



# TJODist Bülteni

Nisan 2019

Başkandan



**Değerli meslektaşlarımız,**

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 emekleriyle hazırlanan **TJOD İstanbul Bülteni Nisan 2019** sayısı ile hepinize merhabalar.

**Engin Oral** ve **Mete Güngör** hocalarımızın başkanlığında “**Jinekolojik Endoskopide Doğrular ve Yanlışlar**” başlıklı toplantımızı **14 Nisan 2019 tarihinde Hilton İstanbul Bosphorus'da** yapacağız. Program detaylarını web sayfamızda (<http://www.tjodistanbul.org>) bulmanız mümkündür. Katılmanızı ve katkı vermenizi bekliyoruz.

“**Maternal mortalite ve morbidite nedenleri ve nasıl azaltabiliriz?**” başlıklı toplantımızı **24 Mart 2019 tarihinde** yoğun bir katılım ile gerçekleştirdik, sunumları web sayfamızda (<http://www.tjodistanbul.org>) bulmanız mümkündür.

Hocalarımız ile söyleşilere **İstanbul Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum A.B.D.**'dan emekli olan **Hasan Serdaroğlu** hocamız ile devam ediyoruz. **Hasan Serdaroğlu** hocamız İstanbul Jinekoloji Derneği, TJOD İstanbul ve TJOD genel merkezde uzun yıllar aktif görev almış, kuruşul aşamalarında çok emek harcamış ve bir çok kez de başkanlıklarını yapmış bir hocamızdır. Ayrıca hocamızın Cumhuriyetin ilk yıllarından başlayan Türk Jinekoloji ve İstanbul Jinekoloji derneklerinin tarihine ilişkin çok değerli bir araştırma yazısı da vardır, bu belgeyi web sayfamızdan indirmenizi ve okumanızı öneririz. TJOD İstanbul YK ve TJOD İstanbul Bülten ekibi olarak kendilerine katkıları nedeniyle teşekkür ederiz.

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

Sevgi ve saygılarımızla.

**Nisan 2019**

**Dr. Ahmet Gül**  
TJOD İstanbul Başkanı

Editörden



Sayın Meslektaşlarım,

Nisan sayımız mesleğimize çok emek vermiş, Derneğimizin kuruluşunda büyük rol oynamış sayın **Prof. Hasan Serdaroğlu** hocamız ile yaptığımız röportajla başlıyor.

Bu ayki makalelerimizden ilki **Cihan Kaya**'nın hazırladığı vaginal histerektominin yaygınlaştırılması ile ilgili ISGE önerileri. Rakamları bilmemekle beraber vaginal histerektominin Türkiye'de de az kullanıldığını düşünüyorum. Vaginal histerektomi sadece desensüslü hastalara değil aslında neredeyse tüm selim histerektomilere, uterus boyutu vaginal ekstreksyona izin verdikçe, gerektiğinde laparoskopisi ile uygulanabilecek bir yöntem. Önceki ameliyatlara veya salpingooferektomi gereksinimi vaginal yaklaşıma mutlak engel değil.

Ülkemizde de yaygınlaşması için organize çaba gösterilmesi gerektiğine inanıyorum.

İkinci makalemiz stress üriner inkontinansın cerrahi yönetimi ile ilgili bir derleme. **Dr. Cenk Yasa**'nın hazırladığı özet, özellikle meshlerin neredeyse yasaklanmaya başladığı günümüzde çok zamanında yayınlanmış bir yazı.

Üçüncü makalemiz **Dr. Engin Çelik**'in hazırladığı jinekolojik kanserlerin taraması ile ilgili güncel ve kapsamlı bir derleme. Yararlanacağınıza eminim. Tek dikkat çeken nokta bu derlemede serviks kanseri için sadece HPV ile taramanın bir seçenek olarak bahsedilmemiş olması ama bu yaklaşım sadece ülkemizde değil ABD'de kabul edilen bir yaklaşımdır. Beş yılda bir HPV taraması da kabul edilebilir bir diğer tarama şeklidir.

**Dr. Sinem Ertaş**'ın hazırladığı dördüncü makalemiz son yıllarda daha çok dikkatimizi çeken isthmosel tanı ve tedavisi ile ilgili bir derleme. Tedavi endikasyonu olduğunda seçilecek yöntem ile ilgili kanıt henüz çok az. Mevcut kanıtlar tüm yöntemlerin benzer etkinliği olduğunu düşündürse de kişisel görüşüm abdominal yaklaşımların en son tercih edilmesi gerektiği yönünde. Hem daha az invaziv olması hem de başarılı sonuçlar nedeniyle histeroskopinin ön planda düşünülmesi gerektiğine inanıyorum.

Son makalemiz ise **Dr. Hakan Erenel**'in hazırladığı gebelikte trombositopeni değerlendirme ve yönetimi rehberi. Görece sık bir durum olan trombositopeniyi tüm yönleriyle çok anlaşılır bir şekilde ele alan bu rehberden yararlanacağınıza eminim.

Hepinize iyi okumalar dilerken her zaman önerilerinizi beklediğimizi bir kez daha hatırlatmak isterim. Saygılarımla,

**Dr. Barış Ata**

[barisata@ku.edu.tr](mailto: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. Berna Aslan Çetin  
Dr. Engin Çelik  
Dr. Nadiye Köroğlu Duğan  
Dr. Hakan Erenel  
Dr. Cihan Kaya  
Dr. Engin Türkgeldi  
Dr. Cenk Yaşa



 **TJOD İSTANBUL**  
Türk Jinekoloji ve Obstetrik Derneği

**TJOD İSTANBUL ŞUBESİ**  
**PAZAR TOPLANTILARI**  
14 Nisan 2019  
Hilton İstanbul Bosphorus

**JİNEKOLOJİK ENDOSKOPİDE**  
**DOĞRULAR ve YANLIŞLAR**

**Bilimsel Program**

[www.tjodistanbul.org](http://www.tjodistanbul.org)





**TJOD İSTANBUL ŞUBESİ BİLİMSEL PROGRAMI**

**JİNEKOLOJİK ENDOSKOPİDE DOĞRULAR ve YANLIŞLAR**

*Toplantı Sorumluları: Engin Oral, Mete Güngör*

09:00 - 10:00 Kahvaltı

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

**10:10 - 11:50 1. Oturum : Laparoskopi**

*Oturum Başkanları: Fuat Demirkıran, İlkan Dünder*

10:10 - 10:30 Laparoskopik cerrahide doğru set-up, ameliyat odası ve hasta hazırlığı *Cem İyibozkurt*

10:30 - 10:50 Laparoskopik cerrahide önemli anatomik noktalar *M. Faruk Köse*

10:50 - 11:10 Laparoskopik cerrahide enerji modaliteleri; Ne, nerede, nasıl? *Cihan Kaya*

11:10 - 11:30 Robotik cerrahinin jinekolojide kullanımı; Limitasyon var mı? *Ahmet Göçmen*

11:30 - 11:50 Nasıl daha iyi jinekolojik endoskopi yapabiliriz *Mete Güngör*

11:50 - 12:10 Tartışma

**12:10 - 12:30 Kahve Molası**

**12:30 - 14:00 2. Oturum : Histeroskopi**

*Oturum Başkanları: Kayhan Yakın, Tayfun Kutlu*

12:30 - 12:50 Histeroskopide doğru set-up nasıl olmalı ? *Bülent Urman*

12:50 - 13:10 Histeroskopide doğru endikasyon ? *Engin Oral*

13:10 - 13:30 Histeroskopide teknolojik yenilikler *Hüsnü Görgeç*

13:30 - 13:50 Histeroskopide komplikasyonların önlenmesi ve yönetimi *Yücel Karaman*

13:50 - 14:00 Tartışma

## Hocamızla Söyleşi

### Prof. Dr. Hasan Serdaroğlu



- İstanbul Tıp Fakültesinden mezun oldu, aynı fakültede ihtisasını tamamladı ve mecburi hizmet sonrası kariyerine devam etti, 2013 yılında kendi isteği ile emekli oldu.

#### Hocam kısaca özgeçmişinizden bahseder misiniz, kadın doğum ihtisasını niçin tercih ettiniz?

Öğrenciliğim sırasında Kardiyoloji ihtisası yapmayı daha sonra mümkün olursa da bu konuda kariyer yapmayı düşünüyordum. O zaman direkt kardiyoloji ihtisasından başlanamıyordum. Önce dahiliye ihtisası yapılacak sonra kardiyolojiye başlanacaktı. Mezuniyetimden sonra dahiliye sınavına girdim. İki kadro vardı, ben üçüncü olmuştum. O zamanki Dahiliye kürsü başkanı aynı zamanda dekanımız rahmetli Cihat Abaoğlu bana göreve başlamamı, bir müddet intörn olarak çalışacağımı kadro açılınca kadroya geçebileceğimi söylemişti. O yıllarda öyle idi, bir iki yıl çalışıp daha sonra asistanlık kadrosuna geçen abilerimiz vardı. Kabul etmedim, kızmıştı (nurlar içerisinde yatsın). Askere gittim. Eğitim döneminden sonra bir komando birliğinin doktoru oldum. Kıbrıs Barış harekatı çıktı. Bizim birlik Kıbrıs'a ilk inen birliklerden birisi oldu. Kuzeydeki beş parmak dağlarında çetin günlerimiz geçti. 18 ay askerlik yaptım. Tüm askerliğim esnasında dahiliye uzmanı abilerle karşılaştım ve orada kardiyoloji ihtisası yapma konusunda kararımı değiştirip kadın doğum ihtisası yapmaya karar verdim. Öğrenciliğim sırasında bazı kadın doğum asistanı abilerimin bu yönde telkinleri olmuştu. Yıl 1984 savaştan 10 yıl sonra Genel Kurmay Başkanlığından bir yazı geldi. Beni madalyayla onurlandıracaklarını, İstanbul Selimiye kışlasında yapılacak madalya töreninde hazır olmam isteniyordu. Bizim askeri törenlerimiz çok parlak olur. Bütün Selimiye kışlası bayraklarla donatılmıştı. Duygusal bir tören oldu. Madalya alanlar arasında tek doktor bendim. Ankara'da da tören oldu, sanırım orada da birkaç doktor arkadaş madalya ile taltif edildi. O gün unutamayacağım ve gururla hatırlayacağım günlerden birisiydi.

#### Sizin Fakültemizde İnfertilitenin ve Endoskopik cerrahinin kuruluşunda ve bu günlere gelmesinde büyük emeğiniz olduğunu biliyoruz, biraz bunlardan bahseder misiniz?

Yıl 1981 Sağlık Bakanlığı aldığı Laparoskopi aletlerinden ikisini İstanbul'a gönderdi. Birini Zeynep Kamil Hastanesine diğerini de İstanbul Tıp Fakültesine. Hocamız Doç Dr. Yılmaz Deniz bir laparoskopi kursunu gitti dönünce bana "bunu birlikte yapacağız sen de şunları öğren" dedi. Ben o zaman kıdemli asistandım. Fakültemizde sadece dahiliye kliniğinde endoskopik işlem olarak gastroskopi yapılıyordu. Cerrahlar henüz laparoskopik operasyonlara başlamamıştı. Bizim Fakülte de belki de İstanbul'da ( Zeynep Kamil'in bizden önce mi yoksa sonra mı başladığını bilmiyorum) ilk laparoskopiyi biz başlattık. Önce diagnostik laparoskopi yapıyorduk, sonra adezyoliz ve tüp ligasyonu yapmaya başladık. Elimizdeki aletler kısıtlıydı, bu günkü gibi alet firmaları yoktu. Endoskopik cerrahinin bu gün geldiği yeri o günlerde hayal bile edemezdik.

İnfertiliteye gelince 1990 yılında bizde ve Cerrahpaşa'da Ülkemizde YÖK'ten onaylı ilk bilim dalları kuruldu. Yılmaz Deniz hoca Üreme Endokrinoloji ve İnfertilite Bilim Dalının ilk başkanı idi. 1995 de hocayı aniden kaybettik, rahmetle anıyorum. Kendisinden çok şey öğrendim, benim için aynı zamanda bir dosttu. O yıl

# TJODist Bülteni

Almanya'da Giesen Üniversitesine gittim. Bir arkadaşımız Bilim Dalı Başkanlığına baktı. Döndükten kısa bir müddet sonra Bilim Dalı Başkanlığı bana geçti, emekli oluncaya kadar bu görevi sürdürdüm. Bu dönem aynı zamanda iletişimin giderek arttığı, bilgi paylaşımının kolaylaştığı, teknolojinin geliştiği ve bunların sağladığı imkanlarla Tıp ta çok büyük gelişmeler olduğu bir dönemdi. Bu dönemde Türkiye'nin en köklü 1952 yılına kadar Türkiye Cumhuriyeti'nin ve Osmanlı İmparatorluğunun hekim ihtiyacını tek başına karşılamış bir Fakülte de görev yapmak hem büyük şans, hem de çalışanlara sorumluluklar yükliyordu. Bizim gibi eski fakültelerin en büyük sorunu yer darlığı. İnfertilite'ye müstakil bir yer temini için ve IVF ünitesi kurulması için çok caba sarfettik.

## **İnfertilitenin dünü, bugünü ve geleceği ile ilgili düşünceleriniz?**

İnfertilite son 40 yılda dünyada ve ülkemizde en fazla gelişen bilim dallarından biri oldu. İnfertil popülasyonun %10 olduğunu düşünürsek bu gelişimin büyük halk kitleleri için de bir ümit ışığı olduğunu söyleyebiliriz. Hemen hemen dünyanın gelişmiş ülkelerinde neler yapılabiliyorsa ülkemizde de onların yapılabildiğini mutlulukla söyleyebiliriz. Fakat kuralların tam oturduğunu söylemek zor. Her şeyden önce Üreme Endokrinolojisi ve İnfertilitenin yan dal olması gerektiğine inanıyorum. Konu duygu sömürsün çok rahat yapılabileceği bir konu, meslektaşlarımızı bundan uzak tutmamız lazım.

Teknolojinin bu kadar hızlı geliştiği, bilgi akışının çok hızlı olduğu bir ortamda bir ortamda infertilitenin geleceği ile ilgili tahminlerde bulunmak çok zor. Bundan 15 yıl önce laboratuvardaki embriyo gelişiminin embrioskop denen bir alet yardımıyla embriyolog tarafından evden izlenebileceğini söyleseler hiç kimse inanmazdı. Yakın gelecekte genetik çalışmalarla ilgili bazı sonuçların alınabileceğini, transferde embriyo seçiminde de daha doğru kriterlere ulaşılabileceğini ümit ediyorum.

## **Sizin İstanbul Jinekoloji derneği, Türk Jinekoloji Derneği İstanbul şubesi ve Türk Jinekoloji Derneği başkanlıklarınız var. Derneklerin bugünkü durumları hakkında düşüncelerinizi öğrenebilir miyiz?**

İstanbul Jinekoloji derneğine 2 dönem ikinci başkanlık, 2 dönem başkanlık yaptım. TJOD İstanbul Şubesinin kurucu başkanlığını ve 2 dönem başkanlığını TJOD'nin de bir dönem başkanlığını yaptım. Bizim gibi gerek tıp eğitiminin gerekse uzmanlık eğitiminin çok heterojen olduğu ülkelerde mesleki derneklerin sorumluluklarının fazla olduğuna inanıyorum. Dernekler bir taraftan eğitimi homojen hale getirmek için bölgesel kurslar düzenlemeli, diğer taraftan hızla gelişen mesleki bilgileri meslektaşlarımıza aktarıcı kongreler yapılmalıdır. Bunların dışında ülkemizde gündün güne hekimliğin saygınlığı ve sosyal statüsü önemli oranda erezyona uğramaktadır. Meslektaşlarımız medeni bir ülkede asla akla gelemeyecek fiziki şiddetlerle karşı karşıyadır. Derneklerin bunlarla bilinci bir şekilde mücadele etmeleri gerekir. Ülkemizde bir ana dernek var. TJOD. Diğer subgrup dernekleri şemsiyesi altına almalı ve dernekler arası koordinasyonu sağlayarak ülke çapındaki eğitim faaliyetlerini onlarla birlikte yürütmelidir. Sosyal konularda da dernekler arası bir koordinasyon, iş bölümü olmalıdır. Bu gün böyle bir iş bölümünden, güç birliğinden, koordinasyondan bahsetmek mümkün değil. Dernek yönetim kurullarının her genel kurulda 3 te bir oranında yenilenmesi yönetim kuruluna seçilen bir meslektaşımızın üst üste üç dönemden fazla yönetim kurulu üyeliği yapmaması gerekir.

## **Günümüzdeki Tıp eğitimi hakkındaki düşünceleriniz nelerdir?**

Tıp fakültelerinden mezun olan genç doktorların ortalama bilgi düzeyleri maalesef düşük düzeyde.

Bunun çeşitli nedenleri var.

1. Ülkemizde ilk ve orta öğrenim ileri derecede bozulmuş, eğitimin kalitesi düşmüştür. Tıp fakültelerine



gelen öğrencilerin eğitim seviyesi de düşük.

2. Ülkemizde aşırı sayıda Tıp Fakültesi açılmıştır. Tıp Fakültesi sayısının 100 geçtiğini biliyoruz. Sayısını belki yetkililer bile tam söyleyemez. Sık sık Tıp Fakültesi açıldığını duyuyoruz. İngiltere'de 37, Fransa'da 34 Tıp Fakültesi olduğunu okumuştum. Bu ülkelerin nüfusu ile ülkemizin nüfusu benzer. Bu ülkelerin şehirlerinde hep bir standart var. Halbuki ülkemizdeki şehirler çok heterojen bir yapıya sahip. Her şehre bir üniversite yaklaşımı doğru bir yaklaşım değil. Alt yapısı iyi olmayan şehirlere öğretim üyesi gitmiyor. O bölgeden birisini yardımcı doçent olarak atıyorlar genç meslektaşımız kendi kendini yetiştiriyor, halbuki cerrahlık gibi hocalık da usta çırak usulüdür. İyi bir hocanın yanında yetişerek iyi bir hoca olunur. Yeni kurulan Tıp Fakülteleri Profesör ünvanını almak isteyen doçent arkadaşlar için de adeta açık bir kapı. Buraya atanan doçent arkadaşların çok büyük çoğunluğu zaten hayatlarında öğrenciye hiç ders vermemiş. Bir de atandıkları Tıp fakültesinde bir ay içinde kaldıkları süre kısıtlı olunca. Ünvanı Prof. olan bu arkadaşlarının eğitime olan katkıları tartışmalıdır. Dolayısıyla Anadolu'nun küçük şehirlerine yeni kurulan Tıp Fakültelerindeki eğitimin kalitesi ile ilgili ciddi sorunlar var. Ülkemizde kurulan üniversitelerin, ülkenin ihtiyaçları tespit edilerek doğru bölgelere kurulmadığı bir gerçek. Bina yapılıyor, eğitim verecek öğretim üyesinin nasıl temin edileceği pek hesaplanmıyor. Ya da iyi eğitimin önemi pek düşünülüyor. Halbuki bir eğitim müessesesinin temeli ne kadar iyi atılırsa o kadar verimli olur. Temeli iyi atılmamış, bir takım alışkanlıklar edinilmiş müesseseleri sonradan toparlamak zor oluyor.
3. Ülkemizde giderek artan yoğunlukta özel Tıp Fakülteleri açılıyor. Bunların çok azında doğru düzen eğitim veriliyor. Çok büyük çoğunluğunda teorik eğitimde büyük aksamalar var, pratik eğitim de hemen hemen hiç verilmiyor.

Bir eğitim kurumunda eğitimi verenler ne kadar kaliteli ise eğitim alanlar o kadar iyi yetişir.

Ülkemizde hekim sayısı artıyor, ama kalite maalesef düşüyor. Her şehre bir üniversite kurmak fikri doğru değil, bu kadar fazla özel Tıp Fakültesinin doğru olmadığı gibi.

## **Kadın doğum eğitimi hakkındaki düşünceleriniz neler, gençlere tavsiye eder misiniz?**

Ülkemizde kadın doğum eğitimi de maalesef çok heterojen. Fakülteler arasındaki farklılıklar, eğitim hastaneleri arasındaki farklılıklar tabii eğitimi çok etkiliyor. Ülkemizde Kadın doğum eğitiminin asgari sınırlamaları belirlenmeli ve her eğitim müessesesi buna göre eğitim vermelidir. Yine başta TJOD olmak üzere mesleki derneklerin standart bir eğitim programı olmalı, bölgesel kurslarla bu eğitim genç meslektaşlarımıza verilerek ülkemizdeki kadın doğum eğitim seviyesini her şeyden önce homojen hale getirmek sonra da onu yükseltmemiz gerektiğine inanıyorum. Ben bu düşünceyle bilim dalı başkanı, İstanbul Jinekoloji derneği ve Türk Jinekoloji derneği başkanı olarak birçok kurs, sempozyum ve kongre düzenleyerek meslektaşlarımın gelişmesine katkıda bulunmaya çalıştım.

Gençlere kadın-doğum uzmanlığını zevkle tavsiye ederim. Her şeyden önce hem tıbbi, hem de cerrahi tedavi yapabiliyorsunuz. İkisini de yapabilmek çok güzel şey. Doğumunu yaptırdığınız bir hastanın, ailesinin hatta doğurttuğunuz çocuğun sizi unutmaması imkansız. Yıllardan beri gebe kalmak isteyip kalamayan bir çifti tedavi edip çocuk sahibi etmenin hazzı bambaşkadır.

## **Kadın Doğumda yan dal uzmanlığı hakkında düşünceleriniz nedir?**

Günümüzde bilgiye erişim çok kolaylaşmıştır. Bu bilgi birikiminin de çok armasına yol açmıştır. Benim ihtisas tezimde İstanbul Tıp Fakültesi ve Cerrahpaşa Tıp Fakültesi kütüphanelerine literatür bulamamış, Ankara'dan getirtmişim. Bu gün günün her hangi bir saatinde bir konuyu yazınca dünyanın her bir yanından o konuyla ilgili

# TJODist Bülteni

bilgi akışı oluyor. Bilgi birikiminin artması konuların daha derinlemesine incelenmesinin yolunu açtı. Klasik kadın doğum eğitiminin yanında bazı konuların daha spesifik öğrenilmesinde gereklilik var. 2002 yılında Sağlık Bakanlığınca yan dal kurulması kararlaştırılmıştı. O zaman yan dal olarak Üreme Endokrinolojisi, ve İnfertilite ile Perinatoloji olmak üzere iki yan dala karar verilmişti. Ben TJOD başkanı olarak Jinekolojik onkolojinin de yan dal olmasını savunmuş ve bu görüşümüzü sözlü ve yazılı olarak bakanlığa bildirmiştim. Sonraki yıllarda infertilite yan dal olmak çıkartıldı yerine Jinekolojik Onkoloji kondu. Dernek başkanlığını bırakmıştım, tanıdığım bir genel müdüre niye böyle olduğunu sorduğumda meslektaşlarınız istemedi dedi. Bence Üreme Endokrinolojisi ve İnfertilite de yan dal olmalıdır. Yan dal ihtisası verecek kurumları iyi tespiti ve oradaki eğitmen ve hasta sayısına bakılarak yan dal için gönderilecek uzmanların sayısının dikkatli belirlenmesi. Fazla sayıda uzman gönderildiğinde onların eğitiminde aksaklıklar olabileceğini düşünüyorum. Bir de doktor oldun mecburi hizmet, ihtisas yaptın mecburi hizmet, yan dal yaptın tekrar mecburi hizmet yaklaşımının doğru olmadığını bunun değiştirilmesi gerektiğine inanıyorum

## **Emeklilik hayatınız nasıl geçiyor?**

Günlük çalışma saatlerim açısından fazla bir şey değişmedi. Muayenehane aynen devam ediyor, günümün büyük bir kısmını muayenehane de geçiyor. Hiç şüphesiz öğrencilerden, uzak kalmak, fakültede ki mesai arkadaşlarımdan ayrı kalmak başlarda bir boşluk, bir burukluk yaratıyor. Ben bu boşluğu sosyal konularla daha fazla ilgilenerek, hobilerime daha fazla zaman ayırarak dolduruyorum.

## **Bazı hobileriniz olduğunu biliyoruz, bunlardan bahsedebilir misiniz?**

Spor yapmak ve kitap okumak. Hiç bir işim olmasa, bunlar hayatımı doldurur. Yapamadığım günler bir eksiklik hissediyorum.

## **Genç hekimlere önerileriniz?**

Vicdanlı hekim olun. Bin yıl önce Nizam-ı Aruzi "Hasta vicdanlı hekime bir emanettir" demiş. Hastanızı iyi etmenin mutluluğunun tadını çıkarın. Hipokrat tarafından söylenen "Primum non nocere" hep rehberiniz olsun. Hekim arkadaşınızın arkasından kötü konuşmayın. Emin olun ki bu misliyle size geri döner. Adli Tıp'ta çalışırken üzülmeye şunu gördüm: hastaların veya hasta sahiplerinin bir hekimi şikayet etmelerinin arkasında çoğu kez bir başka hekimin hastayı doldurduğu geliyor. Lokman hekimlik dönemi geçti, tek bir konuya odaklanın ve onu en iyi şekilde yapmaya çalışın. Elbette hastanıza özen göstermeniz, mesleğinizi iyi icra etmeniz komplikasyon oranını önemli ölçüde azaltır. Ama bir komplikasyonla karşılaşırsanız tamamen onu düzeltmeye odaklanın ve hastanızı yalnız bırakmayın. Yapacağınız işlem öncesi onam formu almayı alışkanlık edinin. Bir hobiniz olsun lütfen. Mesleki kitapların dışında da bol bol kitap okuyun ve yakın çevrenize, dostlarınıza zaman ayırın.

## **Hocam katkılarınız için çok teşekkür ederiz...**

Söyleşiyi yapan: **Dr. Cenk Yaşa**



## VAJİNAL HİSTEREKTOMİ İÇİN ULUSLARARASI JİNEKOLOJİK ENDOSKOPI DERNEĞİ (ISGE) TARAFINDAN HAZIRLANAN KANITA DAYALI ÖNERİLER



Contents lists available at ScienceDirect

European Journal of Obstetrics & Gynecology and  
Reproductive Biology

journal homepage: [www.elsevier.com/locate/ejogrb](http://www.elsevier.com/locate/ejogrb)



Review article

### Evidence-based guidelines for vaginal hysterectomy of the International Society for Gynecologic Endoscopy (ISGE)



Andreas Chrysostomou<sup>a</sup>, Dusan Djokovic<sup>b,c,\*</sup>, William Edridge<sup>d</sup>, Bruno J. van Herendael<sup>e,f</sup>

<sup>a</sup> Department of Obstetrics and Gynaecology, University of the Witwatersrand, Johannesburg, South Africa

<sup>b</sup> Department of Obstetrics and Gynecology, Nova Medical School - Faculdade de Ciências Médicas, Nova University of Lisbon, Lisbon, Portugal

<sup>c</sup> Department of Obstetrics and Gynecology, Hospital S. Francisco Xavier - CHLO, Lisbon, Portugal

<sup>d</sup> Chris Hani Baragwanath Hospital, Soweto, University of Witwatersrand, Johannesburg, South Africa

<sup>e</sup> Stuyvenberg General Hospital, Ziekenhuis Netwerk Antwerpen (ZNA), Antwerp, Belgium

<sup>f</sup> Università degli Studi dell'Insubria, Varese, Italy

Özetleyen: **Dr. Cihan Kaya**

Link: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=djokovic+edridge>

**Amaç:** Bu proje, Uluslararası Jinekolojik Endoskopi Derneği (ISGE) tarafından vajinal histerektominin güvenli bir şekilde yapılabileceği hastaların seçiminde kanita dayalı tavsiyeler sunmak amacıyla oluşturulmuştur.

**Çalışma tasarımı:** Uterin prolapsusu olmayan hastalarda vajinal histerektominin uygulanabilirliği ile ilgili literatür taraması yapıldı. Çeşitli veri tabanlarından, Ocak 2003 ile Ocak 2018 arasında, Amerikan Kadın Doğum ve Jinekologlar Koleji (ACOG) ve Amerikan Jinekolojik Laparoskopistler Birliği (AAGL) tarafından yayınlanan derlemeler gözden geçirildi.

**Bulgular:** 2 adet kanıt derecesi 1B ve dört adet kanıt derecesi 2B olan toplamda 6 adet öneri bildirgesi dahil edildi.

**Sonuç:** Desensus olmayan uteruslarda vajinal histerektomi güvenli bir şekilde uygulanabilir ve bu yöntem abdominal veya laparoskopik yaklaşıma tercih edilmelidir. Asistanlık döneminde vajinal histerektomi tekniğini öğretmeye yönelik tüm çabalar desteklenmelidir.

### Giriş

Histerektomi selim uterin hastalıklarının tedavisinde en sık uygulanan cerrahi girişimdir. Açık, laparoskopik, vajinal veya robotik olarak yapılabilir. Vajinal histerektomi (VH), laparoskopik asiste vajinal histerektomi (LAVH) ve laparoskopik histerektominin (LH) abdominal histerektomiye (AH) kıyasla ameliyat sonrası ağrı, daha az analjezi ihtiyacı, daha kısa hastanede kalış süresi ve daha hızlı iyileşme ve günlük aktivitelere dönüş gibi avantajları bulunmaktadır. AH veya LH ile karşılaştırıldığında vajinal histerektomide daha az intraoperatif ve postoperatif komplikasyonlar bildirilmiştir. Selim uterin patolojilerde özellikle uterin prolapsusu olmayan hastalarda, fibroidlerde, önceki sezaryenler ve laparotomi varlığında ve nulliparlarda çoğunlukla tecrübe eksikliği nedeni ile AH, VH' ye göre dünya genelinde tercih edilen cerrahi yöntemdir. Genel olarak LH de bir artış var iken AH oranları görece sabit kalmıştır. Büyük ölçekli araştırmalara göre, histerektomilerin % 70 ile % 80' inin abdominal yaklaşım ile gerçekleştirildiği gösterilmiştir. Vajinal yol genellikle uterovajinal prolapsus vakalarında tercih edilir. Bu da

# TJODist Bülteni

dünya çapında yapılan tüm histerektomi vakalarının yaklaşık %10'unu oluşturur.

VH oranındaki bu düşüş Avustralya'da, 2001-2015 yılları arasında, genç hastalarda % 53 ve daha büyük yaş gruplarında % 29 oranındadır. Nijerya'da yapılan histerektomilerin % 12'sinde VH yapılırken, Norveç'te, bu oran %10'un da altına düşerek LH lehine artmıştır. Bu oranlarda laparoskopik ekipman üreten ve destekleyen endüstrinin de büyük etkisi bulunmaktadır.

2011 yılında ABD'de yapılan bir çalışmada asistanların sadece % 41.7'si VH'yi tercih ettikleri cerrahi yolu olarak bildirirken, % 47.1' i LH olarak belirtmişlerdir. Lee ve King, asistanlık sırasında hem LH hem de VH öğretmedeki zorlukları göz önünde bulundurarak, TLH'nin histerektomi için minimal invaziv yaklaşımlarda yeni altın standart olması gerektiğini önerirken; Amerikan Kadın Doğum Koleji (ACOG), Amerikan Jinekolojik Laparoskopi Derneği uzmanları (AAGL), gibi dernekler AH'de önemli bir düşüş hedefleniyor ise LH uygulamalarının teşvik edilmesi gerekliliğini vurgulamıştır. Ancak, bu yetersiz VH eğitime ve genç eğitimcilerinin yetersiz deneyimlerine yol açarak VH'nin yararlarından uzaklaşmaya neden olmaktadır. Sarkmamış uteruslar için VH, LH ya da AH ile tedavi edilen büyük bir hasta grubu için uygun bir alternatiftir. Uluslararası Jinekolojik Endoskopi Derneği (ISGE), VH için uygun hasta seçiminde kanıta dayalı tavsiyeler oluşturmak istemiş ve bu kanıta dayalı önerileri düzenlemiştir.

## Materyal ve Metod

Medline/PubMed, Cochrane Veri Tabanlarında prolapsusu olmayan uteruslarda vajinal histerektomi anahtar kelimesi içeren, İngilizce, 2003-2018 yılları arasında yayınlanmış makaleler taranmıştır. ACOG ve AAGL tarafından yayınlanan incelemeler / rehberlerle birlikte bir literatür analizi yapılmıştır. GRADE yaklaşımına göre kanıt değeri belirlenmiştir.

## Literatür derlemesi ve öneriler

Çoğu histerektomi; semptomatik uterin fibroidler, anormal uterin kanama, endometriozis ve prolapsus gibi selim nedenlerle gerçekleştirilmiştir. Histerektomi oranları ülkeler arasında önemli farklılıklar göstermektedir. ABD'de kadınların yaklaşık %30'u 60'lı yaşlarda histerektomi olurken, gelişmekte olan ülkelerde bu oran daha düşüktür. ABD'de selim hastalıklar nedeni ile yılda yaklaşık 600.000 histerektomi yapılmaktadır. 2007 yılında Wu ve ark. ABD'de 2003 yılına ait histerektomi oranları bildirmiş ve AH % 66.1 ile birinci, VH %21.8 ile ikinci ve LH %11.8 ile üçüncü sırada olduğu görülmüştür. Robotik histerektomilerin yapılması ile hem VH hem de LH oranlarında azalma gözlenmiştir. Robotik cerrahi uygulanması ile AH oranlarının 2003'te % 66,1'den 2010'da % 54,2'ye düştüğü belirtilmiştir.

1998'de VH oranı %24,8' ten 2010'da %16,7'ye düşmüştür. LH kullanımı 2006'da %15,5 ye yükselmişken 2010 bu oran %8,6'ye gerilemiştir. RH 2008'de %0.9 dan 2010'da %8,2'ye yükselmiştir.

## Histerektomide farklı yaklaşımların karşılaştırılması

Şu anda mevcut kanıtlar, VH/ LAVH / LH / RH gibi minimal invaziv prosedürlerin daha büyük kesiler ve daha uzun hastanede kalış süreleri ile birlikte olan AH ye tercih edilmeleri gerektiğini göstermektedir. Özellikle, 2009 Cochrane incelemesinde, AH ile karşılaştırıldığında VH'nin daha az hastanede kalış süresi, hastanın normal günlük aktivitelerine daha hızlı devam edebilmesi ve ameliyattan sonra daha az enfeksiyon riski ile ilişkili olduğunu bildirmiştir. LH, AH ile karşılaştırıldığında, VH ile aynı avantajlara sahiptir. LH'de AH'ye göre daha az kan kaybı ve daha az yara enfeksiyonu var iken, LH daha uzun operasyon süreleri ve daha fazla ureter veya mesane komplikasyon riskiyle ilişkilendirilmiştir. Bununla birlikte, VH ile karşılaştırıldığında, LH'nin ortalama VH'den 39,3 dakika daha uzun sürdüğü ve daha yüksek komplikasyon oranları ile ilişkili olduğu bildirilmiştir. 2015 yılında, Aarts ve ark. tarafından yapılan bir Cochrane derlemesinde Nieboer ve ark. tarafından bildirilen RH de dahil olmak üzere VH'nin diğer histerektomi tipleri üzerindeki avantajlarını doğrulamışlardır. Ayrıca RH'nin LH'ye kıyasla hiçbir sonuçta farklılık göstermediği bildirilmiştir. Bu sonuçlarla, her iki Cochrane incelemesi sonucunda VH'nin selim nedenlerle yapılan histerektomiler için ilk tercih olması gerektiği sonucuna

varılmıştır. (Grade 1B).

2009 ACOG kılavuzu da benzer bir öneride bulunmuştur. LH, VH'nin yapılamadığı hastalarda AH'ye bir alternatif olabilir. AAGL, VH veya LH yapılabilecek hastalar için gerekli eğitim ve becerileri olmayan cerrahların bu hastaları bu işte deneyimli meslektaşlarına yönlendirmeleri için cerrahlara tavsiyede bulunduğunu açıklamıştır. ACOG da, Haziran 2017'de 2009 yılındaki açıklamasını onaylamıştır. VH'yi mümkün olan her durumda ilk tercih olarak düşünmek neredeyse on yıl boyunca toplanan verilere dayanarak söylenmiştir. VH'nin kontrendike olduğu veya uygulanabilir olmadığı hastalarda AH yerine alternatif olarak LH tercih edilmelidir (Grade 2B).

Birçok cerrah tarafından histerektomi uygulama şekli subjektif olarak seçilmektedir. Histerektominin şeklini belirlemek için resmi rehberler kullanıldığında, tedavi edilen hastaların % 90' ına VH uygulanabilmiş ve hastaların % 100' ünde patoloji uterusu ait nedenler ile sınırlı bulunmuştur. Buna karşılık, resmi rehberlerdeki kurallar histerektomi için karar alma sürecine dahil edilmediğinde, tedavi edilen hastaların % 42'sinde VH uygulanmış ve sadece % 64'ünde patolojinin uterus ile sınırlı olduğu bildirilmiştir.

VH uygulanan hastalarda işlemle ilgili komplikasyonlarda %20'lik bir düşüşün yanı sıra, vajinal olarak yapılan her histerektomi için 1.2 milyon dolarlık (ABD) potansiyel tasarruf sağlanmıştır. eVALuate çalışmasıyla gerçekleştirilen bir maliyet etkinlik analizi, vajinal yaklaşımın laparoskopik cerrahiye kıyasla, özellikle laparoskopide tek kullanımlık cihazların kullanılması nedeniyle daha düşük maliyetli olduğunu ortaya koymuştur. Sculpher ve ark. LH'nin hasta başına VH'den ortalama 780 \$ (ABD) daha yüksek bir maliyeti olduğunu bildirmiştir. Yılda 500.000'den fazla histerektomi yapılan Amerika Birleşik Devletleri'nde ve 100.000'den fazla histerektomi yapılan Birleşik Krallık'ta, vajinal yaklaşım bu ekonomik kısıtlılık döneminde uygun görünmektedir. Dünya çapındaki akademik kurumlar VH uygulama becerisini korumak için eğitim programlarını içeren bir strateji ve gözden geçirme çağırısı yapmıştır.

## Histerektomi şeklini etkileyen faktörler

Histerektomi şeklini etkileyen en önemli faktör cerrahın eğitimi ve tecrübesidir. Asistanlık eğitimi sırasında vajinal cerrahi öğretilmesi kontrendikasyon gibi görünen durumlarla baş edebilme açısından önemlidir. VH'nin uterus prolapsusu olmayan kadınlarda, 12. gebelik haftasına kadar büyümüş uteruslarda, bir veya daha fazla geçirilmiş sezaryen öyküsü olanlarda, önceki laparotomilerin varlığında, premalign servikal veya endometrial patolojisi olanlarda ve nullipar kadınlarda güvenli bir şekilde yapılabileceği gösterilmiştir. Bu kontrendikasyon gibi görünen durumlarla başa çıkılabildiği takdirde VH oranlarının artabileceği belirtilmiştir (Grade:2B).

Başarılı bir VH için ön şartlar, uterusun büyüklüğü ve mobilitesi ile birlikte vajinal erişebilirliktir. Patolojinin uterus ile sınırlı ya da sınırlı olmadığına doğrulanması da seçilen histerektomi şeklini etkiler. Histerektomi seçiminde bu yönergelerin takip edildiği bir randomize çalışmada benign nedenlerle yapılan VH yüzdesinin 90'dan fazla olduğu bulunmuştur. Uterin patoloji olmadığı zaman (bilinen veya şüpheli adneksiyal patoloji, adezyonlar ve endometriozis), VH'den önce, anatomiye eski haline getirmek için LAVH yapılması veya VH'ye devam etmeden önce adnekslerin serbestleştirilmesi önerilir (Grade: 2B). LAVH, özellikle profilaktik ooforektomi gerektiğinde yapılabilir, Chrysostomou tarafından yapılan bir çalışmada, VH için uygun olmadığı düşünülen hastalarda laparoskopi uygulayarak, tüm vakaların komplike olmadan VH şeklinde tamamlandığı gösterilmiştir. Yazar, laparoskopik yaklaşımın tamamlanmasından sonra (örneğin, adezyoliz sonrası, endometrioz tedavisi, adneksktomi, fibroidlerin yeri) mümkün olan en kısa sürede vajinal bir işleme geçilmesi gerektiği sonucuna varmıştır. Laparoskopik diseksiyona devam etmenin ek bir şey kazandırmadığı, ve gereksiz yere ameliyat süresini uzattığı bildirilmiştir. Cerrahın güveni arttıkça, sadece VH ile daha fazla vaka opere edilebilir ve böylece genel ameliyat riskleri azaltılabilir.

## Vajinal erişebilirlik

Vajenin uygunluğu 3 ana bileşen değerlendirilerek belirlenir: pubik ark açısı, vajenin şekli ve uterusun sarkma derecesi. Geniş veya 90 dereceden daha fazla olan bir pubik ark, vajinal yoldan uterusu yaklaşımı kolaylaştırarak aletlerin yerleştirilmesine olanak sağlar. Bununla birlikte 1-2 cm'lik küçük bir posterior orta hat

# TJODist Bülteni

epizyotomi ile, pubik ark 90 dereceden dar olduğunda bile vajinal erişebilirlik elde edilebilir. Vajinanın şekli, özellikle vajinalin genişliği, en iyi vajinal muayene sırasında değerlendirilir. 3 cm genişliğinde bir vajinal apeks, anterior ve posterior giriş için yeterli genişlik sağlayarak vajinal yaklaşımı kolaylaştırır. ACOG, VH'nin, 12. gebelik haftasının altında, mobil uterusu olan hastalarda endike olduğunu belirtmiştir (Grade: 1B).

## Uterus ile sınırlı olmayan patolojiler

Patoloji uterus ile sınırlı değil ve cerrah uterusun vajinal olarak başarılı bir şekilde çıkarılmasından emin değil ise, öncesinde anatominin eski haline getirilmesi için laparoskopi yapılması önerilir.

Elektif salpingoforektomi yapma kararı, histerektomi tipine bağlı değildir ve VH yapmaya kontrendikasyon oluşturmaz. Over ve fallop tüplerinin VH sırasında çıkarılması, over kanseri gelişme riski yüksek olan kadınlarda önerilmektedir. Zorunlu salpenjektomi, seröz tubal intraepitelyal karsinomun (STIC) ortaya çıktığı BRCA1 veya BRCA2 geni taşıyıcısı kadınlarda önerilmektedir. (Grade: 2B). Bununla birlikte, kanıtlanmamış genetik veya ailesel over kanseri riski olan kadınlarda fallop tüplerinin ve overlerin çıkarılması, vakaların % 40-80'inde gerekli değildir. Premenopozal over kanseri riski düşük olan kadınlarda profilaktik salpingooforektomi yapılmasının osteoporoz ve kardiyovasküler hastalık gelişme riskini arttırması ve düşük sağ kalım oranları ile bağlantılı olduğu bildirilmiştir. Bunu akılda tutarak, yumurtalık hastalığı yokluğunda ve kişisel / aile, meme / yumurtalık kanser öyküsü olmayan hastalarda, iyi huylu uterin patolojilerde yapılan VH sırasında yumurtalıkların rutin olarak çıkarılması riskleri faydalardan ağır bastığından önerilmemektedir (Grade: 2B).

Bu nedenle, VH sırasında overler korunarak profilaktik bilateral salpenjektomi yapılması cerrahi yapılmış 225 kadından 1'ini over kanserinden korumakta ve her 450 kadından birinin over kanserinden ölümünü engellemektedir. Bu yüzden VH sırasında profilaktik salpenjektomi önerilmektedir. (Grade 2B) VH sırasında yumurtalık ve fallop tüplerinin çıkarılma başarısının % 77 ile % 91 arasında değiştiği bildirilmektedir.

VH yapıldıktan sonra, bağırsağın öne gelmesini engellemek için pelvis içine nemli bir kompres nazikçe yerleştirilir. Transekte edilmiş tüp ve utero-ovarian ligament round ligament görülene kadar mediale çekilir, Round ligament daha sonra tutulur, kesilir ve bağlanır. Bu, tuba-over pedikülünün daha fazla inişine izin vererek overin üst ucuna yakın tutulup bağlanmasına olanak verir. Eğer overlerin vajinal yoldan çıkarılabileceğinden şüphe duyuluyor ise LAVH ile başlanmalıdır. Benzer şekilde, eğer VH sırasında overlerin ve tüplerin çıkarılmasında bir problem ortaya çıkar ise laparoskopi yardımı kullanılmalıdır (Grade: 2B).

Selim nedenli histerektomiler için bir algoritma Şekil 1'de gösterilmektedir. ISGE tavsiyelerinin bir özeti VH için aşağıda Panel 2'de sunulmaktadır.

Minimal invaziv yaklaşımlar histerektomi prosedürlerinde AH'ye göre iyi derecede kanıtlanmış avantajlar sunmaktadır. VH'nin yapılamayacağı durumlarda, LH veya açık AH arasında seçim yapılmalıdır. LH bu durumlarda tercih edilen ilk alternatif olmalıdır. 2015 Cochrane incelemesi, RH'nin geleneksel LH'ye göre önemli bir avantaj göstermediği sonucuna varmıştır. Bununla birlikte uterusu ait patolojinin minimal invaziv yaklaşımlara engel olduğu durumlarda AH uygulanabilir. Dolayısıyla, bu rehberler VH eğitimini güçlü bir şekilde desteklerken, gerekli durumlarda LH ve AH'nin de kullanılabileceğini vurgulamaktadır. Klinisyenler vakaları önce iyi bir öykü, fizik muayene ve transvajinal ultrason ile değerlendirerek hangi histerektomi şeklinin en güvenli biçimde uygulanabileceğine karar vermelidirler (Şekil 1). En çok önerilen histerektomi tipi olan VH, asistan eğitimleri arasında bir öncelik olarak düşünülmelidir. Genç jinekologların, VH eğitimi için kıdemli jinekologlar ile birlikte çalışabilmeleri program yöneticileri tarafından düzenlenmelidir.

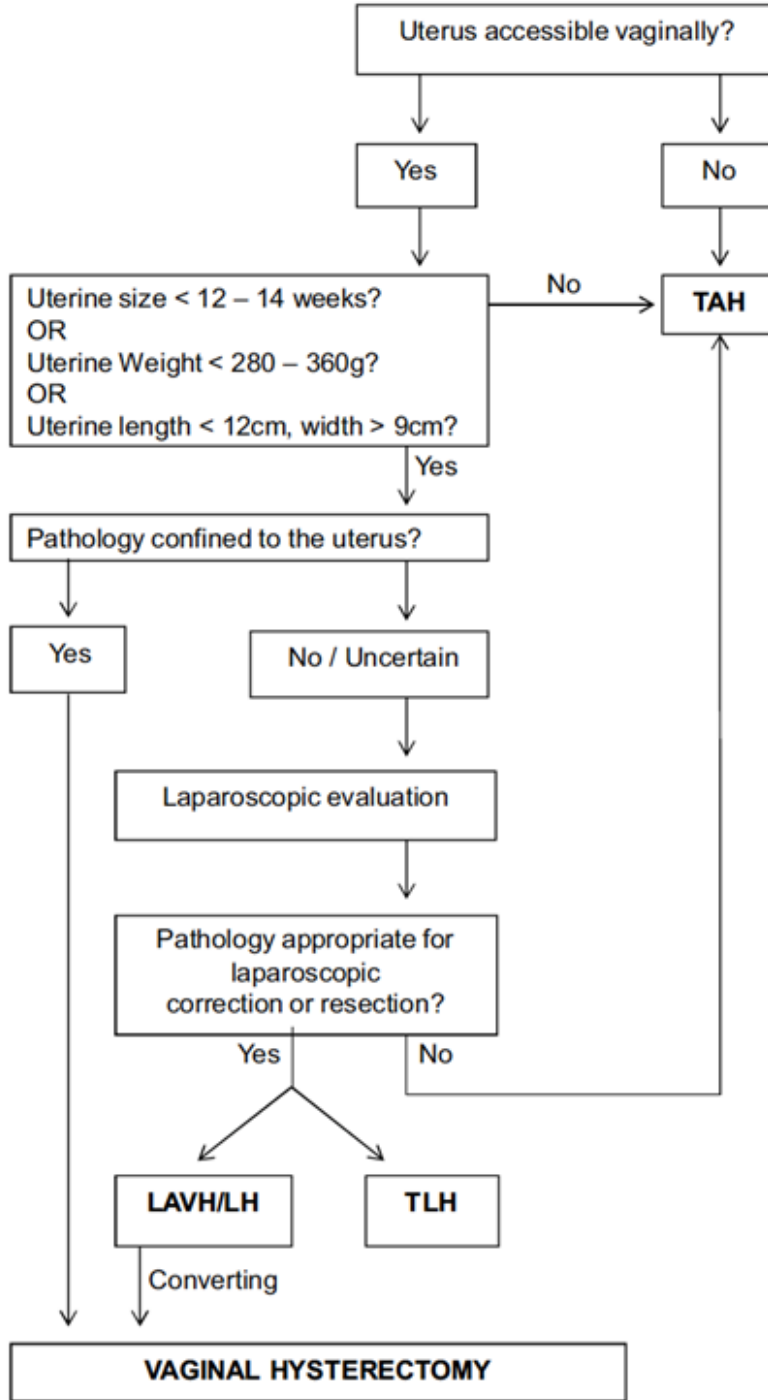
Daha güvenli, az maliyetli ve hızlı iyileşme oranları ve tüm histerektomi tipleri arasında daha az komplikasyon oranları nedeniyle VH yöntemi desteklenmelidir. Cerrahin VH'de daha yetkin olması, LAVH prevalansının azaltılmasına ve laparoskopik yardımın sadece belirli durumlarda gerekli olduğunun fark edilmesini sağlayacaktır.

## Sonuç

Selim uterin patolojilerde histerektomi yapılırken, VH ideal cerrahi yaklaşım olarak düşünülmelidir. Bu öneriler



ile birlikte, abdominal olarak yapılan histerektomilerin azalması sağlanarak vajinal histerektomilerde belirgin bir artış elde edilebilir. Cerrahlar her hastada en iyi yönetim kararına ulaşabilmek için her hastanın özel ihtiyaçlarını ve beklentilerini düşünmeli, bu doğrultuda iyi bir klinik değerlendirme ile operasyon şekline karar vermelidirler.



**Fig. 1.** Determining the route of hysterectomy for benign disease (clinical examination and pelvic ultrasonography-based approach). *Abbreviations:* LAVH, laparoscopic-assisted vaginal hysterectomy; LH, laparoscopic hysterectomy; TAH, total abdominal hysterectomy; TLH, total laparoscopic hysterectomy.

**ISGE Recommendation 1:** The vaginal hysterectomy should be considered as the first choice for benign indications (**Grade 1B**).

**ISGE Recommendation 2:** The laparoscopic approach should be considered when vaginal hysterectomy is contraindicated or not technically possible (**Grade 2B**).

**ISGE Recommendation 3:** Nulliparity, absence of utero-vaginal prolapse, uterine fibroid, previous caesarean sections, as well as premalignant cervical and endometrial disease should not be considered as contraindications to vaginal hysterectomy (**Grade 2B**).

**ISGE Recommendation 4:** The surgeons should pay attention to the clinical factors which facilitate vaginal hysterectomy and optimise patient outcome (**Grade 2B**).

**ISGE Recommendation 5:** Hysterectomy for benign causes is best performed vaginally if the uterus is less than 12 weeks of gestation or  $\leq 280$  g (preoperative clinical and ultrasound estimation, respectively), if accessible vaginally and the pathology is confined to the uterus (**Grade 1B**).

**ISGE Recommendation 6:** In the absence of ovarian disease and personal/family history of breast/ovarian carcinoma, routine removal of the ovaries during vaginal hysterectomy for benign uterine diseases is not recommended as the benefits outweigh the risks (**Grade 2B**); while in women at increased risk of ovarian, breast and bowel cancer, genetic counselling and routine salpingo-oophorectomy during vaginal hysterectomy should be undertaken. LAVH should also be employed in these circumstances (**Grade 2B**).

**Panel 2.** ISGE recommendations for vaginal hysterectomy.

## STRES ÜRİNER İNKONTİNANSIN CERRAHİ YÖNETİMİ - ŞU AN NEREDEYİZ?

Best Practice & Research Clinical Obstetrics and Gynaecology 54 (2019) 31–40



Contents lists available at ScienceDirect

Best Practice & Research Clinical  
Obstetrics and Gynaecology

journal homepage: [www.elsevier.com/locate/bpobgyn](http://www.elsevier.com/locate/bpobgyn)



3

### Surgical management of urinary stress incontinence – Where are we now?



Peter L. Dwyer, Debjyoti Karmakar\*

*Mercy Hospital for Women, Melbourne, Australia*

Özetleyen: **Dr. Cenk Yaşa**

Link <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30503362>

#### Genel Bakış

1990'lı yılların sonlarında kullanıma girdiğinden beri yaklaşık 20 yıldır mid-üretral slingler (MÜS) kadınlardaki stres üriner inkontinansın tedavisinde jinekologlar ve ürologlar tarafından en çok tercih edilen cerrahi yöntem olmuştur. Geleneksel otolog slingler ile en önemli farkları trokar iğnelerinin kullanılması sayesinde küçük insizyonlar yolu ile uygulama ve yerleşim yeri olarak mesane boynu yerine mid-üreye uygulanması olmuştur. Burch prosedürü MÜS'ler kullanıma girmeden önce klinisyenler tarafından en çok tercih edilen yöntem olmuştur. Bu yöntem açık veya laparoskopik olarak retropubik boşluktan yapılmakta olup güvenli ve etkin bir işlemdir. 1998 yılında MÜS'lerin kullanıma girmesiyle birlikte daha az disseksiyonun yapıldığı, daha az postoperatif komplikasyon, ağrı, hastanede kalış süresi olduğu gözlemlendiğinden beraberinde kolposüspansiyon oranlarında düşüş eşlik etmiştir. Hem klinik çalışmalarda hem de günlük pratikte etkinliği ve güvenilirliği kanıtlandığından günümüzde kadınların stres üriner inkontinans şikayetlerinin cerrahi tedavisinde en çok kullanılan yöntem MÜS'lerdir.

Özellikle Amerika Birleşik Devletleri'nde etkinlik ve güvenilirliğin düşük olduğu kanıtlar olmasa da, medikolegal nedenlerden ötürü sentetik meşlerin baskınlığı son zamanlarda zorlanmaya başlandı. Bununla birlikte hem medyada hem de sosyal medya da sentetik meşlerin hem prolapsus cerrahisinde hem de stres üriner inkontinans cerrahisinde kullanımı ile ilgili kafa karıştırıcı bilgiler yer almaktadır. Bu nedenle günümüzde bir sürü şirket sentetik meş üretimini durdurmuş olup, sentetik meşlerin kullanımı ile ilgili daha sıkı yasal kısıtlamalar karşımıza çıkmaktadır. Bu olumsuz tanıtımın sonucunda sentetik meşlerin kullanımı günümüzde bazı ülkelerde ciddi bir azalma ile birlikte gösterirken, ilginç olarak bu azalmaya diğer geleneksel yöntemler veya enjeksiyon ajanlarının kullanım artışı eşlik etmemiştir.

Hangi cerrahi yöntemin seçileceği klinik duruma göre değişkenlik gösterirken, tek bir cerrahi tüm hasta guruplarına uygunluk göstermemektedir. Bu olumsuz tanıtımın sonucunda, hastalarda MÜS dışı tedavi yöntemlerini tercih etmek isteyebileceklerinden klinisyenlerin Burch kolposüspansiyon, fasyal puboüretral sling ve üretral bulky ajan enjeksiyonlarına aşina olmaları gerekmektedir.

## Midüretal Slinglerin Gelişimi

Slinglerin yerleşim yeri ve ne zaman geliştiğine göre slingler üç ana guruba ayrılmaktadır. Petros ve Ulmsten'in çalışmalarına dayanan retropubik MÜS (TVT) ile vaginal yoldan pubik simfizisin arkasından geçilerek 2 küçük suprapubik insizyon yardımı ile sling midüretaya yerleştirilmektedir. Diğer yöntem transobturator tape (TOT) olarak kullanıma 2001 yılında Delorme tarafından geçirilmiş olup obturator foramenlerden geçilerek midüretaya sling yerleştirilmektedir. Daha sonra 2003 yılında Delorme'nin dıştan içe yöntemine karşılık olarak De Leval içten dışa yöntemini tarif etmiştir. TVT'e göre bu 2 transobturator yaklaşım hem mesane, hem barsak, hem de majör damar yaralanmalarını azaltmıştır. Ayrıca üretraya geniş hamak tarzı desteği sayesinde ile hem de novo urge inkontinans oranları hem de işeme disfonksiyonu daha az görülmektedir. Üçüncü jenerasyon slinglerde tek insizyon ile vaginadan meş midüretaya yerleştirilirken ya obturator fasyaya ya da kasa sabitlenir, bu meşlerin çıkış delikleri yoktur. 2017 yılındaki sling kullanımları incelendiğinde slinglerin % 45'i TOT, %43'ü TVT, % 12'si de minisling olarak uygulanmıştır. TVT ve TOT'a bakıldığında hem hastaların hem de doktorların gözünde uzun dönem süren popülaritesi gerçek dünyadaki hem güvenilirliğini hem de etkinliğini göstermektedir.

## Retropubik (TVT) slinge karşı TOT

### MÜS etkinliği

TVT ve TOT slingleri bir çok randomize kontrollü çalışmada ve meta-analizlerde karşılaştırılmıştır. Bu çalışmalar sonucunda her iki yöntem arasında objektif ve sübjektif kür oranlarında anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır. Ford ve arkadaşları tarafından yapılan Cochrane derlemesinde 12 ay veya 1-5 yılın altındaki değerlendirmede iki grup arasında anlamlı bir fark bulunmamasına karşın, uzun dönem değerlendirme için daha uzun süreli değerlendirmeleri bulunan çalışmalara ihtiyaç duyulduğu belirtilmiştir. Fusco ve arkadaşlarının yapmış olduğu derlemede (Fusco F, Abdel-Fattah M, Chapple CR, Creta M, La Falce S, Waltregny D, et al. Updated systematic review and meta-analysis of the comparative data on colposuspensions, pubovaginal slings, and midurethral Tapes in the surgical treatment of female stress urinary incontinence. Eur Urol 2017 Oct;72(4):567-91) TOT işlemi ile TVT'ye göre daha düşük objektif ve sübjektif kür oranları bulunsa da geleneksel işlemler ile karşılaştırıldığında, hem daha etkin hem de daha güvenilir olduğu belirtilmiştir. Yine TVT daha iyi kontinans oranları göstermesine karşın hem intraoperatif hem de postoperatif daha yüksek komplikasyon oranları ile birliktelik göstermektedir.

Uzun dönemli çalışmalar incelendiğinde genel olarak stres inkontinans sonrası reoperasyon oranı %10 olarak verilmektedir. Pubovaginal sling, TVT ve Burch kolposüspansiyon sonrası reoperasyon oranları %6 iken, TOT sonrası bu oran %9'a, bulky ajan enjeksiyonu sonrası ise %44 olarak görülmektedir. TVT'e kıyasla TOT operasyonunda 2 kat daha fazla tekrar operasyon geçirme riski bulunmaktadır.

## Operatif riskler ve komplikasyonlar

Mesane perforasyonu, pelvik hematoma ve işeme semptomları TOT'ta daha az görülmektedir. Vaginal perforasyon ve kasık ağrısı ise TOT operasyonundan sonra daha sık görülmektedir. Vaginal meş görülmeleri ile de novo urgensi oranları birbirlerine benzer bulunmuştur.

Mesane perforasyonu TVT ile daha sık görülmektedir. Bu komplikasyon ile özellikle cerrahın öğrenme eğrisinin başlangıç evresinde daha fazla karşılaşılmaktadır. Bunun yanı sıra daha önce geçirilmiş sezaryen, kolposüspansiyon, BMI 30 kg/m<sup>2</sup>'nin altında olması, lokal anestezi kullanılması ve rektosel varlığı da riski arttırmaktadır. Herhangi bir MÜS operasyonu sonrasında alt üriner sistemin bütünlüğü rutin sistoüretroskopi ile değerlendirilmelidir. Gözden kaçan bir mesane perforasyonu ağrı, irritatif mesane semptomları, tekrarlayan idrar yolu enfeksiyonları ve taş oluşumuna yol açmaktadır.

Meşin vaginaya çıkması MÜS'lerin uygulamasından sonra %2-3 oranında görülmektedir. Her ne kadar bu risk düşük olsa da hem morbidite nedeni olabilmekte hem de dava açılmasına yol açabilmektedir. Daha yaşlı, sigara içen, tekrarlayan vaginal ve inkontinans cerrahisi geçiren hastalarda risk daha fazla görülmektedir. Lokal olarak vaginaya geçen meşin çıkarılması ve vaginanın kapanması ya da slingin korunarak sadece vaginanın kapatılması tercih edilen cerrahi tedavilerdir. Vaginal slingin çıkartılarak tamir edildiği vakalar genellikle daha



başarılı olmaktadır.

MÜS'ler sonrasında görülen urgensi inkontinansın persiste etmesi ya da de novo olarak ortaya çıkması bu cerrahi sonrası görülen en önemli hoşnutsuzluk nedenidir. Özellikle mikst tipte üriner inkontinansı olan hastalarda kür oranları pür stres inkontinansa göre daha düşüktür. İntrinsik sfinkter yetmezliği, daha önceki inkontinans veya prolapsus cerrahisi olması, yine cerrahi öncesi aşırı aktif mesane semptomları olması aşırı aktif mesane semptomlarının devamı için en önemli risk faktörleridir.

### ***Intrinsik sfinkter yetmezliği***

Kötü üretral fonksiyon olarak tanımlanan Valsalva kaçak basıncının 60 cmH<sub>2</sub>O ve/veya maksimal uretral kapanma basıncının 20 cmH<sub>2</sub>O'dan düşük olduğu hastalarda daha ciddi inkontinans mevcut olup, cerrahi başarısı daha düşük olarak beklenmektedir. Bu hastalarda MÜS seçimi halen tartışmalıdır. Ancak bu hastalarda TVT seçimi daha iyi objektif ve sübjektif kür oranları ile birlikteyken, daha az re-operasyon oranı bildirilmektedir.

### ***Tek insizyonlu Minislingler***

Bu slingler üretra altına vaginal yoldan ya TOT işlemini takip eden yoldan obturator fasyayı delmeden obturator internus kasına ya da TVT yolundan giderek retropubik yoldan ürogenital diyaframa sabitlenir. Bu sayede çıkış delikleri olmadan yerleştirilebilmektedir. Retropubik alana girilmemesi, daha az kasık ağrısına neden olması ve yerleştirilmesi için tecrübe gerektirmemesi en önemli avantajlarıdır.

Piyasadaki tüm minislinglerin kendilerine ait yerleştirme sistemleri vardır. Çalışmaların çoğu en az güvenli tutunma mekanizması olan TVT-Secur ile yapılmıştır. Minislinglerin standart MÜS'ler ile karşılaştırıldığı derlemede minislingler daha düşük etkinlikte bulunmaktadır. Ancak bu başarısız minislinglerin yer aldığı çalışmaların dışlandığı derlemelerde minislinglerin başarısı standart MÜS'ler ile benzerlik göstermektedir. Özellikle intrinsik sfinkter yetmezliği olan, obez ve daha önce başarısız inkontinans cerrahisi geçirenlerde başarısız olma ihtimali daha yüksektir.

### ***Kendi kendine yapılan slingler***

Bu askılar polipropilen meşlerden kesilip tekrar kullanılabilen sterilize edilmiş trokarlar yardımı ile standart TOT veya TVT gibi uygulanmaktadır. Gelişmekte olan ülkelerde ticari kitlerin yüksek maliyeti nedeniyle yerleştirilen slinglerin çoğunluğunu bu yöntem oluşturmaktadır. Bu yöntemin genel kullanıma girmesi için uzun dönemli randomize kontrollü çalışmaların olması gerekmektedir.

### ***Stres üriner inkontinans için vaginal lazer tedavisi***

Lazer diğer ürogenital semptomların tedavisinde olduğu gibi stres üriner inkontinans tedavisinde de yaygın olarak kullanılmaktadır. Erbium YAG ve CO<sub>2</sub> ile yapılmış tek merkezli, küçük gruplu, kısa dönem çalışmalar sonucunda %62-78 oranında iyileşme bildirilmektedir. Vaginal ısı artışı, akıntı ve geçici urge inkontinans gibi hafif yan etkiler bildirilmektedir. Ancak tedavinin etkinliği ve güvenilirliğinden bahsedebilmek için prospektif olarak karşılaştırmalı çalışmaların yapılması gerekmektedir.

### ***MÜS'ler ile diğer geleneksel inkontinans işlemlerinin karşılaştırılması***

Meşler aleyhine yapılan yayınlar sonucunda hastalar ve hastane yöneticileri diğer yöntemleri daha fazla sorgulamaktadır. Bu yöntemler arasında Burch kolposüspansiyonu, Bulky ajan enjeksiyonu, karın duvarından ya da bacadan alınan fasya dokuları ile yapılan fasyal puboüretal slingler bulunmaktadır.

Ogah ve arkadaşlarının yaptığı 2015 Cochrane derlemesinde TVT ve Burch operasyonunun karşılaştırıldığı 6 çalışma sonucunda TVT ile daha az perioperatif komplikasyon, daha az ağrı, daha kısa ameliyat süresi ve hastanede kalış süresi bildirilirken, daha çok sayıda mesane perforasyonu bildirilmiştir. Uzun dönemli çalışmalar incelendiğinde pubovaginal sling, TVT ve Burch kolposüspansiyon sonrası reoperasyon oranları %6 iken, TOT sonrası bu oran %9'a, bulky ajan enjeksiyonu sonrası %44 olarak görülmektedir. 12 yıllık çalışmaların sonucunda Burch işlemi sonrasında hem prolapsus hem de inkontinans için cerrahi geçirme riski 3 kat daha yüksek bulunmuştur.

# TJODist Bülteni

MÜS'lerin uzun dönem etkinliği Burch kolposüspanسیون ve fasyal pubovaginal slingler kadar iyi olarak bulunmuştur.

## **Üretral bulky edici ajanlar**

Günümüzde bulky ajanlar kısa süreli etkinlik ve inkontinansı sürdürmek için tekrarlayan enjeksiyonlar ile birliktelik göstermektedir. Yeni ajanların daha etkin olduğu ile ilgili çalışmalar gelmektedir.

## **Sonuç**

Her ne kadar uzun dönem sonuçlar ele alındığında ve tekrarlayan stres üriner inkontinans ile intrinsik sfinkter yetmezliği gibi başarısızlık şansı yüksek olan hastalarda TVT işlemi daha başarılı görünse de TOT işlemi yüksek memnuniyet ve kullanım oranı ile birliktelik göstermektedir. Bu muhtemelen viseral yaralanma ve kanama riskleri nedeni ile retropubik alandan kaçınılması isteği nedeniyle. Özellikle tecrübesiz ve daha az vaka yapan cerrahlar TOT ve minislingleri iyi başarı oranları nedeni ile TVT'e göre alternatif olarak ellerinde tutmaktadır. Hem primer hem de tekrarlayan üriner inkontinansın cerrahi tedavisini belirlemek amacıyla uzun takip süreli ve karşılaştırmalı çalışmalara ihtiyaç vardır.

## **Uygulama noktaları**

- **Stress üriner inkontinans için cerrahi seçeneği MÜS'lerdir.**
- **İntrinsik sfinkter yetmezliği olan hastalarda daha uzun ve daha etkin çalışması beklenen metot TVT'dir.**
- **MÜS komplikasyonları cerrahın deneyimi le yakın ilişki göstermektedir.**
- **TVT ve TOT için kısa dönem başarı oranları eşit olmakla beraber, uzun dönem etkinlik ile tekrarlayan stress üriner inkontinans ve intrinsik sfinkter yetmezliği gibi başarısızlık ihtimali yüksek olan hastalarda TVT ön plana çıkmaktadır. TVT ile özellikle mesane perforasyonu gibi viseral organ yaralanmaları daha fazla izlenmektedir.**
- **MÜS'leri de içeren olumsuz meş kampanyaları nedeni ile bulky ajanlara ilgi artmıştır.**

## JİNEKOLOJİK KANSERLERDE TARAMA VE ÖNLEME

Cancer Screening and Prevention Highlights in Gynecologic Cancer.  
Staples JN, Duska LR. Obstet Gynecol Clin North Am. 2019 Mar;46(1):19-36.

Özetleyen: **Dr. Engin Çelik**

Link <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30683264>

### Endometrial kanser

Gelişmiş ülkelerde en sık görülen jinekolojik kanserdir kümülatif yaşam boyu endometrium kanser gelişme riski %2,9'dur. Endometrium kanseri farklı genetik, moleküler ve klinikopatolojik özellikleri olan iki gruba ayrılmaktadır.

Endometrioid adenokanserler (tip 1) endometrial kanserlerin %80-90'nını oluşturmaktadır. Bu tipteki kanserlerde başvuru esnasında uterusu sınırlı hastalık izlenirken prognozları da daha iyi olmaktadır. Tip 2 endometrium kanserler ise yüksek gradlı endometrioid, seröz, karsinosarkom ve undifferansiye tümörlerden oluşmaktadır. Tip 2 kanserler ölümlerin %40'ından sorumludur.

Tip 1 endometrium kanseri karşılanmamış estrogen maruziyetine bağlı oluşmaktadır. Yirmidört epidemiyolojik çalışmanın sonucunda parite, oral kontraseptif (OKS), sigara kullanımı, menarş yaşı ve diyabet tip ve 2 tümörlerde benzer etkisi gözlenirken vücut kitle indeksi (VKİ) tip 1 tümörleri daha fazla etkilemektedir.

### Kalıtımsal genetik riskler

Endometrial kanserlerin %5'i herediterdir. En sık kalıtımsal endometrium kanser nedeni herediter nonpolipozis kolorektal kanserdir (HNPCC-Lynch sendromu). Lynch sendromu mismatch tamir genleri olan MLH-1, MSH-2, MSH-6 ve PMS-2'de germline mutasyon sonucu oluşmaktadır. Yüksek kolorektal, endometrial ve over kanser riski mevcuttur. Birçok çalışmada kadınlarda endometrium kanser riski kolorektal kanserden daha yüksek olduğu ve yarısından fazlasında jinekolojik kanserlerin öncül kanser olduğu gösterilmiştir. Lynch sendromu olanların hayat boyu %50-70 endometrium ve %9-12 over kanser gelişme riski mevcuttur.

### Endometrium kanser tarama testleri

Asemptomatik kadınlarda standart bir tarama yöntemi yoktur. Semptomatik kadınlarda endometrium dokusu örnekleme ve transvajinal ultrason kanser değerlendirilmesinde kullanılabilir. Ofis endometrial biopsi %99,6 saptama oranına sahiptir.

### Düşük riskli bireylerde tarama

Çalışmalar ultrasonun asemptomatik kadınlarda yüksek yanlış pozitif sonuçlar ile istenmeyen biyopsilere neden olduğu saptanmıştır. ACOG asemptomatik kadınlarda insidental saptanan endometrium kalınlaşmasında daha ileri araştırmaların yapılmamasını önermektedir. Daha ileri inceleme obezite, diyabet ve geç menopoz gibi risk faktörü olanlarda daha ileri inceleme önerilmektedir. Tamoksifen kullanan kadınlarda endometrium kanser riskini arttırdığı anlatılmalıdır. Semptomlar izlenmelidir.

Asemptomatik hastalarda doku örnekleme 1. Granüloza hücreli tümörlerde uterus korunacaksa 2. Epitelyal over kanserli hastalarda fertilitte korunacaksa 3. Uterusu olan Lynch sendromlularda yapılmalıdır.

### Yüksek riskli bireylerde tarama

Lynch sendromunda tarama uzman görüşüne dayanmaktadır. Yüksek riskli hastalarda bile transvajinal ultrason (TV USG), histeroskopi ve endometrial biyopsisinin yararı kanıtlanamamıştır. Taramanın başlama yaşı da tartışmalıdır. Endometrium kanseri riski 40 yaşında sonra artmaktadır. Lynch sendromlularda ortalama tanı

# TJODist Bülteni

yaşı 46'dır. Kanser genetik konsorsiyumunun tarama kılavuzunda Lynch sendromlularda 30-35 yaş veya ailede saptanan Lynch sendromuna bağlı kanserlerden 5-10 yıl öncesinden başlayarak yıllık endometrial örnekleme ve TV USG önerilmektedir. ACOG 30-35 yaşından başlayarak 1-2 yılda bir endometrium biyopsisi önermektedir. TV USG'nin amacı over kanserinin taramasıdır.

## Önleme

Sağlıklı kilo düzeyi, aktif yaşam tarzı, optimal tansiyon ve glukoz kontrolü sağlanmalıdır. Menopozda karşılanmamış estrogen kullanılmamalıdır. OKS, depo medroksiprogesteron ve levonorgestrelli RİA endometrium kanseri gelişme riskini azaltmaktadır. OKS ile %50 endometrium ve over kanser gelişme riskini azalttığı gösterilmiştir. En az 1 yıllık OKS kullanımı yaşa bağlı %0,6 risk azalmasına neden olduğu ve bu etkinin kullanımın kesilmesinden 15 yıl sonra dahi devam ettiği gösterilmiştir. Bu koruyucu etki histoloji, doz ve progesteron tipinden bağımsızdır. Norwegian Women and Cancer araştırmasına göre levonorgestrel salgılayan RİA'nın endometrium kanser riskini %78 azalttığı gösterilmiştir.

Lynch sendromlu bireylerde profilaktik histerektomi ve bilateral salpingooferektominin 40 yaşında veya çocuk istediğinin tamamlanmasıyla yapılması anlatılmaktadır. Maliyet uygunluk analizinde profilaktik histerektomi ve BSO'nun taramadan daha maliyet etkin bir strateji olduğu gösterilmiştir. Son olarak tümörün mikrosatellit instabilite açısından immünohistokimyasal yöntemlerle taranması önerilmektedir.

## Uterus sarkomları

Uterus kaynaklı tümörlerin %9'unu oluşturmaktadır. Leiomyosarkom (en sık), endometrial stromal sarkom, undifferansiye ve adenosarkomlardan oluşmaktadır. Yüksek estrojene maruziyet, tamoksifen kullanımı ve pelvik radyoterapi risk faktörleridir.

Leiomyosarkomların ofis endometrial biyopsisi ile saptama oranı düşüktür. FDA şüphelenilmeyen morsellasyonlarda uterus sarkomunu bulunması riskinin 1/352 olduğunu belirtmektedir. 2015'te yapılan 133 çalışmalık meta-analizinde ise bu oran 1/1960 olarak saptanmıştır.

## Over kanserleri

Malign over kanserleri epitelyal, stromal veya germ hücrelerden kaynaklanabilir. Germ hücreli over tümörlerinin çoğunluğu 20 yaş altında görülür. Epitelyal over kanserleri tüm over tümörlerinin %75'ini ve kanserlerinin %90-95'ini oluşturur. Epitelyal tümörler over yüzey hücresi, tubalar veya peritondan gelişebilir. Daha agresif olan yüksek gradlı seröz ve undifferansiye tümörler over kanserlerinin %75'inin ve ölümlerin %90 sebebidir. Over kanser tanısı çoğunlukla evre 3 veya 4'te (%70) konulmakta ve 5 yıllık sağ kalım oranı %39 ve %16 olmaktadır.

Kesintisiz ovulasyon teorisi her ovuluar siklusta oluşan yüzey epitel hasarının mutasyonlara neden olduğunu öne sürmektedir. Erken yaşta menarş, geç yaşta menopoz ve nulliparitenin over kanser riskini arttırdığı bilinmektedir. Sigara musinöz kanser riskini artırırken berrak ve endometrioid tip over kanser riskini zayıf da olsa azaltmaktadır.

Endometriozis düşük gradlı seröz, endometrioid ve berrak hücreli over kanser riskini arttırmaktadır. Tubal ligasyon endometrioid ve berrak hücreli over kanserine karşı yüksek koruyuculuk, musinöz ve yüksek gradlı over kanserine karşı zayıf koruyuculuk gösterirken düşük gradlı seröz kanserlere karşı koruyucu etkisi yoktur. Hormon replasman tedavisi yüksek gradlı seröz kanser riskini arttırmakta vücut kitle indeksi artışı musinöz kanser riskini arttırmaktadır.

## Kalıtımsal genetik riskler

Over kanserlerinin %23'ü genetik predispozan faktörlerle ilişkilidir. BRCA 1-2, BRİP1, RAD51D, ve Lynch sendromu herediter over kanserlerinin başlıca nedenleridir. BRCA-1 mutasyonu olan kadınlarda 70 yaşına kadar %39-46 over kanser gelişme riski ve BRCA-2 mutasyonu olanlarda ise bu risk %10-27'dir.



## Over kanseri tarama testleri

Düşük spesifitesi de olsa CA 125 over kanseri taramasında en sık değerlendirilen serum belirteçidir. FDA over kanseri tedavisinin izlenmesi, rezidüel veya nüks hastalığın tespitinde kullanımını önermektedir. İleri evredeki hastaların %90'ında ca125 yüksek iken evre 1'deki hastaların %50'sinde yüksek saptanmaktadır. TV USG'de taramada umut vaat eden görüntüleme yöntemidir.

## Düşük riskli bireylerde tarama

Genel popülasyonla benzer riskte olan bireylerde over kanser taraması önerilmemektedir. UKCTOCS çalışmasında 202.608 kadın takip, CA 125 ve TV USG ile tarama ve yalnız TV USG ile tarama olarak 3 gruba ayrılarak takip edildiler. Over kanseri teşhisinde farklılık saptanmazken yazarlar multimodal taramadaki hastaların daha erken evrede saptandığını öne sürmektedirler. Tarama ile mortalite azalmamaktadır.

## Bilinen genetik mutasyonu olan bireylerde tarama

Yüksek riskli genetik mutasyonu olan kadınlarda tarama ile hastalığın erken teşhis edilmesini gösteren veri bulunmasa da bu kadınlar genetik danışmaya yönlendirilmeli ve over kanser taraması erken yaşta başlanmalıdır. NCCN Lynch sendromu olan kadınlarda 30-35 yaşından başlayarak her 6 ile 12 ayda bir CA 125 ve pelvik ultrason taraması önermektedir. BRCA mutasyonu olan kadınlarda veya kişisel veya ailesel over kanser hikayesi olanlarda CA 125 ve TV USG ile over kanser taraması genelde tavsiye edilmemektedir. ACOG yüksek over kanseri riski olan bireylerde CA 125 ve TV USG 'nin yalnızca kısa bir süre için kullanılabileceğini belirtmektedir. Bu tarama yöntemi 30-35 yaşından başlayarak risk azaltıcı BSO'ya kadar kullanılabilir.

## Önleme

Kalıtımsal yüksek riskli kadınların tanınması en önemli risk azaltıcı yöntemdir. Lynch sendromu değerlendirilmesi herediter meme ve over kanser sendromundan farklı olarak tümörün değerlendirilmesi ile yapılabilir. Mismatch tamir proteinlerinin yokluğu immünohistokimya ile değerlendirilir. BRCA mutasyonu olanlarda risk azaltıcı BSO en etkili over kanseri önleme stratejisidir.

Meta-analizlere göre BRCA 1 ve 2 mutasyonu olanlarda BSO ile over-tuba-periton kanser riski %80 oranında azalmaktadır. Ayrıca BSO BRCA 1 ve 2 mutasyonu olanlarda genel ölüm oranını da azaltmaktadır.

ACOG BRCA 1 ve 2 mutasyonu olanlarda BSO'nun 40 yaşında yapılmasını önermektedir. Yalnızca bilateral salpenjektomi yapılması günümüzde önerilmezken bu konuda çeşitli araştırmalar yapılmaktadır.

Düşük riskli kadınlarda bilateral tubal ligasyonun azalmış over kanser riski ile ilişkili olduğu gösterilmiştir. Bu etki özellikle endometrioid ve berrak hücreli kanserlerde daha belirgindir. 5.7 milyon kadının yer aldığı bir İskandinav çalışmasında salpenjektomi ile over kanser riskinde anlamlı azalma (HR=0,65) sağlandığı gösterilmiştir. Tek taraflı salpenjektomi ile bilateral salpenjektomi arasında %50 fark saptanmıştır (HR: 0,35 vs 0,71). Bu ve benzeri deliller neticesinde benign jinekolojik cerrahiler esnasında oportunistik salpenjektomiyi bir çok ulusal ve uluslararası cemiyet önermektedir.

OKS'ler düşük ve yüksek riskli kadınlarda over kanseri riskini %40 ile 60 oranında azalttığı saptanmıştır. BRCA mutasyonlu kadınlarda OKS'nin meme kanseri riskini arttırdığına dair bazı çelişkili çalışmalar da bulunmaktadır.

## Serviks kanseri

Serviks kanseri tüm dünyada en sık görülen jinekolojik kanserdir. Yaklaşık %85'i gelişmemiş ülkelerde görülmektedir. Yüksek oranların görüldüğü ülkeler tarama ve aşılamanın olmadığı ülkeler olmaktadır. Skuamöz tip %70, adenokanser %25 ve nöroendokrin ve diğer az rastlanan histolojik tiplerde %5 oranında görülmektedir. Son 50 yılda skuamöz histoloji azalırken özellikle genç kadınlarda olmak üzere adenokanser insidansı artmaktadır. En önemli risk faktörü HPV'dir. Diğer risk faktörleri ise sigara kullanımı, düşük sosyoekonomik düzey, çok eşlilik, erken yaşta cinsel ilişki, yüksek parite, seksüel geçişli hastalıklar ile koenfeksiyon ve immün yetmezlik durumlarıdır.

# TJODist Bülteni

En az 200 farklı HPV tipi tanımlanmıştır. Yaklaşık 40 tipin genital bölgeyi etkilediği gösterilmiştir. 15 tipinin onkogenik özelliği mevcuttur. (16, 18, 31, 33, 35, 39, 45, 51, 52, 56, 68, 73 ve 82). HPV serviks kanserlerinin %99,7'sinde saptanmaktadır. Anal kanserlerin %90'ı, vajinal – vulvar ve orofarinjeal kanserlerin %70'inde, penis kanserlerin %60'ında saptanmaktadır. Çoğu HPV enfeksiyonu geçicidir. %90'ından fazla yeni HPV enfeksiyonu geçicidir ve 2 yıl içerisinde temizlenmektedir. Tipik olarak temizlenme ilk 6 ay içerisinde olmaktadır.

## Serviks kanseri tarama testleri

Günümüzde taramada PAP testi ve HPV testi kullanılmaktadır. Kanser veya displazinin kesin teşhisi için histolojik doku biyopsisi gerekmektedir. PAP testi transformasyon alanından dökülen hücrelerin sıvı bazlı veya konvansiyonel yöntemler aracılığıyla değerlendirilmesidir. Her iki yöntem de taramada kullanılabilir. Sıvı bazlı tarama ile kanama veya inflamasyonu olan kadınlarda daha yüksek oranda yeterli spesimene sahip olunmaktadır. Ayrıca sıvı bazlı tarama ile eş zamanlı HPV testi ve klamidya-gonore testi yapılabilmektedir. FDA onaylı birçok HPV testi bulunmaktadır. Çoğu 13 – 14 HPV tipini tespit edebilmektedir. HPV test endikasyonları 1. ASCUS sitoloji sonucunda refleks test olarak 2. 30 – 65 yaş arasında sitolojiye ek olarak kanser taramasıdır.

## Genel popülasyonda tarama

Amerika'da tarama 21 yaşında başlanması önerilmektedir. ASCCP 30 yaşına kadar 3 yıl arayla PAP test taraması önermektedir. 30 yaşından sonra 3 yıl arayla PAP test yapılması kabul edilebilir seçenek olsa da 5 yıl arayla HPV ve PAP testin birlikte kotest olarak kullanılması önerilmektedir. (Editörün notu: Beş yılda bir yalnızca HPV ile tarama da hem T.C. Sağlık Bakanlığı hem de United States Preventive Services Task Force tarafından önerilen tarama stratejilerinden birisidir.) Uygun taraması olan ve CİN2 ve üstü lezyon geçirmiş olmayan kadınlarda tarama 65 yaşından sonra kesilmelidir.

## Önleme

HPV aşılması serviks kanseri primer korunmasında anahtar yöntemdir. 2006 yılında FDA dördüncü aşı gardasil ilk koruyucu aşı olarak onaylamıştır. 2010 yılında cervarix ve 2014 yılında Gardasil9 FDA tarafından onaylanmıştır. Gardasil9 HPV 6, 11, 16,18, 31, 33, 45, 52 ve 58'e karşı koruma sağlamaktadır. Sıfır, 1-2.ay ve 6.ayda aşılarda uygulanmaktadır. Ekim 2016'da FDA 9 ile 14 yaş arasında iki dozlu uygulamayı kabul etmiştir. Gardasil 9 ekim 2018'de FDA tarafından 9 ile 45 yaş arasında kadınlarda ve erkeklerde kullanılabileceğini kabul etmiştir. HPV aşısı olan bireylerde aynı kılavuzlar eşliğinde tarama yapılmaktadır.

## Vulvar ve vajinal kanserler

Vulvar kanserler tüm jinekolojik kanserlerin %5'ini oluşturmaktadır. Vajinal kanserler ise yalnızca %1-3'ünü oluştururlar. Vulva ve vajina kanserleri serviks kanseri ile benzer risk faktörleri ile ilişkilidirler. Asemptomatik düşük riskli kadınlarda tarama ile ilgili kanıt bulunmamaktadır. Dördüncü ve dokuzlu HPV aşısı ile vulvar ve vajinal lezyonlarda %97-100 oranda efektif olduğu gösterilmiştir.

Vulvar dermatolojik bozukluklar özellikle lichen sklerozisin uygun tedavisi ile kanser riski azaltılabilir. Buna ek olarak cinsel ilişki yaşının geciktirilmesi, çoğul seksüel partnerden kaçınma, güvenli cinsel pratik ve sigaranın kesilmesi bu tip kanserlerin engellenmesinde yardımcı olmaktadır.

## UTERİN İSTMOSSEL TEDAVİSİ, SEZARYEN SKAR ALANINDA KESE BENZERİ DEFEKT



### Review Article

### Treatment for Uterine Isthmocele, A Pouchlike Defect at the Site of a Cesarean Section Scar

Antonio Setubal, MD, João Alves, MD, Filipa Osório, MD, Adalgisa Guerra, MD, Rodrigo Fernandes, MD, Jaime Albornoz, MD, and Zacharoula Sidiropoulou, MD

*From the Hospital da Luz, Lisboa, Portugal (Drs. Setubal, Alves, Osório, and Guerra), Instituto do Câncer da Cidade de São Paulo/Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo Instituto do Câncer do Estado de São Paulo, São Paulo, Brazil (Dr. Fernandes), Clínica Las Condes, Santiago, Chile (Dr. Albornoz), and General Surgery Department, Hospital São Francisco Xavier, Centro Hospitalar Lisboa Ocidental, Lisboa, Portugal (Dr. Sidiropoulou).*

Özetleyen: **Dr. Sinem Ertaş**

Link <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=setubal+guerra+isthmocele>

### Özet

İstmosel; geçirilmiş sezaryen operasyonuna bağlı uterus anterior duvarında içi sıvı dolu kese şeklinde oluşan defektir. Prevalansı %19 ile %84 arasında değişmektedir. Sezaryen sonrası dehisens durumuna farklı tanımlamalar getirilse de bu yazıda- istmosel olarak adlandırılacaktır. Hastaların çoğunluğu asemptomatiktir, fakat tipik semptomlar aralıklı anormal vajinal kanama, ağrı ve infertilitedir. İstmoselle bağlı gebelik komplikasyonları ise dış gebelik, düşük implantasyon, ve uterin rüptürdür. MRI ve transvajinal ultrason altın standart tanı yöntemleridir. İstmoselin cerrahi tedavisi halen tartışmalı olsa da semptomatik kadınlarda ve gebelik istemi olan hastara cerrahi tedavi önerilmelidir. Cerrahi yaklaşım tedavi seçeneği olarak tercih edildiğinde, istmoselin karakterine ve cerrahın tecrübesine bağlı olarak laparoskopi yardımlı histeroskopi, sadece histeroskopi ya da vajinal onarım tercih edilebilir.

Dünya Sağlık Örgütü yaklaşık 30 yıldır artmış sezaryen oranları konusunda uyarılarda bulunmaktadır ve önerilen maksimum cerrahi müdahale oranı %15'tir. Amerika Birleşik Devletleri'nde ise 1996'dan 2007'ye kadar geçen sürede sezaryen oranı %50 oranında artmıştır. Brazilya'da raporlanan sezaryen oranı %45 iken özel pratikte bu oran %81'lere ulaşmaktadır. Fiziksel ve psikolojik sağlık, sosyal ve kültürel konular ve maternal bakım kalitesi değerlendirildiğinde doğum metodunun seçimi kompleks bir konudur. Fakat hastaların hem vajinal hem de sezaryen ile doğum konusunda ayrıntılı olarak bilgilendirilmesi zorunludur. İstmosel; diğer tanımlamalarla niş, sezaryen skar defekti ya da sezaryen skar dehisensi, ilk defa 1995'te Morris tarafından tanımlanmıştır, 2003 yılında ilk kez Jacobson tarafından laparoskopik olarak tedavi edilmiştir. 1975 ise Stewart tarafından ilk kez skar defekti olarak raporlanmıştır. Dünya genelinde istmosel prevalansı %19 ile % 84 arasında değişmektedir. Hastaların asemptomatik olması ve klinik farkındalığın yeterince olmamasından dolayı bu prevalans olduğundan daha düşük olarak tahmin ediliyor olabilir. Van der Voet ve ark. a göre sonohisterografi ile transvajinal ultrasona (%24-%69) göre daha fazla sayıda hasta (%56-%78) istmosel tanısı alabilir.

### Semptomlar

Çoğu hasta asemptomatiktir ve doğru tanıyı alana kadar hastalar birçok doktora başvurmak zorunda kalıyor olabilir. En sık rastlanan şikayet mens sonrası olan aralıklı vajinal kanamadır. İstmosel alanı menstrüal dönem boyunca bir rezervuar görevi görüp, kanın burada toplanmasını sağlamakta ve 2 ile 12 güne kadar devam eden düzensiz menstrüasyona neden olmaktadır. Vervoort ve ark. ile van der Voet ve ark. %28.9 - %30 istmoselli hastanın anormal kanama şikayetinin olduğunu belirtmişlerdir. İstmoseli olmayan hastalarda

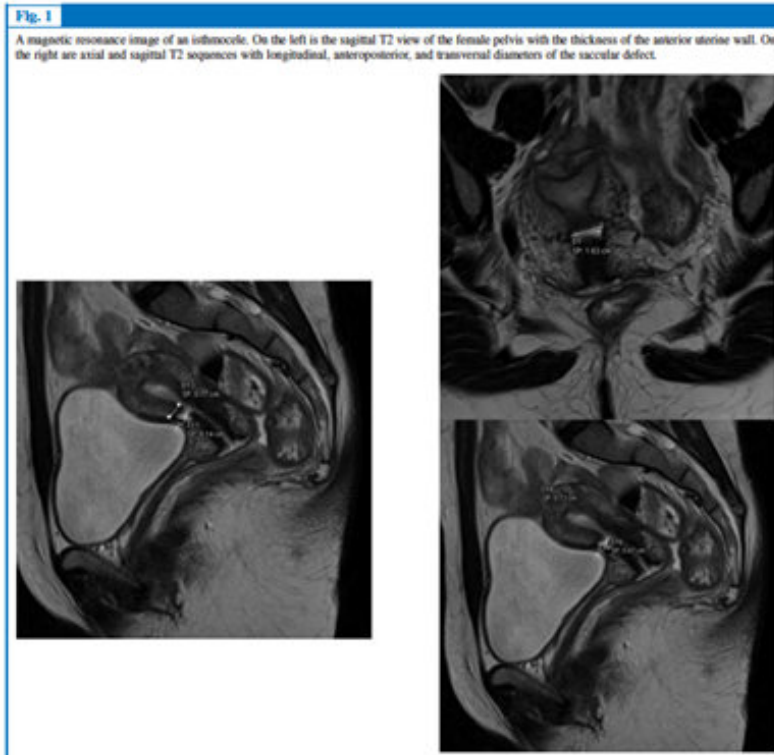
ise anormal kanama oranı %6.9'dur. Buna ek olarak istmosel alanı komşu myometriyum dokusunun %50'sinden fazlasını kaplıyorsa anormal uterin kanama şikayetine daha sık rastlandığı raporlanmıştır. İrregüler menstrüasyona neden olan diğer yaygın nedenler düşünüldüğünde bu spesifik semptomun skar defekti ile olan ilişkisi klinisyenler tarafından atlanabilir.

Kaybolmuş sperm motilitesi ve implantasyon başarısızlığını öne sürerek birçok yazar istmoseli bir infertilite nedeni olarak tanımlamışlardır. Ağrı ve dismenore ise birçok jinekolojik problemle ilişkilendirilmiş genel semptomlardır. İstmosel ve ağrı arasındaki ilişki net değildir. Ağrı, uterusun istmosel alanındaki kanı boşaltmak için sarfettiği sürekli çabanın neden olduğu myometrial kontraksiyonlar ve fizyolojik bozukluklardan kaynaklanabilir. Wang ve ark. dismenore ile defekt alanının genişliği ve anormal kanama arasında anlamlı ilişki bulmuştur. Van de Voet ve ark ise histeroskopik olarak istmosel alanının rezeksiyonunun %97 oranında ağrı şikayetinde iyileşme sağladığını göstermiştir. İstmosel alanında gelişen ektopik gebelik insidansı yaklaşık 1886 ile 2216 gebelikte 1 olarak raporlanmıştır. Fetüsün gelişimi ve gestasyonel kesenin büyümesi ile istmosel duvarı rüptür olabilir ve hem anne hem de bebek için hayati risk oluşabilir. İstmosel alanında gelişen ektopik gebeliklerde; metotreksat enjeksiyonu, vajinal yoldan eksizyon, histeroskopik, laparotomi /laparoskopi yada histerektomi gibi 30'dan fazla yaklaşım tanımlanmıştır. Seçim hastanın gelecek fertilitte istemine ve cerrahi tecrübeye bağlı değişir.

## Görüntüleme

İstmosel transvajinal sonografi ya da SHG ile tanı alır. Uterusun istmik bölgesinde geçirilmiş sezaryena bağlı kama-şeklinde anekoik en az 1 mm derinliğinde ve en az 2 mm myometrial çentiklenme olarak görülür. Ultrason dehisens skar alanının derinliğini ve boyutunu ve ayrıca kalan myometrial alanı ölçmek için kullanılır. SHG ile görüntüleme yapıldığında sezaryen skar defektlerinin prevalansı tranvajinal sonografiye oranla daha sık saptanır (%56-84 vs %24-70)

Alt uterin segment kalınlığının, istmosel alan derinliğinin ve endometrial ve niş boşluklarının ölçülmesi için MRI (Figür 1) görüntülemesi faydalıdır. Bu yöntem, adenomyozis veya adneksiyel, uterin yada pelvik hastalık gibi patolojilerin değerlendirmesine de olanak sağlar.





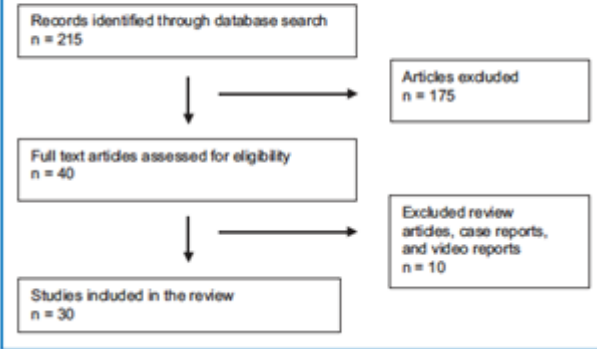
# TJODist Bülteni

## Metod

1980 ve Temmuz 2017 tarihleri arasında istmosel, sezaryen skar defekti, poş, kesemsi niş ve cerrahi gibi başlıklar taranarak PubMed, Cochrane Review, Klinik Denemeler ve Scholar Google gibi veri tabanları incelenmiştir. İngilizce, Fransızca, İspanya ve Portekiz dillerindeki tüm makaleler taranmıştır. Olgu sunumları, derleme makaleler ve video raporları dışlanarak tüm istmosel tedavisi ile ilgili bulunan makaleler seçilmiştir. Önceden tanımlaması olmayan yöntemlerin bulunduğu video ve olgu sunumları çalışmaya dahil edilmiştir. İki yüz on beş çalışma bulunmuştur ve 30'u derlemeye dahil edilebilmiştir. Tüm çalışmalar meta analiz ve derleme kurallarına uygun olarak incelenmiştir.

Fig. 2

The Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses flowchart.



## Sonuçlar

Tablo 1 ve 2 tüm dahil edilen çalışmaları ve her çalışmadaki tedavi tipini göstermektedir.

Type of Treatment	Studies
Expectant	Vervoort et al, 2015 [16]
Hormonal	Tahara et al, 2006 [24] Florio et al, 2011 [25] Zhang et al, 2016 [26]
Hysteroscopic	Gabbini et al, 2008 [5] Vervoort et al, 2015 [16] Gabbini et al, 2011 [18] Fabres et al, 2005 [27] Chang et al, 2009 [28] Florio et al, 2011 [25] Wang et al, 2011 [29] Feng et al, 2012 [30] Li et al, 2014 [33] Perez-Molina et al, 2014 [32] Xie et al, 2014 [33] Raimondo et al, 2015 [34] Tanimura et al, 2015 [35] Zhang et al, 2016 [26]
Laparoscopy	Klerm et al, 2005 [37] Yalcinkaya et al, 2011 [38] Jeremy et al, 2013 [39] Marotta et al, 2013 [40] Li et al, 2014 [31] Tanimura et al, 2015 [35] Nirgianakis et al, 2016 [41] Zhang et al, 2016 [26] Zhang, 2016 [42] Liu et al, 2016 [43] Akdemir et al, 2017 [44] Donnez et al, 2017 [45] Klerm et al, 2005 [37] Lao et al, 2012 [46] Jeremy et al, 2013 [39] Chen et al, 2014 [47] Xie et al, 2014 [33]; Zhang et al, 2016 [26] Zhang, 2016 [42] Zhou et al, 2016 [48] Zhang et al, 2016 [26]
Levonorgestrel system	Jeremy et al, 2013 [39]
Laparotomy	Schepker et al, 2015 [49] Pomorski et al, 2017 [50]

Treatment	Authors	Study Type	Risk of Bias	Limitations	Number of Patients Treated
Hysteroscopic	Fabres et al, 2005 [27]	Retrospective	Serious	No clear definition of inclusion criteria, no clear description of assessment outcome, no correction of confounders	24
Vaginal/laparoscopy	Klerm et al, 2005 [37]	Retrospective	Critical	Small number of patients, no clear definition of inclusion criteria, no uniform surgical procedure	5
Hormonal	Tahara et al, 2006 [24]	Retrospective	Serious	No clear definition of inclusion and exclusion criteria, no clear definition of abnormal uterine bleeding, posttreatment evaluation is not reported	11
Laparoscopic	Donnez et al, 2008 [36]	Retrospective	Serious	Small number of patients, follow-up assessment incomplete	3
Hysteroscopic	Gabbini et al, 2008 [5]	Prospective	Critical	No clear definition of inclusion and exclusion criteria, no clear definition of treatment outcome	26
Hysteroscopic	Chang et al, 2009 [28]	Prospective cohort	Serious	No clear description of evaluation of posttreatment outcome, no information on follow-up	22
Hysteroscopic/hormonal	Florio et al, 2011 [25]	Retrospective	Critical	No clear definition of population, no information on criteria for treatment options, no clear description of evaluation of pre- and posttreatment outcome, different evaluation of treatment groups	41
Hysteroscopic	Gabbini et al, 2011 [18]	Prospective cohort	Critical	No clear definition of population, no clear definition of inclusion and exclusion criteria	41
Hysteroscopic	Wang et al, 2011 [29]	Retrospective	Critical	No clear definition of population, no inclusion criteria, different evaluation of pre- and posttreatment outcome	57
Laparoscopy robot	Yalcinkaya et al, 2011 [38]	Retrospective	Critical	Small number of patients, outcomes assessment not complete	2
Hysterotomy	Feng et al, 2012 [30]	Retrospective	Critical	No clear definition of outcome, no correction for confounders	57
Vaginal	Lao et al, 2012 [46]	Retrospective	Critical	No clear definition of population, no clear definition of inclusion criteria	42
Laparotomy/laparoscopy vaginal	Jeremy et al, 2013 [39]	Retrospective	Critical	Small number of patients and different surgical approaches, no correction for confounders	14
Laparoscopy	Marotta et al, 2013 [40]	Retrospective	Critical	No clear definition of population, no clear definition of scar defect	13
Vaginal	Chen et al, 2014 [47]	Retrospective	Critical	No clear definition of population, no clear definition of scar defect	64
Hysteroscopic	Li et al, 2014 [31]	Retrospective	Critical	No clear inclusion criteria, different treatments associated to different inclusion criteria making comparison not possible	41
Hysteroscopic	Perez-Molina et al, 2014 [32]	Retrospective	Critical	No clear inclusion criteria, outcomes not accurate	22
Vaginal/hysterotomy	Xie et al, 2014 [33]	Retrospective	Critical	No clear definition of scar defect, no information on criteria for treatment options, different evaluation of pre- and posttreatment outcome, no clear validation of outcome	77

Treatment	Authors	Study Type	Risk of Bias	Limitations	Number of Patients Treated
Hysterotomy	Raimondo et al, 2015 [34]	Prospective	Critical	No clear definition of population, no clear definition of scar defect, no clear definition of inclusion and exclusion criteria	120
Laparotomy	Schepker et al, 2015 [49]	Retrospective	Critical	Small number of patients, no clear inclusion criteria, no correction for confounders	13
Hysteroscopic laparoscopy	Tanimura et al, 2015 [35]	Prospective cohort	Critical	No clear definition of population, no clear definition of treatment outcome, no correction of confounders	22
Hysterotomy wait and see	Vervoort et al, 2015 [16]	Prospective randomized	Low	Inconsistent outcomes of imaging and pregnancy	Silliacourse
Laparoscopy	Nirgianakis et al, 2016 [41]	Retrospective	Critical	No clear definition of population, no clear inclusion and exclusion criteria, no correction for confounders	21
Vaginal hysterotomy combined oral contraceptive intrauterine system	Zhang et al, 2016 [26]	Prospective	Critical	No clear definition of population, no clear inclusion and exclusion criteria, no correction for confounders	142
Transvaginal laparoscopy	Zhang, 2016 [42]	Retrospective	High	No clear definition of population, no information on criteria for treatment options, no clear inclusion criteria, no correction of confounders	124
Laparoscopy	Liu et al, 2016 [43]	Retrospective	Critical	No clear definition of cesarean scar defect, no correction for confounder, no clear inclusion and exclusion criteria	49
Transvaginal Laparoscopic with Foley catheter	Zhou et al, 2016 [48]	Retrospective	Moderate	No correction for confounders	121
Laparoscopic	Akdemir et al, 2017 [44]	Case report	Critical	Case report, need more experience	1
Laparoscopic	Donnez et al, 2017 [45]	Prospective	Moderate	No correction for confounders	38
Laparotomy	Pomorski et al, 2017 [50]	Retrospective	Critical	No clear definition of population, no clear inclusion criteria, small number of patients	7

## Istmosel Tedavileri

### Medikal Tedaviler

Zhang ve ark. östrojen ve progesteron içeren oral kontraseptiflerin kullanıldığı çalışmalarında 18 hastada menstruasyon süresinin (10 günden 5'e düşülerek) azalmasında etkili olduğunu göstermişlerdir. Başka çalışmalarda da benzer sonuçlar bulunmuştur. Florio ve ark. ise daha az kanama ve ağrı için histeroskopik rezeksiyonun sadece oral kontraseptif kullanımına göre daha etkili olduğunu belirtmiştir. Levonorgesterel içeren rahim içi araç (Mirena; Bayer, Whippany, NJ) kullanımının bu grup kadınlarda faydası gösterilememiştir fakat bu hastalar yalnızca 6 ay takip edilebilmiştir. Oral kontraseptif kullanımının temel dezavantajı gebeliği engellemesidir. Böylece çocuk istemi olmayan kadınlarda en iyi medikal yöntemin oral kontraseptifler olduğu söylenebilir.

### Vajinal

Vajinal yöntem ile cerrahi Zhang ve ark. ve birçok klinisyen tarafından tanımlanmıştır. Zhang ve ark.'na göre serviks 2 forsepsle tutulduktan sonra doku alanını belirlemek ve minör kanamayı engellemek için seyreltilmiş sığır pitüiter hormonu servikovajinal bileşkeye subepitelyal olarak enjekte edilir. Hormon enjekte edilen alana insizyon açılır ve mesane anterior serviksten serbestlenir. Uterin istmus görüldükten sonra istmosel alanı çıkarılır ve onarılır. Bu yöntemle Zhang tedavi edilen 14 hastada komplikasyon bildirmemiştir. Çevre organlara zarar vermemek için bu teknik cerrahi tecrübe gerektirmektedir. Ayrıca istmosel alanının vajinal düzeltmeyi engellemek adına çok yukarıda olmaması gerekir. Çalışmanın sonuçlarına göre menstrüasyon süresi kısalmaktadır ve myometrial alanın kalınlaştığı gösterilmiştir. %85-93 oranında hastada semptomların iyileştiği ya da azaldığı gösterilmiştir. Xie ve ark. ve Zhang ve ark. bu yöntemle %22 oranında gebelik bildirmişlerdir.

### Laparotomi

Laparotomi ile onarım; Schepker ve ark. tarafından 2015 yılında dehisens olan myometrial dokunun total rezeksiyonu ve ardından çift kat olarak 2-0'dan 4-0'a kadar Vicryl ile aralıklı dikilmesi olarak tanımlanmıştır. Myometrial dokunun kat kat dikilmesi ve karşıklıklı onarılması hemostaz için de önemlidir. Başka gruplar da iyi klinik sonuçları (menstrüal sürenin kısalması ve fertilitenin iyileşmesi) ile birlikte aynı prosedürü tanımlamışlardır. Literatürde bu yöntemle komplikasyon bildirilmemiştir. Jeremy ve ark. %71 oranında laparotomi sonrası gebelik bildirmişlerdir.

### Histeroskopi

Birçok makalede istmoselin histeroskopik tedavisi konusunda sonuçlar bildirilmiştir. Xie ve ark. 77 hasta ile en fazla hasta sayısına sahip seriyi yayınlamıştır. Kesme ve koagülasyon için monopolar koter kullanılmış ve tedavi için serviks 12 mm'ye kadar dilate edilmiştir. Histeroskop (Figür 3 ve 4) ile istmosel alanı görüntülendikten sonra loop yardımı ile defekt alt kısmındaki fibrotik doku endoservikal kanala doğru tıraşlanır. Kalan defekt alanı koterize edilir. Tanimura ve ark tarafından histeroskopik tedavinin infertilite tedavisinde faydalı olduğu bildirilmiştir. Aynı semptomları olan 120 hastadan 16 sının bu yöntemle tedavi edildiği hasta grubunda Raimondo ve arkadaşları komplikasyon bildirmemişlerdir.





## Laparoskopi

Sezaryen sonrası gelişen uteroperitoneal fistülün laparoskopik olarak onarımı ilk kez 2003 yılında Jacobson ve ark. tarafından bildirilmiştir. Tecrübeli bir laparoskopik cerrah geleneksel laparoskopi yada robotik asiste cerrahi ile istmoseli düzeltebilir. Donnez ve ark. (Figür 5-7) tarafından 2008 yılında prospektif toplanan 38 hasta ile geniş bir seri ile bu cerrahi teknik tanımlanmıştır. Bu yöntemde sağlıklı myometrial dokuya ulaşılan kadar defekt alanı her iki uçtan karbondioksit lazer yardımı ile eksize edilir. Kalan alanı kapatmadan önce servikse Hegar buji yerleştirilir ve böylece onarım yapılırken serviks-uterus bütünlüğü sağlanmış olur. Separe sütürlerle çift-kat olarak uterus kapatıldıktan sonra periton kapatılır.

Bu prosedür için kritik nokta istmosel alanının doğru belirlenmesidir. Histeroskopi ile uterin kavite ve defekt değerlendirilir; eğer istmosel alanı laparoskopi ile belirlenemez ise histeroskopi tekrarlanır ve histeroskopi ucundaki ışık defekte yerleştirilerek alan belirlenebilir. Donnez ve ark. laparoskopi ışığını karartarak skar alanındaki histeroskopinin ışığından aydınlanan alanı belirlemişlerdir. Bu aşamada defekt alanı net belirlenemez ise 6 nolu Hegar buji endoservikal kanala yerleştirilir ve uterus istmusuna körleme olarak ilerletilir. Bu manevra istmosel alanını uterus duvarına doğru belirginleştirir. Devamlı bir basınç uygulanarak 'hooking effect- takma etkisi' ile defekt alanı daha da belirginleştirilir ve laparoskopik görüntüleme ile defekt alanı perfore edilir. Bu metod Api ve ark. tarafından bir vaka sunumu ile 'slip and hook technique – kaydırma ve takma tekniği' olarak tanımlanmıştır. Sonra skar dokusu total olarak eksize edilir (Figür 5-7) myometriumun doğru onarılması sağladıktan ve servikal kanalın bütünlüğünün korunduğundan emin olunduktan sonra dilatör kibarca geri çekilir.

Fig. 5

A transillumination view by laparoscopy; the view is from laparoscopy without any light enabling the visualization of the defect with the help of hysteroscopy light through the defect.



Fig. 6

Laparoscopic tissue removal, a view of the vesicouterine pouch with scar tissue being pulled and resected with cold scissors.

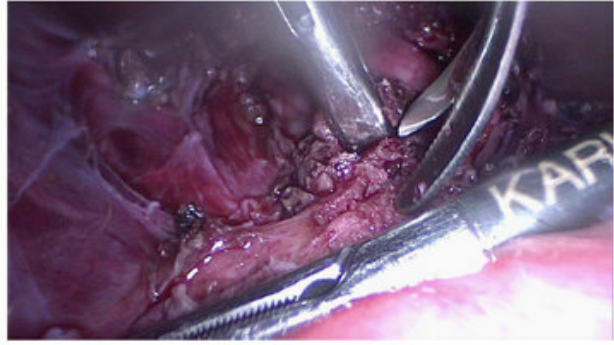
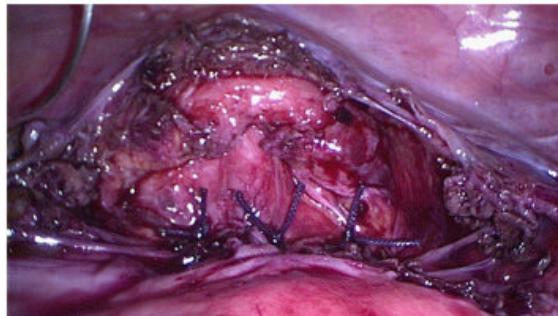


Fig. 7

Laparoscopic suturing of the defect after isthmocele resection suturing the defect in double-layer suture enabling a thicker and stronger uterine wall.



# TJODist Bülteni

Son yıllarda, birçok makalede istmoselin laparoskopik onarımı ile ilgili tanımlamalar yapılmıştır. Kalan myometrial alan <3mm ise tercih edilmesi gereken yöntemdir. Klinik semptomlar genellikle düzelir ve myometrial kalınlık artar. Liu ve ark. 49 hastanın 5'inde semptomlarının düzelmediğini gösteren komplikasyonları raporlamıştır. Perioperatif komplikasyon bildirilmemiştir. Donnez ve ark. %44 oranında tedavi sonrası gebelik bildirmiştir.

## Tartışma

Son 30 yılda belirgin artan sezaryen oranları sonucuyla gebelik komplikasyonları giderek artmaktadır ve istmosele neden olmaktadır. Hasta semptomları (örn. anormal menstrüel kanama, ağrı, lekelenme ve sekonder infertilite) aynı olduğu halde ve buna ek olarak myometrial kalınlık ve defekt alanı belirgin olduğu halde birçok jinekolog tarafından istmosel kavramı bilinmemektedir.

İstatistiksel olarak birbirinden üstünlüğü olmayan laparotomi, laparoskopi, histeroskopi, vajinal onarım ve birçok kombine yöntem istmosel onarımı için tanımlanmıştır. Defekt tipleri ve tedavi faydaları açısından bir fikirbirliğine varılamamıştır. Ayrıca altın standart tedavi yöntemi de yoktur. Vajinal onarım laparoskopik onarım ile benzer etkinliğe sahiptir. Vajinal onarımının histeroskopik onarıma göre daha etkilidir fakat uzun operasyon süresine sahiptir.

Son zamanlardaki trend görüş daha küçük istmosel alanlarının (Jeremy ve ark. göre; 2.5 mm ve Marotaa ve ark. göre; 3.0 mm) histeroskopik olarak tedavi edilmesi yönündedir. Diğer taraftan, daha büyük defekt alanları (kalan myometrial dokunun 2.5-3.0mm den daha az olduğu) perforasyon riskinden dolayı laparoskopi veya vajinal yoldan daha iyi tedavi edilebilir. Bu durum özellikle gebelik istemi olan kadınlarda uterus perforasyon riskinin önüne geçebilmek için özellikle önemlidir. Bu yüzden yapılacak cerrahi müdahalenin amacı, riskleri ve faydaları mutlaka hasta ile ayrıntılı olarak tartışılmalıdır. Gelecek jinekolojik etkileri göz önünde bulundurularak tedavisiz yaklaşımın da bir tercih olduğu hasta ile tartışılmalıdır. Hastanın fertilitate istemine ve cerrahi tecrübeye göre vajinal veya laparoskopik yöntem arasında tercih yapılmalıdır çünkü hiçbir yöntem tam olarak bir diğerine üstün değildir.

## Sonuç

Rahmini korumak isteyen semptomatik hastalarda ve gebelik planlayan asemptomatik hastalarda cerrahi yaklaşım istmoselin tedavi seçeneğidir ve önerilmelidir. Laparoskopiyi, vajinal cerrahiye yada histeroskopik yaklaşımı istmosel tedavisinde öneriyoruz. Bugüne kadar cerrahi yöntemler arasında belirgin bir üstünlük sağlanmadığı için hasta ile tartışılarak karar verilmelidir. Prospektif planlanan, çok merkezli ve karşılaştırmalı çalışmalar yayınlandıkça hangi hastaya nasıl bir tedavi yönteminin uygulanmasının daha doğru olacağı konusunda daha doğru verilere ulaşılabilecektir.



## GEBELİKTE TROMBOSİTOPENİ



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

## ACOG PRACTICE BULLETIN

Clinical Management Guidelines for Obstetrician–Gynecologists

VOL. 133, NO. 3, MARCH 2019

OBSTETRICS & GYNECOLOGY e181

Özetleyen: **Dr. Hakan Erenel**

Link <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10636060>

Trombosit sayımı rutin prenatal tarama sırasında yapılan tam kan sayımına dahil olduğu için, obstetrisyenler gebe kadınlara sıklıkla trombositopeni tanısı koyar. Trombositopeni, trombosit sayısının  $150 \times 10^9/L$ 'nin altında olması olarak tanımlanır, sık görülür ve doğum sırasında gebeliklerin %7-12'sinde ortaya çıkar. Trombositopeni, pek çok fizyolojik ve patolojik durumun sonucu olarak gelişebilir, bunların bazıları sadece gebeliğe özgüdür. Trombositopeninin bazı nedenleri, maternal ve fetal morbidite riski taşıyan ciddi medikal sorunlardır. Bunun tersine, gestasyonel trombositopeni gibi diğer durumlar tamamen benignedir ve fetal veya maternal risk taşımaz. Maternal ve fetal trombositopeninin giderek daha fazla tanı almasıyla, bu durumun obstetrik yönetimine ilişkin pek çok çelişkili fikir ortaya çıkmıştır. Klinisyenler, maternal ve fetal kanama komplikasyonları ile tanı testlerinin ve invaziv müdahalelerin maliyet ve morbiditesini doğru biçimde tartmalıdır. Bu bültende ayrıca, gebelikte trombositopeni kavramına, fetal-neonatal alloimmün trombositopeninin sonraki gebelikte tekrarlama riskine ve bölgesel anesteziye izin veren en düşük trombositopeni değerine ilişkin yeni bilgiler de paylaşılmıştır.

### ARKA PLAN

#### Trombosit fonksiyonu

İlk klinik bulgu olarak travmaya sekonder gelişen yaralanmalarda kendini gösteren diğer kanama bozukluklarından farklı olarak, trombositopeni gibi trombosit bozuklukları sıklıkla müköz membranlarda kanama ile sonuçlanır. Trombositopeninin en sık klinik bulguları, peteşi, ekimoz, epistaksis, gingivada kanama ve anormal uterin kanamadır (yoğun veya intermenstrüel kanama). Eklem içine kanama genellikle görülmez. Hayatı tehdit eden kanama ile genellikle karşılaşılmazsa da, kanama geliştiğinde hematüri, gastrointestinal kanama ve nadiren intrakranyal kanama görülebilir.

#### Trombositopeninin tanımı

Gebe olmayan kişilerde trombosit sayısının normal aralığı  $165-145 \times 10^9/L$ 'dir. Geleneksel olarak, gebe kadınlarda trombositopeni, trombosit sayısının  $150 \times 10^9/L$ 'in altında olması olarak tanımlanır. Gebelerde trombosit sayısının normal aralıkları her trimesterde değişkenlik gösterir ve gebelik ilerledikçe kademeli olarak azalma eğilimindedir. Gebeliğin üçüncü trimesterindeki kadınlarda ortalama trombosit değerleri gebe olmayan kadınlardan belirgin olarak düşüktür. Trombositopeni tanımı bir şekilde keyfidir ve klinikle uyumlu olması gerekmez. 11.000'den fazla gebe kadını içeren iki prospektif gözlemsel çalışmada, gebeliğin son ayında veya doğumda izlenen ortalama trombosit sayımı  $213 \times 10^9/L$  ile  $228 \times 10^9/L$  arasında bulunmuştur, normal değerlerin alt sınırı  $116 \times 10^9/L$  ile  $123 \times 10^9/L$  (2SD veya 2.5 persentil) arasında değişmektedir. Ancak, bu iki çalışmada da normal gebeliği olan kadınlar ile trombositopeni ile ilişkili gebelik komplikasyonları bulunan kadınlarda gözlenen trombosit sayımlarının ayrı ayrı belirtilmemiş olmasına bağlı kısıtlılıklar mevcuttur. 1099 adet komplike olmayan gebe kadını içeren 11

çalışmanın sistematik derlemesinde, doğumda ortalama trombosit değeri  $237 \times 10^9$ , normalin alt sınırı ise  $124 \times 10^9/L$  olarak bildirilmiştir. Klinik açıdan anlamlı kanama sıklıkla, majör bir cerrahi müdahale geçiren ve ileri derecede düşük trombosit değeri olan hastalarda görülmektedir.

## **Trombositopenin ayırıcı tanısı**

Trombositopeni, artmış trombosit yıkımına veya azalmış trombosit üretimine bağlı gelişir. Gebelikte çoğu olgu, immünolojik yıkım, anormal trombosit aktivasyonu veya aşırı kanama ya da anormal damarlara maruziyetin sonucu olan trombosit tüketiminin tetiklediği artmış trombosit yıkımına bağlı ortaya çıkar. Gebelikte azalmış trombosit üretimi daha nadir görülür ve sıklıkla kemik iliği hastalıkları veya besinsel eksiklerle ilişkilidir. Gebelikte trombositopeninin en sık nedeni, olguların yaklaşık %80'ini oluşturan gestasyonel trombositopenidir.

## **Gestasyonel trombositopeni**

“Gebeliğin insidental trombositopenisi” olarak da adlandırılan gestasyonel trombositopeni, gebelikte trombositopeninin açık ara en sık nedenidir ve gebe kadınların %5-11'ini etkiler. Patogenezi tam olarak bilinmemekle birlikte, hemodilüsyon ve artmış klirens gibi pek çok sürecin sonucu olabilir. Gestasyonel trombositopeninin 5 karakteristik özelliği bulunmaktadır: 1) en sık ikinci trimesterin ortalarında veya üçüncü trimesterde görülse de, gebeliğin herhangi bir döneminde ortaya çıkabilir ve olguların çoğunda trombosit sayısı  $75 \times 10^9/L$ 'nin üzerindedir. Ancak trombosit değerinin  $43 \times 10^9/L$  kadar düşük olduğu olgular da bildirilmiştir. 2) gestasyonel trombositopenisi olan kadınlar asemptomatiktir ve kanama öyküsü bulunmaz. 3) bu kadınlarda, gebelik dışında trombositopeni öyküsü yoktur. 4) trombosit sayısı, genellikle doğumdan 1-2 ay sonra normal değerlerine döner. Küçük bir prospektif gözlemsel çalışmada, gestasyonel trombositopeninin takip eden gebeliklerde tekrarlayabileceği gösterilmiştir. Yakın zamanda, retrospektif bir kohort çalışmasında, gestasyonel trombositopeni öyküsü olan kadınlarda yeniden izlenme riskinin 14.2 kat daha yüksek olduğu saptanmıştır. 5) gestasyonel trombositopenide fetal veya neonatal trombositopeni insidansı düşüktür. Gestasyonel trombositopenisi olan kadınlarda, umbilikal kord kanından tespit edilen neonatal trombositopeni sıklığı %0.1-2.3 aralığında bildirilmiştir. Bu nedenle, gestasyonel trombositopenisi olan kadınlarda, maternal veya fetal kanama komplikasyonları açısından risk artışı bulunmaz. Gestasyonel trombositopeniyi doğrulamak için spesifik bir laboratuvar testi yoktur ve diğer tanıların dışlanmasıyla tanı konur.

## **Preeklampsi**

Maternal trombositopeni olgularının %5-21'inde etiyoloji, gebeliğin hipertansif bozukluklarıdır. Gebelik boyunca, yeni başlayan hipertansiyon varlığında, trombosit sayısının  $100 \times 10^9/L$ 'nin altında olması, preeklampsi için hematolojik bir tanı kriteridir. Hastada dissemine intravasküler koagülopati gelişmediği sürece klinik olarak anlamlı kanama görülmesi nadirdir. Bazı olgularda, mikroanjyopatik hemolitik anemi ve yükselmiş karaciğer fonksiyon testleri, preeklampsideki trombositopeni ile ilişkilidir. Bu kişilerde, hemoliz, yükselmiş karaciğer enzimleri ve düşük trombosit sayısı ile HELLP sendromu geliştiği kabul edilir.

Preeklampsi olgularında trombositopeni gelişme nedeni bilinmemektedir. Hastalık, trombosit tüketimi ve trombosit aktivasyonu tablolarıyla ilişkilidir. Ayrıca, preeklampsi olan kadınlarda, trombosit sayısı normal olsa bile trombosit fonksiyonu bozulmuş olabilir. Preeklampsinin diğer klinik bulguları ortaya çıkmadan önce trombosit sayısının azalabileceği akılda tutulmalıdır. Bu nedenle, insidental olarak trombosit sayısının  $150 \times 10^9/L$ 'nin altında olduğu tespit edilirse ve özellikle daha önceki ölçümlerde trombosit sayısı bu değerin üzerinde bulunmuşsa, yakın klinik izlem önerilir.

## **İmmünolojik temelli trombositopeni**

Gebelikte immünolojik temelli trombositopeni kabaca 2 ayrı hastalık olarak sınıflandırılır: 1) fetal-neonatal alloimmün trombositopeni ve 2) otoimmün bir tablo olan maternal primer immüntrombositopeni (ITP). Fetal-neonatal alloimmün trombositopeninin kadın üzerinde herhangi bir etkisi yoktur, ancak trombositopeniye bağlı fetal intrakranyal hemoraji ile diğer primer maternal trombositopenik durumlardan daha yüksek oranda ilişkilidir. Bunun tersine, ITP, hem kadınları hem bebekleri etkileyebilir, ancak uygun yönetimle ikisi için de sonuçlar mükemmeldir.

# TJODist Bülteni

İmmün trombositopeni, bozulmuş trombosit üretimi ve T-hücre aracılı etkilerin bir arada rol oynadığı kompleks süreçlerin sonucu olarak gelişir. ITP için patognomonik bulgu, semptom veya tanı testleri yoktur, diğer tanıların dışlanmasıyla tanı konur. Diğer etiyojilerin yokluğunda, izole trombositopeni (trombosit sayısı  $100 \times 10^9/L$ 'nin altında) ile karakterizedir. Hematolojide uluslararası bir çalışma grubu, ITP için konsensüs tanımlar geliştirmiştir. Primer ITP, altta yatan aşikâr bir neden olmaksızın, izole trombositopeni ile karakterize, edinilmiş immün aracılı bir bozukluktur. "Sekonder" ITP terimi ise, altta yatan bir hastalık veya ilaç maruziyetine bağlı gelişen tüm immün aracılı trombositopeni türlerini kapsamak için kullanılmaktadır. İmmün trombositopeni süresine göre, yeni tanı konmuş, persistan (3-12 aydır devam eden) ve kronik (12 ay ve üzeri) olarak sınıflandırılır. ITP yaklaşık 1000-10000 gebelikte 1 görülür ve sıklığı büyük oranda değişkenlik göstermektedir.

ITP'nin seyri üzerine gebeliğin etkisi tam olarak anlaşılmamıştır, çünkü verilerin büyük çoğunluğu retrospektif gözlemsel çalışmalardan kaynaklanmaktadır. ITP olan 237 gebeliğin incelendiği iki çalışmada, gebeliklerin %6-91'inde kanama semptomu görülmediği ve bir kanama olayı yaşayanlardan %92'sinde hafif-orta düzeyli kanama (örn, kutanöz veya mukozal kanama veya her ikisi de) izlendiği bildirilmiştir. Gebeliklerin yarısında, ilk trimesterden doğuma doğru ilerledikçe trombosit sayısının %30 azaldığı ve doğumda ortalama trombosit değerinin  $85-110 \times 10^9/L$  arasında olduğu görülmüştür. Buna karşılık ağır ITP, gebeliğin herhangi bir döneminde veya doğumdan önce trombositopeninin tedavisi edilmesi kararı alındığında trombosit sayısının  $50 \times 10^9/L$ 'nin altında olması olarak tanımlanır ve bu kadınlarda, postpartum kanama (1000 mL veya üzeri) sıklığı %21'dir. Maternal IgG antitrombosit antikorları plasentadan geçebilir ve fetus ile yenidoğanda trombositopeni riski oluşturabilir. Gebelikte ITP üzerine yapılmış retrospektif olgu çalışmaları, ITP'li kadınlardan doğan yenidoğanların yaklaşık dörtte birinde trombosit sayısının  $50 \times 10^9/L$ 'nin altında olduğunu göstermiştir. Doğumda maternal trombosit sayısı ile yenidoğandaki trombosit sayısı arasında ilişki bulunmamıştır. Yenidoğanların %8-15'i, trombosit sayısı, kanama bulgu ve semptomları veya invaziv müdahale gereksinimi gibi esas alınarak trombositopeni açısından tedavi edilecektir. Bu orana rağmen, ITP ile ilişkili fetal trombositopeninin ciddi kanama komplikasyonları ile sonuçlanması nadirdir (%1'den az). ITP'li kadınlardan doğan ve trombositopenisi olan yenidoğanlarda trombosit sayısı doğumdan sonra sıklıkla azalır ve yaşamın ilk 2 haftasında en düşük değerlere iner.

## Fetal-neonatal alloimmün trombositopeni

Fetal-neonatal alloimmün trombositopeni, yenidoğanın hemolitik (Rh) hastalığının trombosit karşılığıdır. Trombosit özgü antikorların transplasental geçişiyle fetal trombosit antijenlerine maternal alloimmünizasyonun ve buna bağlı trombosit yıkımının bir sonucu olarak gelişir. Geniş prospektif tarama çalışmalarında, bu durumun 1000-3000 canlı doğumda 1 görüldüğü ve kimi zaman hayatı tehdit edecek düzeyde ciddi olabileceği bildirilmiştir. Kırmızı hücre alloimmünizasyonundan farklı olarak, fetal-neonatal alloimmün trombositopeni ilk gebelikte de gelişebilir. Klinik olarak belirgin fetal-neonatal alloimmün trombositopeni olgularının büyük bir kısmı, ilk canlı doğan bebekte fark edilir.

Tipik bir beklenmeyen fetal-neonatal alloimmün trombositopeni olgusunda, kadın sağlıklıdır, trombosit sayısı normal değerlerdedir, gebeliği, doğum eylemi ve doğumu diğer düşük riskli obstetrik hastalardan farklı değildir. Ancak, yenidoğan derin trombositopeni işareti ile doğar veya birkaç saat içinde semptomatik trombositopeni gelişir. Etkilenmiş bir bebekte sıklıkla yaygın peteşi veya ekimozlar görülür. İç organlara kanama, sünnet veya damar yolu açılması sonrası kanama da görülebilir. Fetal-neonatal alloimmün trombositopeninin en ciddi komplikasyonu, trombosit sayısı  $50 \times 10^9/L$ 'nin altında olan bebeklerin %15'inde gelişen intrakraniyal kanamadır. Bu tablo in utero olarak da gelişebilir ve olguların yarısı (%52) doğum eyleminden önce ultrasonografi ile tespit edilebilir. Ultrasonografik bulgular, intraventriküler, periventriküler veya parenkimal kanama odaklarıdır. Bu bulgular, çok nadir görülen ve sıklıkla yenidoğan döneminde gerçekleşen ITP'ye bağlı neonatal intrakraniyal kanama ile tezat oluşturur.

HPA-1a sensitizasyonuna bağlı fetal trombositopeni daha ciddi seyretme eğilimindedir ve gebeliğin 20. haftası gibi erken bir dönemde ortaya çıkabilir. Fetal-neonatal alloimmün trombositopenisi olan ve herhangi bir tedavi almadan önce in utero olarak değerlendirilen 107 fetusu içeren bir kohort çalışmasında (97'sinde HPA-1a

# TJODist Bülteni

uyuşmazlığı mevcuttur), %50'sinin başlangıçtaki trombosit değerinin  $20 \times 10^9/L$ 'nin altında olduğu görülmüştür. Bu orana, 24. gebelik haftasından önce değerlendirilen fetusların %46'sı dahildir. Ayrıca bu çalışmada, tedavi verilmediği takdirde, fetal trombosit sayısında haftalık  $10 \times 10^9/L$ 'lik bir düşüş izleneceği belirtilmiştir, ancak bu düşüş her zaman aynı oranda ve öngörülebilir değildir.

Geleneksel görüş, antenatal tedavi olmadan, HPA-1a antijenine bağlı olgularda, takip eden bebek de aynı antijeni taşıyorsa, fetal-neonatal alloimmün trombositopeninin tekrarlama olasılığının yüksek olduğu yönündedir. Bu nedenle, tekrarlama riski paternal zigositeye bağlıdır. Uzman görüşü, takip eden gebeliklerde hastalığının aynı derecede ciddi veya daha kötü seyirli olduğu yönündedir. Ancak daha yeni kanıtlar, HPA-1a alloimmünizasyonunu takiben, sonraki gebelikte sonuçların daha kötü seyredeceği varsayımını doğrulamamaktadır. HPA-1a immünize 45 kadının takip eden gebeliği üzerinde yürütülen bir prospektif kohort çalışmasına göre, fetal-neonatal alloimmün trombositopeniden etkilenen kardeşlerin daha genç olanında neonatal trombosit sayısı değişmemiştir veya daha yüksek değerler izlenmiştir. Gebelikte maternal anti-HPA-1a antikor düzeylerinin, takip eden gebelikte ciddi fetal trombositopeni gelişip gelişmeyeceğini belirlemede faydalı olabileceği iddia edilmektedir.

## KLİNİK DURUMLAR VE ÖNERİLER

### Maternal trombositopenide uygun tetkikler hangileridir?

Gebelikte trombositopeninin ayırıcı tanıları arasında, gestasyonel trombositopeni, preeklampsi, HELLP sendromu, immün trombositopeni, psödotrombositopeni, viral enfeksiyon, ilaca bağlı trombositopeni, trombotik trombositopenik purpura, hemolitik üremik sendrom, dissemine intravasküler koagülasyon, sistemik lupus eritematosus, antifosfolipid sendromu ve konjenital trombositopeniler yer alır. Bu hastalıklar, detaylı bir anamnez ve aile öyküsü, ilaç kullanımına dikkat edilerek yapılan fizik muayene, kan basıncı, splenomegali, viral seroloji ve gerekli laboratuvar testlerinin değerlendirilmesi ile belirlenebilir.

Maternal trombositopenini değerlendirilmesinde genellikle tam kan sayımı (TKS) ve periferik yayma endikedir. TKS, pansitopeninin dışlanması yardımcı olur. Periferik yaymanın değerlendirmesi ise, psödotrombositopeni nedeni olan trombosit kümelenmesinin dışlanmasını sağlar. Trombositopenisi olan gebe bir kadında, yetersiz trombosit üretimi ve artmış trombosit turnover'ı arasında ayırım yapmak için kemik iliği biyopsisi nadiren gerekir. Trombosit ile ilişkili (direkt) antikorlar ve dolaşımdaki (indirekt) antitrombosit antikorları belirlemek için bazı testler geliştirilmiştir. ITP'si olan birçok kişide trombosit ile ilişkili antikor ve kimi zaman dolaşımdaki antitrombosit antikor seviyeleri yüksek olsa da, maternal trombositopeninin rutin değerlendirmesinde bu testlerin yapılması önerilmez. Antitrombosit antikor testleri nonspesifiktir, zayıf biçimde standardize edilmiştir ve laboratuvarlar arasında büyük oranda farklılık gösterir. Ayrıca, gestasyonel trombositopeni ve ITP arasında antitrombosit antikor testleri esas alınarak ayırım sağlanamaz.

İlaçlar ve diğer tıbbi durumlar dışlandığı takdirde, birinci ve ikinci trimesterde en olası tanılar sırasıyla ITP ve gestasyonel trombositopeni olacaktır. Gestasyonel trombositopeni tipik olarak gebeliğin ilerleyen dönemlerinde ortaya çıksa da, ilk trimesterde de görülebileceği akılda tutulmalıdır. Genellikle, kanama hikayesi bulunmayan asemptomatik gebe kadında  $100-149 \times 10^9/L$  arasındaki trombosit değerleri gestasyonel trombositopeni ile ilişkilidir.  **$100 \times 10^9/L$ 'nin altındaki trombosit değerleri daha çok ITP'ye işaret ederken,  $50 \times 10^9/L$ 'nin altındaki değerler kesin olarak ITP'ye bağlıdır.** 3. trimesterde veya postpartum dönemde, ani başlangıçlı anlamlı maternal trombositopeni, preeklampsi, trombotik trombositopenik purpura, hemolitik üremik sendrom, akut yağlı karaciğer veya dissemine intravasküler koagülasyon tanılarını da akla getirmelidir.

### Gestasyonel trombositopenide uygun obstetrik yönetim nasıl olmalıdır?

Gestasyonel trombositopeni olgularında genellikle maternal kanama komplikasyonları veya fetal trombositopeni açısından risk artışı mevcut değildir. Bu nedenle, bu hastalarda sezaryen doğum gibi müdahaleler ve fetal trombosit sayımının belirlenmesi endike değildir. Gestasyonel trombositopenisi olan kadınlarda herhangi bir ilave test veya özel bakım gerekli değildir, yalnızca trombosit değerleri takip edilmelidir. Ne sıklıkla trombosit sayımı yapılması gerektiğine dair bir kanıt bulunmamaktadır, bu nedenle takiplerde yapılacak laboratuvar



# TJODist Bülteni

testlerinin zamanlaması klinik durumlara göre belirlenmelidir. Pek çok örnekte, tanı, kadın doğum için başvurduğu sırada konur. Ancak, tanı antepartum dönemde konduysa, uzman görüşüne göre, her rutin prenatal vizite trombosit değerlerine bakılması önerilmektedir. Doğumdan sonra da, trombosit sayımı 1-3 ayda bir tekrarlanmalıdır.

## **Preeklampsi ile ilişkili trombositopeninin tedavi edilmesi gerekli midir?**

Ağır preeklampsi veya HELLP sendromu ile ilişkili maternal trombositopeninin (trombosit sayısı  $100 \times 10^9/L$ 'nin altında) primer tedavisi doğumdur. Medikal tedavi ile trombositopeninin düzeltildiği gösterilmiş olsa da, böyle bir tedavi yaklaşımı rutin değildir. Daha önemlisi, preeklampsinin altında yatan patofizyoloji sadece doğumdan sonra çözülür. Bu nedenle, 34. gebelik haftası ve sonrasında gestasyonel hipertansiyon veya ağır preeklampsi tanısı konduğunda, anne stabilize edildikten sonra veya eylem başlatılarak doğum önerilir. Geç preterm dönemde kortikosteroid uygulaması için doğumun ertelenmesi önerilmez. 34 haftadan önce ağır preeklampsinin ekspektan yönetimi, uygun adaylarda kesin seçilme kriterlerine ve maternal ve neonatal bakım kaynaklarının uygunluğuna göre belirlenir. Doğum şekli ise, rutin obstetrik endikasyonlara bağlıdır.

Preeklampsi hastalarında majör kanama nadirdir, ancak sezaryen sırasında ameliyat yerinden sızma gibi minör kanamalar görülebilir. Trombosit sayısı  $50 \times 10^9/L$ 'nin altında veya dissemine intravasküler koagülasyon şüphesi olan hastalarda hemostazı iyileştirmek için bazen trombosit transfüzyonu gerekebilir. Ancak, artmış trombosit yıkımı nedeniyle bu kadınlarda transfüzyon daha az etkindir. Bu nedenle, trombosit transfüzyonu aktif kanaması olan trombositopeni hastaları için saklanmalıdır. Bunun istisnası, sezaryen doğum gerçekleştirecek hastalardır. Bu durumda, konsensüs kılavuzları, cerrahi öncesi maternal trombosit sayısını  $50 \times 10^9/L$ 'nin üzerine çıkarmak için trombosit transfüzyonu uygulanmasını önermektedir.

Doğumdan 24-48 saat sonra trombosit sayısı sıklıkla azalır, ancak bunu hızlı bir düzelme izler. Doğumdan 2-6 gün sonra birçok hastada trombosit sayısı  $100 \times 10^9/L$ 'nin üzerinde tespit edilir. Nadiren, trombositopeni daha uzun bir süre devam edebilir, bu durumda sıklıkla diğer patolojik durumlarla ilişkilidir. Ağır preeklampside görülen veya HELLP sendromu ile ilişkili olan trombositopeni kortikosteroid veya uterin küretaj tedavisinden sonra iyileşme gösterebilse de, bu tedavilerle maternal mortalite veya morbiditede fark gösterilmemiştir.

## **İmmün trombositopenisi olan kadınlar ne zaman medikal tedavi almalıdır?**

ITP'si olan gebelerin tedavi edilmesinde amaç, bölgesel anestezi ve doğum sırasında ortaya çıkabilecek kanama komplikasyonları riskini minimuma indirmektir. Bu hastalarda, trombosit fonksiyonları sıklıkla normal olduğu için, sayıyı normal aralıkta tutmak gerekli değildir. Güncel konsensüs kılavuzları, doğum süreci hariç, gebe kadınlarda tedavi endikasyonlarının herhangi bir hasta için belirlenenlerle aynı olduğunu belirtmektedir. Gebelikte ITP'nin yönetimi için öneriler, temel olarak klinik tecrübe ve uzman görüşlerine dayanır. ITP'li gebe hastaların tedavi edilmesi için belirlenmiş bir trombosit eşik değeri yoktur. Hastanın semptomatik kanaması olduğunda, trombosit sayısı  $30 \times 10^9/L$ 'nin altına düştüğünde veya trombosit sayısını müdahaleler için güveni kabul edilen bir düzeye yükseltmek için tedavi başlanabilir. Doğum sırasında, ITP'nin yönetimi, doğum ve epidural anestezi ile ilişkili maternal kanama risklerinin değerlendirilmesine ve bu işlemleri gerçekleştirmek için önerilen minimum trombosit değerlerine (epidural kateter yerleştirilmesi için  $70 \times 10^9/L$ , sezaryen doğum için  $50 \times 10^9/L$ ) bağlıdır.

## **Gebelikte immün trombositopeniyi tedavi etmek için hangi yöntem kullanılır?**

Kortikosteroidler ve intravenöz immüno globulin (IVIg) veya her ikisi birden, maternal ITP tedavisinde ilk sıra tercihlerdir. Her iki yaklaşım kabul edilebilir olsa da, uzman görüşüne göre 21 günlük standart başlangıç tedavisi için kortikosteroidler önerilmektedir. Tedavi hastaya göre bireyselleştirilmelidir; kanama oluşup oluşmadığı ve ciddiyeti, istenen trombosit değerine ulaşma hızı ve olası olumsuz etkiler dikkate alınmalıdır. Başlangıç tedavisi sonrası, kanama ile ilişkili tekrarlayan veya sebat eden trombositopenisi olan hastaların yönetimine dair kanıt bulunmamaktadır.

Erişkinlerde ITP'nin başlangıç tedavisi olarak, günlük 0.5-2 mg/kg prednizon önerilmektedir. ITP'nin gebe ve gebe olmayan kadınlarda yönetimi arasında ayırım sağlayacak yeterli veri bulunmamaktadır. Konsensüs

# TJODist Bülteni

önerilerine göre, gebelikte, prednizon düşük dozla (10-20 mg/gün) başlanmalı ve trombosit sayısında yeterli artış sağlayacak minimum doza yükseltilmelidir. İlk cevap genellikle 4-14 günde oluşur ve 1-4 haftada pik cevaba ulaşılır. Kortikosteroidlerin en az 21 gün verilmesi önerilmektedir, sonra majör kanamayı önleyecek trombosit sayısını elde etmeye yetecek en düşük doza ulaşıncaya kadar azaltılır.

Kortikosteroidlerle belirgin yan etkiler ortaya çıktıysa veya daha hızlı bir trombosit yükselişi gerekliyse veya kortikosteroid tedavisine dirençli immün trombositopeni olgularında intravenöz immünoglobulin uygun tedavi seçeneğidir. İntravenöz immünoglobulin başlangıçta bir seferlik 1 mg/kg dozla verilmelidir, ancak gerekirse doz tekrarı verilebilir. İlk cevap genellikle 1-3 günde oluşur ve pik cevaba 2-7 gün içinde ulaşılır. IVIG tedavisi masraflıdır, ulaşılabilirliği sınırlıdır. IVIG kullanımı planlanıyorsa, bu olgularda tecrübeli bir hekimden konsültasyon istenmesi uygundur.

İlk sıra tedavilerin başarısız olduğu ITP hastalarında splenektomi de bir yönetim seçeneğidir. Splenektomi, ITP hastalarının önemli bir kısmında, 1 yıl ve ötesinde uzamış remisyon sağlayan tek tedavi yöntemidir. Gebelikte, fetal riskler ve ilerleyen gebeliklerde teknik zorluklar nedeniyle splenektomiden kaçınılır. Ancak, gerekli olduğunda gebelik boyunca, özellikle ikinci trimesterde splenektomi güvenle uygulanabilir. Risklerin yayılımına ve ideal cerrahi yaklaşım tipine (açık/laparoskopik) ilişkin veriler eksiktir.

Trombosit transfüzyonu sadece, hayatı tehdit eden kanamayı kontrol altına almak için veya hastayı acil cerrahiye hazırlamak için geçici bir yöntem olarak kullanılabilir. Her 30 dakika-8 saatte bir, intravenöz yüksek doz kortikosteroidlere veya IVIG ile birlikte normalden daha yüksek dozda (iki-üç kat) trombosit infüzyonu yapılmalıdır. Trombosit sayısı üzerine etkisi kısa ömürlüdür.

## **İmmün trombositopeni ile komplike gebeliklerde fetal veya neonatal intrakranyal kanama riski önenebilir mi?**

Maternal ITP olgularında, fetal veya neonatal intrakranyal kanama sık görülme de, maternal trombosit sayısını yükselten tedavilerin fetal trombosit sayısını da yükselteceği çıkarımını yapmak mantıklı olacaktır. Ancak IVIG ve kortikosteroidler gibi medikal tedaviler fetal trombositopeniyi tam olarak önlemez veya fetal sonuçları olumlu yönde etkilemez. Bu tedavilerin bazıları (örn, IVIG) uygun çalışmalarda yeteri kadar test edilmediği için, fetal endikasyon için maternal medikal tedavi verilmesini önerecek yeterli veri yoktur.

ITP'ye bağlı maternal trombositopeni olgularında fetus için sezaryen doğumun vajinal doğumdan daha güvenli olduğunu gösteren kanıt bulunmamaktadır. Ciddi neonatal kanama riskinin çok düşük olduğu düşünülürse, ITP ile komplike gebeliklerde doğum şekli yalnızca obstetrik durumlara göre belirlenmelidir.

## **Trombositopenisi olan bir hastaya bölgesel anestezi uygulanabilir mi?**

Nöroaksiyel analjezi ve anestezi için güvenli kabul edilen trombosit alt sınır değeri hiçbir çalışmada değerlendirilmemiştir. Bölgesel anestezi için spesifik minimum trombosit sayısını destekleyen veri bulunmamaktadır ve her vaka bireysel olarak değerlendirilmelidir. Bu konuda literatürde yalnızca sınırlı sayıda ve retrospektif veri bulunmaktadır, ancak 19 kurumdan 84471 obstetrik hastayı kapsayan yakın tarihli retrospektif bir kohort çalışması ve bununla kombine edilen sistematik derlemenin sonucuna göre, trombosit sayısı  $70 \times 10^9/L$ 'nin üzerinde olan doğum hastalarında nöroaksiyel anestezi sonrası epidural hematoma gelişme riski son derece düşüktür (%0.2'nin altında). Bu veriler daha önceki önerilerle birleştirildiğinde, trombosit sayısı  $70 \times 10^9/L$  veya üzerinde olan, başka edinilmiş veya konjenital koagülopati tablosu olmayan, trombosit fonksiyonları normal olan ve antitrombosit veya antikoagülan tedavi almayan hastalarda epidural veya spinal anestezi uygulaması kabul edilebilir. Düşük doz aspirin tedavisi nöroaksiyel blokaj için kontrendikasyon olmasa da, düşük doz aspirin kullanımı ile maternal trombositopeninin klinik durumu bir araya geldiği takdirde, epidural hematoma riskini belirten veri bulunmamaktadır. Daha düşük trombosit sayıları da kabul edilebilir ancak, şu noktada yayınlanmış yeteri kadar veri bulunmamaktadır. Trombosit sayısı  $70 \times 10^9/L$ 'nin altında olan bir hasta için, karar risk ve kazançlar esas alınarak bireysel olarak verilmelidir.

## **Olası fetal-neonatal alloimmün trombositopeni için değerlendirme ne zaman başlatılmalıdır ve tanıda hangi testler faydalıdır?**

Başka türlü açıklanamayan fetal veya neonatal trombositopenide, kanama veya intrakraniyal kanama ile uyumlu ultrasonografik bulguların varlığında, fetal-neonatal alloimmün trombositopeniden şüphelenilmelidir. Laboratuvar tanısı, HPA tipi ile her iki ebeveynin zigositesinin belirlenmesini ve antitrombosit antikörlerin doğrulanmasını içerir. Fetal-neonatal alloimmün trombositopeni olgularının çoğunda sorumlu olan gen ve polimorfizmler tanımlanmış olduğu için, trombosit tipleme serolojik olarak ve genotipleme ile belirlenebilir. Bu trombosit tipleme, babanın uygun antijen için heterozigot olduğu durumlarda faydalıdır, çünkü fetal trombosit antijen tipleme amniyositler üzerinden geleneksel yöntemle veya anne kanından hücre dışı fetal DNA ile yapılabilir. Fetal-neonatal alloimmün trombositopeninin laboratuvar değerlendirmesi kompleks olabilir, sonuçların yorumlanması karışık olabilir ve bir antijen uyumsuzluğu her zaman tanımlanamayabilir. Bu nedenle, fetal-neonatal alloimmün trombositopeninin değerlendirilmesi, bu konuya özel ilgisi olan deneyimli bir laboratuvar yapılmalıdır. Ayrıca, bu konularda (örn, maternal fetal tıp) deneyimli bir hekime konsülte edilmesi uygun olacaktır.

## **Fetal-neonatal alloimmün trombositopeninin uygun obstetrik yönetimi nedir?**

Fetal-neonatal alloimmün trombositopeni ile komplike gebeliklerin obstetrik yönetiminde primer amaç, intrakraniyal hemoraji ve bununla ilişkili komplikasyonların önlenmesidir. Ancak ITP'nin aksine, fetal-neonatal alloimmün trombositopeni ile ilişkili intrakraniyal hemorajinin daha sık görülüyor olması, daha agresif müdahalelerin uygulanma ihtiyacını açıklar. Ayrıca, intrakraniyal hemorajiyi önlemeye yönelik stratejiler, in utero intrakraniyal hemoraji riski nedeniyle antenatal dönemde başlatılmalıdır.

Risk altındaki fetusların (uyumsuz antijenler açısından pozitif veya babaları antijen açısından homozigot olanlar) optimum yönetimi halen belirsizdir. Bu fetusların yönetimindeki kararlar bireyselleştirilmelidir, herhangi bir tedavi planını başlatmadan önce, bu hastalığa aşına olan obstetri ve pediatri uzmanları ile gerekli konsültasyonlar yapılmalıdır. Uzman konsensüslerine dayanan yaklaşımlar, çok katmanlı bir yönetim önermektedir. Fetal-neonatal alloimmün trombositopeniden etkilenmiş gebeliği olan kadınlar, önceki etkilenmiş gebeliğinde intrakraniyal hemoraji varlığı ve yokluğuna ve hastalığın başladığı gebelik haftasına (tanı 28 haftadan önce veya sonra) göre alt gruplara ayrılmıştır.

Fetal trombosit sayısını arttırmaya ve intrakraniyal hemorajiyi önlemeye yönelik, kortikosteroid eklenerek veya eklenmeksizin maternal IVIG verilmesi veya fetal trombosit transfüzyonu gibi çeşitli tedaviler denenmiştir. Ancak bu tedavilerin hiçbirisi tüm vakalarda etkin değildir. Olumlu sonuç bildirilen birkaç vaka olsa da, IVIG'in doğrudan fetusa uygulanması fetusun trombosit sayısını belirgin biçimde yükseltmemektedir. Maternal trombositler ile trombosit transfüzyonu, fetusun trombosit sayısını etkin biçimde yükseltmektedir. Ancak, transfüze edilen trombositlerin kısa yarı ömürlü olması nedeniyle işlemin haftalık olarak tekrarlanması gerekir ve bu uygulama alloimmünizasyonu kötüleştirebilir.

Geleneksel olarak, tedavinin ihtiyacını ve etkinliğini belirlemek için fetal kan örnekleme fetal-neonatal alloimmün trombositopeninin yönetimine dahil edilmiştir. Tedavi yaklaşımlarına dair prospektif çalışmaların sonuçlarına göre, erken kordosentez (20-24. gebelik haftasında) gereksiz bulunmuştur. Yirmialtı çalışmanın sistematik derlemesinde, kortikosteroid eklenerek veya eklenmeksizin haftalık IVIG uygulaması gibi noninvaziv yönetim yaklaşımı, trombositopeniye bağlı fetal ve neonatal kanamayı önlemede intrauterin trombosit transfüzyonu ile eşit derecede etkindir. Konsensüs kılavuzları güncel olarak, fetal intrakraniyal kanamanın tekrar etme riskine karşı, ampirik tedavinin (IVIG + daha sonra oral prednizon eklenmesi) erken başlanmasını önermektedir. Tedavi, hastanın öyküsüne, maternal antitrombosit antikörlerinin varlığına ve fetal hücrelerde buna karşılık gelen trombosit antijenlerine göre belirlenmelidir. Vajinal doğum planlanan bir kadında, fetal kan örnekleme 32. gebelik haftasına kadar ertelenmelidir. Bu kadınlarda, umbilikal kord örneklemesinin sonucu kayıt altına alınmalıdır. Tedavinin, fetal trombosit cevabının vajinal doğuma izin verecek biçimde yeterli olduğu, ancak herhangi bir acil doğum durumunda viabl bir yenidoğanın dünyaya geleceği biçimde gebeliğin ilerleyen döneminde gerçekleştirildiği belgelenmelidir.

# TJODist Bülteni

Trombosit sayısı  $50 \times 10^9/L$ 'nin üzerinde olduğu durumlarda eylem ve vajinal doğum kontrendike değildir, ancak trombosit değeri bu düzeyin altında olan olgularda sezaryen doğum önerilir. Doğum, ciddi trombositopeni ile doğacak bir bebeğin bakımını sağlayacak bir merkezde gerçekleştirilmelidir.

## ÖNERİLERİN ÖZETİ VE SONUÇLAR


**Aşağıdaki öneri ve sonuçlar kısıtlı ve uyumsuz bilimsel kanıtlara dayanmaktadır (Düzy B):**

- Kanama problemi öyküsü olmayan, asemptomatik gebe bir kadında  $100-140 \times 10^9/L$  arasında maternal trombositopeni, sıklıkla gestasyonel trombositopeniye bağlıdır.
- Ciddi neonatal kanama riskinin çok düşük olması nedeniyle, immüntrombositopeni ile komplike olan gebeliklerde doğum şekli, yalnızca obstetrik durumlara göre belirlenmelidir.

**Aşağıdaki öneri ve sonuçlar temel olarak konsensüs ve uzman görüşlerine dayanmaktadır (Düzy C):**

- Konsensüs kılavuzları, majör cerrahiden önce maternal trombosit sayısını  $50 \times 10^9/L$ 'nin üzerine çıkarmak için trombosit transfüzyonu yapılmasını önermektedir.
- Trombosit sayısı  $70 \times 10^9/L$  veya üzerinde olan, başka edinilmiş veya konjenital koagülopati tablosu olmayan, trombosit fonksiyonları normal olan ve antitrombosit veya antikoagülan tedavi almayan hastalarda epidural veya spinal anestezi uygulaması kabul edilebilirdir ve epidural hematom riski son derece düşüktür.
- Başka türlü açıklanamayan fetal veya neonatal trombositopenide, kanama veya intrakraniyal kanama ile uyumlu ultrasonografik bulguların varlığında, fetal-neonatal alloimmün trombositopeniden şüphelenilmelidir.



 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**

**14 Nisan 2019  
Hilton İstanbul Bosphorus**

**JİNEKOLOJİK ENDOSKOPİDE  
DOĞRULAR ve YANLIŞLAR**

**Bilimsel Program**

**[www.tjodistanbul.org](http://www.tjodistanbul.org)**

