

Başkandan



Herkese merhaba

İlk defa 2014 Ekim ayında başlattığımız TJOD İstanbul bültenleri 11 yıldır aralıksız olarak devam ediyor. Bu ayki bültenimizde yine birbirinden farklı konular bülten editörleri sevgili **Özlem Dural** ve **Hakan Erenel** tarafından organize edilip seçildi ve bülten ekibi tarafından sizlere hazırlandı.

tjod_istanbul_Ekim_2014... Done



Bu ayki bültenimizde **Zeynep Kâmil Kadın ve Çocuk Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi** tanıtıldı. Bildiğiniz gibi Zeynep Kâmil Kadın ve Çocuk Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi uzun yıllardır İstanbul ve Marmara Bölgesi'ne hem doğum hem de kadın hastalıkları açısından hizmet vermektedir.

Ayrıca bu ay bültenimizde diğer bir yenilik olarak gidilen önemli **kongrelerin izlenimlerini** paylaşma kararı aldık. Bu ay öncelikle ESGO Kongresi izlenimlerini sizlere sunacağız.

Başka bir önemli konu ise son zamanlarda özellikle Sağlık Bakanlığı'nın gündeme getirdiği doğum konusudur. **Doğum bildiğiniz gibi üç türlü olmaktadır. Birincisi vajinal doğum ikincisi yardımcı vajinal doğum (vakum, forceps) üçüncüsü abdominal doğum yani sezaryen ile doğumdur.** Bana göre doğumu normal veya anormal diye tanımlamak yerine doğum şekline göre tanımlamak daha doğru bir yöntemdir. Ayrıca doğum şeklinin kararı tamamen doğumu yapacak anne adayı ve doğumu yöneten hekime aittir. Burada önemli olan ne şekilde doğum olduğundan çok sağlıklı olarak anne ve bebeğin evine gitmesidir. Doğum hekimliğinde temel amaç budur.

Saygılarımla

TJOD İstanbul Şubesi Yönetim Kurulu Adına

Başkan

PROF. DR. ENGİN ORAL

EDİTÖRLERDEN

Değerli Meslektaşlarımız,

Bu ayki bültenimize ülkemizin en köklü kadın hastalıkları ve doğum kliniklerinden biri olan Zeynep Kâmil Kadın ve Çocuk Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi kadın doğum kliniğinin tanıtımı ile başlıyoruz. Bu güzel yazıyı hazırlayan **Dr. Onuralp Bilgin**'e çok teşekkür ediyor ve beğenerek okuyacağınızı umuyoruz.

Bu ayki sayımızda önceki aylarda olduğu gibi faydalı olacağına inandığımız güncel makalelerin özetlerini yayınlıyoruz. İlk makalemizde **Dr. Gaye Arslan** sizlere güncel pratikte sık olarak kullandığımız hormonal kontraseptiflerin cinsel fonksiyon üzerine etkilerinin incelendiği, 2024 yılında Obstetrik and Gynecology Clinics of North America dergisinde yayınlanan derlemeyi özetledi. İkinci makalede **Dr. Gamze Kırpınar** histerektomi ve pelvik taban bozuklukları arasındaki ilişkiyi irdeleyen ve Mart 2025 tarihinde American Journal of Obstetrics and Gynecology dergisinde yayınlanan sistematik derleme ve metaanalizi özetledi. Obstetrics and Gynecological Survey dergisinde 2025 yılında yayınlanan obstetri ve jinekoloji pratiğinde antibiyotik profilaksisi ile ilgili derlemeyi bizim için **Dr. Aybekcan Batman** hazırladı. Son makalemizde ise **Dr. Berivan Güzelbağ** 2025 yılında Radiologic Clinics of North America dergisinde yayınlanan 'O-RADS US v2022: Kökeninden Günlük Klinik Uygulamaya' başlıklı derlemeyi özetledi. Bu ayki bültenimizde ayrıca **Dr. Atahan Toyran** ve **Doç. Dr. Hamdullah Sözen** 2025 Avrupa Jinekolojik Onkoloji (ESGO) kongresinden izlenimlerini ve jinekolojik onkolojideki son yenilikleri bizimle paylaştılar.

Seçtiğimiz makaleleri beğenerek okuyacağınızı umarak, bülteni hazırlanmasına katkıda bulunan meslektaşlarımıza yönetim kurulu adına teşekkür ederiz. Görüş ve önerilerinize her zaman açık olduğumuzu belirtmek isteriz.

Sevgi ve saygılarımızla,



Dr. ÖZLEM DURAL

İstanbul Üniversitesi
İstanbul Tıp Fakültesi
Kadın Hastalıkları ve Doğum AD



Dr. HAKAN ERENEL

Başakşehir Çam ve Sakura Şehir Hastanesi
Perinatoloji Kliniği

Tjod İstanbul Yönetim Kurulu



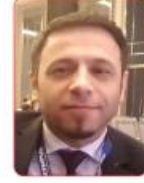
Dr. Engin Oral
Başkan



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 Mıhmanlı



Dr. Özlem Pata



Dr. Hale Göksever Çelik



Dr. Süleyman Salman



TJODist Bülteni

Bu Sayımıza Katkılarından Dolayı Teşekkürler

Soyadı Sırasıyla

DR. GAYE ARSLAN

DR. AYBEKCAN BATMAN

DR. ONURALP BİLGİN

DR. BERİVAN GÜZELBAĞ

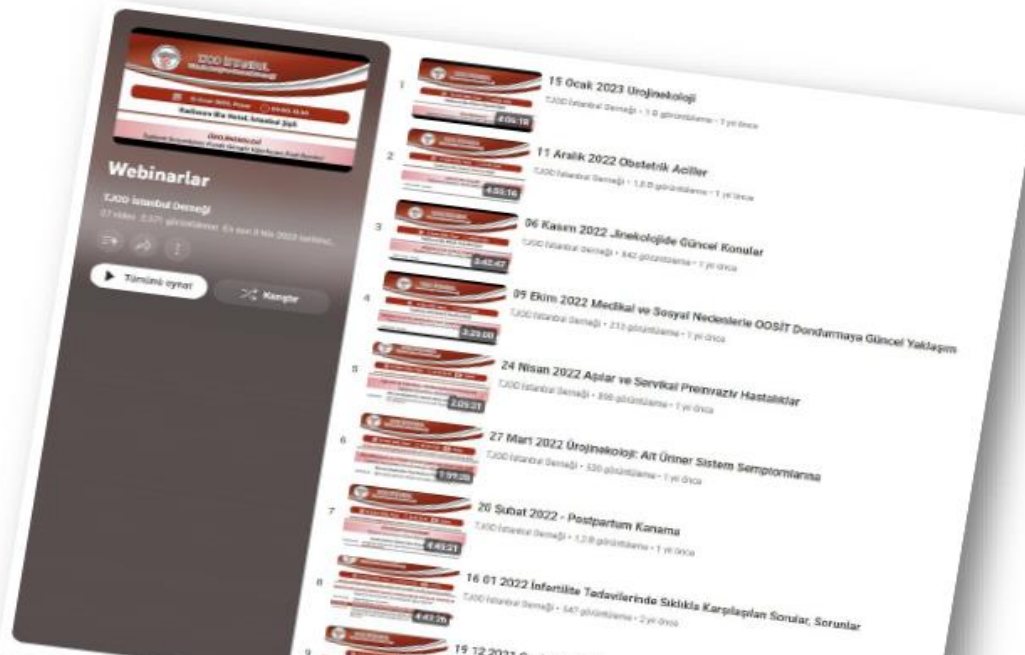
DR. GAMZE KIRPINAR

DR. HAMDULLAH SÖZEN

DR. ATAHAH TOYRAN



**Youtube Kanalımıza abone olabilirsiniz.
Webinarların tekrarını izleyebilirsiniz.**





TJODist Bülteni

ZEYNEP KAMİL KADIN VE ÇOCUK HASTALIKLARI EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ: TARİHİ MİRAS, AKADEMİK GÜÇ

Hazırlayan: Dr. Onuralp BİLGİN

Zeynep Kamil Kadın ve Çocuk Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, 1862 yılında Zeynep Sultan ve Sadrazam Yusuf Kamil Paşa tarafından kurulmuştur. Kadın ve çocuk sağlığına adanmış bir ihtisas hastanesi olarak yapılandırılan kurum, yalnızca Türkiye’de değil, dünya genelinde de ana-çocuk sağlığına yönelik erken dönem uzmanlaşmanın temsilcisi olarak tarihî bir öneme sahiptir.

1933 yılında İstanbul Belediyesi’ne devredilen hastane, 1935’te doğumevine dönüştürülmüş ve başhekimliğe Dr. Eyüp Sabri Aksoy (1891–1962) atanmıştır. Dr. Aksoy’un 17 yıl süren başhekimliği döneminde, hastanenin fiziki ve işlevsel altyapısı yeniden düzenlenmiş, doğum ve kadın sağlığı hizmetleri önceliklendirilmiştir.

Kurumsal gelişimin ikinci büyük adımı, 1952 yılında Dr. Fahri Atabey’in başhekim olarak göreve başlamasıyla gerçekleşmiştir. Bu süreçte, bir ameliyathane binasıyla birlikte 150 yataklı kadın hastalıkları kliniği ve 200 yataklı çocuk kliniği inşa edilmiştir. Aynı dönemde göreve başlayan Dr. Ziyaeddin Akbay, Çocuk Kliniği’nin kurucusu olmuş; her iki bina 1958 yılında tamamlanarak hizmete açılmıştır. 1961 yılında ise Zeynep Kamil Hemşirelik Koleji hizmet vermeye başlamıştır. Bu dönemdeki yatırımlar, hastanenin eğitim ve hizmet kapasitesini belirgin şekilde artırmıştır.

Zeynep Kamil Hastanesi, aynı zamanda İstanbul’da ilk kez endoskopik cerrahinin uygulandığı merkez olmuş, yenilikçi tıp uygulamalarına öncülük etmiştir.

Günümüzde Zeynep Kamil EAH Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği;

- 68 yataklı Jinekoloji Servisi
- 34 yataklı Perinatoloji Servisi
- 5 yataklı Yoğun Bakım Ünitesi
- 66 yataklı Doğum Sonu Servisi

ve 15 yataklı Doğumhane Servisi olmak üzere toplam 188 yatak kapasitesiyle hizmet vermektedir.



TJODist Bülteni

Her yıl yaklaşık 5.000 ila 6.000 doğum gerçekleştirilen kurumda, sayısı her geçen yıl artan jinekolojik, onkolojik ve ürojinekolojik operasyonlar, modern teknolojik altyapıyla gerçekleştirilmektedir. Kliniğimiz; vajinal ve müdahaleli doğumlar, doğum komplikasyonlarının yönetimi, antenatal değerlendirme, yüksek riskli gebeliklerin takibi ile endoskopik ve laparotomik cerrahiler, yardımcı üreme teknikleri ve fertilitte cerrahisi gibi pek çok alanda kapsamlı sağlık hizmeti ve uzmanlık eğitimi sunmaktadır. Ayrıca, endometriozis, menopoz, vajinismus, polikistik over sendromu, üriner inkontinans ve pelvik organ prolapsusu gibi kadın sağlığını etkileyen önemli hastalıklar için yapılandırılmış özel poliklinikleri bünyesinde barındırmaktadır.

Zeynep Kamil EAH, özellikle postpartum hemoraji gibi obstetrik aciller açısından uzun yıllardır güvenilir bir referans merkezi olma özelliğini sürdürmekte; hekimler için bu vakaların yönetiminde deneyimli ve güvenli bir başvuru noktası olarak öne çıkmaktadır. Ayrıca, güçlü Perinatoloji, Neonatoloji, Genetik ve Patoloji birimleri sayesinde, gebelik ve doğum sürecinde tanı ve tedavi süreçlerine ileri düzey katkılar sağlanmaktadır.

Her ne kadar Jinekolojik Onkoloji Kliniği son yıllarda aktif hizmetten çıkmış olsa da, bu alandaki hasta yönetimi disiplinler arası iş birliğiyle devam etmektedir.

Zeynep Kamil Hastanesi, aynı zamanda eğitim odaklı bir ihtisas merkezi olarak konumlanmıştır. Hâlihazırda kadın hastalıkları ve doğum uzmanlık eğitimi almakta olan 80 asistan hekim, geniş vaka çeşitliliği, akademik etkinlikler ve saha pratiğiyle güçlü bir eğitim süreci geçirmektedir.

Öğretim üyelerimiz ve uzman hekimlerimiz, uzmanlık öğrencilerinin mesleki ve etik açıdan donanımlı birer "Zeynep Kamil hekimi" olarak yetişmeleri için büyük bir özveriyle çalışmaktadır. Mezun ettiği uzmanlar, ülkemizin dört bir yanında çeşitli kamu ve özel sağlık kuruluşlarında görev yapmakta ve mesleklerini başarıyla sürdürmektedir.

Hastanemiz, yalnızca klinik pratiğe değil, aynı zamanda bilimsel gelişim ve akademik üretim süreçlerine de katkı sağlamaktadır. Asistan hekimler; periyodik olarak düzenlenen seminerler, vaka tartışmaları, araştırma projeleri ve klinik eğitim programlarıyla kapsamlı bir mesleki gelişim ortamı içinde eğitim görmektedir.

Asistanlık eğitimimin sonuna yaklaşırken, Zeynep Kamil EAH çatısı altında edindiğim mesleki birikimin ve deneyimin meslek hayatım boyunca yol gösterici olacağını biliyor; bu köklü kurumun bir parçası olmaktan büyük bir onur ve mutluluk duyuyorum.

Zeynep Kamil Kadın ve Çocuk Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, iki asra yaklaşan geçmişiyle, kadın ve çocuk sağlığına verdiği önemi her dönemde sürdürmüş; hem tarihî mirası hem de çağdaş tıbbın gereklilikleri doğrultusunda sürekli gelişen yapısıyla Türkiye sağlık sisteminde öncü ve saygın bir yer edinmiştir.

Kuruluş amacına sadık kalarak kadın ve çocuk sağlığına hizmet etmeye devam eden bu kurum, gelecekte de kadın hastalıkları ve doğum alanında bilimsel, eğitsel ve klinik katkılarını sürdürecektir; yetiştirdiği hekimlerle bu mirası güçlü biçimde geleceğe taşıyacaktır.

Hormonal Contraception and Sexual Function A Review, Clinical Insights, and Management Considerations



Mariam Saadedine, MD^{a,b}, Stephanie S. Faubion, MD, MBA^{a,b,*}

Mariam Saadedine, MD^{a,b}, Stephanie S. Faubion, MD, MBA^{a,b,*}

^a Division of General Internal Medicine, Mayo Clinic, 4500 San Pablo Road, Jacksonville, FL 32224, USA; ^b Center for Women's Health, Mayo Clinic, Rochester, MN, USA

* Corresponding author. Mayo Clinic, 4500 San Pablo Road, Jacksonville, FL 32224.
E-mail address: Faubion.stephanie@mayo.edu

HORMONAL KONTRASEPSİYON VE CİNSEL FONKSİYON KLİNİK ÖNGÖRÜLER VE YÖNETİMLE İLGİLİ HUSUSLAR HAKKINDA DERLEME

Özet ve Çeviri: **Gaye Arslan**

İstenmeyen gebelikler, tüm gebeliklerin yarısını oluşturmaktadır. İstenmeyen gebeliklerin %52'si doğum kontrol yöntemlerinin kullanılmamasından, %43'ü ise yanlış veya düzensiz kullanımdan kaynaklanmaktadır. Bu durum kadınlar arasında endişe verici bir hal almaya başlarken, üremeleri hakkındaki karar verme özgürlüğü adına da tehdit unsuru oluşturuyor. Son birkaç yılda, hormonal kontraseptifler ile cinsel işlev arasındaki etkileşime daha fazla odaklanılmış ve çeşitli ve çelişkili kanıtlar ortaya çıkmıştır. Kadınların kontraseptif yöntemleri kullanmak istememe, bırakma veya değiştirme nedenleri arasında; cinsel isteksizlik, vajinal kuruluk ve dispareni gibi nedenler sayılabilir. Bu nedenle, hormonal kontraseptifler ile cinsel işlev arasındaki karmaşık ve kompleks ilişkileri anlamak, istenmeyen gebelik oranlarının endişe verici derecede yüksek olması göz önüne alındığında, klinik ve halk sağlığı açısından önem taşımaktadır.

Hormonal kontrasepsiyon seçenekleri; tabletler, ringler, patch ve enjeksiyonlar gibi kısa etkili, etkisi kalıcı olmayan kontrasepsiyon veya rahim içi araçlar (RİA'lar) ve implantlar gibi uzun etkili, etkisi kalıcı olmayan kontrasepsiyon olarak iki başlık altında toplanabilir. Bu makale, çeşitli hormonal kontraseptif yöntemlerin cinsel işlev üzerindeki etkisine ilişkin literatürü incelemekte, bu etkiler için potansiyel mekanizmalar önermekte, klinik önemlerini değerlendirmekte ve yönetim veya azaltma stratejileri önermektedir.

TARTIŞMA

Kombine Oral Kontraseptifler

Kontrasepsiyonun birincil mekanizması, luteinize edici hormon (LH) ve folikül stimulan hormonun (FSH) midsiklus dönemde dalgalanmasını inhibe eden gonadotropin releasing hormonun (GnRH), östrojen-progestin tarafından indüklenen inhibisyonudur. Progestin ayrıca servikal mukusun kalınlaşmasına ve endometriyum dokusunun incelmeye neden olur; bu sayede sperm penetrasyonunu, hareketliliğini ve embriyo implantasyonunu engeller. Kombine oral kontraseptifler (KOK) tüm kurallara uyarak kullanıldığında, ilk yıldaki başarısızlık oranı sadece % 0.3'tür ve düzenli kullanımda % 7'dir. Bu başarı oranları ile kombine oral kontraseptifler, en etkili doğum kontrol yöntemlerinden biridir. KOK kullanımı hastanın ihtiyaçlarına ve tedavi hedeflerine göre sıklık, uzun süreli veya sürekli olabilir. Sıklık rejim genellikle normal adet döngüsünü taklit etmek için 21 aktif hormon hapı ve 7 inaktif hap içeren 28 günlük bir rejimdir. Uzun süreli olan rejimlerde, hasta aktif hapı uzun bir süre (>28 gün) alır, ardından bir süre (örneğin, 4-7 gün) inaktif hap alır. Sürekli rejimde, hasta aktif hapları sürekli olarak alır, hap kullanmadığı bir dönem olmaz. Ağır adet kanaması olan veya kanamalarının zamanlamasını kontrol etmek isteyen kadınlar uzun süreli veya sürekli rejimleri tercih edebilir.

Kombine oral kontraseptifler ve cinsel fonksiyon

Konuyla ilgili klinik deney sonuçları tutarlı olmasa da bireylerin kontraseptif kullanımını bırakması veya değiştirmesinin en önemli nedeni, KOK'ların cinsel işlev üzerindeki olumsuz etkisi olarak belirtilmiştir. Aynı zamanda KOK'lar, endometriozisli kadınlarda kronik pelvik ağrıyı azaltmada terapötik bir seçenek olarak ele alınmıştır. Endometriozisi olan kadınlarda KOK kullanımı, cinsel sorunlarda önemli ölçüde azalma ve cinsel işlevde iyileşme ile ilişkilendirilmiştir. Östrojen ve progestinlerin çeşitli kombinasyonları farklı etkilere sahip olabilir. Ayrıca, bazı bireysel kullanıcı özellikleri, bazı kadınların KOK'ların cinsel işlev üzerindeki olumsuz etkilerini daha fazla deneyimlemelerine neden olabilir.

Olası mekanizmalar

Androjenlerin kadın cinsel işlevinde rol oynadığı düşünülmektedir. Labia major ve minor, klitoris, vestibül ve vajinal mukoza gibi önemli bölgelerde androjen reseptörlerinin varlığı; cinsel uyarılma, istek ve genital doku sağlığının korunması gibi yönlerde androjenlerin rol oynadığını düşündürmektedir.

Seks hormonu bağlayıcı globulinin rolü.

KOK'lardaki östrojenin, plazma seks hormonu bağlayıcı globulin (SHBG) seviyelerini yükselttiği bilinmektedir. KOK'ların çeşitli formülasyonları ve rejimleri SHBG'yi farklı şekilde etkiler. SHBG serbest testostereona bağlanır, böylece fizyolojik etkiler için kullanılabilirliğini azaltır. Özellikle, serbest testosteron seviyeleri kadınlarda cinsel düşünceler ve istek ile ilişkilendirilmiştir. Sonuç olarak, KOK kullanan kadınlarda serum serbest testosteron seviyesinin azalması, teorik olarak cinsel istekte gözlenen azalma ile ilişkilendirilebilir.

Progestinin rolü. Çeşitli progestinler farklı seviyelerde androjenik güce sahiptir. Örneğin, doğum kontrol amacıyla yaygın olarak kullanılan ikinci nesil bir progestin olan levonorgestrel (LNG), belirgin bir androjenik etki göstermektedir. Dördüncü nesil progestinler olan drospirenon (DRSP) ve dienogest (DNG), anti-androjenik etkiler sergiler ve bu nedenle akne tedavisinde kullanılabilir. Sonuç olarak, antiandrojenik özellikler sergileyen progestinler cinsel işlev üzerinde olumsuz etkilere sahip olabilecekken; androjenik aktivite gösterenlerin ise olumlu etkilere sahip olabileceği düşünülebilir.

Vestibulodini ve androjen duyarlılığı. KOK'larla ilişkili cinsel sorunlar içerisinde yer alan ve daha az tartışılan bir diğer durum vestibulodinidir. Vestibulodini, en az 3 ay boyunca belirgin bir neden olmaksızın dokunma veya cinsel aktivite ile tetiklenen vestibüler bölgede ağrı olarak tanımlanır. X kromozomu üzerinde bulunan androjen reseptörü (AR) geni, oldukça değişken sitozin-adenin-guanin (CAG) tekrarlarına sahip bir alan içerir. KOK'ların cinsel işlev üzerindeki etkilerinde AR duyarlılığının potansiyel bir rolü olduğu düşünülmektedir.

Vajinal halkalar ve kombine hormonal patchler

Östrojen-progestin vajinal halkalar ve transdermal patchler, benzer etki mekanizmaları ve benzer başarısızlık oranları ile kontrasepsiyon açısından KOK'lar kadar etkilidir. Temel fark dozaj ve uygulama şeklidir. Günlük KOK haplarının kullanımının aksine, vajinaya 3 hafta etkili vajinal halka yerleştirilir ve ardından 1 hafta halkasız bir dönem geçirilir. Benzer şekilde, transdermal hormon patchler, KOK kullanımını taklit etmek için haftada bir kez alt karına, üst gövdeye veya kalçalara 3 hafta boyunca uygulanır ve ardından bir hafta boyunca patchsiz bir dönem geçirilir.

Vajinal halkalar, kombine hormonal patchler ve cinsel fonksiyon

Vajinal halkalar, cinsel işlevi korumak için daha uygun seçenekler olarak önerilmiştir.

Olası mekanizmalar

Kontraseptif amaçlı kullanılan vajinal halkalar, kontraseptif patchler (3.4 kat daha düşük) ve KOK' lar (2.1 kat daha düşük) ile karşılaştırıldığında östrojene maruziyette önemli ölçüde azalmaya neden olmuştur. Ayrıca, kontraseptif vajinal halkanın kullanımında SHBG seviyelerinde hafif bir azalma görülürken, hormonal patch kullanıcılarında, KOK kullanan gruba kıyasla SHBG seviyelerinde kayda değer bir artış gösterilmiştir. SHBG konsantrasyonlarındaki bu değişiklik, vajinal halka kullanımının olumlu cinsel sonuçlarıyla ilişkilendirilebilir. Ek olarak, hem vajinal halkalar hem de patchler daha stabil plazma östrojen konsantrasyonları sunar, bu da KOK kullanımında görülen hormonal dalgalanmaları potansiyel olarak hafifletir ve daha olumlu cinsel işlev sonuçlarına katkıda bulunur.

Sadece Progestin İçeren Haplar

Sadece progestin içeren haplar (POP'lar), östrojenle ilişkili venöz tromboembolik olay (VTE'ler) riski yüksek olan kadınlarda KOK'lara bir alternatif olarak kullanılabilir. Bu hasta grubuna, sigara içme, hipertansiyon ve obezite gibi VTE risk faktörleri olan kadınlar veya VTE riskinin yüksek olduğu bir dönem olan postpartum dönemdeki kadınlar da dahildir. POP'ların kullanımının bir başka avantajı da, POP kesildikten sonra adet döngülerinin hızlı bir şekilde geri dönmesidir.

Sadece progestin içeren haplar ve cinsel fonksiyon

POP kullanımı oranındaki azlık göz önüne alındığında, cinsel işlev üzerindeki potansiyel etkilerine ilişkin araştırma yetersizliği vardır.

Progestin İmplantları ve Enjeksiyonları

POP'lar gibi, progestin enjeksiyonları ve implantlar da çoğu kadında güvenlidir. Progestin enjeksiyonları subkutan veya intramusküler olabilir ve her 3 ayda bir uygulanır. Progestin implantları deri altına yerleştirilir ve 5 yıl boyunca etkilidir. İlk yılda başarısızlık oranları; progestin enjeksiyonlarında %4 ila %6 ve progestin implantlarında %0.05'tir. Sadece progestin içeren enjeksiyonlar ve implantlar için tek mutlak kontrendikasyon mevcut meme kanseridir.

Progestin implantları / enjeksiyonları ve cinsel fonksiyon

Progestin implantlarının cinsel işlev üzerinde nötr veya olumlu bir etkisi olduğu öne sürülse de, bireysel deneyimlerin değişebileceğini ve çalışmaların çeşitliliği ve yetersizliği göz önüne alındığında genel etki konusunda kesin bir fikir birliğinin olmadığını belirtmek gerekmektedir.

Olası mekanizmalar

İmplantlar ve enjeksiyon şeklinde olan uygulamalarda progestinler sistemik dolaşıma geçer. Genel olarak progestinler gonadotropinleri inhibe edebilir ve daha sonra cinsel istek ve vajinal kayganlık için gerekli olan östrojen gibi overyan hormonların baskılanmasına yol açabilir.

Androjenik etkiler söz konusu olduğunda, üçüncü nesil bir progestin olarak sınıflandırılan etonogestrel, minimal androjenik özellikler sergiler ve genellikle göreceli olarak antiandrojenik olarak kabul edilir. Tersine depo medroksiprogesteron asetat (DMPA) düşük androjenik aktiviteye sahiptir ve herhangi bir antiandrojenik etkisi yoktur. Ek olarak, bazı progestinler SHBG'ye bağlanma, konsantrasyonunu azaltma ve serbest testosteron seviyesini artırma kapasitesine sahiptir. Bu etki cinsel işlev için olumlu olabilir. Bununla birlikte, sadece progestin içeren kontraseptifler, düzensiz kanama, pelvik rahatsızlık ve kilo alımı gibi olumsuz etkilerle ilişkili olabilir. Bu olumsuz etkiler, vücut imajını ve genel konfor durumunu etkileyerek cinsel işlevi dolaylı olarak etkileyebilir.

Hormonal Rahim İçi Araçlar

RİA'lar, %0,5'ten daha az başarısızlık oranlarıyla oldukça etkili kontraseptiflerdir. Etkileri, sterilizasyon gibi kalıcı yöntemlerle karşılaştırılabilir düzeydedir. Progestin bazlı hormonal RİA, servikal mukusu kalınlaştırarak, sperm hareketliliğini ve canlılığını inhibe eder ve embriyo implantasyonunu önlemek için endometriyal katmanı incelterek lokal etkiler gösterir. Kullanıcıların yaklaşık yarısı bir yıl sonra amenoreik hale gelse de çoğunda ovulasyon olur ve amenore esas olarak endometriyal atrofiye bağlanır.

Hormonal rahim içi araçlar ve cinsel fonksiyon

Hormonal RİA'lar (levonorgestrel –LNG RİA'lar) cinsel işlev açısından çoğu hormonal kontraseptiften daha az yan etkiye sahiptir.

Olası mekanizmalar

Progestinlerin minimal sistemik emilimini sağlayan hormonal RİA'lar, KOK'lar gibi diğer kontraseptif yöntemlerle karşılaştırıldığında cinsel istek üzerinde nötr bir etki ile ilişkilendirilmiştir. LNG-RİA kullanıcılarında, SHBG seviyesinde hafif bir azalma gözlenirken, serum testosteron seviyelerinde artma gibi olumlu etkilere de neden olmaktadır. Esas etki mekanizması, karnlardaki gebe kalma korkusunu uzun süreli olarak ortadan kaldırması ve bunun sonucunda cinsel istekte artışa neden olması olarak görünmektedir. Cinsel fonksiyon üzerindeki olumlu etkilere katkıda bulunan bir başka olası mekanizma, hormonal RİA'ların ağır adet kanamasını azaltmasıdır. Bu da kadınlar için cinsel işlevin iyileştirilmesinde rol oynayabilir.

YÖNETİMİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Hormonal kontraseptifler ve cinsel işlev arasındaki ilişkiyi ele alan tartışmalar dikkate alındığında, hastalara tavsiyede bulunmak zor olabilir. Bununla birlikte, daha önce cinsel işlev bozukluğu öyküsü olmayan genel olarak sağlıklı kadınlar için, hormonal kontraseptifleri reçete ederken cinsel işlevle ilgili endişe minimum olmalıdır. Çok az sayıda kadın hormonal kontraseptif kullanımı ile ilgili olumsuz cinsel etkiler bildirmektedir. Ek olarak, etkili kontrasepsiyon, hamilelik korkusuyla ilişkili psikolojik stresi hafifletebilir ve cinsel aktiviteye olan isteği arttırabilir. Bu durum da cinsel işlev üzerinde olumlu bir etkiye sahip olabilir ve en önemlisi kadınlara üreme düşüncesi konusunda özerklik sağlayabilir. Yoğun adet kanaması ve pelvik ağrı gibi rahatsızlıkları olan kadınlarda, hormonal kontraseptifler cinsel işlev bozukluğuna neden olan semptomları hafifleterek cinsel işlevi iyileştirebilir. Bu nedenle, hormonal kontraseptiflerin cinsel istek ve uyarılma gibi cinsel işleve olumlu katkısı olmasından dolayı, sağlık çalışanları endikasyon olması durumunda kontraseptif yöntemlerin kullanımını önermekten kaçınmamalıdır.

Hormonal kontrasepsiyon kullanan ve yeni cinsel sağlık sorunları olan kadınları yönetirken, bu sorunları iyice anlamak ve kategorize etmek önemlidir. Cinsel istek ve vajinal kayganlık gibi konulardaki olumsuz cinsel durumların hormonal kontrasepsiyondan kaynaklanma olasılığı daha yüksektir. Ek olarak, cinsel sıkıntıyı değerlendirmek ve doğum kontrolünün güvenilirliği ve ilişkilerinin kalitesi de dahil olmak üzere pek çok faktör belirlenmelidir.

Cinsel sorun belirlendikten sonra, cinsel sorunun zaman çizelgesini ve kontrasepsiyona başlamadan önce mi yoksa sonra mı başladığını belirlemek önemlidir. Sorun kontrasepsiyon kullanımdan önce başlamışsa, hormonal kontraseptif kullanımıyla doğrudan ilişkili olma olasılığı daha düşüktür. Anamnez alırken, psikolojik faktörler (örn. depresyon, anksiyete), tıbbi faktörler (örn. diyabet, romatolojik hastalıklar veya nörodejeneratif bozukluklar gibi tıbbi durumlar), sosyodemografik faktörler (örn. sosyoekonomik durum, istihdam ve eğitim) ve doğum kontrol yöntemi kullanımına ilişkin ayrıntılı bir geçmiş (tip, süre ve uyum) dahil olmak üzere kapsamlı bir ilaç incelemesi gibi cinsel işlev bozukluğunun diğer olası nedenlerini dışlamak önemlidir. Fizik muayene sırasında, enfeksiyon veya iltihap belirtilerinin (kızarıklık, şişme veya irritasyon gibi) tanımlanması ve pelvik taban disfonksiyonunun değerlendirilmesi önemlidir. Vulvovajinal atrofi veya vestibüler hassasiyet gibi kontraseptif kullanımı ile ilişkili olabilecek belirtilere özellikle dikkat edilmelidir. Altta yatan başka nedenler tespit edilirse, bunlar ele alınmalıdır; uygun uzmanlara sevk edilmelidir. Bununla birlikte, başka bir neden bulunamazsa ve cinsel işlev bozukluğu muhtemelen kontraseptif kullanımından kaynaklanıyorsa, hasta hormonal kontrasepsiyonun cinsel işlev üzerindeki potansiyel etkisi hakkında eğitilmelidir. Bir kontraseptif yöntemden diğerine geçiş planlanırken hastanın bireysel risk faktörleri ve her hormonal kontraseptif yöntem için potansiyel kontrendikasyonlar dikkate alınarak ortak karar verilmelidir. Hastanın başka bir kontraseptif yöntemine geçiş yaptıktan sonra iyileşme olmaması durumunda, yeniden değerlendirme gereklidir ve cinsel sağlığın karmaşık yönlerini ele almak için potansiyel olarak bir seks terapisti ve pelvik taban terapistini içeren multidisipliner bir yaklaşım izlenmelidir.

ÖZET

Veriler, en çok reçete edilen kontrasepsiyon yöntemi olan KOK'ların cinsel işlevi olumsuz etkileyebileceğini ve diğer hormonal kontraseptifler için daha az tutarlı bulgular olduğunu göstermektedir. Tersine, hormonal RİA'ların cinsel işlev üzerinde olumlu bir etkisi olduğu görülmektedir. Bu çeşitli etkileri anlamak, sağlık profesyonelleri ve hastalar için bilinçli kontraseptif seçimler yapabilmek adına çok önemlidir. Yönetimle ilgili dikkat edilmesi gerekenler; kapsamlı değerlendirme, cinsel kaygıların altında yatan nedenlerin ele alınması, hastaları cinsel işlev üzerindeki potansiyel kontraseptif etkileri hakkında eğitilmesi ve gerektiğinde multidisipliner bakımın dahil edilmesini içerir. Hormonal kontraseptifler ve cinsel işlev arasındaki karmaşık etkileşimleri daha iyi anlamak ve sonuç olarak kontraseptif yöntemlere uyumu ve kadınların yaşam kalitesini iyileştirmek için daha fazla araştırmaya ihtiyaç vardır.



TJODist Bülteni

DİKKAT EDİLECEK NOKTALAR

- Sınırlı araştırmalar, KOK'ların plaseboya kıyasla özellikle cinsel istek, uyarılma ve kayganlık gibi cinsel işlevi olumsuz etkileyebileceğini ileri sürmektedir.
- KOK'ların cinsel işlev üzerindeki etkileri, androjen reseptörü duyarlılığı, ruh hali, eğitim ve ilişki durumu gibi faktörler nedeniyle değişir. KOK kullanımından kaynaklanan olumlu psikolojik etkiler (hamilelik korkusunun azalması) ve yoğun adet kanaması ve pelvik ağrının azalması, bazı olumsuz etkilere rağmen tercih edilmeyi arttırabilir.
- KOK'lar ile eşit derecede etkili olan vajinal halkalar, daha iyi cinsel işlev sonuçları sunabilir; bununla birlikte, KOK'ları tolere eden kadınlarda, vajinal halkaların ek bir faydası yoktur.
- POP'lar, etkinlik endişeleri nedeniyle doğum sonrası dönem dışında nadiren kullanılmaktadır. Eğitim, POP'ların cinsel işlev üzerindeki etkisine ilişkin sınırlı verileri vurgulamalıdır.
- POP'larda cinsel işlevi azalmış kadınlar için, özellikle östrojen kullanımı kontrendike olduğunda, RİA'ya geçiş makul bir seçenektir.
- Progestin implantlarının, cinsel işlevi olumsuz etkilediğine dair minimum veri mevcuttur ve bu da onları uygun bir seçim haline getirir.
- Progestin enjeksiyonları doğru kullanıldığında etkilidir.
- Hormonal RİA'lar oldukça etkilidir ve genellikle cinsel işlev üzerinde nötr veya pozitif bir etkiye sahiptir. KOK'larla cinsel işlev bozukluğu yaşayan kadınlar için alternatif bir kontraseptif yöntemdir.

Review > Am J Obstet Gynecol. 2025 Mar 20:S0002-9378(25)00164-4.

doi: 10.1016/j.ajog.2025.03.018. Online ahead of print.

Associations between hysterectomy and pelvic floor disorders: a systematic review and meta-analysis

Olivia H Chang¹, Ian J Saldanha², Diana Encalada-Soto³, Randa J Jalloul⁴, Sarah Rozycki⁵, Megan Orlando⁶, Amanda White⁷, Linda C Yang⁸, Jennifer C Thompson⁹, Mikio Nihira¹⁰, C Emi Bretschneider¹¹, Peter C Jeppson¹², Ethan M Balk¹³, Ankita Gupta¹⁴

Affiliations + expand

PMID: 40120730 DOI: 10.1016/j.ajog.2025.03.018

HİSTEREKTOMİ VE PELVİK TABAN BOZUKLUKLARI ARASINDAKİ İLİŞKİ; SİSTEMATİK DERLEME VE METAANALİZ

Özet ve Çeviri: **Dr. GAMZE KIRPINAR**

1. Bu çalışma neden yürütülmüştür?

Histerektomi ile pelvik organ prolapsusu, üriner inkontinans ve işeme disfonksiyonu gibi çeşitli pelvik taban bozukluklarının gelecekte varlığı arasında ilişki olup olmadığını belirlemek için.

2. Temel bulgular nelerdir?

Histerektomi dışı tedavi seçenekleriyle karşılaştırıldığında, iyi huylu jinekolojik rahatsızlıklar için yapılan histerektomi, histerektomiden sonraki 10 yıl içinde her türlü üriner inkontinans riskinin artmasıyla ilişkilendirilmiştir

Histerektomi ayrıca histerektomiden sonraki 10 yıldan sonra pelvik organ prolapsusu ve stres üriner inkontinans riskinin artmasıyla ilişkilendirilmiştir.

3. Bu çalışma halihazırda bilinenlere ne eklemektedir?

İyi huylu endikasyonlar için histerektomi geçiren kişilerde pelvik taban bozukluklarının görülme olasılığı artmıştır.

Histerektomi için danışmanlık sırasında bu risklerin tartışılması ve klinik olarak kabul edilebilirse medikal veya histerektomi dışı tedavi seçeneklerinin göz önünde bulundurulması önemlidir.

GİRİŞ

Histerektomi, Amerika Birleşik Devletleri'nde kadınlar arasında en sık yapılan ameliyatlardan biridir ve yılda 600.000'den fazla histerektomi gerçekleştirilmektedir. Histerektominin yaygınlığı azalmış olsa da bu ameliyat alternatif tedaviler başarısız olduğunda çeşitli jinekolojik rahatsızlıklar için yaygın olarak yapılmaya devam etmektedir. Histerektomi için yaygın iyi huylu endikasyonlar arasında anormal uterin kanama, uterin miyomlar, endometriozis ve pelvik organ prolapsusu (POP) bulunur. Histerektomi ne sıklıkla yapılırsa yapılsın, pelvik taban bozuklukları (PTB'ler), özellikle aşırı aktif mesane (AAM), stres üriner inkontinans (SÜİ), POP ve fekal inkontinans (FI) üzerindeki etkisi belirsizdir. PTB'lerin yaşam kalitesi üzerindeki genel etkisi göz önüne alındığında, histerektomi ile PTB'lerin başlangıcı arasındaki uzunlamasına ilişkiler tanımlanmalıdır. Histerektomiyi gerektiren bir patolojinin olmaması durumunda, bu veriler histerektomi ile uterus koruyucu tedavi alternatiflerinin risklerini ve faydalarını tartarken bilinçli karar verme açısından kritik öneme sahiptir. Bu sistematik incelemenin amacı, iyi huylu endikasyonlar için yapılan histerektomi ile POP, üriner inkontinans, işeme disfonksiyonu (BD) ve fekal inkontinans (FI) dahil olmak üzere PTB'lerin başlangıcı arasındaki ilişkilere ilişkin şu anda mevcut kanıtları özetlemektir.

Veri Kaynakları: Medline ve Embase'de başlangıçtan 11 Ekim 2024'e kadar olan sistematik bir arama, dil kısıtlaması olmaksızın gerçekleştirilmiş ve Sistematik inceleme PROSPERO'da (CRD42023443210) kaydedilmiştir.

Çalışma uygunluk kriterleri: Çalışmalar, iyi huylu endikasyonlar için herhangi bir yolla histerektomi geçiren ≥ 18 yaşındaki yetişkin kadın bireylerin randomize kontrollü çalışmalarını ve randomize olmayan karşılaştırmalı çalışmaları (düzeltilmiş analizler bildiren) içermektedir. Histerektomiden sonra en az 1 yıllık takip gerekmektedir. Eş zamanlı PTB ameliyatı geçiren bireylerle ilgili çalışmalar hariç tutulmuştur.

Çalışma değerlendirme ve sentez yöntemleri: 12 araştırmacı her özeti ve potansiyel olarak uygun tam metin makaleyi bağımsız olarak iki kez taramış. Veri çıkarma, önyargı riski değerlendirmesi ve kanıt gücü derecelendirmesi standart araçlar kullanılarak gerçekleştirilmiştir. Meta-analizler rastgele etki modelleri kullanılarak gerçekleştirilmiştir. Sonuçlar pelvik organ prolapsusu (POP), üriner inkontinans (spesifik olmayan, mikst ve stres), aşırı aktif mesane, işeme disfonksiyonu, fekal inkontinans ve dışkılama disfonksiyonunu içeriyordu. Sonuçlar histerektomiden bu yana geçen zamana göre tabakalandırılmıştır. (≤ 10 yıl ile >10 yıl).

Table 1: Evidence profile for all outcomes

Outcome	Time-Point	Number of Studies (Participants)	Risk of Bias	Consistency	Precision	Directness	Strength of Evidence	Conclusion
Pelvic organ prolapse	≤10 years	5 (19,244)	Moderate	Inconsistent	Precise	Direct	Low	Hysterectomy may not be associated with higher risk (ES 1.31, 95% CI 0.81 to 1.80; 5 studies)
	Beyond 10 years	6 (441,172)	Moderate	Consistent	Precise	Direct	Moderate	Hysterectomy is probably associated with higher risk (adjHR 1.56, 95% CI 1.35 to 1.78; 6 studies)
Stress UI	≤10 years	14 (98,763)	Moderate	Inconsistent	Precise	Direct	Low	Hysterectomy may be associated with higher risk (ES 1.31, 95% CI 1.06 to 1.56; 14 studies)
	Beyond 10 years	5 (404,444)	Low	Consistent	Precise	Direct	High	Hysterectomy is associated with higher risk (ES 2.40, 95% CI 2.17 to 2.63; 5 studies)
Overactive bladder/ Urge UI	≤10 years	16 (113,047)	Moderate	Inconsistent	Precise	Direct	Low	Hysterectomy may be associated with higher risk (ES 1.41, 95% CI 1.25 to 1.58; 16 studies)
	Beyond 10 years	2 (116,691)	Moderate	Consistent	Precise	Direct	Moderate	Hysterectomy is probably not associated with higher risk
Mixed UI	≤10 years	3 (38,746)	Moderate	Consistent	Precise	Direct	Moderate	Hysterectomy may be associated with higher risk (ES 1.62, 95% CI 1.40 to 1.85; 3 studies)
	Beyond 10 years	0 (0)	-	-	-	-	-	None
UI (non-specified)	≤10 years	25 (92,942)	Moderate	Inconsistent	Precise	Direct	Low	Hysterectomy may be associated with higher risk (ES 1.29, 95% CI 1.11 to 1.47; 25 studies)
	Beyond 10 years	0 (0)	-	-	-	-	-	None
Voiding dysfunction	≤10 years	3 (9,165)	Moderate	Consistent	Precise	Direct	Moderate	Hysterectomy is probably not associated with higher risk (ES 2.22, 95% CI 0.92 to 3.53; 3 studies)
	Beyond 10 years	0 (0)	-	-	-	-	-	None
Fecal incontinence	≤10 years	1 (3,497)	Low	Unknown*	Precise	Direct	Insufficient	None
	Beyond 10 years	0 (0)	-	-	-	-	-	None
Defecatory dysfunction	≤10 years	1 (2,104)	Moderate	Unknown*	Precise	Direct	Insufficient	None
	Beyond 10 years	0 (0)	-	-	-	-	-	None

Abbreviations: adj = adjusted; CI = confidence interval; ES = effect size; HR = hazard ratio; UI = urinary incontinence.

*1 study only.

SONUÇLAR

Arama 17.214 kayıt üretmiş ve bunların 179'u tam metin incelemesinden geçmiştir. 1994 ile 2024 yılları arasında yayınlanan 62 makalede bildirilen 60 uygun çalışma dahil edilmiştir. 60 çalışma 8 RCT, 20 kohort çalışması (3 prospektif ve 17 retrospektif) ve 32 vaka kontrol çalışmasını içermektedir. Tüm prospektif çalışmalar (3 prospektif kohort çalışması ve 8 RCT), önceden var olan pelvik taban semptomları olan hastaları da hariç tutan iki çalışma hariç, başlangıç pelvik taban semptomlarını değerlendirmiştir. Retrospektif kohort çalışmaları ve vaka kontrol çalışmaları için, çalışma tasarımının yönlülüğü göz önüne alındığında, bunlar başlangıçta pelvik taban semptomlarını değerlendirmiştir. 60 çalışmanın tamamında toplam 3.567.848 hasta dahil edilmiştir. Dahil edilen çalışmalar için örneklem büyüklüğünün medyanı (aralığı) RCT'ler için 165 (57 ila 235), kohort çalışmaları için 39.530 (233 ila 697.801) ve vaka-kontrol çalışmaları için 1.560 (200 ila 63.427) idi.

11 çalışma POP, 19 çalışma SUI, 16 çalışma AAM, 3 çalışma mikst tip üriner inkontinans, 25 çalışma nonspesifik üriner inkontinans, 3 çalışma BD, 1 çalışma FI, 1 çalışma defekasyon dissinerjisi hakkında rapor vermiştir. Elli sekiz çalışma histerektomiden sonraki 10 yıl içinde PTB'ler hakkında rapor vermiş ve 11 çalışma histerektomiden sonraki 10 yıldan sonra PTB'ler hakkında rapor vermiştir. Tüm sonuçlar için sonuçlar dahil kanıt profili Tablo 1'dedir. Meta-analizler Tablo 2'de özetlenmiştir. Her meta-analiz için, bir duyarlılık analizi gerçekleştirdiğimizde, en büyük ağırlıktaki her çalışmayı çıkardığımızda sonuçlar sağlam kalmıştır.

Table 2. Summary of all meta-analyses stratified by outcome and latency from hysterectomy

Outcome	Within 10 years of hysterectomy		Beyond 10 years after hysterectomy	
	Effect Size (95% CI)	N studies in meta-analysis	Effect Size (95% CI)	N studies in meta-analysis
Pelvic organ prolapse	1.31 (0.81, 1.80)	5	1.56 (1.35, 1.78)	6
Stress urinary incontinence	1.31 (1.06, 1.56)	14	2.40 (2.17, 2.63)	5
Overactive bladder	1.41 (1.25, 1.58)	16	-	-
Mixed urinary incontinence	1.62 (1.40, 1.85)	3	-	-
Urinary incontinence (non-specific)	1.29 (1.11, 1.47)	25	-	-
Voiding dysfunction	2.22 (0.92, 3.53)	3	-	-

Bolded numbers indicate statistical significance

A) PELVİK ORGAN PROLAPSUSU

Histerektomiden sonraki 10 yıl içinde: Beş çalışma (bir retrospektif kohort çalışması ve dört vaka kontrol çalışması, histerektomiden sonraki 10 yıl içinde POP'u bildirmiştir. Meta-analiz, histerektomi ile karşılaştırıldığında histerektomisiz POP olasılığının istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde arttığını bulamamıştır. Sonuç olarak POP için cerrahi kullanan iki çalışmayı düşürdükten sonra yapılan duyarlılık analizi, histerektominin histerektomiden sonraki 10 yıl içinde POP olasılığının istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde azalmasıyla ilişkili olduğunu bulmuştur.

Histerektomiden sonraki 10 yıldan sonra: Altı retrospektif kohort çalışması, histerektomiden sonraki 10 yıldan sonra POP'u bildirmiştir. Meta-analiz, histerektominin muhtemelen daha yüksek POP olasılığıyla ilişkili olduğunu bulmuştur. Histerektomi sonrası 10 yıldan sonra POP için duyarlılık analizi yapmak mümkün değildi çünkü altı çalışmanın hepsi sonuç olarak POP için cerrahi kullanmıştı.

B) STRES ÜRİNER İNKONTİNANS

Histerektomiden sonraki 10 yıl içinde: On dört çalışma (5 RCT, 1 prospektif kohort çalışması, 1 retrospektif kohort çalışması ve 7 vaka kontrol çalışması) histerektomiden sonraki 10 yıl içinde SUI hakkında rapor vermiştir. Meta-analiz, histerektominin daha yüksek SUI olasılığı ile ilişkili olabileceğini göstermiştir. Histerektomiden sonraki 10 yıl içinde SÜİ için duyarlılık analizine gerek yoktu çünkü 14 çalışmanın hiçbirisi SÜİ için cerrahiye sonuç olarak kullanmamıştır.

Histerektomiden sonraki 10 yıldan sonra: Beş retrospektif kohort çalışması, histerektomiden sonraki 10 yıldan sonra SÜİ hakkında rapor vermiştir. Meta-analiz, histerektominin daha yüksek SUI olasılığı ile ilişkili olduğunu göstermiştir. Sonuç olarak SÜİ için cerrahiye kullanan 4 çalışmayı bıraktıktan sonraki duyarlılık analizi yalnızca 1 çalışma bırakmıştır. Bu çalışmanın sonuçları, histerektominin histerektomiden sonraki 10 yıldan sonra daha yüksek SÜİ olasılığı ile ilişkili olduğunu belirten tüm 5 çalışmaya dayalı meta-analiz sonucuyla tutarlıdır.

C) AŞIRI AKTİF MESANE

Histerektomiden sonraki 10 yıl içinde: On altı çalışma (6 RCT, 2 prospektif kohort çalışması, 2 retrospektif kohort çalışması ve 6 vaka kontrol çalışması) histerektomiden sonraki 10 yıl içinde AAM hakkında rapor vermiştir. Meta-analiz, histerektominin daha yüksek AAM olasılığıyla ilişkili olabileceğini göstermiştir.

Histerektomiden sonraki 10 yıldan sonra: İki retrospektif kohort çalışması, histerektominin histerektomiden sonraki 10 yıldan sonra muhtemelen daha yüksek AAM olasılığıyla ilişkili olmadığını bildirmiştir. Yuk 2023, histerektomili ve histerektomisizleri karşılaştırarak 15 yılda 1,17'lik bir adjHR bildirmiştir (95% CI 0,91, 1,49). Krogh 2007, histerektomili ve histerektomisiz hastalar arasında 11 yıllık dönemde karşılaştırılabilir AAM semptomları bildirmiştir ancak bir etki büyüklüğü bildirilmemiştir.

D) MİKST ÜRİNER İNKONTİNANS

Histerektomiden sonraki 10 yıl içinde: Üç çalışma (1 RCT16, 1 retrospektif kohort çalışması ve 1 vaka kontrol çalışması) histerektomiden sonraki 10 yıl içinde mikst üriner inkontinans hakkında rapor vermiştir. Meta-analiz, histerektominin muhtemelen daha yüksek mikst üriner inkontinans olasılığıyla ilişkili olduğunu göstermiştir.

Histerektomiden sonraki 10 yıldan sonra: Histerektomiden sonraki 10 yıldan sonra mikst üriner inkontinans hakkında rapor veren hiçbir çalışma yoktur.

E) ÜRİNER İNKONTİNANS (SPESİFİK OLMAYAN)

Histerektomiden sonraki 10 yıl içinde: Yirmi beş çalışma (1 RCT, 2 prospektif kohort çalışması, 4 retrospektif kohort çalışması ve 18 vaka-kontrol çalışması) histerektomiden sonraki 10 yıl içinde spesifik olmayan üriner inkontinans bildirmiştir. Meta-analiz, histerektominin daha yüksek nonspesifik üriner inkontinans olasılığıyla ilişkili olabileceğini göstermiştir (ES 1.29, %95 CI 1.11 ila 1.47; Düşük SoE) (Ek 6).

Histerektomiden sonraki 10 yıldan sonra: Histerektomiden sonraki 10 yıldan sonra spesifik olmayan üriner inkontinans bildiren hiçbir çalışma yoktu.

F) BOŞALTMA DİSFONKSİYONU

Histerektomiden sonraki 10 yıl içinde: Üç çalışma (1 RCT, 1 retrospektif kohort çalışması ve 1 vaka-kontrol çalışması) histerektomiden sonraki 10 yıl içinde BD hakkında rapor vermiştir. Metaanaliz, histerektomi geçiren ve geçirmeyenleri karşılaştıran BD olasılığının istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde artmadığını göstermiştir (ES 2,22, %95 CI 0,92 ila 3,53; Orta SoE) (Ek 7).

Histerektomiden sonraki 10 yıldan sonra: Histerektomiden sonraki 10 yıldan sonra BD hakkında rapor veren hiçbir çalışma yoktu.

G) DIŞKI TUTAMAMA

Histerektomiden sonraki 10 yıl içinde: Ulusal Sağlık ve Beslenme İnceleme Anketi'nin bir vaka kontrol çalışması, histerektominin dışkı tutamama (adjOR 1.4, %95 CI 1.0 ila 1.9) ve çift idrar ve dışkı tutamama (adjOR 1.8, %95 CI 1.2 ila 2.7) olasılığının daha yüksek olmasıyla ilişkili olduğunu bildirmiştir.

Histerektomiden sonraki 10 yıldan sonra: Histerektomiden sonraki 10 yıldan sonra dışkı tutamama ile ilgili hiçbir çalışma bildirilmemiştir.

H) DIŞKILAMA İŞLEV BOZUKLUĞU

Histerektomiden sonraki 10 yıl içinde: Kaiser Permanente'deki İdrar Kaçırma İçin Üreme Riskleri Çalışması'na kayıtlı toplum içinde yaşayan kadınlarla yapılan bir vaka kontrol çalışması, histerektominin dışkılama işlev bozukluğu olasılığının daha yüksek olmasıyla ilişkili olmadığını bildirmiştir (adjOR 1.38, %95 0.60 ila 2.16).

Histerektomiden sonraki 10 yıldan sonra: Histerektomiden sonraki 10 yıldan sonra dışkılama işlev bozukluğu bildiren hiçbir çalışma yoktur.

YORUM

Temel Bulgular 3,5 milyondan fazla katılımcının yer aldığı 60 çalışmayı içeren bu sistematik incelemeye göre, histerektomi, histerektomiden sonraki 10 yıl içinde üriner inkontinans, SÜİ, AAM ve Mikst tipte üriner inkontinans risklerinde istatistiksel olarak anlamlı artışla ve histerektomiden sonraki 10 yıldan sonra POP ve SÜİ risklerinde anlamlı artışla ilişkilidir. POP ve SÜİ için, istatistiksel anlamlılık 10 yıldan önce elde edilmese de hem POP hem de SÜİ için kümülatif insidansın histerektomiden sonra yıllık olarak arttığını varsaymak makuldür.

Histerektomiyi PTB'lere bağlayan varsayılan nedensel mekanizmaların, tam olarak anlaşılmamış olsa da yapısal destek ve/veya sinir hasarında değişiklikler içerdiğine inanılmaktadır. Özellikle, histerektomideki kritik bir adım, uterosakral bağların bilateral olarak kesildiği kolpotomidir. Uterosakral bağlar ve kardinal bağlar, POP desteğinin Seviye I'i olarak pelvik taban bütünlüğünün ayrılmaz bir parçasıdır. İdrar kaçırma ile ilgili olarak, Petros ve ark. tarafından önerilen kadın üriner inkontinansın integral teorisine dayanarak, otonomik sinir hasarı veya yapısal değişiklikler nedeniyle oluşan vajinal gevşeklik, puboüretral bağ boyunca kritik elastikiyet bölgesini ve kuvvet dengesini değiştirebilir ve bu da SÜİ veya AAM ile sonuçlanabilir ve bu nedenle histerektomiden sonra daha sık görülebilir

Mevcut literatürle karşılaştırma

POP literatürü için, Altman ve ark. tarafından yapılan çalışma, 162.488 önceki histerektomili bireyin 470.519 histerektomisiz bireyle eşleştirildiği İsveç Yatan Hasta Kaydı'nın ulusal uzunlamasına çalışması olarak meta-analizimizde büyük ölçüde ağırlıklandırılmıştır. Gelecekteki prolapsus cerrahisinin genel adjHR'si, 11,9 yıl boyunca önceki histerektomili kişiler için 1,7'dir (95% CI, 1,6-1,7). Bu çalışmada, supraservikal histerektomi, sırasıyla 1,8 (95% CI 1,4-2,4) ve 2,0 (95% CI 1,5-2,8) HR'lerle toplam histerektomiye kıyasla gelecekteki prolapsusa karşı koruyucu bir etkiye sahip değildi. Stres üriner inkontinans için en büyük çalışma, daha önce histerektomi geçirmiş 165.260 kişinin histerektomi geçirmemiş 479.506 kişiyle eşleştirildiği İsveç Yatan Hasta Kaydı'ndandı. 30 yıllık dönemde, daha önce histerektomi geçirmiş olanlarda, geçirmemiş olanlara kıyasla SÜİ ameliyatına ihtiyaç duyma riski artmıştı.

Histerektominin uzun vadeli sağlık, cinsel işlev ve PTB'ler üzerindeki potansiyel etkisini öne süren onlarca yıllık araştırmalara rağmen, danışmanlık geleneksel olarak perioperatif ve tedavi sonuçlarına odaklanmıştır. Nitel bir çalışmada, histerektomi geçiren hastalar ameliyat öncesi danışmanlığın ameliyattan sonraki bedensel değişikliklerin etkilerini yeterince ele almadığını belirtmişlerdir. Mevcut sistematik inceleme histerektomiye pelvik taban disfonksiyonunun bir nedeni olarak belirlemese de histerektomi ile çeşitli PTB'ler arasındaki ilişkiler oldukça önemlidir. Klinik olarak kabul edilebilir olduğunda, uterus korunması da dahil olmak üzere alternatif seçenekler hakkında bir tartışma yapılmalıdır. Bununla birlikte, anormal uterin kanaması ve kronik pelvik ağrısı çeken ve tıbbi tedaviyle semptomların yetersiz kontrolü olan hastalarda, semptomları ve yaşam kalitesini iyileştirmek için kesin tedavi seçeneği olarak histerektomi gerekli olabilir. Bu durumlarda, histerektomi arayan bireyler için hasta danışmanlığının bir parçası olarak, sadece acil jinekolojik durumu tedavi etmek değil, aynı zamanda hastaları histerektomi sonrası gelecekteki pelvik taban bozukluklarıyla güçlü ilişkiler hakkında bilgilendirmek de önemlidir. Paylaşılan karar alma, cerrahi planlamanın kritik bir bileşenidir ve ameliyat sonrası hasta memnuniyetini iyileştirdiği gösterilmiştir.

Histerektomi sonrası ilk on yılda histerektomi ile nonspesifik üriner inkontinans ve AAM semptomları arasında ilişki gözlemledik. Bu ilişkiler, hastaları bu kötü sonuçlara yatkın hale getiren erken ve orta vadeli postoperatif değişiklikler olabileceğini göstermektedir. Pelvik taban kas eğitimi (PFMT) gibi profilaktik müdahalelerin PTB riskini azalttığı gösterilmemiştir (muhtemelen kısa takip ile sınırlıdır), ancak PFMT'nin riskleri minimaldir ve özellikle yüksek parite ve operatif vajinal doğum gibi PTB için diğer risk faktörleri olan hastalar için faydalı olabilir. POP'un önlenmesi için bir RCT, McCall kuldoplastiyi standart manşet kapatma ile standart manşet kapatma ile karşılaştırdı ve 12 ayda apikal kompartıman süspansiyonunda anlamlı bir fark olmadığını bildirdi. Gelecekteki POP riskini azaltan başka bir yöntem görünmedi, ancak veriler son derece sınırlıdır ve histerektomi sırasında profilaktik önlemlerle ilgili altıdan az çalışma vardır. Histerektomi sonrası yapısal destekteki değişiklikleri hafifletmenin yollarını değerlendirmek ve gelecekte POP riskini azaltmak için başarılı profilaktik müdahaleler geliştirmek amacıyla gelecekte araştırmalara ihtiyaç vardır.

Güçlü ve Sınırlı Yönleri

Bu sistematik incelemenin güçlü yönleri arasında, 3,5 milyondan fazla kişiye dayalı mevcut kanıtları kataloglamadaki titiz metodolojisi ve kapsamlılığı yer almaktadır. POP veya SUI için histerektomi geçiren hastaları hariç tutarak, bu incelemenden elde edilen sonuçlar, önceden var olan PTB'leri olmayan iyi huylu endikasyonlar için histerektomi geçiren hastalar için özellikle önemlidir. Ek olarak, histerektomi ve PTB'ler arasındaki ilişkilerin çeşitli olası karıştırıcıları göz önüne alındığında, kanıt çok değişkenli regresyon analizleri yoluyla karıştırıcıları ele alan RCT'ler ve karşılaştırmalı çalışmalarla sınırlanmıştır. Bu sistematik incelemede tanımlanan kanıtlarda birkaç sınırlama vardır.

Bunlar arasında, PTB'leri geliştirmek için önemli risk değiştiricileri olan histerektomi yoluna, endikasyona, yaşa veya pariteye göre tabakalaşmanın nadirliği yer almaktadır. Bazı çalışmalar yalnızca öznel semptomları bildirmiştir, ancak hasta tarafından bildirilen semptomlar, PTB'lerin nesnel tanısıyla güçlü bir şekilde ilişkilidir. Ek olarak, bazı çalışmalar SUI ve POP sonuçlarını bu durumlar için cerrahi tedavi olarak tanımlamıştır. Bir durum için cerrahiye, durumun kendisi yerine bir sonuç olarak kullanmak, çeşitli faktörlerin ameliyat olma kararını etkilemesi nedeniyle potansiyel bir önyargıya neden olur; örneğin hastanın ameliyata olan tercihi/cerrahiye karşı isteksizliği, sigorta durumu, özel bakıma erişim ve hastalığın ciddiyeti. Ameliyatı sonuç olarak kullanan çalışmalarda, hastanın ameliyata olan tercihi/cerrahiye karşı isteksizliği özellikle etkili olabilir çünkü aynı zamanda histerektomiye olan tercihi/isteksizliği de etkilemiş olabilir (bu sistematik incelemede ilgimizi çeken konu). Başka bir deyişle, bu çalışmalarda, ameliyata karşı isteksiz olan hastalar hem PTB'ler için cerrahi tedaviden hem de histerektominin kendisinden kaçınabilir. Cerrahi kararlarda çeşitli faktörlerin rol oynadığını kabul ederek, bunu hesaba katan duyarlılık analizleri gerçekleştirdik ve sonuçlarımız aynı kaldı. Kanıtlarla ilgili bir diğer sınırlama, RCT'lerin ve prospektif kohort çalışmalarının çoğunun, PTB için müdahalenin histerektomi ile aynı anda gerçekleştirildiği çalışmaları hariç tutarak bunu hafifletmeye çalışmış olmamıza rağmen, önceden var olan pelvik taban semptomları olan hastaları dışlamamış olmasıdır. Sonuç olarak, bu çalışmalar için, histerektomi dışındaki risk faktörleri (örneğin parite, obezite, vb.) PTB'lerin gelişimine katkıda bulunmuş olabilir, ancak bu risk faktörlerinin histerektomi ve histerektomi olmayan gruplarda benzer şekilde mevcut olmasını bekliyoruz. Kanıtlar, histerektomi ile fekal inkontinans ve dışkılama dissinerjisi sonuçları arasındaki ilişkilerle ilgili sonuçlara varılmasına izin verecek kadar yeterli değildi. Son olarak, dahil edilen çalışmaların kalitesinde, boyutunda ve metodolojisinde önemli bir değişkenlik vardır; sonuç olarak, kanıt gücü, dahil edilen çalışmalar arasında bu ve diğer faktörler dikkate alınarak tüm sonuçlara entegre edilmiştir. Ancak, bazı sonuçlar için, çalışma tasarımına göre çalışma grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir heterojenlik olduğunu belirtmekte fayda vardır. Örneğin, histerektomiden sonraki 10 yıl içinde SUI için ve histerektomiden sonraki 10 yıl içinde AAM için meta-analizlerde, sonuçların daha yüksek olasılıkları yalnızca prospektif kohort çalışmaları ve vaka-kontrol çalışmaları arasında istatistiksel olarak anlamlıydı. Vaka-kontrol çalışmaları hatırlama yanlılığına daha fazla maruz kalsa da (yani, bir sonucu olan bireylerin, sonucu olmayan bireylere göre geçmiş maruziyetleri hatırlama olasılığı daha yüksek olduğunda), bu yanlılığın mevcut kanıt gövdesindeki olası etkisinin minimum olduğuna inanılmıştır çünkü ilgi duyulan maruziyet büyük bir cerrahi müdahaledir (histerektomi). Bununla birlikte, çalışmalar arasındaki sonuçlardaki heterojenlik, önemli olduğunda, belirli sonuçlar için kanıt gücünü düşürmeye katkıda bulunmuştur (Tablo 1).



TJODist Bülteni

Sonuçlar

Bu sistematik inceleme ve meta-analizden elde edilen kanıtlar, histerektominin kısa ve/veya uzun vadede çeşitli PTB'lerle ilişkili olduğunu güçlü bir şekilde göstermektedir. Bu bulgular, sonuçları çevreleyen kapsamlı ameliyat öncesi danışmanlığın önemini ve cerrahi müdahaleye ek olarak veya öncesinde tıbbi ve multimodal tedavilerin faydasını vurgulamaktadır. Gelecekteki çalışmalar, histerektomiye pelvik taban disfonksiyonuna bağlayan mekanizmaları açıklamaya ve histerektomi sonrası riskleri azaltmak için stratejiler geliştirmeye odaklanmalıdır.

Karar: Histerektomi, 10 yıl içinde her türlü üriner inkontinans olasılığının istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksek olmasıyla ve histerektomiden sonraki 10 yıldan sonra POP ve SÜİ ile ilişkilidir. Histerektomi için danışmanlık sırasında bu riskleri tartışmak ve klinik olarak kabul edilebilirse tıbbi veya histerektomi dışı tedavi seçeneklerini değerlendirmek önemlidir.



OBSTETRİ VE JİNEKOLOJİDE ANTİBİYOTİK PROFİLAKSİSİ: KILAVUZLARIN KARŞILAŞTIRMALI DEĞERLENDİRMESİ

Giouleka S, Tsakiridis I, Chalkia-Prapa EM, et al. Antibiotic Prophylaxis in Obstetrics and Gynecology: A Comparative Review of Guidelines. Obstet Gynecol Surv. 2025;80(3):186-203.

Özet ve Çeviri: Dr. Aybekcan Batman

Önemi:

Obstetrik ve jinekolojik girişimlerde profilaktik antibiyotik uygulaması, maternal ve neonatal enfeksiyöz morbiditenin önlenmesine anlamlı katkı sağlayan kritik bir müdahaledir.

Amacı:

Bu çalışmanın amacı, obstetrik ve jinekolojik işlemlerde profilaktik antibiyotik kullanımına ilişkin güncel kılavuzları incelemek ve karşılaştırmalı olarak sunmaktır.

Kanıt Toplama Yöntemi:

Amerikan Kadın Doğum Derneği (ACOG), Kanada Kadın Doğum Derneği (SOGC) ve Avustralya-Yeni Zelanda Kadın Doğum Derneği'ne (RANZCOG) ait kılavuzların tanımlayıcı bir derlemesi gerçekleştirilmiştir.

Bulgular:

İncelenen kılavuzlar arasında; sezaryen doğum, histerektomi, kolporafi ve cerrahi olarak indüklenen abortuslarda profilaktik antibiyotik kullanımının önemi konusunda genel bir görüş birliği mevcuttur. Antibiyotik seçimi, uygulama zamanı ve artan ya da tekrarlanan doz endikasyonları gibi konular da kılavuzlarda benzer şekilde ele alınmaktadır. Birinci kuşak sefalosporinler tüm kılavuzlarda ilk basamak tedavi seçeneği olarak önerilmektedir.

Preterm prelabor membran rüptürü (PPROM) olgularında antibiyotik profilaksisi yaygın olarak önerilmekle birlikte, membranların intakt olduğu aktif preterm eylem veya servikal serklaj uygulamalarında rutin kullanım konusunda fikir birliği bulunmamaktadır. Barsak veya vajinaya giriş yapılmayan histeroskopik ya da laparoskopik işlemlerde, endometriyal biyopsi, rahim içi araç yerleştirme veya servikal doku eksizyonlarında da antibiyotik profilaksisi önerilmemektedir.

Preterm prelabor membran rüptürü (PPROM) olgularında antibiyotik profilaksisi yaygın olarak önerilmekle birlikte, membranların intakt olduğu aktif preterm eylem veya servikal serklaj uygulamalarında rutin kullanım konusunda fikir birliği bulunmamaktadır. Barsak veya vajinaya giriş yapılmayan histeroskopik ya da laparoskopik işlemlerde, endometriyal biyopsi, rahim içi araç yerleştirme veya servikal doku eksizyonlarında da antibiyotik profilaksisi önerilmemektedir.

Buna karşılık, fallop tüplerinde patoloji saptanan veya pelvik inflamatuvar hastalık öyküsü bulunan kadınların histerosalpingografi öncesinde antibiyotik profilaksisi alması gerektiği bildirilmiştir.

Obstetrik anal sfinkter yaralanmaları, operatif vajinal doğumlar ve erken gebelik kayıplarında ise kılavuzlar arasında tutarsızlık mevcuttur. Ayrıca, ACOG, oosit toplanması ve embriyo transferi gibi yardımcı üreme tekniklerinde de antibiyotik kullanımını rutine almamaktadır.

Sonuç:

Obstetrik ve jinekolojik cerrahiler sonrası gelişen enfeksiyöz komplikasyonlar, maternal morbidite ve mortalitenin önemli nedenlerindendir. Bu nedenle, antibiyotik profilaksisi, perioperatif bakımın temel unsurlarından biri olarak kabul edilmelidir. Bununla birlikte, antibiyotiklerin aşırı ve gereksiz kullanımı da önlenmelidir. Günlük klinik uygulamada uygun antibiyotik kullanımını optimize edecek uluslararası standardizasyonun sağlanması, yan etkileri en aza indirmek ve tedavi etkinliğini artırmak açısından kritik önemdedir.

Hedef Kitle:

Kadın hastalıkları ve doğum uzmanları ile aile hekimleri

Sezaryen Doğumlarda Antibiyotik Profilaksisi

Giriş

Sezaryen doğumlar, postpartum enfeksiyon ve yara komplikasyonları gibi enfeksiyöz riskleri artıran cerrahi işlemlerdir. 15.000'den fazla kadını içeren meta-analizler, profilaktik antibiyotiklerin endometrit, yara enfeksiyonu ve ciddi maternal enfeksiyonları sırasıyla %62, %60 ve %69 oranında azalttığını göstermektedir.

Tüm Kılavuzların Ortak Önerileri

- Antibiyotik zamanlaması: ACOG ≤ 60 dk, SOGC 15–60 dk, RANZCOG ≥ 30 dk
- İlaç seçimi: Tüm kılavuzlar Sefazolin önerir; RANZCOG, Azitromisin de ekleyebilir.
- Obezite: ACOG ve RANZCOG ≥ 80 kg için 2–3 g; SOGC BMI >35 için doz artışı önerir.
- Tekrar doz: >1500 mL kan kaybı veya >3 saatlik cerrahi sürede uygulanmalı.
- Alerji durumunda; Klindamisin + Gentamisin ya da alternatif makrolidler önerilir.
- MRSA: 15 mg/kg Vankomisin; rutin tarama önerilmez
- Temizlik: Alkol bazlı cilt antiseptiği; doğum eyleminde vajina temizliği önerilir.

Antibiyotik	Dozaj		Uygulama Zamanı/Durumu
Sefazolin	1–2 g IV (≥ 80 kg: 2–3 g)		Cilt insizyonundan önce, tek doz
Azitromisin	500 mg IV		Doğum eylemi sırasında / membran rüptürü ≥ 4 saat ise eklenebilir
Klindamisin (alerji varsa)	900 mg IV		Gentamisin ile kombine
Gentamisin (alerji varsa)	5 mg/kg IV		Klindamisin ile kombine
Vankomisin (MRSA)	15 mg/kg IV		MRSA taşıyıcılığı varsa, tek doz
	ACOG	SOGC	RANZCOG
Zamanlama	Sezaryen öncesi ≤ 60 dk	İnsizyondan 15–60 dk önce	≥ 30 dk önce
İlaç (normal kilo)	Sefazolin 1 g IV, gerekirse azitromisin	Sefazolin	Sefazolin 2 g + Azitromisin
Obezite	≥ 80 kg $\rightarrow$ 2–3 g	BMI $>35 \rightarrow$ doz $\times 2$	>120 kg $\rightarrow$ 3 g
Tekrar Doz	>1500 mL kanama veya >3 saat	ACOG ile Aynı	-

Alerji Durumu	Klindamisin + Gentamisin	Klindamisin / Eritromisin	Klindamisin + Gentamisin
MRSA	15 mg/kg Vankomisin (tek doz)	-	ACOG ile Aynı
Temizlik	Alkol bazlı antiseptik, doğum eylemi varsa vajinal temizlik	-	-

Preterm Prelabor Membran Ruptürü (PPROM)

PPROM, doğum başlamadan önce(<37hafta) membranların rüptürüdür. Antibiyotik profilaksisi ile gebelik uzatılabilir ve enfeksiyon riski azaltılabilir.

- ACOG $\leq 34+0$, SOGC $\leq 35+0$, RANZCOG $\leq 36+6$
- ACOG: Ampisilin + Eritromisin IV (2 gün), ardından Amoksisilin + Eritromisin PO (5 gün)
- SOGC: GBS bilinmiyor/pozitifse GBS'yi kapsayan + makrolid (2 gün)
- RANZCOG: Eritromisin 250 mg PO/6 saatte bir (10 gün) veya Ampisilin IV ardından Amoksisilin + Eritromisin PO
- Klavulanat içeren antibiyotikler kontrendikedir (NEK riski)
- Meta-analiz: Koryoamniyonit, erken doğum, neonatal enfeksiyon ve beyin anomalileri azalır.

Kılavuz	Önerilen Rejim
ACOG	2 gün Ampisilin + Eritromisin IV Ardından 5 gün Amoksisilin + Eritromisin PO
SOGC	GBS bilinmiyorsa veya pozitifse GBS kapsamı + makrolid (2 gün) Alternatif: Ampisilin/Amoksisilin + makrolid (max 10 gün)
RANZCOG	Eritromisin 250 mg PO 6 saatte bir (10 gün) Alternatif: 2 gün Ampisilin IV ardından Amoksisilin + Eritromisin PO

Antibiyotik	Doz	Süre / Yöntem
Ampisilin	2 g IV, 6 saatte bir	2 gün IV
Eritromisin	250 mg PO, 6 saatte bir	10 gün PO
Amoksisilin	250 mg PO, 8 saatte bir	5 gün PO
Azitromisin	1 g PO	Alternatif (tek doz)

Aktif Preterm Eylem (Membranlar Sağlamken)

Membranlar sağlamken profilaktik antibiyotik kullanımı tartışmalıdır. Enfeksiyon riski PPRM'a göre daha düşüktür.

- ACOG ve RANZCOG: GBS (-) ise antibiyotik gerekmez; GBS (+) veya bilinmiyorsa önerilir
- SOGC: Özel öneri yok.
- ORACLE II: Eritromisin verilenlerde çocukluk döneminde fonksiyonel bozukluk ve Serebral Palsi riskinde artış görülmüştür.

Kılavuz	Öneri
ACOG / RANZCOG	GBS (-): Antibiyotik gerekmez GBS (+) veya bilinmiyor: Antibiyotik önerilir
SOGC	Özel öneri yok

Grup B Streptokok (GBS) Pozitif Kadınlarda Doğum Yönetimi

Doğumda GBS pozitifliği, neonatal sepsis gibi ciddi enfeksiyonlara yol açabilir. GBS (+) ya da riskli gebelerde antibiyotik profilaksisi önerilir.

- Penisilin G ilk tercihtir (5 milyon ünite yükleme, 2.5–3 milyon ünite/4 saatte bir)
- Alternatif olarak seçenek IV Ampisilin 2g başlangıç dozunu takiben 1g IV / 4 saatte bir.
- Alerji durumunda; 1. kuşak Sefalosporin, Klindamisin, Vankomisin kullanılabilir.
- Tarama için, 3. trimesterde rektovajinal sürüntü yapılması önerilir.
- 4 saatten uzun antibiyotik uygulaması, neonatal enfeksiyon riskini anlamlı azaltmaktadır.

Antibiyotik	Doz ve Uygulama
Penisilin G	5 milyon ünite yükleme + 2.5–3 milyon ünite IV her 4 saatte bir
Ampisilin	2 g IV yükleme + 1 g IV her 4 saatte bir
Alerji Durumu	1. kuşak sefalosporin / Klindamisin / Vankomisin

Antibiyotik	Dozaj	Uygulama Şekli
Penisilin G	5 milyon ünite IV yükleme 2.5–3 milyon ünite IV her 4 saatte bir	Doğuma kadar
Ampisilin	2 g IV başlangıç 1 g IV her 4 saatte bir	Doğuma kadar
Klindamisin (alerji)	900 mg IV	Her 8 saatte bir
Vankomisin (alerji)	15–20 mg/kg IV	Her 8–12 saatte bir
Eritromisin (alternatif)	500 mg IV	Her 6 saatte bir
Azitromisin (alternatif)	1 g PO	Tek doz

Obstetrik Anal Sfinkter Yaralanmaları (OASIS)

3. ve 4. derece perineal laserasyonlarda ACOG ve SOGC tek doz antibiyotik önermektedir. RANZCOG ise kanıt yetersizliği olduğunu belirtir. Profilaksi, yara enfeksiyonu riskini azaltabilir.

Antibiyotik	Dozaj	Uygulama Zamanı
Sefoksitin	1 g IV	Onarım sırasında, tek doz
Sefotetan	1 g IV	Onarım sırasında, alternatif

Servikal Serklajda Antibiyotik Kullanımı

ACOG, SOGC ve RANZCOG, rutin profilaksiyi önermez. Kanıtlar tutarsız olup, bazı çalışmalarda gebeliği uzatabileceği öne sürülse de bu bulgular tüm gruplarda tutarlı değildir.

Postpartum Dilatasyon ve Kürtaj (D&C)

Doğum sonrası uygulanan D&C işlemleri enfeksiyon açısından potansiyel risk taşısa da, ACOG ve SOGC mevcut kanıtlar ışığında rutin antibiyotik kullanımını önermemektedir.

Postpartum İntrauterin Balon Kateter

Rahim içine yerleştirilen balonlar postpartum hemorajiyi kontrol altına almak için kullanılır. ACOG ve diğer kılavuzlar, rutin antibiyotik verilmesini desteklemez.

Plasentanın Elle Çıkarılması

Plasentanın spontan ayrılmadığı durumlarda uygulanan bu işlemde, enfeksiyon riski mevcuttur. Ancak yapılan sistematik incelemelerde, profilaktik antibiyotiklerin enfeksiyonları anlamlı oranda azaltmadığı görülmüştür. Rutin kullanım önerilmez.

Operatif Vajinal Doğumlarda (Vakum/Forseps)

Vakum ve forseps gibi müdahaleli doğumlarda enfeksiyon riski artar. RANZCOG, ANODE çalışmasına dayanarak antibiyotik önerir. ACOG ve SOGC ise çalışmadaki metodolojik sınırlamalar nedeniyle profilaksiyi genellemez. Kanıtlar tartışmalıdır.

Antibiyotik	Dozaj	Uygulama
Amoksisilin + Klavulanik Asit	875/125 mg PO	Doğum sonrası ilk 6 saat içinde (tek doz) – ANODE çalışmasına göre

Bakteriyel Endokardit Profilaksisi

Doğum sırasında bakteriyemi, kalp hastalığı olanlarda endokardit riskini artırabilir. ACOG, sadece yüksek riskli hastalarda (protez kapak, siyanotik doğumsal kalp hastalığı) antibiyotik verilmesini önerir. RANZCOG'da da benzer şekilde yaklaşım vardır. Rutin profilaksi önerilmez.

Antibiyotik	Dozaj	Uygulama Zamanı
Ampisilin	2 g IV	Doğumdan 30–60 dk önce
Amoksisilin	2 g PO	Alternatif
Sefazolin	1 g IV	Alternatif
Klindamisin	600 mg PO/IV	Alternatif
Azitromisin	500 mg PO	Alternatif
Sefalekssin	2 g PO	Alternatif

Jinekolojik İşlemlerde Antibiyotik Profilaksisi –

Histerektomi

Tüm kılavuzlar histerektomi öncesi antibiyotik verilmesini destekler. Sefazolin, ACOG ve SOGC tarafından önerilir. RANZCOG ise metronidazol ile kombinasyonu major cerrahiler için önerir. Profilaksi enfeksiyon riskini %70'e kadar azaltabilir.

İşlem / Klinik Durum	Antibiyotik Profilaksisi	Açıklama
Histerektomi (vajinal, abdominal, laparoskopik)	Önerilir	Tüm histerektomi türlerinde tek doz antibiyotik (genellikle Sefazolin 2 g IV) uygulanır. Barsak kesi riski varsa Metronidazol 500mg eklenmesi önerilir.
Bakteriyel Vajinozis (cerrahi öncesi tanı konulan)	Tedavi edilmesi önerilir	Vajinal flora bozukluğu varlığında, cerrahiden önce Metronidazol veya Klindamisin ile tedavi enfeksiyon riskini azaltır.

Laparoskopik İşlemler (Barsak veya Vajinal Giriş Olmadan)

Tanısal veya basit operatif laparoskopilerde antibiyotik profilaksisi önerilmez. Büyük laparoskopik işlemlerde ise RANZCOG tarafından antibiyoterapi (ajan belirtilmemiş) önerilmektedir.

Laparotomi (Barsak veya Vajinal Giriş Olmadan)

Büyük abdominal cerrahilerde antibiyotik profilaksisi düşünülebilir. ACOG ve RANZCOG bu işlemlerde Sefazolin (ve Metronidazol) kullanımını destekler.

Histeroskopi (Tanısal ve Operatif)

Tanısal ve operatif histeroskopiler steril koşullarda yapılan işlemlerdir ve enfeksiyon riski düşüktür. ACOG, SOGC ve RANZCOG bu işlemler için antibiyotik profilaksisi önermemektedir.

İlk ve İkinci Trimesterde Uterin Evakuasyon (Küretaj)

İsteğe bağlı küretajlarda tüm kılavuzlar antibiyotik verilmesini desteklemektedir. ACOG, erken gebelik kayıplarında da önerirken, SOGC ve RANZCOG yalnızca cinsel yolla bulaşan hastalık riski varsa profilaksiyi önermektedir.

Kılavuz	Antibiyotik Profilaksisi	Önerilen Antibiyotik Rejimi	Açıklama
ACOG	Önerilir	Doksisiklin 200 mg PO, işlem öncesi (tek doz) Alternatif: Metronidazol	İsteğe bağlı ve spontan düşüklerde profilaksi önerilir.
SOGC	Kısmen Önerilir	Doksisiklin 100 mg PO işlem öncesi + 200 mg PO işlem sonrası	Sadece isteğe bağlı düşüklerde profilaksi önerilir.
RANZCOG	Beraberinde CYBH varlığında önerilir.	Doksisiklin 400 mg PO işlemden 10–12 saat önce Alternatif: Metronidazol 2 g PO + Azitromisin 1 g PO	CYBH riski ekarte edilmemişse profilaksi önerilir.



TJODist Bülteni

Gebelik Dışı Endikasyonlarla Yapılan D&C İşlemleri

Endometrial örnekleme ve anormal uterin kanama gibi nedenlerle yapılan D&C işlemlerinde enfeksiyon riski çok düşüktür. ACOG antibiyotik profilaksisini önermemektedir, diğer kılavuzlar ise özel herhangi bir öneride bulunmamıştır.

Servikal Doku Eksizyonu (LEEP, LLETZ vb.)

CIN gibi lezyonların çıkarılması amacıyla yapılan eksizyon işlemlerinde enfeksiyon oranı düşüktür. ACOG ve RANZCOG profilaktik antibiyotiğe gerek olmadığını belirtmektedir.

Endometriyal Biyopsi ve Endometriyal Ablasyon

Bu işlemler genellikle ayaktan ve steril koşullarda uygulanır. Enfeksiyon riski çok düşüktür. ACOG ve SOGC antibiyotik kullanımını önermemektedir.

Rahim İçi Araç (RİA) Yerleştirilmesi

RİA sonrası enfeksiyon riski düşüktür. ACOG, SOGC ve RANZCOG antibiyotik kullanımını önermemektedir. Cinsel yolla bulaşan hastalık riski yüksek olan kadınlarda öncesinde tarama yapılması önerilir. Cochrane derlemesi, intrauterin araç (RİA) yerleştirilmesinden önce oral yolla uygulanan Azitromisin veya Doksisisiklinin klinik açıdan anlamlı bir fayda sağlamadığını ve pelvik inflamatuvar hastalık insidansını plasebo veya tedavisiz kontrol gruplarına kıyasla anlamlı şekilde azaltmadığını göstermiştir.

Kolporafi ve Vajinal Sling Yerleştirme Ameliyatları

POP ve SUI cerrahilerinde antibiyotik profilaksisi önerilir. Tüm kılavuzlar işlem öncesi tek doz Sefazolin ya da alerji durumunda Klindamisin + Gentamisin kombinasyonunu önerir.

Kılavuz	Antibiyotik Profilaksisi	Önerilen Rejim	Açıklama
ACOG	Önerilir	Sefazolin 2 g IV (tek doz) Alternatif: Klindamisin + Gentamisin	Ameliyat kesisi öncesinde uygulanır. Transvajinal mesh işlemlerinde enfeksiyon riski yüksektir.
SOGC	Önerilir	Sefazolin veya alternatif ajanlar	Anestezi indüksiyonu öncesi veya kesi öncesi uygulanmalıdır.
RANZCOG	Önerilir	Sefazolin ± Metronidazol	Özellikle transvajinal mesh kullanılan işlemlerde antibiyotik profilaksisi önerilir.

Ürodinamik İncelemeler ve Sistoskopi

- Antibiyotik profilaksisi önerilmemektedir.
- İşlem öncesi idrar tahlili ve idrar kültürü yapılması önerilir.
- Eğer kültürde enfeksiyon saptanırsa, işlemten önce uygun antibiyotik tedavisi başlanmalıdır.
- SOGC, postürodinami sonrası üriner enfeksiyon insidansı %10'un üzerindeyse profilaktik antibiyotik kullanımının düşünülebileceğini belirtmektedir.

Postoperatif Kalıcı Mesane Kateteri Kullanımı

- Kalıcı kateter kullanımında antibiyotik profilaksisinin yararı belirsizdir.
- Eğer antibiyotik kullanılacaksa, Nitrofurantoin gibi ajanların, Siprofloksasine göre daha uygun olabileceği belirtilmektedir.

Vulvektomi

- ACOG, radikal veya modifiye vulvektomi yapılacak hastalarda, tek doz intravenöz Sefazolin ile antibiyotik profilaksisini önermektedir.
- Bu işlemler, vulva bölgesinin polimikrobiyal florası nedeniyle kontamine işlemler olarak kabul edilmektedir.

Histerosalpingografi, Kromotübasyon ve Sonohisterografi

- Antibiyotik profilaksisi yalnızca şu durumlarda önerilmektedir:
 - Pelvik inflamatuvar hastalık (PID) öyküsü olan hastalar
 - Dilate fallop tüpleri saptanan hastalar
- Önerilen tedavi: Doksisiklin 100 mg, günde iki kez, 5 gün süreyle ağızdan.
- SOGC ayrıca cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlar (CYBE) için tarama yapılmasını önermektedir.
- Salin infüzyon sonohisterografi ve kromotübasyon gibi diğer tanısal prosedürlerde rutin antibiyotik profilaksisi önerilmemektedir.

Yardımcı Üreme Teknikleri

- Oosit toplama işlemi öncesi rutin antibiyotik profilaksisi önerilmemektedir.
- Embriyo transferi sırasında antibiyotik kullanımı, kateter kontaminasyon oranlarını azaltsa da klinik gebelik oranlarını artırmamaktadır; bu nedenle profilaksi önerilmez.

Antibiyotik Profilaksisi: Ne Zaman ve Nasıl?

- Uygulama zamanı: Cerrahi insizyondan 15–60 dk önce
- Süre: Tek doz yeterlidir. Uzun süren veya kanamalı işlemlerde tekrar doz gerekebilir
- Doz ayarı: ≥ 80 kg için doz artışı önerilir
- Ajan seçimi: Geniş spektrumlu, dar etkili antibiyotikler (ör. Sefazolin) tercih edilir
- Gereksiz kullanım: Antibiyotik direnci ve maliyet açısından sakıncalıdır. Kılavuzlara uyum önemlidir.



Ovarian-Adnexal Reporting and Data System Ultrasound v2022 From Origin to Everyday Use

Catherine H. Phillips, MD^{a,*}, Krupa Patel-Lippmann, MD^a,
Jennifer Huang, MD^b, Lori M. Strachowski, MD^c,
Katherine E. Maturen, MD, MS^d

Özet ve Çeviri: Berivan Güzelbağ

O-RADS US V2022: KÖKENİNDEN GÜNLÜK KLİNİK UYGULAMAYA

A. GİRİŞ

Ovarian-Adnexal Reporting and Data System (O-RADS), American College of Radiology (ACR) tarafından geliştirilen, over ve adneksiyel lezyonların malignite riskini değerlendirmeye yönelik, kanıta dayalı ve yapılandırılmış bir raporlama sistemidir. Sistem hem US hem de MRI için ayrı versiyonlar sunar.

2018 yılında ACR O-RADS US Komitesi tarafından yayımlanan ilk lexicon, over ve adneksiyel patolojilerin değerlendirilmesinde kullanılan morfolojik terimlerin standardizasyonunu sağlamayı amaçlamıştır. Bu sözlük, lezyonların ultrasonografik özelliklerine göre tanımlanmasına ve her tanıma karşılık gelen malignite risk oranlarının (Risk of Malignancy - ROM) belirlenmesine olanak tanır. Böylece ortak bir terminoloji kullanılarak, klinik karar alma süreçlerinde tutarlılık ve standartlaşma hedeflenmiştir. Bu lexicon temel alınarak hazırlanan 2020 tarihli devam çalışmasında, O-RADS US sistemine ait risk sınıflandırma kategorileri tanımlanmış ve her kategoriye özgü klinik yönetim önerileri sunulmuştur. Bu sayede sistemin klinik pratikteki uygulanabilirliği ve geçerliliği önemli ölçüde artırılmıştır. Sistemin ilk versiyonunun klinik kullanımına dair elde edilen kullanıcı geri bildirimleri, çok merkezli validasyon çalışmaları ve literatürdeki güncel gelişmeler ışığında, O-RADS US sistemi 2022 yılında güncellenmiştir (O-RADS US v2022). Bu yeni versiyon, tanısal doğruluğu artırmak ve sistemin günlük klinik uygulamalara daha esnek biçimde entegre edilebilmesini sağlamak amacıyla yeniden yapılandırılmıştır.

Yeni sistem, tüm pelvik ultrasonografi raporlarına entegre edilebilecek şekilde yapılandırılmış olup üç temel bileşenden oluşur:

1. **Yönetim İlkeleri (Governing Concepts):** Sistemin hangi klinik durumlarda ve nasıl kullanılacağını belirten kurallar ile teknik uygulama esaslarını içerir.
2. **O-RADS Skorlama Sistemi:** Lezyonların ultrasonografik morfolojisine göre 0'dan 5'e kadar puanlanarak malignite riski (ROM) hesaplanır.
3. **Yönetim Önerileri:** Her bir risk kategorisine karşılık gelen klinik ve görüntüleme temelli takip ve tedavi algoritmalarını kapsar.

B. O-RADS US v2022: Genel Yapı ve Güncellemeler

Sistemin merkezinde, tanı doğruluğunu yükseltmek ve günlük klinik uygulamalara uyumunu kolaylaştırmak amacıyla oluşturulmuş üç ana bileşen yer almaktadır.

1. Yönetim İlkeleri (Governing Concepts) – Genişletilmiş Kapsam ve Artan Esneklik

Yeni sistemde, normal over görüntüleri ve fizyolojik kistler sınıflamaya dahil edilmiştir. Menopozal durumu belirsiz olan ya da uterusun cerrahi olarak çıkarıldığı hastalar için de özel yönetim önerileri geliştirilmiştir. Ayrıca, teknik açıdan yeterli olduğu sürece transabdominal görüntülerin tek başına O-RADS skoru belirlemede kullanılabilmesi, sistemin daha yaygın uygulanmasına olanak tanımaktadır.

Ultrason konusunda deneyimli klinisyenlerin ("ultrasound specialist") tanısal doğruluğa katkısı vurgulanmış ve bu uzmanlık düzeyi dikkate alınarak sistemin kullanımında yönlendirici roller tanımlanmıştır. Birden fazla lezyon bulunduğu her biri ayrı değerlendirilmekle birlikte, genel yönetim stratejisi en yüksek O-RADS skoruna sahip lezyona göre belirlenmelidir. Transvajinal ultrason tercih edilmekle birlikte, uygun kalite sağlandığında transabdominal değerlendirme de yeterli kabul edilmektedir.

2. Lexicon Güncellemeleri – Morfolojik Terminolojide Netlik ve Detaylandırma

Yeni versiyonda lexicon terimleri yeniden düzenlenmiş ve morfolojik tanımlarda netlik sağlanmıştır. "Biloküler" terimi, iki loculus içeren kistik lezyonları tanımlamak üzere eklenmiştir. Solid lezyonlarda benigniteyi düşündüren "akustik gölgeleme (shadowing)" bulgusu, önemli bir tanı kriteri olarak vurgulanmıştır. Ayrıca, endometrioma, dermoid kist ve hemorajik kist gibi klasik benign lezyonların iç yapısına yönelik tanımlayıcı kriterler güncellenmiştir. Solid bileşen tanımı, papiller projeksiyonun ≥ 3 mm olması gerekliliğiyle daha objektif hale getirilmiş; hydrosalpinx tanımı ise anekoik sıvı içeren tipik tübüler yapı özellikleri ile detaylandırılmıştır.

3. Yönetim Önerilerindeki Yenilikler – Risk Kategorisine Dayalı Klinik Rehberlik

O-RADS US v2022’de her risk kategorisine özgü güncel yönetim önerileri sunulmuştur:

O-RADS 0: Görüntüleme teknik olarak yetersizdir; tekrar ultrasonografi veya MRI önerilir.

O-RADS 1: Normal over ya da fizyolojik kist izlenmiştir; takip gerekmez.

O-RADS 2: Malignite riski %1’den düşük olan benign lezyonlarda takip süresi 5 yıldan 24 aya düşürülmüştür.

O-RADS 3: Düşük riskli lezyonlarda 6 ay içinde tekrar US veya MRI yapılması önerilir.

O-RADS 4: Orta risk taşıyan olgularda jinekolojik onkoloji konsültasyonu ile birlikte ileri görüntüleme (özellikle MRI) değerlendirilmelidir.

O-RADS 5: Malignite riski %50 ve üzeri olan yüksek riskli lezyonlarda doğrudan jinekolojik onkolog yönlendirmesi yapılmalıdır.

Bu öneriler, ACR’nin geliştirdiği mobil uygulama üzerinden de erişilebilir olup sistemin günlük pratikte kolayca kullanılmasını sağlamaktadır.

O-RADS US v2022’nin yapısal güncellemesi, tanısal kararların daha doğru ve standardize şekilde verilmesini sağlamakla birlikte, gereksiz cerrahi müdahalelerin önüne geçmeyi amaçlamaktadır. Sistem, risk kategorilerine göre farklılaştırılmış yönetim rehberleri sunarak hem klinik hem de görüntüleme kararlarında disiplinler arası uyumu teşvik etmektedir.

C. GÖRÜNTÜLEME TEKNİKLERİ

Ultrasonografik değerlendirme sırasında tercih edilmesi gereken temel donanımlar arasında transabdominal ve transvajinal probler, renkli veya power Doppler özellikleri ve cine klip (hareketli görüntü) kaydı yapabilen sistemler yer almalıdır. Transvajinal ultrason, daha yüksek çözünürlük sunduğu için yakın mesafedeki pelvik yapıların değerlendirilmesinde önceliklidir. Ancak bu yaklaşım mümkün değilse, teknik olarak kaliteli transabdominal görüntüler de sistemin uygulanması için yeterli kabul edilmektedir. Kullanılan cihazların performansı ise ACR-AAPM (American Association of Physicists in Medicine) teknik standartlarına uygun biçimde düzenli olarak test edilmelidir.

Ultrasonografi sırasında görüntüleme kalitesini en üst düzeye çıkarmak için çeşitli teknik parametrelerin optimize edilmesi gerekmektedir. Lezyonlar hem grayscale hem de renkli veya power Doppler ile iki ortogonal düzlemde görüntülenmelidir. Yeterli doku penetrasyonu sağladığı sürece en yüksek frekanslı transdüser kullanılmalıdır. Ayrıca, odak noktası (focal zone), görüş alanı (field of view) ve gain gibi ayarlar uygun şekilde düzenlenmelidir. Lezyonun boyutları üç ortogonal düzlemde ölçülmeli ve izlem sürecinde ortalama lineer boyut $[(\text{uzunluk} + \text{genişlik} + \text{yükseklik}) / 3]$ dikkate alınmalıdır. Ortogonal cine kliplerin kullanımı, lezyonun morfolojisinin tam olarak değerlendirilmesini ve iç yapısının ayrıntılı analizini kolaylaştırır.

Kistik lezyonlar içerisinde yer alan solid bileşenler, malignite açısından ayırt edici niteliktedir. O-RADS lexiconunda solid bileşen tanımı açık biçimde belirtilmiştir:

- Solid bileşen, kist duvarı ya da septal yapıdan iç lümene doğru en az 3 mm yüksekliğinde çıkıntı yapmalıdır.
- Yüksekliği 3 mm'den az olan düzensizlikler ise "duvar kalınlaşması" olarak değerlendirilir ve farklı şekilde sınıflandırılır.

Görüntüleme esnasında lezyon morfolojisinin daha net değerlendirilebilmesi için hem kaliper yerleştirilmemiş hem de kaliperle ölçüm yapılmış görüntülerin birlikte kaydedilmesi önerilmektedir. Bu yöntem, kaliperlerin lezyonun anatomik detaylarını örtmesini engeller.

Ultrason görüntülemesinde sık karşılaşılan artefaktların doğru bir şekilde ayırt edilmesi, yanlış pozitif yorumların önüne geçilmesi açısından oldukça önemlidir.

- **Akustik gölgeleme (shadowing):** Ses dalgalarının lezyon tarafından emilmesi sonucu oluşan hipoekoik alanlardır. Genellikle dermoid kistler ve fibromatöz lezyonlarda görülür ve benigne lezime yorumlanır. Gölgelemenin geniş ve yaygın olması beklenir.
- **Refraktif artefakt:** Ses dalgalarının farklı dokulardan geçerken yön değiştirmesi sonucu ortaya çıkar ve gerçek shadowing ile karıştırılabilir.
- **Spatial compounding:** Görüntü kalitesini artırmakla birlikte, gölgeleme bulgularını maskeleyebilir. Bu nedenle, gerektiğinde bu özellik devre dışı bırakılmalıdır.

Lezyon içi vaskülaritenin doğru değerlendirilmesi için renkli Doppler ayarlarının uygun şekilde optimize edilmesi gereklidir:

- **Color box**, sadece ilgi alanını kapsayacak şekilde sınırlandırılmalıdır.
- **Color scale**, akım algılanana kadar kademeli olarak azaltılmalı, ardından algılanan düzeyin bir birim üzerine çıkarılmalıdır.
- Akımın şüpheli ya da düşük düzeyde olduğu durumlarda, **spektral Doppler** ile dalga formu kaydedilmeli ve gerçek akım ile artefakt ayrımı yapılmalıdır.
- **Power Doppler**, düşük hızlı akımların daha hassas saptanmasında tercih edilen ek bir görüntüleme tekniğidir.

O-RADS US sisteminde kullanılan **Color Score (CS)**, lezyon içindeki kanlanma düzeyini tanımlamak üzere dört seviyeden oluşur:

- **CS 1:** Akım yok
- **CS 2:** Minimal düzeyde akım
- **CS 3:** Orta düzeyde akım
- **CS 4:** Belirgin şekilde güçlü akım

Bir lezyonun over kaynaklı olup olmadığını belirlemek için **dinamik ultrason manevraları** kullanılabilir:

Sliding manevrası: Transdüser ile pelvise hafif baskı uygulandığında lezyonun over ile birlikte hareket edip etmediği değerlendirilir. Eğer lezyon overle birlikte hareket ediyorsa intraovaryen, bağımsız hareket ediyorsa ekstraovaryen kabul edilir.

Jiggling manevrası: Lezyon içerisindeki yapıların hareketliliği değerlendirilir. Örneğin, hemorajik kist içinde yer alan koagül yapıların mobil olup olmadığı bu yöntemle incelenebilir.

D. LEZYONLARA YAKLAŞIM STRATEJİSİ

O-RADS US v2022 sistemi, lezyonları morfolojik özelliklerine göre algoritmik bir yaklaşımla sınıflandırır. Bu yaklaşımın temel amacı; fizyolojik veya klasik benign bulgularla malignite riski taşıyan patolojik lezyonları birbirinden ayırmak, ardından bu lezyonları uygun bir şekilde risk skorlamasına tabi tutarak en uygun klinik yönetimi belirlemektir.

1. Normal Over ve Fizyolojik Kistler

O-RADS sisteminin ilk basamağı, fizyolojik yapıların doğru tanınmasına dayanır. Bu yapılar “O-RADS 1” kategorisine girer ve malignite riski taşımadıkları için takip gerektirmez. Ayrıca, bu yapılar tanı açısından “lezyon” olarak değerlendirilmez.

Folikül: Premenopozal dönemde sık rastlanan, çapı 3 cm veya daha küçük, düzgün duvarlı, anekoik, uniloküler kistlerdir.

Corpus luteum (CL): Kalın duvarlı ve içeriğinde ekojenik yapı barındırabilen yapılardır. Solid bir görünüme sahip olsalar da, çevresel kanlanmanın Doppler ile gösterilmesi tanıya yardımcı olur.

2. Klasik Benign Lezyonlar (CBL – Classic Benign Lesions)

Klasik benign lezyonlar, O-RADS US sisteminde “O-RADS 2” kategorisine karşılık gelir ve malignite riski %1’in altındadır. Bu grupta, tipik morfolojik özellikleriyle kolayca tanınabilen ve malignite potansiyeli olmayan altı farklı lezyon tipi tanımlanmıştır.

İntraovaryen Klasik Benign Lezyonlar:

1. Hemorajik kist: Anekoik, uniloküler ve avasküler yapıda olup içinde retiküler ağ desenleri ya da retrakte pıhtılar görülebilir.

2. Dermoid kist: En fazla üç lokülden oluşan, avasküler kistlerdir. En az bir tipik ultrason bulgusu içerir:

- o Hiperekoik “çizgi ve nokta” (lines and dots) paterni
- o Yaygın veya bölgesel hiperekoik alanlarla birlikte akustik gölgeleme
- o Kist içinde yüzen ekojenik küresel yapılar

3. Endometrioma: Avasküler, üç veya daha az lokül içeren, “ground glass” tarzında homojen düşük düzeyde internal eko içeren kistlerdir. Bazı vakalarda periferik küçük ekojenik noktalar (punctate odaklar) da gözlenebilir.

Ekstraovaryen Klasik Benign Lezyonlar:

4.Paraovaryen kist: Overle bağlantısı olmayan, ancak ona bitişik duran, içi sıvı dolu anekoik yapılardır. Paratubal kistleri de içerir.

5.Peritoneal inclusion kisti: Cerrahi müdahaleler veya pelvik inflamasyon sonrası gelişen, overi çevreleyen loküle sıvı koleksiyonlarıdır.

6.Hydrosalpenks: Anekoik içerikli, tübüler formda ve bazen septalı yapılar olup endosalpingeal kıvrımlar iç duvarda küçük nodül benzeri görünüm oluşturabilir.

Bu klasik benign lezyonlar 10 cm'den küçükse O-RADS 2 olarak sınıflandırılır. Ancak lezyon çapı 10 cm veya daha büyükse, O-RADS 3 kategorisine dahil edilir.

3.Diğer Lezyonlar (Klasik Benign Olmayan - Non CBL)

Klasik benign özellikler taşımayan tüm lezyonlar, O-RADS sisteminde ileri düzey morfolojik analiz ve risk skorlamasına tabi tutulur. Bu lezyonlar; duvar yapısı, iç bileşenler ve kanlanma düzeyine göre aşağıdaki alt gruplara ayrılır:

1. Solid bileşen içermeyen uniloküler kistler
2. Solid bileşen içeren uniloküler kistler
3. Solid bileşen içermeyen biloküler veya multiloküler kistler
4. Solid bileşen içeren biloküler veya multiloküler kistler
5. %80'den fazlası solid olan yapılar (tamamen ya da büyük oranda solid lezyonlar)

Bu lezyon alt tiplerinde; solid bileşen varlığı, papiller çıkıntı (projeksiyon) sayısı, duvarın düzgün ya da düzensiz oluşu, vaskülarite düzeyi (Color Score - CS) ve lezyonun boyutu gibi parametreler, malignite risk skorunun belirlenmesinde kritik rol oynar.

Risk Artırıcı Özellikler

Aşağıdaki bulgular, lezyonun malignite riskini belirgin şekilde artırır ve O-RADS skorunun yükselmesine neden olur:

- Papiller projeksiyon sayısının 4 veya daha fazla olması
- İç duvarın ya da dış konturun düzensiz (irregüler) olması
- Multiloküler yapıya eşlik eden orta-yüksek düzeyde iç vaskülarite (CS 3-4)
- Solid lezyonlarda çok güçlü kanlanma (CS 4)
- Lezyona eşlik eden asit ve/veya peritoneal nodül varlığı

Not: Asit ya da peritoneal nodül varlığı, O-RADS 3 veya 4 kategorisindeki lezyonları otomatik olarak O-RADS 5'e çıkarır.

E. O-RADS US KATEGORİLERİ VE YÖNETİM ÖNERİLERİ

O-RADS US v2022 sistemi, 0 ile 5 arasında değişen altı basamaklı bir skorlama yapısı sunar. Her bir skor, belirli bir malignite riski (ROM) aralığına karşılık gelir. Bu skorlar, hasta yönetiminde klinik takip, ileri görüntüleme yöntemleri veya cerrahi yönlendirme kararlarını doğrudan etkiler.

Kategori ve Malignite Riski Tanımlamaları (ROM)

Aşağıda, O-RADS skoru ile malignite riski aralıkları arasındaki ilişki özetlenmiştir:

- **O-RADS 0:** Teknik olarak yetersiz görüntüleme- malignite riski belirlenemez
- **O-RADS 1:** Normal over veya fizyolojik yapı- malignite riski %0
- **O-RADS 2:** Neredeyse kesin benign lezyon- malignite riski <%1
- **O-RADS 3:** Düşük riskli lezyon- malignite riski %1-10
- **O-RADS 4:** Orta riskli lezyon- malignite riski %10-50
- **O-RADS 5:** Yüksek riskli lezyon- malignite riski ≥%50

O-RADS Skoru: 0

Risk Kategorisi (IOTA Modeli): Teknik olarak yetersiz (Uygulanamaz)

Lexicon Tanımlayıcıları: Görüntüleme kalitesi yetersiz olduğu için lezyon özellikleri değerlendirilemez. **Yönetim:** Hem premenopozal hem de postmenopozal hastalarda tekrar US veya MRI yapılması önerilir.

O-RADS Skoru: 1

Risk Kategorisi (IOTA Modeli): Normal over/fizyolojik yapı (Uygulanamaz)

Lexicon Tanımlayıcıları: Görüntülemede herhangi bir patolojik lezyon saptanmaz. İzlenen yapıların fizyolojik folikül (≤ 3 cm) veya korpus luteum (genellikle ≤ 3 cm) olduğu değerlendirilir.

Yönetim: Premenopozal ve postmenopozal bireylerde ek takip ya da tedavi gerektirmez.

O-RADS Skoru: 2

Risk Kategorisi (IOTA Modeli): Neredeyse kesin benign (Malignite riski <%1)

Lexicon Tanımlayıcıları: Bu grupta düzgün sınırlı basit kistler, biloküler yapılar ile dermoid kist, endometrioma veya hemorajik kist gibi klasik benign görünümlü lezyonlar yer alır.

Yönetim:

Premenopozal hastalarda:

- Çapı ≤ 3 cm olan lezyonlar için takip gerekmez.
- 3–10 cm arasındaki lezyonlar 6 ayda bir US ile izlenmelidir.

Postmenopozal hastalarda:

- ≤ 3 cm olanlar için takip gerekmez.
- >3 cm ve <10 cm olanlar için 12 ay içinde US kontrolü önerilir.

O-RADS Skoru: 3

Risk Kategorisi (IOTA Modeli): Düşük risk (Malignite riski %1-10)

Lexicon Tanımlayıcıları: Bu kategori; düzgün sınırlı ancak ≥ 10 cm olan kistler, düzensiz kenarlı uniloküler kistler, düşük vaskülariteye sahip multiloküler düzgün yapılar (CS <4) ve gölgeleme gösteren, düzgün sınırlı solid kitleleri (CS 1-3) içerir.

Yönetim:

- Lezyon cerrahi olarak çıkarılmamışsa, 6 ay içinde tekrar ultrason ile izlenmelidir.
- Solid yapılar söz konusuysa, tercihen ultrason konusunda deneyimli bir uzman tarafından değerlendirilmesi veya O-RADS MRI ile ileri görüntüleme yapılması önerilir.
- Klinik karar sürecinde jinekolog görüşü alınmalıdır.

O-RADS Skoru: 4

Risk Kategorisi (IOTA Modeli): Orta risk (Malignite riski %10-50)

Lexicon Tanımlayıcıları:

Bu gruba dâhil olan lezyonlar şunlardır:

- Düzensiz sınırlı, biloküler ve solid bileşeni bulunmayan kistler
- Düzgün kenarlı, ≥ 10 cm boyutunda multiloküler kistler (CS <4)
- Solid bileşeni olan multiloküler kistler (her boyut, CS 1-2)
- Gölgeleme göstermeyen, düzgün sınırlı solid yapılar (CS 2-3)

Yönetim:

- Mümkünse, lezyonlar ultrason konusunda deneyimli bir uzman tarafından yeniden değerlendirilmelidir.
- Alternatif olarak MRI ile ileri görüntüleme yapılması önerilir.
- Klinik yaklaşımda jinekolojik onkolog görüşü alınmalı ve hasta buna göre yönlendirilmelidir.

O-RADS Skoru: 5

Risk Kategorisi (IOTA Modeli): Yüksek risk (Malignite riski $\geq 50\%$)

Lexicon Tanımlayıcıları:

Bu kategori, malignite riski çok yüksek olan lezyonları kapsar. Şu özelliklere sahip yapılar bu gruba girer:

- Dört veya daha fazla papiller çıkıntı içeren uniloküler kistler
- Solid bileşen içeren biloküler veya multiloküler yapılar (CS 3-4)
- Gölgeleme yapan solid lezyonlar (CS 4)
- Düzensiz sınırlı solid kitleler (her CS düzeyinde)
- Asit ve/veya peritoneal nodül varlığı

Yönetim:

- Bu lezyonlarda hasta yönetimi mutlaka jinekolojik onkolog rehberliğinde yapılmalıdır.
- Hasta, doğrudan jinekolojik onkoloji uzmanına yönlendirilmelidir.

Klinik Yorum ve Uygulama Notları

- Risk kategorileri yalnızca morfolojik bulgulara değil, hastanın menopoz durumu, semptomları, ailesel/genetik risk faktörleri (ör. BRCA mutasyonu, Lynch sendromu) gibi bireysel değişkenlerle birlikte değerlendirilmelidir.
- O-RADS US skorları katı kurallar değil, klinik karar destek amacı taşıyan dinamik rehberler olarak ele alınmalıdır.
- Hazırlanan raporlarda, hem O-RADS skoru hem de ilgili risk kategorisi mutlaka açıkça belirtilmelidir (örneğin: “O-RADS US 2 – Neredeyse kesin benign”).

F. RAPORLAMA

O-RADS US v2022 sisteminin klinik uygulamada etkin şekilde kullanılabilmesi için, sadece tanısal sınıflandırma değil; aynı zamanda yapılandırılmış, sistematik ve tutarlı bir raporlama yaklaşımı da gereklidir.

Raporlamada Yer Alması Gereken Temel Bileşenler:

Klinik Bilgiler ve Giriş

- Hastanın yaşı ve menopoz durumu (erken veya geç postmenopoz ayrımıyla)
- Klinik semptomlar (örneğin ağrı, vajinal kanama) ve fizik muayene bulguları
- Varsa laboratuvar test sonuçları (örneğin tümör belirteçleri)
- Yüksek riskli hasta durumu (ör. BRCA mutasyonu taşıyıcılığı, ailede over kanseri öyküsü)
- Daha önce geçirdiği jinekolojik cerrahiler ve önceki görüntüleme verileri

Gözlem ve Ultrason Bulguları

- Lezyonun konumu: over, adneksiyel ya da ekstraovaryen
- Lezyonun ölçüleri: En az uzun eksen, tercihen üç boyutta ölçüm yapılmalı (uzunluk, genişlik, yükseklik)
- Morfolojik tanımlama: O-RADS lexiconu uygun şekilde:

Solid bileşen varlığı

Lokül sayısı

Duvarın kalınlığı ve düzgünlüğü

Vaskülarite düzeyi (Color Score)

Akustik gölgelenme, iç eko, septa varlığı gibi detaylar

- Eşlik eden ek bulgular: Asit varlığı, peritoneal nodül gibi malignite ile ilişkili durumlar

Değerlendirme ve O-RADS Skorlaması

- Lezyonlar, risk düzeyine göre sıralanmalı; en yüksek riskli olandan başlanarak raporlanmalıdır.
- Her bir lezyon için hem O-RADS skoru hem de karşılık gelen risk kategorisi belirtilmelidir (örneğin: “O-RADS US 3 - Düşük risk”).
- Yönetim önerileri açıkça yazılmalıdır: takip sıklığı, ileri görüntüleme (MRI gibi) ya da ilgili uzmana (jinekolog/onkolog) yönlendirme kararları.

Ek Not:

O-RADS skoru ile birlikte malignite riski (ROM) yüzdesi de raporda belirtilebilir. Ancak, özellikle yüksek riskli (O-RADS 4–5) lezyonlarda bu oranın opsiyonel tutulması önerilir. Bu sayede hasta ile hekim arasında doğrudan bir iletişim kurulması teşvik edilir.

Raporlama ile İlgili Öneriler ve Teknik Uyarılar

O-RADS sisteminin kullanımı, klinik bağlamla uyumlu olmalıdır. Aşağıdaki durumlar O-RADS kapsamına girmez ve bu vakalarda sistem kullanılmamalıdır:

- Pelvik inflamatuvar hastalıklar (PID)
- Ektopik gebelik
- Over torsiyonu
- Ovaryan hiperstimülasyon sendromu
- Net olarak over dışı kaynaklı olduğu belirlenen lezyonlar (örneğin saplı subseröz myomlar)

Eğer bir lezyonun over kaynaklı olup olmadığı net olarak belirlenemiyorsa, O-RADS US skortlama sistemi uygulanmamalıdır. Bu tür olgular “O-RADS 0” olarak sınıflandırılmalı ve ileri değerlendirme için BT ya da MRI önerilmelidir.

Lezyonun görüntülenemediği ancak varlığının beklenmesi gereken durumlarda (örneğin yüksek riskli tarama hastaları), bu da “O-RADS 0” olarak değerlendirilir ve tekrar ultrason veya MRI ile görüntüleme yapılması gerekir.

Yapılandırılmış Rapor Formatları

ACR tarafından önerilen şablon raporlar ve yapılandırılmış rapor formları, sistematik ve etkili iletişim için güçlü bir temel oluşturur. Bu formlar şu avantajları sağlar:

- Klinik anlamı olan, kısa ve anlaşılır ifadeler
- Tutarlı dil kullanımı ve kavramsal bütünlük
- Görüntüleme bulguları ile klinik yönetim arasında uyum sağlar
- İkinci görüş alınmasını kolaylaştırır, yorumlar arasında tutarlılık oluşturur
- Yapay zekâ tabanlı analizler ve veri standardizasyonu için altyapı sağlar

Hasta Odaklı Raporlama Yaklaşımı

Günümüzde birçok hasta, raporlarına doğrudan dijital portallar aracılığıyla ulaşabilmektedir. Bu nedenle, rapor dili hem tıbbi uzmanlar hem de hastalar için anlaşılır olmalıdır.

- Düşük riskli ve benign lezyonlarda, malignite riski yüzdesinin (ROM) paylaşılması, hastada güven hissi oluşturabilir.
- Orta ve yüksek riskli olgularda ise ROM bilgisinin raporda yer almaması, hekimin hastayla doğrudan iletişim kurarak açıklama yapmasını kolaylaştırır.

G. GELECEK PERSPEKTİFLER VE BİLİNMEYEN ALANLAR

O-RADS US v2022, kapsamlı bir şekilde sistematikleştirilmiş ve klinik geçerliliği doğrulanmış bir yapı sunmasına rağmen, uygulamada hâlen geliştirilmesi gereken bazı yönler ve açık kalan alanlar mevcuttur.

Tanısal Doğruluğun Artırılması

O-RADS sisteminin tanısal sınıflandırmaları, hâlâ kullanıcı yorumuna bağlıdır. Özellikle solid komponent varlığı, papiller projeksiyon sayısı ve vaskülarite düzeyinin değerlendirilmesi kişisel yorum farklılıklarına açıktır.

Deneyimli bir ultrason uzmanı ile daha az tecrübeli bir kullanıcının değerlendirmeleri arasında tutarsızlıklar olabilir. Bu da gözlemciler arası değişkenliğe (interobserver varyasyon) yol açar.

Gelecek hedef: Değerlendirmede daha objektif ölçütler sağlamak; bu amaçla karar destek yazılımları veya yapay zekâ temelli analiz sistemleri geliştirmek.

Vaskülarite Skorlamasının Standardizasyonu

Color Score (CS) değerlendirmesi büyük ölçüde operatör tecrübesine bağlıdır.

Düşük akım varlığını saptamada kullanılan color ayarları ve teknik uygulamalar ciddi ölçüde değişkenlik gösterebilir.

Akım olup olmadığını ayırt etmeye yönelik kararlar, teknik artefaktlardan etkilenecek hatalı sonuçlara neden olabilir.

Gelecek hedef: Vaskülariteyi değerlendiren daha kantitatif ve nesnel ölçümler (ör. akım indeksi, histogram analizi gibi) kullanan otomatik skorlama sistemlerinin geliştirilmesi.



TJODist Bülteni

Yüksek Riskli Hasta Gruplarında Uygulama (BRCA, Lynch Sendromu)

Genetik olarak yüksek riskli bireylerde (örneğin BRCA1/2 mutasyonu olan hastalar), O-RADS sisteminin tanısal doğruluğuna dair yeterli sayıda çalışma bulunmamaktadır.

Bu gruptaki hastalarda görülen malignite türleri, tipik sonografik bulgular göstermeyebilir.

Rutin tarama yöntemleri, bu özel gruplarda yetersiz kalabilmektedir.

Gelecek hedef: Yüksek riskli hasta gruplarında O-RADS sisteminin duyarlılık ve özgüllüğünü değerlendiren prospektif araştırmaların yapılmasıdır.

O-RADS US ile MRI Entegrasyonu ve Multimodal Yaklaşım

Bazı olgularda, O-RADS US sistemine ek olarak MRI kullanılarak daha detaylı lezyon karakterizasyonu yapılması önerilmektedir.

Ancak hangi O-RADS US skor seviyelerinde MRI'nın tanıya anlamlı katkı sağladığı henüz sistematik olarak ortaya konmamıştır.

O-RADS US ve O-RADS MRI sistemleri arasında geçişi yöneten standart bir algoritma bulunmamaktadır.

Gelecek hedef: Multimodal (US + MRI) değerlendirme için rehberler, bütünleşik raporlama formatları ve yapay zekâ destekli karar sistemlerinin geliştirilmesidir.

H. SONUÇ

O-RADS US v2022 sistemi, terminoloji ve algoritma düzeyinde sadeleştirilmiş, klinik uygulamalara uyumlu ve kullanım kolaylığı sağlayan bir yapı sunarak over ve adneksiyel lezyonların değerlendirilmesinde standartlaşmayı sağlamayı hedeflemektedir.



TJODist Bülteni

ESGO 2025 KONGRESİ İZLENİMLERİ VE BİLİMSEL GELİŞMELER

Doç. Dr. Hamdullah Sözen¹, Op. Dr. Atahan Toyran¹

¹İstanbul Üniversitesi, İstanbul Tıp Fakültesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, Jinekolojik Onkoloji Bilim Dalı

24'üncüsü 2023 yılında İstanbul'da düzenlenen European Society of Gynaecological Oncology (ESGO) Kongresi, bu yıl 20-23 Şubat tarihleri arasında İtalya'nın başkenti Roma'da gerçekleştirildi. Kongreye 115 ülkeden toplam 3.797 delege katılım gösterdi. Alanında öncü 104 davetli konuşmacının yer aldığı bu bilimsel etkinlikte, 5 workshop ile birlikte toplam 50 eğitim oturumu düzenlendi. Katılımcılar için oldukça zengin bir içerik sunan ESGO 2025, ayrıca 3 farklı uzmana sor oturumuna ve 252 katılımcının yer aldığı farkındalık koşusuna da ev sahipliği yaptı.

Kongrede 224 poster ve 968 e-poster sunumu gerçekleştirildi. Bunun yanı sıra 116 cerrahi video ile pratiğe yönelik deneyim paylaşımı sağlanırken, canlı cerrahi oturumlarında 3,5 saat boyunca ileri düzey operasyonlar eş zamanlı olarak aktarıldı. 4 farklı kılavuz oturumunun yer aldığı programda, ESGO'nun kalite standartları ve güncel klinik uygulama rehberleri detaylı şekilde ele alındı. Kongrede ayrıca, jinekolojik onkolojiye katkıları nedeniyle Prof. Denis Querleu'ya "ESGO Yaşam Boyu Başarı Ödülü" takdim edildi.

Kongrenin açılış gününde, İtalyan jinekolojik onkoloji camiasının duayeni olarak kabul edilen Prof. Giovanni Scambia'nın vefat haberi tüm katılımcılar arasında derin bir üzüntüye yol açtı. Bu kayba rağmen ESGO camiası, onun bilimsel mirasını ve jinekolojik onkolojiye kattığı değerleri yaşatmayı amaçlayarak kongreye güçlü bir şekilde katılım gösterdi.

Bu yazımızda, ESGO 2025 Kongresi kapsamında gündeme gelen güncel bilimsel gelişmeleri, öne çıkan başlıkları ve katılımcıların yoğun ilgi gösterdiği oturumları sizler için derleyip özetlemeyi amaçladık. İlgili konularda daha ayrıntılı bilgi edinmek isteyen okuyucular için, oturumlarda referans verilen literatürlere mümkün olduğunca atıfta bulunmaya özen gösterdik.

Serviks Kanseri

Kongrenin en ilgi çeken oturumlarından biri, “Düşük Riskli Serviks Kanserinde Minimal İnvaziv Cerrahi İçin Yeni Bir Umut” başlığıyla düzenlenen münazara oturumu oldu. Bu oturumda, minimal invaziv cerrahinin (MIS) düşük riskli serviks kanseri hastalarında uygulanabilirliği ve güvenliği, farklı perspektiflerden değerlendirildi. Prof. René Pareja, “Neden düşük riskli serviks kanseri hastalarına en iyi yaklaşımı sunmayalım?” başlıklı sunumuyla MIS’in savunuculuğunu üstlenirken, Prof. Pedro T. Ramirez “Düşük riskli serviks kanserinde minimal invaziv cerrahi mi? O kadar da hızlı olmayın!” başlıklı sunumuyla LACC¹ çalışmasının ardından oluşan çekincelere dikkat çekti. Oturumu yöneten ismin 2024 yılına SHAPE² çalışması ile damga vuran Prof. Marie Plante olması ise katılımı artıran etkenlerden biriydi.

Tartışmanın temelini oluşturan SHAPE çalışması, düşük riskli serviks kanseri hastalarında radikal histerektomi yerine basit histerektominin yeterli olabileceğini ortaya koymuştu. Dahası, bu çalışmada basit histerektomi uygulanan hastaların %83’ünde minimal invaziv yaklaşım tercih edilmişti. Bunu takiben yapılan post-hoc analizde, minimal invaziv ve açık cerrahi grupları arasında pelvik rekürrens ve genel sağkalım açısından anlamlı fark saptanmadı. SHAPE çalışmasının post-hoc analizinin sonuçları düşük riskli serviks kanserinde minimal invaziv cerrahinin yeri olabilir mi tartışmasını gündeme getirirsen, SHAPE çalışmasının primer sonlanımının minimal invaziv cerrahinin sağkalıma etkisini araştırmak olmaması, minimal invaziv cerrahi ve laparotomik cerrahi gruplarının randomize edilmemiş olması ve örneklem büyüklüğü ile olay sayısının düşük olması, çıkarımların gücünü sınırlamaktaydı. Bu nedenle, minimal invaziv cerrahinin düşük riskli serviks kanserinde güvenli olup olmadığını kesin olarak söylemek için daha güçlü, prospektif çalışmalara ihtiyaç olduğu bildirildi. Konu ile ilgili devam etmekte olan LASH³ çalışmasının sonuçları çıkana kadar elimizdeki en güvenilir kanıtın LACC çalışmasının sonuçları olduğu bu nedenle düşük riskli serviks kanserinde minimal invaziv cerrahiye gündeme getirmek için yeterli kanıt olmadığı görüşüne varıldı.

Over Kanseri

ESGO 2025 Kongresi'nde BRCA1/2 mutasyonu bulunmayan hastalarda parp inhibitörlerinin idame tedavide etkinliğini değerlendiren ENGOT-OV43/GOG-3036/KEYLYNK-001⁴ çalışması Prof. Ignace Vergote tarafından sunuldu. Sizler için bu dikkat çekici çalışmanın özetini aşağıda paylaşıyoruz.

BRCA1/2 mutasyonu bulunmayan ileri evre epitelyal over kanserinin (EOC) tedavisinde etkili ve tolere edilebilir tedavi rejimlerine önemli ölçüde ihtiyaç duyulmaktadır. ENGOT-OV43/GOG-3036/KEYLYNK-001 (NCT03740165) çalışması, bu hasta grubunda birinci basamak tedavi olarak pembrolizumab + kemoterapi uygulamasını takiben olaparib idame tedavisi stratejisinin etkinliğini değerlendirmiştir.

Başlangıçta bir kür kemoterapi uygulamasının ardından, yeni tanı almış BRCA1/2 mutasyonu bulunmayan evre III veya IV EOC hastaları üç kola randomize edilmiştir (çift kör, 1:1:1 oranında):

1. Pembrolizumab + kemoterapi (paklitaksel-karboplatin) → pembrolizumab + olaparib idamesi (pembrolizumab–olaparib grubu),
2. Pembrolizumab + kemoterapi → pembrolizumab + plasebo idamesi (pembrolizumab grubu),
3. Plasebo + kemoterapi → plasebo idamesi (kontrol grubu).

Birincil sonlanım noktası, progresyonsuz sağkalım (PFS) iken, ikincil sonlanım noktası ise genel sağkalım (OS) olarak tanımlanmıştır.

Toplam 1367 hasta; pembrolizumab–olaparib (n=455), pembrolizumab (n=458) ve kontrol (n=454) kollarına randomize edilmiştir. İlk ara analizde (medyan takip süresi 25,9 ay), pembrolizumab–olaparib grubu, hem CPS ≥ 10 alt grubunda hem de genel popülasyonda kontrol grubuna kıyasla PFS açısından istatistiksel olarak anlamlı bir iyileşme göstermiştir.

Nihai analizde (medyan takip süresi 39,8 ay), pembrolizumab–olaparib kombinasyonu ile gözlenen PFS avantajı devam etmiş olsa da, CPS ≥ 10 alt grubunda kontrol grubuna karşı istatistiksel anlamlılık eşiği sağlanamamıştır. Bu nedenle, genel popülasyon için PFS ve OS açısından formal analiz gerçekleştirilmemiştir.

Pembrolizumab ile kemoterapiyi takiben uygulanan pembrolizumab–olaparib idame tedavisi, bevacizumab kullanılsın ya da kullanılsın, yalnızca kemoterapiye kıyasla istatistiksel olarak anlamlı ve klinik olarak anlamlı düzeyde progresyonsuz sağkalım avantajı sağlamıştır. Güvenlik profili, her bir ajan için daha önce bilinen yan etki profilleriyle uyumlu bulunmuştur.

Endometrium Kanseri

ESGO-ESTRO-ESP Endometrium Kanseri Yönetim Kılavuzunun 2025 versiyonunun ön sonuçlarının yayınlanması endometrium kanseri konusunda ESGO Roma kongresindeki en dikkat çekici gelişme idi. Prof. Nicole Concin tarafından tanıtımı yapılan, 2023 FIGO evreleme sistemini ve endometrium kanserinde moleküler belirteçlerin rolünü ve tedavideki değişiklikleri kapsayan bu kılavuzun önümüzdeki günlerde yayınlanmasını beklemekteyiz. Günlük pratiği ve hasta yönetimini değiştirecek bu kılavuzun yayınlanmasını beklerken sizler için cerrahi yönetimdeki değişikliklerin bir derlemesini hazırladık.

Evre 1-2 Endometrium Kanserin Yönetimi

Evre I ve II endometriyal karsinomlu hastalarda cerrahi tedavi, MIS yaklaşımı ile gerçekleştirilmelidir. Bu yaklaşım, yüksek riskli endometrial kanser hastaları da dahil olmak üzere tüm olgular için önerilmektedir.

Cerrahi prosedürler aşağıdaki adımları içermektedir:

- Histerektomi + bilateral salpingo-ooforektomi (BSO)
- Sentinel lenf nodu (SLN) biyopsisi

Tüm hastalarda evreleme amacıyla uygulanmalıdır. Servikal yoldan indosiyenin yeşili (ICG) ile yapılan enjeksiyon, tercih edilen tespit yöntemidir. Sentinel nod bulunamazsa, yüksek veya orta-yüksek riskli hastalarda taraf-spesifik sistematik lenfadenektomi önerilir.

- İnfrakolik (tam veya parsiyel) omentektomi yalnızca şu histolojik alt tiplerde uygulanmalıdır:
 - Seröz karsinom
 - Karsinosarkom
 - Undiferansiye karsinom
- Tümör rüptürü veya morselizasyon gibi intraabdominal tümör yayılımına yol açabilecek işlemlerden kaçınılmalıdır
- Uterusun intraoperatif frozen incelmesi, miyometriyal invazyonun değerlendirilmesinde sınırlı güvenilirlik ve patolojik değerlendirmeyi bozabileceği için önerilmemektedir.

Evre I Endometrial Kanserde Over Prezervasyonu

Over prezervasyonu, evre I endometrial kanserli kadınlarda yaş, FIGO evresi ve moleküler sınıflandırmaya göre belirlenen nüks riski dikkate alınarak planlanmalıdır:

45 yaş altı ve FIGO 2023'e göre evre IA1 veya IA2 olup moleküler sınıflamaya göre düşük nüks riski bulunan hastalarda, bilateral salpenjektomi ile birlikte overlerin korunması önerilmektedir.

45 yaş altı ancak FIGO 2023 evresi IA3, IB, IC olan ya da IA1–IA2 olup moleküler sınıflamaya göre yüksek nüks riski bulunan hastalarda, BSO önerilmektedir.

45 yaş ve üzerindeki tüm hastalarda BSO önerilmektedir.

BRCA mutasyon taşıyıcısı olan ya da Lynch sendromu gibi kalıtsal over kanseri riski taşıyan bireylerde overin korunması önerilmez. Ayrıca, over veya meme kanseri aile öyküsü bulunan hastalarda over prezervasyonu kararı dikkatle değerlendirilmelidir.

Evre 3-4 Endometrium Kanserin Yönetimi

Klinik olarak belirgin evre III veya IV hastalığı olan olgularda cerrahi kararı, mutlaka uzman multidisipliner ekip tarafından yapılan detaylı preoperatif evreleme ve değerlendirme sonrasında verilmelidir.

Eğer makroskopik olarak tam rezeksiyon, kabul edilebilir morbidite ve yaşam kalitesi ile mümkün görünüyorsa: hasta uzman bir merkezde cerrahiye yönlendirilmelidir. Amaç, makroskopik tümörün tamamen çıkarılmasıdır. Sistemik lenfadenektomi önerilmez; yalnızca şüpheli lenf nodlarının çıkarılması yeterlidir.

Eğer makroskopik olarak tam rezeksiyon, kabul edilebilir morbidite ve yaşam kalitesi ile mümkün görünüyorsa: hasta uzman bir merkezde cerrahiye yönlendirilmelidir. Amaç, makroskopik tümörün tamamen çıkarılmasıdır. Sistemik lenfadenektomi önerilmez; yalnızca şüpheli lenf nodlarının çıkarılması yeterlidir.

Lynch Sendromu Taşıyıcılarında Histerektomi Önerileri

Lynch sendromu taşıyıcısı kadınlarda profilaktik cerrahi önerileri, taşıdıkları spesifik gen mutasyonlarına göre değişmektedir:

MLH1, MLH2, MSH6 mutasyonu olan kadınlarda çocuk sahibi olduktan sonra ve tercihen 40 yaşından önce, minimal invaziv cerrahi yoluyla profilaktik histerektomi ve bilateral salpingo-ooforektomi (BSO) önerilmektedir.

Heterozigot PMS2 mutasyonu taşıyan kadınlarda ise jinekolojik kanser riski düşük olmakla birlikte menopoza döneminde profilaktik histerektomi + BSO önerilmektedir.

Tüm premenopozal kadınlarda BSO sonrası östrojen replasman tedavisi verilmesi önerilmektedir.

Kaynakça

1. Ramirez PT, Frumovitz M, Pareja R, et al. Minimally Invasive versus Abdominal Radical Hysterectomy for Cervical Cancer. *N Engl J Med* 2018; **379**(20): 1895-904.
2. Plante M, Kwon JS, Ferguson S, et al. Simple versus Radical Hysterectomy in Women with Low-Risk Cervical Cancer. *N Engl J Med* 2024; **390**(9): 819-29.
3. Bizzarri N, Querleu D, Ramirez PT, et al. Minimally Invasive Simple Hysterectomy In Low-Risk Cervical Cancer: A Single-Arm Trial With Stopping Rules (LAcc & SHape & LASH Trial). *International Journal of Gynecological Cancer* 2025; **35**(2).
4. Vergote I, Cibula D, Powell M, et al. Chemotherapy With Or Without Pembrolizumab Followed By Maintenance With Olaparib Or Placebo For First-Line Treatment Of Advanced BRCA Non-Mutated Epithelial Ovarian Cancer: Results From The Randomized Phase 3 ENGOT-OV43/GOG-3036/KEYLYNK-001 Study. *International Journal of Gynecological Cancer* 2025; **35**(2).



TJODist Bülteni



TJOD İSTANBUL
Türk Jinekoloji ve Obstetrik Derneği



25 Mayıs 2025, Pazar



09:00-15:40



Radisson Blu Hotel, Şişli

JINEKOLOJİK ONKOLOJİ

Toplantı Sorumluları: Macit Arvas, Serdar Açıkgöz

09:00-09:30 Kahvaltı ve Kayıt

09:30-09:40 Açılış Konuşması: *Engin Oral*

09:40-10:50 1. OTURUM

Oturum Başkanları: *İlkan Dünder, Orhan Ünal*

09:40-09:55 Adneksiyel Kitle Ayırıcı Tanısında Görüntüleme Yöntemleri:
Yapay Zekanın Rolü Olabilir mi?

Cem Yalçinkaya

09:55-10:10 Adneksiyel Kitlerin Yönetiminde Minimal İnvaziv Cerrahi:
Hangi Durumlarda Laparotomiye Geçelim?

Fuat Demirkıran

10:10-10:25 Genetik Test Endikasyonları: Kime Hangi Testi İsteyelim?

Samet Topuz

10:25-10:40 Over Tümörlerinde Preinvaziv Lezyonların (STİC, vs) Yönetimi ve
Risk Azaltıcı Yaklaşımlar

Burak Giray

10:40-10:50 Tartışma

10:50-12:00 2. OTURUM

Oturum Başkanları: *Macit Arvas, M. Murat Naki*

10:50-11:05 Genital Kondilomlarda Tedavi: Lezyona Uygun Yöntem Seçimi

İsmet Alkış

11:05-11:20 Kolposkopi: Anormal Bulgular (CIN-1-2-3)

M. Faruk Köse

11:20-11:35 Servikal Eksizyonel Teknikler ve Obstetrik Sonuçları

Gürkan Kıran

11:35-11:50 Eksizyonel Prosedürler Sonrası Negatif Cerrahi Sınırlı Hastalarda CIN'in
Tekrarlama Riski: Nasıl Takip Edelim?

Yağmur Minareci

11:50-12:00 Tartışma

12:00-12:30 Kahve Molası

www.tjodistanbul.org

TJOD İstanbul Şubesi

www.tjodistanbul.org



TJODist Bülteni



TJOD İSTANBUL Türk Jinekoloji ve Obstetrik Derneği



25 Mayıs 2025, Pazar



09:00-15:40



Radisson Blu Hotel, Şişli

JİNEKOLOJİK ONKOLOJİ

Toplantı Sorumluları: *Macit Arvas, Serdar Açıkgöz*

12:30-13:40	3. OTURUM Oturma Başkanları: <i>Tevfik Tugan Beşe, Ahmet Göçmen</i>	
12:30-12:45	Vulvar Preinvaziv Lezyonlar: HSIL, dVIN, DEVIL, VAAD'e Yaklaşım	<i>Gökhan Demirayak</i>
12:45-13:00	Endometrial Hiperplazilerde Güncel Yönetim: Atipide Sentinel Nod Haritalamasının Yeri	<i>Serdar Açıkgöz</i>
13:00-13:15	Endometrium Kanseri Yeni Evrelemenin Getirdikleri	<i>Mete Güngör</i>
13:15-13:30	Jinekolojik Kanseri Hastalarda Fertilitenin Korunması Nasıl Sağlanır?	<i>Çağatay Taşkıran</i>
13:30-13:40	Tartışma	
13:40-15:40	VIDEO OTURUMU Oturma Başkanları: <i>Murat Api, Doğan Vatansever</i>	
13:40-13:50	Aortik Bifurkasyonda Sentinel Lenf Nodu Uygulaması	<i>Harika Yumru</i>
13:50-14:00	Derin İnfiltran Endometrioziste Sinir Koruyucu Barsak Rezeksiyonu	<i>Tonguç Aslan</i>
14:00-14:10	vNOTES Pelvik Paraaortik Lenfadenektomi	<i>Cihan Comba</i>
14:10-14:20	VAIN-VIN Cerrahi Yönetimi	<i>Başak Özge Kayan</i>
14:20-14:30	Robotik Ekstraperitoneal Paraaortik Lenfadenektomi	<i>Sema Karakaş</i>
14:30-14:40	Hudson Prosedürü: Over Kanseri En Bloc Pelvik Rezeksiyon	<i>Emin Erhan Dönmez</i>
14:40-14:50	Multiviseral-Peritoneal Paketin En Bloc Rezeksiyonu	<i>Hamdullah Sözen</i>
14:50-15:00	İleri Over Kanseri Olgularda Video-Assisted Thoracoscopic Surgery (VATS) ve Kardiyofrenik Lenf Nodu Eksizyonu	<i>Oğuzhan Kuru</i>
15:00-15:10	Laparoskopik Paraaortik Lenfadenektomi	<i>Baki Erdem</i>
15:10-15:20	Over Kanseri Cerrahisinde Üst Batın Peritonektomi	<i>Alparslan Kaban</i>
15:20-15:30	Nöropelviyoloji	<i>Oytun Türkkan</i>
15:30-15:40	Kapanış	

www.tjodistanbul.org



TJODist Bülteni



TJOD İSTANBUL Türk Jinekoloji ve Obstetrik Derneği



22 Haziran 2025, Pazar



09:00-13:50



Radisson Blu Hotel, Şişli

MENOPOZ

Toplantı Sorumluları: *Engin Oral, Ramazan Mercan*

09:00-09:55 Kahvaltı ve Kayıt

09:55-10:00 Açılış Konuşması: *Engin Oral*

1. OTURUM

Oturum Başkanları: *Ramazan Mercan, Berna Haliloğlu Peker*

10:00-10:20 Erken Menopoz - Tanı

Tevfik Yoldemir

10:20-10:40 Erken Menopoz - Yönetim

Levent Şentürk

10:40-11:00 Doğal/Cerrahi Menopoz - Tanı

Hakan Seyisoğlu

11:00-11:20 Doğal/Cerrahi Menopoz - Yönetim

Fatih Durmuşoğlu

11:20-11:40 Tartışma

11:40-12:00 Kahve Molası

12:00-12:20 Firma Sunumu

12:20-13:50 2. OTURUM / PANEL - Hormon Tedavisi Kime, Ne Zaman, Nasıl?

Oturum Başkanı: *Engin Oral*

Penelistler: *Tevfik Yoldemir, Levent Şentürk, Hakan Seyisoğlu, Fatih Durmuşoğlu, Ramazan Mercan, Berna Haliloğlu Peker, Pınar Yalçın Bahat*

www.tjodistanbul.org

TJOD İstanbul Şubesi

www.tjodistanbul.org