



TJODist Bülteni

Nisan 2017



Sayın meslektaşlarım;

Nisan ayı toplantısı bildiğiniz gibi **Jinekolojide Rutin Endoskopi Uygulamaları** konularını içermektedir. Bu toplantıda her kadın doğum uzmanının günlük pratikte uyguladığı veya uygulaması gerektiği laparoskopi ve histeroskopi uygulamaları tartışılacaktır. Toplantının amacı siz meslektaşlarımızın bu konudaki bilgilerini tazelemek ve endoskopik cerrahileri yapmayan arkadaşlarımızı bu cerrahiler için cesaretlendirmektir. Öncelikle laparoskopik cerrahiler için standart pelvik anatomi ve kullanmamız gereken enerji modaliteleri irdelenecektir. Laparoskopi sırasında özellikle ilk yıllarda en korktuğumuz bölüm **batına ilk giriş ve optik trokarın uygulamasıdır**. Bu konu ayrıntılı olarak tartışılacak ve kolaylıklar vurgulanacaktır.

Basit histerektomi uygulamaları ve myomektomi için hasta seçim ve laparoskopik myomektomi bu toplantının önemli konularından biridir. Bunun yanında tanısal ve cerrahi histeroskopi uygulamaları laparoskopiden önce uyguladığımız ve daha fazla deneyimli olduğumuz işlemlerdir. Bu bölümde dismorfik uterus ve Asherman sendromu gibi karmaşık konular irdelenecektir.

Sayın meslektaşlarım bildiğiniz gibi malpraktis ve tüketici mahkeme davaları her geçen gün artmaktadır. Bu davalara en sık maruz kalan hekimler grubundan biri de biz kadın hastalıkları ve doğum uzmanlarıdır. Bu davalara maruz kalmayı azaltmanın veya bu davalardan zararsız çıkmamanın en önemli yolu bilgilerimizi yenilemek ve değişen uygulamaları mümkün olduğunca takip etmektir. Diğer bültenlerde olduğu gibi sizlere yardımcı olmak amacı ile yakın zamanda yayınlanmış 4 çalışmayı sizlere sunuyoruz. Çevirileri yapan ve özetleyen arkadaşlara teşekkürlerimizi sunuyoruz.

Bu çalışmalardan biri gebelik takibinde sık karşılaşılan bir sorun olan **Gebelikte Tip 1 Diyabet Yönetimi** ile ilgilidir. Diğer çalışma ABD tiroid cemiyetinin, **Gebelik ve Postpartum Dönemde Tiroid Hastalıklarının Tanı ve Yönetimi** ile ilgili son önerilerini kapsamaktadır. Bilindiği gibi myom ve myomektomi jinekoloji pratiğimizin önemli konularından biridir. Pek çok çalışma, laparoskopik veya robotik myomektomi sonrasında yapılan açık morsellasyonun sarkom olan olgularda sağ kalım süresini olumsuz yönde etkilediğini göstermiştir. Son iki çalışma **myomektomi sonrası morsellasyon** ile ilişkilidir ve her iki çalışmada **kapalı morsellasyonun** önemi vurgulanmaktadır. Ayrıca bu ay İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesinden **Dr. Selin Afşar ve Dr. Samet Topuz'un** yazdığı **Gestasyonel Trofoblatik Hastalıklar** ile ilgili bir derlemeyi yayınlıyoruz.

En derin saygılarımızla

Prof. Dr. Fuat Demirkıran

Tjod İstanbul Y.K. adına

TJODist Bülteni

30 Nisan 2017 Jinekolojide Endoskopi Uygulamaları //

TJOD İSTANBUL ŞUBESİ BİLİMSEL TOPLANTISI

Harbiye Askeri Müzesi

30 NİSAN 2017 PAZAR

JİNEKOLOJİDE ENDOSKOPİ UYGULAMALARI

Toplantı Başkanları: Taner Usta - Fuat Demirkıran

09:00 - 10:00 SABAH KAHVALTISI

10:00 - 10:10 AÇILIŞ

1. Oturum (Laparoskopi)

Oturum Başkanları: Yakup Kumtepe, Murat Ekin

10:10 - 10:25	Minimal İnvazif Cerrahide Önemli Anatomik Noktalar	Çağatay Taşkıran
10:25 - 10:40	Laparoskopik Cerrahide Enerji Kullanımı; Olmazsa Olmazlarımız Neler?	Samet Topuz
10:40 - 10:55	Laparoskopide Batına Giriş Teknikleri; Verress, Direkt, Hassan Tekniği?	Mahmut Öncül
10:55 - 11:10	Laparoskopik Sütür Teknikleri; Hangi Tekniği Bilmezsek Olmaz?	Taner Usta
11:10 - 11:25	Laparoskopik Histerektomi: Basitleştirilebilir mi?	Fuat Demirkıran
11:25 - 11:40	Laparoskopik Myomektomi: Teknik, Sınırımız Varmı?	Hüsnü Görgeç
11:40 - 12:00	TARTIŞMA	
12:00 - 12:30	KAHVE MOLASI	

2. Oturum (Histeroskopi)

Oturum Başkanları: Erdoğan Ertüngealp, Tefik Yoldemir

12:30 - 12:45	Ofis Histeroskopi: Sadece Tanı için mi Kullanıyoruz? Operatif Neler Yapabiliriz?	Remzi Abalı
12:45 - 13:00	Histeroskopik Rezeksiyon Sistemleri: Monopolar?, Bipolar?, Morselatör?	İsmail Çepni
13:00 - 13:15	Dismorfik Uteruslarda Yapılan Histeroskopik İşlemler: Ne yapmalı? Ne Yapmamalı?	Yücel Karaman
13:15 - 13:30	Asherman Sendromunun Histeroskopik Tedavisi: Başarıyı Nasıl Arttırabiliriz?	Cem Demirel
13:30 - 13:45	TUR Sendromu: Nelere Dikkat Etmeli? Neler Yapmalı?	Cem Çelik
13:45 - 14:00	TARTIŞMA - KAPANIŞ	

Gebelikte Tip 1 Diyabetin Yönetimi

Anna Z. Feldman, Florence M. Brown

Özetleyerek tercüme eden: Dr Hakan Erenel

Cerrahpaşa Tıp. Fak. Kadın Hast. ve Doğ. Anabilimdalı Perinataloji Bilimdalı

Gebelik öncesi: Tip 1 diyabet (T1DM) tüm gebeliklerin %0.1 - 0.2'sini etkiler. Gebelik öncesi bakımın amaçları HbA1c <%7 ve anlamlı hipoglisemi olmadan %6'ya olabildiğince yakın olacak şekilde sıkı glisemik kontroldür. Açlık değerlerinin 80-110 mg/dl, yemek sonrası 1. saat değerlerinin 100-155 mg/dl olarak hedeflenmesi önerilir.

Kan basıncı hedefleri sistolik <140 mmHg ve diastolik <90mmHg'dir. Prekonsepsiyonda kan basıncı kontrolü metildopa, kalsiyum kanal blokerleri veya bir beta bloker olan labetalol ile sağlanabilir. Nefropati serum kreatinin ve idrarda mikroalbumin ölçümü ile değerlendirilmelidir. Retinopati muayenesi yapılmalı ve proliferatif diyabetik retinopati konsepsiyon öncesi tedavi edilmelidir. Otoimmün tiroid hastalığı sık olarak eşlik ettiğinden TSH bakılmalıdır.

Gebelik: Erken gebelikte yüksek HbA1c en sık kardiyak ve nöral tüp defektleri olmak üzere, artmış konjenital malformasyon oranlarıyla ilişkilidir ayrıca spontan düşük, intrauterinfetal ölüm, preeklampsi, preterm doğum ve perinatal mortalitede artış olur. Maternal dolaşımdaki aşırı glikoz fetal dolaşımda, aşırı fetal yağlanma ve LGA veya makrozomi riskini artıran artmış glikoz seviyeleriyle sonuçlanır. Ayrıca diyabetik anne bebeklerinde fetusa aşırı besin gitmesi artmış obezite riski ve bozulmuş glikoz toleransı ile sonuçlanır.

İnsülin gereksinimi gebelik boyunca değişir, ilk 9 haftada artar, 9 -16 haftada azalır ve 37. haftaya kadar tekrar artar. Gebeliğin son ayında insülin gereksinimi genellikle azalır. Gebeliğin tamamında insülin gereksinimi iki katına çıkabilir ve bazal ihtiyaçtan prandial insülin ihtiyacına doğru bir kayma olur. Amerikan Diyabet Derneği kılavuzuna göre, gebelikte açlık glikozu hedefi 60-99 mg/dl, pik postprandial glikoz hedefi 100-129 mg/dl'dir.

T1DM hastası gebelerin %50'sinde, en

sık ilk trimesterde ve geceleri olmak üzere ciddi hipoglisemi gerçekleşir. Artmış 1.saat postprandial kan glikozu nedeniyle yemek zamanı insülin dozunu ayarlamak yerine bolus dozu artırılan hastalarda görülür. Diyabetik ketoasidoz gebelik öncesine göre daha düşük glikoz seviyelerinde olur, çünkü gebelik ketoza eğilim yaratan bir durumdur

Makrozomi, neonatal hipoglisemi ve respiratuar distress, ortalama antepartum glikoz seviyelerinin 110 mg/dl altında olmasıyla azaltılabilir. Intrapartum glikoz seviyeleri neonatal hipoglisemi açısından antepartum glikoz seviyelerinden daha risklidir; intrapartum glikoz seviyeleri 100 mg/dl'nin altında iken neonatal hipoglisemi riski en azdır. Üçüncü trimesterde HbA1c %6'nın altında olan kadınlarda dahi iri bebek prevalansı %25'tir. Yani çok iyi kontrollü hastalarda bile iri bebek riski fazladır.

Gebelikte yapılacaklar listesi

Optimal glisemik kontrolü sağla	HbA1C<%6 veya hipoglisemi olmadan mümkün olan en az değer
İlaçları değerlendirme	Gebelikte güvenilirliği değerlendirilmeli -Glargine kullanıyorsa detemire geç -Statinleri kes (ideal olarak prekonsepsiyonda) -ACE inhibitörleri ve ARB'leri kes (ideal olarak prekonsepsiyonda) -12-36. haftalar arasında 81 mg/gün Aspirin (preeklampsi riskini azaltmak için)
Tıbbi beslenme danışmanlığı	Karbonhidrat sayımını glisemik kontrol için optimize et -Sağlıklı öğünlerin zamanlama ve kalitesinde istikrar sağla
Kan basıncı kontrolü	Hedef kan basıncı: sistolik 110-129 mmHg ve diastolik 65-79 mmHg -Gebelikte uygun bir ilaç kullan
Dilate retinal damar muayenesi	Neredeyse her trimesterde, aktif retinal değişim varsa daha sık -Lazer terapisi tercih edilen tedavidir
Nefropati değerlendirmesi	Preeklampsinin kötüleşmekte olan diyabetik nefropati ve hipertansiyondan ayırımı zor olabilir
Tiroid değerlendirmesi	Hedef TSH ilk trimester<2.5, 2. ve 3.trimester <3 IU/L -Hormon dozunu konsepsiyonda %30 ve gebelikte %50'ye kadar arttır (genellikle ilk 20 hafta) -Konsepsiyonda hasta ötiroid ise ve TPO antikorları pozitif ise, gebelik boyunca her 4-6 haftada bir TSH bak -Graves hastalığı öyküsü varsa, fetal hipotiroidizmden kaçınmak için hedef total T4 üst limitin 1,5 katı olmalıdır -Propiltiourasil ilk trimesterde, metimazol 2. ve 3. trimesterde tercih edilen tedavidir -Daha önce radyoaktif iyot veya cerrahiyle tedavi edilen hastalık varsa, tiroid reseptör antikorlarını monitorize et

Postpartum

Doğum sonrası insülin sensitivitesinde anlamlı artış olur, bu yüzden dozun, konsepsiyon öncesi dozun %50'sine düşürülmesi tavsiye edilmektedir. Emziren kadınlar daha düşük bazal insülin dozuna ihtiyaç duyacaktır. Emzirme anne ve bebekler için oldukça faydalıdır, fakat T1DM'li kadınlar için insülin sensitivitesi, kilo kaybı, uyku düzeninde potansiyel iyileşme ve anne-bebek bağlanmasında iyileşme gibi faktörlerden dolayı özellikle faydalıdır

Kaynak

Feldman AZ, Brown FM. Management of Type 1 Diabetes in Pregnancy. Curr Diab Rep. 2016 Aug;16(8):76.

Ücretsiz tam metin erişim bağlantısı:

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4919374/>

GESTASYONEL TROFOBlastİK Hastalıklarda Yönetim

Op. Dr Selim Afşar, Prof Dr Samet Topuz
İstanbul Üniversitesi, İstanbul Tıp Fakültesi,
Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, Jinekolojik Onkoloji Bilim Dalı

Giriş: Gestasyonel trofoblastik hastalıklar (GTH) plasental trofoblastların anormal proliferasyonu ile karakterize birbiriyle ilişkili bir tümör grubudur¹ (Tablo 1). Benign GTH; plasental site nodül, egzajere plasental site ve mol hidatiformdan (komplet ve parsiyel) oluşur (Tablo 1). Lokal invazyon ve uzak metastaz yapma potansiyelleri mevcuttur. Malign olanları; persistan GTH ve gestasyonel trofoblastik neoplazi (GTN) başlığı altında incelenen koryokarsinoma (KKA), plasental site trofoblastik tümör (PSTT) ve onun bir varyantı olan epiteloïd trofoblastik tümördür (ETT) (Tablo 1). Human koryonik gonadotropini (hCG) hastalığın tanı, takip ve tedaviye yanıtın değerlendirilmesinde kullanılır^{2,3}.

Gestasyonel Trofoblastik Hastalık Sınıflaması	
Benign GTH	Malign GTH=Gestasyonel Trofoblastik Neoplazi(GTN)
1. Egzajere Plasental Site	A. Persistan GTH (Non-metastatik): İnvazif Mol Hidatiform ve Koryokarsinoma
2. Plasental Site Nodül	B. Metastatik
3. Komplet Mol Hidatiform	1. Koryokarsinoma
4. Parsiyel Mol Hidatiform	2. Plasental Site Trofoblastik Tümör
	3. Epiteloïd Trofoblastik Tümör

Tablo 1. Gestasyonel trofoblastik hastalıkların sınıflandırılması^{2,3}.

Epidemiyoloji: Epidemiyolojik veriler; merkezi bir veri-tabanının olmaması ve bazı alt tiplerin çok nadir görülmesinden dolayı güvenilir değildir⁴. Eldeki verilere dayanarak; mol hidatiformun doğurganlık çağında görülen bir hastalık olduğu ve insidansının farklı coğrafik bölgelerde %0,6-2 arasında olduğu söylenebilir⁵⁻⁷. Bu coğrafik değişime rağmen; molar gebelik riski etnik, ırksal veya kültürel farklılık göstermemektedir^{8,9}.

Etyoloji: Diyetle A vitamini (karoten) ve hayvansal yağlardan fakir beslenenlerde komplet molar gebelik riski artarken parsiyel molar gebelik insidansında bir artış izlenmemektedir^{10,11}. İnfertilite ve spontan düşük hikayesi bulunanlarda 2-3 kat artmış bir molar gebelik riski vardır¹². Komplet molar gebelik için en önemli iki risk faktörü; anne yaşı ve geçirilmiş molar gebelik öyküsüdür¹³. 16 yaş altı ve 40 yaş üstü kadınlarda (5-10 kat) komplet molar gebelik riski oldukça artmıştır ve bu risk 50 yaş üstünde her 3 gebelikten birinin molar gebelikle sonlanmasına yol açar^{14,4}. İleri anne yaşı parsiyel molar gebelik için bir risk faktörü değildir¹³.

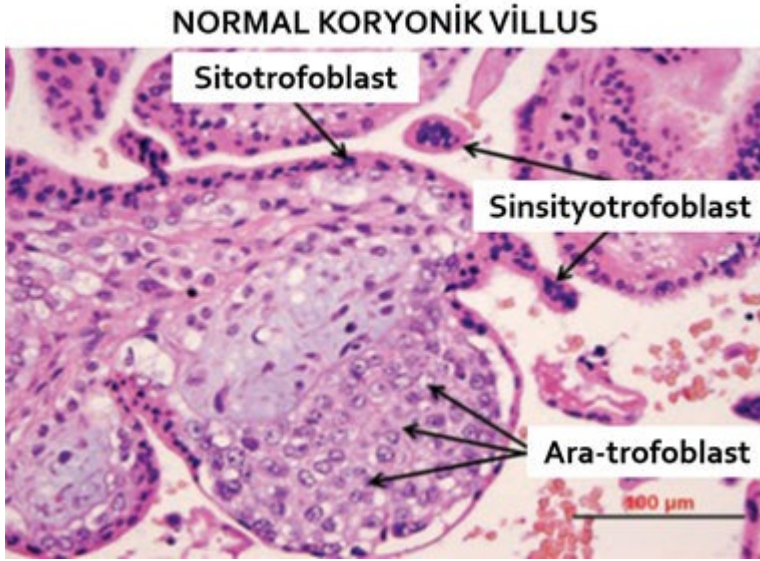
Ailesele tekrarlayan mol hidatiform; 19. kromozom üzerindeki *NLRP7* lokusunda kayıp (missense) mutasyon sonucu oluşur¹³. Geçirilmiş iki molar gebelik öyküsü olanlarda mutasyonun %60-70 (+) olduğu bildirilmiştir¹⁵. Mutasyona uğrayan gen maternal sessizleşme (imprinting) sonucu tekrarlayan komplet molar gebeliğe yol açar¹⁶. Persistan GTH, mol boşaltılması sonrası %15 oranında izlenir. Koryokarsinoma 50000 gebelikte bir görülür¹⁷. İleri anne yaşı, geçirilmiş molar gebelik ve A kan grubu taşıyıcılığı riski artırır⁹. PSTT ve ETT oldukça nadir görülen formlar olup, %95 term bir gebeliği veya non-molar düşüğü takiben aylar hatta yıllar sonra görülebilir¹⁸.

Patogenez: GTH patogeneğinde genetik sessizleşmenin önemli bir yeri vardır¹⁹. Genetik sessizleşme gametogenez sırasında oluşur ve şimdiye kadar yaklaşık 80 gende tespit edilmiştir. Maternal genetik sessizleşmede sadece paternal genler eksprese edilir²⁰. Kabaca paternal genler plasental büyüme üzerinde etki gösterirken maternal genler fetal büyüme üzerinde etkilidir.

Yoğun paternal gen varlığında yoğun trofoblastik proliferasyon oluşur. Molar hastalığın malignite potansiyeli heterozigosite (2 farklı sperm ile dölleme) ve homozigosite (1 sperm ile dölleme ve duplikasyon) ile farklılık gösterir. Y kromatin varlığı arttıkça malignite potansiyeli de artmaktadır. Molar gebeliklerde %9, invazif molar gebelikte %50 ve koryokarsinomda %74 oranında Y kromatini tespit edilmiştir^{19,20}.

Trofoblastik farklılaşma ve GTH

GTH blastokistin en dış tabakasını oluşturan trofoektodermden yerleşen plasental trofoblastlardan gelişir²¹. Trofoblastik doku; sitotrofoblast, sinsityotrofoblast ve intermediate trofoblastlardan oluşur (Şekil 1). Sinsityotrofoblastlar endometrial stromayı invaze eder ve başlıca hCG salgılanmasından sorumludur. Sitotrofoblastlar ise sinsityotrofoblastlar ile birleşerek koryonik villus yapısını oluşturur. Villüs-dışı sitotrofoblastlar intermediate trofoblastlara farklılaşarak spiral arter duvarını invaze ederler^{21,22}. Çoğu GTH (parsiyel mol hariç) fetüsten kaynaklanır ve sadece paternal genetik materyal (androjenetik) içerir²¹.



Şekil 1. Sitotrofoblast, sinsityotrofoblast ve ara trofoblastların fotomikrografı²¹.

Üç farklı trofoblast tipide çoğalarak GTH oluşturabilir²³. Trofoblastların içerdiği farklı tipteki antijenler immünohistokimyasal incelemeyle tespit edilerek GTH ayırıcı tanısında ve patogenezinin aydınlatılmasında kullanılabilir²⁴ (Tablo 2).

1. Egzajere Plasental Site

Endometriyum ve myometriyumun invazif intermediate trofoblast ile yoğun infiltrasyonu sonucu oluşur, sıklıkla uterin küretaj ve histerektomi materyallerinde insidental olarak tespit edilir²⁵. Endometriyal stroma ve glandlarda destrüksiyon izlenmez. Normal gebelik veya 1. trimester düşüklerinden sonra görülür. Gerçek bir lezyondan daha çok abartılı fizyolojik bir yanıtı gösterir. Plasenta normal olarak izlenir ve trofoblastlarda mitotik aktivitenin yokluğu PSTT ile ayırımında önemli bir ipucudur. PSTT benzer şekilde hPL ve Mel-CAM için diffüz boyanma gösterirken PLAP için fokal pozitiflik gösterir²².....

Tüm makale için tıklayınız

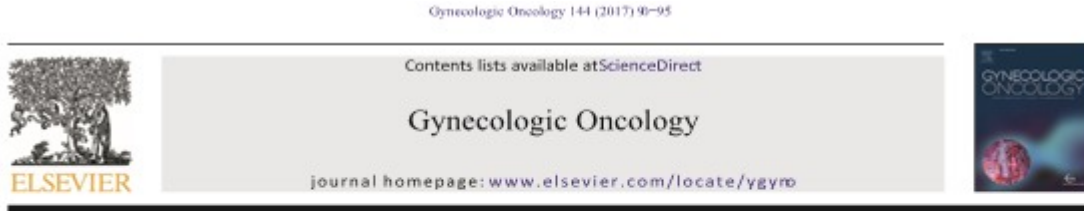
**Bu makalenin devamı var
indirmek için tıklayın**



Morcellation worsens survival outcomes in patients with undiagnosed uterine leiomyosarcomas: A retrospective MITO group study.

Francesco Raspagliesi, M.D., Giuseppa Maltese, M.D., Giorgio Bogani, M.D., Ph.D., Giovanni Fucà, M.D., Stefano Lepori, M.D., Pierandrea De Iaco, M.D., Myriam Perrone, M.D., Giovanni Scambia, M.D., Gennaro Cormio, M.D., Stefano Bogliolo, M.D., Alice Bergamini, M.D., Giuseppe Bifulco, M.D., Paolo Giovanni Casali, M.D., Domenica Lorusso, M.D., Ph.D.

Özetleyerek Tercüme Eden: Op. Dr. Hasan Turan,
Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum AD, Jinekolojik Onkoloji BD.



Tanı almamış uterin leiomyosarkomu olan hastalarda morselasyon yapılması sağkalımı olumsuz etkilemektedir: Retrospektif MITO çalışması.



ÖZET

Amaç: Tanımlanmamış uterin sarkomlarda morselasyonun sağkalım üzerindeki etkilerini araştırmak

Metod: MITO grubuna dahil olan 8 referans merkezinde yapılan retrospektif bir çalışmadır. Benign myoma uteri nedeniyle morselasyon yapıp nihai patoloji sonucunda evre I uterin sarkom tanısı alan kadınların verileri, morselasyon yapılmayan kadınlarınki ile karşılaştırıldı. Uterin sarkoma dahil edilen patolojiler: leiomyosarkomalar (LMS), malignite potansiyeli belirsiz düz kas tümörleri (STUMP), düşük-dereceli endometriyal stromal sarkomlar (LG-ESS) ve andiferansiye uterin sarkomlar (UUS). İki yıllık sağkalım sonuçları Kaplan-Meier ve Cox modelleri kullanılarak değerlendirildi.

Bulgular: Toplam 125 hasta çalışmaya alındı: 31(%24.8) hastaya laparoskopik enerji ile morselasyon, 21(%16.8) hastaya açık cerrahide enerjisiz morselasyon uygulanırken, açık cerrahi yapılan 73(%58.4) hastaya morselasyon uygulanmadı. LMS tanısı alan hastalar dikkate alındığında morselasyon, hastalısız sağkalım ile ilişkilendirilememiştir. Buna rağmen enerjili ya da enerjisiz morselasyon yapılan hastaların ölüm oranı morselasyon yapılmayanlara göre 3 kat artmıştır (p=0.02). Morselasyonun, STUMP tanısı alan hastalarda ise rekürrens insidansını arttırdığı gözlenmiştir (HR 7.7, p = 0.09); LG-ESS ve UUS tanısı alan hastalarda ise morselasyonun sağkalım sonuçları üzerinde etkisi gözlenmemiştir.

Sonuçlar: Bizim verilerimize göre morselasyon tanımlanmamış LMS'da ölüm riskini arttırmaktadır. Benign olduğu görülen uterin myomlarda enerjili morselasyonun yarar-zarar oranını değerlendirmek için daha fazla prospektif çalışmaya ihtiyaç vardır.

1. Giriş

Uterin LMS nadir bir durum olup bütün uterin malignitelerinin %1.5'i kadardır, tahmini yıllık insidansı 0,64/100.000 kadındır [1]. Andiferansiye karsinom sınıfındaki karsinosarkomlar dışlandığında uterin sarkomların %70'i LMS ve %30'u stromal sarkomlardır [2]. LMS tanısı alan hastaların sağ kalımı, tanı zamanındaki evresiyle güçlü ilişki göstermektedir: Evre I tümörlerin 5 yıllık sağ kalım oranı %84,3 ,bu durum evre II'de (%43,6) , evre III'te (%38,8) ve evre IV'te (%19,8) dramatik olarak düşmektedir [2]. Preoperatif olarak benign myoma uteri ile uterin sarkomları ayırt etmek zor olabilir. Myoma uteri olduğu düşünülen vakalar içindeki sarkomların gerçek prevalansı tam olarak bilinmemektedir, retrospektif verilere dayalı metaanalizlerde geniş bir aralıktan (%0.45–0.014) bahsedilmektedir [3,4]. Bunun yanında her ne kadar bazı hasta özellikleri (ileri yaş, semptom varlığı) ve uterin kitlelerin görüntülemelerdeki morfolojik özellikleri uterin sarkom yönünde düşündürse de güvenilir bir ayırıcı tanıya gitmek zordur [5]. FDA, enerjili morselasyona karşı olarak Kasım 2014'te bir güvenlik tebliği yayınladı; morselasyon, tanımlanmamış uterin sarkomdaki olası zararlı etkileri nedeniyle önerilmiyordu [6].

Myom olarak düşünölen bir kitlenin sarkom (veya başka bir malignite) olduğu kanıtlanırsa, tümörün bütönlüğünü bozan her hangi bir morselasyon yöntemi muhtemelen hastalığın evresini ilerletip sağkalımı etkileyecektir. Enerjili morselasyon yönteminde silindirik bıçağın hareketleri tümör hücrelerinin peritona 'ekilme' olgusunu açıklamaktadır [7].

Bundan sonra bu konu ile ilgili olarak pekçok bilimsel merkez kendi görüşünü yayınlarak enerjili morselasyonun kullanımını önerecek sağlam bilimsel verilerin olmadığı sonucuna ulaşmışlardır [8]. Bu retrospektif çalışmada, tanı almamış uterin sarkomların onkolojik sonuçlarını ,MITO (Multicentre Italian Trialists in Ovarian Cancer and Gynecologic Malignancies) grubuna dahil olan 8 referans merkezinde, morselasyon yapılan kadınlar ile morselasyon yapılmayan kadınları karşılaştırarak belirlemeye çalıştık.

2. Materyal ve Metod

MITO grubuna dahil olan 8 merkezde opere olmuş olguların değerlendirildiği retrospektif bir çalışmadır. Ocak 2004 ile Aralık 2014 tarihleri arasında benign myoma uteri nedeniyle opere olup, nihai patoloji sonucu uterin sarkom olan kadınların tıbbi kayıtları incelendi. Çalışmaya dahil edilen tüm hastalardan veri toplanması ve bilimsel çalışma için kişisel verilerinin kullanılması ile ilgili yazılı onam alındı.

Dahil edilme kriterleri: (1) benign uterin kitle için cerrahi yapılan hastalar, (2) nihai histolojik tanısı evre I uterin sarkom olanlar ve (3) 18 yaş ve üstü hastalar. Dışlanma kriterleri: onamın verilmemesi ve 5 yıl içinde diğer bir kitlesel malignite tanısı almış olmak. Çalışmanın birincil hedefi morselasyon yapılan kadınların sağkalım sonuçları ile hastaliksız sürelerini ,morselasyon yapılmayanlarla karşılaştırarak değerlendirmektir.

Benign myomlar (daha sonra beklenmedik bir şekilde sarkom olduğu kanıtlanan) için morselasyon yöntemi ile myomektomi veya histerektomi yapılan kadınların verileri ,benzer klinik bulguları olan fakat morselasyon yapılmayan kadınları ile karşılaştırılarak değerlendirildi. Eğer cerrahlar preoperatif veya peroperatif notlarında herhangi bir malignite şüphesinde bulunmadıysa uterin sarkomlar 'beklenmedik' olarak kabul edildi. Tanımlamalar oluşturulduktan sonra veriler tıbbi kayıtlardan edinildi; kadınların demografik bilgileri, ameliyat raporları, nihai patoloji sonuçları incelendi. Toplanan diğer bilgiler; ameliyat endikasyonu, preop değerlendirme ayrıntıları, son tanıdan sonra adjuvan tedavi, rekürrens zamanı ve yeri ile ölüm tarihi olarak belirlendi. Hastalığın evresi ile histolojik sınıflaması sırasıyla FIGO [9] ve WHO [10] sistemleri kullanılarak değerlendirildi. LMS, STUMP, LG-ESS ve UUS uterin sarkom olarak ele alındı. Takipler pelvik muayene ve ultrasonografi ile; ilk iki yıl 3 ay arayla ,sonraki 3 yıl 6 ay arayla ve sonrası için de yıllık olarak yapıldı. Batın içi herhangi bir rekürrens peritoneal yüzey ile ilişkilendirilirken ; karaciğer,dalak ve akciğer parankimi metastazları uzak rekürrens olarak kabul edildi.

2. 1. İstatistiksel analiz

İstatistiksel analiz GraphPad Prism version 6.0 for Mac (GraphPad Software, San Diego CA) ve IBM-Microsoft SPSS version 20.0 kullanılarak yapıldı.

3. Sonuçlar

Çalışmaya katılan 8 merkezde 10 yıllık süreçte benign myomlar nedeniyle 4000 cerrahi girişim yapıldı. Bunlar arasında, beklenmedik bir şekilde FIGO evre I uterin sarkom tanısı alan 125 hasta (%3,1) belirlendi: 52 hastaya (%41,6) morselasyon uygulanmış olup 73 hastaya (%58,4) uygulanmamıştır.

Ortalama yaş 55 olup kadınların çoğunda (%72,8) uterin LMS mevcuttu. Morselasyon yapılan hastaların çoğunda (n=31;%59,6) cerrahi, laparoskopik olarak uygulandı. 21 hastada (%40,3) açık abdominal cerrahi sırasında, büyük uterus veya perop teknik problemler sebebiyle, uterin morselasyon uygulandı. Morselasyon yapılanlar ile yapılmayanlarda adjuvan tedavi alan hastaların prevalansı benzerdi (sırasıyla %57,7 vs. %67,1), (OR: 1,49; %95 CI:0,71-0,32; p=0,34). Vakaların büyük bir kısmında (%93,6) adjuvan tedavi kemoterapi olarak uygulandı. Sarkomların histolojik tiplerinin tamamen farklı biyolojik ve klinik özellikleri sebebiyle farklı tümörleri ayrı ayrı analiz etmeye karar verdik.

3.1. Tanı almamış leiyomyosarkomların morselasyonu

3.1.1. Leiyomyosarkomlar(LMS): LMS grubunda morselasyonun 2 yıllık hastaliksız sağkalıma etkisinin olmadığı tespit edildi (HR:1,09; CI %95:0,58-2,02; p=0,79). Buna rağmen morselasyon (enerjili ya da enerjisiz) yapılan hastalarda ölüm riski 3 kat artmış bulundu (HR 3.0; CI %95: 1.15-7.91; p = 0.02) (Fig. 1). Tek değişkenli analizde enerjili morselasyonun hasta prognozunu etkileyen tek faktör olduğu; açık abdominal cerrahide morselasyonun ortalama sağkalımı etkilemediği tespit edildi. Buna rağmen çoklu analizde sadece enerjili morselasyon bağımsız olarak sağkalım ile ilişkili bulundu.

3.1.2. LMS: Laparoskopik enerjili morselasyon yapılan olgular ile açık abdominal cerrahide morselasyon yapılmayan olguların karşılaştırılması

Laparoskopik enerjili morselasyon yapılan hastalar ile açık cerrahide morselasyon yapılmayan hastalar karşılaştırıldığında iki yıllık ortalama sağkalım (HR: 1.03; CI %95: 0.49 - 2.13; p = 0.82) ve hastaliksız sağkalım (HR: 1.79; CI %95: 0.74 - 5.25; p = 0.20) açısından fark bulunmadı.

Buna rağmen enerjili morselasyon yapılan hastalarda nükse kadar olan süre daha kısa bulundu (enerjili morselasyon yapılanlarda 5 ay, morselasyon yapılmayanlarda 12 ay , HR 1.1; CI %95: 0.5730 –2.165; p = 0.75). Bu nedenle hastalığın nüks ettiği yeri analiz ettik: enerjili morselasyon yapılanlarda , morselasyon yapılmayan hastalara göre, peritoneal nüksler daha sık bulundu (%66,6 vs. %39,2 sırasıyla, OR 1.67 CI %95: 0.52 - 5.29; p = 0.38). Enerjili morselasyon yapılanlar ,morselasyon yapılmayanlar ile karşılaştırıldığında daha yüksek ölüm riski mevcuttu (HR 3.0, CI %95: 1.10 -8.11; p = 0.02); benzer şekilde, ortalama sağkalım enerjili morselasyon yapılanlarda daha kısaydı (23 vs. 36 ay sırasıyla; HR 2.9 CI %95: 1.20 - 9.12; p = 0.02).

3.1.3. LMS: açık abdominal cerrahide morselasyon yapılan ile yapılmayan olguların karşılaştırılması

Sadece açık abdominal cerrahi yapılan hastalar ele alınarak ,enerjisiz morselasyon yapılanlar ile morselasyon yapılmayanlar karşılaştırıldığında hastalısız sağkalım (HR: 1.31; CI %95: 0.54 - 3.09; p = 0.56) ve ortalama sağkalım (HR: 1.64; CI %95: 0.39 - 8.17; p = 0.44) açısından fark bulunmamıştır.

3.2. Tanı almamış diğer uterin sarkomların morselasyonu

Diğer histolojik alt tiplere bakıldığında, bütün karşılaştırmalar hasta sayılarının azlığından dolayı eksik kalmaktadır;buna rağmen morselasyon yapılan STUMP olgularında anlamlı olmasa da hastalısız sağkalımda kısalma eğilimi mevcuttur (HR 7.71; CI %95: 0.79 - 75.12; p = 0.09); LG-ESS ve USS ele alındığında sağkalım sonuçlarında herhangi bir fark tespit edilmemiştir.

4. Tartışma

Retrospektif ve çok-merkezli olan bu çalışma, beklenmedik LMS tanısı alan hastalarda, morselasyonun onkolojik sonuçlar üzerindeki olumsuz etkilerini doğrulamaktadır. Bizim verilerimiz, morselasyon yapıp LMS tanısı alan hastalarda, morselasyon yapılmayan hastalara göre, 3 kat daha yüksek ölüm riski olduğunu göstermektedir.

Yakın zamanda FDA, beklenmedik sarkom vakalarında morselasyonunun prognostik etkisi ile ilgili uyarıda bulunmuştur. FDA'in uyarısı, morselasyonun batın içi rekürrens ve ölüm riskini arttırdığına dair verileri içeren retrospektif çalışmaların analizine dayanmaktadır [11,12,13].

Klinik uygulamalarda büyük bir değişiklik yapmış olsa da (yaklaşık 10 klinisyenin 8'i benign myomlar nedeniyle yapılan histerektomilerde değişikliklere başvurmuştur) [14], FDA önerisi, retrospektif çalışmalardan elde edilen düşük dereceli kanıt düzeyinden dolayı eleştirilmektedir ve birkaç otorite, daha sağlam verilerin gerekliliğini vurgulamaktadır.

Jinekolojik maligniteler için referans olan 8 merkezden tecrübesine dayanarak yapılan çalışmamızda, LMS tanısı olup morselasyon yapılan hastalar, uterusu parçalanmadan çıkartılan hastalar ile karşılaştırıldığında, morselasyon yapılan olgularda ,ortalama sağkalımın kısaldığı ve ölüm riskinin 3 kat arttığı görülmektedir. Morselasyon sağkalım için tek bağımsız olumsuz risk faktörü olarak karşımıza çıkmıştır. Literatür ile benzer şekilde[15] bizim çalışmamızda da uterin morselasyona bağlı tümör yayılımının, adjuvan tedavi yöntemleri ile dengelenemediği gösterilmiştir.Bu çalışmada enerjili morselasyon ile açık abdominal morselasyon yapılan hastaları ayrı ayrı değerlendirdik. Aslında, açık cerrahide morselasyonun daha zor vakalarda (ve büyük ihtimalle ileri hastalık aşamasındaki vakalarda) yapıldığını söyleyebiliriz. Bu nedenle olası yanlıgıları azaltmak için enerjili morselasyon tek başına çalışıldı. Bizim verilerimiz açık abdominal cerrahi yapılan olgular dışlandığında bile laparoskopik yapılan enerjili morselasyonun olumsuz bir faktör olduğunu göstermiştir.

Uterin sarkom şüphesiyle cerrahi yapılan hastalar ile ilgili çalışmalar, uterin LMS'un 4 hastadan 1'inde tanı aldığını göstermiştir. Bu da benign görünümlü kitlelerde uterin sarkom insidansının <%1 olduğunu ama LMS olduğundan şüphelenilen kitlelerde bu oranın %20-25'e çıktığını öne sürmektedir. Diğer bir görüşe göre, parçalanmış örneklerin patolojik incelenmeye uygun olmaması, morselasyon yapılan hastalarda eksik ya da gecikmiş tanıya sebep olarak prognozun kötüleşmesine katkıda bulunmaktadır. [22 -23].

Biz de belirtmek zorundayız ki benign lezyonlarda bile morselasyon tamamen risksiz değildir. Laparoskopik morselasyondan sonra iatrojenik olarak küçük boyutlu doku parçalarının ekilmesi parazitik myomların peritoneal kavitede gelişmesine sebep olmaktadır [24]. Park ve ark ile Oduyabo ve ark'a göre aynı durum düşük riskli düz kas tümörlerine de uyarlanabilir [25,26]. Bizim verilerimiz morselasyonun; istatistiksel anlamlılık olmasa da, LG-ESS'da ve STUMP'ta hastalısız sağkalım süresini kısalttığı yönündedir. Ancak ortalama sağkalımı etkilememektedir. Ortalama sağkalım üzerinde etkisinin olmaması, nüksün başarılı bir şekilde cerrahi olarak tedavi edilmesi ile açıklanabilir.

Bu çalışmanın kısıtlılığı retrospektif çalışma olmasından kaynaklanmaktadır. Takip, cerrahi yaklaşım, adjuvan tedavi ile ilgili heterojen olması ve en önemlisi bu kadar nadir hastalığın küçük bir örnekleminin olması çalışma ile ilgili diğer kısıtlılıklardır. Uzun süreli izlemde tanı araçlarındaki ve cerrahi yaklaşımdaki değişkenlikler diğer olası yanlımalara sebep olabilir.

TJODist Bülteni

Buna rağmen bizce iki konuya değinilmelidir: 1. Son iki dekatta minimal invaziv cerrahi bazı jinekolojik hastalıklar için altın standart hale gelmiştir. 2. Uterin sarkomlar düşük prevalansa sahiptirler ve hiçbir tanı koydurucu patognomonik özellikleri yoktur. Bu iki karşıt durumu ortak noktada birleştirmek için tanı araçlarının doğruluğunu arttırmak ve batın içi morselasyondan kaçınmaya yönelik stratejiler (torba içinde morselasyon, kitlenin minilaparotomi veya vaginal yoldan posterior kolpotomi ile çıkarılması gibi) geliştirmek gerekmektedir. [27,28]. Uterin sarkom tanısı koymak için pekçok tahminden oluşan skorlama sisteminin geliştirilmesi tanı açısından ilginç bir öneridir: PREoperatif Sarkom Skoru (PRESS) [29] yaş, serum laktat dehidrojenaz düzeyi ve endometriyal sitolojik bulgular ile MRI bulgularını içermektedir. Tanı doğruluğu %84, pozitif prediktif değeri %63, negatif prediktif değeri %93, sensitivitesi %80, spesifitesi %85'tir [30]. Hastaların laparoskopik cerrahi için klinik olarak değerlendirilmesi belirleyicidir: özellikle şüpheli leiomyomu olan hastalarda batın içi morselasyondan kaçınılmalıdır. Ek olarak, güvenilir tanı koymayı sağlayacak yeterli aracın yokluğu sebebiyle bütün hastalar tanı almamış uterin sarkom açısından göz önünde bulundurulmalı ve mevcut güncel bilgilere dayanarak ,hastalardan detaylı aydınlatılmış onam alınmalıdır.

Makale linki: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27817933>

Kaynaklar ve tüm makaleyi
indirmek için tıklayın



Jinekolojik Laporoskopik Cerrahide Kapalı Sistem İçerisinde Yapılmamış Morselasyonun Uzun Dönem Etkileri

Özetleyerek Tercüme Eden: Op. Dr. Hasan Turan,
Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum AD, Jinekolojik Onkoloji BD.



Özet: Nadir görülen okült sarkomlarda kapalı sistem içerisinde yapılmamış morselasyon düşük sağkalım ile ilişkili bulunmuştur. Uterus ve miyom morselasyonu; iatrojenik endometriosis, parazitik miyom ve nadir de olsa yaygın peritoneal leiomyomatozise neden olabilir. Bu benign olgular sarkomatöz dokunun malign yayılımından daha sık görülür. Minimal invaziv teknikle uygulanan kapalı sistem içerisinde morselasyon karın boşluğu içerisine doku yayılımını engelleyebilir.

Giriş: Fibroid veya uterin miyom kadın genital sistem benign tümörlerinin en sık görüleni olup 50 yaş civarındaki kadınlarda %70 görülebilir (1). Çoğu miyom asemptomatik olsa da, %15-20'si semptomatik olabilir (2). Morselasyon, miyomektomi, supraservikal (veya subtotal) histerektomi veya total histerektomi sırasında büyük spesimenler çıkartılırken dokunun küçük parçalara ayrılmasıdır. İlk elektrikli morselatör 1993 yılında tanıtıldı, 1995 yılında FDA tarafından onaylanarak doku kaybı önlenerek operasyon süresi kısaltılmış oldu (6). Ancak 2014'te morselasyon sonrası gelişen okült leiomyosarkom vakası sonrası FDA enerjili morselatörleri önermediğini bildirdi (7). Bu derleme ile, uterus veya miyom morselasyonu ile ilişkili malign ve benign risklere odaklanarak, bunların klinik pratiğe ettikleri ve kapalı sistem içerisinde yapılmayan enerjili morselasyonun alternatiflerini değerlendirdik.

Metod: Elektronik ortamda şu veri tabanlarını kullandık: Pubmed, EMBASE, Ovid MEDLINE, Google Scholar ve Cochrane . Anahtar kelimeler: morselasyon: sarkom: leiomyosarkom: parazitik miyom: uterin miyom: uterin fibroid: laparoskopik miyomektomi: laparoskopik total histerektomi: ve laparoskopik supraservikal histerektomi. Eylül 2016ya kadar yayınlanmış İngilizce yayınlar ile sınırlandırıldı. İki yazar bağımsız olarak değerlendirdi.

Okült Uterin Kanser Morselasyonu: Morselasyonun en ciddi etkisi, peritoneal boşluğa malign hücrelerin yayılımıdır. Bu durum batin irrigasyonuna rağmen gelişmektedir.

3.1. Endometrial kanser: Uterin malignitelerin %95'i endometrial kanserlerdir. Cerrahi öncesinde endometrial örnekleme yapılarak tespit edilebilir (8). Miyomu öntanısıyla opere edilen kadınlarda cerrahi sonrasında endometrial karsinom prevalansı % 0-0,53 arasında değişmektedir.

3.2. Uterin Sarkom Uterin malignitelerin %5'ini oluşturur ve en sık görüleni leiomyosarkomdur (8). Endometrial karsinomun aksine, spesifik

olmayan bulgular ve uterin miyoma benzer semptomlar nedeniyle preoperatif uterin sarkom tanısı koymak zordur. Okült leiomyosarkom riski değerlendirilirken, uterin morselasyon yapılmış kadınları değerlendirmek önemlidir. Lieng ve ark'nın (17) yaptığı çalışmada, uterin miyom öntanısıyla yapılan histerektomilerde, 6 kadında histerektomi sonrasında okült uterin sarkom saptandı (%0.12), bu çalışmada morselasyon ile ilişkili leiomyosarkom riski 1/4771 olarak saptandı. Diğer çalışmalar incelendiğinde ise uterin morselasyona bağlı okült uterin sarkom prevalansı %0.05 -0.6 arasında değişmektedir (18-20).

3.3. Tümör yayılımı

Malign dokuda morselasyonun en büyük endişesi; doku bozulması ve yayılımının rekürrens ve sağkalıma olan etkisidir. Diğer endişeler; uygun tanı, evreleme ve derecelendirmede ortaya çıkan zorluklardır (21). Seidman ve ark. , okült uterin kanser morselasyonu sonrası tümör yayılımını değerlendirdikleri çalışmalarında , leiomyosarkom tanısı alan 7 olgunun 4'ünde second look laparoskopi sonrasında tümör yayılımı saptadı. 2'si, Primer cerrahiden en az 13 ay sonra tanı aldı. Bu vakalar, yayılımdan çok hastalık rekürrensi şeklinde olabileceğini göstermektedir (22).

Oduyedo ve ark. uterin leiomyosarkom veya malignite potansiyeli belirsiz düz kas tümörlerinde (STUMP) morselasyon sonrası abdominal reeksplorasyonun önemini araştırdılar (23). Primer cerrahi ve reeksplorasyon arasında ortalama 33 gün vardı. Evre 1 leiomyosarkom veya STUMP tanısı almış 11 hastada reeksplorasyon sonrası yaygın peritoneal hastalık sırasıyla %28,6 ve %25 oranlarında saptandı.

3.4. Sağkalıma olan etkileri

Uterin kanserde morselasyonun sağkalım ve rekürrens üzerine etkisi pek çok çalışmada değerlendirilmiştir. Cerrahi sırasında leiomyosarkomun parçalanmasının etkisini araştıran retrospektif bir çalışmada total histerektomi ile sağkalımda artış ve rekürrensin azaldığı tespit edilmiştir (24). Benzer bir çalışmada, Parjk ve ark. 25 morsele leiomyosarkom ve 31 total abdominal histerektomili kadını karşılaştırmıştır (25). Cerrahi sırasında tümör morselasyonu abdominopelvik yayılım riskini arttırırken (%44 vs. %12.9, p=0,032) sağkalım süresini olumsuz etkilemiştir.

125 okült leiomyosarkomlu vakadan oluşan geniş popülasyonlu kohort çalışmasında, sağkalım oranları ve rekürrens oranları enerjili morselasyon yapılan, enerjisiz morselasyon yapılan ve morselasyon yapılmayan gruplarda değerlendirildi (26). Morsele edilmeyen gruba göre morsele edilen grupta birinci yılda mortalite oranı artmıştır (26) . 202 hastadan oluşan bir metaanalizde ise okült leiomyosarkomda morselasyon ile rekürrens ve ölüm oranlarında artışta belirgin korelasyon olduğu bildirilmiştir (27).

4. Morselasyonun malign olmayan etkileri

2004 FDA'in uyarısı ile, uterus morselasyonu sırasında malign hücre yayılım olasılığı üzerine dikkat çekildi . Aslında malign komplikasyonlara göre benign komplikasyonlar daha sık görülmektedir , bunlar: İatrojenik endometriosis, adenomyozis, parazitik leiomyoma ve yaygın peritoneal leiomyomatozis'dir (DPL) (28).

4.1. Parazitik Miyom

Parazitik miyom, uterustan ayrılmış ve damarsal kaynağını diğer organlardan alan miyomdur (29). Sistemik derlemede, parazitik miyom ve uterin cerrahi arasındaki ilişki araştırılmıştır (30). 274 parazitik miyom vakasının 120'sinin (%44) geçirilmiş histerektomi veya miyomektomi öyküsü vardı; bunların %90'ında morselasyon uygulanmıştı.

48 aylık takip sonrası; Morselasyonlu laparoskopik histerektomi sonrası parazitik miyom insidansı %0,12-0,95 ve morselasyonlu laparoskopik miyomektomi sonrası insidans ise %0,2-1,25 tir (31). Genel semptomlar karın ağrısı (%49), abdominal bası veya kitle (%11), vajinal kanama (%10) ve abdominal distansiyondur (%5) (30). Genellikle parazitik miyomlar laparoskopik çıkartılabilir.

4.2. Adenomyozis

Donnez ve ark. laparoskopik subtotal histerektomi uygulanmış 1613 kadının 9 'unda operasyon sonrası adenomyozis (%0,56) tespit etmişlerdir. Lezyonlar serviks ve uterosakral ligamentlerden ayrı olarak lateral ve retroservikal boşluklarda bulunmaktadır. Ana semptomlar pelvik ağrı ve dispareni olarak tespit edilmiştir. Lezyonlar laparoskopik olarak rektum ve pararektal fossa disseksiyonu ile çıkartılmıştır(32).

4.3. Endometriozis

Diğer benign komplikasyonlardan biri de iatrojenik endometriozistir. Semptomlar pelvik ağrı, abdominal distansiyon ve üriner semptomlar olup ,cerrahiden 6 ay ile 7 yıl sonrasında görülebilir. Schuster ve ark. (33) morselasyonlu laparoskopik subtotal histerektomili 277 hasta ile abdominal/vajinal histerektomili 187 hastayı karşılaştırmıştır. Benign endikasyon nedeniyle 16 kadın (%3.5) ikinci operasyona alınmıştır. Vakaların %1,4'ünde endometriozis tespit edilmiş, morsele edilen ve morsele edilmeyen grupta fark saptanmamıştır. Endometriozis odakları pelvis, vajinal kubbe, sigmoid kolon veya trokar yerinde görülmüştür (28).

4.4. Yaygın peritoneal leiomyomatozis (DPL)

DPL, periton ve omentumda birçok düz kas tümörünün implantasyonudur . Etiyoloji belirsiz olsa da, metaplastik subperitoneal mezenkim hücrelerinin hormonal yanıtı nedeniyle oluştuğu düşünülmektedir (34,35). DPL nadir (%0,57) olup tedavisi tartışmalıdır (36). GnRH analogları ile ovaryan supresyonun lezyon boyutunu küçülttüğü gösterilmiş olsa da debulking cerrahi ile omentektomi en iyi alternatif olarak kabul edilmektedir. Cerrahiye rağmen rekürrensler bildirilmiştir (37).

5. Klinik Pratikte Değişiklikler

Enerjili morselasyon kullanımı ile ilgili medikal ve medikolegal endişeler nedeniyle, minimal invaziv cerrahide uygulanan tekniklerin maliyeti karşısında laparotomik miyomektomi ve histerektomide artış vardır. 669 jinekolog ile yapılan bir çalışmada enerjili morselasyon oranının dramatik şekilde azaldığı görülmektedir (38). FDA uyarısından önce %85 'i enerjili morselasyon yaparken, sonrasında %71'i histerektomi ve miyomektomi sırasında enerjili morselasyonu bıraktıklarını bildirmişlerdir. Ayrıca jinekologların %45'i laparotomi oranlarının arttığını bildirmişlerdir.

Harris ve ark. FDA uyarısının öncesi ve sonrasında histerektomi yöntem ve komplikasyonlarını değerlendirmişlerdir (39). FDA uyarısı sonrasında laparoskopik cerrahide %4.1 azalma, komplikasyon oranında artış (%2,2-2,8, P=0,015) ve hastaneye yeniden yatış oranında artış (%3,4-4,2, P= 0,025) saptamışlardır. Diğer çalışmalarda laparoskopik histerektomi benign vakalarda %8,7 azalırken, laparoskopik miyomektomi %19 oranında azalmıştır(40).

Cerrahi yöntem seçilirken, mortalite, morbidite ve yaşam kalitesi değerlendirilmeli, kar-zarar hesaplanmalıdır. Sidehoff ve ark. Laparotomi ile histerektomi veya laparoskopik histerektomi ve morselasyon yapılmış 10000 kadından oluşan varsayımsal kohort çalışmasında klinik sonuçları değerlendirmişlerdir (41). Laparoskopik histerektomide transfüzyon, yara yeri enfeksiyonu, venöz tromboemboli ve insizyonel herni oranlarında düşme ve yaşam kalitesinde artış olacağını göstermişlerdir. Ancak laparoskopik histerektomi ve morselasyon yapılan grupta leiomyosarkomdan kaynaklanan ölüm oranı (86 vs 71/100.000) ve total mortalite oranı daha yüksek (98 vs 103/100.000) bulunmuştur .

6. Kapalı Sistemde Yapılmayan Morselasyona Alternatif Teknikler

Minimal invaziv yöntemleri terk etmeden doku yayılımını engellemek için pekçok yöntem önerilmiştir. Bu yöntemlerden biri kapalı sistem morselasyonudur. Diğerleri ise morselasyon yerine, büyük spesmen abdominal kavite içinde ikiye bölünebilir veya sirküler şekilde kesilip birkaç parçaya ayrılabilir (42). Daha sonra bu spesmenler de vajinal kolpotomi veya mini laparotomi ile alınabilir.

Pekçok yazar kapalı sistem morselasyonunun kolaylıklarını bildirmiştir (43-46). Winner ve ark. kapalı sistemde yapılmayan ve kapalı sistemde yapılan morselasyonun perioperatif komplikasyonlarını karşılaştırmıştır (47). Perioperatif komplikasyonlar benzer iken kapalı sistem cerrahisi diğer yöntemden 20 dakika uzun sürmüştür (47). Vargas ve ark da benzer sonuç bulmuştur (48). 274 kadından oluşan başka bir çalışmada enerjili morselasyon uygulanan laparoskopik miyomektomi ve histerektomi yapılan olgular, mini laparotomi veya vajinal histerektomi ve miyomektomi sonrası manuel morselasyon uygulanan olgular ile karşılaştırılmıştır(48). Perioperatif komplikasyonlar benzer olsa da mini laparotomili manuel morselasyon ,laparoskopik enerjili morselasyona göre daha kısa operasyon süresiyle ilişkili (140,5 dk vs. 164,2 dk, p= 0,05) bulunmuştur.

Kapalı sistemli morselasyon popüler olmaya başlamıştır . Ancak ,kapalı sistemle morselasyonda torbadan dışarıya sızıntı olabilir. Enerjili morselasyon yapılan 76 kadından oluşan bir çalışmada, 7 kadında doku veya boya sızıntısı izlenmiştir (%9,2) (50). Endoskopik morselasyon torbalarının güvenilirliğini araştıran başka bir çalışmada , kapalı sistem ile transvajinal morselasyon yapılan laparoskopik histerektomili olgularda 4 hastada (%33) metilen mavisi sızıntısı tespit edilmiştir (51).

7. Sonuç

Kapalı sistem ile yapılmayan morselasyon daha düşük sağkalım oranlarıyla ilişkilidir. Uterus ve miyom morselasyonu iatrojenik endometriosis, parazitik miyom ve nadiren DPL ye sebep olabilir. Bu benign komplikasyonlar sarkomatöz dokunun yayılmasından daha sık görülür. Bu yüzden kapalı sistem morselasyon pratiği geliştirilmelidir. Abdominal kavitede doku yayılımı engellemek için minimal invaziv teknikler kullanılmalıdır. Daha ideal teknik ve aletler gelişecektir.

Makalenin linki: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28159054>

Gebelik Sırasında ve Postpartum Dönemde Tiroid Hastalıklarının Tanısı ve Yönetimi - Amerikan Tiroid Cemiyeti 2017 Kılavuz

Erik K. Alexander, Elizabeth N. Pearce, Gregory A. Brent, Rosalind S. Brown, Herbert Chen, Chrysoula Dosiou, William A. Grobman, Peter Laurberg, John H. Lazarus, Susan J. Mandel, Robin P. Peeters, and Scott Sullivan

Özetleyerek tercüme eden: Dr. Hande Yağmur,
Koç Üniversitesi Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği

Gebelik sırasında tiroid glandı boyutları iyotun yeterli olduğu ülkelerde %10 oranında, iyot yetersizliği olan bölgelerde ise %20-40 oranında artar. Tiroksin (T4) ve triiyodotironin (T3) üretimi yaklaşık %50 oranında artarken, günlük iyot gereksinimi de %50 oranında artmaktadır.

Bu fizyolojik değişiklikler sağlıklı kadınlarda sorunsuz olarak gerçekleşirken altta yatan tiroid patolojileri varlığında gebelikte tiroid disfonksiyonu ile sonuçlanabilir. Bununla birlikte, gebelik sırasında maternal (ve fetal) tiroid fonksiyonlarının değerlendirilmesi güçtür ve laboratuvar testlerinin yorumlanması gebe olmayanlardan farklıdır. Özellikle erken gebelikte plasental hCG tiroid hormon sekresyonunu uyarır ve sıklıkla TSH düzeylerinin azalmasına neden olur.

Maternal TSH düzeylerinin geçici olarak baskılanması sık görülür ve güvenli olduğu düşünülmektedir; bununla birlikte, serum TSH için referans üst sınırı tartışmalıdır. Ek olarak, gebelerin yaklaşık %18'inde tiroid peroksidaz antikoru (TPOAb) ya da tiroglobulin antikoru (TgAb) pozitifdir. TPOAb pozitifliğinin gebelik sırasında olumsuz etkilerinin olduğuna ilişkin veriler mevcuttur ve tiroid antikor pozitifliğinin postpartum dönemde tiroid disfonksiyonu riskini arttırdığı da bilinmektedir.

Gebelik döneminde Graves' hastalığının (GD) yönetimi de maternal antikorlarla birlikte antitiroid ilaçların maternal ve fetal tiroid fonksiyonları üzerindeki farklı etkileri ve olası teratojenik etkileri nedeniyle güçtür. Hafif hipertiroidi anne için güvenli olmakla birlikte, orta ve ağır derecede hipertiroidi tehlikelidir. Tiroid disfonksiyonun prevalansı ve olası olumsuz etkileri gebelik öncesi ya da sırasında tiroid fonksiyonlarının universal olarak değerlendirilmesi önerilerini gündeme getirmekle birlikte taramanın maliyet, etkinlik ve pratikteki etkilerini de dikkate alan çalışmaların sonuçları değişkendir. Bu kılavuzda,

Amerikan Tiroid Cemiyeti'nin (ATA) 2011 kılavuzunda yer alan öneriler yeni bilgiler ışığında güncellenmiş ve aşağıda özetlenmiştir:

Tiroid fonksiyon testleri ve gebelik

- Mümkünse serum TSH düzeyleri için lokal popülasyon verileriyle belirlenen trimester-spesifik referans aralıkları kullanılmalıdır. Referans aralıklarının belirlenmesi için sadece bilinen tiroid hastalığı olmayan, iyot alımı optimal olan ve TPOab negatif olan gebe kadınların verileri kullanılmalıdır.
- Lokal popülasyon verilerinin bulunmadığı hallerde, ilk trimesterde (7.-12. haftalar arasında) alt sınır yaklaşık 0.4 mU/L, üst sınır ise yaklaşık 0.5 mU/L azaltılabilir. İkinci ve üçüncü trimesterde ise yavaş yavaş gebelik dışı düzeylere döner.
- Serum FT4 düzeylerinin indirekt analog immunoassay ile ölçümü gebelikten etkilenir ve üretici firmaya göre değişkenlik gösterir. Gebelerde kullanılan metoda ve trimestere özgü referans aralıkları kullanılmalıdır.
- Gebeliğin son döneminde FT4 yerine TT4 ölçümü (gebeliğe spesifik referans aralıklarıyla) güvenilir bir yöntemdir. FT4 konsantrasyonlarının tahmini FT4 indeksi hesaplanarak da yapılabilir.

İyot durumu ve nütrisyon

- Medyan üriner iyot konsantrasyonları (UIC) popülasyonların iyot yeterliliğinin değerlendirilmesi için kullanılabilir, ancak tek spot ölçüm ya da 24 saatlik UIC kişilerin iyot yeterliliğinin değerlendirilmesi için uygun yöntemler değildir.
- Tüm gebeler günde yaklaşık 250 mcg iyot almalıdır. Bulunulan ülkeye göre 250 mcg iyot alımını sağlamak için stratejilerin değiştirilmesi gerekebilir.
- ABD dahil pek çok bölgede gebelik planlayan ya da gebe kadınların diyetlerini potasyum iyodat formunda 150 mcg iyot ile desteklemeleri gerekir. Optimal olarak gebelikten 3 ay önce başlanmalıdır.
- Düşük gelir düzeyi olan ülkelerde ve tuzun iyotla zenginleştirilmediği ya da iyot desteklerinin bulunmadığı bölgelerde doğurganlık çağındaki kadınlara ve gebelere senede bir kez yaklaşık 400 mg iyodize yağ verilebilir. Bu geçici bir önlemdir; uzun dönem strateji olarak uygulanmamalıdır ve diğer seçeneklerin varlığında kullanılmamalıdır.

- Hipertiroidi tedavisi gören ya da LT4 alan gebelerin iyot desteğine ihtiyacı yoktur.
- Gebelikte GD cerrahi tedavisine hazırlık dışında aşırı miktarda iyot maruziyetinden kaçınılmalıdır. Yüksek dozda iyot maruziyetine yol açan ilaç ve diyagnostik testler istenirken risk/yarar dengesi dikkate alınmalıdır.
- Fetal tiroid disfonksiyonu riski nedeniyle gebelik sırasında diyet ve besin destekleriyle günde 500 mcg üzerinde iyot alımından kaçınılmalıdır.
- Tiroid otoantikoları ve gebelik komplikasyonları
- TPOAb ya da TgAb pozitif olan ötiroid gebelerde gebelik konfirme edildiğinde ve midtrimestere kadar her 4 haftada bir TSH bakılmalıdır.
- TPOAb pozitif gebelerde selenyum desteği önerilmemektedir.
- Tekrarlayan gebelik kaybı öyküsü olan ötiroid kadınlarda intravenöz immünglobülin tedavisi önerilmemektedir.
- TPOAb pozitif ötiroid gebelerde LT4 tedavisinin gebelik kaybı riskini azalttığına dair kanıtlar yetersizdir. Ancak, gebelik kaybı öyküsü olan TPOAb pozitif ötiroid gebelere minimal riske karşın potansiyel yararı nedeniyle LT4 verilmesi düşünülebilir. Bu vakalarda, uygun LT4 başlangıç dozu 25-50 mcg'dir.
- Preterm doğumların önlenmesi için tiroid otoantikoları pozitif ötiroid gebelerde LT4 tedavisine ilişkin kanıtlar yetersizdir.

Tiroid hastalıklarının infertilite ve ART üzerine etkisi

- İnfertilite nedeniyle başvuran her kadında TSH düzeyi değerlendirilmelidir.
- Gebelik isteyen ve klinik hipotiroidisi olan infertil kadınlarda LT4 tedavisi önerilmektedir.
- Doğal konsepsiyon deneyen (ART yapılmayan), subklinik hipotiroidisi olan ve tiroid antikoları negatif olan kadınlarda LT4 tedavisinin fertiliteye olumlu etki ettiğine dair kanıtlar yetersizdir. Ancak, gebelik elde edilmesi halinde hipotiroidinin progresyonunu önleyebileceği için verilmesi düşünülebilir. Ek olarak düşük doz (25-50 mcg/gün) LT4 tedavisi minimal risk taşımaktadır.
- Doğal konsepsiyon deneyen (ART yapılmayan), tiroid antikoları pozitif ötiroid kadınlarda LT4 tedavisinin fertiliteye olumlu etki ettiğine dair kanıtlar yetersizdir. Bu nedenle, LT4 tedavisi önerilmemektedir.
- IVF ya da ICSI yapılan ve subklinik hipotiroidisi olan kadınlara LT4 tedavisi verilmelidir. Tedavinin amacı TSH düzeyinin <2.5 mU/L olmasıdır.
- Tiroid antikoları pozitif ötiroid kadınlarda LT4 tedavisinin ART başarısına olumlu etki ettiğine dair kanıtlar yetersizdir. Ancak, potansiyel olumlu etkileri yanında riskin de minimal olması nedeniyle verilmesi düşünülebilir. Bu vakalarda, uygun LT4 başlangıç dozu günde 25-50 mcg'dir.
- ART uygulanan tiroid otoantikoları pozitif ötiroid kadınlarda glukokortikoid tedavisi önerilmemektedir.
- Tiroid fonksiyon testleri mümkünse kontrollü ovaryan hiperstimülasyon (KOH) öncesinde ya da 1-2 hafta sonrasında yapılmalıdır çünkü KOH sırasında yapılan testlerin yorumlanması güç olabilir.
- KOH sonrasında gebelik elde eden kadınlarda TSH yüksekliği hipotiroidi ve gebelik bölümünde yer alan öneriler uyarınca tedavi edilmelidir. KOH sonrasında hafif TSH yüksekliği olan gebe olmayan kadınlarda, 2-4 hafta sonra TSH düzeyleri kontrol edilmelidir çünkü normal düzeylere dönebilir.

Hipotiroidi ve gebelik

- Gebelikte maternal hipotiroidi TSH düzeyinin gebeliğe spesifik üst sınırın üzerinde olması şeklinde tanımlanır.
- Gebeliğe özgü TSH referans aralıkları şu şekilde tanımlanmalıdır:
- Mümkünse popülasyon- ve trimester-spesifik referans aralıkları hizmetin verildiği tipik popülasyonu yansıtacak şekilde hizmetin verildiği kurum ya da laboratuvar tarafından belirlenmelidir. Sağlıklı, iyot alımı optimal, TPOAb negatif ve tiroid hastalığı olmayan gebelerde tanımlanmalıdır.
- Eğer mümkün değilse, benzer hasta popülasyonunda ve benzer TSH ölçüm yöntemleri kullanılarak belirlenen referans aralıkları dikkate alınmalıdır.
- Bu iki seçeneğin mevcut olmadığı hallerde, TSH üst sınırı olarak yaklaşık 4.0 mU/L kullanılabilir. Çoğu ölçüm yöntemi için bu sınır gebe olmayan kadınlarda kabul edilen üst sınırdan yaklaşık 0.5 mU/L düşüktür.
- Gebelikte klinik hipotiroidinin tedavisi önerilmektedir.
- TSH düzeyi >2.5 mU/L olan gebelerde TPOAb değerlendirilmelidir.
- Gebelikte subklinikte hipotiroidiye yaklaşım şöyle olmalıdır:
 - (a) LT4 tedavisi şu hastalar için önerilmektedir:
- TSH düzeyi gebelik için sınırın üzerinde olan TPOAb pozitif kadınlar
- TSH düzeyi >10 mU/L olan TPOAb negatif kadınlar
 - (b) LT4 tedavisi şu hastalar için düşünülebilir:

- TSH düzeyi > 2.5 mU/L ve gebelik için üst sınırın altında olan TPOAb pozitif kadınlar
- TPOAb negatif kadınlar ve TSH düzeyi gebelik için üst sınırın üzerinde ve < 10 mU/L olan TPOAb negatif kadınlar
 - (c) LT4 tedavisi şu hastalar için önerilmemektedir:
- TSH düzeyi normal (gebeliğe özgü referans aralığında ya da < 4.0 mU/L) TPOAb negatif kadınlar
- İzole hipotiroksinemi gebelikte rutin olarak tedavi edilmemelidir.
- Maternal hipotiroidi için önerilen oral LT4 tedavisidir. T3 ya da tiroid ekstresi gibi diğer preparatlar gebelikte kullanılmamalıdır.
- Genel popülasyondaki hipotiroidi tedavisine paralel olarak gebelikte de TSH düzeylerini trimester-spesifik referans aralığının düşük yarısında tutmak hedeflenmelidir. Gebeliğe özgü referansların bulunmaması halinde maternal TSH düzeyinin 2.5 mU/L altında tutmak hedeflenir.
- Klinik ve subklinik hipotiroidisi olan kadınlarda (tedavi alan ya da almayan) ya da hipotiroidi riski olan kadınlarda (örneğin, ötiroid ancak TPOAb ya da TgAb pozitif, post-hemitiroidektomi, ya da radyoaktif iyot tedavisi görmüş kadınlar) TSH düzeyleri midgestasyona kadar her 4 haftada bir ve 30 haftaya yakın en az bir kez kontrol edilmelidir.
- Reprodüktif çağda hipotiroidi tedavisi gören kadınlara gebelikte LT4 ihtiyacını artabileceği bilgisi verilmelidir. Ayrıca gebelik şüphesinde ya da doğrulandığında hekimleriyle iletişime geçmeleri önerilmelidir.
- Gebelik planlayan ve LT4 tedavisi alan kadınlarda prekonsepsiyonel dönemde TSH bakılmalı ve LT4 dozu TSH düzeyi alt sınır ile 2.5 mU/L arasında olacak şekilde ayarlanmalıdır.
- LT4 kullanan hipotiroidili kadınlar gebelik şüphesi ya da doğrulanması halinde hekime başvurmaksızın LT4 dozunu yaklaşık %20-30 oranında arttırmalı ve en kısa zamanda değerlendirme için hekimleriyle iletişime geçmelidir. Mevcut günlük LT4 dozuna haftada iki tablet eklenmesiyle önerilen doz artışı sağlanabilir.
- Doğum sonrasında LT4 dozu gebelik öncesinde kullanılan doza düşürülmeli ve yaklaşık 6 hafta sonra tiroid fonksiyon testleri değerlendirilmelidir.
- Gebelik sırasında LT4 başlanan bazı kadınlarda postpartum dönemde LT4 ihtiyacı kalmayabilir. Özellikle günlük LT4 dozunun < 50 mcg olduğu kadınlarda LT4 kesilebilir. LT4 tedavisinin kesilmesine hasta ve hekim birlikte karar vermelidir ve kesilmesi halinde 6 hafta sonra TSH kontrol edilmelidir.
- Yeterince tedavi edilen hipotiroidili gebelerde tiroid fonksiyonlarının değerlendirilmesi dışında ek maternal ya da fetal testlere (fetal ultrasonografi takibi, antenatal testler, ve/veya umbilikal kan örnekleme) gerek yoktur. Sadece I131 ablasyon ya da cerrahi tedavi yapılan ve GD olan kadınlarda TSH reseptör antikolarının (TRAb) izlenmesi gerekir.

Gebelikte tirotoksikoz

- İlk trimesterde serum TSH düzeylerinin suprese olması halinde, detaylı öykü ve fizik muayenenin yanında serum FT4 ya da TT4 düzeyleri bakılmalıdır. TRAb ve TT3 tirotoksikoz etyolojisinin aydınlatılmasına yardımcı olabilir.
- Gebelikte radyonüklid sintigrafisi ya da radyoaktif 'uptake' testleri yapılmamalıdır.
- Gestasyonel geçici tirotoksikoz ve/veya hiperemesis gravidaruma bağlı anormal tiroid testleri varlığında destek tedavisi yapılmalı, dehidratasyon giderilmeli ve gerekirse hastaneye yatırılmalıdır. Antitiroid ilaçlar (ATD) önerilmemektedir, ancak beta-blokerler düşünülebilir.
- Tirotoksikozu olan reprodüktif çağdaki kadınlarla gebelik olasılığı tartışılmalıdır. GD olan ve gebelik planlayan kadınlar ATD'lerin teratojenik etkileri de dahil olmak üzere hastalığın gebelik sırasındaki yönetiminin kompleks olduğu hakkında bilgilendirilmelidir. Prekonsepsiyonel dönemde tüm tedavi seçeneklerinin riskleri ve yararları anlatılmalıdır.
- Tirotoksikozu olan kadınlar gebelik öncesinde ötiroid hale getirilmelidir. Farklı avanatajları ve risklere sahip tedavi seçenekleri vardır ve bu seçenekler arasında I131 ile ablasyon, tiroidektomi ya da ATD ile tedavi yer almaktadır.
- Metimazol (MMI) ya da propiltiourasil (PTU) kullanan kadınlara olası gebelik durumunun en kısa zamanda doğrulanması gerektiği anlatılmalıdır. Gebelik testinin pozitif olması halinde hekimleriyle hemen iletişime geçmeleri gerekir.
- Antitiroid ilaçlar:
 - (a) Erken gebelik döneminde, düşük doz MMI ($< 5-10$ mg/d) ya da PTU ($< 100-200$ mg/d) ile ötiroid olan GD'li kadınlarda olası teratojenik etkiler nedeniyle antitiroid ilaçların kesilmesi düşünülebilir. Bu karar verilirken hastalık öyküsü, guatr büyüklüğü, tedavi süresi, son tiroid fonksiyon testlerinin sonuçları, TRAb düzeyleri ve diğer klinik faktörler dikkate alınmalıdır.
 - (b) Antitiroid ilaçların bırakılmasını takiben maternal ve fetal değerlendirme için maternal tiroid fonksiyon testleri (TSH, FT4 ya da TT4) ve klinik muayene 1-2 haftada bir yapılmalıdır. Klinik ve biyokimyasal olarak ötiroid kalması halinde test aralıkları ikinci ve üçüncü trimesterde 2-4 haftaya uzatılabilir.
 - (c) Her değerlendirmede, konservatif yaklaşıma (antitiroid ilaç verilmeksizin) devam etme kararı hem klinik hem de biyokimyasal olarak değerlendirme sonrasında verilmelidir.
- Antitiroid ilaçların kesilmesi halinde tirotoksikoz riski yüksek olan gebelerde ilaçlara devam etmek gerekebilir.

TJODist Bülteni

Halihazırda hipertiroid olmak ya da ötiroidinin sağlanması için $>5-10$ mg/d MMI ya da $>100-200$ mg/d PTU gereksinimi tirotoksikoz için risk faktörleridir. Bu vakalarda;

(a) 16. haftaya kadar PTU önerilir.

(b) MMI kullanan ve tedaviye devam etmesi gereken kadınlarda en kısa zamanda PTU'e geçilmelidir.

(c) MMI'den PTU'e geçerken yaklaşık 1:20 doz oranı kullanılmalıdır (örneğin, 5 mg/d MMI = 100 mg/d PTU).

(d) 16. haftadan sonra anti-tiroid tedavi gerekliyse, PTU'e devam edilmesi ya da MMI'e geçilmesi tartışmalıdır.

Her iki ilacın potansiyel olumsuz etkileri vardır ve değişim kontrolün bir süre bozulmasıyla sonuçlanabilir; dolayısıyla değişim önerilmemektedir.

- Tiroid fonksiyon testleri;
 - (a) Gebelikte ATD kullanan kadınlarda FT4/TT4 ve TSH yaklaşık her 4 haftada bir bakılmalıdır.
 - (b) En düşük etkin MMI ya da PTU dozları kullanılmalı ve üst sınırdaki ya da referans aralığının orta derecede üzerinde FT4/TT4 düzeyleri hedeflenmelidir.
- İzole fetal hipertiroidi dışında (GD için ablatif tedavi görmüş olan gebelerde maternal TRAb nedeniyle gelişen fetal hipertiroidi) LT4 ve ATD kombinasyonu (ATD fetusta hipertiroidiyi tedavi ederken LT4 annenin ötiroid kalmasını sağlar) kullanılmamalıdır.
- Gebelikte tiroidektomi nadiren gerekir ve gerektiğinde optimal zaman ikinci trimesterdir. Maternal TRAb konsantrasyonunun yüksek olması halinde (referans üst sınırının 3 katından fazla), annenin tiroidektomi sonrasında ötiroid olması halinde dahi fetus gebelik boyunca fetal hipertiroidi açısından yakın izlenmelidir.
- 2011'de yazılıp 2015'te revize edilen ACOG Committee on Obstetric Practice konsensus kılavuzuyla hem fikir olarak;
 - 1) Gebelerde trimesterden bağımsız olarak cerrahi girişim gerekiyorsa yapılmalıdır.
 - 2) Elektif cerrahi girişim doğum sonrasına ertelenmelidir.
 - 3) Mümkünse, acil olmayan cerrahi girişimler preterm kontraksiyonlar ve spontan abortusların en az olduğu ikinci trimesterde yapılmalıdır.
- GD olan gebeye acil, tiroid dışı ameliyat yapılması gerektiğinde ATD ile ötiroid olması halinde ek tedavi gerekli değildir. İhtiyaç olduğunda beta-blokerler kullanılmalıdır.
- TRAb ölçümleri;
 - (a) Ablasyon (radyoaktif iyot ya da cerrahi) ile tedavi edilmiş GD öyküsü varsa, erken gebelikte ilk tiroid fonksiyon testleri yapılırken TRAb da bakılması önerilir.
 - (b) Erken gebelikte TRAb konsantrasyonu yüksekse, 18-22 hafta arasında tekrarlanmalıdır.
 - (c) Erken gebelikte ölçülemez düzeyde ya da düşükse, tekrar bakılması gerekmez.
 - (d) Gebelik doğrulandığında GD için ATD kullanılıyorsa, TRAb bakılması önerilir.
 - (e) Midgestasyonda ATD gerekiyorsa, TRAb tekrar 18-22 hafta arasında bakılmalıdır.
 - (f) Üçüncü trimesterde anne ATD kullanıyorsa ya da 18-22 haftada TRAb yüksekse, 30-34 hafta arasında neonatal ve postnatal izlemin planlanması açısından tekrar TRAb bakmak gerekir.
- Gebeliğin ikinci yarısında annenin kontrolsüz hipertiroidisi varsa ve gebeliğin herhangi bir döneminde TRAb yüksek (üst sınırın 3 katından fazla) bulunmuşsa fetal izlem gereklidir. İzlemin deneyimli obstetrisyen ya da maternal-fetal tıp uzmanı ile konsültasyon önerilir. İzleminde kalp hızı, büyüme, amniyotik sıvı volümü ve fetal guatr varlığı değerlendirilir.
- Kordosentez nadiren ve uygun koşullarda yapılmalıdır. ATD alan kadınlarda fetal guatr saptanması halinde fetusun hipertiroid ya da hipotiroid olduğunun belirlenmesi için gerekebilir.
- Otonom nodülden kaynaklanan hipertiroidi için ATD veriliyorsa, fetus gebeliğin ikinci yarısında guatr ve hipotiroid bulguları açısından izlenmelidir. Maternal FT4 ya da TT4 düzeylerini üst sınırın ya da sınırın orta derecede üzerinde tutacak şekilde düşük ATD dozları kullanılmalıdır.

Gebelikte tiroid nodülü ve kanseri

- Baskılanmış TSH düzeylerinin 16. haftadan sonra da persiste etmesi halinde, tiroid nodülünün ince iğne aspirasyon biyopsisi (İİAB) gebelik sonrasına ertelenebilir. Bu dönemde, eğer TSH halen baskılanmış ise ve anne emzirmiyorsa radyonüklid inceleme yapılabilir.
- Tiroid nodülü olan gebelerde kalsitonin ölçümünün yararı bilinmemektedir. Tiroid nodülü olan gebelerde rutin kalsitonin ölçülmesi ya da ölçülmemesi önerilememektedir.
- TSH düzeyleri baskılanmamış olan ve gebelikte yeni tespit edilen tiroid nodülleri için İİAB genellikle önerilir. Hangi nodüllerden biyopsi yapılması gerektiğine sonografik özelliklere göre karar verilmelidir. İİAB zamanlaması (gebelik sırasında ya da erken postpartum dönemde) kanser riski ve hastanın tercihine bağlıdır.
- Radyonüklid sintigrafi ya da radyoaktif iyot 'uptake' testi gebelik sırasında yapılmamalıdır.
- Sitolojik olarak benign tiroid nodülü olan gebelerde gebelik sırasında özel izlem gerekmez ve 2015 ATA Tiroid Nodülü ve Diferansiye Tiroid Kanseri olan Erişkinler için Yönetim Kılavuzu uyarınca takip edilmelidirler.
- Sitolojik olarak belirsiz (önemi belirsiz atipi/önemi belirsiz foliküler lezyon, foliküler neoplazi için şüpheli ya da

TJODist Bülteni

malignite için şüpheli) nodülü olan gebelerde, sitolojik olarak malign lenf nodu yoksa ya da başka metastatik hastalık bulgusu yoksa rutin olarak gebelik sırasında cerrahi girişim gerekmemektedir.

- Sitolojik olarak belirsiz nodülde agresif davranış şüphesi varsa gebelik sırasında cerrahi girişim düşünülebilir.
- Sitolojik olarak belirsiz nodüllerin değerlendirilmesi için gebelik sırasında moleküler testler önerilmemektedir.
- Erken gebelikte tanı koyulan papiller tiroid karsinomu (PTC) sonografi ile izlenmelidir. Eğer 24-26 haftadan önce önemli büyüme saptanırsa ya da sitolojik olarak malign servikal lenf nodları varsa gebelik sırasında cerrahi girişim düşünülmelidir. Ancak, midgestasyonel döneme kadar stabil kalırsa ya da gebeliğin ikinci yarısında tanı koyulursa cerrahi girişim doğum sonrasına ertelenebilir.
- Gebeliğin yeni tanı koyulan medüller karsinom ya da anaplastik kanser üzerine etkileri bilinmemektedir. Tedavide gecikmenin sonuçları olumsuz etkileme olasılığı yüksektir ve tüm klinik faktörlerin değerlendirilmesini takiben cerrahi girişim düşünülmelidir.
- Tiroid kanseri olan gebelerde prekonsepsiyonel dönemde belirlenen TSH düzeyleri hedeflenmelidir. TSH 16-20 haftaya kadar yaklaşık 4 haftada bir ve 26-32 hafta arasında en az bir kez bakılmalıdır.
- Terapötik radyoaktif iyot (I131) tedavisinden sonra gebelik 6 ay ertelenmelidir.
- Tedavi edilmiş diferansiye tiroid kanseri (DTC) öyküsü olan gebelerde tiroglobulin ölçülemez düzeyde (tiroglobulin otoantikörleri yokluğunda) ve gebelik öncesinde hastalığa dair biyokimyasal ya da strüktürel kanıt yoksa gebelik sırasında ultrasonografi ve tiroglobulin ile izlem gerekmez.
- İyi diferansiye tiroid kanseri olan ve tedaviye biyokimyasal ya da strüktürel olarak tam olmayan yanıt söz konusu ya da aktif rekürren ya da rezidüel hastalık varsa gebelik sırasında ultrasonografi ve tiroglobulin ile izlem yapılmalıdır.
- Papiller tiroid mikrokarsinom tanısı almış ve aktif izlemede olan gebelerde her trimesterde maternal tiroid ultrasonografisi yapılmalıdır.

Fetal ve neonatal etkiler

- Maternal tiroid hastalığı öyküsü, gebelik sırasında antitiroid ilaç (MMI/PTU) kullanımı, gebelikte anormal tiroid fonksiyon testleri ya da TRAb varlığı neonatolog ya da pediatriste iletilmelidir.
- Gebelikte ağır, progresif ya da kompleks tiroid hastalığı varlığı doğum öncesinde neonatolog ya da pediatriste iletilmeli ve pediatrik endokrinolog ile konsültasyon düşünülmelidir. Diğer durumlar hakkında doğum sonrası kısa dönemde bilgi verilebilir.
- Tüm yenidoğanlar doğumdan 2-5 gün sonra hipotiroidi açısından taranmalıdır.

Tiroid hastalığı ve laktasyon

- Maternal hipotiroidi laktasyonu olumsuz etkileyebileceğinden laktasyonda zorlanan ve başka neden bulunamayan kadınlarda TSH bakılmalıdır.
- Subklinik ve klinik hipotiroidi süt üretimi ve 'let-down' üzerine olumsuz etkileri nedeniyle laktasyon dönemindeki kadınlarda tedavi edilmelidir.
- Maternal hipetiroidinin laktasyon üzerindeki etkisi net anlaşılamamıştır. Bu nedenle, laktasyonun iyileştirilmesi amacıyla hipertiroidinin tedavisine yönelik öneride bulunulamamaktadır.
- Laktasyon sırasında I131 kontrendikedir. Gerektiğinde emzirmeye başlamadan önce 3-4 gün süreyle sütlerin sağılıp atılması koşuluyla I123 kullanılabilir. Benzer şekilde, Tc-99m perteknetat uygulandığı gün süt sağılıp atılmalıdır.
- Laktasyondaki kadınlarda hipertiroidi tedavisi kararı laktasyon döneminde olmayan kadınlardaki prensiplere dayanır.
- Laktasyon dönemindeki kadınlarda antitiroid ilaç endikasyonu varsa, hem MMI (maksimum 20 mg/d) hem de PTU (maksimum 450 mg/d) kullanılabilir. Hem MMI hem de PTU süte az ancak tespit edilebilir miktarlarda geçtiği için en düşük etkin doz tercih edilmelidir.
- ATD kullanan kadınların çocukları rutin pediatri takiplerinde büyüme ve gelişme açısından takip edilmelidir. Çocuklarda tiroid fonksiyonlarının değerlendirilmesi rutin olarak önerilmemektedir.
- Tüm emziren kadınlar günde diyetle yaklaşık 250 mcg iyot almalıdır.
- Emziren kadınlar ek olarak 150 mcg iyot içeren besin desteği almalıdır. Optimal olarak potasyum iyodür şeklinde (multivitamin içinde) verilmelidir çünkü 'kelp' ve diğer su yosunu formlarıyla tutarlı miktarlarda iyot alımı sağlanamamaktadır.
- Ciddi iyot eksikliği olan, tuzun iyotlanmadığı ve günlük besin desteğinin mümkün olmadığı düşük gelir düzeyine sahip bölgelerde emziren kadınlara doğumdan sonra oral iyodize yağ formunda tek doz 400 mg iyot verilmelidir.
- Emzirme döneminde bebekte hipotiroidiye yol açma riski nedeniyle günde 500-1100 mcg aşan miktarlarda iyot alımından kaçınılmalıdır.

Postpartum tiroidit (PPT)

- Postpartum depresyon dahil depresyon geçiren tüm hastalar tiroid disfonksiyonu açısından araştırılmalıdır.
- Postpartum depresyonun tirotoksik fazında semptomatik hastalar beta-blokerler ile tedavi edilebilir. Tedavide ilk seçenek semptomların kontrol altına alınabildiği minimum dozda olmak üzere laktasyonda kullanımı güvenli olan propranolol ya da metoprololdür. Tedavi genellikle birkaç hafta için gereklidir.
- Postpartum depresyonun tirotoksik fazında antitiroid ilaçların kullanımı önerilmemektedir.
- Tirotoksik fazın geçmesini takiben yaklaşık 4-8 hafta içinde (ya da yeni semptomlar geliyorsa) hipotiroid faz açısından tarama amacıyla TSH bakılmalıdır.
- Postpartum tiroidite bağlı semptomatik hipotiroidisi olan kadınlarda LT4 başlanması düşünülmelidir. Tedavi başlanmaması halinde, tiroid fonksiyonları düzelene kadar 4-8 haftada bir TSH kontrol edilmelidir. Gebelik planlayan ve emziren hipotiroid kadınlara da LT4 başlanmalıdır.
- Eğer PPT nedeniyle LT4 başlanmışsa, 12 ay sonra kesilmesi planlanmalıdır. Gebelik halinde ya da gebelik planlıyorsa LT4 dozunun azaltılmasından kaçınılmalıdır.
- PPT öyküsü olan kadınlarda kalıcı hipotiroidi açısından yılda bir TSH bakılmalıdır.
- Ötiroid ve tiroid antikoları pozitif olan kadınlarda PPT'in önlenmesi için LT4 ya da iyot kullanımı etkili değildir ve önerilmemektedir.

Gebelik öncesinde ya da gebelikte tiroid fonksiyonları için tarama

- Erken gebelikte anormal TSH düzeyleri açısından tarama yapılması ya da yapılmamasına yönelik öneride bulunabilmek için yeterli kanıt yoktur.
- ART planlanan ya da TPOAb pozitifliği bilinen hastalar dışında gebelik öncesinde anormal TSH düzeyleri açısından tarama yapılması ya da yapılmamasına yönelik öneride bulunabilmek için yeterli kanıt yoktur.
- Gebelerde düşük FT4 düzeyleri için tarama yapılması önerilmemektedir.
- Tüm gebeler ilk prenatal vizitte tiroid disfonksiyonu öyküsü ve hali hazırda tiroid hormonu (LT4) ya da antitiroid ilaç (MMI, CM ya da PTU) kullanımı ya da kullanım öyküsü açısından sorgulanmalıdır.
- Gebelik planlayanlarda ya da erken gebelik döneminde klinik değerlendirme yapılmalıdır. Aşağıdaki risk faktörlerinden herhangi birinin varlığında, TSH bakılması önerilmektedir:

1. Hipotiroidi/hipertiroidi öyküsü ya da tiroid disfonksiyonu semptom/bulguları varlığı
2. Bilinen tiroid antikoru pozitifliği ya da guatr olması
3. Baş/boyun bölgesine irradasyon ya da tiroid cerrahisi öyküsü
4. >30 yaş
5. Tip 1 diyabet ya da diğer otoimmün hastalıklar
6. Gebelik kaybı, preterm doğum ya da infertilite öyküsü
7. >2 gebelik öyküsü
8. Ailede otoimmün tiroid hastalığı ya da tiroid disfonksiyonu öyküsü
9. Morbid obesite (BMI >40 kg/m²)
10. Amiodaron ya da lityum kullanımı, ya da yakın zamanda iyotlu kontrast madde verilmiş olması
11. Orta-ağır derecede iyot eksikliği olduğu bilinen bölgelerde yaşıyor olmak

Ücretsiz tam metin erişim bağlantısı: <http://online.liebertpub.com/doi/pdfplus/10.1089/thy.2016.0457>

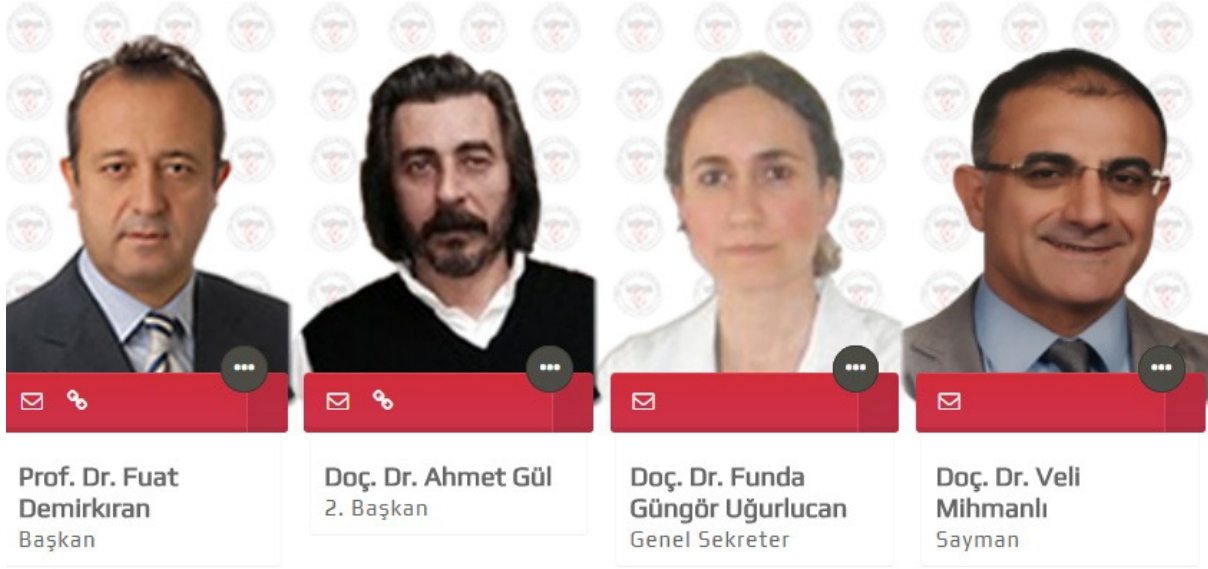
Pazar Sabahı Sunumları //

Pazar Sabahı Toplantısı

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

Tjod İstanbul Yönetim Kurulu //

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



Üyeler (soyadı sırasıyla) //

