



TJODist Bülteni

Ağustos 2018

Başkandan



Değerli Meslektaşlarımız,

Türk Jinekoloji ve Obstetrik Derneği (TJOD) İstanbul Şubesi seçimleri 10 Haziran 2018 tarihinde gerçekleştirilmiş ve 2018-2020 dönemi için yeni yönetim kurulu, delege ve denetleme üyeleri seçilmiştir. 19 Haziran 2018 tarihinde YK üyeleri toplanmış ve aşağıdaki gibi görev dağılımı yapmıştır;

Başkan: **Dr. Ahmet Gül**

II. Başkan: **Dr. Recep Has**

Sekreter: **Dr. Funda Güngör Uğurlucan**

Sayman: **Dr. Veli Mihmanlı**

Üyeler: **Dr. Halil Aslan, Dr. Barış Ata, Dr. Burcu Özmen Demirkaya,**

Dr. Albert Kazado, Dr. Engin Oral, Dr. Abdullah Tüten, Dr. Gökhan Yıldırım

Öncelikle bugüne kadar görev yapan tüm YK üyelerine emekleri için teşekkür ederiz. Mesleğimiz adına iyi bir dönem olması için hep birlikte çalışmak istiyoruz. Bu iki yıllık dönemde her yıl **Eylül-Haziran ayları 9-10 toplantı programı yapılmış** ve mümkün olduğu kadarıyla **tüm kadın-doğumu kapsayıcı** olmasına özen gösterilmiştir. Bu toplantılarımızı bu yıl da **Hilton Bosphorus**'da yapmak istiyoruz. Ayrıca **tüm İstanbul'u kapsamak adına** bu 9-10 toplantının bir-ikisini mümkün olursa Anadolu yakasında yapmak için çalışmalarımız devam etmektedir. Toplantı tarihlerini ve ana konu başlıklarını bülten içersinde görmemiz mümkündür.

Yönetim Kurulu olarak meslektaşlarımızın mümkün olduğu kadar daha fazla katılmasını, soru ve cevaplarla katkı sağlamasını temenni ediyoruz. Her türlü sorunlarınızda sizleri dinlemeye hazırız, imkan dahilinde yardımcı olmak istiyoruz, bunu görevimiz olara kabul ediyoruz. Toplantıların son 20 dakikasını sorunlar, eleştiriler ve çözüm önerilerine ayıracağız. Ayrıca öğretici vaka ve makale sunumları içinde vaka/makale zamanı ayırmak istiyoruz. Toplantı programlarımızı web sayfamızdan takip edebilirsiniz. (www.tjodistanbul.org)

Sevgili meslektaşlarımız, bilindiği üzere her gün yoğun ve stresli bir ortamda çalışmaktayız. Hem rahatlamak, enerji depolamak ve ayrıca meslektaşlarımız arasında tanışma, dayanışma, sevgi ve saygıyı arttırmak için sosyal aktiveler planlıyoruz, katılımınız bizlere ve mesleğimize güç verecektir.

Son olarak YK olarak her türlü öneri ve eleştiriye açık olduğumuzu, bize bildirmenizi rica ediyoruz, çözüm için sizlerin de desteği ile emek harcayacağımızı samimiyetle bilmenizi isteriz.

Ayrıca TJOD İstanbul bülteninin hazırlanma sürecinde emegi geçen editorial üyelerin tümüne yönetim kurulu adına teşekkür ederiz.

Hepinize sevgi ve saygılar

Dr. Ahmet GÜL

TJOD İstanbul Başkanı, TJOD İstanbul YK adına



TJODist Bülteni

Editörden



Sayın Meslektaşlarım,
Yeni dönemin bu ilk bülteninde sizlerle beraber olmaktan mutluyuz. Bültenlerimizin akademik içeriğini geçen dönem olduğu gibi **Dr. Engin Oral, Dr. Cenk Yaşa, Dr. Berna Aslan, Dr. Nadiye Dugan, Dr. Hakan Erenel, Dr. Engin Türkgeldi**'den oluşan editoryal kurulumuz ile hazırlamaya devam ederken, bu dönem kurulumuza **Dr. Cihan Kaya** da katılıyor. Bu sayımızda **Dr. Ezgi Darıcı** da bir yazıyla katkıda bulunuyor.

Bu dönem bültenlerimizde yeni bir bölüm olarak deneyimli hocalarımızla yapılan söyleşileri bulacaksınız. Hocalarımızın sadece mesleki değil insani deneyimlerini de gençlere aktarmanın hepimize ufuk açacağını düşünüyoruz. Beğenerek okuyacağınıza eminim.

Bu sayımızda **postopartum kanama profilaksisinde** standart WHO önerisinden daha etkili olan seçenekleri ortaya koyan bir derlememiz, **slinglerin avantaj ve dezavantajlarını** karşılaştıran bir derlememiz, **disparoni değerlendirme ve yönetimini** ele alan bir rehberimiz, Avrupa İnsan Üremesi ve Embryoloji Derneği'nin (ESHRE) yeni yayınladığı **Polikistik Over Sendromu Rehberinin Tanı** kısmının özeti, **kanser sağ kalanlarında egzersizin faydalarını** değerlendiren bir derlememiz var.

Sizler için makale seçerken genel jinekoloji ve obstetri ile beraber üst uzmanlık alanlarımızdan, genel okuyucuya hitap edebilecek, günlük uygulamalarda direkt yardımcı olabilecek derleme, özet, rehber gibi yayınları seçmeye özen gösteriyoruz. Tüm literatürü gözden geçirmemiz imkansız olduğundan, sizlerin dikkatini çeken, meslektaşlarımızın faydalanacağını düşündüğünüz, paylaşılsa iyi olur dediğiniz makaleler olursa lütfen bana iletin. E-mail adresim: barisata@ku.edu.tr

Ayrıca meslektaşlarımız ve üyelerimizle paylaşmak istediğiniz görüşleriniz ve yazılarınız olursa onları da değerlendirmekten mutlu oluruz.

Hepimize verimli bir yeni dönem dilerim.

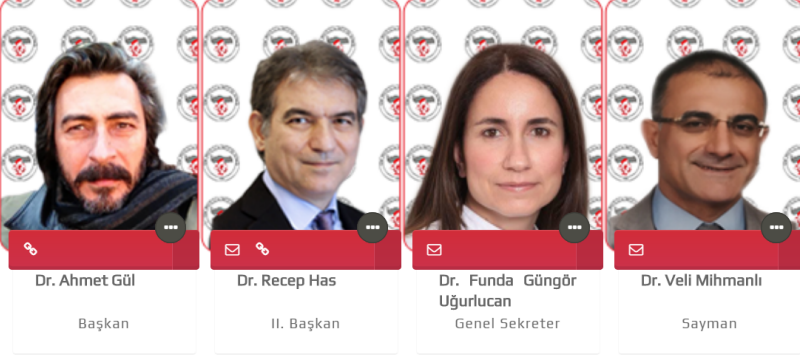
Dr. Barış Ata

Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı
Koç Üniversitesi Tıp Fakültesi

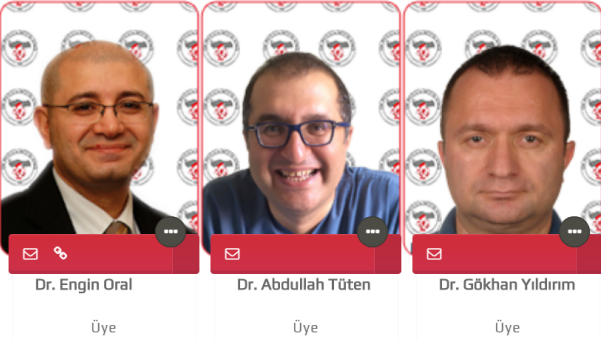
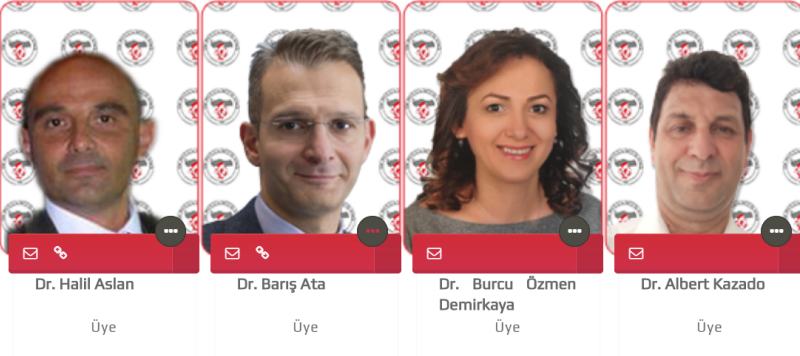


TJODist Bülteni

Tjod İstanbul Yönetim Kurulu //



Üyeler (soyadı sırasıyla) //



Bülten Editörler Kurulu

(Soyadı sırası ile)

Editörler

Dr. Barış Ata
Dr. Engin Oral

Editöryal Kurul Üyeleri

Dr. Berna Aslan,
Dr. Engin Çelik
Dr. Nadiye Dugan,
Dr. Hakan Erenel,
Dr. Cihan Kaya
Dr. Engin Oral,
Dr. Engin Türkgeldi
Dr. Cenk Yaşa,

Bu sayımıza katkıda bulunan

Dr. Ezgi Darıcı

TJOD İSTANBUL TOPLANTI TARİHLERİ 2018-2019

Toplantı	Tarih	Konu	Yer
1	16 Eylül 2018	Ürojinekoloji	Hilton Bosphorus
2	28 Ekim 2018	Onkoloji	Hilton Bosphorus
3	18 Kasım 2018	Obstetrik-Perinatoloji	Hilton Bosphorus
4	23 Aralık 2018	Üreme endokrinolojisi	Hilton Bosphorus
5	13 Ocak 2019	Genel Jinekoloji	Hilton Bosphorus
6	17 Şubat 2019	İnfertilite	Hilton Bosphorus
7	16 Mart 2019	Obstetrik-Perinatoloji	Hilton Bosphorus
8	14 Nisan 2019	Jinekolojik Endoskopi	Hilton Bosphorus
9	05 Mayıs 2019	Obstetrik Ultrasonografi	Anadolu
10	26 Mayıs 2019	Obstetrik-Perinatoloji	Hilton Bosphorus



TJODist Bülteni

Hocamızla Söyleşi



Dr Yavuz Ceylan

- Bakırköy Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi Klinik Şeflerinden
- Doğum tarihi ve yeri: 27.Kasım.1948 İstanbul
- Üniversite: İstanbul Üni. İstanbul Tıp Fak. 1972
- Asistanlık eğitimi: İst. Üni. İst. Tıp Fak. Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği 1972-76
- Klinik şefliği: 1983-2011

Söyleşiyi yapan: **Dr. Nadiye Dugan**

1950'li yıllarda açılan ve 1970'li yıllardan itibaren kadın doğum asistan eğitimini veren bir klinikte 28 yıl eğitim verdiniz, şu günlere baktığınızda kadın doğum eğitimindeki değişimi nasıl yorumluyorsunuz? Asistan ve uzmanlara yönelik önerileriniz nedir?

Bence Kadın-Doğum eğitimindeki değişimi, Türkiye'nin sağlık sistemindeki değişimden ayrı yorumlamak gerekir. Bir yandan, tüm dünyaya paralel olarak endoskopi, BT, MRI, USG ve yan dallar gibi sağlık teknolojisindeki ilerlemeler asistan eğitimini olumlu yönde etkilerken, diğer yandan hastayı müşteri gibi kabul eden; hekimi, geçineceği parayı performans sistemi ile kazanmaya zorlayan, etik ve deontolojik ilkelerin geri plana itildiği ve hukuksal baskının aşırı hissedildiği mevcut sistem olumsuz yönde etkilemektedir.

Bir sistemdeki olumlu ya da olumsuz değişiklikler, bileşik kaplar kuralına göre sistemi oluşturan tüm alt kurumları da etkileyecektir. Bir ülkede 100'den fazla tıp fakültesi, dolayısıyla Kadın-Doğum klinikleri açılıyorsa ve bunların çoğu özel ve vakıf üniversitelerinin fakülteleri oluyorsa, kurumlar arası öğretim üyesi transferleri kaçınılmaz olacak ve bu transferler, doğal olarak bazı kurumların lehine olurken, bazı kurumların aleyhine olacaktır. Nitekim, Kadın-Doğum eğitiminde özellikle üniversite ve devlet eğitim hastaneleri ciddi oranda eğitim elemanı kaybına uğradılar. Cerrahi ağırlıklı bir dal olan Kadın-Doğum branşında asistan eğitimi, yüzlerce yıldır usta-çırak ilişkisi içinde yapılmaktadır, ki böyle de olmalıdır.

Günümüzde kolayca ulaşılan kitaplardan, internetteki ameliyat videolarından pek çok şey öğrenilebilir, ancak deneyimli bir usta ile ameliyata girmek, onun klivajları bulmasını izlemek, bir düğümü nasıl attığını görmek, eğitimin tamamlayıcı unsurlarıdır. Galiba giderek eğitimin bu yönünü kaybediyoruz. Ayrıca, hocalarımdan gördüğüm gibi şahsen hiç aksatmamaya çalıştığım sabah ve akşam vizitleri de hem tıbbi bilgilerin paylaşılması, hem de hekim-hasta ilişkilerinin öğrenilmesi açısından çok önemliydi. Günümüzde pek çok kez tanık da olduğum gibi, eğitim elemanlarının katıldığı sabah vizitleri giderek aksatılmaya başlandı. Maalesef asistana, **"Serviste ne var, ne yok?"** diye sormak, vizitin yerini almaya başladı.

TJODist Bülteni

Geçmişe kıyasla hekim-hasta ilişkilerinde olumsuz yönde değişimler yaşandı. Hekime uygulanan şiddetin nedenleri nedir? Azaltmak ve sağlıklı bir hekim-hasta ilişkisi bakanlık, dernekler ve hekimler bazında neler yapılmalı?

Hekim-hasta ilişkilerindeki değişim, dünyada “paternalist hekimlik” anlayışının değişmesiyle başladı. Yâni artık buyuran, kendisiyle pek konuşulamayan, ancak hastası için en doğruyu yapmaya çalışan hekimliğin yerini; anlatan, tedavi sürecini hastayla paylaşan ve onam aldığı tedaviyi uygulayan hekimliğe geçildi. **“Hekimi yargılayan tek bir yüce makam vardır, o da vicdandır”** anlayışının yerini, hekimin suçlandığı, yargılandığı ve tazminatlar ödediği bir sistem aldı. Ülkemizde ise, Sağlıkta Dönüşüm Programı ile başlayan popülist yaklaşım, hasta ile hekim birer taraf hâline getirdi; oluşturulan SABİM Alo 184 hattı, her türlü şikayeti hiçbir süzgeçten geçirmeksizin soruşturmaya başladı. 5-6 dakikada bir verilen randevular, performansını arttırmak için daha fazla (doğal olarak niteliksiz) hasta bakmaya (!) çalışan ve gereksiz ileri tetkik isteyen doktorlar, hekim-hasta ilişkilerini olumsuz etkiledi. Hastaların doktorlara duyduğu saygı giderek azaldı. Bu uygulamalar da doktorları **“şamar oğlanı”** hâline getirdi. Ayrıca, toplumun genelinde kadına olsun, hayvanlara olsun, birbirimize olsun artmakta olan şiddet eğilimi, hasta ve yakınları tarafından, karşılarında duran müdafaasız doktorlara çok kolay bir şekilde yönlendirilmeye başlandı.

Bu gidişi durdurmak, başta hükümet olmak üzere hepimize düşmektedir. İktidar derhal, her hastaneye bir polis koymak gibi, ki zaten vardı, polisiye önlemler yerine, sorunu tüm yönleriyle ele almalı, hekimler hakkında suçlayıcı tavrından vazgeçmeli, şiddet ikliminin tersine dönmesini sağlamalıdır. Dernekler ve tabip odaları, hükümet nezdinde başvurularını yaparken dernekler, web sitelerinde, kongrelerde etik ve iyi hekimlik konularında oturumlara yer vermelidir. Hem yöneticiler, hem de biz doktorlar, Tıp Sanatı'nın kadim ilkelerine dönmeli, hekimliği lâyük olduğu yere oturtmalı. Konu, bu kısa söyleşinin sınırlarına sığmayacak kadar uzun.

Yakın zamanda bir kitap çıkardınız. Kitabınızı bize anlatır mısınız?

Etik ve deontolojik ilkelere gönül vermiş biri olarak, son yıllarda giderek kaybetmekte olduğumuza inandığım bu ilkeler hakkında, geliri İstanbul Tabip Odası'na ait olmak üzere **“Doktorluktan Hekimliğe”** adlı bir kitap yazdım. Tıp Fakültesi'nden “doktor” yâni bir tanı ve tedavi teknisyeni olarak çıkmaktayız. “Hekim” olmak ise, ilerleyen yıllarda elde ettiğimiz (ya da edemediğimiz) bir özelliktir. Hekim sözcüğü, kutsal bilgi, doğru ve yanlışı, iyi ve kötüyü ayırt etme anlamındaki “Hikmet” kökünden türemiştir. Hasta, “hekim” olmuş “doktor” için her şeydir. Onun her şeyi ile ilgilenir, dinler, bir daha dinler, anlatır, bir daha anlatır, onun için en doğru olduğuna inandığı güncel tedaviyi yapar, izler, komplikasyonu, ki makul bir oranda olması kaçınılmazdır, vakit geçirmeden gidermeye çalışır, **“en doğruyu ben bilirim”** demek yerine danışmaya önem verir, hastanın sırrını korur ve tüm bunları yaparken **“gülümser”**. İşte kitap, bunlardan söz ediyor ve **“iyi hekimliğin”** yollarını tıp tarihinden örneklerle göstermeye çalışıyor. Tüm doktorlarımız **“iyi hekim”** olmaya ve tüm halkımız da bu **“iyi hekimler”**den hizmet almaya lâyıktır.

Yavuz Ceylan hocamıza bu keyifli söyleşi için teşekkür ederiz.

Uterotonik ajanların postpartum kanama önlenmesindeki etkinliği- Meta-analiz

Gallos ID, Williams HM, Price MJ, Merriel A, Gee H, Lissauer D, Moorthy V, Tobias A, Deeks JJ, Widmer M, Tunçalp Ö, Gülmezoglu AM, Hofmeyr GJ, Coomarasamy A. Cochrane Database SystRev. 2018 Apr 25;4:CD011689

Özetleyen: **Dr. Hakan Erenel**

Veri toplanması ve Analiz

Bu meta-analiz totalde 88.947 olguyu içeren 140 randomize çalışmayı barındırmaktadır. Çalışmalar çoğunlukla 37. Gebelik haftasının üzerindeki vajinal doğum yapan hastaları içermektedir. Materyal ve metod açıklaması yetersiz olduğundan çoğu çalışmada bias riski belirsizdir ve bu daha çok karbetosinle diğer uterotonikleri karşılaştıran çalışmalardaki güvenilirliği etkilemektedir.

Sonuçlar

Doğum sonrası 500 ml üzerindeki postpartum kanamayı (PPK) önlemek için en etkili tedavi seçenekleri ergometrin-okситosin kombinasyonu, sadece karbetosin, oksitosin-mizoprostol kombinasyonudur. Bu üç seçenek de 500 ml üzerindeki PPK'ların önlenmesinde Dünya Sağlık Örgütü'nün önerdiği sadece oksitosine göre daha etkilidir (ergometrin-okситosin kombinasyonu risk oranı (RR) 0.69 (%95 CI 0.57-0.83), kanıt kalitesi orta; karbetosin RR 0.72 (%95 CI 0.52-1.00), kanıt kalitesi düşük; mizoprostol-okситosin kombinasyonu RR 0.73 (%95 CI 0.60-0.90), kanıt kalitesi orta). Bu sonuçlara bakılacak olursa sadece oksitosin verilen hastaların %10.5'inde 500 ml üzeri PPK görülmesi beklenirken ergometrin-okситosin kombinasyonunda bu oran %7.2, karbetosinde %7.6, mizoprostol-okситosin kombinasyonunda %7.7'dir.

Sonuçlar 1000 ml üzeri PPK için 500 ml üzeri PPK ile benzer bulunmuştur. Ergometrin-okситosin kombinasyonu için RR 0.77 olup sadece oksitosine göre daha etkilidir (%95 CI 0.61-0.95), kanıt kalitesi yüksek. Karbetosin için RR 0.70'dir (%95 CI 0.38-1.28), kanıt kalitesi düşük; mizoprostol-okситosin kombinasyonu için RR 0.90'dır (%95 CI 0.72-1.14), kanıt kalitesi orta.

Randomize çalışmalarda maternal ölüm ve ağır morbidite nadiren değerlendirilmiş olsa da ilaçlar arasında bu açıdan anlamlı farklılık bulunamamıştır.

Kombinasyon rejimlerinde yan etki profili daha olumsuz bulunmuştur. Özellikle ergometrin-okситosin kombinasyonunda kusma için RR 3.10 olarak sadece oksitosine göre daha yüksektir (%95 CI 2.11-4.56), kanıt kalitesi yüksek; %1.9 vs %0.6. Ergometrin-okситosin kombinasyonunda hipertansiyon için RR 1.77 olarak sadece oksitosine göre daha yüksektir (%95 CI 0.55-5.66), kanıt kalitesi düşük; %1.2 vs %0.7. Mizoprostol-okситosin kombinasyonunda ateş için RR 3.18 olarak sadece oksitosine göre daha yüksektir (%95 CI 2.22-4.55), kanıt kalitesi orta; %11.4 vs %3.6. Karbetosin için yan etki riski sadece oksitosine ile benzerdir fakat kanıt kalitesi düşüktür.

Sonuç olarak ergometrin-okситosin kombinasyonu, sadece karbetosin, mizoprostol-okситosin kombinasyonu 500 ml üzeri PPK'ları önlemek açısından mevcut standart öneri olan sadece oksitosine göre daha etkilidir. Ergometrin-okситosin kombinasyonu 1000 ml üzeri PPK'yı önlemede oksitosine göre daha etkilidir. Mizoprostol-okситosin kombinasyonu için kanıt daha az tutarlıdır ve bu durum çalışmalardaki mizoprostol uygulanım yolu ve dozundaki farklılıklar ile alakalı olabilir. Karbetosin yan etki profili açısından diğer seçeneklere göre en uygun olandır fakat çoğu karbetosin çalışması küçük gruplardan oluşan bias açısından yüksek riskli çalışmalardır.

Kaynak için tıklayınız.

Stres İnkontinansın Cerrahi Yönetiminde TVT - Secur Dışı Tek İnsizyonlu Slingler ile Standart Slinglerin Klinik Sonuçların Karşılaştırılması; Güncellenmiş Sistemik Derleme ve Meta-analiz

Özetleyen: **Dr. Cenk Yasa**

An Updated Systematic Review and Meta-analysis: Clinical Outcome of Single-Incision Slings Excluding TVT-Secur versus Standard Slings in Surgical Management of Stress Incontinence

Aram Kim^a, Min Seo Kim^b, Young-Jin Park^a, Woo Suk Choi^a, Hyoung Keun Park^a,

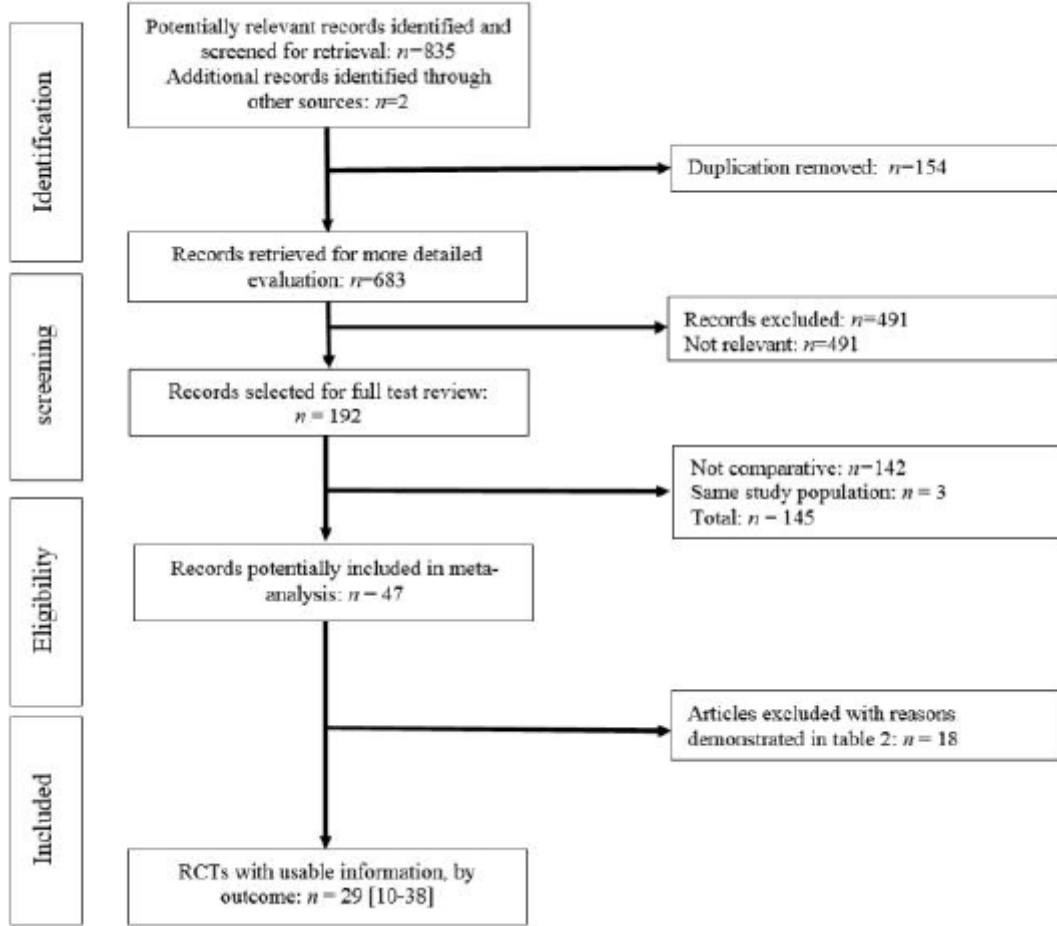
Sung Hyun Paick^a, Myung-Soo Choo^c, Hyeong Gon Kim^{a*}

Giriş

Kadın stres üriner inkontinansı (SÜİ) tüm kadınların yaklaşık %15-20'sinde görülen sık bir problemdir. Yaşam kalitesinde ciddi olumsuz etki yaratmakta ve bu nedenle cerrahi tedavi arayışı doğmaktadır. Amerikan Üroloji Birliği ve Ürodinami Cemiyeti, Kadın Pelvik Tıbbı ve Ürogenital Rekonstrüksiyon kılavuzları SÜİ yönetiminde yer kaplayıcı (bulking) ajanlar, mid-üretral slingler, otolog fasyadan pubovaginal sling ve Burch kolposüspansiyonu olarak toplam dört cerrahi tedavi yöntemi önermektedir. Midüretral slingler içerisinde ise standart midüretral slingler (SMÜS) ve tek insizyonlu mini slingler (SIMS) yer almaktadır. SMUS kılavuzlarda ön planda önerilmekte ve yüksek başarı oranları ile dikkati çekerken bunun yanında bazı komplikasyonlar ile birliktelik göstermektedir. Bu komplikasyonları önlemek amacıyla SIMS'ler geliştirilmiştir. TVT-Secur bu amaçla geliştirilen ilk cihaz olup, kısa bant uzunluğu sayesinde sinir ve damar yaralanması riski azlığı ve kasık ağrısı etkisinin minimal olması ile ön plana çıkmıştı. Daha az kan kaybı ve kasık ağrısı sonuçları olan TVT-Secur'un etkinliği ise SMUS'lere göre daha düşük saptanmıştı. Bu klinik sonuçlar nedeniyle bu cihaz üretici firma tarafından 2013 yılında piyasadan çekildi. Bu nedenle TVT-Secur dışlandıktan sonra diğer SIMS'lerin kalan gurubunun daha etkin olacağı beklenmekteydi. Orta dönem sonuçlara bakıldığında TVT-Secur dışı mini-slingler ile SMUS'ler karşılaştırıldığında sübjektif ve objektif kür açılarından arada fark bulunmamaktaydı. Uzun dönem sonuçlar bilinmediğinden ötürü bu güncellenmiş sistemik değerlendirme ve meta-analiz yapılması amaçlanmıştır.

Materyal ve Metod

Midüretral sling, TOT, TVT, tek insizyonlu sling, Mini-Arc, Ophira, Conta-sure-Needleless ve Ajust anahtar kelimeleri girilerek yanında etkinlik, güvenlik ve stres üriner inkontinans terimleri de eklenerek 14.10.2017'e kadar olan tüm çalışmalar derlemeye dahil edilmiştir. Derleme de birincil sonuç objektif ve sübjektif (hasta tarafından rapor edilen) sonuçlar ele alınırken, ikincil sonuçlar içerisinde postoperatif hayat kalitesi, cinsel yaşam, ağrı gibi postoperatif durumlar, operasyon süresi, hastanın yatış süresi ve kan kaybı gibi operatif bilgiler, mesane hasarı, idrar yolu enfeksiyonu, üriner retansiyon, de novo urgensi, meş erozyonu, kasık ağrısı, işeme disfonksiyonu, bantın kayması ve reoperasyon gibi postoperatif komplikasyonlar yer almaktadır. Bu derlemeye 29 adet randomize kontrollü çalışma (RKÇ) dahil edilmiştir (Şekil 1).



Bulgular

Objektif Kür Oranı

Objektif kür oranını karşılaştıran 20 RKÇ'da 1033 hasta ele alınmıştır. Objektif kür açısından SMUS'ler SIMS'lere göre daha iyi bulunmuştur (Odds oranı, 0.73; 95%CI, 0.57-0.93). TOT ile karşılaştırıldığında, TOT anlamlı olarak daha iyi objektif küre sahipken (Odds oranı, 0.77;95%CI, 0.59-1.00) TVT ile anlamlı bir fark elde edilememiştir (Odds oranı, 0.34;95%CI, 0.06-1.98). Orta dönem sonuçlar ele alındığında SMUS'ler ile SIMS'ler arasında fark bulunmazken uzun döneme bakıldığında SMUS'ler anlamlı yüksek objektif kür oranları ile birlikte (Odds oranı, 0.68;95%CI, 0.47-0.99) ($p=0.04$).

Sübjektif kür oranı

Sübjektif kür oranlarını karşılaştıran 20 çalışma ele alındığında anlamlı fark bulunmamaktadır (Odds oranı, 0.86; 95%CI, 0.64-1.16). Aynı şekilde TOT ve TVT ile ayrı ayrı karşılaştırıldığında da anlamlı fark bulunamamıştır. Orta ve uzun dönem etkinlikleri de birbirine benzerdir.

Hayat Kalitesi

Hayat kalitesini ele alan 4 RKÇ gözden geçirildiğinde SMUS'ler ile hayat kalitesinin SIMS'lere göre daha iyi olduğu ortaya çıkmıştır (Odds oranı, 2.02;95%CI, 1.18-2.85).

TJODist Bülteni

Cinsel Fonksiyon

Cinsel fonksiyonu ele alan 4 RKÇ sonucuna göre cinsel fonksiyon açısından SUMS'ler ile SIMS'lerin belirgin farklılığı gözlenmemiştir (Odds oranı, -0.39;95%CI, -1.87- 1.08).

Postoperatif Ağrı

16 RKÇ sonucuna göre SIMS ile hastalar daha az postoperatif ağrı bildirmişlerdir. Ancak 30 gün sonrasında ağrı skorlarında herhangi bir farklılık bulunmamaktadır.

Operatif Bilgiler ve Postoperatif Komplikasyonlar

SIMS'ler ile yapılan cerrahilerde daha kısa operasyon süresi ve daha az kan kaybı bildirilmekte olup, hastane kalış süresinde anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır. SIMS ile yönetilen hastalarda işeme disfonksiyonu daha az saptanırken, mesane hasarı, idrar yolu enfeksiyonu, üriner retansiyon, de novo urgensi, mesh erozyonu, kasık ağrısı, bant kayması ve reoperasyon oranları arasında anlamlı bir farklılık saptanmamıştır.

Tartışma

Bu metaanaliz sonuçlarına orta dönemden daha uzun süreçte objektif kür oranları SMUS'ler ile SIMS'lere (TVT-Secur sonuçları dışlandığında) göre daha iyidir. Ancak SIMS'ler ile daha az erken dönem kasık ağrısı ve daha az işeme disfonksiyonu gibi avantajlar mevcuttur. Her ne kadar bu avantajlar klinik olarak anlamlı olmasa da hastalara bu iki cerrahi metodu açıklama da önemli olabilmektedir.

Kaynak için tıklayınız.

POLİKİSTİK OVER SENDROMU TANISI VE RİSK DEĞERLENDİRİLMESİ İÇİN ALGORİTMA “ESHRE 2018 Polikistik Over Sendromunun Kanıta Dayalı Değerlendirilmesi ve Yönetimi Yönergesinden”

INTERNATIONAL EVIDENCE-BASED GUIDELINE FOR THE ASSESSMENT AND MANAGEMENT OF POLYCYSTIC OVARY SYNDROME 2018-ESHRE
Temmuz 2018

Özetleyen: **Dr. Engin Türkgeldi**

“2018 Polikistik Over Sendromunun Kanıta Dayalı Değerlendirilme ve Yönetim Yönergesi”, 1-4 Temmuz 2018’de Barselona’da düzenlenen European Society of Human Reproduction and Embryology (ESHRE) kongresinde sunuldu. Üçbine yakın kişinin katkısıyla oluşturulan yaklaşık 200 sayfalık bu yönergeye şu adresten ulaşabilirsiniz: <https://www.monash.edu/medicine/sphpm/mchri/pcos/guideline>

Bu sayımızda, yönergede yer alan polikistik over sendromunun(PKOS) tanısı ve hastaların risk değerlendirilmesi konusundaki algoritmaları sizler için özetledik. Bir sonraki bültenimizde aynı yönergeye ait fertilitte ve fertilitte-dışı tedaviler ile ilgili algoritma özetine yer vereceğiz.

POLİKİSTİK OVER SENDROMU TANI KRİTERLERİ:

ESHRE tarafından yayımlanan algoritmada PKOS tanısı için 3 basamaklı bir yaklaşım öneriliyor:

1. Düzensiz sıkluslar VE klinik hiperandrojenizm varsa:

Diğer nedenler dışlandığı takdirde PKOS tanısı koyulur.

(Diğer nedenler: TSH, prolaktin, FSH ve varsa hastanın kliniğinin gerektirdiği -Cushing, adrenal tümörler, konjenital adrenal hiperplazi vb.- diğer testler ile araştırılır.)

2. Düzensiz sıklusa eşlik eden klinik hiperandrojenizm yokluğunda:

Biyokimyasal hiperandrojenizm araştırılır. Mevcutsa ve diğer nedenler dışlanmışsa, PKOS tanısı koyulur.

3. Sadece düzensiz sıklus VEYA hiperandrojenizm varsa:

- Adolesanlarda ultrason endike değildir: PKOS riski olduğu düşünülmeli ve ileride tekrar değerlendirmeli.
- Erişkinlerde PKO morfolojisi için USG yapılmalı. Mevcutsa, PKOS tanısı koyulur.

Yukarıdaki tanı algoritmasında bahsi geçen tanımlar hakkında bazı kısa bilgiler ve öneriler şöyle:

Düzensiz sıklus:

- Menarşın ilk yılında, pubertal geçiş döneminde görülmesi normaldir.
- Menarşın ilk 3 yılında 21 günden kısa, 45 günden uzun süren sıkluslar anormal kabul edilir
- Menarşın 3. yılından sonra 21 günden kısa ve 35 günden uzun süren sıkluslar veya yılda 8’den az adet görmek anormal olarak kabul edilir.
- Menarşın ilk yılından sonra 90 günü geçen tek bir sıklus anormal kabul edilir.

Klinik Hiperandrojenizm:

- Detaylı öykü ve muayene gerekir. Yetişkinde akne, hirsutizm, alopesi; adolesanda ileri derecede akne ve hirsutizm aranır.
- Sadece terminal kıl follikülleri patolojik hirsutizm ile ilişkilidir.
- Alopesi için Ludwig, hirsutizm için modifiye Ferriman Gallway (FG) skorlama sistemi kullanılabilir. Etnik kökene bağlı olarak FG'de 4-6'dan büyük skorlar hirsutizm lehinedir.

Biyokimyasal Hiperandrojenizm:

- Biyokimyasal hiperandrojenizm, özellikle klinik hiperandrojenizmin belirsiz olduğu durumlarda önem kazanır.
- Tanı için hesaplanmış serbest testosteron, serbest androjen indeksi veya hesaplanmış biyoyararlanabilir testosteron kullanılmalıdır. Direkt serbest testosteron tercih edilememektedir.
- Androstenedion ve dehidroepiandrosteron sülfat (DHEA-S)'in PKOS tanısında yeri sınırlıdır.
- Ölçümler normal sınırların üzerindeyse diğer hiperandrojenizm nedenleri gözden geçirilmelidir. Şikayetlerin başlangıcı ve ilerleyişi özellikle neoplazilerde yol gösterebilir.
- Hormonal kontrasepsiyon kullanan hastalarda biyokimyasal hiperandrojenizm doğru değerlendirilemeyebilir. Bu hastalarda ölçümler ilaç kesildikten en az 3 ay sonra yapılmalıdır.

Ultrason ve Polikistik Over Morfolojisi (PKOM):

- Menarşın ilk 8 yılında, bu dönemdeki yüksek multifoliküler görünüm oranı yüzünden tanıda USG kullanılmamalıdır.
- 8 Mhz'i kapsayan bant aralığındaki endovajinal probalar kullanıldığında, her bir overde 20 veya daha çok folikül görülmesi ve/veya overlerden birinin hacminin 10 ml veya daha çok olması halinde PKOM'dan bahsedilebilir. Hacim ölçümlerinde corpus luteum, dominant folikül veya bir kist olmamasına dikkat edilmelidir.
- Daha eski teknolojiye sahip cihazlarda, PKOM tanım eşiği overlerin 10 ml veya daha büyük olması olarak kabul edilebilir.
- Transabdominal USG'de ise folikül sayımının güvenilirliğinin azalması nedeniyle asıl olarak over hacmi dikkate alınmalıdır.
- Düzensiz menstruasyon öyküsü olan ve hiperandrojenizm saptanan hastalarda tanı için USG şart değildir, PKOS fenotipini tanımlamakta yardımcı olabilir.

Diğer Notlar:

- Hastalar değerlendirilirken etnik kökenleri dikkate alınmalıdır.
- PKOS veya PKOM tanımlamasında serum AMH ölçümünün yeri yoktur.

PKOS TANILI HASTALARDA RİSK DEĞERLENDİRİLMESİ:

- **Kardiyovasküler Hastalık (KVH) Risk Değerlendirilmesi ve kilo kontrolü:**
 - PKOS hastalarının kilo takibi ve kontrolü için takibe alınmaları, 6-12 ay ara ile değerlendirilmeleri önerilir.
 - Boy, kilo ve bel çevresi ölçülmelidir. Yıllık kan basıncı ölçümü yapılmalıdır.
 - Her PKOS hastası, KVH için risk değerlendirilmesine alınmalıdır. Obezite, tütün kullanımı, dislipidemi, hipertansiyon, bozulmuş glukoz toleransı veya fiziksel hareket azlığı varsa artmış KVH riski olarak kabul edilir.
 - Fazla kilolu veya obez PKOS'lu kadınlara, yaşları ne olursa olsun açlık lipid profili bakılmalıdır (total kolesterol, LDL, HDL, Trigliserid). Sonuçlara göre hastanın takibi planlanır.
 - Obstruktif uyku apnesi açısından hastanın sorgulanması önerilir.

TJODist Bülteni

● Gestasyonel diabet, bozulmuş glukoz toleransı ve tip 2 diabet:

- PKOS'lu her hastanın, yaştan bağımsız olarak gestasyonel diabet, bozulmuş glukoz toleransı ve tip 2 diabet riski artmıştır. Obezite bu riski artırmakla beraber, varlığı şart değildir.
- Glisemik durumları, diğer risk faktörlerine göre her 1-3 yılda bir değerlendirilmelidir.
- Yüksek risk altındaki PKOS'lu kadınlara (BMI 25'ten büyük, anormal glukoz toleransı, ailede DM öyküsü, hipertansiyon, etnisite) oral glukoz tolerans testi (OGTT) yapılması tavsiye edilmektedir. Mümkün değilse açlık glukozu veya HbA1c ölçülebilir.
- Gebelik planlayan veya fertilitte tedavisine başlayacak tüm PKOS'lu kadınlara OGTT önerilmelidir.
- Eğer prekonsepsiyonel olarak bakılmadıysa, gebeliğin 20. Haftasından önce OGTT önerilmelidir. Ayrıca, tüm PKOS'lu kadınlara 24-28. Gebelik haftalarında OGTT önerilmelidir.

● Endometrial Kanseri:

- PKOS, sıklıkla menopoz öncesi ortaya çıkan endometrial kanser riskinde 2-6 kat artışa neden olmaktadır. Öte yandan, mutlak riskin halen düşük olduğu hatırlanmalıdır.
- PKOS hastalarında endometrial kanseri araştırması düşük bir eşiğe sahip olmalıdır. Persistan kalınlaşmış endometrium, ve/veya uzamış amenore, anormal vajinal kanama veya fazla kilo gibi risk faktörleri dikkate alınmalıdır.
- Endometrial kalınlığının USG ile rutin taranması önerilmemektedir.
- Endometrial hiperplazi veya kanserin önlenmesi için optimal bir yöntem bilinmemektedir. Doksan günden uzun siklusları olan kişilerde OKS veya progesteron tedavisi pragmatik bir yaklaşım olarak düşünülebilir.

YAŞAM TARZI DEĞİŞİKLİKLERİ ÖNERİLERİ:

- PKOS'lu tüm kadınlara sağlıklı beslenme ve düzenli fiziksel aktivite konularında önerilerde bulunulmalıdır.
- İlk 6 ay için % 5-10 kilo kaybı gibi gerçekleştirilebilir hedefler koymak başarı şansını ve klinik düzelme şansını artırmaktadır.
- Kilo alımının engellenmesi ve sağlığın korunması için:
 - 18-64 yaş arası erişkinlerde, haftada en az 150 dakika orta yoğunlukta fiziksel aktivite veya 75 dakika yoğun fiziksel aktivite veya ikisinin kombinasyonu önerilir. Bir haftada ardışık olmayan 2 günde kas güçlendirici egzersize yer verilmelidir.
 - Adolesanlarda günde en az 60 dakika orta-yoğun fiziksel aktiviteye yer verilmelidir. Bunların üçünde kas ve kemik güçlendiren egzersizler yer almalıdır.
- Orta seviyede kilo kaybı, kiloların geri alınmasının engellenmesi veya genel sağlık faydaları için:
 - Haftada en az 250 dakika orta yoğunlukta fiziksel aktivite veya 150 dakika yoğun fiziksel aktivite veya ikisinin kombinasyonu önerilir.
 - Buna ek olarak bir haftada ardışık olmayan 2 günde büyük kas gruplarını çalıştıran aktiviteler önerilir.
 - Ekran veya oturma zamanı minimuma indirilmeli, sedanter bir hayattan uzak durulmalıdır.

Kaynak için tıklayınız.

Meme ve Jinekolojik Kanser Sağkalımında Egzersizin Rolü The Role of Physical Activity in Breast and Gynecologic cancer survivorship

Kathryn P. Pennington, Anne McTiernan. *Gynecologic Oncology* 149 (2018) 198–204.

Özetleyen: **Dr. Engin Çelik**

Bu gözden geçirme yazısında 'fiziksel aktivite' iskelet kasları ile yapılan vücut hareketleriyle enerji kullanımını ve 'egzersiz' ise tekrar eden, planlı ve yapısı olan fiziksel aktiviteler olarak tanımlanmaktadır. Fiziksel aktivite aksi söylenmedikçe aerobik olarak yapıldığı kabul edilmelidir.

Yaşam kalitesini arttırmakta egzersizin rolü

Kanserle yaşayanlarda (çoğunlukla meme fakat birçok kanser tipi dahil) yapılan randomize kontrollü çalışmalar sonucu hazırlanan iki Cochrane derlemesinde egzersizin fiziksel fonksiyonlar, kanser ilişkili semptomlar ve yaşam kalitesi açısından kanser tedavisi sırasında ve sonrasında iyileşmeye neden olduğu gösterilmiştir. Aktif kanser tedavisi esnasında yapılan egzersizin kanser ilişkili yorgunluk, depresyon, anksiyete, uyku problemleri, sağlık ilişkili yaşam kalitesi ve fiziksel fonksiyonlarda iyileşmeye neden olduğu ve aktif kanser tedavisi sonrasında duygusal, sosyal ve seksüel fonksiyonlarda iyileşmeye ve acı, anksiyete ve yorgunlukta azalmaya sebep olduğu gösterilmiştir. Bir randomize kontrollü çalışmada, egzersizle meme kanserli hastalarda lenfödemin %50 oranda azaldığı bulunmuştur.

Endometrium kanseri sağ kalanları

Evre 1 -2 endometrium kanserli 75 aşırı kilolu ve obez kadında yapılan bir randomize kontrollü çalışmada (SUCCEED) altı aylık fiziksel aktivite ve beslenme önerileriyle fizik aktivitenin haftalık 84 dakikadan altıncı ayın sonunda 249 dakikaya çıktığı (kontrollere göre 100 dk daha fazla, %95 CI, 6-194, p=0,038) ve aktivite grubunda 3 kg kilo kaybı olurken, kontrol grubunun 1,4 kg aldığı saptanmıştır (%95CI; -5,8,-3,5 p<0,001). 33 jinekolojik kanserle yaşayan ve yorgunluk şikayeti olan hastada yapılan 12 haftalık randomize kontrollü çalışmada fiziksel aktivite uygulayan grupta yorgunluk semptomlarında azalma anlamlı olarak daha fazla olduğu gösterilmiştir.

Over kanseri sağ kalanları

Over kanserinde birçok tek kollu pilot çalışmada düşük ve orta yoğunlukta egzersizin kemoterapi sırasında uygulanabilirliği gösterilmiş, katılımcıların üçte ikisinden fazlasının egzersiz hedefine ulaştığı saptanmıştır. Yakın dönemde fiziksel olarak inaktif 144 over kanseri sağ kalanında yapılan randomize kontrollü çalışmada altı aylık orta yoğunlukta evde uygulanan egzersiz programıyla ortalama egzersiz süresinin haftada 166 dakikaya çıkarıldığı ve katılımcılardan %65'inin haftalık 150 dakika üzerinde fiziksel aktivite yapabildiği saptanmıştır. Egzersiz uygulayan grupta anlamlı olarak fiziksel sağlıkla ilişkili yaşam kalitesinde artış ve yorgunluk şikayetinde anlamlı azalma saptanmıştır.

Egzersizin kanser sağ kalımına katkısı

2015'te yapılan bir meta analize göre fiziksel aktivitesi en az ve en çok olan meme kanserli hasta grupları karşılaştırıldığında tüm nedenlere bağlı mortalitenin %48 oranda farklı olduğu bulunmuştur. 2016'da yapılan bir diğer meta analizde ise bu fark %38 olarak gösterilmiştir. 10 MET-saat haftalık (MET, metabolik denk; fiziksel aktivitede harcanan enerji için kullanılan birim) egzersizin tüm nedenlere bağlı mortaliteyi %27 ve meme kanserine bağlı ölümlerin de %25 oranında azalttığı bulunmuştur. Doz yanıt ilişkisini gösteren bir meta analizde ise 5, 10 ve 15 MET-saat/haftalık egzersizin meme kanseri mortalitesini %6, %11 ve %16 oranında azalttığı ve tüm nedenlere bağlı ölümleri ise %13, %24 ve %34 oranında düşürdüğü gösterilmiştir.

İyileşmiş sağ kalımın potansiyel mekanizmaları

Kanserli hastalarda yapılan fiziksel aktivite çalışmalarında sistemik inflamasyon, insülin yolağında değişimler, hücre ilişkili bağışıklık sisteminde iyileşme ve bazı steroid hormon düzeyinde değişme gibi mekanizmaların kanser gelişimi ve nüksün önlenmesinde rol alabileceği gösterilmiştir. Bu sağ kalım etkisini kilo kaybından bağımsız olup olmadığı bilinmemektedir. Bazı araştırmacılar kemoterapi esnasında yapılan egzersizin kemoterapiyi tamamlama oranında artışa sebep olduğunu varsaymaktadırlar. Egzersizin ikinci ve üçüncü seçenek kemoterapi uygulamalarının kullanımını kolaylaştığı gösterilmiştir. Aynı zamanda egzersiz sitotoksik kemoterapinin ilaç dağılımı, farmakodinamisi ve metabolizmasını da etkileyebilmektedir.

Genel popülasyonda da egzersizin kardiyovasküler hastalık ve mortaliteyi azalttığı bilinmektedir. Çoğu kanserli hastada bulunan komorbid durumlar (özellikle obez endometrium kanserliler) bu durumdan faydalanabilirler.

Kanser sağ kalanlarında fiziksel aktivite kılavuzları

Amerikan spor hekimliği cemiyeti (ACSM) 85 randomize kontrollü çalışmayı inceledikten sonra kanserli hastaların tedavi esnasında ve sonrasında egzersizleri güvenli bir şekilde yapabilecekleri sonucuna varmıştı. ACSM kanserle yaşayanlara haftalık 150 dakikalık orta yoğunlukta aerobik egzersiz ya da 75 dakikalık yüksek yoğunlukta egzersizi önermektedir. Eğer hastanın fiziksel durumu önerilen egzersizleri yapmasına engel oluyorsa hastaların olabildiğince aktif olmaları önerilmektedir. 2012'de yayınlanan Amerikan Kanser Cemiyeti beslenme ve fiziksel aktivite kılavuzu da ACSM ile aynı önerilerde bulunmaktadır.

Periferik nöropati ve kas-iskelet sistemi morbiditeleri olanlarda egzersiz programının modifiye edilmesi gerekmektedir. Kemik metastazları ve kardiyak problemleri olanlarda ise egzersizin güvenliği açısından tıbbi değerlendirilmeden geçilmesi önerilmektedir. Egzersiz ilişkili ani kardiyak ölümler en çok alışılmamış veya ağır egzersizler sırasında olmaktadır. Genel durumu iyi olmayanların öncelikle hafif egzersizle (örneğin yürüyüş) başlamaları ve durumları iyileştikçe egzersizi ağırlaştırmaları önerilmektedir.

Fiziksel aktivite kılavuzlarına uyan az sayıda kanser sağ kalanı mevcuttur

Jinekolojik kanserli 5015 hastanın dahil olduğu popülasyon bazlı anket çalışmasında tanıdan 1 yıl sonra fiziksel aktivite kılavuzlarının önerilerine hastaların %55'nin uymadığı anlaşılmıştır. Bu ve buna benzer çalışmalar derlendiğinde endometrium ve over kanserli hastaların %30-31'inin fiziksel aktivite kılavuzlarına uyum sağladığı görülmektedir. Fakat bu çalışmalar hastaların kendi beyanları üzerinden yapıldığı için fiziksel aktivitelerini abartılı göstermiş olabilirler. Ulusal sağlık ve beslenme çalışmasında hastalar adımsayar ile takip edildiklerinde meme kanserlilerin %11'i, endometrium kanserlilerin %12'si ve serviks kanserlilerin ancak %2'sinin önerilere uyduğu gösterilmiştir.

Tablo 2. Jinekolojik ve meme kanserli, hastalarda egzersiz için özel durumlar

	Kontrendikasyonlar ve önerilen modifikasyonlar
Tedavi modalitesi	
Cerrahi	<ul style="list-style-type: none">Egzersize başlamadan önce iyileşme için 8 haftaya kadar uygun zaman tanınması.
Kemoterapi	<ul style="list-style-type: none">İnfüzyon günlerinde egzersiz yapmayın.Miyelosupresyon: Trombositler 50.000 altında veya beyaz küre 3.000 altında veya hemoglobin 10 g/dl ise egzersiz yapmayın.Artmış enfeksiyon riski – fitness merkezlerinin temizliğine dikkat edilmesi.Egzersize cevabın yakın izlemi.
Radyoterapi	<ul style="list-style-type: none">Su ile yapılan egzersizler cilt irritasyonuna neden olabilir.Artmış enfeksiyon riski – fitness merkezlerinin temizliğine dikkat edilmesi.Egzersize cevabın yakın izlemi.

TJODist Bülteni

Yan etki veya semptomlar	
NÖROLOJİK: Periferik nöropati	<ul style="list-style-type: none">• Denge için dikkat edilmesi – Bisiklet veya denge yardımı yardımcı olabilir.
Diğer	<ul style="list-style-type: none">• Akıl sağlığında bozulma, düşünme kabiliyetinde azalma, baş dönmesi, ataksi veya görme bozukluğu varsa egzersiz yapmayın.
KAS-İSKELET: Kemik metastazları, osteoporoz, hormon tedavisi hikayesi	<ul style="list-style-type: none">• Artmış kırık riski- egzersiz yoğunluğu ve süresini azaltın• Yeni gelişen kemik, sırt ve boyun ağrısı varsa değerlendirme yapılmadan egzersiz yapmayın.
Lenfödem	<ul style="list-style-type: none">• Egzersiz esnasında kompresyon giysileri giyin.
Hareket kabiliyetinin azalması (cerrahi veya tümöre bağlı)	<ul style="list-style-type: none">• Esneme ve hareket kabiliyetini arttırıcı egzersizler yardımcı olabilir.• Etkilenen ekstremitelerde semptomların monitorize edilmesi.
GASTROİNTESTİNAL: Bulantı/kusma/ishal	<ul style="list-style-type: none">• Uygun hidrasyon ve nutrisyondan emin olunması.• Ciddi kusma ve ishalde egzersiz yapmayın.
Kolostomi/ileostomi	<ul style="list-style-type: none">• Kontakt sporlarda torbanın patlama riski.• Dayanıklılık egzersizlerinde fitik riski; düşük rezistansla başlayarak yavaşça rezistansın arttırılması. Karın içi basıncı çok arttıran egzersizlerden kaçınılması.
KARDİYOPULMONER	<ul style="list-style-type: none">• Göğüs ağrısı, nefes darlığı, öksürük ve hırlama olduğunda egzersiz yapmayın.• Taşikardik, hipotansif veya düzensiz kalp atışlarınız varsa egzersiz yapmayın.• Kalp hızını etkileyen ilaçlar kullanıyorsanız egzersiz monitorizasyonunu kalp hızı ile yapmayın, Borg derecelendirme skorlamasını kullanabilirsiniz.• Orta veya ağır egzersizden önce yüksek riskli hastalar^b tıbbi değerlendirmeden geçmeleri gerekmektedir.
ENFEKSİYONLAR: Akut enfeksiyon	<ul style="list-style-type: none">• Egzersiz öncesi ateşsiz ve semptomsuz 48 saat geçmelidir.
Yorgunluk	<ul style="list-style-type: none">• Ciddi yorgunluk egzersiz için kontrendikasyon oluştururken, orta ve düşük yorgunluğa iyi gelmektedir.
Güçsüzlük	<ul style="list-style-type: none">• Ciddi güçsüzlük, kaşeksi veya Karnofsky performans skoru %60 altında olanlar egzersiz yapmamalıdır.

b. Yüksek risk = bilinen kardiyovasküler sistem (KVS) hastalığı, yeni veya değişen KVS hastalığı gösteren semptomlar, son evre renal hastalık, özel akciğer hastalığı, Diabetle beraber diğer KVS hastalığı risk faktörlerinin bulunması.

Kaynak için tıklayınız.

DİSPARONİ Bilinmesi gerekenler

Lee NMW, Jakes AD, Lloyd J, Frodsham LCG, BMJ,2018 Jun 19;361:k2341

Tercüme: Dr. Ezgi Darıcı

- Disparoni fiziksel veya psikoseksüel problemlerden kaynaklanabilir, hatta bu iki durumun birbiri ile birlikte olma ihtimali hatırısayılır derecede yüksektir.
- Semptomların aniden ortaya çıkması psikoseksüel bir nedene bağlı olabilirken, semptomlarda meydana gelen kademeli bir artış sebebin fiziksel veya anatomik olma olasılığını artırır.
- Belirgin bir fiziksel nedene sahip olan hastalarda bile, psikolojik ve sosyal sorunların araştırılması gerekir
- Hastanın düşünceleri, duyguları ve fikirleri keşfedilmelidir. Perineal masaj vajinismusunu azaltmak ve vulvodiniye yardım etmek için yararlı bir yöntem olabilir.

Disparoni, 16-74 yaş arası cinsel olarak aktif kadınların yaklaşık% 7,5'ini etkileyen yaygın fakat yeterince anlaşılmamış bir sorundur.

Ağrının türünün anlaşılması ve bu ağrının yüzeysel veya derin olup olmadığının ayırt edilmesi sebebinin belirlemeye yardımcı olabilir. Disparoni, 55-64 yaşlarındaki (% 10.4) ve 16-24 yaşlarındaki (% 9,5) kadınlarda en sık görülür.

Hastayı nasıl değerlendirmeliyim?

Burada amaç cinsel problemi tanımlamak, ağrının tıbbi veya jinekolojik nedenlerini tanımlamak ve psikoseksüel bilgi toplamaktır.

Hastanın anamnezi

Açık uçlu sorularla, yargısız bir yaklaşım içinde detaylı sorgulama önemlidir Ağrılı cinsel ilişki ifadesiyle hastanın neyi kastettiğini netleştirin

Semptomların başlangıcını sorgulayın (ÇÜNKÜ ANİ BAŞLANGIÇ VE ZAMAN İÇİNDE İLERLEYEN BİR FORM ÖNEMLİ)

Hastanın çevresindeki diğer psikolojik ve sosyal etkenleri gözönünde bulundurun. Önemli olanlar çözümlenmemiş sorunlar, korku veya kayıp duygularıdır; zor bir çocukluk; ilişkilerde memnuniyetsizlik veya mutsuzluk; ya da istismar.

'Detaylı obstetrik, jinekolojik ve cinsel hikaye etiyojijiyi anlamakta faydalı'

DİSPARONİ SEMPTOMLARINI BELİRLEMEK İÇİN ÖNERİLEN SORULAR

'Ağrıyı ne zaman hissediyorsunuz?' (örneğin giriş sırasında, vajinal veya derin?)

'Ağrıyı nerede hissettiğinizi tarif edebilir misiniz?' Disparonisi olan kadınlar sıklıkla suprapubik veya lomber bölgeyi işaret eder. Superfisyal disparoni derin olarak tarif edilebilir (özellikle cinsel ilişkiye girmeyen kadınlarda), fakat aslında pelvik taban disfonksiyonunu işaret eder.

'Ne zaman başladığını düşünüyorsunuz?'

'Bu süre zarfında başka bir şey oldu mu?' (Belirgin bir olay bu ağrı ile ilişkili olabilir.)

'Bu ağrıyla ilişkili başka semptom var mı? Örneğin yanma, kaşıntı veya anormal bir akıntı'

'Cinsel yolla bulaşan hastalık geçirdiniz mi?'

'Adet dönemleriniz ağrılı mı?'

'İlişkinizi nasıl tanımlarsınız?'

'Partneriniz ilişki sırasında zorluk yaşıyor mu?'

TJODist Bülteni

Psikoseksüel bir değerlendirme yapın

Psikoseksüel konuları tartışmanın zaman alıcı olabileceğine dair popüler bir yanlış kanı vardır, fakat asıl konuların tartışılması gereksiz araştırma ve prosedürleri engellediğinden zaman ve maliyetten tasarruf sağlayacaktır.

Psikoseksüel değerlendirme için yararlı bir yaklaşım, 3 numaralı kutuda özetlenen "LOFTI" (dinleme, gözlemlenme, hissetme, düşünme, yorumlama) şeklindedir.

PSIKOSEKSÜEL DEĞERLENDİRME İÇİN 'LOFTI'

DİNLEME (LISTENING)

Hastadan gerekli ve ayrıntılı bilgi alabilmek için açık uçlu soruların doğru kullanımı ve hastaya yeterli sessizlik süresinin tanınması

Hastanın dil kullanımındaki tonlaması ve tarzı nasıl?

Neler ifade edildi? Neler edilmedi? Nasıl ve ne zaman?

GÖZLEM (OBSERVING)

Hastanın davranışlarının gözlemlenmesi, örneğin muayneyi tekrarlayan seferlerde iptal etmesi veya gelmemesi

Referansın tarzı- Aile hekiminden gelen bir referans mektubundaki ayrıntılı ve baskıcı ifade, durumun aciliyeti konusunda bilgi verici olabilir.

DUYGULAR (FEELINGS)

Odadaki duyguların farkında olun

Hasta size nasıl hissettiriyor? Hastanın dili ve davranışlarıyla doktora hissettirdiği duygular ve doktorun davranışları hastanın bilinçaltındaki duygularının olası yansıması olarak görülmektedir.

DÜŞÜNME (THINKING)

Konsültasyon sırasında ne çeşit bir doktor olduğunuzu farkedin - Bir ebeveyn mi? Bir öğretmen mi?

Hasta şikayetini ifade etmek için neden bu zamanı seçti? Hasta konsültasyona nasıl geldi? Motivasyonu ne oldu?

YORUMLAMA (INTERPRETING)

Resmin bütününe değerlendirin- Hasta savunma mekanizması olarak veya anksiyete ve korkusunu saklamak için belirli bir davranış paterni sergiliyor olabilir mi? Örneğin gözyaşı veya öfke

Bastırma, inkar, içe atma, gerileme, ayrıştırma gibi savunma mekanizmaları - Ayrışma cinsel istismarın bir göstergesi olabilir

Fizik muayenede nelere dikkat etmeliyim?

- Abdominal palpasyon-abdominal veya pelvik kitle sık görülmemektedir, ancak mutlaka dışlanmalıdır.
- Vajinal muayene (her zaman gerekli olmayabilir)
 - Yırtıklar, çatlaklar, eritem, kandidiyazis veya dermatoz için vulva ve perineyi inceleyin.
 - Hastada vajinal doğumlar veya epizyotomi varsa kötü tamir veya yara izi olup olmadığını kontrol edin
 - Arka fourchette'in mikrofissürleşmesi dermatiti işaret edebilir.
 - Herhangi bir liken skleroz veya liken planus görüntüsüne dikkat edin (tipik "sekiz figürü" depigmentasyonu)
 - Hipopigmentasyon, elastik olmayan yumuşak doku veya parlak epitel gibi postmenopozal vulvovajinal atrofi bulgularına bakın.

Spekulum muayenesi:

- Hasta spekulum ile rahatsa yapılmalı, bol kayganlaştırıcı kullanın
- Hastanın vulvodini veya vulvar dermatozu varsa veya belirgin bir psikoseksüel neden mevcutsa ve dolayısıyla bunu gerektirecek bir anamnez yoksa spekulum muayenesi yapmayın.
- Bir hasta "küçük spekulum" isterse, bunun neden gerekli olduğunu sorun. Hastanın küçük bir vajinaya sahip olduğu düşüncesi varsa ve bunun cinsel işlevine zarar vereceğine dair bir inancı varsa endişelerini arttırmamaya özen gösterin
- Ağrılı veya vajinismuslu hastalar spekulumları kendileri yerleştirmeyi tercih edebilirler.
- Anormal akıntı varsa, mikroskopi, kültür ve duyarlılık için kültür örneği alın (klamidyaya ve gonore dahil)
- Bu, diğer senaryolarda bunu zorlaştıran kadınlardan servikal smear almak için bir fırsat olabilir.

Vajinal duvarların muayenesi, pelvik taban, rektovajinal septumda ve douglasta endometriotik nodülleri ortaya çıkarabilir. Vajinal septum gibi vajina, serviks veya uterustaki anatomik varyasyonlar, kalınlaşmış bir uterosakral ligament, rektovajinal septum veya hareketsiz uterus endometriozise işaret edebilir.

YAPILMASI GEREKEN ARAŞTIRMALAR

Serum ferritin değerleri (hastaların %5'i demir eksikliğine bağlı olarak kaşıntı ve ağrı hissedebilir)

Servikal hassasiyet veya vajinal akıntı- vajinal kültür (gonore ve klamidyayı içeren testler)

Deri lezyonları- biyopsi

Şüpheli pelvik patoloji- transvajinal usg

Ultrasonda saptanan bir pelvik kitlenin değerlendirilmesi- Pelvik MR

Endometriozise bağlı adezyonları tedavi etmek veya tanıyı dışlamak - Laparoskopi

Disparoninin fiziksel nedenleri nelerdir?

Yüzeyel ve derin olabilir.

Disparoni Hastalarını Nasıl Yönetirim?

- Perineal masaj, kadınların kendi üreme organlarıyla yeniden bir ilişki oluşturmak faydalı bir yöntemdir ve bu nedenle vajinismus azaltılabilir ve vulvodiniye yardım edebilir. İnert yağlar (hindistancevizi yağı gibi) günde iki kez kullanılmalıdır; başparmak ile kendine masaj daha kolaydır.
- Banyoda vajinal bölgeyi yıkama için (sabun, duş jeli veya mendil içermeyen) inert yağlar (zeytinyağı) kullanılmalıdır. Ağartılmamış, boyanmamış, pamuklu sıhhi korumalı ve biyolojik olan, bozulmamış çamaşır ürünleri kullanılmalıdır.

YÜZEYEL VE DERİN DİSPARONİ SEBEPLERİ

Superfisyal ağrı

Reproduktif dönem

- Tekrarlayan kandida
- Herpes simplex virüs
- Vajinismus (primer veya sekonder)
- Vulvar dermatit (olası alerjenler göz önünde bulundurulmalı)
- Postnatal (özellikle emziren kadınlarda)
- Bartolin absesi veya kisti

Peri-Post Reproduktif Dönem

- Vulvovajinal atrofi
- Genital dermatozlar (liken skleroz vb)
- Vajinismus (primer veya sekonder)
- Vulvar dermatit (üriner inkontinans göz önünde bulundurulmalı)

Daha az görülen sebepler

- İyatrojenik (doğum sonrası post operatif, perinatal travma, radyoterapi, kadın genital yaralanması)
- Nörolojik (nöropatik ağrı- nörolojik hastalıklar)
- Vajinal yapısal anomaliler (septum, konjenital veya iatrojenik skar)
- Malignite (Vajinal veya vulvar neoplazi)

Derin Ağrı

- Endometriozis (derin disparoni kardinal bulgu)
- Adneksiyal veya pelvik patoloji (kist, myom, pelvic malinite)
- Pelvik İnflamatuvar Hastalıklar
- İatrojenik (vajinal kılcalma veya daralma, radyoterapi sonrası değişiklikler, kadın genital yaralanması)
- Kronik pelvik ağrı
- Pelvik taban disfonksiyonu (mekanik, anatomik faktörler, prolapsus)
- Pelvik Konjesyon (post-koital ağrı)
- Non-jinekolojik inflamatuvar barsak hastalığı, iritabl barsak hastalığı, üriner enfeksiyonlar

TJODist Bülteni

- Ağrılı cinsel ilişkiden kaynaklanan ağrıyı azaltmak için mentol veya su bazlı lidokain preparatı gibi duyarsızlaştırıcı yağlar yardımcı olabilir.
- Serum ferritin düzeyi testi yapılması gereklidir çünkü vulvar dermatit veya pruritisli hastaların% 5'inde demir eksikliği olabilir.

Sık görülen fiziksel durumlar

- Vajinal atrofi-Post-reproduktif veya postnatal (özellikle emziren) kadınlarda >> lokal vajinal estrojenler kullanılmalıdır
- Vulvar dermatoz >> Hastalar bir ay boyunca günlük topikal steroid kullanmalı (bir fındık parçası büyüklüğünde sürmek yeterli) , daha sonraki hafta alternatif günlerde ve daha sonra bir ay boyunca haftada iki kez kullanılmalıdır.
- Vulvodini

Psikoseksüel problemler

En önemli prensip, cinsel ağrı bozuklukları, fiziksel ve psikolojik faktörler arasında karmaşık bir etkileşim olduğudur.

Önerilen yaklaşım ve ipuçları:

- Semptomların başlangıcına ve önemine dikkat edin
- Yaşamsal olayların cinsel ağrı bozukluğuyla ilgili olup olmadığını görmek, psikoseksüel bir problemin etiyojisine dair ipuçları sağlayabilir.
- Cinsel işlevi güçlendirebilecek şekilde hastaya güven vermek. Örnek olarak, hasta epizyo sonrası perinesinin fazlaca yaralandığına inanıyorsa, ancak muayene böyle bir değerlendirmeniz olmadıysa, hastayı düzeltmeye çalışmayın. Dinleyici ve alıcı olun, böylece hastanın bunu kendi kendine farketmesini sağlayabilirsiniz.
- Psikoseksüel bir problemi tanımlarsanız, hastaya tekrarlayan seferlerde danışmanlık yapmak (daha uzun bir konsültasyon gerekebilir).
- Gerekli becerilere sahip olduğunuzu hissedebilir ve ağrı ile çalışmayı bırakmak isteyebilirsiniz;

ANCAK, aktif dinleme ve yansıtıcı sorular; *“Babanın ölümü hakkında konuşmak sizi sinirlendiriyor”* gibi, hastanın kendi problemini anlamasına sebep olarak iyileşmeyi sağlayabilir.

Kaynak için tıklayınız.

TJODist Bülteni

Pazar Sabahı Toplantısı

-  20 Mayıs 2018 Jinekolojik Onkoloji
-  8 Nisan 2018 İntrapartum Yönetim
-  11 Mart 2018 Jinekolojide Ednoskopik Uygulamalar
-  11 Şubat 2018 Endometriozis ve Genel Jinekoloji
-  14 Ocak 2018 Gebelikte Hipertansif Hastalıklar ve Komplikasyonları
-  17 Aralık 2017 Endokrin + Genel Jinekoloji
-  05 Kasım 2017 Ürojinekoloji + Cinsel Disfonksiyon
-  15 Ekim 2017 Obstetrik Kanamalar ve Malpraktis
-  18 Haziran 2017 Reprodüktif Endokrinoloji ve İnfertilite
-  28 Mayıs 2017 Prenatal Tanı ve Gebelik İzleniminde Tartışmalı Konular
-  30 Nisan 2017 Jinekolojide Endoskopi Uygulamaları
-  19 Mart 2017 Jinekolojide Karşılaşılan Onkolojik Sorunlar
-  12 Şubat 2017 Ürojinekoloji, Pelvik Ağrı ve Cinsel Disfonksiyon
-  15 Ocak 2017 Reprodüktif Endokrinoloji ve İnfertilite
-  20 Kasım 2016 Pazar - Preterm Eylem ve Doğum (Güncel Bilgiler)
-  16 Ekim 2016 Pazar - Jinekolojide Tartışmalı Cerrahi Endikasyonlar
-  27 Mart 2016 Pazar - Anormal Uterin Kanama (Dr Hayri Ermiş'in Anısına)
-  21 Şubat 2016 Pazar - Preterm Eylem, Erken Membran Ruptürü, Tokoliz