, komplet ve parsiyel mol ayırımında ve küretaj sırasında uterin boşaltımın tamamlanmasını sağlamada kullanılır. Doppler ile yapılan değerlendirmeler uterin neovaskülarizasyon ve direnç ölçümü ile hangi olguların gestasyonel trofoblastik neoplaziye ilerleyebileceğini öngörmeye araştırılmıştır.

Komplet hidatidiform mol olgularında ultrasonografide tipik olarak endometriumdaki yaygın şekilde dağılmış, çok sayıda anekoik, avasküler alanlardan oluşan intrauterin kitle görünümü vardır. Embriyo ya da fetüse ait yapılar saptanmaz; yalnızca çok nadir ikiz gebeliklerde hem molar doku hem de sağlıklı fetus birlikte bulunabilir. İkinci trimesterde veziküller sayıca ve boyutça daha belirgin hale gelir. Ancak özellikle ilk trimesterde komplet ve parsiyel mol ayırımı ultrason ile her zaman güvenilir değildir.

Parsiyel hidatidiform mol ultrasonografide kalınlaşmış plasenta, uzamış gestasyonel kese ve “İsviçre peyniri” görünümünü andıran çok sayıda küçük kistik yapıyla karakterizedir. Çoğunlukla embriyonik ya da fetal yapılar da görülebilir ve umbilikal dolaşımın varlığı nedeniyle veziküller arasında damar yapıları izlenir. Fetal malformasyonlar sık eşlik eder.

Nadiren molar gebelik uterus dışında, örneğin tüplerde yerleşerek ektopik molar gebelik şeklinde görülebilir. İnsidansı son derece düşüktür fakat bu olgular nonmolar ektopik gebeliklere göre iki kat daha sık tüp rüptürü ve hemoperitonyuma yol açar. Bu nedenle ultrason ile yalnızca ektopik gebeliğin klasik bulguları değil, aynı zamanda tipik molar veziküllerin varlığı da araştırılmalıdır.

Bir diğer nadir tablo ikiz molar gebeliktir. Bu durumda canlı bir dizigotik fetus ile birlikte molar gebelik bulunur. Parsiyel mol ve triploid fetus ile ayırıcı tanısı ultrason ile yapılır; çünkü bu durumda gebelik yaşatılamaz ve sonlandırılmalıdır. İkiz molar gebeliklerde canlı doğum oranı %40–60 civarındadır; ancak preeklampsi ve kanama riski yüksektir. Gestasyonel trofoblastik neoplazi gelişme oranı ise literatürde tartışmalıdır; bazı çalışmalarda %27–36, bazılarında ise tekil molar gebelikle benzer (%19) bulunmuştur. Neoplazi gelişse dahi sağkalım ve kür oranları, gebeliğe izin verilmiş olmasından olumsuz etkilenmez.

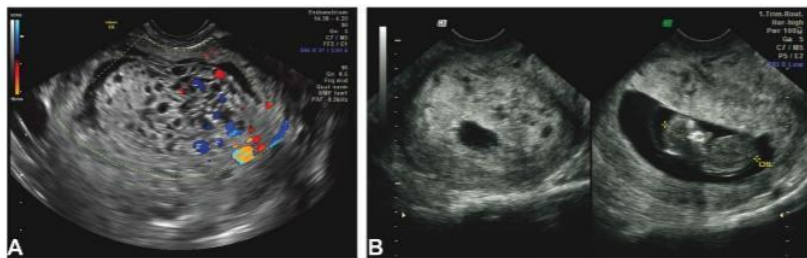


Fig. 3. A. Ultrasonography of a complete hydatidiform mole showing an enlarged uterus filled with multiple cystic structures classically gives a snowstorm or bunch of grapes appearance without any associated fetal parts. Color Doppler evaluation may show high-velocity, low-impedance flow. **B.** Ultrasonogram of partial hydatidiform mole showing greatly enlarged placenta relative to the size of the uterine

cavity with cystic spaces within the placenta, which may not always be present, especially in early pregnancies. Sometimes an amniotic cavity can be observed (gestational sac) that either is empty or contains amorphous, inappropriately small fetal echoes that may be surrounded by a relatively thick rim of placental echoes with intermingling cystic spaces. It is also possible to identify the presence of a well-formed but growth-restricted fetus, whether alive or dead, with hydropic degeneration of fetal parts often present. Color Doppler evaluation may show high-velocity flow and low impedance.

Braga. Recent Advances in Molar Pregnancy. Obstet Gynecol 2025.

Şekil 3. A. Genişlemiş bir uterusun, çoklu kistik yapılarla dolu olduğunu gösteren tam bir hidatidiform molün ultrasonografisi, klasik olarak herhangi bir fetal organ olmadan bir kar fırtınası veya üzüm salkımı görünümü verir. Renkli Doppler değerlendirmesi, yüksek hızlı, düşük empedanslı akım gösterebilir. B. Kısmi hidatidiform molün ultrasonografisi, uterus boşluğunun boyutuna göre büyük ölçüde genişlemiş plasenta ve plasenta içinde kistik boşluklar gösterir; bu boşluklar, özellikle erken gebeliklerde her zaman mevcut olmayabilir. Bazen, boş olan veya amorf, uygunsuz şekilde küçük fetal ekolar içeren bir amniyotik boşluk (gebelik kesesi) gözlemlenebilir; bu boşluklar, birbirine karışan kistik boşluklarla birlikte nispeten kalın bir plasenta ekoları halkasıyla çevrili olabilir. Canlı veya ölü olsun, iyi gelişmiş ancak büyüme geriliği olan ve fetal kısımlarda sıklıkla hidropik dejenerasyon görülen bir fetüsün varlığını tespit etmek de mümkündür. Renkli Doppler değerlendirmesi yüksek hızlı akım ve düşük empedans gösterebilir.

TEDAVİ

Molar gebeliğin tedavisi, eşlik eden klinik komplikasyonların (kanama, erken preeklampsi, hipertiroidi, hipereomezis, pulmoner sorunlar) yönetimi ile birlikte uterustan molar dokunun boşaltılmasını içerir. Bu işlemin tercihen referans merkezlerinde yapılması; cerrahi komplikasyonların azaltılması, deneyimli patolog değerlendirmesi ve uygun postmolar takibin hemen başlatılabilmesi açısından avantajlıdır. Ancak referans merkezin bulunmadığı yerlerde uzman hekimler de bu işlemi yapabilir.

Preoperatif değerlendirmede ayrıntılı anamnez ve muayene şarttır. Kan grubu, Rh faktörü, hemogram, koagülasyon testleri ve hCG düzeyi mutlaka incelenmelidir. ACOG'a göre 12. gebelik haftasından küçük olgularda rutin anti-D immünoglobulin uygulaması önerilmemektedir; ancak yarar ve riskler dikkate alınarak hasta ile birlikte bireysel olarak karar verilmelidir. Parsiyel mol ve 12 hafta üzerindeki gebeliklerde, endikasyon varsa alloimmünizasyon profilaksisi yapılmalıdır. Anemisi olan veya gestasyonel haftasonda göre büyük uteruslu hastalarda kan ürünlerinin hazır bulundurulması önemlidir.

Eşlik eden komplikasyonların tedavisi boşaltım öncesinde yapılabilir; örneğin eklampside magnezyum sülfat, hipertiroide beta-blokerler kullanılabilir. Çoğu durumda bu semptomlar molar doku çıkarıldıktan sonra kendiliğinden düzelir.

Uterin boşaltımda **vakum aspirasyon** yöntemi tercih edilir. Bu yöntem güvenli, hızlı, komplet boşaltım şansı yüksek ve komplikasyon oranı düşüktür. Elektrikli cihazlar bulunmazsa manuel aspirasyon da aynı şekilde etkilidir. Molar gebelik boşaltımının ofis ortamında yapılması önerilmez; mutlaka hastane koşullarında yapılmalıdır. Serviks kapalı ve sert ise 200–400 mcg misoprostol ile servikal olgunlaştırma yapılabilir. Ancak misoprostol veya mifepristonla medikal düşük yöntemleri önerilmez; çünkü bu yaklaşım kanama, inkomplet boşaltım, trofoblast embolisi ve daha yüksek oranda gestasyonel trofoblastik neoplazi ile ilişkilidir. Ultrasonografi veya histeroskopi boşaltımın tam olup olmadığını değerlendirmede yararlıdır.

Fertilitesini tamamlanmış veya ileri yaşta (40 yaş üzeri) kadınlarda tedavi seçeneği olarak histerektomi de önerilebilir. Bu yaklaşım postmolar trofoblastik neoplazi riskini azaltsa da tamamen ortadan kaldırmaz; ayrıca metastaz varsa kemoterapi ihtiyacını da engellemez. Dolayısıyla histerektomi yapılan olgular da standart evakuasyon yapılan hastalar gibi postmolar dönemde düzenli takip edilmelidir.



TJODist Bülteni

TAKİP

Komplet hidatidiform mol vakalarının yaklaşık %15–20'si, parsiyel mol vakalarının ise %1–5'i gestasyonel trofoblastik neoplaziye (GTN) ilerler. Bu neoplazi genellikle invaziv mol veya koryokarsinom şeklinde ortaya çıkar ve olguların %20–30'unda uzak metastazlar gelişebilir. İnvaziv mol ve koryokarsinom GTN'nin en sık formlarıdır ve kemoterapiye büyük ölçüde yanıt verir. Koryokarsinom sadece molar gebelikten değil, herhangi bir gebelik sonrasında da görülebilir. Bu nedenle molar gebelik sonrası düzenli takip hayati önem taşır.

Son yıllarda GTN gelişimini öngörmek için moleküler ve genetik belirteçler araştırılmaktadır. Örneğin, düşük apoptotik indeks, GTN riskini artırır. Caspase-3 apoptotik indeksi %4'ün üzerinde olan hastalarda pozitif prediktif değeri sınırlı olsa da negatif prediktif değeri oldukça yüksektir. Ayrıca, miR-181 ekspresyonunun artışı ve BCL2'nin baskılanması, malign ilerleme riskiyle ilişkilidir. Benzer şekilde, 14q32 miRNA kümesindeki azalma ve DIO3 protein ekspresyonunun kaybı da GTN gelişiminin prognostik faktörleri olarak bildirilmiştir.

Boşaltım sonrasında hCG regresyonunun yakın takibi GTN'nin erken tanısı için kritik öneme sahiptir. Bunun için haftalık serum hCG ölçümü yapılır ve üç ardışık normal değer elde edilene kadar devam edilir. hCG düzeyi normale döndükten sonra GTN gelişme riski çok düşüktür. Parsiyel mol vakalarında ilk normal hCG değerinden bir ay sonra ek bir ölçüm yapılmalıdır. Komplet molde de risk oldukça düşüktür, özellikle hCG düzeyi 56 gün içinde normale döndüyse. Uluslararası kılavuzlar komplet mol için hCG takibinin en az 3 ay, en fazla 6 ay sürdürülmesini önermektedir. Bu süre kısaltılması, hem maliyet-etkinlik açısından hem de ileri yaş veya fertilitate kaybı olan kadınlar için önemlidir.

Takibin temel unsurlarından biri sistematik kontrasepsiyondur. Remisyondan sonraki en az 6 ay boyunca gebelikten kaçınılmalıdır. Bu, hCG'de olası bir artış veya plato saptandığında GTN tanısının kolay konulabilmesini sağlar. Hormonal kontraseptifler ve bariyer yöntemleri güvenle kullanılabilir; bunlar remisyonda gecikmeye veya GTN riskinde artışa yol açmaz. Ancak, uterus perforasyonu riski nedeniyle remisyona sağlanana kadar intrauterin araçların uygulanması görece kontrendikedir.

hCG

Takibi:

hCG molekülü karmaşık yapıdadır ve kullanılan testlerin hiçbiri başlangıçta gestasyonel trofoblastik hastalık (GTH) takibi için özel olarak geliştirilmemiştir. Ancak postmolar takipte en uygun olanlar, mümkün olduğunca çok hCG alt birimini saptayabilen, yüksek duyarlılığa sahip *sandviç tipi immünoassay* yöntemleridir. Ölçümlerde aynı laboratuvar testinin kullanılması, tutarlılık ve güvenilirlik açısından önemlidir. Çok yüksek hCG değerlerinde (≥ 500.000 IU/L) "hook effect" adı verilen yalancı düşük ya da negatif sonuç görülebilir; bu durumda örneğin seyreltilmesi gerekir. Çok düşük ama kalıcı hCG değerleri ise bazen yalancı pozitiflik (phantom hCG) olabilir; genellikle heterofil antikortlar veya hipofiz kaynaklı hCG buna neden olur. Böyle durumlarda idrarda hCG testi yardımcıdır çünkü kan kaynaklı çapraz reaksiyon molekülleri idrara geçmez. Özellikle perimenopozal kadınlarda, hipofizer hCG şüphesinde hormonal kontraseptifler kullanılarak bu üretim baskılanabilir.



TJODist Bülteni

Gestasyonel

Trofoblastik

Neoplazi

(GTN)

Tanısı:

Postmolar takipte GTN tanısı, belirli hCG kriterleri ile konur:

- hCG'nin 3 hafta boyunca 4 ardışık ölçümde plato çizmesi ($\pm 10\%$),
- hCG'nin en az 2 hafta boyunca 3 ardışık ölçümde $\%10$ 'dan fazla artması,
- Histolojik olarak koryokarsinom tanısı.

Daha önce tanı kriteri olan, evakuasyondan sonra 6 ay boyunca hCG yüksekliği artık kullanılmamaktadır. Tanı konduğunda tedaviye başlanır; standart tedavi kemoterapidir. Ancak düşük riskli GTN'de ikinci küretaj veya histerektomi de düşünülebilir. Referans merkezlerinde takip edilen hastalarda tanı daha erken konur ve tedaviye zamanında başlanır; bu da metastaz riskini ve agresif tedavi gereksinimini azaltır, sağkalımı artırır.

Sonraki Gebelik Planlaması ve Psikososyal Etkiler:

Molar gebelik öyküsü olan kadınların doğurganlık potansiyeli genelde normaldir. Ancak ikinci molar gebelik riski $\%1-2$ olup, toplum geneline göre 4-50 kat fazladır. Bu nedenle taburculuk sonrası gebelik planlaması önemlidir. Erken gebeliklerde ilk trimester ultrasonografi ile tekrarlayan molar gebelik erken tanınabilir. Gebelik kayıplarında doku ya da doğumlarda plasenta incelenmeli, şüpheli ise patolojiye gönderilmelidir. Ayrıca yeni gebelik sonrası 6-8. haftalarda hCG kontrolü yapılarak nonmolar GTN olasılığı dışlanmalıdır. Yardımcı üreme tekniklerine başvurmak rutin olarak gerekmez; ancak tekrarlayan (≥ 3) molar gebelik öyküsü olanlarda IVF ve preimplantasyon genetik tanı düşünülebilir. Molar gebelik tanısı, takip süreci ve tedavisi hastaların yaşam kalitesini olumsuz etkileyebilir. Sosyal, psikolojik ve cinsel yaşamda zorluklar ortaya çıkabilir. Bu nedenle psikolog ve sosyal hizmet desteği yararlıdır. Takip sırasında haftalık hCG ölçümleri esastır. Ayrıca hastalık nadir görüldüğü için, hastalara yönelik güvenilir bilgilerin dijital platformlarda erişilebilir olması önemlidir.

Sonuç

Molar gebelik nadir görülse de, erken tanı ve düzenli takip hasta prognozu için kritik öneme sahiptir. Ultrasonografi ve hCG ölçümleri tanıyı kolaylaştırır da ileri yaş ve ağır semptomlarla başvuran olgular hâlen mevcuttur.

GTN gelişimini öngörecektir güvenilir biyobelirteçler bulunmadığından, en etkili strateji olguların **referans merkezlerinde multidisipliner takip edilmesidir**. Doğru yönetimle molar gebelik büyük oranda kür edilebilmekte ve hastaların **fertilitesi korunabilmektedir**.



16. Dünya Endometriozis Kongresi (16th World Congress on Endometriosis)

İzlenimleri

Hazırlayan: Dr. Meryem Hocaoğlu

16. Dünya Endometriozis Kongresi (16th World Congress on Endometriosis), Avustralya'nın Sidney kentinde, 21-14 Mayıs 2025'te, tüm dünyadan endometriozisle ilgilenen toplam 1.100 üyenin katılımı ile gerçekleştirildi. Kongreye, Endometriozis ve Adenomyozis Derneği'ni ve ülkemizi temsilen Prof. Dr. Engin Oral hocamız, Doç. Dr. Nilüfer Akgün, Op. Dr. Fitnat Nura Topbaş Selçuki ve tarafımda katılım sağlayarak bilimsel çalışmalarımızı sunduk. Kongre programının ana konuları içinde etiyoloji, patogenezi ve progresyon; endometriozisin deneysel modelleri, genetik ve omik teknolojileri; görüntüleme, biyobelirteçler ve tanı; planlama veya takip için diğer araçlar, yeni tedaviler, hedefler ve bunların keşfi için yöntemler; medikal ve cerrahi tedaviler, fertilité yönetimi; ilişkili, tamamlayıcı ve alternatif tedaviler; ağrı mekanizmaları ve yönetimi, endometrioziste insanlar ve politika yer aldı.

Kongre öncesi ilk gün, zengin içerikli yedi ayrı kurs programı gerçekleştirildi. Kursların konu başlıkları içinde, 'WES Early/Mid Career Researcher Workshop': gelecek nesillere rehberlik ve mentörlük; laboratuvar tabanlı endometriozis araştırmalarını geliştirmek için yeni teknolojiler ve işbirlikçi ortaklıkların benimsenmesi; görüntülemeye küresel gelişmeler; son teknolojik teknikler ve yenilikler; derin endometriozisin cerrahi tedavisi; optimize edilmiş sonuçlar için kanıtlar ve teknikler; endometrioziste fertilité alanındaki gelişmeler; fizyoterapi becerilerinin geliştirilmesi; endometriozis hastalarında pelvik ağrıyla mücadele yer aldı.

Kongrede sözlü sunulan ve bilimsel içeriğiyle öne çıkan çalışmalara göz atıldığında, halen tartışmalı olan endometrioma tedavisinde etanol skleroterapisi ile ilgili aynı oturumda, iki farklı araştırma dikkati çekti. İlki, Crestani tarafından gerçekleştirilen bir retrospektif çalışma olup, bu çalışmada, endometrioma için laparoskopik etanol skleroterapisi uygulanan ve eş zamanlı derin endometriozis lezyonlarının rezeksiyonu yapılan 134 hasta, postoperatif fertilité sonuçları ve nüks oranları açısından değerlendirildi.



TJODist Bülteni

Hastaların ortalama yaşı $31,8 \pm 4,6$ yıldır ve %29'u infertil idi. Preoperatif anti-müllerian hormon (AMH) seviyeleri ortalama $2,96 \pm 2,02$ ng/mL idi. Postoperatif dönemde AMH seviyelerinin (ortalama fark: $1,1$ ng/mL, $p = 10^{-8}$) önemli ölçüde azaldığı gözlemlendi. Bununla birlikte, hastaların %4,5'inde, etanol skleroterapisiyle ilişkili olmayan postoperatif majör komplikasyonlar meydana geldi. Fertilite istemi olan 78 hastanın 45'i (%57) gebe kalırken; bu gebeliklerin %42'si spontan olarak gerçekleşti. Kümülatif gebelik oranı 24 ayda %55,5 ve 36 ayda %78,8 idi. Ayrıca, gebeliği predikte etmede en önemli faktörlerin ameliyat öncesi AMH düzeyleri ve abdominal cerrahi öyküsü olduğu (sırasıyla $HR=1,35$, $p=0,005$ ve $HR=0,32$, $p=0,01$) gözlemlendi. Medyan takip süresi 23 ay olup hastaların %16,5'inde endometrioma nüksü görüldü. Çalışmanın sonuçlarına göre yazar, derin endometriozis rezeksiyonu cerrahisi sırasında uygulanan laparoskopik etanol skleroterapisinin, diğer ablatif tekniklerle kıyaslanabilir olduğunu, tatmin edici gebelik oranları ve kabul edilebilir nüks oranları ile ilişkili olduğunu ve güvenli bir işlem olarak kabul edilebileceğini vurgulamıştır (1). İkinci çalışmada ise Casarramona ve ark., endometrioma için uygulanan etanol skleroterapisi sırasında etanolün, kist duvarından geçerek overde toksik konsantrasyonlara ulaşarak fertilite potansiyelini etkileyip etkilemeyeceği sorusuna cevap aradı. Bu çalışmada, bağışlanan hasta materyali kullanılarak endometrioma duvarının etanole geçirgenliği ve overdeki difüzyon hızı ölçüldü. Ayrıca, %96 etanol ile skleroterapi sonrası endometrioma duvarının arkasındaki maksimum etanol konsantrasyonu hesaplandı. Eks vivo olarak, over korteksi ve medulla örneklerinde maruz kalma koşulları modellendi; histomorfolojik analiz ve glikoz alım testleri yoluyla doku canlılığı değerlendirildi. Çalışmanın sonucunda etanolün, endometrioma duvarına nüfuz ettiği ve konsantrasyona bağlı olarak $1,0-7,5 \times 10^{-6}$ cm² s⁻¹ aralığında bir difüzyon katsayısıyla overin içine yayıldığı görüldü. Başlangıçta geçirgenliğin yavaş olduğu; ancak ilk bir saat içinde hızla arttığı ve %96 etanol ile 15-30 dakikadan uzun süren skleroterapi işleminin, kisti çevreleyen 8 mm derinliğe kadar bir bölgede %1'den fazla etanol konsantrasyonlarına neden olduğu görüldü. Bu konsantrasyonlara maruz bırakılan ex vivo over korteksi ve medulla örneklerinde, azalmış glikoz alımı, yaygın deselülarizasyon ve değişmiş morfolojik görüntü gözlemlendi. Farklı hücre popülasyonları %1 ve %5 etanole maruziyetten farklı şekilde etkilenirken, %10 etanol, tüm örneklerde glikoz alımını tamamen ortadan kaldırdı. Daha düşük etanol konsantrasyonlarında hücre ve doku morfolojisinin korunduğu ve glikoz alımının kontroller ile benzer özellikte olduğu izlendi. Bu ilgi çekici araştırmanın sonucunda yazarlar, skleroterapide kullanılan etanolün, endometrioma duvarına nüfuz ederek kisti çevreleyen 8 mm derinliğe kadar olan bölgede sitotoksik konsantrasyonlara ulaştığını ifade etti. Bununla birlikte, kistten uzak bölgelerin daha düşük konsantrasyonlara maruz kaldığını ve böylelikle viabilitenin devam ettiğini öne sürdüler (2).



TJODist Bülteni

Bilimsel literatüre katkı yapan bir diğer önemli çalışmada, Donnez ve ark., faz III, çift kör, plasebo kontrollü EDELWEISS-3 çalışmasını tamamlamış ve orta ila şiddetli endometriozisle ilişkili ağrısı olan kadınlarda, endometriozis ile ilişkili ağrıyı azaltmak için geliştirilme aşamasında olan Gonadotropin Salgılatıcı Hormon (GnRH) antagonisti linzagoliks, uzun vadeli etkilerini araştırdı. Ana EDELWEISS-3 çalışmasının tamamlanmasının ardından, katılımcılardan, ağrıları için 75 mg veya 200 mg linzagoliks ve hormonal 'add back' tedavisi (ABT) (1 mg estradiol/0,5 mg noretindron asetat) ile altı ay daha tedaviye devam etmeleri istendi. Toplamda çalışmaya 353 hasta dahil oldu. Çalışmanın başlangıcında (6. ayda), linzagoliks 200 mg + ABT grubundaki kadınların %84,7'si ve linzagoliks 75 mg grubundaki kadınların %49,6'sı dismenorede klinik olarak anlamlı bir azalma deneyimledi. Bu oranlar, 12. ayda sırasıyla %91 ve %55,9'a yükseldi. Non-siklik pelvik ağrıda 200 mg + ABT ve 75 mg grupları için yanıt oranları 6. ayda sırasıyla %61 ve %54,0'dan 12. ayda sırasıyla %67,6 ve %59,5'e yükseldi. Her iki tedavi kolunda da 6. aydan 12. aya kadar diskezi, genel pelvik ağrı ve ağrının günlük aktivitelere etkisinde belirgin ek iyileşmeler gözlemlendi. Sıcak basması (%3,4-6,9) en sık görülen yan etkiydi. Tüm gruplarda kemik mineral yoğunluğunda meydana gelen başlangıç seviyesine göre değişim, 12. ayda %2'den azdı. Sonuç olarak, hem linzagoliks 75 mg hem de 200 mg + ABT gruplarında, 6. ayda gözlenen dismenore ve non-siklik pelvik ağrıda iyileşmenin, 12. ayda daha da arttığı ortaya çıktı. Ayrıca, EDELWEISS-3 ve EDELWEISS-6 çalışmalarında 12 aylık tedavi süreci boyunca linzagoliks iyi tolere edilebildiği vurgulandı (3).

Endometriozisin, dünya genelinde 5-10 yıl gecikme ile teşhis edildiği ve tanıda gecikmeleri azaltmak, hasta sonuçlarını iyileştirmek amacıyla non-invaziv bir tanı aracına ihtiyaç duyulduğu bilinir. Bu bağlamda, Oppelt ve ark., endometriozisin non-invaziv tanısı için, menstrüel kanda bulunan mRNA biyobelirteçlerini araştırdı. Endometrium ve kandan RNA dizilemeli hasta örneklerini (n=1.142) analiz edilerek endometriozis için spesifik biyobelirteçler belirlendi. Kantitatif PCR (qPCR) kullanılarak menstrüel kandaki bağımsız bir test seti (n=19) ile biyobelirteçler valide edildi; endometriozis için spesifik biyobelirteçler belirlendi. Özgüllük ve duyarlılık sınır değeri <%70 olan ve fizyolojik önemi olmayan biyobelirteçler dışlandı. Ardından 27 biyobelirteçten oluşan bir liste oluşturuldu; bunlar menstrüel kanda test edildi. Bağımsız test seti (n=20), qPCR kullanılarak %93'lük bir ilk tanı doğruluğunu (%100 özgüllük, %75 duyarlılık) ortaya çıkardı. Menstrüel kanın, tanı örneği olarak potansiyelini inceleyen paralel deneyler, toplama zamanı, sıcaklık, RNA ekstraksiyon kiti ve stabilizatör hacmi dahil olmak üzere çeşitli koşullarda RNA saflığı ve miktarını doğrulandı. RNA verimini ve kalitesini optimize etmek için bu faktörlerin en iyi kombinasyonu seçildi ve menstrüel kan RNA'sı, 7 güne kadar stabil kaldı. Bu sonuçlar, endometriozisin non-invaziv tanısının mümkün olabileceğini ve daha geniş ölçekli doğrulama ihtiyacını gösterdi.



TJODist Bülteni

Araştırmanın yazarları, menstrüel kan tanı kitinin, endometriozis tanısında çığır açan bir gelişme olduğunu, kadınlara ağrısız, uygun maliyetli, doğru ve erken konulan teşhis ile tedavi çözümü sunabileceğini vurguladı (4).

Kongrede yaşanan bilimsel ve sosyal zenginliğin yanında belki de en önemli gelişme, 17. Dünya Endometriozis Kongresi'nin 2027'de, İstanbul'da gerçekleştirileceği haberinin paylaşılmasıydı. Bu haberi, bir sonraki kongrenin Türkiye'de gerçekleştirilmesi kararının alınmasında en fazla payı olan sayın hocamız Prof. Dr. Engin Oral, kongrenin son oturumunda, etkileyici bir konuşma ve güzel İstanbul görüntülerinden oluşan kısa bir tanıtım filmi eşliğinde verdi. Bundan sonra artık ülkemizde düzenlenecek bir sonraki Dünya Kongresi için elimizden geleni yapma vakti...

KAYNAKÇA

1. Crestani A. Laparoscopic sclerotherapy for endometrioma during surgery for endometriosis: outcomes in 134 consecutive patients. Bordeaux, Fransa, Oral prezentasyon, 16. Dünya Endometriozis Kongresi, Özet Kitabı
2. Casarramona G, Peek R, Stroobants A, Houwen L van der, Nap A. Should we sclerotize endometriomas with ethanol?— Answers from the lab. Nijmegen, Hollanda. Oral prezentasyon, 16. Dünya Endometriozis Kongresi, Özet Kitabı
3. Donnez J, Dolmans , Becker C, Petraglia F, Bestel E, Hori S. Long-term extension study to assess the effect of linzagolix in women with endometriosis- associated pain (EDELWEISS-6 TRIAL), Brüksel, Belçika. Oral prezentasyon, 16. Dünya Endometriozis Kongresi, Özet Kitabı
4. Oppelt P, Ganhör C, Lackner A, Scharnagl E, Rezk-Führeder M. Non-invasive diagnostic innovations for endometriosis detection: a comprehensive approach using menstrual blood. Linz, Avusturya. Oral prezentasyon, 16. Dünya Endometriozis Kongresi, Özet Kitabı



TJODist Bülteni



TJOD İSTANBUL
Türk Jinekoloji ve Obstetrik Derneği

PERİNATOLOJİ

14 Eylül 2025, Pazar
Radisson Blu Hotel, İstanbul Şişli



**Toplantı
Sorumluları**

**Özlem Pata
Rıza Madazlı**

www.tjodistanbul.org



TJODist Bülteni

14 Eylül 2025, Pazar 09:30-14:45

Radisson Blu Hotel, İstanbul Şişli

PERİNATOLOJİ

Toplantı Sorumluları: Özlem Pata, Rıza Madazlı

09:30-10:00 Kahvaltı ve Kayıt

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

10:10-11:10 1. OTURUM

Antenatal Tarama ve Takipte Tartışmalı Konular

Moderatörler: *Murat Muhçu, Halil Aslan*

Panelistler: *Mucize Eriç Özdemir, Ayşe Keleş, Mert Turgal, Doruk Cevdi Katlan*

- İleri Anne Yaşı Kavramı Revize Edilmeli mi?
- Gestasyonel Diabet Taraması Gerekli mi?
- Gebelikte Tiroid Taranmalı mı?
- Çoğul Gebeliklerde Anöploidi Taramasını Nasıl Yapalım?
- TORCH Enfeksiyonlarını Rutin Tarayalım mı?
- Obez Olguların Takip ve Taramasında Farklılık Var mı?

11:10-11:40 UYDU SEMPOZYUMU

Moderatör: *Engin Oral*

Gebelikte Aşılama

Özlem Pata

sanofi

11:40-12:40 2. OTURUM

Her Yönü ile Preterm Eylem

Moderatörler: *Özlem Pata, İbrahim Kalelioğlu*

Panelistler: *Umut Dilek, Ebru Çelik, Ebru Davutoğlu, Lütfiye Selçuk Uygur*

- Preterm Eylem Öngörülebilir mi?
- Preterm Eylem Önlenebilir mi?
- Progesteron - İndometazin - Serklaj Kime Ne zaman?
- Preterm Eylemde Hangi Ajan - Magnezyum Uygulanımı Kime Ne Zaman?

12:40-13:00 KAHVE ARASI



TJODist Bülteni

14 Eylül 2025, Pazar 09:30-14:45

Radisson Blu Hotel, İstanbul Şişli

PERİNATOLOJİ

Toplantı Sorumluları: Özlem Pata, Rıza Madazlı

13:00-13:30 UYDU SEMPOZYUMU
Moderatör: Özlem Pata
Abrysvo ile RSV'ye Karşı Maternal İmmünizasyon:
İlk Nefesten İtibaren Koruma
Umut Dilek



13:30-14:45 3. OTURUM
Doğum Zamanlamasında Arada Kaldığımız Durumlar
Moderatörler: Rıza Madazlı, Oluş Api
Panelistler: İbrahim Bildirici, Aytaç Yüksel, Tuğba Sivrikoz

- Gebelikte Hipertansif Olgularda Doğum Zamanlaması
- FGK (Erken-Geç) Yönetim ve Doğum Zamanlaması
- İkiz Gebeliklerin Yönetiminde Dikkat Edilmesi Gereken Durumlar ve Doğum Zamanlaması
- İleri Anne Yaşında Doğum Zamanlaması
- Plasenta Yerleşim ve Yapışma Anomalisi Olan Olgularda Doğum Zamanlaması



TJODist Bülteni



TJOD İSTANBUL
Türk Jinekoloji ve Obstetrik Derneği

JİNEKOLOJİK CERRAHİ

12 Ekim 2025, Pazar
Radisson Blu Hotel, İstanbul Şişli



**Toplantı
Sorumluları**

**Süleyman Salman
Fuat Demirkıran**

www.tjodistanbul.org



TJODist Bülteni

📅 12 Ekim 2025, Pazar 🕒 09:00-14:45

Radisson Blu Hotel, İstanbul Şişli

JİNEKOLOJİK CERRAHİ

Toplantı Sorumluları: Süleyman Salman, Fuat Demirkıran

09:00-09:25 Kahvaltı ve Kayıt

09:25-09:30 Açılış Konuşması: *Samet Topuz*

09:30-10:15 1. OTURUM

Oturum Başkanları: *Macit Arvas, Abdulkadir Turgut*

09:30-09:45 Pelvik Anatomi

Serkan Erkanlı

09:45-10:00 Histerektomi; Abdominal vs Vajinal

Paşa Uluğ

10:00-10:15 Postpartum Kanamalara Cerrahi Yaklaşım Teknikleri

Mustafa Can Sivas

10:15-11:00 2. OTURUM

Oturum Başkanları: *Levent Yaşar, Samet Topuz*

10:15-10:30 Laparoskopik Histerektomi; Uygulama Basamakları

Veysel Şal

10:30-10:45 Laparoskopik Myomektomi; Olgu Seçimi ve Uygulama Teknikleri

Serdar Açıkgöz

10:45-11:00 Stress İnkontinas Tedavisinde Güncel Cerrahi Teknikler

Funda Güngör Uğurlucan

11:00-11:15 Kahve Molası

11:15-11:45 UYDU SEMPOZYUMU

Moderatör: *Veli Mihmanlı*

vNOTES Histerektomi

Süleyman Salman





TJODist Bülteni

12 Ekim 2025, Pazar 09:00-14:45

Radisson Blu Hotel, İstanbul Şişli

JİNEKOLOJİK CERRAHİ

Toplantı Sorumluları: Süleyman Salman, Fuat Demirkıran

11:45-12:45 3. OTURUM

Oturum Başkanları: *Murat Ekin, Ayşe Deniz Ertürk Coşkun*

11:45-12:00 Apikal Prolapsus Tedavisinde Güncel Cerrahi Teknikler

Elif Yıldız

12:00-12:15 Derin Endometriozis Yönetimi; Cerrahi Teknikler

Ahmet Kale

12:15-12:30 Jinekolojik Operasyonlarda Antibiyotik; Profilaktik ve Tedavi Edici

İlker İnanaç Balkar

12:30-12:45 Post Op Komp Yönetimi; Hemoraji ve Fistül

Doğan Vatansever

12:45-14:45 VİDEO OTURUMU

Oturum Başkanları: *Numan Çim, Serkan Kumbasar*

12:45-12:55 Le-Fort Operasyonu

Veli Mihmanlı, Cemil Taşcıoğlu Şehir Hastanesi

12:55-13:05 Pelvik Boşlukların Laparoskopik Diseksiyonu

Hakan Güraslan, Bağcılar EAH

13:05-13:15 v-NOTES Sakrokolpopeksi

Süleyman Salman, Gaziosmanpaşa EAH

13:15-13:25 TVT, TOT

Ayşe Deniz Ertürk Coşkun, Haydarpaşa Numune EAH

13:25-13:35 Kronik Pelvik Ağrı; Cerrahi Yönetim

Taner Usta, Acıbadem Altunizade Hastanesi

13:35-13:45 Laparoskopik Myomektomi

Serkan Akış, Marmara Üniversitesi Hastanesi

13:45-13:55 Laparoskopik Endometriozis Cerrahisi,
Low Anterior Rezeksiyon

Baki Erdem, Acıbadem Bakırköy Hastanesi

13:55-14:05 Retropubik TOT

Nil Atakul, İstanbul EAH

14:05-14:15 v-NOTES Histerektomi

Meryem Hoccoğlu, Medeniyet Üniversitesi Hastanesi

14:15-14:25 Minimal İnvaziv Cerrahide
Komplikasyon Yönetimi

Cem Yalçinkaya, Anadolu Sağlık Merkezi

14:25-14:35 v-NOTES Lateral Süspansiyon

Fatma Ketenci Gencer, Gaziosmanpaşa EAH

14:35-14:45 v-NOTES Sakrouterin Plikasyon

Merve Türkyılmaz, Kartal EAH



TJODist Bülteni



TJOD İSTANBUL
Türk Jinekoloji ve Obstetrik Derneği

JİNEKOLOJİ

12 Kasım 2025, Çarşamba
Radisson Blu Hotel, İstanbul Şişli



Toplantı
Sorumluları

Samet Topuz
Altay Gezer

www.tjodistanbul.org



TJODist Bülteni

📅 12 Kasım 2025, Çarşamba 🕒 18:30-21:45

Radisson Blu Hotel, İstanbul Şişli

JİNEKOLOJİ

Toplantı Sorumluları: Samet Topuz, Altay Gezer

Açılış Konuşması: *Engin Oral*

18:30-19:45 1. OTURUM

Oturum Başkanları: *Tugan Beşe, Hakan Güraslan*

18:30-18:45	Myom ve Sarkomu Radyolojik ve Biyokimyasal Olarak Nasıl Ayırt Ederiz?	<i>Samet Topuz</i>
18:45-19:00	Myomlarda Laparoskopi Cerrahi Yapılabilir	<i>Resul Karakuş</i>
19:00-19:15	Myomlarda Laparoskopik Cerrahi Uygun Değildir	<i>Murat Api</i>
19:15-19:30	Adenomyozitte Güncel Tanı ve Tedavi Nasıl Olmalı?	<i>Engin Oral</i>
19:30-19:45	Tartışma	

19:45-20:00 Kahve Molası

20:00-20:30 UYDU SEMPOZYUMU

Moderatör: *Engin Oral*

Menstrüel Siklus Kontrolünde Didrogesteronun Rolü

Hale Göksever Çelik



20:30-21:45 2. OTURUM

Oturum Başkanları: *Altay Gezer, Meryem Hocaoğlu*

20:30-20:45	Anormal Uterin Kanamada FIGO Sınıflaması, Biyopsi Teknikleri, Pipel, FC, HS	<i>Harika Yumru Çeliksoy</i>
20:45-21:00	Anormal Uterin Kanamada Medikal ve Cerrahi Tedaviler	<i>Semra Yüksel</i>
21:00-21:15	İstmosel Tanı ve Tedavisi Nasıl Olmalı, Hangi Yöntem LS vs HS?	<i>Taner Usta</i>
21:15-21:30	Güncel Kılavuzlar Eşliğinde Endometrial Hiperplazi Yönetimi	<i>Doğan Vatansever</i>
21:30-21:45	Tartışma	



TJODist Bülteni



TJOD İSTANBUL
Türk Jinekoloji ve Obstetrik Derneği

OBSTETRİK ACİLLER

21 Aralık 2025, Pazar
Radisson Blu Hotel, İstanbul Şişli



Toplantı
Sorumluları
Hakan Erenel
Recep Has

www.tjodistanbul.org



TJKODist Bülteni



21 Aralık 2025, Pazar



09:00-13:00

Radisson Blu Hotel, İstanbul Şişli

OBSTETRİK ACİLLER

Toplantı Sorumluları: Hakan Erenel, Recep Has

09:00-09:25 Kahvaltı ve Kayıt

09:25-09:30 Açılış Konuşması: *Engin Oral*

09:30-10:30 1. OTURUM

Obstetrik Kanamalar

Moderatörler: *Recep Has, Esra Esim Büyükbayrak*

Panelistler: *Ayşegül Özel, Barış Kaya, Doruk Cevdi Katlan, Mucize Eriç Özdemir*

- Vajinal Laserasyonlar
- Dekolman
- Atoni Kanaması
- Hemostatik Tamponad, Balon Uygulamaları ve Cerrahi Sütürler
- Plasenta Previa
- Plasenta Akreata Spektrumu ve Skar Gebeliği
- Dissemine İnvasküler Koagülasyon

10:30-10:45 Kahve Molası

10:45-11:45 2. OTURUM

Peripartum ve Postpartum Maternal Enfeksiyonlar / Sepsis

Moderatörler: *İbrahim Kalelioğlu, Ebru Davutoğlu*

Panelistler: *Reyhan Ayaz Bilir, Hicran Acar Şirinoğlu, Çağdaş Özgökçe, Didem Kaymak*

- Postpartum Endometrit
- Korioamnionit
- Pyelonefrit
- Epizyotomi ve Perineal Enfeksiyonlar
- Pelvik Abse
- Sezaryen Yara Enfeksiyonları
- Nekrotizan Fasiit
- Sepsis



TJODist Bülteni



21 Aralık 2025, Pazar



09:00-13:00

Radisson Blu Hotel, İstanbul Şişli

OBSTETRİK ACİLLER

Toplantı Sorumluları: Hakan Erenel, Recep Has

11:45-12:00 Kahve Molası

12:00-13:00 3. OTURUM

Ağır Preeklampsi / Eklampsi / HELLP Sendromu Yönetimi

Moderatörler: Alev Aydın, Tuğba Saraç Sivriköz

Panelistler: Özlem Aldemir, Şule Birol İnce, Kübra Kurt Bilirer, Tuğçe Tunç Arslanoğlu

- Preeklampsi Yönetim
- Ayaktan Takip ve Hastane İçin Uygun Adaylar Kim?
- Antihipertansif Tedavileri Nasıl Verelim?
- HELLP Sendromu Hemen Doğurtalım mı?
- Ayırıcı Tanıda Düşünülmesi Gerekenler
- Eklampsi Yönetim ve Doğum Zamanlaması