



TJODist Bülteni

Ocak 2019

Başkandan



Değerli meslektaşlarımız,

Hepinize merhabalar. Yeni bir yıla daha girdik, 2019 yılının mesleğimiz, ülkemiz ve insanlık için iyi bir yıl olmasını dileriz. **TJOD İstanbul Bülteni Ocak 2019** sayısı ile yine dolu bir bülten bulacaksınız, yararlı olmasını umarız.

Engin Oral ve Tevfik Yoldemir'in başkanlığında "Üreme Endokrinolojisi 2019: Yeni ne var" başlıklı toplantımızı 23 Aralık 2018' de yoğun katılım ve verimli tartışmalar ile gerçekleştirdik, ilgili meslektaşlarımız sunumları web sayfamızdan (<http://www.tjodistanbul.org>) indirebilir.

Abdullah Tüten ve Albert Kazado'nun başkanlığında "**Jinekoloji'de ve cinsel yaşam'da sık karşılaşılan sorunlar ve çözümleri**" başlıklı toplantımızı **13 Ocak 2019 tarihinde Hilton İstanbul Bosphorus'da** yapacağız, hepinizi bekliyoruz. Program detaylarını web sayfamızda bulmanız mümkündür.

Hocalarımızın deneyimlerini paylaştığı söyleşi yazılarımız bu kez Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Kadın Doğum bölümünde uzun yıllar çalışmış olan **Feridun Aksu** hocamız ile devam etmekte, katkıları için kendilerine teşekkür ederiz.

Ayrıca TJOD İstanbul yönetim kurulu üyemiz **Prof. Dr. Barış Ata'nın**, 2019-2021 dönemi için **ESHRE** (European Society of Human Reproduction and Embryology) **yönetim kuruluna seçildiğini** memnuniyetle bildirmek isteriz. Kendilerine ülkemiz ve TJOD İstanbul YK adına teşekkür eder, çalışmalarında başarılar dileriz.

Bu bültenin hazırlanmasında emeği geçen editoryal üyelerimiz Barış Ata, Engin Oral, Engin Çelik, Berna Aslan Çetin, Nadiye Köroğlu Duğan, Hakan Erenel, Cihan Kaya, Engin Türkgeldi, Cenk Yaşa, Güray Biçer'e tek tek teşekkür ederiz. Ayrıca bültenlerimize katkı yapmak veya görüş belirtmek isteyen meslektaşlarımıza kapımız açıktır, editoryal üyelerimiz ile iletişime geçmesi yeterlidir.

Önümüzdeki dönem, 2019 yılı ve sonrası, mesleğimiz adına hepimiz ve ülkemiz için yararlı geçmesini dileriz.

Sevgi ve saygılarımızla.

Ocak 2019

Dr. Ahmet Gül
TJOD İstanbul Başkanı

Editörden



Sayın Meslektaşlarım bu yılın ilk bülteniyle karşınızdayız,

Hepinize karamsarlıktan uzak, enerji dolu, üretken ve mutlu bir yıl dileyerek 2019'u dopdolu bir bültenle karşılıyoruz.

Bu ayki röportajımız **Cerrahpaşa Tıp Fakültesinin** emekli hocalarından **Prof. Dr. Feridun Aksu** ile. Ben röportajı okuduğumda hocayla daha önce tanışma olanağı bulamamış olduğuma üzüldüm açıkçası. Beğenerek okuyacağınıza eminim.

Altı makale özetimiz var bu sayıda. Çoğu daha Aralık ayında yayınlanmış olan uygulama rehberlerinden seçildiler.

İlk makaleyi özellikle seçtiğimi söylemek isterim. Neredeyse her gün serum AMH değeri düşüklüğü nedeniyle spontan gebelik şansı olmadığına söylendiğini iddia eden/veya internette okuduklarından bu sonuca varan kadınlarla karşılaşırım. Over rezervi markerleri IVF başarısı öngörmekte çok faydalılar ama spontan gebelik öngörüsündeki durumları nedir? **Engin Türkgeldi'nin özetlediği makale over rezervi belirteçleri ile spontan gebelik olasılığı arasındaki ilişkiyi metodolojik olarak doğru bir şekilde inceliyor.** Benzer çalışmaların sonuçları genellikle aynı yönde olduğundan kadınların bu şekilde panik olmalarına engel olmak gerekli. Over rezervi ne kadar düşük olursa olsun, siklus düzensizlikleri başlamamışsa, daha önce gebelik denememiş çiftlerde, diğer olası infertilite nedenleri ekarte edildikten sonra en az üç siklus spontan gebelik denenmesinin önerilmesi gerektiği fikrindeyim.

Obstetri makalelerimizin ilki **Hakan Erenel'in tercüme ettiği RCOG antenatal ve postnatal analjezi** ile ilgili yeni döküman. Diğeri ise **Berna Aslan Çetin'in tercüme ettiği term baş prezentasyonu sorunsuz travayın minimum girişimle nasıl takip edilebileceği** ile ilgili yeni bir ACOG bülteni. İkisini de faydalı bulacağınıza eminim.

Jinekolojide ilk makalemiz **Nadiye Köroğlu Duğan'ın özetlediği ACOG'un adolesanlarda dismenore ile ilgili kılavuzu.** Çok sık karşılaşılan bu soruna genel bir bakış ve hatırlatmayı faydalı bulabilirsiniz. Diğer makalemiz aslında hepimizin bildiğimizi düşündüğümüz basit bir konuyu bir anket ile dökümanete ediyor. Bültenimize ilk kez bu ay katkıda bulunan **Güray Biçer'in özetlediği çalışma, endometriozisli hastaların medikal tedaviden memnuniyet durumunu ve bu memnuniyetin tedavinin başındaki bilgilendirme ve tedavi süresince düzenli izlem ile ilişkisini inceliyor.** Kronik bir hastalık olan endometrioziste uzun süreli uygulanacak olan medikal tedaviye uyum ve hasta mutluluğunu artırmak için en başta yapılacak iyi bir bilgilendirme ve kısacık da olsa aralıklarla hastayla görüşmenin ne kadar etkili olduğuna şaşıracaksınız.

Cerrahide **Cihan Kaya laparoskopi için batına giriş tekniklerini karşılaştıran bir network metaanalizi** özetledi. Makale içinde kısaca network metaanalizin ne olduğu ve nelere imkan sağladığı da belirtiliyor. Tüm batına giriş teknikleri güvenli ve majör komplikasyonlar açısından benzer görünse de, mutlaka hastaya ve cerraha göre bireyselleştirilmesi gerektiği çok açık. En rahat ve güvenli hissettiğimiz yöntemi seçmek en doğrusudur. Giriş tekniği kadar giriş yeri de önemli tabii. Biz kliniğimizde önceden abdominal cerrahisi olmayan ve umbilikustan teleskop yerleştirmenin uygun olacağı hastalarda (uterus veya myomu çok büyük ise daha kranyalden girmeyi tercih ediyoruz) direkt 5 mm trokar girmeyi tercih ederken, eğer sonradan teleskopu yukarı almak gerekcek ise o zaman önce umbilikustan Veress ile girip pnömoperiton sağladıktan



TJODist Bülteni

sonra optik için gereken trokarı tercih edilen noktadan giriyoruz. Hastanın mükerrer cerrahisi var ve karın içi yapışıklık riski yüksek ise açık girişi tercih ediyoruz.

Son özetimiz ürojinekolojiden. **Dr. Cenk Yaşa'nın özetlediği fekal inkontinans** makalesinde günlük uygulamada kullanılabilir ve hastanın yaşam kalitesini iyileştirebilecek basit ama önemli mesajlar var.

Son olarak hem **Kasım perinataloji toplantımızın** ve **Aralık Üreme Endokrinolojisi toplantımızın** özetleri de bültenimizin bu sayısında.

Her zamanki gibi bültende veya websitemizde bulunmasını istediğiniz konular, paylaşmak istediğiniz yazı, makale ve haberler için her zaman bana ulaşabilirsiniz.

Saygı ve sevgilerimle,

Dr. Barış Ata

barisata@ku.edu.tr

Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı
Koç Üniversitesi Tıp Fakültesi

TJOD İstanbul Yönetim Kurulu

Dr. Ahmet Gül (Başkan)

Dr. Recep Has (2. Başkan)

Dr. Funda Güngör Uğurlucan (Sekreter)

Dr. Veli Mihmanlı (Sayman)

Üyeler (Soyadı Sırası)

Dr. Halil Aslan

Dr. Barış Ata

Dr. Burcu Özmen Demirkaya

Dr. Albert Kazado

Dr. Engin Oral

Dr. Abdullah Tüten

Dr. Gökhan Yıldırım

Bülten Kurulu (Soyadı Sırası)

Editörler

Dr. Barış Ata

Dr. Engin Oral

Editöryal Kurul Üyeleri

Dr. Berna Aslan Çetin

Dr. Engin Çelik

Dr. Nadiye Köroğlu Duğan

Dr. Hakan Erenel

Dr. Cihan Kaya

Dr. Engin Türkgeldi

Dr. Cenk Yaşa



TJODist Bülteni



TJOD İSTANBUL
Türk Jinekoloji ve Obstetrik Derneği
Hilton İstanbul Bosphorus

PAZAR
TOPLANTISI
13 Ocak 2019

TJOD İSTANBUL ŞUBESİ BİLİMSEL PROGRAMI

JİNEKOLOJİDE VE CİNSEL YAŞAMDA SIK KARŞILAŞILAN SORUNLAR VE ÇÖZÜMLERİ

Toplantı Sorumluları: Abdullah Tüten, Albert Kazado

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

10:10 - 11:50 1. Oturum

Oturum Başkanları: Tarık Altınok, Osman Şevket

| | | |
|---------------|---|-------------------|
| 10:10 - 10:30 | Anormal Uterin Kanamanın Yönetimi | Sezai Şahmay |
| 10:30 - 10:50 | Myoma Uteri ve Adenomyozis Tanı ve Tedavisi | Mahmut Öncül |
| 10:50 - 11:10 | Alt genital Sistem Enfeksiyonları | A. Serdar Açıkgoz |
| 11:10 - 11:30 | PID ve Tubaovaryen Abse | Süleyman Salman |
| 11:30 - 11:50 | Tartışma | |

11:50 - 12:20 Kahve Molası

12:20 - 14:00 2. Oturum

Oturum Başkanları: Mustafa Küçük, Abdullah Tüten

| | | |
|---------------|--|----------------------|
| 12:20 - 12:40 | Çocuk ve Ergenlerde Jinekolojik Problemlere Yaklaşım | Özlem Dural |
| 12:40 - 13:00 | Çocuk ve Ergenlerde Minimal İnvaziv Cerrahi | Süleyman Engin Akhan |
| 13:00 - 13:20 | Jinekolog Gözüyle Cinsel Ağrı Bozuklukları | Selcen Bahadır |
| 13:20 - 13:40 | Jinekolog Gözüyle Kadında Orgazm Bozukluğu | Şule Kiray |
| 13:40 - 14:00 | Tartışma | |

14:00 - 14:20 Vaka sunumu / Makale / Serbest fikir ve öneri köşesi

www.tjodistanbul.org

TJOD İstanbul Şubesi

www.tjodistanbul.org

TJODist Bülteni

Hocamızla Söyleşi



Prof. Dr. M. Feridun Aksu

- 8.7.1947'de Diyarbakır'da doğdu.
- Evli ve bir çocuk babası. (Oğlu Dr Çınar Aksu jinekolojik onkoloji uzmanıdır)
- Orta öğrenimini Diyarbakır Maarif kolejinde bitirdi.
- 1964 yılında İstanbul Üniversitesi'nde Tıp öğrenimine başladı ve 1970 yılında mezun oldu.
- 1976 Cerrahpaşa Tıp Kadın hastalıkları ve doğumda ihtisasını tamamladı.
- 1981 yılında Doçent ve 1988 yılında Profesörlüğe hak kazandı.
- 1994-2000 ve 2014 yılında Cerrahpaşa Kadın Doğum Anabilim Dalı başkanlığı yaptı.
- 2014 yılında üniversiteden emekli oldu.

Hocam kendinizi tanıtır mısınız?

Babam evin en küçük oğluydu ve ailede tek doktor idi. İstanbul'da okumuş daha sonra önce tüberküloz üzerine ihtisas yapmış, 2 yıl veremle savaşta çalıştıktan sonra dahiliye uzmanı olmuştu. Ben ilkokuldan sonra Diyarbakır Maarif kolejinde okumaya başladım. Ülkemizde o dönem için az sayıda bulunan İngilizce eğitim verilen okullardan biriydi. Diyarbakır'da yaşamama rağmen yatılı okumak mecburi idi. İngiliz öğretmenlerimiz vardı ve en önemli dersleri bu öğretmenler anlatıyordu. Bu dönemde aldığım eğitim ilerideki başarılarımı sağladı diyebilirim. Üniversite sınavında İstanbul veya Ankara'daki öğrencilerden daha yüksek puan almıştım.

Babamın doktor olması vesilesiyle mesleğin zor yanlarını görmüştüm. Daha küçük çocukken babam akşamları ve hafta sonları hastalara gitmek zorunda kalıyordu. Ben de önce orman mühendisliğine başvurduğum orada bir hafta okuduktan sonra vazgeçerek Ankara Mülkiye'de okumaya devam ettim. Bir akrabamla konuşurken kendisi bana babamın yolundan gitmemin daha uygun olacağını söylemesi üzerine İstanbul Üniversitesi Tıp Fakültesine 1964'te başladım. O dönem Cerrahpaşa'da fakültenin bazı bölümleri vardı ama tıp fakültesi ayrı değildi. Ben okurken Cerrahpaşa kuruldu.

Orta öğrenimimde İngilizce eğitim almamın tıp fakültesini okurken bana çok faydası oldu. Babamın aldığı İngilizce ders kitapları sayesinde başarılı oldum.

Tıp fakültesini bitirdikten sonra İngiltere veya Amerika'da ihtisas yapmayı planlıyordum. Hatta sınavlarını bile vermiştim. Ama kadın doğum stajında serviks kanseri hakkında yaptığım bir sunum sonrasında hocalarım Cerrahpaşa'da ihtisas yapmamı istediler. 1980 sonrasında kısa süreli Trabzon'da rotasyonel öğretim üyeliği dışında Türkiye'de başka yerde doktorluk yapmadım hep Cerrahpaşa idim.

Reprodüktif endokrinoloji eğitimi için 2 yıl Amerika'da çalıştım. Bu dönemde 35 makale yayınladım ve gittiğim fakültenin dekanı bu başarımdan dolayı bana plaket vermişti. Amerika'da geçirdiğim bu dönem vizyonumun genişlemesine de vesile oldu diyebilirim.

TJODist Bülteni

İnfertilite dünü, bugünü ve geleceği ile ilgili düşünceleriniz nelerdir?

Eskiden ülkemizde tüberküloz salpenjiti çok daha sık görülüyordu. Veneryal salpenjite bağlı hidrosalpenks de asendan enfeksiyona bağlı mukoza harabiyeti ön planda iken tüberküloz salpenjiti hematojen yayılım neticesinden kalınlaşmış tespih tanesi gibi görülen tubalar ile karşımıza çıkıyordu. Tubalar kapalı olduğunda tedavide hidrotubasyon ile tubaları açmaya çalışıyorduk fakat başarısı çok düşüktü. Önce GİFT prosedürü uygulandı. Daha sonra yardımcı üreme teknikleri gelişerek İVF uygulanmaya başlandı. Şu an yardımcı üreme teknikleri çok daha başarılı fakat hala pahalı. Uzun süredir uygulanan bu tedavinin maliyetinin artık azalması gerekli. Bilindiği üzere yeni tedavilerin pahalı olmasının nedeni araştırma bütçeleri ve tedavi yaygınlaştıkça bu bedellerin düşmesi gerektiğini düşünüyorum.

Şu an hala fertilizasyon ile ilgili birçok bilinmeyen mevcut. Kontrollü ovaryen stimülasyon ile çok sayıda oosit elde ederken bu oositlerin kalitesini arttırıcı tedaviler mümkün değil. Yaptığımız tedavi ile sanki sırası gelen oositleri elde ediyoruz. Bazı vakalarda tekrar eden stimülasyonlar sonrası gebe kalamıyor fakat daha sonra spontan gebelik elde ediliyor.

Geleceğin ise tamamen farklı olacağını düşünüyorum. Fütürizm ile çok ilgiliyim. Fütürizmi hayalperestlik olarak görmüyorum. Çağımızın hastalıkları olan infertilite, koroner arter hastalığı ve kanserin gelecekte nano robotların marifetiyle tedavi edileceğini düşünüyorum. Şu anda bile bu teknoloji mevcut. Önümüzdeki 10-15 yıl içerisinde koroner damarlarımızı açacak veya kanser hücrelerini molekül seviyesinde yok edecek robotlar kullanılabilecek. İnfertilite için de stimülasyonlar ve fertilizasyonun bu robotlar sayesinde olabileceğini düşünüyorum.

Tıp eğitiminin durumu için yorumlarınız nelerdir?

Artan üniversite ve tıp fakültesi sayısı maalesef tıp eğitimin kalitesini önemli derecede etkilemiştir. Bazı kurumlarda bu eğitim hala yeterli iken pek çok kurumda alt yapı ve öğretim üyesi eksikliklerinden dolayı aksaklıklar oluşmaktadır. Eski tıp fakültelerinde kontenjan artışı doktor sayısını arttırırken kalitesini olumsuz etkilemiştir. 1980'lerden bir örnek vermek istiyorum. O dönemde doktor sayısını arttırmak için mezuniyet notları düşürülmüştü. Normalde mezun olamayacak öğrenciler okulu bitirerek doktor oldular. Bu mezunların girdiği o dönemki TUS sınavında puanlar dibe vurmuştu. Bu nedenle sayıdan çok artık ülkemizde kaliteye önem verilmesi gerektiğini düşünüyorum.

Türkçe çok geniş ve kullanışlı bir dil. Fakat şu an tıp dili İngilizce. Güncel gelişmelerin takibi için bu dili iyi öğrenmek şart. Bu nedenle ben İngilizce eğitim verilen tıp fakültelerinin aktif çalışma hayatım boyunca yanında oldum. Cerrahpaşa İngilizce Tıp'ın derslerine girdim. İngilizce ders anlattım. Benim oğlum da Cerrahpaşa İngilizce Tıp mezunudur. Şu an da Amerika'da mesleğini icra etmektedir. İngilizce tıp fakültesi Cerrahpaşa'ya yurt dışından çok sayıda öğrenci gelmesine ve bunların kendi ülkelerine döndüklerinde Türkiye ile ilgili olumlu düşüncelerin yayılmasına vesile olduğunu düşünüyorum. Türk tıbbı açısından bir prestij kaynağı olduğunu düşünmekteyim. Almanya'dan okumaya gelen bir talebe ile hala yıllardır irtibat haldeyim.

Temel tıp bilimlerine ülkemizde gereken önem verilmemektedir. Aslında temel bilimler tıpta esas araştırmaların yapıldığı birimlerdir. Bu konunun değişmesini umut ederim. Ayrıca benim okuduğum yıllarda okutulan fizyopatoloji dersinin de mutlaka yeniden müfredata eklenmesi gerektiğini düşünüyorum.

TJODist Bülteni

Kadın hastalıkları ve doğum bölümü ile ilgili düşünceleriniz ve önerileriniz nelerdir?

Öncelikle kadın genital sistemi hacim olarak vücutta çok az bir yer tutarken insan türü açısından çok önem arz etmektedir. Kadın doğum hekimliği yapabilmek için tüm tıbbi bilimlere hakimiyet gerektirir. Örneğin sıkça gördüğümüz gebe bir kadında tiroid hastalıkları, diyabet veya kardiyolojik problemlerin takibi ve tedavisi tıbbi hakimiyet gerektirir. Bu nedenle kadın hastalıkları ve doğumun alanı çok geniştir.

Diğer branşlarda olmayan bir diğer yanı siz bir hastanızı tedavi ettiğinizde bu hasta artık ömür boyunca size gelir, size bağlıdır. Mesela benim hastalarımın meme kanseri ameliyatını cerrahide olduktan sonra takiplerini bana gelerek yaptırarak birçok hastam oldu.

Tıpta yandallaşma örneğin Amerika'daki kadın doğum hekimliğinde kopukluklara neden olmuştur. Benim oğlumun sigortası doğumları karşılamadığı için normal doğum veya sezaryen yaptıramamaktadır ya da perinatologlar da komplike ameliyatları yapamamaktadır. Türkiye'de de bu kopuklukların bu şekilde yaşanmamasına özen gösterilmelidir.

Asistanlık eğitiminde makale saatleri önem arz etmektedir. Güncel makaleler asistanlar tarafından düzenli olarak sunulmalı, hocalarıyla bunlar değerlendirilmelidir. Pek çok yeni araştırma bu esnada tasarlanabilir.

Emeklilik hayatınız nasıl geçiriyorsunuz?

Emekli olduktan sonra muayenehanemi kapattım. Dört yıllık felsefe bölümünü bitirdim. Felsefeye olan ilgim üniversite yıllarımda felsefe bölümünde okuyan bir arkadaşım neticesinde oldu diyebilirim. Üniversitede okurken felsefe derslerine giriyordum. Türkiye'de Atatürk sayesinde yurt dışından gelen çok değerli felsefeciler vardı. 'Probability' teorisini bulan kişi Türkiye'de çalışırken bunu yayınlamıştı. Bunun birçok örneği mevcut. Tıp fakültelerine de bu kişilerin çok katkısı oldu. Fakat maalesef bu kişilere sahip çıkılmadı, bu hocaların yetiştirdiği öğrenciler ülkemize pek çok katkı yapmıştır. Burada Atatürk'ün vizyonunu görebiliyorsunuz. Yeri gelmişken cumhuriyet ile birlikte oluşturulan ve babamın da veremle savaş bölümünde yer aldığı dört başlık halk sağlığı başarısıdır. Bunlar veremle savaş, frengi ile savaş, trahomla savaş ve malarya ile savaşır.

Şimdi felsefe eğitimi sonrası doktora yapma planım mevcut. Tez konum ve hatta tez hazırladım "Tıp Felsefesi". Biliyorsunuz hekimlik çok eski bir meslek fakat felsefede hekimler gerekli değeri görmemiş. Yunanlı filozoflar hekimlere otla ilgilenenler bile demiş. Fakat hekimlik pozitif bir bilim ve felsefesi olduğuna inanıyorum. Hatta metafizik öğeleri de var mesela plasebo etkisi gibi.

Genç Hekimlere önerileriniz nelerdir?

Doktorluk zor bir meslektir. Bunun bir defa kabul edilmesi gerekir. Mesleğinizde ne kadar başarılı olursanız olun size kimse teşekkür etmeyecek fakat küçük de olsa bir hatanızda sizi en yakınınız bile eleştirecektir. Bu mesleğin hazzı vardır fakat tehlikeleri de büyüktür.

Günümüzde doktora şiddet medyada özendirilmektedir. Pek çok dizi ve filmde hasta yakınları doktoru tehdit etmektedir. Nitekim hayatını kaybeden meslektaşlarımız olmaktadır. Bu şiddet ortamında şu an öğrenci olsam sanırım tıbbi seçmezdim diye düşünüyorum.

Doktorluk mesleğinde bence %10 kadar çürük insan olurken birçok meslekte bu çok daha fazladır. Hekimlere olan saygının tekrar kazanılmasını diliyorum.

Söyleşiyi yapan:

Uzm. Dr. Engin Çelik

GEÇ ÜREME ÇAĞINDAKİ KADINLARDA OVER REZERVİNİN BİYOKİMYASAL GÖSTERGELERİ VE İNFERTİLİTE ARASINDAKİ İLİŞKİ

Association Between Biomarkers of Ovarian Reserve and Infertility Among Older Women of Reproductive Age

Anne Z. Steiner, MD, MPH; David Pritchard, MS; Frank Z. Stanczyk, PhD; James S. Kesner, PhD; Juliana W. Meadows, PhD; Amy H. Herring, ScD; Donna D. Baird, PhD, MPH

Özetleyen: **Dr.Engin Türkgeldi**

GİRİŞ

Kadın yaşının ilerlemesi ile birlikte foliküler havuzda azalma gerçekleşir. Bu durum, granuloza hücrelerinden daha az inhibin B ve Anti-Müllerian Hormon (AMH) salınması ile karakterizedir. Düşük inhibin-B seviyeleri folikül stimulan hormonun (FSH) foliküler fazda daha hızlı ve erken yükselmesine neden olur. AMH, erken foliküler faz FSH'ı ve inhibin B over rezervinin biyokimyasal göstergeleri olarak kabul edilmektedirler.

Öte yandan bu göstergelerin bir kadının üreme potansiyelini ne kadar yansıttıkları belirsizdir. AMH, in-vitro fertilizasyon (IVF) sikluslarında elde edilecek oosist sayısını göstermede çok başarılı bulunmakla beraber, genel olarak bahsi geçen biyokimyasal göstergelerin bir kadının spontan gebe kalma şansını göstermedeki rolleri tartışmalıdır. Buna rağmen günlük pratikte bu amaçla yaygın olarak kullanılmaktadırlar.

Bu çalışmanın amacı, over rezervi biyokimyasal göstergelerinin (AMH, inhibin B, erken foliküler faz serum FSH ve üriner FSH değerleri) görece olarak ileri yaştaki kadınlarda spontan gebelik şansını gösterip göstermediklerini değerlendirmektir. Bunun için 6 ve 12 aylık dönemdeki fekundabilite oranları kıyaslandı.

MATERYAL ve METOD

Bu prospektif "gebeliğe-kadar-geçen-süre" (Time to conceive) kohort çalışması 2008-2016 yılları arasında Kuzey Carolina'da gerçekleştirildi. Yaşları 30-44 arasında, en çok 3 aydır gebe kalmaya çalışan ve kendisinde/partnerinde bilinen bir infertilite sebebi olmayan kadınlar çalışmaya dahil edildi. Reklam ve duyurularla araştırmadan haberdar olan ve katılmayı kabul eden kadınlardan menstruasyonlarının 2-4. günleri arasında kan ve idrar örneği vermeleri istendi. Hastaların AMH, inhibin B, serum FSH ve üriner FSH değerleri ölçüldü. Hastalar 2010 yılına kadar 6 ay, 2010 yılından itibaren 12 ay süreli takibe alındılar. İnfertilite tedavisine başlayan, gebe kalma planlarını iptal eden veya başka nedenlerle takipten çıkan kadınların çalışma dışı bırakıldı. Çalışmanın primer sonlanım noktası, 6 ve 12 ay içindeki kümülatif gebelik oranları ve fekundabilite olarak belirlendi. Güç analizinde 750 hastalık bir örneklemin yeterli olduğu hesaplandı.

SONUÇLAR ve TARTIŞMA

Çalışmaya kaydolun 981 hastanın 770'i vizite geldi, toplam 750 hasta analize dahil edildi. Bunların %65'i gebe kaldı, %17'si çalışmayı tamamladı fakat gebelik elde edemedi, %6'sı infertilite tedavisine başladı, %5'i kendi isteğiyle ayrıldı ve %7'si takiplerini tamamlamadı. Katılımcıların %69'u 30-34, %19'u 35-37, %12'si 38-44 yaş aralıklarındaydı.

Altı veya 12 siklus boyunca korunmasız cinsel ilişki sonunda gebelik oranları düşük AMH veya yüksek FSH değerlerine sahip kadınlarda, diğer kadınlardan daha az bulunmadı. AMH değeri 0.7 ng/ml'nin altındaki kadınların 6 ay (65%; 95% CI, 50%-75%) ve 12 ay (84%; 95% CI, 70%-91%) içindeki gebelik oranları, normal değerleri olan kadınlardan (6 ay için 62%; 95% CI, 57%- 66% ve 12 ay için 75%; 95% CI, 70%-79%) farklı değildi.

TJODist Bülteni

Yüksek serum FSH değerlerine (10 mIU/mL'den büyük) sahip kadınların 6 aylık (63%; 95% CI, 50%-73%) ve 12 aylık (82%; 95% CI, 70%-89%) kümülatif gebelik oranları, normal değerlere sahip kadınlarınkine (6. ay için 62%; 95% CI, 57%-66%) ve 12. ay için 75%; 95% CI, 70%-78%) benzer bulundu. İnhibin B seviyeleri ile fekundabilite arasında ilişki görülmedi.

Yaş gruplarına göre yapılan analizlerde hiçbir yaş grubunda düşük AMH ile azalmış fekundabilite arasında ilişki görülmedi. İstatiksel olarak anlamlı bulunmamış olmakla birlikte, ileri yaşlı kadınlarda AMH yüksekliği artmış fekundabilite ile ilişkili bulunurken, genç kadınlarda düşük AMH değerlerinde fekundabilite artmış olarak görüldü.

AMH cut-off değeri 0.7 ng/ml yerine 0.4 ng/ml ve 1 ng/ml olarak değerlendirildiğinde de çalışmanın sonuçlarında değişiklik olmadı.

Hastaların AMH, serum FSH, üriner FSH ve İnhibin B değerlerine göre katmanlandırıldıktan sonraki gebelik oranları tablo 3'te görülebilir.

Bu çalışmanın sonuçlarına göre, serum FSH, üriner FSH, inhibin B veya AMH değerleri üzerinden bir kadının doğal yolla gebe kalma şansını değerlendirmek doğru gözükmemektedir.

Table 3. Association Between Biomarkers of Ovarian Reserve and Predicted Probability of Conceiving in the Time to Conceive Cohort Study

| Biomarker | No. of Participants | Conceived During Study, No. (%) ^a | Cumulative Probability of Conception, % (95% CI) ^b | | Hazard Ratio (95% CI) ^c | |
|------------------------------|---------------------|--|---|--------------|------------------------------------|----------------------------------|
| | | | By 6 Cycles | By 12 Cycles | Unadjusted | Adjusted ^b |
| Antimüllerian hormone, ng/mL | | | | | | |
| <0.7 | 84 | 53 (63) | 65 (50-75) | 84 (70-91) | 0.96 (0.72-1.28) | 1.19 (0.88-1.61) |
| 0.7-8.4 | 579 | 381 (66) | 62 (57-66) | 75 (70-79) | 1 [Reference] | 1 [Reference] |
| ≥8.5 | 74 | 44 (59) | 59 (45-69) | 66 (57-77) | 0.97 (0.71-1.33) | 0.88 (0.64-1.21) |
| Serum FSH, mIU/mL | | | | | | |
| <10 | 654 | 420 (64) | 62 (57-66) | 75 (70-78) | 1 [Reference] | 1 [Reference] |
| ≥10 | 83 | 58 (70) | 63 (50-73) | 82 (70-89) | 1.09 (0.83-1.44) | 1.22 (0.92-1.62) |
| Urine FSH, mIU/mg creatinine | | | | | | |
| <11.5 | 660 | 432 (65) | 62 (58-66) | 76 (72-80) | 1 [Reference] | 1 [Reference] |
| ≥11.5 | 69 | 41 (59) | 61 (46-74) | 70 (54-80) | 0.94 (0.68-1.30) | 1.07 (0.77-1.49) |
| Inhibin B, pg/mL | 737 | 478 (65) | | | 0.9996 (0.998-1.002) | 0.999 (0.997-1.001) ^d |

LAPAROSKOPIK CERRAHİDE KULLANILAN 3 FARKLI BATINA GİRİŞ TEKNİĞİNE AİT KOMPLİKASYONLAR: SİSTEMATİK DERLEME VE META-ANALİZ

Complications Related to the Initial Trocar Insertion of 3 Different Techniques: A Systematic Review and Meta-analysis

[Mai Nishimura](#), MD, MPH, [Sachiko Matsumoto](#), MD, [Yasuhiro Ohara](#), MD, [Kaoru Minowa](#), MD, [Risa Tsunematsu](#), MD, [Kanakano Takimoto](#), MD, [Kazuaki Imai](#), MD, [Yoko Tsuzuki](#), MD, [Hajime Ota](#), MD, PhD, [Ayako Nakajima](#), MD, PhD, [Yoshiyuki Fukushi](#), MD, PhD, [Shinichiro Wada](#), MD, PhD, [Takafumi Fujino](#), MD, PhD, [Yoichi M. Ito](#), BSc, MSc, PhD

Özetleyen: Dr. Cihan Kaya

Link <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30352290>

ÖZET

Bu sistematik derleme, laparoskopik cerrahide kullanılan üç farklı trokar giriş tekniği ile ilgili komplikasyonları araştırmayı amaçlamıştır. Bu teknikler Veress iğne (Vİ) girişi, direkt trokar girişi (DTG) ve açık giriş (AG) teknikleridir. Bu literatür taramasında; gastrointestinal yaralanma ve solid organ hasarları majör komplikasyon olarak tanımlandı. Subkütan amfizem, ekstrapitoneal insüflasyon, omental amfizem, trokar bölgesi kanaması, trokar bölgesi enfeksiyonları ise küçük komplikasyonlar olarak tanımlandı. On yedi çalışma analize dahil edildi. Doğrudan trokar girişinin Vİ girişine kıyasla daha az majör komplikasyona neden olduğu görülmüş, ancak istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p = 0.23$) bunun yanı sıra anlamlı derecede daha az minör komplikasyonlar izlenmiştir ($p < .001$). AG ve DTG'nin karşılaştırılması sonucunda ise minör komplikasyonlar açısından anlamlı bir fark görülmemiştir ($p = 0.74$). Vİ girişi ile karşılaştırıldığında AG'de daha az majör komplikasyonlar gözlenirse de istatistiksel olarak anlamlı görülmemiştir ($p = 0.31$). AG uygulanan hastalarda anlamlı derecede daha az minör komplikasyon görülmüştür ($p = 0.01$). DTG yapılan hastalarda en az sayıda minör komplikasyon gözlenmiş ve bunu Vİ girişi ve AG teknikleri takip etmiştir. Sonuç olarak, majör komplikasyonlar oldukça nadirdir ve her üç giriş yöntemi mortalite riskini arttırmadan uygulanabilir.

Giriş

Laparoskopik cerrahide, tüm komplikasyonların % 50'sinden fazlası ilk trokar girişine bağlı olarak görülür. İntraoperatif ve postoperatif majör komplikasyonların % 1'den az olduğu ve mortalitenin 100.000'de 4 ila 8 arasında olduğu bildirilmiştir. Yaşamı tehdit eden komplikasyonlar nadir olmakla birlikte, küçük komplikasyonlar ortaya çıkabilir. Bu komplikasyonları en aza indirmek için çeşitli teknikler ve enstrümanlar bulunmaktadır. Laparoskopik batına giriş prosedürleri kapalı ve açık teknikler olmak üzere iki şekilde gerçekleştirilebilir. Yay yüklü bir iğne içeren Veress iğne (Vİ) girişi kapalı bir tekniktir. Bu teknikte bir Veress iğnesi yardımı ile periton boşluğu içine gaz girmesi sağlanır. Geleneksel keskin trokar, karın duvarından geçebilmek için geri çekilebilir keskin bıçaklı bir uca sahiptir. Bunun dışında doğrudan trokar girişi (DTG) de kapalı bir tekniktir. Bu işlemde cerrah, abdominal aort yaralanmasını önlemek için karın duvarını kaldırır ve pnömoperitoneum sağlandıktan sonra periton boşluğuna doğrudan bir trokar sokar. Radyal olarak genişleyen teknik (RGT), Vİ girişine benzerdir. Bu teknikte abdominal kaviteyi şişirebilen ve abdominal duvar boyunca döndürme hareketi yapabilen ve künt bir obturator ile dilate edilebilen bir trokar kullanılır. Bunun dışında, Hasson, öncelikle peritonu keserek künt trokarın doğrudan gözlem altında kullanılmasını içeren açık bir giriş (AG) tekniğini tanımlamıştır. Bu sistematik derleme, DTG, AG ve Vİ ile yapılan trokar girişleri ile ilişkili komplikasyonları karşılaştırmayı amaçlamıştır.

Materyal ve Metod

MEDLINE, Web of Knowledge, ClinicalTrials.gov, EMBASE, Cochrane Kontrollü Denemeler Merkezi Kaydı (CENTRAL) ve UMIN gibi veri tabanları kullanılarak bir literatür taraması yapılmıştır. En son data kabulü 29 Ağustos 2018'de gerçekleştirilmiştir. Anahtar kelimeler Medical Subject Heading (MeSH) sisteminde taranarak MEDLINE veri tabanındaki klinik çalışmalar araştırılmıştır. Aynı yayınlar çıkarıldıktan sonra, uygun şekilde tasarlanmış, randomize-kontrollü klinik çalışmalar mevcut nicel analize dahil edilmiştir. Tüm komplikasyonlar için genel risk değerlendirilerek, bunlar; majör damar hasarı, gastrointestinal yaralanma ve solid organ yaralanması majör komplikasyon olarak tanımlanmıştır. Küçük komplikasyonlar subkütan amfizem, ekstrapitoneal insüflasyon, omental hasar, trokar bölgesi kanaması, trokar bölgesi enfeksiyonu olarak tanımlanmıştır. Verilerin seçimi ve çalışma kalitesinin değerlendirilmesi iki bağımsız yorumcu tarafından gerçekleştirilmiştir (M.N. ve Y.M.I.).

İstatistiksel analizler RevMan 5.3 kullanılarak yapılmıştır. (Cochrane Collaboration; Londra, İngiltere).

Sonuçlar

Analize toplam 431 makale dahil edilmiştir. Gerekli eliminasyon sonrası 24 tam metin makale incelemeye alınmıştır. Bunlardan yedisi randomize çalışma olmadığı için hariç tutulmuştur. PRISMA yönergeleri sonucunda, 17 çalışma ile kantitatif analize devam edilmiştir. On bir çalışmada DTG ve Vİ girişi (n = 3804) karşılaştırılmıştır. Doğrudan trokar girişinde Vİ girişine kıyasla anlamlı olmamakla birlikte daha az majör komplikasyon oranları görülmüştür (p = 0.23) (Şekil 2). DTG işlemleri için önemli derecede daha az minör komplikasyon oranları bildirilmiştir (p<.001) (Şekil 3). İki çalışma AG ve DTG' i karşılaştırmıştır (n = 442). Bu analizde majör komplikasyon görülmemekle birlikte (Şek. 4) minör komplikasyonlar açısından anlamlı fark bulunmamaktadır (p = 0.74) (Şekil 5). Beş çalışma AG ile Vİ girişini karşılaştırmıştır (n = 718). Vİ girişine kıyasla AG yönteminde, her ne kadar önemli oranda olmasa da, daha az majör komplikasyonlar görülmüştür (p = 0.31) (Şekil 6). AG prosedürü uygulanan hastalarda minör komplikasyonlar önemli derecede daha az görülmüştür (p = 0.01) (Şek. 7). RGT ve keskin trokarları (n = 431) karşılaştıran üç çalışma da incelenmiştir. Bu analize göre majör komplikasyonlar gözlenmemekle birlikte, minör komplikasyonlar açısından önemli farklılıklar bulunmuştur (p = 0.009) (Şek. 8). Ağ meta analizinde, DTG uygulanan hastalarda Vİ girişi ve AG uygulananlara göre daha az minör komplikasyonlar görülmüştür. Daha az görülen minör komplikasyonlar açısından, sırasıyla DTG, Vİ'den ve Vİ de AG'den daha üstün bulunmuştur.

Tartışma

Sistematik derlemeler ve randomize-kontrollü çalışmaların meta analizlerinin günlük klinik uygulamalardaki etkileri oldukça önemlidir. Geleneksel meta analizlerin yapılmasındaki temel sınırlama, bir seferde sadece iki müdahaleyi karşılaştırabilmesidir. İki'den fazla tedavi seçeneğinin karşılaştırıldığı randomize, kontrollü çalışmaların yapılması yüksek maliyetleri nedeniyle oldukça zordur. Göreceli değerlendirmelerde çeşitli müdahalelerin etkinliğinin ve aynı modeldeki olası tüm karşılaştırmalar için ölçümlerin tahmin edilmesini ve aynı anda doğrudan ve dolaylı kanıtlar elde edilmesini sağlamak amacıyla ağ meta-analizi geliştirilmiştir. Ayrıca, bu analizlerde sıralama olasılıklarının hesaplanması ve hangi tedavinin en iyi sonucu vereceğine dair sonuçlar da elde edilebilmektedir. Bir ağ meta-analizi, çift yönlü meta-analizler ve indirekt karşılaştırma meta-analizlerine göre, nokta tahminlerinin daha hassas olması, müdahalelerin karşılaştırılmalarına ilişkin çıkarımlar yapması ve müdahaleleri etkinlik ve güvenliğe göre sıralayabilmeleri açısından önemli avantajlara sahiptir.

Bu meta-analizde ise tüm trokar giriş yöntemlerinde majör komplikasyonların oldukça nadir olduğu ve bu yöntemlerin güvenle uygulanabileceği gösterilmiştir. Küçük komplikasyonlarla ilgili olarak ise, ağ meta-analizinde trokar giriş yöntemleri arasında farklılıklar ortaya çıkmıştır. Minör komplikasyonlar açısından, sırasıyla DTG, Vİ'den ve Vİ de AG'den daha üstün bulunmuştur. RGT ve keskin trokarın karşılaştırılmasında ise RGT, trokar bölgesi kanaması başta olmak üzere daha az sayıda minör komplikasyona neden olmuştur. Keskin trokar, geri çekilebilir keskin bıçaklı bir uca sahiptir. Diğer taraftan, RGT tekniğinde künt bir uç vardır ve bu damarların bir kenara itilmesini mümkün kılar. Bu mekanizma sayesinde trokar bölgesindeki kanamanın azalması sağlanmış olur.

TJODist Bülteni

Mevcut derlemenin gücü, hangi yöntemin en az minör komplikasyona sahip olduğunu kesin olarak netleştirmesidir. Bu durum, omental yaralanmanın oluşumu ile açıklanabilir. Omental yaralanma insidansı % 2.9 ila % 6.4 arasındadır ve Vİ girişinde DTG' den (3/187'ye karşı 6/193, 4/102' ye karşı 7/110, 2 / 500 ye karşı 20/500) veya AG (0/35 'ye karşı 1/35, 0/108 'ye karşı 6/193)'den daha yaygındır. Bu sonuçlar yeni bir Cochrane sistematik derlemesi ile de uyumludur. Trokar bölgesi enfeksiyonu ve kanama gibi diğer minör komplikasyonlar ile ilgili olarak, Vİ, AG ve DTG arasında anlamlı olmayan farklılıklar görülmüştür.

Mevcut sistematik derlemede port bölgesi hernisi, venöz emboli ve mesane yaralanması gibi olgu bazlı bazı komplikasyonlar değerlendirilememiştir. Swank ve arkadaşları, en önemli teknik risk faktörünün büyük trokar çapları ile orantılı olduğunu, Kadar ve arkadaşları da geniş trokar çaplarına bağlı trokar bölgesi fıtıklaşma riskinin artabileceğini bildirmişlerdir. Mesane yaralanması nadir görülse de önceki pelvik cerrahi öyküsü olan ya da normal anatominin bozulduğu durumlarda riskin arttığı bildirilmiştir.

Cerrahi tekniklerdeki klinik heterojenite de dahil olmak üzere mevcut sistematik derlemede bazı limitasyonlar mevcuttur. Primer port girişi tekniği tüm çalışmalarda bir dereceye kadar standartlaştırılmış olsa da, derlemeye dahil edilen çalışmalar arasında da farklılık vardır. Komplikasyon oranını (trokarların çapı, Vİ açısı, Vİ giriş yeri) [umblikus en alt kenarı ya da umblikus tabanı], primer trokar yerleştirme yeri [umblikus veya diğer], anatomik bir alanın etkili kullanılıp kullanılmadığı ["sarı ada"], cerrahın el veya forseps kullanarak karın duvarını kaldırması, açık teknikte yapılan fasya insizyonunun tipi [künt diseksiyon veya keskin diseksiyon ve eğer keskin diseksiyon seçildiyse, makas veya bistüri kullanımı]) belirlemektedir.

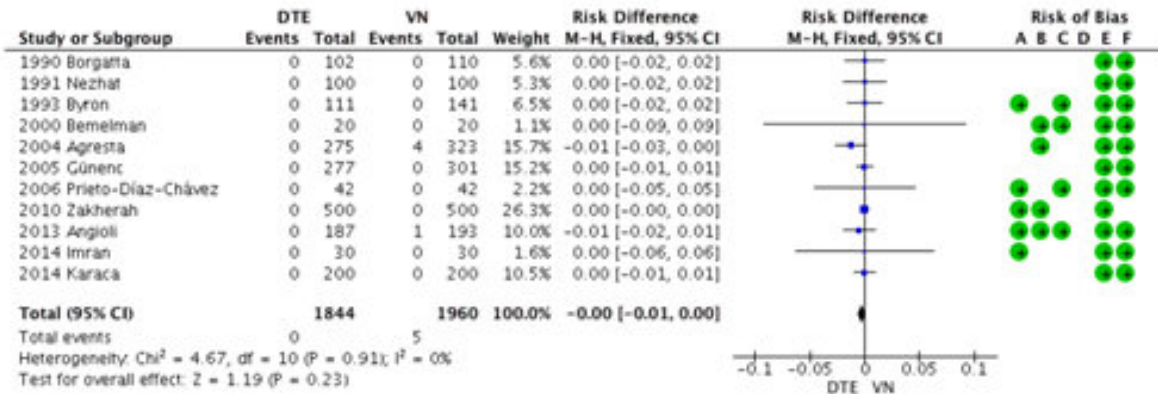
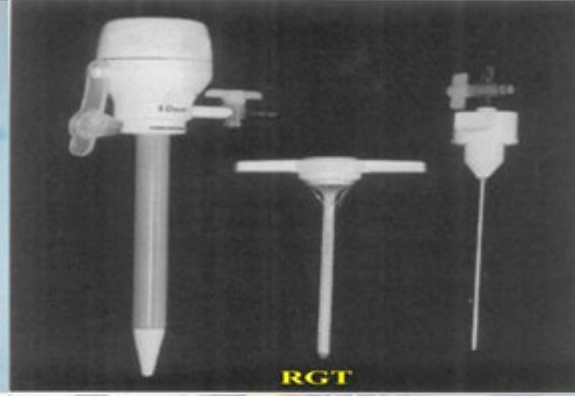
Genel olarak, meta-analizlerde büyük örneklem hacmine sahip çalışmaların, küçük örneklem hacmine kıyasla daha büyük bir genel etkiye sahip olduğu kabul edilmektedir. Bu meta-analizdeki büyük ölçekli üç çalışmada, değerlendirmenin doğruluk derecesini sınırlayan trokar giriş yöntemlerinin ayrıntılı açıklaması bulunmamaktadır.

Ek olarak, zorunlu çalışma kaydının yıllar içinde değişmesi nedeni ile bazı çalışmaların yayınlanamamış olması, tüm çalışmaların bu derlemeye alınamamasına neden olmuş ve oluşan yayın yanlılığı bu derlemenin önemli bir limitasyonunu oluşturmuştur.

Sonuç

Sonuç olarak majör komplikasyonlar oldukça nadirdir ve her üç yöntem de mortaliteye neden olmadan gerçekleştirilebilir. Bununla birlikte, küçük komplikasyonlar açısından DTG, en güvenilir yöntemdir, ancak bir tekniğin diğerine kıyasla tavsiye edilmesine dair açık bir kanıt yoktur.

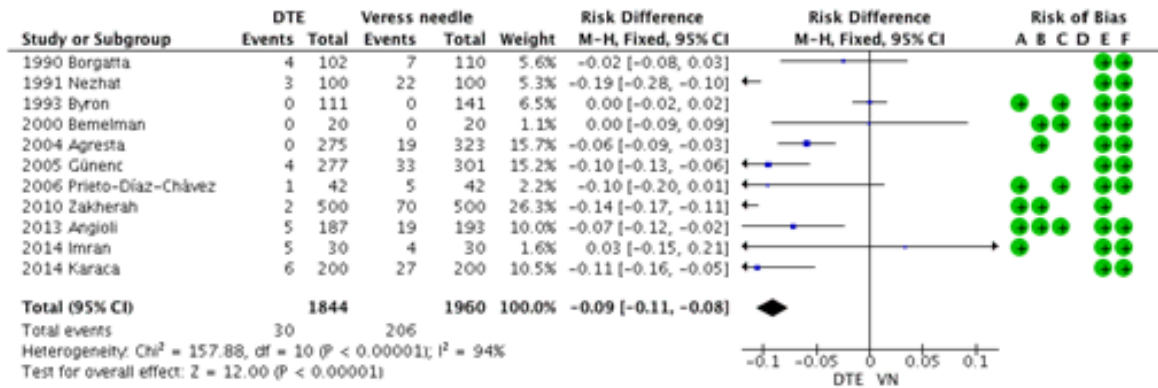
TJODist Bülteni



Risk of bias legend

- (A) Random sequence generation (selection bias)
- (B) Allocation concealment (selection bias)
- (C) Blinding of participants and personnel (performance bias)
- (D) Blinding of outcome assessment (detection bias)
- (E) Incomplete outcome data (attrition bias)
- (F) Selective reporting (reporting bias)

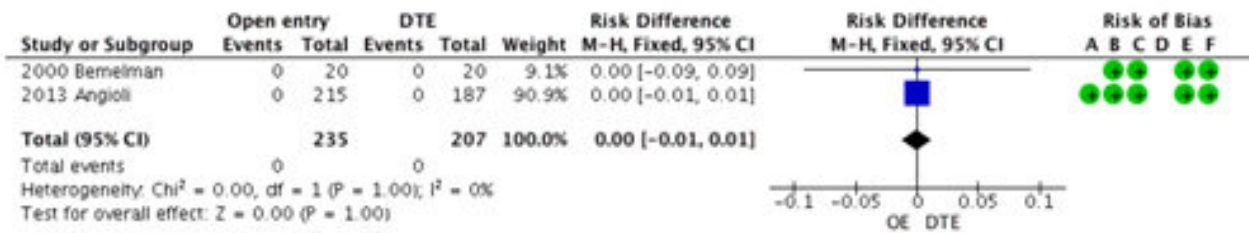
Fig. 2 Major complications: DTE versus VN [13–23]. M-H = Mantel-Haenszel; CI = confidence interval; DTE = direct trocar entry; VN = Veress needle.



Risk of bias legend

- (A) Random sequence generation (selection bias)
- (B) Allocation concealment (selection bias)
- (C) Blinding of participants and personnel (performance bias)
- (D) Blinding of outcome assessment (detection bias)
- (E) Incomplete outcome data (attrition bias)
- (F) Selective reporting (reporting bias)

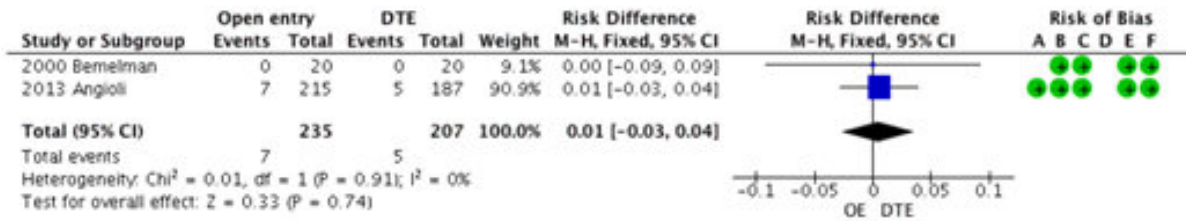
Fig. 3 Minor complications: DTE versus VN [13–23]. M-H = Mantel-Haenszel; CI = confidence interval; DTE = direct trocar entry; VN = Veress needle.



Risk of bias legend

- (A) Random sequence generation (selection bias)
- (B) Allocation concealment (selection bias)
- (C) Blinding of participants and personnel (performance bias)
- (D) Blinding of outcome assessment (detection bias)
- (E) Incomplete outcome data (attrition bias)
- (F) Selective reporting (reporting bias)

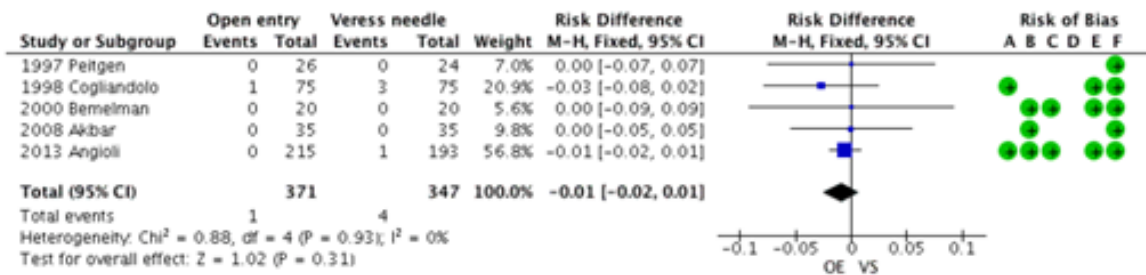
Fig. 4 Major complications: OE versus DTE [16,21]. M-H = Mantel-Haenszel; CI = confidence interval; DTE = direct trocar entry; OE = open entry.



Risk of bias legend

- (A) Random sequence generation (selection bias)
- (B) Allocation concealment (selection bias)
- (C) Blinding of participants and personnel (performance bias)
- (D) Blinding of outcome assessment (detection bias)
- (E) Incomplete outcome data (attrition bias)
- (F) Selective reporting (reporting bias)

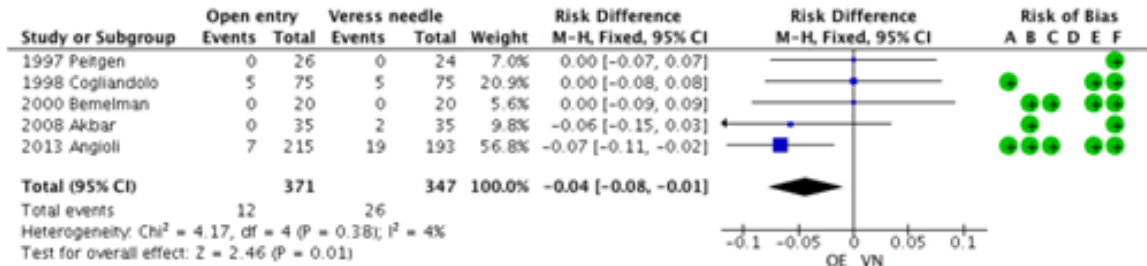
Fig. 5 Minor complications: OE versus DTE [16,21]. M-H = Mantel-Haenszel; CI = confidence interval; DTE = direct trocar entry; OE = open entry.



Risk of bias legend

- (A) Random sequence generation (selection bias)
- (B) Allocation concealment (selection bias)
- (C) Blinding of participants and personnel (performance bias)
- (D) Blinding of outcome assessment (detection bias)
- (E) Incomplete outcome data (attrition bias)
- (F) Selective reporting (reporting bias)

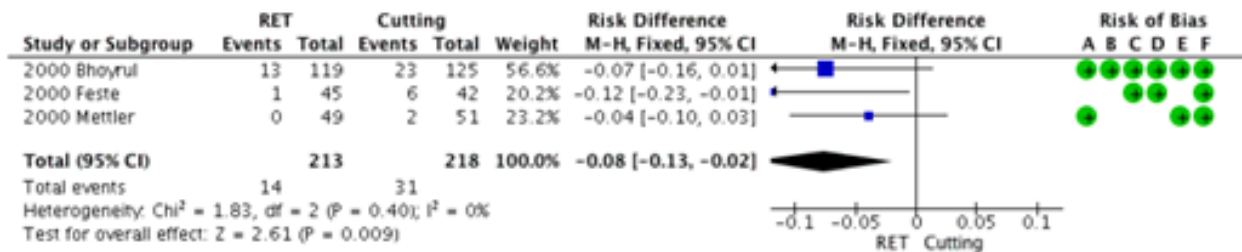
Fig. 6 Major complications: OE versus VN [16,21,24–26]. M-H = Mantel-Haenszel; CI = confidence interval; OE = open entry; VN = Veress needle.



Risk of bias legend

- (A) Random sequence generation (selection bias)
- (B) Allocation concealment (selection bias)
- (C) Blinding of participants and personnel (performance bias)
- (D) Blinding of outcome assessment (detection bias)
- (E) Incomplete outcome data (attrition bias)
- (F) Selective reporting (reporting bias)

Fig. 7 Minor complications: OE versus VN [16,21,24–26]. M-H = Mantel-Haenszel; CI = confidence interval; OE = open entry; VN = Veress needle.



Risk of bias legend

- (A) Random sequence generation (selection bias)
- (B) Allocation concealment (selection bias)
- (C) Blinding of participants and personnel (performance bias)
- (D) Blinding of outcome assessment (detection bias)
- (E) Incomplete outcome data (attrition bias)
- (F) Selective reporting (reporting bias)

Fig. 8 Minor complications: RET versus cutting trocar [27–29]. M-H = Mantel-Haenszel; CI = confidence interval; RET = radially expanding technique.

Antenatal and Postnatal Analgesia

Scientific Impact Paper No. 59
December 2018

Özetleyen: **Dr. Hakan Erenel**

1-Amaç ve Kapsam

Kodein, geleneksel olarak antenatal ve postnatal ağrının dindirilmesinde yaygın biçimde kullanılmıştır. Ancak, İlaç ve Sağlık Bakım Ürünlerinin Düzenlenmesi Otoritesi (Medicines and Healthcare Products Regulatory Authority) (MHRA) ve Avrupa İlaç Ajansı (European Medicines Agency) (EMA), 2005'te emziren bir annenin kodein kullanımını takiben bebeğin morfin toksisitesi nedeniyle kaybedilmesi ve tonsillektomi sonrası kodein reçete edilen 18 yaş altı üç çocuğun ölmesi üzerine, 2013 yılında gebelikte kodein kullanımı hakkında öneriler yayınlamıştır. Her iki kurum da, bebeklerde risk artışına neden olduğu için kodeinin emziren kadınlarda kontrendike olduğunu bildirmiştir.

Anne ve bebekte olumsuz sonuçların gelişme riskini minimuma indirmek için, gebelik süresince ve gebelik sonrasında ağrının doğru yönetimi hayati önem taşır. Ağrının yetersiz tedavisi anksiyete ve depresyon gelişmesine yol açarak kadının fiziksel ve psikolojik iyilik hali ile bebeğine bakım sağlama yeteneğini etkileyebilir. Analjezik reçete etmedeki gönülsüzlük, uygunsuz reçetesiz ilaç ve bitkisel tedavilerin kullanımında artışa neden olabilir.

Bu makalenin amacı, ağrının giderilmesine ilişkin bazı önerilere açıklık getirmektir, intrapartum analjezi ile ilişkili seçenekleri kapsamamaktadır.

2-Analjeziklerin Etki Mekanizmaları

2.1 Non Opioid Analjezikler

2.1.1 Parasetamol

Parasetamolün etki mekanizması tam anlaşılmamıştır. Genellikle, prostaglandin sentezinin zayıf bir inhibitörü olduğu kabul edilir, ancak bir bildiride selektif siklooksijenaz (COX)-2 inhibitörü olarak çalıştığı öne sürülmüştür.

Parasetamol, mükemmel güvenlik profili ve düşük ilaç etkileşimi nedeniyle ilk seçenek analjezik olarak yaygın biçimde kullanılmaktadır. Oral yoldan alındığında, 40 dakika içerisinde analjezik etkisini gösterir, ancak biyo-uygunluk nedeniyle farklılıklar izlenebilir. İntravenöz yoldan kullanıldığında, biyo-uygunluğa bağlı farklılıkların üstesinden gelinmiş olur ve analjezik etkinin başlaması sadece 5 dakika alır.

2.1.2 Non-Steroid Antiinflatuar İlaçlar (NSAİİ)

Araşidonik asit, COX-1 ve COX-2 izoenzimleri ile ağrı ve enflamasyonun mediyatörleri olan prostaglandinlere metabolize edilir. NSAİİ ilaçlar, COX enzimlerinin periferik inhibisyonu ve bunun sonucu olarak prostaglandin sentetazın inhibisyonu yoluyla ağrıyı rahatlatır. Klinik etkileri, bu enzimlere karşı olan seçiciliklerine bağlıdır.

2.2 Opioid Analjezikler

2.2.1 Kodein

Kodein, opioid reseptörlere karşı düşük afinitesi olan doğal bir opioid maddedir ve bu nedenle, doğal formunda zayıf analjezik özellikler gösterir. Aktif metabolitlerine, özellikle morfine dönüşerek etki gösterir. Kodeinin morfine metabolize olmasını etkileyen pek çok genetik faktör vardır. Kodeinin morfine dönüştürülmesinde ana yollardan biri olan sitokrom P450 CYP2D6 izoenziminde polimorfizmler meydana gelebilir. Bu dönüşüm yolu genetik varyasyonların etkisinde olduğu için, kişiye verilen kodeinin farmakokinetik etkileri öngörülemez.

Kişiler, zayıf, orta düzeyde, yaygın veya ultra-hızlı metabolize ediciler olarak sınıflandırılabilir. Beyaz ırkta, kodeinin çok az bir kısmını morfine dönüştüren ve ağrıda hafif bir rahatlama elde eden veya rahatlama elde etmeyen olarak tanımlanan zayıf metabolize edicilerin oranı %7-10 kadardır. Bazı kişiler ultra-hızlı metabolize edici özellik taşırlar ve bunun sonucu olarak, kodeinin analjezik özelliklerine ve olumsuz etkilerine karşı aşırı duyarlıdırlar. Ultra-hızlı metabolize edici fenotip, CYP2D6 geninin duplikasyonuna bağlıdır ve sıklığı etnik kökenlere göre farklılık gösterir. Örneğin, Etiyopyalılarda %29, İspanyollarda %10 ve beyaz ırkta %3,6-6,5 oranında görülür. Kodein kullanan ultra-hızlı metabolize edici kişilerin plazmasındaki aktif metabolit morfin düzeyi, yaygın metabolize edici kişilerin plazmasındakinden yaklaşık %50 oranında daha yüksektir. Bunun bir sonucu olarak, bu kişilerde kodeinin terapötik dozlarında bile ciddi toksisite gelişme riski bulunmaktadır.

2.2.2 Dihidrokodein

Dihidrokodein, kodeine benzer analjezik aktivite gösterir. Ancak, kendisi zayıf analjezik özellik taşıyan bir ön ilaç olan kodeinden farklı olarak, dihidrokodeinin analjezik etkisi, esas olarak asıl bileşene bağlıdır ve çoğunlukla kişinin metabolize etme kapasitesinden etkilenmez. Dihidrokodein, CYP2D6 tarafından dihidromorfine (DHM) metabolize edilir, ancak dihidrokodein yalnızca küçük bir kısmı DHM'e dönüşür. İdrar metabolitlerini değerlendiren bir çalışmada, yaygın metabolize edici özellik taşıyan kişilerde bile, metabolitlerin ancak %10'undan azının DHM türevi olduğu gösterilmiştir.

2.2.3 Tramadol

Tramadol, hafiften orta dereceli ağrıya kadar etkindir ve hem opioid hem monoaminerjik aracılı mekanizmalarla etki gösterir. Ayrıca, CYP2D6 tarafından aktif O-desmetil metabolitine dönüştürülür. Tramadol solunum depresyonu ve konstipasyon gibi tipik opioid yan etkileri daha az gösterir, ancak O-desmetiltramadol metabolitinin yüksek plazma düzeyleri ile ilişkili olabilen psikiyatrik rahatsızlıklara yol açabilir.

Ancak, genel popülasyonun %10'undan fazlasının, tecrübe edilen yan etkiler sebebiyle tramadolü tolere edemediği mutlaka belirtilmelidir. Ayrıca, tramadol Haziran 2014'te, Liste 3 Kontrollü İlaç olarak yeniden sınıflandırılmıştır, bu düzenleme sonrası poliklinik hastalarına reçete edilmesi daha karmaşık bir hal almıştır.

2.2.4 Morfin

Morfin, orta dereceden şiddetli düzeye ağrıların tedavi edilmesinde kullanılır. Opioid reseptör agonistidir ve asıl bileşen haliyle aktiftir. Ana etki mekanizması, merkezi sinir sistemindeki opioid reseptörlere bağlanmak ve onları aktive etmektir. Primer terapötik etkileri, analjezi ve sedasyon sağlamaktır. Pik plazma düzeylerine, parenteral uygulamayı takiben 15-20 dakikada, oral uygulamayı takiben 30 - 90 dakikada ulaşılır. Sitokrom p450 yolağından geçerek ilk geçiş etkisine maruz kalır, bu yüzden oral doz, intramüsküler dozun ancak yarısı kadar potenttir.

Gebelikte ve emzirme döneminde parasetamol, NSAİ ilaçlar ve opioid analjeziklerin güvenliğini değerlendiren çalışmalar sınırlıdır ve prospektif, karşılaştırmalı çalışmalar bulunmamaktadır. Bu ilaçların güvenliğini netleştirmek için daha ileri düzeyde çalışmalara gereksinim vardır.

3-Antenatal analjezi

Pek çok kadın, gebeliğinde baş ağrısı, sırt ağrısı veya kasık ağrısı gibi ağrılar tecrübe eder. Analjezik seçeneklerine dair önerilerde bulunmadan önce, ağrı, ciddi nedenleri dışlamak için uygun biçimde değerlendirilmelidir.

İlk sırada non-farmakolojik müdahaleler tercih edilebilir; örneğin yeterli istirahat, sıcak veya soğuk kompresler, masaj, akupunktur, fizyoterapi, gevşeme ve egzersiz düşünülebilir. Bazı kadınlar aromaterapiyi rahatlatıcı ve gevşemeye yardımcı bulurlar, dolayısıyla ağrı değerlendirildikten ve bir sağlık hizmet profesyoneliyle tartışıldıktan sonra ağrının yatıştırılması için hastaya önerilebilir. Gebelerde uygulanmadan önce, tüm ilaçlar riske karşı kar açısından değerlendirilmelidir ve gelişmekte olan fetüs üzerindeki olumsuz etkileri minimuma indirmek için idareli kullanılmalıdır.

3.1 30. gebelik haftasından önce

Embriyo, organogenezde (4-10. haftalar arası) teratojenik etkilere karşı en hassas döneminde bulunduğu için, bazı ilaçların maternal zararı önlemek için devam edilmek zorunda olduğu bilinse de, mümkünse ilk trimester boyunca tüm teratojenik ilaçlardan kaçınılmalıdır.

Gebelikte analjeziklerin in utero maruziyetin fetus üzerindeki uzun dönem sonuçlarına ilişkin çok az sayıda literatür bulunmaktadır.

3.1.1 Parasetamol

Parasetamol, hafiften orta şiddetliye ağrının tedavisinde ilk tercih olarak yaygın olarak kullanılır ve gebeler ile emziren kadınlarda tercih edilen analjezik olmaya halen devam etmektedir. Reçete edilebilir, ancak reçetesiz ilaç olarak da ulaşılması mümkündür. Bazı çalışmalarda antenatal dönemde parasetamol kullanımı ile fetusta gelişen olumsuz sonuçlar arasında ilişki olduğu gösterilmiştir. Antenatal dönemde uzun süre parasetamole maruziyet ile ilgili bildirilen olumsuz etkiler, çocukluk çağında görülen astım ve davranışsal problemlerin sıklığında artış ile çocukta kaba motor ve iletişim gelişiminde geriliği kapsamaktadır. Birleşik Devletler Gıda ve İlaç Dairesi (FDA), 2015 yılında, bu çalışmaların arttırdığı endişelere yönelik bir güvenlik duyurusu yayınlamış ve derlenen tüm çalışmaların tasarımlarında olası sınırlamaların bulunduğunu ve çelişkili sonuçlar içerdiğini bildirmiştir. Güncel öneri, parasetamolün gebelik ve emzirme döneminde kullanımının güvenli olduğu ve herhangi bir trimesterde kullanılmasının majör doğumsal defektlerin gelişme riskini artırmadığı yönündedir. Hastaların, öksürük ve soğuk algınlığı için reçetesiz olarak satılan pek çok ilacın içinde parasetamol bulunduğunun ve arka arkaya parasetamol alınmasının istemeyen doz aşımına neden olabileceğinin farkında olması önemlidir.

3.1.2 NSAİİ

NSAİİ kullanımı ile ilk trimester gebelik kayıpları arasındaki ilişkiye dair çelişkili kanıtlar mevcuttur. Belirtmek gerekirse, ilk trimesterde terapötik dozlarda NSAİİ kullanımını takiben artmış teratojenik etkileri açıkça kanıtlayan bir çalışma bulunmamaktadır, bu yüzden FDA, mümkünse gebelik boyunca NSAİİ kullanımından kaçınılmasını önermektedir. Ancak kullanımı klinik olarak endike ise (diğer analjeziklerin işe yaramadığı durumlarda, örneğin şiddetli migren ve ankilozan spondilit), etkin olan en düşük dozun mümkün olan en kısa süre ile verilmesi önerilmektedir.

3.1.3 Opioidler

Opioid analjezikler, gebelik ve emzirme döneminde, parasetamolün etkili olmadığı orta dereceden şiddetliye ağrılarının kısa süreli tedavisinde kullanılabilir. Bu ilaçlar yalnızca hasta dikkatle değerlendirildikten sonra temin

edilmeli ve tıbbi açıdan yetkin bir pratisyen veya ebe tarafından reçete edilmelidir. Gebelikte opioid analjeziklerin güvenliğini değerlendiren çalışmalar sınırlı sayıda ve prospektif karşılaştırmalı çalışma bulunmamaktadır. Birleşik Krallık İlaç Bilgi Merkezi (UKMi), mevcut olan bu sınırlı sayıda verinin artmış fetal toksisite riskine işaret etmediği sonucuna ulaşmıştır.

İlk trimesterde opioid kullanımı ile artmış nöral tüp defekti oranı arasında ilişki kuran iki olgu bildirimini yayınlanmasından sonra, FDA bir açıklama yayınlamıştır. Kanıtlar sınırlı olsa ve ilave araştırmalara ihtiyaç duyulsa da, opioid kullanımının nöral tüp defekti gelişiminde küçük bir artış ile ilişkili olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Gebelikte opioidlerin gelişigüzel kullanımından kaçınılmalıdır.

Morfin gebelikte ve postnatal dönemde yaygın biçimde kullanılmaktadır ve kullanıma lisansı mevcuttur. Tüm uygulama yollarından kolayca emilir.

3.1.4 Gabapentin

Gabapentin kronik ağrı sendromlarının, özellikle nöropatik ağrının tedavisinde kullanılmaktadır. Etki mekanizması halen çok net anlaşılmamıştır. Gebelikte gabapentin kullanımına dair sınırlı sayıda veri mevcuttur ve gabapentin ile özellikli bir doğum defekti arasında gösterilmiş herhangi bir ilişki bulunmamaktadır. Ancak, güncel öneri, gabapentin alan kadınların gebelik öncesi dönemden itibaren başlayarak, ilk trimester boyunca ek olarak yüksek doz folik asit de kullanması gerektiği yönündedir. Gabapentin, artmış gebelik kaybı riski ile ilişkili değildir.

3.2 30. gebelik haftasından sonra

3.2.1 Parasetamol

Parasetamolün gebelik boyunca kullanılmasının güvenli olduğu kabul edilmektedir.

3.2.2 NSAİİ

FDA, yenidoğanda pulmoner hipertansiyon gelişimine ve duktus arteriozusun erken kapanmasına yol açabileceği için, 30. gebelik haftasından sonra NSAİİ kullanımından kaçınılmasını önermektedir. NSAİİ ayrıca, fetal renal kan akımını ve idrar oluşumunu da azaltır ve amniyotik sıvı hacminde azalmaya yol açar. Bu nedenle, 30. gebelik haftasından sonra NSAİİ kullanılmamalıdır.

3.2.3 Opioidler

Opioid kullanımı, özellikle doğum zamanının yakınında, yenidoğanda solunum depresyonuna neden olabilir, bu nedenle, intrapartum dönemde uzun etkili opioid uygulanan bir gebe varlığında, yenidoğan ekibi durum hakkında bilgilendirilmelidir. Opioid analjezinin uzun süreli kullanımı, yenidoğanda çekilme sendromuna ve annede bağımlılığa yol açabilir, bu nedenle mümkün olan en küçük doz, mümkün olan en kısa süre boyunca kullanılmalıdır.

Opioidler, konstipasyon, bulantı ve kusmayı kötüleştirebilir, bu durum zaten gebe olan kadınlarda sorun yaratabilir. Olumsuz etkilerin risk ve ciddiyeti, kadının hissettiği ağrının şiddetiyle karşılaştırılmalıdır.

Kadınlar antenatal bakım ünitesine şiddetli ağrı şikayeti ve ilave analjezi ihtiyacıyla başvurduğunda, oral morfin solüsyonu veya intramüsküler morfin verilmesi düşünülebilir.

3.2.4 Gabapentin

30. gebelik haftası ve sonrasında gabapentin kullanımıyla ilgili son derece kısıtlı kanıt vardır. Gabapentin

doğum zamanının yakınında alındığında, yenidoğanda çekilme sendromu riski nedeniyle ekstra monitorizasyon ihtiyacı olabilir. Bu nedenle, intrapartum dönemde bir kadına gabapentin verildiğinde, yenidoğan ekibi mutlaka bilgilendirilmelidir.

4-Postnatal analjezi

Postnatal ağrının yetersiz tedavisi ciddi sonuçlara doğurabilir, bu yüzden düzenli postnatal analjezi önemlidir. Yetersiz ağrı kontrolü, kadınların daha az mobil olması anlamına gelir ve bu da venöz tromboemboli riskini artırır. Bu kadınlar daha fazla sırt üstü yatacağı için solunumları yüzeysel olur ve o yüzden bu hastalarda pnömoni gelişme riski yüksektir. Ayrıca ağrı, bu kadınların emzirme ve bebeğe bakım gösterme becerisini de olumsuz yönde etkiler ve depresyon veya zihinsel olarak tükenmeye yol açabilir.

Postnatal analjezi, annenin bebeği emzirme durumuna göre belirlenmemelidir. Bakım üniteleri, MHRA kılavuzluğunda değişmeyen bir yaklaşım oluşturmalarıdır. Emziren ve emzirmeyen kadınlar için aynı yaklaşımın belirlenmesi, klinisyenlerin reçete yazarken kafa karışıklığı yaşamasının önüne geçer. Özellikle bazı kadınların süt şişelerini veya emzirdikleri bebekleri değiştirdikleri düşünülürse, ortak bir yaklaşım büyük kolaylık sağlayacaktır. Parasetamol ve NSAİ ilaç ilavesi (kontrendikasyon olmadığı sürece) kadınlarda analjezi yaklaşımının temeli olmalıdır.

Analjezik ilaçlara ek olarak, kadınlara ağrının dindirilmesinde sıcak ve soğuk kompresyon, otururken ve uzanırken rahat pozisyonlar tercih edilmesi gibi nonfarmakolojik yöntemlerle ilgili de önerilerde bulunulmalıdır.

4.1 Parasetamol

Bebek için yarattığı risk düzeyi düşük olduğu ve süte geçen ilaç miktarı çok az olduğu (bebeklerdeki normal terapötik dozun yalnızca ufak bir oranı) için, parasetamol emziren kadınlarda ilk tercih edilecek analjezik olmalıdır.

4.2 NSAİİ

Emzirme ve NSAİİ kullanımı hakkında son derece kısıtlı bilgi vardır. Ancak, ibuprofen ve diklofenak emziren kadınlarda yaygın biçimde kullanıldığı için, bunlar öncelikli olarak tercih edilen ilaçlardır. Diklofenakın uzun dönem kullanımı ile ilişkili endişeler ve artmış kardiyovasküler riskler nedeniyle, bu ikisinden ibuprofen daha çok tercih edilmiştir. Anne tarafından alındıktan sonra ibuprofenin yalnızca çok küçük bir kısmı süte salındığı için, süt emen çocuk için güvenli kabul edilir. Doğumdan sonra hastaya tek seferlik rektal diklofenak verilebilir.

NSAİİ, böbrek fonksiyonlarını, trombosit fonksiyonlarını olumsuz yönde etkileyebilir ve var olan astımı ağırlaştırabilir (astımı olan hastaların yaklaşık %10'unda). Ayrıca, gastrik irritasyon veya ülsera yol açabilir. Bilinen hipersensitivitesi olan hastalarda diklofenak ve ibuprofen kontrendikedir ve aşağıdaki durumlarda bu ilaçlardan uzak durulmalıdır:

- Belirgin kanama olduysa, kadın hipovolemik ise ve/veya kanamanın devam etme riski varsa
- Böbrek fonksiyonları bozulmuş veya preeklampsisi olan hastalarda
- Ciddi astımı olan hastalarda
- Bilinen aspirin de dahil olmak üzere NSAİİ ilaçların alevlendirdiği astım öyküsü olanlarda
- Gastrik ülserasyon öyküsü olanlarda

4.3 Opioidler

Eğer hasta daha şiddetli bir ağrı tarifliyorsa ve ilave analjezi ihtiyacı mevcutsa, opioid analjezikler kullanılmalıdır. Genellikle, sezaryen geçiren kadınlar, rotasyonel forseps ile doğum yapanlarda ilave analjezi ihtiyacı olsa bile, vajinal doğum yapan kadınlara göre daha uzun süre şiddetli ağrı hissederler.

4.4.1 Kodein

Yakın döneme kadar, kodein emziren kadınlarda tercih edilen opioid olmuştur. Ancak, maternal kodein kullanımını takiben süt emen bebekte gerçekleşen ve ölümlü sonuçlanan morfin toksisitesi olgusu, MHRA ve EMA'yı emzirme döneminde kodeinin kontrendike olduğunu bildirmeye itmiştir. Bebek ölümüyle sonuçlanan bu olgudaki anne, ultra-hızlı metabolize edici özellikteydi ve morfin ürünü çok hızlı bir şekilde oluşmuştu. Bu durum, kodein kullanımının son derece nadir görülen bir komplikasyonudur ve kişinin gen değişimlerine vereceği cevabın genetik testlerle belirlenmesi günümüzde pratik değildir, çünkü bu işlemin optimum kodein dozunun belirlenmesinde fayda göstereceğine dair yeterince kanıt bulunmamaktadır. Etiketlenmiş doz rejimlerinde bile, ultra-hızlı metabolize ediciler hayatı tehdit eden veya ölümcül solunum depresyonu yaşayabilir ya da doz aşımı bulguları gösterebilir. Maternal kodein kullanımını takiben süt emen bebeklerde gelişen olumsuz etkilere dair birkaç bildiri bulunmaktadır. Bu bildirimlerde bahsedilen etkiler, bradikardi, solunum depresyonu, letarji, uyuşukluk, zayıf beslenme, siyanoz ve bebek ölümüdür. Çalışmalar, süt emen bebekleri morfinin olası toksik dozlarının toplamına götürenin yalnızca CYP2D6'nın metabolize etme durumu değil, maternal genotip, yenidoğanın klirens kapasitesi ve 4 günden uzun süre boyunca tekrarlanan kodein dozları olduğunu göstermiştir.

UKMi'in dihidrokodein ve tramadol ile ilgili genel önerileri şöyledir:

- Tüm emziren kadınlarda ve onların bebeklerinde genotip belirlenmesi pratik bir yöntem olmadığı için, emziren bir annede kodein yerine özellikle dihidrokodein veya tramadol gibi zayıf opioidler tercih edilmelidir.
- Etkin olan en düşük doz mümkün olan en kısa süreyle verilmelidir ve herhangi bir opioidin 3 günden uzun süre verilmesi yakın tıbbi gözlem altında olmalıdır.
- Annede opioide bağlı belirgin yan etkiler gelişirse, bu kişinin ultra-hızlı metabolize edici olduğu ve bebek için yan etkilerin gelişme riskinin arttığı düşünülebilir.
- Tüm emziren anneler, etnik kökeninden bağımsız olarak, olası problemler hakkında bilgilendirilmelidir ve opioide bağlı yan etkiler gelişirse emzirmeyi durdurması ve tıbbi yardım alması konusunda uyarılmalıdır.

4.3.2 Dihidrokodein

UKMi'in önerisi, dihidrokodeinin, emziren annelerde etkin olan en düşük dozda mümkün olan en kısa süreyle kullanılması yönündedir. Süt emen tüm bebekler, annenin aldığı doza bakılmaksızın opioidlerin yan etkileri açısından monitorize edilmelidir. Annede opioide bağlı belirgin yan etkiler gelişirse, o kişinin ultra-hızlı metabolize edici olma olasılığı yüksektir ve bebekte de yan etkilerin gelişme riski artmış demektir.

4.3.3 Tramadol

İmalatçının tramadol hakkında sunduğu ürün bilgisinde, tramadolün ve aktif 0-desmetil metabolitinin anne sütüne geçişi hakkında son derece sınırlı veri bulunmaktadır. Bir çalışmada, tek bir dozdan bile sonra, tramadol ve metabolitlerinin anne sütünde bulunduğu gösterilmiştir. Postpartum 2-4. günlerinde olan 75 anneden alınan süt örneklerinin incelendiği başka bir çalışmada, sadece anne sütüyle beslenen bir bebeğin annenin ağırlığına göre düzeltilmiş olarak tramadolü %2,24, metabolitini ise %0,64 oranında alacağı bulunmuştur. Anne sütü emen bebeklerde davranışsal yan etkiler gözlenmemiştir. Zayıf ve yaygın metabolize ediciler karşılaştırıldığında, relatif ve kombine bebek dozlarının, süte ilaçlar için belirlenmiş olan %10 eşik değerinin altında kaldığı görülmüştür. Ancak, buradan tramadol güvenliğinin maternal genotipten etkilenmediği sonucu çıkarılamaz.

Güncel öneri, tramadolü emzirme döneminde (dikkatle) kullanmaya devam edilebileceği yönündedir. Etkin olan en düşük doz, mümkün olan en kısa süreyle kullanılmalıdır.

4.3.4 Morfin

Hastanede oral morfin solüsyonu, ihtiyaç duyulduğunda reçete edilebilir (örn, 2 saatte 1 10-20 mg). Gerekli olduğunda, örneğin hasta kusuyorsa, oral solüsyonun yanı sıra intramüsküler morfin de reçete edilebilir. Morfinin eş zamanlı olarak iki farklı yoldan uygulanmaması gerektiği için kayıtlar iyi tutulmalıdır. Örneğin, sezaryen sonrası anestezi ekibi tarafından intratekal opioid analjezik uygulaması yapıldıysa, obstetrik ekip mutlaka bilgilendirilmelidir.

Morfini tolere edemeyen kadınlara, ihtiyaç halinde tramadol (oral veya intramüsküler) veya oral dihidrokodein verilebilir.

4.4 Hastaneden taburcu olurken verilecek analjezi için öneriler

Taburcu olurken analjezi ihtiyacı olan kadınların çoğu, parasetamol ve ibuprofen (NSAİ ilaçlara kontrendikasyon olmadığı sürece) kullanılmalıdır. İlave analjezi ihtiyacı olursa, örneğin kadın hızlandırılmış taburculuk programı kapsamında alt segment sezaryen sonrası 1-2 günde taburcu ediliyorsa ve hastanede halen oral morfin solüsyonu alması gerekiyorsa veya NSAİ alamıyorsa, ihtiyaç halinde (günde maksimum 4 doz) sınırlı dihidrokodein desteği ile taburcu edilebilir. Kadının dihidrokodeine toleransı olmadığı biliniyorsa tramadol verilmesi düşünülebilir. Tramadol Liste 3 Kontrollü İlaç kategorisinde yer aldığı için, reçete etmek gerektiğinde ilave dozlar açısından kontrol edilmelidir.

5-Görüş

Annede, gelişen fetus veya yenidoğandaki tüm olası riskleri minimuma indirmek için analjezikler etkin olan en düşük dozda mümkün olan en kısa süreyle verilmelidir. Daha güçlü analjezi ihtiyacı olduğunda, yayınlanan olgu raporlarında detaylıca anlatıldığı üzere, toksisiteyle ilgili endişeler nedeniyle kodeine tercihen dihidrokodein kullanılmalıdır. MHRA ve EMA, bu olgu raporlarını temel alarak kılavuzlarını oluşturmuştur.

Bu makale, bu konuda (MHRA ve EMA bildirimlerinin ışığında) var olan kanıta dayalı kılavuzları derlemeyi amaçlamıştır. Klinisyenler için, kendi lokal birimlerinde antenatal ve postnatal analjezik reçete ederken kullanılacak, standardize edilmiş kılavuzlar geliştirilmesi hedeflenmiştir.

TJODist Bülteni

TRAVAY VE DOĞUM SIRASINDA MÜDAHALEYİ AZALTMAK İÇİN YÖNTEMLER (Şubat 2017 deki komite görüşünün yerine geçmesi için Şubat 2019 da basılacaktır)



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

ACOG COMMITTEE OPINION

Number 766

(Replaces Committee Opinion No. 687, February 2017)

Committee on Obstetric Practice

The American College of Nurse-Midwives endorses this document. This Committee Opinion was developed by the Committee on Obstetric Practice in collaboration with committee members Allison S. Bryant, MD, MPH and Ann E. Borders, MD, MSc, MPH.

Approaches to Limit Intervention During Labor and Birth

Özetleyen: Dr. Berna Aslan Çetin

Öneriler ve Sonuçlar

ACOG aşağıdaki önerilerde bulunmaktadır:

- Verteks prezante term spontan travaydaki bir kadında travay yönetimi bireyselleştirilmelidir.
- Maternal ve fetal durumun iyi olduğu latent fazdaki hastalarda travay ve doğum için yatış bekletilebilir. Gebelere sık sık destek ve ilaç dışı ağrı yönetimi şekilleri verilebilir.
- Latent fazda ağrı veya yorgunluk nedeniyle yatışı yapılan gebelerde eğitim, destek, oral hidrasyon, rahat pozisyonlar, masaj veya suya girme gibi ilaç dışı ağrı yönetimi teknikleri etkili olabilir.
- Obstetrisyenler ve diğer obstetrik bakım personeli term erken membran rüptürü olan vaginal doğum yapmaya aday hastalara doğum indüksiyonu önermelidir. Doğum indüksiyonunu kabul etmeyen hastalara bekleme yönteminin riskleri anlatılmalıdır. Yeterli bilgilendirilen gebelere maternal veya fetal bir engel yoksa 12-24 saat bekleme yöntemi önerilebilir. Grup B streptokok pozitif kadınlarda travay beklenirken anibiyotik profilaksisi geciktirilmemelidir. Bu durumda; çoğu hasta, obstetrisyen ve obstetrik bakım personeli hemen indüksiyonu tercih edebilir.
- Kanıtlar, sürekli hemşirelik bakımının yanında doula gibi destek personelinin bire bir duygusal desteğinin travaydaki kadınların sonuçlarını iyileştirdiğini göstermiştir.
- Normal ilerleyen ve fetal sıkıntının olmadığı travayda takibi kolaylaştırmayacak ise rutin amniyotomi yapılmamalıdır.
- Aralıklı oskültasyon için obstetrisyenler ve obstetrik bakım personeli düşük riskli kadınlarda el Doppleri kullanmayı göz önünde bulundurmalıdır.
- Farmakolojik ve ilaç dışı ağrı yönetimi tekniklerinden hastaya bireysel olarak en uygunu seçilmelidir.
- Maternal ve fetal takibe engel olmadığı sürece maternal rahatı sağlamak ve ideal fetal pozisyonu bulmak için travay sırasında sık sık pozisyon değiştirme desteklenmelidir.
- Doğru ıkınma öğretilmediği sürece kadınlar açık epiglotis ile ıkınmaktadır. Spontan ve Valsalva ıkınmanın birbirine üstünlüklerini gösteren veriler yetersiz olduğu için kadınlar kendi istekleri ve en etkin yaptıkları tarzda ıkınmaya cesaretlendirilmelidir.
- Yüksek kaliteli çalışmalar nöraksiyel (spinal, epidural) analjezi yapılan nullipar hastalarda ikinci evrenin başında ıkınmayı desteklemektedir. İkinmanın geciktirilmesinin vaginal doğum olasılığını arttırmadığı gösterilmemiştir. Nöraksiyel analjezi uygulanan ve gecikmiş ıkınma uygulanacak nullipar kadınlara gecikmiş ıkınmanın enfeksiyon, kanama ve neonatal asidemi gibi riskleri açıklanmalıdır.
- Doğum merkezleri aynı zamanda aile merkezli yaklaşımları göz önünde bulundurmalıdır.

TJODist Bülteni

Giriş

Bu komite görüşü spontan travaydaki kadınlarda fizyolojik travay ilerleyişini kolaylaştırmak ve girişimleri azaltmak için kanıtları derlemektedir.

Latent Faz: Travayın Yönetimi ve Yatış için Zamanlama

Gözlemsel çalışmalar travayın latent fazında hastaneye yatış yapılmasının aktif fazda daha fazla ilerlemeyen travay ve sezaryen doğum görülmesine, daha fazla oksitosin kullanımına ve intrapartum ateş için daha fazla antibiyotik kullanılmasına neden olduğunu göstermektedir. Latent fazdaki kadınlar dinlenebilecekleri ve travay için yatış yapılmadan önce destek tekniklerinin verilebileceği farklı bir üniteye takip edilebilirler. Latent fazda ağrı veya yorgunluk nedeniyle yatışı yapılan gebelerde eğitim, destek, oral hidrasyon, rahat pozisyonlar, masaj veya suya girme gibi ilaç dışı ağrı yönetimi teknikleri etkili olabilir.

Term Erken Membran Rüptürü

Termde travay başlamadan önce membranlar açılırsa kadınların %77-79 unda ilk 12 saat içinde, %95'inde 24-28 saat içinde travay spontan olarak başlamaktadır. Obstetrisyenler ve diğer obstetrik bakım personeli term erken membran rüptürü olan vaginal doğum yapmaya aday hastalara doğum indüksiyonu önermelidir. Doğum indüksiyonunu kabul etmeyen hastalara bekleme yönteminin riskleri anlatılmalıdır. Yeterli bilgilendirilen gebelerde maternal veya fetal bir engel yoksa 12-24 saat bekleme yöntemi önerilebilir. Grup B streptokok pozitif kadınlarda travay beklenirken antibiyotik profilaksisi geciktirilmemelidir. Bu durumda; çoğu hasta, obstetrisyen ve obstetrik bakım personeli hemen indüksiyonu tercih edebilir.

Travay Sırasında Sürekli Destek

Randomize çalışmalarda sürekli destek için gösterilen faydalar travayın kısalması, analjezi ihtiyacının azalması, azalmış müdahaleli doğum ve travaydaki memnuniyetsizliğin azalmasıdır. Bir arkadaşına veya aile üyesine travay desteği tekniklerinin öğretilmesi de etkili olmaktadır. Kanıtlar, sürekli hemşirelik bakımının yanında doula gibi destek personelinin bire bir duygusal desteğinin travaydaki kadınların sonuçlarını iyileştirdiğini göstermiştir.

Rutin Amniyotomi

Travayda amniyotomi yapılması fetal takibi ve intrauterin basınç takibini kolaylaştırmak için sıklıkla kullanılan bir müdahaledir. Yavaş ilerleyen travayı hızlandırmak için de kullanılmaktadır. Normal ilerleyen ve fetal sıkıntının olmadığı travayda takibi kolaylaştırmayacak ise rutin amniyotomi yapılmamalıdır.

Aralıklı Oskültasyon

Sürekli elektronik fetal monitorizasyon perinatal ölüm ve serebral palsy riskini azaltmak için kullanılmaya başlanmıştır, fakat düşük riskli hastalarda sürekli monitorizasyonun perinatal ölüm ve serebral palsiyi azaltmadığı gösterilmiştir. Aralıklı oskültasyon için obstetrisyenler ve obstetrik bakım personeli düşük riskli kadınlarda el Doppleri kullanmayı göz önünde bulundurmalıdır.

Travay Ağrısıyla Baş Edebilmek için Teknikler

Travay ağrısıyla baş edebilmek için çok sayıda farmakolojik ve ilaç dışı teknik vardır. İlaç dışı tekniklerden hiçbirinin gebeyi, fetüsü veya travayın ilerlemesini olumsuz etkilediği gösterilmemiştir. Travayın birinci evresinde suya girmenin zarara neden olmadan ağrı skorlarını azalttığı gösterilmiştir. İntradermal enjeksiyonlar, rahatlama teknikleri, akupunktur ve masajın ağrıyı azalttığı çoğu çalışmada gösterilmiştir. Diğer teknikler doğum eğitimi, transkutan elektrik sinir uyarısı, aromaterapi ve odyoanaljezidir. Hastane koşullarında isteyen her kadına travayda farmakolojik analjezi verilebilmelidir.

Travayda Hidrasyon ve Oral Alım

Spontan ilerleyen travayda sürekli rutin intravenöz sıvı infüzyonu önerilmemektedir. İntravenöz hidrasyon hareket özgürlüğünü engellemektedir ve gereksizdir. Hidrasyonu sağlamak ve kalori ihtiyacını karşılamak için oral hidrasyon desteklenmektedir. Güncel yaklaşım travayda berrak sıvıların alınmasıdır. Partiküllü sıvılar ve katı gıdalar ise tüketilmemelidir.

TJODist Bülteni

Travayda Maternal Pozisyon

Gözlemsel çalışmalar travay sırasında çok farklı maternal pozisyonların olduğunu göstermektedir. Hangi pozisyonun en iyisi olduğu ile ilgili kanıtlar çok azdır. Bir metaanaliz dik pozisyonda travayın yatar pozisyona göre daha kısa olduğunu göstermiştir. Maternal ve fetal takibe engel olmadığı sürece maternal rahatı sağlamak ve ideal fetal pozisyonu bulmak için travay sırasında sık sık pozisyon değiştirme desteklenmelidir.

Travayın İkinci Evresi: İkınma Tekniği

Obstetrisyen ve obstetrik bakım personeli gebeleri kapalı epiglotis ile ıkınmaya teşvik etmektedir. Fakat ıkınma desteği sağlanmazsa gebeler açık epiglotis ile ıkınmaktadır. Spontan ıkınma ile Valsalva ıkınmayı karşılaştıran sekiz randomize kontrollü çalışmayı içeren Cochrane derlemesinde iki yöntem arasında fark saptanmamıştır. Spontan ve Valsalva ıkınmanın birbirine üstünlüklerini gösteren veriler yetersiz olduğu için kadınlar kendi istekleri ve en etkin yaptıkları tarzda ıkınmaya cesaretlendirilmelidir.

Epidural Analjezi Yapılan Nullipar Kadınlarda Hemen İkınmaya Karşı Geç İkınma

Nullipar kadınlarda 10 cm dilatasyonda epidural analjezi uygulanması fetusun pasif rotasyonuna ve inişine izin vererek annenin ıkınmak için yeterli enerjiyi sağlaması teorisine dayanmaktadır. Buna geciktirilmiş ıkınma denir. Geciktirilmiş ıkınmanın vaginal doğumu arttırdığı gösterilmemiştir, ayrıca geciktirilmiş ıkınmanın riskleri olarak enfeksiyon, kanama ve neonatal asidemi bu yöntemi isteyen nullipar gebelere anlatılmalıdır. Yüksek kaliteli çalışmalar nöraksiyel (spinal, epidural) analjezi yapılan nullipar hastalarda ikinci evrenin başında ıkınmayı desteklemektedir.

Aile Bazlı Sezaryen Doğum

Travayın amacı çoğu düşük riskli gebede vaginal doğum olsa da bazen sezaryen ile doğum ile de sonuçlanabilmektedir. Son yaklaşımlar ailenin sezaryen ameliyatına dahil olmasını arttırmak üzerine kurulmuştur. 2008 de bir çalışma doğal sezaryen tanımını kullanmıştır. Buna göre önerilen; ameliyat odasının ışıklandırmasının az olması, minimal ses, gebenin ellerini bağlamayarak yenidoğana erişimini kolaylaştırmak, gebe ve partnerinin doğumu görebilmesi için örtülerin alçak örtülmesi ya da örtüde görüş için pencerelerin olması, yenidoğanın histerotomide yavaşça çıkışı, geç kord klemleme ve erken ten tene temastır. Doğum merkezleri aynı zamanda aile merkezli yaklaşımları göz önünde bulundurmalıdır.

Sonuç olarak

Obstetri pratiğindeki çoğu uygulamanın düşük riskli gebelerde spontan travayda faydaları kısıtlı veya belirsizdir. Doğum sırasındaki memnuniyet kişisel beklentiler, yardımcı olanların desteği, hasta-yardımcı ilişkisi ve hastanın karar vermeye dahil olmasına bağlıdır. Düşük riskli spontan travaydaki kadınların yönetiminde obstetrisyenler ve diğer obstetrik bakım personeli uygun ise müdahaleli yaklaşımlardan kaçınılmalıdır.

ADOLESANDA DİSMENORE VE ENDOMETRİOZİS

Dysmenorrhea and Endometriosis in the Adolescent

ACOG Practice Committee Opinion- Number 60. Obstet Gynecol. 2018 Dec;132(6):e249-e258.

Özetleyen: Dr. Nadiye Köroğlu Duğan

Özet: Dismenore veya menstrüel ağrı, adolesan kızlardaki ve genç kadınlardaki en sık menstrüel şikayettir. Dismenoresi olan adolesanların çoğunun primer dismenoresi vardır ve primer dismenore pelvik patoloji olmaksızın ağrılı adet görmedir. Hastanın hikayesi primer dismenoreyi düşündürüyorsa ampirik tedavi başlanabilir. Tedavi başlangıcından sonra 3 - 6 ay içerisinde dismenorede klinik olarak bir düzelme olmuyorsa, jinekolog olası sekonder nedenleri ve tedaviye uyumu araştırmalıdır.

Sekonder dismenore pelvik patolojiye veya bilinen medikal bir duruma bağlı olarak oluşan ağrılı menstruasyon olarak tanımlanır. Endometriozis adolesanlarda sekonder dismenorenin başlıca nedenidir. Özellikle kronik pelvik ağrı veya sekonder dismenoreyi öykü, fizik muayene ve pelvik ultrasonografi ile açıklayacak bir etiyoloji bulunmadığında ve hormonal tedavilere ve nonsteroidal antiinflatuar ilaçlara rağmen devam eden klinik olarak anlamlı dismenore varlığında endometriozis düşünülmelidir. Endometriozisin prezentasyonu adolesanlarda yetişkinlerde olduğundan farklıdır. Adolesanlarda endometriotik lezyonlar tipik olarak berrak veya kırmızıdır ve adolesan endometriozisine aşına olmayan jinekologlar tarafından tanınmayabilir. Adolesandaki endometriozis tedavi edilmezse kronik bir hastalık olduğundan ilerleyebilir. Tedavideki amaçlar şikayetlerin hafifletilmesi, hastalığın ilerleyişinin baskılanması ve gelecekteki fertilitenin korunmasıdır. Tedavi bireyselleştirilmelidir ve jinekologlar hastanın tercihlerini, kontrasepsiyon gerekliliğini, hormon kullanımı kontraendikasyonlarını ve olası yan etkileri gözönünde bulundurmalı ve adolesanı ve ailesine tedavi seçenekleri ile ilgili danışmanlık vermelidir.

Öneriler ve Sonuçlar

Amerikan Obstetrisyen ve Jinekologlar Birliği aşağıdaki öneri ve sonuçları desteklemektedir:

- Dismenoresi olan adolesanların çoğunun primer dismenoresi vardır ve primer dismenore pelvik patoloji olmaksızın ağrılı adet görmedir. Primer dismenore özellikle adolesanlarda ovulatuar sikluslar başlayınca ortaya çıkar, genellikle menarştan sonraki 6-12 ay içinde.
- Sekonder dismenore pelvik patolojiye veya bilinen bir hastalığa bağlı olarak oluşan ağrılı adet görme olarak tanımlanır.
- Sekonder dismenorenin en sık nedeni endometriozisdir.
- Dismenoresi olan adolesanların çoğunun primer dismenoresi vardır ve nonsteroidal antiinflatuar ilaçlarla (NSAİD) veya hormonal supresyon veya herikisi ile ampirik tedaviye iyi yanıt verirler. Ancak, bazı hastalar başlangıçta sekonder dismenoreyi düşündüren belirtilerle prezente olmakta veya primer dismenore için yapılan ampirik tedaviler başarısız olmakta ve daha fazla değerlendirmeye gerek olmaktadır.
- Sekonder dismenorede değerlendirme sırasında, pelvik muayenedeki bulgulardan bağımsız pelvik ultrasonografik görüntüleme de düşünülmelidir.
- Hymenal, vajinal veya Mülleryan gibi üreme sistemindeki herhangi bir obstrüktif anomali sekonder dismenoreye neden olabilir.
- Adolesanlardaki gerçek endometriozis prevalansı bilinmese de, kronik pelvik ağrı veya dismenore ile başvuran hormonal tedavi ve NSAİD lere yanıtız olan adolesan kızların üçte ikisine tanısız laparoskopide endometriozis tanısı konulmaktadır.
- Endometriozisin prezentasyonu adolesanlarda yetişkinlerde olduğundan farklıdır. Adolesanlarda endometriotik lezyonlar tipik olarak berrak veya kırmızıdır ve adolesan endometriozisine aşına olmayan jinekologlar tarafından tanınmayabilir.
- Dismenore veya kronik ağrı veya her ikisi için tanısız laparoskopisi yapılan bir hastada laparoskopisi

TJODist Bülteni

sırasında yerleştirmeye bağlı ağrıyı azaltmak için levonorgestrel-salınımlı rahim açi araç yerleştirilmesi düşünülmelidir.

- Adolesanlarda endometriozis için önerilen tedavi tanı ve tedavi için konservatif cerrahi tedavidir ve endometrial proliferasyonu önlemek için supresif medikal tedavi ile kombine edilmelidir.
- Konservatif cerrahi tedavi ve supresif hormonal tedaviye rağmen ağrısı devam eden endometriozisli hastalar sıklıkla en az 6 aylık yerine koyma tedavisi ile beraber gonadotropin-serbestleştirici hormon (GnRH) agonist tedavisinden fayda görmektedir.
- Endometriozisli adolesanlarda ağrının azaltılmasında ana ilaç nonsteroidal antiinflamatuvar ilaçlardır.
- Adolesanlara özelleşmiş bir ağrı tedavi grubunun dışında uzun dönem narkotikler reçete edilmemelidir.

Dismenore prevalansı %50 ile 90 arasında değişkenlik göstermektedir. Dismenore patofizyolojisi inflamasyon mediyatörleri prostaglandin ve lökotrien ile ilişkilidir.

Sekonder Dismenore Nedenleri

- Endometriozis
- Konjenital obstrüktif mülleryan malformasyonlar
- Servikal stenoz
- Ovaryen kistler
- Uterin polipler
- Uterin myom
- Adenomyozis
- Pelvik inflamatuvar hastalık
- Pelvik adezyonlar

NSAİD dozları jinekologlar tarafından birey bazlı önerilmelidir. İlaçlar menşesin başlangıcından 1-2 gün önce başlanınca ve kanamanın ilk 2-3 gününde devam edildiği sürece en etkilidir. Bir ajanla ağrı azalması sağlanamazsa başka bir ilaca geçilmelidir. Opioidler 7 günlük kısa bir sürede dahi bağımlılık yapacağından ve birden kesilmeleri durumunda geri-çekilme belirtileri olacağından adolesanlarda kullanılmamalıdır.

| İlaç | Doz |
|---------------------|--|
| İbuprofen | Başlangıçta 800 mg, her 8 saatte 400-800 mg |
| Naproksen sodyum | Başlangıçta 440-550 mg, her 12 saatte bir 220-550 mg |
| Mefenamik asit | Başlangıçta 500 mg, her 6 saatte bir 250 mg |
| Celecoxib (>18 yaş) | Başlangıçta 400 mg, her 12 saatte bir 200 mg |

ENDOMETRİOZİSLİ KADINLARIN MEDİKAL TEDAVİDEN TATMİN OLMA DÜZEYİ

Ilona Lukas , Alexandra Kohl-Schwartz , Kirsten Geraedts , Martina Rauchfuss , Monika M. Wöfler , Felix Häberlin , Stephanie von Orelli , Markus Eberhard , Bruno Imthurn , Patrick Imesch , Brigitte Leeners

Tercüme: **Dr. Hüseyin Güray Biçer**

Link: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30496315>

Özet

Bilindiği gibi endometriozis, birçok yolla kadınların hayatlarına etki etmektedir. Bu çalışmada medikal tedavi alan endometriozisli kadınların tatmin düzeylerinin belirleyicileri araştırıldı. Çalışma kapsamında endometriozis nedeniyle medikal tedavi alan ve almayan kadınlar; standardize edilmiş bir anket ile karşılaştırıldı. Araştırmaya alınan 498 kadından %54.6'sı (n=272) medikal tedaviden memnun olduğunu belirtmişken %45.4'ü (n=226) ise memnun olmadığını belirtmiştir. Hastalığın tanısından itibaren hastaya doktor tarafından verilen endometriozis ile ilgili yeterli düzeyde bilgi ve eğitimin, hastalıktan kaynaklanan ruhsal sıkıntıların ciddiye alınma düzeyinin ve doktorun hastanın ağrılarını idare etmede onlara destek olmasının; kadınların memnuniyetleriyle doğrudan ilişkili olduğu bulundu. Özellikle uygun bir şekilde verilen bilginin medikal tedaviden memnuniyetle oldukça ilgili olduğu bulundu.

Giriş

Endometriozis; üreme çağındaki kadınların %5-10'una etki eden östrojen bağımlı, kronik enflamatuvar bir süreçtir. Endometriozisin semptomları arasında dismenore, disparoni, pelvik ağrı, ağrılı dışkılama, dizüri, kas ve kemik ağrıları, halsizlik ve infertilite sayılabilir. Bu nedenlere bağlı olarak endometriozis kadınların hayat kalitesini düşürerek psikolojik gerginlik oluşturabilir. Tüm bunlara rağmen hastaların bu belirtileri doktorlar ve hatta hastaların kendileri tarafından bile göz ardı edilebilir.

Endometriozisle ilgili şimdiye dek birçok tedavi yöntemi uygulanmış ancak bunlardan yalnızca kısıtlı derecede olumlu sonuçlar alınabilmektedir. Cerrahi tedavinin disparoni, pelvik ağrı ve infertiliteye olumlu etki ederek kısa süreli de olsa hayat kalitesinin arttırdığı görülmüştür. Buna rağmen %10-55 kadar hastada cerrahi sonrası da endometriozisin tekrar ettiği bilinir. Hormonal terapi gibi medikal seçenekler çoğunlukla semptomları tatmin edici düzeye indirmese de kadınlar uzunca bir süre bu ilaçları kullanarak kronik semptomlarla baş etmeye çalışmaktalar. Medikal tedavi ile hastanın desteklenmesi sonucu psikolojik gerginliğin azalarak hastanın hayat kalitesinin yükseldiği ve hastanın şikayetlerinin azaldığı biliniyor, böylece şikayetlerin altındaki sebep arayışlarının azalmasıyla potansiyel masraflar azaltılması hedefleniyor. Buna rağmen medikal tedavinin endometriozise etkisine dair geniş katılımlı ve sistemik bir araştırmanın eksikliği mevcut.

Tüm bu nedenlerle bu çalışmada medikal tedavi alan endometriozisli kadınların tedaviden tatmin olup olmadığı ile ilgili genel bir izlenim edinilmeye çalışıldı. Endometriozis nedeniyle bir hastaneden veya klinikten düzenli bir şekilde takipli olan ve olmayan hastalar karşılaştırıldı; medikal tedavinin başarısının belirleyicileri araştırıldı. Doktorlar tarafından hastaya sağlanan bilgi ve hastanın şikayetlerine karşı doktorun tutumunun endometriozis ile ilgili mevcut geçerli destek tedavilerinin hastanın ihtiyacına göre iyileştirilmesi için nasıl değiştirilebileceği araştırıldı. Sonrasında endometriozisli hastaların bireysel ihtiyaçları incelendi. Son olarak bu hastaların uygun medikal tedavi için önerileri analiz edildi.

Yöntem

Bu araştırma endometriozis tanılı kadınların hayat kalitesi üzerine odaklanan çok merkezli retrospektif bir kohort çalışması olarak tasarlandı. Anket, İsviçre, Avusturya ve Almanya'daki çeşitli hastanelere başvuran endometriozis tanılı kadınlara uygulandı. Bu çalışmaya yalnızca histolojik ve/veya cerrahi olarak endometriozis tanısı almış kadınlar dahil edildi.

Ankette ilk olarak kadınlara endometriozisle ilgili medikal tedaviden memnun olup olmadıkları soruldu. Araştırmanın ilerleyen kısımlarında hastaların kronik pelvik ağrı ve infertiliteyle ilgili şikayetleri tanının ilk kez

TJODist Bülteni

konduğu zamanla karşılaştırıldı. Ayrıca endometriozis tanılı kadınların anksiyete ve depresif bozukluklara yatkın olmaları nedeniyle hastaların duyu-durum bozukluklarına dair semptomlarını incelemek için ruh sağlığı açısından da sorgulama yapıldı. Ardından Likert ölçeği ile kadınların endometriozis ile ilgili bilgileri ve eğitimleri değerlendirildi. Son olarak hastalardan endometriozisle ilgili destek ve eğitimin gelişimine dair önerileri yazmaları istendi. Medikal tedaviden kaynaklı memnuniyetsizliği değerlendirmek için bir herhangi bir hastaneden veya klinikten takipli olan ve olmayan hastalar karşılaştırıldı. Yeterli bilgi verilmesinden memnun olan ve olmayan kadınların sosyodemografik özellikleri not edilerek ortalama değerler bulundu, bu değerler karşılaştırıldı.

Sonuçlar

Ankete katılan hastaların %67'si "endometriozis nedeniyle düzenli olarak bir klinikten takipli değil" şeklinde not edildi. Tüm katılanların %54.6'sı (n=272) medikal tedaviden memnun iken %45.4'ü (n=226) ise memnun olmadığını belirtti. Düzenli olarak takipli olmayan hastaların yalnızca %27.7'si (n=18) medikal tedaviden memnun idi. İlk tanı konulduğunda uygun bir şekilde bilgilendirildiğini belirten hastaların büyük çoğunluğu bilgilendirilmeyen hastalara göre medikal tedaviden daha fazla memnun idi. Medikal tedaviden memnun olanların %85.2'si (n = 231) ve memnun olmayanların %21.4'ü (n = 48) uygun bir şekilde bilgilendirildiklerini belirttiler. Düzenli bir şekilde takipli olmayan hastalardan tanı anında bilgilendirilenlerin %38.9'i memnunken; %12.8'i memnun kalmadı. Düzenli takipli olmayan hastaların büyük çoğunluğu ilk tanı anında yeterli düzeyde bilgilendirilmediklerini belirtti. Medikal tedaviden memnun olan kadınların %84.2'si (n = 224) uygun bir şekilde bilgilendirildiklerini söylerken memnun olmayan kadınların %23.7'si (n = 42) bilgilendirmenin yetersiz olduğunu belirtti.

Kadınların %80'inin kliniklere başvuru sebebinin ağrı yönetimi, infertilite ve ruh sağlığı desteği olduğu görüldü. Bu üç sebebe bağlı olarak başvuran hastalarda medikal tedaviden yüksek oranda memnuniyet olduğu görüldü. Toplamda en düşük memnuniyet ortalaması düzenli takipli olmayan hastalardayken en yüksek ortalama düzenli olarak takipli hastalardaydı.

Çalışmaya göre memnun olan hastaların endometriozisle ilgili bilgiyi başvurdukları doktordan almışken memnuniyetsiz olanların ise ilk olarak internetten bilgi edinmeye çalıştıkları tespit edildi.

Anket sonucunda hastalara yapılan uygun bilgilendirmenin tedavi sonunda memnuniyeti yaklaşık 8 kat arttırdığı sonucuna varıldı.

Tartışma

Bu çalışmada kendilerine uygulanan tedaviden memnun olan kadınlar ve memnun olmayan kadınlar arasında yaşa bağlı bir farklılık görülmedi. Daha önce yapılmış olan iki farklı çalışmada yaşlı hastalarda, özellikle de 65 yaş üzeri, memnuniyet oranı daha yüksek bulunmuştu. Ancak bu çalışmadaki ortalama yaşın 45 olması önceki çalışmalara göre farklı veriler elde edilmesini açıklayabilir. Herhangi bir klinikten düzenli bir şekilde takipli olmayan hastaların takipli hastalara göre daha fazla memnuniyetsiz olduğu görüldü. Medikal tedavi uygulanan hastalara cerrahi uygulanınca daha pozitif sonuçlar elde edildiği sonucuna varıldı. Bu sonuç, herhangi bir klinikten takipli olan hastalara daha az cerrahi girişim gerektiği bulgusuyla da örtüşen bir veri. Göstergelerden anlaşılmaktadır ki infertilite ve pelvik ağrı hakkında hastalara ilk tanı anında doktor tarafından verilen bilgi ve eğitime bağlı olarak hastaların medikal tedavi sonrası memnuniyet derecesi artmakta. Bunun sonucu olarak da bu hastalarda daha az anksiyete ve depresyon görülmekte. Anket sonuçlarına göre doktorlar tarafından verilen yetersiz bilgiye bağlı olarak hastalığın ilerleyişi sırasında memnuniyetsizlik oranı artıyor.

Sonuç

Bu çalışmanın sonucunda halen dikkate alınması gereken oranda kadının medikal tedaviye rağmen kendini iyi hissetmediği sonucuna varılabilir. Birçok kadın, hastalık ve bu hastalığın tedavi seçenekleri hakkında yeterli bilgi verilmemesi konusunda şikayetçi. Anket sonucunda hastaya uygun bir şekilde verilen bilginin doğrudan hastanın memnuniyetiyle ilgili olduğu ortaya çıktı. Dahası, birçok kadın hastalığa bağlı psikolojik semptomlar olduğunu ifade etse de bunların tıbbi tedavi ile azaldığı anlaşıldı.

FEKAL İNKONTİNANS; GENEL JİNEKOLOGLAR İÇİN KLİNİK TEMELLİ TEDAVİSİNİN DERLEMESİ

JOURNAL OF OBSTETRICS AND GYNAECOLOGY, 2017
https://doi.org/10.1080/01443615.2017.1344204



REVIEW ARTICLE



Faecal incontinence: a narrative review of clinic-based management for the general gynaecologist

Kathryn S. Williams, Dara F. Shalom and Harvey A. Winkler

Department of Obstetrics and Gynecology, Division of Female Pelvic Medicine and Reconstructive Surgery, Northwell Health at Hofstra North Shore-LIJ School of Medicine, Great Neck, NY, USA

Özetleyen Dr. Cenk Yasa

Giriş

Fekal inkontinans feçesin istemsiz olarak kaybı olup, kadınların hayat kalitesini ciddi olarak etkileyebilecek bir problemdir. Genellikle hastalarda toplum içerisinde kaçak korkusu nedeniyle sabit bir anksiyete ve apprehension nedenli sosyal ilişkilerde bozulmalar en son olarak da izolasyona yol açmaktadır. Sıklıkla hastalar şikayetlerini söylemekten çok utandıkları için genellikle medikal tedavi aramaktan uzak durmaktadırlar. Bu nedenle de toplum da fekal inkontinans sıklığını belirlemek çok zor olmaktadır. Rutin jinekolojik muayeneleri için gelen 18-65 yaş arası kadınlarda anal inkontinans sıklığı % 24.8'lere kadar varabilmektedir. Bu kadınların %12.9'u sıvı dışkıyı kaçırmaktan yakınırken, %13.1'i katı dışkıyı kaçırmaktan yakınmaktadır. Diğer kadınlar ise gaz ve müköz karakterde kaçak tarif etmektedirler.

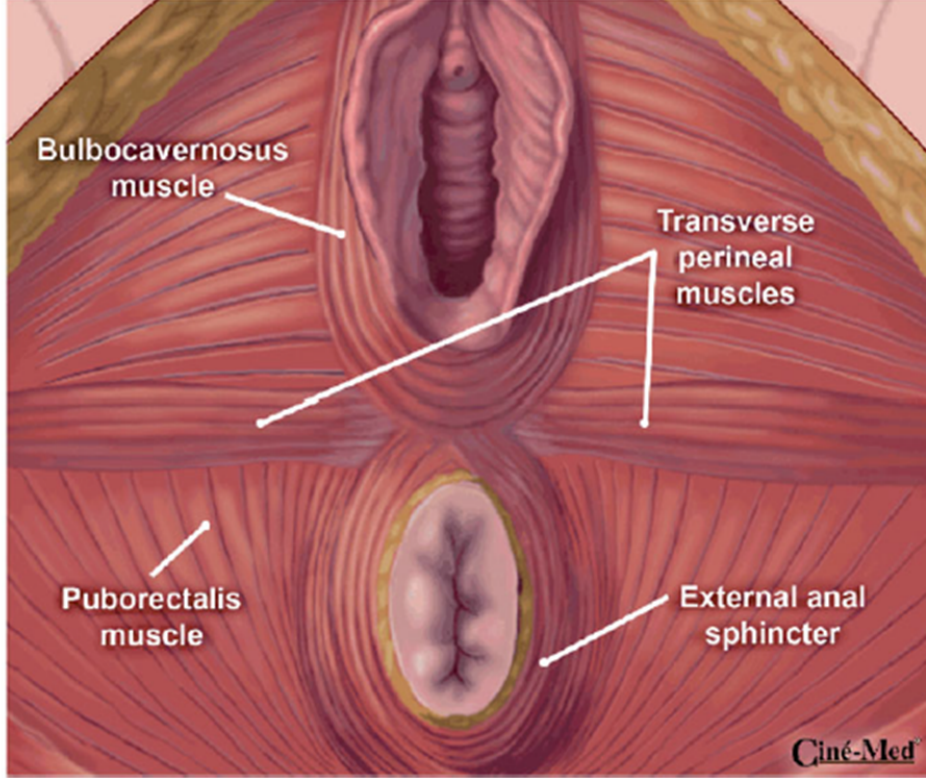
Literatürde anal sfinkteroplasti sonrası uzun dönem hasta memnuniyeti düşük olduğundan klinik temelli fekal inkontinans yönetiminin rolü ciddi olarak artmaktadır. Her ne kadar anal sfinkteroplasti sonrası kısa dönemli fekal inkontinans iyileşme görülmeğe de hastaların yaklaşık %50'sinde 40-60 ay süresinde başarısızlık ortaya çıkmaktadır. Bu makalenin amacı obstetrik travmalardan farklı olarak fekal inkontinansın tarama, değerlendirme ve yönetimi için kadın doğum uzmanlarının kullanımına yönelik temel pratik kılavuz oluşturmaktır.

Patofizyoloji

Anal kontinans, anorektal duyu, refleksler, gaita geçişi, sfinkter fonksiyonu, bilinç durumu, gaita volümü ve içeriği gibi çoklu değişkenlere ile ilişkilidir. Normal defekasyon kompleks olaylar dizisinin sonucu gerçekleşen entegre bir işleştir. Fekal kontinansın en önemli yanını kas ve sinir bütünlüğü oluşturmaktadır. Anal kontinansı sürdüren anal sfinkter kompleksini eksternal anal sfinkter (EAS), internal anal sfinkter (İAS) ve puborektalis kası oluşturmaktadır (**Şekil1**).

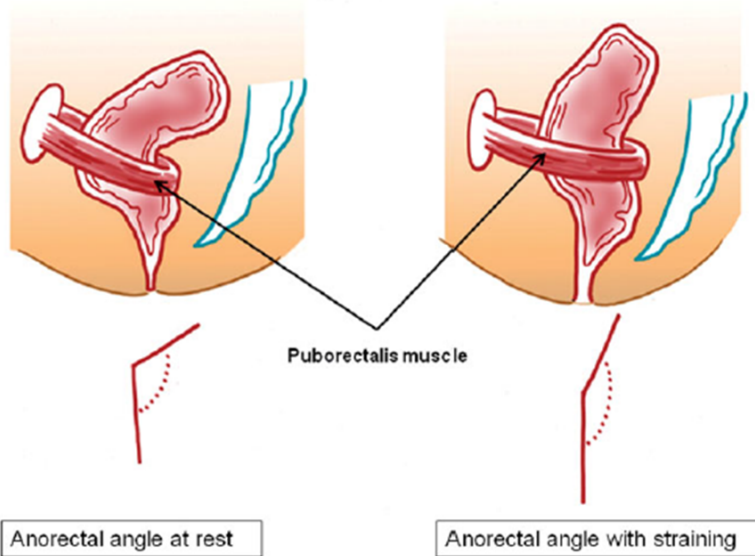
Eksternal anal sfinkter 4 cm uzunluğunda olup, iki katman çizgili kastan (yüzeysel ve derin) oluşmaktadır. İnternal pudendal sinirin (S2-S4) inferior rektal dalından innerve olurken özellikle kontinans istemli kasılmadan sorumludur. Her ne kadar istemli olarak kasılmadan sorumlu olsa da dinlenme anında da kasılı olarak kalmakta ve bilinçsiz gaita kontrolünün %30'unu oluşturmaktadır.

İnternal anal sfinkter yavaş kasılan istemsiz düz kaslardan oluşmaktadır. Hipogastrik ve pelvik pleksustan sempatik inervasyon almaktadır. Parasempatik inervasyon pelvik pleksustan (S1-S3) kaynak almaktadır. İstirahat halinde İAS kasılı halde dururken anal bariyerin ve bilinçsiz gaita kontrolünün %70'ini sürdürür.



Şekil 1. Perineal cismi oluşturan kas yapıları.

Puborektal kas levator ani kasının bir parçası olup pudental sinirin (S2-S4) inferior rektal dalından inerve olmaktadır. Rektumda distansiyon olduğunda buradaki gerilmeye duyarlı mekano-reseptörlerden bilgi alırlar. Rektumun boynunda U-şeklindeki kas yapısı ile sling benzeri bir yapı oluşturarak bu bölgeyi sarar. Kasılı olduğunda puborektalis kası gaita geçişi için anatomik bir bariyer oluşturarak defekasyon hareketini inhibe eder veya sonlandırır. İstirahat halinde kasılı puborektal kas anorektal açığı yaklaşık 80-110 derecede tutmaktadır (Şekil 2).



Şekil 2 İkinma ve dinlenme anındaki anorektal açılanma

TJODist Bülteni

2010 IUGA/ICS Pelvik taban bozuklukları ortak terminoloji raporunda fekal inkontinans istemsiz dışkı kaçırmaları olarak tarif edilmiştir. Tipleri arasında katı, sıvı, pasif ve koital inkontinans yer almaktadır. Katı inkontinans iyi forme bir dışkının kaçırılması olarak tarif edilirken, sıvı inkontinans gevşek dışkı kaybıdır. Pasif inkontinans ise his veya uyarı olmadan olan dışkı kaybı ya da temizlenmede zorluk olarak tarif edilmektedir. Koital inkontinans ise vaginal ilişki sırasında dışkı kaçağıdır. İstemsiz feçes veya flatus kaybını tarifleyen anal inkontinans ise daha geniş bir terimdir.

Normal defekasyon anorektal kompleksteki tüm kas bileşenlerinin içinde bulunduğu bir dizi olayı içermektedir. Öğün sonrası kolonik aktivite ile barsak içeriği ilerleyerek rektumda distansiyona yol açar. Bu sırada internal anal sfinkter geçici olarak gevşeyerek rektal içeriğin üst anal kanala inmesini sağlar. Bu olaya rekto-anal inhibitör refleksi adı verilmektedir. Bu sayede dışkı örneklemesi gibi rektum içeriğinin gaz mı, katı mı, sıvı mı olduğunu anlamaya ve farkındalığa neden olunur. Eğer defekasyonun ertelenmesi istenirse puborektalis kasın istemli olarak kasılarak anorektal açığı 80-110 derecede sürdürülür.

Defekasyon sosyal olarak uygun ise puborektalis kası istemli olarak gevşeyerek anorektal açının 170 dereceye kadar düzleşmesine olanak sağlar. Anorektal açının düzleşmesine kalçanın ve dizlerin hiperflexiyonda olduğu uygun defekasyon pozisyonunda oturarak ya da çömelerek yardımcı olunabilir. İntraabdominal basınç valsalva ile artırıldığında, pelvik tabanın gevşediği, anorektal açının düzleştiği, perinenin alçaldığı, internal&eksternal anal sfinkterin gevşediği ve dışkının atıldığı olaylar dizisi ile sonuçlanır.

Bu karmaşık mekanizmanın komponentleri bozulduğunda ortaya multifaktöryel bir bozukluk olan fekal inkontinans çıkmaktadır. Fekal inkontinans alt tiplerinin semptomlarından kas hasarları sorumlu olabilmektedir. Puborektalis kasının hasarlanmasında katı dışkıda kaçak olurken, istemsiz sıvı dışkı kaçağı genellikle eksternal anal sfinkter hasarlarında görülmektedir. Pasif inkontinans ise genellikle internal anal sfinkter hasarı mevcuttur. Dışkı içeriği, özellikle sıvı içerikli fekal inkontinansın sıklığını ve şiddetini etkileyebilmektedir. Diyet, anorektal duyu ve hastanın bilinci de inkontinans üzerinde etkili olabilmektedir.

Risk faktörleri

Genel popülasyonda en sık fekal inkontinansa yol açan risk faktörleri diare ve ilerlemiş yaşıdır. Ancak reproduktif çağıdaki kadında ise en önemli risk faktörü obstetrik travmadır. Obstetrik travmanın içerisinde forseps yardımı ile doğum, vakum yardımı ile doğum, doğumun ikinci evresinin uzaması ve obstetrik anal sfinkter yaralanmasıdır.

Genç kadınlarda inflamatuvar barsak hastalıkları, konstipasyon ve diare gibi fonksiyonel bozukluklar genellikle fekal inkontinansa eşlik etmektedir.

Hasta öyküsü

Hastanın fekal inkontinansı olup olmadığını belirleyecek en önemli faktör hastaya hiç barsak kontrolünü kaybetti mi sorusunu yönelmektir. Fekal veya anal inkontinansın direkt sorgulanması ile hastanın bu durumu ifadesi %2'den 12'ye çıkmaktadır. Bu sorgulamayı yaparken hastanın tercih ettiği terminolojiyi kullanmaya özen gösterilmelidir. Genellikle barsaktan kaçırma, barsak kontrol problemleri ve kazara olan dışkı kaçırmaları gibi ifadeler kullanılmaktadır.

Fekal inkontinans değerlendirmesinde en temel noktalardan biri de barsak alışkanlıklarının sorgulanmasıdır. Spesifik olarak barsak hareketlerinin sıklığının, fekal inkontinans epizodlarının sayısı, fekal urgensi olup olmadığı, kaçırılan dışkının miktarı ve kaçak olduğunda farkına varılıp varılmadığı sorgulanmalıdır. Geçerliliği olan sorgulama formları sayesinde bu utanç verici semptomlar daha iyi ayırt edilebilmektedir. Bu sayede hem semptomların sıklığı hem de hayat kalitesine olan etkileri ortaya çıkarılabilmektedir. Özellikle Wexner Fekal inkontinans skorlaması, Fekal İnkontinans Şiddet İndeksi (FISI), Fekal İnkontinans Hayat Kalitesi Sorgulaması (FIQOL) bu amaçla kullanılan ve hasta değerlendirmesine entegre olmuş sorgulamalardandır.

TJODist Bülteni

Detaylı bir tıbbi, cerrahi, obstetrik öykü alınırken diyet alışkanlıkları da mutlaka sorgulanmalıdır. Uzak gebelikle ilgili her ne kadar annenin verdiği anamnez değişken olabilse de yine de sorgulama yapılmalıdır. Doğum ağırlığı da yine mutlaka sorgulanmalıdır. Komplikasyonsuz vaginal doğum sonrasında bile elektrofizyolojik testler ile EAS ve İAS inervasyonundan sorumlu olan pudental sinirde gerilimin tetiklediği gecikme olduğu gösterilmiştir. Bu nedenle vaginal doğumun ve yüksek paritenin riski arttırdığı bilinmektedir.

Operatif doğum öyküsü varlığı, epizyotomi ve obstetrik anal sfinkter hasarı yine hasta sorgulanmasında önemli noktalardan biridir. Forseps yardımı ile veya vakum yardımı ile vaginal doğum ile oksiput posterior duruş anal sfinkter hasarı riskini 3-4 kat arttırmaktadır. Her ne kadar rutin epizyotomi kullanımından uzaklaşılsa da doğum sırasında epizyotomi açılıp açılmadığı anal sfinkter hasarı açısından sorgulanmalıdır.

Fekal inkontinanslı bir hasta başvurduğunda mutlaka inflamatuvar barsak hastalıkları ve kolon kanserine ait gastrointestinal semptomlar sorgulanmalıdır. Hematokezi ve dışkı çapındaki değişikliklere karşı uyanık olunmalıdır. Bu hastalar mutlaka gastroenterologlara ya da kolorektal cerrahi uzmanlarına gösterilmelidir.

Muayene

Endoanal ultrasonografi anal sfinkter hasarlarını belirleme de standart teşhis yöntemidir. Daha önce vaginal doğum veya anorektal cerrahi geçirme öyküsü olup fekal inkontinans ile başvuran hastalarda yapılması gereken basit bir yöntemdir. Bu sayede hem internal hem de eksternal anal sfinkter hasarları yüksek duyarlılıkla gösterilebilmektedir.

Pudental terminal sinir motor gecikme testi tarihsel önemi olan artık kullanılması önerilmeyen elektrofizyolojik testlerdendir. Anorektal manometre sayesinde ise primer anatomik bileşenlerin kas tonu ve inervasyonu değerlendirilebilmektedir. İstirahat anal sfinkter tonusu sayesinde İAS, anal sfinkter ıkınma basıncı sayesinde ise EAS ve parasempatik inervasyon değerlendirilebilmektedir. Manometre sayesinde RAI, rektal duyu ve rektal kompliyans değerlendirilebilir. Rektal kompliyans sayesinde volüm değişiklikleri değerlendirilebilirken, rektal uyum konusunda da bilgi sağlanabilir.

Klinik temelli tedavi

Bu tedavide ilk etapta hastalara dışkılama günlüğü (**Şekil 3**) doldurtularak sıklık, zamanlama ve dışkı içeriği hakkında bilgi alınabilir. Hafif ve orta derecedeki fekal inkontinans yaşam tarzı değişiklikleri kullanılabilir. Programlı veya zamanlı dışkılama ile fekal inkontinans sıklığı azaltılabilir. Öksürme veya hapşırma sırasında pelvik taban kaslarının kasılması ile hem kaçaklar azalırken hem de tuvalete gidiş için fırsat bulunabilmektedir. Dışkı kaçakları için tasarlanan pedler sayesinde ise ek koruma sağlanabilmektedir.

Diyet, bağırsak fonksiyonunu ve dışkı içeriğini etkilediğinden diyet değişiklikleri konusunda hastalar eğitilerek fekal inkontinans epizodlarının sayısı azaltılabilir. Çeşitli sebze ve meyveler, patlamış mısır, yer fıstığı, süt ürünleri, baharatlı, yağlı, kızarmış yiyecekler fekal inkontinans semptomlarını kötüleştirir. Sıvı içerikli dışkı kaçıran hastalarda sınırlı lifli besinlerin diyet eklenmesi ile fayda sağlanabilmektedir. Lifler hacim artırıcı ajanlar gibi etki ederek, rektal duyuyu artırır ve acilen tuvalete gitme isteğini azaltırlar. **Tablo 1**'de bu nedenle kullanılacak reçetesiz satılan preparatların isimleri verilmiştir. Ancak bu ajanlar ile karın şişliği, geğimre, flatus ve dolgunluk hissi gibi yan etkiler görülebilir. Eğer bunlar can sıkıcı olursa ilk basamak ajan olarak metilseluloz kullanılmaktadır. Bu ajan fermentasyona dirençli olduğundan daha az yan etkiye neden olmaktadır. Her gün kullanılan 1-2 yemek kaşığı destek lifi dışkı içeriğini iyileştirir ve özellikle düşük hacimli kaçakları olan hastalarda fayda gösterir.

| Stool Diary | | | | | | | | | |
|--|-----------------------------|--------------|---------------------------|---|--|-------------|-------------|-------------|--|
| PLEASE RECORD YOUR STOOL HABIT FOR 1 WEEK: | | | | | | | | Name: _____ | |
| Date | Time of Bowel Movement (BM) | Incontinence | Stool Seepage or Staining | Stool Consistency (Type 1-7, see below) | Urgency unable to postpone BM for more than 15 minutes | Use of Pads | Medications | Comments | |
| | | Yes/No | Yes/No | | Yes/No | Yes/No | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |

Use the following descriptors for describing stool consistency:
Type 1: Separate hard lumps, like nuts.
Type 2: Sausage-shaped but lumpy.
Type 3: Like a sausage or snake but with cracks on its surface.
Type 4: Like a sausage or snake, smooth and soft.
Type 5: Soft blobs with clear-cut edges.
Type 6: Fluffy pieces with ragged edges, a mushy stool.
Type 7: Watery, no solid pieces.

Şekil 3. Dışkı günlüğü

| Supplemental fibre/bulking agents | | | | |
|-----------------------------------|-----------------------|--------------------|---------------------------|---------|
| Trade name | Active ingredient | Formulation | Fibre (grams)/dose | Bulking |
| Citrucel | Methylcellulose | Powder Caplets | 2/1-2 tsp 0.5/1 caplet | Yes |
| Metamucil | Psyllium husk | Powder Capsules | 3.4/tsp 0.525/capsule | Yes |
| Fibercon | Calcium polycarbophil | Caplet | 1-2/tsp | Yes |
| Fiberchoice | Inulin | Capsule | 2/tablet | Yes |
| Benefiber | Wheat dextrin | Powder | 3/tsp | No |
| Fibersure | Inulin | Powder | 5/tsp | No |

Tablo 1. Fekal inkontinansın medikal tedavisinde kullanılan lifli ajanlar.

Ayrıca liflere ek olarak yine hafif orta şiddette olan fekal inkontinans antimitilite ilaçlarla da tedavi edilebilmektedir. Şu anda piyasada atropin/difenoksilate (Lomotil) ve loperamid (Lopermid) bulunmaktadır. Loperamid Cochrane derlemesinde 3 plasebo kontrollü çalışmasında plaseboya göre daha üstün bulunurken, atropin/difenoksilate'den daha az yan etkiye sahip olduğu saptanmıştır. Düşük doz loperamid ile (2-4 mg) konstipasyon, karın ağrısı, baş ağrısı ve kusma gib yan etkiler azaltılabilir.

TJODist Bülteni

Rutin bir şekilde ve doğru olarak yapılırsa pelvik taban kas egzersizleri pelvik tabanı güçlendirerek kontinansı iyileştirir. Daha iyi bir sonuç için pelvik taban kas egzersizi biyofeedback ile kombine edilebilir. Biyofeedback tedavisi bozulmuş rektal duyu ve zayıf anal sfinkterlede de etkin olduğu gösterilmiştir. Bir saatlik, haftada 1-2 defa yapılan toplam 6 haftalık tedavi önerilmektedir.

Posterior tibial sinir stimülasyonu diğer konservatif tedavilerin başarısız olduğu hastalarda yararlı olduğu düşünülen bir klinik temelli tedavi yöntemidir. Bu zamana kadar yapılan çalışmaların sonuçları çelişkili olduğundan kullanımı konusunda bir öneri bulunmamaktadır.

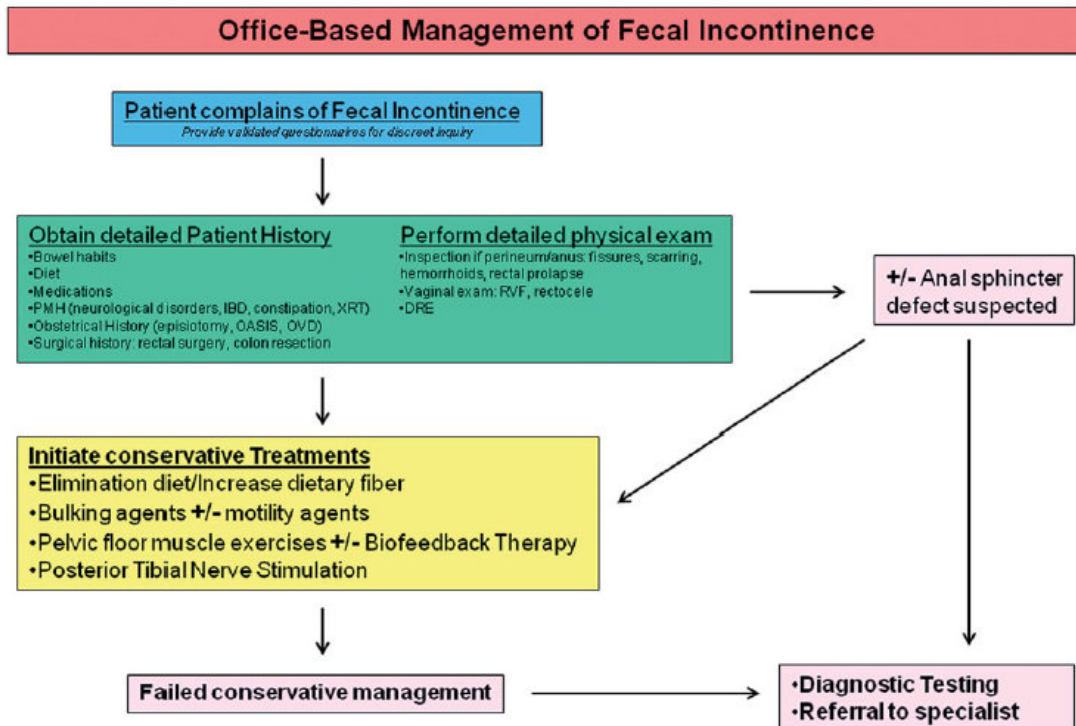
Amerikan FDA tarafından fekal inkontinans için onaylanmış yeni bir intravaginal kullanılan sistem kullanıma girmiştir. Bu sistemde silikon alet peser gibi vaginaya yerleştirilir, hasta tarafından kontrol edilip şişirilebilen balonu sayesinde posterior vaginal duvara yaptığı baskı ile rektovaginal septumu arkaya doğru düşürür. Böylece balon şişirilerek dışkı geçişi engellenirken, balon indirilerek normal dışkılamaya imkan sağlanır.

Cerrahi tedavi

Yukarıda bahsedilen tedavi yöntemleri başarısız olduğunda bir ürojinekoloğa veya kolorektal cerraha hasta refere edilmelidir. Fekal inkontinansda kullanılan minimal invazif ve invazif cerrahi tedavi yöntemleri bulunmaktadır.

Sonuç

Genel jinekologlar için fekal ve anal inkontinans sorgulaması mutlaka yapılmalıdır. Fekal inkontinans sorgulamaları başlangıç vizitinde yapılmalı sonraki vizitlerde de gözden geçirilmelidir.



TJOD İSTANBUL PAZAR TOPLANTISI 18 KASIM 2018

FETAL İYİLİK HALİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ VE DOĞUM ZAMANLAMASI BİLİMSEL PROGRAMI NOTLARI

Özetleyen Dr. Hakan Erenel

Fetal iyilik halinin patofizyolojisi/değerlendirme yöntemleri...Dr. Deniz Acar

- Fetal iyilik hali testlerinde amaç, ölüm riski ve nörolojik komplikasyon geliştirme riski yüksek olan fetusu belirlemek ve mümkünse olumsuz sonuçları önlemek...ana etki mekanizması hipoksiyi saptamak
- Ablasyo plasenta ve umbilikal kord kazaları gibi akut olaylar öngörülemezdir
- Fetal iyilik hali testlerinin etkinliği düşük, fetal ölümü azalttığını gösteren çalışma yok
- Testlerde yalancı pozitiflik yüksek
- Hipoksi, hipovolemi ve asidemi fetusun beynindeki kemo/baroreseptörlere duyarlı merkezlere etki ederek fetusun kalp hızı paterni, aktivite düzeyi ve müsküler tonusunu belirler, testler bu etki mekanizmasına dayanarak çalışır.
- Kemoreseptör, baroreseptör, otonom sinir sistemi ve kalp hızı kontrol koordinasyonu 28. gebelik haftasından sonra gelişir.
- Bu dönemden itibaren bazal kalp hızı azalır, varyabilite artar ve fetal hareketlere epizodik akselerasyonlar eşlik eder.
- Hipoksi varlığında, fetal aktivite azalır, fetal solunum ve hareketlerdeki akselerasyonlar baskılanır.
- Hipoksi derinleştikçe fetal tonus kaybolur, renal perfüzyon ve idrar üretimi azalır, amniyon sıvı volümü giderek azalır.
- Daha da ileri düzeyde, umbilikal venöz akım azalır, umbilikal arter diyastol sonu akım azalır, asidozla birlikte dekompansasyon gelişir ve kardiyak disfonksiyon izlenir.
- Antenatal fetal testler, antenatal fetal kayıp riski artmış olan gebelere uygulanır.
- Testlerin uygulanma endikasyonları, pregestasyonel DM, HT, SLE, APAS, hemoglobinopatiler, siyanotik kalp hastalıkları gibi maternal durumlar ve gestasyonel HT, preeklampsi, azalmış fetal hareketlilik, kötü kontrollü gestasyonel DM, oligohidramnios, fetal gelişim kısıtlılığı, postterm gebelik, izoimmünizasyon, monokoryonik çoğul gebelik, önceki gebelikte fetal kayıp öyküsü gibi gebelikle ilişkili durumlardır.
- Antenatal fetal iyilik halinin takibinde kullanılabilecek ilk yöntem, fetal hareketlerin takibi.
- Takipte birçok protokol olmasına rağmen ideal fetal hareket sayısı ve süresi tanımlanmamıştır (30dakika-1 saatte 3 hareket/2 saatte 10 hareket). Perinatal ölüm oranlarını azaltmadığı gösterilmiş.
- Antenatal fetal iyilik halinin değerlendirilmesinde kullanılan ikinci yöntem kontraksiyon stres test (CST). Etki mekanizması, uterin kontraksiyonlarla intervillöz aralıkta kan akımını geçici olarak durdurarak fetusun oksijen rezervini öngörmek (10 dakikada 40 sn süren 3 kontraksiyon oluşturulur). Hipoksik fetuslarda geç deselerasyonlar izlenir.
- PPRM, klasik sezaryen doğum öyküsü, plasenta previa, servikal yetmezlik ve çoğul gebelikte CST kontrendike.
- Antenatal fetal iyilik halinin değerlendirilmesinde kullanılan üçüncü yöntem nonstres test (NST). Asidotik veya nörolojik olarak deprese olmayan fetüslerde hareketlerle birlikte kalp hızında akselerasyonlar izlenir.
- 28 haftanın altında NST'lerin %50'si nonreaktif
- Nonreaktif NST'nin en sık sebebi fetal uyku
- 32 haftadan sonra kalp hızında 15 sn süren 2 adet 15 atım artışı varsa NST reaktif kabul edilir (32 haftanın altında 10 sn süren 10 atım artışı).
- Antenatal fetal iyilik halinin değerlendirilmesinde kullanılan dördüncü yöntem biyofizik profil (BPP).
- BPP'de akut değişenler NST, fetal solunum, fetal hareket ve tonus, kronik değişen ise amniyotik sıvı miktarı 30 dakikada 30 sn süren solunum, 3 ayrı hareket, ekstremitelerde 1 kez ekstansiyon fleksiyon veya

ellerin açılıp kapanması ve 2X1cm tek derin amniotik sıvı cebi mevcutsa 2'ser puan yoksa 0. Toplamda 8-10 iyi, 6 şüpheli (%75 yalancı pozitiflik), 4 anormal

- Antenatal fetal iyilik halinin değerlendirilmesinde kullanılan beşinci yöntem modifiye biyofizik profil. Asidozun yakın dönem göstergesi olan NST ile plasental yetmezliğin uzun dönem göstergesi olan amniotik sıvı değerlendirilir. Klasik biyofizik profille aynı yalancı negatifliğe sahip, avantajı daha kısa yapılması
- Antenatal fetal iyilik halinin değerlendirilmesinde kullanılan altıncı ve son yöntem Doppler. İntrauterin gelişme geriliği olan fetüslerde doğum zamanlamasında kullanılır. Umbilikal arter, MCA, duktus venosus değerlendirilir.
- Sonuçta, riske göre uygun haftada başlanıp yeterli aralıklarla fetal iyilik hali değerlendirme yöntemleri kullanılmalıdır.
- Testlerin yalancı pozitiflikleri yüksek olduğu için gereksiz olarak prematüriteyi artırmamak için tüm maternal ve fetal parametreler birlikte değerlendirilmelidir.

Fetal iyilik hali testlerini hangi durumlarda ve hangi aralıklarla yapalım?...Dr. Aytül Çorbacıoğlu

- NST 'nin yüksek riskli gebeliklerde maternal ve perinatal sonuçları iyileştirdiğine dair kanıt yok
- BPP perinatal ölüm ve düşük Apgar skoru sıklığını değiştirmez.
- Fetal iyilik hali testlerine Fetal kayıp riskinin saptandığı ve testlerin anormal olması halinde doğumun perinatal sonuca katkısının olacağı dönemden itibaren (26-28 haftadan itibaren) başlanmalı
- FBK veya çoklu risk faktörü gibi erken dönemde fetal kayıp riski yüksekse 26-28. haftada, yoksa 32. haftada başlanmalı (ACOG)
- Fetal kayıp riskinin çok yüksek olmadığı durumlarda (hipertiroidi, kronik hipertansiyon...) haftada bir tekrarlanmalı
- HT'nun ağırlaşması, diyabet kontrolünün bozulması, fetal hareket azalması durumlarında veya yüksek fetal kayıp riski (ARED, hidrops, EMR, ağır preeklampsi...) varlığında daha sık tekrarlanmalı
- Hangi testin daha üstün olduğu net değil, CST yorumu ve uygulaması zor
- En sık uygulanan modifiye BPP
- Hafif ve orta şiddette ve başka bir risk faktörünün olmadığı kronik HT'da fetal iyilik hali testlerinin endikasyonu şüpheli. Preeklampside günlük fetal hareket takibi, haftalık NST ve/ya BPP. Oligohidramnios veya fetal gelişme kısıtlılığı varsa haftada iki. Ağır preterm preeklampside günlük NST takibi.
- Fetal kayıp öyküsünde 32-34. haftadan itibaren testlere başlanmalı. ACOG önerisi; fetal ölümün gerçekleştiği haftadan bir veya iki hafta önce başlanmalı
- Erken membran rüptüründe ablasyo, kordon komplikasyonu ve enfeksiyonla ilgili endişeler. NST veya BPP her gün yapılmalı. Doppler'in yeri yok.
- Fetal büyüme kısıtlılığında haftada en az 2 defa BPP/modifiye BPP. Diyastolik akım kaybı veya ters akım varsa her gün
- Pregestasyonel DM'da 32-34 haftadan itibaren başlanmalı, 32. haftadan itibaren haftada bir veya iki, 36. haftadan itibaren haftada iki, FBK, oligohidramnios, preeklampsi, kötü glisemik kontrol varsa 26. haftadan itibaren ve daha sık
- Gestasyonel DM'da diyabetin ciddiyetine ve diğer risk faktörlerine göre karar verilir. Anti-diyabetik ilaç kullananlar ve glisemik kontrolü iyi olmayanlar pregestasyonel DM gibi
- APAS'da 32. haftadan itibaren haftada bir veya iki defa NST veya BPP. Lupus'ta fetal ve maternal duruma göre kişiselleştirmeli, çoğunlukla gebeliğin son 4-6 haftasında.
- Postterm gebelikte 40 veya 41. haftadan itibaren haftada iki defa NST ve AFI. Doppler'in faydası yok
- 3. Trimester kanamasında akut dönemde ve sonrasında sürekli izlem, kanama durduktan sonra aralıklı NST.
- Gebe fetal hareketlerin azaldığını ifade ediyorsa, NST, fetal biyometri, amniyotik sıvı değerlendirmesi. 28. Haftadan itibaren hareket hissetmiyorsa iki saat sol yana yatarak saymalı, 10 defa hareket hissetmiyorsa hastaneye başvurmali. Persistan olgularda: <37 hafta: Haftada iki defa NST ve USG, daha

da azalması veya hiç olmaması halinde başvuru, >39 hafta: Doğum, 37-39 hafta: Hastayla tartışılır.

- Oligohidramnios veya polihidramnios varlığında antenatal testlerin yararına ilişkin yeterli veri yok
- Komplike olmayan dikoryonik gebeliklerde 38. haftaya kadar faydası gösterilmiş değil. Dikoryonik ikizlerde ağırlık diskordansı veya diskordan IUGG olması halinde ve monoamniyotiklerde 28. haftadan itibaren günlük NST. Monokoryoniklerde de 28. Haftadan itibaren başlanabilir.
- Orak hücre hastalığı, ağır anemi veya kronik maternal hipoksemisi olan gebelerde 26-28. haftadan itibaren
- Obezite, trombofili, ileri anne yaşı, tiroid hastalıkları, sigara kullanımı, PAPP-A <5 persantil, dördü testte 2 veya daha fazla anormal analit, ART, maternal yaş <20, grandmultiparite durumlarında öneri yok, veriler yetersiz.

Fetal iyilik halinin değerlendirilmesinde USG ve Doppler USG'nin yeri...Dr. İbrahim Kalelioğlu

- Fetusta büyüme kısıtlılığı önemli perinatal mortalite nedenlerinden biri.
- Fetal iyilik halini değerlendirme çabalarının çok önemli bir kısmı bu grup hastaları içeriyor.
- Bu grup hastada mutlaka gebelik haftası konfirmasyonu yapılmalı (8-10 hafta arasında yapılmış CRL ölçümüne göre)
- Gebelik haftası konfirmasyonunda SAT düzeltilebilir veya gebelik haftası düzeltilebilir.
- BPD, HC, AC, FL ve HL ölçülür.
- Tübüler kemikler ölçülürken kemikler mümkün olduğunca yere paralel tutulmalı, epifizler ölçüme dahil edilmemeli.
- BPD ve HC transtalamik planda ölçülür. Bu planda talamuslar ve ön tarafta CSP görülmelidir. Serebellum ise kesinlikle görülmemelidir. Ölçüm sırasında falks yere paralel görülmelidir. Her iki hemisfer birbirine simetrik olmalıdır. BPD ölçümünde proksimal (proba yakın olan) kemiğin dış tarafından karşıdaki kemiğin iç tarafına doğru ölçüm yapılır. HC ölçümü ise kemiğin dış tarafından yapılmalıdır.
- 11-14. gebelik haftasında BPD ölçümü spina bifida tanısında anlamlı, spina bifida'ların yaklaşık yarısında BPD küçük ölçülüyor.
- AC ölçümü bu değerlendirmede en önemli parametre. Mide cebi görülmeli, umbilikal venin karaciğer içinde portal sinüsü oluşturduğu alan görülmeli ancak umbilikal venin batına insersiyon noktası görülmemelidir. Böbrekler ve kalp görülmemelidir, sürrenaliler görülebilir.
- Amniyotik sıvı değerlendirmesinde kantitatif değerlendirme 2 yolla yapılır: en derin tek cep ölçümü (<2 cm oligo, >8 cm poli) ve amniyotik sıvı indeksi ölçümü (her 4 kadran ayrı ayrı ölçülüp toplanır) (<5 cm oligo, >24 cm poli). Bu ölçümler sırasında probun yere dik olmasına dikkat edilmeli. Kordon görülürse ölçüme dahil edilmemelidir.
- BPP'de amniyotik sıvı değerlendirilirken 2 planda 2x2 cm'lik tek cep görülmesi gerekir (2 puan)
- 1 tane 30 sn süren fetal solunum hareketi varlığında 2 puan verilir. Esneme hareketi veya hıçkırığın görülmesi de solunuma işaret eder. 3 veya daha fazla ekstremitte veya vücut hareketi varlığında 2 puan verilir. İzole el veya ayak hareketleri ya da vücudun genel hareketleri vücut hareketleri içinde değerlendirilir. Aynı anda birkaç ekstremitte veya vücut birden hareket ediyorsa o tek hareket sayılır. 3 ayrı hareket izlenmesi gerekir. Ekstremitte, gövde veya elin ekstansiyon sonrası fleksiyona geldiğini görmek tonusu gösterir ve 2 puan verilir. Elin açılıp kapanması da tonustan 2 puan verir. Eli hiç açılmadan yumruk pozisyonunda durması da tonusu gösterir.
- BPP yaparken plasental grade eklenmesi veya sürenin 60 dakikaya uzatılması gerekmez.
- Doppler değerlendirmelerinde indeksler (PI, RI, S/D) genelde kullanılmaz. PI sadece 11-14 haftada uterin arterin değerlendirilmesinde kötü prenatal sonuçların öngörüsünde kullanılır. Fetal iyilik halinin değerlendirmesinde uterin arter doppleri genelde kullanılmaz, yalnızca uteroplazental yetmezlik şüphesinde tanıyı güçlendirmek için faydalı olabilir.
- Doppler çalışmasında pencere ilgi alanıyla sınırlı tutulmalı, artefaktları azaltmak için color gain'i hafifçe kısıtlanmalı. PRF ayarı doğru yapılmalı, çok azaltıldığında tüm ven ve arterler görüntüye girer, yükseltildiğinde aranan damar –özellikle arterse- daha kolay bulunur. Ven gösterilmek isteniyorsa ve küçük bir arter aranıyorsa PRF düşürülmeli.

TJODist Bülteni

- Gate tam olarak istenen damarın üstüne konmalı, insonasyon açısı 60 derecenin altında tutulmalı.
- Uterin arteri göstermek için önce iliak arter gösterilmeli, prob uterus alt segmente paralel şekilde yerleştirilir ve lateralden mediale doğru hareket ettirilir, ölçüm çaprazlama noktasından 1-2 cm medialden yapılmalı. Düzgün en az 3-5 dalga alınca ölçüm yapılır. Uterin arterde, diyastolik akım kabaca sitolik akımın yarısından fazla olmalı. Diyastolik akım yarının altına düşüyorsa direnç artışı var demektir. Diyastol başında çentiklenme olması (tek taraflı olması çok önemli değil, özellikle bilateral olması önemli) ileride uteroplasental yetmezlik riskini arttıran bulgudur. Çentiklenme tek taraflı ise, plasentanın yerleşimine bakılır, plasenta olmayan tarafta çentiklenme olması endişeyi azaltır.
- Umblikal arter doppler'inde de diyastolik akımın sitolik akımın %50'si kadar olması akımın iyi olduğunu gösterir. Diyastolik akım 0 olmadığı sürece rahat olunabilir. Bu doppler'de PI serebroplasenter oranı (CPR) belirlemede önemli. (MCA PI/umblikal PI > 1 olmalı)
- Duktus venosus değerlendirmesinde, sagittal planda umblikal ven ile kalp arasındaki damar görülmeli. Sistolik ve diyastolik akımların yanı sıra atriyal kontraksiyonun izlendiği bir akım (a dalgası) daha vardır. Sağ kalp yetmezliği bulguları varsa a dalgası önce derinleşir, 0'a iner, sonra terse dönebilir. 0'a inmiş veya ters dönmüş a dalgası bebeğin ölmek üzere olduğuna işaret eder.
- MCA doppleri, beyin koruyucu etkiyi göstermede ve CPR oranını belirlemede kullanılır. Normalde trasenin sivri izlenmesi gerekir, sivrilüğün azalması beyin koruyucu etkiyi gösterir.
- Sonuç olarak, fetal iyilik halinin değerlendirmesinde USG anomali saptanmasında, büyümenin, amniyotik sıvının değerlendirilmesinde, BPP skorlamasında ve Doppler analizlerinde kullanılır.

Antenatal dönemde anormal fetal iyilik hali durumunda yönetim...Dr. Tuğba Saraç Sivriköz

- Fetal iyilik halini değerlendirirken, kronik hipoksideki fetuslar takip edilip uygun matürasyona ulaştırılmaya çalışılır, akut hipoksinin ise tespit edilmesi ve doğumun planlanması amaçlanır.
- Fetal hareketlerin azaldığını ifade eden bir gebe mutlaka ciddiye alınmalı, önce gebelik haftasından emin olunmalı (16-20 haftadan önce hareketlerin hissedilmesi zor) (bebek viabl olmalı), gebelik morbiditesini arttıran HT, DM gibi durumlar sorgulanmalı, USG ile fetal anomaliler dışlanmalı.
- BPP'in güvenilirliği, NST'den çok daha yüksek.
- BPP'de akut parametrelerin birden fazlası normalse o fetusun sağkalımının daha iyi olduğu düşünülür. Ters şekilde, birden fazla akut parametre 0 puan alıyorsa, o fetusun olumsuz etkilenme olasılığı daha yüksektir.
- NST'de akselerasyon kaybı ilk etkilenmesi beklenen bulgu iken, tonus kaybı son etkilenmesi beklenen bulgudur. Tonusun etkilenmesi fetusun ileri derecede sıkıntıda olduğunu gösterir.
- Oligohidramnios kronik bulgudur ve renal hipoperfüzyonu gösterir, 2-3 haftalık bir etkilenmenin bir sonucudur.
- BPP 10/10, 8/10 ve AFI N ise takip. BPP 8/10 ve oligohidramnios mevcutsa, öncelikle EMR dışlanmalı, fetüs term ise doğum, değilse 34'e kadar dikkatli takip. BPP 6/10 ve AFI N ise 24 saat sonra test tekrarı, oligohidramnios mevcutsa term fetusta doğum, değilse 34'e kadar dikkatli takip. 4/10, 2/10, 0/10 acil doğum
- Antenatal steroid ilk 3-4 gün NST'de variabilitiyi azaltabilir. Solunum hareketini/fetal hareketleri azaltabilir. Doppler akım parametreleri ETKİLENMEZ.
- Nonreaktif NST görüldüğünde 40 dakikaya kadar uzatılabilir, ancak 40 dakikanın üzerine çıkılmamalı.
- Anormal NST (nonreaktif veya spontan deselerasyon izlenen bir NST) görüldüğünde glukoz yüklenmesi veya fetusun manuel olarak uyarılması önerilmez.
- Vajinal doğumun kontrendike olduğu durumlarda ve C/S yapılamayacak durumlarda CST yapılması kontrendikedir.
- Atipik non-stress test varlığında, uteroplasental perfüzyon defektinin de eşlik ettiği öngörülüyorsa, doğum zamanı ve yoluna karar vermek amacıyla CST kullanılabilir.

Oligohidramnios/Polihidramnios durumunda fetal iyilik halini nasıl değerlendirelim?...Dr. Esra Esim Büyükbayrak

- Oligo ve polihidramnios tanısında hem en derin tek cep tekniği hem AFI ölçümü aslında düşük sensitiviteye sahip. Amniyotik sıvı hacmi normal olduğunda ultrason tahminleri gerçek AFV ile korele, ancak oligo ve polihidramniosta ultrason tahminleri gerçek AFV ile zayıf şekilde korele.
- Oligohidramnios tanısında AFI tekniği aşırı taniya ve gereksiz işleme neden olduğu için en derin tek cep tekniği önerilir.
- Polihidramnios içinse tam tersi, en derin tek cep tekniği aşırı taniya yol açtığı için AFI tekniği önerilir.
- 1. Trimester oligohidramnios vakaları nadir görülür, kötü prognozlu, kromozomal aneuploidiler, konjenital kalp hastalıkları, EMR ile ilişkili
- 2. Trimester oligohidramnios vakaları nadir görülür, pulmoner hipoplazi ve kontraktür anomalilerine sebep olur, konjenital üriner sistem anomalileri, erken ve şiddetli IUGR, preterm EMR, plasental nedenlerle ilişkili.
- 3. Trimester oligohidramnios vakalarında perinatal mortalite artmıştır.
- Termde oligohidramnios vakalarında doğum indüksiyon sıklığı artar, intrapartum fetal distres oranları artar, sezaryen oranları artar.
- İlk trimester veya 22. gebelik haftası altında idyopatik oligohidramnios ve yaşamla bağdaşmayan anomali varlığında terminasyon seçeneği
- İkinci trimester idyopatik oligohidramnios olgularında amniotik sıvı normale dönene kadar veya terme kadar haftada 1-2 NST, haftada 1 BFP ve 2 haftada bir fetal büyüme için USG
- Üçüncü trimester idyopatik oligohidramnios olgularında haftada 1-2 NST, haftada 1 BFP ve 2 haftada bir fetal büyüme için USG
- Term gebelikte oligohidramnios vakalarında doğum
- Oligohidramnios varlığında fetal iyilik hali testleri 32 haftadan itibaren, gebeliği komplike eden ilave durum varsa doğumun perinatal fayda için kabul edileceği gestasyonel yaşta (yani 26. haftadan itibaren) başlatılabilir.
- Oligohidramnios vakalarında fetal kalp atım hızı reaktif değilse veya fetal kalp atım hızı düşüşleri varsa, doğum sırasında sürekli elektronik fetal kalp atımının izlenmesini önerilir.
- Polihidramnios vakalarının %65-70'i hafif polihidramnios (AFI 24-29 cm), konjenital anomali riski %1.
- Polihidramnios vakalarında mekanik gerilmeye bağlı erken doğum riski artmıştır, preterm vakalarda antenatal kortikosteroid uygulaması göz önünde bulundurulabilir.
- İdyopatik, hafif-orta polihidramnios için fetal iyilik hali takibi önerisi yoktur.
- 37 hafta öncesi idyopatik hafif-orta polihidramniosta 2 haftada bir NST, 2 haftada bir BFP, 3- 4 haftada bir fetal büyüme takibi
- 37-40 hafta arası idyopatik hafif-orta polihidramniosta haftalık NST, haftalık BFP
- Şiddetli idyopatik polihidramniosta haftalık NST, haftalık BFP

Geç fetal kayıpları ve nöro-morbiditeyi nasıl azaltabiliriz?...Dr. Aytaç Yüksel

- İntrapartum fetal kayıpların en sık nedeni yetersiz bakım, bakım yeterli hale getirilir ve fetal montorizasyon daha iyi hale getirilirse fetal kayıp oranları azaltılabilir.
- Antepartum fetal kayıpları predikte edebilecek sensitivitesi yüksek bir test yok
- Antepartum ölü doğumlar için en önemli risk faktörü antenatal dönemde tanısı konamayan gelişim gerilikleri ve SGA bebekler (InterGrowth)
- Gelişme kısıtlılıklarına tam olarak tanı konabilirse fetal kayıplar anlamlı bir şekilde azaltılabilir
- Serebral redistribüsyon kötü nörolojik gelişimle ilişkili, başlangıçta nöroprotektif gibi görünse de akut veya kronik iskeminin devam etmesi serebral hasara yol açabilir.
- Erken başlangıçlı fetal gelişim kısıtlılığında plasental sorun çok ağır, bu yüzden sıklıkla preeklampsi eşlik eder. Hipoksi çok ağır, fetüs hipoksiye dirençli. Perinatal mortalite ve morbidite daha yüksek. Ana sorun preterm doğurtmamak ve sürecin yönetimi.

TJODist Bülteni

- Geç başlangıçlı fetal gelişim kısıtlılığında ise, plasental sorun daha hafif ve preeklampsi genellikle eşlik etmez. Fetüs hipoksiye karşı dirençli değil, bebek aniden kaybedilebilir. Perinatal mortalite ve morbidite daha düşük ama antenatal kayıplarla (yani bizim daha geç dönemde gördüğümüz) ilişkili. Ana sorun tanı koyabilmek.
- Erken başlangıçlı FGK (<32 hafta), uterin arter çalışmaları ve çeşitli biyomarkerlarla ikinci trimesterde tanı alabilir, geç başlangıçlı FGK tanısı koymak ve predikte etmek ise çok daha zor. O yüzden yüksek riskli hastalar takibe alınmalı: majör risk faktörleri: SGA öyküsü, maternal yaş >40, ölü doğum öyküsü, sigara (>11/gün), kokain, kronik HT, DM, APAS, PAPP-A < 0.4
- Preeklampsi öyküsü olanlara aspirin başlanmalı. <16 haftada başlanmalı ama 28. haftaya kadar başlanabilir.
- Yüksek riskli hastalar 26-28 haftadan sonra fetal gelişim açısından takip edilmeli
- Umblikal arter doppleri erken başlangıçlı FGK'da çok anlamlı, PI'ın >95 persentil üzerinde olması geç başlangıçlı FGK'da çok anlamlı ama normal olması geç başlangıçlı FGK ekarte ettirmez.
- MCA <5 persentil olması anormal
- MCA, geç başlangıçlı FGK'da umblikal arterden daha değerli, umblikal arter doppler normal olsa da MCA <5 persentil olan pek çok olgu mevcut.
- CPR, beyin koruyucu etkiyi gösteren doppler parametresi. Termde fetal gelişim kısıtlılığında ve normal gebelik haftasında lan bebeklerde fetal iyilik halini gösteren en önemli doppler parametresi. CPR, umblikal arter PI'dan çok daha değerli, hipoksiye çok daha duyarlı
- Fetal biyometri ile doppler kombine edildiğinde ölü doğumu en yüksek oranda predikte eden bulgular, EFW veya AC <3 persentil, uterin doppler PI >95 persentil, CPR <5 persentil olması.
- Bu bulgularla bakıldığında bizim SGA olarak takip ettiğimiz pek çok fetusun aslında fetal gelişim kısıtlılığı tanısı aldığını görmekteyiz ve bu bebeklerin saptanması ölü doğumları oldukça belirgin oranda azaltıyor.

IUGR yönetiminde hangi testleri kullanalım? Ne zaman doğru kararı verelim?...Dr. Zeki Şahinoğlu

- IUGR tanısında AC veya EFW 10. Persentil altı olarak kabul edilebilir ancak mutlaka umblikal arter ve MCA'ya da bakılmalı.
- 11-14 hafta taramasına uteri arter doppleri eklenmesi gelecekte yaşanabilecek olumsuz durumları öngörüsünde çok faydalı, o yüzden mutlaka bakılmalı.
- Bu haftalarda yerini tespit etmekte zorlanılabilir, serviksi bulup iki yanında izlenmeli.
- Bu haftalarda başlanacak aspirin, ileri haftalar için çok ciddi olumlu etkilerle geri dönebilir.
- Umblikal arter plasental direnci gösterir, normalde ilerleyen gebelik haftalarıyla direnç azalırken diyastolik komponentin artması beklenir, FGK olan bebeklerde ise diyastolik komponentte o beklenen artış gerçekleşmez, sabit kalır veya azalır.
- Uterin ve umblikal değerlendirildikten sonra fetüs bu tablodan ne kadar etkilenmiş onu anlamak için MCA değerlendirilir. MCA PI bize en çok güvence veren bulgudur, ancak PSV'nin de mutlaka kaydedilmesi gerekir.
- FGK'da umbikal arterde diyastolik akım kaybolurken MCA'da diyastolik akımın arttığı görülür (beyin koruyucu etki)
- MCA'dan sonra yine çok önemli bir değerlendirme alanı: duktus venosus...fetusun kardiyak kompiansını gösterir. Yani IUGR'da ileri evrelerde görülebilecek bir bozulmanın işareti
- Miyokardiyal iskemi ve asidemi konusunda uyarıcı.
- Ters dönmüş a dalgası bize olası kötü sonuçları gösterir, duktus'ta ölçüm yaparken birkaç gün içinde tekrar edilmesi önerilir çünkü bu tarz değişimler gösterebilen bir damardır.
- Aortik isthmus (sol subklavyen arterden sonraki isthmik bölge doppler ile ölçülür. Plasentada direnç artışı olan durumda, aortadan çıkan kan rahatlıkla periferik gidemez ve duktus yönünde ters yöne gidecektir. (aortik isthmusta retrograd akım) prenatal kayıp konusunda uyarıcı olmalıdır.
- Arteriyel doppler'de sorun var ama venöz doppler normalse henüz zamanımız var demektir, venöz doppler'de de bozulma başlamışsa acele etmek gerektiği sonucu çıkar.

TJODist Bülteni

- Sadece umbilikal arterde bozulma varsa 10 günde 1 veya haftada 1 takip
- MCA'da da bozulma varsa yine haftada 1 doppler
- Umbilikal arterde diyastolik akım kaybı veya ters akım varsa (ve tabii ki IUGR) yatış endikasyonu
- Yatış sonrası MgSO4 nöroprotektif etkisi nedeniyle verilebilir
- TRUFFLE çalışması olabildiğince belemeyi önerse de maternal sorunlar eklendikçe beklemek sıkıntılı sonuçlar doğurabilir
- 26-28 haftada ağır preeklampsi varsa veya NST'de bozulma varsa veya USG bulguları varsa veya BPP <6 ise doğurt
- 26 haftanın altındaysa biraz altındaysa beklemek riskli ama nöromorbiditeyi azaltmak adına 26'ya kadar en azından venöz bulgular gelişene kadar beklemek denenebilir.
- 28-32 hafta arasında neonatal sürvi artsa da nöromorbidite hala yüksek, bu olgularda duktus venosus'ta a dalgası kaybolduğunda veya ters a dalgası geliştiğinde veya nonreaktif NST izlenirse doğurtmak gerekir. Bu hafta grubunda venöz doppler patolojisinde biraz daha bekleyelim dememek lazım. Mutlaka öncesinde MgSO4 verilmeli.
- 32 hafta üzerinde FGK'da uterin arterde notch görülmeyebilir ama hiperpulsatil olması önemli. Ve tabii CPR önemli. Bunlarda hipoksi bulguları yok, yani yaygın plasental yetmezlik bulguları olmadığı için umbilikal arter normal olabilir. Mutlaka MCA yol gösterici olacaktır. Nöromorbiditeye bu fetusun toleransı yüksek olmadığı için dikkat etmek lazım.
- Geç preterm dönemde FGK olgularının neredeyse yarısında umbilikal arter normal, o yüzden umbilikal arter kesinlikle tek başına yol gösterici olmamalı.
- 34-37 hafta arasında umbilikal PI yüksekse haftada 1 takip, MCA'da beyin koruyucu etki gelişmişse haftada 3 kontrol, BPP eklenir, diyastolik akım kaybı veya ters akım varsa doğum
- Beyin koruyucu etkide fetus kanı ACA'den çalılıp MCA'ya yönlendirir, ACA nörokognitif fonksiyonlarla en ilişkili arter olduğu için beyin koruyucu etkiye sığınıp takibi uzatmak da nöromorbiditeyi arttıracaktır.

TJOD İSTANBUL PAZAR TOPLANTISI 23 ARALIK 2018

ÜREME ENDOKRİNOLOJİSİ 2019: YENİ NE VAR? BİLİMSEL PROGRAMI NOTLARI

Yazan: **Dr. Nadiye Köroğlu Duğan**

Hipotalamik Amenore: Tanı ve Yönetim Hale Göksever Çelik

- Amenore menstrüasyonun yokluğu olarak tanımlanır.
- Amenore oluşma şekillerine göre (Primer-sekonder), oluşum yerine göre (Hipogonadotropik-normogonadotropik- hipergonadotropik) ve oluşma nedenlerine göre (Konjenital- edinsel) sınıflanmaktadır.
- Primer amenore sekonder seks karakterlerinin gelişmediği, pubertal gelişimin olmadığı durumlarda 14 yaşına kadar menarşın görülmemesi veya sekonder seks karakterlerinin geliştiği, pubertal gelişimin olmadığı durumlarda 16 yaşına kadar menarşın görülmemesi olarak tanımlanır.
- Sekonder amenore reproduktif çağıdaki kadında daha önce menstrüasyon görülüyorken 6 ay veya üzerinde veya 3 siklus intervali süresince menstrüasyonun görülmemesidir.
- Hipotalamik amenore GnRH'ın pulsatil salınımındaki bozukluk sonucu ortaya çıkar ve diğer anatomik veya organik patolojilerin özellikle hipofizer lezyonların ekarte edilmesi gerekir.
- Hipotalamik nedenler hipotalamik destrüksiyona sekonder (kranifaranjioma, germinoma, metastatik kanserler vb) veya hipotalamik disfonksiyona bağlıdır. Hipotalamik disfonksiyon en sık hipotalamik nedendir ve bu nedenler arasında psikolojik stres, egzersiz, kilo kaybı, anoreksia nervroza, fonksiyonel hipotalamik amenore ve genetik nedenler yer almaktadır.
- Fonksiyonel hipotalamik amenore stres kilo kaybı ve/veya aşırı fiziksel egzersiz ile ilişkilidir. Sella turcica X ışını incelemesinde normaldir. Çekilme kanaması olmamaktadır. Gonadotropin düzeyleri düşük veya normaldir, estradiol düzeyleri düşüktür. Prolaktin ve tiroid fonksiyon testleri normaldir.
- Hipotalamik amenorede kemik, kardiyovasküler sistem, fertilitate, mental ve psikolojik durum üzerine uzun dönemde olumsuz etkileri görülebilmektedir.

PKOS: Yeni ne var? Engin Oral

- Doğurganlık çağındaki kadınlarda en sık görülen endokrin problemdir ve anovulatuvar infertilitenin en sık nedenidir.
- 1990'da NIH kriterlerine göre, 2003'de ESHRE/ASRM Rotterdam kriterlerine göre ve 2006'da Androjen Excess Society tarafından sınıflandırılmıştır.
- 2003 Rotterdam kriterlerine göre 1. Oligo-anovulasyon 2. Klinik hiperandrojenizm ve/veya hiperandrojenemi 3. Polikistik overler bu 3 kriterden ikisi tanı için gereklidir ve diğer ilişkili hastalıkların ekarte edilmelidir. Adolesanlarda PKOS tanı kriterlerinde farklılıklar mevcuttur. Menarşi izleyen ilk iki yılda PKOS tanısı koymaktan kaçınılmalıdır. Adolesanda ultrasonda polikistik over görünümü kriteri folikül sayısı yerine volüm olmalıdır.
- PKOS hastalarının %50'si obezdir.
- PKOS'lu olgularda bozulmuş glukoz toleransı için 2.5 kat, Tip2 DM için 4 kat ve metabolik sendrom için 2 kat artmış riske sahiptir.
- PKOS tanısında ya da tedavi seçiminde herhangi bir insülin direnci testi gerekli değildir. Belirli aralıklarla

2 saatlik OGTT yapılmalıdır.

- Metformin rutin olarak herkese verilmemeli ve hastaya önce yaşam tarzı değişiklikleri önerilmelidir. Yaşam tarzı değişikliklerine rağmen bozulmuş glukoz toleransında düzelme olmayan obez PKOS'lu hastalarda ve bozulmuş glukoz toleransı olan ve normal vücut ağırlığına sahip PKOS hastalarında metformin verilmelidir.
- PKOS'lu hastalarda ovulasyon indüksiyonunda birinci basamak tedavi farklı klavuzlara göre klomifen veya letrozoldür. VKİ>30 kg/m² ise letrozol ve VKİ<30 kg/m² ise klomifen kullanmayı düşünün. Klomifene dirençli olgularda tedaviye metformin veya deksametazon eklenebilir.
- Ovulasyon indüksiyonunda ikinci basamak tedavi laparoskopik ovaryen drilling veya gonadotropinlerdir. Düşük doz step up tedavi çoğul gebelik oranlarını ve siklus iptalini azaltır ancak uzun sürebileceği için sabır gerekmektedir.
- Ovulasyon indüksiyonunda üçüncü basamak tedavi tüp bebektir. İdeal gonadotropin dozu 100 IU dir. Antagonist sikluslar ve gerektiğinde agonist trigger uygulanmalıdır.
- PKOS'lu hastalarda endometrium, over, endokrin bez, pankreas, böbrek ve iskelet ve hematopoetik sistem kanser riski artmaktadır.
- Erken dönem düşük, gestasyonel diyabet ve gebeliğe bağlı hipertansiyon ve preeklampsi PKOS'nun obstetrik komplikasyonlarıdır. Gebelikte metformin kullanımı düşük oranlarını azaltmaktadır.
- PKOS tanısında biyokimyasal hiperandrojenizm tanısında hesaplanmış serbest testesteron, serbest androjen indeksi veya biyolojik olarak kullanılabilen testesteron kullanılmalıdır. Androstenedion ve dehidroepiandrosteron sülfat (DHEAS) eğer serbst veya total testesteron düzeyleri artmamışsa istenebilir. Serum AMH düzeyleri henüz PKOS tanısında kullanılmamaktadır.
- 75 gr OGTT PKOS'lu tüm kadınlara prekonsepsiyon öncesi önerilmelidir. Prekonsepsiyonel dönemde yapılmadıysa 20.gebelik haftasından önce önerilmeli ve 24-28.gebelik haftasında tekrarlanmalıdır.
- Kombine oral kontraseptifler hiperandrojenizm ve/veya düzensiz menstrüel siklusların tedavisinde önerilmelidir. 35 mikrogram etinilöstradiol ve siproteron asetat içeren haplar venöz tromboembolik riskinden dolayı ilk basamak tedavide düşünülmemelidir.

Kontrasepsiyon: Zor Olgular? Pınar Özcan

- En etkili geri dönüşümlü metodlar rahim içi araçlar ve implant, bunları ikinci sırada enjeksiyon ve kontraseptif haplar izlerken daha az etkili metodlar bariyer yöntemleridir.
- Hastalık ve kontrol merkezi (CDC) 2016 yılında değişik tıbbi durumlarda güvenli kullanımı ile ücretsiz bir aplikasyon uygulaması getirmiştir. Buna göre 1: kontraseptif metodun uygulanması için hiçbir kısıtlama olmaması 2: metoda ait avantajlar teorik yada kanıtlanmış risklerinden daha fazladır 3: teorik veya kanıtlanmış riskler metodun avantajlarından fazladır 4: metodun kullanımı içerdiği sağlık riski açısından kabul edilebilir değildir.
- Venöz troboemboli riski doğum kontrol hapı kullanan kadında (7-10/10000) doğum kontrol hapı kullanmayan ve gebe olmayan bir kadına (4/10000) göre 2 kat daha fazladır. Gebe olan veya postpartum dönemdeki bir kadında ise 20-30/10000 dir.
- Adolesan dönem kemik mineralizasyonu için önemli ve kemik mineral yoğunluğu yılda %2-10 artar ve 20-22 yaşta maksimum seviyeye ulaşır. Adolesanlarda düşük doz kombine oral kontraseptif kullanımı kemik kitle kazanımında azalmaya neden olabilir.
- 35 yaşın altında sigara içenlerde kombine oral kontraseptifler 2.kategori iken; 35 yaşın üstünde günde 15 sigaranın altında içenlerde kategori 3 iken 15'den fazla sigara içenlerde kategori 4'dür.
- Gestasyonel diyabet öyküsü olanlarda veya diyabeti olup vasküler tutulumu olmayanlarda bütün

metodlar kategori 1 veya 2'dir. Nefropati/nöropati veya retinopatisi olanla diyabetiklerde veya 20 yıldan uzun süredir diyabeti olanlarda depomedroksiprogesteron asetat 3. Kategori ve kombine oral kontraseptifler ise kategori 3/4 dür.

- Kontrol altında hipertansiyonu olanlarda ve sistolik kan basıncı 140-159 mmHg veya diyastolik kan basıncı 90-99 mmHg olanlarda kombine oral kontraseptifler 3.kategori iken diğer kontraseptif metodlar 1 veya 2.kategoridir. Sistolik kan basıncı>160 mmHg veya diyastolik kan basıncı>100 mmHg olanlarda ve vasküler hastalığı olanlarda kombine oral kontraseptifler 4.kategoridir.
- Herhangi bir dönemde OKS kullanan kadınlarda hiç kullanmayanlara göre her tür kanserde azalma olmaktadır.
- BRCA 1 ve 2 taşıyıcılarında OKS kullanımı ile over kanseri riski azalmaktadır.
- Aura lı baş ağrısı olanlarda OKS kullanımı kategori 4'dür.
- Hormonal kontrasepsiyon epilepsi sıklığını arttırmaz ancak antiepileptik ilaçlar hormonal kontrasepsiyonun etkinliğini azaltabilir. Bazı antiepileptik ilaçların dozunun ayarı gerekebilir. Bu nedenle hormonal olmayan metodlar veya LNG-RİA daha uygun olacaktır.

Endometriozis: Yeni ne var? Taner Usta

- Oral GnRh antagonisti (Elagolix) endometrioziste ağrının yönetiminde kullanılabilir ilk oral GnRh antagonistidir.
- Endometriozis olumsuz gebelik sonuçları ile ilişkilidir.
- Endometriozisli olgularda berrak hücreli ve endometriotik tip over kanserinde minimal bir risk artışı vardır. Özellikle ileri yaş endometriomalı hastalar bu konu hakkında bilgilendirilmelidir. Ancak yaşamı boyunca bir kadının meme kanserine yakalanma riski %12 iken over kanseri riski % 1.3 ve endometriozisli kadınlarda over kanseri riski ise %2'dir.
- Derin infiltratif endometrioziste (DİE) cerrahi tedavi fertilitiyi arttırmaktadır.

Prematür Over Yetmezliği:Yeni ne var? Tevfik Yoldemir

- Prematür over yetmezliği (POY) pubertede gecikme ve primer amenore,sekonder amenore veya 4 aylık oligomenore ile prezente olabilir.
- Mensin geri dönmesi ve gebelik oluşması olguların %22'sinde görülür.
- POY ilişkili hipergonadotropik hipogonadizm 30 gün aralarla bakılan FSH'nin 2 kez 25 IU/L'nin üstünde olmasıdır.
- Ailesel POY olgularının insidansı %4 ile 31 arasındadır. Sporadik POY olgularının %2-6'sında FMR1 gen premutasyonu saptanmaktadır.
- POY için tanımlanmış çok sayıda genetik mutasyon vardır.
- Primer amenoreik hastalarda tedaviye başlamak için önerilen östrojen başlama yaşı 12-13 yaşdır. Pubertenin başlangıcı için farklı östrojenler kullanılabilir ancak tercih edilmesi gereken seçenek transdermal 17b-östradiol dür. Östrojen dozları her 6-12 ayda bir arttırılmalıdır. 2-3 yıllık östrojen tedavisi veya ara kanama oluşunca progesteron eklenmelidir. Önerilen progesteron dozları 100-200 mg/gün mikronize progesteron veya 5-10 mg/gün didrogesteron dur.
- POY da hormon replasmanına ek olarak 1200 mg kalsiyum ve 800-1000 IU vitamin D de önerilmektedir. POY tedavisinde kullanılabilir yöntemler hormon replasman tedavisi (HRT) ve OKS'dir. HRT OKS'lere kıyasla daha fizyolojik östrojen ve progesteron düzeylerini taklit eder. OKS'ler etinil östradiol içerir ve suprafizyolojik düzeylerde östrojen düzeylerine neden olduğu için serum lipid profili üzerine olumsuz etkileri ve artmış koagülasyona faktörlerine neden olur.

- POY olgularında azalmış libido veya letarji durumunda tedavide androjen replasmanı yapılabilir.

Jinekolojide AMH:Kime ne zaman? Bülent Urman

- AMH granüloza hücrelerinde üretilen dimerik TGF-beta ailesine ait bir glikoproteindir.
- Dolaşımdaki AMH'nın kaynağı 2-5 mm lik foliküllerdir.
- AMH düzeylerinin 2011 yılında yapılan bir çalışmada siklus içerisinde değişkenlik göstermediği saptanmış iken, 2013 yılında yapılan bir çalışmada ise siklus boyunca oldukça değişkenlik gösterdiği bulunmuştur. Geç luteal fazda bakılması önerilmiştir.
- Kanın transferi, menstrüel siklus fazı, OKS kullanımı, GnRH agonist kullanımı, D vitamin azlığı, sigara içilmesi AMH düzeylerini etkilemektedir.
- AMH düzeyleri fizyolojik olarak yılda %6-8 azalmaktadır.
- Günümüzde AMH ölçümü için üç yöntem mevcuttur (Roche, BioMerieux ve Beckman Coulter).
- AMH ART sikluslarında canlı doğumlarının iyi bir prediktörü değilken düşük (<3 oosit) veya yüksek over (>20 oosit) yanıtını iyi bir prediktördür. Düşük over yanıtı için AMH eşik değeri 1.2 ng/mL ve yüksek yanıt için eşik değeri 3.5 ng/mL dir.
- AMH menopoz veya doğal fertilitenin bitişinin öngörüsünde kullanılmamaktadır.
- AMH kardiyovasküler fizyolojide rol almaktadır.
- 35 yaşın üstünde ve 6 aydan beri gebe kalmaya çalışan kadınlarda, endometrioma ya bağlı over cerrahisi geçirenlerde, gonadotoksik kemo veya radyoterapi alanlara, ailede erken menopoz öyküsü olanlara, sigara içenlere, oofektomi veya over cerrahisi geçirenlere AMH testi yapılmalıdır.
- Premenopozal dönemde tarama amaçlı over rezervini değerlendirmek için AMH testi yapılması tartışmalıdır.

Erken puberta: Tanı ve Yönetim Firdevs Baş, Özlem Dural

- Erken puberte pubertenin toplum ortalamasından 2.5 standart sapma daha erken bir zamanda başlamasıdır. Kızlarda meme büyümesinin <8 yaşından önce başlamasıdır.
- Erken puberte, erken telarş ve erken adrenarş sıklığında artış var.
- Erken puberte Gn bağımlı gerçek (santral), Gn bağımsız yalancı (periferik) ve normalin varyantları olabilir. Santral erken pubertede LH artışı vardır, gonadlarda büyüme ve cins steroidlerinde artış görülür. Periferik erken pubertede LH baskılıdır ve cins steroidlerinde artış vardır.
- Santral erken puberte %80-90 idiyopattir. Organik nedenleri arasında santral sinir sistemi lezyonları (tümör, enfeksiyon vb.) vardır.
- Periferik puberte nedenleri gonadal (over kisti, tm'ler), adrenal (Kah, adrenal adenom), HCG üreten tümörler veya diğer nedenlere (iyatrojenik, primer hipotiroidi) bağlı olarak görülebilir.
- Erken pubertede erişkin boy potansiyelinde azalma, psikososyal sorunlar ve davranış kusuru ve cinsel istismar ve gebelik riski görülebilir.
- Erken pubertede izlem 3-6 ay aralarla yapılmalıdır. Boy, puberte bulguları, kemik yaşı ve ultrasonografi ile değerlendirme yapılmalıdır. İlerleme yok ise 3-6 ay aralar ile izleme devam edilmelidir. İlerleme saptandı ise GnRH testi ve MRI ile görüntüleme yapılmalı ve gerekirse GnRH ile tedavi verilmelidir.
- Pubertal yaş ailesel, genetik ve nöroendokrin faktörler tarafından belirlenmekte olup genel sağlık, beslenme, egzersiz ve çeşitli çevresel faktörlerden etkilenmektedir.
- Günümüzde, özellikle VKİ'si yüksek olan çocuklar puberteye daha erken girme eğiliminde ancak ortalama menarş yaşında belirgin bir değişiklik yoktur.
- İzole prematür telarş genellikle idiyopattir ve insidansı %1.6-8.9'dur. En sık <2 yaş ve 6-8 yaş

arasında görülür. Bilateral veya unilateral olabilir. Kemik yaşı kronolojik yaş ile uyumludur. Serum LH ve östradiol seviyeleri prepubertal düzeydedir. Genellikle spontan geriler veya ilerlemez. Ancak vakaların %10-18.4'ünde santral puberte prekoks gelişebilir.

- Prematür adrenarş 8 yaş öncesinde oluşan pubik ve/veya aksiller kıllanma ve/veya diğer androjenik bulguların görülmesidir. İnsidansı %4-9'dur. Genellikle 6-8 yaş arası görülür. PKOS gelişimi için bir risk faktörü olarak değerlendirilir. DHEA-S ve testosteron seviyelerde yaşına göre hafif bir artış vardır. Genellikle beklenen erişkin boy etkilenmez.
- İzole prematür menarş sekonder seks karakterlerinde gelişim olmaksızın görülen vajinal kanama epizotlarıdır. Tek veya tekrarlayan kanama epizodları görülebilir. HHg aksta geçici bir aktivasyon veya endometriumun artmış sensitivitesine bağlı olarak görülür. Travma, yabancı cisim, enfeksiyon, cinsel istismar ve malignite dışlanmalıdır.
- Periferik erken puberte izoseksüel veya heteroseksüel olabilir. Konjenital veya edinsel nedenlere bağlı olarak ortaya çıkabilir. McCune albright sendromu tekrarlayan over kistleri olan hastalarda akla gelmelidir. Gs proteininin alfa subünitinde somatik mutasyon sonucu endokrin fonksiyonların stimülasyonu sonucu ortaya çıkar. Klasik triadı: periferik erken puberte, cafe-au-lait lekeleri ve kemiğin fibröz displazisidir.

Üreme Endokrinolojisinde yeni klavuzlar ne diyor? Ercan Baştu

Tekrarlayan gebelik kaybı klavuzu:

- 40 yaşın üzerinde gebelik kaybı riskinin daha fazla olduğu konusunda kadınlar bilgilendirilmelidir.
- Sigaranın canlı doğum üzerinde olumsuz etkileri olabileceğinden sigaranın bırakılması önerilmelidir.
- Obezite veya düşük kilolu olmak obstetrik komplikasyonlarla ilişkilidir.
- Gebelik materyalinin genetik incelenmesi önerilmemektedir ancak açıklayıcı amaçlarla yapılabilir.
- Parental karyotipleme rutinde önerilmemelidir ancak bireysel risk değerlendirilmesi sonrası yapılabilir.
- Luteal faz yetmezlik testi önerilmemelidir.
- TSH ve anti-TPO t için tarama tekrarlayan gebelik kaybı olanlara önerilmelidir. Anormal saptanması durumunda tiroksin testi yapılmalıdır.
- Tekrarlayan gebelik kaybı olanlarda trombofili için ek risk faktörleri olmadığı sürece herediter trombofili taraması önerilmemektedir. Antifosfolipid antikorları (lupus antikoagülan ve antikardiyolipin IgG ve IgM taraması) önerilmektedir. Uterin anatomi değerlendirilmelidir. Sonohisterografi uterin malformasyonların tanısında HSG'den daha doğrudur.
- Antifosfolipid sendromu olanlarda antikoagulan tedavi önerilmektedir. Düşük-doz aspirin (75 ile 100 mg/gün) gebelikten önce başlanmalı ve profilaksi dozunda heparin pozitif gebelik testi ile başlanmalıdır.
- Açıklanamayan tekrarlayan gebelik kaybı olanlarda heparin veya düşük doz aspirin önerilmemektedir.
- Klinik hipotiroidisi olanlar levotiroksin ile tedavi edilmelidir. Subklinik hipotiroidi olanlarda tedavi düşük riskini azaltabilir. Subklinik hipotiroidisi olan ve tekrarlayan gebelik kaybı olanlarda gebelik olması durumunda TSH düzeyleri 7-9.gebelik haftasında kontrol edilmeli ve hipotiroidi levotiroksin ile tedavi edilmelidir.
- Açıklanamayan tekrarlayan gebelik kaybı olanlarda vajinal progesteron canlı doğum oranlarını iyileştirmez.

Prematür ovaryen yetmezlik tedavi klavuzu:

- POY tanı kriterleri: en az 4 aylık oligo/amenore ve 4 hafta arayla bakılan 2 kez FSH>25 IU/l
- İatrojenik olmayan POY'da kromozom analizi yapılmalıdır.
- Y kromozom saptanması durumunda gonadektomi önerilmelidir.
- POY da fragil-X premütasyon taraması önerilmelidir.
- 21OH-antikör taraması (veya adrenokortikal antikörler) bilinmeyen bir neden bağlı POY veya immün bozukluktan şüpheleniliyorsa yapılabilir.
- Tiroid antikörleri bilinmeyen bir neden bağlı POY veya immün bozukluktan şüpheleniliyorsa yapılmalıdır. Tiroid antikörleri pozitif olması durumunda TSH her yıl bakılmalıdır.
- Tedavi edilmemiş POY kardiyovasküler hastalıklara bağlı azalmış yaşam beklentisi ile ilişkilidir. Kardiyovasküler risk faktörlerini azaltmak için POY'lu kadınlara sigara içmemeleri, düzenli egzersiz yapmaları ve sağlıklı kiloda kalmaları önerilmelidir. HRT kardiyovasküler sistem hastalıklarının önlenmesinde ve kemiğin korunmasında önerilmelidir. HRT nin doğal menopoz yaşından önce meme kanseri riskini arttırmadığı konusunda bilgi verilmelidir.
- Osteoporoz tanısı mevcut ve östrojen replasman tedavisi başlandı ise kemik yoğunluğu 5 yılda bir tekrarlanmalıdır.
- Erken başlanan HRT POY u olan kadınlarda gelecekteki kardiyovasküler hastalık riskini kontrol etmek için önerilmelidir ve ortalama menopoz yaşına kadar devam edilmelidir.










Polikistik over sendromu değerlendirme ve tedavi klavuzu:

- PKOS tanısında biyokimyasal hiperandrojenizm tanısında hesaplanmış serbest testesteron, serbest androjen indeksi veya biyolojik olarak kullanılabilen testesteron kullanılmalıdır. Androstenedion ve dehidroepiandrosteron sülfat (DHEAS) eğer serbst veya total testesteron düzeyleri artmamışsa istenebilir.
- Serum AMH düzeyleri henüz PKOS tanısında kullanılmamaktadır.
- PKOS'lu tüm kadınlar kardiyovasküler risk faktörleri için değerlendirilmelidir.
- Kilolu veya obez PKOS'lu kadınlar yaştan bağımsız olarak açlık lipid düzeylerine bakılmalıdır.
- PKOS'lu kadınların glisemik durumları değerlendirilmeli ve her 1 ile 3 yılda bir tekrar değerlendirilmelidir. Glisemik durumu değerlendirmek için OGTT, açlık kan şekeri veya HbA1c yapılmalıdır.
- 75 gr OGTT PKOS'lu tüm kadınlara prekonsepsiyon öncesi önerilmelidir. Prekonsepsiyonel dönemde yapılmadıysa 20.gebelik haftasından önce önerilmeli ve 24-28.gebelik haftasında tekrarlanmalıdır.
- PKOS'lu kadınlarda 2 ile 6 kat artmış endometrium kanser riski vardır. Endometrial hiperplazi ve endometrial kanserin önlenmesi için yapılması gereken bilinmemektedir. 90 günden uzun siklusu olanlara OKS veya progesteron önerilebilir.
- VKİ>25 kg/m² olan PKOs'lu kadınlarda yaşam tarzı değişikliklerine metformin eklenmesi kilo ve metabolik sonuçların tedavisinde düşünülmelidir.

TJODist Bülteni

Pazar Sabahı Sunumları //

Pazar Sabahı Toplantısı

-  18 Kasım 2018 Fetal İyilik Halinin Değerlendirilmesi ve Doğum Zamanlanması
-  14 Ekim 2018 Jinekolojik Onkolojide Preinvaziv Hastalık Yönetimi ve Organ Koruyucu Yaklaşımlar
-  16 Eylül 2018 Ürojinekolojide yenilikler - 2018
-  20 Mayıs 2018 Jinekolojik Onkoloji
-  8 Nisan 2018 İntrapartum Yönetim
-  11 Mart 2018 Jinekolojide Ednoskopik Uygulamalar
-  11 Şubat 2018 Endometriozis ve Genel Jinekoloji
-  14 Ocak 2018 Gebelikte Hipertansif Hastalıklar ve Komplikasyonları
-  17 Aralık 2017 Endokrin + Genel Jinekoloji
-  05 Kasım 2017 Ürojinekoloji + Cinsel Disfonksiyon
-  15 Ekim 2017 Obstetrik Kanamalar ve Malpraktis
-  18 Haziran 2017 Reprodüktif Endokrinoloji ve İnfertilite
-  28 Mayıs 2017 Prenatal Tanı ve Gebelik İzleniminde Tartışmalı Konular
-  30 Nisan 2017 Jinekolojide Endoskopi Uygulamaları
-  19 Mart 2017 Jinekolojide Karşılaşılan Onkolojik Sorunlar
-  12 Şubat 2017 Ürojinekoloji, Pelvik Ağrı ve Cinsel Disfonksiyon
-  15 Ocak 2017 Reprodüktif Endokrinoloji ve İnfertilite
-  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



TJOD İSTANBUL
Türk Jinekoloji ve Obstetrik Derneği

TJOD İSTANBUL ŞUBESİ PAZAR TOPLANTILARI

13 Ocak 2019
Hilton İstanbul Bosphorus

*Jinekolojide ve Cinsel Yaşamda
Sık Karşılaşılan Sorunlar ve Çözümleri*

Bilimsel Program

www.tjodistanbul.org

