



# TJODist Bülteni

## Mayıs 2017



Sayın meslektaşlarım;

Bu ayki pazar toplantımız **prenatal tanı ve gebelik izleminde tartışmalı uygulamalar** konularını içermektedir. Gebelik yönetimi pek çoğumuzun günlük pratiğinin önemli bir bölümünü içermektedir. Bu nedenle toplantının sizlere yararlı olacağını düşününüz. Pazar toplantılarına katılımın artması her açıdan derneğimizin gücünü arttıracak ve ileriki dönemlerde çalışmalarımıza yön verecektir.

Toplantı konularının seçiminde önerilerinizi bekliyoruz. Ayrıca daha öncede belirttiğimiz gibi sorunlarınızı öğrenmek ve pazar toplantılarında tartışmak istiyoruz. Bu konular ile ilişkili olarak iletişim kanallarımız her zaman açıktır. Mediko-legal konular ile ilişkili olarak desteklerimiz devam etmektedir. Pek çoğumuzun meslek

yaşantısında bu konular ile uğraşmak zorunda olduğu bir gerçektir. Bu nedenle **aramaktan ve danışmaktan çekinmeyiniz**. Bizlerde zaman zaman diğer meslektaşlarımızdan destek ve yardım istemekteyiz. Özellikle bu zor dönemlerde biz hekimler bir birimize destek olmalıyız. Bu durum gücümüzü ve saygınlığımızı arttıracaktır.

Sayın meslektaşlarımız bu bültende de sizlere yararlı olacağını düşündüğümüz araştırmaların özetlerini ve linklerini sunuyoruz. Çalışmaların günlük uygulamalarda yol gösterici nitelikler taşıdığını düşünmekteyiz. **Bu bültende 4 çalışma vardır** ve çalışmaların çevirileri **Dr. Barış Ata ve Dr. Alper Eraslan** tarafından yapılmıştır. Kendilerine teşekkürlerimizi sunuyoruz.

Bu çalışmalardan biri ülkemizde anne ölümlerinin en sık nedeni olan **postpartum kanamalar** ile ilgilidir. Araştırmacılar postpartum kanamalarda traneksamik asid kullanımının anne mortalitesi üzerindeki etkisini araştırmış ve özellikle erken kullanılan olgularda anne mortalitesini anlamlı olarak azalttığını saptamışlardır. İkinci çalışma **doğum eyleminde oral karbonhidrat desteğinin etkisi** irdelenmiş ve bu desteğin doğum eylemi sonuçlarını etkilemediği sonucuna varılmıştır. Üçüncü çalışma **erken gebelik kayıplarında tek doz ve tekrarlayan misoprostol uygulamalarının küretaj gereksinim oranı** üzerindeki etkisini araştırmaktadır. Bu çalışma tek doz uygulamanın yeterli olduğu sonucuna varmıştır. Sonuncu çalışma da ise **24. gebelik haftasından önce antenatal kortikosteroid tedavisinin postpartum mortalite oranı üzerindeki etkisi** irdelenmiş ve bu tedavinin yararlı olduğu sonucuna varılmıştır.

Ayrıca bu ay **Prof. Dr. Sedat Kadanalı'nın** yazdığı "**Gebelikte venöz tromboembolizm proplaksisi**" başlıklı derleme çalışmayı yayınlıyoruz.

En derin saygılarımızla

**Prof. Dr. Fuat Demirkıran**

Tjod İstanbul Y.K. adına

**TJOD İSTANBUL ŞUBESİ BİLİMSEL TOPLANTISI**

Harbiye Askeri Müzesi

28 MAYIS 2017 PAZAR

**PRENATAL TANI VE GEBELİK İZLEMİNDE TARTIŞMALI KONULAR**

Toplantı Başkanları: Recep Has, Ahmet Gül, Rıza Madazlı

09:50 - 10:00 Açılış, TJOD İstanbul Başkanı

**1. Oturum (Kromozom Anomalileri İçin Hangi Tarama Testi?)**

Oturum Başkanları: Yavuz Ceylan – Mustafa Küçük

|               |   |                  |
|---------------|---|------------------|
| 10:00 - 10:20 | 11-14 hf taramasında güncel durum?            | Fehmi Yazıcıoğlu |
| 10:20 - 10:40 | Üçlü, Dörtlü tarama testleri hala geçerli mi? | Zeki Şahinoğlu   |
| 10:40 - 11:00 | cfDNA: Kime ve nasıl?                         | Ahmet Gül        |
| 11:00 - 11:20 | TARTIŞMA                                      |                  |
| 11:20 - 11:40 | KAHVE MOLASI                                  |                  |

**2. Oturum (Obstetrik Ultrason ve Doppler: Nasıl Yapalım?)**

Oturum Başkanları: Rıza Madazlı – Saadettin Güngör

|               |   |             |
|---------------|---|-------------|
| 11:40 - 12:00 | 18-23 hf rutin obstetrik USG'de nelere nasıl bakılmalı? | Atıl Yüksel |
| 12:00 - 12:20 | NTD taramasını nasıl yapalım? USG ? AFP?                | Halil Aslan |
| 12:20 - 12:40 | Obstetrik'de Doppler'i hangi durumda nasıl kullanalım?  | Recep Has   |
| 12:40 - 12:50 | TARTIŞMA  |             |
| 12:50 - 13:00 | ARA   |             |

**3. Oturum (Kime Hangi İlaç Nasıl Verelim ?)**

Oturum Başkanları: Fatma Ferda Verit - Veli Mihmanlı

|               |                                 |                       |
|---------------|---------------------------------|-----------------------|
| 13:00 - 13:10 | Gebelikte Anne ve Bebek Sağlığı | Sinan Zeylan          |
| 13:10 - 13:20 | Aspirin                         | İbrahim Kalelioğlu    |
| 13:20 - 13:30 | Progesteron                     | Cem Batukan           |
| 13:30 - 13:40 | Heparin                         | Aytül Çorbacioğlu     |
| 13:40 - 13:50 | Demir                           | Deniz Acar            |
| 13:50 - 14:00 | İyot                            | Ali Ekiz              |
| 14:00 - 14:10 | D-Vitamin                       | Özlem Pata            |
| 14:10 - 14:20 | Kalsiyum                        | Gökhan Yıldırım       |
| 14:20 - 14:30 | Magnezyum                       | Aytaç Yüksel          |
| 14:30 - 14:40 | Omega-3                         | Esra Esim Büyükbayrak |
| 14:40 - 15:00 | TARTIŞMA                        |                       |
| 15:00 - 15:10 | Akılcı ilaç kullanımı           | Tuğba Saraç Sivriköz  |

## Gebelikte Venöz Tromboembolizm Profilaksisi

Prof Dr Sedat KADANALI



Derin venöz tromboemboli(DVT), pulmoner emboli(PE) ve serebral venöz sinus trombozunu kapsayan venöz tromboembolizmin gebelikte morbidite ve mortalitesi yüksektir. Gebelikte venöz tromboemboli insidansının 1-2 /1000 olduğu ve mortalitesinin de 1/100.000 olduğu tahmin edilmektedir.Dünya Sağlık Örgütü gelişmiş ülkelerde pulmoner emboliye bağlı maternal mortalite oranını % 14.9 olarak verirken(1),pulmoner emboli İngiltere'de tromboemboliye bağlı maternal mortalitenin % 31.1 ini(2), Amerika'da CDC verilerine göre de % 9.3 ini oluşturmaktadır(3).Gebelikte tromboembolinin aynı yaştaki gebe kadına göre rölatif riski 5 kat artmışken, postpartum bu risk 20 kata kadar artmış olarak bulunmaktadır.

Gebelikte trombo emboli riskinin artmasının sebebi değişik faktörlere bağlanmaktadır, bunlar:

- Artmış intraabdominal basınç ve gebe uterusun venlere bası yapması
- Fizyolojik olarak artmış koagülasyon faktörleri
- Sistemik fibrinolitik aktivitenin azalması
- Doğum esnasında doku travması

Tabii bunlardan farklı olarak bireysel olarak var olan herediter ve edinsel faktörlerde her gebede farklı olarak ortaya çıkmaktadır.

Ülkemizde Sağlık Bakanlığı maternal mortaliteyi azaltmak için 2014 yılında "Riskli Gebelikler Rehberi " yayınladı, bu rehberin ilk konusunda "Gebelikte Venöz Tromboembolizm Yönetim Rehberi" idi. Bu rehber baktığımızda İngiltere'de ki Royal College of Obstetricians & Gynecologist (RCOG) in 2009 yılında çıkardığı rehberin(Reducing the Risk of Venous Thromboembolism during Pregnancy and the Puerperium) aynısı olduğu görülmektedir. RCOG bu gebelikte trombo emboli rehberini 2015 yılında revize etmiştir(4). Bakanlığın rehberinin kaynağını oluşturan RCOG rehberinin öncelikle nasıl düzenlendiğine bir göz atmak gerekir.

İngiltere dönemsel olarak ülkesindeki maternal mortaliteye bakmaktadır( The Confidential Enquires into Maternal Death). İngiltere pulmoner emboliye bağlı maternal mortalite verisine baktığımızda 2003 -2005 yılları arasında 1.56/100 000 olan oranın 2005-2008 yılları arasın 0.70/100 000 e düştüğünü görmüş ve bunu da 2004 de RCOG un yayınladığı gebelikte tromboemboli profilaksi önerilerine bağlamıştır. Ancak 2011-2013 yılları arasında PE ye bağlı maternal mortalite istatistiksel anlamlı gözükmese de 1.1/100.000 e çıkmıştır(5).Yani agresif tromboproflaksi önerilerine rağmen PE ye bağlı mortalite artmıştır.

Ülkemizde pulmoner emboliye bağlı maternal mortaliteyi gösteren ilk yayın 2017 yılında çıkmıştır. Bu yayında 2013 yılındaki tüm ülkedeki maternal mortaliteye retrospektif olarak bakılmıştır.Türkiye'de 2013 yılında 224 maternal ölüm vakası rapor edilmiştir, maternal mortalite 15.9/100.000 olarak hesaplanmıştır. Bu kayıpların 17 tanesi pulmoner emboliye bağlı olarak görülmüş ve PE ye bağlı ölümlerin maternal mortalitenin %7.58 ini oluşturduğu görülmüştür(6).

Gebelikte venöz tromboembolizmi öngörmeye risk faktörleri kullanılmaktadır, bu faktörler aslında gebe olmayan popülasyonda kullanılan Caprini ve Padua risk faktörlerine dayanmaktadır(7,8). Bu risk faktörlerinin belirlenmesi retrospektif bir çalışma ile cerrahi sonrası tromboemboli riski üzerinden hesaplanmıştır, eğer Caprini skoru 0-1 ise risk % 0, skor 2 ise %0.7, skor 3-4 ise % 1, skor 5 ve üzeri ise risk %1.9 olarak bulunmuştur(7). Padua sisteminde ise tıbbi bakım hastalarında Padua skoru 4 ve üzeri ise venöz tromboemboli riski profilaksi almayanlarda % 11, alanlarda % 2.1 bulunurken, skoru 4 den az olan hastalarda bu risk %0.3 olarak bulunmuştur(8)( Tablo 1-2). Buradan da anlaşılacağı üzere risk faktörleride gebe olmayan kadınlardan alınmış ve retrospektif veri ile elde edilmiş gebeliğe uyarlanmış verilerdir. Rehberlerin kullandığı verilerin kaynağı ve değeri açısından bu önemlidir. Bu risk faktörleri çoğu ulusal tromboproflaksi rehberindeki risk faktörlerinin kaynağını oluşturmaktadır. **Devamı var....**

Kaynaklar ve tüm makaleyi indirmek için tıklayın





## Postpartum Kanamada Erken Traneksamik Asit Uygulamasının Mortalite, Histerektomi ve Diğer Morbiditeler Üzerine Etkisi: Uluslararası Randomize Çift Plasebo Kontrollü Çalışma

The WOMAN Trial Collaborators

The Lancet, 26 Nisan 2017-05-09

Kaynak: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0140673617306384>

### Giriş:

Postpartum kanama anne ölümlerinin dünyadaki en önemli sebebidir. Traneksamik asidin travma hastalarında erken dönemde uygulanmasının kanamaya bağlı ölümleri belirgin olarak azalttığı bilinmektedir. Bu çalışmada; postpartum kanaması olan kadınlarda erken traneksamik asit uygulamasının ölüm, histerektomi ve ilişkili olabilecek diğer sonuçlara etkisinin incelenmesi amaçlanmıştır.

### Metod

Bu çift kör, randomize, plasebo kontrollü çalışma; 21 ülkeden toplam 193 hastanedeki vajinal veya sezeryan doğum sonrası klinik olarak postpartum kanama tanısı almış 16 yaş ve üzerindeki kadınlarla yapılmıştır. Rastgele olarak rutin bakıma ek olarak ya 1 gr IV traneksamik asit ya da eşdeğer plasebo uygulanmıştır. Eğer kanama 30. dakikadan sonra hala devam ediyorsa ya da ilk doz verildikten sonraki 24 saat içinde tekrar başlanılmak zorunda kalındıysa, ikinci bir 1 gr traneksamik asit doz ya da plasebo uygulanmıştır. Bu seçilime hastalar, tedavi uygulayıcılar ve sonuçları inceleyenler kördü. Primer incelenecek veriler doğumu takip eden ilk 42 gün içerisinde tüm ölümler veya histerektomi olarak belirlenmiştir.

### Bulgular

Mart 2010 ile Nisan 2016 arasında 20.060 kadın çalışmaya dahil edilmiş, olgular rastgele olarak traneksamik asit verilen 10.036 ve plasebo verilen 9985 olgu olmak üzere ikiye ayrılmıştır. Kanamaya bağlı ölüm traneksamik asit verilen kadınlarda (10.036 hastanın 155'i, %1.5), plasebo grubuna göre (9.985 hastanın 191'i, %1.9) anlamlı olarak daha az saptanmıştır (RR: 0.81, 95%CI: 0.65–1.00; p=0.045). Bu azalma doğumu takip eden ilk 3 saat içinde tedavi verilenlerde daha anlamlı bulunmuştur (traneksamik asit grubunda 89, %1.2 ve plasebo grubunda 127, %1.7, RR 0.69, 95% CI 0.52–0.91; p=0.008). Diğer sebepli ölümler açısından gruplar arasında anlamlı fark saptanmamıştır. Histerektomi oranının traneksamik asit uygulaması ile azaldığı gösterilememiştir (traneksamik asit grubunda 358, %3.6 ve plasebo grubunda 351, %3.5, RR 1.02, 95% CI 0.88–1.07; p=0.84). Tüm sebepli ölümler ve histerektomi oranlarının traneksamik asit uygulaması ile azalmadığı gösterilmiştir. Buna göre traneksamik asit grubunda ölüm veya histerektomi sayısı 534 (%5.3) iken plasebo grubunda 546 (%5.5) olarak bulunmuştur (RR 0.97, 95% CI 0.87-1.09; p=0.65). Yan etkiler (tromboembolik olaylar gibi) iki grupta da benzer oranlarda izlenmiş.

### Yorum

Traneksamik asit, belirgin bir yan etki göstermeksizin postpartum kanaması olan kadınlarda kanamaya bağlı ölüm oranını azaltmaktadır. Postpartum kanamanın tedavisinde kullanıldığı zaman, traneksamik asitin kanama başladıktan sonraki mümkün olan en kısa sürede verilmesi önerilmiştir.

Çeviren **Dr. Alper Eraslan**

**Tüm makale için tıklayınız**

## Oral Karbonhidrat Desteği Doğum Eylem Sonuçlarını İyileştirir mi? Sistematik Derleme ve Bireysel Hasta Verisi Meta-analizi.

GL Malin, GJ Bugg, J Thornton, MA Taylor, N Grauwen, R Devlieger, KR Kardel, M Kubli, JE Tranmer, NW Jones.  
British Journal of Obstetrics and Gynecology

Kaynak: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26914893>



Doğum eylemi belirgin bir fiziksel aktivitedir. Sonuçları iyileştirmek için karbonhidrat alımının önemi spor tıbbı ve genel cerrahide kabul görmektedir.

### Amaç:

Oral karbonhidrat desteğinin eylem sonuçlarına etkisini araştırmak.

### Tarama stratejisi:

MEDLINE (1996 – 2014), EMBASE, Cochrane Kütüphanesi ve klinik araştırma kayıt sistemleri.

### Seçim kriterleri:

Eylem sırasında (<6 cm dilatasyon) oral karbonhidrat desteği veya plasebo/stadart yönetime randomize edilen randomize kontrollü çalışmalar (RKÇ).

### Veri toplama ve analizi:

Yazarlardan katılımcı verileri istendi. Bireysel hasta meta-analizi ile toplu risk oranı (RR) ve %95 güven aralığı (CI) hesaplandı.

### Ana sonuçlar:

Sekiz RKÇ katılım kriterini karşıladı. Altı yazar yanıt verdi ve dördü bireysel veri gönderdi. Üç çalışmada izotonik içecekler (biris plasebo kontrollü, ikisi standart bakım ile karşılaştırmalı) ve birinde karbonhidrat alımı ile ilgili bir kitapçık verilmişti. Girişim ve kontrol grupları arasında enerji alımının ortalama farkı azdı (üç çalışma, 195 kilokalori (kcal), %95 CI: 118 – 273). Sezaryan (RR 1.15, %95 CI: 0.83 – 1.61), müdahaleli doğum (1.26, %95 CI: 0.96 – 1.66) veya oksitosin augmentasyonu (RR: 0.99, %95 CI: 0.86 – 1.13) riskleri farklı değildi. Eylem süresi benzerdi (ortalama fark: -3.15 dakika, %95 CI: -35.14 – 41.95). Analiz primigravid kadınlar ile sınırlandırıldığında da bulgular aynıydı. Oral karbonhidrat alımı kusma (RR:1.09, %95 CI: 0.78 – 1.52) veya 1. dakika Apgar skorlarının <7 olma riskini (RR: 1.23, %95 CI: 0.82 – 1.83) artırmadı.

**Yazarların yorumu:** Küçük miktarda oral karbonhidrat desteği eylem sonuçlarını değiştirmiyor.

Çeviren **Dr. Barış Ata**

**Tüm makale için tıklayınız**

## Erken Gebelik Kayıplarında Tek Doz ile Tekrarlayan Doz Misoprostol Karşılaştırması - Randomize Kontrollü Çalışma

Y Mizrachi, A Dekalo, O Gluck, H Miremberg, Lotem Dafna, O Feldstein, E Weiner, J Bar, R Sagiv  
Human Reproduction 2017

Kaynak: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28402415>

### Araştırma sorusu:

Erken gebelik kayıplarında tekrarlayan misoprostol uygulaması tedavi başarısını artırır mı?

### Özet cevap:

Tekrarlayan misoprostol uygulaması tedavi başarısını artırmaz ve daha çok analjezik kullanımına neden olur.

### Zaten bilinenler:

Erken gebelik kaybında misoprostol cerrahi tahliye ihtiyacını azaltır ve tam atılmaya kadar geçen süreyi azaltır. Ancak, tekrarlayan dozların etkinliği açık değildir.

### Çalışma tasarımı, büyüklüğü, süresi:

Ağustos 2015 ve Haziran 2016 arasında, tek bir üçüncü düzey hastanede erken gebelik kaybı (<12 hafta) yaşayıp medikal tedavi isteyen kadınlar alındı. Tedavi başarısında %30 bir azalmayı tespit etmek için 160 hastanın yeterli olduğu hesaplanmıştır.

### Katılımcılar, materyal, ortam ve yöntem:

Katılımcılar 1. Gün 800 mcg vaginal misoprostol aldılar ve sonra rastgele olarak iki gruba ayrıldılar: tek doz grubu 8. gün değerlendirildi. Tekrarlayan doz grubundaki hastalar 4. Gün değerlendirildi ve gerekiyorsa bir doz daha verilir. 8. Gün tekrar değerlendirilmek üzere randevu verildi. Eğer, 8. Gün tam atılım olmadıysa (transvaginal ultrasonografi ile endometrial kalınlık >15 mm veya gestasyonel kese varsa) cerrahi tahliye yapıldı. Primer sonuç ölçütü, 8. Güne kadar cerrahi girişim ihtiyacı olmaması olarak tanımlanan tedavi başarısıydı.

### Ana sonuçlar ve şansın rolü:

Son analizde tek doz grubunda 87 ve tekrarlayan doz grubunda 84 katılımcı vardı. Tekrarlayan doz grubundaki hastaların 41'i (%48.8'i) ikinci dozu aldı. Tedavi tek doz grubunda 67 (%77) hastada, tekrarlayan doz grubunda 64 (%76) hastada başarılı oldu (RR: 0.98, %95 CI: 0.83 – 1.16, p= 0.89). Tekrarlayan doz grubundaki hastaların reçetesiz ağrı kesici kullanımı daha fazlaydı (%82.1'e %69, p = 0.04).

### Sınırlamalar, dikkat edilmesi gerekenler:

Çalışma kör olarak yapılmadı ve tam atılım için kullanılan tanımlama tartışmalı bulunabilir. Tüm katılımcılar için takip süresi aynı değildi, 8. Gün öncesinde bir kısım hastada 4. Günde tam atılım olurken bir kısmı da acil D&C oldu. Ancak, bu primer sonuç ölçütünü etkilememiştir.

### Bulguların önemi:

Sonuçlarımız, benzer başarı oranı ve analjezik kullanımı açısından daha olumlu profili nedeniyle tek doz protokolün, tekrarlayan protokolden daha iyi olduğunu düşündürmektedir.

Çeviren Dr.Bariş Ata

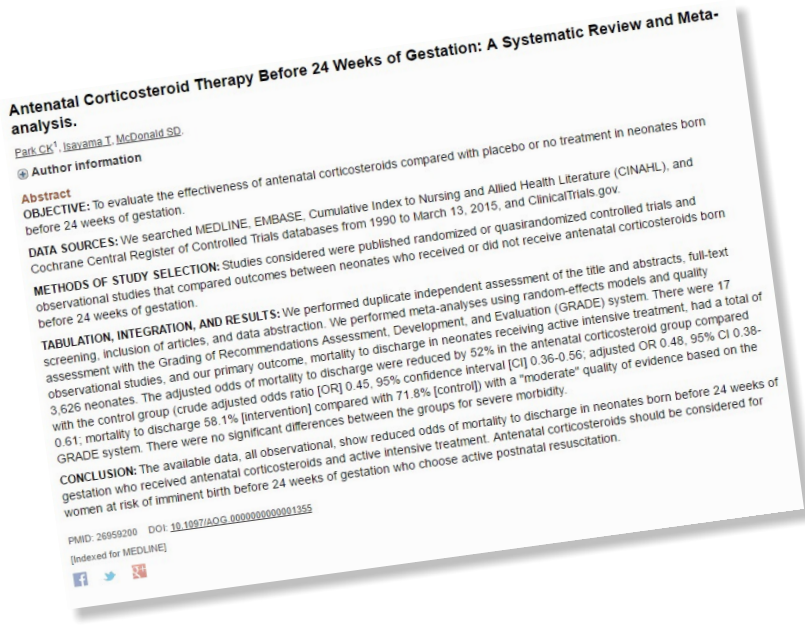
**Tüm makale için tıklayınız**

## 24. Gebelik Haftası Öncesinde Antenatal Kortikosteroid Tedavisi. Sistemik Derleme ve Meta-analiz.

Christina K. Park, Tetsuya Isayama, Sarah McDonald.

Obstetrics and Gynecology, 2016:127;715

Kaynak: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26959200>



### Amaç:

24. gebelik haftasından küçük yenidoğanlarda antenatal kortikosteroidlerin plasebo veya hiç tedavi vermeye kıyasla etkinliğini araştırmak.

### Veri kaynakları:

MEDLINE, EMBASE, CINAHL, CRRCT ve clinicaltrials.gov. Arama tarihi 1990 – 13 Mart 2015.

### Çalışma seçim yöntemi:

24. Haftadan önce doğan, antenatal steroid alan ve almayan yenidoğanları karşılaştıran randomize veya randomize benzeri çalışmalar ile gözlemsel çalışmalar.

### Sonuçlar:

Başlık, özet ve tam metin taramaları iki yazar bağımsız olarak inceledi. Random-effects modeli ile meta-analiz ve GRADE sistemi le kalite değerlendirmesi yapıldı. 17 gözlemsel çalışma vardı, ve primer sonuç ölçütü olan aktif yoğun tedavi alan yenidoğanlarda mortalite – taburculuk verisi için 3,626 yenidoğan vardı. Mortalite – taburculuk için

düzeltilmiş odds oranı antenatal kortikosteroid grubunda %52 azalmıştı (kaba düzeltilmiş odds oranı 0.45, 95% güven aralığı: 0.36 – 0.56; düzeltilmiş odds oranı 0.48, 95% CI: 0.38 – 0.61; mortalite – taburcu oranı girişim grubunda 58.1%, kontrol grubunda 71.8%. GRADE sstemine göre "orta" kalite kanıt. Ağır morbidite açısından gruplar arasında fark yoktu.

### Yorum:

Tümü gözlemsel çalışmalara ait olan verilere göre 24. Gebelik haftasından önce doğan yeni doğanlardan antenatal kortikosteroid ve yoğun aktif tedavi alanlarda mortalite oranı azalmıştır. 24. Gebelik haftasından önce doğum yapacak gebelerden aktif postnatal resüsitasyon isteyenlere antenatal kortikosteroid verilmelidir.

Çeviren Dr. Barış Ata

Tüm makale için tıklayınız



# TJODist Bülteni

**Not: 18 Haziran 2017 Reprodüktif Endokrinoloji ve İnfertilite konulu toplantımız İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi KEMAL ATAY amfisinde yapılacaktır.**

Pazar Sabahı Sunumları //

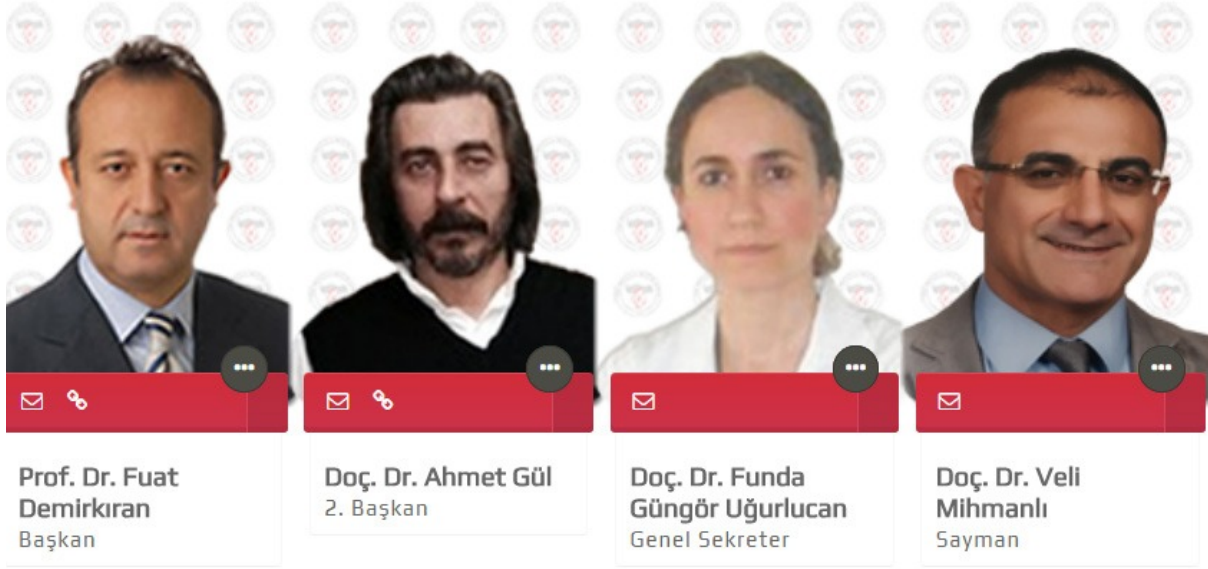
## Pazar Sabahı Toplantısı

-  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
-  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 İntrapartum 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) //

