

JİNEKOLOJİK KOZMETOLOJİ VE PELVİK REKONSTRÜKSİYON DERGİSİ

ISSN : 3023-4387

Tarih : 30 NİSAN 2024

Sayı : IV



KÜNYE

**JİNKÖZ, JİNEKOLOJİK KOZMETOLOJİ VE
PELVİK REKONSTRÜKSİYON DERNEĞİ**

Dernek Kütük No: 34-279-190

Vergi Dairesi No: 4842185259

**Dernek Başkanı
Prof. Dr. Nida Bayık**

**Editör-Yazı İşleri
Op. Dr. Burcu Akdağ Özkök**

**Yayın Türü
2 Ayda 1 Yayınlanır.**

**Yayın Yeri
Online-PDF**

**Yazarlar (Yazı Sıralamasına Göre)
Op. Dr. Servet Çalıkoğlu
Op. Dr. Fatma Özlü Akkuş
Op. Dr. Canan Tapkan
Op. Dr. Burcu Akdağ Özkök**

**Adres:
Cumhuriyet MH. Pelin Sk. 14/B Şirin Apt.
Kartal / İSTANBUL**

İÇİNDEKİLER

1. İÇİNDEKİLER

s.1.

2. BAŞKANIN MESAJI

s.2.

Prof. Dr. Nida Bayık

3. EDİTÖRÜN MESAJI

s.3.

Op. Dr. Burcu Akdağ Özkök

4. VULVAR LİKEN SKLEROZ

s.4. - s.13.

Op. Dr. Servet Çalıkoğlu

5. GENİTAL LİKEN SKLEROZUS TEDAVİSİ

s.14. - s.16.

Op. Dr. Fatma Özlü Akkuş

6. LİKEN SKLEROZUS TEDAVİSİNDE PRP VE KÖK HÜCRENİN YERİ

s.17. - s.21.

Op. Dr. Canan Tapkan

7. GENİTAL LİKEN SKLEROZUS HASTALIĞINDA LAZER TEDAVİSİ

s.22. - s.28.

Op. Dr. Burcu Akdağ Özkök



BAŞKANIMIZDAN

Sevgili Meslektaşlarım,
Jinkoz Derneği'nin resmi yayın organı olan dergimizin
dördüncü sayısında sizler için konu olarak;
Liken Sklerozus Tanı ve Tedavisine değindik.

Bu sayımızda emeği geçen tüm meslektaşlarıma teşekkür ederim.

PROF. DR. NİDA BAYIK



EDİTÖRDEN

Değerli Meslektaşlarım
Dergimizin bu sayısını "Liken Sklerozus
Tanı ve Tedavisi" konusuna ayırdık.

Bültenimizde emeği geçen tüm meslektaşlarıma
teşekkür ederim.

OP. DR. BURCU AKDAÇ ÖZKÖK

OP. DR. SERVET ÇALIKOĞLU

VULVAR LİKEN SKLEROZ

VULVAR LİKEN SKLEROZ

Liken sklerozis (LS), başlangıçta fildişi rengine oval ve belirgin sınırlı deri lezyonları ile karakterize, zamanla atrofi geliştirerek papül ve plaklarla öne çıkan kronik bir deri hastalığıdır. Yeterli ve düzenli tedavi almayan olgularda %2-6 oranında malign skuamöz hücreli karsinoma ilerleme riski bulunmaktadır.(1,2)

Liken skleroz yerleşimine göre, genital ve ekstra genital olarak ikiye ayrılır. Çoğunlukla genital alanda görülürken, ekstra genital bölgede tutulabilir. En sık ekstragenital liken skleroz alanları boyun, kalça, uyluk içi, omuz ve bileklerdir.(3)

Genital bölgede yerleşen liken skleroz “Vulvar Liken Skleroz” (VLS) olarak adlandırılır. Büyük oranda 50’li yaşlarda görülür. VLS, nadiren de olsa çocuk yaş grubunda da tanı alabilir. (1,4) Pediatrik yaş grubundaki LS genital bölgeyi tutar.

VLS’nin genital bölgedeki dağılımı farklılık gösterir. Klasik olarak vulva, perine ve perianal cildin 8 şeklindeki tutulumu olarak tanımlanmıştır. Ancak yalnızca perianal bölge, klitoris, labia majora ve minoralar veya vajinal introitusta da LS görülebilmektedir.(5)

Liken Skleroz Epidemiyolojisi

VLS toplumda görülme sıklığı net olarak bildirilmemiştir. Bunun sebebi farkındalık seviyesinin düşük olması ve yeterli tanı koyabilecek donanıma sahip olmamaktır. Bununla beraber literatüre bakıldığında vulvar dermatozlar arasında yeni tanı alan vakaların %10 kadarının vulvar liken skleroz olduğu görülmektedir. (6) Ayrıca yıllık jinekolojik muayene esnasında tanı alan hastaların sıklığının %1,7 civarında olduğu kaynaklarda bildirilmiştir.(4)

Liken Skleroz Semptomları

VLS çoğunlukla menopoza dönemindeki kadınlarda görülür. Hastalar sıklıkla devamlı ve tedaviye yanıtızsız kaşıntı şikayeti ile başvurur. (7)

Ayrıca genital ve perianal bölge derisinde sıyrık, çatlak, kuruma, kanama ve pelvik ağrılar da görülebilmektedir. İleri derece VLS olgularında anatomik mimari yapı bozularak klitoris gömülü, labialar silik ve perine yapışık hale gelebilir. Buna bağlı olarak da yaygın genital tutulumda disparoni, klitoral hiperestezi, disüri görülmektedir.

Liken Skleroz Etiyolojisi

Vulvar Liken Skleroz' un etiyolojisi kesin olarak bilinmemektedir. 4 ana neden üzerine yürütülen çalışmalar vardır.

1. Otoimmünite, moleküler mekanizma ve genetik faktörler: Hastaların %30'unda aile öyküsü mevcuttur. Ancak oto antikor düzeyleri yüksek saptanmasına rağmen kesin olarak sebebin otoimmünite olduğu söylenmemektedir.(8) Sıklıkla birlikte görüldüğü iki durum otoimmün tiroidit ve vitiligodur.

Ayrıca morphea, alopesi areata ve pernisiyöz anemi ile ilişkilendirilmektedir. (9,10)(11,12)

Bazı çalışmalarda diyabetes mellitus, sedef hastalığı ve çölyak hastalığıyla beraber görülen vakalar bildirilmektedir. Ancak hepsinin bir arada bulunması tesadüfi olarak da yorumlanabilir.(11,12,13)

Turner sendromlu hastalarda %17 gibi yüksek bir insidansa da rastlanmıştır.(14) bazı hastalarda ANA pozitifliği ve tiroid oto antikor pozitifliği olmasına rağmen VLS' nin otoimmün kökeni olduğunu net olarak söyleyecek yeterli veri bulunmamaktadır.(15) Son araştırmalarda epigenetik değişiklikler ve fenotipik etkileri üzerinde yoğunlaşmaktadır.(16)

Vulvar Liken Skleroz Tanısı

Vulvar liken skleroz' un klasik tanımlanan görünüşü atrofik, buruşuk bir zemin üzerinde beyaz sklerotik plak oluşumudur. Ayrıca;

- Çok sayıda beyaz papül veya makül
- Kalınlaşmış hiperkeratotik plaklar

- Labia uçları gibi küçük alanlarla sınırlı plaklar
- Solukluk zemininde ödem
- Telenjektazi, purpura, hemorajik alanlar
- Solukluk zemininde anjiyokeratomlar
- Fissürler ve travmatik ülserler
- Erozyonlar
- Kabarcıklar
- Eritematöz görünen vulvar psoriasis ile ilişkili LS
- Post inflamatuvar hiperpigmentasyon benzeri görünüm olarak da görülebilir. Şüpheli alanlardan yapılan deri biyopsisi ile kesin tanı konmaktadır.

Vulvar Liken Skleroz Histopatolojisi

Liken sklerozun kesin tanısı deri biyopsisi ile konulur. Muayene esnasında en hiperkeratotik alandan alınan biyopsi patolojik incelemeye gönderilmelidir.

Histopatolojik olarak liken bulguları; atrofik epidermis zemininde hidropik dejenerasyon ve rete çıkıntılarının silinmesi, mononükleer hücre infiltrasyonu, homojen soluk hiyalinizasyon alanları, dermiste likenoid görünümüdür.

Tedavi sonrası bu patolojik bulgulardaki iyileşme izlenir. Tedaviye başlamadan önce alınan ilk biyopsi takipte önem arzetmektedir. Tedaviye yanıt ve hastalığın seyrinde düzenli aralıklı biyopsiler alınması önerilmektedir.(25)

Pediyatrik Yaş Grubunda Vulvar Liken Skleroz

VLS %7-15 oranında pediyatrik yaş grubunda tanı alır. Ortalama tanı alma yaşı 5'tir. (3) Liken sklerozun çocukluk çağında çok nadiren ekstra genital tutulum yaptığı bilinmektedir.

Çocuk yaş grubunda görülen VLS semptomları kaşıntı ve ağrıdır. Diğer bulgular ise purpura, kanama, dizüri, kabızlık, genital erozyonlar ve ekstra genital lezyonlardır.(26)

Pediyatrik yaş grubunda histopatolojik bulgular ve morfolojik görünüm erişkinlik çağındaki ile aynıdır.

Vulva, perine ve perianal bölge tutulur. Klitoris gömülü, labia minörler silik ve perine gergin hale gelebilir. Perineal fissürler oluşabilir. İdrar yapma zorluğu ve kabızlık çocuklarda doktora başvuru sebebidir.

Pediyatrik VLS uygun ve yeterli düzeyde tedavi edilmezse aynı erişkin yaş grubundaki gibi ilerleyici ve sabit hasar bırakma eğilimindedir. Malignite çocuk yaş grubunda rapor edilmemiştir. Fakat erişkin dönemde onkojenik potansiyeli yüksek HPV tipleri ile karşılaşma ihtimalinin diğer kadınlardan yüksek olduğu bilimsel çalışmalarda gösterilmiştir. (27)

Vulvar Liken Skleroz Ayırıcı Tanısı

Sıklıkla Likenifikasyon bulguları olan deri hastalıkları ile karıştırılır. Atopik dermatit, meme dışı Paget hastalığı, vitiligo, psöriazis (sedef hastalığı), pigmentli seboroik keratoz, genital siğiller ve vulvar intraepitelyal neoplazi ile ayırıcı tanısı yapılmalıdır.

Graft versus host hastalığı, mukozal pemfigoid ve liken planus VLS'den daha ağır yara izi bırakan hastalıklardır. Yine de ayırıcı tanı dışlanmaları gerekir.(28)
Liken planus ile ayrımı net yapılamayabilir

Labia minörlerde silikleşme, vajinal introitusta daralma, kuruluk ve çatlaklar hormonal azalma yaşanan peri ve post menopoz döneminde karıştırılabilir. Bu dönemde şüphe duyulan her hasta cilt biyopsi ile doğrulanmalıdır. hastalar geç tanı alabilmektedir.

Vulvar Liken Skleroz Yönetimi

Vulvar liken skleroz kronik, tedavi edilmezse malignleşme potansiyeli olan ve hastanın fonksiyonlarını ciddi derecede bozan bir cilt hastalığıdır. Buna rağmen kesin kür sağlayan bir tedavi şekli mevcut değildir.

Hastalar “hiperkeratozun derecesine göre tedavi edilmelidir” fikri şu an için en yaygın kabul gören durumdur. (7) Medikal tedavinin temelini oluşturan topikal kortikosteroid (TCS) tedavileri bu derecelendirmeye göre planlanmaktadır.

VLS bazı hastalarda ürener ve cinsel fonksiyon kaybına yol açabilir. Labial füzyon, vajinal girişin daralması ve kalıcı yara izleri medikal tedaviye dirençli hale gelebilir. Bu gibi durumlarda cerrahi olarak bölgedeki atrofik alanların yeniden yapılandırılması gerekebilir.

Vulvar Liken Skleroz Medikal Tedavi

VLS medikal tedavisi topikal ve sistemik olarak uygulanabilir. Sıklıkla topikal tedaviler önerilmektedir.

Topikal Tedavisi

VLS için topikal medikal tedavi iki şekilde planlanır. Yaşam boyu idame tedavisi ve aralıklı remisyon tedavisi olarak TCS kullanılır. Hiperkeratozun ağırlığına göre TCS'nin tipi ve dozu ayarlanır. En potent TCS olan “klobetazol propiyonat %0.05” altın tedavi olarak son yayınlarda kabul edilmiştir. Orta hiperkeratozun eşlik ettiği hastalıkta “betametazon dipropiyonat %0.05 veya mometazon furoat %0,1” etkin şekilde kullanılmaktadır.

Hastalığın ciddiyetine göre tedavi önerilerine bakacak olursak(7);

- Ciddi hiperkeratotik hastalık (çok kalın, beyaz plak): Ultra güçlü TCS (klobetazol propiyonat%0.05 merhem) kaşıntı geçene kadar günde iki kez (genellikle

1–2 hafta) ardından 6 haftalık günde tek doz uygulama ve 6.Haftada kontrol.

- Hiperkeratotik hastalık (orta derecede kalın beyaz plak): Süper güçlü TCS (örneğin, betametazon dipropiyonat %0.05 veya mometazon furoat %0,1) günde iki kez kaşıntı geçene kadar, ardından 6 haftalık günde tek doz uygulama ve 6.haftada kontrol.

- Yalnızca solukluk ve çok az hiperkeratozla seyreden hafif hastalık: orta potensli TCS (örneğin, triamsinolon asetonid %0.02, metilprednizolon aseponat%0,1) günlük tek doz uygulama 6. Haftada kontrol.

Diğer Topikal Tedaviler

Bölgesel kullanılan kortikosteroid tedavilerine alternatif topikal immunsüpresif tedaviler (takrolimus, pimekrolimus) gündeme gelmiştir. Tedavi başarısı TCS ile benzer olmasına rağmen sistemik immunsupresyon etkileriyle malignite oluşumunu kolaylaştıracakları belirtilmiştir.(29)

Topikal tretionin ve topikal testosteron tedavileri ile yeterli veri yoktur fakat fayda gören hastalar bildirilmiştir.(30,31)

Topikal estrogen tedavisi özellikle postmenopozal dönemdeki hastalarda tedaviye eklenmelidir. VLS'nin seyrini değiştirdiği ile ilgili yeterli veri yoktur. Ancak postmenopozal estrogen azlığı altındaki dokularda atrofiyi azalttığı, vajinal kuruluk semptomlarına iyi geldiği ve genitoüriner sendrom tedavisindeki etkinliği kanıtlanmıştır.

Sistemik İlaç Tedavileri

VLS'nin topikal tedavilere yanıtı iyi düzeydedir. Nadiren dirençli hastalarda sistemik tedavi ihtiyacı vardır. Oral metotreksat, retinoik asit, hidroksiklorokin tedavileri topikal steroidlerle beraber kullanılabilir. Sistemik tedavinin kesin kür sağladığı söylenemez.(32)

Cerrahi Tedavi Yöntemleri

Tarihsel süreçte VLS tedavisinde cerrahi tedaviler hep denenmiştir. Şu an kesinlikle kontrendike olan vulvektomi (vulvanın çıkartılması) bir dönem boyunca yapılmıştır. Ancak buna rağmen hastalığın tekrarladığı görülmüştür.

Günümüzde labial ve klitoris etrafındaki yapışıklıkların açılması için cerrahi işlem önerilmektedir. Cerrahi işlem sonrası iyileşme tamamlanana dek topikal steroid de uygulanması önerilmektedir.(33)

Vulvar Liken Skleroz Tedavisinde Yeni Yaklaşımlar

Günümüzde uygulanan yeni tedaviler VLS için umut vadetmektedir. Bu yeni tedavi şekilleri; platetten zengin plazma (PRP), kök hücre tedavisi, yağ dolgusu işlemleri ve ablatif lazer uygulamalarını içerir.

Çok inatçı hiperkeratotik VLS tedavisinde intralezyonel trombositten zengin plazma (PRP) uygulamaları yapılmaktadır. Tedavi etkinliğini gösteren yeterli yayınlar henüz mevcut olmasa da hasta memnuniyeti yüksek olarak gösterilmiştir. (34)

Benzer şekilde lipo-enjeksiyon, kök hücre tedavileri de uygulanmaya başlanmıştır ve yüz güldürücü sonuçlar alınmaktadır.(35)

Hiperkeratotik evrede olan özellikle ciddi yapışıklıkları ve dispareni olan hastalarda ablatif lazer tedavisi ile yapılan çalışmalar mevcuttur.(36) Tedaviye yardımcı olan bu enerji modaliteleri ile beraber topikal tedaviler ve PRP, kök hücre tedavileri kombine uygulanabilmektedir.

Fotodinamik terapi içeren fototerapinin VLS tedavisinde etkili olduğu bildirilmiştir.(37,38) Ancak genital bölgeye fototerapi uygulaması zordur ve her zaman pratik olarak uygulanamaz. Ekstragenital LS tedavisinde dar bant UVB tedavisinin etkinliğini gösteren çalışmalar mevcuttur.(39)

Vulvar Liken Skleroz Seyri

VLS düzenli ve yeterli tedavi almazsa süreç içinde kadınların çoğu vulvar yapısını kaybedecek, bir kısımda ise lokal değişiklikler olacaktır. Klitorisin gömülmesi, labia minoraların silinmesi, labia majoralarda çatlaklar ve kanama alanları, vajinal introitusta daralma, perineal skar ve fissür oluşumu geri dönüşümsüz hale gelebilmektedir.

Yaşam boyu tedavi edilmeyen ve yetersiz takip edilen olgularda malignleşme ihtimali %2-6 arasındadır. Vulvar intraepitelyal neoplazi, vulvanın malign skuamöz hücreli neoplazisi ve invaziv skuamöz hücreli karsinoma dönüşme ihtimali vardır.(1,40)

Bu nedenle tanı anından itibaren tedavi başlanması, hastaların düzenli takibe çağırılması ve aralıklarla biyopsi alınması önerilmektedir. Erken tanı ve yeterli tedavi ile kansere dönüşme ve kalıcı yara izi bırakma ihtimali azaltılmaktadır.

KAYNAKÇALAR

1. Bleeker MC, Visser PJ, Overbeek LI, van Beurden M, Berkhof J. Lichen sclerosis: incidence and risk of vulvar squamous cell carcinoma. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev.* 2016;25:1224–30.
2. Dell EA, Miest RYN, Lohse CM, Torgerson RR. Vulvar neo- plasms in 275 women with genital lichen sclerosis and impact of treatment: a retrospective chart review. *J Eur Acad Dermatol Venereol.* 2018. <https://doi.org/10.1111/jdv.14938> (Epub ahead of print).
3. Powell J, Wojnarowska F. Childhood vulvar lichen sclero- sus: an increasingly common problem. *J Am Acad Dermatol.* 2001;44:803–6.
4. Goldstein AT, Marinoff SC, Christopher K, Srodon M. Preva- lence of vulvar lichen sclerosis in a general gynecology practice. *J Reprod Med.* 2005;50:477–80.
5. Zendell K, Edwards L. Lichen sclerosis with vaginal involvement: report of 2 cases and review of the literature. *JAMA Dermatol.* 2013;149:1199–202.
6. Fischer GO. The commonest causes of symptomatic vulvar disease: a dermatologist's perspective. *Australas J Dermatol.* 1996;37:12–8.
7. Lee A, Bradford J, Fischer G. Long-term management of adult vulvar lichen sclerosis: a prospective cohort study of 507 women. *JAMA Dermatol.* 2015;151:1061–7.
8. Cooper SM, Ali I, Baldo M, Wojnarowska F. The association of lichen sclerosis and erosive lichen planus of the vulva with autoimmune disease: a case-control study. *Arch Dermatol.* 2008;144:1432–5.
9. Harrington CI, Dunsmore IR. An investigation into the incidence of auto-immune disorders in patients with lichen sclerosis and atrophicus. *Br J Dermatol.* 1981;104:563–6.
10. Kyriakis KP, Emmanuelides S, Terzoudi S, et al. Gender and age prevalence distributions of morphea en plaque and anogenital lichen sclerosis. *J Eur Acad Dermatol Venereol.* 2007;21:825–6.
11. Hofer MD, Meeks JJ, Mehdiratta N, et al. Lichen sclerosis in men is associated with elevated body mass index, diabetes mellitus, coronary artery disease and smoking. *World J Urol.* 2014;32:105–8.
12. Simpkin S, Oakley A. Clinical review of 202 patients with vulval lichen sclerosis: a possible association with psoriasis. *Australas J Dermatol.* 2007;48:28–31.
13. Jacobs L, Gilliam A, Khavari N, Bass D. Association between lichen sclerosis and celiac disease: a report of three pediatric cases. *Pediatr Dermatol.* 2014;31:e128–31.
14. Chakhtoura Z, Vigoureux S, Courtillot C, et al. Vulvar lichen sclerosis is very frequent in women with Turner syndrome. *J Clin Endocrinol Metab.* 2014;99:1103–4.
15. Oyama N, Chan I, Neill SM, et al. Autoantibodies to extracellular matrix protein 1 in lichen sclerosis. *Lancet.* 2003;362:118–23.
16. Gambichler T, Terras S, Kreuter A, Skrygan M. Altered global methylation and hydroxymethylation status in vulvar lichen sclero- rosus: further support for epigenetic mechanisms. *Br J Dermatol.* 2014;170:687–93.

17. Weide B, Walz T and Garbe C: Is morphoea caused by *Borrelia burgdorferi*? A review. *Br J Dermatol* 2000; 142: 636.
18. Drut RM, Gomez MA, Drut R and Lojo MM: Human papillomavirus is present in some cases of childhood penile lichen sclerosis: an in situ hybridization and SP-PCR study. *Pediatr Dermatol* 1998; 15: 85.
19. Requena L, Kutzner H, Escalonilla P, Ortiz S, Schaller J and Rohwedder A: Cutaneous reactions at sites of herpes zoster scars: an expanded spectrum. *Br J Dermatol* 1998; 138: 161.
20. Yashar S, Han KF and Haley JC: Lichen sclerosis-lichen planus overlap in a patient with hepatitis C virus infection. *Br J Dermatol* 2004; 150: 168.
21. Kohlberger PD, Joura EA, Bancher D, Gitsch G, Breitenecker G and Kieback DG: Evidence of androgen receptor expression in lichen sclerosis: an immunohistochemical study. *JSoc Gynecol Investig* 1998; 5: 331.
22. Skierlo P and Heise H: Testosterone propionate ointment—a therapeutic trial in lichen sclerosis et atrophicus. *Hautarzt* 1987; 38: 295.
23. Miller RA: The Koebner phenomenon. *Int J Dermatol* 1982; 21: 192.
24. Pock L: Koebner phenomenon in lichen sclerosis et atrophicus. *Dermatologica* 1990; 181: 76.
25. Dalziel KL, Millard PR, Wojnarowska F. The treatment of vul- val lichen sclerosis with a very potent topical steroid (clobetasol propionate 0.05%) cream. *Br J Dermatol*. 1991;124:461–4.
26. Smith SD, Fischer G. Paediatric vulval lichen sclerosis. *Australas J Dermatol*. 2009;50:243–8.
27. Powell J, Strauss S, Gray J, Wojnarowska F. Genital carriage of Human papilloma virus (HPV) DNA in prepubertal girls with and without vulval disease. *Pediatr Dermatol*. 2003;20:191–4.
28. Yahiro C, Oka M, Fukunaga A, et al. Mucosal lichen sclerosis/lichen planus overlap syndrome with cutaneous lesions of lichen sclerosis. *Eur J Dermatol*. 2016;26:204–5.
29. Funaro D, Lovett A, Leroux N, Powell J. A double-blind, rand- omized prospective study evaluating topical clobetasol propion- ate 0.05% versus topical tacrolimus 0.1% in patients with vulvar lichen sclerosis. *J Am Acad Dermatol*. 2014;71:84–91.
30. Borghi A, Corazza M, Minghetti S, Virgili A. Topical tretinoin in the treatment of vulvar lichen sclerosis: an advisable option? *Eur J Dermatol*. 2015;25:404–9.
31. Sideri M, Origoni M, Spinaci L, Ferrari A. Topical testosterone in the treatment of vulvar lichen sclerosis. *Int J Gynaecol Obstet*. 1994;46:53–6.
32. Kreuter A, Tigges C, Gaifullina R, et al. Pulsed high-dose cor- ticosteroids combined with low-dose methotrexate treatment in patients with refractory generalized extragenital lichen sclerosis. *Arch Dermatol*. 2009;145:1303–8.
33. Bradford J, Fischer G. Surgical division of labial adhesions in vulvar lichen sclerosis and lichen planus. *J Low Genit Tract Dis*. 2013;17:48–50.
34. Goldstein AT, King M, Runels C, et al. Intradermal injection of autologous platelet-rich plasma for the treatment of vulvar lichen sclerosis. *J Am Acad Dermatol*. 2017;76:158–60.

35. Boero V, Brambilla M, Sipio E, et al. Vulvar lichen sclerosis: a new regenerative approach through fat grafting. *Gynecol Oncol.* 2015;139:471–5.
36. Lee A, Lim A, Fischer G. Fractional carbon dioxide laser in recalcitrant vulval lichen sclerosis. *Australas J Dermatol.* 2016;57:39–43.
37. Criscuolo AA, Schipani C, Cannizzaro MV, et al. New therapeutic approaches in the treatment of anogenital lichen sclerosis: does photodynamic therapy represent a novel option? *G Ital Dermatol Venereol.* 2017;152:117–21.
38. Shi L, Miao F, Zhang LL, et al. Comparison of 5-aminolevulinic acid photodynamic therapy and clobetasol propionate in treatment of vulvar lichen sclerosis. *Acta Derm Venereol.* 2016;96:684–8.
39. Colbert RL, Chiang MP, Carlin CS, Fleming M. Progressive extragenital lichen sclerosis successfully treated with narrowband UV-B phototherapy. *Arch Dermatol.* 2007;143:19–20.
40. Micheletti L, Preti M, Radici G, et al. Vulvar lichen sclerosis and neoplastic transformation: a retrospective study of 976 cases. *J Low Genit Tract Dis.* 2016;20:180–3.

OP. DR. FATMA ÖZLÜ AKKUŞ

GENİTAL LİKEN SKLEROZUS TEDAVİSİ

Liken sklerozusta tedavi kaşıntı, ağrı, dizestezi, kanama, kuruluk gibi yakınmaların giderilmesi ayrıca cinsel işlev bozukluğuna da sebep olabilen anatomik bozukluk oluşumu ve de komplikasyonların engellenmesi amacıyla uygulanmaktadır. Tedavi ile inflamatuvar sürecin baskılanarak malign dönüşümün engellenebileceği henüz kanıtlanmamış olmakla birlikte ön görülmektedir.

Nemlendiricili su bazlı kremler, kremesi jeller, nötral sabunlar ile genital bölge temizliğinin yapılarak topikal iritanları uzaklaştırmak, dar, sıkı giysilerden kaçınmak ve nemlendirici kremleri düzenli kullanmak tedaviye ek yardımcı uygulamalardır.(1,2,3)

Vulvar liken sklerozun medikal tedavisi yaşam boyu devam eden idame tedavisi ve aralıklı uygulanan topikal kortikostereoidleri içeren remisyon tedavisi şeklindedir. Kortikosteroidler liken sklerozda anti-inflamatuvar, antipruritik ve vazokonstriktif etki gösterir. Merhem formülasyonlar, kremlerden daha az irritasyon oluşturmaları nedeniyle tercih sebebidir.(2,4)

Hiperkeratoz bulgularının ağırlığına göre; ciddi kalın beyaz plak şeklinde ciddi hiperkerotatik hastalarda çok güçlü topikal kortikosteroid olan klobetazol propionat %0.05 krem veya merhem ilk seçenek tedavi olarak uygulanır.

Orta şiddetli hiperkeratoz hastalarında mometazon furoat %0.1 merhem veya betametazon dipropiyonat %0,05 krem uygulanabilirken hafif şiddetli vakalarda yalnızca vulvada solukluk ya da hafif keratoz varlığında triamsinolon asetonid %0,02 veya metilprednisolon aseponat %0,1 krem uygulanabilir.

Tedavinin uygulama sıklığı günde 1 ya da 2 kez 6-12 haftalık süre ile olması önerilmektedir. Güçlü topikal kortikosteroidlerin 12 haftalık kullanımları 30 gramı geçmemelidir. Altı ay düzenli izlem ve tedaviye rağmen yanıt alınamıyor ise topikal kortikosteroidlerin kesilmesi gerekir.(1,2,3)

Tedavide kullanılabilen topikal immunmodulatorler, takrolimus ve pimekrolimus, kortikostereoidlere benzer etki gösterir. Uygulandıkları bölgede yan etki olarak yanma hissine neden olabilirler.

Atrofi, telenjektazi gibi yan etki oluşturmazlar.(3) Topikal kalsinörin inhibitörlerine bağlı deri kanseri ve lenfoma gelişme riski nedeniyle malignite potansiyeli taşıyan deri hastalıklarında kullanımları önerilmemektedir.

(Food and Drug Administration (FDA) 2006 yılında bu ajanların kullanımını sınırlandıran bir uyarı yayınlamıştır.) (5)

Önceleri yaygın kullanılan, topikal testosteron propionat, dihidrotestosteron ve progesteron, az sayıda hasta ile yürütülen çalışmalarda plasebodan üstün bulunmayan, liken skleroz tedavisinde etkin oldukları kanıtlanmamış ajanlardır.

Klasik tedaviye yanıt alınamayan hastalarda UVA1'in etkili olduğu bildirilmiştir. UVA1 ekstragenital liken sklerozda etkili bulunurken, ileri yaş kadınlarda ve uzun süreli genital liken skleroz lezyonlarında yanıtın daha az olduğu bildirilmiştir. (1,2,3,)

Cerrahi tedavi yöntemler, komplikasyon geliştiğinde ve malignite varlığında önerilir. Kadınlarda gömülü klitoris diseksiyonu, labial yapışıklığın ve introitusta oluşan darlığın giderilmesi amacıyla uygulanır.

Cerrahi işlemi takiben yara iyileşmesi tamamlandıktan sonra nüksleri önlemek amacıyla topikal kortikosteroidlerin kullanılması yararlı olmaktadır.(1,2,6)

Genital liken sklerozda doku yenilenmesini sağlamak, bağ dokusunun yenilenmesini uyarmak ve kan dolaşımını arttırmak amaçlı; trombositten zengin plazma enjeksiyonu, fraksiyone karbondioksit lazer uygulamaları,

SVF(stromal vasküler fraksiyon) tedavisi, radyofrekans uygulaması, microfat (yağ dolgu) uygulamaları gibi rejeneratif tedavi yöntemleri de uygulanmaktadır.

Asemptomatik hastalarda tedavi yaklaşımı açısından kesin veriler olmamakla birlikte hastalığın ilerlemesinin durdurularak komplikasyonların önlenmesi ve teorik olarak malign dönüşümün engellenmesi amacıyla tedavi verilmesi önerilir.

Vulvar liken sklerozda asemptomatik nüks ve skar oluşum riski nedeniyle ve skuamöz hücreli karsinom gelişimi açısından 6 ayda bir izlem gerekmektedir.

Tedavi ve izlem sürecine hastanın etkin katılımını sağlayabilmek amacıyla, hasta, hastalığının bulunduğu ve tedaviyi uygulayacağı anatomik bölgeler, tipik klinik belirtiler, inatçı ve atipik belirtilerin neler olabileceği konularında bilgilendirilmelidir.

Ek olarak, hastalara kendi kendilerini muayene etmeleri öğretilerek yakınmaları geçse de hastalık sürecinin devam edebileceği bu nedenle tedaviyi ve takiplerini bırakmamaları gerektiği açıklanmalıdır.(1,7)

KAYNAKÇALAR

1. Monsálvez V, Rivera R, Vanaclocha F. Lichen sclerosus. Actas Dermosifiliogr 2010;101:31-8.
2. Neill SM, Lewis FM, Tatnall FM, et al. British Association of Dermatologists' guidelines for the management of lichen sclerosus 2010. Br J Dermatol 2010;163:672-82
3. Chi CC, Kirtschig G, Baldo M, et al. Topical interventions for genital lichen sclerosus. Cochrane Database Syst Rev 2011;CD008240.
4. Funaro D. Lichen sclerosus:a review and practical approach. Dermatol Ther 2004;17:28-37.
5. Edey K, Bisson D, Kennedy C. Topical tacrolimus in the management of lichen sclerosus. BJOG 2006;113:1482
6. Becker K. Lichen sclerosus in boys. Dtsch Arztebl Int 2011;108:53-8.
7. Rodriguez MI, Leclair CM. Benign vulvar dermatoses. Obstet Gynecol Surv 2012;67:55-63. |

OP. DR. CANAN TAPKAN
LİKEN SKLEROZUS TEDAVİSİNDE PRP VE
KÖK HÜCRENİN YERİ

Liken sklerozus (LS); çoğunlukla genital ve perianal bölgedeki cildi etkileyerek lokalize olan kronik mukokütanöz immün aracılı bir dermatolojik hastalıktır. Menopoz sonrası kadınlar en sık olarak etkilenirken daha az ölçüde erkekler, prepubertal çocuklar ve adölesanlar etkilenmektedir. Liken sklerozusun etyolojisi net olmamakla birlikte travma, otoimmün hastalıklar ve kadınlardaki yaş dağılımının özellikle düşük östrojen durumu ile ortaya çıkışına bağlı hormonal durum ile ilişkilendirilmektedir. Kaşıntı, ağrı veya tahriş en yaygın semptomlar olsa da vulvar liken sklerozus asemptomatik olarak da ortaya çıkabilir.

Liken sklerozusta dermiste, özellikle kollajen I ve III'te artmış kollajen sentezi olması ve sklerotik doku oluşumuna neden olan miR-155'in artan ekspresyonun olması fibroblast proliferasyonuna neden olarak ciltte kalıcı değişikliğe yol açmaktadır. Oksidatif stres ve inflamasyon, liken sklerozusta bazal keratinositlerde p53'ün aşırı ekspresyonunu indükleyerek iskemik strese neden olur. Başlangıçta oval ve keskin sınırlı lezyonlar halindeyken zamanla tedavi edilmediğinde atrofi bulguları, papül ve plaklara dönüşerek hayat kalitesini etkileyebilmektedir. Vulvar liken sklerozus yeterli ve uygun şekilde tedavi edilmediğinde vulvar skuamöz kanser (SCC) riski artmış olsa da bu riskin %5 den az olduğu tahmin edilmektedir (1,2).

Liken sklerozus da mümkün olduğunda erken dönemde semptomların (kaşıntı, ağrı) ve hastalık bulgularının (hiperkeratoz, fissür, ekimoz) çözülmesi tedavinin birincil hedefleridir. Deri atrofisi ve hipopigmentasyonun tedaviye yanıtları değişkenlik gösterebilir. Atrofik anatomik değişiklikler ve skar devam eder. Vulvar alanda oluşan plaklar zamanla disparoni, anal fissür, rektal kanama ve ağrılı defekasyona sebep olarak yaşam kalitesini düşürmektedir.(3).

Liken sklerozus için kabul edilen birinci basamak tedavi, klobetasol propiyonat %0.05 merhem gibi güçlü topikal kortikosteroidlerin günlük uygulamasıdır (4,5). Ancak uzun süreli topikal steroid kullanımının hasta uyumu zorluğu, daha fazla cilt atrofisi ve steroide bağlı dermatit gibi yan etkiler nedeniyle mümkün olmamakta tedavide yeni seçenekler gündeme gelmektedir (6).

Topikal steroid tedavisine dirençli hastalarda alternatif tedaviler (kalsinörin inhibitörleri, retinoidler, sistemik immünosupresanlar ve fototerapi) kullanılabilir.

Bu tedaviler zaman içinde direnç gelişimi ve/veya olumsuz ilaç etkileşimine neden olduğu için kullanımı kısıtlı olup daha fazla araştırmaya ihtiyaç vardır (7).

Geleneksel cerrahi yaklaşımın (rekonstruktif cerrahi ile greft, flep uygulamaları) yüksek komplikasyon olasılığı nedeniyle liken sklerozus da yenilikçi yaklaşım ve tedavi seçeneklerinin uygulanması özellikle hastalık şiddeti arttıkça daha da önem kazanmaktadır.

Günümüzde artık otolog trombositten zengin plazma (PRP) ve kök hücre liken sklerozus tedavisi için kullanılmakta ve bu tedavilerle ilgili çalışmalar devam etmektedir. PRP uygulaması doku rejenerasyonu, yara hemostazı, kemik greftlerinin büyütülmesi, tendinit tedavisi gibi birçok alanda özellikle rekonstruktif ve plastik cerrahi operasyonlarında yaygın olarak kullanılmaktadır (8,9).

PRP' nin kullanımı ile artmış epitelizasyon akut travmatik yaralarda ve kronik diyabetik yaralarda gösterilmiştir (9).

PRP'de yoğun miktarda bulunan aktive trombositler hücre göçüne, farklılaşmasına, anjiogeneze ve uygun doku tipinin yenilenmesine katkıda bulunan büyüme faktörlerini serbest bırakır (10). PRP uygulaması (özellikle otolog PRP) nispeten invaziv olmaması, uygulama kolaylığı, maliyet etkin olması ve yüksek immünolojik güvenlik seviyesi ile çoğu hastada tercih edilebilir (11).

Yapılan çalışmalarda PRP'nin normal doku anatomisinin restorasyonunu destekleyebileceğini, potansiyel olarak skar ve fibrozis riskini azaltabileceğini göstermektedir (12).

Fibrotik değişiklikler anatomik değişikliklere yol açarak liken sklerozun tedavisini zor ve karmaşık hale getireceğinden fibrozisi azaltmak önem kazanmaktadır.

PAYrıca PRP'nin antiinflamatuvar özelliği kronik inflamasyonu azaltarak hastalığın şiddetini hafifletmeye katkı sağlamaktadır. Topikal steroid tedavisine yanıt vermeyen ve PRP uygulanan (2 yıl boyunca takip edilen) bir çalışmada liken sklerozus lezyonlarının boyutunda klinik iyileşme sağlandığı, hastaların bir kısmında tüm lezyonların ortadan kalktığı, çoğunluğun da ek steroid tedavisine gerek kalmadığı ve semptomların çoğunda gerilediği saptanmıştır (13).

Medine ve ark. yaptığı postmenopozal kadınlarda PRP enjeksiyonlarının liken sklerozus semptomlarını hafifletmesi üzerine etkisini klinik skorlama sistemi ile değerlendiren çalışmada, semptomlarda istatistiksel olarak anlamlı iyileşmeler olduğu ve etkisinin yıl boyu devam ettiği bulunmuştur (14).

Günümüzde yapılan çalışmalara ve uygulamalara rağmen PRP'nin özellikle genital liken skleroz için etkinliğine ilişkin mevcut veriler halen sınırlı olup, uzun vadeli faydalarını ve güvenliğini belirlemek için daha büyük, iyi tasarlanmış, erkek hastaları da içeren klinik çalışmalara ihtiyaç duyulmaktadır.

PRP ile tedavide iyileşmenin derecesi kişiden kişiye değeriklik gösterebilir ve her hasta aynı düzeyde bir klinik düzelme sağlamayabilir.

Günümüzde daha kesin olarak mezenkimal kök hücreler (MSC) olarak tanımlanan hücreler; mezenkimal kökenli dokularda bulunan multipotent hücreler olup, çoklu potansiyelleriyle in vitro olarak adipositlere, kondrositlere ve osteositlere farklılaşma yeteneklerinin olması, ayrıca lenfositler, dendritik hücreler ve makrofajlarla etkileşime girerek sitokin sekresyonunu modüle etmesiyle liken sklerozus tedavisinde önem kazanmaktadır (15,16).

Bunlar arasında adipozdan türetilmiş kök hücreler (ADSC'ler), terapötik bir hücre kaynağı olarak kemik iliği stromal hücrelere göre potansiyel avantajları ve izolasyon işleminin daha güvenli olması nedeniyle klinik kullanımları açısından ilgi çekicidir (17).

ADSC tedavisinin bağışıklık tepkisini modüle etmeye, iltihabı azaltmaya ve doku iyileşmesini desteklemesi ile liken sklerozusdaki yaygın semptomlara katkıda bulunan kronik inflamasyonun hafifletilmesine katkı sağlamaktadır (18). Özellikle vulvar bölge anatomisinin düzeltilmesine katkısı (fibrozisi azaltarak) hem fiziksel hem de psikolojik sağlığın korunması açısından önemlidir (18).

Mevcut literatür, ADSC'lerin, öncelikle anjiyogenik ve trofik özelliklerinden dolayı vulvar distrofilerin tedavisinde yüz güldürücü sonuçları olduğunu göstermektedir (19).

Boero ve ark. liken sklerozlu 36 hasta üzerinde yaptığı prospektif bir çalışmada; hastaların %94'ünün vulvar cilt ve mukozal iyileşme sağlandığı, %75'inin vajinal giriş çapının ve elastikiyetinin arttığını, %50'sinin klitoris gömülmesinin azaldığını, %83'ünün labia majora ve minör hacminin arttığını, %94'ünde kaşınmanın tamamen kaybolduğunu gösterdiler (20).

Bunlara ek olarak hastaların %95'inin artık topikal kortikosteroidlerin rutin kullanımına ihtiyacı kalmadı. Aynı çalışma grubu liken sklerozun uzun dönem tedavisinde ADSC enjeksiyonu etkinliğini başka bir çalışma ile doğruladı (21).

Liken skleroz için ADSC tedavisine ilişkin çalışmalar umut verici olsa da, araştırmanın hala erken aşamada olduğunu kabul etmek önemlidir. Mevcut çalışmalar nispeten küçük ölçekli olup ve genellikle uzun vadeli takip verileri yönünden eksiktir.

Bu nedenle, ADSC tedavisi bir tedavi seçeneği olarak potansiyele sahip olsa da liken sklerozun neden olduğu çok yönlü zorluklara yönelik etkinliğini, güvenliğini ve optimal protokolleri belirlemek için iyi tasarlanmış daha fazla klinik araştırma yapılması gerekmektedir.

Genital liken sklerozun tedavisinde PRP ve ADSC bazlı tedavilerin etkinliği kadın doğum ve dermatoloji alanında giderek artan bir ilgi konusudur.

Mevcut sonuçlar komorbiditelerin varlığı gibi belirli klinik özelliklerde bir tekniğin diğerine tercih edilip edilmeyeceğini belirtmemize olanak sağlamamaktadır.

Her iki tedavi de nispeten yenidir ve bu karmaşık ve kronik cilt durumunun tedavisinde uzun vadeli etkinlik, güvenlik ve optimal protokollerin belirlenmesi için daha kapsamlı araştırmalara ihtiyaç vardır.

KAYNAKÇALAR

1. LEWIS, F. M., et al. British Association of Dermatologists guidelines for the management of lichen sclerosis, 2018. *British Journal of Dermatology*, 2018, 178.4: 839-853.
2. VIEIRA-BAPTISTA, Pedro, et al. Risk of development of vulvar cancer in women with lichen sclerosis or lichen planus: a systematic review. *Journal of lower genital tract disease*, 2022, 26.3: 250-257.
3. NGUYEN, Nga; CORLEY, Sarah. Geriatric Vulvar Dermatology. *Current Geriatrics Reports*, 2020, 9: 183-191.
4. NEILL, S. M., et al. British Association of Dermatologists' guidelines for the management of lichen sclerosis 2010. *British Journal of Dermatology*, 2010, 163.4: 672-682.
5. DALZIEL, K. L.; MILLARD, P. R.; WOJNAROWSKA, F. The treatment of vulval lichen sclerosis with a very potent topical steroid (clobetasol propionate 0.05%) cream. *British journal of dermatology*, 1991, 124.5: 461-464.
6. LEE, Andrew; BRADFORD, Jennifer; FISCHER, Gayle. Long-term management of adult vulvar lichen sclerosis: a prospective cohort study of 507 women. *JAMA dermatology*, 2015, 151.10: 1061-1067.
7. KIRTSHIG, G., et al. Evidence-based (S3) Guideline on (anogenital) Lichen sclerosis. *Journal of the European Academy of Dermatology and Venereology*, 2015, 29.10: e1-e43.
8. JEON, Yeo Reum, et al. The effect of platelet-rich plasma on composite graft survival. *Plastic and reconstructive surgery*, 2014, 134.2: 239-246.
9. HARRIS, N. Lindsay, et al. The effect of platelet-rich plasma on normal soft tissues in the rabbit. *JBJS*, 2012, 94.9: 786-793.
10. DIONYSIOU, Dimitrios, et al. The effectiveness of intralesional injection of platelet-rich plasma in accelerating the healing of chronic ulcers: an experimental and clinical study. *International wound journal*, 2013, 10.4: 397-406.
11. CASABONA, Francesco, et al. New surgical approach to lichen sclerosis of the vulva: the role of adipose-derived mesenchymal cells and platelet-rich plasma in tissue regeneration. *Plastic and reconstructive surgery*, 2010, 126.4: 210e-211e.
12. CASABONA, Francesco, et al. Autologous platelet-rich plasma (PRP) in chronic penile lichen sclerosis: the impact on tissue repair and patient quality of life. *International urology and nephrology*, 2017, 49: 573-580.
13. BEHNIA-WILLISON, Fariba, et al. Use of platelet-rich plasma for vulvovaginal autoimmune conditions like lichen sclerosis. *Plastic and Reconstructive Surgery-Global Open*, 2016, 4.11: e1124.
14. MEDINA GARRIDO, Carola, et al. Mid-term symptomatic relief after platelet-rich plasma infiltration in vulvar lichen sclerosis. *Archives of Dermatological Research*, 2023, 315.6: 1527-1532.
15. SAMSONRAJ, Rebekah M., et al. Concise review: multifaceted characterization of human mesenchymal stem cells for use in regenerative medicine. *Stem cells translational medicine*, 2017, 6.12: 2173-2185.
16. ANDRZEJEWSKA, Anna; LUKOMSKA, Barbara; JANOWSKI, Mirosław. Concise review: mesenchymal stem cells: from roots to boost. *Stem cells*, 2019, 37.7: 855-864.
17. ZUK, Patricia A., et al. Human adipose tissue is a source of multipotent stem cells. *Molecular biology of the cell*, 2002, 13.12: 4279-4295.
18. BELLEI, Barbara; MIGLIANO, Emilia; PICARDO, Mauro. Therapeutic potential of adipose tissue-derivatives in modern dermatology. *Experimental Dermatology*, 2022, 31.12: 1837-1852.
19. GIUSEPPINA ONESTI, Maria, et al. The use of human adipose-derived stem cells in the treatment of physiological and pathological vulvar dystrophies. *Stem cells international*, 2016, 2016.
20. BOERO, Veronica, et al. Vulvar lichen sclerosis: a new regenerative approach through fat grafting. *Gynecologic Oncology*, 2015, 139.3: 471-475.
21. BOERO, Veronica, et al. Fat Grafting in Vulvar Lichen Sclerosis: Long Term Follow-Up. *Journal of Lower Genital Tract Disease*, 2023, 27.4: 365-372

OP. DR. BURCU AKDAĞ ÖZKÖK

GENİTAL LİKEN SKLEROZUS HASTALIĞINDA LAZER TEDAVİSİ

Liken sklerozus, genellikle anogenital bölgeyi tutan kronik inflamatuvar bir cilt hastalığıdır. En sık postmenopozal dönemde görülse de, reproduktif dönemdeki kadınlarda ve hatta çocukluk döneminde de görülebilmektedir. Liken sklerozusun görülme sıklığı %3-7 olarak kabul edilse de, bu oranın aslında çok daha yüksek olduğunu ancak hastalar asemptomatik olduğu için tanı almadıklarını iddia eden yayınlar da bulunmaktadır.

Liken sklerozus birbirinden farklı kliniklerle karşımıza çıkabilmektedir. En sık karşılaşılan semptomlar; tutulumun olduğu bölgede kaşıntı, yanma ve ciltte incelme/atrofidir. Hipopigmente, aşırı incelmış bir cilt görünümü çoğu hastada patognomiktir (sigara kağıdı görünümü). Kimi hastada ise bu durumun aksine hiperkeratoz durumu izlenebilmektedir.

Atrofik ciltte kaşımaya veya travmaya bağlı erozyon, fissürasyon, kanama vs sık görülmektedir. Cinsel ilişki sırasında acı, yanma, kuruluk ve yırtılma hastaları en çok zorlayan semptomlardandır. Bir süre sonra tutulan bölgelerde adhezyonlar da meydana gelebilmektedir. Labial füzyon ve klitoral fimozis sonucunda cinsel ilişkiye girmede zorluk veya ilişkiye girememe, haz problemleri, üretral orifis etrafının tutulumu ile dizüri, posterior Fourchette tutulumu (introital stenoz) nedeniyle de dispareni ve penetrasyon sonrası yırtılma/kanama görülebilmektedir. Liken sklerozus hem yarattığı semptomlar, hem de ortaya çıkan fiziksel ve anatomik problemler nedeniyle kadınların hayat kalitesini, ilişki sağlığını ve psikolojisini ciddi boyutta etkilemektedir.

Liken sklerozusun patofizyolojisine baktığımızda, tüm kronik inflamatuvar hastalıklarda olduğu gibi net bir etyoloji bulunamadığı görülmektedir. Otoimmün zeminde geliştiği düşünülmekle birlikte tam bir otoimmün mekanizma da saptanamamıştır. Ancak liken sklerozusu olan hastaların %20-30'sinde en sık Hashimoto tiroiditi ve vitiligo olmak üzere başka otoimmün hastalıkların da olduğu görülmektedir. Bu durum otoimmün teoriyi desteklemektedir. Etiyolojide genetik ve çevresel faktörler de izlenmektedir.

Sonuç olarak liken sklerozusun etyolojisi multifaktöriyeldir denilebilmektedir. Liken sklerozus ile ilgili önemli bir diğer nokta lezyonlarda malign transformasyon gelişebilme ihtimalidir. Tedavi olmamış ve takipte olmayan hastaların %5'inde vulvar skuamöz hücreli karsinom geliştiği izlenmiştir. Bu nedenle hastaların düzenli takibi büyük önem taşımaktadır.

Liken Sklerozus Tedavisi

Liken sklerozus kronik inflamatuvar bir cilt hastalığı olduğu için tedavideki ilk amaç, inflamasyonu geriye çevirerek hem semptomları hem de oluşabilecek anatomik değişiklikleri engellemektir. Bu amaçla kullanılan ilk basamak tedavi potent kortikosteridlerdir. Liken sklerozus tedavisinde ilk seçenek olarak kullanılan kortikosteroid klobetazol propionattır.

12 haftalık sürekli kullanımın hem hastalığı remisyona soktuğu, hem de steroidlerin yan etkilerinin ortaya çıkmadığı güvenli bir kullanım süresi olarak izlenmiştir. Bu sürecin sonunda tedavinin devamında farklı görüşler bulunmaktadır.

Kimi otörler tedavinin devamına gerek olmadığını savunsa da, bazı yaklaşımlar hayat boyu haftada 1-2 gün steroid kullanımının relapsları ve malign transformasyonu engelleyeceğini savunmaktadır. Klobetazol propiyonat dışında mometazon furoat da kullanılan bir diğer kortikosteroiddir.

Her ne kadar steroid tedavisinin kullanımı güvenli bulunsun da, relaps yaşayan hastaların semptom kontrolü nedeniyle steroidleri olması gerekenden daha uzun süre kullanması ciddi yan etkilere yol açabilmektedir. Steroidler etki mekanizması nedeniyle cildin yenilenmesine engel olarak ilerleyen dönemlerde atrofiyi derinleştirebilmektedir.

Aynı zamanda immün mekanizmayı da bozduğu için infeksiyonlara yatkınlık da artmaktadır. Potent steroidlerin ciltten emilmesi sonucu sistemik yan etkiler dahi görülebilmektedir.

Tedavide steroidler dışında tacrolimus gibi immünmodülatör kremler de kullanılabilir. Kullanılan bir diğer ajan ise hormonal kremlerdir. Hastalığın yoğun olarak postmenopozal dönemde çıktığı düşünüldüğünde hormonlarla bağlantısı kaçınılmazdır.

Yapılan bazı çalışmalar estradiol, estriol ve %2 testosteron içeren kremlerin semptomlarda önemli ölçüde rahatlama sağladığı ve cilt rejenerasyonuna katkıda bulunduğunu göstermiştir.

Yapışıklık gelişen hastalarda cerrahi yöntemler büyük önem taşımaktadır. Labial füzyon ve klitoral fimozis nedeniyle ciddi anatomik problemler yaşayan hastalarda normal fizyolojinin devamı için cerrahi müdahaleler uygulanmaktadır. İşlemlerden sonra ortalama 1 ay süreyle potent bir steroid krem uygulanması, tekrar yapışıklığın önlenmesi için çok önemlidir.

Tüm kronik inflamatuvar hastalıklarda olduğu gibi liken sklerozus da relaps ve remisyonlarla gitmektedir. Sık relaps geçiren hastalar veya potent steroidlere dahi tedavi direnci gösteren hastalar için farklı tedavi yöntemleri arayışı ortaya çıkmıştır.

Genital lazer uygulamaları, PRP ve SVF uygulamaları gibi uygulamalar bu arayışın sonunda uygulanmaya başlayan tedavi yöntemlerinden olmuşlardır. Etki mekanizması “rejenerasyon” olan genital lazer uygulamalarının genital liken sklerozus tedavisinde etkili olabileceği düşüncesi ile uzun yıllardır pek çok çalışma yapılmıştır.

Genital Liken Skleroz Tedavisinde Lazer Tedavisi Lazerin Dokudaki Etki Mekanizması Nasıldır?

Lazer, 2000’li yılların başından beri tıpta pek çok alanda olduğu gibi jinekolojik hastalıkların tedavisinde de kullanılmaya başlanmıştır. Jinekoloji pratiğinde kullanım alanı ilk etapta servikal lezyonların ve kondilomların tedavisinde sınırlı gibi görülse de; yapılan çalışmalar lazerin rejeneratif etkisi nedeniyle pek çok farklı kronik inflamatuvar hastalığın tedavisinde etkili olduğunu göstermiştir (5).

Lazerin temel mekanizması dokuda termal hasar yaratmasıdır. Bu hasar, lazer ışınının özellikleri nedeniyle (kolimasyon, koherans, transmisyon, refleksiyon ve absorpsiyon) sınırlı bir alanda oluşturulabilmektedir. Sınırlı bir alanda oluşturulan termal hasar, kontrol edilebilir bir inflamasyon meydana getirmektedir. Bu durum da dokunun yeniden şekillenme yani remodeling sürecini tetiklemektedir (5).

Lazer ısı etkisi ile ilk etapta yüzeydeki dokunun ablasyonunu sağlarken aynı zamanda da derin dokuda ısı birikimi meydana getirir. Bu durum kolajen ve elastik fiberlerde remodeling, glikojen sentezinde artma gibi etkiler yaratır. Derin dokuda artan ısı, “mikroburning effect” ile “Heat Shock Protein” (HSPs) salınımına yol açar.

Böylelikle hem proteoglikan ve glikozaminoglikan gibi ekstrasellüler matriks komponentlerinin üretiminde artış, hem de TGF-beta, EGF ve FGF üretimi ile angiogeneze artma meydana gelir (5,6).

Lazer Tedavisi Liken Skleroz Hastalığında Nasıl Fayda Sağlar?

Lazer tedavileri anestezi gerektirmemeleri, kısa sürede uygulanabilmeleri, sadece minimal lokal yan etkilere sahip olmaları ve dokuda yenilenme yaratabilmeleri açısından hem hastalar hem de klinisyenler tarafından giderek daha fazla tercih edilen tedavi yöntemlerinden birisi olmuştur.

Etyopatolojisini tam olarak bilmediğimiz gibi, küratif bir tedavisinin de bulunmadığı liken skleroz hastalığında; hastaların hayat kalitesinin artırması ve semptomların azalması tedavilerin ana amacını oluşturmaktadır. Lazer tedavilerinin etki mekanizmasını bilmek, liken tedavisindeki sonuçlarını da daha iyi anlamamızı sağlamaktadır.

Liken skleroz hastalığının histopatolojisine baktığımızda inflamasyon zemininde ortaya çıkan hyalinizasyon dikkat çekmektedir. Bu inflamasyon dermis seviyesinde meydana gelmektedir (3). Klinikte karşımıza çıkan yer yer hiperkeratotik plaklar, yer yer ise atrofik alanlar bu mekanizma ile oluşmaktadır. Aynı patofizyoloji ve histopatoloji klinikte karşımıza farklı semptomatolojiler ile çıkabilmektedir (3,4).

Klinikte yaygın olarak kullanılan steroid tedavileri gibi tedaviler liken skleroz hastalığında semptomları baskılayıp hastaları rahatlatmakta ancak kök sebebi tedavi etmemektedir.

Aynı zamanda uzun süreli steroid kullanımı deride aşırı atrofi ve semptomlarda kötüleşme gibi durumlara da sebep olabilmektedir (2). Lazer tedavilerinde rejeneratif etki ile dermal inflamasyonu ortadan kaldırarak yeni ve sağlıklı bir epitelizasyon meydana gelmesi hedeflenmektedir.

Liken skleroz tedavisinde farklı lazer türleri ile tedaviler denenmektedir. Genital bölge tedavilerinde kullanılan lazerlerin kromoforu sudur. Farklılıkları ise sahip oldukları dalga boyları, dokuya penetrasyon derinlikleri ve fototermal etkileri gibi alanlarda olmaktadır. Liken skleroz tedavisinde yapılan çalışmalarda sıklıkla kullanılan lazer türlerinden olan fraksiyonel CO2 lazer, hem ablatif etkisi ile hiperkeratotik dokuyu azaltmakta hem de dermis üzerinde termal etki göstermektedir (6,7).

Bu termal etki ile uygunsuz fonksiyon gösteren dermal-epidermal zon yerine normal fonksiyon gösteren yeni bir zonun oluştuğu izlenmiştir. Böylelikle aşırı epitelial migrasyon ile oluşan hiperkeratozun da önüne geçilerek sağlıklı bir re-epitelizasyon sürecinin başladığı izlenmiştir (6,7). Reepitelizasyonun yanı sıra neo-kollajenizasyon ve neo-vaskülarizasyon da sağlıklı ve canlı bir dokunun oluşumuna yardımcı olmaktadır (7,8,9).

Son yıllarda liken skleroz hastalığı tedavisinde lazer kullanımı ile ilgili pek çok çalışma yapılmıştır.

Bu çalışmaların bir kısmında tedavinin dokuda yarattığı histopatolojik değişim incelenirken büyük çoğunluğu oluşturan bir diğer kısmında ise lazer tedavisi sonrası hastaların semptomlarındaki değişimler-iyileşmeler incelenmiştir. Özellikle uzun süreli yüksek doz kortikosteroid tedavisine dirençli hastalar ve liken skleroz nedeniyle cinsel disfonksiyon yaşayan hastalar çalışmalara dahil edilmiştir (9,10,11).

2020 senesinde yapılan prospektif bir çalışmada liken skleroza bağlı ciddi semptomlar yaşayan, hayat kaliteleri ve cinsel fonksiyonları etkilenen ve potent steroidlere dirençli olan 40 hastaya 30 gün aralıklarla 2 defa mikroablatif fraksiyonel lazer uygulanması yapılmıştır.

Hastalardaki vulvar kaşıntı, vulvar kuruluk, yüzeysel disparoni, ilişki sırasındaki duyarlılık ve vulvodini seviyeleri lazer uygulaması öncesi ve uygulamalardan 3 ay sonra değerlendirilmiştir. 2 seans fraksiyonel CO2 lazer uygulaması sonrası vulvodini hariç tüm semptomlara istatistiksel olarak anlamlı değişim meydana geldiği izlenmiştir ($p<0,001$) (9).

2018 senesinde Er:Yag lazer ile 28 hasta üzerinde yapılan bir çalışmada, klasik tedavilerden yanıt alınamayan 28 hastaya 4 hafta aralıklarla 3 defa lazer uygulaması yapılmış ve 14 farklı parametre tedavi öncesi ve sonrası dönemde değerlendirilmiştir. Lazer tedavisinden sonra vulvar kaşıntı, vulvar ağrı ve ekimoz semptomlarında istatistiksel olarak anlamlı iyileşme görülmüştür. Hiperkeratoz, intrakoital ağrı, hipopigmentasyon gibi semptomlarda ise iyileşme izlense de istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır (10).

Lazer tedavilerindeki soru işaretlerinden bir tanesi hangi dozda ve sıklıkta uygulanması gerektiğidir. Bu soruya cevap bulabilmek için yapılan randomize çift kör bir çalışmada 67 hasta çalışmaya dahil edilmiş, hastaların kaşınma-yanma-ağrı semptomları ile VAS (visual analog scale) skorlamaları yapılmıştır.

Hastaların yarısına normal dozda lazer uygulaması yapılırken kalan yarısına düşük dozda lazer uygulaması yapılmıştır. Sonuçlar şaşırtıcı bir şekilde her 2 grupta da VAS skorunda istatistiksel olarak anlamlı bir iyileşme olduğunu göstermiştir. Bu çalışma, dozdan bağımsız olarak lazer uygulamasının rejeneratif etkisi ile liken skleroz tedavisinde etkili olduğunu düşündürmüştür (11).

Liken skleroz tedavisinde lazer tedavisinin etkinliği ve uygulama yöntemleri ile ilgili pek çok çalışma olsa da hala netliğe kavuşmamış pek çok nokta bulunmaktadır. Her ne kadar çalışmaların büyük çoğunluğunda lazerin olumlu etkisi izlense de, etkinliğin net gösterilemediği çalışmalar da yapılmıştır. Bu nedenle daha fazla randomize çalışmaya ihtiyaç duyulmaktadır (8).

Liken skleroz oto-inflamatuvar bir hastalık olduğu için tedavide sadece dokuyu değil kişiyi bir bütün olarak ele almak gerekmektedir. Ayrıca PRP, SVF gibi yöntemlerin de liken skleroz tedavisinde etkin olduğu ile ilgili çalışmalar yapılmaktadır (12).

Bu çalışmalar ışığında kombine tedavilerin daha etkili bir tedavi yöntemi olabileceği ile ilgili düşünceler oluşmakta ve bu yönde çalışmalar yapılmaktadır. Kişilerin hayat kalitesini ve dokuların fonksiyonlarını ciddi ölçüde bozabilen liken skleroz hastalığının rejeneratif yöntemlerle tedavisi hastalar için büyük umut taşımaktadır (12).

KAYNAKÇALAR

1. Kirtschig G. Lichen sclerosus-presentation, diagnosis and management. *Dtsch Arztebl Int* 2016;113:337–43.
2. Kirtschig G, Becker K, G€unthert A, et al. Evidence-based (S3) guideline on (anogenital) lichen sclerosus. *J Eur Acad Dermatol Venereol* 2015;29:e1–43
3. Edwards L, Goldbaum BE. Chronic vulvar symptoms and dermatologic disruptions: how to make the correct diagnosis. *OBG Manag* 2014;26: 37–49. 2. Funaro D. Lichen sclerosus: a review and practical approach. *Dermatol Ther* 2004;17:28–37. 3. Edwards SK, Bates CM, Lewis F, et al. 2014 UK national guideline on the management of vulval conditions. *Int J STD AIDS* 2014;26: 611–24
4. Halonen P, Jakobsson M, Heikinheimo O, Gissler M, Pukkala E (2020) Incidence of lichen sclerosus and subsequent causes of death: a nationwide finnish register study. *BJOG* 127:814–819. <https://doi.org/10.1111/1471-0528.16175>
5. Mortensen OE, Christensen SE, Lokkegaard E (2022) The evidence behind the use of LASER for genitourinary syndrome of menopause, vulvovaginal atrophy, urinary incontinence and lichen sclerosus: a state-of-the-art review. *Acta Obstet Gynecol Scand* 101:657–692.
6. Baggish MS. Fractional CO2 laser treatment for vaginal atrophy and vulvar lichen sclerosus. *J Gynecol Surg* 2016;32:309–17
7. Lee A, Lim A, Fischer G. Fractional carbon dioxide laser in recalcitrant vulval lichen sclerosus. *Australas J Dermatol* 2016;57:39–43.
8. Tasker F, Kirby L, Grindlay DJC, Lewis F, Simpson RC (2021) Laser therapy for genital lichen sclerosus: a systematic review of the current evidence base. *Skin Health Dis* 1:e52. <https://doi.org/10.1002/ski2.52>
9. Pagano T, Conforti A, Buonfantino C, Schettini F, Vallone R, Gallo A, Avino L, Alviggi C, De Placido G, Sopracordevole F (2020) Effect of rescue fractional microablative CO2 laser on symptoms and sexual dysfunction in women affected by vulvar lichen sclerosus resistant to long-term use of topic corticosteroid: a prospective longitudinal study. *Menopause* 27:418–422.
10. Gómez-Frieiro M, Laynez-Herrero E. Use of Er:YAG laser in the treatment of vulvar lichen sclerosus. *Int J Womens Dermatol*. 2019 Jun 4;5(5):340–344. doi: 10.1016/j.ijwd.2019.05.007. PMID: 31909154; PMCID: PMC6938928.
11. Krause E, Neumann S, Maier M, Imboden S, Knabben L, Mueller MD, Kuhn A. LASER treatment in gynaecology -A randomized controlled trial in women with symptomatic lichen sclerosus. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*. 2023 Aug;287:171–175. doi: 10.1016/j.ejogrb.2023.06.003. Epub 2023 Jun 8. PMID: 37352640.
12. Corazza M, Schettini N, Zedde P, Borghi A. Vulvar Lichen Sclerosus from Pathophysiology to Therapeutic Approaches: Evidence and Prospects. *Biomedicines*. 2021 Aug 3;9(8):950. doi: 10.3390/biomedicines9080950. PMID: 34440154; PMCID: PMC8394941.



GENÇ JİNEKOLOGLAR TOPLANTISI

TTOG VE JİNKOZ WEBINAR

GENİTAL BÖLGE PRP UYGULAMA
ALANLARI, YÖNTEMLERİ

Tarih: 29 NİSAN 2024
Saat: 20.00

Zoom ID:
867 3449 5354
ŞİFRE: 12345



KONUŞMACI
Dr. Bureu Akdağ ÖZKÖK



GENÇ JİNEKOLOGLAR TOPLANTISI

TTOG VE JİNKOZ WEBINAR

Vajinoplasti-Vajen Relaksasyon Send

Tarih: 26 Mart 2024
Saat: 20.00

Zoom ID:
826 0347 8541
Parola: 12345



Konuşmacı:
Prof. Dr. Fısın VURAL



Jinekolojide Genital Bölgede
ACP (Yeni nesil PRP), SVF,
Kök Hücre Uygulama Alanları,
Sınırları, Yöntemleri

02 MAYIS 2024

SAAT: 20.30

MODERATÖR



Prof. Dr. Nida BAYIK
Jinkoz Dernek Başkanı

Toplantı Kimliği:
869 2360 3202
Şifresiz

KONUŞMACI



Dr. Didem KURBAN
Jinekolog, Cinsel Terapist, FECSM

Katılım Ücretsizdir.



greentech
BIOTECHNOLOGY



GENÇ JİNEKOLOGLAR TOPLANTISI

TTOG VE JİNKOZ WEBINAR

GENİTAL LAZER UYGULAMALARI

Tarih: 04 NİSAN 2024
Saat: 20.00

Zoom ID:
840 2123 7290
ŞİFRE: 12345



Konuşmacı:
Dr. Eser AĞAR



GENÇ JİNEKOLOGLAR TOPLANTISI

TTOG VE JİNKOZ WEBINAR

TVT-TOT

Tarih: 12 Mart 2024
Saat: 20.30

Zoom ID:
853 7292 3720
Parola: 12345

Konuşmacı:
Prof. Dr. Tüyan İLHAN



24 EKİM 2023

SAAT: 20.30

TOPLANTI KİMLİĞİ
873 4360 0075



AYLIK TOPLANTI

PAROLA
386582

KOZMETİK JİNEKOLOJİDE MEDİKOLEGAL KONULAR

AÇILIŞ

JİNKOZ DERNEĞİ BAŞKANI
Prof. Dr. Nida BAYIK

KONUŞMACILAR

Jinkoz Derneği Yönetim
Kurulu Üyesi
Dr. Murat EMANETOĞLU

Muayenehaneler Derneği
Hukuk Müşaviri
Av. Verda ERSOY



KATILIM ÜCRETSİZDİR.



GENÇ JİNEKOLOGLAR TOPLANTISI

DOÇ. DR.
ERAY METİN GÜLER İLE BİLİMSEL
TOPLANTILARDA BİLDİRİ
HAZIRLAMA EĞİTİMİ

TTOG & JİNKOZ WEBINAR

28.11.2023
20.00

AÇILIŞ KONUŞMASI:
JİNKOZ DERNEK BAŞKANI
PROF. DR. NİDA BAYIK

BİZE KATILINI!

ZOOM ID: 822 4790 8957
PAROLA: 12345



GENÇ JİNEKOLOGLAR TOPLANTISI

TTOG VE JİNKOZ WEBINAR

STRES ÜRİNER İNKONTİNANS

Tarih: 25 Şubat 2024
Saat: 20.00

Zoom ID:
814 365 05 323
Parola: 12345

Konuşmacı:
Prof. Dr. Nida BAYIK





TJOD MERSİN ŞUBESİ TÜBİD, PERİDER, JİNKÖZ ORTAKLAŞA TOPLANTISI

11 ŞUBAT 2024, PAZAR

JİNKÖZ DERNEĞİ İÇ ANADOLU BÖLGE
TOPLANTILARI

JİNKÖZ DERNEĞİ KONYA TOPLANTISI



09/12/2023

OTURUM BAŞKANLARI: Doç. Dr. Feyzanur ÇİNTESUN,
Uzm. Dr. Yalçın AKSOY
CANLI CERRAHİLER: 13:30-17:00

10/12/2023

SÖZLÜ KONGRESİLER: 09:30-09:40
TJOD Konya Şube Başkanı: Prof. Dr. Ali AKAR
Organizasyon Koordinatörü: Prof. Dr. Kaan GEZGİN
JİNKÖZ Dernek Başkanı: Prof. Dr. Nida BAYIK

OTURUM BAŞKANLARI: Prof. Dr. Gökhan KILINÇ, Doç.
Dr. Gökhan KILINÇ, Dr. Öğr. Üyesi Hakan ZENGİN
09:40-10:00: Genital İyileşim için hücreli doku, hasta
anviziyonları, Mavi Kuvvetli
10:00-10:30: Prostatit Tedavisi, Postoperatif Bakım
Kurt Uluğ
10:30-10:40: Hastaların iyileşiminde anaviziyonun rolü
Nida Bayık
KATILIM ARASI

JİNKÖZ DERNEĞİ GENİTAL SİĞİL
OTURUM BAŞKANLARI: Prof. Dr. Kaan GEZGİN, Doç. Dr.
Ali AKAR, Hakan ZENGİN, Uzm. Dr. Mustafa SÖZÜK
10:40-11:00: Lazerle tedavi - Dr. Mustafa SÖZÜK
11:00-11:30: Hedefli tedavi - Dr. Mustafa SÖZÜK
11:30-11:40: Obstrüktif ve rekürrensiyle ilgili cerrahi,
vasküler tedavi - Hakan ZENGİN
11:40-12:00: Sorulara
12:00-12:15: Sorulara ip ile sutureli - Öğr. Dr. Kaan
GEZGİN

JİNKÖZ DERNEĞİ GENİTAL SİĞİL
OTURUM BAŞKANLARI: Prof. Dr. Mustafa SÖZÜK, Doç. Dr.
Ali AKAR, Hakan ZENGİN, Uzm. Dr. Mustafa SÖZÜK
10:40-11:00: Lazerle tedavi - Dr. Mustafa SÖZÜK
11:00-11:30: Hedefli tedavi - Dr. Mustafa SÖZÜK
11:30-11:40: Obstrüktif ve rekürrensiyle ilgili cerrahi,
vasküler tedavi - Hakan ZENGİN
11:40-12:00: Sorulara
12:00-12:15: Sorulara ip ile sutureli - Öğr. Dr. Kaan
GEZGİN

KONGRE DÜZENLEME KURULU: Prof. Dr. Ali AKAR,
Prof. Dr. Kaan GEZGİN,
Prof. Dr. Çetin ÇELİK

Nevşehir Erkekler Üniversitesi
Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları
& Doğum ABD Konferans Salonu
KONYA-İSPARTU



JİNKÖZ



JİNKÖZ

LIVE WEBINAR

30 OCAK 2024
SAAT: 20.30

HPV'NİN GENİTAL SİĞİL KANŞER İLİŞKİSİ AŞILANMANIN ÖNEMİ

MODERATÖRLER



Prof. Dr. Nida BAYIK
JİNKÖZ Dernek Başkanı
Nisantasi Üniversitesi
Cerrahi Tıp Bilimleri Bölüm Başkanı



Prof. Dr. Ercan YILMAZ
TJOD Yönetim Kurulu Üyesi
Malatya İnönü Üniversitesi Kadın Hastalıkları
ve Doğum ABD Bölüm Başkanı

KONUŞMACI



Prof. Dr. Tayan İLHAN
VM Medical Park Jinekoloji Onkoloji
Departmanı Sorumlusu

TOPLANTI ID
822 2003 0319

PAROLA
149879



LIVE WEBINAR

13 ARALIK 2023
SAAT: 20.30

Menopozun Genitoüriner Sendromunda Hyalüronik Asit Uygulamaları

MODERATÖRLER



Prof. Dr. Nida BAYIK
JİNKÖZ DERNEK BAŞKANI



Prof. Dr. Özlem MORALOĞLU TEKİN
ANKARA ŞEHİR HASTANESİ BAŞHEKİMİ

KONUŞMACI



TOPLANTI KİMLİĞİ
8183 4963 446

PAROLA
000552



•LIVE•
WEBINAR

06 ARALIK 2023
SAAT: 20.30

VIDEO EŞLİĞİNDE JİNEKOLOJİDE LAZER UYGULAMALARI

AVANTAJLARI - HANDİKAPLARI

MODERATÖRLER



Dr. VOLKAN KURTARAN



Dr. NİDA BAYIK

KONUŞMACI

TOPLANTI KİMLİĞİ
882 1449 0458

PAROLA
696261



Dr. ESER AÇAR



ÇUKUROVA KADIN DOĞUM GÜNLERİ 2023

10-12 Kasım 2023

Çukurova Üniversitesi Mithat Özsan Amfisi, Adana

11 Kasım 2023, Cumartesi

14.15 - 15.30 Obstetrik Oturumu 2

Oturum Başkanları: İrfan Kutlar, Deniz Cengiz Arkan, Utkucon Okuducu

2. Trimester temel kardiyak değerlendirme ve fetal
ekokardiyografi endikasyonları

Halis Özdemir

Temel Merkezi Sinir Sistemi değerlendirmesi

Ezgi Turgut

1. Trimester fetal ultrasonografi taraması

Deniz Cengiz Arkan

Plasenta Akreata Spektrum Ultrasonografik değerlendirmesi

İrfan Kutlar

Tartışma

15.30-16.45 Onkoloji Oturumu

Oturum Başkanları: Ali Ayhan, Şenel Gökşen Gökkuş, Hasan Turan

Serviks ve endometriyum kanserlerinde fertilite koruyucu
yaklaşımlar

Ali Ayhan

Şüpheli adnexial kitlelerde yönetim (Minimal İnvaziv / Open)

M. Faruk Köse

Endometrial Hiperplazi – Kanser ilişkisi

Ganin Hoşp

Meme - Jinekolojik Kanserler ve Hormon ilişkisi

Hüsnü Çelik

Tartışma

16.45-17.00 Kahve arası

17.00-18.15 Genital Estetik Kursu – JINKOZ Oturumu

Oturum Başkanları: Fırat Vural, Nilsin Yerol

Labioplasti – Hudioplasti : Kime, Hangi Teknik?

Murat Emanetoğlu

Genital bölge PRP ve türevleri, Mezoterapi ve Hyluronik Asit
uygulamaları

Servet Çalıkoğlu

Otolog fat transfer, Lipofting uygulamaları, SVF

Nida Bayık

Genital bölge lazer, radyofrekans uygulamaları

Eser Açar

Tartışma



24 EKİM 2023

SAAT: 20.30

TOPLANTI KİMLİĞİ

873 4360 0075



•LIVE•
WEBINAR

AYLIK TOPLANTI

PAROLA

386582

KOZMETİK JİNEKOLOJİDE MEDİKOLEGAL KONULAR

AÇILIŞ

JINKOZ DERNEĞİ BAŞKANI

Prof. Dr. Nida BAYIK

KONUŞMACILAR

Jinkoz Derneği Yönetim
Kursu Üyesi

Dr. Murat EMANETOĞLU

Muayenehaneler Derneği
Hukuk Müşaviri

Av. Verda ERSOY



77

KATILIM ÜCRETSİZDİR.



GENÇ JİNEKOLOGLAR TOPLANTISI

DOÇ. DR.
ERAY METİN GÜLER İLE BİLİMSEL
TOPLANTILARDA BİLDİRİ
HAZIRLAMA EĞİTİMİ

TTOG & JINKOZ WEBINAR

28.11.2023
20.00

AÇILIŞ KONUŞMASI:
JINKOZ DERNEK BAŞKANI
PROF. DR. NİDA BAYIK

BÜZE KATILIMI

ZOOM ID: 822 4790 8967
PAROLA: 12345





JİNKÖZ DERNEĞİ İÇ ANADOLU BÖLGE TOPLANTILARI

JİNKÖZ DERNEĞİ KONYA TOPLANTISI

09/12/2023

OTURUM BAŞKANLARI: Doç. Dr. Feyzanur ÇİNTESUN,
Üzm. Dr. Yalçın AKSOY
CANLI CERRAHİLER: 13:30-17:00

10/12/2023

JİNKÖZMETİK JİNEKOLOJİDE CERRAHİ DEĞİŞİMLER
OTURUM BAŞKANLARI: Prof. Dr. Mustafa C. Üyesi Fatma KILIÇ, Dr. Öğr. Üyesi Emine T.C.
13:00-15:00 Genital bölge hyaluronik asit uygulamaları
Leylak



12:00 - 12:30

JİNKÖZ & TJÖÖ ORTAK OTURUMU - 1

Öğretim Başkani: RAHİME NADA BAYIK, ÇÜDÜR
RUBAN LEYLA

12:00 - 12:15 Genital Kozmetik İşlemler İçin
Anatomik Değerlendirme
Konuşmacı: ÖZGE YILDIRIM

12:15 - 12:30 Kozmetik Jinekolojide Hasta
Seçimi Değerlendirilmesi ve Onam Alınması
Konuşmacı: SİBEL ÖSTÜNE

12:30 - 12:45 Preoperatif Hazırlık Post
Operatif Bakım
Konuşmacı: BORA COŞKUN

12:45 - 13:00 Vajinoplasti, Labioplasti
Konuşmacı: AHMET MURAT EMANETOĞLU

13:00 - 13:15 Kloris: Update ve Kadın
Orgazm Fenomeni
Konuşmacı: SELÇUK SAHMOV

15:15 - 16:45

JİNKÖZ & TJÖÖ ORTAK OTURUMU - 2

Öğretim Başkani: ZELKHA ÖZÜLÜ, BAYIK NİHA

15:15 - 15:30 Genital Bölge Hyaluronik Asit
Uygulamaları
Konuşmacı: CIDEHA AURBAN

15:30 - 15:45 Genital Bölgede Antiaging
Uygulamaları/Mozoterapi, PRP
Konuşmacı: SERVET ÇALIKOĞLU

15:45 - 16:00 Otilog Yağ Kullarımı, LipoFilling
Uygulamaları, SVF Tedavisi
Konuşmacı: RAHİME NADA BAYIK

16:00 - 16:15 Genital Bölge Lazer,
Radiofrekans, HIFU Uygulamaları
Konuşmacı: ESER AĞAR

16:15 - 16:30 Genital Bölge İp-Asit
Uygulamaları
Konuşmacı: ÖZGÜR RÜYAN LEYLA



78

Az sayıda kadının klitorisün eksternal uyarısı bimedan
nabızlaşım ile uyarıldığı bildirilmiştir.

JİNEKOLOJİK KOZMETOLOJİ VE PELVİK REKONSTRÜKSİYON DERNEĞİ

