



# TJODist Bülteni

## KASIM 2017



Sayın meslektaşlarım;

Bu dönemin ilk toplantısını 15 Ekim'de gerçekleştirdik ve yararlı bir toplantı olduğunu düşünüyoruz. Oldukça yoğun bir katılım oldu ve 180 nin üzerinde meslektaşımız toplantıya katıldı. Yeni toplantı yerinde bazı aksaklıkların olduğunu biliyoruz. Bunlar bir sonraki toplantılarda düzeltilecektir.

Meslek örgütümüzün temel görevlerinden birinin yeni gelişmeleri üyelerine en pratik şekilde sunmaktır. Bu çerçevede yeni ve pratik önemi olan yayınların, özetini sayı ve çeşitliliği artırarak web üzerinden sunmaya devam edeceğiz. Bu çalışmalar için genç arkadaşlarımızdan destek alacağız. Farklı kurumlardan bu dönem için meslektaşlarımız ; **Dr. Hakan Erenel, Dr Engin Türkgelli, Dr. Nadiye Köroğlu, Dr. Engin Çelik, Dr. Berna Aslan Çetin ve Dr. Cenk Yaşa** bizlere yardımcı olacaktır. Kendilerine şimdiden teşekkür ediyoruz.

Bu ay sizlere dört önemli çalışmanın özetini sunuyoruz. Bunlardan ilki **asemptomatik myomların çıkartılmasının infertilite üzerine etkisini** araştıran bir çalışma ve ikinci çalışma **uterin prolapsus olgularında histerektominin gerekliliğini** irdeleyen bir metaanalizdir. Üçüncü çalışmalar en sık yapılan operasyonlardan olan **sezaryen da insizyon yerini kapatma tekniği** ile ilişkilidir. Dördüncü ve sonuncu çalışma **intrauterin inseminasyonla ilişkilidir**. Bu ay sizlere sunduğumuz derleme yazı konusu **Servikal Yetmezliktir** ve **Dr. Veli Mihmanlı** tarafından yazıldı.

**Ürojinekoloji ve Cinsel Fonksiyon Bozuklukları 5 Kasım**da başka bir açıdan irdelenecektir. Tüm meslektaşlarımızı bu ve sonraki toplantılara bekler saygılarımı sunarım.

En derin saygılarımızla

**Prof. Dr. Fuat Demirkıran**  
Tjod İstanbul Y.K. adına

# TJODist Bülteni

## TJOD İSTANBUL ŞUBESİ BİLİMSEL TOPLANTISI

Yer: **HİLTON İSTANBUL BOSPHORUS**

5 KASIM 2017 PAZAR

ÜROJİNEKOLOJİ ve CİNSEL DİSFONKSİYON

Konu Başkanları: Süleyman Engin Akhan - Funda Güngör Uğurlucan

09:00 - 10:00 Sabah Kahvaltısı

10:00 - 10:05 Açılış

### 1. Oturum: ÜROJİNEKOLOJİ

Oturum Başkanları: Önay Yalçın - Yavuz Tahsin Ayanoğlu

10:05 - 10:20 Pelvik Taban Sağlığı

Önay Yalçın

10:20 - 10:40 Pelvik Taban Disfonksiyonunu Engellemek İçin Doğum Şekli Değiştirilmeli mi?

Berna Haliloğlu Peker

10:40 - 11:00 TOT, TVT, Mini-Sling? Hasta ve Teknik Seçiminde Temel Noktalar.

Hüseyin Cengiz

11:00 - 11:20 Aşırı Aktif Mesaneye Güncel Yaklaşım, Yeni Preparatlar, Yeni Mekanizmalar

Alparslan Baksu

11:20 - 11:35 Uydu Toplantısı ASTELLAS 

11:35 - 11:55 Tartışma

11:55 - 12:15 Kahve Molası

### 2. Oturum: CİNSEL DİSFONKSİYON

Oturum Başkanları: Sezai Şahmay - Süleyman E. Akhan

12:15 - 12:35 Cinsel Ağrı Bozukluklarında Jinekoloğun Yeri ve Hasta Yönetimi.

Funda Güngör Uğurlucan

12:35 - 12:55 Pelvik Taban Disfonksiyonu ve Cinsel Fonksiyon Bozuklukları (VVS, Pelvik Taban spazmı, Pudental Sinir Sıkışması)

Süleyman Akhan

12:55 - 13:15 Vaginal Meşler ve Cinsel Disfonksiyon, Hasta Yönetimi

Süleyman Salman

13:15 - 14:00 Olgu sunumları

Süleyman Akhan

Funda Güngör Uğurlucan

14:00 - 14:30 Tartışma

# TJODist Bülteni

15 Ekim 2017 Postpartum Kanamalar ve Malpraktis Toplantısından Kareler



# TJODist Bülteni

15 Ekim 2017 Postpartum Kanamalar ve Malpraktis Toplantısından Kareler



## 15 Ekim 2017 Postpartum Kanamalar ve Malpraktis Toplantısında Konuşulanlar ve Öneriler

Yazan: **Uzm Dr Berna Aslan Çetin**

Sağlık Bilimleri Üniversitesi Kanuni Sultan Süleyman Eğitim ve Araştırma Hastanesi

### Oturum: Postpartum Kanamalar

**Veli Mihmanlı:** Postpartum kanama nedenleri, Maternal mortalite ve morbidite

Postpartum kanama maternal mortalitenin/morbidityenin önenebilir **en önemli sebebidir.**

- Mortalite sıklıkla kanama miktarının doğru tahmin edilememesi ve geç tanı konulmasına bağlıdır. Postpartum kanama miktarını hekimler genellikle olduğundan daha az tahmin etmektedir ve bu nedenle müdahalede geç kalınmaktadır.
- Hipovolemi belirti ve bulguları; total volümün %25-35'i kaybedilince ortaya çıkmaktadır. Bu da müdahalede gecikmeye neden olabilmektedir.
- Postpartum kanama tanısı konulduğunda kanama nedeni süratle belirlenip multidisipliner yaklaşım sergilenmelidir.
- Türkiye'de postpartum kanama hala maternal ölümlerin en sık sebebidir. Bu yüzden doğum öncesi riskli hastaların saptanıp uygun önlemlerin alınması gereklidir.

**İbrahim Kalelioğlu:** Plasenta yapışma anomalileri- Prenatal tanısı

Plasenta yapışma anomalilerini ilk üçayda öngörmek mümkündür.

- Sezaryen skar gebelikleri, invazyon anomalisi olarak devam etmektedir.
- Yapışma anomalileri için Ultrasonografi ilk sıra tarama aracıdır, Ultrasonografide:
  1. -Lakünler, "Clear zone" kaybı, Myometriyal incelleme, Mesane seroza kompleksinde kesinti, Plasentanın mesaneye bombeleşmesi, Plasentanın çevre dokulara uzanımı görülebilir.
  2. PPD en iyi olan **mesaneye doğru bazala dik vaskülarizasyonlardır.**
  3. NPD en iyi olan **Clear zone kaybıdır.**
  4. En iyi sensitivite **lakünlerin** görülmesidir, ama PPD düşüktür.
- Ultrasonografi ile şüphede kalırsa MRI ile değerlendirilmelidir. MRI obezlerde, arka duvardaki plasentalarda, invazyonun derinliğini ve yaygınlığını belirlemede faydalıdır.

**Mahmut Öncül:** Plasenta yapışma anomalilerinde tedavi

\* Tanıyı koyup hasta tersiyer bir merkeze yönlendirilmelidir.

- Laparotomi sırasında beklenmedik plasenta previa-akreta ile karşılaşıldığında hemodinami stabil durumda ancak olanaklar uygun değilse olanaklar hazır olana kadar uterin insizyon yapılmamalıdır, batin kapatılıp hasta tersiyer bir merkeze sevk edilmelidir. Fetusu acil doğurtmak gerekir ise plasentanın uzağından uterin insizyon yapılarak, fetus doğurtulmalıdır; plasentaya dokunmadan uterus kapatılıp tersiyer bir merkeze sevk edilmelidir.
- ACOG plasenta previa-akreta olgularının tersiyer merkezlerde yönetilmesini önermektedir. Sezaryen histerektomi önerilen tedavi şekli iken fertilitte arzusu olan hastalarda konservatif cerrahi uygulanabilir. Konservatif cerrahi seçenekleri; plasentanın yerinde bırakılması, plasenta ile birlikte invaze myometriyumun rezeksiyonu ve plasentanın çıkartılıp, sütür ve balon tamponad uygulanmasıdır. Metotreksat tedavide önerilmemektedir.
- Konservatif cerrahi başarılı olmadıysa histerektomi kararında gecikilmemelidir.

# TJODist Bülteni

**İsmail Özdemir:** Postpartum atoni- tanı ve yönetimi

\* Hemodinamik stabiliteyi sağlayana kadar kritik hastalarda Aort basısı uygulanabilir.

\* Kompresyon sütürleri, plasental yatağa atılınca başarılıdır.

\* Uterin arter bağlanması, uterin devaskularizasyon sağlayarak kanmayı durdurmada etkilidir.

**Oktay Demirkıran:** Postpartum kanamalarda hemodinami yönetimi

\* Birincil hedef; Ringer laktat ve kolloid sıvılarla volüm replasmanı ve perfüzyonun bozulmasına neden olan kanamayı durdurma. Serum fizyolojik pH 7.35'dir, bu yüzden replasmanda kullanılmamalıdır. Perfüzyonu bozulan hastalarda hiperglisemi de geliştiği için Dextrozlu serumlardan kaçınılmalıdır.

\* İkincil hedef; iskeminin önlenmesi ve infalatuvar mediyatör salınımının azaltılmasıdır.

**Oturum (Panel): Malpraktis Paneli**

**Hakan Hakeri:** Tıbbi Onam ve önemi

\* Aydınlatılmış onamı hastanın kendisi imzalamalıdır. Aydınlatılmış onamlarda hastanın durumuyla ilgili özel durumlar el yazısıyla yazılmalı ve hasta yeterince aydınlatılmalıdır.

\* Acil durumlarda onam gerekli değildir.

**Rıza Madazlı:** Savunmada dikkat edilecek konular; Obstetrikte

\* Doğumun 1. Evresinde 30 dakikada bir, 2. Evrede 5 dakikada bir oskültasyon yapılmalıdır.

\* Yapılan herşey kayıt altına alınmalı ve hasta dosyaları detaylı yazılmalıdır.

**Fuat Demirkıran:** Savunmada dikkat edilecek konular; Jinekolojide

\* Uygulanan tedavinin (cerrahinin) tatminkar gerekçesi olmalıdır.

\* Operasyon seyri ve postoperatif yönetim iyi bir şekilde yazılmalıdır.

\* **Gördüğünü – Yaptığını Yaz. Yazdığını Yap.**

**İbrahim Üzün:** Türkiye'de bilirkişilik süreci

\* Dünya Tabipleri Birliği'nin 1992 yılındaki Genel Kurulu'nda tıbbi uygulama hatalarını "hekimin tedavi sırasında standart uygulamayı yapmaması, beceri eksikliği veya hastaya tedavi vermemesi ile oluşan zarar" olarak tanımlamıştır.

- En sık yapılan hatalar, özen eksikliği, sırasıyla takip hatası, tedavi hatası ve tanı hatasıdır.
- Kayıtların düzenli ve tam olması savunmanın da kolay olmasını sağlamaktadır.

### SERVİKAL YETMEZLİK

Doç. Dr. Veli Mihmanlı

SBÜ Okmeydanı EAH, Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği

#### ÖZET



- Servikal yetmezlik terimi, sıklıkla servikal dokudaki zayıflığa bağlı olarak, normal gebelerde ağrısız servikal dilatasyonun öncülük ettiği ikinci trimester gebelik kaybı veya doğumları tanımlamak için kullanılır.
- Servikal yetmezlik doğumsal ya da edinsel olabilir. Servikal travma öyküsü, kollajen bozuklukları ya da uterus/serviksın doğumsal anomalileri önemli risk faktörleridir.
- Servikal yetmezlik tanısı, temel olarak öykü ve transvajinal ultrason (TVU) ile servikal uzunluk ölçümüne dayanır.
- Ağrısız erken servikal dilatasyonla ilişkili  $\geq 2$  ardışık ikinci trimester gebelik kaybı ya da diğer nedenlerle (infeksiyon, plasental kanama, çoğul gebelik) açıklanamayan  $\geq 3$  preterm doğum (<34 hafta) öyküsü ile tanı konur.
- Bir ya da iki, ikinci trimester gebelik kaybı/preterm doğum öyküsü olan, 24. Gebelik haftasından önce servikal uzunluğu TVU ile  $\leq 25$  mm ölçülen veya fizik muayenede ilerlemiş servikal değişiklikler izlenen gebeler servikal yetmezlik tanısı alır.

#### Tekil gebeler

- Ağrısız servikal dilatasyonla ilişkili iki yada daha fazla ikinci trimester gebelik kaybı olan gebelerde 12-14. haftalar arası transvajinal serklaj önerilir
- Spontan preterm doğum öyküsü olan gebelere haftalık 250 mg İ.M. hidroksiprogesteron kaproat profilaksisi ve 16. haftadan itibaren TVU ile servikal uzunluk ölçümü, eğer servikal uzunluk 24. haftadan önce  $\leq 25$  mm ise serklaj önerilir.
- 24. haftadan önce servikal dilatasyon ve prolabe membran saptanan gebelerde enfeksiyon, doğum eylemi, membran rüptürü ve ablasyo gibi kanamalı durumların yokluğunda serklaj makul bir seçenektir

#### Çoğul gebeler

- Çoğul gebeliklerde serklaj önerilmez.

**GİRİŞ:** Klasik olarak servikal yetmezlik terimi, normal gebelerde ağrısız servikal dilatasyonun öncülük ettiği tekrarlayan ikinci trimester gebelik kayıpları, veya doğumları tanımlamak için kullanılır. Buna, sıklıkla servikal dokudaki zayıflık neden olur. Servikal dokunun yapısal zayıflığı bazı ikinci trimester gebelik kayıpları/doğumların sebebi olsada, sıklıkla desidual infiltrasyon/infeksiyon, hemoraji ve uterusun aşırı gerilmesi gibi diğer nedenler daha ön plandadır. Bu bozukluklar, servikste kısılmaya yolaçan biyokimyasal değişiklikleri başlatır ve gebelik kaybına neden olur.

**RİSK FAKTÖRLERİ:** Doğumsal ve edinsel servikal anormallikler, servikal yetmezlik riskini artırır. Edinsel risk faktörleri daha yaygındır. Doğum eylemi, jinekolojik girişim öncesi hızlı servikal dilatasyon ve servikal intraepitelyal neoplazi tedavisi servikal travmaya neden olabilir<sup>1,2</sup>. Doğumsal nedenler ise, kollajen yapısını etkileyen genetik bozuklukları (Ehlers-Danlos sendromu gibi)<sup>3</sup>, uterin anomalileri<sup>4</sup>, intrauterin DES maruziyetini ve biyolojik varyasyonları<sup>5</sup> içerir.

#### KLİNİK BULGULAR

**Geçmiş obstetrik öykü--** Servikal yetmezliği olan kadınlarda geçmiş obstetrik öykü şunlarla karakterizedir.

- Genellikle kısa sürede gerçekleşen ikinci trimester gebelik kayıpları/doğumların varlığı
- Ardışık doğumlarda progresif olarak daha erken haftalarda gerçekleşen erken doğum öyküsü

**Semptomlar--** Servikal yetmezliği olan gebeler asemptomatik olabilir ya da pelvik basınç hissi, premenstural kramp benzeri ağrı, bel ağrısı veya vaginal akıntı gibi semptomlar gösterebilir. Bu semptomlar genellikle 14-20. gebelik haftasında başlar. Kontraksiyonlar yoktur veya hafiftir.

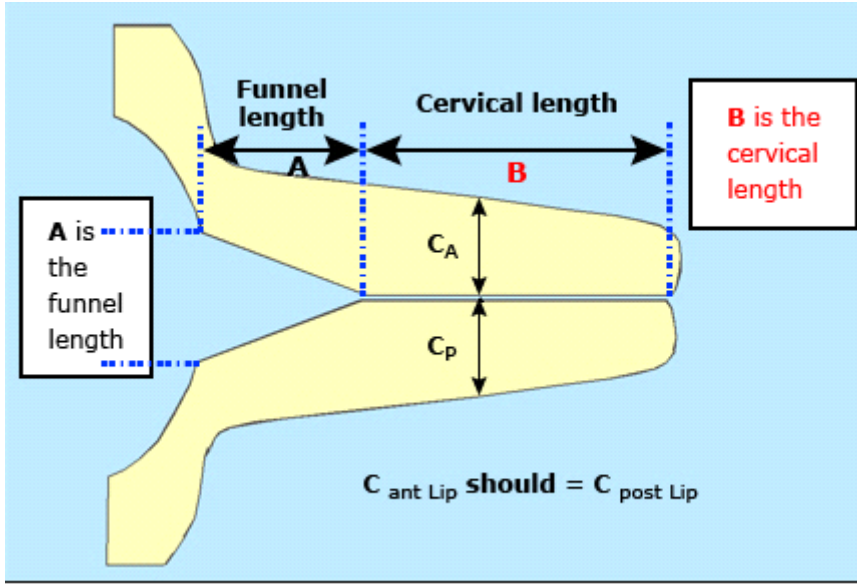
**Muayene--** Başlangıç muayenesinde minimal dilatasyon olabilir ya da olmayabilir. Ancak genellikle, yumuşamış biraz efase olmuş serviks saptanır<sup>6</sup>. Suprapubik/fundal basınç ve valsalva manevrası gibi provokatif manevralarla endoservikal kanaldaki veya vajendeki fetal membranların görülmesi sağlanabilir. Bu her zaman için anormal bir bulgudur.

# TJODist Bülteni

Tokodinamometrede düzensiz aralıklarla seyrek kontraksiyonlar olabilir ya da olmayabilir.

Geç klinik bulgular ise, ilerlemiş dilatasyon ( $\geq 4$  cm) ve efasman ( $\geq 80\%$ ), lekelenme, prolabe veya rüptüre membranlar ya da ilerlemiş efasman ve dilatasyonu açıklamak için yetersiz kontraksiyonlardır.

**Görüntüleme**– Ultrasonografide, kısa serviks ( $\leq 25$  mm), ayrılmış fetal membranlar ve amniyotik sıvı içerisinde debris (sludge) görülebilir. Servikal uzunluktaki azalma 20. haftadan önce saptanabilir.



Şekil 1: Servikal uzunluk ölçümü

**Laboratuvar**-- Komplike olmayan servikal yetmezlikler anormal laboratuvar sonuçları ile ilişkili değildir. Bazı vakalarda, servikal yetmezliğin nedeni veya öncüsü subklinik intraamniyotik infeksiyonlar olabilir. Bu infeksiyonlara amniyotik sıvının laboratuvarında incelenmesi ile tanı konulur. Bazen servikovajinal fetal fibronektin (fFN) pozitif olabilir.

Asemptomatik gebelerde yapılan ultrasonografi incelemesinde kısa bir serviks ( $\leq 25$ mm) ve fFN pozitifliğinin kombinasyonu preterm doğum riskinin arttığını öngörür. Daha önce erken doğum yapmış kadınlarda İki test de negatif ise, sonraki 1-2 hafta içinde preterm doğum riski % 1' den azdır8-12.

**Tanı**-- Servikal yetmezlik tanısı, öykü ya da öykü ve TVU ile yapılan servikal uzunluk ölçümünün kombinasyonu ile konulur. İlerlemiş servikal dilatasyonu olan hastalarda sadece muayene de tanı için yeterlidir.

- Ağrısız erken servikal dilatasyonla ilişkili  $\geq 2$  ardışık ikinci trimester gebelik kaybı ya da diğer nedenlerle (infeksiyon, plasental kanama, çoğul gebelik) açıklanamayan  $\geq 3$  preterm doğum ( $<34$  hafta) öyküsü ile tanı konur.
- Bir ya da iki ikinci trimester gebelik kaybı /preterm doğum öyküsü olan, 24. gebelik haftasından önce servikal uzunluğu TVU ile  $\leq 25$  mm ölçülen veya muayenede ilerlemiş servikal değişiklikler saptanan gebeler, servikal yetmezlik tanısı alır. Servikal yetmezlik için risk faktörleri de tanıyı destekler.

Servikal yetmezlik tanısı genellikle tekil gebeliklerle sınırlıdır, çünkü çoğul gebelikler ikinci trimester gebelik kaybı ve preterm doğum eylemi için risk faktörüdür. Ayrıca servikal yetmezlik tanısı için, preterm doğum, infeksiyon, abrupsiyo plasenta ve plasenta previa kanaması ekarte edilmelidir. Çünkü bu durumlar yapısal/anatomik servikal zayıflıktan bağımsız olarak ikinci trimester gebelik kaybı veya preterm doğuma yol açan servikal açılmaya sebep olurlar13.

**Gebelikten önce servikal yetmezlik tanısı konulabilir mi ?**-- Gebe olmayan kadınlarda servikal yetmezlik tanısı konulamaz ya da dışlanamaz. Servikal fonksiyonun değerlendirilmesinde dilatatörler, balonlar ve histeroskopi yardımcı değildir. USG, MRI, HSG servikal yetmezlik için risk faktörü olan uterin anomalileri ortaya koyabilir ancak tanı koydurucu değildir.



# TJODist Bülteni

**YÖNETİM-** Yönetim ile ilgili yaklaşımlar tekil gebelere uygulanır. Serklaj, ikiz ve diğer çoğul gebeliklerde gebelik sonuçlarını değiştirmede için önerilmez.

## **preterm doğum ya da gebelik kayıpları öyküsü olan kadınlarda;**

**Öykü endikasyonlu serklaj adayları-** Ağrısız servikal dilatasyonla ilişkili iki yada daha fazla ikinci trimester gebelik kaybı olan gebelere, 12-14. haftalar arasında uygulanan transvajinal serklaj,ile, 33 haftadan küçük doğumlarda %25 azalma tespit edilmiştir. Öyküsünde edinilmiş servikal doku zayıflığına bağlı servikal yetmezlik düşünülen hastalar da öykü endikasyonlu serklajdan yarar görürler<sup>14;15</sup>.

Preterm doğum öyküsü olan gebelere 16-36. Gebelik haftaları arasında haftalık 250 mg İ.M hidroksiprogesteron kaproat verilmesinin preterm doğumu önlemede yararı kanıtlanmıştır<sup>16,17</sup>. Ancak bu hastalarda serklaj ve progesteronun kombine kullanımının etkinliği ile ilgili randomize çalışmalar yoktur.

Stetson ve ark<sup>18</sup>. az sayıda hastayı içeren retrospektif çalışmalarında (n:33), 24 haftadan küçük doğumları önlemede serklaj ve progesteron kombine tedavisinin tek başına serklajdan üstün olduğunu, ancak 28-37 haftadan küçük doğumları önlemede fark olmadığını bildirmişlerdir

**USG endikasyonlu serklaj adayları-** Servikal yetersizlik şüphesi olan gebelerin çoğunluğu, öyküsünde servikal yetmezlik tanısını, dolayısıyla öykü endikasyonlu serklaj kriterlerini karşılamaz. Spontan preterm doğum öyküsü olan tüm gebelere haftalık 250 mg İ.M. profilaktik hidroksiprogesteron kaproat ve 16. haftadan itibaren TVU ile servikal uzunluk ölçümü, eğer servikal uzunluk 24. Haftadan önce  $\leq 25$  mm ise, serklaj önerilmektedir<sup>19</sup>. Bu yaklaşımın temeli aşağıdaki kanıtlara dayandırılmaktadır.

- Spontanpreterm doğum öyküsü olan gebelerde 16-36. gebelik haftaları arasında uygulanan, hidroksiprogesteron kaproat ile progesteron profilaksisinin, tekrarlayan preterm doğumları azalttığı randomize çalışmalarla ortaya konulmuştur.
- İkinci trimesterdeTVU'de kısa serviksi olan kadınlarda spontan preterm doğum riski artmıştır.
- Kısa serviks tanısı ile USG endikasyonlu serklaj uygulaması erken doğumu azaltmakta etkilidir<sup>20</sup>. Sonuçlar öykü endikasyonlu serklaj yapılan kadınlar ile karşılaştırılabilir düzeydedir<sup>21</sup>. USG ile endikasyon konularak yapılan serklajın faydaları, servikal kuvveti desteklemek, membranların erken açılmasını önlemek ve mukus tıkaçı yerinde tutmak olabilir<sup>22</sup>.
- Spontan preterm doğum öyküsü olup 24 haftadan önce servikal uzunluğu  $\leq 25$  mm olan, USG ile serklaj endikasyonu konmuş, tekil gebeliklerin alındığı randomize çalışmaları içeren meta analizde, total neonatal morbidite ve mortalitenin 3'te 1'den daha fazla azaldığı tespit edilmiştir<sup>20</sup>.
- Spontan preterm doğum öyküsü olan tekil gebeleri içeren bir meta analizde, USG ve öykü endikasyonlu serklaj yapılan gebeler incelenmiştir. USG endikasyonu ile serklaj yapılan grupta < 37 hafta preterm doğum oranı %31, < 34 hafta preterm doğum oranı %17 ve perinatal mortalite oranı ise %5 olarak bulunmuştur. Öykü endikasyonu ile serklaj yapılan grupta ise <37 hafta preterm doğum oranı %32, < 34 hafta preterm doğum oranı %23 ve perinatal mortalite oranı ise %3 olarak bulunmuştur. USG ile takip edilen gebelerin % 42' sinde servikal kısalık geliştiği ve serklaj uygulandığı tespit edilmiştir<sup>21</sup>.

Servikal yetmezlik şüphesi olan gebelerde servikal uzunluk ölçümü takibine 14. Gebelik haftasında başlanabilir. Ancak erken ikinci trimester ya da tekrarlayan ikinci trimester kayıpları olan gebeler ile geniş soğuk konizasyon öyküsü olanlarda 12. haftada, 28-36. haftalarda erken doğum öyküsü olan gebelerde ise 16. haftada başlanması önerilir<sup>23</sup>. Servikal uzunluk  $\geq 30$  mm ise 24. haftaya kadar iki hafta arayla, 25-29 mm ise haftalık takip yapılır. Preterm servikal değişiklikler, preterm eylem ya da membran rüptüründen 3-6 hafta önce tespit edilebilir<sup>24</sup>.vc Servikal uzunluğun TVU ile takibi genellikle 24. haftada sonlandırılır. Çünkü bu haftadan sonra nadiren serklaj uygulanır<sup>25</sup>.

Genellikle intramüsküler hidroksiprogesteron kaproat desteğine serklaj uygulanmış olsun ya da olmasın 36. gebelik haftasına kadar devam edilmesi önerilir.

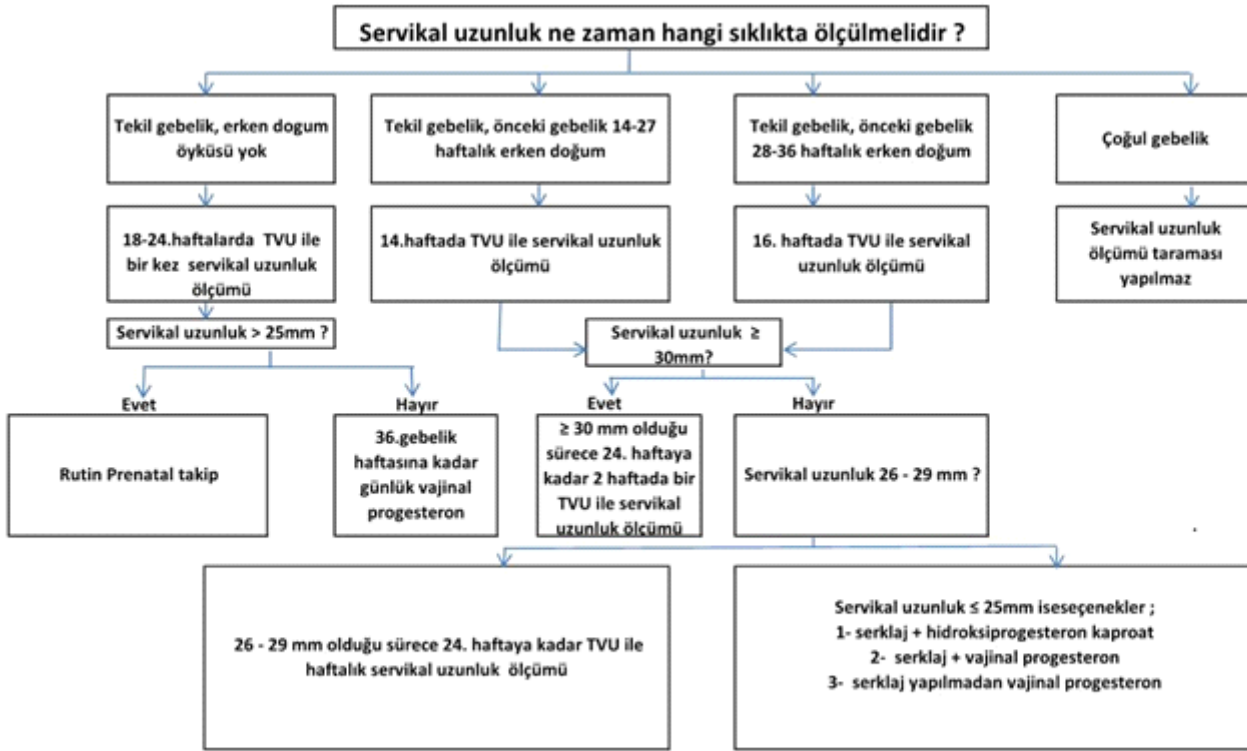
Bazı çalışmalarda ise serklaj ve hidroksiprogesteron kaproat kombine tedavisi ile gebelik sonuçlarında istatistiksel olarak anlamlı bir iyileşme olmadığı bildirilmiştir<sup>22,26,27</sup>.

Berghella ve ark<sup>28</sup>. preterm doğum öyküsü olup servikal uzunluk ölçümü yapılan gebeleri içeren çalışmalarında, < 28 hafta preterm doğum oranını, USG endikasyonlu serklaj uygulananlarda % 17, yalnızca progesteron alanlarda %15, kombine tedavi alanlarda ise % 9 olarak, < 32 hafta preterm doğum oranını ise serklaj grubunda % 25, progesteron grubunda % 21, kombine tedavi alan grupta ise % 17 olarak bildirmişlerdir.

Preterm doğum öyküsü olan tekil gebeliğe sahip, TVU'de ikinci trimesterde kısa serviks saptanmış kadınlarda erken doğumu önlemede vajinal progesteron, intramüsküler hidrokspirogesteron kaproat ve servikal serklaj uygulamasını karşılaştıran randomize çalışma yoktur.

Conde – Aquedelo ve ark29. Preterm doğum öyküsü olup servikal uzunluk ölçümü yapılan gebeleri içeren çalışmalarında, vajinal progesteron ve serklajın eşit etkinlikte olduğunu öne sürmüşlerdir. Ancak çalışmalarında gruplar heterojendir ve karşılaştırılabilir değildir.

Randomize çalışmalardan elde edilen verilere göre, preterm doğum öyküsü olan gebeler intramüsküler hidrokspirogesteron kaproat ve servikal uzunluk  $\leq 25$  mm ise serklaj ilave edilerek tedavi edilmelidir. Alternatif bir yaklaşım, kısa serviks gelişmiş preterm doğum öyküsü olan kadınlarda intramuskuler hidrokspirogesteron yerine vajinal progesteron vermektir. Bazı kliniklerde, kısa serviksli kadınlarda serklaj uygulamadan önce subklinik infeksiyonu belirlemek için amniosentez yapılmaktadır.



Şekil 2: Servikal uzunluk ölçümü ve kısa serviksli gebelerin yönetimi

### Önceden preterm doğum öyküsü olmayan, ancak servikal yetmezlik için risk faktörü olan gebeler-

18-24. Haftada TVU ile servikal uzunluk ölçümü yapılarak kısa serviks ( $\leq 25$ mm) saptananlar vajinal progesteron ile tedavi edilir. Doğum, preterm olursa sonraki gebelikte yukarıda tarif edilen yönetimler uygulanır. Doğum term olarak gerçekleşirse sonraki gebelikte 18-24. haftada servikal uzunluk ölçülür, serviks kısa ise vajinal progesteron verilir.

### Muayenede 24. haftadan önce servikal dilatasyon ve prolabe membran saptanan kadınlar-

Nadiren 24. haftadan önce minimal semptomlarla ya da semptomsuz olarak muayenede servikal dilatasyon saptanır. Bazen bu bulgular, TVU'de çok kısa serviks uzunluğu ( $<5$ mm gibi) ölçümünü izleyebilir. Bu grup kadınlarda, kısa zaman içinde doğum kaçınılmaz olacağı için, enfeksiyon, doğum eylemi, membran rüptürü ve ablasyo gibi kanamalı durumların yokluğunda serklaj makul bir seçenektir. Diğer seçenekler bekleme tedavisi ve gebeliğin terminasyonudur.

# TJODist Bülteni

Ehsanipoor ve ark31. Bir randomize çalışma, iki prospektif kohort ve yedi retrospektif kohort çalışmayı değerlendirmişler ve muayene endikasyonlu serklaj (kurtarma yada acil serklaj) yapılan kadınlar ile bekleme tedavisi yapılan kadınların sonuçlarını karşılaştırmışlardır. Serklaj grubunda, tanı konularak serklaj uygulanan ortalama gebelik haftasını 21.7 hafta, neonatal sağkalımı %71, ortalama doğum haftasını 30.6 hafta, doğum için geçen ortalama süreyi 57 gün, bekleme grubunda ise; tanı konulan ortalama gebelik haftasını 22.8 hafta, neonatal sağkalımı %43, ortalama doğum haftasını 25.2 hafta ve doğuma kadar geçen ortalama süreyi 19 gün olarak bildirmişlerdir.

Servikal açıklık  $\geq 2$  cm ve ultrasonda inflamasyonla uyumlu bulgular (amniyon sıvısında debris-sludge) varsa ya da eksternal os açık ve membranlar görülüyorsa subklinik enfeksiyonu araştırmak için amniosentez önerilir<sup>32</sup>. Subklinik enfeksiyon saptanırsa preterm doğum ve diğer komplikasyonların riski arttığı için serklaj uygulanmaz<sup>33</sup>.

## Önceki gebeliklerinde serklaj yapılmış ve başarılı sonuç elde edilmiş gebeler-

Daha önceki gebeliklerinde serklaj uygulanmış ve başarılı sonuç (>34 hafta doğum) elde edilmiş gebelerin sonraki gebeliklerinde rutin serklaj uygulaması önerilmez. TVU ile servikal uzunluk ölçümünde kısa serviks saptananlara serklaj yapılır<sup>34</sup>.

Suhag ve ark35. TVU ile servikal uzunluk ölçümü takibi sonrası serklaj yapılmış kadınların sadece %50' sinin sonraki gebeliğinde serklaj endikasyonu oluştuğunu bildirmişlerdir.

Prematür servikal değişikliğe sahip ve serklaj yapılmayan gebelerin büyük bir kısmı mevcut gebelik ve sonraki gebeliklerinde iyi gebelik sonuçlarına sahiptir. Bu nedenle USG endikasyonlu serklaj sonrası başarılı gebelik sonuçları elde etmiş olmak, servikal yetmezlik tanısı konulması için yeterli değildir. Bunun bir kanıtı da 36-37. Gebelik haftalarında serklajın alınmasından sonraki iki hafta içinde çoğunlukla doğum eyleminin başlamamasıdır.

## Önceki gebeliklerinde serklaj yapılmış fakat başarılı sonuç elde edilememiş gebeler-

Transvajinal serklaj uygulanmasına rağmen gebelikleri preterm sonlanmış gebelerde transabdominal serklaj bir seçenek olarak düşünülebilir.

## Diğer yöntemler

**Peser-** Vajinal peser uygulaması ile servikal kanalın aksı değiştirilerek uterus içeriğinin ağırlığının servikal kanaldan uzaklaştırılması amaçlanır. Peser aynı zamanda asendan enfeksiyonlara karşı koruma sağlayabilir.

Saccone ve ark.36 2017 yılında yayınladıkları meta analizde, TVU ile servikal uzunluk ölçümü takibi yapılan ve 20-24 haftalar arasında servikal uzunluğu  $\leq 25$  mm olan tekil gebelerde uygulanan arabin peserin etkinliğini incelemişler, spontan preterm doğum, preterm prematür membran rüptürü ve neonatal sonuçlar açısından peser kullananlarla kullanmayanlar arasında anlamlı bir fark olmadığını bildirmişlerdir. Peser ile ilgili daha ileri çalışmalara gereksinim vardır.

**İndometazin-** 14-27. gebelik haftasında asemptomatik kısa serviksli ( $\leq 25$  mm) serklaj uygulanmayan gebelerde indometazin tedavisi < 34 hafta doğumları azaltmamakta ancak < 24 hafta doğumları azaltmaktadır<sup>37</sup>. İndometazin tedavisinin etkinliğini ve risklerini netleştirmek için çok sayıda gebenin dahil olduğu randomize çalışmalara gereksinim vardır.

**Antibiyotikler-** Kötü obstetrik öykü, TVU' de kısa servikse ya da muayenede dilate servikse sahip servikal yetmezlikli gebelerde antibiyotik kullanımını tavsiye eden veriler yetersizdir.

**Yaşam tarzı değişikliği-** Yaşam tarzı değişikliği ile ilgili önerilerin psikolojik, sosyal, maddi ve tıbbi yan etkileri göz önünde bulundurulmalıdır. Yaşam tarzı değişiklikleri (çalışmanın ve egzersizin kesilmesi, kısıtlı aktivite, yatak istirahati) çalışmalarla yeterince değerlendirilmemiştir. Koitus, term kadınlarda doğum ağrılarının başlaması için risk faktörü değildir ancak önceden preterm doğumu olan veya preterm servikal açılmaya sahip preterm doğum için riskli gruptaki kadınlarda koitusun güvenli olduğunu gösteren veriler yetersizdir<sup>38,39</sup>.

## Doç. Dr. Veli Mihmanlı

SBÜ Okmeydanı EAH, Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği

**Kaynaklar ve tüm makale için tıklayınız.**

### Intrauterin İnseminasyon Sonrası İmmobilizasyon mu Mobilizasyon mu? Randomize Kontrollü Çalışma

“Immobilization or mobilization after IUI: an RCT”

J. van Rijswijk, M.R. Caanen, V. Mijatovic, C.G. Vergouw, P. M. van de Ven, C.B. Lambalk, and R. Schats

VU Üniversitesi Tıp Merkezi, Amsterdam, Hollanda

Human Reproduction, pp. 1–7, 2017 doi:10.1093/humrep/dex302

Tercüme ederek özetleyen: **Dr. Engin Türkgeldi,**

Koç Üniversitesi Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği

#### Sunuş:

Günlük hayatta sıkça başvuru intrauterin inseminasyon(IUI) işlemi sonrasında hastanın immobilizasyonunun başarı şansını artırıp artırmadığı hem hastalar hem de hekimler tarafından merak edilen bir konudur. Bugüne kadar sayılı randomize kontrollü çalışma yapılan bu soruya son olarak Amsterdam'daki VU Üniversitesi Tıp Merkezi'nden J. Van Rijswijk ve meslektaşları tarafından yürütülen bu randomize kontrollü çalışmada cevap arandı. Büyük örneklem hacmi ve özenli tasarımıyla öne çıkan bu çalışma, Human Reproduction dergisinde Ekim 2017'de 'Advance Access' bölümünde yayımlandı.

#### Çalışma Sorusu:

IUI sonrası 15 dakikalık immobilizasyon gebelik oranlarını artırıyor mu?

#### Özet Cevap:

IUI sonrası 15 dakikalık immobilizasyon gebelik oranlarını artırmıyor.

#### Hali Hazırda Bildiklerimiz:

Daha önceki randomize kontrollü çalışmalarda 15 dakikalık supin pozisyonda immobilizasyonun hemen mobilizasyona göre daha iyi sonuçlar verdiği bildirilmekle birlikte, bu araştırmalar eleştiriye açıktır. Günlük pratikte lojistiğin önemi ve bu sorunun biyolojik olabilirliğini göz önüne aldık ve bu uygulamayı araştırmaya karar verdik.

#### Çalışma Tasarımı, Boyutu Ve Süresi:

Tek merkezli, akademik tıp merkezinde yürütülen randomize kontrollü çalışma. Katılımcılar, en fazla 6 siklus olmak kaydıyla, standart IUI işlemi sonrasında 15 dakika supin immobilizasyon ve hemen mobilizasyon kollarına randomize edildi. Katılımcılar ve sağlık çalışanları gruplar konusunda kör değildi. Bilgisayar tarafından oluşturulan tablolara göre bağımsız bir çalışmacı hastaları randomize etti. IUI endikasyonuna göre (açıklanamayan infertilite ve ağır olmayan erkek subfertilitesi) stratifikasyon yapıldı. Hastaların hangi grupta olduğu IUI'dan hemen önce açıklandı. Primer sonlanım noktası, çift başına süregelen gebelik olarak belirlendi.

#### Katılımcılar/Materyaller, Yöntem:

Açıklanamayan infertilite veya ağır olmayan erkek subfertilitesi tanısı alan ve IUI endikasyonu koyulan toplam 498 çift çalışmaya dahil edildi. 244 katılımcı supin immobilizasyon grubuna, 254 katılımcı hemen mobilizasyon grubuna randomize edildi.

#### Sonuçlar:

İki gruptaki hastalar arasında temel karakteristikler arasında fark yoktu. Analize immobilizasyon grubunda 236, mobilizasyon grubunda 245 katılımcı dahil edildi. İmmobilizasyon grubundaki süregelen gebelik oranları, mobilizasyon grubundakinden daha iyi değildi (tek taraflı P-değeri=0.97). İmmobilizasyon grubundaki süregelen gebelik oranları 76/236 (%32,2) iken bu oran hemen mobilizasyon grubunda 98/245 (40%) olarak hesaplandı (relatif risk 0.81; 95% CI [0.63, 1.02], risk farkı: -7.8%, 95% CI [-16.4%, 0.8%]). Düşük oranı, çoğul gebelik oranı, canlı doğum oranı veya gebeliğe kadar geçen süre açılardan iki grup arasında anlamlı fark saptanmadı.

# TJODist Bülteni

## Çalışmanın Sınırlamaları:

Tedavinin terk edilmesi nedeniyle her hasta 6 siklus tedavi göremedi veya gebelik elde edemedi. Öte yandan bu IUI tedavisinde beklenen bir durumdur ve günlük pratiği yansıtmaktadır. Çalışma dışı kalan bu katılımcılar her iki grupta eşit dağılım göstermektedir. Tubal patolojisi olan ve endokrin bozuklukları olan hastalar çalışma dışı bırakılmıştır. Bu, çalışmanın genel geçerliğini azaltabilir.

## Çıkarımlar:

Bu çalışmada IUI sonrası 15 dakika immobilizasyonun gebelik oranlarına olumlu katkısı olmadığı gösterilmiştir. Bu çalışmayla birlikte güncel kanıtlar, supin immobilizasyonun gebelik oranlarına faydasının en hafif deyişle şüpheli olduğunu ve rutin uygulanması için geçerli bir neden olmadığını göstermektedir.

**Table II Outcome of IUI per couple.**

Outcome per couple	Immobilization	Mobilization	All	RR	P-value
Number of participants ITT <sup>1</sup>	236	245	481		
Ongoing pregnancy <sup>2</sup>	76 (32.2)	98 (40.0)	174 (36.2)	0.81 (0.63–1.02)	0.97 <sup>3</sup>
Couples with at least one miscarriage	24 (10.2)	30 (12.2)	54 (11.2)	0.83 (0.50–1.38)	0.47 <sup>4</sup>
Multiple gestation/ongoing pregnancy <sup>5</sup>	6 (7.9)	4 (4.1)	10 (5.7)	1.93 (0.57–6.61)	0.29 <sup>4</sup>
Couples with at least one clinical pregnancy	93 (39.4)	121 (49.4)	214 (44.5)	0.80 (0.65–0.98)	0.03 <sup>4</sup>
Live births (≥24 <sup>+0</sup> )	73 (30.9)	92 (37.6)	165 (34.3)	0.82 (0.64–1.06)	0.13 <sup>4</sup>
Foetal loss 12–24 <sup>+0</sup>	1 (1.3)	4 (4.1)	5 (2.9)	0.32 (0.04–2.83)	0.31 <sup>4</sup>
Missing <sup>6</sup>	2 (2.6)	2 (2.0)	4 (2.3)		
Number of babies	81	97	178		
Number of participants PPA <sup>7</sup>	147	163	310		
Ongoing pregnancy	69 (46.9)	90 (55.2)	159 (51.3)	0.85 (0.68–1.06)	0.94 <sup>3</sup>
Couples with at least one miscarriage	21 (14.3)	24 (14.7)	45 (14.5)	0.97 (0.56–1.67)	0.91 <sup>4</sup>
Multiple gestation/ongoing pregnancy	6 (8.7)	4 (4.4)	10 (6.3)	1.93 (0.57–6.61)	0.29 <sup>4</sup>
Couples with at least one clinical pregnancy	83 (56.5)	107 (65.6)	190 (61.3)	0.86 (0.72–1.03)	0.10 <sup>4</sup>
Live births (≥24 <sup>+0</sup> )	67 (45.6)	85 (52.1)	152 (49.0)	0.87 (0.69–1.10)	0.25 <sup>4</sup>
Missing <sup>6</sup>	1	1	2		
Foetal loss 12–24 <sup>+0</sup>	1 (1.4)	4 (4.4)	5 (3.1)	0.33 (0.04–2.85)	0.31 <sup>4</sup>
Number of babies	75	90			

<sup>1</sup>ITT, Intention-to-treat analysis. <sup>2</sup>Ongoing pregnancy including natural conceived pregnancies during the course of the study (seven immobilization versus eight mobilization P-value 0.85). <sup>3</sup>Z-test for proportions. <sup>4</sup>Chi-square test. <sup>5</sup>One quadruplet in the immobilization group, one triplet in the mobilization group. <sup>6</sup>The number of ongoing pregnancies of which the pregnancy outcome is unknown. <sup>7</sup>PPA, per protocol analysis. The number of participants who reached a total of six IUI cycles or an ongoing pregnancy. Values are n with percentage or relative risk (RR) with 95% CI.

Rijswijk et al. 2017

**Kaynak** <https://academic.oup.com/humrep/article-abstract/doi/10.1093/humrep/dex302/4508786/Immobilization-or-mobilization-after-IUI-an-RCT>

### “Asemptomatik hastalarda fertilitiyi arttırmak ve/veya düşük oranlarını azaltmak için miyomların çıkarılması kılavuzu” Removal of myomas in asymptomatic patients to improve fertility and/or reduce miscarriage rate: a guideline

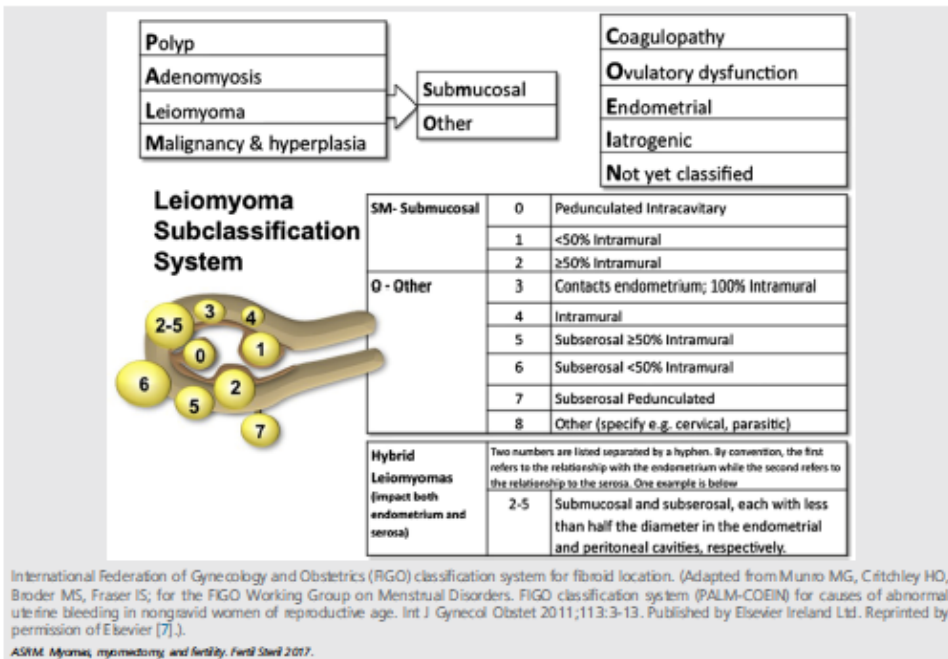
Practice Committee of the American Society for Reproductive Medicine  
Fertil Steril. 2017 Sep;108(3):416-425.

Tercüme ederek özetleyen: **Dr. Nadiye Köroğlu,**  
Kanuni Sultan Süleyman Eğitim Araştırma Hastanesi

Bu sistematik derlemenin amacı asemptomatik kadınlarda miyomların gebelik oluşması ve gebelik kaybı üzerindeki etkilerini ve miyomektominin gebelik sonuçları üzerindeki etkilerini değerlendirmektir. Miyomların gebelik oluşumunu azalttığına dair kanıtlar yetersizdir. Buna karşılık, kaviteyi bozan miyomların (intramural veya submüközal bileşeni olan intramural) çıkarılmasının gebelik oranlarını artırabileceği ve erken gebelik kaybı riskini azaltacağını düşündüren kanıtlar orta kalitededir. Kaviteyi bozan miyomların histeroskopik olarak çıkartılmasının klinik gebelik oranlarını arttırdığına dair kanıtlar da orta düzeyken bu işlemin canlı doğum ve erken gebelik kaybı üzerindeki etkilerine dair kanıtlar yetersizdir. Asemptomatik kaviteyi bozan miyomlar için miyomektomi gebelik sonuçlarını iyileştirmek için düşünülebilir. (Fertil Steril 2017;108:416-25. 2017 by American Society for Reproductive Medicine.)

Miyomlar üreme sisteminin en sık görülen tümörü olup, insidansı üreme çağındaki kadınlarda %70'dir. Semptomatik kadınlarda miyomektomi şikayetlerin gerilemesine ve hastanın hayat kalitesinin artmasına neden olmaktadır. Buna karşılık, miyomların fertilitiy ve gebelik sonuçları üzerine etkileri ve asemptomatik kadınlarda miyomların çıkarılmasının fertilitiy veya gebelik sonuçlarını iyileştirip iyileştirmediği tartışmalıdır. Miyom tiplerinin üreme üzerinde etkilerini belirlemek için miyom yerleşimleri ile ilgili aynı terminolojinin kullanılması önemlidir. Günümüzde miyomların yerleşimini belirlemede FIGO evreleme sistemi kullanılmaktadır (Şekil 1).

FIGURE 1



## **Miyomların reproduktif sonuçlar üzerine etkileri nedir?**

Miyomlar uterusun anatomik yapısının bozulmasına neden olurlar. Özellikle submüköz miyomlar endometriyal kaviteyi etkileyerek embriyo implantasyonu ve gelişimini engelleyebilir. Miyometriyum ve subseröz yerleşimli miyomlar da pelvik bası veya ağrı belirtileri oluşturmaksızın fertilitte ve gebeliğin devamlılığını bozacak boyutlara ulaşabilir.

Heterojen çalışma dizaynları, terminolojideki tutarsızlıklar, miyom boyutunun ve yerinin sürekli doğası ve yetersiz hasta sayıları, miyomların gebeliğin sağlanması ve gebeliğin devamı üzerindeki etkilerini inceleyen mevcut çalışmaların sonuçlarının yorumlanmasını önemli ölçüde sınırlamaktadır.

Miyomların fertilitte tedavisi alan ve almayan gruplarda gebelik oluşma olasılığını azalttığına dair kanıtlar yetersizdir. (Grade C)

Belirli bir miyom büyüklüğü, sayısı veya yerinin (submukozal miyomlar veya endometrial kavite konturunu etkileyen intramural miyomlar hariç), gebelik elde etme olasılığının düşük olması veya erken gebelik kaybı riskinin yüksek olduğu ile ilişkili olduğuna dair yeterli kanıt bulunmamaktadır. (Grade C)

## **İntramural veya subserozal miyomu olan kadınlarda miyomektomi fertilitte sonuçlarını iyileştirir mi?**

Fertilitteyi arttırmak için subseröz miyomların çıkartılması için kanıtlar yetersizdir. (Grade C)

Üremeye yardımcı teknoloji tedavisi öncesinde miyomektomi yapılmasının üreme sonuçlarını (klinik gebelik oranları, canlı doğum oranları) etkilemediğini düşündüren orta düzey kanıt vardır. (Grade B)

## **Miyomektominin gebelik kayıpları üzerine etkisi var mıdır?**

Miyomektominin (laparoskopik veya açık) düşük oranlarını azalttığına dair kanıtlar yetersizdir. (Grade C)

## **Submukozal miyomların (Tip 0,1 veya 2) çıkarılması fertilitteyi arttırmı?**

Submukozal miyomların histeroskopik çıkarılmasının klinik gebelik oranlarını arttırdığına dair orta düzey kanıt vardır. (Grade B)

## **Submukozal miyomların histeroskopik olarak çıkarılması düşük oranlarını etkiler mi?**

Submukozal miyomu olan infertil kadınlarda submuköz miyomların histeroskopik çıkarılmasının erken gebelik kayıpları oranlarını azalttığı ile ilgili kanıtlar yetersizdir (Grade C).

## **ÖNERİLER**

Asemptomatik kadınlarda kaviteyi bozan miyomların (submukozal bileşeni olan intramural veya submuköz) çıkarılması (açık veya laparoskopik veya histeroskopik miyomektomi yapılması) gebelik oranlarını arttırmak için düşünülebilir.

Kaviteyi bozmayan miyomları olan asemptomatik infertil kadınlara gebelik oranlarını arttırmak için miyomektomi genel olarak önerilmemektedir. Bununla birlikte, miyomektomi yumurtalıkların oosit alınması için erişimini zorlaştıran pelvik anatomisinin ciddi olarak bozulduğu durumlarda mantıklı olabilir.

**Kaynak:** <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28865538>

### “Sezaryen ameliyatında subkutan dokunun dikilmesinin yara yeri komplikasyonlarına etkisi: bir metaanaliz”

### The impact of subcutaneous tissue suturing at caesarean section on wound complications: a meta-analysis

V. Pergialiotis, A. Prodromidou, DN Perrea, SK Doumouchtsis  
BJOG. 2017 Jun;124(7):1018-1025.

Tercüme ederek özetleyen: **Dr. Berna Aslançetin**,  
Kanuni Sultan Süleyman Eğitim Araştırma Hastanesi

#### Amaç:

Sezaryen yara yeri komplikasyonları ile günlük pratikte sıklıkla karşılaşmaktadır. Çalışmanın amacı; sezaryen ameliyatında subkutan dokunun kapatılmasının yara yeri komplikasyonlarını azaltıp azaltmadığının incelenmesidir.

#### Veri toplanması ve analiz:

Medline (1966–2016), Scopus (2004–2016), ClinicalTrials.gov (2008–2016) ve Cochrane Central Register of Controlled Trials CENTRAL (1999–2016) veritabanları ve dahil edilen çalışmalardaki kaynak listeleri incelendi. Yara yeri komplikasyonlarına subkutan dokunun dikilmesinin etkisini inceleyen randomize veya yarı-randomize çalışmalar çalışmaya dahil edildi. Retrospektif ve randomize olmayan prospektif çalışmalar metaanalizden çıkarıldı. Çalışmaların kalitesi Jadad ölçeği ile değerlendirildi. İstatistiksel metaanaliz REVMAN5.3 programı ile yapıldı.

#### Sonuçlar:

Metaanalize sezaryen ameliyatı ile doğuran 3696 hastayı içeren 10 çalışma dahil edildi. Subkutan dokunun yaklaştırılması her tip yara yeri komplikasyonunun gelişmesini anlamlı derecede azalttı [3811 hasta, random effects model (REM), odds ratio (OR) 0.66, 95% CI 0.47–0.93]. Seroma sıklığını da azalttı (1979 hasta, REM, OR 0.53, 95% CI 0.33–0.84). Diğer taraftan hematom sıklığı (1663 hasta, REM, OR 0.74, 95% CI 0.22–2.42) ve yara yeri enfeksiyonu gelişimi (1971 hasta, REM, OR 0.99, 95% CI 0.70–1.41) subkutan kapamadan etkilenmedi.

#### Sonuç:

Metaanalizimizin sonuçları sezaryen ameliyatı geçirenlerin subkutan dokunun dikilmesinden fayda göreceğini göstermektedir. Yüksek vücut kitle indeksi olan hastalar için veriler yetersizdir, dolayısıyla bu grup için sonuçlar geçerli değildir.

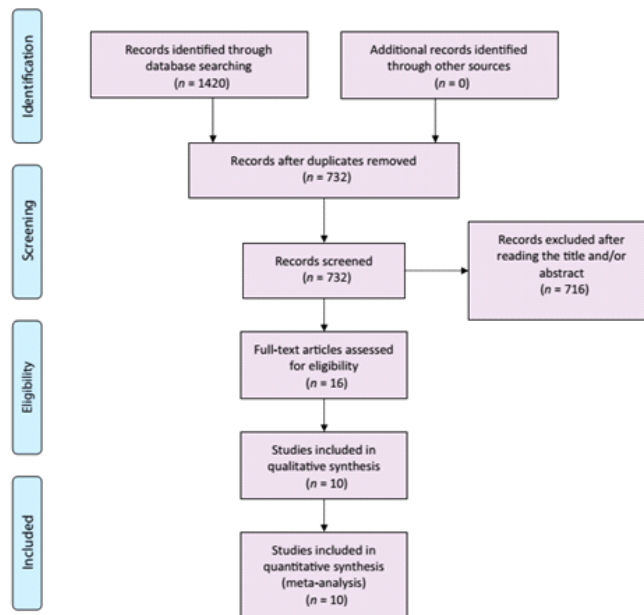


Figure 1. The search plot presents the main methodological steps of data collection.



	2014; Esmer	2014; Husslein	2013; Huppelschoten	2002; Chelmow	2002; Magann	2000; Allaire	1997; Cetin	1995; Nauman	1994; Bohman	1992; Del Valle
Was the study described as random?	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
Was the randomization scheme described and appropriate?	+	+	+	+	+	-	-	+	-	+
Was the study described as double-blind?	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Was the method of double blinding appropriate?	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Was there a description of dropouts and withdrawals?	+	+	+	+	+	+	+	+	+	-

Figure 2. Jadad score for the evaluation of enrolled randomised and quasi-randomised trials.

Table 1. Study characteristics (closure versus non-closure)

Year; Author	Type of study	Inclusion criteria	Exclusion criteria	Groups definition-Type of suture
2014; Esmer <sup>21</sup>	RCT	N/A	Preoperative diagnosis of amnionitis; steroid or antibiotic therapy; coagulopathy; placement of drain	Interrupted 2-0 polyglactin 910 (Vicryl) vs closure of skin only
2014; Husslein <sup>22</sup>	RCT	Age 18-45 years; Caucasian origin and literate in German language	Infection; HELLP or pre-eclampsia; keloids; previous transverse suprapubic scars; medical disorders that affect wound healing	3-5 interrupted, Polysorb 3-0 sutures vs closure of skin only
2013; Huppelschoten <sup>23</sup>	RCT	Women ≥ 18 years old and literate in Dutch language.	Emergency caesarean section due to lack of obtained (written) informed consent	3 interrupted Vicryl 1.0 sutures vs closure of skin only
2002; Chelmow <sup>24</sup>	RCT	N/A	N/A	3-0 plain gut running suture vs closure of skin only
2002; Magann <sup>25</sup>	RCT	N/A	Emergency caesarean; refusal to participate in the study	3-0 polyglycolic running suture vs closure of skin only
2000; Allaire <sup>26</sup>	RCT	Women required caesarean delivery; and had at least 2 cm of subcutaneous fat	Emergency caesarean; possible delay of delivery due to consent process	Single horizontal running suture 3.0 Vicryl vs closure of skin with staples
1997; Cetin <sup>27</sup>	RCT	All patients undergoing caesarean delivery	Antibiotics within the preceding 2 weeks	3-0 Synthetic delayed absorbable suture materials vs closure of skin only
1995; Naumann <sup>28</sup>	RCT	Women required caesarean delivery; and had at least 2 cm of subcutaneous fat	Patients with at least 2 cm of subcutaneous fat	3-0 polyglycolic acid running suture vs closure of skin only
1994; Bohman <sup>29</sup>	qRCT	N/A	Incomplete data; or laparotomy performed for indications other than caesarean section	0 polydioxanone suture vs closure of skin only
1992; Del Valle <sup>30</sup>	RCT	N/A	N/A	Multiple interrupted sutures or a continuous absorbable suture usually 3-0 plain vs closure of skin only

# TJODist Bülteni

Table 2. Patient characteristics (closure versus non closure)

Year; Author	Patients	Age (years)	BMI	Maternal DM	Previous CS	Emergency CS	Length of surgery	Gestational age	Tissue thickness
2014; Esmer <sup>21</sup>	176 vs 185	28.4 ± 5.4 vs 28.3 ± 5.3	N/A	16/176 vs 8/185	115/176 vs 120/185	79/176 vs 85/185	32.6 ± 7.4 vs 32.8 ± 7.7	N/A	25.5 ± 10.7 vs 23.4 ± 7.9
2014; Husslein <sup>22</sup>	47 vs 44	28 (18–43) vs 30 (17–40)	26.6 (19.6–39.7) vs 28.6 (17.4–39.2)	0/47 vs 0/47	26/47 vs 20/47	1/47 vs 4/44	N/A	N/A	N/A
2013; Huppelschoten <sup>23</sup>	110 vs 108	32 (21–42) vs 31 (21–45)	29.4 (21.6–44.9) vs 29.9 (17.1–42.9)	N/A	25/110 vs 21/108	0/110 vs 0/108	N/A	275 (239–296) vs 274 (229–295)	N/A
2002; Chelmov <sup>24</sup>	162 vs 165	30.2 (6.2) vs 30.0 (6.0)	N/A	N/A	106/162 vs 111/165	N/A	N/A	37.7 (3.9) vs 37.8 (3.3)	2.3 (1.1) vs 2.3 (1.1)
2002; Magann <sup>25</sup>	191 vs 205	25.7 ± 6.2 vs 25.8 ± 5.7	39.4 ± 8.6 vs 39.8 ± 7.2	14/191 vs 16/205	92/191 vs 96/205	0/191 vs 0/205	46.5 ± 15.8 vs 45.1 ± 18.2	N/A	3.7 ± 1.6 vs 3.4 ± 1.4
2000; Allaire <sup>26</sup>	26 vs 26	26.6 ± 7.3 vs 23.4 ± 5.1	N/A	4/26 vs 0/26	13/26 vs 14/24	0/26 vs 0/24	78.0 ± 40.3 vs 62.9 ± 19.0	N/A	3.3 ± 1.1 vs 3.1 ± 1.0
1996; Cetin <sup>27</sup>	35 vs 33	28.2 ± 3.7 vs 25.0 ± 3.5	N/A	1/35 vs 1/35	7/35 vs 6/33	N/A	31.6 ± 7.2 vs 32.2 ± 7.7	39.1 ± 1.1 vs 38.9 ± 1.3	1.5 ± 0.3 vs 1.6 ± 0.2
Group A	47 vs 44	27.0 ± 5.3 vs 28.0 ± 5.6	N/A	2/47 vs 2/44	9/47 vs 8/44	N/A	34.3 ± 6.4 vs 33.5 ± 6.7	38.8 ± 1.6 vs 38.8 ± 1.4	3.4 ± 0.9 vs 3.3 ± 1.0
Group B	117 vs 128	24.9 ± 5.8 vs 25.6 ± 5.6	36.4 ± 7.6 vs 37.7 ± 9.3	30/117 vs 13/128	39/117 vs 41/128	N/A	56.2 ± 22.2 vs 56.5 ± 20.5	N/A	4.0 ± 1.4 vs 4.4 ± 2.0
1995; Naumann <sup>28</sup>	716 vs 693	25 ± 6 vs 25 ± 6	N/A	34/716 vs 21/693	326/716 vs 300/693	N/A	48 ± 18 vs 49 ± 19	N/A	N/A
1994; Bohman <sup>29</sup>	222 vs 216	26.3 ± 0.4 vs 25.8 ± 0.4	31.3 ± 0.4 vs 30.3 ± 0.4	N/A	34/222 vs 36/216	N/A	63.6 ± 1.3 vs 60.9 ± 1.3	38.2 ± 0.2 vs 38.1 ± 0.3	N/A

# TJODist Bülteni

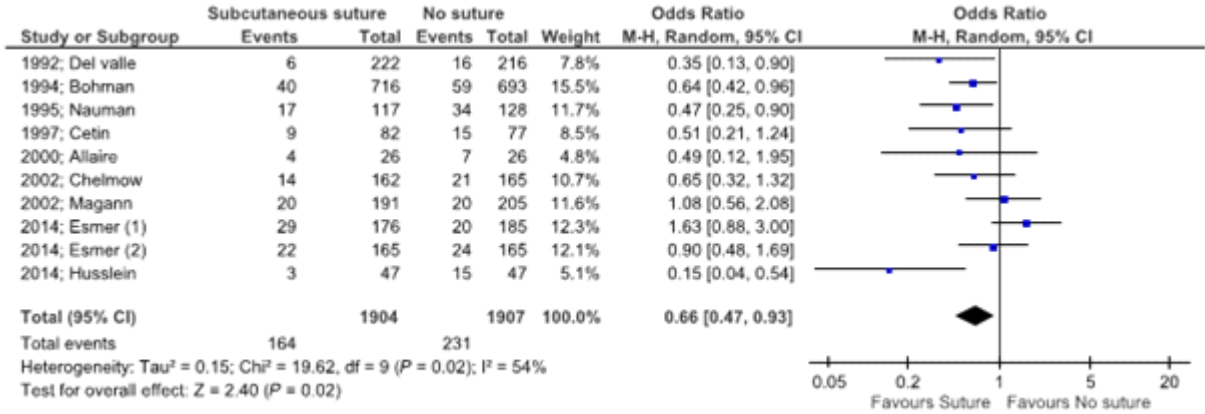


Figure 3. Any type of wound complications. The overall effect was statistically significant and favoured subcutaneous tissue closure (P = 0.02).

Sezaryen ameliyatı dünya genelinde en sık uygulanan abdominal operasyondur. Sezaryen ameliyatı olan kadınların yaklaşık %5'inde hematoma, seroma ve enfeksiyon gibi yara yeri komplikasyonları gelişir. Eskiden, suture materyallerinin yabancı cisim olmaları nedeniyle bakteri kolonizasyonuna neden olarak yara yeri enfeksiyonlarına yol açtığı düşünülmekteydi. Modern suture materyalleri antibakteriyel bariyer içerdikleri için enfeksiyon ve/veya abses oluşumu riskini azaltmaktadır. Bu yüzden subkutan dokunun dikilmesi yara yeri komplikasyonlarını azaltmaktadır.

Yara yeri komplikasyonlarının oluşmasına neden olan kapama tekniği (tek kat veya çok kat), cilt insizyonu tipi (vertikal veya transvers), ameliyatın tipi (acil veya elektif) ve vücut kitle indeksi gibi çok sayıda faktör vardır. Fakat metaanalizdeki çalışmaların hiçbiri bu faktörlerin yara yeri komplikasyonlarına etkisini incelememiştir.

**Kaynak:** <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28176441>

### “Uterin Prolapsus Cerrahi Tedavisinde Uterus Korunması ve Histerektomi: Sistemik Derleme ve Meta-analiz” Hysteropreservation versus hysterectomy in the surgical treatment of uterine prolapse: systematic review and meta-analysis.

De Oliveira et al.  
Int Urogynecol J. 2017 Aug 5.

Tercüme ederek özetleyen: **Dr. Cenk Yasa**,  
İstanbul Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, Ürojinekoloji Bilim Dalı

#### Giriş ve hipotez

Rekonstrüktif pelvik cerrahi sırasında uterusu korumanın veya çıkartmanın etkinliği ve güvenilirliği ele alınmaktadır.

#### Metod

Bu çalışmada uterin prolapsus yönetiminde hysteroprezervasyon ve histerektomi karşılaştıran çalışmaların sistemik derlemesi ve meta-analizi yapılmıştır. Ocak 2017 tarihine kadar olacak şekilde PubMed, Medline, SciELO ve LILACS veritabanları taranmıştır. Bu çalışmaya sadece randomize kontrollü çalışmalar ve prospektif karşılaştırmalı gözlemsel kohort çalışmaları dahil edilmiştir. Birincil sonuç olarak rekürrens ve tekrar operasyon oranları alınmıştır. Sekonder sonuçlar ise operasyon süresi, kan kaybı, viseral hasar, işeme güçlüğü, kateterizasyon süresi, hastanede kalış süresi, meş erozyonu, disparoni, malignite ve yaşam kalitesi olarak belirlenmiştir.

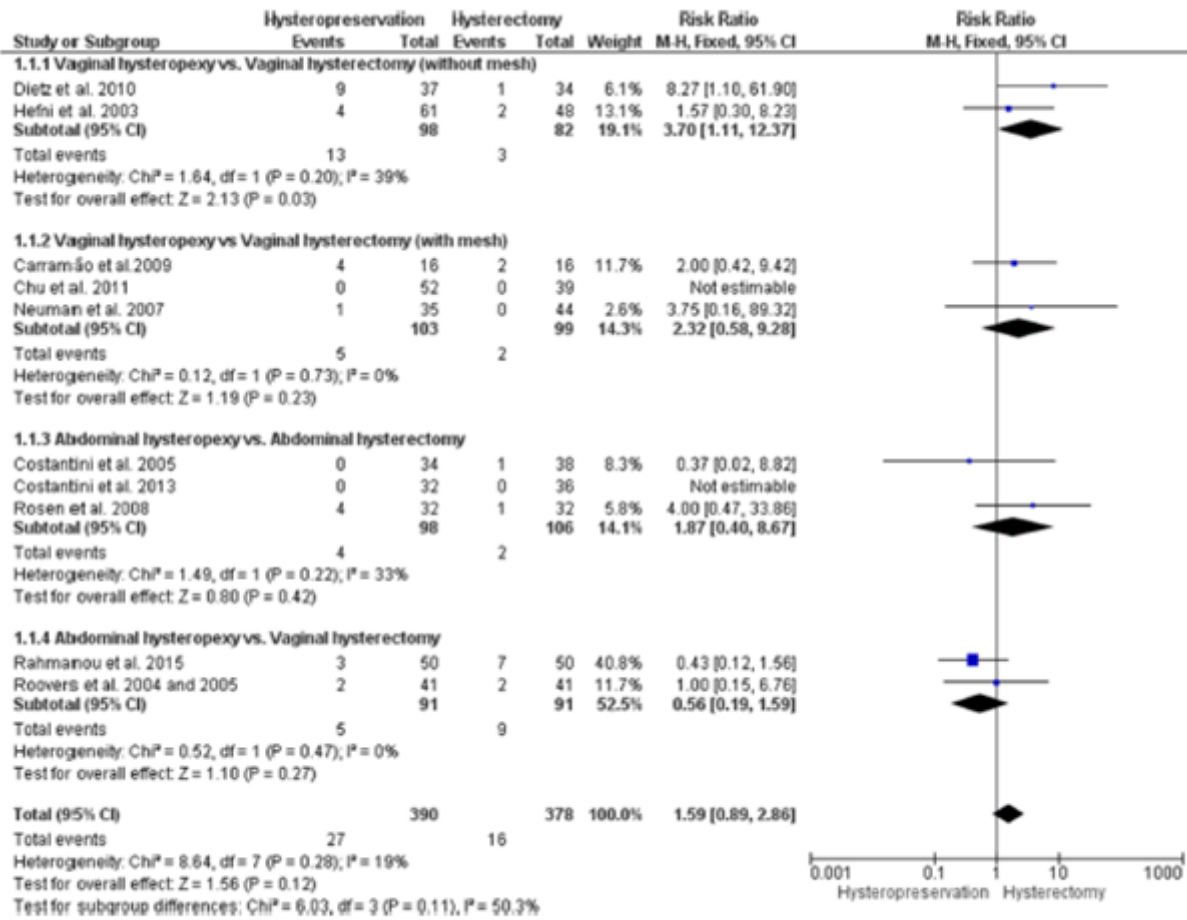
#### Bulgular

Derlemeye 462'si hysteroprezervasyon gurubunda ve 448'i histerektomi gurubunda 910 hastayı içeren 6'sı randomize kontrollü ve 5'i randomize olmayan 11 çalışma dahil edilmiştir. Uterin prolapsus rekürrensi için cerrahi tekniklerde bir farklılık saptanmazken (RR 1.65, 95% CI 0.88 - 3.10; p = 0.12), doğal doku tamirinin kullanıldığı vaginal histerektomiye takiben rekürrens riski daha düşük olarak saptanmıştır (RR 10.61; 95% CI 1.26-88.94; p = 0.03). Herhangi bir kompartmanın prolapsusu için histerektomide hysteroprezervasyona göre reoperasyon oranı daha düşük bulunmuştur (RR 2.05; 95% CI 1.13-3.74; p = 0.02). Hysteroprezervasyon, daha kısa operasyon süresi (ortalama fark: -12.43 dakika; 95% CI -14.11 -10.74 ; p < 0.00001) ve daha az kan kaybı (ortalama fark - 60.42 ml; 95% CI -71.31 -49.53 ml; p<0.00001) ile ilişkili saptanmıştır. Diğer değişkenler açısından guruplar benzerdir.

#### Sonuçlar

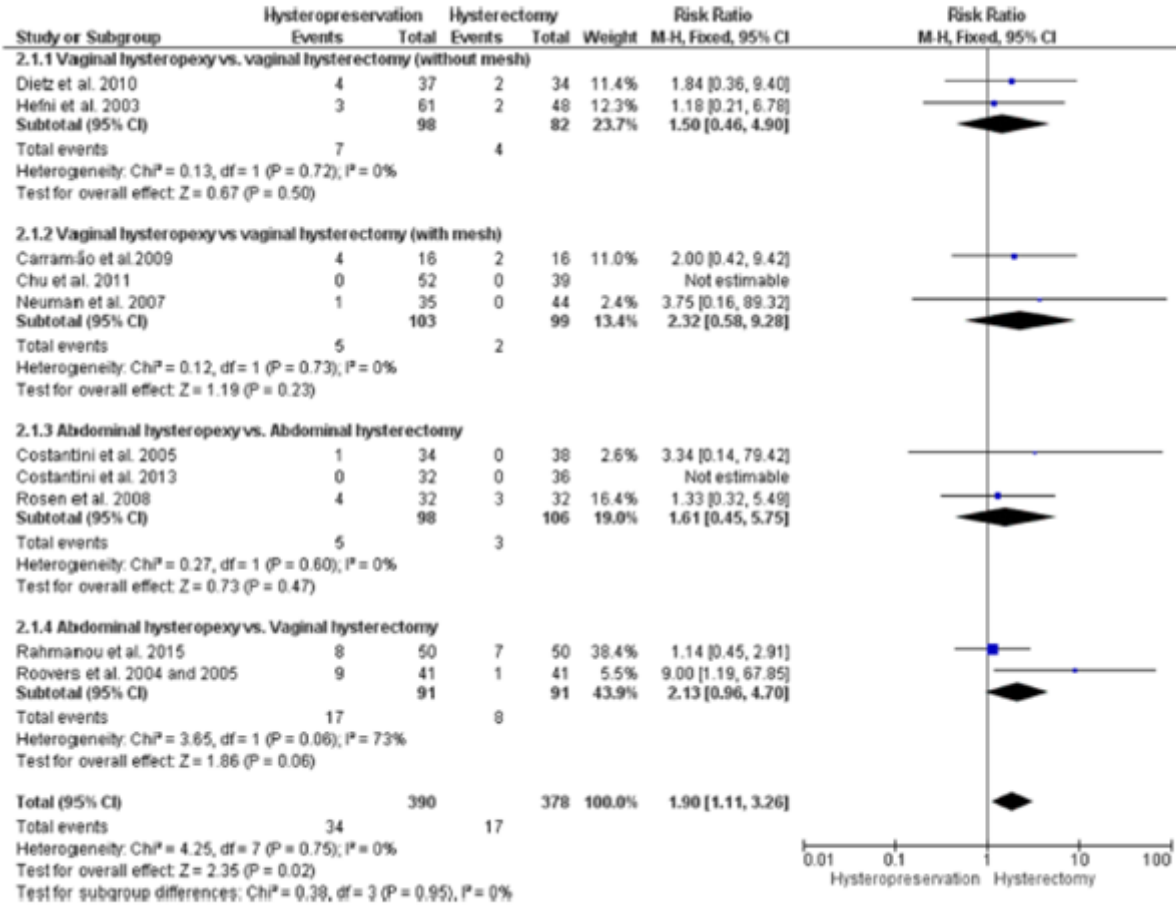
Her ne kadar histerektomi sonrasında uterin prolapsus rekürrens oranları düşük olmasa da reoperasyon riski daha azdır. Buna karşılık olarak hysteroprezervasyon yapılan vakalarda operasyon süresi daha kısa ve kan kaybı daha azdır. Bu çalışmanın kısıtlamaları arasında randomize olmayan çalışmaları da içermekte olması ve çok sayıda cerrahi tekniği içermesi görülebilir. Potansiyel yanılmalar olabileceği için sonuçlar dikkatli yorumlanmalıdır.

# TJODist Bülteni



Şekil 1. Rekürrens açısından grupların karşılaştırılması

# TJODist Bülteni



Şekil 2. Reoperasyon açısından grupların karşılaştırılması











## Yorum

Bu derleme özellikle cerrahi tekniklerden, cerrahi yaklaşım yerinden ve işlemlerin kombinasyonunda bağımsız yapılmıştır. Bu nedenle sonuçları yorumlamada ciddi bir heterojenite ve yanlılgılar olabileceği akılda tutulmalıdır. Sonuçlara bakıldığında ise daha önce yapılmış derlemeler ile hemen hemen aynı sonuçlara ulaşılmaktadır. Özellikle günümüzde daha çok kadının yaştan bağımsız olarak uteruslarını koruma isteğiyle sık olarak karşılaşmaktayız. Cerrahi rekonstrüksiyon gereken hastalara bu bilgiler ışığında bilgi verilmelidir. Ek olarak anormal kanama, polip, myom ve kanser gibi durumların varlığının hastaların bu isteğinde rol aldığı göz önünde bulundurulmalıdır. Bununla birlikte uterus korunacak hastalarda uterusun pre-/malign hastalıkları için iyi bir değerlendirme yapılmalı ve daha sonraki kontroller açısından hastaya bilgi verilmelidir.

**Kaynak:** <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28780651>

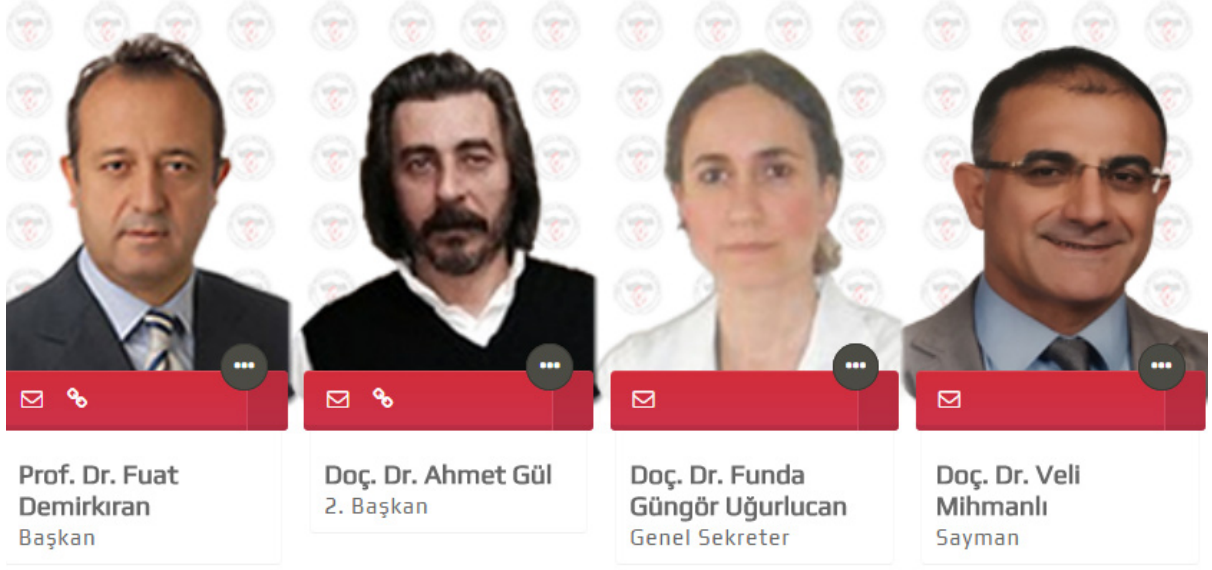
# TJODist Bülteni

## Pazar Sabahı Toplantısı

-  15 Ekim 2017 Obstetrik Kanamalar ve Malpraktis
-  18 Haziran 2017 Reprodüktif Endokrinoloji ve Infertilite
-  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 Infertilite
-  20 Kasım 2016 Pazar - Preterm Eylem ve Doğum (Güncel Bilgiler)
-  16 Ekim 2016 Pazar - Jinekolojide Tartışmalı Cerrahi Endikasyonlar
-  27 Mart 2016 Pazar - Anormal Uterin Kanama (Dr Hayri Ermiş'in Anısına)
-  21 Şubat 2016 Pazar - Preterm Eylem, Erken Membran Rüptürü, Tokoliz
-  22 Kasım 2015 Pazar: Tekrarlayan Gebelik Kayıpları
-  25 Ekim 2015 Pazar: Gebelikte Akılcı İlaç Kullanımı ve Teratoloji
-  24 Mayıs 2015 - Prenatal Tarama - Obstetrik Ultrasonografi
-  19 Nisan 2015 - Anovulasyon, IUI ve IVF
-  15 Mart 2015 - Obstetrik Kanamalar
-  15 Şubat 2015 Myom, Endometriozis ve Adenomyozis
-  18 Ocak 2015 Intrapartum Yönetim

## Tjod İstanbul Yönetim Kurulu //

28.08.2016 tarihinde yapılan TJOD İstanbul Şubesi seçimi sonrası 01.09.2016 tarihinde yapılan ilk yönetim kurulu toplantısı sonrası görev dağılımı aşağıdaki gibi olmuştur.



## Üyeler (soyadı sırasıyla) //

