



TJODist Bülteni

Ağustos 2024

Başkandan



Sevgili Meslektaşlarım ,

İki aylık yaz tatili sonrası eylül ayı ile birlikte akademik hayatımız tekrar başlamaktadır. Biz ne yaptık? Biz TJOD İstanbul yönetim kurulu olarak bu iki ayda çalıştık. Akademik dönemdeki programlarımızı hazırladık. Sizin de bültende göreceğiniz üzere eylül, ekim, kasım ve aralık ayındaki TJOD İstanbul geleneksel Pazar Toplantıları devam edecektir. Size iyi bir haberimiz var. Pazar toplantılarımız tekrar eski formatına kavuşacaktır ve **Şişli Radisson Blue Hotel'de** kahvaltılı program şeklinde devam edecektir. Bunun dışında **12 Ekim Cumartesi günü Acıbadem Maslak Hastanesi'nde** hepimizin çok konuştuğu **Down Sendromu taraması ve yasal yükümlülüklerimiz** konusunu hem bilimsel hem de hukuki yönden tartışacağız. Ayrıca yeni bir program başlatıyoruz. **TJOD İstanbul asistan eğitim programı**. İlk etapta dört ayrı program hazırlamış bulunmaktayız. Amacımız asistan eğitim programına katkıda bulunmaktır. Bu katkıyı TJOD İstanbul yönetim kurulu başkanlığında İstanbul'da avrupa ve anadolu yakasındaki tüm üniversite ve eğitim hastaneleri iş birliği ile yapmayı planlıyoruz.

Ülkemizde biliyorsunuz 1990'lı yıllarının başından itibaren sağlık bakanlığının öncülüğünde yenidoğan tarama programı yapılmaktadır. Bu programda halihazırda altı hastalığın taraması söz konusudur ve bu tüm ülkede yapılmaktadır. Sağlık bakanlığı verilerine göre yaklaşık her yıl 4000-5000 çocuk erken tanı sayesinde bu hastalıklardan daha az zarar görmektedir. Bu hem toplum hem de aile için büyük bir kazançtır. Üzülerek söylüyorum ki yaklaşık on gün önce Kars Aile Mahkemesi'nin aldığı bir karar ile bu yenidoğan tarama programına gölge düşmüştür. Sağlık bakanlığının da müdahil olduğu hukuk davası sonunda umarım bu gölge kalkacaktır. Ülkemizde yenidoğan tarama, toplumun aşılması gibi iyi yapılan bu tür programların hiç geriye gitmeden tam tersi daha ileri düzeyde yapılması hepimizin arzusudur. Bu bültende benim sloganım **önce bilim**.

Cumhuriyetimizin kurucusu Mustafa Kemal Atatürk ve silah arkadaşlarına 30 Ağustos Zaferi için bir kez daha teşekkür ediyor ve bunun değerini dünya durdukça bileceğimize inanıyorum.

Saygılarımla

TJOD İstanbul Şubesi Yönetim Kurulu Adına

Başkan

PROF. DR. ENGİN ORAL



TJODist Bülteni

EDİTÖRLERDEN

Değerli Meslektaşlarımız,

Bu ayki bültenimize Kars İl Sağlık Müdürlüğü'nün yenidoğan bebekten topuk kanı alınmasına yönelik talebine Kars Aile Mahkemesi'nin 20.08.2024 tarihli red kararı nedeniyle duyduğumuz büyük endişe ve rahatsızlığı sizlerle paylaşarak ve Türk Neonatoloji Derneği'nin konu ile açıklamasına bültenimizde yer vererek başlamak istedik.

Ağustos ayı bültenimizde ayrıca ülkemizin en köklü kadın hastalıkları ve doğum kliniklerinden biri olan eski adıyla 'Bakırköy Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi' yeni adıyla 'Kanuni Sultan Süleyman Eğitim ve Araştırma Hastanesi' kadın doğum kliniğinin tarihçesi yer alıyor. Bu güzel yazıyı hazırlayan **Dr. Ayşegül Bestel'e** çok teşekkür ediyor ve beğenerek okuyacağınızı umuyoruz.

Bu ayki sayımızda önceki aylarda olduğu gibi faydalı olacağına inandığımız güncel makalelerin özetlerini yayınlıyoruz. İlk makalemizde **Dr. İnci Sema Taş** sizlere güncel pratikte sık olarak karşımıza çıkan mikst üriner inkontinansın yönetimi ile ilgili olarak Uluslararası Ürojinekoloji Derneği'nin (IUGA) Ocak 2024'te yayımlanan komite görüşünü özetledi. **Dr. Aybekcan Batman** obstetrik makalemizde yaklaşan grip sezonu nedeniyle faydalı olacağını düşündüğümüz 2023 Kasım ayında yayımlanan 'Gebelikte İnfluenza: Önleme ve tedavi' başlıklı ACOG komite raporunu hazırladı. Üçüncü makalede **Dr. İpek Evrûke** 'İnfertil kadın popülasyonunda subklinik hipotiroidi' başlıklı Mayıs 2024'te Amerikan Üreme Tıbbı Derneği'nin (ASRM) tarafından yayımlanan rehberi özetledi. Son makalemiz ise, **Dr. Sezgi Güllü** günümüzde artan sezaryen ile doğum oranları nedeniyle daha sık olarak karşımıza çıkan sezaryen skar defektlerinin klinik prezentasyonu ve yönetimi ile ilgili Ağustos 2023'te Current Opinion in Obstetrics and Gynecology dergisinde yayımlanan bir derlemeyi özetledi.

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

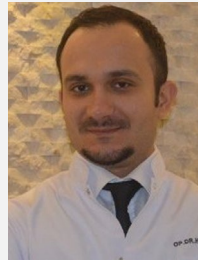
30 Ağustos Zafer Bayramı'mızı kutlar, görüş ve önerilerinize her zaman açık olduğumuzu belirtmek isteriz.

Sevgi ve Saygılarımızla,



DR. ÖZLEM DURAL

İstanbul Üniversitesi
İstanbul Tıp Fakültesi
Kadın Hastalıkları ve Doğum AD



DR. HAKAN ERENEL

Başakşehir Çam ve Sakura Şehir Hastanesi
Kadın Hastalıkları ve Doğum AD, Perinatoloji



TJODist Bülteni

Tjod İstanbul Yönetim Kurulu //



Dr. Engin Oral
Başkan



Dr. Samet Topuz
2. Başkan



Dr. Ayşe Seyhan
Genel Sekreter



Dr. A. Serdar Açıköz
Sayman



Dr. Özlem Dural



Dr. Hakan Erenel



Dr. Funda Güngör Uğurlucan



Dr. Veli Mihmanlı



Dr. Özlem Pata



Dr. Hale Göksever Çelik



Dr. Süleyman Salman



TJODist Bülteni

Bu Sayımıza Katkılarından Dolayı Teşekkürler

Soyadı Sırasıyla

DR. AYBEKCAN BATMAN

DR. AYŞEGÜL BESTEL

DR. İPEK EVRÜKE

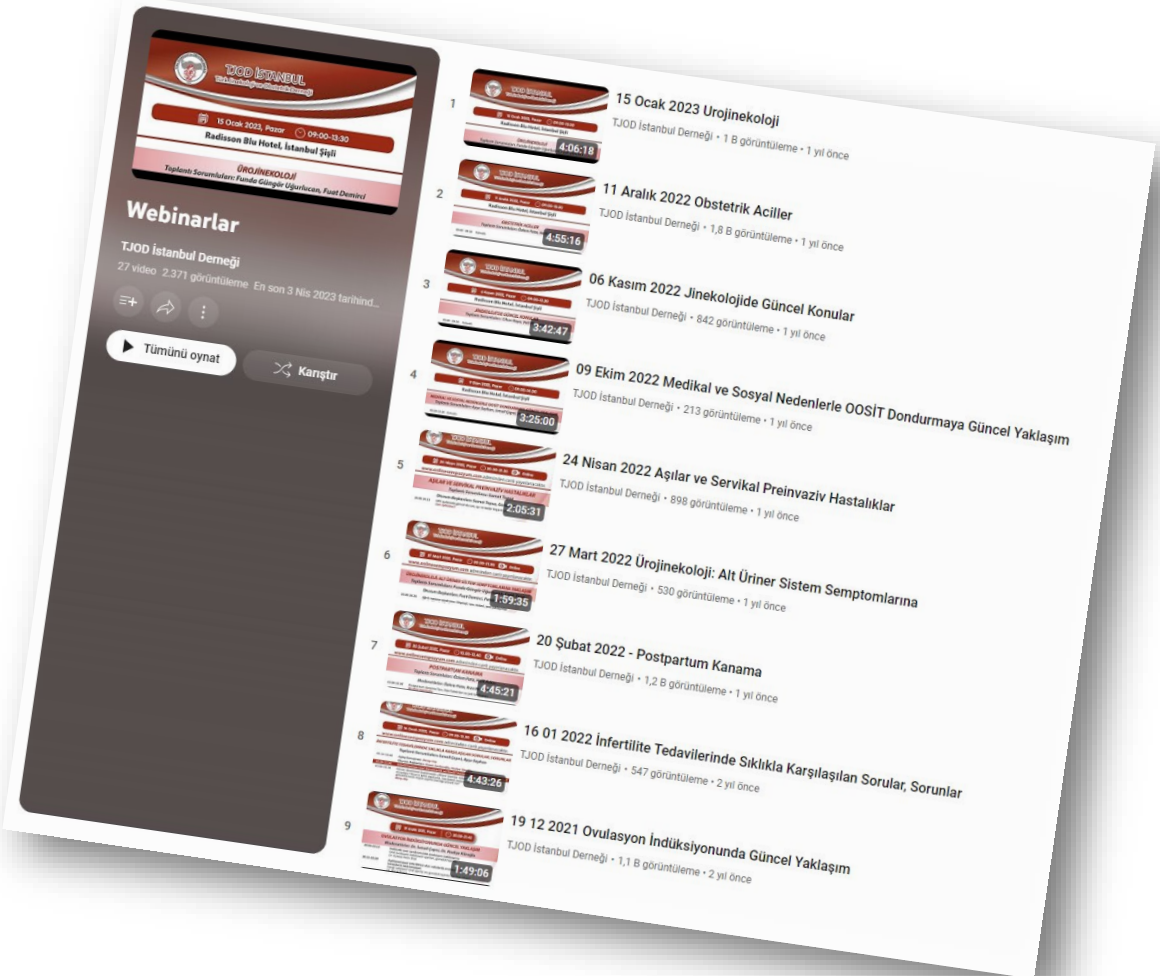
DR. SEZGİ GÜLLÜ

DR. İNCİ SEMA TAŞ



Youtube Kanalımıza abone olabilirsiniz.

Webinarların tekrarını izleyebilirsiniz.





TJODist Bülteni



turkneonatolojiderneği



Çocuklarımızın sağlığını tehlikeye atacak bu karar kabul edilemez.

Yenidoğan bebekten topuk kanı alınmasına yönelik Kars İl Sağlık Müdürlüğü tarafından talep edilen hususun, Kars Aile Mahkemesinin 20.08.2024 tarihli kararı ile reddedilmesini büyük bir üzüntü ile öğrenmiş bulunmaktayız.

Sağlık Bakanlığı tarafından başarı ile yürütülen Ulusal Yenidoğan Tarama Programı hakkında mahkeme tarafından bu uygulamanın gereksiz olduğu belirtilmek suretiyle topuk kanı alınmasına yönelik talep reddedilmiştir. Mahkeme kararının gerekçesinde belirtilen hususlar, bilimsel ve doğru olmayan birtakım bilgilere dayandırılarak ifade edilmiştir.

Derneğimiz, bilimsel gerçeklikle bağdaşmayan gerekçelere dayandırılarak ve doğru olmayan bilgilerle alınan mahkeme kararının derhal yeniden değerlendirilmesi ve hatalı kararın bir an önce düzeltilmesi için yetkilileri göreve davet etmektedir. Aksi takdirde çocuklarımızın sağlığı ciddi bir şekilde tehlikeye girecek, toplum bilinci zedelenecek ve telafisi imkânsız halk sağlığı sorunları yaşanabilecektir.

Türk Neonatoloji Derneği Yönetim Kurulu





TJODist Bülteni

KANUNİ SULTAN SÜLEYMAN EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ TARİHÇESİ

Hazırlayan: DR. AYŞEGÜL BESTEL

Kanuni Sultan Süleyman Eğitim ve Araştırma Hastanesi Bakırköy Doğumevinin köklü geçmişiyle birlikte ülkemizde hem uzmanlık eğitimi hem uzmanlık sonrası akademik ilerleme sürecinde oldukça önemli bir yere sahiptir. İstanbul'da halen en çok hasta gören ve asistan eğitimine en fazla katkıda bulunan kliniklerden biri olma özelliğini sürdürmektedir.

Bu köklü geçmiş 1950'li yıllara uzanmaktadır. 1952 yılında "SSK Sultanahmet Hastanesi Hariciye ve Nisaiye Servisi" adıyla Bakırköy Taşhan Caddesinde kurulmuştur. 1959 yılında Hariciye servisi SSK İstanbul (Samatya) Hastanesi'ne taşındıktan sonra "SSK Bakırköy Doğumevi ve Dispanseri Başhekimliği" adıyla ve 66 yatakla hizmete devam etmiştir. Dr. Nuh Naci Bucukoğlu'nun başhekim olmasının ardından 1967 yılında yatak sayısı 300 erişkin 100 yenidoğan olmak üzere 400'e çıkarılmıştır. 1970 yılında öncelikle kadın hastalıkları ve doğum alanında asistan hekim eğitimi başlamış olup bu dönemden itibaren hastanemiz ülkemizde Kadın Hastalıkları ve Doğum ana branşında uzman hekim yetiştirmekte oldukça önemli bir yere sahiptir.

1975 yılında Dr. Edip Türker ile Dr. Hamdi Bilen tarafından ilk laparoskopik ameliyatlar uygulanmaya başlanmıştır. 1975 yılında 2011 yılına kadar hizmet verecek olan yeni bina açılmış olup 1981 de "SSK Bakırköy Doğumevi Eğitim ve Araştırma Hastanesi" adını almıştır.

1986 yılında yatak sayısı 464 kadın ve 336 çocuk yatağı olmak üzere 800'e çıkarılarak adı, "SSK Bakırköy Doğumevi ve Çocuk Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi" olmuş ve ek bina açılışı dönemin başbakanı Turgut Özal tarafından yapılmıştır.

1991 yılından itibaren hastanemizde kadın hastalıkları ve doğum yan dal branşları oluşturulmuştur. Dr. Ahmet Güllük, Jinekolojik Onkoloji; Dr. Yavuz Ceylan, Perinatoloji; Dr. Moşe Benhabib ve sonrasında Dr. Ali İsmet Tekirdağ, İnfertilite yandalları ile ilgilenmiş; 2011'de Dr. Cemal Ark, Ürojinekoloji yan dalı da eklenmiştir.

1992 yılında Hillary Clinton hastaneyi ziyaret ederek aile planlaması hakkında bilgi almıştır. Günümüzde de aile planlaması kliniği altında ülkemizde hizmet vermek büyük bir gururdur. 1996 yılında Metin Nurluoğlu'nun başhekim olmasıyla yan dal çalışmalarına da hız verilmiştir. 2014 yılında UNİCEF tarafından "Bebek Dostu Hastane" sertifikası vermiş olup yenidoğanlar için "Rooming İn" uygulaması başlamıştır.

2005 yılında Hastane, 5283 Sayılı Yasa uyarınca "İstanbul Bakırköy Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi" adıyla Sağlık Bakanlığı'na devredilmiştir. Bu dönemde Çocuk cerrahisi kliniği de açılarak aktif hale getirilmiştir. Hastanenin o dönemdeki mevcut yatak Sayısı 533 kadrolu, 526 fiili olarak kullanılmıştır.

2011 yılında mevcut bina depreme dayanıksız olması sebebiyle tüm kadro olarak Kanuni Sultan Süleyman Eğitim ve Araştırma Hastanesi adıyla Halkalı Küçükçekmeceye katılmıştır.

Mevcut dönemde Perinatoloji kliniğinde Dr. Ahmet Gül, Dr. Halil Aslan, Dr. Gökhan Yıldırım, Dr. Ali Gedikbaşı, Dr. İbrahim Polat ve Dr. Alev Aydın ;Jinekolojik Onkoloji kliniğinde Dr. Ceyhan Numanoğlu, Dr. Volkan Ülker ve Dr. Özgür Akbayır; İnfertilite kliniğinde Dr. Ali İsmet Tekirdağ, Dr. İbrahim Polat ve Dr. Gonca Yıldırım; Aseptik ve Ürojinekoloji Bölümünde Dr. Cemal Ark; Aile planlaması bölümünde Dr. Ahmet Adanur görev almıştır.

Günümüzde kliniğimizde 2 Profesör 7 Doçent 2 Başasistan olmak üzere güçlü eğitim kadromuz perinatoloji, jinekolojik onkoloji, ürojinekoloji, infertilite, aile planlaması branşlarıyla birlikte obstetrik ve jinekolojik genel tıp uygulamaları güncel tıp uygulamalarını takip ederek devam etmektedir.

Yeni adıyla ve konumuyla birlikte tüm deneyim ve bilgi birikimini devam ettiren Kanuni Sultan Süleyman Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde günümüz koşullarında uygulanmakta olan tüm obstetrik ve jinekolojik tıp uygulamalarını en güncel haliyle hasta hizmetine sunmaktadır.



Management of mixed urinary incontinence: IUGA committee opinion

Swati Jha¹ · Peter C. Jeppson² · Fulya Dokmeci³ · Gisele V. Marquini⁴ · Marair G. F. Sartori⁵ · Pamela Moalli⁶ · Shazia A. Malik⁷

Received: 18 August 2023 / Accepted: 6 November 2023 / Published online: 22 January 2024
© The Author(s) 2024

Özet ve Çeviri: DR. İNCİ SEMA TAŞ

MİKST TİP ÜRİNER İNKONTİNANSIN YÖNETİMİ

Giriş

Mikst üriner inkontinans (MÜİ), Uluslararası Ürojinekoloji Derneği (IUGA) ve Uluslararası Kontinans Derneği (ICS) tarafından, aciliyetle ve aynı zamanda efor, çaba, hapşırma veya öksürme ile ilişkili istemsiz idrar kaçağı şikayeti olarak tanımlanmaktadır. Bu nedenle hem stres üriner inkontinans (SÜİ) hem de aciliyet üriner inkontinansının (UÜİ) bir arada bulunması anlamına gelir. MÜİ, SÜİ ve UÜİ bileşenlerinin ayrı ayrı değerlendirilmesini gerektiren heterojen bir tanıdır. Yönetim, semptom bileşenlerine yönelik bireyselleştirilmiş bir yaklaşım gerektirir. Bu derlemenin amacı, MÜİ için değerlendirme/araştırma ve yönetim seçeneklerini belirlemektir.

Yöntemler

IUGA Araştırma-Geliştirme (AR-GE) Komitesinden bir çalışma alt komitesi oluşturulmuş ve IUGA üyeliğinden gönüllüler davet edilmiştir.

Sonuçlar

Mikst üriner inkontinans karmaşık bir sorundur ve başarılı yönetim hem stres hem de sıkışma bileşenlerinin hafifletilmesini gerektirir. Bakım, hasta tercihlerine göre bireyselleştirilmelidir. Hastalara hedef belirleme konusunda rehberlik etmek ve MÜİ'nin hangi bileşeninin öncelikle tedavi edileceğini belirlemek için daha fazla araştırmaya ihtiyaç vardır. MÜİ için cerrahi/prosedürel tedavi seçeneklerinin birçoğu için kanıtlar sınırlıdır ve daha ayrıntılı olarak araştırılması gerekmektedir.

Mikst üriner inkontinans (MÜİ), aciliyet ve fiziksel efor ile ilişkili istemsiz idrar kaybıdır. Stres üriner inkontinans (SÜİ) pelvik taban zayıflığı, üretral sfinkterin fonksiyonel kaybı ve/veya üretrovezikal açının kaybına atfedilen üretral bir sorundur; aciliyet inkontinansı ise engellenemeyen mesane kasılmalarına atfedilen bir mesane sorunudur.

Mikst tipte idrar kaçırmaya, başarılı bir tedavi için hem stres hem de urgency bileşenlerinin hafifletilmesi gerektiğinden karmaşık bir klinik sorun teşkil etmektedir.



TJODist Bülteni

Önemli bir klinik ikilem, ilk olarak hangi bileşenin tedavi edileceğidir. MÜİ'nin yönetimindeki geleneksel düşünce, hangi üriner inkontinans (Üİ) şekli baskınsa onun tedavisini içermektedir. Ne yazık ki, MÜİ'li kadınlar genellikle daha şiddetli semptomlara sahiptir ve izole SÜİ veya aciliyet üriner inkontinansı (UÜİ) olan kadınlara göre tedaviye daha az iyi yanıt verirler.

MÜİ'nin Değerlendirilmesi

Anamnez

MÜİ değerlendirmesinin ilk adımı ayrıntılı bir öykü ile başlar. Üriner inkontinansın tam değerlendirmesi diğer pelvik taban sorunlarının tartışılmasını içermelidir. Tıbbi, obstetrik, jinekolojik ve cerrahi geçmişin yanı sıra altta yatan nörolojik sorunlar, inkontinans cerrahisi, ilaç tedavisi ve önceki radyasyon dahil olmak üzere katkıda bulunan risk faktörlerini tartışmak önemlidir; bunların tümü ek tedaviye karar verirken önemli bir etkiye sahip olabilir.

Mesane günlüğü

Sıklık hacim çizelgesi/mesane günlüğü, Uluslararası Kontinans Derneği ve Avrupa Üroloji Derneği tarafından rutin çalışmanın bir parçası olarak önerilmektedir.. Elektronik günlüklerin cinsiyet, yaş veya eğitimden bağımsız olarak hastalar için daha tercih edilebilir olabileceğini gösteren bazı kanıtlar vardır. Mesane günlüğünün optimal süresi genellikle 3 gün olarak kabul edilmektedir. Hastalardan her bir işeme, aciliyet ve inkontinans epizodunun sayısını, zamanını ve hacmini, hangi aktivitelerin geçici olarak sızıntıyla ilişkili olduğunu da içerecek şekilde kaydetmeleri istenir.

Fizik muayene

Ayrıntılı bir pelvik ve abdominal muayene yapılmalı, pelvik veya abdominal kitleler, vajinal atrofi, pelvik kas gücü ve vajinal prolapsus gibi muayene bulguları not edilmelidir. Pelvik taban kasları çeşitli ölçeklerle değerlendirilebilse de, pelvik kas gücünün maksimal istemli kasılma sırasında dijital palpasyonla 0 ila 5 arasında değerlendirilmesini içeren Oxford derecelendirme sisteminin kullanılmasını öneriyoruz. Mesane boynunun hareketliliği, istirahat ve Valsalva ile üretral pozisyon arasındaki farka göre değerlendirilir ve perineal/translabial ultrason (objektif değerlendirme) veya basit gözlem (subjektif değerlendirme) kullanılarak yapılabilir. Q tip testi artık geçerliliğini yitirmiştir.

Diğer değerlendirmeler

Ürodinami

MÜİ'nin invaziv tedavisinden önce ürodinaminin rolünü destekleyen kanıtlar sağlam değildir. Ürodinami sırasında, MÜİ ile karıştırılabileceğinden öksürüğe bağlı detrusor aşırı aktivitesini tanımlamak önemlidir.

Ultrason taraması (transperineal/translabial)

MÜİ'li kadınlarda yapılan bir çalışmada, urge baskın MÜİ'li kadınlarda detrusor kalınlığının daha fazla olduğu; stres ve sıkışma baskınlığı eşit olanlarda ise mesane boynu inişinin daha fazla olduğu görülmüştür ($p < 0.05$). Bu çalışmada ürodinami ve ultrason parametreleri stres baskın ve urge baskın gruplar arasında önemli ölçüde farklılık göstermiştir ($p < 0.05$). Transperineal ultrason ile ürodinami karşılaştırıldığında, ultrason daha iyi tolere edilmektedir.



TJODist Bülteni

Tedaviler

MÜ'nin konservatif tedavisi

Birinci basamak tedavide yer alan konservatif tedavi tanımında farmakolojik tedavi ve cerrahi olmayan müdahaleler yer almaktadır. Danışmanlık/Bilişsel terapi, yaşam tarzı değişiklikleri, programlı işeme, pelvik taban kas eğitimi (PFMT), mobil sağlık uygulamaları, elektroakupunktur (EA) ; sağlıklı bir yaşam tarzını teşvik ederken mesane kontrolünü iyileştirmek için tasarlanmış tedavi örnekleridir.

Danışmanlık/bilişsel terapi

BDT'nin etkisini değerlendiren sistematik bir derlemede, BDT'nin semptom şiddeti üzerindeki etkinliğine dair yüksek düzeyde kanıt ve BDT'nin yaşam kalitesi, psikolojik semptomlar ve hasta memnuniyeti üzerindeki etkinliğine dair orta düzeyde kanıt bulunmakta iken inkontinansın klinik bulgularını iyileştirdiğine dair kanıt yoktur .

Yaşam tarzı değişiklikleri

1. Sıvı tüketimi/kısıtlaması: genellikle planlı işeme ile birlikte önerilir
2. Diyet değişikliği: kabızlığı önlemek için yüksek lifli gıdalar önerilir
3. Eliminasyon diyeti: mesane iritanlarını azaltmak için –özellikle urge üriner inkontinans için
4. Fiziksel aktivite: kas hacmini ve pelvise kan akışını iyileştirmek için önerilen fiziksel egzersizler

Programlı işeme rejimleri

1. Mesane eğitimi
2. Zamanlı işeme
3. İşeme alışkanlığı
4. İstemli işeme

Mesane eğitimi genellikle diğer yaşam tarzı değişiklikleri ile birlikte, işemeler arasındaki aralıkları kademeli olarak artırarak alışılmış sık idrara çıkmayı düzeltmek için kullanılır. Teknikler arasında dikkat dağıtma, gevşeme, derin nefes alma, perineal basınç, ayak kıvrılması, ayağın plantar fleksiyonu ve pelvik taban kas kasılması yer almaktadır . Kafeinin azaltılması, kilo kaybı ve modifiye sıvı alımı gibi diğer yaşam tarzı müdahaleleriyle birlikte en az 6 hafta süren mesane eğitimi, güçlü destekleyici kanıtlarla MÜ'li tüm kadınlar için başlangıç tedavisi olarak önerilmektedir.

Pelvik taban kas eğitimi ve yardımcı tedaviler

Pelvik taban kas eğitimi, kadınlardaki tüm Ü türleri için en yaygın olarak önerilen birinci basamak tedavidir. Biofeedback destekli PFMT ve nöromüsküler elektrik stimülasyonu gibi ek tedavilerin tek başına PFMT'den daha üstün olduğu gösterilmiştir.

Mobil sağlık uygulamaları (mHealth app)

PFMT ihtiyacı olan kadınlar arasında mobil sağlık uygulamalarının kullanımı sadece zaman tasarrufu ve maliyet avantajı sağlamakla kalmamakta, aynı zamanda tedavi başarısı için gerekli olan uzun vadeli tedavi uyumu için de yararlı olmaktadır.



TJODist Bülteni

Aciliyet bastırma teknikleri

Bu eğitimin elektronik bir versiyonu artık MÜ'li kadınların aciliyet ve UÜ ile ilişkili günlük yaşam zorluklarının üstesinden gelmelerine yardımcı olmak için mevcuttur ve eSağlık uygulamalarına dahil edilirse daha etkili olabilir (<http://www.myconfidentbladder.com>).

Farmakolojik tedavi

MÜ'li tedavisi için farmakolojik seçenekler aşağıdaki gibidir:

1. Antimuskarinikler/antikolinerjikler
2. Alfa-agonistler
3. Beta-agonistler
4. Östrojenler
5. Trisiklik antidepresanlar

Antimuskarinikler/antikolinerjikler

Antimuskarinik ve antikolinerjik ilaçlar mesane reseptörlerini bloke ederek mesane aşırı aktivitesinin azalmasına neden olur ve bu sayede Üİ semptomlarını iyileştirebilir. Bu kategoride darifenasin, fesoterodin, flavoksat, oksibutin, fenilpropanolamin, pilokarpin, propantelin, propiverin, solifenasin, tolterodine ve trospiyum gibi birçok ilaç geliştirilmiştir .

Alfa-agonistler

Serotonin ve norepinefrin geri alım inhibitörlerinin (SNRI) mesane ve üretra üzerinde alfa agonist etkisi olduğu ve böylece MÜİ semptomlarını iyileştirebileceği düşünülmektedir. Kontinans ve işeme refleksleri, üretral kapanmayı artıran ve aynı zamanda işeme refleksini azaltan serotonin tarafından modüle edilir . Bir SNRI olan Duloxetine, SÜİ için onaylanmış bir tedavidir. MÜ'li kadınlarda yapılan plasebo kontrollü çift kör bir çalışmada, duloksetin ve plasebo karşılaştırıldığında UÜİ ve SÜİ ataklarında önemli bir azalma görülmüştür. En iyi sonuçlar stres baskın semptomları olan hastalarda görülmüştür . Günlük 40 mg duloksetin ile tedavi edilen MÜ'li kadınların inkontinans ataklarında %62 azalma olduğu bulunmuştur . Bununla birlikte, duloksetin bulantı, duygusal değişiklikler, şiddet, depresyon, intihar düşüncesi ve intihar girişimi gibi advers olaylarla ilişkilendirilmiştir. Dolayısıyla, bu ilaçların faydaları risklerine karşı dengelenmelidir.

Beta-agonistler

β 3-adrenoseptör agonist ilaçlar, mesane nöroreseptörlerine müdahale ederek çalışır ve mesane aşırı aktivitesinin azalmasına neden olur.

Östrojenler

Topikal östrojen ve raloksifen içeren hormon tedavisinin, hiçbir tedavi uygulanmamasına kıyasla, MÜİ için etkili bir tedavi olduğu bulunmuştur (OR 2,89) . Bir Cochrane derlemesi, topikal vajinal östrojenin üriner inkontinansı iyileştirebileceğini, sistemik östrojenin ise inkontinans semptomlarını kötüleştirdiğini göstermektedir .

Trisiklik antidepresanlar

İmipramin, hem antimuskarinik hem de alfa agonist özellikleri ile ikili ilaç sınıfı etkilerine sahip bir trisiklik antidepresan ilaçtır [50]. Psikiyatrik bozukluğu olan hastalara, monoaminoksidad inhibitörleri kullanan hastalara veya aritmi riski yüksek olanlara reçete



TJODist Bülteni

edilmediğinden kullanımı kısıtlıdır . MÜİ'de imipramin etkisini gösteren randomize kontrollü çalışma bulunmamakta, varolan diğer çalışmalarda ise sonuçlar çelişkilidir.

MÜİ'nin cerrahi yönetimi

MÜİ tedavisi için cerrahi seçenekler SÜİ veya UÜİ'ye yönelik müdahaleleri içerir. SÜİ için seçenekler arasında MUS (retropubik, transobturator veya single incision), Burch kolposüspansiyonu, pubovajinal slingler ve üretral bulky ajanlar bulunur. UÜİ için uygulanan prosedürler arasında intradetrusor onabotulinum toksin A, akupunktur veya sakral nöromodülasyon yer almaktadır. Tedavi rejimleri içinde, cerrahi başarı büyük ölçüde önceden var olan UÜİ semptomlarının derecesine bağlıdır . Ayrıca çalışmalar, UÜİ'deki tedavi başlangıcındaki iyileşmenin zamanla azalabileceğini göstermiştir.

Midüretal sling

Ulmsten ve arkadaşları 1996 yılında retropubik sling fikrini ortaya attığından beri, hem retropubik hem de transobturator slinglerin SÜİ için altın standart tedaviler olduğu kanıtlanmıştır. Single incision slingler SÜİ tedavisinde etkilidir ancak MÜİ için aynı derecede etkili olduğu gösterilmemiştir. MÜİ hastalarında MUS sonrası genel başarı oranları saf SÜİ hastalarına göre daha düşüktür . MUS tedavisinden sonra kalıcı urgency görülebilir ve %30 ila 70 arasında değişmektedir . Ameliyat sonrası kalıcı UÜİ için risk faktörleri arasında 60 yaş üstü ve postmenapozal olmak bulunmaktadır .

Burch kolposüspansiyon

Açık ve laparoskopik kolposüspansiyonun kısa vadede SÜİ için eşit derecede etkili cerrahi tedaviler olduğu gösterilmiştir , kür oranları 1 yılda %85-90 iken 5 yılda %70'e düşmektedir.

Otolog fasyal pubovajinal sling

Otolog fasyal pubovajinal sling, SÜİ için hem birincil hem de diğer inkontinans karşıtı ameliyatlarda başarısız olanlar için ikincil bir ameliyat olarak etkili ve kalıcı bir tedavidir. Pubovajinal sling, kısa vadede SÜİ tedavisi için midüretal sling kadar etkili görünmektedir.

Üretral bulky ajanlar

Üretraya kütle etkisi ekleyerek üretral koaptasyonu iyileştirmek ve böylece inkontinansı azaltmak için kullanılabilir. Bu, ofis ortamında veya ameliyathanede yapılabilen nispeten hızlı, minimal invaziv bir prosedürdür. Üretral enjeksiyon tedavisinin kür oranı sentetik slinge göre daha düşük olsa da, özellikle daha invaziv cerrahi müdahale uygun olmayan kadınlar için cazip bir seçenektir . Poliakrilamid hidrojel (PAHG) son on yıldır Avrupa'da mevcuttur ve 2020 yılında ABD'de FDA tarafından kullanım için onaylanmıştır.

Diğer prosedürler

Onabotulinum toksin A

Intradetrusor onabotulinum toksin A (Botox; Allergan/ Dysport, Ipsen) öncelikle üriner aciliyet, frequency ve aciliyet inkontinansı semptomlarını hedeflemek için kullanılmıştır. MÜİ için onabotulinum toksin A tedavisini içeren çalışmalar sadece kombinasyon tedavilerini içermektedir. Çeşitli çalışmalarda MÜİ'li kadınlarda MUS'a ek olarak onabotulinum toksin A uygulamasının inkontinans semptomlarında daha anlamlı düşüşe neden olduğu bildirilmiştir .



TJODist Bülteni

Vajinal lazer tedavisi

Erbium-YAG lazer tedavisinin MÜİ semptomlarını iyileştirmediği gösterilmiştir.

Pelvik Taban Kas Eğitimi

SÜİ, UÜİ ve MÜİ'li kadınların tedavisinde diğer aktif tedavilerle birleştirildiğinde PFMT'nin ek etkisi, PFMT artı başka bir müdahale uygulanan 585 kadın ile tek başına başka bir aktif tedavi uygulanan 579 kadının karşılaştırıldığı 13 çalışmayı içeren bir Cochrane incelemesinde araştırılmıştır. Diğer aktif tedaviler arasında fiziksel terapiler (örn. vajinal koniler); yaşam tarzı değişiklikleri; programlı işeme (mesane eğitimi); elektrik veya manyetik stimülasyon; mekanik cihazlar (örn. kontinans pesseri); ilaç tedavileri (örn. antikolinerjikler ve duloksetin) ve askı uygulamaları ve kolposüspansiyon gibi cerrahi müdahaleler yer almaktadır. Fayda sağladığına dair kanıt eksikliği nedeniyle, SÜİ, UÜİ ve MÜİ tedavisinde PFMT'nin ek etkisi kesin değildir.

Sakral nöromodülasyon

Balk ve arkadaşları tarafından yakın zamanda yapılan sistematik bir incelemede, SÜİ tedavisi için kullanılan nöromodülasyonun etkili olduğuna dair kanıt bulunmuştur (yüksek kanıt gücü), bu da SÜİ için etkili olan nöromodülasyonun MÜİ için de etkili olabileceğini düşündürmektedir.

Posterior tibial sinir stimülasyonu

Posterior tibial sinir stimülasyonunun (PTNS) faydalarını değerlendiren çalışmalar MUS ile kombinasyon halindedir. SÜİ bileşeni baskın olan MÜİ'den etkilenen kadınların retrospektif bir analizine göre, tek başına MUS'a kıyasla PTNS ile kombine edilen MUS, 3 aylık takipte MÜİ semptomlarının tedavisinde daha etkili olmuştur. Kanıtlar sınırlı ve hasta takip süresi kısadır.

Akupunktur

Önceki çalışmalar MÜİ için akupunkturun bazı etkilerini göstermiştir. Akupunktur, MÜİ'li kadınlar için bazı faydalar göstermektedir. EA'nın inkontinans, aciliyet ve noktüri ataklarının sayısının azaltılması üzerindeki etkisi, tek başına tolterodin veya solifenasinin etkisine göre anlamlı bulunmuştur. MÜİ'li kadınlarda akupunkturun etkinliği ve güvenliği konusunda kesin bir sonuca varmak için daha fazla kanıt gerekmektedir.

Gelecekteki araştırmalar

MÜİ'nin tanı ve tedavisine ilişkin cevaplanmamış birçok soru bulunmaktadır. Bireysel bileşenlerin belirlenmesinin klinik faydası ve hangisinin önce tedavi edileceği ile hasta hedeflerinin belirlenmesi ve bunlara ulaşılması için metodolojiye yönelik araştırmalara acilen ihtiyaç duyulmaktadır. MÜİ için cerrahi/prosedürel tedavi seçeneklerinin birçoğu için kanıtlar nispeten zayıftır ve daha ayrıntılı olarak araştırılması gerekmektedir. Epigenetiğin rolüve idrar mikrobiyomunun nedenselliği tam olarak anlaşılamamıştır ve daha fazla araştırılması gerekmektedir.

Sonuç

- Mikst üriner inkontinans karmaşık bir sorundur ve başarılı bir yönetim hem stres hem de urgency bileşenlerinin hafifletilmesini gerektirir. Bakım, hasta tercihlerine göre bireyselleştirilmelidir.

- Tanı, mesane günlükleri ve muayene ile desteklenen ayrıntılı bir öykü yoluyla semptom değerlendirmesine dayanır. Ürodinami gibi tetkikler genellikle dirençli semptomları olan veya invazif tedaviyi tercih eden hastalar için gerekebilir. Non-invaziv değerlendirme için ultrason kullanımını destekleyen bazı kanıtlar vardır.



TJODist Bülteni

- Konservatif tedaviler, yüksek güvenlik profilleri sayesinde önerilen ilk tedavidir. Danışmanlık/bilişsel terapi, yaşam tarzı değişiklikleri, planlı işeme rejimleri, PFMT, mobil sağlık uygulamaları, EA ve aciliyet bastırma tekniklerinin tümü, sağlıklı bir yaşam tarzını desteklerken mesane kontrolünü iyileştirmek için ilk basamak tedaviler olarak önerilmektedir.

- Farmakolojik tedaviler, başarısız konservatif tedaviyi takiben başlanabilir ve anti- muskarinikler/antikolinergikler, beta-agonistler, topika östrojenler (postmenopozal kadınlarda), alfa-agonistler, trisiklik antidepresanlar (kombine alfa-agonist ve antikolinergik) ve botulinum toksin A'yı içerir.

- MÜİ tedavisi için cerrahi/prosedürel seçenekler SÜİ veya UÜİ'ye yönelik müdahaleleri içerir. SÜİ için seçenekler arasında MUS (retropubik, transobturator veya single incision), Burch kolposüspansiyon, pubovajinal sling ve üretral bulky ajanlar bulunur. UÜİ için uygulanan prosedürler arasında intradetrusor onabotulinum toksin A, vajinal lazer, akupunktur, EA, PTNS veya sakral nöromodülasyon yer almaktadır.

- SÜİ cerrahisi sonrası iyatrojenik UÜİ riski bulunduğundan, önerilen uygulama SÜİ bileşeni için cerrahi tedaviden önce UÜİ'yi tedavi etmek ve urgency semptomlarını daha iyi kontrol altına almak olacaktır.



TJODist Bülteni



ACOG COMMITTEE STATEMENT

NUMBER 7

NOVEMBER 2023

(REPLACES COMMITTEE OPINION NUMBER 732, APRIL 2018; AND
COMMITTEE OPINION NUMBER 753, OCTOBER 2018)

Influenza in Pregnancy: Prevention and Treatment

Immunization, Infectious Disease, and Public Health Preparedness Expert Work Group. The Society for Maternal-Fetal Medicine endorses this document. This Committee Statement was developed by the American College of Obstetricians and Gynecologists' Immunization, Infectious Disease, and Public Health Preparedness Expert Work Group in collaboration with Laura E. Riley, MD, FACOG; Neil S. Silverman, MD, FACOG; Geeta K. Swamy, MD, FACOG; and Jennifer L. Thompson, MD, FACOG.

Özet ve Çeviri: DR. AYBEKCAN BATMAN

GEBELİKTE İNFLUENZA: ÖNLEME VE TEDAVİ

ÖZET: Gebe ve lohusa bireyler, gebe olmayanlara kıyasla mevsimsel ve pandemik influenza enfeksiyonlarına bağlı ciddi komplikasyonlar açısından önemli ölçüde daha yüksek risk altındadır. Hastalık Kontrol ve Önleme Merkezleri ve American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG) tüm yetişkinlerin yıllık influenza aşısı olmasını ve influenza mevsimi sırasında gebe olan veya olacak bireylerin inaktif veya rekombinant influenza aşısını bulunur bulunmaz yaptırmasını önermektedir. İnfluenza aşısı ciddi hastalık riskini önemli ölçüde azaltmasına rağmen, tüm enfeksiyonları önlemeyecektir. Kadın doğum uzmanları ve diğer obstetrik bakım uzmanları, respiratuvar hastalık semptomları ile başvuran gebeler için hem influenza hem de şiddetli akut respiratuvar sendrom koronavirüs 2 (SARS-CoV-2) enfeksiyonunu göz önünde bulundurmalıdır. Respiratuvar enfeksiyon test sonuçları beklenirken antiviral tedavi geciktirilmemeli ve hastanın aşılama durumu tedavi kararını etkilememelidir. Kadın doğum uzmanları ve diğer obstetrik bakım uzmanları, tüm hastalara influenza aşısını şiddetle tavsiye ederek influenza aşılama oranlarındaki eşitsizliklerin ve influenza enfeksiyonuna bağlı ciddi sonuçların azaltılmasına yardımcı olabilirler.

Tavsiye ve Sonuçların Özeti

American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG), bu Komite Bildirisinde özetlenen ilkelere dayanarak aşağıdaki tavsiye ve sonuçlara varmıştır:

- Hastalık Kontrol ve Önleme Merkezleri (CDC) ve American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG) tüm yetişkinlere yıllık influenza aşısı yapılmasını ve influenza sezonunda gebe olan veya gebe kalacak olan bireylere inaktif veya rekombinant influenza aşısının bulunur bulunmaz yapılmasını önermektedir.
- İdeal olarak influenza aşısı Ekim ayı sonuna kadar yapılmalıdır, ancak virüsün toplumda dolaştığı süre boyunca korunmayı sağlamak için influenza sezonu boyunca herhangi bir zamanda aşı yapılması teşvik edilmelidir.



TJODist Bülteni

- İnfluenza aşısının zamanlaması; tetanoz toksoidi, azaltılmış difteri toksoidi ve aselüler boğmaca (Tdap) aşısı, respiratuvar sinsityal virüs (RSV) aşısı veya koronavirüs hastalığı 2019 (COVID-19) aşısı gibi gebelikte önerilen diğer inaktif veya virüs içermeyen aşılarla çakışiyorsa, bu aşıların aynı vizitte uygulanması güvenli ve etkilidir.
- Kadın doğum uzmanları ve diğer obstetrik bakım uzmanları, influenza aşısını güvenle önermeli ve gebe bireylere influenza aşısının kendileri için yararları konusunda danışmanlık vermeli ve annenin bağışıklamasıyla yeni doğan bebekler için pasif bağışıklığın yararlarını savunmalıdır.
- Kadın doğum uzmanları ve diğer obstetrik bakım uzmanları, respiratuvar hastalık semptomlarıyla başvuran gebe bireylerde hem influenza hem de SARS-CoV-2 enfeksiyonunu göz önünde bulundurmalıdır.
- Klinisyenler, influenza şüphesi olan tüm gebe bireyler için mümkün olan en kısa sürede, ideal olarak semptomların başlamasından sonraki 48 saat içinde ampirik antiviral tedaviye başlamalıdır.
- Orta derecede ciddi hastalık riski taşıyan hastalar mümkün olan en kısa sürede yüz yüze değerlendirme için poliklinik ortamında görülmelidir.
- Ciddi hastalık riski yüksek olan hastalar mümkün olan en kısa sürede acil serviste veya benzeri bir ortamda görülmelidir.
- Respiratuvar enfeksiyon test sonuçları beklenirken antiviral tedavi geciktirilmemeli ve hastanın aşılama durumu tedavi kararını etkilememelidir.
- İnfluenza ve şiddetli akut respiratuvar sendrom koronavirüs 2 (SARS-CoV-2) ile şüpheli veya kanıtlanmış ko-enfeksiyon varsa, hem oseltamivir (Tamiflu®) hem de nirmatrelvir ve ritonavir (Paxlovid®) reçete edilmelidir ve birlikte uygulanabilirler.

Ön Bilgi

Gebe ve lohusa bireyler, gebe olmayanlara kıyasla mevsimsel ve pandemik influenza enfeksiyonlarına bağlı ciddi komplikasyonlar açısından önemli ölçüde daha yüksek risk altındadır. Bu risk artışı SARS-CoV-2 de dahil olmak üzere diğer solunum yolu enfeksiyonları için de geçerlidir ve gebelerin altta yatan başka sağlık sorunları varsa daha da artmaktadır. Gebelikte influenza potansiyel komplikasyonları arasında preterm doğum, pnömoni, hastaneye veya yoğun bakım ünitesine yatış ve maternal ve fetal ölüm yer almaktadır. Prenatal ve postpartum bakımın bir parçası olarak influenza aşısı, influenza enfeksiyonunu önlemenin ve ilgili maternal morbidite ve mortaliteyi azaltmanın en güvenli ve en etkili yoludur. Gebe bir kişiye şüpheli veya kanıtlanmış influenza enfeksiyonu teşhisi konulursa, aşılama durumlarına bakılmaksızın ciddi hastalığa ilerleme riskini azaltmak için hedefe yönelik antiviral tedavi endikedir.

Öneriler ve Sonuçlar

Aşılama

İnfluenza aşısı gebelik öncesi, doğum öncesi ve doğum sonrası bakımın önemli bir parçasıdır. **Hastalık Kontrol ve Önleme Merkezleri (CDC) ve American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG) tüm yetişkinlerin yıllık influenza aşısı yaptırmasını ve influenza mevsiminde gebe olan veya olacak olan bireylerin inaktif veya rekombinant influenza aşısını bulunur bulunmaz yaptırmasını önermektedir.** Amerika Birleşik Devletleri'nde influenza sezonu tipik olarak Ekim'den Mayıs'a kadar sürmektedir. **İdeal olarak influenza aşısı Ekim ayı sonuna kadar yapılmalıdır, ancak virüsün toplumda dolaşımında olduğu süre boyunca koruma sağlamak için influenza sezonu boyunca herhangi bir zamanda aşı yapılması teşvik edilmektedir.** Inaktif influenza aşısı tüm gebelere herhangi bir trimesterde yapılabilir. İnfluenza aşıları tüm yetişkinler için yıllık olarak önerildiğinden, gebeler önceki gebeliklerinde influenza aşısı yaptırmış olsalar bile aşılanmalıdır. Dolaşımdaki influenza suşları mevsimden mevsime değişir ve herhangi bir tek aşı dozunun sağladığı bağışıklığın influenza mevsimi boyunca azaldığına dair kanıt



TJODist Bülteni

mevcuttur; bu nedenle, her yeni respiratuvar virüs mevsiminde yıllık aşılama gereklidir. Gebelik sırasında aşılama, gebeleri ve yeni doğan bebekleri influenza enfeksiyonundan korur. Lohusalık döneminde yapılan aşılama bir seçenek olmakla birlikte, gebe bireyin şiddetli hastalık için en yüksek riskli dönem olan gebelik sırasında korunamayacağı ve yenidoğanın aşı kaynaklı maternal antikorlardan pasif korumanın tam faydasına sahip olamayacağı için suboptimaldir.

Gebe bireyler herhangi bir trimesterde ruhsatlı, önerilen, yaşa uygun, inaktive veya rekombinant herhangi bir influenza aşısı yaptırmalıdır. **İnfluenza aşısının zamanlaması, tetanoz toksoidi, azaltılmış difteri toksoidi ve aselüler boğmaca (Tdap) aşısı; solunum sinsityal virüsü (RSV) aşısı veya koronavirüs hastalığı 2019 (COVID-19) aşısı gibi gebelikte önerilen diğer inaktif veya virüs içermeyen aşılarla çakışıyorsa, bu aşıların aynı vizitte uygulanması güvenli ve etkilidir.** Emziren bireylerin gebelik sırasında aşı yaptırmamış olmaları halinde influenza aşısı yaptırmaları da güvenlidir.

Klinik çalışmalar ve gözlemsel çalışmaların yanı sıra güvenlik raporlama sistemlerinden elde edilen veriler de dahil olmak üzere çok sayıda çalışma, gebelik sırasında influenza aşılamasının güvenli olduğunu tutarlı bir şekilde göstermiştir. Gebelerde mevsimsel influenza aşısının etkinliği, genel yetişkin nüfustaki etkinliğe benzerdir. İnfluenza aşısının etkinliği diğer yetişkin aşılarına göre daha düşük olsa da, aşılama yine de influenza enfeksiyonunun neden olduğu ciddi hastalıklara karşı en önemli korumayı sağlamaktadır.

İnfluenza aşısı gebelik esnasında uygulandığında yenidoğana da fayda sağlamaktadır. Dört büyük ölçekli randomize kontrollü çalışma ve çok sayıda gözlemsel çalışma, maternal influenza aşılamasının neonatal korumayı sağladığını göstermiştir. Çalışmalar ayrıca hamilelik sırasında aşı olan kadınlardan doğan bebekler arasında influenza enfeksiyonuna bağlı hastane yatışlarında azalma olduğunu göstermiştir.

Çalışmalar, gebelik esnasında influenza aşısı önerilerinin doğrudan hastanın kadın doğum uzmanı veya diğer obstetrik bakım uzmanından gelmesi ve aşının klinisyenin ofisinde mevcut olması durumunda, aşının kabul ve uygulanma olasılığının 5 kat ile 50 kat arasında daha yüksek olduğunu ortaya koymaktadır. Bu nedenle, **kadın hastalıkları ve doğum uzmanları ve diğer obstetrik bakım uzmanları influenza aşısını güvenle önermeli ve gebelere influenza aşısının kendileri için yararları konusunda danışmanlık yapmalı ve annenin bağışıklamasıyla yeni doğan bebekleri için pasif bağışıklığın yararlarını vurgulamalıdır.**

Maske Kullanımı

Yüze tam oturan bir solunum maskesi takmak gebelik esnasında güvenlidir. Uygun şekilde takıldığında maskeler, özellikle toplumda dolaşımdaki virüs seviyeleri arttığında, birçok respiratuvar enfeksiyonun bulaşmasını önlemeye yardımcı olabilir. Respiratuvar enfeksiyon önleme yöntemi olarak maske kullanımına ilişkin dikkate alınması gereken hususlar şunlardır: 1) toplum merkezli risklere dayalı yerel halk sağlığı rehberliği ve önerileri, 2) sağlık koşulları ve enfeksiyondan kaynaklanabilecek komplikasyonların potansiyel zararları nedeniyle bireyin kendine özgü savunmasızlığı 3) klinik ve sağlık uzmanlarının önerileri. Başkalarına bulaşma riskini azaltmak için, genel nüfusa benzer şekilde, solunum yolu hastalığı olduğundan şüphelenilen veya doğrulanmış gebe bireyler mümkün olduğunca izole edilmeli veya temastan kaçınılmıyorsa maske takmayı değerlendirmelidir.

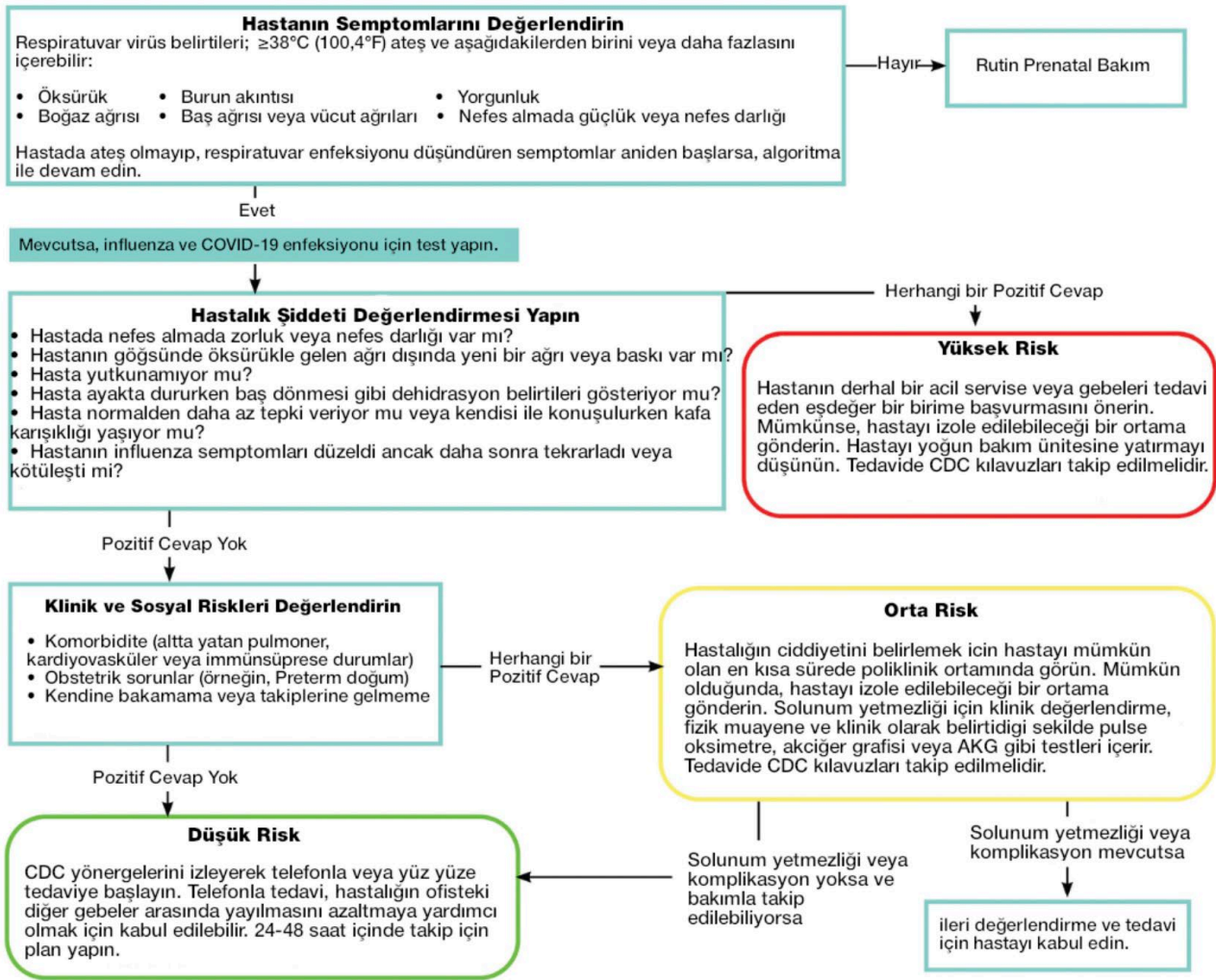
Gebelikte Respiratuvar Enfeksiyon Değerlendirmesi

Kadın doğum uzmanları ve diğer obstetrik bakım uzmanları, respiratuvar hastalık semptomları gösteren gebelerde hem influenza hem de SARS-CoV-2 enfeksiyonunu göz önünde bulundurmalıdır.

Gebeler, 100,4°F veya üzeri ateş, öksürük, yorgunluk, baş ağrısı ve vücut ağrıları dahil ancak bunlarla sınırlı olmaksızın çeşitli semptomlara göre değerlendirilmelidir. İnfluenza enfeksiyonu veya SARS-CoV-2 gibi başka bir solunum yolu enfeksiyonu olan herkeste yüksek ateş görülmeyebileceği unutulmamalıdır; bu nedenle yüksek ateşin olmaması influenza veya SARS-CoV-2 tanısını dışlamamalıdır. Şekil 1. Telekomünikasyon yoluyla ilk triyaj ve tedavi, hastalığın klinikteki diğer gebeler arasında yayılmasını azaltmaya yardımcı olmak için uygulanabilir. Test yapılabildiği durumlarda, respiratuvar hastalık semptomları ile başvuran gebeler hem influenza hem de SARS-CoV-2 enfeksiyonu açısından test edilmelidir.

Şüpheli veya Doğrulanmış Respiratuvar Enfeksiyonu Olan Gebeler için Değerlendirme ve Tedavi

Gebe ve postpartum bireyler, gebe olmayanlara kıyasla mevsimsel ve pandemik influenza enfeksiyonlarına bağlı ciddi komplikasyonlar açısından önemli ölçüde daha yüksek risk altındadır. Bu risk artışı, COVID-19 da dahil olmak üzere diğer solunum yolu enfeksiyonları için de mevcut olup ve gebelerin altta yatan sağlık sorunları varsa daha da artmaktadır. Kadın doğum uzmanları ve diğer obstetrik bakım uzmanları, respiratuvar semptomlar ile başvuran gebe bireyler için hem influenza hem de COVID-19 enfeksiyonunu göz önünde bulundurmalıdır. Klinisyenler, influenza şüphesi olan tüm gebeler için mümkün olan en kısa sürede, ideal olarak semptomların başlamasından sonraki 48 saat içinde ampirik antiviral tedaviye başlamalıdır. Solunum yolu enfeksiyonu test sonuçları beklenirken antiviral tedavi geciktirilmemeli ve hastanın aşılanma durumu tedavi kararını etkilememelidir.



Şekil 1



TJODist Bülteni

Kısaltmalar: AKG, arter kan gazı; CDC, Hastalık Kontrol ve Önleme Merkezleri; HIV, insan immün yetmezlik virüsü.

- Test gerekliliklerini belirlemek için kurumla görüşün. Tedaviye başlamak için test sonuçlarına güvenmeyin; klinik değerlendirmeye dayanarak varsayımsal olarak tedavi edin.
- Semptomların başlangıcından itibaren 48 saat içinde tedavi idealdir ancak ideal zaman aralığı kaçırılırsa bile tedavi geciktirilmemelidir.
- Yüksek veya orta riskli olarak tanımlanmayan gebe bireylerde influenzadan şüpheleniliyorsa, klinisyenler semptomların başlamasından sonraki 48 saat içinde oseltamivir (Tamiflu) ile ampirik tedaviye mümkün olan en kısa sürede (5 gün boyunca günde iki kez ağızdan 75 mg) başlamalıdır. Gebe bir hastanın COVID-19 testi pozitif çıkarsa, obstetrik bakım uzmanları Paxlovid (300 mg nirmatrelvir [iki adet 150 mg tablet] ile 100 mg ritonavir [bir adet 100 mg tablet], her üç tablet birlikte 5 gün boyunca günde iki kez alınmalıdır) reçete etmelidir. İnfluenza ve COVID-19 ko-enfeksiyonundan şüpheleniliyorsa veya doğrulanmışsa, hem oseltamivir hem de Paxlovid reçete edilmelidir ve birlikte alınabilir. Gebe ve postpartum hastalarda morbidite ve mortalite potansiyelinin yüksek olması nedeniyle CDC, influenza için maruziyet sonrası antiviral kemoprofilaksinin, enfeksiyöz kişilerle yakın teması olan gebe bireyler ve postpartum 2 haftaya kadar olan bireyler (gebelik kaybindan sonra dahil) için düşünülebileceğini tavsiye etmektedir. Kemoprofilaksi önerisi olarak 7 gün boyunca günde bir kez 75 mg oseltamivir verilmelidir.

Semptomların değerlendirilmesinden sonra, kadın hastalıkları ve doğum uzmanları ve diğer obstetrik bakım uzmanları, hastalığın ciddiyetini belirlemeye yardımcı olmak için hastalara bazı sorular sormalıdır. Oral sıvı alımını sağlayamayan, dehidratasyon belirtileri gösteren, nefes almada zorluk veya göğüs ağrısı yaşayan veya herhangi bir obstetrik komplikasyon belirtisi gösteren gebeler orta veya yüksek riskli olarak kabul edilir ve hemen bir acil servise veya eşdeğer bir ortama yönlendirilmelidir. Yüksek riskli semptomları olmayan ancak eşlik eden hastalıkları (örn. astım) veya obstetrik sorunları (örn. preterm eylem) olan veya kendi ihtiyaçlarını karşılayamayan (örn. oral alımı tolere edemeyen veya reçeteli ilaçları alamayan) gebeler orta riskli olarak kabul edilir ve hastalığın ciddiyetini belirlemek için olanakların bulunduğu bir poliklinik veya triyaj ortamında mümkün olan en kısa sürede görülmelidir.

Gebelikte Respiratuvar Enfeksiyon Tedavisi

Klinisyenler, influenza şüphesi olan tüm gebeler için mümkün olan en kısa sürede, ideal olarak semptomların başlamasından sonraki 48 saat içinde ampirik antiviral tedaviye başlamalıdır. Orta derecede ciddi hastalık riski taşıyan hastalar mümkün olan en kısa sürede yüz yüze değerlendirme için poliklinik ortamında görülmelidir. Ciddi hastalık riski yüksek olan hastalar mümkün olan en kısa sürede acil serviste veya benzeri bir ortamda görülmelidir.

Oseltamivir, yeterli tedarik olduğu ve dolaşımdaki dirençli virüslerin prevalansının düşük olduğu varsayıldığında, hamile bireyler için tercih edilen tedavidir (5 gün boyunca günde iki kez 75 mg oral). Zanamivir de reçete edilebilir (5 gün boyunca günde iki kez 5 mg/lık iki inhalasyon [toplam 10 mg]) veya alternatif olarak peramivir uygulanabilir (15-30 dakika boyunca intravenöz infüzyon yoluyla 600 mg/lık bir doz). Diğer bir influenza tedavisi olan baloxavir, bu popülasyonda etkinlik ve güvenlik verilerinin bulunmaması nedeniyle gebelere önerilmemektedir. Tedavi hasta ile telefon aracılığıyla görüşülebilir ve bir eczaneye telefon edilerek ya da varsa hastanın elektronik tıbbi kaydı aracılığıyla bir reçete verilebilir. Solunum yolu enfeksiyonu test sonuçları beklenirken antiviral tedavi geciktirilmemeli ve hastanın aşılama durumu tedavi kararını etkilememelidir. İnfluenza aşısı ciddi hastalık riskini önemli ölçüde azaltmasına rağmen, tüm enfeksiyonları önlemeyecektir.

Gebe bir hastanın SARS-CoV-2 enfeksiyonu testi pozitif çıkarsa, obstetrik bakım uzmanları Paxlovid® (nirmatrelvir ve ritonavir) reçete etmelidir. Paxlovid® dozu 300 mg nirmatrelvir (iki adet 150 mg/lık tablet) ve 100 mg ritonavir (bir adet 100 mg/lık tablet) olup, her üç tablet 5 gün boyunca günde iki kez birlikte alınmalıdır. Kadın hastalıkları ve doğum uzmanları, Paxlovid'i yazmadan önce hastanın herhangi bir kontrendikasyonu olmadığından emin olmalı ve olası ilaç-ilaç etkileşimlerini ve bunların nasıl ele alınacağını gözden geçirmelidir. İnfluenza ve SARS-CoV-2 ile şüpheli veya doğrulanmış ko-enfeksiyon varsa, hem oseltamivir hem de Paxlovid® reçete edilmelidir ve birlikte alınabilir. SARS-CoV-2'yi önlemek veya tedavi etmek için kullanılan antiviral ajanlar veya immünomodülatörler ile influenza tedavisinde kullanılan antiviral ajanlar arasında klinik olarak önemli bir ilaç-ilaç etkileşimi yoktur.

Kadın doğum uzmanları ve diğer obstetrik bakım uzmanları, influenza ve SARS-CoV-2 tedavi önerileri güncellemeleri için CDC önerilerine sık sık göz atmalıdır.



TJODist Bülteni

Maruziyet Sonrası İnfluenza Kemoprofilaksisi

Gebe ve postpartum hastalarda influenza enfeksiyonuna bağlı yüksek morbidite ve mortalite potansiyeli nedeniyle, enfeksiyöz bireylerle yakın teması olan gebe bireyler ve postpartum 2 haftaya kadar olan (gebelik kaybından sonra dahil) olanlar için influenza için maruziyet sonrası antiviral kemoprofilaksi düşünülebilir. Kemoprofilaksi önerisi, bilinen son maruziyetten sonraki 7 gün boyunca günde bir kez 75 mg oseltamivirdir. Genel olarak, maruziyet sonrası kemoprofilaksi yalnızca antivirallerin en son maruziyetten sonraki 48 saat içinde başlanabileceği kişiler için kullanılmalıdır. Antiviral kemoprofilaksi alan bireyler, influenza belirtisi olabilecek ateşli bir respiratuvar hastalık geliştirir geliştirmez tıbbi değerlendirme almaları için teşvik edilmelidir. Buna ek olarak, sık maruz kalan bireylerde profilaksi yerine erken tedavi düşünülebilir. Son olarak, influenza teşhisi konmuş hastaların risk altındaki aile üyeleri, antiviral kemoprofilaksinin değerlendirilmesi için sağlık uzmanlarına yönlendirilmelidir.

Sonuç

İnfluenza aşısı obstetrik bakımın önemli bir bileşenidir ve bu popülasyonda ciddi hastalıkları önlemek için tüm gebelere önerilmektedir. Güvenilir bir sağlık uzmanıyla yapılan görüşme ve bu uzmanın tavsiyesi, hastanın aşı yaptıırma kararında kritik bir rol oynar. Kadın hastalıkları ve doğum uzmanları, gebe hastalara grip aşısının faydaları ve güvenliği konusunda güvenle danışmanlık yapmalıdır. Respiratuvar virüs enfeksiyonlarının zamanında değerlendirilmesi ve tedavisi, gebe hastaların sonuçlarını iyileştirmek için esastır. Kadın doğum uzmanları ve diğer obstetrik bakım uzmanları, tüm hastalara influenza aşısını şiddetle tavsiye ederek influenza aşılama oranlarındaki eşitsizlikleri ve influenza enfeksiyonuna bağlı ciddi sonuçları azaltmaya yardımcı olabilirler.



Subclinical hypothyroidism in the infertile female population: a guideline

Practice Committee of the American Society for Reproductive Medicine
The American Society for Reproductive Medicine, Washington, D.C.

Özet ve Çeviri: **DR. İPEKEVRÜKE**

Fertil Steril 2024;121:765-82. 2024 Amerikan Üreme Tıbbı Derneği (ASRM) tarafından hazırlanmıştır.

Link: <http://www.asrm.org/practice-guidance/practice-committee-documents/subclinical-hypothyroidism-in-the-infertile-female-population-a-guideline/>

İNFERTİL KADIN POPÜLASYONUNDA SUBKLİNİK HİPOTİROİDİZM KILAVUZU

İnfertil kadın hastalarda tiroid fonksiyonlarındaki hafif anormalliklerin tedavi edilip edilmeyeceği konusunda tartışmalar vardır. Bu kılavuzda, infertilite ve düşük öyküsü olan hastalarda subklinik hipotiroidi tedavisinin riskleri ve yararlarının yanı sıra bu popülasyondaki obstetrik ve neonatal sonuçlar gözden geçirilmektedir.

Subklinik hipotiroidizmin (SKH) klasik tanımı, normal serbest tiroksin (FT4) seviyeleri ile birlikte normal aralığın üst sınırından (4,5-5,0 mIU/L) yüksek tirotropin (tiroid uyarıcı hormon [TSH]) seviyesidir. Bu tanımla, üreme çağındaki popülasyonda SKH görülme sıklığı yaklaşık %4-%8'dir. SKH için tedavi önerileri Amerikan Üreme Tıbbı Derneği (ASRM), Endokrin Derneği, Amerikan Tiroid Derneği (ATA), Amerikan Klinik Endokrinologlar Derneği, Amerikan Obstetrisyenler ve Jinekologlar Derneği (ACOG) ve diğerleri arasında farklılık göstermektedir.

Literatürün Sınırlamaları

SKH tedavisi ve doğurganlık, obstetrik, neonatal ve nörogelişim sonuçlarına ilişkin literatürün yorumlanmasında birçok zorluk bulunmaktadır. Mevcut çalışmalar SKH'yi tanımlamak için >2,5-10 mIU/L arasında değişen çok çeşitli TSH seviyeleri kullanmıştır, bu da çeşitli çalışmaları karşılaştırmanın zor olduğu anlamına gelmektedir. Çok az sayıda randomize çalışma mevcuttur ve bu kılavuzda ele alınan bazı sorular için randomize çalışma bulunmamaktadır. Birkaç meta-analiz mevcut olsa da, hepsi aynı iki veya üç randomize çalışmayı değerlendirdikleri ve hepsi aynı verileri rapor ettikleri için sınırlı olma eğilimindedirler. Tirotropin seviyeleri çeşitli popülasyon özelliklerinden etkilenmektedir ve çalışmalar örneklenen popülasyonlarda önemli heterojenlik içermektedir.

Materyal ve Metodlar

Bu kılavuz, SKH'nin tanımlanması; SKH'nin abortus, infertilite, olumsuz obstetrik sonuçlar ve fetal nörogelişimsel sonuçlarla ilişkisi; düşük, klinik gebelik, canlı doğum ve fetal nörogelişimsel sonuçları iyileştirmek için SKH tedavisi; antitiroid antikorların olumsuz üreme sonuçlarıyla ilişkisi ve gebeliğin ilk üç ayında hastalarda SKH'nin yönetimi konularında kanıta dayalı öneriler sunmaktadır.



TJODist Bülteni

Literatür taraması ve birincil ve derleme makalelerin referans listelerinin incelenmesi sonucunda 498 çalışma elde edilmiş ve bunlardan 87'si dahil edilme kriterlerini karşılamıştır. Bu kılavuzun özet ifadeleri ve tavsiyeleri dahil edilen çalışmalara dayanmaktadır.

SKH'NİN TANIMI NEDİR?

Gebe Olmayan Kadınlar

Subklinik hipotiroidizm, TSH konsantrasyonunun normal aralığın üst sınırının üzerinde olması ve serum serbest tiroksin (T4) konsantrasyonunun normal aralıkta olması ile teşhis edilir. Yaşa dayalı bir normal üst sınırı mevcut olmadığında, iyot açısından yetersiz bir bölgede yaşayan hastalar için 4,12 mIU/L'lik bir normal üst sınırı kullanılmalıdır. Bu değer, gebe olmayan, hipertiroidizm veya hipotiroidizm laboratuvar kanıtı olmayan, saptanabilir tiroglobulin antikorları (TgAbs) veya tiroid peroksidaz antikorları (TPOAbs) olmayan ve östrojen, androjen veya lityum almayan çalışılmış bir referans popülasyon için üst normal TSH sınırına dayanmaktadır.

Gebe Kadınlar

Gebelikte ilk trimesterde TSH düzeylerinde tipik bir düşüş görülür ve bu durum insan koryonik gonadotropininin (hcg) zayıf tiroid uyarıcı etkisine bağlanabilir. Tiroid fonksiyon taraması için nedeni olan kadınlar için hem TSH hem de serum total T4 düzeylerinin elde edilmesi önerilir. Gebelikte serbest T4'ün immünoassayleri, gebelikte serum proteinlerindeki değişiklikler nedeniyle değişebilir ve bu nedenle önerilmez.

Gebelik Planlayan Kadınlar

Tiroid fonksiyonlarının evrensel olarak taranması, gebelik planlayan hastalar için önerilmemektedir. Bununla birlikte, otoimmün hastalığı, psikiyatrik bozukluğu, ailede tiroid hastalığı öyküsü, boyun radyasyonu öyküsü, daha önce tiroid disfonksiyonu veya ameliyat öyküsü, tiroid disfonksiyonu belirti veya semptomları veya muayenede palpe edilebilen tiroid anormallikleri olanlar dahil olmak üzere, aşikar hipotiroidizm riski yüksek olan hastalar için TSH taraması önerilebilir.

Öneri

Gebe olmayan ve gebe hastalarda SKH tanısı koymak için trimestere göre laboratuvara özgü TSH eşik değerlerinin kullanılması önerilir. Laboratuvar sınır değerleri mevcut olmadığında, normal TSH düzeylerinin tanımlanmış üst sınırları kullanılmalıdır (kanıt gücü: B; öneri gücü: orta).

DÜŞÜKLER TEDAVİ EDİLMEMİŞ SKH İLE İLİŞKİLİ MİDİR?

SKH ve gebelik kaybı arasındaki ilişkiyi değerlendirmek için üç meta-analiz yapılmıştır, ancak her biri biraz farklı sorular sormuştur. Genel olarak, mevcut üç meta-analiz gerçek SKH'yi değerlendirmemekte veya değerlendirdiklerinde düşükle bir ilişki göstermemektedir.

Tiroid uyarıcı hormon seviyeleri gebeliğin erken dönemlerinde değişebilir ve bu da bu popülasyonun incelenmesini zorlaştırabilir. Retrospektif popülasyon tabanlı bir kohort çalışması (orta kalite) 180.000'den fazla kadını içermiştir. Tüm katılımcıların gebe kaldıktan sonraki 6 ay içinde TSH seviyeleri ölçülmüştür. 7.000'den fazla hasta analiz edilmiş ve SCH, TSH düzeyleri <2,50 mIU/L olan kadınlara kıyasla daha yüksek gebelik kaybı riski (aOR 1,15; %95 CI 1,10-1,22) ile ilişkilendirilmiştir. Buna karşılık, 106 hastadan oluşan çok daha küçük boyutlu bir başka retrospektif kohortta SKH ile gebelik kaybı arasında bir ilişki bulunmamıştır. Daha önce de belirtildiği gibi, SKH tanımı çalışmalar arasında farklılık göstermektedir. Karakis ve arkadaşları (28) da intrauterin inseminasyon tedavisi gören ve TSH düzeyleri 2,5-4,5 mIU/L olan kadınları TSH düzeyleri <2,5 mIU/L olanlarla karşılaştırmış ve benzer şekilde gebelik, düşük veya canlı doğum açısından bir fark bulamamıştır.



TJODist Bülteni

Özet

Orta ve düşük kaliteli çalışmalar temelinde, gebelik sırasında SKH'nin düşük riskinde artışla ilişkili olmadığına dair bazı çelişkili bulgularla birlikte orta düzeyde kanıt bulunmaktadır. Orta kalitede çalışmaların çoğu risk artışı göstermemektedir. TSH düzeylerinin 2,5 ila 4,0 mIU/L arasında olmasının düşükle ilişkili olmadığına dair orta düzeyde kanıt bulunmaktadır.

Öneri

Kadınlara SKH'nin artmış düşük riski ile ilişkili olmadığı konusunda danışmanlık verilmesi önerilir (kanıt gücü: B; öneri gücü: orta).

Kadınlara TSH düzeylerinin 2,5 ila 4,0 mIU/L arasında olmasının artmış düşük riskiyle ilişkili olmadığı konusunda danışmanlık verilmesi önerilir (kanıt gücü: B; öneri gücü: orta).

TEDAVİ EDİLMEYEN SKH İNFERTİLİTE İLE İLİŞKİLİ MİDİR?

Beş retrospektif çalışma (dört düşük kaliteli çalışma ve bir orta kaliteli çalışma) infertilitesi olan kadınlarda SKH'yi değerlendirmiştir. Karakis ve arkadaşları (28) ayrıca intrauterin inseminasyon uygulanan ve TSH düzeyleri 2,5-4,5 mIU/L olan kadınlarla TSH düzeyleri <2,5 mIU/L olan kadınları karşılaştırmış ve benzer şekilde gebelik veya canlı doğum açısından bir fark bulamamıştır.

Özet

SKH'nin artmış infertilite riski ile ilişkili olmadığına dair zayıf kanıtlar vardır.

Öneri

Kadınlara SKH'nin infertilite ile ilişkili olduğunu söylemek için yeterli kanıt yoktur (kanıt gücü: C; öneri gücü: zayıf).

SKH OLUMSUZ OBSTETRİK SONUÇLARLA İLİŞKİLİ MİDİR?

Gebelikte SKH veya TSH düzeyleri normal aralığın dışında olan gebe kadınlar arasında plasenta dekolmanı, erken doğum, fetal ölüm ve erken membran rüptürü gibi olumsuz obstetrik sonuçlar için artmış bir risk olabilir. Bununla birlikte, mevcut çalışmalar klinik olarak ilgili sonuçların nadir olması ve çalışmaların çoğunlukla retrospektif olması nedeniyle sınırlıdır.

Van den Boogaard ve arkadaşlarının ve Maraka ve arkadaşlarının sistematik incelemeleri, TSH düzeyleri 2,5-4,5 mIU/L'nin üzerinde olan ve tiroid pozitif antikolar içeren çalışmaları içermektedir. SKH'li gebelerin olumsuz gebelik ve yenidoğan sonuçlarını inceleyen randomize çalışmaları ve kohort çalışmalarını içeren orta kaliteli bir sistematik derlemede (21), ötiroid gebelerle karşılaştırıldığında, SKH'li gebelerin plasenta dekolmanı (RR 2,14; %95 GA 1,23-3,70), erken membran rüptürü (RR 1,43; %95 GA 1,04-1,95) ve yenidoğan ölümü (RR 2,58; %95 GA 1,41-4,73) açısından daha yüksek risk altında olduğu görülmüştür.

Erken gebelikte tiroid fonksiyon bozukluğunun klinik önemini değerlendiren orta kaliteli bir sistematik inceleme ve meta analizde, normal tiroid fonksiyonuna kıyasla erken gebelikte SKH, preeklampsi riskinde artış (odds oranı, [OR] 1,7; %95 GA 1,1-2,6) ve perinatal mortalite riskinde artış (OR 2,7; %95 GA 1,6-4,7) ile ilişkilendirilmiştir. Bununla birlikte, meta analizde, tiroid antikolarının yokluğuna kıyasla erken doğum riskinde artışla (OR 1,9; %95 GA 1,1-3,5) ilişkili olan tiroid anti-cisimciklerinin varlığı olduğu ve tiroid antikolarının yokluğunda SKH'nin herhangi bir olumsuz obstetrik sonuçla ilişkili olmadığı görülmüştür. Bu nedenle, meta-analizler bulgularında tutarsızlık göstermiş ve alt analizde antitiroid antikoları hariç tutan bir meta-analiz SKH ve olumsuz obstetrik sonuçlarla ilişkili anlamlı bir risk bulmamıştır.



TJKODist Bülteni

TSH düzeyleri 2,5 ila 4,0 mIU/L arasında olan kadınlarda obstetrik sonuçlara ilişkin veriler sınırlıdır. Orta kalitede bir kohort çalışmasında 1.200'den fazla ART tedavi döngüsü incelenmiş ve kadınların %23'ünün TSH seviyelerinin 2,5-4,0 mIU/L aralığında olduğu bulunmuştur (49). Bu hastalarda erken doğum veya canlı doğum oranları açısından daha olumsuz gebelik sonuçları görülmemiştir.

Maternal prekonsepsiyonel TSH düzeyleri ile gebelik sonuçları arasındaki ilişkiyi araştırmak üzere, daha sonra gebe kalan 184.611 kadını içeren büyük, düşük kaliteli, toplum temelli bir kohort çalışması gerçekleştirilmiştir. TSH düzeyleri <2,5 mIU/L ile 2,50-4,29 mIU/L karşılaştırıldığında, orta aralıktaki TSH düzeyleri erken doğum ve operatif vajinal doğum ile ilişkilendirilmiştir. TSH düzeyi 4,29-10 mIU/L olan gerçek SKH ölü doğum, erken doğum, sezaryen ve gebelik yaşına göre makrozomik bebekler ile korelasyon göstermiştir.

Genel olarak, SKH ve olumsuz obstetrik sonuçlar üzerine yapılan çalışmalar tanı kriterleri açısından değişken olup, hepsi düşük ila orta kalitededir ve olumsuz obstetrik sonuçlar bulduklarında, bulgular çalışmalar arasında tutarsızdır.

Öneri

Kadınlara SKH'nin artmış obstetrik risk ile ilişkili olmadığı konusunda danışmanlık verilmesi önerilir (kanıt gücü B; öneri gücü: orta).

TEDAVİ EDİLMEYEN SKH ÇOCUKLARDA GELİŞİMSEL SONUÇLARI ETKİLER Mİ?

Fetal tiroid, gebeliğin 10-13. haftasından önce tiroid hormonu üretmez. Bu nedenle, gebeliğin erken dönemlerinde annenin tiroid hormonu kullanması zorunludur. Aşırı maternal hipotiroidizmin gelişimsel sonuçlar üzerinde olumsuz etkileri olabileceği görülmektedir. Daha önceki gözlemsel çalışmalarda maternal SKH'nin gelişim üzerinde olumsuz bir etkisi olduğu öne sürülmüş olsa da, daha yeni RKÇ'ler bu yönde bir ilişki olduğunu göstermemiştir.

Tekil gebeliği olan 1.017 kadından oluşan düşük kaliteli bir kohort çalışmasında, gebeliğin ilk 20 haftasındaki maternal serum örnekleri tiroid hormonları açısından test edilmiştir. Bu çalışmada SKH'nin artmış nörogelişimsel gecikme ile ilişkili olduğu bulunmuştur.

Düşük kaliteli bir kohort çalışması, TSH düzeyleri >4 mIU/L olarak tanımlanan SKH'li 39 kadını değerlendirmiş ve dokuz obstetrik sonucu değerlendirmiştir. SKH'si olmayan 700 kadınla karşılaştırıldığında, bu kadınların çocuklarının nörogelişiminde herhangi bir farklılık görülmemiştir.

Yüksek kaliteli bir çalışmada, gebeliğin erken döneminde tiroid taraması yapılan ve hemen levotiroksin ile tedavi edilen kadınların çocuklarının 3 yaşındaki bilişsel işlevleri, serumları saklanan ve gebelikten sonra test edilen kontrollerle karşılaştırılarak bir RKÇ ile değerlendirilmiştir. IQ testinin 3 yaşındaki sonuçları iki grup arasında anlamlı farklılık göstermemiştir. Ayrıca, tirotropin düzeyleri ile IQ arasında bir ilişki bulunmamıştır. Araştırmacılar, 6-13. gebelik haftalarında maternal hipotiroidi için rutin taramanın çocukluk çağı bilişsel işlev bozukluğunun önlenmesinde bir yararı olmadığı sonucuna varmış ve çoğu hastanın tedaviye ilk trimesterde başladığını belirtmiştir.

Özet

Gebelikte SKH'nin fetal olumsuz nörogelişimsel sonuçlarla ilişkili olmadığına dair güçlü kanıtlar vardır. Gebelikte 2,5 ila 4 mIU/L arasındaki TSH düzeylerinin olumsuz gelişimsel sonuçlarla ilişkili olduğuna dair yeterli kanıt bulunmamaktadır.



TJODist Bülteni

Öneri

Kadınlara gebelikte SKH'nin fetal olumsuz nörogelişimsel sonuçlarla ilişkili olmadığı konusunda danışmanlık verilmesi önerilmektedir (kanıt gücü: A; öneri gücü: güçlü).

SKH TEDAVİSİ DÜŞÜK ORANLARINI, CANLI DOĞUM ORANLARINI VE/VEYA KLİNİK GEBELİK ORANLARINI İYİLEŞTİRİR Mİ?

IVF tedavisi gören 64 SCH'li infertil hasta üzerinde yapılan orta kalitede randomize bir çalışmada, kadınlar levotiroksin veya tedavi almayan gruplara randomize edilmiştir. Canlı doğum oranları, levotiroksin grubunda kontrol grubuna göre anlamlı derecede yüksek bulunmuştur (17/32 [%53,1] vs. 8/32 [%25,0], P1/4,04). Hepsi kontrol grubunda olmak üzere dört düşük gerçekleşmiştir. Klinik gebeliği olan hastalar arasında düşük oranı kontrol grubunda tedavi grubuna kıyasla anlamlı derecede yüksek saptanmıştır (4/12 [%33] vs. 0/17 [0], P1/4 .02). Ancak tüm çalışma popülasyonu analize dahil edildiğinde, bu karşılaştırma artık istatistiksel anlamlılığa ulaşmamıştır (4/32 [%13] vs. 0/32 [0], P1/4.11). Bu nedenle, bu küçük çalışma SKH tedavisinin faydasını göstermiş olsa da, veriler infertil kadınlarda evrensel SKH taraması ve tedavisi önermek için yetersizdir.

Yüksek kaliteli randomize bir çalışma, infertilitesi olan ötiroid kadınlar arasında TPOAb pozitifliği oranlarını incelemiştir. Çalışmaya dahil edilen 484 kadından 72'sinin (%15) TPOAb testi pozitif çıkmıştır. Bu 72 kadın daha sonra levotiroksin veya plaseboya randomize edilmiştir. TPOAb'li kadınlar arasında levotiroksin tedavisi düşük riskini önemli ölçüde azaltmamış (8/24 [%33] vs. 11/21 [%52], P1/4.24) veya canlı doğum oranını iyileştirmemiştir (16/43 [%37] vs. 10/43 [%23], P1/4.24). Bu çalışma, bu makalede tanımlandığı şekliyle SKH'yi değerlendirmemiştir.

Bu güncel ASRM Kılavuzunda, Abdel Rahman ve arkadaşlarının çalışmasının hariç tutulmasına karar verilmiştir. Bu düşük kaliteli randomize bir çalışma, net olmayan veri raporlaması ve önemli veri bütünlüğü endişeleri nedeniyle hariç tutulmuştur. Çalışma sonuçları yalnızca yüzde olarak bildirmektedir ve P değerleri sağlanan verilerle tutarlı görünmemektedir. Bu çalışmanın derecelendirilmesindeki ve artık hariç tutulmasındaki bu değişiklik, SKH tedavisine ilişkin ASRM Uygulama Komitesi Kılavuzunun bu versiyonunun önceki versiyondan farklı olmasının başlıca nedenidir. Ne yazık ki bu RKÇ, Cochrane incelemesi hariç, literatür taramasında bulunan her sistematik inceleme ve meta-analize dahil edilmiştir. Abdel Rahman ve arkadaşlarının çalışması, klinik gebelik sonuçları üzerinde o kadar güçlü bir etki büyüklüğüne sahiptir (tedavi ile %100 ve tedavi olmadan %28 - editörün en iyi tahminine göre) ki RR'si diğer tüm randomize çalışmalardaki RR'lerden 4-8 kat daha büyüktür. Bu çalışma hariç tutulduğunda, bu meta-analizde gebelik, gebelik kaybı veya canlı doğum açısından herhangi bir fark görülmemiştir.

Mevcut kılavuzlarımız özellikle bir tedaviyi önermeden önce açıkça faydalı olduğuna dair kanıt aramayı amaçlamaktadır. Bir tedavinin ucuz olması ve zarar verme ihtimalinin düşük olması, literatürde fayda sağladığına dair yeterli kanıt bulunmadığı için tarama ve tedavi için gerekçe olarak görülmemiştir.

Bu çalışmanın analizlerden çıkarılması levotiroksin ile ilgilenilen sonuçlar arasındaki anlamlı ilişkileri ortadan kaldırmaktadır. Gruplar arasında klinik gebelik açısından bir fark bulunmamıştır. RKÇ'lerin düşük kaliteli bir sistematik incelemesi ve RKÇ'lerin ve kohort çalışmalarının orta kaliteli iki sistematik incelemesi benzer şekilde levotiroksin tedavisi ile düşük, canlı doğum veya klinik gebelik arasında anlamlı bir ilişki olmadığını göstermiştir.

Genel olarak, birincil çalışmalar (kohort ve klinik çalışmalar) SKH tedavisinin gebelik sonuçları için faydasını göstermemiştir. Aynı zamanda, meta-analizler büyük ölçüde veri bütünlüğüne ilişkin önemli endişeleri olan tek bir klinik çalışma tarafından yönlendirilmiştir. Bu nedenle tavsiye, gebe olan ve gebelik planlayan kadınlarda kadınlarda SKH'nin tedavi edilmemesi yönündedir.



TJODist Bülteni

Özet

SKH'nin levotiroksin ile tedavisinin gebelik kaybını, klinik gebeliği veya canlı doğum oranlarını iyileştirmediğine dair orta düzeyde kanıt vardır.

Öneri

Tedavilerin gebelik kaybını azalttığı veya klinik gebelik veya canlı doğum oranı sonuçlarını iyileştirdiği gösterilmediğinden (kanıt gücü B; öneri gücü: orta), SKH tanısı olan gebe kadınların veya gebelik isteyen kadınların levotiroksin ile tedavi edilmesi önerilmez.

Tiroid uyarıcı hormon ve T4 düzeyleri, infertilitesi olan tüm hastalar yerine hipotiroidi belirtileri veya semptomları (düzensiz adet döngüleri dahil) olan hastalarda test edilmelidir (kanıt gücü: B; öneri gücü: orta).

SKH TEDAVİSİ GELİŞİMSEL SONUÇLARI İYİLEŞTİRİR Mİ?

SKH'nin nörogelişimsel sonuçlarda ile ilişkisi düşük ila orta kalitede derecelendirmeye sahip birkaç gözlemsel çalışmada bildirilmiş olsa da, diğer gözlemsel çalışmalar erken gebelik serum TSH'sinin fetal gelişimsel sonuçları ile hiçbir ilişkisini bulamamıştır. Bu konudaki sistematik bir inceleme ve meta-analiz SKH tedavisinin obstetrik, neonatal, çocukluk IQ'su veya nörogelişimsel sonuçlar üzerinde faydası olduğuna dair hiçbir kanıt bulamamış ve mevcut çalışma kanıtlarının gebelikte teşhis edilen SCH tedavisini desteklemediği sonucuna varmıştır.

Özet

Gebelikte SKH tanısı konan kadınlarda levotiroksin tedavisinin obstetrik, neonatal, çocukluk IQ'su veya nörogelişimsel sonuçlar açısından hiçbir faydası olmadığına dair üç randomize klinik çalışma temelinde güçlü kanıtlar bulunmaktadır.

Öneri

Gebelikte SKH tanısı konan kadınlarda levotiroksin tedavisi gelişimsel sonuçları iyileştirme endikasyonu açısından önerilmemektedir (kanıt gücü: A; öneri gücü: güçlü).

TİROİD ANTİKORLARI İNFERTİLİTE VEYA OLUMSUZ FERTİLİTE SONUÇLARI İLE İLİŞKİLİ MİDİR?

Bir popülasyon çalışmasında antitiroid antikörlerin kadınlarda erkeklerden daha yaygın olduğu, yaşla birlikte arttığı ve hipo veya hiper tiroidizm ile anlamlı şekilde ilişkili olduğu, ancak TgAb'lerin ilişkili olmadığı bulunmuştur. Bununla birlikte, tiroid antikörlerinin infertilite veya olumsuz fertilitate sonuçları ile ilişkili olup olmadığı konusunda veriler çeşitlilik göstermektedir.

Retrospektif olarak 537 hasta üzerinde yapılan bir çalışmada, tedavi edilmeyen TPOAb hastalarında tedavi edilen gruba kıyasla daha yüksek bir düşük oranı bulunmuştur. Maliyet-etkinlik analizleri, gebelik kaybı öyküsü ve tedavi edilmemiş SKH veya tedavi edilmemiş otoimmün tiroid hastalığı (OTH) öyküsü olan kadınlarda daha yüksek bir maliyet olduğunu göstermiş ve OTH için evrensel taramanın maliyet-etkin olduğunu bulmuştur.

İnfertilite ve YÜT tedavisi sonuçları incelendiğinde, çelişkili çalışma sonuçları da bulunmaktadır. Retrospektif bir çalışma, infertilite hastalarında SKH prevalansının daha yüksek olduğunu ancak tiroid otoimmünitesi (TAI) prevalansının daha düşük olduğunu göstermiştir. Yalnızca RKÇ'leri içeren sistematik bir inceleme ve meta-analiz, levotiroksinin IVF tedavisi gören SKH ve/veya TAI'li kadınların gebelik sonuçları üzerindeki tedavi etkisine odaklanmıştır. Bu çalışma, plasebo alan veya tedavi almayanlara göre düşük riskinde önemli bir azalma bulmuştur. Bununla birlikte, bu veriler yine büyük ölçüde Abdel Rahman ve arkadaşlarının yukarıda belirtilen nedenlerle hariç tutulan sonuçlarına dayanmaktadır. Abdel Rahman ve arkadaşlarının verileri hariç tutulduğunda,



TJODist Bülteni

kadınları antitiroid antikorlarla tedavi etmenin hiçbir faydası olmamıştır. ART tedavisi gören kadınları inceleyen prospektif bir çalışmada, TPOAb-pozitif hastalarda daha yüksek bir düşük oranı bulunmuştur. Diğer çalışmalarda tiroid otoantikorları ve ART tedavi başarısı üzerinde bir etki bulunmamıştır. YÜT tedavisi ile başarılı bir şekilde gebe kalan 487 hasta üzerinde yapılan bir başka çalışmada, araştırmacılar %22 oranında tiroid antikorlu bulmuşlardır. Tiroid antikorları pozitif olan hastaların gebelik oranı antikorları olmayanlara benzer bulunmuştur. Ötiroid 416 kadın üzerinde yapılan bir başka retrospektif çalışmada, antikorları olan ve olmayan kadınlar arasında gebelik ve doğum oranlarında herhangi bir farklılık gözlenmemiştir. Bununla birlikte, gebe kalamayan veya düşük yapan TPOAb'li kadınlar, doğum yapanlara ve antikor negatif olan kadınlara kıyasla ART tedavisi öncesinde daha yüksek TSH değerleri göstermiştir.

Özet

Tiroid antikorları ve düşük arasında bir ilişki olduğunu öne sürmek için yetersiz olan orta kalitede ve çelişkili kanıtlar vardır.

Sınırlı vaka kontrollü çalışmalara dayanarak, habitüel abort öyküsü olan kadınların daha yüksek oranda pozitif tiroid antikorlarına sahip olduğuna dair zayıf kanıtlar vardır.

İnfertil veya gebe kadınlarda tiroid-antikor taraması yapılmasını önermek için yeterli kanıt yoktur.

Öneri

İnfertilite veya gebeliği olan asemptomatik kadınlarda tiroid antikor taraması yapılması önerilmemektedir. Habitüel abort öyküsü olan kadınlarda hedefe yönelik tarama düşünülebilir (kanıt gücü C; öneri gücü zayıf).

İLK TRİMESTERDE TİROİD HASTALARININ YÖNETİMİ NASILDIR?

Gebeliğin ilk üç ayında hipotiroidi taraması konusunda net bir fikir birliği bulunmamaktadır. Çoğu profesyonel kuruluş, evrensel rutin taramaya karşı çıkmakta ve risk temelli bir yaklaşım önermektedir. Amerikan Obstetrik ve Jinekoloji Derneği (ACOG), "kişisel veya ailesel tiroid hastalığı öyküsü, tip 1 diabetes mellitus veya tiroid hastalığı klinik şüphesi olan kadınlarda" tiroid fonksiyonlarının test edilmesini önermekte ve evrensel tarama veya SKH tedavisi önermemektedir.

Özet

Gebelik sırasında tiroid fonksiyonlarının evrensel olarak taranmasının olumsuz sonuçlarda bir azalmaya yol açmadığına dair orta düzeyde kanıt vardır.

Aşık hipotiroidi riski yüksek olan belirli hasta gruplarını hedef alan bir vaka bulma tarama stratejisini destekleyen orta kalitede kanıtlar vardır.

Öneriler

Gebelik sırasında tiroid fonksiyonlarının evrensel olarak taranması önerilmemektedir (kanıt gücü: B; öneri gücü: orta).

Gebelik sırasında tiroid fonksiyonlarının serum tirotropin düzeyi ile taranması, aşık hipotiroidi riski yüksek olan hastalarda önerilir (kanıt gücü: B; öneri gücü: orta).

SONUÇLAR

Mevcut kanıtlara dayanarak, infertil veya gebe kadınlarda asemptomatik SKH için tarama veya tedavi önerilmemektedir.



TJODist Bülteni

CEVAPLANMAMIŞ SORULAR

Nörobilişsel gelişimini iyileştirmek için SKH tedavisini değerlendiren ek klinik çalışmaların, tarama ve tedavinin fayda sağlamadığına dair kanıtları değiştirmesi olası değildir.

Antitiroid antikoların ve gebelik sonuçlarının taranmasını ve tedavisini değerlendiren ek klinik çalışmalara ihtiyaç vardır.

İnfertil hastalarda ve IVF tedavileri alan hastalarda SKH taraması ve tedavisini değerlendiren ek klinik çalışmalar, tavsiyelerde bir değişikliğe neden olabilir.

ÖNERİLER

Gebe olmayan ve gebe hastalarda SKH tanısı koymak için laboratuvara özgü TSH cut-off seviyelerinin kullanılması önerilmektedir. Laboratuvar sınır değerleri mevcut olmadığında, normal TSH düzeylerinin tanımlanmış üst sınırları kullanılmalıdır (kanıt gücü: B; öneri gücü: orta).

Kadınlara SKH'nin artmış düşük riski ile ilişkili olmadığı konusunda danışmanlık verilmesi önerilir (kanıt gücü: B; öneri gücü: orta).

Kadınlara 2,5 ila 4 mIU/L arasındaki TSH düzeylerinin düşük riskinde artışla ilişkili olmadığı konusunda danışmanlık verilmesi önerilir (kanıt gücü: B; öneri gücü: orta).

Kadınlara SKH'nin infertilite ile ilişkili olduğu konusunda danışmanlık vermek için yeterli kanıt yoktur (kanıt gücü: C; öneri gücü: zayıf).

Kadınlara SKH'nin artmış obstetrik risk ile ilişkili olmadığı konusunda danışmanlık verilmesi önerilir (kanıt gücü B; öneri gücü: orta).

Kadınlara SKH'nin çocuklarda olumsuz nörogelişimsel sonuçlarla ilişkili olmadığı konusunda danışmanlık verilmesi önerilir (kanıt gücü: A; öneri gücü: güçlü).

Tedavinin gebelik kaybını azalttığı veya klinik gebelik veya canlı doğum sonuçlarını iyileştirdiği kanıtlanmadığından, gebelik isteyen veya halihazırda gebe olan SKH tanılı kadınların levotiroksin ile tedavi edilmesi önerilmez (kanıt gücü B; öneri gücü: orta).

Gebelikte teşhis edilen SKH'nin levotiroksin tedavisi, gelişimsel sonuçları iyileştirme endikasyonu için önerilmemektedir (kanıt gücü: A; öneri gücü: güçlü).

İnfertilite veya gebeliği olan asemptomatik kadınlarda TAI taraması yapılması önerilmemektedir. Tekrarlayan gebelik kaybı öyküsü olan kadınlarda hedefe yönelik tarama düşünülebilir (kanıt gücü C; öneri gücü zayıf).

Gebelik sırasında tiroid fonksiyonlarının evrensel olarak taranması önerilmemektedir (kanıt gücü: B; öneri gücü: orta).

Gebelik sırasında tiroid fonksiyonlarının serum tirotropin düzeyi ile taranması, yüksek risk altındaki hastalar için önerilir. (kanıt gücü: B; tavsiye gücü: orta).

Tiroid uyarıcı hormon ve T4 düzeyleri, infertilitesi olan tüm hastalar yerine hipotiroidi belirtileri veya semptomları (düzensiz adet döngüleri dahil) olan hastalarda test edilmelidir (kanıt gücü: B; öneri gücü: orta).



TJODist Bülteni

REVIEW



The presentation and management of cesarean scar defects: an updated review on an evolving diagnosis

Meghan McGrattan^{a,b,c}, Anna Kobyljanski^{a,b,c}, Peter Thiel^{a,b,c},
M Jonathon Solnik^{a,b,c} and Ally Murji^{a,b,c}

Özet ve Çeviri: DR. SEZGİ GÜLLÜ

SEZARYEN SKAR DEFİKTLERİNİN KLİNİK PREZENTASYONU VE YÖNETİMİ: GELİŞEN TANI ÜZERİNE GÜNCELLENMİŞ BİR İNCELEME

İncelemenin amacı

Bu incelemenin amacı, sezaryen skar defektleri ile ilgili mevcut literatürü klinik açıdan özetleyerek skar defektlerinin epidemiyolojisi, klinik prezentasyonu, tanısı, tedavi ve önleme yöntemlerine odaklanmaktır.

Son bulgular

Sezaryen skar defektleri (CSD'ler), son on yılda yayınlanan daha yüksek kaliteli kohortlar, randomize kontrollü çalışmalar ve sistematik incelemelerle birlikte jinekolojik araştırmalar arasında gelişen bir alandır. Önemli son gelişmeler arasında, CSD'lerin ölçümü ve tanısı üzerine Avrupa Niche Taskforce konsensüsü, Sezaryen skar bozukluğu (CSDi) için klinik kriterlerin önerilmesi ve tedavi stratejilerinde klinik karar verme süreçlerini destekleyen bir kaç sistematik inceleme bulunmaktadır. Devam eden araştırma alanları arasında CSD'lerin risk faktörleri ve önleyici stratejiler ile obstetrik komplikasyonlardaki rolleri yer almaktadır.

Özet

CSD'ler yaygın bir sonografik bulgudur. Asemptomatik bir popülasyonda tesadüfen tanımlananlar tedavi gerektirmese de, CSD'ler anormal uterin kanama, pelvik ağrı ve infertilite gibi önemli sorunlara neden olabilir. Sezaryen skar defektlerinin obstetrik komplikasyonlardaki rolü henüz tam olarak aydınlatılmamıştır. Sezaryen doğumların yüksek insidansı göz önüne alındığında, uterus sekelleriyle karşılaşmak olağandır. Bu nedenle, sezaryen skar defektlerini değerlendirme ve yönetim konusunda farkındalık önemlidir.



TJODist Bülteni

ANAHTAR NOKTALAR

- Sezaryen skar defekti, önceki sezaryen ile doğum yerinde en az 3 ay sonra en az 2mm derinliğinde hipoeoik myometrial çöküntü görüldüğünde teşhis edilir.
- Asemptomatik defektler ek yönetim gerektirmese de, anormal uterin kanama, pelvik ağrı veya infertilite yaşayan hastalar tedavi için değerlendirilmelidir ve bu hastalar Tablo 1 de belirtilen kriterlerle sezaryen skar defekti olarak daha detaylı tanımlanabilir.
- Gebelik planı olmaya hastalarda medikal tedavi seçenekleri kullanılabilirken, rezidüel myometrial kalınlık (RMT) ≥ 3 mm olan hastalar için histeroskopik yeniden şekillendirme veya RMT < 3 mm olanlar için laparoskopik veya vajinal yaklaşımla cerrahi tedavi tercih edilmektedir.
- CSD'nin cerrahi onarımının sezaryen skar gebeliği veya uterin rüptür gibi olumsuz obstetrik sonuçları önlediğine dair yetersiz kanıt bulunmaktadır.
- Mevcut kanıtlara dayanarak sezaryen sırasında histerotomi hattının kapatımı için kullanılan uterovezikal kıvrımın 2 cm yukarısında kesi, kilitsiz dikişlerle 2 katmanlı kapama monofilaman veya dikenli sütür ve strangülyasyonsuz hemostaz gibi cerrahi teknikler RTM'yi optimal duruma getirebilir ve CSD riskini azaltabilir.

GİRİŞ

Sezaryen doğum, dünya genelinde en sık yapılan cerrahi girişimlerden biridir ve 2021'de Amerika Birleşik Devletleri'ndeki tüm doğumların yaklaşık 1/3'ünü oluşturmaktadır. Sezaryen doğum oranı sürekli olarak artmaktadır ve son 20 yılda dünya genelinde sayısı 2 katına çıkmıştır. 'Optimal' sezaryen doğum oranı hakkında tartışmalar devam etmekle birlikte, 194 Dünya Sağlık Örgütü üyesi ülkenin dahil olduğu son kesitsel çalışmada, sezaryen doğum oranı %19'un altına düştüğünde hem yenidoğan hem de anne mortalitesinde artış gözlemlenmiştir. Bu nedenle, sezaryen doğumlar modern obstetrik bakımda gerekli müdahalelerdir.

Sezaryen doğum sırasında yapılan histerotomilerin daha önce önemli bir sonuç doğurmadan iyileştiği düşünülmekteydi. Ancak, ultrasonografinin daha erişebilir olması ve doğruluğu ile birlikte myometrial incelleme ve önceki histerotomi hattında çöküntü olarak tanımlanan sezaryen skar defekti(CSD) tanısının daha sık raporlanmasına yol açmıştır. Birçok CSD asemptomatik olsa dahi varlıkları anormal uterine kanama(AUK), pelvik ağrı, infertilite ve skar gebeliği ile ilişkilendirilmiştir.

Son on yılda risk faktörleri, semptomlar, hem aktif yönetimi hem de CSD önleme için en iyi uygulamalar konusundaki anlayış önemli ölçüde genişlemiştir. Bu inceleme makalesi sezaryen skar defektlerinin tanı ve tedavisine yönelik güncel bir yol haritası sunmayı amaçlamaktadır.

EPİDEMİYOLOJİ

Sezaryen skar defekti nispeten yeni bir patolojik tanı olduğundan, relevansı konusunda tartışmalarda birçok terim ve tanım kullanılmaktadır. En yaygın kullanılan terimler arasında uterine skar defekti, uterine duvar divertikülü, istmosel, poş, niş ve sakkülyasyon yer almaktadır; ancak Murji ve arkadaşlarının yaptığı son sistematik derlemede, CSD'nin ayrıca anekoik alan, üçgen şekil, düzende bozulma/kesilme, bursa, kubbe, kemer, boşluk, girinti ve konkavite olarak da tanımlandığını ortaya koymuştur. Bu tartışma yazısında, sezaryen skar defekti(CSD) terimi ağırlıklı olarak kullanılacaktır.

Terminolojideki tutarsızlıklar göz önüne alındığında CSD'nin prevalansı hakkında kesin konuşmak güçtür. Asemptomatik kadınlar üzerinde yapılan prospektif kohort çalışmasında, Bij de Vaate ve arkadaşları sonohisteogram ile CSD prevalansını %56 olarak bulmuşlardır. Bu çalışmada defekt en az 1 mm derinliğe sahip olarak tanımlanmıştır. Buna karşılık Vikharea ve arkadaşları yaptıkları çalışmada CSD'yi skar hattındaki herhangi bir girinti olarak tanımlamış ve sonohisterogram ile prevalansı %84 olarak bildirmiştir. Semptomatik AUK tanılı popülasyonda Borges ve arkadaşları histeroskopi ile CSD prevalansının %88'e kadar yükseldiğini bulmuşken, Osser ve arkadaşları sırasıyla bir, iki ve en az üç sezaryen operasyonu geçirmiş hastalarda CSD prevalansını %61, %81 ve %100 oranında görüldüğünü belirtmiştir. Çalışmalarda heterojenlik olsa da, 1 sezaryen doğum geçirmiş kadınların çoğunda



TJODist Bülteni

muhtemelen CSD mevcuttur. Sonraki sezaryen doğumlarla birlikte CSD riski artmaktadır; hastada semptom mevcudiyetinde de klinisyen CSD'den şüphelenmelidir.

KLİNİK BULGULAR VE SEMPTOMLAR

Bazı CSD'ler tesadüfen teşhis edilmekle birlikte kadınların yaklaşık %30-40'ı kliniğe semptomlarla başvurmaktadır ve CSD'lerin daha önce kabul görmüş oranlardan çok daha fazla obstetrik ve jinekolojik yükü olduğu düşünülmektedir. 3 kütadan 31 uzmanın dahil olduğu Delphi konsensüsü, semptomatik CSD'leri tanımlamak adına 'Sezaryen Skar Defekti' teriminin kullanımını önermiştir. Bu defekt, uterine nişin sonografik olarak kanıtlandığı hastada en az bir birincil veya iki ikincil semptomun varlığı ile karakterizedir (Tablo 1).

Tablo 1. Sezaryen skar hastalığı için tanı kriterleri (10).

Mutlaka olmalı:	En az bir primer semptom eşlik etmeli	Veya en az iki sekonder semptom eşlik etmeli
Sezaryen skar defektinin ≥ 2 mm den fazla derinlikte sonografik kanıtı	Postmenstrual lekelenme	disparoni
Tanı koymadan önce sezaryen sonrası minimum 3 regüler menstrüel siklus geçmesi	Uterin kanama sırasında ağrı	anormal vajinal akıntı
Premenapozal durum	Embryo transferinde kateter yerleştirme esnasında teknik sorunlar	kronik pelvik ağrı
Semptomların sezaryen sonrası başlamış ya da kötüleşmiş olması	İntrauterine sıvının eşlik ettiği sekonder infertilite	seksüel aktiviteden kaçınma
Servikal displazi, enfeksiyon, uterus kavitesi patolojisi, ovülatuar veya iyatrojenik kaynaklı anormal uterine kanamanın dışlanması		anormal kanamaya bağlı koku
		Üremeye yardımcı tekniklere rağmen sekonder açıklanamayan infertilite
		Negatif öz imaj algısı
		Boş zamanında etkinliklere katılmada rahatsızlık

Açıklanan semptomlar arasında AUK, infertilite ve pelvik ağrı en çok gözlemlenenlerdir. Murji ve ark. tarafından gerçekleştirilen sistematik derleme ve metaanalizde CSD'li hastaların anormal uterine kanama yaşama olasılığının CSD'Si olmayanlara kıyasla 3 ila 5 kat artmış olduğu tespit edilmiştir. Bu hastalar aynı zamanda uzun süren (ortalama 14 gün) menstrüasyon ile karakterize bir kanama paterni sergilerken, döngü kanamaları ortalama 7 gün erken olmaktadır. Bu klinik semptomun defektin kendisinden kaynaklı inflamasyon, fibrozis ve nekrozdan kaynaklandığı düşünülmektedir. CSD'nin varlığı, inflamatuvar yanıtın servikal mukus kalitesine etkisi, sperm taşınma ve sperm kalitesi üzerine etkileri nedeniyle ikincil infertilite ile de ilişkilidir. Bu inflamatuvar ortamın tıpkı hidrosalpenks gibi embryo implantasyonunu etkilediği de öne sürülmektedir. Son olarak disparoni, dismenore ve kronik pelvik ağrının CSD'nin varlığı ile ilişkili olduğu bulunmuştur. Ağrının mekanizması üzerine hala çalışılması gereken bir alan olsa da Wang ve



TJODist Bülteni

arkadaşları yaptıkları 3 yıllık büyük kesitsel bir çalışma da CSD'nin daha geniş bir alanda olmasıyla ağrı temelli semptomların prevalansı ve şiddeti arasında ilişki bulunmuştur.

Uzmanlar, CSD teşhisi konulmadan önce servikal displazi, enfeksiyon, uterine kavite kaynaklı patoloji, ve ovulatuvar ya da diğer iyatrojenik nedenlerden kaynaklanan AUK gibi durumların dışlanmasını önermektedir.

Sezaryan skar hattı gebeliği, uterus dehisansı ve plasenta akreata spektrumu gibi obstetrik komplikasyonlar CSD varlığı ile ilişkili durumlar olabilmektedir. Ancak bu durumları CSD semptomlarından ziyade komplikasyonları olarak nitelendirmek daha doğru olacaktır. Ayrıca spontan abortların ise CSD ile ilişkili bir semptom ya da bağımsız bir problem olup olmadığı hususunda yeterli bilimsel kanıt yoktur.

SEZARYEN SKAR DEFEKTİ GELİŞİMİ İÇİN RİSK FAKTÖRLERİ

Sezaryen skar defektlerinin patofizyolojisi belirsizliğini korusa da bazı risk faktörleri CSD gelişimine yatkınlık gösterebilecek hastalara ilişkilendirilmiştir. Bu risk faktörler 3 ana kategoride toplanabilir: hasta ile ilişkili faktörler, doğum ile ilişkili faktörler ve cerrahi faktörler. Yüksek vücut kitle indeksi(VKİ), uterus retrofleksiyonu, gebelikte hipertansif bozukluklar, ve gestasyonel diyabet hasta ile ilişkili risk faktörleri arasında sayılabilir. Bu risk faktörleri kötü yara iyileşmesine ve myometriyum dehisansına neden olabilir. Doğum ile ilgili faktörler arasında ileri dilatasyon, uzamış eylem, ve prezente olan kısmın aşırı aşağı inmesi sayılabilir. Bu durumlar sezaryen sırasında artan komplikasyonlara ve alt segmentle serviks arasındaki hattın belirginleşmesiyle histerotomi hattının daha aşağıdan gerçekleştirilmesine neden olabilir. Cerrahi ilişkili risk faktörleri arasında dikiş materyali, tek katmanlı kapama, kilitleme dikiş tekniği ve servikal dokuda düşük histerotomi yer alır.

Literatürde hangi risk faktörlerinin gerçekten önemli olduğunda dair görüş ayrılıkları mevcuttur; bu durum, çalışmalarda kullanılan tanı ve ilişkili semptomlar için kullanılan çeşitli tanımlar nedeniyle daha da karmaşık hale gelmektedir. Bu belirlenmiş faktörlere dayanarak gerçekleştirilen güncel bir prognoz modeli CSD riski taşıyan hastaları başarılı bir şekilde tahmin edemedi. Her ne kadar CSD risk faktörlerinin belirlenmesi CSD nedenine dair bilgi sağlayarak uygun hasta danışmanlığı ve cerrahi karar verme süreçlerini desteklese de CSD gelişimi incelikli ve multifaktöryeldir dolayısıyla bu alanda daha fazla araştırmaya ihtiyaç vardır.

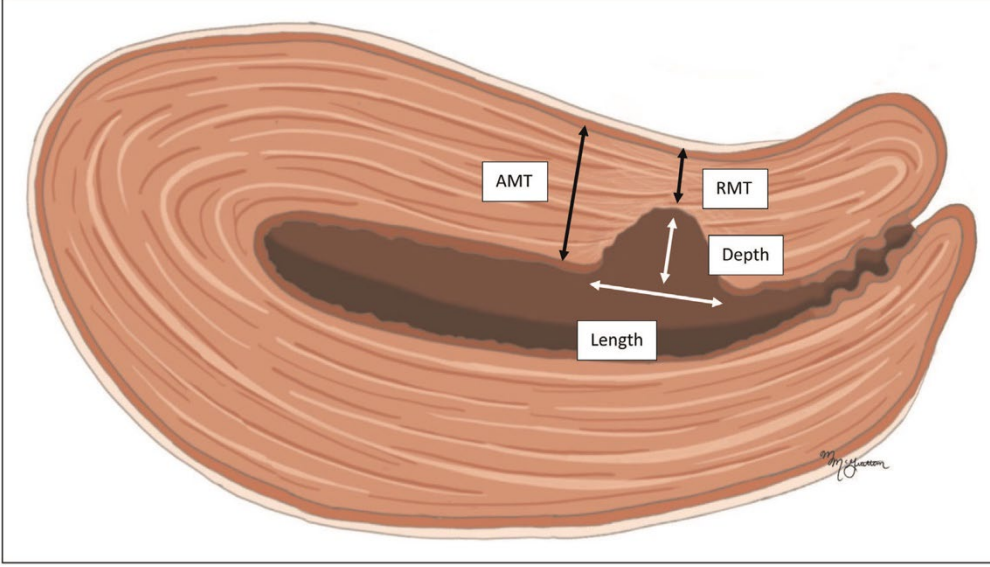
TANI

CSD tanısında her ne kadar MRI ve histeroskopi kullanılabilse de genellikle kontrastlı veya kontrastsız olarak transvajinal ultrason(tvusg) ile teşhis edilmektedir. Avrupa Niche Görev Gücü, tvusgnin daha önceki sezaryen kesisinin yerinde 2 mm derinliğinde hipoekoik bir myometrial çöküntü göstermesi durumunda CSD tanısı konulması gerektiğini önermektedir. Salin veya jel infüzyon sonografisi CSD'nin daha net gösterilebilmesi için gerekebilmektedir ancak defekte intrauterine sıvı mevcutsa kontrast madde kullanımı gereksizdir.

CSD morfolojisinin doğru ve standardize şekilde tanımlanarak raporlandırılması klinik pratiğin önemli bir parçasıdır ve sonografi özellikler semptomlarla tedavinin planlanması adına belirleyici olabilir. Bu amaç doğrultusunda, Avrupa Niche Görev Gücü modifiye edilmiş Delphi konsensüsünü kullanarak, sonografilerde ayrıca uzunluk, derinlik, genişlik, rezidüel miyometrial kalınlık(RMT) ve bitişik miyometrial kalınlık(AMT)larında belirlenmesini önermiştir(Şekil 1) . Ayrıca, CSD'nin vezikovajinal aralığa ve eksternal oosa mesafesinin tedavi planlamasında yararlı olduğunu ancak rutin teşhis için gerekli olmadığını belirlemiştir(20).

Sezaryen sonrasında CSD belirlenmesi için ideal zamanlama net olmamakla birlikte yara iyileşmesi için geçmesi gereken minimum süre olan 3 ay beklenmesi önerilmektedir(20,22). Menstrüel siklus içerisinde CSD değerlendirilmesi için optimal zaman bilinmemektedir. Endometriyum, adet döneminden hemen sonra en ince halinde olsa da , intrauterine sıvının orta foliküler fazda mevcut olma olasılığı daha yüksektir ve bu da tanıya yardımcı olacak kontrastı sağlayabilir.

Bazı yazarlar CSD'leri klinik önemine göre hafif, orta ve şiddetli olarak sınıflandırmayı önermiştir, diğerleri ise çeşitli sonografik parametrelere dayanarak CSD'leri büyüklüklerine göre sınıflandırmıştır. Görüntüleme ile CSD önemini sınıflandırma girişimlerine rağmen klinik önemle ilişkili derinlik, RMT ve RMT/AMT'nin cut-off değerleri hala belirsizdir.



Şekil 1: Sajital planda önerilen sonografik niş ölçümleri. AMT, komşu myometrial kalınlık; RMT, rezidüel myometrial kalınlık.

TEDAVİ

Semtomatik CSDlerin tedavisi, tıbbi hormonal tedavi ya da histeroskopi, laparoskopi veya vajinal yaklaşımla cerrahi tedavi şeklinde olabilir. Semptomsuz hastaların tedaviye ihtiyacı yoktur.

MEDİKAL YÖNETİM

Gebelik istemi olmayan hastalarda, kombine oral kontraseptifler(KOK) ve levonorgesterelli rahim içi sistem(LNG-RIA) kullanım AUK ve ağrıyı gidermek adına kullanılmıştır ancak bu tedavi yönetimlerine ilişkin kanıtlar zayıf olup küçük gözlemsel çalışmalarla sınırlıdır. 2 prospektif kohort çalışması KOK kullanımının CSD sebebiyle AUK da kanama günlerinde önemli bir azalma sağlandığını göstermiştir. Zhang ve ark. adet süresinin 4 gün azaldığını belirtirken; Tahara ve ark. 11 hastadan 10'unda AUK'un kesildiğini bildirmiştir. 1 retrospektif çalışmada ise benzer şekilde adet günlerinin 2,5 gün azaldığı belirlenmiştir. Veriler sınırlı olmakla birlikte bu çalışmalar KOK'ların CSD ile ilişkili kanamaların tedavisindeki rolünü göstermektedir.

LNG-RIA'nın da CSD ile ilişkili semptomların tedavisi için bir seçenek olduğu görülmektedir. Zhang ve ark. kohort çalışmalarında LNG-RIA grubunda AUK da azalma gösterememekle birlikte, çalışmanın süresi 3 ay ile kısıtlıdır. Daha büyük kohort çalışmalarında LNG-RIA'nın 6 ay tedavi sonrasında değerlendirildiğinde etkili bir tedavi seçeneği olduğu görülmüştür. Ou ve ark. tedavi süresinin 1. yılında adetlerin 13 gün azaldığını bildirmişlerdir. Yine aynı çalışmada 6 ay boyunca sürekli lekelenme olduğu halde hastaların %86'sında 6 ay sonrasında kanamanın kesildiği belirtilmiştir. Gencer ve ark. da benzer bulgular bildirerek tedavinin 6. ayında premenstrüel postmenstrüel lekelenme, dismenore ve pelvik ağrıda azalma gözlemlemiştir. 2023 tarihli randomize kontrollü bir çalışmada LNG-RIA'yı histeroskopik rezeksiyon ile kıyaslayarak LNG-RIA'nın 6. aydan itibaren lekelenme günlerini azaltmada ve 3. aydan itibaren



TJODist Bülteni

pelvik ağrıyı azaltmada daha etkili olduğunu bildirmiştir. Mevcut çalışmalar CSDli hastalar LNG-RIA ile başta AUK yaşasa da 6 ay ve daha uzun süreli tedavilerde genel semptomlarda azalma sağladığını önermektedir. LNG-RIA kısa vadede gebelik planlamayan hastalar için birinci basamak tedavi olarak değerlendirilebilir.

Literatürde iyi kurgulanmış çalışmalar olmamakla birlikte oral veya enjektabl progesteronlar, GnRH analogları gibi diğer hormonal baskı yöntemlerinin de CSD kaynaklı AUK tedavisinde terapötik fayda sağlaması mümkündür. Bu alanda daha fazla karşılaştırmalı çalışma gerekmektedir.

CERRAHİ TEDAVİ

Histeroskopik yeniden şekillendirme, laparoskopik rezeksiyon, robot asiste laparoskopi, histeroskopi rehberli laparoskopi veya vajinal onarım CSD onarımına yönelik cerrahi yaklaşımlar arasındadır. Histerektomi de bir tedavi seçeneği olarak düşünülebilir. Semptomsuz CSDlerin cerrahi tedavileri faydalı görülmemekte ve hastaları gereksiz cerrahi komplikasyonlara maruz bırakabilmektedir.

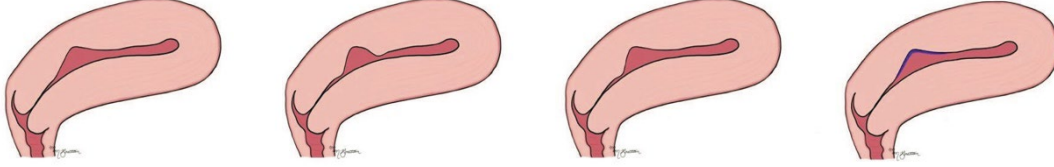
Histeroskopik Remodelleme

Histeroskopik yaklaşım genellikle CSDlerin distal ve proksimal kenarlarının rezeksiyonu ve tabanının fulgürasyonunu içermektedir. Bu, defekte menstrüel kanın birikmesini önlemek ve drenajı kolaylaştırmak için defekti etkin bir şekilde yeniden şekillendirir. Cerrahi varyasyonlar arasında yalnızca alt kenarın rezeksiyonu veya yeterli rezidüel myometrial kalınlık(RMT) mevcut olduğunda defekt tabanının ek olarak rezeksiyonu bulunmaktadır(Şekil 2). Histeroskopik CSD rezeksiyonu mesane yaralanması veya alt uterin segment perforasyonu ile sonuçlanabileceğinden RMT'nin en az 3 mm olduğu durumlarda düşünülmelidir. RMT 3mm'den az olduğunda histeroskopik rehberli laparoskopik onarım tercih edilir. Bu, vezikouterin periton rezeksiyonu ardından CSD'nin net bir şekilde görülmesini sağlayarak defektin rezeksiyonu ve onarımına olanak sağlar. Uterus retrovert olduğunda bazı cerrahlar uterine açığı azaltmak ve alt uterine segmentteki gerilme kuvvetlerini azaltmak için eşzamanlı yuvarlak bağ askılanmasını önermektedirler.

Laparoskopik Rezeksiyon

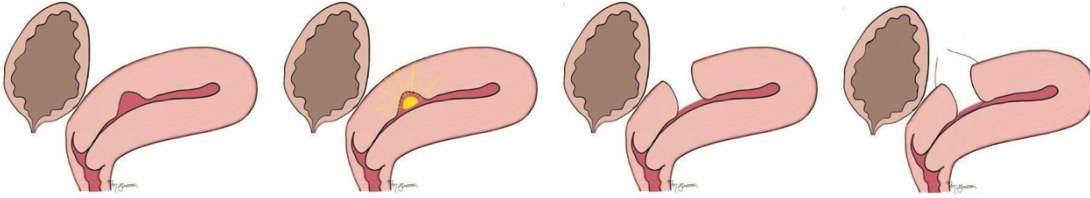
Sadece laparoskopik yaklaşım kullanıldığında CSD divertikülünü gözlemlemek zor olabilir. Bu sebeple indosiyanın yeşili solüsyon ile uterin boşluk infiltrasyonu görüntülemeye yardımcı bir teknik olarak kullanılabilir. Yakın tarihli sistematik bir incelemede robot yardımcı laparoskopik rezeksiyonlar etkili yaklaşımlar olarak değerlendirilmiştir ancak çoğunlukla vaka sunumlar ve serilerinden elde edilen 34 hastalık bir çalışma olduğunda güvenli bir sonuca varmak mümkün değildir.

Histeroskopik Remodelleme



Step 1: Anatomiyi anla. Step 2: Sefalik ucu rezeke et. Step 3: Kaudal ucu rezeke et. Step 4: İstmoseli kaldır

Laparoskopik rezeksiyon(+/-histeroskopi rehberliğinde)



Step 1: Mesaneyi indir Step 2: Defekti tanımla. Step 3: Defekti rezeke et. Step 4: Defekti suture et.

Şekil 2. Histeroskopik ve Laparoskopik yaklaşımla sezaryen skar hattı defekt rezeksiyonu ve remodellemesi

Vajinal Onarım

Vajinal yaklaşım, tıpkı Shirodkar serklajı yerleştirilmesi gibi servikovajinal birleşke de vajinal epitelin insizyonu ardından vezikovajinal alana ulaşabilmek için mesane disseksiyonun yapılmasıyla devam eder ve peritona ulaşılır. CSD intrauterine prob kullanılarak tanımlanır, defekt çıkarılıp myometrium onarılır.



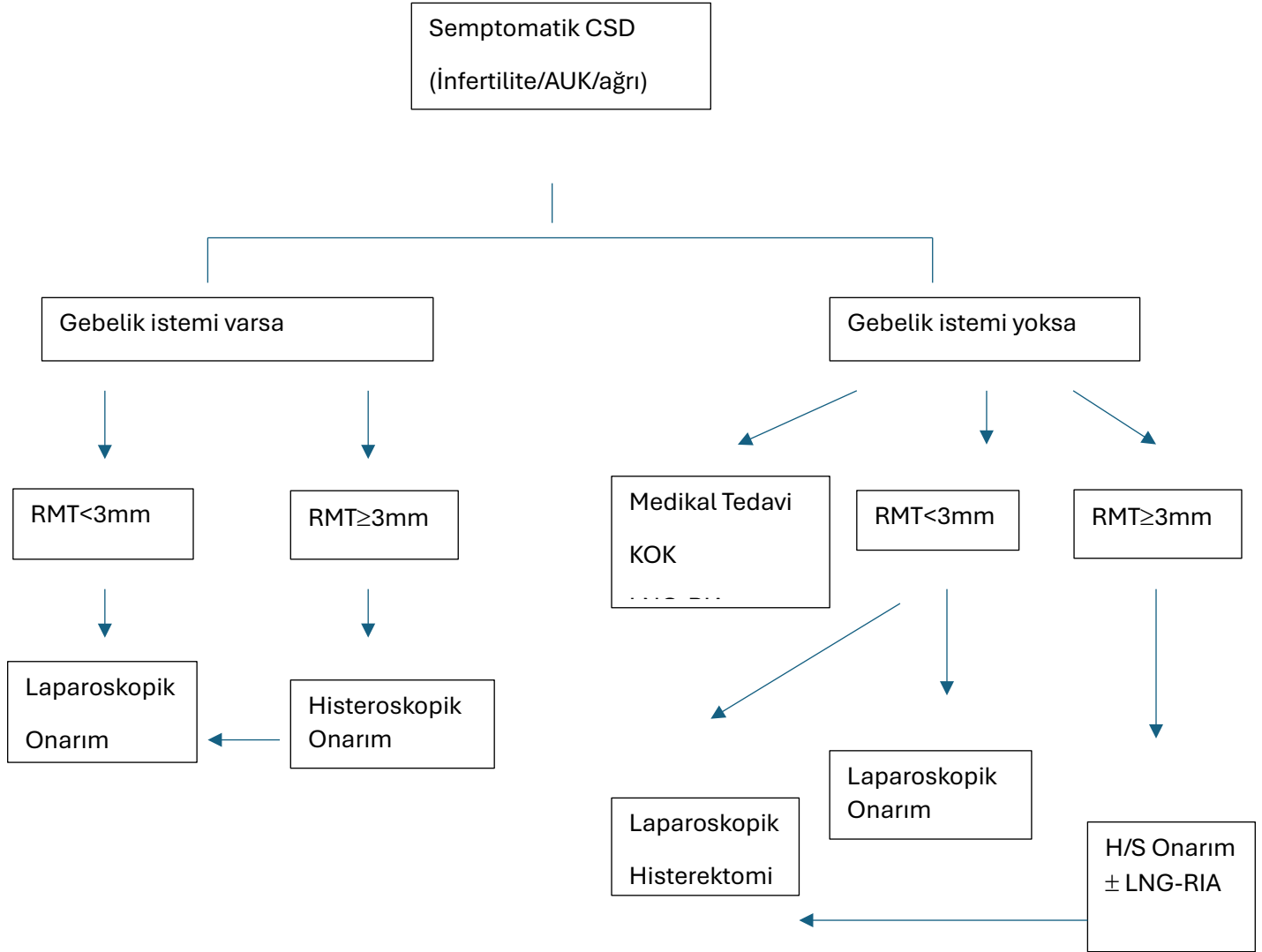
TJODist Bülteni

SONUÇLAR VE ETKİLER

Cerrahi yaklaşımların karşılaştırıldığı bir sistematik inceleme ve derlemede, histeroskopik yaklaşım kullanılan hastaların %85'inde, laparoskopik veya histeroskopi klavuzlu laparoskopi yaklaşımları kullanılan hastaların %93'ünde ve vajinal onarım uygulanan hastaların %83'ünde AUK semptomunda iyileşme sağlandığını göstermiştir. Bu yaklaşımları karşılaştıran bir başka metaanaliz kombine laparoskopik-histeroskopik yaklaşımı uygulanan hastaların menstrüel kanamada en büyük azalmayı yaşadığını bulmuştur. Kombine yaklaşım ile vajinal yaklaşım karşılaştırıldığında, CSD derinliğinde daha büyük azalma gösterilmiştir. Histeroskopik ve vajinal onarım tekniklerinin karşılaştırıldığı bir sistematik incelemede, iki teknik arasında menstrüel iyileşme açısından bir fark bulunmamıştır. Ancak histeroskopik onarım, vajinal ve laparoskopik onarıma göre daha kısa hastane yatışı ve daha az intraoperatif kan kaybı ile ilişkilidir. Ağrıda azalma konusunda karşılaştırmalı veri çalışmalarda sunulmamıştır.

CSD onarımının doğurganlık üzerindeki etkisi hususunda tartışma devam etmektedir ancak sistematik bir inceleme cerrahi müdahale lehine sonuçlar sunmuştur. Öte yandan, başka bir sistematik inceleme ve metaanaliz sonucuna göre CSD onarımının sekonder infertiliteyi tedavi etmek adına önerilmesi için yeterli kanıt olmadığı yönündedir. Her iki incelemede de yer alan en sağlam randomize kontrollü çalışma histeroskopi ile tedavi edilen hastalarda %75 gebelik oranı, izlem ile yönetilenlerde ise %32 gebelik oranı göstermiştir. Her iki incelemede de tüm cerrahi müdahaleler için kümülatif gebelik oranları sırasıyla %65 ve %67'dir. Bu nedenle izole sekonder infertilite tedavisinde cerrahi CSD müdahalesi uygun olabilir. Rezidüel myometrial kalınlığın yeterli olduğu hastalarda bu cerrahi müdahale özellikle histeroskopi olarak tercih edilebilir. Ancak hastalara rehberlik edebilmek adına daha yüksek kalitede çalışmalarla daha sağlam kanıtlara ihtiyaç vardır.

CSD tedavisinin sezaryen skar gebeliği (CSP) ya da uterine rüptür gibi gebelik komplikasyonlarını önlemede önemli bir etkisi olduğuna dair veri bulunmamaktadır (34,38). Verberkt ve ark. sistematik incelemelerinde, cerrahi onarımdan sonra bile %1 oranında tekrarlayan CSP vakaları bildirmişlerdir. Histeroskopik onarım sonrasında %3 oranında uterine dehisans ve rüptür belirtileri gözlemlenmiş ancak diğer onarım yöntemlerinde bu tür belirtiler gözlemlenmemiştir ve bu durum tedavinin bu tür sonuçları önlemede ki yeri konusunda soru işareti yaratmıştır. CSP ve uterin rüptür oranları izleme ile yönetilen CSD vakalarında daha azdır. Bununla birlikte Global Histeroskopi Kongresi gelecekte hamilelik beklentisi olan kadınlarda CSP riskini azaltmak adına cerrahi tedaviyi önermektedir. Net ve açık bir kanıt olmamakla birlikte, histeroskopik onarımla gebelik arasında en az 3 ay olması gerektiğini ve teorik uterin rüptür riskinden dolayı 38 hafta ve öncesinde planlı sezaryen ile doğumun gerçekleştirilmesi önerilmektedir. Sonuç olarak farklı cerrahi yaklaşımlar hasta, hastalık ve cerrah faktörleri göz önüne alınarak tercih edilebilir. Yaklaşım hususunda karar vermeye yönelik algoritma sunulmuştur(Şekil 3). Tekrarlayan histeroskopik onarımlar için elimizde yeterli veri mevcut değildir. Bu nedenle başarısız histeroskopik cerrahi durumunda laparoskopik yaklaşım düşünülebilir.



Şekil 3: Semptomatik Sezaryen Skar Defektlerinde Tedavi Algoritması



TJODist Bülteni

ÖNLEME

Primer önleme-sezareyn doğumdan kaçınmak- CSD gelişiminin önlenmesinde en etkili yoldur. Ancak sezaryen doğum gerektiğinde bazı teknikler defekt riskini azaltabilir. İnfierior histerotomi serviksin mukus üreten hücrelerini bozar ve yara iyileşmesini engelleyebilir. Bir randomize kontrollü çalışma histerotomi konumunu ve CSD gelişim oranlarını incelemiş ve düşük insizyonu mesane-uterin kıvrımının en az 2 cm altında ve yüksek insizyonu ise en az 2 cm yukarısında tanımlamıştır. Yüksek insizyon grubunda defekt oranı %7, düşük insizyon grubunda ise %41 olarak bulunmuş, bu da düşük insizyon grubunda CSD gelişim riskinin 6 kat arttığını göstermiştir. Diğer mevcut çalışmalarda bu bilgiyi doğrulamaktadır.

Birçok meta analiz çift kat kapatma tekniği ile rezidüel myometrial kalınlığın anlamlı derecede kalın olduğunu ve iyileşme oranını arttırdığını göstermektedir(rezidüel myometrial kalınlık/rezidüel myometrial kalınlık+CSD derinliği veya rezidüel myometrial kalınlık/ komşu myometrium kalınlığı). Ancak bu çalışmalarda gösterilen sonografik iyileşmeye rağmen çift katmanlı kapatma tek katmanlı kapatma ile kıyaslandığında düşük CSD prevalansı ile sonuçlanmamaktadır. Bu çelişki geçmişte kullanılan 'ön uterin duvarda aneokik alan', 'skarda görülebilir herhangi bir defekt', ' RMTnin 2.3 mm den az olması' gibi tutarsız ve kesin olmayan CSD tanımlamalarından kaynaklanmaktadır.

Kilitlenmemiş sütürler, kilitli sütürlerden anlamlı derecede kalın RMT ve daha iyi iyileşme oranı ile ilişkilidir ancak çift katmanlı kapama gibi CSD prevalansında gözle görülür bir etkisi yoktur. Kilitli dikiş, yara iskemisine neden olabilir, bu durum yara iyileşmesini olumsuz etkiler ve yetersiz skar oluşumuna neden olur. Sütür tipi açısından multiflaman dikişlerle monofilaman dikişleri karşılaştıran 3 RCT'nin meta-analizi monofilaman sütürlerle anlamlı derecede kalın bir RMT olduğunu göstermiştir. Dikenli dikişler monofilaman dikişlere kıyasla CSD prevalansını azaltabilir.

Histerotomi sırasında uterin desiduanın dahil edilmesi yara iyileşmesini etkileyebilir. Bazı çalışmalar desidua dışlanması ile CSD prevalansının azaldığını gösterirken, diğerleri desiduanın dikkatli bir şekilde dahil edilmesiyle CSD prevalansının azaldığını göstermiştir. CSD prevalansını azaltma hususunda myometrial katmanlarının tamamının kapatma esnasında dahil edilmesi ve histerotomiyi daha fizyolojik şekilde yeniden yaklaştırma önemlidir. Çoklu perioperatif antibiyotikler ve sefalosporin profilaksisine azitromisin eklenmesinin CSD prevalansını azalttığı gösterilmiştir.

Resmi çalışmalarla araştırılmamış olsa da, cerrahi teknik, dokuya yaklaşım, ve aşırı sütür gerilimi yara iyileşmesini ve CSD oluşumunu etkileyebilir. Bu nedenle dokuya nazik ve fizyolojik yapıya uygun yaklaşım, titiz hemostaz ve dokuların doğru bir şekilde yeniden yaklaştırılmasını içeren gelişmiş bir cerrahi yaklaşım önerilmektedir.

SONUÇ

Sezaryen doğum oranları artmaya devam ettikçe, skar defektlerinin ve jinekolojik sonuçlarının prevalansı da artacaktır. CSD'ler ultrasonografi ile kolayca tanımlanabilir ve tedavi gerektiren hastalar CSD tanı kriterleri kullanılarak belirlenebilir. Tıbbi ve cerrahi yaklaşımları değerlendirirken, AUK'u azaltma ve defekt derinliğini iyileştirme konusunda kombine histeroskopik-laparoskopik yaklaşımın küçük bir avantaj sağlayabileceği görünmektedir. Ancak yapısal faktörler, cerrahin deneyimi, ve hasta tercihi karar verme hususunda ön planda tutulmalıdır.Primer önleme gelecekteki araştırmalar adına önemli bir alan olmakla birlikte; yüksek uterus insizyonu ve kilitli monofilaman dikenli dikişle yapılan çift katmanlı uterin kapama risk azaltımı için en iyi seçenek olabilir. Tıpta tüm yeni alanlarda olduğu gibi, daha kesin önerilerde bulunmadan önce daha fazla araştırma gerekmektedir.



TJODist Bülteni



TJOD İSTANBUL

Türk Jinekoloji ve Obstetrik Derneği

İnfertilite Toplantısı

22 Eylül 2024

Radisson Blu Şişli Hotel



Toplantı Sorumluları

**Ayşe Seyhan Ata
Özgür Öktem**

www.tjodistanbul.org

TJOD İstanbul Şubesi

www.tjodistanbul.org



TJODist Bülteni



TJOD İSTANBUL

Türk Jinekoloji ve Obstetrik Derneği

09:00-09:55	Kahvaltı ve Kayıt	
09:55-10:00	Açılış Konuşması	Engin Oral
1. Oturum	Oturum Başkanları:	Güvenç Karlıkaya, Hale Göksever Çelik
10:00-10:20	Over yaşlanmasının biyolojik temelleri	Özgür Öktem
10:20-10:40	Fertilite korumasının potansiyel riskleri	Volkan Turan
10:40-11:00	Kusursuz IVF tedavi öncesi değerlendirme planı	Kayhan Yakın
11:00-11:10	Tartışma	
2. Oturum	Oturum Başkanları:	Erkut Attar, Cengiz Andan
11:10-11:30	Overyan stimülasyonun püf noktaları	Gürkan Bozdağ
11:30-11:50	Ovülasyon tetiklemesinin püf noktaları	Ulun Uluğ
11:50-12:10	Luteal faz desteği püf noktaları	Koray Elter
12:10-12:20	Tartışma	
12:20-12:50	Kahve Molası	
3. Oturum	Oturum Başkanı:	Engin Oral
12:50-13:50	Zor infertilite hastalarına yaklaşım paneli - Olgu Tartışmaları	
	Panelistler: Bülent Urman ,Bülent Baysal, Cem Demirel, Tayfun Bağış	
	Tartışma - Kapanış	

www.tjodistanbul.org



TJODist Bülteni



TJOD İSTANBUL

Türk Jinekoloji ve Obstetrik Derneği

Genel Jinekoloji Toplantısı

20 Ekim 2024

Radisson Blu Şişli Hotel



Toplantı Sorumluları

**Veli Mihmanlı
Samet Topuz**

www.tjodistanbul.org

TJOD İstanbul Şubesi

www.tjodistanbul.org



TJODist Bülteni



TJOD İSTANBUL

Türk Jinekoloji ve Obstetrik Derneği

09:00-09:55	Kahvaltı ve Kayıt	
09:55-10:00	Açılış Konuşması	Engin Oral
1. Oturum	Oturum Başkanları:	Macit Arvas, Murat Api
10:00-10:15	Her yönüyle HPV aşılarında güncel durum	Samet Topuz
10:15-10:30	Dirençli vajinal enfeksiyonları nasıl tedavi edelim?	Süleyman Akhan
10:30-10:45	Pelvik inflamatuvar hastalıkta ve tubaovaryan apse de güncel yaklaşım	Kayhan Yakın
10:45-11:00	Adneksiyel kitle yönetiminde dikkate edilmesi gerekenler	Tolga Taşçı
2. Oturum	Oturum Başkanları:	Hasan Serdaroğlu, Resul Karakuş
11:00-11:15	Menopoz ve Osteoporozda güncel tedavi	Hakan Seyisoğlu
11:15-11:30	Pelvik konjesyon sendromu	Taner Usta
11:30-11:45	Gebelikte myom ve sezaryen myomektomi	Veli Mihmanlı
11:45-12:00	Anormal uterin kanamaya yaklaşımda güncel durum ve demir tedavisi	Meryem Hocoaoğlu
12:00-12:30	Kahve Molası	
12:30-12:45	Oral kontrasepsiyonda güncel durum	Süleyman Salman
3. Oturum Video Oturumu	Oturum Başkanı:	Murat Ekin, Süleyman Salman, Paşa Uluğ, Abdulkadir Turgut
12:45-12:55	Obstetrik anal sfinkter hasarı onarımı	Funda Güngör Uğurlucan İstanbul Üniversitesi Tıp Fakültesi
12:55-13:05	Heterotopik sezaryen skar gebeliğinin laparoskopik eksizyonu	Hakan Güraslan Bağcılar Eğitim ve Araştırma Hastanesi
13:05-13:15	TVT operasyonu	Fisun Vural Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi
13:15-13:25	Laparoskopik sakrokolpopeksi	Keziban Doğan Bakırköy Dr. Sadi Konuk Eğitim ve Araştırma Hastanesi
13:25-13:35	Laparoskopik histeropeksi	Berna Aslan Başakşehir Çam ve Sakura Şehir Hastanesi
13:25-13:35	Laparoskopik neovajina operasyonu	Ali Emre Tahaoglu Liv Hospital Ulus
13:45-13:55	Laparoskopik lateral süspansiyon	Numan Çim Sultangazi Haseki Eğitim ve Araştırma Hastanesi
13:55-14:05	Laparoskopik istmosel onarımı	Hüseyin Kıyak Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi
14:05-14:15	Uterin manipülatorsüz laparoskopik histerektomi	Elif Yıldız Gaziosmanpaşa Eğitim ve Araştırma Hastanesi
14:15-14:25	Laparoskopik myomektomi	Cem Yalçinkaya Ümraniye Eğitim ve Araştırma Hastanesi
14:25-14:35	vNotes sakrouterin ligament süspansiyonu	Arzu Bilge Tekin Şehit Prof. Dr. İlhan Varank Sancaktepe E.A.H
14:35-14:45	Laparoskopik burch kolposüspansiyon	Fatma Ölzem Kamuni Sultan Süleyman Eğitim ve Araştırma Hastanesi
14:45-14:55	Kolpopleksis	Murat İbrahim Toplu Prof. Dr. Cemil Taşcıoğlu Şehir Hastanesi

www.tjodistanbul.org

TJOD İstanbul Şubesi

www.tjodistanbul.org



TJODist Bülteni



TJOD İSTANBUL

Türk Jinekoloji ve Obstetrik Derneği

Pediyatrik ve Adolesan Jinekoloji Toplantısı

24 Kasım 2024

Radisson Blu Şişli Hotel



Toplantı Sorumluları

Özlem Dural
Bülent Urman

www.tjodistanbul.org

TJOD İstanbul Şubesi

www.tjodistanbul.org



TJODist Bülteni



TJOD İSTANBUL

Türk Jinekoloji ve Obstetrik Derneği

09:00-09:55	Kahvaltı ve Kayıt	
09:55-10:00	Açılış Konuşması	Engin Oral
Çocuklarda ve Ergenlerde Sık Görülen Jinekolojik Problemler		
1. Oturum	Oturum Başkanları:	Bülent Urman, Engin Oral
10:00-10:20	Çocukların ve ergenlerin jinekolojik değerlendirmesi ve jinekolojik problemlere yaklaşım	Özlem Dural
10:20-10:40	Ergenlerde hormonal kontrseptiflerin kullanımı	İpek Evrüke
10:40-11:00	Çocuklarda ve ergenlerde fertilitate prezervasyonu	Özgür Öktem
11:00-11:10	Tartışma	
2. Oturum	Oturum Başkanları:	Faruk Buyru, Esra Esim Büyükbayrak
11:10-11:30	Normal pubertal gelişim, puberte bozuklukları	Gül Yeşiltepe Mutlu
11:30-11:50	Ergenlerde hipogonadizmin yönetimi ve hormon replasman tedavisi	Gamze Kırpınar
11:50-12:10	Çocuklarda ve ergenlerde sık görülen vulvovaginal problemler	Demet Acar Sayım
12:10-12:20	Tartışma	
12:20-12:50	Kahve Molası	
3. Oturum	Oturum Başkanları:	Hakan Seyisoğlu, İbrahim Polat
12:50-13:10	Ergenlerde endometriozis ne zaman akla gelmeli, nasıl yönetilmeli?	Hale Göksever Çelik
13:10-13:30	Ergenlerde PKOS tanısı ve yönetimi	Ayşe Seyhan
13:30-13:50	Ergenlerde müllerian kanal anomalilerinin yönetimi	Süleyman Engin Akhan
13:50-14:00	Tartışma	

www.tjodistanbul.org

TJOD İstanbul Şubesi

www.tjodistanbul.org



TJODist Bülteni



TJOD İSTANBUL

Türk Jinekoloji ve Obstetrik Derneği

Ürojinekoloji Toplantısı

22 Aralık 2024

Radisson Blu Şişli Hotel



Toplantı Sorumluları

**Funda Güngör Uğurlucan
Cenk Yaşa**

www.tjodistanbul.org

TJOD İstanbul Şubesi

www.tjodistanbul.org



TJODist Bülteni



TJOD İSTANBUL

Türk Jinekoloji ve Obstetrik Derneği

09:00-09:55	Kahvaltı ve Kayıt	
09:55-10:00	Açılış Konuşması	Engin Oral
1. Oturum	Oturum Başkanları:	Orhan Ünal, Ayşe Filiz Gökmen Karasu
10:00-10:20	Pelvik taban disfonksiyonuna temel yaklaşım (Anamnez, fizik muayene, temel değerlendirme)	İnci Sema Taş
10:20-10:40	Pelvik taban disfonksiyonunda ultrasonografi	Serdar Aydın
10:40- 11:00	Pelvik taban disfonksiyonunda birinci basamak tedavi yöntemleri	Ülkü Özmen
11:00-11:20	Pelvik taban disfonksiyonunda lazer uygulamaları	Tamer Erel
11:20-11:30	Tartışma	
11:30-12:00	Kahve Molası	
12:00-12:45	Vakalarla Üriner İnkontinans Tedavisi ve Cerrahisi Paneli	
Moderatör:	Cenk Yaşa	
Panelistler:	Berna Haliloğlu Peker, İsmail Alay, Hüseyin Cengiz, Kazibe Koyuncu	
12:45-13:30	Vakalarla Pelvik Organ Prolapsusu Cerrahisi Paneli	
Moderatör:	Funda Güngör Uğurlucan	
Panelistler:	Fuat Demirci, Çetin Kılıççı, Cihan Kaya, Berna Aslan Çetin	

www.tjodistanbul.org

TJOD İstanbul Şubesi

www.tjodistanbul.org



TJODist Bülteni



TJOD İSTANBUL

Türk Jinekoloji ve Obstetrik Derneği

Down Sendromu Prenatal Tarama ve Tanı

DOWN SENDROMU PRENATAL TARAMA VE TANI
BİLİMSEL VE HUKUKİ OLARAK NEREDEYİZ?

12 Ekim 2024

Maslak Acıbadem Hastanesi
Konferans Salonu

Toplantı Sorumluları

**Özlem Pata
Hakan Erenel**

www.tjodistanbul.org



TJODist Bülteni

Mixovul
Mikrobiyolojik 7'li Ovül
Metronidazol 250 mg
Klindamisin 250 mg
Laktülin 100 mg

Trivag Ovül
3 Ovül
Trivag Ovül
300 mg Klindamisin / 100 mg Metronidazol / 100 mg Laktülin

monurool
3g fosfomisin saşe

Travazol Krem
TRAVAZOL® KREM
TRIFLURAZOL, METROKLİMOL

*Farklı KADINLAR
Farklı TEDAVİLER*

*iyi ki
VAR*

**MÜKEMMEL
UYUMLA
Güncel tedavi**

Mixovul Ovül
7 Ovül

Trivag Ovül
3 Ovül

monurool 3g
Granül İçeren Saşe

TRAVAZOL® %1+%0.1 krem
15g

bilim İLAÇ | **bilimsel paydaş**

Ayrıntılı bilgi için www.bilimilac.com adresine başvurunuz.