



TJODist Bülteni

Başkandan



Sevgili meslektaşlarım, merhabalar

İki ayda bir yayınladığımız bültenlerimize devam ediyoruz. Biliyorsunuz ki her ay bir kadın hastalıkları ve doğum kliniğini tanıtıyoruz. Bu bültenimizde de Prof. Dr. Abdulkadir Turgut yönetimindeki Göztepe Prof. Dr. Süleyman Yalçın Şehir Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği'ni tanıttık.

Aylık toplantılarımız devam ediyor. Kasım ayındaki toplantımızı sizin isteğiniz üzerine hafta içi **12 Kasım Çarşamba günü** yapacağız. Bu toplantıya da yoğun ilginizi bekliyoruz. 12 Kasım Çarşamba günü saat 18.30 ile 22.00 arasında jinekoloji ile ilgili günlük pratiğimizde yer alan konuları konuşacağız.

Ayrıca ekim ayında hepimizin çok önemli bir sorunu olan malpraktis ile ilgili bir webinar düzenledik. Bu webinara verdikleri destek için Hanyaloğlu & Acar Hukuk Bürosu kurucuları **Ayşe Gül Hanyaloğlu** ve **Ayşe Acar Yücel**'e teşekkür ediyoruz. Bundan sonra da kadın doğum hekimlerini ilgilendiren bu konularda webinarlar yapmaya devam edeceğiz.

Ayrıca TJOD İstanbul Asistan Seminerleri'ne online olarak başladık. Bu ay **Dr. Hale Göksever Çelik** moderatörlüğünde **Dr. Deniz Adak** ESHRE Endometriozis Kılavuzu üzerine bir sunum yaptı. Her ay asistan seminerlerine online olarak devam edeceğiz. Bu webinarlar sadece ve sadece asistanlara yönelik olacaktır.

Hepimizin 29 Ekim Cumhuriyet Bayramı kutlu olsun ve dünya durdukça Cumhuriyet Bayramı'mızı kutlamak dileğiyle

Saygılarımla

TJOD İstanbul Şubesi Yönetim Kurulu Adına

Başkan

PROF. DR. ENGİN ORAL

Değerli Meslektaşlarımız,

2025 yılı sonbaharında sizler için hazırladığımız Ekim 2025 Bülteni'ni yayınlamaktayız. Bu ayki bültenimizde de sizler için faydalı olacağını düşündüğümüz güncel makaleleri ve kongre izlenimlerini özetledik. Ayrıca bültenimizde **Dr. Hanne Bulat Çim** ve **Doç. Dr. Meryem Hoccoğlu** tarafından hazırlanan **Göztepe Prof. Dr. Süleyman Yalçın Şehir Hastanesi** Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği'nin tarihçesine yer verdik.

Dr. Can Benlioğlu 29 Haziran -2 Temmuz'da Paris'te gerçekleşen 41. Avrupa İnsan Üreme ve Embriyoloji Derneği (ESHRE) Yıllık Kongresi'nin önemli noktalarını sizler için özetledi. Makalelerimize gelince, **Dr. Kübra Hamzaoglu Canbolat** adolesanlarda **polikistik over sendromu** tanısına yönelik bir güncellemeyi hazırladı. **Dr. Mehtap Akın Efe** kadın **cinsel işlevi** ve işlev bozukluğu ile ilgili bir derlemeyi özetledi. **Dr. Fatma Canan Karabaş** ise gebelerde sıkça ihtiyaç duyduğumuz **ağrı tedavisi** ile ilgili bir derlemeyi çevirdi. **Dr. Ecem Okşen** ise yenidoğanları korumak için önem kazanan gebelikte **respiratuvar sinsityal virüs aşılmasıyla** ilgili bir derlemeyi özetledi.

Seçtiğimiz makaleleri ve öteki içerikleri beğenerek okuyacağınızı umarak, bültenin hazırlanmasında katkısı olan tüm hocalarımıza ve meslektaşlarımıza yönetim kurulu adına teşekkür ederiz.

Cumhuriyeti bizlere armağan eden **Gazi Mustafa Kemal Atatürk** başta olmak üzere, tüm kahramanlarımızı saygı ve minnetle anıyor; **29 Ekim Cumhuriyet Bayramı'nı** coşkuyla kutluyoruz. Akıl ve bilimin ışığında çalışmaya, üretmeye devam edeceğiz.

Sevgi ve saygılarımızla,



Dr. ÖZLEM DURAL

İstanbul Üniversitesi
İstanbul Tıp Fakültesi
Kadın Hastalıkları ve Doğum AD



Dr. HAKAN ERENEL

Başakşehir Çam ve Sakura Şehir Hastanesi
Perinatoloji Kliniği

Tjod İstanbul Yönetim Kurulu



Dr. Engin Oral
Başkan



Dr. Samet Topuz
2. Başkan



Dr. Ayşe Seyhan
Genel Sekreter



Dr. A. Serdar Açıkgöz
Sayman



Dr. Özlem Dural



Dr. Hakan Erenel



Dr. Funda Güngör Uğurlucan



Dr. Veli Mihmanlı



Dr. Özlem Pata



Dr. Hale Göksever Çelik



Dr. Süleyman Salman



TJODist Bülteni

Bu Sayımıza Katkılarından Dolayı Teşekkürler

Soyadı Sırasıyla

Dr. Mehtap Akın Efe

Dr. Can Benlioğlu

Dr. Hanne Bulat Çim

Dr. Fatma Canan Karabaş

Dr. Kübra Hamzaoglu Canbolat

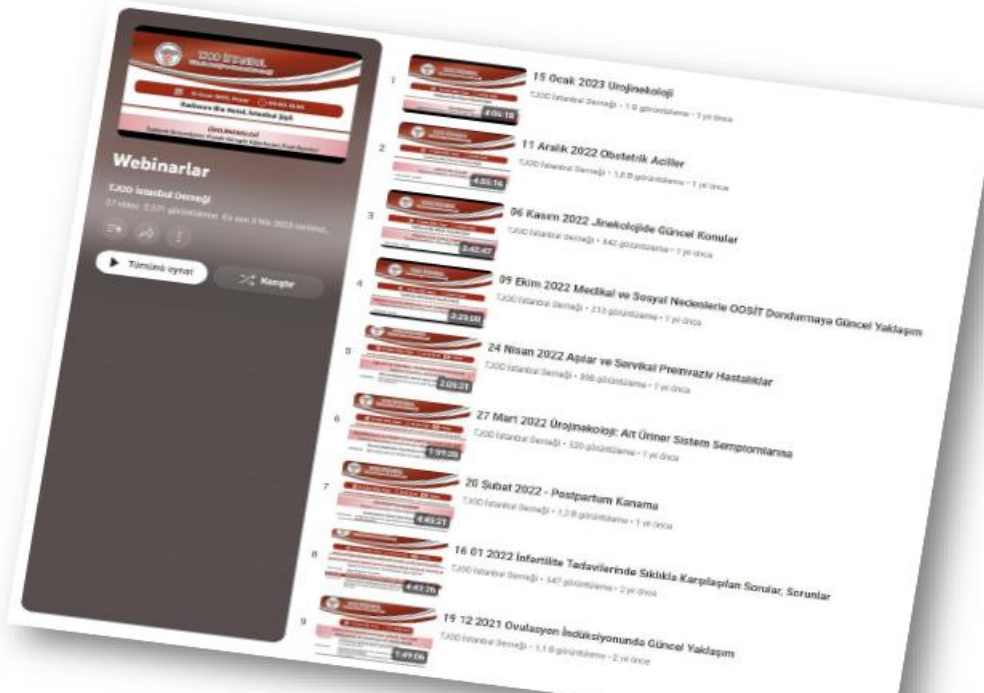
Doç. Dr. Meryem Hocaoglu

Dr. Ecem Okşen



Youtube Kanalımıza abone olabilirsiniz.

Webinarların tekrarını izleyebilirsiniz.





Tarihin Köklerinden Modern Tıbbı Uzanan Bir Yolculuk: Göztepe Prof. Dr. Süleyman Yalçın Şehir Hastanesi'nin Tarihsel Gelişimi ile Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği'nin Akademik Yolculuğu

Op. Dr. Hanne Bulat Çim, Doç. Dr. Meryem Hocaoglu

İstanbul'un Anadolu yakasında, Kadıköy ilçesinin seçkin semtlerinden birinde yer alan Göztepe Prof. Dr. Süleyman Yalçın Şehir Hastanesi, yarım asrı aşan köklü bir geçmişe sahiptir. 4 Haziran 1972'de Göztepe SSK Hastanesi olarak hizmet vermeye başlamış olup kısa süre içinde kendi döneminin çağdaş bir sağlık sembolü haline gelmiştir. 1980'li yıllarda Göztepe SSK Hastanesi, sağladığı sağlık hizmeti ile birlikte eğitim ve uzmanlık merkezi haline gelme yolunda önemli adımlar attı. 1982'de ilk olarak Ortopedi ve Travmatoloji, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları gibi klinikler "eğitim kliniği" statüsü kazanarak Göztepe SSK Hastanesi, SSK sisteminde uzman hekim yetiştiren öncü merkezlerden birisi haline geldi. Sağlık sistemindeki dönüşümle birlikte, 2005 sonrası SSK hastanelerinin Sağlık Bakanlığı'na devri kapsamında hastane, Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi adını aldı. Bu yeni dönem, bilimsel üretimle hizmet anlayışının birleştiği bir evreydi. 25 Mayıs 2011 tarihinde İstanbul Medeniyet Üniversitesi ile "Ortak Kullanım ve İş Birliği Protokolü" imzalanarak hastane, İstanbul Medeniyet Üniversitesi Tıp Fakültesi'nin eğitim hastanesi statüsüne kavuştu. Böylece hem akademik kadroların hem de bakanlık hekimlerinin birlikte görev yaptığı modern bir tıp ekosistemi oluştu. 2011 sonrasında kliniklerin birçoğu üniversiteye afiliye hale geldi; yeni uzmanlık programları açıldı, bilimsel araştırma sayıları arttı. Bu köklü geçmiş, 2010'lu yılların sonunda yepyeni bir forma büründü. İstanbul Sismik Riskin Azaltılması ve Acil Durum Hazırlık Projesi (İSMEP) kapsamında hastanenin yeniden inşası planlandı. 5 Eylül 2020 tarihinde Göztepe Prof. Dr. Süleyman Yalçın Şehir Hastanesi'nin ilk fazı açıldı. Bu yeni dönemde hastane, adını Türk tıbbının değerli bilim insanlarından Prof. Dr. Süleyman Yalçın'dan aldı. Prof. Dr. Süleyman Yalçın, uzun yıllar iç hastalıkları alanında hizmet veren, hem klinisyen hem de düşünür kimliğiyle Türk tıp eğitimine yön veren bir akademisyendir. Tıp etiğine, hekimlik değerlerine ve bilimin toplumsal yönüne yaptığı katkılar nedeniyle 2020'de açılan bu modern sağlık kompleksine onun adı verilmiştir. Böylece Göztepe'nin duvarlarına yalnızca bir isim değil, bir bilim ve insanlık mirası kazanmıştır. Göztepe Prof. Dr. Süleyman Yalçın Şehir Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği, kurulduğu günden bu yana hem bölgesel sağlık yükünü taşıyan hem de bilimsel araştırma kapasitesiyle öncü rol üstlenen hastanenin akademik omurgasının önemli yapı taşları arasındadır.



TJODist Bülteni

İstanbul Medeniyet Üniversitesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı ile tam afiliyasyon hâlinde çalışan klinik, üçüncü basamak düzeyinde hizmet verir. Üç gebe, iki genel jinekoloji, iki perinatoloji, bir infertilite, bir onkoloji, bir endometriozis ve pelvik ağrı ve bir ürojinekoloji polikliniğiyle çok yönlü sağlık hizmeti yürütür. Servis yapılanmasında 20 yataklı jinekoloji servisi, 25 yataklı gebe ve lohusa servisi ile 4 doğum odasından oluşan travay ünitesi bulunur. Modern doğumhane ve yenidoğan yoğun bakım ünitesi bağlantısı sayesinde yüksek riskli gebeliklerde anne ve bebek güvenliği en üst düzeydedir. Klinikte, Anabilim Dalı Başkanı Prof. Dr. Abdulkadir Turgut idaresinde iki doçent, üç doktor öğretim üyesi olmak üzere toplam altı öğretim üyesi; üç yan dal uzmanı, on dört uzman hekim, üç yan dal asistanı ve kırk bir araştırma görevlisi görev yapmaktadır. Eğitim süreci teorik dersler, vaka tartışmaları, literatür toplantıları ve cerrahi rotasyonlarla zenginleştirilmiştir. Klinikte laparoskopik ve histeroskopik cerrahiler, v-NOTES cerrahileri, histerektomi, myomektomi gibi tüm jinekolojik cerrahiler, endometriozis cerrahileri, fertilite koruyucu girişimler ve jinekolojik onkoloji operasyonları yüksek başarı oranlarıyla gerçekleştirilmektedir. Modern cerrahi olanaklar, hem minimal invaziv yaklaşımı hem de hasta konforunu ön planda tutan bir anlayışı birleştirir. Perinatoloji Bilim Dalı, anne ve bebek açısından yüksek riskli gebeliklerin takibinde kliniğin en önemli referans birimlerinden biridir. Aynı zamanda perinatoloji yan dal uzmanı yetiştiren eğitim kliniği olarak da faaliyet göstermektedir. Yan dal uzmanları tarafından yürütülen bu birimde, yönetimi güç vakaların doğumları güncel bilimsel kılavuzlar ışığında planlanır. Amniyosentez, koryon villus örnekleme (CVS) ve kordosentez gibi tanısal girişimlerin yanı sıra intrauterin fetal tedaviler (fetal kan transfüzyonu, fetal aritmi tedavisi, invaziv toraks ve mesane şantı uygulamaları) başarıyla yapılabilmektedir. İnfertilite Ünitesi bünyesindeki İntrauterin İnseminasyon (IUI) polikliniğinde hastalara ovulasyon indüksiyonu ve aşılama tedavileri uygulanarak gebelik şansı artırılmaktadır. Ünite, modern yardımcı üreme tekniklerine hazırlık niteliğinde kişiye özel tedavi planlarıyla hizmet verir. Endometriozis ve Pelvik Ağrı Polikliniği, kronik ağrı ve infertiliteye neden olan bu zorlu hastalığın yönetiminde alanında uzman hekimlerin deneyimiyle öne çıkar. Endometriozis olgularında hem medikal tedavi hem de ileri düzey cerrahi girişimler titizlikle planlanmakta; minimal invaziv cerrahi becerisiyle hastalara yaşam kalitesini geri kazandıran sonuçlar elde edilmektedir. Jinekolojik Onkoloji Bölümü, tecrübeli jinekolojik onkoloji yan dal uzmanları tarafından güncel bilimsel rehberlere uygun biçimde tanı ve tedavi süreçlerini yürütür.



TJODist Bülteni

Kolposkopik değerlendirme ve biyopsi gibi ileri tanısal testlerden kompleks onkolojik cerrahilere kadar geniş bir yelpazede hizmet sunulur. Tüm onkoloji hastaları, kadın hastalıkları ve doğum uzmanlarıyla birlikte ilgili branşların katılımıyla düzenlenen multidisipliner tümör konseylerinde değerlendirilir; tedavi kararı her hasta için bireyselleştirilmiş, kanıta dayalı yöntemlerle alınır. Ürojinekoloji Polikliniği'nde pek çok kadının üriner inkontinans ve pelvik organ prolapsusu olgularının medikal ve cerrahi tedavisi yüksek hasta memnuniyetiyle yapılabilmektedir. Göztepe Prof. Dr. Süleyman Yalçın Şehir Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği, geçmişin nezaketini ve bilgelik geleneğini modern bilimin disipliniyle buluşturmaktadır. Yaşamın her evresinde kadın sağlığının güvenilir adresi olmayı hedeflemektedir. Yarım asrı aşan bu kurum, sadece tedavi edilen hastaların değil, burada yetişen her hekimin belleğinde de iz bırakmaktadır. Köklü bir tarihten doğan bu miras, bugün modern tıbbın ışığında yeni kuşaklara aktarılmakta; bilgiyle, emekle ve insan sevgisiyle büyümeye devam etmektedir.



ESHRE 2025'ten Klinik Öne Çıkanlar ve Gelecek Yönelimler

Hazırlayan: Dr. Can Benlioğlu

Giriş

41. Avrupa İnsan Üreme ve Embriyoloji Derneği (ESHRE) Yıllık Kongresi, 2025 yılında Paris'te gerçekleştirilmiş ve 141 ülkeden yaklaşık 14.000 katılımcıyı bir araya getirmiştir. Kongre kapsamında ana oturumlar (*plenary sessions*), sözlü bildiriler, tartışma oturumları ve uygulamalı eğitimler boyunca, üreme endokrinolojisi ve infertilite alanında klinik uygulamaları etkileme potansiyeline sahip en yeni bilimsel bulgular ve teknolojik ilerlemeler sunulmuştur. Gamet ve embriyo temel biliminden büyük ölçekli klinik çalışmalar ve politik tartışmalara uzanan geniş bir yelpazede güncel trendlerin ele alındığı ESHRE 2025, üreme tıbbının geleceğine dair kapsamlı bir panorama ortaya koymuştur. Bu yazı, kongrede öne çıkan başlıca temalar altında sunulan bilimsel gelişmeleri, verileri ve tartışmaları, kadın hastalıkları ve doğum uzmanlarına yönelik akademik bir üslupla özetlemektedir.

Laboratuvar Teknolojilerindeki İnovasyonlar (Yapay Zekâ, Otomasyon, Embriyo Değerlendirme)

Kongrenin belirgin temalarından biri, IVF laboratuvarlarında yapay zekâ (YZ) ve otomasyonun artan entegrasyonuydu. Klinik embriyologlar ve veri bilimciler, embriyo ve gamet seçimini iyileştirmeyi ve ovaryen stimülasyon protokollerini optimize etmeyi hedefleyen çeşitli YZ destekli araç örnekleri sundular. Bir oturumda, oosit ve embriyo görüntüleri üzerinde eğitilmiş yeni görüntü-analiz algoritmalarının blastokist ploidisini ve gelişim potansiyelini tahmin edebildiği anlatıldı. Çok merkezli doğrulama çalışmalarında, yalnızca oosit görüntülerine bakarak preimplantasyon genetik tarama (PGT-A) sonucunu invaziv olmayan şekilde öngörebilen bu YZ modellerinin umut verici bir doğrulukla çalıştığı bildirildi. Benzer şekilde, **11.000'den fazla embriyonun time-lapse** morfokinetik verileri kullanılarak, anöploidi tahminini iyileştiren makine öğrenimi modelleri geliştirildiği belirtildi. Sunumlar, **YZ uygulamalarının artık embriyoloji alanında teoriden pratiğe geçmeye başladığını**, laboratuvar iş akışlarını hızlandırma ve embriyo seçiminde karar sürecini güçlendirme potansiyeli taşıdığını göstermektedir. Paralel bir "Geleceğin Laboratuvarı" oturumunda, **IVF kültür kaplarının otomatik işlenmesi ve standartlaştırılmış vitrifikasyon** gibi otomasyon teknolojileri sergilendi ve bu yeniliklerin, laboratuvar uygulamalarında tutarlılığı ve verimliliği artırma vaadi taşıdığı vurgulandı.

Kriyoprezervasyon teknolojisinde de dikkat çekici ilerlemeler kaydedilmiştir. Birden fazla araştırma grubu, embriyo ve oositler için ultra-hızlı vitrifikasyon ve çözme tekniklerini karşılaştırmıştır. Çok merkezli çalışmalar, yeni ultra-hızlı protokollerle çözülen blastokistlerin, geleneksel yavaş çözme yöntemleriyle çözülenlerle eşdeğer hayatta kalma ve gelişim sonuçlarına sahip olduğunu göstermiştir. **2.700'den fazla blastokisti** içeren büyük bir seride, tek aşamalı hızlı çözme yönteminin, geleneksel çok aşamalı protokole kıyasla embriyo canlılığında hiçbir olumsuz etki yaratmadığı rapor edilmiştir. Bu bulgular, yeni nesil kriyoprezervasyon ortamlarının ve cihazlarının – örneğin yenilikçi yağlar ve yağ asidi takviyeleri – çözme sürecini embriyo kalitesine zarar vermeden güvenle hızlandırabileceğini göstermektedir. IVF klinikleri için pratik sonuç; **daha kısa işlem süreleri ve lojistik esneklik sağlanırken yüksek embriyo hayatta kalma oranlarının korunabilmesidir.** Ayrıca kongrede, insan embriyolarının etiketleme (*non-invasive labelling*) gerektirmeden 3 boyutlu görüntülenmesini sağlayan prototip bir cihaz tanıtılmıştır. Geç bildiri oturumunda sunulan yeni bir optik sistem (OWLO), boyama veya invaziv işlem kullanmadan blastokistin üç boyutlu görüntüsünü yeniden yapılandırarak daha nesnel canlılık değerlendirmeleri için umut vaat etmiştir. **Görüntüleme ve kriyoteknolojideki bu yenilikler**, ART laboratuvarlarında başarı oranlarını maksimize etmek amacıyla daha **rafine ve verimli uygulamaların** peşinde olduğunu gösteren genel trende uygundur.

Laboratuvar eğitim ve standardizasyonu da gündeme gelen bir diğer önemli konuydu. Özellikle sanal gerçeklik kullanılarak embriyo transferi pratiği yapma imkânı sunan uygulamalı bir oturum, simülasyon teknolojilerinin klinik becerileri geliştirmedeki rolünü ortaya koymuştur. Kalite kontrol bağlamında ise, embriyoloji laboratuvarlarında geleneksel performans göstergelerinin (KPI) günümüz uygulamalarını ne ölçüde yansıttığı tartışılmış; vitrifikasyon ve time-lapse kültür gibi yeniliklere uygun **yeni KPI tanımlarına** ihtiyaç olduğu vurgulanmıştır. Ayrıca bir kılavuz güncelleme oturumunda, yakın zamanda yayınlanacak **ESHRE ovarian stimülasyon (OS) rehberinin** önemli noktaları ve 2025'te güncellenen **ESHRE/Alpha oosit ve embriyo değerlendirme konsensusu** sunulmuştur. Uzmanlar, bireyselleştirilmiş dozlama stratejileri gibi yeni önerileri tartışıp, gerçek vakalar üzerinden interaktif uygulamalar yapmıştır. Bu şekilde teknolojik inovasyonların sahada **standart ve kanıta dayalı uygulamalara dönüştürülmesi** hedeflenmiştir. Sonuç olarak, ESHRE 2025 laboratuvar oturumları, IVF laboratuvarlarında **daha akıllı, otomatik ve objektif** bir döneme girildiğine işaret etmiş ve bu ilerlemelerin klinik başarıya etkisini ortaya koymuştur.

Klinik Tedavi Yenilikleri (Ovülasyon İndüksiyonu, Endometriyal Hazırlık, Yeni RCT Bulguları)

Kongrede sunulan çok sayıda klinik çalışma ve randomize kontrollü çalışma (RCT), **tartışmalı alanlarda tedavi protokollerini optimize etmeye ve hasta sonuçlarını iyileştirmeye odaklanmıştır**. Özellikle **ovülasyon indüksiyonu** ve kontrollü ovarian stimülasyon konularında yeni bulgular paylaşılmıştır. Polikistik over sendromu (PCOS) için ovülasyon indüksiyonunda, dikkat çeken bir RCT çalışması letrozol ile klomifen sitratın birlikte kullanımını, tek başına letrozol ile karşılaştırmıştır. CLC-II olarak adlandırılan bu çalışmanın ön sonuçları sunulmuş; iki ajanın birlikte verilmesinin, yalnızca letrozole kıyasla ovülasyon ve gebelik oranlarını artırıp artırmayacağı araştırılmaktadır. Yine PKOS’lu hastalarda, dirençli olgularda laparoskopik *ovaryen drilling* daha az invaziv bir alternatif olarak sunulan **ultrason eşliğinde over drilling (ULTRA çalışması)**, 12 aylık infertilite sonuçlarını rapor etmiş ve transvajinal ultrason aracılığıyla yapılabilen bu yaklaşımın ovulasyonu geri getirmede umut vaat eden bir etkinliğe sahip olduğu bildirilmiştir. Bu ön sonuçlar doğrulanırsa, ultrason rehberliğinde ovaryen drilling işlemi, laparoskopik cerrahiye göre daha kolay erişilebilir bir tedavi seçeneği haline gelebileceği öne sürülmüştür. Ayrıca 37 yıllık bir PKOS kohortunun uzun dönem takip verileri, tanı anındaki vücut kitle indeksinin PKOS’lu kadınların uzun vadeli sağlık sonuçlarını etkilediğini göstererek kilo yönetiminin önemini vurgulamıştır. Bu çalışmalar, **anovulatuvar infertilite yönetiminde daha kişiselleştirilmiş yaklaşımlar** geliştirilmesinin gerekliliğine işaret etmektedir.

Kontrollü ovarian stimülasyon (COS) alanında, protokollerin ince ayarına yönelik önemli veriler sunulmuştur. Bir RCT (ADAPT-1 çalışması), yeni bir algoritmaya dayalı bireyselleştirilmiş follitropin delta dozlamasını geleneksel follitropin alfa dozlamasıyla karşılaştırmıştır. Çin’den gelen bir başka çalışma ise PGT-A uygulanacak hastalarda progesteronla hazırlanmış ovarian stimülasyon protokolünü (PPOS) GnRH antagonist protokolüyle karşılaştırmıştır. Yan yana sunulan bir sistematik derleme ve meta-analiz, progesteron bazlı protokollerin erken LH yükselmesini engellemede antagonist protokoller kadar etkili (*non-inferior*) olduğunu ortaya koymuştur. Bir diğer çalışmada Fransa’dan araştırmacılar, tetikleme anındaki folikül çapı ile oosit olgunluğu arasındaki ilişkiye bakarak ovülasyon tetiklemesinde “herkese uyan tek kriter” yaklaşımının uygun olup olmadığını değerlendirmiştir. **Taze vs. dondurulmuş embriyo transferi** konusunda yaklaşık 9.700 IVF siklusunu içeren büyük bir bireysel hasta verisi meta-analizi, özellikle antagonist protokol ve follitropin delta kullanımı bağlamında taze ve dondurulmuş blastokist transfer sonuçlarını karşılaştırmıştır. Modern stimülasyon yöntemleri ve luteal faz desteği kullanıldığında, taze transferlerin başarı oranlarının dondurulmuşlara benzer olabileceği gösterilmiştir. Bu bulgu, son yıllarda popüler hale gelen “tüm embriyoları dondur” stratejisine bir meydan okuma olarak değerlendirilebilir.

Embriyo transferi ve implantasyon aşamalarına ilişkin de önemli kanıtlar sunulmuştur. Hollanda kaynaklı büyük ölçekli SCRATCH-OFO çalışması, açıklanamayan infertilitesi olan ve iyi prognoza sahip çiftlerde endometriyal yaralamanın (scratch) etkinliğini değerlendirmiştir. Küçük ölçekli önceki çalışmaların işaret ettiği gibi, bu geniş RCT’de de **rutinde uygulanan endometriyal yaralama işleminin gebelik oranlarını iyileştirmede** bulunmuştur. Bu sonuç, **implantasyon başarısızlığında ampirik olarak uygulanan endometriyal kazıma pratiğinin sonlandırılması** gerektiğine dair güçlü bir kanıt sunmaktadır. Tekrarlayan gebelik kaybı (RPL) alanında ise immünolojik tedavilere yönelik iki önemli RCT’nin sonuçları paylaşılmıştır: Fransa merkezli BBQ çalışması, hidroksiklorokinin tekrarlayan düşüğü önlemedeki etkisini test etmiş ve **anlamlı bir yarar göstermemiştir**. Benzer şekilde Birleşik Krallık’tan CERM çalışması, kronik endometrit varlığında doksisisiklin antibiyotik tedavisinin RPL’li kadınlarda düşük oranlarına etkisini incelemiş; **doksisisiklinin plaseboya kıyasla anlamlı bir fayda sağlamadığını** ortaya koymuştur. Bu veriler, belirgin enfeksiyon bulgusu olmayan RPL vakalarında ampirik antibiyotik veya immünmodülatör tedavilere temkinli yaklaşmak gerektiğini göstermektedir. Öte yandan, Belçika’dan bir RCT, **dondurulmuş öploid embriyo transferinde endometriyum hazırlama yönteminin** (doğal siklus vs. yapay/hormonal siklus) düşük oranlarına etkisini araştırmıştır. Bu çalışma **endometriyal hazırlık yönteminin gebelik kaybı oranları üzerinde belirgin bir fark yaratmadığını** saptayarak, kliniklerin protokol seçiminde hasta konforu ve kaynak kullanımını göz önünde bulundurabileceğini göstermiştir. Ancak daha geniş kapsamlı bir başka çok merkezli RCT’nin sonuçları, canlı doğum oranları benzer olsa da **doğal siklus FET uygulanan kadınlarda, programlı siklusa kıyasla düşük, preeklampsi ve postpartum kanama gibi advers obstetrik sonuçların daha düşük olduğunu** ortaya koymuştur. Bu bulgu, ovulasyonu olan hastalarda **dondurulmuş embriyo transferi için olanak varsa doğal siklusun tercih edilmesinin anne ve bebek sağlığı açısından daha güvenli olabileceğini** düşündürmektedir.

Kongrede ayrıca çeşitli **yenilikçi tedavi yaklaşımları** da geç bildiri olarak sunuldu. Örneğin, İspanya’dan bir grup, prematür over yetmezliği (POI) tedavisi için **over içine kök hücre salınım faktörleri infüzyonunu** deneyen öncü bir çalışmayı tanıtmış olup fare POI modelinde bu yöntemin ovaryen fonksiyonu yeniden başlatarak gelecekte yumurtalık yetmezliği için rejeneratif bir tedavi olasılığı doğurabileceği gösterilmiştir. Yine dikkat çekici bir gelişme, **FSH sinyalini kuvvetlendiren monoklonal bir antikör (IGX12)** ile ilk insan çalışmalarının sunulmasıydı. Hem erkeklerde hem kadınlarda yapılan Faz 1 çalışmada, vücudun kendi FSH hormonunun etkisini artıran bu antikörün iyi tolere edildiği ve gonadotropin aktivitesini artırabildiği gösterildi. Bu buluş, kötü over yanıtı hastalar ya da erkek faktörü infertilitesinde vücudun hormonlarını güçlendirerek etki eden **yeni bir ilaç sınıfının** kapısını açmaktadır. Metabolik sağlık ve fertilité arasındaki ilişki bağlamında, GLP-1 reseptör agonistleri de kongrede ilgi çekmiştir.

Obezite ve metabolik durumun üreme sağlığı üzerindeki kritik etkileri vurgulanmış; gebelik öncesi kilo optimizasyonunun GLP-1 analogları ile sağlanmasının, konsepsiyon ilacın kullanımına denk gelse dahi herhangi bir zarara yol açmadığı ve gebelik sonuçlarını iyileştirebildiği rapor edilmiştir. Özellikle obezitenin menarştan gebeliğe kadarki etkilerini irdeleyen bir oturumda, bu ajanların endometriyal ortamı olumlu yönde etkileyebileceğine dair ilk veriler paylaşıldı.

Genetik ve Embriyo Seçimi

Kongrede genetik testler ve embriyo değerlendirme alanındaki gelişmeler de ön plandaydı. Araştırmalar, laboratuvar teknolojilerinin sunduğu yeni olanaklar ile klinik fayda arasındaki dengenin nasıl kurulacağına odaklanmıştır. Özel bir oturumda, **embriyolarda tüm genom dizileme (WGS)** ile PGT-A'yı aşan kapsamlı bir genetik tarama yapılmasının teknik ve etik zorlukları ele alındı. Bir sunum, WGS tabanlı embriyo testinin mevcut yöntemlere kıyasla genetik anormallikleri daha yüksek çözünürlükle saptayabileceğini göstererek bu teknolojinin tanısallık kapasitesini ortaya koydu. Ancak bunu takip eden konuşmalarda, elde edilen kapsamlı genetik bilgilerin yeni danışmanlık ikilemleri ve etik sorunları beraberinde getirdiği vurgulandı: **WGS ile embriyodan elde edilen geniş verinin ne kadarının klinik olarak anlamlı olduğu, tesadüfi bulguların nasıl yönetileceği** gibi konular tartışıldı.

Mevcut **PGT-A uygulamalarını optimize etme ve mozaik** bulguların yorumlanması üzerine de birçok çalışma sunuldu. 40.000'i aşkın blastokist biyopsisi sonucu ve 8.500 öploid embriyo transferini kapsayan çok merkezli bir analiz, farklı PGT-A laboratuvar stratejilerinin embriyo seçimi ve canlı doğum oranlarını anlamlı ölçüde etkilediğini göstermiştir. Örneğin, biyopsi zamanlamasındaki, test platformlarındaki veya raporlama eşik değerlerindeki farklılıklar, transfer edilmeye uygun bulunan embriyo oranlarında değişikliklere yol açmış ve nihayetinde tedavi sonuçlarını etkilemiştir. Bu veriler, PGT-A metodolojilerinin klinikler arasında standardize edilmesi gerekliliğinin altını çizmektedir; böylece hastaların aldığı bakımın, kullanılan test yöntemlerinden kaynaklı değişkenlikler yüzünden farklılaşması önlenmelidir. Brezilya'dan Neves tarafından sunulan kapsamlı bir çalışma ise önemli bir klinik soruya yanıt aramıştır: **PGT-A, bir canlı doğuma ulaşma sürecini hızlandırmakta mıdır?** Propensity skor eşleştirmesi yapılan retrospektif bir kohortta, **PGT-A uygulanan hastaların ortalama olarak ilk canlı doğuma PGT-A yapmadan IVF uygulananlara göre daha kısa sürede ulaştığı**, üstelik siklus başına canlı doğum oranlarının da benzer olduğu gösterilmiştir. Başka bir deyişle, PGT-A ekstra bir adım ve maliyet getirirse de anöploid embriyo transferlerinden kaçınılarak hastaların gereksiz düşükler veya başarısız denemeler yaşamadan daha hızlı şekilde gebeliğe ulaştığı düşünülebilir. Bu bulgu, PGT-A'nın faydasını sorgulayan son dönem RCT'lerin sonuçlarına karşı, özellikle ileri anne yaşı gibi belirli popülasyonlarda PGT-A kullanımını haklı çıkarabilecek bir karşı argüman sunmaktadır.

Mozaik embriyolar konusunda yapılan araştırmalar da pratik çıkarımlar sağlamıştır. Segmental mozaikizm gösteren embriyoların değerlendirildiği bir çalışmada, **hangi mozaik embriyoların implantasyon ve sağlıklı gebelik potansiyeline sahip olabileceğini öngören sitogenetik ve morfokinetik belirteçler** saptanmıştır. Bu sonuçlar, mozaik embriyoları tamamen dışlamak yerine, bu alandaki verileri **embriyo seçiminde daha incelikli kararlar** için kullanmaya yönelik devam eden çabalara katkı sunmaktadır. Benzer şekilde, Carmen Rubio liderliğindeki bir İspanyol ekibi, **tek nükleotid polimorfizm (SNP) analizinin** PGT-A sonuçlarının yorumlanmasında nasıl bir iyileştirme sağlayabileceğini araştırmıştır. SNP tabanlı ploidite doğrulamasının, yeni nesil dizilemeye dayalı PGT-A’da embriyonun anöploid olup olmadığına dair belirsiz durumları netleştirerek, yanlış pozitif/negatif olguları azaltabileceği bulunmuştur. İleriye dönük bakıldığında, bir sunumda embriyo biyopsilerinde DNA ve RNA analizinin **birleştirilmesinin mümkün olduğu** ve embriyo canlılığı değerlendirmesinde çoklu-omik bir yaklaşıma doğru ilerlenebileceği gösterilmiştir. Embriyonun genomuna ek olarak transkriptomunun da incelenmesiyle, sadece kromozomal olarak normal olup olmadığı değil, aynı zamanda **metabolizma veya stres yanıtı gibi fonksiyonel açılardan embriyonun durumu** hakkında da bilgi edinilebileceği öne sürülmüştür. Henüz deneysel aşamada olsa da bu yaklaşım embriyo seçiminin sadece karyotip temelinde değil, daha bütüncül bir moleküler profil üzerinden yapılabileceği bir geleceğe işaret etmektedir.

Endometriozis, Miyomlar ve Üreme Cerrahisi

Üreme tıbbını ilgilendiren jinekolojik hastalıklardan **endometriozis ve uterin fibroidler** konusunda ESHRE 2025’te son veriler sunulmuş, ayrıca **üreme cerrahisi** alanında önemli tartışmalar yapılmıştır. Birleşik Krallık’tan, **30 yıllık bir dönemde 4 milyondan fazla kadını içeren** büyük ölçekli bir popülasyon çalışması, endometriozise bağlı infertilitesi olan kadınların, diğer nedenlerle infertil kadınlara kıyasla sonunda gebe kalma şanslarının belirgin ölçüde daha yüksek olduğunu ortaya koyarak sürpriz ve cesaret verici bir mesaj iletmıştır. Hatta, endometriozis ile ilişkili infertilitesi olan kadınların **gebelik elde etme oranları**, ovulatuar, tubal veya açıklanamayan infertilite nedenlerine sahip kadınlara göre yaklaşık **4 kat daha fazla** bulunmuştur. Bu geniş kohortta, endometriozisi olan kadınların %40,5’inin çalışma süresi boyunca en az bir gebelik yaşadığı bildirilmiştir. **Lucky Saraswat ve arkadaşlarınınca sunulan bu sonuçlar, endometriozisin gebelik için aşılabilir bir engel olduğu yönündeki yaygın kanıyı sarsmakta** ve altta yatan biyolojik mekanizmalar veya bu gözlemi açıklayabilecek faktörler konusunda yeni araştırma soruları gündeme getirmektedir. Örneğin, endometriozisli kadınların infertilite tedavisine daha erken başvurmaları ya da patofizyolojinin infertiliteye yol açsa bile, ART uygulandığında başarılı implantasyona diğer nedenler kadar engel olmaması gibi olası açıklamalar tartışılmıştır. Elde edilen epidemiyolojik kanıt, endometriozisli hastaların danışmanlığında son derece değerli olacak; bu tanıyla gelen kadınlara yıllardır taşıdıkları “gebelik şansı düşüktür” algısının aksine, uygun tedaviyle birçok hastanın arzu ettiği aileyi kurabildiği mesajını verme imkânı sağlayacaktır.

Kongrede, **endometriozise bağlı infertilitede en iyi tedavi stratejilerine** dair önemli bir karşılaştırmalı çalışma da sunulmuştur. SVIDOE adlı devam eden çok merkezli bir RCT'nin ara analizinde, derin ovaryen endometriozisli infertil kadınlarda iki yaklaşım kıyaslanmıştır: doğrudan tüp bebek tedavisine geçilmesi vs. endometriozis odaklarının cerrahi olarak çıkarılması sonrasında doğal yolla gebeliğin denemesi. İlk sonuçlar, **tüm hastalara uyan tek bir yaklaşım olmadığını** düşündürmüştü; bazı hastaların doğrudan IVF ile daha iyi sonuç aldığı, bazılarında ise cerrahi sonrası spontan gebelik şansının arttığı gözlemlenmiştir. Çalışma tamamlandığında, hangi hasta alt gruplarının önce cerrahiden, hangilerinin ise doğrudan tüp bebekten daha çok fayda gördüğünün netleşmesi beklenmektedir. Bu veriler, endometriozisli hastaların yönetiminde **bireyselleştirilmiş karar almanın** önemini bir kez daha ortaya koymaktadır.

Endometriozisin yanı sıra, kongrede **uterin anomaliler ve fibroidlerle ilgili cerrahi konular** da ele alınmıştır. Uzmanlar, infertiliteye yol açabilen yaygın bir yapısal sorun olan **uterin septum** için tanı kriterlerinin standardizasyonunu tartışmış ve farklı kriterlerin cerrahi sonuçlara etkisini değerlendiren veriler sunmuştur. Tartışmalarda, septum varlığında hangi tanı eşliğinin gerçekten operasyon endikasyonunu belirlemesi gerektiği konusunda fikir birliğine varılmaya çalışılmıştır.

Robot destekli cerrahi de bir başka dikkat çeken konu olarak gündeme gelmiştir. Büyük miyomların alınması ve şiddetli endometriozisin cerrahi tedavisinde robot teknolojisinin faydalarına dair veriler paylaşılmış olup robotik cerrahinin, myomektomi sırasında daha hassas sütür atımı yapabilme ve kan kaybını minimize etme imkânı sağlayarak fertilitiyi koruyucu miyom cerrahisinde avantaj sağladığı gösterilmiştir. Benzer şekilde, ileri endometriozis cerrahisinde robotların derin pelvik bölgedeki odakları daha net görselleştirerek tam temizleme şansını artırdığı belirtilmiştir. Bu teknolojik gelişmeler, kompleks jinekolojik cerrahilerin etkinliğini ve güvenliğini artırarak infertilite hastalarına fayda sunma potansiyeli taşımaktadır. Sonuç olarak, **ESHRE 2025'te endometriozis, miyomlar ve üreme cerrahisi alanındaki oturumlar**, uzun zamandır yerleşik bazı görüşleri değiştiren yeni veriler ortaya koymuş ve cerrahi vs. tüp bebek gibi kararlarda **daha veriye dayalı, hasta odaklı bir yaklaşımın** önemini vurgulamıştır.

Doğurganlık Korunması ve Üreme Süresinin Uzatılması

Doğurganlık korunması (Fertility Preservation, FP), üreme tıbbının deneysel bir uygulamadan çıkarak ana akım bir parçası haline geldiği ve ESHRE 2025'te kapsamlı biçimde ele alındığı bir alandır. Kongrede, FP konusunda uzun dönem sonuç verilerine odaklanılmış, yeni yaklaşımlar ve güncel kılavuzlar paylaşılmıştır. **Genç yaşta kanser geçiren kadınların doğurganlık korunması sonuçlarına dair 20 yıllık bir analiz**, bu alanda çarpıcı bir vurgu noktası olmuştur.

Kanada öncülüğünde yürütülen bu çalışmada, gençken ovaryen doku veya oosit kriyoprezervasyonu yapılan kadınlar uzun yıllar izlenerek, ilerideki üreme sonuçları değerlendirilmiştir. Elde edilen uzun vadeli takip verileri, kanser tedavisi sonrasında doğurganlığın sıklıkla başarıyla geri kazanılabildiğini göstermiş; çok sayıda hastanın yıllar sonra dondurulmuş gametlerini veya dokularını kullanarak sağlıklı gebelikler elde ettiği rapor edilmiştir. Benzer şekilde, İtalya'dan çok merkezli bir çalışma, farklı kanser türlerinden hayatta kalan kadınlarda oosit çözme sonrası gebelik sonuçlarını karşılaştırarak, **hangi malignite türleri ve tedavilerinin doğurganlık korunması sonrası üreme başarısını daha çok etkilediğine** dair detaylı veriler sunmuştur. Çıkarılan önemli bir sonuç, örneğin lenfoma tanılı hastaların FP sonrası gebelik başarılarının, sağlıklı kadınlara yakın seyrettiği, buna karşın sarkom gibi agresif kemoterapi gerektiren kanserlerde başarı oranlarının daha düşük kaldığıdır. Bu da kanser türüne göre hastalara verilecek danışmanlığın ve beklenti yönetiminin hassas bir şekilde ayarlanması gerektiğini göstermektedir.

Onkoloji dışındaki alanlarda da FP'nin giderek genişleyen bir uygulama alanı bulduğu görülmektedir. Fransa'dan bir grup, **ergen trans erkeklerde (doğumda kadın atanan, erkek kimliğiyle yaşayan) hormonal tedavi öncesi yapılan ovaryen stimülasyon ve oosit vitrifikasyonu** sonuçlarını sunmuştur. Her ne kadar örneklem küçük olsa da bulgular destekleyici bir multidisipliner yaklaşımla **genç trans erkeklerin, sissgender hastalara benzer etkinlikte oosit dondurabildiğini** göstermiştir. Bu, giderek daha fazla trans gencin tıbbi cinsiyet geçişi öncesinde fertilitate danışmanlığına başvurduğu düşünüldüğünde kritik ve cesaret verici bir mesajdır. Oturumda, doğurganlık korunmasının **cinsiyet kimliğinden bağımsız olarak tüm hastaların hakkı olduğu** vurgulanmış; danışmanlıktan laboratuvar işlemlerine kadar protokollerin bu hassas gruba uygun şekilde uyarlanması gerektiği belirtilmiştir. Nitekim ESHRE, 2025'te çocukluk ve adolesan dönemde gonadotoksik tedavi alacak erkek çocuklar için **testiküler doku kriyoprezervasyonu konusunda yeni iyi uygulama tavsiyelerini** yayınlamış ve kongrede tanıtmıştır. Bu rehber, ergenlik öncesi ve ergen erkeklerde henüz rutin uygulamaya tam girmemiş bu yöntemin nasıl yapılandırılacağı, hasta seçimi, ailelere danışmanlık ve cerrahi/kriyoprezervasyon standartları gibi konularda kapsamlı öneriler sunan, alanında ilk kapsamlı kılavuz olma özelliğini taşımaktadır. Böylelikle sperm üretemeyen en genç yaş grubu için gelecekte biyolojik ebeveynlik umudu sunabilecek bir çerçeve çizilmiştir.

Araştırma cephesinde, **ovaryen fonksiyonu korumaya veya uzatmaya yönelik yeni stratejiler** kongrede öne çıkmıştır. “Gelişen doğurganlık korunması: yeni stratejiler ve güvenlik” başlıklı oturumda sunulan deneysel yaklaşımlar dikkat çekiciydi. Örneğin, İspanya’dan bir çalışma, standart doğurganlık koruma protokolü olan kontrollü stimülasyonun hormon duyarlı meme tümörlerinin gen ekspresyon profili üzerindeki etkisini incelemiştir. Sonuçlar rahatlatıcıdır: yaygın FP protokollerinin, meme kanseri dokusunda proliferasyonla ilişkili genleri yukarı regüle etmediği; dolayısıyla hormon reseptörü pozitif meme kanseri olan kadınlarda fertilité koruma uygulamalarının güvenli olabileceği gösterilmiştir. Çin’den bir ekip, puberte öncesi kız çocuklarında ovaryen doku kriyoprezervasyonu öncesi **oosit in-vitro maturasyonunu (IVM) iyileştirmeye yönelik** bir yöntem sunmuştur: Doku çıkarılmadan önce hastalara gonadotropin uygulanarak, dondurulan dokudan daha fazla olgun oosit geliştirilebileceği gösterilmiştir[117]. Kemoterapi maruziyetini taklit eden kemirgen modellerinde, Belçikalı araştırmacılar ovaryen hasarı azaltmak için ek tedavileri test etmiştir; özellikle **bir mTOR inhibitörü (temsirolimus) ile Anti-Müllerian Hormon kombinasyonunun**, kemoterapi alan farelerde ovaryen rezervi koruduğu saptanmıştır. Bu yaklaşım, ileride kriyoprezervasyona ek olarak farmakolojik koruma yöntemlerinin de kullanılabileceğine işaret etmektedir. Bir diğer ilgi çekici biyo-mühendislik çözümü ise **perfüzyon biyoreaktörü kullanarak ovaryen kortikal dokunun kültürü** idi. İtalyan araştırmacılar, dinamik perfüzyonla *in vitro* olarak kültüre edilen over dokusunun stromal hücre canlılığını koruduğunu ve hatta statik kültüre kıyasla ekstraselüler matriks yapısının daha iyi muhafaza edildiğini gösterdiler. Bu teknolojinin, doku dondurma ve daha sonra implantasyon aşamalarında folliküler nişin daha iyi korunmasını sağlayarak başarıyı artırabileceği öne sürülmektedir.

Son olarak, **ovaryen yaşlanma** sorununa temel bir çözüm bulma arayışı da kongrede yankı buldu. Çin liderliğindeki bir multi-omik çalışma, genomik, transkriptomik ve proteomik verileri entegre ederek over yaşlanmasında rol oynayan kilit gen ve yolları belirlemiştir. Bu çalışma, ovaryen yaşlanmayı yavaşlatmaya aday birkaç “anti-aging” hedef ortaya koymuştur. Üreme uzun ömürlülüğü temasına paralel olarak, menopoza ne zaman girileceğini öngörme konusunda da ilerlemeler tartışıldı. Aspasia Destouni ve ekibinin genetik çalışması gibi yeni araştırmalar, **doğal menopoz yaşına dair poligenik risk skorları** haritalandırmaktadır; bu sayede ileride kadınların üreme zaman pencerelerini daha iyi tahmin edebilmeleri mümkün olabilir. Bir yorumcunun belirttiği üzere, **bir kadının muhtemel menopoz yaşını öngörebilmesi**, ne zaman çocuk sahibi olmaya ya da ne zaman oosit dondurmaya yöneleceği gibi yaşam planlarını şekillendirmesine yardımcı olacaktır. Özetle, **ESHRE 2025’in doğurganlık korunması ve üreme sürekliliği oturumları**, çift yönlü bir odak sergilemiştir: Kanser veya diğer zorlu koşulları atlatanların ileride aile kurabilmelerini sağlamak için mevcut teknikleri mükemmelleştirmek ve aynı zamanda ovaryen fonksiyonu koruyup uzatmaya yönelik çığır açıcı biyomedikal yaklaşımları keşfetmek. Klinik açıdan, bu gelişmeler infertilite uzmanlarına **erken yönlendirme** (özellikle onkoloji hastaları için) yapmanın önemini yeniden hatırlatırken, ovaryen yaşlanmayı hafifletecek gelecekteki tedavilere dair heyecan verici ufuklar açmaktadır.

Çevresel Faktörlerin Üreme Sağlığına Etkisi

Üreme tıbbında büyük resmi etkileyen çevresel maruziyetler ve yaşam tarzı etkenleri, ESHRE 2025'te göz ardı edilmeyen önemli bir konu başlığı olmuştur. “Çevre ve kimyasalların gizli etkisi” başlıklı bir sempozyumda, ağır metallerden günlük hayatta maruz kalınan kimyasallara kadar çeşitli faktörler tartışılmıştır. Portekiz kaynaklı bir çalışmada, **üreme çağındaki kadınlarda tespit edilen düşük düzey cıva birikiminin** menstrüel döngü parametrelerinde belirgin değişikliklerle korele olduğu saptanmış; bu da balık tüketimi gibi yollarla maruz kalınan cıvanın bile fertilitiyi etkileyebileceğine dair endişe yaratmıştır. Başka bir araştırma, şiddetli endometriozis odaklarının kimyasal “maruziyet profilini” metabolomik yöntemlerle incelemiş ve **endometriozis lezyonlarında, normal endometriyuma kıyasla farklı kirleticici kimyasalların biriktiğine** dair özgün izler tespit etmiştir. Bu bulgu, bazı çevresel kimyasalların endometriozis patogeneze katkıda bulunabileceğini ve hastalığın coğrafi dağılım farklılıklarını kısmen açıklayabileceğini düşündürmektedir. Ayrıca **endokrin bozucu kimyasallar (EDC’ler)** konusu ele alınmış; Türkiye’den yapılan niteliksel bir çalışmada infertil kadınların birçoğunun EDC’ler konusunda düşük farkındalığa sahip olduğu ve fitatlar, parabenler gibi maddelerden kaçınma yolları hakkında yeterli yönlendirme almadığı ortaya konmuştur. Bu çalışmanın yazarları, hastalara günlük yaşamda basit önlemlerle üreme toksinlerinden korunma yollarını öğretecek **hasta eğitiminin önemini** vurgulamıştır.

Belki de en çok ses getiren bulgulardan biri, **insan üreme sıvılarında mikroplastiklerin keşfi** olmuştur. İspanya’dan Emilio Gómez-Sánchez liderliğindeki araştırmacılar, titiz bir analiz sonucunda ilk kez insan **folikül sıvısı ve meni içinde mikroplastik parçacıkları** saptayıp karakterize etmişlerdir. IVF sırasındaki folikül aspirasyonlarında elde edilen sıvıda ve semen örneklerinde, gözle görülemeyecek kadar küçük plastik parçacıkların bulunduğu rapor edilmiştir. Bu **yaygın çevresel kirleticilerin**, doğrudan yumurta ve sperm gibi döllenme sürecinin baş aktörlerinin bulunduğu ortamlara kadar ulaştığının gösterilmesi, henüz sağlık etkileri kanıtlanmamış olsa da ciddi bir endişe uyandırmıştır. Yazarların ifadesiyle bu çalışma, mikroplastiklerin üreme sistemi için **“gizli bir tehlike”** olabileceğini ortaya koymakta ve bunların olası toksik etkilerinin acilen araştırılması gerektiğini işaret etmektedir. Mikroplastiklerin oosit kalitesi veya embriyo gelişimi üzerindeki etkileri henüz net olmamakla birlikte, bu kirleticilerin üreme sürecine bu denli yakın bulunması bile alarm zillerini çalmaya yetmiştir.

Etik Tartışmalar ve Sosyal Boyutlar

Kongre, yeni teknolojilerin getirdiği etik sorumluluklar ve değişen toplumsal normlar konusunda da önemli tartışmalara sahne olmuştur. Düşündürücü bir etik oturumunda “**Embriyo mu, embriyoid mi?**” sorusu sorularak laboratuvar ortamında üretilen embriyo benzeri yapıların (blastoidler olarak da adlandırılmakta) **ahlaki statüsü** tartışıldı. Araştırmacılar artık kök hücreleri kullanarak kendi kendine örgütlenebilen embriyo benzeri yapılar oluşturabildiğinden, Nicolas Rivron gibi konuşmacılar **hukuk ve etik alanında bu modellerin ne zaman gerçek embriyo sayılacağı** ve ne zaman aynı etik değerlendirmelere tabi tutulması gerektiği konusunda net tanımlar yapılması gerektiğini savundu. Genel kanı, bilimin geleneksel embriyo tanımının ötesine geçtiği bu yeni çağda, **yeni bir etik çerçeveye acilen ihtiyaç duyulduğu** yönündeydi. Bir başka tartışma, **YÜT uygulamalarının ticarileşmesi** üzerineydi; uzmanlar, infertilite tedavilerinde özel sektör ve sermaye yatırımının gerekliliği ile bunun getirdiği riskleri karşılıklı olarak ele aldılar[140]. İspanya’dan Rita Vassena, araştırmaların finansmanı ve hizmetlerin yaygınlaştırılması için sorumlu ticari ortaklıkların gerekli olduğunu savunurken; Birleşik Krallık’tan Lucy van de Wiel, ticarileşmenin eşitliği zedeleyip “hasta yararının önüne kârı koyan ART piyasaları” yaratabileceği konusunda uyarıda bulundu. Bu canlı tartışma, IVF alanının giderek risk sermayesi ve endüstri ile iç içe geçtiği günümüzde yaşanan gerçek tartışmaları yansıtmıştır.

Sonuç

ESHRE 2025 Paris Kongresi, hızlı inovasyon ile olgunlaşan derinlikli deneyimin kesişim noktasındaki bir alanın panoramasını çizmiştir. Kongrede sunulan bilimsel yenilikler, mikroskobik ölçekte (mitokondriyal DNA düzeltmeleri, embriyo görüntülerini tarayan YZ algoritmaları) makroskobik ölçeğe (30 yıllık popülasyon çalışmaları ve küresel politika girişimleri) kadar uzanmıştır. Üreme endokrinolojisi ve infertiliteyle uğraşan klinisyenler için öne çıkan birkaç somut ilerleme dikkat çekmektedir. Artık elimizde, **PCOS ve tekrarlayan düşük yönetimi, PGT-A’nın gebelik süresini kısaltmadaki değeri** gibi kritik klinik kararlara yön veren daha güçlü kanıtlar vardır. Örneğin, PGT-A’nın uygun hastalarda ilk canlı doğuma ulaşma süresini kısaltabileceğine dair veriler ve endometriozis kaynaklı infertilitenin sanılandan daha iyi bir prognoza sahip olduğunun gösterilmesi, hasta danışmanlığını doğrudan etkileyecektir. **Yeni teknolojiler** ise kademeli biçimde laboratuvarından yatağa taşınmaktadır: Yapay zekâ embriyo seçiminde yardımcı olmaya başlamış, ultra-hızlı vitrifikasyon protokolleri embriyoya zarar vermeden benimsenebilecek hale gelmiş, sanal gerçeklik simülatörleri ise bir sonraki uzman neslin eğitiminde standart haline gelmeye aday görünmektedir.

Update on diagnosis of polycystic ovary syndrome during adolescence

Alexia Sophie Peña, Ph.D.,^a and Selma Feldman Witchel, M.D.^b

^a Discipline of Paediatrics, The University of Adelaide Robinson Research Institute and Endocrine Department, Women's and Children's Hospital, North Adelaide, South Australia, Australia; ^b Division of Pediatric Endocrinology, UPMC Children's Hospital of Pittsburgh, University of Pittsburgh, Pittsburgh, Pennsylvania

ADOLESANLARDA POLİKİSTİK OVER SENDROMU TANISINA YÖNELİK GÜNCELLEME

ÇEVİREN: Dr. Kübra Hamzaoglu Canbolat

ÖZET

Polikistik over sendromu (PCOS), genellikle adölesan dönemin başlangıcında ortaya çıkan yaygın bir endokrin ve metabolik hastalıktır. 2023 yılında güncellenen uluslararası kanıta dayalı kılavuzlar, yaşamın bu evresinde tanı sürecinde yaşanan tartışmaları ve zorlukları azaltmayı hedefleyerek **adölesan döneme özgü tanı ölçütlerini açık biçimde tanımlamıştır**. Bu makalede, adölesan dönemde PCOS tanısına ilişkin mevcut en güncel veriler incelenmiştir. Özellikle, **Ağustos 2022 ile Mayıs 2025** tarihleri arasında yayımlanmış bilimsel çalışmalara odaklanılmıştır (yani PCOS üzerine hazırlanmış uluslararası kılavuzun en son güncellemelerine dayalı dönem). Güncel kanıtlar, adölesanlarda PCOS tanısı için iki ana ölçütün kullanılmasını desteklemektedir:

1. **Düzensiz menstrüel siklus (menarştan sonraki zamana göre iyi tanımlanmış)**
2. **Klinik veya biyokimyasal hiperandrojenizm** (PCOS'u taklit eden diğer hastalıklar dışlandıktan sonra)

Yetişkinlerdeki tanı kriterlerinden farklı olarak, **pelvik ultrasonla değerlendirilen polikistik over morfolojisi** ya da **antimüllerian hormon (AMH) düzeyleri** adölesanlarda PCOS tanısında kullanılmamalıdır. Adölesan dönemde PCOS'un doğru ve zamanında tanınması, bu sendromla ilişkili metabolik ve psikolojik hastalıkların erken dönemde taranmasını ve uygun biçimde yönetilmesini sağlar. Benzer şekilde, yalnızca bir tanı ölçütünü karşılayan ve "**PCOS açısından risk altındaki**" adölesanların erken belirlenmesi de büyük önem taşır; çünkü güncel bulgular bu grubun da artmış metabolik risklere sahip olduğunu göstermektedir. Bu durum, uzun dönemde izlem gerekliliğini vurgular. Yakın zamanda yapılan **analizler**, iyi tanımlanmış adölesan gruplarda tanı ölçütleri için eşik değerlerin belirlenmesine yardımcı olmakta ve adölesanlara özgü tanı kriterlerinin daha da rafine edilmesine katkı sunmaktadır. Sonuç olarak, **polikistik over morfolojisi ve AMH düzeylerinin dışlandığı**, ancak **açık biçimde tanımlanmış menstrüel düzensizlikler ve hiperandrojenizmin temel alındığı** PCOS tanı kriterleri adölesan dönemde uygulanmalıdır. Hem PCOS tanısı alan hem de risk altındaki adölesanların erken dönemde tanınması, zamanında metabolik tarama ve uygun izlem açısından kritik öneme sahiptir. Sağlık profesyonelleri, adölesanlarda PCOS tanısında yetişkinlerden farklı ölçütler gerektiğinin bilincinde olmalıdır.

GİRİŞ

Polikistik over sendromu (PCOS), Dünya Sağlık Örgütü'nün 10 ila 19 yaş arası dönem olarak tanımladığı **adölesan dönemde genellikle en yüksek görülme sıklığına sahip** yaygın bir endokrin ve metabolik hastalıktır. Adölesanlarda PCOS'un bildirilen yaygınlığı, kullanılan tanı kriterlerine ve incelenen topluma göre değişiklik göstermektedir. Yaklaşık **14.000 adölesan** üzerinde yapılan geniş kapsamlı bir sistematik derleme ve meta-analiz, **Rotterdam kriterlerini** kullandığında (bu kriterler pelvik ultrasonla değerlendirilen polikistik over morfolojisini – PCOM – içerir) PCOS prevalansını **%9,8** olarak bildirmiştir. Buna karşılık, pelvik ultrasonun tanıdan çıkarıldığı **uluslararası kanıta dayalı kılavuz kriterleri** kullanıldığında bu oran **%6,3** olarak bulunmuştur.

Daha düşük bir prevalans oranı (%4,4) da **8.893 adölesandan (17 yaş altı)** oluşan bir grubu kapsayan ve **Ulusal Sağlık Enstitüsü (NIH)** kriterlerini kullanan başka bir meta-analizde bildirilmiştir; bu kriterler de pelvik ultrasonu dışlamaktadır (3). Öte yandan, **obezitesi olan adölesanlarda** PCOS prevalansı bir çalışmada %14,6, **tip 2 diyabetli adölesanlarda** ise sistematik derleme ve meta-analizlerde %19,6 olarak saptanmıştır. PCOS tanısı için **uluslararası kanıta dayalı kriterler**, ilk kez **2018’de yayımlanmış**, ardından **2023’te güncellenerek** adölesan dönemine özgü tanı ölçütlerini daha da netleştirmiştir. Bu kılavuzlara göre, PCOS’u taklit eden diğer hastalıklar dışlandıktan sonra **iki ana tanı ölçütü** kullanılmalıdır:

1. **Düzensiz menstrüel siklus** ,menarştan sonraki yıl sayısına göre iyi tanımlanmış
2. **Klinik ve/veya biyokimyasal hiperandrojenizm** .

Bu kriterler, **pelvik ultrason** veya **serum anti-Müllerian hormon (AMH)** ölçümlerinin adölesan kızlarda tanı amacıyla kullanılmasını desteklememektedir. Menarştan sonraki ilk **8 yıl içinde** over morfolojisinin ultrasonla değerlendirilmesi önerilmez; çünkü bu dönemde görülen **multifoliküler over yapısı** geçici ve fizyolojik bir bulgudur, PCOS’un klinik özellikleriyle ilişkili değildir. Aynı şekilde, **serum AMH düzeylerinin** adölesanlarda PCOS tanısında kullanılması önerilmez; çünkü bu yaş grubunda **spesifitesi düşüktür (6-9)**. AMH veya PCOM bulguları, **sadece yetişkin kadınlarda**, adet düzensizlikleri/anovülasyon ve hiperandrojenizmle birlikte tanı sürecine dahil edilebilir (6,8). Uluslararası kanıta dayalı PCOS kılavuzunun adölesan dönemi önerilerinde doğru ve zamanında tanının önemi vurgulanmıştır.

Erken tanı, **tip 2 diyabet** ve **depresyon** gibi yaygın komorbiditelerin erken dönemde taranmasını ve yönetilmesini sağlar. Bu eşlik eden hastalıkların, PCOS’lu adölesan kızlarda giderek daha fazla tanınması, gelecekteki sağlık sonuçlarını olumsuz etkileyebileceğini göstermektedir (10-13). Bu makalenin amacı, **adölesan dönemde PCOS tanısına ilişkin en güncel kanıtları** inceleyerek bu kritik yaşam evresinde **zamanında ve doğru tanı konulmasını** sağlamaktır.

GEREÇ VE YÖNTEMLER

OvidMedline, PsycINFO, Embase, *Cochrane Database of Systematic Reviews* ve EMB veri tabanlarında, Ağustos 2022 (uluslararası kanıta dayalı PCOS kılavuzunun güncellemesi için son aramaların yapıldığı tarih) ile 29 Mayıs 2025 tarihleri arasında tarama yapılmıştır. Literatür taramasında kullanılan terimler Ek Tablo 1’de yer almakta olup, arama stratejisi Sistematik Derlemeler ve Meta-Analizler için Tercih Edilen Raporlama Ögeleri (PRISMA) modeline göre düzenlenmiştir; bu modelin akış şeması Ek Şekil 1’de sunulmuştur. Yapılan taramada, PCOS tanısıyla doğrudan ilişkili olmayan çok sayıda çalışma, ağırlıklı olarak yetişkin kadınları içeren araştırmalar, derleme makaleleri ve olgu sunumları belirlenmiş; bu çalışmalar, yalnızca sistematik derleme, meta-analiz veya uluslararası kanıta dayalı kılavuz niteliği taşıdıkları durumlarda incelemeye dahil edilmiştir. Bu derleme, adölesanları kapsayan özgün araştırmaları, sistematik derlemeleri, meta-analizleri, uluslararası kanıta dayalı kılavuzları ve hem seçilmiş hem de genel popülasyonları içeren epidemiyolojik (popülasyon temelli) çalışmaları kapsamaktadır.

BULGULAR

PCOS Tanısı İçin Gerekli Kriterler

Adölesan dönemde PCOS tanısı için iki temel ölçüt bulunmaktadır:

1. Düzensiz menstrüel siklus (Menarştan sonraki yıllara göre iyi tanımlanmış veya primer amenore)
2. Hiperandrojenizmin (klinik ve/veya biyokimyasal) varlığı — PCOS’u taklit eden diğer endokrin bozukluklar dışlandıktan sonra.

1) Düzensiz Menstrüel Döngüler

Güncel literatür taramaları, adölesan dönemde PCOS tanısı ile ilişkili menstrüel düzensizlik tanımını doğrudan inceleyen yeni bir çalışma bulunmadığını göstermiştir. Sağlıklı adölesan kızlarda adet döngüsünün doğal gelişimi ve hipotalamo-hipofiz-ovaryen aksın tam fizyolojik olgunlaşmasının birkaç yıl sürmesi dikkate alınarak, uluslararası kanıta dayalı kılavuzlar adet düzensizliğini aşağıdaki şekilde tanımlamaktadır:

- Menarştan sonraki ilk yıl döngülerin düzensiz olması normal kabul edilir.
- Menarştan sonraki 1–3 yıl: döngü süresi 21 günden kısa veya 45 günden uzun ise düzensiz
- Menarştan sonraki 3 yılın ardından: döngü süresi 21 günden kısa veya 35 günden uzun ise düzensiz
- Menarştan 1 yıl sonra herhangi bir döngünün 90 günü aşması durumunda da düzensizlik olarak değerlendirilir.
- Primer amenore: 15 yaşına kadar hiç menstrüel kanamanın başlamaması veya meme gelişiminden (telarş) 3 yıl geçmesine rağmen adet görülmemesi.

Çalışmalar arasında kullanılan menstrüel düzensizlik tanımlarının farklılık göstermesi, sonuçların karşılaştırılmasını güçleştirmektedir. Örneğin, adölesanlarda PCOS prevalansını değerlendiren 23 çalışmanın değerlendirildiği meta-analizde,

- 10 çalışma düzensiz döngüyü >35 gün,
- 4'ü >45 gün,
- 9'u ise herhangi bir tanım belirtmeden değerlendirmiştir.

Ayrıca çalışmalarda menarş sonrası süre sıklıkla belirtilmemiştir.

Yakın tarihli bir sistematik derleme ve meta-analiz (dokuz çalışmayı içeren) sonucunda, Rotterdam kriterleriyle tanı konulan adölesanlarda herhangi bir döngünün >90 gün olması en sık bildirilen menstrüel düzensizlik türü olmuştur.

Buna karşın, Çin'de yapılan geniş bir toplum temelli çalışmada, menarş sonrası ilk birkaç yılda bu tür uzun döngülerin görülme oranı %5'in altında bulunmuştur

Amenore şikayetiyle başvuran 21 yaş altı 745 kadını kapsayan bir çalışmada, olguların %28'inde PCOS tanısı konulmuş ve primer amenorenin en yaygın nedeni olarak PCOS belirlenmiştir (15).

2) Hiperandrojenizm

Hiperandrojenizm genellikle iki şekilde sınıflandırılır:

- Klinik hiperandrojenizm: semptomlar ve fiziksel bulgulara dayanır.
- Biyokimyasal hiperandrojenizm: kandaki androjen düzeylerinin artışıyla tanımlanır.

Bu iki durumdan herhangi birinin varlığı, PCOS tanısı için yeterli kriterlerden biridir. Ancak, adölesan dönemde vücutta gerçekleşen fizyolojik değişimlerin yoğunluğu nedeniyle hem klinik hem de biyokimyasal hiperandrojenizmin normal referans değerleri net olarak tanımlanmamıştır; mevcut sınırlar çoğunlukla erişkin kadınlardan türetilmiştir.

Adölesan dönemde hiperandrojenizmin klinik göstergelerinden biri orta-şiddetli aknedir; ancak hafif akne bu dönemde oldukça yaygın olduğundan tanı ölçütü olarak kabul edilmemelidir. Ayrıca adölesan dönemdeki PKOS'lu hastalarda akne şiddetini değerlendiren tanımlanmış kabul görmüş bir araç veya çalışma bulunmamaktadır.

Bir diğer önemli klinik bulgu hirsutizm olup, dokuz vücut bölgesini kapsayan yarı nesnel bir değerlendirme sistemi olan "Modified Ferriman-Gallwey (mFG) skoru" ile ölçülür. Bu skor 0 ile 36 arasında değişir (0: hiç kıllanma yok, 36: her bölgede maksimum skor olan 4). Ancak, bu değerlendirme kozmetik uygulamalar gibi kişisel müdahalelerden etkilenebilir. Yetişkin kadınlara dayanarak belirlenen hirsutizm için mFG skor eşiği 4-6 olarak kabul edilmiştir; adölesanlar için kesin bir eşik değer tanımlanmamıştır (7,9). Beyaz ırka mensup adölesanlarda yapılan bir analize göre, 4-6'dan düşük mFG skorları dahi biyokimyasal hiperandrojenizmle ilişkili olabilmektedir.

Örneğin, mFG skoru 4 ve 5, sırasıyla %90 ve %95 persentil değerlerine karşılık gelmiştir (17). Çinli adölesanlarda yapılan geniş bir çalışmada ise, 95. persentil mFG skoru 6 olarak bulunmuş ve ≥ 6 değerinin adölesanlarda hirsutizm için olası bir eşik olabileceği belirtilmiştir. Yakın tarihli bir meta-analize göre, adölesan PCOS çalışmalarında en sık kullanılan mFG cutoff değeri ≥ 8 'dir. 15 çalışmadan 9'unda bu değer kullanılmıştır. Diğer çalışmalarda ise ≥ 6 eşiği tercih edilmiştir. Bazı küçük kesitsel çalışmalarda da ≥ 8 skoru, PCOS'lu adölesanlarda hirsutizm tanımlamasında kullanılmıştır.

Biyokimyasal hiperandrojenizmin değerlendirilmesinde en duyarlı göstergeler olarak toplam testosteron, serbest testosteron ve serbest androjen indeksi (FAI) öne çıkmaktadır. Adölesanlarda yapılan iki çalışmayı içeren bir meta-analiz, bu parametrelerin tanı açısından en yüksek duyarlılığa sahip olduğunu göstermiştir. Bununla birlikte, androjen ölçüm yöntemlerinde farklılıklar mevcuttur. Androstenedion ve dehidroepiandrosteron sülfat (DHEA-S) gibi diğer androjenlerin kullanımıyla ilgili veriler sınırlıdır; bu hormonlar erişkinlerde PCOS tanısında yararlı olsa da adölesan kızların PCOS tanısında rutin kullanım önerilmemektedir.

Adölesan dönemde biyokimyasal hiperandrojenizmin normal değerleri henüz belirlenmemiştir; androjen düzeylerinin genellikle 12–15 yaşları arasında yetişkin düzeylerine ulaştığı bildirilmektedir. Adölesanlarda PCOS üzerine yapılan birçok çalışmada, hiperandrojenizmi tanımlamak için kullanılan cutoff değerler açıkça belirtilmemiştir (2). Nüfusa dayalı 235 adölesan (ortalama yaş 15,8 yıl) üzerinde yapılan bir çalışmada, hiperandrojenizmi tanımlamak için 95. persentil cutoff değerleri şu şekilde belirlenmiştir:

- Toplam testosteron: 2.28 nmol/L (0.66 ng/mL),
- FAI: %4.37,
- Androstenedion: 5.2 nmol/L.

244 adölesanı kapsayan başka bir çalışmada yapılan analizde, FAI için daha düşük bir kesim noktası (%3,6) hiperandrojenizmi öngörmeye anlamlı bulunmuştur.

Tanı İçin Gerekli Olmayan İncelemeler: PCOM ve AMH Düzeyleri

Güncellenmiş literatür incelemesi, pelvik ultrasonla tanımlanan polikistik over morfolojisinin (PCOM) ve serum Anti-Müllerian hormon (AMH) düzeylerinin adölesan dönemde PCOS tanısı koymak için kullanılmaması gerektiğini bir kez daha vurgulamaktadır (22-24). Bu durum, yetişkin kadınlardaki PCOS tanı kriterlerinden farklılık göstermektedir.

Bir sistematik derleme ve meta-analiz, PCOM'un tanıdaki rolünü değerlendirmiş ve 20 yetişkin (7.742 kadın; 3.859'u PCOS'lu) ve 4 adölesan çalışmasını (toplam 478 adölesan; 268'i PCOS'lu) incelemiştir (22). Erişkin kadınlarda, çoğunlukla transvajinal ultrason kullanılarak yapılan değerlendirmede, her bir overde 20'den fazla folikül bulunmasının PCOS tanısında altın standart PCOM ölçütü olduğu doğrulanmıştır. Alternatif olarak yumurtalık hacminin >10 mL olması veya tek bir kesitte 10'dan fazla folikül saptanması da PCOM değerlendirmesinde kullanılabilecek parametreler olarak önerilmiştir. Adölesanlarda ise, genellikle transabdominal veya transrektal ultrason kullanıldığından, araştırmacılar yalnızca yumurtalık hacmine ilişkin bir meta-analiz yapabilmıştır. Sonuçlar, adölesan dönemdeki yumurtalık hacminin erişkin kadınlardakiyle benzer tanısal doğruluğa sahip olabileceğini göstermiştir. Ancak, verilerin sınırlı olması nedeniyle, adölesan dönemde ovaryen morfolojinin PCOS tanısında kullanılmasını destekleyecek yeterli kanıt bulunmamaktadır (22). Ayrıca, 14–18 yaş arası, düzenli adet döngüsüne sahip ve hiperandrojenizm bulgusu olmayan 302 adölesan üzerinde yapılan bir çalışmada, transabdominal ultrasonla değerlendirilen PCOM (kesit başına ≥ 12 folikül ve >10 mL hacim) sıklığının menarştan sonra geçen süreye bağlı olarak azaldığı saptanmıştır. Menarştan 1–3 yıl sonra PCOM sıklığı %66 iken, 5 yıl sonrasında bu oran %22'ye düşmüştür. Aynı dönemde, normal yumurtalık morfolojisine sahip bireylerin oranı %34'ten %78'e yükselmiştir. Benzer şekilde, menarştan 5 yıldan fazla süre geçmiş sağlıklı adölesanlarda, aynı tanım kullanıldığında PCOM prevalansı %26,7 olarak bildirilmiştir.

Serum AMH düzeylerinin de adölesan dönemde PCOS tanısında kullanılmaması önerilmektedir; çünkü bu parametrenin duyarlılığı ve özgüllüğü sınırlıdır. Bu sonuca, adölesanlarda PCOS tanısında AMH'nin rolünü inceleyen 11 çalışmayı kapsayan bir sistematik derleme ve meta-analiz dayanak oluşturmuştur. Bu çalışmalardan 8'i Rotterdam kriterlerini, 3'ü ise NIH kriterlerini kullanmıştır. Yakın dönemde yapılan kesitsel çalışmalarda, PCOS tanısı Rotterdam kriterlerine veya iki tanı ölçütüne (menstrüel döngünün süresi ve menarştan sonraki zamana göre değişen tanımlara sahip düzensiz menstrüel siklus+ hiperandrojenizm) göre tanı konulan adölesanlarda, kontrollere kıyasla serum AMH düzeylerinin anlamlı derecede yüksek olduğu bildirilmiştir. Ayrıca, PCOS ve PCOM olan adölesanlarda serum AMH düzeylerinin daha da yüksek olduğu gözlemlenmiştir.

PCOS BELİRTİLERİNİN ANALİZİ

Adölesanlarda PCOS tanısı için spesifik ve güvenilir eşik değerler belirlemeye yönelik mevcut veriler oldukça sınırlıdır. Kiconco ve arkadaşları tarafından yürütülen 152 adölesan kızdan (ortalama yaş: 15,1 yıl) oluşan bir çalışmada, iyi tanımlanmış ve topluma dayalı bir örnekleme, uygun tanısal eşik değerlerin belirlenmesi amaçlanmıştır. Bu çalışmada, verileri gruplandırmak için k-means kümeleme algoritması ($k = 2$) kullanılmıştır. Modelin girdileri; serbest testosteron, serbest androjen indeksi (FAI), menstrüel döngü uzunluğu (gün sayısı) ve Modified Ferriman-Gallwey (mFG) skoru olmuştur. Bu parametrelere göre iki küme tanımlanmıştır: hiperandrojenik ve non-hiperandrojenik. Bu veriler temelinde, 23,4 pmol/L'lik optimal serbest testosteron eşiği, katılımcıların hiperandrojenik veya nonhiperandrojenik kümede olup olmadığını %100 duyarlılık (%91-%100) ve %100 özgüllük (%96,8-%100) ile öngördü. FAI için en uygun eşik değeri %3,6 olarak bulunmuştur. Bu bulgular, serbest testosteron ve FAI'nin, PCOS'lu adölesanların belirlenmesinde kilit biyokimyasal parametreler olduğunu göstermektedir. Fakat hiperandrojenik grupta mFG skorlarının düşük bulunması, bu skorun adölesanlarda hiperandrojenizmi ayırt etmede yeterince yararlı olmayabileceğini düşündürmektedir. Ayrıca, serum AMH düzeylerinin de PCOS'lu adölesan kızları ayırt etmede yararlı olmadığı saptanmıştır.

PCOS AÇISINDAN RİSK ALTINDAKİ ADÖLESANLAR

Uluslararası kanıta dayalı PCOS kılavuzlarının adölesan döneme yönelik önerileri, “risk altındaki adölesanları”, PCOS tanısı için gerekli olan iki temel ölçütten yalnızca birine sahip olan bireyler olarak tanımlamaktadır — yani ya adet düzensizliği ya da hiperandrojenizm bulunan gençler. Bu tanım, bu bireylerin düzenli olarak izlenmesinin önemini vurgulamaktadır.

Yeni çalışmalar, PCOS için risk altındaki adölesanları değerlendirmeye başlamıştır (27,28). Kim ve arkadaşları, 315 Koreli adölesanın %25’ini (79 kişi) bu “risk altındaki” kategoriye dahil etmiştir (27). Bu grubun 67’sinde adet düzensizliği (yılda sekizden az adet döngüsü, döngü süresinin 35 günü aşması veya menarştan 2 yıl sonra hâlâ 3 ay veya daha uzun süre adet görmeme) saptanmış, 12’sinde ise hiperandrojenizm bulunmuştur. Hiperandrojenizm, klinik olarak (mFG skoru ≥ 6 olan hirsutizm) veya biyokimyasal olarak (toplam testosteron > 2.35 nmol/L [0.68 ng/mL], serbest testosteron > 1.72 pg/mL veya FAI $> 5.36\%$) tanımlanmıştır. “Risk altındaki” tüm adölesanlarda transrektal ultrason ile değerlendirilmiş ve çapı 2–9 mm arasında olan ≥ 12 folikül veya > 10 mL over hacmi şeklinde tanımlanan polikistik over morfolojisi (PCOM) de bulunmuştur. PCOS tanısı konan adölesanlarla karşılaştırıldığında, “risk altındaki” grupta androjen düzeyleri (toplam testosteron, serbest testosteron, FAI ve DHEA-S) daha düşük, metabolik parametreler daha hafif ve prediyabet/diyabet oranları daha azdı. Ancak, bu parametreler sağlıklı 428 kontrol bireye göre anlamlı derecede yüksekti. Bu nedenle araştırmacılar, “risk altındaki” adölesanlarda semptomların yönetilmesini ve düzenli takibi içeren pratik bir yaklaşım önermiştir. Özellikle, yeni gelişen veya kötüleşen PCOS ile ilişkili semptomlar ve metabolik bozukluklar açısından bu bireylerin yakından izlenmesi tavsiye edilmektedir. Yüksel ve arkadaşları ise obezitesi bulunan 421 Türk adölesanı değerlendirmiştir. Bu çalışmada, uluslararası kanıta dayalı kılavuzlarda tanımlanan adet düzensizliği kriterleri uygulanmış; klinik hiperandrojenizm, mFG skoru > 5 ve/veya şiddetli akne olarak tanımlanmıştır. Klinik hiperandrojenizm saptanan katılımcıların çoğunda ayrıca biyokimyasal hiperandrojenizm değerlendirilmiş; bu, foliküler fazın erken döneminde yapılan testlerle toplam testosteron > 0.48 ng/mL ve FAI $> 5\%$ olarak tanımlanmıştır (referans aralıkları test üreticisine göre belirlenmiştir).

Bu kriterler kullanılarak yapılan çalışmada, obezitesi olan adölesanlardan oluşan bu kohortta PCOS prevalansı %8,3 ve PCOS açısından “risk altında” olarak sınıflandırılan adölesanların prevalansı %46 olarak bildirilmiştir.

TARTIŞMA

Bu güncellenmiş derleme, adölesan dönemde PCOS tanısının, 2018 ve 2023 yıllarında yayımlanan uluslararası kanıta dayalı PCOS kılavuzlarında da vurgulandığı üzere, yetişkin PCOS tanı ölçütlerinden önemli farklılıklar taşıdığını bir kez daha ortaya koymaktadır. Pelvik ultrason ile değerlendirilen polikistik over morfolojisi (PCOM), menarştan sonraki ilk 8 yıl içinde PCOS tanı kriteri olarak kullanılmamalıdır. Bu durum, konsensüs temelli Rotterdam kriterlerinin adölesan dönemde tanıda uygulanmasını geçersiz kılmaktadır (6,8,22). Ayrıca, serum Anti-Müllerian hormon (AMH) düzeyleri de adölesan PCOS tanısında yeterli özgüllüğe sahip olmadığından kullanılmamalıdır (17,24). Buna karşın, PCOM veya AMH düzeyleri, erişkin kadınlarda PCOS tanısında yararlı yardımcı kriterler olarak kullanılabilir.

Farklı popülasyonlarda yapılan yakın tarihli sistematik derlemeler ve meta-analizler, PCOM’un tanı kriterlerine dahil edilmesinin adölesanlarda overdiagnosis riskini artırdığını vurgulamıştır. Ayrıca, PCOM’un adölesan dönemde tanısal doğruluğuna ilişkin veriler sınırlıdır ve menarştan sonraki erken yıllarda sağlıklı adölesan kızlarda da PCOM bulguları gözlemlenebilmektedir.

Adölesan dönemde PCOS tanısı için yalnızca iki temel ölçüt gereklidir; menarştan sonraki yıl sayısına göre iyi tanımlanmış düzensiz menstrüel siklus , klinik ve/veya biyokimyasal hiperandrojenizm (PCOS’u taklit eden diğer hastalıkların dışlanmalı). Bu iki kriterden yalnızca birine sahip olan adölesanlar (düzensiz menstrüel siklus veya hiperandrojenizm) “PCOS açısından risk altındaki” bireyler olarak tanımlanmalıdır. Son dönem çalışmalarda, özellikle obez adölesanlar arasında bu grubun oldukça yaygın olduğu gösterilmiştir. Bu adölesanların erken dönemde tanımlanması ve takip edilmesi, gecikmiş veya kaçırılmış tanılarının önlenmesi ve metabolik komorbiditelerin erken tanınarak yönetilmesi açısından önemlidir.



TJODİst Bülteni

Ayrıca, PCOS'un yalnızca çok yönlü bir sendromun bir bileşeni olduğu unutulmamalıdır. "Risk altındaki" bireylerin erken dönemde tanımlanması, metabolik ve ruh sağlığı taramalarının zamanında yapılmasını ve yaşam boyu sürebilecek bu durumun erken hedefe yönelik tedavisini mümkün kılacaktır.

Her ne kadar uluslararası kanıta dayalı kılavuzlar, adölesan dönemde PCOS tanısında düzensiz menstrüel siklusu açıkça tanımlamış olsa da klinik ve biyokimyasal hiperandrojenizmin normal değer aralıkları hâlâ belirsizdir. PCOS semptomlarının analizine dayalı olarak incelenmesine yönelik yeni çalışmalar, tanısal eşik değerlerin belirlenmesi ve adölesan kızların daha doğru sınıflandırılmasında önemli bir katkı sağlayacaktır (17). Ancak, şu ana kadar yalnızca beyaz ırktan, obez olmayan Avustralyalı adölesanları içeren tek bir çalışma yapılmıştır; dolayısıyla bu bulguların farklı etnik ve demografik gruplara genellenebilirliği sınırlıdır. Erişkin kadınlarda yapılan geniş birçok etnikli kohort analizinde (n = 9,829), mFG skorunun (Modified Ferriman–Gallwey) hirsutizm için 4 ile 8 arasında değişen eşik değerlerinin PCOS prevalansı ile ilişkili olduğu belirlenmiştir. Bu eşiklerin etnik kökene göre değiştiği saptanmıştır. En yüksek sınır 8 puanla beyaz İranlı kadınlarda, ardından beyaz İtalyan ve siyahi Afrikalı kadınlarda 7, Asyalı Han Çinli, Beyaz Rus, Türk ve siyahi Amerikalılarda 5, Beyaz Amerikalı, Asyalı Koreli, Asyalı Rus ve karma kökenli Rus kadınlarda 4 olarak rapor edilmiştir.

Her ne kadar PCOS'un değerlendirilmesi ve yönetimine ilişkin uluslararası kanıta dayalı kılavuzların uygulanmasında önemli ilerlemeler kaydedilmiş olsa da adölesan PCOS tanısında hâlâ zorluklar devam etmektedir (31,32). Birçok çalışma hâlâ yetişkinlere özgü Rotterdam kriterlerini veya PCOM'u adölesan gruplarda uygulamaya devam etmekte; bazı çalışmalar ise güncel düzensiz menstrüel siklus tanımlarını kullanmamaktadır. Bu nedenle, pediatristler, profesyonel dernekler, hasta toplulukları, eğitimciler ve sağlık politikası yapımcılarıyla süregelen iş birliği, uluslararası kanıta dayalı kılavuzların doğru şekilde uygulanması ve adölesanların zamanında, doğru tanı alarak uzun vadeli sağlık sonuçlarının iyileştirilmesi için kritik öneme sahiptir.



TJODist Bülteni

PCOS üzerine yapılacak araştırmalar hâlâ gereklidir. 1.278 PCOS'lu kadın ve 1.474 sağlık profesyonelinin katılımıyla gerçekleştirilen geniş bir ortak tasarım anketinde, öncelikli araştırma konuları belirlenmiştir. Adölesan dönemde PCOS tanısına yönelik öncelikler arasında; farklı etnik gruplarda PCOS'un doğal seyrini ve erken belirteçlerini tanımlayacak çalışmalar, hiperandrojenizm ve AMH için normal referans değerlerin belirlenmesi yer almaktadır. Bununla birlikte, adölesanların kendi bakış açısını yansıtan araştırma verileri hâlâ sınırlıdır ve bazı adölesanlar PCOS tanısında gecikmeler yaşadıklarını bildirmektedir.

SONUÇ

Adölesan dönemde, polikistik over morfolojisini (PCOM) ve Anti-Müllerian hormon (AMH) ölçümelerini içermeyen, bunun yerine açık biçimde tanımlanmış düzensiz menstrüel siklus ve hiperandrojenizme dayalı özgül PCOS tanı kriterlerinin kullanılması gerekmektedir. Bu dönemde yapılacak analizleri normal referans eşik değerlerinin belirlenmesine katkı sağlayarak doğru ve zamanında PCOS tanısını mümkün kılacaktır. Aynı zamanda, bu analizler PCOS açısından risk altındaki adölesanların erken tanımlanmasını, metabolik risklerin taranmasını ve erken müdahaleyi kolaylaştıracaktır. Mevcut kanıtlar hâlen sınırlıdır; özellikle hiperandrojenizm için belirlenen eşik değerler açısından veri eksikliği devam etmektedir. Bu durum, adölesan dönemde PCOS'un daha iyi anlaşılması ve uzun vadeli sağlık sonuçlarının aydınlatılması için yüksek kaliteli araştırmalara duyulan gereksinimi bir kez daha ortaya koymaktadır.

Clinical Expert Series

CME

Female Sexual Function and Dysfunction

Maya V. Roytman, MA, Rebecca L. Barnett, MD, MPH, and Rachel S. Rubin, MD

Female sexual function and dysfunction is an often-overlooked component within clinical visits. Female sexual disorders are classified by the International Society for the Study of Women's Sexual Health and Fourth International Consultation on Sexual Medicine along the following categories: hypoactive sexual desire disorder, female sexual arousal disorder, female orgasm disorder, and genitopelvic pain disorder. Although more attention has been given to sexual health and developing options for treating dysfunction in recent years, significant knowledge gaps remain in addressing sexual health concerns as part of patient-centered care. Assessing female sexual function consists of obtaining a comprehensive clinical history and performing a thorough physical examination of the pelvic floor and vulvovaginal anatomy. Causes of sexual dysfunction include biologic, psychologic, interpersonal, and sociocultural risk factors. A nuanced approach incorporating evidence-based guidelines and tailored treatment plans that align with the patient's personal goals helps optimize patient sexual health outcomes.

(Obstet Gynecol 2025;146:645–59)

DOI: 10.1097/AOG.0000000000006073

KADIN CİNSEL İŞLEVİ VE İŞLEV BOZUKLUĞU

Çeviren: Dr. Mehtap Akın Efe

Kadın cinsel işlevi ve işlev bozukluğu, klinik ziyaretler sırasında sıklıkla göz ardı edilen bir bileşendir. Kadın cinsel bozuklukları, Uluslararası Kadın Cinselliği Araştırmaları Derneği (ISSWSH) ve Dördüncü Uluslararası Cinsel Tıp Konsültasyonu tarafından şu kategoriler altında sınıflandırılmaktadır: hipoaktif cinsel istek bozukluğu, kadın cinsel uyarılma bozukluğu, kadın orgazm bozukluğu ve genitopelvik ağrı bozukluğu. Son yıllarda cinsel sağlığa ve işlev bozukluklarının tedavisine yönelik seçeneklerin geliştirilmesine daha fazla önem verilmesine rağmen, hasta merkezli bakımın bir parçası olarak cinsel sağlık sorunlarının ele alınmasında hâlâ önemli bilgi eksiklikleri bulunmaktadır. Kadın cinsel işlevinin değerlendirilmesi, kapsamlı bir klinik öykünün alınmasını ve pelvik taban ile vulvovajinal anatomiye içeren ayrıntılı bir fizik muayenenin yapılmasını gerektirir. Cinsel işlev bozukluğunun nedenleri arasında biyolojik, psikolojik, kişiler arası ve sosyokültürel risk faktörleri yer alır. Kanıta dayalı kılavuzları içeren, hastanın kişisel hedefleriyle uyumlu ve bireyselleştirilmiş tedavi planlarını kapsayan nüanslı bir yaklaşım, hastanın cinsel sağlık sonuçlarını en iyi şekilde optimize etmeye yardımcı olur.



TJODist Bülteni

Dünya Sağlık Örgütü, cinsel sağlığı, “bedensel, duygusal, zihinsel ve sosyal olarak cinsellikle ilişkili bir iyilik hali; yalnızca hastalık, işlev bozukluğu veya sakatlığın olmaması durumu değildir” şeklinde tanımlar. Cinsel sağlık, cinselliğe ve cinsel ilişkilere yönelik olumlu ve saygılı bir yaklaşımın yanı sıra, zorlamadan, ayrımcılıktan ve şiddetten uzak, zevkli ve güvenli cinsel deneyimler yaşama olasılığını gerektirir. Kadın cinsel işlevi, hastaların yaşam kalitesi göstergelerinin önemli bir bileşenidir ve klinik ortamlarda sıklıkla göz ardı edilir. Kadın cinsel işlevine ilişkin tartışmalar, diğer sağlık durumlarıyla ilgili tartışmalardan farklıdır; çünkü kadın cinsel işlevinin hedefi yalnızca hastalık tedavisi veya ağrının azaltılması değil, cinsel deneyimlerde memnuniyet ve tatminin en üst düzeye çıkarılmasıdır. Cinsel sağlığın değerlendirilmesi ve bakımı çok yönlüdür: Hastaların fiziksel, psikolojik, duygusal, sosyal ve kültürel bağlamlarının incelikli bir şekilde anlaşılmasını gerektirir. Böylelikle, hastaların temel endişelerini ele alan kişiye özel bir yaklaşım sağlanabilir.

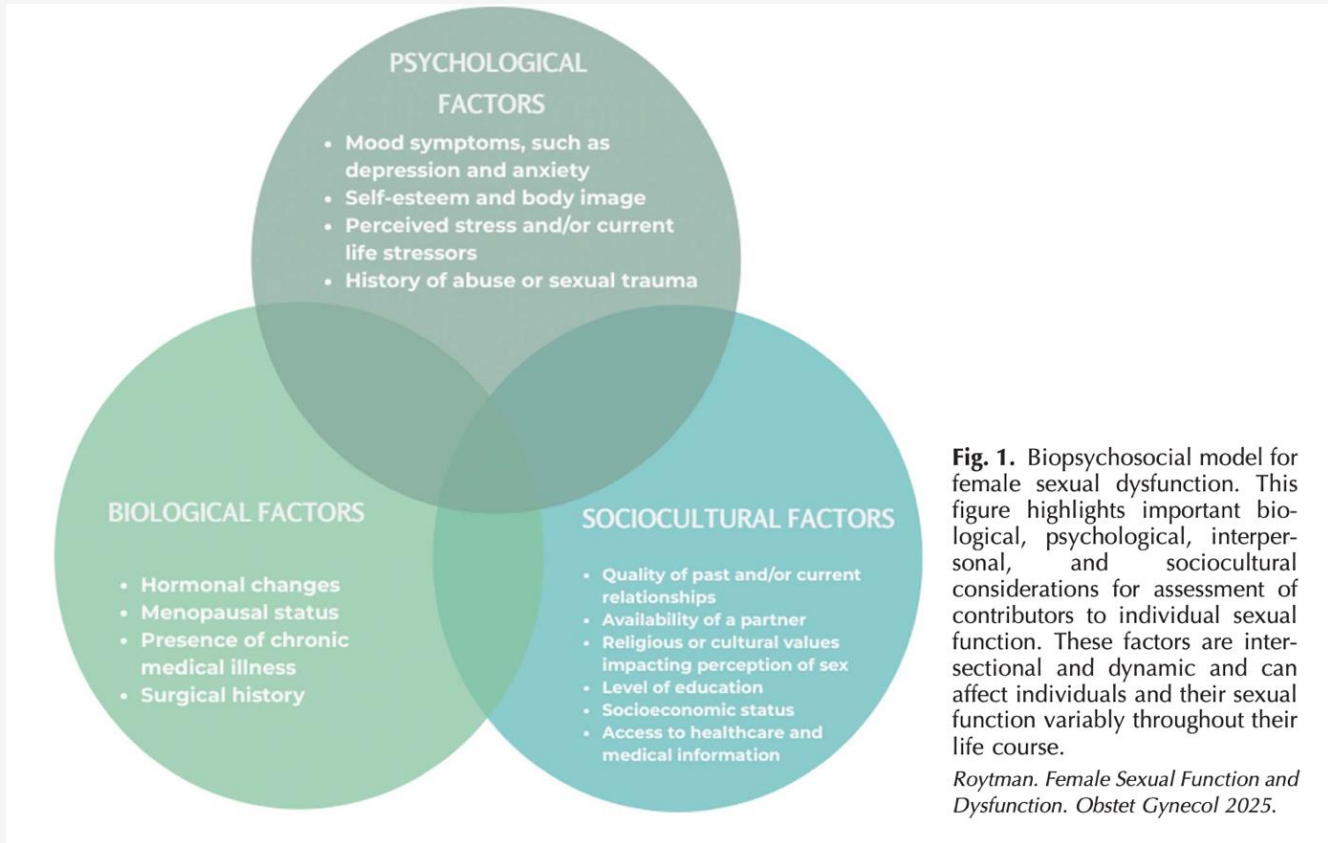
Her cinsiyetten birey cinsel işlevlerinde değişiklikler yaşayabilir; ancak bu uzman derlemesinin odağı, öncelikle doğumda kadın olarak atanan kişilerle ilgili araştırmalara dayanmaktadır. İnterseks ve trans bireyler de cinsel işlevlerinde değişiklikler yaşayabilir ve kapsamlı bir değerlendirmeye ihtiyaç duyarlar. Şu anda, trans ve interseks bireylerde cinsel işlev ve işlev bozukluğunun değerlendirilmesi için geçerliliği kanıtlanmış ölçüm araçları oldukça sınırlıdır; gelecekteki araştırmaların, kapsayıcı ve bütüncül bir bakımın sağlanabilmesi için bu tür araçların geliştirilmesine odaklanması gerekmektedir. Bununla birlikte, burada özetlenen şekilde ayrıntılı klinik öykü alma ve fizik muayene yapma ilkeleri, cinsel işlev bozukluğu yaşayan tüm hastalar için tutarlılığını korur.

KADIN CİNSEL YANIT DÖNGÜSÜ

Kadın cinsel işlevi ve işlev bozukluğuna ilişkin modeller ve çerçeveler zaman içinde gelişmiştir. 1966 yılında William H. Masters ve Virginia E. Johnson tarafından ortaya atılan cinsel tepki döngüsü, cinsel tepkinin uyarılma ve heyecan, plato, orgazm ve çözülme evrelerinden oluştuğunu tanımlar. Bu doğrusal model, özellikle kadınlar için, Rosemary Basson tarafından daha döngüsel bir model önerilerek sorgulanmıştır. Basson’un modeli, kadın cinsel yanıtının genellikle doğrusal bir süreçten ziyade, arzu, duygusal yakınlık ve doyum arasında geri bildirim döngülerinden oluşan karmaşık bir yapı izlediğini ileri sürer. Daha sonraki modellerden biri olan Michael A. Perelman’ın “Sexual Tipping Point (Cinsel Dönüm Noktası)” modeli, arzu ve uyarılma değişkenlerinin “var veya yok” biçiminde değil, bir süreklilik üzerinde yer aldığını öne sürer. Bu modele göre, zihinsel ve fiziksel değişkenlerin dinamik toplamı, bireyin cinsel tepkisini belirleyen temel unsurdur.

KADIN CİNSEL İŞLEVİNİN DEĞERLENDİRİLMESİNDE BİYOPSİKOSOSYAL YAKLAŞIM

Cinsel tıpta biyopsikososyal yaklaşım, cinsel işlevi ve işlev bozukluğunu anlamak için kapsamlı bir araç olarak yaygın biçimde benimsenmiştir. Bu yaklaşım, kadın cinsel işlevine katkıda bulunan unsurların —biyolojik, psikolojik, sosyokültürel ve kişiler arası faktörlerin— dinamik biçimde etkileşim içinde olduğunu ortaya koyar. Başka bir deyişle, kadın cinsel sağlığı yalnızca fizyolojik süreçlerle açıklanamaz; duygusal durum, ilişki dinamikleri, toplumsal normlar, kültürel değerler ve bireysel deneyimler de cinsel işlev üzerinde önemli etkilere sahiptir. Şekil 1’de (Figure 1) bu biyopsikososyal etmenlere ilişkin bazı örnekler sunulmaktadır.



GENEL SAĞLIĞA AÇILAN BİR PENCERE OLARAK CİNSEL İŞLEV

Cinsel işlev, çoğu zaman genel sağlığın bir göstergesi olarak hizmet edebilir. Cinsel işlev bozukluğu, birden fazla organ sistemini etkileyen kronik hastalıklardan kaynaklanabilir.

Kadın cinsel işlevini etkileyebilecek birçok risk faktörü ve neden vardır. Bunlara şunlar dahildir:

- Kaygı,
- Psikolojik stres,
- Diyabetes mellitus
- Hipertansiyon
- Menopozun genitoüriner sendromu ve emzirme döneminin genitoüriner sendromu,
- Mevcut veya geçmişteki kanser tanısı ve tedavileri,
- Nörolojik hastalıklar,
- Geçmişte yaşanan cinsel istismar veya yakın partner şiddeti,
- Önceden geçirilmiş cerrahi operasyonlar,
- İlaç kullanımı veya madde kullanımı.

Cinsel işlev bozukluğu bazen bağımsız olarak da ortaya çıkabilir.

YAŞAM BOYUNCA CİNSEL İŞLEV: GENİTOPELVİK ANATOMİ VE HORMON REGÜLASYONU

Hastalar arasındaki anatomik çeşitlilik, zaman içinde cinsel işlevde görülen farklılıklara katkıda bulunabilir. Vulva, kadın dış genital organlarını oluşturan yapılardan meydana gelir. Bunlar arasında mons pubis, labia majora, labia minora, glans clitoris, vestibüler bulbuslar, vulvar vestibül, büyük vestibüler (Bartholin) bezler, küçük vestibüler (Skene) bezler, üretra ve vajina açıklığı yer alır. Kadın dış genital organları hem üreme sistemi hem de idrar yolları yapılarından oluşur. Bu anatomik yakınlık nedeniyle, cinsel işlev bozuklukları bazen idrar işlev bozukluklarıyla birlikte görülebilir. Labia majora, dış genital organları örten çift taraflı deri kıvrımlarıdır. Cinsel uyarılma sırasında labia minora ile birlikte kanla dolarak şişer. Labia minora, vulvar vestibülün sınırlarını oluşturan, yoğun damar ağına sahip deri kıvrımlarıdır ve klitoris frenulumunu (klitorisin alt kısmını birleştiren doku) çevreler.

Vulva ile ilişkili hastalıklar, cinsel işlevi olumsuz yönde etkileyebilir. Bunlara örnek olarak şunlar verilebilir:

- Bartholin bez kistleri,
- Vulvar vestibulodini,
- Liken sklerozus,
- Liken planus,
- Liken simpleks kronikus,
- Kronik mantar enfeksiyonları veya bakteriyel vajinoz,
- Klitoral fimozis,
- Vulvovajinal kayganlığı azaltan genitoüriner sendromlar.

Bu durumlar hem fizyolojik hem de psikolojik düzeyde cinsel işlevi olumsuz etkileyebilir.

Yaşam boyunca meydana gelen hormonal değişiklikler, cinsel işlevde kritik bir rol oynar. Östrojen, progesteron ve testosteron düzeylerindeki dalgalanmalar, menstrüel döngü boyunca cinsel istek ve aktivitedeki değişikliklerle ilişkilidir.

- Cinsel istekte artış, genellikle ovulasyon dönemi sırasında estradiol düzeylerinin en yüksek olduğu zamanlarda görülür.
- Buna karşılık, luteal fazda progesteron düzeylerinin yükselmesi, bireyin cinsel aktiviteye ilgisinin azalmasına neden olabilir.

Ayrıca, testosteron tedavisi, perimenopozal ve postmenopozal kadınlarda cinsel istek ve uyarılmanın artmasıyla ilişkilendirilmiştir.

Menopoz sürecinin ilerlemesiyle birlikte cinsel işlev bozukluklarının görülme sıklığı artar. Bu durum genellikle hormonal, fizyolojik ve psikososyal faktörlerin birleşiminden kaynaklanır.

KADIN CİNSEL İŞLEV BOZUKLUKLARININ SINIFLANDIRILMASI

Kadın cinsel işlev bozuklukları; yaş, bozukluğun türü, kültürel geçmiş, eşlik eden kronik hastalıklar ve sağlık hizmetlerine erişim gibi faktörlere göre değişkenlik gösterir. Bu değişkenlik, görülme sıklığının doğru bir şekilde ölçülmesini zorlaştırmaktadır. Literatürde bildirilen prevalans oranları oldukça yüksektir; çeşitli çalışmalara göre, yetişkin kadınların %30 ila %50'si yaşamlarının bir döneminde cinsel işlev bozukluğu

yaşamaktadır. Cinsel işlev bozukluğu, bir bireyin normal ya da önceki cinsel işlevine kıyasla kişisel sıkıntıya neden olduğunda, bozukluk (disorder) olarak sınıflandırılır.

Cinsel işlev bozukluğu genellikle şu durumların ikincil bir sonucu olarak ortaya çıkabilir:

- Kronik hastalıklar,
- Psikiyatrik rahatsızlıklar,
- Fiziksel travmalar,
- Pelvik organ sarkması,
- Kanseri tedavileri.

Kadın cinsel işlev bozuklukları, 2019 yılında güncellenen Uluslararası Kadın Cinselliği Araştırma Derneği (ISSWSH) sınıflandırmasına göre düzenlenmiştir. Güncel kılavuzlar, bu bozuklukları aşağıdaki dört ana kategori altında toplar:

1. Hipoaktif Cinsel İstek Bozukluğu (HSDD)
2. Kadın Cinsel Uyarılma Bozukluğu
3. Kadın Orgazm Bozukluğu
4. Genitopelvik Ağrı Bozukluğu

Table 1. Categories of Female Sexual Function Disorders

Category	Key Characteristics	Primary Therapeutic Modalities
Hypoactive sexual desire disorder	Lack of motivation for sexual activity manifested by decreased or absent spontaneous desire, decreased or absent responsive desire to erotic stimulation or inability to maintain desire through sexual activity, or loss of desire to initiate or participate in sexual activity	Sex therapy or education Mindfulness-based cognitive behavioral therapy Flibanserin or bremelanotide* Testosterone†
Female sexual arousal disorder	FGAD: distressing difficulty in attaining or maintaining adequate genital response during sexual activity for 6 mo or longer FCAD: distressing difficulty in maintaining mental excitement associated with sexual activity for 6 mo or longer	FGAD: treatment of underlying cardiovascular or metabolic condition, lifestyle changes, sex therapy, vaginal estrogen or DHEA, lubricants or moisturizers, devices, pelvic floor physical therapy, cessation of inciting medications FCAD: psychosocial and sex therapy, flibanserin or bremelanotide,* pharmacologic treatments†
Female orgasm disorder	Persistent or recurrent delay, infrequency, decreased strength, or absence of orgasm despite adequate stimulation	Education or sex therapy (including directed masturbation) Cognitive behavioral therapy Treatment of underlying dysfunction (in acquired orgasmic disorders)
Genitopelvic pain disorders	Persistent or recurrent difficulty with vaginal penetration or pelvic floor muscle tightening (or fear of tightening) during penetration Vulvodynia: idiopathic vulvar pain lasting at least 3 mo Vestibulodynia: pain induced on contact to the vulvar vestibule	Topical hormones Local injections or topical analgesics Cessation of inciting medications Pelvic floor physical therapy Pharmacologic treatments Surgery (eg, vestibulectomy)

FGAD, female genital arousal disorder; FCAD, female cognitive arousal disorder; DHEA, dehydroepiandrosterone.

* Currently approved by the U.S. Food and Drug Administration (FDA) for premenopausal patients only.

† May be off label or not yet approved by the FDA.

Hipoaktif Cinsel İstek Bozukluğu (HSDD)

Uluslararası Kadın Cinselliği Araştırma Derneği (ISSWSH), kadınlarda en yaygın görülen cinsel sağlık sorunu olan HSDD şu şekilde tanımlar:

Cinsel aktiviteye yönelik motivasyon eksikliği,

- Kendiliğinden cinsel isteğin azalması veya yokluğu,
- Erotik uyarılara karşı tepki olarak cinsel isteğin azalması veya olmaması,
- Cinsel aktivite sırasında isteğin sürdürülememesi,
- Cinsel ilişki başlatma ya da katılma isteğinin kaybı şeklinde ortaya çıkar.

Bu bozukluk, klinik olarak anlamlı kişisel sıkıntılara yol açabilir; bu durum hayal kırıklığı, üzüntü veya keder şeklinde kendini gösterebilir.

Cinsel istekteki azalma, bireyin cinsel aktivite içeren durumlardan kaçınmasına neden olur ve bu kaçınma, ağrıya bağlı cinsel işlev bozuklukları gibi başka bir duruma ikincil değildir.

Hipoaktif cinsel istek bozukluğu prevalansı yaş gruplarına göre değişmektedir:

- 18–44 yaş arası kadınlarda %8,9,
- 45–64 yaş arası kadınlarda %12,3,
- 65 yaş üzeri kadınlarda %7,4 oranında görülmektedir.

Bir kesitsel çalışma, düşük cinsel isteğin görülme oranının

- Premenopozal kadınlarda %26,7,
- Doğal menopoza girmiş kadınlarda %52,4,
- Cerrahi menopoz sonrası kadınlarda ise %12,5 olduğunu göstermiştir.

Hipoaktif cinsel istek bozukluğu, genellikle toplumsal damgalama, hastaların konuşmaktan çekinmesi ve hekimlerin tedavi seçenekleri konusundaki bilgi eksiklikleri nedeniyle yetersiz tanı konulan ve az tedavi edilen bir durumdur.

Hipoaktif cinsel istek bozukluğunun (HSDD) klinik görünümü değişkenlik gösterebilir. Bu durum:

- Yaşam boyu olabilir,
- Sonradan kazanılmış olabilir ya da
- Durumsal (belirli koşullara bağlı) olarak ortaya çıkabilir.

Ayrıca, HSDD cinsel deneyimin tüm yönlerini etkileyebilir.

Araştırmalar, ırksal ve etnik gruplar arasında HSDD tanı oranlarında farklılıklar olduğunu göstermektedir. Örneğin, yapılan çalışmalar, evli beyaz kadınlarda HSDD tanısının bekar siyah kadınlara göre daha yüksek olduğunu ortaya koymuştur.

Bu farkların nedenleri arasında:

- Sağlık hizmetlerine erişim farklılıkları,
- Cinsel işlev bozukluklarına ilişkin sosyokültürel damgalama,
- Ve toplumlar arası cinsellik algısındaki farklılıklar yer alabilir.

Hipoaktif cinsel istek bozukluğu ayrıca şu durumlarla ilişkilendirilmiştir:

- Menopoz sonrası dönem (doğal veya cerrahi menopoz),
- Sigara kullanımı,
- Depresyon,
- Obezite,
- Menopozal hormon tedavisi kullanımı,
- Eğitim düzeyi.

Androjenler, bu bozukluğun patofizyolojisinde önemli bir rol oynar.

Yaşla birlikte androjen düzeylerinde görülen azalma, özellikle perimenopozal, postmenopozal ve cerrahi menopoz geçirmiş kadınlarda HSDD görülme sıklığının artışıyla paralellik göstermektedir.

DSM-5-TR, HSDD ile kadın cinsel uyarılma bozukluğunu tek bir başlık altında, “kadın cinsel ilgi/uyarılma bozukluğu” olarak yeniden sınıflandırmıştır. Ancak bu yeniden sınıflandırma, literatürde tartışmalı bir konudur. Uluslararası Cinsel Tıp (ICSM) ve Uluslararası Kadın Cinselliği Araştırma Derneği (ISSWSH), HSDD’nin kadın cinsel ilgi/uyarılma bozukluğundan ayrı bir bozukluk olarak değerlendirilmesi gerektiğini savunmaktadır. Bu görüş, yapılan çalışmaların HSDD ile kadın cinsel ilgi/uyarılma bozukluğunun farklı klinik sonuçlara sahip olduğunu göstermesiyle desteklenmektedir.

Kadın Cinsel Uyarılma Bozukluğu

ISSWSH terminoloji kılavuzuna göre, kadın cinsel uyarılma bozukluğu, iki alt başlık altında incelenir:

1. Kadın genital uyarılma bozukluğu
2. Kadın bilişsel (zihinsel) uyarılma bozukluğu

Kadın Genital Uyarılma Bozukluğu

Bu bozukluk, en az 6 ay boyunca süren ve kişisel sıkıntıya neden olan şu durumlardan biriyle tanımlanır:

- Yeterli genital yanıtın (örneğin vulvovajinal kayganlık, genital dolgunluk, genital duyarlılık) elde edilememesi veya sürdürülememesi.

Bu durumun nedenleri genellikle vasküler (damarsal) veya nörolojik (sinirsel) kökenlidir.

Kadın Bilişsel (Zihinsel) Uyarılma Bozukluğu

Bu bozukluk, en az 6 ay boyunca süren ve cinsel etkinlik sırasında zihinsel uyarılma veya heyecanı sürdürmemesi ile karakterizedir. Kişide rahatsızlık ve sıkıntı hissine neden olur.

Kadın cinsel uyarılma bozukluğunun nedenleri çok boyutludur ve şunları içerebilir:

- Hormonal faktörler
- Nörolojik bozukluklar
- Vasküler sorunlar
- Enfeksiyonlar
- İnflamatuar hastalıklar
- Psikiyatrik rahatsızlıklar
- İyatrojenik nedenler (ilaç veya tıbbi müdahaleye bağlı etkiler)
- Kişiler arası ilişki problemleri
- Sosyokültürel faktörler

Bu nedenle kadın cinsel uyarılma bozukluğunun değerlendirilmesi, biyolojik, psikolojik ve toplumsal etkenlerin birlikte ele alındığı bütüncül bir yaklaşım gerektirir.

Genitopelvik Ağrı, Vulvodini ve Vestibulodini

Genitopelvik ağrı, cinsel ilişki sırasında vajinal penetrasyonla ilgili sürekli veya tekrarlayıcı zorluklar, ya da penetrasyon girişimi sırasında belirgin korku veya pelvik taban kaslarında istemsiz kasılma şeklinde ortaya çıkabilir.

Ağrının penetrasyon öncesinde, sırasında veya sonrasında ortaya çıkışının doğru bir şekilde tanımlanması, uygun tedavinin planlanması açısından son derece önemlidir.



TJODist Bülteni

Ağrının niteliksel özellikleri şu tanımlayıcı ifadelerle açıklanabilir:

- Zonklayıcı,
- Batıcı,
- Yakan (yanma hissi şeklinde).

Ağrının şiddeti, yüzeysel (vajina girişinde) veya derin penetrasyon sırasında değişiklik gösterebilir.

Pelvik muayene sırasında ağrı tekrarlanabilir olabilir; bu durumda tanı ve tedavi süreci, pelvik taban fizyoterapistleri veya pelvik ağrı konusunda uzmanlaşmış diğer klinisyenlerle iş birliği içinde yürütülmelidir.

Vulvodini, en az 3 ay boyunca devam eden, nedeni bilinmeyen (idiyopatik) vulvar ağrı olarak tanımlanır. Vestibulodini ise, vulvar vestibül (vajina giriş bölgesi) temas ettiğinde ortaya çıkan ağrılı durumdur. Her iki durum da hastalar için oldukça rahatsız edici ve yaşam kalitesini düşürücü olabilir. Fizik muayene sırasında, ağrının uyarıldığı belirli bölgelerin tespit edilmesi büyük önem taşır. Bu amaçla genellikle pamuklu çubuk testi (cotton swab test) uygulanır. Bu test, allodini (normalde ağrı oluşturmeyen bir uyarının ağrıya neden olması) varlığını değerlendirmek için kullanılır.

- Eğer ağrı yalnızca vulvar vestibül bölgesinde hissediliyorsa, tanı vestibulodini olarak konur.
- Eğer ağrı vestibülün dışına da yayılıyorsa, tanı genelleşmiş vulvodini olur.

Muayene sırasında dikkat edilmesi gereken diğer noktalar:

- Ağrının yalnızca temasla mı ortaya çıktığı, yoksa uyarın olmaksızın da devam edip etmediği belirlenmelidir.
- Hastaya, bel, kalça, kasık veya kalça çevresinde başka ağrıların olup olmadığı sorulmalıdır.
- Ayrıca, doğum, kaza, yaralanma veya cinsel travma gibi geçmiş travma öyküsü hassasiyetle sorgulanmalıdır; çünkü bu faktörler genitopelvik ağrıya veya penetrasyon sırasında ağrıya katkıda bulunabilir.

Sürekli Genital Uyarılma Bozukluğu / Genitopelvik Disestezi (PGAD / GPD)

Hekimlerin ayrıca sürekli genital uyarılma bozukluğu veya genitopelvik disestezi (PGAD/GPD) hakkında da farkındalık sahibi olmaları gerekir. Bu nadir fakat ciddi şekilde yaşamı olumsuz etkileyen durum, cinsel istek olmaksızın ortaya çıkan, istenmeyen ve sürekli genital uyarılma hissi ile karakterizedir. Bu duyular, bireylerde yoğun sıkıntı, duygusal çöküntü ve hatta intihar düşüncelerine yol açabilecek kadar şiddetli olumsuz etkiler yaratabilir. ISSWSH tarafından yayımlanan konsensüs raporuna göre, PGAD/GPD'nin kaynağı beş farklı bölgeden biriyle ilişkili olabilir:

1. Genital bölge
2. Pelvis veya perine
3. Cauda equina
4. Omurilik
5. Beyin

Mevcut literatür bulgularına göre, bazı olgularda omurga patolojileri —özellikle sakral (Tarlov) kistleri— PGAD/GPD'nin olası nedenlerinden biri ve tedavi hedefi olarak değerlendirilmektedir.

Tedavi seçenekleri şunları içerebilir:

- Cerrahi müdahale,
- Pelvik taban fizyoterapisi,
- Farmakolojik tedavi (örneğin selektif serotonin geri alım inhibitörleri – SSRI'lar).

Bu tedaviler, belirtilerin azaltılması ve yaşam kalitesinin artırılması için çok disiplinli bir yaklaşım gerektirir.

Kadın Orgazm Bozuklukları

ISSWSH'ye göre, kadın orgazm bozuklukları, en az 6 ay boyunca devam eden ve cinsel aktiviteyle ilişkili orgazm sıklığı, yoğunluğu, zamanı veya zevkinde azalma ya da orgazma ulaşmada güçlük ile karakterize, kişide belirgin sıkıntıya yol açan durumlardır. Orgazm işlevini olumsuz etkileyebilecek çeşitli tıbbi durumlar bulunmaktadır. Bunlar arasında:

- Omurilik yaralanmaları,
- Histerektomi sonrası iyatrojenik sinir hasarı,
- Kronik böbrek hastalığı,
- Multipl skleroz yer alır.

Ayrıca, vulvovajinal atrofi yaşayan hastalarda da orgazma ulaşmada zorluk görülebilir.

Orgazm bozukluğu değerlendirilirken, hastanın yeterli cinsel uyarım yaşıyıp yaşamadığı mutlaka göz önünde bulundurulmalıdır. Yetersiz uyarım, orgazmın gecikmesine veya tamamen yok olmasına yol açabilir. Bazı hastalar, orgazma ulaşmak için klitoral stimülasyonun gerekliliği konusunda bilgilendirmeye ihtiyaç duyar.

Ulusal düzeyde yapılmış bir araştırmada, kadınların:

- %18,4'ü, yalnızca vajinal ilişkiyle orgazma ulaşabildiğini,
- %36,6'sı ise klitoral stimülasyonun orgazma ulaşmak için gerekli olduğunu bildirmiştir.

Dolayısıyla, orgazm bozukluklarının yönetiminde eğitim, doğru uyarılma yöntemlerinin öğretilmesi ve bütüncül değerlendirme büyük önem taşır.

Yetersiz uyarılma olasılığı dışlandıktan sonra, orgazm bozukluğunun nedenini belirlemek genellikle zorlayıcı olabilir.

Diğer cinsel işlev bozukluklarında olduğu gibi, orgazm bozukluklarının görülme sıklığı da tam olarak net değildir. Ayrıca, birçok hasta orgazm konusunu kendi inisiyatifiyle doktoruna açmakta zorlanmakta veya utanma, damgalanma korkusu gibi nedenlerle bu konuyu dile getirmemektedir.

Hastalar farklı şekillerde **orgazm bozukluğu** yaşayabilir:

- **Anorgazmi:** Orgazma ulaşamama durumudur.
- **Anhedonik orgazm (zevk yoksunu orgazm):** Kişinin orgazma ulaşmasına rağmen **zevk veya tatmin hissedememesi** durumudur. Bu tablo, “**zevkten kopuk orgazm bozukluğu (pleasure dissociative orgasm disorder)**” olarak da bilinir.
- **Postorgazmik hastalık sendromu:** Orgazmdan kısa süre sonra **grip benzeri belirtiler, bitkinlik, beyin sisi (düşünsel bulanıklık)** gibi semptomların ortaya çıktığı nadir bir durumdur.

Bu bozukluklar **kllinik görüşmeler sırasında sıklıkla gözden kaçabildiği** için, sağlık profesyonellerinin **orgazm kalitesi ve orgazm sonrası yaşanan deneyimler** hakkında hastalarına **duyarlı ve yönlendirici sorular** sormaları önemlidir.

Böylelikle, altta yatan nedenlerin daha doğru şekilde belirlenmesi ve uygun tedavi planının oluşturulması mümkün olur.

Madde ve İlaç Kaynaklı Cinsel İşlev Bozukluğu

Bazı ilaçlar ve maddeler, doğrudan cinsel işlev bozukluğuna neden olabilir. Madde veya ilaç kaynaklı cinsel işlev bozukluğu, kişinin cinsel sorunlarının bir maddenin veya ilacın kullanımına ya da bırakılmasına bağlı olarak geliştiği durumu ifade eder. Bu tür bozukluklarda, genellikle madde veya ilacın kesilmesinden sonra cinsel işlevde iyileşme beklenir.

Cinsel işlev bozukluğuna yol açtığı bilinen **yaygın ilaç grupları** şunlardır:

- **Antidepresanlar** (özellikle SSRI ve SNRI grupları),
- **Antipsikotikler**,
- **Antihipertansifler**,
- **Hormonal kontraseptifler**

Ayrıca, antiandrojen ilaçlar —örneğin finasterid ve spironolakton— de libido azalması ve cinsel işlevde bozulmaya yol açabilir. Cinsel işlev bozukluğunu değerlendirirken, hastadan semptomların başlangıç zamanının ayrıntılı bir şekilde alınması çok önemlidir. Eğer cinsel işlev bozukluğu, ilacın kullanımından önce başlamışsa veya ilacın kesilmesinden sonra 1 aydan uzun süre devam ediyorsa, sorunun başka bir nedene bağlı olabileceği düşünülmelidir. Bu nedenle, ilaç öyküsü cinsel işlev bozukluklarının değerlendirilmesinde temel bir adım olmalı, gerekirse alternatif ilaçlar veya tedavi stratejileri göz önünde bulundurulmalıdır.

Dermatolojik, İnflamatuar ve Yapısal Vulvar Bozukluklar

Vulvar dermatolojik veya yapısal bozuklukları olan hastalar, sıklıkla cinsel işlev bozukluğu şikayetleriyle jinekoloji veya üroloji kliniklerine başvururlar. Bu nedenle, aile hekimleri ve genel jinekoloji uzmanlarının, bu hastalıkları erken dönemde tanıyabilmeleri ve gerekirse uzman yönlendirmesi yapabilmeleri büyük önem taşır. Vulvayı etkileyen bazı dermatolojik hastalıklar şunlardır:

- Liken sklerozus
- Liken planus
- Liken simpleks kronikus

Bu hastalıklar, vulvar bölgede irritasyon (tahriş) ve ağrıya neden olarak cinsel işlev bozukluğu, rahatsızlık ve psikolojik sıkıntıya yol açabilir. Ayrıca, büyük vestibüler (Bartholin) bez kistleri veya apse oluşumları da cinsel işlevi olumsuz etkileyebilir. Bu kistler genellikle kendiliğinden geriler, ancak daha ciddi vakalarda cerrahi drenaj veya diğer yoğun tedavi yöntemleri gerekebilir. Dolayısıyla, bu tür durumlarda erken tanı, uygun tedavi planlaması ve hasta eğitimi, hem fiziksel iyileşme hem de cinsel sağlığın yeniden kazanılması açısından kritik öneme sahiptir.

Menopoz ve Laktasyonun Genitoüriner Sendromları

Vulvanın fiziksel bütünlüğünü etkileyen bazı durumlar, özellikle hormon eksikliğine bağlı olanlar, cinsel ilişki sırasında ağrıya neden olabilen vulvovajinal atrofiye yol açabilir. Bu durumlar arasında menopozun genitoüriner sendromu (GSM) ve laktasyonun genitoüriner sendromu yer alır. Bu sendromlarda, östrojen ve androjen düzeylerinin azalması, vajinal dokularda kuruluk, elastikiyet kaybı ve atrofi gibi değişimlere yol açar.

Benzer şekilde, hipopitüitarizm, hipotalamik amenore, hiperprolaktinemi, antiöstrojen tedavisi (örneğin meme kanseri tedavilerinde) ve peri/menopozal dönem de düşük hormon düzeylerine neden olarak cinsel istekte azalma ile ilişkilendirilebilir.

Bu hormonal durumlara sıklıkla şu düşük östrojen belirtileri eşlik eder:

- Gece terlemeleri,
- Ateş basmaları,
- Duygu durum değişiklikleri,
- Özellikle de vulvovajinal kuruluk.

Jinekolojik hasta grubunda bu sendromların farkında olunması, erken tanı ve kanıta dayalı tedavi stratejilerinin uygulanması açısından çok önemlidir.

Bu sayede, menopozun veya emzirme döneminin genitoüriner sendromlarına bağlı semptomlar etkin bir şekilde yönetilebilir ve hastanın yaşam kalitesi ile cinsel sağlığı iyileştirilebilir.

Kadın Cinsel İşlevinin ve İşlev Bozukluklarının Değerlendirilmesinde Tanısal Yaklaşımlar

Kadın cinsel işlevine ilişkin durumların tanısı, kapsamlı bir öykü alma ve ayrıntılı bir fizik muayene ile başlar. Her ne kadar tele-sağlık (uzaktan sağlık hizmetleri), özellikle cinsel tıp uzmanı eksikliğinin yaşandığı bölgelerde öykü alma ve danışmanlık açısından yararlı olsa da ayrıntılı bir fizik muayene tanı koyma ve tedavi planlaması açısından oldukça değerlidir.

Klinik Öykü

Tanıya başlarken, hastadan alınacak öykü şu konuları kapsamalıdır:

- Cinsel işlevle ilgili sorular
- Cinsel ilişki sıklığı ve partner sayısı
- Cinsel pratikler ve tercihler
- Cinsel tatmin düzeyi

Hastanın ana şikâyetini doğru anlamak için, doğrudan “Bugünkü ziyaretinizin temel amacı nedir?” gibi sorularla kişisel hedeflerini ifade etmesi teşvik edilmelidir.

Tıbbi ve Cerrahi Öykü

- Obstetrik (gebelik/doğum), jinekolojik ve ürolojik öyküler ayrıntılı şekilde alınmalıdır.
- Geçmiş ve mevcut ilaç kullanımı mutlaka belgelenmelidir; çünkü bazı ilaçlar libido, orgazm kalitesi ve vulvovajinal kayganlık üzerinde olumsuz etkilere sahip olabilir.

Fizik Muayene

Fizik muayene, cinsel işlev bozukluğunun biyolojik ve yapısal nedenlerini saptamada önemlidir. Pelvik taban, vulva, vajina ve klitoris gibi bölgelerin dikkatli değerlendirilmesi, tanı koymayı kolaylaştırır ve uygun tedavi planının oluşturulmasını sağlar.

Geçerliliği Kanıtlanmış Ölçekler (Validated Questionnaires)

Cinsel tıpta ve araştırmalarda, FSFI ve FSDS gibi geçerliliği kanıtlanmış anketlerin kullanımı yaygındır.

Bu araçlar, hasta görüşmelerinde öncelikleri belirlemeye, ayrıca tedavi sürecinde cinsel işlevdeki değişimleri izlemeye yardımcı olur.

FSFI (Female Sexual Function Index)

Bu anket 19 sorudan oluşur ve aşağıdaki alt alanları değerlendirir:

1. Cinsel istek (desire)
2. Uyarılma (arousal)
3. Vajinal kayganlık (lubrication)
4. Orgazm (orgasm)
5. Tatmin (satisfaction)
6. Ağrı (pain)



TJODist Bülteni

FSDS (Female Sexual Distress Scale)

FSDS, cinsel işlev bozukluğuna bağlı duygusal sıkıntıyı ölçen 12 maddelik bir ölçektir.

Güncellenmiş versiyonu olan FSDS-R, Hipoaktif Cinsel İstek Bozukluğu (HSDD) ile ilgili ek bir madde içerir.

FSDS-R skorunun 11 veya üzeri olması, klinik olarak anlamlı cinsel sıkıntıya işaret eder.

DSDS (Decreased Sexual Desire Screener)

DSDS, HSDD tanısında kullanılabilen, kendini değerlendirme temelli bir tarama aracıdır.

Bu ölçek hem hastanın kendisi tarafından doldurulabilir hem de hekimin danışma rehberi olarak kullanılabilir.

İlk dört soru şunları değerlendirir:

- Cinsel istekteki azalma yaşam boyu mu yoksa sonradan mı gelişti?
- Bu değişiklik ne düzeyde sıkıntı yaratıyor?
- Hasta için ideal cinsel istek seviyesi nedir?

Beşinci soru, cinsel istekteki değişikliğe neden olabilecek etkenleri veya koşulları araştırır.

Transgender ve Cinsiyet Onayı Alan Hastalarda Kullanımı

Bu araçlar başlangıçta cisgender (doğumda kadın olarak atanan) kadınlar için geliştirilmiş olsa da son yıllarda cinsiyet onay cerrahisi geçiren trans kadınlar ve hormon tedavisi veya falloplasti uygulanan trans erkekler üzerinde yapılan çalışmalarda da kullanılmıştır. Ancak, bu ölçeklerin transgender bireyler için geçerliliği henüz tam olarak kanıtlanmamıştır. Bu nedenle, uyarlanmış veya yeniden tasarlanmış versiyonlar, cinsiyet onayı sürecindeki hastaların cinsel işlevini değerlendirmek için daha uygun olabilir.

Kısıtlamalar ve Dikkat Edilecek Noktalar

Bu anketlerin geçerliliğini test eden araştırmalarda, ırksal ve etnik çeşitlilik yetersiz kalmıştır. Dolayısıyla, bu ölçekler klinik uygulamada kullanılırken, farklı etnik gruplar arasında sınırlı temsil olduğu göz önünde bulundurulmalıdır. Bu farkındalık, değerlendirmelerin kültürel olarak daha kapsayıcı ve doğru yapılmasına yardımcı olur.

Fizik Muayeneye Yaklaşım

Fizik muayene, cinsel işlev bozukluklarının değerlendirilmesinde en önemli bileşenlerden biridir. Bu muayenenin etkin şekilde yapılabilmesi için hekimlerin, labia majora, labia minora, vulvar vestibül, vulva, vajina ve klitoris anatomisi hakkında ayrıntılı bilgiye sahip olması gerekir.

Eğitim ve Farkındalık

Hem hastalar hem de sağlık çalışanları genellikle cinsel sağlık konularına sınırlı düzeyde maruz kalmaktadır. Bu nedenle, klinik ortamda eğitim ve bilgilendirme çok önemlidir. Hastalar, aynaya bakarak kendi anatomilerini tanımaya teşvik edilmeli, böylece dikkat edilmesi gereken değişiklikleri fark etmeleri sağlanmalıdır. Hekimler, normal ve anormal fizyolojik süreçleri açıklarken modellerden ve anatomik diyagramlardan yararlanarak hastanın anlayışını artırabilir.

Hasta Rahatlığını Önceliklendirme

Cinsel sağlık, klinik ortamlarda dahi çoğu zaman damgalanmış bir konu olarak algılandığından, muayene sürecinde hasta ile güven ilişkisi kurulması ve rahatlığın önceliklendirilmesi son derece önemlidir.

- Saygılı bir örtü kullanımı,
- Muayene sırasında hastayla düzenli iletişim kurmak ve bilgilendirme yapmak,

Bu güvenin tesis edilmesine ve karşılıklı saygıya dayalı bir iletişimin sürdürülmesine katkı sağlar.

Travma Bilinciyle (Trauma-Informed) Yaklaşım

Birçok hasta geçmişte cinsel travma yaşamış olabilir. Bu nedenle, hekimlerin travma bilinciyle hareket eden bir yaklaşımı her muayenede standart hale getirmesi önerilir. Bu yaklaşım, yalnızca travma öyküsü olanlarda değil, tüm hastalar için yararlıdır ve ilk görüşmeden fizik muayeneye kadar olan her aşamada uygulanmalıdır. Böylelikle hem hastanın duygusal güvenliği sağlanır hem de muayene süreci daha empatik, saygılı ve destekleyici bir ortamda gerçekleşir.

Kadın cinsel işlev bozukluklarını değerlendirirken ayrıntılı bir genital muayene büyük önem taşır. Bu muayene hem yapısal hem de işlevsel bozuklukların belirlenmesine yardımcı olur.

Muayene Edilmesi Gereken Anatomik Bulgular

Muayene sırasında aşağıdaki yapılar dikkatle değerlendirilmelidir:

- Labial rezorpsiyon belirtileri,
- Vajinal atrofi
- Klitoris başının (glans clitoris) görünürlüğü,
- Klitoral veya labial yapışıklıkların varlığı,
- Vestibüler eritem veya dokunma hassasiyeti,
- Vajinal pH düzeyi.

Bu bulgular, hormonal değişiklikler, inflamatuvar hastalıklar veya travmalar gibi nedenlerle oluşabilecek cinsel işlev bozukluklarının anlaşılmasına katkı sağlar.

Kantitatif Duyusal Test (Quantitative Sensory Testing – QST)

QST, genellikle araştırmalarda kullanılan bir yöntemdir ve genital somatosensoriyel (duyusal) fonksiyonu değerlendirir.

Bu testte termal (ısı) ve vibrasyonel (titreşim) uyarılar klitoral ve vulvovajinal bölgelere uygulanarak duyusal eşik değerleri ölçülür. Bu yöntem, özellikle orgazm ve uyarılma bozuklukları gibi cinsel işlev bozukluklarına katkıda bulunabilecek duyusal eksikliklerin tespit edilmesine yardımcı olabilir.

Pamuklu Çubuk Testi (Cotton Swab Test)

Allodini (ağrısız uyarana karşı ağrı hissi) değerlendirmesinde kullanılır.

Test şu şekilde yapılır:

1. Pamuklu çubuk, uyluktan (bacak dış kısmı) başlanarak mediale (içe doğru) hareket ettirilir.
2. Sırasıyla labia majora (büyük dudaklar), interlabial sulkus (dudaklar arası oluk), labia minora (küçük dudaklar) ve klitoral başlık (clitoral hood) bölgelerine nazikçe temas ettirilir.
3. Ardından, vulvar vestibül (vajina giriş bölgesi) içinde saat yönünde 2, 4, 6, 8, 10 ve 12 konumlarında baskı uygulanır.
4. Her temas sonrası ağrı, 0–10 arasında sayısal bir ölçekle (0 = ağrı yok, 10 = dayanılmaz ağrı) kaydedilir.
5. Son olarak, urethral meatus ile himen arasındaki bölgeye de hafif baskı uygulanarak vestibülün tamamı test edilir.



TJODist Bülteni

Bu sistematik değerlendirme, lokalize ağrı bölgelerinin belirlenmesini sağlar ve vulvodini, vestibulodini veya genitopelvik ağrı sendromu gibi durumların tanısında önemli bir yardımcı araçtır.

Laboratuvar Testleri ve Hormon Değerlendirmesi

Cinsel işlev bozukluklarının nedenini belirlemede laboratuvar testleri, özellikle hormon panelleri, önemli bir yardımcı araçtır.

Temel Hormon Testleri

Aşağıdaki hormonların ölçümü, hastanın hormonal durumunu değerlendirmek açısından yararlıdır:

- Total testosteron,
- Estradiol
- SHBG – Sex Hormone–Binding Globulin.

Bu hormonlar, cinsel istek, uyarılma ve genel hormonal denge üzerinde doğrudan etkilidir. Düşük testosteron ya da östrojen düzeyleri, özellikle menopoz sonrası dönemde, libido azalması, vajinal kuruluk veya orgazm güçlüğü gibi belirtilerle ilişkilendirilebilir.

Ek Hormon Değerlendirmeleri

Bazı durumlarda ek hormon testleri de gerekebilir, özellikle:

- Prolaktin (yüksekliği cinsel isteği azaltabilir),
- TSH (hipotiroidi veya hipertiroidi cinsel işlevi etkileyebilir).

Bu hormonların değerlendirilmesi, cinsel işlev bozukluğuna endokrin kökenli nedenlerin katkısını ortaya koyabilir.

Sonuçların Yorumlanması

Hormon test sonuçları tek bir ölçüm üzerinden değil, belirli bir zaman aralığında tekrarlanan ölçümlerle birlikte değerlendirilmelidir. Bu yaklaşım, hormonal dalgalanmaların doğal seyrini dikkate alarak daha doğru bir klinik tablo sunar. Bu şekilde elde edilen veriler, hekimin kişiselleştirilmiş ve kanıta dayalı bir tedavi planı oluşturmaya yardımcı olur.

Kadın Cinsel İşlev Bozukluklarında Tedavi Yaklaşımları

Cinsel işlev bozukluğu yaşayan kadınlar için, nedene bağlı olarak birçok farklı tedavi seçeneği bulunmaktadır. Tedavinin en önemli adımı, her hastada bozukluğun temel nedenini tanımlamak, anlamak ve hedefe yönelik olarak ele almaktır. Bu sayede kişiye özel bir tedavi planı geliştirilebilir.

Tedavi Yaklaşımlarının Temel Kategorileri

Kadın cinsel işlev bozukluklarının tedavisi, genellikle aşağıdaki alanları kapsar:

1. Farmakolojik ve Hormonal Tedaviler
 - o Hormon dengesizliklerini düzeltmek veya nörotransmitter aktivitesini düzenlemek için uygulanır.
 - o Östrojen, testosteron veya belirli ilaçlar kullanılabilir.
2. Cerrahi Müdahaleler
 - o Yapısal veya anatomik sorunların (örneğin klitoral yapışıklık, Bartholin kisti vb.) tedavisinde gerekebilir.
3. Farmakolojik Olmayan (Nonfarmakolojik) Yaklaşımlar
 - o Cinsel terapi (bireysel veya çift terapisi),
 - o Yaşam tarzı değişiklikleri (stres yönetimi, egzersiz, uyku düzeni, sigara bırakma vb.),
 - o Pelvik taban egzersizleri ve cihazları (pelvik taban rehabilitasyonu, vajinal dilatatörler, uyarıcı cihazlar vb.).

Tedavi Planlamasında Temel İlkeler

- Tedavi bireyselleştirilmelidir — her kadının cinsel sağlığı, geçmiş öyküsü, biyolojik ve psikososyal durumu farklıdır.
- Hedef, yalnızca semptomların azalması değil, tatmin edici ve sağlıklı bir cinsel yaşamın yeniden kazanılmasıdır.
- Cinsel işlev bozukluğu genellikle çok faktörlü bir durum olduğundan, tedavide multidisipliner bir yaklaşım (jinekolog, psikiyatrist, fizyoterapist, seks terapisti vb.) benimsenmelidir.

Bu bölüm, tüm olası tedavilerin kapsamlı bir listesini sunmasa da, kadın cinsel işlev bozukluklarında en sık başvuru ve klinik olarak önemli görülen tedavi yöntemleri aşağıda ayrıntılı biçimde ele alınmaktadır.

İlaç ve Hormon Tedavisi

Lokal vajinal hormon tedavisi, kadın cinsel işlev bozukluklarının birçok türünde temel tedavi yaklaşımlarından biridir.

Lokal Hormon Tedavileri

- Vajinal östrojen ve vajinal dehidroepiandrosteron (DHEA),
 - İdrar yolu enfeksiyonlarının sıklığını azaltır,
 - disparoniği hafifletir,
 - Vulvovajinal kayganlığı artırır.

Bu tedaviler özellikle menopozun genitoüriner sendromu (GSM) ve laktasyonun genitoüriner sendromu gibi vulvovajinal atrofiye yol açan durumlarda etkili görülmektedir.

HSDD İçin İlaç Tedavileri

Cinsel istek bozukluklarında, özellikle HSDD tanısı konan premenopozal kadınlarda, Amerika Birleşik Devletleri Gıda ve İlaç Dairesi (FDA) tarafından onaylanmış iki ilaç bulunmaktadır:

1. Flibanserin
 - Düşük cinsel isteğin tedavisinde onaylanan ilk ilaçtır.
 - Ağızdan alınan tablet formundadır ve her gece yatmadan önce alınır.
 - Beyindeki serotonin reseptörlerini modüle ederek cinsel isteği artırabilir.
2. Bremelanotid
 - Beklenen cinsel aktiviteden önce uyluğa deri altına (subkutan) uygulanan enjeksiyon şeklindedir.
 - Kullanıcı tarafından kendisi tarafından uygulanabilir.

Her iki ilaç da bazı hastalarda istek artışı ve psikolojik sıkıntıda azalma sağlayarak ılımlı düzeyde fayda göstermiştir.

Yan Etkiler

Her iki ilacın da olası yan etkileri şunlardır:

- Bulantı,
- Baş ağrısı,
- Yorgunluk,
- Baş dönmesi.



TJODist Bülteni

Şu anda menopoz sonrası dönemde düşük cinsel istek için FDA onaylı bir ilaç bulunmamaktadır. Ancak, flibanserin ve bremelanotid bu gruptaki hastalarda off-label (etiket dışı) olarak kullanılmakta ve yapılan çalışmalar benzer etkililik sonuçları göstermektedir. Bu nedenle, ilaç ve hormon tedavisi planlanırken hasta yaşı, hormonal durum, eşlik eden hastalıklar ve bireysel hedefler mutlaka göz önünde bulundurulmalıdır.

Güçlü bilimsel kanıtlar, testosteron tedavisinin menopoz sonrası kadınlarda cinsel işlevi iyileştirdiğini göstermektedir. 2019 yılında yayımlanan küresel uzlaşma raporu, HSDD yaşayan menopoz sonrası kadınlar için testosteron tedavisini resmen desteklemiştir. Ayrıca, 2021 yılında ISSWSH tarafından yayımlanan klinik kılavuzlarda da, HSDD'nin değiştirilebilir faktörlere veya başka tıbbi/psikiyatrik hastalıklara bağlı olmadığı durumlarda, sistemik transdermal testosteron tedavisinin kullanılabileceği belirtilmiştir.

Bu tedavinin, yapılan klinik çalışmalarda orta düzeyde terapötik fayda sağladığı gösterilmiştir.

Tedavi Sürecinde İzlem ve Güvenlik

Tedavi sırasında hastalarda androjen fazlalığı belirtileri ve total testosteron düzeyleri dikkatle izlenmelidir. Amaç, hastayı fizyolojik premenopozal testosteron aralığında tutmaktır. Ne yazık ki, kadınlar için özel testosteron preparatlarının regülasyon onayı ve erişimi hâlen sınırlıdır. Kadınlarda testosteronun güvenli kullanımıyla ilgili daha fazla klinik araştırma verisine ihtiyaç vardır.

Yan Etkiler ve Uzun Dönem Etkiler

Testosteron tedavisinin yan etkileri genellikle normalden yüksek (sürafizyolojik) dozlarda görülür ve şunları içerebilir:

- Hirsutizm
- Akne,
- Seste kalınlaşma.

Ayrıca, testosteronun uzun dönem etkilerini (örneğin kas-iskelet sistemi, bilişsel işlevler ve kardiyovasküler sağlık üzerindeki etkilerini) inceleyen çalışmalar hâlen devam etmektedir. Bu nedenle, off-label testosteron kullanımı planlanırken, hasta ile risk ve faydaların ayrıntılı olarak tartışılması ve ortak karar verme (shared decision-making) sürecinin işletilmesi büyük önem taşır.

Vulvodini ve Vestibulodini İçin Hormonla İlişkili Yaklaşımlar

Vulvodini için etkili, spesifik tedaviler üzerine araştırmalar sürmektedir. Tedavi yaklaşımı, altta yatan patofizyolojiye bağlı olarak değişir; bu nedenle doğru tanı konmadan tedaviye başlanmamalıdır. Hormonla ilişkili vestibulodini durumlarında, tedavi şu şekilde planlanabilir:

- Etkene neden olan ilacın kesilmesi, örneğin:
 - Hormonel kontraseptifler,
 - Tamoksifen,
 - Spironolakton,
 - Aromataz inhibitörleri.
- Ardından lokal vajinal hormon tedavisi uygulanabilir:
 - Östrojen,
 - Dehidroepiandrosteron (DHEA),
 - Kombine östrojen–testosteron formülasyonları.

Diğer Tedavi Seçenekleri (Nöroproliferatif Vestibulodini İçin)

Araştırmalar, nöroproliferatif vestibulodini vakalarında semptomlarda değişen derecelerde iyileşme sağlandığını göstermiştir.

Kullanılabilecek tedavi seçenekleri şunlardır:

- Topikal lidokain,
- Kapsaisin,
- Gabapentin,
- Amitriptilin,
- Ketamin,
- Botulinum toksin enjeksiyonları.

Bu tedaviler genellikle kişiye özel olarak kombine edilir ve multidisipliner bir yaklaşımla (jinekoloji, dermatoloji, nöroloji ve pelvik ağrı terapisi) uygulanır.

Çeşitli ilaç grupları, farklı farmakolojik mekanizmalar yoluyla cinsel istekte azalma, uyarılmada değişiklik, orgazm gücü veya sıklığında azalma ya da cinsel ağrı gibi yan etkilere yol açabilir.

Bazı durumlarda, ilacın kesilmesi, eğer tıbben güvenliyse ve hasta açısından uygunsa, cinsel işlev bozukluğunun düzelmesine yol açabilir. Bu nedenle, hastanın cinsel sorunları değerlendirilirken kullandığı ilaçlar ve tedavi süresi mutlaka gözden geçirilmelidir.

Bazı sistemik veya endokrin hastalıklar da cinsel işlev bozukluğuna neden olabilir. Bu gibi durumlarda, altta yatan hastalığın tedavi edilmesi, cinsel tatminde belirgin bir iyileşme sağlayabilir.

Örneğin:

- Hiperprolaktinemi durumunda:
 - Nedene bağlı ilaç kesilirse,
 - Alternatif tedaviye geçilirse,
 - Veya dopamin agonistleri (örneğin kabergolin) kullanılırsa,

Prolaktin düzeyleri normale dönebilir ve buna paralel olarak cinsel işlev iyileşebilir.

Hormon Dengesizliklerinin Düzeltilmesi

Benzer biçimde, hipotiroidi, hipertiroidi veya hipoandrojenizm gibi hormonal dengesizliklerin uygun şekilde tedavi edilmesi de, hem genel sağlık hem de cinsel işlev açısından olumlu sonuçlar doğurur. Bu nedenle, kadın cinsel işlev bozukluğunu değerlendirirken yalnızca lokal ya da psikolojik etkenler değil, ilaç öyküsü ve endokrin sistem işleyişi de kapsamlı şekilde analiz edilmelidir.

Cerrahi Tedavi Yaklaşımları

Kadın cinsel işlev bozukluklarının tedavisinde cerrahi müdahaleler, yalnızca belirli koşullarda uygulanır.

Genellikle, açık bir anatomik nedenin bulunduğu veya diğer tedavi yöntemlerinin yetersiz kaldığı durumlarda cerrahi seçenekler değerlendirilir.

Vulvar Vestibulektomi

Vulvar vestibulectomi, özellikle nöroproliferatif vulvodini olgularında etkili olabilen bir cerrahi yöntemdir. Bu işlemde, vestibül bölgesindeki yoğun sinir lifleri çıkarılarak ağrının azaltılması hedeflenir. Bu sayede, cinsel ilişki sırasında ağrı (disparoni) önemli ölçüde azalabilir.

Diğer Anatomik Düzeltici Cerrahiler

Cinsel ağrıya yol açabilecek anatomik bozukluklarda aşağıdaki işlemler uygulanabilir:

- Bartholin bez kistlerinin drenajı veya marsupyalizasyonu,
- Ağrılı labia minora hipertrofinin küçültülmesi,
- Pelvik taban onarımları, örneğin:
 - Posterior vajinal onarım,
 - Perineoplasti,
 - Rektosel onarımı.

Bu operasyonlar, özellikle vajinal doğum sonrası deformiteler veya pelvik organ sarkmaları gibi yapısal nedenlerle gelişen cinsel ağrılarda fayda sağlar.

Cerrahinin Cinsel İşlev Üzerindeki Dolaylı Etkileri

Bazen, doğrudan cinsel işlevle ilişkili olmayan cerrahiler (örneğin histerektomi, jinekolojik malignite eksizyonu, meme cerrahileri) sonrasında da cinsel işlevde değişiklikler ortaya çıkabilir. Bu nedenle, her pelvik cerrahi öncesinde ve sonrasında hastanın cinsel işlevi düzenli olarak değerlendirilmelidir.

Klitoral Yapışıklıkların (Adezyonların) Yönetimi

Klitoral adezyonlar, aşağıdaki durumlarla ilişkili olabilir:

- Disparoni
- Liken sklerozus,
- Uzun süreli oral kontraseptif kullanımı,
- PGAD/GPD (persistan genital uyarılma bozukluğu/genitopelvik disestezi).

Cerrahi tedavi seçenekleri:

- Hoodoplasti veya dorsal slit insizyonu uygulanabilir. Bu işlemde, klitoral prepus (kapak) dikkatlice ayrılır veya kısmen çıkarılır, böylece glans clitoris serbestleştirilir. Ancak, bu girişim nörosensoryel kayıp riski taşıyabilir.

Cerrahi dışı (noninvaziv) tedavi seçeneği:

- Lokal anestezi altında, Jacobsen pensleri kullanılarak prepus ile glans arasındaki yapışıklıklar nazikçe ayrılır.
- Bu sırada smegma veya keratin birikimleri de temizlenir.
- İşlem sonrası yapışıklıkların tekrarlamaması için hasta şu konuda eğitilmelidir:
 - Günde en az bir kez prepus'u elle geri çekmek,
 - Topikal ajanlar (hormonlar, steroidler, antifungaller veya vazelin) uygulamak.

Diğer Minimal Girişimsel Yöntemler

Bazı hastalarda, kısa vadeli rahatlama sağlayabilecek ek tedavi seçenekleri de kullanılabilir:

- Tetik nokta enjeksiyonları (trigger point injections),
- Botulinum nörotoksin enjeksiyonları

Bu işlemler özellikle dispareni (cinsel ilişki ağrısı) veya vestibulodini gibi durumlarda ağrının azaltılmasına yardımcı olabilir. Cerrahi tedavi, kadın cinsel işlev bozukluklarında seçilmiş vakalarda etkili bir seçenek olabilir. Ancak, her durumda öncelikle altta yatan nedenin doğru saptanması, cerrahi dışı tedavilerin değerlendirilmesi ve hasta ile risk-fayda dengesinin açık şekilde konuşulması gerekir.

Nonfarmakolojik Tedavi Yaklaşımları

Kadın cinsel işlev bozukluklarının yönetiminde farmakolojik olmayan yöntemler, hem ilaç veya cerrahi tedavilere tamamlayıcı olarak hem de bağımsız tedavi seçenekleri olarak kullanılabilir. Bu yaklaşımlar genellikle birden fazla yöntemi bir arada kullanarak bütüncül bir tedavi planı oluşturmayı amaçlar.

Pelvik Taban Fizyoterapisi

Pelvik taban fizyoterapisi, özellikle şu nedenlerle ortaya çıkan ağrılarda etkili bir tedavi yöntemidir:

- Pelvik taban hipertonisitesi
- Endometriozis,
- Üriner veya gastrointestinal işlev bozuklukları,
- Kronik ya da provokasyonla oluşan pelvik ağrılar.

Pelvik taban disfonksiyonu, klinik muayene ile kolaylıkla değerlendirilebilir. Yeni yayınlanan araştırmalar, bu değerlendirme öncesinde kullanılabilecek anketler ve yatak başı muayene teknikleri konusunda ayrıntılı bilgiler sunmaktadır.

Vajinal Nemlendiriciler ve Kayganlaştırıcılar

Cinsel ilişki sırasında ağrı (disparoni) yaşayan kadınlarda ilk önerilerden biri, vajinal nemlendirici veya kayganlaştırıcı kullanımıdır.

- Nemlendiriciler:
 - Haftada birkaç kez vajinal mukozaya uygulanabilir.
 - Kuruluk, kaşıntı, irritasyon ve idrar yaparken yanmayı azaltır.
 - Vajinal pH'ı düşürerek sağlıklı mikroflorayı destekler.
- Kayganlaştırıcılar:
 - Cinsel aktivite sırasında kullanılır.
 - Su, silikon, yağ veya karma (hibrit) bazlı olabilir.
 - Silikon bazlı ürünler daha uzun ömürlüdür.
 - Yağ bazlı ürünler lateks prezervatifleri zedeleyebilir, bu nedenle dikkatli kullanılmalıdır.

Dilatatörler ve Vajinal Egzersiz Aletleri

Vajinal dilatatörler, şu durumlarda uzun dönem tedavi sürecine katkı sağlar:

- Cinsel işlev bozuklukları,
- Pelvik cerrahi sonrası rehabilitasyon,
- Cinsiyet onayı ameliyatları,
- Radyoterapi sonrası vajinal değişiklikler.

Dilatatör çeşitleri:

- Standart (statik) dilatatörler,
- Titreşimli dilatatörler (pelvik kas gevşemesine yardımcı olur),
- Biyogeribildirim (biofeedback) dilatatörleri (kas aktivitesini gerçek zamanlı olarak ölçer)

Hastalar, dilatatör kullanımı konusunda detaylı eğitim almalıdır:

- Malzeme türleri,
- Seanslarda kayganlaştırıcı kullanımı,
- Kademeli ilerleme planı anlatılmalıdır.

Yeni cihazlar arasında pelvik çubuklar (pelvic wands) ve Kiwi cihazı da yer almakta olup, bu araçlar vajinal giriş ağrısını ve pelvik kaslardaki miyofasyal gerginliği azaltmak için tasarlanmıştır.

Cinsel Zevke Yönelik Cihazlar

Cinsel tatmini artırmak ve pelvik sağlığı desteklemek için bazı orgazm odaklı cihazlar da önerilebilir:

- Vibratörler ve klitoral stimülatörler, cinsel doyumunu artırmanın yanı sıra pelvik kas fonksiyonlarını ve vulvodini semptomlarını da iyileştirebilir.
- FDA onaylı EROS klitoral terapi cihazı, klitoral bölgeye vakum etkisiyle kan akışını artırarak kadın cinsel uyarılma bozukluğunun tedavisinde kullanılmaktadır.

Bu tür cihazların seçimi, hasta ile ortak karar verme (shared decision-making) yaklaşımıyla yapılmalıdır.

Psikoterapi ve İlişki Odaklı Yaklaşımlar

Cinsel işlev bozuklukları çoğu zaman duygusal, ilişkisel veya travmatik geçmişlerle bağlantılı olabilir. Bu nedenle, partner ilişkilerinde duygusal yakınlık, romantik bağ ve travma öykülerinin tartışılması tedavi sürecine katkı sağlar.

Terapi türleri arasında şunlar yer alır:

- Bilişsel davranışçı terapi (CBT),
- Farkındalık temelli terapiler (Mindfulness-based CBT),
- Kabul ve kararlılık terapisi (ACT).

Araştırmalar, özellikle bilişsel davranışçı terapi ve mindfulness temelli yaklaşımların, anorgazmi tedavisinde etkili olduğunu göstermektedir.

Farmakolojik olmayan yöntemler —örneğin pelvik taban terapisi, nemlendirici ve dilatör kullanımı, cinsel cihazlar ve psikoterapi— kadın cinsel işlev bozukluklarının çok boyutlu tedavisinde önemli bir yer tutar. Bu yaklaşımlar, biyopsikososyal model çerçevesinde uygulandığında hem fiziksel hem de duygusal iyileşmeyi destekler.

Tedavi Edilmeyen Cinsel İşlev Bozukluğunun Komplikasyonları ve Sonuçları

Kadın cinsel işlev bozukluğunun yönetiminde, tedavi planı her hastanın öyküsüne ve klinik durumuna göre bireyselleştirilmelidir.

Bu alanda tek tip bir tedavi yaklaşımı (one-size-fits-all) yoktur; çünkü her hasta, mevcut tedavi yöntemlerine farklı şekilde yanıt verebilir. Bu nedenle tedavi süreci genellikle dinamik ve hastanın deneyimine göre uyarlanabilir olmalıdır.

Tedavi Edilmeyen Cinsel İşlev Bozukluğunun Etkileri

Tedavi edilmeyen cinsel işlev bozukluklarının komplikasyonları çok faktörlüdür ve hem psikolojik, hem fiziksel, hem de duygusal alanlarda ciddi sonuçlar doğurabilir:

- Psikolojik etkiler: Anksiyete, depresyon, özgüven kaybı, beden imajı bozukluğu, suçluluk veya utanma duyguları.
- Duygusal etkiler: Yakınlık ve bağlanma sorunları, ilişkisel stres, partnerle çatışma, duygusal uzaklaşma.
- Fiziksel etkiler: Süregelen ağrı, pelvik kas gerginliği, uyarılma ve orgazm sorunlarının kronikleşmesi

Cinsel sıkıntı yalnızca bireyin kendisini değil, aynı zamanda partner ilişkilerini ve genel yaşam doyumunu da olumsuz etkileyebilir.

Hormonal Tedavinin Önemi

Özellikle menopozun genitoüriner sendromu (GSM) gibi durumlarda, hormon tedavileri (örneğin vajinal östrojen) sadece yaşam kalitesini artırmakla kalmaz, aynı zamanda yaşam kurtarıcı etkiye sahip olabilir.

Bu tür tedaviler, tekrarlayan idrar yolu enfeksiyonlarını azaltmada kanıta dayalı olarak etkilidir.



TJODist Bülteni

Erişim Engelleri ve Tedaviye Uyum Sorunları

Tedavi başarısını sınırlayan önemli faktörler arasında:

- Sağlık hizmetine erişim kısıtlılığı,
- Tedavi maliyetleri,
- Tedaviye düzenli devam edememe (uyum eksikliği) yer alır.

Buna ek olarak, sağlık sistemi ve düzenleyici engeller, hastaların önerilen ilaç veya hormon tedavilerine ulaşmasını sıklıkla zorlaştırmaktadır.

Savunuculuk ve Geleceğe Yönelik Gereksinimler

Cinsel sağlık alanında ilerleme kaydedebilmek için, kanıta dayalı tedavi seçeneklerinin genişletilmesi gerekmektedir.

Özellikle şu alanlarda devam eden savunuculuk çalışmaları büyük önem taşır:

- Vajinal östrojen preparatlarına erişimin artırılması,
- Kadınlara özgü testosteron formülasyonlarının geliştirilmesi ve onaylanması,
- HSDD gibi durumlar için güvenli, etkili ve erişilebilir tedavi seçeneklerinin sunulması.

Sonuç olarak:

Tedavi edilmeyen kadın cinsel işlev bozuklukları, sadece cinsel sağlıkla sınırlı kalmayıp bütüncül sağlık ve yaşam kalitesini derinden etkileyen bir sorundur.

Bu nedenle, erken tanı, çok disiplinli bakım, hasta odaklı yaklaşımlar ve sağlık sistemi düzeyinde savunuculuk, başarılı tedavinin anahtarlarıdır.

GEBELİKTE AĞRI KESİCİ KULLANIMI

Özet ve çeviri: Dr. Fatma Canan Karabaş

Nunge RA, Kendle AM, Alwan S. Pain medication use during pregnancy. Semin Perinatol. 2025;49(4):152074. doi:10.1016/j.semperi.2025.152074

GİRİŞ

Gebelik sırasında ağrı yaygın ve sıklıkla zorlu bir deneyimdir. En yaygın olarak, bel ve pelvik ağrı yaşarlar; bu ağrıların görülme sıklığı %25 ila %90 arasında bildirilmektedir. Gebelik sırasında sıkça bildirilen diğer ağrılar arasında baş ağrıları, karpal tünel sendromu, kas krampları ve round ligament ağrısı bulunmaktadır. Gebeliğe bağlı fizyolojik değişiklikler, vasküler, biyokimyasal ve hormonal değişiklikler de dahil olmak üzere, gebeleri çeşitli kas-iskelet sorunlarına yatkın hale getirebilir. Aynı zamanda hormonal değişiklikler eklem relaksasyonuna yol açar. Sıvı tutulumu ve genel ödem, yumuşak dokuların ve sinir-damar yapıların sıkışmasına neden olarak periferik nöropatilerle sonuçlanabilir. Gebeler, gebelikle doğrudan ilişkili olmayan diğer durumlar nedeniyle de ağrı yaşayabilirler. Ayrıca, gebe olmayan bireylerde yetersiz tedavi edilen ağrılar, anksiyete, depresyon ve hatta hipertansiyon gelişimine yol açabileceğinden, gebelik sırasında kronik ağrı bozuklukları, daha yüksek oranda uykusuzluk, depresif semptomlar ve artmış iş göremezlik izni kullanımı ile ilişkilendirilmiştir.

Gebelik sırasında ilaç kullanımının fetüs üzerindeki etkilerini değerlendirmek, tıbbi açıdan hassas ve dikkat gerektiren bir süreçtir. Hem reçeteli hem de reçetesiz ilaçlar, pazarlama için onaylanmadan önce gebelikte güvenlik açısından nadiren test edilir. Bununla birlikte, onay sonrası gereken pasif advers olay bildirim stratejileri, zararlı ilaç maruziyetlerini belirlemede genellikle sınırlı bir etkiye sahiptir. Üretici tarafından yapılan hayvan üreme ve teratoloji çalışmaları, olası embriyo-fetal toksisite hakkında mevcut olan tek veri kaynağını sunabilir, ancak bu çalışmalar genellikle hakemli dergilerde yayımlanmaz. Böyle bir bilginin mevcut olduğu ilaç maruziyetlerinde, teratojenik potansiyellerinin değerlendirilmesi, kapsam ve tasarım açısından farklılık gösteren çeşitli türdeki çalışmaların dikkatli bir analizini ve yorumlanmasını gerektirir. Neyse ki, TERIS ve Reprotox gibi çevrimiçi klinik teratoloji bilgi veritabanları, hekimlerin gebelikte ilaç tedavilerinin ve diğer maruziyetlerin güvenliği hakkında zamanında ve kanıta dayalı bilgilere erişerek hastalarına danışmanlık yapmasına yardımcı olur. Aynı şekilde, reçeteleme uygulamaları hakkında bilgilendirme amacıyla hazırlanan ilaç etiketleri, Amerika Birleşik Devletleri Gıda ve İlaç Dairesi'nin (FDA) Gebelik ve Emzirme Etiketleme Kuralı'ndaki ve Avrupa İlaç Ajansı'nın (EMA) revizyonlarına uygun olarak geliştirilmiştir.

Herkes, Teratoloji Bilgi Hizmetleri (TIS) aracılığıyla, telefon, mesaj veya çevrimiçi sohbet yoluyla, Kuzey Amerika ve Avrupa genelinde ücretsiz olarak hamilelik sırasında ilaç kullanımının üreme üzerindeki etkileri hakkında bilgi edinebilirler.

Bu yayının amacı, gebelikte ağrı tedavisi için mevcut olan ilaç seçeneklerini ve bunların fetal gelişim üzerindeki güvenliği ve/veya riski ile ilgili yayımlanmış literatürü özetleyici bir şekilde gözden geçirmek (Tablo 1) ve ağrıyı tedavi ederken bir referans sağlamaktır.

Non-Steroid Antiinflatuar İlaçlar

Non-steroid antiinflatuar ilaçlar (NSAİİ'ler), COX enzimlerinin inhibisyonu yoluyla etki gösterir ve böylece prostaglandin sentezini baskılar. Gebelik dışında, NSAİİ'ler akut ve kronik ağrı, ateş ve romatolojik hastalıkların tedavisi için birinci basamak tedavi olarak kabul edilir. Gebelikte NSAİİ kullanımı bazı olumsuz üreme sonuçları ile ilişkilendirilmiştir, ancak ilgili riskler genellikle kullanılan NSAİİ tipine, zamanlamasına, dozuna ve kullanım süresine bağlıdır. Gebelikte ağrı kontrolü için NSAİİ kullanma kararı, tedavinin potansiyel riskleri hakkında yeterli danışmanlık ile bireyselleştirilmiş bir yaklaşım gerektirir. Maternal Fetal Tıp Derneği, gebelik sırasında NSAİİ'lerle 48 saatten uzun kullanımdan kaçınılmasını önermektedir.

İbuprofen

İlk trimesterde ibuprofen kullanımı, artmış spontan düşük riski, anatomik defektler ve bazı olumsuz teratojenik olmayan fetal etkiler ile ilişkilendirilmiştir. NSAİİ'lerin konsepsiyona yakın kullanımı, implantasyonu engelleyerek, siklooksijenaz-2 inhibitörleri nedeniyle erken gebelik kaybı riskini artırabileceği teorik olarak öne sürülmüştür. Quebec'te yapılan bir çalışmada, gebelik sırasında ibuprofen reçetesi alan kadınlar arasında spontan düşük yapan kadın sayısı daha fazla izlenmiştir (olasılık oranı (OR) = 2.19, %95 güven aralığı (CI) 1.61–2.96). Bunun yanında, Alman Embryotox kohort çalışmasında, ilk trimesterde ibuprofen kullanan 1117 kadın arasında spontan erken gebelik kaybı riskinin artmadığı gösterilmiştir. İsrail'de yapılan bir çalışmada, hamileliğin ilk 20 haftasında ibuprofen reçetesi alan 2732 kadın arasında risk artışı gözlenmemiştir, ayrıca gebelik kaybindan bir hafta önce seçici COX-2 inhibitörleri kullanımı ile de artış gözlemlenmemiştir. Bununla birlikte, spontan düşük üzerine yapılan epidemiyolojik çalışmalar yapmanın zorluklarını belirtmek önemlidir çünkü sonuçların güvenilirliği kontrol grubundaki düşük oranına bağlı olacaktır. Örneğin, tedavi edilmemiş popülasyonda düşük oranı çok düşükse, az değerlendirme ve değerlendirme yanlılığı hataları riski yükseltebilir.

Doğum Defektleri Önleme Ulusal Çalışması'ndan veriler, doğum kusurları risk faktörlerinin büyük bir vaka-kontrol çalışması, anne adayının ilk trimester ibuprofen kullanımı ile gastroşizis (aOR=1.6, %95 CI 1.4–2.0), hipospadias (aOR=1.6, %95 CI 1.1–1.5), damak yarığı (aOR=1.2, %95 CI 1.1–1.5), dudak yarığı ile birlikte damak yarığı (aOR=1.3, %95 CI 1.1–1.5), spina bifida (aOR=1.5, %95 CI 1.3–1.8), hipoplastik sol kalp sendromu (düzeltilmiş OR=1.3, %95 CI 1.1–1.5) ve pulmoner kapak stenozu (aOR=1.3, %95 CI 1.1–1.6) arasında pozitif ilişkiler ortaya koydu; anensefali ve kraniorakiskizis (aOR=1.3, %95 CI 1.0–1.7) için ise anlamlı olmayan bir pozitif eğilim gözlemlendi. Bu çalışmadan kullanılan veriler, inceleme boyunca birkaç kez referans verilmiş olmakla birlikte, çeşitli sınırlamalara tabidir. İlacın kullanım amacı (ağrı, ateş, inflamasyon) ve dozlar hakkında bilgi mevcut değildi. Ek olarak, analjezikler genellikle birlikte kullanıldığından, bireysel ilaçların etkilerini ayırt etmek zordur ve maruz kalma, kişinin kendi beyanına dayalı olması nedeni ile hatırlama yanlılığı izlenebilmektedir.

Birçok vaka-kontrol çalışmasında ve 2024 yılında yapılan bir meta-analizde, ilk trimesterde ibuprofen kullanımı ile gastroschisis (karın duvarı açıklığı) arasında bir ilişki görülmüştür. Bu meta-analizde belirtilen risk oranı 1.42 (95% güven aralığı 1.26-1.60) olarak bildirilmiştir. Ulusal Doğum Kusurları Önleme Çalışması'nda, ilk trimesterde ibuprofen kullanımı ile amniyotik bant veya ekstremit/gövde defektleri olan fetüsler arasında bir ilişki bulunmuştur (OR=2.2, %95 güven aralığı 1.4–3.5). Bazı vaka-kontrol çalışmaları, septal kalp defektleri ile ilk trimesterde NSAİİ maruziyeti arasında ilişki olduğunu belirtmiştir, ancak kullanım endikasyonları (örneğin viral hastalık) dikkate alındığında bu ilişkiler zayıflamıştır.

Ibuprofen ve diğer prostaglandin sentez inhibitörleri, prematüre yenidoğanlarda ductus arteriosus'un terapötik olarak kapanmasını sağlamak için kullanılmıştır. Üçüncü trimesterde kullanımıyla erken kapanma ve pulmoner hipertansiyon riski olduğu konusunda endişe duyulmaktadır. Doğum öncesi dönemde ductus arteriosus'un kapanmasına bağlı olarak ortaya çıkabilen kalıcı pulmoner hipertansiyonu olan 40 bebeğin incelendiği bir çalışmada, mekonyumda ibuprofen bulunması ile güçlü bir ilişki gözlemlenmiş, bu da gebelik sırasında annenin ibuprofen kullandığının bir işareti olarak yorumlanmıştır. Ancak başka birçok merkezli epidemiyolojik çalışmada, üçüncü trimesterde ibuprofen veya diğer NSAİİ'lere maruz kalan yenidoğanlarında kalıcı pulmoner hipertansiyon riskinde bir artış gözlemlenmemiştir. Bunun yanında, maternal ibuprofen veya diğer özel NSAİİ'lerle tedavinin, ikinci veya üçüncü trimesterde erken doğumun engellenmesi amacıyla kullanılması durumunda oligohidramnios ve neonatal böbrek yetmezliği ile ilişkili olduğu bildirilmiştir.



TJODist Bülteni

İbuprofenin gebelik sırasında kullanılması ile çocukların nörogelişimi üzerinde olumsuz etkiler arasında bir ilişki bildirilmemiştir. Özellikle bir çalışmada serebral palsy değerlendirildiğinde, herhangi bir ilişki bulunamamıştır. Yine 622 gebenin değerlendirildiği bir çalışmada, annenin ibuprofen kullanımı ile çocukluk astımı arasında bir ilişki bulunmamıştır.

Aspirin

Aspirin, COX-1 ve COX-2 enzimlerini geri dönüşümsüz şekilde inhibe ederek, ağrı, inflamasyon ve trombosit agregasyonunda rol oynayan prostaglandinler ve tromboksanların, araşidonik asitten dönüşümünü engeller. Aşağıdaki incelemenin büyük kısmı düşük doz aspirin verilerine dayanmaktadır, çünkü romatolojik hastalıkların tedavisi için gerekli olanlar gibi kronik yüksek dozların riskleri daha az incelenmiştir.

Düşük doz aspirin (50-150 mg) gebelik öncesi ve gebelik sırasında kullanıldığında, ölü doğum, erken doğum, spontan düşüğe, fetal büyüme kısıtlılığına ve diğer olumsuz sonuçlara yönelik riskleri azaltmada bazı faydalı etkiler göstermiştir; bu durum birçok epidemiyolojik çalışmada ortaya konulmuştur.

Büyük epidemiyolojik araştırmalardan elde edilen bulgular, hamileliğin ilk trimesterinde tedavi edici dozlarda aspirin kullanan annelerin bebeklerinde konjenital anomali riskinde genel bir artış olmadığını öne sürmektedir. Ancak, fetüste vasküler bozukluklarla, özellikle gastroschisis ile ilişkilendirmeler bildirilmiştir.

Gebeliğin üçüncü trimesterinin sonlarında yüksek doz aspirin kullanımının ardından ductus arteriosus'un erken kapanması vakaları bildirilmiştir, ancak düşük doz aspirinin fetal ductus arteriosus üzerinde veya yenidoğanın kalıcı pulmoner hipertansiyonu riskinde herhangi bir etkisinin olmadığı düşünülmektedir.

Doğumdan yedi gün önce aspirin kullanımı hem anne hem de fetüs için hematolojik sorunlara yol açabilir. Gebelik sırasında düşük doz aspirin kullanımı, doğum sırasında kanama (aOR=1.63, %95 CI 1.30–2.05), doğum sonrası kanama (aOR=1.23, %95 CI 1.08–1.39), doğum sonrası hematoma (aOR=2.21, %95 CI 1.13–4.34) ve yenidoğanlarda intrakraniyal kanama (aOR=9.66, %95 CI 1.88–49.48) ile ilişkilendirilmiştir. Danimarka Ulusal Doğum Kohortu ve Norveç Anne ve Çocuk Kohort çalışmaları kapsamında yer alan 5568 gebelikte, gebelik sırasında herhangi bir zamanda düşük doz aspirin kullanımı, bilateral spastik serebral palsi riskinde artışla ilişkilendirilmiştir (aOR=2.4, %95 CI 1.1–5.3). Ancak, 20.000'den fazla gebeliği kapsayan en büyük randomize kontrollü çalışmaların meta-analizinde, olumsuz perinatal veya maternal sonuçlarda anlamlı bir fark bulunmamıştır. Çocuk gelişimi üzerindeki uzun vadeli etkiler açısından, çoğu çalışma, gebelik sırasında düşük doz aspirin kullanımının doğum öncesinde maruz kalan çocukların nörogelişimsel ve sağlık sonuçları üzerinde olumsuz bir etkisi olmadığını göstermektedir. Ancak, ergenlik döneminde psikotik semptomlar için küçük bir risk artışı ve görme alanı kusurları da bildirilmiştir.

Ortak Perinatal Proje'de, son adet döneminden dört hafta önce veya gebelik sırasında aspirin kullanımı, perinatal olarak maruz kalan 15,793 çocuk arasında çocuklukta yüksek tansiyon riskinin azalması ile ilişkilendirildi., aynı kohortta gebelik sırasında terapötik dozda aspirine maruz kalmanın ardından çocukluk çağında astım sıklığında artış gözlenmiştir.

İndometazin

İndometazin, COX-1 ve COX-2 enzimlerinin non-selektif bir inhibitörüdür ve bu şekilde prostaglandin E2 sentezini ve düz kas gevşemesini engeller. Doğum öncesinde, indometazin, preterm doğumda tokoliz için, fetal akciğer olgunluğu için antenatal steroidlerin tamamlanmış bir kürüne kadar kullanılabilir. Prostaglandin E(2), ductus arteriosus'un kapanmasını engelleyebilir, bu nedenle indometazin genellikle patent ductus arteriosus'un yenidoğan tedavisi için uygulanmaktadır.

Hamileliğin ilk trimesterinde terapötik dozlarda indometazin alımının ciddi teratojenik risk oluşturma olasılığı düşük olmasına rağmen, mevcut veriler sınırlıdır ve gelişmekte olan embriyo veya fetüs için hiçbir risk olmadığını teyit etmek için yetersizdir. Hamileliğin son dönemlerinde indometazin tedavisi, ductus arteriosus'un erken kapanmasına ve yenidoğanda persistan pulmoner hipertansiyona neden olabilir. Gebelik yaşı ile ductus arteriosus'tan geçen akış hızını değerlendirirken, daha genç fetüsler, daha yaşlı fetüsler kadar kanal reaktivitesi göstermedi ve kapanma oranının, 32. gebelik haftasından önce %5-10, 32 haftada %50 ve 34 haftada %100'e yakın olduğu düşünülmektedir. Bu nedenle, indometazin verilen hamileliklerde, ekokardiyografik izlem düşünülebilir. Antenatal dönemde İndometazine maruz kalma, son derece düşük doğum ağırlıklı bebeklerde patent ductus arteriosus tedavisinin etkinliğini engellemediği gösterilmiştir.

Kontrollü epidemiyolojik çalışmaların meta-analizi ve sistematik incelemesi, indometazin tedavisinin yenidoğanda, periventriküler lökomalazi (OL=2.0, %95 GA 1.3–3.1) ve nekrotizan enterokolit (OL=2.2, %95 GA 1.1–4.2) ile ilişkili olduğunu göstermiştir. İntraventriküler kanama ve bronkopulmoner displazi riskine ilişkin veriler karışıktır. Genel olarak, patent ductus arteriosus, respiratuvar distres sendromu veya bebek ölümleri için artan bir risk görülmemiştir. Kontrollü çalışmalar, indometazin ile yapılan tokolizin yenidoğan nekrotizan enterokolit ile olan ilişkisinde, maruz kalmayan bebekler arasında %8-9, maruz kalan bebekler arasında ise %20-29 prevalans bulmuştur. Nekrotizan enterokolitin etiolojisinin, splanknik daralmadan kaynaklanan bağırsak hasarına ikincil olduğu düşünülmektedir.

İkinci trimesterde indometazin tedavisiyle birlikte fetal idrar çıkışı ve amniyon sıvısı indeksinin azaldığı, bunun da oligohidramniyosa yol açabileceği gösterilmiştir. Bu etki genellikle tedavinin kesilmesiyle geri dönmektedir. Gebeliğin ilerleyen dönemlerinde indometazin uygulanmasıyla kalıcı böbrek işlev bozukluğu da gözlemlenmiştir. İndometazine maruz kalan fetusların uzun vadeli nörogelişimsel sonuçları hakkındaki raporlar sınırlıdır, ancak genellikle rahatlatıcıdır.

Ketorolak

Ketorolak, genellikle anti-inflamatuar ve ağrı kesici bir ajan olarak kullanılan bir prostaglandin sentetaz inhibitörüdür. Gebelikte ketorolak kullanımı ile ilgili konjenital anomali üzerine yapılmış herhangi bir epidemiyolojik çalışma bildirilmemiştir.

Kontrollü bir terapötik çalışmada, doğum sırasında ketorolak ile tedavi edilen 40 kadın arasında, olumsuz bir olay yaşanmamış ve yenidoğan bebeklerde duktus arteriyozusun erken kapanmasına dair ekokardiyografik bir kanıt bulunmamıştır. Sezaryen sırasında ağrı kesici olarak uygulandığında, 45 yenidoğanda APGAR skorlarında herhangi bir fark görülmemiş ve duktus arteriyozusun erken kapanmasına dair ekokardiyografik bir kanıt bulunmamıştır.

Veriler ketorolak kullanımının gebelikte güvenli bir profili olduğunu gösterse de, gebelere ilaç verilmesinden sonra kord kanında ölçülen ketorolak konsantrasyonu %4 ile %25 arasında değişiklik göstermektedir. Ketorolağın bilinen bir etkisi trombosit agregasyonunun bozulmasıdır, bu nedenle, fetüs/yenidoğanın hematolojik bozukluk riski taşıdığı durumlarda ketorolak uygulama kararı dikkatlice değerlendirilmelidir.

Analjezikler

Asetominofen

Asetominofen en yaygın kullanılan reçetesiz ağrı kesici ve ateş düşürücüdür. Gebelik sırasında parasetamol kullanımı nedeniyle fetüs üzerinde bir risk olup olmadığını ve/veya güvenliğini değerlendiren çok sayıda büyük epidemiyolojik çalışma yayımlanmıştır. İlk raporlar, öncelikle parasetamolun hamileliğin ilk birkaç ayında alındığında yapısal malformasyon riski oluşturma potansiyeline veya gebeliğin ilerleyen dönemlerinde alındığında doğumdan kısa bir süre sonra ortaya çıkan diğer olumsuz perinatal veya neonatal sonuçlara odaklanmıştır.

Birçok büyük kohort ve vaka-kontrol çalışmasından elde edilen verilere dayalı olarak, birinci trimesterde annelerin düzenli tedavi dozlarında parasetamol kullanımı genel olarak güvenli kabul edilir ve teratojenik bir risk oluşturmaması muhtemel değildir. Ancak ilk veya ikinci trimesterde hamilelik sırasında parasetamol kullanan annelerin erkek fetüslerde doza bağlı olarak hafifçe artmış kriptorşidizm riski bildirilen bazı çalışmalar bulunmaktadır. Benzer şekilde, ikinci trimesterde parasetamol kullanımı ile ölü doğum, erken doğum, düşük doğum ağırlığı veya gebelik haftasına göre düşük doğum ağırlığı oranlarında artış olduğuna dair bir kanıt gösterilmemiştir. Ancak anne parasetamol aşırı doz aldığı anda ciddi fetal karaciğer veya böbrek toksisitesi riski bildirilmektedir.

Bazı çalışmalarda çocukluk çağı astımı riskinin arttığı bildirilmiştir, ancak diğer çalışmalarda böyle bir bulguya rastlanmamıştır. Bu sınırlı kanıtların nedensel bir ilişkiyi yansıtmayı yansıtmadığı ya da anne astımı veya enfeksiyonlar nedeniyle tam olarak kontrol edilemeyen diğer faktörlerin bir sonucu olup olmadığı konusunda hala bir tartışma mevcuttur.

Steroidler

Prednizone

Prednizon, sentetik bir glukokortikoid olup polimorf çekirdekli lökositlerin göçünü baskılayarak ve artmış kapiler geçirgenliği tersine çevirerek inflamasyon, ağrı ve şişliği azaltır. Prednizon, biyolojik olarak aktif değildir; karaciğerde prednizolona dönüştürüldüğünde aktif hale gelir. Gebelikte, plasental enzim 11-beta hidroksisteroid dehidrogenaz, prednizolonu prednizon ile dönüşüme uğratarak inaktive eder ve böylece fetal geçişi engeller.

Birkaç araştırma, terapötik dozlarda prednizon ile dudak yarığının (damak yarığı olsun ya da olmasın) ilişkisi olduğunu göstermiştir. Ulusal Doğum Kusurları Önleme Çalışmasında, 1997–2002 yılları arasındaki vakalarda, konsepsiyon öncesi bir ay ile ilk trimesterin sonuna kadar prednizon kullanımı ile dudak yarığı ve damak yarığının birlikte veya yalnızca dudak yarığı arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Aynı çalışmada, 2003–2009 yıllarına ait veriler kullanıldığında ve çalışma popülasyonu iki katına çıktığında, dudak yarığı ve dudak yarığı ile damak yarığı bulunan 1577 bebeği içeren verilerde ilişkilendirilen riskin önemi azalmıştı (OR=1.9, %95 GA 1.0–3.7). Sadece damak yarığı olan bebeklerde herhangi bir ilişki bulunmamıştır. Başka bir çalışmada, sistemik kortikosteroidlerin maternal kullanımı ile sendromik olmayan dudak yarığı arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur (OR=6.55, %95 GA 1.44–29.76). Başka bir vaka-kontrol çalışmasında, konsepsiyon öncesi bir ay ile gebelik sonrası üç ay arasında maternal kortikosteroid kullanımı ile dudak yarığı ve dudak yarığı ile damak yarığı (OR=4.3, %95 CI 1.1–12.2) ve sadece damak yarığı (OR=5.3, %95 CI 1.1–26.5) arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Bu çalışmada prednizonun, vakaların yaklaşık üçte birinde kullanılan kortikosteroid olduğu belirtilmiştir. Bununla birlikte, diğer birçok çalışma, dudak damak yarıkları ya da diğer malformasyonlar için artmış risk bildirmemiştir. Genel popülasyonda dudak damak yarıklarının yaygınlığı ve bu çalışmalarda tahmin edilen riskteki hafif artış göz önüne alındığında, duyarlı bir ilişki varsa, ilk trimesterde prednizona maruz kalan gebeliklerde mutlak riskin muhtemelen %1'den az olduğu belirtmek önemlidir.

Prednizon kullanımı, düşük doğum ağırlığı ile de ilişkilendirilmiştir. Ancak, bu durum, prednizon kullanımını gerektiren maternal romatizmal hastalıklar gibi altta yatan hastalıklara bağlanabilir. Bazı vaka raporları, annenin prednizon kullanımı ile yenidoğanlarda adrenal yetmezlik ve bağışıklık baskılanmasına neden olduğunu öne sürmüştür. Ancak, bu durumların görülme sıklığı düşüktür ve bu çocukların uzun dönem takibi, olumsuz fiziksel, bağışıklık sistemi veya nörogelişimsel etkilere işaret etmemektedir.

Dekzametazone

Deksametazon, uzun etkili bir kortikosteroiddir ve nötrofillerin göçünü baskılayarak, inflamatuvar mediyatörlerin üretimini azaltarak ve kapiller geçirgenliği tersine çevirerek inflamasyonu ve ağrıyı azaltır. Deksametazon ayrıca konjenital adrenal hiperplazi etkisi altındaki dişi fetüslerde prenatal virilizasyonu önlemek için de kullanılabilir. İkinci veya üçüncü trimesterin sonlarında, prematüre doğum beklentisiyle fetal akciğer olgunluğunu hızlandırmak için deksametazon kullanılmıştır.

Bu tedavinin prematüre yenidoğanlar için diğer faydaları arasında intraventriküler kanama, serebral palsi, prematüritenin retinopatisi, nekrotizan enterokolit, hiperbilirubinemi ve patent duktus arteriozus riskinin ve ciddiyetinin azalması bulunmaktadır.

İki epidemiyolojik çalışmada, gebelikte anne tarafından deksametazon kullanımı ile bebeklerde doğumsal anormallikler arasında bir ilişki bulunamamıştır. 961 bebeğin doğumdan önce fetal akciğer maturitesi için deksametazon ile tedavi edildiği grupta, gestasyon yaşına göre doğum ağırlığında küçük ama anlamlı bir azalma gözlemlenmiştir (24-26 hafta arası 12 g, 27-29 hafta arası 63 g, 30-32 hafta arası 161 g ve 33-34 hafta gebelikte 80 g azalma). Ancak diğer çalışmalar bu ilişkiyi göstermemiş ve kortikosteroidlere, özellikle deksametazona, antenatal maruz kalma sonrası boy, kilo, baş çevresi veya nörogelişimsel bozukluklar açısından bir fark olmadığına işaret etmiştir.

Opoidler

Gebelikte opoid ağrı kesici kullanımı üzerine yapılan tartışmalar karmaşık bir yapıya sahiptir. Bunun nedeni, gebelik sırasındaki maruziyetle ilgili mevcut klinik deneyimlerin ve literatürün çoğunlukla opoid kullanım bozukluğu ile ilişkili sonuçlarla kesişmesidir. Bu bölümün amacı, akut veya kronik ağrı tedavisi için antenatal opoid maruziyeti ve sonuçlarıdır. Reçeteli opoid kötüye kullanımı, yasa dışı opoid kullanımı ve opoid kullanım bozukluğu ile ilgili sonuçlar bu incelemenin dışındadır.

Opoidler orta ila şiddetli ağrıyı yönetmek için kullanılır. Gebelikte, akut ağrı (örneğin, ameliyat sonrası veya yaralanma ile ilgili) veya kronik ağrı (örneğin, kanser) için reçete edilebilirler. Opoidler, merkezi sinir sistemindeki mu, kappa ve delta opoid reseptörlerine bağlanarak ağrı sinyali iletimini engeller, ağrı algısını modüle eder. Ancak uzun süreli kullanımı tolerans ve bağımlılığa yol açabilir.

NSAİ'lerle kıyaslandığında, opoidlerle kas-iskelet ağrısı gibi akut durumların tedavisi, ağrı ve fonksiyon açısından eşdeğer ya da daha düşük etki göstermektedir. Opoidlerin uzun süreli kullanımının etkinliğini destekleyen sınırlı kanıt bulunmaktadır. Aslında, randomize bir çalışmanın verileri, kronik kas-iskelet ağrısının tedavisinde, opoid tedavisi ile non-opoid tedavisi arasında fonksiyon açısından bir fark olmadığını ve opoid tedavisinin daha yüksek ağrı skorları ile ilişkili olduğunu göstermiştir. Ayrıca, opoid kullanım bozukluğu ve aşırı doz riski düşük dozlarda bile mevcut olup opoid dozları arttıkça orantılı olarak artmaktadır. Gebelikte, ağrı yönetimi için çok modlu bir plan tercih edilir. Gebelik sırasında bir hastayı opoidlerle başlatma veya devam ettirme kararı bireyselleştirilmelidir ve hasta, tedavinin riskleri, faydaları ve alternatifleri konusunda tam olarak bilgilendirilmelidir.

Neonatal opioid yoksunluk sendromu

Üçüncü trimesterde kronik opioid maruziyeti olan hastalar, neonatal opioid yoksunluk sendromu (NOWS) riski hakkında bilgilendirilmelidir. İn utero opioid maruziyeti olan bebekler, irritabilite, tiz sesle ağlama, titreme, beslenme güçlükleri ve gastrointestinal rahatsızlıklar gibi opioid yoksunluğunun fizyolojik belirtilerini gösterebilirler. NOWS'un teşhisi, öncelikli olarak gebelikte opioid maruziyetini anlamak için ayrıntılı bir anne öyküsünün alınmasına dayanır. 1970'lerden bu yana, özellikle Finnegan skoru gibi farklı değerlendirme sistemleri, klinisyenlere NOWS'un tanımlanması ve tedavisinde yardımcı olmak için geliştirilmiştir.

Prenatal opioid maruziyeti olan tüm bebeklerde NOWS geliştirmenektedir. Kısa etkili opioidlerin maruziyeti sonrası NOWS gelişme riski, belirli opioid türleri ve kümülatif doz ile artabilir. Ancak, metadon ve buprenorfin gibi uzun etkili opioidler için, prenatal opioid dozu ile NOWS'un varlığı veya şiddeti arasında bir ilişkiyi destekleyen kanıt yoktur. Gestasyonel yaş, başka maddelerle birlikte maruziyetler (nikotin, benzodiazepinler, seçici serotonin geri alım inhibitörleri [SSRIs]), emzirme ve genetik gibi ek faktörler, NOWS'un gelişimine, zamanlamasına ve süresine katkıda bulunur. Bu nedenle, kronik prenatal opioid maruziyeti olan tüm bebekler için NOWS'u izlemek amacıyla 3-7 günlük bir gözlem süresi önerilir. Farmakolojik olmayan müdahaleye yanıtı olmayan ciddi NOWS vakaları, yoksunluktan kaynaklanabilecek komplikasyonları önlemek için farmakoterapi gerektirebilir. NOWS tedavisi için morfin ve metadon kullanılmış olup, metadon daha kısa tedavi süreleri ve kalış süreleri ile ilişkilendirilmiştir.

Kodeine

Tarihsel olarak, kodein (3-metilmorfin) hamilelik sırasında en yaygın reçete edilen opioidlerden biri olmuştur. Genellikle hafif-orta derecede ağrıyı tedavi etmek için kullanılır ve genellikle asetaminofen veya NSAİİ ile kombinasyon halinde reçete edilir. Genel olarak daha zayıf bir opioid agonisti olarak kabul edilir ve 1 mg kodein 0,15 mg morfine denktir.

Kodein, sitokrom P450 2D6 tarafından morfine metabolize edilir ve bu, analjezik etkinin büyük bir kısmını üretir. Sitokrom P450 enziminin belirli varyantlarına sahip bireyler ultra hızlı metabolizörler olarak kabul edilir ve bu kişilerde kodein uygulanmasından sonra beklenenden daha yüksek morfin konsantrasyonları oluşur. Annelerde ve/veya emzirilen bebeklerde ultra hızlı metabolizasyonla ilgili endişeler, doğum çevresinde kodein kullanımında bir düşüşe katkıda bulunmuş olabilir.

Günümüzde, sentetik opioidler gebelik sırasında kodeinin yerini almış olsa da, kodeinle ilgili gebelikte maruziyet ve sonuçları hakkındaki veriler, opioid sınıfları arasında en sağlam olanlarıdır. İlk trimesterdeki kodein maruziyeti, büyük malformasyon riskinde anlamlı bir artış göstermemiştir. İlk trimesterde kodein maruziyetini inceleyen 3516'dan fazla gebe üzerinde yapılan bireysel kohort çalışmaları, kontrol gruplarına kıyasla konjenital anomalilerde artış gözlemlememiştir. Ayrıca, ilk trimesterdeki kodein reçetelerini kapsayan 10,960 gebeliklik bir populasyon temelli çalışma, konjenital malformasyon insidansında artış bulmamıştır. Bunun yanında, Ulusal Doğum Kusurları Önleme Çalışması'ndan alınan analizler, ventriküler septal defekt (aOR=2.7, %95 CI 1.2–6.1), atriyoventriküler septal defekt (OR=3.6, %95 CI 1.3–10.2) ve hipoplastik sol kalp sendromu (OR=3.1, %95 CI 1.4–6.9) izlenen bebeklerde kodein maruziyeti olasılığının arttığını bildirmiştir. İsrail'de yapılan, ilk trimesterde kodein maruziyetine sahip 1390 canlı doğum ve düşükte, maruz kalmayan gebeliklere kıyasla spina bifida riskinde 4 kat artış bildirilmiştir. Diğer çalışmalar, kodein maruziyeti ile nöral tüp defekti riskinde anlamlı bir artış bulamamıştır.

Kodein maruziyeti, erken doğumda bir artışla ilişkilendirilmiştir. Bir epidemiyolojik çalışma, ilk ve ikinci trimesterde kodein maruziyetiyle erken doğumda %20 ve %30 artış bildirmiştir. Aynı çalışma, ilk trimesterdeki kodein maruziyeti ile ölü doğum olasılığında bir artış bulmuştur (OR=1.6, %95 CI 1.3–2.1). Ancak, bu ilişki diğer büyük, retrospektif kohortlarda gösterilmemiştir. Bir çalışma, annelerin kodein maruziyetiyle ilişkili spesifik uzun vadeli nörogelişimsel sonuçları incelemiştir. Gebelik sırasında kodein kullandığını bildiren anneye sahip 526 çocuk arasında, dil ve iletişim becerileri 5 yaşında normal bulunmuştur.

Hidrokodeon

Hidrokodeon, yarı sentetik bir opioid agonisttir. Karaciğerdeki sitokrom P450 enzimleri tarafından güçlü, aktif bir metabolit olan hidromorfona dönüştürülür. Hidrokodeon, genellikle asetaminofen ile kombine, orta ila şiddetli akut veya kronik ağrının tedavisi için reçete edilir.

Gebelik sırasında anneye ait hidrokodeon maruziyeti ile büyük doğuştan anomaliler arasındaki ilişkiler karışıktır. İlk trimesterde en az iki hidrokodeon reçetesi alan 40,840 gebenin incelendiği bir çalışmada, hidrokodeona maruz kalan gebeliklerde doğuştan anomaliler için 1.03 relatif risk rapor edilmiştir, ancak bu değer istatistiksel olarak anlamlı değildir. Ulusal Doğum Kusurları Önleme Çalışması'ndan elde edilen veriler, hidrokodeon maruziyeti ile ilişkili birkaç spesifik anomali tanımlamıştır; bunlar arasında oral yarıklar (OR=2.1, %95 CI:1.1–3.9), gastroşizis (OR=3.3, %95 CI:1.8–6.1), spina bifida (OR=2.5, %95 CI: 1.3–4.8), atriyoventriküler septal defektler (OR=3.6, %95 CI:1.3–10.2), Fallot tetralojisi (OR=2.4, %95 CI: 1.2–4.8), hipoplastik sol kalp (OR 3.2, %95 CI:1.4–7.1) ve pulmonik stenoz (OR=2.2, %95 CI:1.4–4.3) yer alır. Bu ilişkileri yorumlarken özellikle hatırlama yanlılığı riski gibi önemli kısıtlamalar belirtilmiştir

Bu kohortta, maruziyet, tahmini doğum tarihinden ortalama 9 ila 11 ay sonra gerçekleşen bir röportaj sırasında annenin hatırlaması temel alınarak değerlendirilmiştir. Çoğu maruziyet cerrahi işlemlerle ilgili olmasına rağmen, bu çalışma opioid kullanımının dozu, süresi veya sıklığını dikkate almamaktadır. Son olarak, maternal hastalıklar (örn: diyabet) gibi ilişkiyi etkileyebilecek faktörler kontrol edilmemiştir.

Bir popülasyon bazlı çalışmada gebelikte hidrokodon maruziyeti ile erken doğum riski arasında artış eğilimi gözlemlenmiştir, ancak bu istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır (aOR=1.6, %95 CI 1.0–2.6). Tek bir retrospektif kohort çalışması, hidrokodon maruziyeti ile ölü doğum ve düşük yapma riski arasındaki ilişkiyi değerlendirmiştir. Kısa süreli hidrokodon kullanımı olan bireyler arasında canlı doğum dışı sonuçlarda anlamlı bir artış gözlemlenmiştir (3.9 % vs. 1.0 %), ancak bu uzun süreli kullanım için anlamlı bulunmamıştır, bu da bu ilişkinin opioid kullanım endikasyonu (örn., cerrahi, travma) tarafından etkilenebileceğini düşündürmektedir. Hidrokodona maruz kalan gebeliklerin uzun vadeli nörogelişimsel sonuçlarını incelediği spesifik bir literatür bulunmamaktadır.

Tramadol

Tramadol, analjezik etkilerini iki farklı yolla gösteren bir ağrı kesicidir. İlk olarak, bir opioid olarak, tramadol merkezi sinir sistemindeki mu-reseptörlerine doğrudan bağlanır. Bu ilaç, karaciğerde sitokrom P450 2D6 enzimi tarafından metabolize edilerek M1 metaboliti (O-desmetiltramadol) haline dönüşür. M1 metaboliti, mu-opioid reseptörüne karşı tramadolden daha yüksek afinitesi ve etkinliği vardır. Tramadol ayrıca sinir sinapslarında serotonin ve norepinefrin geri alımını inhibe ederek, opioid agonizması ile sinerjik bir etki sağlar. Tramadol, orta ila şiddetli ağrının tedavisi için onaylanmıştır.

Danimarka Ulusal Reçete Kaydı'nda tramadola maruz kalan 3796 gebede, büyük malformasyonlar insidansında bir artış görülmemiştir. Diğer çalışmalar, spesifik anomalilerle artmış ilişkiler tespit etmiş, ancak maruziyetten kaynaklanan mutlak riskin küçük olduğunu belirtmiştir. İsveç'te tramadola maruz kalan 1751 gebede kardiyovasküler defektler (OR=1.56, %95 CI 1.04–2.29) ve clubfoot (OR=3.63, %95 CI 1.61–6.89) riskinde artış bulunmuştur. Ontario Sağlık Sistemi 781 gebenin izlendiği bir kohort çalışması, atriyal septal defektler, neoplazmalar, gastrointestinal anomaliler ve üriner anomaliler gibi büyük anomalilerin riskinde minimal bir artış ((aRR)=1.94, %95 CI 1.28–2.92) göstermiştir.

Tramadol maruziyetinin düşük riskiyle artmış bir ilişkisi gösterilmemiştir. İn utero tramadola maruz kalan bebekler, tipik opioidlere maruz kalan bebeklerle benzer zamanlama ve semptomlar gösteren Neonatal Opioid Yoksunluk Sendromu (NOWS) geliştirme riski taşır. Tramadol maruziyeti sonrası uzun dönem nörogelişimsel sonuçları inceleyen bir çalışma bulunmamaktadır.

Metadon

Methadon, uzun etkili bir opioid reseptör agonistidir ve genellikle seçilmiş hastalarda kronik ağrı tedavisi için reçete edilse de, gebelikte daha yaygın olarak opioid kullanım bozukluğunu tedavi etmek için kullanılır. Bu yüzden, gebelik sırasında metadon maruziyetine dair anne ve yenidoğan verilerinin büyük kısmı madde kullanım bozukluğu olan hastalardan elde edilmektedir ve bu durum riskin yorumlanmasını zorlaştırabilir.

Batı Avustralya'da opioid bağımlılığından etkilenen gebelikleri inceleyen retrospektif bir kohort çalışmasında, metadon tedavisi almayan gebeliklere kıyasla (100 doğumda 4,4) metadon tedavisi gören gebeliklerde konjenital anomalilerin 2 kat daha fazla olduğu izlenmiştir (100 doğumda 10,6). Cleary ve arkadaşları tarafından yürütülen iki çalışma, Pierre Robin Sekansı (PRS) insidansında artış olduğunu bildirmiştir. Tek merkezli bir kohort çalışmasında, metadon grubunda doğumlar arasında PRS sıklığı 155 doğumda 1 iken, bu oran maruz kalmayan grupta 7552 doğumda 1'dir. Avrupa Konjenital Anomaliler Gözetim kayıtlarının bir takip çalışmasında, anne metadon maruziyeti ile PRS arasında bir ilişki bulunmuştur (aOR=12.3, %95 CI 5.7- 26.8).

Diğer büyük popülasyon bazlı çalışmalar, metadon maruz kalan gebelerde konjenital malformasyon riskinin yaklaşık iki katı olduğunu bildirmektedir. Ancak, daha küçük ve çağdaş epidemiyolojik çalışmalar artmış konjenital malformasyon sıklığı bildirmemiştir. Sadece metadon maruziyeti antenatal fetal izlem için bir endikasyon değildir. Ancak, metadonun verilmesinden sonra yapılan nonstres testlerin daha az reaktif olduğu ve bu durumun yorumlanabilirliği sınırlayabileceği veya daha sonra tekrarlanmasının gerekebileceğine dikkat edilmelidir.

Araştırmalar, metadon maruziyeti ile düşük doğum ağırlığı, preterm doğum ve yenidoğan yoğun bakım ünitesine (NICU) yatış gibi olumsuz obstetrik sonuçların artmış insidansını göstermektedir. Ancak, bu çalışmaların tümü, metadon maruziyetini madde kullanım bozukluğu bağlamında incelemekte olup, olumsuz sosyal belirleyicilerin yüksek yaygınlığı, kötü obstetrik öykü ve birlikte madde maruziyeti gibi unsurların bu sonuçları yönlendirebileceğini kabul etmektedir.

Bazı çalışmalar, prenatal metadon maruziyeti olan (diğer uyuşturucu kullanımı bağlamında) bebeklerde ve çocuklarda, özellikle şaşılık, nistagmus ve bozulmuş stereovizyon gibi görsel anormalliklerde artmış bir insidans tanımlamıştır. Metadon maruziyeti, çocukluk döneminde psikometrik ve eğitimsel gecikmeler ile ilişkilendirilmiştir. Ancak, dönüm noktası niteliğindeki randomize kontrollü Maternal Opioid Treatment: Human Experimental Research (MOTHER) çalışmasında, prenatal metadon maruziyeti olan 73 çocuk arasında hiçbir gelişimsel alanda fark bildirilmemiştir.

Opioid krizi, gebelik opioid maruziyeti, yenidoğan opioid yoksunluk sendromu ve çocuk gelişimi arasındaki etkileşime olan ilgiyi arttırmıştır. Bu bölümde tartışılan metadon ve diğer opioidlerin etkilerini değerlendirirken, mevcut araştırmaların uygun karşılaştırma gruplarının eksikliğini, karıştırıcı faktörleri, prospektif olarak toplanmış örneklerin olmamasını, istatistiksel analizlerdeki eksiklikleri ve eski verilere olan bağımlılığı içeren önemli eksikliklerini tanımak önemlidir.

Gabapentoidler

Gabapentin

Gabapentinoidler, inhibitör nörotransmitter gama-aminobütirik asidin (GABA) kimyasal analoglarıdır, ancak GABA reseptörleriyle doğrudan etkileşime girmezler. Gabapentinin etki mekanizması tam olarak bilinmemektedir, ancak eksitator nörotransmitter salınımını azaltmaktır. Gebelikte gabapentin büyük ölçüde antiepileptik ilaç olarak kullanımından kaynaklanmaktadır. Bununla birlikte, gebelikte nöropatik ağrı, fibromiyalji ve huzursuz bacak sendromu tedavisi için de reçete edilir.

Çeşitli gebelik kayıtları ve meta-analitik veriler, gebelik sırasında gabapentine maruziyetle ilişkili konjenital anomalilerde artış olmadığını bildirmiştir. Bununla birlikte, bir çalışma, birinci trimesterde iki kez gabapentin reçete edilen gebelerde kardiyak defektlerle hafif bir ilişki olduğunu (ayarlanmış odds oranı=1.40, %95 CI 1.03–1.90) göstermiştir.

Gebelikte gabapentin kullanımı ile olumsuz obstetrik sonuçlar arasında artmış bir risk bulunmaktadır. Gabapentine maruz kalan 4642 gebenin yer aldığı en büyük, popülasyon tabanlı çalışma, erken doğum riski (göreceli risk=1.22, %95 CI 1.09–1.36) ve gestasyonel yaşa göre küçük bebek (göreceli risk=1.32, %95 CI 1.08–1.60) riskinde artış tespit etmiştir. Antenatal gabapentin maruziyeti olan yenidoğanların, yenidoğan yoğun bakım ünitesine (NICU) kabul riskinin 1.3-2 kat daha fazla olduğu bildirilmiştir.

Gebelik sırasında gabapentinin opioidlerle birlikte reçete edilmesi durumunda dikkatli olunmalıdır: prenatal birlikte maruziyet, yalnızca opioid maruziyetine kıyasla Neonatal Opioid Yoksunluk Sendromu (NOWS) için %60 artmış göreceli bir risk taşır. Prenatal opioid ve gabapentin maruziyeti olan 19 bebeği içeren bir vaka serisinde, Loudin ve arkadaşları, dil çıkarma, göz hareketleri, sırt kavislenmesi ve sürekli ekstremiteler hareketleri gibi kendine özgü bir yoksunluk fenotipi tanımlamıştır. Bir vaka raporu, parapleji olan bir gebede gabapentin, baklofen ve oksibütinin maruziyetini takiben neonatal yoksunluk bildirmiştir. Bir çalışma, gabapentin maruziyeti olan 378 gebeyi içeren antiepileptik ilaç monoterapisine prenatal maruziyetin incelendiği bir çalışmada, çocukluk çağı nörogelişimsel sonuçlarında bir fark olmadığını bulmuştur.

Pregabalin

Pregabalin, merkezi sinir sistemindeki presinaptik kalsiyum kanallarına bağlanarak eksitatör nörotransmitterlerin salınımını azaltır. Gabapentine kıyasla pregabalin, epilepsi ve psikiyatrik durumların tedavisine ek olarak daha geniş bir nöropatik ağrı spektrumunu için onaylanmıştır.

İki Avrupa çalışması, gebelikte pregabalin kullanımı ile konjenital anomalilerde artış bildirmiştir. Bir Fransız çalışmasında, birinci trimesterde pregabalin maruziyeti olan bebeklerde aort koarktasyonu oranında 5.8 kat artış bildirilmiştir. Benzer şekilde, Teratoloji Bilgi Hizmetleri'nden yapılan çok merkezli bir kohort çalışması, sinir sistemi anomalileri ve aort koarktasyonu da dahil olmak üzere konjenital anomalilerde 3 kat artış bildirmiştir. İki çalışmanın da yüksek oranlarda maternal mental sorunlar nedeniyle karıştırıcı etkilere maruz kalmış olabileceği belirtilmiştir. Buna karşılık, ABD Medicaid ve özel sigorta veritabanlarından pregabalin maruziyeti olan gebelerin analizinde, konjenital malformasyon oranlarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır.

Prenatal pregabalin maruziyeti ile olumsuz obstetrik, neonatal ve nörogelişimsel sonuçların artmadığı görülmektedir. Prenatal pregabalin maruziyeti olan 2872 gebeliğin yer aldığı bir İskandinav popülasyon bazlı çalışması, düşük doğum ağırlığı, gestasyon yaşına göre küçük olma, erken doğum, düşük 5 dakikalık Apgar skoru, otizm spektrum bozukluğu ile bir ilişki bulamamıştır.

Kas Gevşeticiler

Siklobenzaprın

Trisiklik antidepresan grubu bir ilaçtır ve merkezi sinir sistemi üzerinde etki ederek kasların aşırı aktivitesini azaltır. Kas spazmlarıyla ilişkili akut kas-iskelet sistemi ağrısının tedavisi için onaylanmıştır. Ulusal Doğum Kusurları Önleme Çalışması'ndan elde edilen veriler, yarı dudak/damak, anorektal atrezi ve kalp anomalilerinde artış bildirmiştir; ancak yalnızca 9 kontrol bebeğin maruz kalması söz konusu olduğu için yorumlama önemli ölçüde sınırlıdır. Antenatal Siklobenzaprın maruziyeti olan bir vakada prematüre duktal kapanması ve yenidoğanın persistan pulmoner hipertansiyonu izlenmiştir. Uzun vadeli neonatal veya gelişimsel sonuçlara ilişkin veri bulunmamaktadır.

Baklofen

Bir kas gevşetici ve antispazmodik ajan olarak baklofen, nöromüsküler sinyal iletimini azaltmak için merkezi sinir sistemindeki GABA-B reseptörleri üzerinden etki eder. Bu ilaç, omurilik lezyonları, multipl skleroz veya serebral palsi hastalarındaki spastisiteyi hafifletmek için kullanılır. Gebelik sırasında fetal maruziyet, intratekal uygulama seçilerek azaltılabilir.

Baklofen maruziyetine bağlı doğum kusurları verileri, maruz kalınan 200'den az hamilelikte anensefali, omfalosel ve renal duplikasyon gibi durumlar bildiren vaka raporlarıyla sınırlıdır. Vaka raporları daha tutarlı bir şekilde, doğumdan sonra gelişebilen ve konvülsiyonlar ve hipertonsite semptomlarını içeren neonatal abstinens sendromunu tanımlar. Bu bulgu yetişkinlerde ani baklofen kesilmesinden sonra ortaya çıkan benzer bir yoksunluk sendromu ile daha da desteklenmektedir. Uzun vadeli neonatal veya gelişimsel sonuçlara ilişkin veri bulunmamaktadır.

Sonuçlar

Hamilelik sırasında anne ağrısının yeterli ve güvenli bir şekilde yönetilmesi önemlidir, ancak bu dönemde kullanılacak ilaçlarla ilgili mevcut verilerin anlaşılması ve yorumlanması zor bir görevdir. Hafif ila orta dereceli ağrı yaşayan pek çok hamile birey için, fizik tedavi, akupunktur veya yoga gibi farmakolojik olmayan tedaviler önerilebilir. Bu alternatifler, fetüsü potansiyel ilaç risklerine maruz bırakmadan ağrıyı hafifletebilir.

Ancak, şiddetli veya kronik ağrı durumu olanlar için ağrı kesicilerin kullanımı kaçınılmaz olabilir. Bu durumlarda, en düşük etkili dozun kullanılması ve hamilelik sırasında en uygun güvenlik profiline sahip ilaçların seçilmesi tavsiye edilir. Örneğin, asetaminofen uygun şekilde kullanıldığında genellikle güvenli kabul edilir, ancak NSAID'lerden, üçüncü trimesterde fetüs üzerinde potansiyel riskler nedeniyle muhtemelen kaçınılmalıdır. Opioid ilaçlar, yalnızca en şiddetli ağrılar için ve dikkatli kullanılması gereken bir seçenektir, zira bağımlılık, yenidoğanda yoksunluk sendromu gibi riskler taşımaktadır. Opioidlerin gerekli olduğu durumlarda hem annenin hem de bebeğin sağlığını etkili bir şekilde yönetmek için yakın izlem gereklidir.

Klinik açıdan, gebelik sırasında çeşitli ağrı kesicilerin güvenliği hakkındaki veriler sınırlı olduğundan, her gebeliğin bireysel ihtiyaçlarını değerlendirmek, her türlü tedavi seçeneğini vaka bazında tartışırken kapsamlı danışmanlık ve destek sağlamak gereklidir. Halk sağlığı açısından, gebelik sırasında ağrı kesici tedavi gören annelerin bebeklerinin fetal ve neonatal gelişiminin yakından izlenmesi ve zamanında müdahale sağlanması, ayrıca çocukluk boyunca nörolojinin takip edilmesi önemlidir.

Sonuç olarak, hamilelik sırasında ağrı yönetimi, anne sağlığını fetal güvenlilikle dikkatlice dengeleyen özenli, kanıta dayalı bir yaklaşım gerektirir. Bu karmaşık risk-fayda analizini etkin bir şekilde yönlendirmek için en son araştırmalar konusunda dikkatli ve güncel kalmalı, hastalarla detaylı tartışmalarda bulunarak kişiselleştirilmiş ve optimal bakım sağlanmalıdır.

RESPIRATUVAR SİNSİTYAL VİRÜS: KORUNMADA YENİ GELİŞMELER

Özet ve Çeviri: Dr. Ecem Okşen

Vain NE, Manzoni P, Yeo KT. Respiratory syncytial virus. What's new in prevention?. Semin Fetal Neonatal Med. Published online September 25, 2025. doi: 10.1016/j.siny.2025.101667

Respiratuvar sinsityal virüs (RSV), dünya çapında beş yaşın altındaki çocuklarda alt solunum yolu enfeksiyonlarının önde gelen nedenidir. Küresel olarak yılda 30 milyondan fazla vaka ve yaklaşık 100.000 ölüm bildirilmektedir. Bu ölümlerin büyük çoğunluğu düşük ve orta gelirli ülkelerde görülmektedir. En yüksek risk grubu, altı aydan küçük bebeklerdir. RSV'ye karşı uzun yıllardır etkili bir aşı veya profilaktik tedavi bulunmaması, bu enfeksiyonu önemli bir halk sağlığı sorunu haline getirmiştir.

Yeni geliştirilen yaklaşımlar arasında maternal aşılama ve uzun etkili monoklonal antikorlar yer almaktadır. Bu yöntemler, özellikle yaşamın ilk aylarında RSV'ye karşı güçlü koruma sağlayarak, hastane yatışlarını ve mortaliteyi azaltma potansiyeline sahiptir.

Giriş

RSV, 1956'da keşfedilen ve *Pneumoviridae* ailesine ait tek sarmallı RNA virüsüdür. Virüs, üst solunum yolu enfeksiyonlarından ağır bronşiolite kadar değişen bir klinik tabloya yol açar. Bebeklerde, yaşlılarda ve bağışıklığı baskılanmış bireylerde ciddi seyreder.

RSV çok bulaşıcıdır ve yüzeylerde 7 saate kadar hayatta kalabilir. Bu nedenle kapsamlı hijyen önlemlerinin uygulanması kritik öneme sahiptir ve bu tür önlemlerin etkinliği, COVID-19 pandemisi sırasında, RSV'nin dünya çapında dolaşım ve morbiditede ani bir düşüşe neden olduğu dönemde açıkça görülmüştür. Toplumda RSV bulaşması, toplumdaki yerel enfeksiyon salgınlarının önemli bir etkenidir ve okula ve kreşe giden küçük çocukların, devam eden bulaşmanın ana etkeni olduğu düşünülmektedir.

El hijyeni ve solunum hijyeni, RSV bulaşmasını azaltmada önemlidir. Solunum yolu enfeksiyonlarına ve RSV'ye karşı bu genel önleyici tedbirler, 5 yaşın altındaki çocukların bakıcılarını hem evde hem de toplumdaki okullarda/kreşlerde eğitmeyi amaçlamaktadır. Bunlar, önlemenin temel bir unsurudur ve ailelerin doğum ünitesinden taburcu olduktan sonra ve toplumda aldıkları sağlık eğitimi ve talimatlarının bir parçası olmalıdır. RSV her yıl milyonlarca hastane yatışına neden olur ve bebek ölümlerinin önemli bir kısmından sorumludur. RSV mevsimi, genellikle kış aylarında pik yapar, ancak bu dönem coğrafyaya göre değişiklik gösterebilir.

Mevcut Önleme Yöntemleri

RSV'ye karşı özgül antiviral tedavi bulunmamaktadır. Bu nedenle enfeksiyonun önlenmesi büyük önem taşır.

Genel koruyucu önlemler:

- El ve solunum hijyeni,
- Sigara dumanından kaçınma,
- Anne sütü ile beslenmenin teşviki,
- Kalabalık ortamlardan uzak durma.

Pasif bağışıklama önlemleri: Palivizumab:

1998'den beri kullanılan monoklonal bir antikor olup RSV'nin F proteinine bağlanarak virüsün hücreye girişini engeller. Bu antikoru yarı ömrü 18-21 gündür ve viral dolaşım mevsiminde koruyucu seviyelere ulaşmak için 28-30 günde bir intramüsküler uygulama gerektirir. Yüksek viral dolaşım döneminde aylık dozlar (3-6 doz) gereklidir; bu durum, birçok hastanın tedaviyi bırakması nedeniyle önleme programları için bir dezavantajdır. Bu durum uygulamayı zorlaştırır ve yüksek maliyet nedeniyle yalnızca yüksek riskli bebeklerde kullanılır.

Palivizumab ile pasif bağışıklama içeren önleme programları, birçok ülkede daha yüksek risk altındaki bebeklerde RSV-ASYE'ye bağlı hastane yatışlarının azalmasına katkıda bulunmuştur, ancak RSV hastalığının toplam yükü üzerinde çok az etkisi olmuştur. Palivizumab almaya aday risk altındaki nüfus, yaşamın ilk yılındaki toplam bebek sayısının %5'inden azını temsil etmektedir. Hastane yatışlarının çoğu, daha önce sağlıklı olan 6 aylıktan küçük çocuklarda görülmektedir.

Erken Yaşamda RSV'yi Önlemek İçin Yeni Bağışıklama Stratejileri

Anne Aşısıyla Pasif Bebek Bağışıklaması

Yenidoğanlar ve küçük bebekler ciddi hastalık riski en yüksek olan grup olduğundan, halk sağlığı stratejileri bu yaş gruplarını korumaya yöneliktir. **Gebelik sırasında aşılama, plasentayı geçerek çocukları doğumdan itibaren ve yaşamın ilk ayları boyunca koruyan maternal antikorların üretimini artırabileceği gösterilmiştir.** Öte yandan, anneye uygulanan bir aşının etkinliği, kendisinin enfekte olma ve bunu bebeğine geçirme riskini de azaltabilir. Ek olarak, emzirme yoluyla aktarılan antikorlar başka bir koruma biçimi oluşturabilir/

Pfizer RSVpreF (Abrysvo®) aşısı, MATISSE çalışmasında test edilmiştir.

- 32–36. gebelik haftaları arasında tek doz uygulanır.
- İlk 3 ayda ağır RSV enfeksiyonlarını %81,8 oranında, ilk 6 ayda %69,4 oranında azaltmıştır.
- Yan etkiler genellikle hafif (enjeksiyon yeri ağrısı, baş ağrısı, miyalji) şeklindedir.

Arjantin 2024'te bu aşığı ulusal takvime eklemiştir. İlk sezonda RSV'ye bağlı hastaneye yatışlarda %70–80 oranında azalma saptanmıştır. Aşının güvenlik değerlendirmesinde, çalışmaya katılan birkaç düşük ve orta gelirli ülkede, erken doğumlarda hafif bir artış gözlemlendi. Aşılanan grupta erken doğum insidansı 206 (%5,6) ve kontrol grubunda 106 çocuktan (%4,7). Aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildi, ancak bu olayı değerlendirmek için örneklem büyüklüğü hesaplamasının yapılmamış olması göz önüne alındığında bu şaşırtıcı değildi. GlaxoSmithKline tarafından geliştirilen rekombinant RSV F proteini içeren bir başka faz 3 maternal aşı çalışması, aşılanan grupta erken doğum vakalarındaki artış nedeniyle askıya alınmıştı (%6,8'e karşı plasebo grubunda %4,9); bu etki de çoğunlukla düşük ve orta gelirli ülkelerde gözlemlendi (%9,9'a karşı %6,3).

Bu potansiyel risk nedeniyle, ABD Gıda ve İlaç Dairesi (FDA), Abrysvo® (Pfizer) aşısının 24. haftadan sonra değil de gebeliğin 32. ila 36. haftaları arasında uygulanmasına izin vermiştir.

Nirsevimab ile Pasif Bebek Bağışıklaması

Nirsevimab, RSV F proteininin F1 ve F2 alt birimlerindeki 0 numaralı prefüzyon bölgesine bağlanan ve hücre füzyonundan önce bu proteini bu konformasyonda bloke ederek virüsün konak hücreye girmesini engelleyen rekombinant bir insan immünoglobulin kappa monoklonal antikorudur. Palivizumab'ın aksine, nirsevimab daha uzun bir yarı ömre sahiptir (yaklaşık 73 gün, 18-21 gün) ve RSV dolaşım sezonunun başında tek bir kas içi uygulama, tüm sezon boyunca, en az 150 güne kadar, bebeklerde yeterli antikor seviyelerini koruyabilir. HARMONIE çalışmasında, RSV'ye bağlı hastaneye yatışlarda %83 azalma gözlemlenmiştir. Gerçek yaşam verileri de benzer oranlarda koruyuculuk göstermiştir.

Yeni bir uzatılmış yarı ömürlü anti-RSV monoklonal antikor olan clesrovimab, yakın zamanda faz 2b/3 çalışmalarının araştırma aşamasını başarıyla tamamlamış ve ABD Gıda ve İlaç Dairesi (FDA) tarafından kullanım izni almıştır. clesrovimab için yayınlanan veriler, nirsevimab ile benzer bir etkinlik ve benzer bir koruma süresi göstererek, küçük bebekler arasında pasif immünoprofilaksi için ikinci bir seçeneğin önünü açmıştır .

Sonuç

RSV'nin neden olduğu solunum yolu enfeksiyonları, özellikle düşük ve orta gelirli ülkelerde, dünya genelinde bebek ve çocuklarda önemli bir morbidite ve mortalite nedenidir. Emzirmenin teşviki, el yıkama ve diğer basit yüksek etkili önlemler gibi genel koruma önlemlerini ihmal etmeden, yeni anne aşılama stratejileri ve uzun etkili monoklonal antikorlar halihazırda bir gerçekliktir. RSV mevsiminde doğan ve bu dönemin başlangıcında 6-8 aydan küçük bebeklere nirsevimab'ın evrensel olarak uygulanması stratejisi, gerçek yaşam çalışmalarında oldukça etkili olmuş ve bebek sağlığı sisteminde büyük bir etki yaratmıştır. RSV mevsiminde veya hemen öncesinde doğum yapması beklenen gebe kadınlara RSV aşısının uygulanması da oldukça etkilidir. Ancak, bu strateji seçildiğinde, korunmayacak bebeklerin değişken bir yüzdesinin olacağı (gebeliğin <32. haftasında doğanlar, anne aşısından <2 hafta sonra doğanlar, anneleri aşı olmamış olanlar) göz önünde bulundurulmalıdır. Bu gibi durumlarda, RSV mevsiminin başlangıcında veya sırasında anne aşısıyla korunmayan bebeklere uzun etkili bir RSV monoklonal antikor uygulanmasını içeren kombine bir strateji seçeneği sunmak ideal olacaktır. Clesrovimab gibi yeni, uzun yarı ömürlü monoklonal antikorlar ek koruma alternatifleri sunacaktır. Bu stratejilerin yalnızca satın alma gücü yüksek ülkelere veya ailelere özgü olmaması için uluslararası kuruluşlar ve hükümetlerle çalışmak önemli olacaktır.

Aslında, küresel bir sağlık topluluğu olarak, hayat kurtardığı bilinen araçları en çok ihtiyaç duyulan yerlere getirmemek ahlaki açıdan kabul edilemez. Bilim toplulukları, halk sağlığı yetkilileri ve sağlık yöneticileri, RSV'ye bağlı morbidite ve mortaliteyi önlemeyi amaçlayan evrensel önleme programlarını hayata geçirmek için çaba ve kaynakları koordine etmelidir. Yukarıda önerilen stratejiler, RSV yükünü önemli ölçüde azaltabilir ve her çocuk doktorunun, her ailenin ve çocuğun umudunu gerçeğe dönüştürebilir.



TJODist Bülteni



TJOD İSTANBUL
Türk Jinekoloji ve Obstetrik Derneği

JİNEKOLOJİ

12 Kasım 2025, Çarşamba

Radisson Blu Hotel, İstanbul Şişli



**Toplantı
Sorumluları**

**Samet Topuz
Altay Gezer**

www.tjodistanbul.org



12 Kasım 2025, Çarşamba



18:30-21:45

Radisson Blu Hotel, İstanbul Şişli

JİNEKOLOJİ

Toplantı Sorumluları: Samet Topuz, Altay Gezer

Açılış Konuşması: *Engin Oral*

18:30-19:45 1. OTURUM

Oturum Başkanları: *Tugan Beşe, Hakan Güraslan*

18:30-18:45 Myom ve Sarkomu Radyolojik ve Biyokimyasal Olarak Nasıl Ayırt Ederiz?

Samet Topuz

18:45-19:00 Myomlarda Laparoskopi Cerrahi Yapılabilir

Orhan Şahin

19:00-19:15 Myomlarda Laparoskopik Cerrahi Uygun Değildir

Murat Apı

19:15-19:30 Adenomyozitte Güncel Tanı ve Tedavi Nasıl Olmalı?

Engin Oral

19:30-19:45 Tartışma

19:45-20:00 Kahve Molası

20:00-20:30 UYDU SEMPOZYUMU

Moderatör: *Engin Oral*

Menstrüel Siklus Kontrolünde Didrogesteronun Rolü

Hale Göksever Çelik



Abbott

20:30-21:45 2. OTURUM

Oturum Başkanları: *Altay Gezer, Meryem Hocaoglu*

20:30-20:45 Anormal Uterin Kanamada FIGO Sınıflaması, Biyopsi Teknikleri, Pipel, FC, HS

Harika Yumru Çeliksoy

20:45-21:00 Anormal Uterin Kanamada Medikal ve Cerrahi Tedaviler

Semra Yüksel

21:00-21:15 İstmosel Tanı ve Tedavisi Nasıl Olmalı, Hangi Yöntem LS vs HS?

Taner Usta

21:15-21:30 Güncel Kılavuzlar Eşliğinde Endometrial Hiperplazi Yönetimi

Doğan Vatansever

21:30-21:45 Tartışma



TJODist Bülteni



TJOD İSTANBUL
Türk Jinekoloji ve Obstetrik Derneği

OBSTETRİK ACİLLER

21 Aralık 2025, Pazar
Radisson Blu Hotel, İstanbul Şişli



Toplantı
Sorumluları
Hakan Erenel
Recep Has

www.tjodistanbul.org



21 Aralık 2025, Pazar



09:00-13:00

Radisson Blu Hotel, İstanbul Şişli

OBSTETRİK ACİLLER

Toplantı Sorumluları: Hakan Erenel, Recep Has

09:00-09:25 Kahvaltı ve Kayıt

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

09:30-10:30 1. OTURUM

Obstetrik Kanamalar

Moderatörler: *Recep Has, Esra Esim Büyükbayrak*

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

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

10:30-10:45 Kahve Molası

10:45-11:45 2. OTURUM

Peripartum ve Postpartum Maternal Enfeksiyonlar / Sepsis

Moderatörler: *İbrahim Kalelioğlu, Ebru Davutoğlu*

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

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



TJODist Bülteni



21 Aralık 2025, Pazar



09:00-13:00

Radisson Blu Hotel, İstanbul Şişli

OBSTETRİK ACILAR

Toplantı Sorumluları: Hakan Erenel, Recep Has

11:45-12:00 Kahve Molası

12:00-13:00 3. OTURUM

Ağır Preeklampsi / Eklampsi / HELLP Sendromu Yönetimi

Moderatörler: Alev Aydın, Tuğba Saraç Sivriköz

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

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