



TJODist Bülteni

Nisan 2022

Başkandan



Değerli meslektaşlarım,
Covid19 pandemisinin sonuna yaklaştığımızı umduğumuz bu günlerde Mayıs ayından itibaren toplantılarda tekrar yüz yüze buluşmayı planlıyoruz. Toplantıların programlarına <https://www.tjodistanbul.org> adresimizden ulaşabilirsiniz.

Türk Jinekoloji ve Obstetrik Derneği İstanbul Şubesi (TJOD İstanbul) olarak, "Kadın Hastalıkları ve Doğum Asistan" hekimlerimiz ile iletişim kurmak, TJOD İstanbul toplantılarına ve kurslarına ücretsiz katılabilmenizi sağlamak için web sayfamızda "Asistan İletişim Grubu" bölümü oluşturulmuştur (<https://www.tjodistanbul.org>). Buradaki bilgileri tamamlayan arkadaşlarımız email grubumuza dahil edilecek ve toplantı-kurslardan haberdar olabilecektir.

Ayrıca Türkiye'de ki tüm Kadın-Doğum asistan hekimlerinin katılabileceği şekilde TJOD İstanbul, ve "International Society of Ultrasound in Obstetrics and Gynecology" (ISUOG) derneğinin işbirliği ile UOG dergisi (<https://www.isuog.org/journal.html>) ve ISUOG web sayfasından (<https://www.isuog.org>) iki yıl ücretsiz yararlanma imkanı sağlıyoruz.

Bu imkanlardan yararlanmak isteyen asistan arkadaşlarımızın web sitemizi ziyaret ederek ilgili formu doldurması yeterli olacaktır.

Bu vesileyle bültenimizin yayınlanmasında büyük emekleri olan sevgili Funda Güngör Uğurlucan Hoca'mız başta olmak üzere emeği geçen tüm arkadaşlarımıza teşekkür ediyorum. Saygılarımla,

TJOD İstanbul YK adına,
Dr. Recep HAS



TJOD İSTANBUL
Türk Jinekoloji ve Obstetrik Derneği

24 Nisan 2022, Pazar **20.00-21.30** **Online**

www.onlinesempozyum.com adresinden canlı yayınlanacaktır.

AŞILAR VE SERVİKAL PREİNVAZİV HASTALIKLAR
Toplantı Sorumlusu: Samet Topuz

Oturum Başkanları: Samet Topuz, Gürkan Kıran

20.00-20.15	HPV aşılarda güncel durum, aşı ne kadar başarılı oldu? <i>Cem İyibozkurt</i>
20.15-20.30	Serviks kanserini nasıl tarayalım, smear vs HPV, maliyet etkinlik analizi <i>Behiye Pınar Göksedef</i>
20.30-20.45	Preinvaziv servikal hastalık tedavisinde medikal yöntemler <i>Gökhan Demirayak</i>
20.45-21.00	ASCCP kılavuzları eşliğinde preinvaziv servikal hastalık tedavisi <i>Fuat Demirkıran</i>
21.00-21.15	Konizasyon; soğuk vs LEEP, cerrahi teknik ve obstetrik sonuçlar <i>Mete Güngör</i>
21.15-21.30	Tartışma

www.tjodistanbul.org



TJODist Bülteni

Editörden



Değerli Meslektaşlarım,

TJOD İstanbul olarak toplantılarımıza online olarak devam ediyoruz. 20 Şubat 2022 tarihinde 'Postpartum Kanama' ve 27 Mart 2022 tarihinde 'Ürojinekoloji: Alt Üriner Sistem Semptomlarına Yaklaşım' isimli toplantılarımızı gerçekleştirdik. Bu toplantıların programlarına ve kayıtlarına <https://www.tjodistanbul.org> adresimizden ulaşabilirsiniz. 24 Nisan 2022 tarihinde ise 'Aşılar ve Servikal Preinvazif Hastalıklar' başlıklı toplantımızı gerçekleştireceğiz.

TJOD İstanbul Bülteni'nin bu sayısında Dr. Engin Türkgeldi Sayın Dr. İnci Davas ile bir söyleşi gerçekleştirdi. Keyifle okuyacağınıza inanıyorum.

Bu sayımızda da güncel ve ilgi çekici makalelere yer vermeye çalıştık. Dr. Berna Aslan Çetin eklampsinin önlenmesinde magnezyum sülfat profilaksisi süresi ile ilgili bir sistematik derleme ve meta-analiz özetledi. Dr. Nadiye Köroğlu infertil olmayan çiftlerde doğal fertilitenin iyileştirilmesi ile ilgili ASRM komite görüşünü özetledi. Dr. Harika Yumru Çeliksoy radikal histerektomi öncesi konizasyon ile ilişkili SUCCOR-kon çalışmasını özetledi. Dr. Halime Çalı Öztürk ise sakrospinöz ligaman fiksasyonu ile sakrokolpopeksinin karşılaştırıldığı bir meta-analiz özetledi.

TJOD İstanbul Bülteni'nin bu sayısına katkıda bulunan (soyadı sırasına göre) Dr. Berna Aslan Çetin, Dr. Halime Çalı Öztürk, Dr. Nadiye Köroğlu, Dr. Engin Türkgeldi ve Dr. Harika Yumru Çeliksoy'a teşekkür ederim.

Bültenimiz ile ilgili görüş ve önerilerinizi veya kendi kongre izlenimlerinizi bana (fgungor@yahoo.com) veya TJOD İstanbul mail adresine iletebilirsiniz.

Saygılarımla,

Dr. Funda Güngör UĞURLUCAN

TJODist Bülteni

Tjod İstanbul Yönetim Kurulu //



TJODist Bülteni

Bu Sayımıza Katkılarından Dolayı Teşekkürler

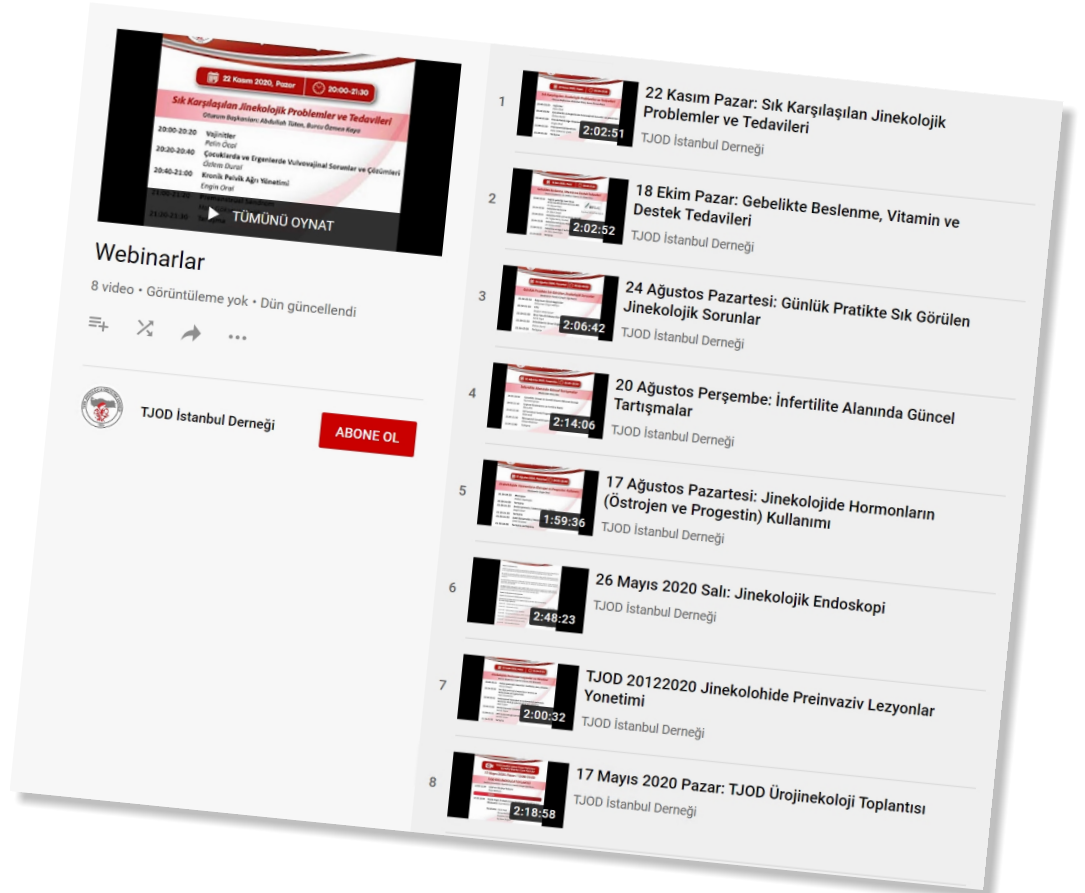
Soyadı Sırasıyla

Dr. Berna Aslan ÇETİN
Dr. Halime Çalı ÖZTÜRK
Dr. Nadiye KÖROĞLU
Dr. Engin TÜRKGELDİ
Dr. Harika Yumru ÇELİKSOY



Youtube Kanalımıza **abone** olabilirsiniz.

Webinarların **tekrarını izleyebilirsiniz.**



DR. NAİLE İNCİ DAVAS

Söyleşi: Dr. Engin Türkgeldi



Öncelikle bize kendinizi tanıtır mısınız?

Sevgili Engin, göbek kordonunu kesen meslektaşına röportaj yapıyorsun, çok mutlu oldum. Ben Naile İnci Davas, 1946 İstanbul doğumluyum. Doğum yerim Zeynep Kamil Hastanesi. İlkokulu ve ortaokulu İzmir Ödemiş'te okudum. Kadıköy Kız Lisesi mezunuyum. Ardından, İstanbul Tıp Fakültesi'nden 1970'de mezun oldum. İki yıl ihtisas imtihanı açılmadı. Açıldığında sınava girdim. İhtisasıma İstanbul'da bir hastanede başladım. Günde bir doğum oluyor, tek tük ameliyat oluyor. Anladım ki oradan ben iyi bir kadın doğum uzmanı olarak mezun olamayacağım. En iyi kadın doğum nerede yetişir? Ankara Zekai Tahir Burak. Ankara'ya da o tarihe kadar hiç gitmemişim. Naklimi oraya yaptırıp ihtisasımı orada tamamladım. Öyle bir hastane ki 8 saatte 5-6 tane sezaryen oluyor, günde 120 doğum oluyor. O şekilde yoğun bir pratik eğitim. Bunun yanında hocamız merhum Dr.Ziya Durmuşoğlu okumaya, bilimselliğe alıştırdı. Yayın yapmadan duramaz hale geldik. Uzmanlık eğitimim bittikten sonra eş durumundan Kayseri SSK Hastanesi'ne tayin oldum. Orada iki büyüğümle uyum içinde çalıştık. Bir süre sonra istifa ettim, muayenehaneye devam ettim, bir özel hastane açtık. Sonra çocuklarımın eğitimi için İstanbul'a döndüm. Fakat aklım fikrim eğitimde. Taksim Eğitim ve Araştırma Hastanesi'ne başasistan oldum. Tek başasistan olarak iki yıla yakın çalıştım. Akabinde, şef yardımcılığı sınavına girdim ve Şişli Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde şef yardımcısı olarak göreve başladım. Altı ay sonra da şeflik sınavına girdim. Süleymaniye Kadın Hastalıkları ve Doğum Hastanesi'nde bir sene klinik şeflik yaptıktan sonra Şişli Etfal Hastanesi'ne geri döndüm.

Şişli Etfal Hastanesi benim için çok çok çok önemli bir hastanedir. Geçmişi çok eski, tam teşekküllü bir hastane, bütün branşlar var, konsültasyon sıkıntınız yok. Eğitim gayet iyi. Her çarşamba günü bilimsel toplantılar yapılıyor, vakalar tartışılıyor. Hastanenin eğitim planı koordinasyon kurulu var ve o kurulda bilimsel pek çok bilimsel konuya karar veriliyor. Gençlerle diyalogum iyi olduğu için herhald gençler beni her dönem seçtiler beni Eğitim Planı Koordinasyon Kurulu'na. Ben yıllarca orada gençlerin istikballeri ile ilgili kararlara imza attım, bundan dolayı da çok mutluyum.

Ben 42 yıl kamuda çalıştım. Son yıllarımda full-time yasası çıktı. Muayenehanemi kapattım, kısa süre sonra 2011'de de emekli oldum.

Hekimliği ve kadın doğum ihtisasını niçin tercih ettiniz?

Benim babam annesinin son çocuğu. Babaannem doktor olması için son derece büyük bir baskı yapmış, babam tıp fakültesine girmiş. Babam çok çalışkandı, bir öğrenci Profesör Frang'ının öğrencisi alıyor fakat eğitiminin son senesinde annesinin vefatı üzerine tıp fakültesine nokta koymuş. Bu benim içimde kaldı. Babamın kütüphanesindeki tıp kitaplarına baktım, bunları lise çağında okuya okuya tıp zaten beynime kazınmıştı. Babam bana üniversite çağına geldiğimde dedi ki, "Tıp dışında bir meslek edin.". Biz 1964'te merkezi sistemle ilk defa imtihana girdik. İyi de bir puan almıştım. ODTÜ fizik mühendisliğine girmiştim fakat Ankara'da hiç yakınımız yok. Babam beni aradı, İstanbul'dan bir fakülte beğen dedi. Fakat bütün kontenjanlar dolmuş nereye beğeneyim? Yüksek matematiğe naklimi aldım orada kontenjan vardı orada bir ay okudum. Matematik tamam, fen derslerim iyi. Dedim ben gece uykuda bitiririm burayı. Fakat aklım tıpta, ben her gün tıp fakültesinde gidiyorum. Orada da kontenjan dolmuş. Bir gün 3 tane kontenjan açıldığını. Postaneye gittim, babama telefon yazdım. Babama dedim ki "Babacığım, sizden bir izin rica ediyorum. Kaydımı tıp fakültesine

TJODist Bülteni

alabilir miyim?” Çok uyumluydu, çok iyiydi ama hayır dedi mi bir şeye o katiyen evete dönemezdi. Durdu biraz. Sonra “Sen bilirsin” dedi bana. Ben de “Teşekkür ederim babacığım. Ellerinizden öperim,” dedim, telefonu kapattım, hemen bir saat içinde kaydımı tıp Fakültesi aldım. Ailemde kadın doğum doktoru çok, belki onlara özendim.

Uzun yıllar boyunca klinik şefliği yaptınız. İstanbul’un önemli hastanelerin birinde yıllarca eğitim vermiş, asistan yetiştirmiş bir hoca olarak, bir klinik şefi olarak nelere özen gösterdiniz?

Kadın doğum ihtisası sırasında gördüğüm yanlışlardan biri asistana ameliyat yaptırılmamasıydı. Ben bu hususu baştan tespit ettiğim için, asistanı gelir gelmez, henüz bir aylıkken mutlaka ameliyata sokarım, izletirim, enstrümantasyon yaptırır ve ondan sonra da çok çabuk karşıma alır, bistüriyi eline verir vaka yaptırırım. Bir çok asistanın benim kliniğimi tercih etmelerinin ameliyat yaptırmam, ben öyle görüyorum. Herkes açıp kitabını okuyabilir, bilimsel yayına hevesi olan yayını yapabilir ama her yerde ameliyatı yaptırmadığı için, bazı kliniklerde vakalar çok seçerek yaptırıldığı için, asistan ameliyat nerede çok yaptırılıyorsa asistan oraya ister. Ben bu prensibi uyguladım. Ameliyat sırasında olan orada kalır, çıkınca eksik hata varsa kendi aramızda konuşur, anlarız. Dışarıda paylaşmayız.

Asistan eğitiminde mutlaka seminerleri, bilimsel yayınları ihmal etmemek lazım. Asistan nereden öğrenecek yayın yapmayı nereden ve seçeceğini kendisi nasıl bilecek, ona sizin yol göstermeniz lazım. Mezun olan asistanlarımın sekizle onbeş arası yayını olur. Bu alışkanlığı edinmiş olanlar, daha sonra da bu devam ettirerek akademik kariyerlerini tamamlıyorlar. Boş geçmemesi lazım bu yılların.

Gelelim klinik şefliğine. Klinik şefliğinde size örnek olan kişileri taklit ediyorsunuz. Onlardan gördüğüm öğrendiğim iyi şeyleri alıyorsunuz. Ben de onların iyi özelliklerinin izinden gitmeye gayret ettim.

Beni en çok mutlu eden asistan eğitimi idi. Değişik ailelerden değişik aile yapısıyla gelen meslektaşlarım pırıl pırıldı. Hepsinin güzel alışkanlıkları da vardı olumsuz alışkanlıkları da vardı. Hepsine sevgim aynı. Mesela cerrahi yeteneği olan hiç ders çalışmayan, hastaya önem vermeyen bir asistana verdiğiniz uğraş farklı, dönem birincisi biri. Hocanın yaptığına dikkat eden, aynısını yapan asistan var. Bir de bunlara önem vermeyen asistanlar da var. Bunlarla ince ince uğraşmak gerekiyor. Bu dönemde sizi asistanlar güzel gözlerle izlemiyorlar, uyarılarınızdan mutlu olmuyorlar fakat uzman olduktan sonra sizi anlıyorlar ve size teşekkür ediyorlar, seviyor ve sayıyorlar.

Kariyerinize dönüp bakınca sizi en çok mutlu eden, gururlandıran şey nedir?

Beni en çok mutlu eden, gururlandıran şey yetiştirdiğim asistanlar. Bilimsel yatınlığı, alakası olanlar bu yolda ilerlediler. Pek çok asistanım doçent oldu, yaşım nedeniyle profesör olanlar da oldu. Yale Üniversitesi’nde, Tahran Üniversitesi’nde, İstanbul’daki üniversitelerde anabilim dalı başkanı oldular. Bilimsel alanda çalışmayı tercih etmeyen asistanlarım da son derece başarılıydılar. Benim meslekteki en büyük gururum asistanlarımdır. Her birinin sevgisi bir evlada yakındır. Hepsini ile gurur duyuyorum. Hepsine hakkım helal olsun.

Emeklilik yaşamınız nasıl geçiyor?

Emeklilik yaşamım çok güzel geçiyor. Eski alışkanlıklarınızı bırakamıyorsunuz, örneğin okumak gibi. Tabii yayın yapmıyorum, gençlere de yer açmak lazım. Onlar yapıyorlar, onlara destek oluyorum. Getirenlerin yayınlarına destek olmaya çalışıyorum, kontrol ediyorum. Bu arada, analarına bakmadım ama torunlarıma bakmaya çalışıyorum.

TJODist Bülteni

Genç meslektaşlarınıza önerileriniz nelerdir?

Önerim, önemli olan önce sizsiniz. Sizin sağlığınız, huzurunuz, mutluluğunuz Ondan sonra işiniz. İş çok önemli çünkü işinize gereken önemi göstermezseniz hayat hiç bence. Ondan sonra, belki bazıları kızacaklar ama eşiniz. Eşi doğru seçmek lazım, eşe önem vermek lazım. Sonra da diğerleri. Anne, baba, çocuk da diğerlerine giriyor.

Bir kadın doğumcuyu, asla bir doktor anlamaz, ancak bir kadın doğumcu anlayabilir. Bunu da söylemek isterim.

Sizin eklemek istediğiniz bir şey var mı?

Hekimlerin son yıllardaki durumları beni fevkalâde rahatsız ediyor ve üzüyor. Çalışırken hiç görmediğim hekime şiddet olaylarını görüyorum okuyorum ve son derece üzülen izliyorum. Maalesef birbirimizden başka hiçbir desteğimiz yok. Kaderiniz bilirkişilerin eline, insafına kalıyor. Bu son derece yanlış bir sistem. Bizi, hukuk ve tıp eğitimi almış biri yargılayabilmeli veya alternatif bir yol bulunmalı. Her yaptığımız doğru demiyorum hatalarımızla olabilir bu hataları tarafsız incelemek lazım. Doktorluk ne demek, hekimlik demek. Hekimlik ne demek bilge kişi demek. O yüzden hekime saygıyı nasıl geliştiririz, nasıl sağlayacağız, eski saygınlığımızı nasıl sağlayacağız bunu hep birlikte düşünmemiz lazım.

Benim genç meslektaşlarıma söylemek istediğim bir şey var. Özellikle asistan arkadaşlarıma. Hasta dosyanızda hiçbir şeyi eksik bırakmayın, hepsini not edin, yazın, çünkü olumsuz bir durum olduğunda savcı geliyor ve hiçbir şey demeden dosyanızı alıp gidiyor ve sizi ona göre yargılanıyor.

Kendinizi önce kendiniz yargılayıp, bu hastada ben nerede hata yaptım, ne yapmalıydım diye düşünüp önce kendi kendinizi yargılayarak doğruyu bulacaksınız. Bunu ben ömür boyu yaptım.

Ben meslektaşlarıma çok güveniyorum. Doktor olmak çok güzel, bir ayrıcalık. Umarım bize sahip çıkacak yöneticiler, devlet büyükleri çıkar. Bizim tüm niyetimiz iyileştirmek: hastayı iyileştirmek, yaşamı iyileştirmek, ortamı iyileştirmek. Hepinize sevgilerimi saygılarımı sunuyorum.

Bu güzel söyleşi için biz teşekkür ederiz.

EKLAMPSİNİN ÖNLENMESİ İÇİN POSTPARTUM MAGNEZYUM SÜLFAT SÜRESİ: SİSTEMATİK DERLEME VE METAANALİZ

Duration of Postpartum Magnesium Sulphate for the Prevention of Eclampsia: A Systematic Review and Meta-analysis Obstet Gynecol. 2022 Mar 10. PMID: 35271534. DOI: .1097/AOG.0000000000004720

Özetleyen: Doç. Dr. Berna Aslan Çetin

Link: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35271534>

AMAÇ: Eklampsinin önlenmesi için postpartum magnezyum sülfatın optimal süresini belirlemek.

VERİ KAYNAKLARI: MEDLINE, EMBASE, CINAHL, Cochrane ve Clinical Trials.gov veritabanları Ocak 2020'ye kadar taranmış ve tarama İngilizce randomize kontrollü çalışmalarla sınırlanmıştır. Arama stratejisi için anahtar kelimeler şunları içermiştir: "eklampsisi", "magnezyum sülfat" ve "postpartum".

ÇALIŞMA SEÇİM YÖNTEMLERİ: Başlık, özet ve tam metin incelemesi, Covidence veri yönetimi yazılımı kullanılarak yapılmıştır. Taranan 3.629 makaleden 10 çalışma son incelemeye dahil edilmiştir. Preeklampsisi veya eklampsili kadınlarda postpartum magnezyum sülfatın iki farklı zamanını karşılaştıran çalışmalar dahil edilmiştir.

TABULASYON, ENTEGRASYON VE SONUÇLAR: İki yazar, çalışmalarını bağımsız olarak gözden geçirmiştir. Kategorik sonuçlar için risk farkını ve sürekli sonuçlar için ortalama farkı hesaplamak için RevMan yazılımı kullanılmıştır. Postpartum 24 saatlik rejimlerle kıyaslandığında daha kısa magnezyum sülfat süresi (12 saat veya daha az), eklampsisi risk artışı ile ilişkili bulunmamıştır (RD 20.01, %95 CI 20.02 ila 0.01, I2 %70). Ne preeklampsili kadınları ne de eklampsili kadınları randomize eden çalışmalarda, daha kısa rejimlerle eklampsisi riskinde artış gösterilmemiştir. Kızarma, Foley kateter süresi, mobilizasyona kadar geçen süre ve hastanede kalış süresi gibi ikincil sonuçların tümü, daha kısa süreli magnezyum sülfat ile azalmıştır.

SONUÇ: Bu sistematik derleme ve metaanaliz, postpartum daha kısa magnezyum sülfat süresinin eklampitik nöbet riskini arttırmadığını göstermektedir, ancak veriler kesin sonuçlara varmak için yetersizdir.

Dünya çapında preeklampsisi, tüm gebeliklerin %2-8'ini etkiler ve önemli maternal ve neonatal komplikasyonlarla ilişkilendirilebilir. Yeni başlayan nöbetlerin ortaya çıkması ile tanımlanan eklampsisi, magnezyum sülfat yokluğunda şiddetli özellikleri olan preeklampsili kadınların %2-3'ünde ve şiddetli özellikleri olmayan preeklampsili kadınların %0-0,6'sında görülür. Magnezyum sülfat uygulaması hem eklampsisi hem de genel mortalitede azalma ile ilişkilidir. MAGPIE çalışması (MAGnesium sülfat for Prevention of Eclampsia), kadınları randomize olarak magnezyum sülfat bolusu ve ardından 24 saat idame tedavisine ayırmıştır. MAGPIE çalışmasında magnezyum sülfata toplam maruz kalma süresi 24 saattir. Bu bulgular göz önüne alındığında, magnezyum sülfat eklampsinin önlenmesi için birinci basamak tedavi olarak kabul edilir.

Optimal süre konusunda fikir birliği olmamasına rağmen, preeklampsisi veya eklampsili hastaların doğum sırasında intravenöz olarak magnezyum sülfat alması ve doğum sonrası 24 saat boyunca infüzyona devam etmesi yaygın bir uygulamadır. Magnezyum sülfat infüzyonu yoğundur, maternal yan etkilerle ilişkilidir ve iyileşmeyi geciktirebilir. Birkaç küçük, yetersiz çalışma, eklampsinin önlenmesi veya eklampsinin tedavisi için daha kısa postpartum magnezyum sülfat süresinin daha kötü sonuçlarla ilişkili olup olmadığını belirlemeye çalışmıştır.

Bu sistematik derleme ve metaanalizin amacı, standart 24 saatlik rejime kıyasla 24 saatten daha kısa süreli postpartum magnezyum sülfat uygulamasının artan eklampsisi oranları ile ilişkili olup olmadığını değerlendirmektir.

TJODist Bülteni

KAYNAKLAR

Bu inceleme, PRISMA yönergelerini izledi. Eğitimli bir kütüphanecinin yardımıyla, eklampsi ("preeklampsi", "gebelik toksemisi", "nöbetler"), magnezyum sülfat ("magnezyum", "MgSO4", "antikonvülsanlar", "antiepileptik ilaçlar", "nöbet kontrolü", "nöbet önleyici ilaçlar") ve postpartum ("postnatal bakım", "gebelik komplikasyonları", "gebelik", "postpartum", "obstetrik", "doğumdan sonra", "sezaryen sonrası") ile ilgili anahtar kelimelerin bir kombinasyonunu kullanarak MEDLINE, EMBASE, CINAHL, Cochrane ve ClinicalTrials.gov'da Ocak 2020'ye kadar arama yaptık. Aramamızı İngilizce dili ve insan konuları ile sınırladık. Derleme makalelerinden ve sistematik derlemelerden elde edilen referanslar, ek makaleler elde etmek için arandı. İnceleme PROSPERO'da kaydedildi.

ÇALIŞMA SEÇİMİ

Dahil edilen çalışmalar, postpartum 24 saat boyunca magnezyum sülfatın postpartum diğer herhangi bir süre ile karşılaştırılmasını bildiren ve bir eklampsi oranı bildiren randomize kontrollü çalışmalardır.

Literatür taramasından elde edilen her bir RCT, iki hakem tarafından iki aşamada taranmış, ardından seçilen makalelerin tam metin incelemesi takip edilmiştir. Uyuşmazlık tartışılarak çözülmüştür; eğer bir karara varılmazsa, üçüncü bir gözden geçiren dahil edilmiştir. Makale taramasını organize etmek için Covidence veri yönetim sistemi kullanılmıştır.

Birincil sonuç, eklampsi oranıdır. Eklampsi, altta yatan başka bir nörolojik bozukluğa değil, preeklampsiye atfedilen yeni başlangıçlı bir nöbet olarak tanımlanmıştır. İkincil sonuçlar arasında maternal mortalite, morbidite ve magnezyum sülfat toksisitesi ve yan etkiler yer almıştır. Maternal morbidite sonuçları, Foley kateter süresini, mobilizasyona kadar geçen süreyi ve hastanede kalış süresini içermektedir.

BULGULAR

Literatür taramasında 3.629 çalışma tespit edilmiştir. On üç çalışma dahil etme kriterlerini karşılamış ve sonuçta 10 tanesi nicel analize dahil edilmiştir. Dahil edilen çalışmalarda yanlılık riski değerlendirilmiştir. Bir RCT'nin birden fazla kayırma hatası türü için yüksek risk altında olduğu bulunmuştur; bu nedenle, sonuçları son analizinde dışarıda tutulmuştur. Altı çalışma sadece preeklampsi bir hasta popülasyonunu içermiştir, üç çalışma hastaları ilk eklampsi nöbetlerinden sonra randomize etmiştir ve bir çalışmada preeklampsi veya eklampsi hastaları yer almıştır.

Doğum sonrası magnezyum sülfatın süresi, çalışmalarda değişiklik göstermiştir; 12 saat ile 24 saati karşılaştıran altı çalışma, 6 saat ile 24 saati karşılaştıran üç çalışma ve 8 saat ile 24 saati karşılaştıran bir çalışma bulunmaktadır. Magnezyum sülfat uygulama şekli çalışmaları arasında farklılık göstermiştir: yedi çalışmada yalnızca magnezyum sülfat IV uygulanmış, bir çalışmada IM magnezyum sülfat uygulanmış ve iki çalışmada IV ve IM kombinasyonu kullanılmıştır. Uygulanan toplam magnezyum sülfat dozu da değişmiştir. Hiçbir çalışma serum magnezyum düzeylerini bildirmemiştir.

Çalışmanın birincil sonucu olan magnezyum sülfat alırken eklampsi nöbet geçirme oranı, 10 çalışmanın tümünde bildirilmiştir; 10 kadın (%1.2) 24 saatten daha az doğum sonrası magnezyum sülfata maruz kaldıktan sonra nöbet geçirmiş ve 23 kadın (%3.0) doğum sonrası magnezyum sülfata 24 saat maruz kaldıktan sonra nöbet geçirmiştir (RD 20.01, %95 CI 20.02 ila 0.01, I2 %70). Yalnızca preeklampsi kadınları randomize eden çalışmalarda, 24 saatten daha kısa grupta bir kadın eklampsi nöbet geçirmiş, 24 saatlik grupta ise hiçbir hasta eklampsi nöbet geçirmemiştir (RD 0,95% CI 20.01 ila 0.01, I2 %0). Benzer şekilde, yalnızca şiddetli özelliklere sahip preeklampsi kadınları içeren çalışmalarda, 24 saatten kısa grupta bir hasta (%0.2) eklampsi nöbet geçirirken 24 saat grubundaki hiçbir hasta eklampsi nöbet geçirmemiştir (RD 0,95% CI 20.01 ila 0.01, I2 0%). Eklampsi nöbetten sonra kadınları randomize eden çalışmalarda, 24 saatten daha kısa sürede üç (%0.9) hastada tekrarlayan eklampsi görülürken, 24 saatlik grupta 12 (%6.8) hastada tekrarlayan nöbet görülmüştür (RD 20.04, %95 CI 20.14 ila 0.07, I2 %87).

TJODist Bülteni

Doğum sonrası 12 saat ile 24 saat magnezyum sülfatın karşılaştırıldığı çalışmalarda, daha kısa rejimde yedi kadın (%1.2) nöbet geçirirken, 24 saatlik gruptaki 21 kadın (%4,5) nöbet geçirmiştir (RD 20.02, %95 CI 20.06 ila 0.02, I2 %84). Benzer şekilde, 8 saat veya daha az magnezyum sulfata maruz kalan kadınların üçü (%1.5) nöbet geçirirken, kontrol grubundaki iki kadın (%1.2) nöbet geçirmiştir (RD 0, %95 CI 20.02 ila 0.02, I2 %0).

Yalnızca birkaç çalışma ikincil sonuçları bildirmiştir. Daha kısa doğum sonrası magnezyum sülfat süresi; üriner kateter kullanım süresinin azalması (dört çalışma) (ortalama fark 215.44 saat, %95 GA 219.97 ila 210.91, I2 %98) ve mobilizasyona kadar geçen süre (iki çalışma) (ortalama fark 210.77 saat, %95 CI 217.24 ila 24.31, I2 %96) ile ilişkilidir. Daha kısa süreli magnezyum sülfat ile bildirilen tüm çalışmalarda hastanede kalış süresi azalmıştır. Sadece bir çalışmada kızarma bildirilmiştir; 24 saatlik gruba kıyasla daha kısa süreli grupta 12 vaka görülmüştür. (p=0.3)

TARTIŞMA

Bu meta-analizde, eklampsinin önlenmesi için standart 24 saatlik doğum sonrası magnezyum sülfat süresi ile daha kısa süre karşılaştırılmıştır. Genel olarak, preeklampsi veya eklamptik nöbet geçiren hastalarda, daha kısa süreli magnezyum sülfat ile doğum sonrası nöbet riskinde artış olmamıştır. Eklamptik nöbet geçirme riski iki grup arasında benzerdir; kısa süreli magnezyum sülfat grubundaki kadınların %1.2'sinde nöbet ve 24 saatlik grubun %3.0'ında nöbet görülmüştür.

Sadece preeklampsili kadınlarda yapılan çalışmalarda, daha kısa süreli grupta bir hastada nöbet görülmüştür; eklampsi hastalarını randomize eden çalışmalarda, her iki grupta da tekrarlayan nöbetler görülmüştür. Obstetrik kılavuzlar, şiddetli özelliklere sahip preeklampsili veya nöbet profilaksisi olarak eklampsili kadınlarda postpartum magnezyum sülfatı savunmaktadır.

Ciddi özellikleri olmayan preeklampside rutin kullanımı konusunda bir fikir birliği yoktur ve karar vermek klinisyenlere bırakılmıştır. Tüm popülasyonlarda, kılavuzlar postpartum magnezyum sülfat süresi için kanıt bulunmadığını kabul eder ve 24 saat önerir.

Yüksek doz magnezyum sülfat infüzyonları, terapötik üstü serum seviyelerine yol açar ve solunum baskılanması ve maternal hipokalsemi dahil olmak üzere risksiz değildir. Verilerimiz, doğum sonrası magnezyum sülfatın daha kısa süreli eklampsi riski ile ilişkili olup olmadığı sonucuna varmak için yetersiz kalmaktadır; mesane kateterizasyon süresinin azalması, mobilizasyonun artması ve hastanede kalış süresinin azalması dahil olmak üzere anneye yararları ile ilişkilidir. Magnezyum sülfatta geçen süreyi azaltmak, muhtemelen hasta güvenliğini ve hasta memnuniyetini artırmaya yardımcı olacak ve sağlık sistemi üzerindeki genel maliyetleri potansiyel olarak azaltacaktır.

Birincil sonucumuz, farklı sürelerde magnezyum sülfata maruz kaldığında postpartum eklampsi riskiydi. Birleştirilmiş çalışmalarda, çalışmaların tümü eklampsinin magnezyum sülfat infüzyonu sırasında mı yoksa tamamlandıktan sonra mı oluştuğunu spesifik olarak belirtmemiştir. Bu çalışmada birincil sonuçlar risk oranından ziyade RD olarak rapor edilmiştir. RevMan yazılımının sınırlamalarından biri, programın havuzlanmış etki risk oranı hesaplaması sırasında hem tedavi hem de kontrol kollarında sıfır olaylı denemeleri hariç tutmasıdır.

Çalışmamızın güçlü yönleri arasında çok sayıda tanımlanmış araştırma, yayın yanlılığı kanıtının olmaması, hem kaynak açısından zengin hem de sınırlı kaynaklara sahip ülkelerden araştırmaların dahil edilmesi ve preeklampsili veya eklampsili kadınları içeren araştırmaların dahil edilmesi yer almaktadır. Tanımlar çalışmalar arasında farklılık gösterdiğinden, seçilen makalelerdeki hastalarda hem ağır özellikleri olan hem de ağır olmayan preeklampsi bulunmaktadır ve preeklampsili tüm kadınların yakalanması umulmuştur. Geniş dahil etme kriterlerimizle, doğum sonrası magnezyum sülfatın optimal süresini belirlemek için istatistiksel güç elde etmeyi ummuştuk. Analizimiz ayrıca, ağır özelliklere sahip preeklampsi hastaları ile magnezyum sülfat endikasyonu olarak eklamptik nöbet geçirenler arasında daha önce bildirilmemiş bir sonuç olarak ayırım yapmıştır.

Bu çalışmanın bir takım sınırlamaları vardır. Tanımlanan çok sayıda araştırmaya rağmen, eklampsi nadirdir. %1 eklampsi insidansını kullanan bir güç hesaplaması, magnezyum sülfat ile nöbetlerde %50'lik bir azalma göstermek için 9.000'den fazla kadının gerekli olacağı tahmin edilmiştir. Çalışmamız sadece 1.714 kadını içermektedir; bu nedenle, daha kısa süreli magnezyum sülfatın nöbet aktivitesinde bir azalma ile ilişkili olup olmadığını belirleme konusunda yetersiz kalmıştır. Benzer şekilde, çalışmalar arasındaki heterojenlik yüksektir ve bu bulguların genellenebilirliğini sınırlıdır. Bu çalışmada yeterli güce ulaşmaya çalışmak için hem kaynak açısından zengin hem de sınırlı kaynaklara sahip ülkelerden yapılan denemeler dahil edilmiştir. Analiz, altta yatan eklampsi oranlarının ülkeler arasında farklılık gösterdiğinin altını çizmiştir; bu da muhtemelen altta yatan tıbbi durumların insidansındaki farklılıkları ve daha fazla keşfedemeyeceğimiz çevresel ve genetik faktörleri yansıtmaktadır.

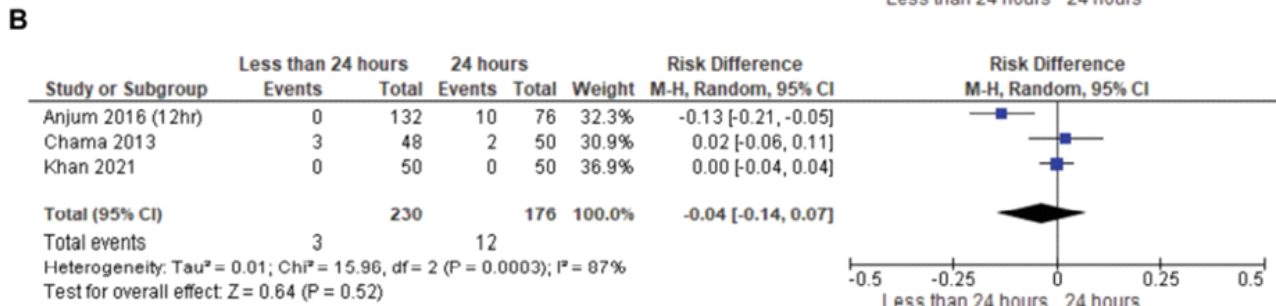
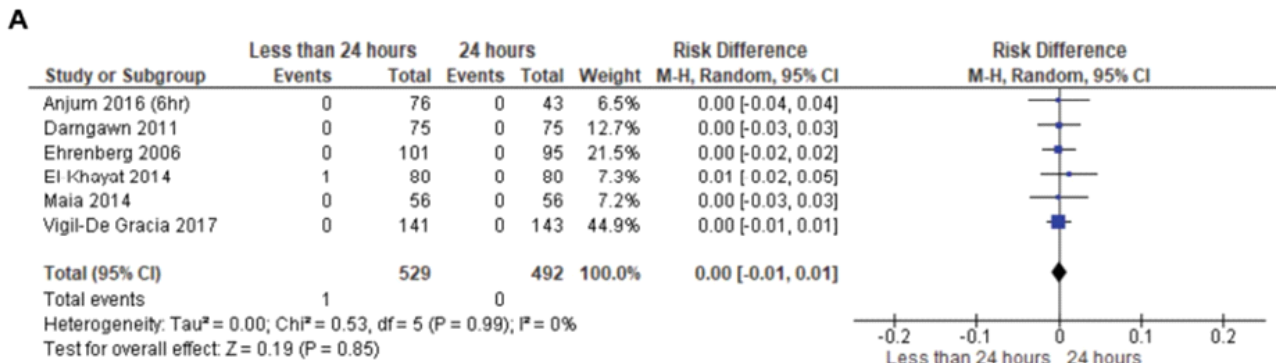
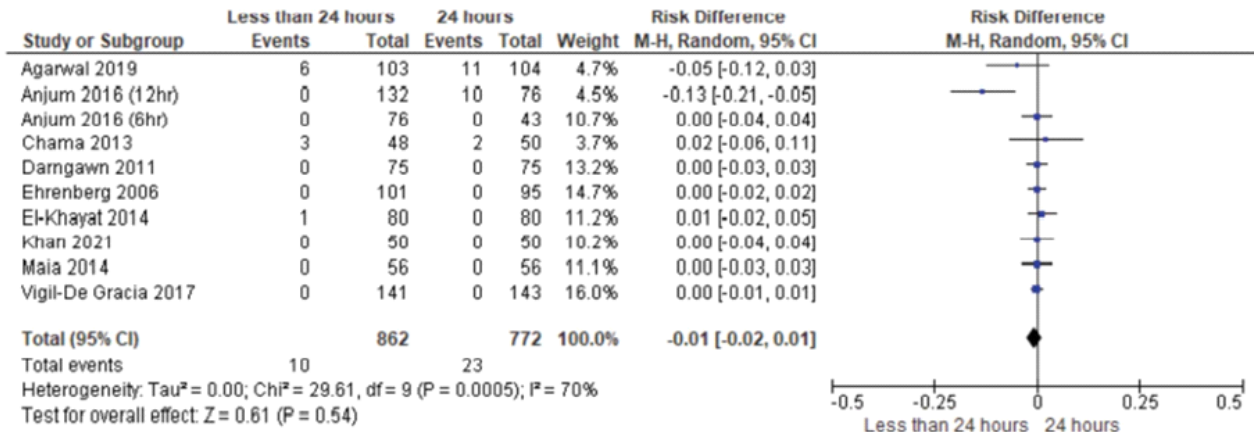
Bu sistematik derleme ve meta-analizde, daha kısa süreli doğum sonrası magnezyum sülfatın eklampsi riskini artırmadığı, verilerin önemli heterojenlik göstermesine ve kesin sonuçlara varmak için yetersiz kalmasına rağmen bulunmuştur. Preeklampsili veya eklampsili kadınlarda magnezyum sülfatın optimal süresini belirlemek için iyi tasarlanmış, uluslararası, yeterince güçlü klinik araştırmalara ihtiyaç vardır.

Table 1. Characteristics of Included Studies

Study	Location	Population Randomized	No. of Patients	Magnesium Sulphate Regimen		Primary Outcome
				Experimental Group	Control Group	
Agarwal et al (2019)*	India	Preeclampsia with severe features or eclampsia	207	L: 10 g IM M: 5 g every 4 h for 12 h	L: 4 g IV + 5 g IM M: 5 g IM every 4 h for 24 h	Eclampsia
Anjum et al (2016) ⁹	India	Preeclampsia with severe features	119	L: 4 g IV M: 1 g/h IV for 6 h	L: 4 g IV M: 1 g/h IV for 24 h	Eclampsia
Anjum et al (2016) ¹⁵	India	Eclampsia	208	L: 4 g IV M: 1 g/h IV for 12 h	L: 4 g IV M: 1 g/h IV for 24 h	Eclampsia (recurrent)
Chama et al (2013) ¹⁴	Nigeria	Eclampsia	98	L: 4 g IV + 10 g IM M: 5 g IM every 4 h for 8 h	L: 4 g IV + 10g IM M: 5 g IM every 4 h for 24 h	Eclampsia (recurrent)
Darngawn et al (2012) ¹⁰	India	Preeclampsia with severe features	150	L: 4 g IM M: 4 g IM q 6h OR 1 g/h IV for 6 h	L: 4 g IM M: 4 g IM q 6h OR 1g/h IV for 24 h	Eclampsia
Ehrenberg et al (2006) ⁶	United States	Preeclampsia without severe features	196	L: 4 g IV M: 2 g/h IV for 12 h	L: 4 g IV M: 2 g/h IV for 24 h	Eclampsia
El-Khayat et al (2016) ¹¹	Cairo	Preeclampsia with severe features	160	L: 6g IV M: 4 g IV infusion over 4 h every 4 h for 12 h	L: 6 g IV M: 4 g IV infusion over 4 h every 4 h for 24 h	Eclampsia
Khan et al (2021) ¹⁶	Pakistan	Eclampsia	100	L: 4 g IV M: 1 g/h IV for 12 h	L: 4 g IV M: 1 g/h IV for 24 h	Eclampsia (recurrent)
Maia et al (2014) ¹²	Brazil	Preeclampsia with severe features	112	L: 6g IV M: 1 g/h IV for 12 h	L: 6 g IV M: 1 g/h IV for 12 h	Eclampsia
Vigil-de Garcia et al (2017) ¹³	Panama	Preeclampsia with severe features	284	Regimen not specified; stopped at 6 h after delivery	Regimen not specified; stopped at 24 h after delivery	Eclampsia

L, loading dose; IM, intramuscular; M, maintenance dose; IV, intravenous.

* Agarwal A, Sharma M, Das V, Pandey A, Agrawal S, Kumar N. Modification of Pritchard regimen of magnesium sulphate for the conditions of a developing country [abstract]. BJOG 2019;126(Suppl 2):150-1.



C

Fig. 3. A. Forest plot for eclampsia in less than 24 hours postpartum magnesium sulphate vs 24 hours. **B.** Forest plot for eclampsia for trials that randomized patients with preeclampsia to less than 24 hours postpartum magnesium sulphate vs 24 hours. **C.** Forest plot for eclampsia for trials that randomized patients with eclampsia to less than 24 hours postpartum magnesium sulphate vs 24 hours. M-H, Mantel-Haenszel; df, degrees of freedom.

DOĞAL FERTİLİTENİN İYİLEŞTİRİLMESİ: KOMİTE GÖRÜŞÜ

OPTIMIZING NATURAL FERTILITY: A COMMITTEE OPINION
PRACTICE COMMITTEES OF THE AMERICAN SOCIETY FOR REPRODUCTIVE MEDICINE AND THE SOCIETY FOR REPRODUCTIVE
ENDOCRINOLOGY AND INFERTILITY. FERTIL STERIL.2022 JAN;117(1):53-63. DOI:10.1016/J.FERTNSTERT.2021.10.007.

Özetleyen: **Dr. Nadiye Köroğlu**

Link: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34815068>

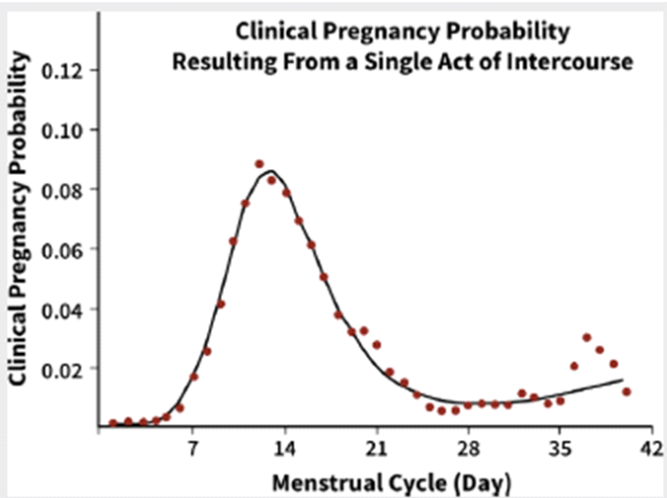
Bu komite görüşü klinisyenlere infertilitesi olmayan ve gebe kalmak isteyen çiftler/bireylere hangi önerilerde bulunulabileceğine dair öneriler sunmaktadır.

Fertilite ve Yaş

Fertilite çocuk doğurma kapasitesi olarak tanımlanır. Gebelik oluşma potansiyeli korunmayı bıraktıktan sonraki ilk birkaç ayda en yüksektir ve bundan sonra giderek azalır. Yaklaşık olarak çiftlerin %80'i ilk 6 ayda gebe kalmaktadır. Aylık fekundabilite (ay başına gebelik olasılığı) ilk 3 ayda en yüksektir. Fertilitenin en yüksek olduğu geç 20'li yaşlar ve erken 30'lu yaşlara göre 40 yaşında fertilite yarı yarıya azalır. Fertilite toplumsal bazda değişkenlik gösterir ve hem kadın hem erkek de yaşla birlikte azalmakta ancak bu etki kadınlarda daha belirgindir. Yaşa bağlı azalma hem gebelik şansında hem de canlı doğumlarda görülmektedir; bunun nedeni de artmış anöploidi riski ve yaşla birlikte artan düşük riskidir.

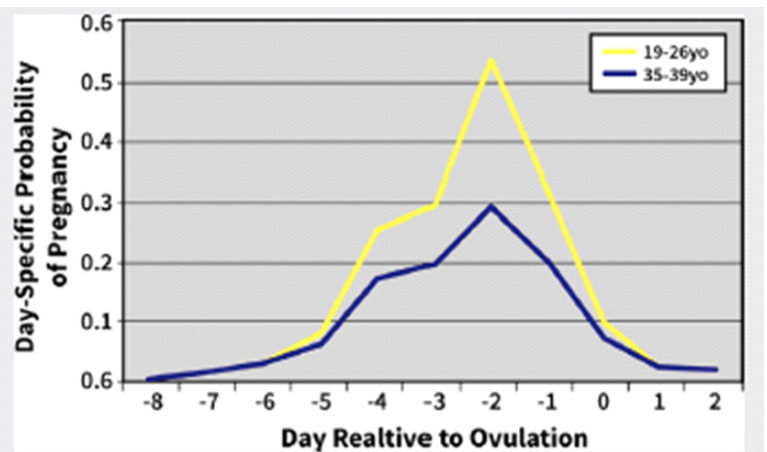
Fertil Pencere

Fertil pencere, ovulasyon gününden 6 gün önce başlamakta ve ovulasyon günü bitmektedir. En azından teoride hem oosit hem de spermin canlılığı bu sürede maksimumdur. 221 fertil kadını içeren bir çalışmada en yüksek fekundabilite, ilişki ovulasyondan 2 gün önce gerçekleştiğinde elde edilir. Başka bir çalışmada gebelik olasılığı ovulasyondan önceki ilişkide en yüksek olup ovulasyon gününden itibaren azalmaya başlamıştır. Adetleri düzenli olan bir kadında gebelik olasılığı fertil pencere döneminde artar. Klinik gebelik olasılığı siklusun 8.gününde %3.2 iken siklusun 12.günde %9.4 dür ve siklusun 21.gününde %2'ye düşer. Her ne kadar yaş fertil pencerenin uzunluğunu veya zamanını etkilemese de gebelik şansı artan yaş ile azalmaktadır.



Probability of pregnancy resulting from a single act of intercourse. Modified from Dunson et al. (15).

Practice Committee of the American Society for Reproductive Medicine and the Society for Reproductive Endocrinology and Infertility. Fertil Steril 2021.



Probability of pregnancy resulting from recurrent intercourse by woman's age and cycle day. Data from Stanford and Dunson (17).

Practice Committee of the American Society for Reproductive Medicine and the Society for Reproductive Endocrinology and Infertility. Fertil Steril 2021.

TJODist Bülteni

Cinsel ilişki Sıklığı

Beş günden daha uzun abstinans, sperm sayısını olumsuz etkileyebilir. 2 gün kadar kısa abstinans normal sperm yoğunluğu ile ilişkilidir. Sık boşalmaların erkek fertilesini azalttığına dair yanlış inanış vardır. Retrospektif bir çalışmada normal semen kalitesi, sperm sayısı ve hareketliliği olan 10 000 sperm analizinde günlük ejakülasyonlarda dahi sperm parametreleri normal saptanmıştır. Şaşırtacak şekilde oligozoospermisi olan erkeklerde, sperm sayı ve motilitesi günlük ejakülasyonda en yüksek bulunmuştur. Cinsel ilişkiden kaçınma süreleri sperm morfolojisini etkilememektedir. Ancak, 10 gün veya daha uzun süreli kaçınmalarda semen parametreleri kötüleşmeye başlamaktadır.

Bir çalışmada sıklık fekundite fertil dönemde olan günlük, gün aşırı veya 3 günde bir ilişkide de benzer bulunmuş ancak haftada bir ilişkide en düşük saptanmıştır. Çiftlere üreme etkinliğinin ilişki sıklığı ile arttığı ve fertil pencerede 1 ile 2 gün aralıklarla ilişkide en yüksek olduğu bilgisi verilmelidir.

Fertilite-Farkındalık Metodları

Düzenli siklusu olan kadınlarda dahi fertil pencerenin zamanlaması değişebilir. Fertilite-farkındalık metodları ile fertil zamanın belirlenmesi ve bu dönemde zamanlı ilişki gebe kalma olasılığını artırır. Fertilite-farkındalık metodları takvim metodu (telefon uygulamaları ile veya değil), servikal mukusun gözlenmesi, ovulasyon kitleri ve bazal vücut sıcaklığının takibidir.

Takvim metodu menstrüel siklus uzunluğuna bağlıdır. Tüm kadınlar için, luteal fazın uzunluğu yaklaşık 14 gündür. Dolayısıyla, 28 günlük siklusu olan bir kadında ovulasyonun 14.günde; 30 günlük siklusu olanda 16.günde gerçekleştiği kabul edilir. Fertil pencere kabul edilen ovulasyon günü ve bundan 5 gün öncesini kapsar (28 günlük siklusu olanda siklusun 9-14.günleri; 30 günlük siklusu olanda siklusun 11-16.günleri). Akıllı telefon uygulamaları takvim metodunu kullanır ve ilk basamak veya yardımcı fertilite-farkındalık metodu haline gelmiştir.

Ovulasyon kitleri ovulasyon zamanındaki idrar LH salınımını kontrol eder. Bunlardan bazıları idrar östron glukoronid düzeylerini de belirleyebilir. Siklus ortasındaki idrar LH yükselmesinin tespiti sonrası ovulasyon 2 gün içerisinde herhangi bir zamanda olabilir. Yanlış-pozitif test sonuçları siklusların %7'sinde görülmektedir. Ovulasyon kitlerinin kullanımı randomize kontrollü çalışmalarda gebeliğin oluşumuna kadar geçen süreyi kısaltmaktadır.

Servikal mukusun kalitesi ovulasyonun tespitinde ucuz bir yöntemdir. Mukus kaygan ve şeffaf olduğu zaman gebelik ihtimali en yüksektir ancak bu mukusun varlığı gebeliğin oluşması için bir gereklilik değildir. Servikal mukus miktarı ovulasyondan önceki 5 ile 6 gün önce plazma östrojen düzeyi arttıkça artar ve ovulasyondan 2 gün önce pik yapar. 1681 siklusu içeren retrospektif bir çalışmada mukusun pik yaptığı günde ilişki olması durumunda gebelik oranları en yüksek (yaklaşık %38), pikten önceki veya sonraki günde olması durumunda düşüktür (yaklaşık %15 ile 20).

Bazı kadınlar bu metodları faydalı bulurken diğerleri bunun gereksiz strese neden olduğunu düşünmektedir. Gebe kalmakla ilgili stres cinsel özgüveni, tatmini ve cinsel ilişki sıklığını azaltmaktadır.

Koitus ile İlişkili Pratikler

Çoğu kadın koitus sonrası supin yatmanın spermin transportunu kolaylaştırdığını ve vajinadan sızmasını engellediğine inansa da bu inancın bilimsel bir karşılığı yoktur. Siklus ortasında servikste depolanan sperm 15 dakika içinde Fallop tüplerinde bulunur. Sperm Fallop tüplerini geçer ve Fallop tüplerinde ampuller bölgede birikmek yerine peritoneal kaviteye atılır. Arka vajinal fornikse yerleştirilmiş işaretli partikülleri içeren çalışmalarda foliküler fazda 2 dakika gibi kısa bir zamanda Fallop tüplerine transport olmaktadır. Bu partiküllerin sadece dominant folikülün olduğu taraftaki tüpte olduğu ve diğer tüpte olmadığı gözlenmiştir. Koitus pozisyonunun fekundabiliteyi etkilediğine dair kanıt bulunmamaktadır. Pozisyondan bağımsız olarak

TJODist Bülteni

sperm ejakülasyondan saniyeler sonra servikal kanalda bulunmaktadır. Kadının orgazm olması sperm transportunu kolaylaştırır da orgazm ve fertilité arasında bilinen bir ilişki bulunmamaktadır.

Bazı vajinal kayganlaştırıcılar fertilitéyi spermin canlılığını etki ederek azaltabilir. Ticari olarak bulunan su-bazlı kayganlaştırıcılar in vitro olarak %60 ile 100 oranında sperm motilitesini inhibe ederken, kanola yağının benzer zararlı etkileri yoktur.

Diyet ve Yaşam Tarzı

Diyet
Fertilité oranları çok zayıf veya obez kadınlarda azalmıştır. Deniz ürünlerinin tüketimine bağlı artmış kan civa düzeyleri infertilite ile ilişkilidir. Gebe kalmaya çalışan kadınlara nöral tüp defekti riskini azaltmak için folik asit takviyesi alması önerilmelidir (en az günlük 400 mikrogram).

Çok sayıda çalışma diyet şekli, makrobesinler, mikrobiyotikler ve fertilité arasındaki ilişkiyi değerlendirmiştir. "fertilité diyeti"nin etkinliğini değerlendirmiştir. Bu diyetle; trans-yağlardan ziyade daha fazla tekli doymamış yağ tüketimi, hayvansal protein kaynaklardan ziyade bitkisel proteinler, düşük-glisemik karbonhidratlar, yüksek yağlı süt ürünleri, multivitaminler ve bitkisel ve takviye demir bulunur. Fertilité diyetine tam olarak uyulması durumunda ovulatuvar bozukluklara bağlı infertilite riski daha düşük olarak saptanmıştır.

Tüp bebek sonuçları ile diyet ilişkisini inceleyen çalışmalar mevcuttur. Hemşirelerin Sağlık Çalışması II "Fertilité diyetine" uyan ve yardımcı üreme teknikleri uygulanan kadınlarda gebelik veya canlı doğum oranlarına olumlu bir etki gözlenmemiştir. "Pro-fertilité diyeti" (yüksek folik asit, vitamin B12, vitamin D takviyesi, düşük-pestisit ürünleri, tam tahıllı, süt ürünleri, soya ve etten ziyade deniz ürünleri) yapan kadınlarda yardımcı üreme teknikleri uygulandığında canlı doğum oranları daha yüksek saptanmıştır. Benzer şekilde Akdeniz diyeti (sebze ve meyve ağırlıklı beslenme, düşük yağlı süt ürünleri, zeytinyağı, balık ve tavuk) veya Alman diyetine (tam tahıllı ürünlerin tüketimi, tekli doymamış veya çoklu-doymamış yağ, sebze, meyve, et ve balık) uyan ve yardımcı üreme teknikleri uygulanan kadınlarda gebelik pozitifliği, devam eden gebelik oranları ve canlı doğum oranları daha yüksek oranda saptanmıştır.

Çalışmaların sonuçları çelişkili olmakla birlikte, bazı araştırmacılar diyet şeklinden ziyade multivitamin, folik asit, uzun-zincirli omega-3 yağ asitleri, tam yağlı süt ürünleri, tam tahıl, sebze, balık ve soya izoflavonlar gibi besinlerin fertilité üzerine yararlı etkileri olabileceğini düşünmektedir. Bunun tersine, trans-yağları et, karbonhidrat ve glisemik yük gibi besinlerin ise fertilité üzerine negatif etkileri olabileceği bildirilmiştir.

Genel olarak, diyet ve yaşam tarzı değişikliklerinin doğal fertilitéyi iyileştireceğine dair güçlü kanıtlar olmasa da diyet ve yaşam tarzı değişiklikleri genel sağlığı iyileştirmek amaçlı önerilebilir.

Sigara İçmek

Sigaranın fertilité üzerine belirgin olumsuz etkileri vardır. 10928 sigara içen kadın ile 19128 sigara içmeyen kadını karşılaştıran büyük bir metaanalizde sigara içen kadınların daha fazla infertil olduğu bulunmuştur (OR, 1.60;95% CI,1.34-1.91). Sigara foliküler kaybı hızlandırdığından dolayı menopoz sigara içen kadınlarda içmeyenlere kıyasla 1 ile 4 yıl daha erken görülmektedir. Sigara içilmesi ayrıca hem doğal hem yardımcı üreme teknikleri ile elde edilen gebeliklerde artmış düşük riski ile ilişkilendirilmiştir. Her ne kadar sigara içen erkeklerde sperm yoğunluğu ve motilitesi azalmakta ve anormal sperm morfolojisi gözlenirse de mevcut data sigaranın erkek fertilitésini azalttığını kesin olarak göstermemektedir.

Alkol
Alkolün kadın fertilitésine etkisi net olarak anlaşılmamıştır. Bazı çalışmalar zararlı etkileri olduğu sonucuna varsa da diğerleri alkolün fertilitéyi arttırabileceğini öne sürmüşlerdir. Stockholm'de 7393 kadını içeren bir kohort çalışmada günde 2 alkollü içecek tüketen kadınlarda infertilite riski artarken (RR,1.59; CI,0.46-2.31),

TJODist Bülteni

günde birden daha az içenlerde azalmış (RR,0.64; 95% CI,0.46-0.90) olarak saptanmıştır. Diğer çalışmalarda yüksek alkol tüketimi ile azalmış gebelik arasında bir ilişki gösterilmiştir. Yüksek düzeyde alkol tüketiminden (günde 2'den fazla, bir içekte 10 gr alkol bulunması) gebelik planlayanların kaçınması gerekir. Alkolün fetal gelişim üzerindeki olumsuz etkileri göz önüne alınırsa ve "güvenli" bir alkol tüketim düzeyi olmadığından gebelik sırasında alkol tüketimi bırakılmalıdır.

Erkeklerde kronik alkol bağımlılığı daha düşük sperm sayısı, sperm hareketliliği, sperm morfoloji skorları, seminal sıvı hacmi ve serum testosteron düzeyleri ile ilişkilidir. Alkol kullanımı erkeklerde ve kadınlarda artmış cinsel işlev bozuklukları, artmış boşalma sorunları, erken boşalma, azalmış cinsel istek, dispareni ve vajinal kuruluk ile ilişkilidir.

Kafein

Yüksek kafein tüketimi (500 mg, günde 5 fincandan fazla) azalmış fertilité ile ilişkilidir (OR,1.45;95% CI, 1.03-2.04). Gebelik boyunca günde 200 ile 300 mg kafein (günde 2-3 fincan) tüketimi düşük riskini arttırabilir ancak konjenital anomali riskini etkilemez. Gebelik öncesi veya gebelik sırasında ortalama kafein tüketiminin (günde 1-2 fincan) fertilité veya gebelik sonuçları üzerine belirgin olumsuz bir etkisi yoktur. Erkeklerde kafein tüketiminin semen parametrelerine etkisi bulunmamaktadır.

Esrar ve Diğer Uyuşturucu Maddeler

Esrar kullanan ovulatuar kadınlarda infertilite prevalansı artmıştır (RR,1.7; CI 95%,1.0-3.0). Esrar kullanan erkeklerde kullanmayanlara kıyasla %29 daha düşük sperm sayıları bildirilmiştir ve esrarın sperm sayısı üzerine etkileri doz bağımlıdır. Amerika Kadın Doğum Birliği gebe olan veya gebe kalmayı planlayan kadınların esrar kullanımını bebeği nöro-gelişimsel sürecini bozacağından dolayı bırakmasını önermektedir. Gebelik planlayan hem erkek hem de kadınların gebelik riskleri ve yenidoğan komplikasyonları açısından diğer uyuşturucu maddeleri de kullanmamalıdır.

Çevresel Maruziyet

Besin, su ve havada bulunan sentetik ve doğal çevresel kimyasalların erkek ve kadında fertilitenin azalmasına katkıda bulunduğuna dair kanıtlar artmaktadır. Bunlar içerisinde endokrin-bozucu kimyasalların (hormonal ve homeostatik sistemi değiştiren ekzojen bileşenler) olumsuz sağlık etkileri vardır. 12 çalışmayı içeren bir derlemede endokrin bozucu kimyasallara sürekli olmayan maruziyet ile gebeliğe kadar geçen zamana bakıldığında bir ilişki olmadığı saptanmıştır. En çok çalışılan kimyasallar ftalatlar, bisfenol A ve triklozandır. Ancak, 28 çalışmayı içeren bir derlemede organik kirleticiler ile sürekli maruziyet ve çiftlerin fekundabilitesine bakıldığında, gebeliğe kadar geçen süre açısından kadınların poliklorine bifenillere maruziyetinin olumsuz etkileri olduğu görülmüştür. Gebelik planlayan üreme çağındaki kadın ve erkeklerde besin, hava, su ve kişisel bakım ürünlerindeki endokrin-bozucu kimyasal maruziyeti mümkün olduğu ölçüde kısıtlanmalıdır.

TJODist Bülteni

Özet

- Gebelik ve canlı doğum oranları kadının yaşı 35'i geçince belirgin olarak azalır ve anöploidi ve düşük riski artar.
- "Fertil pencere" ovulasyon günü biten 6 günlük bir süreyi kapsar. Fertil pencere süresince sık koitus (her 1-2 günde bir) en yüksek gebelik oranları ile ilişkilidir ancak daha az sıklıkta (haftada 2-3 kez) koitus da neredeyse aynı sonuçlara sahiptir. Gebe kalmak isteyen çiftlerin koitus sıklığı sınırlandırılmamalıdır.
- Ferilite-farkındalık yöntemlerinin kullanımı (ovulasyon kitleri ve serviks mukus monitorizasyonu) gebe kalma olasılığını artırır.
- Özel bir diyet veya belli makrobesinlerin tüketiminin doğal fertilitiyi iyileştirdiğine dair kanıtlar yetersizdir. Kadınlarda günlük folik asit tüketimi çocuklarda nöral tüp defekti riskini azaltır.
- Özel bir cinsel ilişki pozisyonu ve ilişki sonrası rutinlerin fertilitiyi üzerine etkisi yoktur.
- Alkol kullanımı, uyuşturucu maddeler, sigara içmek ve yüksek kafein tüketimi fertilitiyi olumsuz olarak etkileyebilir.
- Poliklorine bifeniller gibi bazı endokrin-bozucu kimyasallara yüksek maruziyet ve çevre kirliliği fertilitiyi kadınlarda olumsuz olarak etkileyebilir.

Sonuç

- Gebeliğe kadar geçen süre yaşla birlikte artar. 35 yaşın üzerindeki kadınlarda 6 aylık denemeden sonra üreme uzmanına konsültasyon düşünülmelidir.
- Fertil penceredeki her 1 ile 2 günde bir ilişki fekundabilitenin artırılmasını sağlar.
- Düzenli koitusta bulunamayan çiftlerde, fertilitiyi-farkındalık metodları fertil pencerede ilişkinin zamanlaması ve gebeliğe kadar geçen sürenin azalmasına yardımcı olur.
- Sigara ve uyuşturucu maddelerin gebelik planlayan kadın ve erkeklerde kullanılmaması gerekir. Alkol ve kafein kullanımı minimal ile orta düzeye sınırlanmalıdır.
- Sağlıklı bir yaşam tarzı ve diyet genel sağlık üzerine olan etkilerinden dolayı önerilmelidir.
- Gebe kalmak isteyen kadınlar günlük folik asit tüketmelidir (400 mikrogram).
- Üreme çağındaki kadın ve erkeklerde besin, hava, su ve kişisel bakım ürünlerindeki endokrin-bozucu kimyasal maruziyeti mümkün olduğu ölçüde kısıtlanmalıdır.

SUCCOR-CONE ÇALIŞMASI: RADİKAL HİSTEREKTOMİ ÖNCESİ KONİZASYON

SUCCOR CONE STUDY: CONIZATION BEFORE RADICAL HYSTERECTOMY.

CHACON E, MANZOUR N, ZANAGNOLO V, ET AL.; SUCCOR STUDY GROUP. INT J GYNECOL CANCER. 2022 FEB;32(2):117-124. DOI: 10.1136/IJGC-2021-002544.

Özetleyen: **Dr. Harika Yumru Çeliksoy**

Link: <https://ijgc.bmj.com/content/32/2/117>

Giriş

Ana endikasyonu preinvaziv servikal hastalık olan konizasyonun, makroskopik kanser tedavisinde genellikle yeri yoktur. Erken evre serviks kanseri olan sınırlı hasta grubunda, fertilitte koruyucu bir yaklaşım olarak küratif amaçlı yapılmaktadır.

Serviks Kanserine Laparoskopik Yaklaşım (LACC) çalışmasının yayınlanmasından sonra, erken evre serviks kanseri cerrahisinde laparotomiye doğru bir kayma olmuştur. Benzer şekilde, Evre IB1 Serviks Kanserinde Farklı Cerrahi Yaklaşımları Karşılaştıran Servikal Kanser Cerrahisi (SUCCOR) çalışmasında da, serviks kanseri için minimal invaziv cerrahinin, açık cerrahiye kıyasla nüks ve ölüm riskini artırdığı sonucuna varılmıştır. Bu retrospektif çalışmada, cerrahiden önce konizasyon geçiren kadınlar bias oluşturabileceği nedeniyle analiz dışı bırakılmıştır. Bildiğimiz kadarıyla, ne LACC çalışması ne de diğer çalışmalar ameliyattan önce konizasyonun potansiyel etkisini değerlendirmemiştir.

Bu çalışmanın primer amacı erken evre serviks kanserli hastalarda radikal histerektomi öncesi konizasyonun hastalıksız sağkalım üzerindeki potansiyel etkisini ortaya koymaktır. Sekonder olarak, bu hasta grubunun genel sağkalımına konizasyonun etkisini analiz etmek amaçlanmıştır. Son olarak cerrahi yaklaşım ve konizasyon durumuna göre nüks riski karşılaştırılmıştır.

Yöntem

29 Avrupa ülkesindeki 126 enstitüde, Ocak 2013-Aralık 2014 arasında, FIGO (2009) Evre IB1 serviks kanseri nedeniyle radikal histerektomi yapılmış 1272 hasta analiz edilmiştir. Skuamöz hücreli karsinom, adenokarsinom ve adenoskuamöz karsinom histolojik tipi olan, MR ile 4 cm ve altı, parametrial invazyon olmadığı tespit edilen ve MR,BT veya PET ile ekstraservikal metastaz saptanmayan 18 yaş ve üzeri hastalar çalışmaya dahil edilmiştir. Tip B-C radikal histerektomi ve en az 10 adet pelvik lenf nodu eksizyonu yapılmış (açık ya da kapalı (laparoskopik,robotik)) ameliyatlar dahil edilmiştir. Kapalı başlayıp açığa dönen vakalar dahil edilmemiştir.

Hastalıksız sağkalım, radikal histerektomi tarihinden nüks veya son iletişim zamanına (hangisi önce gelirse) kadar geçen süre olarak tanımlanmıştır. Genel sağkalım, radikal histerektomi tarihinden, son temas veya ölüm zamanına kadar geçen süre olarak hesaplanmıştır.

Çalışmanın retrospektif tasarımından kaynaklanan olası biasları en aza indirmek için eğilim (propensity) skor eşleştirmesi kullanılmıştır. Modele şu değişkenler dahil edilmiştir: cerrahi yaklaşım, patolojik piyeste en büyük tümör çapı, tümör derecesi, lenfovasküler invazyon, invazyon derinliği, sınır durumu, nodal durum ve adjuvan tedavi.

Bulgular

116 hasta dışlandıktan sonra, 733'üne (%63,4) konizasyon olmaksızın; 423'üne (%36,6) konizasyon sonrası radikal histerektomi uygulanan 1156 hasta analiz edilmiştir.

Her 2 gruptan dengeli bir kohort oluşturacak şekilde 187 hasta seçilerek karşılaştırma (1:1) yapılmıştır. Temel özellikler, eğilim uyumlu karşılaştırmanın bir sonucu olarak gruplar arasında benzerdir (**Tablo 1**). Medyan takip

TJODist Bülteni

süresi konizasyon yapılmayan grup için 59 ay, konizasyon grubu için 58 aydır. Konizasyon yapılmayan grupta ortalama yaş 48.1 (SD 9.59) iken, konizasyon grubunda 45.8 (SD 10.22)dir. Konizasyon yapılmayan 97 hastaya laparotomi, 90 hastaya minimal invaziv cerrahi uygulanırken; konizasyon yapılan 94 hastaya laparotomi, 93 hastaya minimal invaziv cerrahi uygulanmıştır.

Her iki grupta (150 (%80.2) ve 148 (%70.1)) primer cerrah 10 yıldan fazla deneyime sahip kıdemli bir cerrahdır. Prosedürlerin çoğunda (%67,7 ve %71,5) manipülatör kullanılmamıştır. Kolpoprotektif manevralar her iki grupta da %18,7 hastada uygulanmıştır.

Konizasyon olmayan grupta 80 (%42,8) hasta adjuvan tedavi alırken, konizasyon grubunda 79 (%42,2) hasta adjuvan tedavi almıştır. Konizasyondan radikal histerektomiye kadar geçen medyan süre 50.1 gündür (1-138). Konizasyon detaylarına **Tablo 2'**de yer verilmiştir.

Konizasyon grubundaki 183 hastadan 9'unda (%4,9) nüks izlenirken, konizasyon yapılmayan grupta 178 hastadan 25'i (%14) nüks etmiştir (p=0,003). 58 aylık medyan takipten sonra, hastaliksız sağkalım konizasyon grubunda %95.1 iken; konizasyon yapılmayan grupta %86'dir. Konizasyon geçiren hastalarda nüks riskinde %65'lik bir azalma izlenmiştir (HR 0.35, %95 CI 0.16 ila 0.75, p=0.005) (**Şekil 2**).

Konizasyon grubunda toplam 3 (%1,6) hasta, konizasyon yapılmayan grupta ise 12 (%6,6) hasta vefat etmiştir (p=0,015). Medyan 59 aylık takipten sonra, genel sağkalım konizasyon yapılmayan grupta %93.4 iken; konizasyon grubunda %98.4'dir. Öncesinde konizasyon yapılmış hastalarda mortalitede %75 azalma görülmüştür (HR 0.25, %95 CI 0.07 ila 0.90, p=0.021) (**Şekil 3**).

Son olarak, öncesinde konizasyon yapılmadan minimal invaziv cerrahi uygulanan hastalarda, konizasyon sonrası açık cerrahi uygulananlara kıyasla 5,63 kat daha yüksek nüks riski izlenmiştir (HR 5,63, %95 GA 1,64 ila 19,3, p=0,006) (**Şekil 4**).

Konizasyon sonrası minimal invaziv cerrahi uygulanan hastalarla; konizasyon yapılmadan veya konizasyon sonrası açık cerrahi uygulanan hastalar karşılaştırıldığında nüks oranlarında hiçbir farklılık gösterilmemiştir (HR 1.94, %95 GA 0.49 ila 7.76, p=0.35 ve HR 2.94, %95 CI 0.80 ila 10.86, sırasıyla p=0.11).

Table 1 Baseline characteristics of the population

Baseline characteristics	Non-conization (n=187)	Conization (n=187)	P value
Age (years) (mean (SD))	48.11 (9.59)	45.85 (10.22)	0.91
Body mass index (kg/m ²) (mean (SD))	26.44 (6.18)	25.05 (4.64)	0.12
Race (n (%))			0.36
Caucasian	155 (82.9)	165 (88.2)	
Asian	6 (3.2)	8 (4.3)	
Latin American	5 (2.7)	2 (1.1)	
African	2 (1.1)	0 (0.0)	
Not reported	19 (10.1)	12 (6.4)	
Performance status (n (%))			0.12
ECOG 0	166 (88.8)	174 (93.0)	
ECOG 1	16 (8.6)	6 (3.2)	
Not reported	5 (2.6)	7 (3.8)	
Approach (n (%))			0.76
MIS	90 (48.1)	93 (49.7)	
Robotic	6 (6.4)	17 (18.7)	
Open	97 (51.9)	94 (50.3)	
Colpoprotective maneuvers (n (%))	35 (18.7)	35 (18.7)	1
No use of uterine manipulator (n (%))	109 (67.7)	123 (71.5)	0.45
Histotype (n (%))			0.83
Squamous	131 (70.1)	131 (70.1)	
Adenocarcinoma	49 (26.2)	51 (27.3)	
Adenosquamous	7 (3.7)	5 (2.7)	
Tumor grade (n (%))			0.34
G1	35 (18.7)	42 (22.5)	
G2	96 (51.3)	82 (43.9)	
G3	56 (29.9)	63 (33.7)	
Largest tumor diameter (n (%))			0.12
≤2 cm	119 (63.6)	133 (71.1)	
>2 cm	68 (36.4)	54 (28.9)	
Depth of invasion (n (%))			0.78
Superficial <1/3	69 (36.9)	75 (40.1)	
Intermediate 1/3–2/3	80 (42.8)	74 (39.6)	
Deep >2/3	38 (20.3)	38 (20.3)	
Lymphovascular space invasion (n (%))			0.67
No	114 (61.0)	110 (58.8)	
Yes	73 (39.0)	77 (41.2)	
Parametrial invasion (n (%))			0.32
Negative	183 (98.0)	182 (97.3)	
Positive	3 (1.5)	1 (0.5)	
Not reported	1 (0.5)	4 (2.2)	
Margins status of radical hysterectomy specimen (n (%))			1
Negative	175 (93.6)	175 (93.6)	
Positive or close ≤2 mm	12 (6.4)	12 (6.4)	
Nodal status (n (%))			0.46
Negative	173 (92.5)	165 (90.4)	
Positive	14 (7.5)	18 (9.6)	

Continued

Table 1 Continued

Baseline characteristics	Non-conization (n=187)	Conization (n=187)	P value
FIGO staging 2009 (n (%))			0.56
IB1 ≤2 cm	103 (55.1)	94 (50.3)	
IB1 >2 cm	65 (34.8)	75 (40.1)	
IB2-II-III	19 (10.2)	18 (9.6)	
Adjuvant therapy (n (%))			0.91
None	107 (57.2)	108 (57.8)	
Yes	80 (42.8)	79 (42.2)	

ECOG, Eastern Cooperative Oncology Group; FIGO, International Federation of Gynecology and Obstetrics; MIS, minimally invasive surgery.

Table 2 Specific characteristics in the conization group

Baseline characteristics (n=187)	Conization group
Time from conization to radical hysterectomy (days) (median (range))	50.1 (1-138)
Type of cone (n (%))	
LEEP/LLETZ	135 (72.2)
Cold knife	33 (17.5)
Laser	10 (5.3)
Not reported	9 (5.0)
Residual tumor in final radical hysterectomy specimen (n (%))	
None	36 (19.3)
Yes	151 (80.7)
Margins status of conization specimen (n (%))	
Uncertain	6 (3.2)
Negative	26 (13.9)
Positive	145 (77.5)
Not reported	10 (5.4)
Disease-free survival by cone margins status (n (%))	Log rank p=0.783
Negative	92.3
Positive	95.1

LEEP, loop electrosurgical excision procedure; LLETZ, large loop excision of the transformation zone.

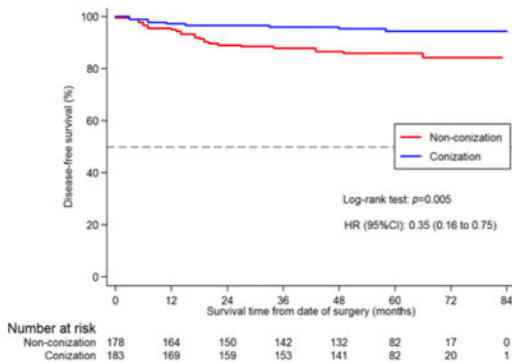


Figure 2 Hazard ratios (HR) and 95% confidence intervals for the risk of relapse by type of conization (with or without).

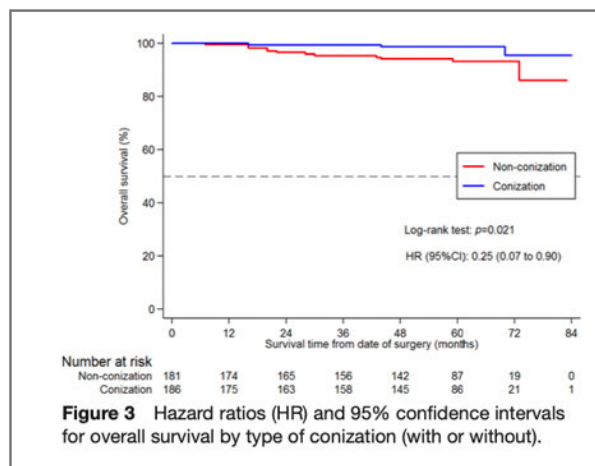


Figure 3 Hazard ratios (HR) and 95% confidence intervals for overall survival by type of conization (with or without).

Tartışma

Bu retrospektif çalışmada, konizasyon sonrası radikal histerektomi uygulanan evre IB1 (FIGO 2009) serviks kanserli hastaların nüks ve ölüm riskinin anlamlı derecede daha düşük olduğu gösterilmiştir. Konizasyon yapılmadan minimal invaziv cerrahi uygulanan hastalarda, konizasyon sonrası açık cerrahiye göre 5,63 kat daha yüksek nüks riski bulunmuştur. Konizasyon sonrası minimal invaziv cerrahi uygulanan hastalar ile, konizasyon sonrası açık cerrahi uygulanan hastalar arasında ise nüks oranlarında anlamlı fark izlenmemiştir.

Radikal histerektomi öncesi konizasyonun prognostik rolünü analiz eden az sayıda çalışma vardır; özellikle, yakın zamanda yapılan üç çalışma, konizasyonun düşük rekürrens oranları ile ilişkili olduğunu göstermiştir. Uppal ve ark., konizasyon uygulanan ve preoperatif görüntülemeye rezidüel tümörü olmayan 243 hastayı analiz etmiştir; açık (n=72) ve minimal invaziv cerrahi (n=171) grupları arasında nüks oranı açısından fark izlenmemiştir (%1.4 ve %2.9, p=0.48). Casarin ve ark. minimal invaziv radikal histerektomi uygulanan FIGO (2009) Evre IA1-IB1 serviks kanseri olan 186 hastada preoperatif konizasyon performansının (evre IB1 hastalığı olan hastalar için bile) daha düşük nüks riski ile ilişkili olduğunu bildirmiştir (%1.1'e karşı %16.1, p<0.001). Bizarri ve ark. tarafından yürütülen bir başka çalışma, erken evre serviks kanser hastalarında konizasyonun olası koruyucu rolüne dikkat çekmiştir. Önce konizasyon olan hastaların daha az adjuvan tedavi aldıkları (p<0,001) ve konizasyon uygulanmayan hastalara göre hastaliksız sağkalımlarının daha iyi olduğu gözlemlenmiştir (sırasıyla %89.8 ve %80.0, p=0.010). İki grup arasında 5 yıllık genel sağkalım (sırasıyla %97.1'e karşı %91.4; p=0.114) ve nüks paterninde (p=0.115) hiçbir fark bildirilmemiştir.

Bildiğimiz kadarıyla SUCCOR-cone çalışması, konizasyon sonrası radikal histerektomi yapılan hastaların nüks ve ölüm riskinin önemli ölçüde daha düşük olduğunu gösteren ilk çalışmadır. Bu retrospektif çalışmanın eksik tarafı; servikste gros tümör ile mikroskobik tümörlü evre IB1 serviks kanseri hastaların karşılaştırılmasını sağlamamıştır.

SUCCOR grubu, özellikle küçük tümörlerde (2 cm'ye kadar; büyük tümörlerde konizasyonun rolü yoktur), cerrahi yaklaşıma göre cerrahi öncesi konizasyonun uygulanabileceğini vurgulamıştır. LACC çalışmasında minimal invaziv cerrahinin serviks kanserinde sağkalımı azaltmasına dair nedenler net ortaya konulmamıştır. SUCCOR grubu; minimal invaziv cerrahide, manipülatör kullanmama, vajinal kapatma gibi koruyucu manevralar uygulamanın veya öncesinde konizasyon yapmanın (konizasyon yapıldığında, minimal invaziv ve açık yaklaşım arasında fark gözlenmemiştir) tümöre daha az maruz kalınmasını ve tümörün daha az manipüle edilmesini sağlayarak, tümör dökülmesini en aza indireceğini öne sürmüştür.

Sonuç

FIGO (2009) Evre IB1 serviks kanseri hastalarında radikal histerektomi öncesi konizasyon yapılmasıyla, konizasyon uygulanmadan primer radikal cerrahi ile tedavi edilen hastalara kıyasla, daha iyi hastaliksız ve genel sağkalım elde edilmiştir.

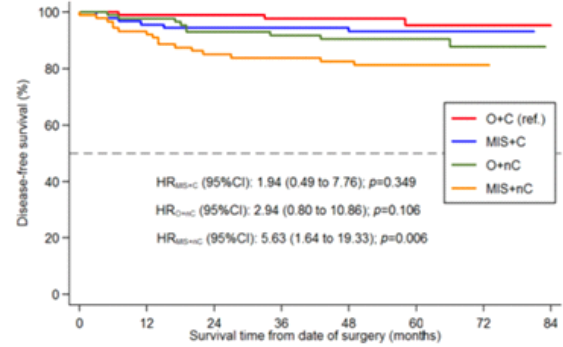


Figure 4 Hazard ratios (HR) and 95% confidence intervals for the risk of relapse according to surgical approach and conization status. MIS+C, patients who underwent minimally invasive surgery with prior conization; MIS+nC, patients who underwent minimally invasive surgery without prior conization; O+C, patients who underwent open surgery with prior conization; O+nC, patients who underwent open surgery without prior conization.

SAKROSPİNÖZ LİGAMENT FİKSASYONU VE SAKROKOLPOPEKSİNİN ETKİNLİK KARŞILAŞTIRILMASI. BİR META-ANALİZ

COMPARISON OF THE EFFECTIVENESS OF SACROSPINOUS LIGAMENT FIXATION AND SACROCOLPOPEXY: A META-ANALYSIS WENJU ZHANG¹ & WILLY CECILIA CHEON² & LI ZHANG¹ & XIAOZHONG WANG¹ & YUZHEN WEI¹ & CHAOXIA LYU¹

Özetleyen: **Dr. Halime Çalı Öztürk**

Link: <https://link.springer.com/content/pdf/10.1007/s00192-021-04823-w.pdf>

GİRİŞ

Pelvik organ prolapsusu (POP) ; hastaların yaşam kalitesini önemli ölçüde bozan oldukça yaygın bir durumdur. Yaşlanan nüfusun bir sonucu olarak, POP'lu kadınların prevalansı önümüzdeki 40 yıl içinde 3,3 milyondan 4,9 milyona önemli ölçüde artacaktır.

Prolapsus; vajinanın ön duvarında ise ;sistosel, arka duvarında ise ; rektosel ve apekte ise apikal prolapsus olarak tanımlanır. Sistosel , en sık ve en bilinen POP tipi olmasına rağmen sistoselden şikayetçi kadınların çoğunda eş zamanlı hymen ve ötesindeki apikal desteğin kaybı mevcuttur ki bu durumda apikal desteğin restorasyonu , POP tedavisinin önemini vurgular.

Apikal prolapsus cerrahisine, Abdominal sakrokolpopeksi (ASC) ve transvajinal sakrospinöz ligament fiksasyonu (SSLF) olmak üzere yaklaşımlar vardır. Apikal prolapsus için ; Lane, 1962'de ASC'yi abdominal bir yaklaşım olarak ve 1968'de Richter, SSLF'yi vajinal bir yaklaşım olarak tanımladı.

ASC, apikal prolapsus için altın standart tedavi olarak kabul edilir. Çok sayıdaki çalışma, ASC'nin yüksek başarı oranlarına (%78-100) ve uzun süreli dayanıklılığa sahip olduğunu göstermiştir. Buna rağmen , birçok cerrah, daha kısa operasyon ve iyileşme süreci nedeniyle SSLF yapmayı seçmektedir. Apikal desteği eski haline getirmek için geliştirilmiş çeşitli cerrahi yaklaşımlara rağmen, apikal destek prosedürünün uygulanması ve/veya prolapsusu ele almak için tasarlanmış bir prosedüre dahil edilmesi gereken bir kılavuz yoktur. Günümüzde cerrahi yaklaşımların seçimi çoğunlukla cerrahın tercihine ve deneyimlerine bağlıdır. Hastalarla cerrahi seçenekleri tartışırken, operasyonun etkinliği ve potansiyel risklerini karşılaştıran bilgiler önemlidir. Hem etkinlik hem de komplikasyonlar hakkında karşılaştırmalı verileri içeren kapsamlı bir analiz hala eksiktir. Bu yayında apikal prolapsusu olan kadınlarda sakrokolpopeksi (ASC,LSC)(LSC:laparoskopik sakrokolpopeksi) ve SSLF'nin karşılaştırılması üzerine sistematik bir inceleme ve meta-analiz gerçekleştirdik.

MATERYAL VE METOD

Literatür Taraması

Literatür taramaları , en son Ekim 2020'de güncellenen , MEDLINE, Embase ve Cochrane Library'i kullanarak, aşağıdaki tıbbi konu başlıkları (MeSH) terimleri ve bunların kombinasyonları [Başlık/Özet] içinde aranarak oluşturuldu. Bu kelimeler; "sakrospinöz kolpopeksi," "sakrospinöz bağ fiksasyonu", "sakrospinöz ligament kolpopeksi," "sakrospinöz ligament süspansiyonu" ,"sakrospinöz histeropeksi", "sakrospinöz fiksasyon" ve "sakrokolpopeksi", "kolposakropeksi", "sakrohisteropeksi" ve "sakral kolpopeksi" idi.

Bilgisayar aramasına ek olarak, manuel olarak tüm alınan çalışmaların referans listeleri, derleme makaleleri ve konferans özetleri tarandı. Aynı popülasyonla ilgili tekrarlanan çalışmalarda, en yeni veya en bilgilendiren rapor kullanılmıştır.

Tüm karşılaştırmalı çalışmalar (randomize kontrollü çalışmalar- [RKÇ 'ler], vaka kontrol veya kohort çalışmaları) sakrokolpopeksi (ASC veya LSC) ve SSLF ile en az bir karşılaştırmalı sonuçtan bahsedilen

TJODist Bülteni

çalışmalar seçildi. Başyazılar, editöre mektuplar, inceleme makaleleri, olgu sunumları, toplantı özetleri , yayınlanmamış çalışmalar ve İngilizce dili hariç çalışmalar çalışma dışına alınmıştır.

Kalite değerlendirmesi ve istatistiksel analiz

RKÇ'lerin metodolojik kalitesi ; Cochrane Bias Tool programı ile belirlendi.Vaka kontrol ve kohort çalışmalarının metodolojik kalitesi ; ; hasta seçim yöntemi, karşılaştırılabilir çalışma grupları ve rapor edilen sonuçların sayısını veren 3 faktörle modifiye edilmiş Newcastle-Ottawa ölçeği ile değerlendirildi.

RKÇ'ler hariç her çalışmaya 0-9 arasında bir yıldız derecelendirmesi verildi.RKÇ 'ler ve 7 veya daha fazla yıldız alan gözlemsel çalışmalar,yüksek kaliteli olarak kabul edildi. Meta analizler için Review Manager 5.0 kullandı. Odds oranı (OR) ve ağırlıklı ortalama fark (WMD) sırasıyla ikili ve sürekli değişkenleri analiz etmek için kullanıldı. Tüm sonuçlar için % 95 güven aralığı (CI) kullandı.İkili veriler için, Mantel-Haenszel odd ratio (OR'ler) hesaplanarak iki grup içindeki veriler hesaplandı.Sürekli veriler için ortalama farkı (MD'ler) ve Hozo tarafından açıklanan teknik kullanılarak standart sapmalar (STD'ler) hesaplandı. Çalışmalar arasındaki istatistiksel heterojenitede ; anlamlılık $p < 0.10$ olarak ayarlanan Ki-kare testi ile heterojenlik I2 istatistiğiyle değerlendirildi. Rastgele etkiler modeli, $p < 0.10$ ise rapor edildi , yoksa sabit etkiler modeli rapor edildi. ASC ve LSC'yi SSLF ile karşılaştırmak için alt grup analizleri yapıldı. Yüksek kaliteli çalışmalar için duyarlılık analizleri yapıldı.Yayın yanlılığının varlığını belirlemek için Funnel plot analyses analizleri kullanıldı.

Sonuçlar

4.120 vakayı içeren 15 çalışma (SSLF için 2.409 vaka, ASC için 1.439 vaka ve LSC için 272 vaka) dahil etme kriterleri içinde son analize dahil edildi. (Fig. 1). Tüm yayınlar tam metin makalelerden seçilerek ,dahil edilen çalışmaların özellikleri Tablo 1 de gösterilmiştir.

5 RKÇ (kanıt düzeyi: 2b), 8 retrospektif çalışma ve 2 prospektif çalışma (kanıt düzeyi: 2b–3b) incelendi. Cerrahi prosedürler ise , 10 çalışma SSLF ile ASC'yi, 4 çalışma SSLF ile LSC'yi ve 1 çalışma ASC, LSC ve SSLF yi karşılaştırdı.

Fig. 1 Flow diagram of studies identified, included, and excluded

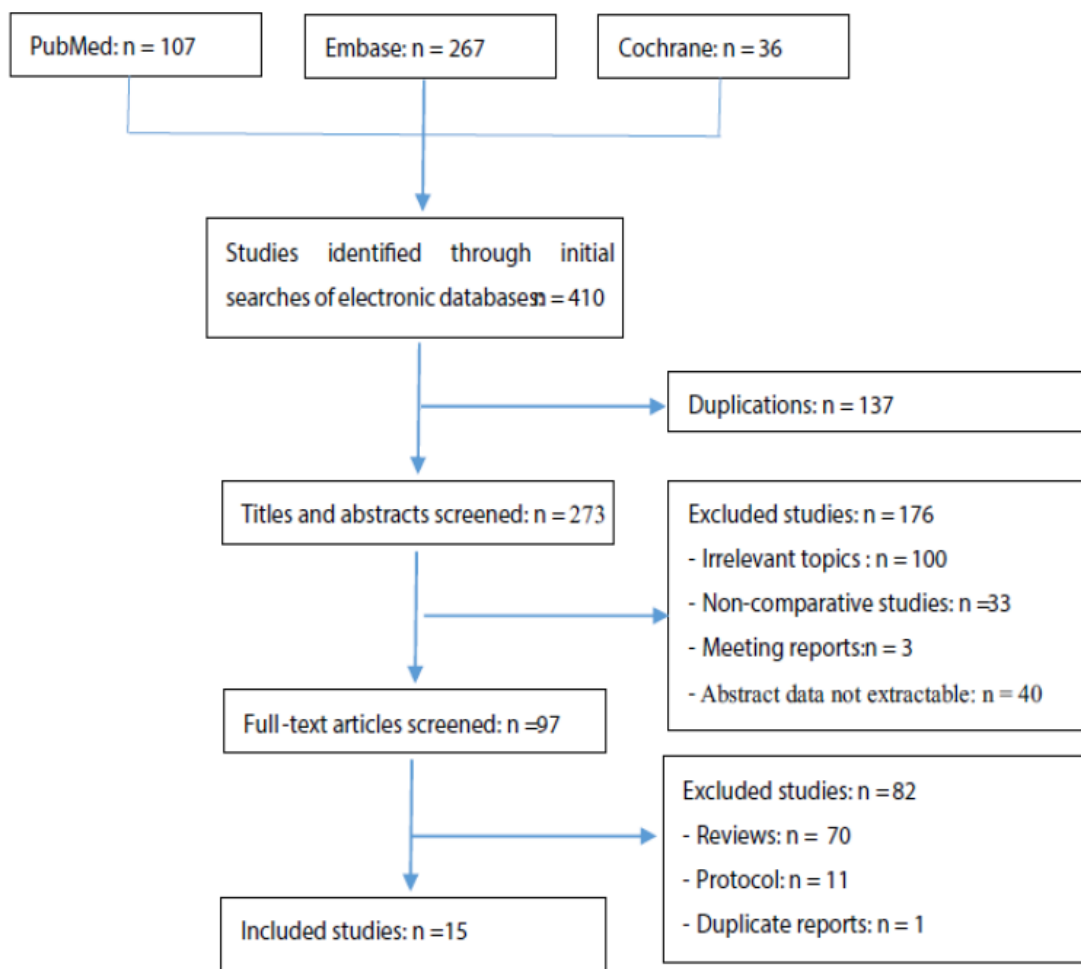


Table 1 Characteristics of the studies included

Study	Level of evidence	Design	Surgery	Patient number			Matching ^a	Follow-up, months	Quality score
				SSLF	ASC	LSC			
Benson and McClellan [29]	2b	RCT	SSLF/ASC	42	38		1,2,6,7	30	RCT
Biler et al. [27]	2b	R	SSLF/ASC/LSC	57	68	13	1,2,3,4,5,6,7	Perioperative	★★★★★★
de Castro et al. [25]	1b	RCT	SSLF/ASC	35	36		1,2,3,4, 5,7	13.6	RCT
Chen et al. [26]	2b	R	SSLF/LSC	94		113	1,2,3,4, 6,7	24	★★★★★★
Demirci et al. [24]	3b	R	SSLF/ASC	60	45		1,2,3,4, 6, 7	Perioperative	★★★★★
Eftekhari et al. [23]	3b	P	SSLF/ASC	39	23		1,2,4, 5,6	24	★★★★★
van IJsselmuiden et al. [14]	1b	RCT	SSLF/LSC	58		59	1,2,3,4,5,6	12	RCT
Juliato et al. [22]	2b	R	SSLF/ASC	41	48		1,2,3,4, 5,6,7	6–9	★★★★★★
Lo and Wang [21]	2b	RCT	SSLF/ASC	66	52		1,2,6,7	25	RCT
Maher et al. [20]	2b	RCT	SSLF/ASC	48	47		1,2,3,4,6,7	24	RCT
Marcickiewicz et al. [19]	3b	R	SSLF/ASC	51	60		1,2,3,4,6,7	36–60	★★★★★★
Ng and Han [18]	2b	R	SSLF/ASC	64	113		1,2,3,4,7	36	★★★★★★
Ramanah et al. [17]	2b	P	SSLF/LSC	64		87	1,2,3,4, 6	30	★★★★★
Sanses et al. [16]	3b	R	SSLF/ASC	1,642	863		1,4,5,6	12	★★★★★
Sze et al. [15]	3b	R	SSLF/ASC	54	47		1,2,6,7	24	★★★★★

R retrospective, P prospective study, RCT randomized controlled trial, SSLF sacrospinous ligament fixation, ASC abdominal sacrocolpopexy, LSC abdominal sacrocolpopexy

^a Comparability variables: 1 = age; 2 = parity; 3 = body mass index; 4 = menopause; 5 = comorbidities; 6 = previous pelvic surgery history; 7 = concomitant surgical procedures

Dahil edilen çalışmaların metodolojik kalitesi

Dahil edilen çalışmaların kalitesi değişti. Gerçek randomizasyon kullanıldı ve bias tablosundaki diğer maddeler 5 RKÇ'de düşük riskli saptandı. Bununla birlikte, retrospektif çalışmaların hiçbiri, -genellikle cerrahın takdirine bağlı olarak -takip ile tedavi programı için uygun bir protokol benimsemedi. Tüm çalışmalarda takip süresinden bahsedildi. Bununla birlikte, 2 çalışmada sadece perioperatif veriler vardı ve 4 çalışma da ise 2 yıldan daha az olan kısa bir takip mevcuttu. SSLF'nin sakrokolpopeksi ile meta-analiz karşılaştırmasının sonuçları Tablo 2'de gösterilmiştir.

Table 2 Results of meta-analysis comparison of sacrospinous ligament fixation (SSLF) and sacrocolpexy

Outcomes of interest	Study, number	SSLF patients, number	Sacrocolpexy patients, number	WMD/OR (95% CI)	p value*	Study heterogeneity			
						Chi-squared	df	I ² , %	p value
OT, min	8	515	540	-31.67 (-48.69, -14.65)	<0.00003	125.33	8	94	<0.00001
Hemorrhage	5	312	340	0.46 (0.19, 1.10)	0.08	3.97	5	0	0.55
Dyspareunia	6	266	171	2.26 (1.19, 4.30)	0.01	9.38	6	36	0.15
Gastrointestinal complications	5	331	290	0.59 (0.28, 1.22)	0.16	2.01	4	0	0.73
Wound infection	6	391	429	0.46 (0.21, 1.02)	0.06	5.59	5	11	0.35
Tissue injury	6	301	345	1.45 (0.65, 3.25)	0.37	3.24	5	0	0.66
Recurrence	8	521	550	2.26 (1.10, 4.65)	0.03	13	6	54	0.04
Success	8	521	550	0.47 (0.25, 0.89)	0.02	11.27	6	47	0.08

OT operative time, WMD/OR weighted mean difference/odds ratio, df degrees of freedom, CI confidence interval

*Statistically significant results are shown in bold

1132 hastayı içeren on çalışmada operasyon süreleri incelendi. Operasyon süresi SSLF grubunda ASC grubuna göre anlamlı olarak daha kısaydı. 419 hastada operasyon süresini değerlendiren dört çalışma, SSLF ve LSC arasında anlamlı bir fark göstermedi.

3.418 hastayı içeren 9 çalışma kanama değerlendirildi. SSLF ve sakrokolpopeksi grupları arasında önemli bir fark olduğu görülmüştür. Hastalar SSLF/ASC ve SSLF/LSC alt gruplarına ayrıldığında, SSLF ve ASC arasında anlamlı bir fark vardı ancak SSLF ve LSC alt grubunda böyle bir fark yoktu. (Fig .2)

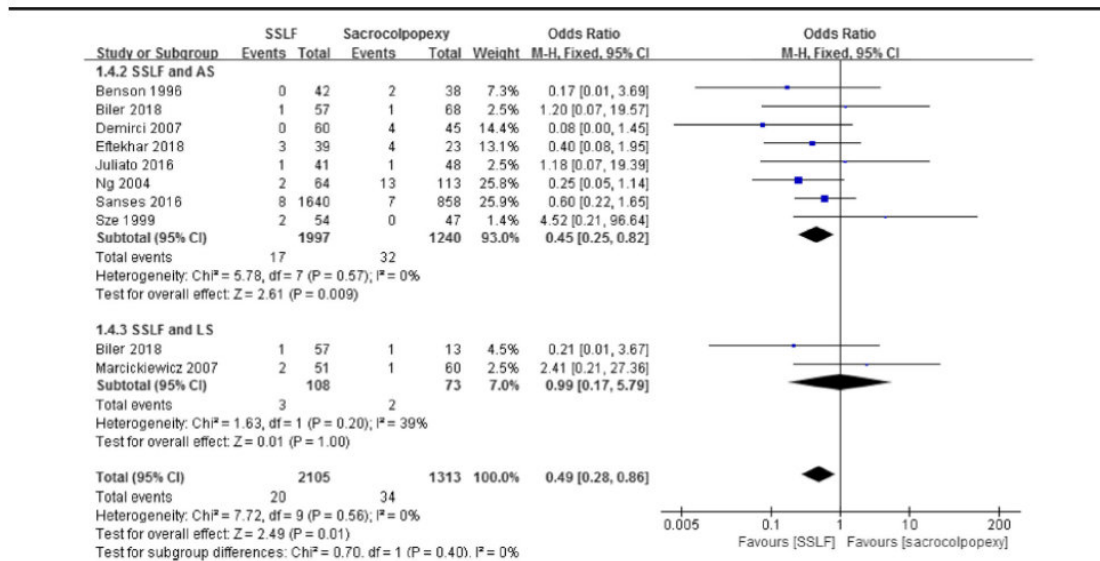


Fig. 2 Forest plot and meta-analysis of hemorrhage rates. SSLF sacrospinous ligament fixation, AS abdominal sacrocolpexy, LS laparoscopic sacrocolpexy, M-H Mantel-Haenszel method, CI confidence interval

499 hastayı içeren yedi çalışmada dispareni bildirildi. SSLF ve sakrokolpopeksi grupları arasında anlamlı bir fark saptandı. Hastalar SSLF/ASC ve SSLF/LSC alt gruplarına ayrıldığında, SSLF ve ASC arasında da anlamlı bir fark saptandı , ancak SSLF ve LSC arasında fark saptanmadı. (Fig. 3).

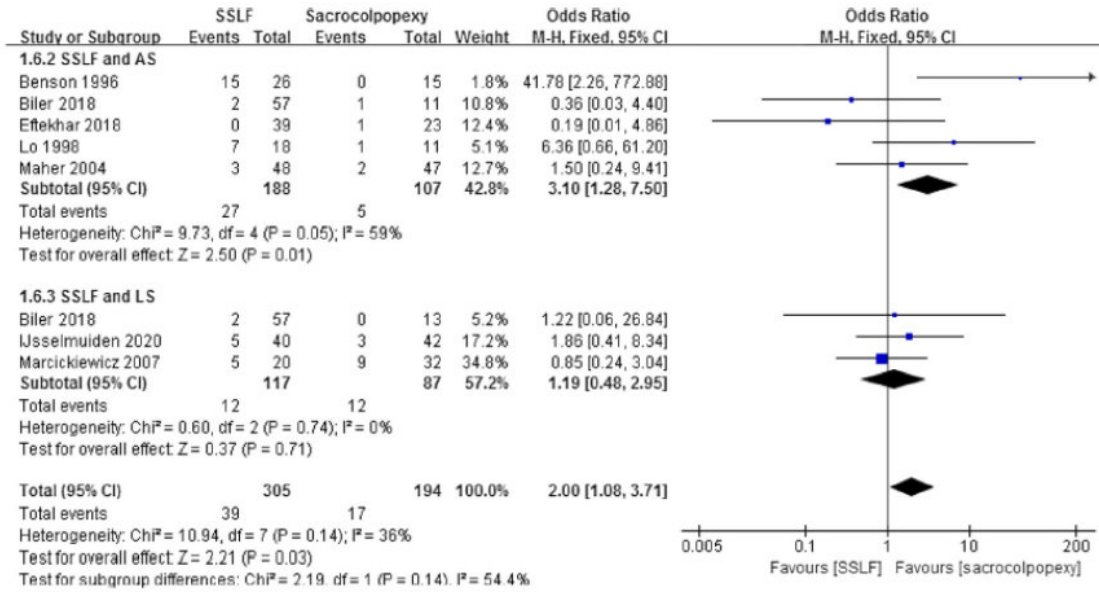


Fig. 3 Forest plot and meta-analysis of dyspareunia rates. *SSLF* sacrospinous ligament fixation, *AS* abdominal sacrococlopopexy, *LS* laparoscopic sacrococlopopexy, *M-H* Mantel-Haenszel method, *CI* confidence interval

3.430 hastayı içeren sekiz çalışmada yara yeri enfeksiyonu rapor edilmiştir. SSLF ve sakrokolpopeksi grupları arasında anlamlı bir fark saptandı.(fig .4). SSLF ve ASC'nin alt grubundaki , 7 çalışmada da yara yeri enfeksiyon oranları mevcuttu ve bu grupta önemli bir fark saptandı.Ancak, SSLF/LSC alt grubundan gelen veriler ise yara yeri enfeksiyon oranlarında önemli bir fark göstermedi. (fig .4).

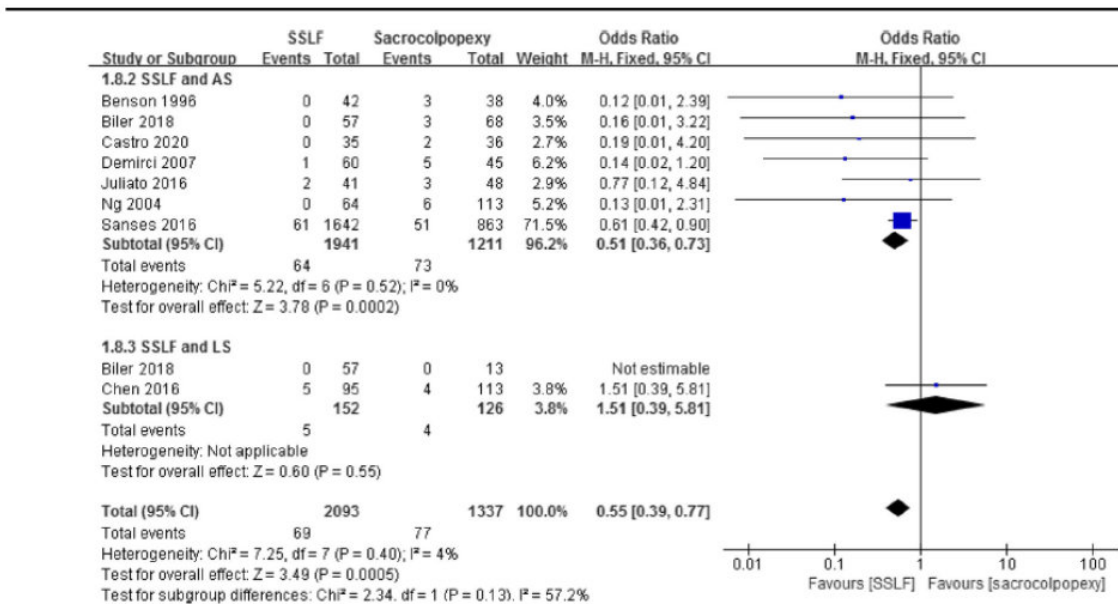


Fig. 4 Forest plot and meta-analysis of wound infection rates. *SSLF* sacrospinous ligament fixation, *AS* abdominal sacrococlopopexy, *LS* laparoscopic sacrococlopopexy, *M-H* Mantel-Haenszel method, *CI* confidence interval

3220 hastayı içeren 7 çalışmada gastrointestinal komplikasyon olarak ; ileus, postoperatif bağırsak tıkanıklığı bildirildi. Gastrointestinal komplikasyonlardaki fark, SSLF'de ASC'ye göre anlamlı olarak daha düşüktü .

3.318 hastayı içeren 9 çalışmada mesane, üreter ve barsak yaralanmalarını içeren doku yaralanmaları rapor edilmiştir. SSLF ve sakrokolpopeksi grupları arasında fark yoktu.. SSLF ile ASC'yi karşılaştıran 8 çalışmada doku yaralanmaları bildirildi ancak fark saptanmadı. SSLF ve LSC'yi karşılaştıran sadece bir çalışmada doku hasarı rapor edildi ve aralarında fark da yoktu.

Nüks vakaları değerlendiren 3.890 hastalık 12 çalışmada , SSLF'deki nüks oranının sakrokolpopeksi grubuna göre anlamlı derecede yüksek olduğunu gösterildi.

Sakrokolpopeksi grubu ASC ve LSC alt gruplarına ayrıldığında, SSLF ile karşılaştırıldığında nüks oranındaki fark ASC lehine istatistiksel olarak anlamlıydı .SSLF ve LSC arasında ise anlamlı bir fark görülmedi.

491 hastayı içeren beş çalışmada pelvik organ prolapsusu nüksleri ; vagen kaf prolapsusu, sistosel ve rektosel nüksü olarak ayrıldı. 255 hastayı içeren üç çalışmada SSLF ve ASC alt gruplarında kaf prolapsusu nüksleri bildirildi. Fark, ASC lehine istatistiksel olarak anlamlı iken ,SSLF ve ASC arasındaki fark, sistosel ve rektosel nüksü açısından anlamlı bir fark değildi. (figür : 5) .

SSLF ve LSC'de sistosel , rektosel ve kaf prolapsus nükslerini içeren 236 hastalık iki çalışma incelendi. SSLF ve LSC arasında kaf prolapsusu, sistosel ve rektosel nüksü açısından anlamlı bir fark yoktu

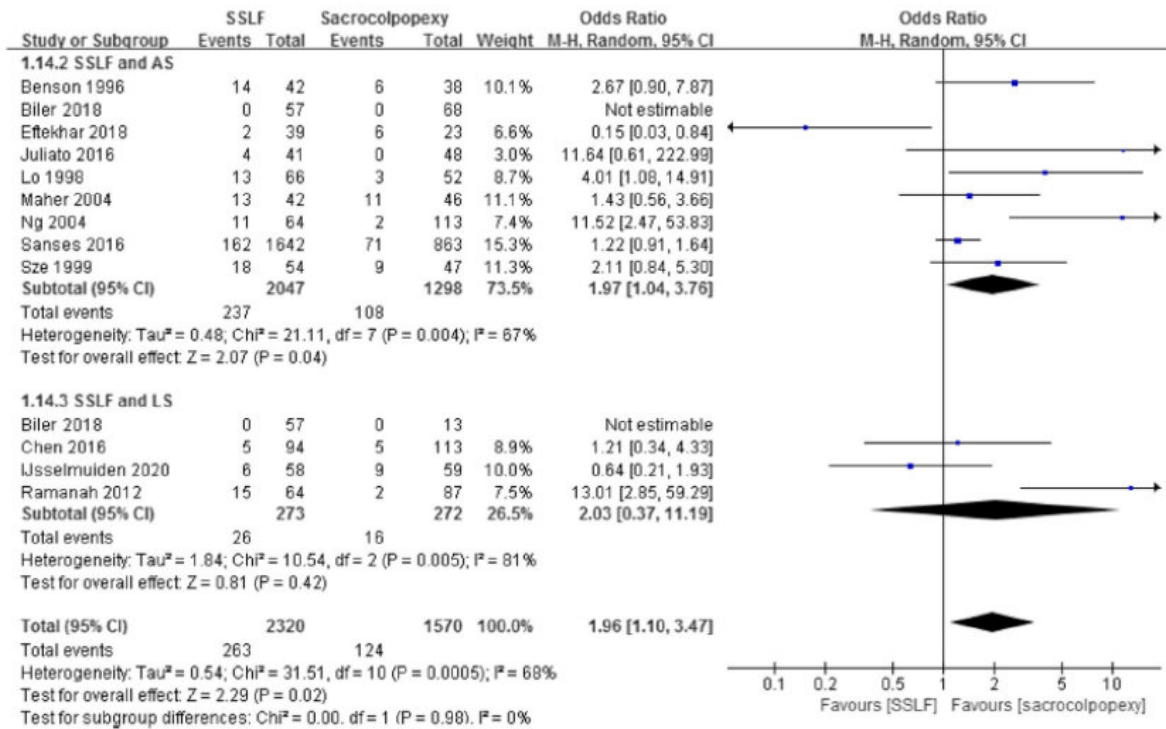


Fig. 5 Forest plot and meta-analysis of vault prolapse recurrence rates. SSLF sacrospinous ligament fixation, AS abdominal sacrococcolpexy, LS laparoscopic sacrococcolpexy, M-H Mantel-Haenszel method, CI confidence interval

Başarı oranlarını değerlendiren 3.890 hastadan oluşan 12 çalışmada SSLF'deki başarı oranlarının sakrokolpopeksi grubuna göre önemli ölçüde daha düşük saptanmıştır. Sakrokolpopeksi grubu ASC ve LSC alt gruplarına ayrıldığında, SSLF ve ASC arasında hala anlamlı bir fark görüldü , ancak SSLF ve LSC arasında fark yoktu. (Fig. 6).

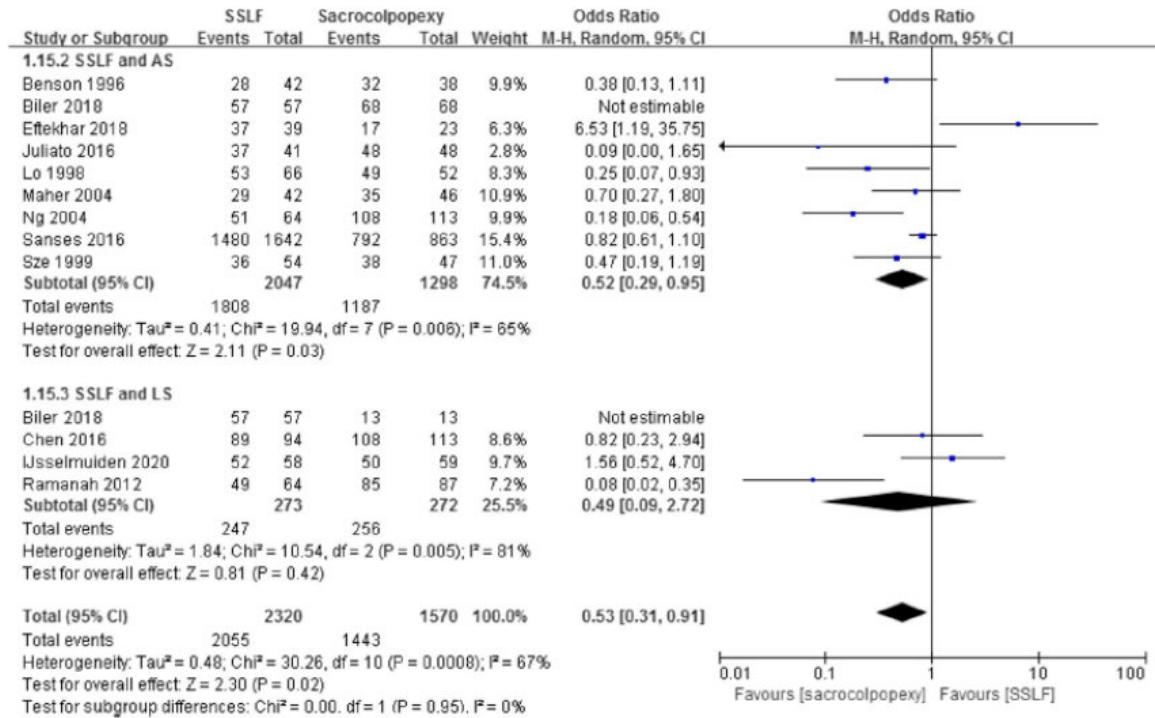


Fig. 6 Forest plot and meta-analysis of success rates. *SSLF* sacrospinous ligament fixation, *AS* abdominal sacrococlopopexy, *LS* laparoscopic sacrococlopopexy, *M-H* Mantel-Haenszel method, *CI* confidence interval

Modifiye Newcastle-Ottawa ölçeğinde yedi veya daha fazla yıldız alan beş RKÇ ve beş retrospektif çalışma bir duyarlılık analizine dahil edildi (Tablo 3). Kanama oranı, yara enfeksiyon oranı ve gastrointestinal komplikasyonlar dışında sonuçların öneminde değişiklik saptanmadı.

Table 3 Sensitivity analysis comparison of sacrospinous ligament fixation (SSLF) and sacrococlopopexy

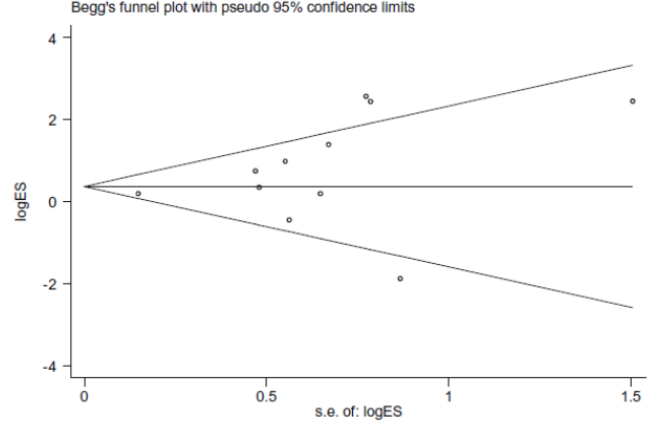
Outcomes of interest	Study, number.	SSLF, patient, number	Sacrococlopopexy, patients, number	WMD/OR (95% CI)	p value*	Study heterogeneity			
						χ ²	df	I ² , %	p value
OT, min	8	515	540	-31.67 (-48.69, -14.65)	<0.00003	125.33	8	94	<0.00001
Hemorrhage	5	312	340	0.46 (0.19, 1.10)	0.08	3.97	5	0	0.55
Dyspareunia	6	266	171	2.26 (1.19, 4.30)	0.01	9.38	6	36	0.15
Gastrointestinal complications	5	331	290	0.59 (0.28, 1.22)	0.16	2.01	4	0	0.73
Wound infection	6	391	429	0.46(0.21, 1.02)	0.06	5.59	5	11	0.35
Tissue injury	6	301	345	1.45 (0.65, 3.25)	0.37	3.24	5	0	0.66
Recurrence	8	521	550	2.26 (1.10, 4.65)	0.03	13	6	54	0.04
Success	8	521	550	0.47(0.25, 0.89)	0.02	11.27	6	47	0.08

OT operative time, WMD/OR weighted mean difference/odds ratio, df degrees of freedom, CI confidence interval

*Statistically significant results are shown in bold

SSLF ve sakrokolpopeksi arasındaki duyarlılık analizinde; kanama oranı, yara yeri enfeksiyon oranı ve gastrointestinal komplikasyonlar için anlamlı bir fark saptanmadı. Gastrointestinal komplikasyonlar ve başarı oranı için çalışmalar arası heterojenite eğrisinin önemli ölçüde azaldığı görülmüştür. Çalışmalar arası heterojenlik, operasyon süresi, kanama, disparoni, doku yaralanması ve nüks oranları için fark göstermedi. Şekil 7, buna dahil edilen çalışmaların grafiğini ve tekrarlama oranlarını bildiren meta-analizi eğrisini göstermektedir.

Fig. 7 Funnel plot illustrating a meta-analysis of the recurrence rates. s.e., standard error



Tartışma

Bu sistematik inceleme ve meta-analiz, ASC'nin SSLF 'ye göre daha iyi anatomik sonuçlar ve daha düşük nüks oranlarına sahip olduğunu göstermiştir. Ayrıca apikal prolapsus, sistosel ve rektosel rekürrens oranları ASC ve SSLF için ayrı ayrı incelenmiştir.

Sistosel ve rektosel rekürrens oranları gruplar arasında fark göstermezken ;SSLF ASC ile karşılaştırıldığında; apikal prolapsus oranlarında önemli derece artmış nüks ve düşük başarı oranları saptanmıştır.

Tüm sonuçlar göstermiştir ki ; ASC SSLF ye göre daha güçlü bir apikal destek sağlamaktadır. Sakrokolpopeksi ile apeks ,meş ile sakral ön ligamente veya sakral S2 kemiğe asılır.Sakrokolpopeksi , SSLF le karşılaştırıldığında ; apekse en güçlü desteğin meş ile sağlanması , hem apikal hem de tüm prolapsus nükslerinin en az düzeyde olmasını ve daha yüksek başarı oranları ile açıklanabilir. Diğer bir faktör ise SSLF' de masif vaginal diseksiyon yapılarak nöropatiye neden olmasıdır. Vaginal diseksiyonun neden olduğu nöropati bulguları pelvik kas , fasia ve ligamentlerde olumsuz etkiler yapmıştır. Nöropatiye bağlı pelvik desteğin azalması, doku zayıflaması,yaşlanma , menopoz ve kalıcı doku kaybı SSLF nüksünün nedenleri olabilir. LSC ve SSLF arasında apikal prolapsus, sistosel, rektosel, genel toplam nüks oranları ve başarı oranları arasında fark bulunmamıştır. Laparoskopik sakrokolpopeksi gelişmekte olan ve yeniliğe açık minimal invaziv bir cerrahidir.

LS sakrokolpopeksi ileri düzey deneyim ve uzun süren öğrenme eğrisine sahiptir ve SSLF veya abdominal sakrokolpopeksiye göre cerrahlar için daha uğraştırıcıdır.

LSC ve ASC sonuçlarının farklılıkları iki faktörle açıklanabilir.İlk faktör; meşin yetersiz gerilmesi ve ikincisi meşin yerinden kayması.İlk faktörle ilgili olarak ; özel laparoskopik cerrahi koşullarda ; sakral promontoryuma iyi bir gerginlikle meşi yaymak zordur. Burada meşin gevşemesi nükse neden olmaktadır. LSC de , ASC den daha fazla görülen meşin kaymasına; meşin gevşek bir şekilde vaginal kaf veya servikal stumpa fiksasyonu veya emilebilen iplikle yaşanan gerginlik kaybı neden olabilir.Yine sadece 4 çalışma bu tartışma için mevcutsa da daha fazla çalışmalara ihtiyaç vardır.

Her iki SSLF ve LSC geniş abdominal kesilerden kaçınmak için yapılan en iyi kozmetik sonuçlara ulaşan minimal invaziv cerrahilerdir. Olumsuz durumlar için ; LSC de SSLF ye göre daha düşük febril oranlar olmasının dışında gruplar arasında fark saptanmamıştır. Bu sonuçlara göre LSC de en az SSLF kadar güvenli ve etkilidir.

Yine de LSC 'ye başlarken minimum nüks oranı ve başarı oranlarını artırmak için ; uygun hasta seçimi, yeterli laparoskopik deneyim ve yeterli LSC eğitimi önerilmektedir. SSLF 'deki disparoni oranları ASC ye göre daha

TJODist Bülteni

yüksektir. SSLF deki , aşırı vaginal diseksiyon , sistosel, rektosel ve perineoplastinin eş zamanlı yapılması nöropati ve artmış vaginal skarlara neden olabilir. Skar kontraksiyonu nedeni vagina daha da kısılabılır ve daralabilir. Tüm bu faktörler SSLF nin ASC ye göre daha çok disparoni yapmasıyla sonuçlanır. Tüm bu klinik yararları rağmen, ASC ; SSLF'den daha uzun operasyon süresi , daha fazla kanama, yara yeri enfeksiyonu ve gastrointestinal komplikasyonlar içerir. Ayrıca, sentetik meş erozyonu ve daha yüksek maliyetlerle ilişkilidir.

Çalışma kalitesinin, etki tahminleri üzerindeki etkisini değerlendirmek için sadece yüksek kaliteli çalışmaları içeren bir duyarlılık analizi gerçekleştirildi. Bu analizde sonuçların çoğu benzerdi. Sadece RKÇ'lerin bir meta-analizi ideal olsa da, RKÇ lerin sınırlı sayıda olması herhangi bir kesin sonuca varmamızı engelledi. Çalışmalar arası heterojenite ; kanama, disparoni, gastrointestinal komplikasyonlar, yara yeri enfeksiyonu ve doku yaralanması için anlamlı değildi, ancak başarı ve nüks için anlamlıydı. Çalışmalarda başarı ve nüks tanımları farklı bir biçimde kabul edilmiştir ki bu da çalışmalar arasında heterojenliğe neden olmuştur. Rastgele etkiler modeli kullanılarak verilerin havuzlanması, heterojenliğin etkisini azaltabilir, ancak onu tamamen ortadan kaldıramaz.

Bazı limitasyonları belirtirsek ,ilk olarak, başarı ve nüksün primer sonuçları her çalışma için tanımlandı ve çoğu çalışma, farklı başarı ve nüks tanımları bildirdi. Bu başarı tanımları, herhangi bir vajinal bölgede derece 2'ye eşit veya daha büyük prolapsus olmamasını, POP evre 0 veya 1'in elde edilmesini, asemptomatik olup, Halfway sistemine göre evre 1'e eşit veya daha düşük dereceli kaf prolapsusunu, ICS derecelendirme sistemine göre evre 2'ye eşit veya daha azını veya vajina duvarında evre II'dekinden daha fazla protuze olmaması, hymen ötesine sarkmanın olmaması, rahatsız edici şişlik semptomlarının olmaması ve 12 ay içinde nüks prolapsus için tedavi almaması, semptomsuz olması, vajinal apeksin hymenden vaginal doku protuze olmadan levator dokudan geride kalması ve modifiye Baden-Walker sistemine dayalı olarak takip sırasında 1. derece veya kaf prolapsusu olmaması idi. . Tanıma bağlı olarak tedavi başarısının ve nüksünün büyük ölçüde değiştiği bilinmektedir. Başarı ve nüks tanımlarındaki çeşitlilik, karşılaştırma yapmayı zorlaştırmıştır.

İkincisi, ASC/LSC veya SSLF grupları sayı olarak küçüktü. Pek çok hastanın ; abdominal total histerektomi, total vajinal histerektomi, ön kolporafi, arka kolporafi, Burch kolposüspansiyon, tension free vajinal tape , paravajinal ve sistosel onarımı, vb. ek başka prosedürleri de vardı. Bu eşzamanlı prosedürler taraflı bir sonuç ya da başarı , nüks oranı , operasyon süresi ve disparoni gibi sonuçları olumsuz etkileyebilir.

Üçüncüsü, 5 RCT hariç dahil edilen çalışmaların çoğu retrospektifti. Yetersiz rastgele dizi oluşturma ve körleme tekniği , bias riskini artırma eğilimindeydi, bu da sonuçların doğruluğunu olumsuz etkileyebilir . Son olarak, İngilizce olmayan bir dilde yayınlanan çalışmalar, olası bir yayın yanlılığına yol açabileceği için hariç tutulmuştur.

Çalışmanın güçlü yönleri şöyledir ; ilk olarak, taranan çalışmaların çoğunda yeterli bir takip süresi mevcuttu. Yeterli takip süresi yanlılık riskini azaltabilir. Çalışmalar, başarı oranının süre ile giderek düştüğünü göstermiştir. Ancak nükslerin neredeyse %95'i 2 yıl içinde ortaya çıkmıştır. Dahil edilen çalışmaların 11'inin takip süresi vardı . 1 yıldan fazla ve 9 'u 2 yıldan fazla olan bu süreler sonuçların doğruluğunu artırmıştır. .İkincisi, çalışmamız İngilizce olarak yayınlanan tüm çalışmaları içermektedir. Bu alanda SSLF ve sakrokolpopeksiye inceleme için yeterli veri toplayarak karşılaştırmak, en kapsamlı ve güncel bilgiler ile cerrahi etkinliğin değerlendirilmesinde yanlılık riskini azaltır.

Çoğu çalışmada sakrokolpopeksi sonrası kanama olasılığının daha yüksek olduğu görülmekte idi ; ancak, nadir görülen vakalar nedeniyle hiçbir çalışmada gruplar arasında anlamlı bir fark yoktu. Kanama lehine tüm çalışmalar değerlendirdiğinde esas olarak örnek boyutunu artıran ve istatistiksel olarak anlamlı olan 'SSLF' lehine idi.

SONUÇ:

Bu meta analize göre; anatomik sağlamlık ve cinsel işlev ön plana alınırsa ,ASC; apikal prolapsusun cerrahi rekonstrüksiyonu için tercih edilebilir.

Meş erozyonu, meşin maliyeti, operasyon süresi, kanama, yara yeri enfeksiyonu, gastrointestinal komplikasyonlar ve daha iyi kozmetik memnuniyet faktörleri göz önüne alındığında, SSLF daha iyi bir seçenek olabilir. LSC ile ilgili daha ileri çalışmalarda etkinliğinin ve yan etkilerinin teyit edilmesi beklenmektedir.

-  13 Ekim 2019 - Jinekolojik Onkoloji Güncel Yaklaşımlar
-  15 Eylül 2019 - Preterm Doğum
-  19 Mayıs 2019 - Vakalar ile Fetal MSS / Yüz / Spina / İskelet / Kalp / Toraks / GIS / GÜS / Doppler / Plasenta
-  14 Nisan 2019 - Jinekolojik Endoskopide Doğrular ve Yanlışlar
-  24 Mart 2019 - Maternal Mortalite ve Morbidite Nedenleri ve Nasıl Azaltabiliriz?
-  17 Şubat 2019 - Infertil 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 Intrapartum Yönetim
-  11 Mart 2018 Jinekolojide Endoskopik 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 Infertilite
-  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