



ENDOSKOPİK BÜLTEN

www.jed.org.tr

MART 2005 • SAYI:1

**Transvajinal Hidrolaparoskopi:
Ofis ortamında tek aşamada
kadın infertilitesinin
değerlendirilmesi**

**II. Ege Jinekolojik
Endoskopi Sempozyumu&Workshop**

**Benign Uterin Patolojilerde
Laparoskopik Histerektomi**

**Laparoskopik
Sakrokolpopeksi**



FOLLITROPIN ALFA

FILLED-BY-MASS

- 33mcg - 450 IU (= 6 x 75 IU)
- 77mcg - 1050 IU (= 14 x 75 IU)



- Filled by Mass doldurulan tek r-hFSH¹
- Klinik sonuçlarda daha yüksek tutarlılık²
- 37.5 - 600 IU arası istenilen dozu tek seferde uygulayabilme¹
- Tek adımda bir kez hazırlanıp takip eden günlerde kullanılabilme rahatlığı¹
- Oda sıcaklığında saklanabilme¹
- Kendi kendine uygulama avantajı¹

1. Sero International S.A. Data on file.
2. Hugues JN et al. Improvement in consistency of response to ovarian stimulation with r-hFSH resulting from a new method for calibrating the therapeutic preparation. RBM Online, Vol.6, No.2, 185 - 190, 23 December 2002

[illegible]

Serono İlaç Pazarlama ve Ticaret A.Ş.
Kayışdağı Cad. Karaman Çiftliği Yolu, Kar Plaza No: 45 Kat: 7 34752 İçerenköy - İstanbul
Tel: 0216 578 66 00 pbx Faks: 0216 469 09 22 e-mail: bilgi@serono.com www.serono.com.tr





ENDOSKOPİK BÜLTEN

SAHİBİ

Jinekolojik Endoskopi Derneği
adına
Prof. Dr. Hikmet Hassa

BÜLTEN EDITÖRÜ

Doç. Dr. Fatih Şendağ
Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi
Kadın Hastalıkları ve Doğum
Anabilim Dalı, Bornova
35100 • İzmir
Tel: (232) 390 36 51 / 300
e-mail: sendag@med.ege.edu.tr

JED YÖNETİM KURULU

BAŞKAN Prof. Dr. Hikmet Hassa
2. BAŞKAN Prof. Dr. Onur Bilgin
GENEL SEKRETER Prof. Dr. Hakan Yaralı
SAYMAN Prof. Dr. M. Bülent Tıraş
ÜYELER Doç. Dr. Yücel Karaman
Prof. Dr. Sait Yücebilgin

TASARIM

Dominant İletişim ve Tasarım
Çözümlemeleri Ltd. Şti.

REKLAM

REZERVASYON

Dominant İletişim ve
Tasarım Çözümlemeleri Ltd. Şti.
(232) 464 63 66

JED Bülten bir "Jinekolojik Endoskopi Derneği" bültenidir.

Değerli Meslektaşlarımız;

Yenilenen JED Bülten ile yine sizinle birlikteyiz...
Cevaplanmasını istediğiniz sorularınız veya
yayınlanmasını istediğiniz konularınız için,
lütfen Bülten Editörümüz ile irtibat kurunuz...

Başkan'ın Gündemi



Prof. Dr. Hikmet Hassa
JED Yönetim Kurulu
Başkanı

BAŞLARKEN...

Değerli Meslektaşlarım,

Türk tıbbı, dünya tıbbındaki gelişmelere yüzyıllar içinde önderlik yaparken, zaman içinde teknolojik gelişmeleri yakalamak zorluğu ile karşı karşıya kalmıştır. Türk hekimlerinin özverisi, sorunlara adaptasyonu, çözüm bulma pratiği ve tıbbi becerileri ile tıptaki gelişmeler ödün vermeden ve ara açılmadan izlenmiştir. Son çeyrek asır içinde ise bu izlemeye, gelişen teknolojik imkanların kullanım başarısı da eklenmiştir. Bugün her alandaki tıbbi teorik birikimimiz ve teknolojik gelişmeleri kullanım becerimiz, başarı grafiğimizi hızla arttırmaktadır. Endoskopi alanı belki de bu konudaki en çarpıcı örnektir. Çağımız teknolojisinin tıbbi uygulamaya yoğun şekilde girdiği bu dal, bugün jinekoloji alanının vazgeçilmez disiplinlerindendir. Endoskopinin Türk tıbbındaki yaygın yerini almasında da Türk jinekologlarının önderlik yapmış olması bizler adına haklı bir gurur kaynağıdır. İlk Türkçe 'Jinekolojide Laparoskopi' kitabının yaklaşık 20 yıl önce tarafımdan yazılmış olması bile, Türkiye'de bu dalda jinekologların diğer disiplinler önünde yer aldığının tarihi bir kanıtıdır.

1960'lı yılların sonu, 1970 li yılların başından beri jinekolojik endoskopi konusu ile uğraşmış Türk hekimleri ile, yetişen yeni jenerasyonlar, bugün dünya tıbbının bu konudaki bulunduğu noktayı pek çok alanda yakalamış hatta bazı alanlarda geçmiş durumdadır. Başarılı çalışmalar arttıkça da, koyulan yeni hedeflere ulaşmak, ya da o hedeflerin ötesine geçmek daha kolay olmaktadır. Jinekolojik endoskopi derneği (JED) tüm bu görüş ve düşünceler içinde, zaten var olan alt yapıyı bizden sonraki jenerasyonlara daha güçlü bir şekilde devretmek amacı ile kurulması planlanmış bir dernektir. Derneğin tüm amacı jinekolojik endoskopi alanındaki tüm çalışmalarını bir disiplin içinde kurumsallaştırmak, bir diğer ifade ile de var olan temeli daha da güçlendirerek, dünya standartlarındaki hedeflere, bu konuya gönül verenlerle birlikte hızla ulaşmaktır. Dernekler, başlangıçta bir gurubun tekerleği döndürmek amacı ile yer aldığı kuruluşlardır. Asıl olan ve derneğin hedefe güvenle yürütülmesi işi ise; bu konudaki ilgili tüm tecrübe sahibi olanların, kendini geliştirmeyi arzu edenlerin ve bu konuya sempati duyanların üyelikleri ile gerçekleştirilecek birlik ve bütünlüktür. JED yönetim kurulu olarak görevde bulunduğumuz süre içinde imkanlarımız ölçüsünde dernek aktivasyonunu devam ettirmeye çalıştık ve misyonumuz

çinde yürümeye de devam ediyoruz.

Kısa süreler içinde kuruluş hedeflerimiz içinde öncelikli olan konular sırası ile hayata geçirilmeye çalışılmıştır. Bunlardan biri Kongre organizasyonu idi. Genel kurulda da bilgi verildiği şekilde 18-21 Mart 2004 Tarihleri arasında Ankara Sheraton Otelinde ilkinin gerçekleştirdiğimiz, yurt dışı katılımlı kongremiz geniş kayıt sayısı ile büyük bir ilgi içinde izlenmiştir. Bu başarılı kongre sonrasındaki kongrelerin, 3 yıl ara ile yapılmasının, hem bilimsel yenilikleri takip etmek, hem de kongre desteği veren kuruluşlara ekonomik rahatlık sağlamak açısından faydalı olacağı düşünülmüştür. Bu nedenle de gelecek International katılımlı büyük kongremizin 2007 yılında yapılması planlanmıştır. JED misyonu içinde bir diğer önemli hedef ise ; “Jinekoloji’de Operatif Laparoskopi” kitabının yazılması olmuştur. Türkiye’deki ilk operatif laparoskopi kitabı olan bu eser 37 bölümlü 407 sayfalık bir çalışmanın ürünü olarak hazırlandı. Kitap operatif laparoskopi konusu ile ilgili jinekologların teorik açıdan gereksinimlerini büyük ölçüde karşılamak üzere planlanarak hayata geçirilmiş bir çalışmadır. Bu temel gereksinimler içinde genişleme ve bilgi alışverişi açısından çok önem verdiğimiz bir diğer uğraşıda Web sayfasının organizasyonu olmuştur. Bugün ‘jed.org.tr’ ile ulaşma şansına sahip olduğunuz sayfa, içeriğinin incelenmesinden de anlaşılacağı üzere, JED’in yurt içi ve yurt dışındaki tüm ilgili meslektaşlarımızla iletişimde ve bilgi alışverişinin yaygınlaştırılmasında, en önemli araç olacaktır.

JED Web sayfasını tüm içeriği ile değerlendiriniz. Bu sayfa aracılığı ile üye olunuz ve çevrenizde endoskopi konusuna ilgi duyan değerli meslektaşlarımızın üyeliklerini de sağlayarak bu derneği güçlendiriniz. JED sizlerin üyelik katkıları ile kurumsallaşacak ve yine sizlerin yapıcı fikirleri doğrultusunda yeni hedeflerine ilerleyecektir. 2005 yılında daha güçlü bir birliktelik içinde büyüyeceğine inancımız tam olan bu kuruluş ve aktiviteleri hiçbir zaman kişilere ait ayrımcılıklara prim vermeyecek, disiplinli bir bayrak yarışının yer alacağı ve nöbet değişimlerinin esas alınacağı saygın bir kuruluş olacaktır. Türkiye’de jinekolojik endoskopi ile uğraşan ve JED’e üye olan herkezin genel kurulda görev vereceği, dürüstlük ve şeffaflıkla yönlendirip denetleyeceği yönetim kurulları da bu prensipler içinde çalışacaklardır. Zamanları geldiğinde de yönetimlerde yer alanlar ve başkanlar bu görevlerini, hedef çitasını daha da yükseltecek yeni isimlere bırakmanın olgunluğunu göstereceklerdir. Web sayfası, özellikle üye meslektaşlarımız açısından bir bilgisayar okulu olacaktır. Zaman içinde farklı düzeylerde eğitimsel çalışmalara, bilgi alışverişlerine, orijinal olgu sunumlarına, Türkiye’de ve dünyada bu alanda yapılan uygulamalara bu sayfalardan ulaşmak mümkün olabilecektir. Bu sayfayı izleyenlerin sayısı arttıkça, yönetimlerden isteklerin şekillenmesi de o ölçüde daha objektif ve daha katılımlı olarak belirlenecek ve JED’in kurumsallaşmış yapısı daha güçlü bir şekilde büyüyecektir. JED’in önemli hedeflerinden biride bölgesel kursların düzenlenmesidir. Bu bağlamda 3. bölgesel kurs, Mart ayında Ege Üniversitesi Kadın Hastalıkları Doğum ABD’in organizasyonu içinde İzmir’de gerçekleştirilecektir.

Web sayfamızdan duyurusu ile takip edeceğimiz yeni kursları, size yakınlık ölçüsünde izleme şansına da sahip olabileceksiniz. Ortak bir zeminde buluşmak amacı ile planladığımız bakanlık protokolü gerçekleşince de, bu kurslardan alınacak katılım belgeleri, bulunduğunuz çalışma ortamlarında sizlere endoskopi ile uğraşabilme etik ve hukuki serbestisi sağlayacaktır. JED’in çalışma programı içinde oluşturduğu bir diğer aktivite de Endoskopi bültenidir. Bu bülten sizlere özellikle Türkiye’deki kongreler sırasında ücretsiz olarak dağıtılacak ve JED’den özet bilgiler vermenin yanında, çeşitli konularda bilimsel orijinal sunumlar da bültende yer alacaktır. Bülten ayrıca düzenlenecek bölgesel kurslar ve aktiviteleri de sizlere duyuracak ve henüz üye olmamış meslektaşlarımıza bu gereksinimlerini hatırlatabilecektir. Kuruluşu kısa bir süre olan bu derneğin önemli bir diğer çalışmasıda JED’in International platformlarda da tanınmasını sağlamak olmuştur. JED dünyada endoskopi alanındaki bilimsel saygın kuruluşlardan biri olan AAGL (The American Association of Gynecologic Laparoscopysts.) in tanıdığı bir kuruluş olmuş ve kongre duyurularımız dahil, JED AAGL’in yayın organlarından da aktiviteleri verilen bir dernek olmuştur. Bu konuda Avrupa’daki dernekler ile de ilişki içinde olunmaktadır. Bu ilişkilerin sizlere yansıtılması ,gerek yurtdışı kongre ve konferanslara ulaşmada, gerekse bu kuruluşların yayın organlarına üye sıfatı ile ulaşabilmenizde kolaylıklar sağlayacaktır.

Jinekolojik Endoskopi Derneği (JED) Türkiye’de endoskopik cerrahi ile uğraşan kadın doğum hekimlerini bir şemsiye altında toplamak amacı ile kurulmuş bir dernektir. Endoskopi alanında eğitimin güçlendirilmesi, bilgi paylaşımı, konu ile ilgili güncel gelişmeleri ilgili kişilere ulaştırmak, pratik uygulamaları yaygınlaştırmak, eğitilenlerin sertifikasyon ve akreditasyonlarını sağlayarak endoskopi uygulamalarının standardizasyonunu geliştirmek misyonu içindeki bu derneği kurmak ve kurumsal aşamalarını tamamlayabilmek ne kadar zor ise en büyük zorluğun onu yaşatmak olduğu açıktır. Siz değerli meslektaşlarımızın yarın görev alarak arzunuz doğrultusunda yönetim kademelerinde de bulunabileceğiniz bu derneğe sahip çıkarak onu en iyi noktalara getireceğinize güvenimiz tamdır. Birlik ve beraberlikten ayrılmadan ve kişisel çıkarlarını endoskopi alanının üzerinde görmeden çalışacak kişilerin bir araya toplanmasını sağlayabildiğimiz sürece gücümüzü ve birliğimizi zayıflatacak hiçbir kuvvet JED’i yolundan ve misyonundan döndüremeyecektir.

Ben ‘Başlarken’ başlığı altında hazırladığım bu yazıda sizlere misyonumuz ve kısa sayılabilecek bir kuruluş süresi içinde gerçekleştirdiğimiz uygulamaları sunmaya çalıştım. Bu ilk yazı vesilesi ile şahsım ve tüm yönetim kurulu adına içten sevgi ve saygılarımızı sunuyor, JED’in Jinekoloji camiası için başarılı olmasını diliyorum.

Prof. Dr. Hikmet Hassa

SprayGel^{SYSTEM}

Adhesion Barrier



See The Difference

The Synthetic Gel Difference

- Sprayable, providing ease to use
- Blue color for accurate application
- Highly tissue-adherent, does not migrate
- Synthetic material does not potentiate infection
- Resorbed within 5-7 days, allowing natural healing

The Delivery System Difference

- Laparoscopic and open procedure versatility
- Simple to prepare
- Easy to use



Optimus Medikal Ürünleri
Kimya San. ve Tic. Ltd. Şti.

Büyükdere Caddesi No:151/B D:20 Zincirlikuyu 34394 İstanbul

www.optimusmedikal.com

info@optimusmedikal.com

Transvajinal hidrolaparoskopi

Ofis ortamında tek aşamada kadın infertilitesinin değerlendirilmesi

Doç. Dr. Hulusi Bülent Zeyneloğlu • Dr. İbrahim Esinler • Yrd. Doç. Dr. Mesut Öktem
Başkent Üniversitesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, Üreme Sağlığı Ünitesi



Doç. Dr. Hulusi B. Zeyneloğlu

Karaman doğumlu. Hacettepe İngilizce Tıp mezunu. 1993 yılında Hacettepe Kadın Doğum AD'dan uzmanlık aldı. 1996-1997 yıllarında Yale Üniversitesi'nde üreme sağlığı postdoc fellowluk yaptı. 1998'de doçent oldu. Evli, 1 çocuklu. 49 yurtdışı yayını var. 2002 Tübitak bilim teşvik ödülü

sahibi. Başkent Üniversitesi Kadın Hastalıkları ve Doğum AD'da öğretim görevlisi ve Tüpbebek ünitesi müdürü.

Giriş:

Transvajinal hidrolaparoskopi (THL) infertilite incelemesinde tek bir aşamada hem uterin kavitenin, hem de peritoneal boşluğun değerlendirilebildiği bir yöntemdir. Bu yöntem ile adneksler, tubalar, pelvik peritoneum, uterusun arka duvarı ve kuldo-sak incelenebilmekte, beraberinde salpingoskopi, kromopertübyasyon ve histeroskopi yapılabilir.

Materyal ve Metod:

Başkent Üniversitesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Bölümü Üreme Sağlığı Ünitesi'ne primer ya da sekonder infertilite şikâyeti ile başvuran 13 hastaya tanısal THL uygulandı. Tüm THL'ler geç folliküler dönemde yapıldı. Midazolam 0.1 mg/kg (Dormicum 5 mg) ile sedasyon anestezisi tüm olgularda işlem sırasında verildi. THL aşağıda anlatılan tekniğe göre uygulandı. THL sonrası tüm hastalara aynı seansta ofis H/S yapıldı.

Teknik:

THL Gordts ve ark.'nın tekniğine uygun olarak gerçekleştirildi. Hasta litotomi pozisyonunda iken betadin ile vajinal saha temizliği yapıldı ve hasta steril olarak örtüldü. Vajene spekulum takıldı. Ardından bir pediatrik Foley kateter (8-12 F, endoservikal kanaldan geçebilecek en uygun çap) kromopertübyasyon için endoservikal kanal içinde uterin kaviteye ilerletildi ve balonu yaklaşık 2 ml serum fizyolojik ile şişirildi. Serviksin posterior dudağı bir tenekülüm ile tutuldu ve yukarı doğru hafifçe kaldırılarak posterior forniksin görülmesi sağlandı. Özel tasarlanmış bir trokar içinden geçirilen yaylı iğne (Karl Storz, Tuttingen, Almanya) 2 cm derinliğe ayarlandıktan sonra serviksten 1.5 cm aşağıda olacak şekilde vajen arka duvarına yaslanıp ateşlendi ve kuldo-saktan girildi (Şekil 1). Girilmenin hemen ardından iğne trokarın içinden

çıkarılıp prop ilerletildi. Prop yerinde dururken trokar probun dışından vücut dışına çıkarıldı ve tanısal trokar sistemi ("flow"-kanalı ile birlikte) ilerletildi. Tanısal trokar yerleştirilince, prop çıkarıldı ve 2.7 mm'lik 300'lik sert teleskop sırası ile Douglas boşluğuna girildi. Batın içersine girildiğinin en önemli kanıtı olarak "Appendices epiploicae" görülmesi kabul edildi (Şekil 2). Batın içersine girildikten sonra ılık serum fizyolojik infüzyonu işlem boyunca devam etti. Batın içersinde aparatın hareket ettirilmesi ile overler, tubo-ovarian yapılar, uterusun görülebilen kısımları (posterior duvar) ve Douglas görüntülenerek incelendi. Tubal obstrüksiyon olup olmadığı kromopertübyasyon testi ile değerlendirildi. Beş olguya THL sırasında salpingoskopi uygulandı. İşlem bittikten sonra pelvisteki sıvı trokar giriş yerinden mümkün olduğunca çıkarıldı. Douglastaki giriş bölgesi primer iyileşmeye bırakıldı. Giriş bölgesi sütüre edilmedi.

Bulgular:

Olguların yaş ortalaması 31.3 ± 3.2 idi (Minimum=27, maksimum=38). Bir olguda (1/10) sekonder infertilite mevcut iken, diğerlerinde başvuru nedeni primer infertilite idi. Olguların 3'ünde (3/13) hidrolaparoskopi, aparatın Douglas boşluğuna girilememesi nedeni ile başarısız olarak sonlandırıldı. Diğer olgularda ise (10/13) hidrolaparoskopi başarı ile gerçekleştirildi. Ortalama işlem süresi 12.3 ± 2.5 dakikaydı.

THL'nin başarı ile gerçekleştirildiği 10 olgudan sadece 3 (3/10) tanesi normal idi. Olguların 4 (4/10) tanesinde minimal, tek taraflı peritubal adezyonlar izlendi. Bu adezyonların normal konsepsiyon mekanizmasını etkileyemeyeceği düşünüldüğü için bu olgular normal infertilite yönetimi kapsamında kontrollü ovülasyon indüksiyonu ve intrauterin inseminasyona (IUI) alındı. Bu olgulardan da 1 tanesi THL'den 3 ay sonra gonadotropin+IUI ile gebe kaldı. Üç olguda THL ile şiddetli peritubal adezyonlar ve fimbriya/tubal deformite saptandı. Bu olgulardan bir tanesinde unilateral tubal oklüzyon birlikteliği de mevcuttu. Bu 3 olgu direkt olarak in-vitro fertilizasyona yönlendirildi. THL uygulanan olguların hiç birisinde komplikasyon izlenmedi. Salpingoskopi 8 olguda başarı ile gerçekleştirildi. Bu olguların 5 tanesinde salpingoskopi normal idi (Şekil 3). Daha önce tariflenen, şiddetli peritubal adezyonları olan 3 olgunun salpingoskopisinde fimbriyal katlantıların kaybolduğu izlendi (Şekil 4).

THL sonrası rutin olarak gerçekleştirilen H/S'de ise 2 olguda endometrial polip, 1 olguda minimal subseptum tespit edildi. Endometrial polip mikromakas ile kesilip, mikrograsper ile çıkarıldı. Subseptum yine mikromakas ile kesildi.

Tartışma:

Literatüre bakıldığında THL ile batına girilememesi (başarısızlık) oranı %1-10 arasındadır. Bu oranlar THL uygulayan cerrahın tecrübesi ile yakından ilişkilidir. Öğrenme eğrisinin başında başarısızlık oranı yüksek olabilir iken, bu oran cerrahın tecrübesi arttıkça azalmaktadır. Bizim başarısızlık oranımız (3/13) oldukça yüksek olmakla birlikte, başarısız olguların hepsinin THL'ye başladığımız ilk 5 olgudan 3'ü oldukları düşünüldüğünde cerrahın tecrübesinin önemi anlaşılmaktadır. 5 olgudan sonra yapılan 8 olguda hiçbir sorun olmadan THL rahatlıkla gerçekleştirilmiştir. THL kısa süren ve ofis ortamında uygulanabilen bir teknik olmakla birlikte işlem öncesi hastalar USG ve pelvik muayene ile detaylı bir şekilde değerlendirilmelidir. Kuldo-sak obliterasyon şüphesinde, vajinal apeksin anormal darlığında, aktif pelvik yada vajinal enfeksiyon şüphesinde THL kesinlikle uygulanmamalıdır. Ayrıca retrofleks uterus durumunda da rektal zedelenme riski ve görüntülemenin optimum olamaması nedeni ile THL kontraendikedir. THL için kontraendikasyonlar ekarte edilse dahi THL işlemine bağlı bazı komplikasyonlar izlenebilmektedir. Beş yüz on iki olguluk geniş bir çalışmada THL'nin komplikasyonları %1.8 olarak bulunmuştur. Bizim olgularımızın hiçbirisinde komplikasyon izlenmemiştir.

İnfertili çiftte yaklaşımda THL uygulaması ile olguların %41-45'inin standart L/S'den kurtulmasının yanında operatif L/S gerektirecek ya da direkt olarak IVF'e yönlendirilecek hastalar THL ile ofis ortamında, sedasyon anestezisi ile zaman kaybetmeden seçilebilmektedir. Bizim olgularımızın 3'ünde THL ile şiddetli peritubal adezyonlar ve tubal/fimbriyal deformite saptandığı için bu olguların vakit kaybetmeden ve L/S'ye gerek duyulmadan IVF'e yönlendirilmeleri mümkün olmuştur. THL ile normal veya peritubal minimal adezyonlar (konsepsiyonu bozmayacağı düşünülen) tespit edilen olgularda ise yine L/S'ye gerek kalmadan infertilite yönetimine devam etmek mümkün olmuştur.

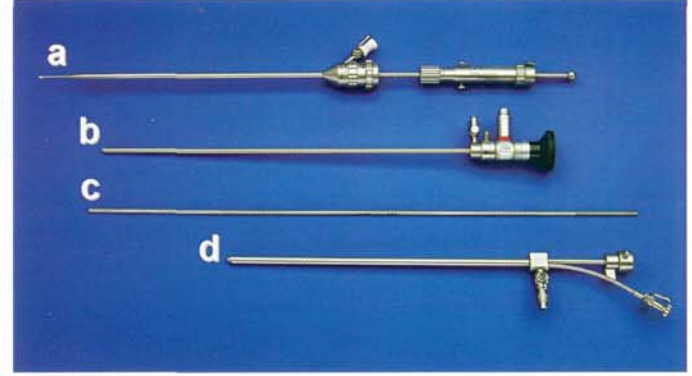
THL ile birlikte rutin uygulanan H/S ile uterin kavitenin değerlendirilmesinde sensitivite 92.3%, spesivite 100%'lere ulaşmaktadır. Ayrıca H/S ile saptanan patolojilerin büyük bir kısmı ofis ortamında kısa süre içerisinde rahatlıkla tedavi edilebilmektedir.

THL sırasında yapılan salpingoskopinin adet 14-15. günleri arasında yapılmasını önermekteyiz. Daha erken dönemde yapıldığında, tüpler hiperemik olarak görülmektedir. Bu da tüplerin net olarak değerlendirmesini bozmaktadır.

Biz çalışmamızda THL'yi sadece infertil olgularda kullandık. Fakat THL ayrıca pelvik ağrı haritalamasında etkin olarak kullanılabilir. Ayrıca operatif THL ile erken evre (evre I-II) endometriosis tedavisi veya polikistik over sendromunda ovarian drilling gibi işlemler de rahatlıkla yapılabilir.

Sonuç:

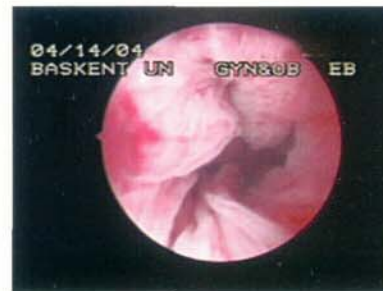
THL (H/S ile birlikte) infertilite değerlendirmesinin erken evrelerinde seçilmiş olgularda tanısal laparoskopi ve HSG yerine sağladığı avantajlar nedeni ile kullanılabilir.



Şekil 1. THL aparat sistemi (Karl Storz, Tutlingen, Almanya)
a. Yaylı iğne ve tanısal trokar, b. 2.7 mm., 300'lik rijit teleskop, c. Dilatatör, d. Operatif trokar



Şekil 2.
THL'de batın içersinin ve "Appendices epiploicae"ların izlenmesi (Başarılı giriş)



Şekil 3.
THL sırasında yapılan salpingoskopide normal tubal ampulla (Ampuller mukozal katlantılar "4-6 adet" kabarık "4 mm" görünümde)



Şekil 4.
THL sırasında yapılan salpingoskopide anormal tubal ampulla (Ampuller katlantılar kaybolmuş)

Laparoskopik Sakrokolpopeksi

Prof. Dr. Gürkan Uncu

Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Ana Bilim Dalı, Bursa

Giriş:

Posthisterektomize hastalarda vajinal cuff prolapsusu tedavisinde abdominal kolpopeksi uygulanabilir cerrahi seçeneklerinden birisidir. Açık cerrahinin dezavantajları düşünüldüğünde bu yöntemin laparoskopik olarak uygulanması iyi bir alternatif olabilir. Son 15 yıldır kullanılan ekipman kalitesinin giderek artması ve cerrahların laparoskopik açıdan tecrübe kazanması ile pelvik taban cerrahisinde laparoskopik giderek hakettiği yeri kazanmaktadır.

Amaç:

Vajinal histerektomi sonrası semptomatik total vajinal cuff prolapsusu bulunan bir olguya uygulanan laparoskopik lumbosakral kolpopeksi cerrahi tekniğini anlatmak ve literatürü gözden geçirmek.



Prof. Dr. Gürkan Uncu

1963 doğumlu, 1987 yılında Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi mezunu; 1992 Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum AD'ndan uzman; 1991-1992: İtalya, Roma, Katolik Üniversitesi Kadın Hastalıkları ve Doğum AD, Jinekolojik Endoskopi Ünitesi; 1995-1996: ABD, Chicago, University of

Illinois, Kadın Hastalıkları ve Doğum AD, Üreme Endokrinolojisi ve Infertilite bölümü; 1995 Yardımcı Doçent; 1998 Doçent; 2004 Profesör oldu.

Hasta:

60 yaşında, 44 yıllık evli, 15 yıldır menopozda ve iki gebeliğinden normal vajinal yolla iki çocuk sahibi olan bir hasta, desensus uteri sebebiyle vajinal histerektomi ve anterior posterior kolporafi uygulandıktan 11 yıl sonra vajende eline gelen kitle şikayetiyle polikliniğe başvurdu. Aynı zamanda sters inkontinansı da bulunan ve yapılan pelvik muayenesinde total vajinal cuff prolapsusu tespit edilen hasta, operasyon için Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği'ne yatırıldı. Preoperatif tetkikler tamamlandıktan sonra anestezi almasında herhangi bir sakınca bulunmayan hastanın pelvik ultrasonografisi yapılarak, iki yönlü pelvis ve lumbosakral grafileri çekildi. Daha önce

vajinal histerektomi haricinde herhangi bir cerrahi girişim uygulanmamış olan hastaya laparoskopik sakrokolpopeksi planlandı.

Cerrahi Teknik:

Laparoskopik sakrokolpopeksi planlanmasına rağmen laparotomiye dönebileceğimiz ve olası komplikasyonlar anlatılıp onay alındıktan sonra hasta ameliyata alındı. Genel anestezi induksiyonu uygulanıp, uygun saha temizliği sağlandıktan sonra dorsolitotomi Trendelenburg pozisyonunda operasyona başlandı. Verres iğnesi ile batın içi basınç 20 mmHg'ya ulaştırıldıktan sonra, umbilikal 10 mm trokar ile batına girildi. Eksplorasyonda herhangi bir patoloji tespit edilmedi. Linea semilunarislerin krista iliakalar arasından çizilen hayali çizgiyle kesiştiği yerlerden 5mm'lik ve suprapubik bölgeden 10 mm'lik trokarlar yerleştirildi. İntraabdominal kavite iyice değerlendirildikten sonra vajinal yoldan ring forseps ile cuff eleve edildi. Vajinal fasya ve skar dokusu görününceye kadar periton kaldırıldı. Vajinal kubbeden 3 cm'lik alan sağlanıncaya dek mesane ve rektum serozası diseke edildi. Sakral bölgenin görülebilmesi için rektosigmoid kolon sol tarafa itildi. Total cuff prolapsusu olduğu için normalde promontoryumun altından açılması gereken posterior parietal periton L5'e kadar insize edildi. Anterior lumbosakral fasyaya ulaşıldı. Sağ üreter, internal iliak arter ve ven, inen kolon ve presakral damarlar vizüalize edildi. Suprapubik yerleştirilen 10 mm.'lik trokardan 3x12 cm. mersilen greft abdomen içine konuldu. Akabinde greftin üst 1/3'lük kısmının sakral promontoryum ile kesiştiği yerler de aynı şekilde 1-0 Ethibond sütürlerle sıkıca tespit edildikten sonra greftin geride kalan diğer kısa kenarı da tacker ile sakral promontoryuma fikse edildi. Daha sonra greftin üzerinden, L5'den başlayarak vajen kubbesine doğru 2-0 vicryl ile peritonizasyon yapıldı. Gerginlik yüzünden vajen kubbesi peritonize edilemedi. Mesane serozası ve rektosigmoid kolonun serozası bu defekti kapatmak için kullanıldı. Kanama kontrolünü takiben operasyona son verildi. Vajene bir adet rulo gazı konuldu.

Sonuç:

Operasyon 170 dk sürerken, peroperatif kan transfüzyonu uygulanmadı ve komplikasyon olmadı. Postop 1. günde normal gıda başlanarak mobilize edildi. Postop 5. günde foley katater çekilip miksiyon gözlemlendikten sonra taburcu edildi. Hastaya 6 hafta cinsel ilişki yasaklandı. Konstipasyonu engellemek için diyet önerildi. Hasta 1 ay ve 1.5 yıl sonra kontrol edildi.

Şikayeti olmayan hastanın vajinal muayenesinde sorun saptanmadı.

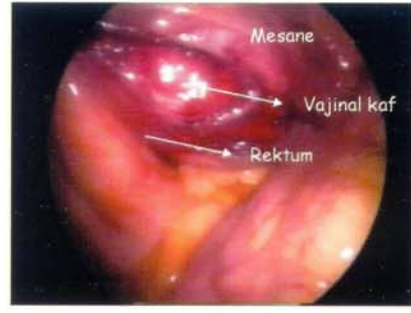
Tartışma:

Histerektomi sonrası vajinal prolapsus sıklığı gittikçe artmakta ve bu durumda yapılacak onarım cerrahisinin ne olacağı tartışılmaktadır. Yaygın olarak kullanılan 2 yöntem vardır. Vajinal sakrospinöz kolpopeksi ve Abdominal sakrokolpopeksi. Literatürde iki yöntemi karşılaştıran 14 çalışma vardır. Rekürrens ve disparonia açısından abdominal sakrokolpopeksi daha üstün (RR 0.23, 95% CI 0.07 to 0.77) fakat vajinal sakrospinöz kolpopeksinin ise daha çabuk ve kolay yapıldığı ve abdominal girişim olmadığı için iyileşme süresinin daha kısa olduğu bildirilmiştir. Abdominal sakrokolpopeksinin laparotomi dezavantajı, aynı işlem laparoskopik olarak yapılarak yokedilebilir mi?

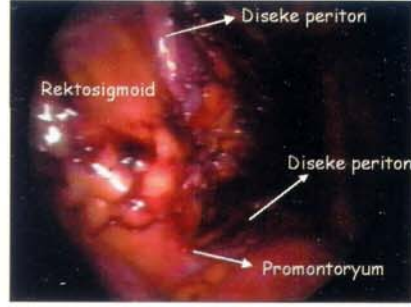
Literatürde laparoskopik sakrokolpopeksi yapılan olgu sunumları olmakla birlikte yakın zamanda, olgu sayısı azda olsa birden fazla olgunun kısa dönem sonuçları yayınlanmaya başlanmıştır. Sundaram CP ve ark. tarafından ortalama 16 ay izlenen 10 laparoskopik sakrokolpopeksi olgusunda, 1 hastada intraabdominal yoğun yapışıklık varlığı nedeniyle laparotomiye dönüldüğü, laparoskopik olarak bitirilen 9 hastanın birisinde rekürrens olduğu bildirilmiştir. Elliot DS tarafından, 20 hastalık laparoskopik sakrokolpopeksi serisinde operasyon süresi ortalama 3.2 saat olarak bildirilmiştir. 1 hastada laparotomiye geçilirken, ortalama 5.2 aylık izlemde 2 hastada rekürrens bildirilmiştir. Di Marco DS tarafından bildirilen 5 olguda komplikasyon olmamıştır. Cosson tarafından geniş bir seride laparoskopik sakrokolpopeksi abdominal sakrokolpopeksi kadar etkili bulunurken tek dezavantajının operasyon süresini uzun olduğu ve bu sorununda cerrahın deneyimi ile aşılabileceği bildirilmiştir.

Laparoskopik sakrokolpopeksi ameliyatında, abdominal yapılan ameliyatların laparoskopik yapılmasında karşılaşılan güçlüklerle karşılaşmaktadır. Özellikle sutur tekniğindeki yetersizlikler ve bölge anatomisindeki karışıklıklar ameliyat süresini çok uzatmaktadır. Bu operasyonda, ilk vakalarda operasyon süresinin ortalama 3 saat olması kaçınılmazdır ve bu süre gittikçe azalmaktadır. Birçok yeni laparoskopik cerrahi tekniğinde olduğu gibi peroperatif komplikasyon oranı başlangıçta yüksek olabilir fakat tekniğin yerleşmesiyle komplikasyon oranı düşecektir.

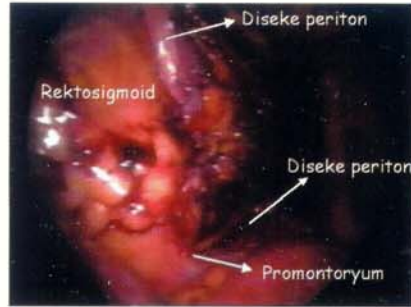
Sonuç olarak, laparoskopik sakrokolpopeksi, total vajinal cuff prolapsus olgularında cerrahın endoskopi tecrübesine bağlı olarak uygun olan olgularda başarıyla uygulanabilecek, hasta için oldukça komforlu ve morbiditesi açık cerrahiye göre daha düşük olan cerrahi bir yaklaşım olarak düşünülebilir.



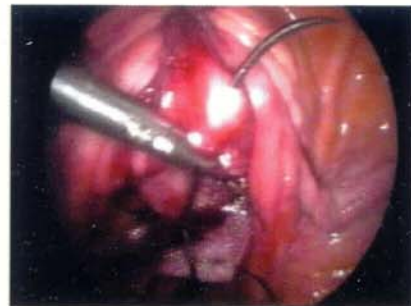
Şekil 1.
Vajinal kubbeyi 3 cm'lik alan sağlanıncaya dek mesane ve rektum serozası diseke edilmesi.



Şekil 2.
Peritonun Sakral promontoryuma kadar diseke edilmesi.



Şekil 3.
Sağ üreter, internal iliak arter ve ven, inen kolon ve presakral damarların vizüalizasyonu.



Şekil 4.
Vajinal kaf kubbeyine greftin dikilmesi.



Şekil 5.
Vajinal kaf kubbeyine greftin dikilmesi.

Benign Uterin Patolojilerde Laparoskopik Histerektomi

Doç. Dr. Fatih Şendağ, Dr. S. Burak Bozdoğan, Prof. Dr. Kemal Öztekin, Prof. Dr. Onur Bilgin
Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, İZMİR

Giriş:

Laparoskopik asiste vajinal histerektominin Reich tarafından sunulduğu 1980'li yılların sonlarından bu yana; supraservikal laparoskopik histerektomi ya da total laparoskopik histerektomi gibi birçok modifikasyonlar bu yöntem üzerinde tanımlanmıştır. En sık kullanılan laparoskopik asiste vajinal histerektomi evrelendirmelerinden bir tanesi, Johns & Diamond tarafından bulunmuştur (Tablo-1). Abdominal histerektomiye kıyasla laparoskopik histerektominin avantajları birçok yayında belirtilmiştir. Bunların arasında daha az kan kaybı ve postoperatif ağrı, daha kısa hastanede kalış süresi ve iyileşme dönemi bulunur. Ancak operasyon süresi ve komplikasyonlar hakkındaki yayınlarda bir görüş birliği yoktur.

Bu çalışmada laparoskopik histerektomi ile ilgili deneyimlerimizi sunduk. Laparoskopik histerektomi uyguladığımız hastalardaki ortalama operasyon süresi, kan kaybı, hastanede kalış süresi ve komplikasyon hızlarını değerlendirdik.

Materyal ve Metod:

Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hast. ve Doğum Anabilim Dalı'nda, Ocak 2002 – Ocak 2004 tarihleri arasında ek bir cerrahi girişim yapılarak ya da yapılmadan laparoskopik histerektomi uygulanan 50 hasta değerlendirildi. Ek cerrahi girişimler; bilateral salpingooferektomi, Burch kolposüspansiyon, adezyoliz ve Mc Call Kolpopeksi idi. (Tablo-2).

Tüm laparoskopik histerektomiler, ilk yazar (F.Ş.) tarafından uygulandı. Optik ve kamera için umbilikustan 10 mm.lik bir trokar ile girildi. Alt kadranın her iki yanına 5 mm.lik iki trokar yerleştirildi. İşlemin başlangıcında üreterler, uterin arter seviyesine kadar diseksi edildi. Uterin arterler koagüle edildikten sonra laparoskopik olarak kesildi. Kardinal ve uterosakral ligamentler laparoskopik olarak kesildi. Vajen laparoskopik olarak insize edildi. Ardından operasyon vajinal yoldan tamamlandı. Cuff vajinal olarak kapatıldı ve işlemi bitirmeden önce operasyon sahası laparoskopik olarak incelendi.



Doç. Dr. Fatih Şendağ

1969 doğumlu. 1992 yılında Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesinden birincilik ile mezun oldu. 1998 yılında Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı'nda uzmanlık eğitimi tamamladı. 2001 yılında Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı'nda "İleri Endoskopik Cerrahi" eğitimi aldı. 2000 yılında Yardımcı Doçent, 2004 yılında Doçent ünvanını aldı.

Sonuçlar:

Uterus boyutları gebelik haftasına göre değerlendirildi. Boyutlar 4 ile 16 hafta arasında değişip ortalaması 9.5 gebelik haftası idi. Operasyon süresi 80 ile 170 dakika arasında değişip ortalama süre 110 dakika idi. Operasyon sırasındaki kan kaybı 100 ile 800 ml arasına olup ortalama kayıp 244.2 ml idi. Sadece 3 hastada 500 ml üzerinde kan kaybı oldu ve bu hastalara transfüzyon yapıldı. Ortalama hastanede kalış süresi 2.3 +/- 0.88 (1-7) gün idi.

Tablo-1: LAVH Evrelemesi; Johns&Diamond, 1992

Evre 0	Vajinal histerektomi öncesi laparoskopik bir girişimin uygulanmaması
Evre 1	Laparoskopik adezyoliz ve/veya endometriozis eksizyonu
Evre 2	Bir veya her iki adneksin laparoskopik serbestleştirilmesi
Evre 3	Mesanenin uterustan diseksiyonu
Evre 4	Uterin arterin laparoskopik transeksiyonu
Evre 5	Anterior ve/veya posterior kolpotomi ya da tüm uterusun laparoskopik serbestleştirilmesi

Tablo-2 Ek Cerrahi Girişim

Yok (sadece L/S histerektomi)	% 26 (13 hasta)
Bilateral salpingoophorektomi	% 62 (31 hasta)
Burch kolposüspansiyon	% 14 (7 hasta)
Adezyoliz	% 40 (20 hasta)
Mc Call kolpopeksi	% 2 (1 hasta)

Tablo-3 Komplikasyonlar

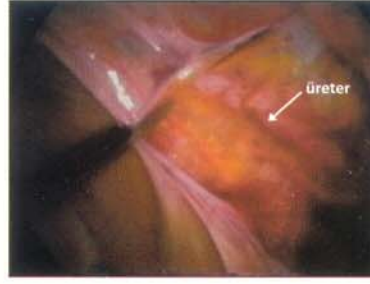
>500 ml kan kaybı	% 6 (3 hasta)
Postoperatif enfeksiyon	% 2 (1 hasta)
Mesane yaralanması	% 2 (1 hasta)
Laparokonversiyon	% 2 (1 hasta)

Tartışma:

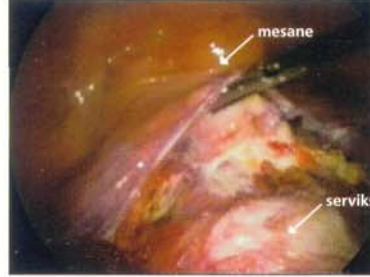
Son 15 yılda laparoskopik histerektomi abdominal yöneme bir alternatif olmuştur. Yakın zamanlı bir yayında Amerika Birleşik Devletleri'ndeki laparoskopik histerektomi hızında 30 kat artış olduğu gösterilmiştir (1990'da %0.3'ten 1999'da %9.9).

Laparoskopik yöntemin majör avantajları, birçok yayında da gösterildiği gibi, azalan intraoperatif kan kaybı ve postoperatif ağrı ile kısalan hastanede kalış süresi ve iyileşme dönemidir. Olsson ve ark. preoperatif ve postoperatif eritrosit volüm fraksiyonunu ölçmüşlerdir ve laparoskopik histerektomiye takiben meydana gelen eritrosit volüm fraksiyonu düşüşünün abdominal histerektomiye kıyasla anlamlı olarak daha az olduğunu bulmuşlardır.

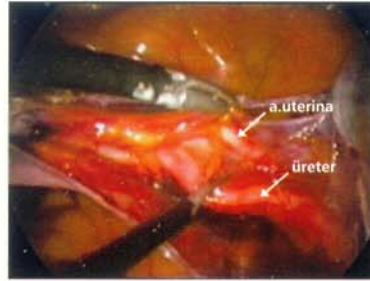
Bulgularımız, laparoskopik histerektominin avantajlarını gösteren çalışmaları destekler niteliktedir. Ortalama hastanede kalış süresi 2.3 gün gibi kısa bir süredir. Ortalama kan kaybı kabul edilebilir düzeydedir ve komplikasyon hızlarının düşük olması prosedürün güvenilirliğini göstermektedir. Sonuç olarak laparoskopik histerektomi abdominal yöneme iyi bir alternatiftir.



Şekil 1. Sağ üreterin diseksiyonu



Şekil 2. Pubovesikoservikal fasyanın diseksiyonu



Şekil 3. Sağ uterin arterin diseksiyonu. Üstte uterin arter, altta üreter izlenmektedir.



Şekil 4. Sağ uterin arterin bipolar sistem ile ligasyonu



Şekil 5. Vajen ön fornikse yerleştirilen ekartörün rehberliğinde monopolar makas ile anterior kolpotomi



Şekil 6. Vajen arka fornikse yerleştirilen bir tampon rehberliğinde monopolar makas ile posterior kolpotomi

Paylaşım

*Değerli Meslektaşlarımız;
Paylaşım sayfası sizden
gelecek tüm soru ve konuların
paylaşımına ayrılmıştır.
Gelecek sayılarda
katkılarınızı bekliyoruz...*



Prof. Dr. M. Bülent Tıraş
TJOD Yönetim Kurulu Bşk.

1984 yılında Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesinden mezun oldu. Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları Ve Doğum Anabilim dalında Uzmanlık Eğitimi'ni tamamladı. 1989-1990 yılları arasında Londra 'University

of London, Royal Postgraduate Medical School, Hammersmith Hospital'da Tüp Bebek, Endoskopik Cerrahi, İnfertilite ve Mikrocerrahi konularında 1 yıl süre ile eğitim gördü. 1995 yılında İsrail'de "Tüp Bebek ve Mikroinjeksiyon", 2000 yılında ABD'de "Üreme endokrinolojisi ve Tüp Bebek" ve 'İleri Endoskopik Cerrahi' konularında eğitim aldı. 1997 yılında Doçent, 2003 yılında profesörlüğe atandı. Prof.Dr. M. Bülent Tıraş, halen Gazi Üniversitesi Tüp Bebek Merkezi Sorumlusu ve Müdür Yardımcısı olarak görev yapmaktadır. 2004 yılından bu yana Türk Jinekoloji ve Obstetrik Derneği Yönetim Kurulu Başkanlığını yürütmektedir.

Değerli Meslektaşlarımız;

Bildiğiniz gibi 31 Ekim 2004'te Derneğimiz Olağan Genel Kurulunu yapmış ve 7 Kasım 2004'te de yeni Yönetim Kurulumuz toplanarak görev bölümü yapmıştır. Yeni dönemde Yönetim kurulumuz tarafından TJOD Başkanlığı gibi önemli ve zor bir göreve getirilmiş bulunmaktayım. Bu onurlu göreve başlamadan önce kuruluşundan bu yana TJOD'de görev yapmış eski başkanlarımıza; Sayın Prof.Dr.Hüsnü Kişnişçi, Sayın Doç.Dr. Oya Gökmen, Sayın Prof.Dr.Hasan Serdaroğlu ve Prof. Dr. Lütfü Önderoğlu'na teşekkürlerimi sunmak istiyorum. Onlar derneğimizi yoktan var ederek bugünlere gelebilmemizi ve daha güçlü ve etkin bir yapılanma içinde olmamızı sağladılar. Önümüzdeki 2 yıllık dönemde derneğimiz 3 temel konu üzerinde yoğunlaşacaktır. Bunlardan birincisi daha etkili bir yapılanmaya gidilerek, daha çok meslektaşımızın bu çatı altında toplanması ve üyelerimizin her türlü özlük haklarının korunmasına ve iyileştirilmesine

yönelik çalışmalar olacaktır.İkinci hedefimiz, geçmişte olduğu gibi düzenleyeceğimiz yerel ve genel toplantı ve kongreler ile üyelerimizin güncel gelişmelerden haberdar olmaları ve bilimsel düzeylerini daha yukarıya çekebilmelerini sağlamaktır

Üçüncü önceliğimiz ise, TJOD'nin yurtdışındaki benzer kuruluşları ile daha çok işbirliğine girmesi ve bu olanaklardan meslektaşlarımızın yararlanabilmelerini sağlamak olacaktır. Ülkemizdeki tüm Kadın Hast. ve Doğum Uzmanı arkadaşlarıma buradan şu çağrıda bulunmak istiyorum.

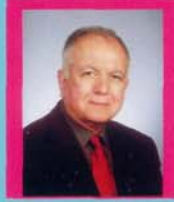
Lütfen bulunduğunuz illerdeki şubelerimize kaydolunuz. Üyelik başvurularınız için çok yakında web sitemizde başvuru formları kullanımınıza sunulacaktır. Derneğimiz, meslektaşlarımız ve üyelerimizin her türlü önerilerine açık olup bu önerilerin merkezimize iletilmelerini ısrarla istemektedir. Bu öneriler Yönetim Kurulumuzda değerlendirilecek ve uygun bulunanlar için gerekli uygulamalar hemen yapılacaktır. Yine meslektaşlarımızın karşılaştığı hukuki sorunlar için bir Hukuk Müşavirliği sistemi kurulması için de çalışmalarımız sürmektedir. Yapılacak tüm uygulamalarımız web sitemizde "yeni uygulamalarımız" başlığı ile sizlere duyurulacaktır.

Bu vesile ile Yönetim Kurulumuz adına tüm meslektaşlarımıza saygılarımı sunuyor ve bu dönemde de derneğimize sahip çıkmalarını ve bizleri her anlamda desteklemelerini bekliyorum.

Saygılarımla.

Dernek etkinlikleri...

10-12 Mart 2005
Crowne Plaza - İZMİR



Prof. Dr. Onur Bilgin
Sempozyum Başkanı

DÜZENLEME KURULU

Onursal Başkan
Prof. Dr. Ülkü Bayındır (E.Ü. Rektörü)

Onur Kurulu
Prof. Dr. Ata Erdener (E.Ü.T.F. Dekanı)
Prof. Dr. Uçar Asena

Sempozyum Başkanı
Prof. Dr. Onur Bilgin
(E.Ü.T.F. Kadın Hast. ve
Doğum A.D. Başkanı)

Sempozyum Sekreteri
Doç. Dr. Fatih Şendağ

"Jinekolojik Endoskopi Derneği"
Yönetim Kurulu

Başkan
Prof. Dr. Hikmet Hassa

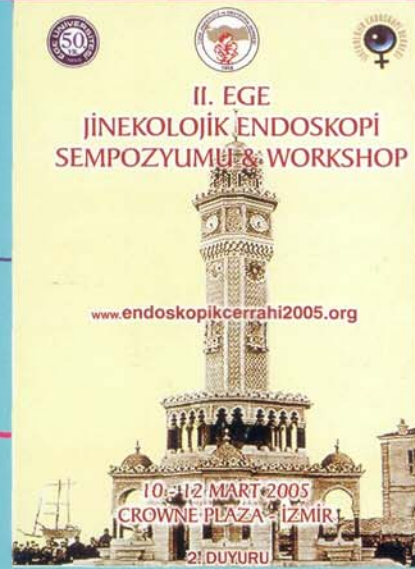
2. Başkan
Prof. Dr. Onur Bilgin

Genel Sekreter
Prof. Dr. Hakan Yarah

Sayman
Prof. Dr. Bülent Tıraş

Üyeler
Prof. Dr. Sait Yücebilgin
Doç. Dr. Bülent Urman
Doç. Dr. Yücel Karaman

Düzenleme Kurulu
Prof. Dr. Sait Yücebilgin
Prof. Dr. Nedim Karadadaş
Prof. Dr. Kemal Öztekin
Doç. Dr. Aydın Özşaran
Doç. Dr. Serdar Özşener
Doç. Dr. İsmail Mete İtil
Doç. Dr. Sermet Sağol
Doç. Dr. Mert Kazandı
Yrd. Doç. Dr. Fuat Akercan
Yrd. Doç. Dr. Teksin Çırpan
Yrd. Doç. Dr. Coşan Terek
Yrd. Doç. Dr. Murat Ulukus



Uluslararası Konuşmacılar:

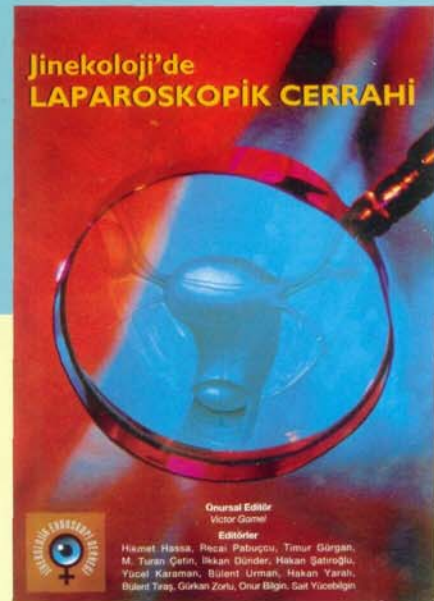
- Ceana Nezhat
- Christhardt Köhler

www.jed.org.tr

Derneğimizin internet sitesi güncellenmiştir. JED'in yurt içi ve yurt dışındaki tüm ilgili meslektaşlarıyla iletişimde ve bilgi alışverişinde en önemli araç olmasını hedefleyen sitede; dernekle ilgili ayrıntılı bilgiye, mesleki bilgilere, makalelere ve kongre tarihlerine ulaşabilirsiniz...

Dernek adresimiz:

Jinekolojik Endoskopi Derneği
Çetin Emeç Bulv. Hürriyet Caddesi 1/13
2. kat Öveçler • ANKARA
Tel (312) 481 06 06 • Faks (312) 481 28 28



Türkiye'deki ilk operatif laparoskopi kitabı olan
"Jinekoloji'de Operatif Laparoskopi"

JED tarafından yayınlanmıştır.

37 bölüm 407 sayfadan oluşan yayın,
operatif laparoskopi konusu ile ilgili jinekologların
teorik açıdan gereksinimlerini büyük ölçüde
karşılama amacıyla hazırlanmıştır.

Kongre duyuruları...



**4. ULUSLARARASI
ÜREME SAĞLIĞI VE
AİLE PLANLAMASI
KONGRESİ**

20-23 Nisan 2005
ANKARA



www.ureme2005.org

ön duyuru

20-23 Nisan 2005 / Ankara

Kongre Başkanı:

Prof. Dr. Haldun Güner

Kongre Sekreteri:

Prof. Dr. M. Bülent Tıraş

Uluslararası Konuşmacılar:

Dr. Gautam Allahbadia (Hindistan)

Dr. David Cibula (Çek Cumhuriyeti)

Dr. George Lazaris (Yunanistan)

Dr. Medard Lech (Polonya)

Dr. Hasan Sallam (Mısır)

Dr. Steven Sondheimer (A.B.D.)



Prof. Dr. Cihat ÜNLÜ
Kongre Başkanı

Değerli Meslektaşlarım:

Bu yıl altıncısını gerçekleştireceğimiz Türk-Alman Jinekoloji Derneği kongrelerine her zaman büyük ilgi gösterdiniz. Sizlerin desteği ile bugün Türkiye'de ve yurt dışında saygın bir konuma geldik. Bu yıl da sizlere çok yönlü ve doyurucu bir bilimsel program ve yaza merhaba diyeceğimiz sosyal aktiviteler düzenledik.

Hepinizi 19 Mayıs'ta Antalya'ya bekliyoruz.

19-22 Mayıs 2005 Port Royal Resort Hotel /Antalya

Başkanlar:

Cihat Ünlü

Klaus Vetter

Sekreter:

L. Cem Demirel

**VI. TÜRK - ALMAN
JİNEKOLOJİ
DERNEĞİ
KONGRESİ**



19-22 Mayıs 2005
Port Royal Resort Hotel / Antalya



www.turk-alman.kongresi.info

II. DUYURU

Neden Ferrum Fort?



Çünkü;

- Yüksek etkinliğe sahiptir.⁽¹⁾
- Yiyeceklerle etkileşmez.⁽²⁾
- İlaçlarla etkileşmez.⁽³⁾
- Non-iyoniktir, mide iritasyonu yapmaz.⁽⁴⁾
- Toksisitesi çok düşüktür.⁽⁵⁾
- Hasta uyumu yüksektir.⁽⁶⁾

REFERANSLAR:

1- Jacobs P., Wood L., Bird A. R., Hematology, 5 (2000) 77-83 2- Andrade JVD, Supl. Arg. Bras. Med 1992; 66:253-258. 3- Geisser P. Arzneimittel-Forschung Drug Research 1990;40 11; 7, 754-760. 4- "Langstaff RJ et al. Br. J. Clin Res. 1993; 4:191-198. 5- Kaltwasser and Werner "Assessment of iron preparations in Man, in W. Ferth (ed), Iron Bio. availability, absorption, utilization, band 2, Wissenschaftsverlag 31-57; 1993. 6- Jacobs P et al: Better Tolerance of Iron Polymaltose Complex Compared with Ferrous sulphate in the treatment of anemia. Hematology, 5 (2000): 77-83.

FERRUM FORT:

Formülü: Her bir film tablet, 100 mg Elementer Demir'e eşdeğer Demir III Hidroksit Polimaltoz Kompleksi ve 350 mcg Folik Asit içerir. **Endikasyonları:** Profilaktik ve terapötik olarak, değişik kökenli tüm demir eksiklikleri ve demir eksikliği anemisinde kullanılır. **Dozaj:** Günde 1-2 film tablet. **Yan Etkileri:** Demir içeren bütün ilaçlarda olduğu gibi kullanım sırasında dışkıların rengi koyulaşabilir, bu durum önemli değildir. Oral tedavi dozlarında bazı duyarlı hastalarda lokal tahriş edici etkileri nedeniyle gastrointestinal şikayetlere yol açabilir, ilacın kesilmesiyle bu şikayetler kaybolur. Mide ülseri bulunan hastalarda bu durum göz önüne alınmalıdır. **Uyarılar/Önemler:** Oral demir preparatlarının kullanımı sırasında dışkıların rengi koyulaşabilir, bu durum normal olup, herhangi bir önlem gerektirmez. Dışkıda gizli kan aranması sırasında yanlışlıkla neden olmaz. Bu nedenle bu inceleme sırasında tedavinin kesilmesine gerek yoktur. **Kontrendikasyonları:** Demir yüklenmesi (hemokromatozis, kronik hemolizis) bulunanlarda, demirin kullanımında bir bozukluğun söz konusu olduğu (kurşun anemisi, sidero-akrestik anemi gibi) durumlarda, talassemialarda ve demire karşı hassasiyeti olan hastalarda kullanılmamalıdır. **Reçete ile satılır. Perakende satış fiyatı:** 10.970.000 TL. (KDV dahil) Haziran 2004 **Ruhsat tarihi ve no:** 29.09.1986 - 140/19 **Ruhsat sahibi ve imal yeri:** Lab. Haussmann F.A.S.T. Gallen lisansı ile, Abdî İbrahim İlaç San. ve Tic. A.Ş. Hadımköy-İSTANBUL



Hastanızın gebelik umudu artık evinde, elinde...



300 IU ve 600 IU kartuş ile Puregon Pen

Puregon® 300 IU/0,36 ml. kartuş ve Puregon® 600 IU/0,72 ml. kartuş - Enjeksiyon için Solusyon

Formül: Puregon® kartuş, 0.36 ml.lik enjeksiyonluk solusyonda net toplam 300 IU ve 0.72 ml.lik enjeksiyonluk solusyonda net toplam 600 IU insan rekombinant folikül uyarıcı hormon (rec.FSH) (folitropin beta) içerir. Puregon® Kalem (Puregon® Pen) ile beraber kullanılmak üzere geliştirilmiştir. **Endikasyonlar:** Kadında: Klomifen sitrat'a cevap veremeyen anovulasyon (PCOD dahil), IVF/ET, GIFT ve ICSI gibi yardımcı üreme programlarında kontrollü over hiperstimülasyonu için. **Erkek:** Hipogonadotropik hipogonadizm nedeni spermatojenesis eksikliğinde. **Kontrendikasyonlar:** Over, meme, uterus, hipofizer veya hipotalamik tümörler, gebelik veya laktasyon, tanı konmamış vaginal kanama, Puregon® Enjeksiyon için Solusyon'daki maddelerden herhangi birine karşı aşırı duyarlılık, primer over yetmezliği, over kistleri veya büyümiş overler (Polikistik over hastalığına bağlı olmayan), genital organ malformasyonları, gebelikte bağdaşmayan fibroid tümörler, primer testiküler yetmezlik. **Uyarılar/Önemli:** Tedavi edilmemiş gonad dışı endokrinopatiler (tiroid, adrenal, hipofizer bozukluklar) ekrte edilmelidir. Gonadotropik ilaçlarla yapılan ovulasyon indüksiyonunu takiben oluşan gebeliklerde çoğul gebelik, ektopik gebelik, gebelik kaybı, konjenital malformasyon oranları artmaktadır. Bu ebeveyn alt karakteristیکlere (anne, baba yaşı, sperm özelliği, tubaların yapısı) ve çoğul gebeliğe bağlı olabilir. Yardımla üreme tekniklerindeki hiperstimülasyon dışında oluşabilecek over hiperstimülasyon (OHS) riski ultrason ve estradiol değerleri ile takip edilmelidir. Hiperstimülasyon durumlarında Puregon® uygulamasına son verilmelidir, hCG uygulaması yapılmamalıdır. Hafif over hiperstimülasyon (OHS) klinik bulguları arasında karın ağrısı, bulantı, diyare ve overlerde ve kistlerde hafif büyüme görülür. Nadir oluşan ciddi vakalarda ise hayati tehlike söz konusu olabilir. Bu durumlarda düptöre meylli büyük over kistleri, hidrotoraks ve kilo artışı görülebilir. Arter veya venlerde tromboembolizm görülebilir. Tromboemboliye meylli risk taşıyanlarda (trombofil, obezite, geçmişte kendisinde veya ailede tromboembolik şikayet olanlarda) IVF tedavisi ile riskler kısılanmalıdır. Erkeklerde artmış FSH düzeyleri primer testiküler yetmezliğin belirtisidir ve bu hastalar Puregon® tedavisine cevap vermezler. Erkeklerde tedavinin yanıtını değerlendirmek için 4-6 ay süre ile sperm analizi önerilir. Jinekoma ve akne nadiren görülebilir. **Gebelik ve Emzirme Döneminde Kullanım:** Gebelik ve emzirme sırasında kullanılmamalıdır. **Yan etkiler/advers etkiler:** Intramüsküler veya subkütan uygulama sonrasında çoğu kez hafif olarak ağrı, morarma, kızamık, kaşıntı görülebilir. Nadiren sistemik reaksiyon gözlenmiştir. **Beklenmeyen bir etki görüldüğünde doktorunuza başvurunuz. İlaç etkileşimleri ve diğer etkileşimler:** Klomifen sitrat ile Puregon®'un birlikte kullanımı folikül cevabını artırabilir. GnRH agonisti kullanılan vakalarda ise Puregon® dozunu artırmak gerekebilir. **Kullanım şekli ve dozu:** Puregon® tedavisi fertilitte problemlerinde tecrübeli hekim kontrolünde olmalıdır. Kullanılan doz kişiden kişiye ve kişinin kendi içinde büyük değişiklikler gösterebilir. Doz hastanın over yanıtına göre ultrason ve estradiol ölçümleri ışığında düzenlenir. Enjeksiyon kalem kullanımı ile hastaya ortalama %18 oranında daha çok FSH verilebileceği unutulmamalıdır. Puregon® ve ürener FSH karşılaştırmalı çalışmalarda, Puregon®'un ürener FSH'dan daha etkili olduğu gösterilmiştir. Ürener FSH'dan Puregon®'a geçişlerde daha az doz tercih edilerek OHSS'dan sakınılmıştır. Uygulamaya genellikle 50 IU ile başlanıp 7 gün devam edilmeli, yanıt alınmazsa her 7 günde bir doz %40-80 oranında artırılmalıdır. Ultrasonda 18 mm folikül, 300-900 pg/ml (1000-3000 pmol/l) estradiol tesbiti preovulator şartların geliştiğini gösterir. Genellikle 7-14 günlük tedavi buna yetmektedir. Günlük E2 değerinin 2 katından fazla artması veya 14 mm'den büyük birden fazla folikül oluşumu çoğul gebelik riskini artırır. Bu durumda hCG verilmemelidir. Yardımla üreme programlarında kontrollü over hiperstimülasyon protokolleri uygulanır. Bu tedavilerde başlangıç dozu olarak dört gün 100-225 IU, idame olarak 6-12 gün boyunca 75 - 375 IU kullanılabilir. Ultrasonda 16-20 mm foliküller (ortalama 18 mm) ve kan E2 değerlerinin 300-400 pg/ml (1000-1300 pmol/l) gözlenmesi ile hCG yapıp 34-35 saat sonra oositler elde edilir. **Erkek doz:** Haftalık Puregon® dozu 450 IU olmalıdır. Tercihen bu doz 150 IU'lık 3 doza bölünebilir ve hCG ile birlikte kullanılabilir. Tedavi en az 3-4 ay devam etmelidir, bu süreden önce spermatojenезде gelişme beklenmez. Eğer hasta bu tedavi süresinden sonra yanıt vermezse kombinasyon tedavisi sürdürülebilir. Son klinik tecrübeler spermatojenöz gelişmesi için tedaviye 18 ay ya da daha uzun süre devam etmenin gerekli olabileceğini göstermektedir. **Uygulama şekli:** Kartuşlardaki enjeksiyonluk Puregon® solusyonu, Puregon® kalem ile kullanılmak üzere geliştirilmiştir ve subkütan yoldan uygulanmalıdır. Kalem kullanmak için hazırlanmış özel açıklamalar dikkatlice takip edilmelidir. Lipotrofinin önlenmesi için enjeksiyon yeri değiştirilmelidir. Doktor tarafından gerekli açıklamalar yapılmışsa, Puregon®'un enjeksiyonu hasta tarafından yapılabilir. **Doz aşımı:** İnsanlarda Puregon®'un akut toksisitesi ile ilgili bir veri yoktur. Çok yüksek dozda FSH overlerinin hiperstimülasyonuna neden olabilir (bkz. Uyarılar/Önemli bölüm). **Eczacı tarafından saklama koşulu:** 2° C-8° C'de saklayınız, dondurmayınız. Işıktan koruyunuz. **Hasta tarafından saklama koşulu:** 1) 2° C-8° C saklayınız, dondurmayınız, ısıktan koruyunuz. 2) 25° C altında, oda sıcaklığında, maksimum 3 ay saklanabilir. Berrak olmayan veya partikül içerdigi görülen solusyonlar kullanılmamalıdır. Puregon® kalemının uygulamasında, kullanma talimatı dikkatle takip edilmelidir. Puregon® kartuşlar, kartuş içinde başka ilaçla karıştırılmak üzere hazırlanmamıştır. Enjeksiyonun hemen ardından kullanılan iğneler atılmalıdır. Tedavi sonunda, kullanılmamış ilaç ve artık malzeme yerel gereklilikler çerçevesinde imha edilmelidir. **Cocukların ulaşamayacağı yerlerde ve ambalajında saklayınız. Ticari takdim şekli:** Puregon® 300 IU/0.36 ml ve 600 IU/0.72 ml Enjeksiyon için solusyon, karton kutuda folitropin beta taşıyan bir kartuş ve Puregon® Kalem ile beraber kullanılmak üzere 7'şerli olarak oluşur. KDV dahil PSF: 300 IU kartuş 245.39 YTL ve 600 IU kartuş 471.93 YTL (Subat 2005). **Piyasada mevcut diğer farmasötik dozaj şekilleri:** Puregon® 50 IU/ml ve 100 IU/ml Enjeksiyon için lyofilize toz. **Ruhsat Sahibi:** Organon İlaçları A.Ş. **PK 432 34115 Sirkeci-İstanbul. Ruhsat Tarihi ve No:** 06.08.2003-114 / 40 **Üretim Yeri:** N.V. Organon, Oss, Hollanda adına Veltor Pharma-Fertigung GmbH&Co.KG, Almanya. Reçete ile satılır.

Organon İlaçları A.Ş.

PK. 432, 34115 Sirkeci - İstanbul Tel: (0216) 474 56 80 (pbx)

www.organon.com.tr info@organon.com.tr www.puregon.com

