



TJODist Bülteni

Aralık 2019

Başkandan



Değerli meslektaşlarımız,

TJOD İstanbul Bülteni Aralık 2019 sayısı ile hepinize merhabalar, iyi olmanızı dileriz. Bir yılın daha sonuna yaklaşıyoruz, 2020 yılının mesleğimiz için, ülkemiz ve dünya insanları için sağlık ve barış dolu bir yıl olmasını temenni ederiz...

“**Gebelik ve Sistemik Hastalıklar**” toplantısını **Gökhan Yıldırım** ve **Özlem Pata** hocalarımızın sorumluluğunda **15 Aralık 2019** tarihinde **Hilton İstanbul Bosphorus**'da yapacağız, hepinizi bekliyoruz...

TJOD İstanbul 2019-2020 döneminde yapacağımız toplantıların programlarını web sayfamızda (www.tjodistanbul.org) bulmanız mümkün.

Aralık 2019 TJOD İstanbul Bülteninde editöryel üyemiz **Dr. Nadiye Köroğlu**'nun Bakırköy Doğumevi, Kadın-Doğum ve Çocuk Hastalıkları E.A.H.'de uzun yılları çalışmış **Ali İsmet Tekirdağ** hocamız ile yapılmış söyleşiyi bulacaksınız. Uzun yılların emeği ve tecrübesi ile verilmiş yanıtları görmek mümkün. Hocamıza katkıları için teşekkür ederiz.

Ayrıca bu bültende yönetim kurulu üyemiz sevgili **Dr. Albert Kazado**'nun kaleminden çok sıcak ve etkileyici kısa bir öykü, “**Bakış**” yazısını mutlaka okumanızı tavsiye ederiz.

Bu bültenin hazırlanmasında emeği geçen editöryal üyelerimiz Barış Ata, Engin Oral, Engin Çelik, Berna Aslan Çetin, Nadiye Dugan Köroğlu, Hakan Erenel, Sinem Ertaş, Cihan Kaya, Engin Türkeldi, Cenk Yaşa, Verda Altay ve webmaster Hakan Köyağası'na teşekkür ederiz. Ayrıca bültenlerimize katkı yapmak veya görüş belirtmek isteyen meslektaşlarımızın editöryal üyelerimiz ile iletişime geçmesini rica ediyoruz.

Sevgi ve saygılarımızla.

Aralık 2019

Dr. Ahmet Gül
TJOD İstanbul Başkanı

Editörden



Değerli Meslektaşlarım,

Bülten ekibimizdeki arkadaşlarımla Aralık 2019 bültenimizi hazırlarken ayrı bir mutluluk duydum. Bunun nedeni bu ay röportajını yayınladığımız **Ali İsmet Tekirdağ** Hoca'yla ilgili anılarımla aklıma gelmesi. Hoca ile bundan 16 yıl önce benim uzmanlık sınavım nedeniyle tanışmıştık. Ben uzmanlık eğitimimi Vakıf Gureba Hastanesinde yaparken, uzmanlık tezimi hem kendi hocam Bilhan Sıdal, hem de Hasan Serdaroğlu ve Erkut Attar Hocaların izniyle İstanbul Tıp Fakültesi Tüp Bebek Merkezinde yapmıştım.

Orijinal bir araştırma projesi olan tezim sınav jürimde ilgi uyandırmıştı ve asistanlık müfredatında olmayan çok konudan uzunca soruları cevaplamam gerekmişti. Ali İsmet Hoca artık sıkıştığım ve sıkıntıdan kulaklarımdan ter damlayan bir noktada söze girip bana moral verip sınavı normal akışına çevirmişti. O günden beri de karşılıklı muhabbetimiz devam eder. Kendisi çalışkanlığı ve başarısı yanında güler yüzlüğü ve mütevaziliği ile örnek alınacak bir büyüğümüzdür ve röportajını beğenerek okuyacağınızı düşünüyorum.

Bu bültende beynimiz kadar ruhumuzu da beslemek ve duygularımızı paylaşmak adına **Albert Kazado**'nun kaleme aldığı **Bakış** başlıklı **küçük öyküsü** ile devam ediyoruz.

Yazılarımıza gelince, **Cihan Kaya**'nın hazırladığı **toplantı özetimizin** yanında bülten kurulumuzun seçtiği yazılardan ilki **Yale**'den **Emre Seli** hoca ve **Amerikan Hastanesinden Ayse Seyhan** ile beraber yazdığımız over yaşlanması ile ilgili bir derleme. Bu konuda TSRM için bir webinar da yapmıştım, tüm TSRM webinarları gibi youtube'da izlenebilir. Bu yazının ve webinarın ana teması over rezervi düşüşü ile oositlerin doğuma ulaşma arasındaki potansiyeli arasındaki ilişkiyi irdelemek. Kanımca, bir çok konudaki gibi kantite ve kalite elele gitmiyorlar. Yani over rezervi azalmış kadınları, başka engel yoksa yeterince denemeden üremeye yardımcı teknolojilere göndermek gerekmiyor. **Engin Türkgeldi**'ye özet için teşekkürler.

Sinem Ertaş'ın hazırladığı diğer bir fertilité yazımızda **fertilité koruyucu seçeneklerin güncel durumu** özetleniyor. Her ne kadar bültende genel jinekolog ve obstetrisyenin günlük uygulamasında kullanabileceği makaleleri seçmeye özen göstersek de bazen bu yazı gibi bilinirlik artıracak makaleleri de ilginize sunuyoruz. Fertilité koruyucu yöntemler için en önemli nokta yöntemlerin birbirlerinin alternatifi değil tamamlayıcısı olduklarını unutmamak. Birden fazla yöntem kombine edilerek kadınların şansları maksimize edilebilir. Örneğin temmuz ayında prepubertal bir kızda ilk kez uyguladığımız matür oosit vitrifikasyonu ve over dokusu kriyoprezervasyonu kombine olarak kullanılabilir, meme kanserli bir kadında hem östrojen ve progesteron düzeyini yükseltmeksizin oosit dondurulabilir hem de etkinliğini tartışabilirsek bile GnRH analogu verilebilir gibi.

Cenk Yaşa aşırı aktif mesane tanısı ve yönetimi ile ilgili bir makale hazırladı, **Nadiye Köroğlu** **adölesanlarda menstrual bozuklukların yönetimi** ile ilgili ACOG kılavuzunu özetledi, bülten grubumuzun yeni üyesi **Dr. Verda Alpay** giderek daha sık görülen **anormal plasentasyonu tanısı ve yönetimi** ile ilgili bir derleme özetledi. Anormal plasentasyonun tanısı hem gebeler hem fetuslar hem de obstetrisyenler için hayat kurtarıcı olabildiğinden hepimizin mutlaka bilmesi gereken bir konu.



TJODist Bülteni

Önceki ay yaptığımız bilimsel toplantının özetini de **Engin Çelik** bu sayımız için hazırladı.

Sizlerin de yayınlanmasını istediğiniz paramedikal yazılarınız olursa lütfen bize gönderin.

Mayıs 2020'de "Jinekolojik Endoskopi" konulu aylık bilimsel toplantımızı videolar üzerinden tartışmalarla interaktif bir şekilde yapmayı planlıyor ve endoskopi yapan üyelerimizin kendi deneyimleri ile katkıda bulunmasını arzu ettiğimizi hatırlatmak istiyorum.

Tartışmacı ve sunucu olarak katılmak isteyen tüm üyelerimizden **8 dakikayı geçmeyen** editlenmiş operasyon videolarını vakanın kısa bir özeti ile beraber **31 Mart 2020'**ye kadar bize ulaştırmasını rica ediyoruz. Video dosyalarını wetransfer kullanarak **barisata@ku.edu.tr** adresine gönderebilirsiniz.

Organizasyon komitesi ile seçeceğimiz videoların sahiplerini toplantıda videolarını göstererek operasyonu tanıtmaya ve deneyimli cerrahlardan oluşan bir panelle fikir alışverişinde bulunmaya davet edeceğiz.

Operasyonların endikasyon ve türleri ile ilgili bir sınırlamamız olmamakla beraber, program farklı operasyonların farklı basamaklarını içerecek bir şekilde organize edeceğimiz için videolarınız mutlaka bir operasyonu baştan sona göstermek zorunda değildir. Operasyonun sadece bir aşamasına da odaklanmış videolar da gönderilebilir. Örneğin; laparoskopik histerektomide vaginal kafa girilmesi, frozen pelviste retroperitona ilk giriş aşaması veya bir komplikasyonun onarımı gibi.

Sizlerin sunumlarını görmeyi ve hep beraber birbirimizden öğrenmeyi bekliyoruz.

Tüm camiamıza yeni yılın mutluluk ve başarı getirmesini dilerim.

Dr. Barış Ata

barisata@ku.edu.tr

Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı Koç Üniversitesi Tıp Fakültesi



TJOD İSTANBUL ŞUBESİ BİLİMSEL PROGRAMI

Gebelik ve Sistemik Hastalıklar

Toplantı Sorumluları: Özlem Pata, Gökhan Yıldırım

09:00-09:50 Kahvaltı

09:50-10:00 **Açılış: TJOD İstanbul Başkanı: Ahmet Gül**

1. OTURUM

Oturum Başkanları: Halil Aslan, Alev Aydın

10:00-10:20	Gebelikte kalp hastalıklarının yönetimi	İbrahim Kalelioğlu
10:20-10:40	Astımlı gebelerde yönetim	Başak Kaya
10:40-11:00	Kronik böbrek yetmezliği ve gebelik yönetimi	Didem Kaymak
11:00-11:20	İnflamatuar barsak hastalığı olan gebelerde yönetim	Tuğba Saraç Sivrikoz
11:20-11:40	Gebelik ve kronik karaciğer hastalıkları	Deniz Acar

11:40-12:00 Ara

2. OTURUM

Oturum Başkanları: Gökhan Yıldırım, Ebru Çelik

12:00-12:20	Anormal Uterin Kanama	M. Faruk Köse
12:20-12:40	Hemoglobinopati ve Talasemi olgularında gebelik yönetimi	Doruk Cevdi Katlan
12:40-13:00	Trombosit bozukluklarında gebelik yönetimi	Ali Ekiz
13:00-13:20	İmmün nedenli bağ dokusu hastalıklarında gebelik yönetimi	Ebru Davutoğlu
13:20-13:40	Epilepsi ve gebelik yönetimi	Mert Turgal
13:40-14:00	Gebelik ve postpartum dönemde duygu durum bozukluğu olgularının yönetimi	Gökşen Yalçın Yüksel

TJODist Bülteni

TJOD İstanbul Yönetim Kurulu

Dr. Ahmet Gül (Başkan)
Dr. Recep Has (2. Başkan)
Dr. Funda Güngör Uğurlucan (Sekreter)
Dr. Veli Mihmanlı (Sayman)

Üyeler (Soyadı Sırası)

Dr. Halil Aslan
Dr. Barış Ata
Dr. Burcu Özmen Demirkaya
Dr. Albert Kazado
Dr. Engin Oral
Dr. Abdullah Tüten
Dr. Gökhan Yıldırım

Bülten Kurulu

Soyadı sırasıyla

Editörler

Dr. Barış Ata
Dr. Engin Oral

Editöryal Kurul Üyeleri

Dr. Verda Alpay
Dr. Engin Çelik
Dr. Berna Aslan Çetin
Dr. Hakan Erenel
Dr. Sinem Ertaş
Dr. Cihan Kaya
Dr. Nadiye Köroğlu
Dr. Engin Türkgeldi
Dr. Cenk Yaşa

Üyelik Formu

Derneğimize aşağıdaki unvanlardan birine sahip olan **Avrupa yakasında görevli Kadın Hastalıkları ve Doğum Uzmanları** üye olabilmektedir! (Emekli doktorlarımız Avrupa yakasında ikamet ediyorlarsa üye olabilirler.) Formu eksiksiz doldurup otomatik olarak **e-mail adresinize gelecek doğrulama** işlemi ardından formunuz ulaşacak ve değerlendirilmeye alınacaktır.

Unvan (*)

Ad Soyad (*)

Doğum Tarihiniz (*) / /

Cinsiyet (*) Kadın Erkek

Vatandaşlık no (*)

Anne adı (*)

Baba Adı (*)

Kurum Tipi (*)

Kurumunuz (*)

Derneğimize Üyelik Formu

Hocamızla Söyleşi

Dr. Ali İsmet Tekirdağ

Söyleşiyi Yapan: **Dr. Nadiye Köroğlu**



Bakırköy Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi Klinik Şeflerinden Ali İsmet Tekirdağ hocamız bize kendinizi tanıtır mısınız? Kadın Doğum ihtisasını niçin tercih ettiniz?

17.06.1949, Balıkesir doğumluyum. İlk ve orta tahsilimi Balıkesir’de tamamladım. 1967 yılında Hacettepe üniversitesi tip fakültesinde eğitimime devam ederken, Türk Deniz Kuvvetlerinden burs alarak askeri öğrenci oldum. 1974’de deniz tabip teğmen olarak Hacettepe’den mezun oldum. Üç yıl kıta hizmetinden sonra Gülhane Askeri Tıp Akademisine uzmanlık eğitimi için geri döndüm. Plastik cerrahi hayalimdeki uzmanlık iken, deniz kuvvetlerinin bu alanda uzman ihtiyacının olmaması nedeniyle hem kliniği hem de cerrahi girişimleri birlikte olabilen Kadın hastalıkları ve Doğum uzmanlık alanını tercih ettim.

1950’li yıllarda açılan ve 1970’li yıllardan itibaren kadın doğum asistan eğitimini veren bir klinikte 26 yıl eğitim verdiniz, şu günlere baktığınızda kadın doğum eğitimindeki değişimi nasıl yorumluyorsunuz? Asistan ve uzmanlara yönelik önerileriniz nedir?

Kadın hastalıkları ve Doğum uzmanlık alanı benim asistanlık zamanına göre çok büyük bir evrim geçirdi. Bu değişimi sağlayan önemli olaylar fetal monitoring, ultrason, endoskopik cerrahi (laporoskopik, robotik cerrahi), operasyonlarda kullanılan sütür materyalleri, diseksiyon ve koagülasyon cihazlarındaki iyileşmeler, biyokimyasal analiz tekniklerindeki iyileşmeler, ovum ve sperm fizyolojisinin in vivo ve in vitro ortamlarının daha iyi anlaşılması ile IVF- ICSI yöntemleri, dondurma yöntemleri olarak sayılabilir. Daha önceleri 30-40 yılda oluşan değişimler, 5-10 yıl içinde hatta daha kısa sürelerde oluştu. Bu muhteşem değişimlerin kısa surede oluşması Kadın hastalıkları ve Doğum uzmanlığının tüm alanlarının 4 yıl gibi kısa sürede öğrenilmesini imkânsız hale getirmiştir. Bu nedenle 4 yıllık asistanlık süresinde, öncelikle obstetrik ve jinekolojinin temel konuları öğretilmekte, bu eğitim sürecinde her biri üst ihtisas alanı olan perinatoloji, infertilite, menopoz, ürojinekoloji, jineko-onkoloji kliniklerinde rotasyonla eğitim verilmektedir.

Bakırköy Kadın Doğum Kliniğinde infertilite kliniğinin kurulmasında büyük emeğiniz var. Ayrıca, IVF merkezinin açılması içinde çok uğraştınız. Biraz bunlardan bahseder misiniz?

Bakırköy Kadın Doğum ve Çocuk hastalıkları EAH doksanlı yıllarda kadın doğum alt eğitim branşlarının oluşturulmasında çoğu üniversitelerden daha evvel atılım yapmış öncü bir doğum kliniğidir. Ben Bakırköy Doğumevi’ne gelmeden önce ABD Seattle Washington Üniversitesinde, Perinatoloji alanında 2 yıl çalışmış

TJODist Bülteni

olmama rağmen, Bakırköy Doğumevinde İnfertilite ve Menopoz kliniğini kurma ve geliştirme görevini severek kabul ettim. Buradaki amacım eğitim verebilen bir IVF kliniğini oluşturmaktı. Maalesef idari bazı karar ve tasarruflarla tüm alt yapısı hazır olan IVF kliniği açılmadı. Hastalarımız mağdur edildi. Ben 2014 yılı haziran ayında emekli oldum. IVF kliniği 2018’de kadın doğum uzmanı bir hastane yöneticisi tarafından açıldı. Halen IVF merkezimiz örnek bir klinik olarak hizmet vermektedir.

Geçmişe kıyasla hekim-hasta ilişkilerinde ne gibi değişiklikler yaşandı?

Günümüzde hekim hasta ilişkileri özellikle Türkiye’de çok önemli değişime uğramıştır. Hasta ve sağlık personelinin hak ve sorumlulukları dengeli bir şekilde gelişmemiştir. Sağlık personeli sağlık hizmetini sunarken, hasta ve hasta yakınlarından hiç hak etmediği davranışları görmektedir. Siyasi kişilerin popülist yaklaşımları, tüm sağlık sistemi aksaklıklarının odağına hekimi koyma kolaycılığı ile izah edilebilmektedir. Tüm bu anlayış ve davranışlar hekimlik mesleğine ve sağlık sistemine çok büyük zararlar vermektedir.

Hobileriniz var mı ? Emeklilik hayatınızı nasıl geçiriyorsunuz?

Hobilerim arasında kitap okumak, seyahat etmek, spor yapmak ve spor aktivitelerini izlemek (Tercihim Fenerbahçe), bisiklete binmek, yürümek, mutfak isleri (yemek yapmak sayılabilir). Kızım ABD New York’ta fırsat buldukça torun sevmeye oraya gidiyorum.

Hocam son olarak genç meslektaşlarımıza önerileriniz nedir?

Genç meslektaşlarıma önerilerim;

1. Uzman doktor olan meslektaşlarım öncelikle insanı her haliyle çok sevmeli.
2. Doktorluğun zengin olmak için uygun bir meslek olmadığını kabul etmelerini.
3. Günümüzdeki değişen ve gelişen bilgilere doğru ve çabuk ulaşabilmek için dijital teknolojiye hâkim olmalarını.
4. Yabancı dil, öncelikle İngilizceyi çok iyi okuyup konuşmalarını.
5. Alanlarında başarılı yetenekli uzmanları yakından takip ederek onların yöntemlerini iyi öğrenmelerini (hekimlik usta çırak isidir).
6. Hekimlerin bireysel değil birlikte daha güçlü olacağını erkenden kavrayıp, tabip örgütlerini sadece tenkit ederek değil, bizzat katkı vererek tüm hekimlerin hak ettikleri statü ve imkânları kazanmalarına destek vermelerini kesinlikle öneriyorum.

TJODist Bülteni

BAKIŞ

Yazan: **Dr. Albert Kazado**
TJOD İstanbul YK Üyesi



Hasta çıktı. Kapısını açtım polikliniğin. Dışarıya bir göz attım. Saçları bembeyaz yaşlı bir adam, gözlerini dikmiş öylece bana bakıyordu. Tuhaf bir bakışı vardı. Kalakaldım öylece.. Gözlerimi alamıyordum ondan. Donup kalmıştım. Hafızam ise beni mecburi hizmet yıllarıma götürmüştü usulca. Sivas'ın Bedirli Nahiye'sine...

Bedirli, demiryolunun geçtiği eski bir Nahiye idi... Kala kala 700 nüfus kalmış. Ama 30-35 devlet memuru olan bir köy... İlkokul, Ortaokul, Karakol, Tarım Kredi Kooperatifi, Toprak Mahsülleri Ofisi, Sağlık Ocağı, Tren Garı, bir de köyün tek sosyal mekanı olan küçük bakkal dükkanı.. 12 Eylül sonrası yerinden yurdundan sürgün edilmiş, sağcısı solcusu bir sürü militan memur... Birbirinden renkli insanlar.. Konuşacak başka kimse yok, siyasi düşmanlık kardeşliğe dönüşmüş. Her

akşam sazlar, sözler, içkiler... Tuhaf bir psikolojidi.. Kompleksli, acılı.. Gündüz devletin temsilcisi olarak havalı havalı dolanırken, hava kararır da gerçeklerle yüzleşme zamanı geldiğinde, kendini içkiye, kağıda, saza, oyuna verirsin. Sesin bir başka güzel çıkar.. Buğuludur. Burada olmamalıydım der. Ama bir yaşam biçimidir, sürüp gider. Dertler paylaşılır, hikayeler anlatılır sofralarda, çakılır beynine unutmazsın.

İdealist günlerdi, hatırlıyorum. Sağlık Ocağına atandığımda, bir hizmetli bir de ben, o kadar.. İn cin top oynuyor.. Enjektör bile yok.. Sağlık Müdürlüğüne gittim. Bana enjektör verin bari iğne yapayım dedim. Bizde de enjektör yok dediler.. Ben bu şartlarda ne yapıcım dedim. Git yardım makbuzu al, bağış topla, ne yapıcaksan yap dediler. Peki dedim. Yapıcağımı yaptım bende.. Makbuzları aldım. Sağlık Ocağına gelen hastalardan muayene karşılığı, bir ekmek parası kadar bağış toplamaya başladık. Hatta hızımızı alamadık. Köyde eşeği alıp hane başı bir teneke buğday bağış istedik. Verdiler seve seve.. Buğdayın parasıyla kendimize ciciler aldık. Sağlık Ocağını boyadık. Bir süre sonra Laboratuvar bile kurduk. Daha sonra eşim de geldi yanıma. Çok sevdiler bizi.. Biz de onları..

Yalnızlık bitince köy yaşamının ilginç taraflarını keşfetmeye başlamıştım. Köyün harman yeri vardı, abartmıyorum neredeyse İnönü Stadyumu kadar. Her gün 2-3 saat 11-11 maç yapardık köyün gençlerini de toplayıp.. Bazı günlerde de voleybol oynardık fileli filan.. Bir kondisyonum olmuştu anlatamam.. Mecburi hizmet olur da Kağıt oynamadan olur mu, olmaz tabii ki.. Bir ara Denizli Briç şampiyonu, ortaokula öğretmen olarak tayin oldu. Bütün köye briç öğretti. Ben de sebeplendim. Cafe Ümit'te öğrenemediğim Briç'i orada öğrendim.. Sporsuz, sazsız, sözsüz günümüz geçmiyordu.. 7-8 kişilik kemik kadro bekar öğretmenlerin evinde toplanıp bi güzel dağıtıyorduk.

Hizmetlimiz bir alemdi. Cem Yılmaz halt etmiş öyle esprili bir adam. Bütün gün bizi kırıp geçiriyordu. Ailece gidip geldiğimiz Namık öğretmen ve eşi Hediye hanım vardı. Namık hoca çok mikrop, hayatı, yaşamayı seven, rakıya, saza, söze düşkün bir adamdı.. Çocuğunda doğuştan sağırılık olduğunu öğrendiğinde hayata küstü. Kimseyle konuşmaz oldu. İçkiyi sigarayı bıraktı. Namaz saatlerini kaçırmaz oldu. İşlediği günahların bedeli olarak görüyordu çocuğunun işitme kaybını.. Karı koca "bir gün İstanbul'a gideceğiz oraya yerleşeceğiz" diyorlardı hep. Yerleşmişler de sahiden. Bizi aramışlar hep İstanbul'da. Bulamamışlar tabii.. Tesadüfen İç Hastalıkları Uzmanına muayene olmak için bizim hastaneye gelinceye kadar.. Namık öğretmen adımı okumuş kapıda...

İşte Polikliniğin kapısında gözlerini bana diken beyaz saçlı adam oydu. İnanamadım. 30 yıl sonra.. Sarıldık. Sarmaş dolaş olduk. Ayrılmadık bir türlü. Anılar gidip geldi. Dur şu hocaya muayene olup geliyorum dedi. Gitti bir saat sonra geldi. Eşi Hediye hanımda yanındaydı. Üçümüz kenetlendik bu sefer. Zaman hiç geçmesin istedik...

17 KASIM 2019 TOPLANTI ÖZETİ

OBSTETRIK VE JİNEKOLOJİDE CERRAHİ UYGULAMALAR VE KOMPLİKASYONLAR

Özetleyen: **Dr. Cihan Kaya**

Abdominal Histerektomi ve Komplikasyonları - Cem Dane

Abdominal histerektomiye bağlı en sık komplikasyonlar kanama, mesane ve barsak yaralanmaları olarak bildirilmiştir. Ekstrafasiyal histerektomi ilk yapılan histerektomi tipidir. Uterus etrafında adezyon veya tümör olmadığı durumlarda ekstrafasiyal histerektomi önerilmektedir. Intrafasiyal histerektomide pubovezikoservikal fasya korunur. Özellikle Douglasın oblitere olduğu durumlarda retrograt histerektomi önerilebilir.

Kanama olması durumunda insizyon uzatma, ek ekartörler ve aspiratorlerin kullanımı, anestezi ile iletişimde olma ve kardivasküler cerrahlardan yardım istenmelidir. Damar hasarlarında pelvik anatomisinin bilinmesi kanamaya müdahaleyi kolaylaştırır. Pelvik avasküler boşlukların kullanılması faydalıdır. Retroperitoneal kanamalarda damar üstüne basınç uygulanmalıdır.

Ligasyon uygulanacak ise bağlanacak damar öncelikle izole edilmelidir. Venöz kanamalarda klipsler ve 4-0 prolen suture kullanılabilir. Bu kısımda lümenin daraltılmamasına özen gösterilmelidir. Internal iliak arterlerin bağlanması durumunda periferik nabızların kontrol edilmesi önerilmektedir. Özellikle eski sezaryenli hastalarda mesane flebi oluşturulurken dikkat edilmelidir. Ureter yaralanmalarının %66'sı cerrahi sırasında farkedilmemektedir. Sıklıkla IP ligament ve uterin arter seviyesinde hasarlanabilmektedir. Hasarlanması durumunda üroloji yardımı istenmelidir.

Benign Over Kistlerine Uygulanan Ameliyatlar ve Komplikasyonları- Serdar Açıkgöz

Benign over kistlerinin ayırıcı tanıda ultrason önemlidir. Solid komponent ve papiller projeksiyon varsa malignite şüphesi artmaktadır. Cerrahi tedavide laparotomi ya da laparoskopik yöntemler kullanılabilir. Üreme çağındaki hastalarda over kistektomi operasyonlarında antimezenterik kısımdan kist kapsülü insize edilmelidir. Endometrioma cerrahisi sonrası patoloji raporlarında %1-5 oranında malignite görülebilmektedir. 50 yaş altı basit kistlerde malignite yok denecek kadar azdır.

Cerrahi sonrası over rezervi bir miktar zarar görebilir. Özellikle endometrioma varlığının da over rezervi üzerine negatif etkisinin olduğu bilinmektedir. Endometrioma vakalarında kistektomi öncesi over rezervi düşünülerek IVF önerilebilir. Dermoid kistler endometrioma gibi over rezervini kötü etkilememektedir. Kistektomi sonrası koter kullanılacak ise hilustan uzak durulmalı mümkünse suture kullanılmalıdır. Ablasyon sonrası nüks riski artmaktadır. Dermoid kist rüptürü sonrası kimyasal peritonit riski nadir de olsa görülmektedir. Benign müsinöz kist rüptürü nüks açısından herhangi bir risk taşımamaktadır.

Jinekolojik Acillerde Uygulanan Ameliyatlar ve Komplikasyonları - Cihan Kaya

Jinekolojik aciller; abortus, ektopik gebelik, over kist rüptürü, over torsiyonu, PID ve tubo-ovaryan apse olarak sayılabilir. Ayırıcı tanıda jinekolojik (mittelschmerz, dismenore) nedenler, gastrointestinal sisteme bağlı nedenler (akut app, divertikülit, mezenter iskemisi, kolesistit, diare, pankreatit), üriner sisteme ait nedenler (iye, nefrolitiazis, piyelonefrit) ve diğer (FMF, abdominal anjina, aort anevrizma) nedenler sayılabilir. Tanıda anamnez, vital bulgular, kan grubu, hemogram, KCFT, amilaz, CRP, BhCG, TİT, Ultrason-Doppler ve BT kullanılabilir.

TJODist Bülteni

Inkomplet abort, terminasyon, terapötik ta da tanısal amaçlı yapılan D/C-R/C işlemleri sonrası rüptür, kanama ve enfeksiyon gibi komplikasyonlar görülebilir.

Ektopik gebelikler; tubal, ovaryan, servikal ve abdominal yerleşimli olabilir. Klasik semptomları kanama, adet rötarı ve pelvik ağrı ile birlikte.

Tedavide bekle-gör, MTX ve cerrahi seçenekleri mevcuttur. Cerrahi komplikasyonları, kanama, trofoblastik dokunun persistansı (%5-20) olarak sayılabilir. Hemodinamik instabilite, >3,5 cm odak, BhCG;> 5000 olması durumunda ön planda cerrahi düşünülmalıdır.

Over kist rüptürleri sıklıkla follikül ve C. Luteum kistlerinin rüptürü sonrası üreme çağındaki kadınlarda görülebilmektedir. Tanıda nabız, tansiyon, Hb/Hct, USG (ayırıcı tanı) kullanılabilir. Cerrahi tedavide kistektomi ve koterizasyon uygulanabilir. Komplikasyonları kanama, enfeksiyon ve organ kaybıdır.

Over torsiyonu sıklıkla alt karın ağrısı, lökositoz, bulantı, kusma ve Doppler kan akımı kaybı (%40 tanı koydurur) ile birlikte.

Pelvik enfeksiyonlarda abdominal hassasiyet, adnekslerde ve servikal hareketlerde hassasiyet, ateş, lökositoz, USG' de kitle ve serbest sıvı bulguları bulunmaktadır. Tedavi uygun antibiyoterapi ya da cerrahi ile mümkündür.

Cerrahi komplikasyonları arasında persiste enfeksiyon ve barsak perforasyonu bulunmaktadır.

Vajinal Histerektomi ve Komplikasyonları - Aysu Akça

Vajinal histerektomi ile birlikte açık ve laparoskopik yöntemlere kıyasla daha az operasyon süresi, hastanede kalış süresi, günlük aktivitelere daha kısa sürede dönüş ve daha iyi kozmetik sonuçlar mümkündür. İngilterede yapılan histerektominin %70'i abdominal yolla yapılmaktadır. Son yıllarda yapılan çalışmalarda %52 oranında TLH, %18 oranında vajinal histerektomi yapıldığı bildirilmiştir. Cochrane derlemesinde en avantajlı cerrahinin vajinal histerektomi olduğu bildirilmiştir.

Özellikle geçirilmiş cerrahi, obezite, desensus olmaması, geçirilmiş batin cerrahisi vakalarında mesane yaralanması, kanama gibi komplikasyon riskleri artmaktadır. Üriner retansiyon laparoskopik ve abdominal histerektomiye kıyasla 3 kat daha fazla görülmektedir. Oluşan abseler vajinal yoldan boşaltılabilir. Düşük oranlarda vezikovajinal ve rektovajinal fistüller de görülebilmektedir.

Sezaryen ve Komplikasyonları - Altay Gezer

Kadınlarda en sık major abdominal cerrahi sezaryendir. İdeal oran %15'tir. Ülkemizde oran %50'nin üzerindedir. Uterin insizyonun künt genişletilmesi ve plasentanın spontan çıkarılması önerilmektedir. Tek kat ya da çift kat sütürasyon ile ilgili net bir bilgi bulunmamaktadır. Mortalite 100.000'de 5.8'dir ve genellikle acil sezaryenlerde görülür. Annenin mevcut hastalıkları mortalitenin artmasına neden olmaktadır. Cerrahiye bağlı %12-15 arasında komplikasyon görülmektedir. Elektif sezaryenlerde %6.8 cerrahi komplikasyonları görülmektedir. Kanama özellikle dekolman ve previa vakalarında sıklıkla görülmektedir. Tromboemboli sezaryen ile 2- 6 kat artar. Sezaryene bağlı plasenta yapışma anomalilerinin de arttığı bilinmektedir. 4 ve üzeri sezaryenlerde akreata oranı %67'ye çıkmaktadır. Kanamaya bağlı %50-80'lerde histerektomi oranları vardır. Kısa dönem en sık komplikasyon enfeksiyon olup profilaktik antibiyotik önerilir. Anemi, kan kaybı, obezite, EMR nedeni ile enfeksiyon riski artmaktadır. %6.4 oranında transfüzyon ihtiyacı olmaktadır. Nadir de olsa mesane ve ureter yaralanması görülebilir. GIS yaralanmaları 10000'de 5 oranında görülür. Periton kapatılması adezyon riskini arttırmaktadır.

Postpartum Kanamada Cerrahi Müdahaleler ve Komplikasyonları- Barış Kaya

Sağlıklı bir uterusda uterin kontraksiyon ile birlikte kanama kontrol altına alınmaktadır. Bu kontraksiyonların olmadığı atoni durumlarında kanama riski artmaktadır. Uterus atonisi %2.5 oranında görülmektedir. İleri maternal yaş, obezite, multipartite, çoğul gebelikler risk faktörleri arasında sayılmaktadır. Akreata olgularında neovaskülarizasyonun olduğu bilinmektedir. Uterin arter devaskülarizasyonu (O'leary teknik) ve hipogastrik arter bağlanması postpartum kanamalarda kullanılmaktadır.

Bunun dışında bir çok uterin kompresyon sütür teknikleri kullanılmaktadır. Bunlardan en sık kullanılanı B-Lynch kompresyon sütürüdür. Bunun dışında intrauterin balon uygulamaları da cerrahi olmayan kanama durdurucu yöntemlerdir. Fertilité isteği olan hastalarda plasenta insersiyon vakalarında parsiyel rezeksiyon tekniği ile uterin koruyucu yaklaşımlar da tercih edilebilir. Özellikle retroperitoneal kanamalarda internal iliak arter bağlanması faydalı olabilmektedir. Bu işlemler sırasında iliak ven yaralanması önemli bir komplikasyondur. Eksternal iliak arterin ligasyonu da görülebilmektedir.

Bu alanda ureter ligasyonunda nadir de olsa görülmektedir. Internal iliak arterin posterior dalının bağlanması durumunda bacadaki güçsüzlük ve gluteal nekroz görülebilmektedir. Özellikle kompresyon sütürlerine damar ligasyonlarının eklenmesi durumunda uterin nekroz gelişebileceği de akılda tutulmalıdır.

3. ve 4. Perine Yırtıklarının Onarımı ve Komplikasyonları- Başak Cingilloğlu

Doğum sonrası anal sfinkter hasarı, vajinal laserasyonlar ve servikal laserasyonlar görülebilmektedir. 1.derece yırtıklar vajinal mukoza ve forseti içeren yırtıklardır. 2. Derece yırtıklar perineal body'nin de yırtılması durumudur. 3. derece perineal yırtıklar 3a) eksternal anal sfinkterin %50 altında yırtılması, 3b) eksternal anal sfinkterin %50 üzeri yırtılması 3c) internal ve eksternal anal sfinkterin yırtılması olarak tanımlanır. 4. derece yırtıklarda rektum mukozası da olaya eklenmiştir.

Önlem amacı ile bebeğin baş çıkmasının kontrollü yapılması önerilmektedir. Bunun dışında perineal masajın da yararlı olduğu bildirilmiştir. 3. ve 4. derece yırtıklarda uç uca ya da overlap şeklinde tüm kas tabakaları ortaya konduktan sonra 3-0 vicryl ya da PDS sütürler ile onarılması önerilmektedir. İki tekniğe ait uzun dönem sonuçların farklı olmadığı bildirilmiştir. Hasta, postpartum 12 hafta boyunca anal inkontinans ve ağrı açısından değerlendirilmelidir. Rektovajinal fistül konusunda hasta bilgilendirilmelidir. Takipler sırasında endoanal USG ve anal manometri faydalı olabilir.

Serklaj ve Komplikasyonları - Süleyman Salman

Özellikle ağrısız ikinci trimester gebelik kaybı olan hastalarda profilaktik ya da acil serklaj önerilmektedir. Serklaj uygulamaları vajinal ya da abdominal yolla yapılabilmektedir. Yeterli tecrübenin olması durumunda laparoskopik yöntem de tercih edilebilir. İşlem sonrası erken doğum, EMR, koryoamniyonit gibi komplikasyonların olabileceği bilinmelidir.

AZALMIŞ OVER REZERVİ VE OVARYAN YAŞLANMANIN ÖRTÜŞEN VE FARKLI YÖNLERİ

DIMINISHED OVARIAN RESERVE VERSUS OVARIAN AGING: OVERLAPS AND DIFFERENCES

BARIŞ ATA, AYŞE SEYHAN, EMRE SELİ; CURRENT OPINION IN OBSTETRICS AND GYNECOLOGY 2019 JUN;31(3):139-147.

Özetleyen: **Dr. Engin Türkgeldi**

[Kaynak Link](#)

GİRİŞ

İlerleyen kadın yaşı ile infertilite ve gebelik kaybı insidansı artmakta ve yardımcı üreme teknolojilerinin (YÜT) başarısı düşmektedir. Bu durum over rezervindeki kantitatif ve kalitatif azalmayla ilişkilendirilmiştir. Her ne kadar kantitatif kaybı kavramak daha kolaysa da (azalmış folikül sayısı), kalitatif kaybı değerlendirmek ve anlamak daha güçtür. Teorilerden biri, zamana bağlı folikül/over hasarıdır. İkinci bir teori ise kısıtlı rezerv nedeniyle oluşan ortamın (örneğin artmış foliklül stimulan hormon -FSH- nedeniyle) oosit gelişimini olumsuz etkilediğini ve aneuploidi oranını artırdığını öngörür. Bu teoriye göre erken yaşta over rezervinde ciddi azalma olan kadınların oosit kalitelerinde düşüş beklenmelidir. Bu derlemede, over rezervindeki kantitatif düşüşe kalitatif düşüşün eşlik edip etmediği sorusuna cevap aranacaktır.

Over Rezervinin Kantitatif ve Kalitatif Belirteçleri

Geçmişte over rezervinin klasik kantitatif belirteci FSH olmakla birlikte, estradiol seviyesi olmaksızın hassasiyetinin azalması ve sikluslar arasındaki yüksek değişkenliği günümüzde yerini anti-Müllerian Hormon (AMH) ve antral folikül sayısına (AFS) bırakmıştır. AMH'nin siklusuçi ve sikluslar arası değişkenliği daha düşük olup, YÜT tedavisinde gonadotropinlere cevabı öngörmeye başarılı olduğu gözlenmiştir. Zayıf yönleri ise örneklerin saklanma koşullarından etkilenmesi ve farklı ticari formatları arasındaki standardizasyon güçlüğüdür. AFS, sonografik bir belirteç olduğu üzere kullanıcı ve cihazda etkilenmektedir. Son olarak, overyan stimülasyona cevap kantitatif belirteçlerden biri olarak kabul edilebilir. Bununla ilgili sorun ise kullanılan protokole bağlı olarak sikluslar arası farklılık gösterebilmesidir.

Bahsi geçen tüm handikaplara rağmen over rezervinin kantitatif değerlendirilmesi görece dolaysız ve anlaşılabilir. Öte yandan over rezervinin kalitatif olarak değerlendirmek oldukça güçtür. Doğal sikluslarda gebeliğe kadar geçen süre, fekundite, düşük ve doğum oranı değerlendirilebilir. YÜT sikluslarında ise en önemli sonlanım noktası canlı sağlıklı bebek doğumdur. Bunun yanında, blastosist oluşumu, implantasyon /düşük ve süregelen gebelik oranları oosit kalitesinin dolaylı göstergeleri olarak kullanılmaktadır.

DOĞAL KONSEPSİYON ÜZERİNE ÇALIŞMALAR

Fekundite

Hvidman ve ark.'ın infertilite nedeniyle refere edilen 382 kadın ile 350 fertil kadını kıyasladığı çalışmada, AFC ve AMH değerleri ve düşük AMH seviyesine sahip kadınlarının oranı her iki grupta benzer fekundite bildirmiştir. Bu durum farklı yaş gruplarında da devam etmiştir.

Time-To-Conceive çalışması ise en fazla 3 aydır çocuk sahibi olmaya çalışan 30-44 yaş arası 750 kadını prospektif olarak takip etmiş, 6 ve 12 ay içindeki konsepsiyon oranlarını benzer bulmuştur. İki grubun ortalama AMH değerleri ve düşük rezervli (AMH <0.7 ng/ml veya FSH >10 IU/L) kadın oranı benzerdi.

Gebelik Kayıpları

Gebelik kayıplarının önemli bir oranı embryonik aneuploidiye ve bunun da en çok maternal mayoz hatalarına bağlı olduğu düşünülürse, düşük over rezervli kadınların kalitatif düşüş de yaşadığı teorisine göre bu hastalarda gebelik kayıplarının daha sık olması beklenmelidir.

Gebelik kayıpları ile over rezervi arasındaki ilişkiyi inceleyen iki önemli çalışma mevcuttur. Bunların ilki, Effects of Aspirin in Gestation and Reproduction (EAGER) kapsamındaki ikincil bir incelemedir. Yaşları 18-40 arası değişen ve en az bir gebelik kaybı öyküsü olan kadınlarda aspirinin gebelik kayıplarını inceleyen bu çalışmanın verileri incelendiğinde farklı AMH kategorileri arasında (Düşük, normal ve yüksek AMH) biyokimyasal ve klinik gebelik kayıp oranları benzer bulunmuştur. Ayrıca karyotip analizi yapılan 55 düşükte, euploidi ile AMH'nin yüksek veya düşük olması arasında ilişki gösterilmemiştir.

Time-To-Conceive çalışmasının verilerinin ikincil incelemesinde ise AMH seviyesi ile düşük riski arasında ters ilinti bildirilmiştir. Bu incelemeye göre, pozitif gebelik testi alan 553 kadından 111'i gebelik kaybı yaşamıştır. İkidenden fazla gebelik kaybı yaşayan kadınların daha düşük AMH değerlerine sahip olduğu bildirilmişse de, bu tanıma uyan sadece 5 kadın olup anlamlılık seviyesi sınırdadır ($p=0.04$). Ayrıca AMH seviyesi normal (>1 ng/ml) olan kadınlara kıyasla düşük olan (AMH <0.4 ng/ml) kadınlarda düşük riski artmış bulunmuştur (RR 2.2, %95 CI:1.5-3.3). Öte yandan orta seviyedeki düşük rezervli kadınlarda (AMH 0.4-1 ng/ml arası) bu riskin benzer olduğu bildirilmiştir. Öte yandan, biyokimyasal düşük riskinde artış saptanmamıştır. Gerek bu çelişki gerekse Bradford-Hill'in nedensel ilişki kriterlerinden süreklilik, güç ve analogi prensipleri ile çelişen diğer yönleri nedeniyle bu çalışmanın vardığı sonuçlar tartışmaya açıktır.

Fetal Aneuploidi

Over rezervi ile fetal aneuploidi arasındaki olası ilişkiyi inceleyen çalışmaların da sonuçları çelişkilidir. Örneğin gebelik kaybı yaşayan 298 kadınla canlı doğum yapan 344 kadını kıyaslayan çok merkezli bir çalışmada AMH ve inhibin B seviyeleri ile trisomiler arasında ilişki bulunmazken, 10 IU/L'den yüksek FSH değerleri arasında ilişki bildirilmiştir. Bunun aksine, 13 haftadan küçük kaybedilen 211 euploid ve 251 aneuploid fetusun olduğu gebelikler incelendiğinde FSH seviyeleri benzerken AMH seviyeleri gruplar arasında farklı bulunmuştur. Mevcut diğer çalışmalar da, örnek verilen bu çalışmalar gibi çelişkili ve tutarsızdır. Bu nedenle düşük over rezervi ile aneuploidi arasında anlamlı bir ilişkiden söz etmek mümkün gözükmemektedir.

YÜT SIKLUSLARI ÜZERİNE YAPILAN ÇALIŞMALAR

Blastokist Gelişimi ve Embriyo Aneuploidi Oranları

Genç yaştaki düşük over rezervli hastalarda oosit kalitesinde de düşüş yaşandığı iddiası doğruysa, aneuploid embryolarda gelişme sorunu daha sık olduğu için blastokist oluşum oranlarının da daha düşük olması beklenmelidir. Morin ve ark.'ların AMH değerleri en düşük grupta (10 persentil altı 345 kadın) 25-75 persentil arasındaki 1758 38 yaş altı kadının kıyaslandığı çalışmada blastulasyon oranları %51.8 ve %51.2 ile benzer bulunmuştur. Aneuploidi tarama amacıyla preimplantasyon genetik test yaptıran kadınların incelendiği çeşitli çalışmalardaki sonuçların çelişkili ve şüpheli yanları mevcuttur.

Gebelik Kayıpları

YÜT sikluslarındaki gebelik kayıplarının oosit kalitesi hakkında sağlıklı bilgi vermesi oldukça güçtür. Örneğin, düşük over rezervli kadınların transfer edilebilecek daha az sayıda embriyosu bulunur ve bu durumda daha az seçici olunabilir.

Retrospektif bir çalışmada 123.351 YÜT siklusu incelenmiş, 3 veya daha az oosit elde edilen kadınlarda düşük

TJODist Bülteni

riskinin diğerlerine göre daha yüksek olduğu bildirilmiştir. Başka bir çalışmada 1825 YÜT gebeliği ve 357 gebelik kaybı ele alınmış, 3 veya daha az oosit elde edilen kadınlardaki gebelik kaybı oranının daha fazla olup olmadığı araştırılmıştır. Otuzaltı yaşından küçük kadınlarda zayıf over yanıtı ile gebelik kaybı arasında ilişki ortaya koyulmamış fakat 36 yaş ve üstü kadınlarda bu ilişki tespit edilmiştir (%47 vs %25, p=0.001). Yakın tarihli bir çalışmada 29-44 yaş arası 9489 YÜT gebeliği incelenmiş ve yaş-FSH-AFS değerlerine göre kategorize edilerek incelenmiştir. Araştırmacılar, 35 yaş altındaki düşük over rezervli kadınlarda gebelik kaybı riskinin artmadığını bildirmişlerdir.

Gebelik/Süregelen Gebelik/Canlı Doğum Oranları

2003 tarihli bir çalışmada FSH değerleri 15 IU/L'den yüksek 41 yaş altı kadınlar ile FSH değerleri 15 IU/L'den düşük olan 41 yaş üstü kadınların gebelik oranları kıyaslanmıştır. Düşük over rezervli kadınlarda transfer iptal oranları daha yüksek olmakla birlikte, transfer gerçekleşen siklularda implantasyon oranları anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur (%34 vs %11).

2018 tarihli bir çalışmada 5570 YÜT siklusu ele alınmış ve AMH değeri 10 persentil altında (0.21ng/ml'den düşük) olan kadınlar yaşlarına göre kategorize edilmişlerdir. Bunun sonucunda daha genç hastalardaki iptal oranları daha düşük ve klinik gebelik oranları daha yüksek bulunmuştur.

SONUÇ

Düşük over rezervinin spontan konsepsiyon şansını azaltmadığını gösteren yeterli kanıt mevcuttur. Benzer şekilde, gebelik kaybı ve fetal anomalinin bu grupta daha yüksek olduğunu gösteren inandırıcı kanıt mevcut değildir.

YÜT sikluslarında düşük over rezervli olmanın blastulasyon veya aneuploidi oranlarını artırmadığı gösterilmekle birlikte, bu durum siklus başına gebelik ve canlı doğum oranlarını kullanabilecek oosit sayısını azaltarak etkileyebilmektedir. Düşük over rezervi ile gebelik kayıplarını inceleyen araştırmalar çelişkili sonuç vermektedir. Bu çalışmalarda yaş faktörünün etkisi her zaman ekarte edilemediği hatırlanmalıdır.

İleride, doğal ve YÜT gebeliklerinde over rezervinin etkisi araştırılırken daha dar AMH aralıklarının kullanılması yerinde olacaktır

FERTİLİTE-KORUYUCU CERRAHİDE GELİŞMELER: YENİ SINIRLARIN YÖNETİMİ

ADVANCES IN FERTILITY-PRESERVATION SURGERY: NAVIGATING NEW FRONTIERS - MINDY S. CHRISTIANSON, M.D.A AND KUTLUK OKTAY, M.D., PH.D.BFERTILITY AND STERILITY, SEPTEMBER 2019,VOLUME 112, ISSUE 3, PAGES 438-445

Özetleyen: **Dr. Sinem Ertaş**

Bazı kanserler ve medikal durumlar nedeniyle yapılacak tedaviler kadınların fertilitelerini negatif etkileyebilir; bu yüzden fertilitite koruyucu cerrahiler ile ileride fertilitite isteği olan kadınların bu istekleri koruma altına alınmış olur. Son 70 yılda; fertilitite prezervasyonu için cerrahi seçenekler artmıştır; kapsam ve uygulanabilirlik açısından ilerlemeler kaydedilmiştir. Ovaryan transpozisyon ve uterus fiksasyon operasyonlarındaki önemli yenilikler ile (her iki prosedür de vital üreme organlarının radyasyon sahasından uzaklaştırılarak) fertilitenin korunmasına yardımcı olunur. Dondurulmuş çözülmüş over dokusunun yaklaşık 20 yıl önce transferi ile birlikte sonuçları iyileştirmek adına önemli avantajlar sağlanmıştır. Bunlara ek olarak; radikal trakelektomi gibi jinekolojik malignitelere spesifik cerrahiler ile hayati üreme organlarının saklanması olanak sağlanmış olur. Teknolojik yenilikler ile kanser hastaları için fertilitite koruyucu cerrahi seçenekler gelişmektedir ve yeni tekniklerin gelişimi için cerrahi yaratıcılık daha aktif kullanılabilir. Bu derleme ile fertilitite koruyucu cerrahilerdeki mevcut gelişmeler önemli tarihi gelişmeler eşliğinde aydınlatılacaktır.

Anahtar kelimeler; Fertilitite prezevasyonu, ovaryan doku krioprezervasyonu, ovaryan doku transplantasyonu, ovaryan transpozisyon, uterin fiksasyon, radikal trakelektomi

Bundan yaklaşık 20 yıl önce Oktay ve ark., tarihte ilk defa dondurulmuş çözülmüş over dokusunu başarılı bir şekilde transfer ettiklerini bildirdiler. 29 yaşında daha önce bilateral dermoid kist öyküsü nedeniyle over dokusu alınıp dondurulan hastaya daha önce bilateral ooforektomi yapılmıştı. Laparoskopik yaklaşımla over doku segmentleri selüloz membrana sütüre edilip, over dokusu pelvik peritonunun altına yerleştirilmiştir. Bu işleminden yaklaşık 4 ay sonra over dokusu folikül ve östrojen üretmeye başlamıştır.

Bu yeni cerrahi prosedür fertilitite prezervasyonu konusunda çığır açıcı bir aşama olmuştur. Kutluk Oktay bu prosedürü gerçekleştirilmeden önce birçok domuz modelinde tekniği denemiş ve en başarılı olacak şekilde planlama yaparak ilk vakayı gerçekleştirmiştir.

Gonadotoksik tedavi adayı kadın hastalar için doğru tanı sonrası fertilitite prezervasyon seçenekleri; embriyo kriyoprezervasyonu, oosit kriyoprezervasyonu ve over doku kriyoprezervasyonu olarak sayılabilir. Reprodüktif cerrahi teknikleri geliştikçe merkezlerin önerdiği seçenekler de artmıştır. Son altmış yılda sınırlı cerrahi müdahalelerden sınırsız tercihlere doğru bu konuda yenilikler olmuştur. Fertilitite prezervasyonu cerrahisindeki ufuk açan yenilikler; ovaryan transpozisyonundaki gelişmeler ve uterin fiksasyon prosedürleri ve over doku kriyoprezervasyonu (OTC) sonrası çözülmüş over dokusu transplantasyonudur (OTT). Bunlara ek olarak, radikal trakelektomi dahil jinekolojik kanserlere özel cerrahiler hayati üreme organlarının korunmasını sağlamıştır. Bu derleme ile fertilitite-koruyucu üreme cerrahisindeki mevcut yenilikler önemli tarihi gelişmelerle birlikte anlatılacaktır.

Ovaryan Transpozisyon

Belki de en eski fertilitite-koruyucu cerrahi tekniktir, ovaryan transpozisyon McCall ve ark tarafından 1958 yılında pelvik radyasyon tedavisi alan hastalarda overlerin radyasyon alanından korunması için geliştirilmiştir. Ovaryan transpozisyon ya da diğer adı ile ooforopeksi laparotomi ya da laparoskopik ile yapılabilir. Günümüzde hastaya halihazırda kendi malignitesi için laparotomi yapılmayacağı sürece laparoskopik yaklaşım tercih edilmektedir. Servikal kanseri, kolorektal kanseri ya da pelvik lenfoma tanısı olan hastalarda pelvik radyasyon tedavisi folikül havuzunun ciddi kaybına neden olacağı için bu tip kanserlerde ovaryan transpozisyon hastalara mutlaka önerilmelidir. Oositler iyonize radyasyona özellikle hassas oldukları için, radyasyon tedavisi hasta yaşına ve uygulanacak doza bağlı olarak ovaryan folikül havuzunu azaltmaktadır. Bir kadının yaklaşık yarı over rezervinin kaybına neden olacak radyasyonu dozu erişkinlerde 4-6 Gy iken, çocuklarda 20 Gy'dur.

TJODist Bülteni

Hasarın genişliği; tedavi edilen alanın hacmine, toplam radyasyon dozuna, damıtma tekniğine, alan hazırlığına ve hasta yaşına göre değişir.

Ovaryan transpozisyon , bir ya da iki overin pelvis dışına taşınarak radyasyon alanından uzaklaştırılmasını kapsar. Teknik açısından farklılıklar olmakla birlikte; temel olarak prosedür uterus ve over arasındaki vasküler pedikülün ayrılmasını ve sonrasında ovarian ven ve arterin disseksiyonunu kapsar. Daha sonra over radyasyon alanından uzaklaştırılıp abdominal duvara yerleştirilir. Over böylece ipsilateral parakolik oluk boyunca lateral abdominal duvara transpoze edilir. Overlerin pelvik alandan olabildiğince yukarıya ve laterale yerleştirilmesi radyasyon alanından overleri koruyacaktır fakat son lokasyona karar verirken iliak arter ya da paraortik lenf alanların dikkate alınması gerekmektedir. Hodgkin lenfomalı ve pelvik lenf nodu tutulumu olan hastalarda abdominal duvarın biraz yukarısına medial transpozisyon yapılması tariflenmiştir. Ayrıca bir overin unilateral olarak transpozisyonu yapılırken diğerinin kriyoprezervasyonunun yapıldığı kombine yaklaşımlar da uygulanabilir. Tedavi sonrası transpozisyon uygulanan over eğer eski yerine yerleştirilemiyorsa transabdominal yol ile oosit toplanabilir.

Bugüne kadar yapılan çalışmalarda ovarian transpozisyon ile değişken başarı oranlarına ulaşılabilmektedir. Yakın zamanda yayınlanan bir meta-analizde 24 rapor ve 892 hasta değerlendirilmiştir. Ovaryan transpozisyon sonrası brakiterapi alan hastaların yaklaşık %94'ü radyasyon tedavisi sonrası over fonksiyonunu korumuştur. Brakiterapi eşlik etsin etmesin ışın tedavisi alan ve ovarian transpozisyon uygulanan hastalarda over fonksiyonunun korunmasındaki başarı oranı %65'tir. Yakın zamanda yayınlanan bir vaka-kontrol çalışmasında, servikal kanser tanılı 45 yaş ve altındaki kadınlarda; pelvik radyasyon tedavisi öncesi over transpozisyonu uygulananlar ile histerektomi/trakelektomi ve radyasyon tedavisi uygulananlar karşılaştırılmıştır. 5-yıllık ovarian hayatta kalış oranı %60.3 iken kontrol grubunda bu oran %0'dır. 2019 yılında yayınlanan bir sistemik derlemede 38 kohort çalışma ya da vaka serileri ile 765 hasta değerlendirilmiştir. Ovaryan yaşam oranı over transpozisyon grubu hastalarda en yüksek iken (%63.6 - 100); eksternal ışın tedavisi alan grupta bu oran (%20-100) ve eşlik eden kemoradyoterapide oran %0-60'dır.

Eğer dikkatli bir cerrahi plan ve teknik uygulanmazsa ovarian transpozisyon başarısızlığı görülebilir. Dağınık radyasyon overler radyasyon alanından uzaklaştırılsalar bile over fonksiyon kaybına neden olabilir. Transpozisyona bağlı ovarian kanlanmanın azalması da over rezervini düşürebilir. Ayrıca transpozisyon sonrası overlerin yeniden pelvise inmesi de ovarian yetmezliğe neden olur. Bir çalışmada radyasyon tedavisi sonrası ovarian yetmezliğe giren hastalarda yeniden laparoskopi yapıldığında overlerin yer değiştirdiği izlenmiştir. Ovaryan yer değişme riski nedeniyle cerrahlara overlerin yakınına ya da üzerine radyo-opak bir madde ile işaretleme yapılması önerilmektedir; böylece radyasyon onkologları tarafından radyasyon verilecek alan ayarlanabilir. Ovaryan transpozisyon başarısını etkileyen faktörler; ileri hasta yaşı, radyasyon dozu, radyasyon prosedürü sırasında overlerin korunması ve tedavi sonrası kemoterapinin kullanılmasıdır. Bu prosedür sonrası raporlanan komplikasyonlar ise; fallop tüp infarktüsü ve kronik pelvik ağrıdır.

FIGURE 1

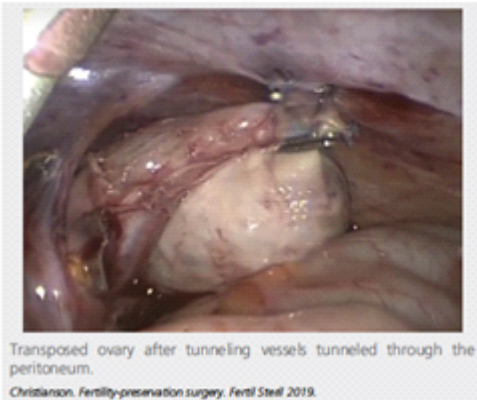


FIGURE 2



Over korumasındaki etkinliğine rağmen over transpozisyonu operasyonu nadir tercih edilmektedir. 35 yaş ve altında servikal, anal ya da uterin kanser için pelvik radyasyon tedavisi için sigorta talebi yapılan 828 kadının analizinde ovaryan transpozisyon operasyon prevalansı servikal kanserde %8.2 iken anal kanserde %5.0 , ortalama %6.9'dur. Beklentinin altında tercih edilen bir cerrahi yöntem olmasını nedenleri aslında multifaktöriyeldir; hastaların ve sağlık çalışanlarının konu ile ilgili farkındalıkların az olması, onkolojik güvenilirlik konusundaki endişeler, cerrahi işlemi yapabilecek yeterlilikte cerrahın bulunmaması gibi nedenler sayılabilir.

Ovaryan Transpozisyonu yaparken dikkat edilecek anahtar noktalar

- Pediatrik hastalarda kemoterapi için port ihtiyacı olduğunda, genel anestezi altında kalıcı port yerleştirilebilir.
- Eğer ovaryan transpozisyon öncesinde hastadan oosit toplandıysa; transpozisyon cerrahisi için 1-2 hafta beklemek önerilir böylece oosit toplamı işlemi sonrası büyüyen ve yer değiştirmekte zorlanılacak olan overin küçülmesi sağlanmış olur.
- Radyasyon onkoloğu ile radyasyon tedavisinin uygulanacağı alan ayrıntılı tartışılmalıdır, böylece mevcut kanser tipine uygun olarak overin yer değişikliği sağlanmış olur.
- Kalıcı polyester ya da ipek sütürler tercih edilirse overin yer değiştirilmesine engel olunur ve olası torsiyon riski azaltılır.
- Radyo-opak zimbalar ile over işaretlenirse yeri açısından radyolojik görüntüleme ile daha kolay bilgi sahibi olunabilir.

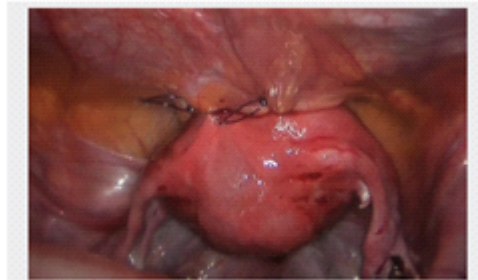
Uterin Fiksasyon

Ovaryan transpozisyon ile her ne kadar overler pelvik radyasyon hasarından korunuyor olsa da, tedavi sonrası uterus hasarı da gebeliğin gelişme ve taşınma olasılığını düşürmektedir. Pelvik radyasyon tedavisi; azalmış uterus volümü, myometrial fibrozis, uterin vasküler hasar ve endometrial hasar ile ilişkilendirilebilir. Hodgkin lenfoma nedeniyle radyasyon tedavisi gören ve bu süreçte uterusun radyasyon alanında olmaması ya da korunması sayesinde tedavi sonrası gebe kalıp doğum yapan hastalar kısıtlı sayıda bildirilmiştir. Uterus hasarı nedeniyle (ülkemizde legal olmamakla birlikte) bu tür hastalarda taşıyıcı annelik yurtdışında bir alternatif olarak görülebilmektedir. Uterin fiksasyon ile uterus radyasyon alanından uzaklaştırılarak oluşabilecek hasardan korunabilir.

Ribeiro ve ark., 2017'de ilk uterin fiksasyon operasyonunu 26 yaşında 3. Evre rektal adenokarsinom hastasına yaptıklarını bildirdi. Radyasyon alanından uzaklaştırmak için laparoskopik olarak bu hastanın uterus ve adneksleri üst abdominal alana asıldı. Uterus ve gonadal damarların mobilizasyonu sayesinde bu teknik uygulanabilmiştir. Uterin damarlar koagüle edildikten sonra kolpotomi yapılmıştır. Ligamentum rotundum ve gonadal damarların altındaki periton emilmeyen sütürler ile ön abdominal duvara sütüre edilerek uterus üst abdomene taşınmıştır. Serviks umblikus çevresindeki fasyaya anastomoz edilerek mens için bir çıkış sağlanmış olmuştur. Hasta iki kez mens görmüştür ve neoadjuvan tedavi süresince ovaryan hormonlar normal varyasyonda seyretmiştir. Radyoterapi ve rektosigmoidektomi yapıldıktan sonra uterus pelvise geri indirilmiştir. Reimplantasyondan 2 hafta sonra menstrüasyon başlamıştır ve 6 hafta sonra serviks eski görüntüsüne dönmüştür. Cerrahiden 18 ay sonra uterus normaldi ve hastalığa yönelik bulgu saptanmadı.

Bu vakadan sonra benzer vaka raporları da gelmiştir. Yakın zamanda Baiocchi ve ark. erken evre serviks kanserinde radikal trakelektomi sonrasında uterin transpozisyon yaptığını raporlamıştır. Bu vakada uterus korpusu ve overleri vajinal anastomozdan ayrılarak laparoskopik olarak mobilize edilmiştir ve sağ üst abdominal duvara sütüre edilmiştir. Cerrahi sonrası, hastanın pelvik bölgesine eksternal ışın radyoterapisi

FIGURE 3



Uterus fixated to anterior abdominal wall in a patient with rectal cancer that allowed the uterus to temporarily be moved out of the pelvic radiation field during treatment.
Christianson. Fertility-preservation surgery. Fertil Steril 2019.

Son olarak uterin fiksasyon operasyonunun daha basit bir metodu yayınlanmıştır. Azais ve ark. 26 yaşında rektal adenokarsinom tanısı olan ve pelvik radyoterapi planlanan hastalarında laparoskopik uterin transpozisyona yönelik uterin fiksasyon operasyonu konusunda video sunum yapmışlardır. Figür 3'te de görülebileceği gibi uterus emilen 3 sütürle ön abdominal duvara asılmıştır.

Uterin fiksasyon konusunda anahtar noktalar

- Uterin fiksasyon operasyonu yeni fertilizasyon koruyucu cerrahi yöntemlerden biridir; bu grup hastalarda cerrahi yeteneğinize uygun bir teknik tercih edin ya da pelvik cerrahi konusunda tecrübeli cerrahlar ile birlikte çalışın.
- Radyasyon onkolojisi ile fikir alışverişinde bulunmak uterusun lokasyonunun belirlenmesi açısından anahtardır, uygun hasta seçimi önemlidir.

OTC ve OTT

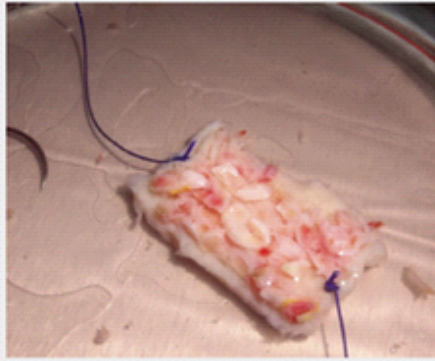
60 yıldan fazla süredir, OTC ve transplantasyonu hayvan modellerinde çalışılmaktadır; fare, rat ve son olarak koyun modellerinde çalışılmıştır. Girişte de ayrıntılı bahsedildiği gibi 1999 yılına kadar dondurulmuş-çözülmüş OTT yöntemi kullanılmamıştır. Oktay ve ark yayınladığı ilk vakadan sonra tahminen 130 canlı doğum raporlanmıştır. 2015'te prepubertal ovaryan kriyoprezervasyon sonrası elde edilmiş ilk gebelik bildirilmiştir. OTC sonrası OTT özellikle prepubertal dönemdeki kızlarda ya da kontrollü ovaryan hiperstimülasyona vakti olmayan hastalarda önemli bir fertilitate prezervasyon yöntemidir. Buna ek olarak, OTT, ovaryan yetmezlikte tek fertilitate-prezervasyon metodu olabilir.

20 sene önce yapılan ilk OTT sonrası, bilimsel gelişmeler yeniliklere olanak sağlamıştır. Donmuş-çözülmüş ovaryan korteks doku parçaları ortotopik olarak transplante edilmektedir; genellikle kalan over dokusuna, ovaryan fossaya, ya da broad ligamana ve ayrıca heterotopik olarak da yerleştirilebilir. Heterotopik OTT'de dokular önkol subkutan dokusuna ya da ön abdominal duvara (peritonun hemen altına ya da rektus kasının içine) transplante edilir. Heterotopik doku transplantasyonunun faydaları; daha az invaziv olması, lokal anestezi altında ofis koşullarında yapılabilmesi ve maliyet etkin olması olarak sayılabilir. Ayrıca heterotopik transplantasyon; ileri pelvik yapışıklıkları olan hastalarda, bozulmuş pelvik anatomisi olanlarda ve daha önceki radyasyon tedavisine bağlı doku damarlanması azalan hastalarda avantajlı olabilir. Yalnız OTT sonrası toplanan yumurta kalitesinin bozulma ihtimali olabilir ve gebelik raporları sınırlıdır. Gebelik ile ilgili suboptimal sonuçların pelvik olmayan yerleşime bağlı basınç, sıcaklık, azalmış kan akımı ve azalmış parakrin faktörle ilgisi vardır. Bu tekniğin ilk tarifinden sonra kısıtlı sayıda gebelik raporlanmıştır. Oktay ve ark. aynı hastada ovaryan transplantasyonu sonrası 3 spontan gebelik ve doğum raporlamıştır. Fakat, hastanın kendi overleri sağlam olduğu zaman, konsepsiyon OTT sonrası bu overlerden foliküler aktivitenin olmasından dolayı da olmuş olabilir. Yalnızca Stern ve ark. bilateral oofektomi öyküsü olan hastada yapılan heterotropik over doku transplantasyonu sonrası canlı doğum raporlamıştır. Heterotropik OTT nin ön abdominal duvara yapılmasından sonra hastaya kontrollü ovaryan stimülasyon yapılmıştır ve ikiz bebekler doğurtulmuştur.

Kriyoprezervasyon sonrası tüm over dokusunun transplantasyonu klinik olarak henüz mümkün görünmese de gelecek dönemde uygulanmaya başlanabilir görünmektedir. Bu yöntem tüm over ve damarsal yapılarının kriyoprezervasyonu sonrası ootransplantasyonu ve reanastomozu kapsamaktadır. Bu yöntemin avantajı doku iskemisinin ve foliküler yıkımın daha azaltılabilmesi iken, dezavantajı damarsal reanastomozun teknik olarak zor olması ve ovaryan damar trombozuna bağlı tüm overin kaybedilme olasılığıdır. Silber ve ark. 2008'de monozigot ikizlerde mikrocerrahi tekniklerin kullanımı ve anastomozda kullanılması ile taze tüm over transplantasyonunu tariflemişlerdir ve fakat bu vakada gebelik erken düşük ile sonuçlanmıştır. Bizim bilgimize göre insanlarda bugüne kadar tüm over dokusunun transplantasyonu sonrası gelişmiş canlı doğum raporlanmamıştır. Koyunda yapılan deneylerde sağlıklı yavrular elde edilebilmiştir. İnsan overleri daha büyüktür ve kriyoprezervasyon protokollerinin intak bir overin tüm bileşenlerine uygulanması ve optimize edilmesi zordur, bu cerrahi teknik gelecek için de zorlayıcı görünmektedir.

Mevcut limitasyonlarından dolayı günümüzde tüm over dokusunun ototransplantasyonu açısından limitasyonlar bulunmaktadır, bu yüzden dikkatler over korteks segmentlerinin transplantasyon sonuçlarının optimizasyonuna odaklanmıştır. Graftın revaskülarizasyonu transplante edilen over dokusunun başarısını aşağı çekmektedir. Yeni graft ovaryan mikrodamar gelişimi oluşuncaya kadar ilk on günde iskemik hasara uğramaktadır ve bu yüzden foliküllerin üçte ikisi kaybedilmektedir. Yeni graftın damarlanmasını sağlamak için sifingozin-1-fosfat (SIP) ve insan deselülerize ekstrasellüler doku matriksi (ECTM) iskeletleri kullanılabilir. SIP'in OTT sonrasında neovaskülarizasyonun azalmasına bağlı foliküler kayba olan etkisini Soleimani ve ark raporlamışlardır. SIP'in fare modellerinde neovaskülarizasyona olan pozitif etkisi kontrollere oranla başarılıdır. Oktay ve ark ise ECTM'nin ovaryan neovaskülarizasyona olan yararlı etkisini göstermişlerdir (Figür 4). OTC sonrası OTT konusunda yeterli kayıt tutulmadığı için faydası konusunda bilgi kısıtlıdır. Fakat son yayınlarda başarılı sonuçlara yer verilmektedir ve gebelikler-canlı doğumlar bildirilmektedir. 1999-2016 yıllarını kapsayan meta-analizde 309 OTC sonrası OTT vakaları bildirilmiştir; 84 canlı doğum ve 8 devam eden gebelik bildirilmiştir. Kümülatif klinik ve canlı doğum/devam eden gebelik oranları sırasıyla %57.5 ve %37.7'dir. Figür 5'de gösterilen videoda Oktay ve ark yaptığı operasyonda laparoskopi yardımcı robotik cerrahi ve perkütan cerrahi yaklaşımlar ile dondurulmuş çözülmüş OTT metodları görülebilir.

FIGURE 4



Ovarian tissue segments grafted on Alloderm before heterotopic transplantation into the anterior abdominal wall.

FIGURE 5



Orthotopic autografting of ovarian cortical segments grafted onto an Alloderm scaffold via a robotic approach within a bivalved ovary.
Christianson. Fertility-preservation surgery. Fertil Steril 2019.

Ovaryan Transplantasyonda anahtar noktalar

- Transplante edilecek dokunun miktarının belirlenmesi için primordial folikül yoğunluğunun değerlendirilmesi cerrahi öncesinde gereklidir.
- Operasyon öncesi östrojen replasmanı revaskülarizasyonu artırabileceği için önerilir.
- Graftın daha iyi revaskülerize olması için kısa dönem (10 gün) bebek aspirinin kullanılması faydalı olabilir.
- Kültür ortamında ya da ex vivo ortamda geçirilecek sürenin kısaltılması için over dokusunun transplantasyon alanı hazırlanırken eş zamanlı çözülmesi önerilir.
- Transplant sahasındaki küçük kanama odaklarının koagüle edilmemesi revaskülerizasyona fayda sağlayabilir.
- Her vaka birbirinden farklı olduğu için; öncesinde değerlendirme yapılırken dikkatli planlama ve provalar yapılmalıdır.

Fertilite-Koruyucu Radikal Trakelektomi

2018'de, ABD'de 45 yaş altı tahmini 13.240 yeni vaka ile servikal kanser ikinci en sık jinekolojik kanserdir. Geleneksel olarak, evre 1-2 servikal kanser tedavisi radikal histerektomidir. 1987 yılında Fransız cerrah Daniel Dargent ilk kez vajinal radikal trakelektomiye tariflemiştir; bu yöntemde serkviks, proksimal parametra ve 2

TJODist Bülteni

cm'lik vajinal alan çıkarılmaktadır ve böylece evre IA1, IA2 yada IB1 hastaların uterus koruyucu cerrahi geçirmesi sağlanmaktadır. D'argent'in 25 hastalık ilk serisine şüphe ile yaklaşmış olursa da günümüzde bu yöntem abdominal, laparoskopik ya da robotik yardımcı şekilde yaygın olarak uygulanmaktadır. Birçok cerrah bu operasyon sonrası uterusu vajene sütüre edip, gelecek gebelikler için faydalı olabileceği düşüncesi ile alt uterin segmente serklaj sütürü koymaktadırlar.

Bentivegna ve ark günümüzde servikal kanser tedavisinde kullanılan beş fertilite koruyucu metodun değerlendirdiği bir sistemik derleme yayınlamıştır; konizasyon, vajinal radikal trakelektomi, abdominal radikal trakelektomi (laparotomi ya da minimal invaziv laparoskopik ya da robotik) ve fertilite koruyucu işlem sonrası neoadjuvan kemoterapi. 2488 hastada; 944 gebelik ve 106 (%4.2) hastada rekürrens saptanmıştır. Tüm fertilite, canlı doğum ve prematürite oranları sırasıyla; %55, %70, %38 idi. Canlı doğum oranları açısından fark yoktu fakat abdominal radikal trakelektominin prematürite oranı (%57) konizasyona (%15), vajinal radikal trakelektomi (%39) ve minimal invaziv radikal trakelektomi (%50) operasyonlarına göre daha fazla idi.

Daha güncel bir retrospektif çalışmada 151 evre IB1 ve daha düşük evre servikal kanserli abdominal radikal trakelektomi operasyonuna giden hastalar değerlendirilmiştir. Ortalama 61 aylık operasyon sonrası takip olan hastanın birinde rekürrens saptanmıştır. Hastaların 61'i gebe kalmayı denemiştir, bunlardan 15 kadında 21 gebelik raporlanmıştır ve klinik gebelik oranı %25 olarak raporlanmıştır. 21 gebeliğin ise 15'inde preterm doğum gerçekleşmiştir.

Birçok çalışmada radikal trakelektomi sonrası gebelik ihtimali ulaşılabilir ve başarılı olarak yorumlansa da bu gebeliklerin yüksek riskli gebelik olma ihtimali çok yüksektir.

Radikal trakelektomi anahtar noktalar

- Fertilite koruyucu tedavi planı yapılırken üreme endokrinoloğu ile jinekolojik onkoloğun birlikte çalışması gerekmektedir.
- Onkolog oluru alındıktan sonra IUI ya da IVF ile hızlı bir tedavi planı yapılmalıdır.

Sonuç

Üreme cerrahları, üreme cerrahisi konusunda yeni sınırlara ulaşmak adına başarılı ilerlemeler kaydetmektedir. Son 60 yılda ilk fertilite koruyucu cerrahi olan ovaryan transpozisyonun ardından uterin fiksasyon gibi önceden infertil olarak görülen hastalara kendi bebeğini doğurma şansı tanıyan yeni yöntemler geliştirilmiştir. İlk çözülmüş ovaryan doku transplantasyonundan bugüne en az 130 canlı doğum ve sayısız teknolojik ve cerrahi gelişme kaydedilmiştir. Fertilite koruyucu cerrahideki yenilikler tüm fertilite koruyucu modalitelere ulaşım şansını artırmıştır. OTC'ye olan ulaşım sınırlı olsa da giderek gündelik cerrahi rutinine girecek bir yönde ilerlemeler kaydedilmektedir. Radikal trakelektomi ilk yapıldığında şüphe ile yaklaşılan bir yöntem olsa da günümüzde erken evre servikal kanserin standart tedavisi haline gelmiştir, böylece hastalara gebelik şansı tanınmaktadır. Belki de OTT konusundaki bu ilerleme isteği ve çabası kanser hastalarının hayat standartlarına anlamlı katkı sağlanabileceği ümidini içinde barındırmaktadır. On yıllardır yapılan çalışmalar ile kanser hastalarının ve birçok fertilite kaybına neden olabilecek hastalığın neden olabileceği üreme kaybının önüne geçilebilmiştir. Bunu kimin ilk yaptığı önemli değildir; başarılı olmak önem taşımaktadır.

AŞIRI AKTİF MESANE SENDROMU: DEĞERLENDİRME VE YÖNETİM

OVERACTIVE BLADDER SYNDROME: EVALUATION AND MANAGEMENT - CURR UROL 2017;11:117-125

Özetleyen: **Dr. Cenk Yaşa**

Link <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/m/pubmed/29692690/?i=3>

Aşırı aktif mesane sendromu (AAM) hayat kalitesine çok olumsuz etkisi olan kronik bir tıbbi durumdur. AAM günlük aktivitelerdeki performansın yanında, iş, seyahat, fiziksel egzersiz, uyku ve cinsel fonksiyon gibi sosyal fonksiyonları da etkilemektedir. Uluslararası Kontinans Derneği 2010 yılında AAM 'unu "idrar yollarında herhangi bir infeksiyon ve aşikar patoloji yokluğunda, idrar kaçırma olsun olmasın frekuensi ve nokturinin eşlik ettiği üriner urgensi hissi" olarak tanımlamıştır.

Çoğu kadın bu sorunu utanma duygusu ya da inkar etme ile doktora bildirmese de yaklaşık %16.5 kadın AAM kriterlerini karşılamaktadır. Urgensi hissi tanıda anahtar şikayet olup, gündüz sık idrara gitme isteği, nokturi ve inkontinans ile yakın ilişkilidir. Nokturi genellikle en can sıkıcı şikayet olarak bildirilmektedir. Nokturi direkt olarak azalmış uyku kalitesi, sağlık ile ilişkili hayat kalitesinde azalma ve yaşlı popülasyonda depresyonla ilişkilidir.

AAM tanısı üriner sistem infeksiyonu, işemeyi etkileyen metabolik sendrom ve ya stress üriner inkontinans yokluğunda düşünülmektedir. AAM bulunan hastaların yalnızca üçte biri idrar kaçırmaktadır (ıslak AAM). Bazı kadınlarda stress üriner inkontinans ile birlikte bulunmaktadır ki bu duruma karışık(mikst) üriner inkontinans denmektedir. Sık görülen bu sağlık problemi için önemli bir miktarda bütçe harcanmaktadır. Çocuklukta dahil her yaş gurubunda görülebildiği gibi en sık 40 yaşın üzerinde görülmektedir.

Patofizyoloji

Çeşitli faktörler AAM 'da etkili olabilmektedir ve en önemli neden kişiden kişiye farklılık gösterebilmektedir. Etiyoloji kesin olarak bilinmemekle beraber halen araştırma altındadır. AAM patofizyolojisinde 4 teori öne sürülmektedir.

1. Nörojenik teori; İnhibitör nöral uyarılarda azalma ve işeme refleksi tetikleyen mesanedeki aferent uyarıların artışı
2. Myojenik teori; Detrusor kasında kolinerjik uyarıya karşı artmış duyarlılık sonucunda artmış spontan aktivite
3. Otonom mesane teorisi; Muskarinik uyarı ile yaratılan fazik aktivitede değişme veya artışı.
4. Aferent sinyal teorisi: dolum sırasında olan spontan mesane kontraksiyonları sonucu artmış afferent uyarı nedeniyle oluşan mesane doluşunu hissetme

Tüm bu teoriler detrusor aşırı aktivitesini açıklamaya çalışmaktadır. Mesane kontrolü santral ve periferik sinir sistemi arasındaki kompleks ilişki tarafından yönetilirken detrusor kası gerildiğinde işeme refleksi aktive olur. Patolojik olaylar mesanenin duysal yollarını etkileyerek düşük mesane hacimlerinde işeme isteğine katkıda bulunurlar. Detrusor kası yoğun olarak innerve olurken senkron aktiviteye izin vererek intravezikal basıncı yükseltmektedir. Detrusordaki patolojik kısmi denervasyon urgensi hissi ve muhtemel urgensi üriner inkontinansa neden olan kontraksiyonlara sebep olabilmektedir. Detrusor kasının fazik aktivitesi anatomik ve fonksiyonel olarak otonom sinir sistemi tarafından kontrol edilir ve düz kas uyarılması ile inhibisyonunda herhangi bir dengesizlikte detrusor aşırı aktivitesine neden olabilmektedir.

AAM hastalarının değerlendirilmesi

Değerlendirmedeki en önemli adım dikkatli alınan hikayedir. Diabetes mellitus, inme, lomber disk hastalıkları, spinal kord hasarı, Parkinson hastalığı, multiple sklerozis, pelvik cerrahi, demans ve psikiyatrik hastalıklar gibi inkontinans yapacak durumlar dışlanmalıdır. Yine kullandığı ilaçlar sorgulanmalıdır; diüretikler idrar üretimini arttırmakta, benzodiazepin, nöroleptik, alfa-adrenerjikler üretral basıncı azaltırlar, beta blokerler ve anti-parkinson ilaçlar yetersiz mesane boşaltma yaparlar.

Üriner günlük en basit ve en önemli başlangıç değerlendirme aracıdır. Frekans, volüm ve işeme paternini belirlemede çok yardımcıdır. 3 günlük değerlendirmeyi içeren günlük inkontinans epizodlarını daha güvenli olarak vermektedir. AAM olan hastalar urgensi, frekuensi (24 saatte 8 den fazla işeme), nokturi (uykuda birden daha fazla işeme ve daha sonra uykuya geri dönme) ve/veya urgensi inkontinanstan şikayetçilerdir.

Tam idrar analizi, idrar kültürü, HbA1c, elektrolitler ve kreatinin seviyesi değerlendirmede istenebilir. Ultrasonografi ve ya kateterizasyon ile işeme sonrası hacim ölçümü (<50 ml) yapılmalıdır. İşeme sonrası hacim değerlendirmeden önce eğer imkan varsa üroflowmetri yapılabilir. En az 150 ml işemede maksimum akım hızı 15ml/sn nin üzerinde olmalıdır.

Table 1. Assessment for OAB

Key topics	Keynotes to follow and comments
Patient characteristics	gender, age, presenting symptoms, frequency, better, worse, impediments to life style, voiding diary
Current drugs taken	diuretics aggravate symptoms, alpha-agonists may lead to overflow incontinence
Past medical history	heart failure, poorly controlled diabetes, strokes, neurological diseases
Previous surgeries	transurethral resection, colposuspention, midurethral slings
Physical examination	general, gynecological, neurological
Laboratory and urology tests	blood test for HbA1c, creatinine levels, urine analysis and culture of residual urine and flowmetry, urodynamics

Yönetim stratejileri

Farmakoloji dışı tedaviler

Bu tedavide amaç hastanın urgensi ile urgensi inkontinans ile başa çıkma stratejilerini öğretmek ve AAM konusunda eğitmektir. Sigarayı bırakma, kilo verme, diyet ve sıvı alımındaki değişiklikler (kafein, alkol içeren ve asitli içeceklerin azaltılması), barsak düzenlemesi ve egzersiz gibi yaşam tarzı değişiklikleri etkilidir.

Mesane eğitiminde normal işeme dürtüsü dikkate alınmadan düzenli aralıklar ile idrara çıkmayı içerir. İlk başlangıçta bu aralık 30 dk. gibi kısa bir süre olacağı gibi düzenli aralıklarla kademeli olarak artırılarak aralıklar 3-4 saate çıkarılır. Böylelikle mesane kapasitesi de yavaş yavaş artırılır. Pelvik taban kas rehabilitasyonu ile pelvik taban kası kasılınca inhibitör refleksin devreye girmesi ile detrusor kasılmasının azalması hedeflenmektedir. Davranış tedavileri özellikle ilaç tedavileri ile kombine edilince en fazla etkiyi göstermektedir.

Table 2. Non-pharmacological treatment of OAB

Classification	Treatment
Life style changes	weight loss and exercise dietary and fluid intake changes (restriction of fluids) bowel regulation cessation of smoking bladder training (habit-training schedules)
Pelvic floor exercise	Kegel exercises vaginal weight training pelvic floor exercise with biofeedback pelvic-floor electrical stimulation

Farmakolojik tedavi

Farmakolojik tedavinin temeli antikolinergik ilaçlardır. Hedeflenen ise detrusor kasında bir miktar gevşeme sonucunda hasta semptomlarını iyileştirmektir. Etki mekanizması hem parasempatik uyarının kalkması ile detrusor kasılmasını engelleme ve urotelyal duysal reseptörlerde afferent sinir aktivitesinin inhibisyonudur. Antimuskarinik ilaçlar ya ciddi iyileşme ya da tam şifa yapmaktadır. Bu etki plaseboya göre klinik olarak daha anlamlıdır. Ancak can sıkıcı yan etkiler nedeniyle çoğu vakada tedavi bırakılmaktadır.

Ağız kuruluğu ve konstipasyon hem en sık hem de ilacın bırakılmasına en çok neden olan yan etkidir. Konstipasyonla rektal ampullada aşırı dışkı birikimi ile mesane kapasitesi azalabileceğinden erken lif kullanımı akılcı olacaktır. Ayrıca bu ilaçlarda etkinin görülmesi için 2-3 ay beklenmesi gerektiği hastaya söylenmelidir, aksi halde yine hastalar ilacı bırakmaktadır. Görme bulanıklığı ve somnolansta sık görülmektedir. Ancak kognitif ve kardiyak etkiler özellikle uzun QT aralığı hayatı tehdit edici boyutlara ulaşabilmektedir. Özellikle çok ilaç kullanan ya da karaciğer/böbrek fonksiyon bozukluğu olan hastalarda antimuskarinik ilaç kullanımı konusunda dikkatli olunmalıdır.

Antimuskarinik ilaç kullanımında kapalı açılı glokom, myasteni gravis, ülseratif kolit, toksik megakolon kullanım için kontraendikasyon oluşturmaktadır. İlk 30 günde ilacı bırakma oranları % 40-83 olduğundan 2-3 ay aralıklarla tedavi etkinliğinin ve devamının monitorizasyonu önerilmektedir.

Öncelikli olarak tablo 3 deki antikolinergiklerden biri düşük dozda tercih edilmeli, etkinlik ve yan etkilere göre dozu titre edilmelidir. Etkinin görülmesi için en az 12 hafta beklenmelidir. Yine aynı şekilde bir ilaçtan fayda görmeyen hasta diğer ilaçtan fayda görebilmektedir. Bu nedenle süreklilik önem göstermektedir.

Bazı randomize kontrollü çalışmaların sonucuna göre uzamış salınımlı oksibutin ve tolterodin hemen salınımlı preparatlara göre daha etkindir. Solifenasin uzamış salınımlı tolterodin kadar etkiliyken fesoterodin ondan daha etkilidir. Doz arttıkça yan etki insidansı da artmaktadır.

Dirençli AAM Yönetimi

Antikolinergik ilaçlara klinik yanıt alınamaması hem klinisyen hem de hasta için önemli problem oluşturmaktadır. Konservatif tedavilere yanıt alınamayan hastalar gecikmeden ürolog veya ürojinekologlara yönlendirilmelidir. Özellikle yan etkiler nedeniyle ya da klinik iyileşme sağlanan 1 veya 2 antimuskarinik ajanın denenmesi gerekmektedir.

Bu hastalarda yeni çıkan Beta-adrenerjik ilaçlar kullanılabilir. Bunun yanında detrusor kasına botulinum toksin enjeksiyonu, posterior tibial sinir stimülasyonu veya sakral nöromodülasyon gibi minimal invazif ikinci basamak tedavi yöntemleri uygulanabilmektedir.

Botulinum toksini detrusor kasına sistoskopik olarak çoklu enjeksiyonlarla uygulanır. Presinaptik asetilkolin salınımı engellenerek kontraktilite azaltılır ve enjeksiyon sahasında kas atrofisi meydana gelir. Uygulamadan 4-12 hafta sonra % 88 oranında semptomlarda, hayat kalitesinde ve ürodinamik parametrelerde iyileşme görülür. Ancak tedavi etkinliği 6-9 ayda azalır, tekrarlayan uygulama gereksinimi gerekebilmektedir.

Son seçeneke olarak mesane boyutları barsak veya mide ile augmented edilebilir. Bu işlem bazı hastalarda etkin olabilmektedir.

Piyasaya yeni çıkan Beta-adrenerjik ilaç mirabegron ile fayda görülmektedir. Hem ilaç olarak daha iyi tolere edilmekte hem de etkin olarak semptomları gidermektedir. Daha az ağız kuruluğu yaparak çoğu antimuskarinik ile benzer etkiyi gösterebilmektedir.

Table 3. Drugs for treatment of OAB; characteristic, dosage, side effects, contraindications, and special precautions

Generic name	Drug classification	Brand name	Common dosage	Significant adverse reactions	Contraindications	Special precautions
Fesoterodine	anticholinergic agent	Toviaz	oral: 4 mg once daily, may be increased to 8 mg once daily	gastrointestinal: xerostomia (19–35%), constipation (4–6%)	hypersensitivity, urinary retention, gastric retention; heat prostration: environmental or exercise.	not recommended for patients with severely impaired renal or hepatic function; patients taking strong CYP3A4 inhibitors; elderly with dementia, delirium, pregnancy risk factor C; lactation not recommended.
Oxybutynin	antispasmodic agent, urinary	Ditropan XL Gelnique Oxytrol Uromax	oral: immediate release: 5 mg 2–3 times daily; maximum: 5 mg 4 times daily. extended release: initial: 5–10 mg once daily, adjust dose in 5 mg increments at weekly intervals; maximum: 30 mg once daily topical gel: Gelnique 3%: apply 3 pumps (84 mg) once daily; Gelnique 10%: apply contents of 1 sachet (100 mg/g) once daily. transdermal: apply one 3.9 mg/day patch twice weekly (every 3–4 days)	oral: central nervous system: dizziness (4–17%), drowsiness (2–14%) gastrointestinal: xerostomia (29–71%), constipation (7–15%), nausea/diarrhea (2–12) central nervous system: headache (6–10%), nervousness (1–7%), pain (1–7%), insomnia (1–6%) genitourinary: urinary hesitancy (1–9%), urinary tract infection (5–7%), urinary retention (1–6%), ophthalmic: blurred vision (1–10%), topical gel: gastrointestinal: xerostomia (2–12%) local: application site reaction (4–14%) gastrointestinal: xerostomia (11–28%), constipation (5–13%)	hypersensitivity, uncontrolled narrow-angle glaucoma, urinary retention, gastric retention or conditions with severely decreased gastrointestinal motility	not recommended for patients with severely impaired renal or hepatic function; elderly with dementia, delirium; pregnancy risk factor B; lactation: caution should be used if administered to a nursing woman. Suppression of lactation has been reported.
Solifenacin	anticholinergic agent	Vesicare	oral: 5 mg once daily, if tolerated, may increase to 10 mg once daily geriatric: base dosing on renal/hepatic function	gastrointestinal: xerostomia (11–28%), constipation (5–13%)	hypersensitivity; urinary retention; gastric retention; uncontrolled narrow-angle glaucoma.	not recommended for patients with severely impaired renal or hepatic function; patients taking strong CYP3A4 inhibitors; elderly with dementia, delirium; pregnancy risk factor C; lactation not recommended.
Tolterodine	anticholinergic agent	Detrol Unidet	oral: immediate release tablet: 2 mg twice daily, the dose may be lowered to 1 mg twice daily based on individual response and tolerability extended release capsule: 4 mg once daily	gastrointestinal: dry mouth (35%); extended release capsules 23% central nervous system: headache (7%); extended release capsules 6% gastrointestinal: constipation (7%); extended release capsules 6%	hypersensitivity to tolterodine or fesoterodine urinary retention; gastric retention; uncontrolled narrow-angle glaucoma	not recommended for patients with severely impaired renal or hepatic function; dosing adjustment in patients concurrently taking strong CYP3A4 inhibitors (ketoconazole, clarithromycin, ritonavir); pregnancy risk factor C; lactation not recommended.
Trospium	anticholinergic agent	Sanctura Trosec	oral: immediate release: 20 mg twice daily extended release: 60 mg once daily	gastrointestinal: xerostomia (9–22%), constipation (9–10%), central nervous system: headache (4–7%) genitourinary: urinary tract infection (1–7%)	hypersensitivity urinary retention; gastric retention; uncontrolled narrow-angle glaucoma	not recommended for patients with severely impaired renal or hepatic function; medications eliminated by active tubular secretion (ATS): ATS is a route of elimination; use caution with other medications that are eliminated by ATS (procaainamide, pancuronium, vancomycin, morphine, metformin, and tenofovir); effects with other sedative drugs or ethanol may be potentiated; pregnancy risk factor C; lactation with caution.
Danifenacin	anticholinergic agent	Enablex	oral: initial: 7.5 mg once daily. If there is no response after 2 weeks, dosage may be increased to 15 mg once daily	gastrointestinal: xerostomia (19–35%), constipation (1.5–21%), central nervous system: headache (7%)	hypersensitivity; uncontrolled narrow-angle glaucoma; urinary retention, paralytic ileus, gastrointestinal or urinary obstruction	not recommended for patients with severely impaired renal or hepatic function; patients taking strong CYP3A4 inhibitors; elderly with dementia, delirium; pregnancy risk factor C; lactation with caution.
Mirabegron	beta3 agonist	Myrbetriq	oral: initial: 25 mg once daily; efficacy is observed within 8 weeks for 25 mg dose. May increase to 50 mg once daily.	cardiovascular: hypertension (9–11%)	hypersensitivity, severe uncontrolled hypertension	not recommended for patients with severely impaired renal or hepatic function; limit mirabegron to 25 mg once daily in patients receiving concomitant CYP2D6 substrates with

YOĞUN MENSTRÜEL KANAMASI OLAN ADOLESANLARDA KANAMA BOZUKLUKLARININ TARANMASI VE YÖNETİMİ

SCREENING AND MANAGEMENT OF BLEEDING DISORDERS IN ADOLESCENTS WITH HEAVY MENSTRUAL BLEEDING
ACOG COMMITTEE OPINION, NUMBER 785, OBSTET GYNECOL 2019 SEP;134(3):E71-E83.

Özetleyen: **Dr. Nadiye Köroğlu**

Link <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/31441825>

Yoğun menstrüel kanama bir kadının fiziksel, sosyal, duygusal veya yaşam kalitesini etkileyen fazla miktardaki kanama olarak tanımlanır. Jinekolog bir hastanın kanama bozukluğu olduğunu düşünüyorsa, laboratuvar değerlendirme ve tıbbi tedavisi için bir hematologla koordine olarak çalışmalıdır. Yoğun menstrüel kanaması olan adolesan kızların değerlendirilmesi kan kaybından kaynaklı serum ferritin de dahil olmak üzere aneminin değerlendirilmesini, anovulasyona bağlı endokrin bozukluğun değerlendirilmesini ve kanama bozukluğu varlığının incelenmesini içerir. Akut yoğun menstrüel kanama ile başvuran hastanın fiziksel muayenesinde ortostatik kan basıncı ve nabız ölçümü olmak üzere hemodinamik stabilite değerlendirilmelidir. Akut kanamada adolesanda ilk yaklaşım tıbbi tedavi olmalıdır; cerrahi medikal tedaviye yanıt vermeyen hastalara uygulanabilir.

Traneksamik asit veya aminokaproik asit gibi antifibrinolitiklerin oral ve intravenöz formları kanamayı durdurmak için kullanılabilir. Medikal olmayan işlemler tıbbi tedaviye yanıtın yetersiz olduğu, ilk önlemlere rağmen hasta klinik olarak stabil değilse veya ciddi yoğun kanama anestezi altında muayene gerektiriyorsa düşünülmelidir. Akut yoğun menstrüel kanama düzeltildikten sonra, hormonal tedavinin devamı kombine oral kontraseptifleri, oral ve enjektabl progesteronları ve levonorgestrel-salınımlı rahim içi araçları içerir. Jinekologlar premenarş ve postmenarş kızlara ve ailelerine mens ile ilgili konularda danışmanlık vermeli ve güvenli ilaç kullanımı ve gelecek cerrahi düzeltmeleri hakkında bilgi vermelidir.

Öneriler ve Sonuçlar

- Menarşda ve adolesan dönemde yoğun menstrüel kanama altta yatan kanama bozukluğunun bir belirtisi olabilir.
- Jinekolog kanama bozukluğundan şüphelendiğinde, laboratuvar değerlendirmesi ve tıbbi tedavi için hematologla birlikte koordineli olarak çalışmalıdır.
- Tıbbi öykü alınırken, hem kanama bozukluğuna bağlı risk faktörlerinin belirlenmesi hem de tedaviyi değiştirebilecek tıbbi durumların belirlenmesi önemlidir.
- Akut yoğun menstrüel kanama ile başvuran hastanın fizik muayenesinde ortostatik kan basıncı ve nabız ölçümlerini içeren hemodinamik stabilite değerlendirilmesi yapılmalıdır.
- Yoğun menstrüel kanaması olan adolesan kızlarda spekulum muayenesi genellikle gerekli değildir.
- Yoğun menstrüel kanaması olan adolesan kızların değerlendirilmesi kan kaybından kaynaklı serum ferritin de dahil olmak üzere aneminin değerlendirilmesini, anovulasyona bağlı endokrin bozukluğun değerlendirilmesini ve kanama bozukluğu varlığının incelenmesini içerir.
- Adolesanlarda yoğun menstrüel kanamanın tetkik edilmesinde tek başına rutin ultrasonografi yapılmamalıdır ancak, başlangıç tedaviye yanıt vermeyen hastalarda düşünülmelidir.
- Adolesanlarda akut kanamaya ilk-basamak yaklaşım medikal tedavidir; cerrahi medikal tedaviye yanıt vermeyen hastalarda düşünülebilir.
- Hemodinamik olarak stabil olmayan veya aktif olarak kanayan adolesanlar tedavi için yatırılmalıdır.
- Östrojen için bir kontraendikasyon yoksa, akut yoğun menstrüel kanamada hormonal tedavi her 4-6 saatte bir intravenöz konjuge östrojeni içerir; alternatif olarak monofazik kombine oral kontraseptifler (30-50 mikrogram etinil östradiol içeren formülasyonlar) kanama duruncaya kadar her 6-8 saatte bir kullanılabilir.
- Traneksamik asit veya aminokaproik asit gibi antifibrinolitiklerin oral veya intravenöz kullanımı kanamayı durdurmada kullanılabilir.

- Akut yoğun menstrüel kanamanın düzeltilmesinden sonra, hormonal tedavinin devamlılığında kombine hormonal kontraseptifler, oral ve enjektabl progesteronlar ve levonorgestrel-salınımlı rahim içi araçlar kullanılabilir.
- Demir replasman tedavisi kanamaya bağlı anemisi olan tüm üreme-çağındaki kadınlara yapılmalıdır.
- Medikal olmayan işlemler tıbbi tedaviye yanıtın yetersiz olduğu, ilk önlemlere rağmen hasta klinik olarak stabil değilse veya ciddi yoğun kanama anestezi altında muayene gerektiriyorsa düşünülmelidir.
- Jinekologlar premenarş ve postmenarş kızlara ve ailelerine mens ile ilgili konularda danışmanlık vermeli ve güvenli ilaç kullanımı ve gelecek cerrahi düzeltmeleri hakkında bilgi vermelidir.
- Kanama bozukluğu olduğu tespit edilmiş adolesanlarda platelet adezyonunu önleyen aspirin veya nonsteroidal antiinflamatuvar gibi ilaçlar ancak hematolog önerisiyle kullanılmalıdır.
- Bilinen kanama bozukluğu olan adolesanlarda, preoperatif cerrahi değerlendirme, intraoperatif kan kaybının kontrolü için hemostatik ajanların seçimi ve kan ürün ihtiyacı hematolog ve anestezist ile birlikte yapılmalıdır.

Giriş

Adolesan dönemde mens periyodları anovulasyona ve hipotalamik-hipofizer-over aksındaki immatüriteye bağlı olarak düzensizdir, sikluslar genellikle 21-45 gün aralıklarla olur ve 7 gün veya daha kısa sürer. Yoğun menstrüel kanama bir kadının fiziksel, sosyal, duygusal veya yaşam kalitesini etkileyen fazla miktardaki kanama olarak tanımlanır. Tek başına veya diğer belirtilerle birlikte olabilir. Yoğun menstrüel kanama PALM-COEIN sistemine göre sınıflandırılır: Polip, Adenomyozis, Leiomyom, Malignensi ve hiperplazi, Koagulopati, Ovulatuvar Disfonksiyon, Endometrial, İyatrojenik ve Sınıflanmamış. Adolesanlarda yoğun menstrüel kanamanın yapısal nedenleri sık değildir; anovulasyondan sonra ikinci neden altta yatan kanama bozukluğudur. Menarşda ve adolesan dönemde yoğun menstrüel kanama altta yatan kanama bozukluğunun bir belirtisi olabilir. Genel popülasyonda kanama bozukluğunun frekansı %1-2 iken, adolesanların %20'sinde ve yoğun menstrüel kanama nedeni ile hastaneye yatırılan adolesanların %33'ünde kanama bozukluğu saptanır.

Adolesanlarda Sık Görülen Kanama Bozuklukları

Yoğun menstrüel kanama ile başvuran adolesan kızlarda en sık görülen kanama bozuklukları von Willebrand hastalığı, platelet fonksiyon bozuklukları, trombositopeni ve pıhtılaşma faktör eksiklikleridir. Trombositopeni konjenital veya edinsel olabilir; yoğun kanama immün trombositopenik purpura veya trombotik trombositopenik purpuranın başvuru belirtisi olabilir.

Table 1. Common Bleeding Disorders in Adolescents Who Present With Heavy Menstrual Bleeding

Bleeding Disorder	Physiologic Description	Recommended Laboratory Tests
Platelet Function Disorders (Defects of platelet adhesion, aggregation, or secretion)		
von Willebrand Disease		aPTT, von Willebrand antigen, von Willebrand activity, vWF:RCO, factor VIII level
Type 1	Quantitative deficiency of vWF, autosomal dominant inheritance	
Type 2 (multiple subtypes)	Qualitative defect in vWF activity in platelet adhesion or binding factor VIII, most commonly autosomal dominant inheritance	
Type 3	Absent vWF, autosomal recessive	
Glanzmann thrombasthenia	Abnormalities of the platelet membrane glycoproteins IIb or IIIa (GPIIb/IIIa) that mediate binding to fibrinogen, resulting in reduced platelet aggregation or clumping	Platelet aggregation studies
Bernard-Soulier syndrome	Inherited deficiency in platelet membrane glycoprotein complex Ib-IX causing defective adhesion of the platelets to subendothelial matrix	Platelet aggregation studies
Delta storage pool disorders	Disorder of platelet secretion due to defects in platelet activation factors	Platelet aggregation and secretion studies
Other Disorders		
Clotting factor deficiencies	Deficiencies of any major clotting factor, factor VIII deficiency (hemophilia A) and factor IX deficiency (hemophilia B) are symptomatic carriers due to X-linked inheritance, but can occur due to inactivation of the X chromosome carrying the normal gene	Isolated prolonged PT detects factor VII deficiency; Isolated prolonged aPTT detects VIII, IX, XII deficiencies; Combined prolonged PT or aPTT detects deficiencies in factors II, V, X, fibrinogen
Thrombocytopenia	Low platelet count. Can be associated with idiopathic thrombocytopenia, or immune-mediated thrombocytopenic purpura	Platelet count
Fibrinolytic pathway defects	Dysfibrinogenemia or plasminogen deficiency	Fibrinogen or thrombin time

Abbreviations: aPTT, activated partial thromboplastin time; PT, prothrombin time; vWF, von Willebrand factor; vWF:RCO, von Willebrand factor ristocetin cofactor.

Değerlendirme ve Tanı

Kanama bozukluğu olan adolesanlarda değerlendirme hem detaylı tıbbi öykü ve fizik muayeneyi hem de uygun laboratuvar testleri ve görüntüleme yöntemlerini içerir. Jinekolog kanama bozukluğu ile ilişkili risk faktörleri ve eşlik eden hastalıkları bilmelidir.

Box 1. Screening Tool to Identify Adolescents With Heavy Menstrual Bleeding for Testing and Evaluation for Underlying Bleeding* (continued)

8. Have you ever been pregnant?
- No
 - Yes
 - Don't know
- 8a. Have you ever had a bleeding problem following delivery or after a miscarriage?
- No
 - Yes
 - Don't know

How to Use the Screening Tool

The screening tool is considered to be positive if 1 of the following 4 criteria were met

- The duration of menses was greater than or equal to 7 days and the woman reported either "flooding" or bleeding through a tampon or napkin in 2 hours or less with most periods;
- A history of treatment of anemia;
- A family history of a diagnosed bleeding disorder; or
- A history of excessive bleeding with tooth extraction, delivery or miscarriage, or surgery

Adapted from Philipp CS, Faiz A, Dowling NF, Beckman M, Owens S, Ayers C, et al. Development of a screening tool for identifying women with menorrhagia for hemostatic evaluation. Am J Obstet Gynecol 2008;198:163.e1-8; Philipp CS, Faiz A, Heit JA, Kouides PA, Lukes A, Stein SF, et al. Evaluation of a screening tool for bleeding disorders in a US multisite cohort of women with menorrhagia. Am J Obstet Gynecol 2011;204:209.e1-7.

- Mensler 7 gün veya daha uzun sürüyorsa ve kadın tampon veya pedi 2 saat veya daha kısa bir sürede değiştiriyor veya taşma oluyorsa
- Anemi için tedavi almışsa
- Aile öyküsünde bilinen kanama bozukluğu varsa
- Diş çekimi, doğum, düşük veya cerrahi sırasında fazla kanama öyküsü varsa

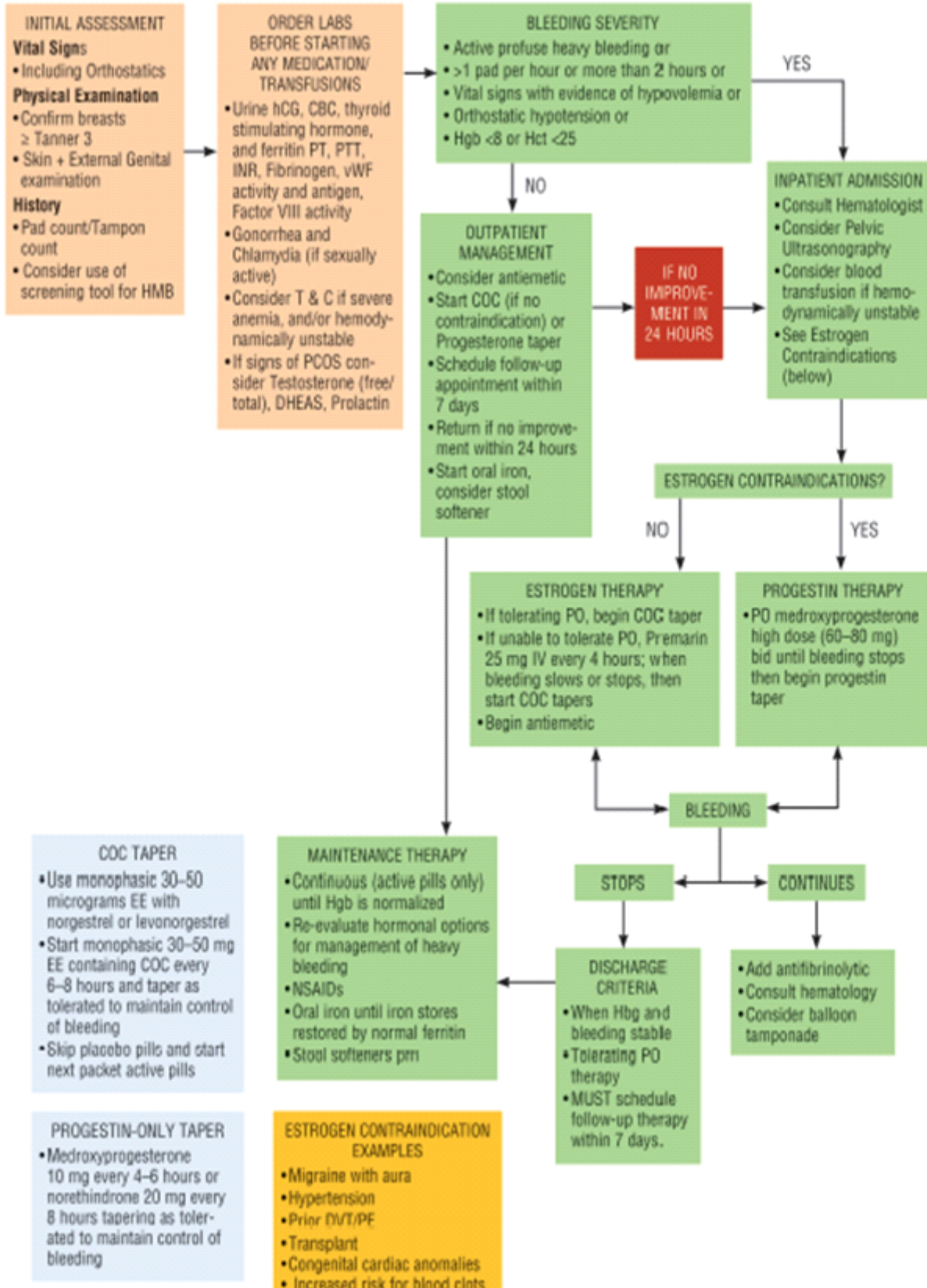
Bu 4 kriterden 1'i pozitifse tarama aracı pozitif kabul edilir. Yoğun menstrüal kanaması olan adolesanlarda önerilen tarama değerlendirme sorularında kriteri karşılayanlara kanama bozukluğu için laboratuvar değerlendirmesi yapılmalıdır.

Box 1. Screening Tool to Identify Adolescents With Heavy Menstrual Bleeding for Testing and Evaluation for Underlying Bleeding*

- How many days did your period usually last, from the time bleeding began until it completely stopped?
 - Less than 7 days
 - Greater than or equal to 7 days
 - Don't know
- How often did you experience a sensation of "flooding" or "gushing" during your period?
 - Never, rarely, or some periods
 - Every or most periods
 - Don't know
- During your period did you ever have bleeding where you would bleed through a tampon or napkin in 2 hours or less?
 - Never, rarely, or some periods
 - Every or most periods
 - Don't know
- Have you ever been treated for anemia?
 - No
 - Yes
 - Don't know
- Has anyone in your family ever been diagnosed with a bleeding disorder?
 - No
 - Yes
 - Don't know
- Have you ever had a tooth extracted or had dental surgery?
 - No (If no, go to question 7)
 - Yes
 - Don't know
- 6a. Did you have a problem with bleeding after tooth extraction or dental surgery?
 - No
 - Yes
 - Don't know
7. Have you ever had surgery other than dental surgery?
 - No (If no, go to question 8)
 - Yes
 - Don't know
- 7a. Did you have bleeding problems after surgery?
 - No
 - Yes
 - Don't know

(continued)

TJODist Bülteni



TJODist Bülteni

Kızların çoğu büyümelerinin %95'ini menarş ile birlikte tamamlamıştır, dolayısıyla yoğun menstrüel kanama durumunda epifizlerin kapanması endişesi östrojen kullanımı ve hormon kullanımını engellememelidir. Östrojen için bir kontraendikasyon yoksa, akut yoğun menstrüel kanamada hormonal tedavi her 4-6 saatte bir intravenöz konjuge östrojeni içerir; alternatif olarak monofazik kombine oral kontraseptifler (OKS) (30-50 mikrogram etinil östradiol içeren formülasyonlar) kanama duruncaya kadar her 6-8 saatte bir kullanılabilir. Kanama durduktan sonra (genellikle 24-48 saatte), azalan kombine OKS rejimi başlanmalıdır. Kanama 24-48 saatte durmadıysa hematolojiye konsülte edilmelidir. Östrojenlerin kontraendike olduğu veya tolere edilmediği durumlarda sadece progesteron tedavisi kanamayı durdurmada etkilidir. Oral medroksiprogesteron asetat 10-20 mg her 6-12 saatte veya noretindron asetat 5-10 mg her 6 saatte kullanılabilir.

Table 2. Medical Treatment Regimens for Acute Heavy Menstrual Bleeding*

Drug	Suggested Dose	Dose Schedule
Conjugated equine estrogen [†]	25 mg IV	Every 4–6 hours for 24 hours
Combined oral contraceptives ^{‡§}	Monophasic combined oral contraceptive pills that contain 30–50 micrograms of ethinyl estradiol	Every 6–8 hours until cessation of bleeding
Medroxyprogesterone acetate [¶]	20 mg orally	Three times per day for 7 days
Tranexamic acid [‡]	1.3 g orally [¶] or 10 mg/kg IV (maximum 600 mg/dose)	Three times per day for 5 days (every 8 hours)

Transfüzyon

Kanama bozukluğu olan ve yoğun menstrüel kanaması olan adolesanların çoğu sağlıklı olduğundan, kan transfüzyonundan sıklıkla kaçınılabilir. İstisnaları hemodinamik olarak stabil olmayan hastalar, ciddi anemi bulguları olanlardır (taşikardi, letarji, senkop, taşipne). Genellikle adolesanlar hormon tedavisi ve demir tedavisine hızlı yanıt verir ve anemiyi yetişkinlerden daha iyi tolere eder. Uzman görüşüne göre, hemodinamiye bağlı olarak kan transfüzyonunun tıbbi olarak gerekli olduğu durumlarda direkt 2 ünite transfüzyon yapmak yerine 1 ünite eritrosit süspansiyonu yapılması ve hemodinamik durumun tekrar değerlendirilmesi önerilmektedir. Transfüzyon kararı hemoglobin değerine göre değil, hemodinamik duruma ve aktif kanama varlığına göre verilmelidir.

Medikal olmayan Yönetim

Adolesanlarda girişimsel işlemler genellikle ikinci basamak tedavilerdir. Medikal olmayan işlemler tıbbi tedaviye yanıtın yetersiz olduğu, ilk önlemlere rağmen hasta klinik olarak stabil değilse veya ciddi yoğun kanama anestezi altında muayene gerektiriyorsa düşünülmelidir. Kalın bir endometrium varlığında jinekolog vakum küretaj yapabilir. Cerrahi seçenekler intrauterin balon tamponadı ve vakum küretajdır.

ANORMAL PLASENTASYON: GÜNCEL KANITLAR VE LİTERATÜR DERLEMESİ

ABNORMAL PLACENTATION: CURRENT EVIDENCE AND REVIEW OF THE LITERATURE - IOANNIS G PAPANIKOLAOU, EKATERINI DOMALI, GEORGE DASKALAKIS, MARIANNA THEODORA, EIRINI TELAKI, PETROSB DRAKAKIS, DIMITRIOS LOUTRADIS, EUROPEAN JOURNAL OF OBSTETRICS & GYNECOLOGY AND REPRODUCTIVE BIOLOGY, 2018, 228, 9, 98-105

Özetleyen: **Dr. Verda Alpay**

Link <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29913334>

Giriş

Yakın dönemde, patolojik plasentasyon belirgin şekilde artmıştır. Obstetrik uygulamaları, sıklıkla, bu tabloya bağlı acil ve sıklıkla yaşamı tehdit eden obstetrik komplikasyonların tedavi edilmesini gerektirir. Klinik uygulamalar, patolojik plasentasyonun başlangıçta nasıl kolayca gözden kaçtığını ve bazı olgularda gebeliği erken dönemlerinde ve doğumda anne ile fetusun hayatı için nasıl büyük risk oluşturduğunu göstermektedir.

Ne yazık ki, bu patolojik durumun önlenmesi ve tedavi edilmesine ilişkin bilimsel kanıt ve bilgiler kısıtlı düzeydedir. Klinik tablonun çeşitliliği sıklıkla atlanmasına ve kimi zaman hekimin tabloyu hafife almasına yol açar ve hekim kendini ani bir majör kanama atağı ile karşı karşıya gelmiş bulabilir.

Sıklığının artmasına bağlı olarak, bilimsel topluluklar bu tehlikeli klinik durumun erken tanı almasını ve daha iyi yönetilmesini hedef almalıdır. Ne yazık ki, konu üzerine veriler eksiktir ve güncel olarak, literatürde sadece olgu sunumları ve tek merkez deneyimleri yer almaktadır. Klinisyenlerin bu tehlikeli gebelik komplikasyonu ile yüzleşmesinde en iyi uygulama kılavuzlarının sunulması için acilen yüksek kalite düzeyinde kanıtlara ihtiyaç vardır. Bu, sadece iyi tasarlanmış randomize çalışmalar yoluyla elde edilebilir. O zamana kadar, derlemeler ve meta-analizler bilimsel kanıttaki bu boşluğu doldurabilir.

Bu çalışma, mevcut literatürü derlemeyi ve anormal plasentasyonun tanımı ve sınıflaması, etiyopatogenezi, doğru tanısı, komplikasyonları ve mevcut tedavi seçeneklerine odaklanarak konu hakkındaki bilgilerin güncellenmesini hedeflemektedir.

Metod

MEDLINE veri tabanı kullanılarak anormal plasentasyona dair uygun makaleler için literatür taraması yapılmıştır. Tarama, anormal invaziv plasenta, plasenta akreta ve plasenta previaı içeren İngilizce yazılmış çalışmalarla sınırlandırılmıştır. Şu terimler kullanılarak, anlaşılır bir literatür araması yapılmıştır: "Plasenta akreta", "Plasenta previa", "anormal invaziv plasenta", "ultrason", "Obstetrik Manyetik Rezonans", "Obstetrik histerektomi" ve "konservatif tedavi". Duyarlılığı arttırmak için anahtar sözcükler ve ilişkili terimlerin çeşitli kombinasyonları kullanılmıştır. Tüm makalelerin özetleri elde edilmiş ve anormal invaziv plasenta, plasenta akreta ve plasenta previa ile uyumlu verilere sahip olan tüm yazılar derlenmiştir. Bilgisayar taramasında ulaşılamayan çalışmaları bulmak için ilgili makalelerin bibliografileri üzerinden manüel arama yapılmıştır.

2000-2017 yılları arasında yayınlanmış 2134 çalışmaya kesin dahil edilme ve dışında tutulma kriterleri uygulandıktan sonra, ilk taramada dahil edilmek üzere 101 makaleye ulaşılmıştır. Uygun olmayan çalışmaların çıkarılması için ikinci bir tarama yapılması zorunlu olmuştur. İkinci taramadan sonra 89 makale çalışma dışı tutulmuş ve bu sistematik derlemenin temelini oluşturmak üzere 12 makale kalmıştır.

Metodolojik tasarım olarak, sistematik derleme ve meta-analizler dahil edilmemiştir. Seçilme kriterlerine başka kısıtlama uygulanmamıştır. Kesin dahil edilme kriterlerini karşılamayan tüm yazılar çalışma dışı tutulmuştur.

I. Anormal invaziv plasenta ve plasenta previa

A) Tanım ve Sınıflandırma

Miyometriyuma anormal plasental invazyon plasenta akreta olarak adlandırılır. Plasenta akretanın sınıflandırılması miyometriyuma anormal invazyon derecesine bağlıdır; buna göre plasenta akreta vera (gerçek plasenta akreta), plasenta inkreta ve plasenta perkreta olarak alt gruplandırma yapılabilir. Plasenta akreta vera, plasentanın müsküler tabana invazyonu olmaksızın miyometriyuma tutunduğu olguları tanımlarken, plasenta inkreta miyometriyum invazyonu olan olguları tanımlar. Plasenta perkreta, plasentanın tüm uterin katmanlara ulaştığı, sıklıkla da mesane (en sık pelvik invazyon alanı) gibi pelvik yapıları invaze ettiği durumları tanımlar.

Patolojik invazyonun alt tiplerinin sıklığına bakılacak olursa, plasenta akretanın olguların %75'ini, plasenta inkretanın %18'ni, plasenta perkretanın ise yalnızca %7'sini oluşturduğu görülür.

• Plasenta akreta ve perkreta için risk faktörleri

Epidemiyolojik veriler plasenta akreta sıklığının arttığını ve artan sezaryen doğum sıklığını takip ettiğini göstermektedir. 1982-2002 arasında plasenta akreta sıklığının 533 gebelikte 1 olduğu tahmin edilmektedir. Ayrıca, kanıtlar plasenta akretanın kişinin tıbbi öyküsüne, yardımcı üreme tekniklerinin kullanımına, jinekolojik öyküsüne ve hormonal belirteçlerin ekspresyonuna bağlı olduğunu göstermektedir. Daha net olmak gerekirse, geçirilmiş sezaryen doğum öyküsü, ileri anne yaşı (>36 yaş), multiparite, sigara içmek, gebelikte hipertansiyon, yardımcı üreme tekniklerini kullanarak elde edilen gebelik, uterin kavitede geçirilmiş jinekolojik müdahaleler veya uterin skarlar, lokalize Asherman sendromu ve submukozal miyom eksizyonu anormal plasentasyon için en sık rastlanan risk faktörleridir.

B) Anormal invaziv plasenta etiyopatogenezi

Anormal invaziv plasenta, miyometriyumun plasentaya yapışmasında bir defekte bağlı olarak gelişir. Bazı teoriler, plasenta akreta gelişiminde anahtar mekanizmanın, desidüadaki bazal membranda bir defekt ile Nitabuch membranının (kompakt endometriyum ile sitotrofoblastik doku arasındaki sınır zonunda yer alan fibrin tabakası) tam olmayan gelişimine bağlı olduğunu ve bunun sonucunda anormal desidualizasyon ve anormal plasental invazyon geliştiğini ileri sürmektedir.

Önerilen diğer bir mekanizma ise, plasental katmanda eksprese edilen CR-1'in hem invaziv plasental hücrelerde hem de EVT hücrelerinde (CR-1'i üreten primer hücreler) ekspresyonunun artması, buna bağlı olarak da trofoblast farklılaşma yolağında işlev bozukluğu gelişmesidir. Ayrıca, uterin kavitede skar bulunması durumunda, cerrahinin mekanik hasarına bağlı olarak desidualizasyon lokal olarak azalır.

1) Anormal invaziv plasenta ve sezaryen skar gebeliği

Anormal invaziv plasentanın özel bir formu, plasentanın eski sezaryen skarı üzerine implante olmasıdır (sezaryen skar gebeliği-SSG). Yakın tarihli bir yayına göre, SSG insidansı tüm gebeliklerde 1:2226'dır, geçirilmiş sezaryen öyküsü olan kadınlarda %0,15 oranında görülür. Diğer yandan, başka bir çalışmada insidansı çok daha yüksek olarak geçirilmiş sezaryen öyküsü olan kadınlarda 1/800-2500 olarak belirtilmiştir. Bu durumun nedeni belirsizdir. En olası mekanizma, gestasyonel kesenin, endometriyal kanalı geçirilmiş sezaryenin skar dokusu ile birleştiren bir tüp veya skardaki küçük bir defekt aracılığıyla, uterin duvarın içine implante olmasıdır.

SSG oranlarındaki bu artışın artmış sezaryen doğum oranlarına mı yoksa ultrasonografik tanı kriterlerindeki gelişmelere mi bağlı olduğu hala tartışmalıdır. Daha iyi anlamak için iki yeni terim geliştirilmiştir. "Erken plasenta akreta" (EPA) terimi gebeliğin ikinci trimesterinde tanı koyulan olgular için, "morbid yapışık (adeziv) plasenta" (MAP) ise gebeliğin üçüncü trimesterinde tanı koyulan olgular için kullanılmaktadır. Bu kriterler temel alındığında, EPA sezaryen skar gebeliği ile MAP'dan daha çok benzerlik göstermektedir. SSG ile EPA'da

plasental yerleşimin histolojik özellikleri birbirinden ayırt edilemez. Ayrıca, pek çok klinik özelliklerinin de ortak olduğunun belirtilmesi faydalı olacaktır. Mevcut literatür, SSG ile EPA'nın, üçüncü trimesterde MAP'ya yol açan aynı hastalığın patogenezinde farklı evreleri temsil ettiğini göstermektedir. Bu çıkarımı destekleyecek biçimde yakın tarihli derlemelerde, sezaryen skar gebeliği ile plasenta akretanın aynı patogenetik mekanizmayı paylaştığı öne sürülmüştür. Hem sezaryen skar gebeliği hem de plasenta akreta kavramlarını kapsayan ve anormal yapışık trofoblast/plasenta olarak adlandırılan tek bir tanı kategorisi olduğu görüşü desteklenmiştir.

2) Anormal invaziv plasenta ve yardımcı üreme teknikleri (ART)

Yardımcı üreme teknikleri (ART), anormal plasentasyon, ektopik gebelik, heterotopik gebelik riskinde artış ile ilişkilidir. Ayrıca, in vitro fertilizasyon-embriyo transferi (IVF-ET) işlemleri yapılan ve sezaryen geçiren hastalarda postpartum hemoraji insidansının hafifçe arttığı görülmektedir.

Anormal plasentasyonun üç ana nedene bağlı olarak geliştiği düşünülmektedir: a) mekanik faktör varlığı, b) biyolojik faktör varlığı ve c) ikisinin bir arada olması. IVF olgularında bu üç durum bir arada bulunur. Ayrıca, plasentada yapısal anormallikler ile ilişkili olabilecek diğer önemli faktörler, bazı intrauterin proteinlerin artmış konsantrasyonları ve açıklanamayan α -fetoprotein (AFP) yüksekliğidir.

Yakın tarihli multifaktöryel çalışmalarda, görece geniş hasta grupları kullanılarak çeşitli ART tipleri ile ilişkili olarak davranışsal ve yaşam tarzı faktörlerinin etkisi incelenmiştir. Bazı çalışmalar, ART işlemlerini takiben oluşan gebeliklerde plasenta previa ve plasenta akreta insidansının arttığını göstermiştir.

Daha yakın dönemde, dondurulmuş embriyo transferinin (DET) plasenta akreta için kuvvetli bir bağımsız risk faktörü olduğu bulunmuştur. DET takiben plasenta akreta insidansında görülen bu artış, dondurma ve/veya çözme işlemlerine, uterusun hazırlanma biçimine ya da bu iki faktörün etkileşimine bağlı olabilir. Gittikçe artan soru, bu riskin uterusun hazırlanma protokollerinin veya E2 takviyesinin uygulanma yolunun değiştirilmesi ile bu riskin azaltılıp azaltılamayacağıdır.

ICSI tekniklerine bakıldığında, ICSI ile hCG uygulanma günündeki E2 artışının plasenta patoloji ile ilişkili olumsuz obstetrik sonuçlarla ilişkili olduğunu doğrulayan yayınlanmış kanıtlar olduğu görülmektedir.

II. Anormal invaziv plasentanın saptanmasında güncel tanı yöntemleri

Plasenta akreta, riskler ve yönetim seçeneklerine ilişkin, zamanında ve uygun danışmanlık verebilmek için erken ve kesin tanı koyulmasını gerektiren nadir bir durumdur. Bu yüzden, anormal plasental invazyonun antenel dönemde olabildiğince erken biçimde saptanması zorunludur.

Plasenta akretanın prenatal tanısı, semptomlar, fizik muayenedeki bulgular ve ikinci ve üçüncü trimesterde ultrason ve manyetik rezonans görüntüleme (MRG) gibi görüntüleme testlerinin bir arada değerlendirilmesini gerektirir. Gebeliğin ilk trimesterindeki ultrason taraması, ikinci ve üçüncü trimesterdeki taramaya kıyasla daha yüksek duyarlılık göstermemektedir.

• Ultrasonun rolü

Anormal invaziv plasenta tablolarına işaret eden ilk ultrason bulgusu, gri skala ultrasonda tanımlanan "hipoekoik retroplasental (şeffaf) zonun kaybıdır" ve plasental villusların desidua bazalisten miyometriyumun içine anormal uzanımı olarak tanımlanır. Ayrıca, doğrudan bir besleyici damara bağlanan çok sayıda büyük veya düzensiz lakünlerin varlığı, defalarca güvenilir bir gri skala ultrason bulgusu olarak tanımlanmıştır. Gri skala ultrasonun duyarlılığı %50-87 arasında değişir. Ayrıca renkli Doppler'in klinik uygulamaya dahil edilmesi, uteroplasental dolaşımın daha iyi görüntülenmesine olanak vermiştir. Plasenta yapışma bozukluğu olgularının çoğu, plasenta içinde ve plasental bazal plaka veya subplasental zon ve altındaki dokular (miyometriyum, mesane duvarı) arasında hipervaskülarizasyon durumları (tornado-hortum biçiminde akım gösteren damarlar) ile ilişkilidir. Duyarlılığı arttırmak için, gri skala ve renkli Doppler ultrason belirteçleri bir arada kullanılabilir. Böyle olgularda, ultrason görüntüleme, %95-98,9 negatif prediktif değer ile yaklaşık %90 duyarlılığa ulaşır. (Resim 1, 2) Prenatal saptama oranlarının, kullanılan ultrason işaretlerine, operatörün tecrübesine, taramadaki gebelik haftasına, kullanılan ekipmana ve tarama şartlarına bağlı olduğu unutulmamalıdır. Bunun yanında,

plasenta akretanın saptanmasında gri skala ultrasonografik bulgular, saptanmasında en güvenilir algoritmalarından birini oluşturur: a) retroplasental hipoekoik zonun kaybı, b) retroplasental hipoekoik zonun ilerleyici incilmesi, c) bir çok plasental lakün bulunması ("İsviçre peyniri" görünümü), d) uterin seroza-mesane duvarı bileşkesinin incilmesi (perkreta), e) dokuların uterus serozasının ötesine uzanması (perkreta), f) retroplasental miyometriyum kalınlığının 1 mm'den az olması, g) türbılan akım izlenen boşlukların olması, h) plasenta-miyometriyum veya miyometriyum-mesane arasındaki alanda veya uterus serozasını penetre eden kan damarları veya plasental doku, i) normal anatomik plasenta-miyometriyum devamlılığının bozulması ve j) miyometriyum-mesane arayüzündeki ekojenik hattın kesintiye uğraması.

Tanı koymada sübjektifliğe bağlı hataları azaltmak ve ultrason bulguları ile tanımlamaları konusunda fikir birliği sağlamak için, Avrupa Anormal İnvaziv Plasenta Üzerine Çalışma Grubu (EW-AIP) yakın zamanda plasenta akretanın prenatal tanısında kullanılan tüm ultrason bulguları için standart bir tanımlama önermiştir. Bunlar Tablo 1'de gösterilmiştir.

• MRG'nin rolü

MRG, plasental yapışma anomalilerinin değerlendirmesinde son yıllarda giderek artan biçimde kullanılan diğer bir tanı yöntemidir. Plasenta akreta olgularında temel MRG bulguları, anormal uterin kabartılar, T2 ağırlıklı görüntülemelerde koyu renkli bantlar ve plasenta ile aynı homojeniteyi göstermeyen sinyal yoğunluğu ve uteroplazental yatakta bozukluktur. Bir sistematik derlemede, MRG'nin plasenta akretayı %75-100 duyarlılık ve %65-100 özgüllük ile tanıyabildiği belirtilmiştir. İki sistematik derleme ve meta-analizde, plasenta akretanın saptanmasında ultrason görüntüleme ile MRG'nin tanısız değerlerinin karşılaştırılabilir olduğu kanıtlanmıştır. Ayrıca, MRG'nin plasental invazyonun derinliğini ve topografisini değerlendirmede daha yüksek prediktif değeri olduğu bulunmuştur. Plasenta yapışma bozukluklarının prenatal tanısı için MRG literatürü metodolojik olarak yanlıdır çünkü MRG bir tarama testi olarak kabul edilemez. Gerçekte, sadece şüphelenilen olgular MRG ile değerlendirilir. MRG obez hastalarda ve plasentanın posteriora yerleştiği olgularda, parametrial invazyonun değerlendirilmesinde özellikle yardımcıdır. Ayrıca, bu olgularda konservatif yönetim planlanıyorsa MR görüntüleme yapılması gerekir.

Sezaryen skar gebeliğinin tanısı

Sezaryen skar gebeliği (SSG) transvajinal ultrason ile şu ultrasonografik kriterler kullanılarak tanınabilir: a) uterus boş olmalıdır ve endometriyum net biçimde seçiliyor olmalıdır, b) servikal kanal boş olmalıdır, gestasyonel kese izlenmemelidir, c) kardiyak aktivite olan veya olmayan bir gestasyonel kese kavite ile serviks arasında izlenmelidir, d) gestasyonel kesenin etrafındaki kan damarları power Doppler ile gösterilmelidir, e) gestasyonel kese skar dokusunun içine gömülmüş olmalı, miyometriyum ince olmalı (1-3 mm) veya miyometriyum izlenmemelidir; kese ile mesane arasında onu uterin kaviteden veya fallop tüpünden ayıran fibröz skar dokusu izlenmelidir, f) skarın şekline benzeyen üçgen biçiminde kese (sagittal planda), gebeliğin başında (≤ 8 haftada) skar alanını dolduran üçgen biçiminde bir kese izlenirken, ≥ 8 haftada daha yuvarlak, hatta oval bir şekil alır, g) gestasyonel kese, uterin istmusun ön segmentinde "çift halka" şeklini oluşturur ve h) geçirilmiş sezaryen skar bölgesindeki zengin damar yapısı, kanaması ve pozitif gebelik testi olan hastalarda power Doppler ile gösterilebilir. SSG tanısı koymak için yukarıda belirtilen tüm kriterler mevcut olmalıdır.

Yakın tarihte, retrospektif iki merkezli bir çalışma, skara yakın (uterin kavitede) gebelikler ile skara ve miyometriyuma gömülen gebeliklerde SSG'nin ayırıcı tanısına odaklanmıştır. Tüm sezaryen skar gebelikleri iki gruba ayrılmıştır. Grup A implante olan veya "skar üzerindeki" gebelikleri içermiştir, grup B ise "niş içindeki" gebelikleri içermiştir. Grup B'de doğumda gebelik haftası (ortalama 34 hafta), grup A'dan (ortalama 38 hafta, $p=.001$) daha düşüktür. Grup A'da, 5 hasta sezaryen ile doğum yapmıştır (normal plasenta ile) ve 1 hastada plasenta akreta nedeniyle sezaryen histerektomi yapılmıştır. Grup B'de 10 hastada plasenta inkreta/perkreta nedeniyle sezaryen histerektomi yapılmıştır ve 1 hasta 20. gebelik haftasında vajinal kanamaya bağlı histerektomi geçirmiştir. Bu çalışmanın sonuçları, sezaryen skar gebeliği "skar üzerine" implante olan hastalarda, sezaryen skar gebeliği "niş içine" implante olan hastalarla karşılaştırıldığında sonuçların daha iyi olduğunu göstermiştir. Ayrıca, ilk trimester ultrason muayenesinde miyometriyal kalınlığın < 2 mm olması, doğumda morbid biçimde yapışık plasenta ile ilişkili bulunmuştur.

III. Anormal invaziv plasenta için tedavi seçenekleri

• Obstetrik histerektomi

Plasenta akreta genellikle aşırı kanamayı önlemek ve kontrol altına almak için obstetrik histerektomi ile tedavi edilir. Plasenta akreta olguları yüksek cerrahi riskli olarak kabul edilir ve kadın doğum uzmanları için büyük zorluk taşır. Plasentanın patolojik yapışmasından kaynaklanan artmış mortalite ve morbidite nedeniyle, anne ve fetuslar, donanımlı ve özellikle organize olmuş sağlık kaynaklarına ihtiyaç duyarlar. Gerçekten de multidisipliner ekiplerle kesin iş birliği içinde üçüncü basamak hastanede doğum yapan kadınlarda maternal mortalitenin azaldığı bildirilmiştir.

Prenatal tanı alan plasenta previa akreta olgularının sonuçlarını değerlendiren yakın tarihli sistematik derleme ve meta-analiz sonuçları, dahil edilen olguların %89,7'sinde (232'de 208) elektif veya acil sezaryen histerektominin zorunlu olduğunu göstermiştir. Güncel kanıtların en önemli kusurlarından biri, randomize klinik çalışmaların eksik olmasıdır. Sonuç olarak, bugüne kadar, plasenta yapışma bozukluklarının optimum yönetimi kesin olarak tanımlanmamıştır ve buna bağlı olarak preoperatif dönemde invaziv plasentasyon tanısı koyabilme becerisi, uzmanlık düzeyi, villöz invazyonun derinliği ve semptomlar gibi çeşitli faktörlerden etkilenir. Sezaryen doğum sırasında plasenta yapışma bozuklukları açısından yüksek şüphe duyulan olgularda, Maternal-Fetal Tıp Derneği üyelerinin çoğu sezaryen histerektomi ile devam etmektedir ve yalnızca %15-32'sinde konservatif yönetim uygulanmaktadır. Bu olguların yönetiminde, günümüze kadar, uluslararası düzeyde konservatif olmayan yaklaşımı benimseme eğilimi hakimdir. Belirtildiği üzere, obstetrisyenler ve maternal-fetal tıp uzmanları arasında doğum ve histerektomi yaklaşımları, klinik uygulamada belirgin çeşitlilik göstermektedir. Uygulamalar yüksek ve düşük gelirli ülkelerde de farklılık gösterebilir. İkinci durumda çoğunlukla uzman bakımına erişim yoktur, hatta kan transfüzyonu olanakları bile sınırlıdır. Bu nedenle, düşük gelir düzeyli ülkelerde, seçilmiş olgularda, ilave tedavi seçenekleri mevcut olmadığında primer elektif sezaryen histerektomi tercih edilebilir.

Sezaryen skar gebeliğinde tedavi seçenekleri

Araştırmacıların çoğu erken terminasyonu desteklemekle birlikte, SSG'nin yönetimi çelişkilidir. Ancak, bazı kadınlar, yüksek obstetrik histerektomi riskine rağmen, SSG'nin yaklaşık %73'ünün canlı yenidoğan ile sonuçlanacağını hesaba katarak gebeliklerine devam etmeyi tercih edebilirler. Önerilen tedavi seçenekleri, ektopik gebeliğin lokal eksizyonu, dilatasyon ve küretaj ve sistematik veya lokal (veya ikisinin kombinasyonu) metotreksat uygulamasını içerir. Özel bir intrauterin balon kateterin kullanıldığı yeni bir teknik, bu olguların yönetiminde klinik uygulamaya dahil edilmiştir.

• Konservatif yönetim

1. Ekstirpasyon tekniği

Bu yöntemle plasentanın manüel olarak tamamen çıkarılması amaçlanır. Bu yaklaşım masif kanama ile sonuçlanabilse de uluslararası kılavuzlarda postpartum kanamanın yönetiminde ilk basamak olarak önerilir. Planlı sezaryen histerektomi olgularında, plasentanın elle çıkarılmasını engellemek için mümkün olan tüm çaba harcanmalıdır. Benzer bir yaklaşım, anormal plasentasyon için risk faktörü olan ve preoperatif değerlendirme sonuçları negatif olan, ancak operasyon sırasında plasenta yapışma bozukluğu şüphesi uyandıran klinik bulgular izlenen hastalarda da önerilmektedir.

2. "Plasentayı yerinde bırakma" yaklaşımı

Bu durumda, plasenta spontan rezorpsiyonun beklenmesi için yerinde bırakılır. Plasenta akretanın konservatif yönetimi üzerine yapılan retrospektif çok merkezli bir çalışmada, 167 hastada plasenta yerinde bırakılmıştır. Bunların 131'inde başarılı yönetim sağlanmıştır, diğer yandan 36'sında primer veya gecikmiş histerektomi

TJODist Bülteni

%8,3'ünde amenore izlenmiştir; bunların yeniden gebe kalmak isteyen büyük çoğu (%88,9) sonunda bunu başarmıştır. Ancak olguların %28,6'sında plasenta yapışma bozukluklarının tekrarladığı görülmüştür. Plasentanın kaybolmasını hızlandırmak için ilave metotreksat (MTX) enjeksiyonları önerilmiştir. Ancak, trofoblastik hücreler bölünmediği için, metotreksatın plasentanın involüsyonunu hızlandırdığı düşünülmektedir.

Sonuçlar

Güncel kanıtlar patolojik plasantasyonun ciddi bir sorun olduğunu göstermektedir. Ne yazık ki son yıllarda, bu durumun arttığı görülmektedir ve bu, sezaryen doğum oranlarındaki artışa bağlanmaktadır. Anormal plasantasyonun zamanında tanınması büyük önem taşımaktadır; çünkü erken tanı, daha az riskli, daha düşük maliyetli ve daha başarılı bir yönetim sağlamaktadır. Ultrasonografi bu görevi başarıyla yerine getirebilir. Ayrıca, tanı ikilemi olduğunda MR görüntüleme özellikle kullanışlı olabilir ve daha güvenli ve kesin tanı olanağı sunar.

Erken prenatal tanı, anormal invaziv plasenta olan gebeliklerde olumsuz sonuçları önlemede en önemli stratejik yaklaşımdır; çünkü ilgili hekime preoperatif planlamayı optimum hale getirecek uygun zamanı, tahmin edilen kan kaybını ve diğer doğum komplikasyonlarını doğru değerlendirebileceği bir doğum planı yapmasını sağlar. Böylece maternal morbidite ile mortaliteyi en aza indirilebilir.

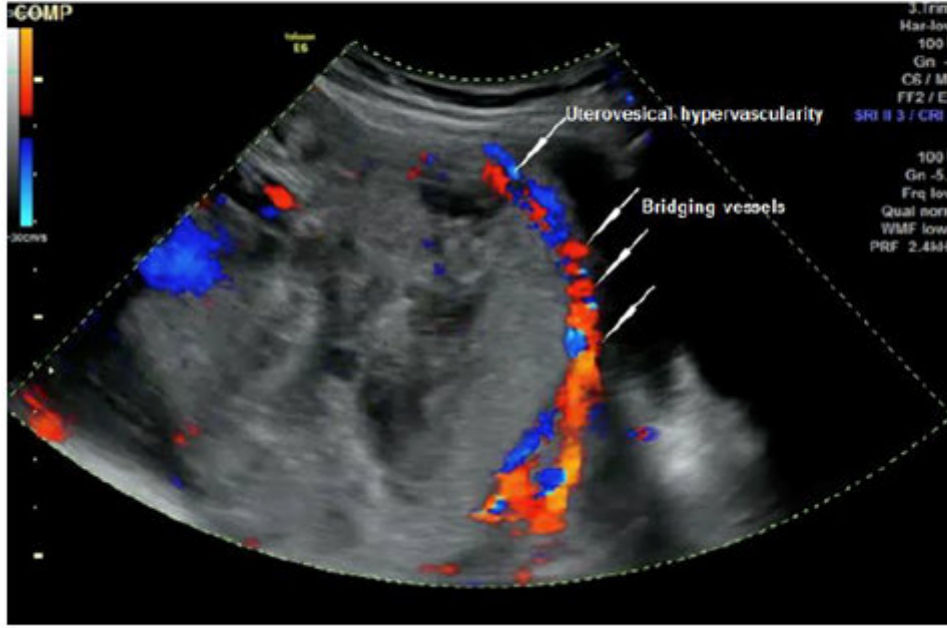
Bu çalışmada, anormal plasantasyon ile ilgili mevcut kanıtlar derlenmiş ve bu karmaşık durumla ilgili bilimsel veriler güncellenmiştir. Mevcut literatür, metodolojik kısıtlılıklardan dolayı hala zayıf ve kuvvetsizdir. Yeterli raporlamanın mümkün olması ve farklı kurumların deneyimlerinin karşılaştırılması için ilave çalışmalar gerekmektedir.

Tablo 1 Anormal plasantasyon saptanmasında ultrason ve MRG bulgularının duyarlılığı ve özgüllüğü

Saptama bulguları	Çalışma sayısı	Hasta sayısı	Duyarlılık (%)	Özgünlük (%)
• Ultrason bulguları				
a) Plasental lakünler	13	2725	77,4	95,02
b) Hipoekoik alanın kaybı	10	2633	66,2	95,8
c) Uterus-mesane arayüzünde anormallikler	9	2579	49,7	99,8
d) Renkli Doppler anormallikleri	12	714	90,8	87,7
• MRG bulguları				
a) Uterusta kabartı alanları	5	119	79,1	90,2
b) Heterojen sinyal yoğunluğu	6	143	78,6	87,7
c) T2 görüntülemeye koyu intraplasental bantlar	6	146	87,9	71,9
d) Miyometriyumda fokal kesintiler	4	119	92,0	75,6
e) Mesanenin yükselmesi	2	74	80,0	98,6

TJODist Bülteni

Resim 1 Transabdominal renkli doppler ultrasonografi ile tanı konan plasenta perkreta



Resim 2 Transvajinal ultrasonografi ile tanı konan plasenta perkreta



13 EKİM 2019 TOPLANTI ÖZETİ JİNEKOLOJİK ONKOLOJİ'DE GÜNCEL GELİŞMELER

Özetleyen: **Dr. Engin Çelik**

Serviks kanseri taraması nasıl yapalım.....Pınar Çilesiz Göksedef

Türkiye'de her yıl 2500 yeni vaka 1300 ölüm olmakta-invazif lezyonların tanı ve tedavisi mümkün olduğu için serviks kanseri tarama ya uygundur

Pap test

Fırça endoservikal brush ayrı ile yapılabilir lama yayılma fiksasyon veya sıvı bazlı taşıyıcı ile alınabilir 2 yöntemde tanı açısından benzer duyarlılık ve özgürlüğe sahiptir fakat sıvı bazlı taramada fiksasyon hatası az reflex test yapılabilir otomatik değerlendirme yapılabilir değerlendirilmeye elverişsiz sonuçlar daha az görülüyor

Sitolojik tarama

Kuzey Avrupa ülkelerinde sitolojik tarama ile kansere bağlı ölümler de yüzde seksen azalma izlenmiş yüksek yanlış negatiflik düşük duyarlılık sahip serviks kanserinin 1990'larda HPV ile ilişkisi kanıtlandıktan sonra HPV ile tarama daha ön plana çıkmıştır.

Hibrit capture ve PCR ile tarama yapılabilir hibrit capture cotest ne triyajda kullanılır PCR ise daha yüksek duyarlılığa sahip olduğu için FDA tarafından Primer taramada kullanımı onaylanmıştır

Özgüllüğü arttırabilmek için E6 E7 mRNA kullanan aptima testi yapılmıştır

Artistik ve Athena çalışmaları HPV taramasının güvenilir olduğunu göstermiştir

1000 kişiyi taradığımızda 20 pre invaziv lezyona rastlarız. HPV ile tararsak 16'sını saplarız pap testu bu sayı 12dir Bu esnada 980 sağlam kadının 101 inde HPV pozitif 29'unda pap test pozitif olur Primer HPV ile tarama 25 yaşından sonra yapılmaktadır son çalışmalarda HPV negatif hastalarda cin 3 gelişme olasılığı çok düşük bulunmuştur

HPV kendi örnekleme ile toplanabilir improve çalışmasında klinisyen ve kendi toplama gruplara değerlendirildiğinde kendi toplamanın daha konforlu ve maliyetinin daha az olduğu bulunmuştur

Türkiye'de tarama 30 65 yaş arası Primer HPV ile tarama sıklığı 5 yıldır reflex sitoloji yapılmaktadır 4000000 taramanın sonucunda 100'de 4 hpv pozitifliği saptanmıştır

Avustralya'da günümüzde tüm çocuklara aşı uygulanmakta HPV ile tarama yapılmakta yakın gelecekte serviks kanseri çok az görülen 1 kanser olacağı düşmemektedir

Her yönüyle genital siğiller güncel tedavi kime hangi yöntem.....Veysel Şal

HPV DNA virüsüdür inkübasyon 3 hafta 8 ay arasındadır 1 yılda yaklaşık yüzde yetmiş bağışıklık sistemi ile temizlenebilir ülkemizde genital siğil oranı 100000 de 154 tür en sık Ege Bölgesi en az Doğu Anadolu'da görülmektedir %90 HPV 6 v11 bulunmaktadır genellikle semptomsuz dur fakat kaşıntı yanma dispareni yapabilir siğillerde HPV tipi değerlendirmeye gerek yoktur immün yetmezlik ülsere lezyon sert fikse siğil

TJODist Bülteni

olduğunda kanser açısından değerlendirilmelidir

Tedavi

Lezyonların ortadan kaldırılması tedavi bireyselleştirilmelidir. Bulaşıcılığı yok etmez yüzde altmış 90 tedavi başarısı görülür fakat tekrar oranı yüksektir tedaviye rağmen Sebat eden siğiller kanser açısından değerlendirmelidir hastalığın ve hastanın istekleri önemlidir

İmiquimod

Yüzde beşlik krem vulvada etkin 16 hafta haftada 3 kez kullanmış başarı %40 - 60

Podofilin

Yüzde 10 20 haftada bir iki 6.10 saat gebelikte kullanılmaz başarı yüzde 45 75

Sinekatenin

Günde 3 defa yıkamaya gerek yok başarı benzer

Kriyoterapi

Sıvı nitrojen Ağrı olabilir gebelikte kullanılabilir servikte uygulanabilir

Cerrahi tedavi koter lazer hızlı sonuç yaygın hastalık da kullanılabilir yüksek nüks oranı mevcut

Eksizyon subkutan doku çıkarılırsa skar oluşabilir

Elektrokoter ilk 6 hafta çok iyi cevap daha sonra medikal tedavi ile benzer başarı

Lazer

Trik klorik asit TCA ucuz çevresine vazelin sürülmesi iyi olur yüzde seksen 90'lık solüsyonlar kullanmış lüks sık birden fazla seans gerekebilir

Hastanın uygulaya bildiği imiquimod podofilin sinekatenin

Doktorun uyguladığı kryo cerrahi TCA lazer

Hastalığın yerine göre üretral meatusta cerrahi vajende cerrahi veya TCA. İntra anal hastalıkta cerrahi

Gebelik esnasında siğiller artabilir imiquimod ve podofilin kullanılmaz tedavi için beklenebilir cerrahi veya TCA kullanılabilir sezeryanla doğum önerilmemektedir

Aşı ile Avustralya'da 100'de 59 siğillerde azalma izlenmiştir

Servikal pre invazif lezyonların güncel tedavisi.....Cem İyibozkurt

Cin1 yüzde altmış geriler cin2 %40 geriler cin3 100'de 33 geriler

Cin2 %5 cin3 100'de 12 kanseri ilerleyebilir. Son çalışmalarda cin3 100'de 31 kanser ilerlemektedir

Cin1 2 yıla kadar takip edilebilir

Cin2 ve üzeri lezyonlar tedavi edilmelidir

Tedavide yalnızca lezyon değil tüm transformasyon zonu çıkarılmalıdır en az 5 milimetrik kalınlıkta

TJODist Bülteni

Ablatif yöntem daha kolay küçük ve lezyonun tamamen görülebildiği hastalarda kullanılır cerrahi sınırı bilemeyeceğiz histolojik kanımız olmayacak

Transformasyon zon larının tipleri tip 1 tüm transformasyon zonu izleniyor tip 2 endoservikal kanal değerlendirmekte zorlanır tip 3 postmenopozal transformasyon zonu rahat görülmez

Kriyoterapi karbondioksit en sık kullanılanlar tip bir transformasyon zonu olanlarda kullanılmalı vajende kullanılmamalı invaziv kanser riski olmamalı kullanımı 3 dakika aç 5 dakika kapalı 3 dakika aç şeklindedir nüks LEEP e göre daha fazladır

Termal ablasyon 100 santigrat dereceye kadar ısıtabilir. 20 45 saniye 2-3 hafta sulu akıntı

LEEP:

Tungsten veya çelik tel kullanılır. TZ tip 3 ise derin kon gerekebilir. Vazopresin kullanılabilir. Lügol kullanılabilir. Vajina yan duvarı korumak için eldiven, prezervatif kullanılabilir.

Cut: 40W, Coag: 50W. İdeal 5-8mm kalınlıkta olmalı. Temaz etmeden başlamalı, tek hamlede geçilmeli, tek parça çıkarılmalı. Materyal patolojiye gönderirken işaretlenmelidir.

Komplikasyonlar: kanama, ağrı, enfeksiyon, serv stenoz, servikal yetmezlik (preterm %1,5-0,4), spontan abort (%0,5 vs %0,2), vajen duvar hasarı

Nüks: pozitif sınır, endoservikal gland tutulumu, multiple kadranda tutulum, ileri yaş

Soğuk konizasyon: termal artefakt yok. Derinlik daha fazla, mikroinvazif kanserde kullanılabilir, CİN'lerde benzer başarı. Kanama, stenoz (%1-3,2)

Histerektomi: primer tedavide seçilmemeli. Basit histerektomi sonrası kanser tanısı alınırsa tedavide başarısızlık olur.

Adenokarsinoma in situ, cerrahi sınır pozitifliği, çocuk isteği yoksa, nüks CİN2-3, tekrar LEEP gerekirse, diğer jinekolojik nedenler varsa yapılabilir.

Cerrahi sınır pozitifliği endoservikte ise daha tehlikelidir. Re-LEEP düşünülmelidir.

Hastalar tedavi sonrası da mutlaka takip edilmelidir.

Medikal tedaviler: 5-florourasil, betaglikan, cidofovir, curcumin, imuquimod, interferon,transretinoik asit, TCA, silikon dioksit

Erken evre serviks kanserinde daha invaziv cerrahi mümkün mü?.....Macit Arvas

2018 serviks evrelemesinde patolojik evrelemede dahil edildi. Evre 1A1 ile 1A2 arasındaki ayırmada 7mm yaygınlık kaldırıldı.

Güncel yaklaşımda: Daha az radikal, fertilitte koruyucu, minimal invaziv, sentinel lenf nodu, sinir koruyucu Erken evrede parametrium çıkarmaya gerek yok. Radikal histerektomi komplikasyonları daha fazladır. Tm çapı 2cm altı, invazyon 10mm altı, %50'den az stromal invazyon, lenfovasküler invazyon olmayanda, LN(-) parametrium tutulumu görülmemektedir.

Esgo kılavuzunda evre 1a1 LVSI neg: konizasyon; LVSI (+) -> konizasyon,LND önerilmekte.

TJODist Bülteni

NCCN'ne göre fertilitte koruyucu tedavi 2cm altına uygulanmalı.

Trakelektomi: fertilitte isteği olan, infertil olmayan, non-endokrin ve preoperatif MRG ile değerlendirilmeli. IRTA çalışması: 2005-2017 minimal inv ile açık cerrahi karşılaştırılması. 1cm altı benzer başarı, 1-2cm arasında açık cerrahi daha iyi.

Tartışma

AHCC herhangi bir etkisi yok. Konizasyon sonrası 1 yıl sonra kotest. Aşının tedavi edici etkisi yoktur. Konizasyon sonrası aşılama nüks riskini azaltır.

Endometrial hiperplazi sınıflama ve yönetimi

Glandüler yapıların çoğalmasıyla oluşur. Gland şekil ve büyüklükte değişim. Karşılanmamış östrojen. Mutant klonal değişimler atipik hiperplaziye ilerler. Anomal vajinal kanama, post menopozal kanama en sık şikayetler.

Atipik hiperplazilerde %50'ye varan kanser gelişimi olabilir. Atipisiz hiperplazi:50-54y; atipili hiperplazi:6-64y.

WHO 1994: basit, kompleks, basit atipili, kompleks atipili olarak 4 kategori. İnterobserver yanılma fazla.

EİN 2000: histomorfolojik, kantitatif kriterler. D skoru bulunur. $D > 1$:normal, $0 > D > 1$ indet, $D < 0$:EİN.

Daha sonra EİN subjektif tanı kriterleri gelişti. Prekanseroz %50'den az stromal/toplam hacim. Fokal olarak gelişen monoklonal lezyonlar.

WHO 2014: atipisiz ve atipili olarak ikiye ayrıldı. Nükleer atipi ön planda. kompleks hiperplazi yarısına yakın atipisiz grubuna girmiştir. Tanıda uyumluluk %70'e yükselmiş.

Kansere progresyon atipik hiperplazi %27,8.

İleri yaş, obezite, diyabet riski arttırır.

WHO-EİN sistemleri karşılaştırıldığında objektif EİN daha iyi fakat subjektif EİN ile WHO benzer.

Yönetimi etkileyen faktörler: atipi?, yaş?, fertilitte?, sağlık durumu?, yandaş jinekolojik durumlar?, meme patolojisi var mı?

Atipisiz hiperplazide spontan regresyon %80.

Tedavi:

Progestinler:

Tedavide kullanılmaktadır. Uzun süreli kullanım meme kanseri riskini arttırır. Medroksiprogesteron en sık tercih edilen.

Kontinü kullanım önerilmekte. 3-6ay aralıkla tedaviye cevap için biopsi önerilmekte.

Levonorgestrelli spiral (LNG-RİA): 52mg, günlük 20mikrogram. İlk seçenek olarak önerilmekte. Oral progestine göre daha etkin.

Cerrahi: definitif tedavi histerektomidir. Minimal invazif olmalı, mutlaka salpenjektomi yapılmalı. Premenopozda overler bırakılmalı, postmenopozda overler alınabilir.

Frozen %73-88 sensitif.

Ablazyon veya rezeksiyon önerilmemekte. Bariatrik cerrahi önerilmekte.

Atipili hiperplazide fertilitate arzusu yoksa veya menopozda ise histerektomi önerilmekte. Fertilitate isteği varsa progesteron tedavisi (megestrol asetat), LNG-RİA. 3-6ayda bir biopsi. 12 ayda bx normale tedavi edilmiş kabul edilmekte. 6-12 ay arasında persitans varsa doz artırılabilir veya beraber kullanılabilir.

Tartışma: LNG-RİA varsa pipelle biopsi ile takip. Meme ca olan olgularda progesteron reseptör durumu, hasta yaşı, fertilitate isteğine bakılır. Ön planda histerektomi yapılmaktadır.

Endometrium kanseri tedavisinde lenfadenektomi.....Yavuz Salihoğlu

Lenfadenektominin sağ kalıma anlamlı etkisi bulunmamaktadır. Fakat uygun tedavi için mutlaka lenfler değerlendirilmelidir.

Sistemik LND(lenfnodu diseksiyonu), frozen, sentinel LN olarak değerlendirilebilir.

Sistemik LND: kanama, komplikasyon, lenfdem, ameliyat süresinde uzama

Endometrioid grad 1-2, myometrial invazyon <%50, tm boyutu 2cm altında lenf nodu diseksiyonuna gerek yok. Bu tüm hastaların %30'unu oluşturur.

Paraaortik lenfadenektomi:

En önemli risk faktörü pelvik LN metastazıdır. Diğer risk faktörleri: yüksek grad, derin invazyon, non-endometrioid, lenfovasküler alan invazyonu.

Paraaortik LND sol renal ven üzerine kadar yapılmalıdır.

Frozen inceleme: düşük riskli grubu tespit için önerilmekte.

Preoperatif TV USG, MRG veya PET-BT kullanılabilir.

TV-USG: sensitivite %75, spesifite %86

MRG: difüzyonlu MRG spes %95, serviks tutulumu %94, Lenf nodu:%95

Sentinel lenf nodu tutulumu: en efektif indosiyanin yeşil (ICG). Histeroskopik enjeksiyonla paraaortik sentinel lenf nodu saptama daha yüksek fakat izole paraaortik LN tutulumu oranı çok düşüktür.

Çıkarılan lenf nodu ultrastagin ile patolojide incelenmektr. Makro 2mm üstü, mikro 2mm ile 0,2mm arası, izole tümör hücresi 0,2mm altıdır.

Uterus sarkomlarında güncel tedavi.....Samet Topuz

Köken aldığı dokuya göre adlandırılır.

Myometriyum:leiomyosarkom (LMS), endometrial stromal dokudan endometrial stromal sarkom (ESS), epitelyal eleman varsa adenosarkom.

Uterus tümörlerinin %3-5'ini oluşturur. %60 LMS, %30 ESS.

TJODist Bülteni

LMS: düz kas hücrelerinden köken alır. Ortalama yaş 55. Tanı genelde histerektomiden sonra olmaktadır.

Endometrial örnekleme ve frozen genelde başarısızdır.

Prognoz: yaş, tm boyutu, grad, lokal yayılım.

Uterusa sınırlı ise histerektomi yeterlidir.

Lenf noduna yayılım %5'ten az. Belirgin lenf nodu tutulu yoksa LND gerekli değildir.

Morselasyon yapılmamalıdır. 2014 FDA uyarı yayınlamıştır. Sağ kalım morselasyondan sonra yarı yarıya azalmaktadır.

ESGE TV-USG ile vaskülarizasyon ve nekroz açısından değerlendirilmeli, yaş sınırı olarak da 40 yaş belirlenmiştir.

Ameliyat sonrası LMS tanısı alanlarda önce batın ve toraks görüntüleme yapılmalıdır. Serviks bırakıldı ise çıkarılmalıdır. Myomektomi sonrası ise histerektomi yapılmalıdır. Morselasyon yapılmışsa laparotomi yapılmalıdır.

ESS: evre1'de sağkalım %98. Fakat geç nüks olabilir. Tanı biyopsi veya histerektomi ile konulabilir. Lenf metastazı %5 oranındadır. Yapılmaya gerek yoktur. Low grade olanlarda ooferektomi yapılmalıdır.

Fertilite koruyucu yaklaşım LMS'de tartışmalıdır. ESS'de evre 1a da bazı olgular mevcuttur.

Jinekolojik onkolojide postop komplikasyonlar.....İsa Aykut Özdemir

Mortalite, morbidite. Adjuvan tedavide gecikme, mativasyon kaybı

Yara yeri enfeksiyonu, evisserasyon: şiddetli yara yeri akıntısı varsa sütürler alınmalıdır. Pürülan akıntı varsa sütürler alınmalıdır. VAC kullanılabilir.

Sellülit, nekrotizan fasit açısından değerlendirilmelidir.

Kanama-hematom: hemodinamik açıdan stabilize edilmeye çalışılmalı. Tampon sütürasyon yapılabilir. Şiddetli kanama ve hasta instabil ise packing yapılabilir. Girişimsel radyolojiden yararlanılabilir.

DVT-pulmoner emboli: ölümlerin %40'ı pulm emboli. Profilaksi yapılmaz ise %6 pulm emboli riski. Taburculuktan sonraki 30gün LMWH verilmelidir.

İleus:

Paralitik ileus nedeni bilinmiyor. L/S sonrası ise mutlaka intestinal perforasyon düşünülmeli.

IV-oral-rektal Abdominal BT ile değerlendirilir. Hava sıvı seviyesi, çekumda dilatasyon, serbest hava. 48-72 saatte cevap yoksa laparotomi.

Anastomoz kaçağı: bulantı kusma. Peritonit yoksa kolonoskopi yapılabilir. Klip ve tampon uygulanabilir. Enterokütanöz fistül: takip edilebilir.

Vajenden bol sıvı gelişi varsa üre kreatinin bakılabilir. BT ürografi. Üreterde hasar varsa nefrostomi 6 hafta.

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