



TJODist Bülteni

OCAK 2018

Başkandan



Sayın meslektaşlarım;

Öncelikle yönetim kurulu adına yeni yılınızı kutlar tüm aileniz ile birlikte sizlere sağlıklı mutlu ve başarılı günler dilerim. Aynı zamanda yeni yılın vatandaşlarımıza, ülkemize ve tüm dünya halklarına iyilikler, refah ve barış getirmesini arzu ediyoruz.

Bildiğiniz gibi 17 Aralık'ta il dışından gelen konuşmacılar ile birlikte başta polikistik over sendromu olmak üzere pek çok güncel konuyu tartıştık. Konuların faydalı olduğunu düşünüyorum. Daha önce de bildirdiğimiz gibi başta konu seçimi olmak üzere meslek ve uygulamalarımızla ilgili olarak her konuda öneri, istek ve görüşlerinizi bekliyoruz.

Yeni yılın ilk toplantısı **14 Ocak**'ta yapılacak ve **Gebelikte Hipertansiyon** konusu ağırlıklı olarak irdelenecektir. Toplantılarımıza il dışından da katılımlar olmaktadır. Bu katılımlar bizleri mutlu etmekte ve cesaretlendirmektedir. Bunun yanında eğitim hastanelerimizden daha fazla sayıda uzman hekim ve asistanların toplantılara katılması toplantıların verimliliğini arttıracaktır. Bu konu için ilgili klinik yöneticilerinden destek bekliyoruz.

Bu ay daha önceki aylarda olduğu gibi yakın zamanda yayınlanan **6 çalışmanın özetini Dr. Barış Ata'nın** editöryal yazısı ile birlikte sunuyoruz. Bu özetlerin güncel yayınları takip etmememiz açısından çok önemli olduğunu düşünüyoruz.

Emeği geçen tüm arkadaşlara yönetim kurulu adına teşekkür ederim. Ayrıca bu konuda tüm başasistan-uzman ve yan dal uzmanlarından bir program çerçevesinde öneri ve destek bekliyoruz.

Sayın meslektaşlarım gelecek toplantılarda görüşmek üzere, sağlıklı mutlu ve başarılı yıllar.

Prof. Dr. Fuat Demirkıran
Tjod İstanbul Y.K. adına



TJODist Bülteni

Editörden

Editörden



Sayın meslektaşlarım;

Hepimize mutluluk getirmesini dilediğim yeni yılın ilk bülteninde yine hepimizi ilgilendirdiğini düşündüğüm altı makalenin özeti ve **Prof. Engin Oral** ile düzenlediğimiz **Aralık 2017 bilimsel toplantımızın kısa özeti** var. Toplantımıza medikal endokrinoloji, pediatrik endokrinoloji ve genel cerrahi hocalarının katılmasının dinleyenlere farklı bir perspektif sağladığını umuyoruz. Katılmayanlar için **Dr. Engin Türkgeldi**'nin hazırladığı özeti bültenimizde bulabilirsiniz.

Polikistik over sendromu konusunda dünya çapında bir otorite olan **Prof. Bülent Yıldız**'ın insülin direnci taraması amacıyla serum insülin düzeyi ölçülmemesi gerektiğini, 75 g oral glukoz tolerans testi yapılmasını önerdiğini, bu konuyu birkaç kez tekrar ettiğini vurgulamak isterim. Bülent Hoca'nın benzer şekilde her PKOS hastasına metformin verilmemesi gerektiğini de defaten belirttiğine de dikkat çekmek isterim.

Makale özetlerimize gelince;

Doğumun ikinci evresinde epidural analjezinin doğum süresine etkisi tartışıla gelmekte ve bazen gebelerin epidural analjezi istememesine neden olmaktadır. İlk makalemiz **400 gebe üzerinde yapılan bir randomize kontrollü çalışma** ile bu soruya cevap arıyor. **Sonuçlarına şaşırabilirsiniz!**

Obstetrik ile ilgili ikinci yazımız **fetal gelişim kısıtlılığının tanı ve izlemiyle ilgili bir derleme**. Faydalı bulacağınıza inanıyorum.

Ultrason ile gözlediğimiz over kütlelerinin selim malign ayrımını yapabilmek çok önemli bir beceri. Kadın yaşı yanında bu ayırmda yol gösterecek sonografik kriterler, non-spesifik belirteçlerden daha kullanışlı olabilir. Üçüncü makalemizde **International Ovarian Tumor Analysis** serisinden, **selim malign ayrımı için önerilen basit kuralların** (simple rules) performansı değerlendiriliyor. Bu kriter ve kuralları bilmek hem bizler hem hastalarımız için yaşamsal önemde.

Adölesans ve üreme çağında en sık gördüğümüz over tümörlerinin başında gelen matür kistik teratomların bariz malignite şüphesi ve akut komplikasyonlar dışında ameliyat endikasyonu da tartışmalı konulardan biridir. Dördüncü makalemiz **konservatif izlenen dermoidlerin uzun dönem sonuçlarını** bildiriyor. Ameliyat endikasyonları daha da daralabilir.

Tüp bebek şüphesiz ki çok etkili bir tedavi yöntemi, ancak bu etkin yöntem de komplikasyonlardan muaf değil. Olası komplikasyonları sadece anne adayını değil, doğacak çocuğu ve tüm aileyi etkileyebiliyor. Bu nedenle gerçekten gerektiği zaman kullanılması uygun. Bazı durumlarda tüp bebeğe alternatif olabilen ovaryan stimülasyon ve intrauterin inseminasyon giderek ihmal ediliyordu. Beşinci makalemiz, **ovaryan stimülasyon ve intrauterin inseminasyonun açıklanamayan infertilitedeki performansını** değerlendiren büyük bir randomize kontrollü çalışma. Hatırlatmak isterim ki sadece ovaryan stimülasyon veya sadece intrauterin inseminasyon açıklanamayan infertilite yönetiminde etkisizdirler. İkisi bir arada yapıldığında işe yarayıp yaramadığı makalede.

Bu ay ki son makalemiz de çeşitli endikasyonlar ile ise giderek yaygın kullanılan **vaginal lazer uygulamasının stress üriner inkontinans tedavisindeki etkinliğini** değerlendiren bir derleme. Bakalım lazer bu derde de deva oluyor mu?

İzleyen bültenlerimizde görüşmek üzere.

Saygılarımla,

Doç. Dr. Barış Ata

Koç Üniversitesi Tıp Fakültesi

Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı

TJODist Bülteni

14 Ocak 2018 Gebelikte Hipertansif Hastalıklar ve Komplikasyonları //

TJOD İSTANBUL ŞUBESİ BİLİMSEL TOPLANTISI

Yer: **HILTON İSTANBUL BOSPHORUS**

14 OCAK 2018 PAZAR

Gebelikte Hipertansif Hastalıklar ve Komplikasyonları

Konu Başkanları: Ahmet Gül - Gökhan Yıldırım

09:00 - 09:50 Sabah Kahvaltısı

09:50 - 10:00 Açılış: TJOD İstanbul Başkanı: Fuat Demirkıran

Fuat Demirkıran

1. Oturum:

Oturum Başkanları: Yavuz Ceylan - Atıl Yüksel

10:00 - 10:20 Gebelikteki Hipertansif Hastalıkların Sınıflandırması ve Etiyopathogenez:
Güncel durum Rıza Madazlı

10:20 - 10:40 Preeklampsi'yi Öngörmek ve Önlemek Mümkün mü? Fehmi Yazıcıoğlu

10:40 - 11:00 Gestasyonel Hipertansiyon, Hafif Preeklampsi Durumunda İzlem ve
Yönetim Nasıl Olmalı? Oya Demirci

11:00 - 11:20 Ağır Preeklampsi'de Yönetim Nasıl Olmalı? Esra Esim Büyükbayrak

11:20 - 11:40 Tartışma

11:40 - 12:00 Sponsor Konuşması; Gebelikte anne ve bebek sağlığı  Fatih Durmuşoğlu

12:00 - 12:20 Kahve Molası

2. Oturum:

Oturum Başkanları: Recep Has - Mehmet Uludoğan

12:20 - 12:40 HELLP Sendromunda Yönetim Nasıl Olmalı? İbrahim Kalelioğlu

12:40 - 13:00 Eklampsi Profilaksisi ve Tedavisi Nasıl Yapılmalı? Aytaç Yüksel

13:00 - 13:20 IUGR Tanı ve Yönetimi Halil Aslan

13:20 - 13:40 Ablasyo Plasentada Tanı ve Yönetim Gökhan Yıldırım

13:40 - 14:00 Tartışma

17 Aralık 2017 Endokrin + Genel Jinekoloji Bilimsel Programı Notları:

Yazan: **Uzm Dr. Engin Türkgeldi**

Koç Üniversitesi Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği



Endokrinolog Gözüyle Polikistik Over Sendromu Prof. Dr. Okan Bülent YILDIZ, Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi

- Polikistik Over Sendromu (PKOS) prevalansı kullanılan kriterlere göre değişiklik göstermektedir. NIH kriterlerine göre %6, Rotterdam kriterlerine göre %10, Androgen Excess - PCOS Derneğine göre %10 olarak hesaplanmaktadır.
- PKOS tanısı alan hastalara arasında oldukça farklı fenotiplere rastlanmaktadır. Bu konuda yapılan bilimsel çalışmalarda kredibilite için spesifik fenotipler açıkça belirtilmelidir.
- ABD'de toplumdaki obezite prevalansı yüksek olduğu için PKOS ek bir risk faktörü olarak görülmemekteyken, Türkiye'de PKOS obezite için risk faktörü olarak değerlendirilmektedir.,
- Açlık glukoz değeri tek başına insulin direnci tanısında yeterli değildir. İki saatlik OGTT, insulin direnci tespitinde sekiz kat daha başarılıdır.
- Klinik araştırmalar dışında, insulin direncinin değerlendirilmesi için serum insulin seviyesi ölçülmesi gereksizdir.
- Hastaya önce yaşam tarzı değişiklikleri önerilmeli, metformin rutin olarak herkese verilmemelidir. Yaşam tarzı değişikliğine rağmen glukoz intoleransında düzelme olmayan obez PKOS'lu hastalarda ve glukoz intoleransı olan ve normal vücut ağırlığına sahip PKOS hastalarında metformin düşünülmelidir.
- PKOS hastalarının tamamına yakınında oral kontraseptifler menstruasyon, hirsutizm için faydalıdır.
- Adolesanlarda ultrasonda polikistik over görünümü kriteri folikül sayısı yerine volüm olmalıdır.
- Menarşi izleyen ilk iki yılda PKOS tanısı koymaktan kaçınılmalıdır.

Polikistik Over Sendromunda İnfertilite Yönetimi Prof. Dr. Gürkan Bozdağ, Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi

- Oligo-anovulasyon için kimler taranmalı, kimler taranmamalı?
 - 21-35 gün arasında düzenli adet gören kadınlar veya 35 günden uzun süren adet aralığı tarif eden hastaları taramaya gerek yoktur.
 - 21-35 gün arası adet gören fakat hirsutizmi olan kadınlar taranmalıdır. 31-35 gün arası adet aralığı olan kadınlar gerek görülürse taranabilir.
 - Tarama için mensin 21-24. günü arasında progesterone ölçülebilir. 3 ng/ml altındaki değerler anovulasyonu işaret edebilir. Test günü, 35 gün arayla adet gören kadınlarda 28. gün yapılabilir.
- Hayat tarzı değişiklikleri ilk basamak olmalıdır. Bu sadece konsepsiyon için değil, uzun vadeli sağlık sorunları ve gebelik komplikasyonları için de faydalıdır.
- Birinci basamak tedavide amaç ovulasyonu sağlamaktır. Klomifen sitrat ve letrozol, BKI 25'ten düşük hastalarda eş değerde faydalıdır. BKI'nin daha yüksek olduğu hastalarda ise letrozol daha başarılı görülmektedir. Metforminin tek veya kombine olarak tedavide faydası gösterilmemiştir.
- CC için 6 aylık kümülatif gebelik oranı %38'dir.
- İkinci basamak tedavide bir seçenek laparoskopik ovaryan drilling'dir. Günümüzde kullanım sıklığı azalmıştır. Avantajı, işlem sonrası ilaç tedavisine gerek olmamasıdır. Öte yandan, invaziv bir işlem olması ve uzun vadede medikal tedaviye başvurma ihtimali olması dezavantajdır.
- İkinci basamakta en yaygın tedavi gonadotropin ile ovulasyon indüksiyonudur. Low dose step up protokolü ile çoğul gebelik ve tedavi iptali daha nadirdir, başarı şansı ise low dose step down ile aynıdır.
- Buna IUI eklemek, ovulasyonu tetiklemek, veya luteal faz desteği yapmak tedavi sonucuna etki etmemektedir. Başka bir endikasyon yoksa bu tedavileri hastaya önermekten kaçınılmalıdır.
- Üçüncü basamakta IVF önerilmektedir. Burada en önemli kaygımız hasta güvenliği olmalıdır. OHSS riski açısından antagonist protokol kullanımı ve gerekirse agonist ile ovulasyon tetiklenmesi, düşük doz gonadotropin uygulanması, lüzum halinde total cryo düşünülmelidir.

Hirsutismus

Dr. Ramazan Mercan, Koç Üniversitesi Tıp Fakültesi

- Hirsutismus, toplumun %5-10'u etkilemektedir.
- Etiyolojisinde %70-90 PKOS, %1-15 konjenital adrenal hiperplazi yer almaktadır. Nadiren over tümörleri, adrenal tümörler, ilaçlar, Cushing sendromu veya idiyopatik hirsutismusa bağlı olabilir.
- Oral kontraseptif kullanan hastalarda serum androjen seviyelerine ölçümü için ilaç kesildikten sonra 4 hafta beklenmelidir.
- Oral kontraseptifler tedavide etkin. En az 6 ay, tercihen 1-2 yıl tedavi sürdürülmeli. Hastaya, ilacın çıkacak olan kıl foliküllerine etkisi olacağı, mevcut olanları azaltmayacağı anlatılmalıdır.
- Oral kontraseptifler ve ciproteron asetat dışında spirinolakton kullanılabilir. Bu sürede teratojenik etkileri nedeniyle kontrasepsiyon önerilmelidir.
- Finasterid, flutamid, dexametazon, eflornitin tedavide rolü olan diğer ajanlardır.

Pubertal Gelişim Bozuklukları Nasıl Yönetilmelidir.

Prof. Dr. Şükrü Hatun, Koç Üniversitesi Tıp Fakültesi

- Tek taraflı meme büyümesi patolojik bir durum depildir.
- Periferik prekoks puberte mutlaka tedavi edilmelidir.
- Tanı anında meme gelişimi Tanner evre 4 veya daha ileri ise genellikle benign değildir.
- Erken meme gelişimi, menarşın mutlaka erken olacağını göstermez.
- Ultrasonda sadece overi değerlendirerek prekoks puberte tanısı koymamak gerek. Uterus boyutu da dikkate alınmalıdır.
- 3-7 yaş arası prekoks puberte mutlaka tedavi edilmelidir.
- 7 yaş ve sonrası prekoks puberte idiyopatik ise hekim soğukkanlı olmalı, kliniği değerlendirmelidir.
- Sadece boyun kısa kalacağı gerekçesi ile erken puberte ile tedavi vermek doğru değildir.

Meme Kanseri Taraması 2018

Prof. Dr. Hasan Karanlık, İstanbul Üniversitesi Onkoloji Enstitüsü

- 8 kadından biri meme kanseri tanısı alıyor. Meme kanserleri, kadın kanserlerinin %25'ini oluşturuyor.
- Erken tanıda kür şansı yüksek.
- Mamografi ile taramanın etkin olmadığını gösteren Kanada ve İsveç çalışmalarında çeşitli metodolojik ve teknik sorunlar mevcuttur. Bunlardan bazıları, kitlesi olan kadınların çalışmaya dahil olması, mamografilerin kalitesi, radyologların deneyimlerinin sınırlı olması olarak sayılabilir. Sadece bunlara dayanarak taramayı etkisiz ilan etmek doğru değil.
- 'Independent UK Panel on Breast Cancer Screening' yaptığı değerlendirmede 20 yıllık tarama programında mortalitenin %20 azaldığını belirtmiştir. Aşırı tanı riski %1'dir.
- Taramadan en fazla fayda görecektir grup 60-69 yaş arasıdır.
- 75 yaş sonrası rutin tarama önermek için yeterli delil yok. Taramadan fayda görmesi için yaşam beklentisi en az 5-10 yıl olmalıdır. Bu yaş grubunda farklı nedenlerden ölümler daha sık.
- Sağlık Bakanlığı, 40-50 yaş arasında 2 yılda bir, 50 yaşından sonra yılda bir kez mamografi ile tarama yapılmasını tavsiye etmektedir.
- BIRADS 3'de malignite riski %1-2'dir.
- Tarama modalitesi mamografidir, ultrasonografi değil.
- Annesi meme kanseri olan bir kadın, annesine tanı konan yaştan 10 yaş önce taramaya başlamalıdır. Taram yöntemi ve zamanlaması bireyselleştirilmektedir.

1- Doğumun ikinci evresinde Epidural Analjezi: Randomize kontrollü çalışma

Epidural Analgesia During the Second Stage of Labor A Randomized Controlled Trial

XiaoFeng Shen, MD, Yunping Li, MD, ShiQin Xu, MD, Nan Wang, MD, Sheng Fan, MD, Xiang Qin, RN, Chunxiu Zhou, RN, and Philip E. Hess, MD Obstet Gynecol 2017;130:1097-103) DOI: 10.1097/AOG.0000000000002306

Pubmed linki: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29016499>

Özetleyerek Tercüme eden: **Uzm. Dr. Berna Aslan Çetin**

Sağlık Bilimleri Üniversitesi İstanbul Kanuni Sultan Süleyman EAH Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği.



Amaç: Motor blok olmayan epidural analjezinin plasebo kontrol grubuna göre nulliplarlarda doğumun ikinci evresinin süresini etkileyip etkilemediğinin değerlendirilmesidir.

Metod: Epidural analjezi isteyen nullipar baş geliş tekiz gebeliklerde çift-kör randomize, plasebo kontrollü çalışma yapıldı. Bütün gebelere doğumun birinci evresinde 0.08% ropivacaine ve 0.4 microgram/mL sufentanil ile epidural analjezi uygulandı. İkinci evrenin başında gebeler aynı solüsyonun devamına veya plasebo salin infüzyonu uygulamasına randomize edildi. Primer sonuç doğumun ikinci evresinin süresiydi. Her grupta 200'er hasta bulunması planlandı.

Bulgular: Mart 2015-Eylül 2015 arasında 560 hasta tarandı ve 400 hasta (her grupta 200) çalışmayı tamamladı. Gruplar arasında ikinci evrenin süresi benzerdi (epidural: 52 +/- 27 dakika salin: 51 +/- 25 dakika, P=0.52). Spontan vajinal doğum oranı da benzerdi (epidural: 193 [96.5%] salin: 198 [99%], P=0.17). Ağrı skorları da ikinci evrede benzerdi. Plasebo grubunda ≤8 memnuniyet puanı verenler daha fazlaydı (epidural: 32 [16%] salin: 61 [30.5%], P=0.001).

Sonuç: Epidural infüzyonun devamı doğumun ikinci evresinin süresini plasebo ile karşılaştırıldığında etkilememektedir. Maternal ve neonatal sonuçlar benzerdir. Düşük konsantrasyonda epidural lokal anestezi doğumun ikinci evresinin süresini etkilememektedir.

Tablo

	Salin (plasebo) grubu (n=200)	Epidural grubu (n=200)	p
İkinci evrenin süresi (dk)	51±25	52±27	0.52
Sezaryen	0 (0)	2 (1)	0.50
Forseps	2 (1)	5 (2.5)	0.25
Epizyotomi	64 (32)	70 (35)	0.52
VAS 0 dk	1.2 (0.6-2.3)	1.5 (0.7-2.7)	0.06
VAS 30 dk	1.4 (0.6-2.4)	1.3 (0.8-2.0)	0.80
VAS 60 dk	1.5 (0.9-1.5)	1.1 (0.5-2.0)	0.09
VAS 90 dk	3.1 (1.6-3.3)	2.4 (1.2-3.1)	0.46
Fetal pH	7.19±0.08	7.19±0.07	0.94
Fetal baz açığı	-7.0±3.3	-6.7±3.0	0.36

Doğumun ikinci evresinin uzaması koryoamniyonit, perineal laserasyon ve postpartum kanama gibi olumsuz sonuçlara neden olabilir. Epidural analjezi doğumda ağrıyı azaltmak için en efektif metottur, fakat bazı çalışmalar epidural analjezinin doğumun ikinci evresini uzattığını ve operatif vajinal doğum oranlarını arttırdığını göstermiştir. Bazı obstetrisyenler maternal ıkınma eforunu arttırmak için doğumun ikinci evresinde epidural analjeziyi keserler veya azaltırlar. Modern düşük doz epidural anestezi motor bloğun daha az olmasını sağlar, hatta hastanın mobilize olmasına imkan verir.

Bu prospektif, randomize, çift kör, plasebo kontrollü çalışma düşük doz epidural analjezinin doğumun ikinci evresinin süresini etkileyip etkilemediğini incelemiştir. Epidural analjezide motor bloğu en az seviyede tutmak için düşük doz ropivacain kullanılmıştır. Doğumun ikinci evresinin süresi, normal vajinal doğum oranları, epizyotomi oranları, maternal ve neonatal sonuçlar açısından iki grup arasında fark saptanmamıştır. İki grup arasında ağrı skorları benzer olmasına rağmen 8 ve altı memnuniyet puanı verenler plasebo grubunda analjezi grubuna göre daha fazla saptanmıştır.

Bu çalışmanın zayıf yönlerinden birisi tek merkezli olmasıdır. Bunun dışında operatör ve hasta tercihinin göre her iki gruptaki toplam 49 hastanın (%12) epidural analjezisi kesilmiştir. Bu veriyi düzeltmek için intent-to-treat analizi uygulanmıştır. Bu çalışmanın bir başka zayıf yönü doğumun gerçekleştiği ve memnuniyet puanlamasının yapıldığı zaman arasındaki farkı kaydedilmemiş olması ve hastaların hatırlama yanlılıklarına düşmüş olabileceğidir.

2- Fetal gelişim kısıtlılığı ve plasental yetmezlik için tarama

Screening for fetal growth restriction and placental insufficiency.

Melanie C. Audette, John C. Kingdom Seminars in Fetal and Neonatal Medicine, 2017 in press

Pubmed linki: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29221766>

Özetleyerek Tercüme eden: **Uzm. Dr. Hakan Erenel**

İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Perinatoloji Bilim Dalı



Giriş Fetal gelişim kısıtlılığı (FGK) gebelikte görülen en sık komplikasyonlardan biridir ve tüm gebeliklerin %3-9'unu etkiler. Önlenebilir ölü doğumların yaklaşık %30'unu oluşturur. Düşük doğum ağırlıklı yeni doğanlarda perinatal ölüm oranı ve beyin hacmini, myelinizasyonu, kortikal yapı ve bağlantıları etkileyen olumsuz nörogelişimsel sonuçlar yaklaşık dört kat arttığından azalmış fetal gelişimin tanısını koymak kritik öneme sahiptir. Respiratuar distres sendromu ve nekrotizan enterokolit gibi prematürite ilişkili durumlar bu yenidoğanlarda daha sık görülür. Zayıf fetal gelişim sadece perinatal dönemi ilgilendiren bir sorun değildir. Örnek olarak gelişim kısıtlılığı ile doğmuş olan okul yaşındaki çocuklarda azalmış kavrama yetisi, hafıza, dikkat ve motor yeterlilik görülmektedir. Yetişkin dönemde ise artmış hipertansiyon, koroner arter hastalığı, diyabet, metabolik sendrom ve dislipidemi prevalansı görülmektedir.

Etyoloj Maternal, fetal ve plasental faktörler rol oynamaktadır. Birden fazla kategori eşlik edebilir. Fetal gelişim kısıtlılığı için maternal risk faktörleri nulliparite, ileri maternal yaş, etnisite (Afrika-Amerikan, Güney Asya), vücut kitle indeksinin çok yüksek ya da çok düşük olmasıdır. Alkol, kokain, eroin ve sigara kullanımı FGK riskini artırır. Maternal malnutrisyon da FGK vakalarının %40'ına varan oranda etkili olmaktadır. IVF ve ikiz gebelikler (özellikle TTTS'nin eşlik ettiği monokoryonik ikiz gebelikler) de FGK riskini artırır. FGK'ya neden olan fetal faktörler genetik sendromlar, kromozomal anomaliler (özellikle triploidi, trizomi 18 ve 9 erken FGK olan vakaların %10'nundan fazlasını oluşturur), bazı konjenital kalp hastalıkları, akraba evliliği, metabolizma hastalıkları, vertikal geçiş gösteren maternal enfeksiyonlardır.

FGK'nın diğer bir nedeni de plasental faktörlerdir ve tarama stratejileri anormal plasental fonksiyon üzerine odaklanmıştır. Azalmış veya stabil olmayan plasental kan akımı plasental villuslarda hipoksi reperfüzyon hasarına neden olur bu da preeklampsi tablosunun tetikler. Bu durum plasental villusların normal gelişimini durdurarak sinsisyal bağlantıların oluşumunu engeller ve bu da pro-angiogenik plasenta büyüme faktörünün (PIGF) salınımını azaltırken anti-angiogenik bir protein olan soluble fms benzeri tirozin kinaz 1 (sFlt-1)'in sekresyonunun artmasına neden olur. FGK olan fetüslerin plasentasında desidual vaskülopati, infarktlar, distal villöz hipoplazi ve fetal trombotik vaskülopati gibi belirgin patolojik değişiklikler vardır. Plasentadaki bu patolojik değişikliklerin tanınması sadece anormal umbilikal arter (UA) doppler ile mümkün değildir, FGK nedeni olarak plasental yetmezlik tanısında tahmini fetal ağırlığa ek olarak yeni güçlü bir belirteç olan anne kanındaki sFlt-1: PIGF oranı da faydalıdır.

3- FGK sınıflandırma ve tanı

Kanada rehberlerine göre FGK tanımı tahmini fetal ağırlığın patolojik bir sürece bağlı olarak 10. persantilin altında olması ve fetüsün doğal büyüme potansiyelini yakalayamamasıdır. Amerikan rehberleri ise benzerdir fakat FGK sadece tahmini doğum ağırlığının 10. persantil altında olması olarak tanımlanmaktadır. Avrupa'da TRUFFLE konsorsiyumu (trial of randomized umbilical and fetal flow in Europe) abdomen çevresinin 10. persantil altında olması ve UA doppler pulsatilite indeksinin (UA-PI) 95. persantil üzerinde olması kriterlerini kullanmaktadır. RCOG'a göre FGK tanısı abdomen çevresinin (AC) veya tahmini doğum ağırlığının 10. persantilin altında olmasına dayanır fakat yavaşlamış fetal gelişim seri AC ölçümleriyle ortaya konmalıdır.

FGK gebelik haftasına göre erken ve geç olarak ikiye ayrılır. Erken ortaya çıkan FGK'da gebelik haftası 32. haftanın altındadır ve tüm FGK vakalarının %20-30'unu oluşturur. Sıklıkla eşlik eden kronik hipertansiyon veya preeklampsi vardır ve plasental bir patoloji ile ilişkilidir. Geç ortaya çıkan FGK (≥ 32 hafta) tüm FGK vakalarının yaklaşık %70'ini oluşturur ve hipertansif hastalıklar ile daha az ilişkilidir (vakaların %10'u). FGK'nın gebelik haftasına göre sınıflandırılması kritik bir öneme sahiptir çünkü kısa dönem maternal-fetal riskler ve hastalık progresyon oranı farklıdır. Dolayısıyla farklı tedavi stratejileri uygulanır.

4- Mevcut tanı yöntemleri

- **A- Simfizis - Fundus Mesafesi** Gebelik haftası ve fetal gelişim takibinde ultrason cihazlarının kullanımından önce Leopold manevraları ve simfizis-fundus mesafesi ölçümü kullanılmaktaydı. Hala daha ekonomik açıdan yetersiz bölgelerde antenatal takipte fizik muayenenin önemli bir parçasıdır. Tanısal açıdan simfizis-fundus mesafesinin uç değerleri anlamlıdır. Genel bir tarama testi olarak kullanıldığında düşük sensitivite (%17) nedeniyle yeterli değildir.
- **B- Ultrasonografi ile biyometri ölçümü** Temel olarak abdomen çevresi, biparietal çap ve femur uzunluğu gibi iki boyutlu ölçümler kullanılarak hesaplanır. Hadlock C yaygın olarak kullanılan formüldür. Çok sayıda formül vardır ve hepsisinin yeterliliği eşlik eden fetal asimetrisinin varlığı ya da yokluğuna göre değişmektedir. Elde edilen tahmini fetal ağırlık lokal referans değerlerine göre ele alınmalıdır.
- **C- Doppler ultrasonografi**

C1 Umbilikal arter

Anormal gelişen fetoplasental vasküler anatomi maternal-fetal alandaki gaz değişimini %30'dan daha fazla azaltırsa UA doppler dalga formunda artmış pulsatilite indeksi (PI) şeklinde değişiklikler ortaya çıkar. UA PI 95. persantil üzerinde olması, azalmış veya kaybolmuş diastol sonu akım paternleri plasental vasküler yetmezlik açısından önemli ölçüde belirleyicidir. Bu doppler değişiklikleri fetal durumdaki akut bozulmanın bir hafta kadar öncesinden gelir. UA doppler fetal biyometriye göre erken başlangıçlı FGK tanısında faydalı bir tanısal testtir. Fakat toplumda nadir görülmesinden dolayı düşük riskli gebeliklerde rutin olarak önerilmemektedir. Geç başlangıçlı FGK olgularında tipik olarak UA doppler normal olduğundan 34 hafta sonrasında faydası minimaldir.

C2 Uterin Arter

Uterin arter doppler ile plasental yetmezliğe neden olan en sık patoloji olan plasental maternal vasküler malperfüzyonu (MVM) tanısı konabilir. 65,819 tekiz gebeliğin incelendiği bir çalışmada 32 haftanın altındaki plasental yetmezlik ile giden patolojilerin (preeklampsi, dekolman ve/veya SGA) eşlik ettiği ölü doğumların %80'inde uterin arter PI 20-24. haftalarda üst sınırlarda bulunmuştur. Düşük riskli gebelerde rutin olarak bakılması önerilmemektedir. Üçüncü trimesterde ileri haftalarda bakıldığında çoğu ağır FGK olguları doğurtulmuş olacağından FGK tanısında abdomen çevresi ölçümlerine ek bir fayda sağlamamaktadır. Uterin arter doppler bakılması en çok tanı almamış erken başlangıçlı FGK olgularında faydalıdır.

5- Taramada yeni yaklaşımlar

5.1 Maternal serum biyobelirteçleri ve çoklu parametrelili modeller

Down sendromu taramasında kullanılan serum biyobelirteçleri, ağır plasental disfonksiyon olan gebeliklerde klinik komplikasyonlar oluşmadan önce tarama konusunda da ilgi görmüştür. 2014 yılında yapılan 4,970 olguyu içeren bir prospektif kohort çalışmada çoklu parametreli tarama modeli değerlendirilmiştir. Maternal risk faktörleri, maternal serum PAPP-A, B-HCG seviyeleri, kan basıncı ve uterin arter doppler ilk trimesterde değerlendirildiğinde erken FGK için %73, geç başlangıçlı FGK için %32 sensitivite tespit edilmiştir. Aynı grubun 9,150 olguyu içeren başka bir kohort çalışmasında maternal özellikler, kan basıncı, uterin arter PI, PIGF ve sFlt-1 dahil edildiğinde ilk trimesterde erken başlangıçlı FGK için %86, geç başlangıçlı FGK için %66 sensitivite elde edilmiştir. Başka bir çalışmada 20-34. haftalar arasında preeklampsi şüphesi olan vakalarda PIGF, FGK için 47 belirteç arasından %93 ile en yüksek sensitivite düzeyine ulaşmıştır. Daha yeni bir çalışmada düşük PIGF (<5. Persantil) plasental patoloji kaynaklı FGK olguları için %98 sensitivite ve %75 spesifite sağlamıştır. Bu çalışmalar göstermiştir ki, sadece tek belirteç olarak PIGF'nin tek bir kez yapılan tahmini fetal ağırlık ölçümüne göre FGK tanısında yüksek bir sensitivite ile daha başarılı bir belirteçtir.

5.2. Nükleik asitler, proteinler ve metabolitler

TJODist Bülteni

Non invaziv prenatal test (NIPT) maternal dolaşımdaki fetal DNA'yı kullanarak kromozomal anomali taraması sağlar. Benzer olarak serbest plasental RNA (cpRNA) kanda, plazmada, idrarda ve amnios sıvısında erken haftalarda saptanabilir. Artan sayıda çalışma cpRNA'nın, üriner metabolitlerin, kord kanındaki metabolitlerin ve aminoasit seviyelerinin FGK olan olgularda, normal doğum ağırlıklı olan olgulara göre farklılık gösterdiğini tespit etmektedir. Yeni çalışmalar plasental ekzomlar üzerine odaklanmıştır. Yeni nesil daha sofistike çalışmalar FGK'nın etyolojisine (fetal ya da plasental) yönelik bilgi sağlama potansiyeline sahip olsa da FGK etyolojisinde plasental katkı çok daha fazla yer kapladığından yeni çalışmalar yeni ortaya çıkan etkili tarama ve tanı belirteci olan PIGF'den daha iyi bir yöntemi hedef almalıdır.

6. Doğum zamanı

FGK olan olgularda doğum zamanlaması, ölü doğum ve nörogelişimsel olumsuz etkileri önleyecek şekilde olmalı, fakat bu sırada prematüritenin getireceği riskler ile bir denge sağlanmalıdır. Devam eden araştırmalara rağmen perinatal mortaliteyi azaltan tek yaklaşım doğumdur. TRUFFLE konsorsiyumu erken başlangıçlı FGK olgularında (26-32 hafta) doğum zamanlaması açısından en iyi izlemin duktus venozus doppler incelemesi ile sağlandığını göstermiştir. Başka bir çalışmada ise geç preterm FGK (34 - <37 hafta) olgularında doğum indüksiyonunun spontan izleme göre ölü doğum oranlarını azalttığını göstermiştir fakat ilginç olarak term FGK (37 - <39) olgularında aynı avantaj gözlenmemiştir. Sonuç olarak önemli perinatal sonuçlar açısından yeterince güçlü çalışmalar olmadığından FGK olan olgularda optimal doğum zamanlaması için uluslararası bir fikir birliği yoktur.

7- Potansiyel tedaviler

The Fetal Medicine Foundation 26,941 çoklu parametrelili tarama yapılan olgudan 1,776 tanesini preterm preeklampsi açısından yüksek riskli kabul edip randomize etmiştir. Yakın zamanda yapılan bu çalışmanın sonucuna göre günlük 150 mg aspirin kullanımı ile preterm preeklampsi belirgin olarak azalmıştır (OR:0.38). Aspirine heparin eklenmesinin araştırıldığı EPPI çalışmasında preterm preeklampsi ve FGK'yı önleme açısından sadece aspirine göre fark bulunamamıştır. HEPEPE çalışmasında da benzer sonuçlar bulunmuştur.

Sonuç

- Patolojik gelişim kısıtlılığı olan fetuslar ile yapısal olarak küçük ve sağlıklı olan fetusları birbirinden ayırt edecek daha etkili yöntemler ile klinik sonuçlar daha olumlu olacaktır
- Erken gebelikte plasental yetmezlikten şüphelenilen olgularda düşük doz aspirinin fetal gelişime katkısı görülmemiştir.
- Büyümesi 25. – 85. Persantil arasında olan fetuslarda perinatal morbidite ve mortalite en düşük seviyededir. FGK olan olgularda daha olumlu klinik sonuçlar elde edilmesi takip ve dikkat gerektirir, örneğin tahmini doğum ağırlığı 25. persantilden düşük olan tüm fetuslar büyüme eğrisi takibine alınmalıdır.
- FGK olan olguların tanı ve yönetiminde ultrasona ek olarak yeni bir belirteç olarak ortaya çıkan PIGF büyük potansiyele sahiptir. Tahmini fetal ağırlık 25. persantil altında olan vakalarda tek bir kez PIGF ölçümü ve normal değer elde edilmesi sonraki gelişim açısından yapılacak ultrason incelemesi ihtiyacını azaltacaktır ve yapısal olarak 25. persantil altında normal devam edecek bir gelişimin habercisi olacaktır.
- Erken gebelikte yapılan çoklu parametrelili tarama testlerinin FGK için doğruluk oranı yüksek olsa da tarama pozitif olan olgularda herhangi bir girişimin faydası gösterilemediğinden bu testler henüz geçerlilik kazanmamıştır.

3- Over tümörü; selim ve malign ayrımı, International Ovarian Tumor Analysis ultrason kurallarının değeri.

Ovarian mass-differentiating benign from malignant: the value of the International Ovarian Tumor Analysis ultrasound rules.

Abramowicz JS, Timmerman D. Am J Obstet Gynecol. 2017 Dec;217(6):652-660.

Pubmed linki: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S000293781730861X?via%3Dihub>

Özetleyerek Tercüme eden: **Uzm.Dr Engin Çelik**

İstanbul Tıp Fakültesi Jinekolojik Onkoloji Bilim Dalı



Over kanseri en yüksek mortaliteye sahip kanserdir. Genel sağkalım %46,2 iken erken evrede sağkalım %90 ve ileri evrede ise 5 yıllık sağkalım %28'e düşmektedir. Ultrason tek başına veya bazı serum belirteçleriyle beraber erken evre over kanserini belirlemede ve over kitlelerinin selim-malign ayrımını yapmada en iyi modalite olarak görülmektedir.

Malign selim ayrımını yapmada ana amaç malign kitlelerin daha iyi tedavi sonuçları sağladığı kanıtlanan özel merkezlerde veya jinekolojik onkolojik cerrahlar tarafından ameliyat edilmesidir.

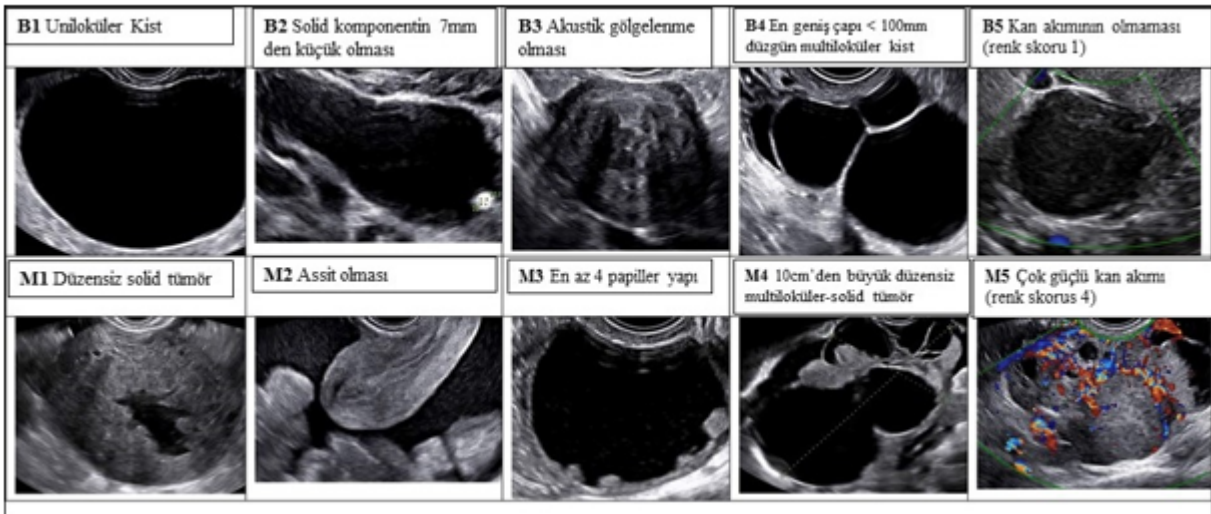
Over kitlelerinin değerlendirilmesinde birçok skorlama sistemi önerilmiştir. International ovarian tumour analysis (uluslararası over tümörü analizi – IOTA -) grubu tarafından 2 sistem önerilmektedir. "Ultrasound simple rules" (Basit kurallar) ve "assessment of different neoplasias in adnexa" (adneksteki farklı neoplazmların değerlendirilmesi ADNEX modeli).

Simple Rules kitleleri selim, malign ve belirsiz (indeterminate) olarak ayırırken ADNEX modeli ise kitlenin selim veya malign olma ihtimalini yüzde olarak göstermekte ve eğer malign ise borderline, evre 1, evre 2-4 veya metastatik olma riskini de hesaplamaktadır.

Over kanserini belirlemede cut-off değeri %10 kabul edilirse Simple Rules ve ADNEX modelinin sensitivite ve spesifite oranları %92 ve %96,5 ve spesifite oranları %96 ve %71 olarak bulunmuştur.

Bu iki modalite over kanserini taramada kullanılan enstrümanlar değil adneksiyal kitlelerin preoperatif sınıflandırılmasında kullanılan yöntemlerdir.

Şekil 1. Over kitlelerinin Simple Rules'a göre sonografik özellikleri: B: Selim, M: Malign



ADNEX modelinde ise 3 klinik ve 6 sonografik özellik kullanılıyor. On farklı ülkeden ameliyat edilen 6000 üzeri kadının verileri incelenmesi temel alınarak oluşturulmuş bir model.

Tablo.1 ADNEX Kriterleri

Yaş
CA-125
Merkezin tipi (Onkoloji merkezi yada genel hastane)
Lezyonun en geniş çapı (mm)
Solid komponentin oranı (en geniş solid komponentin çapının (mm) lezyonun en geniş çapına (mm) oranı)
10 nun üstünde lokül var mı? (evet/hayır)
Kavite içerisindeki papiller çıkıntıların sayısı (0, 1, 2, 3, >3)
Akustik gölgelenme var mı? (evet/hayır)
Assit var mı? (evet/hayır)

Over kanserinin ultrason ile erken tanısı

Kentucky Üniversitesi'nde 37.000'den fazla asemptomatik kadın yıllık transvajinal USG (tvUSG) ile 6 yıl taranmış ve invaziv epithelyal over kanseri saptamakta USG ile taramanın spesifitesi %98,5 saptanırken, pozitif prediktif değer (PPD) ancak %8,9 olarak hesaplanmıştır.

Birleşik Krallık'ta 202.000 den fazla 50-74 yaş arası asemptomatik menopozal kadın, yıllık tvUSG, CA 125 ve tarama olmayan gruplara randomize edilmiş ve tvUSG ile taranan grupta PPD tüm over-tuba kanserlerinde %5,3 ve invaziv over kanserlerinde ise %2,8 olarak bulunmuş, ancak taranan grupta ölüm oranında anlamlı bir azalma saptanamamıştır. Ayrıca bir over kanseri saptamak için gereksiz 10 ameliyat yapılmıştır.

Japonya'da 83.000 kadının dahil olduğu bir diğer çalışmada ise bir over kanseri saptamak için 33 selim nedeni ameliyat yapıldığı görülmüştür.

Renkli ve spektral doppler başlangıçta düşük dirençli yeni damarlanmanın gösterilmesiyle selim-malign ayrımını yapmada mükemmel bir yöntem olarak gösterilmişse de yapılan çalışmalarda yanlış pozitiflik değeri %40 olarak gösterilmiştir.

Öngörme modellerinin performansları

Risk of malignity index (RMI) 1 ve 2, ultrason, CA 125 ve menopoz durumuyla hesaplanan testler olarak %78 sensitivite ve %87 spesifitesi ile Simple Rules'tan önce en iyi performansa sahip olan öngörü testleriydiler.

Simple Rules selim ve malign olmak üzere 2 grup tanımlamasından oluşmaktadır.

Ultrason bulgularına göre 3 kural uygulanmaktadır.

1. Kural: Eğer selim bulgu bulunmadan bir veya daha fazla malign bulgu varsa kitle malign olarak sınıflandırılır.
2. Kural: Eğer malign bulgu bulunmadan bir veya daha fazla selim bulgu varsa kitle selim olarak sınıflandırılır.
3. Kural: Eğer malign ve selim özellikler aynı anda bulunursa (%24 vakada) sonuç belirsiz olarak sınıflandırılır. Belirsiz vakalar için istenecek ek serum belirteçlerinin katkısı olmadığından bu hastaların uzman ultrasonografiste yönlendirilmesi önerilmektedir.

TJODist Bülteni

Bu şartlar altında Simple Rules modelinin sensitivitesi %91 ve spesifitesi %93 olarak saptanmış ve overde kitle saptanan asemptomatik menopozdaki kadınlarda uygulanmasında kanser saptamada gecikme olmaksızın RMI'ye göre daha az cerrahi müdahaleye gereksinim olmaktadır. Simple Rules uzman ultrasonografist ile eşdeğer performans gösterdiğinin prospektif çalışmalarla kanıtlanmıştır. <http://www.iotagroup.org/simplerules/>

ADNEX modeli veya Simple Rules IOTA'nın da belirttiği gibi yeterli eğitim ve deneyimin yerine geçememekte ve düşük kalitedeki ultrason aletlerini de telafi edememektedir.

Bu modeller neden kullanılmalı?

Menopozdaki kadınlarda over kanser prevalansı yaklaşık 1/2500'dür. Over kanseri tanısında efektif bir test için PPD en az %10 olmalıdır. Erken evre over kanser tanısı için %75 sensitivite ve %99,6 spesifite ile gereksiz 10 cerrahi yapılarak bir over kanseri ameliyat edilebilir.

IOTA modellerine göre bu rakam genel hastanelerde %5,9 ve onkolojik merkezlerde %2,3 olarak hesaplanmaktadır. Cerrahi özellikle 3 hasta grubu için problemli olabilir.

1. Fertilité isteği olan genç kadınlar
2. Ek morbiditelere bağlı yüksek cerrahi riski olanlar (kardiyak, pulmoner ve diğer)
3. Uzak bir yerde yařayan ve özel bir merkeze seyahat etmesi güç olan hastalar

İyi bir model ile bu tip hastalar daha uygun tedavi edilerek gereksiz operasyonlardan kaçınılabılır. Kitlenin malign veya selim olma olasılığı operasyonun tipini de (laparaskopi/laparotomi) değiştirebilir. ADNEX modeli hastaların daha yüksek sağkalım sağlanan özel bir merkeze veya jinekolojik onkoloğa gönderilmesinde iyi bir triyaj imkanı sunmaktadır.

Tablo.2 Uzman tarafından değerlendirilme, Simple rules, ADNEX ve RMI 'nın karşılatırılması.

	Sensitivite (95% CI)	Spesifite (95% CI)	Negatif prediktif değer (95% CI)
Uzman tarafından değerlendirme	91 (88-94)	96 (94-97)	90.9 (81.3–96.6) ⁷⁵
Simple Rules	93 (89-94)	76-96 (94-97) ^a	92.0 (87.8–95.1) ⁷⁵
Simple Rules'ta Belirsiz sonuçtan sonra sübjektif değerlendirme	91 (88-93)	93 (89-94)	91.7 (88.1–94.6) ⁷⁵
ADNEX modeli	96.5	71.3	
RMI (*)	75-86.8	85-91	97.5

ADNEX, Assessment of Different NEoplasias in adneXa; CI, confidence interval; RMI, Risk of Malignancy Index. * dört model. RMI 4 en iyisi. Sensitivitesi %86, spesifitesi %91, Pozitif prediktif değer %63, negatif prediktif değer %97,5 ve doğruluk%90,4.

4- Ultrasonografik Olarak Tanı Konulmuş Benign Over Teratomlarında Bekleme Tedavisinin Uzun Dönem Sonuçları

Long-Term Results for Expectant Management of Ultrasonographically Diagnosed Benign Ovarian Teratomas
Pascual MA, Graupera B, Pedrero C, Rodriguez I, Ajossa S, Guerriero S, Alcázar JL. Obstet Gynecol. 2017 Dec;130(6):1244-1250.

Kaynak linki: http://journals.lww.com/greenjournal/Abstract/2017/12000/Long_term_Results_for_Expectant_Management_of.9.aspx

Özetleyerek Tercüme eden: Uzm. Dr. Nadiye Köroğlu

Sağlık Bilimleri Üniversitesi İstanbul Kanuni Sultan Süleyman EAH Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği.



Amaç: Asemptomatik kadınlarda ultrasonografik olarak tanısı konulmuş selim over teratomlarının doğal seyrini değerlendirmek

Metod: Ocak 2003-Aralık 2013 tarihleri arasında tek bir tersiyer merkezde transvajinal ultrasonografi ile tanısı konulmuş (transabdominal ultrasonografi yapılan sekiz vaka hariç) over teratomu olan 408 kadın (ortalama yaşı 36.6, yaş aralığı 14-81) üzerinde retrospektif gözlemsel kohort çalışması yaptık. Over teratomu olan 613 kadından 205'ine hemen cerrahi tedavi uygulanırken, geriye kalan 408 hasta tanı konulduktan 3 ve 6 ay sonrasında da yıllık olmak üzere ultrasonla takip edildi. Selim over teratomunun ultrasonografik tanısı için aşağıdaki özelliklerden en az biri gereklidir: karışık ekojenitede kistik kitle, kalın bant benzeri ekolar, yağ-sıvı seviyesi, veya arkaya gölgelenme veren ekojenik kabarıklık. Klinik, ultrasonografik ve histolojik veriler (ameliyat olanlarda) analiz için toplandı.

Sonuç: Takip süresince, 408 kadından 130'u (%31.8) ameliyat oldu. Cerrahi için ana neden protokolümüze göre doktorun önerisiydi (n=115). Bir hastada adneks torsiyonu oldu. Cerrahilerin çoğu (112/130 (%86.2)) tanıdan sonraki ilk 5 yılda yapıldı. Geri kalanı (278/408) hala takipte (ortalama zamanı 45.6 ay, aralığı 6-147 ay). Bu lezyonların çoğunluğunda değişiklik olmadı ve kadınlar asemptomatik kaldı. Cerrahi olarak çıkarılan kitlelerin histolojik tanısı 130 vakadan 103'ünde (%79.2) benign over teratomu idi. 2 borderline tümör, 4 endometrioma, 3 fibrom, 7 seröz kist, 2 müsinöz kist, 2 struma ovarii, 7 diğer selim ve malign olmayan vaka vardı.

Sonuç: Sonuçlarımıza göre ultrasonografide benign over teratomu saptanan asemptomatik kadınların bekleme tedavisi ile yönetilmesi uygun bir seçenek olabilir. Bu lezyonlar için cerrahi riski 5 yıllık takipten sonra anlamlı olarak azalır. Yakın takiple malignensi tanısının atlanması riski düşüktür.

Over teratomları tüm germ-hücreli over tümörlerinin %95'ini oluşturup, epitelyal olmayan benign over tümörleri içerisinde en sık görülenidir. Cerrahi olarak çıkarılan benign over kitleleri içindeki prevalansı %14.3 ile %28.6'dır. benign teratomların çoğu premenapozal kadınlarda (ortalama yaş 32) görülürken premenarşal kızlarda ve ileri yaş postmenapozal kadınlarda da görülebilir. Benign over teratomu tanısı konulan kadınların yaklaşık %30'u en sık şikayet olan karın veya pelvik bölgede ağrı şikayeti ile başvurur.

Kadınların çoğunda bu kistler başka endikasyonlar nedeniyle yapılan fizik muayene, görüntüleme veya cerrahi değerlendirme sonucunda rastlantısal olarak saptanmaktadır. Transvajinal ultrason benign over teratomlarının özelliklerini belirlemek için mükemmel bir araçtır: bildirilen sensitivitesi ve spesifitesi sırasıyla %86 ya %99 kadar yüksektir.

Çalışmamızda torsiyon riski oldukça düşük oranda (%0.2) idi. Daha önceki çalışmalarda bildirilenlere göre (%3.5 kadar yüksek torsiyon riski) over teratomlarında gerçek torsiyon riskinin daha düşük olduğu sonucuna vardık.

Takip edilen vakalarda daha genç olan hasta grubunda ve daha büyük kisti olan kadınlarda cerrahi olasılığını daha fazla gözlemledik. Takip sürecinde çoğu kadın asemptomatik kalsa da kist boyutlarındaki artış cerrahi tedavi için kritik bir faktör olarak gözükmemektedir. Ancak, cerrahi tedaviyi önermek için klinik pratikte kullanılabilecek büyüme oranı veya boyut için bir eşik değer yoktur. Biz kliniğimizde çok düşük komplikasyon oranları ile 6 cm den büyük kistlere cerrahi önermekteyiz. Sonuçlarımız da 5 yıllık takipten sonra cerrahi riskinin anlamlı olarak azaldığını göstermektedir.

Sonuç olarak, ultrasonografide benign over teratomu saptanan asemptomatik kadınların bekleme tedavisi ile yönetilmesi uygun bir seçenek olabilir.

Ultrasonografik olarak benign over teratomu saptanan asemptomatik kadınlarda tedavisi için protokol

Premenapozal kadınlar

Başlangıç ultrasonografisi

- A. Maksimum çapı 3 cm veya daha büyük olan kistler: Kist hastada endişe uyandırıyorsa laparoskopik olarak çıkarılmasını düşün.
 - a. Hasta cerrahi tedaviyi reddederse: ultrasonografiyi 3 ve 6.ayda tekrar et
- B. Kist 6 cm den büyükse: cerrahi ekip tarafından değerlendirme
- C. Maksimum çapı 3 cm den küçük ise: ultrasonografi ile 3.,6. ay ve sonrasında yıllık takip
- D. Bilateral kistler: Fertilitate koruyucu yaklaşımlar ile ilgili danışmanlık verilmesi
 - 6 cm den büyük kistler: cerrahi ekip tarafından değerlendirme
 - maksimum çapı 3 cm den küçük kistler: ultrasonografi ile 3.,6. ay ve sonrasında yıllık takip

Takip ultrasonografisi

- A. İpsilateral veya kontralateral yeni lezyon: ultrasonografi ile 3.,6. ay ve sonrasında yıllık takip

Postmenopozal kadınlar

1. Yeni lezyonlar için, tümör markerlarını (CA 125, CA 19.9, HE4) takiben laparoskopik salpingo-ooforektomi
2. Kronik lezyonlarda
 - a. Yıllık takip, ve değişiklikler olursa cerrahi.
 - b. Eğer hasta isterse lezyonun çıkarılması.

5- Açıklanamayan İnfertilite Tanısı Alan Kadınlarda Ovulasyon İndüksiyonu ve İntrauterin İnseminasyon Tedavisi İle Takip Yaklaşımının Karşılaştırdığı Pragmatik, Açık-Etiketli, Çift Merkezli Randomize Kontrollü Çalışma

Intrauterine insemination with ovarian stimulation versus expectant management for unexplained infertility (TUI): a pragmatic, open-label, randomised, controlled, two-centre trial

Cynthia M Farquhar, Emily Liu, Sarah Armstrong, Nicola Arroll, Sarah Lensen, Julie Brown
Auckland, Yeni Zelanda The Lancet, 2017, in press

Kaynak linki: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(17\)32406-6](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(17)32406-6)

Özetleyerek Tercüme eden: **Uzm Dr. Engin Türkgeldi**

Koç Üniversitesi Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği



Giriş: Ovulasyon indüksiyonu ve intrauterin inseminasyon (OI+IUI), açıklanamayan infertilitenin ilk basamak tedavisinde dünyada yaygın olarak kullanılmaktadır. IVF'e göre daha az invaziv ve ucuz olması nedeniyle tercih edilen bu yöntem ile açıklanamayan infertilitesi olan hastaları takip etme yaklaşımını kıyaslayan randomize kontrollü çalışma sayısı azdır. Bu konuda daha önce yapılmış olan iki çalışmada, OI+IUI'un üstünlüğü gösterilememiştir. Bunların ışığında 2013 yılında Birleşik Krallık Ulusal Sağlık ve Bakımda Mükemmeliyet Enstitüsü (The UK National Institute for Health and Care Excellence-NICE) açıklanamayan infertilite nedeniyle iki yıldan uzun süredir çocuk sahibi olamayan çiftlere ovulasyon indüksiyonu ile ve tek başına IUI tedavisinin rutin olarak önerilmemesi yönünde tavsiyede bulunmuştur. Öte yandan, İngiltere'de dahi fertilité merkezlerinin %96'sı bu çiftlere IUI önermeyi sürdürmüştür.

Bu çalışmanın amacı, açıklanamayan infertilite tanısı alan ve Hunault'un öngörü modeline göre doğal yolla gebelik elde etme şansı yüzde 30'dan düşük olan çiftlerde, oral klomifen sitrat (CC) veya letrozol ile üç siklus OI+IUI tedavisi ile takip yaklaşımının etkinliği kıyaslamaktır.

Yöntem ve Gereçler: Pragmatik, açık etiketli, çift merkezli randomize kontrollü bu çalışmaya toplam 201 hasta katılmış ve 101 hasta altı ay içinde tamamlanacak üç siklus OI+IUI grubuna, 100 hasta üç siklus takip grubuna randomize edilmiştir.

Tedavi kolundaki hastalara menstruasyonun 2-6. günleri arasında kliniğin tercihinine göre CC (50–150 mg) veya letrozol (2,5 – 7,5 mg) verildikten sonra estradiol, LH ve ultrason takibine alınmış, LH pikinden 24 saat veya ovulasyon tetiklenmesinden 36 saat sonra IUI uygulanmıştır. Üçten fazla folikül saptanan hastalara tedavi iptali ve kontrasepsiyon önerilmiştir. Luteal destek rutin verilmemiş olup, inseminasyon sonrası 7. günde progesteron seviyesi 20 pmol/L'den düşük olan hastalara verilmiştir. Bu gruptaki hastalara en fazla altı ay içinde toplam üç siklus tedavi uygulanmıştır.

Takip grubuna ise olası ovulasyon döneminde cinsel aktif olmaları önerilmiş ve menstruasyonun ilk günü ile cinsel aktivite günlerini kaydetmeleri istenmiştir. Hastalar üç siklus boyunca takip edilmiştir.

Yaklaşık üç yıl süren bu çalışmada, birincil sonlanım noktası olarak canlı doğum oranları belirlenmiştir. Sonuçların günlük pratiğe yol göstermesi amacıyla, intention to treat incelemesi (ITT) (tedaviye niyet odaklı inceleme) tercih edilmiştir. Per protocol analizi de ayrıca yapılmıştır.

Bulgular: Gruplar yaş, parite, BKİ, ırk, obstetrik geçmiş arasında benzerlik göstermektedir. Sadece AMH seviyeleri, takip grubunda anlamlı olarak daha yüksek saptanmıştır.

OI+IUI grubundaki kümülatif canlı doğum oranı %31 iken, takip grubundaki canlı doğum oranı %9'da kalmıştır. Aradaki fark, OI+IUI lehine istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek bulunmuştur ([RR] 3.41, 95% CI 1.71– 6.79; p=0.0003). Dikkat çekici olan, IUI grubundaki 8 gebeliğin tedaviler arasında ve öncesinde gerçekleşmiş olması, takip grubundaki 2 gebeliğin birinin çalışma öncesi diğerinin ise sonradan hastanın isteği ile IVF sonucunda gerçekleşmiş olmasıdır. Araştırmacılar, bu tip durumların klinik pratikte de sık olarak yaşandığını ve sonuçların gerçek hayattaki uygulamaya daha iyi yol göstermesini istedikleri için bu analizi sunduklarını belirtmişlerdir. Öte yandan, per-protokol analizi de OI+IUI tedavisinin anlamlı olarak daha yüksek canlı doğum oranı ile sonuçlandığını göstermiştir ([RR] 3.89, 95% CI 1.66–9.11 p=

TJODist Bülteni

0-002). Bu sonuçlara göre, fazladan bir canlı doğum için beş çifte üç ay OI+IUI tedavisinin uygulanması gerekmektedir.

İki çift ikiz gebelik de OI+IUI grubundan çıkmıştır. Doğum ağırlıkları arasında iki grup arasında anlamlı fark saptanmamıştır. Luteal faz desteği, sadece %15 hastaya uygulanmış olup, ilginç olarak bunların hiçbirinde canlı doğum gerçekleşmemiştir.

Sonuç Sonuç olarak, açıklanamayan infertilite tanısı alan ve Hunault'un öngörü modeline göre doğal yolla gebelik elde etme şansı yüzde 30'dan düşük olan çiftlerde, CC veya letrozol ile üç siklus OI+IUI tedavisi, takip yaklaşımına göre 3 kat daha yüksek gebelik şansı sunmaktadır. Bu çiftlere OI+IUI tedavisi etkin, güvenli ve görece olarak ucuz bir seçenek olarak sunulabilir.

GRUPLARA GÖRE GEBELİK SONUÇLARI

	TAKİP GRUBU (n=100)	OI+IUI GRUBU (n=101)	RR (95% CI)	p DEĞERİ
Canlı Doğum	9	31	3.41 (1.71-6.79)	0.0001
Klinik Gebelik	11	37	3.33 (1.80-6.15)	<0.0001
Düşük	1	6	5.94 (0.73-48.46)	0.1532
Çoğul Gebelik	0	2	4.95 (0.24-101.85)	0.3042
Ölü Doğum	1	0	0.33 (0.01-8.01)	0.6067
Ektopik	0	4	8.91 (0.49-163.39)	0.0974

6- Stres Üriner İnkontinansın Tedavisinde Vaginal Lazer Kullanımının Sistemik Derlemesi; Yeterli Kanıtımız Var mı?

A systematic review on vaginal laser therapy for treating stress urinary incontinence: Do we have enough evidence?

Vasilios Pergialiotis, Anastasia Prodromidou, Despina N. Perrea, Stergios K. Doumouchtsis Int Urogynecol J (2017) 28:1445–1451

Kaynak linki: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28770296>

Özetleyerek Tercüme eden: **Doç. Dr. Cenk Yaşa**

İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Ana Bilim Dalı Ürojinekoloji Bilim Dalı



Giriş ve hipotez: Stres üriner inkontinansın (SÜİ) güncel tedavi yöntemlerinin güvenilirlik ve etkinliği hakkında endişeler vardır. Bu derlemenin amacı SÜİ tedavi seçeneği olarak vaginal lazer tedavisi ile ilgili mevcut kanıtları sunmaktır.

Metod: Bu alandaki ilgili çalışmalar MEDLINE (1966-2017), Scopus (2004-2017), Clinicaltrials.gov (2008-2017) ve Cochrane Kontrollü Çalışmalar Merkezi Kayıt (CENTRAL) kullanılarak taranmıştır. Stres üriner inkontinans için tedavi seçeneği olarak sonuç bildiren tüm gözlemsel çalışmalar (prospektif, retrospektif, randomize ve randomize olmayan) dahil edilmeye çalışılmıştır.

Bulgular: Stres üriner inkontinans tedavisi amacıyla lazer tedavisi gören 818 hastayı içeren 13 çalışma dahil edilmiştir. Dahil edilen çalışmalar vaka-kontrol, vaka serisi veya düşük kaliteli çalışmalar olduğundan metodolojik kaliteleri düşüktü (Oxford Kanıt Düzey 3b ve 4). Mevcut kanıtlara göre, lazer tedavisi SÜİ tedavisinde yararlı ve minimal invaziv bir yaklaşım olabilir. Ancak dahil edilen çalışmaların metodolojik kısıtlamaları ciddi bias oluşmasına eğilim yarattığından kanıtların bilimsel bütünlüğünü kısıtlamaktadır.

Sonuçlar: Stres üriner inkontinans tedavisinde minimal invaziv yaklaşımlara talep arttıkça daha fazla hastanın, mevcut standart yöntem olan mid-üretral slinglere alternatif olan tedavilere yönelmesi beklenmektedir. Mevcut çalışmaların kısıtlamalarından dolayı bu alanda gelecekte daha fazla çalışmaya ihtiyaç olacağı görülmektedir.

Yorum: Her ne kadar mevcut veriler ışığında lazer tedavisi yararlı gibi görülse de hiçbir çalışmada sonuçlar pelvik taban egzersizleri ve mid-üretral slingler gibi etkinliği kanıtlanmış tedavi yöntemleri ile karşılaştırma yapılmadığından kesin bir sonuca varılamamaktadır. Bu nedenle eldeki verilerle stress üriner inkontinansın tedavisinde rutin vaginal lazer tedavisinin kullanılması mümkün görülmemektedir.

Gelecekte yapılacak mid-üretral slingleri, üretral yer kaplayıcı ajanları ve pelvik taban egzersizlerini kontrol gurubu olarak dahil edecek ve hem hasta memnuniyeti hem de ürodinamik parametreleri inceleyecek çalışmalar ile birlikte gerçekten vaginal lazer tedavisinin stress üriner inkontinans terapisinde etkinliği belirlenecektir.

Table 1 Methodologic criteria of included studies

Date; Author	No.	Type of Laser	Evaluation*	Therapy mode	Assessed parameters
2017; González Isaza	161	Fractional CO ₂ laser system (Monalisa Touch™;Deka, Florence, Italy)	12-24-36	-	Histological examination of main structural components of the vaginal wall mucosa, ICIQ-UI SF, 1-h pad-weight test
2017; Lapii	98	Er:YAG laser (SP Spectro, Fotona, Slovenia SMOOTH Mode)	1.5-2	3260 ± 368 pulses	Histological examination of main structural components of the vaginal wall mucosa
2017; Gaspar	22	Er:YAG laser (SP Spectro, Fotona, Slovenia) -SMOOTH mode	3-6	2 mm spot size, 6.0 J/cm ² , 1.4 Hz	ICIQ-UI SF, 1-h pad-weight test
2017; Tien	35	Fotona Dynamis Er:YAG laser (2940 nm) system (XS Dynamis, Fotona, Slovenia SMOOTH mode)	3-6	N/A	Urodynamic studies, pad testing, LUTS, and sexual function questionnaires
2016; Pitsouni	53	CO ₂ Laser (SmartXide ² V ² LR, Monalisa Touch, DEKA)	1	D-pulse mode, dot power, 40 W, 400 µs, dot spacing 1000 µm	ICIQ-FLUTS, ICIQ-UI SF, UDI-6, KHQ
2016; Fistonic	31	2940 nm Er:YAG laser (XS Dynamis, Fotona, Slovenia)-SMOOTH mode	1 to 6	300 µs pulses each 50 msec	ICIQ-UI-SF, perineometry and residual urine volume
2016; Pardo	42	2940 nm Er:YAG laser (Fotona Smooth™ XS, Fotona, Ljubljana, Slovenia)	3-6	6 J/cm ² 1.6 Hz	ICIQ-UI-SF; patient's satisfaction with the treatment and sexual life improvement
2015; Gambacciani	45	2940-nm Er:YAG laser (XS Dynamis, Fotona, Slovenia) SMOOTH mode	1-3-6	6 J/cm ² 1.6 Hz	ICIQ-UI SF
2015; Fistonic	73	2940-nm Er:YAG laser, (XS Dynamis, Fotona, Slovenia) SMOOTH mode	2 to 6	2500-3000 J	ICIQ-UI-SF and perineometry
2015; Elbia	50	IncontiLase™ procedure Fotona, Slovenia	6	N/A	Uroflowmetry, voiding cystometry
2015; Ogrinc	175	2940 nm Er:YAG laser (SP Spectro, Fotona, Slovenia) set in smooth mode	2-6-12	10.0 J/cm ² 1.6 Hz	Clinical examination, ICIQ and ISI
2013; Salvatore	34	Fractional CO ₂ laser	30-40 days		VAS for various symptoms of vaginal atrophy (e.g UI)
2012; Fistonic	39	2940 nm Er:YAG laser (XS Dynamis, Fotona, Slovenia)	1-3-6	30 J	ICIQ-UI SF, Q-tip test, PISQ-12, perineometry

ICIQ-UI SF International Consultation on Incontinence Questionnaire Urinary Incontinence Short Form, FLUTS female lower urinary tract symptoms, UDI-6 Urogenital Distress Inventory 6, KHQ King's Health Questionnaire, VAS visual analogue scale, PISQ-12 Pelvic Organ Prolapse/Urinary Incontinence Sexual Questionnaire, ISI Incontinence Severity Index

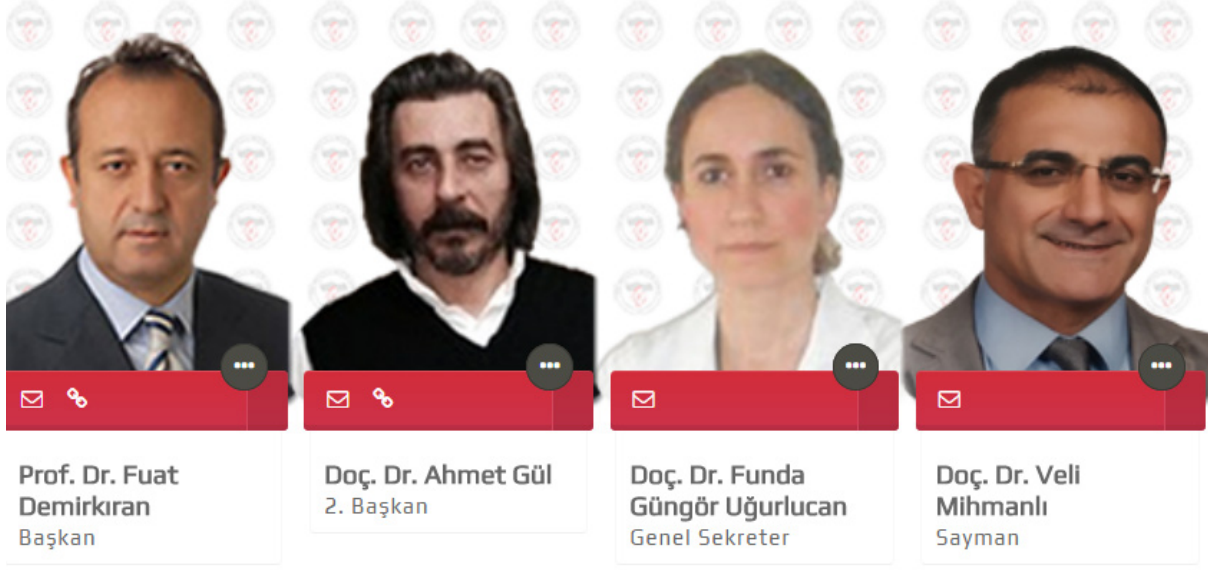
Pazar Sabahı Sunumları //

Pazar Sabahı Toplantısı

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

Tjod İstanbul Yönetim Kurulu //

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



Üyeler (soyadı sırasıyla) //

