



TJODist Bülteni

Eylül 2018

Başkandan



Değerli Meslektaşlarımız,

TJOD İstanbul Bülteninin Eylül 2018 sayısı ile yeniden birlikteyiz, hepinize merhaba, 2018-2019 dönemi verimli, üretken ve keyifli bir dönem olmasını diliyoruz.

Editör sevgili **Barış Ata**'nın güzel bir editoryal yazısı, editör yardımcısı **Engin Oral**'ın katkıları ve editoryal üyelerimiz **Engin Türkgeldi**, **Nadiye Dugan**, **Cenk Yaşa**, **Berna Aslan Çetin**, **Hakan Erenel**, **Engin Çelik**, **Cihan Kaya**'nın değerli yazıları ile dolu dolu bir bülten bulacaksınız.

Hocalarımızın deneyimlerini ve düşüncelerini bizler ile paylaşması için söyleşi yazılarımız bu kez Atıl Yüksel hocamız ile devam etmektedir, katkıları için teşekkür ederiz.

Daha önce de belirtildiği üzere katkı yapmak isteyen veya meslektaşlarımız için yararlı olacağını düşündüğünüz bir makale, derleme veya ilgili bir yazı olması durumunda editör veya editoryal üyelerimize iletmenizi rica ediyoruz.

TJOD İstanbul 2018-2019 döneminin ilk toplantısı **16 Eylül 2018 Pazar günü Hilton İstanbul Bosphorus**'da "**Ürojinekoloji'de Yenilikler-2018**" toplantısı ile başlayacaktır. Tüm toplantı programını aşağıda ve web sayfamızda (<http://www.tjodistanbul.org>) bulmanız mümkündür, katılmanızı ve katkı vermenizi bekliyoruz.

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

Hepinize sevgi ve saygılar
Eylül 2018

Dr. Ahmet GÜL
TJOD İstanbul Başkanı

TJOD İSTANBUL 2018-2019 TOPLANTI PROGRAMI, HİLTON İSTANBUL BOSPHORUS

Tarih	Konu Başlığı	Sorumlu
16 Eylül 2018	Ürojinekoloji'de yenilikler-2018	Funda Güngör Uğurlucan - Süleyman Akhan
14 Ekim 2018	Jinekolojik Onkoloji'de preinvaziv lezyonlar ve fertilitate koruyucu yaklaşımlar	Veli Mihmanlı - Fuat Demirkıran
18 Kasım 2018	Fetal iyilik halinin değerlendirilmesi ve Doğum zamanlaması	Gökhan Yıldırım-Burcu Özmen Demirkaya
23 Aralık 2018	Üreme Endokrinolojisi 2019: Yeni ne var?	Engin Oral-Tevfik Yoldemir
13 Ocak 2019	Jinekoloji'de ve cinsel yaşamda sık karşılaşılan sorunlar ve çözümleri	Abdullah Tüten-Albert Kazado
17 Şubat 2019	İnfertil çiftin değerlendirilmesi ve IVF dışı yönetimi	Barış Ata-Ercan Baştu
16 Mart 2019	Maternal mortalite - morbidite nedenleri ve nasıl azaltabiliriz?	Halil Aslan-Rıza Madazlı
14 Nisan 2019	Jinekolojik Endoskopi: Doğrularımız ve Yanlışlarımız	Engin Oral - Mete Güngör
05 Mayıs 2019	Fetal Kalp/Fetal MSS/Obstetrik Doppler	Ahmet Gül - Atıl Yüksel
26 Mayıs 2019	Preterm Doğum	Recep Has - Esra Esim Büyükbayrak

Editörden



Sayın meslektaşlarım,

Yaz tatili geride kaldı ve yeni çalışma yılımız başlıyor. Etrafımızda olan ve hepimizi etkileyen bir çok olayı dışarıda bırakarak işimize dönüp elimizden gelenin en iyisini yapmaya çalışmaya devam ediyoruz. Hepimize üretken ve mutlu bir çalışma yılı diliyorum.

Bu ayki bültende, **Engin Türkgeldi** geçen bülten ilk bölümünü yayınladığımız **ESHRE Polikistik over sendromu** rehberinin ikinci kısmını hazırladı. **Nadiye Dugan** ise hepimizin günlük pratiğinde sürekli gereken bir konu olan **jinekolojik cerrahide enfeksiyon profilaksisi** ile ilgili yeni ACOG rehberini hazırladı. Enfeksiyon konusunda prensipler aynı olmakla beraber etkenlerin lokal olarak farklılık gösterdiğini unutmamak ve komplike

durumlarda hastanenizdeki enfeksiyon hastalıkları departmanına danışmak mantıklıdır.

Cenk Yaşa bu ay aşırı aktif mesanede pelvik taban kas egzersizlerinin etkinliğini değerlendiren bir derleme hazırladı. Başarı şansı varsa konservatif girişimlerin öncelikle tercih edilmesi gerektiğini gösteren güzel bir örnek sayılabilir bu makale. Obstetride iki makalemiz var, **Berna Aslan Çetin geç preterm erken membran rüptüründe hemen doğum ile beklemeyi** karşılaştıran bir meta-analizi hazırladı. Burada karar verirken enfeksiyon riski ve fetal iyilik halini dikkatle takip etmenin önemini söylemeye gerek yok sanırım.

Hakan Erenel'in hazırladığı obstetrik makalemizde **serebroplasental oranın olumsuz obstetrik sonuçları öngörmedeki rolü ve klinik uygulamayı yönlendirmekteki yeri** tartışılıyor. Bu makalede kullanılan bir kavram olan **likelihood ratio** hakkında kısa bir açıklama yapmak istiyorum. Tanısal testlerin doğru seçimi ve yorumlanması, sadece bir hastalığı olanları tespit edip gereken bakımı sağlamanın ötesinde, aslında bir hastalığı olmayan insanlara fazla tanı koyup (over diagnosis) onları gereksiz girişimlerin risklerine maruz bırakmak için de önemli. Bir tanısal testin performansını değerlendirmekte en faydalı ölçütlerden birisi likelihood ratio'dur. Pozitif likelihood ratio (LR) bir test sonucunun aranan hastalığa sahip bir insanda gözlenme olasılığının, aranan hastalığın olmadığı bir insanda gözlenme olasılığına oranıdır. Yani, Hakan'ın tercüme ettiği meta-analizde sayılan olumsuz obstetrik sonuçlara varacak ileri term bir gebelikte serebroplasental oranın (SPO) 10. persantil altında ölçülmesi (pozitif test bulgusu), olasılığının bu şekilde sonuçlanmayacak bir gebelikte 10. persantil altında ölçülmesi olasılığına oranını ifade etmektedir. LR bir tanısal testin ne kadar iyi olduğunu ve uygun tanısal test(ler)in ve/veya testlerin sıralamasını belirlemekte kullanılır. LR'nun sensitivite ve spesifiteye avantajı taranan hastalığın taranan toplumdaki prevalansından etkilenmemesidir. Belirti/bulgu veya test sonucunun farklı düzeyleri için LR hesaplanabilir ve birden fazla tanısal testin sonuçlarını kombine ederek taranan hastalık için post-test probability (test sonrası olasılık) hesaplamakta kullanılabilir. Örneğin, yine Hakan'ın tercüme ettiği makalede bahsedilen fetal gelişim kısıtlılığı şüphesi olan gebeliklerde perinatal ölüm için SPO düşüklüğünün pozitif LR'si 3.9 olarak verilmiştir. Test yapmadan önce, yani SPO bakmadan önce perinatal ölüm olasılığını %0.5 tahmin ediyorsanız, test öncesi odds oranı 1:200'dür, ve düşük SPO için de pozitif LR 3.9 olduğunda, SPO 10.persantil altında ölçülen bir fetus için test sonrası odds oranı şöyle hesaplanabilir;

Post-test odds = pre-test odds X LR = 0.005X3.9 = 0.02

Post-test olasılık = post test odds / (post test odds + 1)

= 0.02 / (0.02 + 1) = 0.02 = %20



TJODist Bülteni

Bu örnekte zaten FGK olan bir gebelikte SPO düşüklüğünün perinatal mortalite olasılığını hesaplamakta nasıl kullanıldığını görüyoruz. Ama testlerin kullanım amaçları değişik olabilir, yani bir hastalığın varlığın tespit etmek kadar bazen de hastalığın olmadığından emin olmak önemlidir. O noktada da negatif likelihood ratio önemli olacaktır. Bunların hepsini örneklerle özetlemek editoryalin sınırlarını aşacaktır. Mutlaka öğrenmek gereken bu konuda daha detaylı bilgi sahibi olmak isteyenler için seçtiğim iki videonun linkini paylaşıyorum: birincisi Kanıtı Dayalı Tıp Kavramının beşiği olan McMaster Üniversitesindeki bir workshoptan: <https://www.youtube.com/watch?v=IEHn64npeig> diğeri ise University of Alabama'dan <https://www.youtube.com/watch?v=TzPvCSFZUSQ>

Engin Çelik'in özetlediği onkoloji makalemiz obstetri ile kesişiyor ve **HPV vertikal geçişinin sezaryan ve vaginal doğum ile fark edip etmediğini** irdeliyor. Sonucunu ilginç bulabilirsiniz.

Son makalemiz ise aramıza yeni katılan **Cihan Kaya'dan**, üreme çağındaki kadınlarda **asemptomatik submukoz myomların yönetimi ile ilgili bir konsensüs bildirisi**. Bu makalede bildirilenlere ek olarak, kavite distorsiyonu yapmayan intramural myomların da IVF versine bakıldığında gebelik oranlarını yaklaşık göreceli %40 azalttığı gözlenmektedir. Fakat myomektominin bu sorunu düzelttiğine dair veri olmadığından tüm intramural myomlara fertilité artırmak için cerrahi önermek doğru değildir.

Bu sayımızda Perinataloji Biliminin ülkemizdeki öncülerinden değerli büyüğümüz **Prof. Dr. Atıl Yüksel** ile yapılan **röportajda** genç yaşlı demeden hepimizin alacağı mesajlar bulacaksınız. Değerli zamanı ve emeği için hocamıza teşekkür ederiz.

Gelecek bültende görüşmek üzere.

Saygılarımla.

Dr. Barış Ata

Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı
Koç Üniversitesi Tıp Fakültesi



TJODist Bülteni

TJOD İstanbul Yönetim Kurulu

Dr. Ahmet Gül (Başkan)
Dr. Recep Has (2. Başkan)
Dr. Funda Güngör Uğurlucan (Sekreter)
Dr. Veli Mihmanlı (Sayman)

Üyeler (Soyadı Sırası)

Dr. Halil Aslan
Dr. Barış Ata
Dr. Burcu Özmen Demirkaya
Dr. Albert Kazado
Dr. Engin Oral
Dr. Abdullah Tüten
Dr. Gökhan Yıldırım

Bülten Kurulu (Soyadı Sırası)

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 Türkgeldi
Dr. Cenk Yaşa

TJOD İSTANBUL ŞUBESİ PAZAR TOPLANTILARI

16 EYLÜL 2018 PAZAR

HILTON İSTANBUL BOSPHORUS

ÜROJİNEKOLOJİDE YENİLİKLER - 2018

Toplantı Sorumluları: Dr. Funda Güngör Uğurlucan, Dr. Süleyman Engin Akhan

09:00 - 10:00 Kahvaltı

10:00 - 10:10 Açılış: TJOD İstanbul Başkanı: Dr. Ahmet Gül

1. Oturum:

Oturum Başkanları: Dr. Önay Yalçın, Dr. Levent Yaşar

10:10 - 10:30 Pelvik Organ Prolapsusunda Tedavi Seçimi- Konservatif mi Cerrahi mi?
Hangi Teknik? Dr. Hüseyin Cengiz

10:30 - 10:50 Aşırı Aktif Mesanede Güncel Değerlendirme ve Tedavi Dr. İbrahim Çelebi

10:50 - 11:10 Midüretal Sling Cerrahisi Komplikasyonları- Nasıl Engelleyelim? Nasıl
Yönetelim? Dr. Funda Güngör Uğurlucan

11:10 - 11:30 Ürojinekolojide Meşler ve Sorunlar, Hayat Kalitesine Etkileri, Kullanılmalı
mi? Ne Değişti? Dr. Fuat Demirci

11:30 - 11:50 Tartışma

11:50 - 12:20 Ara

2. Oturum:

Oturum Başkanları: Dr. Tamer Erel, Dr. Petek Balkanlı Kaplan

12:20 - 12:40 Ürojinekolojide Görüntüleme Yöntemleri Dr. Serdar Aydın

12:40 - 13:00 Ürojinekolojide Lazer Uygulamaları- Endikasyonlar, Teknik, Sonuçlar? Dr. Cenk Yaşa

13:00 - 13:20 Pelvik Cerrahinin Kadında Yaşam Kalitesi ve Cinsellik Üzerine Etkisi Dr. Süleyman Engin Akhan

13:20 - 13:40 Tartışma

3. Oturum:

Oturum Başkanı: Dr. Funda Güngör Uğurlucan

13:40 - 14:00 Vaka sunumu / Makale

14:00 - 14:20 Serbest fikir ve öneri köşesi

TJODist Bülteni

Hocamızla Söyleşi



Prof. Dr. Atıl Yüksel

- 14.11.1953 tarihinde İstanbul'da doğdu.
- Evli ve iki çocuk babası.
- Tıp Öğretimi: İ.Ü. İstanbul Tıp Fakültesi (1970-1976),
- Uzmanlık eğitimi: İ.Ü. İstanbul Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum A.D. (1978-1982),
- Ekim-1989'da doçent, Nisan-1995'da profesör oldu.
- Ekim-1989 dan itibaren İ.Ü. İstanbul Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, Perinatoloji Bilim Dalında öğretim üyesi olarak çalışmaktadır. Aralıklı olarak bu Bilim Dalının başkanlığı görevini sürdürdü. Ocak 2017 tarihinden itibaren aynı Anabilim Dalı'nın başkanlığı görevini sürdürmektedir.
- Türkiye Maternal Fetal Tıp ve Perinatoloji Derneğinin ve Türk Jinekoloji ve Obstetrik Derneği İstanbul Şubesinin birer dönem başkanlığını yapmıştır.

Kadın Hastalıkları ve Doğum alanında meslek yaşamınız boyunca hangi önemli gelişmeleri izlediniz?

Kadın Hastalıkları ve Doğum alanında bilgi birikimi son 50 yılda inanılmaz boyutlara ulaşmıştır.

Gelişen, olgunlaşan ve klinik kullanıma giren bilgiyi transfer etmek ve özümlemek çok titiz bir çalışmayı gerektirmiş olup, ülkemiz Kadın Hastalıkları ve Doğum camiası bu çalışmayı başarıyla gerçekleştirmiştir ve halen de sürdürmektedir. Bu sürecin bir diğer önemli özelliği ise bilgiye ulaşmanın çok kolaylaşması olmuştur. Güncel yazılı ve görsel kaynaklara hızla ve çok düşük maliyetlerle ulaşılabilmesi, 1985 sonrasında dönemde uluslararası kongrelere gitmenin sorun olmaktan çıkması, ulusal kongre ve kursların çok yoğun bir şekilde yapılıyor olması çok önemli değişimler olmuştur. Çok sayıda meslektaşımız yurtdışına kısa ya da uzun süreli gitmiş, bilgi ve beceri edilmiştir. Bilgi aktarılmış, tartışılmış, özümlemiş ve klinik uygulamaya sokulmuştur. Dahası yeni bilgi oluşturma sürecine girilmiştir.

Kendi adıma böylesi bir dönemde ülkemizin en iyi kliniklerinden birinde çalışmaktan çok keyif aldım. Fetal tıp alanında hemen hemen tümü 1980 sonrasında oluşan bilgiyi öğrenmek ve gebelere sunmak çok heyecan verici oldu. Birçok klinik becerinin kazanılması sürecinin tam da içinde yer aldım. Hala, öğrenecek o kadar çok şey var ve bu işler öylesine zevkli ki...***Bir fetustaki ultrason bulgularını tanımlayıp sıralarken, aynı anda bu bulguların altında yatan hastalığı aramaya yönelik olarak zihninizi zorlamak, diğer meslektaşlarınızla tartışmak, diğer disiplinlerden arkadaşlarınızla yardımlaşmak ve eş zamanlı olarak internet üzerinden tanıya giden yolları kurcalamak...***Tümü inanılmaz düzeyde keyifli işler.

Bazı Üniversite Hastanelerinde Bilim Dallarının gelişmesi, bazı köklü Eğitim Araştırma Hastanelerinde benzeri departmanların kurulması ve takiben Perinatoloji ve Jinekolojik Onkoloji Yandallarının ihdas edilmesi çok önemli kazanımlardı. Uygulayıcılar ilgi alanlarını daralttılar, böylece bilgi, teknoloji ve beceri transferine hız katıldı. Bilginin uç noktalarına ulaşarak, uygulamaların kalitesi artırıldı, Dünya tıbbına katkılarda bulunuldu.

TJODist Bülteni

Son 30-40 yıldaki bir diğer önemli gelişme ise multidisipliner çalışmayı öğrenmemiz oldu. Aynı süreçte ekipler kurarak meslektaşlarımızla birlikte çalışmayı daha iyi öğrendik. Böylece farklı kanallardan gelen bilgi ve beceriyi klinik uygulamanın içine soktuk. Daha az kavga edip, daha fazla yararlı olduk. Kurumsallaştık. Davranış modelleri ve gelenekler oluşturduk.

Özetle, 1980 sonrası Kadın Hastalıkları ve Doğum alanındaki Dünyadaki gelişmeler ülkemizde dikkatlice izlenip, transfer edildi. Yandallaşma süreci tamamlandı.

Ülkemizdeki değişen sağlık politikalarının Kadın Hastalıkları ve Doğum uzmanlarına olumsuz etkileri olmuş mudur?

Evet, hem de azımsanmayacak ölçüde. Bunları sıralayacak olursak;

1. Kadın Hastalıkları ve Doğum uzmanlarının üzerindeki medikolegal baskı çok ciddi boyutlara ulaşmıştır.
2. Performans sistemi hastaya yarardan çok, "az zamanda çok hasta bak" mantığıyla çalıştığından hekimin hastası karşısındaki tutumunu olumsuz yönde etkilemiştir.
3. Eğitim kurumlarının sayısı hızla artarken, bu kurumlarda verilen eğitimin kalitesiyle ilgili sorunlar artmıştır.
4. Sağlık sisteminin özel hastaneleştirilmesi Kadın Hastalıkları ve Doğum uzmanlarının sundukları hizmetin kalitesini, niteliğini ve belki de amacını etkilemiştir.
5. Vitrinde gözükken sorunlardan biri sezaryen oranlarındaki artıştır. 2000 de %20 den 2017 de %50 lere ulaşmıştır ve normal düzeylere indirilememektedir. Artan oranlardan ise uzmanlarımız sorumlu tutulmakta ve bu konu da meslektaşlarımız üzerinde baskı unsuru oluşturmaktadır.
6. Perinatal mortalite ve maternal mortalitede belirgin azalma olumlu bir gösterge ise de, sunulan hizmetin niteliği ve kalitesi ile ilgili başka parametrelerin irdelenmesi, hastaya ne ölçüde yarar sağlandığı konusunda daha fazla bilgi elde edilmesi gerekmektedir. Örneğin, tersiyer merkezlerin sunduğu hizmetlerle ilgili güncel verilerin tartışılması gerekmektedir. Ayrıca, hizmeti sunanlarla ilgili veriler hiç de yeterli değildir. Kadın Hastalıkları ve Doğum uzmanlarının mesleki yaşamlarındaki mutluluk düzeyleri nedir? Gelecek endişeleri hangi boyuttadır? Çaresizlikleri ne düzeydedir? Bu ve benzeri soruların olumsuz cevaplarını hissediyor ve biliyoruz. Bu sorunlar, tartışılmalı ve çözümler üretilmelidir.
7. Sağlık sektöründe şiddet, yoğun olarak acil şartlarda çalışan meslektaşlarımıza da yansımaktadır ve adeta günlük yaşamın bir parçası olmuştur. Hastalar ve hasta yakınları tüm mennuniyetsizliklerinin acısını hekimlerimizden çıkartmaya çalışmaktadırlar.

Genç meslektaşlarınıza önerileriniz nelerdir?

1. Bilgilerinizi güncelleyin. Becerilerinizin düzeyini arttırın. Mezuniyet sonrası eğitim programlarına katılın. Hepiniz bilim insansınız. Bilimsel formattan sakın uzaklaşmayın. **Sorun, sorgulayın ve gerekiyorsa HAYIR deyin.**
2. Mesleki çalışmalarınızda **hedeflerinizi iyi belirleyin.** Kadın Hastalıkları ve Doğum uzmanı olarak sınırlarınızı tanımlayın. Bu sınırları belirlerken genel kurallara ve kendiniz için belirlediğiniz özel sınırlara dikkat edin. Mesleki uygulamalarınızda özel ilgi alanları oluşturun. Bazı alanlarda bilgi ve beceri düzeyinizi standartların üzerine çıkarın. Zamanla hasta profiliniz değişecek ve meslekten aldığınız keyif artacaktır.
3. Hastalarınıza karşı **açık ve dürüst olun.** Onlara vakit ayırın ve yapmayı planladığınız uygulamayı anlatın. Hastanın bilgi edinme hakkına saygılı davranın. Bu uygulama inanın sizi de rahatlatacak ve medikolegal sorunlarla karşı karşıya kalma riskinizi azaltacaktır.

4. Onam formu almaktan kaçınmayın. Hastanızın başına bir komplikasyon geldiğinde ya da hata yaptığınızı düşünüyorsanız onu yalnız bırakmayın, **sorunun çözümü sürecini sahiplenin** ya da yönetimine aktif katkıda bulunun. Hastanızdan kaçmayın.
5. Diğer meslektaşlarınızdan **görüş almaktan kaçınmayın**, gerekli vakaları yandal uzmanlarına ve diğer tıp disiplinlerine göndermekten kaçınmayın. Konsültasyon mekanizmasını gereğince kullanın.
6. Meslektaşlarınıza **saygılı ve özenli davranın**. Ters davranışlar en azından hastanızın size olan güvenini azaltır ve size kuşku ile bakmasına neden olur.
7. Meslek yaşamınızın bir döneminde **muayenehane açma fikri hep aklınızın bir köşesinde olsun**. Muayenehaneler hekimlerin en özgür oldukları ve bence klinisyenliğin düzeyinin maksimize olduğu yerlerdir. Muayenehanelerin varlığı hepimizin yararınadır ve Kadın Hastalıkları ve Doğum, muayenehane hekimliği için en uygun alanlardan biridir. Birimizin muayenehanesi hepimizindir ve diğer meslektaşlara da güç katar. Muayenehaneler tümenden kapanırsa, kamu ve özelde çalışanların aylık gelirleri ve mutluluk düzeyleri daha da azalacaktır. Lütfen bunu unutmayın.

Genç hekimlere Kadın Hastalıkları ve Doğum uzmanlığını önerirmisiniz?

Tereddütsüz olarak evet. Nedenlerine gelince;

1. Kadın Hastalıkları ve Doğum kökleri derinlerde olan, olgun ve güçlü bir anadaldır. Her zaman varlığını daha da güçlenerek sürdürecektir.
2. Medikal ve cerrahi yönleri olan, her kişiliğe uygun hareket alanları olan, uygulayıcının kendini geliştirebileceği bir bilim alanıdır.
3. Yandal imkanının yanısıra, henüz yandal olmamış çeşitli bilim dalları ve uygulama alanları vardır.
4. Son yıllarda talebin azalmış olması, bu dönemde Kadın Hastalıkları ve Doğum eğitime başlayanların ileride önünü açabilecek ve avantaj haline dönüşebilecektir.
5. Kadın Hastalıkları ve Doğum uzmanının objesi kadın ve fetustur. Kadın hasta ile ilgilenmek keyiflidir. Kadın hasta, hekimine inanır, ona sadıktır ve kanımca bir erkek hastaya göre söylenenleri uygulamada daha başarılıdır. Gebe ile ilgilenmenin ayrı bir keyifi vardır. İşler genellikle iyi gider ve hekim de mutluluk ve coşku hisseder. Ailenin hekimi olursunuz adeta, sevgi dolu bir ilişki yumağının içindedir bir anlamda. Bir de fetusu ve ardından yenidoğan bebeği hayal edin. Sorun çıkmadığı sürece mutlulukla anılan bir sürecin yaşam boyu anılan ortağısınız. Sorun çıksa bile, doğru yönetip, aileye yardım etme şansınız hiç de az değildir.

Kadın Hastalıkları ve Doğum Anadali ile ilgili yakın gelecekteki en önemli çekinceleriniz nelerdir?

Temel çekincem, Perinatoloji ve Jinekolojik Onkoloji Yandallarının oluşmasından sonra yandal uzmanı sayısının kontrolsüz artmasına bağlı olarak Anadalin uzmanlığının kimlik problemi yaşamasıdır. Bu durum, hem anadala, hem de yandallara sorun olarak yansıyabilir. Anadal ve yandalların sınırlarının çizilmesi, her iki tarafın da klinik çalışmalarını sürdürebileceği gri alanların dikkatlice belirlenmesi gerekir.

Atıl Yüksel hocamıza bu keyifli söyleşi için teşekkür ederiz.

Polikistik Over Sendromu Tanısı ve Risk Değerlendirilmesi İçin algoritma

“ESHRE 2018 Polikistik Over Sendromunun Kanıta Dayalı Değerlendirilmesi ve Yönetimi Yönergesinden”

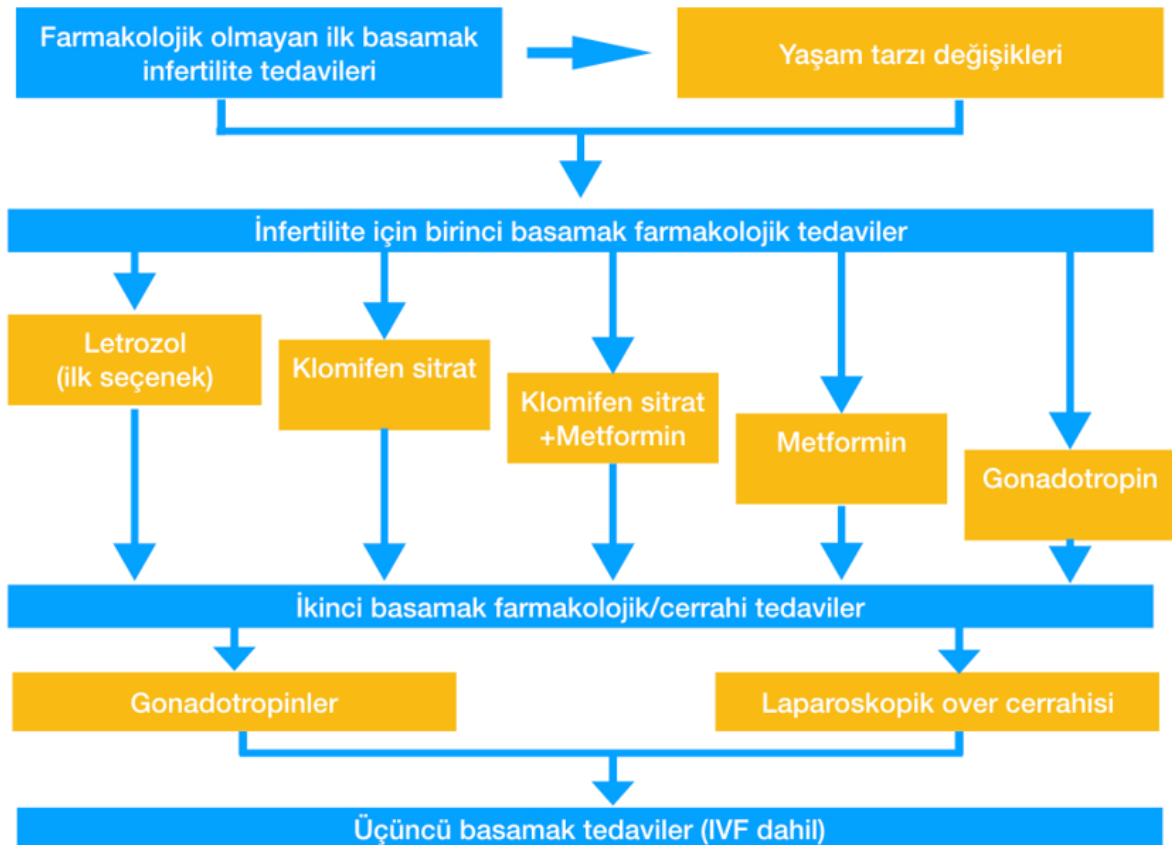
International Evidence-based Guideline For The Assessment And Management of Polycystic Ovary Syndrome 2018-Eshre Temmuz 2018

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>

Önceki sayımızda, yönergede yer alan polikistik over sendromunun(PKOS) tanısı ve hastaların risk değerlendirilmesi konusundaki algoritmaları sizler için özetlemiştik. Bu sayıda aynı yönergeye ait infertilite tedavileri ile ilgili algoritma özetine yer vereceğiz.

İNFERTİLİTENİN DEĞERLENDİRİLMESİ VE TEDAVİSİ



TJODist Bülteni

*Letrozol, kombine oral kontraseptifler, metformin ve diğer farmakolojik ajanların PKOS tedavisinde kullanımı, ilaç firmaları PKOS kullanımı için başvurmadıkları için genellikle ruhsat-dışıdır. Öte yandan ruhsat-dışı kullanımları genel olarak kanıta dayalıdır ve bir çok ülkede izin verilmektedir. İzin verilen ülkelerde sağlık çalışanları hastaları ilaçlar, yan etkileri ve eldeki kanıtlar konularında bilgilendirmelidirler.

- **Fertilite, Tedaviye Cevap Ve Gebelik Sonuçlarını Etkileyebilecek Faktörlerin Değerlendirilmesi:**
 - Kan glukoz seviyesi, kilo, kan basıncı, sigara, alkol, beslenme, egzersiz, uyku, duygusal, cinsel ve mental sağlık PKOS'lu kadınlarda optimize edilmeli, böylece üreme ve gebelik sonuçları iyileştirilmelidir. Bunun için 2018 tarihli "PKOS değerlendirilmesi ve yönetimi için uluslararası kanıta dayalı yönerge"ye başvurulabilir. <http://www.monash.edu/medicine/sphpm/mchri/pcos>
 - Maternal ve fetal olumsuz gebelik sonuçları riskindeki artış nedeniyle PKOS'lu kadınlar gebelikleri sırasında yakından takip edilmelidirler.
 - Partneri normal semen analizine sahip olup infertilite nedeni sadece anovulasyon olan PKOS'lu kadınlar tubal açıklığı değerlendirme için kullanılan yöntemler bireysel bazda tartışılmalıdır.
 - Tubal infertilite şüphesi olan PKOS'lu kadınlarda tubal açıklığın değerlendirilmesi düşünülmelidir.
- **Ovulasyon İndüksiyonu Prensipleri:**
 - Bir çok ülkede aralarında letrozole, metformin ve klomifen sitratın bulunduğu ovulasyon indüksiyonu ajanlarının kullanımı ruhsat-dışıdır.
 - Ovulasyon indüksiyonu öncesinde gebelik dışlanmalıdır.
 - Başarı sağlamayan ovulasyon indüksiyon ajanlarının uzun süreli kullanımları önerilmemektedir.
- **Letrozol**
 - Letrozol, anovulatuvar infertilite tanısı alan ve infertiliteye neden olan başka bir faktör saptanmayan PKOS'lu kadınlarda kullanılacak ilk basamak farmakolojik tedavidir. Letrozol ile ovulasyon, gebelik ve canlı doğum oranlarında artış izlenmiştir
 - Letrozolun bulunmadığı, yasal olmadığı veya fiyatının uygun olmadığı durumlarda diğer indüksiyon ajanları kullanılmalıdır.
 - Letrozol ile çoğul gebelik riskinin klomifen sitrata göre daha düşük olduğu gözlenmiştir.
- **Klomifen Sitrat Ve Metformin**
 - Anovulatuvar infertilite tanısı alan ve infertiliteye neden olan başka bir faktör saptanmayan PKOS'lu kadınlarda ovulasyon, gebelik ve canlı doğum oranlarını artırmak için klomifen sitrat tek başına kullanılabilir.
 - Anovulatuvar infertilite tanısı alan ve infertiliteye neden olan başka bir faktör saptanmayan PKOS'lu kadınlarda ovulasyon, gebelik ve canlı doğum oranlarını artırmak için metformin tek başına kullanılabilir. Öte yandan hastalara daha etkili ovulasyon indüksiyonu ajanlarının olduğu söylenmelidir.
 - Anovulatuvar infertilite tanısı alan ve infertiliteye neden olan başka bir faktör saptanmayan obez (BKİ ≥ 30 kg/m²) PKOS'lu kadınlarda, klomifen sitrat ile metformin arasında seçim yapılacaksa, klomifen sitrat seçilmelidir.
 - Anovulatuvar infertilite tanısı alan ve infertiliteye neden olan başka bir faktör saptanmayan obez (BKİ ≥ 30 kg/m²) PKOS'lu kadınlarda metformin kullanılıyorsa, ovulasyon, gebelik ve canlı doğum oranlarını artırmak için tedaviye klomifen sitrat eklenmelidir.
 - Anovulatuvar infertilite tanısı alan ve infertiliteye neden olan başka bir faktör saptanmayan PKOS'lu kadınlarda klomifen sitrat direnci yaşanması durumunda tek başına klomifen sitrat uygulamaya devam etmek yerine tedaviye metformin eklenmesi ovulasyon, gebelik ve canlı doğum oranlarını artırabilir.
 - Klomifen sitrat ile çoğul gebelik riskinde artış olması nedeniyle monitorizasyon ihtiyacı dikkate alınmalıdır.

● Gonadotropinler

- Anovulatuvar infertilite tanısı alan ve infertiliteye neden olan başka bir faktör saptanmayan PKOS'lu kadınlarda, ilk basamak ovulasyon indüksiyon tedavisinin başarısız olması halinde gonadotropinler ikinci basamak farmakolojik tedavi olarak önerilebilir.
- Ultrason ile monitorizasyonun mümkün olduğu ve hastanın masraf-çoğul gebelik riski konusunda bilgilendirildiği durumlarda, anovulatuvar infertilite tanısı alan ve infertiliteye neden olan başka bir faktör saptanmayan PKOS'lu kadınlarda gonadotropinler ilk basamak tedavi olarak da kullanılabilir.
- Anovulatuvar infertilite tanısı alan ve infertiliteye neden olan başka bir faktör saptanmayan PKOS'lu kadınlarda klomifen sitrat direnci yaşanması durumunda, ovulasyon, gebelik ve canlı doğum oranlarını artırmak için klomifen sitrat-metformin kombinasyonu yerine gonadotropinler (maddi olarak uygun ve erişilebilirler ise) tercih edilmelidir.
- Anovulatuvar infertilite tanısı alan ve infertiliteye neden olan başka bir faktör saptanmayan PKOS'lu kadınlarda klomifen sitrat direnci yaşanması durumunda gonadotropinlerle birlikte metformin verilmesi ovulasyon, gebelik ve canlı doğum oranlarını artırabilir.
- Anovulatuvar infertilite tanısı alan ve infertiliteye neden olan başka bir faktör saptanmayan PKOS'lu ve klomifen sitrat direnci yaşanan hastalara gonadotropin ve laparoskopik ovaryan drilling, her iki tedavinin avantajları ve dezavantajları anlatılarak önerilebilir.
- Gonadotropin tedavisi başlandığında aşağıdaki maddeler dikkate alınmalıdır:
 - Masraf ve erişilebilirlik
 - Ovulasyon indüksiyonu tedavisindeki yetkinlik
 - Ultrason ile monitorizasyonun sıklığı
 - Mevcut gonadotropin preparatlarının klinik etkinlikleri arasında fark olmaması
 - Monofoliküler gelişim için düşük doz gonadotropin protokollerinin kullanımı
 - Olası çoğul gebeliğin riskleri
- Gonadotropinlerle yapılan ovulasyon indüksiyonunda ovulasyon tetiklenmesi ancak üçten az sayıda matür folikül varlığında yapılmalıdır. Eğer ikiden fazla matür folikül varsa tedavi iptal edilmeli ve hastaya korunmasız cinsel ilişki yasaklanmalıdır.

● Obezite Karşıtı Ajanlar

- PKOS'lu kadınlarda fertilitiyi artırmak için farmakolojik obezite karşıtı ajanların kullanımı deneysel olarak kabul edilmelidir. Bu tip bir tedaviyi desteklemek için fayda-zarar oranı henüz çok belirsizdir.

● Laparoskopik Over Cerrahisi

- Anovulatuvar infertilite tanısı alan ve infertiliteye neden olan başka bir faktör saptanmayan PKOS'lu ve klomifen sitrat direnci yaşanan hastalarda laparoskopik ovaryan drilling ikinci basamak tedavi olarak önerilebilir.
- Anovulatuvar infertilite tanısı alan ve infertiliteye neden olan başka bir faktör saptanmayan PKOS'lu kadınlarda, başka bir nedenle laparoskopik cerrahi planlanıyorsa, laparoskopik ovaryan drilling ilk tedavi basamağı olarak önerilebilir.
- Laparoskopik over cerrahisi önerilen PKOS'lu hastalara riskler anlatılmalıdır.
- Laparoskopik over cerrahisi önerirken, aşağıdaki konular dikkate alınmalıdır:
 - Görece masrafı
 - Ovulasyon indüksiyonu için yapılması konusundaki uzmanlık
 - Fazla kilolu veya obez kadınlarda intraoperatif ve post-operatif risklerin daha yüksek olduğu
 - Küçük bir azalmış over riski veya over fonksiyon kaybı riski olduğu
 - Periadneksial adezyon oluşumu riski

• Bariatrik Cerrahi

- PKOS'lu kadınlarda sağlıklı bir bebek sahibi olmak adına bariatrik cerrahi uygulamaları deneysel olarak kabul edilmelidir. Bu tip bir tedaviyi desteklemek için fayda-zarar oranı henüz çok belirsizdir.
- Bariatrik cerrahi önerilirken aşağıdaki konular dikkate alınmalıdır:
 - Görece masrafı
 - Cerrahi sonrası dönemde psikolojik, iskelet-kas sistemi ve kardiyovasküler sağlığı korumak için diyet ve fiziksel aktivite içeren bir kilo kontrolü programının gerekliliği
 - Erken doğum, SGA ve muhtemelen artmış bebek mortalitesi gibi perinatal riskler
 - Gestasyonel diyabet ve LGA risklerindeki azalma
 - Hızlı kilo kaybı döneminde hamile kalınmaması gerektiği ve cerrahi sonrası ilk 12 ayda uygun kontrasepsiyon ihtiyacı. Eğer gebelik olursa, uzmanlardan oluşan disiplinlerarası bir ekip ile cerrahi öncesi ve sonrası nutrisyonel sorunların tespiti ve önlenmesi konusunun ele alınması gerekmektedir. Ayrıca fetal büyüme gebelikte yakından takip edilmelidir.

• İn-vitro Fertilizasyon (IVF)

- Mutlak bir IVF \pm ICSI endikasyonu yoksa, anovulatuvar infertiliye sahip PKOS'lu kadınlara IVF ancak üçüncü basamak tedavi olarak, diğer ovulasyon indüksiyonu tedavileri başarısız olduğunda önerilmelidir.
- Anovulatuvar PKOS'lu hastalarda IVF etkili bir tedavi yöntemi olup, elektif tek embriyo transferi ile çoğul gebelik riski en aza indirgenmektedir.
- IVF \pm ICSI önerilirken aşağıdaki konular dikkate alınmalıdır:
 - Masraf, erişilebilirlik, kolaylık
 - Artmış ovaryan hiperstimülasyon sendromu (OHSS) riski
 - OHSS riskini azaltacak seçenekler
- IVF \pm ICSI tedavisi için ovaryan hiperstimülasyon uygulanan kadınlarda üriner veya rekombinant FSH kullanılabilir. Spesifik bir FSH preparatını önermek için yeterli kanıt yoktur.
- IVF \pm ICSI tedavisi için ovaryan hiperstimülasyon uygulanan kadınlarda, FSH tedavisine rutin olarak eksojen rekombinant LH eklenmemelidir.
- IVF \pm ICSI tedavisi için ovaryan hiperstimülasyon uygulanan PKOS'lu kadınlarda uzun protokol yerine antagonist protokol tercih edilmelidir. Bu sayede stimülasyon süresi, kullanılan toplam gonadotropin dozu ve OHSS riski azalacaktır.
- IVF \pm ICSI tedavisi için ovaryan hiperstimülasyon uygulanan PKOS'lu kadınlarda, OHSS riskini azaltmak adına ovulasyon tetiklenmesi için mümkün olan en düşük dozda HCG kullanılmalıdır.
- IVF \pm ICSI tedavisi için antagonist protokol ile ovaryan hiperstimülasyon uygulanan PKOS'lu kadınlarda OHSS riski yüksekse veya taze embriyo transferi planlanmıyorsa, GnRH agonist ajanlarla oosit maturasyonunu takiben tüm embriyoların dondurulması önerilebilir.
- IVF \pm ICSI tedavisi gören PKOS'lu kadınlarda elektif olarak tüm embriyoların dondurulması seçeneği düşünülmelidir.
- IVF \pm ICSI tedavisi için agonist protokol ile ovaryan hiperstimülasyon uygulanan PKOS'lu kadınlarda OHSS riskini azaltmak ve klinik gebelik oranını artırmak için tedaviden önce ve tedavi süresince metformin kullanılabilir.

Jinekolojik Ameliyatlar Sonrası Enfeksiyonların Önlenmesi Prevention of Infection After Gynecologic Procedures

ACOG Practice Bulletin-Gynecology Number 195. Obstet Gynecol. 2018 Jun;131(6):e172-e189. doi: 10.1097/AOG.0000000000002670.

Özetleyen: **Dr. Nadiye Dugan**

Cerrahi yara enfeksiyonları jinekolojik ameliyatların en sık komplikasyonudur. Bu bültenin amacı jinekolojik ameliyatlar sonrası enfeksiyonu önlemek için antibiyotik profilaksisini de içeren gerekli girişimleri sunmaktır. Cerrahi yara yeri enfeksiyonları insizyonel veya organ/boşluk olarak sınıflanmaktadır. İnsizyonel cerrahi yara yeri enfeksiyonları da sadece deri ve subkutan dokuyu içeren yüzeysel insizyonel ve kas veya fasya gibi daha derin yumuşak dokuları içeren derin insizyonel olarak sınıflandırılmaktadır. Jinekolojik cerrahi açısından cerrahi yara yeri enfeksiyonları yüzeysel insizyonel selülit, derin insizyonel abse, pelvik veya vajinal kaf selülit veya abse formasyonu olarak sınıflandırılabilir.

Cerrahi Yara Yeri Enfeksiyonu için Risk Faktörleri

Perioperatif hiperglisemi

- Perioperatif serum glukoz düzeyi $\geq 180-200$ mg/dL

Sigara içmek

Obezite (BKİ ≥ 30 veya birincil BKİ ≥ 1.2)

Birincil BKİ: gerçek BKİ'nin üst limit BKİ'ne oranı

Beslenme durumu

Subkutan doku derinliği ≥ 3 cm

Vücutta cerrahi alandan uzak bir yerde eşlik eden enfeksiyon (cilt, idrar yolu enfeksiyonu gibi)

Vajenin mikroorganizmalarla kolonizasyonu (Grup B streptokok enfeksiyonu, bakteriyel vajinozis gibi)

Amerikan Anestezi birliğine göre fiziksel durum

İmmün yetmezlik (kronik steroid kullanımı, kemoterapi)

MRSA durumu

Öneriler

Düzyey A:

- Perioperatif glisemik kontrol ve diyabeti olan veya olmayan hastada kan glukoz düzeyini 200 mg/dL'nin altında tutmak
- Kontrendike olmadığı sürece preoperatif dönemde cerrahi yara alanının alkol-bazlı ajanlarla temizlenmesi. Klorheksidin-alkol uygun bir seçenektir.
- Supraservikal histerektomiye içeren vajinal, abdominal, laparoskopik veya robotik histerektomilerde tek-dozy antimikrobiyal profilaksi yapılmalıdır.
- Rahim içi araç yerleşiminden önce rutin antibiyotik profilaksisi önerilmemektedir.
- İndüklenmiş düşük vakalarında uterusun boşaltılmasından antimikrobiyal profilaksi yapılmalıdır.

TJODist Bülteni

Düzyer B:

- Hastalara abdominal cerrahi öncesi en az 1 gece önce hastalara sabun (antimikrobiyal veya değil) veya antiseptik bir ajanla duş veya banyo yapmaları önerilmeli.
- Rutin histeroskopik işlemler öncesi antibiyotik profilaksisi önerilmemektedir.
- Rutin antibiyotik profilaksisi ürodinamik testlerde önerilmemektedir.

Düzyer C:

- Cerrahi alandan uzak cilt veya idrar yolu enfeksiyonu gibi tüm enfeksiyonlar elektif ameliyatlarda öncesinde belirlenmeli ve tedavi edilmelidir. Enfeksiyon geçinceye kadar elektif ameliyatlarda ertelenmelidir.
- Operasyonu engellemediği sürece preoperatif dönemde kıllar temizlenmemelidir. Kıl temizliği yapılması gerektiğinde hemen ameliyat öncesi ve elektrikli makasla yapılmalıdır. Jilet kullanılmamalıdır. Hastaların kendilerinin ameliyat bölgesini tıraş etmemeleri konusunda bilgilendirilmeli çünkü jilet kullanımı enfeksiyon riskini artırmaktadır.
- %4'lük klorheksidin glukonat veya povidon-iyot ile vajinal temizlik histerektomi veya vajinal cerrahi öncesi yapılmalıdır.
- Uygun doz antibiyotik yapılmalıdır. Sefazolini de içeren antibiyotiklerin çoğu cilt insizyonundan 1 saat önce yapılmalıdır. Kinolon veya vankomisin gerekli ise 2 saate kadar kullanılabilir.
- Obez hastalarda antibiyotik dozu artırılmamalıdır.
- Uzun işlemlerde, operasyon süresince yeterli düzeyleri sağlamak için ek antibiyotik dozu cerrahinin başlangıcından değil preoperatif dozun başlangıcından hesaplanarak yarı ömrünün iki katı aralıklarla verilmelidir.
- Fazla kan kaybının olduğu cerrahi vakalarda ikinci doz profilaktik antibiyotik uygundur.
- Sonohisterografi için rutin antibiyotik profilaksisi önerilmemektedir.
- Erken gebelik kayıplarında uterus tahliyesi yapılan olgularda antimikrobiyal profilaksi uygulanmalıdır.
- Bilinen veya geçirilmiş MRSA kolonizasyonu veya enfeksiyonu olan hastalar cilt insizyonu ile opere olacaklarsa, hastanede önerilen bir MRSA antibiyotik profilaksisi protokolünün kullanımı veya preoperatif profilaktik antibiyotik rejiminin ayarlanması, tek bir preoperatif intravenöz vankomisin dozunun kullanılması için önerilmektedir.
- Antimikrobiyal profilaksinin önerildiği prosedürlerin uygulandığı hastalarda penisiline karşı ani hipersensitivite reaksiyonu öyküsü (anafilaksi, ürtiker, bronkospazm) yoksa sefalosporin alabilirler. Sefalosporinlerin kontrendike olduğu hastalarda metronidazol veya klindamisin artı gentamisin veya aztreonam kombinasyonu önerilmektedir.

İşlemlere göre Önerilen Profilaktik Antibiyotik Rejimleri:

Procedure	Antibiotic	Dose (single dose within 1 hour before procedure) [†]
Hysterectomy (including supracervical) [‡] Vaginal Abdominal Laparoscopic Robotic	Cefazolin	2 g, 3 g IV for patients weighing > 120 kg [§]
Uterine evacuation Suction D&C D&E	Doxycycline	200 mg [¶]
Colporrhaphy	Cefazolin	2 g, 3 g IV for patients weighing > 120 kg ^{§¶}
Vaginal sling placement	Cefazolin	2 g, 3 g IV for patients weighing > 120 kg ^{§¶}
Laparotomy without entry into bowel or vagina	Consider cefazolin	2 g, 3 g IV for patients weighing > 120 kg ^{§¶}
Cervical tissue excision procedures (LEEP, biopsy, endocervical curettage)	Not recommended	
Cystoscopy**	Not recommended	
Endometrial biopsy	Not recommended	
Laparoscopic procedures without entry into bowel or vagina	Not recommended	
Hysterosalpingogram ^{††} Chromotubation Saline infusion sonography	Not recommended	
Hysteroscopy Operative Diagnostic	Not recommended	
Intrauterine device insertion	Not recommended	
Oocyte retrieval	Not recommended	
D&C for nonpregnancy indications	Not recommended	
Urodynamics**	Not recommended	

Abbreviations: D&C, dilation and curettage; D&E, dilation and evacuation; LEEP, loop electrosurgical excision procedure.

Aşırı Aktif Mesane Sendromu Olan Kadınlarda Pelvik Taban Kas Egzersizinin Etkinliği; Sistematik Derleme


Özetleyen: **Dr. Cenk Yasa**

International Urogynecology Journal
<https://doi.org/10.1007/s00192-018-3602-x>

REVIEW ARTICLE



Efficacy of pelvic floor muscle training in women with overactive bladder syndrome: a systematic review

Silvia Monteiro¹ • Cassio Ricetto² • Angélica Araújo¹ • Laryssa Galo¹ • Nathália Brito¹ • Simone Botelho^{2,3,4} 

GİRİŞ

Aşırı aktif mesane (AAM) sendromu üriner infeksiyon ile diğer patolojilerin olmadığı durumlarda görülen üriner inkontinansın eşlik ettiği veya etmediği üriner urgency, frequency ve nokturi ile karakterize bir durumdur. Aşırı aktif mesane ıslak formunda urgensi üriner inkontinans görülebileceği gibi inkontinans olmaksızın da kuru-AAM olarak da karşımıza çıkabilmektedir. Kadınlarda yaşlanma ile sıklığı artan bu durumun görülme sıklığı %50 civarında iken, daha yaşlı gurupta % 80'lere çıkabilmektedir. Uluslararası Kontinans Derneği (ICS) ve Amerikan Üroloji Derneği (AUA) AAM semptomu olan hastalarda ilk basamak tedavide konservatif yöntemleri önermektedirler. Klinik pratikte kişisel ihtiyaçlar ve semptom durumu göz önüne alınarak çoklu konservatif girişimler planlanmaktadır. Bu girişimler içerisinde yaşam tarzı değişiklikleri, mesane eğitimi, pelvik taban kas egzersizleri (PTKE) ve elektriksel stimülasyon yer almaktadır. PTKE uzun yıllardır stress üriner inkontinans için kullanılmakta ve en sık kullanılan konservatif tedavi modalitesi arasında yer almaktadır. 1980'lerde pelvik taban kaslarının istemli kontraksiyonlarının urgensi üriner inkontinans ve AAM'de mesane fonksiyonunu kontrol etmekte opsiyonel bir tedavi yöntemi olduğu kanıtlanmıştır. PTKE ile kaslar istemli olarak kasılarak üretrayı kapatır, bu sayede üretral basıncın artması ile urgensi hissi kontrol edilerek üriner refleks inhibe olur, sonrasında internal sfinkterin gevşemesinin önlenmesi ile de detrusor kontraksiyonu sırasında idrar kaçırmanın önüne geçilmiş olur. Bu işleme isteğinin baskılanmasına kadar bilinçli olarak pelvik taban kaslarının kasılmasını ve pelvik tabanın gevşemesini önleme durumuna koruyucu (guard) reflex adı verilmektedir.

Dünya üzerinde urgensi üriner inkontinans ve AAM semptomları olan tüm yaş gurubundaki kadınlarda ilk basamak tedavi seçeneği arasında pelvik taban kas egzersizlerinin yer aldığı konusunda görüş birliği bulunmaktadır. Bu derlemede AAM sendromu olan kadınlarda PTKE'lerinin etkinliği farmakolojik, davranışsal ve elektriksel stimülasyon tedavileri ile karşılaştırılarak sistematik olarak değerlendirilmiştir.

MATERYAL VE METOD

MEDLINE, Pubmed, Physiotherapy Evidence Database (PEDro), Scielo, Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde veritabanları ve Central Cochrane Kütüphanesi veritabanları aşırı aktif detrusor, üriner inkontinans, urge, aşırı aktif, egzersiz ve egzersiz tedavisi terimleri kullanılarak taranmıştır. Ocak 2000 ile Ocak 2017 yılları arasındaki randomize kontrollü çalışmalar seçilmiştir. AAM ve urgensi inkontinans semptomları olan 16 yaşının üzerindeki kadınları içeren ve PTKE etkinliğini klinik bulgulardaki iyileşmeler ve/veya ürodinamik testler ve/veya yaşam kalitesi ve semptom sorgulama formları ile değerlendiren çalışmalar derlemeye dahil edilmiştir. Nörojen mesane teşhisi veya ağırlıklı olarak stress üriner inkontinans şikayeti olan kadınlar çalışma dışı bırakılmıştır (Tablo 1).

Tablo 1 Tedavi gurupları ve pelvik taban kas egzersizi protokolleri

Author	Treatment groups	PFMT protocol
Burgio et al. [16]	BT + BFB BT alone instruction book	Contraction: sustained; holding time: 10 s.; patient's position: lying down, sitting, standing, during daily activities; 3×/day; weekly frequency: daily; 56 sessions.
Wang et al. [25]	PFMT PFMT + BFB FES	Contraction: sustained and fast; 6 s (sustained); repetitions: 5 sustained and 10 quick, patient's position: lying down, standing, sitting with legs apart; 3×/day; weekly frequency: daily for 12 weeks; 84 sessions
Millard [17]	DT DT + PFMT	Contraction: sustained; holding time: 10 s.; rest time: 10 s.; 3×/day; weekly frequency: daily; 168 sessions
Kafri et al. [18]	PFMT with transverse activation DT	Contraction: sustained; holding time: 6–10 s.; rest time: 6 to 10 s.; repetitions: 8–12; patient's position: lying down, sitting, standing; 2×/day; weekly frequency: 2×/week for 24 weeks; 48 sessions
Arruda et al. [19]	DT FES PFMT	Contraction: sustained and fast; holding time: 10 s (sustained); 2–5 s (fast); rest time: 10 s (sustained); 2–5 s (fast); repetitions: 20 sustained and 40 fast; patient's position: lying down, sitting, standing; 1×/day; weekly frequency: daily for 12 weeks; 84 sessions
Kafri et al. [20]	DT BT PFMT PFMT + BT	Contraction: sustained; holding time: 6–8 s.; rest time: 10 s.; repetitions: 3 sets of 8–12; patient's position: different positions (not specified); weekly frequency: daily for 12 weeks; 84 sessions
Yüce et al. [21]	PFMT + VC DT	Contraction: sustained; repetitions: 10 min.; patient's position: walking, housework; 2×/day; weekly frequency: daily for 4 weeks; 28 sessions
Voorham et al. [22]	PFMT + BFB + strategy to remove urgency BT	Patient's position: lying, sitting, standing, during daily activities; weekly frequency: once for 9 weeks

BFB biofeedback, BT bladder training, DT drug therapy, FES functional electrical stimulation, PFMT pelvic floor muscle training, VC vaginal cone,

BULGULAR

Derleme için 1131 makaleden sadece 8 tanesi uygun bulunmuştur. Yaşları 16 ila 92 arasında değişen toplam 1161 kadın değerlendirilmiştir (Tablo 2).

Karşılaştırma

Pelvik taban kas egzersizine eklenen biyofeedback ile davranışsal tedavi

Burgio ve arkadaşları inkontinans ataklarının PTKE gurubunda tedavi sonrasında azaldığını bulmuşlardır. Guruplar arasındaki karşılaştırmada azalma olsa da istatistiksel olarak anlamlı fark bulunamamıştır. Voorham ve arkadaşları urgensi semptomunu değerlendirmiş ve PTKE gurubunda tedavi sonrasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde iyileşme gözlemiştir.

Pelvik taban kas egzersizi ile ilaç tedavisi

Kafri ve arkadaşları üriner frekuensi ve nokturiyi değerlendirmiş, her iki gurupta da düşüşler saptansa da istatistiksel olarak anlamlı düzeye ulaşamamıştır. Hayat kalitesi skorları iki gurupta da anlamlı şekilde iyileşmiştir.

Pelvik taban kas egzersizine eklenen vajinal kon tedavisi ile ilaç tedavisi

Pelvik taban kas gücü Yüce ve arkadaşları tarafından ölçülmüş olup her ne kadar artış gösterse de istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır.

Pelvik taban kas egzersizine eklenen biyofeedback ile FES

Wang ve arkadaşları üriner frekuensi ve nokturi sonuçlarını değerlendirmiştir. Bulgularda grup içi analiz yapılmadığından tedavi sonrasında gruplar arasında farklılık gözlenmemiştir. Urgensi bakımından azalma görülse de gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmamıştır. Yaşam kalitesinde de PTKE ve biyofeedback tedavisi alan grupta anlamlı olmasa da iyileşme saptanmıştır.

Tablo 2. Çalışma özellikleri ve bulgular

Table 2 Study characteristics and results

Authors (Year)	Objective	Sample characteristics	Outcome	Outcome measure instruments	Intergroup comparison
Burgio et al. [16]	To examine biofeedback in an UUI behavioral therapy program in older women	222 women Age: 55-92 years Diagnosis: UUI and MUI (prevalent urgency)	Primary outcome: episodes of incontinence Secondary outcome: QoL	Voiding diary (2 weeks) SF-36	Episodes of incontinence: ($p = 0.23$) QoL: ($p < 0.05$)
Wang et al. [25]	To compare the efficacies of PFMT, PFMT assisted by BFB, and FES in the management of OAB	103 women Age: 16 to -75 years Diagnosis: OAB symptoms for at least 6 months	Primary outcome: frequency, nocturia and urgency Secondary outcome: QoL	Voiding diary (7 days) KHQ	Frequency: ($p = 0.0214$) Nocturia: ($p = 0.056$) Urgency: ($p = 0.172$) QoL: PFMT + BFB versus FES: ($p = 0.952$) PFMT versus FES: ($p = 0.004$) PFMT + BFB versus PFMT: ($p = 0.003$)
Millard [17]	To investigate if DT combination associated with PFMT provides better treatment benefits compared with DT alone in patients with OAB symptoms	475 women Age: 18-90 years Diagnosis: UUI, frequency and urgency symptoms	Primary outcome: frequency and urgency Secondary outcome: not evaluated	Voiding diary (24 h)	Frequency: ($p = 0.3549$) Urgency: ($p = 0.3029$)
Kafri et al. [18]	To compare the short-term efficacy of DT treatment for UUI	44 women Age: over 18 years Diagnosis: UUI and OAB	Primary outcome: frequency and nocturia Secondary outcome: QoL	Voiding diary (24 h) I-QOL	Frequency and nocturia: ($p = 0.13$ $p = 0.52$) QoL: ($p = 0.01$).
Arruda et al. [19]	To compare the efficacies of DT, FES, and PFMT for the treatment of women with OAB	64 women Age: 35-80 years Diagnosis: OAB and MUI (prevalent urgency)	Primary outcome: frequency, nocturia and episodes of incontinence Secondary outcome: not evaluated	Voiding diary (7 days)	Frequency: ($p = 0.063$) Nocturia: ($p = 0.667$) Episodes of Incontinence: ($p = 0.972$)
Kafri et al. [20]	To compare the long-term efficacies of BT, PFMT, combined pelvic floor rehabilitation (PFMT + BT) and DT in UUI patients	164 women Age: 45-75 years Diagnosis: OAB and UUI symptoms	Primary outcome: episodes of incontinence and urgency Secondary outcome: QoL	Voiding diary (24 h) I-QOL	Episodes of incontinence: ($p = 0.131$) Urgency: ($p = 0.503$) QoL: ($p = 0.438$)
Yuce et al. [21]	To compare the efficacies of PFMT using vaginal cones and DT in OAB	35 women Age: 49-54 years Diagnosis: OAB	Primary outcome: PFM strength Secondary outcome: not evaluated	Digital palpation (Modified Oxford Grading Scale)	Muscle strength: ($p = 0.780$)

İlaç tedavisi, FES ve PTKÉ karşılaştırılması

Arruda ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada grup karşılaştırmasında üriner frekuensi de iyileşme saptanmıştır. Grup içi analizde inkontinans ve istemsiz detrusor kontraksiyonlarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptansa da gruplar arası analizde ise anlamlı bir fark saptanmamıştır. Nokturi ise her iki analizde de azalsa da istatistiksel olarak anlamlı bulunamamıştır.

İlaç tedavisi, mesane eğitimi ve PTKÉ karşılaştırması

Kafri ve arkadaşlarının çalışmasında guruplar arasında inkontinans ve urgensi atakları, hayat kalitesi bakımından olumlu sonuçlar elde edilmiştir. Ancak guruplar arasındaki inceleme de istatistiksel olarak anlamlı farklılık elde edilememiştir.

İlaç tedavisi ile ilaç tedavisi ve PTKÉ kombinasyonu

Millard ve arkadaşları frekuensi, inkontinans ve urgensi ataklarında tüm girişimlerden sonra istatistiksel olarak anlamlı seviyeye ulaşmayan iyileşme izlemişlerdir.

TARTIŞMA

Bu sistematik derlemede idrar kaçırmaları olsun olmasın AAM sendromu olan kadınlarda uygulanan PTKÉ tedavisinin klinik çalışmaların çoğunda iyileşme sağladığı ortaya konulmuştur. Pelvik taban kasları tıpkı diğer tüm iskelet kasları gibi aşırı yük ve geri dönüşüm esasına dayanan egzersiz programlarına uyum sağlayabilmektedir. Ancak egzersizleri uygulamadan önce fizik muayene ile kasın ne durumda olduğu değerlendirilmelidir. PTKÉ eğitiminde hastanın egzersiz programına uyumu ne kadar önemli ise, kastaki disfonksiyonu tanımlayan terapistin kapasitesi de o kadar önemlidir.

AAM patofizyolojisinde öncelikle beyinde artmış aferent sinyalleri yönetmede kapasite azlığı ve mesane ve/veya üretradan anormal aferent sinyal artışı suçlanmaktadır. Ancak halen bilinmeyen ya da açıklanamayan bir sürü patofizyolojik etken olduğundan PTKÉ tam olarak etki mekanizması açıklanamamaktadır. Temel etki mekanizması urgensi sırasında hastaya istemli kasılmayı öğreterek detrusor kasını gevşetmeyi sağlamak ve pelvik taban kaslarını güçlendirerek kontraksiyon etkinliğini arttırarak üretral basıncı arttırmaktır. Ancak Detrusor kasılmasını önlemek amacıyla ne kadar güçlü istemli kasılma sağlanmış gerektiği ve kas yapısındaki uzun dönem değişikliğin üretral basınçta ani düşümlere neden olup olamayacağı tam olarak bilinmemektedir.

Sonuç olarak eldeki literatür verilerine göre AAM semptomlarında PTKÉ etkinliği ile ilgili bilgiler heterojen ve yetersizdir.

Geç Preterm Erken Membran Ruptüründe Hemen Doğum ile Bekleme Yaklaşımının Karşılaştırılması: Bireysel Veri Metaanalizi

Özetleyen: **Dr. Berna Aslan Çetin**

Review

Immediate Delivery Compared With Expectant Management in Late Preterm Prelabor Rupture of Membranes

An Individual Participant Data Meta-analysis

Johanna Quist-Nelson, MD, Annemijn A. de Ruigh, MD, Anna Lene Seidler, MSC, David P. van der Ham, MD, PhD, Christine Willekes, MD, PhD, Vincenzo Berghella, MD, Eva Pajkrt, MD, PhD, Jillian Patterson, PhD, David Espinoza, BSc, Jonathan Morris, MB, PhD, Ben Mol, MD, PhD, and Lisa Askie, PhD, for the Preterm Premature Rupture of Membranes Meta-analysis (PPROMM) Collaboration

Giriş

Preterm erken membran rüptürü (EMR) membranların 37. gebelik haftasından önce rüptüre olmasıdır. Tüm gebeliklerin %30'unda ve tüm preterm doğumların %40'unda görülür. Preterm EMR hem anne hem de fetus açısından asendan enfeksiyon riski taşır. Termde EMR olan kadınlarda hemen doğum maternal enfeksiyon riskini azaltır. Geç preterm EMRde ise doğum planlaması bölgesel farklılıklar gösterir, uluslararası bir fikirbirliği yoktur.

Amerikan Kadın Hastalıkları ve Doğum Derneği (ACOG) 34. gebelik haftasından sonra doğumu önerirken Royal College of Obstetricians and Gynecologists ve Hollanda Obstetri ve Jinekoloji Birliği 34. veya 35. gebelik haftasından sonra hemen doğum ve bekleme yaklaşımlarının ikisinin de uygulanabileceğini belirtmektedir. Çeşitli randomize kontrollü çalışmalar geç preterm erken membran rüptüründe hemen doğum ile bekleme yaklaşımını karşılaştırmışlardır.

Bu çalışmanın amacı bireysel data meta-analizi ile geç preterm EMR olan hastalarda en uygun yaklaşımı ortaya koymak ve geç preterm dönemde (34 0/7 -36 6/7 gebelik haftası arasında) erken membran rüptürü olan gebelerde hemen doğum ve bekleme yaklaşımının etkilerini karşılaştırmaktır.

Veri toplama

Geç preterm erken membran rüptürü olan gebelerde hemen doğum ve bekleme yaklaşımının etkilerini karşılaştıran ve bireysel verilere ulaşılabilen bütün randomize kontrollü çalışmalar meta-analize dahil edildi. Geç preterm EMR ile ilgili hemen doğum (çalışma grubu) ve bekleme yaklaşımının (kontrol grubu) karşılaştırıldığı randomize kontrollü çalışmalar PubMed, Scopus, ClinicalTrials.gov, EMBASE ve Cochrane veri tabanından Aralık 2016 tarihine kadar tarandı. Çalışma kriterlerine uygun olan çalışmalardaki araştırmacılarla temasa geçilip hastaların bireysel verileri istendi. Bireysel verilere ulaşamayan çalışmalar meta-analize dahil edilmedi.

Meta-analizin pimer amacı neonatal sepsis, nekrotizan enterokolit, respiratuar distres sendromu, ölü doğum veya neonatal ölüm gibi tüm olumsuz neonatal sonuçları karşılaştırmaktır.

Bulgular

Kriterlere uygun 8 çalışma bulundu. Bireysel verilere ulaşamadığı için 5 çalışma meta-analize dahil edilmedi. 3 çalışmada toplam 2.563 gebenin 1.289'u hemen doğum grubuna 1.274'ü bekleme yaklaşımı grubuna randomize edilmişti. Primer sonuç olarak iki grup arasında istatistiksel fark saptanmadı. Hemen doğum grubunun %9.6'sında ve bekleme yaklaşımı grubunun %8.3'ünde neonatal olumsuz sonuçlar saptandı (RR 1.20, 95% CI 0.94–1.55, p=0.15).

Neonatal sepsis oranları sırasıyla %2,6 ve 3,5 olarak saptandı (RR 0.74, 95% CI 0.47–1.15). Hemen doğum grubundaki yenidoğanlarda respiratuar distres sendromu (RR 1.47, 95% CI 1.10–1.97) ve yenidoğan yoğun bakım ünitesine yatış oranları (RR 1.17, 95% CI 1.11–1.23) daha fazla saptandı. Hemen doğumda antepartum kanama (RR 0.57, 95% CI 0.34–0.95) ve koryoamniyonit (RR 0.21, 95% CI 0.13– 0.35) daha az saptandı, fakat sezaryen oranları daha fazla saptandı (RR 1.26, 95% CI 1.08–1.47).

Sonuç

Sonuç olarak geç preterm EMRde hemen doğum ve bekleme yaklaşımının neonatal olumsuz sonuçlar açısından sonuçları benzerdir. Sekonder maternal ve neonatal sonuçlar ise karışıktır. Geç preterm EMR olan gebelerde bekleme yaklaşımı hemen doğum uygulamasına alternatif bir yöntem olarak anneye ve yenidoğana yararları ve zararları değerlendirilerek uygulanabilir.

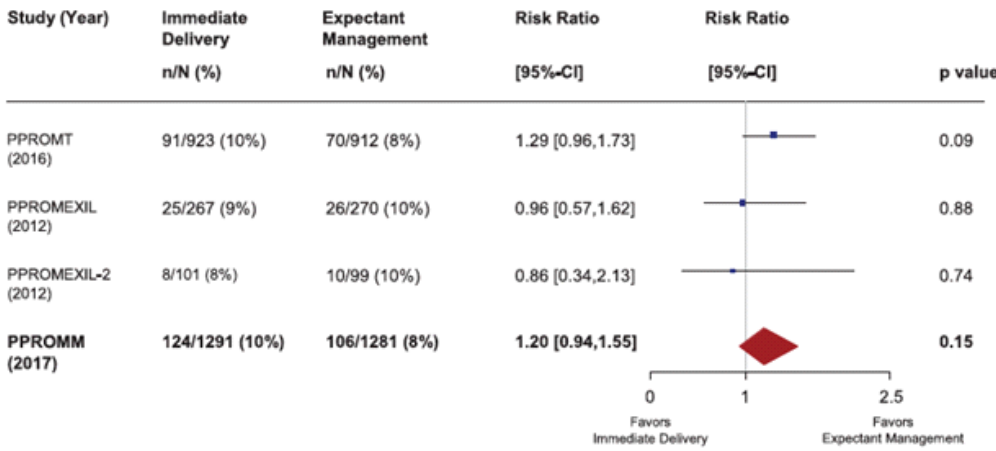


Fig. 2. Immediate delivery vs expectant management for the primary outcome: a composite of adverse neonatal outcomes. Preterm Premature Rupture of Membranes Meta-analysis (PPROMM) indicates studies included in this individual participant data meta-analysis. PPROMT, Preterm Pre-labour Rupture of Membranes close to Term Trial; PPRMEXIL, PPRM Expectant Management versus Induction of Labor Trial; PPRMEXIL-2, PPRM Expectant Management versus Induction of Labor-2 Trial.

Quist-Nelson. Management of Late Preterm PROM. Obstet Gynecol 2018.

SGA olmayan infantlarda serebroplasental oranı kullanarak olumsuz perinatal sonuçları öngörmek: temkinli olunmalı

Sailesh Kumar¹, Francesc Figueras², Wessels Ganzevoort³, Jessica Turner¹, Lesley McCowan⁴

¹Mater Research Institute-University of Queensland and Faculty of Medicine, University of Queensland, Brisbane, Australia

²Barcelona Center for Maternal-Fetal and Neonatal Medicine, Barcelona, Spain

³Department of Obstetrics and Gynaecology, Amsterdam UMC, University of Amsterdam, Netherlands

⁴Department of Obstetrics and Gynaecology, University of Auckland, Auckland, New Zealand

Tercüme: **Dr. Hakan Erenel**

Serebroplasental oran (CPR) orta serebral arter pulsatilite indeksinin (MCA PI) umbilikal arter pulsatilite indeksine (UA PI) oranıdır ve gebelik haftasına spesifik referans değerleri mevcuttur. Genel olarak düşük CPR değerinin geç başlangıçlı fetal gelişim kısıtlılığı (FGK) için bir belirteç olduğu düşünülmektedir. Geç başlangıçlı FGK vakalarında (≥ 32 hafta) UA PI değeri gebelik haftası ilerledikçe artsa da genelde ciddi bir plasental vasküler bozukluk olmadıkça normal aralığın üzerine çıkmaz

FGK izlenen gebeliklerde suboptimal plasental fonksiyon sonucunda oluşan fetal kardiyak output ve serebral otoregülasyon mekanizmalarındaki değişikliklere bağlı olarak MCA PI düşer. Bu durum "beyin koruyucu etki" olarak da bilinir. Düşük CPR değeri ölü doğum, yoğun bakım ihtiyacı, asidoz, neonatal morbidite ve fetal distres nedeniyle acil sezaryenlerde artış ile ilişkilidir.

Delphi tekniği uygulanarak yapılan bir çalışmada geç başlangıçlı FGK (≥ 32 hafta) tanısı için sırasıyla CPR < 5 . persantil, abdomen çevresi (AC) < 10 . persantil veya tahmini doğum ağırlığı < 10 . persantil kriterlerinin kullanıldığı görülmüştür. Bazı görüşlere göre CPR geç başlangıçlı FGK veya SGA olgularında olumsuz perinatal sonuçları öngörmek ve doğum zamanını belirleme açısından UA ve MCA'ya göre daha iyi bir parametredir

Geç FGK tanısını koymak önemlidir çünkü yapısal SGA olgulara göre perinatal sonuçlar farklıdır. Yapısal SGA olan olgularda komplikasyon riski düşüktür. Yüksek gelirli ülkelerde anomali gözlenmeyen SGA olguların %60'ından fazlasında miadında doğum olmaktadır ve azalmış doğum ağırlığı artmış mortalite ve morbidite ile birlikte. Miadında SGA olan fetuslarda ölü doğum, neonatal ölüm ve ciddi neonatal morbidite riski SGA olmayanlarda göre belirgin şekilde artmıştır. Bu artmış riskin bir sebebi de SGA fetusların bir kısmına FGK eşlik etmesidir. Fakat bu durumu daha komplike hale getiren ise tahmini doğum ağırlığı 10. persantil üzerinde olan fetusların bir kısmında suboptimal büyüme olabilir ve bu anormal CPR değerleri ile bulgu verebilir. Bu infantlarda operatif doğum ve neonatal morbidite riski artmıştır. Geç başlangıçlı FGK olgularda belirgin UA doppler patolojisi nadiren görülür ve fetal iyilik halinde bozulma hızlı ve belirti vermeden gerçekleşir.

CPR SGA fetuslarda olumsuz gebelik sonuçları ile ilişkili olduğundan son zamanlarda obstetrisyenler tarafında SGA olmayan fetuslarda da artan şekilde kullanılmaktadır. Obstetrik yönetimdeki ölü doğum korkusu nedeni ile terme yakın SGA olmayan fetuslarda tek başına düşük CPR değeri obstetrik müdahaleler için (elektif erken term doğum ve/veya operatif doğum) bir endikasyon haline gelmiştir. CPR değerinin rutin olarak rapor edilmesi veya CPR'nin MCA ile UA doppler değerlerinden kolayca hesaplanabilmesi bu duruma katkıda bulunmuştur. Düşük CPR bulgusuna bakarak bunun plasental fonksiyon bozukluğu lehine bir bulgu olduğunu düşünen klinisyenler gebeliği gereksiz yere uzatmak yerine erken term doğumu seçmektedirler. Bu yaklaşım ile ilgili asıl sorun bu konuda iyi düzeyde bilimsel kanıtın olmamasıdır. Düşük CPR değeri birtakım olumsuz gebelik sonuçları ile ilişkili olsa da bir tarama testi olarak performansı zayıftır.

TJODist Bülteni

CPR için sınır değeri konusunda bir fikir birliği yoktur. Bazı araştırmacılar 5 veya 10. persantil değerini kullanırken, ötekileri 0.6765 MoM veya <1 veya <1.1 değerlerini kullanmaktadır.

SGA bir fetusta ölçüm yapmak tahmi ağırlığı 10. persantil üzerinde olan bir fetusa göre çok daha anlamlıdır. Düşük CPR değerinin intrapartum ve perinatal komplikasyonlar ile ilişkisi bilinse de SGA olmayan fetuslar bir tarafa bırakılsın, SGA olanlarda bile erken doğumun sonuçları iyileştirdiğine dair yüksek kalite kanıt yoktur.

Literatürde ileri term gebeliklerde düşük CPR değeri ile ilişkilendirilmiş durumlar doğum şekli, perinatal ölüm, 5. dakikada düşük APGAR skoru, yoğun bakım ihtiyacı, intrapartum fetal distrese bağlı acil sezaryendir. CPR SGA popülasyonda bakıldığında daha yüksek sensitivite değerlerine sahip olmasına karşın taranan popülasyon, bakılan sonuç, gebelik haftası ve kabul edilen sınır değerlere bağlı olarak test performans ölçütleri (sensitivite, spesifisite, eğri altında kala alan, likelihood ve odds oranı vb.) geniş güven aralığına sahiptir. Literatürde rapor edilen pozitif likelihood oranlarının (PLR) hepsi 10'nun altındadır ve çoğunda 5'in altındadır. Bu durum düşük CPR değerinin ileri gebelikte olumsuz sonuçlar için SGA kohort için bile en iyi ihtimalle düşük ve orta dereceli likelihood oranına sahip olduğunu gösterir. En yeni sistematik derleme ve meta-analiz sonuçlarına göre FGK şüphesi olan gebeliklerde perinatal ölüm için PLR sadece 3.9 olarak bulunmuştur. CPR değerinin herhangi bir olumsuz sonuç öngörüsü kabiliyetine bakıldığında sonuçlar yakın bulunmuştur (erken FGK olgularda PLR 4.2, geç FGK olgularda PLR 2.3). Bu nedenle düşük CPR ve olumsuz sonuçlar arasındaki ilişkiyi kabul etsek de bizim görüşümüze göre insidental olarak, tek bir muayene sonrası veya seri takipler sonrası (başka bulgular yokluğunda) düşük CPR tespit edildiğinde yaygınlaşan erken term doğum yaklaşımını haklı çıkaracak bilimsel kanıt yoktur. Böyle bir yaklaşım maternal anksiyete, artmış obstetrik müdahale ve zarara neden olma potansiyeline sahiptir. Erken term doğurtulan çocuklarda sadece neonatal komplikasyonlar değil uzun dönemde olumsuz nörogelişimsel sekeller de daha fazla oranda görülür.

Yakın zamandaki derlemeler ve protokoller geç SGA/FGK olguların yönetiminden, nasıl takip edileceğinden ve doğum zamanlamasından bahsetmektedir. Sadece Yeni Zelanda'daki rehberler izlem ve doğum zamanlaması için CPR bakılmasının rolünden bahsetmektedir. Tahmini doğum ağırlığı 10. persantilin üzerinde olan olgularda (abdomen çevresinde veya büyüme hızında gerilik olmadıkça) CPR (hatta MCA) kullanımından kaçınılmalıdır.

Biz bu nedenle tahmini kilo ve abdomen çevresi 10. persantil üzerinde olan ve gelişim hızında azalma olmayan ve UA PI 95. persantilin altında olan vakalarda MCA PI (dolayısıyla CPR) rapor edilmesinin gerekli olmadığını savunmaktayız. Böyle bir durumda CPR ile daha sık izlem ve erken term doğumu destekleyecek yeterli kanıt yoktur. SGA olmayan fetuslarda sadece düşük CPR nedeni ile müdahale edilmesini haklı çıkaracak yeteri kadar güçlü bilimsel kanıt yoktur. Devam eden çalışmalar sonucunda gelecekte bu yaklaşım değişebilir.

HPV'nin intrauterin geçişi: literatürün sistematik gözden geçirilmesi

Intrauterine HPV transmission: a systematic review of the literature

Andreas Zouridis, Theodoros Kalampokas, Konstantinos Panoulis, Nicolaos Salakos, Efthimios Deligeorglou. Archives of Gynecology and Obstetrics (2018) 298:35–44.

Tercüme: **Dr. Engin Çelik**

Giriş:

İnsan papillomavirüsü şüphesiz cinsel yolla bulaşan bir virüsdür. Fakat bakire kişilerde de saptanması cinsel ilişki dışı geçiş yollarının da varlığını önermektedir. Bazı kanıtlar kontakt bulaşı desteklemektedir. Kanda mononükleer hücrelerde saptanması da hematogen yayılımın da olabileceğini düşündürse de kan ile bulaşı gösteren bugüne kadar herhangi bir kanıt bulunmamıştır. HPV DNA ve HPV lezyonları yenidoğanlarda, bebeklerde ve çocuklarda bulunabilmektedir. Enfekte anneden çocuğa geçiş birçok çalışmada bildirilmiştir. Doğum şekli bu geçişte bir rolü olabilir. Geçiş tam olarak engellemese de sezaryen ile doğumun HPV geçiş için koruyucu rolü mevcuttur.

Vertikal geçiş gebelikte veya doğum esnasında olabilir. Amniotik sıvıda, plasentada ve fetal zarlarda HPV saptanması fetusa intrauterin HPV geçişini desteklemektedir. İntrauterin HPV geçiş annenin genital sisteminden veya transplasental olabilir. Transplasental geçiş, HPV ile enfekte beyaz kürelerin maternal-fetal bariyeri geçmesiyle olmaktadır.

Bu sistematik derleme ve meta analiz antenatal vertikal HPV geçişini ve sezaryen ile vajinal doğum arasındaki vertikal geçiş riskini değerlendirmektedir.

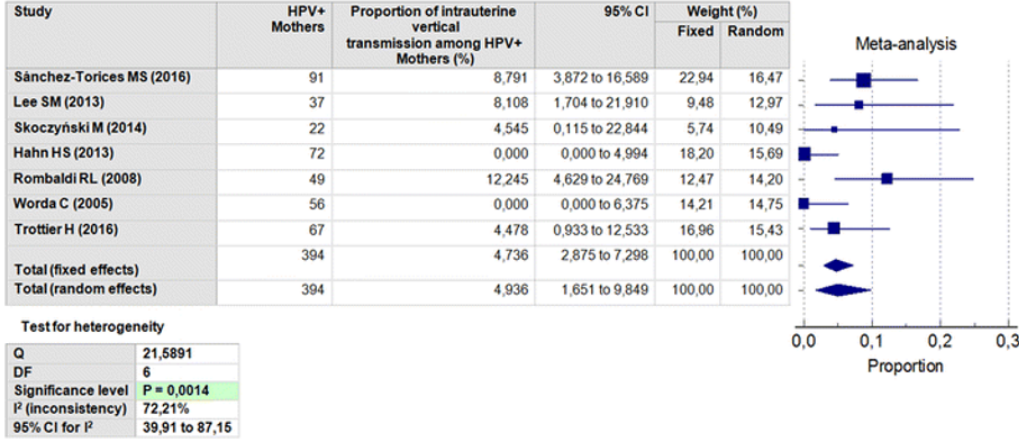
Metod:

Pubmed ve Scopus veritabanları 24 Kasım 2016 tarihinde taranarak bu konuda yapılan yalnızca prospektif çalışmalar dahil edildi. İntrauterin HPV geçiş, HPV DNA tip spesifik uyumluluğun anne, plasenta ve yenidoğan arasında gözlenmesiyle saptanmaktadır. Seçilen çalışmalarda annede (genital, bukkal veya periferik kanda), uterusta (plasenta, amniotik sıvı veya membranlarda) ve yenidoğanda (nazofarinks, genital, bukkal, cilt ve kord kanı) HPV ile ilgili verileri bulunmaktadır.

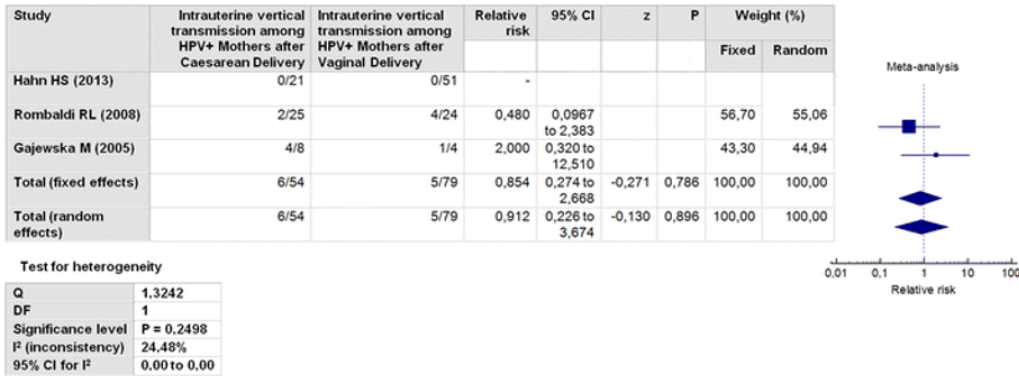
Sonuç:

Pubmedde 307 ve Scopus'ta 171 makale ilk aramada saptanırken çalışma kriterlerine uyan 9 makale meta-analize dahil edilmiştir. Bu çalışmalar toplam 421 HPV pozitif anne ve yenidoğanın bilgilerini içermektedir. Çalışmalar 1992- 2016 yılları arasında yayınlanmıştır.

Meta-analiz; HPV geçiş %4,936 (%95 CI; 1,651-9,849) ve çalışmalar arası heterojenite orta derecededir (I²: %72,21). İntrauterin HPV geçiş riski; sezaryen ile doğum ve vajinal doğum arasında istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır 0,912 (%95 CI; 0,22-3,67); heterojenite ise düşük derecededir (I²: %24,48).



Figür.1 HPV intrauterin geçişi.



Figür.2 İntrauterin HPV geçişi ile sezaryen ve vajinal doğum ile ilişkisi.

Tartışma:

Bu çalışma intrauterin HPV geçişi ile ilgili yapılan ilk sistematik derlemedir. Şimdiye kadar yapılan çalışmalardan hiçbiri intrauterin geçişi ile doğum esnasındaki geçişi ayırmamaktadır. Yapılan diğer çalışmalar çok heterojendi; anne-çocuk arası geçiş frekansı %28 ile %39,7 arasında değişmekteydi.

Çalışmalardaki heterojenitenin başlıca nedeni annenin seçilme kriterlerinin çalışmalar arasında farklılık göstermesidir. İkinci olarak, çalışılan spesimen ve toplanma şeklinin farklılığıdır. Tüm çalışmalarda PCR tabanlı HPV tanı testleri kullanılsa da çalışmalar arasında bakılan HPV tipleri farklılık göstermektedir.

Doğum şeklinin değerlendirildiği yakın zamanlı bir meta-analizde sezaryen ile doğumun istatistiksel olarak anlamlı düşük HPV geçişine neden olduğu gösterilmiştir (%14,9'e karşı %28,2. RR: 0,515. %95 CI 0,34-0,78).

Üreme Çağındaki Kadınlarda Asemptomatik Submukoz Miyomların Yönetimi. Histeroskopi Bilimsel Komitesi Küresel Kongresi'nden Bir Konsensus Bildirisi Management of Asymptomatic Submucous Myomas in Women of Reproductive Age. A Consensus Statement from the Global Congress on Hysteroscopy Scientific Committee

Antonio Simone Lagan`a MD , Luis Alonso Pacheco MD , Andrea Tinelli MD, PhD , Sergio Haimovich MD , Jose Carugno MD, FACOG , Fabio Ghezzi MD , Ivan Mazzon MD , Stefano Bettocchi MD

J Minim Invasive Gynecol. 2018 Jul 13. pii: S1553-4650(18)30351-0. doi: 10.1016/j.jmig.2018.06.020. [Epub ahead of print]

Tercüme: **Dr. Cihan Kaya**

Giriş

Uterin myomlar, düşük malignite potansiyeli olan benign monoklonal tümörlerdir. Üreme çağındaki kadınların % 70' inde görüldükleri tahmin edilmektedir. [1] Obez ve Afro-Amerikan kökenli kadınlarda daha yüksek insidansa sahiptirler ve semptomatik olgularda cerrahi tedavi ön plandadır. Myomlar, pelvik ağrı, anormal uterin kanama, infertilite / subfertilite ve istenmeyen gebelik sonuçları gibi birçok semptomla ilişkili olabilir. [2] Ancak uterin myomu olan kadınların büyük çoğunluğu asemptomatiktir. Genel olarak, myomların sayısı, büyüklük ve lokalizasyonları, bu belirtilerin ortaya çıkmasında önemli rol oynamaktadır. Geçmişte myomlar abdominal laparotomi ile, doğurganlığını korumak isteyen hastalarda myomektomi veya kesin tedavi yöntemi olarak kabul edilen histerektomi ile tedavi edilirdi. Günümüzde, subseröz ve intramural myomların tedavisinde minimal invaziv bir yöntem olarak laparoskopi tercih edilirken, histeroskopi submukoz myomların tedavisinde altın standart tedavi olarak kabul edilmektedir. Semptomatik submüköz myomların tedavisinde histeroskopik miyomektomi önerilirken, asemptomatik üreme çağındaki kadınlarda histeroskopik miyomektominin yararları mevcut literatürün yetersizliği nedeniyle hala tartışılmaktadır. Son zamanlarda Parazzini ve arkadaşları [2] tarafından submukoz myomlara ait verilerin özetlendiği bir çalışmada, özellikle çok sayıdaki submüköz myomların embriyo implantasyonunu ve gebelik sonuçlarını, endometriyal boşluğun anatomik yapısını değiştirerek (esas olarak kitle etkisi nedeni ile) etkileyebileceği bildirilirken, subseröz ve intramural miyomların ise gebelik kayıpları üzerinde etkilerinin olmadığı bildirilmiştir. Myom çapının lineer olarak büyüdüğü düşünüldüğünde, myom yüzeyinin, karesi oranında ve hacminin kübü oranında büyüdüğü bilinmektedir. [3] Tüm faktörler göz önüne alındığında, <30 mm boyutlarında bir submukoz myomun bile uterin kavite morfolojisinde önemli bir etkisi olabilir. Ayrıca, son zamanlarda yapılan bir meta-analizde, gebelik kayıplarının çoğunun görüldüğü ilk trimesterde, uterin myomlarının sistematik olarak büyüdüğü bildirilmiştir. [4] Buna ek olarak, submüköz myomlar embriyo implantasyonunda önemli bir rol oynayan gen kümelerinin önemli epigenetik modülasyonları yoluyla intrauterin mikroçevreyi değiştirebilirler. [5] Bütün bu veriler birlikte ele alındığında, miyomektominin, uygulanan cerrahi yönteminden bağımsız olarak, tekrarlayan gebelik kaybı öyküsü olan hastalarda neden gebelik sonuçlarını iyileştirdiği ortaya konabilir. [2] Son olarak, asemptomatik submukozöz myomların histeroskopik yöntemle çıkarılması, premalign/malign ayırımında doku tanısı elde etme imkanı sunar.

Uterin kavite içine tamamen yerleşmiş, <15 mm olan submüköz myomların (Tip 0, Uluslararası Jinekoloji Federasyonu ve Obstetrik sınıflandırması [FIGO]), ofis ortamında güvenli bir şekilde çıkarılabileceği bildirilmiştir [3];

Submukoza yerleşimli olup intramural komponenti olan myomların (FIGO tip 1 ve 2), tedavisinde cold loop histeroskopik miyomektomi, myoma ait psödokapsülün intakt kalması ve myometriumun anatomik ve fonsiyonel bütünlüğünün korunması açısından önerilen bir cerrahi yaklaşımdır . [6-8]

Üreme çağındaki hastalarda mevcut somut delil eksikliği nedeniyle bu sık karşılaşılan asemptomatik submüköz myomların tedavisi için iyi tanımlanmış önerilerde bulunmak amacıyla **Küresel Histeroskopi Kongresi Bilimsel Komitesi** aşağıdaki önerileri sunmaktadır:

TJODist Bülteni

1. Submüköz myomlarda ofis histeroskopi ile gör ve tedavi et yaklaşımı uygulanacak ise tedavi öncesi myom sayısı, boyutu ve yerleşimini değerlendirmek amacı ile transvajinal ultrason kullanımı yararlı olacaktır.
2. Yakın zamanda fertilité beklentisi olmayan ve ≥ 1 sayıda, 15 mm'den küçük asemptomatik submüköz myomlarda, histeroskopik myomektomi tavsiye edilir ancak takip yönetimi de kabul edilebilir. Takip yönteminin tercih edilmesi durumunda, semptomların klinik gözetimi ve myomların boyutlarının takibi için seri transvajinal pelvik ultrasonografi tavsiye edilir.
3. Yakın zamanda fertilité beklentisi mevcut ve ≥ 1 sayıda, ≥ 15 mm asemptomatik submüköz myomların tedavisinde histeroskopik myomektomi önerilir.
4. Farklı histeroskopi teknikleri arasında, cold loop rezektoskopik myomektomi mümkün olan en fazla myometrial dokunun korunması amacı ile tercih edilen yaklaşım olmalıdır [6–8]; diğer histeroskopik myomektomi teknikleri [6] ile yapılan diseksiyon, vaporizasyon veya morselasyon gibi [9] doku çıkarma sistemlerinin kullanıldığı yöntemler de kabul edilebilir. Son olarak, 16 Fr mini rezektoskop varlığında bu yöntemin kullanımı düşünülmelidir. [10]
5. Histeroskopik myomektomi için bipolar veya monopolar enerji cihazlarının kullanımı eşit ölçüde kabul edilebilir. [11] Sıvı dengesi kullanılan distansiyon medium türlerinden bağımsız olarak, özellikle uzun süreli prosedürlerde ve kalp, akciğer veya böbrek hastalığı gibi sıvı hemodinamikleri üzerinde bilinen etkisi olan komorbiditelerin varlığında, her zaman dikkatli biçimde takip edilmelidir.
6. Submüköz myomların enükleasyonunda histeroskopik lazer enerjisi kullanımı konusunda daha fazla araştırmaya ihtiyaç duyulurken, bu yöntem umut vaat eden tedavi seçeneği olarak kabul edilmektedir. [12]
7. Tip 0 ve tip 1 submukoz myomlarının tek adımlı bir yaklaşımla tamamen çıkarılma olasılığı daha yüksektir. Bunun aksine, tip 2 submukoz myomlar için çok seanslı prosedürler gerekebilir. Ayrıca, endoskopist, histeroskopik makas veya bipolar elektrot yardımı ile myomu saran endometriyal mukoza insizyonunda, uterin duvarın intrakaviter kısmının endometriyuma yaptığı refleksiyon çizgisi boyunca myom ve psödokapsülü arasındaki klivaj alanını bulana kadar çizimin yapıldığı, Ofis Kısmi İntamural Myom Hazırlığı tekniğini uygulamayı düşünebilir. [13] ≤ 40 mm boyutlarında olan intrakaviter myomlarda ise, sonraki ikinci adım eksizyon, dört hafta sonra ofis ortamında güvenli bir şekilde yapılabilir. [14] Bunun aksine, > 40 mm intrakaviter myomlar için, ikinci adım rezektoskopik prosedürler önerilmektedir.
8. Endometriyal atrofiyi indüklemek ve submüköz myom boyutunu azaltmak amacı ile tıbbi tedavi, ≥ 15 mm boyutlarındaki myomlarda histeroskopik myomektomi öncesi düşünülebilir. Ancak, mevcut veriler, en iyi farmakolojik tedavi şeklini belirlemede yetersizdir.
9. Özellikle nullipar, submüköz myom boyutu > 15 mm olan hastalarda, histeroskopik myomektomiden önce dilatasyonu kolaylaştırmak amacıyla servikal priming önerilir.[15] Ancak, mevcut veriler uygun servikal priming yöntemini belirlemede yeterli değildir.
10. Ofis şartlarında yapılan histeroskopiden ya da ameliyathane şartlarında yapılan rezektoskopik myomektomilerden önce profilaktik antibiyotik kullanımı, pelvik inflamatuvar hastalık öyküsü olup rezektoskopik cerrahi planlanan hastalar dışında, önerilmemektedir. [16]
11. Rezektoskopik myomektomi sonrası intrauterin adezyon oluşma riski düşük olsa da, bu oran cold loop enükleasyon tekniği [6–8], termal yayılımı en aza indirmek için sadece “cut” ayarında enerji kullanımı ve anti-adezyon tedavisi kullanılarak en aza indirilebilir.
12. İkinci bir histeroskopi, ilk rezektoskopik myomektomi girişiminden sonraki 3 ay içerisinde, uterin kavite değerlendirilmesi ve olası erken adezyon oluşumunun önlenmesi amacıyla yapılmalıdır.

Son olarak, intrakaviter myom boyutunu $> 2,0$ cm' den aza indirmek için, submukoz myomların erken teşhisi ve tedavisi her zaman teşvik edilmelidir.

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 Rüptürü, Tokoliz