



TJODist Bülteni

Mayıs 2018

Başkandan



Sayın meslektaşlarım;

Jinekolojik Onkoloji başlıklı toplantımızı **20 Mayıs**ta yapıyoruz.

Bu toplantıda daha öncekilerde olduğu gibi güncel konular ile birlikte yeni uygulamaları tartışacağız. Bu oturum son büyük oturum olacak ve **10 Haziran** da, **olağan genel kurul** ile birlikte kısa bir oturum planlıyoruz.

Sayın meslektaşlarım geçtiğimiz 10-15 gün boyunca Ülkemizde, **İstanbul Üniversitesi**nin bölünmesi ve başta Cerrahpaşa Tıp Fakültesi olmak üzere bazı fakültelerin bu yeni üniversiteye bağlanmasını tartışıldı. Bu konuda ilk eleştiri yazılarından biri derneğimiz tarafından yayınlandı. Sonra pek çok ulusal tıp derneği aynı konu hakkında eleştirel bültenler yazdı. Türkiye'nin en eski üniversitesinin bölünmesi ve Cerrahpaşa Tıp fakültesinin köklerinden koparılması, Türkiye Cumhuriyeti'nin sağlık alanındaki bilimsel gelişimine büyük bir darbe olacaktır. Unutulmamalıdır ki ülkemizde 80'in üzerinde tıp fakültesi olmasına rağmen, sağlık alanındaki öncül eğitim kurumları hala, sayısı 5-6'yı geçmeyen ve kökleri yarım asrı aşan tıp fakülteleridir. Bu kurumlar pek çok olumsuzluklara rağmen işlevlerini başarı ile yürütmektedir. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi öğrencileri bu bölünmenin en mağdur grubudur. İleriki yıllarda bu başarılı öğrenciler, mezun oldukları okulun haklı gurunu yaşayamayacaktır. Bunun bilinci ile üzüntü ve kaygılarını her ortamda belirtmektedirler.

Başta Öğrenciler olmak üzere bütün paydaşlar, kaygılarını günlerdir ulaşabildikleri her yetkiliye iletmış ancak bölünme ile ilgili kanunun, TBMM geçmesine engel olamamıştır ve **bölünme gerçekleşmiştir**.

Sayın meslektaşlarımız bu ayda daha öncekilerde olduğu gibi yeni bazı çalışmaların özetlerini yayınlıyoruz. Emeği geçen arkadaşlarımıza sonsuz teşekkürler. Yirmi Mayıs da görüşmek dileği ile....

Sevgi ve saygılarımızla

Prof. Dr. Fuat Demirkıran

Tjod İstanbul Y.k. adına



Editörden



Sayın Meslektaşlarım,

Bu ay da **Nisan Bilimsel toplantımızın özeti** ve her alandan birer makale ile karşınızdayız.

Gereken tedbirleri almak için düşük doğum ağırlıklı bebekleri öngörmenin önemli bir aracı duruma fetal gelişim geriliği aşamasındayken tanı koymak. Bu amaçla **karın çevresi mi yoksa tahmini doğum ağırlığını mı göz önüne almak daha doğru** sorusuna yanıt arayan bir **obstetri makalemiz** var.

İnfertilitede ise polikistik over sendromunda ovülasyon indüksiyonu için **klomifen sitrat kullanan kadınlarda ovulasyon olmadığında doz artırımı için gelecek siklusu beklemek ile aynı siklus içerisinde doz artırımını retrospektif karşılaştıran** bir çalışma var. Sonuçları daha önce yayınlanan çalışmalar ile benzer. Ben aynı uygulamayı yıllardır letrozole ile de yapıyorum. Başlangıç dozuna yanıt verilmeyen durumda doz artırmak için gelecek siklusu hiç beklemediğim için karşılaştırmalı veri yayınlamam mümkün değil ama basamaklı protokolün letrozole ile de çalıştığını söyleyebilirim. Detaylar makalenin özetinde.

Onkoloji makalemizin konusu bence çok önemli. Levonorgestrel salgılayan intrauterin aracın jinekolojideki en önemli gelişmelerden birisi olduğunu düşünmüşümdür. Bu aracın kullanımı ile meme kanseri riskinin artabileceğini düşündüren registry çalışmaları, her ne kadar nedenselliği ispat edemese de endişe uyandırıyordu. Makalede **LNG-RIA kullanımı ile meme ve jinekolojik kanser sıklığı** değerlendiriliyor. Bakalım İsveç çalışmasının sonuçları doğrulanıyor mu?

Ürojinekoloji derlememizin konusu ise bitmeyen tartışmalarımızdan **vaginal doğumun pelvik taban kusurları üzerindeki etkisini 3D ultrasonla değerlendiren** çalışmalar. Pelvik tabanı bozan vaginal doğum mu gebeliğin kendisi mi fikrinizi etkileyebilir.

Hepsini ilgiyle okuyacağınıza inanıyor ve özetleri hazırlayan meslektaşlarımıza hepimiz adına teşekkür ediyorum.

İyi dileklerle,

Prof. Dr. Barış Ata

Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı
Koç Üniversitesi Tıp Fakültesi

TJODist Bülteni

20 Mayıs 2018 Jinekolojik Onkoloji //

TJOD İSTANBUL ŞUBESİ BİLİMSEL TOPLANTISI

Yer: **HİLTON İSTANBUL BOSPHORUS**

20 MAYIS 2018 PAZAR

JİNEKOLOJİK ONKOLOJİ

Konu Başkanları: Fuat Demirkıran, Samet Topuz

09:00 - 10:00 Sabah Kahvaltısı

10:00 - 10:10 Açılış: TJOD İstanbul Başkanı: Fuat Demirkıran

1. Oturum:

Oturum Başkanları: Fuat Demirkıran - Volkan Ülker

10:10 - 10:30	Vulvar condylom ve preinvaziv lezyon yönetimi	Dr. Ahmet Göçmen
10:30 - 10:50	Serviks kanserinden korunmada son durum: Primer koruma(aşılar) ve sekonder koruma (smear-HPV testleri)	Dr. Cem İyiboğurt
10:50 - 11:10	Preinvaziv lezyon yönetimi: eksizyonel ve ablatif yöntemler	Dr. Samet Topuz
11:10 - 11:30	Serviks kanserli yönetiminde yeni gelişmeler	Dr. Macit Arvas
11:30 - 11:50	Jinekolojide Likit biyopsi ve uygulama alanları	Dr. Veysel Şal
11:50 - 12:10	Serviks kanserinde medikal tedavi ve yenilikler	Dr. Mete Göngör
12:10 - 12:30	Tartışma	
12:30 - 12:50	Kahve molası	

2. Oturum:

Oturum Başkanları: Sinan Berkman - Ahmet Çetin

12:50 - 13:10	Anormal uterin kanamalara yaklaşım: USG, Biyopsi teknikleri (Pipelle, D&C, histeroskopi)	Dr. Faruk Köse
13:10 - 13:30	Endometriyal hiperplazi yönetimi: Atıpilli ve atıpisiz olgular	Dr. Yavuz Salihoğlu
13:30 - 13:50	Ovarial kitlelerde güncel ayırıcı tanı uygulamaları: USG, skorlama sistemleri, MR	Dr. Özgür Akbayır
13:50 - 14:10	Jinekolojide maligniteler için yetersiz cerrahiler: nedenleri ve önleme girişimleri	Dr. İlkan Dünder
14:10 - 14:30	Jinekolojik onkolojide fertilitte koruyucu yaklaşımlar: operasyonlar, medikal girişimler ve dondurma teknikleri	Dr. Tugan Beşe
14:30 - 14:50	Tartışma	

TJOD İSTANBUL ŞUBESİ BİLİMSEL TOPLANTISI - HİLTON İSTANBUL BOSPHORUS 8 NİSAN 2018 PAZAR İNTRAPARTUM YÖNETİM ÖZET

Özetleyen: Dr. Hakan Erenel

Antepartum Fetal İyilik Hali Testleri ve Doğum Zamanlaması - Dr. Hülya Dede

Modifiye biyofizik profili (BFP) Daha kısa zamanda tamamlanıyor

Sonuçlar BFP ile benzer

Modifiye biyofizik profili normal ise 1 hafta içinde fetal ölüm riski 0,8/1000

Uterin arter doppler 22-24 hafta preeklampsi öngörüsünde kullanılır

Hipoksik fetuslarda fetal venöz doppler bulguları arteriyel dopplerden sonra bozulur

İleri derece plasental yetmezlik olduğunda ve kardiyak yetmezlik olan olgularda fetal venöz doppler bozulur

%10 persentil altında gelişim varsa takip haftalık umbilikal arter doppler, BFP ve NST ile yapılır

Takiplerde sorun yok ise 37+0'a kadar takip sonra doğum planlanır.

Enddiastolik akım kaybında 34 hafta tamamlanınca doğurtulur altında yakın takip

Reverse end diastolik akım 32 hafta ve üzeri hemen doğum yaptırılır, 32 hafta altında günlük hatta günde iki kez BFP ile takip ve gerekirse doğurtulur.

Sonuç hiçbir test tek başına doğum endikasyonu koydurmaz

Birlikte kullanırsan öngörü kuvvetlenir

Genel olarak yalancı pozitiflik fazla

Güvenilir kanıtlar yok çünkü bu tarz çalışmaların yapılması etik değil

Testlerin sıklığı klinisyene kalmış

Ablasyo, kord sorunları, diyabetteki değişikliklerde bu testlerin bir yeri yok

Doğum İndüksiyonu - Dr. Aytül Çorbacıoğlu

Başarıyı öngermede Bishop sistemi kullanılır

Yöntemler farmakolojik ve mekanik

PE1 PGE2 Oksitosin Kateter ve osmotik dilatatörler

Oksitosin dışındakiler olgunlaştırma amaçlı.

Doğuma doğru serviks daha esnek kollajenden fakir sudan zengin hale gelir

Prostaglandinler hem servikal değişiklik hem de uterin kontraksiyonlara neden olur

PGE1 misoprostol PGE2 dinosproston

PG uyguladıktan sonra en az 30 dk monitorizasyon yap

Ayrıca uterin aktivite başlarsa monitorizasyona devam et

Uygulamadan önce en fazla 10 dk da 2 kontraksiyon olmalıdır yoksa PG uygulama çünkü taşistoli yapar

Yan etkiler %5 oranında görülür taşistosisli kusma ateş diyare titreme

PGE1 daha eski ve yaygın kullanılan

Term gebelikte PGE1 FDA onayı yok

WHO ve ACOG term gebelikte misoprostolü desteklemekte fakat FDA onayı yok

Sublingual oral ve vajinal kullanılır

Sublingual ve oral kullanımda tepe konsantrasyona hızlı ulaşır ve hızlı düşer

Vajinal kullanımda düşük tepe konsantrasyonu fakat uzun süre sabit konsantrasyon

Dünyada en sık uygulama yolu vajinal

WHO misoprostol 6 saate bir 25 mcg öneriyor yetmez ise 50 mcg çıkılabilir.

Bir diğer kullanım şekli oral. Hızlı tepe seviyesi sonrasında hızlı düşer ve iki saate br kullanılır

TJODist Bülteni

Bukkal ve sublingual kullanımda ilgili çalışmalarda oral ve vajinale üstünlük gösterilmemiş
Prostoglandin E2 dinoproston 24 saat boyunca saatte 0.3 mg salınır
Membran rüptürlerinde daha yüksek ve değişken salınım
Vajenden çıkarılırsa etkinlik hızlı sonlanır
Dinoproston 24 saat tut
İkinci kez uygulama ile ilgili yeterli çalışma yok fakat uygulayan klinikler var
Misoprostole göre daha yavaş etkili fakat daha güvenli
Mekanik yöntemler balon kataterler ve osmotik dilatatörler
Membran ve desidüadan PG salınımına neden olurlar. Serviksi dilate ederler
Kateter 30-80 cc sıvı ile şişirilir. İnternal osu geçmelidir.
Ne kadar şişirildiğinin anlamlı etkisi yok
Çift balonlu kateterin foleye üstünlüğü yok
PG vs Mekanik yöntem etkiler aynı
PG daha hızlı ve oksitosin ihtiyacı daha düşük. Hasta için kolay ve konforlu
Mekanik yöntemlerde taşisistoli oranı düşük. Saklama kolaylığı ve ucuz. Enfeksiyon oranı anlamlı oranda artmamış. EMR'de kullanımında çekince var.
2015 yılında bir metaanaliz foley, vajinal, oral misoprostol ve dinoproston etkinlik karşılaştırılmış
En fazla doğum oranı vajinal misoprostol daha sonra dinoproston daha sonra foley daha sonra oral misoprostol
Oksitosin infüzyon pompası ile ver amaç 2-3 da bir güçlü kontraksiyon sağlamak
Yüksek dozlarda daha fazla taşisistoli
Farklı protokoller var.
Dinoprostondan 30 dk misoprostolden 4 saat sonra oksitosin başlayabilirsiniz
Oksitosin yan etki taşisistoli, uterin rüptür, hiponatremi ve hipotansiyon
Hipotonik solüsyonlar ile vermeyin
Tek başına amniyotomi doğumu hızlandırmaz
Oksitosin ile faydalı
Sezaryen geçirmiş hastalarda bishop skoru uygun değilse mekanik yöntemler sonrasında oksitosin kullanılmalı
prostoglandinler ile risk en yüksek
Genel olarak her türlü PG den kaçınılmalı

Anormal Doğum Eylemi - Dr. Tuğba Sivriköz

Anormal doğum eyleminin en sık neden uterin hipokontraktilite
Kontraksiyonların 10 dk da 3-4 den az kontraksiyon ya da tek bir kontraksiyonun 50 sn den kısa olmasıdır
Montevideo ünitesi internal basınç kateteri ile ölçülebilir. Kullanımı zor
Rutine katkısı yok
Maternal obezite birinci evreyi uzatır
Sefalopelvik uygunsuzluk (SPD) subjektif, daha çok ikinci evreyi etkiler. Fetustan veya pelvik nedenlerden kaynaklanabilir. Tam servikal dilatasyon gerçekleştikten sonra karar verilmeli
Oksiput posteriorda transverste persiste etmesi. İkinci evreyi uzatır
Nöroaksiyel anestezi ikinci evreyi uzatır, oksitosin ihtiyacı artar operatif doğum ihtiyacı artar
Uzamış latent fazda dinlenme öner
Aktif fazda ilerleme duraksama bozuklukları uzama SPD açısından değerlendir
2010 yılında Zhang yeni bir doğu meğrisi ortaya çıkardı
Retrospektif 62.000 gebe
Primar ve nulliparlarda eğri farklı değil
Aktif fazın sonunda deselerasyon fazı yok
Latent fazdan aktif faza geçiş 6 cm'de
Birinci evre aslında 6 cm e kadar latent faz

TJODist Bülteni

İkinci nulliparlarda 3 saat multiparlarda 2 saat ikinci evre
Latent faz 14 ve 20 saat uzarsa sezaryen endikasyonu değil
6 cm üzerinde ilerleme kusuru tanımı
2 saat içinde 1 cm altı değişiklik varsa oksitosin veya amniyotomi yap
Hipokontraktilite varsa oksitosin yap 4-6 saat boyunca oksitosine rağmen dğişiklik yok ise amniyotomi yap.
Hatta 2 saat sonunda
İlerleme iniş veya servikal dilatasyonda artış minimal bile olsa takip et
Duraksama kusuru 6 cm üzerinde membranlar rüptüre iken etkin kontraksiyonlar varken 4 saat boyunca servikal dğişiklik yok ise ya da 6 saat boyunca dğişiklik yok ise duraklama kusuru (arrest)
Serviks >6cm, nullipar ve multipar gebelerde benzer hızda dilate olur
Aktif faz 6 cm başlar
Uzamış latent faz sezaryen endikasyonu değildir
Yavaş fakat ilerleyen 1. evre, sezaryen endikasyonu değildir
Doğumun 2. evresi için operatif doğum endikasyonu olan tanımlanmış kesin maksimum süre yoktur
Term EMR 12-18 saat konservatif kalınabilir
Makat prezantasyonunda eksternal sefalik versiyon önerilebilir
Başarısız indüksiyon, latent fazda membran rüptüre olduktan sonra, 12-18 st oksitosine yanıt alınamamasıdır
Epidural anestezi sezaryen oranını arttırmaz.

Intrapartum Kanamalar - Dr. İbrahim Kalelioğlu

Devamlı ağrıda ablasyon düşünölmeli
EMR ve kanama--- vasa previa düşünölmeli. Plasenta bilobata succentriata varsa özellikle risk artmıştır vasa previa açısından
Rüptürde karın ağrısı, uterus şekli dğişir, hassaslaşır kasılmalar kesiliyor
Servikal vajinal lezyonlar da bir kanama nedeni
Ablasyo USG sensitivitesi %24 PPD %88 NPD %23
Batında sıvı varsa splenik arter anevrizması veya karaciğer rüptürü akılda tutulmalı
Kanamada USG ile previa ve vasa previa dışlandıktan sonra tuşe yapılmalı
Tuşede seviye kaybı rüptürü düşünörmeli
Tam idrar tetkikinde hematüri rüptüre eşlik edebilir
Kan ürünleri verilirken Eritrosit TDP oranı 1/1 olmalı
Postpartum kanamaları önlemek için 3. Evre aktif yönetilmeli
Postpartum kanamada sıvı desteği en az 2000 cc kristaloid ile başlamalı
Vajinal hematoma düşünölen vakalarda mutlaka rektal muayene de yapılmalı.
Traneksamik asit postpartum kanamalara bağı anne ölümlerini azaltıyor. Diğer medikasyonlara ek olarak kullanılmalıdır.
Vajinal hematomlar büyümüyorsa ve ağrı yoksa drene edilmemeli
Ağır arteriyel kanamalarda tamponun faydası yok aksine kanamayı retroperitona yönlendirir
Fibrinojen 200 mg/dl nin altında olması ağır bir postpartum kanama ile karşı karşı olduğumuzu gösterir.
Aktif yönetimde bebek çıkınca 10 Ünite oksitosin intramuskuler sonrasında 1000'e 20 Ünite infüzyon yapıyoruz.

Intrapartum Fetal Monitörizasyon - Dr. Ali Ekiz

Düşük riskli grupta intrapartum aralıklı oskültasyon ile Elektronik fetal monitorizasyon (EFM) arasında fark yok
EFM 3 kategori olarak değeriendirilmeli
32 hafta üstü 15 sn süren 15 atım 32 hafta altı 10 sn süren 10 atım akselerasyon olarak değeriendirilir
Kategori 1 güven veren kategori asfiksi ilişkili değil.
Travaya yeni alınan bir hastaysa aralıklı EFM olarak takip edilebilir

TJODist Bülteni

Kategori 2 aslında 1 ve 3 e sokamadığımız gruptur.

Kategori 3 acil doğum şartlarını hazırla intrauterin resusistasyon yap

Pozisyon ver (sol veya sağ lateral) 8-10 lt/dk oksijen Bolus sıvı (500-1000 izotonik veya ringer laktat), düzelme yok ise indüksiyon gidiyor ise oksitosin durdur

İndüklediğimiz bir hasta ise kontraksiyonları azaltmak için terbutalin verilebilir

Kategoride değişim yok ise doğum

Kategori 2'de bekle ve neden araştır.

Taşikardi en sık neden maternal ateş ve ateş neden olabilecek nedenlerdir

Ablasyon fetal kanama gibi nedenlere bak

Taşikardinin nedeni fetal aritmi olabilir. Yukarıdaki nedenlerde kalp hızı 160-200/dk iken aritmilerde (flutter SVT) genelde 200-220/dk nın üzerinde

Taşikardi ve hiç variabilite olmayan NST de doğum kararına yakın durulmalıdır

EFM Yalancı pozitifliği YÜKSEK

EFM müdahaleli doğum ve sezaryen oranını ARTTIRIR

EFM serebral palsy oranını AZALTMAZ

Interobserver uyum AZ

3 kategorili EFM kullanımı ÖNERİLİR

Riskli Hastaların Devamlı EFM takibi ÖNERİLİR

Intrapartum ve Postpartum Ultrasonografi - Dr. Cem Batukan

USG nin asıl yararı ikinci evrede, başın seviye ve pozisyonunu daha iyi anlıyoruz

Yapılan çalışmalar transperinal usg ile servikal dilatasyonun el ile ölçüm gibi gösterebildiği göstermiş

Yapılan çalışmalar el pozisyonu %25 yanlış belirlediğimizi gösteriyor.

Elle muayene ile oksiput posteriorların yarısını saptıyoruz

Elle muayenede hata payı yüksek

Başarısız vakum forseps sonrası sezaryen yaptığımızda intrakranial kanama oranı en yüksek

Trase bozukluğu sonrasında vakum ve forseps başarısızlığı nedeniyle sezaryen yapıldığında sonuçlar daha kötü. Çünkü vakit kaybediyoruz bunları direkt sezaryene almak sonuçlarını iyileştirecektir

Yüksekte duran bir başta forseps veya vakum uygulanmamalı

Önerilen başın +2 seviyenin altında olmasıdır

Bunu doğru tespit etmeliyiz elle bu seviyeyi %30 yanlış saptıyoruz

Seviye amaçlı usg yaparken simfizisi ve başına tamamını görmek gerekir.

Baş yukarı bakıyorsa operatif doğum daha başarılı

İlerleme açısı ne kadar büyük ise doğum o kadar hızlı olacaktır,

İlerleme açısı 120 dereceye ulaşmışsa vakum başarıları %90

Baş perine mesafesi ölçmek basit. 4 cm den daha az ise başarılı operatif doğum şansı artar

Fetal başın rotasyonu için translabial USG yapılır

Birinci evrede oksiput posterior olmasının bir önemi yok

Oksiput posterioru ikinci evrede fark etmenin önemi operatif doğumdaki fleksiyon noktası farklı dolayısıyla daha farklı bir traksiyon uygulamak gerekir

İlerleme açısı ve rotasyon değerlendirme oksiput posterior vakalar için uygun değil

Omurga posteriordaysa ikinci evrede oksiput posterior kalma olasılığı daha yüksek

Omurga anteriorda ise oksiput posteriorun ikinci evrede düzelme şansı daha yüksek

Postpartum USG de ensik kullanım alanı akreta var mı retansiyon var mı

Kavite için ekojen alanlar genelde koagulumdur daha kalın hiperektojen ise rest plasenta lehinedir

TJODist Bülteni

Omuz Distosisi - Dr. Gökhan Yıldırım

Brakial pleksus paralizisi varsa omuz distosisinden bahsetmek lazım

Bu nedenle hafif bir takılma var ama komplikasyon yok ise omuz distosisi olarak bildirmiyoruz

Çoğunlukla ön omuzun simfizis pubis arkasında sıkışmasına bağlı nadiren arka omuzun promontorium arkasında sıkışmasına bağlı

4000 gram üzerinde doğum, diyabetes mellitus, geçirilmiş distosi hikayesi üç önemli risk faktörü

Maalesef tüm distosi olguların yaklaşık yarısında risk faktörü yok

Büyük çoğunluğu 4000 gramın altındaki olgular

Tanı subjektif bir klinik tanıdır, normalde baş doğumu ile vücut doğumu arasındaki süre 24 sn dir üst sınır yaklaşık 60 sn dir. Distosi olgularında bu süre 80 sn üzerindedir.

Asfiksi önlemek için ortalama 5 dk içerisinde doğurtmamız gerekir

Anne ıkımaya devam ederse ön omuz simfizis ile daha çok sıkışır

Tek başına mücadele etme Derhal yardım çağır (Ebe, anestezi, asistan, ameliyathane)

Hastanın popousunu masanın dışına alıcaz, epizyotomi yoksa aç, varsa genişlet, Mesane boşalt

Gergin Nukal kord varsa serbestleştir

Hangi manevra ile başlayacağımız deneyim alakalı

Manevraların etkinliğini karşılatıran çalışma yok, tüm manevralar brakial pleksus üzerinde gerilimi artırır

Suprapubik bası ve McRoberts ilk manevra

Suprapubik basının amacı fetal biakromial çapı azaltıp ön omuzu daha geniş olan oblik çapa getirmek

Fundal basından kaçınmak lazım ön omuzu daha çok sıkıştırır ve rüptür riskini artırır.

Arka omuz doğurtulması manevraları daha invaziv

Woods vida manevrası sırasında sık yapılan hata, boyun döndürülmesi yapılmamalı

Belgelendirme çok önemli (baş doğum zamanı, vücut doğum zamanı, hangi omuz distosi, doğumda fetal başın pozisyonu, uygulanan manevralar ve süresi, maternal perine vajen muayenesi, tahmini kan kaybı, kıdemli obstetrisyen doğum salonuna geliş zamanı, bir meslektaş veya anestezi salona geliş zamanı, kan gazı, yenidoğan değerlendirme iyi kaydedilmeli)

Uluslararası derneklerin önerisi distosi antremanları yapılırsa başarı daha yüksek ve brakial pleksus hasarı daha az

Sezaryen Sonrası Vajinal Doğum - Dr. Ebru Çelik

Konu hakkında randomize çalışma yok

Neden vajinal doğum yaptırmak istiyoruz?

Kanama, DVT, transfüzyon, histerektomi sonrası sezaryen sonrası daha fazla

SSVD en büyük risk uterin rüptür. Risk binde 6

Hasta onamı ve hastaya ayrıntılı olarak riskleri anlatmak çok önemli

Kimlere uygun

Alt segment bir adet trasnvers insizyonu olan pelvisi uygun olan hastalara

Acil sezaryen uygulanabilecek merkezlerde

Daha önceki insizyon klasik veya ters T ise kontraendikasyon

Myomektomi geçiren hastalar kontraendikasyon

BMI 30 üzerindeyse başarı düşüyor ve rüptür riski artıyor

Maternal yaş 40 üzerindeyse başarı düşüyor

TDA 4000 üzerindeyse önerme rüptür riski artıyor

Daha önce iki sezaryen kesin kontraendikasyon değil fakat çok dikkatli olunmalı

Cytotec kullanma. Propess tercih edilebilir.

Mekanik indüksiyon tercih edilebilir

İntrapartum takipte mutlaka damar yolu açılmalı, sürekli monitorizasyon yapılmalı

Kan bankası olmalı, vital bulgular çok önemli

Epidural anestezide sakınca yok

Anormal NST, fetla taşıkardi ya da deselerasyon olduğunda, şiddetli ani gelişen ağrı, anormal vajinal kanama, hematüri, rüptürü düşündürmeli

ACOG ve RCOG Fetal gelişim kısıtlılığı tanım yöntemlerinin karşılaştırılması

Özetleyerek Tercüme eden:
Dr. Hakan Erenel

Original Research

A Comparison of Methods for the Diagnosis of Fetal Growth Restriction Between the Royal College of Obstetricians and Gynaecologists and the American College of Obstetricians and Gynecologists

Nathan R. Blue, MD, Meghan E. Beddow, MD, Mariam Savabi, MD, MPH, Vivek R. Katukuri, MD, Ellen L. Mozurkewich, MD, MS, and Conrad R. Chao, MD

Gebelik haftasına göre küçük (SGA) fetus ifadesi genel olarak doğum ağırlığı 10. persentil altında olan olumsuz neonatal sonuçlar ile ilişkili ve yetişkin dönemde kardiyovasküler ve metabolik hastalıklar açısından artmış risk taşıyan fetusları tanımlar. İntrauterin hayatta fetal gelişim kısıtlılığı (FGK) tanısı konularak SGA öngörüsü yapılır. FGK olan fetusların taranmasındaki amaç artmış intrauterin ölüm riski olan fetusun ayırımını yapıp perinatal ölümleri azaltmaktır.

Amerikan jinekoloji ve obstetri birliği (ACOG) FGK tanımı için tahmini doğum ağırlığının (TDA) 10. persentil altında olması tanımını yaparken abdomen çevresi 10.persentil altında olan fakat tahmini doğum ağırlığı 10. Persentil üzerinde olan fetusları dahil etmez. İngiliz Kraliyet Jinekoloji ve obstetri birliği ise (RCOG) FGK tanısında tahmini doğum ağırlığının 10. persentil altında olması veya abdomen çevresinin 10. persentil altında olması kriterlerini kullanır. Örneğin abdomen çevresi 10. persentil altında olan fakat tahmini doğum ağırlığı 10. Persentil üzerinde olan vakaları da gruba dahil eder.

Bu çalışmada ACOG ve RCOG tanımlamalarının SGA'yı predikte etmesi açısından karşılaştırılması ve ara bir yaklaşım olarak TDA'nın 10. Persentil altında olması veya abdomen çevresinin 5. Persentil altında olması kriterinin test edilmesi hedeflenmiştir.

Materyal ve Metod

Bu retrospektif çalışma için 2013-2107 arası New Mexico Üniversite Hastanesi'ndeki tüm doğumlar değerlendirilmiştir. Doğum öncesi son 1 ay içerisinde ultrason ile TDA değerlendirilmesi yapılan anomali olmayan tekiz olgular dahil edilmiştir. Doğum ağırlığı persentilleri cinsiyete göre tanımlanmış olan ırk ve etnisite bağımsız Birleşik Devletler referans eğrilerine göre belirlenmiştir. ACOG ve RCOG tanımlamalarının SGA'yı öngörme performansı için ROC eğrileri oluşturulmuş ve pozitif, negatif likelihood oranları (%95 CI) hesaplanmıştır. Ayrıca ACOG ve RCOG'dan bağımsız olarak

1. TDA < 10. Persentil veya AC < 5. Persentil (Grup 1)
2. TDA ve AC 'nin 10 persentil altında olması (Grup 2)
3. AC'nin TDA'dan bağımsız olarak 10. Persentil altında olması (Grup 3)
4. AC'nin TDA'dan bağımsız olarak 5. Persentil altında olması (Grup 4)

gibi tanımların tanıda yerine bakılmış, ACOG ve RCOG tanımlamalarıyla karşılaştırılmıştır.

Sonuçlar

Doğum öncesi 30 gün içerisinde ultrason muayenesi yapılan 1704 yenidoğan kaydına ulaşıldı. SGA doğum sayısı 235 (%13.8) olarak bulundu. SGA'yı predikte etmek için RCOG tanımlaması (TDA 10. Persentil altında olması veya abdomen çevresinin 10. Persentil altında olması) sayesinde ROC eğrisinde eğri altında kalan alan (AUC) 0.78 (95% CI 0.76–0.80) olarak bulunmuştur ve ACOG tanımlamasına göre AUC 0.76 (95% CI 0.74–0.78) olarak bulunmuştur. Fark istatistiksel olarak anlamlıdır (P=0.01). Tüm öteki tanımlamaların tanılal gücü tablo 3'te gösterilmiştir.

Table 3. Test Characteristics of Diagnostic Approaches for Fetal Growth Restriction

Diagnostic Approach	AUC (95% CI)	Sensitivity (%) (95% CI)	Specificity (%) (95% CI)	+LR (95% CI)	-LR (95% CI)
ACOG (EFW less than 10th percentile)	0.76 (0.74–0.78)	58.7 (52.1–65.1)	93.6 (92.2–94.8)	9.2 (7.3–11.5)	0.44 (0.38–0.51)
RCOG (EFW less than 10th percentile or AC less than 10th percentile)	0.78* (0.76–0.80)	66.0 (59.5–72.0)	90.9 (89.3–92.3)	7.2 (6.0–8.7)	0.37 (0.31–0.45)
EFW less than 10th percentile or AC less than 5th percentile	0.77* (0.75–0.79)	62.1 (55.6–68.4)	92.7 (91.3–94.0)	8.5 (6.9–10.5)	0.41 (0.35–0.48)
EFW less than 10th percentile and AC less than 10th percentile	0.73* (0.71–0.75)	51.5 (44.9–58.0)	94.8 (93.6–95.9)	10.0 (7.7–12.8)	0.51 (0.45–0.58)
AC less than 10th percentile	0.75* (0.73–0.77)	58.7 (52.1–65.1)	92.1 (90.6–93.4)	7.44 (6.1–9.1)	0.45 (0.38–0.52)
AC less than 5th percentile	0.71* (0.69–0.73)	46.8 (40.3–53.4)	95.4 (94.4–96.5)	10.3 (7.8–13.5)	0.56 (0.49–0.63)
AC less than 10th percentile, normal EFW	0.52* (0.50–0.54)	7.2 (4.3–11.3)	97.3 (96.3–98.1)	2.7 (1.5–4.6)	0.60 (0.55–0.65)
AC less than 5th percentile, normal EFW	0.51* (0.49–0.53)	3.4 (1.5–6.6)	99.1 (98.5–99.5)	3.8 (1.6–9.2)	0.97 (0.95–1.0)

AUC, area under the curve; +LR, positive likelihood ratio; -LR, negative likelihood ratio; ACOG, American College of Obstetricians and Gynecologists; EFW, estimated fetal weight; AC, abdominal circumference; RCOG, Royal College of Obstetricians and Gynaecologists.

* $P < .01$ when compared against ACOG approach using the DeLong method.

* $P = .04$ when compared against ACOG approach, $P = .13$ when compared against RCOG approach using the DeLong method.

* $P < .01$ when compared against ACOG approach using the DeLong method.

* $P = .56$ when compared against ACOG approach, $P < .01$ when compared against RCOG approach using the DeLong method.

Tanım olarak grup 1 ACOG'a göre daha yüksek AUC göstermiştir fakat RCOG'a göre istatistiksel anlamlı farklılık yoktur. Fakat öteki gruplar için AUC ACOG'dan anlamlı olarak daha düşüktür (Grup 3 hariç). Tüm bu sonuçlar göz önünde bulundurulduğunda tanı RCOG'a göre konulursa ACOG'a göre fazladan bir SGA tanısı konması için 14 vaka gereklidir bununla birlikte yanlış pozitif olarak ekstradan bir vakayı SGA olarak değerlendirmek için 18 vakaya ihtiyaç vardır. Tanısal yaklaşıma göre doğru yanlış pozitiflik ve negatiflikler tablo 5'te verilmiştir.

Table 5. Distribution of Small-for-Gestational-Age and Non-Small-for-Gestational-Age Fetuses by Diagnostic Method

Diagnostic Approach	TP	FP	TN	FN
ACOG (EFW less than 10th percentile)	138	94	1,375	97
EFW less than 10 or AC less than 5th percentile	146	107	1,362	89
RCOG (EFW or AC less than 10th percentile)	155	134	1,335	80
EFW less than 10th percentile and AC less than 10th percentile	121	76	1,393	114
AC less than 10th percentile	138	116	1,353	97
AC less than 5th percentile	110	67	1,402	125
AC less than 10th percentile, normal EFW	17	40	1,429	218
AC less than 5th percentile, normal EFW	8	13	1,456	227

TP, true-positive; FP, false-positive; TN, true-negative; FN, false-negative; ACOG, American College of Obstetricians and Gynecologists; EFW, estimated fetal weight; AC, abdominal circumference; RCOG, Royal College of Obstetricians and Gynaecologists.

Data are n.

Tartışma

Bu çalışmanın sonuçlarına göre SGA tanısında RCOG ACOG'a göre daha iyi performans sergilemektedir. Beklenildiği üzere diagnostik kriterlerin artırılması daha fazla FGK ve SGA fetusun yakalanmasını sağlayarak ölü doğum oranlarını azaltabilir. Bununla beraber RCOG ile ek olarak FGK tanısı alan vakaların patolojik olarak mı yoksa konstitusyonel olarak mı küçük olduğunun ayırımını yapmak için daha fazla çalışmaya ihtiyaç vardır. Bu ayırım önemlidir çünkü konstitusyonel olarak küçük olan fetuslar olumsuz sonuçlar açısından artmış risk taşıyabilir ve dolayısıyla tanı almaları fayda sağlamaz.

POLİKİSTİK OVER SENDROMLU KADINLARDA KLOMİFEN BASAMAK PROTOKOLÜ

Clomiphene Stair-Step Protocol for Women With Polycystic Ovary Syndrome

Tiffany Jones, Jacqueline R. Ho, Marc Gualtieri, Janet Bruno-Gaston, Karine Chung, Richard J. Paulson, Kristin A. Bendikson Obstetrics & Gynecology 2018 Jan;131(1):91-95. doi: 10.1097/AOG.0000000000002418.

Özetleyerek Tercüme Eden: Dr. Engin Türkgeldi

Giriş

Polikistik over sendromu(PKOS) olan kadınlarda klomifen sitrat (CC) ovulasyon sağlamada kullanılan bir yöntemdir. Östrojen reseptörlerini bağlayan CC, hipoestrogenik bir durum yaratarak pulsatil gonadotropin salgılayan hormon salınımına neden olur ve bu da folikül stimulan hormon (FSH) artışını sağlayarak overlerde folikül gelişimini uyarır.

Genellikle başlangıç dozu olan 50 mg ile hastaların %52'si ovule olur. Kalanların %22'sinde 100 mg ile, %12'sinde 150 mg ile, %7'sinde 200 mg ile ve %5'inde 250 mg CC ile ovulasyon sağlanır.

Geleneksel protokole verilen dozla ovulasyon sağlanamazsa, menstruasyon sonrasında doz artırılarak tekrar denenmektedir. Buna alternatif olarak geliştirilen basamak protokolünde ise menstruasyon beklenmeden doz artırılmaktadır. Mevcut çalışmalar küçük çaplı olduğundan ve sonuçları-yan etkileri konusundaki veriler sınırlı olduğundan bu protokol yaygın olarak kullanılmamaktadır.

Bu çalışmada ovulasyon indüksiyonu yapılan PKOS'lu kadınlarda geleneksel ve basamak CC protokollerinde ovulasyona kadar geçen süre kıyaslanmıştır.

Yöntem:

Bu retrospektif çalışmaya üniversite bazlı bir infertilite kliniğine 2012-2014 Temmuz döneminde başvuran ve 50 mg CC ile ovule olmayan PKOS'lu kadınlar dahil edilmiştir. Klinikte Temmuz 2013'e kadar geleneksel, o tarihten sonra ise basamak protokolü uygulanmıştır.

Geleneksel protokole, ovulasyon gerçekleşmediği son CC dozundan 12 gün sonra yapılan serum progesteron ölçümü ile teyit edilemeyen hastalar, menstruasyon sonrasında CC dozu 50 mg artırılarak tekrar tedavi gördüler. Maksimum doz 250 mg CC olarak belirlendi. Basamak protokolünde ise son CC dozundan 7 gün sonra yapılan ultrason muayenesinde foliküler büyüme sağlanmadığı gözlemlendiği takdirde doz 50 mg artırıldı ve 5 gün daha CC verildi. Yedi gün sonra tekrar yapılan USG'de 10 mm'den büyük folikül yoksa bu yaklaşım maksimum 250 mg CC'ye kadar basamaklı olarak (50-100-150-200-250 mg) tekrar edildi.

Primer sonlanım noktası ovulasyon olarak belirlendi. Ovulasyon tanısı 10mm'den büyük folikülün transvajinal ultrasonda görülmesi ve progesteron yükselmesi ile koyuldu.

Çalışma, ovulasyonda %20'lik bir artışı göstermek üzere %80 güç ile tasarlandı.

Sonuçlar ve Yorum:

Çalışmaya dahil olan 109 hastadan 66'sı geleneksel protokolle (%60.6), 43'ü (yüzde 39.4) basamak protokolü ile tedavi edildi. Demografik olarak gruplar arasında anlamlı fark yoktu.

Basamak protokol uygulanan hastalarda kümülatif ovulasyon oranı anlamlı olarak yüksek bulundu (38/43 [88%] vs 26/66 [39%], $P<0.05$). İki protokol arasında 100 mg dozunda ovulasyon oranları benzerken, 150 ve 200 mg'da basamak protokolünde ovulasyonun arttığı tespit edildi.

Ovulasyona kadar geçen süre basamak grubunda ortalama 30 gün daha kısa olduğu gözlemlendi.

Ovulatuar siklus başına gebelik oranları iki grupta benzer bulundu (7/43 [16.3%] vs 12/66 [18.1%], $P=.08$).

Geleneksel protokole bir adet çoğul gebelik yaşanırken, basamak protokolünde çoğul gebelik gerçekleşmedi.

Vazomotor flush, baş ağrısı, bulantı, mastalji, duyu durum değişiklikleri gibi hafif yan etkiler basamak protokolünde daha sık bulunurken, şiddetli yan etkiler ki grupta benzerdi.

Sonuç olarak, basamak protokolü kullanarak minimal yan etki ile ovulasyona kadar geçen süreyi kısaltmak ve ovulasyon oranları artırmak mümkün gözükmektedir. Bu yöntemde kısa sürede daha çok ziyaret gerekmesi birlikte, toplam tedavi süresi kısaltmakta ve hastanın duygusal rahatsızlığı azalmaktadır.

Levonorgestrel salgılayan intrauterin sistem meme kanseri riskini artırmadan over ve endometrium kanseri riskini azaltmaktadır.

NOWAC çalışmasının sonuçları.

Levonorgestrel-releasing intrauterine system use is associated with a decreased risk of ovarian and endometrial cancer, without increased risk of breast cancer. Results from the NOWAC Study

Mie Jareid , Jean-Christophe Thalabard, Morten Aarflot, HegeM. Bøvelstada, Eiliv Lunda, Tonje Braaten
Gynecologic Oncology 149 (2018) 127–132

Özetleyerek Tercüme eden: **Dr. Engin Çelik**

Amaç:

Over kanserli kadınlar iyileştirilmesi çok zor olan düşük sağ kalım oranlarına sahiptirler, bu nedenle primer önleme çok önemlidir. Levonorgestrelli rahim içi araç sistemleri (LNG-RİA) endometrial kanseri önlediği gibi, yakın zamanda yapılan diğer çalışmalarda over kanserini de önleyebileceği fakat eş zamanlı meme kanseri riskini arttırdığı gösterilmiştir. Bu çalışmada LNG-RİA kullanan ve kullanmayanlarda over, endometrium ve meme kanseri riskleri karşılaştırılmıştır.

Metod:

Bu çalışmada Norveçli Kadınlarda Kanseri Çalışmasına (NOWAC Study) dahil olan 104.318 kadın prospektif kohort olarak takip edilmiş. LNG-RİA kullanan 9.144 kadın ve 95.174 kullanmayan kadın olarak ikiye ayrılmıştır. Maruz kalma bilgileri kendi kendine uygulanan anketlerle ve kanser vakaları da Norveç kanser kayıt sistemi ile elde edilmiştir. Rölatif riskler (RR) %95 güven aralığı (CI) içerisinde Poisson regresyon yöntemiyle sağlam hata tahminleri kullanılarak elde edilmiştir.

Sonuç:

Çalışmaya Dahil olma ortanca yaşı 52 ve ortalama takip süresi 12,5 yıl (standart deviasyon 3,7 yıl), bu da toplam olarak 1.305.435 kişi yıldır. LNG-RİA kullananlarda 18 epitelyal over kanseri, 15 endometrial kanser ve 297 meme kanseri saptanmıştır. LNG-RİA kullananlar ile kullanmayanlar karşılaştırıldığında çoklu değişkenli rölatif riskleri (RR) over kanseri için 0,53 (%95 CI 0,32-0,88), endometrial kanser için 0,22 (0,13-0,40) ve meme kanseri için 1,03 (0,91-1,17) olarak bulunmuştur.

LNG-RİA kullanımı yapılan popülasyon tabanlı prospektif kohort çalışmasında ciddi olarak over ve endometrial kanser riskinde azalma saptanırken meme kanseri riskinde artış saptanmamıştır.

TJODist Bülteni

Tablo.1

Karakteristikler		LNG-IUS				p-value*
		Kullanan		KullanMAyan		
Takibe başlanan YAŞ	41–45	1271	%14	11,177	%12	<0.01
	46–50	3855	%42	21,581	%23	
	51–55	3051	%33	30,526	%32	
	56–60	795	%9	18,589	%20	
	61–65	145	%2	7811	%8	
	66–70	20	%<1	3012	%3	
	71–76	7	%<1	2478	%3	
Vücut kitle indeksi (kg/m ²)	<25	5295	%58	54,133	%57	0.18
	≥25	3637	%40	38,306	%40	
	Kayıp	212		2735		
Fiziksel aktivite derecesi	Çok düşük	248	%3	3506	%4	<0.01
	Düşük	1518	%17	18,200	%19	
	Orta	3479	%38	36,971	%39	
	Yüksek	2972	%33	23,871	%25	
	Çok yüksek	556	%6	4796	%5	
	Kayıp	371		7830		
Annede meme kanseri hikayesi	Evet	478	%5	5032	%5	0.80
Menarş yaşı (yıl)	<12	811	%9	8428	%9	0.01
	12–14	6646	%73	67,897	%71	
	≥15	1543	%17	17,364	%18	
	Kayıp	144		1485		
Oral kontraseptif kullanımı	Evet	6476	%71	52,259	%55	<0.01
Parite	Yok	307	%3	9231	%10	<0.01
	1–2	5502	%60	49,935	%52	
	3–4	3173	%35	32,762	%34	
	≥5	162	%2	3246	%3	
Çalışmaya katıldığında menopoz durumu	Pre	2125	%23	24,323	%26	<0.01
	Peri	1206	%13	8533	%9	
	Post	3060	%33	57,128	%60	
	Bilinmeyen	2753	%30	5190	%5	

*P-değeri, kayıp değerler çıkarıldığında ki-kare testinde bağımsız değerler için.

TJODist Bülteni

Tablo.2

Kanser tipi	LNG-RİA kullanım durumu	Kanser vakaları	İnsidans 100,000 kişi/yıl (95% CI)	Yaş'a göre düzeltilmiş RR (95% CI)	Çoklu değişkenli düzeltilmiş RR (95% CI)
Epitelyal over	Kullanan	18	16.7 (9.9, 26.4)	0.49 (0.30, 0.82)	0.53 (0.32, 0.88) ^a
	KullanMAyan	457	38.1 (34.7, 41.8)		
Endometrial	Kullanan	15	13.9 (7.8, 23.0)	0.19 (0.11, 0.40)	0.22 (0.13, 0.40) ^b
	KullanMAyan	839	70.0 (65.4, 74.9)		
Meme	Kullanan	297	275.7 (245.3, 309.0)	1.02 (0.90, 1.15)	1.03 (0.91, 1.17) ^c
	KullanMAyan	3373	281.6 (272.2, 291.3)		
Kombine (over, meme, endometrial)	Kullanan	330	306.4 (274.2, 341.3)	0.84 (0.74, 0.94)	0.86 (0.77, 0.97) ^d
	KullanMAyan	4669	389.7 (378.7, 401.2)		

RR = rölatif risk; CI = güven aralığı; BMI = vücut kitle indeksi; OK = oral kontraseptifler

^a OK kullanımı, takibe başlanan yaş, takibe başlandığında menopoz durumu, pariteye göre ayarlanmış.

^b OK kullanımı, takibe başlanan yaş, takibe başlandığında menopoz durumu, parite, BMI, fiziksel aktivite derecesine göre ayarlanmış.

^c OK kullanımı, takibe başlanan yaş, takibe başlandığında menopoz durumu, parite, BMI, fiziksel aktivite derecesi, annede meme kanseri hikayesine göre ayarlanmış.

^d OK kullanımı, takibe başlanan yaş, takibe başlandığında menopoz durumu, parite, BMI, fiziksel aktivite derecesi, annede meme kanseri hikayesine göre ayarlanmış.

3- D ultrasonografi ile değerlendirildiğinde vaginal doğum pelvik tabana sezaryen doğumdan daha fazla mı zarar vermekte? Sistematik derleme

Özetleyerek Tercüme eden: **Dr. Cenk Yasa**

International Urogynecology Journal (2018) 29:639–645
<https://doi.org/10.1007/s00192-018-3609-3>

REVIEW ARTICLE



Does vaginal delivery cause more damage to the pelvic floor than cesarean section as determined by 3D ultrasound evaluation? A systematic review

Camila Carvalho de Araujo¹ • Suelene A. Coelho¹ • Paulo Stahlschmidt¹ • Cassia R. T. Juliato¹

Giriş

Pelvik taban disfonksiyonu (PTD) stres üriner inkontinans (SÜİ), aşırı aktif mesane, pelvik organ prolapsusu (POP) ve fekal inkontinans içermektedir. Bu bozukluk kadınlar arasında sık olarak görülmekle birlikte Amerika'lı kadınların yaklaşık %24'ünde rastlanmaktadır. Bu kadınların %16'sı SÜİ ile, %3'ü POP ile, %9'u ise fekal inkontinans ile birliktelik göstermektedir. 2010 yılında bu durumdan etkilenen 28 milyon Amerika'lı kadın olduğu bilinirken, bu sayının 2050 yılında 43.8 milyona çıkacağı tahmin edilmektedir.

Pelvik taban disfonksiyonu fizyopatolojisi karmaşık olmakla birlikte, risk faktörleri arasında obezite, menopoza, yaşlanma ve karın içi basıncını kronik arttıran durumlar yer alırken, gebelik ve doğum gibi faktörler de bu disfonksiyonun etiyolojisinde önemli rol oynamaktadır. Gebelik sürecinde annenin kilo alması ve uterusun ağırlığındaki artış karın içi basıncın artmasına yol açmakta bunun sonucunda ligamentöz yapıların, fasyalar ile pelvik taban kaslarının üzerine fazla yük binmesi ile sonuçlanmaktadır. Ayrıca gebe uterus, uterovezikal açının artmasına ihtiyaç duymakta mesane boynunun mobilitesi artarak üriner şikayetlerin oluşmasına katkıda bulunmaktadır. Bazı yazarlar antepartum dönemde hiatal alanın arttığını ve bu artışın POP için risk faktörü oluşturacağını belirtmektedir.

Ancak PTD'a sadece gebelik neden olmamaktadır. Bazı yazarlar vaginal doğumu PTD risk faktörü olarak gösterirken, vaginal doğum levator ani kasının (LAK) şeklinde değişikliğe ve hasara neden olabileceğini belirtmektedirler. Özellikle avülsiyon şeklinde olan LAK defektleri doğumdan sonra genital hiatusun genişlemesi ile ilişkilendirilmektedir. Levator defektlerinde genital hiatus genişliği %20 ila 30 arasında artış göstermektedir. Doğum sırasında annenin ıkınma eforu ile birlikte uterus kontraksiyonlarının bebeğin başına uygulamış olduğu güç nedeniyle oluşan gerilme ve baskı pelvik taban sinirlerinde iskemi, neuopraksi veya sinir fonksiyonlarında baskılanmaya neden olabilmektedir. Doğum sırasında oluşan sinir hasarı sonucunda kasta atrofi, fonksiyon ve morfolojisinde değişiklik gözlenebilir.

Son zamanlarda yapılan çalışmalarda pelvik taban disfonksiyonunu ultrason gibi görüntüleme yöntemleri ile değerlendirmeye odaklanılmıştır. Ultrasonun kullanımının kolay olması, iyonize radyasyon olmaması, rahatsızlık hissinin az olması, kısa sürede sonuç alınması ve ucuz bir yöntem olması nedeniyle tercih edilmektedir. 3D ultrasonografi ile yapılan çalışmalarda pelvik taban kaslarında özellikle bebek başının taçlanması sırasında ciddi bir genişleme olduğu gösterilmiştir. Bu kas genişlemesinin sonucunda özellikle POP fizyopatolojisinde önem arz eden puborektalis kasında lezyon ya da avülsiyon olabilmektedir.

Her ne kadar PTD çok sık görülüp, kadınlarda ciddi sıkıntı oluşturup, sağlık hizmetine ciddi maliyet getirmiş olsa da fizyopatolojisi net değildir. Çoğu yazıda vaginal doğum ve PTD beraberliğini göstermiş olsa da

sezaryen doğumun koruyucu rolü ile ilgili konsensüs bulunmamaktadır.

Bu sistematik derlemenin amacı doğum şeklinin pelvik taban kasları üzerindeki etkisini 3D ultrasonografi ile değerlendirmektir.

Materyal ve Metod

Derlemeye dahil edilme kriterleri arasında primigravid kadınların gebelik sırasında veya doğum sonrasında pelvik taban kaslarını 3D ultrason ile değerlendiren prospektif çalışmalar, gebelikte pelvik taban kasını en az bir kere 3D ultrason ile değerlendiren çalışmalar ve doğum metodunun bilindiği bunun yanında en az bir kere postpartum dönemde pelvik taban kaslarını 3D ultrason ile değerlendirmiş çalışmalar bulunmaktadır. Değerlendirilen parametreler arasında hiatal alan, mesane boynu mobilitesi, LAK hasarı ve pelvik taban kas gücü yer almaktadır.

Bulgular

Bulunan 155 yayından 117 yayın başlık ve özetlerinin dahil etme kriterlerini karşılayamamasından dolayı derlemeye dahil edilmemiştir. 38 tam makale değerlendirildikten sonra ise 32 çalışma metodolojisinin uygun olmaması veya ürogenital hiatus ölçümünü içermemesinden dolayı dışarıda bırakılmış ve nihayetinde 6 çalışma ile derleme sonuçlandırılmıştır. Bu çalışmaların hepsi prospektif çalışmalar olup, primigravid kadınları doğum öncesi ve sonrasında değerlendirmektedir. Sonuç olarak toplamda 1153 kadının sonuçları derlenmiş olup bu kadınlardan 926'sı vaginal doğum yaparken 227 kadın ise sezaryen ile doğum yapmıştır. Tüm çalışmalarda gebeliğin üçüncü trimesterinde ve 6 hafta ile 12 aylık postpartum dönemde ultrasonla değerlendirme yapılmıştır. Ultrason değerlendirmesinde ise hiatal alan, mesane boynu mobilitesi ve levator kası defektleri değerlendirilmiştir. Bu çalışmaların birincil sonuçları aşağıdaki tabloda özetlenmiştir.

Table 3 Principal outcomes of the studies included

Reference	Author/year	Group (n)	Outcomes
[28]	Toozs-Hobson et al., 2008	(156) VD = 73 CS = 37	HA: VD was associated with a significant increase in hiatus area at rest, during VM and PFM contraction in postpartum BN: VD was associated with a greater degree of BN mobility
[26]	Van Delft et al., 2014	(269) VD = 143 CS = 48	LAM injury: 21% of women had LAM avulsion after VD and no one after CS PFM strength: was significantly lower in women with avulsion compared with women without LAM avulsion
[27]	Chan et al., 2014	(442) VD = 60 CS = 76	HA: was significantly increased in the VD, and 34.8% had irreversible hiatal distension BN: was more displacement in the VD compared with the CS group at rest and during VM at 8 weeks; however, this difference was not observed at 6 or 12 months postpartum LAM injury: 19% of women had LAM injury 8 weeks after VD and it decreased to 15.1% 12 months after delivery
[17]	Dixit et al., 2014	(202) VD = 109 CS = 49	HA: VD was associated with the larger hiatal area in the postpartum BN: reduction of BN elevation, not associated with delivery route
[25]	Siafarikas et al., 2015	(234) VD = 187 CS = 5	LAM injury: major defects were diagnosed in 44 women (18.8% of all 234 deliveries); 27 women (14.4% of all 187 VD).
[24]	Staer-Jensen et al., 2015	(243) VD = 196 CS = 44	HA: VD was associated with increased HA in 6 weeks and 6 months postpartum compared with women who underwent CS BN: VD was associated with a greater BN mobility at 12 months postpartum, and no difference for CS

HA hiatal area, BN bladder neck, PFM pelvic floor muscle, LAM levator ani muscle

Hiatal alan

Altı çalışmada hiatal alan değerlendirilmiş olup, bunların 4'ünde postpartum dönemde hiatal alan ölçümlerinin vaginal doğumlarda sezaryen doğumlara kıyasla daha geniş olduğu gösterilmiştir. Bu çalışmalardan birinde bu değişiklikler postpartum 6. haftada ve 6. ayda da devam ettiği gösterilmişken, diğer çalışmada vaginal doğumlarda olan daha fazla genişleme postpartum 12. ayda da süregelmiştir. Valsalva manevrasında hiatal alanın 25 cm²'nin üzerinde ölçülmesinin hiatal genişleme olarak kabul edildiği bir çalışmada ise vaginal doğum sonrasında 6 ay geçtikten sonra hem hiatal alanda hem de hiatal genişliği artmış olan hastaların sayılarında azalma saptanmıştır. Bu çalışmada özellikle sezaryen doğum sonrasında hiatal genişlik sabit olarak devam ettiği izlense de özellikle 12. ayda görülen hiatal alan genişliğindeki azalma nedeniyle iyileşme sürecini düşündürmüştür. Bir çalışmada ise levator kasında majör defektlerde özellikle enstrümantal vaginal doğumların altta yattığı gösterilmiştir.

Mesane boynu

Mesane boynunu değerlendiren 4 çalışmanın 3'ünde mesane boynu mobilitesi değerlendirilirken, bir çalışmada ise mesane boynu elevasyonu değerlendirilmiştir. Bu çalışmalardan üçünde vaginal doğum ile mesane boynu mobilitesinde artış saptanırken, bir çalışmada mesane boynu elevasyonunda azalma saptanmıştır. Bahsedilen çalışmalardan birinde mesane boynu mobilitesinde sezaryen sonrası hiç değişiklik saptanmamıştır.

Levator ani kası hasarı

Bu altı çalışmadan 3'ünde LAK hasarı değerlendirilmiş olup bu çalışmalarda vaginal doğum ile LAK hasarı arasında ilişki gösterilmiştir. Bu çalışmalardan birinde LAK hasarı olan kadınlarda gebelik sürecinde daha az hiatal genişlik saptandığı bulunmuş, bu nedenle küçük hiatal alanın kas lezyonları için risk faktörü oluşturduğu belirtilmiştir.

Sonuç

Bu sistematik derleme sonucunda 3D ultrason ile değerlendirildiğinde levator ani kası hasarı vaginal doğum ile ilişkilidir. Levator ani kası pelvik tabanın en büyük komponenti olduğundan bu kasın lezyonlarında POP, üriner inkontinans ve cinsel disfonksiyonlar ortaya çıkabilmektedir. Ayrıca bu sistematik değerlendirme de vaginal doğum ile görüntüleme defektleri saptanırken hiçbir çalışmada mevcut literatür ile uyumlu olarak sezaryen doğum ile görüntüleme defekti ilişkilendirilememiştir. Tüm altı çalışmada da hiatal alanın doğum sonrasında genişlediği gösterilmiş olup ancak bu genişlemenin özellikle vaginal doğum sonrası daha fazla olduğu bulunmuştur.

Vaginal doğum artmış sayıda LAK defektleri, mesane boynu mobilitesi ve hiatal alan genişlemesi ile ilişkili olup sonuç olarak prolapsus ve üriner inkontinans için risk faktörü oluşturmaktadır. Ancak postpartum dönemde ultrason değişikliklerinin çözülüp çözülmeceği ile ilişkili yetersiz bilgi bulunmaktadır.

TJODist Bülteni

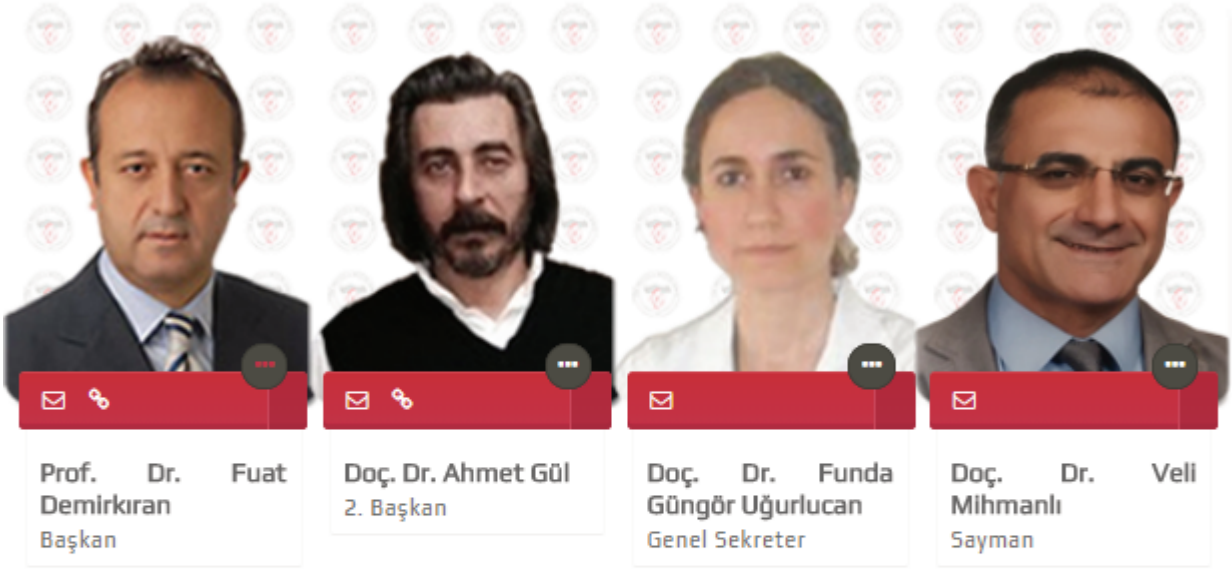
Pazar Sabahı Sunumları //

Pazar Sabahı Toplantısı

-  8 Nisan 2018 Intrapartum Yönetim
-  11 Mart 2018 Jinekolojide Ednoskopik Uygulamalar
-  11 Şubat 2018 Endometriozis ve Genel Jinekoloji
-  14 Ocak 2018 Gebelikte Hipertansif Hastalıklar ve Komplikasyonları
-  17 Aralık 2017 Endokrin + Genel Jinekoloji
-  05 Kasım 2017 Ürojinekoloji + Cinsel Disfonksiyon
-  15 Ekim 2017 Obstetrik Kanamalar ve Malpraktis
-  18 Haziran 2017 Reprodüktif Endokrinoloji ve Infertilite
-  28 Mayıs 2017 Prenatal Tanı ve Gebelik İzleniminde Tartışmalı Konular
-  30 Nisan 2017 Jinekolojide Endoskopi Uygulamaları
-  19 Mart 2017 Jinekolojide Karşılaşılan Onkolojik Sorunlar
-  12 Şubat 2017 Ürojinekoloji, Pelvik Ağrı ve Cinsel Disfonksiyon
-  15 Ocak 2017 Reprodüktif Endokrinoloji ve Infertilite
-  20 Kasım 2016 Pazar - Preterm Eylem ve Doğum (Güncel Bilgiler)
-  16 Ekim 2016 Pazar - Jinekolojide Tartışmalı Cerrahi Endikasyonlar
-  27 Mart 2016 Pazar - Anormal Uterin Kanama (Dr Hayri Ermiş'in Anısına)
-  21 Şubat 2016 Pazar - Preterm Eylem, Erken Membran Ruptürü, Tokoliz
-  22 Kasım 2015 Pazar: Tekrarlayan Gebelik Kayıpları
-  25 Ekim 2015 Pazar: Gebelikte Akılcı İlaç Kullanımı ve Teratoloji
-  24 Mayıs 2015 - Prenatal Tarama - Obstetrik Ultrasonografi
-  19 Nisan 2015 - Anovulasyon, IUI ve IVF
-  15 Mart 2015 - Obstetrik Kanamalar
-  15 Şubat 2015 Myom, Endometriozis ve Adenomyozis
-  18 Ocak 2015 Intrapartum Yönetim

Tjod İstanbul Yönetim Kurulu //

28.08.2016 tarihinde yapılan TJOD İstanbul Şubesi seçimi sonrası 01.09.2016 tarihinde yapılan ilk yönetim kurulu toplantısı sonrası görev dağılımı aşağıdaki gibi olmuştur.



Üyeler (soyadı sırasıyla) //

