



JED BÜLTENİ

Aralık 2012

MAKALE

MYOMA UTERİNİN, MAGNETİK REZONANS EŞLİĞİNDE ODAKLANMIŞ ULTRASONİK CERRAHİ UYGULANMASI SONRASINDA SPONTAN VAJİNAL YOLLA ATILMASI

MAKALE

LAPAROSKOPİK HİSTEREKTOMİ: UTERUS BOYUTUNUN ETKİSİ

DAVET

GENÇ ENDOSKOPİSTLER PLATFORMU (GEP) YENİ BİR OLUŞUMA DAVETLİSİNİZ

ETKİNLİKLER

BÖLGESEL JİNEKOLOJİK LAPAROSKOPİ KURSLARI

21-22-23 ARALIK HATAY-ADANA-MERSİN

24 - 28 NİSAN 2013

Middle East Society for Gynecological Endoscopy 1. Kongresi, ANTALYA

ETKİNLİK

3. EGE JİNEKOLOJİK ROBOTİK CERRAHİ EĞİTİMİ
10-14 ARALIK 2012
BORNOVA, İZMİR
egelaparoskopi.org

TEKNOLOJİ

UTERUS POZİSYON SİSTEMİ (UPS)

Tanısal veya operatif Laparoskopi esnasında uygun saha ve anatomik pozisyon sağlamaktadır.

Editör: Prof. Dr. FATİH ŞENDAĞ
Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi
Kadın Hastalıkları ve Doğum ABD,
Bornova - İZMİR
fatih.sendag@gmail.com

Hazırlayan: Yard. Doç. Dr. CEM ÇELİK
Namık Kemal Üniversitesi Kadın
Hastalıkları ve Doğum ABD
TEKİRDAĞ
ccelik@nku.edu.tr

Jinekolojik Endoskopi Derneği Yönetim Kurulu: **Başkan:** Prof Dr Fatih Şendağ - **Onursal Başkan:** Hikmet Hassa
2. Başkan: Prof. Dr. Onur Karabacak - **Genel Sekreter:** Prof. Dr. Bülent Berker **Sayman:** Doç Dr. Çağatay Taşkıran
Üyeler: Prof. Dr. Ahmet GÖÇMEN - Prof. Dr. Mehmet Ali VARDAR - Prof. Dr. Metin Çapar

- ÖNSÖZ -



Sayın meslektaşlarım,

Jinekolojik Endoskopi Derneği'nin (JED) e-Bülten'i, uzun bir aradan sonra yeni sayısıyla sizlerle buluşuyor. e-Bülten gibi bir projeyi tekrar hayata geçirmek istemekteki temel amacımız, Jinekolojik Endoskopi alanına olan ilginin daha üretken bir zemine dönüşmesini sağlamaktır.

JED e-Bülteni, 3 ayda bir yayınlanacaktır ve içinde makalelerden seçmeler, teknolojik gelişmeler, kongre ve kurs duyuruları ve dernekten haberler yer alacaktır.

Sizlerin desteği ile bültenin daha ilgi çekici ve daha dolu hale geleceğine inanıyorum.

24-28 Nisan 2013 tarihlerinde Antalya'da MESGE ile ortak gerçekleştireceğimiz 1. Ortadoğu Jinekolojik Endoskopi Kongresi'ne de hepimizi davet ediyorum. Dünyanın en iyi endoskopik cerrahlarını bir arada görebileceğiniz bu kongrede kongre öncesi kurslar, tartışmalı oturumlar ve canlı cerrahi yayınlar gerçekleştirilecektir. Tüm meslektaşlarımızdan deneyimlerini paylaşmak üzere bildirimler göndermelerini bekliyoruz.

Ayrıca büyük bir heyecan duyduğum "Genç Endoskopistler Platformu" (GEP) projesini de hayata geçirmeye karar verdiğimizizi sizlere bildirmek istiyor ve Genç Endoskopistleri bu platformda buluşmaya davet ediyorum.

Sağlık ve başarı dolu günler dileği ile, sevgi ve saygılarımı sunuyorum.

Prof. Dr. Fatih ŞENDAĞ

JED Başkanı

LAPAROSKOPIK HISTEREKTOMİ: UTERUS BOYUTUNUN ETKİSİ

Katherine A. O'Hanlan, MD , Stacey Paris Mc Cutcheon,BA ,ve John G.McCutcheon,
From the Gynecologic Oncology Associates, Portola Valley, California.
Journal of Minimally Invasive Gynecology 2011;18: 85-91.

GİRİŞ: Tip VII laparoskopik histerektomi tüm cerrahin(diseksiyon, sütür atılması) trokarlar aracılığıyla yapıldığı histerektomi tipidir. Bu zamana kadar laparoskopik histerektomide cerrahi sonuçların uterus boyutundan nasıl etkilendiğiyle ilgili netlik yoktur. Bu çalışmada, yaklaşık 13.9 yıllık cerrahi tecrübe sonucu olarak gerçekleştirilmiş ameliyatların uterus ağırlığına göre sınıflandırılarak sunulması sağlandı.

ARAÇ VE YÖNTEMLER: Bu çalışmada, daha önceki cerrahi kayıtlarda herhangi bir ciddi batın içi veya intestinal yapışıklığı veya kardiopulmoner rahatsızlığı olmayan hastalarda laparoskopik yöntemle operasyonlar planlandı. Hiçbir hasta uterus boyutu ve vücut kitle indeksine bakılarak çalışma dışında bırakılmadı. Çalışmada Ekim 1996 ve Ağustos 2010 tarihleri arasında Tip VII laparoskopik histerektomi uygulanan 983 hasta retrospektif değerlendirildi. Tüm laparoskopik histerektomiler benign jinekolojik endikasyonlar nedeniyle uygulandı. Demografik ve cerrahi veriler uterus ağırlığına (14- 3,131 gr arasında) göre sınıflandı; uterus ağırlığı 250 gr'dan düşük olanlar (n=720), 250 gr veya daha yüksek olanlar (n=263). Kan kaybı miktarı, hastanede yatış süresi, operasyon süreleri değerlendirildi. Kan kaybı miktarı vaka sonunda toplama kabındaki kolleksiyon ölçülerek hesaplandı. 8 adet nulligravid obez hastada uterus ağırlığı 750 gram üzerinde olması sebebiyle, uterus dokusu 6 cm'lik phanestiel insizyonla çıkarılmış olup çalışmaya dahil edildi. Tüm analizlerde Stata /1C 11.1 programı uygulandı. Kan kaybı miktarı, ciltten cilde operasyon ve hastanede kalış süresi çoklu değişken lineer regresyon yöntemiyle analiz edilip sonuçları etkileyebilecek faktörler belirlenip kontrol edildi.

BULGULAR : 13.9 yıl içerisinde laparoskopik histerektomi uygulanan 1267 hastanın, 125'i operasyonla ilgili şüphelerinden, 63'ü uterus ağırlıklarının kaydedilmemesinden, 93'üde ek işlemler yapılması nedeniyle çalışma dışında bırakıldı. Seride ortalama yaş 49 (15-90 arasında) iken ortalama vücut kitle indeksi 26.3 kg/m² (17.2- 70.4 arasında) olarak bulunmuştur. Ortalama uterus ağırlığı 146 gr (14-3131 arasında) iken hastaların % 26.8 inde uterus ağırlığı 250 gram üzerinde ölçülmüştür. Ortalama operasyon süresi uterus ağırlığı ile değişkenlik göstermekle birlikte, uterusu 250 gr altında olan hastalarda süre 97 dakika olup, uterusu 250 gr ve üzerinde olan hastalarda süre 135 dakika ve daha uzun olduğu saptanmıştır (p<.001). Ortalama kan kaybı miktarı uterusu 250 gr altında olanlar da 50 ml olup, uterusu 250 gr ve üzerinde olanlarda 150 ml olarak ölçülmüştür (p<.001).

Yapılan daha ileri sınıflandırma sonucunda uterus boyutunda artış ile , ortalama hastanede kalış süresi ve kan kaybı miktarı korrelasyon göstermektedir. Komplikasyon oranlarında iki grup arasında anlamlı bir fark gözlenmemiştir. Komplikasyonlar artmış kan kaybına ve cerrahinin uzamasına sebep olmuştur. Cerrahinin süresi, kan kaybı miktarı, hastanede kalış süresi cerrahin tecrübesiyle azalmıştır.

Komplike olmayan vakalarda operasyon süresi ortalama 105 dakika (29-345 arasında) , kan kaybı miktarı 50ml (0-2100 arasında) , komplike olan vakalarda operasyon süresi ortalama 123.5 dakika (45-336 arasında) , kan kaybı miktarı da 100ml (5-1375 arasında) olarak ölçüldü.

TARTIŞMA:

Birleşik devletlerde histerektominin 2. en sık uygulanan cerrahi olması nedeniyle, minimal invaziv yaklaşımlar standart tedavi yöntemleri içerisinde hızla yerini almaktadır. Bu çalışmadaki demografik, patolojik veriler hastaların çeşitliliğini yansıtmakla birlikte laparoskopik histerektominin faydalarını göstermektedir. Laparoskopik histerektomi abdominal histerektomiye göre daha az kan kaybı miktarı, benzer operasyon süreleri, daha az hastanede yatış ve hızlı iyileşme süreci sunmaktadır.

Bununla birlikte maliyet değerlendirilmesi de önemlidir. Laparoskopik histerektomi abdominal yöntemle kıyaslandığında daha az maliyetlidir. Payne ve arkadaşları tarafından yeni yayınlanmış bir çalışmada uterus ağırlığı >250-500 gram üzerinde olan hastalarda robot asiste histerektomi uygulanmış ve ortalama operasyon süresi 126 dakika bulunmuş, bu süre bizim çalışmamızda 120 dakikadır, uterus ağırlığı >500 gram üzerinde olan hastalarda robotik cerrahi 167 dakika (laparoskopik histerektomi serilerinde 161 dakika) olarak sunulmuştur. Robot asiste histerektomilerde sonuçlar laparoskopik yöntemle karşılaştırılabilir olmasına rağmen , robotun maliyeti, bakımı ve cerrahın eğitimi kullanımını sınırlamaktadır.

SONUÇ:

Uterus ağırlığı dikkate alınmadığı takdirde, laparoskopik histerektomi güvenle uygulanabilir bir yöntem olup, daha kısa süre hastanede yatış, daha az kan kaybı, kısa operasyon süresi ve daha az komplikasyona neden olmasıyla birlikte maliyet fayda analizi açısından en uygun cerrahi seçeneği gibi görülmektedir.

MYOMA UTERİNİN, MAGNETİK REZONANS EŞLİĞİNDE ODAKLANMIŞ ULTRASONİK CERRAHİ UYGULANMASI SONRASINDA SPONTAN VAJİNAL YOLLA ATILMASI

Kyoung Ah Kim, MD, Sang-Wook Yoon, MD , Bo Sung Yoon, MD, Chong Taik Park, MD, Sang Heum Kim, MD, Jong Tae Lee, MD

From the Departments of Diagnostic Radiology and Obstetrics and Gynecology, Gangnam Medical Center, CHA University, Republic of Korea

[Journal of Minimally Invasive Gynecology 2011;18: 131-134.](#)

GİRİŞ: Myoma uteri üreme dönemindeki bayanlarda sıkça karşılaşılan benign tümörlerdendir. Magnetik rezonans eşliğinde odaklanmış ultrasonik cerrahi (MRgFUS) minimal invaziv bir yöntem olup istenilen bir noktada koagülasyon nekrozu yaratmaktadır. MRgFUS semptomatik uterus myomu olan bayanlarda tedavi amaçlı kullanılan güvenilir ve etkili bir yöntem olarak kabul edilmektedir. Amerika Birleşik Devletleri gıda ve ilaç dairesi (FDA) 2004 yılında ekim ayında bu tedaviyi onaylamıştır. O tarihten itibaren myoma uterinin tedavi sonrası küçültüldüğü gösterilmiştir. Daha önce uterin arter embolizasyonu sonrası submukozal myomlarda spontan vajinal yolla atılma bildirilmiştir. Fakat MRgFUS uygulanımı sonrası herhangi bir bildirim yapılmamıştır.

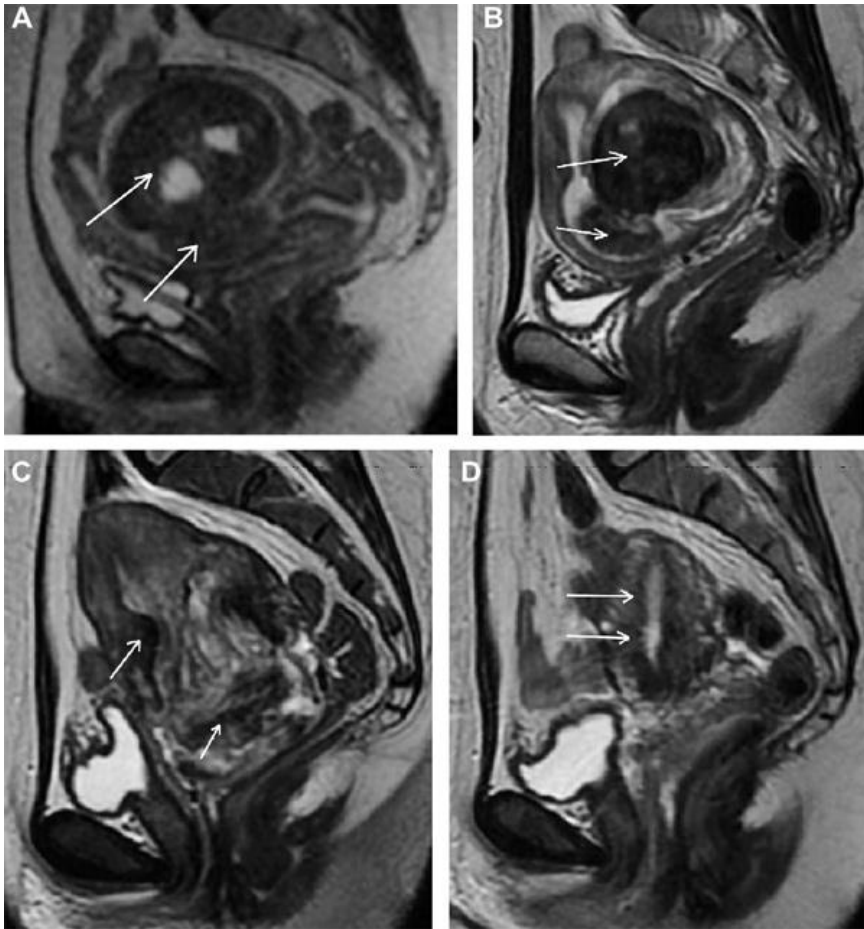
Bu çalışmada ilk kez MRgFUS tedavisi sonrası myoma uterinin vajinal yolla atılması ve sonrasında tam bir endometriyal iyileşmenin olduğu sunuldu.

OLGU SUNUMU : 38 yaşında bayan hasta ağır kanama ve anemi şikayetleri ile kliniğimize başvurdu. Transvajinal ultrasonla submukozal uterus myomu olduğu tespit edilen hastaya MRgFUS önerildi ve tedaviye başlandı. Tedavi öncesinde magnetik rezonans görüntüleme ile uterus arka duvarda yaklaşık 126 ml volümlü birleşik yapıda submukozal - intramural myom gösterildi. Ablasyon uygulanacak hacim sınırlandıktan sonra tedaviye başlandı. MRgFUS uygulanması hemen ardından çekilen T1 ağırlıklı MR görüntüleme ile myoma uteri içerisindeki perfüze olamayan hacim hesaplandı (NPV). Hastada %80 gibi iyi bir NPV oranı elde edildi. Tedavi süresi 130 dakika idi. 3 ay sonraki MR kontrolünde myoma uteri hacminde %36 'lık bir azalma olduğu gösterildi. 2 Hafta sonra kliniğe vajinal kitle şikayeti ile başvuran hastanın yapılan MR görüntülemesinde uterusu ince bir sapla bağlantılı vajinal kitle izlendi. Hastada enfeksiyonla ilgili herhangi bir semptom olmaması nedeniyle myomun tam olarak atılmasının beklenilmesi önerildi. 2 hafta sonraki kontrolde herhangi bir değişiklik olmaması nedeniyle Myoma uteri histeroskopik olarak rezeke edildi. Atılan myom yaklaşık olarak 50 ml olarak ölçüldü. 3 ay sonraki kontrol MR görüntülemelerinde myom nüvesi ve endometriyal düzensizlik izlenmedi. Hasta 23 ay boyunca takip edildi ve bu süreç içerisinde bir komplikasyon izlenmedi.

TARTIŞMA: Uterus myomları üreme çağındaki bayanlarda sıkça rastlanılan benign tümörlerdir. Hastaların % 25'inde menoraji, pelvik ağrı ve üreme disfonksiyonu gibi semptomlar bulunur. Myom tedavisi, özellikle fertilitenin korunmasını isteyen hastalarda, invaziv yöntemlerden (total histerektomi gibi) daha az invaziv tekniklere doğru kaymaktadır. Myoma uteri tedavisine eklenen en son minimal invaziv yöntem MRgFUS'dir. Bu teknik 2004 yılında FDA onayı almıştır. Thermal ablasyon teknikleri içerisinde odaklanmış ultrasonik cerrahi en az invaziv yöntem olup , enerji istenilen noktaya diğer dokularca absorbe edilmeden

ulaşmaktadır. Eğer ışın demeti doğru noktaya hedeflendiği takdirde, yüksek enerjili akustik ışınlar o noktada tamamı ile koagülasyon nekrozuna neden olmaktadır. MRgFUS'nin en önemli avantajlarından biri invaziv yöntemlere göre daha uygun maliyete sahip olup, daha az işgücü kaybına ve komplikasyon oranına neden olmaktadır. Daha önce uterin arter embolizasyonu veya uterin arterlerin bipolar koagülasyonunu takiben uterus myomlarının vajinal spontan yolla atılması bildirilmiştir. Fakat tam olarak mekanizmaları açık değildir. Bu tedavi seçeneklerinde myom atılımı tedaviden çok yöntemin yan etkisi olarak düşünülmüştür.

Sonuç olarak MRgFUS tedavisi myoma uterin vajinal yolla atılmasını ve endometriumun restorasyonunu sağlamış olup daha önce belirtilen modalitelerde olduğu gibi (Uterin arter embolizasyonu gibi) uygulama sonrası myom atılması bir komplikasyon değil tedavi sonucu olduğu kabul edilmelidir. Ayrıca bu yöntemle tedavi edilen hastalara, kitlenin vajinal yolla atılabileceği anlatılmalı ve hasta enfeksiyon açısından yakından takip edilmelidir.



MRgFUS uygulaması öncesinde ve sonrasında MR görüntüsü **A)** MRgFUS uygulaması öncesi uterus arka duvarda bitişik iki adet myomun T2 ağırlıklı sagittal MR görüntüsü. **B)** MRgFUS uygulamasından 3 ay sonra müdahale edilen myomların boyut ve hacmindeki küçülme. **C)** Endometrial kavite ve üst vajina yoluyla atılmakta olan myomlar(ok). Endometrial hatdaki düzensizlik ve atılan myomların uterus arka duvarı ile bağlantısı gözlenmektedir. **D)** Atılan myomların histeroskopik rezeksiyonundan 3 ay sonra çekilen MR'da rezidü myom dokusu kalmadığı ve intakt endometrial hat (ok) izlenmektedir.

21-22-23 Aralık (Hatay-Adana-Mersin) Bölgesel Jinekolojik Laparoskopi Kursları:

Jinekolojik Endoskopi Derneği'nin **Bölgesel Jinekolojik Laparoskopi Kursları** devam ediyor. Gününbirlik düzenlenen kursların sabah oturumunda teorik sunumlara yer verilirken öğleden sonraki oturumlarda ameliyathaneden yapılan canlı bağlantılarla kursiyerlere laparoskopik cerrahinin puf noktaları ve değişik teknikler aktarılmaktadır. Önümüzdeki kurslar; 21 Aralık 2012 tarihinde Hatay Mustafa Kemal Üniversitesi, 22 Aralık 2012 tarihinde Adana Acıbadem Hastanesi, 23 Aralık 2012 tarihinde Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesinde gerçekleştirilecektir.

Middle East Society for Gynecological Endoscopy (MESGE) Kongresi:

Değerli meslektaşlarımız, Orta Doğu Endoskopi Derneği (MESGE)'nin 1. Kongresi 24-28 Nisan tarihleri arasında ülkemizde Antalya ilinde gerçekleştirilecektir. Ortadoğu Jinekolojik Endoskopi Derneği Genel Sekreterliğini de yapan dernek başkanımız Prof. Dr. Fatih Şendağ bilimsel bildiri kabulünün başladığını 2013 yılı şubat ayına kadar devam edeceğini bildirdi.

3. Robotik Cerrahi Eğitimi:

Değerli meslektaşlarımız, Prof. Dr. Fatih Şendağ başkanlığında Türkiye'de ilk kez gerçekleştirilmiş **Jinekolojide Robotik Cerrahi Kursu**'nun üçüncüsü Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesinde 10-14 Aralık 2012 tarihleri arasında gerçekleşecektir. **Sadece 5 kursiyerin** katılabileceği kurs ile ilgili detaylı bilgiye www.egelaparoskopi.org adresinden ulaşabilirsiniz.

Genç Endoskopistler Platformu (GEP):

JED ülkemizde jinekolojik endoskopinin yaygınlaşması ve gelişmesi için çalışmaktadır. Bunu yaparken eğitime çok önem vermemiz gerektiğini ve bu sebeple de endoskopiye ilgi duyan genç jinekologların çok önemli olduğunu biliyoruz.

Bu amaçla, derneğimizin çatısı altında Genç Endoskopistler Platformu (GEP) oluşturulması planlanmaktadır.

Özellikle genç arkadaşlarımızın motivasyonlarının giderek azaldığı bugünlerde;

- onları bir çatı altında buluşturmaya,
- fikirlerini, projelerini paylaşmalarını sağlamaya,
- endoskopi eğitimi ile ilgili beklentileri ve eksikliklerini ortaya koymalarına olanak vermeye,
- eğitim ve sertifikasyon programlarının oluşturulmasında birlikte çalışmaya
- ve uluslararası platformda ilişkilerini geliştirmelerine aracılık etmeyi amaçlıyoruz.

Endoskopi konusunda çalışmak isteyen ve **uzmanlık sonrası ilk 5 yıl içerisinde** olan tüm "Genç Endoskopistleri" bu platforma katılabilmekte olup, GEP'na katılmak isteyen meslektaşlarımız her zaman www.jed.org.tr üzerinden güncel bilgilere ulaşabilirler.

Başvuru Şartları:

GEP için aşağıda belirtilen şartları yerine getirip dernek@jed.org.tr adresine gönderebilirsiniz.

Kısa özgeçmişinizi,

Endoskopi deneyiminizi anlatan kısa bilgi,

Güncel iletişim bilgileriniz: Çalıştığınız Kurum, Adres, Şehir, Telefon, E-mail, Gsm v.s

Jinekolojik Endoskopi Derneği Üyeliği,

- YAKIN ETKİNLİKLER -

Değerli meslektaşlarımız, yakın tarihli yapılması planlanan Ulusal ve Uluslararası jinekolojik endoskopi alanındaki Kongreler, seminerler, kurslar, workshoplardan bazıları.

- 10-14 ARALIK 2012: 3. Ege Jinekolojik Robotik Cerrahi Eğitimi, İZMİR
- 21 ARALIK 2012: Bölgesel Jinekolojik Laparoskopi Kursu, HATAY
- 22 ARALIK 2012: Bölgesel Jinekolojik Laparoskopi Kursu, ADANA
- 23 ARALIK 2012: Bölgesel Jinekolojik Laparoskopi Kursu, MERSİN
- 24-28 NİSAN 2013: Middle East Society for Gynecological Endoscopy (MESGE) Kongresi, ANTALYA

- TEKNOLOJİ -

UTERUS POZİSYON SİSTEMİ (UPS)

Uterus Pozisyon sistemi (UPS) tanısal veya operatif Laparoskopi esnasında uygun saha ve anatomik Pozisyonu sağlamaktadır. Masaya monte edilebilen sistem 3 hidrolik bağlantı bölgesi sayesinde tam hareket olanağı sunmaktadır.

UPS özellikle uzun süreli jinekolojik operasyonlarda büyük kolaylık sağlamaktadır. UPS sistemi aynı zamanda yardımcı kişilerin sürekli sağlayamadığı sabit basıncın sağlanmasını kolaylaştırmaktadır.

UPS tekrar kullanılabilen adaptör (RUMI, RUMI Arch, RUMI ve RUMI Arch manipulatörleri ile kullanılabilir.



UPS ideal alan görüntüsü sağlamanın yanında ameliyat odasında çalışanların diğer işlemlerle ilgilenebilmelerine olanak sağlamaktadır.