



TJODist Bülteni

Kasım 2018

Başkandan



Değerli meslektaşlarımız,

TJOD İstanbul Bülteni Kasım 2018 sayısı ile hepinize merhabalar. Bu bültenin hazırlanmasında emeği geçen başta sevgili editör Barış Ata, editoryal üyelerimiz Engin Oral, Engin Çelik, Berna Aslan Çetin, Nadiye Dugan, Hakan Erenel, Cihan Kaya, Engin Türkgeldi, Cenk Yaşa'ya teşekkürler.

Hocalarımızın deneyimlerini paylaştığı söyleşi yazılarımız bu kez **Önay Yalçın** hocamız ile devam etmekte, katkıları için kendilerine teşekkür ederiz.

TJOD İstanbul 2018-2019 döneminin ilk toplantısı "Ürojnekoloji'de Yenilikler-2018" konu başlığı ile 16 Eylül 2018, ikinci toplantı ise 14 Ekim 2018, "Onkoloji'de Preinvaziv Hastalık Yönetimi ve Organ Koruyucu Yaklaşımlar" konu başlığı ile gerçekleştirdik. Dr. Gökhan Yıldırım ve Dr. Burcu Özmen

Demirkaya'nın hazırladığı günlük uygulamalarda sıklıkla sorun yaşadığımız "**Fetal İyilik Halinin Değerlendirilmesi ve Doğum Zamanlaması**" konulu toplantımızı **18 Kasım 2018 tarihinde Hilton İstanbul Bosphorus'da** yapacağız. Program detaylarını web sayfamızda (<http://www.tjodistanbul.org>) bulmanız mümkündür.

TJOD Genel Yönetim Kurulu tarafından **TJOD Genel kurulu 04 Kasım 2018** tarihinde olacağı ilan edildi. Bir çok kez sözlü ve yazılı başvuru yapmamıza ve "Genel Kurul"a 3-4 gün kalmış olmasına rağmen halen "Delege" listesi yayınlanmadı. TJOD Merkez sorumluluk duygusundan uzak, üyelerine karşı antidemokratik ve kendine-araflı uygulamalarına devam etmektedir.

TJOD Merkez Yönetim Kurulu, Denetleme Kurulu, Disiplin Kurulu üyeleri, toplam 21 delege, 15-20 yıldır, şube seçimlerine girmeden, asil üye /delege olarak "Genel Kurul"a katılmaktadır. Bu kabul edilebilir bir uygulama değildir, bir grup üyeye imtiyaz sağlamaktadır. **Hiç bir üye sıfatı ne olursa olsun ayrıcalığa sahip olmamalı ve bağlı olduğu şubeden delege seçilerek gelmelidir.** Bunları değiştirmek için "Genel Kurul"da tüzük değişikliği önerisi getireceğiz. Umarız ki delegeler bu tüzük değişikliği için olumlu oy kullanırlar.

Hepinize sevgi ve saygılarımızla.

Kasım 2018

Dr. Ahmet GÜL

TJOD İstanbul Başkanı

Editörden



Sayın meslektaşlarım,
Kasım 2018 Bülteniyle huzurunuzdayız.

Hocalarımız bölümünde ülkemizde ürojinekolojinin yerleşmesinde öncülük eden Sayın **Prof. Önay Yalçın ile Cenk Yasa'nın** yaptığı röportaj var. Beğenerek okuyacağınızı düşünüyorum.

Ekim Ayındaki **Onkoloji toplantımızın özetini Engin Çelik hazırladı.** Maalesef toplantıya katılamadım. Fertilite korunması ile ilgili bir görüşümü paylaşmak istiyorum. Oosit vitrifikasyonu ile güncel survival oranı %100'e yakındır. Bu nedenle de yıllardır deneysel işlem kategorisinden çıkartılmış ve yerleşik teknik olarak kabul edilmektedir. Kanser veya hastalık gibi insanları zorlayan durumlarda boşanmak nadir olmayabiliyor. Ayrıca sağlıklı eşin de bir gün hastalanması hatta hayatını kaybetmesi olasılık dışı değildir.

Dondurulmuş embryoları kullanmak gerekirse mutlaka her iki ebeveynin de onamı gerektiğinden bu durumlarda kadın elinde kalan tek üreme şansı olabilecek embryoları kullanamayabilir. Bu konuda bazı yabancı örnekleri bu linklerde okuyabilirsiniz:

- **Infertile cancer survivor's embryos must be destroyed after she loses court battle with her ex-husband to 'save her unborn babies'**
- **Evans v United Kingdom**

Bu nedenlerle hastanın üreme potansiyeli üzerindeki otonomilerini korumak amacıyla bu durumları evli çiftlerle de tartışıp bilgilendiriyorum ve düşünüp karar vermeleri için zaman veriyorum. Cinsiyet eşitliği açısından bakınca da böyle düşünüyorum. Erkek hastalarda kolay olduğu için sperm donduruluyor, embryo yapılıp dondurulmuyor. Kadınlarda da bugünkü teknoloji ile kişisel düşüncem oosit dondurulmasının embryo dondurulmasından daha doğru olduğu. Ayrıca bu hizmetlerin SGK ve diğer sigortalar tarafından karşılanması için kamuoyu oluşturulması gerektiği fikrindeyim.

Ayrıca fertilite koruyucu modalitelerin bir arada kullanılabileceğine dikkat çekmek isterim. Yani bir hasta hem oosit, hem over dokusu dondurabilir, hem de sonradan GnRH agonisti kullanılabilir gibi. Daha önce GnRH analoglarının fertilite koruyucu etkisi hakkında kritiktim ancak şimdi etkili olduğunu ve az kullanıldığını düşünüyorum. Bu konuda Cerrahpaşa'dan ihtisasını bitirdikten sonra önce Yale'de Emre Seli ile şimdi de Mayo Clinic'te research associate olarak çalışan Nigar Sofiyeva ile yaptığımız meta-analize **bu linkten** ulaşabilirsiniz:

İlk makalemizde Berna Aslan sizlere **ACOG'un Gebelikte Uçak Yolculuğuna dair tavsiyelerini** tercüme etti. Giderek artan uçak yolculuklarına dair sadece tatil dönemlerinde değil tüm yıl boyunca sorular ile karşılaşılıyor. Günlük uygulamada size kolaylık sağlayacak bir yazı olduğunu düşünüyorum. Bu rehberde bulunmayan bir hatırlatmanın faydalı olacağını düşünüyorum. Eğer gebe gittiği yerde bir haftadan fazla kalacaksa dönüş için hava yolu yeni bir rapor isteyecektir, bu konuda gebeyi uyarmadığımızda sizi dönüş için gittikleri havaalanından arayacaklarını hatırlatmak isterim. THY'nin gebelerin uçuşları ile ilgili kurallarına **bu linkten** ulaşabilirsiniz.

İkinci makalemiz yine her gün verdiğimiz bir karar için yeni kanıt sağlayan **büyük bir randomize kontrollü çalışma.** Tam açık olan bir gebeyi hemen ikındırtmalı mıyız yoksa bekleyebilir miyiz? Bu kararı verirken dikkate alınması gereken tek faktör doğuma kadar geçen süre olmamalı. İnfeksiyon ve doğum sonrası kanama gibi parametreler de farklılık gösterebiliyor. Hangisi nasıl değişiyor ve nasıl karar verilebilir



TJODist Bülteni

sorularının cevabı JAMA'da gen ay yayınlanan bu makalede. **Hakan Erenel**'e güzel tercüme için çok teşekkürler.

Üçüncü makalemiz uterin septum tanı ve tedavisi üzerine **Cihan Kaya**'nın tercüme ettiği bir derleme. Subseptumun ne boyuta ulaştığında olumsuz reproduktif etkisi olduğuna karar vermek gerçekten zor. Literatüre genel bakıldığında gebe kalma potansiyeli üzerine olumsuz bir etkisi görünmese de abortus, erken doğum, malprezentasyon ve sezaryan oranlarında artış ile ilişkili görünmekte. Cerrahi tedavisi aslında gayet basitleşmiş olmakla beraber septum insizyonunun bu olumsuz sonuçları azalttığına dair henüz kaliteli kanıt olmaması kafa karıştırır da benim düşüncem, genel de konservatif yaklaşımı tercih eden birisi olmama rağmen, bu belirsizlikleri hastalarla paylaşıp operasyon önermek eğiliminde oluyorum. Makalede tartışılan tekniklere gelirsek, GnRH analogları ile hazırlığı karşılaştıran çalışmada bildirilen operasyon süreleri (90 dakika ve üzeri) bence çok uzun ve çalışmayı tartışılır kılıyor. Son olarak septum insizyonu yaparken nerede durulacağına şüphe olursa, fazla kesmektense az kesmenin daha iyi olduğunu düşünüyorum. Küçük bir rezidüel septumun olumsuz etkisi, çok inceltilmiş bir fundusun gebelikte veya doğumda taşıyabileceği rüptür riskine kıyasla çok daha kabul edilebilirdir. Rüptür çok nadir bir komplikasyon olsa da sonuçlarının ağırlığı itibarıyla iatrojenik risk artışı bence kabul edilemez olmalıdır.

Dördüncü makalemiz Nadiye Dugan'ın tercüme ettiği **kaf dehisansı** ile ilgili. Çok odaklı ve net yazılmış ve uygulamada yol gösterici güzel bir yazı.

Beşinci makalede Engin Türkgeldi infertilitede antioksidan kullanımı ile ilgili bir derlemeyi özetledi. Etkili görüldükleri bazı alanlarda çalışma sonuçlarının yüksek heterojenitesine (yani bir araya getirilen çalışmaların farklı özellikleri popülasyonlarda yapılarak, ismen aynı olsa bile farklı sayılabilecek girişimleri değerlendirdiğini ve biraraya getirilmelerinin uygun olmadığını düşündürecek şekilde) ve etkili görüldükleri çalışmaların daha çok yayınlanmış olması olasılığını (publication bias) ve asıl önemli sonuç ölçütü olan canlı doğum oranı üzerine etkilerini gösteren çalışmalara ihtiyaç duyulduğunu söylemeliyim.

Bana her zaman konu ve makale önerileri için yazmanızı beklediğimi bir kez daha hatırlatırken, bu hafta sonu yapılacak genel merkez seçiminin demokratik geleneğe ve prensiplere uygun geçmesini ve hepimiz için iyi sonuçlanmasını dilerim.

Dr. Barış Ata

Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı
Koç Üniversitesi Tıp Fakültesi



TJOD İSTANBUL ŞUBESİ BİLİMSEL PROGRAMI

FETAL İYİLİK HALİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ VE DOĞUM ZAMANLAMASI

Toplantı Sorumluları: Gökhan Yıldırım, Burcu Özmen Demirkaya

09:00 - 09:50

Sabah Kahvaltısı

09:50 - 10:00

Açılış: TJOD İstanbul Başkanı: Ahmet Gül

10:00 - 11:50

1. Oturum

Oturum Başkanları: Mehmet Uludoğan, Alev Atış Aydın

10:00 - 10:30

Fetal iyilik halinin patofizyolojisi/değerlendirme yöntemleri

Deniz Acar

10:30 - 10:50

Fetal iyilik hali testlerini hangi durumlarda ve hangi aralıklarla yapalım?

Aytül Çorbacıoğlu

10:50 - 11:10

Fetal iyilik halinin değerlendirilmesinde USG ve Doppler USG'nin yeri

İbrahim Kalelioğlu

11:10 - 11:30

Antenatal dönemde anormal fetal iyilik hali durumunda yönetim

Tuğba Saraç Sivrikoz

11:30 - 11:50

Tartışma

11:50 - 12:20

Kahve Molası

12:20 - 14:00

2. Oturum

Oturum Başkanları: Yavuz Ceylan, İbrahim Polat

12:20 - 12:40

Oligohidramnios/Polihidramnios durumunda fetal iyilik halini nasıl değerlendirelim?

Esra Esim Büyükbayrak

12:40 - 13:00

Geç fetal kayıpları ve nöro-morbiditeyi nasıl azaltabiliriz?

Aytaç Yüksel

13:00 - 13:20

IUGR yönetiminde hangi testleri kullanalım? Ne zaman doğum kararı verelim?

Zeki Şahinoğlu

13:20 - 13:40

Intrapartum fetal elektronik monitörizasyon ile fetal iyilik halinin değerlendirilmesi

Ahmet Tayyar

13:40 - 14:00

Tartışma

14:00 - 14:30

Makale / Vaka / Serbest fikir / Öneri saati

TJODist Bülteni

Hocamızla Söyleşi



Prof. Dr. Önay Yalçın

- 05.01.1950 yılında Kıbrıs 'ta doğdu.
- İlk, orta ve lise öğretimi Kıbrıs'ta , tıp eğitimi 1967-1973 yılları arasında İstanbul Tıp Fakültesi
- Aynı fakültenin Kadın Hastalıkları ve Doğum Ana Bilim Dalı'nda 1975-1979, uzmanlık eğitimi
- 1980-1985 Haseki Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde Baş asistanlık ve Şef Muavinliği
- 1985-1989 İstanbul Tıp Fakültesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Ana Bilim Dalı'nda Baş asistan
- 1989- Doçent , 1995- Profesör
- 1994 Ürojinekoloji Ünitesi Sorumlusu
- 2011 Ürojinekoloji Bilim Dalı kurulması ve Bilim Dalı Başkanlığı
- 2014-2017 Ana Bilim Dalı Başkanlığı ve emeklilik
- 1997 de Türk Ürojinokoloji ve Pelvik Rekonstrüktif Cerrahi Derneği 'nin kuruluşu ve dernek başkanlığı
- Evli ve bir çocuk annesi

Tıp eğitimi ve Kadın Doğum uzmanlığı konusunda ne düşünüyorsunuz?

Türkiye'de akademik kadrosu, eğitimi ve verdiği hizmetleri ile çok üst düzeyde tıp fakültelerimiz vardır. Bunlar uluslar rası düzeydedir. Ancak son yıllarda hızla artan sayı ile kalite yönünden eski seviyenin korunabileceği konusunda ciddi endişelerim var. Kantite kadar kalite de dikkate alınmalıdır.

Kadın hastalıkları ve doğum uzmanlığı konusuna gelince, şiddetle öneriyorum. Çok keyifli bir branş; Hekimin de kendi hesabına paylaşacağı çok güzel olayları yaşama imkanı vermektedir. Sağlık politikaları ile ilgili geçici sıkıntılara aldırmamak gerekir. Kanımca kadın hastalıkları ve doğum uzmanlığı halen en önemli branşlardan biridir. Yan dal uzmanlıklarının ortaya çıkışı veya resmi yan dal olmazsa bile özel ilgi alanı oluşturma, kısaca ilgi alanını sınırlamak, konuya daha çok hakim olma anlamına gelmekte. Dolayısıyla daha rahat ve daha keyifli bir şekilde meslek icra etmek mümkün olmaktadır. Ben meslek hayatımda bunu yaşadım ve bütün hekim arkadaşlarıma tavsiye ediyorum.

Ben bu konuda çok şanslı olduğumu düşünüyorum. Ülkenin en eski ve köklü üniversitesinin tıp fakültesinde eğitim aldım. Mesleğimi büyük bir keyifle sürdürdüm ve bende çok güzel anılar bırakan bir akademik hayatım oldu.

Günümüzde bilgiye ulaşma yolları çok çeşitlendi ve o ölçüde kolaylaştı. Ancak hekimlik özellikle kadın hastalıkları ve doğum uzmanlığı eğitiminin sadece elde edilen teorik bilgilerle yeterli olmadığını düşünüyorum. Cerrahi bir branş olarak usta-çırak ilişkisine halen çok ihtiyaç vardır. Ben, ayrıca hastaya yaklaşım, meslektaşlar arası iletişim ve hatta hoca-hekim ilişkilerinin sağlıklı olgunlaşması için bu dönemin çok önemli olduğunu düşünüyorum. Formasyon kazanılan bu dönemde ortam son derecede önemlidir. Maalesef tıp fakültelerine alınan öğrenci sayısı çok fazla olduğu için bu dönemde sadece teorik eğitim gerçekleştirilmekte, uygulamalı eğitim ve hekimlik formasyonu konusunda yeterli aktarım yapılamamaktadır. Geriye bu eksikliklerin tamamlanması uzmanlık dönemine kalmaktadır.

Konu özel ilgi alanına gelince, Türkiye 'de Ürojinekoloji için neler söylemek istersiniz?

Kesinlikle "Kadın Sağlığı" kapsamında değerlendirilmesi gereklidir. Türkiye'de Kadın Sağlığı denilince

TJODist Bülteni

gebelik ve doğum akla gelmektedir ki bu çok yanlıştır. Kadının sadece bu yönü ile ele alınması ayrıca da çok üzücüdür.

Ürojinekoloji kapsamındaki sağlık sorunları genellikle yaşam kalitesiyle ilgilidir. Kaliteli yaşam arzusu hem kadınlar, hem de sağlık hizmeti sunanlar tarafından gittikçe daha iyi anlaşılmaktadır. Bunda iletişimin katkısı çok büyüktür. Ayrıca Türkiye 'de yaşlı popülasyonun artması ile ürojinekolojinin önemi daha da artacaktır.

1997'de kurulan Türk Ürojinekoloji ve Pelvik Rekonstrüktif Cerrahi Derneği hedefinde yurdumuzun her köşesinde ürojinekolojinin çağdaş düzeyde uygulanması vardır. Konu ile ilgilenenler dernek bilimsel toplantılarında deneyimlerini paylaşmaktadır. Derneğin dış dünya ile iletişimi iyidir ve Uluslararası Ürojinekoloji Derneği (IUGA) 'ya afileyedir. Ancak uluslararası bir kongreyi İstanbul'da gerçekleştirme imkanımız henüz maalesef olmadı. Ayrıca, İstanbul Tıp Fakültesi Ürojinekoloji Bilim Dalı, EBCOG'a bağlı Avrupa Ürojinekoloji Derneği (EUGA) tarafından akredite edilmiştir.

Ürojinekoloji multidisipliner bir çalışmayı gerektirir. Farklı branş hekimleri (Jinekoloji, Üroloji, Kolorektal Cerrahi) yanında hemşireler, diyetisyenler ve fizyoterapistlerden oluşan bir ekip vardır. Ürojinekoloji Türkiye'de bu yönü ile güzel bir örnek teşkil etmektedir.

Ürojinekoloji konusundaki çalışmalar 1997 yılında derneğin kurulması ile hız kazandı. Bu kapsamda, çok yazarlı, Türkçe hazırlanmış, birçok kitap da hekimlerin hizmetine sunuldu. Hemen her kadın doğum konulu bilimsel toplantıda ürojinekoloji oturumları yer almakta, kurslar düzenlenmektedir.

Ürojinekoloji'de gelinen noktadan memnun musunuz?

Evet yanıtı vermeyi çok isterdim. Muhakkak ki önemli bir aşama sağlandı ancak daha yapılması gereken çok iş vardır. Her şeyden önce tıp fakültelerinden başlanarak ürojinekoloji dersinin olması gerekir. Çünkü konular ile ilgili hizmet I. basamak hekimlikte başlamaktadır. Uzmanlık eğitiminde diğer bölümler yanında bir iç rotasyon konusu olmalıdır. Aile hekimlerinin programına dahil edilmeli ve yan dal uzmanlığı ile ilgili çalışmalar yapmalıyız.

Bu konuda son olarak söylemek istediğim, araştırma ve klinik çalışmalarla uluslararası arenada daha çok yer alınmalı ve uluslar arası bir kongre yurdumuza gelmelidir.

Bu yapılması gerekli çalışmaları da dikkate aldığımızda Türkiye'deki ürojinekoloji ile dünyadaki uygulamaların neresindeyiz?

Konu ile ilgili merkezler genellikle Ankara, İstanbul, İzmir gibi büyük şehirlerde sıklıkla üniversitelerimiz ve eğitim hastanelerimizde tanı ve tedavi hemen tüm imkanlar mevcuttur. Ancak bu kesinlikle yeterli değildir. Yaygınlaşması şarttır. Maalesef ülkemizde genelde kişisel çabalarla bu hizmetler gerçekleştirilmektedir. Kurumsallaşmada iyi değiliz.

Emeklilik hayatınıza nasıl bir değişiklik getirdi? Hobileriniz var mı?

Emekliliğin de güzel yönleri olduğu kanısındayım. Yoğun iş temposundan çıkınca hayatta mesleki faaliyetler dışında da güzel şeylerin olabileceğini fark ettim. Uzun memuriyet hayatından sonra günlük programımı bizzat yapabilmek çok hoşuma gidiyor.

Hobi konusunda maalesef iyi durumda değilim. Bu konunun seçimini emekli olmadan önce yapıp alt yapısını hazırlamak gerekli.

Önay Yalçın hocamıza bu keyifli söyleşi için teşekkür ederiz.

TJODist Bülteni

14 Ekim 2018 “Jinekolojik Onkolojide Preinvaziv Hastalık Yönetimi ve Organ Koruyucu Yaklaşımlar” toplantısı konuşma özetleri

Özetleyen: **Dr. Engin ÇELİK**



TJODist Bülteni



TJODist Bülteni

HPV aşılarda güncel durum

Gardasil genital siğillere de etkilidir. Kondilom %67, anal kondilom %50-57 azalma.

HPV aşılarda onaylar FDA: bivalan:9-25y, quadrivalan: 9-26y

EMA'da Bivalan: 9 yaş üstü, quadrivalan 9y üstü.

Gardasil-9: novalan. HPV 31, 33, 45, 52, 58'e etkilidir.

Quadrivalan aşıya benzer HPV 16/18'e etki. Serviks kanserinde %96 koruma (ek HPV tipleri)

PAPS ve kolposkopide ciddi azalma.

VAERS benzer yan etki profili. 2014-2017 ölümdede fark yok.

WHO: 270 milyon yapıldı ve aşı güvenlidir diyor.

WHO: 9-25y kızlar ve 9-15y erkeklerde.

FDA: Gardasil-9 45yaşına kadar uygulanabilir. Ülkemizde henüz 9'lu aşı yok.

Aşılar da dünyada kullanım: klinik etkinlik için en az %50 popülasyon aşılanmalıdır. En iyi aşılama Kuzey Avrupa ve Avusturalya, Yeni Zelandada.

Fakat serviks kanseri vakalarının %60'ı az-orta gelişmiş ülkelerde.

Sonuç: hpv serviks ve non servikal lezyonlara etki. Anormal tarama ve eksizyonel prosedürleri azaltıyor.

9-15 yaş arasında iki doz yeterli. (0, 6-12ay)

Aşılama şu an hedefin altında.

Servikal taramalarda güncel yaklaşımlar

Serviks kanseri sıklığı 0,8. Türkiyede 1600 vaka ve 680 ölüm/yıl.

ASCCP kılavuzları kullanılıyor.

Tarama 3 yılda bir smear veya 5 yılda HPV ile olabilir.

21-29y 3 yıllık PAPS ile. 30-64y cotest.

PAPS: sensivite %50-70.

18 aylık taramada 1,5/100.000

36 aylık taramada 4,7/100.000 kişi serviks kanseri olabilir.

Yıllık taramada 2000 kolposkopi. 2 yıllık taramada 1080 kolposkopi. 3 yıllık taramada 760 kolposkopi.

Tarama ile semptom sonrası PAPS a bakış farklı olmalıdır.

Smear yeterli değerlendirebilmek için patolojik bildirim de yeterli olmalıdır.

HPV ile birlikte ASCUS olması LSİL gibi değerlendirilir.

LSİL'de %5,2 CİN3 ve üstü lezyon görülür.

PAPS(-) HPV(-) oran 0,26

ASCUS var, HPV(-) oran 0,49

ASCUS var oran 2,6.

ASCUS var HPV(+) oran 6,8.

CİN2 ve üstü lezyonları saptamada konvansiyonel veya thin prep arasında fark yok.

Yetersiz sitoloji: HPV(-) ise 2-4ay sonra PAPS tekrarı

HPV(+) ise kolposkopi.

Sitoloji normal fakat HPV (+) ise 1. HPV genotipleme. 16/18 ise kolposkopi değilse 1 yıl sonra kotest

2. 1 yıl sonra kotest.

ASCUS ve üzeri sonucu varsa 65 yaş üzerinde de taramaya devam edilmeli.

ASCUS var, HPV negative ise 3 yıl sonra kotest

ASCUS'da 24 yaş altı HPV bakılması önerilmez sadece PAPS ile takip

LSİL: %77 HPV mevcuttur. Eğer HPV bakıldı ve negatifse 1 yıl sonra kotest yapılabilir.

LSİL=kolposkopi.

ASC-H: %71 HPV görülür. 5 yıl içerisinde %2 kanser gelişimi riski vardır.

ASC-H ve HSİL 21-24yaş arasında kolposkopi ve smear ile 2 yıl takip edilebilir.

HSİL: kolposkopi veya LEEP yapılabilir.

FDA onaylı 4 test mevcuttur. Cobas, Hybrid capture, Cervista, Aptima.

Aptima miRNA bakılır. E6 overekspresyonu.

Sitolojide p16, cytokeratin 7 ve ki67 daha iyi sonuçlar verebilir.

Servikal preinvaziv lezyonlarda yönetim

Insidans 12/100.000. 34-39 yaşta 86/10.000.

LAST: LSİL: CİN1, HSİL:CİN2,3

P16 pozitifliği varsa HSİL.

TJODist Bülteni

HPV normal popülasyonda %3 oranında görülür. CİN1 %30, CİN2 %56, CİN3 %82, Ca %92 oranında HPV görülür. Ablatif yöntemler histopatolojik veri olmadığı için tercih edilmiyor.

21-24 yaş arasında yüksek riskli lezyonların %61'i 12 ayda geriliyor.

Kanser insidansı 20-24yaş 1,4/100.000.

CİN1: 2 yıl persiste ederse

Lezyonda ilerleme oluyorsa

Kolposkopi yetersizse

ECC CİN1'in üstünde ise

Sitoloji ASC-H veya HSIL ise Konizasyon önerilir.

CİN2-3: regresyon oranı daha düşük. İkisini ayırmak zor. 25 yaş altında CİN2 takip edilebilir.

Kolposkopi ve sitoloji ile 12 ay takip edilebilir.

Soğuk konizasyonla LEEP arasında tedavi başarısında anlamlı fark yoktur.

Soğuk konizasyonda kanama ve stenoz daha sıktır.

LEEP te ise cerrahi sınırdaki termal hasar nedeniyle değerlendirilmesinde güçlük olabilir.

Dokunun tek parça haline çıkarılması önerilir. Sağdan veya soldan başlayarak yapılmalıdır.

Gör ve tedavi et uygulamasında over treatment riski mevcuttur.

Adenokarsinoma in situ:

Multifokal kesintili lezyonlar olabilir. Endoservikal kanala uzanır. Negatif sınır lezyonun tamamının çıkarıldığını göstermez.

SMİLE: stratified mucine producing intraepithelial lesion. AIS ile birliktelik gösterir. Olduğunda rekürens daha sıktır.

CİN2 ve üzeri lezyonu olup histerektomi yapılanlarda takiplerde %8 VAİN2 ve üstü lezyon ve %3 vagina ca gelişebilir.

Marjin pozitifliği %36 nüks.

Gebelikte kanserin ekarte edilmesi gereklidir. ECC yapılmamalıdır.

Endometriyal preinvaziv lezyonlarda sınıflama ve yönetim

EİN 2000 yılından sonra geliştirilen sınıflama yöntemidir. EİN'de iki sınıf mevcuttur. Östrojene bağlı değişiklikler ve EİN'dir. Stroma hacmi bilgisayar destekli morfolojik analizlerle yapılmaktadır. D skoru 0 altında ise malign, 1'in altında ise artmış risk mevcuttur.

Biyolojisi: estrogen, proliferasyon, disfonksiyon.

Mutant klonlar atipik hiperplazi ve EİN'e neden olmaktadır.

WHO sınıflandırmasında hiperplazileri atipili ve atipisiz olarak sınıflamaktadır.

Yaş, fertilité, sağlık durumu, eşlik eden patolojiler, önceki tedaviler tedavide göz önüne alınmalıdır.

LNG-RİA; progesteron, KOK, danazol medikal tedavide uygulanabilir.

2016 RCOG kılavuzu yol göstericidir.

Tanıda endometriyal biyopsi yeterlidir. Fokal lezyonlarda ve tanı konulamayan yetersiz materyalde histereskopi önerilir.

Görüntülemelerde Ultrason yeterlidir. Biyopsisi olmayan vakalarda difüzyon MRG yapılabilir.

Atipisiz hiperplaziler

%3 kanser görülmektedir.

Obezite ve hormon kullanımı reversible nedenler varsa tedavi edilmelidir. Progesterona cevaplıdır.

Medikal tedavide LNG-RİA, medroksiprogesteron asetat 10-20mg/gün, noretinderon asetat 10-15mg/gün tedavide kullanılır.

6 ay sonra kontrol biyopsisi yapılmalıdır.

Atipik hiperplazi

%43 kanser görülme sıklığı mevcuttur. Histerektomi önerilir. Rutin frozen inceleme ve lenfadenektominin yararı yoktur.

Fertilité isteği olanlarda hastaya tedavi esnasında %2 evre 1 üzeri hastalık, %0,5 metastatik hastalık ve senkronize %4 over kanseri riski olduğu anlatılmalıdır.

Radyolojik inceleme, tümör markerlar, ve multidisipliner inceleme gereklidir.

Atipik hiperplazide, LNG-RİA %90 regresyon görülmektedir. Megesterol asetat 80-160mg/gün kullanılır.

3 ay arayla biopsi önerilir. İki negatif sonuç sonrası fertilité merkezine yönlendirilmektedir. 12. Aydan sonra normal sonuç yoksa operasyon önerilir.

Progesteron ile %14 persistans ve %23 rekürens izlenmektedir.

Sonuç:

2014 WHO sınıflandırması kullanılmalıdır.

Atipisiz hiperplazi tedavisinde LNG-RİA veya kontinü progesteron kullanılmalıdır. 6 ay sonra biopsi tekrarı önerilir.

TJODist Bülteni

Atipili hiperplazide histerektomide %40 karsinom izlenmektedir. Frozen gerek yok. BSO hasta yaşına göre bakılmalıdır. Tedavi yanıtı olanlar infertiliteye gönderilmelidir.

Serviks ve endometriyum kanserinde organ koruyucu yaklaşımlar

Yaşam beklentilerinin artması. Gereksiz radikal cerrahi. İlk gebelik yaşının artması organ koruyucu yaklaşımların önemini arttırdı.

Serviks kanseri

1a1 LVSI negatif: tip histerektomi. Konizasyon (ECC negatif, cerrahi sınır negatif)

1a1 LVSI pozitif, 1a2 ve 1b1 kanserler Tip 1-3 histerektomi ve lenfnodu disseksiyonu.

Veya organ koruyucu yaklaşımlar.

Radikal trakelektomi: serviks parametrium ve vajen üst kısmının çıkarılması. Kalan vajenin uterus isthmusa anastomoz yapılmasıdır. İnfundibülopelvikler kesilmez.

Sağkalıma olumsuz etkisi yok ve fertilité arzusu varsa düşünülür.

Standart tedavi değildir. Non nöroendokrin tümörlerde uygulanabilir. Tümör boyutu 2-4cm altı olmalıdır.

Preoperatif MRG ile tümör cerrahi sınırı ve lenf nodları değerlendirilmelidir. Hastada infertilite öyküsü olmamalıdır.

Vajinal radikal trakelektomi:

Önce L/S ile lenf disseksiyonu sonra vajinal trakelektomi yapılır. Vazgeçme %10-12. 2cm altında %1 nüks, 2cm üstünde %29 nüks görülür. %28 preterm doğum ve eve sağlıklı bebek götürme %40.

Abdominal radikal trakelektomi:

%10 stenoz, %9 enfeksiyon, %6 lenfokist oluşumu. Nüks %3,8 ve ölüm %0,4.

Gebelik %18, sağlıklı çocuk götürme %62.

2cm altı, stromal invazyon 10mm altı ve nodal yayılım yoksa parametriyal tutulum %1,9.

2cm altı, nod yok, LVSI negatif ise risk %0,04.

1493 vaj rad trakelektomi+Lenf disseksiyonu nüks %4. 2cm üstü %17 rekürens.

666 abd rad trakelektomi. Rekürens %5, %26 gebelik.

Neoadjuvan KT sonrası organ koruyucu tedaviler nüks %8.

Sonuç:

1a1, LVSI neg: konizasyon

1b1 radikal trakelektomi + LND

1b1 2cm altı LVSI neg: basit trakelektomi

1b1 2cm altı LVSI poz: radikal trakelektomi

Atipik end hiperplazi ve endometriyal kanser

Endometriyum kanseri tedavisinden sonra %20 nüks.

16 hafta tedavi önerilir.

CTF: D&C-H/S, TV USG, MRG: megace LNG-RİA: 4-6ay sonra D&C, H/S: ART.

Nüks ileri yaşta, BMI yüksek olanlarda ve cevap süresi 6 ay üzerinde olanlarda fazladır.

Kombine tedavi: histeroskopik rezeksiyon, megesteron asetat ve LNG-Rİa birlikte tedavidir.

Cevap ayındır fakat nüks daha az görülmektedir.

Over tümörlerinde organ koruyucu yaklaşımlar

Fertilité arzusu, bilgilendirme, düşük risk grubuna ve sağ kalımı etkilemeden fertilité korunmalıdır.

En az 1 over ve uterus bırakılmalıdır.

Hastanın yaşı, hastalığın gradı önemlidir.

Daha sonra definitif tedavi uygulanmalıdır.

Seröz borderline %50 bilateraldir. %10-15 ekstra ovarian yayılım izlenir.

Musinöz borderline %10dan az. Endoservikal tip. İnvaziv implant ve lenf yayılımı daha sık.

Stage 1 cerrahi tedavi. USO altın standart. Kistektomi tek over kaldı ise veya bilaterale küçük tümörlü tarafa uygulanır.

Kistektomi %30 nüks. USO:%11 nüks, BSO %1,5 nüks olur.

Lenfadenektomi diploid tümörlerde Lenf tutulumu yok. Rutin LN disseksiyonu olmamalıdır.

Restaging: yetersiz evreleme, ekstraovarian yayılım şüphesi, non musinöz, kistektomi yapılmışsa, aneuploid tümörse önerilir.

Frozen kanser %96 doğruluk. Borderline %23-27 hata mevcuttur. Karşı overe wedge rezeksiyon gereksiz.

TJODist Bülteni

En iyi frozen sonucu %87 sensitivite, %60 spesifite.

İleri evre non invaziv implantları varsa tüm tümörleri çıkartılarak yapılabilir. İnvaziv implant varsa mümkün değil. Lenfnodu diseksiyonu, appendektomi, omentektomi sağkalıma etkisi yok.

Borderline: non invaziv gözlem

İnvaziv implant gözlem kategori 3 öneridir.

İleri evre borderline rekürens sıktır fakat sağkalımı kötü değildir.

Over ca

Erken evre %25 sıklıkla görülür. Sağ kalım %80-90'dır. Organ koruyucu yaklaşım evre 1a grad 1 tümörde yani kapsül intact ise yapılabilir.

1a grad2 ve 1c g3 ve evre 1 berrak hücreli tümörlerde tartışmalıdır.

Klinik olarak evre 1 tümörlerin %40 cerrahi evreleme yapıldığında ileri evre olarak tanı alırlar.

Epitelyal dışı over tümörleri germ hücreliler, disgerminom ve seks kord stromal tümörlerde fertilitte koruyucu tedaviler uygulanabilir.

Evre 1 disgerminom USO ve cerrahi evreleme yapılmalı karşı over değerlendirilmelidir.

Grad 1 immatür teratom dışında kemoterapi uygulanmaktadır.

Granüloza hücreli tümörlerde 1a grad 1-2 ise USO ve cerrahi evreleme yapılmalı mutlaka D&c yapılmalıdır. Adjuvan tedaviye gerek yok.

Oosit ve over dokusu dondurma yöntemleri ve başarısı

Tedavi sonrası POF gelişme %42. Lenfoma, lösemi, meme ca, seviks ca, otoimmün ve hematolojik hastalıklar, over cerrahisi olanlarda.

Kemoterapi ve radyoterapi sonrası infertilite gelişebilir.

Standart tedavi: embryo veya matür oosit dondurmadır.

İmmatür oosit, over dokusu, over transferi, GnRH agonist uygulamaları da yapılabilir.

Embryo: %35 canlı doğum. Sakıncaları: evli değil. 2-3 hafta sğre gereklidir, östrojen bağımlı tümörlerde etkileşim, endokrin fonksiyonlar geri gelmez.

Matür oosit: %70'i canlı kalabiliyor. Oosit başı başarı %5. Östrojen sensitif. Endokrin fonksiyona etkisiz.

35y altı en iyi 10 oosit başarı %60.

Random start KOH, double stim:

2 veya 3 foliküler gelişim dalgalanması. Konvansiyonel random start karşılaştırma benzer oosit. Süre 33-34gün.

Double stimülasyon Kötü over rezervi olanlarda. 1. Oosit toplanacak 3-5gün sonra tekrar stimülasyon.

İmmatür oosit: deneysel tedavi. Polikistik over sendromunda kullanılıyor. Kanserde yeterli çalışma yok. İVM yapılan 3 hasta mevcut.

Gonadotropinlere gerek yok. Daha kısa sürede.

Over korteksi ve cerrahiden önce opu. 6-10mm oositler toplanır.

Over doku dondurulması:

Deneysel. 2004'te canlı doğum. Prepubertal dönemde.

Pelvik periton veya diğer over üzerine ya da heterotopik.

Over metastazı yüksek olan lösemi, burkitt lenfoma ve nöroblastomda uygulanmaz.

Endokrin fonksiyonlar geri dönebilir.

Sistemik kemoterapi öncesi düşük over rezervi olanlarda dondurma yapılabilir.

Azalmış over rezervi tespiti için AMH ve AFS bakılabilir.

Post pubertal ve KT 2-3 hafta ertelenebiliyorsa. Oosit veya embryo dondurma

Prepubertal veya acil tedavi ihtiyacı varsa over dokusu

Lösemi ise İVM.

ACOG KOMİTE GÖRÜŞÜ GEBELİKTE UÇAK YOLCULUĞU

Vol 132, No 2, Ağustos 2018

Özetleyen: Dr. Berna ASLAN

Özet: Obstetrik ve medikal komplikasyonlar olmadığı sürece gebelikte uçak yolculuğu güvenlidir. Gebe kadınlar toplumun geneli gibi gerekli önlemleri alarak güvenle uçak yolculuğu yapabilirler. Hava türbülansının ne zaman olacağı öngörülemez ve hava türbülansı olduğunda travma riski yüksek olduğu için gebe kadınların yolculuk boyunca emniyet kemerlerini takması önerilmelidir. Alt ekstremitte ödem ve venöz trombotik olaylar konusunda kanıtların yetersiz olmasına rağmen riskleri azaltmak için, destek çoraplarının giyilmesi, alt ekstremitelerin periyodik hareket ettirilmesi, sıkı giysilerden kaçınılması, arada sırada yürünmesi ve yeterli hidrasyonun sağlanması gibi bazı önlemler alınabilir. Çoğu uçak yolculuğu için fetusun maruz kaldığı kozmik radyasyon ihmal edilebilecek düzeydedir. Hava mürettebatı ve sık uçak yolculuğu yapanlar bu limiti aşabilir.



The American College of
Obstetricians and Gynecologists
WOMEN'S HEALTH CARE PHYSICIANS

ACOG COMMITTEE OPINION

Number 746

(Replaces Committee Opinion Number 443, October 2009)

Committee on Obstetric Practice

INTERIM UPDATE: This Committee Opinion is updated as highlighted to reflect a limited, focused change regarding the addition of a report on occupational exposure to ionizing radiation.

Air Travel During Pregnancy

Gebelikte uçak yolculuğu genellikle güvenlidir. Son kohort çalışmaları uçak yolculuğu yapan gebelerde olumsuz gebelik sonuçlarında artış bildirmemiştir. Çoğu havayolu şirketi gebelerin 36. gebelik haftasına kadar uçuşlarına izin vermektedir. Bazı havayolu şirketleri uluslararası uçuşlara daha erken gebelik haftalarında izin vermemektedir ve bazıları gebelik haftasının belgelenmesini istemektedir. Belirli havayolu kuralları için, kadınlar bireysel olarak kontrol edilmelidir. Gebe kalan sivil ve askeri uçak mürettebatı, kendi firmalarıyla yönetmelikler ve kısıtlamalar için görüşmelidirler.

Uçuşla daha da şiddetlenebilecek veya acil bakım gerektirebilecek tıbbi veya obstetrik rahatsızlıkları olan kadınlar için uçak yolculuğu tavsiye edilmez. Seyahate çıkarken uçuş süresi de dikkate alınmalıdır. Gebe kadınlara obstetrik acil durumların en sık birinci ve üçüncü trimesterde olduğu bilgisi verilmelidir.

Kabin basıncındaki değişiklikler ve düşük nem gibi değişiklikler, hamileliğin fizyolojik değişiklikleriyle birleştiğinde, kalp hızında ve tansiyonda artış gibi adaptasyonlara ve hava kapasitesinde önemli bir düşüşe neden olur. Alt ekstremitte ödem ve venöz trombotik olaylar gibi uzun süren hava yolculuğu immobilizasyonu ve düşük kabin nemi ile ilişkili riskler, son zamanlarda tüm havayolu yolcuları için ilgi odağı olmuştur. Bu olayları hamilelik sırasında hava yolculuğu ile ilişkilendiren kanıtların yetersiz olmasına rağmen, bu riskleri en aza indirmek için, destek çoraplarının kullanımı ve alt ekstremitelerin periyodik hareketleri, kısıtlayıcı kıyafetlerden kaçınma, arada sırada yürüme ve yeterli hidrasyonun sağlanması dahil olmak üzere bazı önleyici tedbirler kullanılabilir.

Şiddetli hava türbülansı tahmin edilemediği ve bunun ardından travma riski olmasından dolayı, gebe kadınların emniyet kemerlerini sürekli olarak kullanmaları istenmelidir. Gebe hava yolcularının alacağı bazı önlemler rahatsızlıkları hafifletebilir. Örneğin, planlanan uçuşlardan önce gaz üreten yiyecekler veya içecekler tüketilmemelidir çünkü sıkışan gazlar yüksek rakımda genişler. Mide bulantısı olan kadınlar için koruyucu antiemetik ilaçlar düşünülmelidir.

Mevcut bilgiler gürültünün, titreşimin ve kozmik radyasyonun gebeler için ihmal edilebilir bir risk oluşturduğunu göstermektedir. Çoğu uçak yolculuğu için fetusun maruz kaldığı kozmik radyasyon ihmal edilebilecek düzeydedir. Bununla birlikte, uçak mürettebatı ve sık uçuş yapanlar bu limitleri aşabilir.

Obstetrik veya tıbbi komplikasyonların yokluğunda, hamile kadınlar için hava yolculuğu güvenlidir. Gebe kadınlar toplumun geneli gibi önlemleri alarak güvenle uçak yolculuğu yapabilirler. Belirli havayolu kuralları için, kadınlar bireysel olarak kontrol edilmelidir.

BEKLEMESİZİN VE GECİKMELİ İKINMANIN NULLIPAR NÖROAKSİYEL ANALJEZİ ALTINDAKİ HASTALARDA SPONTAN VAJİNAL DOĞUM ORANLARINA ETKİSİ: RANDOMİZE KLİNİK ÇALIŞMA

JAMA. 2018 Oct 9;320(14):1444-1454. doi: 10.1001/jama.2018.13986. Cahill AG1, Srinivas SK2, Tita ATN3,4, Caughey AB5, Richter HE3,4, Gregory WT5, Liu J6, Woolfolk C1, Weinstein DL1, Mathur AM7, Macones GA1, Tuuli MG1.

JAMA | Original Investigation

Effect of Immediate vs Delayed Pushing on Rates of Spontaneous Vaginal Delivery Among Nulliparous Women Receiving Neuraxial Analgesia A Randomized Clinical Trial

Alison G. Cahill, MD, MSc; Sindhu K. Srinivas, MD, MSCE; Alan T. N. Tita, MD, PhD; Aaron B. Caughey, MD, PhD; Holly E. Richter, PhD, MD; W. Thomas Gregory, MD; Jingxia Liu, PhD; Candice Woolfolk, PhD; David L. Weinstein, MD; Amit M. Mathur, MD; George A. Macones, MD, MSCE; Methodus G. Tuuli, MD, MPH

Özetleyen: **Dr. Hakan ERENEL**

GİRİŞ

Amerika'da her yıl 3 milyondan fazla kadın doğum yapmaktadır. Doğum sıklığına rağmen travay yönetiminde birçok açıdan kanıta dayalı yaklaşım yetersizdir. Doğumun ikinci aşaması, yani tam servikal dilatasyondan doğuma kadar olan süreç, hem anne hem de bebek için travaydaki en çok bakım ihtiyacının gerektiği dönemdir. Travay yönetiminin doğum şeklini etkileyebilmesi ve operatif doğumların neonatal ve maternal olumsuz sonuç riskini (asidoz, febril morbidite ve postpartum kanama) arttırdığı bilinmesine rağmen, doğumun ikinci evresindeki maternal ıkınma için optimal teknik bilinmemektedir.

Doğumun 2. evresinin yönetiminde kullanılan en sık iki yaklaşım tam servikal dilatasyon olduğunda (beklemeksizin ıkınma) uterin kontraksiyonlarla beraber ıkınma, ya da spontan inişe (gecikmeli ıkınma) izin vermektir. Her iki yaklaşım da oldukça sık kullanılmaktadır ve altın standart bir yaklaşım yoktur. Optimal yaklaşım ile ilgili yapılan eski araştırmaların maternal ve neonatal morbidite üzerine etkileri birbirleriyle çelişmektedir. Bugüne kadar yapılmış en geniş çaplı çalışma ortaya çıkarmıştır ki gecikmeli ıkınma orta pelvis forseps kullanımı azaltmıştır. Orta pelviste forseps kullanımıyla yapılan doğumlar bu çalışmanın yapıldığı zaman yani yaklaşık 20 yıl önce oldukça yaygındı, ancak bu tarz doğumlar artık modern doğum pratiğinde artık kullanılmamaktadır. Takip eden sistematik derleme ve meta-analizler sonucunda beklemeksizin ıkınma ile gecikmeli ıkınma arasında spontan vajinal doğum oranları açısından fark bulunmamıştır.

Nullipar nöroaksiyel analjezi yapılmış kadınlar arasında çok merkezli çalışma yapılarak ikinci evrede beklemeksizin ıkınma ile gecikmeli ıkınmanın spontan vajinal doğum oranlarına etkisi ve maternal neonatal morbidite açısından riskler araştırıldı.

MATERYAL VE METOD

Çalışma 6 merkezden açık etiketli olarak yürütüldü. Hastalar ikinci evrede beklemeksizin ıkınma veya gecikmeli ıkınma açısından randomize edildi. Çalışmaya 37. gebelik haftası ve üzerindeki vakalar dahil edildi. Multipar hastalar, planlı sezaryen doğumlar, çoğul gebelikler, majör fetal anomaliler ve güven vermeyen fetal durumu olan olgular çalışmaya dahil edilmedi. Beklemeksizin ıkindırılacak gruptaki hastalar tam servikal açıklık olunca ıkindırıldı. Gecikmeli ıkindırılacak gruptaki olgular ise tam servikal açıklık oluştuktan sonra spontan ıkınma hissi olmadıkça veya bu sürede klinisyen yönetimi başka bir şekilde yapmadığı sürece bir saat spontan olarak izlendi.

Çalışma ana sonuç noktası forseps, vakum veya sezaryen olmadan yapılan spontan vajinal doğumdur. Beklenen ikincil sonuçlar doğumun ikinci aşamasının total süresi, aktif ıkınmanın süresi, operatif vajinal doğum (forceps, vakum), sezaryen doğum ve annenin bireysel morbiditesini etkileyen faktörlerden örneğin postpartum hemoraji miktarı (tahmini kan kaybı >500 ml, sezaryen doğum için >1000 ml), doğumun ikinci aşamasında koryoamniyonit, endometrit ve perine laserasyonlarını (>2. Derece) içerir. Neonatal ölüm, doğum

TJODist Bülteni

yaralanması, neonatal asidemi (umbilikal kord arteryel $ph < 7,1$), respiratuar distres, geçici takipne, mekonyum aspirasyonu ile ilişkili pulmoner hipertansiyon, hipoksik iskemik ensefelopati, hipoglisemi (venöz kan şekeri $<40mg/dl$), hipotermi tedavisi veya şüpheli neonatal sepsisten bir veya daha fazlasının gelişmesi neonatal morbiditelerin karma sonuçlarına dahil edildi.

SONUÇLAR

Totalde 12088 uygun olan hastadan 9684 tanesi dışlandı. Geriye kalan 2404 olgu beklemeksizin ıkmına ($n=1200$) veya gecikmeli ıkmına ($n=1204$) olarak randomize edildi. Hastaların demografik özellikleri **tablo 1**'de gösterilmiştir. **Gruplar arasında anlamlı farklılık yoktu.**

Table 1. Baseline Participant and Labor Characteristics

	Immediate Pushing (n = 1200)	Delayed Pushing (n = 1204)
Maternal age, mean (SD), y	26.5 (5.9)	26.6 (6.2)
Gestational age, mean (SD), wk	39.5 (1.2)	39.4 (1.2)
Body mass index (BMI) at delivery, mean (SD) ^a	30.8 (6.2)	30.7 (6.2)
Obese (BMI >30), No./total No. (%)	557/1182 (47.1)	559/1188 (47.0)
Race, No. (%)		
White	566 (47.2)	538 (44.7)
Black	516 (43.0)	535 (44.4)
Other or mixed ^b	118 (9.8)	131 (10.9)
Not Hispanic or Latina, No./total No. (%)	1136/1193 (95.2)	1131/1191 (95.0)
Marital status, No. (%)		
Single	689 (57.4)	706 (58.6)
Married	500 (41.7)	488 (40.5)
Other	11 (0.9)	9 (0.7)
Employment status, No./total No. (%)		
Employed	611/1021 (59.8)	611/1012 (60.4)
Unemployed	328/1021 (32.1)	321/1012 (31.7)
Student	82/1021 (8.0)	80/1012 (7.9)
Insurance, No. (%)		
Private	603 (50.2)	621 (51.6)
Government	534 (44.5)	513 (42.6)
Other or mixed	36 (3.0)	45 (3.7)
Uninsured	27 (2.2)	25 (2.1)
Type of drug use, No./total No. (%)		
Tobacco	67/1185 (5.6)	54/1191 (4.5)
Alcohol	44/1186 (3.7)	39/1194 (3.3)
Recreational	68/1188 (5.7)	70/1194 (5.9)
Positive for group B Streptococcus, No./total No. (%)	399/1155 (34.5)	350/1163 (30.1)

TJODist Bülteni

Medical comorbidities, No./total No. (%)		
Asthma	193/846 (22.8)	189/853 (22.2)
Chronic hypertension	26/846 (3.1)	25/853 (2.9)
Diabetes (type 1 or 2)	50/844 (5.9)	56/853 (6.6)
Obstetric complications		
Gestational hypertension, No./total No. (%)	97/846 (11.5)	96/852 (11.3)
Preeclampsia or eclampsia, No. (%)	25 (2.1)	23 (1.9)
Fetal growth restriction, No. (%)	60 (5.0)	62 (5.2)
Oligohydramnios, No. (%)	29 (2.4)	35 (2.9)
Spontaneous labor, No. (%)	642 (53.5)	652 (54.2)
Oxytocin use, No./total No. (%)	956/1199 (79.7)	963/1201 (80.2)
Magnesium sulfate use, No./total No. (%)	29/1200 (2.4)	29/1199 (2.4)
Amnioinfusion, No./total No. (%)	64/1198 (5.3)	65/1201 (5.4)
Support person during labor, No./total No. (%)	1160/1171 (99.1)	1155/1163 (99.3)
Fetal station at complete dilation <2 cm, No./total No. (%) ^c	869/1178 (73.8)	863/1185 (72.8)
Fetal position at complete dilation, No./total No. (%) ^d		
Occiput anterior	784/907 (86.4)	769/881 (87.3)
Occiput posterior	108/907 (11.9)	91/881 (10.3)
Occiput transverse	15/907 (1.7)	21/881 (2.4)
Type of personnel delivering the fetus, No. (%)		
Attending physician	581 (48.4)	586 (48.7)
Resident physician	503 (41.9)	516 (42.9)
Physician in fellowship	23 (1.9)	18 (1.5)
Midwife	82 (6.8)	78 (6.5)
Nurse	8 (0.7)	3 (0.2)
Student	3 (0.2)	2 (0.2)

(continued)

Table 1. Baseline Participant and Labor Characteristics (continued)

	Immediate Pushing (n = 1200)	Delayed Pushing (n = 1204)
Birth weight, mean (SD), g ^a	3285.7 (438.7)	3262.0 (418.4)
Apgar score at 1 min, median (IQR) ^{b,d}	8 (8-9)	8 (8-9)
Apgar score at 5 min, median (IQR) ^{b,h}	9 (9-9)	9 (9-9)
Fetal sex female, No. (%)	639 (53.2)	623 (51.7)
Approach to pushing, No./total No. (%)		
Guided	805/1137 (70.8)	783/1122 (69.8)
Spontaneous	223/1137 (19.6)	231/1122 (20.6)
Both	109/1137 (9.6)	108/1122 (9.6)

Abbreviation: IQR, interquartile range.

^a Calculated as weight in kilograms divided by height in meters squared. There were missing data for 18 participants in the immediate pushing group and 16 in the delayed pushing group.

^b Includes American Indian or Alaskan Native, Asian, Hawaiian or Pacific Islander, or other race.

^c Position of the leading portion of the fetal head relative to maternal pelvic anatomy in centimeters on a scale of -5 (highest) to 5 (lowest).

^d The direction of the fetal head relative to the maternal position.

^e There were missing data for 3 participants in the immediate pushing group and 2 in the delayed pushing group.

^f Summarizes the condition of the newborn after birth. Neonates are given a score of 0, 1, or 2 (best) for 5 items: color, tone, breathing, heart rate, and grimace resulting in a score from 0-10.

^g There were missing data for 6 participants in the immediate pushing group and 2 in the delayed pushing group.

^h There were missing data for 6 participants in the immediate pushing group and 5 in the delayed pushing group.

Primer sonuçlar

Spontan vajinal doğum oranı beklemezsizin ıkınma grubunda %85,9 iken gecikmeli ıkınma grubunda %86.5 olarak bulunmuştur ve anlamlı farklılık yoktur (P=0.67).

Önceden belirlenmiş sekonder sonuçlar (Tablo 2)

Beklemezsizin ıkınma grubunda ikinci evre anlamlı olarak daha kısa sürmüştü (**102.4 dk vs 134.2 dk, p<0.001**) fakat aktif ıkınma süresi olarak bakıldığında beklemeden ıkınma grubunda bu süre ortalama olarak 83.7 dk iken gecikmeli grupta 74.5 dk olarak bulunmuştur (**p<0.001**). Operatif vajinal doğum ve sezaryen doğum oranlarında gruplar arasında anlamlı farklılık saptanmamıştır. Beklemezsizin ıkınma grubunda postpartum hemoraji belirgin olarak daha az oranda gözlenmiştir (**%2.3 vs %4.0, p=0.03**). Ek olarak ikinci evrede korioamnionit beklemezsizin ıkınma grubunda daha az oranda saptanmıştır (**%6.7 vs %9.1, p=0.005**). Endometrit sıklığı azdı ve gruplar arasında anlamlı bir fark bulunmadı (%0.6 vs %0.3). Tüm hastalar için karma olarak neonatal morbidite oranı %8.1 (194/2404) bulunmuştur. Neonatal morbidite açısından gruplar arasında anlamlı farklılık yoktu (beklemezsizin ıkınma grubunda %7.3, gecikmeli ıkınma grubunda %8.9). Perineal laserasyonlar sıkça izlendi ve oranlar açısından gruplar arasında anlamlı farklılık bulunmadı (%45.9 vs %46.4).

Önceden belirlenmiş eksploratuvar sonuçlar

Karma neonatal morbiditenin bileşenlerinden olan neonatal asidemi beklemezsizin ıkınma grubunda gecikmeli ıkınma grubuna göre daha düşük oranda tespit edilmiştir (**%0.8 vs %1.2**). Her iki grupta da neonatal ölüm olmamıştır. Gecikmeli ıkınma grubunda şüpheli sepsis durumu anlamlı olarak daha yüksek oranda tespit edilmiştir (**%3.2 vs % 4.4**). Üçüncü derece laserasyon oranı beklemezsizin ıkınma grubunda anlamlı olarak daha yüksek oranda tespit edilmiştir (**%5.3 vs %4.3**).

Hastalar kendi doğumlarının 2. evresindeki tecrübelerini puanlamışlar ve Mackey Childbirth Satisfaction Rating skalasına göre iki grup arasında anlamlı bir farklılık saptanmamıştır. Her iki gruptaki hastalar kendilerini doğum yönetimi açısından kontrol altında hissettiklerini söylemişler ve gruplar arasında bu konuda anlamlı bir farklılık olmamıştır. Hastaların bir sonraki doğumları için seçecekleri ikinci aşama yönetimi arasında anlamlı bir fark bulunmadı.

Gruplar arasında ölçülen kan kaybı ve transfüzyon oranı arasında anlamlı farklılık yoktur. Omuz distosisi ve yenidoğan yoğun bakım ihtiyacı açısından da farklılık saptanmamıştır. Ciddi perineal laserasyon (3 ve 4. Derece) beklemezsizin ıkınma grubunda anlamlı olarak daha yüksek oranda tespit edilmiştir (**%5.7 vs %4.6**).

Table 2. Primary and Exploratory Secondary Efficacy Outcomes

	No. (%) ^a		Absolute Risk Difference (95% CI) ^b	Relative Risk (95% CI) ^c	P Value
	Immediate Pushing (n = 1200)	Delayed Pushing (n = 1204)			
Primary Outcome					
Spontaneous vaginal delivery	1031 (85.9)	1041 (86.5)	-0.6 (-3.4 to 2.1)	0.99 (0.96 to 1.03)	.67
Prespecified Secondary Outcomes					
Total duration of the second stage of labor, min					
Median (IQR)	79 (45 to 134)	113 (84 to 167)			
Mean (SD)	102.4 (79.6)	134.2 (76.3)	-31.8 (-36.7 to -26.9)		<.001
Duration of active pushing, min ^d					
Median (IQR)	58 (29 to 114)	49 (25 to 100)			
Mean (SD)	83.7 (76.8)	74.5 (70.7)	9.2 (5.8 to 12.6)		<.001
Type of delivery					
Operative vaginal	76 (6.3)	71 (5.9)	0.4 (-1.5 to 2.4)	1.1 (0.7 to 1.7)	.75
Vacuum-assisted vaginal	55 (4.6)	56 (4.7)	-0.1 (-1.8 to 1.6)	1.0 (0.7 to 1.4)	.93
Forceps-assisted vaginal	21 (1.8)	15 (1.3)	0.5 (-0.5 to 1.5)	1.4 (0.7 to 3.0)	.38
Cesarean	93 (7.8)	91 (7.6)	0.2 (-1.9 to 2.3)	1.0 (0.9 to 1.1)	.55
Postpartum hemorrhage	27 (2.3)	48 (4.0)	-1.7 (-3.1 to -0.4)	0.6 (0.3 to 0.9)	.03
Chorioamnionitis	80 (6.7)	110 (9.1)	-2.5 (-4.6 to -0.3)	0.70 (0.66 to 0.90)	.005
Endometritis	7 (0.6)	4 (0.3)	0.3 (-0.3 to 0.8)	1.8 (0.6 to 5.1)	.29
Composite outcome of neonatal morbidity ^e	87 (7.3)	107 (8.9)	-1.6 (-3.8 to 0.5)	0.8 (0.6 to 1.1)	.16
Perineal laceration (≥second degree)	551 (45.9)	558 (46.4)	-0.4 (-4.4 to 3.6)	1.0 (0.9 to 1.0)	.69
Prespecified Exploratory Outcomes					
Components of neonatal morbidity					
Neonatal death	0	0			
Major birth injury	6 (0.5)	3 (0.3)	0.3 (-0.2 to 0.7)	2.0 (0.7 to 5.5)	.18
Acidemia (umbilical cord arterial pH <7.1)	9 (0.8)	14 (1.2)	-0.4 (-1.2 to 0.4)	0.7 (0.5 to 0.9)	.01
Respiratory distress	30 (2.5)	25 (2.1)	0.4 (-0.8 to 1.6)	1.2 (0.8 to 1.8)	.36
Transient tachypnea	8 (0.7)	9 (0.8)	-0.1 (-0.8 to 0.6)	0.9 (0.3 to 2.7)	.84
Meconium aspiration with pulmonary hypertension	0	2 (0.2)	-0.2 (-0.4 to 0.1)		
Hypoxic-ischemic encephalopathy	3 (0.3)	2 (0.2)	0.1 (-0.3 to 0.5)	1.5 (0.4 to 6.5)	.57
Hypoglycemia	28 (2.3)	26 (2.2)	0.2 (-1.0 to 1.4)	1.1 (0.6 to 1.9)	.79
Hypothermic treatment (cooling)	1 (0.1)	3 (0.3)	-0.2 (-0.5 to 0.2)	0.3 (0.1 to 2.1)	.24
Suspected sepsis	38 (3.2)	53 (4.4)	-1.2 (-2.8 to 0.3)	0.7 (0.6 to 0.9)	.003
Degree of perineal laceration					
Second	483 (40.3)	503 (41.8)	-1.5 (-5.5 to 2.4)	1.0 (0.9 to 1.0)	.12
Third	63 (5.3)	52 (4.3)	0.9 (-0.8 to 2.6)	1.2 (1.0 to 1.4)	.02
Fourth	5 (0.4)	3 (0.3)	0.2 (-0.3 to 0.6)	1.7 (0.4 to 6.8)	.44
Post Hoc Outcomes					
Estimated blood loss, mL ^f					
Median (IQR)	350 (300 to 450)	350 (300 to 450)			
Mean (SD)	419.0 (252.8)	424.4 (298.2)	-5.2 (-24.7 to 14.4)		.60
Blood transfusion	14 (1.2)	15 (1.3)	-0.1 (-1.0 to 0.8)	0.9 (0.5 to 1.8)	.84
Shoulder dystocia	40 (3.3)	27 (2.2)	1.1 (-0.2 to 2.4)	1.5 (0.9 to 2.5)	.12
Third- or fourth-degree laceration	68 (5.7)	55 (4.6)	1.1 (-0.7 to 2.9)	1.2 (1.1 to 1.5)	.01
NICU admission	63 (5.3)	78 (6.5)	-1.2 (-3.1 to 0.6)	0.8 (0.6 to 1.1)	.21

Abbreviations: IQR, interquartile range; NICU, neonatal intensive care unit.

^a Unless otherwise indicated.

^b Calculated from binomial distribution.

^c Obtained from generalized estimating equations models, which were used to account for study site.

^d There were missing data for 2 participants in the immediate pushing group and 4 in the delayed pushing group.

^e Defined as occurrence of 1 or more of the following: neonatal death, birth injury, umbilical cord arterial acidosis, respiratory distress, transient tachypnea, meconium aspiration with pulmonary hypertension, hypoxic-ischemic encephalopathy, hypoglycemia, hypothermia treatment, or suspected neonatal sepsis.

^f There were missing data for 37 participants in the immediate pushing group and 30 in the delayed pushing group.

Olumsuz olaylar

Tanımlanan herhangi bir olumsuz olay beklemeksizin ıkınma grubunda anlamlı olarak daha az sıklıkta ortaya çıkmıştır (**%14.1 vs %17.4; Tablo 3**). Tek tek bakıldığında ise neonatal asidemi ve korioamnionit beklemeksizin ıkınma grubunda anlamlı olarak daha düşük oranda tespit edilmiştir. Ağır postpartum kanama (vajinal doğum sonrası >1000 mL, sezaryen sonrası >2000 mL) açısından gruplar arasında fark saptanmamıştır.

TARTIŞMA

Bu randomize, çok merkezli klinik çalışmada spontan vajinal doğum oranı açısından beklemeksizin ıkınma ile gecikmeli ıkınma grubu arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır. Doğumun 2. evresinde gecikmeli ıkınan kadınlar hemen ıkınmaya başlayan kadınlara göre 30 dk daha uzun 2. evre yaşamışlardır fakat ıkınma süreleri ortalama 9 dk daha kısadır. Önceden belirlenmiş sekonder sonuçlara bakıldığında postpartum kanama ve koryoamnionit oranı gecikmiş ıkınma grubunda anlamlı derecede daha fazladır ancak neonatal morbidite veya perine yırtıklarının nihai oranında gruplar arasında anlamlı bir farklılık bulunamamıştır. Önceden belirlenmiş eksploratuvar sonuçlara bakıldığında neonatal asidemi ve neonatal sepsis şüphesi gecikmeli ıkınma grubunda daha yüksek oranda bulunmuştur. Üçüncü derece perine yırtığı beklemeksizin ıkınma grubunda daha yüksek oranda bulunmuştur.

Bu çalışmada elde edilen bulgular daha önce Tuuli ve arkadaşları tarafından randomize klinik çalışmalarla yapılan meta-analizle uyumludur ve beklemeksizin ıkınma ile gecikmeli ıkınma grupları arasından spontan vajinal doğum oranı açısından fark bulunmamıştır. Gecikmeli ıkınmanın daha üstün olduğu sonucuna ulaşan bir meta-analiz mevcuttur fakat bu meta-analizde dahil edilen çalışma kalitesine bakılmamıştır. Orjinal randomize klinik çalışmaların çoğunda operatif vajinal doğum oranı yüksektir ve günümüz pratiğinde uygulanabilir değildir. Mevcut çalışmamız nullipar nöroaksiyel analjezi altındaki hastalar için günümüze ait bir kanıt ortaya koymuştur. Fraser tarafından daha önce yürütülen bir klinik çalışmada kadınların gecikmeli ıkınma sonrası kendi doğum tecrübelerinden daha memnun olduklarını belirttikleri gösterilmiştir. Fakat tatmin olma durumu skorlandığında gruplar arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır dolayısıyla hastanın tatmin olma durumu ikinci evre yönetimini belirlemede mantıklı bir belirleyici değildir. Planlı subgrup analizleri de yapıldığında gecikmeli ıkınmanın beklemeksizin ıkınmaya üstün olduğu bir durum gösterilememiştir.

Mevcut çalışma ve önceki çalışmalarda gösterilen önemli ve tutarlı bir bulgu ise gecikmeli ıkınmada ikinci evrenin uzadığıdır. Birinci saat ile kıyaslandığında ikinci evreye eklenen her bir saatte ıkınma zamanlamasına bakılmaksızın maternal ve neonatal morbiditenin arttığını gösteren büyük ölçüde kanıt mevcuttur. Daha uzun ikinci evre maternal hemoraji, ciddi perineal laserasyon, neonatal asidemi ve yenidoğan yoğun bakım ihtiyacı riskinde artış ile ilişkilidir. Bu nedenle mevcut çalışmadaki sonuçlar gecikmeli ıkınmanın doğum oranını arttırmadığını gösterdiği gibi rutin gecikmeli ıkınma yaklaşımına karşı çıkmaktadır.

Sonuç olarak nöroaksiyel analjezi altındaki nullipar hastalarda ikinci evre ıkınma zamanı spontan vajinal doğum oranını etkilememektedir. Bu bulgu öteki maternal ve neonatal etkilerle beraber ıkınma zamanlaması konusunda klinisyenin kararında faydalı olabilir.

UTERİN SEPTUM TANISI VE CERRAHİ YAKLAŞIMI THE DIAGNOSIS AND SURGICAL APPROACH OF UTERINE SEPTAE

Aaron Budden^{1,2} BMed, MMed, Jason Abbott^{1,2} BMed (Hons), FRANZCOG, FRCOG, PhD.

1. School of Women's and Children's Health, University of New South Wales, Sydney, Australia

2. Department of Gynaecology, Royal Hospital for Women, Sydney, Australia

J Minimal Inv Surg. DOI:<http://dx.doi.org/doi: 10.1016/j.jmig.2017.07.017> (Accepted Manuscript)

Özetleyen: **Dr. Cihan KAYA**

Özet:

Uterin septum, diğer Müllerian kanal anomalileri gibi, olumsuz üreme sonuçları ile ilişkilidir. Ancak, özellikle tekrarlayan gebelik kaybı olgularında septum cerrahisi sonrası bu kötü sonuçların düzelmesi diğer anomalilere göre daha yüksektir. Uterin septumun tanımı, teşhis yöntemleri ve tedavide kullanılan histeroskopi tekniklerinin değişken olması nedeniyle septoplasti ile ilgili yeterli kanıt bulunmamaktadır. Özellikle septum rezeksiyonu sonrası canlı doğum sonuçları ile ilgili kanıt bulunmamaktadır. Bu derleme ile bu tartışmalı konudaki verilerin incelenmesi amaçlanmaktadır.

2002 yılından itibaren uterin septumun klinik ya da görüntüleme tanısını, septoplasti ile ilgili cerrahi teknikleri veya uterus septumu olan hastalara ait klinik sonuçları içeren çalışmalar incelenmiştir. İlk arama sonucunda anahtar kelimeleri içeren 4997 çalışma bulunmuş, konu ile ilgili olmayan çalışmalar çıkarıldıktan sonra derlemeye 36 tam metin makale dahil edilmiştir. Bunlardan 16'sı tanısal, 17'si cerrahi ve 3'ü klinik sonuçlarla ilgili çalışmalardır.

Üç boyutlu transvajinal ultrason veya manyetik rezonans görüntüleme invaziv yöntemlere gerek kalmadan uterin septum tanısında oldukça hassas ve özgül yöntemlerdir. Ameliyat öncesi veya sonrası tedaviler için tanımlanmış birbirinden üstün tek bir cerrahi yaklaşım henüz tanımlanmamıştır. Tedavi sonrası önemli bir sonuç olan canlı doğum oranları ile ilgili yeterli kanıt bulunmamaktadır. Birkaç sınıflandırma sistemi tanımlanmış olsa da, septum varyantlarının tanısal kategorizasyonundaki zorluklar hem klinik hem de araştırma bağlamında bu konuya olan yaklaşımı kısıtlamaktadır.

Giriş:

Uterin septum, fundal konturdaki küçük değişikliklerden uterus, serviks ve vajenin tam bölünme anomalilerini de içeren Müllerian kanal anomali (MKA)' lerinden birisidir. Septum kusuru, agenezis veya füzyon nedeniyle meydana geldiği düşünülen diğer anomalilere kıyasla bir rezorpsiyon kusuru olarak kabul edilen tek sınıftır. 20. yüzyılın ortalarından beri, uterin septum sınıflandırması için girişimlerde bulunulmuştur. Günümüze kadar en sık Amerikan Fertilité Cemiyetinin (AFS; Amerikan Üreme Derneği) sınıflaması kullanılmış olsa da, bu sınıflamaya bazı modifikasyonlar yapılmış ve son yıllarda yeni bir sınıflama, Avrupa İnsan Üreme ve Embriyoloji Derneği ve Avrupa Jinekolojik Endoskopi Derneği (ESHRE / ESGE) tarafından oluşturulmuştur. MKA'ların prevalansının, % 1-10 oranında olduğu bildirilmiştir, ancak değişik sınıflama sistemleri ve tanı yöntemleri nedeni ile bu oran oldukça değişiklik göstermektedir.

Tekrarlayan gebelik kaybı, infertilite ve kötü obstetrik sonuçlar ile uterin septumu ilişkilendiren kanıtlar, düşük kalitededir. "Arkuat" (fundal girinti <1.5cm) ve "subseptus" uterus gibi terimler yaygın olarak kullanılan normal ve komplet uterin septum arasındaki geniş yelpazede bulunan tanımlamalardır.

Uterin septum tedavisinde, histeroskopik minimal invaziv bir girişim en uygun yaklaşımdır. Laparotomi ile Tompkins metroplastisi; uterin insizyon, septumun cerrahi eksizyonu ve katmanlı kas onarımını içeren bir cerrahi prosedürdür. Histeroskopiye göre daha invaziv ve önemli ölçüde risk artışı olan bu yaklaşım artık kullanılmamalıdır.

Yöntem:

Uygunluk Ölçütleri, Veri Kaynakları ve Arama Stratejisi

2002 yılından günümüze kadar çeşitli veri tabanlarında “uterus”, “septum”, “müllerian anomalisi”, “diagnostik görüntüleme”, “histerosalpingogram”, “Ultrason”, “manyetik rezonans görüntüleme”, “histeroskopi”, “septoplasti”, “metroplastisi”, “fertilite”, “infertilite”, ve “hamilelik” gibi anahtar kelimeleri içeren, İngilizce yazılmış, insanlarda yapılan çalışmaları içeren literatür taraması yapıldı ve aşağıdakilerden en az biri ile ilgili makaleler derlemeye dahil edildi.

- Tanıda kullanılan klinik ve / veya görüntüleme yöntemleri
- Uterus septoplastide operatif teknikler
- Uterin septumu olan kadınlarda klinik sonuçlar

Bias riskinin değerlendirilmesi

Dahil edilen çalışmalar GRADE değerlendirme sistemine göre yüksek, orta, düşük ve çok düşük kalite olmak üzere sınıflandırıldı.

Sonuçlar:

Öncelikle, konu ile alakalı 4997 makale incelemeye dahil edilmiştir. 154 çalışma özeti incelenmiş ve 118 tam metin makale taranmıştır. Orijinal veri bulunmaması (n = 36), İngilizce tam metin bulunmaması (n = 10), tam metne ulaşılamaması (n = 4), sonuçları uterin septumu içermemesi (n = 14) veya daha büyük bir MKA (n = 14) serisinde septum vakalarının yetersizliği (<10) ve konferans özetlerini içeren tam metnin mevcut olmaması (n = 4) nedeniyle veri analizi için 36 makale bulunmuştur.

Teşhis:

MKA olan kadınların tanınması doğruluğunu değerlendiren 16 çalışmanın yarısından daha azında altın standart referans olarak histeroskopi ve laparoskopik kombinasyonunu kullanan çalışmalar olduğu belirlenmiştir. On üç çalışma prospektif, 3'ü retrospektif ve 5 çalışma referans bir test ile bir ya da daha fazla tanınması karşılaştırması yolu ile yapılmıştır. Bir çalışma sadece genel MKA duyarlılığı ve özgüllüğünü değerlendirirken, geriye kalan 15 çalışma tek başına uterin septumun tanınması doğruluğunu değerlendirmiştir. Tablo 1 (15-30) tanı için çeşitli referans standart yöntemlerini içeren görüntüleme modalitelerini duyarlılık ve özgüllüğünü özetlemektedir.

Uterin Septum için Cerrahi Müdahale

Ameliyat öncesi hazırlık, septoplasti tekniklerinin iyileştirilmesi, septoplasti teknikleri ve postoperatif bakımı içeren 17 güncel çalışma belirlenmiştir.

Pre-operatif Hazırlık

Sadece bir prospektif çalışmada, histeroskopik septoplasti işleminden 2 ay önce, gonadotropin analogu kullanan 12 hasta ile tedavi almayan 34 hastaya ait sonuçlar karşılaştırılmıştır. Operatif komplikasyonlar açısından anlamlı fark izlenmemiş ancak, endometriyal hazırlık yapılan kadınlarda operasyon süresinin hazırlık yapılmayan gruba kıyasla (53 dakika, min-maks 45-70) anlamlı olarak daha uzun olduğu görülmüştür (91 dk, min-max 45-135 dakika, p <0.01), Gebelik ile ilgili veriler, septoplasti öncesi pre-operatif tedavi alan hastalar için mevcut değildir.

İntra-operatif Teknikler

İntraoperatif tekniklerin etkilerini değerlendiren 882 septoplasti olgusunu içeren 11 çalışma belirlenmiştir. Tablo 2, septoplasti nedenleri de dahil olmak üzere yapılan müdahale, komplikasyon ve canlı doğum oranlarını içeren bu çalışmaların sonuçlarını özetlemektedir. Belirlenen çalışmalardan 4'ü, rezeksiyon için kullanılan enstrümanı, 6'sı intra-operatif görüntülemeyi ve 1'i uterus septoplasti yapıldığında eş zamanlı servikal septum rezeksiyonunun yapılıp yapılmamasını değerlendirmiştir. Sadece 3 çalışmada septoplasti ardından canlı doğum oranı hakkında veri bildirilmiştir.

Ameliyat Sonrası Tedavi ve Cerrahi Sonuçların Değerlendirilmesi

Septoplasti sonrası postoperatif adjuvan tedavi kullanımını araştıran 5 çalışma belirlenmiştir. Bir prospektif çalışmada konjenital veya edinsel anomaliler için operatif histeroskopi geçirmiş hastaların, septoplasti sonrası iyileşme durumu miyomektomi ve polipektomi ile karşılaştırıldığında, en yüksek de novo adezyon oluşumunun miyomektomi 26/65 (% 40) ve polipektomi (0/37)' ye göre septoplasti sonrası 14/16 (% 88) olduğu bildirilmiştir.

Histeroskopik septoplasti uygulanan 100 olgu ile yapılmış bir randomize kontrollü çalışmada (RKÇ), hastalara postoperatif tek başına östrojen, rahim içi araç (RİA), östrojen+RİA verilmiş ya da herhangi bir tedavi verilmeyerek, intrauterin adezyon oluşumu riski değerlendirilmiştir. Hastalar postoperatif 2. ayda histeroskopik olarak tekrar değerlendirildiğinde, gruplar arasında postoperatif adezyon formasyonu açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır. 22 aya kadar yapılan takiplerde gruplar arasında gebelik sonuçları açısından da fark bildirilmemiştir. Daha küçük bir RKÇ'de, 28 septoplasti geçiren kadın 5 gün boyunca kavite içinde Foley kateter ile takip edilmiş ve diğer gruba kateter işlemi uygulanmamıştır. Grupların 12- 18 aya kadar yapılan kontrollerinde, gruplar arasında gebelik açısından anlamlı fark saptanmamıştır. Her iki gruptaki hastalarda 11/12 (% 91) oranında gebelik görülmüş ve 8/12 (% 66) oranında canlı doğum elde edilmiştir.

Benzer sonuçlar daha az araştırma değeri olan verilerde de rapor edilmiştir. Östrojen alan 52 hastayı içeren retrospektif bir çalışmada, 3 ay boyunca hastalara RİA+östrojen, tek başına östrojen kullanılmış, ya da herhangi bir tedavi uygulanmamıştır. Çalışma sonucunda gruplar arasında devam eden gebelik oranları veya term gebelik sonuçları açısından, ortalama 21 aylık takip sonucunda, fark görülmemiştir. Adhezyon bariyerlerinin değerlendirildiği bir prospektif bir gözlemsel çalışmada 49 hastaya herhangi bir anti-adezyon bariyeri kullanılmamış, 47 hastaya post-operatif çapraz bağlı polisakkarit içeren adezyon önleyici ajan uygulanmıştır. Hastalara 6-8 hafta sonra ikinci kez histeroskopi ve 3 boyutlu sonografi uygulanmıştır. Bu kontrollerde tedavi almayan grupta septal kalıntı oranı (ortalama 4.9 mm'ye karşı 3.2 mm, p <.01), daha fazla izlenmiş ancak bunun klinik önemi açık olmayıp gebelik sonuçları bildirilmemiştir.

Uterin Septumlu Kadınlarda Klinik Sonuçlar

Uterin septum nedeniyle ameliyat edilen 111 kadına ait doğum sonuçlarını bildiren 3 çalışma belirlenmiştir. Bir retrospektif çalışmada MKA'lı kadınların 46/174'ünde (% 26.4) septat veya inkomplet uterin septum saptanmıştır. Septum ya da inkomplet septumu olan hastaların sırasıyla 13/24 (% 54.2) ve 9 / 22'si (% 40.9) oranında canlı doğum, 3/24 (% 12.5) ve 2/22 (% 9,1) oranlarında erken bir düşük, 1/24 (% 4.2) ve 2/22 (% 9.1) oranlarında geç düşükler ve 7/24 (% 29.2) ve 9/22 (% 40.9) oranlarında bir geç düşük ve en az bir canlı doğum yaptığı bildirilmiştir. Cerrahi olarak düzeltilmeyen MKA'lı kadınların değerlendirildiği başka bir retrospektif çalışmada, 38/244 (% 15.6) septat uterusu olan hastada doğum sonuçları değerlendirilmiştir. Hastalar uterin septumun derecesine göre ayrılamamış olup, % 23.7'si preterm doğum, %47,4'ünde termde makat doğum ve % 13.2'sinde preterm erken membran rüptürü (Preterm EMR) izlenmiştir. Normal uterus morfolojisi olan 66753kadın ile uterin septum içeren MKA'lı 203 kadının gebelik sonuçlarını kıyaslayan başka bir retrospektif kohortta; preterm doğum, uterin septuma sahip kadınların % 31'inde görülen, MKA grubuna spesifik tek gebelik sonucu olarak bulunmuştur.

TJODist Bülteni

Tartışma:

Buttram ve Gibbons'ın 1979 ' de MKA' ların sınıflandırılması gerekliliğini belirtmelerinden itibaren, birçok sınıflandırma sistemi tanımlanmış ancak evrensel olarak kabul edilmiş bir sınıflama sistemi geliştirilememiştir. AFS 1988 (şimdi ASRM) 20 yılı aşkın bir süredir en yaygın kullanılan sınıflandırmadır ancak, eksiklikleri nedeni ile ESHRE / ESGE çalışma grubu tarafından yeni bir sınıflama sistemi oluşturulmuştur. Bu sınıflandırma sistemi de anatomi temelli anormallikleri tanımlamaya devam etmektedir, ancak ayrıca vajinal ve servikal anomalileri de içermektedir. ESHRE / ESGE sistemi ile ilgili en tartışmalı konulardan birisi de, klinik bir teşhis olarak arkuat uterusun çıkarılmasıdır. Bu kategorinin kaldırılması klinik karışıklığın artmasının yanı sıra tanısız hatalara da yol açmaktadır, ancak zayıf tanımlayıcı kriterler ve herhangi bir klinik etkisi olmayan kanıtlar nedeniyle, "arkuat" teriminin herhangi bir klinik anlamlılığı olmayabilir. Bu tanı nedeniyle bir kadınının "anomali" tanısı alamayacağı ya da gereksiz yere cerrahi müdahale ihtiyacı olmadığı akılda tutulmalıdır.

Son 20 yıldaki geliştirilmiş tıbbi görüntüleme yöntemleri ile birlikte, MKA'ların tanısında kullanılan önceki 2 boyutlu transvajinal ultrasonun ya da histerosalpingogram (HSG)'in uterus konturlarını göstermede yetersiz kaldığı durumlarda manyetik rezonans görüntüleme (MRG) ve 3 boyutlu transvajinal ultrason (3DTVUS) kullanımı ile tanısız doğruluk oranı artmıştır. Bu görüntüleme yöntemlerinin, uterin septum dahil olmak üzere tüm MKA tiplerinin ayırıcı tanısında tercih edilebileceğine dair yeterli kanıt mevcuttur ancak, yüksek maliyetlerinin olduğu da dikkate alınmalıdır. Histeroskopi ve laparoskopinin kombine uygulanması her tip MKA tanısı için altın standart olarak kullanılırken, uterin septum tanısı için bunlardan herhangi birinin yokluğunda, MRG ve 3DTVUS özgüllükleri yüksek olan kullanılacak non-invaziv testlerdir.

MRI veya 3DTVUS'un mümkün olmadığı yoksul bölgelerde histeroskopi yararlı olabilir ancak, inkomplet septum varlığında gözlemciler arasındaki tanı farklılıklarından dolayı yetersiz kalabilmektedir. 3D TVUS'un mevcut olmadığı alanlarda, 2D TVUS'ye renkli Doppler eklenerek kavite ortasında koronal düzlemde septumun saptanması mümkün olabilir. MKA'nın doğru teşhisinde diğer dikkat edilmesi gereken nokta da prepubertal kızlarda uterusun genel olarak çok daha küçük olması nedeniyle septumun yanlış teşhis edilebilme olasılığıdır.

Uterin septum ameliyatına gelen kadınların bir çoğunun tekrarlayan gebelik kaybı ya da diğer faktörlerin yokluğunda infertilite gibi kötü üreme öyküsü olabilir. Tesadüfen uterin septum saptanan veya gebelik denememiş hastalar için histeroskopik septoplastiyi önerecek yeterli veri yoktur. Konu ile ilgili üreme sonuçlarının karşılaştırıldığı plasebo kontrollü çalışmaların olmadığı unutulmamalıdır. Ancak şu anda bu konuyu araştıran kayıtlı ve devam eden iki çalışma mevcuttur. Klinisyenler çoğu gebelik kaybı ya da infertilite durumlarında septum cerrahisi için yeterli veri olduğunu iddia ederler, ancak bu konuda mevcut iyi kalite veriler henüz yeterli değildir. Bununla birlikte, histeroskopik septoplasti tekniği 40 yılı aşkın zamandır tanımlanmıştır ve minimal invaziv yaklaşım abdominal prosedürle karşılaştırıldığında, nispeten düşük komplikasyon oranı ve kolay uygulanabilirliği nedeniyle tercih edilmelidir.

Septoplasti ile ilgili terminoloji değişkendir ve bu prosedürle ilgili klinik karışıklığa neden olmaktadır. "Rezeksiyon" sıklıkla kullanılırken, bu işlemde ayrılan septum dokusunun tamamı rezeke edilemez. Ayırma ve tam rezeke etme tekniklerinin her ikisi de iyi sonuçlara sahiptir ancak, klinik üstünlüklerini belirlemek için hiçbir veri bulunmamaktadır. Septoplasti cerrahisinde hemen hemen tüm enerji formları kullanılmıştır (lazer, elektro cerrahi, makas veya doku temizleme cihazı). Bu teknikler için karşılaştırmalı veriler mevcuttur ve bazılarında cerrahi sürede "istatistiksel olarak anlamlı" 10 dakikalık bir azalmanın olabileceği gösterilmiştir. Ancak, gerçek fark gebelik sonucu ile değerlendirilmelidir. Bu prosedürü uygulayan bir cerrah için tek bir üstün yaklaşım bulunmamakla beraber, cerrahın en çok aşına olduğu tekniği ve mevcut ekipmanı kullanması önerilmektedir.

Septumun "tamamını" belirlemek için intra-operatif ultrason veya diğer aletlerin kullanımı, rezidüel septumun uzunluğunda azalma ve muhtemelen daha az tekrar cerrahilere gerek kalabileceğini düşünülmektedir. "Suboptimal" bir cerrahi prosedür uygulandığında gebelik sonuçlarını rapor eden az sayıda veri bulunmaktadır. Daha iyi üreme sonuçları ve gereksiz tekrarlayan cerrahilerden kaçınmak için septumun tamamının kesilmesi önerilmektedir.

TJODist Bülteni

Tanımlama ile ilgili bir başka konu da, "septoplasti" ve "metroplasti" arasındaki farktır. Gerçek bir uterin septum, bölünemeyen dokunun baskın olarak fibrotik olduğu veya küçük kas veya vasküler stromal doku içerdiği Müllerian rezorbsiyon başarısızlıklarından biridir. Tüm 'septum' ların eşit olmadığını gösteren veriler vardır. MKA içindeki kas dokusu oranındaki artışa bağlı olarak daha kötü üreme sonuçları görülebilmektedir. MKA'ların devamlı olduğu durumlarda, bu varyantların septum ile bicornuat uterus arasında olması mümkündür, bu durum farklı teşhis ve yönetim kriterlerini zorunlu kılmaktadır. Ancak, mevcut bilgilerle tavsiyede bulunmak ve herhangi bir müdahalenin yararı konusunda yorum yapabilmek için daha çok çalışmaya ihtiyaç duyulmaktadır.

Septoplastinin kısa süreli operatif komplikasyonları nadiren bildirilen; perforasyon, kanama ve sıvı yüklenmesi iken, uzun süreli etkisi bilinmemektedir. Uterin septumun monopolar ile ayrılması sonrası gebelikte uterin rüptür birkaç vaka raporu ile bildirilmiş olsa da, bunun enstrümantasyon seçimi, teknik, hasta seçimi ya da herhangi bir cerrahi müdahale geçirmemiş kadınlarda kendiliğinden de ortaya çıkabilmesi nedeniyle, kesin sebep tam olarak bilinmemektedir. Normal miyometriyuma zarar vermektan kaçınmak zorunludur ve bu durum, postoperatif görüntülemelerde 'rezidüel' septum görüntüsü nedenlerinden birisidir. Gebelik elde etme gibi klinik bir durumdan çok anatomik kusurlara dayalı cerrahi düzeltme daha çok miyometrial hasara neden olur ve bir sonraki gebelikte komplikasyonlara neden olabilir. Benzer şekilde, ameliyat öncesi veya ameliyat sonrası adjuvanların kullanılmasını destekleyen bir veri yoktur. Adhezyon önlemede kullanılan katı veya yarı katı bariyerlerin kullanılıp kullanılmamasının gebelik sonuçlarına etkilerinin eşit olduğu görülmektedir.

Sonuç:

Histeroskopik septoplasti tartışmalı bir konudur. 3D TVUS ve MRG ile non-invaziv teşhis konusunda gelişme kaydedilmiştir, ancak septoplasti sonrası daha iyi reproduktif sonuçlar elde edebilmek için mevcut kanıtlar hala yetersizdir. Uterin septumun çıkarılmasının tek endikasyonu, mevcut araştırmaların çoğu bunu anlamlı bir şekilde rapor etmese de, canlı doğum oranını iyileştirmektir. Histeroskopik septoplasti işleminde, mekanik, elektro cerrahi veya lazer kullanımı ile düşük riskli makul sonuçlara ulaşıldığı bildirilmiştir. Ancak, bu işlemi geçiren kadınlar, müdahalenin üreme fonksiyonlarını iyileştiremeyebileceği ve sonraki gebeliklerinde cerrahiye bağlı risklerinin olabileceği konusunda bilgilendirilmelidirler.

Table 1: Diagnostic Accuracy of Imaging Modalities

Author, Year	Methodology	Participants	Reference Standard	Outcomes	GRADE
Hysterosalpingography					
Ludwin, 2011 ¹⁴ #	Prospective Cohort	83 women with RPL (45 septate uterus)	Hysteroscopy + Laparoscopy	Sensitivity: 68.9% Specificity: 94.7% <small>* No difference to diagnostic hysteroscopy alone</small>	Low
Camuzcuoglu, 2005 ¹⁵	Prospective Cohort	16 Complete septum 8 incomplete septum	Hysteroscopy + Laparoscopy	Sensitivity: 75% (100% complete septum, 50% incomplete) Specificity: Not reported for septae	Low
Diagnostic Hysteroscopy Alone					
Ludwin, 2011 ¹⁴ #	Prospective Cohort	83 women with RPL (45 septate uterus)	Hysteroscopy + Laparoscopy	Sensitivity: 71.1% Specificity: 92.1% <small>* No difference to HSG</small>	Low
2-Dimensional Transvaginal Ultrasound (2DTVUS)					
Bahadur, 2013 ¹⁶	Prospective Cohort	6 Müllerian Duct Anomalies	Hysteroscopy alone	Sensitivity: 100% Specificity: Not reported	Low
Ludwin, 2013 ¹⁷ #	Prospective Cohort	117 women with RPL or infertility (60 septate uteri)	Hysteroscopy + Laparoscopy	Sensitivity: 91.7% Specificity: 25%	Low
Caliskan, 2010 ¹⁸ #	Prospective Cohort	108 with suspected uterine anomaly (76 septum)	Hysteroscopy + Laparoscopy (n=89) or MRI (n=19)	Sensitivity: 30.2% Early follicular phase, 42.1% in luteal phase Specificity: 78.1% early follicular phase, 81.2% luteal phase <small>* All MDA sensitivity & specificity</small>	Very Low
Niknejadi, 2014 ¹⁹ #	Retrospective Cohort	89 women with suspected uterine anomaly (66 septate or subseptate uteri)	Hysteroscopy alone	Sensitivity: 50% Specificity: 87.5% Kappa index = 0.291	Very Low
Saline Sonohystography (SIS)					
Ludwin, 2013 ¹⁷ #	Prospective Cohort	117 women with RPL or infertility (60 septate uteri)	Hysteroscopy + Laparoscopy	Sensitivity: 93.3% Specificity: 100%	Low
Ludwin, 2011 ¹⁴ #	Prospective Cohort	83 women with RPL (45 septate uterus)	Hysteroscopy + Laparoscopy	Sensitivity: 100% Specificity: 100%	Low
Guimarães Filho, 2006 ²⁰ ##	Prospective Cohort	60 women with RPL (8 MDA)	Hysteroscopy alone	Sensitivity: 100% Specificity: 93.6%	Very Low
3-Dimensional Transvaginal Ultrasound (3DTVUS)					
Apirakviriya, 2016 ²¹	Prospective cross-section	69 women (1 with septate uterus)	Hysteroscopy alone	Insufficient numbers to provide sensitivity and specificity.	Low
Ata 2013 ²²	Prospective Cohort	18 women suspected of uterine anomaly (14 septate uterus)	MRI	Sensitivity: 100% Specificity: Not reported	Very Low
Ludwin 2013 ¹⁷ #	Prospective Cohort	117 women with RPL or infertility (60 septate uteri)	Hysteroscopy + Laparoscopy	Sensitivity: 96.7% Specificity: 100%	Low
Caliskan 2010 ¹⁸ #	Prospective Cohort	108 with suspected uterine anomaly (76 septum)	Hysteroscopy + Laparoscopy (n=89) or MRI (n=19)	Sensitivity: 94.7% Early follicular phase, 100% in luteal phase Specificity: 75% early follicular phase, 93.7% luteal phase <small>* All MDA sensitivity & specificity</small>	Very Low
Ghi 2009 ²³	Prospective Cohort	284 nulliparous women with 3+ miscarriages (35 septum)	Hysteroscopy + Laparoscopy	Sensitivity: 100% Specificity: 98.2%	Low
Kupešić 2002 ²⁴	Prospective Cohort	3850 women with infertility of RPL (689 septate)	Hysteroscopy only	Sensitivity: 99.27% Specificity: 100%	Very Low
Ergenoglu 2016 ²⁵ #	Retrospective Cohort	29 women (23 septum)	Hysteroscopy + Laparoscopy	Sensitivity: 100% Specificity: 83%	Low
Graupera 2015 ²⁶	Retrospective Cohort	60 women (44 Uterine septae)	MRI	Sensitivity: 100% Specificity: 88.9% MRI concordance, k=0.918	Low
Niknejadi 2014 ¹⁹ #	Retrospective Cohort	89 women with suspected uterine anomaly (126 septate or subseptate uteri)	Hysteroscopy alone	Sensitivity: 92.5% Specificity: 46.2% Kappa index = 0.575 <small>* Majority false positives with arcuate uteri</small>	Very Low
3-Dimensional Sonohystography (3D-SIS)					
Ludwin 2014 ²⁷	Prospective Observational study	145 women 6-8 weeks after septoplasty. (22 with residual septum or uterine anomaly)	Hysteroscopy alone	Sensitivity: 97% Specificity: 100%	Very Low
Magnetic Resonance Imaging (MRI)					
Bermejo 2010 ²⁸	Prospective Cohort	65 women with MDA on 3DTVUS	3DTVUS	Sensitivity: 100% Specificity: 88%	Very Low
Malek 2005 ²⁹	Prospective Cohort	94 women with infertility (5 septate uteri)	Hysteroscopy + Laparoscopy	Sensitivity: 100% Specificity: 100%	Low
Ergenoglu 2016 ²⁵ #	Retrospective Cohort	29 women (23 septum)	Hysteroscopy + Laparoscopy	Sensitivity: 74% Specificity: 100%	Low

Study compares more than one test. ## Not Specific to Uterine Septum

Table 2: Intra-operative Techniques

Author, Year, Methodology	Cases	Surgical Indication	Intervention	Complications	LBR	Comments	GRADE
Instrumentation to complete Septoplasty							
Kamel 2014 ³¹ RCT	40	RPL or infertility	Mini-scissors vs. bipolar twizzle	NR	NR	Higher pain VAS in twizzle group. HSG at 3/12 to assess for residual septum. Nil found.	Very Low
Colacuri 2007 ³² RCT	160	RPL or Subfertility	Monopolar Knife vs. Versapoint	9% Knife 1% versapoint	40/70 (57.1%) 42/65 (64.6%)	Longer operating time with knife (23.4min vs. 16.9min, p=NS)	Low
Zikopoulos 2003 ³³ Prospective Cohort	45	Subfertility	Versapoint. Resection from septal tip to ostia line	NR	12/21 (57.1%)	Mean 8/8 months follow-up. Repeat hysteroscope at 2/12 for completeness. No repeat septoplasty	Very Low
Candiani 1991 ³⁴ Prospective Cohort	21	RPL	Microscissors vs. Argon laser	Nil	Incomplete	Significantly longer operating time with Argon laser (30min vs 19min, p=.001)	Very Low
Operative Aids							
Di Spiezo Sardo 2016 ³⁵ RCT	90	RPL or infertility	Intrauterine Palpator or none	Nil in palpator group 12/45 (27%) incomplete septal resection in no palpator group.	NR	Intrauterine palpator - used to measure portion of septum removed. All women underwent post-operative 3DTVUS and hysteroscopy to identify optimal (<5mm), suboptimal (residual septum 5-10mm), or incomplete (>10mm) resection of the septum	Very Low
Bettocchi 2007 ³⁶ Prospective Cohort	260	RPL	Mini-scissors. "3 intra-operative rules" ³⁷	Nil persisting septum.	NR	18/260 - one or more criteria absent with change to inpatient laparoscopy and confirm 15 cases of bicornuate	Low
Intra-Operative Imaging							
Kamel 2014 ³⁷ RCT	60	RPL or infertility	Transrectal 3DUS vs. no guidance	1 women in each group had a perforation	NR	US group had longer operating time (31.0 vs. 22.2min). Residual septae > 1cm: 0 in US group, 4/30 (13.3%) in no guidance group	Very Low
Ghirardi 2015 ³⁸ Prospective Cohort	45	RPL or infertility	Transrectal 3DUS vs. no guidance	Nil	NR	Increased operating time in US group (22.0 vs. 19.9min, p=NS). Residual septae > 1cm: 0 in US group, 1/18 (5.6%) in no guidance group	Very Low
Vigoureux 2015 ³⁹ Retrospective Cohort	108	RPL or infertility	Transabdominal Ultrasound vs. no guidance	1 perforation in US group	NR	Residual septae > 1cm: 7/46 (18.4%) in US group, 16/62 (39.0%) in no guidance group	Very Low
Approach to Double Cervix							
Wang 2008 ⁴⁰ Prospective Cohort	25	RPL or infertility	Cervical Bougie	Nil	Incomplete	Technique allows correction of uterine septum with sparing of double cervix	Very Low
Parsanzhad 2005 ⁴¹ RCT	28	RPL or infertility	Cervical septal resection vs. preservation	3/13 (23%) heavy bleeding in resection group.	11/13 (84.6%) vs. 13/15 (86.6%) [NS].	Longer operating time in resection group (73min vs 36.4min). NS difference in pregnancy rate, miscarriage, preterm delivery, or cerclage. Increased risk of cesarean section in resection group (7/13 vs 2/12, P<.05).	Very Low

NR: Not Reported; VAS: Visual Analogue Scale, NS: Not Significant

VAJİNAL KAF'IN AÇILMASI (DEHİSENSİ) VE EVİSERASYONU : DERLEME VAGINAL CUFF DEHISHENCE AND EVISCERATION: A REVIEW

Obstetrics and Gynecology: October 2018- Volume 132- Issue 4- p 972-985. Doi:10.1097/AOG.0000000000002852

Tercüme: Dr. Nadiye DUGAN

Vajinal kafın açılması histerektominin nadir komplikasyonlarından olup beraberinde eviserasyon ve ek morbiditeye neden olabilir. Bu derlemede insidansı, risk faktörleri, önleyici tedbirler ve tedavinin anlatılması amaçlanmıştır. Spesifik risk faktörlerinin belirlenmesi zordur çünkü çoğu çalışmada komplikasyonun nadir olmasından dolayı ya karşılaştırmalı gruplar yoktur yada sayısı yetersizdir. Vajen kafın iyileşmesi için iyi cerrahi teknik ve postoperatif dönemde kaf enfeksiyonu riskini azaltmak önemlidir bunun için de erken ilişkiden, travmatik vajinal penetrasyondan kaçınmak veya postoperatif dönemde vajen kaf üzerindeki fazla gerginliği önlemek gereklidir. Elektrokoter veya diğer termal enerjilerin akılcı kullanımı, gecikmiş emilebilir sütür kullanımı ve yeterli aralıklı dokuların dikilmesi ayrılma riskini azaltabilir. İyi sonuçlar içinde hemen tanı konulup tedavi edilmesi önemlidir.

Tanımlama

Vajinal kafın ayrılması (dehishensi) vajen kafının ön ve arka kenarlarının ayrılması olarak tanımlanır. Komplet ayrılma vajinal insizyonun tüm uzunluğu boyunca ayrılmasını tanımlarken, parsiyel ayrılma insizyonun bir kısmını içerir. Eviserasyonla birlikte vajinal kafın ayrılması ayrılmış insizyondan intraperitoneal içeriğinde atılması olarak tanımlanır. Sıklıkla, bu distal ileumun kısımlarını içerir ancak diğer abdominal veya pelvik organların prolapsusunda olabilir (omentum, apendiks veya fallop tüpleri gibi).

İnsidansı

Çalışmalar arasında tanımlamadaki farklılıklar nedeniyle net bir oran söylemek güçtür ancak vajen kaf ayrılma insidansı % 0.14 ile % 4.1 arasındadır. Diğer histerektomi tiplerine kıyasla (%0.14-0.27), robotik ve total laparoskopik histerektomilerde insidans daha yüksektir (%1-4.1). Eviserasyonla birlikte vajinal kaf ayrılma insidansı da histerektomi tipine göre değişmektedir ve insidansı %0.032 ile 1.2 arasındadır.

Risk Faktörleri

- Anormal Yara İyileşmesi
- Postoperatif enfeksiyon
- Kaf hematomu
- Menapozal durum
- Radyoterapi ve kemoterapi
- Kortikosteroid tedavisi
- Önceki vajinoplasti
- Kronik medikal durumlar
- Artmış İntra-abdominal Basınç
- Valsalva manevrasının kullanımı
- Vajinal travma veya tecavüz
- Erken dönemde ilişki
- Kronik kabızlık
- Kronik öksürük
- Ağır kaldırma

Cerrahiye Bağlı Faktörler

- Kötü cerrahi teknik
- Yetersiz aralıklar ile dokuların dikilmesi
- Fazla elektrocerrahi
- Tecrübesiz cerrah

Dehishensin Önlenmesi

Preoperatif dönemdeki önlemler değiştirilebilir risk faktörlerinin tedavisi, spesifik risk faktörlerine yönelik danışmanlık verilmesi ve postoperatif dönemdeki kısıtlamaları içerir.

Bakteriyal vajinozis ve trikomonas vajiniti gibi vajinal enfeksiyonların metronidazol ile cerrahi öncesinde tedavisi başlanmalıdır ve en az 4 gün devam edilmelidir. Bakteriyal vajinozis %19.8 ile %29.2 gibi yüksek prevalansta görülmektedir ancak histerektomi öncesi asemptomatik veya test edilmemiş olabilir.

Östrojenin vajinal iyileşmeyi etkilediği bilinmektedir ve randomize kontrollü bir çalışmada preoperatif 6 hafta uygulanan östrojenli krem postmenapozal kadında vajinal epiteli ve muskularisi kalınlaştırdığı gösterilmiştir. Perioperatif dönemde postmenapozal kadınlara östrojen sıkça uygulanmaktadır ve vajinal kaf dehishensi ve eviserasyon riskini azaltmaya yardımcı olabilir.

Histerektomi "temiz-kontamine" işlem olup cilt insizyonundan önce intravenöz 1-2 g sefazolin antibiyotik profilaksisinde önerilmektedir.

Klorheksidin-alkol solüsyonları povidin-iyot solüsyonlarına kıyasla abdominal olarak kullanıldığında yüzeysel ve derin enfeksiyonların önlenmesinde daha üstündür ancak preoperatif vajinal antisepsiste seyreltilmiş (%4) klorheksidin solüsyonu önerilmektedir. Klorheksidin vajinadaki bakteriyal yükün azaltılmasında oldukça etkilidir ve povidin-iyottan farklı olarak kan varlığında da etkilidir. Klorheksidin kullanımını destekleyen kanıtlara rağmen, povidin-iyot vajinanın preoperatif hazırlanmasında onaylanmış tek metoddur.

Laparoskopik histerektomi sonrası elektrocerrahinin vajinal kaf ayrılması ve eviserasyonu için bir risk faktörü olduğu gösterilmiştir. Elektrocerrahi hemostaz sağlarken aynı zamanda doku iyileşmesini bozan doku hasarına da neden olur.

Çoğu yazar vajinal kaf kapatılırken ön ve arka kenarlardan tam kat geçilmesi önermektedir. Ne kadar vajen kafının alınacağı ile ilgili çelişki vardır. O'Hanlan ve arkadaşları 5 mm aralıklarla ve 5 mm derinlikte yaklaştırma önerirken, Nezhat ve arkadaşları en az 1.5 cm lik derinlikte alınmasını önermektedir.

Vajinal Kaf Eviserasyonu

Vajinal kaf dehishensi görülen vakaların %35-67'si eviserasyon ile komplike olmaktadır ve sıklıkla vajinak kaftan ince bağırsak herniasyonu olur. Vakaların %30'unda da ince bağırsakta kan akımının bozulmasına bağlı olarak nekroz görülür ki bu bir cerrahi acildir. En sık distal ileum prolapsusu olsa da omentum, apendiks veya fallop tüp prolapsusu da bildirilmiştir. Vajinal kaf dehishensi ve eviserasyon olgularında morbidite yüksektir. Bu olguların %20'sinde bağırsak rezeksiyonu gerekmektedir ve %6'sında vajinal kaf dehishens ve eviserasyon tekrarlamaktadır. Hastalar abdominopelvik ağrı, vajinal kanama, akıntı ve basınç hissi veya tüm bu şikayetlerle başvurabilir.

Yaygın peritonit, nekrotik bağırsak, veya pelvik abse durumunda derhal laparotomi yapılmalı ve bağırsak rezeksiyonu, peritoneal drenaj ve vajinal kaf kapatılması yapılmalıdır. Tıbbi olarak stabil olan ve yukarıdaki komplikasyonların görülmediği olgularda minimal invazif yaklaşımlar uygulanabilir. Vajinal yoldan kapatma yapmak için kriterler şunları içermelidir: normal bağırsak peristaltizmi, bağırsaklarda renk değişikliği olmaması, spontan eviserasyon veya künt travma, stabil vital bulgular, intraperitoneal yabancı cisim bulunmaması, ve bağırsağın transvajinal olarak redükte edilebiliyor olması.

İNFERTİLİTEDE ANTIOKSİDANLAR: ERKEK VE KADIN ÜREME SONUÇLARINA ETKİLERİ ANTIOXIDANTS IN FERTILITY: IMPACT ON MALE AND FEMALE REPRODUCTIVE OUTCOMES

Roos Marthe Smits, M.D.,^a Rebecca Mackenzie-Proctor, M.D.,^b Kathrin Fleischer, M.D., Ph.D.,^a and Marian G. Showell, M.P.H., M.L.I.S.c

Tercüme: Dr. Engin TÜRKGELDI

Oksidatif stres, reaktif oksijen türleri (reactive oxygen species-ROS) üretimi ile vücudun bunları etkisiz hale getirme becerisi arasında dengesizlik olduğu zaman ortaya çıkar ve hücre hasarına yol açar. Hücreler, yaşamlarını sürdürebilmek için kaçınılmaz olarak oksijen kullanırlar ve bu da ROS oluşumuyla sonuçlanır. Bir miktar ROS normal hücre fonksiyonu için gerekli olsa da, fazlası DNA hasarına ve hatta apoptoza yol açar. ROS, endojen veya eksojen nedenlerle oluşabilir. Üreme hücreleri üzerindeki oksidatif stresin en büyük eksojen nedenleri arasında çevre kirliliği, sigara kullanımı, alkol, kötü beslenme ve obezite sayılabilir. Endojen nedenler ise kronik ve otoimmün hastalıklar olarak düşünülebilir.

Vücudumuzda, oksidatif stresle mücadele için antioksidan savunma sistemleri gelişmiştir. Antioksidanlar ROS'ları tespit edip etkisi hale getirebilir ve hasarı tamir edebilir. Vücuttaki doğal antioksidanlar enzimatik ve enzimatik olmayanlar olarak ikiye ayrılabilir. Enzimatikler arasında katalaz, süperoksit dismutaz, glutatyon peroksidaz ve glutatyon peroksidaz ve glutatyon redüktaz sayılabilir. Enzim dışı ajanlar arasında askorbik asit (C vitamini), alfa tokoferol (E vitamini), ferritin, ve transferrin vardır.

Oksidatif stresin erkek ve kadındaki üreme güçlüklerinde rol oynadığına dair önemli kanıtlar vardır. Antioksidanlar, diğer infertilite tedavi yöntemlerinin kıyasla daha kolay erişilebilir ve ucuzdurlar. Öte yandan fertilité üzerine gerçek etkileri net değildir.

Erkek Subfertilitesi

Spermatozoanın kendisi önemli bir ROS kaynağıdır ve kapasitasyon, maturasyon, hiperaktivasyon gibi sperm fonksiyonları için ROS'lara gereksinim vardır. Bununla birlikte spermatozoa, ROS'un aşırı üretimine bağlı hasar konusunda vücuttaki en duyarlı hücrelerdendir.

Vücut hücrelerinde antioksidan enzimler sitoplazmada yaygın olarak bulunurlar fakat spermatogenezin son safhalarında spermatozoanın sitoplazması ortadan kalkar. Bu durumda spermatozoa, antioksidanlardan zengin seminal plazmaya bağımlı haldedir. Ayrıca, doymamış yağlardan zengin oldukları için ROS kaynaklı lipid peroksidasyona duyarlıdır. Membran hasarı sperm membranının fleksibilitesinde azalma ve azalmış kuyruk hareketiyle sonuçlanır.

Varikosel kaynaklı ısı artışı ve bozulmuş mikrosirkülasyon, yüksek ROS seviyelerine ve hücre hasarına/apoptozuna yol açabilir.

Yıllar içerisinde, fertil erkeklerle kıyaslandığında subfertil erkeklerin semenlerindeki ROS miktarının daha yüksek ve antioksidan miktarının daha düşük olduğu ortaya konmuştur. Öte yandan asıl mesele, antioksidan tedavisinin semen kalitesine ve fertilité sonuçlarına olumlu etkisinin olup olmadığıdır.

Bu konudaki bir Cochrane derlemesinde 48 randomize kontrollü çalışma değerlendirilmiştir. Sadece dört çalışma canlı doğum oranlarını bildirmiş olup, bunlarda antioksidanların etkili olabileceği düşünülmüştür. Sadece yedi çalışmada klinik gebelik oranları ele alınmıştır. Derlemedeki çalışmaların %80'inden fazlasında klinik gebelik veya canlı doğum oranları bildirilmemiş olup, metodolojik olarak ele alındığında çalışmalardan elde edilen veriler genel olarak düşük kalite olarak değerlendirilmiştir.

Çalışmaların çoğunda sperm parametreleri ele alınmıştır. Çalışmalar arasındaki ileri derecede heterojenite nedeniyle sperm motilitesi ve konsantrasyonuna antioksidanların etkileri hakkında bir karara varmak mümkün

TJODist Bülteni

olmamıştır. Alt gruplara bakılıp daha az heterojen olan sonuçlar incelendiğinde vitamin C ile birlikte vitamin E takviyesinin sperm motilite veya konsantrasyonuna katkısı olmadığı, kombine antioksidanların 3 ay kullanımı sonrası motilitede artış olduğu, ve 6 aylık karnitin kullanımının parametlerde değişiklik yaratmadığı gösterilmiştir. İki çalışmada DNA fragmantasyonun antioksidan kullanımı ile azaldığı gösterilmiştir.

Kadın Subfertilitesi

Kadınlarda ROS üretiminin sitokrom p450'den etkilendiği ve korpus luteumun ana ROS kaynağı olduğu gösterilmiştir. ROS miktarının oosit maturasyonu ve mayoz üzerine etkisi olduğu, ayrıca oosit, embryo ve implantasyonda rolü olduğu düşünülmektedir.

Yakın tarihli bir Cochrane derlemesinde antioksidan kullanımı ile canlı doğum ve klinik gebelik oranının arttığı gösterilmekle birlikte, kanıt kalitesinin çok düşük olduğu ve orta-yüksek heterojenite içerdiği vurgulanmıştır. Altgrup analizlerinde polikistik over sendromlu kadınlarda antioksidan kullanımının canlı doğum oranlarının arttırdığı izlenmiştir. Ayrıca koenzim Q10 ve kombine antioksidanlarla klinik gebeliğin arttığı görülmüştür.

Sonuç

Oksidatif stresin kadın ve erkek fertilitesine olumsuz etkisi olduğu bilinmektedir. Antioksidanlar görece ucuz ve pratik takviyelerdir. Tedavinin faydalı olabileceği gösterilmişse de, antioksidanların etkisini anlamak için özellikle klinik gebelik ve canlı doğum oranlarını bildiren iyi tasarlanmış, büyük çaplı randomize kontrollü çalışmalara ihtiyaç vardır.

TJOD İstanbul Yönetim Kurulu

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

Üyeler (Soyadı Sırası)

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

Bülten Kurulu (Soyadı Sırası)

Editörler

Dr. Barış Ata
Dr. Engin Oral

Editöryal Kurul Üyeleri

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

TJODist Bülteni

Pazar Sabahı Sunumları //


Pazar Sabahı Toplantısı

 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

 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