



# TJODist Bülteni

Aralık 2023

Başkandan



Değerli Meslektaşlarım,

Bir yılın daha sonuna gelmiş bulunmaktayız. Geçtiğimiz yılda meydana gelen büyük deprem felaketi ve sevgili arkadaşımız Ahmet Gül ve bazı meslektaşımızın aramızdan ayrılması gibi çok üzücü olaylar yaşadık. Telifisi güç kayıpların artık geride kalmasını diliyoruz.

Bu yılın son döneminde toplantılarımızı çeşitli hastanelerde yaptık. Toplantılara ev sahipliği yapan **Amerikan Hastanesi, Acıbadem Maslak Hastanesi** ve **Liv Hospital Vadisitanbul** yöneticilerine ve organizasyonda emeği geçen tüm arkadaşlarımıza bir kez daha teşekkür etmek isterim. Özellikle 17 Aralık tarihinde Türkiye Maternal Fetal Tıp Derneği ve İstinye Üniversitesi işbirliğiyle sevgili Ahmet Gül anısına düzenlediğimiz fetal ekokardiyografi kursunun hafızalardan silinmeyeceğini tahmin ediyorum. Önümüzdeki yılın ilk toplantısını ise **14 Ocak 2024 Pazar** günü **Okmeydanı Cemil Taşçıoğlu Eğitim ve Araştırma Hastanesinde** gerçekleştirmeyi planlıyoruz.

Şubat ayında şube seçimlerini yaparak bu dönemi kapatacağız. Bu dönemde Avrupa ve Anadolu yakalarını tekrar birleştirme amacına ne yazık ki ulaşamadık. Hatta sürpriz olarak yeni bir şube ortaya çıktı. Bir yandan dernek sayılarındaki artıştan rahatsızlık duyup, endüstri üzerinde baskı oluşturmaya çalışırken, diğer yandan çeşitli maksatlarla şubeleri bölmeye devam etmenin mantığını sizlerin takdirine sunuyorum. İstanbul'daki meslektaşlarımızın çoğunun haberi bile olmadan yapılan bu tuhaf düzenlemere her zaman karşı durmalıyız. Yönetimler geçicidir, önemli olan kurumlardır ve kurumlara zarar verilmemelidir. **TJOD İstanbul Şubesi**, ülkemizin en eski jinekoloji derneğinin uzantısıdır. Türkiye'nin ilk jinekoloji derneği İstanbul Jinekoloji Derneğidir. İstanbul'dan çok daha sonra kurulan Ankara Jinekoloji Derneği ile birleşerek TJOD oluşmuştur. Köklü kurumların türlü hesaplarla parçalanması kabul edilemez. Eğer üretken olmak istiyorsak bir araya gelip işbirliği yapmayı becermek zorundayız.

Bu vesileyle son dönemde görev yapan yönetim kurulu üyelerine ve bültenimizin bu sayısında emeği geçen bütün arkadaşlarıma teşekkür ediyorum.

Yeni yılda her şeyin gönlünüzce olması dileğiyle sağlıklı, mutlu ve huzurlu bir yıl diliyorum.

TJOD İstanbul YK adına,  
**DR. RECEP HAS**



# TJODist Bülteni

Editörden



Değerli Meslektaşlarım,

Bir yılın daha akıp gitmesine şahit olduk. Yılın başında meydana gelen korkunç deprem felaketi, bu felaketin ülkemize, toplumumuza, sağlık sistemine ve çeşitli hastanelere etkileri, sevgili Prof. Dr. Ahmet Gül abimizin acı kaybı her birimizi derinden yaraladı.

2023 yılında 6 adet bülten yayınladık. Bu yılın son bülteni ile karşınızdayız. Bu bültenlerde birbirinden ilginç ve klinik pratiğe yönelik makalelere ve mesleğinde öncü isimlerle röportajlara yer verdik. Bu yıl boyunca bültene katkıda bulunan tüm meslektaşlarıma teşekkür ederim. Şubat ayı itibarıyla şube seçimleri yapılacak, dolayısıyla şubat ayında bu yönetim kurulu bünyesindeki son bülteni sizinle paylaşacağız.

Bültenimizin bu sayısında **Dr. Mehmet Uludoğan** ile röportaj yaptık. Keyifli bir röportaj oldu. Kendisine bültenimize verdiği destek için çok teşekkür ederiz.

Bu sayımızda **Prof. Dr. Önay Yalçın** ricamızı kırmayarak bültenimiz için 'Türkiye'de Ürojinekolojinin Tarihçesi' başlıklı bir makale kaleme aldı. Keyifle okuyacağınıza inanıyorum. Kendisine verdiği destek için çok teşekkür ederiz.

Makalelerde ise **Dr. Engin Türkgeldi** açıklanamayan infertiliteye yaklaşım ile ilgili bir rehber özetledi. **Dr. Burak Giray** erken evre over kanserinde sentinel lenf nodu değerlendirmesi ile ilgili bir sistematik derleme ve meta-analiz özetledi. **Dr. İpek Evrücke** Müllerian agenezi tanı, yönetim ve tedavisi ile ilgili bir kılavuz özetledi. **Dr. Çağlar Çetin** ise total veya subtotal histerektomi eklenen sakrokolpopeksi vakalarında meş erozyonu riski ile ilgili bir makale özetledi.

Aralık ayında bültene katkıda bulunan Dr. Çağlar Çetin, Dr. İpek Evrücke, Dr. Burak Giray, Dr.Engin Türkgeldi ve Dr. Lütfiye Uygur'a çok teşekkür ederim.

2024 yılının hepinize sağlık, başarı ve mutluluk getirmesini diler, mesleğimiz ve ülkemiz açısından çok daha güzel bir yıl olmasını temenni ederim.

Yeni yılınız kutlu olsun. Bir sonraki sayıda görüşmek üzere.

Saygılarımla,

**DR. FUNDA GÜNGÖR UĞURLUCAN**

# TJODist Bülteni

Tjod İstanbul Yönetim Kurulu //



# TJODist Bülteni

## Bu Sayımıza Katkılarından Dolayı Teşekkürler

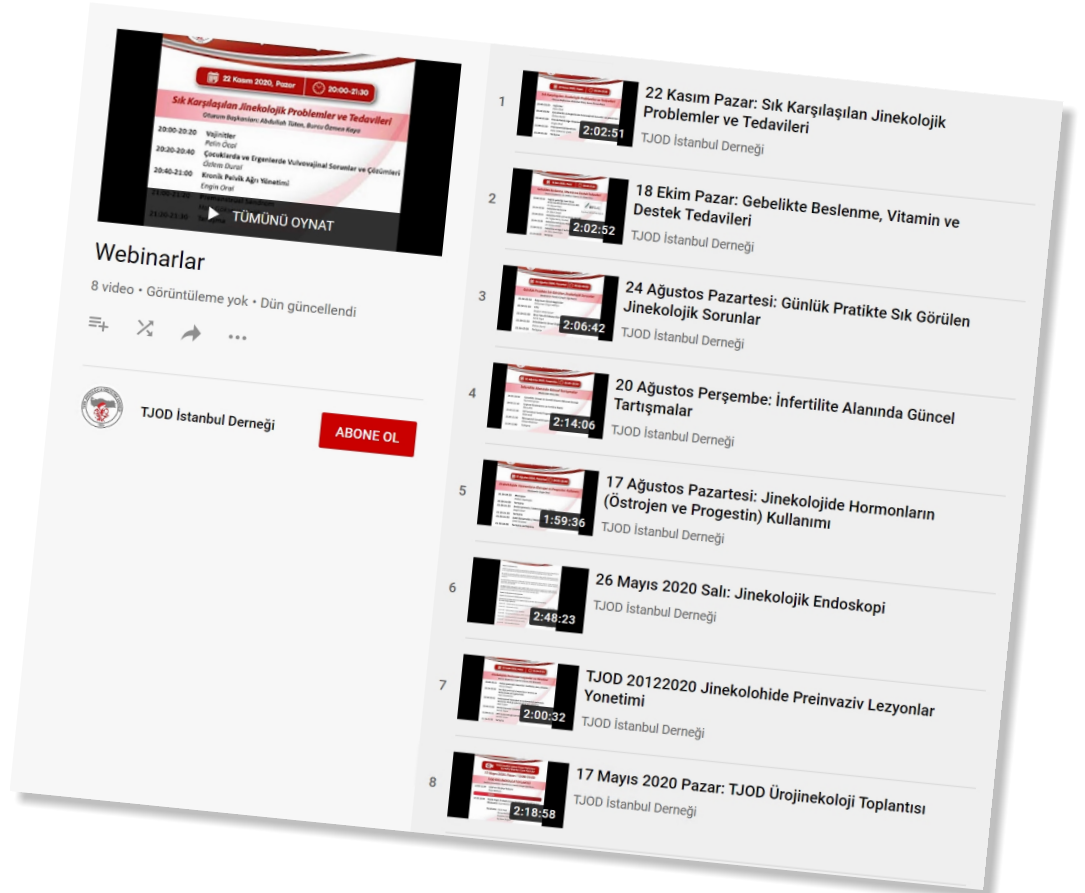
Soyadı Sırasıyla

DR. ÇAĞLAR ÇETİN  
DR. İPEK EVRÜKE  
DR. BURAK GİRAY  
DR. ENGİN TÜRKGELDI  
DR. LÜTFİYE UYGUR



Youtube Kanalımıza **abone** olabilirsiniz.

Webinarların **tekrarını izleyebilirsiniz.**



### DR MEHMET ULUDOĞAN

HAZIRLAYAN: DR. LÜTFİYE UYGUR

**Hocam, öncelikle söyleşi talebimizi kabul edip bize zaman ayırdığınız için TJOD İstanbul Şubesi adına teşekkür ederim. Bize kendinizi tanıtip eğitim ve meslek hayatınızdan bahseder misiniz?**

Ben de TJOD İstanbul'a beni konuk ettikleri için teşekkürlerimi sunarım. Mersin'liyim. İlköğrenimi Tarsus Sadık Eliyeşil, orta öğrenimi Tarsus Amerikan Koleji'nde tamamladım. 1982 yılında İstanbul Üniversitesi Tıp Fakültesi'nden mezun oldum. 1982'de mezuniyet sonrası ilk mecburi hizmete giden dönem olarak Adıyaman'da mecburi hizmet görevimi yaptım. Orda çok iyi, çok vefalı dostluklar edindim. 1984-1988 yıllarında Zeynep Kamil Kadın ve Çocuk Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde Kadın Hastalıkları ve Doğum ihtisasımı yaptım. 1992 yılında Zeynep

Kamil Kadın ve Çocuk Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde başasistanlık görevime başladım. Aynı yıl İstanbul Üniversitesi Tıp Fakültesi Prenatal Tanı Ünitesi'nde eğitim alarak Perinatoloji dalında ilerledim. 1993 yılında Zeynep Kamil Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde Perinatoloji ve Prenatal Tanı Birimleri'ni kurduk ve geliştirdik. Uzun yıllar birçok kadın doğum uzmanının yetişmesine katkıda bulunduktan sonra 2011 yılı Aralık ayında Kadın Hastalıkları ve Doğum Klinik Şefliği'nden emekli oldum.

**Hekimlik mesleğini ve kadın hastalıkları ve doğum hekimliğini nasıl tercih ettiniz?**

Ben okul hayatım boyunca doktor olmayı hedefledim. Biz Tarsus'un yerlisi bir ailenin çocuklarıyız. Hekimliğin saygınlığı, o bölgeden çıkıp daha büyük yerlere gelmeyi hedeflememiz bize bu mesleği cazip hale getirmiştir. Lisede Tarsus Amerikan'da sınıfımızdaki 40 kişiden 25'i tıp fakültesi tercih etti, üçümüz de İstanbul Tıp Fakültesi'ni tercih etti. İstanbul Üniversitesi Tıp Fakültesinin en köklü tıp fakültesi olması, abimin burda olması ve sanırım biraz da Mersinli'lerdeki İstanbul sevdası bu fakülteyi tereddütsüz ilk tercih olarak yazmama neden oldu. Bu fakülteden mezun olmuş olmak bana her zaman son derece mutluluk ve gurur duyurmuştur.

Kadın doğuma yönelmem ise fakültede dördüncü sınıf stajında başladı. Stajda rahmetli Cevat hocaya (Babuna) çok büyük hayranlık duydum, bana tam bir hoca gibi yol gösterdi. Kadın Hastalıkları ve Doğum biliminin hem doğum, hem jinekolojik kanserler, hem endokrinoloji ve kısırlık ile uğraşan dört başı mamur bir bilim dalı olduğunu anlattı ve bu benim çok ilgimi çekti. Haldun Domaniç hoca da beni çok etkilemiştir. Benim doğumu öğrenmem ise aslında Bakırköy Doğumevi'nde oldu. Tüm stajım boyunca Bakırköy doğumevine gün aşırı nöbete gittim, doğumu çok sevdim ve orda benim çok ilgili olduğumu görünce çok yardımcı oldular; stajerken sayısız müdahalesiz ve hatta müdahaleli doğum yaptırıldı. Staj yıllarımdan belliydi obstetriye daha ilgili olduğum.

**Perinatoloji dalına yönelmeniz nasıl gelişti? Özel bir nedeni oldu mu?**

Bizim asistanlığımızda klinikte bir ultrason cihazı vardı. Rahmetli Ertuğrul Bayırlı bakardı ona, çok kıymetli tabii cihaz, başka kimse de dokunamazdı ona o dönem. Benim de çok ilgimi çekti, o bakarken hep izler göz aşinalığı oluşturdum. Daha sonra doğumhanede bir ultrason vardı, tahmini fetal ağırlık ölçmek amaçlı kullanılan. Bu ultrasonda dudak, göz görmeye çalışırdım hep. Hatta asistanken bir Down sendromlu fetüsün otopsisine iştirak etmişim, -fetüs otopsislerine meraklıydım, girerdim- orda safra kesesinin olmadığını fark ettim, safra kesesi bakmaya çalışmaya başladım. Bunlar o dönem çok yeni ve gelişmeye açık şeylerdi; beni çok heyecanlandırıyordu.

# TJODist Bülteni

## **İstanbul Üniversitesi'nde başlayan hekimlik yolculuğunuzdan bugüne kadarki hayatınızda geriye dönseydiniz değiştirmek isteyeceğiniz şeyler var mıdır?**

Bir pazar nöbetinde, sanırım bir buçuk yıllık falan asistandım, hiç uyumadan tek başıma 35 tane doğum yaptırım. O gün dedim ki 'bu iş yapılacak iş değil, bırakıyorum kesin'. Hemen ertesi günü hastaneye tekrar geldiğimde 'yok dedim, seviyorum ben bu işi'. O gün bugün geçtiğim tüm yollardan hep seyerek geçtim, mesleki hayatım adına hiçbir şey değiştirmedim.

## **Özel yaşamınızda ilgilenmekten zevk duyduğunuz uğraşlarınız var mıdır?**

Ben doğayı çok severim. Orman, kır, dağ seven biriyim. Bitkilerle hayvanlarla uğraşmayı çok severim. Bir bahçem var, orda çeşitli bitki ve hayvanlarımla uğraşmayı çok seviyorum. Bitki bilimiyle ilgili bir hayli geniş bilgim de vardır. Bunun dışında kültürel tarihi geziler yapmayı çok seviyorum. Orta Asya'yı, Avrupa'yı genişçe gezdim, hedefimde de Japonya'yı genişçe gezmek var.

## **Uzun yıllardır perinatoloji ile ilgileniyorsunuz, perinatoloji bilim dalının geldiği noktayı nasıl değerlendiriyorsunuz?**

Bu soru üzerine şöyle bir anımda geldi aklıma. Ben yeni uzmanken Zeynep Kamil'de çalışırken perinatolojiye ilgi duyduğum için İstanbul Üniversitesi Prenatal Tanı Ünitesi'ne eğitim almaya gittim. Atıl abi ile (Atıl Yüksel) ilk üç ayında olan bir hastaya bakarken dedim ki 'Atıl abi bazen bu fetusların ensesinde şişlik gibi kist gibi bir görünüm oluyor, ben bunlardan bir tanesini takip ettim, bebek akondroplazik çıktı' dedim. O da dedi ki 'evet, bu benim de çok dikkatimi çekiyor, muhtemelen fetal enfeksiyonlarda falan da oluyor bu Mehmet' dedi. Aradan iki yıl geçti, Ankara'da bir kongredeyiz, Kypros Nicolaidis ile bir molada sohbet ettik, sordum ona bu durumu. Çok dikkatini çekti, muhtemelen o dönemde zaten bir süredir NT kalınlaşmasını araştırmaktaydı. O çok önemli bir bulgu dedi, çok da açıklama yapmadı. Çok kısa zaman sonra da 11-14 hafta anöploidi taraması yayınlandı ve hızla kullanıma girdi. Yani biz bu evrimin canlı tanıklarıyız ve çok hızlı bir ilerleme var artık günümüzdeki gelinen noktaya bakıldığında. Bunlar çok sevindirici ve heyecan verici.

## **Genç meslektaşlara veya perinatolojiyle ilgilenmek isteyen meslektaşlara vermek istediğiniz tavsiyeler nelerdir?**

Herkeste genel bir bıkkınlık, yorgunluk, küskünlük görüyorum. Ama Türk tıbbının içinde bulunduğu bu dönem sürdürülebilir bir durum değil. Muhakkak bir kırılma noktası olacak. İlerlemeyen herşey kaybolmaya mahkumdur. Yeni nesil mutlaka doğru bir yolu bulacak, bu gidişi düzeltecektir. Kadın hastalıkları ve doğum dalı özelinde; ebeleri doğum işine daha fazla entegre etmek gerektiğini düşünüyorum. Bizim nesil bunu pek yapmadı, bunun nedeni bizim neslin en temel hedefi maternal ve fetal morbidite ve mortaliteyi azaltmaktı. Bunu da aşikar şekilde başardık. İnşallah sizin jenerasyon bu çitayı daha ileriye taşıyacaktır. Ama bu sırada artık Türkiye'de ebeleri daha fazla işin içine sokmak gerekiyor benim fikrimce. Bu kadın doğum hekimlerinin değerini artıracaktır. Kadın doğum hekimlerinin birlik içinde etik değerlere sahip çıkması çok önemli. Güven ortamının kaybolmaması gerekli. Hastaya gerçekten önce kendinizi tam olarak tatmin edecek kadar zaman ve özen gösterirseniz, hastalar genelde bunu görür ve anlar. Bildiklerinizi, öğrendiklerinizi mutlaka meslektaşlarınızla paylaşın, bilgi paylaşıldıkça çoğalır. Bilmediğinizi de söylemekten çekinmeyin, birlikte araştırıp öğrenin. Zamanında yurtdışına eğitimler için gittimde edindiğim dostlarla hala mesajlaşarak bilgi alışverişinde bulunuyoruz biz mesela. Yalnızca kıdemlilerinizden hocalarınızdan değil, kendinizden küçüklerden de birçok şey öğrenebileceğinizi unutmayın. Nesil ilerledikçe bilgiye ulaşma teknolojisine ulaşma kabiliyeti artıyor, gençler bizlerden çok daha hızlı takip edebiliyor yeni gelişmeleri. Nesil farkından iki taraflı yararlanılmalı. Bir de vefa çok önemli birşeydir. Bu insanlığın en önemli hasletidir ve hiç bırakılmamalıdır.

Bu işte öğrenmek hep devam ediyor ve kadın hastalıkları ve doğum, perinatoloji çok zevkli ve önu açık branşlar. Hiç moral bozmayıp heyecanlarını kaybetmesinler.

Herkesi sevgi ve saygılarımı sunuyorum.

## Türkiye’de Ürojinekolojinin Tarihçesi

KAYNAK: GEÇMİŞTEN GÜNÜMÜZE ÜROJİNEKOLOJİ.  
**PROF. DR. ÖNAY YALÇIN**  
İSTANBUL TIP KİTABEVLERİ. İSTANBUL. 2021

Gelişmiş ülkelerin sağlık sisteminde jinekolojinin bir yan dal uzmanlığı olan ürojinekoloji, konu itibarı ile pelvis tabanı disfonksiyonlarını kapsar. Bu yönü ile ürojinekolojinin geçmişi insanlık tarihi kadar eskidir. Ancak “Tarihçe” söz konusu ise tıbbi kayıtlara ihtiyaç duyulur. Nitekim ilk tıbbi kayıtlar olan Eski Mısır Medeniyetine ait papirüslerde, doğum yırtıkları ve obstetrik fistüllere ait bilgiler olduğu bildirilmektedir.

“Türkiye’de Ürojinekoloji” konusuna gelince, iki farklı dönemden söz etmek gerekir:

### • Nonspesifik Dönem

- o Pelvik taban disfonksiyonlarına ait sağlık sorunlarının önce cerrahi, daha sonra jinekoloji adı altında değerlendirilip tedavi edilmeye çalışıldığı dönem.

### • Spesifik Dönem

- o Ürojinekoloji adı altında pelvik taban yetersizliklerinin tanı alıp tedavi edildiği dönem.

### Ürojinekolojide Nonspesifik Çalışma Dönemi

Tıp tarihçilerine göre bu dönem ikiye ayrılır:

- İslamiyetten önce
- İslamiyetten sonra

İslamiyetin kabulü ile başlayan süreçte Türkiye’de farklı iki dönemden söz etmek mümkündür:

- Klasik Dönem, Usta-Çırak Dönemi (1450-1730)
- Batı Tıbbını Tanıma ve Geçiş Dönemi (1730-1827)

Klasik dönemde sağlık hizmetlerini hekimler ve cerrahlar yürütmektedir. Doğumlar ev doğumları şeklinde ebeler tarafından gerçekleştirilmekte, komplikasyon halinde hekimler yardıma koşmaktadırlar. Cerrahlar, cerrahi konular yanında komplike doğumlar, jinekoloji ve ürojinekoloji sorunlarında da sağlık hizmeti sunmaktaydı. Hekimlik ve cerrahlık genel olarak usta çırak ilişkisi içinde yürütülmekteydi.

İslamiyetin kabulü ile bilim dilinin Arapça olması dolayısıyla sağlık konusundaki eserlerin genelde Arapça veya Farsça olarak yazılmış olduğunu görüyoruz. Ürojinekolojik sağlık sorunlarının cerrahi kapsamında hizmet bulunduğu klasik dönemde, Amasralı hekim Şerafeddin Sabuncuoğlu (1385-1468!) tarafından Türkçe hazırlanmış bir cerrahi kitap mevcuttur. Tıp Tarihçisi Prof. Dr. Nuran Yıldırım’a göre bu eserin ismi “ Cerrahiyye-i İlhaniyye” olup Anadolu’da cerrahlara yaklaşık 200 yıl yol gösteren önemli bir kaynak kitaptı. Kitapta cerrahi konular yanında zor doğumların, jinekolojik ve ürojinekolojik konuların da yer aldığı görülmektedir. Bazı cerrahi aletler de önerilmektedir. Kitabın en önemli özelliklerinden biri minyatürler eşliğinde konularının anlatılmasıdır. **Resim 1’** de prolaps ile oluşan nekrotik dokunun ampütasyonu anlatılmakta, **Resim 2’**de ise mesane kateteri ile idrar torbası resmedilmektedir. Minyatürlerin kimin tarafından çizildiği bilinmemektedir. Kitap 3 nüsha halinde hazırlanmış; biri İstanbul Tıp Fakültesi, Tıp Tarihi Anabilim Dalı kütüphanesinde, ikincisi İstanbul Millet Yazma Eserler Kütüphanesinde ve üçüncüsü Bibliothèque Nationale de France (Fransız Milli Kütüphanesinde) bulunmaktadır. Yazarın ayrıca iki eseri daha vardır. Biri bir kodekstir.

# TJODist Bülteni



Resim 1: Prolaps Dolayısıyla Nekroze Olan Dokunun Amputasyonu



Resim 2: Mesane Kateteri ve Torbası

1730 Yılı itibarı ile başlayan Batı Tıbbını Tanıma ve Geçiş Dönemine ait jinekoloji ve ürojinekoloji konularındaki önemli gelişme, Dr. Besim Ömer Akalın'a (1861-1940) aittir. Tabip yüzbaşı olarak mezuniyetinden sonra Ebelik Bilgisi Muallim Muavini olarak göreve başlamış ve 2 yıl sonra doğum ve yenidoğan uzmanlığı için Paris'e gönderilmişti. Dr. Besim Ömer Paşa 4 yıl sonra dönüştü, Paris'te gördüklerini uygulamak ister. Önce "Seririyat-ı Viladiye Dersleri" isimli doğum kitabını hazırlar ve bastırır ve daha sonra doğumhane açma girişiminde bulunur. Padişah Abdülhamit'in onayını alsa da gerçekleşemediğini görek kendi olanakları ile Kadırga'daki Hastanenin karantina binasının iki odasını ilk doğumhane (viladethane) olarak faaliyete geçirir. Dr. Besim Ömer Paşa Paris'te bulunduğu sırada ilk defa jinekoloji kürsüsünün açılmasını izler ve 1892 yılında arkadaşı DR. M. Nizameddin ile birlikte Auguste Joseph Lutaud'un jinekoloji kitabını Fransızcadan tercüme ederek yurdumuzda ilk Türkçe jinekoloji kitabını hazırlamış olur. "Emraz-ı Nisa Seriri ve Cerrahi" isimli bu kitapta ürojinekoloji konuları olan pelvik organ prolapsusları, peserler ve peserlerle tedavi, genital fistüller ve fistüllerin cerrahi tedavisi resimler eşliğinde anlatılmaktadır (**Resim3, Resim 4**).



Resim 3: Emraz-ı Nisa Seriri ve Cerrahi - Pelvik Organ Prolapsusu, Peserler ve Peserle Tedavisi





Resim 4: Emraz-ı Nisa Seriri ve Cerrahisi – Genital|Fistüller ve Cerrahi Tedavisi

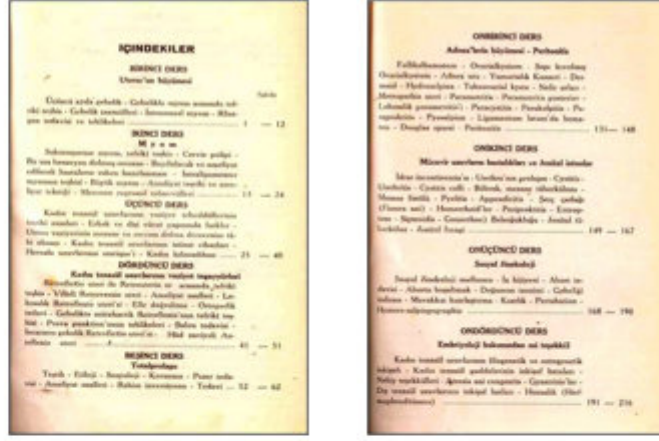
Yurdumuzda jinekolojik cerrahinin kurucusu Dr. Asaf Derviş Paşa'dır (1868-1928). Asaf Derviş Paşa uzmanlığını Berlin'de yapmış, dönüşte Gülhane Askeri Hastanesinde modern anlamda bir jinekoloji servisi kurmuştur. Balkan Harbi ve 1.Dünya Savaşına katılmış ve Prof. unvanı alarak 3 ciltlik "Kadın Hastalıkları" kitabını hazırlamış, ancak ne yazık ki bir cildini bastırabilmiştir.

1933 Yılında Atamız Gazi Mustafa Kemal Atatürk'ün, gerçekleştirdiği "Üniversite Reformu" ile üniversitede birçok kadro boşalmış ve o sırada Nazi Almanya'sından kaçan Musevi kökenli bilim insanları yurdumuza davet edilmişti. Bu kapsamda Berlin Üniversitesinden Prof. Dr. Wilhelm Gustav Liepmann (1878-1939) İstanbul Tıp Fakültesi, 2. Kadın-Doğum Kürsüsüne başkan olarak atanmıştı. Prof. Dr. Liepmann, altı yıl gibi kısa zaman diliminde modern anlamda bir kadın-doğum kürsüsü kurmaya çalışmış, Almanya'dan aletler getirtmiş ve "Pratik Jinekoloji Ders Kitabı" isimli kitabını öğrencileri ve asistanları için hazırlamıştı. Kitapta ürojinekoloji konularına da yer verildiğini görüyoruz. Bu kitabın Almanca'dan tercümesini fizyoloji hocamız Prof. Dr. Sadi İrmak yapmıştı. (Resim 5).

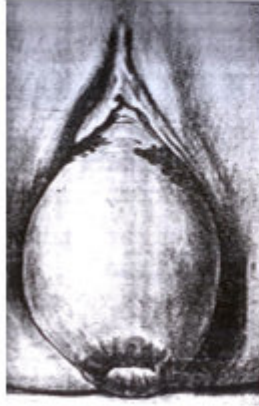


Resim 5. Prof. Dr. Wilhelm Gustav Liepmann ve Kitabı Pratik Jinekoloji Ders Kitabı

# TJODist Bülteni



Resim 6: Pratik Jinekoloji Ders Kitabı, İçindekiler Bölümü



Bekil - 65. Pelvik organ prolapsusunun fotoğrafı.



Bekil - 66. Pelvik organ prolapsusunun fotoğrafı.



Bekil - 67. Reifferscheid'e göre peserler taktırılması.

Resim 7: Pratik Jinekoloji Ders Kitabı, Pelvik Organ Prolapsus, Peserler ve Peser Takılması.

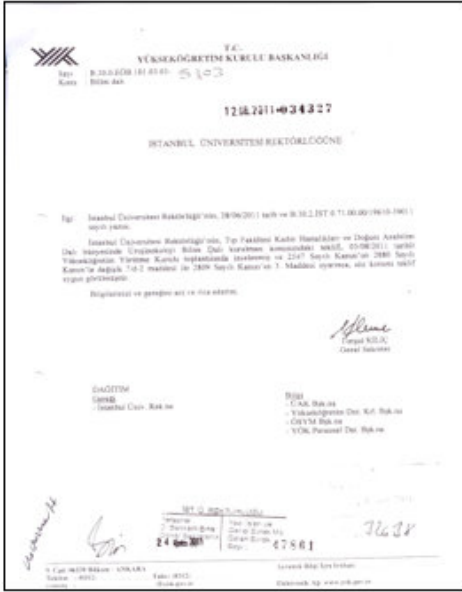
## Ürojinekolojide Spesifik Çalışma Dönemi

Türkiye'de "Ürojinekoloji" adı altında spesifik sağlık hizmetlerinin sunulması 1994 yılında Eskişehirde, Osmangazi Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı'nda, Prof. Dr. Ömer Tarık Yalçın tarafından bir başlatıldı.

Bundan bir yıl sonra Eskişehirdeki gelişmeden tamamen habersiz olarak İstanbul Üniversitesi, İstanbul Tıp Fakültesi Anabilim Dalı'nda bir "Ürojinekoloji Ünitesi"nin faaliyete geçtiğini görüyoruz. Ünitenin kuruluşu konusunda gayet göstermiş olmam dolayısıyla sorumluluğu bana verilmişti. Buradaki sağlık hizmetinin özelliği, konuya mültidisipliner bir yaklaşım gösterilmesidir. Her ne kadar Üroloji Anabilim Dalı ile arzu edilen iş birliği başlangıçta sağlanamadı ise de, İstanbul Tıp Fakültesi Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, özellikle Prof. Dr. Nurten Eskişirli'nin katkıları ile ortak bir çalışma düzeni kurulmuştur. Dolayısıyla baştan itibaren diğer seçenekler yanında pelvik taban rehabilitasyon programları ile tedavi imkanları sağlanmıştır. Daha sonra bize Prof. Dr. Ayşe Karan ve Doç. Dr. Nalan Çapan katılacaklardır. Ekibin önemli elemanı kontinans hemşiresi olarak o sırada İstanbul Üniversitesinin bir Yüksek Okulu olan Florans Nightengale Yüksek Okulu, Jinekoloji Hemşireliğinden Uzman Hemşire Nezihe Kızılkaya Beji de bize katıldı. Başlangıçta Üroloji konsültasyonlarımızı Uzman Dr. Serdar Erkan ile sürdürdük.

# TJODist Bülteni

Tam işler rutine oturtulmuş iken Sosyal Güvenlik Kurumu (SGK) yeni bir kararla ürodinami testi işlemi ve kateterlerini ödememe kararı aldı. Ürodinamik testlerin sadece Üroloji laboratuvarlarında yapılabileceği bildirildi. Bu sorunun çözümü ile ilgili olarak o dönem başhekim olan Prof. Dr. Akif Karan, kurumsallaşma konusunda adım atmamızı ve bilim dalı olma yönünde çalışmamızı önerdi. Bunun için İstanbul Üniversitesinde, ürojinekolojinin neden bilim dalı olmasının gerekli olduğunu anlatıldığı gerekli aşamalardan geçildi. O dönem Rektör Prof. Dr. Yunus Söylet'in de yardımı ile Yüksek Öğrenim Kurumu (YÖK) İstanbul Üniversitesine bağlı bir bilim dalı olarak "Ürojinekolojiyi" tanıdı (**Resim 8**).



Resim 8: Yüksek Öğrenim Kurumunun Ürojinekolojinin Bilim Dalı Olma Kararı



Resim 9: EUGA Akreditasyon Belgesi

Ürojinekoloji Bilim Dalı döneminde önemli bir gelişme Avrupa Ürojinekoloji Boardu (EUGA) tarafından akredite edilmemizdir. Bu nedenle Almanya'dan Prof.Dr. Echart Petri, Finlandiya'dan Prof.Dr. Carl Gustav Nilsson ve Türkiye'den Prof.Dr. Ali Baloğlu'ndan oluşan bir hakem heyeti Bilim Dalımızı ziyaret ederek çalışmalarımızı değerlendirdi ve beş yıllığına akredite etti (**Resim 9**).

2020 Yılı itibariyle 25. yılımıza ulaşmış olmuştuk. Bu olayı " Ürojinekoloji'de Yedi Kıta Yedi Konu" isimli, uluslararası katılımlı bir dizi on-line bilimsel aktivite ile kutladık.



Resim 10: Ürojinekoloji'de Yedi Kıta, Yedi Konulu Toplantının Duyurusu



Resim 11: Ürojinekoloji Derneği, Kurucu Üyeleri ve Amblemler

Türkiye'de Ürojinekolojinin önemli bir olgusu şüphesiz önce "Ürojinekoloji Derneği" olarak kurulan ve daha sonra "Türk Ürojinekoloji ve Pelvik Rekonstrüktif Cerrahi Derneği" ismiyle günümüze kadar gelen dernek faaliyetidir. **Resim 11**'de kurucuları ve zaman içinde amblemlerindeki değişiklikler gösterilmiştir. Derneğin amacı Türkiye genelinde ürojinekolojinin çağdaş düzeyde uygulanmasını sağlamaktır. Bu amaçla iki yılda bir dernek merkezi olan İstanbul'da uluslararası katılımlı Ulusal Kongreler (**Resim 12**) düzenlenirken, bölgesel mezuniyet sonrası kurslarla yurdumuzun muhtelif bölgelerinde hem teorik hem de uygulamalı bilimsel toplantılarla (**Resim 13**) konu yaygınlaştırılmaya çalışıldı. Genelde İstanbul yanında Ankara ve İzmir'de de düzenli periyodik toplantılar gerçekleştirildi.

# TJODist Bülteni

İlk toplantı 1997 yılında bir sempozyum olarak yapıldı ve USA-UCLA (University of California, Los Angeles)den Kadın Ürolojisi öğretim üyesi Prof. Dr. Sholomo Raz'ın katılımı ile gerçekleşti. Operasyon salonundan uygulamalar ve teorik program çok başarılı oldu.

- I. Ulusal Ürojinekoloji Kongresi** **Bilimsel Toplantılar– Kongreler**  
8-11 Haziran 1999, Harbiye Askeri Müze-İstanbul
- II. Ulusal Ürojinekoloji Kongresi**  
17-19 Nisan 2002, Harbiye Askeri Müze-İstanbul
- III. Ulusal Ürojinekoloji Kongresi**  
21-23 Eylül 2005, Harbiye Askeri Müze-İstanbul
- 1. Pelvik Taban Sağlığı ve İşeme Bozuklukları Kongresi**  
30 Ekim-3 Kasım 2007, Antalya
- IV. Ulusal Ürojinekoloji Kongresi**  
21-24 Ekim 2009, Harbiye Askeri Müze-İstanbul
- V. Ulusal Ürojinekoloji Kongresi**  
19-22 Ekim 2011, Harbiye Askeri Müze-İstanbul
- VI. Ulusal Ürojinekoloji Kongresi**  
23-26 Kasım 2013, Harbiye Askeri Müze-İstanbul
- VII. Ulusal Ürojinekoloji Kongresi**  
14-17 Ekim 2015, Harbiye Askeri Müze-İstanbul
- VIII. Ulusal Ürojinekoloji Kongresi**  
26-29 Ekim 2017, Harbiye Askeri Müze-İstanbul
- IX. Ulusal Ürojinekoloji Kongresi – IUGA Exchange Program,**  
**1-3 Kasım 2019 Maltepe- İstanbul -**



Resim 12: Dernek Bilimsel Toplantıları: Uluslararası Katılımlı Ulusal Kongreleri

### Bilimsel Toplantılar

- Sempozyumlar
- Bölgesel Toplantılar
- Mezuniyet sonrası kurslar

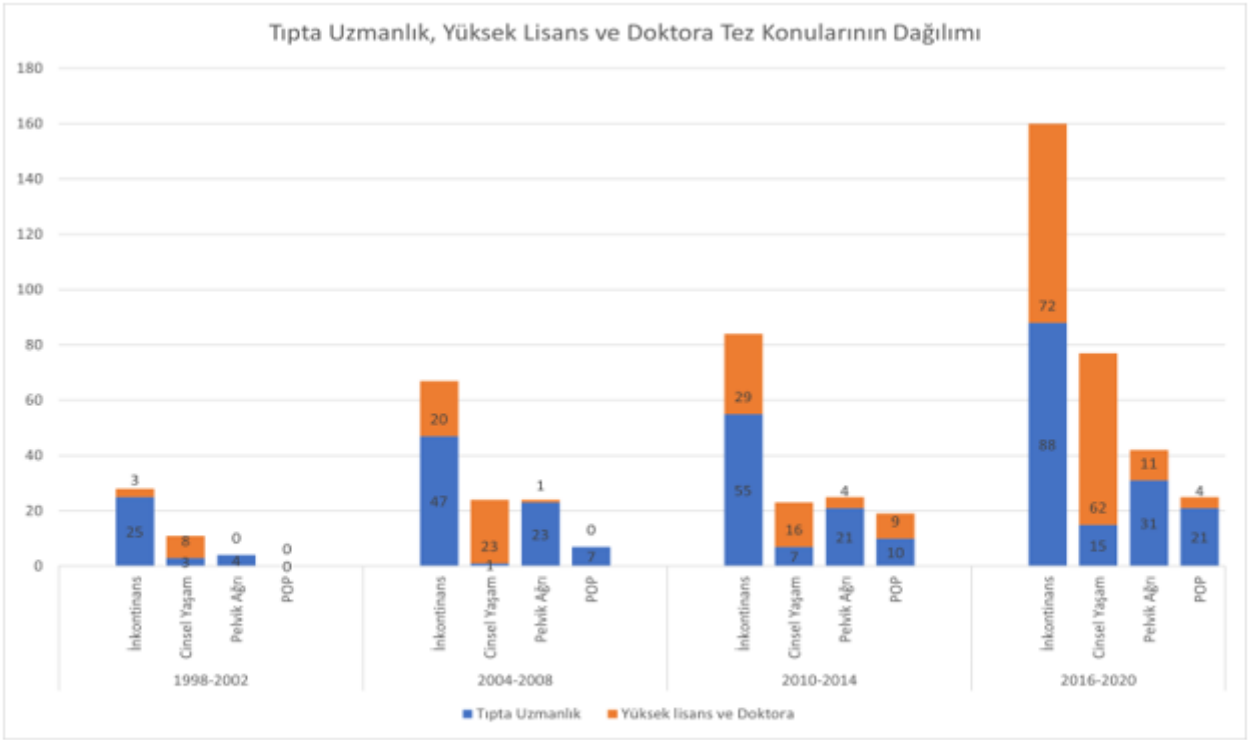


Resim 13: Dernek Lokal Sempozyum ve Bölgesel Toplantıları ve Türkiye'deki Dağılımı

# TJODist Bülteni

Ürojinekoloji konusunda derneğin kurulması, konuya ilgi duyanların yapılan toplantılarda deneyimlerinin paylaşılmasına imkan verilmesi, bazı tıp fakülteleri ve eğitim hastanelerinde spesifik poliklinik hizmetlerinin başlamasına yol açtı. Ürojinekoloji, özel bir ilgi alanı olarak ortaya çıktı ve uzmanlık eğitimi içindeki yerini aldı.

Bilimsel arenada da ürojinekoloji konusu yerini almaya başladı. Kadın-Doğum uzmanlık, yüksek lisans ve doktora tez konusu olarak ürojinekoloji konularının seçilmesine neden oldu. Bu yöndeki dağılımda, 1998-2020 arasında, beş yıllık dört farklı zaman diliminde, konuların sayılarla belirtildiği grafikte, zaman içinde ciddi oranda bir artış söz konusudur (Şekil 1).

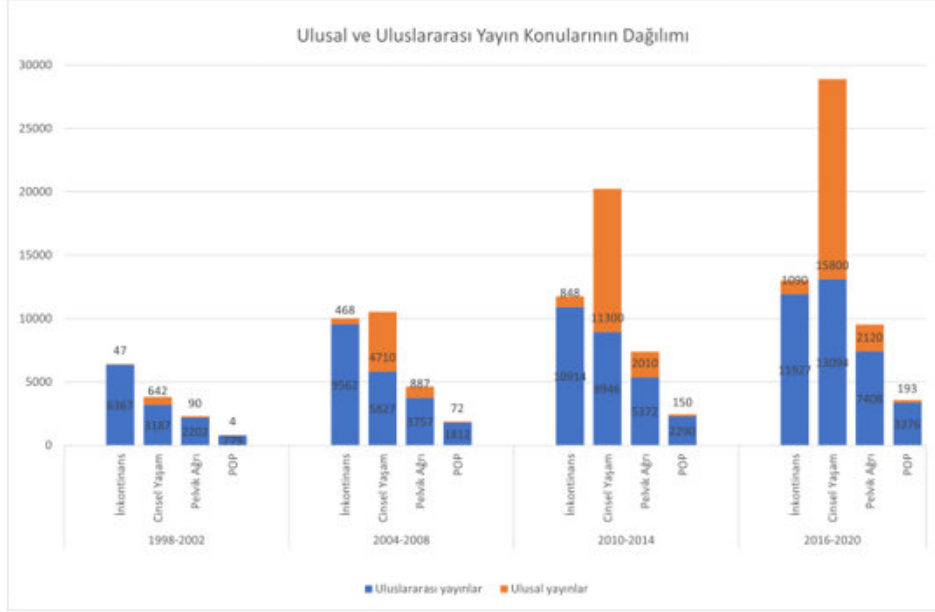


Şekil 1: Ürojinekoloji Konulu Tıpta Uzmanlık ve Yüksek Lisans ve Doktora Tezlerin 1998 -2020 Yılları Arasındaki Dağılımı

Geldiğimiz noktada İstanbul Tıp Fakültesinden sonra Bursa Uludağ Üniversitesi, Tıp Fakültesinde de Ürojinekoloji Bilim Dalının kurulduğunu görüyoruz. Artık yurdumuzda kadın sağlığı konulu toplantıların en az bir oturumu ürojinekolojiye ayrılmaktadır. Bilimsel arenada spesifik çalışmanın bir katkısı da ulusal ve uluslararası dergilerdeki yayın sayısında görülen belirgin artıştır. Şekil 2 de görüleceği gibi, 20 yılı kapsayan ve beş yıllık dört periyotta, farklı konularda yayınlanmış makale sayısında belirgin bir artış vardır.

Bir başka bilimsel çalışma Türkçe yazılmış veya Türkçeye tercüme edilmiş Ürojinekoloji Kitaplarımızdır (Resim 14). Bunlardan sadece ikisi Türkçeye tercümedir. Geriye kalanlar genellikle çok yazarlı kaynak kitaplardan oluşmaktadır. Bu yöndeki çalışmalarda hastalarımız da unutulmamıştır. Hemşire grubunun gayretleri ile hastalara yönelik bilgilendirme kitapçıkları da hazırlanmıştır (Resim 15).

# TJODist Bülteni



Şekil 2: Ürojenekoloji konularında 1998-2020 yılları arasında Ulusal ve Uluslararası Dergilerde Yayınlanmış Makale Sayısı ve Konulara Dağılımı.



Resim 14: Ürojenekoloji Konulu Kitaplarımız.

# TJODist Bülteni



Resim 15: Ürojinekoloji Konularında Hazırlanmış Hasta Bilgilendirme Kitapçıkları.

Türk Ürojinekoloji ve Pelvik Rekonstrüktif Cerrahi Derneği 2022 yılında 25.yaşına ulaştı. Bu özel yıl 10. Ulusal Kongre ile birlikte bir uluslararası katılımlı bilimsel toplantı şeklinde kutlandı. Dönemin dernek başkanı Prof. Dr. Fulya Dökmeci ve ekibi zor şartlara rağmen başarılı bir toplantı gerçekleştirdiler (**Resim 16**).



Resim 16: Dernek 9. Ve 10. Ulusal Kongreleri



Resim 17: Obstetrik Anal Sfinkter Hasarına Multidisipliner Yaklaşım ve Anorektal Ultrasonografi Kursu Duyurusu ve Uygulamadan bir görüntü.



# TJODist Bülteni

Uluslararası ilişkilerimizde bizi ilk fark edenler İtalyanlar oldu. 2005 Yılında Sicilya'nın Lecce kentinde "Akdeniz Ülkelerinde Ürojinekoloji " toplantısına davet edildim ve ülkemizdeki uygulamaları aktarmaya çalıştım. **Resim 18**'de görüldüğü gibi 2009 yılında Uluslararası Ürojinekoloji Derneği ( International Urogynecological Association – IUGA)ne afiliye olduk. Bu halen sürmektedir. Bu kapsamda, 2019 yılı Kasım ayında 9. Ulusal kongremizi Maltepe Üniversitesi yerleşkesinde IUGA ile bir Exchange Meeting şeklinde gerçekleştirdik. Bu toplantı Prof. Dr. İsmail Mete İtil başkanlığı döneminde sekreter Prof. Dr. Özgür Yeniel'in gayretleri ve ev sahibi Prof. Dr. Berna Haliloğlu Peker'in yoğun çabaları ile gerçekleşti (**Resim 16**).

2011 Yılında Uluslararası Kontinens Derneği ( ICS- International Continence Society) ile İstanbul Askeri Müze'de "Gebelik, Doğum ve Pelvik Taban" isimli, iki günlük bir toplantı gerçekleşti. 2015 Yılında ise Prof. Dr. Linda Cardozo'nun desteği ile Avrupa Ürojinekoloji Derneği (EUGA) ile süreli bir affiliasyon sağlandı (**Resim 18**).



Resim 18: Türk Ürojinekoloji ve Pelvik Rekonstrüktif Cerrahi Derneğinin Uluslararası İlişkileri

Dernek olarak 26 yılımızı geride bırakıyoruz. Bu süre içinde 2 kez yan dal uzmanlığı konusunda Sağlık Bakanlığına müracaat edilmiş, ancak bu konu muhtelif nedenlerle reddedilmiştir. Türkiye'de ürojinekoloji ile ilgili sağlık sorunlarının sıklığı, bölgesel dağılımı ve risk faktörlerini belirlemek amacı ile başlattığımız "Epidemiyolojik Çalışma" da dayanaksız gerekçelerle Sağlık Bakanlığının ilgili bölümü tarafından uygun görülmemiştir.

2023 Yılı 10 Kasımında Ulu önder Mustafa Kemal Atatürk'ü anarken yine bir "Ürojinekoloji İstanbul" toplantısı ile yeni yönetim kurulunu belirlerken, oluşturulacak ilave kurullar ve komitelerle Türkiye'de Ürojinekolojinin çağdaş düzeyde uygulanmasını sağlamak üzere çalışmalarımıza devam edeceğiz.

## Kanıt Dayalı Rehber: Açıklanamayan İnfertilite

Evidence-based guideline: unexplained infertility

The Guideline Group on Unexplained Infertility, D. Romualdi, B. Ata, S. Bhattacharya, E. Bosch, M. Costello, K. Gersak, R. Homburg, M. Mincheva, R.J. Norman, T. Piltonen, S. Dos Santos-Ribeiro, D. Scicluna, S. Somers, S.K. Sunkara, H.R. Verhoeve, N. Le Clef  
Hum Reprod. 2023 Oct 3;38(10):1881-1890.  
doi:10.1093/humrep/dead150.

ÖZETLEYEN: DR. ENGİN TÜRKGELDİ

Link: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37599566/>

The European Society of Human Reproduction and Embryology (ESHRE) Açıklanamayan İnfertilite Rehberi Geliştirme Grubu tarafından kaleme alınan ve 2023'te yayımlanan rehberin ana başlıklarını aşağıda bulabilirsiniz.

**Makalenin orijinaline** (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37599566/>) veya **rehberin tamamına** (<https://www.eshre.eu/Guidelines-and-Legal/Guidelines/Unexplained-infertility>) ücretsiz erişebilirsiniz.

### • TANI

- Ovulasyonun teyidi
  - Düzenli adet döngüsü olan kadınlarda, yumurtlamanın doğrulanması için kullanılan testler rutin olarak önerilmemektedir. İyi Klinik Uygulama
  - Düzenli adet döngüsü olan kadınlarda ovülasyonun doğrulanması gerekiyorsa idrar LH ölçümleri, ultrason ile monitorizasyon veya mid-luteal progesteron ölçümü gibi testler kullanılabilir. Koşullu+
- Oosit/korpus luteum kalitesi
  - Düzenli adet döngüsü olan kadınlarda, midluteal serum progesteron seviyelerinin rutin olarak ölçülmesi önerilmemektedir. Koşullu+
  - İnfertilite açısından değerlendirilen kadınlarda histolojik inceleme için endometriyal biopsi alınması, başka bir endikasyon yoksa önerilmemektedir. Güçlü++
- Over rezervi
  - Düzenli adet döngüsü olan kadınlarda, infertilitenin etiyolojisini belirlemek veya 6-12 ay içinde spontan gebe kalma olasılığını tahmin etmek için over rezerv testi gerekli değildir. Güçlü++
- Tubal faktör
  - Histerosalpingo-kontrast-sonografi (HyCoSy) Güçlü ve histerosalpingografi (HSG) tubal açıklık için laparoskopi ve kromopertübasyona kıyaslandığında geçerliliği olan testlerdir. Güçlü+++
  - HSG ve HyCoSy tanısal kapasite açısından benzerdir, bu nedenle tekniğin seçimi klinisyenin ve hastanın tercihinine bağlıdır. İyi Klinik Uygulama
  - Tubal açıklık için Chlamydia antikor testi tubal tıkanıklık için düşük ve yüksek risk altındaki hastalar arasında ayırım yapmak için invazif olmayan bir test olarak kabul edilebilir. Koşullu+
  - Tubal anormallik açısından yüksek risk taşıyan hastalarda, tubal açıklığın görsel olarak gösterilmesi gereklidir. İyi Klinik Uygulama
- Uterin faktör
  - Ultrasonografi, tercihen 3 boyutlu ultrasonografi, infertilite sorunu olan kadınlarda uterus anomalilerini dışlamak için önerilmektedir. Güçlü+
  - Açıklanamayan infertilitesi olan kadınlarda, normal uterus yapısı ve anatomisini doğrulamak için manyetik rezonans ile görüntüleme (MRI) ilk basamak test olarak önerilmemektedir. Güçlü+
  - Uterin kavitenin ultrasonografik değerlendirmesi normal ise, ek bir değerlendirmeye gerek yoktur. Güçlü+

# TJODist Bülteni

- o Laparoskopi
  - Rutin tanısal laparoskopi, açıklanamayan infertilite tanısı için önerilmemektedir. Güçlü+
- o Servikal/vajinal incelemeler
  - Açıklanamayan infertilitesi olan çiftlerde post-koital test önerilmemektedir. Güçlü+
  - Vajinal mikrobiyota testleri, açıklanamayan infertiliteye sahip çiftlerinde yalnızca bilimsel araştırma kapsamında düşünülebilir. Research only
- o Erkek genito-üriner anatomisi
  - DSÖ kriterlerine göre semen analizi normal olduğunda testiküler görüntüleme önerilmez. Güçlü +
- o Erkek için ek testler
  - Semende anti-sperm antikorları için test yapılması, WHO kriterlerine göre semen analizi normal olduğunda önerilmez. Güçlü+
  - DSÖ kriterlerine göre semen analizi normal olduğunda sperm DNA fragmantasyonu testlerinin yapılması tavsiye edilmemektedir. Güçlü +
  - Sperm kromatin yoğunlaşma testi, WHO kri- □□□□□□□□ terlerine göre semen analizi normal olduğunda tavsiye edilmez. Güçlü +
  - DSÖ kriterlerine göre semen analizi normal olduğunda, sperm anöploidi taraması önerilmez. Güçlü +
  - DSÖ kriterlerine göre semen analizi normal olduğunda, serum hormone testlerinin yapılması önerilmez. Güçlü +
  - DSÖ kriterlerine göre semen analizi normal olduğunda, semende HPV testi yapılması önerilmez. Güçlü +
  - DSÖ kriterlerine göre semen analizi normal olduğunda mikrobiyolojik testlerin yapılması önerilmez. Güçlü +
- o Sistemik ek testler
  - Açıklanamayan infertilitesi olan erkek veya kadınların serumunda anti-sperm antikorlarının test edilmesi önerilmemektedir. Güçlü +
  - Açıklanamayan infertilitesi olan kadınlarda çölyak hastalığı için test yapılması düşünülebilir. Koşullu ++
  - Açıklanamayan infertilitesi olan kadınlarda tiroid antikor ve diğer otoimmün durumlar (çölyak hastalığı dışında) için test yapılması tavsiye edilmemektedir. Güçlü +
  - Gebelik öncesi bakım kapsamında TSH ölçümü iyi uygulama olarak kabul edilir. İyi Klinik Uygulama
  - TSH normal aralıkta ise kadınlarda ek tiroid değerlendirmesi yapılması tavsiye edilmez. Güçlü +
  - Açıklanamayan infertilitesi olan kadınlarda trombofili testi yapılması önerilmemektedir. Güçlü +
  - Açıklanamayan infertilitesi olan erkeklerde semende oksidatif stres ölçümü yalnızca araştırma bağlamında değerlendirilmelidir. Research only
  - Açıklanamayan infertilitesi olan kadınlarda oksidatif stres ölçümü önerilmemektedir. Güçlü ++
  - Açıklanamayan infertilitesi olan çiftlerde genetik veya genomik testler şu anda önerilmemektedir. Güçlü +
  - Kadınlarda D vitamini eksikliğinin test edilmesi, açıklanamayan infertilite tanısı için önerilmemektedir. Güçlü +
  - Kadınlarda prolaktin testi önerilmemektedir. Güçlü +
  - Kadınlarda BMI ölçümü, gebelik öncesi bakımda iyi bir uygulama olarak kabul edilmektedir. İyi Klinik Uygulama

# TJODist Bülteni

## • TEDAVİ

- Takip etme
  - Açıklanamayan infertilitesi olan çiftler için ilk basamak tedavi olarak over stimülasyonu ile IUI önerilmektedir. Güçlü +
  - Rehber oluşturma grubu, tif tedaviye başlama kararının prognoza dayandırılmasını tavsiye etmektedir. İyi Klinik Uygulama
  - DSÖ kriterlerine göre
- Aktif Tedavi
  - Açıklanamayan infertilitesi olan çiftler için ilk basamak tedavi olarak over stimülasyonu ile IUI önerilmektedir. Güçlü +
  - Çoğul gebeliklerden ve ovaryen hiperstimülasyon sendromundan (OHSS) kaçınmak için gonadotropin tedavisinin sadece düşük dozda kullanılması ve dikkatli monitorizasyon gereklidir. İyi Klinik Uygulama
  - Açıklanamayan infertilitesi olan çiftlerde IVF, IUI ve over stimülasyonu yerine muhtemelen önerilmemektedir. Koşullu +
  - IVF'e başvurma kararının yaş, infertilite süresi, önceki tedavi ve önceki gebelik öyküsü gibi hasta özelliklerine göre verilmesi beklenmektedir. İyi Klinik Uygulama
  - Açıklanamayan infertilitesi olan çiftlerde ICSI, geleneksel IVF'in yerine önerilmemektedir. Güçlü +
- Mekanik-cerrahi prosedürler
  - Rutin görüntülemelerde görülmeyen intrauterin anomalilerin tespiti ve olası rekonstrüksiyonu için histeroskopi önerilmemektedir. Güçlü++
  - Yağda çözünen kontrast madde ile yapılan HSG (tubal yıkama), suda çözünen kontrast madde ile yapılan tercihtir. Yağda çözünün kontrast madde ile yapılan tubal yıkama işleminin riskleri ve faydaları açıklanamayan infertilitesi olan tüm çiftlerle tartışılmalıdır. Koşullu++
  - Endometriyal scratching (endometrial kaşıma) açıklanamayan infertilite için önerilmemelidir. Güçlü ++
  - Laparoskopide incidental olarak minimal ila hafif endometriozis bulunursa, bu durum artık açıklanamayan infertilite olarak kabul edilmemektedir.
- Alternatif terapötik yaklaşımlar
  - Fertilite tedavisi gören kadınlara ek oral antioksidan tedavisi muhtemelen tavsiye edilmemektedir. Koşullu +
  - Fertilite tedavisi gören erkeklere ek oral antioksidan tedavisi muhtemelen tavsiye edilmemektedir. Koşullu +
  - Kadınlarda akupunktur muhtemelen önerilmemektedir. Koşullu ++
  - Kadınlarda inositol takviyesi muhtemelen önerilmemektedir. Koşullu +
  - Gerekliğinde hastalara psikoterapi dahil olmak üzere üzere psikolojik destek önerilmektedir. İyi Klinik Uygulama
  - Gerekliğinde davranış terapisi ile desteklenen sağlıklı bir diyet ve düzenli egzersiz tavsiye edilir. İyi Klinik Uygulama

## • Hayat kalitesi

- Açıklanamayan infertilitesi olan kadınlar ile tanı koyulmuş kısırlık nedenleri olan çiftlerdeki kadınlar arasında yaşam kalitesi açısından muhtemelen fark yoktur. İstisna olarak infertile nedeninin PKOS olduğu durumlardaki kadınların hayat kalitesi diğer nedenlere sahip kadınlara kıyasla daha düşüktür.) İyi Klinik Uygulama
- Açıklanamayan infertiliteye sahip bir çiftte erkek partnerin hayat kalitesi, infertilite nedeni bilinen bir çiftteki erkek partnere kıyasla muhtemelen daha yüksektir. İstisna olarak açıklanamayan infertiliteye sahip bir çiftteki erkek partnerin hayat kalitesi, infertilite nedeni PKOS'lu bir partnere sahip erkeklerin hayat kalitesinden daha düşüktür. İyi Klinik Uygulama

## Erken Evre Over Kanserinde Sentinel Lenf Nodu: Sistemik Derleme Ve Meta-analiz

SENTINEL LYMPH NODE DETECTION IN EARLY-STAGE OVARIAN CANCER: A SYSTEMATIC REVIEW AND META-ANALYSIS  
AGUSTI N, VIVEROS-CARREÑO D, GRILLO-ARDILA C, IZQUIERDO N, PAREDES P, VIDAL-SICART S, TORNE A, DÍAZ-FEIJOO B.  
INT J GYNECOL CANCER. 2023 OCT 2;33(10):1493-1501.  
DOI: 10.1136/IJGC-2023-004572. PMID: 37487662.

ÖZETLEYEN: DR. BURAK GİRAY

Link: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37487662/>

Sistemik pelvik ve para-aortik lenfadenektomi, erken evre epitelyal over kanserinin cerrahisinde standart olmaya devam etmektedir. Sentinel lenf nodu haritalaması alternatif bir prosedür olarak araştırılmaktadır; ancak literatürde sentinel lenf nodu haritalanması konusundaki veriler heterojen ve sınırlıdır.

Erken evre over kanserinde sentinel lenf nodu tekniği, birden fazla trasenin, enjeksiyon yönteminin ve teknik prosedürün tanımlandığı deneysel bir prosedürdür. Prosedürün tanınması doğruluğunu analiz eden bir çalışma daha önce yayınlanmamıştır.

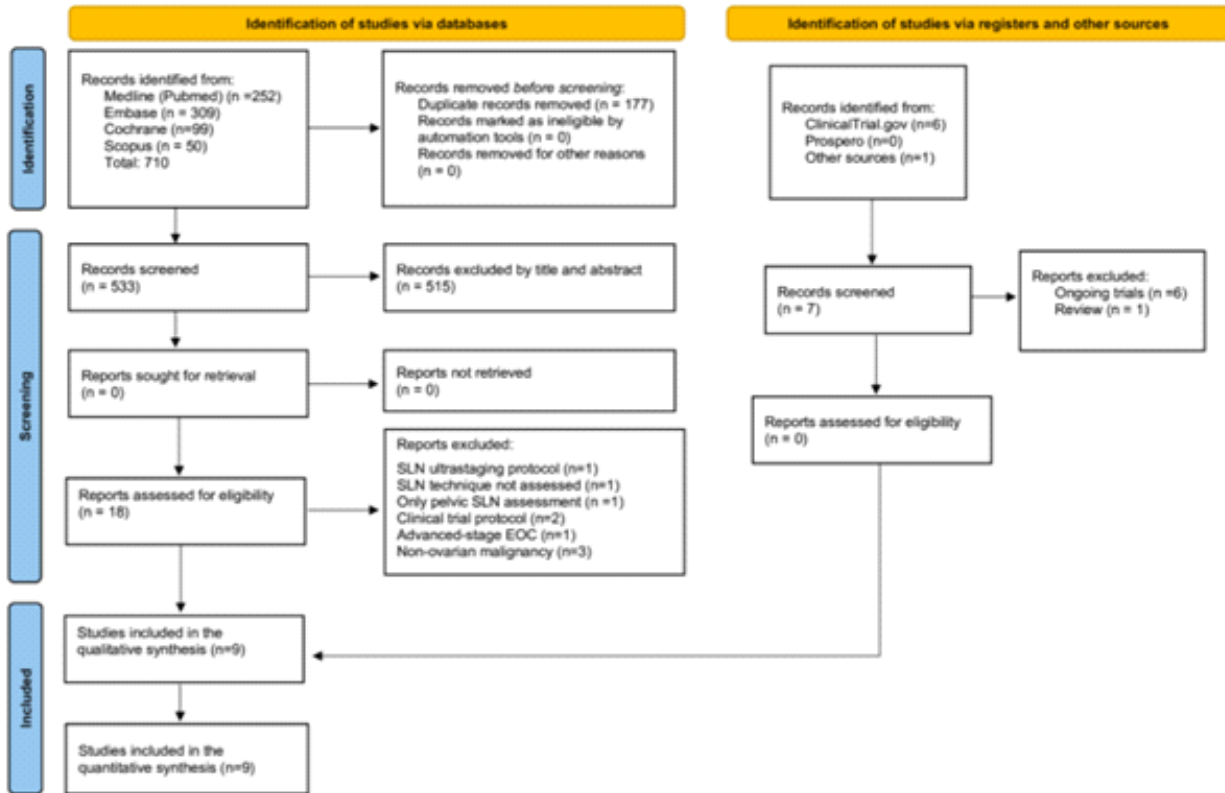
### GİRİŞ

Over kanseri çoğunlukla ileri evrede (FIGO III/IV) tespit edilir ve hastalarının yalnızca %20 ila %30'una klinik olarak erken evrede tanı konur (FIGO evre I-II). Sistemik pelvik ve para-aortik lenfadenektomiyi içeren kapsamlı bir cerrahi evreleme, erken evre epitelyal over kanseri olan hastaların prognozunu ve adjuvan tedavi ihtiyacını belirlemek için standart cerrahi tedavi olmaya devam etmektedir. Ancak lenf nodu metastaz oranı %15-20 civarındadır. Lenfadenektominin yapılması invaziv bir teknik olup, intraoperatif ve postoperatif morbidite ile ilişkilidir ve yaşam kalitesi üzerinde olumsuz etkisi olabilir. Ek olarak, literatürde sistemik lenfadenektominin olası bir terapötik değerini gösteren hiçbir kanıt yoktur.

Son yıllarda, sentinel lenf nodu (SLN) haritalaması, sistemik lenfadenektomilerle ilişkili cerrahi morbiditeyi azaltan alternatif bir teknik olarak ortaya çıkmıştır. SLN haritalama tekniğinin diğer jinekolojik kanserlerde doğruluğu kanıtlanmıştır. Bununla birlikte, over kanserinde uygulanması, yapan cerrahın enjeksiyon tekniği ve overin lenfatik drenajının diğer jinekolojik tümörlere göre daha karmaşık olması nedeniyle daha zordur. Sınırlı sayıda hastayla yapılan az sayıda çalışma yayınlanmış ve over kanserinde SLN haritalamasının yapılabilirliği rapor edilmiştir. Hangi trasenin kullanılacağı, enjeksiyon bölgesi, kullanılan tekniğe göre tespit edilme oranı ve teşhis doğruluğu ile ilgili bazı hususların çözülmesi gerekmektedir. SLN tespitinde farklı yöntemlerin uygulanmasının sonuçları ile erken evre over kanserinde neden lenfatik varyasyonlar oluşabileceği konusunda ayrıntılı bir değerlendirme yapılmamıştır. Bu sistemik derleme ve meta-analizin amacı over kanserinde SLN haritalaması tespit oranlarını ve tanınması doğruluğunu değerlendirmektir.

### SONUÇLAR

Literatür tarandıktan sonra elde edilen 717 makaleden 9 makale değerlendirmeye dahil edilmiştir (Şekil 1). Toplam 113 hastayı içeren çalışmalar 2014-2021 yılları arasında yürütülmüştü. Yedi çalışmada medyan yaş 45 ile 57 arasında bildirilmişti. Medyan vücut kitle indeksi ise beş çalışmada 20,5 ile 25,2 kg/m<sup>2</sup> arasında idi. Altı çalışma gözlemsel olarak kabul edildi ve üçü klinik çalışmaydı. Beş çalışmaya over kanseri olmayan toplam 58 hasta dahil edildi ve bu hastalar analizin dışında bırakıldı (3 hasta serviks kanseri, 1 eşlik eden endometriyal kanser, 10 borderline over tümörü ve 44 benign over kisti). Çalışmalarda kullanılan ajanlara bakıldığında, 61 hastada (%54) indosiyanın yeşili (ICG), 51 hastada (%45,1) 99mTc ve 23 hastada (%20,4) mavi boya idi. Ajanlar ya tek bir ajan olarak ya da kombinasyon halinde kullanılmıştı. Derlenen çalışmaların temel özellikleri **Tablo 1**'de sunulmaktadır.



**Figure 1** Preferred Reporting Items for Systematic reviews and Meta-Analysis (PRISMA) flow diagram. EOC, epithelial ovarian cancer; SLN, sentinel lymph node.

**Table 1** Characteristics of the included studies

Author, year, country	Sample size*	Study period	Type of surgery	Surgical approach	Injection site	Tracer used and dose	Time between injection and detection	SLN ultrastaging
Kleppe et al <sup>23</sup> 2014; Netherlands	5	October 2012 to June 2014	PSS	LPT	UO and IP ligaments	0.2–0.5 mL of Tc-99m albumin nanocolloid and blue dye (each injection)	15 min	Yes
Hassanzadeh et al <sup>25</sup> 2016; Iran	13	January 2010 to October 2014	PSS	LPT	UO and IP ligaments (n=10); Cortex (n=3)	0.2 mL of Tc-99m phytate+blue dye (each injection)	10 min	NS
Angelucci et al <sup>26</sup> 2016; Italy	5	April 2016 to May 2016	PSS	MIS	Hilum of ovary	0.5–1 mL of ICG, 2 min (1.25 mg/mL)	2 min	NS
Buda et al <sup>31</sup> 2017; Italy	7	NR	PSS	MIS	UO and IP ligaments	0.5 to 1 mL of ICG (1.25 mg/mL)	Real time	NS
Uccella et al <sup>23</sup> 2019; Italy	31	March 2018 - ongoing	PSS and DSS	MIS	UO and IP ligaments (after adnexectomy)	2 mL of ICG (1.25 mg/mL)	5–20 min	Yes
Lago et al <sup>24</sup> 2018; Spain	10	March 2017 to February 2018	PSS and DSS	MIS+LPT	UO and IP ligaments (after adnexectomy)	0.2 mL of Tc-99m albumin colloid (37 MBq) + 0.5 mL of ICG (1.25 mg/mL)	15 min	Yes
Lago et al <sup>30</sup> 2020; Spain	20	March 2018 to July 2019	PSS and DSS	MIS+LPT	UO and IP ligaments (after adnexectomy)	0.2 mL of Tc-99m albumin colloid (37 MBq) + 0.5 mL of ICG (1.25 mg/mL)	15 min	Yes†
Laven et al <sup>29</sup> 2021; Netherlands	11	NR	PSS and DSS	LPT	UO and IP ligaments (after adnexectomy)	0.15 mL of Tc-99m albumin nanocolloid (20 MBq) + 0.2 mL blue dye	15 min	Yes
Guerra <sup>27</sup> 2021; Venezuela	28	June 2016 to November 2019	DSS	LPT	UO and IP ligaments	0.5 mL of Isosulfan (UO ligament) + 2 mL (IP ligament)	15 min	NS

\*Refers only to patients with malignant ovarian cancer.

†Ultrastaging protocol was applied a second time.<sup>40</sup>

DSS, delayed or restaging surgery; ICG, indocyanine green; IP, infundibulo-pelvic; LPT, laparotomy; MIS, minimal invasive surgery; NR, not reported; NS, not specified; PSS, primary staging surgery; SLN, sentinel lymph node; UO, utero-ovarian.

## SLN Tespit Oranları

113 hastanın 94'ünde (%83,2) en az bir SLN saptandı. SLN saptama oranı %93,3 (%95 CI %77,8 ila %100;  $p < 0,0001$ ;  $I^2 = %74,3$ ) idi ve bireysel çalışmalarda %27 ila %100 arasında değişiyordu (Şekil 2). 76 hastayı içeren 7 çalışmada drenajın lokalizasyonu tanımlanmıştı: 67 hastada (%88,2) SLN paraaortik bölgede saptandı (32 hastada (%42,1) drenaj sadece paraaortik alanda, 35 hastada ise (%46,1) drenaj hem pelvik bölgede hem de paraaortik bölgede idi). Dokuz (%11,8) hastada ise sadece pelvik SLN saptandı.

# TJODist Bülteni

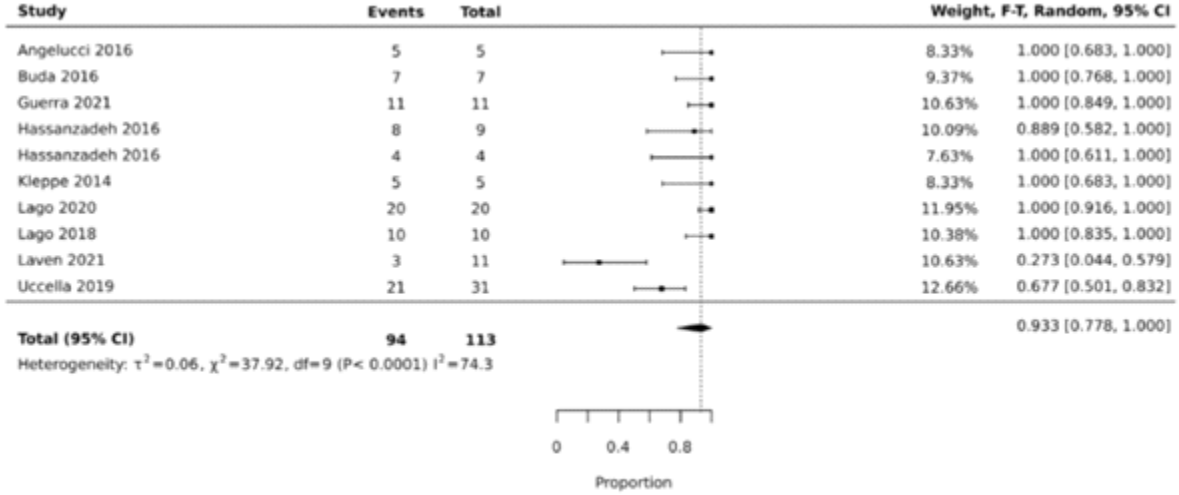


Figure 2 Forest plot showing the overall detection rate.

Lenf nodu metastazı olan 12 hastanın 11'i (%91,7) SLN tekniği ile tespit edildi. Dokuz hastada para-aortik lenf nodu tutulumu, iki hastada pelvik tutulum, bir hastada hem pelvik hem de aort tutulumu bildirildi. Negatif prediktif değeri %100'dü (%95 GA %97,6 - %100;  $p=0,97$ ;  $I^2=0$ ) (Şekil 3). Lenf nodu metastazı olan 12 hastanın 5'inde (%41,7) ultra-staging protokolü kullanıldı; izole tümör hücrelerine sahip 2 SLN ve makro metastazlı 4 SLN bulundu.

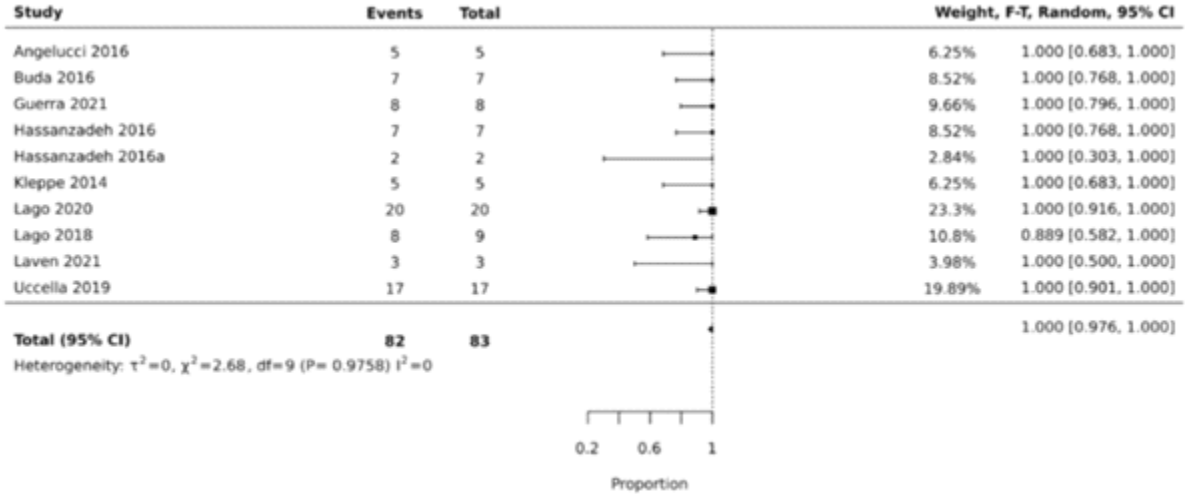


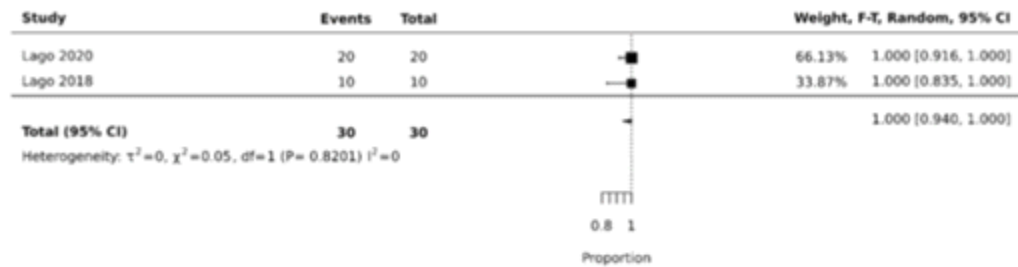
Figure 3 Forest plot showing the negative predictive value.

## Kullanılan Ajan

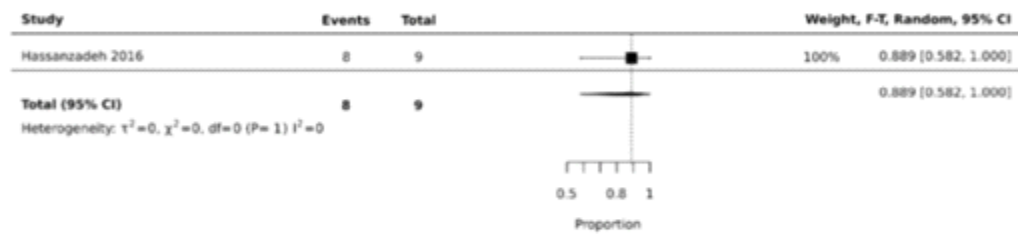
43 hastayı (%38) içeren üç çalışmada tek başına ICG kullanıldı ve 11 hastayı (%9,7) içeren bir çalışmada tek başına mavi boya kullanıldı ve sırasıyla %90,5'lik (%95 GA %61,5 - %100;  $I^2=65,9$ ) ve %100'lük (%95 GA %84,9 - %100;  $I^2=0$ ) bir tespit oranı gösterildi (Şekil 4). Tek başına Tc-99m 9 (%8) hastada %88,9 (%95 CI %58,2 - %100;  $I^2=0$ ) tespit oranıyla, mavi boya ile kombine edilerek 20 (%17,7) hastada %80,0 (95% CI 22,1%-100%;  $I^2=82,5$ ) başarı oranıyla ve ICG ile kombine edilerek 30 (%26,5) hastada %100 (95% CI 94%-100%;  $I^2=0$ ) başarı oranıyla kullanıldı. Ajanın enjeksiyonu ile SLN'nin saptanması arasındaki bekleme süresi, tek başına ICG'yi kullanan ve enjeksiyondan hemen sonra ajanın geçişini takip edebilen çalışmalar hariç, çoğu çalışmada ortalama 10-15 dakikadır (Tablo 1).



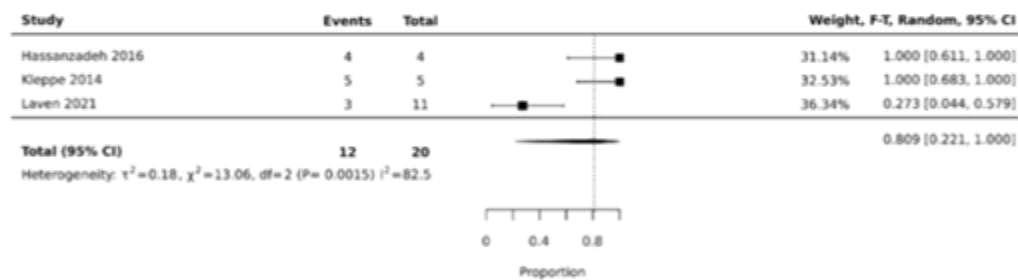
## A Indocyanine green and [<sup>99m</sup>Tc]Tc-albumin nanocolloid



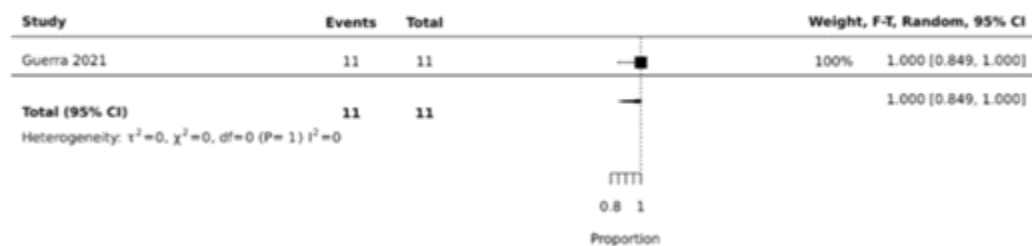
## B [<sup>99m</sup>Tc]Tc-albumin nanocolloid



## C [<sup>99m</sup>Tc]Tc-albumin nanocolloid and blue dye



## D Blue dye



## E Indocyanine green

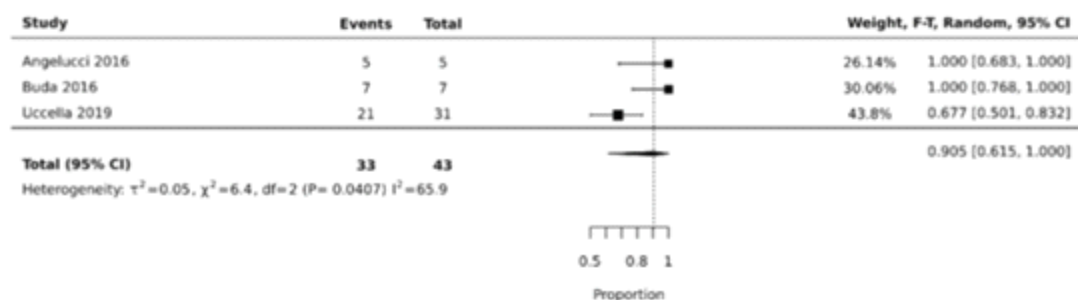


Figure 4 Forest plot showing the detection rate depending on the type of tracers used.

## Enjeksiyon Yeri ve Cerrahi Teknik

105 hastayı (%92,2) içeren sekiz çalışmada en çok kullanılan enjeksiyon bölgesi infundibulo-pelvik ve utero-ovaryan ligamandı (eğer daha önce histerektomi yapılmamışsa). Ancak başka enjeksiyon bölgeleri de tanımlanmıştır: Üç hastayı (%2,7) içeren bir çalışmada over korteksine enjeksiyon uygulanmış ve beş hastayı (%4,4) içeren başka bir çalışmada, enjeksiyon yeri olarak over hilusu, broad ligaman ve over parankimi kullanılmıştı.

Ajanın enjeksiyonu overin ligamentlerine yapıldığında genel SLN saptama oranı %92,9 (%95 GA %73,7 - %100; I2=%80,5), diğer enjeksiyon bölgeleriyle yapıldığında ise 88.5% (%95 CI %42.6-%100%; I2=%7.4) idi. Aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildi (p=0,61).

Enjeksiyon, 33 (%29,2) hastada kitle hala yerinde iken overin ligamentlerine, 47 (%41,6) hastada ise çıkarılan adneksin frozenda malign gelmesi sonrası over ligamentlerine yapıldı. Son olarak 25 (%22,1) hastada yeniden evreleme ameliyatı sırasında over ligament stumpuna enjeksiyon yapıldı. Genel tespit oranı sırasıyla %98,9 (%95 GA %89,8 - %100; I2=%0), %89,7 (%95 GA %58,3 - %100; I2=%84,7) ve %78,9 (%95 GA %6,7-%100; I2=%95) olmuştur.

## Komplikasyon

Enjeksiyon yerleri ile ilgili komplikasyon rapor edilmemiştir. Sadece 3 çalışmada enjeksiyon yapılırken değil ancak lenfadenektomi yapılırken vasküler hasar rapor edilmiştir.

## TARTIŞMA

Erken evre over kanserinde SLN haritalandırılması yüksek tespit oranlarına (%93.3) negatif prediktif değere (%100) sahiptir. Literatürdeki çalışmalarda tespit oranları %27 ile %100 arasında değişmektedir. En iyi tespit oranları ICG ve Tc-99m kombinasyonunun adneksinomiden önce ovarian ligamentlere yapılması ile sonuçlanmıştır. %92'lik tespit oranı, serviks kanseri veya endometriyal kanser gibi diğer jinekolojik neoplazilerde gözlemlenenlerle karşılaştırılabilir düzeydedir.

Erken evre over kanseri hastalarında SLN haritalaması, birden fazla ajanın, enjeksiyon yönteminin ve teknik prosedürün tanımlandığı deneysel bir işlemdir. Erken evre over kanseri olan hastalarda SLN tespitine ilişkin daha önce hiçbir meta-analiz yayınlanmamıştır. Ataei ve arkadaşları tarafından over kanserinde SLN tespiti ile ilgili yalnızca bir meta-analiz daha önce yayınlanmıştı, ancak hem malign hem de benign over tümörleri, eşlik eden diğer jinekolojik tümörleri olan hastalar gibi oldukça heterojen bir popülasyonu analiz ediyordu.

Çoğu çalışmada overin ligamentlerine enjeksiyon gerçekleştirerek yüksek bir tespit oranı gösterildi. Overin korteksi gibi başka enjeksiyon bölgeleri de tarif edilmiştir, ancak olası bir tümör dökülmesi ve yayılması nedeniyle riskli olabilir. Literatürde kullanılan ajanlar arasında önemli bir heterojenlik vardı. ICG'nin tek ajan olarak daha çok kullanılmasındaki sebep, kolay tespit edilmesidir. Ancak, sonuçlar yalnızca bir çalışma grubuna dayanmasına rağmen, analizlerde ICG ve 99mTc kombinasyonu daha iyiydi. İlginç bir şekilde, ICG ve 99mTc kombinasyonu, diğer neoplaziler göz önüne alındığında nispeten yeterince araştırılmamıştır.

Tartışmalı bir diğer konu ise ajanın enjeksiyonu için en uygun zamanın ne olduğudur. Beş çalışma, ajanın tümörün çıkarılmasından önce over ligamentlerine enjekte edilmesiyle %98,9'luk yüksek bir tespit oranı elde etti; bu, lenfatik yollar henüz bozulmadığından varsayımsal olarak ideal enjeksiyon zamanıdır. Alternatif olarak, dört çalışma, intraoperatif patoloji benign histoloji gösterdiğinde gereksiz bir enjeksiyondan kaçınmak için, adneksin çıkarılmasından ve malignite onaylanmasından hemen sonra over ligamentlerinin ligate edildiği köküne ajan enjeksiyonu yapmanın fizibilitesini değerlendirdi. Bu durumda, tespit oranı daha düşüktü ve bu da çalışmalar arasında çelişkili sonuçlar ortaya koyuyordu. Bu tutarsızlık cerrahi tekniğe ve çalışmalarda kullanılan farklı ajanlara bağlı olabilir. Ek olarak, Lago ve ark. tarafından sunulan yüksek tespit oranı,

# TJODist Bülteni

enjeksiyonun dorsal/lateral parametreye yakın ve derin bir şekilde gerçekleştirilmesi ve bunun sonucunda uterus lenfatik yollarının izlenmesi ve çok yüksek bir pelvik tespit oranının elde edilmesi olabilir.

Yeniden evreleme ameliyatı geçiren hastalarda SLN haritalamasının yapılması, lenfatik damarların yolları değişmiş olabileceğinden tartışmalıdır. Lago ve arkadaşları, adnektomiden sonra lenfatik drenajın, over ligamentlerinden sırasıyla para-aortik ve pelvik alanlara tek yönlü bir akışla devam ettiğini ileri sürmektedir. Ancak Uccella ve arkadaşları ile Laven ve arkadaşları karşıt sonuçlar göstermiştir.

Negatif prediktif değeri %100 olarak hesaplanmıştır. Bu önemlidir çünkü erken evre over kanseri olan hastalarda SLN klinik uygulamasından beklenen ana fayda, nod negatif vakalarda gereksiz sistematik lenfadenektomiden kaçınmaktır. Tespit edilemeyen tek metastaz, aort bölgesinde metastatik lenf nodu bulunan ve para-aortik SLN saptanmayan bir hastadaydı ve pelvik SLN negatif olarak saptanmıştı. Bu nedenle, overin lenfatik drenaj yollarının tanımlanmasının yanı sıra spesifik bir anatomik bölgede drenajın olmadığı durumlarda lenfadenektomi yapılması gibi spesifik bir algoritmanın tanımlanması önemli görünmektedir.

MELISA çalışması, SELLY çalışması ve TRSGO-SLN-00541, erken evre over kanserinde SLN'nin tespit oranını ve tanısal doğruluğunu değerlendirmeyi amaçlayan devam eden üç çalışmadır.

## SONUÇ

Erken evre over kanseri hastalarında SLN haritalaması yüksek tespit oranı ve negatif öngörü değerine sahiptir. SLN haritalaması, erken evre over kanseri olan seçilmiş hastaların tedavisinde araştırılmakta olan cerrahi bir prosedürdür. Bununla birlikte, mevcut kanıtların düşük kalitesi göz önüne alındığında, rutin klinik uygulamaya koyulmadan önce gelecekteki prospektif araştırmaların sonuçları beklenmelidir.

## Müllerian Agenezi: Tanı, Yönetim Ve Tedavi

ACOG COMMITTEE OPINION NUMBER.728, 2018, COMMITTEE ON ADOLESCENT HEALTH CARE  
THE NORTH AMERICAN SOCIETY FOR PEDIATRIC AND ADOLESCENT GYNECOLOGY ENDORSES THIS DOCUMENT. THIS COMMITTEE OPINION WAS DEVELOPED BY THE AMERICAN COLLEGE OF OBSTETRICIANS AND GYNECOLOGISTS' COMMITTEE ON ADOLESCENT HEALTH CARE IN COLLABORATION WITH COMMITTEE MEMBER ANNE-MARIE E. AMIES OELSCHLAGER, MD.

ÖZETLEYEN: **DR. İPEK EVRÜKE**

Link: <https://www.acog.org/clinical/clinical-guidance/committee-opinion/articles/2018/01/mullerian-agenesis-diagnosis-management-and-treatment>

**Özet:** Müllerian agenezi, müllerian aplazi, Mayer-Rokitansky-Küster-Hauser sendromu veya vajinal agenezi olarak da adlandırılmaktadır ve görülme sıklığı 4.500-5.000 kadında 1'dir. Müllerian agenezisi olan hastalar genellikle tipik büyüme ve pubertal gelişim göstermekte olup primer amenore nedeni ile değerlendirildiklerinde tespit edilirler. Müllerian agenezinin etkin yönetiminde en önemli adımları, altta yatan durumun doğru teşhisi, ilişkili konjenital anomaliler için değerlendirme ve genital anomalilerin fonksiyonel etkilerini ele almak için tedavi ve tedaviye ek olarak psikososyal danışmanlık oluşturmaktadır. Müllerian agenezi tanısının psikolojik etkisi hafife alınmamalıdır ve tüm hastalara danışmanlık sunulmalıdır. Fertilite isteği olan hastalara sunulabilecek seçenekler hastalarla birlikte ele alınmalıdır: seçenekler arasında evlat edinme ve gestasyonel taşıyıcı annelik yer almaktadır. Vajinal dilatasyon, tedavide ilk basamak yaklaşım olmalıdır. Doğru danışmanlık verildiğinde ve hastalar duygusal olarak hazırlandığında, neredeyse tüm hastalarda (%90-96) primer vajinal dilatasyon ile anatomik ve fonksiyonel başarı elde edilebilecektir. Cerrahi müdahalenin gerekli olduğu durumlarda, bu alanda uzman merkezlere sevk düşünülmelidir çünkü çok az cerrah neovajina oluşturulması konusunda geniş deneyime sahiptir ve eğitilmiş bir cerrah tarafından yapılan cerrahi, başarılı bir sonuç için en iyi fırsatı sunar.

### Öneriler ve Sonuçlar

American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG) aşağıdaki öneriler ve çıkarımlarda bulunmaktadır:

- Müllerian agenezisi olan hastalar genellikle tipik büyüme ve pubertal gelişim gösterirler ve primer amenore açısından değerlendirildiklerinde tanı alırlar.
- Müllerian agenezisi olan hastaların %90'ında manyetik rezonans (MR) görüntüleme ile rudimenter müllerian yapılar bulunur. Ultrasonografide bu rudimenter müllerian yapıların yorumlanması zordur ve özellikle puberte öncesinde yanıltıcı olabilir.
- Müllerian agenezisi olan hastaların %53'ünde özellikle üreter ve iskelet sistemi olmak üzere eşlik eden konjenital malformasyonlar bulunduğu için, ilişkili konjenital anomalilerin değerlendirilmesi esastır.
- Müllerian agenezisi olan tüm hastalara danışmanlık sunulmalı ve destek gruplarıyla iletişim teşvik edilmelidir.
- Fertilite isteği olan hastalar için gelecekteki seçenekler hastalarla birlikte ele alınmalıdır.
- Vajinal dilatasyon, çoğu hastada uygun ilk basamak yaklaşımdır çünkü cerrahiden daha güvenli, hasta kontrollü ve daha uygun maliyetlidir.
- Primer vajinal dilatasyon hastaların %90-96'sından fazlasında başarılı olduğundan, cerrahi, primer dilatör tedavisi ile başarısız olan nadir hastalar için planlanmalıdır.
- Seçilen cerrahi teknik ne olursa olsun, bu konuda deneyimli merkezlerde yapılmalıdır. Cerrah prosedür konusunda deneyimli olmalıdır çünkü ilk prosedürün başarılı olma olasılığı takip eden prosedürlere göre daha yüksektir.
- Vulvar ve vajinal intraepitelyal neoplazi mümkün olsa da, serviks olmaması nedeniyle rutin sitoloji testi önerilmemektedir.
- Müllerian agenezisi olan cinsel olarak aktif kadınlar cinsel yolla bulaşan enfeksiyon riski altında olduklarını bilmeli ve cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlar açısından uygun şekilde taranmalıdır.
- Hastalara, eşlik eden malformasyonların bir özeti de dahil olmak üzere durumlarının yazılı bir tıbbi özeti verilmelidir. Bu bilgi, hastanın müllerian ageneziye aşina olmayan bir hekim tarafından acil tıbbi müdahale veya acil ameliyata ihtiyaç duyması halinde faydalı olabilir.

## Ayırıcı Tanı

Primer amenore ile başvuran bir adölesan hastanın ilk değerlendirmesi, fizik muayene ile başlar. Müllerian agenezisi olan hastalar genellikle tipik büyüme ve pubertal gelişim göstermekte ve primer amenore açısından değerlendirildiklerinde tespit edilmektedir. Fizik muayenede müllerian agenezisi olan hastaların boyları, meme gelişimleri, pubik ve aksiller kıllanmaları ve dış genital organları normaldir. Vajina mevcuttur ancak genitoüriner muayene, palpe edilebilir bir serviks olmaksızın kısa sonlanan distal bir vajinayı ortaya çıkaracaktır. Primer amenore ve kısalmış distal vajina ile başvuran bir hastanın ayırıcı tanısı, imperfore himen, transvers vajinal septum veya servikal atrezi gibi obstruktif vajinal veya uterin anomalileri içermektedir. Ek olarak, 46,XY cinsel gelişim bozuklukları, androjen insensitivite sendromu da ayırıcı tanıda akla gelmelidir.

İmperfore hymen, distal vajinal atrezi, transvers vajinal septum ve servikal atrezi gibi obstruktif anomalileri dışlamak için bir değerlendirme yapılmalıdır. Fizik muayenede, hematokolposu olan imperfore himen hastalarında, himenal açıklık olmaksızın mavimsi renkli refle veren bir bombeleşme görünecektir. Distal vajinal atrezi pembe bir vajinal çukur veya bombeleşme olarak görünebilir. Daha aşağı seviye transvers vajinal septumu olan hastalarda genellikle normal himenal açıklık ile vajinal kanalın obstrüksiyonu görünecektir. Rektal muayene ile genellikle proksimal vajinada bir bombeleşme tespit edilecektir. Servikal atrezide vajina tipik olarak kısalır. Postpubertal pelvik görüntüleme genellikle hematokolpos veya hematometra ya da her ikisini birden ortaya çıkaracaktır. Primer amenore ile başvuranın yanı sıra, tüm bu durumlar sıklıkla abdominal veya pelvik ağrı ve obstrüksiyon nedeniyle pelvik kitle semptomlarıyla da ortaya çıkabilir.

46,XX müllerian agenezi ile karıştırılabilecek en yaygın durumlardan biri androjen insensitivite sendromudur. Her iki durum da sıklıkla primer amenore, kısalmış bir vajina ve serviksiz izlenmesi ile ortaya çıkar. Androjen insensitivitesi olan hastalarda, gonadlar normal androjen üreten testislerdir ve testosteronun östrojene periferik aromatisasyonu nedeniyle tipik meme gelişimi gerçekleşir. Fonksiyonel androjen reseptörlerinin eksikliği, pubik ve aksiller kıllanmanın azalmasına veya hiç olmamasına neden olur. İn utero müllerian inhibe edici faktör nedeniyle vajina tipik olarak kısalır ve uterus veya serviks gelişmez. Androjen insensitivite sendromunun kadınlarda görülme sıklığı 1:20.000 olmakla birlikte, inguinal herni tanısı alan kız bebeklerde bu oran %1,1'e kadar çıkabilmektedir. Androjen duyarsızlığı sendromunun tanısı, tipik yüksek testosteron seviyelerinin tespiti ve ardından 46,XY olan karyotip analizi ile konur. Komplet androjen insensitivite sendromu olan kadınların çoğunda testisler intraabdominal olmasına rağmen disgenetik değildir ve postpubertal dönemde gonadoblastom riskinin yaklaşık %2 olduğu tahmin edilmektedir. Bu nedenle, profilaktik gonadektomi, hastanın riskleri ve faydaları gerçekten anladığı ve prosedürü seçebileceği, kemik kitlesini korumak ve düşük kemik-mineral yoğunluğu riskini azaltmak için kontinü hormon replasman tedavisi almaya hazır olduğu postpubertal döneme ertelenmelidir. Nonpalpabl gonadlarda gonadoblastom riski, kısmi androjen insensitivitesi ve testosteron sentez bozuklukları klinik tanıları olan hastalarda daha yüksektir. Gonadektomi bu hastalarda tanı sonrasında yapılmalıdır.

Primer amenore ile başvuran hastanın fizik muayenesinde puberte gecikmesi tespit edilirse, serum FSH seviyesi bakılmalı ve karyotip analizi yapılmalıdır. Pubertal gecikme ve primer amenorenin en yaygın genetik etiyolojisi 45,X karyotipi ve yüksek FSH ile Turner sendromudur.

Tipik dış genitalya ve serviks yokluğu ile pubertal gecikmenin bir başka etiyolojisi de CYP17A1 eksikliğidir. Bu, nadir görülen otozomal resesif konjenital adrenal hiperplazi formudur ve 1:50.000 ila 1:100.000 insidansa sahiptir ve müllerian agenezi ile karıştırılabilir. Bireylerde seks steroidi ve kortizol sentezinde bozulma ve aldosteronun aşırı üretimi ile sonuçlanan hipertansiyon ve hipokalemi saptanmaktadır. Tanı, CYP17A1 geninin test edilmesi ve yüksek serum deoksikortikosteron ve kortikosteron seviyeleri ve düşük kortizol, androjenler ve östrojen seviyeleri ile konabilir.

## Hastanın Değerlendirilmesi

Hastanın ilk değerlendirmesinde; serum total testosteron ve FSH seviyesi bakılmalı, karyotip analizi istenmelidir. İlk radyolojik değerlendirme, orta hatta uterus varlığını değerlendirmek için transabdominal, translabial veya transrektal iki boyutlu veya üç boyutlu ultrasonografiyi içerir. Müllerian agenezisi olan

# TJODist Bülteni

hastaların %90'ında manyetik rezonans görüntüleme (MRG) ile rudimenter müllerian yapılar bulunur ve müllerian yapılar içinde endometriyal aktivite varlığı değerlendirilebilir. Aktif endometriyum mevcut ise, hasta sıklık veya kronik pelvik ağrı yaşayabilir. Ultrasonografide bu rudimenter müllerian yapıların özellikle puberte öncesi yorumlanması zordur.

Hastalarda obstrükte rudimenter hornlardan retrograd menstrüasyon nedeniyle endometriozis gelişebilir. İlişkili serviks ve proksimal vajina olmaksızın aktif endometriyum varlığı ile obstrükte rudimenter horn tanımlandığında, unilateral ya da bilateral obstrükte yapıların laparoskopik olarak eksizyonu gerekir. Eşlik eden konjenital anomaliler açısından değerlendirme esastır çünkü müllerian agenezisi olan hastaların %53'üne kadarında özellikle üriner ve iskelet sistemi olmak üzere eşlik eden konjenital malformasyonlar vardır. Çok sayıda çalışma müllerian agenezisi olan hastalarda renal anomali prevalansının %27-29 olduğunu göstermektedir; bu nedenle, renal ultrason değerlendirmesi tüm hastalar için gereklidir. İskelet anomalileri (örneğin skolyoz, vertebral ark bozuklukları, el bileği hipoplazisi) hastaların yaklaşık %8-32'sinde bildirilmiştir; bu nedenle vertebra grafisi (X-ray) asemptomatik hastalarda bile istenmelidir.

## **Psikososyal Danışmanlık ve Destek**

Müllerian agenezisi olan tüm hastalara danışmanlık sunulmalı ve destek gruplarıyla iletişim kurmaları teşvik edilmelidir. Müllerian agenezi tanısının psikolojik etkisi küçümsenmemelidir. Birçok hasta anksiyete ve depresyon yaşamakta, kadın kimliklerini sorgulamakta ve infertilitelelerinin yasını tutmaktadır. Aynı tanıya sahip genç kadınlardan oluşan bir destek grubuyla temas özellikle yararlı olabilir. Buna ek olarak, ebeveynler de duygularını ele almak ve çocuklarına daha iyi destek sağlamak için danışmanlıktan faydalanabilirler.

## **Fertilite**

Evlad edinme ve taşıyıcı annelik de dahil olmak üzere, fertilite isteği için gelecekteki seçenekler hastalarla birlikte ele alınmalıdır. Uterin transplantasyon canlı doğumlarla sonuçlanmıştır, ancak sınırlı veriler göz önüne alındığında, bu prosedür şu anda deneysel olarak kabul edilmektedir.

## **Hastaların Yönetimi**

Müllerian agenezisi olan hastaların yönetimi, anatomik anomalilerin tedavisinin yanı sıra psikososyal danışmanlığı da içerir. Seçenekler arasında vajinal dilatasyon ve cerrahi olarak neovajina oluşturulması yer alır.

## **Vajinal Dilatasyon**

Dilatasyon yoluyla primer vajinal uzatma, çoğu hastada ilk basamak yaklaşımdır çünkü cerrahiden daha güvenli, hasta kontrollü ve daha uygun maliyetlidir. Neredeyse tüm hastalar (%90-96) primer vajinal dilatasyon ile anatomik ve fonksiyonel başarı elde edebilecektir.

## **Hasta Hazırlığı**

Tanı ve anatomisinin sınırlı şekilde anlaşılması, genç yaş, altta yatan öğrenme güçlüğü ve dilatasyon süreci hakkında yetersiz bilgi tedaviye uyumu etkileyen nedenlerdendir. Müllerian agenezi tanısı konulan adölesan kız ve kadınlarla yapılan bir çalışmada, katılımcılar motivasyon eksikliğini, dilatasyonun başarılı olacağına dair belirsizliği ve dilatasyonun olumsuz bir deneyim olarak algılanmasını kullanımın önündeki engeller olarak bildirmiştir. Bu sebeplerden vajinal dilatasyon veya neovajen operasyonu, hasta hazır hissedene kadar beklenmelidir.

## **Teknik**

Hastanın klitorisini, uretrasını ve distal vajinasını tanımlayabilmesi için ayna ile kapsamlı bir muayene yapılmalıdır. Dilatörün yerleştirileceği uygun yeri ve açığı anlayabilmeli ve gösterebilmelidir. Günde bir ila üç kez 10-30 dakika boyunca distal vajinal apekse dilatörleri yerleştirilmesi anlatılmalıdır. İdeal olarak hastalar, ilerlemenin takip edilmesi, ağrı ve kanama gibi durumların yönetilmesi için yakın takip amacıyla haftalık veya iki haftada bir görülebilir. Koitusu izin verilmeden önce ulaşılabilecek belirli vajinal bir uzunluk yoktur. Bazı çalışmalar başarıyı anatomik olarak 6 cm veya daha uzun bir uzunluk ile tanımlasa da, başarının en iyi tanımı, hasta tarafından bildirildiği gibi rahat cinsel aktivite için fonksiyonel olan bir vajinadır.

## Sorunlar

Dilatasyon ile bildirilen yaygın advers etkiler arasında üriner semptomlar, kanama ve ağrı yer almaktadır. Bunlar yaşanırsa, hasta mümkünse vajinal erozyon, üriner disfonksiyon ve idrar yolu enfeksiyonu açısından değerlendirilmelidir. Kanama ve ağrı için en sık önerilen tedaviler arasında kayganlaştırıcı kullanımını artırmak, daha geniş veya daha yumuşak bir dilatatöre geçmek yer almaktadır.

## Başarı ve Başarısızlığın Tanımlanması

Fonksiyonel başarı ile ilişkili bir başlangıç uzunluğu yoktur ve bu nedenle, sadece vajinal gamzesi olan hastalar bile ilk basamak tedavi olarak dilatasyona teşvik edilmelidir. Dilatasyon tedavisini başarılı bir şekilde kullanan hastalar, düzenli olarak vajinal ilişkiye girmiyorlarsa, aralıklı olarak dilatasyona devam etmelidir.

## Neovajinanın Cerrahi Olarak Oluşturulması

Cerrahi olarak vajina oluşturulması, yeterli vajinal uzunluk ve çapı korumak için ameliyat sonrası sürekli dilatasyon veya vajinal ilişki gerektirir; bu nedenle cerrahi, vajinal dilatör tedavisinden kaçınmak için bir yöntem değildir. Primer vajinal dilatasyon hastalarının %90-96'sından fazlasında başarılı olduğundan, cerrahi, primer dilatör tedavisiyle başarısız olan nadir hastalar için saklanmalıdır. Ameliyatın primer amacı penetrasyona izin verecek bir vajinal kanal oluşturmaktır. Cerrahi prosedürler genellikle hastanın ameliyat sonrası dilatasyona uyum sağlayacak kadar olgunlaştığı geç ergenlik veya genç yetişkinlik döneminde gerçekleştirilir.

Cerrah prosedür konusunda deneyimli olmalıdır çünkü ilk prosedürün başarılı olma olasılığı takip eden prosedürlere göre çok daha yüksektir. Primer vajinal dilatasyon ile karşılaştırıldığında, vajinoplasti komplikasyonları çok daha yaygındır ve mesane veya rektal perforasyon, greft nekrozu, fistül gibi durumları içerir.

Günümüzde, en iyi fonksiyonel sonucu sağlayacak cerrahi teknik için literatürde bir fikir birliği yoktur. Tarihsel olarak, neovajina oluşturmak için kullanılan en yaygın cerrahi prosedür modifiye Abbe- McIndoe operasyonu olmuştur. Bu prosedür, rektum ve mesane arasına diseksiyon ile bir vajinal kavite oluşturulması ve bu boşluğa bir deri grefti ile kaplı bir stent yerleştirilmesini ve ameliyat sonrası vajinal dilatasyonu içerir. Diğer vajinoplasti greft seçenekleri arasında barsak, bukkal mukoza, amniyon ve çeşitli diğer allogreftler bulunur. Ameliyat sonrası dilatasyon, neovajinal stenoz ve kontraktürü önlemek için gereklidir; bu nedenle, hasta dilatasyona karşı ise bu teknikler önerilmemelidir. Dilatörler, hasta düzenli ve sık cinsel ilişkiye girene kadar aralıklı olarak kullanılmalıdır.

## Genel Jinekolojik Bakım

Hastaya herhangi bir vajinal akıntı, kanama, pelvik ağrı veya dispareni olup olmadığı sorulmalıdır. Hasta semptomatikse, komplikasyon/vajinal darlık veya stenozla ilgili endişeler varsa pelvik muayene yapılmalıdır. Vulvar ve vajinal intraepitelyal neoplazi mümkün olsa da, serviks olmaması nedeniyle rutin sitoloji testi önerilmemektedir. Ancak anormal bir lezyon tespit edilirse biyopsi yapılması gerekir.

Müllerian agenezisi olan cinsel aktif kadınlar, cinsel yolla bulaşan enfeksiyon riski altında olduklarının farkında olmalıdır, prezervatif ile kontrasepsiyon önerilmelidir ve cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlar açısından uygun şekilde taranmalıdır. Vulvar/vajinal neoplazi ve genital kondilom riskini azaltabileceği için HPV aşısı önerilmelidir. Son olarak, hastalara eşlik eden malformasyonların bir özeti de dahil olmak üzere durumlarının yazılı bir tıbbi özeti verilmelidir.

## Sonuç

Müllerian agenezinin etkin yönetiminde en önemli adımlar, altta yatan durumun doğru teşhisi, ilişkili konjenital anomaliler açısından değerlendirme ve genital anomalilerin fonksiyonel etkilerini ele almak için tedaviye ek olarak psikososyal danışmanlıktır. Vajinal dilatasyon ilk basamak yaklaşım olmalıdır. Cerrahi müdahalenin gerekli olduğu durumlarda, bu alanda uzman merkezlere sevk düşünülmelidir çünkü çok az sayıda cerrah yeterli deneyime sahiptir ve eğitilmiş bir cerrah tarafından yapılan ameliyat hastaya başarılı bir sonuç için en iyi fırsatı sunar.

## Supraservikal Ve Total Laparoskopik Histerektomiye Eş Zamanlı Sakrokolpopeksiye Takiben Postoperatif Meş Maruziyet Riski

RISK OF POSTOPERATIVE MESH EXPOSURE FOLLOWING SACROCOLPOPEXY WITH SUPRACERVICAL VERSUS TOTAL CONCOMITANT LAPAROSCOPIC HYSTERECTOMY

STEPHANIE GLASS CLARK<sup>1</sup>, C. EMI BRETSCHNEIDER<sup>2</sup>, MEGAN S. BRADLEY<sup>1</sup>, STEPHEN RHODES<sup>3</sup>, JONATHAN SHOAG<sup>4</sup>, DAVID SHEYNS<sup>5</sup>  
INTERNATIONAL UROGYNECOLOGY JOURNAL 2023; DOI: 10.1007/S00192-023-05658-3.

ÖZETLEYEN: **DR. ÇAĞLAR ÇETİN**

Link: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/38060029>

### GİRİŞ

Pelvik organ prolapsusu (POP), çoğu kadını etkileyen bir durumdur. Yaklaşık olarak kadınların %13'ünün 80 yaşına kadar POP için cerrahi onarım geçireceği tahmin edilmektedir. Abdominal sakrokolpopleksi (SCP), apikal POP'un cerrahi yönetimi için 20 yıldan fazla bir süredir altın standart olarak kabul edilmektedir. Pelvik rekonstrüktif cerrahi için diğer yaklaşımlarla karşılaştırıldığında SCP'nin birkaç avantajı olmasına rağmen, SCP mesh maruziyeti gibi komplikasyonlarla ilişkilendirilmiştir. Mesh maruziyeti, postoperatif önemli bir sorun olup, vajinal akıntı, kanama, ağrı gibi belirtilere neden olmakta ve semptomların çözümü için ilaç kullanımı ve/veya cerrahi çıkarma ile artan sağlık hizmeti gereksinimini beraberinde getirmektedir. Ancak, bu mesh maruziyeti muhtemelen daha eski mesh türleri, yani gortex ve mersylene ile ilişkilendirilen riski yansıtabilir. Bugün, SCP için kullanılan mesh'ler tip I hafif makroporöz polipropilen mesh'tir ve çoğu çağdaş cerrah hafif veya ultra hafif mesh kullanmaktadır. Meshin kendisinin özelliklerinin yanı sıra, mesh ile ilgili bir komplikasyon yaşama riskini etkileyen değiştirilebilir diğer risk faktörleri de bulunmaktadır; özellikle SCP sırasında yapılan eş zamanlı histerektominin tipi, potansiyel bir artmış risk olarak ortaya konmuştur. SCP sırasında supraservikal histerektomi (SCH) yapma nedeni, teorik olarak, mesh maruziyetini apekste azaltmak için vajinal apeks ile mesh arasına ek koruyucu doku eklenmesi ve aynı zamanda mesh yerleştirme sırasında dikiş hattından kaçınılmasıdır.

Bu çalışmanın genel amacı, çağdaş verilerden elde edilen, ağırlıklı mesh'lerin daha az yaygın olduğu büyük, ulusal bir sağlık veri tabanını kullanarak, SCP ve eş zamanlı histerektomi geçiren kadınlarda bildirilen mesh ile ilgili komplikasyon oranlarını değerlendirmektir. Ana amaç, laparoskopik veya robotik SCP uygulanan kadınlarda, eş zamanlı SCH ile karşılaştırıldığında total histerektomi (TLH) yapılan kadınlarda postoperatif mesh maruziyeti oranlarını karşılaştırmaktır.

Hipotezimiz, SCH'nin TLH ile karşılaştırıldığında daha düşük bir mesh maruziyeti riskine sahip olacağı yönündeydi. İkincil amaçlar, komplikasyon oranları ile tekrarlayan POP için reoperasyon oranlarındaki farkları değerlendirmeyi içeriyordu.

### MATERYAL METOD

Bu, Premier Healthcare Database kullanılarak gerçekleştirilen bir retrospektif kohort çalışmasıydı. 2010 ile 2018 yılları arasında laparoskopik veya robotik SCP ile birlikte eş zamanlı histerektomi geçiren hastaları belirledik. Hastaları eş zamanlı SCH veya TLH'ye göre iki gruba ayırdık ve bunlar, Current Procedural Terminology (CPT) kodları kullanılarak tanımlandı.

Hastalar, CPT, International Classification of Disease (ICD)-9 ve ICD-10 kodları kullanılarak tanımlanan eş zamanlı onkolojik cerrahi geçiriyorsa dışlanmıştır. Birincil sonuç, ameliyat sonrası 2 yıl içinde mesh maruziyeti tanısıydı; bu, mesh maruziyeti için ICD-9 ve ICD-10 kodları ile mesh çıkarma için CPT kodları kullanılarak tanımlandı. İkincil sonuçlarımız, ameliyat sonrası tekrarlayan prolaps ve mesh çıkarma için ardışık ameliyatları içeriyordu; bunlar, CPT kodları kullanılarak tanımlandı. Ayrıca, serviks veya endometriyal kanser tanılarının oranlarını inceledik.



# TJODist Bülteni

2 yıl süresi, hastalar arasında tutarsız bir takip olduğundan dolayı seçilmiştir. Gruplar arasındaki univaryant farklar, uygun olduğu durumlarda Wilcoxon testi veya ki-kare testi kullanılarak değerlendirildi. Önceden tanımlanan öngörücülerle Bayesian çok değişkenli bir lojistik regresyon gerçekleştirildi: yaş, obezite, histerektomi türü, sağlayıcı hacmi, robotik yardım ve diğer eşlik eden prosedürler. Sürekli değişkenler (yaş, sağlayıcı hacmi), potansiyel non-lineer ilişkileri hesaba katmak için ince plaka spline'lar kullanılarak modelleştirildi. Gelman ve ark.'da tavsiye edilen öncelikler (2008) kesme ve sabit etki terimleri için kullanılmıştır. Sling'e özgü mesh maruziyetlerini SCP'ye karşı değerlendiremediğimizden dolayı, eş zamanlı mid-üretal sling uygulanan hastaları içermeyen bir duyarlılık analizi yaptık.

Kaplan–Meier sağkalım eğrileri, indeks cerrahisi ile mesh maruziyeti arasında geçen ay sayısını değerlendirmek için oluşturuldu; her hastanın veritabanındaki son kaydına göre sansürleme yapıldı. İndeks cerrahisini takiben maruz kalma riski ayrıca lojistik regresyonla aynı ortak değişkenlere sahip çok değişkenli bir Cox orantılı risk modeli kullanılarak analiz edildi.

Bu analizde yaş ve sağlayıcı hacimleri p-spline'lar aracılığıyla modellenmiştir. Analizler R (versiyon 4.1.2) kullanılarak gerçekleştirildi ve mcgv, brms ve hayatta kalma paketleri kullanıldı.

## SONUÇLAR

Çalışma süresince toplam 17,111 kadın, eş zamanlı SCH veya TLH ile minimal invaziv SCP geçirdi (n = 6708, %39 SCH'ye karşı n = 10,403, %61 TLH). SCH geçiren kadınlar, TLH geçirenlere göre daha yaşlıydı (ortalama yaş 60.4 ± 10.7 yıl vs 53.0 ± 12.5 yıl, p < 0.01) ve obez olma olasılıkları daha düşüktü (3.9% vs 7.1%, p < 0.01). Her iki prosedür de benzer oranlarda robotik yardım içeriyordu (19.0% vs 19.0%, p = 0.96).

TLH ile karşılaştırıldığında, SCH geçiren kadınların eş zamanlı mid-üretal sling (44.0% vs 24.0%, p < 0.01), ön onarım (3.6% vs 3.1%, p = 0.04) ve arka onarım (18.0% vs 9.7%, p < 0.01) uygulanma oranları daha yüksekti. Orta üretal sling uygulananları dışarıda bıraktığımızda, toplamda 11,692 hasta minimal invaziv SCP ile eş zamanlı SCH (n = 3780, %32) veya TLH (n = 7912, %68) geçirdi.

Ameliyat sonrası 2 yıl içinde mesh maruziyeti karşılaştırıldığında, SCH ve TLH arasındaki oranlar benzerdi (n = 47, %0.70 vs n = 65, %0.62, p = 0.61). SCH ve TLH arasında 2 yıl içinde benzer mesh çıkarma oranları vardı (n=34, %0.51 SCH vs n=45, %0.43 TLH, p=0.56). Lojistik regresyon analizinde, obezitenin mesh maruziyeti üzerinde anlamlı bir etkisi vardı ve olasılıkları azalttı (OR 0.13, %95 CI 0.01, 0.63), aynı zamanda eş zamanlı sling kullanımını olasılıkları artırdı (OR 1.91, %95 CI 1.28, 2.83), **Tablo 2**.

**Table 2** Logistic regression model coefficients and odds ratios for postoperative mesh exposure

With concomitant slings, n = 17,111	Estimate	Estimate 95% CI*	Unadjusted odds ratio	Unadjusted odds ratio 95% CI*	Adjusted odds ratio	Adjusted odds ratio 95% CI*
Intercept	-5.45	-5.86, -5.06	-	-	-	-
Obesity	-2.02	-4.46, -0.45	0.13	0.01, 0.61	0.13	0.01, 0.64
Concomitant sling	0.65	0.25, 1.04	1.87	1.28, 2.72	1.91	1.28, 2.83
Total hysterectomy	0.06	-0.33, 0.45	0.89	0.62, 1.32	1.07	0.72, 1.574
Robotic assistance	0.43	-0.03, 0.85	1.44	0.92, 2.16	1.53	0.98, 2.34
Anterior repair	0.33	-0.55, 1.07	1.50	0.60, 3.25	1.39	0.58, 2.90
Posterior repair	0.16	-0.38, 0.67	1.27	0.76, 2.09	1.18	0.69, 1.95
Combined anterior/posterior	-0.48	-1.37, 0.29	0.62	0.26, 1.30	0.62	0.26, 1.34
Without concomitant slings, n = 11,692	Estimate	Estimate 95% CI*	Unadjusted Odds Ratio	Unadjusted Odds Ratio 95% CI*	Odds Ratio	Odds Ratio 95% CI*
Intercept	-5.47	-6.01, -4.98	-	-	-	-
Obesity	-1.31	-3.71, -0.25	0.25	0.03, 1.11	0.27	0.02, 1.28
Total hysterectomy	0.09	-0.63, 0.46	0.79	0.46, 1.36	0.92	0.53, 1.58
Robotic assistance	0.36	-0.24, 0.92	1.28	0.69, 2.30	1.43	0.79, 2.52
Anterior repair	0.94	-0.11, 1.84	2.84	1.00, 6.85	2.55	0.90, 6.27
Posterior repair	0.40	-0.47, 1.15	1.39	0.65, 2.76	1.49	0.63, 3.15
Combined anterior/posterior	-0.75	-2.40, 0.46	0.45	0.094, 1.49	0.47	0.09, 1.59

Age and provider volume were also included in the model via non-linear smoothing splines

\*CI, confidence interval

Çok değişkenli Cox orantılı risk analizinde, eş zamanlı sling (HR 1.76, %95 CI 1.24, 2.49), robotik yardım (HR 1.59, %95 CI 1.08, 2.34) ve eş zamanlı arka onarım (HR 1.87, %95 CI 1.19, 2.95) postoperatif mesh maruziyetinin artmış riski ile ilişkilendirilmiştir, **Tablo 3**.

**Table 3** Multivariable Cox proportional hazards model coefficients and odds ratios for postoperative mesh exposure

With concomitant slings, n = 17,111	Unadjusted hazards ratio	Unadjusted hazards ratio 95% CI*	Adjusted hazard ratio	Adjusted hazard ratio 95% CI*
Obesity	0.17	0.02, 1.19	0.16	0.02, 1.15
Concomitant sling	1.98	1.37, 2.87	1.76	1.24, 2.49
Total hysterectomy	0.80	0.55, 1.16	0.92	0.64, 1.32
Robotic assistance	1.52	0.99, 2.31	1.76	1.08, 2.34
Anterior repair	1.43	0.63, 3.25	1.30	0.62, 2.89
Posterior repair	1.63	0.99, 2.71	1.87	1.19, 2.95
Combined anterior/posterior	0.72	0.31, 1.63	0.81	0.39, 1.68
Without concomitant slings, n = 11,692	Unadjusted hazard ratio	Unadjusted hazard ratio 95% CI*	Adjusted hazard ratio	Adjusted hazard ratio 95% CI*
Obesity	0.30	0.04, 2.20	0.34	0.05, 2.49
Total hysterectomy	0.70	0.41, 1.17	0.77	0.47, 1.25
Robotic assistance	1.41	0.79, 2.54	1.58	0.93, 2.69
Anterior repair	2.99	1.20, 7.48	2.43	0.96, 6.17
Posterior repair	1.67	0.79, 3.52	2.09	1.10, 3.98
Combined anterior/posterior	0.55	0.13, 2.23	0.99	0.36, 2.76

Postoperatif komplikasyonları değerlendirirken, SCH'nin 24 ay içinde daha yüksek oranda port yeri hernisine (1.30% vs 0.65%,  $p < 0.01$ ) ancak 3 ay içinde daha düşük cerrahi bölge enfeksiyonlarına (0.81% vs 1.20%,  $p = 0.03$ ) sahip olduğu görülmüştür, **Tablo 1**.

Tekrarlayan prolapsus için postoperatif 3 ay ve 24 ayda reoperasyon oranları histerektomi türüne göre farklılık göstermedi (3 ayda:  $n = 8$ , %0.12 SCH vs  $n = 15$ , %0.14 TLH,  $p=0.83$ ; 24 ayda  $n=94$ , %1.4 vs  $n=150$ , %1.4,  $p = 0.88$ ).

# TJODist Bülteni

Ameliyat sonrası 24 ay içinde sonraki serviks kanseri tanıları farklılık göstermedi, aynı şekilde endometriyal kanser tanıları da farklılık göstermedi (serviks: n = 0, %0 SCH vs n = 2, %0.01 TLH; endometrial: n = 3, %0.08 SCH vs n = 9, %0.11 TLH), **Tablo 1**.

**Table 1** Demographic and operative characteristics

Patient characteristics	Supracervical hysterectomy (n=6708)	Total hysterectomy (n=10,403)	P value
Age (mean, SD)	60.4, 10.7	53.0, 12.5	<0.01
Obese	264 (3.9)	736 (7.1)	<0.01
Race			
White	5167 (77)	7928 (76)	<0.01
Black	205 (3.1)	672 (6.5)	
Hispanic	433 (6.5)	872 (8.4)	
Other/unknown	903 (13)	931 (8.9)	
Hormone replacement therapy	39 (0.58)	75 (0.72)	0.32
Elixhauser score (mean, SD)	3.6, 5.0	2.9, 4.8	<0.01
Rheumatologic disease	84 (1.3)	88 (0.85)	0.01
Congestive heart failure	39 (0.58)	55 (0.53)	0.73
Liver disease	89 (1.3)	179 (1.7)	0.05
Neurologic disease	70 (1.0)	114 (1.1)	0.80
Alcohol abuse	4 (0.06)	14 (0.13)	0.22
Drug abuse	5 (0.08)	16 (0.15)	0.22
Concomitant procedures, operative characteristics and complications during index hospitalization for procedure			
Mid-urethral sling	2928 (44)	2491 (24)	<0.01
Anterior repair	244 (3.6)	318 (3.1)	0.04
Posterior repair	1189 (18)	1009 (9.7)	<0.01
Combined anterior/posterior	545 (8.1)	827 (7.9)	0.70
Perineorrhaphy	88 (1.3)	102 (0.98)	0.05
Robotic assistance	1301 (19)	2022 (19)	0.96
Blood transfusion	9 (0.13)	45 (0.43)	<0.01
Bowel resection	1 (0.02)	4 (0.04)	0.67
GU injury*	35 (0.52)	79 (0.76)	0.07
Hematoma or hemorrhage	6 (0.09)	3 (0.03)	0.18
Seroma	0 (0)	0 (0)	n/a
Postoperative characteristics			
Surgical site infection (3 m) <sup>†</sup>	54 (0.81)	121 (1.2)	0.03
Readmission (3 m) <sup>†</sup>	128 (1.9)	256 (2.5)	0.02
Small bowel obstruction (24 m) <sup>†</sup>	63 (0.94)	100 (0.96)	0.95
Port site hernia (24 m) <sup>†</sup>	84 (1.3)	68 (0.65)	<0.01
Cervical cancer (24 m) <sup>†</sup>	0 (0)	2 (0.03)	0.82
Endometrial cancer (24 m) <sup>†</sup>	3 (0.08)	9 (0.11)	0.81

Shown are numbers (percentages), except where noted

\*Genitourinary tract injury

<sup>†</sup>Number of months the variable was evaluated out to is indicated in parentheses

# TJODist Bülteni

## TARTIŞMA

Ulusal temsilci bir sağlık veri tabanından elde edilen bu veriler, SCP yapıldığı sırada gerçekleştirilen histerektomi türü arasında postoperatif mesh maruziyeti oranlarının farklılık göstermediğini göstermektedir. Ayrıca, obezitenin postoperatif mesh maruziyeti için bir koruyucu faktör olabileceğini bulduk, ancak bu, eş zamanlı sling'leri dışlayan duyarlılık analizimizde anlamlı kalmamıştır. Ayrıca, eş zamanlı histerektomi türü arasında kısa vadeli (3 ay) veya uzun vadeli (24 ay) reoperasyonların farklılık göstermediğini gösterdik.

Verilerimiz, son zamanlarda Marketscan veritabanını kullanan yayınlanmış araştırmalarla uyumludur ve her iki histerektomi türü için de nadir mesh komplikasyonlarına yönelik reoperasyonları göstermiştir. Ancak, verilerimiz, toplam 10,572 kadından oluşan bir nüfusta SCH için %0.4 ve TLH için %3.8 olan mesh maruziyeti oranlarını gösteren son bir sistemik derleme ve meta-analizle çelişmektedir.

Verilerimiz nispeten büyük bir örneklem büyüklüğüne sahiptir, bu da diğer yayınlanmış verilerle olan tartışmalarda bulgularımızın güvenilirliğini artırır. Dallas ve ark. yaptığı çalışmada hastaların ortalama yaşı 62 yıl iken, meta-analizde 60.5 yıl idi; her ikisi de kohortumuzdan daha yaşlıydı ve artan yaş, kısmen bulgularımızdaki farkı açıklayabilecek bilinen bir mesh komplikasyonu riskidir. Hastaların yaş ortalaması arttıkça, kadınların çoğunun yaşla birlikte vajinal atrofi yaşadığı düşünüldüğünde, vajinal dokunun daha az dayanıklı hale gelmesi mümkündür.

Verilerimiz, eş zamanlı SCP ile yapılan SCH veya TLH'nin, mesh maruziyeti açısından güvenli bir prosedür olduğunu, prolapsusun tekrarı veya mesh maruziyeti için benzer reoperasyon oranlarını göstermektedir.




























Verilerimiz, SCH ve TLH arasında eşit oranda mesh maruziyeti olduğunu gösterse de, sonuçlarımızın güncel uygulamalarla, standartlaştırılmış araştırma verisi toplama ve hasta odaklı sonuçlarla doğrulanması gerekmektedir.

Bu çalışmanın birçok gücü bulunmaktadır, bunlar arasında analizimize dahil edebildiğimiz büyük hasta sayısı ve SCH'ye karşı TLH'nin ayrıntılı olarak incelenmesi, diğer yayınlanmış verilerle uyumlu olan eş zamanlı histerektomi türü oranları yer almaktadır.

Bu kohortu ameliyat sonrası 2 yıl süresince orta vadeli bir takip döneminde değerlendirebildik. Çalışmanın limitasyonları büyük ölçüde kullandığımız sağlık veritabanı tarafından belirlenmiştir: bireyler, indeks cerrahilerinin aynı hastane sistemi içindeki karşılaşmalarında takip edildikleri için tüm mesh maruziyeti, komplikasyonlar ve tekrar yatış tahminleri aşağıya doğru önyargılıdır. Bu veritabanının bu sınırlaması nedeniyle takip süresini 2 yıl ile sınırlamayı tercih ettik.

Ayrıca, her bir indeks cerrahide kullanılan mesh tipini (ultra hafif, hafif vs. ağır) değerlendiremedik, bu da ameliyat sonrası görülen mesh maruziyetini etkileyebilir. Ayrıca, veritabanının sınırlamaları nedeniyle, verileri eş zamanlı mid-üretal sling ile ve olmadan analiz ettik ancak mesh maruziyetinin sling veya SCP mesh kaynaklı olup olmadığını değerlendiremedik.

Çalışmamız, minimal invaziv SCP sırasında POP rekonstrüksiyonu için hem supraservikal hem de total histerektomiyi öneren cerrahlara daha fazla güvence sağlayabilir. Ancak, bu çalışma retrospektif doğası ve topladığımız verilerin veritabanı tarafından uygulanan sınırlamalar nedeniyle sınırlıdır; bu nedenle, gelecekteki uzun vadeli sonuçlara yönelik prospektif çalışmalar, SCP ile ilgili cerrahi kararları yönlendirmeye devam edecektir.

-  5 Haziran 2022 - Gebelik Öncesi ve Gebelikte Hangi Testleri Nasıl Yapalım? Güncel Durum Nedir?
-  15 Mayıs 2022 - Endometrioziste 2022 Yılında Neredeyiz?
-  13 Ekim 2019 - Jinekolojik Onkoloji Güncel Yaklaşımlar
-  15 Eylül 2019 - Preterm Doğum
-  19 Mayıs 2019 - Vakalar ile Fetal M55 / Yüz / Spina / İskelet / Kalp / Toraks / GIS / GÜS / Doppler / Plasenta
-  14 Nisan 2019 - Jinekolojik Endoskopide Doğrular ve Yanlışlar
-  24 Mart 2019 - Maternal Mortalite ve Morbidite Nedenleri ve Nasıl Azaltabiliriz?
-  17 Şubat 2019 - İnfertil Çiftin Değerlendirilmesi ve IVF Dışı Yönetimi
-  13 Ocak 2019 Jinekolojide ve Cinsel Yaşamda Sık Karşılaşılan Sorunlar ve Çözümleri
-  23 Aralık 2018 Üreme Endokrinolojisi 2019: Yeni Ne Var?
-  18 Kasım 2018 Fetal İyilik Halinin Değerlendirilmesi ve Doğum Zamanlanması
-  14 Ekim 2018 Jinekolojik Onkolojide Preinvaziv Hastalık Yönetimi ve Organ Koruyucu Yaklaşımlar
-  16 Eylül 2018 Ürojinekolojide yenilikler - 2018
-  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