



TJODist Bülteni

Başkandan



Herkese merhaba,

TJOD İstanbul olarak geleneksel tüm eğitim aktivitelerimizi yapmaya devam ediyoruz. 2026 programımız Ocak'tan Haziran'a kadar sizlerin takvimine sunuldu. Toplantılar **çoğunlukla pazar günü** yapılırken **bir kısmı hafta içi** yapılmaktadır. En son toplantımızı geçen hafta içi çarşamba günü yaptık. Bunun dışında **asistan eğitim seminerleri ayda bir kez** online olarak yapılmaya devam etmektedir.

TJOD İstanbul olarak sizlerden ricamız yaptığımız gerek yüz yüze gerek online eğitim toplantılarına daha fazla katkı ve katılım sağlamanızdır. **Ancak bu katılımı TJOD İstanbul daha fazla güçlenecektir.**

Bu bültende gene her zamanki gibi çok özenle makaleler seçildi. Aynı zamanda Ümraniye Eğitim Araştırma Hastanesi tanıtımı ve 2025 Ekim'de ülkemize yapılan ve başkanlığını **Prof. Dr. Ertan Sarıdoğan**'ın üstlendiği 34. Avrupa Jinekolojik Endoskopi Derneği Kongre'sinin özetini bulacaksınız.

Saygı ve selamlarımla

TJOD İstanbul Şubesi Yönetim Kurulu Adına

Başkan

Prof. Dr. Engin Oral



TJODist Bülteni

Değerli Meslektaşlarımız

2026 yılının ilk bültenini sizlerle paylaşıyoruz.

Bu bültenimizde **Ümraniye Eğitim ve Araştırma Hastanesi**'nin tanıtımına yer verdik. Hazırlayan **Doç. Dr. Ayşe Keleş**'e teşekkür ediyoruz. **Dr. Merve Ateş** ve **Dr. Ece Ermin** ise bizlere İstanbul'da gerçekleştirilen **34. Avrupa Jinekolojik Endoskopi Derneği Kongre'sinin** özetini hazırladı.

Bu bültenimizde **dört makale özetine** yer verdik. Doğum pratiğinde kardiyotokografi değerlendirilmesi kişiden kişiye çok farklılıklar gösterebilse de kadın hastalıkları ve doğum uzmanlarına kılavuz olmaya devam edecektir. **Dr. Esra Selvi** bizlere ACOG'un **intrapartum fetal kalp hızı yorumlama ve yönetimi** ile alakalı bir kılavuzunu özetledi. **Dr. Atacem Mert Aytekin** ise **gebelikte adneksiyel kitle yönetimi** ile ilgili bir derlemeyi hazırladı. **Dr. Fatma Canan Karabaş** üzerinde daha az durulan bir konu olan **postpartum hipertansiyon yönetimi** hakkında bir derlemeyi özetledi. Bakteriyel vajinozis kadınlarda zaman zaman tekrarlayıcı olabilmekte ve biz hekimleri zorlayabilmektedir. **Dr. İnci Sema Taş** bizlere ACOG'un **bakteriyel vajinozis tekrarını önlemek adına partner tedavisi** ile ilgili bir klinik uygulama güncellemesini özetledi. Tüm özetlerin pratikte meslektaşlarımıza çok faydalı olacağını düşünmekteyiz.

Seçtiğimiz makaleleri ve öteki içerikleri beğenerek okuyacağınızı umarak, bültenin hazırlanmasında katkısı bulunan tüm hocalarımıza ve meslektaşlarımıza yönetim kurulu adına teşekkür ederiz. Görüş ve önerilerinize her zaman açık olduğumuzu belirtmek isteriz.



Dr. ÖZLEM DURAL

İstanbul Üniversitesi
İstanbul Tıp Fakültesi
Kadın Hastalıkları ve Doğum AD



Dr. HAKAN ERENEL

Başakşehir Çam ve Sakura Şehir Hastanesi
Perinatoloji Kliniği



TJODist Bülteni

ÜMRANİYE EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ KADIN HASTALIKLARI VE DOĞUM KLİNİĞİ: DİNAMİK, MODERN VE YENİLİKÇİ EKİP

Hazırlayan: Doç Dr. Ayşe Keleş

Ümraniye Eğitim ve Araştırma Hastanesi; 2002 yılında Ümraniye bölgesinde Devlet Hastanesi olarak hizmete başlamış; bölge halkının ihtiyacı doğrultusunda 2005 yılından itibaren 10 yıl Eğitim ve Araştırma Hastanesi olarak sağlık hizmeti verdikten sonra 2016 yılında Sağlık Bilimleri Üniversitesi ile afilliye olarak üniversite hastanesi statüsü kazanmıştır. 2015 yılında açılan Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları ek hizmet binası ile birlikte yaklaşık 145.000 m² kapalı alanda sağlık hizmeti sunulmaktadır. Çağdaş tıp teknolojilerini hızlı ve etkin bir şekilde sistemine dahil eden dinamik, modern ve yenilikçi kadrosuyla ortalama 2,9 milyonluk bir nüfusa hizmet vermeye devam etmektedir.

Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği, 2005 yılında eğitim kliniği ünvanı almıştır. Mevcut durumda 43 Kadın Hastalıkları ve Doğum asistan hekimi ve 7 Perinatoloji yan dal asistan hekimi uzmanlık eğitimi almaktadır.

Poliklinik hizmetleri; 6 jinekoloji polikliniği, 5 gebe polikliniği, 2 perinatoloji polikliniği, 1 jinekolojik onkoloji polikliniği, 1 infertilite polikliniği, 1 laktasyon polikliniği ve 2 ebe polikliniği ile verilmekte olup günlük ayaktan muayene sayısı acil servis başvuruları haricinde yaklaşık 900 civarındadır. Kliniğimiz; yatarak tedavi olması gereken hastalara 35 yataklı jinekoloji servisi, 21 yataklı perinatoloji servisi, 33 yataklı lohusa servisi, 12 yataklı doğumhane servisi (6 tdl) ile hizmet veren anne ve bebek dostu bir klinikte.

Klinik bünyesinde 2019 yılında açılan Gebe Okulu 2025 yılında Sağlık Bakanlığı tarafından ikinci kez tescil edilmiştir. Gebe okulunda; yüz yüze, online ve eşli eğitim olmak üzere 3 ayrı grupta aylık 110 gebeye eğitim verilmektedir. Her ay bireysel danışmanlık eğitimi alan gebe sayısı yaklaşık 300 civarındadır. Yıllık ortalama doğum sayısı 4000-4500 olan anne ve bebek dostu klinikte, doğumhane servisinde gebeler; hidroterapi, pilates ve rebozo teknikleri gibi nonfarmakolojik yöntemlerle desteklenerek vaginal doğum olasılıkları artırılmaktadır.

Klinikte yapılan cerrahiler arasında müdahaleli doğumlar ve sezaryen ameliyatları, jinekolojik ameliyatlar, laparoskopik cerrahi, V-notes cerrahisi, onkolojik operasyonlar, robotik cerrahi, ürojinekoloji ameliyatları (laparoskopik burch, TOT, TVT), histeroskopik cerrahi gibi işlemler yer almaktadır.

Perinatoloji Kliniği; ileri düzey perinatoloji hizmetleri sunan referans merkezlerinden biridir. Prenatal tanısal girişimler arasında koryon villus biyopsisi, amniyosentez ve kordosentez uygulamaları yer almaktadır. Fetal tedavi kapsamında; intrauterin kan transfüzyonu, şant uygulamaları ve intrauterin lazer tedavisi uygulanan işlemler arasındadır. Her hafta yapılan Perinatoloji Konseyi ile kompleks fetal anomaliler ve maternal hastalıklar ile komplike gebelikler, ilgili branşların katılımıyla multidisipliner olarak yönetilmektedir.

Jinekolojik Onkoloji bölümünde tüm onkolojik cerrahi işlemler yapılmaktadır. Haftalık olarak toplanan Onkoloji Konseyinde, hastaların ameliyatları ve postoperatif tedavileri multidisipliner bir ekip ile planlanmaktadır.

İnfertilite polikliniği hizmetleri, İVF sertifikası olan 7 uzman hekim tarafından yürütülmektedir. Günlük takip edilen siklus sayısı 5-10 arasında değişmekte olup, intrauterin inseminasyon işlemleri yapılmaktadır.

Ümraniye Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği; güçlü eğitim kadrosu ve bilimsel üretkenliği ile ileri cerrahi ve fetal tedavi uygulamaları yapabilen, modern teknolojik imkanları hastaların hizmetine sunabilen ve nitelikli uzmanlar yetiştiren multidisipliner bir klinik olarak çalışmalarını sürdürmektedir.



TJODist Bülteni

34. ESGE Annual Meeting – 19-22 Ekim 2025 – İstanbul

Hazırlayanlar: Op. Dr. Merve ATEŞ, Op. Dr. Ece Ermin

19-22 Ekim 2025 tarihleri arasında İstanbul'da gerçekleştirilen Avrupa Jinekolojik Endoskopi Derneği'nin (ESGE) 34. Kongresi, minimal invaziv jinekolojik cerrahi alanındaki en yeni gelişmeleri yerinde görme ve değerlendirme fırsatı sunan, oldukça verimli ve ufuk açıcı bir deneyimdi. Jinekolojik cerrahi alanında global ölçekte önemli bir yere sahip olan bu kongrenin ülkemizde düzenlenmiş olması büyük bir gurur kaynağıydı. Kongrenin Türkiye'ye kazandırılmasında öncülük eden ESGE Başkanı Prof. Dr. Ertan Sarıdoğan başta olmak üzere emeği geçen tüm hocalarımıza teşekkür ederiz.

Bu yılki kongre, yaklaşık 2500 katılımcı ile ESGE tarihindeki en yüksek katılımlı ve en fazla bildiri sunulan toplantı olma özelliğini taşıdı. Young Endoscopist Programı kapsamında 26 ülkeden 65 genç cerrah, Türkiye'deki 22 farklı merkezde operasyonlara katılma fırsatı buldu. Kongre öncesinde; kadavra diseksiyonu, ürojinekoloji, histeroskopi, laparoskopi, vNOTES, robotik cerrahi ve jinekolojik onkoloji gibi alanlarda toplam 18 kurs düzenlendi. Bu kurslar hem teorik altyapıyı güçlendiren hem de uygulamaya yönelik yoğun içerikleriyle dikkat çekiciydi.

Bilimsel program teorik oturumlar ve canlı cerrahiler açısından oldukça zengindi. Paralel oturumların fazlalığı, programın doluluğunu gösterirken katılımcılar açısından seçim yapmayı zorlaştırdı. Kongrenin belki de en verimli yönlerinden biri, yalnızca teorik bilgi aktarımıyla sınırlı kalmayıp, deneyim paylaşımı ve meslektaşlar arası etkileşim için eşsiz bir platform sunmasıydı. Farklı ülkelerden gelen uzman meslektaşlarımla yaptığım akademik tartışmalar, günlük pratikte karşılaştığımız benzer klinik sorunlara farklı coğrafyalarda nasıl çözümler üretildiğini görmemi sağladı ve bu durum bakış açıma önemli katkılar sundu. Bu verimli etkileşimler, bilimsel üretimin evrensel bir dil oluşturduğunu ve ortak aklın, yani multidisipliner ve uluslararası iş birliğinin, hasta sonuçlarını iyileştirmede temel rol oynadığını açıkça ortaya koydu. Bu tür platformlar, bilginin sınır tanımazlığını ve ortak hedefler etrafında birleşmenin gücünü bizzat deneyimleme imkânı sunuyor.

Kongrede en çok ilgi gören başlıklardan biri vNOTES tekniğiydi. Bu alanda çok sayıda oturum ve canlı cerrahi gerçekleştirildi. Basit histerektomiden endometrium kanserinde lenf nodu diseksiyonuna kadar geniş endikasyon yelpazesinde uygulamalar sunuldu. Farklı merkezlerin deneyimlerini video sunumlarıyla paylaşması, tekniğin uygulanabilirliği ve sınırları açısından önemli katkı sağladı.

Yakından ilgilendiğim ve uygulamaya başladığım bu teknikle ilgili oturumları izlemek, farklı cerrahi varyasyonları görmek benim için özellikle öğretici oldu. Gözlemlerime göre vNOTES, dünya genelinde hızla yaygınlaşmaya devam edecek gibi görünmekte. Ülkemizin de bu alanda dünya ile paralel ve dinamik bir gelişim göstermesi sevindiriciydi.

Endometriozis ve nöropelvioloji oturumları kongrenin bir diğer yoğun ilgi gören bölümünü oluşturdu. Özellikle kolorektal endometriozis cerrahisi detaylı biçimde ele alındı. İtalya'dan Prof. Dr. Mario Malzoni'nin NOSE tekniği ile total laparoskopik segmental rezeksiyon uygulamaları dikkatle izlendi. Derin infiltratif endometriozis canlı cerrahilerinde sinir koruyucu yaklaşım ön plandaydı. Laparoskopik ve robotik yöntemlerle yapılan derin infiltratif endometriozis canlı cerrahilerinde sinir koruyucu yaklaşım üzerinde durularak hipogastrik sinir ve inferior hipogastrik plexus diseksiyonu ayrıntılı biçimde anlatıldı. Robotik cerrahinin, anatomik olarak ulaşımı zor bölgelerde sinir koruyucu cerrahide sağladığı avantajlar özellikle vurgulandı.

Kongrede öne çıkan konulardan biri de ICG teknolojisinin benign jinekolojik cerrahide artan kullanım alanı oldu. Endometriozis vakalarında üreterlerin değerlendirilmesi, myomektomi sırasında endometrial kavitenin belirlenmesi gibi uygulamalar canlı cerrahilerde gösterildi. Bu teknolojiye onkoloji dışı alanlarda da daha geniş bir perspektiften yaklaşılması dikkat çekiciydi.

Yapay zekâ destekli sistemlerin cerrahiye entegrasyonu da tartışılan başlıklar arasındaydı. Özellikle nöropelvioloji alanında ICG ile kombine yapay zekâ destekli sinir haritalandırma sistemlerinin sinir koruyucu cerrahiye katkıları ele alındı.

Histeroskopi oturumlarında farklı teknikler ve yenilikçi yaklaşımlar paylaşıldı. Adhezyon önleyici hyalüronik asit bariyerler ve subendometriyal PRP enjeksiyonu gibi tedavi yöntemleri tartışıldı. Endometrium kanserli olgularda histeroskopi uygulamasının hastalık disseminasyonunu artırmadığına yönelik veriler özellikle vurgulandı; bu konu günlük pratikte sık karşılaşılan soru işaretlerine yanıt niteliğindeydi.

Kongre, robotik cerrahi alanında yeni firmaları ve sistemleri yakından inceleme fırsatı sunması açısından da değerliydi. Katılımcılar farklı platformları deneyimleme ve teknik özellikleri karşılaştırma şansı buldu.

Bilimsel katkı olarak; Prof. Dr. Nuray Bozkurt, Doç. Dr. Erhan Demirdağ ve Op. Dr. Mert Akalın ile Merve Ateş'in hazırladığı "Cornual Ectopic Pregnancy Following Unilateral Salpingo-Oophorectomy: A Rare Case and Surgical Approach" başlıklı vaka kongrede video sunum olarak yer aldı.

34. ESGE Kongresi, ülkemizde yüksek bilimsel kalite ve güçlü organizasyonla gerçekleştirilmiş, multidisipliner bakış açısının ön planda olduğu dinamik bir toplantıydı. Üretmeye, sorgulamaya, öğrendiklerimi paylaşmaya ve bilimsel platformlarda daha aktif ve görünür olmaya yönelik içsel motivasyonu önemli ölçüde pekiştiren ilham verici bir deneyim oldu. Minimal invaziv jinekoloji alanında akademik çalışmalara katkı sunma hedefini daha da netleştiren bu verimli kongre deneyiminin, önümüzdeki dönemde bilimsel projelerimize yön vereceğine ve onlara değerli bir perspektif kazandıracağına inanıyoruz.



ACOG

The American College of
Obstetricians and Gynecologists

(REPLACES PRACTICE BULLETIN NUMBER 106, JULY 2009; PRACTICE BULLETIN NUMBER 116, NOVEMBER 2010; AND
PRACTICE ADVISORY, OXYGEN SUPPLEMENTATION IN THE SETTING OF CATEGORY II OR III FETAL HEART TRACINGS,

JANUARY 2022)

CLINICAL PRACTICE GUIDELINE

NUMBER 10

OCTOBER 2025

Intrapartum Fetal Heart Rate Monitoring: Interpretation and Management

Committee on Clinical Practice Guidelines—Obstetrics. This Clinical Practice Guideline was developed by the ACOG Committee on Clinical Practice Guidelines—Obstetrics in collaboration with Laura Mercer, MD, MBA, MPH, Aaron B. Caughey, MD, MPH, PhD, Nandini Raghuraman, MD, MSCI, and Stephanie Ros Saposnik, MD, MSCI.

FETAL KALP HIZI MONİTORİZASYONU: YORUMLAMA VE YÖNETİM

Çeviren ve Özetleyen: Dr Esra Selvi

Amaç

Bu kılavuzun amacı, intrapartum fetal kalp hızı (FKH/FHR) paternlerinin değerlendirilmesi ve yönetimi için kanıta dayalı bir çerçeve sunmaktır.

Hedef Popülasyon

Doğumun birinci veya ikinci evresinde bulunan gebeler.

Yöntemler

Kılavuz, önceden tanımlı (a priori) bir protokol ile hazırlanmıştır. ACOG tıbbi kütüphanecileri Cochrane Library, Cochrane Trials Registry, EMBASE, PubMed ve MEDLINE dahil kapsamlı bir literatür taraması yapmış; tam metne geçen çalışmalar standart dahil etme/dışlama ölçütleriyle yazım ekibi tarafından değerlendirilmiştir. Kanıtların kalitesi için modifiye GRADE çerçevesi kullanılmış ve kanıt–karar (evidence-to-decision) yaklaşımıyla öneri ifadelerine dönüştürülmüştür (tarama ana dönemi 2000–2023; ek taramalar Ocak ve Haziran 2025).

Öneriler

Kılavuz; intrapartum FKH izlemi terminolojisi ve sınıflama sistemlerini özetler. Ayrıca intrapartum FKH trasesinin değerlendirilmesi ve yönetimine ilişkin öneriler sunar. Öneriler, güç (strength) ve kanıt kalitesi (quality of evidence) temelinde sınıflandırılmıştır.

GİRİŞ

Elektronik fetal monitörizasyon (EFM), 1960'lardan itibaren uterin kontraksiyonlarla birlikte FKH'nin sürekli izlenmesi amacıyla kullanılmaya başlanmıştır. Günümüzde intrapartum FKH izlemi eksternal (Doppler temelli) veya internal (fetal skalp elektrodu ile fetal EKG sinyali) yapılabilir. ABD'de gebelerin yaklaşık %90'ında doğum sırasında EFM uygulanmakta; primer sezaryenlerin %27,3'ünde endikasyon "güven vermeyen fetal durum" olarak bildirilmektedir. Bu tablo, EFM yorumunun standardizasyonu ve ekip içi tutarlı uygulama ihtiyacını artırmaktadır. Ayrıca yönetim kararlarının ırk/etnisite, sosyoekonomik durum gibi demografik değişkenlerden bağımsız olarak standardize edilmesi vurgulanmaktadır. Bu belgenin amacı, intrapartum FKH paternlerinin değerlendirilmesi ve yönetimi için obstetrik klinisyenlere kanıta dayalı bir çerçeve sunmaktır.

Öneri Gücü

Kılavuz önerileri iki düzeyde sunulur:

- **Güçlü:** Yararların zarar ve yüklerin belirgin biçimde üzerinde olduğu durumlar; çoğu hasta için girişim uygulanmalıdır (veya uygulanmamalıdır).
- **Koşullu:** Yarar-zarar dengesi hasta özelliklerine, değerlerine ve tercihlerine göre değişiklik gösterecektir, bireyselleştirme gerekir.

Kanıt Kalitesi

Kanıt kalitesi dört düzeyde sınıflandırılır:

- **Yüksek:** Metodolojik açıdan sağlam randomize kontrollü çalışmalar, sistematik derlemeler ve meta-analizler; bulgulara güven yüksektir ve yeni araştırmaların sonucu değiştirme olasılığı düşüktür.
- **Orta:** Bazı sınırlılıkları olan randomize çalışmalar veya güçlü gözlemsel kanıt; ek araştırmaların etkiyi değiştirme olasılığı vardır.
- **Düşük:** Ciddi sınırlılıkları olan çalışmalar veya sınırlı gözlemsel kanıt; belirsizlik yüksektir.
- **Çok düşük:** Dolaylı/az sayıda kanıt veya sistematik olmayan gözlemler; belirsizlik çok yüksektir.

ÖNERİLERİN ÖZETİ

Kategori I FKH trasesi varlığında rutin intrapartum bakım önerilir. **(GÜÇLÜ ÖNERİ, DÜŞÜK KALİTELİ KANIT)**
Kategori II trasesinde sezaryene yönelmeden önce, bir veya daha fazla intrauterin resüsitasyon girişimi (anne pozisyon değişikliği, amniyoinfzyon, IV sıvı bolusu, indüksiyon/augmentasyon ajanlarını azaltma-kesme, trasedeki değişikliklerle ilişkili düşünülen maternal patofizyolojiyi düzeltme) denenmelidir. **(GÜÇLÜ ÖNERİ, ORTA KALİTELİ KANIT)**

Maternal hipoksi yoksa, kategori II veya III trasesinde rutin maternal oksijen uygulaması önerilmez. **(GÜÇLÜ ÖNERİ, YÜKSEK KALİTELİ KANIT)**

İlk intrauterin resüsitasyon girişimlerine yanıt vermeyen kategori III trasesinde (klinik olarak endike ise) ivedi doğum/operatif doğum planlanmalıdır. **(GÜÇLÜ ÖNERİ, YÜKSEK KALİTELİ KANIT)**

Oksitosin durdurulmasına rağmen devam eden ve kategori III veya yüksek risk özellikli kategori II trasesi ile ilişkili uterin taşisistoli varlığında hızlı etkili uterin relaksasyon ajanı (ör. terbutalin) ile tedavi düşünülebilir. **(KOŞULLU ÖNERİ, ORTA KALİTELİ KANIT)**

Intrapartum fetal pulse oksimetri, fetal durum değerlendirmesinde rutin olarak önerilmez. **(GÜÇLÜ ÖNERİ, ORTA KALİTELİ KANIT)**

Doğumda FKH yorumlama ve yönetiminde ST-segment analizi (STAN) rutin olarak önerilmez. **(GÜÇLÜ ÖNERİ, YÜKSEK KALİTELİ KANIT)**

Doğumda FKH yorumlama ve yönetiminde bilgisayar destekli yaklaşımlara/algoritmalara birincil düzeyde güvenilmesi önerilmez. **(GÜÇLÜ ÖNERİ, ORTA KALİTELİ KANIT)**

İYİ UYGULAMA ÖNERİLERİ

Derecelendirilmemiş “İyi Uygulama Noktaları”, kanıtın son derece sınırlı olduğu veya hiç bulunmadığı durumlarda klinik yönlendirme gerekli görüldüğünde kılavuza dâhil edilir. Bu noktalar, mevcut kanıtların gözden geçirilmesinin yanı sıra uzman görüşüne dayanır.

KLİNİK GENEL BAKIŞ

Elektronik Fetal Monitörizasyonun (EFM) Fizyolojisi

Uzamış veya tekrarlayan intrapartum fetal hipoksemi fetal asidemiye yol açabilir. Fetal asidemi neonatal ensefalopati ve serebral palsi gibi olumsuz sonuçlarla ilişkilidir. Fetal beyin, sempatik ve parasempatik sistemler aracılığıyla FKH'yi fetal fizyolojik duruma (özellikle oksijenlenmeye) duyarlı biçimde modüle eder. Bu nedenle FKH izlemi teorik olarak fetal oksijenlenmenin dolaylı bir göstergesidir. Bununla birlikte, antepartum komplikasyonlar, uteroplental perfüzyon bozukluğu, plasental disfonksiyon ve intrapartum olayların karmaşık etkileşimi nedeniyle FKH paternleri tek başına etiyolojiyi ve risk düzeyini her zaman netleştiremeyebilir. Term fetal asfiksi olgularının önemli bir bölümünde belirgin antepartum risk faktörü olmayabileceği bildirilmiştir (ör. bir term kohortta olguların %63'ünde bilinen antepartum risk faktörü yok).



TJODist Bülteni

Devamlı Elektronik Fetal Monitörizasyonun Aralıklı Oskültasyonla Karşılaştırılması

EFM'nin hedefi fetal hipoksiyi erken tanımak, müdahale etmek ve asidemiye ilerlemeyi önlemektir. Ancak EFM'nin etkinliği; gözlemciler arası/aynı gözlemci içi uyumun sınırlı olması ve yanlış-pozitifliğin yüksekliği nedeniyle tartışmalıdır. Randomize çalışmaların özetlendiği bir Cochrane derlemesinde, sürekli EFM'nin neonatal nöbetleri yaklaşık %50 azalttığı (RR 0,50; %95 GA 0,31–0,80; 9 çalışma; N=32.386) bildirilmiş; buna karşın perinatal ölüm veya serebral palsi üzerinde azalma gösterilememiştir. Sürekli EFM; sezaryen (RR 1,63) ve operatif vajinal doğum (RR 1,15) oranlarında artışla ilişkilendirilmiştir. Daha güncel bir meta-analizde (33 çalışma), kardiyotokografi ile karşılaştırıldığında intermittan oskültasyonun acil sezaryen riskini azaltabileceği raporlanmıştır (RR 0,83). Öte yandan geniş ulusal doğum kohortunda EFM'nin erken neonatal mortalite ve morbiditede azalma ile ilişkili bulunması gibi gözlemsel veriler de mevcuttur. **Kılavuz, düşük riskli ve oksitosin almayan olgularda, hasta–klinikyeni–kurum protokolleri çerçevesinde ortak karar verme ile aralıklı oskültasyonun seçeneğe olabileceğini; risk faktörü gelişmesi halinde sürekli izleme geçilmesi gerektiğini vurgular.** Aralıklı oskültasyonun ne sıklıkta olması gerektiği ile alakalı kanıt çok azdır. Amerikan Ebe ve Kadın Sağlığı Cemiyeti travay olağan seyrediyorsa 1. evrede aktif fazda her 15-30 dakikada bir, ikinci evrede ise her 5-15 dakikada bir aralıklı oskültasyon önermektedir. Fetal asidemi için risk faktörleri oluşursa (koryoamnionit, uzamış eylem vs.), deselerasyon şüphesi ya da anormal kalp hızı varsa aralıklı oskültasyondan devamlı kalp hızı monitorizasyonuna geçilmelidir.

Terminoloji Sistemleri

ACOG, NICHD ve SMFM, intrapartum FKH paternlerinin sınıflandırılmasında üç kademeli (Kategori I–II–III) sistemi önermiş ve yorum standardizasyonu için tanım setleri geliştirmiştir. Kategori I trasesi normaldir. İzlem anında normal fetal asit-baz durumunu güçlü şekilde öngörür. Rutin izlem yeterlidir. Kategori III trasesi anormaldir. İzlem anında anormal fetal asit-baz durumu ile ilişkilidir. Hızlı değerlendirme ve müdahale gerektirir. Düzeltme sağlanamazsa ivedilikle doğum gerekir. Kategori II ise en heterojen gruptur. Belirsiz özellikler taşır ve sürekli yeniden değerlendirme, klinik bağlamın bütüncül analizi ve gerekirse intrauterin resüsitasyon/yardımcı testleri gerektirir.

Kutu 1. Üç Basamaklı Fetal Kalp Hızı Yorumlama Sistem

Category I

Category I FHR tracings include all of the following:

- Baseline rate: 110–160 beats per minute
- Baseline FHR variability: moderate
- Late or variable decelerations: absent
- Early decelerations: present or absent
- Accelerations: present or absent

Category II

Category II FHR tracings include all FHR tracings not categorized as category I or category III. Category II tracings may represent an appreciable fraction of those encountered in clinical care. Examples of category II FHR tracings include any of the following:

Baseline rate:

- Bradycardia not accompanied by absent baseline variability
- Tachycardia

Baseline FHR variability:

- Minimal baseline variability
- Absent baseline variability with no recurrent decelerations
- Marked baseline variability

Accelerations:

- Absence of induced accelerations after fetal stimulation

Periodic or episodic decelerations:

- Recurrent variable decelerations accompanied by minimal or moderate baseline variability
- Prolonged deceleration more than 2 minutes but less than 10 minutes
- Recurrent late decelerations with minimal or moderate baseline variability
- Variable decelerations with other characteristics such as slow return to baseline, overshoots, or “shoulders”

Category III

Category III FHR tracings include either:

- Absent baseline FHR variability and any of the following:
 - Recurrent late decelerations
 - Recurrent variable decelerations
 - Bradycardia
- Sinusoidal pattern

Tablo 1. Elektronik Fetal Monitörizasyon (EFM) Tanımları

Patern	Tanım
Baseline (bazal hız)	• 10 dakikalık segmentte FKH ortalamasının 5 atım/dk'lık artışlarla yuvarlanmış değeri; şu dönemler dışlanır: (i) periyodik/epizodik değişiklikler, (ii) belirgin (marked) variabilite dönemleri, (iii) bazalın 25 atım/dk'dan fazla farklılık gösterdiği segmentler. • Bazal, herhangi bir 10 dakikalık segment içinde en az 2 dakika izlenebilir olmalıdır. Aksi halde o dönem için bazal “belirsiz” kabul edilir ve önceki 10 dakikalık pencere referans alınabilir. • Normal bazal: 110–160 atım/dk • Taşikardi: >160 atım/dk • Bradikardi: <110 atım/dk
Bazal variabilite	• Bazal FKH etrafındaki genliği ve sıklığı düzensiz olan dalgalanmalar. • Görsel nicelleştirme tepe-dip (peak-to-trough) amplitüdü: - Yok: genlik saptanamaz - Minimal: saptanabilir ancak ≤ 5 atım/dk - Moderate (normal): 6–25 atım/dk - Belirgin/Artmış: >25 atım/dk
Akselerasyon	• Görsel olarak belirgin, ani artış (başlangıçtan tepeye <30 sn). • ≥ 32 gebelik haftası: bazalın ≥ 15 atım/dk üzerinde tepe ve ≥ 15 sn (ancak <2 dk) sürer. • <32 gebelik haftası: bazalın ≥ 10 atım/dk üzerinde tepe ve ≥ 10 sn (ancak <2 dk) sürer. • Uzun akselerasyon: ≥ 2 dk ve <10 dk. • ≥ 10 dk sürerse bazal değişikliği kabul edilir.
Erken deselerasyon	• Uterin kontraksiyonla ilişkili, genellikle simetrik, kademeli azalma ve bazale dönüş. • Kademeli azalma: başlangıçtan dip noktaya ≥ 30 sn. • Dip nokta genellikle kontraksiyonun tepe zamanına denk gelir. • Çoğu durumda başlangıç-dip-toparlama, sırasıyla kontraksiyonun başlangıç-tepe-bitisi ile eşzamanlıdır.

Geç deselerasyon	• Uterin kontraksiyonla ilişkili, genellikle simetrik, kademeli azalma ve bazale dönüş. • Kademeli azalma: başlangıçtan dip noktaya ≥ 30 sn. • Zamanlama kontraksiyona göre gecikmiştir; dip nokta kontraksiyon tepesinden sonra olur. • Çoğu durumda başlangıç–nadir–iyileşme, kontraksiyonun başlangıç–tepe–bitişinden sonra gerçekleşir.
Değişken deselerasyon	• Görsel olarak belirgin, ani FKH düşüşü. • Ani düşüş: başlangıçtan tepe başlangıcına < 30 sn. • Düşüş ≥ 15 atım/dk, süre ≥ 15 sn ve < 2 dk. • Kontraksiyonla ilişkili ise başlangıç, derinlik ve süre kontraksiyonlar arasında değişkenlik gösterir.
Uzamış deselerasyon	• Bazalin altına inen FKH azalması. • Bazaldan ≥ 15 atım/dk düşüş; süre ≥ 2 dk ve < 10 dk. • ≥ 10 dk sürerse bazal değişikliği kabul edilir.
Sinüzoidal patern	• Bazal etrafında düzgün, sinüs dalgası benzeri salınım; döngü frekansı dakikada 3–5; ≥ 20 dk sürer.
Taşisistoli	• 30 dakika ortalamasında, 10 dakikada > 5 kontraksiyon.

Kurum içinde hemşire ve obstetrik klinisyenlerin aynı sınıflandırma ve terminolojiyi kullanması şarttır. Sınıflandırma hızlı iletişim sağlar. Ancak trasenin ayrıntılarını ve zamana/klinik olaya bağlı değişimini tam yansıtmayabilir. Kategorileme o anki durumu gösterir ve trase klinik gidişe göre kategoriler arasında geçiş yapabilir.

Sürekli Fetal Kalp Hızı İzlemi İçin Zorlayıcı Koşullar

Dış Doppler ile sürekli FKH izlemi her zaman mümkün olmayabilir (özellikle **sınıf III obezitede** sinyal kaybı). Bu durumda hasta bilgilendirilmeli ve uygun olgularda **erken fetal skalp elektrodu** düşünülmelidir. Mobilite, **kablosuz sistemler**, **ambülasyon** ve **hidroterapi** sırasında sinyal kesintisi/gecikmesi yaşanabilir. Bu nedenle sürekli izlemin pratik sınırlılıkları ile **aralıklı izlemin risk–yararı** hasta ile paylaşılmalıdır. **Preterm (<32 hf)** için kanıt sınırlı olduğundan, paternler **klinik bağlamda** bu belgedeki yaklaşımlar doğrultusunda yorumlanabilir.

Fetal Skalp Elektrodu Kullanımı

Dış izlemle FKH trasesi güvenilir alınamıyorsa, membran rüptürü sonrası fetüs skalpına yerleştirilen elektrotla doğrudan fetal EKG üzerinden FKH izlenebilir. Ancak uygulama skalp yaralanması/sefal hematoma gibi düşük fakat anlamlı neonatal morbidite riski taşıdığından rutin değil, yalnızca endikasyon varsa kullanılmalıdır. Kullanıma ilişkin mutlak (Kutu 2) ve göreceli (örn. HBV/HCV) kontrendikasyonlar dikkate alınmalıdır.

Tablo 2. Klinik Bulgulara Göre Olası Müdahaleler

Klinik bulgu	Olası altta yatan patofizyoloji	Uygulanabilecek müdahaleler
Bölgesel anestezi uygulanması sırasında sık görülen maternal hipotansiyon ile ilişkili FKH değişiklikleri	Plasentanın relatif hipoperfüzyonu	• Maternal IV sıvı bolusu* • IV vazopressör uygulaması • Maternal pozisyon değişikliği • Tekrarlayan hipotansiyon varsa bazal epidural infüzyon hızının azaltılması
Maternal hipotansiyon olmaksızın intermittan veya tekrarlayan geç deselerasyonlar	Uteroplasental yetmezlik (uterin perfüzyon azalması veya plasental direnç artışı)	• Maternal IV sıvı bolusu* • Maternal pozisyon değişikliği • İndüksiyon/augmentasyon ajanlarının azaltılması veya kesilmesi
İntermittan veya tekrarlayan değişken deselerasyonlar	Umbilikal kord kompresyonu	• Maternal pozisyon değişikliği • Amniyoinfzyon*
Fetal taşikardi	Maternal komorbiditeler: enfeksiyon (intrapartum intraamniyotik enfeksiyon dahil), hipertiroidi, dehidratasyon, diyabetik ketoasidoz	• Uygun ise altta yatan maternal komorbidite açısından değerlendirme ve tedavi*
Deselerasyon olmaksızın varyabilitenin kaybı veya kalıcı minimal varyabilite	Fetal uyku siklusu; ilaç etkisi; maternal dehidratasyon/asidemi; fetal asidemi	• Vibroakustik veya skalp stimülasyonu ile 'güven verici' bulgu elde etmeye çalışma * • Maternal IV sıvı bolusu* * • Uygun ise altta yatan nedenin değerlendirilmesi ve tedavisi *
FKH değişiklikleri ile ilişkili uterin taşisistoli	Uterin spiral arterlerde relatif vazokonstriksiyon	• İndüksiyon/augmentasyon ajanlarının azaltılması veya kesilmesi • Maternal IV sıvı bolusu* • Kısa etkili uterin relaksasyon ajanı (örn. terbutalin)

İkinci evrede maternal ıkmı ile ilişkili tekrarlayan deselerasyonlar	Uterin spiral arterlerde geçici hipoperfüzyon; kord veya baş kompresyonu	• İkım sıklığının/ritminin modifikasyonu (örn. iki kontraksiyonda bir ıkmı)* • Maternal pozisyon modifikasyonu* • Operatif vajinal doğum açısından değerlendirme*
--	--	---

* Sıvı yüklenmesine dikkat edilmelidir. * Yeterli nitelikte veri bulunmadığında, uzman görüşüne veya en iyi uygulamaya dayanmaktadır.

Kutu 2. Fetal Skalp Elektrodu Yerleştirilmesine Mutlak Kontrendikasyonlar

- Fetal malprezentasyon veya prezente kısmın bilinmemesi
- HIV ve viral yük >1.000 kopya/mL
- Aktif genital lezyonla HSV enfeksiyonu
- Plasenta previa veya vasa previa
- Şüpheli fetal hematolojik bozukluk (örn. fetal hemofili, NAIT, maternal ITP)

Maternal Kalp Hızının Fetal Kalp Hızından Ayırt Edilmesi

Dış Doppler ile EFM'de, özellikle ikinci evrede FKH yerine yanlışlıkla maternal kalp hızının izlenmesi görülebilir. İkımaya eşlik eden akselerasyon maternal sinyal lehine ipucu olabilir. Bir çalışmaya göre bu karışıklık yaklaşık %8 olguda olabilir. Ayırım için maternal nabız oksimetresi kullanılmalı; sorun sürerse fetal skalp elektrodu düşünülmelidir.

Kutu 3. Kategori II Fetal Kalp Hızı Trasesinde Öngördürücü Özellikler

Kategori II trasesinde daha yüksek risk (hipoksi/asidemi olasılığı daha yüksek) özellikler:

- Variabilite kaybı
- Uzamış, başka şekilde açıklanamayan minimal variabilite*
- Bazal hızın normalden taşikardiye açıklanamayan değişimi
- Tekrarlayan geç deselerasyon, tekrarlayan değişken deselerasyon veya birden fazla uzamış deselerasyon

Koruyucu özellikler:

- Moderate variabilite
- Akselerasyonlar

* Sınırlı veri nedeniyle uzman görüşü.

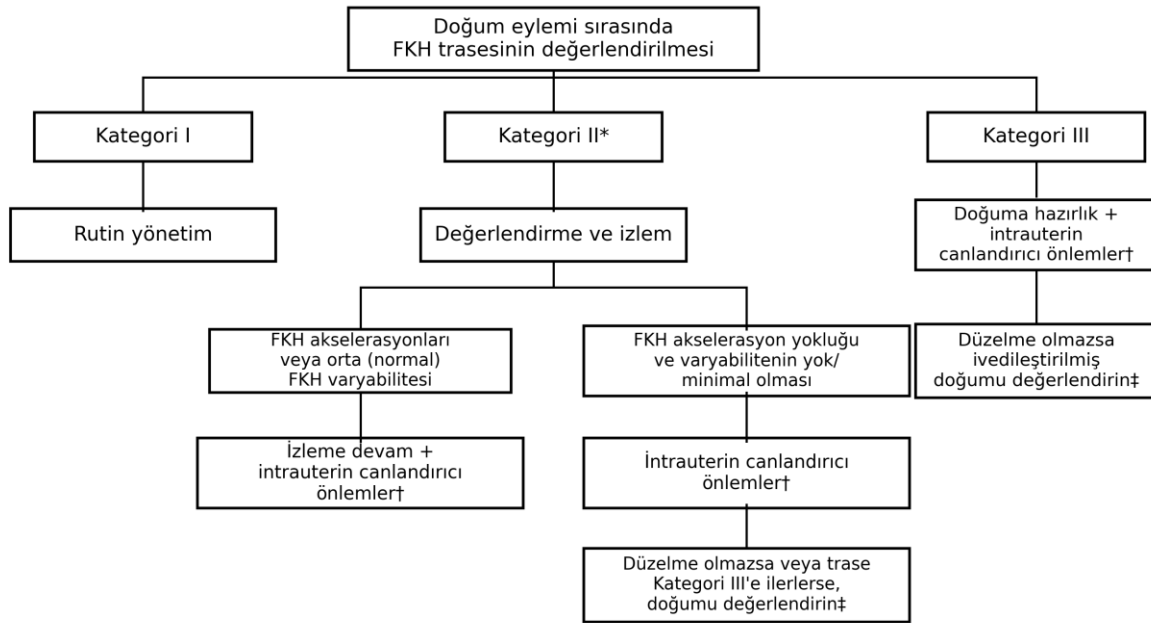
Elektronik Fetal Monitörizasyonun Uygulanması

EFM'de trase sık değerlendirilip kaydedilmeli ve mümkünse anne kalp atımı ile eşzamanlı izlenmelidir. Kayıtlar gerektiğinde incelenebilir olmalıdır.

KLİNİK ÖNERİLER VE KANIT ÖZETİ

Kategori II Fetal Kalp Hızı Trasesinin Değerlendirilmesi

Kategori II trasesi heterojen olduğu için fetal hipoksi/asidozu öngörmeye en güç gruptur. Bu nedenle bulgular ayrıntılandırılmalı ve zaman içindeki seyri izlenmelidir (yüksek riskli özellikler Kutu 3). Literatürde gözlemciler arası değişkenlik ve traseye dayalı asidoz şüphesi ile yenidoğanda doğrulanan asidoz arasında uyumun sınırlı olabileceği belirtilir. 2023 Cochrane derlemesi, fetal skalp stimülasyonunun fetal iyilik halini belirlemede güvenli/etkili olduğuna dair net kanıt olmadığını bildirmiştir.



Şekil 1. Üç düzeyli kategori sistemine dayalı olarak intrapartum fetal kalp hızı (FKH/FHR) trasesinin yönetim algoritması. * Kategori II'de FKH trasesi örüntüleri geniş çeşitlilik gösterdiğinden, bu algoritma tüm olası FKH trasesi durumlarının değerlendirme ve yönetimini temsil etmeyi amaçlamaz. Daha çok sık karşılaşılan klinik durumlar için bir eylem şablonu sunar. † Çeşitli intrauterin canlandırıcı (resüsitatif) önlemlerin listesi için Tablo 2'ye bakınız. ‡ Doğumun zamanlaması ve şekli, uygulanabilirlik ile anne-fetus durumuna göre belirlenir.

Kategori I, II ve III Fetal Kalp Hızı (FKH) Trasesinin Yönetimi

Kategori I: ACOG, Kategori I FKH trasesi varlığında rutin intrapartum bakımın sürdürülmesini önermektedir (GÜÇLÜ ÖNERİ, DÜŞÜK KALİTE KANIT). Kategori I, hipoksi/asidoz kanıtı olmaksızın **güven verici fetal durumu** gösterir. Bu nedenle Kategori I yönetimini doğrudan inceleyen çalışma yoktur. Fetal asidemi olasılığı düşük olduğundan **Şekil 1'de** gösterildiği gibi rutin yönetim uygundur.

Kategori II: ACOG, Kategori II trasede sezaryenden önce intrauterin canlandırma girişimlerinin bir veya birkaçının denenmesini önermektedir: annenin pozisyon değişikliği, amnioinfüzyon, IV sıvı bolusu, uyarı/indüksiyon ajanlarının azaltılması veya kesilmesi ve/veya trase değişikliğiyle ilişkili olduğu düşünülen maternal patofizyolojinin düzeltilmesi (GÜÇLÜ ÖNERİ, ORTA KALİTE KANIT). Kategori II'nin heterojenliği ve yorumlamadaki değişkenlik nedeniyle kesin yönlendirici veriler sınırlı olsa da, intrauterin canlandırmanın olguların çoğunda yararlı olabileceğini düşündüren veriler vardır. Bu grupta FKH özellikleri **zaman içindeki seyriyle birlikte** ayrıntılandırılmalıdır. Hastanın **komorbiditeleri, risk faktörleri ve doğum eylemi ilerleyişi** ile bütüncül değerlendirilmelidir. Canlandırma girişimleri fetal oksijenasyonu optimize ederek trasesinin **Kategori I'e dönmesini** veya **yüksek riskli özelliklerin düzelmesini** hedefler. Uygun girişimler **Tablo 2'de** özetlenmiştir. **Orta (normal) varyabilite** ve/veya **akselerasyonlar** fetal iyilik göstergeleri kabul edilse de, bunların **tek başına** kullanımını destekleyen yüksek kaliteli veri yetersizdir. Kararlar tüm klinik bilgilerle verilmelidir. Persistan Kategori II'de bir sonraki adım belirlenirken **doğum eylemi ilerleyişi** ve **doğuma yakınlık** dikkate alınmalı; özellikle aktif fazda ilerleyen olgularda ilerlemeyi bozmayacak girişimler önce uygulanmalıdır. Şekil 1'de her müdahale için süre tanımlanmadığından, bekleme süresi ve kararlar **trase özellikleri ve klinik senaryoya göre bireyselleştirilmelidir.**

Bakımı standardize etmek için Kategori II'ye yönelik yönetim stratejileri önerilmiş ve bazı kurumlarca benimsenmiştir. **Sistemik yaklaşım** ekip içi iletişimi ve kapsamlı değerlendirmeyi destekler. **Kutu 3'teki** yüksek riskli özelliklere odaklanmak, müdahaleden en çok fayda görebilecek traseden şüphelenilen olguları belirlemeye yardımcı olabilir.

Maternal oksijen: Maternal hipoksi yoksa, Kategori II-III trasesinde rutin oksijen önerilmez (GÜÇLÜ ÖNERİ, YÜKSEK KALİTELİ KANIT). 2021 meta-analizde (16 RKÇ) UA pH, Apgar ve yenidoğan YBÜ yatışı açısından fayda gösterilmemiştir. Ancak hipoksemi varsa oksijen verilir.

Kategori III: Başlangıç intrauterin canlandırmaya yanıt yoksa (endike ise) ivedilikle doğum önerilir (GÜÇLÜ ÖNERİ, YÜKSEK KALİTELİ KANIT). Kategori III nadirdir (<1%) ve klinik bağlama göre aciliyet değişir (örn. rüptür+bradikardi → en hızlı güvenli operatif doğum; tetanik kontraksiyon → uterotonik kes/azalt ± kısa etkili gevşetici; >30 dk sinüzoidal patern → resüsitasyonla intrapartum fayda yok, operatif doğuma hızla yönel).

Taşisistol ve Tokolitik: Kategori II/III ile ilişkili taşisistolda ilk adım oksitosin/uterotonik azaltma-kesme; düzelmezse hızlı etkili uterin gevşetici düşünülebilir (KOŞULLU ÖNERİ, ORTA KALİTE KANIT). Karar, klinik durum ve eylem ilerleyişine göre verilmelidir. Güven verici trase geri döndükten ve taşisistol düzeldikten sonra ajanların yeniden başlanması/artırılması, veri sınırlı olsa da makul kabul edilir.

ACOG, doğumda FKH'nin yorumlanması ve yönetiminde **ST-segment analizi (STAN)nin rutin kullanımını önermemektedir (GÜÇLÜ ÖNERİ, YÜKSEK KALİTELİ KANIT).** MFMU Network'ün 11.108 olguluk RKÇ'sinde kadınlar açık izlem (STAN'a ait ek bilgilerin görülebildiği ve STAN bulgularına ilişkin protokollerin uygulandığı mod) ile maskelenmiş izlem (yalnızca standart FKH izlemiyle uyumlu mod) kollarına randomize edilmiştir. Primer birleşik sonlanım açısından açık izlem grubunda %0,9, maskelenmiş izlem grubunda %0,7 oran saptanmış; aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır (RR 1,31; %95 GA 0,87–1,98; P=0,20). Bunu izleyen Cochrane derlemesi ve ek meta-analizler de **STAN'ın neonatal metabolik asidemi, neonatal ensefalopati veya sezaryen oranlarını anlamlı biçimde azalttığını göstermemiştir. Bu nedenle rutin kullanımını destekleyen kanıt yetersizdir.**

ACOG fetal durum değerlendirmesinde intrapartum fetal pulse oksimetresinin rutin kullanımını önermemektedir (GÜÇLÜ ÖNERİ, ORTA KALİTELİ KANIT). 1990'larda düşük fetal O₂ satürasyonu ile asidemi ilişkisi bildirilse de RKÇ'ler (1.010 olgu ve MFMU Network'ün 5.341 term nullipar çalışması) ve Cochrane derlemeleri sezaryen oranları veya neonatal sonuçlarda genel bir fayda göstermemiştir.

ACOG, doğumda FKH trasesinin yorumlanması ve yönetiminde bilgisayarlı/AI yaklaşımlara birincil olarak dayanılmasını önermemektedir (GÜÇLÜ ÖNERİ, ORTA KALİTE KANIT). Sürekli FKH izleminin uzun dönem nörolojik hasarı azalttığına dair kanıtlar tutarlı değildir ve AI tabanlı modellerin performansı klinik bakımı bağımsız yönlendirecek düzeyde değildir. >55.000 olguyu içeren meta-analizde AI kullanımı neonatal asidoz sıklığını değiştirmemiştir. INFANT (Computerised Interpretation of Fetal Heart Rate During Labour) RKÇ'sinde (46.042 kadın) yazılım destekli izlem, primer birleşik neonatal sonlanımı azaltmamış (her iki kolda %0,7) ve 2 yaş nörolojik sonuçlar da farklı bulunmamıştır. Bu bulgular yalnızca patern tespiti için tek başına klinik sonuçları iyileştirmeyebileceğini düşündürür. **Bu nedenle bilgisayar/AI tabanlı yorumlamanın neonatal sonuçları iyileştirdiğini destekleyen klinik kanıt yoktur.**

SONUÇ

Doğum eylemi sırasında FKH trasesinin yorumlanması ve yönetimine ilişkin kanıtlar, yöntemin uzun süredir kullanımda olmasına rağmen halen yetersizdir. Mevcut üç kategorili sınıflama, özellikle Kategori II trasesinin daha iyi ayrıştırılması gereksinimi nedeniyle belirgin kısıtlılıklar taşır; önerilen beş basamaklı sistemler için de etkinliği destekleyen veriler sınırlıdır. FKH değerlendirmesini güçlendirmek amacıyla geliştirilen yardımcı araçların hiçbirinin perinatal sonuçları iyileştirdiği gösterilememiştir. Bu nedenle, doğum sırasında FKH değerlendirme ve yönetim stratejilerine daha net rehberlik sağlamak ve bakım kalitesini artırmak için büyük, prospektif çalışmalara ihtiyaç vardır.



Contents lists available at ScienceDirect

Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology

journal homepage: www.elsevier.com/locate/bpobgyn



Maternal adnexal masses in pregnancy

Dusan Djokovic^{a,b,*}, Patrícia Pinto^{c,d}, Inês Reis^d

^a Department of Obstetrics and Gynecology, Hospital CUF Descobertas, Lisbon, Portugal

^b Department of Obstetrics and Gynecology, NOVA Medical School – Faculdade de Ciências Médicas, NOVA University of Lisbon, Lisbon, Portugal

^c Department of Gynecology, Instituto Português de Oncologia de Lisboa Francisco Gentil EPE, Lisbon, Portugal

^d Department of Obstetrics and Gynecology, Hospital da Luz, Lisbon, Portugal

Hazırlayan: Atacem Mert Aytekin

1. Giriş

Maternal adneksiyel kitleler gebelik sırasında sıklıkla insidental bulgular olup, obstetrikte ultrasonun yaygın kullanımı, sonografik ekipmanların teknik gelişimi ve çocuk sahibi olma yaşının daha ileri maternal yaşlara ertelenmesi nedeniyle son birkaç on yılda giderek daha fazla saptanmaktadır. Çoğu olguda bunlar benign kitlelerdir ve spontan olarak gerilerler. Fonksiyonel ve spontan olarak regrese olan oluşumların aksine, International Ovarian Tumor Analysis (IOTA) Group tarafından tanımlandığı üzere bir adneksiyel lezyon, normal fizyolojik fonksiyonla tutarsız olan ovarian yumurtalığın bir bölümü veya bir yumurtalık kitledir. Bu lezyon benign ya da malign doğasına göre persiste eder veya değişiklik gösterir.

Malignite açısından şüpheli ultrason bulguları maternal adneksiyel kitlelerin anlamlı bir azınlığında mevcuttur; ancak malign over tümörleri gebelik sırasında nadiren görülür ve 15.000 ila 32.000 gebelikte 1 oranında komplikasyona yol açar. Uygun tanısal değerlendirme, malignite riskine ilişkin güvenilir bir öngörü sağlamanın yanı sıra adneksiyel kitlenin kökenine (jinekolojik veya non-jinekolojik) ilişkin de bir öngörü sunmalıdır. Ultrason, erişilebilirliği, düşük maliyeti ve deneyimli sonologlar ya da eğitimli operatörler tarafından doğrulanmış tahmin modelleri/stratejileri kullanıldığında güvenilir olması nedeniyle adneksiyel kitlelerin değerlendirilmesinde temel bir araçtır. Gebe olmayan kadınlarda, IOTA modelleri ve stratejileri [özellikle ADNEX (Assessment of Different NEoplasias in the adneXa) modeli], benign ve malign adneksiyel tümörleri mevcut diğer tüm alternatiflerden daha iyi ayırt etmektedir. Gebelik sırasında adneksiyel kitlelerin doğru sınıflandırılması, eşlik eden malignitelerle ilişkili fetal ve maternal riskler ve gereksiz olan ve kesinlikle kaçınılması gereken cerrahi müdahaleler de dahil olmak üzere riskler nedeniyle özellikle kritiktir. Günümüzde, adneksiyel kitli gebelerde malignite riskini değerlendirmek için geniş çapta doğrulanmış bir model/strateji bulunmamaktadır. Başta IOTA grubu ve iş birlikçileri olmak üzere bilimsel araştırmalar bu hedefe ulaşmak için yoğun şekilde çaba göstermektedir.

Adneksiyel topografide sonografik olarak gözlenen kitleler gerçekte retroperitoneal veya intraperitoneal olabilir ve bunlar non-jinekolojik ya da jinekolojik (uterin ve gerçek adneksiyel oluşumlar dahil) kaynaklı olabilir. IOTA terimleri, tanımları ve morfolojik sınıflaması, gebelik sırasında adneksiyel kökenli maternal kitlelerin karakterizasyonunda yararlı görünmektedir. Bu makale, gebelikle ilişkili en sık görülen ve gebeliğe özgü olmayan jinekolojik kitlelere odaklanmaktadır. Bu kitlelerin ultrason özelliklerini gözden geçirmeyi ve ultrason temelli malignite risk değerlendirme yaklaşımlarına ve hasta yönlendirmesine ilişkin mevcut kanıtların bir özetini sunmayı amaçlamaktadır.

2. Fonksiyonel ve gebelikle ilişkili maternal adneksiyel kitlelerin ultrason özellikleri

Gebeliğin ilk üç ayında en iyi şekilde görüntülenen yumurtalıkların ultrason muayenesi, neredeyse her zaman normal yumurtalık fonksiyonuyla uyumlu, 5 cm'den küçük uniloküle kistik oluşumları tespit eder. Bunların çoğu fonksiyoneldir ya folliküler kistler ya da corpus luteum kistleridir (Şekil 1) ve gebelik sırasında spontan olarak gerilerler. Ovulasyon indüksiyonu uygulanan hastalarda, ince duvarlı çok sayıda folliküler kist içeren, büyümüş hiperstimüle overler sıklıkla gözlenir (Şekil 2A). Hiperstimüle overler spontan olarak geriler; ancak hemoraji ve torsiyon açısından artmış risk taşırlar. Folliküler kistler, corpus luteum kistleri ve hatta hiperstimüle overler hem gebelerde hem de gebe olmayan kadınlarda (konsepsiyon başarısızlığı olanlar dahil) görülebilmekle birlikte, gebeliğe özgü maternal adneksiyel kitleler arasında teka lutein kistleri (lutein kistleri veya hyperreactio luteinalis olarak da adlandırılır) ve luteomalar yer alır.

Hyperreactio luteinalis, human chorionic gonadotropin (hCG)'ye aşırı duyarlılık veya yüksek hCG düzeyleri ile aşırı stimülasyon sonucu gelişen çok sayıda luteinize folliküler kistten oluşur (Şekil 2B). Over stimülasyonu sonrası, gestasyonel trofoblastik hastalık, multifetal gebelik veya hidrops fetalis ile komplike gebeliklerde görülebilir. Sonografik olarak hyperreactio luteinalis, genellikle gebeliğin üçüncü trimesterinde ortaya çıkan bilateral multiloküler over büyümesi şeklinde izlenir ve doğumdan sonra spontan olarak geriler.

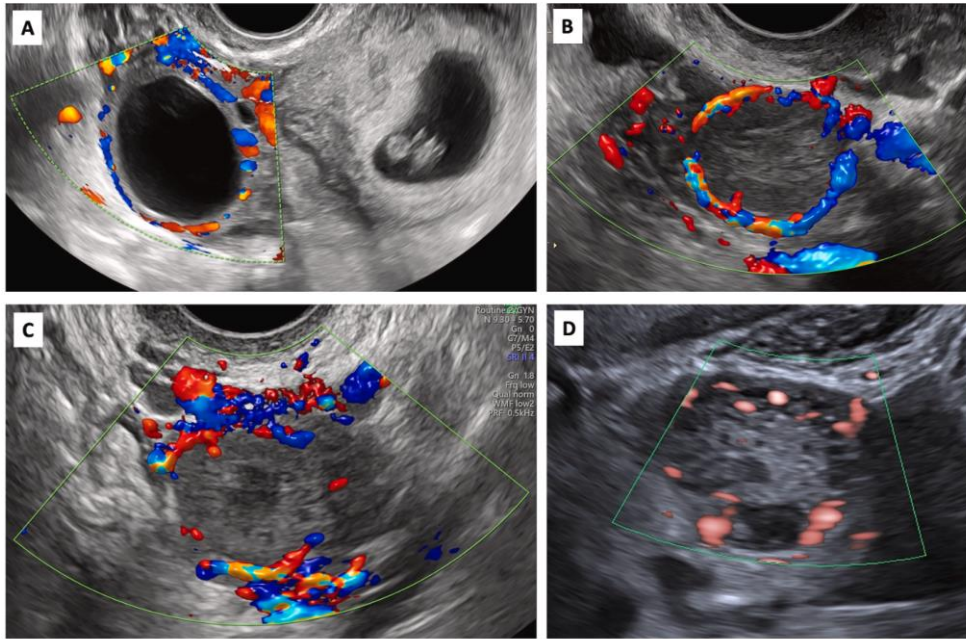


Fig. 1. Corpus luteum – various ultrasound presentations: A, cystic; B, cystic with intracystic clot formation; C, solid annular; D, solid. Peripheral vascular “ring of the fire” can be visualized using Color Doppler (A–C) and Power Doppler (D). (For interpretation of the references to colour in this figure legend, the reader is referred to the Web version of this article.)

Luteomalar, luteinize hücrelerin benign proliferasyonlarından kaynaklanır ve sonografik olarak saptanabilen solid, vaskülarize ve sıklıkla bilateral over kitleleri oluşturur. Genellikle gebeliğin ileri dönemlerinde tanı alırlar ve solid over malignitelerini taklit ederler. Luteomalar doğumdan sonra spontan olarak geriler. Olguların %25'ine kadarında luteomalar maternal virilizasyon (hirsutizm) ile ilişkilidir; bu durum ortaya çıktığında, olguların %60–70'inde kız fetüste de virilizasyon gözlenir.

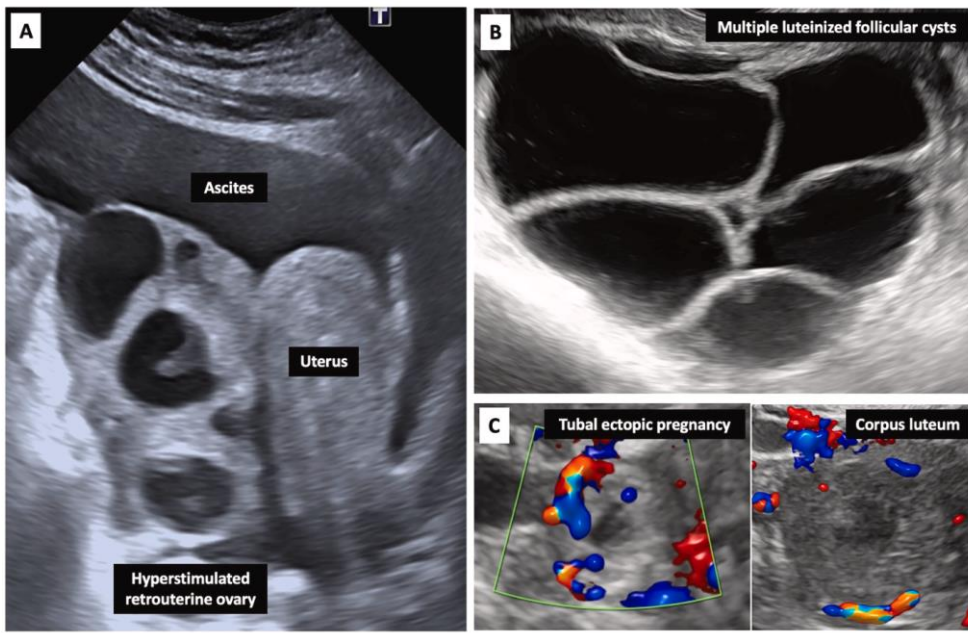


Fig. 2. Pregnancy-related maternal adnexal masses: A, hyperstimulated ovaries after ovulation induction; B, *hyperreactio luteinalis*; C, early tubal ectopic pregnancy (left) and corpus luteum (right) sharing similar ultrasound appearance.

İntrauterin gebeliği olan kadınlarda görülen gebeliğe özgü bir diğer nadir adneksiyel kitle, ekstrauterin heterotopik gebeliktir (tubal, overyan veya abdominal). Spontan gebeliklerin 30.000'de 1'ini ve in vitro fertilization gebeliklerinin 100'de 1'ini etkilediği tahmin edilmektedir. Heterotopik gebelik tanısı, hem intrauterin gebeliğin hem de görünür kardiyak aktivite gösteren embriyo içeren ektopik gestasyonel kesenin ultrason ile görüntülenmesiyle kolaylıkla konur. Güçlük, embriyosu görünmeyen gestasyonel kese içeren bir adneksiyel kitlenin (çoğunlukla annüler veya solid olup, çevresel “ring of the fire” doppler bulgusu gösteren) corpus luteumdan (Şekil 2C) ayırt edilmesindedir. Ayrıca, kan pıhtılarına karşılık gelen amorf ekojen materyal ve abdominal-pelvik kavitede serbest sıvı varlığı, mevcutsa, ektopik abortus veya ektopik gebeliğin rüptürüne bağlı olabilecek intraperitoneal kanamayı düşündürür.

3. Gebeliğe özgü olmayan maternal adneksiyel kitlelerin ultrason özellikleri

Gebelik sırasında, epitelyal, germ hücreli, sex cord-stromal veya metastatik kökenli over lezyonları, Fallop tüpü lezyonları ve paraovarian/paratubal kitleler dahil olmak üzere adneksiyel kitlelerin bilinen tüm histolojik tipleri gözlenebilir. Adneksiyel lezyonların çoğu, gebe olmayan kadınlardaki aynı patolojilere kıyasla morfolojilerini veya klinik davranışlarını değiştirmez. Cerrahi tedavi gerektiren ya da sezaryen sırasında çıkarılan adneksiyel kitleler arasında en sık dermoid kistler (%32) görülür; bunu seröz ve müsinöz kistadenomlar (%19) ve endometriomalar (%15) izler. Bilateral adneksiyel kitleler olguların %4'üne kadarında bildirilmiştir; yazarların ulaşabildiği yayımlanmış raporların tamamında, gebelikte saptanan bilateral kitlelerin hepsi benign bulunmuştur.

3.1. Benign Jinekolojik Kitleler

Matür kistik teratoma (yani dermoid kist), farklı kombinasyonlarda matür endodermal, mezodermal ve ektodermal doku içerebilen benign bir germ hücreli tümördür; bu durum histolojik ve sonografik görünümde büyük değişkenliğe yol açar. En tipik ultrason görünümü, premenopozal bir kadında saptanan, en büyük çapı <10 cm olan, mikst ekojeniteye sahip, akustik gölgelenme içeren uniloküler bir kisttir (Şekil 3A, B ve 3C). Mikst ekojeniteli içerik, kistik sıvı içinde saçı temsil eden hiperekojen “dots and/or lines” (Şekil 3A) ile saç ve yağlı sıvıların agregasyon ve kompaksiyonuna karşılık gelen “echogenic white ball” (Şekil 3B ve C) içerebilir. Gebelikte dermoid kistlere bağlı komplikasyonlar arasında torsiyon, rüptür, doğum kanalının obstrüksiyonu ve çok nadiren malign transformasyon yer alır. Bununla birlikte, bu komplikasyonların gebelikte artmış olduğu görünmemektedir.

Over kistadenomları yüzey epitelinden köken alır. Seröz ve müsinöz tipler gebelerde en sık görülenlerdir. Seröz kistadenom, düzgün bir dış yüzeye, bir veya daha fazla ince duvarlı loküle ve berrak sıvı içeriğe sahiptir; olguların %15'inde bilateral olup ortalama boyutu 5–8 cm'dir. Sonografik olarak tipik bir seröz kistadenom, anekoik içerikli, düzgün iç duvarlı ve en büyük çapı <10 cm olan uniloküler bir kisttir (Şekil 3D). Bazıları septasyon içerirken, bazıları kist duvarına yapışık olmayan küçük ekojen (hemorajik) alanlar içerebilir. Müsinöz kistadenom klasik olarak ince duvarlı, büyük ve unilateral bir kitle olup müsin içerir; ultrasonografide düşük düzey ekojenite gösteren içerik şeklinde izlenir. Uniloküler olabilmekle birlikte, daha sıklıkla birkaç santimetreden 30 cm'nin üzerine kadar değişebilen boyutlarda multiloküler bir tümördür.

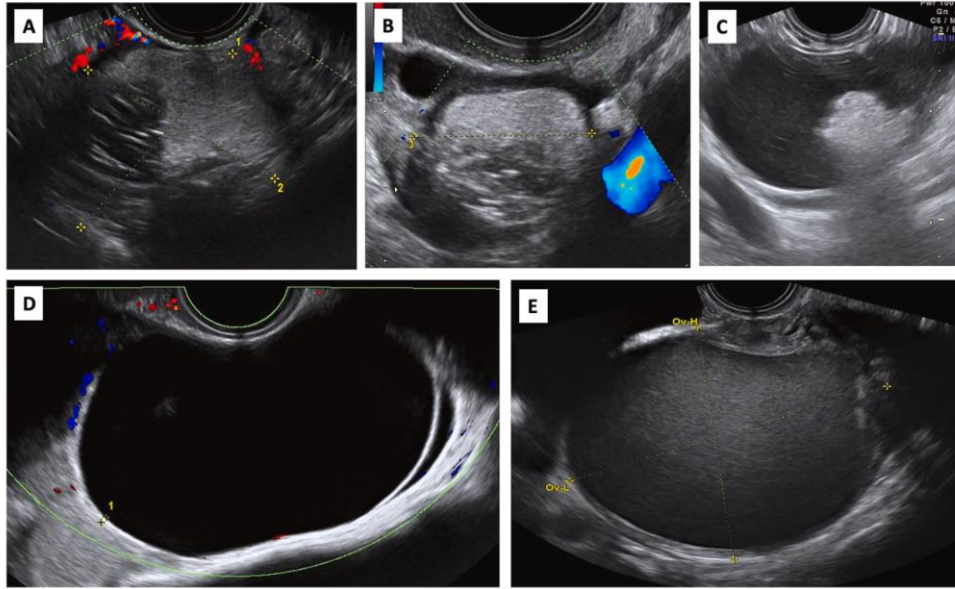


Fig. 3. Frequent benign maternal ovarian lesions: A, mature cystic teratoma (mixed echogenicity content with echogenic “dots and lines”); B, mature cystic teratoma (echogenic not vascularized “white ball”); C, mature cystic teratoma (echogenic “white ball” with acoustic shadowing); D, unilocular serous cystadenoma; E, endometrioma with typical “ground glass” content.

Endometrioma tipik olarak, premenopozal bir kadında en büyük çapı <10 cm olan ve “ground glass” ekojenite gösteren uniloküler bir kisttir. “Ground glass” içerik, kist kavitesi içindeki çikolata benzeri “old blood”a karşılık gelir (Şekil 3E). Bu tipik görünüm olguların yaklaşık %50’sinde izlenirken, kalan endometriomalar çoklu lokül varlığı, kist içinde amorf materyal (“sludge”), hiperekojen duvar odakları veya solid papiller yapılar nedeniyle sonografik olarak atipik kabul edilir. Atipik endometrioma görünümlerinden biri, gebelikte ortaya çıkan ve önceden var olan bir endometriomada başlıca progesteronun etkisiyle gelişen, endometrial stromal hücrelerin hipertrofisini içeren morfolojik değişikliklere karşılık gelen decidualized endometrioma’dır. Başlıca ultrason bulgusu, düzgün konturlu ve yüksek derecede vaskülarize papiller projeksiyonların gelişimidir (Şekil 4). Bu nedenle, diğer çoğu histolojik entiteden farklı olarak, endometriomalar gebeliğin hormonal ortamında görünümlerini değiştirebilir ve papiller projeksiyonların da vaskülarize olduğu, ancak yüzeylerinin sıklıkla düzensiz olduğu borderline veya erken evre invaziv maligniteleri taklit edebilir. Decidualized endometriomalardaki papiller projeksiyonların çoğu (%85–90) postnatal dönemde geriler.

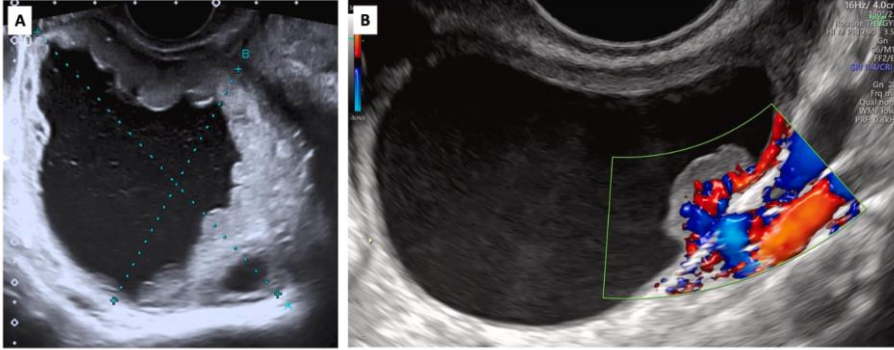


Fig. 4. Decidualized endometrioma: A, unilocular-solid lesion with multiple smooth papillary projections; B, unilocular-solid lesion with smooth and highly vascularized papillary projection.

Tübal lezyonlara ilişkin olarak, gebelikte hidrosalpinx klasik ultrason bulgularını korur: uzamış şekil, inkomplet septalar ve anekoik içerik. Akut salpenjit, overlere komşu, unilateral veya bilateral, uzamış ve zengin vaskülarize solid bir kitle olarak tanımlanır. Pyosalpinx tipik olarak anekoik veya düşük düzey ekojeniteli içeriğe sahip, duvar kalınlaşması ve inkomplet septaların varlığı ile karakterize uniloküler bir oluşumdur (Şekil 5A). İnflame ve ödemli septalara bağlı olarak, transvers kesitte sıklıkla “cogwheel sign” izlenir (Şekil 5A). Tubo-ovarian abseler uniloküler veya multiloküler olabilir, içerik ekojenitesi açısından (anekoik, düşük düzey veya “ground glass”) değişkenlik gösterebilir ve orta ila yoğun vaskülariteye sahip solid görünümlü alanlar içerebilir (Şekil 5B).

Peritoneal, paraovarian/paratubal ve adneksiyel alanlara projekte olan uterin kitleler de gebelerde saptanabilir. Peritoneal pseudokistler (yani inklüzyon kistleri), genellikle önceki pelvik cerrahi, pelvic inflamatuvar hastalık veya endometriozis nedeniyle oluşan adezyonlar içinde hapsolmuş peritoneal sıvı koleksiyonlarından oluşur. Ultrason incelemesinde, pelvik duvar ve çevre pelvik organların konturlarını izleyen uniloküler veya multiloküler kistler (tam, ince ve mobil septalar içeren) olarak tanımlanırlar. İpsilateral over hemen tüm olgularda kistin dışında veya kist içinde hapsolmuş olarak görülebilir. Kist içeriği genellikle anekoiktir ancak düşük düzey ekojenite gösterebilir.

Paraovarian/paratubal kistler, over ile fallop tüpü arasındaki geniş ligaman içinde ortaya çıkar. Genellikle <5 cm çapında, ince duvarlı, uniloküler, anekoik ve overe yakın ancak ondan ayrılabilir kitleler olarak izlenirler. Olguların yaklaşık %30’unda papiller projeksiyonlar gösterirler. Hemen tüm olgularda ipsilateral normal over görüntülenebilir ve vajinal prob ile adneksiyel alan itildiğinde kistin overin ters yönüne hareketi (“split sign”) saptanabilir.

Uterin fibroidler gebelikte saptanan en sık solid pelvik neoplazmlardır. Subseröz ve pedinküllü (FIGO tip 7) olduklarında, özellikle uterustan köken alan vasküler pedikül net olarak görülmediğinde, over lezyonları ile karışabilirler. Normal overin tanımlanması ve “split sign”, uterin fibroidlerin veya geniş ligamandan köken alanların (intraligamenter fibroidler) over tümörlerinden ayırt edilmesinde büyük önem taşır. Gebelikte tipik olarak gözlenen kırmızı dejenerasyon, fibroid infarktı sonrası erken bir bulgudur. Sonografik olarak belirgin olmayabilir veya homojen düşük ekojenite, hiperekojen lezyon kenarı ve internal vaskülaritenin olmaması ile sonuçlanabilir.

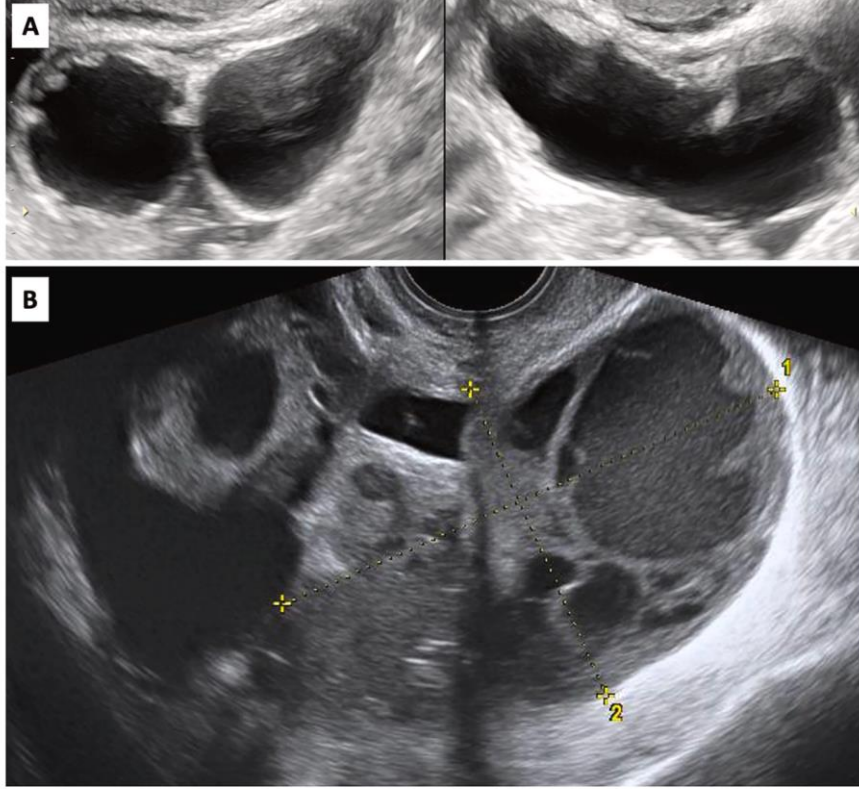


Fig. 5. Pelvic inflammatory disease: A, pyosalpinx; B, tubo-ovarian abscesses (ovary and Fallopian tube involved but cannot be clearly identified within the mass).

Son olarak, akut pelvik ağrı (<%1) ile başvuran bazı gebelerde , adneksiyel torsiyon, karşı taraf over ile kıyaslandığında büyümüş, ödemli bir over olarak izlenebilir; antral folliküllerin periferik yer değiştirmesi ve hiperekojen kenar göstermesi (“follicle ring sign”) eşlik edebilir veya etmeyebilir . Torsiyone pedikül damarları color veya power doppler ile (“whirlpool sign”) görüntülenebilir. Over parankiminde iskemiye işaret eden doppler sinyallerinin yokluğu olguların %50’sinden azında görülür. Gebelik sırasında adneksiyel torsiyon en sık birinci trimesterde ortaya çıkar; bu durum muhtemelen fonksiyonel over kistlerinin yüksek prevalansı ile ilişkilidir. Torsiyone adneks, fonksiyonel veya tümoral bir kitle içerebilir ya da içermeyebilir.

3.2. Malign jinekolojik kitleler

Gebelikte adneksiyel kitlelerin yaklaşık %2-4'ü maligndir. California hastane kayıtlarını kullanan ve yaklaşık 5 milyon hastayı içeren popülasyon temelli bir çalışmada, gebelerde 87 over malignitesi olgusu saptanmış; bunların %51'i epitelyal tümör, %39'u germ hücreli tümör ve %9'u pseudomyxoma peritonei olarak bildirilmiştir. Epitelyal neoplazmlar en sık seröz karsinomlar olup, bunu müsinöz, endometrioid ve clear cell karsinomlar izlemiştir. Germ hücreli tümörler arasında en sık disgerminoma, ardından malign teratoma ve endodermal sinus tümörleri görülmüştür. 2021 yılında yayımlanan bir İtalyan çalışmasında, malignite şüphesi, semptom varlığı veya komplikasyonların önlenmesi amacıyla opere edilen 65 gebe hastanın %55'inde (36 hasta) malignite tanısı konmuştur (20 borderline over tümörü, 11 primer epitelyal over kanseri, 1 rekürren over kanseri ve 4 over metastazı). Gebelik sırasında tanı alan over maligniteleri, gebelik dışında tanı alanlara kıyasla daha erken evrede ve daha düşük gradeli olma eğilimindedir ve daha olumlu prognozla ilişkilidir. Malign over tümörlerinin ultrason özellikleri, hem epitelyal hem de non-epitelyal histolojik tipler için, gebelerde ve gebe olmayan kadınlarda benzerdir.

Papiller projeksiyonlar, borderline seröz over tümörlerinin en tipik ultrason bulgusu olarak görünmektedir (Şekil 6A); buna karşılık solid komponentlerin varlığı ancak az sayıda veya hiç papiller projeksiyon olmaması, invaziv seröz malignitelerin en temsil edici özelliğidir (Şekil 6B). Borderline müsinöz tümörler en sık >10 lokül içeren büyük, unilateral, multiloküler kistler şeklindedir (Şekil 6B); solid nodül veya papiller projeksiyonun net tanımı olmaksızın, iyi sınırlı multiloküler bir nodül ("honeycomb nodule") içerirler. Çoğu invaziv müsinöz kanser solid komponentler içerir (Şekil 6C) ve multiloküler-solid ultrason morfolojisi gösterir. Endometrioid over maligniteleri sıklıkla büyük, unilateral, multiloküler-solid veya solid tümörlerdir. Endometrioizisten gelişen endometrioid karsinomlar, önceden var olan endometrioması olmayanlardan farklı olup, genellikle unilateral, papiller projeksiyon içeren ve asit bulunmayan kistler şeklindedir. Clear cell karsinomlar çoğunlukla erken evrede tanı alır ve tipik olarak solid komponentler içeren büyük, unilateral kitleler şeklinde görünür. Endometrioizisten gelişen clear cell kanserler daha sık olarak kist içeriğinde ground-glass ekojenite gösterir.

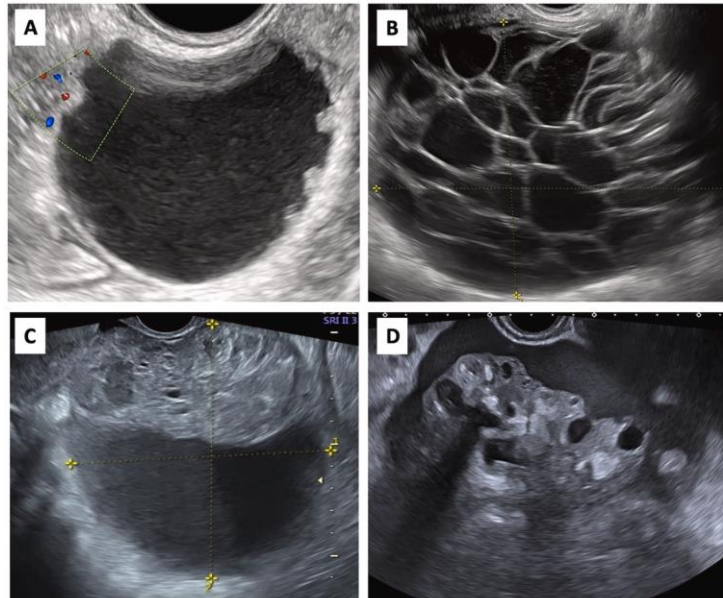


Fig. 6. Maternal ovarian malignancies: A, borderline serous ovarian tumor with vascularized papillary projections; B, borderline mucinous ovarian tumors with >10 locules; C, invasive mucinous ovarian malignancy with large solid component, no papillary projections and "ground glass" content; D, immature teratomas with characteristic heterogeneous ("bizarre") solid component.

Disgerminomalar genellikle 20–30 yaş arası hastalarda görülür; büyük, solid, lobüle ve yüksek derecede vaskülarize adneksiyel kitlelerdir. İmmatür teratomalar, yapılarındaki diferansiye ve undiferansiye dokuların büyük değişkenliği ile karakterizedir. Ultrason incelemesinde büyük, unilateral adneksiyel kitlelerdir; büyük solid komponent içeren kistik ya da tamamen solid olabilir ve zayıf veya orta derecede vaskülarizasyon gösterirler. En spesifik bulgu, solid komponentin çok karakteristik heterojen (“bizarre”) ekojenitesidir; hiperekojen alanlar, noktalar ve kistik boşluklar, akustik gölgelenme ile birlikte veya olmaksızın izlenebilir (Şekil 6D) .

Özetle, gebelik sırasında multiloküler-solid veya solid tümörler sonografik olarak görüntülendiğinde maligniteden şüphe edilmelidir. Ayrıca, düzensiz papiller projeksiyonlar içeren uniloküler-solid kistlerin gestasyon boyunca boyut ve projeksiyon sayısında artış göstermesi durumunda da malignite olasılığı göz önünde bulundurulmalıdır.

4. Ultrason tabanlı hasta yönetimi

Adneksiyel kitle saptanan gebelerde yönetim konservatif (ultrason ile izlem) veya cerrahi olabilir. Seçim; (1) hastanın klinik prezentasyonu (semptom ve bulgular), (2) ultrason kriterleri (kitle boyutu, morfoloji ve eşlik eden bulgular) ve (3) obstetrik kriterlere (gestasyonel yaş ve obstetrik komorbiditeler) göre bireyselleştirilir. Gebelik sırasında gerçekleştirilen cerrahi girişimlerle ilişkili fetal büyüme kısıtlılığı, preterm doğum ve maternal cerrahi komplikasyonlar gibi riskler nedeniyle, asemptomatik hastalarda adneksiyel kitlelerin konservatif yönetimi tercih edilir. Kist ile ilişkili komplikasyon şüphesi veya invaziv malignite varlığında cerrahi endikedir. Örneğin, adneksiyel torsiyon hem gebe hem de gebe olmayan hastalarda acil cerrahi tedavi gerektirir. Bununla birlikte, gebelikte torsiyon riski oldukça düşüktür (%0,5–0,7).

Malignite riski açısından bakıldığında, asemptomatik hastaların güvenli konservatif yaklaşım için seçimi, maternal adneksiyel kitlelerin doğru görüntüleme sınıflandırmasına dayanır. Ultrason değerlendirmesi, gebe olmayan kadınlarda benign ve malign over kitlelerinin ayırımında, deneyimli ultrason uygulayıcılarının subjektif değerlendirmesine ve matematiksel modellere dayalı olarak çok yüksek doğruluk sağlar. Ancak, gebelik sırasında over kitlelerinin ayırt edilmesinde ultrasonun performansına ilişkin şimdiye kadar çok sınırlı sayıda çalışma yayımlanmıştır. 2021 yılında yayımlanan bir meta-analizde, gebelikte over malignitesini saptamada ultrasonun doğruluğu değerlendirilmiş ve toplam birleşik duyarlılık, özgüllük, pozitif olasılık oranı ve negatif olasılık oranı sırasıyla %64 (95 % GA: %30–88), %88 (95 % GA: %64–97), 5,6 (95 % GA: 1,2–25,4) ve 0,4 (95 % GA: 0,15–1) olarak bildirilmiştir. Daha önce belirtildiği gibi, özellikle endometriomalı kadınlarda hormonal ortamın etkileri (desidüal endometrioma) nedeniyle gebelik sırasında ultrason özellikleri yanlış yorumlanabilir.

Retrospektif, tek merkezli bir çalışmada Testa ve ark., IOTA ultrason morfolojik kategorilerinin her birinde malignite oranlarını değerlendirmiştir. Malignite prevalansı uniloküler kistlerde %0 (0/37), multiloküler lezyonlarda %27 (4/15), uniloküler-solid lezyonlarda %35 (11/31), multiloküler-solid lezyonlarda %70 (14/20) ve solid lezyonlarda %70 (7/10) olarak bulunmuştur. Bu bulgulara dayanarak yazarlar, sevk edilen onkoloji merkezlerinde hasta danışmanlığı için bir algoritma geliştirmiştir.

Table 1
Ultrasound-based strategies and scoring systems for adnexal masses assessed in pregnant patients.

Study reference	Study characteristics	Strategy/systems	Sensitivity	Specificity
Lee et al., 2021 [41]	Single institution	Sassone	69 %	85 %
	Prospective	Lerner	77 %	69 %
	236 patients	IOTA ADNEX (14 % cut-off)	62 %	85 %
	13 malignancies			
Czekierdowski et al., 2021 [42]	BOT excluded			
	Single institution	IOTA SRR	100 %	37 %
	Prospective	IOTA ADNEX (20 % cut-off)	78 %	70 %
	36 patients			
Rabiej-Wronska et al., 2022 [43]	9 malignancies (2 BOT)			
	Single institution	IOTA SR	92 %	69 %
	Prospective			
	153 patients			
Barcroft et al., 2024 [14]	12 malignancies			
	Multicenter	IOTA two-step strategy ^a	90 %	65 %
	Retrospective			
	267 patients			
	11 malignancies (all BOT)			

Abbreviations: ADNEX, Assessment of Different NEoplasias in the adnexa model; BOT, border-line ovarian tumor; IOTA, the International Ovarian Tumor Analysis Group; SR, Simple Rules; SRR, Simple Rules Risk model.

^a The IOTA two-step strategy involves the use of simple benign descriptors (BDs) to classify adnexal masses without any computer support in the first step, and ADNEX in the second step, if BDs cannot be applied.

Ultrason temelli skortlama sistemleri ve stratejiler, başlangıçta adneksiyel kittelee gebe olmayan kadınlarda malignite öngörüsü için geliştirilmiş olup gebelerde de değerlendirilmiştir; bunlar arasında Sassone ve Lerner sistemleri, IOTA Simple Rules (SR), IOTA Simple Rules Risk (SRR) modeli, IOTA ADNEX modelleri ve IOTA iki aşamalı strateji yer almaktadır. Performansları Tablo 1’de sunulmuştur. Gebelerde şimdiye kadar yayımlanmış validasyon çalışmalarının retrospektif tasarımı veya sınırlı hasta sayısı gibi kısıtlılıkları bulunmaktadır (Tablo 1).

Daha az deneyimli ultrason uygulayıcılarının adneksiyel kitleleri doğru sınıflandırmasını kolaylaştırmak amacıyla IOTA grubu, ADNEX gibi ultrason temelli matematiksel modellerin geliştirilmesine ek olarak, 4 basit benign descriptor (BD) tanımlamıştır; bunlar Tablo 2’de sunulmaktadır. Barcroft ve ark.’nın çalışmasında, gebelik sırasında maternal adneksiyel kitlelerin %68,9’unda (184/267) BD’ler uygulanmış; bunlardan yalnızca bir lezyon (borderline over tümörü) benign olarak yanlış sınıflandırılmıştır (1/184, %0,5) . IOTA iki aşamalı strateji, ilk aşamada bilgisayar desteği olmaksızın BD’lerin kullanılarak adneksiyel kitlelerin sınıflandırılmasını, BD’lerin uygulanamadığı durumlarda ise ikinci aşamada ADNEX modelinin kullanılmasını içerir. İki aşamalı strateji, gebe olmayan kadınlardan oluşan geniş bir kohortta (n=4905, AUC 0,95) benign ve malign adneksiyel kitleleri doğru şekilde ayırt etmiştir. Gebeliğe bağlı olarak endometriomalarda ortaya çıkan morfolojik değişiklikler, borderline over tümörleri ve erken evre invaziv over kanserlerinin ultrason özellikleri ile örtüşmekte olup, bu durumun gebelikte ADNEX modelinin düşük performansına katkıda bulunduğu düşünülmektedir. IOTA iki aşamalı strateji ve ADNEX, gebe olmayan hastalarda günümüzde en uygun araçlar olarak kabul edilmekle birlikte, gebelikte IOTA tanısal modellerinin doğrulanması için daha geniş, prospektif, çok merkezli çalışmalara ihtiyaç vardır. Devam eden “Prospective Validation of the ADNEX Model for Discrimination Between Benign and Malignant Adnexal Masses in Pregnancy: p-IOTA” çalışması bunlardan biridir. ADNEX/diğer modeller veya stratejiler gebelikte valide edilene kadar, IOTA grubu BD’lerin ve BD’lerin uygulanamadığı durumlarda uzman subjektif değerlendirmenin kullanılmasını önermektedir. Gelecekte, yapay zekâ ile kombine edilmiş ultrason temelli stratejiler, daha az deneyimli ultrason uygulayıcılarının adneksiyel kitleleri sınıflandırmasını desteklemede yararlı olabilir.

Uzman ultrason değerlendirmesi genellikle gebelikte maternal adneksiyel malignite riskine ilişkin yeterli bilgi sağlamakla birlikte, manyetik rezonans görüntüleme (MRI), şüpheli kanserin yayılımını değerlendirmede sekonder görüntüleme yöntemi olarak yararlıdır. MRI ayrıca non-jinekolojik (örneğin gastrointestinal kökenli) süreçlerin karakterizasyonunda ve görüntüleme bulgularının birlikte yorumlanarak mesleki deneyim ve sorumluluğun paylaşılmasının istendiği şüpheli klinik durumlarda (örneğin çok büyük tümör, dejenerasyona uğramış uterus [subseröz] fibroidler, şüpheli adneksiyel torsiyon vb.) değerli olabilir. T2-görüntüleme ve özellikle difüzyon içeren görüntüleme, fetal güvenlik nedeniyle gebelerde kaçınılması gereken gadolinium bazlı kontrast kullanılmaksızın da yararlıdır. Bilgisayarlı Tomografi (CT) ve 18F-FDG-PET, gebelikte mutlak kontrendike olmamakla birlikte, fetusun iyonizan radyasyona maruziyeti nedeniyle büyük ölçüde kaçınılır.

Table 2

Modified IOTA benign descriptors (associated risk of malignancy <1 %).

Simple benign descriptor	
D1	Unilocular tumor with ground-glass echogenicity and maximum diameter <10 cm in premenopausal woman (suggestive of endometrioma)
D2	Unilocular tumor with mixed echogenicity, acoustic shadow and maximum diameter <10 cm in premenopausal woman (suggestive of benign teratoma)
D3	Unilocular tumor with anechoic echogenicity, regular internal walls and maximum diameter <10 cm (suggestive of cystadenoma or simple cyst)
D4	Unilocular tumor with regular walls and maximum diameter <10 cm

Abbreviations: D, descriptor; IOTA, the International Ovarian Tumor Analysis Group.

Görüntülemeye ek olarak, güçlü over kanseri şüphesi olan hastaların yönetiminde klinisyenler maternal serum tümör belirteçlerinin ölçümüne ihtiyaç duyabilir. Epitelyal over malignitesinde en sık incelenen belirteç olan kanser antijen 125 (CA-125), gebelikte fizyolojik olarak, özellikle birinci trimesterde ve doğumdan hemen sonra yükselir. Normal gebelikten etkilenmeyen belirteçler ise karsinoembriyonik antijen (CEA; epitelyal tümör belirteci), karbohidrat antijen 19-9 (CA19-9; müsinöz epitelyal tümör belirteci), inhibin B ve antimüllerian hormon (granüloza hücreli tümör belirteçleri) ile laktat dehidrogenaz (LDH; dysgerminoma belirteci olup preeklampsi/HELLP sendromunda da yükselebilir) olarak bildirilmiştir. Human koryonik gonadotropin (hCG; özellikle koryokarsinom olmak üzere bazı germ hücreli neoplazmlar için belirteç), gebelikte fizyolojik olarak çok yüksek düzeydedir ve tümör belirteci olarak kullanışsızdır. Alfa fetoprotein (AFP; immatür teratoma ve endodermal sinus tümörü gibi bazı germ hücreli neoplazmlar için diğer bir belirteç), normal gebelikte fizyolojik olarak artmıştır; açık nöral tüp durumunda anormal derecede artar ve Down Syndrome'da azalır. Çok yüksek AFP değerleri (>10.000 ng/mL), özellikle saf endodermal sinus (yolk sac) tümörü olmak üzere bir germ hücreli tümör açısından şüphe uyandırmalıdır.

Şekil 7, klinik prezentasyon ve ultrason bulgularına dayalı olarak adneksiyel kitlesi gebelerin yönetimini özetlemektedir.

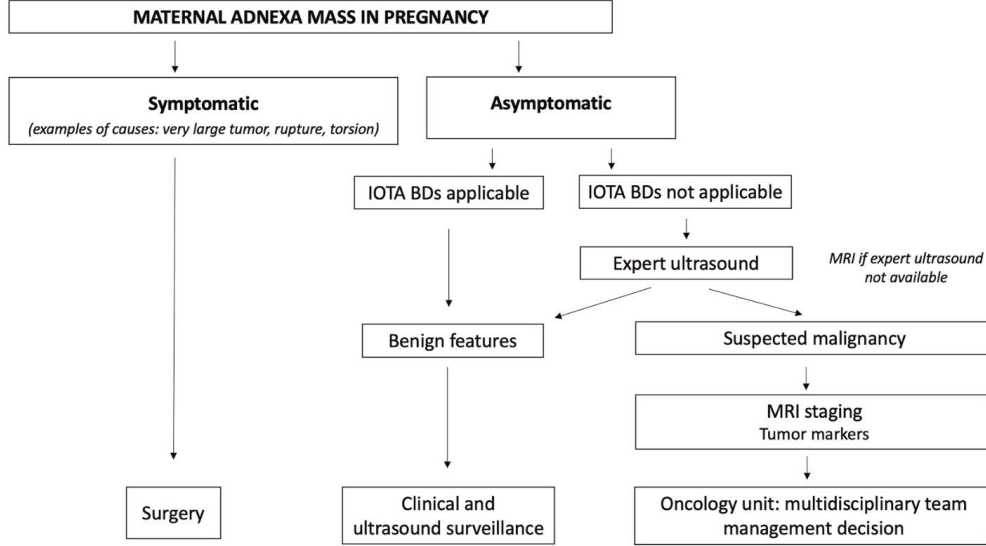


Fig. 7. Management of pregnant patients with adnexal masses.

Abbreviations: BD, modified benign descriptor; IOTA, the International Ovarian Tumor Analysis Group, MRI, magnetic resonance imaging.

5. Sonuç

Obstetrik sonologlar ve pelvik görüntüleme uzmanları, gebelikte maternal adneksiyel kitlelerin ultrason morfolojilerine aşina olmalıdır; çünkü bu kitleler sık görülür. Doğru yorumlanmaları, hastaların danışmanlığı, en uygun tedavi seçeneklerinin belirlenmesi ve gereksiz girişimlerin önlenmesi açısından temel öneme sahiptir. Birinci trimesterde gözlenen adneksiyel oluşumlar spektrumunda fonksiyonel oluşumlar baskındır ve gebelik sırasında kendiliğinden gerilerler. Gerçek adneksiyel lezyonların en sık görülenleri benign olup, çok daha nadir görülen borderline ve invaziv maligniteler gibi, hem gebelerde hem de gebe olmayan kadınlarda benzer ultrason özellikleri gösterirler.

Bir istisna, vaskülarize papiller projeksiyonların ortaya çıkması nedeniyle borderline veya erken evre invaziv maligniteyi taklit eden decidualized endometrioma'dır. Papiller projeksiyonların seyri ve ayrıntılı karakterizasyonu, bu lezyonların ayırt edilmesine yardımcı olabilir. Multiloküler-solid veya solid tümörler görüntülendiğinde maligniteden şüphe edilmelidir; ayrıca papiller projeksiyon içeren uniloküler-solid kistlerin gestasyon boyunca boyut ve projeksiyon sayısında artış göstermesi durumunda da malignite olasılığı göz önünde bulundurulmalıdır.

Maternal adneksiyel malignite riskinin değerlendirilmesinde ilk basamakta IOTA BDs, BD'lerin uygulanamadığı durumlarda ise uzman subjektif değerlendirme kullanılması önerilmektedir. Daha az deneyimli uygulayıcılar için yararlı olabilecek matematiksel modellerin ve yeni stratejilerin valide edilmesi amacıyla, yeterli örneklem gücüne sahip prospektif çalışmalara ihtiyaç vardır.



TJODist Bülteni

Pratik Point

- Matematiksel modeller gebelikte geniş çapta valide edilene kadar, maternal adneksiyel malignite riskini öngörmek için IOTA simple benign descriptors (BDs) ve uzman subjektif değerlendirmeyi kullanın.
- Fonksiyonel oluşumların ve mature teratoma, kistadenom veya enfeksiyöz oluşumlar gibi en sık görülen lezyonların ultrason morfolojisine aşina olun.
- Endometriomaların gebelik sırasında değişebileceğini akılda tutun; buna birinci trimesterde yuvarlak, düzgün konturlu ve zengin vaskülarize papiller projeksiyonların ortaya çıkması, ikinci trimesterde boyut ve vaskülaritenin artması ve üçüncü trimesterde lezyonun küçülmesi dahildir.
- Gebeliğin ilk yarısında morfolojik değişiklik kanıtı olmaksızın, düzensiz yüzeyle vaskülarize papiller projeksiyonlarla karakterize uniloküler-solid kisti olan hastalarda borderline over tümörünü düşünün.
- (a) Solid veya (b) multiloküler-solid adneksiyel kitleleri olan ya da (c) birinci trimesterden itibaren gestasyon boyunca boyut ve papilasyon sayısında artış gösteren papiller projeksiyonlu uniloküler-solid kistleri olan gebelerde invaziv maligniteyi göz önünde bulundurun.

POSTPARTUM HİPERTANSİYON YÖNETİMİ

Rosenfeld EB, Buhmaid S, Vaseeharan A. Management of postpartum hypertension. Curr Opin Obstet Gynecol. Published online January 13, 2026. doi:10.1097/GCO.0000000000001085

Çeviren ve Özetleyen: Dr Fatma Canan Karabaş

Giriş

Hipertansiyon ve gebelikte görülen hipertansif bozukluklar, bir dizi hastalığı kapsar. Gebelikte hipertansif bozukluklar arasında, hedef organ hasarı kanıtı olmaksızın, iki veya daha fazla kan basıncının 140/90 mmHg üzerinde olduğu ve ölçümlerin 4 saatten fazla ama bir haftadan kısa aralıklarla alındığı durumlar olarak tanımlanan gestasyonel hipertansiyon ve hedef organ hasarının bulunduğu preeklampsi bulunur. **2019 yılında, tüm gebeliklerin neredeyse %16'sı hipertansiyon ile komplike olmuştur.** Postpartum hipertansiyon, maternal morbidite ve mortalitenin önemli bir nedenidir. Postpartum hipertansiyon için risk faktörleri arasında antepartum veya intrapartum hipertansiyon, obezite ve diyabet yer alır.

Postpartum Hipertansiyonun Patofizyolojisi

Doğum sonrası hipertansiyon, antenatal dönemdeki bir hipertansif bozukluğun devamı olarak veya normotansif bir gebelik sonrasında yeni ortaya çıkabilir. Postpartum dönemin hemen sonrasında, çoğu birey doğumdan sonraki ilk hafta içinde kan basıncında bir yükselme yaşamaktadır. Bu fizyolojik artış, plösentel kaynaklı vazodilatör hormonların çekilmesine ve ekstraselüler sıvıların mobilize olarak damar içi hacmin artmasına bağlanabilir.

Doğum sonrası dönemde kan basıncının yükselmesine katkıda bulunabilecek diğer faktörler arasında, tıbbi müdahaleler de yer alır. Bunlar arasında doğum sırasında verilen intravenöz sıvılar, tuz ve sıvı tutulumunu teşvik eden yüksek doz nonsteroidal anti-inflamatuar ilaçlar ve uterine atonide kullanılan ve alfa-adrenerjik reseptör aktivasyonu ile vazokonstriksiyona neden olan ergot alkaloidleri sayılabilir. Gebelik sırasında hipertansif bir bozukluk yoksa, kan basıncı genellikle postpartum 2 hafta içinde normale döner .

Doğum, gebelik kaynaklı hipertansif bozuklukların nihai tedavisi olarak kabul edilirken, postpartum dönemde kalıcı hipertansiyon devam eden sistemik vazospazm ve endotel disfonksiyonu nedeniyle ortaya çıkabilir.

Aslında, ortaya çıkan kanıtlar, postpartum hipertansiyon gelişen kadınların, preeklampside görülenlere benzer bir antepartum plazma anjiyojenik profil sergilediklerini göstermektedir. Bu profil, yüksek düzeyde soluble fms-like tirozin kinaz 1 (sFlt1), düşük plasental büyüme faktörü (PlGF) ve artmış sFlt1/PlGF oranı ile karakterizedir. Bir çalışma, sFlt1/PlGF oranının en yüksek üçte birlik diliminde olan bireylerin, postpartum hipertansiyon riskinin daha yüksek olduğunu göstermiştir. Ayrıca persistan postpartum hipertansiyon, daha yüksek antepartum sFlt1-1/PlGF oranlarıyla karakterizedir; bu durum persiste eden preeklampsiyi veya anti-anjiyojenik faktörlerin gecikmiş klirensini düşündürmektedir. Postpartum hipertansiyonun patogeneğinde biyomarkerlerin rolünü aydınlatmak ve buna bağlı peripartum komplikasyonlar için risk sınıflandırmasını daha iyi hale getirmek amacıyla daha fazla araştırmaya ihtiyaç vardır.

Postpartum Dönemde Hedef Kan Basıncı

Gebelik dışında, Amerikan Kalp Derneği (AHA) hedef kan basıncını 120/80 mmHg'nin altında önermekte ve tedavinin 130/80 mmHg'nin altı hedeflenerek sürdürülmesini tavsiye etmektedir. Bu kılavuzlar, kan basıncının 5–10 mmHg gibi daha küçük düşüşlerle bile inme, kardiyovasküler hastalık ve koroner kalp hastalığı risklerini azaltabildiğini gösteren giderek artan kanıtlara dayanmaktadır. Bununla birlikte, bu çalışmada antihipertansif tedaviye başlama eşiği, gebe olmayan hastalara önerilen eşikten daha yüksek olarak belirlenmiştir.

Gebelikte, yakın dönem çalışmalarda kronik hipertansiyonu olan kişiler için kan basıncı tedavi hedefleri 140/90 mmHg'nin altına çekilmiştir. Plasental perfüzyon kaygısı ortadan kalktığından, postpartum dönemde daha sıkı KB kontrolü anneye ait sonuçları iyileştirebilir. Rosenfeld ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışma, 397 hastadan oluşan prospektif bir kohortta sıkı KB kontrolünün (<130/80 mmHg), KB'yi 150/100 mmHg'nin altında tutmayı hedefleyerek tedavi edilen retrospektif 1204 hasta ile karşılaştırıldığında, **sıkı kontrolde hipertansif bozukluklar nedeniyle acil servise başvuruları %68 azalttığını göstermiştir**. Daha da önemlisi, bu çalışma uzaktan hasta izlemi koşullarında sıkı KB kontrolünün güvenli olduğunu ve anneye ait sonuçları iyileştirebileceğini göstermiştir. Bazı çalışmalarda ciddi derecede yüksek KB ölçümleri ($\geq 160/110$ mmHg) için hastalar rutin olarak hastaneye yönlendirilirken, bu çalışmada hastalara evde hızla oral antihipertansif ilaç verilmiş ve ardından KB'leri yeniden kontrol edilmiştir.

Antihipertansif Seçimi

Beta-blokerler (labetalol gibi) gebelik ve doğum sonrası dönemde uzun süredir en yaygın kullanılan antihipertansif ilaçlar olmuştur. Yakın tarihli çalışmalar, doğum sonrası hastalarda labetalol ile karşılaştırıldığında nifedipin gibi kalsiyum kanal blokerleri kullanıldığında yeniden yatışların azaldığını göstermiştir. **Bu nedenle, doğum sonrası dönemde ilk kez antihipertansif tedaviye başlanacak hastalarda genellikle labetalol yerine nifedipin gibi bir kalsiyum kanal blokeri tercih etmekteyiz.** Avrupa'da **NICE**, doğum sonrası hipertansiyon yönetiminde **enalapril** kullanımını önermektedir; bu ilaç, özellikle term doğan yenidoğanlar söz konusu olduğunda emzirme açısından genellikle güvenlidir. Hâlihazırda antihipertansif ilaç kullanan hastalarda ise mevcut ilaçlarına devam edilebilir veya gebelik öncesi kullandıkları ilaçları yeniden başlanabilir.

Genellikle nifedipin tedavisine günde 30 mg ile başlar ve dozu 30 mg'lık artışlarla yükseltilir. Labetalol için başlangıç dozu günde iki kez 200 mg'dır ve dozu 200 mg'lık artışlarla artırılır. Hastalarda gün ortasında kan basınçlarının ısrarla yüksek seyretmesi veya labetalole bağlı bradikardi gibi yan etkiler gelişmesi durumunda, doz günde üç kez 100 mg şeklinde düzenlenebilir. Enalapril için en yaygın başlangıç dozu 5 mg'dır ve aynı artış basamaklarıyla arttırılabilir. **Metildopa, depresyonla ilişkili riskler nedeniyle kaçınılmalıdır.** Postpartum hastalarda komorbiditeler ve ırka göre ilaç seçimine ilişkin öneriler konusunda veri sınırlı olmakla birlikte, gebe olmayan popülasyonda diyabeti olan hastalarda renal koruma amacıyla ACE inhibitörleri önerilmektedir. Diyabet ve hipertansiyonu olan postpartum hastalarda enalaprilin düşünülmesi makul olacaktır.

Amerikan Kalp Derneği, kan basıncı tek bir antihipertansif ilaç sınıfının maksimum dozunun yarısına rağmen hedef değerin üzerinde seyretmeye devam ediyorsa ikinci bir ajan eklenmesini önermektedir. Bununla birlikte, postpartum dönemde tedaviye uyumla ilgili kaygılar nedeniyle bazı uzmanlar, ikinci bir ilaç eklemekten önce tek bir ilacı tolere edilen en yüksek doza kadar artırmayı tercih etmektedir.

Table 1. Dosing information for antihypertensive medications during the postpartum period

Medication	Dosage		Frequency	Maximum total daily dose
	Starting dose	Incremental adjustments		
Nifedipine Extended Release	30 mg	30 mg	Divided into twice daily dosing can be considered for those who have elevated blood pressures between doses.	120 mg per day (or 60 mg BID)
Labetalol	200 mg BID (or 100 mg TID)	200 mg BID or 100 mg TID	Standard dosing is BID. Doses can be divided into TID for symptoms suggesting intolerance including headaches, fatigue, hypotension with high doses, or uncontrolled hypertension between doses.	2400 mg/day (1200 mg BID or 800 mg TID)
Amlodipine	2.5 mg daily	2.5 mg daily	Once daily dosing only.	10 mg per day
Lisinopril	10 mg daily	10 mg daily	Once daily dosing only.	40 mg per day
Enalapril	5 mg daily	5 mg daily	Divided into BID dosing for symptoms, hypotension with high doses, or hypertension between doses.	40 mg per day
Losartan	50 mg daily	50 mg daily	Divided into BID dosing for symptoms, hypotension with high doses, or hypertension between doses.	100 mg per day
Chlorthalidone	12.5 mg daily	12.5 mg daily	Daily dosing only	25 mg per day
Hydrochlorothiazide	12.5 mg daily	12.5 mg daily	Once daily dosing	50 mg per day

Diürezin rolü

Gebeliğin hipertansif hastalıklarında, postpartum dönemde sıvıların intravasküler kompartmana kayması sıktır. Bu durum klinik olarak, postpartum 3–7. günler arasında kan basıncında artış şeklinde yansır. Bu patofizyolojiye dayanarak, postpartum KB kontrolünü iyileştirmek ve yeniden yatış oranlarını azaltmak amacıyla diüretik tedavi önerilmiştir. Hup ve ark. tarafından yapılan bir meta-analize postpartum dönemde diüretik kullanımını inceleyen yedi randomize kontrollü çalışma dâhil edilmiş ve diüretik alan hastaların hastanede yatışları sırasında ek antihipertansif tedaviye daha az ihtiyaç duyduğu gösterilmiştir. Buna karşılık, gebeliğin indüklediği hipertansiyon olgularında postpartum diüretik kullanımının yeniden yatış oranlarına etkisini değerlendirmek üzere tasarlanan başka bir meta-analizde, loop diüretik kullanımı ile hastaneye yeniden yatış oranları arasında anlamlı fark saptanmamıştır. Bu analizdeki çalışmalarda furosemid 20–40 mg/gün dozlarında 3–7 gün süreyle veya torsemid 20 mg/gün dozunda 5 gün süreyle kullanılmıştır. Loop diüretik kullanımının ek antihipertansif gereksinimini azalttığı gösterilmiş; buna karşın iki grup arasında ortalama KB düzeyleri veya hastanede kalış süresi açısından anlamlı fark bulunmamıştır. Roberts ve ark. tarafından yapılan bir meta-analiz, diüretik kullanımı ile postpartum ilk 5 gün içinde hipertansiyon görülme sıklığında azalma olduğunu ortaya koymuştur. Bununla birlikte, diüretik alan hastalar ile almayanlar arasında hipertansiyon yönetimi açısından, ek antihipertansif ilaç gereksinimi dâhil, fark saptanmamıştır. Araştırmacılar, diüretiklerin ek antihipertansif ihtiyacını azaltmayabileceğini; ancak normotansif duruma daha hızlı ulaşılmasına yardımcı olabileceğini ve geleneksel antihipertansiflerle daha sinerjistik şekilde etkili olabileceğini sonucuna varmışlardır. Her iki meta-analizde de, çalışılan gruplar arasında emzirmeye başlama ve mama ile destekleme oranları bakımından anlamlı fark izlenmemiş olup, bu bulgu postpartum dönemde ve emzirmeyi tercih eden hastalarda diüretik kullanımının güvenilirliğine ilişkin güven verici niteliktedir. Diüretikler diğer antihipertansif ilaçlarla kombine edilerek de çalışılmıştır. NICE kılavuzları postpartum hipertansiyon tedavisinde enalapril birinci basamak olarak önermektedir ve ACE inhibitörleri, kardiyoprotektif ve renoprotektif etkileri nedeniyle gebelik dışındaki hipertansiyon tedavisinde tercih edilen tedavi yaklaşımıdır. Postpartum hipertansiyonu olan hastalarda oral kombine hidroklorotiyazid–lisinopril nifedipin ile karşılaştıran bir çalışmada, sistolik kan basıncı ≥ 140 mmHg veya diyastolik kan basıncı ≥ 90 mmHg olarak tanımlanan evre 2 hipertansiyonun postpartum 7–10. günlerde kombine hidroklorotiyazid–lisinopril kullanan hastaların %27’sinde ve nifedipin kullanan hastaların %45’inde saptandığı bulunmuştur. Ayrıca, Ormesher ve ark. tarafından yürütülen çift kör, randomize kontrollü bir çalışmada, preterm preeklampsili hastalarda postpartum enalapril kullanımı değerlendirilmiş; plaseboya kıyasla doğumdan 6 ay sonra diyastolik fonksiyon ve kardiyak yeniden yapılanmada iyileşme gösterilmiştir. Bu bulgu, azalmış renal fonksiyonu olan ve akut sıvı yüklenmesi açısından daha yüksek risk taşıyan hastalar için özellikle önemlidir; bu hastalar postpartum dönemde diüretik kullanımından en fazla fayda görebilir.



TJODist Bülteni

Doğum sonrası dönemde diüretik kullanımının hastanede kalış süresini veya yeniden yatış oranlarını azalttığı gösterilmemiş olsa da, bazı çalışmalar bunun postpartum kan basıncını düşürdüğünü ve böylece ek antihipertansif gereksinimini azalttığını ortaya koymuştur. Diüretiklerin doğum sonrası dönemdeki yararları konusunda hâlâ tartışmalar bulunsada, kullanımını değerlendirmek makuldür.

Postpartum Bakım

Tarihsel olarak aksi iddia edilsede randomize, prospektif klinik çalışmalar, NSAİİ'ye maruz kalanlarda şiddetli hipertansiyon artışı göstermemiştir. Bu da postpartum dönemde ağrı kontrolü için NSAİİ kullanımını destekler. Bu kanıtlara dayanarak, kontrendikasyon yoksa, postpartum bireylerde NSAİİ'ler kullanılabilir.

ACOG, hipertansif hastalığı olan postpartum hastalarda kan basıncının 10 gün içinde değerlendirilmesini önermektedir. **Şiddetli hipertansiyonu olanlar ise taburculuktan sonraki 72 saat içinde görülmelidir.** Doğum sonrası erken dönemde hastaların sağlık hizmeti sunulan ortama başvurması zorlayıcı olabilir. Uzaktan hasta izlemi, sağlık sistemiyle etkileşimi kolaylaştırmak için bir fırsattır ve eşitsizlikleri azalttığı gösterilmiştir. Uzaktan hasta izleminin, sağlık sistemi üzerindeki yükü azaltmanın yanı sıra maternal morbiditeyi de azalttığı gösterilmiştir.

Yeni gelişen veya kötüleşen hipertansiyon ile başvuran hastalar, şiddetli preeklampsisi açısından değerlendirilmelidir. Hipertansif bozukluğu olan postpartum hastalarda ek bir husus da postpartum dönemde nöbet profilaksisi için magnezyum sülfat tedavisine başlayıp başlamama kararıdır. Postpartum dönemde magnezyum sülfata ilk kez yalnızca kan basıncı yüksek olan ve gerilemeyen nörolojik semptomları bulunan postpartum hastalara başlanmalıdır.

Uzun Dönem Sonuçlar

Gebeliğe bağlı hipertansiyon olgularının çoğu postpartum 6 ay içinde düzelir; ancak normotansif duruma geri dönmeyen hastalarda sekonder hipertansiyon nedenleri açısından değerlendirme yapılmalıdır. Bu hastalar, kronik hipertansiyon tanısı almış tipik erişkinler gibi yönetilmelidir.

Kronik hipertansiyonun kardiyovasküler hastalıkla birlikteliği, global olarak kadın mortalitesinin en önemli nedeni olarak kabul edilmektedir. AHA ile ACC, preeklampsiyi **kardiyovasküler hastalık** ve **hiperkolesterolemi** için "riski artıran" bir faktör olarak tanımlamaktadır. Kanada'dan bir milyondan fazla kadını içeren geniş, retrospektif bir kohort çalışmasında kardiyovasküler hastalık insidansını değerlendirmek üzere hastalar medyan 8,7 yıl izlenmiştir. Bu çalışma, indeks gebeliği iskemik plasental hastalıklarla komplike olan hastalarda kardiyovasküler hastalık ve **koroner arter hastalığı** görülme olasılığının iki kat, periferik arter hastalığı görülme olasılığının ise üç kat arttığını göstermiştir. Bu nedenle preeklampsisi gibi olumsuz gebelik sonuçları, etkilenen bireyin gelecekteki sağlık risklerine açılan bir pencere olarak değerlendirilmektedir.



TJODist Bülteni

83 çalışmayı ve 28 milyondan fazla doğumu kapsayan bir meta-analiz, gebeliğinde preeklampsisi geçirenlerde kardiyovasküler hastalık riskinin yaklaşık üç kat arttığını göstermiştir. Yaklaşık 3,5 milyon kadının ve 14 yılı aşkın takip süresinin yer aldığı havuzlanmış sonuçlar, gestasyonel hipertansiyonu olan kadınlarda olmayanlara kıyasla kardiyovasküler hastalık riskinde %67 artış olduğunu ortaya koymuştur. Aynı analizler, preeklampsinin kardiyovasküler hastalığa bağlı mortalite riskinde yaklaşık %75 artış ile ilişkili olduğunu da göstermiştir. Gebeliğin hipertansif hastalığı öyküsü olan hastaların ilerleyen yaşamda hipertansiyon geliştirme olasılığı daha yüksektir; hipertansiyon ise sol ventrikül yeniden yapılanmasına katkıda bulunan önemli bir komorbiditedir. Countouris ve ark., indeks gebelikten 8–10 yıl sonra yapılan ekokardiyografide, gebeliğin hipertansif bozuklukları olan hastalarda olmayanlara kıyasla sol ventrikül duvar kalınlığının arttığını saptamıştır. Bunun, preeklampitik hastalarda görülen renin–anjiyotensin–aldosteron sistemindeki bilinen düzensizlikle ilişkili olduğu düşünülmektedir.

Ayrıca Tayal ve ark. tarafından yürütülen ve medyan takip süresi 7,6 yıl olan yakın tarihli, popülasyon temelli bir kohort çalışması; gebeliğin hipertansif hastalığı öyküsü bulunan hastalarda dilate kardiyomiyopati insidansında iki kat artış olduğunu göstermiştir. İleri anne yaşı ve postpartum hipertansiyon, risk altındaki kadınlarda dilate kardiyomiyopati gelişimi ile özellikle ilişkili bulunmuştur. Bu çalışma, gebeliğin hipertansif bozuklukları olan her 700 kadından birinde dilate kardiyomiyopati gelişeceğini öne sürmüştür. Lawesson ve ark.'nın kesitsel çalışması ise, olumsuz gebelik sonuçları öyküsü ile subklinik koroner ateroskleroz arasındaki ilişkiyi değerlendirmek için koroner bilgisayarlı tomografi anjiyografi indekslerini kullanmıştır. Yaklaşık 30 yıllık medyan takipte, gebeliğin hipertansif bozuklukları öyküsü olan hastalarda sistolik kan basınçlarının sayısal olarak daha yüksek olduğu gözlenmiştir. Ayrıca gebeliğin hipertansif hastalığı öyküsü, koroner ateroskleroz indekslerinin daha yüksek prevalansı ile ilişkili bulunmuştur.

Barrett ve ark.'nın tekil canlı doğumu olan 1,9 milyon kadında kronik böbrek hastalığı (KBH) riskini incelediği çalışmada, katılımcıların %0,9'unun ortalama 20,7 yıllık izlem süresinde KBH geliştirdiği gösterilmiştir. Preeklampsisi tanısı, KBH gelişme riskinde artışla ilişkili bulunmuştur. KBH'nin alt tipleri arasında risk özellikle hipertansif KBH için daha yüksektir. Preeklampsiyile komplike bir gebelikte 32. gebelik haftasından önce en az bir doğum yapan hastalar en yüksek risk grubunu oluşturmuştur. Rekürren preeklampsisi gelişen hastalarda da herhangi bir KBH geliştirme riski artmıştır.

Bu bulgular, hipertansif gebelik bozukluklarıyla komplike bir indeks gebeliğin ortaya çıkardığı geleceğe yönelik sağlık risklerinin kadının yaşamı boyunca sürdüğünü göstermektedir. İndeks gebelik, ilerleyen dönemlerde renal ve kardiyovasküler komplikasyonlar açısından daha yüksek risk taşıyan kadınları belirginleştirir; bu nedenle bu hasta grubunda daha yakın takip gereklidir. En uygun takip aralığı net olarak belirlenmemiştir. Bununla birlikte klinisyenler hastanın renal ve kardiyovasküler sağlığına özellikle dikkat etmeli ve VKİ ile yaşam tarzı değişiklikleri dâhil modifiye edilebilir risk faktörlerini ele almalıdır.



TJODist Bülteni

Sonuç

Obstetrisyenler geçmişte çabalarının büyük kısmını gebelik sırasında hipertansiyonun tedavisine odaklamıştır. Ancak postpartum hipertansiyon haftalar hatta aylar boyunca sürebilir ve maternal morbidite ve mortalitenin önemli sebeplerinden biridir. Doğum sonrası dönemde sıkı kan basıncı kontrolü güvenli görünmektedir, ancak optimal kan basıncı hedefini belirlemek için daha fazla çalışmaya ihtiyaç vardır. Beta blokerler yerine tercihen kalsiyum kanal blokerleri veya ACE inhibitörleri başlanmalıdır. Magnezyum sülfatın doğum sonrası dönemde yalnızca persistan nörolojik semptomları ve hipertansiyonu olan hastalarda başlatılması önerilmektedir. Hastalar taburculuk sonrası düzenli aralıklarla sunucuları yakından izlenmeli; özellikle kardiyovasküler ve renal sistemlere dikkat edilmelidir. Hastalar obezite gibi değiştirilebilir risk faktörlerini ele almaya teşvik edilmelidir.

Bakteriyel Vaginozis Rekürrensini Önlemek için Eş Zamanlı Cinsel Partner Tedavisi



CLINICAL PRACTICE UPDATE

DECEMBER 2025

Concurrent Sexual Partner Therapy to Prevent Bacterial Vaginosis Recurrence

This Clinical Practice Update was developed by the American College of Obstetricians & Gynecologists in collaboration with Anna Powell, MD, MSCR; and Jenell Coleman, MD, MPH.

Çeviren ve Özetleyen: Dr. İnci Sema Taş

Tekrarlayan bakteriyel vaginozis, sıklıkla karşılaşılan bir sorundur. Kadınların yaklaşık %66'sı kadarında ilk tedaviden sonraki 12 ay içinde rekürrens görülmektedir.

Bakteriyel vaginozisin etiyojisi tam olarak anlaşılamamış olsa da, mevcut kanıtlar bunun endojen faktörler ve cinsel aktivite de dahil olmak üzere eksojen maruziyetlerden etkilenen çok faktörlü bir durum olduğunu göstermektedir.

Eş zamanlı erkek cinsel partner tedavisi, bakteriyel vaginozisin tekrarlama riskini azaltmak için potansiyel bir strateji olarak araştırılmıştır, ancak geçmiş çalışmalar net bir fayda gösterememiştir. Bunun olası nedenleri arasında oral monoterapi kullanımı ve erkek partnerlerin tedaviye uyumunun düşük olması yer almaktadır. Örneğin, bir çalışmada, erkek partner tedavisi genel olarak anlamlı bir fayda göstermese de, çok değişkenli modelleme, erkek partnerleri tedaviye daha fazla uyum gösterdiğinde kadınların daha az tedavi başarısızlığı yaşadığını bulmuştur (düzeltilmiş rölatif risk 0,78, %95 CI, 0,67–0,91).

Önceki çalışmaların sınırlamalarının üstesinden gelmek için, yakın zamanda yapılan randomize kontrollü bir çalışmada, bakteriyel vaginozis tanısı konmuş kadınların erkek partnerleri, önceki çalışmalarda olduğu gibi sadece oral tedavi yerine, oral ve topikal antimikrobiyal ajanların bir kombinasyonu ile tedavi edildi. Bu çalışma, bakteriyel vaginozis nüksünde önemli bir azalma bildiren ilk partner tedavisi çalışmasıdır.

Bu yeni bulgular, cinsel aktivitenin bakteriyel vaginozisin bulaşında önemli bir rol oynadığına dair artan biyolojik ve epidemiyolojik kanıtlarla birleştiğinde, bakteriyel vaginozis yönetiminde eş zamanlı cinsel partner tedavisinin kullanımını desteklemektedir.

Partner Tedavisini Destekleyen Yeni Kanıtlar

2025 yılında bakteriyel vaginozis tanısı konmuş 137 kadın ve erkek cinsel partnerlerini içeren çok merkezli, açık etiketli, randomize kontrollü bir çalışmada, tedavi ve kontrol gruplarındaki kadın katılımcılar, oral metronidazol (7 gün boyunca günde iki kez) veya oral antibiyoterapi kontrendike ise vaginal lokal ajanlar (7 gece boyunca %2 klindamisin krem veya 5 gece boyunca %0,75 metronidazol jel) ile tedavi aldılar. Tedavi grubundaki erkek partnerler ise eş zamanlı olarak çok dozlu oral metronidazol ve topikal %2 klindamisin krem (2 cm çapında krem, 7 gün boyunca günde iki kez penis başına veya sünnetsiz ise sünnet derisinin altına ve şafta uygulandı) ile tedavi edildiler (6).

Katılımcılardan 7 günlük tedavi süresince cinsel ilişkiden kaçınmaları istendi. Araştırmacılar, 12. haftada standart tedavinin partner tedavisine göre açıkça daha başarısız olduğunu gözlemlediklerinde çalışmaya katılımcı alımı erken durduruldu: Rekürrens oranları tedavi grubundaki katılımcıların %35'ine (nüks oranı 1,6/kişi-yıl, %95 CI, 1,1–2,4) karşılık kontrol grubunda %63 (nüks oranı, 4,2/kişi-yıl, %95 CI, 3,2–5,7) olarak saptandı. Bu da kişi-yıl başına 2,6 rekürrens (%95 CI, 24,0 ila 21,2) mutlak risk farkına karşılık geliyordu (6). Tüm kadınlar reçete edilen ilaçlarının en az %70'ini aldıklarını bildirdi ve bakteriyel vaginosis nüks riski, erkek partnerinin %100 tedaviye uyum bildirdiği kişilerde en düşüktü (1,3/kişi-yıl, %95 CI, 0,7–2,6). En sık bildirilen sistemik yan etkiler, bulantı, baş ağrısı ve ağızda metalik tat gibi oral metronidazol tedavisiyle ilişkili olduğu bilinen yan etkilerdi. Erkek partnerlerin %7 kadarında hafif penis tahrişi veya kızarıklığı bildirildi. Ciddi yan etki bildirilmedi.

Bu sonuçlar önemli olsa da, çalışmanın birkaç sınırlaması vardı. Sadece tek eşli heteroseksüel çiftler çalışmaya dahil edildi ve kadın katılımcıların çoğunda tekrarlayan enfeksiyon için en az bir risk faktörü vardı (örneğin, bakteriyel vaginosis öyküsü, rahim içi cihaz kullanımı, sünnetsiz erkek partner).

Erkek partner idame tedavisinin gerekli olup olmadığını ve cinsel partner tedavisinin, kadınlarla cinsel ilişkiye giren kadınlar, tek eşli olmayan ilişkilerdeki bireyler ve yeni ortaya çıkan veya asemptomatik bakteriyel vaginosisli hastalar da dahil olmak üzere daha geniş popülasyonlarda etkili olup olmadığını belirlemek için daha uzun vadeli çalışmalara ihtiyaç vardır.

Bakteriyel Vaginoziste Cinsel Yolla Bulaş

Bakteriyel vaginosis rekürrensini önlemek için cinsel partner tedavisi, bakteriyel vaginosisin cinsel yolla bulaştığını gösteren artan ve güçlü kanıtlarla daha da desteklenmektedir. Bakteriyel vaginosisin ortaya çıkışı, bakteriyel cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlara benzer bir kuluçka süresine sahiptir. Bakteriyel vaginosis, ağırlıklı olarak cinsel olarak aktif popülasyonlarda görülür ve cinsel aktivite öyküsü olmayan bireyler arasında nadirdir. Gözlemsel çalışmalar, bakteriyel vaginosis insidansı ile yeni veya birden fazla cinsel partner varlığı arasında güçlü bir ilişki olduğunu göstermiştir ve bakteriyel vaginosis rekürrens riski, düzenli cinsel partneri olan kadınlarda en yüksektir. Mikrobiyolojik kanıtlar, bakteriyel vaginosis ile ilişkili bakterilerin kadın ve erkek cinsel partnerler arasında bulaş olduğunu desteklemektedir. Genital salgılara maruziyeti azaltan düzenli prezervatif kullanımı gibi müdahaleler, bakteriyel vaginosisin daha düşük insidans ve rekürrens oranlarıyla ilişkilidir.

Kadın Partnerler için Tedavi

Kadın çiftler arasında bakteriyel vaginosis nüksünün önlenmesi için eş zamanlı partner tedavisinin kullanımı yeni bir araştırma alanı olmasına rağmen, bu tedavinin kullanımı, kadın cinsel partnerler arasında bakteriyel vaginosisin cinsel yolla bulaşmasının önemli bir bulaşma mekanizması olduğunu öne süren epidemiyolojik ve mikrobiyolojik kanıtlarla desteklenmektedir. Örneğin, yeni veya birden fazla kadın cinsel partneri olduğunu bildiren kadınlarda, özellikle bakteriyel vaginosis semptomları veya öyküsü mevcutsa, yeni ve tekrarlayan bakteriyel vaginosis riski artmaktadır. Ayrıca, tek eşli kadın çiftlerin vaginal mikrobiyotası üzerine yapılan çalışmalar, hem normal flora hem de bakteriyel vaginosis ile ilişkili türler için yüksek uyumluluk göstermektedir.



TJODist Bülteni

Uygulamada Dikkat Edilecek Noktalar

Erkek partner tedavisi için uygun adaylar semptomatik, tekrarlayan enfeksiyonu olan, tek eşli bir ilişkide bulunan ve düzenli bir erkek cinsel partneri olan hastalardır. Bu kriterleri karşılamayan hastalar için ortak karar alma önerilir. Bu hastalar için, belirsiz terapötik fayda, yan etkiler ve partner tedavisi için olası ek maliyetler gibi hususlar göz önünde bulundurulmalıdır. Tekrarlayan, semptomatik bakteriyel vaginozisi olan hastaların partnerleri, kendi sağlık uzmanlarından değerlendirme ve tedavi aramaya teşvik edilmelidir. Partnerin bakıma erişimi yoksa, hastanın hekimi, hasta-hekim ilişkisi kurulduktan sonra eşcinsel partnere reçete yazmayı düşünebilir. Hekimler, erkek partnerle hasta-hekim ilişkisi kurup kuramayacaklarını ve nasıl kuracaklarını belirlerken yerel düzenlemelere ve kurumsal politikalara uymalıdır.

Hasta bilgilendirmesi, kadın ve erkek hastalarda beklenen yan etkileri ele almalıdır (örneğin, oral metronidazol [7 gün boyunca günde iki kez 500 mg] ile bulantı ve metalik tat, %2 klindamisin krem [7 gün boyunca günde iki kez uygulanır] ile olası hafif penis tahrişi).

Tedavi sırasında cinsel perhizin önemi ve her iki partner için de tedavi rejimine sıkı sıkıya uyulması vurgulanmalıdır (6). Cinsel perhize alternatif olarak, erkek partnerler yeniden enfeksiyon riskini azaltmak için cinsel aktivite sırasında prezervatif kullanılmalıdır. Hastalar ve partnerleri ayrıca, bakteriyel vaginozis için cinsel partner tedavisinin sigorta tarafından karşılanmayabileceği için, cepten ödenebilecek tedavi masraflarının da farkında olmalıdır.

Bakteriyel vaginozisin önlenmesi ve tedavisi hakkında ek bilgi için lütfen ACOG ve CDC ilgili kılavuzlara bakınız.

GÜNCELLENMİŞ KLİNİK ÖNERİLER

Tekrarlayan, semptomatik bakteriyel vaginozisli yetişkin hastaların erkek cinsel partnerleri için oral ve topikal antimikrobiyal ajanların kombinasyonu ile eş zamanlı cinsel partner tedavisi düşünülmelidir.

Aynı cinsiyetten partnerleri olan tekrarlayan, semptomatik bakteriyel vaginozisli yetişkin hastalar ve semptomatik bakteriyel vaginozisin ilk kez görüldüğü hastalar için eş zamanlı cinsel partner tedavisi konusunda ortak karar alma önerilir.



TJODist Bülteni



TJOD İSTANBUL

Türk Jinekoloji ve Obstetrik Derneği

JİNEKOLOJİ VE ÜRİNER SİSTEM

8 Mart 2026, Pazar

Radisson Blu Hotel, İstanbul Şişli



Doç. Dr.
Nil Atakul Anısına



**Toplantı
Sorumluları**

**Funda Güngör Uğurlucan
Veli Mihmanlı**

www.tjodistanbul.org



8 Mart 2026, Pazar



09:00-14:20

Radisson Blu Hotel, İstanbul Şişli

JİNEKOLOJİ ve ÜRİNER SİSTEM

Toplantı Sorumluları: Funda Güngör Uğurlucan, Veli Mihmanlı

09:00-09:25 Kahvaltı

09:25-09:30 Açılış Konuşması

Engin Oral

09:30-11:15 **1. OTURUM: Jinekolojide Üriner Sistem Sorunları**
Oturum Başkanları: Abdülkadir Turgut, Numan Çim

09:30-09:45 Menopozun Genitoüriner Sendromu

Fisun Vural

09:45-10:00 Jinekolojik Cerrahilerde Üriner Sistem Komplikasyonlarını Nasıl Engelleyelim?
Nasıl Yönetelim? (Abdominal, Laparoskopik ve Vaginal Cerrahiler)

Cenk Yaşa
İsmail Alay

10:00-10:15 Tekrarlayan İdrar Yolu Enfeksiyonları ve Aşılar

10:15-10:30 Sık İdrara Gidiyorum; İdrar Yolu Enfeksiyonu mu? Ağrılı Mesane mi?

Reyyan Gökçen İşcan

10:30-10:45 Endometriosis ve Üriner Sistem

Taner Usta

10:45-11:00 Vazomotor Semptomların Tedavisinde Yeni Ne Var?

Özlem Dural

11:00-11:15 Tartışma

11:15-11:45 Kahve Molası

11:45- 12:30 **2. OTURUM: Üriner İnkontinans (Stres Üriner İnkontinans, Aşırı Aktif Mesane) Paneli**
Moderatör: Funda Güngör Uğurlucan
Panelistler: Turhan Aran, Hüseyin Cengiz, Nalan Çapan, Fuat Demirci,
Berna Haliloğlu Peker

12:45-14:20 **3. OTURUM: Ürojinekoloji Video Oturumu**
Oturum Başkanları: Gürkan Kıran, Veli Mihmanlı

12:45-12:53 Burch Kolposuspansiyon

Süleyman Salman (Gaziosmanpaşa EAH)

12:53-13:01 Periüretal Enjeksiyon

Serdar Aydın (Koç Üniversitesi)

13:01-13:09 İntravezikal Botulinum Toksin Uygulaması

Keziban Doğan (Bakırköy Dr. Sadi Konuk EAH)

13:09-13:17 TVT

Özge Karkın (Kanuni Sultan Süleyman Hastanesi)

13:17-13:25 TOT

Ezgi Ceren Dallı Alper (Ümraniye EAH)

13:25-13:33 Puboüretal Ligaman Plikasyonu

Paşa Uluğ (İstanbul Haseki EAH)

13:33-13:41 Pubovaginal Sling

Ersin Erdinç Çelebi (Cemil Taşçıoğlu Şehir Hastanesi)

13:41-13:49 Minisling

Ülkü Özmen (Marmara Üniversitesi)

13:49-13:57 Mesaneye Erode Meşin Laparoskopik Çıkarılması

İnci Sema Taş (İstanbul Tıp Fakültesi)

13:57-14:20 Tartışma ve Kapanış



TJODist Bülteni



TJOD İSTANBUL

Türk Jinekoloji ve Obstetrik Derneği

İNFERTİLİTEDE TARTIŞMALI KONULAR

12 Nisan 2026, Pazar

Radisson Blu Hotel, İstanbul Şişli



**Toplantı
Sorumluları**

**Ayşe Seyhan
Kübra Boynukalın**

www.tjodistanbul.org



12 Nisan 2026, Pazar



09:30-13:00

Radisson Blu Hotel, İstanbul Şişli

INFERTİLİTEDE TARTIŞMALI KONULAR

Toplantı Sorumluları: Ayşe Seyhan, Kübra Boynukalın

09:30-10:00 Kahvaltı - Kayıt

10:00-10:10 Açılış Konuşması

Ayşe Seyhan

1. OTURUM: Anovulatuvar PCOS Hastaları Direkt IVF'e Alınmalı mı?

Oturum Başkanı: Bülent Baysal

10:10-10:25 Evet

10:25- 10:40 Hayır

10:40-10:50 Tartışma

Aret Kamar

Pelin Öcal

2. OTURUM: Düşük Over Rezervi Olan Hastalar Direkt IVF'e Alınmalı mı?

Oturum Başkanı: Belgin Devranoğlu

10:50-11:05 Evet

11:05-11:20 Hayır

11:20-11:30 Tartışma

Burçin Balcı Karamustafaoğlu

Erkut Attar

11:30-11:45 Kahve Molası

3. OTURUM: Endometriosis Saptanan Hastalar Direkt IVF'e Alınmalı mı?

Oturum Başkanı: Kübra Boynukalın

11:45-12:00 Evet

12:00-12:15 Hayır

Yiğit Cakıroğlu

Tayfun Bağış

4. OTURUM: Aşılama Tedavisini Güncel Üreme Tıbbında Yeri Var mı?

Oturum Başkanı: Ayşe Seyhan

12:15-12:30 Evet

12:30-12:45 Hayır

12:45-13:00 Kapanış

Tansu Küçük

Sedat Kadanalı



TJODist Bülteni



TJOD İSTANBUL

Türk Jinekoloji ve Obstetrik Derneği

JİNEKOLOJİ UZMANI NE ZAMAN JİNEKOLOJİK ONKOLOJİYE İHTİYAÇ DUYAR?

6 Mayıs 2026, Çarşamba

Radisson Blu Hotel, İstanbul Şişli



**Toplantı
Sorumluları**

**Serdar Açıkgöz
Tevfik Tugan Beşe**

www.tjodistanbul.org



6 Mayıs 2026, Çarşamba



19:00-22:00

Radisson Blu Hotel, İstanbul Şişli

JİNEKOLOJİ UZMANI NE ZAMAN JİNEKOLOJİK ONKOLOJİYE İHTİYAÇ DUYAR?

Toplantı Sorumluları: Serdar Açıkgoz, Tevfik Tugan Beşe

Açılış Konuşması

Samet Topuz

19.00-20.00

I. PANEL – ENDOMETRİAL PATOLOJİLERDE NE ZAMAN JİNEKOLOJİK ONKOLOJİ?

Oturum Başkanı: Mehmet Macit Arvas

Panelistler: Çağatay Taşkıran, Gürkan Kıran, Alpaslan Kaban

19.00-19.07

Anormal Uterin Kanamalarda NICE Kılavuz Önerileri:
Değerlendirme ve Yönlendirme Basamakları

Emin Erhan Dönmez

19.08-19.15

Endometrial Hiperplazi (Atipisiz & Atipili) Yönetimi:
ESGE ve NCCN Güncel Önerileri

Merve Talmaç

19.15-20.00

Panel – Pratik Yönleri ile Olgu ve Senaryo Tartışmaları

20.00-21.00

II. PANEL – SERVİKAL PATOLOJİLERDE NE ZAMAN JİNEKOLOJİK ONKOLOJİ?

Oturum Başkanı: Faruk Köse

Panelistler: Abdullah Serdar Açıkgoz, Hamdullah Sözen, İkbâl Temel Yüksel

20.00-20.07

Anormal Servikal Tarama Sonuçları ve 2019 ASCCP
Risk Bazlı Yönetim Algoritmaları

Yağmur Minareci

20.08-20.15

Kolposkopi ve Servikal Preinvaziv Lezyon Yönetimi: Pratik Güncel Yaklaşım

Harika Yumru

20.15-21.00

Panel - Pratik Yönleri ile Olgu ve Senaryo Tartışmaları

21.00-22.00

III. PANEL – ADNEKSİYEL PATOLOJİLERDE NE ZAMAN JİNEKOLOJİK ONKOLOJİ?

Oturum Başkanı: Fuat Demirkıran

Panelistler: Samet Topuz, Murat Apı, Oğuzhan Kuru, Canan Kabaca Kocakuşak

21.00-21.07

Adneksiyel Kitlelerde Malignite Riskinin Değerlendirilmesi:
IOTA, O-RADS ve ESGO/ACOG Önerileri

Fatma Ferda Verit

21.08-21.15

Adneksiyel Kitlelere Minimal İnvaziv Yaklaşım:
ESGO/ESMO Kılavuzlarına Göre Hasta Seçimi

Başak Özge Kayan

21.15-22.00

Panel – Pratik Yönleri ile Olgu ve Senaryo Tartışmaları



TJODist Bülteni



TJOD İSTANBUL

Türk Jinekoloji ve Obstetrik Derneği

HER YÖNÜYLE DOĞUM

14 Haziran 2026, Pazar

Radisson Blu Hotel, İstanbul Şişli



**Toplantı
Sorumluları**

**Özlem Pata
Tuğba Sivrikoz**

www.tjodistanbul.org



14 Haziran 2026, Pazar



09:00-14:00

Radisson Blu Hotel, İstanbul Şişli

HER YÖNÜYLE DOĞUM

Toplantı Sorumluları: Özlem Pata, Tuğba Sivriköz

09:00-09:30

Kahvaltı

09:30-09:40

Açılış Konuşması - *Engin Oral*

09:40-10:40

Doğum Eylemi

Moderatör: *Özlem Pata*

Panelistler: *Cem Batukan, Hanife Altunkaya, Emre Erdoğan, Selçuk Somer*

- Friedman Eğrisinden Bu Yana Partogram ve Doğum Eylemi Takibinde Neler Değişti?
- Term Gebelikte Doğum İndüksiyonu
- İntrapartum Ultrasonografi Doğum Pratiğinde Neler Sağlar, Neleri Değiştirir?
- Vajinal Doğumda Ağrı Kontrolü?
- Tartışma

10:40-11:40

Karar Vermede Zorlandığımız Durumlar

Moderatör: *Halil Aslan*

Panelistler: *Umut Dilek, Doruk Cevdi Kaplan, Oluş Api*

- İntrapartum Fetal Distresi Nasıl Tanıyalım? - Nasıl yönetelim?
- Zorlu Operatif Vajinal Doğuma Yaklaşım
- Tam Açık Sezaryenden Nasıl Kaçınalım? Nasıl Yönetelim?
- Tartışma

11:40-12:00

Kahve Molası

12:00-13:00

Doğumda Tanı ve Uygulamada Zorlandığımız Durumlar

Moderatör: *Gökhan Yıldırım*

Panelistler: *İbrahim Bildirici, Mucize Eriç Özdemir, Alev Atış Aydın*

- Dekolman Plasenta
- Omuz Distosisi: Öngörülebilir mi? Önlenebilir mi?
- Makat Geliş: Vajinal Doğum, Eksternal Versiyon, Sezaryan Doğum
- Sezaryen Sonrası Vajinal Doğum

13:00-14:00

Peripartum Dönemde Bizi Bekleyen Komplikasyonlardan Nasıl Korunuruz?

Moderatör: *Esra Esim Büyükbayrak*

Panelistler: *Mert Turğal, Ebru Davutoğlu, Aytaç Yüksel, Ozan Doğan*

- Perine yaralanması
- Kanama
- Perineal fonksiyonel endişeleri nasıl giderebiliriz?