



TJODist Bülteni

Haziran 2023

Editörden



Değerli Meslektaşlarım,

Bu yılın üçüncü bülteni ile sizlerle beraberiz.

Bu sayımızda ürojinekolojinin önde gelen isimlerinden Sayın Prof. Dr. Fuat Demirci ile çok keyifli bir söyleşi yaptık. Fuat Demirci hocamız daha önce TJOD İstanbul Şubesi'nin yönetim kurulunda da çalışmıştır ve halen de birlikte Türk Ürojinekoloji ve Pelvik Rekonstrüktif Cerrahi Derneği'nin Yönetim Kurulu'nda çalışmaktayız. Kendisi pek çok meslektaşımıza ürojinekolojiyi sevdirdi, kendisinden çok şey öğrendik ve öğrenmeye devam ediyoruz. Söyleşi için kendisine tekrar teşekkür ederim.

Bu bültende de birbirinden ilginç makalelerimiz var. Dr. Emircan Ertürk bize termde erken membran rüptürü gelişen hastalarda doğum indüksiyonu zamanlaması ile ilgili bir çalışma özetledi. Halen tartışmalı olan bu konunun ilginizi çekeceğine inanıyorum.

Dr. Üzeyir Kalkan, istmosel tanısı ve yönetimi ile ilgili bir makale özetledi. İstmosel vakalarını günlük pratiğimizde artık daha fazla görüyor ve tanı koyuyoruz. Bu makalede de hem tanı yöntemleri hem de tedavi sonuçları oldukça sistematik şekilde özetlenmiş.

Dr. Fatih Aktöz, derin infiltratif endometriozisi ve infertilitesi olan kadınlarda cerrahi mi, IVF mi yapalım ile ilgili bir makale özetledi. İlginizi çekeceğini düşünüyorum.

Dr. İnci Sema Taş ise kolpopleizis ile ilgili bir makale özetledi. Kolpopleizis oldukça eski bir cerrahi teknik olmasına rağmen günümüzde hala etkinliği korumakta ve derlemeye bakıldığında da sonuçları oldukça olumlu gözükmektedir. Uygun hastalarda bir alternatif olarak sunulması önemli diye düşünüyorum.

Bültene katkıda bulunan Dr. Fatih Aktöz, Dr. Emircan Ertürk, Dr. Üzeyir Kalkan ve Dr. İnci Sema Taş'a teşekkür ederim.

Son olarak, Kurban Bayramı'nızı kutlar, keyifli bir yaz geçirmenizi dilerim. Bir sonraki sayıda görüşmek üzere.

Saygılarımla,

Dr. Funda Güngör UĞURLUCAN

TJODist Bülteni

Tjod İstanbul Yönetim Kurulu //



TJODist Bülteni

Bu Sayımıza Katkılarından Dolayı Teşekkürler

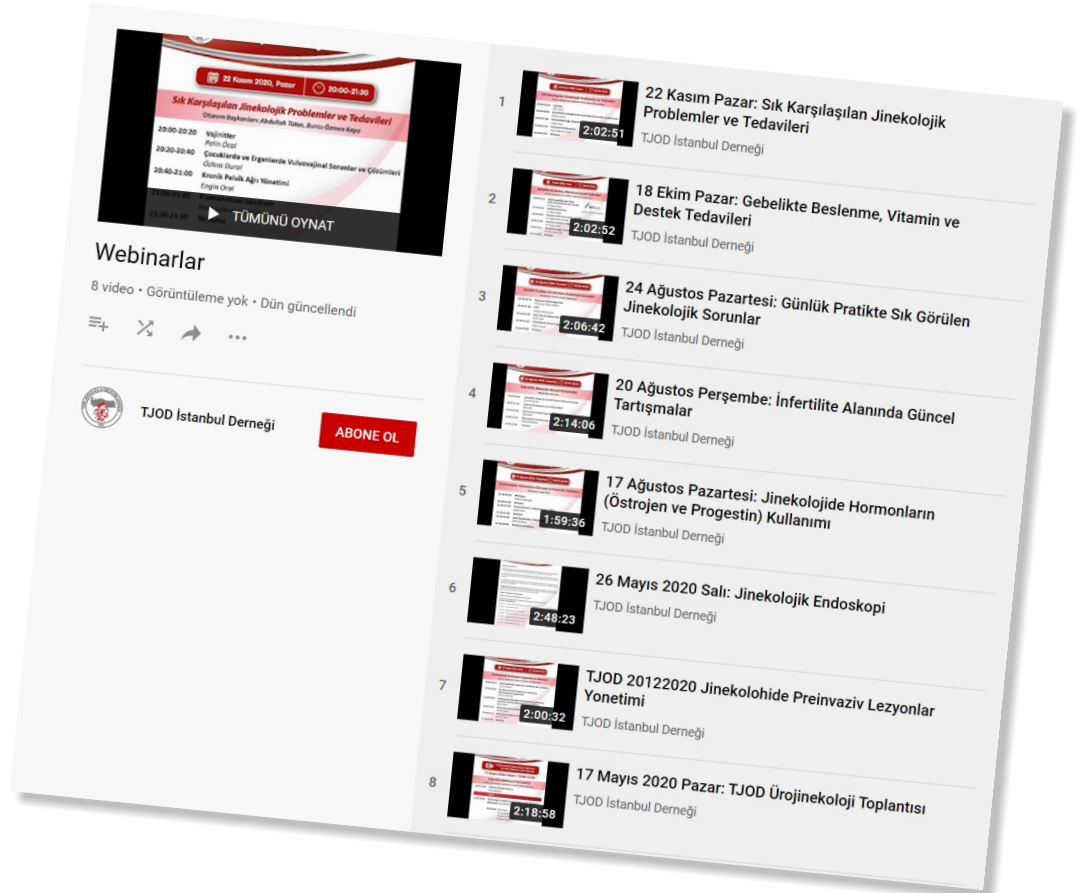
Soyadı Sırasıyla

**Dr. Fatih Aktoz
Dr. Emircan Ertürk
Dr. Üzeyir Kalkan
Dr. İnci Sema Taş**



Youtube Kanalımıza **abone** olabilirsiniz.

Webinarların **tekrarını izleyebilirsiniz.**



Prof. Dr. FUAT DEMİRCİ

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

Öncelikle sözlerime iki dönem yönetim kurulu üyesi olmanın gururunu taşıdığım, çalışmalarını taktirle izlediğim, amatör bir ruhla çalışan TJOD İstanbul şubesi yönetim kurulunu tebrik ederek başlamak istiyorum. Erzurum İspir’de doğdum. İlkokul ve ortaokulu burada, liseyi İstanbul Haydarpaşa Lisesinde bitirdim. İstanbul Tıp Fakültesini 1983’te bitirdim. Mersin’de mecburi hizmeti takiben Zeynep Kamil Kadın Hastalıkları ve Doğum Eğitim Araştırma hastanesinde ihtisas yaptım. İhtisas sonrası aynı hastanede uzman olarak çalıştım. İhtisasımın son yıllarında, üzerimde çok emeği

hocam Prof. Dr. Umur Kuyumcuoğlu beni o zaman ülkemizde pek bilinmeyen ürojinekolojiye yönlendirdi ve o yıllarda birçok çalışma yaptık. Askerliğimi İzmir Hava Hastanesinde yaptım. Aralık 1997’de Abant İzzet Baysal Üniversitesinde yardımcı doçent olarak çalışmaya başladım. 2000’de doçent, 2006’da profesör oldum. 2001 ve 2005-2006’da İstanbul Tıp Fakültesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum A.D, Jinekolojik Onkoloji bilim dalında görevlendirmeye çalıştım. Bu süre içinde, mütevazı, iyi insan, iyi hekim olan Prof. Dr. Ergin Bengisu ve Prof. Dr. Sinan Berkman hocalarımdan çok şey öğrendim. 2011’de Jinekolojik Onkoloji Cerrahisi Uzmanlığı aldım. Gözlemci olarak A.B.D’de Baylor College of Medicine, Fransa’da IRCAD(robotik cerrahi sertifikasyonu), TOT’un mucidi E.Delorme’un (Salon sur Chaona) kliniğinde, İsrail’de M. Naama ve Almanya’da E. Petri’nin kliniğinde(Rostock Üniversitesi) bulundum.En son olarak SRS implant operasyonu ile ilgili eğitim aldım ve Türkiye’deki eğiticisi oldum. Türk Jinekoloji Derneği genel merkez ve İstanbul şubesinde yönetim kurulu üyesi yaptım. Ürojinekolojiye en çok emeği geçen hocam Prof. Dr. Önay Yalçın ile birlikte Türk Ürojinekoloji ve Pelvik Rekonstrüktif Cerrahi Derneğini kurduk. Kurucu genel sekreteri ve daha sonra 2 dönem başkanlığını yaptım. Halen yönetim kurulu üyesiyim. Birçok yurtiçi ve yurtdışı dergilerin hakemliğini yapıyorum ve ulusal ve uluslararası çalışmalarım var.

Ağırlıklı olarak Jinekolojik Onkoloji, Ürojinekoloji, Laparoskopi ve robotik cerrahi ile ilgili çalışıyorum. Üniversiteden 2008’de ayrıldım. Hisar Intercontinental, Kadıköy Şifa, Florence Nightingale, Kadıköy Acıbadem hastanelerinde çalıştım. Eylül 2022’den beri özel muayenehanemde ve Acıbadem Ataşehir Hastanesinde çalışıyorum. Evliyim ve 2 kızım var.

Doktor ve Kadın Hastalıkları ve Doğum hekimi olmaya nasıl karar verdiniz?

80 öncesi lise yıllarımda o dönem gençliği saran hümanizmden etkilenerek doktor olarak hatta halk sağlığı uzmanı olarak insanlara yardımcı olmak istiyordum. Mecburi hizmetin ilk yılında ihtisas sınavına girebiliyorduk. O sınavda Ege Tıp Fakültesinde Dahiliye ihtisasını kazanmıştım. Mersin’de mecburi hizmet yapıyordum evimiz büyüktü ve bir kısmını marangoz atölyesine çevirmiştim. O zamanki uzman ağabeylerimin “senin el becerin çok iyi cerrahi branş yapman lazım” yönlendirmesiyle Jinekolojiyi seçtim.

Hekimlik hayatınızda geriye dönseniz değiştirmek isteyeceğiniz şeyler var mı?

Üniversite dışından doçentlik sınavına girdiğim için doçent olmak için çok uğraştım. O zaman üniversite dışından doçent olmak zordu. Danıştayda sınavla ilgili dava açtım ve son (dördüncü) hakkımda doçent oldum. Çok sıkıntı çektim. Filmi geri sarsaydım. Bu sıkıntıları çekmemek için uzman olarak üniversitede doçent olmayı istedim.

TJODist Bülteni

Ürojinekoloji ile ilgilenen uzman ve asistanlara önerileriniz neler olur?

Ürojinekoloji gelişmelere açık bir bilim dalı. Bu nedenle ürojinekoloji ile ilgilenen hekimlerin öncelikle günceli takip etmeleri gerekir. Günümüzde dünya çok küçüldü. Herşey klavyenin ucunda. Oysa, benim asistanlık yıllarımda literatür taramak için üniversite kütüphanelerinin tozlu raflarında, sarı renkli, eskimiş ve bazı sayfaları koparılmış index medicus ciltlerinde konuyla ilgili yayınların dergilerini, tarih ve sayılarını bulup sonra dergileri arardık. Bulamadıklarımızı yurtdışı kütüphanelerden isterdik. Bir yazımız için faks çekmek gerekiyordu. Bulamamıştık. Prof. Dr. Erkut Attar arkadaşımızın dış ticaretle ilgilenen bir yakınından rica etmiştik.

Ürojinekoloji düşünen hekimlere kadavra üzerinde anatomi çalışarak başlamalarını tavsiye ediyorum. Bizim en büyük eksikimiz buydu ama son yıllarda bu konularda da çalışmalar yapılıyor. Ayrıca bir üroloji kliniğinde bilgi ve görgülerini artırmalarında fayda var. Ürojinekoloji ile ilgili diğer bir detayda maalesef rekonstrüktif cerrahi ile ilgili. Ameliyatı ne kadar iyi yaparsanız yapın, fonksiyonlar paralel olmayabilir. Ben çok sayıda TVT/TOT yapmama karşın hala ameliyat sonrası hasta idrarını kolay yapabilecek mi ya da kaçırarak mı diye kaygı taşıyorum. Bir diğer tavsiyem, aslında tüm hekimleri ilgilendirir. Dürüst ve etik olunmalı, nerede durulacağı bilinmeli, ustaya saygı gösterilmeli ve gelişime açık olunmalıdır.

Meslek yaşantınızda başınıza gelen ve sizi etkileyen anlarınızdan örnek verebilir misiniz?

Zeynep Kamil Hastanesi'nde uzman olarak çalıştığım, Erzurum Oltu Devlet hastanesine 2 aylık süre için görevlendirildim. Hastane çok donanımlıydı. Ameliathanede eksik yoktu. Her türlü cerrahi alet vardı. Ama Anestezi uzmanı yoktu. Anestezi teknisyeniyle ameliyat yapıyordum. Oltu'nun çevre nüfusu çok fazlaydı (Şenkaya, Göle, Narman, Olur). Poliklinik ve acil vakalar çok yoğundu. Ben ilk kez bu kadar objektif olarak insanların hayatlarına dokunduğumu hissettim. İlk ameliyatım akut apendisit nedeniyle apendektomi yaptığım bir erkek çocuktü. Babası ateşler içinde kıvranan hastayı "Bu kış günü Erzurum'a götüremem param yok ilaç verin köye geri götüreyim" demişti. Plasenta Previa, dekolmanlar, uterus rüptürleri, kol sarkmaları rutin gibiydi. Hasta son anda hastaneye geliyordu. Acil kan ihtiyacını askeri alaydan askerlerle hallediyorduk. Görev süremi uzattım ve toplam 7 ay kaldım. Çok yoğun çalıştım ve çok sayıda ameliyat yaptım Benim ödülüm ayrılırken "her kış Erzurum'a sevkedilen en az 4-5 kadın yolda öldü, sayenizde bu yıl olmadı" cümlesi, müteşekkir hastalarım ve hala sürdürdüğüm dostluklarım oldu.

Özel ilgi alanlarınız ve hobileriniz var mı?

Mesleğim çok yoğun ve zaman alıcı. Spor yapmaya çalışıyorum. Yakın zamana kadar futbol oynuyordum. Bıraktım. Galatasaray taraftarıyım. Bir grup arkadaşıyla maçlara gitmeye çalışıyorum. Tenis oynuyordum. Futbolda sağ akromyoklavikuler bağı kopardığım için uzun süre oynayamıyorum. Üniversitede fotoğrafla ilgileniyordum. Karanlık odam vardı ve üniversitelerarası bir yarışmada birinciliğim ve katıldığım sergiler var. Sinema ve edebiyat diğer ilgi alanlarım. Marangozluk atölyem var ve zaman ayırmaya çalışıyorum. Denizciligi öğrenmeye çalışıyorum. Gezmeyi ve yeni yerler görmeyi seviyorum. Çok sayıda ülke gördüm.

Emekli olmayı düşünüyor musunuz? Emekli olduğunuzda hayalini kurduğunuz, yapmayı planladığınız aktiviteler var mı?

Şu anda düşünmüyorum. Umarım olduğumda hobilerimi hayata geçirecek kondisyonlara sahip olurum

Kadın Hastalıkları ve Doğum hekimliğinin günümüzde geldiği noktayı nasıl değerlendiriyorsunuz?

Maalesef branşımız da 2000'li yıllarda başlatılan "sağlıkta dönüşüm"den payını aldı. Sağlık hizmeti ağırlıklı olarak özel hastanelere aktarıldı. Hekimlerde özel hastanelerde çalışan grev ve toplu sözleşme hakkı olmayan işçiler oldular. Serbest çalışma ve muayenehaneler sınırlandırıldı. Üniversite ve eğitim hastanelerinden hocalar

TJODist Bülteni

özel hastanelere geçti. Çok sayıda yeterli şartları (bina, teçhizat, öğretim üyesi v.b) taşımayan Tıp Fakültesi açıldı. Hizmet ve hekim kalitesi düştü. Hasta-hekim ilişkisi hizmeti veren-hizmeti alan ilişkisine dönüştürüldü. Astronomik ve asimetrik tazminat davaları bizim asistanlığımızda ilk tercih olan branşımızı sonlara taşıdı. Bu nedenlerle çok iyi yetişmiş, büyük emek harcanan/harcayan doktorlarımız göçüyor ve sorunları çözmesi gerekenler seyrediyor. Geldiğimiz nokta iç açıcı değil ve bir hekim olarak çok üzülüyorum.

Son olarak okuyucularımıza iletmek istediğiniz bir şey var mı?

Biraz önce çizdiğim kara tabloya karşın manevi tatmini çok yüksek, kutsal bir meslek icra ediyoruz. İnsanlarımız bizden, iyi yetişmiş işgücünden hizmet bekliyorlar. Çalışalım, umudumuzu kaybetmeyelim.



TJOD İSTANBUL
Türk Jinekoloji ve Obstetrik Derneği

*Kurban Bayramınızı
kutlar, aileniz ve
sevdiklerinizle beraber
sağlıklı ve mutlu bir bayram
geçirmenizi dileriz.*

www.tjodistanbul.org

Termde Erken Membran Ruptürü Sonrasında Optimal Doğum İndüksiyonu Zamanı: Termprom Çalışmasının Sekonder Analizi

OPTIMAL TIMING OF LABOR INDUCTION AFTER PRELABOR RUPTURE OF MEMBRANES AT TERM: A SECONDARY ANALYSIS OF THE TERMPROM STUDY NIR MELAMED, MD, MSC; VINCENZO BERGHELLA, MD; CANDE V. ANANTH, PHD, MPH; HAYLEY LIPWORTH, MSC; EUGENE W. YOON, MSC; JON BARRETT, MD AM J OBSTET GYNECOL 2023;228:326.E1-13.

Özetleyen: Dr. Emircan Ertürk

ÖZET

Amaç: Termde doğum öncesi membran ruptürü olması durumunda, neonatal ve maternal enfeksiyöz morbidite riski, membranların doğum öncesi ruptüründen itibaren zamanla progresif olarak artar. Çoğu çalışma, doğum öncesi membran ruptürünü takip eden ilk 24 saat içinde erken indüksiyonla ilişkili bir fayda tanımlasa da, indüksiyonun ne kadar erken planlanması gerektiğine dair kesin veri yoktur. Bu çalışmada, doğum öncesi membran ruptürü olan kadınlarda doğum indüksiyonunun optimal zamanlamasını, doğum indüksiyonu ile ilişkili maternal ve neonatal sonuçları, doğum öncesi membran ruptürünü takip eden herhangi bir aralıkta bekleme yönetiminin sonuçlarıyla karşılaştırarak belirlemeyi amaçladık.

Materyal ve Metod: Çalışmamız term (gebeliğin 37+0/7. haftası) erken membran ruptürü olan kadınlarda hemen doğum ile bekleme tedavisine ilişkin uluslararası, çok merkezli, randomize bir klinik çalışma olan TERMPROM çalışmasından elde edilen verilerin ikincil bir analizidir. Tüm katılımcıları, orijinal randomize çalışma grubu tahsisinden bağımsız olarak, term doğum öncesi membran ruptürü olan tek bir kadın kohortu olarak değerlendirdik. Doğum öncesi membran ruptürünü takip eden ilk 36 saat içinde verilen her 1 saatlik zaman aralığı için, bu aralıkta doğum indüksiyonu başlatılan gebelerin sonuçlarını, aynı zaman aralığında konservatif yönetilen gebelerin sonuçlarıyla karşılaştırdık. Birincil yenidoğan sonucu, yenidoğan enfeksiyonu ve yenidoğan yoğun bakım ünitesine yatışın bir bileşimiydi. Birincil maternal sonuçlar, maternal enfeksiyonu (klinik koryoamniyonit veya doğum sonrası ateş) ve sezaryen doğumu içermektedir.

Bulgular: Çalışma kriterlerini karşılayan 4742 gebenin 2622'sine doğum indüksiyonu uygulandı ve 2120'sine spontan doğum eylemi başlangıcı yaşandı. Yenidoğan kombine sonuç oranları, yenidoğanın yoğun bakım ünitesine kabulü ve anne enfeksiyonu oranları, doğum öncesi membran ruptüründen sonra zamanla progresif olarak arttı. Bu sonuçlar için risk, sezaryen doğum riskini etkilemeden doğum öncesi membran ruptüründen sonraki ilk 15 ile 20 saat içinde beklemeyle yönetilen kadınlarla karşılaştırıldığında indüksiyon uygulanan kadınlar arasında daha düşüktü. Ek olarak, ilk 30 ila 36 saat içinde doğum indüksiyonu uygulanan kadınlarda, aynı zaman aralığında bekleme yönetilenlere kıyasla, doğum öncesi membran ruptürü ile doğum süresi arasında daha kısa süre ve toplam maternal hastanede kalış süresi daha kısaydı. Bekleme metodu seçilen kadınların üçte ikisinden daha azı (%64; 1365/2120), doğum öncesi membrane ruptürünü takip eden ilk 24 saat içinde kendiliğinden doğum eylemi başlangıcı yaşadı.

Sonuç: Bu bulgular, term gebeliklerde doğum öncesi membran ruptürü durumunda neonatal ve maternal morbiditeyi en aza indirmek için acil eylem indüksiyonunun en uygun yönetim stratejisi gibi görüldüğünü göstermektedir. Acil indüksiyonun mümkün olmadığı durumlarda, doğum öncesi membran ruptüründen sonraki ilk 15 ila 20 saat içinde gerçekleştirilirse, doğum indüksiyonu bekleme tedavisine göre tercih edilen seçenek olmaya devam etmektedir.

TJODist Bülteni

GİRİŞ

Erken membran rüptürü(EMR); term gebelerde doğum öncesi membranların yırtılması olarak tanımlanır. Term gebelerde %8 oranında görülür. Termde EMR maternal ve neonatal enfeksiyon dahil çeşitli komplikasyonların sıklığını artırır. Termde EMR'si olan kadınların riskini azaltmak için doğum indüksiyonunun zamanlaması tercih edilen bir yaklaşımdır. Ancak optimal bir zaman belirli değildir. Beklendiği takdirde doğumun kendiliğinden gerçekleşmesi olasıdır. TERMPROM çalışması prostaglandin E2 jel veya oksitosin ile hemen indüksiyon ve bekleme tedavisi karşılaştıran term EMR kadınların yer aldığı, çok merkezli, randomize bir klinik araştırmadır. Neonatal enfeksiyonun birincil sonucu ve sezaryen oranı açısından gruplar arasındaki farklılıklara göre, oksitosin ile acil doğum uygulanan kadınlarda klinik koryoamniyonit ve doğum sonrası ateş oranı, bekleme tedavisi ve ardından oksitosin indüksiyonu uygulanan kadınlara göre daha düşük bulunmuştur. 2017 Cochrane incelemesinde, erken indüksiyon, bekleme yönetimi ile karşılaştırıldığında, anne ve yenidoğan enfeksiyöz morbiditesinde azalma ve benzer bir sezaryen doğum riski ile ilişkilendirilmiştir. Ancak bu bulgular, incelemeye dahil edilen çoğu çalışmanın düşük kalitesi nedeniyle sınırlıdır. Ayrıca, erken doğum tanımı geniştir (hemen indüksiyon veya EMR'den sonraki ilk 24 saat içinde indüksiyon) ve bu nedenle PROM'u takip eden ilk 24 saat içinde doğum indüksiyonunun optimal zamanlamasının belirlenmesine izin vermez. TERMPROM çalışmasının bu ikincil analizinde amacımız, doğum sancısı olan kadınlar arasında doğum indüksiyonunun optimal zamanlamasını belirlemektir.

MATERYAL ve METOD

Termde EMR'li kadınların erken doğuma karşı beklenen yönetimine ilişkin uluslararası, çok merkezli, randomize bir klinik çalışma olan TERMPROM çalışmasından elde edilen verilerin ikincil bir analizini gerçekleştirdik. Çalışma tasarımının detayları, katılımcılar, sonuçlar ve bulgular daha önce tarif edilmiştir. Kısaca, 37+0/7 gebelik haftasında EMR ile başvuran, baş prezentasyonlu tek fetüsü olan 5041 kadın, 4 gruptan 1'ine randomize edilmiştir. oksitosin ile acil indüksiyon (n=1256), prostaglandin E2 vajinal jel ile acil indüksiyon (n=1258), bekleyen erkek ve ardından oksitosin kullanılarak indüksiyon veya prostaglandin E2 vajinal jel kullanılarak sonraki indüksiyon ile bekleme tedavisi (n=1259) Orijinal çalışmadaki dışlama kriterleri, başvuruda aktif eylem, daha önce doğum eylemini başlatmak için başarısız bir girişim, vajinal doğum için kontrendikasyon (plasenta previa gibi) veya erkek hamileliği için kontrendikasyon (amniyotik sıvının mekonyumla boyanması veya koryoamniyonit gibi) idi.

Sonuçlar

Birincil yenidoğan sonucu, aşağıdakilerden en az birinin bileşimiydi: kesin yenidoğan enfeksiyonu, olası yenidoğan enfeksiyonu veya yenidoğan yoğun bakım ünitesine (NICU) yatış. Ek olarak, 2 anne çıktısı tanımladık, yani (1) klinik koryoamniyonit (aşağıda tanımlandığı gibi) veya doğum sonrası ateşten (>38oC) oluşan bileşik bir anne enfeksiyonu değişkeni ve sezaryen doğum. İkincil sonuçlar, NICU kabulünü, PROM'dan doğuma kadar geçen süreyi (saat olarak) ve annenin hastanede toplam kalış süresini (saat olarak) içermiştir. Ek olarak, beklentiyle yönetilen ve doğum indüksiyonu geçirmemiş kadınlar için, EMR'den itibaren zamanın bir fonksiyonu olarak doğumun spontan başlangıcının kümülatif oranını hesapladık. Orijinal çalışmada kesin yenidoğan enfeksiyonu, enfeksiyonun klinik belirtilerinin varlığı olarak tanımlandı ve aşağıdakilerden 1 veya daha fazlası: kan, beyin omurilik sıvısı, idrar, trakeal aspirat veya akciğer dokusundan alınan pozitif kültür; ce rebrospinal sıvıdan alınan numunenin pozitif Gram boyası; kan, beyin omurilik sıvısı veya idrar kullanılarak pozitif bir antijen saptama testi; pnömoni ile uyumlu bir akciğer grafisi; veya pnömoni histolojik tanısı. Muhtemel neonatal enfeksiyon, klinik enfeksiyon belirtilerinin ve aşağıdakilerden 1 veya daha fazlasının varlığı olarak tanımlandı: yüksek veya düşük kan nötrofil sayısı, yüksek immatür/toplam nötrofil oranı, yüksek filili immatür nötrofil sayısı veya anormal beyin omurilik sıvısı bulguları yüksek bir beyaz hücre sayısı, yüksek bir protein düzeyi veya düşük bir glikoz düzeyi gösterir. Klinik koryoamniyonit, aşağıdakilerden 1 veya daha fazlasının varlığı olarak tanımlandı: doğumdan önce veya doğum sırasında ateş (1 saat arayla 2 kez 37.5oC veya 38.0oC sıcaklık), annede yüksek beyaz küre sayısı (> 20.000/mm³) veya kötü kokulu amniyotik sıvı.

TJODist Bülteni

Çalışma popülasyonunun özellikleri ve sonuçları Orijinal çalışmaya dahil edilen 5041 kadından 4742'si çalışma kriterlerini karşıladı. Bunlardan 2622'sine doğum indüksiyonu uygulandı ve 2120'sine spontan doğum eylemi başlangıcı yaşandı. Doğum indüksiyonu uygulanan kadınların ve beklentili olarak yönetilen kadınların temel özellikleri ve sonuçları, doğum indüksiyonu uygulanan kadınlar arasında EMR'yi takip eden 24 saat içinde daha yüksek doğum oranı (%52'ye karşı %45) dışında genel olarak benzerdi

Doğum indüksiyonu uygulanan kadınlarda PROM'dan indüksiyonun başlamasına kadar geçen süre. PROM'dan indüksiyona kadar geçen medyan (çeyrekler arası aralık [IQR]) süresi, orijinal çalışmada acil indüksiyon gruplarından birine ayrılan kadınlar için 8,2 (IQR, 5,0-13,8) saat ve 46,0 (IQR, 30,0-72,0) idi.) orijinal denemede bekleyen yönetim gruplarından birine tahsis edilen (ancak sonunda doğum indüksiyonu uygulanan) kişiler için saat.

Doğum öncesi membran rüptüründen itibaren zamana göre indüksiyon ve bekleme yönetimi uygulanan kadınlar için sonuçlar PROM'u takip eden her 1 saatlik zaman aralığında yönetim stratejisine göre (indüksiyona karşı bekleme yönetimi) çalışma çıktıların düzeltilmemiş oranları karşılaştırıldı. Neonatal birleşik sonuç oranları ve NICU'ya yatış oranları PROM'u takip eden zamanla kademeli olarak arttı. Bu sonuçlar için risk, indüksiyon uygulanan kadınlarda ilk 20 saat içinde beklemeyle yönetilen kadınlara göre daha düşüktü (Bileşik sonuç) ve EMR'den sonraki ilk 15 saat (YYBÜ kabulü için). Benzer şekilde, maternal enfeksiyon oranı EMR'yi takip eden zamanla progresif olarak arttı ve indüksiyon uygulanan kadınlar arasında risk, EMR'yi takip eden ilk 15 saat içinde bekleyenlere göre daha düşük saptandı. Sezaryenle doğum oranı zaman içinde nispeten değişmeden kaldı ve genel olarak indüksiyona giren kadınlar ile PROM'u takiben her belirli aralıkta beklentiyle yönetilen kadınlar arasında benzerdi. EMR'yi takip eden ilk 36 saat içinde doğum indüksiyonu uygulanan kadınların doğuma kadar geçen süre, karşılık gelen aralık için beklentiyle yönetilenlere göre daha kısaydı. Benzer şekilde, EMR'yi takip eden ilk 30 saat içinde doğum indüksiyonu uygulanan kadınlar, karşılık gelen aralık için bekleyenlere göre daha kısa toplam anne hastanede kalış süresine sahipti.

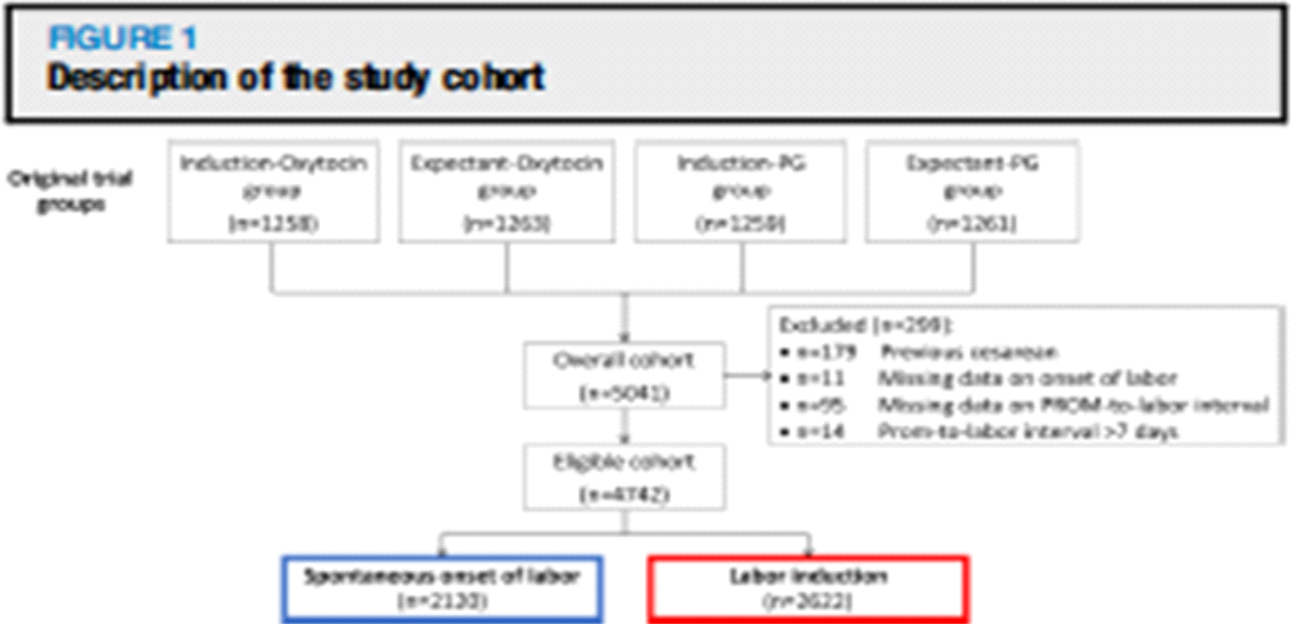
Doğum öncesi membran rüptüründen itibaren zamana göre doğumun spontan başlama olasılığı EMR'yi takip eden herhangi bir aralıkta doğumun spontan başlama olasılığı, hasta danışmanlığı ve kaynak kullanımı açısından ilgili olabilir. Bu nedenle, doğum indüksiyonu geçirmemiş kadınlar arasında doğumun spontan başlangıcı ve EMR'den zamana göre doğumun kümülatif olasılığını hesaplandı. Kadınların yaklaşık üçte biri (741/2120; %35) EMR'yi takip eden ilk 15 saat içinde spontan doğum eylemi yaşadı, üç ikisinden azı (1365/2120, %64) bunu 24 saat içinde yaptı ve yaklaşık 90'ı % (1868/2120, %88) bunu EMR'den sonraki 48 saat içinde yaptı. EMR'den 24 saat ve 48 saat içinde doğum yapan bu kadınların oranı sırasıyla %45 (961/2120) ve %83 (1767/2120) idi.

Temel bulgular TERMPROM çalışmasının bu ikincil analizinde term EMR'si olan kadınlar arasında doğum indüksiyonunun optimal zamanlamasını belirlemeyi amaçladık. Başlıca bulgularımız şunlardı: (1) neonatal ve maternal riskler EMR'yi takip eden zamanla progresif olarak arttı; (2) PROM'u takip eden ilk 20 saat içinde doğum indüksiyonu, neonatal bileşik sonuç riskinde bir azalma ile ilişkilendirildi ve PROM'u takip eden ilk 15 saat içinde indüksiyon, NICU kabulü ve annede enfeksiyöz riskinde bir azalma ile ilişkilendirildi. sezaryen doğum riskini etkilemeden karşılık gelen aralıklar için bekleme yönetimi ile karşılaştırıldığında morbidite; (3) EMR'yi takip eden ilk 30 ila 36 saat içinde doğum indüksiyonu, karşılık gelen aralık için bekleme yönetimi ile karşılaştırıldığında daha kısa bir PROM-doğum zaman aralığı ve daha kısa genel anne hastanede kalış süresi ile ilişkilendirilmiştir; ve bekleme yönetimi vakalarında, kadınların üçte ikisinden daha azı EMR'yi takip eden ilk 24 saat içinde spontan doğum eylemi yaşadı.

Diğer gözlemler bağlamında çalışmanın sonuçları; Term EMR vakalarında doğum indüksiyonunun optimal zamanlaması belirsizliğini koruyor. Koryoamniyonit riskinin EMR'yi takip eden zamanla giderek arttığı göz önüne

TJODist Bülteni

alındığında erken indüksiyon, ilişkili maternal ve neonatal enfeksiyöz morbidite riskini azaltmak için en iyi stratejidir. Bununla birlikte, bu soruyu ele alan araştırmaların çoğu düşük ila orta kalitededir ve küçük örneklem boyutu, PROM'un başlangıcından itibaren doğum indüksiyonunun zamanlaması hakkında sınırlı bilgi ve sonuç ölçütleri için kesin tanımların olmaması nedeniyle sınırlıdır. Daha da önemlisi, bu çalışmalar erken indüksiyon ve bekleme yönetimi tanımlarına göre önemli ölçüde farklılık göstermektedir. Bu nedenle, çoğu çalışma EMR'yi takip eden ilk 24 saat içinde doğum indüksiyonu önermektedir. Ancak günümüzde optimal indüksiyon zamanı için bir konsensüs yoktur. Term EMR vakalarında doğum indüksiyonunun zamanlamasına ilişkin mevcut öneriler nispeten geniş ve tutarsızdır. Amerikan Kadın Doğum Uzmanları ve Jinekologlar Koleji son zamanlarda "Doğum için herhangi bir kontrendikasyonu olmayan kişilerde başvuru anına yakın bir zamanda spontan eylem oluşmuyorsa, doğum indüksiyonu önerilmelidir, ancak kısa bir süre için bekleme yönetimi seçimi uygun olabilir. RCOG;" hemen doğum indüksiyonu veya 24 saate kadar bekleme yönetimi önerilmesini tavsiye ediyor. 24 saatten sonra doğumun indüksiyonunun daha uygun olduğunu belirtmektedir.



PROM, prelabor premature rupture of membranes; PG, prostaglandins.

Melamed. Optimal timing of induction in prelabor rupture of membranes. Am J Obstet Gynecol 2023.

TABLE 1

Baseline characteristics and outcomes of women who underwent induction and those who did not

Characteristic	Overall (N=4742)	Labor induction (n=2622)	No labor induction (spontaneous onset of labor) (n=2120)	Difference (95% CI) ^a
Maternal age (y), mean±SD	28.4±5.3	28.4±5.3	28.3±5.2	0.1 (-0.2 to 0.4)
Nulliparity, n (%)	2921 (62)	1607 (61)	1314 (62)	-0.7 (-3.5 to 2.1)
Smoking, n (%)	1209 (26)	671 (26)	538 (26)	0.1 (-2.4 to 2.7)
Gestational age at PROM (wk), mean±SD	38.9±1.2	38.9±1.2	39.0±1.2	-0.07 (-0.14 to 0.01)
Group B <i>Streptococcus</i> status				
Positive, n (%)	487 (10)	261 (10)	226 (11)	-0.8 (-2.6 to 1.0)
Negative, n (%)	4102 (87)	2281 (87)	1821 (86)	
Unknown, n (%)	153 (3)	80 (3)	73 (3)	
Labor induction	2622 (56)	2622 (100)	0 (0)	NA
Oxytocin, n (%)	1492 (57)	1492 (57)	NA	NA
Prostaglandin E2 gel, n (%)	1265 (48)	1265 (48)	NA	NA
PROM to induction interval (h), median (IQR)	10.0 (5.7–23.0)	10.0 (5.7–23.0)	NA	NA
PROM to delivery interval (h), median (IQR)	24.6 (16.1–39.8)	23.4 (15.6–39.0)	26.0 (17.2–40.4)	-2.6 (-0.9 to -4.2) ^b
<24 h, n (%)	2309 (49)	1350 (52)	969 (46)	6.2 (3.4–9.1) ^b
24–47 h, n (%)	1617 (34)	819 (31)	796 (38)	-6.3 (-9.0 to -3.6) ^b
>48 h, n (%)	816 (17)	465 (17)	365 (17)	0.1 (-2.1 to 2.2)
Neonatal composite outcome, n (%) ^c	1139 (24)	640 (24)	499 (24)	0.9 (-1.6 to 3.3)
Neonatal infection, n (%)	120 (3)	70 (3)	50 (2)	0.3 (-0.6 to 1.2)
Definite neonatal infection, n (%)	36 (1)	20 (1)	15 (1)	0.1 (-0.4 to 0.5)
Probable neonatal infection, n (%)	85 (2)	50 (2)	35 (2)	0.3 (-0.5 to 1.0)
NICU admission, n (%)	708 (15)	383 (15)	324 (15)	-0.7 (-3.8 to 1.3)
Maternal infection, n (%)	387 (8)	204 (8)	183 (9)	-0.9 (-2.4 to 0.7)
Clinical chorioamnionitis, n (%)	307 (6)	158 (6)	149 (7)	-1.0 (-2.4 to 0.4)
Postpartum fever, n (%)	131 (3)	69 (3)	62 (3)	-0.3 (-1.2 to 0.7)
Cesarean delivery, n (%)	404 (9)	239 (9)	165 (8)	1.3 (-0.3 to 2.9)
Total maternal hospital stay (h), median (IQR)	80.0 (59.3–109.4)	80.5 (60.1–110.4)	79.5 (58.7–108.5)	1.0 (-2.8 to 4.4)

IQR, Interquartile range; NA, not applicable; NICU, neonatal intensive care unit; PROM, prelabor premature rupture of membranes; SD, standard deviation.

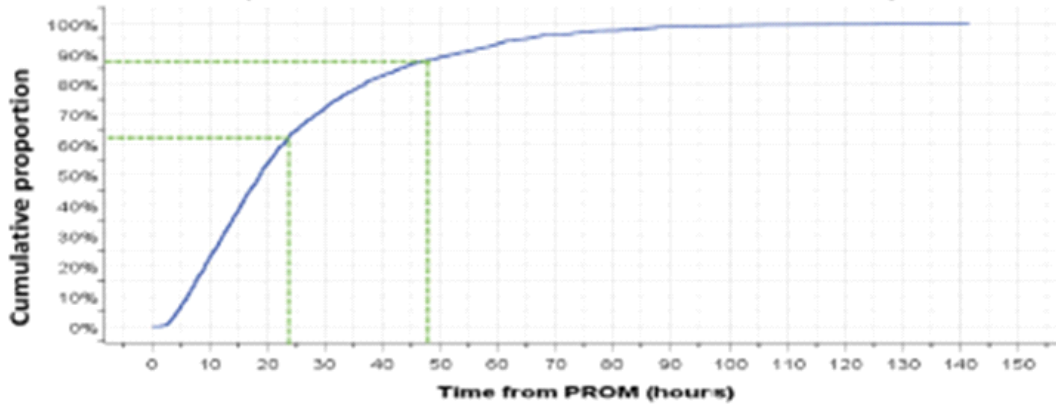
^a Rate difference, mean difference, or median difference are used for categorical variables, continuous variables with normal distribution, and continuous variables with non-normal distribution, respectively. ^b Indicates statistically significant difference. ^c Defined as neonatal infection or NICU admission.

Mirrored. Optimal timing of induction in prelabor rupture of membranes. *Am J Obstet Gynecol* 2023.

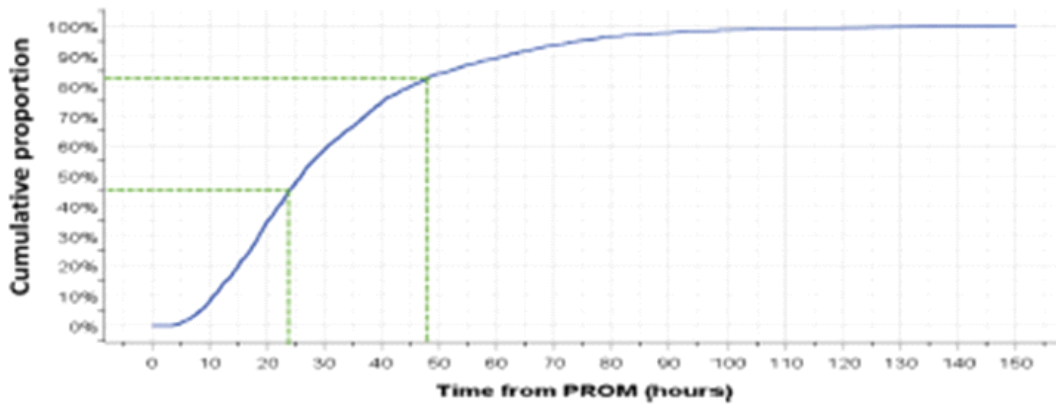
FIGURE 6

Likelihood of spontaneous onset of labor and of delivery by time from onset of PROM in women who underwent expectant management

A Likelihood of spontaneous onset of labor over time in cases of expectant management



B Likelihood of delivery over time in cases of expectant management



This figure includes Kaplan-Meier (1-survival) curves demonstrating the cumulative proportion of women who experienced a spontaneous onset of labor (A) and delivery (B) by time from onset of PROM (x-axis) among women managed expectantly. The proportions of women experiencing a spontaneous onset of labor and delivery at 24 hours and 48 hours are illustrated by the dotted green line (spontaneous onset of labor: 64% and 88%, respectively; delivery: 45% and 83%, respectively).

PROM, prelabor premature rupture of membranes.

Melamed D. Optimal timing of induction in prelabor rupture of membranes. *Am J Obstet Gynecol* 2023

İstmosel Tanısı Ve Yönetimi: Swot Analizi

DIAGNOSIS AND MANAGEMENT OF ISTHMOCELE: A SWOT ANALYSIS. DOMINGUEZ JA, ET AL. ULTRASOUND IN OBSTET GYNECOL 2023.

Özetleyen: Dr. Üzeyir Kalkan

Link: <https://doi.org/10.1002/uog.26171>

Özet

Bu derlemenin amacı, istmoselin yönetimine ilişkin mevcut kanıtların güçlü yönler, zayıf yönler, fırsatlar ve tehditler (strengths, weaknesses, opportunities, threats) (SWOT analizi) açısından stratejik bir analizini sunmaktır. Güçlü yönler arasında, istmoselin iki boyutlu transvajinal ultrasonda yeterli şekilde teşhis edilebilmesi ve cerrahi onarımın doğal doğurganlık potansiyelini geri kazandırabilmesi ve ikincil infertiliteyi önleyebilmesinin yanı sıra abortus ve diğer obstetrik komplikasyon riskini azaltabilmesi yer almaktadır. Bununla birlikte, en iyi tanı yöntemi ve kriterlerinin yanı sıra cerrahi onarımın doğurganlık üzerindeki potansiyel faydalarını gösteren yüksek kaliteli kanıt eksikliği bulunmaktadır. Uygulanabilir tüm tekniklerde yeterli beceriye sahip son derece deneyimli cerrahlara ihtiyaç duyulmaktadır ve istmosel onarımı, sonraki gebeliklerde sezaryen doğum ihtiyacını engellemektedir. Bununla birlikte, transvajinal ultrasonun istmosel tanısındaki doğruluğuna ilişkin farkındalığın artması, bu patolojinin daha fazla teşhis edilmesi için bir fırsat sunmaktadır. Bu, cerrahi düzeltmeye ve sezaryen skar gebeliği de dahil olmak üzere sonraki gebeliklerde obstetrik ve perinatal komplikasyonların önlenmesine yol açabilir. Tehditlerle ilgili olarak, farklı cerrahi tekniklerin varlığı, istmosel tipi ve hastanın özellikleri dikkate alınmazsa yetersiz bir yaklaşım seçme riski yaratır. Asemptomatik defektler cerrahi olarak onarıldığında gereksiz tedavi riski vardır. Son olarak, onarımın rutin olarak uygulanmasını haklı çıkaracak maliyet-etkinlik analizleri bulunmamaktadır. Bu nedenle, istmoselin hem doğal doğurganlığı hem de yardımcı üreme tekniklerinin sonuçlarını azalttığını gösteren birçok veri olmasına rağmen, gelecekte doğurganlık isteyen tüm asemptomatik hastalarda cerrahi istmosel onarımını destekleyen yüksek kaliteli kanıtlar eksiktir. Rezidüel myometrium kalınlığı en az 2,5-3 mm olduğu sürece, histeroskopik istmosel onarımının ilk tercih edilen yaklaşım olarak önerilmesi konusunda giderek artan bir fikir birliği vardır.

GİRİŞ

“Niş” veya “sezaryen skar defekti” olarak da bilinen istmosel, sezaryen (CS) skarının istmik seviyede iyileşme defekti nedeniyle oluşur. Ultrason değerlendirmesinde alt uterin segmentin miyometriyumu içindeki anekoik alan olarak tanımlanabilir. Bazı yeni kriterlere göre, en az 2.0 mm'lik anekoik alan olarak tanımlanmıştır, ancak bazı yazarlar da 1 mm'lik bir derinliği tanımlama sınırı olarak düşünmüşlerdir.

Son yıllarda dünya çapında sezaryen oranları artmış ve bu da hem obstetrik (plasenta previa gelişme riski, plasenta accreta, skar seviyesinde gebeliğin implantasyonu ve uterus rüptürü) hem de temelde istmoselden kaynaklanan jinekolojik (tipik olarak postmenstrüel anormal uterin kanama, disparoni ve abdomino-pelvik ağrı) sorunların ortaya çıkmasına neden olmuştur. Ek olarak, birçok çalışma en belirgin istmosel varlığını sekonder subfertilite ile ilişkilendirmiştir.

2013'te yayınlanan bir meta-analizde sezaryenle doğumun vajinal doğuma kıyasla sonraki gebelik olasılığını ortalama %10 oranında azaltabileceği tahmin edilmiştir. İstmosel daha düşük klinik gebelik ve daha yüksek abortus oranları ile ilişkilendirilmiştir. Diğer çalışmalar, yardımcı üreme teknolojisi (ART) ile tedavi edilen hastalarda benzer sonuçlar tanımlamıştır; Vissers ve arkadaşlarının çalışmasına, daha önce vajinal veya sezaryen doğum yapmış ve IVF/ICSI uygulanan 1317 hasta dahil edilmiştir. Transfer edilen embriyoların sayısı ve kalitesi benzer olmakla birlikte, canlı doğum oranı önceki gebeliğini vajinal yolla gerçekleştiren hastalara kıyasla daha önce sezaryenle doğum yapmış olan alt grupta daha düşüktür (%15,9'a karşı %23-3; OR=0,63, %95CI=0,45-0,87).

TJODist Bülteni

İnfertilitede isthmoselin patojenik etkisini açıklamak için üç ana temel hipotez öne sürülmüştür: a) sperm taşınması ve embriyo implantasyonu için ortamı kötüleştirmek, b) IVF-ET uygulanan hastalarda embriyo transferi için fiziksel bir bariyer görevi görmek ve c) sonuçta gebelik olasılığını azaltan psikolojik sorunlara yol açmak .

İstmosel tanısı için en yaygın yöntem sıvı enjeksiyonlu veya sıvı enjeksiyonsuz iki boyutlu transvajinal ultrasonografidir, ancak üç boyutlu ultrasonografi, yanı sıra histerosalpingografi, histeroskopi veya manyetik rezonans görüntüleme kullanan çalışmalar da vardır. Evrensel olarak "altın standart" olarak kabul edilen bir tanı yöntemi olmamasına rağmen, Jordan ve arkadaşları tarafından 2019 yılında yayınlanan bir Delphi konsensüsünde yazarlar, jel veya salin sonografinin bu lezyonun tanısı için konvansiyonel US'ye ek yararlı bir yöntem olduğunu belirtmektedir. Bu konsensüs, ilk trimester gebe uterusunda isthmoselin tanı kriterleri hakkında ek bir bildiri ile tamamlanmıştır.

Klasik olarak cerrahi tedavi histeroskopik yaklaşımla yapılmakla birlikte, rezidüel myometrial kalınlığın 2-3 mm'den az olduğu bazı durumlarda laparoskopik, laparotomik veya vajinal yol potansiyel cerrahi komplikasyonlardan kaçınmak için en iyi seçenek gibi görünmektedir. Bununla birlikte, önerilen onarım yolu konusunda çelişkili kanıtlar bulunmaktadır.

Bu derlemede, tüm bu hususları literatürdeki mevcut en iyi kanıtlara dayalı bir SWOT (güçlü yönler, zayıf yönler, fırsatlar, tehditler) analizi yoluyla değerlendirmeyi amaçladık.

METODOLOJİ

Belirli bir durumun veya tanı tekniğinin dış (fırsatlar, tehditler) ve iç faktörlerinin (güçlü yönler, zayıf yönler) yapısı ve eleştirel değerlendirmesi hakkında daha önce yayınlanmış ve yaygın olarak kabul görmüş tavsiyelere göre standart bir SWOT analizi yapılmıştır. İç ve dış faktörlere ilişkin argümanların ve tanımların hiyerarşik seçimi, üreme tıbbi alanında uzman jinekologlar (klinisyenler, sonologlar ve cerrahlar) olan tüm yazarlar tarafından DELPHI benzeri bir metodoloji izlenerek fikir birliği ile belirlenmiştir.

GÜÇLÜ YÖNLER

İstmosel transvajinal ultrasonografi ile yeterlilikle teşhis edilebilir

Transvajinal ultrason (TVUS), anormal uterin kanama, infertilite veya ART sonrası üreme yetmezliği şikayeti olan hastalarda isthmoseli tespit etmek ve karakterize etmek için yaygın olarak kullanılmaktadır. Aslında, 2D TVUS istmosel tanısında ilk basamak görüntüleme yaklaşımıdır. İstmoselin ultrasonografik morfolojisi, tipik görünümünü aldığı anda, uterus korpusunun ön duvarının istmik kısmında, tabanı uterus boşluğuna doğru yönelmiş üçgen bir defekt olarak tanımlanır. İstmosel, anterior istmusun ultrasonografik yapısının düzensizliği olarak tanımlanabileceği gibi, yuvarlak, kare veya kama şeklindeki bir boşluğu veya hatta kribriform bir alanı taklit eden alternatif şekil ve morfolojileri taklit edebilir.

Tanı kriterlerine ilişkin çeşitli öneriler yayınlanmış ve yakın zamanda, gebe olmayan uterus ve erken gebelik için bir Delphi analizi kullanılarak isthmoselin ultrasonografik tanımı ve ölçümleri için standart kriterler ve metodolojisi üzerinde fikir birliği oluşturulmuştur. Mevcut TVUS tanı kriterleri, ultrasonografik özellikler ve ölçüm tekniği konusunda, Ürdün'de yapılan Delphi analizinde %70-90'ın üzerine ulaşan üst düzey fikir birliğine dayanmaktadır.

Muayene eden kişinin tanısız yeteneklerine ilişkin gereksinimler (basit sagittal düzlemin sonografik olarak eldesi ve sonohisterografinin öğrenilmesi kolay olduğundan) ve bu değerlendirmeyi gerçekleştirmek için gereken makine ekipmanı, orta seviye olarak kabul edilebilir. Bu son faktörler, bu tür bir tanısız yaklaşımın geniş çapta kullanılmasına olanak sağlayabilir. Mevcut çalışmalar 3D-TVUS'un 2D-TVUS'un tanısız

TJODist Bülteni

performansını önemli ölçüde artırmadığını ve sonuç olarak 3D teknolojisinin gerekli olmadığını göstermektedir. Öte yandan, istmosel tanısı için TVUS ve manyetik rezonans görüntülemeyi karşılaştıran maliyet-etkinlik analizi çalışmaları eksik olsa da, ultrasonografik değerlendirmenin daha ucuz ve kabul edilebilir bir yaklaşım olabileceğini varsaymak mantıklıdır.

TVUS, salin solüsyonu veya jelin intrauterin instilasyonuna dayanan sonohisterografi ile etkili bir şekilde tamamlanabilir. Bazı makaleler, salin solüsyonu veya jel ile yapılan sonohisterografinin, istmoselin görüntülenmesinde TVUS'a kıyasla duyarlılığı ve özgüllüğü artırdığı sonucuna varmıştır. İstmosel onarımı doğal fertiliti potansiyelini geri kazandırır ve sekonder infertiliteyi önler.

Sekonder infertilite ve anormal uterin kanamadan etkilenen hastalarda istmoselin cerrahi histeroskopik düzeltilmesi, ameliyattan sonraki ilk 6-12 ay içinde 9 kadından 7'sinde doğurganlığın geri kazanılmasında etkili olmuştur. 2011'de yapılan prospektif bir kohort çalışmasında, histeroskopik isthmoplasti uygulanan 41 sekonder infertilite hastasının tamamında 12-24 ay içinde spontan gebelik elde edildiği bildirilmiştir. Bunlardan dördü düşük yapmış ve geri kalan 37'sinde elektif sezaryen ile tam süreli gebelik elde edilmiştir.

İstmosel, cinsel ilişki sıklığını azaltabilen ve kontraseptif kullanımını artırarak spontan gebelik şansını azaltan postmenstrüel vajinal kanama ile ilişkilidir. Stegwee ve arkadaşları semptomatik hastalarla görüşmeler yapmış ve öngörülemez kanamanın kadınları güvensiz hissettirdiği ve cinsel tepkilerini ve davranışlarını etkilediği sonucuna varmıştır.

İstmosel onarımı abortus ve diğer obstetrik komplikasyon riskini azaltabilir.

İstmosel gelişen kadınların sonraki gebeliklerinde komplikasyon riski artmaktadır; bunlar arasında daha yüksek abortus oranı, hayatı tehdit eden kanamalı sezaryen skar gebeliği riski, plasenta previa, plasenta akreta ve üçüncü trimesterde uterus dehissansı veya rüptürü yer almaktadır. Sezaryen skar gebeliğine bağlı masif kanama için risk faktörleri arasında çoğul gebelik, büyük gebelik kesesi ile geç tanı, yüksek serum betaHCG seviyesi ve ince rezidüel myometrium yer almaktadır.

Uterus rüptürü riskinin miyometriyal dirence bağlı olduğu ve bunun da esas olarak duvar kalınlığına bağlı olduğu varsayılabilir. İstmoselin laparoskopik onarımı, ameliyattan üç ila altı ay sonra ölçülen miyometriyal kalınlıkta önemli bir artışla ilişkilendirilmiştir (ameliyat öncesi 1,77 mm'den 6,67 mm'ye). Buna karşın, histeroskopik onarım her zaman ameliyat sonrası myometrial duvar kalınlığında önemli bir artışa yol açmamaktadır.

Birçok çalışma myometrial rezidüel kalınlığı uterus rüptürü riski ile ilişkilendirmeye çalışmıştır. En önemli çalışmalardan biri Rozenberg ve arkadaşları tarafından yayınlanmış ve sezaryenle doğum yapan hastalarda uterus rüptürü/dehissansı riskini prospektif olarak tahmin etmişlerdir.

36-38. gebelik haftalarında mesanesi dolu olan 642 hastada abdominal ultrason ile ölçülen miyometriyal kalınlığa göre %4'lük bir rüptür/dehissans oranı (15 rüptür, 10 dehissans) tanımlamışlardır; ayrıca, myometrial kalınlık azaldıkça rüptür sıklığı artmıştır. Miyometriyal kalınlık 4,5 mm'den fazla olduğunda uterus rüptürü vakası görülmemiştir; rüptürlerin çoğu miyometriyal kalınlık 2,5 mm'nin altında olduğunda meydana gelmiştir. Myometrial kalınlığın ultrasonografik ölçümü, 3,5 mm'lik bir cut-off noktası tanımlayarak, uterus rüptürü veya dehissans riskini tahmin etmede %88'lik bir duyarlılık, %73,2'lik bir özgüllük, %11,8'lik bir pozitif prediktif değer ve %99,3'lük bir negatif prediktif değer sağlamıştır. Uharcek ve arkadaşları da 2,5 mm'nin altındaki bir miyometriyal kalınlığın rüptür riskini tahmin etmek için en iyi parametre olduğunu bulmuştur, ancak başka bir çalışma 1,8 mm'yi en uygun cut-off noktası olarak görmektedir.

Yukarıda belirtilen sonuçlar, istmosel tanısı olan veya olmayan, daha önce sezaryen öyküsü olan hastalarda doğum şekline karar vermek için çok yararlı olabilir. intrakaviter sıvı varlığı ve istmoselin boyutu gibi diğer faktörler de doğumun denemesine karar vermek için dikkate alınması gereken değişkenler olabilir. Ancak, bu

TJODist Bülteni

değişkenlerin değerine ilişkin herhangi bir kanıt bulunmamaktadır.

Üreme açısından bakıldığında, uterus rüptürü riskinin tahmin edilmesi, tek semptomu sekonder infertilite olan hastalarda bile yeni gebelik girişiminde bulunmadan önce önleyici bir onarım ameliyatı önermek için gebe olmayan kadınların gebelik öncesi değerlendirilmesinde çok önemli olabilir. Pomorsky ve arkadaşları, D/RMT>1,3 oranının {O= istmosel derinliği; RMT= rezidüel miyometriyal kalınlık} %50'den fazla açılma riski ile ilişkili olduğunu ve D/RMT>0,7 oranının uterus açılma/yırtılma tahmini için %71'lik bir duyarlılığa ve %94'lük bir özgüllüğe sahip olduğunu tahmin etmiştir.

İstmosel düzeltmesi için en iyi cerrahi yaklaşım konusunda az sayıda ve düşük kaliteli çalışma vardır. Tanos ve ark. dört prospektif çalışma, iki vaka serisi ve bir retrospektif kohort çalışmasını içeren bir derleme gerçekleştirmişlerdir. RMT ile ilgili olarak, bu yazarlar RMT < 3 mm'nin histeroskopik rezeksiyon yerine isthmosel onarımında laparoskopik yaklaşımın seçilmesi için bir kriter olarak kabul edilmesi gerektiği sonucuna varmışlardır.

İstmosel onarımından sonra yeni bir gebelik için önerilen süre ve tercih edilen doğum yolu ile ilgili olarak, Küresel Histeroskopi Kongresi Bilimsel Komitesi'nin uzlaşısı bildirisi, hastaların ameliyattan sonra en az 3 ay bekleme önermektedir. Prosedürünün uygulanmasını, bu süre zarfında kontrasepsiyon kullanılmasını ve cerrahi sonuçları görselleştirmek için 3 aylık bir takip tanısal histeroskopik çalışma yapılmasını önermektedir. Son olarak, ihtiyati bir önlem olarak, uterus rüptürü riskinde potansiyel artış nedeniyle 38. gebelik haftasından sonra sezaryenle doğum yapılmamasını önermektedirler. Laparoskopik onarım konusunda fikir birliği olmamasına rağmen, yukarıda belirtilen önerilerin aynısının uygulanabileceği varsayılabilir.

İstmosel onarımı sekonder infertilite için doğru tedavi olabilir

IVF uygulanan 310 hasta ile yapılan retrospektif bir çalışmada, daha önce sezaryen olan kadınlarda daha önce vajinal doğum yapanlara kıyasla daha düşük bir Klinik Gebelik Oranı (CPR) bulunmuştur (%40,3'e karşı %54,8; p<0,05). Rahim içi sıvı koleksiyonu olan isthmoseli olan hastalarda CPR daha da düşüktü (%12,5). Bu sıvının varlığının, muhtemelen hemoglobinin yıkımına bağlı yüksek demir konsantrasyonlarının embriyotoksik etkisi nedeniyle embriyonik implantasyon için zararlı bir ortama neden olduğu düşünülmektedir.

Vitale ve arkadaşları 2020 yılında, isthmoselin cerrahi onarımı sonrası doğurganlığı değerlendiren bir meta-analiz yayınlamış, histeroskopik rezeksiyon sonrası beş ve laparoskopik yaklaşım sonrası yedi çalışmayı dahil etmişlerdir. Yazarlar, cerrahi sonrası gebelik oranlarını sırasıyla %88,7 ve %45,1 olarak bulmuşlardır. Histeroskopik isthmoplasti sonrası daha yüksek gebelik oranlarına rağmen, gözlemsel nitelik ve dahil edilen çalışmaların küçük boyutu nedeniyle bir tekniğin diğerine üstünlüğüne ilişkin bir sonuç çıkarılmamalıdır. Ancak, bu hastalarda istmosel onarımının etkisinin anlaşılmasına yardımcı olabilir.

Harjee ve arkadaşlarının 2021 tarihli sistematik incelemesi ve meta-analizi, isthmoselin cerrahi tedavisinin çok düşük bir komplikasyon oranıyla infertilite tedavisinde etkili olabileceği sonucuna varmaktadır. Yine, bu sonuç yalnızca küçük bir örneklem büyüklüğüne sahip gözlemsel çalışmalardan elde edilmiştir. Mevcut bilimsel kanıtların yetersizliği, bu hastalarda istmosel onarımı için cerrahi endikasyonun ve optimal yaklaşımın belirlenmesini engellese de, endometriyal kavite içinde sıvı görülen vakalarda, dikkatli bir risk-yarar dengesi sonrasında cerrahi düşünülmelidir.

İstmosel onarımı diğer semptomları iyileştirebilir

Tüm hastalar semptomatik olmasa da, anormal kanama ve ağrı fiziksel ve psikolojik yaşam kalitesi ve sosyal ilişkiler üzerinde olumsuz bir etkiye sahiptir. Bu nedenle, çoğu yazar isthmosel yönetimine hastanın semptomlarına ve çocuk doğurma planına göre karar verilmesi gerektiği konusunda hemfikirdir. Birçok çalışma, isthmosellerin cerrahi rezeksiyonunun, yüksek memnuniyet oranlarıyla adet sonrası lekelenmeyi azalttığını göstermiştir. Ayrıca, Stegwee ve arkadaşları, bu semptomların cinsel davranış, iş aktivitesi ve hatta benlik saygısı üzerinde büyük bir etkisi olduğunu ve cerrahi onarımdan sonra yaşam kalitelerinde önemli bir iyileşme olduğunu bulmuşlardır.

Tanı kriterlerinin heterojenliği

Tanısal altın standart belirlenmemiştir. İstmosel ve olumsuz gebelik sonuçları arasındaki ilişkiyi analiz eden mevcut çalışmalar, istmoseli tanımlamak ve sınıflandırmak için transvajinal ultrason, salin veya jel ile sonohisterografi ve manyetik rezonans görüntüleme gibi farklı tanı kriterleri ve teknik yaklaşımlar uygulamıştır. Bu klinik heterojenlik kaynağı, açıklanan sonuçların bir zayıflığı olarak düşünülmelidir.

İstmoselin görüntü tanımını ve karakterizasyonunu homojenize etme girişimi olarak, gebe olmayan uterus için yukarıda bahsedilen Delphi konsensüsü, bu lezyonun ultrasonografik görünümü ve değerlendirilmesi ile TVUS tanısının tutarlılığını ve doğruluğunu artırmak için yararlı olan metodolojik konular ve ipuçları hakkında öneriler ve ifadeler sunmaktadır. Bununla birlikte, bu önerilerin bazıları, çoğu durumda retrospektif veya analitik olmayan bir tasarıma sahip sınırlı sayıda çalışmaya dayanmaktadır. Ayrıca, bu tavsiyelerin bir kısmı uzman görüşlerinden türetilen iyi uygulama noktaları olarak tanımlanmıştır. Bazı durumlarda, isthmosel boyutlarının ölçümü, isthmoselin en derin bölgesi ile veziko-vajinal kıvrım arasındaki mesafenin belirlenmesinin zor olabileceği dallanmış veya karmaşık şekilli lezyonlarda olduğu gibi özel zorluklardan etkilenmektedir. Son olarak, mevcut bilgilerin bir diğer önemli zayıflığı da lezyon özellikleri ile üreme ve obstetrik sonuçlar arasında istikrarlı bir korelasyonun olmamasıdır.

İstmoselin cerrahi olarak düzeltilmesinden sonra fertilité sonuçları üzerindeki faydalara ilişkin yüksek kaliteli kanıt bulunmaması

Sezaryen skar defekti ve sekonder infertilitesi olan kadınlarda isthmoselin cerrahi olarak düzeltilmesinin fertilitéyi geri kazanmadaki etkinliğini ele alan sadece birkaç çalışma vardır, bunların çoğu gözlemseldir ve bir kontrol grubu yoktur. Yakın zamanda yayınlanan iki sistematik derleme, bu konuda yayınlanan kanıtları sentezlemiştir. Vitale ve arkadaşları tarafından 2020 yılında yayınlanan ilk çalışma, isthmosel düzeltme ameliyatından sonra hem semptomların giderilmesini hem de fertilité sonuçlarını analiz eden 33 çalışmayı içermektedir. Yazarlar bir RCT ve kontrol grubu olan bir prospektif çalışma dahil etmiştir. Geri kalanlar vaka serileri ve vaka raporlarıydı. Cerrahi onarım sonuçları, kullanılan tekniğe bağlı olarak analiz edilmiştir (laparoskopik, laparotomik, histeroskopik veya vajinal yaklaşım). Yazarlar, skar defektinin cerrahi olarak düzeltilmesinden sonra fertilité sonuçlarında bir iyileşme bulamamıştır. Harjee ve arkadaşları tarafından 2021 yılında yayınlanan bir başka sistematik derleme, isthmosel varlığı nedeniyle sekonder infertilitesi olan hastalarda cerrahi onarım sonrası fertilité sonuçlarına odaklanmıştır. İnceleme, bir RCT ve on iki vaka serisi olmak üzere on üç çalışmayı içermektedir. Yazarlar, cerrahi tedavinin sekonder infertilitesi olan hastalarda etkili olabileceğini öne sürmüştür. İstmoselin histeroskopik olarak düzeltilmesinin doğurganlık sonuçları üzerindeki etkisini ele alan ve 56 sekonder infertilite hastasını (28'i histeroskopik cerrahi, 28'i ise bekleme yönetimi) içeren mevcut tek RCT, histeroskopik düzeltmeden sonra anlamlı derecede daha yüksek gebelik oranları bulmuştur (%75'e karşı %32,1, p=0,001).

Yukarıda bahsedilen meta-analize dahil edilmeyen iki yeni çalışma, intrakaviter sıvı birikiminin olmadığı durumlarda embriyonik transfer sonrasında isthmosel varlığı ile gebelik oranı arasında olumsuz bir etki bulmamıştır. Lawrence ve arkadaşları, prospektif gözlemsel bir çalışmada, IVF uygulanan ve önceki sezaryen sonrası mevcut bir isthmoseli olan sekonder infertilite hastalarının, yumurtalık stimülasyonu sırasında endometriyal boşlukta görünür ultrason sıvısı geliştirme riskinin yaklaşık %40 olduğunu bulmuşlardır. Bu vakalarda transfer iptal edilmiştir. Embriyo transfer prosedüründen önce intrakaviter sıvısı olan kadınlar dışlandığında, FET (dondurulmuş embriyo transferi) sonrası üreme sonuçlarında (gebelik, biyokimyasal gebelikler, ektopik gebelikler, düşükler ve devam eden gebelikler/doğum oranları) isthmoseli olan ve olmayan hastalar arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır. Asoglu ve arkadaşları retrospektif bir çalışmada 75 isthmoselli kadını 75 kontrol grubu ile karşılaştırmıştır. İstmosel, midsagittal planda önceki sezaryen skarı üzerinde >1 mm derinliğinde anekoik bir girinti olarak tanımlanmıştır. Klinik gebelik oranları sırasıyla %49,3 ve %50,7 idi. Abortus oranı isthmosel grubunda (%8) kontrol grubundan (%4) daha yüksekti; ancak istatistiksel anlamlılığa ulaşmadı. ART uygulanan kadınlarda isthmosel'in gebelik şansı üzerinde önemli bir etkisi olmadığı sonucuna varmışlardır. Bununla birlikte, isthmosel varlığında embriyo transfer prosedürü daha zor olabilir.

Farklı tekniklerde beceri ve deneyime sahip cerrahlara duyulan ihtiyaç

İsthmosel için ilk cerrahi yaklaşım 1996 yılında Fernandez ve arkadaşları tarafından rapor edilmiş ve histeroskopik isthmosel rezeksiyonu tarif edilmiştir. Günümüzde, cerrahi tedavi iki ek yaklaşımla gerçekleştirilebilir: laparotomi veya laparoskopi ile intraabdominal cerrahi ve vajinal. Her vakada hangi yolun en iyisi olduğuna karar vermek, defekt ile ilgili faktörlere, gelecekteki doğurganlık arzusuna ve cerrahın bir veya diğer yaklaşımı kullanma becerisine dayanmaktadır.

Laparoskopik yol daha karmaşık ve beceri gerektiren bir tekniktir ve bu tekniği uygulayabilen sınırlı sayıda cerrah vardır. Öte yandan, tüm jinekolojik cerrahlar isthmoselin histeroskopik rezeksiyonunu gerçekleştirmek üzere eğitilmemiştir. Bu durum, birçok cerrahın skar defekti için belirtilen en iyi teknik yerine, bireysel becerilerine bağlı olarak bir tekniği diğerine tercih etmesine neden olabilir.

İsthmosel onarımı sonraki gebeliklerde sezaryen doğum ihtiyacını engellemez

Sezaryen sonrası hafif veya orta derecede isthmoseli olan hastalarda, uterus rüptürü veya doğum sonrası kan kaybı insidansında artış gözlemlenmedikleri için vajinal doğumu makul bir seçenek olarak öneren yazarlar olmasına rağmen, daha önce histeroskopik, laparoskopik veya vajinal isthmoplasti yapılan hastalarda doğum için mevcut öneri, hipotetik uterus rüptürü riskinden kaçınmak için 38. gebelik haftasını geçmeyecek şekilde planlanmış sezaryendir.

FIRSATLAR

İsthmosel ultrason tanısı konusunda farkındalık

İsthmosel sıklığı muhtemelen sezaryenle doğumun giderek artması nedeniyle artmaktadır. Son yıllarda yapılan çalışmalarda, isthmoselin uterin sezaryen hastalarının reproduktif prognozu üzerindeki olumsuz etkilerine giderek daha fazla dikkat çekilmektedir. İsthmoselin ultrasonografik tanısının güvenilirliği ve erişilebilirliği, bu antiteye ilişkin farkındalığın yaygınlaşmasına ve sonuçlarına ilişkin endişelerin güçlenmesine katkıda bulunmuştur. Bu şekilde, erken gebelikte isthmoselin değerlendirilmesine ilişkin yeni bir Delphi konsensüsü Jordan ve meslektaşları tarafından gebe olmayan uterus isthmosel ilişkili daha önce tanımlanmış bir bildirinin tamamlayıcısı olarak geliştirilmiştir.

Sonraki gebeliklerde obstetrik ve perinatal komplikasyonların önlenmesi

Geçirilmiş sezaryen sonrası gebelik elde eden kadınlarda çeşitli obstetrik, perinatal ve doğum komplikasyonları tanımlanmıştır. Dehisans ve uterus rüptürü riski en korkulan komplikasyondur. Buna ek olarak, plasenta previa ve plasenta akreta riskleri artmaktadır ve önceki sezaryen doğum ve isthmosel ile ilişkilidir. Normal bir gebelik sırasında, trofoblast Nitabuch fibrinoid tabakasına kadar myometriuma nüfuz eder. Sezaryen sonrası alt uterus segmentindeki skarlı bölgelerde ince bir desidua bazalis bulunur veya hiç bulunmayabilir ve bu da plasenta akreta spektrum bozukluklarına yol açtığı düşünülen trofoblastın önlenemez invazyonuna neden olur. Bazı yazarlar, plasenta inkreta ve perkretanın, trofoblasta myometriyumun daha derin katmanlarına daha fazla erişim sağlayan uterus skar defektine ikincil olarak ortaya çıkabileceğini öne sürmüştür. Bugüne kadar, skar defektinin cerrahi onarımından sonra bu komplikasyon riskinin azaldığını belgeleyen bir çalışma bulunmamaktadır, ancak uygun bir teknikle, yeterli bir miyometriyal iyileşmenin sağlanması ve böylece tüm uterus duvarına dengesiz bir trofoblast penetrasyonunun önlenmesi gerektiği varsayılabilir.

Sezaryen izli gebeliğin önlenmesi

Sezaryen skar gebeliğinin (CSP) gerçek insidansı bilinmemektedir. Mevcut literatürün çoğunda bu oran 1:1800 ile 1:2500 önceki sezaryen ameliyatı olarak tahmin edilmektedir. Bu bir önceki sezaryen doğumun potansiyel olarak

TJODist Bülteni

tehlikeli bir sonucudur ve genellikle ilk trimesterde anormal uterin kanama ile kendini gösterir. CSP'nin ya uterus boşluğuna ilerleyebileceği (tip 1, endojenik tip) ya da özellikle isthmosel durumunda skarı derinlemesine invaze ederek mesaneye ve karın boşluğuna doğru ilerleyebileceği (tip 2 veya ekzojenik tip) ve ilk trimesterde yüksek uterus rüptürü ve ağır kanama riski taşıdığı öne sürülmüştür. Endojenik tip potansiyel olarak canlı bir gebeliğe yol açabilir ancak anormal plasentasyon ve kanama komplikasyonları riski yüksektir. Skarlı alt uterin segmentte blastosist implantasyonu, dehisens olmayan skar üzerinde veya isthmosel içinde meydana gelebileceğinden, tip 1 veya tip 2 CSP'ye yol açabilir. İlk durumda, gebelik kesesi ile ön uterus yüzeyi arasında ölçülebilir bir miyometriyum tabakası bulunurken, ikincisinde gebelik kesesi uterus yüzeyine veya mesaneye daha yakındır. Gebeliğin devam ettiği vakalarda da prognoz açısından aralarında bir fark var gibi görünmektedir. Gebeliğin 5 ila 9. haftaları arasında skar gebeliği tanısı konan 17 hasta üzerinde yapılan retrospektif bir çalışmada, isthmosel içine implante edilen gebeliklerde doğumdaki gebelik yaşının anlamlı derecede düşük olduğu ve plasenta akreta spektrumu ve sezaryen histerektomi oranının düzgün iyileşmiş skar üzerine implante edilen gebeliklere kıyasla anlamlı derecede yüksek olduğu görülmüştür. CSP'nin aşırı trofoblastik invazyonun kolaylaştırıcısı olup olmadığı konusunda hala bir tartışma vardır. İlk trimester CSP tanısı konan ve gebeliğe devam etmeye karar veren 10 hastadan oluşan bir vaka serisinde, on vakanın tamamında plasenta perkreta gelişmiştir. Ancak diğer yazarlar bu ilişkiyi doğrulayamamıştır.

Bildiğimiz kadarıyla, isthmoselin cerrahi olarak düzeltilmesinin sezaryen skar gebeliği insidansını önleyeceğine veya azaltacağına dair klinik bir kanıt yoktur, ancak myometriyumun cerrahi olarak restorasyonunun bu sorunun üstesinden gelmeye yardımcı olacağı varsayılabilir.

TEHDİTLER

Aşırı teşhis ve gereksiz tedavi riski

Klinik veriler her zaman kesin sınırlar göstermediğinden, bir hastalığı veya risk faktörünü tanımlamak kolay değildir. Bu gerçek, normallik konusunda fikir birliği beyanlarına ve tanımlarına ihtiyaç duyulmasına yol açmaktadır. Çeşitli örneklerin de gösterdiği gibi, tıbbi bir durum için eşik değerdeki bir değişiklik, hastaların gereksiz tedavi görmesine yol açabilir. Aşırı tıbbi kullanım, potansiyel zararları potansiyel faydalarından fazla olan sağlık hizmetlerinin sağlanması olarak tanımlanmıştır. Aşırı kullanımın hastalar üzerindeki olumsuz sonuçları psikolojik, fiziksel, sosyal veya mali olabilir ve tedavi yükü sıkıntıya ve sağlık hizmetlerinden memnuniyetsizliğe neden olabilir.

Asemptomatik olan bir hastada ultrasonda isthmosel tanısı konması ile infertilite arasındaki ilişki düşük bir kanıt derecesine sahip olduğundan, cerrahi müdahale önerme riski, sonuçta sorunla ilgili olmayan bir durumun aşırı tedavi edilmesine neden olabilir. İsthmoselin cerrahi olarak aşırı tedavi edilmesine örnek olarak, kanıtların azlığı göz önünde bulundurulduğunda, herhangi bir görüntülemenin cerrahi endikasyon olarak değerlendirilmesi, asemptomatik hastaların tedavi edilmesi ve hatta gereğinden fazla invaziv bir yaklaşım gösterilmesi verilebilir. Tanımlanmış endikasyonları olmayan üç farklı cerrahi teknik

Şekil, RMT veya sıvı varlığı gibi lezyon özellikleri cerrahi tedaviyi önermek için anahtar faktörler olabilir ve bunlardan birkaçı histeroskopik rezeksiyon ile abdominal veya vajinal yaklaşım arasında seçim yapmada yardımcı olabilir.

a. Histeroskopik Tedavi

Histeroskopik yönetim "onarım" olarak değil "rezeksiyon" olarak düşünülmelidir. Çalışmaların çoğunda histeroskopik rezeksiyonlar komplikasyonsuzdur.

Çoğu yazar, azalmış rezidüel miyometriyal kalınlığın (RMT) histeroskopik rezeksiyon için bir sınırlama olabileceğini kabul etmektedir. Histeroskopik yaklaşımı önermek için gereken spesifik isthmosel morfolojisi

özellikleri veya miyometriyal kalınlık konusunda kesin bir fikir birliği yoktur. Chang ve arkadaşları uterus rüptüründen kaçınmak için kalınlığın 2 mm veya daha fazla olması gerektiğini düşünmektedir. Li ve arkadaşları ise, histeroskopik prosedür sırasında mesane yaralanması riski nedeniyle, gelecekte doğurganlık arzusu olan hastalarda >3,5 mm, gelecekte doğurganlık isteği olmayanlar için 2,5 mm'nin üzerinde bir cut-off noktası kabul etmişlerdir.

Sadece üç çalışma histeroskopik rezeksiyon sonrası RMT'yi ele almıştır. Tüm vakalarda, cerrahi onarımdan sonra myometrial kalınlıkta önemli bir artış olmuştur, ancak bu artış her zaman laparoskopik düzeltmeden sonra elde edilen artıştan daha düşük olmuştur. İstmoselin histeroskopik rezeksiyonundan sonra gebelik oranları %6,6 ile %100 arasında değişmektedir. Sonuçlar arasındaki bu yüksek değişkenlik, çalışmaların gözlemsel niteliğinden ve küçük boyutundan kaynaklanıyor olabilir.

Cohen ve arkadaşları, histeroskopik rezeksiyondan sonra semptomları devam eden hastalarda, komplikasyonsuz ve sekiz kadının altısında semptomların düzeldiği ikinci bir prosedür önermiştir.

b. Laparoskopik Tedavi

Laparoskopi pelvisin tamamen eksplorasyonuna ve isthmoesele doğrudan erişime izin vererek yapışıklıklar mevcutsa adhesioliz yapılmasına olanak tanır. Mesanenin diseksiyonundan sonra, tüm fibrotik dokunun tam rezeksiyonu yapılabilir, ardından cerrahın tercihine bağlı olarak tek veya çift katmanlı defekt kapatılabilir. Histeroskopik kontrol altında laparoskopik cerrahi, defektin kesin lokalizasyonunu ve doğrulanmasını ve ardından tam rezeksiyonunu sağlar. Laparoskopik onarım için RMT değeri genellikle < 3 mm'dir ve Bujold ve arkadaşlarının bulgularına göre alt uterus segmentinin < 2,3 m olması artmış uterus rüptürü riski ile ilişkili bağımsız bir faktördür.

Serilerin çoğunda, %2'sinde tesadüfi sistotomi ve kan transfüzyonu gerektiren bir aşırı intraoperatif kanama vakası dışında komplikasyon bildirilmemiştir. Rekürrens oranı %0 ile %33 arasında değişmektedir. Hastaların %64 ila %100'ü ameliyattan sonra asemptomatik kalmıştır. RMT, ameliyattan sonra tüm vakalarda artar ve semptomları devam eden hastalarda histeroskopik rezeksiyona izin verir. İstmosel onarımından sonra gebe kalan hastalar için eve bebek götürme oranı, çalışmalar arasında %21,8 ila %75 arasında değişmektedir.

c. Vajinal Yaklaşım

Vajinal yaklaşım kullanıldığında, istmosel eksizyonu vajinal olarak gerçekleştirilir ve ardından defektin çift katmanlı uterin kapatılması yapılır. Yayınlanan çalışmalar RMT'de bir artış olduğunu göstermektedir. çalışmalarda sırasıyla %13 ve %31,37 oranlarında isthmosel kalıcılığı gözlenmiştir. Sadece bir seri çalışmada %39,2'lik bir gebelik oranı elde edilmiştir. Bu teknik için bildirilen komplikasyonlar arasında hematom (%2,5), pelvik enfeksiyon (%2,4) ve mesane yaralanması (%2) yer almaktadır.

Maliyet-etkinlik analizlerinin olmaması

İnfertil asemptomatik hastalarda isthmosel cerrahisinin genelleştirilmesine ilişkin önemli bir kısıtlama, maliyet-etkinlik çalışmalarının eksikliğidir. Dahası, birkaç farklı cerrahi teknikle gerçekleştirilebilen bir prosedürün maliyet etkinliğini değerlendirmek zordur. Ofis histeroskopisi, genel anestezi gerektirmeyen ve daha hızlı iyileşme sağlayan ayaktan bir prosedür olması nedeniyle diğer yaklaşımlara göre çeşitli maliyet avantajları sunmaktadır. Diğer tekniklere gelince, rezidüel myometriyum kalınlığı ve obstetrik sonuçlar açısından avantajlı olsalar da muhtemelen aynı maliyet-etkinlik avantajlarına sahip değildirler.

Potansiyel yanlış tanı nedeni olarak Naboth inklüzyon kistleri

Bu konuya odaklanan çok fazla çalışma olmamasına rağmen, Vissier ve arkadaşları servikte yüksekte bulunan Naboth inklüzyon kistleri ile olası bir yanlış pozitif istmosel tanısını tanımlamıştır.

SONUÇLAR

Bu SWOT analizinin bir özeti aşağıdaki tabloda gösterilmektedir. Şu anda ne isthmoselin tanı kriterleri ne de tercih edilecek cerrahi teknik konusunda bir fikir birliği vardır. Semptomatik hastalara, üreme isteği olmayan hastalarda medikal, ancak sekonder infertilitesi olan hastalarda mutlaka cerrahi olabilecek bir tedavi önerilmesi gerektiği açık görünmektedir.

istmosel varlığı ile sekonder subfertilite veya yardımcı üreme tekniklerinin bozulması arasındaki korelasyon hakkında çok şey yazılmış olmasına rağmen, böyle bir ilişkiye dair yüksek kaliteli kanıtlar yoktur. Gelecekte doğurganlık arzusu olan tüm asemptomatik hastalarda cerrahi isthmosel onarımına ilişkin kanıtlar, güçlü önerileri desteklemek için yeterli kalitede değildir. İsthmoseli veya isthmosel onarımı öyküsü olan hastalarda peripartum uterus rüptürü riski ile ilgili olarak, mevcut öneri, potansiyel uterus rüptürü riskini en aza indirmek için 38. gebelik haftasında elektif sezaryen önerme yönündedir. isthmoselin yeri, derinliği ve şekli ile uterus boşluğu içindeki sıvı varlığı, cerrahi endikasyon veya defekt onarımı oluşturmak için dikkate alınmalıdır.

Farklı yazarlar arasında, rezidüel myometriyum kalınlığı en az 2,5-3 mm olduğu sürece tercih edilecek cerrahi tekniğin histeroskopik olması gerektiği konusunda bir fikir birliği var gibi görünmektedir. Değilse, tercih edilen teknik laparoskopik/robotik, laparotomi veya vajinal olmalıdır. Her halükarda, bu sık görülen patolojinin daha iyi anlaşılması ve isthmosel tanısı konan hastalarda potansiyel sonuçlara ilişkin daha fazla farkındalığa sahip olunması için iyi tasarlanmış çalışmalarla ihtiyaç olduğunu düşünüyoruz.

GÜÇLÜ YÖNLER	ZAYIFLIKLAR
<ul style="list-style-type: none">• İsthmosel tanısı transvajinal ultrason ile konulabilir.• İsthmocele onarımı doğal doğurganlık potansiyelini geri kazandırır ve ikincil kısırlığı önler.• İsthmocele onarımı, kürtaj ve diğer obstetrik komplikasyon riskini azaltabilir.• İsthmosel onarımı sekonder infertilite için doğru tedavi olabilir.• İsthmocele onarımı diğer semptomları iyileştirebilir	<ul style="list-style-type: none">• Tanı kriterlerinde heterojenlik vardır.• İsthmoselin cerrahi olarak düzeltilmesinden sonra doğurganlık sonuçları üzerindeki faydalara ilişkin yüksek kaliteli kanıtların olmaması• Farklı tekniklerde beceri ve deneyime sahip cerrahlara duyulan ihtiyaç.• İsthmosel onarımı sonraki gebeliklerde sezaryen doğum ihtiyacını engellemez
FIRSATLAR	TEHDİTLER
<ul style="list-style-type: none">• İsthmoselin ultrason teşhisi hakkında farkındalık	<ul style="list-style-type: none">• Aşırı teşhis ve aşırı tedavi riski• Düzgün tanımlanmış endikasyonlar olmadan üç farklı konservatif cerrahi teknik

Bağırsak Tutulumu Olmayan Derin Endometriozisi Olan Kadınlarda İnfertilite Yönetiminde Birinci Basamak Cerrahiye Karşı Birinci Basamak Art Kıyaslaması: Çok Merkezli Bir Propensity Score Matching Karşılaştırması

FIRST-LINE SURGERY VS FIRST-LINE ART TO MANAGE INFERTILITY IN WOMEN WITH DEEP ENDOMETRIOSIS WITHOUT BOWEL INVOLVEMENT: A MULTI-CENTRIC PROPENSITY-SCORE MATCHING COMPARISON. FERRIER C. ET AL. EUROPEAN JOURNAL OF OBSTETRICS AND GYNECOLOGY 280 (2023) 184–190.

Özetleyen: **Dr. Fatih Aktoz**

Link: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36516605/>

Giriş

Endometriozis, pelvik ağrı ve kısırlığa neden olan yaygın bir hastalıktır. Üreme çağındaki kadınların yaklaşık %5 ile %10'unu etkiler. Derin infiltratif endometriozisi (DIE) olan infertil kadınlarda fertilité sonuçlarını iyileştirmek için cerrahinin rolü dünya çapında bir tartışma konusu olmaya devam etmektedir.

Yakın zamanda kolorektal endometriozis ile ilişkili infertilite için birinci basamak yardımcı üreme teknikleri (assisted reproductive technology, ART) ile birinci basamak cerrahi ve ardından ART karşılaştırılmıştır. Bu çalışmada birinci basamak cerrahi, gebelik oranlarında (pregnancy rates, PR), canlı doğum oranlarında (live birth rate, LBR) ve kümülatif LBR'lerde (CLBR) birinci basamak ART'ye göre (i) tüm popülasyonda, (ii) prognozu iyi olan kadınlarda ve (iii) AMH düzeyi < 2 ng/mL olan kadınlarda üstün olarak saptanmıştır. Buna karşılık, 35 yaşından büyük ve adenomyozisi olan kadınlarda her iki strateji için de benzer doğurganlık sonuçları bulunmuştur. Ancak literatürdeki tedavi stratejilerinin kıyaslandığı bu ve diğer çalışmaların retrospektif bir dizayna sahip olduğu unutulmamalıdır.

Burada özetlenen çalışmanın amacı, kolorektal tutulumu olmayan DIE'li infertil kadınlarda birinci basamak ART ile birinci basamak cerrahinin fertilité sonuçlarına etkisini karşılaştırmaktır.

Yöntem Katılımcılar

Çalışmadaki veriler Ocak 2010'dan Aralık 2015'e kadar dört farklı Fransız üçüncü basamak endometriozis merkezinde takip edilen hastalara ait verilerden retrospektif olarak elde edildi. Dahil edilme kriterlerini karşılayan katılımcılar; kolorektal tutulumu olmayan DIE ile ilişkili infertilitesi olan, gebe kalmak isteyen ve ART veya cerrahi tedavi ve ardından ART için sevk edilen 18 ile 43 yaş arası hastalardı. Dışlama kriterleri ise şunlardı: sağlık sigortası olmayan hastalar, görüntüleme tekniklerinde kolorektal endometriozisi olan hastalar, teknik ne olursa olsun (rektal shaving, diskoid veya segmental barsak rezeksiyonu) kolorektal rezeksiyon gereken hastalar.

Tüm kadınlarda en az bir yıl süreyle infertilite varlığı kanıtlandı. Fertilité araştırmaları; histerosalpingografi, estradiol (E2), folikül uyarıcı hormon (FSH), inhibin B, anti-Müllerian hormon (AMH), transvajinal sonografi ve erkek partner için semen analizi ölçümleriydi. Endometriozis tanısı, birinci basamak ART grubundaki hastalar için fizik muayene, transvajinal sonografi ve manyetik rezonans görüntülemeye dayanıyordu. Birinci basamak cerrahi grubundaki tüm hastalar için histolojik doğrulama yapıldı.

Birinci basamak cerrahi

Prosedürler her merkezde deneyimli cerrahlar tarafından uygulandı. Birinci basamak cerrahi grubundaki her hastada laparoskopi ile endometriotik lezyonlar tamamen çıkarıldı. Hastalığın yaygınlığına göre, DIE için cerrahi prosedürler arasında uterosakral ligaman rezeksiyonu, parsiyel kolpektomi, salpenjektomi, parsiyel mesane eksizyonu, üreterolizis, üreteral reimplantasyon yer alıyordu. Endometrioma yönetiminde plazma vaporizasyon ile fenestrasyon yapıldı. Over rezerv azalmasını önleyebilmek için ovaryan kistektomi yapılmadı.

ART prosedürleri (ilk basamak veya ameliyattan sonra)

Birinci basamak cerrahi ile ART prosedürünün başlatılması arasındaki süre genellikle 6 ile 12 ay arasındaydı ancak merkezin uygulamasına, çiftin isteğine ve hastanın tıbbi geçmişine göre bu durumun değişebildiği raporlandı. 35 yaşın üzerindeki hastalar için ART'den önce spontan gebe kalma süresi en fazla 6 ay olarak belirlendi. ART, sperm özelliklerine göre IVF veya ICSI'den oluşuyordu. Tüm popülasyonun 186'sına IVF, 65'ine ICSI uygulandı. Hem dondurulmuş hem de taze embriyolar kullanıldı.

Sonuçların ölçülmesi

PR ve LBR birincil sonuçlardı. CPR ve CLBR ikincil sonuçlardı. CPR ve CLBR; sırasıyla bir, iki, üç veya dört IVF-ICSI siklusundan sonra intrauterin klinik gebelik ve canlı doğum elde eden kadınların sayısının ART uygulanan kadınların sayısına bölünmesiyle elde edildi.

İstatistiksel analiz

Propensity score matching (PSM) öncesinde benimsenen tedavi stratejisine göre popülasyon iki gruba ayrıldı: birinci basamak ART veya birinci basamak cerrahi ve ardından ART. Klinik (yaş, parite, BMI, sigara içme, infertilite süresi), biyolojik (AMH düzeyi), radyolojik (DIE lezyonlarının yeri, endometrioma, adenomyozis) özelliklerine ilişkin veriler lojistik regresyon modeli kullanılarak bir PS oluşturulmadan önce analiz edildi. Önceki çalışmalara dayalı olarak fertilité sonuçlarını olumsuz etkileyen parametrelerle ilgili yanlılığı azaltmak amacıyla, eşleştirme prosedürünü optimize etmek için ortalama serum AMH düzeyi, ortalama yaş ve adenomyozis varlığı PS modeline dahil edildi. Ardından her hastaya bir PS atandı. Birinci basamak ART uygulanan her kadın, birinci basamak cerrahi uygulanan bir kadınla eşleştirildi (1:1 eşleşme).

Bulgular

PSM öncesi 284 hasta dahil edilme ve hariç tutulma kriterlerini karşıladı. 147 hasta birinci basamak ART ve 137 hasta birinci basamak cerrahi grubuna dahil edildi. PSM sonrasında birinci basamak ART grubundaki hastalar (n = 92) ile birinci basamak cerrahi grubundaki hastalar (n = 92) karşılaştırıldı.

PS eşleşmesinden sonra gruplar arasında yaş, BMI, önceki doğumlar, infertilite süresi, ilişkili adenomyozis varlığı, AMH serum seviyeleri veya infertilite için bir erkek faktörü ile ilişki açısından fark bulunmadı. İki grup arasında lezyon yerleşimi veya eşlik eden endometrioma açısından fark yoktu (Tablo 1).

Fertilite sonuçları Tablo 2'de özetlendi. Hasta başına ortalama IVF-ICSI siklus sayısı 1,4 idi ve gruplar arasında anlamlı bir fark vardı (birinci basamak ART grubunda 1,6 ve birinci basamak cerrahi grubunda 1,2; $p = 0,006$). Genel olarak, toplam PR %53'tür (98/184). PR birinci basamak cerrahi grubunda anlamlı olarak daha yüksekti (%72'ye karşı %35; $p < 0,001$). Birinci basamak ART grubunda ART dışı gebelik gözlenmezken birinci basamak cerrahi grubunda 17 ART dışı gebelik gözlemlendi (%18). ART'den sonra, birinci basamak cerrahi ve birinci basamak ART gruplarında CPR'ler sırasıyla %72 (47/67) ve %35 (32/92) idi ($p < 0,001$). Tüm popülasyonda LBR %42,4 (78/184) idi. LBR birinci basamak cerrahi grubunda anlamlı olarak daha yüksekti (%61'e karşı %24; $p < 0,001$).

Tüm popülasyonda, 1., 2., 3. ve 4. IVF-ICSI döngülerinden sonra genel CPR sırasıyla %33,1, %50,1, %64,1 ve %82,1 idi. Birinci basamak cerrahi grubunda ve birinci basamak ART grubundaki spesifik CPR'ler sırasıyla 1. IVF-ICSI döngüsünden sonra %51,5 ve %19,6, 2. IVF-ICSI döngüsünden sonra %66,2 ve %37,4, 3., %89,5 ve 4.'den sonra %73,2 ($p < 0,001$) (Şekil 2A). Tüm popülasyonda, genel CLBR'ler sırasıyla 1., 2., 3. ve 4. IVF-ICSI siklusundan sonra %27,0, %35,9, %53,8 ve %69,3 idi. Birinci basamak cerrahi grubunda ve birinci basamak ART grubundaki spesifik CLBR'ler: 1. IVF-ICSI döngüsünden sonra %46,3 ve %13,0, 2.den sonra %51,2 ve %25,1, 3.den sonra %64,5 ve %46,5, 4.'den sonra sırasıyla %79,7 ve %57,2 idi ($p < 0,001$) (Şekil 2B).

TJODist Bülteni

Fertilite prognozu iyi olan kadın alt grubunda (yaş \leq 35, serum AMH düzeyi \geq 2 ng/mL ve adenomyozis yok), PR birinci basamak cerrahi grubunda birinci basamak ART'ye göre anlamlı derecede yüksekti (%72'ye karşı %37, $p = 0.009$). En az bir negatif fertilite faktörü olan kadın alt gruplarında (yaş $>$ 35 veya serum AMH düzeyi $<$ 2 ng/mL veya adenomyozis), PR'ler birinci basamak cerrahi grubunda birinci basamak ART'ye göre anlamlı derecede yüksekti (Tablo 3). Benzer şekilde LBR'ler için de anlamlı bir fark gözlemlendi.

Çok değişkenli lojistik regresyon analizinde, yaş, ilişkili endometrioma ve birinci basamak cerrahi ile PR arasında bir ilişki bulundu. Ayrıca LBR ile yaş, önceki doğum, ilişkili endometrioma ve birinci basamak cerrahi ile tedavi edilme arasında bir ilişki bulundu (Tablo 4).

Tartışma

Bu çalışma, kolorektal tutulumu olmayan DIE ilişkili infertilitesi olan kadınlarda fertilite sonuçlarını iyileştirmek için birinci basamak cerrahinin üstünlüğünü desteklemektedir. Birinci basamak ART ile karşılaştırıldığında, hem tüm popülasyonda hem de farklı fertilite dinamikleri olan subgruplarda (AMH düzeyi $<$ 2 ng/mL, $>$ 35 yaşındaki kadınlar ve adenomyozisi olan kadınlar) birinci basamakta cerrahi yapılan grupta anlamlı bir iyileşme gözlenmiştir.

Endometriozisli hastalarda fertiliteyi iyileştirmek için çeşitli tıbbi ve cerrahi stratejilerin önemini değerlendiren bir meta-analizde tek başına laparoskopinin (OR: 1.63; %95 CI 1.13–2.35) ve tek başına GnRH agonistinin (OR: 1.68; %95 CI 1.07–2.46) plasebodan daha etkili olduğu bulunmuştur. Ancak mevcut sonuçların değeri daha önce yayınlanmış çalışmaların sınırlamaları ışığında incelenmelidir. Bu sınırlamalar şunları içerir: (i) çalışmaların %40'ında endometriozisin şiddetinin/evresinin/fenotipinin bildirilmemesi, (ii) çalışmaların çoğunda fertilitenin tanımlanmaması veya infertilite süresinin verilmemesi, (iii) fertilite sonuçlarını etkileyen confounder faktörler hakkındaki verilerin eksikliği, (iv) gerçek hayattaki uygulamayı yansıtmayan cerrahi ile plasebo karşılaştırması (v) uygulanan cerrahi tekniğin yeterliliği. Tüm bu sınırlamaların üstesinden gelmek için, bu çalışmada kolorektal tutulumu olmayan DIE'li infertil kadınlardan oluşan homojen bir popülasyonunun analizi yapılmış ve bilinen tüm infertilite faktörleri değerlendirmeye alınmıştır.

Başka bir çalışmada yazarlar, DIE'li kadınlarda ameliyat sonrası IVF ile daha önce ameliyat olmadan IVF'yi karşılaştırmıştır. Dört çalışmayı içeren bu meta-analiz, IVF öncesi cerrahinin hem PR'yi (OR = 1.84 %95 CI [1.28, 2.64]) hem de LBR'yi (OR = 2.22 %95 CI [1.42, 3.46]) önemli ölçüde iyileştirdiğini göstermiştir. Bu meta-analiz, rektal tutulumu olan veya olmayan DIE'li kadınları içeren çalışmaların sonuçlarını bir araya toplamıştır. İki çalışmada, DIE lezyonlarının spesifik yerleşimi bildirilmemiştir ve sadece bir çalışma kolorektal tutulumu olmayan kadınları içermektedir.

Özetlenen bu çalışmanın bazı sınırlamaları vardır. Çalışma randomize olmayan verilerin retrospektif bir analizidir. Cerrahi gruplarda Endometriozis Fertilite İndeksi'ne dayalı bir karşılaştırma yapılmamıştır. Çalışmada endometrioma boyutu değerlendirmesi mevcut değildir. Çalışmada ağrı etkisini değerlendirmek için hiçbir istatistiksel tabakalandırma yapılmamıştır. Birinci basamak ART grubundaki hastalarda endometriozis cerrahi olarak doğrulanmamıştır. Her iki grupta da adenomyozisli hasta oranının düşük olması nedeniyle sonuçlar dikkatle değerlendirilmelidir.

Sonuç olarak, bu çalışma kolorektal tutulumu olmayan DIE ilişkili infertilite hastalarında birinci basamak cerrahi kullanımını desteklemektedir. Bu veriler hastaların doğru bilgilendirilmesine ve ortak karar alma sürecine katkıda bulunabilir.

Table 1

Patient characteristics after propensity-score matching.

Variable	After PS matching		
	ART (n=92)	First-line surgery (n=92)	p- value
Age (year) Mean (\pm sd)	32.7 (\pm 4.2)	32.0 (\pm 4.3)	0.29 ¹
BMI (kg/m ²) Mean (\pm sd)	23.7 (\pm 4.0)	23.4 (\pm 4.0)	0.66 ¹
Smoking n (%)	18 (20%)	19 (21%)	0.86 ²
Infertility n (%)			0.74 ²
Primary	66 (72%)	68 (74%)	
Secondary	26 (28%)	24 (26%)	
Infertility duration (month) Mean (\pm sd)	46.8 (\pm 30.1)	45.2 (\pm 36.1)	0.73 ¹
Prior delivery n (%)	19 (21%)	13 (14%)	0.24 ²
Male factor n (%)	36 (39%)	33 (36%)	0.65 ²
Adenomyosis n (%)	20 (22%)	25 (27%)	0.39 ²
AMH (ng/ml) Mean (\pm sd)	4.02 (\pm 3.9)	4.4 (\pm 7.8)	0.71 ¹
DIE location, n (%)			
Torus	62 (67%)	59 (64%)	0.64 ²
US	74 (80%)	72 (78%)	0.72 ²
Vagina	8 (9%)	9 (10%)	0.80 ²
Bladder	16 (17%)	11 (12%)	0.30 ²
Associated endometrioma			
DIE with endometrioma phenotype n (%)	33 (36%)	39 (42%)	0.37 ²
DIE without endometrioma phenotype n (%)	59 (64%)	53 (58%)	0.42 ²

1: Student test. 2: Chi-2 test.

Table 2
Fertility outcomes after propensity-score matching.

	First-line ART (n=92)	First-line Surgery (n=92)	p-value
Number of ICSI-IVF attempts mean (\pm sd)	1.6 (\pm 0.88)	1.2 (\pm 1.1)	0.0061
Pregnancy rate %(n)	35% (32/92)	72% (66/92)	<0.001 ²
Non-ART	0	18% (17/92)	-
After ART	35% (32/92)	72% (47/68)	<0.001 ²
Live-birth rate%(n)	24% (22/92)	61% (56/92)	<0.001 ²
Cumulative pregnancy rate (%)			
1 st cycle	19.60%	51.50%	<0.001 ³
2 nd cycle	37.40%	66.20%	
3 rd cycle	55.30%	75.50%	
4 th cycle	73.20%	89.50%	
Cumulative live birth rate (%)			
1 st cycle	13.00%	46.30%	<0.001 ³
2 nd cycle	25.10%	51.20%	
3 rd cycle	46.50%	64.50%	
4 th cycle	57.20%	79.70%	

1: Student test. 2: Chi-2 test. 3: log-rank test.

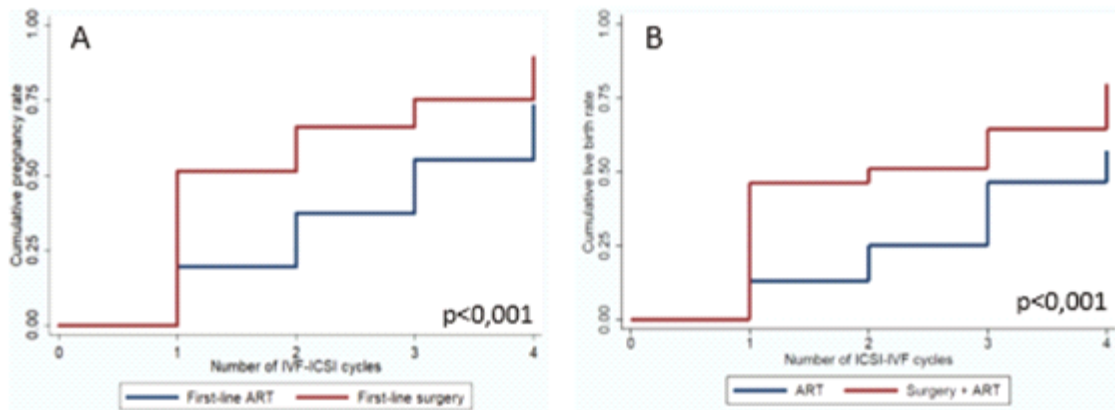


Fig. 2. (A) Cumulative pregnancy rates according to treatment strategy. (B) Cumulative live birth rates according to treatment strategy.

Table 3
Fertility outcomes according to prognostic parameters.

Fertility parameter	Pregnancy rate		p-value	Live birth rate		p-value
	ART	Surgery		ART	Surgery	
Age > 35 years	25 % (6/24)	61 % (14/23)	0.013 ¹	8 % (2/24)	48 % (11/23)	0.002 ¹
AMH < 2.0 ng/mL	31 % (9/29)	72 % (33/46)	0.001 ¹	17 % (5/29)	61 % (28/46)	<0.001 ¹
Adenomyosis	30 % (6/20)	68 % (17/25)	0.011 ¹	20 % (4/20)	60 % (15/25)	0.007 ¹
Good prognosis	37 % (15/41)	72 % (15/21)	0.009 ¹	32 % (13/41)	62 % (13/21)	0.023 ¹

1: Chi-2 test. "Good prognosis" refers to women ≤ 35 years old, with an AMH serum level ≥ 2.0 ng/mL, and without adenomyosis.

Table 4
Univariable and multivariable logistic regression on the pregnancy rate and the live birth rate.

Variable	Pregnancy rate		Live birth rate	
	Univariable	Multivariable	Univariable	Multivariable
Age	OR [95%CI] 0.91 [0.84-0.97]	OR [95%CI] 0.90 [0.83-0.98]	OR [95%CI] 0.90 [0.84-0.97]	OR [95%CI] 0.89 [0.82-0.96]
BMI	0.99 [0.92-1.06]		1.01 [0.94-1.09]	
Smoking	1.82 [0.86-3.85]		1.37 [0.67-2.83]	
Infertility				
Primary				
Secondary	1.63 [0.84-3.17]		1.37 [0.71-2.63]	
Infertility duration	1.0 [0.99-1.01]		1.0 [0.99-1.01]	
Prior delivery	1.58 [0.72-3.46]		2.37 [1.09-5.14]	3.33 [1.30-8.56]
Male factor	1.64 [0.89-3.0]		1.43 [0.78-2.6]	
Adenomyosis	0.89 [0.46-1.75]		0.99 [0.50-1.96]	
AMH	1.02 [0.97-1.07]		1.01 [0.96-1.06]	
Associated endometrioma	3.02 [1.66-5.52]	2.18 [1.12-4.25]	2.71 [1.48-4.98]	1.91 [0.95-3.80]
Group				
First-line ART				
First-line surgery	4.76 [2.55-8.89]	3.72 [1.90-7.25]	4.95 [2.62-9.35]	4.31 [2.15-8.63]

All the variables in the first column were tested in the univariable regression model. All the variables associated with the dependent variable with a p-value < 0.1 were integrated in the multivariable logistic regression.

Pelvik Organ Prolapsusu İçin Obliteratif Bir Cerrahi Olarak Kolpogleizis: 21. Yüzyılda Hala Geçerli Bir Seçenek Mi?

COLPOCLEISIS AS AN OBLITERATIVE SURGERY FOR PELVIC ORGAN PROLAPSE: IS TI STILL A VIABLE OPTION INT ETWENTY-FIRST CENTURY? NARRATIVE REVIEW.

MAGDALENA EMILIA GRZYBOWSKA, ET AL. INTERNATIONAL UROGYNECOLOGY JOURNAL 2022; 33: 31-46.

Özetleyen: Dr. İnci Sema Taş

Link: <https://doi.org/10.1007/s00192-021-04907-7>

Özet:

Giriş: Çalışmanın amacı son yirmi yıldaki literatürü gözden geçirmek ve kolpogleizis ile ilgili çalışmaların tedavi etkinliğini ve bulgularını analiz etmektir.

Yöntem: MEDLINE/PubMed ve ClinicalTrials.gov veri tabanlarında pelvik organ prolapsusu (POP), kolpogleizis, obliteratif ve LeFort anahtar kelimeleri kullanılarak sistematik arama yapılmıştır.

Bulgular: Toplam 237 makale tespit edildi ve 49'u kriterleri karşılamıştır. Ortalama hasta yaşı 69.0 ± 8.0 ile 84 ± 3.1 arasındaydı. Kolpogleizis uygulanan hastaların %90,2'sinden fazlasına POP evre ≥ 3 tanısı konuldu. Takip süresi 30 gün ile 5 yıl arasında değişmekteydi. POP-Q evresi ≤ 1 ve himenin ötesinde prolapsus olmaması olarak tanımlanan anatomik başarı, tüm hastaların sırasıyla %62,5 ile 100'ünde ve %87,5 ile 100'ünde elde edilmiştir. Subjektif başarı %88 ile %100 arasında değişmektedir. Koital yeteneğin kaybından duyulan pişmanlık birçok çalışmada %0 ile %12,9 arasında, genel karar pişmanlığı ise %0 ile %13,8 arasında değişmektedir. Eşzamanlı midüretal sling ameliyatından sonra, tüm hastaların %86,8 ile %94'ü kontinan olmuş ve idrar retansiyonu nedeniyle sling revizyon oranı %0-14 olmuştur. İdrar yolu enfeksiyonu en yaygın ameliyat sonrası komplikasyondur (idrar kültürü ile doğrulanmış %4,3 ile 9, semptom tanımına göre %34,7). Bağırsak (%0 ile %2,7) ve idrar yolu (%0 ile %9,1) yaralanmaları eşlik eden prosedürlerin komplikasyonları olarak bulundu. Mortalite oranları %1.3 olarak tespit edildi.

Sonuç: Kolpogleizis, yüksek subjektif ve objektif başarı, düşük koital yetenek pişmanlığı ve düşük komplikasyon riski ile karakterize heterojen bir prosedürdür.

GİRİŞ

Pelvik organ prolapsusu (POP) onarımı için cerrahi müdahale, rekonstrüktif ve obliteratif cerrahi şeklinde olabilir. Rekonstrüktif cerrahide doğal doku onarımı ve meş ile güçlendirilmiş prosedürler kullanılırken, özellikle çok sayıda komorbiditesi olan ve gelecekte cinsel aktivite isteği olmayan bazı hastalarda obliteratif cerrahi seçeneği düşünülebilir. Kolpogleizis vajinal ilişkiyi imkansız hale getirdiğinden, ağırlıklı olarak yaşlılar için önerilmektedir.

Kolpogleizis lokal anestezi kullanılarak gerçekleştirilebilir. Ameliyat sırasında vajinal epitel, uterus korunmuşsa drenaj tünelleri oluşturmak için yanlarda epitelyal şeritler bırakılarak veya bırakılmadan, altta yatan fibromusküler tabakalardan anterior ve posterior olarak diseke edilir. Anterior ve posterior duvarlar, himenin birkaç santimetre yukarısından birbirine dikilir. Sonrasında vajinanın superior ve inferior kenarları yatay olarak dikilir. Genital hiatus desteği için, prosedürün doğal bir parçası olmasa da, perineal onarım ve/veya levator plikasyonu sıklıkla birlikte yapılır. Tekniğin bazı modifikasyonları arasında anterior ve posterior vajinal duvarlar arasında sentetik veya biyolojik greft kullanılması yer almaktadır.

TJODist Bülteni

Okült stres üriner inkontinans (SÜİ), ilerlemiş prolapsus olan tüm kadınların neredeyse %70'inde bildirilmektedir. Bu nedenle, birçok araştırmacı kolpopleizis ile birlikte uygulanan anti-inkontinans prosedürünün sonuçlarını da değerlendirmektedir.

Önemli bir geçmişe sahip olmasına rağmen, yüksek etkinlik ve düşük komplikasyon ve yan etki sağlamayı amaçlayan kolpopleizis prosedürünü iyileştirme arayışları devam etmektedir. Prosedürün muhalifleri, vajinal koital fonksiyonun geri dönüşü olmayan kaybı nedeniyle, kolpopleizisin önemli post factum pişmanlık ile ilişkili olduğunu iddia etmektedir. Bununla birlikte, düşük pişmanlık oranları ve pelvik semptomlar üzerinde olumlu etki kanıtlayan çalışmalar yayınlanmıştır.

Kolpopleizisin bir diğer tartışmalı yönü, uterusun korunması durumunda, servikal veya endometriyal malignite için postoperatif tanısal testlerin yapılma olasılığının kaybolmasıdır. Endometrium kanseri riski eş zamanlı histerektomiye haklı çıkarmak için çok düşük görünse de, bazı uzmanlar kolpopleizisten önce asemptomatik hastalarda uterin kavitenin ultrason veya örnekleme ile değerlendirilmesini önermektedir. Bununla birlikte, düşük riskli kadınlarda LeFort kolpopleizis öncesinde endometriyal değerlendirme yapılmaması daha maliyet faydalıdır. Bu çalışmanın amacı, son yirmi yılda kolpopleizis ile ilgili literatürü gözden geçirmek ve tedavi etkinliğini ve POP yönetimi ile ilgili kararları etkileyebilecek çalışmaların bulgularını analiz etmektir.

GEREÇ ve YÖNTEMLER

Literatür taraması 2000-2020 yılları arasındaki veriler arasında, MEDLINE/PubMed ve ClinicalTrials.gov veri tabanları kullanılarak gerçekleştirilmiştir.

BULGULAR

Toplam 237 yayın tespit edilmiştir. Ortalama hasta yaşı 69.0 ± 8.0 [39] ile 84 ± 3.1 yıl arasında değişmektedir. Toplam 4.776 kişiden oluşan geniş bir veri tabanında 20-39 yaş arası 47 (%0,9) hastaya kolpopleizis uygulandığı tespit edilmiştir. Kolpopleizis uygulanan hastaların %90,2 ila %100'üne POP-Q evre ≥ 3 tanısı konulmuştur.

Objektif başarı: POP-Q evresi ≤ 1 olarak tanımlanan anatomik başarı %62,5 ile %100 arasında değişmektedir. Kolpopleizisin başarılı sonucunu "nüks yok" olarak tanımlayan çalışmalarda oranlar %91,3, %99,6 ve %100'dür. Nüks görülen hastaların prolapsus süresi kolpopleizis başarılı sonuçlananlara göre daha uzun bulunmuştur ($24,6 \pm 22,8$ vs $8,0 \pm 12,9$ yıl, $p = 0,02$). Genital hiatus genişliği ve total vajinal uzunluk prolapsus nüksü riskinde artış ile ilişkilendirilmiştir.

Subjektif başarı: Çeşitli çalışmalarda subjektif memnuniyet değerlendirmesi için farklı yöntemler kullanılmıştır. PGI-I ölçeğinde hastaların "çok daha iyi" veya "daha iyi" olduğunu belirtmesi genellikle "başarı" olarak tanımlanır. Analiz edilen çalışmalardaki başarı yüzdeleri %89,7- %100 arasında değişmektedir. Barber ve arkadaşları tarafından yapılan bir çalışmada, kadınların yalnızca %47'si PGI-I'de "daha iyi" ya da "çok daha iyi" olduklarını belirtirken, %37'si "biraz daha iyi" olduklarını belirtmiştir. Aynı zamanda, kolpopleizis ameliyatı geçiren deneklerin %90'ı aynı tedaviyi tekrar seçeceklerini belirtmiştir. Ameliyat öncesi ve sonrası sonuçları karşılaştıran PFDI analizi, birçok çalışmada PFDI-20 veya PFDI-46'nın tüm alt ölçeklerinde önemli iyileşme olduğunu göstermiştir. Genel memnuniyet sorusunun uygulanmasıyla ölçülen başarı oranları %88 ile %97,1 arasında değişmektedir. Büyük çalışmalarda, >100 kadın arasında, subjektif başarı oranları %92,9, %97,1 ve %95 olmuştur. Hastaların %90'ından %100'üne kadarının aynı prosedürü tekrar geçireceği ve %91,3'ünün ameliyatı başkalarına tavsiye edeceği belirtilmiştir.

Beden algısı: Hastaların çoğu (%96) vücut imajlarındaki iyileşmeden memnun kalmış, %82'si vücutlarını "daha iyi hissettiklerini" bildirmiştir. Koski ve arkadaşları tarafından yapılan bir çalışmada, ortalama 31 aylık bir takip sonrasında, tüm hastaların %50'si vücut imajlarında "iyileşme" olduğunu, %36'sı ise "değişiklik olmadığını" bildirmiştir. Fitzgerald ve ark. tarafından yapılan bir çalışmada ameliyattan 1 yıl sonra hasta tarafından bildirilen

TJODist Bülteni

vücut imajı, başlangıçla karşılaştırıldığında hastaların %61'inde "iyileşme", %37'sinde "aynı" ve %2'sinde "daha kötü" bulunmuştur. Öte yandan, Katsara ve arkadaşlarının çalışmasında kadınların %90'ı, Deval'ın çalışmasında ise hastaların tamamı, prosedürün etkilemediği değişmemiş vücut imajı bildirmiştir.

Pişmanlık oranı: Ameliyattan sonra penetratif vajinal ilişki yeteneğinin kaybı, kolpoplekzis önemli bir yönü olmaya devam etmektedir. Bu konu literatürde "kolpoplekzis sonrası pişmanlık" olarak ifade edilmektedir. Bu çalışmada, pişmanlık "genel karar pişmanlığı" ve "cinsel ilişki becerisi pişmanlığı" olarak alt kategorilere ayrılmıştır. Genel pişmanlık oranı %0 ile %13,8 arasında değişmektedir. Başlıca nedenler arasında POP nüksü, idrar kaçırma veya ameliyat sonrası komplikasyonlar yer almaktadır. Fitzgerald ve arkadaşları tarafından yapılan bir çalışmada, 1 yıllık takip sonrasında kadınların sırasıyla %3'ü, %87'si ve %10'u "daha kötü", "aynı" veya "daha iyi" cinsel işlev bildirmiştir. Deval, kadınların %52'sinin kolpoplekzisten sonra klitoral stimülasyon yoluyla cinsel olarak aktif kaldığını bulmuştur.

Kolpoplekzisin bağırsak semptomları üzerindeki etkileri: Kolpoplekzis geçiren kadınlar arasında, ameliyat öncesinde %77'sinde obstrüktif semptomlar (%17-26), inkontinans (%12-35) ve ağrı/tahriş (%3-34) dahil olmak üzere en az bir rahatsız edici bağırsak semptomu mevcuttu. Kolorektal Distres Envanteri (CRADI) skorları kolpoplekzisten sonra önemli ölçüde azalmış ki bu kolorektal semptomlardan daha az rahatsızlık duyulduğunu göstermektedir. Takibin 1. yılında, semptomlar daha azalmıştır ve hayat kalitesi anketlerinin (CRADI ve Kolo-Rektal-Anal Etki Anketi) kolorektal alan skorları önemli ölçüde iyileşmiştir. Düşük oranda de novo semptom (%0-14) ortaya çıkmıştır.

Histerektomi kararı: Birçok çalışmada kolpoplekzis histerektomi ile kombine edilmektedir. 2019 yılında vajinal histerektomi (VAH) ile total kolpoplekzis ve vajinal histerektomi eklenen total kolpoplekzisi karşılaştıran bir çalışmada, VAH hematokritteki mutlak değişimde (%11,9'a karşı %9,5, $p = 0,01$) ve transfüzyon ihtiyacında (%35,1'e karşı %12,7, $p = 0,02$) önemli bir artışla ilişkilendirilmiştir. VAH ile birlikte total kolpoplekzis uygulanan kadınlarda hemogloblin düşüşü sadece kolpoplekzis uygulanan kadınlara göre daha yüksektir. Hill ve arkadaşları, eşlik eden VAH ile daha yüksek kan kaybı (253 vs 146 ml, $p = 0,01$), daha yüksek transfüzyon oranı (%9,3 vs %4,3, $p = 0,02$) ve daha uzun ameliyat süresi (144 vs 111 dk, $p < 0,001$) bildirmiştir. Total kolpoplekzis grubundaki tahmini kan kaybı, parsiyel kolpoplekzis grubuna göre önemli ölçüde daha fazladır (149 ± 127 ml vs 90 ± 56 ml, $p = 0,002$). Amerika'da 1.027 hastayla yapılan bir çalışmada, kolpoplekzis sırasındaki VAH, ciddi tıbbi komplikasyonlarla bağımsız olarak ilişkili tek değişkendi ($p < 0,05$). Anestezi türleri de çalışmalar arasında farklılık göstermektedir. Son çalışmalarda, monitörize anestezi bakımı ve intravenöz sedasyon yalnızca nadir durumlarda kullanılmıştır. Genel anestezi, uygulanan en yaygın anestezi türü olmaya devam etmektedir.

Kolpoplekzis ve midüretal sling: Kolpoplekzis ile birlikte MUS sonrası hastaların %86,8- %94'ü kontinan olmuştur. Agarwala ve arkadaşları, MUS (28 polipropilen meş ve 11 ksenogreft) dışında, askıdan kalan meş şeritlerini puboservikal ve rektovajinal fasya arasına yerleştirerek ekstra destek sağlamışlardır. Fitzgerald ve arkadaşları tarafından otolog fasya subüretal sling kullanılmış ve hastaların %86'sının kontinan olduğu ve kadınların %14'ünde kalıcı SUI olduğu bildirilmiştir. Ciddi prolapsusu olan hastalarda MUS uygulanması, ameliyat öncesi ve sonrası üriner disfonksiyonunun kapsamlı bir analizini gerektirir. Kolpoplekzis uygulanan tüm kadınların %31,6-45'inde ameliyat öncesi >100 ml post-void rezidü (PVR) bildirilmiştir. PVR'nin >100 ml olması ve anormal işeme veya anormal idrar akışı varlığı olarak tanımlanan ameliyat öncesi işeme disfonksiyonu, hastaların %26,7- %35,8'inde teşhis edilmiştir. Smith ve arkadaşları tarafından yapılan bir çalışmada, MUS uygulanması, hastaların %1,9'unda ameliyattan sonra 6 haftadan uzun süre devam eden de novo işeme disfonksiyonu ile sonuçlanmış ve sling revizyon oranı %0,6 olmuştur. Diğer yazarlar %0- 14 oranında idrar retansiyonu nedeniyle subüretal meşi serbestleştirme/sling revizyonu bildirmiştir. Catanzarite ve ark. kolpoplekzis sonrası 30 günlük komplikasyon oranlarını MUS yerleştirilmesine göre alt gruplara ayırarak bir analiz yapmıştır. Eşzamanlı sling yerleştirilen ve yerleştirilmeyen 92 ve 191 kadından oluşan iki grupta, benzer komplikasyon oranları (%7,9'a karşı %8,7), idrar yolu enfeksiyonu (İYE; %5,8'e karşı %7,6), ameliyathaneye dönüş (%2,1'e karşı %2,2) ve mortalite (%0'a karşı %1,1) bildirmişlerdir. MUS veya diğer anti-inkontinans prosedürleri ile kolpoplekzis sonrası alt üriner sistem semptomlarının neden olduğu etki ve sıkıntıyı değerlendiren hayat kalitesi anketlerinde önemli iyileşme bildirilmiştir.

Obliteratif vs rekonstrüktif cerrahi: Birkaç çalışma obliteratif ve rekonstrüktif cerrahiye karşılaştırmıştır. Obliteratif cerrahi geçiren hastalar önemli ölçüde daha yaşlı, daha ileri POP'lu ve daha yüksek oranda morbiditeye sahipti. Bazı yazarlar hiçbir fark bulamazken, diğerleri rekonstrüktif cerrahi geçiren kadınlarda daha ciddi komplikasyonlar bildirmiştir. 2016 yılında yapılan bir çalışma, rekonstrüktif cerrahi grubunda daha yüksek oranda III. derece Clavien-Dindo ölçeği komplikasyonu olduğunu doğrulamaktadır (%16,9'a %13,0, p = 0,02). Sung ve arkadaşları da daha yüksek komplikasyon riski bildirmiştir (%24,7'ye %17,0, p < 0,01). POP onarımı geçiren 12.731 kadınla yapılan bir çalışmada, prosedürün türü daha yüksek veya daha düşük postoperatif komplikasyon oranlarıyla ilişkili bulunmamıştır. Ancak obliteratif cerrahi uygulanan hastalarda arka kompartman prolapsus riski daha yüksektir (OR 22; %95 CI, 2.3-196; p < 0.002). Yukarıda belirtilenlerin ötesinde, obliteratif cerrahinin ortalama süresi rekonstrüktif cerrahiye göre daha kısaydı (150 ± 23 vs 180 ± 16 dakika ve 1.92 vs 2.66 saat, p < 0.001). Kolpoplekzis uygulanan hastalar diğer rekonstrüktif ameliyatlara kıyasla en düşük ortalama morfin miligram eşdeğeri (MME) (137,6 ± 99,8 mg) alırken, en yüksek ortalama MME laparoskopik uterus sakral ligament süspansiyonu (214,1 ± 87,5 mg) uygulanan hastalara reçete edilmiştir (p < 0,0001). Buna ek olarak, kolpoplekziste hemoglobin düşüşü rekonstrüktif prosedürlere göre önemli ölçüde daha düşüktü (p < 0,05). Bununla birlikte, çoğu çalışma, duruma özgü yaşam kalitesi ve ameliyat sonrası hasta memnuniyeti ölçümlerindeki iyileşmenin, rekonstrüktif veya obliteratif cerrahi uygulanan prolapsuslu kadınlarda karşılaştırılabilir olduğunu oybirliğiyle doğrulamıştır.

Komplikasyonlar: Komplikasyon ve Yoğun Bakım Ünitesine (YBÜ) kabul oranları düşük olup, ortalama oranlar sırasıyla %6,8 ve %2,8'dir. Ameliyathaneye geri dönüş oranı %0 ile %8,1 arasında bildirilmiştir. İdrar yolu enfeksiyonu en sık görülen ameliyat sonrası komplikasyondur. İlk 30 peri-operatif gün boyunca, 1.027 olgu arasında yapılan bir çalışmada İYE oranı %4,3 ve eşlik eden sling yerleştirilmesi ile birlikte olmayan kolpoplekzis üzerine yapılan bir çalışmada %5,8'e karşı %7,6 (p = 0,55) idi. Buna karşılık, İYE'yi aciliyet veya sıklık semptomları veya dizüri ve/veya pozitif idrar kültürü olarak tanımlayan Hill ve arkadaşları, cerrahi işlemden sonraki ilk 6 hafta içinde %34,7'lik bir oran bildirmiştir. 310 hastayı kapsayan bir çalışmada, idrar kültürü ile doğrulanan İYE oranı %9'dur. Kültür alınamayan İYE şüphesi için antibiyotik başlanması ise %26,1 oranında sonuçlanmıştır. Rektal veya bağırsak yaralanmaları, çoğu çalışmada bulunmayan veya tek vakada ya da birkaç hastada görülen nadir komplikasyonlardır. Bunlar grubun %0,6- 0,8'ini oluşturmaktadır (Tablo 3). Üriner sistemde intraoperatif yaralanma, eğer meydana gelirse, en sık hastaların %0,7- %9,1'inde bildirilen mesane yaralanmalarını içerir. Bunun dışında Hill ve ark. vajinal histerektomi ile birlikte kolpoplekzis yapılan grupta üretral ve ureter yaralanması bildirirken, Fitzgerald ve ark. üreter kink ve üretral yaralanmadan bahsetmiştir. Von Pechmann ve ark., üreteral açıklığı sistoskopik olarak doğrulamak için total kolpoplekzis sırasında intravenöz indigo karmin uygulamış ve toplam grupta %4,3 oranında geri dönüşümlü üreteral oklüzyon bulmuşlardır: histerektomi yapılmayan grupta 1 hasta (%1. 8) ve histerektomi grubunda 3 hasta (%8,1) (p = 0,3).

Mortalite: 145 ABD tıp merkezinden elde edilen verilere dayanarak, 30 günlük mortalite oranı %0,15'tir. Tek merkezli çalışmalarda oranlar %0,4 ve ameliyat öncesi metastatik akciğer kanseri tanısı olan bir hastada ameliyat sonrası 28. günde pulmoner komplikasyonlar nedeniyle %1,1 ve ameliyattan 3 hafta sonra ameliyatla ilgili olmayan multisistem organ yetmezliği nedeniyle %1,6 idi. Zebede ve ark. 2 pulmoner emboli, 1 sepsis ve bağırsak yaralanması sonrası multiorgan yetmezliği ve ameliyattan 42 gün sonra meydana gelen 1 MI olmak üzere 4 ölüm (%1,3) bildirmiştir. Çok merkezli bir çalışmada 152 hasta arasında oran %0,65 olup, ameliyattan 5 ay sonra sepsis ve konjestif kalp yetmezliği sonucu bir ölüm gerçekleşmiştir.

TARTIŞMA

Bu derlemede, kolpoplekzisin yüksek anatomik ve subjektif başarı oranı ile güvenli bir prosedür olduğu sonucuna varılmaktadır.

Ameliyattan duyulan pişmanlık, bildirilmişse de, çoğunlukla pelvik taban semptomları, özellikle üriner semptomlar ve/veya yeniden ameliyat gerekliliği ile ilişkilidir. Tekrarlayan POP nedeniyle yeniden ameliyatlara nispeten nadirdir (%10'a kadar), bu da diğer doğal doku onarımlarına kıyasla benzer veya daha düşük bir nüks oranıdır.

TJODist Bülteni

Pişmanlığın nedenleri arasında ayırım yapmak önemlidir. Çoğu çalışma koital beceriye ilişkin pişmanlığı analiz etmiştir. Daha ayrıntılı analizler, bir grup hastanın kolpopleizisten sonra klitoral stimülasyon yoluyla cinsel olarak aktif kaldığını bulmuştur. Buna karşılık, ameliyat öncesi cinsel aktivite varlığı obliteratif cerrahiye ilişkin daha fazla pişmanlık kararıyla ilişkilendirilmiştir.




























Ciddi intraoperatif komplikasyonlar seyrek görülmüştür. Yine de, bu hasta grubunda komorbiditeler ve mortalite oranları göz önünde bulundurulmalıdır.

Eş zamanlı VAH oranları da merkezler arasında farklılık göstermektedir, ancak prosedür tipik olarak daha yüksek kan kaybı riski ve uzamış ameliyat süresi ile ilişkilidir. Buna karşılık, farklı karar analizi modellerine göre, VAH'ın uterusu beklenmeyen patoloji ve maligniteye karşı koruyucu değeri yalnızca genç kadınlarda (<40 yaş) gözlemlenebilir. Bu nedenle, eşzamanlı histerektomi endikasyonları bireysel olarak değerlendirilmelidir. Sıklıkla "parsiyel kolpopleizis" olarak adlandırılan LeFort kolpopleizisi, sadece uterusu korunmuş kadınlarda değil, aynı zamanda vajinal kafa da uygulanabilir. Prosedürün ayrıntılı bir tanımı bilinmeden kesin ameliyat tipi belirlenemez. Literatürün bu incelemesi, çeşitli yazarlar tarafından kullanılan terminolojinin tutarsız olduğunu ortaya koymuştur; bu nedenle, obliteratif cerrahilerin terminolojisini birleştiren mevcut terminoloji raporu özellikle yararlıdır.

SONUÇ

Beklentilerin aksine, literatürün bu derlemesi, kolpopleizisin tarihsel bir operasyon olmaktan ziyade, 21. yüzyıl pelvik taban cerrahisi tedavi seçeneklerinde halen yer aldığına ve faydalı olduğuna dair kanıtlar sunmaktadır.

Kolpopleizis; yaklaşık 150 yıl önce tanıtılmış olmasına rağmen, düşük intra ve postoperatif komplikasyon riski nedeniyle, POP yönetimi konusunda hasta beklentilerini karşılamaya devam etmektedir.

-  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