



TJODist Bülteni

Mayıs 2019

Başkandan



Değerli meslektaşlarımız,
TJOD İstanbul yönetim kurulu adına hepinize merhabalar...

“Jinekolojik Endoskopide Doğrular ve Yanlışlar” başlıklı toplantımızı 14 Nisan 2019 tarihinde gerçekleştirdik. Sunumları web sayfamızda (<http://www.tjodistanbul.org>) bulmanız mümkündür.

“Vakalar ile Fetal Anomaliler” başlıklı toplantımızı **19 Mayıs 2019** tarihinde **Hilton Bosphorus İstanbul**'da yapacağız, yararlı olmasını dileriz...

Editoryal üyelerimiz **Barış Ata, Engin Oral, Engin Çelik, Berna Aslan Çetin, Nadiye Dugan, Hakan Erenel, Cihan Kaya, Engin Türkgeldi, Cenk Yaşa** ve webmaster Hakan Köyağası'nın emekleri ile dolu dolu TJOD İstanbul Mayıs 2019 bülteni bulacaksınız.

Her zaman ifade ettiğimiz üzere bültenlerimize katkı yapmak veya görüş belirtmek isteyen meslektaşlarımızın editoryal üyelerimiz ile iletişime geçmesi yeterlidir.

Sevgi ve saygılarımızla.

Mayıs 2019

Dr. Ahmet Gül
TJOD İstanbul Başkanı



MİLLİ MÜCADELE'NİN YÜZÜNCÜ YILI



TJODist Bülteni

Editörden



Sayın Meslektaşlarım,
Obstetrik ağırlıklı bu bültenimizde ötiroid olduğu halde **anti tiroid antikorumları olan kadınlarda tiroid hormonu kullanımını** değerlendiren ve **gebelik öncesi TSH taraması** ile ilgili iki makalemiz var. Birinci makale New England Journal of Medicine'da yeni yayınlanan büyük ölçekli bir randomize kontrollü çalışma, ikincisi ise prekonsepsiyonel dönem ve gebelikte TSH düzeyleri üzerine bir derleme. Bu iki makale ile konuyu bütüncül olarak dikkatinize getirmeyi amaçladık. Geçtiğimiz on yıla yakın zamanda uygulamamızı yönlendiren TSH sınırları ile ilgili görüşleri sorgulayan makaleler. Yıllardır TSH 2.5 mIU/L altında olması gerektiğini öne süren bazı rehberler nedeniyle birçok gebe belki de ihtiyaçları olmadığı halde tiroid hormonu alıyordu. Muhtemelen rehberlerde de yakın zamanda değişiklikler olması beklenebilir.

Diğer bir makalemiz de **preeklampsi öngörüsünde ultrason kullanımı** ile ilgili International Society of Ultrasound in Obstetrics and Gynecology kılavuzu. Makalede hem ölçümlerin nasıl yapılması gerektiği hem de farklı gebelik haftalarında ve durumlarda ölçümlerin nasıl yorumlanması gerektiği açıklanıyor.

Bir diğer makalemizde ise **operatif doğumun pelvik taban üzerine etkileri** ve hangi durumda nasıl epizyotomi tercih edilmesi (veya edilmemesi) gerektiği üzerine öneriler var.

Nisan ayındaki jinekolojik endoskopi toplantımızın özetini de bu sayıda bulacaksınız.

Hepsinin uygulamalarınıza yardımcı olacağını umuyoruz.

19 Mayıs Atatürk'ü anma, Gençlik ve Spor Bayramınızı şimdiden kutlarken, görüş ve önerilerinizi beklediğimizi hatırlatmak isterim.

Saygılarımla,

Dr. Barış Ata

barisata@ku.edu.tr

Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı Koç Üniversitesi Tıp Fakültesi

TJODist Bülteni

TJOD İstanbul Yönetim Kurulu

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

Üyeler (Soyadı Sırası)

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

Bülten Kurulu (Soyadı Sırası)

Editörler
Dr. Barış Ata
Dr. Engin Oral

Editöryal Kurul Üyeleri

Dr. Engin Çelik
Dr. Berna Aslan Çetin
Dr. Nadiye Köroğlu Duğan
Dr. Hakan Erenel
Dr. Cihan Kaya
Dr. Sinem Ertaş Kaya
Dr. Engin Türkgeldi
Dr. Cenk Yaşa



 **TJOD İSTANBUL**
Türk Jinekoloji ve Obstetrik Derneği

TJOD İSTANBUL ŞUBESİ
PAZAR TOPLANTILARI
19 Mayıs 2019
Hilton İstanbul Bosphorus

**VAKALAR ile Fetal MSS / Yüz / Spina / İskelet /
Kalp / Toraks / GİS / GÜS / Doppler / Plasenta**

Bilimsel Program

www.tjodistanbul.org



TJOD İSTANBUL ŞUBESİ BİLİMSEL PROGRAMI

**VAKALAR ile Fetal MSS /Yüz /Spina /İskelet /Kalp /Toraks /GİS /GÜS /
Doppler /Plasenta**

Toplantı Sorumluları: Ahmet Gül, Atıl Yüksel

09:00 - 09:55 Kahvaltı

09:55 - 10:00 Açılış: TJOD İstanbul Başkanı: Ahmet Gül

Not: Her konuşmada 6-8 vaka sunumu yapılacaktır, 30 dakika sunum süresine, sunum anında karşılıklı aktif soru-cevap ve tartışma dahildir.

10:00 - 12:45 1. Oturum

Oturum Başkanları: Saadettin Güngör, Aytül Çorbacıoğlu, Atıl Yüksel

10:00 - 10:30	I.Trimester anomalileri	<i>Fehmi Yazıcıoğlu</i>
10:30 - 11:00	Merkezi sinir sistemi anomalileri	<i>Atıl Yüksel</i>
11:00 - 11:30	Spinal-nöral tüp anomalileri	<i>Zeki Şahinoğlu</i>
11:30 - 12:00	Fetal Yüz / İskelet sistemi anomalileri	<i>Rıza Madazlı</i>
12:00 - 12:30	Fetal toraks anomalileri	<i>Aytaç Yüksel</i>
12:30 - 12:45	ITF ilaç – Gebelikte mikronutrisyonun organogenez üzerine etkileri	<i>Aytül Çorbacıoğlu</i>

12:45 - 13:10 Kahve Molası

13:10 - 15:45 2. Oturum

Oturum Başkanları: Mehmet Uludoğan, Gökhan Yıldırım, Ahmet Gül

13:10 - 13:40	Fetal Kalp anomalileri	<i>Ahmet Gül</i>
13:40 - 14:10	Fetal gastrointestinal sistem anomalileri	<i>Oya Demirci</i>
14:10 - 14:40	Üriner sistem anomalileri	<i>İbrahim Kalelioğlu</i>
14:40 - 15:10	Skar gebeliği/Plasenta insersiyon sorunları/Amniotik sıvı anomalileri	<i>Halil Aslan</i>
15:10 - 15:40	Vaka örnekleri ile Doppler USG'nin obstetrik pratiğinde kullanımı	<i>Recep Has</i>
15:40 - 15:45	Kapanış	

GEBELİKTE SUBKLİNİK HİPOTİROİDİZMİN YÖNETİMİ

Özetleyen: **Dr. Sinem Ertaş Kaya**

Link: <https://dtb.bmj.com/content/57/2/22>

Anahtar Noktalar

- Gebe kadınların subklinik hipotiroidizm (SKH) için rutin tiroid fonksiyon testlerini yaptırmasına gerek yoktur. Eğer tiroid-stimulan hormon (TSH) gebelik açısından normal sınırlarda ya da < 4.0 mU/L ise tiroid fonksiyonu test edilse de SKH tanısını koymaz.
- SKH gebelikte kötü sonuçlara neden olacağı ya da tiroksin tedavisinin yararlı olduğuna dair tutarlı çalışma bulunmamaktadır.
- Gebelikte SKH için tedavi günümüzde düşük kaliteli kanıta dayalıdır. Düşük doz tiroksin (50 μ gr/gün) tedavisi başlangıçta kullanılabilir ve iatrojenik tirotoksikozza bağlı zararı engellemek için tiroid fonksiyon testleri (TFT) 4-6 hafta sonra kontrol edilmelidir.
- Tiroid antikor pozitifliği olan subklinik hipotiroidizimli gebelerin yönetimi için daha fazla veriye ihtiyaç vardır.

Giriş

Subklinik hipotiroidizm (SKH); normal konsantrasyonda serbest tiroksin (T4) ile artmış tiroid stimulan hormon (TSH) olarak tanımlanır. Mevcut sistemik derlemeler ve meta-analizler tiroidle ilgili semptomların ya da hayat kalitesinin düzeltilmesi için gebe olmayan erişkin SKH olan hastalarda tiroksin replasmanının yararı olmadığını göstermektedir.

Gebelikte, SKH tanımı için gebeliğe-özel TSH ve T4 referans değerleri gerekmektedir ya da TSH'nin 4.0-10.0 mU/L arasında olması gerekir. SKH yaklaşık %3-5 gebe kadını etkilemektedir. Belirgin hipotiroidizmin gebeliğe olan zararı ve tedavisinin gebelik sonuçlarına ve çocuk gelişimine olan olumlu etkisi bilinmektedir, fakat subklinik açıdan olası riskler ve tedavisinin faydaları net değildir. Bu makale gebeliğin tiroid bezine ve TFT sonuçlarına etkisini açıklayacaktır. Amerikan Tiroid Derneğinin 2017'deki tanımlamasına göre tiroid fonksiyonu açısından referans değerler kullanılmıştır. Subklinik hipotiroidizmin gebelik sonuçlarına etkisi tartışılacak ve tiroksin replasmanı açısından kanıtlar değerlendirilecektir.

Gebeliğin Tiroid Bezine Etkisi

Gebelikteki endokrin ve hemodinamik değişime bakıldığında aslında gebeliğin birçok organ sistemi için 'fizyolojik stres testi' olarak değerlendirilebileceği açıktır. Gebeliğin tiroid bezine belirgin yük olduğu görülür. Gebelik, TSH'a moleküler benzerliğinden dolayı β HCG artışının etkisi ile dolaşımdaki tiroid-bağlayıcı proteinlerin, total triiyodotironin ve total T4 artışına neden olur. Ayrıca, böbreklerdeki fizyolojik hiperfiltrasyon vücuttan iod atılımına neden olur ve gebelikte guatr gelişimine neden olabilir.

Gebelikte SKH tanımı

Gebe olmayan erişkinlerde TSH normal değeri 0.45-4.12 mU/L arasındadır. Fakat, gebelikteki tiroid değişimleri ile sağlıklı gebeliklerde TFT değerleri gebe olmayan kadınlara göre değişmektedir.

Yapılan kohort çalışmaları göstermiştir ki; > 25 gebelikte erken gebelik döneminde hafif TSH supresyonu gelişmektedir, ve 15 gebelikte ise ilk trimesterde TSH değeri gebe olmayan hastaların en alt limitinden aza düşmektedir. Bu biyokimyasal değişim büyük oranda β HCG'nin tiroide olan stimulan etkisinden kaynaklanmaktadır.

2011'de Amerikan Tiroid Derneği ve diğer meslek kuruluşlarının da kabul ettiği TSH üst limitini ilk trimesterde 2.5mU/L ; diğer trimesterlerde ise 3.0 mU/L olarak belirlenmiştir. Fakat gözlemsel kanıtlar gebelik için belirlenen bu üst limitlerin çok dar olduğunu ve bu yüzden daha fazla hastaya tiroid hastalığı teşhisi konularak, gebelere gereksiz medikasyon verildiğini göstermiştir.

2017'de Amerikan Tiroid Birliği; >500 kadının tiroid peroksidaz antikor değerinin olmadığı ve tahmini iyod kullanımının belirlendiği >60.000 gebe kadının kohortlarından elde edilen TSH dasetasını değerlendirmiştir. Bu alışma, coğrafi ve etnik farklılıklarının TSH'ın gebelikteki normal aralığının değiştirdiğini göstermiştir ve TSH düşüşünün düşünülenden daha az olduğunu göstermiştir. Yeni kılavuz bu yüzden tiroid hastalıklarının gebelikteki tanısında trimester ve etnik spesifik referans aralıklarının belirlenmesini önermektedir. Her ne kadar bu veriler mevcut olmasa da, 7 haftalık gebelikten sonra tipik bir gebe hasta için TSH st limiti 4.0 mU/L olarak belirlenebilir. Avrupa Tiroid Birliği ve Endokrin Derneği henüz kılavuzlarını gncellememiştir.

Kullanılan tahlile ve etnisiteye bağlı olarak serbest T4'n iyod kullanımı yeterli gebe kohortlarda en düşük limiti (2.5 persentilde) 7.1-12.3pmol/L arasında değişmektedir. Lokal tahliller ve trimester-spesifik referans aralıkları gebelik yorumlamaları için gerekmektedir. 7. Gebelik haftasından itibaren her hafta total T4 değerinde %5'lik artış nedeniyle gebelikteki değişim öngörülebilir ve gebe olmayanlara göre 16. gebelik haftasından miada kadar %50'lik sürekli artış izlenir. Total tiroid hormon konsantrasyonları ağırlıklı olarak inaktif hormon oranının ölümüdür ve biyolojik tiroid hormon aktivitesini kabaca gösterir.

Gebelikte SKH zarar verir mi?

SKH gebelikte zarar verdiğine dair veriler yetersizdir. Yayınlanan alışma verileri kk örneklemlere, retrospektif tasarıma, hastalığın tanımındaki değişik eşik değerlere ve subklinik hastalık , tedavi edilmemiş hastalık ve belirgin hipotiroidizm gibi farklı kohortlara dayandığı için klinik önemleri tartışmalıdır.

1993 ve 2013 yılları arasında yapılan 16 gözlemsel çalışmada; SKH ve kötü gebelik sonuçları (düşük, fetal ölüm, gestasyonel diabet, hipertansiyon, eklampsi, plasenta dekolmanı, düşük doğum ağırlığı dahil) arasındaki ilişki çalışılmıştır. Her sonuç açısından, SKH arasında bulunan pozitif ilişkiden çok negatif ilişki olduğu çalışmalarda gösterilmiştir. 2017'de bugüne kadarki en fazla kohort sayısı ile yayınlanan data göstermiştir ki gebelik öncesi tek TSH değeri 4.29-10mU/L arasında değişen (n:7140) hastalarda kötü gebelik sonuçlarının görülme riski daha fazladır(odds ratio[OR] 1.15, 95% CI 1.10 to 1.22). Yaşa, BMI, sigara kullanımı , tiroid hastalığı ve obstetrik hikayeye göre düzeltildiğinde de veriler bunu göstermektedir. İlginç olarak, TSH değeri 2.50-4.28 mU/L (n:44239) olan hasta grubunda da kötü gebelik sonuçları görülmektedir (OR 1.06, 95% CI 1.03 to 1.08). Bu TSH aralıklarının çoğunluğunun bugünkü normal olarak değerlendirilen sınırlarda olması bu sonuçların klinik önemi konusunda belirsizliğe neden olmaktadır. Bu çalışmanın zayıf tarafı ise kadınların tek TSH değeri ile kategorize edilmesi ve kişisel bildirimlerle sonuçların değerlendirilmesidir.

Klinik kaygıların çoğu SKH olan kadınlarda bildirilen daha fazla düşük oranıdır. Fakat düşüklerin birçoğu gebelik tanısı almadan olmaktadır ve etiyoloji multifaktöriyeldir. Meta-analizler de SKH olan kadınlarla ötiroid kadınların karşılaştırılmasında düşük oranlarının SKH olan gebelerde daha çok olduğunu göstermektedir. Ancak bu veriler hakemsiz bir değerlendirmeden ve sigaranın koruyucu etkisi olduğunu iddia eden farklı sonuçların olduğu bir datadan gelmektedir. Riskler tanısız kriterlere göre sınıflandırıldığında SKH tanımı TSH>2.5mU/L olarak değerlendirilen hastalarda 95. ya da 97.5. persentili sağlıklı gebe kadın olarak değerlendiren çalışmalara göre (Rölatif Risk (RR) 1.38, 95%CI 0.65-2.96;n=917) düşük riski daha fazladır (Rölatif Risk (RR) 2.07, 95%CI 1.70-2.53;n=2630). Daha nceki çalışmaların verilerinde SKH tanısı için daha yüksek TSH eşik değeri belirlenmiştir ve bu verilere göre izole SKH ile düşük, getasyonel diabet, plasenta previa, plasenta dekolmanı, preterm eylem, preterm doğum yada sezaryen ile doğum arasında ilişki bulunamamıştır. Belirgin hipotiroidizimli kadınlar ve eşleşmemiş kontrol grupları eklendiğinde perinatal mortalite ve preeklampsi arasında pozitif bulgular ham veriler düzeltildiğinde görülmemektedir. Son metaanalizler artmış intrauterin gelişme geriliği ve preterm doğum riskini göstermekte yetersizdir.

Tiroksin normal fetal beyin gelişimi için gereklidir. Yaklaşık 20 yıl önce mihenk taşı niteliğindeki bir vaka-kontrol çalışması ile belirgin maternal hipotiroidizm ile (ortalama TSH 13.2mU/L) bozulmuş çocukluk ağı nöropsikiyatrik gelişim arasındaki ilişki gösterilmiştir. Fakat subklinik hastalık açısından yapılan kk çaplı çalışmalarda nöropsikiyatrik sekel ve subklinik hastalık arasındaki ilişki açısından zıt görüşler bulunmaktadır.  çalışmanın dahil edildiği bir meta-analizde maternal SKH'in bebeğin zekasına negatif etkisi olduğu

gösterilmiştir fakat bu data parental eğitim düzeyi ve ekonomik durum açısından düzeltilmemiş verilerden gelmektedir. Pratik olarak; tüm çalışmalar maternal TSH değerinden çok T4 değeri ile çocuğun nörogelişimi arasında pozitif bir korelasyon olduğunu göstermektedir. Bu bilinen gestasyonel fizyoloji ile de korelasyon gösterir, plasental bariyerden maternal TSH geçemezken T4 geçebilir ve fetusun nöral migrasyonu için gereklidir. Bu yüzden özellikle ilk trimesterde hipotiroidizminin (düşük T4) SKH'den klinik olarak anlamlı olacağı düşünülebilir. Fakat İngiltere'de yapılan büyük prospektif kohort çalışmada 2011 verilerine göre SKH tanımı yapılarak (TSH 2.94-13.62 mU/L); 34 belirgin hipotiroidizmi olan hasta, 166 SKH olan hasta ve 93 izole hipotiroidizmi olan hasta ve çocukları takip edilmiştir. Maternal tiroid fonksiyonu ile 16 yaşına kadarki uzun dönem eğitim başarılarında belirgin fark saptanmamıştır.

SKH tedavisi gebelik sonuçlarını iyileştirir mi?

Birçok ilaç gibi tiroksinde gebelikte kullanım için lisans almamıştır. Tedavi edilmemiş hipotiroidizmin sonuçları değerlendirildiğinde tiroksin kullanımının faydalarının daha ağır basması gerekmektedir. Fazla tiroid hormon kullanımına bağlı fetal hasar da gözönünde bulundurulmalıdır. Bugüne kadarki veriler SKH tedavisinde tiroksin kullanımının faydaları net olarak gösterilememiştir.

İlgili randomize kontrollü çalışmalar Tablo 1'de özetlenmiştir.

Table 1 Prospective intervention studies in SCH in pregnancy

Author (year)	Design	Cohort	SCH definition (TSH, mU/L)	Intervention	Gestational age	Significant findings with intervention
Lazarus et al ²⁶ (2012)	RCT of screening vs. no screening of thyroid disease in pregnancy	209 treated after screening vs. 219 untreated as part of non-screened group	TSH>97.5th centile (>3.5–3.69 depending on study centre)	Thyroxine to target TSH 0.1–1.0 (average daily dose 147 µg)	Screening at 12.3 weeks, intervention at mean 13.3 weeks	No difference in mean IQ or number of offspring with IQ<85 at 3 years of age.
Hales et al ²⁸ (2018)	Extension of above study assessing offspring at age 7–10.9 years	63 treated vs. 51 untreated from the above study	TSH>97.5th centile (>3.5–3.69 depending on study centre)	Thyroxine to target TSH 0.1–1.0 (average daily dose 147 µg)	Screening at 12.3 weeks, intervention at mean 13.3 weeks	No difference in mean IQ or number of offspring with IQ<85.
Ma et al ²⁹ (2016)	Cluster RCT of screening vs. no screening	675 women screened (including 167 treated SCH) vs. 996 unscreened (including 252 untreated SCH)	TSH 2.5–10.0	Referral to endocrinology, not all women with SCH were treated with thyroxine	Not available	Outcomes for treated vs. untreated not given. Lower miscarriage rate in screened group. Baseline differences between groups. Possible enrolment bias.
Casey et al ²⁷ (2017)	Placebo-controlled RCT in iodine-sufficient women	323 intervention vs. 326 control	TSH>4.0 (median TSH in placebo group 4.3)	Target TSH 0.1–2.5	Mean 16.7 weeks (93% had TSH<2.5 by 21 weeks)	No difference in gestation, stillbirth or miscarriage, birthweight <10th centile, hypertensive disorders, neonatal complications and behavioural outcome up to 5 years.
Kim et al ³⁰ (2011)	Non-placebo-controlled RCT*	Women undergoing IVF: 32 intervention vs. 32 control	TSH>4.5 (mean TSH in placebo group 6.8)	Thyroxine dose to TSH<2.5	Preconception	Lower miscarriage rate (0/0 vs. 4/12), higher live birth rate (17/32 vs. 8/32).
Abdel Rahman et al ³¹ (2010)	Placebo-controlled RCT*	Women undergoing IVF: 35 intervention vs. 35 control	TSH>4 (mean TSH in placebo group 4.9)	50–100 µg of thyroxine to normalise TSH	Preconception	Lower miscarriage rate (9 vs. 13%), higher delivery rate (2.6% vs. 3%)

*study in women undergoing fertility treatment.

IVF, in vitro fertilisation; RCT, randomised controlled trial; SCH, subclinical hypothyroidism; TSH, thyroid-stimulating hormone.

Gebelikte SKH'in tiroksin ile tedavisinin gestasyonel yaş, preeklampsi, düşük, doğum kilosu, neonatal komplikasyonlar ve çocukluk çağı IQ gibi gebelik sonuçlarına olumlu etkisi olduğunu gösteren randomize kontrollü çalışma yoktur. Fakat tüm çalışmaların önemli kısıtlayıcısı tiroksin tedavisinin ikinci trimestere kadar başlanmamasıdır. SKH olan subfertil kadınlarda tiroksin tedavisinin faydası konusundaki çalışmalar ise küçük örneklemlidir ve genellemek doğru değildir.

TJODist Bülteni

1210 kadının dahil edildiği geniş retrospektif kohort çalışmada (TSH 4.1-10 mU/L arasındadır ve T4 değeri ölçülmeyen-belirtilmemiş hastalar vardır), ortalama 50 µgr tiroksin tedavisinin tedavi edilmeyenlere göre gebelik kaybını azalttığı; preterm eylem, gestasyonel diyabet ve preeklampsi açısından riski artırdığını gösterilmiştir. Bu sonuçlar nedeniyle tiroksin replasman tedavisinin gebeliğe olan negatif etkileri açısından daha ileri çalışmalar gerekmektedir.

Tiroid antikorları fark yaratır mı?

Tiroid antikorları (antitiroperoksidaz ve antiroglobulin antikorları) %2-17 gebe kadında tespit edilmektedir. Yapılan gözlemsel çalışmalar ve meta-analizler göstermiştir ki normal tiroid fonksiyon testleri olsa da tiroid otoimmunitesi (tiroperoksidaz antikor pozitifliği); düşük ve preterm doğum gibi kötü gebelik sonuçları ile ilgilidir. Fakat bu veriler daha çok subfertilite ve rekürren düşük öyküsü olan riskli popülasyon hastaları ile ilgili çalışmalardan edinilmiştir ve tüm obstetrik popülasyona genellenebilirliği tartışmalıdır. Ayrıca antikor pozitifliği bağışıklık sisteminin aktivasyonunu gösterir ve tiroid aksından ayrı olarak bu aktivasyonun varlığı bile gebelik sonuçlarını olumsuz etkiliyor olabilir.

SKH olan antikor pozitifliği olan hastalarla ilgili artmış riskler açısından kanıtlar yetersizdir.

TSH 5.22-10mU/L arasında değişen ve SKH tanısı alan hastaların dahil edildiği prospektif kohort çalışmada oranlar çok farklı olmasa da antikor pozitifliği ile düşük yapma riski arasında anlamlı ilişki bulunmuştur. Tek kör yeni bir çalışmada ise tiroid peroksidaz antikor pozitifliği olan hastalarda TSH \geq 4mU/L (5.3% vs. 29.4%, p=0.01) ise tiroksin tedavisine başlamak TSH <4mU/L (11.1% vs. 16.7%, p=0.69) olan hastalara göre preterm doğumu engellemekte etkili bulunmuştur. Fakat TSH \geq 4mU/L olan hasta sayısı yalnızca 38 olduğu için subgroup analizi yapıldığında çalışma yeterince güçlü değildir.

Antitiroperoksidaz antikoru pozitif olan ötiroid kadınların tiroksin ile tedavi edilmesi (%3.5, 2/57) tedavi edilmeyenlere (%13.8, 8/58) göre gebelik kayıp oranını düşürmektedir. Fakat bu çalışmada müdahalenin etkisi belirgin değildir, çünkü tedaviye ortalama başlama zamanı 10. gebelik haftasıdır ve tedavi edilmeyen sekiz hastanın yedisi kaybedilmiştir. Normal tiroid fonksiyonu olan antitiroid antikoru pozitif hastalarda tiroksinin preterm doğumu engellediğine dair kanıtlar yetersizdir. Daha büyük örneklemli çalışmaların sonuçları beklenmektedir.

Sonuç

Gebelik tiroid bezine ek yük getirmektedir ve gebelikte tiroid hastalıklarının tanımı için gebeliğe özel referans değerlerine ihtiyaç vardır. Her ne kadar bunlar mevcut olmasa da gebelikte 7. gebelik haftasından sonra TSH<4mU/L olması gebelik için normal olarak değerlendirilebilir. SKH ise gebelikte TSH değerinin 4.0-10.0 mU/L olduğu fakat normal T4 değeri olarak tanımlanır.

SKH gebelikte yada uzun dönem çocuğun gelişimine olan negatif etkisi açısından veriler yetersizdir. Tiroksin tedavisinin faydası açısından da yeterli kanıt bulunmamaktadır. Genellikle en büyük klinik endişe düşük riski ile ilgilidir, bunu değerlendirmek ve çalışmak maalesef erken dönem müdahaleler ile anlaşılabilir. Tiroid hastalığında TSH>2.5 mU/L olarak değerlendirilen çalışmalar bugünkü pratiği yansıtmak açısından yeterli olmaz.

Reproduktif dönemdeki sağlıklı kadınların subklinik tiroid hastalıkları açısından taranması doğru değildir. Eğer bir kadın gebelikten önce SKH tanısı alırsa , konu ile ilgili yetersiz veriye rağmen hastanın tiroksin tedavisine başlamasına neden olabilir. Eğer bir kadın gebelikte SKH tanısı alırsa ilk trimester sonrası tiroksin tedavisinin faydaları konusundaki yetersiz veriden dolayı tedavi seçeneği hasta ile tartışılmalıdır. Tüm öneriler düşük kalitedeki verileri baz almaktadır. Gebelikte SKH için tiroksin tedavisi başlanırsa iatrojenik hipertiroidizmden kaçınmak adına 4-6 hafta sonra tiroid fonksiyon testleri tekrarlanmalıdır.

Yapılan gözlemsel çalışmalar tiroid antikor pozitifliğinin kötü gebelik sonuçlarına katkısı olduğunu göstermektedir, fakat bu hastalarda TSH değerini düşürmek adına tiroksin tedavisine başlanması konusunda mevcut kanıtlar yetersizdir.

GEBELİK ÖNCESİ TİROİD PEROKSİDAZ ANTİKOR POZİTİFLİĞİ OLAN KADINLARDA LEVOTİROKSİN KULLANIMI

LEVOTHYROXINE IN WOMEN WITH THYROID PEROXIDASE ANTIBODIES BEFORE CONCEPTION
NEW ENGLAND JOURNAL OF MEDICINE. 2019 APR 4;380(14):1316-1325. DOI: 10.1056/NEJMOA1812537.

Özetleyen: **Dr. Nadiye Köroğlu**

Link <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30907987>

Özet: Tiroid peroksidaz antikoru tiroid fonksiyonları normal dahi olsa artmış düşük ve erken doğum riski ile ilişkilidir. Küçük çalışmalarda levotiroksin kullanımı ile bu olumsuz sonuçların insidansının azaldığı gösterilmiştir.

Bu çift-kör, plasebo-kontrollü çalışmada levotiroksin tedavisinin tiroid peroksidaz antikoru pozitif olan ve düşük veya infertilite öyküsü olan ötiroid kadınlarda canlı doğum oranlarını artırıp artırmadığı araştırılmıştır. 952 randomize edilen kadın gebelik öncesinden gebeliğin sonuna kadar ya günlük 50 mcg levotiroksin (476 kadın) ya da plaseboya (476 kadın) randomize edilmiştir. Primer sonuç en az 34.gebelik haftasından sonra canlı doğum olarak belirlendi.

Primer sonuç için takip hızı %98.7 (952 kadından 940'ı) idi. Levotiroksin grubundaki 470 kadından 266'sı (%56.6) ve plasebo grubundaki 470 kadından 247'ü (%58.3) gebe kaldı. Canlı doğum oranı levotiroksin grubunda %37.4 (476 kadından 176'sı) ve plasebo grubunda %37.9 idi (470 kadından 178'i) (rölatif risk,0.97; %95 CI, 0.83 ile 1.14, p=0.74). Gruplar arasında gebelik kaybı veya erken doğumu içeren gebelik komplikasyonları veya neonatal sonuçlar açısından anlamlı bir farklılık saptanmadı.

Tiroid peroksidaz antikoru pozitif olup ötiroid olan kadınlarda levotiroksin kullanımı plaseboya kıyasla daha yüksek canlı doğum oranları ile sonuçlanmadı.

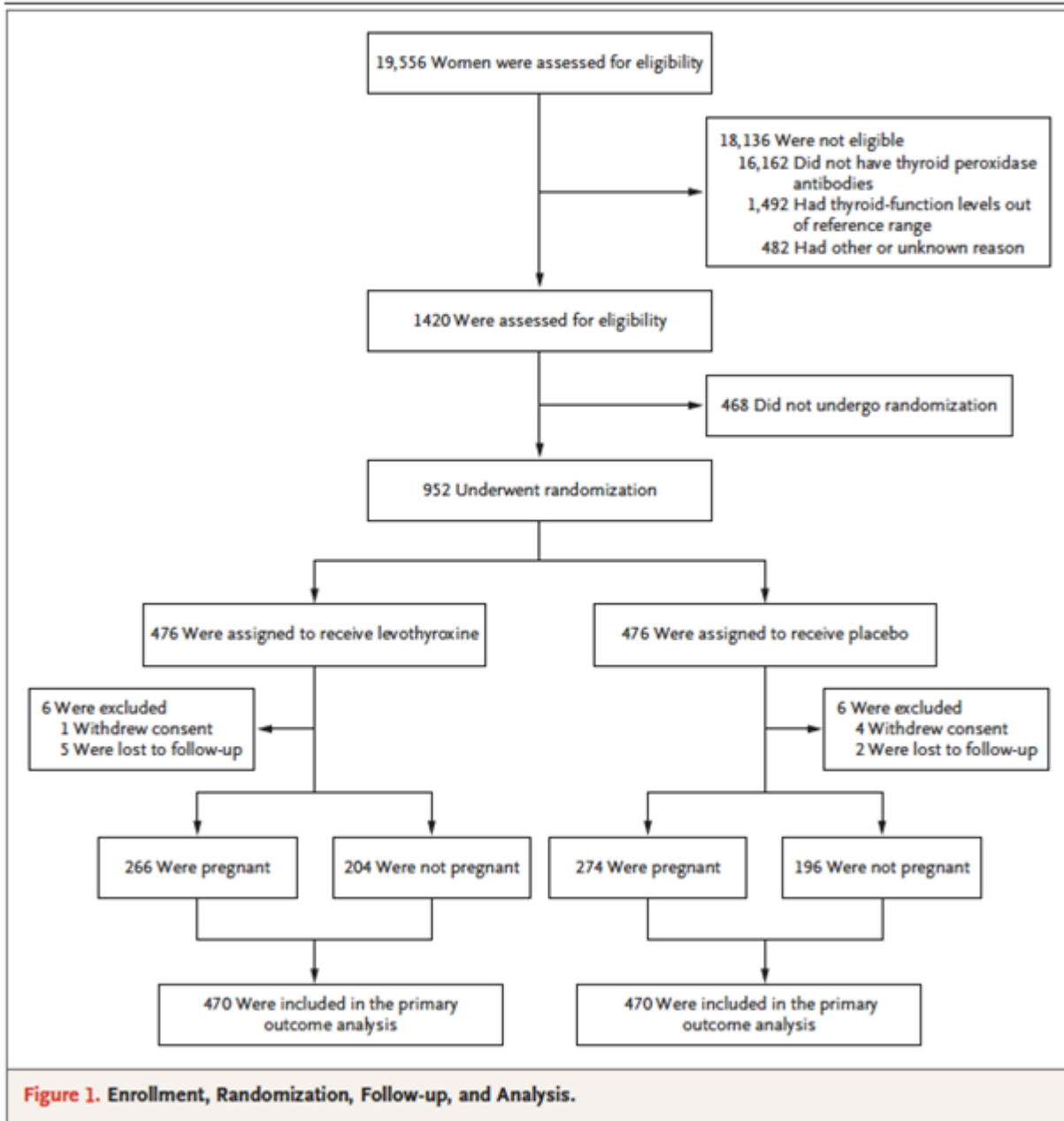
Amerikan Tiroid Birliğinin 2017 yılında yayınlanan klavuzunda "tiroid peroksidaz antikoru pozitif olan ötiroid kadınlarda gebe kalınan levotiroksin tedavisi verilmesinin gebelik kaybını azalttığına dair yeterli kanıt olmadığı" bildirilmiş ancak bu kadınlara levotiroksin tedavisi verilmesinin minimal risklere karşılık potansiyel yararları düşünülerek verilebileceği önerisinde bulunulmuştur.

Bu çok merkezli, randomize, plasebo-kontrollü çalışmada gebelikten önce başlanan ve gebelik boyunca devam edilen levotiroksin tedavisinin, tiroid peroksidaz antikoru pozitif olan ötiroid ve düşük veya infertilite öyküsü olan kadınlarda plaseboya kıyasla 34.gebelik haftasından sonra daha yüksek canlı doğum oranları ile sonuçlanmamıştır. Diğer gebelik veya neonatal sonuçlar açısından da (düşük ve preterm doğum insidansı) anlamlı bir etki gözlenmemiştir.

Bu çalışma daha önceki çalışmalara göre daha büyüktür. Çok merkezli olması ve çok sayıda klinik toplulukları içermesi nedeniyle de bulgular genellenebilir.

Çalışmanın kısıtlılığı levotiroksinin 50 µg dozda günde bir kez kullanılmasıdır. Katılımcıların kilosu, tiroid peroksidaz antikoru düzeyleri veya tirotropin düzeylerine göre dozun ayarlanması gerekebilir. Tiroid-fonksiyon test eşik değerleri çalışma boyunca gebelikteki güvenli sınırlar içerisindeydi. Çalışmadan çekilme sıklığı levotiroksin ve plasebo grubunda benzer idi. Diğer kısıtlılıklarından biri de tiroid peroksidaz antikoru için farklı kitlerin kullanılmasıdır.

Sonuç olarak, bu çalışma tiroid peroksidaz antikoru pozitif olup ötiroid olan kadınlarda, gebelikten önce başlanan ve gebelik boyunca devam edilen günde bir kez 50 µg levotiroksin kullanımının 34.gebelik haftasından sonraki canlı doğum oranlarında anlamlı bir fark oluşturmadığını göstermiştir.



TJODist Bülteni

Table 2. Primary Outcome and Secondary Outcomes.*

Outcome	Levothyroxine Group	Placebo Group	Relative Risk or Mean Difference (95% CI)†
Primary outcome			
Live birth at ≥ 34 wk — no./total no. (%)	176/470 (37.4)	178/470 (37.9)	0.97 (0.83 to 1.14)
Secondary outcomes			
Pregnancy at ≤ 12 mo after enrollment — no./total no. (%)	266/470 (56.6)	274/470 (58.3)	0.97 (0.88 to 1.07)
Pregnancy outcomes — no./total no. (%)			
Clinical pregnancy at 7 wk‡	237/266 (89.1)	248/274 (90.5)	0.98 (0.93 to 1.04)
Ongoing pregnancy at 12 wk‡	194/266 (72.9)	200/274 (73.0)	1.00 (0.90 to 1.11)
Miscarriage at < 24 wk§	75/266 (28.2)	81/274 (29.6)	0.95 (0.73 to 1.23)
Stillbirth: intrauterine death at ≥ 24 wk	1/266 (0.4)	0/274	—
Ectopic pregnancy	3/266 (1.1)	6/274 (2.2)	0.50 (0.13 to 1.99)
Termination of pregnancy¶	1/266 (0.4)	0/274	—
Live birth			
At < 34 wk	10/266 (3.8)	10/274 (3.6)	1.02 (0.43 to 2.42)
At ≥ 34 wk	176/266 (66.2)	178/274 (65.0)	1.02 (0.90 to 1.15)
Neonatal outcomes among women with live births at ≥ 24 wk			
Gestational age at delivery			
Wk of gestation	38 wk 6 days \pm 2 wk 3 days	39 wk \pm 2 wk 4 days	1 day (-0 wk 4 days to 0 wk 3 days)
No. of women	186	188	
Birth weight			
Mean weight — g]	3226 \pm 660	3262 \pm 668	-35 (-168 to 97)
No. of infants	187	188	
Apgar score			
At 1 min			
Median (IQR)	9 (9–9)	9 (8–9)	0.1 (-0.2 to 0.4)
No. of infants	179	178	
At 5 min			
Median (IQR)	9 (9–10)	9 (9–10)	0.0 (-0.2 to 0.2)
No. of infants	178	178	

OPERATİF VAGİNAL DOĞUM VE PELVİK TABAN KOMPLİKASYONLARI

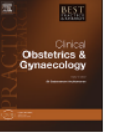
Özetleyen: **Dr. Cenk Yaşa**

Link <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30850327>

Best Practice & Research Clinical Obstetrics and Gynaecology xxx (xxxx) xxx



Contents lists available at ScienceDirect
Best Practice & Research Clinical
Obstetrics and Gynaecology
Journal homepage: www.elsevier.com/locate/bpobgyn



9

Operative vaginal delivery and pelvic floor complications

Richard P. Deane, Associate Professor in Obstetrics & Gynaecology MD MSc MRCPI MRCOG

Department of Obstetrics and Gynaecology, Trinity College, The University of Dublin, Dublin, Ireland

Üriner, genital ve gastrointestinal sistemlerin sağlıklı olarak fonksiyonlarını sürdürmesinde pelvik taban önemli bir rol oynamaktadır. Operatif vaginal doğumlar pelvik tabana hasar vererek bu sistemlerin fonksiyonlarını bozabilmektedir. Son yıllarda operatif vaginal doğum pratiğinde (forseps ve vakum kullanımı), travay yönetiminde (rutin ve selektif epizyotomi) ve anal sfinkter hasarı tanınması ve yönetiminde ciddi ilerleme kaydedilmiştir. Bu yazının amacı son zamanlardaki yayınları ve yeni trendleri vurgulayarak operatif vaginal doğumun pelvik tabana etkilerini derlemektir. Bu amaçla operatif vaginal doğumun pelvik tabana etkileri nelerdir? operatif vaginal doğumun pelvik tabana etkileri nasıl hafifletilir? operatif vaginal doğum sırasında nasıl ve ne zaman epizyotomi açılmalıdır? operatif vaginal doğum ve obstetrik anal sfinkter hasarı sonrasındaki ileriki gebelikler nasıl yönetilmelidir? sorularına cevap aranmaktadır.

Anahtar tanımlamalar

Epizyotomi vaginal girişin doğumun ikinci evresinin sonunda perineye yapılan insizyon yardımı ile cerrahi olarak genişletilmesidir. Üç farklı çeşit epizyotomi sıklıkla kullanılmakta olup, median ve mediolateral epizyotomilerde insizyon arka forsetten başlatılır, median epizyotomide açı sagittal planda 25 dereceden küçük olurken mediolateral epizyotomi de ise açı sagittal planda 60 derece veya daha fazladır. Lateral epizyotomide ise arka forsetten 1 cm'den daha medialde lateral olarak açılır.

Obstetrik anal sfinkter hasarları ise aşağıdaki gibi sınıflandırılmaktadır.

Yırtık tipleri	Tanımlama
Birinci derece	Perineal cilt ve/veya vagina mukozası hasarlanmış
İkinci derece	Perineal kaslar hasarlanmış ancak anal sfinkter kompleksi etkilenmemiş
Üçüncü derece	Anal sfinkter kompleksi hasarlanmış
Evre 3a	Eksternal sfinkterin %50'den azı hasarlı
Evre 3b	Eksternal sfinkterin %50'den fazlası hasarlı
Evre 3c	Hem eksternal hem de internal sfinkter hasarlanmış
Dördüncü derece	Anal sfinkter kompleksi ve anorektal mukoza hasarlanmış

Operatif vaginal doğumların pelvik taban etkileri nelerdir?

Obstetrik anal sfinkter hasarı ve operatif vaginal doğum

2010 yılında yayınlanan Cochrane derlemesinde operatif vaginal doğumlar için enstrüman seçimi incelenmiştir. Operatif vaginal doğumlar incelenirken obstetrik anal sfinkter hasarları da komplikasyon olarak irdelenmiştir. Bu derlemenin sonucunda forseps ile doğumun daha az başarısız olduğu bulunmuştur (relatif risk RR 0.65). Ancak forseps ile vaginal doğum epizyotomi yapılıp yapılmamasına bakılmaksızın daha fazla obstetrik anal sfinkter hasarı ile birlikte (RR 1.89). Vaginal travma da aynı şekilde forseps ile doğumda daha fazla bulunmuştur. Pergialotis ve arkadaşlarının yaptığı meta-analizde operatif vaginal doğum obstetrik anal sfinkter hasarını arttırdığı bulunurken forseps ile doğum (odds oranı (OR) 5.1) vakum ile doğumdan daha riskli bulunmuştur (OR 3.89).

Farklı kadın doğum cemiyetlerinin kılavuzlarında operatif doğumlarda obstetrik anal sfinkter hasarı için geniş bir aralık verilmektedir. Obstetrik anal sfinkter hasarı oranı İngiltere’de %2.3 (vakum ve epizyotomi) ve %6.1 (forseps ve epizyotomi) olarak verilirken, bu oranlar Amerika’da %18.6 (vakum ve epizyotomi) ve % 28.3 (forseps ve epizyotomi) olarak verilmektedir. Kullanılan enstrüman, epizyotomi açılıp açılmadığı ve tipi bu geniş aralıktan sorumluyken, operatif doğumlarda obstetrik anal sfinkter hasarı epizyotomi ve hangi enstrümanın kullanılıp kullanılmamasından bağımsız olarak artmaktadır.

Operatif vaginal doğum ve uzun dönem pelvik taban etkileri

Son 5 yılda operatif vaginal doğum ve üriner fonksiyon, fekal kontinans, pelvik ağrı ile cinsel disfonksiyon gibi uzun dönem pelvik taban etkilerini inceleyen çok sayıda yazı yayınlanmıştır. Üriner ve fekal fonksiyon için;

- Fekal inkontinans; obstetrik anal sfinkter hasarı uzun dönemde fekal inkontinans riskini arttırmaktadır. Ancak operatif doğumların olup olmaması ile uzun dönem barsak semptomları arasında ilişki bulunmamaktadır. Forseps doğum ile vakum doğum arasındaki uzun dönem fekal inkontinans açısından kanıtlar çelişkilidir. Operatif vaginal doğumda fekal inkontinans açısından ilk seçenek vakum doğum olarak önerilmektedir.
- Pelvik ağrı/disparoni; Uzun dönem pelvik ağrı ve disparoni açısından operatif doğum sonrasındaki bilgiler çelişkilidir.

Sonuç olarak; obstetrik anal sfinkter hasarı uzun dönemde fekal inkontinansı arttıran bir risk faktörüdür. Ancak operatif vaginal doğum ile spontan vaginal doğum&sezaryen ile doğum arasında uzun dönem barsak ve pelvik taban fonksiyonlarında herhangi bir fark bulunmamaktadır. Forseps ile doğum ve vakum ile doğum arasında uzun dönem fekal inkontinans açısından bir fark bulunmamıştır. Operatif vaginal doğum ile uzun dönem pelvik ağrı ve/veya disparoni açısından kanıtlar çelişkilidir.

Operatif vaginal doğumun pelvik taban etkileri nasıl hafifletilir?

Obstetrik anal sfinkter hasarını azaltmak için perineal destek, perineal masaj, sıcak kompres, ayakta veya lateral doğum pozisyonu, epizyotomi ve operatif doğumun önlenmesi gibi stratejiler mevcuttur. Ancak bu stratejiler spontan vaginal doğum için geçerli olup, operatif vaginal doğumlar için geçerli olup olmadığı bilinmemektedir.

Operatif vaginal doğum sırasında nasıl ve ne zaman epizyotomi açılmalıdır?

Vaginal doğumda epizyotominin yeri çok tartışmalıdır. Özellikle tartışma konusu da epizyotomi rutin mi yoksa selektif mi yapılmalı ve yapılacaksa median mı yoksa mediolateral mi yapılmalı üzerine yoğunlaşmaktadır. Çoğu kadın doğum cemiyeti spontan vaginal doğum genelinde rutin epizyotomiyi önermemektedir. Ancak artmış obstetrik anal sfinkter hasarı riski nedeniyle özellikle operatif vaginal doğumda epizyotomi daha fazla önem kazanmaktadır.

Median ve mediolateral/lateral epizyotomi

1990’lı yılların başında epizyotominin obstetrik anal sfinkter hasarını engellemedeki rolünü değerlendiren çalışmalar Amerika kaynaklı olduğundan median teknik ile ilgili olmuştur. Bu çalışmalarda median epizyotominin obstetrik anal sfinkter hasarını engellemediği görülmüştür. Aksine obstetrik anal sfinkter hasarı

median epizyotomi ile daha da fazla artmıştır. Operatif vaginal doğumlarda obstetrik anal sfinkter hasarını engellemek için median epizyotominin mediolateral epizyotomiye tercih edilmesi ile ilgili çok az sayıda veri mevcut olup, kaçınılması gerekmektedir.

Vakum ile doğum

Lund ve arkadaşlarının yaptığı derlemede primipar kadınlarda mediolateral/lateral epizyotominin vakum doğumda obstetrik anal sfinkter hasarını epizyotomi açılmayanlara göre engellediği gösterilmiştir (OR 0.53). Sagi_din ve Sagi'nin yapmış olduğu metaanalizde nullipar kadınlarda vakum ile doğumda mediolateral epizyotomi açıldığında obstetrik anal sfinkter hasarı için değişiklik olmazken, lateral epizyotomi de risk azalır, ancak median epizyotomi hasar riskini arttırmaktadır.

Forseps ile doğum

Forseps ile doğum pratiği genel olarak azaldığından forseps ile doğumda obstetrik anal sfinkter hasarını engellemek için epizyotominin rolü ile ilgili az sayıda çalışma vardır. Yapılan çalışmalarda forseps ile doğumda mediolateral epizyotominin obstetrik anal sfinkter hasarını azalttığı bulunmuştur.

Rutin veya selektif epizyotomi

Bu zamana kadar yapılmış çalışmalarda her ne kadar selektif epizyotomi yapılan grupta obstetrik anal sfinkter hasarı insidansı az olarak görülse de selektif ve rutin epizyotomi arasında obstetrik anal sfinkter hasarı bakımından anlamlı bir fark bulunamamıştır.

Kadın doğum cemiyetlerinin önerileri

Tüm cemiyetler rutin epizyotomi kullanımına karşıdır. RCOG ve RANZCOG selektif epizyotomi politikasını desteklemektedirler. ACOG ve SOGC selektif epizyotominin operatif vaginal doğumun bir parçası olmadığını öne sürmektedirler. Mediolateral/lateral epizyotomi operatif doğumun parçası olarak obstetrik anal sfinkter hasarı riskini azaltırken rutin epizyotomi politikasının selektif epizyotomiye göre üstünlüğü saptanamamıştır.

Operatif vaginal doğum ve obstetrik anal sfinkter hasarı sonrasındaki ileriki gebelikler nasıl yönetilmelidir?

Operatif doğum sonrası gebeliklerde spontan vaginal doğumun başarı şansı yüksek olduğundan kılavuzlar bu gebelerin vaginal doğum için cesaretlendirilmelerini önermektedir. Daha önce obstetrik anal sfinkter hasarı geçirmiş kadınlarda semptomlar mevcutsa ya da anormal endoanal ultrason veya manometre bulguları mevcutsa düşük tekrar riski hastalara anlatılarak (%5-7) elektif sezaryen bir seçenek olarak sunulabilir. Ancak daha önce obstetrik anal sfinkter hasarı olan operatif vaginal doğumu olan kadınların gebelik yönetiminde hastanın istekleri de göz önüne alınarak bireysel karar verilmelidir.

Özet

Operatif doğumlarda özellikle de forseps ile doğumda obstetrik anal sfinkter hasarı riski artışı ile ilgili kanıt vardır. Obstetrik anal sfinkter hasarı uzun dönemde artmış fekal inkontinans riski ile beraberdir. Ancak operatif doğum yapanlar ile sezaryen veya spontan vaginal doğum yapan kadınlar arasında uzun dönem barsak semptomları veya pelvik taban semptomları açısından bir fark bulunmamaktadır. Operatif vaginal doğumun parçası olarak mediolateral/lateral epizyotomi obstetrik anal sfinkter hasarı riskini azaltmaktadır. Ayrıca rutin epizyotomi politikası selektif epizyotomiye göre ek bir azalma getirmemektedir.

TJODist Bülteni

ULTRASONUN PREEKLAMPSİ TARAMA VE TAKİBİNDEKİ YERİ

Özetleyen: **Dr. Hakan Erenel**

Link <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30320479>

Obstetrical Ultrasound 2019, 48: 1-12
Published online 12 October 2019 in Wiley Online Library (wileyonlinelibrary.com). DOI: 10.1002/ulog.2019

isuog.org

GUIDELINES

ISUOG Practice Guidelines: role of ultrasound in screening for and follow-up of pre-eclampsia

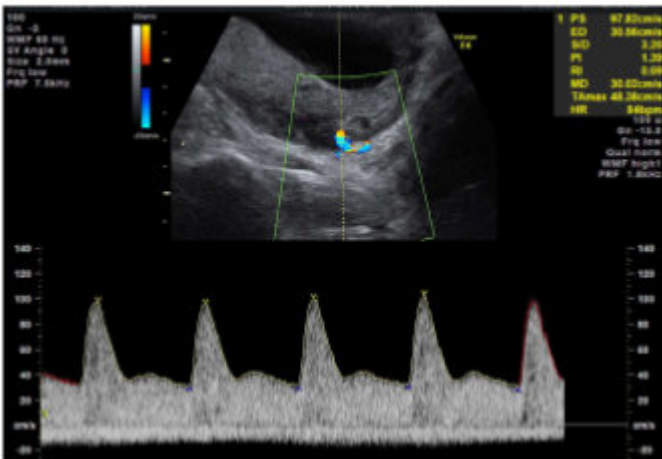
Plasenta oluşumundaki bozukluklar sonucu spiral arterlerin değişiminin yetersiz olması ultrason ile preeklampsiyi öngörme ve taramanın temelini oluşturur. Plasentadaki villöz ve vasküler histopatolojik lezyonlar preeklampitik gebelerin plasentasında 4-7 kat daha fazladır ve bu patolojiler uterin arter artmış direnç değerleri ile ilişkilidir.

Arteriyel akım velosite dalga formlarını tanımlayan indeksler sistol diyastol oranı (S/D), rezistans indeks (RI), pulsatilite indeksidir (PI). PI en çok kullanılan indekstir ve ölçümünde bir avantaj olarak kardiyak siklus boyunca oluşan velositenin ortalama değerini de barındırır. Uterin arter direnç ölçümünde PI kullanılmalıdır.

Preeklampsi öngörüsünde uterin arterde çentiklenme de kullanılmıştır. Normal ilk trimester gebeliklerin % 43'ünde görülmektedir. Bu spesifitesini düşürmektedir. İkinci trimesterde artmış yanlış pozitiflik ile PI bakılmasıyla aynı sensitiviteye sahiptir. Çentik tanımlanmasında subjektif durum kullanılmasını kısıtlamaktadır.

Uterin arter inceleme 11+0 ile 13+6 hafta arası transabdominal veya transvajinal yoldan yapılabilir. İlk trimester uterin arter PI 90. persantil cut-off alındığında erken preeklampsi olgularının %48'i ve tüm preeklampsi olgularının %26'sı %10 yanlış pozitiflik ile yakalanabilmektedir.

Transabdominal ölçüm sırasında midsagittal kesit alınmalıdır. Renkli pencere açıldıktan sonra hafifçe laterale gidilince serviksin yanında yüksek hızlı kan akımı görülebilir (Resme bakınız). Pulsed wave doppler örnekleme alanı 2 mm olmalı ve uterin arterin servikse en yakın olduğu alanda çıkan veya inen uterin arter dalına yerleştirilmelidir. İnsonasyon açısı 30 derecenin altında olmalıdır. Uterin arterin incelendiğinden emin olmak için pik sistolik hız 60 cm/sn'nin üzerinde olmalıdır. PI en az üç kez benzer dalga formu alana kadar ölçülmelidir.



TJODist Bülteni

11+0 ile 13+6 haftalar arasında transabdominal bakılan ortalama uterin arter PI değeri için 95. persantil 2.35'tir. Uterin arter direnci transvajinal ultrason ölçümlerinde daha yüksektir. CRL 65 mm oluncaya kadar bakılan transvajinal PI ölçümlerinde 95. persantil 3.10'dur. Uterin arter PI etnik köken, vücut kitle indeksi ve preeklampsi öyküsü gibi maternal durumlardan etkilenir. Maternal faktörler uterin arter PI değerlerini etkilediğinden sadece uterin arter bakılmasından ziyade çok faktörlü tarama modeli tercih edilmelidir.

Uterin arter doppler incelemeleri ikinci trimesterde de hem abdominal hem de vajinal yoldan yapılabilir. Teknik birinci trimester ile benzerdir. Temel fark ölçümün yapıldığı yerdir. Uterin arter paraservikal lokalizasyondan değil eksternal iliak arteri çaprazladığı yerden ölçülür. İlk trimesterde olduğu gibi transvajinal yoldan edilen PI değerleri daha yüksektir. 23. Gebelik haftasında transabdominal yoldan bakıldığında ortalama PI için 95. Persantil 1.44 iken transvajinal yoldan bakıldığında bu değer 1.58'dir. İkinci trimesterde de ortalama PI değeri kullanılmalıdır. Unilateral plasenta durumunda unilateral artmış PI, ortalama PI değeri normale preeklampsi riskini arttırmıyor gibi görünmektedir. İkinci trimester preeklampsi öngörüsünün performansı daha iyidir. Erken preeklampsi için %10 yanlış pozitiflik ile öngörü oranı %85'tir. Ortalama PI değeri arttıkça risk de artmaktadır. Bilateral uterin çentiklenme de preeklampsi için artmış bir risk faktörüdür. Aynı yanlış pozitif değerlerinde uterin arter PI daha yüksek bir sensitiviteye sahiptir.

Üçüncü trimesterde de uterin arter ölçümü her iki yoldan yapılabilir. Sıklıkla abdominal yol tercih edilir. 30-34. Haftalarda uterin arter ortalaması için 95. Persantil 1.17'dir. Üçüncü trimester ölçümlerin maternal fetal neonatal sonuçlarla bakılmış randomize çalışmalar yoktur.

İlk trimesterden ikinci trimestere artmış PI değeri persiste eden vakalar en yüksek riskli vakalardır. İlk trimester artmış PI saptanan vakaların %73'ünde ölçümler ikinci trimesterde normaldir. İlk trimesterde normal PI olan olgularda ikinci trimesterde %95 normal ölçümler edilir. Birinci ikinci trimester ardışık ölçümler yapılarak aradaki farktan yararlanılarak ölçülen indeksler vardır fakat bu durumda 16 haftadan önceki aspirin tedavisi fırsatı kaçırılmış olur.

Maternal faktörler, maternal arteriyel kan basıncı, uterin arter doppler ve plasental büyüme faktörü (PIGF) 11-14. Haftalarda preeklampsi riskini belirlemede en etkili tarama modelidir. ASPRE çalışmasında gösterilmiştir ki bu model ile 32 hafta altı tüm preeklampsi olguları ve 37 hafta altı olguların %75'i %10 yanlış pozitiflik ile yakalanabilmektedir. Kombine ölçüm yapılabilir ise taramada sadece doppler kullanılmamalıdır. Transabdominal ölçümler tercih edilmelidir. Geç preeklampsiyi predikte etmede biyokimyasal belirteçler daha önemli yer tutar. sFlt-1/PIGF oranı vakaların %75'den fazlasını öngörebilir.

Düşük doz aspirinin erken preeklampsi riskini düşürdüğünü gösteren yeteri düzeyde kanıt oluşmuştur. ACOG, NICE, SOGC 16 haftadan önce riskli gruba aspirin başlanmasını önermektedir.

Artmış plasental hacim nedeni ile ikiz gebeliklerde ortalama uterin arter direnci daha düşüktür. İkiz gebeliklere özgü referanslara göre değerlendirilmelidir. Tekiz gebeliklerin referansları ile değerlendirilirse sensitivite düşecektir. Dikoryonik ikiz gebeliklerdeki bir çalışma ortalama uterin arter PI değerlerinin 95. Persantilini 21,22,23 ve 24. haftalar için sırasıyla 1.21, 1.16, 1.12 ve 1.09 olarak vermiştir.

Preeklampsi riski yüksek olan tarama pozitif hastalarda takibin nasıl olacağına dair randomize kontrollü çalışmalar yoktur. Bu gebeliklerde fetal gelişim kısıtlılığı açısından da artmış risk vardır ve bu açıdan düzenli takip edilmelidir.

TJOD İSTANBUL PAZAR TOPLANTISI

14 NİSAN 2019

JINEKOLOJİK ENDOSKOPIDE DOĞRULAR VE YANLIŞLAR

BİLİMSEL PROGRAMI NOTLARI

Özetleyen: Dr. Cihan Kaya

Laparoskopik Cerrahide Doğru Set-Up, Ameliyat Odası ve Hasta Hazırlığı - Cem İyibozkurt

Laparotomi ile kıyaslanacak olur ise laparoskopik cerrahiler; kısa ameliyat süreleri, hızlı iyileşme oranları, daha iyi kozmetik sonuçlar ve daha az postoperatif adezyon oluşması gibi avantajlarla birlikte. Cerrahi öncesi aydınlatılmış onam mutlaka alınmalıdır. Histerektomi öncesi Bakteriyel vajinozis gibi enfeksiyonlar mutlaka tedavi edilmelidir. Hastanın mevcut sistemik hastalıkları (dik Trendelenburg ve pnömoperitona bağlı artmış intraabdominal basıncın tolere edilememesi, kanama diyatezi) mutlaka değerlendirilmelidir. Batına giriş noktalarının belirlenmesi açısından, geçirilmiş cerrahi öyküsü mutlaka sorgulanmalı, üreme çağındaki kadınlardan gebelik testi istenmelidir. Tromboemboli profilaksisi amacı ile Caprini skoru kullanılarak risk değerlendirmesi yapılmalı ve uygun tedavi başlanmalıdır. Rutin barsak temizliği önerilmemekle birlikte özellikle derin infiltrative endometriosis cerrahisi ya da kolon rezeksiyonu gerekebilecek durumlarda barsak hazırlığı yapılabilir. Cerrahi alandaki tüylerin uzaklaştırılması amacı ile cımbız ya da epilasyon kremleri uygulanmalı ve mümkünse bu işlemler kesiden hemen önce yapılmalıdır.

Cerrahi sırasında kullanılacak aletlerin çalışma prensipleri bilinmeli, cerrahi ekip bir bütün olarak eğitilmeli ve yeterli oda büyüklüğünde çalışılmalıdır. Operasyona başlamadan önce tüm aletler (insüflatör, koter, aspirasyon ünitesi) kontrol edilmelidir. Hastaya uygun pozisyon verilmeli (supin ya da dorsal litotomi) ve gerektiğinde vajen-rektum erişimine uygun olmalıdır. Kalçadaki fazla abdüksiyon ve eksternal rotasyon engellenmeli ve antiembolik çoraplar giydirilmelidir. Kollar mümkünse hasta yanlarına sabitlenmelidir. Derin Trendelenburgda hastanın kaymasını önlemek amacı ile uygun pozisyonda omuzluklar yerleştirilmelidir. Mesane hasarını önlemek için foley sonda uygulanabilir. Cerrah ve asistanın pozisyonuna göre yeterli ergonominin sağlanması açısından monitörler uygun şekilde yerleştirilmelidir. Alet karışıklığını ortadan kaldırmak için kablo ve hortumlar düzenlenmeli ve cep torbalar kullanılmalıdır.

Laparoskopik Cerrahide Önemli Anatomik Noktalar - M.Faruk Köse

İyi bir laparoskopik cerrahi yapabilmek için iyi bir anatomi bilgisi şarttır. Batın ön duvarında lateral deden mediale; lateral umbilikal ligaman (epigastrik arterler açısından önemlidir), medial umbilikal katlantı (obl. umbilikal erter) ve median umbilikal katlantı (urakus kalıntısı) görülür. Pelvis 3 zona ayrılabilir; Zon 1 (Retzius alanı, vezikovajinal, rektovajinal ve retrorektal alanları içerir), Zon 2 (uterin arter ile birbirinden ayrılan paravezikal ve pararektal alanları içerir) Zon 3 (lateral pelvik duvar ve büyük damarları içerir). Pelvik kaviteye girişte sakral promontoryum, kommon iliak damarlar ve bunları lateralden mediale çaprazlayan ureter ve superior hipogastrik pleksus bulunur. Solda ureter kommon iliak damarları çaprazlarken sağda eksternal iliak damarı çaprazlayarak mediale geçer. Pelvik damarlar; kommon iliak damarlar (eksternal, internal) internal iliak damarlar (posterior; sup gluteal, lateral sacral, iliolumbar ve anterior; uterin, sup/inf vezikal, vaginal, obturator, int. pudendal) ve bunların dallarından oluşur. Pelviste bulunan önemli avasküler anatomik boşluklar; presakral, paravezikal, pararektal (lateral:Latzko space, Medial: Okabayashi space) ve Douglas boşluğudur.

Laparoskopik Cerrahide Enerji Modaliteleri; Ne, Nerede, Nasıl? Cihan Kaya

Cerrahide kanama kontrolü amacıyla enerji kullanımı M.Ö. 3000'li yıllara dayanmaktadır. 19.yy da Becquerel ve Arsonval elektrik akımını cerrahi koterizasyon amacı ile kullanarak günümüzdeki cihazların temelini oluşturmuşlardır. Günümüzde kullanılan elektrik jeneratörleri alternatif akım ile çalışmaktadırlar. Buradaki temel mantık, kaynaktan çıkan elektrik akımının iletkenler vasıtası ile tekrardan kaynağa dönerek devreyi tamamlaması esasına dayanmaktadır. Günlük pratikte monopolar, bipolar, ileri bipolar ve hibrid teknolojiler

TJODist Bülteni

elektrokoagülasyon ve diseksiyon amacı ile kullanılmaktadır. Monopolar sistemlerde bir jeneratör, akımı hastaya ileten bir aktif elektrot, hasta (iletken) ve akımı hastadan alarak jeneratöre ulaştıran bir dağıtıcı elektrod (pad) bulunmaktadır. Dağıtıcı elektrodun iyi kanlanan, tüysüz deriye yapıştırılması gerekmektedir. Cut modu, düşük voltajlı sık frekansta çalışırken, koagülasyon modu yüksek voltajlı ve aralıklı frekansta çalışır. Cut modunda termal yayılım koagülasyon moduna göre daha azdır. Desikasyon aktif elektrodun dokuya teması, vaporizasyon elektrodun dokunun hemen üzerinde tutulması ve fulgurasyon ise aktif elektrodun dokudan kısmen uzakta tutulması ile elde edilen koagülasyon şeklidir. Bipolar sistemlerde aktif dağıtıcı elektrot aynı enstrüman üzerinde olup devrenin tamamlanması için hastaya ihtiyaç duyulmaz. 3-7 mm arasındaki damarların koagüle edilmesine yararlar. Geliştirilmiş bipolar teknolojiler ile daha az termal hasar, daha iyi doku diseksiyonu, komplikasyonların azaltılması amaçlanmıştır. Bu amaçla çeşitli firmalar tarafından mühürleme, koagülasyon ve kesme özellikleri olan aletler geliştirilmiştir. Bu aletler ile 7 mm' ye kadar olan damarların kesilmesi mümkün olmuş ancak artmış maliyetleri dezavantajları olarak bildirilmiştir. Ultrasonik enerji ile çalışan sistemler daha iyi doku diseksiyonu, daha az duman oluşumu ve daha az termal hasara neden olması açısından oldukça kullanışlıdır. Son yıllarda bipolar ve ultrasonik enerji sistemlerini bir arada kullanan hibrid sistemler de geliştirilmiştir. Bunların dışında lazer sistemleri (CO2, NdYAG, Argon), Plazma Jet, Radofrekans ablyasyon gibi çeşitli alternatif enerjiler de bulunmaktadır.

Cerrahide kullanılan enerjilere bağlı %0,1-0,5 oranında termal hasar, indirek temas ve yalıtım kusurlarına bağlı hasarlar görülebilmektedir. Bu komplikasyonları önlemek için; düşük voltaj kullanarak kısa ve aralıklı aktivasyon yapılmalı, dönen elektrot monitör sistemi kullanılmalı, aktif elektrot insulasyon kusurları kontrol edilmelidir. Piercing, yüzük ya da diğer metal objeler çıkarılmalıdır. Islak ya da delik eldivenlerle dokunulmamalıdır. Kabloların metal aletlere sarılmadığından emin olunmalıdır. Aktif elektrodun ucu temiz tutulmalıdır. Elektrokoter aletleri kullandıktan sonra batin içerisinde bekletilmemelidir. Enerji aletleri devamlı görüş alanında tutulmalıdır. Enerji aletleri ile barsak, ureter, mesane gibi organlar tutulmamalıdır.

Robotik Cerrahinin Jinekolojide Kullanımı; Limitasyon var mı? Ahmet Göçmen

1986 yılında Camran Nezhat'ın ilk video- laparoskopi sistemini geliştirmesi sonrası teknolojik gelişmelere paralel olarak 2000'li yıllarda robotik cerrahi özellikle uzaya gönderilen astronotlara acil durumlarda müdahale amacı ile geliştirilmiştir. İlk Da Vinci robotu 1999 yılında geliştirilmiş, 2009 da Si ve 2014 yılında Xi tanıtılmıştır. Günümüzde adneksiyel kitle cerrahisi, myomektomi, histerektomi, endometriozis cerrahisi, tubal cerrahi ve pelvik organ prolapsus cerrahisi gibi çeşitli alanlarda kullanılmaktadır. Tecrübenin artması ile radikal histerektomi, pelvik paraaortik lenfadenektomi, ovarian kanserde evreleme/debulking ve endometrial kanserlerde evreleme gibi alanlarda da kullanılmaktadır. Laparoskopide olduğu gibi daha az post-operatif ağrı, kısa hastanede kalış süresi, daha az kan kaybı ve daha erken normal aktiviteye dönüş gibi avantajlar ile birliktedir. Robotik cerrahiler, laparoskopik histerektomilerle kıyaslandığında daha az hastanede kalış süreleri ve enfeksiyon riski ile birliktedir. Robotik myomektomiler ile laparoskopik myomektomilerin kıyaslandığı bir çalışmada robotik myomektomi grubunda daha az kan kaybı ve kan transfüzyon oranı görülürken, maliyetin daha fazla olduğu bulunmuştur. Robotun kullanıldığı bir diğer alan olan tubal reanastomoz hastalarında gebelik ve canlı doğum oranları sırasıyla %71 ve %62 olarak bildirilmiştir. Son yıllarda yapılan çalışmalarda endometriozis cerrahisinde robotun kullanımının standart laparoskopiyeye üstün olmadığı bildirilmiştir. Bunun dışında robotik cerrahinin morbid obezlerde, kardiyak hastalıkları olanlarda, büyük uteruslarda ve yaygın abdominal adezyonlarda kullanımı tartışmalı iken maliyet boyutu önemli bir sorun oluşturmaktadır.

Histeroskopide Doğru Set-Up Nasıl Olmalı? Bülent Urman

Doğru set-up; işlemin en kolay ve komplikasyonsuz olarak yapılması için hastayı ve aletleri tanıma ile başlar. Preop değerlendirmede spekulum muayenesi, ultrason ve HSG önemli yer tutar. Preop hazırlıkta GnRH analogları özellikle büyük iyomların küçültülmesinde ve kanamanın azaltılmasında kullanılabilir. Mizoprostolün işlem öncesi hangi hasta grubuna hangi yolla verilmesi gerektiği tartışmalı olup hastaya göre karar verilmelidir. Özellikle sineşi olgularında mikromakas; septum, polip ve myom vakalarında bipolar/unipolar enerjiler kullanılabilir. İşlem sonrası adezyonların önlenmesi amacı ile bakırlı RIA kullanımının yeri yok iken şu anki literatür bilgisine göre kanıtlanmış tek yöntem intrauterine adezyon bariyeridir.

Histeroskopide Doğru Endikasyon? Engin Oral

Her ne kadar bazı IVF klinikleri rutin histeroskopi ile başarılı gebelik sonuçları elde edebileceğine inansa da, bazı klinikler yapılan gereksiz işlemler nedeni ile skar ve adezyon riskinin arttığını savunmaktadır. Operatif histeroskopide % 0.95-3 oranlarında komplikasyonlar (hemoraji, uterin perforasyon, sıvı yüklenmesi ve adezyon) görülebilmektedir.

Histeroskopi; submüköz myom, intauterin adezyon, uterin septum ve yabancı cisim çıkarılması amacıyla kullanılabilir. Ancak arkuat, T shape uterus, açıklanamayan infertilite, RIF, asemptomatik endometrial polip ve istmosel nedeni ile tedavide uygulanması tartışmalıdır. ASRM klasifikasyonu ile karşılaştırıldığında ESHRE/ESGE klasifikasyonu ile yapılan uterin septum tanısı normal-arkuat patolojileri de içerdiğinden, artmış gereksiz tanı ve tedavi ile birlikte. Arkuat uterus olgularındaki gebelik sonuçları incelendiği zaman, canlı doğum oranlarının %66 ile unikornus ve didelfis uterusdan daha fazla olduğu ve abort oranının %25.7 ile diğer anomalilerden daha düşük olduğu bildirilmiştir. Arkuat uterus için bekleme yöntemi önerilebilir.

IVF öncesi histeroskopinin yararı ile ilgili yapılmış olan iki randomize kontrollü çalışmada, TVUSG' nin normal olduğu kadınlarda histeroskopinin herhangi bir faydası gösterilememiştir. Bunun dışında SIS ya da HSG' de uterin patoloji saptanan hastalarda histeroskopi önerilebilir. Tekrarlayan IVF başarısızlığında hasta ile tartışılarak uygulanabilir ancak IVF öncesi rutin yapılması önerilmemektedir.

Endometrial polipler açıklanamayan infertilitesi olan kadınlarda %16.5 ile %26.5 oranlarında görülmektedir. IVF öncesi <10 mm polipler için polipektomi önerilmezken >20 mm polipler için histeroskopik polipektomi önerilebilir. 10-20 mm arasında olan polipler için hasta ile birlikte karar verilmelidir. Siklus esnasında saptanan polipler için embriyo dondurma işlemi yapılarak polipektomi sonrası bir sonraki siklusta transfer düşünülebilir. Adenomyozis tanısında histeroskopik patognomonik bir bulgu yoktur. Ancak kaviteye açılan pencereler, üzeri damarlı, kaviteye protrude subendometrial kistler, hipervasküler odaklar, kaviteyle ilişkili adenomyotik nodüller tanı koydurucu olabilir.





İstmosel/Uterin niş/sezaryen skar defekti; anormal uterin kanama, pelvik ağrı ve sekonder infertilite ile birlikte. Histeroskopik olarak sezaryen skarının proksimal kısmının rezeke edilmesi ile tedavi edilir. Intrauterin adezyonlar; artmış infertilite, ektopik gebelik, tekrarlayan düşükler, erken doğum, ve anormal plasantasyon ile birlikte. Histeroskopik sineşi açılmasına bağlı perforasyon, enfeksiyon, yenide adezyon gelişimi ve plasenta yapışma anomalileri görülebilir.

Histeroskopik miyomektomiler Tip 0,1,2 miyomlar için uygulanabilir. Tip 2 miyomlar için yapılan işlem sonrası kanama, sıvı yüklenmesi, artmış operasyon süresi, ve tekrar cerrahi gereksinimi olabileceği bilinmeli ve deneyimli ellerde yapılmalıdır.

Histeroskopide Komplikasyonların Önlenmesi ve Yönetimi Yücel Karaman

Histeroskopi işlemi sırasında ve sonrasında; perforasyon, kanama, sıvı yüklenmesi ve enfeksiyon gibi komplikasyonlar görülebilmektedir. Bu komplikasyonları önlemek amacı ile uygun hasta seçimi, cerrahın tecrübesi, hastanın doğru hazırlanması, kullanılan aletlerin çalışma prensibinin bilinmesi ve distansiyon mediumlarının özellikleri bilinmelidir. Distansiyon mediumları olarak İzosmolar (izotonik, RL) ve hipotonik sıvılar (Glisin, sorbitol, mannitol) kullanılmaktadır. Sıvı yüklenmesi özellikle sıvı basıncına, operasyon tipi ve süresine ve kullanılan distansiyon sıvısına bağlıdır. İşlem sırasında verilen ve alınan sıvı hacmindeki dengeye dikkat edilmeli ve sıvı açığı hesaplanmalıdır. Aşırı sıvı yüklenmesinin saptanması durumunda diürez kontrolü, serum elektrolit takibi, solunum takibi ve yakın gözlem gereklidir. Na değeri 130 mEq 'a tamamlanarak uygun sıvı dengesi sağlanmalıdır. Hızlı sıvı tedavisinin santral pontin demiyelinizasyona yol açabileceği unutulmamalıdır. Özellikle kanama saptanması durumunda görüntü kaybını önlemek amacıyla açık damar uçları koagüle edilerek işleme devam edilmelidir.

Pazar Sabahı Sunumları //

-  14 Nisan 2019 - Jinekolojik Endoskopide Doğrular ve Yanlışlar
-  24 Mart 2019 - Maternal Mortalite ve Morbidite Nedenleri ve Nasıl Azaltabiliriz?
-  17 Şubat 2019 - İnfertil Çiftin Değerlendirilmesi ve IVF Dışı Yönetimi
-  13 Ocak 2019 Jinekolojide ve Cinsel Yaşamda Sık Karşılaşılan Sorunlar ve Çözümleri
-  23 Aralık 2018 Üreme Endokrinolojisi 2019: Yeni Ne Var?
-  18 Kasım 2018 Fetal İyilik Halinin Değerlendirilmesi ve Doğum Zamanlanması
-  14 Ekim 2018 Jinekolojik Onkolojide Preinvaziv Hastalık Yönetimi ve Organ Koruyucu Yaklaşımlar
-  16 Eylül 2018 Ürojinekolojide yenilikler - 2018
-  20 Mayıs 2018 Jinekolojik Onkoloji
-  8 Nisan 2018 İntrapartum Yönetim
-  11 Mart 2018 Jinekolojide Ednoskopik Uygulamalar
-  11 Şubat 2018 Endometriozis ve Genel Jinekoloji
-  14 Ocak 2018 Gebelikte Hipertansif Hastalıklar ve Komplikasyonları
-  17 Aralık 2017 Endokrin + Genel Jinekoloji
-  05 Kasım 2017 Ürojinekoloji + Cinsel Disfonksiyon
-  15 Ekim 2017 Obstetrik Kanamalar ve Malpraktis
-  18 Haziran 2017 Reprodüktif Endokrinoloji ve İnfertilite
-  28 Mayıs 2017 Prenatal Tanı ve Gebelik İzleniminde Tartışmalı Konular
-  30 Nisan 2017 Jinekolojide Endoskopi Uygulamaları
-  19 Mart 2017 Jinekolojide Karşılaşılan Onkolojik Sorunlar
-  12 Şubat 2017 Ürojinekoloji, Pelvik Ağrı ve Cinsel Disfonksiyon
-  15 Ocak 2017 Reprodüktif Endokrinoloji ve İnfertilite



TJOD İSTANBUL
Türk Jinekoloji ve Obstetrik Derneği

TJOD İSTANBUL ŞUBESİ PAZAR TOPLANTILARI

19 Mayıs 2019
Hilton İstanbul Bosphorus

**VAKALAR ile Fetal MSS / Yüz / Spina / İskelet /
Kalp / Toraks / GIS / GÜS / Doppler / Plasenta**

Bilimsel Program

www.tjodistanbul.org

