

Hormon Replasman Tedavisinde Hasta Uyumu ve Uyuma Etki Eden Faktörler

COMPLIANCE WITH HORMON REPLACEMENT THERAPY AND FACTORS AFFECTING THE COMPLIANCE

Özlem PATA*, Gürkan YAZICI*, C.Ekrem TOK*, A.Utku ÖZ*, Filiz ÇİL**, Meral ABAN***

* Yrd.Doç.Dr., Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum AD, Öğr.Gör.,

** Arş.Gör.Dr., Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum AD,

*** Doç.Dr., Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum AD, Öğr.Gör., MERSİN

Özet

Amaç: Hormon replasman tedavisinde hasta uyumu, uyuma etki eden faktörler ve tedavi bırakma nedenlerinin araştırılması.

Çalışmanın Yapıldığı Yer: Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi kadın Hast ve Doğum A.D

Metod: Kasım 1999 ve Haziran 2000 tarihleri arasında başvuran HRT almamış ve HRT için kontraendikasyonu olmayan 205 olgunun yaşı, menopoz süresi, eğitim durumu, menopoz tipi (cerrahi, doğal) bilgi formlarına alındı. Cerrahi menopoz olgularına 17β Estradiol, doğal menopoz olgularına Tibolone veya 17β Estradiol + Norethidrone asetat içeren preparat başlandı. Tedavinin birinci yılında tüm olgular hastaneye çağrılarak tedaviye devam, devamı etkileyen faktörler saptandı. Tedaviyi bırakma nedenleri soruldu.

Bulgular: Olguların 71'inin (%35.5) ortalama 3.6 ayda tedaviyi bıraktığı gözlemlendi. Cerrahi menopoz olgularında, eğitim durumu yüksek hastalarda ve sadece östrojen kullanan olgularda tedavi uyumunun daha fazla olduğu saptandı (p<0.05). Yaş ve menopoz süresi bakımından tedaviyi bırakan ve devam eden olgular arasında anlamlı fark yoktu (p>0.05). Doğal menopoz olgularında en sık gözlenen tedaviyi bırakma nedeni vajinal kanama iken, cerrahi menopoz olgularında kanser korkusu idi.

Sonuç: İlaça bağlı yan etkiler HRT' de uyumu etkilemektedir. İlacın kısa ve uzun dönemde getireceği avantajlar ile olası yan etkilerin anlatılacağı eğitim programları hasta uyumunu artırılabilir.

Anahtar Kelimeler: Hormon replasman tedavisi, Hasta uyumu

T Klin Jinekoloj Obst 2002, 12:253-257

Summary

Objective: To investigate the compliance in HRT, the factors which were associated with compliance and the reasons for the discontinuation of treatment.

Institution: Mersin University Faculty of Medicine. Obstetrics and Gynecology Department

Methods: Between October 1999-June 2000, 205 postmenopausal women with no history of HRT and contraindication to HRT were studied. Patient's age, years since menopause, educational status, menopause type (surgical or natural), were recorded. 17 β Estradiol was given to surgical menopause on the other hand tibolone or 17 β Estradiol + Norethisterone was given to the natural menopause women. After one year of treatment all women recalled to the hospital. The compliance to the HRT and the factors affecting the compliance were determined. The reasons for the discontinuation of treatment were asked.

Results: 71 women (35.5%) discontinued treatment with an average 3.6 months duration of use. The compliance of the women with surgical menopause, high educational status and using unopposed HRT were higher than the others. Age and years since menopause was not different between the women continuing and discontinuing HRT. Bleeding episodes was the most common reason for discontinuation of HRT in the natural menopause women otherwise fear of cancer in the surgical menopause women.

Conclusion: Negative side effects of HRT influence the compliance. The Patients acceptance can be improved with educational programmes including the short -long term advantages and usual side effects of HRT.

Key Words: HRT, Patient's compliance

T Klin J Gynecol Obst 2002, 12:253-257

Üreme çağındaki kadınlarda endojen östrojenin birçok organ ve sistemin (Kardiyovasküler sistem, kemikler, beyin, deri, reproduktif ve ürogenital sistem) sağlıklı fonksiyon görmesinde önemli rol oynadığı ve postmenopozal dönemde östrojen eksikliğine bağlı olarak da kadınların pek çok problemle karşılaştığı bilinen bir gerçektir (1). Hormon replasman tedavisi (HRT) ile menopozal semptomların azaldığı, uzun süren tedavi sonucu kalp hastalığı ve osteoporozu karşı koruma

sağlandığı (1,2), Alzheimer gibi ilerleyici hastalığın gelişme riskini azalttığı, ilerlemesini de durdurduğu üzerinde durulmaktadır (3).

Hormon replasman tedavisi yaklaşık 40 yıldır üzerinde çalışılan bir konu olmasına rağmen (2) menopozdaki kadınlarda HRT' e başlama oranı ve başlayan olgularda da tedaviye uyumda büyük problem yaşandığı belirtilmektedir (4,5).

Tablo 1. Tedaviye Devam Eden ve Bırakan Olguların Özellikleri

		Tedaviyi Bırakan N: 71	Tedaviye Devam Eden N:129	P<0.05
Yaş (yıl)		50.55 ± 0.58	50.07 ± 0.4	NS
Menopoz Süresi (yıl)		4.51 ± 0.56	5.41 ± 0.63	NS
Menopoz Tipi	Cerrahi	10 (%20)	40 (%80)	S
	Doğal	61 (%40.9)	89 (%59.1)	
Tedavi Rejimi	17 β Estradiol	10 (20)	40 (80)	S
	Tibolone	24 (31.5)	52 (68.5)	
	17 β Estradiol+ N.A	37 (50)	37 (50)	
Yüksek Öğrenim	Gören	10 (20)	40 (80)	S
	Görmeyen	61 (40.7)	89 (59.3)	

Bu çalışmada hormon replasman tedavisi başlanan olgularda hasta uyumu ve bu uyuma etki eden etmenlerin ve tedaviyi bırakma nedenlerinin araştırılması amaçlandı.

Materyel ve Metod

Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi ve Kadın Hastalıkları ve Doğum polikliniğine 01.10.1999-31.06.2000 tarihleri arasında başvuran, hiç HRT'si almamış ve HRT başlamak için kontraendikasyonu olmayan 205 olgu çalışma kapsamına alındı. Olguların 50'si cerrahi menopoz, 155'i doğal menopoz olgusu idi. Olguların yaşları, menopoz süresi, eğitim durumları menopoz şekli, ilk hastaneye başvuru şikayetleri bilgi formlarına alındı. Cerrahi menopoz olgularına 17 β Estradiol 2mg (Estrofem®), doğal menopoz olguları randominize olarak ikiye ayrılarak Tibolone 5mg (Livial®) veya 17 β Estradiol 2mg + Norethisterone acetate 1mg (Kliogest®) içeren preparat başlandı. Kontrollere gelen gelmeyen tüm olgular bir yıl sonra kontrole çağrılarak tedaviye devam edip etmedikleri, tedaviyi bıraktılar ise nedenleri soruldu. Beş doğal menopoz olgusunun (% 3.2) tedaviye hiç başlamadığı gözlemlendi ve çalışma dışı bırakıldı. Olgular tedaviye devam edip etmediklerine göre iki gruba ayrılarak özellikleri ayrıca devam etmeyen olguların tedaviyi bırakma nedenleri istatistiki olarak araştırıldı.

Tüm ortalamalar aritmetik ortalama ± standart deviasyon olarak verildi. İstatistiki analizler SPSS paket programı kullanılarak student t test, chi kare ve Anova analizleri ile yapıldı.

Bulgular

Olguların 71'inin (%35.5) bir yıl sonunda tedaviyi bırakmış olduğu saptandı. Tedaviyi bırakma zamanı 3.6 ± 1.4 ay idi. Tedaviyi bırakan ve devam eden olguların özellikleri Tablo 1'de gösterildi. Tedaviye devam eden olgular ile bırakan olgular arasında yaş ve menopoz süresi bakımından istatistiki olarak fark saptanmazken (p>0.05) menopoz tipinin, tedavi rejiminin ve öğrenim durumunun tedaviye devamda önemli etmenler olduğu saptandı (p<0.05). Cerrahi menopoz olgularının tedavi uyumu (%80)

doğal menopoz olgularına göre (%59.1) daha iyi iken, tedavi rejimi olarak 17 β Estradiol kullanan olguların (%80) Tibolone kullananlara (%68.5), Tibolone kullanan olguların ise 17 β Estradiol+ N.A kullanan (%50) olgulara göre daha iyi olduğu saptandı. Yüksek öğrenim gören olguların tedaviye devam etmede daha uyumlu olduğu saptandı (p<0.05).

Bir yıl sonunda olguların tedaviyi bırakma nedenleri Tablo 2'de gösterildi. Tüm olgularda en sık bırakma nedeninin kanama (%28.1), meme hassasiyeti (%19.7), ve kanser korkusu (%19.7) olduğu gözlemlendi. Menopoz tipine göre tedavi bırakma nedenlerinin değişimi Tablo 2'de gösterildi. Cerrahi menopoz olgularında en sık gözlenen tedavi bırakma nedenleri kanser korkusu (%60), meme hassasiyeti (%40), kilo alımı (20), baş ağrısı (%20) iken doğal menopoz olgularında kanama (%32.7), meme hassasiyeti (%16.4), kanser korkusu (13.1), kilo alımı (13.1) idi. Her iki grupta da başka bir doktor önerisi %10'luk bir oranı içermekte idi. Doğal menopoz olgularında tedavi tipine göre bırakma nedenleri arasında kanama ve meme hassasiyetinin 17 β Estradiol+ N.A kullanan grupta daha fazla gözlemlendiği saptandı (Tablo 3).

Tartışma

Hormon replasman tedavisinin yararları bilinen gerçek iken beklenen yaşam süresi ve kalitesini arttırdığı bu etkininde HRT'nin süresinin uzunluğu ile yakından ilgili olduğu üzerinde durulmaktadır (1). Hormon replasman tedavisinin bu yararlı etkilerine rağmen hasta uyumunun düşük olduğu belirtilmekte; hormon replasman tedavisi başlanan olgularda ilaca uyumun bir yıl için < %50-98 arasında değiştiğini belirten yayınlar bulunmaktadır (1,4-6). Asya ülkeleri arasında bu konu üzerinde çalışmalar az olup Chung ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada HRT kullanan olguların ancak %68.3'ünün iki yıl sonunda tedaviye devam ettiği belirtilmekte ve en fazla tedaviyi bırakma oranının ilk altı ay içerisinde olduğu üzerinde durulmaktadır (4). Karakoç ve arkadaşlarının ülkemizde yaptığı bir çalışmada olguların % 28.7'sinin ortalama 4.5 ayda tedaviyi bıraktığı bildirilmiştir (7). Bizim çalışmamızda da

Tablo 2. Tüm Olgularda Menopoz Tipine Göre Tedavi Bırakma Nedenleri

Bırakma Nedeni	Cerrahi Menopoz n:10 (%)	Doğal Menopoz n:61(%)	Total Olgu Sayısı n:71 (%)
Kanama	-	20 (32.7)	20 (28.1)
Memede Ağrı	4 (40)	10 (16.4)	14 (19.7)
Kanser Korkusu	6 (60)	8 (13.1)	14 (19.7)
Kilo Alımı	2 (20)	8 (13.1)	10 (14)
Başka Doktor Önerisi İle	1 (10)	7 (11.5)	8 (11.2)
Baş ağrısı	2 (20)	6 (9.8)	8 (11.2)
Varislerin Artması (Kalp Damar Cerrahisi Önerisi)	1 (10)	5 (8.2)	6 (8.4)
Ciltte Döküntü	1 (10)	5 (8.2)	6 (8.4)
Karaciğer Fonksiyon Testlerinin Bozulması	--	4 (6.6)	4 (5.6)
Depresyon	1 (10)	3 (4.9)	4 (5.6)
Mide Rahatsızlığı	1 (10)	3 (4.9)	4 (5.6)
Kanama Olmasını İstemesi	--	2 (3.3)	2 (2.8)
Ateş Basması	1 (10)	1 (1.6)	2 (2.8)
İlacı Alamama (Parasal)	1 (10)	1 (1.6)	2 (2.8)

Bir olguda birden fazla şikayet gözlemlenmiştir.Yüzdeler sütun yüzdesidir.

Tablo 3. Doğal Menopoz Olgularında Tedavi Rejimine Göre Tedavi Bırakma Nedenleri

Tedavi Bırakma Nedeni	Tedavi Rejimi		
	Tibolone n:24 (%)	17 β Estradiol+ N.A n:37 (%)	Total n:61 (%)
Kanama	6 (25)	14 (37.8)	20 (32.7)
Memede Ağrı	3 (12.5)	7 (18.9)	10 (16.4)
Kanser Korkusu	3 (12.5)	5(13.5)	8 (13.1)
Kilo Alımı	3 (12.5)	5 (13.5)	8 (13.1)
Başka Doktor Önerisi İle	3 (12.5)	4 (10.8)	7 (11.5)
Baş ağrısı	2 (8.3)	4 (10.8)	6 (9.8)
Varislerin Artması (Kalp Damar Cerrahisi Önerisi)	2 (8.3)	3 (8.1)	5 (8.2)
Ciltte Döküntü	3 (12.5)	2 (5.4)	5 (8.2)
Karaciğer Fonksiyon Testlerinin Bozulması	2 (8.3)	2 (5.4)	4 (6.6)
Depresyon	1 (4.1)	2 (5.4)	3 (4.9)
Mide Rahatsızlığı	2 (8.3)	1 (2.7)	3 (4.9)
Kanama Olmasını İstemesi	1(4.1)	1 (2.7)	2 (3.3)
Ateş Basması	1(4.1)	-	1 (1.6)
İlacı Alamama (Parasal)	1(4.1)	-	1 (1.6)

Bir olguda birden fazla şikayet gözlemlenmiştir.Yüzdeler sütun yüzdesidir.

literatür ile uyumlu olarak olguların %35.5'inin ortalama 3.6 ayda tedaviyi bıraktığı saptandı.

Literatürde hasta uyumunda yaşın, eğitim durumunun, doktorun, tedavi rejiminin, semptomların durumunun ve ilacın yan etkisinin etkili olduğu üzerinde durulmaktadır (1,8). Yaş ve menopoz süresinin hormon replasman tedavisi uyumu üzerinde etkisi konusunda çelişkili sonuçlar vardır. Bazı çalışmalarda özellikle yaş ve menopoz süresinin kısalığı ile hasta uyumu arasında ilişki saptanırken bu menopozal semptom yaşayan olguların tedavi ile rahatladığı ve böylece tedavi uyumunun arttığı, yaşlı olgularda progesteron içeren HRT ile yan etkilerin daha fazla yaşandığı ve böylece hasta uyumunun azaldığı belirtilmektedir.(10). bizim çalışmamızda da yaş ve menopoz süresinin tedavi uyumu ile ilişkisi saptanamadı. Eğitim durumunun, menopoz tipinin ve kullanılan ilaç seçiminin tedavi uyu-

munda etkili olduğu görüldü. Özellikle öğrenim durumu yüksek olan hastanın ilacı başlama nedenini ve devam edildiği takdirde getireceği yararları daha iyi anlayabildiği böylece hasta uyumunda etkili olduğunu düşünüldü. Literatürde de bunun ile uyumlu çalışmalara rastlandı (2,5).

Cerrahi menopoz olgularının tedavi uyumlarının doğal menopoz olgularına oranla daha fazla olduğu literatürde birçok çalışmada belirtilmiştir (7,11,12). Bu çalışmada da bu bilgilerle uyumlu sonuçlar elde edildi. Doğaldır ki cerrahi menopoz olgularında bir organ kaybı söz konusu olduğu için bu olgular doktorlarını daha sık ziyaret etmekte, doktorlar ise bu hastalarına daha fazla zaman ayırdıkları için karşılıklı iletişim zamanı daha fazla olmaktadır. Ayrıca bu olgular organ kaybına uğradıkları için konu hakkında daha duyarlı olabilmektedirler. Cerrahi menopoz olgularına başlanılan hormon replasman tedavisinde ilaç seçiminin

uyumda önemli bir etken olduğunu düşünmekteyiz. Çünkü bu hastalara istisnalar dışında sadece östrojen başlanılmakta, progesterona bağlı yan etkiler gözlenmemektedir. Keating ve arkadaşları da çalışmalarında bunun üzerinde durmakta cerrahi menopoz olgularının ilacı daha iyi tolere ettiği, kanama görülmediği ve uzun dönem hasta uyumlarının daha fazla olduğu üzerinde durmuşlardır (2). Doğal menopoz olgularında da Tibolone kullanan olguların tedavi uyumlarının daha fazla olduğu görüldü ve bu durum Tibolone' un vaginal kanama ve meme üzerine yan etkilerinin birçok yayında belirtildiği (9) gibi daha az görülmesine bağlandı.

Tedaviyi bırakan olgulara bakıldığında en fazla bırakma nedeninin ilaca bağlı yan etkiler olduğu gözlemlendi. Özellikle vajinal kanama, doğal menopoz olgularında en fazla tedaviyi bırakma nedeni idi. Literatüre bakıldığında HRT si alan olgularda % 14-47 oranlarında ilk üç ayda kanama gözlenebildiği literatürde belirtilmekte (6,13,14) ve hasta uyumunda kanama problemlerinin önemi üzerinde durulmaktadır (1,2,4,5). Özellikle östrojen ve progesteron içeren HRT' si alan olgularda amenore başlangıçta sağlanırsa uyumun daha fazla olduğu belirtilmektedir (6). Hasta uyumunda bu derece önemli olan bu durum nedeni ile literatürde HRT başlamadan endometriuma ultrasonografik olarak bakılarak kanama olup olmayacağını saptanabilirliği konusunda çalışmalar yapılmış (15), bazı çalışmalarda ise devamlı kanama gözlenen olgularda HRT sırasında transervikal endometrial ablasyo üzerinde durulmuştur. (16).

Coope ve arkadaşları çalışmasında gereksiz yere tedavi alındığının hissedilmesi, kanama problemleri ve kendini kötü hissetmenin en fazla tedavi bırakma nedeni olduğunu belirtmiştir (17). Björn ve arkadaşlarının çalışmasında bazı hastaların tedaviye hiç başlamadığını, bazı hastaların ise tedaviyi hiç bırakmadığını gözlemişler ve bunu araştırmak için yaptıkları bir çalışmada kanama ve kanser korkusu gibi daha önceki çalışmalarda üzerinde durulan tedavi bırakma nedenlerinin aksine en fazla tedavi bırakma nedeninin negatif mood semptomları olduğu üzerinde durmuşlardır (8). Bir çok çalışmada östrojenin insanı daha iyi hissetmedeki etkileri üzerinde durulsa da progestojenik etkilerden dolayı negatif mood semptomlarından da bahsedilmektedir (18). Biz çalışmamızda kanama üzerindeki etkilerin tedavi bırakmada daha etkili olduğunu gözledik.

Hormon replasman tedavisini bırakan olgulara bakıldığında grup farkı gözetmeksizin yaklaşık %10'unun kadın hastalıkları ve doğum uzmanları dışında diğer branşlardaki doktorlar tarafından tedavilerinin kesildiği görüldü. Literatüre bakıldığında doktorların HRT uyumunda etkileri konusunda birçok çalışmaya rastlanmıştır. İsveç'te yapılan bir çalışmada postmenopozal bayan kadın hastalıkları ve doğum uzmanlarının %88'inin pratisyen hekimlerin %72'sinin HRT kullandığı ortaya konmuştur.(19). İngiltere

de yapılan bir çalışmada 310 general pratisyen doktorun postmenopozal hastalarının, ancak %10'unun ERT ve HRT aldığını göstermişler ve bu doktorların %80'i HRT'nin osteoporozu karşı koruduğunu bilirken, yaklaşık yarısı yanlış olarak bu tedavinin iskemik kalp hastalıklarına karşı riski arttırdığını belirtmişlerdir (16). Yine çalışmalarda görülmüştür ki birçok doktor ERT veya HRT' sinin yararlarını tam olarak anlayamamakta, anlasalar dahi bu bilgiyi pratik yaşamlarında tam olarak kullanamamaktadırlar (17). Hastaların HRT veya ERT alma isteği; doktorların kendileri ile konuşmasına, kullandıkları eğitim materyallerine ve olguların katıldıkları HRT'in kemik ve CVS üzerine etkileri konulu eğitim programları ile etkilendiği belirtilmiştir (5).

Sonuç olarak hastaların öğrenim durumu, menopoz tipi ve kullanılan ilaç hasta uyumunda önemli etmenler iken ilaç yan etkileri en fazla ilaç bırakma nedenini oluşturmaktadır. Hastaya göre ilaç seçiminin yapılması, ilacın yan etkilerinin ve ilaca başlama nedenlerinin uzun zaman ayırarak hastaya anlatılması ve en fazla ilaç bırakma dönemi olan ilk üç ayda olguların hastaneye çağrılarak ilk vizitin yapılması ile uyumun arttırılabileceğini düşünmekteyiz.

KAYNAKLAR

1. Palacios S. Current perspectives on the benefits of HRT in menopausal women. *Maturitas* 1999;33:1-13.
2. Keating FS, Manassiev N, Stevenson JC. Maximising the use of HRT: Focus on hysterectomised women. *Current Medical Research and Opinion* 1999, 15:4;290-297.
3. Tang MX, Jacobs D, Stern Y, Marder K, Schofield P, Gurland B, Andrews H, Mayeux R. Effects of estrogens during menopause and age of onset of Alzheimer's disease. *Lancet* 1996;348:429-32
4. Chung THK, Lau TK, Cheung LP, Haines CJ. Compliance with hormone replacement therapy in Chinese women in Hong Kong. *Maturitas* 1998;28:213-219.
5. Hammond CB. Women's concerns with hormone replacement therapy – compliance issues. *Fertil Steril*, 1994;63(Suppl.2):157-60.
6. Dören M, Schneider HPG. Long term compliance of continuous combined estrogen and progestogen replacement in postmenopausal women. *Maturitas*, 1996;25:99-105.
7. Karakoc B, Erenus M. Compliance considerations with hormone replacement therapy. *Menopause*, 1998;5(2):102-6.
8. Björn I, Torbjörn B. Drug related negative side effects is a common reason for poor compliance in hormone replacement therapy. *Maturitas* 1999;32:77-86.
9. Ginsburg J, Prelevic GM. The place of tibolone in menopausal therapy. In: Studd J ed. *The management of the menopause. The millennium review 2000.* The Parthenon Publishing Group Limited Co, 2000;59-69.
10. Rayanne S, berman RS, Epstein RS, Lydick E. Risk factors associated with women's compliance with estrogen replacement therapy. *J Women's Health* 1997; 6:219-26.
11. Torgeson DJ, Donaldson C, Russell IT, Reid DM. Hormone replacement therapy: compliance and cost after screening for osteoporosis. *Eur J Obstet Gynecol Reprod biol* 1995;59:57-60.
12. Cano A. Compliance to hormone replacement therapy in menopausal women controlled in a third level academic centre. *Maturitas* 1995;20:91-99.

13. Sporrang J, Hellgren M, Samsioe G, Mattsson LA. Comparison of four continuously administered progestogens plus estradiol combination for climacteric complaints. Br j Obstet Gynecol 1996; 25:99-105.
 14. Marslew U, Riis BJ, Christiansen C. Bleeding patterns during continuous combined estrogen – progestogen therapy. Am J Obstet Gynecol 1991;164:1163-1168.
 15. Haines CJ, Chung TKH, Lau TK. Sonographic measurement of endometrial thickness as a predictor of vaginal bleeding in women using continuous combined hormone replacement therapy. Gynecol Obstet Invest 1997;47:187-90.
 16. Römer TH. Treatment of recurrent bleeding disorders during hormone replacement therapy by transcervical endometrial ablation. Gynecol Obstet Invest 1999;47:255-57.
 17. Coope J, Marsh J. Can we improve compliance with long term HRT? Maturitas 1992;15:151-8.
 18. Bacström T. Central Nervous system effects, mood and cognitive function related to menopause and hormon replacement therapy. In: Sjöberg I, Berg G, Hammar M, Mattson LA ed. The climacteric and its treatment. Lancashire, UK: Parthenon, 1997:75-86.
 19. Andersson K, Mattson LA, Milsom I. Use of hormone replacement therapy. Lancet 1996;348:1521-24.
-
- Geliş Tarihi:** 18.10.2001
- Yazışma Adresi:** Dr.Özlem PATA
Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi
Kadın Hast ve Doğum AD,
Eski Otogar Yanı, Zeytinlibahçe Cıvarı, MERSİN
- *Bu çalışma 30.05-03.06.2001 tarihleri arasında Antalya da yapılan 4. Türk Alman Jinekoloji Derneğinin düzenlediği kongrede sözlü bildiri olarak sunulmuştur.*