

John H. Fisher II, Tıp Doktoru
Radyoloji Doçenti
St. Luke's Episcopal Hastanesi
Baylor Tıp Okulu
Houston Teksas

Robert K. Zurawin, Tıp Doktoru
Kadın hastalıkları ve Doğum Doçenti
Baylor Tıp Okulu
Houston Teksas

Benig uterin fibroidler (miyom) kadın pelvisinde en sık görünen tür tümörlerdir. Amerikan Kadın Hastalıkları ve Doğum Kurumuna (ACOG) göre bu tür fibroidler en çok 30-40 yaş arasındaki kadınlar olmak üzere kadınların ortalama %25 ile %50'sinde ortaya çıkmaktadır. Pek çok miyom çok küçük olup asemptomatik yapıları itibarıyla kadınların varlıklarından dahi haberdar olmadıkları fibroidlerdir. Menoraji (adet dönemlerinin ağır geçmesi) olan, idrar sıklığı yaşayan, pelvik ağrısı olan, sırt ağrısı çeken ve/veya düşük yapmış kadınların genellikle rastlanılabilen büyük fibroidler dahi rahatsız edici semptomlara yol açmayabilir. (Tablo 1)

Tablo 1 : Uterin fibroid etkileri

- Menstrüasyon değişiklikleri (aşırı kanama, daha uzun ve/veya daha sık adet görme, menstürel kramplar)
- Kan kaybına bağlı anemi
- Karın veya sırtın alt kısımlarında ağrı, rektal ağrı, displazi
- İdrara çıkma zorluğu ve kabızlığa yol açan uterus büyümesinin yol açtığı baskı
- Kısırlık, düşük

Söz konusu semptomlar doktorun miyomdan şüphelenmesi yol açabilir. Ancak çoğu zaman hasta asemptomatik olup tümörler ilk rutin pelvik muayenesi sırasında tespit edilir. Tümörlerin değerlendirilmesi ve tümör boyutları, morfolojisi ve lokasyonunun belirlenmesi amacıyla ultrasonografi, sonohisterografi, manyetik rezonans(MRI) histeroskopi ve laparoskopi gibi değişik diagnostik araçlar kullanılabilir. Ultrasonografi, diagnostik amaçlar çerçevesinde en düşük duyarlılığa ve özgüllüğe sahip olmasına rağmen yaygın olarak kullanılması, non invaziv olması ve düşük maliyetli olmasından dolayı genelde yapılan ilk testtir. Ultrasonografiden daha pahalı olmasına ve daha uzun almasına rağmen MRI, daha iyi bir doku karakterizasyonu sağlar ve fibroid ile benzer semptomlara sahip adenomiyosisi de teşhis edebilecek özelliklere sahiptir. Sonohisterografi ve diagnostik histeroskopi aşırı kanaması olan hastalardaki submukozal miyomları etkili bir şekilde tespit eder.

Tüm tedavi seçenekleri ile ilgili bilgi sahibi olan doktorlar, hastalarına miyomların nasıl tedavi edilebileceği ile bilgi verebilir ve onları en iyi şekilde hastalarını tedavi edebilirler. Bu bağlamda, Contemporary OB/GYN iki uzmanı - John H. Fisher II, Tıp Doktoru, St. Luke's Episcopal Hastanesi Radyoloji Bölümü ve Robert K. Zurawin, Tıp Doktoru, Kadın Hastalıkları ve Doğum Bölümü, Houston Teksas Baylor Tıp Okulu – hastalara yaklaşımlarını ve fibroidlerin kapsamlı tedavisi konusunda Kadın Doğum Uzmanı ve Girişimsel Radyoloji Uzmanının yenilikçi işbirliği ile hastalarda ortaya çıkan başarılı sonuçlarını tartışmak üzere davet etmiştir.

Contemporary OB/GYN : Miyomlar ile ilgili tedavi seçeneklerinin sayısında bir artış görünmektedir. Her ne kadar histerektomi semptomatik fibroid için kesin bir tedavi olsa da tedavi konusunda seçim yapma durumu pek çok faktöre bağlı görünmektedir. Bu durumda seçenekler ile ilgili ne dersiniz ?

Dr. Fisher : Tedavi seçeneklerini ikiye ayırabiliriz. Histerektomi ve açık miyomektomi gibi klasik cerrahi seçenekler ve laparoskopi, histerektomi, laparoskopik miyomektomi ve histeroskopik miyomektomi gibi minimal invaziv cerrahi seçenekler. Bunlara ilave olarak hormonal ve farmakolojik seçeneklerde mevcuttur. Görüntüsel seçenekler arasında da uterin fibroid embolizasyonu (UFE) ve son dönemde MRI tabanlı odaklı ultrasonu sayabiliriz. (MRgFUS) (Tablo 2)

Tablo 2: Uterin fibroid tümörleri olan Kadınlar için tedavi seçenekleri (en düşük invaziv seçenekten en yükseğe doğru)

Tedavi	Tanım	Avantajlar	Dezavantajlar
Hormonal ajanlar	Semptomatik rahatlama; kanamada azalma; miyom boyutlarında küçülme	İşlem gerektirmez; belki zamanla yapılan ölçümler ya da diğer tedaviler için ek terapiler	Uzun süreli tedavi; sonuçlarında menopoz benzeri semptomlar ve kemik kaybı; yüksek tekrarlama oranı; Sonraki işlemlere bağlı gebelikten korunma; geçici terapi, semptomlar tedavi bitiminde tekrar edebilir.
MRgFUS	Ultrason dalgaları anterior karın duvarından geçer ve miyom dokusunu ısıtır, fokal noktalardaki hücre ölümleri MRI tarafından tespit edilir	Ayakta tedavi işlemi; cerrahi ensizyon yok; anestezi gerekli değil; minimum rahatsızlıkla kısa iyileşme süreci	İşlem ortalama 4 saat gerektirir; büyük ya da çok sayıda olan miyomlar için tasarlanmamış; geçerli veriler kısıtlı.
UFE	Cerrahi değil; girişimsel radyolojik işlem; miyom arterleri (miyomlara kan sağlayan) kapatılır.	Cerrahi olmayan ensizyon; anesteziye gerek yok; uygun iyileşme süreci; az sayıda komplikasyon	Postembolizasyon sendromu (ağrı, ateş, lökositoz) yaygındır; miyomlar/semptomlar tekrar edebilir; ek işlemler gerektirebilir
Endometrial Ablasyon	Menorajiyi azaltmak için endometriumda histeroskopik destrüksiyon	Fibroidlerin duruşuna bağlı olarak menoraji etkin bir biçimde kontrol altına alınır	Uterin boşluk içinde myomları olan hastalarda teknik olarak uygun olmayabilir; kitleselik semptomunu azaltmaz
Miyomektomi	Miyomlara açık ameliyat ya da endoskopik eksizyon	Gebelikten korunma ile semptomlarda iyileşme; minimum işlemsel kan kaybı (laparoskopi ile yapılıyorsa)	Perioperatif hastalık hali histerektomi ile benzer; uzun süreli iyileşme (açık ameliyattan sonra); tümörlerde tekrarlama; devamlı vajinal kanama; başarı tümörlerin sayısı ve boyutu ile sınırlı
Histerektomi	Uterusun cerrahi olarak çıkarılması (transabdominal, transvajinal ya da laparoskopik olabilir)	Kesin tedavi	doğurganlık kaybı; açık ameliyattan sonra iyileşme süresi uzun; işlem tipine bağlı olarak cerrahi riskler yüksek;

Dr. Zurawin : Kadınlar, açık abdominal ameliyatı gerektirmeyen miyom tedavi seçeneklerinin varlığı ile ilgili artan bir şekilde bilinçlenmeye başlamışlardır. Majör abdominal ameliyat sevimsiz bir seçenek olmakla beraber, özellikle bazı kadınlar için ise tamamen kabul edilemez bir durumdur. Pek çok kadın cerrahi bir müdahaleyi istememekte ve bunun yanısıra miyom ne kadar büyük, acılı veya problemlili olursa olsun rahimlerinin herşeye rağmen alınmamasını istemektedirler. Kadınların mevcut seçenekler ile ilgili algılamaları bu noktada gerçekten belirleyici olmaktadır. Ayrıca bazıları rahimlerini aldirmamak veya gelecekte hamile kalabilmek konusunda gerçekçi olmayan beklentilere de sahiptirler. Bu noktada jinekoloğun rolü mevcut seçenekler hakkında bilgi sahibi olmak ve hastalarını en iyi tedavi seçeneğine yönlendirmektir.

Contemporary OB/GYN : UFE miyom tedavisinde cerrahi olmayan bir seçenektir. Prosedür genellikle lokal anestezi altında ve intravenöz sedasyon ile gerçekleştirilir. Femoral artere bir mikrokater sokulur ve uterin artere doğru fluoroskopik olarak yönlendirilir. Small.... Bu prosedür ilk defa 1995 senesinde uygulanmış olup, fibroid tümörlerin embolizasyonu yaşayan 2000'den fazla kadından elde edilen prospektif verilerin toplanması için 1999 senesinde Uterin Embolizasyonu için Sonuç Verileri Fibroid Kayıtları oluşturulmuştur. Fibroid kayıtlarına giren son bir raporda UFE'nin yaşam kalitesini kalıcı şekilde artırdığı hususu belirtilmektedir. Peki, fibroidlerin hangi özellikleri hastaları UFE için iyi bir aday yapar ?

Dr. Fisher : Bir hastanın UFE için uygun bir aday olup olmadığının belirlenmesinde en önemli hususlar miyomların boyutu ve lokasyonlarıdır. Ancak tabiki bunların dışında da göz önüne alınması gereken pek çok başka faktör mevcuttur. Her bir hasta için en iyi tedavi seçeneğini belirleyebilmek amacıyla hem girişimsel radyoloji uzmanları hemde jinekologlar için bir tedavi algoritması oluşturduk. (Şekil, sayfa 4)

Dr. Zurawin : Her ne kadar histerektomi en düşük invaziv şekilde gerçekleştirilip problemi ortadan kaldırırsa da UFE'nin histerektomiye göre pek çok avantajı bulunmaktadır. Pek çok kadın için hamile kalınabilirlik önemli bir durumdur. Çok sayıda çalışmanın sonucu, hamile kalmak açısından cerrahi olarak miyomun alındığı miyomektominin UFE'den daha iyi olduğunu göstermektedir. Ancak belirli sayıda ve boyutta ve belirli lokasyonlarda miyomu bulunan kadınlarda UFE'nin daha olumlu sonuçlar verdiğine dair de kanıtlar bulunmaktadır.

Dr. Fisher : Katılıyorum. Bunun ötesinde, uterusu dağılmış çok sayıda fibroidi olan kadınlarla ilgili vakalarda miyomektomi, tüm fibroidlerin temizlenememesi veya cerrahi müdahalenin teknik olarak çok zor olması veya artan bir risk içermesi açısından uygun bir seçenek olmayabilir. Bu durum, özellikle bir veya birden fazla sayıda miyomektomi gibi pelvik ameliyatı geçiren hastalar için geçerlidir. Bu kadınlar UFE için doğru adaylar olabilirler ve bu kategoriye giren kadınlarda doğurganlıklarını korumak istemelerine rağmen UFE'yi gerçekleştirmeyi değerlendirebiliriz.

Contemporary OB/GYN : 2004 senesinde mevcut literatür, başka veriler elde edilene kadar, laporoskopik miyomektomi, açık miyomektomi ve histeroskopik rezeksiyonun gelecekte hamile kalmak isteyen hastalar açısından tercih edilen prosedürler olduğunu göstermektedir. Sözkonusu tarihten sonra yapılan araştırmalarda UFE ve miyomektomi sonrası hamilelik ile ilgili spesifik sonuçlar incelenmiştir. Aynı girişimsel radyoloji uzmanı tarafından 1200 kadına uygulanan UFE'den sonra yapılan retrospektif hamilelik analizlerinde 56 kadının hamilelik dönemlerini tamamladıkları belirlenmiştir. Bu çalışmada hamile kalmak isteyen kadınların ortalama %31'nin hamile kaldıkları görülmektedir. Bir başka çalışmada UFE ile miyomektomi geçiren kadınlardan, miyomektomi geçiren kadınların neredeyse iki katının hamile kaldıkları görülmüştür. (33 – 17) Ancak sözkonusu grupta düşük yapma oranları daha az belirgindir. (6 -9) Her ne kadar UFE'den sonra doğurganlık durumu gelecekte yapılacak çalışmalara konu olsa da UFE'den sonra hamile kalmak mümkün olup bazı vakalarda miyomektomiye tercih edilebilir görünmektedir.

Peki UFE'nin gerçekleştirilmesinde kullanılan görüntüleme teknikleri ile ilgili ne diyebilirsiniz ? UFE ile ilgili ultrasonografiyi mi yoksa uterus MRI'nı mı kullanmayı tercih etmektesiniz ?

Dr. Fisher : Bana göre, kalp pili (pace maker) veya uyumsuz bir medikal implantı olan veya metal bir parça taşıyan ve bunlardan kaynaklı kontradiksiyonları olan kişiler haricince UFE'yi düşünen tüm hastaların MRI olması gerekmektedir. Her ne kadar MRI ultrasonografi ile aynı bilgileri sağlıyor olsa da, doku karakterizasyonu ve miyomlara giden kadın akışı hakkında bilgi vermesi açısından ultrasonografiye göre avantajlara sahiptir. Ek olarak, her ne kadar hiç bir görüntüleme çalışması maligniteyi teşhis edemese de MRI, adenomyosis teşhisi açısından oldukça güvenilir bir araçtır. Ultrasonografi bunu gerçekleştirir. Eğer MRI yapılmaz ise hastanın UFE için uygun olup olmadığının tespit edilmesi sınırlı olabilir ve tedavinin başarı şansı azalabilir.

Dr. Zurawin : Kadınlarda miyom tedavisi ile ilgili en ileri, kapsamlı ve başarılı tedaviden bahsetmekteyiz. Günümüzde kadınların önünde MRgFUS gibi tamamen noninvaziv prosedürlerden, UFE gibi minimum invaziv tekniklere oradan da laporoskopik veya histeroskopik cerrahi müdahaleler ile açık abdominal ameliyatlara kadar geniş bir seçenek yelpazesi bulunmaktadır. Sözkonusu seçeneklerden hangisinin hastaya tavsiye edileceği ise, mevcut kanıtlar ve tecrübeler ışığı altında radyoloji uzmanı ile kadın doğum uzmanının ortaklaşa yapacağı etkili bir konsültasyona bağlıdır. Dr. Fisher ve ben, hastaya en iyi tedaviyi önermek noktasında bir yaklaşım geliştirdik.

Contemporary OB/GYN : Son dönem itibariyle kadınların sağlıkları ile ilgili proaktif bir rol üstlendikleri açık. Ayrıca yapılan araştırmalar semptomatik uterin fibroidi olan kadınların hastalıkları ile ilgili tedaviler konusunda bilgi sahibi olmak istediklerini, mevcut tedavi seçeneklerini, sözkonusu tedavi seçeneklerinin getirdiği avantajları, taşıdıkları riskleri ve doktorlarının önerdikleri tedavi seçeneğinin nedenlerini öğrenemeye çalıştıklarını ortaya koymuştur.

Dr. Fisher : Bu yaşanan gelişmenin sebebi hastaların daha az invaziv ve daha çabuk iyileşme süresi sağlayan prosedürlere yönelmelerinden kaynaklanmaktadır. Kadınlar minimum invaziv cerrahi müdahale ve klavuz görüntüleme içeren tedavi seçeneklerini tercih etmektedirler. İşlerinden veya normal günlük faaliyetlerinden 4 ila 16 hafta kendilerini uzak bırakan geleneksel cerrahi müdahaleleri ise tercih etmektedirler. Bu tür hastalar çoğu zaman iyi bilgi sahibi olmuş ve ilk konsültasyonlarından önce çeşitli fibroid tedavilerini araştırmış hastalardır.

Dr. Zurawin : Tipik olarak bir kadın fibroid teşhisi konduktan sonra bilgi sahibi olmak istemektedir. Bu bağlamda internetten veya akrabalarından teyzesi veya kuzenlerinden veya kız arkadaşlarından alternatifler hakkında bilgi edinmeye çalışmaktadırlar.

Contemporary OB/GYN : Kadın doğum uzmanları UFE'yi miyom tedavisinde alternatif olarak nasıl görüyorlar?

Dr. Fisher : Tecrübelerime göre çok geniş bir spektrum bulunmaktadır. Bazı kadın doğum uzmanları UFE hastalarının bakımı ile ilgili hiç bir şekilde ilgilenmemekte ve bu seçeneği hastalarına hiç bir şekilde belirtmemektedirler. Bazı uzmanlar ise UFE için uygun gördükleri hastaları ile UFE'yi bir tedavi seçeneği olarak tartışmaktadırlar. Pek çok kadın doğum uzmanı bu ikisi arasında yer almaktadır. Yine kendi görüşüme göre, bu prosedür daha fazla uygulandıkça ve bununla ilgili daha fazla bilgi

edinildikçe UFE'nin rolü daha belirgin hale gelecek ve jinekologlar uygun şekilde seçilmiş hastalara bu prosedürü daha fazla sunmaya başlayacaklardır.

Dr. Zurawin : Pek çok jinekolog UFE'nin özellikleri ve potansiyelini görmezlikten gelmekte ve kendi hasta tabanlarını tehdit eden bir radyolojik alternatif olarak algılamaktadırlar. **Bu noktada kadın doğum uzmanları hamilelik planları yapmakta olan hastalarının tercihlerini göz önüne almalıdırlar.** Jinekologlar, miyomların gelecekte üzerindeki etkilerini düşünen hastalarının kişisel duygularına karşı duyarlı olmayabilir veya benzer şekilde laporoskopik veya histeroskopik miyometromi gibi minimum seviyede invaziv alternatifler hakkında da bilgi sahibi olmayabilir ve hastalarını bunun sonucu olarak kendilerinin daha rahat yapabilecekleri açık prosedürlere kanalize edebilirler.

Bunuda ötesinde, jinekologların UFE hakkında bilgi sahibi olmaması sebebiyle pek çok uygun UFE uygulaması yapılamamaktadır.

Dr. Fisher : UFE hakkında yanlış anlaşılan hususlardan biri, hemen hemen her embolizasyon prosedüründen sonra ortaya çıkan ve postprosedür ağrı, ateş, maliniz ve leukocytosis de içeren postembolizasyon sendromudur. Bu durum, prosedür ile ilgili bir komplikasyon değil ancak olması beklenen bir sonuçtur. **HOPEFUL (Hysterectomy or Percutaneous Embolization for Uterine Leiomyomata – Miyom tedavisinde Histerektomi veya UFE) çalışması,** post prosedür sendromunu bir komplikasyon olarak değil ancak genel bir yan etki olarak değerlendirmektedir. Karaciğer veya böbrek tümörü embolizasyonu geçiren hastalarda da benzer semptomlar yaşanmaktadır. Bu nedenle girişimsel radyoloji uzmanları bu sendromu yakından tanımakta ve genellikle bir hafta içerisinde kendiliğinden geçen bir durum olduğunu bilmektedirler. Hastalar semptomatik tedaviye ihtiyaç duyabilirler ve bu durumda ağrı kontrolü en önemli konu olarak karşımıza çıkmaktadır. Dolayısı ile sadece hastaların değil, enfeksiyonların yanlış teşhis edilmemesi ve gereksiz müdahalelerin yapılmaması amacıyla jinekologların ve diğer doktorlarında eğitilmesi hayati önem taşımaktadır. Bana göre jinekologların UFE ve diğer daha az invaziv miyom tedavileri ile ilgili algılamaları geçen son 5 yılda bir hayli genişlemiştir. Bugün pek çok jinekolog bu prosedürlere daha sıcak yaklaşmakta ve hastaların çoğu için bu prosedürleri uygun ve önemli seçenekler olduğunu düşünmektedir.

Contemporary OB/GYN :Jinekolojik bakım sağlanması konusunda girişimsel radyoloji uzmanının rolünü anlatabilir misiniz lütfen?

Dr. Fisher : Ben daha ziyade işbirlikçi bir yaklaşımı tercih ederim. Girişimsel radyoloji uzmanı, takımın ayrılmaz bir parçası olmalı ve bazı durumlarda da UFE prosedürünü en iyi bilen kişi olarak takıma liderlik etmelidir. **Başarılı bir UFE prosedürünün gerçekleştirilmesi için en önemli konu girişimsel radyoloji uzmanının hastanın klinik bakımında esas sorumluluğu üstlenmesidir.** Girişimsel radyoloji uzmanı, prosedür sonrası rutin bakım konusunda ana rol oynayacak olduğunu ve UFE'den sonra ortaya çıkabilecek komplikasyonlar ile ilgileneceğini kabul etmelidir. **Ayrıca girişimsel radyoloji uzmanı hasta ve hastanın jinekoloğu ve/veya diğer doktorları ile iletişim içinde olmalıdır.** Bu sorumluluk aynı zamanda hasta ile ilk görüşme, hasta eğitimi, beklenti yönetimi ve prosedür sonrası bakımı içerir. Bu durum pek çok jinekolog ve hastanın sağlık bakım ekibi tarafından onaylanmaktadır. **Hastalarımız hepsine – prosedürün gerçekleştirilmesinden sadece bir kaç hafta sonra değil aylar sonra bile**

olsa – UFE ile yakından uzaktan ilgisi olduğunu düşündüğü her hangi bir sorusu olduğunda öncelikle girişimsel radyoloji uzmanını aramasını belirtiriz. Jinekolog veya diğer tedavide yer alan doktorlar, ancak hastanın herhangi bir cerrahi müdahaleye veya prosedürün dışında bir şeye ihtiyacı olduğu zaman konuya dahil olurlar.

Dr. Zurawin : Dr. Fisher'e katılıyorum. Tecrübelerimize göre, takım yaklaşımı, hastanın en optimum bakımının yapılabilmesi için gereklidir. Bu hastayı ilk kimin gördüğü ile ilgili değil ancak hastanın deneyimleri ve kimin ona en iyi hizmeti verebildiği ile ilgilidir. Problemleri bir arada yaşayan hastalar ile sık sık karşılarız. Bu hastalar hem embolizasyon ve laparoskopi veya fibroidlerin histeroskopik olarak alınmasına ihtiyaç duyabilirler. Örnek vermek gerekirse, bir hastanın topyekün semptomlara yol açan büyük fibroidleri varken aynı zamanda menorajiye yol açan pedünkülatlı submukozal fibroidi de olabilir. UFE'den optimal başarı elde etmek için önce histeroskopik miyomektomi yapılabilir. Girişimsel radyoloji uzmanı ile jinekolog pek çok prosedür seçeneklerinden herhangi birini önerirken bizim algoritmamızda ifade ettiğimiz takım yaklaşımı başarılıdır.

Dr. Fisher ile aramızdaki ilişki sayesinde beraber çalışmamış olsaydık görebileceğim hastadan çok daha fazla sayıda hasta görmem mümkün hale gelmiştir. Kaynaklarımızı ve tecrübelerimizi birleştirmek suretiyle ne türlü olursa olsun fibroidi olan tüm kadınlara yardım edebilme, hastalıklarını değerlendirebilme ve tedavi edebilme imkanına sahip bulunmaktayız. Bu yaklaşım hastalarımız tarafından da son derece çekici bulunmakta ve bu durumda bizim beraber çalışmamız konusunda destekleyici olmaktadır. Bir hasta radyolojik prosedüre cerrahi müdahaleden daha fazla ihtiyaç duyarken bir başka hasta ise cerrahi müdahaleye diğerlerine göre daha fazla ihtiyaç duyabilir. Bizim durumumuz ve işbirliğimiz göz önüne alındığında bizlerin eskisine göre daha yoğun çalıştığımız ve daha üretken olduğumuz söylenebilir. Son tahlilde ise hastalar çok daha iyi bir tedavi ve bakım almaktadırlar.

Dr. Fisher : Bir hastaya mümkün olduğunca çok tedavi seçeneği sunmak hastanın mümkün olan en iyi tedaviyi alacağını hissettirir. Amaç, mümkün olan en çok sayıda UFE, histerektomi veya minimum invaziv ameliyatlara yapmak değil hasta için en iyi olanı yapmaktır. Bu kapsamda, hastanın bir tercihi varsa ve bu tercih yönünde bir şey gerçekleştirilse bunun sonucu en iyi şekilde tatmin olmuş hastalar ve son derece başarılı gerçekleştirilmiş işlemler olarak karşımıza çıkacaktır. Hastayı dinlemek, hastanın tedaviye karar alma sürecine dahil olmasına izin vermek önemlidir. Bu tür hasta yaklaşımları daha fazla referans ortaya çıkmasına neden olacak hemde hastaların hemde doktorların saygısını kazanacaktır.

Dr. Zurawin : Tamamen katılıyorum. Hastaların takım yaklaşımı talep etmeleri durumunda ortaya başarılı pratikler çıkacaktır. Öğrencilere ve meslektaşlarıma hastalar için doğru olan şeyleri öğretebildiğim için son derece mutluyum. Ayrıca prosedürün artan bir şekilde kullanılmasında beni son derece motive etmektedir.

Contemporary OB/GYN : Girişimsel radyoloji uzmanı ile jinekolog arasında oluşturulacak başarılı bir işbirliği önündeki başlıca sorunlar nelerdir ?

Dr. Zurawin : Pek çok engelin söyleyebiliriz. (Tablo 3) Jinekoloğun bakış açısından bakarsanız hastaların kontrolünü kaybetmek ve buna bağlı olarak gelirlerinin düşmesi veya radyoloji uzmanının operasyon sonrası komplikasyonlar ile başa çıkamama endişesi başlı başına bir sorun olabilir. Buna ek olarak bir doktorun UFE ile tedavi

edilmiş bir hasta için gerekli olabilecek minimum invaziv prosedürleri uygulama konusunda yeterli tecrübesi veya becerisi olmayabilir.

Dr. Fisher : Jinekologların neden UFE'yi tavsiye etme konusunda gönülsüz olduklarını anlayabiliyorum. Eğer hastalarına bir girişimsel radyoloji uzmanına görünmelerini tavsiye derlerse operasyon sonrası bakım ve UFE'den kaynaklanabilecek komplikasyonlar ile kendilerinin uğraşacağından endişe etmektedirler. Bu yüzden girişimsel radyoloji uzmanının hastanın bakımını üzerine almasının önemi büyüktür. Girişimsel radyoloji uzmanları için kendilerinin UFE prosedürünün gerçekleştirmeleri ancak hastalar ile prosedür öncesinde ve sonrasında jinekologların ilgenebileceği algılaması en başarılı vakalara bile zarar verebilecek bir algılmalıdır.

Dr. Zurawin : İşte bu yüzden, radyoloji uzmanı ile jinekoloğun beraber yer alacakları ve hastaların prosedürün kısa ve uzun vadeli etkilerini etkilerini anladıkları takım yaklaşımı en iyi çözümdür. Bu durum sonuçları etkileyebilecek pek çok faktörün mevcut olduğu karmaşık vakalarda özellikle önem arz etmektedir. Örneğin, bir kadın UFE geçirmiş ve bir kaç sonra başarılı UFE sonucu dejenerat olmuş ancak sarkmış bir prolaps servikal fibroid sorunu ile geri gelmiştir. Bu durum bazı UFE hastalarında normal bir sonuç olmasına rağmen prolapsın bir jinekolog tarafından tedavi edilmesi gerekmektedir.

Çoğu zaman kombine problemleri olan hastalar ile karşılaşırız. Bir kadının herhangi bir prosedür yeterli olmadığı takdirde ya laparoskopik yada histeroskopik olarak hem embolizasyona ve hemde miyomların alınmasına ihtiyacı olabilir. Pek çok jinekolog UFE ile içiçe geçmiş çoklu minimum invaziv seçenekler – laparoskopik histerektomi, laparoskopi, histeroskopi, miyomektomi, endometriyal ablasyon - sunmak konusunda eğitim almamışlardır. Örneğin bir kadın UFE veya başka minimum invaziv jinekolojik prosedür için uygun bir aday değildir ancak doktoru da herhangi bir minimum invaziv prosedürü yerine getirebilecek tecrübeye sahip olmayabilir. Bir kadının durumunu örnek olarak alalım. Kadın fibroidi olduğunu bilmekte ancak histerektomi istememektedir. Doğrudan girişimsel radyoloji uzmanına gider ve uzman MRI çektiğinde kadında ince saplarda pedünlü miyom olduğunu tespit eder. UFE bu durumda uygulanamaz ve radyolog kadına bu miyomu alması için jinekologuna gönderir. Eğer jinekolog laparoskopik miyomektomi yapmayı bilmiyorsa ve bunun yerine açık miyomektomi veya daha da kötüsü total abdominal histerektomi yapılmasını önerirse hasta büyük bir şok yaşar.

Dr. Fisher : Girişimsel radyoloji uzmanı için en büyük sorun UFE hastasının primer klinik bakımı ile ilgili yükümlülükleri yerine getirilmesidir ki benimde pek çok defa ciddi sıkıntı yaşadığım bir konudur bu. Girişimsel radyoloji uzmanı konuyla ilgili istekli olmalıdır ve primer klinik bakımı sağlamalıdır. Bunların içerisinde gece ve gündüz çağrı cihazına 24 saat cevap vermesi, hastaları yatırmak, onlarla ilgilenmek ve taburcu etmekle mevcuttur. Ancak maalesef bu düzeyde bir taahhüt altına girmek çoğu radyoloji uzmanına uzak bir konudur. Ancak başarılı bir UFE programı geliştirmek içinde şarttır.

Pek çok jinekolog için en büyük sorun UFE ve diğer histerektomi ve laparoskopik miyomektomi ile laparoskopik histerektomi gibi daha az invaziv tedavi seçeneklerinin sınırları ve potansiyel yararlarını yeteri kadar anlayamamaktır. Aynı zamanda jinekologların da, girişimsel radyoloji uzmanları ile beraber çalışıp onlarla mevcut

tedavi seçeneklerini beraber önermenin, hastaları dinlemenin, hastaları karar alma sürecine dahil etmelerinin kendi çalışmalarına da hatırı sayılır katkı sağlayacağını fark etmeleri gerekmektedir. Eğer mümkünse, daha az invaziv cerrahi seçeneklere sıcak yaklaşmak ve bunları önermekte önemlidir.

Tablo 3: Kadın doğum uzmanı ile Girişimsel radyoloji uzmanı arasında optimum ilişki kurulmasına yönelik zorluklar

- Kadın Doğum Uzmanının UFE hakkında bilgisi ve uygulama cesareti yoktur.
- Kadın Doğum Uzmanının minimum invaziv prosedürler hakkında tecrübesi yoktur.
- Kadın Doğum Uzmanı girişimsel radyoloji uzmanının prosedür sonrası semptomlar ile başa çıkabileceği hususundaki algılaması
- Coğrafi alanda bulunan girişimsel radyoloji uzmanlarının sayısının az olduğuna dair algılama
- Kadın Doğum Uzmanının hastalarına girişimsel radyoloji uzmanına gitmelerini önerdiğinde gelir kaybına uğrayacağını düşünmesi,
- Girişimsel radyoloji uzmanının UFE hastalarının primer klinik bakımlarını üstlenmek konusundaki isteksizliği

Contemporary OB/GYN : Bu zorlukları aşmak için neler yapılabilir ?

Dr. Fisher : Bu zorlukları gidermenin pek çok yolu mevcuttur. (Tablo 4) hastalar ve doktorlar ile iletişim ve eğitim hayati önem taşımaktadır. Bu sayede hem hastalar hemde jinekologlar ne istediklerini bilirler. Girişimsel radyoloji uzmanı klinik bir taahhütte bulunmalı ve daha sonra yerel jinekoloji topluluğuna ulaşmalıdır.

Dr. Zurawi : Jinekologlar UFE'nin indikasyonları ve avantajları hakkında daha fazla bilgi sahibi olmalı ve takım yaklaşımını gerçekleştirebilecekleri bir girişimsel radyoloji uzmanı ile işbirliğine gitmelidirler. Bu noktada ben bu işle ilgilenlerin minimum invaziv cerrahi müdahaleler konusunda eğitilmeleri ve bu yöne yönlendirilmeleri gerektiğini düşünmekteyim. Radyologların bu tür prosedürleri gerçekleştirmelerinin sebeplerinden biri de jinekologların kabul edilebilir seçenekleri teklif edebilmek için yeterli teknik tecrübeye sahip olmamalarıdır. Tecrübelerin paylaşımı radyoloji ve jinekoloji çalışmalarındaki potansiyelin gelişmesine ve hasta bakımı konusunda takım yaklaşımı oluşturulmasına yardımcı olacaktır.

Dr. Fisher : Ekleme istediğim, herhangi bir genel eğitim almış girişimsel radyoloji uzmanı embolizasyon yapmayı bilir. Öğrenme eğrisi içerisinde bilmek ile tecrübeli olmak arasındaki nüans önemlidir. Eğer bir girişimsel radyoloji uzmanı sadece renal ve karaciğer tümörleri ile ilgili kemoz embolizasyonu gerçekleştiriyorsa kendisini UFE yaparken daha az rahat hissedebilir, özellikle de komplike vakalarda. Diğer taraftan aslında teknikler birbirlerine benzerler, ister kemoz embolizasyon olsun ister gastrointestinal kanama ile ilgili bir embolizasyon isterse UFE.

Tablo 4 : Kadın doğum uzmanı ile girişimsel radyoloji uzmanı arasında optimum bir ilişki kurulması için yapılabilecekler.

- Girişimsel radyoloji uzmanı hastaların primer bakımını üstlenmelidir.
- Kadın doğum uzmanı tüm fibroid hastalarına tüm tedavi seçeneklerinden bahsedecektir.
- Kadın doğum uzmanı UFE, yararları ve sınırları hakkında eğitilecektir.
- ..
- Girişimsel radyoloji uzmanı konusu ile ilgili destek görmelidir.
- Girişimsel radyoloji uzmanı ve Kadın doğum uzmanı değişik terapiler için hasta kriterlerinde işbirliği yapmalıdırlar.

Contemporary OB/GYN : Girişimsel radyoloji uzmanı ve Kadın doğum uzmanı arasında başarılı bir işbirliği oluşturma konusunda uygulanabilecek stratejiler neler olabilir?

Dr. Zurawin : hastalar için yapılabilecek en iyi şey kazanma üzerine kurulu bir stratejidir. Baktığınız bir hastaya size 10 hasta daha getirecektir. Ve bu durum her iki taraf içinde geçerlidir. Algortimamızda görüldüğü üzere, mevcut parametrelere göre miyomu olan kadınların bakımları için en iyi yaklaşımı formülize etmek için artık elimizde yeterli veri bulunmaktadır.

Dr. Fisher : Dr. Zurawin'e katılıyorum. Hasta için yapılabilecek şeylerin en iyisini yapmak neticede en iyi yaklaşımdır. İdeal durum hastanın hem kadın doğum uzmanı hemde girişimsel radyoloji uzmanı gözetiminde olmasıdır. Bu tam anlamı ile bir kazan-kazan durumudur.

Contemporary OB/GYN : Siz ikiniz güçlü bir ilişki kurabilmişsiniz. Bunu nasıl başardınız ?

Dr. Fisher : Aşkar olan husus şudurki biz ikimizde çok önceden benzer felsefeye sahiptik ve minimum invaziv cerrahi prosedürler ve UFE ile ilgili takım yaklaşımından ikimizde yarar sağlayacağını biliyorduk. Daha da önemlisi her ikimizde olaya değişik ve yeni bir perspektiften bakmayı istiyorduk. Sonuçta bundan en çok yarar sağlayan hastalarımız oldu.

Dr. Zurawin : İlişkimiz benim Baylor tıp Fakültesindeki minimum invaziv cerrahi müdahaleler ile ilgili programa katılmam sırasında doğal olarak gelişti. Beraber çalışmaya başlayınca, hasta bakımı ile ilgili aynı felsefeyi paylaşmaktayız ve uygulamalarımız birbirine son derece benzer. Dr. Fisher'in çalışmalarının hastaların primer bakımlarını içermesi ve prosedür öncesinde, prosedür sırasında ve sonrasında hastanın bakımı ile ilgili personel tahsis etmesi çok önemlidir.

Dr. Fisher : Bazı açılardan Dr. Zurawin ve ben spektrumun farklı taraflarındayız ancak dah yeni görüntü klavuzluğunda prosedürler ile minimum invaziv cerrahi seçenekleri başarıyla birleştirebildik. Hedefimiz aynı kurum çatısı altında fibroidi olan kadınlara tüm mevcut tedavi seçeneklerini – sadece miyomektomi/histerektomi değil – sunabilmektir.

Contemporary OB/GYN : Kadın doğum uzmanı ile girişimsel radyoloji uzmanı arasında bir ilişki kurulmasının uterin fibroidi olan kadınlar için UFE'nin artan bir şekilde bir tedavi seçeneği olabileceği hususunda yardımcı olabileceğini ve bu ilişkinin nasıl sağlanabileceğine dair anahtar noktaları açıkladınız. Özetlemek gerekirse UFE ile ilgili kadın doğum uzmanlarına ve girişimsel radyoloji uzmanlarına neler söylemek istersiniz ?

Dr. Fisher : Kadın doğum uzmanları ve girişimsel radyoloji uzmanlarına uterin fibroidi olan tüm hastalarına mevcut tüm tedavi seçenekleri ile ilgili bilgi vermelerini öneririm. Bir girişimsel radyoloji uzmanı olarak UFE'nin de diğer tüm prosedürler gibi herkesi için olmadığını belirtebilirim. Ancak pek çok hastada UFE ve daha az invaziv cerrahi seçeneklerin geleneksel tedavi alternatiflerinden daha etkili olduğunu da ifade edebilirim. Her zaman olduğu gibi uygun sonuçlar en çok hastanın seçimine bağlı

olmaktadır. Fibroidlerin tedavisinde kadın doğum uzmanları ile girişimsel radyoloji uzmanlarının işbirliğinden en çok hastalar yarar sağlamaktadırlar.

Dr. Zurawin : UFE'yi öneren diğer radyoloji uzmanlarının yaklaşımından değişik olabilecek DR. Fisher'in yaklaşımını tavsiye ederim. Onun çalışmaları hastanın tüm bakımını içermektedir. Hastayı muayene eder, prosedürü gerçekleştirir, prosedür sonrası yapılması gerekenleri yapar ve kendisini destekleyen profesyonel bir ekibe sahiptir. Bunların hepsinin birarada olması başarıyı getirir.

Dr. Fisher : Başarılı bir UFE uygulamasındaki klinik yaklaşım geleneksel radyoloji uygulamalarından farklıdır. Aynı zamanda girişimsel radyoloji uzmanının kendi radyoloji grubunun desteğini alması da çok önemlidir. Bu destek, personel ve ofis elemanlarının randevuları düzenlemesi, hasta çizelgelerini oluşturmaları, hastaların koordinasyonlarının sağlanması ve hastaların sağlık sigortası işlemlerinin yapılması da dahil daha üst düzeyde bir klinik hizmetin verilebilmesi içinde gerekli altyapının kurulması için elzemdir. Pratisyen hemşire gibi bir orta seviye pratisyen veya pratisyen hekimin ekibe dahil edilmesi doktorun zamanını daha iyi kullanabilmesini sağlayacak, uygulamaların daha etkili yapılmasına yol açacak ve daha yüksek bir klinik bakım imkanı sağlayabilecektir. Bir yıl önce bizde programımıza pratisyen bir hemşire kattık. Bu grubumuz için majör ve alışılmadık bir adım olmasına rağmen gerekli düzeyi ve bakımda devamlılığı sağladı.

Dr. Zurawin : Sistemimiz iyi çalışıyor çünkü hastalarımızın bireysel durumları çerçevesinde en iyi tedavi planımız ile beraber etik olarak mevcut tüm seçenekleri de hastalarımıza sunmaktayız.

Contemporary OB/GYN : Semptomatik uterin fibroidi olan kadınlar için UFE güvenli ve bir hayli etkili bir tedavidir. UFE ile ilgili daha fazla veri elde edildikçe sözkonusu teknik ana tedavi seçeneklerinden biri haline gelecektir. Girişimsel radyoloji uzmanları ile başarılı ilişkiler kuran kadın doğum uzmanları fibroidi olan kadınlara daha kaliteli bakım sunabilecekler ve herkesin bu durumdan yararlanmasına olanak tanıyacaklardır.