



TJODist Bülteni

Şubat 2022

Başkandan



Değerli meslektaşlarımız,

Bu yılın ilk sayısı ile hepimize tekrar merhaba. Covid-19 vaka sayılarının artması nedeniyle Ocak ayındaki "İnfertilite Tedavilerinde Sıklıkla Karşılaşılan Sorular, Sorunlar" toplantımızı online olarak yapmak zorunda kaldık.

Ne yazık ki Şubat ayındaki "Postpartum Kanamalara Yaklaşım" ve Mart ayındaki "Preinvazif Serviks Hastalıklarında Yönetim ve Aşılar" ile ilgili toplantıları da online yapmak zorunda kalacağız gibi görünüyor.

Yüz yüze toplantılarda buluşacağımız günleri sabırsızlıkla bekliyoruz. Bu ayki bültenimizi zengin içeriğiyle dikkatinize sunuyoruz. Yararlanacağınızı umuyor, emeği geçen arkadaşlarıma teşekkür ediyorum.

Saygılarımla,

TJOD İstanbul YK adına,
Dr. Recep HAS

TJOD İSTANBUL
Türk Jinekoloji ve Obstetrik Derneği

📅 20 Şubat 2022, Pazar 🕒 10.00-13.40 📺 Online

www.onlinesempozyum.com adresinden canlı yayınlanacaktır.

POSTPARTUM KANAMA

Toplantı Sorumluları: Özlem Pata, Halil Aslan

Moderatörler: Özlem Pata, Rıza Madazlı

10.00-10.20	Postpartum Kanama Tanı, Risk Faktörleri ve Şok Sınıflaması <i>İbrahim Kalelioğlu</i>
10.20-10.40	Postpartum Kanama Nedenleri ve Medikal Tedavi <i>Oya Demirci</i>
10.40-11.00	Uterin Atoni-Yönetim <i>İsmail Özdemir</i>
	Tamponadlar Sütürler Arteriyel ligasyon Histerektomi
11.00-11.20	Alt Genital Traktus Yaralanmaları-Uterin Rüptür ve İnversiyon <i>Aytaç Yüksel</i>
11.20-11.40	Plasenta Yerleşim ve Yapışma Anomalileri Tanı-Yönetim <i>Ali Acar</i>
11.40-12.00	Tartışma
	Moderatörler: Halil Aslan, Fehmi Yazıcıoğlu
12.00-12.20	Postpartum Kanama ve Koagülopatiler (Dekolman Plasenta, Amniotik Sıvı Embolisi ve Faktör eksiklikleri...) <i>Ebru Davutoğlu</i>
12.20-12.40	Masif Kan Transfüzyonu Kime, Nasıl, Ne Zaman? <i>Mukadder Orhan Sungur</i>
12.40-13.00	Güncel Kılavuzlar Eşliğinde PPK Yönetimi <i>Mert Turgal</i>
13.00-13.20	Olgularla PPK Yönetimi <i>Yaprak Üstün</i>
13.20-13.40	Tartışma

www.tjodistanbul.org



TJODist Bülteni

Editörden



Değerli Meslektaşlarım,

Bu yılın ilk TJOD İstanbul Bülteni'nde öncelikle hepimize sağlıklı, mutlu ve verimli bir yıl diliyorum.

TJOD İstanbul olarak toplantılarımıza vaka sayılarının artması nedeniyle online olarak devam ediyoruz. Ümidimiz en kısa zamanda yüz yüze buluşabilmektir.

TJOD İstanbul Bülteni'nin bu sayısında Sayın Prof. Dr. Umur Çolgar ile bir söyleşi gerçekleştirdik. Hocanın meslek hayatını özetlediği bu söyleşiyi keyifle okuyacağınıza inanıyorum.

Bu sayımızda Dr. Başak Kaya geç preterm doğum riski taşıyan gebelerde antenatal kortikosteroid kullanımı ile ilgili bir makale özetledi. Dr. Üzeyir Kalkan ISGE'nin 2022 yılına ait histeroskopik myomektomi kılavuzunu özetledi. Dr. İnci Sema Taş pelvik organ prolapsusu olan kadınlarda cerrahi ve pesser kullanımının cinsel fonksiyonlara etkilerini karşılaştıran bir çalışmayı özetledi. Dr. Sinem Ertaş polikistik over sendromu olan kadınlarda metformin tedavisinin IVF ve ICSI sırasında kullanımı ile ilgili bir makale özetledi. Dr. Doğan Vatansever ise over tümörlerinin preoperatif tanısı için ESGO/ISUOG/IOTA/ESGE ortak bildirgesini özetledi.

Kongrelerden izlenimlerde ise Dr. Harika Yumru Çeliksoy 2021 yılında Prag'da gerçekleşen ESGO 2021 Kongresi'ni özetledi.

TJOD İstanbul Bülteni'nin bu sayısına katkıda bulunan (soyadı sırasına göre) Dr. Sinem Ertaş, Dr. Başak Kaya, Dr. Üzeyir Kalkan, Dr. İnci Sema Taş ve Dr. Doğan Vatansever'e teşekkür ederim. Bültenimiz ile ilgili görüş ve önerilerinizi veya kendi kongre izlenimlerinizi bana (fgungor@yahoo.com) veya TJOD İstanbul mail adresine iletebilirsiniz.

Saygılarımla,

Dr. Funda Güngör UĞURLUCAN

TJODist Bülteni

Tjod İstanbul Yönetim Kurulu //



TJODist Bülteni

Bu Sayımıza Katkılarından Dolayı Teşekkürler

Soyadı Sırasıyla

Dr. Harika Yumru ÇELİKSOY

Dr. Sinem ERTAŞ

Dr. Üzeyir KALKAN

Dr. Başak KAYA

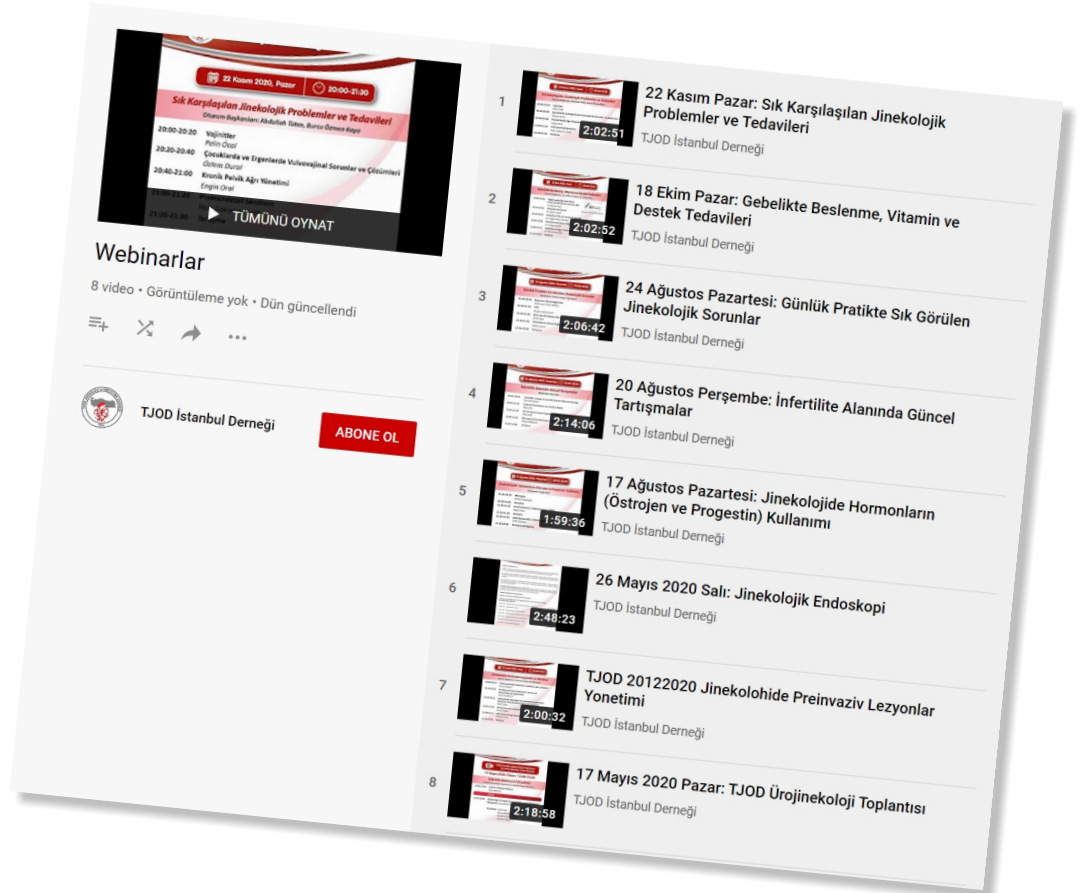
Dr. İnci Sema TAŞ

Dr. Doğan VATANSEVER



Youtube Kanalımıza **abone** olabilirsiniz.

Webinarların **tekrarını izleyebilirsiniz.**



Prof. Dr. Umur ÇOLGAR

Söyleşi: Dr. Sinem ERTAŞ



ADI SOYADI : Nazım Umur ÇOLGAR

Doğum Yeri : Ankara

İlk Öğretim : T.E.D.Ankara Koleji

Orta Öğretim : Özel Şişli Terakki Lisesi

Yüksek Öğretim : İstanbul Üniversitesi, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi (1976)

Tıpta Uzmanlık : Doğum ve Kadın Hastalıkları, İ.Ü.Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Kadın – Doğum Anabilim Dalı (1981)

Doçentlik : Doğum ve Kadın Hastalıkları (1986)

Profesörlük : Doğum ve Kadın Hastalıkları (1996)

Askerlik : Girne, 100 yataklı Asker Hastanesi (1982 – 1983)

Görev Yaptığı Kurumlar :

- İ.Ü.Cerrahpaşa Tıp Fakültesi , Kadın – Doğum Anabilim Dalı Öğretim Üyesi (1986 – 2000)
- İ.Ü.Cerrahpaşa Tıp Fakültesi ,İngilizce Tıp Bölümü Öğretim Üyesi (1989 – 2000)
- Acıbadem Hastanesi Kadın – Doğum Bölüm Başkanı (2000 – 2004)
- 2004 yılında emekli olarak Serbest Muayenehane hekimliği yapıyor

Sosyal Durumu :

- Evli, bir erkek, bir kız iki çocuk sahibi

Kurum İçi Görevler :

- İ.Ü.Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Reprodüktif Endokrinoloji Bilim Dalı Öğretim Üyesi (1989 – 2000)
- İ.Ü.Cerrahpaşa Tıp Fakültesi ,Tüp Bebek Merkezi (1991 – 2000)
- İ.Ü.Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Etik Kurulu
- Acıbadem Hastanesi Etik Kurulu

Yurt Dışı Eğitim :

- Jones Institute for Reproductive Medicine, Norfolk ,Virginia USA (1987-1988)

Kurucu Üye Olduğu Dernekler :

- International Society of Gynecological Endocrinology
- Türk Reprodüktif Endokrinoloji ve İnfertilite Derneği
- Menopoz ve Osteoporoz Derneği
- Üreme Tıbbı Derneği

Sizinle söyleşi yapma şansı bana tanındığı için çok gurur duyduğumu belirtmek isterim değerli Umur hocam. Sizi tıba yönlendiren neydi? Sonrasında cerrahi bir branş olan Kadın Hastalıkları ve Doğum ihtisasını seçmeniz nedeni neydi?

Sevgili Sinem hanım, öncelikle bu söyleşi için çok teşekkür ediyorum.

Aslında doktor olmak benim çocukluk hayalim değildi, bu nedenle lise son sınıfı yıllığımda “Umur’a İTÜ eğitimi ve mühendislikte başarılar dileriz” diye yazıyor. Daha sonra İTÜ sınavını kazanamayınca liseden en samimi arkadaşımın da teşviki ile iki yıl önce yeni kurulan İÜ Cerrahpaşa Tıp Fakültesi’ne kaydoldum. Eğitim sürecimin o fırtınalı yıllarında Kadın Hastalıkları ve Doğum branşına merak ve sevgi duydum. O yıllarda her branş asistan alırken kendi sınavını yapıyordu, 1976 yılında 52 meslektaşım arasında birinci olarak kadroya

TJODist Bülteni

girdim. Bunca yıl sonra geriye dönüp baktığımda bugün Tıp Fakültesi'ni bitirsem gene Kadın- Doğum ihtisası yapardım diye düşünüyorum.

Reprodüktif Endokrinolojiye olan ilginiz nasıl başladı? Bu kadar dinamik bir başlık konusunda çalışmak mı sizi dinç tuttu yoksa hep böyle miydiniz? Nasıl güncel kalmayı başarıyorsunuz?

Beni Reprodüktif Endokrinoloji ile tanıştıran, asistanlık günlerimde Amerika'daki eğitiminden dönen hocam Prof.Dr. Feridun Aksu olmuştur. Uzun nöbet gecelerinde o zaman baş asistan olan Feridun Ağabeyi dinlerdik, bize Amerika'dan getirdiği kitapları verirdi, onları hatmederdim. Askerdeyken Speroff'un Jinekolojik Endokrinoloji kitabını üç kez okumuştum. Ama seçimimdeki kırılma noktası 1986 yılında hocam Prof.Dr.Turgay Atasü'nün önerisi ve desteği ile katıldığım İtalya'daki Jinekolojik Endokrinoloji Derneği'nin kuruluş toplantısı oldu. O tarihten sonra, şimdiki adı ile Reprodüktif Tıp en önemli ilgi alanım oldu. Amerika'da yanında çalışma fırsatı bulduğum hocalarım Howard ve Georgeanna Jones ise mesleki yaşantımda rol modellerim oldular. Muayenehane açtıktan sonra konu ile ilgili en önemli uluslararası derneklere üye oldum ve en popüler dergilere abone oldum. Onları okuyacak da bol bol vaktim oldu.

Cerrahpaşa Üniversitesi Tıp Fakültesi'ndeki yıllarınızdan bugüne baktığınızda kariyerinizde keşke daha farklı olsaydı dediğiniz bir tercih var mı?

Bazen geriye dönüp 45 yıllık Kadın-Doğum kariyerimi gözden geçiriyorum ve şu sonuca varıyorum; zamanı geri sarıp asistanlığımın ilk gününe geri dönsen 45 yıl içinde yaptıklarımın aynısını yapardım. Yaşadığım hiçbir şeyden pişmanlık duymuyorum, sadece İÜ Cerrahpaşa Tıp Fakültesi'ne bağlı İngilizce Tıp'ta daha uzun süre öğretim üyeliği yapmak isterdim.

Son dönemde; özellikle son 2-3 yılda doktorlar dahil birçok genç ülkemizi terk etmeyi planlıyor ve 'beyin göçü'nün önüne geçilemez bir hal aldı. Bu konudaki düşüncelerinizi merak ediyorum. Sizce gençler ne yapmalı?

Benim mezun olduğum 1976 yılından beri, imkanları olan sınıfın %10-15'i uzmanlık eğitimi ve sonra da orada kalabilmek amacı ile yurt dışına gidiyordu. Özellikle eski ve oturmuş Tıp Fakülteleri'ni bitirenler iyi bir eğitim aldıkları için başarılı da oluyorlardı. Oysa bugün yüzün üzerinde Tıp Fakültesi ile tıp eğitimi de sorgulanır hale geldi. Doktorların da çoğu, sağlıkçılara uygulanan şiddet, düşük maaş politikaları ve ülkenin genel ekonomik durumu nedeni ile yaşamlarını yurt dışında sürdürmek istiyorlar. Bugün mezun olsaydım ben de mesleki yaşantımı yurt dışında sürdürmek ister miydim? Ne yazık ki bu soruya "Hayır" diye cevap veremiyorum.

Hocam, bana verdiği samimi yanıtlardan dolayı teşekkür ediyorum.

MATERNAL-FETAL TIP TOPLULUĞU (SMFM) DANIŞMANLIK SERİSİ #58: GEÇ PRETERM DOĞUM RİSKİ TAŞIYAN BİREYLERDE ANTENATAL KORTİKOSTEROİD KULLANIMI

Society for Maternal-Fetal Medicine Consult Series #58: Use of Antenatal Corticosteroids for Individuals At Risk For Late Preterm Delivery. Society for Maternal-Fetal Medicine (SMFM); Reddy UM, Deshmukh U, Dude A, et al. Am J Obstet Gynecol 2021;225(5):B36-B42.

Özetleyen: **Dr. Başak KAYA**

Link: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34363784>

Giriş

Preterm doğum 20 0/7 ile 36 6/7 gebelik haftaları arasında doğumun gerçekleşmesi olarak tanımlanır, her 10 bebekten 1'inin miadından önce doğduğu Amerika Birleşik Devletleri'nde preterm doğum önemli bir halk sağlığı sorunudur. Antenatal kortikosteroidlerin, 34. gebelik haftasından önce preterm doğum riski olan gebelere uygulandıklarında ölüm, respiratuvar distres sendromu, intraventriküler hemoraji ve sepsis gibi olumsuz neonatal sonuçların riskini önemli ölçüde azalttığı gösterilmiştir. Garite ve ark. (2009) tarafından yapılan randomize kontrollü bir çalışmada 34. gebelik haftasından önce antenatal kortikosteroidlerin kurtarma dozu olarak tek bir kür halinde tekrarlanabileceği ileri sürülmüştür. Tüm preterm doğumların yaklaşık dörtte üçü geç preterm dönemde (34 0/7 ile 36 6/7 gebelik haftaları arası) gerçekleşir. Antenatal Geç Preterm Steroidler (Antenatal Late Preterm Steroids-ALPS) çalışmasından elde edilen sonuçlar, Amerika Birleşik Devletleri'ndeki antenatal kortikosteroidlerin kullanım önerilerini 37. gebelik haftasından önce doğum yapması beklenen kadınları kapsayacak şekilde genişletmiştir. Antenatal kortikosteroidlerin aşırı kullanımının olası etkileri göz önüne alındığında, steroidlere maruz kalan çocuklarda antenatal kortikosteroid kullanımı ile uzun dönem nörogelişimsel sonuçlar arasındaki olası ilişki araştırılmaya devam edilmektedir. Bu kılavuzda, antenatal kortikosteroid tedavisine aday olabilecek geç preterm doğum riski yüksek olan gebelere sağlık hizmeti sunan obstetrisyenlere rehberlik edilmesi amaçlanmıştır.

• Geç preterm dönemde steroid uygulamasının faydaları nelerdir?

ALPS çalışmasında, geç preterm doğum riski yüksek olan 34 0/7 ile 36 5/7 gebelik haftaları arasındaki ve daha önceden antenatal kortikosteroid uygulanmamış olan 2831 gebe randomize edilmiştir. Bu çalışma, geç preterm dönemde antenatal kortikosteroid uygulamasının solunum desteği ihtiyacında azalma (betametazona karşı plasebo: %11,6'ya karşı %14,4) ve ciddi respiratuvar morbiditede azalma (betametazona karşı plasebo: % 8,1'e karşı %12,1) ile ilişkili olduğunu göstermiştir. Gebeliğin 34. haftası ve sonrasında uygulanan antenatal kortikosteroidlerin neonatal respiratuvar morbidite üzerine olan etkisini değerlendiren 6 randomize kontrollü çalışmayı içeren sistematik bir derleme ve meta-analiz de bu bulguları desteklemiştir.

ALPS çalışmasına dahil edilme kriterlerini karşılayan, 34 0/7 ile 36 6/7 gebelik haftaları arasında tekil gebeliği olan, 7 gün içinde ve 37. gebelik haftasından önce preterm doğum riski yüksek olan hastalara tek kür antenatal kortikosteroid uygulaması (24 saat ara ile 2 doz 12 mg intramuskuler betametazon) önerilmektedir (Kanit düzeyi 1A). ALPS çalışmasının dışlama kriterlerinden bazıları, potansiyel zarar endişelerinden ziyade çalışma tasarımı ile ilgili konulara dayandırıldığından, ALPS çalışmasına dahil edilmeyen 14. gebelik haftası veya sonrasında tekil gebeliğe indirgenmiş çoğul gebeliği olan hastalar, fetal anomalisi olan hastalar veya 12 saatten önce doğumun beklendiği olgular gibi seçilmiş gruplarda da antenatal kortikosteroidlerin kullanımının göz önüne alınması önerilmektedir (Kanit düzeyi 2C). Gebeliğin 37. haftasından önce doğum olasılığı düşük olan gebelerde fetal akciğer matürasyonu için antenatal kortikosteroidlerin kullanımı önerilmemektedir (Kanit düzeyi 1B).

• Geç preterm dönemde uygulanan steroidlerin erken dönem riskleri nelerdir?

ALPS çalışmasında neonatal hipoglisemi, betametazon grubunda plasebo grubuna göre daha yaygın görülmüştür ancak steroidlere maruz kalan ve neonatal hipoglisemisi olan olguların %93'ünde hipoglisemi 24 saatten önce düzelmiştir, yani bu olgularda gözlenen neonatal hipoglisemi hafif ve kendini sınırlar niteliktedir. Neonatal hipoglisemi antenatal kortikosteroidlere maruz kalan bebeklerde daha sık görülür ve 32 0/7 ile 35 6/7 gebelik haftaları arasında doğan çocuklarda okul öncesi çağına gözlenen nörogelişimsel gecikme ile bağımsız olarak ilişkilendirilmiştir.

Pregestasyonel diabetes mellitusu olan kadınların yenidoğanlarında hipoglisemi riskinin daha yüksek olduğu bilinmektedir; pregestasyonel diabetes mellituslu kadınlar ALPS çalışmasına dahil edilmemiştir. Buna rağmen ALPS çalışmasının yayınlanmasından bu yana, birçok uygulayıcı pregestasyonel diabetes mellitusu olan kadınlara geç preterm dönemde steroid uygulamaya başlamıştır. Bu yenidoğanların, geç preterm dönemde steroid almayan diabetes mellituslu hastaların yenidoğanlarına göre daha yüksek hipoglisemi oranları yaşayıp yaşamadıklarına ilişkin veriler mevcut değildir. **Neonatal hipoglisemiye kötüleştirme riski nedeni ile pregestasyonel diabetes mellitusu olan gebelerde geç preterm dönemde kortikosteroid uygulaması önerilmemektedir (Kanit düzeyi 1C).**

• Antenatal kortikosteroid tedavisinin uzun dönem etkileri ile ilgili kanıtlar nelerdir?

Preterm infantlar için antenatal kortikosteroidlerin erken dönem yararları tartışılmaz olsa da uzun dönem nörogelişimsel etkilerine ilişkin veriler tutarsızdır. Hayvan çalışmalarında ekzojen kortikosteroidlere in utero maruziyetin fetal beyin gelişimini ve nörolojik sonuçları etkileyebileceği öne sürülmüştür. Teorik olarak, bu etki, hızlı beyin gelişiminin görüldüğü 34. gebelik haftasından sonra daha belirgin olabilir.

Antenatal kortikosteroidlerin incelendiği randomize kontrollü çalışmalardan elde edilen takip çalışmalarında tek kür antenatal kortikosteroid uygulamasına maruz kalan çocuklarda nörolojik gerilik riskinde artış olmadığı tespit edilmiştir. Bu çalışmaların güçlü yönü nörogelişimsel sonuçların net olarak belirlenmesidir, ancak nispeten kısıtlı olgu sayıları bu çalışmaların kısıtlılığıdır.

Çoklu doz antenatal kortikosteroid uygulaması sonrası farklı sonuçlar gözlemlenmiştir. Preterm doğum için çoklu doz antenatal kortikosteroid uygulamasının incelendiği uzun dönem takip çalışmasında, çoklu doz antenatal kortikosteroidlere maruz kalan ve miadında doğan (37. gebelik haftası) çocukların 5 yaşında yapılan değerlendirmesinde nöromotor, nörokognitif ve nörosensöryel gelişim geriliği riskinin arttığı ileri sürülmüştür. Gözlemsel çalışmalarda ise tek kür ve çoklu doz antenatal kortikosteroid uygulamalarının uzun dönem sonuçları ile ilgili karışık sonuçlar elde edilmiştir. Melamed ve ark. doğum kayıtları üzerinden antenatal kortikosteroid maruziyeti olan çocukların 5 yaş sonuçlarını inceledikleri çalışmalarında, maternal komorbiditeler ve obstetrik özelliklere göre düzeltme yapıldıktan sonra bu çocuklarda nörokognitif bozukluk olma riskinin daha yüksek olduğunu saptamışlardır. Ancak, aralarında bir metaanalizin de yer aldığı diğer çalışmalarda nörogelişimsel sonuçlar arasında fark olmadığı veya olumsuz nörolojik sonuçların çoklu doz uygulamalarıyla veya preterm doğuma neden olan altta yatan durum ile ilişkili olduğu gözlenmiştir.

Räikkönen ve ark. antenatal kortikosteroid maruziyeti açısından diskordan olan ve miadında doğan kardeşleri inceledikleri toplum temelli retrospektif kohort çalışmalarında antenatal kortikosteroid maruziyeti olan kardeşlerde mental veya davranışsal bozukluk riskinin daha yüksek olduğunu saptamışlardır.

Antenatal steroidlerin uzun dönem etkilerini inceleyen bu çalışmaların çeşitli kısıtlılıkları vardır. Çalışmaların çoğu, ya kısıtlı sayıda olgu içermektedir ya da hastalığın şiddetinin belirlenmesinin zor olduğu toplum temelli kayıt verilerine dayanmaktadır. Retrospektif, gözlemsel çalışmalarda, başvuru ve doğum endikasyonlarının veya diğer antenatal komplikasyonların uzun dönem nörolojik sonuçlar üzerine etkisi değerlendirilememiştir. Önceki

TJODist Bülteni

çalışmalar, antenatal kortikosteroide maruz kalan çocuklarda gözlenen nörolojik etkilenmenin aslında steroidin kendisine değil preterm doğuma neden olan duruma bağlı olduğunu ileri sürmektedir. Ek olarak, çoğu çalışmada kullanılan steroid tipi, dozu, sıklığı ve zamanlaması ile ilgili bilgi verilmemiştir. Önceki çalışmalarda çoklu doz steroidde maruz kalan term infantlarda nörolojik etkilenme riskinde artış gösterilmiştir, bu çalışmaların önemli bir kısıtlılığıdır.

Geç preterm doğum riski olan hastalar, antenatal kortikosteroid uygulamasının riskleri ve faydaları hakkında bilgilendirilmeli ve uzun dönem risklerin net bilinmediği belirtilmelidir (Kanıt düzeyi 1C).

- **Hastalara antenatal geç preterm steroid uygulaması önerilmeye devam edilmeli mi?**

Räikkönen ve ark. ALPS çalışmasının sonuçlarına dayanarak antenatal steroidlerin kullanım endikasyonlarının genişlemesi nedeni ile steroidlerin geç preterm dönemde liberal kullanımı ile ilgili endişelerini dile getirmektedir. Hangi hastanın preterm doğum yapacağı tahminindeki yetersizlik ve preterm doğumların büyük bir bölümünü geç preterm doğumların oluşturması kaygının ana nedenleridir. Bu iki durum belirsiz bir fayda ile antenatal kortikosteroidlere maruz kalma oranını artırır. Ayrıca, 2016 yılına ait Avrupa kaynaklı kılavuzlarda geç preterm steroid kullanımı önerilirken, 2019 yılına ait kılavuzlarda steroidlerin kullanımı önerilmemektedir.

Hastalara geç preterm steroid kullanımı ile ilgili verilen danışmanlıkta, ALPS çalışmasında steroid kullanımı için katı kriterlerin uygulandığı klinisyenlerin göz önüne alması gereken önemli bir noktadır.

Potansiyel faydaları nedeni ile, etkinliği ile ilgili kanıtların sınırlı olduğu bilinerek seçilmiş hastalara geç preterm antenatal kortikosteroid seçeneği sunulmaya devam edilmesi önerilmektedir.

- **Antenatal kortikosteroid kullanımına ilişkin ek verilere ihtiyaç var mı?**

İkiz gebeliklerde antenatal kortikosteroid uygulamasının 34. gebelik haftası öncesi doğumlarda neonatal sonuçları iyileştirdiğini gösteren veriler vardır. Ancak ikiz gebeliklerde geç preterm dönemde antenatal kortikosteroidlerin etkileri ile ilgili veriler kısıtlıdır ve kılavuzlarda henüz bu konu yer almamaktadır. Bu popülasyonda ek çalışmalara ihtiyaç vardır. Veriler elde edilene kadar geç preterm doğum riski olan ikiz gebeliklerde fetal akciğer matürasyonu amacıyla kortikosteroid uygulamasına ilişkin ortak karar verilmesi önerilmektedir.

Özellikle geç preterm dönemde tek kür antenatal kortikosteroid uygulamasının uzun dönem nörogelişimsel etkileri ile ilgili ek çalışmalara acilen ihtiyaç vardır. Daha fazla veri elde edilene kadar, Maternal-Fetal Tıp Topluluğu (SMFM), geç preterm doğum riski olan gebeliklerde antenatal kortikosteroid uygulamasını desteklemeye devam etmektedir. Ancak, preterm doğumun güvenilir belirtilerinin yokluğunda, klinisyenler preterm doğum riski belirgin olan olguları geç preterm kortikosteroid uygulaması için aday olarak belirlemelidir ve ALPS çalışmasının dahil etme kriterlerinin dışındaki hastalara (pregestasyonel diabetes mellituslu hastalar, kortikosteroid kürü tamamlanmış hastalar) geç preterm dönemde kortikosteroid uygulamaktan kaçınmalıdır. Ayrıca, geç preterm dönemde doğum endikasyonu varlığında steroid kürünün tamamlanması için doğum geciktirilmemelidir.

Antenatal Geç Preterm Steroid (ALPS) çalışması* kriterleri

Çalışmaya dahil etme kriterleri

- Tekil gebelik (14 0/7 gebelik haftasından önce spontan veya terapotik olarak ikizden tekil gebeliğe indirgenmiş gebelikler)
- 34 0/7 ve 36 5/7 gebelik haftaları arası
- Geç preterm doğum olasılığının yüksek olması:
- Preterm eylem membranlar intakt ve servikal dilatasyon ≥ 3 cm veya %75 servikal efasman
- Spontan membran rüptürü
- Doğum indüksiyonu veya sezaryen doğum ile 24 saat ile 7 gün içinde diğer endikasyonlar nedeni ile doğumun gerçekleşmesinin beklenmesi (gestasyonel hipertansiyon, preeklampsi, fetal büyüme geriliği, oligohidroamniyos)

Dışlama kriterleri

- Mevcut gebelikte fetal akciğer matürasyonu için antenatal kortikosteroid kürünün uygulanmış olması
- Yüksek doz kortikosteroid adayı
- Gebeliğin 14 0/7 haftası veya sonrasında tekil gebeliğe indirgenen ikiz gebelik
- Fetal ölüm, bilinen majör fetal anomali veya 2'den fazla minör anomali varlığı
- Betametazon kullanımı için maternal kontrendikasyon
- Pregestasyonel diabetes mellitus
- 12 saat içinde doğum beklenen olgular:
- Membran rüptürü ile birlikte saatte 6'dan fazla kontraksiyon varlığı veya servikal dilatasyon ≥ 3 cm olması
- Koryoamniyonit
- Servikal dilatasyon ≥ 8 cm

Acil doğum gerektiren güven vermeyen fetal durum

*Gyamfi-Bannerman ve ark.

ALPS, Antenatal Late Preterm Steroids

Önerilerin özeti

	Öneriler	Kanıt düzeyi
1	ALPS çalışmasının dahil etme kriterlerini karşılayan hastalara (örn; 34 0/7 ile 36 6/7 gebelik haftaları arasında tekil gebeliği olan, 7 gün içinde ve 37. gebelik haftasından önce preterm doğum riski yüksek olan hastalar) tek kür antenatal kortikosteroid uygulaması (24 saat ara ile 2 doz 12 mg intramusküler betametazon) önerilmektedir.	1A Güçlü öneri, yüksek kaliteli kanıt
2	ALPS çalışmasına dahil edilmeyen 14. gebelik haftası veya sonrasında tekil gebeliğe indirgenmiş çoğul gebeliği olan hastalar, fetal anomalisi olan hastalar veya 12 saatten önce doğumun beklendiği olgular gibi seçilmiş gruplarda da antenatal kortikosteroidlerin kullanımının göz önüne alınması önerilmektedir.	2C Zayıf öneri, düşük kaliteli kanıt
3	Gebeliğin 37. haftasından önce doğum olasılığı düşük olan gebelerde fetal akciğer matürasyonu için antenatal kortikosteroidlerin kullanımı önerilmemektedir.	1B Güçlü öneri, orta kaliteli kanıt
4	Neonatal hipoglisemiyi kötüleştirme riski nedeni ile pregestasyonel diabetes mellitusu olan gebelerde geç preterm dönemde kortikosteroid uygulaması önerilmemektedir.	1C Güçlü öneri, düşük kaliteli kanıt
5	Geç preterm doğum riski olan hastalar, antenatal kortikosteroid uygulamasının riskleri ve faydaları hakkında bilgilendirilmeli ve uzun dönem risklerin net bilinmediği belirtilmelidir.	1C Güçlü öneri, düşük kaliteli kanıt

EUROPEAN JOURNAL OF OBSTETRICS & GYNECOLOGY AND REPRODUCTIVE BIOLOGY 268 (2022) 121–128 HİSTEROSKOPIK MIYOMEKTOMI: INTERNATIONAL SOCIETY FOR GYNECOLOGIC ENDOSCOPY (ISGE) KILAVUZU

ALESSANDRO LODDO , DUSAN DJOKOVIC, AMAL DRIZI , BART PAUL DE VREE F, ADEL SEDRATI, BRUNO J. VAN HERENDAEL

Özetleyen: **Dr. Üzeyir KALKAN**

Giriş:

Bu makale ile Uluslararası Jinekolojik Endoskopi Derneği (ISGE), klinisyenlere histeroskopik miyomektomi (HM) ile ilgili, şu anda mevcut olan en iyi kanıtlardan elde edilen tavsiyeleri sağlamayı amaçlanmıştır. Bunun için mevcut literatür birkaç kez analiz edilmiş ve bu konuda yetkin uzmanların görüşleri de eklenerek bir kılavuz oluşturularak aşağıdaki anahtar klinik sorulara yanıt aranmıştır:

- HM öncesi hasta nasıl değerlendirilmelidir?
- Cerrahi sonuçlar ile ilgili, submukoz leiomyomlar (LM) için en iyi sınıflandırma sistemi hangisidir?
- Ameliyat öncesi tıbbi tedavi için herhangi bir endikasyon var mı?
- En iyi rezeksiyon tekniği nedir ve tip 0 submukoz LM'lerin rezeksiyonu için en uygun aletler nelerdir?
- En iyi rezeksiyon tekniği nedir ve tip 1 ve tip 2 LM'lerin rezeksiyonu için en uygun aletler nelerdir?
- HM'de perforasyon oranını hangi önlemler azaltabilir?
- HM sırasında ve sonrasında hangi önlemler kanamayı azaltabilir?
- Sıvı açığı için hangi sınır göz önünde bulundurulmalıdır? Hangi önlemler distansiyon sıvısına bağlı komplikasyonların oranını azaltır?
- Hangi önlemler servikal travmayı, enfeksiyonları ve yapışıklıkları azaltabilir?

Sonuçlar ve tartışma:

Ultrasonografi (US), kullanılabilirliği, güvenilirliği ve maliyet etkinliği nedeniyle myometriyumu değerlendirmek için ilk seçenek görüntüleme aracıdır.[7].

Morfolojik Uterus Sonografik Değerlendirme (MUSA) makalesi 2015'ten bu yana terimler, tanımlar ve normal tanımlamak, raporlamak için kullanılacak ölçümler ve ultrason muayenesi sırasında patolojik myometriyal bulgular hakkında konsensüs sağlar.

Yüksek kaliteli kanıtlar, Salin infüzyon sonografi (SIS)'in submukoz LM'leri teşhis etmede histeroskopi ile eşit performans gösterdiğini desteklemektedir. Ayrıca, SIS ve histeroskopi, submukoz LM'leri teşhis etmede transvajinal ultrasonografiden (TVUS) üstündür. SIS, kombine histeroskopi ve TVUS tetkiklerine benzer bilgi sağlamaktadır.

LM tanısında manyetik rezonans (MR) sensitivitesi %94,1, spesifisite %68,7, pozitif prediktif değeri, %95,7 ve negatif prediktif değeri %61,1'dir. MR'ın submukoz LM'lar için daha kesin bilgi elde etmede diğer tekniklerden üstün olduğu düşünülse de herkes için rutin kullanımı hastalarda maliyet etkin değildir. MR, vücut kitle indeksi yüksek, çok sayıda leiomyomu olan hastalar; uterus boyutu çok genişlemiş, LM'lerin ve diğer uterin veya pelvik patolojilerin bir arada bulunduğu hastalar için kullanılması daha uygundur. Ayrıca, sarkom gibi malignitelerden şüphe duyulduğunda tercih edilebilir.

Kompüterize tomografi (CT) kullanımı önerilmemektedir.

Ofis histeroskopisi, doğrudan endometrial kavitenin gözlemine izin verir. Endometriyumun özelliklerinin belirlenmesi, submukoz LM'ler ve diğer intrakaviter patolojilerin teyidi ve ek olarak direkt bakı altında gözlemlenen lezyonlar ve endometriyumdan biyopsi yapılabilir. Myometrial penetrasyon derinliğini doğru tanımlamak için ofis histeroskopisi TVUS ile birleştirilmelidir. Böyle bir kombine teşhis stratejisi, yalnızca yeterli ve tavsiye edilebilir bir

TJODist Bülteni

ameliyat öncesi değerlendirme modalitesi değil, aynı zamanda, mümkün olduğunda, bir "gör ve tedavi et" yaklaşımı oluşturur.

Öneri 1: HM yapılması planlanan hastaların ameliyat öncesi değerlendirilmesi, ayrıntılı öykü ve fizik muayene bilgileriyle başlamalıdır. (Grade1A).

Öneri 2: Ultrasonografik inceleme; uterus LM'leri (Grade 1A) olan tüm hastalara önerilirken MUSA terimleri, tanımları ve ölçülerinin tarama ve sonografik bulguların açıklaması için kullanılması önerilir. (Grade 1B).

Öneri 3: HM planlaması için, uterusun SIS ile değerlendirilmesi veya TVUS ile kombine tanınal histeroskopi önerilir (Grade 1A). MR ile değerlendirme, ultrason tabanlı değerlendirme sınırlamalarıyla (örn. vücut kitle indeksi, çok sayıda LM, çok genişlemiş uterus boyutu, LM'lerin ve diğer uterin/pelvik lezyonların bir arada bulunması ve rahim tümörünün belirsiz doğası) karşılaşıldığında uygundur. (Grade 1A).

Öneri 4: Hastaya, alternatif tedavi stratejilerini açıklayan, HM'nin potansiyel riskleri, ikinci bir girişime olası ihtiyacı ve LM tekrarlama olasılığını açıklayan uygun bilgilendirilmiş onam verilmelidir (Grade 1A).

Submüköz Leiomyomların Sınıflandırılması

LM uygun bir şekilde sınıflandırılması, cerrahi seçenekleri de içeren tedavi seçeneklerinin belirlenmesi için önemlidir. Ricardo Lasmar, STEPW sınıflandırması [24] olarak adlandırılan, submukozal LM'ların beş özelliği temelinde oluşturulmuş bir skorlama sistemini önermiştir: Boyut, topografya, miyom tabanının genişliği, penetrasyon ve yan duvar pozisyonu (Tablo 1).

Puanlar	Boyut	Topografi	Taban genişliği	Penetrasyon	Yan duvar
0	<2 cm	düşük	<1/3	0	+1
1	2-5 cm	orta	1/3-2/3	<50%	
2	>5 cm	yüksek	>2/3	>50%	
Skor	_____+	_____+	_____+	_____+	
Skor 0-4	Grup I	Düşük zorlukta HM			
Skor 5-6	Grup II	Yüksek zorlukta HM, iki seans HM, GnRH agonist kullanımı			
Skor 7-9	Grup III	HM ye alternatif bir tedavi seçeneği düşünülmesi			

Öneri 5: STEPW submukozal LM sınıflandırma sisteminin, karmaşık ameliyatlar, LM'nin eksik çıkarılması, uzun çalışma süresi, aşırı sıvı yüklenmesi ve diğer önemli komplikasyonların tahmini için kullanılması önerilir (Grade 1B).

Preoperatif medikal tedavi

Öneri 6: GnRH analogları ile ameliyat öncesi tedavi rutin olarak önerilmez çünkü submukoz LM'lerin tam rezeksiyonunu kolaylaştırmak için yararlı olduğu, operasyon süresini kısalttığı, sıvı emilimini azalttığı ve majör komplikasyonların sıklığını azalttığı kanıtlanmamıştır. (Grade 2B).

Tip 0, 1, 2 miyomlar ve LM teknikleri

Kullanılan alete bağlı olarak tip 0 LM için farklı histeroskopik miyomektomi teknikleri kullanılabilir: dilimleme, morselasyon ve ofis histeroskopi sırasında miyom pedikülünün kesilmesi.

Öneri 7: Tip 0 LM'ler için, rezektoskopiye (dilimleme tekniği) ek olarak, rezektoskopiye göre daha hızlı ve daha kısa öğrenme eğrisine sahip morselasyon tekniği de önerilir. (Grade 1C).

Şu anda, tip 1 ve 2 LM'lerin çıkarılması için en uygun teknik ve araçları gösteren yüksek kaliteli veri eksikliği bulunmaktadır. Dilimleme tekniği uygulanabilir ve tekrarlanabilir sonuçlar sağlarken morselasyon ilgili makalelerin çoğu LM'leri diğer intrauterin lezyonlardan ayırt etmeden tekniği analiz etmektedir. Bu nedenle, iyi kalitede çalışmalar ve data ortaya çıkana kadar dilimleme tekniği önerilir.

Öneri 8: Tip 1-2 LM'ler için, bugün itibarıyla, dilimleme tekniği, uygulanabilir ve tekrarlanabilir olmasıyla, tek başına morselasyona göre tavsiye edilir. (Grade1C).

Öneri 9: Tip 1-2 LM için, soğuk veya termal loop myomektomi ile ilgili hiçbir öneri geliştirilemez (Grade 2C).

Öneri 10: Bipolar tipe kıyasla monopolar 1-2 LM rezeksiyon, menstrüel semptomların giderilmesi ve üreme sonucu açısından eşdeğerdir. (Grade 2B).

HM'ye özgü temel komplikasyonlar ve önleyici hamleler

Operatif histeroskopide komplikasyon oranları, prosedürün zorluğuna, kullanılan ekipman ve tekniğe, cerrahın uzmanlığı ve hastanın özelliklerine bağlı olarak değişir. Tüm komplikasyonların yaklaşık yarısı "girişle ilgili" dediğimiz servikal travma ve servikal veya uterin perforasyondur. Risk faktörleri arasında anatomik varyasyon (aşırı ante- veya retroversiyon) ve nulliparite, menopoza, sezaryen veya transformasyon zonunun eksize edilmiş olması nedeniyle dar/stenotik servikal kanaldır.

TJODist Bülteni

Komplikasyon	Sıklık (%)
Hemostatik kullanımını veya eritrosit süspansiyonu transferini gerektiren kanama	0.00–0.16
Uterus perforasyonu	0.12–3.00
Enfeksiyon	0.01–1.42
İzotonik solüsyonlar kullanılırken oluşan intravasküler abzorbsiyon sendromu	
Hafif (1000-2000 mL)	5-10
Ağır (>2000 mL)	<1
Intrauterin yapışıklıklar	Bilinmiyor
Multiple miyom vs. tek miyom rezeksiyonu	45,5 vs. 31,3

Öneri 11: Vajinal misoprostol kullanımı HM öncesinde servikal travma ve perforasyonu azaltmak için rutin olarak önerilmez. (Grade 2B).

Öneri 12: 1000 mL sıvı açığı, salin solüsyonu ile bipolar miyomektomi sırasında da üreme çağındaki sağlıklı kadınlar için major komplikasyonlar açısından düşük risk içerir. Serum fizyolojik kullanılarak oluşan 1000 mL–2500 mL açıklar, dikkatli izlem ve en ufak olası emboli belirtisinde ameliyatın sonlandırılmasını gerektirir. 2500 mL'yi geçen açıklarda, ameliyatın derhal sonlandırılması gerekir (Grade 1C)

Öneri 13: Yaşlılarda ve kardiyovasküler, renal veya diğer komorbiditeleri olan kadınlarda sıvı açığı için daha düşük eşikler (750 mL) düşünülmelidir. (Grade1B).

Öneri 14: Rutin hyaluronik asit jel uygulaması, tüm HM'lerde, özellikle multiple HM'lerden sonra rutin olarak önerilir. (Grade1B)

SEMPTOMATİK PELVİK ORGAN PROLAPSUSU OLAN KADINLARDA CİNSEL FONKSİYON: PESSER VE CERRAHİYİ KIYASLAYAN ÇOK MERKEZLİ PROSPEKTİF ÇALIŞMA

FEMALE SEXUAL FUNCTIONING IN WOMEN WITH A SYMPTOMATIC PELVIC ORGAN PROLAPSE; A MULTICENTER PROSPECTIVE COMPARATIVE STUDY BETWEEN PESSARY AND SURGERY
LISA VAN DER VAART, ASTRID VOLLEBREGT, ET AL. J SEX MED 2021; S1743-6095(21)00784.
HTTPS://PUBMED.NCBI.NLM.NIH.GOV/34634254/

Özetleyen: **Dr. İnci Sema TAŞ**

Link: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34969614>

ÖZET

Amaç: Kadınlarda pelvik organ prolapsusu (POP) cinsel fonksiyona olumsuz etki eden bir problemdir. Ortalama yaşam sürelerinin de uzaması ile POP nedeniyle oluşan cinsel disfonksiyon önemli bir global sorun haline gelmektedir.

Cinsel aktif (CA) ve cinsel aktif olmayan (CAO) kadınlarda; pesser veya cerrahi sonrası 24. aydaki cinsel fonksiyonlardaki değişim; PISQ-IR ile değerlendirilmiştir.

Metod: 22 hastanede oluşturulan kohortta prospektif karşılaştırmalı bir çalışma dizayn edilmiştir. Orta-ciddi seviyeli POP şikayeti olan ve POP evrelemesi 2'nin üzerinde olan ve pesser veya cerrahi seçeneğini seçmiş kadınlar çalışmaya dahil edilmiştir. PISQ-IR anketi başlangıçta ve 24. ayda doldurulmuş ve delta değişkeni gruplar arası hesaplanıp kıyaslanmıştır. Başka etkenlerin sonuca etkisini dışlamak için multivariye lineer regresyon analizi kullanılmıştır.

Amaç; pesser ve cerrahi gruplarında PISQ-IR sonuçlarının farkını saptamaktır.

Sonuçlar: Pesser grubundaki 198 kadın ve cerrahi grubundaki 129 kadın için 24. aydaki delta değişkeni hesaplanmıştır. Cerrahi grubundaki cinsel aktif kadınlarda, pesser grubu ile kıyaslandığında; durum-spesifik (-0.19 95%CI -0.35; -0.03, P = .02), durum-etkili (-0.48 95%CI -0.69; -0.28, P < .001) ve toplam skorlarda (-0.15 95%CI -0.23; -0.08, P < .001) istatistiksel olarak anlamlı derecede iyileşme saptanmıştır. Cinsel aktif olmayan kadınlarda iki grup arasında anlamlı bir fark yoktur. Etki eden başka faktörler de göz önüne alındığında, cerrahi grubu yine üstün olarak saptanmıştır (B = 0.08; 95%CI interval 0.007-0.15, P = .03). Cerrahi olan cinsel aktif olmayan kadınlarda, cinsel aktif olma oranı; pesser grubundakilere göre 2.62 kat daha yüksektir.

Klinik Uygulama: Cinsel hayatlarında POP'un olumsuz etkilerinden yakınan cinsel aktif kadınlara, cerrahi seçeneğinin daha faydalı sonuçlar getirdiği açıklanmalıdır.

Çalışmanın güç ve kısıtlılıkları: Yüksek örneklem sayısı, uzun dönem takip, PISQ-IR'nin hem cinsel aktif hem de aktif olmayan kadınlarda kullanılması nedeni ile bu çalışmada gerçek hayatın bir kesiti yansıtılabilmektedir. Çalışmanın kısıtlılığı ise, 24. ayda çalışmadan ayrılan anlamlı sayıda hastanın var olmasıdır.

Sonuç: POP olan cinsel aktif kadınlarda; pesser ile cerrahi kıyaslandığında, cerrahinin cinsel fonksiyon açısından daha faydalı olduğu saptanmıştır.

GİRİŞ

Kadınlarda POP, pelvik organların normal pozisyonundan kayması ile, günlük hayatta birçok problem ortaya çıkarmaktadır. Bu şikayetlerin başlıcaları; vaginada şişkinlik ve sarkma, miksiyon ve defekasyon problemleridir. Ayrıca POP kadın cinsel fonksiyonunu da olumsuz etkilemekte ve artan beklenen yaşam süreleri ile bu problem önemli bir global sorun oluşturacağına benzemektedir. Cinsel fonksiyon kadının genel ruhsal ve fiziksel iyilik haline bağlıdır, bu da pelvik tabanın anatomik ve fonksiyonel sağlamlığı ile ilişkilidir. Literatürde POP olan kadınların negatif vücut algısı olduğu, daha az feminen hissettiği, POP görünümünden utandığı ve cinsel aktivite sırasında üriner ve fekal inkontinans gibi POP ile ilgili semptomların varlığından müzdarip olduğu bilinmektedir.

Güncel POP tedavisinde pelvik taban fizyoterapisi, pesser ve cerrahi seçenekleri mevcuttur. Pesser kullanımı ile ilgili çalışmaların sonuçları çelişkilidir; bazı çalışmalarda cinsel fonksiyona pozitif etkisi bildirilirken bazılarında faydası yok denilmiştir. Cerrahi ise cinsel fonksiyona olumlu sonuçlar yaratmıştır. Fakat çalışmaların heterojen olması ve farklı sonuçlara bakması nedeni ile bu sonuçlara dikkatle yaklaşılmalıdır.

POP olan kadınlarda cinsel fonksiyon açısından, pesser ve cerrahiye kıyaslayan çalışmalarda takip süresi nispeten kısa (3-12 ay), farklı parametreler bakılmış ve çalışma dizaynı farklı olduğundan değişik sonuçlar elde edilmiştir. Dahası cinsel fonksiyon açısından daha çok disparoni ve anatomik sonuçlar değerlendirilmiş, cinsel fonksiyon bir bütün olarak ele alınmamıştır. Ayrıca tedaviler kıyaslanırken, tedavi sonrası cinsel aktif olmayan kadınlar POP nedeniyle cinsellikten uzaklaşmış olabileceği ve tedavi sonrası tekrar aktif olabilecekleri için; çalışmalara cinsel aktif olmayan kadınlar da dahil edilmelidir.

Bütün bu nedenlerle; cinsel fonksiyon açısından POP tedavisinde pesser ve cerrahiye kıyaslayan; büyük örneklemlili, uzun dönemli, karşılaştırmalı ve de hem cinsel aktif hem de cinsel aktif olmayan kadınları dahil eden bir çalışma gereklidir. Bu çok merkezli prospektif kohort çalışmasında; semptomatik POP hastalarında; cinsel fonksiyon, pesser kullanımı ve cerrahi tedavinin 24. ayında değerlendirilmiştir.

MATERYAL ve METOD

Çalışma Dizaynı ve Katılımcılar: PEOPLE çalışması; semptomatik POP hastalarında, pesser ve cerrahiye (kost) etkinliğine açısından kıyaslayacak şekilde randomize kontrollü bir çalışma olarak dizayn edilmiştir. Birincil sonuç parametresi, 'Patient Global Impression of Improvement' ölçeği kullanılarak yapılan subjektif gelişme olarak belirlenmiştir. Bu çalışma ise özellikle sekonder analizlere odaklı planlanmıştır; POP hastalarında pesser ve cerrahinin cinsel fonksiyona etkisini belirlemek amaçlanmıştır.

POP-Q'ya göre herhangi bir kompartmanda evre 2 ve üzeri POP olan, orta ve ciddi derecede POP şikayeti olan (UDI prolaps skoru 33 üzeri olması esas alınmış) hastalar çalışmaya dahil edilmiştir. Dışlanma kriterleri arasında dil konusunda yetersiz olmak, daha önceden pesser kullanmış olmak, daha önceden prolapsus veya inkontinans için cerrahi geçirmiş olmak, olası gebelik isteği, cerrahin görüşünce cerrahi için komorbidite varlığı ve majör psikiyatrik hastalık olarak belirlenmiştir. Her hastadan yazılı aydınlatılmış onam alınmıştır.

Müdahaleler: İki de etkili olduğundan destek ve boşluk dolduran pesserler kullanılmıştır. Sistosal ve rektosal tamirinde anterior ve posterior kolporrafi kullanılmıştır. Uterin prolapsus için, anatomic ve fonksiyonel sonuçlara benzer etkisi olduğu saptandığından, hem uterus koruyucu cerrahiler hem de vaginal histerektomi seçenekleri uygulanmıştır.

TJODist Bülteni

6. haftada ve 24. ayda kontrol viziti planlanmıştır. Tercihen, pesser grubundaki hastalara, 4 ayı geçmeyecek şekilde pesser temizliğini kendilerinin yapmaları önerilmiştir. Bunu yapamayacak veya tercih etmeyen hastalarda 4 ayda bir pesser temizliği ve vaginal muayene için pratisyen hekimine veya hastaneye başvurmaları önerilmiştir.

Sonuç Parametreleri: Primer sonuç parametresi, 24. ay kontrolünde, cinsel fonksiyonda PISQ-IR'da yardımı ile saptanan iyileşmenin gözlemlenmesidir.

Kullanılan pesser çeşidine ve pesserin çıkarılma sıklığına göre cinsel fonksiyonun etkilenmesi, de novo disparoni, cinsel aktif olmayıp da tedavi sonrası cinsel aktif olan hasta sayısı gibi parametreler ise sekonder bakılan parametreler arasındadır. Hastalar pesser kullanımını denedikten sonra cerrahi de olabilecekleri için, sadece pesser, pesser sonrası cerrahi ve sadece cerrahi grupları değerlendirilebilmiştir.

Çalışmanın Boyutu: RCT için hesaplanan minimum hasta sayısına ulaşana kadar bu kohorta hasta katmaya devam edilmiştir. RCT için hesaplanan örneklem boyutu; primer sonuç parametresi olan 'Patient Global Impression of Improvement' ölçeğine dayanarak her grup için 198 olarak hesaplanmıştır.

İstatistiksel Analiz: Analiz tedavi yöntemine göre yapılmıştır. Cinsel aktif hastalarda iki grup için ayrı ayrı alt grup skorları ve toplam skorlar başlangıçta ve 24. ayda değerlendirilmiştir. 24. ay ve başlangıç arasındaki fark (delta) her grup için değerlendirilmiş ve bu fark gruplar arası kıyaslanmıştır. Ayrıca, pesser sonrası cerrahi olan bir grup hasta da olduğundan bu da gruplara eklenmiştir. Toplam skora etki edecek faktörleri düzeltmek için multivariat regresyon analizi uygulanmıştır. Başlangıçtaki POP evresi, cinsel fonksiyona etki edeceğinden farklı dahi olsa düzeltilmemiştir.

PISQ-IR alt gruplarında iyileşme denebilmesi için spesifik bir değer olmadığından, gruplar arası istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptandığında, etki büyüklüğü (ES) hesaplamaya karar verilmiştir. ES sayesinde etkinin ne kadar kuvvetli olduğu saptanabilmiş, bu şekilde kliniğe uyarlamak için fikir edinilebilmiştir. Genel olarak ES için 0.8, 0.5 ve 0.2 değerleri sırasıyla büyük, orta ve küçük etki kuvveti anlamına gelmektedir.

İkincil sonuç parametresi için; pesser kullanımı ve cinsel aktivite verileri değerlendirilmiştir. PISQ-IR'nın sorusu kullanılmıştır; cinsel aktif olmayan veya partnerli veya partnersiz cinsel aktif olan kadınların pesser tipleri kıyaslanmıştır. De novo disparoniyi tanımlamak için PISQ-IR'nın 11. sorusu kullanılmıştır: 'Cinsel ilişki esnasında ne sıklıkla ağrı hissediyorsunuz?' İlk vizitte 'hiç' veya 'nadiren' diye cevaplanmışken 24. ay kontrolünde 'bazen', 'genellikle' ve 'hep' olarak cevaplanmışsa de novo disparoni tanısı konulmuştur.

BULGULAR

539 kadın çalışmaya dahil edilmiştir. 335 hasta pesser grubunda, 204 hasta ise cerrahi grubunda yer almaktadır. Tablo 1'de demografik veriler yer almaktadır. Cerrahi grubundaki kadınlar anlamlı derecede daha genç, daha yüksek BMI'a sahip, daha çok sezaryen geçirmiş ve postmenopozal hasta sayısı daha az olarak saptanmıştır.

Table 1. Baseline characteristics

Baseline characteristic	Pessary group N = 335	Surgery group N = 204	P value	
Age	62.8 (±9.6)	59.3 (±9.6)	<.001	
BMI (kg/m ²)	24.5 (22.9 – 26.6)	25.4 (23.3 – 28.6)	.001	
Smoking	45 (13.5%)	30 (14.9%)	.67	
History of gynecological surgery	55 (16.5%)	42 (20.6%)	.23	
Diabetes	14 (4.2%)	12 (5.9%)	.38	
Chronic pulmonary disease	16 (4.8%)	12 (5.9%)	.58	
Family history of prolapse	145 (43.4%)	105 (51.7%)	.06	
Anti-depressants	16 (4.8%)	11 (5.4%)	.76	
Parity	2.0 (2 – 3)	2.0 (2 – 3)	.76	
Mode of delivery				
Caesarean section	7 (2.1%)	12 (5.9%)	.02	
Vacuum assisted delivery	29 (9.9%)	12 (6.9%)	.27	
Forceps delivery	11 (3.8%)	13 (7.6%)	.08	
3rd/4th degree perineal tear	24 (8.9%)	15 (9.2%)	.90	
Topical estrogens				
Starting	55 (16.6%)	19 (9.4%)	.02	
Continuation	21 (6.3%)	15 (7.4%)	.63	
Menopausal state				
Premenopausal	40 (12.5%)	41 (21.8%)	.005	
Postmenopausal	281 (87.5%)	147 (78.2%)		
Duration of complaints in months	11 (3 – 24)	12 (3 – 36)	.37	
Vaginal atrophy	100 (33.8%)	53 (30.5%)	.46	
Prolapse stage	Stage			
	II	141 (42.1%)	89 (43.6%)	.73
	≥III	194 (57.9%)	115 (56.4%)	
Sexually active	203 (64.2%)	127 (65.8%)	.72	
Type of pessary		n/a		
Ring	170 (50.6%)			
Ring with support	155 (46.3%)			
Cube	8 (2.4%)			
Gellhorn	2 (0.6%)			
Type of surgery*	n/a			
Anterior compartment		21 (10.3%)		
Posterior compartment		26 (12.7%)		
Apical compartment		28 (13.7%)		
Anterior + posterior compartment		11 (5.4%)		
Anterior + posterior + apical compartment		32 (15.7%)		
Anterior + apical compartment		78 (38.2%)		
Posterior + apical compartment		8 (3.9%)		

P values in bold are significant. Outcomes are based on available data (81–100%).

*Anterior compartment includes anterior colporrhaphy, posterior compartment includes posterior colporrhaphy, apical compartment includes sacrospinous hysteropexy, Modified Manchester-Fothergill, vaginal hysterectomy and laparoscopic sacrocolpopexy.

PISQ-IR Sonuçları

Başlangıçta (Tablo 2) cinsel aktif olan grupta; cerrahi tercih eden kadınlar pessier tercih eden kadınlarla kıyaslandığında toplam cinsel fonksiyon puanı ve cinselliğin POP'tan etkilenme şiddeti anlamlı derecede daha yüksek saptanmıştır. Cinsel aktif olmayan kadınlarda da, cerrahi grubunda POP'un cinselliğe etkisi anlamlı derecede daha yüksek bulunmuştur. Cinsel aktif olmayan kadınlarda, PISQ-IR'nin partnerle ilgili subgrubunda, pessier grubu cinsel aktif olmamalarının POP ile daha ilişkili olduğunu bildirmiş: pessier grubunun %53.8'i , cerrahi grubunun ise %35.5'i partnerlerinin olmamasını cinsel aktif olmamalarına bağladıklarını bildirmiş (p=.02).

24. ayda (Tablo 3) cerrahi grubundaki cinsel aktif kadınlar, durum spesifik, durum etkisi ve toplam skorda anlamlı gelişme bildirmişlerdir. Cerrahi grubundaki cinsel aktif olmayan kadınlar, durum spesifik alt grupta orta ES'lik bir iyileşme bildirmişlerdir. Pessier grubundaki cinsel aktif olmayan kadınlarda, genel kalite alt grubunda düşük ES'li (0.29) bir bozulma tespit edilmiştir.

Table 2. PISQ-IR at baseline for both groups

	Pessary* Score ± SD	Surgery* Score ± SD	P-value
PISQ-IR domains for sexually active women [†]			
Global quality rating [§]	2.59 ± 0.68	2.62 ± 0.64	.77
Condition specific [§]	4.55 ± 0.59	4.36 ± 0.70	.01
Condition impact [¶]	3.43 ± 0.71	3.06 ± 0.78	<.001
Partner-related [¶]	3.46 ± 0.63	3.49 ± 0.49	.59
Arousal/ orgasm [§]	3.55 ± 0.69	3.47 ± 0.69	.27
Desire [§]	2.82 ± 0.62	2.84 ± 0.69	.77
Summary score	3.37 ± 0.28	3.27 ± 0.30	.002
PISQ-IR domains for sexually inactive women [†]			
Global quality rating [§]	2.29 ± 0.59	2.37 ± 0.51	.42
Condition specific [¶]	1.59 ± 0.77	2.11 ± 0.88	<.001
Condition impact [¶]	1.47 ± 0.75	1.95 ± 0.97	<.001
Partner-related [¶]	2.77 ± 1.02	2.37 ± 1.04	.02

P values in bold are significant.

*Baseline scores could be calculated for 312 women in the pessary group and 192 women in the surgery group.

[†]A high score indicates less impact of POP on sexual activities and better sexual function.

Table 3. PISQ-IR within- and between groups at baseline and 24-months follow-up

	Pessary*			Surgery*			Mean difference in [†] between groups (95% CI)	P-value
	change	P-value	ES [‡]	change	P-value	ES [‡]		
PISQ-IR domains for sexually active women [¶]								
Global quality rating	-0.14 ± 0.59	.009	0.23	-0.14 ± 0.66	0.04	0.21	0.004 (-0.16; 0.17)	.96
Condition specific	0.07 ± 0.58	.19		0.26 ± 0.62	< 0.001	0.41	-0.19 (-0.35; -0.03)	.02
Condition impact	0.22 ± 0.68	< .001	0.32	0.70 ± 0.83	< 0.001	0.84	-0.48 (-0.69; -0.28)	< .001
Partner-related	-0.06 ± 0.51	.23		-0.02 ± 0.53	0.67		-0.04 (-0.18; 0.11)	.64
Arousal/ orgasm	0.02 ± 0.61	.67		0.11 ± 0.61	0.07		-0.09 (-0.25; 0.07)	.26
Desire	-0.04 ± 0.53	.39		0.05 ± 0.59	0.45		-0.09 (-0.23; 0.06)	.25
Summary score	0.03 ± 0.29	.33		0.18 ± 0.29	< 0.001	0.63	-0.15 (-0.23; -0.08)	< .001
PISQ-IR domains for sexually inactive women**								
Global quality rating	0.19 ± 0.68	.03	0.29	0.13 ± 0.56	0.23		0.07 (-0.22; 0.35)	.65
Condition specific	-0.02 ± 0.95	.85		-0.42 ± 0.86	0.02	0.49	0.40 (-0.03; 0.83)	.07
Condition impact	0.03 ± 0.77	.76		-0.20 ± 0.58	0.09		0.23 (-0.10; 0.57)	.17
Partner-related	-0.12 ± 0.85	.27		0.14 ± 0.78	0.31		-0.26 (-0.63; 0.09)	.15

P values in bold are significant.

*Change in scores between baseline and 24-months follow-up could be calculated for 198 women in the pessary group and 129 women in the surgery group.

[†]Indicates the difference in score between baseline and 24-months follow-up.

[‡]ES = effect sizes (Cohen's d).

[¶]For the SA domains, an increase in the delta of change indicates less impact on FSF and better sexual functioning.

**For the NSA domains, a decrease in the delta of change indicates less impact of POP on sexual inactivity.

24. aydaki cinsel fonksiyonlardaki değişim, gruplar arası da kıyaslanmıştır (Tablo 3). Cerrahi grubundaki cinsel aktif kadınlarda; pesser grubundaki cinsel aktif kadınlarla kıyaslandığında, durum-spesifik (-0.19 95%CI -0.35; -0.03, P = .02), durum-etkili (-0.48 95%CI -0.69; -0.28, P < .001) ve toplam skor (-0.15 95%CI -0.23; -0.08, P < .001) istatistiksel olarak anlamlı derecede iyileşme saptanmıştır. Cinsel aktif olmayan kadınlarda, iki grup arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır.

Multivariat lineer regresyon analizinde; cerrahinin toplam skora halen olumlu etkisinin mevcut olduğu saptanmıştır (B = 0.08; 95%CI interval 0.007–0.15, P = .03).

Pesser ile devam eden ile pesser sonrası cerrahi tercih eden hastalar kıyaslandığında, PISQ-IR'nin hiçbir alt grubu veya total skorunda anlamlı bir fark saptanmamıştır (EK 1). Hatta direk cerrahi olan grupta; pesser sonrası cerrahi olan gruba kıyasla durum-etkili alt grubundaki gelişme anlamlı olarak yüksek saptanmıştır.

24. ayda Pesser: Tablo 4'te detaylar bulunmaktadır. Pesser çeşitlerinin cinsel fonksiyona etkisi ile ilgili anlamlı bir fark saptanmamıştır (P = .25). Pesser bakımında ise çoğu hastanın 24.ayda kendi kendilerine pesser bakımını yaptıkları saptanmıştır (her pesser grubunda %50'den fazlası).

Table 4. Pessary use at 24-months

	Ring	Ring with support	Cube	Gellhorn	Shelf	P-value
Sexual status 24-mo*						
Sexually active	68 (66.7%)	72 (59.0%)	7 (50.0%)	1 (100%)	0	.25
Sexually inactive	34 (33.3%)	50 (41.0%)	7 (50.0%)	0 (0%)	1 (100%)	
Pessary management at 24-mo[†]						
No self-management	26 (38.8%)	31 (38.8%)	2 (33.3%)	n/a	n/a	.96
Self-management	41 (61.2%)	49 (61.2%)	4 (66.7%)			
Daily	8 (19.5%)	2 (4.1%)	3 (75%)			
Weekly	7 (17.1%)	10 (20.4%)	1 (25%)			
1x/2 wk	2 (4.8%)	3 (6.1%)				
1x/4 wk	3 (7.3%)	12 (24.5%)				
1x/2 mo	1 (2.4%)	3 (6.1%)				
1x/3 mo	3 (7.3%)	1 (2.0%)				
1x/4 mo	6 (14.6%)	11 (22.4%)				
1x/6 mo	2 (4.9%)	1 (2.0%)				
Unknown	9 (22.0%)	6 (12.2%)				

*Sexual status and pessary used could be calculated for 148 sexually active women and for 92 sexually inactive women in the pessary group.

[†]Data on pessary management was available of 153 women in the pessary group.

Cinsel Aktiflik Durumunda Değişiklik ve De Novo Disparoni: Cerrahi grubunda cinsel aktif değilken cinsel aktif olma oranı 2.62 kat çıkmıştır (95% CI 1.1–6.0, P = .02) . Pesser grubunda ise bu oran 2.61 olarak belirlenmiştir (Tablo 5). De novo disparoni pesser grubundaki 115 hasta, cerrahi grubundaki ise 94 hasta için değerlendirilebilmiş; sırasıyla %11.3 ve %13.8 olarak saptanmıştır (p=0.49).

Table 5. Change in sexual status at 24-months

	Pessary*	Surgery*	Odds ratio (95% CI, <i>P</i>)
NSA at baseline	79	50	
Remained NSA	66 (83.5%)	33 (66%)	
Change from NSA to SA	13 (16.5%)	17 (34%)	2.62 (1.1–6.0, .02)
SA at baseline	158	104	
Remained SA	133 (84.2%)	97 (93.3%)	
Change from SA to NSA	25 (15.8%)	7 (6.7%)	2.61 (1.1–6.3, .03)

P values in bold are significant.

*Change in sexual status could be calculated for 237 women in the pessary group and 154 women in the surgery group.

TARTIŞMA

Esas Sonuç Parametresi: Bu çalışmaya göre; cinsel aktif kadınlarda, cerrahi, pesser kullanımına göre, tedavinin 24. ayında PISQ-IR ölçeğinin durum-spesifik ve durum-etkisi altgruplarında istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek iyileşme saptanmıştır. Ayrıca, cinsel aktif olmayan kadınlarda cinsel aktif olma oranı; cerrahi grubunda pesser grubuna göre 2.62 kat daha fazla oranda görülmüştür. Cinsel aktif olmayan kadınların anket skorlarında iki grup arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır. Hastaların özellikleri ile ilgili regresyon analizi ile düzeltme yapıldığında da cinsel aktif kadınlarda cerrahinin üstünlüğü devam etmektedir.

Yorum: Hem cinsel aktif hem de cinsel aktif olmayan kadınlarda, pesser yerine cerrahiye tercih eden grupta POP'un cinsel fonksiyona etkisi daha yüksek bulunmuştur. Cerrahiye tercih eden kadınlar, pesseri tercih eden kadınlarla prolapsus evresi açısından benzerdir fakat yaşları anlamlı derecede daha gençtir. Bu nedenle tedavi sonrası cinsel fonksiyon ile ilgili beklentiler farklı olabilir. Kappor ve ark. ın çalışmasına göre, cerrahi tercih eden kadınlarda prolapsusun cinsel tatmine etkisi ciddi bir problem olarak bildirilmiştir (33). Bu nedenle, klinisyen hastaya cinsel aktivite durumunu sormalı ve cinsel fonksiyonlardaki gelişmenin hasta için ne kadar önemli olduğu tartışılmalıdır.

Cerrahi: Cerrahi olan grupta, 24.ay kontrolünde, PISQ-IR skoru orta derecede anlamlı olarak yükselmiştir (ES=0.63). Alt gruplara bakıldığında, bu yükseklikten sorumlu olan altgrupların durum-spesifik ve durum-etkisi olan altgruplar olduğu farkedilmiştir. Cerrahi olan hastalarda POP semptomlarının etkisi önemli derecede azalmışken (ES=0.84), semptom algısı orta derecede azalmıştır (ES=0.41). Cinsel aktif olmayan kadınlarda, cinsel inaktifliğin nedeni daha az POP ile ilgili semptomlara bağlı bulunmuştur (ES=0.49).

Cerrahi sonrasındaki iyileşme; beden algısındaki iyileşme (ki bu 24.ayda cinsel aktif hale gelmiş kadınların yüksek yüzdesi ile de desteklenebilir-%34) ve anatomik tamir ile fiziksel iyileşme ve cinsel aktiviteden kaçınılmasının azalması gibi farklı faktörlere bağlı olabilir.

TJODist Bülteni

Pesser Tedavisi: Cinsel aktif grupta, 24. ayda, özellikle durum-etkisi olan altgrupta, anlamlı gelişme olmuştur. POP semptomları nedenli cinsel anlamda kendini daha düşük seviyede görme, cinsel aktiviteden kaçınma ve bunlara karşı öfke duyma gibi durumların azaldığı bildirilmiştir. Fakat zaten pesser grubunda, başlangıçta da POP semptomlarının cinsel fonksiyon üzerindeki etkisi düşük düzeyde bulunmuş, yüksek düzeyde etki eden hastalar cerrahiye tercih etmişlerdir. Ayrıca 24.ayda bahsedilen bu gelişmenin de klinik önemi düşüktür (ES=0.32). Öte yandan, cinsel tatmin ve güven altgruplarında hem cinsel aktif hem de olmayan hastalarda düşüş saptanmıştır. Bunun için bir açıklama cinsel aktif kadınların pesser yerindeyken ilişkiye girmeleri nedenli daha az tatmin olmaları veya partnerlerini düşünerek cinsel ilişki öncesi pesser çıkarma mecburiyeti hissetmesidir (38). Malesef bu çalışmada kaç kadının pesser yerindeyken ilişkiye girdiği verisi mevcut değildir. Pesserin çıkartılmayacağı durumlarda destek pesserler, yer kaplayıcı pesserlere göre daha kullanışlı olmaktadır (39). Cinsel aktif olmayan kadınların skorlarındaki düşüş de önceden cinsel aktif olup tedavi sonrası aktif olmayan kadınların oranının %16 olması ile açıklanabilir. Buradan, pesserin kadınların tatminini etkilediği ve kadınların cinsel hayatlarına bakışına karşı bir olumsuzluk yarattığı sonucu çıkarılabilir. Bütün bu nedenlerle, pesser tedavisinin kesintiye uğramasının nedenlerinden birkaçının bu konularla ilgili mi olduğuna dair ileri çalışmalara gerek vardır.

Çalışmanın Gücü ve Kısıtlılıkları: Çalışmanın Hollanda genelinden katılım alması ve büyük örneklem büyüklüğü değerlidir. Örneklemin büyük olması çalışmanın genellenebilirliği açısından önemlidir. Diğer bir artı ise, PISQ-IR'nin kullanılmasıdır. Bu sayede hem cinsel aktif hem de aktif olmayan hastalar çalışmaya değerlendirilebilmiştir. POP cinsel aktivitenin durmasına neden olabileceğinden bu önemlidir. POP'un cinsel fonksiyona etkisi ile yapılan güncel çalışmalarda PISQ-12, FSFI, ICIQ-VS kullanıldığından sadece cinsel aktif kadınlar değerlendirmeye alınabilmiştir. Ayrıca, PISQ-IR; POP olan hastalarda cinsel fonksiyonu değerlendirmek için özellikle geliştirilmiş tek ölçektir. Bildiğimiz kadarıyla bu çalışma PISQ-IR kullanarak POP olan kadınlarda cinsel fonksiyon açısından cerrahi ile pesser kullanımını kıyaslayan bu kadar büyük örnekleme sahip olan ve uzun takip aralığı olan (24 ay) tek çalışmadır.

Çalışmanın diğer bir artısı da hastaların tercih aşamasında dahil olarak, bulguların gerçek hayatla daha çok uyuşmasını sağlamasıdır. Fakat bu durum bir yandan da bir kısıtlılık olarak görülebilir; sonuçta gözlemsel bir çalışmada bias ve başka etki eden faktörler kaçınılmazdır. Biası en düşük düzeyde tutabilmek için multivariat lineer regresyon analizi ile bu faktörler eşitlenmeye çalışılmıştır.

Çalışmadaki bir kısıtlama, 24. ay takibine gelmeyen ciddi sayıdaki hasta varlığıdır. 24. ayda takibe gelen hasta oranı aslında görece yüksektir (%73.3). Fakat altgruplardaki değişim pesser grubunda sadece 198 (%59.1) ve cerrahi grubunda sadece 129 (%63.2) hastada hesaplanabilmiştir. Lukacz ve ark. da 24 ay takip süresi belirlemiş, PISQ-12'deki değişim oranlarını 124 hasta için saptayabilmiştir. Fakat onlar sadece cerrahi olan hastaları değerlendirmiş, ayrıca cinsel aktif olmayan hastalar da çalışmaya dahil edilmemiştir. Cinsel aktivite durumunda değişiklik olan kadınlar, bizim çalışmadaki takibe gelmeyen hastaların sayısını açıklayabilir. Güncel literatürde, PISQ-IR'de cinsel aktif olan ve olmayan kadınları kıyaslayacak bir formül bulunmamaktadır.

Çalışmanın bir başka kısıtlılığı ise, yer kaplayıcı pesser kullanımı az olduğundan (%3), yer kaplayıcı ve destek pesserler arasında cinsel aktiflik veya inaktiflik açısından bir değerlendirme yapılamamasıdır.

SONUÇ

POP olan cinsel aktif kadınlarda cerrahi, pessere göre cinsel fonksiyon açısından üstündür. Cinsel fonksiyonlarının prolapsus nedenli kötüleştiğini ifade eden cinsel aktif kadınlara, cerrahinin bu üstünlüğü ile ilgili rehberlik verilmelidir. Cinsel aktif olmayan kadınlarda ise, cerrahi ve pesser grubunda PISQ-IR skorları arasında anlamlı fark saptanmamış olsa da, cerrahi grubunda anlamlı ölçüde daha çok cinsel aktif olmayan kadın cinsel aktif olmaya başlamıştır. Bu bilgiler ve cerrahinin veya pesserin diğer artı ve eksileri hasta ile karar aşamasında tartışılmalıdır.

POLİKİSTİK OVER SENDROMU OLAN KADINLARDA METFORMİN TEDAVİSİNİN IVF YADA ICSI TEDAVİSİ ÖNCESİNDE VE SIRASINDA KULLANIMI

METFORMIN TREATMENT BEFORE AND DURING IVF OR ICSI IN WOMEN WITH POLYCYSTIC OVARY SYNDROME (REVIEW)

Özetleyen: **Dr. Sinem ERTAŞ**

Link: <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD006105.pub4/full>

Polikistik over sendromlu (PKOS) kadınların insülin duyarlaştırıcı ilaçları -Metformin gibi- ovulasyon indüksiyonu veya in vitro fertilizasyon (IVF) sikluslarında kullanımına yönelik konular yaygın olarak çalışılmıştır. Metformin hiperinsülinemiyi azaltan ve overde fazla androjen üretimini baskılayan bir ajandır. Yardımcı üreme tekniklerinde kullanımında ovaryan hiperstimülasyon sendromu (OHSS), gebelik ve canlı doğum oranlarına faydalı olduğu düşünülmektedir.

Bu derlemede IVF/ICSI (intrasitoplazmik sperm enjeksiyonu) sırasında metformin ile eş-tedavi yapılan PKOS'lu hastaların gebelik eldesi veya canlı doğum sonuçları açısından değerlendirilmesi amaçlanmıştır. 13 Şubat 2020'ye yapılan mevcut webtabanları konu ile ilgili anahtar kelimeler kullanılarak taranmıştır.

Seçim kriterleri;

Çalışma tipleri: IVF/ICSI tedavisine giren PKOS'lu hastalarda metformin ve plasebo/ tedavisiz takiplerin karşılaştırıldığı randomize kontrollü çalışmalar derlemeye dahil edilmiştir.

Katılımcılar: üreme çağında ek infertilite faktörü olsun/olmasın PKOS olan hastalar

Müdahale tipi: IVF/ICSI tedavisi öncesinde yada sırasında metformin kullanımı

Primer sonuç ölçütleri: canlı doğum oranı ve OHSS insidansı

İki araştırmacı birbirinden bağımsız olarak çalışmalarını değerlendirmiş, veri çıkarmış ve mevcut kanıtlar GRADE yaklaşımına uygun olarak sınıflandırılmıştır.

Temel sonuçlar:

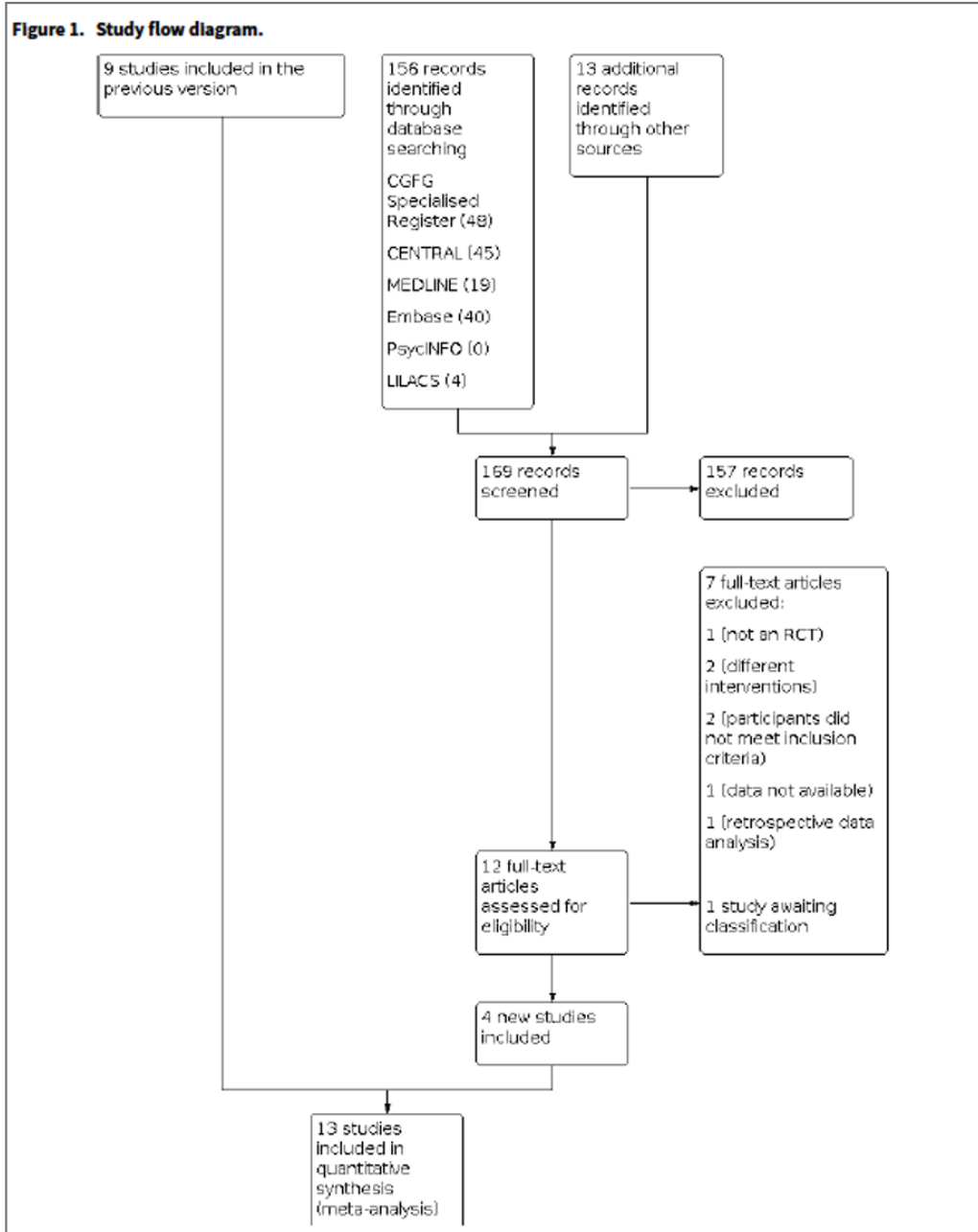
Derlemeye 13 randomize kontrollü çalışma (RKÇ) ve kriterlere uygunluğu olan 1132 kadın dahil edilmiştir. Stimülasyon şekli sonuçları etkileyeceği için hastalar uygulanan protokole göre GNRH agonist (uzun protokol) protokolü uygulananlar ve GNRH antagonist (kısa protokol) protokolü uygulananlar olarak ikiye ayrılmıştır. Diğer stimülasyon protokolleri uygulanan yada birden fazla protokol uygulanan hastalar heterojenite oluşturacağı için derlemeden çıkarılmıştır.

GNRH agonist protokolü uygulanan hasta subgrubunda mevcut kanıtlar metformin kullanımının canlı doğum oranına belirsiz etkisi olduğunu göstermiştir (risk oranı (RR) 1.30, %95 güven aralığı (CI) 0.94-1.79; 6 RKÇ; 651 kadın; I2 =%47; düşük kanıt kalitesi). Bu plasebo/hiç tedavisiz takip edilen hastalarda canlı doğum şansının %28 olduğunu gösterirken, metformin ile bu şansın %27-51 arasında değişebileceği göstermiştir. Yalnızca bir çalışma GNRH antagonist (kısa) protokol uygulanan hasta grubunda canlı doğum oranını raporlamıştır. Metformin bu grupta canlı doğum oranının düşürebilmektedir (RR 0.48, %95 CI 0.29-0.79; 1 RKÇ; 153 kadın; düşük kanıt kalitesi). Bu plasebo/hiç tedavisiz takip edilen hastalarda canlı doğum şansının %43 olduğunu gösterirken, metformin ile bu şansın %13-34 arasında değişebileceği göstermiştir. Metforminin OHSS insidansını düşürdüğü göstermiştir (RR 0.46, %95 CI 0.29-0.72; 11 RKÇ; 1091 kadın; I2 =%38; düşük kanıt kalitesi). Bu metformin kullanmayan grupta OHSS gelişme riski %20 iken metformin kullanan grupta OHSS gelişme riski 6-14%'dür. Uzun GNRH agonist protokolü uygulanan hastalarda, metformin kullanan hastaların plasebo/tedavisiz takip edilen hastalara oranla, kadın başına klinik gebelik oranlarının daha fazla

olabileceği gösterilmiştir (RR 1.32, %95 CI 1.08-1.63; 10 RKÇ; 915 kadın; I2 =%13; düşük kanıt kalitesi). Kısa GNRH antagonist protokolü uygulanan hastalarda, metformin kullanan hastaların plasebo/tedavisiz takip edilen hastalara oranla, kadın başına klinik gebelik oranlarına belirsiz etkisiz olduğu gösterilmiştir (RR 1.38, %95 CI 0.21-9.14; 2 RKÇ; 177 kadın; I2 =%87; çok düşük kanıt kalitesi)

Metformin kullanımının plaseboya oranla düşüğe etkisinin belirsiz olduğu gösterilmiştir (RR 0.86, %95 CI 0.56-1.32; 8 RKÇ; 821 kadın; I2 =%0; düşük kanıt kalitesi). Metformin ayrıca plaseboya göre artmış yan etkiye neden olabilmektedir (RR 3.35, %95 CI 2.34-4.79; 8 RKÇ; 748 kadın; I2 =%0; düşük kanıt kalitesi).

Tüm veriler düşük veya çok düşük kanıt kalitesine sahiptir. Temel limitasyonlar tutarsızlık, belirsizlik ve bias riskidir.



Summary of findings 1. Metformin compared to placebo or no treatment in women with polycystic ovary syndrome

Metformin compared to placebo or no treatment in women with polycystic ovary syndrome

Patient or population: women with polycystic ovary syndrome

Setting: Human reproduction center

Intervention: metformin

Comparison: placebo or no treatment

Outcomes	Anticipated absolute effects* (95% CI)		Relative effect (95% CI)	N° of participants (studies)	Quality of the evidence (GRADE)	Comments
	Risk with placebo or no treatment	Risk with metformin				
Live birth rate per woman - long protocol GnRH-agonist	Study population		RR 1.30 (0.94 to 1.79)	651 (6 RCTs)	⊕⊕⊕⊕ LOW ¹²	The evidence for the effect of metformin on live birth rate per woman - long protocol GnRH-agonist is uncertain.
	283 per 1000	368 per 1000 (266 to 507)				
Live birth rate per woman - short protocol GnRH-antagonist	Study population		RR 0.48 (0.29 to 0.79)	153 (1 RCT)	⊕⊕⊕⊕ LOW ³	Metformin may reduce live birth rate per woman - short protocol GnRH-antagonist.
	434 per 1000	208 per 1000 (126 to 343)				
Incidence of OHSS per woman	Study population		RR 0.46 (0.29 to 0.72)	1091 (11 RCTs)	⊕⊕⊕⊕ LOW ¹⁴	Metformin may reduce incidence of OHSS per woman.
	196 per 1000	90 per 1000 (57 to 141)				
Clinical pregnancy rate per woman - long protocol GnRH-agonist	Study population		RR 1.32 (1.08 to 1.63)	915 (10 RCTs)	⊕⊕⊕⊕ LOW ¹²	Metformin may increase clinical pregnancy rate per woman - long protocol GnRH-agonist.
	275 per 1000	363 per 1000 (297 to 449)				
Clinical pregnancy rate per woman - short protocol GnRH-antagonist	Study population		RR 1.38 (0.21 to 9.14)	177 (2 RCTs)	⊕⊕⊕⊕ VERY LOW ^{5 6 7}	The evidence for the effect of metformin on clinical pregnancy rate per woman - short protocol GnRH-antagonist is uncertain.
	443 per 1000	612 per 1000 (93 to 1000)				
Miscarriage rate per woman	Study population		RR 0.86 (0.56 to 1.32)	821 (8 RCTs)	⊕⊕⊕⊕ LOW ¹⁸	The evidence for the effect of metformin on miscarriage rate per woman is uncertain.
	106 per 1000	91 per 1000 (59 to 141)				
Side effects per woman	Study population		RR 3.35 (2.34 to 4.79)	748 (8 RCTs)	⊕⊕⊕⊕ LOW ¹⁴	Metformin may result in an increase in side effects per woman.
	88 per 1000	296 per 1000 (207 to 424)				

*The risk in the intervention group (and its 95% confidence interval) is based on the assumed risk in the comparison group and the relative effect of the intervention (and its 95% CI).

CI: confidence interval; GnRH: gonadotrophin-releasing hormone; OHSS: ovarian hyperstimulation syndrome; RCT: randomised controlled trial; RR: risk ratio

GRADE Working Group grades of evidence

High quality: further research is very unlikely to change our confidence in the estimate of effect.

Moderate quality: further research is likely to have an important impact on our confidence in the estimate of effect and may change the estimate.

Low quality: further research is very likely to have an important impact on our confidence in the estimate of effect and is likely to change the estimate.

Very low quality: we are very uncertain about the estimate.

ESGO/ISUOG/IOTA/ESGE OVER TÜMÖRLERİNİN PRE-OPERATİF TANISI İLE İLGİLİ KANITA DAYALI ORTAK BİLDİRGE

ESGO/ISUOG/IOTA/ESGE CONSENSUS STATEMENT ON PRE-OPERATIVE DIAGNOSIS OF OVARIAN TUMORS

TIMMERMAN D, PLANCHAMP F, BOURNE T, LANDOLFO C, DU BOIS A, CHIVA L, CIBULA D, CONCIN N, FISCHEROVA D, FROYMAN W, GALLARDO MADUEÑO G, LEMLEY B, LOFT A, MEREU L, MORICE P, QUERLEU D, TESTA AC, VERGOTE I, VANDECAVEYE V, SCAMBIA G, FOTOPOULOU C. INT J GYNECOL CANCER. 2021 JUL;31(7):961-982. DOI: 10.1136/IJGC-2021-002565. EPUB 2021 JUN 10. PMID: 34112736; PMCID: PMC8273689.

Özetleyen: **Dr. Doğan VATANSEVER**

Link: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34112736>

Avrupa Jinekolojik Onkoloji Derneği (ESGO), Uluslararası Obstetrik ve Jinekolojik Ultrason Derneği (ISUOG), Uluslararası Over Tümörü Analiz (IOTA) grubu ve Avrupa Topluluğu Jinekolojik Endoskopi Derneği (ESGE) over tümörlerinin pre-operatif tanısı ile ilgili kanıta dayalı ortak bir bildirme oluşturmuştur. Bu bildirmede Avrupa'dan bu konuyla ilgili çalışmalarında liderlik eden 19 klinisyen ve araştırmacı güncel literatürü derlemiş ve özetlemişlerdir. Bu gruba bir hasta temsilcisi de dahil olmuş ve görüşüne başvurulmuştur. Sonuç olarak 18 temel öneri üzerinde uzlaşmıştır. Bu konsensüs bildirgesi over tümörlerinin pre-operatif tanısına ilişkin ESGO/ISUOG/IOTA/ESGE önerilerini sunmakta ve buna ilişkin kanıtları özetlemektedir.

Giriş

Yeni tanı almış adneksiyal kitlelerin doğru şekilde değerlendirilmesi birçok açıdan önemlidir. Over kanseri olma olasılığı olan hastaların jinekolojik onkoloji merkezlerinde opere olması gereklidir. Ayrıca bu sayede operasyon gereksinimi olmayan hastaların seçilmesi de kolaylaşır.

Sonuçlar

Genel olarak bakıldığında borderline over tümörleri ve metastatik over tümörleri (GIS, meme vb. gibi) çıkarıldığında herhangi bir biyokimyasal testin ya da tanısal radyolojik testin başarısının arttığı görülmektedir.

Ultrasonografi (USG)

- Transvajinal USG adneksiyal patolojilerin değerlendirmesinde ilk basamak değerlendirme aracı olarak görülmektedir. Ultrasonografi ile benign ve malign adneksiyal kitlelerin ayırımı yapan kişinin tecrübesi ile ilişkilidir.
- Ekspert (Seviye III) ultrason muayene uzmanları tarafından yapılan subjektif değerlendirme, iyi huylu ve kötü huylu yumurtalık tümörlerini ayırt etmede en iyi performansa sahiptir. Ekspert (Seviye III) ultrason muayene uzmanı tanımı klinik zamanının neredeyse tamamını ultrasonografik muayene ve konuyla ilgili araştırmalar yapan uzman olarak yapılabilir.
- Ekspert bir ultrason muayene uzmanı mevcut değilse, ultrason tabanlı tanı modellerinin kullanımı, klinisyenlerin iyi huylu ve kötü huylu yumurtalık tümörlerini ayırt etmesine yardımcı olabilir.
- Ultrason tabanlı tanı modelleri (IOTA Simple Rules risk modeli veya IOTA ADNEX modeli), benign ve malign over tümörlerini ayırt etmede CA 125 düzeyi, HE4 düzeyi veya ROMA'ya göre daha başarılı oldukları için tercih edilmeleri önerilir.
- IOTA ADNEX modeli ve IOTA Simple Rules risk modeli, RMI dahil olmak üzere mevcut diğer morfolojik puanlama sistemlerinden daha iyi performans gösterdikleri için tercih edilmeleri önerilir.
- IOTA ADNEX modeli çok parçalı bir modeldir ve benign tümörler, borderline tümörler, erken veya ileri evre yumurtalık kanseri ve ikincil metastatik tümörler arasında ayırım yapmaya yardımcı olur.

Tümör Belirteçleri

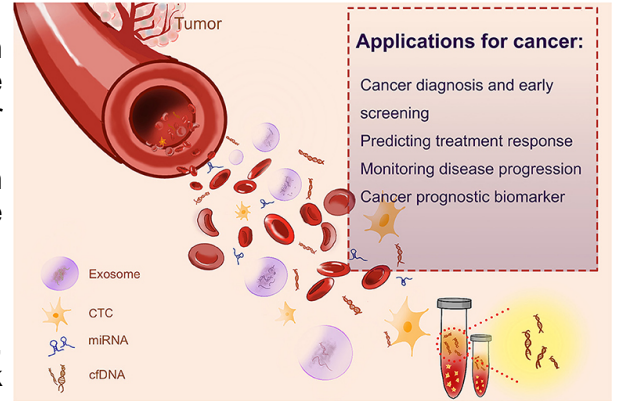
- CA 125, yumurtalık tümörlerinin ameliyat öncesi karakterizasyonu için en iyi protein yapıda biyobelirteçtir. Ancak yumurtalık kanseri için bir tarama testi olarak kullanışlı değildir.
- Ne HE4 ne de ROMA, tek başına CA 125 ile karşılaştırıldığında iyi huylu ve kötü huylu kitleler arasındaki ayrımı iyileştirmez.
- CA 125, iyi huylu ve kötü huylu tümörleri ayırt etmek için ultrason tabanlı risk modellerinin performansını artırmaz.
- CA 125, malignite şüphesi olan vakalarda bir biyobelirteç olarak faydalıdır ve borderline ve erken ve ileri evre primer over kanserleri ve sekonder metastatik tümörler gibi malign tümörlerin alt tiplerini ayırt etmeye yardımcı olur.
- CEA ve CA 19-9 belirli durumlarda primer yumurtalık kanseri ile sekonder over tümörler arasında ayırım yapmak için faydalı olabilir.

Görüntüleme Yöntemleri

- Fonksiyonel sekansları içeren MRG, dinamik kontrastlı ve difüzyon ağırlıklı MRG birinci basamak bir araç değildir, ancak benign, malign ve borderline kitleleri ayırt etmek için ultrasonografiden sonra ikinci basamak bir araç olarak kullanılabilir.
- İkinci adım olarak PET-CT ve tüm vücut difüzyon MRG'si, ilk ultrason muayenesi şüphe uyandırır, ikincil metastatik tümörlerin yumurtalık dışı orijinini tespit etmeye yardımcı olabilir.
- PET-CT, borderline ve benign tümörleri güvenilir bir şekilde ayırt edemez.
- Tek başına görüntüleme, ne peritoneal karsinomatozisin (özellikle küçük hacimli karsinomatozis vakalarında) ne de mezenterik ve barsak serozal tutulumunun tamamını güvenilir bir şekilde tespit edemez.
- Peritoneal tümör rezektabilitesinin öngörülmesi açısından cerrahi karar vermede tek başına görüntüleme kullanılmamalıdır.

Hücre Dışı DNA ve Dolaşımdaki Tümör Hücreleri

- Dolaşan hücre dışı DNA ve dolaşımdaki tümör hücreleri, benign ve malign over kitlelerini ayırt etmek için rutin klinik uygulamada henüz kullanılmamalıdır.



Sonuç

- Adneksiyal lezyonların değerlendirilmesinde ilk adım olarak USG önerilir.
- Eğer USG normal over ve fizyolojik değişiklikleri dışarsa IOTA ADNEX modeli ikinci basamak olarak uygulanabilir.
- Şüpheli bir adneksiyal kitle için USG eksper bir ultrason muayene uzmanı tarafından yapılmalıdır.
- Eksper bir ultrason muayene uzmanı tarafından yapılan USG ya da tümör belirteçleri (CA125, CEA, CA 19-9) ile birlikte uygulanan IOTAADNEX modeli sıklıkla malign lezyonların alt tipini öngörebilir.

KONGRELERDEN İZLENİMLER ESGO KONGRESİ- PRAG 2021 İZLENİMLERİ

Dr. Harika Yumru ÇELİKSOY

1- Serviks kanseri tarama ve yönetimi için WHO 2030 hedefleri ;

- a) 15yaş altı kızları %90 aşılama
- b) 35-45yaş arası kadınların %70'ini taramak
- c) %90 hastayı tedavi etmek

ASCCP 2019 kılavuzunda tarama ve takibin temelini HPV testi oluşturmaktadır. FDA onaylı HPV testleri ile %98 sensitivite mevcuttur. Negatif bir sonuca sahip hastanın 5 yılda kanser riski 10 binde 9'dur. HPV testinin yapılamadığı durumlarda sitoloji ile tarama kabul edilebilir; ancak düşük duyarlılığı nedeniyle takip sıklığı yaklaşık yarı süresine indirilmelidir.

Ayrıca yönetim, sonuç bazlı değil; hastanın CIN3 ve üzeri(CIN3+) bir lezyonu olma riskine göre planlanmaktadır. Hastanın geçmiş ve güncel sonuçlarına dayanarak hesaplanan anlık CIN3+ riskine (ASCCP risk tabloları mevcut) göre takip/ kolposkopi/ hızlandırılmış tedavi (konizasyon) kararı verilmektedir. Takip kararı verilen hastanın ise 5 yıl içinde CIN3+ lezyonu olma riskine göre de takip sıklığına karar verilir. Aşılamanın servikal intraepitelyal neoplazi tedavisi olmuş hastada nüks oranını azalttığı bildirilmiştir.

2- Endometrium kanseri için moleküler sınıflama tanı ve tedavi yönetiminde ESGO kılavuzuna girmiştir. Buna göre 4 kategori mevcuttur:

- a)POLE mutasyonu -iyi prognoz
- b)MSI/MMRd - orta prognoz
- c)P53+ mutasyonu- kötü prognoz
- d)Nonspesifik moleküler profil (NSMP)- orta prognoz

Adjuvan tedavi kararı verirken moleküler analize de bakılması önerilmektedir. Özellikle düşük bütçeli koşullarda en azından yüksek riskli grupta yapılması desteklenmelidir.

3- Endometrium kanseri erken evre düşük-orta risk grubunda standart tedavi histerektomi + BSO iken, sentinel lenf nodu örnekleme yapılabilir. Ancak sistemik lenfadenektominin yeri yok (öneri düzeyi 2A). Evre 1-2 yüksek risk grubunda da yüksek sensitivite ve negatif prediktivite saptandığından sentinel lenf örnekleme kabul edilebilir (3B).

4- Endometrium kanserinde ekstrauterin hastalık olmadığı sürece (lenf nodu hariç) minimal invaziv cerrahi tercih edilmelidir (1A).

5- Vulvar intraepitelyal neoplazi (VIN) için sınıflama; a) LSIL VIN b) HSIL VIN c) diferansiye VIN (dVIN) şeklinde güncellenmiştir.

dVIN cerrahi eksizyon sonrası nüksü azaltmak için topikal steroid önerilir.

LSIL VIN sadece takip edilir.

HSIL VIN için cerrahi önerilir. Ancak anatomiyi bozacak eksizyon gerekliliğinde medikal tedavi de verilebilir (imiquimod gibi). HPV aşısı nüksü azaltmaktadır.

6- Over kanseri cerrahisinde, primer veya nüks olsun, tümör free cerrahi sağ kalım sonuçlarında en önemli faktördür.

7- ERAS (Enhanced Recovery After Surgery- Cerrahi sonrası hızlandırılmış iyileşme) protokolleri, hastaların mümkün olan en kısa sürede normale dönmesini sağlamak için uygulanan preoperatif, intraoperatif ve postoperatif bakım yöntemleridir. Jinekolojik onkoloji hastalarında da uygulanması desteklenmelidir.

8- BRCA(+) kişilerde risk azaltmak için yapılan profilaktik BSO yerine, önce salpenjektomi sonra ooferektomi seçeneği devam eden randomize çalışmaların ilk sonuçlarına (TUBA) göre umut vadetmektedir.

-  13 Ekim 2019 - Jinekolojik Onkoloji Güncel Yaklaşımlar
-  15 Eylül 2019 - Preterm Doğum
-  19 Mayıs 2019 - Vakalar ile Fetal MSS / Yüz / Spina / İskelet / Kalp / Toraks / GIS / GÜS / Doppler / Plasenta
-  14 Nisan 2019 - Jinekolojik Endoskopide Doğrular ve Yanlışlar
-  24 Mart 2019 - Maternal Mortalite ve Morbidite Nedenleri ve Nasıl Azaltabiliriz?
-  17 Şubat 2019 - Infertil Çiftin Değerlendirilmesi ve IVF Dışı Yönetimi
-  13 Ocak 2019 Jinekolojide ve Cinsel Yaşamda Sık Karşılaşılan Sorunlar ve Çözümleri
-  23 Aralık 2018 Üreme Endokrinolojisi 2019: Yeni Ne Var?
-  18 Kasım 2018 Fetal İyilik Halinin Değerlendirilmesi ve Doğum Zamanlanması
-  14 Ekim 2018 Jinekolojik Onkolojide Preinvaziv Hastalık Yönetimi ve Organ Koruyucu Yaklaşımlar
-  16 Eylül 2018 Ürojinekolojide yenilikler - 2018
-  20 Mayıs 2018 Jinekolojik Onkoloji
-  8 Nisan 2018 Intrapartum Yönetim
-  11 Mart 2018 Jinekolojide Endoskopik Uygulamalar
-  11 Şubat 2018 Endometriozis ve Genel Jinekoloji
-  14 Ocak 2018 Gebelikte Hipertansif Hastalıklar ve Komplikasyonları
-  17 Aralık 2017 Endokrin + Genel Jinekoloji
-  05 Kasım 2017 Ürojinekoloji + Cinsel Disfonksiyon
-  15 Ekim 2017 Obstetrik Kanamalar ve Malpraktis
-  18 Haziran 2017 Reprodüktif Endokrinoloji ve Infertilite
-  28 Mayıs 2017 Prenatal Tanı ve Gebelik İzleniminde Tartışmalı Konular
-  30 Nisan 2017 Jinekolojide Endoskopi Uygulamaları
-  19 Mart 2017 Jinekolojide Karşılaşılan Onkolojik Sorunlar
-  12 Şubat 2017 Ürojinekoloji, Pelvik Ağrı ve Cinsel Disfonksiyon