



# MİJİD BÜLTEN

## OCAK 2021



[www.mijid.org](http://www.mijid.org)



“

Mijid Youtube Kanalımız;  
**minimalinvazifjinekoloji** kadavra  
diseksiyonu ve cerrahi videolarla  
yayında. **Abone olmayı unutmayın**

”

#### **Sayın Meslektaşlarım;**

Koronavirus Pandemisi'nden geçmekte olduğumuz bu günler hem biz hekimlere hem de hastalarımıza çeşitli zorluklar yüklemektedir. Bu süreçte hasta güvenliğinin sağlanmasında yeni düzenlemeler kaçınılmazdır. Aynı zamanda biz cerrahlar ve cerrahi ekiplerin korunması açısından da operasyon odalarının yeniden düzenlenmesi, bulaşın en aza indirilmesi için gerekli tedbirler ve elektif vakalara yaklaşım gibi uygulamalarda modifikasyonlar yapmamız kaçınılmaz olmaktadır. Bu süreçte MiJiD ailesi olarak endoskopik cerrahi uygulamalarında hasta güvenliğini artırıcı tedbirler ve cerrahi uygulamada güncel yaklaşımları klavuzlar oluşturup sizlerle paylaştık. Endoskopik cerrahinin güvenle sürdürülebilmesi için tüm dünyadaki değerlendirmeleri ve kendi pratik uygulamalarımızı sizlerle paylaşmaya devam edeceğiz. Endoskopik cerrahinin güvenle ve daha yaygın yapılması için MiJiD olarak eğitime devam ediyoruz. Şubat ayında yapılacak kongremiz yaklaşırken güncel konularda webinarlar ile karşınızda olmaya devam edeceğiz. Endoskopi eğitimi kapsamında başvuru kaynağı olmasını umarak YouTube kanalımızı da yayına sokmuş bulunuyoruz. 2020 kongremizdeki canlı kadavra diseksiyonlarının tam halini ve çeşitli cerrahi tekniklerin olduğu videoları kanalımızda bulabilirsiniz. Kanalımız minimalinvazifjinekoloji adıyla yayındadır. Yine Bültenimizin ikinci sayısı ile ilgi çekici konuları sizler için derledik. Hastalarımızın ve cerrahi ekibimizin güvenliğini elden bırakmadan endoskopik cerrahinin pratiğinin sürdürülmesi dileklerle

Hepinizi saygı ve sevgi ile selamlarım

**Prof. Dr. Bulent Urman**

# MİJİD YÖNETİM KURULU

## BAŞKAN



Dr. Bülent URMAN

## BAŞKAN YRD.



Dr. Gürkan UNCU

## GENEL SEKRETER



Dr. Kemal ÖZERKAN

## SAYMAN



Dr. Ercan BAŞTU

## ÜYELER



Dr. Murat APİ



Dr. Vedat ATAY



Dr. Gonca ÇOBAN



Dr. L. Cem DEMİREL



Dr. Mete GÜNGÖR



Dr. Üzeyir KALKAN



Dr. Yakup KUMTEPE



Dr. Erhan ŞİMŞEK



H. Onur TOPÇU

# İÇİNDEKİLER

## 1. UROJİNEKOLOJİ GÜNCEL YAKLAŞIM

A. ÜROJİNEKOLOJİDE MESH KULLANIMI: NELERE DIKKAT EDELİM?

*Dr. Yakup Kumtepe*

B. LAPAROSKOPİK PEKTOPEKSİ

*Dr. Onur Topçu*

Video ; <https://youtu.be/60LGMHMk328>

C. ABDOMİNAL SAKROKOLPOPEKSİ

*Dr. Üzeyir Kalkan*

Video ; <https://youtu.be/ZFvdy8VKQx4>

D. LAPAROSKOPİK BURCH OPERASYONU

*Dr. Ömer Lütü Tapısız*

Video ; <https://youtu.be/JCGYnoaASLQ>

## 2. ÜLKEMİZDEN DÜNYA LİTERATÜRÜNE KATKILAR

A. UTERİN ARTER NEREDEN KÖKEN ALIR? PROSPEKTİF GÖZLEMSEL

*Dr. Adnan Orhan*

LAPAROSKOPİK ANATOMİ ÇALIŞMASI

B. LAPAROSKOPİK MYOMEKTOMİDE KULDOTOMİ VE SINIRLARI

*Dr. Cengiz Andan*

## 3. MİNİMAL İNVAZİF CERRAHİDE YENİLİKLER

A. JİNEKOLOJİ CERRAHİNİN GELECEĞİ; KOMPLEKS  
JİNEKOLOJİK CERRAHİNİN ÜST İHTİSAS OLABİLMESİ  
İÇİN ADIMLAR

*Jacob K. LAUER MD, MPH, FACOG  
(Çeviri: Dr ERHAN ŞİMŞEK)*

## ÜROJİNEKOLOJİDE MESH KULLANIMI: NELERE DİKKAT EDELİM?

Dr. Yakup Kumtepe

Pelvik organ prolapsusu ve stress üriner inkontinans cerrahisinde sentetik meş kullanımı 1990 lı yılların başlarında meş üretimi ve ticari medikal firmalarda üretimin yaygınlaşmasıyla artmıştır. Meş kullanımı 2000 li yılların ortasından sonra çok liberal olmaya başlamış ve meş üreten firmaların ürünü tüm dünyada çok rahat kullanım onayı almıştır. Bu şekilde sentetik meşlerin sınırsız ve zaman zamanda endikasyonsuz kullanımı bir takım komplikasyonları kaçınılmaz kılmıştır. Ürojinekolojik cerrahide multifilament ve küçük pore meş kullanımı bir çok komplikasyona sebep olduğu için büyük porlu monofilament meş (tip-1) kullanımı önerilmiş ve kabul edilmiştir (1).

Tüm dünyada POP cerrahisinde otolog greft meş kullanımı çok geniş greft alımı sonucu donör morbiditesini artırdığı için, emilebilir meş kullanımı ise yüksek başarısızlık oranı nedeniyle kullanımı hemen hemen dünyada ve ülkemizde yoktur. Bu nedenle nonbiyolojik meş kullanımı çok yaygındır.

POP cerrahisinde meş kullanımının birtakım komplikasyonları olduğu için uygulaması günümüzde tartışılmaktadır. Bu komplikasyonlara ve terminolojisine baktığımızda; meş enfeksiyonu, doku ekstruzyonu, vajinal epitelyumun separasyonu sonucu meşin görünür hale gelmesi (meş exposure), meşin küçülmesi (meş shrinkage), ağrı ve seksüel disfonksiyon gibi geniş yelpazeli komplikasyonlar olduğu görülmektedir. Meşin vajinal bölgede erezyon sonucu çıplak hale gelmesi (meş exposure) %4-%19 arasında değişmektedir (2).

Non biyolojik meşin içeriğine baktığımızda üç kategoride olduğunu görürüz. Sentetik, emilebilir sentetik ve kompozit meş. Ülkemizde yaygın olarak kullanılan meş sentetik meş grubundandır. Sentetik meşin yapısına baktığımızda monofilament veya multifilament yapıda olabilir. Yine bu meşlerin por genişliği olarak değerlendirildiği Amid kalsifikasyonuna (3) göre tip 1-4 olarak sınıflandırıldığını görüyoruz.

Yapılan çalışmalar por genişliği 75 mikrondan fazla olduğu anlamına gelen tip (4) ve monofilament meş daha az yan etki nedeniyle tercih edilen gruptur.

Yabancı bir materyale karşı immün cevap kompleks ve dinamik olabilir. Polipropilen meşin herni tamirinde abdominal duvara yerleştirilmesi minimal reaksiyona sebep olurken, pelvik tabana yerleştirildiğinde önemli komplikasyonlara sebep olması konağın meşe karşı spesifik cevabı olduğunu göstermiştir (5).

Kullanılan meşlerin başarısı ve komplikasyonları kullanılan meşin özelliği, ürünün dizaynı, meşin por aralığı, meşin hangi anatomik yolla implante edildiği, hastaya histerektomi yapıp yapılmadığı ve cerrahın deneyimi çok önemlidir. Yine kullanılan meşin yüzey genişliğinin çok önemli olduğu bildirilmiştir. Ancak POP cerrahisinde meş kullanımının inkontinansda meş kullanımına göre riskin çok daha yüksek olduğu bildirilmiştir.

Meş kullanımının yaygınlığı ile birlikte görülen komplikasyonların artmasıyla beraber FDA 2008 yılından başlayarak farklı aralıklarla meş kullanımı için birtakım öneriler ve uyarılar bildirmekle kalmamış, 2019 yılı Nisan ayında sentetik meş üretici ve satıcılarına meş üretilmemesi ve satılmaması gerektiğini bildirmiştir. Burada dikkati çeken nokta bu yasak sadece transvajinal meş kullanımıyla sınırlı tutulmuş ve transabdominal ve SUI meş kullanımı bunun dışında tutulmuştur.

Bu gelişmeler dünyadaki bir çok ilgili derneğin dikkatini çekmiş ve bir çok üro-jinekoloji derneklerinin ortak önerileri ve bilgi amaçlı uyarıları yayınlanmıştır. Bu önerilere baktığımızda,

### **Posterior prolapsusda;**

Sentetik meş kullanımının meş ekspozurunu artırdığını ve doğal doku tamirine göre daha başarılı olmadığını bildirmiştir. Bu nedenle posterior defekt tamirinde sentetik meş kullanılmamalıdır açıklamasını yapmıştır.

### **Anterior prolapsusda;**

Sentetik meş kullanımı anatomik başarıyı artırır ancak önemli riskleri vardır.

1-prolaps nedeniyle tekrar cerrahi riski yüksektir.

2-daha uzun ameliyat süresi ve daha fazla kanama kaybına sebep olur.

3-%11 kadar meş erezyon riski mevcuttur.

4-%7 sinde cerrahi düzeltme gerekmektedir.

5-disparoni oranı %9 dur.

### **Apikal prolapsda;**

Sakral kolpopeksi komplikasyonlarına baktığımızda; vajinal meş ekspozure (%2-%5), de novo konstipasyon ve obstrüktif defekasyon sendromu (%10), per operatif mesane yaralanması (%1), pelvik apse (%1 den az), spondilodiskitis (%0.1), mesane rektumda veya meş ekspozuru (%0.1 den az) (6).

Laparoskopik sakral kolpopeksi abdominal açık sakrokolpopeksi kadar etkin olduğundan ve laparoskopinin avantajları göz önüne alındığında kolpopekside laparoskopik yaklaşım önerilmektedir. Dikkat edilmesi gereken durum, silikon kaplı polyester ve politetrafloretillen içerikli meş kullanılmaması gerektiğidir (7).

Ayrıca meş kullanımına histerektomi eklendiğinde meş ekspozure %8.6 iken geçmişte histerektomi öyküsü olanlarda %2.2 olduğundan eş zamanlı histerektomi yapılması gerektiğinde subtotal histerektomi yapılmalıdır (8).

Bu komplikasyonlardan kaçınmak için genel öneriler; değiştirilebilir risk faktörlerinin düzeltilmesi (sigara içimi, atrofi), uygun meş seçimi (por genişliği 70 mikron ve daha büyük), yeterli cerrahi eğitim, gergisiz meş uygulanması, meşin dokuya uygun boyutta olması ve fikse edilmesi, post operatif sık ve düzenli kontroller, tam kat disseksiyon (epitelin pubovesiko servikal bağ dokusundan ayrılmaması, (vasküler destek korunur) (9) şeklinde özetlenebilir.

Yine POP cerrahisi ile ilgili bir çok dernek bildirisini göz önüne aldığımızda native doku tamiri ile cerrahi yapılmasının başarılı olduğu, bu nedenle POP cerrahisinde komplikasyonlardan kaçınmak için meş kullanımının sınırlandırılması gerektiği, meş kullanılacaksa bunun prolapsın nüks riskinin fazla olduğu; rekurrent prolaps, kronik öksürük, ve kronik yüksek karın içi basıncı durumlarında uygulanması gerektiği yönündedir.

ACOG un meş ile ilgili komplikasyon oluştuğunda ne yapalım sorusuna cevaben önerisine baktığımızda; asemptomatik monofilament makropor meş ekspozuru durumunda bir müdahalede bulunulmadan beklemek uygun bir tedavi yöntemi olabilir,

vajinal östrojen kullanımı 0.5 cm ve daha küçük mesh ekspozurunda denenebilir,

persisten vajinal kanama, akıntı ve üriner enfeksiyonlarda meş erezyonu bir etken faktör olabilir diye akla gelmelidir. Meşin çıkarılması için cerrahi uygulama spesifik cerrahi bir endikasyon olmadan uygulanmamalıdır şeklinde olduğunu görüyoruz.

Vajinal yoldan meş kullanımı abdominal yol meş kullanımına göre daha fazla yüzey alanı içermesi nedeniyle meşle ilgili komplikasyon vajinal kullanımda daha fazladır (10).

Üriner inkontinas cerrahisine baktığımızda, geleneksel kolposüspanسیون cerrahisi sling cerrahisine göre daha fazla morbiditeye sahiptir. Yine şiddetli stres üriner inkontinans cerrahisinde sling meş kullanımı deneyimli ve eğitilmiş cerrah tarafından uygulandığında başarılı ve emniyetli bir yöntemdir. Bu nedenle birçok ürojinekoloji derneği risk fayda değerlendirmesiyle midürebral sling uygulamasının devamını önermektedir.

### **Cerrahi sonuçları etkileyen faktörlere baktığımızda**

1-kullanılan meş materyalinin biyouyumluluğu, doku ile oluşturduğu bütünlük, uzun süreli stabilite gibi özellikleri ve zamana karşı mekanik performansı cerrahi sonuçları çok etkiler.

2-meşin dizaynı (fiziksel özellik, por aralığı)

3-kullanılacak meşin yüzey alanı (büyüklüğü)

4-implantasyonun vajinal veya abdominal yolla olmasına

5-hastanın kilosu, yaşı, sigara içmesi gibi kondisyonları

6-meş cerrahisine histerektominin eşlik etmesi

7-cerrahin deneyiminin çok önemli olduğunu görmekteyiz.

**Tüm bu bilgilerin ışığında öneriler şu şekilde özetlenebilir.**

- 1-Anterior ve posterior prolapsda meş uygulamasının doğal doku tamirine kıyasla başarısı eşit orandadır, bu nedenle POP cerrahisinde vajinal yolla meş uygulaması sadece kompleks vakalarda, başarısız cerrahi öyküsü olanlarda veya başarısız olacağı düşünülen hastalarda uygulanmalıdır.
- 2- Meş abdominal yolla laparoskopik olarak uygulanabilir, vajinal meş uygulamasına göre komplikasyon riski azdır.
- 3-Midürethral sling uygulamasında meş yüzey alanı çok az olduğundan komplikasyon oranı kabul edilebilir orandadır ve başarısı yüksektir.
- 4-Meş kullanımında sertifikaya ve deneyimli cerrahların komplikasyonu daha az olduğundan cerrahlar sertifikaya edilmelidir.
- 5-Mesleki derneklerin açıklayıcı quideline larına dikkat edilmelidir.

**Kaynaklar:**

- 1-Gigliobianco G, Roman S, Osman NI, Bullock AJ, Bissoli J, Chapple CR, MacNeil S. Biomaterials for Pelvic Floor Reconstructive Surgery: How Can We Do Better? BioMed Research International. In press Nov 2014.
- 2-Milani AL, Vollebregt A, Roovers JP, Withagen M.I.J. The use of mesh in vaginal prolapse. Ned Tijdschr Geneesk. 2013; 157(31):A6324. Review. Dutch.
- 3-Amid PK. Classification of biomaterials and their related complications in abdominal wall hernia surgery. Hernia. 1997; 1:15-21.
- 4-Klinge U, Klosterhalfen B. Modified classification of surgical meshes for hernia repair based on the analyses of 1,000 explanted meshes. Hernia. 2012; 16(3):251-258.
- 5-Patel H, Ostergard DR, Sternschuss G. Polypropylene mesh and the host response. International Urogynecology Journal 2012; 23, 669-679.
- 6-Maher C, Feiner B, Baessler K, Schmid C. Surgical management of pelvic organ prolapse in women. Cochrane Database Syst Rev. 2013; 4:CD004014.
- 7-Freeman RM, Pantazis K, Thomson A, Frappell J, Bombieri L, Moran P, Slack M, Scott P, Waterfield M. A randomised controlled trial of abdominal versus laparoscopic sacrocolpopexy for the treatment of post-hysterectomy vaginal vault prolapse: LAS study. Int Urogynecol J. 2013; 24(3):377-84.
- 8-Zucchi A, Lazzeri M, Porena M, Mearini L, Costantini E. Uterus preservation in pelvic organ prolapse surgery. Nat Rev Urol. 2010; 7(11):626-33. doi: 10.1038/nrurol.2010.164.
- 9-Lee Ra Atlas of gynecologic surgery Saunders Barki D. Otto T. Surg. Technol. İnt.2014
- 10-Brubaker L, Norton PA, Albo ME, et al; for the Urinary Incontinence Treatment Network. Adverse events over two years after retropubic or transobturator midurethral sling surgery: findings from the Trial of Midurethral Slings (TOMUS) study. Am J Obstet Gynecol 2011;205:498.e1-6.

## ÜLKEMİZDEN DÜNYA LİTERATÜRÜNE KATKILAR

### A- UTERİN ARTER NEREDEN KÖKEN ALIR?

### PROSPEKTİF GÖZLEMSEL LAPAROSKOPİK ANATOMİ ÇALIŞMASI



#### Original Article

## From Where Does the Uterine Artery Originate? A Prospective, Observational Laparoscopic Anatomic Study

Adnan Orhan, MD, Kemal Ozerkan, MD, PhD, Isil Kasapoglu, MD, Cagatay Taskiran, MD, Dogan Vatansever, MD, Erdogan Sendemir, MD, PhD, and Gurkan Uncu, MD

*From the Department of Obstetrics and Gynecology, Uludag University Hospital, Bursa (Drs. Orhan, Ozerkan, Kasapoglu, and Uncu), Department of Obstetrics and Gynecology, Koc University School of Medicine, Istanbul (Drs. Taskiran and Vatansever), and Department of Anatomy, Uludag University School of Medicine, Bursa (Dr. Sendemir), Turkey.*

#### ABSTRAKT

Çalışmanın amacı: Benign durumlarda retroperitoneal diseksiyon ile laparoskopik histerektomi sırasında gözlemlendiği şekilde uterin arterin (UA) anatomik varyasyonlarının belirlenmesi ve sınıflandırılması

**Dizayn:** Prospektif gözlemsel çalışma

Yer: Uludağ Üniversitesi Hastanesi obstetrik ve jinekoloji departmanı, Bursa, Türkiye

**Hastalar:** Benign hastalık için laparoskopik histerektomi endikasyonları ile başvuran toplam 378 kadın hasta

Müdahaleler: Mart 2014-Ekim 2018 arasında tüm hastalara bilateral retroperitoneal diseksiyon ile laparoskopik histerektomi uygulandı. Ana iliak arterin bifurkasyonundan başlayıp aşağıda UA'nın ureter ile çaprazına kadar olan vasküler anatomi açığa çıkarıldı ve çalışıldı. UA tanımlandı ve değişken dallanma modelleri kaydedildi. Modeller daha sonra klasik vasküler anatomi çalışmalarından uyarlanan gruplara sınıflandırıldı.

Ölçümler ve Ana Bulgular: 378 kadın hastada 756 UA'nın retroperitoneal diseksiyonu yapıldı. UA vakalarının %80.9'unda internal iliak arterin ilk anterior dalı idi (Model 1; Ana Model). Üç ek model UA'nın diğer varyasyonlarını aşağıdaki gibi yeterli olarak tanımladı: Model 2 (Çapraz Model), %3.7; Model 3 (Trifurkasyo Modeli), %3.1; Model 4 (Ters-Y Modeli), %7.4. UA'nın kökeni vakaların %7.4'ünde belirlenemedi.

**Sonuç:** UA kadınların %80'inden fazlasında internal iliak arterin ilk anterior dalıdır. Cerrahlar, güvenli ve etkin işlemler gerçekleştirebilmek için UA'nın anatomik varyasyonlarının farkında olmalıdır.



B- LAPAROSKOPİK MYOMEKTOMİDE KULDOTOMİ VE SINIRLARI

European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology 247 (2020) 49–54



Contents lists available at ScienceDirect

European Journal of Obstetrics & Gynecology and  
Reproductive Biology

journal homepage: [www.elsevier.com/locate/ejogrb](http://www.elsevier.com/locate/ejogrb)



Full length article

Culdotomy in laparoscopic myomectomy and its limits

Cengiz Andan\*, Şerif Aksin

TC Ministry of Health, Health Sciences University, Gazi Yasargil Diyarbakir Training and Research Hospital, Obstetrics and Gynecology, Diyarbakir, Turkey



ABSTRAKT

**Amaç:** Laparoskopik myomektomide myomun bütünlüğünün korunarak abdomenden çıkarılması için kullanılan kuldotomi yönteminin sonuçlarını ve sınırlarını incelemek. Bunun doku ekstraksiyonu için iyi bir seçenek olup olmadığını belirlemek

**Dizayn:** Prospektif toplanan datanın retrospektif analizi

**Yer:** Jinekoloji ve obstetrik eğitim ve araştırma hastanesi

**Hastalar:** Laparoskopik myomektomi yapılan ve kuldotomi ile doku çıkarılan 102 hasta

**Bulgular:** Eylül 2017 ve Mayıs 2019 arasında 102 hastaya laparoskopik myomektomi yapıldı ve dokular kuldotomi ile abdomenden çıkarıldı. Ortalama myom çapı  $7.7 \pm 2.4$  cm (4-15 cm) ve ortalama ağırlık  $161 \pm 120$  g (20–602 g) idi. Ortalama cerrahi süre  $95 \pm 41$  dk (36–214 dk) idi. İki hasta dışında tüm myomlar bütünlükleri korunarak çıkarıldı. 87 hastada myom 10 cm'den küçüktü ve bu gruptaki tüm myomlar vajinadan kolaylıkla çıkarılabildi. 13 hastada myom 11-13 cm arasındaydı. Bunlardan 8'i zorluk olmadan çıkarıldı, 5'i güçlükle çıkarılabildi ve bunların 4'ünde yüzeysel vajinal laserasyonlar oluştu. İki hastada myomun intakt olarak çıkarılamaması (14 ve 15 cm) nedeni ile vajinal mekanik morselasyon uygulandı. Vajinal doğum açısından bakıldığında, 34 hasta (%33.3) hiç vajinal doğum yapmamıştı ve 68 hastanın (%66.7) vajinal doğum öyküsü vardı. Doğum yapmamış bir kadından çıkarılan en büyük myom 12 cm (345g) idi. Doğum yapmış bir kadından çıkarılan en büyük myom 13 cm (490g) idi. Hiçbirinde major komplikasyon gelişmedi. Postoperatif 7. ve 30. günde hiçbir enfeksiyon bulgusu görülmedi ve 6 aylık takipte operasyona bağlı disparoni tespit edilmedi.

**Sonuç:** Bu çalışmada mutiparlarda 13 cm'e kadar (490g) ve nulliparlarda 12 cm'e kadar (345g) myomların bütünlüklerinin korunarak kuldotomi ile çıkarılabildiği görüldü. Kuldotomi myom çıkarılması için güvenli, ekonomik ve etkin bir yöntemdir.

## JİNEKOLOJİ CERRAHİNİN GELECEĞİ ; KOMPLEKS JİNEKOLOJİK CERRAHİNİN ÜST İHTİSAS OLABİLMESİ İÇİN ADIMLAR

Jacob K. LAUER MD, MPH, FACOG , Arnold P. ADVINCULA MD, FACOG, FACS

Çeviri : Dr Erhan ŞİMŞEK



### Perspectives

## The Future of the Gynecologic Surgeon: Rationale for and Steps toward Subspecialization of Complex Gynecologic Surgery

Obstetrik ve Jinekoloji (OB&GYN) iki ayrı ama ilişkili alanı tek bir uzmanlık alanı altında birleştirir. Uzmanlığın tarihi boyunca obstetrinin jinekolojiden ayrılması dile getirilmiştir ve bu tartışmalar bugün de yeni şekillerde dile getirilmektedir. Uzmanlığın değişimi; hasta tedavisini aşan çekişmeli bir konudur ve uzmanın eğitimi ve uzmanın bilinirliği için olduğu kadar tüm mesleki yapı için de sonuçları olan bir durumdur.

Bu makalede, OB&GYN eğitim modelindeki güncel çekinceleri ve kompleks jinekolojik cerrahilerdeki bu alt ihtisas gruplarının bu çekinceleri alt nasıl ele alacaklarını ve katkı sağlayabileceklerini tanımlayacağız. Sonra geçmişe ve sosyal bilimlerin uzmanlıkları tanımlamasına ve zaten ortaya çıkmakta olan üst ihtisasların yapıtaşları olabilecek süreçlere bakacağız.

### Jinekoloji Cerrahi Eğitiminde Güncel İkilem

OB&GYN cerrahi uzmanlıklar arasında 18 ayı jinekolojiye spesifik olmak üzere 4 yıl asistanlığı olan yegane bölümdür diğer cerrahi uzmanlık programları 5 yıllık ve ya daha fazladır. Birleştirilmiş alan ve kısaltılmış eğitim programı çeşitli yazarlar tarafından tanımlanmıştır.

Kombine uzmanlık baştan beri eleştirilmektedir.1968’de Bruschiwig “kaybolan jinekoloji”, 1982’de Mattingly “jinekolojik cerrahin eğitimi; yeni bir taahhüt”, 1998’de Podratz makalelerinde aynı konuya değinmişlerdir; OB&GYN eğitiminde obstetri odaklı olması jinekologların cerrahi yeteneklerinin kısıtlı olmasına yol açmıştır. 1966’da Millis Medikal Eğitim Raporunda diğer cerrahi uzmanlıklarla karşılaştırıldığında OB/GYN “sertifikasyon için yeterli cerrahi eğitimin azlığı” nedeniyle eleştirilmiştir.

OB/GYN’de cerrahi eğitimin yeterliliği devam etmektedir. 2011 yılında asistanlık program direktörlerinin %38,1’i anket çalışmalarını, bağımsız olarak laparoskopik histerektomi yapmaya mezun olmaya yakın asistanların “biraz hazır” ya da “hiç hazır değil” olarak gördüklerini cevaplamışlardır. 2015 yılında jinekolojik onkoloji program direktörlerinin sadece %44’ü gelen fellowların tek başlarına histerektomi yapabilecek durumda olduklarının düşündüklerini bildirmişlerdir. Yakın tarihli bir çalışmada ülke çapındaki uzmanlık programlarının sadece yarısında tıp eğitimleri akreditasyon konsülünün (ACGME) standartlarını karşılayacak mezunlar bulunduğu bildirilmiştir.

Güncel durumun özellikleri de jinekolojik cerrahi eğitiminin yükünü artırmaktadır. İlk olarak, jinekolojik cerrahilerin karmaşıklığı artmaktadır. Günümüzde, hafif semptomu ve düşük dereceli patolojileri olan hastalarda cerrahi dışı tedaviler için daha çok seçenek vardır. Hastalar daha obez olamaya, geçirilmiş cerrahileri bulunmaya, daha büyük uterusları olmaya meyillidirler. Jinekolojik cerrahinin öncülerinin tanımladığı cerrahi modaliteler başlangıçtan bu yana oldukça çeşitlenmiştir.

İkincisi, sağlık sisteminin kalitesi üzerine atfedilen önem artmıştır. Giderek artan oranda çalışma düşük vaka sayılı ile yüksek vaka sayılı cerrahlar arasında ameliyat farkını daha çok ortaya koymaktadır. Önümüzdeki de-katlarda sağlık sistemleri daha talepkâr olacaktır. Ayrıca hastalar ve sağlık sistemini karşılayanlar cerrahlardan daha fazlasını umacaklar ve daha isteyici olacaklardır.

Bu endişelerin giderilmesi ve daha yüksek kalitede cerrahi tedavi için jinekoloji hastalarında neler yapılabilir. Pek çok potansiyel çözüm vardır. Bazıları obstetrik ve jinekolojinin ayrılmasını önermektedirler. Tüm hasta-ların eşit tedavi alabilmesi için en kestirme yol bu gibi görünse de geniş ölçekte uygulanabilir olması ihtimali düşüktür. Jinekolojik operasyon gerçekleştirecek asistanların Asistan takibi, cerrahi yeteneklerini geliştirebile-cektir. Çoğu program direktörü asistan takibinin eğitimi pozitif etkileyeceğini düşünse de çoğu takibin başarılı bir şekilde programlarına dahil edilebileceğini düşünmemektedir.

Konsey tarafından tanınan bir kompleks jinekolojik cerrahi üst ihtisasının cerrahi tedavinin kalitesini artıracak uygun bir yol olduğuna inanıyoruz. Bu şekilde bir üst ihtisasın sağlık sisteminde resmi bir yerinin olması, daha kompleks cerrahiler gerektiren hastaların eğitim düzeyi daha ileri olan cerrahlardan tedavi almalarını sağla-yabilir. Aşağıdaki bölümde Minimal İnvazif Jinekolojik Cerrahi Eğitimi (FMIGS) bu üst ihtisas için bir çerçeve oluşturabilir.

### FMIGS ve Üst İhtisas Yolu

FMIGS 2001 den bu yana vardır. Jinekologları ileri endoskopik cerrahiler için eğitmek üzere başlamıştır an-cak laparoskopi ve histeroskopinin yanı sıra endometriozis, pelvik ağrı ve üreme cerrahisi gibi asistanlık programlarını da içeren çok geniş bir grubu içermektedir. Programlar farklı cerrahi modalite ve spesifik tanı-lara göre oldukça değişebilmektedir. Bugüne kadar bu programlardan mezun 400 den fazla mezun bulunmak-tadır ve mezun asistanların bu programlara ilgisi artmaktadır. Programların popüleritesine rağmen resmi bir üst ihtisas bulunmamaktadır.

FMIGS jinekolojik cerrahi eğitimi bilmecesine potansiyel bir cevabı temsil eder. Bu programın mezunları, aka-demik departmanlarda, hastane bünyesinde ve sahadaki pratikte jinekolojik cerrahların önemli bir rol üstlen-mektedirler. Eğer eğitimde bu cerrahlara talep varsa, o zaman neden yasal bir üst ihtisas bulunmuyor.

Tıp alanında uzmanlaşma pekçok tarihçi ve sosyolog tarafından araştırılan bir konudur. Tıbbi uzmanlıklar Pa-riş'te doktorların kurumlarda organize olmalarıyla 1930 ve 1940'lardan bu yana vardır. Geleneksel olarak tarihçiler tıpta uzmanlaşmanın tıbbi bilginin hızla artmasına ve doktorların biriken bilgiye sahip olmasının sonucu olduğuna inandılar. Bazı tarihçiler "organik yerelliği" tartışmaktadır- bir organ sistemine ait hasta-lıkların kümelenmesi ile uzmanlığın oluştuğu fikri- ya da teknolojinin artmasıyla – kısırlanmış uzmanlaşma. Daha güncel olan ise George Weisz PhD gibi tarihçiler, daha çok doktorların araştırma ile gelişen tıp bilimine ortak bir adanmışlığın etrafında şekillendiğini göstermişlerdir. Uzmanlık tam olarak daha yetenekli bir dok-toru değil, bilgiyi araştırma ile geliştirebilecek sosyal bir yapılanmayı gösterir. Bu yapı Fransa'nın bilimsel tıp topluluğuna bir model olmasına izin vermiştir. Teknoloji ve organ spesifik hastalıklar bu yapılanmanın sadece bir etkisidir (sebebi değildir).

Uzmanlaşma tıbbi özgün bir durum olmadığı gibi diğer pek çok meslekte de bulunmaktadır. Sosyologlar pro-fesyonelleşme sürecini çalışmışlardır – uzmanlığa ayna tutan bir süreç. Andrew Abbot Ph D., profesyonel hayatın çekişme gibi temellerini tanımlayan, meslek sistemlerini çalışan bir sosyologdur. Meslekler bilgi ve beceri isteyen yetki alanları için rekabet halindedir. Bu bağlamda "yetki alanları" terimi bir iş kolunu ifade eder ve resmi alana sınırlı değildir. Farklı mesleklerin doğması "yetki alanları tartışmasının bir sonucudur. Bir meslek bir kontrol alanını bıraktığında ya da başka bir meslek kontrolü ele geçirdiğinde yetki alanları değişir. Bu yetki alanlarının belli meslek ve beceriler etrafında ya da bilgi alanında kümelenebileceğini iddia eder. Bu kısa bilgi profesyonel olanı profesyonel olmayandan ayırır. Abbott üç tip profesyonel iş tanımlar; Teşhis, Çı-karım ve Tedavi. Tanı ve tedavi profesyonel uzmanlık gerektirir ama otomasyon ve yetkilendirmeye yatkındır. Çıkarım –tanı ve tedavi arasındaki bağlantıyı çıkarmak için bilgiyi kullama becerisi- bir mesleğin yetki alanları taleplerini belirleyen ana yoldur.

Yetki alanlarına ait talepler oluştururken, talebin gücünü belirleyen sadece çıkarımın derecesi değildir. Talep organize bir grup ya da cemiyet tarafından yapıldığında daha güçlenir. Abbott "bazı yönlerden, bir mesleğin herhangi bir şeyi başarması için kurumsallaşması (birlik olması ) gerekir" demektedir. Kurumsallaşmadaki itici

güç kendini tanımlama başlangıcının çok ötesindedir. Adanmış bir birliktelik süreci ile bir meslek, bilgi alışverişinde bulunup, çalışmalarını standardize edip kamusal ve politik alanlarda yayabilir.

Profesyonelleşmenin payandalandığı tarihsel çerçeve ve sosyolojik yapı yüzyılın ikinci yarısında tıpta üst ihtisasların gelişimiyle ortaya çıkmıştır. Uzmanlıklar ve üst-ihtisaslar hızla çoğalmış ve gelişimleri Abbott'un mesleklerin evrimine özgü diye tanımladığı yetki alanları için bir çekişme doğurmuştur. Yetki alanları belirlemede "anlaşmalara" ve var olan ilgili uzmanlıklarla iletişime ve birlikte çalışmaya başlamışlardır. Bu süreç, vasküler cerrahide, kadın pelvisi tıbbında ve plastik cerrahide ve yakın zamanda kompleks aile planlaması gibi üst ihtisasların yaratılmasında görülebilir. Abbott çekişme halindeki mesleklerin varabilecekleri farklı anlaşma şekilleri tanımlamıştır. Bir meslek tam yetki alanları talep edebilir ancak daha sıklıkla aynı arenada birlikte var olmaya razı olacaktır.

FMIGS teknoloji odaklı olmakla eleştirilmiş ve bu eleştiriler mesleklerin ve uzmanlıkların tarihsel ve sosyolojik çözümlenmeleri ile desteklenmiştir. Teknoloji ile tanımlanmış meslekler doğası gereği kendiyile sınırlıdır. Teknoloji değişir; cerrahi tedaviler evrilir. Eğer MIGS tedavi ile tanımlanmaya devam ederse (abbott'un çalışma alanlarını kullanarak), bir meslek olarak değeri doğası gereği tercih edilen tedavi olarak kalan ömrüne bağlı olacaktır. Bu nokta ABOG tarafından önerilen minimal invazif jinekolojik cerrahide artmış kualifikasyon sertifikasına karşı çıkan Amerikan ürojinekoloji cemiyeti ( AUGS)'nin 2019 bildirisinde dile getirilmiştir. AUGS bu sertifikasyona "yeterince spesifik olmayan ve cerrahi bir tıp alanından çok cerrahi bir yolu tanımladığı" söylemiyle karşı çıkmıştır. Minimal invazif cerrahi artık narin bir yetenek değildir ve uzmanlık alanlarındayetişmemiş cerrahlar tarafından da uygulanan standart bir yaklaşım olma yolundadır.

### Sonuç

Bir uzmanlık olarak obstetri ve jinekoloji uzun ve tarihsel bir hikayesi olan uzmanlık alanıdır. Her iki uzmanlığın ayrılması ya da birlikte yürütülmesi konusunda yapılacak tartışmalar vardır. Bu tartışmalar on yıllar boyunca sürer ancak köklü bir değişiklik yakın gibi görünmemektedir. Biz, kompleks jinekolojik cerrahide yeni formal bir üst ihtisasın kompleks jinekolojik durumların tedavisi için gereken donanımda profesyonellere olan ihtiyacı karşılayabileceğini düşünüyoruz. Bu sonuca gelmek ve bord tarafından tanınan bir üst ihtisas yaratmak için üç aşama öneriyoruz.

İlk olarak, FMIGS programı bir yandan yoğun cerrahi eğitimleri sürdürürken diğer yandan sık cerrahi durumlar etrafında ( örneğin miyom, endometriozis, pelvik ağrı ) yeniden yapılandırılmalıdır. Bu ise syapılanmanın modifikasyonunu, deneyimin standardizasyonunu ve teknoloji ya da belli bir cerrahi modaliteyi kastetmeyecek şekilde bilgi odaklı bir uzmanlığı yeniden adlandırmayı gerektirir. Bu yolla "çıkarm" profesyonelliği oluşturulabilir; sadece teknik becerileri olan değil ayrıca hastaya abstrakt bilgi ile yaklaşabilen uygulayıcılar. Endometriozis, miyom ve pelvik ağrı gibi konularda bilgi birikimi arttıkça hastalara uygun tanı koyabilen ve tam tıbbi ve cerrahi seçeneklerle tedavi planlayabilen doktorlar sadece minimal invazif cerrahi yapabilen cerrahlardan daha çok değer üreteceklerdir. Bu şekilde bir yeniden yapılanma ACGME tarafından tanınan ABOG onaylı üst ihtisas eğitim programları oluşturulabilir. ACGME'nin bir üst ihtisas adlandırmadaki kriteri "bilimsel tıbbi bilginin varlığı...(i) zaten var olan akreditasyon alanlarından klinik olarak farklı olması ve (ii) bir klinik alanda bireylere eğitim verecek ve sadece bir veya birkaç teknikte olmayacak.

İkinci olarak, bu kompleks jinekolojik cerrahi üst ihtisasına özgü milli birlik kurulmalıdır. Bu birliktelik yetki alanları oluşturmak için çaba sarf etmeli ve Ob/Gyn uzmanlığında uzlaşmalar aramalıdır. Uzmanlığımızın tarihinden çıkartılacak dersler unutulmamalı ve meslekteki herkesin karşılıklı yararına olacak değişiklikler araştırılmalıdır. Kamu nezdinde ve politika oluşturma aşamasında ve bu üst ihtisasın board tarafından tanınması, araştırma fonlanması ve geri ödeme kapasamalarının tanınip geliştirilmesi için çsba harcanmalıdır.

Üçüncü olarak, işgücü yapılanmasındaki çeşitli çalışma modelleri tarafsız olarak değerlendirilmeli ve Ob/gyn uzmanları ve kompleks jinekolojik cerrahi uzmanlarını entegre eden sürdürülebilir departmanlar oluşturacak tanımlar yapılmalıdır. Departmanlar ve pratik uygulamalar modeller oluşturduklarında, deneyimlerini tanımlayıp raporlamaları gerekecektir ve bu sayede kompleks durumlara yüksek kalitede tedavi sağlayan ve aynı zamanda Ob/Gyn uzmanlarınca sağlanan obstetrik ve jinekolojik genel bakıma zararlı bir etkisi olmayan sistemler belirlenebilir.

Bu adımlar hastaların ihtiyaçlarını karşılayan ve kadın sağlığını geliştiren jinekolojik cerrahinin gelecekteki yapı taşlarını oluşturacaktır.

## MINİMAL İNVAZİV JİNEKOLOJİK CERRAHİ VİDEO LİNKLERİ

**1-) Deep endometriosis of mid rectum, right parameter and sacral roots**

**Part 1: Live surgery to the 2nd MIGS Congress in Istanbul, Turkey**

<https://www.youtube.com/watch?v=8S3egV1XGb0>



**2-) Deep endometriosis of mid rectum, right parameter and sacral roots**

**Part 2: Live surgery to the 2nd MIGS Congress in Istanbul, Turkey**

<https://www.youtube.com/watch?v=nJ39JXkzL4M>



**3-) Bilateral endometrioma eksizyonu ve postop rezerv değerlendirilmesi**

<https://www.youtube.com/watch?v=jaTHpMhO7fU>



**4-) Laparoskopik myomektomi**

<https://youtu.be/G0bEpExETA0>



**5-) Laparoskopik histerektomi**

<https://www.youtube.com/watch?v=xO7U-isGlt4>



**6-) Laparoscopic Left Pudendal Nerve and Artery Release (Part 1)**

[https://youtu.be/2gZSr38-l\\_M](https://youtu.be/2gZSr38-l_M)



**7-) Laparoscopic myomectomy, morcellation in a hand-made bag from plastic urine bags**

<https://youtu.be/lqMfcSJ83o8>



**8-) Simple total laparoscopic hysterectomy using bipolar**

<https://www.youtube.com/watch?v=lqMfcSJ83o8&feature=youtu.be>



**9-) Resection of deep pelvic endometriosis with ureteral and sacrouterine ligament involvement**

[https://www.youtube.com/watch?v=ubrTRNaXyrE&list=UU-clTmWSUw\\_ep5msVYR5JyA&index=5](https://www.youtube.com/watch?v=ubrTRNaXyrE&list=UU-clTmWSUw_ep5msVYR5JyA&index=5)



## Dernek Başkanımız Prof. Dr. Bülent Urman ile MIJİD Tarihçesi ve Eğitim Programı hakkında söyleşi



<https://www.youtube.com/watch?v=QoYAOZuWA5U&t=15s>





[www.mijid.org](http://www.mijid.org)