



TJOD Bülten

KASIM 2022



www.tjod.org



Sevgili Meslektaşlarım,

Sevgili Meslektaşlarım,
Türk Jinekoloji ve Obstetrik Derneği'mizin Kasım 2022 bülteninde tekrar sizlerle birlikte olmaktan dolayı oldukça heyecanlı ve mutluyum.

Bu bültenimizde, Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı Başkanı Prof. Dr. İsmail Mete İtil Hocamız'la söyleşi yaparak hem hocamız ve bölümü ile ilgili bilgiler aldık, hem de Hocamızdan zaman yönetimi ve genç meslektaşlarımıza öneriler konusunda fikirlerini öğrenme fırsatımız oldu. Bunun yanısıra Doç.Dr.Ali Akdemir tarafından hazırlanan “Myoma Uteri ve İn-vitro fertilizasyon” ile ilgili derlemeye bültenimizde yer verdik. Doç.Dr.Elif Ağaçayak Hoca'mızın “İnvitro Fertilizasyonda Başarıyı Arttıracak Cerrahi Modaliteler” isimli derlemesinin de bizler için faydalı olacağını düşünmekteyim.

Genç Bir Uzman Gözünden kısmında genç meslektaşımız, Op. Dr.Selami Erdem, deneyimlerini kaleme alarak bizlerle paylaştı. Köşe yazısı kısmımızda, TJOD Yönetim Kurulu Üyesi ve Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı Öğretim Üyesi Prof.Dr.Cansun Demir Hoca'mızın kaleme aldığı ve kendi hayat tecrübelerinden kesitler sunduğu yazısını da ilgiyle okuyacağınızı düşünmekteyim.

Gücümüzü siz değerli meslektaşlarımızdan almaktayız ve hep birlikte daha ilerilere taşımaya hazırız. Bu süreçte tüm meslektaşlarımıza çalışmalarında kolaylıklar diliyoruz. Sonraki sayılarda görüşmek dileğiyle...

Prof. Dr. M. Bülent TIRAŞ

TJOD Yönetim Kurulu Başkanı



Değerli Meslektaşlarımız,

Kasım ayı bültenimizle tekrar sizinleyiz. Bu sayımızda, Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı Başkanı Prof. Dr. İsmail Mete İtil Hocamız'la röportaj yaparak hem hocamızı hem bölümü tanıdık. Doç.Dr.Ali Akdemir , “Myoma Uteri ve In-vitro fertilizasyon” ve Doç.Dr.Elif Ağaçayak , “İnvitro Fertilizasyonda Başarıyı Arttıracak Cerrahi Modaliteler” isimli derlemelerini bu sayımızda paylaştık.

Genç meslektaşımız, Op. Dr.Selami Erdem ve TJOD Yönetim Kurulu Üyesi ve Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı Öğretim Üyesi Prof.Dr.Cansun Demir Hocamızın yazılarını beğeneceğinizi düşünmekteyim.

Bir sonraki sayımızda görüşmek üzere sağlıklı kalın.

Prof. Dr. Muhammet Erdal Sak

TJOD Yönetim Kurulu Üyesi

TJOD Bülten Editörü



YÖNETİM KURULU ÜYELERİ



BAŞKAN
PROF. DR.
M. BÜLENT TIRAŞ



2. BAŞKAN
PROF. DR.
İSMAIL METE İTİL



SAYMAN
PROF. DR.
GAZİ YILDIRIM



GENEL SEKRETER
OP. DR.
VOLKAN KURTARAN



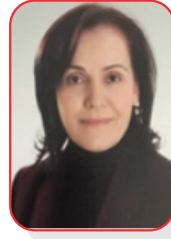
OP. DR.
SAMET BAYRAK



PROF. DR.
ERAY ÇALIŞKAN



PROF. DR.
S. CANSUN DEMİR



PROF. DR.
MELİKE DOĞANAY



PROF. DR.
TALİP GÜL



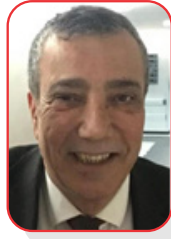
PROF. DR.
ATEŞ KARATEKE



PROF. DR.
ALİ KOLUSARI



PROF. DR.
M. ERDAL SAK



OP. DR.
M. SELÇUK SÖYLEMEZ



PROF. DR.
FATİH ŞENDAĞ



PROF. DR.
ERCAN YILMAZ

BU SAYIDA

1. Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı Başkanı *Prof. Dr. İsmail Mete İtil* Hocamızla söyleşi
2. Derleme, Myoma Uteri ve In-vitro fertilizasyon, *Doç. Dr. Ali Akdemir*
3. Derleme, İn vitro Fertilizasyonda Başarıyı Arttıracak Cerrahi Modaliteler, *Doç. Dr. Elif Ağaçayak*
4. Genç Uzman Bir Uzman Gözünden, *Op. Dr. Selami Erdem*
5. Meslek duayenlerimizden köşe yazıları, *Prof. Dr. Cansun Demir*



EDİTÖR

PROF. DR. **MUHAMMET ERDAL SAK**
HARRAN ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ
KADIN HASTALIKLARI VE DOĞUM A.D., ŞANLIURFA



EDİTÖR YARDIMCISI

PROF. DR. **AHMET YİĞİT ÇAKIROĞLU**
ACIBADEM SAĞLIK GRUBU,
İSTANBUL



EDİTÖR YARDIMCISI

PROF. DR. **ERCAN YILMAZ**
İNÖNÜ ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ, KADIN HASTALIKLARI VE
DOĞUM A.D., MALATYA



EDİTÖR YARDIMCISI

DOÇ. DR. **ELİF AĞAÇAYAK**
DİCLE ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ, KADIN HASTALIKLARI VE
DOĞUM A.D., DİYARBAKIR



EDİTÖR YARDIMCISI

DOÇ. DR. **TALİP KARAÇOR**
ADIYAMAN ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ, KADIN HASTALIKLARI VE
DOĞUM A.D., ADIYAMAN



EDİTÖR YARDIMCISI

DOÇ. DR. **MERT ULAŞ BARUT**
HARRAN ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ, KADIN HASTALIKLARI VE
DOĞUM A.D., ŞANLIURFA



EDİTÖR YARDIMCISI

DOÇ. DR. **NURULLAH PEKER**
DİCLE ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ, KADIN HASTALIKLARI VE
DOĞUM A.D., DİYARBAKIR

Bu ayki bültenimizde misafir eğitim kliniğimiz, Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı oldu. Anabilim Dalı Başkanı Prof. Dr. İsmail Mete İtil hocamız ile söyleşi yaptık.



1. Hocam sizi tanıyabilir miyiz ?

17.03 .1962 İzmir doğumluyum. İlk ve orta öğrenimimi İzmir'de tamamladım. Bornova Anadolu Lisesi (BAL) 1980 mezunuyum. Ege Tıp Fakültesini bitirdikten sonra , uzmanlığımı da Ege Üniversitesi Kadın Doğum Kliniği'nden aldım. Rize/Pazar'da mecburi hizmet sonrası, 1995 yılından bu yana, Ege Üniversitesi Kadın Hast ve Doğum Anabilim Dalı'nda kariyerime devam ettim ve ediyorum. 21.11.2000'de Doçent, 15.03.2006'da Profesör oldum . Nisan 2016'dan itibaren Ege Üniversitesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı Başkanı'yım. Nisan 2022 'den itibaren de klinik başkanlığı ile birlikte, Rektörlüğe bağlı EÜTF Aile Planlaması Kısırlık ve İnfertilite Merkezi Müdürü'yüm.

1999 yılında Avusturya'nın Graz Üniversitesinde Ürojinekoloji konusunda eğitim gördüm.

Kadın Hastalıkları ve Doğum disiplininin Avrupa ve Dünya'daki üst kuruluşları olan EBCOG (European Board and Collage of Obstetrics and Gynecology) ve Dünya'nın 130 ülke derneğinin oluşturduğu FIGO (International Federation of Obstetrics and Gynecology) nin Yönetim Kurulu'nda 2004-2012 yılları arasında Türkiye'yi temsil ettim.

Türkiye'de Kadın Hastalıkları ve Doğum Asistan Eğitimi'nin Avrupa akreditasyonu sürecini TJOD olarak başlattık. Kadın Doğum alanında rutinde bir çok klinik kılavuzun hazırlanmasında görev aldım. Ulusal ve uluslararası bir çok yayın ve sunum gerçekleştirdim.

2008-2012 yılları arasında Sağlıkta Dönüşüm

Programı ile ilgili kurulan Uzmanlık Dernekleri Platformu'na başkanlık yaptım.

Türkiye'de çalıştığım ve üye olduğum dernekler;

2004-2008 TJOD Genel Sekreteri...

2008-2012 TJOD Genel Başkanı...

2012-2022 TJOD YK Üyesi ve TJOD 2. Başkanı (1 yıldır)...

2015-2019 Türk Ürojinekoloji ve Pelvik Rekonstruktif Cerrahi Derneği Genel Başkanı , halen YK üyesi..

Evlü ve 2 çocuk babasıyım. İyi derecede İngilizce ve Fransızca biliyorum...

2. Hocam bir kadın doğum uzmanı , bir cerrah, bir idareci olarak sorumluluklarınızı yerine getirirken zamanınızı nasıl kullanıyorsunuz, nasıl yetişiyorsunuz? Genç meslektaşlarımıza medikal paramedikal önerileriniz neler olur?

Zamanı verimli kullanmaya çalışıyorum.Çoğu zaman olaylarla ilgili izleyeceğim yolu, ya da yapacağım bir konuşmayı başlamadan önce kafamda planlar ve ana hatları belirlerim. İdareciliği yönetmek olarak algılamamak lazım. Gerekliğinde liderlik yapmak, gerektiğinde de riskli durumlarda taşın altına elini koymak gerekir.Ne ekersen onu biçersin. Ektin ama karşılık göremedin o da senin sorunun değil. Ama insanlara yardım eder, destek olur, gelişmelerinin önünü açarsan karşılık mutlaka görürsün.

Empati çok önemli.Karşısındakinin neden böyle davrandığını, davranışında doğruluk payı

olup olmadığını bilmek gerek. Acele karar vermemek, öfke ile kalkıp zararlar oturmamak, halden anlamak gerek. Birçok faktör var. Futbol maçlarında bazı hakemler var her yanlış harekete kart çıkarıyorlar. Sonra bir bakıyorsun herkes cezalı oyun bitmiş. İdare etmeyi de bilmek gerek. Yoksa oyun olmaz..

Cerrahi kliniklerde disiplin şarttır. Disiplinin yolu da hakkını ve gerektiğinde müstahakkını vermekten geçer. Bunun da ancak iyi eğitim veren saygın bir klinikte sağlayabilirsiniz. Eğer kliniğin verdiği eğitim yetersizse ve öğrenci başına ne gelirse gelsin iyi bir uzman olamayacağına inanmışsa, size mesleki saygısı yoksa disiplini sağlamak için yaptığınız şeyler zulüm olur.

Bir hekim, mesleği gereği toplumun her kesiminden insanla iletişime geçer. O nedenle hekimin sadece mesleğinde iyi olması yetmez. Aynı zamanda entellektüel açıdan da kendisini yetiştirmiş olması gerekir. Dahi anlamına gelen de 'lerin ayrı yazıldığını bilmeyen, doğru düzgün kendini ifade edemeyen, ülkesinin sorunlarından tamamen habersiz ya da ilgisiz kişilerin hekimliği de iyi olmaz. Toplumuna yabancı ise, o toplumdaki hastanın sorunlarına çare olamaz, destek olamaz; taşıdığı ünvanlar kendisini kurtarmaya yetmez. Herşey emek. Emek vermeden herşeye sahip olmak istemek sorunlu bir durum.. Kişi güvenilirliğini kaybetmemeli. İtibarı kaybedildi mi bir kez daha yerine koymak zordur. Zamanı iyi kullanmak gerekir. Çünkü çok hızlı geçiyor, Yaş aldıkça insan daha iyi anlıyor bunu.

Her zaman çıkış yolu vardır. Umutsuz olmamalı.. Makama değil, bilgiye gelişmeye kendini yenilemeye talip olmak lazım. Bu şekilde kendini geliştiren hiçbir zaman yenilmez. Makam kişiye değil, kişi makama şeref verir. O zaman makam değersizleşir, kişi onu kaybettiği zaman eksilmez. Mesleğinde iyi olan kişi de her zaman aranır ve davet edilir. İşin özü; hekimin kendisini geliştirmesi şarttır. Yoksa çağa ayak uyduramadığı gibi, iyi bir eğitici de olamaz. Kutagu Bilig'de şöyle yazıyor. " Kişi akılla büyür bilgi ile yücelir her ikisi ile

saygı görür". Bunu unutmayalım.

3. Bölümünüzle ilgili bilgi verebilir misiniz

Şu anda 21 öğretim üyemiz var. Bunların 16'sı Profesör. Bunun dışında 4 Doçent ve 1 Öğretim Görevlisi var. Asistan sayımız 45. İki yan dalımızda ise, toplam 7 yan dal asistanımız mevcut. (uzman)

43 Personel ve 76 hemşiremiz var. Büyük bir üniversite kliniğiyiz..

Asistan Eğitimimiz Avrupa akreditasyonu (EBCOG) aldı. Bu akreditasyon 2024 yılına kadar geçerli.. Jinekolojik Onkolojik Cerrahi Bilim Dalı'mızın da ESGO akreditasyonu var. Perinatoloji Bilim Dalı'mız da bir iki ay içerisinde Avrupa akreditasyonu alacak.

Jinekolojinin her alanında en çağdaş ameliyatlarda kliniğimizde

yapılabilmektedir. Genel Jinekoloji ve Obstetrik, İnfertilite ve Tüp Bebek, Endoskopik cerrahi, Ürojinekoloji, Jinekolojik Onkoloji ve Perinatoloji alanlarında bir çok öncü hocamız kliniğimizde görev yapıyor. Kliniğimizden uzmanlığını almış olan bir çok kişi de yurdun dört bir yanında önemli görevlerde yer alıyor. Bir çoğu kariyerde ya da yönetici olarak hizmet veriyor. Köklü, gelenekleri olan, iyi bir eğitim veren, enternasyonal bir kliniğimiz var. Kliniğimizle gurur duyuyoruz.

4. Hocam mesleğimizin geleceği ile ilgili düşünceleriniz ve beklentileriniz nelerdir ?

Hekimlik bir sanattır sözünün içi son dönemlerde biraz azalıyor. Bunun nedeni de bilimselliğin ve standardizasyonun ön planda olmasıdır. Bu ne demek? Tanı yöntemlerinin artması, klinik kılavuzların yaygınlaşması, algoritmaların hangi durumda ne yapacağını söylemesi, bireysel farklılaşmayı azaltıyor. Dünyada ve ülkemizde uygulanan yeni sağlık politikalarının da bunda payı var. Bu programları dünyaya lanse eden mentorlardan birisi ile yaptığım konuşmada bana şöyle demişti: “ Hocam artık süper doktor yok. En iyi doktor sisteme en iyi uyum sağlayan doktor “. Yapay zeka da işin içine girdiğinde bir çok tanı hatta uygulanacak tedavi, bireysel hekim tercihlerini kısıtlayacak. En azından hekimin neden böyle davrandığı sorgulanacak. Aslında biz ironik bir şekilde buna kendimiz de yol açıyoruz. Birçok meslektaşımız adli bir sorunla karşılaştığımızda elimizde klinik kılavuz olursa ona dayandırırız deyip, derneklere klinik kılavuzları hazırlamaları için öneride bulunuyor. Bir açıdan baktığında da, bu ne kadar doğrudur, hekimin tedavisini kısıtlayan mı yoksa ufkunu açan bir durum mudur çok tartışılır. Tabi ki bilimsel kanıtlara dayanmayan tedaviler uygulanmamalı ama uzman görüşünün de önemi var.

Yine ileriye dönük olarak bireysellik ve bireysel tedaviler de artacak. O kişiye uygun tedaviler, gen araştırmaları ve genetik yatkınlık, ön plana geçecek. Tabi bu bir kehanet değil, günümüzde gerek onkolojik tedavilerde gerekse prognoz ön görmede kullanılıyor. Bir hocamızın bir söyleşisini okumuştum. Diyor ki . “ 1960 yılındaki Williams da ikiz doğumların ancak %60 ına doğum sırasında tanı konabilir diye yazıyormuş. Nerden nereye gelindi. Şimdi bu söz konusu bile olamaz.. Tabi yapay zeka her ne kadar tanı koymada hekimle yarışsa da, hekimliğin ve hastanın hekime değer vermesinin en önemli kriterlerinden olan gülyüz, empati yapma teselli etmek gibi insani özelliklerin yerini alamaz. ” İyi hekimi nasıl tanımlarsınız ?” diye yapılan anketlerde,

iletişim becerileri ve empati yapma özellikleri ön plana çıkıyor, Hasta elbette tedavi arıyor ama her zaman teselli istiyor. Buna dikkat etmek lazım..

İyi hekim hep aranacaktır. İyi insan olmaya çalışmalı, ancak o zaman iyi bir hekim de olunur. Bu mesleğe gönül vermiş tüm meslektaşlarıma önce sağlık, sonra da mutluluk ve huzur diliyorum...





Myoma Uteri ve In-vitro fertilizasyon Doç. Dr. Ali Akdemir

Myoma uteri, reproduktif çağdaki kadınların %20-50' sini etkiler, prevalansı yaşla birlikte artar. Reprodüktif çağdaki kadınların en sık görülen benign tümürüdür (1,2,3).

Pelvik ağrı, anormal uterin kanama, mesane veya barsağa bası semptomlarına neden olmakla beraber çoğu vaka asemptomatiktir (1,4,5).

İnfertil kadınların %5-10 kadarında myoma uteri görülür, infertil kadınların %1-2,4'ünde ise infertiliteye neden olan tek faktördür (1,6,7). Myomlar ile infertilite/tekrarlayan gebelik kayıpları ilişkili bulunmuştur. Myomlar anatomik veya fonksiyonel değişiklikler oluşturarak infertiliteye neden olabilirler. Myomlar uterin kavitenin distorsiyonu, servikal kanal veya tubal ostiumlarda stenoz gibi anatomik değişiklikler oluşturarak sperm, ovum, embriyo migrasyonu ve embriyo implantasyonuna engel olurlar (1,8,9). Myomlar uterin kontraktileti değiştirerek gamet transportu ve embriyo implantasyonunu olumsuz etkiler (1,10). Myoma uteri komşuluğundaki endometrium tabakasında vasküler bozulmalara, inflamasyona, ülserasyona, atrofiye ve nişte olumsuz biyokimyasal değişikliklere yol açarak implantasyon başarısını etkiler (1,11-13). Bahsedilen teorilerin çoğu tam olarak kanıtlanmamıştır (1,2,14).

Literatürdeki birçok çalışma; myomların fertilitte üzerindeki etkisini, myomektomi sonrası fertilitte oranlarını araştırarak açıklamaya çalışmıştır. İnfertilite tanılı 1193 hastaya laparotomi ile myomektomi uygulanmış ve postoperatif gebelik oranı %40 olarak saptanmıştır(1). Submukozal myomu olan hastalarda laparotomi veya histeroskopi ile myomektomi sonrası fertilitte oranları artmaktadır (15-17). İnamural ve subserozal myomların da infertilite ve gebelik kayıplarına yol açtığı düşünülüyor. Fertilitte kaybına neden olmadığı düşünülen tek bir myoma sahip olgularda bile laparoskopisi ile myomektomi sonrası fertilitte oranları artmaktadır(9,18,19). Literatürdeki başka bir çalışmada, 5 cm ve üzeri myomu olan olgularda, laparoskopisi veya laparotomi ile myomektomi uygulanmış ve postoperatif gebelik oranları %42-70 saptanmıştır(20).

Literatür çalışmalarında submukozal myomların fertilitteyi olumsuz etkilediği ve myomektomi ile gebelik oranlarının arttığı saptanmıştır (2,6,8,14). Ancak açıklanamayan infertilitesi olan intramural/ subseröz myomlu olgularda myomektominin ne zaman yapılacağına dair kesin bilgi yoktur.

In-vitro fertilizasyon (IVF) uygulanan hastalarda anormal sperm fonksiyonu, anormal pelvik anatomi, tubal fonksiyon bozuklukları vb. gibi infertilite faktörleri bulunmaktadır(8,21). Literatürde myoma uteri olgularında IVF sonuçları üzerine spesifik çalışmalar mevcuttur.

Myoma Uteri ve In-vitro fertilizasyon Doç. Dr. Ali Akdemir

Intramural veya subserozal myomlar in-vitro fertilizasyon sonuçlarını etkiler mi ?

Check ve arkadaşları tarafından yapılan prospektif bir çalışmada, intramural myomu (< 5 cm) olan 61 hasta ile kontrol grubundaki 61 hasta karşılaştırılmıştır. Her iki grupta endometrial kavite histerosalpingogram(HSG) ile değerlendirilmiş ve normal saptanmıştır. Deney grubundaki ortalama myom büyüklüğü 1.5 cm ve ortalama myom sayısı 2.1 olarak saptanmıştır. Deney grubunda, kontrol grubuna göre implantasyon oranı (%13.6 / %20.2) , gebelik oranı(%34.4 / %47.5) , doğum oranı (%22.9 / %37.7) düşüktür. Deney grubunda abortus oranları daha yüksektir. (%33.3 / %20.7) Check ve arkadaşları, küçük çaplı intramural myomların dahi IVF sonuçlarını olumsuz etkilediğini göstermiştir(22).

Hart ve arkadaşları tarafından yapılan benzer bir çalışmada intramural myomu olan 112 hasta ile 322 kontrol karşılaştırılmıştır. Ultrasonografi ile myomlar değerlendirilmiş, sonohisterogram veya HSG ile myomların endometrial kavite ile ilişkisi değerlendirilmiştir. 106 hastada myom boyutu ort. 2.3 cm'dir (2.1-2.5 cm). Myomlu olgularda kontrol grubuna kıyasla gebelik (%23.3 / %34.1), implantasyon (%11.9 / %20.2) ve devam eden gebelik oranları (%15.1/ %28.3) düşük saptanmıştır. Hart ve arkadaşları yaptıkları bu çalışma ile intramural myomların konsepsiyonu engellediği, IVF sonrası gebelik başarısını düşürdüğü sonucuna varmış ve IVF sonuçlarını iyileştirmek için transfer edilen embriyo sayısını arttırmayı önermişlerdir(23).

Stovall ve arkadaşları tarafından yapılan prospektif bir çalışmada intramural veya subserozal myomu olan 91 hasta ile kontrol grubundaki 91 hasta karşılaştırılmıştır, bütün hastalara IVF ile elde edilen embriyo transferi veya intrafallopiyan zigot transferi uygulanmıştır. Transvaginal ultrasonografi ile myomlar değerlendirilmiş, HSG ile EM kavite değerlendirilmiştir. Çalışmada hastalardaki myom büyüklüğü belirtilmemiştir. Myomu olan olgularda kontrol grubuna kıyasla implantasyon(%13.8 / %19.7) , klinik gebelik eldesi (%37 / %53) ve doğum oranları (%33 / %48) anlamlı olarak düşük saptanmıştır. Deney ve kontrol grubu kıyaslandığında abortus oranları arasında da anlamlı farklılık saptanmıştır. Stovall ve ark. intramural/subserozal myomların IVF uygulanan olgularda implantasyon başarısına ve gebelik oluşması üzerine negatif etkisi olduğu sonucuna varmıştır(24).

Olivera ve ark. yaptığı retrospektif bir çalışmada intramural ve subseröz myomu olan 245 hasta ile 245 kontrol karşılaştırılmıştır. TVUSG ve HSG kullanılarak myomların lokalizasyonu belirlenmiştir, hastalara IVF ve intrasitoplazmik sperm enjeksiyonu(ICSI) uygulanmıştır. Deney ve kontrol grubu kıyaslandığında abortus oranlarında anlamlı farklılık saptanmıştır.

Myoma Uteri ve In-vitro fertilizasyon Doç. Dr. Ali Akdemir

Myomların lokalizasyonu ve sayısı, klinik gebelik oranları üstüne etkisini değiştirmektedir. İntramural ve 4 cm'den büyük myomlar düşük gebelik oranları ile ilişkili bulunmuştur(%29). Myom boyutu 0.4-2.0 cm arasında ise gebelik oranı %53 ve 2.1-4.0 cm ise gebelik oranı %51 olarak saptanmıştır. Bu çalışmanın sonucunda subserozal veya intramural 4 cm'den büyük myomların implantasyon başarısını olumsuz etkilediği sonucuna varılmıştır ancak konuyla ilgili ileri çalışmalara da ihtiyaç vardır(25).

Eldar-Geva ve ark. tasarladığı retrospektif bir çalışmada intramural, subserozal, submukozal myomu olan hastalarda yardımcı üreme teknikleri ile gebelik eldesi araştırılmıştır. Myoma uteri tanılı 88 olgu (106 siklus), kontrol grubunda ise 249 olgu(318 siklus) bulunmaktadır. Myomların lokalizasyonu TVUSG ile belirlenmiştir. Deney ve kontrol grubunun %80'ine IVF ile elde edilen embriyo transfer edilmiş, %20'sine ise intrafallopian gamet transferi yapılmıştır. Transfer başına elde edilen gebelik oranı ve implantasyon oranları sırasıyla: kontrol grubunda %15.7 / %30.1 , subserozal myomlu olgularda %15.1 / % 34.1 , intramural myomlu olgularda %6.4 / % 16.4 ve submukozal myomlu olgularda %4.3 / %10 olarak saptanmıştır. İntramural ve submukozal myomlu hastalarda gebelik ve implantasyon oranları belirgin şekilde düşüktür.

Endometrial kavite normal ise subserozal myomlar yardımcı üreme teknikleri ile gebelik sonuçlarını etkilememektedir(26).

Farhi ve ark. yaptığı bir çalışmada myoma uteri tanılı olgularda (Endometrial kavite normal olan/olmayan) myomların IVF sonuçları üzerindeki etkisi araştırılmıştır. Deney grubu 46 hastadan, kontrol grubu ise 50 hastadan oluşmaktadır. Fizik muayene, ultrasonografi, HSG ve histeroskopi ile myomlar belirlenmiştir ancak çalışmada myomların boyutu ve lokalizasyonu belirtilmemiştir. Deney grubu ve kontrol grubu arasında transfer başına gebelik oranları (%22.1 / %25.1), embriyo implantasyon oranları(%6.5 / %9.7) ve abortus oranları (%36 / %25) arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır. Deney grubu endometrial kavitesi normal olan grup(n=28) ve endometrial kavitesi normal olmayan grup (n=18) şeklinde ikiye ayırıldığında gebelik oranları (%30.2 / %9.0) ve implantasyon oranları(%8.9 / %2.7) arasında belirgin farklılık saptanmıştır. Abortus oranları ise benzer saptanmıştır (%36 / %40).

Farhi ve ark. uterin kaviteyi distorsiyona uğratan myomlu olgularda implantasyon oranları ve gebelik oranlarının olumsuz etkilendiği sonucuna varmıştır. Endometrial kavitesi normal olan olgularda ise myomlar IVF sonuçlarını etkilememektedir(13).

Literatürdeki başka çalışmalarda ise myomların IVF sonuçları üzerine etkisi olmadığı sonucuna varılmıştır.

Myoma Uteri ve In-vitro fertilizasyon Doç. Dr. Ali Akdemir

Surrey ve ark. 73'ü myoma uteri tanılı (endometrial kavitesi normal), 399 IVF hastasında IVF başarısını incelemiştir. 40 yaş ve üzeri hasta grubunda aynı yaştaki kontrollerine kıyasla myoma uteri olgularında implantasyon oranlarının azaldığı (%21.4 / %33.9) saptanmıştır. Myoma uteri olgularında gebelik oranları ve canlı doğum oranları düşüktür. Bu çalışmada implantasyon başarısızlığı ve myom büyüklüğü arasında bir korelasyon saptanmamıştır. Endometrial kavite normal ise intramural myomların IVF başarısı ve canlı doğum oranları üzerine olumsuz etkisi yoktur(27).

Ramzy ve ark. yaptığı retrospektif çalışmada endometrial kavitesi normal olan myoma uteri tanılı 39 olgu ile 367 kontrol karşılaştırılmıştır. Bütün katılımcılara IVF-ICSI uygulanmıştır. TVUSG ve HSG kullanılarak myom boyutu ve lokalizasyonu değerlendirilmiş. Myom boyutları 7 cm'den küçük saptanmış ve ortalama myom boyutu ise 3.5 cm olarak saptanmıştır.

%92 olguda tek bir myoma uteri mevcuttu. Deney ve kontrol grubu arasında; gebelik oranları (%38.5 / %33.5), implantasyon oranları (%12.5 / %13.8) ve abortus oranları (%20 / %15.5) arasında belirgin farklılık saptanmamıştır. Ramzy ve ark. 7 cm'den küçük myoma sahip ancak endometrial kavitesi normal olan hastalarda myomların IVF başarısına olumsuz etki etmediği sonucuna varmıştır. 7 cm'den büyük endometrial kaviteyi distorsiyona uğratan olgularda myomektomi önerilmektedir(28).

Yaralı ve ark. yaptığı retrospektif bir çalışmada, intramural/subseröz myomlu olgularda IVF-ICSI uygulanmış ve implantasyon ve gebelik oranları incelenmiştir. Myoma uteri tanılı 108 olgu (73 intramural/35 subserozal) ile 324 kontrol karşılaştırılmıştır. Katılımcıların hepsinde endometrial kavite HSG veya H/S ile değerlendirilmiş ve normal saptanmıştır. Myomların boyut ve lokalizasyonu TVUSG ile değerlendirilmiştir, maximum boyut 10 cm saptanmıştır. İmplantasyon ve gebelik oranları intramural myomlu olgularda (30.2%, 9.8%) , subserozal myomlu olgularda (33.3%, 12.7%) ve kontrol grubunda (33.2%, 11.2%) benzer saptanmıştır. Abortus oranları da benzer saptanmıştır. Yaralı ve ark. endometrial kavite normal ise intramural ve subserozal myomların IVF-ICSI sonuçlarını olumsuz etkilemeyeceği kanaatinde(29).

Myoma Uteri ve In-vitro fertilizasyon Doç. Dr. Ali Akdemir

Jun ve ark. retrospektif bir çalışma ile myoma uteri tanımlı olgularda IVF sonuçlarını değerlendirmiştir. M. uteri tanımlı 141 olgu(maximum 7 cm boyutunda ve genellikle 4 cm'den küçük myomlar) ile 406 kontrol karşılaştırılmıştır. Kontrol grubunda myomektomili olgularda bulunmaktadır. Tüm katılımcılar TVUSG, HSG, H/S veya sonohisterogram ile değerlendirilmiştir. Gebelik oranları açısından deney(%30.5) ve kontrol grubu (%41.6) arasında belirgin fark saptanmamıştır. Çalışmada myom boyut ve lokalizasyonunun gebelik sonuçları üzerine belirgin etkisi olmadığı sonucuna ulaşılmıştır. Hastaların myom lokalizasyonlarının net belirtilmemesi ve submukozal subserozal myomların birlikte değerlendirilmesi çalışma sonuçlarını tartışmalı hale getirirse de Jun ve ark. myomların IVF sonuçlarını belirgin şekilde etkilemediği kanaatinde(30).

Pritts, 11 IVF çalışmasını derlemiş ve submukozal myomlu ve anormal uterin kaviteye sahip hastalarda kontrol grubuna kıyasla gebelik oranlarını(RR 0.32), implantasyon oranlarını (RR 0.28) ve doğum oranlarını(RR 0.75) düşük saptamıştır. Submukozal myomlar; implantasyon, gebelik ve doğum oranlarını negatif etkiler. Submukozal myomlu hastalarda, myomektomi sonrası gebelik oranları artar. Submukozal/intrakaviter myomlar reproduktif sonuçları olumsuz etkiler ancak intramural veya subserozal myomların reproduktif sonuçlar üzerine olumsuz etkisi saptanmamıştır(14).

Donnez ve Jadoul analizinde; myoma uteri tanısı olan ve olmayan kadınlarda IVF sonuçlarını inceleyen 6 çalışma değerlendirilmiştir. Myomu olmayan grupta gebelik oranı %40 iken, uterin kaviteyi distorsiyona uğratan myom varlığında gebelik oranı %9, myomu olan ve uterin kavitesi normal olgularda gebelik oranı %33.5 olarak saptanmıştır. EM kaviteyi etkileyen submukozal veya intramural myomu olan olgularda, implantasyon ve gebelik oranları olumsuz etkilenir. Uterin kavitesi normal olan olgularda myomların IVF sonuçları üzerine etkisi daha az göze çarpmaktadır(6).

Surrey (21) çalışmasında, EM kaviteyi bozan myoma uteri tanımlı olgularda, myomların IVF sonuçlarını olumsuz etkilediğini saptamıştır. Myomektomi bu olgularda yararlı olabilir. M. uteri tanımlı ve EM kavitesi normal olgularda ise IVF öncesi profilaktik myomektomiyi rutin klinik pratikte önerecek tanımlayıcı bir veri bulunmamaktadır(21).

Submukozal/ EM kaviteyi bozan intramural myomlar IVF sonuçlarını olumsuz etkiler. Endometrial kavitesi normal olan intramural/subserozal myomlu olgularda patofizyolojik mekanizma tam olarak bilinmemekle beraber IVF sonuçları üzerinde benzer şekilde olumsuz etkiler görülebilir.

Myoma Uteri ve In-vitro fertilizasyon Doç. Dr. Ali Akdemir

Myomlar ve IVF sonuçlarını araştıran birçok çalışma retrospektif ve nonr-andomize olarak tasarlanmıştır. Bazı çalışmalarda küçük hasta popülasyonu kullanılmış, değişken kontrol grubu seçilmiş veya kontrol grubu çalışmaya dahil edilmemiştir(6,21). Bazı çalışmalarda ise IVF dışı yardımcı üreme tekniklerinin kullanılması veya hasta yaşının geniş bir aralıkta tutulması vb. gibi kafa karıştırıcı faktörler de vardır(21,31). Büyük çaplı myomlar genellikle çalışmalara dahil edilmemiştir. Bazı çalışmalarda ise myomların boyut ve lokalizasyonları hakkında detaylı bilgi verilmemiştir. Çoğu çalışmada endometrial kavite, TVUSG ve HSG ile değerlendirilmiştir ve uterin kavite anormallikleri değerlendirme esnasında gözden kaçmış olabilir (21). Yukarıda anlatılanlar ışığında elde edilen veriler ve çıkarılan sonuçlar kanıta dayalı tartışmalara açıktır.

İnfertilite tanılı ve myomlu hastalarda uterin kavitenin detaylı olarak değerlendirilmesi gerekir. Kongenital veya edinilmiş uterin patolojler, infertil kadınların %10'unda görülür(32). TVUSG, HSG, sonohisterogram, histeroskopi uterin kaviteyi değerlendirmek için en sık kullanılan testlerdir. Cicinelli ve ark.(33) submukozal myomu olan 52 kadını değerlendirmiştir. Sonohisterografi, myom uteri boyutunu, lokalizasyonunu ve intrakaviter büyümeyi yüksek doğrulukla gösterir. TVUSG, myom lokalizasyonu ve intrakaviter büyüme için daha az doğrulukla bilgi verir ancak myom boyutu hakkında yüksek doğrulukla bilgi verir.

Histeroskopi büyüklük tahmini konusunda daha kötü sonuçlara sahiptir ancak lokalizasyon için daha kesin bilgiler verir. Literatürdeki bir çalışmada IVF uygulanan popülasyonda normal HSG sonuçlarına sahip olgularda histeroskopi ile %43 oranında kavite anormallikleri saptanabilir(34). Tanı testi olarak sonohisterografi; HSG ve vaginal ultrasona üstündür ve histeroskopi ile kıyaslanabilen sonuçlara sahiptir(35,36). IVF planlanan myoma uteri tanılı olgularda, sonohisterografi veya histeroskopi ile uterin kaviteyi değerlendirmek oldukça önemlidir.

In-vitro fertilizasyon öncesi uterin myomlara konservatif yaklaşım

Myom tedavisinde kullanılan prosedürlerin kendine özgü avantaj ve dezavantajları mevcuttur; prosedürün invazivliği, süresi, işlemin kompleks oluşu vb.

Laparotomi ile myomektomi: İntraoperatif kan kaybını fazla olması, postoperatif morbiditenin yüksek oluşu ve uzun süreli hastane yatışı, postoperatif adezyonların oluşması ve fertilite oranında azalma vb. dezavantajları vardır(2,8). Posterior duvar insizyonu uygulanan vakalarda %94, anterior duvar insizyonu uygulanan vakalarda %55 oranında adezyon meydana gelir ve posterior adezyonlar daha kalındır(37).

Myoma Uteri ve In-vitro fertilizasyon Doç. Dr. Ali Akdemir

Laparoskopi ile myomektomi; hasta açısından konforlu ve postoperatif dönemde hastane yatışı kısa sürelidir. Ancak teknik olarak daha zor ve her hasta için uygun yöntem olmayabilir(2). Literatürde laparoskopi ile myomektomi sonrası uterin rüptür vakaları gösterilmiştir(2,5). Literatürde 100 hastayı kapsayan bir çalışmada hastaların %1'inde uterin rüptür görülmüştür, 72 hasta gebe kalmış ve uterin rüptür olmadan doğum gerçekleşmiştir. Laparotomi ile myomektomi sonrası, uterin rüptüre ait veri bulunmamaktadır(2,6).

Histeroskopik rezeksiyon: iyileşme süresi kısadır ve kan kaybı azdır(8). Kanama ve hiponatremi tablosu, prosedür süresi ve kompleksliğine göre değişkenlik gösterir (5,8).

Preoperatif myomları haritalamak ve myom sayı büyüklük ve lokalizasyonunu saptamak, en uygun cerrahi prosedürü belirlemeye yardımcı olacaktır.

Gonadotrophin-releasing hormon agonistleri (GnRHa), reversible hipoestrogenik ortam hazırlayarak myom boyutlarında %35-65 oranında küçülme sağlayabilir ve bazı hastalarda myomektomi öncesi kullanılabilir. Tedavinin ilk 3 ayı içerisinde myoma bağlı semptomlar çoğunlukla iyileşir(3). Tedavi kesildiğinde myomlar tekrar büyüme eğilimindedir, eski boyutlarına ve hatta daha büyük boyutlara ulaşabilirler. GnRHa tedavisi, perimenapozal dönemde ve preoperatif hazırlık aşaması dışında inefektif bulunmuştur(2,3).

Vercellini ve ark. yaptığı randomize kontrollü bir çalışmada L/T ile myomektomi öncesi 2 aylık sürede GnRHa kullanan ve kullanmayan hastalar karşılaştırılmıştır(39). GnRHa kullanan grupta myom boyutlarında %22 azalma görülmüştür. GnRHa kullanan ve kullanmayan grupta kanama, postoperatif morbidite, hastanede yatış süresi, operasyon süresi açısından anlamlı fark saptanmamıştır. GnRHa kullanan grupta myomektomiden 6 ay sonra daha yüksek myom rekürrensi saptanmıştır. Anemi, preoperatif dönemde GnRHa kullanmak için tek endikasyon olabilir.

Lethaby ve ark. yaptığı derlemede, histerektomi/myomektomi öncesi GnRHa kullanılan 26 randomize kontrollü çalışma incelenmiştir. GnRHa, preoperatif hematokrit düzeylerini arttırmış, intraoperatif kanmayı azaltmış, uterus ve myom boyutunu azaltmış, transvers insizyona olanak sağlamış, abdominal histerektomi yerine vaginal prosedüre hastayı uygun hale getirmiştir. GnRHa kullanımının postoperatif myom rekürrens riski ve postoperatif fertiliteye etkisini değerlendirmek için yeterli veri mevcut değildir.(40).

Myoma Uteri ve In-vitro fertilizasyon Doç. Dr. Ali Akdemir

Candiani ve ark. yaptığı retrospektif analizde 622 laparotomi ile myomektomi vakasının 10 yıl içerisindeki myom rekürrensi araştırılmış ve rekürrens oranı %27 saptanmıştır(41). Tek bir myoma sahip hastalarda myom rekürrensi daha azdır, gebe kalan ve doğuran grupta rekürrens riski çok daha düşüktür. Buttram ve Reiter 2554 myomektomi hastasını incelemiş ve myomların rekürrens oranlarını %15 olarak saptamıştır. Başka bir çalışmada myomektomi sonrası rekürrens %4-47 aralığında saptanmıştır (31). Rekürrens riski ne olursa olsun, rekürrens potansiyeli, myomektominin uzun dönemdeki etkisini kısıtlar(1).

Myoma uterusunun tedavisinde yeni prosedürler olmakta beraber uzun vadeli etkileri, post prosedüre fertilitate ve gebelik üzerindeki etkileri konusunda yeterli veri yoktur(6).

Uterin Arter Embolizasyonu , myom boyutunu ve uterusun volümü azaltır ve tedaviden 3 ay sonra myoma bağlı semptomları %77-86 azaltır(42). UAE enfeksiyon, şiddetli ağrı, uterusun nekroz, endometrial atrofi vb komplikasyonları mevcuttur(2,3,5). 40 yaşın altındaki hastalarda, UAE sonrasında amenore görülme oranı %3 (42). Amenore, UAE uygulanan hastaların %1 inde görülebilir ve ovarian emboliden kaynaklı olduğu düşünülmektedir.

Goldberg ve ark. UAE ve laparotomi ile myomektominin gebelik sonuçlarını karşılaştırmıştır. UAE yapılan grupta; preterm doğum, malprezentasyon ve postpartum hemoraji ve spontan abortus artmış saptanmıştır. Bu bulgular UAE sonrasında rezidu myom bırakılmasına bağlanmıştır. UAE sonrasında başarılı gebelikler bildirilse de (43,44, 45) fertilitate ve gebelik sonuçlarına uzun dönemde etkisi bilinmemektedir(3,43).

Myolizis: laparotomi ile koagülasyon ve uterusun myomların destrukte edilmesi işlemidir(46). Etkin bir tedavi modalitesidir ancak uterusun rüptür riski mevcuttur ve literatür çalışmalarında uterusun rüptür dökümanate edilmiştir.(8,46). Prosedüre sonrası gebelik sonuçları hakkında birkaç literatür verisi mevcut.

MRI-guided focused ultrasound surgery: Myomların, ablasyonu için kullanılır. Myomun etrafındaki sağlıklı myometrium dokusunu korur. Bu prosedüre güvenli ve etkindir. Myom semptomlarını azaltır. Prosedüre sonrası fertilitate ve gebelik sonuçları hakkında yeterli veri mevcut değildir(47,48).

Tartışma: Literatür çalışmaları, submukozal ve intramural myomların endometrial kavite distorsiyonuna neden olarak implantasyon ve gebelik oranlarını azalttığını göstermiştir. Buna rağmen endometrial kavitesi normal olan olgulardaki ; küçük veya orta büyüklükteki intramural myomların veya subserozal myomların IVF sonuçlarına etkisi belirsizdir.



Myoma Uteri ve In-vitro fertilizasyon **Doç. Dr. Ali Akdemir**

Çoğu çalışmada 5 cm ve altındaki myomlar çalışmaya dahil edilmiştir. Rutin myomektomi önerilen 3 çalışmada ; myomlar 7 cm'den büyük(28), 10 cm'den büyük (29) ve uterus büyüklüğü 12 haftanın üzerindedir(13). Büyük çaplı myomları çalışmalara dahil etmeyerek myomların fertilité üzerindeki gerçek etkisini bilmemiz olanaksızdır. Literatürdeki bir çalışmada intramural 4 cm üzerindeki myomu olan hastalarda gebelik oranları anlamlı şekilde düşük saptanmıştır. (25) Büyük çaplı myomlar normal endometrial kaviteye sahip olsa bile küçük myomlara kıyasla fertilité ve reproduktif sonuçlar üzerine önemli ve farklı bir etkiye sahip olabilir.

Myomların fertilité üzerindeki etkisini açığa çıkarmak için uygun prospektif çalışmalara ihtiyaç var.

Myomların lokalizasyonu, sayı ve büyüklüğü, kavite değerlendirilmesi, yaşa bağlı subfertilité, kontrol grubunun seçimi vb kafa karıştırıcı faktörler ortadan kaldırılmalı.

Myoma tanılı, IVF hastalarını değerlendirirken uterus, em kavite ve myom lokalizasyonu ve boyutu, sayısı değerlendirilmelidir. Elimizdeki veriler ışığında IVF öncesi submukozal ve kaviteyi distorsiyona uğratan intramural myomlara ve büyük intramural myomlara, myomektomi uygulanması önerilmektedir. Ovaryan yanıtı ve embriyo kalitesi iyi olan ancak gebelik elde edilemeyen myomlu olgularda IVF öncesi myomektomi uygulanması düşünülebilir.

Myom ve IVF yönetimi konusunda tartışmalar sürmektedir. Kanıta dayalı kılavuzlar henüz mevcut değildir. Her hasta bireysel şekilde değerlendirilmeli, yarar zarar oranı gözetilmeli ve uygun yaklaşım planlanmalıdır.

Myoma Uteri ve In-vitro fertilizasyon

Doç. Dr. Ali Akdemir

Referanslar:

- 1) Buttram VC, Reiter RC. Uterine leiomyomata: etiology, symptomatology, and management. *Fertil Steril* 1981; 36:433-445.
- 2) Manyonda I, Sinthamoney E, Belli AM. Controversies and challenges in the modern management of uterine fibroids. *Br J Obstet Gynecol* 2004; 111:95-102.
- 3) Olive DL, Lindheim SR, Pritts EA. Non-surgical management of leiomyoma: impact on fertility. *Curr Opin Obstet Gynecol* 2004; 16:239-243.
- 4) Olufowobi O, Sharif K, Papaionnou S, et al. Are the anticipated benefits of myomectomy achieved in women of reproductive age? A 5-year review of the results at a UK tertiary hospital. *J Obstet Gynaecol* 2004; 24:434-440.
- 5) Myomas and reproductive function. American Society for Reproductive Medicine: A Practice Committee Report. November 2001.
- 6) Donnez J, Jadoul P. What are the implications of myomas on fertility? A need for a debate? *Hum Reprod* 2002; 17:1424-1430.
- 7) Verkauf BS. Myomectomy for fertility enhancement and preservation. *Fertil Steril* 1992; 58:1-15.
- 8) Martin D. Myomata and infertility. *Current Womens Health Reports* 2003;3:384-388.
- 9) Li TC, Mortimer R, Cooke ID. Myomectomy: a retrospective study to examine reproductive performance before and after surgery. *Hum Reprod* 1999;14:1735-1740.
- 10) Richards PA, Richards PDG, Tiltman AJ. The ultrastructure of fibromyomatous myometrium and its relationship to infertility. *Hum Reprod Update* 1998; 4:520-525.
- 11) Deglidish J, Loewenthal M. Endometrial changes associated with myomata of the uterus. *J Clin Pathol* 1970; 23:676-680.
- 12) Farrer-Brown G, Beilby JOW, Tarbit MH. Venous changes in the endometrium of myomatous uteri. *Obstet Gynecol* 1971; 38:743-751.
- 13) Farhi J, Ashkenazi J, Feldberg D, et al. Effect of uterine leiomyomata on the results of in-vitro fertilization treatment. *Hum Reprod* 1995; 10:2576-2578.
- 14) Pritts EA. Fibroids and infertility: a systematic review of the evidence. *Obstet Gynecol Surv* 2001; 56:483-491.
- 15) Fernandez H, Sefrioui O, Virelizier C, et al. Hysteroscopic resection of submucosal myomas in patients with infertility. *Hum Reprod* 2001; 16:1489-1492.
- 16) Garcia CR, Tureck RW. Submucosal leiomyomas and infertility. *Fertil Steril* 1984; 42:16-19.
- 17) Goldenberg M, Bider D, Sivan E, et al. Outcome of hysteroscopic resection of submucous myomas for infertility. *Fertil Steril* 1995; 64:714-716.
- 18) Marchionni M, Fambrini M, Zambelli V, et al. Reproductive performance before and after abdominal myomectomy: a retrospective analysis. *Fertil Steril* 2004;82:154-159.
- 19) Vercellini P, Maddalena S, de Giorgi O, et al. Determinants of reproductive outcome after abdominal myomectomy for infertility. *Fertil Steril* 1999; 72:109-114.

Myoma Uteri ve In-vitro fertilizasyon

Doç. Dr. Ali Akdemir

- 20) Seracchioli R, Rossi S, Govoni R, et al. Fertility and obstetric outcome after laparoscopic myomectomy of large myomata: a randomized comparison with abdominal myomectomy. *Hum Reprod* 2000; 15:2663–2668.
- 21) Surrey ES. Impact of intramural leiomyomata on in-vitro fertilization-embryo transfer cycle outcome. *Curr Opin Obstet Gynecol* 2003; 15:239–242.
- 22) Check JH, Choe JK, Lee G, Dietterich C. The effect on IVF outcome of small intramural fibroids not compressing the uterine cavity as determined by a prospective matched control study. *Hum Reprod* 2002; 17:1244–1248.
- 23) Hart R, Khalaf Y, Yeong C-T, et al. A prospective controlled study of the effect of intramural uterine fibroids on the outcome of assisted conception. *Hum Reprod* 2001; 16:2411–2417.
- 24) Stovall DW, Parrish SB, Van Voorhis BJ, et al. Uterine leiomyomas reduce the efficacy of assisted reproduction cycles: results of a matched follow-up study. *Hum Reprod* 1998; 13:192–197.
- 25) Oliveira FG, Abdelmassih VG, Diamond MP, et al. Impact of subserosal and intramural uterine fibroids that do not distort the endometrial cavity on the outcome of in vitro fertilization-intracytoplasmic sperm injection. *Fertil Steril* 2004; 81:2–7.
- 26) Eldar-Geva T, Meagher S, Healy DL, et al. Effect of intramural, subserosal, and submucosal uterine fibroids on the outcome of assisted reproductive technology treatment. *Fertil Steril* 1998; 70:687–691.
- 27) Surrey ES, Lietz AK, Schoolcraft WB. Impact of intramural leiomyomata in patients with a normal endometrial cavity on in vitro fertilization-embryo transfer cycle outcome. *Fertil Steril* 2001; 75:405–410.
- 28) Ramzy AM, Sattar M, Amin Y, et al. Uterine myomata and outcome of assisted reproduction. *Hum Reprod* 1998; 13:198–202.
- 29) Yarali H, Bukulmez O. The effect of intramural and subserous uterine fibroids on implantation and clinical pregnancy rates in patients having intracytoplasmic sperm injection. *Arch Gynecol Obstet* 2002; 266:30–33.
- 30) Jun SH, Ginsburg ES, Racowsky C, et al. Uterine leiomyomas and their effect on in vitro fertilization outcome: a retrospective study. *J Assist Reprod Genet* 2001; 18:139–143.
- 31) Vercellini P, Maddalena S, de Giorgi O, et al. Abdominal myomectomy for infertility: a comprehensive review. *Hum Reprod* 1998; 13:873–879.
- 32) Lindheim SR, Adsuar N, Kushner DM, et al. Sonohysterography: a valuable tool in evaluating the female pelvis. *Obstet Gynecol Surv* 2003; 58:770–784.
- 33) Cicinelli E, Romano F, Anastasio PS, et al. Transabdominal sonohysterography, transvaginal sonography, and hysteroscopy in the evaluation of submucous myomas. *Obstet Gynecol* 1995; 85:42–47.
- 34) Shamma FN, Lee G, Gutmann JN, Lavy G. The role of office hysteroscopy in in vitro fertilization. *Fertil Steril* 1992; 58:1237–1239.
- 35) Soares SR, dos Reis MMBB, Camargos AF. Diagnostic accuracy of sonohysterography, transvaginal sonography, and hysterosalpingography in patients with uterine cavity diseases. *Fertil Steril* 2000; 73:406–411.

Myoma Uteri ve In-vitro fertilizasyon

Doç. Dr. Ali Akdemir

- 36) Ayida G, Chamberlain P, Barlow D, Kennedy S. Uterine cavity assessment prior to in vitro fertilization: comparison of transvaginal scanning, saline contrast hysterosonography and hysteroscopy. *Ultrasound Obstet Gynecol* 1997; 10:59–62.
- 37) Tulandi T, Murray C, Guralnick M. Adhesion formation and reproductive outcome after myomectomy and second-look laparoscopy. *Obstet Gynecol* 1993; 82:213–215.
- 38) Dubuisson JB, Fauconnier A, Deffarges JV, et al. Pregnancy outcome and deliveries following laparoscopic myomectomy. *Hum Reprod* 2000; 15:869–873.
- 39) Vercellini P, Trespi`di L, Za`ina B, et al. Gonadotropin-releasing hormone agonist treatment before abdominal myomectomy: a controlled trial. *Fertil Steril* 2003; 79:1390–1395.
- 40) Lethaby A, Vollenhoven B, Sowter M. Efficacy of pre-operative gonadotropin hormone releasing analogues for women with uterine fibroids undergoing hysterectomy or myomectomy: a systematic review. *Br J Obstet Gynecol* 2002; 109:1097–1108.
- 41) Candiani GB, Fedele L, Parazzini F, Villa L. Risk of recurrence after myomectomy. *Br J Obstet Gynaecol* 1991; 98:385–389.
- 42) PronG, Bennett J, Common A, et al. The Ontario fibroid embolization trial. Part 2. Uterine fibroid reduction and symptom relief after uterine artery embolization for fibroids. *Fertil Steril* 2003; 79:120–127.
- 43) Goldberg J, Pereira L, Berghella V, et al. Pregnancy outcomes after treatment for fibromyomata: Uterine artery embolization versus laparoscopic myomectomy. *Am J Obstet Gynecol* 2004; 191:18–21.
- 44) Ciraru-Vigueron N, Ravina JH. Reply of the authors. *Fertil Steril* 2001; 75:1247–1248.
- 45) Ravina JH, Vigueron NC, Aymard A, et al. Pregnancy after embolization of uterine myoma: report of 12 cases. *Fertil Steril* 2000; 73:1241–1243.
- 46) Arcangeli S, Pasquarette MM. Gravid uterine rupture after myolysis. *Obstet Gynecol* 1997; 89:857.
- 47) Stewart EA, Gedroyc WM, Tempany CM, et al. Focused ultrasound treatment of uterine fibroid tumors: safety and feasibility of a noninvasive thermoablative technique. *Am J Obstet Gynecol* 2003; 189:48–54.
- 48) Hindley J, Gedroyc WM, Regan L, et al. MRI guidance of focused ultrasound therapy of uterine fibroids: early results. *Am J Roentgen* 2004; 183:1713–1719.



İnvitro Fertilizasyonda Başarıyı Arttıracak Cerrahi Modaliteler Doç. Dr. Elif Ağaayak

Yardımcı üreme teknolojisinin mevcudiyeti, infertilitenin cerrahi tedavisi olarak fertilite cerrahisine olan ihtiyacı azaltmıştır. Fertilite cerrahisi endike olduğunda, operatif laparoskopi, açık laparotomi yoluyla gerçekleştirilen prosedürlerden elde edilen sonuçlar kadar iyi sonuçlar verir. Aynı zamanda daha kısa hastanede kalış, daha düşük ileus insidansı ve daha hızlı iyileşme ile ilişkilidir. Ayrıca cerrahi alanın eldiven tozu ile daha az kontaminasyonu vardır, pnömoperitonyum tarafından küçük damarların tamponadı nedeniyle kanama azalır ve cerrahi kapalı bir ortamda gerçekleştiği için dokuların kuruması minimumdur. Bu faktörlerin tümü, postoperatif adezyon oluşumunu ve bununla ilişkili morbiditeyi (örneğin ağrı, bozulmuş doğurganlık, bağırsak tıkanıklığı) azaltmaya katkıda bulunur. Günümüzde fertilite cerrahisi üç kategoriye ayrılabilir: İnfertilitenin birincil geleneksel cerrahi tedavisi olarak cerrahi, invitro fertilizasyonun gebelik sonucunu iyileştirmeye yönelik cerrahi ve fertilitenin korunmasına yönelik cerrahi prosedürler yer almaktadır.

İnfertilite Değerlendirmesinde Ofis Histeroskopi:

- Anormal uterin görüntüleme (USG, SIS, HSG ile)
- Tekrarlayan abortus
- Zor embryo transferi
- Geçirilmiş uterin cerrahi
- İlk IVF (İnvitro Fertilizasyon) öncesi
- Tekrarlayan IVF başarısızlığı (ESHRE ve RCOG tarafından H/S önerilmektedir: %25-40 kavitede patoloji saptanmaktadır)

Histeroskopinin intrauterin anormalliklerden bağımsız olarak IVF'den önce yapılmasının gebeliği arttırdığına dair kanıtlar orta düzeydedir; submukozal fibroidleri veya endometrial polipleri çıkarırken histeroskopinin gebelik oranını artırabileceğine dair kanıtlar düşüktür.

IVF siklüslerinde histeroskopi

- Histerosalpingografisi ve/veya ultrasonografisi normal bile olsa, olabilecek endometrial patolojiler (polip, myom, adezyon) tesbit edilebilir.
- IVF siklusundan bir önceki siklus serviks histeroskop ile geçileceği için zor embryo transferi vakaları tesbit edilebilir ve takip eden siklustaki embryo transfer işlemi daha kolay yapılabilir. (1).

Histeroskopi Yapalım mı?

Tekrarlayan iyi kalitede embriyo implantasyonu başarısızlığı olan çiftlerin daha fazla tanışal değerlendirmesi ve tedavisi belirtilebilir. Tüp bebek sonrası tekrarlayan başarısız implantasyonu olan hastalarda, histeroskopinin canlı doğum oranını iyileştirdiği görülmektedir (2-3).

İnvitro Fertilizasyonda Başarıyı Arttıracak Cerrahi Modaliteler Doç. Dr. Elif Ağaayak

IVF öncesi histeroskopi uygulaması; başarısız IVF siklus öyküsü olanlarda daha etkin gibi görünmekte iken tüm IVF siklusları öncesi uygulama ile daha iyi gebelik sonuçları elde edilebilir. Sonuçlardaki pozitif yöndeki etki sadece intrauterine patoloji saptananlarda değil normal histeroskopi bulguları olanlardada mevcut gibi görünmektedir.

Leiomyom – Leiomyomların IVF üzerindeki etkisi buldukları yere bağlıdır: submukozal myomlar (FIGO tip 0 ila 2) başarı şansını azaltırken subserozal myomların (FIGO tip 5 ila 8) herhangi bir etkisi yok gibi görünmektedir. Intramural miyomların etkisi belirsizdir. 19 gözlemsel çalışmanın meta-analizi, endometrial kavitede yerleşen myomlarda canlı doğumda (risk oranı [RR] 0.79, %95 GA 0.70-0.88) ve klinik gebelik oranlarında (RR 0.85, %95 CI 0.77-0.94) önemli bir düşüş görülümüştür. Miyom olmayanlara kıyasla intramural fibroidleride kaviteyi deforme eder. Bununla birlikte, hiçbir çalışma, bunları kaldırmanın sonucu iyileştirdiğini henüz doğrulamamıştır (4).

Histeroskopik Metroplasti: Histeroskopik metroplastinin T şekilli uterusu olan hastalarda IVF sonuçlarını iyileştirdiği görülmüştür. İnfertilitesi, tekrarlayan düşükleri veya tekrarlayan IVF başarısızlığı olan hastalarda T şeklindeki uterusun histeroskopik düzeltilmesi düşünülebilir (5).

Uterin sineji, Septalarda IVF

Uterin Sineji; endometriuma hasar verecek herhangi bir travma sonrası bazal tabaka ve altındaki myometriyumun zarar görmesi sonrası meydana gelen inflamasyonun tetiklenmesi sonucu uterin kavite ve/veya servikal kanalın parsiyel veya total olarak fibrotik dokuyla obliterasyonu olarak tanımlanır.

Uterin sineşi ve septa, histeroskopik rezeksiyon ile cerrahi olarak düzeltilebilen infertilitenin (özellikle tekrarlayan gebelik kayıpları) uterus kaynaklı nedenleri olabilir. Tedavi edilen ve edilmeyen hastalar arasında gebelik sonuçlarını karşılaştıran randomize kontrollü bir çalışma bulunmamakla birlikte, iki retrospektif seri, uterus septumunun rezeksiyonu veya yapışıklıkların parçalanmasından sonra gebelik kaybında belirgin bir azalma olduğunu göstermiştir (6).

Uterin septum, özellikle yetersiz kavite ve implantasyonun kanlanması azalmış bir bölgede olması subfertiliteye sebep olmaktadır. Gebelik oluşsa bile 90%'a varan gebelik kayıpları bildirilmektedir (7). Prospektif olmayan çalışmalardan yapılan derleme sonucunda uterin septum olgularında histeroskopik metroplasti yapılanlarda canlı doğum oranı %82 iken yapılmayanlarda % 6 olarak bildirilmiştir(8). Mollo ve arkadaşlarının yaptığı prospektif kontrollü bir çalışmada septumu olan 44 infertil çift ve açıklanamayan infertilitesi olan 132 hasta ile karşılaştırılmıştır. Histeroskopik metroplasti sonrası her iki grupta 1 yıl spontan takip edilmişlerdir ve klinik gebelik oranları (%38.6 vs. %20.4) ile canlı doğum oranları (%34.1 vs. %18.9) olup, metroplasti grubunda anlamlı olarak daha yüksek saptanmıştır. Dolayısıyla; septum fertilitiyi direkt olarak azaltmakla birlikte histeroskopik septum cerrahisi klinik sonuçlar üzerine pozitif etkili gibi görünmektedir. Özellikle büyük septumu olan hastalarda cerrahinin etkisi daha belirgin iken <1 cm altındaki septumlarda cerrahi müdahalenin etkisi tartışmalıdır (9).

İnvitro Fertilizasyonda Başarıyı Arttıracak Cerrahi Modaliteler Doç. Dr. Elif Ağaçayak

Endometriyal polipler

Poliplerin infertilite ile ilişkisindeki olası mekanizmalar; endometrial kanama, endometriumda artmış enflamasyon, fertilizasyon ve implantasyonda olabilecek bozulmalar ve sperm transportundaki bozulmalar infertiliteye etki etmektedir. Polipektomi, asemptomatik endometrial polipleri olan subfertil kadınlarda doğurganlığı artırabilir. Endometriyal polibi olan subfertil kadınlarda, rastgele intrauterin inseminasyon (IUI) veya tek başına IUI öncesi histeroskopik polipektomi yapılan 2 grup hastada polip çıkarılmasının (polipektomi sonrası gebelik oranı %63'e karşılık tek başına IUI ile %28) gebelik oranını önemli ölçüde iyileştirdiği gösterilmiştir (10). Endometrial polipler fertilite üzerine negatif etki yapabilir. Polipektomi hem spontan hemde ovulasyon indüksiyonu+IUI sikluslarında gebelik şansını arttırabilir.

Endometrial scratching

Endometrium çizilmesi-hasarlama uygulamasının gebelik sonuçlarının iyileştirilmesi amacı ile tedavi yöntemi olarak önerilmesi, ilk kez 2000 yılında IVF tedavisi sonrası gebelik elde edilemeyen ve tekrarlayan IVF başarısızlığı olan hastalardan, tedaviden hemen önceki menstrüel siklus döngülerinde hastaların endometriumunun değerlendirilmesi amacı ile alınan endometrial biyopsiler sonrasında tesadüfen anlamlı olarak artmış gebelik oranları bildirmeleri sonucu gündeme gelmiştir. Bundan sonra konu ile ilgili birçok çalışma yürütülmüş ve IVF tedavisi gören hastalarda endometrium çizilmesinin; olumlu, olumsuz ve etkisiz olduğuna dair birçok farklı görüşleri içeren sonuçlar bildirilmiştir (11-13).

Cochrane'nin konu ile ilgili en güncel derlemesi 2021 yılında yayınlanmıştır. Toplam 8786 kadını değerlendiren 37 çalışmadan, 8 çalışma (4402 kadın) analize katılmış. Analize alınan 8 çalışmada endometrium çizilmesinin canlı doğum üzerine katkısı değerlendirildiğinde; orta kanıt düzeyi ile belirsiz etki olarak raporlanmıştır (14).

Tüm bu veriler ışığında, endometrium çizilmesi-hasarlama uygulamasını destekleyen, faydalı bir etki için ikna edici kanıtların eksik olduğu ve altta yatan biyolojik mekanizmanın henüz netlik kazanmamış olması kanaatine varılmıştır. Sonuç olarak; endometrium çizilmesi-hasarlama işleminin IVF tedavisi uygulamalarında canlı doğum üzerine etkisi net değildir. Mevcut güncel veriler yöntemin IVF tedavisi alacak hastalarda rutin kullanımını desteklememektedir.

Diagnostik Laparoskopi: İnfertilite yönetiminde diagnostik laparoskopinin rolü sınırlıdır. Ancak pelvik inflamatuvar hastalık, ektopik gebelik, pelvik cerrahi veya kronik pelvik ağrı öyküsü olan genç kadınların infertilite değerlendirmesinde faydalı olabilir. Bizim pratiğimizde genellikle diagnostik laparoskopi veya IVF tedavisi, intrauterin inseminasyon ile üç siklus ovulasyon indüksiyonunun başarısız olduğu durumlarda uygulanmaktadır. Diagnostik laparoskopi sırasında yapışıklıklar veya endometriozis bulunursa ve hastadan uygun şekilde onay alırsa, aynı anda doğurganlığı iyileştirmek için operatif bir laparoskopik prosedür gerçekleştirilebilir.

İnvitro Fertilizasyonda Başarıyı Arttıracak Cerrahi Modaliteler Doç. Dr. Elif Ağaayak

İleri yaş ve birden fazla infertilite faktörü olanlarda diagnostik laparoskopiden kaçınılabılır. Bu kadınlara cerrahi bir tedavi yaklaşımı yerine IVF ile daha iyi hizmet verilir. Endometriozis ve adezyonların varlığı IVF'nin etkinliğini belirgin şekilde etkilemez. Günümüzde infertil kadınlarda nadiren diagnostik laparoskopi yapılmaktadır. IVF öncesi aynı zamanda hidrosalpinksi düşünülüyorsa laparoskopi yapmaya gerek yoktur. Günümüzde infertil kadınlarda nadiren diagnostik laparoskopi yapılmaktadır.

İnvitro Fertilizasyon Öncesi Salpenjektomi

Birkaç çalışma hidrosalpinksin implantasyon ve gebelik oranları üzerindeki zararlı etkisini tanımlamıştır. Hidrosalpingeal sıvının tubalardan uterus boşluğuna sızması implantasyon bölgesinde endometriyumu bozmaktadır. Ayrıca hidrosalpinksi sıvısı, endometriyal alıcılığı bozabilecek ve muhtemelen hareketli sperm yüzdesini azaltabilecek mikroorganizmalar, kalıntılar, toksinler, sitokinler ve prostaglandinler içerir(15). Moleküler düzeyde, bir grup, salpenjektomi sonrası HOXA10 ekspresyonunun restorasyonu ile hidrosalpinksi sıvısına yanıt olarak endometriyal HOXA10 ekspresyonunun azaldığını gösterdi(16). HOXA10 embriyonun implantasyonu için önemli bir transkripsiyon faktörü olduğundan, bu genin bozulmuş ekspresyonu, IVF sırasında hidrosalpinkslerin implantasyon üzerindeki zararlı etkisi için bir mekanizma olabilir.

Hidrosalpinksin IVF uygulanan kadınlarda gebelik elde etme üzerindeki zararlı etkileri, hidrosalpinksi olmayan hastalarla karşılaştırıldığında hidrosalpinkslili bireyler için klinik gebelik oranlarının azaldığını bildiren bir meta-analiz ile gösterilmiştir (siklus başına gebelik oranı OR 0,54, 0,32-0,89 ve transfer başına gebelik oranı OR 0,44, 0,27 -0,73) (17). Hidrosalpinksi, ektopik gebelik (OR 3.48, 1.60-7.60) ve abortus (OR 1.68, 1.17-2.40) artış oranları ile ilişkilendirildi. IVF'ten önce tek taraflı veya iki taraflı hidrosalpinkslerin çıkarılmasıyla gebelik oranları iyileştirilebilir. IVF prosedüründen önce hidrosalpinksi olan veya salpenjektomi yapılmayan hastalarda implantasyon ve gebelik oranları şu şekilde rapor edilmiştir. Salpenjektomi grubunda transfer başına sırasıyla %10 ve 34 iken, salpenjektomi olmayanlarda sadece %5 ve 19 idi (18). 646 kadının dahil olduğu beş randomize çalışmanın meta-analizi, IVF öncesinde laparoskopik salpenjektomi ile tedavi edilen hidrosalpinkslili kadınlarda devam eden gebelik oranında herhangi bir tedavi uygulanmamasına kıyasla artış olduğunu doğruladı (19). Tedavi uygulanmamasına karşı laparoskopik tubal oklüzyon denemeleri, devam eden gebelik oranında anlamlı bir farkı saptamak için yeterli güce sahip değildi (OR 7.24, %95 GA 0.87-59.57), ancak klinik gebelik oranında önemli bir artış bulundu (OR 4.66, %95 GA 2.47-10.01). Farklı karşılaştırmalarda, cerrahi tedavilerin yan etkilerinde önemli farklılıklar görülmüştür. Cerrahi olmayan bir yaklaşım olan hidrosalpinkslerin ultrason rehberliğinde aspirasyonu klinik gebelik oranında önemli artış (OR 1.97, %95 GA 0.62 ila 6.29) göstermemiştir.



İnvitro Fertilizasyonda Başarıyı Arttıracak Cerrahi Modaliteler Doç. Dr. Elif Ağaayak

Salpenjektomi: Salpenjektomi ultrasonda görünen büyük bir hidrosalpinksin olan kadınlarda en iyi yöntem olarak tesbit edildi. Prospektif bir çalışma, gebelik oranındaki nispi artışın olduğunu bildirmiştir. (hazard ratio 3.8, %95 GA 1.5-9.2) (20).

Salpingostomi: Salpingostomi tüpü çıkarmadan hidrosalpinks sıvısının birikmesini ortadan kaldırabilir. Tüp patentli hale gelir ve drenaj sürdürüldüğü için sıvı yeniden birikmez. Küçük çaplı bir çalışmada, gebelik oranları salpenjektomi sonrası olanlara benzerdi(21). Laparoskopik salpingostominin salpenjektomi kadar etkili olup olmadığını belirlemek için daha fazla araştırmaya ihtiyaç vardır. Ek olarak, vakaların dörtte üçünden fazlasında yeniden tıkanma meydana gelebilir. Oosit toplama sırasında hidrosalpinksin drenajı, tüpler hızla yeniden dolacağından (iki gün kadar kısa bir sürede) etkili değildir ve birincil patoloji (tıkanmış tüp) kalır (22).

IVF'den önce hidrosalpinksin tedavi etmek için antibiyotik kullanımı da savunulmaktadır. Bir çalışmada, oosit toplanmasından önce ve sonra belgelenmiş hidrosalpinksinli kadınlara doksisisiklin uygulandı (23). Antibiyotiği alan hidrosalpinksin, tubal oklüzyon veya adezyon ve endometriozis veya açıklanamayan infertilitesi olan hastalarda implantasyon oranları sırasıyla %30, %27 ve %24 idi. Yazarlar, hidrosalpinksinli hastalarda antibiyotik uygulamasının kontrollerdekilere benzer IVF başarı oranları sağladığı ve ameliyattan daha az maliyetli olduğu sonucuna varmışlardır.

Proksimal tubal oklüzyon: Proksimal tubal oklüzyon salpenjektomiden daha etkili değildi. Distal tüp yoğun yapışıklıklar içinde tamamen gömülü ise laparoskopik tubal oklüzyon yapıyoruz. Ancak proksimal ve distal tüpte tıkanıklık hidrosalpinksin daha da genişlemesine neden olabilir. Küçük bir randomize çalışma, IVF'den önce bipolar diatermi kullanılarak proksimal tubal oklüzyonun implantasyon ve gebelik oranlarını da iyileştirdiğini bildirdi (24).

Hidrosalpinksin skleroterapi - Hidrosalpinksin sıvısının uterus boşluğuna girişini en aza indirmek için hidrosalpinksin bir sklerozan ajan damlatılabilir. Hidrosalpinksin skleroterapi ile salpenjektomi arasında klinik gebelik oranları arasında fark izlenmedi. (25)

Özet — Hidrosalpinksinler için laparoskopik salpenjektomi (tek taraflı veya iki taraflı), IVF'den önce gebelik oranlarını iyileştirmek için tercih edilen prosedürdür. Salpingostomi, antibiyotik tedavisi, proksimal tubal oklüzyon ve skleroterapi gibi alternatifler küçük çalışmalarda etkiliydi, ancak bunları birinci basamak terapötik müdahale olarak önermek için yeterli veri yok. Salpenjektomiye bağlı olarak over rezervinin azalması riskleri nedeniyle minimal termal yaralanma riskinin azaltmak için salpenjektomi fallop tüpüne çok yakın yapılmalıdır

İnvitro Fertilizasyonda Başarıyı Arttıracak Cerrahi Modaliteler Doç. Dr. Elif Ağaçayak

Hidrosalpinks için salpenjektomi

Hidrosalpinksli kadınlarda laparoskopik salpenjektominin cerrahi müdahale yapılmamasına kıyasla IVF tedavisinin sonuçlarını iyileştirdiğine dair randomize çalışmalardan elde edilen kanıtlar vardır (26). Hamilelik ve canlı doğum oranlarındaki iyileşme, implantasyonu bozan bir embriyotoksik madde veya sıvı kaynağının uterusu ulaşmaması ile oluşmaktadır. Hidrosalpinkslerin cerrahi olarak çıkarılmasının overe olan kan akışını azaltabileceği ve over rezervini tehlikeye atabileceği varsayılmıştır, ancak bu çalışılmamıştır. Yedi çalışmanın meta-analizinde, proksimal tubal oklüzyon ve salpenjektominin her biri, hidrosalpinksli kadınlarda IVF'yi takiben devam eden gebelik oranlarında artışla sonuçlanmıştır (tubal oklüzyon gebelik oranı 3.22, %95 GA 1.27-8.14 ve salpenjektomi gebelik oranı 2.24, %95 GA 1.27- 3.95) (27). Tüp oklüzyonu, salpenjektomi ile karşılaştırıldığında daha fazla devam eden gebelikle sonuçlanmasına rağmen, bu konudaki çalışmalar az sayıdadır. Hidrosalpinksin çıkarılması için alternatif cerrahi tedavilerin (salpingostomi, tubal oklüzyon, oosit toplanması sırasında hidrosalpinksin iğne drenajı) salpenjektomiden daha etkili olup olmadığını değerlendirmek için daha fazla araştırma gereklidir.

Endometrioma ve IVF

Endometriozisli hastalarda IVF sonrası gebelik oranı, endometriozisin şiddeti ile negatif korelasyon göstermektedir. Endometriomaların varlığının IVF sonucu üzerinde hiçbir etkisi yoktur. Endometriozis cerrahisinden sonra IVF gerçekleştirmek için en uygun süre 7 ila 25 ay arasında görünmektedir.

Khaled ve arkadaşlarının yapmış olduğu çalışma uzun süreli çalışma süresinin ve geniş örneklem büyüklüğü, bu klinik tartışmada mevcut literatüre katkıda bulunabilir. Birkaç yayın, özellikle minimal-hafif evre I-II endometrioziste laparoskopinin gebelik oranları üzerindeki olası olumlu etkisine vurgu yapmış olsa da, laparoskopinin hastalığın ilerlemesinde maliyet etkinliğinin henüz doğrulanmaktan uzaktır. Bununla birlikte, mevcut çalışma, infertil hastalarda endometriozis insidansının yüksek olması ve endometriozis tedavisinde cerrahi yaklaşımın önemi nedeniyle hem cerrahlar hem de infertilciler için önemli ve alakalıdır. (28) Endometrioma ve endometriozis – Asemptomatik bir endometriomanın IVF öncesinde çıkarılması gerekip gerekmediği tartışmalıdır; optimum yaklaşım konusunda bir fikir birliği yoktur (29). Cerrahi, yardımcı üreme teknolojisinin (YÜT) sonuçlarını iyileştirmede ve over rezervine zarar verebileceği için IVF'a başlamadan önce endometriomaları rutin olarak rezeke etmiyoruz (30,31). IVF uygulanan endometriozisli kadınlar, diğer infertilite nedenleri olan kadınlarla benzer klinik gebelik ve canlı doğum elde etme şansına sahip görünmektedir.

İnvitro Fertilizasyonda Başarıyı Arttıracak Cerrahi Modaliteler Doç. Dr. Elif Ağaçayak

Endometriozisli kadınlarda subfertilite tedavisi, geri dönüşümlü infertilite nedenlerini belirleyip tedavi ederek ve ardından çeşitli tedavilerin sıralı olarak uygulanmasıyla yaklaşırlar: endometriozisin cerrahi rezeksiyonu, ovulasyon indüksiyonu ve intrauterin inseminasyon ve yardımcı üreme teknolojileri. Çoklu infertilite faktörlerinin (örneğin, önemli erkek faktörü bileşeni, azalmış over rezervi, pelvik faktörler) belirlenmesi dışında, genellikle bu aşamalı yaklaşımı kullanırız çünkü çoklu faktörlerin varlığının konservatif tedavi üzerinde büyük bir olumsuz etkisi vardır. Bu vakalar için, yoğun yaklaşımlar uygulamak yerine doğrudan IVF tedavisine geçilmesi gerektiği konusunda daha az sayıda kaynaklar mevcuttur. Ayrıca ileri evre endometriozisli hastalarda direkt IVF tedavisine geçilmesi uygun görülmektedir.

Önemli endometriozis semptomları (örneğin ağrı, dismenore, dispareni) olan ve primer cerrahi tedavi görmemiş hastalar için, infertilite değerlendirmesi tamamlandıktan sonra tedavide ilk adım olarak endometriozis implantlarının ablasyonu veya eksizyonu ile birlikte operatif laparoskopi önerilmektedir (Grade 1B). Operatif tedavi, tek başına diagnostik cerrahi ile karşılaştırıldığında, gebelik oranlarında iyileşme ve ağrı semptomlarında azalma ile ilişkilidir.

Daha önce endometriozisin primer cerrahi tedavisini geçirmiş hastalarda, önemli ağrı semptomu olmadıkça infertilite tedavisi için endometriozisin cerrahi olarak çıkarılmasının tekrarlanmamasını öneriyoruz (Grade 2C).

Ağrıyı azaltabilse de tekrar ameliyat doğurganlığı iyileştirmez. Bu nedenle, klinisyenler, ağrı veya diğer semptomları tedavi etmek için ikinci ve üçüncü ameliyat prosedürlerinin sınırlı yararlarını, büyük cerrahinin potansiyel risklerini ve YÜT kıyasla daha düşük doğum oranı olasılığına karşı dikkatli bir tedavi kararı verilmelidir(32).

Zarar vermediğimiz takdirde laparoskopik cerrahinin endometriozisin her evresinde ve tipinde az yada çok işe yaradığı açıktır. Buradaki sorun cerrahinin hangi hastada işe yaradığının bilinmemesidir. İnfertil bir kadına cerrahi yapmayı planlarken; Yaptığımız cerrahinin faydası olur mu? Cerrahi esnasında ve sonrasında zarar verme olasılığımız var mı? Bu iki sorunun yanıtını günümüz verileri ve tecrübeleriyle yanıtlayacak olursak;

•Açıklanamayan infertilite nedeniyle laparoskopi yapalım mı sorusunun kanıtı olmadığı için bu sorunun yanıtı bilinmemektedir, belirsizdir. Böyle olmakla birlikte, yapıldığında endometriozis odakları saptanırsa, odaklar yok edilmelidir.

•Erken evre endometriozis cerrahisi sonrası spontan gebelik oluşmayabilir ve postop adezyon durumunda ortaya çıkabilir.

•Diagnostik laparoskopi için günümüzde başka bir neden olmadıkça yapılmasını mantıklı kılan, yardımcı üreme tekniklerine üstünlüğünü gösteren bir durum yoktur ve rutin olarak yapılmamalıdır.

İnvitro Fertilizasyonda Başarıyı Arttıracak Cerrahi Modaliteler Doç. Dr. Elif Ağaayak

İleri yaş, düşük over rezervi, adenomyozis varlığı ve bilateral endometrioma varlığında endometrioma cerrahisi çok fazla düşünülmemelidir. Bu durumlarda ilk seçenek IVF olmalıdır. Malignensi şüphesi yok ise cerrahiden uzak durulmalıdır.

Tek taraflı endometrioma varlığı, genç yaş, normal over rezervi, diğer infertilite faktörlerinin yokluğu ve yaşam kalitesini bozan semptomların varlığında laparoskopik cerrahi ilk seçenek olabilir ama unutulmaması gereken endometriomanın izole olmadığıdır.

İleri evre endometriozis cerrahi sonrası 35 yaş altı kadınlarda spontan gebelik oranı %30-35 arası olarak verilmelidir. 35 yaş üzeri ve over rezervi iyi olmayanlarda ilk seçenek bekleme süresini takiben IVF-ET uygulaması olmalıdır.

Rekürren endometriozis yönetimi en zor durumlardan birisidir. Rekürren endometriozis cerrahisini yapmak için mutlaka çok deneyimli cerrah olunmalıdır. Deneyimli cerrahların tekrarlayan endometriozisde ilk tercihlerinin çoğunlukla IVF uygulaması olduğu unutulmamalıdır.

Rekürren endometriozis cerrahisi yapılacaksa ve endometriomada var ise, cerrahi öncesi embriyo/oosit dondurulması mutlaka gündemde olmalıdır.

Endometrial ve Ovarial PRP

Hastadan alınan kan örneğinden trombosit zengin plazma (PRP) oluşturulduktan sonra, bu sıvı over ve/veya uterus iç duvarına yani hedef bölgeye enjekte edilir. Buradaki amaç, yara iyileşme sürecini hızlandırmaktır. Bu şekilde belirli bir alanda büyüme faktörlerinin yoğunluğunu arttırmaktır. Ancak over içinde foliküllerin büyüme ve olgunlaşma sürecinin yara iyileşmesinden farklı şekilde kontrol edildiği unutulmamalıdır

Ayrıca diğer bir konu PRP'nin içinde barındırdığı büyüme faktörlerinin enjeksiyon sonrası muhtemel etkinlik sürelerinin çok kısa olduğudur. Atkinson ve arkadaşları tarafından yapılan prp ile ilgili yapılan çalışmada; 120 hastadan elde edilen verileri raporlayan Yunanistan grubundan gelen bir çalışmadır. Bu güncellenen vaka serisinde IVF tedavisine yetersiz yanıt veren hastalar, erken over yetmezliği hastaları, menopoz civarı olan hastalar ve menopozda olan hastaların sonuçları sunulmuştur. Yazarlar bu farklı hasta gruplarının her birinde biraz farklılık gösteren sonuçlarla "hastaların hormonal durumunda ve over rezervi ölçümlerinde gelişme" iddia etmektedir (33).

Ancak bu çalışmalarda PRP öncesi ve sonrası değerlendirilen sonuçların iyileşmesini PRP'nin etkinliğine bağlamak zordur, çünkü bu değerler zaten doğal olarak dalgalanma gösterirler ve tekrar tekrar ölçüldüklerinde başlangıçta düşük olan değerler giderek artıyor gibi görünürken, başlangıçta yüksek olan değerler de giderek azalıyor gibi görünebilirler. Yani, PRP enjeksiyonu sonrası FSH azalması, AMH yükselmesi veya folikül ve yumurta sayısı artışı gibi gözlemler, gerçekte PRP'ye bağlı olmayabilir.

İnvitro Fertilizasyonda Başarıyı Arttıracak Cerrahi Modaliteler Doç. Dr. Elif Ağaçayak

Referanslar

- 1) Aarathi Cholkeri-Singh , Kirsten J Sasaki . Hysteroscopy for infertile women: a review, J.Minim Invasive Gynecol. 2015 Mar-Apr;22(3):353-62. doi: 10.1016/j.jmig.2014.12.163. Epub 2014 Dec 29
- 2) El-Toukhy T, Campo R, Khalaf Y, et al. Hysteroscopy in recurrent in-vitro fertilisation failure (TROPHY): a multicentre, randomised controlled trial. Lancet 2016; 387:2614.
- 3) El-Toukhy T, Sunkara SK, Coomarasamy A, et al. Outpatient hysteroscopy and subsequent IVF cycle outcome: a systematic review and meta-analysis. Reprod Biomed Online 2008; 16:712.
- 4) Sunkara SK, Khairy M, El-Toukhy T, et al. The effect of intramural fibroids without uterine cavity involvement on the outcome of IVF treatment: a systematic review and meta-analysis. Hum Reprod 2010; 25:418
- 5) Esra Uyar , Deniz Usal , Belgin Selam , Mehmet Cincik and Tayfun Bagis, IVF outcomes after hysteroscopic metroplasty in patients with T- shaped uterus, Fertility Research and Practices
- 6) Heinonen PK, Saarikoski S, Pystynen P. Reproductive performance of women with uterine anomalies. An evaluation of 182 cases. Acta Obstet Gynecol Scand 1982; 61:157, March CM, Israel R. ,Gestational outcome following hysteroscopic lysis of adhesions. Fertil Steril 1981; 36:455
- 7) Kormanyos Z, Molnar BG, Pal A. Removal of a residual portion of a uterine septum in women of advanced reproductive age: obstetric outcome. Hum Reprod. 2006;21:1047–1051
- 8) Grimbizis GF, Camus M, Tarlatzis BC, Bontis JN, Devroey P. Clinical implications of uterine malformations and hysteroscopic treatment results. Hum Reprod Update. 2001;7:161–174
- 9) Mollo A, De Franciscis P, Colacuci N, et al. Hysteroscopic resection of the septum improves the pregnancy rate of women with unexplained infertility: a prospective controlled trial. Fertil Steril. 2009;91: 2628–2631
- 10) Pérez-Medina T, Bajo-Arenas J, Salazar F, et al. Endometrial polyps and their implication in the pregnancy rates of patients undergoing intrauterine insemination: a prospective, randomized study. Hum Reprod 2005; 20:1632
- 11) Rosario R, Anderson RA. Novel approaches to fertility restoration in women with premature ovarian insufficiency. Climacteric 2021;24:491 7.
- 12) Vo TKC, Tanaka Y, Kawamura K. Ovarian Rejuvenation Using Autologous Platelet-Rich Plasma. Endocrines 2021;2:15-27. Polonio AM, Garcia-Velasco JA, Herraiz S. Stem Cell Paracrine Signaling for Treatment of Premature Ovarian Insufficiency. Front Endocrinol (Lausanne) 2020;11:626322.
- 13) Sfakianoudis K, Simopoulou M, Grigoriadis S, Pantou A, Tsioulou P, Maziotis E et al. Reactivating Ovarian Function through Autologous Platelet-Rich Plasma Intraovarian Infusion: Pilot Data on Premature Ovarian Insufficiency, Perimenopausal, Menopausal, and Poor Responder Women. J Clin Med 2020;9
- 14) Lensen SF, Armstrong S, Gibreel A, Nastri CO, Raine-Fenning N, Martins WP. Endometrial injury in women undergoing in vitro fertilisation (IVF). Cochrane 2021

İnvitro Fertilizasyonda Başarıyı Arttıracak Cerrahi Modaliteler

Doç. Dr. Elif Ağaçayak

- 15) Ng EH, Ajonuma LC, Lau EY, et al. Adverse effects of hydrosalpinx fluid on sperm motility and survival. *Hum Reprod* 2000; 15:772
- 16) Daftary GS, Kayisli U, Seli E, et al. Salpingectomy increases peri-implantation endometrial HOXA10 expression in women with hydrosalpinx. *Fertil Steril* 2007; 87:367
- 17) Capmas P, Suarhana E, Tulandi T. Management of Hydrosalpinx in the Era of Assisted Reproductive Technology: A Systematic Review and Meta-analysis. *J Minim Invasive Gynecol* 2021; 28:418
- 18) Dechaud H. Hydrosalpinx and ART: hydrosalpinges suitable for salpingectomy before IVF. *Hum Reprod* 2000; 15:2464
- 19) Johnson N, van Voorst S, Sowter MC, et al. Surgical treatment for tubal disease in women due to undergo in vitro fertilisation. *Cochrane Database Syst Rev* 2010; :CD002125
- 20) Bildirici I, Bukulmez O, Ensari A, et al. A prospective evaluation of the effect of salpingectomy on endometrial receptivity in cases of women with communicating hydrosalpinges. *Hum Reprod* 2001; 16:2422
- 21) Murray DL, Sagoskin AW, Widra EA, Levy MJ. The adverse effect of hydrosalpinges on invitro fertilization pregnancy rates and the benefit of surgical correction. *Fertil Steril* 1998; 69:41
- 22) Bloechle M, Schreiner T, Lisse K. Recurrence of hydrosalpinges after transvaginal aspiration of tubal fluid in an IVF cycle with development of a serometra. *Hum Reprod* 1997; 12:703
- 23) Hurst BS, Tucker KE, Awoniyi CA, Schlaff WD. Hydrosalpinx treated with extended doxycycline does not compromise the success of in vitro fertilization. *Fertil Steril* 2001; 75:1017
- 24) Kontoravdis A, Makrakis E, Pantos K, et al. Proximal tubal occlusion and salpingectomy result in similar improvement in in vitro fertilization outcome in patients with hydrosalpinx. *Fertil Steril* 2006; 86:1642
- 25) Cohen A, Almog B, Tulandi T. Hydrosalpinx Sclerotherapy Before In Vitro Fertilization: Systematic Review and Meta-analysis. *J Minim Invasive Gynecol* 2018; 25:600
- 26) Johnson NP, Mak W, Sowter MC. Surgical treatment for tubal disease in women due to undergo in vitro fertilisation. *Cochrane Database Syst Rev* 2004; :CD002125
- 27) Tsiami A, Chaimani A, Mavridis D, et al. Surgical treatment for hydrosalpinx prior to in-vitro fertilization embryo transfer: a network meta-analysis. *Ultrasound Obstet Gynecol* 2016; 48:434
- 28) In Vitro Fertilization (IVF) Success Rates After Surgically Treated Endometriosis and Effect of Time Interval between Surgery and IVF, Basheer AlKudmani, Itai Gat, Danielle Buell, BS, Joveriyah Salman, 4 Khaled Zohni,, Clifford Librach and Prati Sharma
- 29) Raffi F, Shaw RW, Amer SA. National survey of the current management of endometriomas in women undergoing assisted reproductive treatment. *Hum Reprod* 2012; 27:2712.
- 30) Tsoumpou I, Kyrgiou M, Gelbaya TA, Nardo LG. The effect of surgical treatment for endometrioma on in vitro fertilization outcomes: a systematic review and meta-analysis. *Fertil Steril* 2009; 92:75.



İnvitro Fertilizasyonda Başarıyı Arttıracak Cerrahi Modaliteler Doç. Dr. Elif Ağaçayak

- 31) Benschop L, Farquhar C, van der Poel N, Heineman MJ. Interventions for women with endometrioma prior to assisted reproductive technology. Cochrane Database Syst Rev 2010; :CD008571.
- 32) Surgical Management of Endometriosis in Patients with Chronic Pelvic Pain, Rebecca Flyckt, Suejin Kim, Tommaso Falcone, Semin Reprod Med 2017; 35(01): 054-064
- 33) Atkinson L, Martin F, Sturmeier RG. Intraovarian injection of platelet-rich plasma in assisted reproduction: too much too soon? Hum Reprod 2021;36:1737-50



Genç Uzman Bir Uzman Gözünden

Op. Dr. Selami Erdem

Özel Sultan Hastanesi/Diyarbakır

Pek çok medeniyetin izlerini taşıyan kadim şehrim Diyarbakır'dan tüm meslektaşlarıma saygı ve selamlarımı sunarak sözlerime başlamak isterim. Sevgili meslektaşlarım Asistanlık eğitimimi Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Doğum Kliniğinde tamamladıktan sonra ve yine kaba doğum hızının oldukça fazla olduğu il olan Diyarbakır'a atandım. Diyarbakır da Özel Sultan Hastanesinde çalışmaktayım. Bu artmış doğum hızının yorucu tarafları olmakla beraber Asistanlık döneminde belki de birçok uzman hekim arkadaşımızın görmediği sayıda ve çeşitlilikte vaka ile karşılaştım ve bu vakaların yönetimi konusunda deneyim kazandım. Hocalarım sayesinde güzel bir asistanlık eğitimi aldım. Bu yorucu süreç asistanken homurdanmamıza sebep olsa da faydasını sahada görünce aslında yararımıza bir süreç olduğunu anladım. Geçen süre hasta portföyünün değişmesini de beraber getirdi mükeker sezaryen ve plasenta insersiyon anomalileri rutinimiz oldu. Tabi ki bu süreçte bize verilen diplomada belirtilen bir kliniği yönetme yetkisinin ne olduğunu da anlamış olduk. Zira cerrahi tek başına yetmiyor çalıştığımız birimi organize etmek acil durumları yönetmekte ciddi bir eğitim gerektiriyor. Asistanlık sürecinde sadece cerrahi yapmakla kalmayıp klinik yönetimi konusunda da yetkinlik kazanmak gerektiği kanısındayım. Gelişen tıp hastaların da bize yeni taleplerle gelmesine neden oluyor ve sahada görülüyor ki artık konvansiyonel cerrahi endoskopik cerrahi olma yolunda ilerliyor.

Endoskopi eğitimi için eğitim faaliyetleri için de hep bulunmak gerekir aksi halde mesleği gelişimin gerisinde kalmak kaçınılmaz olacaktır.

İyi cerrah ne ameliyat almaması gerektiğini bilen cerrahdır o bakımdan kendi limitimizi, hastanemizin limitlerini ve hasta beklentileri bir arada düşünülerek cerrahi kararı alınmalı. Hem özelde hem devlette çalışmış bir hekim olarak önce zarar vermeme prensibiyle çalışmayı ilke edindim gerekirse intaroperatif bile olsa vakayı yapmama kararı alınabilmeli. Günlük 150 poliklinik baktığım da oldu. 32 sezaryen aldığım gün de oldu. Yoğunluğun hasta ve sizi üzmesini istemiyorsanız rutinlerden vazgeçmeyin tansiyon bakılıp rutin tetkikleri yapılması gözümünden kaçma olasılığı olan pek çok problemi yakalamamı sağladı. Her hasta tarama testleri için bilgi verin ben veriyorum bunun çok faydasını gördüm. Doğumhanede bakri balon, vakum, ekartör bulunması için hep mücadele ettim ve faydasını gördüm meslektaşlarım sizde isteyin ısrar edin kendinizi ve hastayı koruyun. Kadın doğum zor ve çok güzel bir meslek bu mesleği yapmaktan dolayı çok mutluyum. Hastası hasta olmayan bir işimiz var. Defansif hekimliğin hekimin başını daha çok ağrıttığını gördüm. Çok defans hayatı karartır. Tüm meslektaşlarıma saygı ve sevgilerimi sunarım komplikasyonsuz nice çalışma hayatı dilerim.



Prof. Dr. Cansun Demir

*Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları
ve Doğum Anabilim Dalı*

Değerli meslektaşlarım,
TJOD'nin bülten editörü bana meslek duayenlerinden yazı istediklerini bu sayıdaki yazıyı da benim yazmamı istediğini söyleyince hem sevindim hem de bir an şaşırdım. İnsanlar kendilerinin yaşlandığını hissedemiyor.

Sanki hala güneşırı tuttuğumuz nöbetten çıkıp (nöbet ertesi izni diye bir kavram yoktu) tüm gün çalışıp, akşamda kız arkadaşım (şimdiki eşim) buluşmak için Adana'dan Mersine gidecek gibi kendimi genç hissediyorum.

O kadar çabuk geçiyor ki zaman kendinizi bir anda kıdemli hoca durumunda bulabiliyorsunuz.

İstanbul Tıp Fakültesini bitirip TUS sınavı ile Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalında araştırma görevliliğine başladığımda o zaman kliniğimizin üç kıdemli hocası Prof.Dr.Nihat Arıdoğan, Prof.Dr.Oktay Kadayıfçı ve Prof.Dr.İsmet Köker (üçüne de Allah rahmet eylesin) benim şimdiki yaşlarımdan belki daha gençti.

O yüzden unutmamanız gereken , aslında sadece gençlerin değil kıdemli hocalarında unutmaması gereken aramızdaki tek fark sadece 20-30 yıl.

Eksi sonsuzdan artı sonsuza milyarlarca yıllık dünya tarihinde bir nokta bile değil bu zaman dilimi.

Bizim zamanımızdan bu yana neler değişti. Bir kısmını hatırlatmak istiyorum. Bizim zamanımızda şöyleydi demek değil amacım . Bizden önceki hocalar TUS öncesi nesil idi o zamanlar uzmanlık sınavına hocalar karar verirdi (şimdi bazı atamalarda mülakat ne kadar uygunsuz kullanılıyorsa) sınavda 100 almak veya birinci olmak yeterli değildi uzmanlığa başlamak için. Arkasından TUS geldi bazı Üniversite hocaları soru hazırlar kendi sınav sorularını sorardı , başka hocalar ise sallamazdı ve onların öğrencileri yeterince başarılı olamazdı. Sonradan TUS dersaneleri çıktı.

Bizim zamanımızda endometriozis kitapta bir bölüm iken bugün bu konuda 2 ulusal dernek ve pek çok kitap var. Bu sadece endometriozis için değil, mesleğimizdeki gelişimi anlatmak için bir örnek.

Yayın yaparken veya tez yazarken üniversitenin kütüphanesine gider , istediğimiz yayınların çoğunu bulamaz ve onlar için YÖK kütüphanesine Ankara'daki arkadaşlarımızı ricayla gönderip elde edebildik. Bugün bilgisayarda bir tıkla istediğiniz kadar yayın elinizin altında.



Prof. Dr. Cansun Demir

Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı

Allahtan ben kolej mezunuydum ve İngilizceyi iyi biliyorum. Ama bir de bilmeyenler vardı ve biz çömezlerine gece nöbette bir de tercüme yaptırırdı. O zamanlar şimdiki gibi her şeye hayır denilemeyen yıllardı.

Bilgisayar kullanmayı 30' lu yaşlarda öğrendik. Keza ultrasonografi kullanmayı da . Ultrason o zaman sadece Radyoloji'de vardı. Bir hastamızın üçüz olduğunu anladığımızda çok şaşırmiştık çünkü biz ikiz sanıyorduk. Makat gelişlerini anlamak için X-Ray kullanılırdı. Bugün ultrasonografi cihazı bizim STETOSKOPumuz oldu.

Hoca hastanede bir şey unuttuğunda bölüm sekreteri arabalı asistan arardı. Şimdi arabasız asistan yok sanırım.

Nöbet ertesi izin, nöbet parası, döner sermaye kavramları yoktu. Ama dostluk daha mı başkaydı bilemiyorum. Asistanlar birbirimizi bu kadar şikayet etmezdik evet rekabet vardı ama tadındaydı.

Biz iyiydik , siz değilsiniz demek istemiyorum. Kuşak farkı veya nesil farkı tam da bu, asistanlarım içinde kendi çocuklarımdan daha genç olanlar var o yüzden bazı şeyleri anlayabiliyorum.

Peki hoca olduk ne oldu. Öncelikle Türk Jinekoloji ve Obstetrik Derneği'ni (TJOD) sahiplenmeniz lazım. 2004 yılında sayın Bülent Tıraş'ın önerisi ile TJOD serüvenimiz başladı o zamandan bu yana yönetim kurulundayım.

2 dönem saymanlık, 2 dönem genel sekreterlik, 2 dönem başkanlık ve 2 dönem 2. Başkanlık yaptım. Başkanlık dönemimde ilk defa TJOD Asistan Okullarını başlattım. 7 tane Kıbrıs'ta, 1 tane Antalya'da yaptık.

O zamanki asistan okullarına katılan arkadaşlarımızdan bazıları şimdi Doçent oldu. EBCOG ile işbirliği içinde TJOD- genç gruplarını kurduk, sonradan isim değişti ve oradan çıkan bir arkadaşımız önce Avrupa'da sonra Dünyada asistan gruplarında başkan oldu.

Sevgili gençler kendinizdeki yeteneği asla küçümsemeyin. Atatürk'ün dediği gibi "Muhtaç olduğun kudret damarlarındaki asil kanda mevcuttur".

Yeter ki isteyin , çalışın hedefinizdeki her şeyi başarabilirsiniz unutmayın. Ben kadın hastalıkları ve doğum uzmanı olmaya lise'de karar vermiştim.

Bu kadar eziyetli asistanlık, meşakkatli öğretim üyeliği zamanlarından geçtim. O zaman Kadın Doğum ihtisasına girebilmek için çok yüksek puanlar gerekirdi. Bugün sınava girecek olsam yine Kadın Doğumcu olmayı seçeceğim.

Unutmayın " Her karanlığın bir aydınlığı olacaktır". Bugünlerde geçecek ve mesleğimiz yine hak ettiği değere kavuşacaktır. Başarılar dilerim.



20. ULUSAL JİNEKOLOJİ VE OBSTETRİK KONGRESİ

17-21 MAYIS 2023
LIMAK CYRPUS DELUXE HOTEL, KIBRIS

www.TJOD2023.org