



JİNEKOLOJİK ENDOSKOPİ
DERNEĞİ

Ekim 2019

JED BÜLTEN



Facebook'ta Takip Et



Twitter'da Takip Et



www.jed.org.tr





JİNEKOLOJİK ENDOSKOPİ DERNEĞİ

BAŞKANIMIZDAN



Sayın meslektaşlarım;

2019 yılının Ekim ayında JED e-Bülten sayısı ile tekrar buluşuyoruz. Bu ayki sayımızda ve diğer sayılarımızda; çalışma özetlerine, yaptığımız ve yapacağımız toplantıların detaylarına, dünyadan ve Türkiye’den değerli hocalarımızla yapılan röportajlara, endoskopi dünyası ile ilgili haberlere ve teknoloji ile ilgili yeni gelişmelere ulaşabilirsiniz. Ayrıca her bültenimizde özgün endoskopi videolarını bulacaksınız.

Sağlık Bilimleri Üniversitesi Bağcılar Eğitim ve Araştırma Hastanesinde 7 Eylül 2019 tarihinde **laparoskopi ve laparoskopik sütür teknikleri kursunu** gerçekleştirdik. Bu toplantımızda laparoskopi ile ilgili teorik oturumların yanında canlı yayında büyük myomu olan vakada laparoskopik histerektomi operasyonu gerçekleştirildi. Canlı cerrahide, büyük myomlu vakalar için önemli noktalar kursiyerler ile paylaşıldı. Kursiyerlerimiz laparoskopi ile ilgili önemli ipuçlarını konusunda tecrübeli hocalardan dinleme fırsatı buldular.

Kursiyerlerimizin laparoskopik cerrahi tekniklerini geliştirmek ve cerrahi becerilerinin artırılması konusunda, kursiyerlerimize çok katkısının olduğunu düşündüğüm **‘Hayvan Ameliyathanesinde Pratik Uygulamalı Jinekolojik Laparoskopi Eğitim Programı’** nı 13-14 Eylül 2019 tarihinde Medtronic Innovation Center / İstanbul da gerçekleştirdik. Sıradaki **Pratik Uygulamalı Jinekolojik Laparoskopi Eğitim Programı** ise 6-7 Aralık 2019’da yine Medtronic Innovation Center / İstanbul’da gerçekleşecek, sınırlı kontenjandan biran önce yer ayırtmanızı tavsiye ederim.

21-22 Eylül 2019 tarihinde Etlik Zübeyde Hanım Kadın Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi / Ankara da **‘7. Geleneksel Ankara Jinekolojik Laparoskopi Kursu’** nu gerçekleştirdik. Geleneksel hale gelen Ankara toplantımız yine çok başarılı geçti ve kursiyerler tecrübeli hocaların bilgilerinden faydalanma fırsatı buldular.

2019 yılının son aylarına gelirken, yeni programlarımızdan da bahsetmek istiyorum. **11-12 Ocak’ta Samsun 19 Mayıs Üniversitesi’nde, Laparoskopi Kursumuzu, Laparoskopik Sütür teknikleri kursu** ile birlikte gerçekleştireceğiz.

Son yıllarda minimal invaziv cerrahi de yeni trend; doğal orifislerden endoskopik cerrahi. Bu kapsamda jinekoloji penceresinden **“Doğal Orifislerden Jinekolojik Endoskopi”** başlıklı laparoskopi kursunu **22 Aralık 2019** tarihinde **S.B.Ü. Kocaeli Derince Eğitim ve Araştırma Hastanesi**, Kocaeli’de gerçekleştireceğiz. Bu kursumuzda doğal embriyonik orifis (umblikus) den ‘single port cerrahi ve doğal orifis vajenden ‘Vajinal yolla laparoskopi (Vaginal – Natural Orifice Transluminal Endoscopic Surgery. V-NOTES)’ nin detayları ve geleceği tartışılacak. Single port cerrahi ve V-NOTES canlı yayın gerçekleştireceğiz.

2019 yılının son aylarında yine ilklerin olacağı toplantı programlarımızın sizleri heyecanlandırıldığını düşünüyorum ve endoskopi dolu sağlıklı günler diliyorum. JED önümüzdeki dönemde hepimizi heyecanlandıracak yeni kurslar, toplantılar ve projeler ile karşınızda olacaktır. Bülten’de yer almasını istediğiniz konular veya sorularınız olursa **dernek@jed.org.tr** e-posta adresinden bize ulaşabilirsiniz.



Facebook’ta Takip Et



Twitter’da Takip Et



www.jed.org.tr



Bizi izlemeye devam edin.
Prof. Dr. Fatih Şendağ
Jinekolojik Endoskopi Derneği Başkanı



EDİTÖRDEN KISA KISA



Herkese merhaba,

Ekim sayımızla birlikte tekrar sizlerle. Bu sayımızda JED TV'de Antalya'dan Sevgili **Prof. Dr. Barış Mülayim** hocamızın "**Submüköz Miyom ve Endometriomanın Virgo Hastada Laparoskopik Yönetimi**" videosunu sunuyoruz. Keyifle izleyeceğinizi düşünüyoruz.

Bu ay endoskopiye gönül vermiş ve JED'in 2. Başkanı Sayın **Prof. Dr. Bülent Berker** ile röportaj gerçekleştirdik. Hocanın Endoskopi merakının nasıl başladığı ve eğitimini nasıl şekillendirdiği ile ilgili birçok detay hepimiz için yol gösterici. Bülent hoca birçok genç kuşak hocanın yetişmesinde emek harcaması ve JED'ine çok emek vermesi nedeniyle de kendisine çok teşekkür ediyoruz. Bu

röportajımızı keyifle okuyacağınızı düşünüyoruz.

Bildiğiniz gibi Endoskopinin tarihçesine bir süredir devam ediyoruz. Bu sayımızda da sevgili **Doç. Dr. Ozan Doğan** Ürojenekolojide Endoskopinin Tarihsel Gelişimi ve sevgili **Uz. Dr. Tolga Karacan** Laparoskopik Histerektomi Tarihi ve Gelişimi'ni bizler için hazırladılar. Kendilerine çok teşekkür ederiz.

Makale özetleri, derneğimizden ve endoskopi dünyasından haberlerle, günlük pratikte kullanabileceğiniz teknolojik ürünlerle ilgili detayları da bu sayımızda bulabilirsiniz.

Öğretici ilginç veya tartışılmasını istediğiniz ameliyat videolarınız varsa bültenimizde yayımlamak üzere sizlerden bu videoları bekliyoruz. Lütfen iyimi, kötümü diye düşünmeyin! Paylaşmaya değer bulduğunuz videoları bize göndermeniz hepimiz için çok kıymetli. Bu videolar derneğimizin youtube kanalında da ayrıca yayımlanacaktır. Böylece tüm endoskopi video arşivini herkesin izleme ve değerlendirme şansı olacaktır. Bir dizi yeniliklerle de önümüzdeki sayılarımızda olacak.

Bültende yer almasını istediğiniz konular veya sorularınız olursa dernek@jed.org.tr veya drtanerusta@gmail.com e-posta adresinden bize ulaşabilirsiniz.

Doç. Dr. Taner USTA

Jinekolojik Endoskopi Derneği
Genel Sekreteri

JED ÜYELİK FORMU

Jinekolojik Endoskopi Derneğine
Üyelik çok kolay,
Tıklayın ve formu eksiksiz doldurun.

Online Form



Facebook'ta Takip Et



Twitter'da Takip Et



www.jed.org.tr





JİNEKOLOJİK ENDOSKOPİ DERNEĞİ

JİNEKOLOJİK ENDOSKOPİ DERNEĞİ YÖNETİM KURULU

BAŞKAN



Prof. Dr. FATİH ŞENDAĞ

2. BAŞKAN



Prof. Dr. BÜLENT BERKER

SAYMAN



Prof. Dr. BÜLENT HAYDARDEĞOLU

GENEL SEKRETER



Doç. Dr. TANER USTA

ÜYELER



Op. Dr. VOLKAN KURTARAN



Prof. Dr. MUHAMMET ERDAL SAK



Prof. Dr. GAZİ YILDIRIM

BU SAYIMIZDA

1. JED TV
2. HOCALARIMIZ İLE SÖYLEŞİ (Prof. Dr. Bülent Berker)
3. MAKALELERDEN SEÇMELER
4. DERLEME:
 - ÜROJİNEKOLOJİDE ENDOSKOPİNİN TARİHSEL GELİŞİMİ (Doç. Dr. Ozan Doğan)
 - LAPAROSKOPİK HİSTEREKTOMİ TARİHİ VE GELİŞİMİ (Uz. Dr. Tolga Karacan)
5. DERNEĞİMİZDEN HABERLER
6. ENDOSKOPİ DÜNYASINDAN HABERLER
7. TEKNOLOJİ HABERLERİ



Facebook'ta Takip Et



Twitter'da Takip Et



www.jed.org.tr





JED BÜLTEN HAZIRLAMA KURULU

Editör
Doç. Dr. Taner Usta



Acıbadem Altunizade
Hastanesi, Kadın
Hastalıkları ve Doğum
Kliniği, Üsküdar,
Acıbadem Üniversitesi,
İstanbul.

Yardımcı Editör
Doç. Dr. Hasan Terzi



Sağlık Bilimleri
Üniversitesi, Derince
E.A.H., Kadın Hastalıkları
ve Doğum Kliniği,
Kocaeli.

Yardımcı Editör
Doç. Dr. Emre Pabuçcu



Ufuk Üniversitesi, Kadın
Hastalıkları ve Doğum A.D.
Ankara.

BÜLTEN HAZIRLAMA KURULU ÜYELERİ

Doç. Dr. Ali Yavuzcan



Düzce Üniversitesi, Kadın
Hastalıkları ve Doğum A.D.
Düzce.

Uz. Dr. İsmet Hortu



Ege Üniversitesi, Kadın
Hastalıkları ve Doğum A.D.
İzmir.

Uz. Dr. Salih Yılmaz



Acıbadem Altunizade
Hastanesi, Kadın Hastalıkları
ve Doğum Kliniği, Üsküdar,
İstanbul.

Uz. Dr. Kübra Çakmak



Sağlık Bilimleri Üniversitesi,
Kanuni Sultan Süleyman E.A.H.
Kadın Hastalıkları ve Doğum
Kliniği, İstanbul.

BU SAYIMIZA KATKIDA BULUNANLAR

Doç. Dr. Ozan Doğan

Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Sarıyer Hamidiye Etfal E.A.H., Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği, İstanbul

Op. Dr. Tolga Karacan

Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Bağcılar E.A.H., Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği, İstanbul

Op. Dr. Müge Keskin

Ufuk Üniversitesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum A.D. Ankara.



Facebook'ta Takip Et



Twitter'da Takip Et



www.jed.org.tr



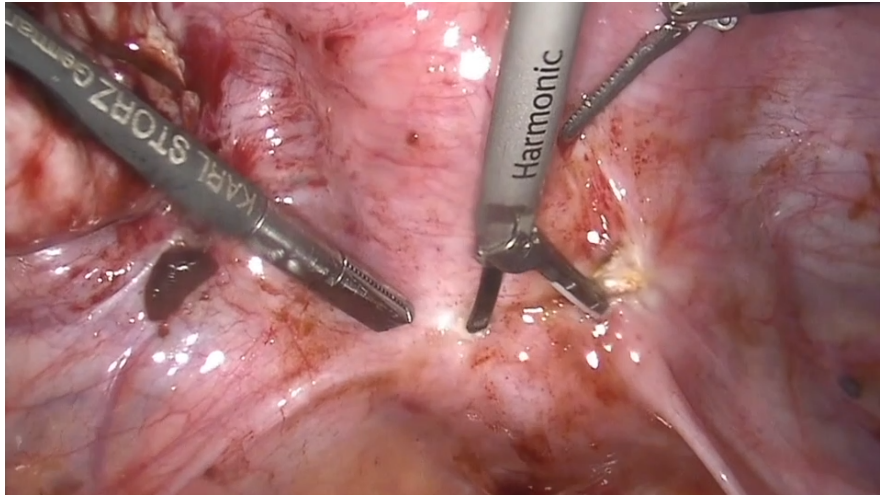


1

JED TV

**Submüköz Miyom ve Endometriomanın Virgo Hastada
Laparoskopik Yönetimi
Prof. Dr. Barış Mülayim**

<https://youtu.be/B2e1X1nZJnw>



Alaaddin Keykubat Üniversitesi Alanya E.A.H. Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği'nden Prof. Dr. Barış Mülayim'in hazırladığı 'Submüköz Miyom ve Endometriomanın Virgo Hastada Laparoskopik Yönetimi' videosunu sunuyoruz.

Video Gönder

Öğretici ilginç veya tartışılmasını istediğiniz ameliyat videolarınız varsa bültenimizde yayımlamak üzere bekliyoruz. Paylaşmaya değer bulduğunuz videoları dernek@jed.org.tr veya drtanerusta@gmail.com e-posta adresinden iletişim kurarak bize gönderiniz

Facebook'ta Takip Et

Twitter'da Takip Et

www.jed.org.tr

JED ailesi olarak ekim ayı bültenimiz için derneğimizin ikinci başkanı olan sayın hocamız Prof. Dr. Bülent Berker ile röportaj yaptık. Hocamıza samimi röportajı ve bize zaman ayırdığı için teşekkür ederiz.

Röportaj: Uz. Dr. Kübra Çakmak



Sayın hocam kendinizden bahsedebilir misiniz?

Ben Profesör Doktor Bülent Berker, Ankara'da yaşıyorum. Çocukluğum ve öğrenim hayatım Ankara'da geçti. Ankara Özel Yükseliş Koleji'nde ortaokul ve lise eğitimimi tamamladım. Liseden okul birincisi olarak mezun oldum, bundan da çok gurur duyarım ve ara sıra çocuklarıma keyifle anlatırım. Liseden sonra da eğitime Ankara'da devam etmek istediğim için tıp fakültesine karar vermiştim, 1987 yılında Hacettepe Üniversitesi tıp fakültesi İngilizce tıbbı girdim ve hekimlik hayatım böylece başlamış oldu. Eşim göz hekimi, iki çocuğumuz var. Büyük olan çocuğum yani kızım, anne babasının mesleğini seçti ve şimdi tıp fakültesinde öğrenci, bu konuda hiç baskımız olmadı ancak tıbbı seçtiği için çok mutlu olduğumu da söylemek isterim. Bir de on üç yaşında bir oğlum var.

Üniversite yıllarınız nasıl geçti? İhtisasa nasıl karar verdiniz?

Üniversite yıllarımız biraz zor geçti, dersler çok yoğunlu bugün bile o yoğunluğu hissediyorum diyebilirim. Ancak tıbbi çok sevdiğim için çok zor olmasına rağmen çok keyifli güzel zamanlar olarak hatırlıyorum. Kütüphaneyi yoğun olarak kullandık, her konuyu mutlaka İngilizce orjinal kaynak kitaptan okurdum. Tıp fakültesine ilk başladığımda tıpta uzmanlık sınavı yani TUS o zamanda hepimizin en çekindiği konuydu. Cerrahi branşlara ilgim vardı, stajlarda tüm branşları gördükçe kendimi kadın doğum bölümüne daha yakın hissetmeye başlamıştım. O yıllarda asistan abiler ablalar, stajyer öğrenciye ilgili ve yakın davranınca o bölüme bir heves oluyordu. Ben de nöbetlerde, serviste çalıştığım zamanlarda kadın doğumcu olmalıyım düşüncesine tam olarak kendimi kaptırınca TUS'ta da kadın doğum bölümünü yazdım ve böylece meslekte branş seçimi de gerçekleşmiş oldu.

Kariyer planlamanızı nasıl ve ne zaman yaptınız?

Kadın hastalıkları ve doğum uzmanı olmayı çok istiyordum, başka branş aklımdan bile geçmiyordu. TUS'ta önce Numune Hastanesi kadın doğum uzmanlığını kazandım ve yaklaşık altı ay orada çalıştım. Sonra biraz daha bu konuda yoğun bir hastane olan Dr. Zekai Tahir Burak Hastanesine girip bir süre doğumhanede adete nefes almadan çalıştım. Orada yaklaşık bir yıla yakın çalıştıktan sonra tekrar TUS'a girip Ankara Üniversitesi Kadın Hastalıkları ve Doğum bölümüne girmeye hak kazandım. Kadın doğum dünyasına girdiğimden beri Ankara Tıp kadın doğum bölümünde ihtisas yapmayı çok istiyordum, sınavda da orayı kazanınca benim için kariyer planlaması kafamda kurguladığım gibi gerçekleşti diyebilirim. Öğretim üyesi olmayı, asistanlarla öğrenciler hayatımı geçirmeyi, yazmayı, akademik konuları detaylıca öğrenmeyi her şeyden çok istiyordum. Tabii kader kısmet artık nasıl adlandırsak, şansına Ankara Üniversitesi Kadın Hastalıkları ve Doğum bölümü gerçekten beklediğim hayal ettiğim yerd. Çok severek çalıştık, iş olarak değil de aile veya okul olarak hep kafamdaydı, yani hiç işe gidiyorum demezdim, okula gidiyorum cümlesi nedense hep öyle kurulurdu. Sonra da burada uzman olarak devam ettim.

İhtisas döneminizi bize anlatır mısınız?

İhtisas dönemi herhalde hayatımdaki en rahat, en güzel dönemdi diyebilirim. Düşünsenize, her gün yeni bir şeyler öğreniyorsunuz, asistan devreniz var, çok güzeldi. Arkadaşlıklar, ihtisas döneminde daha farklı oluyor, aynı kıdemdaşlarınızla sanki askerlik arkadaşı gibi yoğun bir birlik beraberlik oluyor, bir de tabii ki kıdemli abi abla olayı var. Hem işi eksiksiz yapacağız, hem fırça yemeyeceğiz, hem de onlardan her şeyi öğreneceğiz; gerçekten çok güzel yıllardı. Hiç sorunlu olarak

hatırlamıyorum. Hatta neredeyse iki yıla yakın gūnaşırını nōbet tutmuşluğum vardır, inanının mutsuz değildik. Asistanlığın en güzel taraflarından birisi de tabii kıdemlendikçe hocalara da daha yakın olurdunuz, bu da çok büyük bir keyif verirdi. Asistanlıkta zor bir dönem çünkü hem hasta bakıp, hem nōbet tutup hem de mesleğimizin ana kitaplarını okumak gerçekten yorucu ve yıpratıcı. Kitap okunması gerektiğine yani temel kitapların asistanlıkta bitirilmiş olması gerektiğine çok inanırdım ve de çok okurdum, şimdi asistanlarıma da en çok söylediğim şeydir, lūtfen temel branş kitaplarımızı okuyalım.

Endoskopik cerrahiye ne zaman başladınız? Stanford Üniversitesi'ndeki eğitiminiz bu sürece nasıl bir katkı sağladı?

Asistanlığım sırasında Ankara Tıp'ta endoskopik cerrahi yapılıyordu ve haliyle benim de çok ilgimi çekiyordu. Kıdemlendikçe hocaların karşısına geçiyorsunuz ve onları ameliyatta asiste ediyorsunuz, farkettim ki endoskopiye karşı bir eğilimim var ve çok severek yapıyorum. Asistanken yurtiçi toplantılara katılmaya gayret ediyordum, meraklıyım bu konuya. Asistanlığımın dōrdüncü yılıydı sanıyorum Amerika Birleşik Devletleri'nde Chicago şehrinde bir endoskopi kongresi olduğunu okudum bir dergide, imkanlarımızı kullanarak sağolsun bölümdeki hocalarımla da desteği ile o kongreye katıldım. O dönem endoskopik cerrahide tanınmış kim varsa hepsini görme fırsatım oldu, canlı cerrahileri izledim ve kafamda artık yer etmişti endoskopist olacaktım. Sonra asistanlık bitti, uzman oldum ve bölümde uzman olarak kaldım. Bizim Ankara Üniversitesi Kadın Hastalıkları ve Doğum bölümünde uzman her departmanda bir süre çalışır, ben de bu katlarda çalışırken üreme tıbbı ve cerrahisi konularında spesifik olarak uzmanlaşmak istiyordum. Yani infertilite ilgimi çekiyordu ama aynı zamanda endoskopik cerrahi de yapmak istiyordum. Bu amaçla jinekolojik endoskopik cerrahinin en önemli isimlerinden Prof. Dr. Camran Nezhat'la tanışma fırsatı buldum, kendisi beni fellow olarak kabul etti, ben de 2004 yılında Amerika Birleşik Devletleri Stanford Üniversitesi'ne minimal invaziv cerrahi ve infertilite eğitimi için gittim. Çok güzel bir dönemdi, sayın Prof. Dr. Camran Nezhat beni çok destekledi, üzerimde emeği çok fazladır, kendisi ile çok sayıda makale ve kitap bölümü yazdık. O zaman için ülkemizde henüz pek yaygın olmayan hayvan laboratuvarında endoskopik cerrahi çalışmalarımız, kurslarımız oluyordu. Yine Sayın Nezhat beni simülasyon eğitimi bölümüne de gönderdi, yani daha dünyada yaygın olmayan endoskopik cerrahileri simülatörde yapıyorduk. Ayrıca çok ilginç bir durumdur, Da Vinci robotik cerrahinin geliştirilmesi projesinde yer aldım çünkü robot Stanford'da geliştiriliyordu. Ardından bir süre de New York'da Mount Sinai Hastanesi'nde Prof.Dr.Farr Nezhat'la ileri düzey endoskopik cerrahi teknikleri üzerinde çalıştım. Sonra tekrar fakülteme döndüm. Ankara Tıp Kadın Doğum Bölümünde zaten çok iyi bir ekip olduğundan yurtdışı tecrübemizi sağolsun hocalarımızın da destekleriyle bölümümüze aktarabildik ve ilk laparoskopik miyomektomileri ve total histerektomileri yapabilme fırsatını bulduk. Yurtdışı tecrübesi sizi cesaretlendiriyor ve vizyonunuzu genişletiyor.

Endoskopiye seven ve başarılı olmak isteyen biz genç hekimlere neleri tavsiye edebilirsiniz?

Artık endoskopi jinekolojik cerrahinin ayrılmaz parçasıdır, modern ve gelişmiş yüzüdür. Her meslektaşım bunu yapabilmek durumundadır. Genç kardeşlerim iyi endoskopik cerrahi yapmak istiyorlarsa mutlaka anatomi çok iyi bilmeleri gerekiyor ve açık cerrahiye çok iyi hakim olmaları şart. Açık cerrahiden devam ederek endoskopik cerrahiye olay gelişmeli. Tabiki endoskopik cerrahinin kendine has özellikleri ve incelikleri var, bunları kıdemlilerinden öğrenecekler, kurslarımıza katılacaklar, merak ederek öğrenecekler. Endoskopik cerrahi demek tüm bunlara ek olarak sabır demek. Endoskopik cerrahi konusunda yetişmek kendini eğitmek için mutlaka hayvan laboratuvarı, kadavra kursları ve simülatör eğitimlerine katılmalarını öneririm. Çok izlesinler, mutlaka bir ekol seçsinler kendilerine ve asla izledim ben de yaparım demesinler. Sonradan hayal kırıklığı olmaması için öncesinde teorik ve uygulamalı eğitimlerini tamamlamalarını öneriyorum.



Derneğimizin 2. Başkan'ı olarak eğitimle ilgili yeni projeleriniz var mı?

Jinekolojik Endoskopi Derneğimiz (JED) hepimizin bildiği gibi endoskopi eğitimine tamamen kendini adanmış bir dernektir. Bu derneğin bünyesinde, uzun yıllardır eğitici olmaktan onur ve gurur duyuyorum. İkinci Başkanı olduğum JED her yıl çok sayıda kurs, sempozyum, hayvan laboratuvarında eğitim ve canlı cerrahinin de olduğu eğitim toplantıları yapmaktadır. Ankara'da geçtiğimiz eylül ayında yine iki günlük canlı cerrahinin ve histeroskopi eğitimin de olduğu her yıl düzenlediğimiz ve artık gelenekselleşen '7. Geleneksel Ankara Jinekolojik Laparoskopi Kursu'muzu gerçekleştirdik. Amacımız tüm asistan ve uzmanlarımızın en iyi şekilde endoskopi yapmasını sağlamaktır. Tabiki endoskopik cerrahi eğitiminin asistanlık döneminde standart bir yapıya kavuşması ve her klinikte tüm asistanlara formal bir yapıda verilmesi için çalışmalarımızı sürdürüyoruz. Yine planlarımız arasında Türkiye olarak bizlerin de Avrupa endoskopi eğitim sertifikası veren bir ülke olması için çalışmalarımız yoğun olarak sürüyor.

Son olarak söylemek istediğiniz bir şey var mı?

Endoskopik cerrahi kadın doğum branşının artık olmazsa olmazıdır. Tüm genç meslektaşlarım bu eğitimi almak için çaba göstermeli ve talep etmelidir. Bu amaçla kliniklerimizde bu konuya özel önem verelim, kurslarımıza katılalım, bilgilerimiz paylaşalım. Günümüz dünyasında bilgiye ulaşmak çok kolay ama formal eğitimi almadan olmaz. Endoskopik cerrahi asla kurallarından ödün vermeden ve çok iyi eğitim alarak yapılmalıdır. Cerrahileri izlemek tabiki çok kıymetlidir ancak mutlaka iyi tecrübeli ellerden eğitim alarak başlamalıyız. Sabır, özen ve vizyon bize gerekenlerdir. Eğitim toplantılarımızda buluşmak üzere hepinize sevgi ve saygılarımı sunuyorum.

Bu güzel röportaj için hocamız Prof. Dr. Bülent Berker'e çok teşekkür ederiz.

Derin İnfiltratif Endometriozisi olan en az 2 kez IVF / ICSI denenmiş infertil hastalarda cerrahi tedavi sonrası gebelik oranları

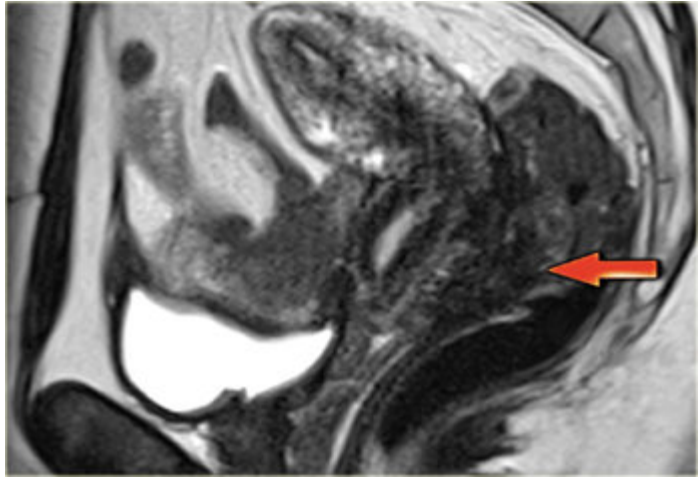
Breteau P, Chanavaz-Lacheray I, Rubod C, Turck M, Sanguin S, Pop I, Resch B, Roman H
J Minim Invasive Gynecol. 2019 Sep 10. pii: S1553-4650(19)30413-3. doi: 10.1016/j.jmig.2019.08.032.

Amaç: Derin infiltratif endometriozisi (DİE) ve önceden ≥ 2 IVF veya ICSI başarısızlığı olan hastalarda postoperatif gebelik olasılıklarını değerlendirmek

Dizayn: Prospektif kayıt yapılmış CIRENDO veri tabanının datalarının kullanıldığı retrospektif çalışma

Yer: 3. Basamak üniversite hastanesi
Hastalar: 43 yaş altı, ≥ 2 IVF veya ICSI başarısızlığı olan ve DIE nedeniyle opere edilmiş infertil hastalar

Müdahale: DIE komplet eksizyonu
Ölçümler ve ana sonuçlar: Cerrahi sonrası gebelik oranı değerlendirildi. Veri tabanında yer alan 7 farklı merkezdeki 104 hastaya cerrahi yapıldı. 77 hasta post operatif gebelik planladı. Oosit donasyonu ile gebe kalan 4 hastanın dahil edilmemesi, 73 hastalık bir örneklemle sonuçlandı. Hastaların ortalama yaşı 31.9'du (SD 4.1). ve ortalama infertilite süresi 48.4 aydı (26.5). Hastaların %83.6'sında evre III ve IV endometriozis saptandı. Post-operatif takip süresinin ortalaması 46.6 aydı (20.5). Cerrahiden gebeliğe kadar geçen ortalama süre 11.1 aydı ve postoperatif gebelik oranı %43.8' di. Gebeliklerin %21.8'i spontandı, %31.2'si IVF, %21.8'i dondurulmuş embriyo transferi, %18.7'si IVF-ICSI, %3.1'i intrauterin inseminasyonla elde edildi. Multivaryant cox analizi; ovaryen cerrahinin ≥ 35 yaş üstü olmanın ve evre 2 endometriozisin konsepsiyon olasılığıyla ilişkili olduğunu gösterdi.



Sonuç: Derin infiltratif endometriozisi (DİE) ve önceden ≥ 2 IVF veya ICSI başarısızlığı olan infertil kadınlar, özellikle de endometrioma cerrahisine ihtiyaç duyulmadıysa veya yapılmadıysa, postoperatif iyi gebelik oranlarıyla ilişkili olması nedeniyle cerrahiye yönlendirilebilir. DIE cerrahisi, cerrahi takip eden yıl gerçekleşmesi nedeniyle, rutin olarak konsepsiyonu ertelemes.

Optik Gazsız Trokar ile Laparoskopi: 7431 Vakalık Tek Merkez Deneyimi

Ciravolo G, Donarini P, Rampinelli F, Visenzi C, Odicino F.

J Minim Invasive Gynecol. 2019 Jul 10. pii: S1553-4650(19)30299-7. doi: 10.1016/j.jmig.2019.03.025.

Çalışma amacı: Gazsız optik trokar kullanılan laparoskopik cerrahiyi tanımlamak ve deneyimlenen komplikasyonları analiz etmek.

Dizayn: Retrospektif çalışma

Yer: İtalya'da 3. basamak bir hastanenin jinekoloji ve obstetrik departmanı

Hastalar: 7431 cerrahi prosedür

Müdahaleler: Hastane veritabanından ENDOPATH Xcel Bladeless Trocar (Ethicon, Johnson & Johnson, Somerville, NJ) ile 2000-2017 yılları arasında farklı endoskopistler tarafından yapılan laparoskopilerin major komplikasyonlarına dair veriler değerlendirildi.

Ölçümler ve sonuçlar: Hastaların ortalama yaşı 40.66 ± 12.06 idi (aralık 13-91). Ortalama vücut kitle indeksi 22.12 ± 3.64 kg/m² idi (aralık 15.74-41.51 kg/m²). Tüm komplikasyon oranı %0.31'di (23/7431 vaka). Major komplikasyonlar; 1 prosedürde mide perforasyonu (%0.014), 2 prosedürde ileal perforasyon (%0.028) ve 1 prosedürde damar perforasyonu (%0.014) şeklindeydi. 12 prosedür, ilk girişin omentuma doğru yapılmasıyla ve 2 prosedür de ovaryen kiste yapılmasıyla tamamlandı. 5 prosedürde (%0.067), optik trokarın abdominal kaviteye ulaşamaması nedeniyle laparotomiye geçiş gerekti. Ek müdahale gerektiren komplikasyonlar (n=9) anlamındaysa oran %0.12 idi.

Sonuç: Optik gazsız trokar uygun bir laparoskopik giriş tekniğidir. Komplikasyon oranı önceden bildirilenlere göre daha düşüktür.



ÜROJİNEKOLOJİDE ENDOSKOPİNİN TARİHSEL GELİŞİMİ

Doç. Dr. Ozan Doğan,

Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Sarıyer Hamidiye Etfal E.A.H., Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği, İstanbul

Modern jinekolojinin babası, jinekolojik spekulumun mucidi ve vezikovajinal fistülün cerrahi tedavisini geliştiren J. Marion Sims vücudun bir kısmının gözle görülebilirliğini keşfettiğinde heyecanını gizleyemez ve anılarına şöyle not düşer:

"Sapı eğilmiş kaşığı (kadının) vajinasına koyar koymaz, hava puf sesiyle içeriye ilerledi ve vajinayı en uca kadar bütünüyle açtı ve genişletti. Ben daha önce hiçbir adamın görmediği şekilde her şeyi gördüm (görebildim). Fistül bir adamın yüzündeki burnu kadar açık ve seçikti. Kenarları net, iyi tanımlanmış ve belirgindi; (fistülün) açıklığı (sanki) düz bir kağıttan bir parça kesmişçesine hassas ve kesin şekilde ölçülebiliyordu"

Havanın bir lümeni genişletmesi ve ışığın verdiği olanak ile çıplak gözle inceleme yapabilmek fikrinin ardından, J.Marion Sims kalay-kurşun karışımı kaşıkların yüzeylerine özel aynalar yerleştirerek Sims's spekulumunu kullanıma sundu. Her çalışma gününde en az bir defa kullandığımız spekulum ile birlikte aslında jinekolojide endoskopinin ilk adımını ellerimizde tutuyoruz.

Alman bir doktor olan Bozzini, doğal açıklıklardan veya en azından küçük yaralardan iç boşlukların görülebileceğini savunmuştur. 1804'de daha derinde yerleşmiş organları görmek istemiştir. Uzun ve ince bir boru benzeri huniler icat etmiştir. Kendinin "lichtleiter" (ışık ileticisi) olarak adlandırdığı bu hunileri içinde bir mum bulunan kutudan yansıtma yoluyla taşıdığı ışık ile aydınlatmaktadır (Resim 1).

İcadını Viyana Tıp Fakültesi'nde sunmuş, ancak böyle "garip" bir aletin karşısında acımasızca alay edilmiştir. Bozzini'nin ışık ileticisi aşağılanır, engellenir ve böylece birçok dekat boyunca endoskopinin ilerlemesi duraklamıştır. Bozzini, üriner traktın (sistoüretroskopi) ve abdominal kavitenin (laparoskopi) diyagnostik ve operatif endoskopisi yolundaki gelişmeleri o yıllarda ön görmüştür:

"Cerrahi önceden imkansız yeni prosedürler ortaya koymakla kalmayıp, şansa ve kestirime dayalı tüm kesin olmayan operasyonların direkt görüntü sayesinde güvenli bir şekilde yapılmasına da müsaade edecektir; cerrahın elleri artık gözleri tarafından yönlendirilecektir."

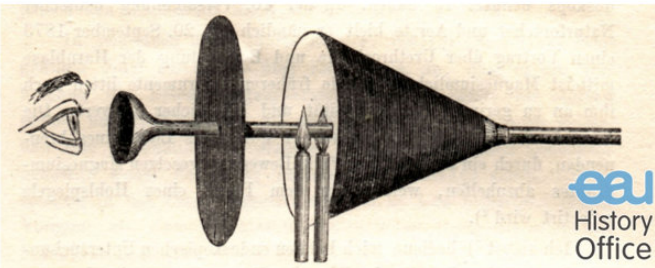


Resim 1. a | Philipp Bozzini (1773–1809)



b | The Lichtleiter

(Kaynak: Natalin, R. A., & Landman, J. (2009). Where next for the endoscope? *Nature Reviews Urology*, 6(11), 622.)



Resim 2. Pierre Salomon Ségalas'ın icadını "Speculum urethro-cystique".

(Kaynak: <http://history.uroweb.org/history-of-urology/diagnosis/looking-into-the-body/segalass-speculum/>)

Bir diğer önemli bilim insanı Fransız doctor Pierre Salomon Ségalas d'Etchépare, ileride endoskopun prekürsörü olacak olan ve üretral-mesane içi muayene inspeksiyonuna hizmet eden "üretral-mesane spekulumu" icad etmiştir ve 1826'da Paris Bilim Akademisi'nde sunmuştur. Bozzini sistemini daha da geliştirerek bir mum yerine iki mum kullanarak ışığı arttırmıştır, oblik bir lens ve koni şeklinde bir ayna daha eklemiştir ve metal yerine lastiksi elastik bir material boru kullanarak mekanizmayı hafifletmiştir (Resim 2).

Böylece ilgiyi endoskopi alanına yeniden yönelten ve Bozzini sonrası uykuya dalmış endoskopiye uyandıran kişi olmuştur. Segalas'tan 30 yıl sonra Antonin Jean Desormeaux ayna ve lens sistemlerini daha da geliştirerek görmeyi geliştirmiştir ancak Segalas'tan beri devam eden yanık problemlerine çare bulamamıştır.

Maximilian Carl-Friedrich Nitze, Alman doktor ise modern sistoskopinin babası olarak bilinir. 1800'li yıllarda Thomas Edison elektrikli ampülü keşfetmesi ile birlikte endoskopi de büyük bir ivme kazanarak ilerlemiş, artık operatif prosedürlere de olanak sağlamaya başlamıştır. Max Nitze, Josef Leiter ile birlikte birçok farklı lens kombinasyonları kullanarak 1869 yılında mesanenin içini daha önce hiç kimsenin yapamadığı kadar aydınlatmayı başarmıştır. Işığı ise mum yerine, kor halinde galvanik bir tungsten kablo kullanarak almıştır. Mesaneyi aşırı ısınan bu mekanizmanın termal hasarından korumak için mesaneyi buzlu su ile doldurmuştur.



Resim 3. Nitze-Leiter sistoskopunun büyüklüğünü gösteren bir illüstrasyon.

(Kaynak: <https://wellcomecollection.org/works/eqxd9nd7>)

Bu gelişmeleri 1876 yılında Josef Grünfeld üreteleri vizüalizasyon altında ilk kez kateterize ederek takip etmiştir. Ardından, Johns Hopkins Üniversitesi'nde obstetri ve jinekoloji profesörü olan Howard A. Kelly, modifiye ettiği hava-sistoskopisi ile kadın hastalıkları ve doğum pratiğinde endoskopinin daha sık uygulanmasını sağlamıştır.



Resim 4. Nitze-Leiter, ilk fotografik sistoskopi.

(Kaynak: <http://history.uoreweb.org/history-of-urology/diagnosis/imaging/nitze-and-his-photo-cystoscope/>)

Kelly'nin ilk asistanlarından olan Guy Hunner, hocasının sistoskopunu kullanarak kendi adını verdiği Hunner lezyonlarını ve İnterstisyel sistit'i tanımlamıştır. Günümüz ürojinekoloji pratiğinde halen önemli bir yer tutan interstisyel sistit (ağrılı mesane), klinik gözlem yeteneği ve endoskopinin birlikte kullanımı sayesinde tanımlanabilmiştir.

Kadın üretrasını muayene etmek daha önceleri imkansız

olduğundan, üriner inkontinans gibi kadını bezdiren bir klinik durumda bile patolojinin üretradan kaynaklanabileceği düşünülüyordu. Ek olarak, o dönemlerde ikinci sınıf vatandaş gibi davranılan kadınlara özel enstrümanlar mevcut değildi. Ürologlar erkek hastalar için kullanılan aletler ile kadınları muayene ediyorlardı. 1968'de Jack Robertson, ünlü enstrüman yapımcısı Karl Storz ile birlikte, fiberoptik teknolojinin yeni keşfedilmesinin de avantajıyla, ilk kadın üretroskopunu geliştirdi. Böylece üretral divertikül gibi daha önce görülmesi çok zor olan tanılar kolaylaştı. Ayrıca karbondioksit gazının kullanımı ile mesane ve üretral basınç çalışmalarının önü açılmış oldu.

Alman bir gastroenterolog olan Georg Kelling'in ilk defa bir köpek üzerinde abdominal kavitenin insuflasyonu ve Nitze sistoskopunu kombine etmesi ile bir nevi laparoskopiyi cerrahi hayata sokmuştur.

Alman bir jinekolog olan Kurt Semm modern operatif jinekolojik laparoskopinin öncülerindendir. Ekstrakorporal ve intrakorporal sütür atıcılar, termokoagülatör ve yüzlerce laparoskopik enstrümanın mucidi olan Semm, ovaryan kistektomi, myomektomi ve ektopik gebelik tedavilerini 1960, 1970'li yıllarda tariflemiştir.

Üriner inkontinans tedavisinde halen günümüzde kendine yer bulan sistoüretropeksi ve kolposüspansiyonu ilk olarak V. F. Marshall (1949) ve J. C. Burch (1961) tarafından tarif edildi. Retropubik kolposüspansiyona laparoskopik yaklaşımı ise Vancaille ve Schuessler 1991 yılında

tariflemiştir ve ardından sayısız kanıta dayalı yayınlar ile desteklenmiştir. Cooper ligamanının stress üriner inkontinans, anterior prolapsuslar ve paravajinal defektlerde laparoskopik kullanımı 1960'lı yıllarda başlayarak günümüze kadar yaygınlaşmıştır.

Ürojenekolojinin en önemli bir diğer ayağı olan pelvik organ prolapsusunda dair ilk tanımlar milattan önce 1835 yılındaki antik Mısır'da görülmektedir:

"Bir kadının, hem arkasında, göbeğinde ve uyluk dallarında ağrı varsa, sen, diyebilirsin ki; bu, Rahim düşmesidir" (Kahun papyrus ca. 1835 B.C.E.).

Pesserlerin binlerce yıldır kullanımının ardından vajinal ve abdominal operasyonlar hız kazanmıştır. Ürojenekolojide endoskopinin kullanımı ise bu alanda çığır açmıştır. Anatomiye normalize etmek ve rekürrensi azaltmak adına daha sağlam fiksasyon noktaları aranmıştır. Bilinen ilk laparoskopik sakrokolpopeksi 1994 yılında Nezhat tarafından tarif edilmiş ve vajinal apeks bir meş yardımıyla 3. ve 4. sakral vertebraya asılmıştır.

Ardından iliopectineal ligamanın asma noktası olarak kullanılması Vivek Madhusudan Joshi tarafından gündeme getirilmiş, Banerjee ve Noe tarafından hız kazandırılmıştır.

Promontoryum veya pektineal ligaman diseksiyonu gerektirmeyen oldukça hızlı ve güvenli bir diğer prolapsus tedavisinde kullanılan yöntem olan lateral meş süspansiyonu ise 1998 yılında Jean Dubuisson tarafından tarif edilmiştir ve kullanımı giderek yaygınlaşmaktadır.

İnsanoğlu gelişen teknolojinin ve gözlem yeteneğinin birleşmesi ile en ileri operatif cerrahileri en az travmatik insizyonlar ile yapabilir hale gelmiştir. Bu duruma tek-insizyonlu laparoskopik prosedürler (SILS), doğal açıklıkların kullanıldığı insizyonsuz (NOTES) cerrahileri ve robotik cerrahinin yaygınlaşması en açık örneklerdendir. Ürojenekolojide endoskopinin rolü giderek artmaktadır bu operasyonlar giderek daha güvenli, hızlı ve konforlu hale gelecektir. Milyonlarca kadının yaşam kalitesi artmış ve yaşama tutunmuşlardır. Son 100 yıldaki baş döndürücü gelişmeleri göz önünde bulundurduğumuzda, önümüzdeki 100 yılı tahmin etmek hiç de zor değildir.

KAYNAKLAR:

1. Sims JM. The Story of My Life. New York: Appleton, 1894.
2. Robertson, J. R., & Dwyer, P. L. (2007). History of endoscopy of the female urinary tract. In Atlas of Urogynecological Endoscopy (pp. 13-18). CRC Press.
3. Ségal, Alain (2008). "Outline of the work of Pierre Salomon Ségalas of Etchépare (1792-1875)". *Histoire des sciences médicales*. France. 42 (2): 199-204.
4. https://laparoscopy.blogs.com/endoscopyhistory/chapter_07/
5. Hunner, G. L. (1915). A rare type of bladder ulcer in women; report of cases. *The Boston Medical and Surgical Journal*, 172(18), 660-664.
6. Hunner, G. L. (1918). A rare type of bladder ulcer: further notes, with a report of eighteen cases. *Journal of the American Medical Association*, 70(4), 203-212.
7. Kelling, G. (1900). ENDOSCOPY OF THE ŒSOPHAGUS AND STOMACH. *The Lancet*, 155(4000), 1189-1198.
8. Bhattacharya, K. (2007). Kurt Semm: a laparoscopic crusader. *Journal of minimal access surgery*, 3(1), 35.
9. Marshall VF, Marchetti AA, Krantz K: The correction of stress incontinence by simple vesico-urethral suspension. *Surg Gynecol Obstet* 1949;88:509.
10. Burch JC: Urethrovaginal fixation to Cooper's ligament for correction of stress incontinence, cystocele, and prolapse. *Am J Obstet Gynecol* 1961;81:281.
11. Vancaille TG, Schuessler W. Laparoscopic bladder neck suspension. *J Laparoendosc Surg*. 1991;1:169-173.
12. Burch J: Urethrovaginal fixation to cooper's ligament for correction of stress incontinence, cystocele and prolapse. *Am J Obstet Gynecol* 81: 281, 1961
13. Burch J: Cooper's ligament urethrovesical suspension for stress incontinence. *Am J Obstet Gynecol* 100: 764, 1968
14. W. J. S. McKay, The History of Ancient Gynaecology, Balliere, Tindal and Cox, London, UK, 1901.
15. Nezhat, C. H., Nezhat, F., & Nezhat, C. (1994). Laparoscopic sacral colpopexy for vaginal vault prolapse. *Obstetrics and gynecology*, 84(5), 885-888.
16. Joshi VM. A new technique of uterine suspension to the pectineal ligaments in the management of uterine prolapse. *Obstet Gynecol* 1993; 81: 790-793
17. Banerjee, C., & Noé, K. G. (2011). Laparoscopic pectopexy: a new technique of prolapse surgery for obese patients. *Archives of gynecology and obstetrics*, 284(3), 631-635.
18. Dubuisson JB, Chapron C (1998) Laparoscopic iliac colpo-uterine suspension for treatment of genital prolapse using two meshes. A new operative technique. *J Gynecol Surg* 14:153-159

LAPAROSKOPIK HİSTEREKTOMİ TARİHİ VE GELİŞİMİ

Op. Dr. Tolga Karacan,

Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Bağcılar E.A.H., Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği, İstanbul

Kadın anatomisi ile ilgili eski yunan yazıtlarında uterusun (antik yunanda husterikós) ruhun evi olduğu ile ilgili mistik bir inanış vardı. Kadınlarda en sık görülen histerik rahatsızlıklar, antik yunanlılar tarafından rahim etkisine atfedilmiş ve bu nedenle histeri "rahim hastalığı" olarak adlandırılmıştır¹. Bu düşünce, avrupa akademik tıbbında orta çağlara kadar devam etti². 6. yüzyılda ortaya çıkmış metafizik ve ezoterik bir inançlar bütünü olan pisagorculukta, uterus iki eşit parçalıydı. Sol uterin horn dışıdan gelen-türeyen anlamında batıyı ve karanlığı, sağ uterin horn ise erkekten gelen-türeyen anlamında doğuyu ve aydınlığı temsil ediyordu. Bu düşünce akımına göre uterus karın boşluğunda dolaşıyor ve yer değiştirdiğinde kadınlarda histeri-akıl hastalığı bulguları ortaya çıkıyordu^{3,4}. Geç 19. yüzyıla kadar bu tür erkek odaklı düşünceler, jinekologların histeri, menstrüel delilik, cinnet, aşırı seks arzusu duyma (Nymphomania) gibi değişen şüpheli endikasyonlar nedeni ile Amerikalı cerrah Robert Battey tarafından popüler hale getirilen normal yumurtalıkların alınmasına yol açmıştır⁵.

Histerektomi 2000 yıl önce yunan yazıtlarında bahsedilmesine rağmen prosedürün yapıldığına dair bir kanıt yoktur⁶. Tarihteki histerektomi macerası antik çağlarda vajinal histerektomi ile başladı. İlk histerektomi prosedürü olan vajinal histerektomi üzerine bilinen ilk kanıtlar Efesli Soranus tarafından kayıt altına alınmıştır (MS 98-138). Kayıtlarında gangrenöz hale gelmiş invert uterusun operasyonu detaylı şekilde anlatılmıştır. Doğaldır ki üreterler ve sıklıkla mesane bu cerrahi ekstirpasyonun bir parçası olmuştur^{4,5}.

İlk vajinal ve abdominal histerektominin kökenleri 19. yüzyıldan itibaren izlenir⁶. İlk planlı-elektif vajinal histerektomi 1801 yılında Alman Friedrich Osiander tarafından ve ilk planlı-elektif abdominal histerektomi ise 1843 yılında İngiliz Charles Clay (**Resim 1**) tarafından gerçekleştirildi.

Bu her iki prosedürde de preoperatif endikasyonlar yanlış ve hastaların kaybı ile sonuçlanmıştı^{1,5}. Başka bir makale, ilk planlı ve başarı ile sonuçlanmış vaginal histerektominin 1813 yılında Conrad Langenbeck tarafından yapıldığını ama bunu 1817 yılına kadar rapor etmediğini belirtmektedir^{5,6}. 1853'de Amerikalı Walter Burnham, 42 yaşında ovaryan kitlesi olan bir hasta üzerinde ilk başarılı abdominal histerektomi operasyonuna imza atmıştır. 19. yüzyılın son yarısında, servikal kanser için ilk başarılı abdominal histerektomi yapan Alman Freund tarafından abdominal histerektomi tekniği standartize hale getirildi. 20. yüzyılın ilk yarısında, jinekolojinin ayrı bir uzmanlık alanı olarak gelişmesinden önce, vajinal anatomiye aşina olmayan genel cerrahlar tarafından birçok histerektomi yapıldı. Buna rağmen Kuzey Amerika, Britanya ve Avrupa'da vajinal histerektomi en çok tercih edilen ameliyat türüydü^{1,6}.

1940'ların ortalarına gelindiğinde -antibiyotik öncesi yıllarda- histerektomiye dünyadaki evrensel yaklaşım; oldukça mortal seyreden asendan enfeksiyon, peritonit ve üreter hasarını azaltmak için serviksın bırakılması yönündeydi ve standart prosedür haline gelmişti⁵. 1950'lerden sonra yerini total abdominal histerektomiye bıraktı. 1990'larda laparoskopi yardımcı histerektominin gelişimi, ilginç olarak, histerektomi gerektiren iyi huylu jinekolojik hastalık vakalarının çoğu için tercih edilen yöntem olan standart vajinal histerektominin yeniden ortaya çıkmasına neden oldu⁶.



Resim 1. Charles Clay, ilk planlı elektif abdominal histerektomiye 1843'te yapmıştır.

21. yüzyılın başında, histeroskopik cerrahi, uterin fibroid embolizasyonu ve levonorgestrelli intrauterin cihaz gibi alternatif yöntemlerin gelişmesi eskiye nazaran histerektomi ameliyatlarında azalmaya neden oldu⁷⁻⁹. Buna rağmen anestezi, kan transfüzyonu, antibiyotikler ve cerrahi tekniklerdeki ilerlemeler histerektominin kadınlarda en sık yapılan ikinci ameliyat haline getirdi¹⁰.

Jinekolojide laparoskopi uygulaması 20. yüzyılın ikinci yarısında gelişti¹¹. Jinekolojik prosedürlerde laparoskopiyi ilk kullanan 'laparoskopinin babası' lakaplı Fransız Dr. Raoul Palmer'di (**Resim 2**).



Resim 2. Dr. Raoul Palmer, jinekolojik ameliyatlarda ilk kez laparoskopiyi kullanmıştır.

Başlangıçta, laparoskopik ameliyatlar daha çok diagnostik ve sterilizasyon gibi basit prosedürler için kullanılıyordu. 1980'lere gelindiğinde modern laparoskopinin öncüsü Alman Prof. Kurt Semm sayesinde birçok yeni özelleşmiş ekipman laparoskopik operasyonlarında yer almış ve giderek daha sofistike ameliyatlar yapılmaya başlanmıştır (**Resim 3**).



Resim 3. Prof. Kurt Semm, modern laparoskopinin öncüsü

Damarları ligate etmek için sütürler ekstrakorporeal olarak atılmıştı. Kolpotomi insizyonunu yine aynı şekilde laparoskopik olarak kapatmıştı. Bütün bu laparoskopik prosedürlerin sonunda rutin olarak sistoskopi yaptı ve hasarı kontrol etmek için mesaneye metilen mavisi enjekte etti. Yaptığı başarılı TLH operasyonlarından sonra bu tekniği öğretmek için Avrupa'ya gitti¹.

Laparoskopik histerektomi, abdominal yoldan yapılan histerektomilere bir alternatif olarak dizayn edilmişti. Buna rağmen sözü edilen yıllarda prosedür çok kompleks ve zaman alıcıydı ve ek olarak yüksek düzeyde laparoskopik yetenek gerektiriyordu. Bunlardan dolayı laparoskopik asisted vajinal histerektomi (LAVH) hızla yükselişe geçti. Bu prosedürde üst ligamentler ligate ediliyor ve operasyonun geri kalanı vajinal yoldan tamamlanıyordu. Birçok cerrah bu operasyonun vaginal histerektomiyi kolaylaştırmadığını ve gerçekte vaginal yoldan olan cerrahiye daha komplike hale getirdiğine inandı. Laparoskopik olan bölüm, intraabdominal inspeksiyonu ve varsa barsak adezyonlarını ayırmayı ve endike ise overleri daha kolay çıkarmayı sağladı. 1993'de Prof. Kurt Semm tarafından intrafasyal laparoskopik supra-servikal histerektomi geliştirildi. Bu prosedürdeki

Clermont Ferrand Üniversitesinde Fransız Prof. Maurice Bruhat ve Huber Manhes ektopik gebeliği ilk kez laparoskopik olarak tedavi etmeyi başarmışlardı¹. Elektrocerrahi teknolojinin yeterince gelişmemesi, görüntülemenin yetersiz oluşu ve gelişmiş ekipmanların olmayışı jinekologları laparoskopik prosedürler karşısında cesaretlendirmekten alıkoymuştu¹². William Nesbit ve Amerikalı Dr. Harry Reich 1988'de dünyadaki ilk total laparoskopik histerektomiyi başarıyla tamamladı. Ameliyatın tüm basamakları laparoskopik olarak tamamlandı (**Resim 4**).



Resim 4. İlk total laparoskopik histerektomi, 1988

amaç; daha sonra gelişecek bir servikal karsinomu önlemek amacıyla bütün transformasyon zonunu çıkarmak ve postoperatif kanama şansını azaltmaktır. 1994'de Sutton ve ark, yukarıdaki prosedürde Kurt Semm'in tekniğini modifiye ettiler ve servikal güdüğün vajinal kısmını ND-YAG laser ve elektrocerrahi ile koagule ettiler^{1,4,5,11}.

Histerektomi günümüzde dünya genelinde en sık yapılan major jinekolojik ameliyatlardan biridir. Endikasyonların yaklaşık %70'i benigindir. Ana olarak üç yoldan gerçekleştirilir; abdominal, vajinal ve laparoskopik. Teknik olarak vajinal histerektominin uygun olmadığı vakalarda, laparoskopinin abdominal yoldan olana üstünlüğü vardır^{10,13}. Ülkemizde hastane bazında yapılan çalışmalar içinde Orhan A. ve ark. 1995-2018 yılları arasındaki 7558 hasta üzerindeki 24 yıllık analizinde; 1995 yılında sırasıyla TAH, VH ve TLH için olan oranlar %89.6, %8 ve %2.4 iken 2018 yılına gelindiğinde TLH oranı %44.7'ye, VH oranı %29.7'ye yükselmiş TAH oranı ise %25.6'ya gerilemiştir¹⁴. Yıllara göre bakıldığında ABD'de 1990-1997 yılları arasında laparoskopik histerektomi insidansı %1.2'den %9.9'a çıkmıştır¹⁵. Diğer bir çalışmada ABD'deki 2003-2010 arasındaki başka bir çalışmada TLH oranı %11'den %29'a yükselmiştir¹⁶. Yine başka çalışmada 2007-2012 yılları arasında ABD'deki total laparoskopik histerektomi %12'den %42.5 çıktı. Endikasyon en sık sırasıyla menstruel düzensizlikler ve uterin leiomyom'du¹⁷. İsrail Sağlık Bakanlığı tarafından 2007-2016 arasındaki verilerinde, 2007 yılındaki %18 oranındaki TLH oranı 2016 yılında %31'e çıkmıştır. TAH oranı ise 2007-2016 arasında %60'dan %48'e gerilemiştir¹⁸.

Yıllar içindeki laparoskopi oranlarındaki değişimler sadece teknolojik gelişmeler veya kazanılan tecrübelerin dışında hasta geri bildirimlerinden ve komplikasyonlardan da etkilenebilmektedir. Bunun en tipik örneği; FDA'nın Nisan 2014 yılında yayınladığı morselatör uyarısının ardından laparoskopik supraservikal histerektomi oranları anlamlı olarak azaldı. Aksine total laparoskopik histerektomi oranları artmaya devam etti¹⁹. Tayvan ulusal veri tabanındaki 1998-2012 yılları arasındaki 125.410 hastadaki veride, TLH oranı %25.2'den %46.2'ye çıktı. Ek olarak yine Taylan'da diğer bir çalışmada 1997-2010 yılları arasında TLH oranının 4.98 kat arttığı gösterildi^{20,21}. Avustralya'nın, başkent Sidney'i içeren en yoğun bölgesi olan güney galler eyaletinde; histerektomilerin 1991 yılında %1, 1999-2000 yılında %11 ve 2010-2012 yılında ise yaklaşık dörtte biri laparoskopi asistanlığında yapıldı. Avustralya'daki diğer bir çalışmada 2000-2001 yılları arasında laparoskopik histerektomi oranı %3.3 ve 2013-2014 yılları arasında ise %7.7 idi^{22,23}.

Güney Kore'de 2007-2009 arasındaki hastaların histerektomi oranları incelendiğinde laparoskopik histerektomi (subtotal ve total laparoskopik histerektomi) oranları 2007'de %43.1, 2008'de %47.7 ve 2009'da %52.0'ye çıktı²⁴. 2006 yılında Finlandiya'daki durum %31.8 laparoskopik histerektomi (LH) ve %68.2 diğer prosedürler şeklindeydi. Laparoskopi oranı üniversite hastanelerinde, merkez ve lokal hastanelere oranla daha fazlaydı²⁵. Finlandiya ile ilgili başka bir çalışma 2000 yılındaki TLH oranının %25'den 2005 yılında %29'a çıktığını göstermiştir²⁶. Norveç'te 2001 yılında LH oranı (total-subtotal laparoskopik histerektomi) %17.7, 2005 yılında LH oranı %53.5'di²⁷. Almanyada 2005-2006 yılında yapılan histerektomilerin %39'u abdominal yoldan, %5.5'i ise laparoskopik olarak yapıldı²⁸. Yine Almanyada 2012 yılındaki çalışma, kadın jinekologların erkek meslektaşlarından daha fazla vajinal histerektomiye tercih ettikleri, artan tecrübe ile daha çok vajinal histerektomiye yönelediklerini ortaya koydu²⁹. Estonya'da ulusal veri tabanında yapılan çalışmada, 2004-2011 yılında abdominal histerektomi oranı %86'dan %56.1'e gerilerken LH oranı %6.3'den %34.7'ye çıktı³⁰.

Çin'de 2010 yılındaki 3030 hastanenin dahil edildiği leiomyomlu hastalar üzerinde yapılan çalışmada laparoskopik ve vajinal histerektomi oranları %6.2'i ve abdominal histerektomi oranı ise %87.6'dı³¹. İngilterede 2011-2017 yılındaki NHS'ye dahil olan hastanelerdeki histerektomiler incelendiğinde LH oranı %20.2'den %47.2'ye yükseldi. Ek olarak başarısızlık oranı 2011'de %1.7 ve 2017'de %2.8'di³². Polanya'daki ulusal sağlık fonundan alınan verilerde toplamda 215.744 hasta üzerinde 2011-2016 yılları arasındaki çalışmada LH (total+subtotal) oranı %2.2'den %9.2'ye çıktı³³. Portekiz'de 2000-2014 yılları arasında 15 yıllık sürede LH oranı %1.2'den %9.6'ya yükseldi³⁴. İtalya'da yapılan çalışmada 2009-2014 yılları arasında 5 yıllık seride LH oranı %16'dan %31'e yükseldi³⁵. Kanada'daki 2007-2011 yılları arasındaki çalışmada LH oranı %14.2'den %31.2'ye çıkmış ve laparoskopik prosedürlerin kentsel bölgedeki hastanelerde daha çok tercih edildiği vurgulanmıştır³⁶. Danimarka'daki 1977-2011 yılları arasındaki histerektomi yönelimlerinde

ilk laparoskopik prosedürü 1995-1996 yılları arasında görüyoruz ve oran 1997 yılında 10/100.000 kadın yılına çıktı. Bu oran 2009 yılına kadar stabildi. 2011 yılında LH oranı 36/100.000 kadın yılı gösterildi. Laparoskopik prosedürün, histerektomi endikasyonların hepsinde payı artmıştı. Payının en az arttığı endikasyon POP ve en çok arttığı endikasyon ise pelvik ağrı ve endometriozisdi³⁷. İsveç'te ilk laparoskopik histerektomiler 1995-1997 arasında ve oran %1 olarak belirtilmişti. 1998 yılında %3 oranına gelmesine rağmen 2003 yılına kadar oran %1 olarak kalmış ve 2018 yılındaki en son yapılan çalışmada konvansiyonel laparoskopik yaklaşımların %11.1'a kadar yükseldiği vurgulanmıştır. En sık endikasyonlar AUK ve leiomyomdu^{38,39}. Fransada 1999 yılında 23 merkezden incelendiği çalışmada TLH oranı yaklaşık %13.2'di. Bu merkezlerin sadece 9 tanesinde TLH yapıldığı belirtilmişti. 2007 yılında yapılan çalışmada 12 üniversite hastanesi incelendiğinde bu oranın %19'a çıktığı görülmüştür^{40,41}.

Modern jinekolojide laparoskopi macerası; Lancet dergisinde 1995 yılında yayınlanan makaledeki 'laparoskopik histerektominin zaman kaybı olabileceği' ile ilgili çıkarımdan, 2005 yılında yayınlanan Cochrane derlemesindeki 'laparoskopik histerektomi abdominal histerektomiye üstündür ve tercih edilmelidir' sonucuna sadece 20 yılda gelindi^{13,42}. Artık elimizde ileri görüntüleme yöntemleri (HD, 3D vs), elektrocerrahi teknoloji (advanced bipolar enstrumanlar ve uyumlu jeneratörler), karın duvarını aşmak için kullanılan aletler (5mm trokarlar, optik trokarlar vs) ve uçları özelleşmiş çeşitli tutucular gibi cerrahin hayatını kolaylaştıran araçlar laparoskopide daha kompleks vakaları daha az sürede ve daha az komplikasyonla bitirilmesine imkan tanıyabilir. Tüm bunlardan daha önemlisi, laparoskopistlerin ameliyat öncesi eğitimlerini ve ameliyat sürecindeki öğrenim eğrisini tamamlamasıdır⁴³.

Referanslar:

1. Alkatout I, Mettler L. Hysterectomy: A Comprehensive Surgical Approach. 2017. Germany. Springer International Publishing.
2. Raffman D. . Unruly Words: A Study of Vague Language. 2014. Toronto. Oxford University Press.
3. Zhmud L. Pythagoras and the Early Pythagoreans. 2012. UK. Oxford University Press.
4. Sutton C. Past, present, and future of hysterectomy. J Minim Invasive Gynecol. 2010;17:421-35.
5. Sutton C. Hysterectomy: a historical perspective. Baillieres Clin Obstet Gynaecol. 1997;11:1-22.
6. Baskett TF. Hysterectomy: evolution and trends. Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol. 2005;19(3):295-305
7. Kumar V, Chodankar R, Kumar JG. Endometrial Ablation for Heavy Menstrual Bleeding. Womens Health (Lond). 2016;12(1): 45-52.
8. Cooper J, Gimpelson R, Laberge P et al. A randomized, multicenter trial of safety and efficacy of the NovaSure system in the treatment of menorrhagia. J Am Assoc Gynecol Laparosc. 2002;9(4):418-28.
9. Kröncke T, David M. Uterine Artery Embolisation (UAE) for Treatment of Myomas. Geburtshilfe Frauenheilkd. 2014;74(5):433-5.
10. Reich H, Roberts L. Laparoscopic hysterectomy in current gynecological practice . Rev Gynaecol Perinat Pract. 2003; 3(1): 32-40.
11. Reich H. Laparoscopic hysterectomy. Surg Laparosc Endosc. 1992;2(1):85-8.
12. Jones SB, Munro MG, Feldman LS et al. Fundamental Use of Surgical Energy (FUSE): An Essential Educational Program for Operating Room Safety. Perm J. 2017;21:16-050.
13. Johnson N, Barlow D, Lethaby A et al. Surgical approach to hysterectomy for benign gynaecological disease. Cochrane Database Syst Rev. 2005;25(1):CD003677.
14. Orhan A, Ozerkan K, Kasapoglu I et al. Laparoscopic hysterectomy trends in challenging cases (1995–2018). J Gynecol Obstet Hum Reprod. 2019;26:pii: S2468-7847(19)30222-3.
15. Farquhar CM, Steiner CA. Hysterectomy rates in the United States 1990-1997. Obstet Gynecol. 2002;99(2):229-34.
16. Lee J, Jennings K, Borahay MA. Trends in the national distribution of laparoscopic hysterectomies from 2003 to 2010. J Minim Invasive Gynecol. 2014;21(4):656-61
17. Desai VB, Guo XM, Fan L et al. Inpatient Laparoscopic Hysterectomy in the United States: Trends and Factors Associated With Approach Selection. J Minim Invasive Gynecol. 2017;24(1):151-8.
18. Lauterbach R, Joseph M, Haklai Z et al. Geographic variation of hysterectomy rates in the Israeli health care system during the years 2007-2016. Isr J Health Policy Res. 2019;8(1):52.
19. Desai VB, Wright JD, Lin H et al. Laparoscopic Hysterectomy Route, Resource Use, and Outcomes: Change After Power Morcellation Warning. Obstet Gynecol. 2019;134(2):227-38.
20. Huang CC, Lo TS, Huang YT et al. Surgical Trends and Time Frame Comparison of Surgical Types of Hysterectomy: A Nationwide, Population-based 15-year Study. J Minim Invasive Gynecol. 2019;28:pii: S1553-4650(19)30141-4.
21. Huang WY, Huang KH, Chang WC et al. Temporal trend and nationwide utility for hysterectomies in Taiwan, 1997-2010. Taiwan J Obstet Gynecol. 2016;55(5):659-65.
22. Yusuf F, Leeder S, Wilson A. Recent estimates of the incidence of hysterectomy in New South Wales and trends over the past 30 years. Aust N Z J Obstet Gynaecol. 2016;56(4):420-5.
23. Wilson LF, Pandeya N, Mishra GD. Hysterectomy trends in Australia, 2000-2001 to 2013-2014: joinpoint regression analysis. Acta Obstet Gynecol Scand. 2017 ;96(10):1170-9.
24. Lee EJ, Park HM. Trends in laparoscopic surgery for hysterectomy in Korea between 2007 and 2009. J Obstet Gynaecol Res. 2014;40(6):1695-9.
25. Tea H.I. Brummer, Jalkanen J, Fraser J et al. FINHYST 2006—national prospective 1-year survey of 5 279 hysterectomies. Hum Reprod. 2009; 24(10):2515-22.
26. Brummer TH, Seppälä TT, Härkki PS. National learning curve for laparoscopic hysterectomy and trends in hysterectomy

- in Finland 2000-2005. *Hum Reprod.* 2008;23(4):840-5.
27. Istre O, Langebrekke A, Qvigstad E. Changing hysterectomy technique from open abdominal to laparoscopic: new trend in Oslo, Norway. *J Minim Invasive Gynecol.* 2007;14(1):74-7.
 28. Stang A, Merrill RM, Kuss O. Hysterectomy in Germany, a DRG-Based Nationwide Analysis, 2005-2006. *Dtsch Arztebl Int.* 2011;108(30):508-14.
 29. David M, Wild D, Wernecke KD et al. Attitudes toward mode of hysterectomy: a survey-based study among German gynecologists. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 2012;164(2):216-20.
 30. Veerus P, Lang K, Toompere K et al. Hysterectomy types in Estonia are still different from the Nordic countries. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 2015;94(5):489-93.
 31. Gu Y, Zhu L, Liu A et al. Analysis of hysterectomies for patients with uterine leiomyomas in China in 2010. *Int J Gynaecol Obstet.* 2015;129(1):71-4.
 32. Madhvani K, Curnow T, Carpenter T. Route of hysterectomy: a retrospective, cohort study in English NHS Hospitals from 2011 to 2017. *BJOG.* 2019;126(6):795-802.
 33. Lepka P, Jędryka M, Misiek M et al. Hysterectomy in Poland between 2011 and 2016. Changing trends in the surgical approach to hysterectomy. *Ginekol Pol.* 2018;89(10):529-35.
 34. Gante I, Medeiros-Borges C, Águas F. Hysterectomies in Portugal (2000-2014): What has changed? *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 2017;208:97-102.
 35. Saia M, Buja A, Cosmi E et al. Trend and variability in open and laparoscopic hysterectomies for patients with benign disease: a retrospective cohort study. *Ann Ist Super Sanita.* 2017;53(2):135-41.
 36. Chen I, Lisonkova S, Allaire C et al. Routes of hysterectomy in women with benign uterine disease in the Vancouver Coastal Health and Providence Health Care regions: a retrospective cohort analysis. *CMAJ Open.* 2014;2(4):E273-80.
 37. Lykke R, Blaakær J, Ottesen B et al. Hysterectomy in Denmark 1977-2011: changes in rate, indications, and hospitalization. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 2013;171(2):333-8.
 38. Lundholm C, Forsgren C, Johansson AL et al. Hysterectomy on benign indications in Sweden 1987-2003: a nationwide trend analysis. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 2009;88(1):52-8.
 39. Billfeldt NK, Borgfeldt C, Lindkvist H et al. A Swedish population-based evaluation of benign hysterectomy, comparing minimally invasive and abdominal surgery. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 2018;222:113-8.
 40. Chapron C, Laforest L, Ansquer Y et al. Hysterectomy techniques used for benign pathologies: results of a French multicentre study. *Hum Reprod.* 1999;14(10):2464-70.
 41. David-Montefiore E, Rouzier R, Chapron C et al. Surgical routes and complications of hysterectomy for benign disorders: a prospective observational study in French university hospitals. *Hum Reprod.* 2007;22(1):260-5.
 42. Richardson RE, Bournas N, Magos AL. Is laparoscopic hysterectomy a waste of time? *Lancet.* 1995;345(8941):36-41.
 43. Wattiez A, Soriano D, Cohen SB et al. The learning curve of total laparoscopic hysterectomy: comparative analysis of 1647 cases. *J Am Assoc Gynecol Laparosc.* 2002;9(3):339-45.

GERÇEKLEŞTİRDİĞİMİZ TOPLANTILAR**Laparoskopi ve Laparoskopik Suture Teknikleri Kursu. Sağlık Bilimleri Üniversitesi Bağcılar Eğitim ve Araştırma Hastanesi**

Sağlık Bilimleri Üniversitesi Bağcılar Eğitim ve Araştırma Hastanesinde 7 Eylül 2019 tarihinde laparoskopi kursunu gerçekleştirdik. Bu toplantımızda laparoskopi ile ilgili teorik oturumların yanında canlı yayında büyük myomu olan vakada laparoskopik histerektomi operasyonu gerçekleştirildi. Canlı cerrahide, büyük myomlu vakalar için önemli noktalar kursiyerler ile paylaşıldı. Kursiyerlerimiz laparoskopi ile ilgili önemli ipuçlarını konusunda tecrübeli hocalardan dinleme fırsatı buldular.



Hayvan Ameliyathanesinde Pratik Uygulamalı Jinekolojik Laparoskopi Eğitim Programı.

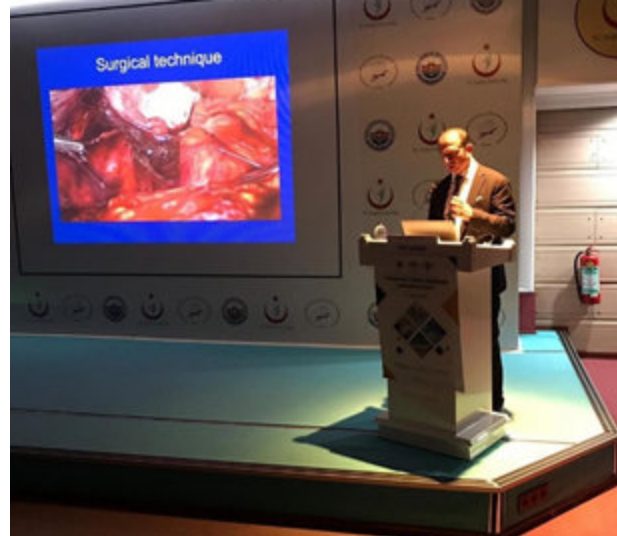
Kursiyerlerimizin laparoskopik cerrahi tekniklerini geliştirmek ve cerrahi becerilerinin artırılması konusunda, kursiyerlerimize çok katkısının olduğunu düşündüğüm "Hayvan Ameliyathanesinde Pratik Uygulamalı Jinekolojik Laparoskopi Eğitim Programı" nı 13-14 Eylül 2019 tarihinde Medtronic Innovation Center / İstanbul da gerçekleştirdik.





7. Geleneksel Ankara Jinekolojik Laparoskopi Kursu. Etlik Zübeyde Hanım Kadın Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi.

21-22 Eylül 2019 tarihinde Etlik Zübeyde Hanım Kadın Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi / Ankara da "7. Geleneksel Ankara Jinekolojik Laparoskopi Kursu" nu gerçekleştirdik. Geleneksel hale gelen Ankara toplantımız yine çok başarılı geçti ve kursiyerler tecrübeli hocaların bilgilerinden faydalanma fırsatı buldular.



DERNEĞİMİZİN ÖNÜMÜZDEKİ GÜNLERDEKİ TOPLANTILARI

Laparoskopi ve Laparoskopik Sütür Teknikleri Kursu. Samsun 19 Mayıs Üniversitesi

Anadolu'nun birçok merkezinde gerçekleştirdiğimiz kurslar devam ediyor. Samsun 19 Mayıs Üniversitesi'nde, laparoskopi ve laparoskopik sütür teknikleri kursunu gerçekleştireceğiz.

Minimal Invaziv Cerrahide Yeni Hedefler; JİNEKOLOJİDE DOĞAL ORİFİSLERDEN ENDOSKOPIK CERRAHİ. Embriyonik orifis; Umblikus. "Single Port Cerrahi"

Doğal orifis; Vajen. "Vajinal Laparoskopik Cerrahi (Vaginal Natural Orifice Transluminal Endoskopik Surgery. V-NOTES)" Sağlık Bilimleri Üniversitesi Kocaeli Derince Eğitim ve Araştırma Hastanesi.

Son yıllarda minimal invaziv cerrahi de yeni trend; doğal orifislerden endoskopik cerrahi. Bu kapsamda jinekoloji penceresinden ilk kez "Doğal Orifislerden Jinekolojik Endoskopi" başlıklı laparoskopi kursunu Sağlık Bilimleri Üniversitesi Kocaeli Derince Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Kocaeli'de gerçekleştireceğiz.

Bu kursumuzda doğal embriyonik orifis (umblikus) den "single port cerrahi ve doğal orifis vajenden" Vajinal yolla laparoskopi (Vaginal – Natural Orifice Transluminal Endoscopic Surgery. V-NOTES)'nin detayları ve geleceği tartışılacak.

Single port cerrahi ve V-NOTES canlı yayın gerçekleştireceğiz.



**JİNEKOLOJİDE DOĞAL ORİFİSLERDEN
ENDOSKOPIK CERRAHİ**
"Single Port ve V-NOTES"
22 Aralık 2019 | Derince, KOCAELİ
KATILIM ÜCRETSİZDİR
Kayıt için:
www.jed.org.tr
Sorumuz için:
Kurs Sekreteryası
Ünal Türkay
E-posta: unalturkay@yahoo.com

**6-7 ARALIK 2019
İSTANBUL
JİNEKOLOJİK LAPAROSKOPİ
EĞİTİM PROGRAMI**

Hayvan Ameliyathanesinde Pratik Uygulamalı Jinekolojik Laparoskopi Eğitim Programımız yeni bir kursla devam etmektedir.

İlgili linkte daha çok detaya sahip olabilirsiniz. Kontenjan sınırlıdır yerinizi ayırtınız.

Kurs Detayı için tıklayınız.



**HAYVAN
AMELİYATHANESİNDE
PRATİK UYGULAMALI
JİNEKOLOJİK LAPAROSKOPİ
EĞİTİM PROGRAMLARI**

6 - 7 ARALIK 2019

Medtronic Innovation Center
Saray Mh., Esnaf Cad., Akkom Ofis Park
Laodik Plaza Sitesi, B Blok, Apt: 2/8
Ümraniye / İstanbul

**Detaylı Program
için Tıklayınız**

KURS KONTENJANI

24 Kişi

KATILIM ÜCRETİ

1.500 TL + KDV

Kayıt, Konaklama
Sekretarya ve Ulaşım için;

E-Mail :

info@endoskopiagitim.org

Telefon :

0(216) 414 11 11

www.jed.org.tr

6

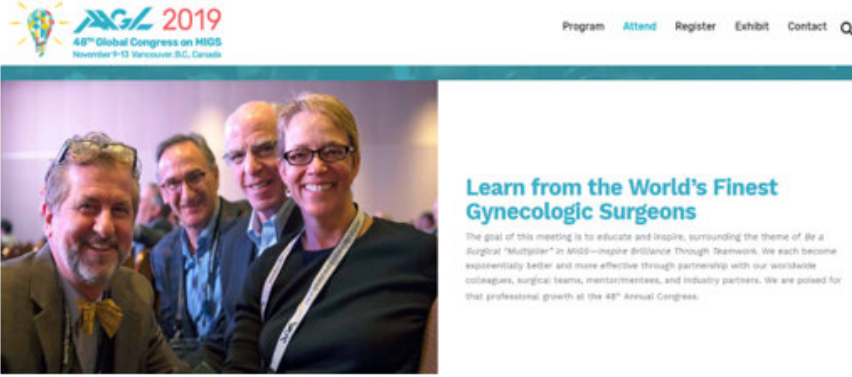
ENDOSKOPİ DÜNYASINDAN HABERLER

American Association Of Gynecologic Laparoscopists (AAGL), jinekolojik cerrahiye odaklanan en büyük tıbbi topluluktur. Uluslararası düzeyde minimal invaziv jinekolojik ameliyatları geliştirmeyi hedefleyen 7.100'den fazla hekim ve sağlık hizmeti sağlayıcısı AAGL üyesidir. AAGL'nin Yıllık Global Kongresi, dünyanın en iyi jinekolojik cerrahlarıyla minimal invaziv jinekolojik ameliyatları ile ilgili en son ve en iyi uygulamaları sunan en önemli bilimsel toplantıdır.



Resim 1. AAGL Global Kongresinin anasayfası

AAGL bu yıl 9-13 Kasım 2019 tarihlerinde Kanada'nın Vancouver şehrinde minimal invaziv cerrahide 48. Global Kongresi'ni düzenleyecektir. AAGL Global Kongresi, uzmanlık sonrası didaktik kursları, uygulamalı kadavra kursları, simülasyon kursları, eğlenceli ve eğitici bilimsel sunumlar ve canlı cerrahi yayınları ile dolu bir programa sahiptir. Eğitim sunumları, en son teknolojiye sahip cihazlar, teknolojiler ve ofis tabanlı sistemler ile dolu bir sergi salonu AAGL Global Kongresi'nde katılımcıları bekliyor olacaktır.



Resim 2. AAGL Global Kongresi'nin tanıtım sayfası

Kongrenin ilk iki günü olan 9 ve 10 Kasım 2019 tarihlerinde uzmanlık sonrası eğitim kursları yapılacaktır. "Jinekolojik Cerrahiyi Güvenli Kılmak için Laparoskopik Retroperitoneal Cerrahi Anatomiye İpuçları ve Püf Noktaları", "Derin Endometriozis", "Üreme Cerrahisi Expert İnteraktif Bir Uzman Buluşması", "Küresel Uzmanlarla Gelişen Histeroskopi Becerileri ve Laparoskopik Komplikasyonlar: Kaçının, Onarın, Çözün." benzeri birçok önemli konu başlığındaki kurslarda S.P. Puntambekar, M. Ceccaroni, E. Zupı ve R. Botchorishvili gibi minimal invaziv jinekolojik cerrahide dünyanın önde gelen isimleri eğitici olarak yer alacaktır.

AAGL 2019 kongresinin bir ön program takvimi sunulmuştur. Tüm detaylara <https://2019.aagl.org/> adresinden ulaşılabilir. Bu muhteşem kongrenin bir diğer özelliği de minimal invaziv cerrahi endüstrisinin yoğun ilgisidir. En son teknolojik gelişmeleri ve ekipmanları takip etmek isteyen endoskopistler için de AAGL kongresi en uygun adrestir.



Resim 4. Daha önce gerçekleştirilen AAGL Global Kongresi'ne ait sergi alanı

ADVINCULA DELINEATOR TM Uterin Manipülâtör

Cooper Surgical, Rumi'den sonra üçüncü jenerasyon olarak sayılan uterin manipülâtörü Advincula Delineator tek kullanımlık olarak piyasaya sürmüştür. Manipülâtörün distal ve proksimal uçlarında santimetre işaretlerinin olması histerometriyle ölçülen uterusda manipülâtör yerleşimini oldukça kolaylaştırmaktadır. Henüz yapılan çalışma bulunmamakla birlikte manipülâtör takılması sırasında uterin perforasyonları önlemeye yardımcı olabilir. Ayrıca bir kilit sistemi olması, işaretlenen santimetre düzeyinde cap'ın kaymasını engellemektedir. Cuff kesilmesi sırasında batin içi gazın vajinal yoldan dışarı çıkışını engellemek amacıyla kullanılan balon sınıfının en iyi balonu olarak tanımlanmaktadır.

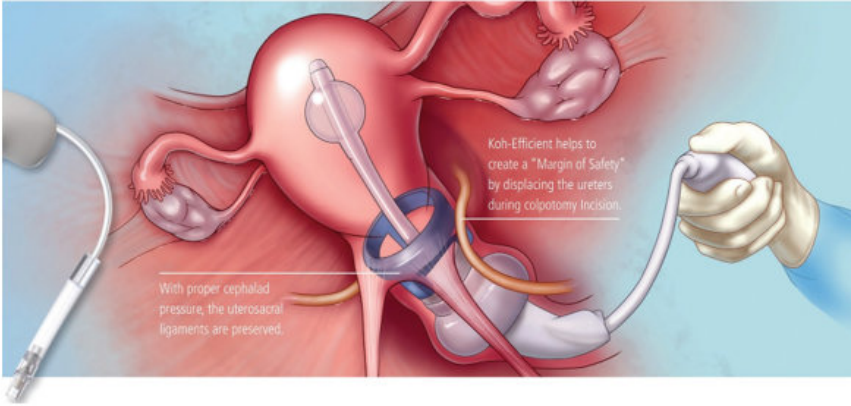


Resim 1. Advincula Delineator™ Uterin Manipülâtör Genel Görünümü



Resim 2. Manipülâtörün distal ucundaki santimetre işaretleri ve kilit sisteminin görünümü.

Santimetre işaretleri uterusun derinliğine göre ayarlanacak ve kilit sistemi bu ölçümde sabitlenerek manipülatörün ileri veya geri hareketini önleyecek.



Resim 3. Manipülatörün Uterin Kavitedeki Demonstrasyonu

Handle'nın ele oturacak şekilde tasarlanmasıyla manipülatör kullanımı daha ergonomik hale gelmiştir.

BETTOCCHI® Entegre Ofis Histeroskop

Prof. Dr. Stefano BETTOCCHI 30 yılı aşan deneyimi ile histeroskopik cerrahide dünyanın önce gelen isimlerinden bir tanesidir. Kendisi 1996 yılında, histeroskopi dünyasında bir buluşa imza atarak ilk ofis operatif histeroskopi sürekli akış özelliklerine ve toplam 5 mm çapa sahip olacak şekilde tasarlamıştır¹. Kendisi en son ülkemizde JED ile ortak olarak gerçekleştirilen 6. MESGE kongresinde de misafirimiz olmuş ve tecrübelerini bizlere aktarmıştır.



Resim 1. Prof. Dr. Stefano BETTOCCHI

Bu sayımızda KARL STORZ® firması tarafından piyasaya sürülen, Prof. Dr. Stefano BETTOCCHI'nin ilk tanıtımını 2013 yılında yaptığı BETTOCCHI® Entegre Ofis Histeroskop'u (B.I.O.H) tanıtacağız¹.

Prof. Dr. Stefano BETTOCCHI tarafından belirtildiği üzere "Sıradan olanın ötesine geçme isteği" ilk entegre histeroskopi geliştirmelerine neden olmuştur¹. Bu histeroskop ile HOPKINS® II çubuk lens sistemi ile mükemmel görüntüler sağlanacağı, 4.0 mm ve oval şekilli kılıf ile serviks daha atravmatik bir yerleştirme yapılabileceği, tabanca şeklindeki tutma kolu sayesinde kolay ve ergonomik kullanım avantajı olduğu, hareket ve aktivasyonun sadece bir elle mümkün olduğu üretici firma tarafından belirtilmiştir¹.



Resim 2. BETTOCCHI® Entegre Ofis Histeroskop'u (B.I.O.H)® resmi².

Tüm bunların yanında temelde anestezi gereksinimi olmadan gününbirlik tedavilere imkan veren bir ofis histeroskop olması BETTOCCHI® Entegre Ofis Histeroskop'u (B.I.O.H) endoskopi tutkunları için daha da çekici hale getirmektedir³

Günümüzde BETTOCCHI® Entegre Ofis Histeroskop® ile diğer tip histeroskopları karşılaştıran prospektif, randomize, kontrollü çalışmalar yoktur. Ama ülkemizde 2014 yılında Yıldız Ş ve ark. yaptıkları çalışmada bu histeroskop ile çok düşük bir uterin perforasyon oranı ve uygun bir operasyon süresi saptandığını belirtmişlerdir³.



39501 XC Wire Tray for Cleaning, Sterilization and Storage of one B.I.O.H.® compact hysteroscope, including cleaning adaptor, silicone telescope holders and lid, external dimensions (w x d x h): 400 x 150 x 80 mm, for use with Cleaning Adaptor 39501 XCA (B.I.O.H.® and light cable not included in delivery)



031317-10* Tubing Set, with Monobloc connector and irrigation and suction tube, sterile, for single use, package of 10, for use with KARL STORZ B.I.O.H.® Compact Hysteroscopes 26252 BC in combination with KARL STORZ HAMOUL® ENDOMAT® SCB 26331020 (connection to pump only with Tubing Set 031167-01)

26252 DS Seal Set, for B.I.O.H.® Compact Hysteroscope 26252 BK

Resim 3. BETTOCCHI® Entegre

Ofis Histeroskop'u (B.I.O.H)® aksesuarları².

Kaynaklar:

1. Endoworld®. EW GYN 34-6 07-2013-E.
2. https://www.karlstorz.com/cps/rde/xbcr/karlstorz_assets/ASSETS/3079310.pdf
3. Yıldız Ş, Ekin M , Cengiz H, Yeşil A, Yıldız YY. Uterin Kavite Değerlendirilmesinde Bettocchi Tip Ofis Histeroskopisi Uygulaması. Cukurova Medical Journal 2014;39(4):765-771.

TissueSeal's Histoacryl Cilt Yapıştırıcısı®

Bu sayımızda beyin cerrahi, baş-boyun cerrahisi ve genel cerrahi hekimleri tarafından uzunca bir süredir kullanılan ama jinekolojik endoskopistler olarak mesafeli durduğumuz bir ürünün sunmak istiyoruz¹⁻³.

Siyanoakrilat içeren doku yapıştırma özelliği bulunan bileşikler suture gerek kalmaksızın yara yeri kapatmak için kullanılan maddelerdir. Çeşitli araştırmalarda cerrahi kesiler dışında acil travmalara bağlı yaralar, sezaryen kesisi ve postpartum 1. derece perinal laserasyonlarda başarıyla kullanılabileceği bildirilmiştir¹⁻⁶.

TissueSeal's Histoacryl Cilt Yapıştırıcısı® da benzer bir ürün olarak yaranın kapanması için tasarlanmış suturelere yenilikçi bir alternatiftir⁴. Bu FDA onaylı sıvı topikal yapıştırıcı, yırtılmaları veya cerrahi açıklıkları saniyeler içinde kapatan bir bağ oluşturmak için su veya insan dokusu ile temas sonrası etkinleşmektedir⁴. İnce bir tabaka, enfeksiyona karşı antibakteriyel bir bariyer görevi gören tam kuvvetli bir bağ sağlamaktadır⁴. Dünya çapında 1000'in üzerinde klinik yayında yer almıştır ve 35 yıldan fazla bir süredir uygulanmaktadır⁴. Histoakril, 7 ila 10 gün içinde doğal olarak absorbe olur⁴. Her bir ampul 15 cm'lik bir yara için yeterli yapıştırıcı içermektedir⁴. TissueSeal's Histoacryl ® yüksek cilt gerilimine maruz kalan cilt kesileri ve enfeksiyon/kangren/dekübitus bulunan yaralara uygulanmamalıdır⁷.

Histoacryl® Topical Skin Adhesive

TissueSeal

FDA approved Histoacryl® topical skin adhesive is the proven choice for wound closure with over 40 years of clinical experience and more than 1000 articles in clinical publication worldwide.

Histoacryl® consists of n-Butyl-2 Cyanoacrylate. This sterile liquid topical skin adhesive is available in two formulations: Histoacryl® and Histoacryl® Blue. Histoacryl® is translucent and Histoacryl® Blue contains a blue dye in order to make it easier to see the adhesive being applied.

Why Choose Histoacryl® ?

Seals Wounds Quickly

Histoacryl® polymerizes in seconds and has been proven to be as effective as sutures in closing many types of surgical incisions and lacerations.

Forms a Strong Bond

Histoacryl® has twice the bond strength as compared to other legally marketed skin adhesives. Only one layer of adhesive is necessary to achieve a full strength bond, saving both time and adhesive.

Inhibits the Growth of Bacteria

Histoacryl® inhibits the growth of bacteria as long as the adhesive film remains intact. Histoacryl's® ability to inhibit bacteria growth has been demonstrated by in-vitro and in-vivo studies.

Provides a Precise, Controlled Application

Histoacryl® utilizes a non-clogging ampoule that provides a precise application with every use. Histoacryl® may be applied as minute drops or as a thin film along the edges of the wound.

More Cost Effective than Other Skin Adhesives

Histoacryl® polymerizes when exposed to water or water-containing substances such as human tissue. Histoacryl® will not clog or dry out when opened, unlike other legally marketed skin adhesives that polymerize when opened and cause the ampoule to clog. Less product is discarded and one ampoule is often all that is needed for an entire procedure.

Patient Advantages

Patients no longer have to endure injections, restrictive dressings, and the painful process of suture removal. When the wound is healed, Histoacryl® sloughs off naturally. An additional visit for suture removal is not required. Patients may shower or bathe but allow only transient wetting of the treatment site.

Resim 1. TissueSeal's Histoacryl Cilt Yapıştırıcısı® ürün broşür resmi ⁴.

TOPICAL SKIN ADHESIVE

Simple to use & effective, Histoacryl® Topical Skin Adhesive is the proven choice for wound closure. This skin adhesive delivers rapid closure in a single layer application that sets in just 30 seconds.



1. Histoacryl® Topical Skin Adhesive is supplied in 0.5 mL ampoules. Since it is activated by moisture, it is able to be used when you need it and can replace multiple vials of other adhesives.



2. To open, simply pull apart the ends of the foil pouch to expose the sterile, single-patient use ampoule.



3. To ensure that no adhesive remains within the tip of the cannula, shake downward like a mercury thermometer.



4. With the ampoule securely in hand, twist the tip of the cannula to open. Make sure that you are not squeezing the ampoule while holding it securely.



5. Reload the tip of the cannula. Without applying pressure, gently shake downward to reintroduce Histoacryl® Topical Skin Adhesive into the graduated cannula.



6. Assure that the edges of the wound are easily opposable before applying. For wounds at risk for tension, provide relief of potential stress along the wound line by approximating with subcuticular sutures.



7. To express Histoacryl® Topical Skin Adhesive from the ampoule tip, apply light pressure to the distal end of the ampoule. Apply sparingly, controlling the pressure as a thin film is applied along the top edges of the wound.

Made in Germany

Resim 2. TissueSeal's Histoacryl Cilt Yapıştırıcısı® uygulama tekniği⁸.

Siyanoakrilat içeren doku yapıştırma özelliği bulunan bileşikler laparoskopik gerçekleştirilen genel cerrahi operasyonlarında başarıyla kullanılmıştır³. Pfannenstiel insizyonlarda 2017 yılında yapılan bir çalışmada klasik subkütiküler sütür benzer başarı ve komplikasyon oranına sahip olduğu tespit edilmiştir⁹. Ama cilt yapıştırıcıları kozmetik olarak daha avantajlıdır ve klasik sütürasyona göre kolay uygulanan bir tekniktir.

Cilt yapıştırıcıları ile ilgili jinekolojik endoskopik cerrahi üzerine yayınlanmış günümüzde prospektif, randomize, kontrolü bir çalışma yoktur. Günümüzde kadınların beden algısı ve kozmetik duyarlılıkları giderek artmaktadır. Çoklu port girişi olan laparoskopik jinekolojik operasyonlar, jinekolojik robotik cerrahi veya jinekoonkolojik endoskopik cerrahilerde siyanoakrilat içeren doku yapıştırıcısı uygulanması hasta ve hekim memnuniyetini artırabilir.

Kaynaklar:

1. Chibbaro S, Tacconi L. Use of skin glue versus traditional wound closure methods in brain surgery: A prospective, randomized, controlled study. J Clin Neurosci. 2009 Apr;16(4):535-9. doi: 10.1016/j.jocn.2008.08.004. Epub 2009 Feb 23.
2. Maw JL, Quinn JV, Wells GA, Ducic Y, Odell PF, Lamothe A, Brownrigg PJ, Sutcliffe T. A prospective comparison of octylcyanoacrylate tissue adhesive and suture for the closure of head and neck incisions. J Otolaryngol. 1997 Feb;26(1):26-30.
3. Dowson CC, Gilliam AD, Speake WJ, Lobo DN, Beckingham IJ. A prospective, randomized controlled trial comparing n-butyl cyanoacrylate tissue adhesive (LiquiBand) with sutures for skin closure after laparoscopic general surgical procedures. Surg Laparosc Endosc Percutan Tech. 2006 Jun;16(3):146-50.
4. http://www.quickmedical.com/downloads/TissueSeal_Histoacryl_Product_Brochure.pdf
5. Kwon JY, Yun HG, Park IY. n-Butyl-2-cyanoacrylate tissue adhesive (Histoacryl) vs. subcuticular sutures for skin closure of Pfannenstiel incisions following cesarean delivery. PLoS One. 2018 Sep 14;13(9):e0202074. doi: 10.1371/journal.pone.0202074. eCollection 2018.
6. Feigenberg T, Maor-Sagie E, Zivi E, Abu-Dia M, Ben-Meir A, Sela HY, Ezra Y. Using adhesive glue to repair first degree perineal tears: a prospective randomized controlled trial. Biomed Res Int. 2014;2014:526590. doi: 10.1155/2014/526590. Epub 2014 Jun 26.
7. <http://www.tissueuseal.com/contr.html>
8. http://www.quickmedical.com/downloads/TissueSeal_Histoacryl_Guide.pdf
9. Daykan Y, Sharon-Weiner M, Pasternak Y, Tzadikévitch-Geffen K, Markovitch O, Sukenik-Halevy R, Biron-Shental T. Skin closure at cesarean delivery, glue vs subcuticular sutures: a randomized controlled trial. Am J Obstet Gynecol. 2017 Apr;216(4):406.e1-406.e5. doi: 10.1016/j.ajog.2017.01.009. Epub 2017 Jan 30.

JİNEKOLOJİDE DOĞAL ORİFİSLERDEN ENDOSKOPIK CERRAHİ

"Single Port ve V-NOTES"

22 Aralık 2019 | Derince, KOCAELİ

KATILIM ÜCRETSİZDİR

Kayıt için;

E-posta: info@endoskopiegitim.org

Sorularınız için;

Kurs Sekreteryası

Ünal Türkay

E-posta: unalurkay@yahoo.com



**JİNEKOLOJİDE DOĞAL ORİFİSLERDEN
ENDOSKOPIK CERRAHİ "Single Port Cerrahi"**

22 Aralık 2019 | Derince, KOCAELİ