



Karadeniz Jinekoloji ve Obstetrik Kongresi

Sheraton Otel, Samsun

12 - 15 Nisan 2018



BİLİMSEL PROGRAM



Karadeniz Jinekoloji ve Obstetrik Kongresi

Sheraton Otel, Samsun

12 - 15 Nisan 2018



RECEP TAYYIP
ERDOĞAN
ÜNİVERSİTESİ



ARANT İZZET BAYSAL ÜNİVERSİTESİ
1992



KARABÜK
ÜNİVERSİTESİ
2007



AMASYA ÜNİVERSİTESİ
2004



DÜZCE ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
1992



ORDU
ÜNİVERSİTESİ



ONDOKUZ MAYIS ÜNİVERSİTESİ



BÜLENT ECEVİT ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ



HİTİT ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ



KARADENİZ TEKNİK ÜNİVERSİTESİ Tıp Fakültesi
1973



SAKARYA ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
2007



GİRESUN ÜNİVERSİTESİ
2006



Karadeniz Jinekoloji ve Obstetrik Kongresi

Sheraton Otel, Samsun

12 - 15 Nisan 2018



Destekleriyle...

DAVET

Değerli Misafirlerimiz,

Yıllardır Türkiye'nin her bölgesinden hocalarımızın katılımıyla düzenlenen bir çok kongre ve toplantıyı beğeni ve saygıyla izledik, çoğu zaman iştirak ettik. Genelde toplantı ve kongrelerin belli lokalizasyonlarda yapıldığını gördük. Çağımızda bilimsel değişim elbette internet ortamında çok hızlı bir şekilde paylaşılabilir fakat; bilim adamlarının bir araya gelerek bir takım tecrübe paylaşımında bulunması çekiciliğini halen sürdürmektedir çünkü kongreler sadece bilim değil aynı zamanda sosyal toplantılardır. Çeşitli toplantılarda bir araya geldiğimiz Karadeniz Bölgesi akademisyenleriyle bölgemizden bir çok asistan ve kadın doğum alanında hizmet veren sağlık çalışanının ulaşım ya da maddi yetersizlik nedeniyle bir çok organizasyona katılamadığını fark ettik. Bölgemizdeki 12 üniversitenin akademisyenleri olarak öncelikle kendi bölgemizde daha rahat bilimsel toplantılar düzenlemek, hem de eğitim faaliyetleri yürütebilmek için Karadeniz Kadın Sağlığı Derneğini(KKSD) kurduk. Derneğimizi kurduktan sonra Karadeniz gibi büyük potansiyeli olan geniş bir bölgenin neden Kongre düzenleyip tüm Türkiye ile kucaklaşmadığı fikri ortaya çıktı. Sonunda yeni doğmuş KKSD, Karadeniz Jinekoloji Ve Obstetrik kongresini düzenlemeye karar verdi.

Tüm Türkiye'den Infertilite, Onkoloji ve Perinatoloji alanında önde gelen hocalarımızın içinde olacağı, bölgede çalışan asistan, kadın doğum alanında tüm uzman ve yardımcı personelin kolaylıkla katılıp bilimsel anlamda yenileneceği bu kongreyi Samsun Sheraton Otel'de 12-15 Nisan 2018 tarihinde düzenleyeceğiz. Kongremize bölgeden 12 üniversite, TSRM, MİJİD ve MİJOD destek vermektedir.

Türkiye'deki tüm meslektaşlarımızı bölgemizin eşsiz doğasına sahip Samsun ilinde ağırlamaktan onur duyacağız. Katkısı olan herkese şimdiden çok teşekkürler.

KARADENİZ KADIN SAĞLIĞI DERNEĞİ YÖNETİM KURULU

Başkan

Doç. Dr. Davut Güven

Başkan Yardımcısı

Prof. Dr. Fadıl Kara

Genel Sekreter

Doç. Dr. Yeşim Tekin

Sayman

Yrd. Doç. Dr. Kadir Bakay

Üye

Prof. Dr. Süleyman Güven



Karadeniz Jinekoloji ve Obstetrik Kongresi

Sheraton Otel, Samsun

12 - 15 Nisan 2018



Destekleriyle..

KONGRE BİLİMSEL KURULU

Yrd. Doç. Dr. Ali Yavuzcan
Yrd. Doç. Dr. Alper Başbuğ
Yrd. Doç. Dr. Asker Zeki Özsoy
Yrd. Doç. Dr. Atiye A. Gürçağlar
Prof. Dr. Aykut Barut
Yrd. Doç. Dr. Aysun Tekeli
Yrd. Doç. Dr. Banuhan Şahin
Doç. Dr. Cavit Kart
Prof. Dr. Cazip Üstün
Yrd. Doç. Dr. Cihan Toğrul
Yrd. Doç. Dr. Çağlar Yıldız
Yrd. Doç. Dr. Çiğdem Kunt İşgüder
Doç. Dr. Davut Güven
Yrd. Doç. Dr. Deha Denizhan Keskin
Doç. Dr. Devran Bildircin
Yrd. Doç. Dr. Elif Özdemir
Yrd. Doç. Dr. Emine Arslan
Yrd. Doç. Dr. Engin Yurtçu

Prof. Dr. E. Seda Güvendağ Güven
Prof. Dr. Fazli Demirürk
Prof. Dr. Gonca İzmir
Doç. Dr. Gülşah Balık
Prof. Dr. Hasan Bozkaya
Yrd. Doç. Dr. Hatice Yılmaz Doğru
Prof. Dr. Hulusi Gürel
Prof. Dr. İdris Koçak
Yrd. Doç. Dr. İlhan Bahri Delibaş
Prof. Dr. İnan İlker Arıkan
Yrd. Doç. Dr. Kadir Bakay
Prof. Dr. Mehmet Bilge Çetinkaya
Prof. Dr. Mehmet İbrahim Harma
Yrd. Doç. Dr. Mehmet Sıhahi
Yrd. Doç. Dr. Mustafa Naci İlmamoğlu
Prof. Dr. Müge Harma
Dm. Natella Mustafayeva
Prof. Dr. Osman Fadil Kara

Yrd. Doç. Dr. Özgür Koçak
Yrd. Doç. Dr. Özgür Özdemir
Yrd. Doç. Dr. Pelvin Karlı
Phd. Rena İsmayilova
Yrd. Doç. Dr. Sabri Çolak
Yrd. Doç. Dr. Savaş Karakuş
Yrd. Doç. Dr. Seda Keskin
Prof. Dr. Süleyman Güven
Yrd. Doç. Dr. Şebnem Alanya Tosun
Doç. Dr. Ülkü Mete Ural
Prof. Dr. Ülkü Özmen
Doç. Dr. Ümit Görkem
Yrd. Doç. Dr. Vehbi Yavuz Tokgöz
Phd. Yasemen Muslumova
Doç. Dr. Yeşim Bayoğlu Tekin
Md. Zahra Abbasova
Yrd. Doç. Dr. Zehra Yılmaz

*İsim Alfabetik Olarak Düzenlenmiştir.

KONGRE ONURSAL BAŞKANI

Prof. Dr. Gürkan Uncu

KONGRE DÜZENLEME KURULU

Yrd. Doç. Dr. Ali Yavuzcan
Prof. Dr. Arif Serhan Cevrioğlu
Yrd. Doç. Dr. Banuhan Şahin
Doç. Dr. Bülent Ayas
Prof. Dr. Cazip Üstün
Doç. Dr. Davut Güven
Yrd. Doç. Dr. Engin Yurtçu

Prof. Dr. Fazlı Demirtürk
Prof. Dr. Hulusi Gürel
Yrd. Doç. Dr. Kadir Bakay
Prof. Dr. Mehmet Ata Topçuoğlu
Prof. Dr. Mehmet Bilge Çetinkaya
Prof. Dr. Mehmet İbrahim Harma
Yrd. Doç. Dr. Mehmet Sıhahi

Prof. Dr. Osman Fadil Kara
Prof. Dr. Süleyman Güven
Doç. Dr. Ümit Görkem
Yrd. Doç. Dr. Vehbi Yavuz Tokgöz
Doç. Dr. Yeşim Bayoğlu Tekin

*İsim Alfabetik Olarak Düzenlenmiştir.



Karadeniz Jinekoloji ve Obstetrik Kongresi

Sheraton Otel, Samsun

12 - 15 Nisan 2018



Destekleriyle..

Bilimsel Program





Karadeniz Jinekoloji ve Obstetrik Kongresi

Sheraton Otel, Samsun

12 - 15 Nisan 2018



Destekleriyle..

12 Nisan 2018, Perşembe Konu: Minimal İnvaziv Jinekoloji

09:30 - 10:30 Kayıt

10:30 - 12:10 Sözlü Bildiriler-1

Oturum Başkanları: İdris Koçak, Ali Yavuzcan

- | | | | |
|---------------|-------|--|----------------------|
| 10:30 - 10:36 | SS-1 | Servikal yetmezliğe bağlı gebelik kayıplarının önlenmesinde Modifiye-Shirodkar Serklaj | Alper Başbuğ |
| 10:36 - 10:42 | SS-2 | Von Willebrand hastalarında Menoraji yönetimi | Neslihan Karakurt |
| 10:42 - 10:48 | SS-3 | Gestasyonel Diabetes Mellitusta Fetal Hepatik Arter Dopplerinin değerlendirilmesi | Gülsüm Uysal |
| 10:48 - 10:54 | SS-4 | Erken doğum tehditi olan gebelerde serum endocan düzeylerinin değerlendirilmesi | Ayşegül Özel |
| 10:54 - 11:00 | SS-5 | Total Abdominal Histerektomi sonrasında görülen fatal non-oklusiv mezenter iskemi: olgu sunumu | Görker Sel |
| 11:00 - 11:06 | SS-6 | Postterm gebeliklerde fetal kardiyak, serebral ve plasental değişikliklerin değerlendirilmesi | Ebru Alıcı Davutoğlu |
| 11:06 - 11:12 | SS-7 | Kalsiyum ionofor ile artifisyel oosit aktivasyonunun embryomorfokinetik parametrelere ve klinik gebelik sonuçlarına etkisi | Ahmet Zeki Işık |
| 11:12 - 11:18 | SS-8 | İdiyopatik polihidroamniyoslu gebelerde artan volüm şiddeti cerebro-plasental oranı etkiler mi? | Hatice Akkaya |
| 11:18 - 11:24 | SS-9 | Anormal uterin kanama olgularında endometrial örnekleme sonuçları: 1.727 olgunun retrospektif olarak değerlendirilmesi | Mehmet Şükrü Budak |
| 11:24 - 11:30 | SS-10 | Türk toplumunda 30-41 gebelik haftalarında fetal inen aort ve orta serebral arter normal doppler indekslerinin belirlenmesi | Sefa Kurt |
| 11:30 - 11:36 | SS-11 | Yüksek dozda gonadotropin ile stimülasyona başlanan IVF/ICSI sikluslarında serum FSH artışının ovaryan yanıt üzerine etkisinin değerlendirilmesi | İşıl Kasapoğlu |
| 11:36 - 11:42 | SS-12 | Mikrocerrahi varikosektomi yapılan infertil erkeklerde yaşın post-operatif bulgulara etkisi var mıdır? | Mustafa Suat Bolat |
| 11:42 - 11:48 | SS-13 | Anti-dopaminerjik ilaç kullanan hastalarda myom görülme sıklığı | Gülsüm Uysal |
| 11:48 - 11:54 | SS-14 | Perinatal 25-OH Vitamin D şiddetli eksikliği ve yetersizliği - prevalans ve etkili faktörler | Seda Keskin |
| 11:54 - 12:00 | SS-15 | İntrauterin inseminasyon sırasında ultrason ile folikül rüptür tespiti ve tedavi başarısı arasındaki ilişki | Çiğdem Yayla Abide |

12:00 - 12:10 Tartışma

12:10 - 13:00 Yemek Arası



Karadeniz Jinekoloji ve Obstetrik Kongresi

Sheraton Otel, Samsun

12 - 15 Nisan 2018



Destekleriyle..

12 Nisan 2018, Perşembe Konu: Minimal İnvaziv Jinekoloji

13:00 - 14:30	Laparoskopik Histerektomi Moderatör: Gürkan Uncu	
13:00 - 13:20	Basit ve güvenilir teknik nasıl olmalı?	Kemal Özerkan
13:20 - 13:40	Robotik Histerektomi	Mete Güngör
13:40 - 14:00	Büyük Uteruslarda açalım mı, Laparoskop mi yapalım?	Cavit Kart
14:00 - 14:20	TLH için zor vaka var mı?	Kadir Bakay
14:20 - 14:30	Tartışma	
14:30 - 14:45	Kahve Arası	
14:45 - 16:15	Ürojinekoloji Oturum Başkanları: Vedat Atay, Alper Başbuğ	
14:45 - 15:05	Stress İnkontinansa yaklaşım	Vedat Atay
15:05 - 15:25	Ürojinekolojide kullanılan yeni yöntemler	Esra Çetinkaya
15:25 - 15:45	Apikal prolapsusda laparoskop mi	Sabri Çolak
15:45 - 16:05	İnkontinans ve medikal tedavi	Mehmet Sipahi
16:05 - 16:15	Tartışma	
16:15 - 16:30	Kahve Arası	
16:30 - 18:00	Histeroskopi Oturum Başkanları: Bülent Urman, Kadir Bakay	
16:30 - 16:50	Ofis histeroskopi nasıl kullanalım?	İşıl Kasapoğlu
16:50 - 17:10	Asherman nasıl tedavi edelim?	Bülent Urman
17:10 - 17:30	Uterus anomalilerine dokunalım mı? Neden ve nasıl?	Aşkı Ellibeş
17:30 - 17:50	Histeroskopi myomektomi teknikleri	Ülkü Mete Ural
17:50 - 18:00	Tartışma	
18:00 - 18:10	Akılcı ilaç sunumu	Sabri Çolak
18:10 - 18:30	Açılış	



Karadeniz Jinekoloji ve Obstetrik Kongresi

Sheraton Otel, Samsun

12 - 15 Nisan 2018



Destekleriyle..

13 Nisan 2018, Cuma

Konu: Üreme Endokrinolojisi İnfertilite - Endometriozis

08:30 - 10:00

Ovulasyon İndüksiyonu

Oturum Başkanları: Ahmet Zeki Işık, Yeşim Bayoğlu Tekin

08:30 - 08:50

Düşük over rezervinde çözüm var mı?

Ahmet Zeki Işık

08:50 - 09:10

Aromataz inhibitörleri ne kadar hayatımızda?

Ülkü Özmen

09:10 - 09:30

IUI ve IVF lerede gonadotropin dozlarını nasıl belirleyelim?

Ümit Görkem

09:30 - 09:50

IVF de trigger?

Barış Ata

09:50 - 10:00

Tartışma

10:00 - 10:15

Kahve Arası

10:15 - 11:45

Tekrarlayan İmplantasyon Başarısızlıkları

Oturum Başkanları: Erbil Doğan, Hulusi Gürel

10:15 - 10:35

Uterus anomalileri neden mi?

Gürkan Bozdağ

10:35 - 10:55

İnflamatuar sistemi yönetmek mümkün mü?

Erbil Doğan

10:55 - 11:15

Heparin kullanalım mı?

Serhan Cevrioğlu

11:15 - 11:35

PGD gerekli mi?

Davut Güven

11:35 - 11:45

Tartışma

11:45 - 12:15

Uydu Sempozyumu: İnfertil Çiftlerde Omepa Q10 'nun Yeri
Ayşe Zehra Özdemir



12:15 - 13:00

Yemek Arası

13:00 - 14:30

Endometriozis ve İnfertilite

Moderatör: Engin Oral

Tartışmacılar: Yücel Karaman, Gürkan Uncu, Süleyman Güven, Mehmet Çetinkaya

14:30 - 14:45

Kahve Arası

14:45 - 16:15

Art'de Luteal Faz

Oturum Başkanları: Esra Bulgan Kılıçdağ, Mehmet Ata Topçuoğlu

14:45 - 15:05

Luteal destek progesteronları farklı mı?

İdris Koçak

15:05 - 15:25

Ampirik tedaviler işe yarıyor mu?

Esra Bulgan Kılıçdağ

15:25 - 15:45

IUI da luteal destek

Cihan Toğrul

15:45 - 16:05

IVF öncesi histeroskopi implantasyonu artırıyor mu?

Yavuz Tokgöz

16:05 - 16:15

Tartışma

16:15 - 16:30

Kahve Arası

16:30 - 18:00

PCOS

Oturum Başkanları: Fazlı Demirtürk, İlker Arıkan

16:30 - 16:50

Metabolik hastalık olarak PCOS

Bülent Yılmaz

16:50 - 17:10

Metformin ve D-Chiro inositol ne kadar gerçek?

Hüseyin Yeşilyurt

17:10 - 17:30

Ovulasyon indüksiyon algoritması

İlker Arıkan

17:30 - 17:50

Gonadotropinleri nasıl kullanalım?

Ali Yavuzcan

17:50 - 18:00

Tartışma

18:00 - 18:10

Ara



Karadeniz Jinekoloji ve Obstetrik Kongresi

Sheraton Otel, Samsun

12 - 15 Nisan 2018



Destekleriyle..

13 Nisan 2018, Cuma

Konu: Üreme Endokrinolojisi İnfertilite - Endometriozis

18:10 - 19:00 Sözlü Bildiriler-2

	Oturum Başkanları: Yurtçu, Denizhan Keskin	
18:10 - 18:16	SS-16 Açıklanamayan İnfertilite Koenzim Q10 ve Omega 3 kullanımının IVF başarısına etkisi	<i>Ayşe Zehra Özdemir</i>
18:16 - 18:22	SS-18 Gebelerde kişilik özellikleri ile depresyon belirtileri arasındaki ilişki: bilişsel duyu düzenleme stratejilerinin aracı rolü	<i>Esra Altın</i>
18:22 - 18:28	SS-19 Hyaluronan ile sperm seçiminin klinik gebelik sonuçlarına etkisi	<i>Funda Göde</i>
18:28 - 18:34	SS-20 Gebelik ve gebelik sonrası vücut şekil değişiklikleri estetik cerrahiye yönlentiyormü ?	<i>Hasan Ulubasoglu</i>
18:34 - 18:40	SS-21 Polikistik over sendromunda klomifen sitrat ile ovulasyon induksiyonunun serum leptin düzeylerine etkisi	<i>Nur Gozde Kulhan</i>
18:40 - 18:46	SS-22 Kadınlar Human Papilloma Virüsü tanyor mü? Serviks kanserinden korunma yollarını biliyor mü?	<i>Ayşegül Öksüzöglü</i>
18:46 - 19:00	Tartışma	



Karadeniz Jinekoloji ve Obstetrik Kongresi

Sheraton Otel, Samsun

12 - 15 Nisan 2018



Destekleriyle..

14 Nisan 2018, Cumartesi

Konu: Perinatoloji

09:00 - 10:10

1. Trimestr Değerlendirme

Oturum Başkanları: Emine Seda Güvendağ Güven

09:00 - 09:20

Erken gebelik: Ultrasonografi, normal bulgular, ektopik, skar ve horn gebelikleri *Bilge Demir*

09:20 - 09:40

Tiroid? Vit D ve diğerleri? Tarayalım mı?

E. Seda Güvendağ Güven

09:40 - 10:00

1. Trimester USG de yeni ne var?

Özgür Koçak

10:00 - 10:10

Tartışma

10:10 - 10:25

Kahve Arası

10:25 - 11:55

2. Trimestr Ultrasonografi

Oturum Başkanları: Yalçın Kimya, Mehmet Zeki Taner

10:25 - 10:45

2. Trimester USG de en iyi zaman ve normal bulgular

Rıza Madazlı

10:45 - 11:05

Soft markerler ne kadar önemli?

Yalçın Kimya

11:05 - 11:25

Fetal kardiyak değerlendirme ne durumdayız?

Emine Arslan

11:25 - 11:45

Plasentayı ihmal etmeyelim...

Engin Yıldırım

11:45 - 11:55

Tartışma

11:55 - 12:15

Mini Uydu: Vajinal kurulukta non-hormonal tedavi seçenekleri

Banuhan Şahin



12:15 - 13:00

Yemek Arası

13:00 - 14:30

Antenatal Tanı

Moderatör: Yalçın Kimya

Tartışmacılar: *Rıza Madazlı, Bilge Demir, Pelvin Karlı*

14:30 - 14:45

Kahve Arası

14:45 - 16:15

Obstetride Profilaksi; Preeklampsi / EDT

Oturum Başkanları: İnanç Mendilcioğlu, Emine Seda Güvendağ Güven

14:45 - 15:05

Hipokis asfiksi önlenbilir mi?

Mehmet Zeki Taner

15:05 - 15:25

IUGR öngörülebilir mi?

İnanç Mendilcioğlu

15:25 - 15:45

Preeklampsiyi önceden tahmin edebilir miyiz?

Şebnem Alanya Tosun

15:45 - 16:05

Erken Doğum Tehdidi öngörülebilir mi?

Aykut Barut

16:05 - 16:15

Tartışma

16:15 - 16:30

Kahve Arası

16:30 - 17:40

Postpartum Komplikasyonların Yönetimi

Oturum Başkanları: Cazip Üstün, Emine Arslan

16:30 - 16:50

Postpartum komplikasyonları azaltmak mümkün mü?

Özgür Kan

16:50 - 17:10

Postpartum komplikasyonlarda cerrahi olmayan çözümler

Engin Yurtçu

17:10 - 17:30

Postpartum cerrahi müdahale ne zaman ve nasıl?

Denizhan Keskin

17:30 - 17:40

Tartışma

17:40 - 17:50

Ara



Karadeniz Jinekoloji ve Obstetrik Kongresi

Sheraton Otel, Samsun

12 - 15 Nisan 2018



Destekleriyle...

14 Nisan 2018, Cumartesi

Konu: Perinatoloji

17:50 - 19:00 Sözlü Bildiriler-3

17:50 - 17:56	SS-23 İnguinal Lenf Nodu Metastazlı Erişkin tip Granuloza Hücreli Tümör: Olgu sunumu	<i>Esra Bostancı</i>
17:56 - 18:02	SS-24 Plasenta Previa Totalis Percreta: 13 Hastanın Yönetimi	<i>Fatih Mehmet Fındık</i>
18:02 - 18:08	SS-25 Pilates egzersizlerinin gebelerde lumbopelvik stabilizasyon, yeti yitimi ve yaşam kalitesi üzerine etkilerinin incelenmesi	<i>Emel Sönmezer</i>
18:08 - 18:16	SS-26 Uterusun Retrovert Pozisyonunun Primer Dismenore ile ilişkisinin değerlendirilmesi	<i>Erdem Şahin</i>
18:16 - 18:22	SS-27 Ektopik gebelikte tek doz ve iki doz methotrexat tedavisinin etkinliğinin karşılaştırılması	<i>Aysu Akça</i>
18:22 - 18:28	SS-28 Gebelikte, gestasyonel diyabette ve üreme çağı kadınlarında D vitamini düzeyi	<i>Nur Gozde Kulhan</i>
18:28 - 18:34	SS-29 HPV 16 ve HPV 18 birlikte pozitif olan kadınların servikal sitoloji ve histopatoloji sonuçlarının analizi	<i>Ibrahim Yalçın</i>
18:34 - 18:40	SS-30 Laparoskopik Histerektomi sonrası gelişen Serebellar Enfarkt: Nadir bir olgu sunumu	<i>Ozan Doğan</i>
18:40 - 18:46	SS-31 Stres üriner inkontinans nedeniyle transobturator tape uygulanan hastaların uzun dönem sonuçları	<i>Eylem Ünlübilgin</i>
18:46 - 18:52	SS-32 Polikistik overe sahip kadınlarda gonadotropin doz azaltımı ile birlikte olan ve olmayan siklus özellikleri ve sonuçlarının karşılaştırılması	<i>Çiğdem Yayla Abide</i>
18:52 - 19:00	Tartışma	



Karadeniz Jinekoloji ve Obstetrik Kongresi

Sheraton Otel, Samsun

12 - 15 Nisan 2018



Destekleriyle..

15 Nisan 2018, Pazar

Konu: Jinekolojik Onkoloji

08:45 - 10:15 Endometrial Patolojilere Yaklaşım

Oturum Başkanları: Mehmet Harma, Celalettin Ekrem Tok

08:45 - 09:05 Asemptomatik endometrial kalınlığa yaklaşım

Fadıl Kara

09:05 - 09:25 Anormal uterin kanamaların tanısı: Ofis biyopsi, fraksiyone küretaj, H/S

Görker Sel

09:25 - 09:45 Endometrial hiperplazilerde güncel yaklaşım

Doğan Vatanserver

09:45 - 10:05 Erken evre endometrium kanserlerinin yönetiminde neler değişti ?

Hamdullah Sözen

10:05 - 10:15 Tartışma

10:15 - 10:30 Kahve Arası

10:30 - 12:20 Adneksiyel Kitlelere Yaklaşım

Oturum Başkanları: Gülşah Balık, Yakup Baykuş

10:30 - 10:50 Adneksiyel kitlelerin değerlendirilmesinde görüntüleme teknikleri

Ayhan Ekici

10:50 - 11:10 Adölesanlarda adneksiyel kitlelere yaklaşım

Rulin Deniz

11:10 - 11:30 Gebelikte adneksiyel kitlelere yaklaşım

Gülşah Balık

11:30 - 11:50 Postmenopozal adneksiyel kitlelere yaklaşım

Devran Bildircin

11:50 - 12:10 Adneksiyel kitlelerin yönetiminde laparoskopinin güncel yeri

Aral Atalay

12:10 - 12:20 Tartışma

12:20 - 13:00 Yemek Arası

13:00 - 14:20 HPV / Servikal Lezyonlar

Oturum Başkanları: Macit Arvas, Elçin Telli

13:00 - 13:20 Serviks kanseri taramasında tek başına HPV yeterli midir ?

Gökhan Tulunay

13:20 - 13:40 Anormal sitolojiye yaklaşım nasıl olmalıdır ?

Sinan Berkman

13:40 - 14:00 Histopatolojik tanı almış hastaların yönetimi nasıl olmalıdır ?

Doğan Vatanserver

14:00 - 14:20 HPV aşılarında Dünya'da ve ülkemizde güncel durum nedir ?

Macit Arvas

14:20 - 14:35 Kahve Arası

15 Nisan 2018, Pazar Konu: Jinekolojik Onkoloji

14:35 - 16:30 Sözlü Bildiriler-4

14:35 - 14:41	SS-33	Oturum Başkanları: Davut Güven, Kadir Bakay	
14:41 - 14:47	SS-34	Epitelial ve nonepitelial over kitlelerindeki deneyimiz: 137 olgunun retrospektif analizi	Hülya Tosun Yıldırım
14:47 - 14:53	SS-35	İleri pelvik organ prolapsusu olgularında Leforte Kolpoklezis ameliyatı: Klinik deneyimimiz	Deha Denizhan Keskin
14:53 - 14:59	SS-36	Kliniğimizdeki ovaryen ektopik gebeliklerin retrospektif analizi	Aysu Akça
14:59 - 15:05	SS-37	Peripartum histerektomilerde değişen endikasyonlar	Aysu Akça
15:05 - 15:11	SS-38	Meckel-Gruber sendromu iki olgu sunumu	Can Türker
15:11 - 15:17	SS-39	Geleneksel gıdaların tüketimi ve gebelik	Engin Yıldırım
15:17 - 15:23	SS-40	Çoğul gebeliklerde doğum şekli kararı: Sezaryan mı? Vajinal mi?	Çiğdem Yayla Abide
15:23 - 15:29	SS-41	Preterm erken membran rüptürü olgularında amniyon sıvısı laktat düzeyinin kendiliğinden doğum eylemine girme ile ilişkisi	Elçin Telli
15:29 - 15:35	SS-42	Preop {Myom} Vakası Postop {Leiomyosarkom} çıkabilir mi?	Betül Nur Çoban
15:35 - 15:41	SS-43	Primer Epitelial Over Kanseri olan hastada adjuvan kemoterapiye bağlı Rino-Orbital-Serebral Mukormikozis	Oğuzhan Kuru
15:41 - 15:47	SS-44	Metilen tetra hidro folat redüktaz polimorfizmleri ve fertilité ilişkisi	İşıl Özer
15:47 - 15:53	SS-45	Kadınlarda nadir görülen bir fenomen: Üretra Darlığı	Önder Çınar
15:53 - 15:59	SS-46	Endometrioste intestinal tutulum	Oğuz Uğur Aydın
15:59 - 16:05	SS-47	Postpartum septik pelvik tromboflebit, ilaç ateşi ve yara yeri enfeksiyonu	Mehmet Kulhan
16:05 - 16:11	SS-48	Sezaryen skar gebeliği olan iki olgu ve yönetimi	Edip Alptuğ Kır
16:11 - 16:17	SS-49	Doğu anadoluda total laparoskopik histerektomi deneyimlerimiz tersiyer bir merkezin retrospektif sonuçları	Mehmet Kulhan
16:17 - 16:23	SS-50	Konjenital Over ve Fallop tüpünün yokluğu	Hüseyin Yeşilyurt
16:23 - 16:30	Tartışma	FABP1 proteinini kodlayan genin single nükleotid polimorfizmlerinden rs2197076'nın polikistik over sendromuyla ilişkisi	Mustafa Ayhan Ekici
16:30	Kapanış		



Karadeniz Jinekoloji ve Obstetrik Kongresi

Sheraton Otel, Samsun

12 - 15 Nisan 2018



Destekleriyle..

Sunumlar



12 Nisan 2018, Perşembe
14:00 - 14:20 : TLH için vaka var mı?
Kadir Bakay

“TLH”
Zor vaka var mı?

Kadir BAKAY
Ondokuz Mayıs Üniversitesi

Batına giriş ve pneumoperitoneum oluşturulana kadar olan etaplardaki zorluklar;

- BMI - spektrumun her iki ucu
- Geçirilmiş batin cerrahisi
- İlk giriş komplikasyonları (Hemen kontrol) haricinde,

Evet, var.

- 1: Teknik olarak zor olan (Tip II – Tip III Histerektomi)
- 2: Hasta kaynaklı zorluklar
 - a. Endometriozis
 - b. Büyük fibroid
 - c. Servikal yerleşimli fibroid
 - d. Geçirilmiş ameliyatlara bağlı yapışıklıklar
- 3: En önemlisi: **Komplikasyonlu vaka**



Hastanın hazırlanması

- Pre-op barsak temizliği yapılmı mı?
- Kullanılacak enstrümanların kontrolü
- Hastanın pozisyonu (litotomi, trandelenburg, kollar kapalı)
- Cerrahin pozisyonu, ergonomi
- Nazogastrik sonda (her vakada)
- Foley sonda (her vakada)
- Uterin manipulator yerleştirilmesi

- 1: Teknik olarak zor olan
- 2: Hasta kaynaklı zorluklar
- 3: Komplikasyonlu vakalar

RETROPERİTONEUM

12 Nisan 2018, Perşembe
14:00 -14:20 : TLH için zor vaka var mı?

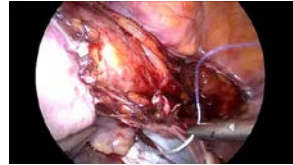
Kadir Bakay



Referanslar:

- Einarsson JJ, Suzuki Y. Total Laparoscopic Hysterectomy: 10 Steps Toward a Successful Procedure. *Reviews in Obstetrics and Gynecology*. 2009;21:157-64.
- Bakay K, Aytekin F. Mechanical bowel preparation for laparoscopic hysterectomy: is it really necessary? *Journal of Obstetrics and Gynaecology*. 2017;37:1032-1035.
- Saito A, Hirata T, Koga K, et al. Preoperative assessment of factors associated with difficulty in performing total laparoscopic hysterectomy. *Journal of Obstetrics Gynaecology Research*. 2017 Feb;43(2):320-329. doi: 10.1111/jog.13198.
- Bakay K. Introduction of a Novel Modification in Laparoscopic Hysterectomy: the Bakay Technique. *Journal of Minimally Invasive Gynecology*. 2018 Mar 27; pii: S1553-4650(18)30106-3. doi: 10.1016/j.jmig.2018.03.013.

12 Nisan 2018, Perşembe
14:00 -14:20 : TLH için zor vaka var mı?
Kadir Bakay



Referanslar:

- Einarsson JJ, Suzuki Y. Total Laparoscopic Hysterectomy: 10 Steps Toward a Successful Procedure. *Reviews in Obstetrics and Gynecology*. 2009;21:157-64.
- Bakay K, Aytekin F. Mechanical bowel preparation for laparoscopic hysterectomy: is it really necessary? *Journal of Obstetrics and Gynaecology*. 2017;37:1032-1035.
- Saito A, Hirata T, Koga K, et al. Preoperative assessment of factors associated with difficulty in performing total laparoscopic hysterectomy. *Journal of Obstetrics Gynaecology Research*. 2017 Feb;43(2):320-329. doi: 10.1111/jog.13198.
- Bakay K. Introduction of a Novel Modification in Laparoscopic Hysterectomy: the Bakay Technique. *Journal of Minimally Invasive Gynecology*. 2018 Mar 27. pii: S1553-4650(18)30166-3. doi: 10.1016/j.jmig.2018.03.013.

12 Nisan 2018, Perşembe
15:25 - 15:45 : Apikal prolapsusda laparoskopik
Sabri Çolak



Apikal Prolapsusda Laparoskopik



Dr. Sabri ÇOLAK
RTE Üniversitesi Tıp Fakültesi
Kadın Hastalıkları ve Doğum AD
Öğretim Üyesi

Apikal Prolapsus:

Vajinal apeksin (uterus, serviks veya vaginal kafın) eşeği doğru yer değiştirmesi sonucunda oluşmaktadır.

Hıyerarşik seviyelerin ötesindeki prolapsuslara alt üner sistem ve intestinal sistem semptomları etkli etmektedir.



Pelvik Organ Prolapsus

PCP popülasyona dayalı prevalansı nüfusun % 2,9 ile % 8' i arasındadır.

Son verilerle göre ise kadınlarda yaşla birlikte prolapsus için cerrahi girişim geçirme riskinin %12,6 olduğunu göstermektedir.

Liköstenin bir iliy uterus sarkozis (endometriozis) ve pelvik organ prolapsusu için risk faktörüdür.
RTE ÜNİVERSİTESİ Tıp Fakültesi
Kadın Hastalıkları ve Doğum AD
Öğretim Üyesi
2014 Jan; 123(6):101-14.



Cerrahi geçiren kadınların %12,5' i yıl içinde ikinci bir cerrahiye ihtiyaç göstermektedir.

PELVİK DESTEK DÜZEYLERİ

1. Düzey:
Sakrouterin Ligamanlar
Kardinal ligamanlar

Apikal prolapsus
Vajinal serviks prolapsusu

2. Düzey:
Arcus tendineus fasya
publis,
Levator ani,
Puboservikal fasya,
Rektovajinal fasya

Sistematik
Paravajinal, Vajinal
Prolapsus

3. Düzey:
Perineal 'body',
Uretra

Uretral Prolapsus
Genel disfonksiyon

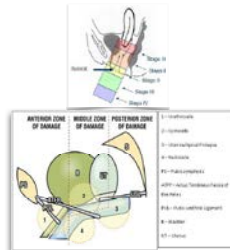
• Apikal kompartman prolapsusunda apeks:

- Uterus ve serviks
- Sadece serviks
- Vajina kubbesi



• Apikal prolapsus sıklıkla enterosaj ile birliktedir:

- Barsakların vajina duvarından fırlaması



12 Nisan 2018, Perşembe 15:25 - 15:45 : Apikal prolapsusda laparoskopji Sabri Çolak

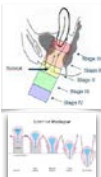
RİSK FAKTÖRLERİ

Yaş
Parite: 1 doğum x4, 2 doğum x4, 4 doğum x10 T
Makrozomik bebek
Menopoz
Obezite risk x2 T
Kronik konstipasyon
KOH Ailem
Bağ dokusu hastalıkları
Histerektomi
İrk ve Etnikite: Beyaz ırkta, siyah ırkta daha riskli x0.5 T
Aile öyküsü



KLİNİK BULGULAR

- Prolapse olan organa göre yakınmalar değişebilir:
 - perinede şişlik,
 - vajinada baskı hissi,
 - üriner fonksiyon bozukluğu,
 - defekasyon bozuklukları,
 - seksüel fonksiyon bozuklukları,
 - pelvik ağrı,
 - bel ağrısı,



Hangi cerrahi girişim? Hangi cerrahi yöntem ?

Planlanan cerrahi: Yaşam kalitesine yönelik olacağı için basitçe bir anatomik noktayı hedeflemek yerine hasta ile operasyonun detayları konuşmalıdır..

- Hastanın cerrahiden beklentileri
- Cerrahi operasyonu tolere edebilir mi?
- Hastanede yatış süresi? Normal vajinal doğum süreci.
- Rekürrens ve reoperasyon oranları nedir?
- İşlevi diğer ameliyat konusuna.
- Genel hastalığına vakası mı?
- Komplikasyonları neler olabilir?

Abdominal Cerrahi mi?

Vajinal Cerrahi mi?

Güncel veriler abdominal cerrahinin (Sakral kolpopeksi (ASC), vajinal yolla uygulanan apikal destek operasyonlarına (SSLS, ULS) göre daha iyi objektif sonuçlara sahip olduğunu desteklemektedir.

Ancak vajinal cerrahiler, abdominosağal kolpopeksi ile kıyaslandığında birbirine yakın subjektif memnuniyet, reoperasyon ve komplikasyon oranlarıyla alternatif bir seçenek olmayı sürdürmektedir.

Üç sistematik derleme ve meta analiz sonuçları değerlendirildiğinde

Abdominal sakrokolpopeksi: vajinal cerrahlere oranla objektif anatomik destek açısından daha başarılıdır. Ayarızlı, İsmailoğlu, Ekin, 2014

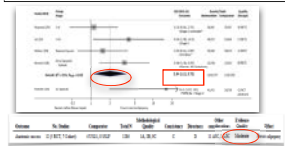
Başarızılık: 6% vs 20%, İYİ: 0.30, 0.95, CI: 0.02-0.97



Mesh Sacrocolpoplexy Compared With Native Tissue Vaginal Repair: A Systematic Review and Meta-analysis

Nazema T. SIDDIQUI, MD, MPH, Cara L. GRIMES, MD, Elizabeth R. Cantano, MD, Husam Obeid, Obstet. 2015 JGIM; 32(1): 44-55.

Ameliyatsız cerrahi (mesh sacrocolpoplexy) cerrahi ve native tissue vajinal repair



12 Nisan 2018, Perşembe
15:25 - 15:45 : Apikal prolapsusda laparoskopi
Sabri Çolak



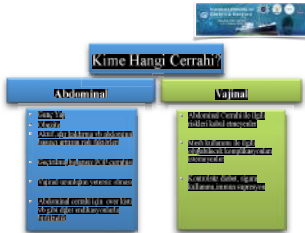
Karagözyolü ile lennenen laparoskopik apikal prolapsus (Bovillon)

Cochrane Library
Cochrane Database of Systematic Reviews 2016, Issue 10. Art. No.: CD012376.

Üç randomize kontrollü çalışmaya kapsayan meta-analiz göze:

Vajinal yolla yapılan cerrahiler sonrası hastalar prolapsusu daha fazla oranda hissetmektedir.

(RR 2.11, 95% CI 1.06 - 4.21, n = 277)



Abdominal hangi yöntem?

- Açık
- Laparoskopik
- Robotik
- Histerektomi ekleyelim mi?
- Üriner inkontinans cerrahisi ekleyelim mi?

Fark var mı? avantaj dezavantaj?

Laparoskopik cerrahi ?
Robotik cerrahi ?

Varlık: genel olarak endoskopik cerrahi alanında deneyimli cerrahler tarafından yapılan ve rutinede kabul edilmiş cerrahilerdir.

Laparoskopik-Robotik pelvik organ prolapsus cerrahi sonuçlarının değerlendirilmesi: Karşılaştırılması, az sayıda çalışma mevcuttur.



Sakral kolpopeksi operasyonları: laparotomi ile gerçekleştirilmiştir.

Endoskopik laparoskopik abdominal cerrahi cerrahisi, cerrahi yaklaşım ve cerrahi sonuçları.

Laparoskopik ve robot yardımlı laparoskopik yaklaşımlar, minimal invaziv yöntem olması ve cerrahi sonrası daha kısa hastanelere kalış süreleri nedeniyle popülerlik kazanmıştır.



12 Nisan 2018, Perşembe
15:25 - 15:45 : Apikal prolapsusda laparoskopik
Sabri Çolak

Laparoskopik cerrahi

Daha kısa bir hastanede kalış süresi ile sonuçlandığını (örneğin, bir ile iki veya üç ile dört gün arasında)

İyileşme için daha kısa süreye ihtiyaç olduğunu

Laparotomi ye kıyasla daha az postoperatif ağrıya ve operasyon etkinliği açısından benzer etkinliğe sahip

Complication and response rates after apical vaginal prolapse repair: a systematic review.
Dimitrakis SI, Hatzelaki M, Finner S, Mouton C, Jelinek M, et al.
Obstet Gynecol. 2009;113(3 Pt 1):587.

Laparoscopic and abdominal sacral colpopexy: a comparative cohort study.
Purkayast M, Walters MD, Buckley SD, Mennis S, Hughey C,
et al. Obstet Gynecol. 2003;101(5):1072.

Laparoskopik cerrahi

Retrospektif çalışmalar laparoskopik prosedürlerin de kan kaybında (ör: 60 ile 150 ml, daha az) anlamlı bir düşüş olduğunu göstermiştir.

Laparoskopik veya robotik sakrokolpopeksi geçiren 450 hastada (uzunluk yapılmamış) büyük bir retrospektif kohort çalışmasında, yüksek anatomik baspan oranları ve az sayıda komplikasyon bildirilmiştir.

Laparoskopik prosedürlerin dezavantajı, daha uzun bir operasyon süresidir (örneğin, bir ile iki saat arası).

Eki olarak, robotik prosedürler laparotomi veya konvansiyonel laparoskopiden daha maliyetlidir.

Sakrokolpopeksi: Cerrahi teknik

- Vajinal kafı yükseltmek için değişik proplar kullanılabilir
- Sağ üreter laterale doğru mobilize edilir.
- Rektum ve sigmoid kolon sola alınır.
- Apekten sakruma retroperitoneal tunel açılabilir.



Cerrahi teknik

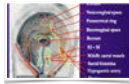
Yerlekinde makropor polipropilen light meshin anterior yaprağı vajen ön duvarına posterior yaprağı arka duvarına tespit edilerek yapay bir uterus sakral ligament oluşturulur.

Ön duvarda ve arka duvarda mesh ön ve arka yaprağı yeterince aşağı indirilirse sistosel ve rektosel tedavi edilebilir.



Komplikasyonlar Intra operatif

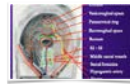
- Organ yaralanması
Sağ üreter, sigmoid, rektum, mesane
- Kanama
Pre sakral venler, sakral arter



Komplikasyonlar

Postoperatif

- DVT/emboli
- İleus/ince barsak obst.
- İnkontinens



12 Nisan 2018, Perşembe
15:25 - 15:45 : Apikal prolapsusda laparoskopik
Sabri Çolak

Komplikasyonlar

- Vajinal akın dehisensiye ; sitosel-anterior enterosel-rektosel
- Mes erozyonu
- Nüks prolapsus
- İntizyonel herni
- Osteomyelit



A Review of the Current Status of Laparoscopic and Robot-assisted Hysterectomy for Pelvic Organ Prolapse

	Laparoskopik	Robotik
Elde edilen sonuçlar	111	6
Plastik egzersiz	1220	363
Enfeksiyon oranı (%)	26	28
Ortanın operasyon oranı	124	202
Ortanın oranı	5	2
Ortanın oranı	95	94
Mortalite oranı	0%	0%

NOTLAR: Bu ve diğer çalışmaları değerlendiren çalışmada robotik asistanın laparoskopik asistane ile paritisi ve POP için a priori avantajları olan OLS robotik asistanı ile karşılaştırılarak değerlendirildi. OLS, uterus ve pelvisin üst kısmının robotik olarak kaldırılması için uygundur.

A Review of the Current Status of Laparoscopic and Robot-assisted Hysterectomy for Pelvic Organ Prolapse

Yıl	Yazar	Yöntem	Ortanın oranı (%)	Ortanın oranı (%)	Ortanın oranı (%)	Ortanın oranı (%)	Ortanın oranı (%)	Ortanın oranı (%)
2010	Lee et al.	Laparoskopik	111	26	124	5	95	0
2011	Lee et al.	Robotik	6	28	202	2	94	0
2012	Lee et al.	Laparoskopik	1220	26	124	5	95	0
2013	Lee et al.	Robotik	363	28	202	2	94	0
2014	Lee et al.	Laparoskopik	111	26	124	5	95	0
2015	Lee et al.	Robotik	6	28	202	2	94	0
2016	Lee et al.	Laparoskopik	111	26	124	5	95	0
2017	Lee et al.	Robotik	6	28	202	2	94	0
2018	Lee et al.	Laparoskopik	111	26	124	5	95	0
2019	Lee et al.	Robotik	6	28	202	2	94	0

NOTLAR: Bu ve diğer çalışmaları değerlendiren çalışmada robotik asistanın laparoskopik asistane ile paritisi ve POP için a priori avantajları olan OLS robotik asistanı ile karşılaştırılarak değerlendirildi. OLS, uterus ve pelvisin üst kısmının robotik olarak kaldırılması için uygundur.

A Review of the Current Status of Laparoscopic and Robot-assisted Hysterectomy for Pelvic Organ Prolapse

Tablo 1. Genel olarak pelvisi destekleyen laparoskopik ve robotik asistanın karşılaştırılması

Yöntem	% of Operasyonlar	Ortanın oranı (%)	Ortanın oranı (%)	Ortanın oranı (%)	Ortanın oranı (%)	Ortanın oranı (%)	Ortanın oranı (%)
Laparoskopik	111	26	124	5	95	0	0
Robotik	6	28	202	2	94	0	0

NOTLAR: Bu ve diğer çalışmaları değerlendiren çalışmada robotik asistanın laparoskopik asistane ile paritisi ve POP için a priori avantajları olan OLS robotik asistanı ile karşılaştırılarak değerlendirildi. OLS, uterus ve pelvisin üst kısmının robotik olarak kaldırılması için uygundur.

Histerektomi eklenmeli mi ?
Uterusu koruyalım mı ?

Pelvik organ prolapsusu cerrahisinde Histerektomi ve uterus koruyucu cerrahinin eşit oranda etkili olduğunu varsayarak yapılan bir çalışmada hastaların %60'ı uterusun korunması tarafını seçmiştir.

Histerektomi ile daha başarılı sonuçlar alınacağı şeklinde bir senaryo olması durumunda bile hastaların %21'i uterusun korunmasını tercih etmektedir.

NOTLAR: Bu ve diğer çalışmaları değerlendiren çalışmada robotik asistanın laparoskopik asistane ile paritisi ve POP için a priori avantajları olan OLS robotik asistanı ile karşılaştırılarak değerlendirildi. OLS, uterus ve pelvisin üst kısmının robotik olarak kaldırılması için uygundur.


POP cerrahilerine genelsel olarak histerektomi eklenmeli mi birlikte histerektomiyi destekleyecek yeterli kanıt yoktur.

Histerektomi ve histeropeksi değerlendirilmezse sayıdaki çalışmada prolapsusun oluştuğu anatomic kompartımanlar açısından değerlendirilmiştir.

12 Nisan 2018, Perşembe
15:25 - 15:45 : Apikal prolapsusta laparoskopi
Sabri Çolak

Anatomik sonuçlar açısından
Sakral histerektomi + sakral kolpopeksi kastedilmelidir.

Ancak histerektomi + kolpopeksi grubunda mesh komplikasyonları **çok** kat daha fazladır (grade II).

Anti-inkontinans cerrahisi ekleyelim mi?

Sakrokolpopeksi veya Sakral histerektomi ile birlikte Burch prosedürü eklenmesi önerilmemelidir.

Vajinal apikal prolapsus cerrahisinde ise mal femoral lig. eklenmesine **hasta tercihi ve komplikasyon oranları** göz önüne alınarak karar verilmelidir.



Sakrokolpopeksi sırasında hastalara Burch kolposüspansiyon eklenmesi(CARE)


Çok merkezli RCT
302 hasta, 2 yıl takip

Sakrokolpopeksi sonrası Burch kolposüspansiyon eklenen ve eklenmeyen inkontinans hastaları randomize edildi.

USI : % 32 Burch group
% 45.2 Non Burch group

Ak üriner sistem semptomlarında fark yok
Apikal destek Burch kolposüspansiyondan etkilenmiyor

Sakrokolpopeksi sırasında Burch eklenmesi (kolposüspansiyon amacıyla) anlamlı biçimde postop USI'ı azaltıyor



Abdominal sakrokolpopeksi + Burch? /TOT?

Prolapsusla birlikte inkontinansı olan olgularda

49 ASKP+ Burch 60 ASKP+ TOT

ASKP+ Burch grubunda:
Operasyon süresi uzun
Üriner retansiyon fazla
Hastanede kalma süresi uzun
De motuziyondan daha fazla
Başarı oranı daha az (% 70 vs. % 98)



Laparoskopik sakrokolpopeksi

Yarım ayardır
Erişilebilirliği nispeten azdır
Ameliyat sonrası kan kaybı azdır
Ağrı daha azdır
Hastanede kalış azdır
İyileşme süresi ve günlük işlere dönüş süresi kısadır
Kozmetik görünüm daha iyidir

Öğrenme eğrisi uzundur
Silinir atmak zordur

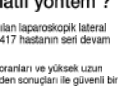



Sacrohisteropexy alternatif yöntem ?

Pelvik organ prolapsusu için mesh ile yapılan laparoskopik lateral süspansiyon sonrası hasta memnuniyeti (% 417 hastanın serri devam eden sonuç raporu ;

L.L.S. bütün sonuçları, diğer komplikasyon oranları ve yüksek uzun dönem hasta memnuniyeti gibi umut vaat eden sonuçları ile güvenilir bir tekniktir.

Ancak, yüksek morbidite ve obez hastalarda POP tedavisinde sakropeksiye alternatif olarak kullanılabilecek için **randomize kontrollü çalışmaya ihtiyaç vardır...**



Her hakkı saklıdır. Bu yayıncıların tüm hakları saklıdır. Bu yayıncıların tüm hakları saklıdır. Bu yayıncıların tüm hakları saklıdır. Bu yayıncıların tüm hakları saklıdır.



Karadeniz Jinekoloji ve Obstetrik Kongresi

Sheraton Otel, Samsun

12 - 15 Nisan 2018



Destekleriyle..

12 Nisan 2018, Perşembe

15:45 -16:05 : İnkontinans ve medikal tedavi

Mehmet Sipahi

Her türlü idrar kaçırma durumu inkontinans olarak adlandırılmaktadır. Stres (üretal hipermobilité, intrensek sfinkter yetmezliği), urge (sıkışma), mix, fonksiyonel ve taşma tip inkontinans olarak sınıflandırılır. Ayrıca inkontinansın eşlik ettiği veya etmediği urge durumuna aşırı aktif mesane denilir. Alt üriner sistemin innervasyonu sempatik (T11-L3), parasempatik (S2-4) ve somatik (S2-4) tarafından kontrol edilir. Parasempatik sistem idrar boşaltılmasından sorumluyken, sempatik sistem idrarın depolanmasını sağlar. Somatik innervasyon da üretal sfinkteri kasarak idrar depolanmasına katkıda bulunur. İnkontinans prevalansı %12-53 arasında değişir ancak hastaların sadece %25-61'inde tedavi arayışı vardır. Risk faktörleri arasında; İlerleyen yaş, obezite, parite, doğum şekli, aile hikayesi ve etnik köken vardır. Hasta değerlendirilirken anamnez, fizik muayene, idrar günlüğü, idrar tahlili, stres testi ve işeme sonrası kalan idrar not edilir (<150 mL). Stres inkontinans tedavisinde FDA onaylı farmakoterapi yoktur. Selektif serotonin ve norepinefrin geri alım inhibitörü olan duloksetin Avrupa'da kullanılmaktadır. Aşırı aktif mesane tedavisinde antikolinerjikler ve beta adrenerjik reseptör agonistleri kullanılır. Darifenasin, fesoterodin, oksibutinin, solifenasin, tolterodin, trospiyum ve propiverin antikolinerjik gruptadır. Etkinlikleri benzer, yan etki sıklıkları farklılık gösterir. İlaç etkinliği 4-6 hafta sonra değerlendirilmelidir. Üriner retansiyon, işeme güçlüğü, üriner enfeksiyon, semptomlarda kötüleşme olursa tedavi kesilmelidir. Mirabegron; beta-3 agonisttir ve selektif etki ile detrusor kasında gevşeme sağlar. Anti-muskarinik tedavi başarısız, yan etkiler fazla, SSS yan etki riski yüksek ya da anti-muskarinik tedavi kontrendike ise tercih edilir. Anti-muskarinik tedaviyi tolere edemeyenlerde ya da doz arttırılamayanlarda mirabegron ve anti-muskarinikler kombine edilebilir. Karışık tip inkontinansda ise semptomların ağırlık derecesine göre farmakoterapi tercihi yapılır.

12 Nisan 2018, Perşembe
16:30 - 16:50 : Ofis histeroskopiye nasıl kullanalım?
Işıl Kasapoğlu



Yüksek dozda gonadotropin ile stimülasyona başlanan IVF/ICSI sikluslarında serum FSH artışının ovaryan yanıt üzerine etkisinin değerlendirilmesi

Dr. Işıl Kasapoğlu
Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi KHD ABD

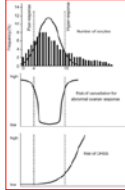
Giriş

- Kontrollü ovaryan hiperstimülasyon (KOH) → IVF/ICSI nin başlıca komponenti
- Gonadotropinler temel komponent
- FSH eşliğinin ağırdığı periodun uzatılması
- **Multifoliküler** gelişim
- Her hastada aynı yanıt ?
- Ovaryan yanıtın optimizasyonu?

KOH

Optimal ovaryan yanıt?

- 8-15 oosit
- Artan oosit sayısı ile artan OHSS oranları
- Kötü ovaryan yanıt ile artan siklus iptal oranları



- FSH dozu ile folliküler büyüme arasında ilişki

Marzouki et al. 1996, Hum Rep

- Kötü ovaryan yanıtı olgular, yüksek doz FSH kullanımına rağmen az sayıda oosit eldesi
- Farrisi et al. 2015, Hum Rep
- Artan FSH dozlarının kötü over yanıtı olgularda faydası ?
 - Benzer over rezervine sahip hastaların farklı ovaryan yanıtları?
 - Uygulanan FSH dozları ile serum FSH düzeylerinin korelasyonu?
 - Fizyolojik sınırlar üzerinde serum FSH düzeylerinin etkisi?

Amaç

- Yüksek sabit dozda (300 IU) rFSH ile stimüle antagonist sikluslarında ;

*Farklı ovaryan yanıtı sahip hasta alt gruplarında

- Antagonist başlanma günü serum FSH düzeyleri
- Serum FSH düzeylerindeki artışın ovaryan yanıt ile korelasyonunun değerlendirilmesi

Materyal-Metod

- Retrospektif kohort çalışma
- Mayıs 2017-Ocak 2018
- Dahil edilme kriterleri;

Dişlenme kriterleri:

- < 39 yaş
- BMI<35
- Bazal (CD2) FSH < 10 IU/L, E2 <80 pg/ml
- GnRH antagonist sikluslar
- 300 IU rFSH ile stimülasyon

- FSH doz değişikliği yapılan
- OPU yapılmadan iptal edilen
- Hipo/hipo hastalar
- CD2 FSH ve E2 verileri olmayan
- <15 oosit elde edilen sikluslar

12 Nisan 2018, Perşembe 16:30 - 16:50 : Ofis histeroskopiyi nasıl kullanalım? İşıl Kasapoğlu

• Stimülasyon protokolü

- 300 IU + FSH
- Flexible antagonist (> 14 mm follikül varlığında)

• Hormonal değerlendirme

- CD2 AMH, FSH, E2, LH
- Antagonist başlanılan gün serum FSH, E2
- hCG günü E2, P

• KOH –Ovarian yanıt parametreleri

- <5 oosit → Kötü ovarian yanıt
- 5-10 → Suboptimal yanıt
- 10-15 → Normal yanıt

Sonuç parametreleri

Birincil sonuç;

- Gruplar arası antagonist başlama günü serum FSH düzeyleri
- Serum FSH düzeylerinin % değişim (Antagonist FSH- CD2 FSH/ CD2 FSH X 100)

İkincil sonuçlar;

- Serum FSH yüzde değişim düzeyleri ve sıklık sonuçları arasındaki korelasyon (Oosit sayısı, KOHa yanıt oranı)

KOHa yanıt oranı → Oosit/ AFC X100

Sonuçlar

Parametre	Grup 1 (n=10)	Grup 2 (n=10)	p değeri
AMH (ng/ml)	1.0 (0.5-1.5)	1.0 (0.5-1.5)	0.98
FSH (IU/ml)	10.0 (5.0-15.0)	10.0 (5.0-15.0)	0.98
E2 (pg/ml)	100.0 (50.0-150.0)	100.0 (50.0-150.0)	0.98
LH (IU/ml)	10.0 (5.0-15.0)	10.0 (5.0-15.0)	0.98
Progesteron (ng/ml)	1.0 (0.5-1.5)	1.0 (0.5-1.5)	0.98
Oosit sayısı	10.0 (5.0-15.0)	10.0 (5.0-15.0)	0.98
KOHa yanıt oranı (%)	100.0 (50.0-150.0)	100.0 (50.0-150.0)	0.98

Parametre	Grup 1 (n=10)	Grup 2 (n=10)	p değeri
AMH (ng/ml)	1.0 (0.5-1.5)	1.0 (0.5-1.5)	0.98
FSH (IU/ml)	10.0 (5.0-15.0)	10.0 (5.0-15.0)	0.98
E2 (pg/ml)	100.0 (50.0-150.0)	100.0 (50.0-150.0)	0.98
LH (IU/ml)	10.0 (5.0-15.0)	10.0 (5.0-15.0)	0.98
Progesteron (ng/ml)	1.0 (0.5-1.5)	1.0 (0.5-1.5)	0.98
Oosit sayısı	10.0 (5.0-15.0)	10.0 (5.0-15.0)	0.98
KOHa yanıt oranı (%)	100.0 (50.0-150.0)	100.0 (50.0-150.0)	0.98

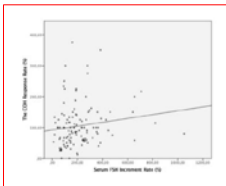


Figure 1: Scatter plot of Serum FSH (IU/ml) and Oocyte Yield (n). Correlation coefficient (r) = 0.35.

Tartışma

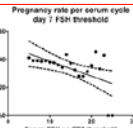
- Antagonist başlama günü serum FSH düzeyleri normal yanıtı olgulara en düşük
- Serum FSH yüzde değişim düzeyleri gruplar arasında farkı değil
- KOH, ovarian yanıtta mevcut rezervi serum FSH düzeylerinden daha önemli
- Kötü over yanıtı olgularda yüksek bazal FSH seviyeleri nedeni ile etkoyen FSH yanıt verecek olan küçük (2-5 mm) AF sınırlı sayıda

12 Nisan 2018, Perşembe
16:30 - 16:50 : Ofis histeroskopiye nasıl kullanalım?
Işıl Kasapoğlu

Can cycle day 7 FSH concentration during controlled ovarian stimulation be used to guide FSH dosing for in vitro fertilization?

Falko Berek^{1,2}, Elgar Sander^{3,4}, Clémentine Lebeaut⁵, Ross Haines⁶, David Beckwith⁷ and Robert Casper^{1,2*}

Starting day of FSH dose	Percentage of patients	CDP (mean FSH [SD])
225	5.0%	32.2
250	14.7%	34.6
275	33.7%	36.9
300	46.6%	39.0



- Yüksek doza başlanan sikluslarda daha yüksek serum FSH düzeyleri
- > 22 değerler kötü prognoz

Berek et al. Reproductive Biology and Endocrinology 2015.

ORIGINAL ARTICLE Reproductive endocrinology

Ovarian response to controlled ovarian hyperstimulation: what does serum FSH say?

Study characteristics	Response			P value
	Poor (N = 18)	Normal (N = 81)	Poor (N = 47)	
CDP #	4 (22%)	49 (59%)	5 (10%)	0.017
CD #	31 (61%)	42 (48%)	12 (21%)	0.035
Peak estradiol (fmol/L median range)	81.0 (11-142)	86.5 (11-146)	86.5 (11-146)	0.935
Peak progesterone (nmol/L median range)	14.0 (10.0-20.0)	14.0 (10.0-20.0)	14.0 (10.0-20.0)	0.843
Peak estradiol:progesterone ratio (median range)	3.0 (2.0-5.0)	6.0 (4.0-10.0)	6.0 (4.0-10.0)	<0.001*
OHSS rate (%)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0.982
OHSS rate per cycle (%)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0.982
OHSS rate per patient (%)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0.982

150 IU ile stimüle sikluslarda

Hiper responder grupta en yüksek serum FSH seviyeleri

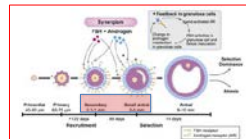
Haines Reproductive Biology and Endocrinology 2015

450 IU versus 600 IU gonadotropin for controlled ovarian stimulation in poor responders: a randomized controlled trial

Parameters	450 IU dose		600 IU dose	
	n	Mean (SD)	n	Mean (SD)
Number of follicles	18	10.2 (4.1)	18	10.2 (4.1)
Number of oocytes	18	10.2 (4.1)	18	10.2 (4.1)
Number of embryos	18	10.2 (4.1)	18	10.2 (4.1)
Number of pregnancies	18	10.2 (4.1)	18	10.2 (4.1)
Number of live births	18	10.2 (4.1)	18	10.2 (4.1)

Insights from clinical experience in treating IVF poor responders

Kaly J Zarka^{1,2*}, Alice S Egan^{1,2,3}, Norbert Gleicher^{1,2,3,4}



REPRODUCTIVE BIOMEDICINE ONLINE 16 (2018)

Sonuç

- KOH sikluslarında serum FSH seviyelerini değerlendiren sınırlı sayıda çalışma mevcut
- Spot FSH ölçümü KOH yanıtını öngörmede faydası ?
- Mevcut over rezervi en önemli parametre
- Retrospektif, doz yanıt çalışması olmadığı için dikkatli yorum yapılmalı



Teşekkür ederim...



Karadeniz Jinekoloji ve Obstetrik Kongresi

Sheraton Otel, Samsun

12 - 15 Nisan 2018



Destekleriyle..

12 Nisan 2018, Perşembe

17:10 -17:30 : Uterus anomalilerine dokunalım mı? Neden ve nasıl?

Aşkı Ellibeş

Uterin anomaliler, müllerian sistemin gelişim kusuru ile oluşur. Asemptomatik olabildiği için, gerçek sıklığını saptamak zor olsa da, insidans obstetrik öyküye göre %5-25 oranında değişmektedir. ESHRE/ESGE 2013 yeni sınıflaması ile; T shape eklenmiş, Arcuate uterus çıkarılmış, uterus didelphis anomalisi bu sınıflamada; complete bicorporeal uterus (Class U3b) ve double serviksin (C2) bir birleşimi olarak; Class U3b/C2 olarak adlandırılmıştır. Vaginal ve servikal anomaliler ayrı bağımsız gruplar olarak sınıflandırılmıştır.

Uterin Septum; En sık görülen uterin anomalidir. Müllerian füzyonu takiben 20 gebelik haftasından önce gerçekleşmesi gereken resorbsiyonun olmaması sonucu uterin septum oluşur. (ESHRE-ESGE) kriterleri tarafından septumun tanımı, myometrial duvar kalınlığının % 50'sini geçen bir internal indentasyondur. Uterin septum ve bicorporeal uterusun ayrımının yapılması tedaviyi etkileyeceğinden hayatidir. İç ve dış uterin sınırlar görülmelidir. Septumda indentasyon internal, bikornual uterusda eksternaldir.

Uterus dış yüzeyini günümüzde 3D Ultrasonografi ile değerlendirmekteyiz. Eğer ayırıcı tanı yapamazsak MR ile tanı kesinleştirilir. Laparoskopik yaklaşımın tanı koymak için kullanımı günümüzde gereksizdir.

Septat uterusun infertilite ile ilişkili olduğuna dair yeterli kanıt yoktur. Septumu olan hastaların yaklaşık %25'inde gebelik kayıpları yaşanmaktadır. Uterin septum, implantasyonu bozarak, plasantasyonu ve beslenmeyi bozarak, kaviteyi daraltarak kötü obstetrik sonuçlara yol açabilir. Komplet septumu olanlarda malprezentasyon, preterm doğum riski artmaktadır.

Cerrahi tedaviden en fazla yarar gören uterin anomalilerin başında uterin septum gelmektedir. Histeroskopik metroplasti, septat uterus onarımı için tercih edilen yöntemdir. Basit, iyi tolere edilebilen, minimal invaziv bir yöntemdir. Histeroskopik metroplasti sonrası preterm doğum ve gebelik kaybı riski ciddi oranda azalmaktadır. Operasyon sonrası kısa süre içinde gebelik düşünülebilir. Vajinal doğum kontrendike değildir. Septum orta hattan, en az vasküler alandan kesilir. Alt sınırdan başlanır, fundusa doğru yavaşça kesilir. Amaç septum yüzey alanını küçülterek kaviteyi genişletmektir. Cerrah bunu unutmamalı, perforasyon riskinden dolayı fazla ileri gitmemelidir. Septumun tabanına geldiğimizi anlamak bazen zordur. Eğer fundal yüzey düz ise, internal servikal ostan panaromik baktığımızda her iki kornuyu aynı hatta



Karadeniz Jinekoloji ve Obstetrik Kongresi

Sheraton Otel, Samsun

12 - 15 Nisan 2018



Destekleriyle.

12 Nisan 2018, Perşembe

17:10 -17:30 : Uterus anomalilerine dokunalım mı? Neden ve nasıl?

Aşkı Ellibeş

göreceğimiz şekilde bir kavite oluşturmak idealdir. Septumun bittiğini myometrial dokuya ulaştığımızda anlarız. Myometrium daha vasküler bir doku olduğu için kanama oluşmaya başladığında ilerlememek gerekir. Bazen işlem sonrası 2. ayda kontrol HSG çekilerek 2. seans gerekebileceği hastalarla paylaşılmalıdır. 2.seans gerekliliği nadirdir. %90 tedavi tek seans ile başarılıdır. 1 cm'in üzerinde rezidüel çentik tekrar metroplasti endikasyonudur. Postoperatif adezyonu önlemek için; östrojen verilmesi, foley kateter, RIA uygulaması, antibiyoterapi günümüze dek kullanılmaktadır, faydası randomize kontrollü çalışmalarca kanıtlanmamıştır.

Bicorporeal uterus; müllerian kanal parsiyel füzyonu ile oluşur. İnkomplet füzyonun derecesine bağlı olarak fertilitte prognozu farklı etkilenmektedir. Parsiyel bicornuslarda preterm doğum %29, kompletlerde %66 oranında bulunmuştur. Klinik; tekrarlayan gebelik kayıpları, preterm eylem öyküsü, longitudinal vaginal septum olanlarda ilişki zorluğu, obstrükte vaginasi olanlarda hematokolpos ve ilişkili kasık ağrıları şikayetleri ile hastalar başvurabilir. Tedavi; Obstrükte vagina mevcutsa cerrahi olarak açılmalıdır. Tekrarlayan gebelik komplikasyonu olanlarda Strassman metroplasti düşünülebilir. Açık ya da laparoskopik yöntemle uterin kaviteler kesilerek birleştirilir. Bu yöntem ile başarılı gebelikler literatürde mevcuttur. Vaka serilerinde operasyon ile fetal survey %0'dan %80-90'lara çıkarılmıştır. Bikorporeal septat uteruslarda, internal indentasyonu oluşturan septum kesilerek kavite genişletilmesinden hastalar fayda görebilir.

Uterus unicornus; Müllerian kanallardan bir tanesinin gelişmemesi ya da lokalizasyonuna göçünün tam olmaması nedeniyle oluşur. Klinik; uterin vasküler anormalliğe ve şekil bozukluğuna sekonder olarak; malprezentasyon, preterm doğum, erken gebelik kayıpları, ektopik gebelik, IUGR, endometriozis şeklinde olabilir. Gebelik sonuçları, %50 canlı doğum, %24 ilk trimester kaybı, %20 preterm doğum, %10 2. trimester kaybı, %10 iu fetal kayıp, %3 ektopik gebelik şeklinde olabilir. Rudimenter hornun varlığı sadece komplikasyonlarla ilişkilidir. Komminikant değilse hematokolpos, ağrı, endometriozis yapar. Komminikant ise buradan olan kanamalarla implantasyonu engelleyebilir, abortus, ektopik gebelik olabilir. Bağlantı durumunun tespiti MR ile mümkün olabilir. Rudimenter hornun tedavisi cerrahi eksizyondur. L/S tercih edilir. İzole unikorn ise, gözlemsel yaklaşım uygundur.



Karadeniz Jinekoloji ve Obstetrik Kongresi

Sheraton Otel, Samsun

12 - 15 Nisan 2018



Destekleriyle..

12 Nisan 2018, Perşembe

17:10 -17:30 : Uterus anomalilerine dokunalım mı? Neden ve nasıl?

Aşkı Ellibeş

Müllerian kanal agenezisine (Mayer Rokitansky Küstner Hauser Sendromu), vagen üst 2/3 ve tuba yokluğuna, uterusun çeşitli aşamalarda gelişim kusurları eşlik eder. Neovagenizasyon operasyonları sağlıklı bir cinsel yaşam için gereklidir. Taşıyıcı annelik bir seçenek olabilir. Uterin transplantasyon; gelecekte ümit vaadedebilir.

Müllerian kanal anomalileri ile renal anomali birlikteliği akılda tutulmalı, renal ultrasonografi istenmelidir.

Uterin anomalilerde cerrahide amaç; normal uterus yapısının restorasyonu ve doğurganlığın korunmasıdır. Konjenital uterin anomalilerin cerrahi onarımı esas olarak uterus septat, bikornuat septat ve obstrüktif hemijenital uterin anomalilerin onarımında en sık endikasyonlar pelvik ağrı ve tekrarlayan gebelik kaybıdır. Bununla birlikte, cerrahi müdahaleden önce, bu sorunların diğer nedenleri dışlanmalıdır. Asemptomatik kadınlarda veya primer infertilitesi olanlarda, konjenital uterus anomalisini (anomalinin derecesine göre değişebilir) cerrahi olarak düzeltmek şart değildir.

13 Nisan 2018, Cuma

08:30 - 08:50 : Düşük over rezervinde çözüm var mı?

Ahmet Zeki Işık

Kötü over yanıtı olgularda adjuvan tedavi seçenekleri

- Prof. Dr. Ahmet Zeki IŞIK
- İzmir Medicalpark Hastanesi ÜYTE Merkezi

Kötü Over Yanıtı

- Yardımcı Üreme Tekniklerinde başarı elde etmeme en yaygın olduğu hasta grubu



Kötü Over Yanıtı Tanım

- Bologna Kriterlerine kadar tanım üzerinde tam bir konsensus yoktur.
- HCG uygulama günü 3-5'in altında folikül sayısı (Barakat 1988, Tarasovic 1994)
- Toplanan oosit sayısının 4-6'nın altında olması (Sillsen 1994)
- Ovarian stimülasyon siklusunun en yüksek E₂ düzeyinin 300-500 pg/ml altında kalması (Brzycki 1988, Ibrahim 1991).
- Stimülasyonun 5. günü E₂ düzeyinin 100 pg/ml'nin altında olması (Schoolcraft 1997).
- Bu parametrelerin kombinasyonları

A systematic review of randomized trials for the treatment of poor ovarian responders: is there any light at the end of the tunnel?

Philippa P. Pothos, M.D., Ph.D., and Paul Denny, M.D., Ph.D.

Obstetrics and Gynecology, Brigham Young University, Provo, Utah, USA

- 47 randomize çalışmada 41 farklı farmakolojik yaklaşım
- Kadın yaşı, elde edilen oosit sayısı, öncelikli siklus sayısı, AFC, FSH, embriyo taşıma sayısı gibi diğer E₂ düzeyi, iyi kaliteli embriyo, gebelik oranı olmuştur...
- 2011

Kötü Over Yanıtı Tanım

ESHRE consensus on the definition of 'poor response' to ovarian stimulation for in vitro fertilization: the Bologna criteria¹

A.P. Ferraretti¹*, A. La Marca¹, B.C.M. Fauser², B. Tarleton³, G. Narzisi⁴, and L. Gianaroli⁵ on behalf of the ESHRE working group on Poor Ovarian Response Definition¹

BOLOGNA KRİTERLERİ

Aşağıdaki 3 kriterden en az ikisi olmalı

- 1- Yaş ≥ 40 veya POR için diğer risk faktörlerinin varlığı
- 2-Daha önce konvansiyonel stimülasyonla ≤ 3 oosit eldeisi
- 3-Anormal over rezerv testi varlığı (AFC ≤ 7 veya AMH $< 0.5-1.1$ ng/ml)

13 Nisan 2018, Cuma
08:30 - 08:50 : Düşük over rezervinde çözüm var mı?
Ahmet Zeki İşık

BOLOGNA KRİTERLERİ

- Yaştan bağımsız olarak bir hastanın maksimal stimülasyona rağmen 2 sıklısta < 4 oosit üretmesi.
- 40 yaş ve üstü bozuk over rezerv testi alan hasta stimülasyon yapılmadan da POR kabul edilir.

POSEIDON

Patient-Oriented
Strategies
Encompassing
Individualized
Number

Oocyte
Fertil Steril, 2016

POSEIDON

<p>POSEIDON GROUP 1 Young patients (<35 years) with diminished ovarian reserve parameters (AMH<1, antral follicle count <5) and with an unexplained poor or suboptimal ovarian response. Subgroup 1a: "4 oocytes" Subgroup 1b: "8 oocytes minimum" "the standard ovarian stimulation"</p>	<p>POSEIDON GROUP 2 Older patients (>35 years) with diminished ovarian reserve parameters (AMH<1, antral follicle count <5) and with an unexplained poor or suboptimal ovarian response. Subgroup 2a: "4 oocytes" Subgroup 2b: "8 oocytes minimum" "the standard ovarian stimulation"</p>
<p>POSEIDON GROUP 3 Young patients (<35 years) with poor ovarian reserve parameters (AMH<1, antral follicle count <5).</p>	<p>POSEIDON GROUP 4 Older patients (>35 years) with poor ovarian reserve parameters (AMH<1, antral follicle count <5).</p>

Fertil Steril, 2016

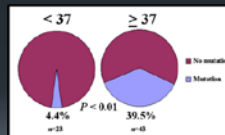
Etyoloji

- Azalmış over rezervi, (DOR)
- Azalmış FSH reseptör sayısı.
- FSH reseptör pleomorfizmi, Turner sendromu, FMR1 gen mutasyonu.
- Foliküler svidan FSH reseptör bağlanma inhibitorünün bulunması.
- FSH bağlanması sonucu bazülmuş sinyal letimi.
- Granuloza hücrelerine karşı otoantiklorin gelişmesi.
- Gonadotropinlerin yayılımını sağlayan dahşer agnada yetersizlik.
- Düşük gonadotropin surge attenuating faktör(GnSAF) biyoaktivitesi (Martinez, 2002)

Kötü over yanıtı ile ilişkili durumlar

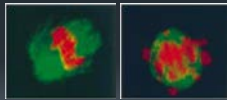
- İleri yaş.
- Geçirilmiş ovarian cerrahi.
- Endometrioma.
- Obezite.
- Geçirilmiş pelvik enfeksiyonlar.
- Fonksiyonel over kistleri.
- Sigara kullanımı.
- Genetik alt yapı

Barré J. Reprod Biomed 2000
Mitochondrial DNA point mutation in human oocytes is associated with maternal age.



13 Nisan 2018, Cuma
08:30 - 08:50 : Düşük over rezervinde çözüm var mı?
Ahmet Zeki Işık

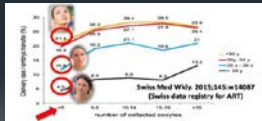
Volarcik, Human Reprod, 1998



YAŞ

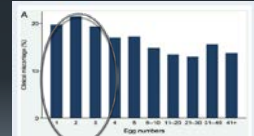
Prior responder vs non responder AMH prognosis
Polyzos et al., 2012
Polyzos et al., 2013
El-Touky et al., 2002
Prior responder, yaş prognozu, better!
Bijan et al., 2000
De Sutter and Dhont, 2003
Galey-Fontaine et al., 2005
Hancock et al., 1998
Ling et al., 2003
Zhen et al., 2008

Oosit kalitesi-Yaş



Oosit sayısı- Reprodüktif sonuçlar

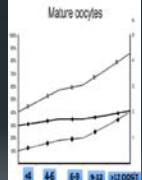
• 124 351 IVF gebeligi



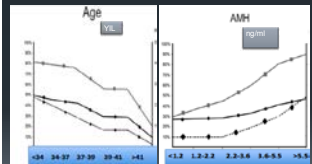
Transfer edilecek en az bir euploid blastocyst

- Kadın yaşı
- AMH
- Oosit sayısı

Her bir oosit ile %9 artıyor.



Kadın yaşı ile her yıl %16 azalıyor AMH da her 1 ng/ml artış ile %27 artıyor



Transfer edilecek en az bir euploid blastocyst

13 Nisan 2018, Cuma

08:30 - 08:50 : Düşük over rezervinde çözüm var mı?

Ahmet Zeki Işık

İdeal Protokol?

- Şu anda kölü över yanılı olgularda kabul edilmiş en iyi protokol yok.
- Bunun nedeni Bologna kriterleri olusuna kadar yapılan calismalardaki hasta gruplarındaki farklılıklar.
- RCT calismalar ile durum deęerlebilir.
- Çoğu calisma tek merkez ve gücü yetersiz.

SEÇENEKLER

- Gonadotropin agonist flare rejimler
- Gonadotropin agonist stop protokol
- Minozol luteal faz GnRHagonist
- Mifepriston flare up GnRHagonist
- Gonadotropin dozunun azaltılması
- Rekombinant LH eldermesi
- Klomifen sitrat+GnRH antagonist
- **Aromataz inhibitörleri+GnRH antagonist**
- Östrodial priming+GnRH antagonist
- Dogal siklus IVF
- **Adjuvan tedaviler (GH, Androjenler,).....**

Interventions for 'poor responders' to controlled ovarian hyper stimulation (COH) in in-vitro fertilisation (IVF).

Cochrane Database Syst Rev. 2010

COH-IVF'de

- Hipofizer down regülasyon
- Ovaryan stim
- Adjuvan terapi için kullanılan hiçbir yaklaşımlar başarıyı artırdığına dair kanıt yok.



Adjuvan tedaviler

- Androjenler – DHEA , Transdermal testosteron patch, Transdermal testostosterone jel.
- Growth Hormone
- **coenzymQ10**

DHEA

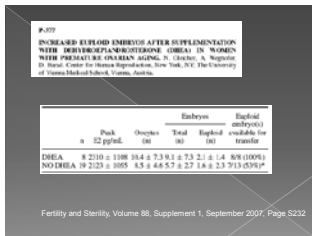


- 1939 Nobel ödüllü Alman kimyager Butenandt tarafından izole edilmiştir.
- Böbrek üstü bezi zona retikülaris tabakası ve overde teka hücrelerinde sentezlenir.
- Periferik dokularda testosteron ve estradiole çevrilen zayıf bir androjenidir.
- Reprodüktif hayatta kadınlarda yüksek konsantrasyonda bulunurken yaşla azalır.

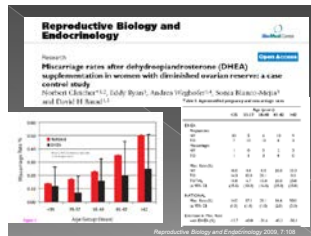
DHEA- İNFERTİLİTEDEKİ YERİ

- DHEA, steroidogenesis için önemli bir substrattır.
- DHEA, akcişle Karaciğerde IGF1BP üretimini azaltarak IGF-1 düzeyini artırır.
- Androjenler kendi liganlarına bağlanarak foliküler büyümede etki gösterebilir.
- DHEA tedavisi yapılan overde PCOS benzeri karakteristik gösterir. Primordial folikülden primer foliküle dönüşüm artış ile "primer folikül stoklarında artış
- Zayıf yanıtılı hastalarda bir subgrupun teka hücre yetmezliğinde olduğu ama nispeten korunmuş granuloza hücre varlığında intra-foliküler androjen çevrenin overyan cevabı artırabilir.

13 Nisan 2018, Cuma
08:30 - 08:50 : Düşük over rezervinde çözüm var mı?
Ahmet Zeki İşık



Fertility and Sterility, Volume 88, Supplement 1, September 2007, Page S232



Reproductive Biology and Endocrinology, 2008, 7:109

Premature ovarian failure and dehydroepiandrosterone

Notes: The data represented here are mean values of 100 pregnancies with DHEA in patients with premature ovarian failure (POF), an untreated population of 100 POF untreated controls, and 100 pregnancies in a control group using natural FSH treatment for the first 10 pregnancies and all subsequent pregnancies in a control group for the entire DHEA for a comparable length of time and in a large number of pregnancies to enable the comparison of the pregnancy outcomes between the two groups. (Statistical significance based on Student's t-test for continuous variables and Fisher's exact test for categorical variables.)

Cases	Pre-DHEA				Post-DHEA				Outcome	
	Age (yr)	FSH (IU/L)	LH (IU/L)	E ₂ (pg/mL)	Amniotic fluid (IU/L)	DHEA (mg)	FSH (IU/L)	E ₂ (pg/mL)		
1	37	102	43	27	8	18	18.9	42	3700/80	Continuation of pregnancy
2	35	112	32	16	12	11	17	18	5000/90	2 nd loss
3	35	49	84	30	9	43	43.8	58	1000/90	3 rd loss
4	38	88	83	36	12	46	54	48	1600/90	7 th gestation abortion
5	45	45	24	22	12	103	14	58	200/90	13 th loss

Curr Opin Obstet Gynecol. 2009 Aug;21(4):306-8.
Dehydroepiandrosterone supplementation in assisted reproduction: rationale and results.

Mamas L., Mamas E.

Overall, 50-75 mg of dehydroepiandrosterone supplementation for at least 4 months may either result in natural conception or considerably improves intrauterine insemination and IVF outcome and pregnancy rates for women with confirmed diminished ovarian reserve, premature ovarian failure or premature ovarian aging. Positive effect has been reported to oocyte and embryo quality, even in women aged 40-47 years. The number of euploid embryos is increased, and miscarriage rate is decreased.

Although more data on the dehydroepiandrosterone effect on assisted reproduction outcomes, mainly increased rates for live birth rates, confirm the improvement of female reproductive age pregnancy rates. No significant side effects are reported, and those include mainly hirsutism and acne.

Parameter	Control (n=100)	DHEA (n=100)	Other DHEA (n=100)	P-value
Screen unaided conceptions with HCG on day 14	875 ± 942	1282 ± 213	505	<0.001
Maternal abortions on HCG day 14	10 ± 7	27 ± 1.3	8%	<0.001
Total DHEA dose (mg)	3067 ± 628	3500 ± 1062	3067	<0.001
Total HMG dose (IU)	3489 ± 618	3980 ± 989	3626	<0.001
Implantation date	5.9 ± 1.2	5.9 ± 1.2	5.9	>0.05
Embryos (n)	8 ± 1.2	13 ± 2.9	8%	<0.001
Euploid embryos (n)	2 ± 0.5	4 ± 1.5	2%	<0.001
Electron transfer (n)	2 ± 0.5	4 ± 1.5	2%	<0.001
Maternal abortions (n)	10 ± 7	27 ± 1.3	8%	<0.001
Other DHEA dose (mg)	3067 ± 628	3500 ± 1062	3067	<0.001
Total HMG dose (IU)	3489 ± 618	3980 ± 989	3626	<0.001
Implantation date	5.9 ± 1.2	5.9 ± 1.2	5.9	>0.05
Embryos (n)	8 ± 1.2	13 ± 2.9	8%	<0.001
Euploid embryos (n)	2 ± 0.5	4 ± 1.5	2%	<0.001
Electron transfer (n)	2 ± 0.5	4 ± 1.5	2%	<0.001
Maternal abortions (n)	10 ± 7	27 ± 1.3	8%	<0.001

Sönmezler & Aktekoğlu et al. RBM online 19-4-2009

Improvement in diminished ovarian reserve after dehydroepiandrosterone supplementation.

Conclusion: Women with diminished ovarian reserve (DOR) who received DHEA supplementation over time (P=0.002). Women under age 38 years demonstrated higher AMH concentrations and improved AMH concentrations more than older females. AMH improved long-term fertility by approximately 40% (P=0.0002). Women receiving IVF experienced a 23.44% clinical pregnancy rate and conceiving women showed significantly improved AMH concentrations compared with those who did not (P=0.001). DHEA supplementation, thus, significantly improved ovarian reserve in women with longer DHEA use and was more pronounced in younger women.

Reprod Biomed Online. 2010 Sep;21(3):303-5.

13 Nisan 2018, Cuma
08:30 - 08:50 : Düşük over rezervinde çözüm var mı?
Ahmet Zeki Işık

Addition of dehydroepiandrosterone (DHEA) for poor-responder patients before and during IVF treatment improves the pregnancy rates: A randomized prospective study
A. Hakan, A. S. Savaş, F. Başoğlu, F. Başoğlu, A. Başoğlu, A. Başoğlu

Table 10 Comparison between the two consecutive cycles of the study group.

Variables	First cycle	Second cycle	P-value
Mean (SD) antral follicle count	57.2 (24.8)	59.5 (26.4)	0.94
Mean (SD) progesterone on day 10	18.3 (2.8)	18.6 (2.9)	0.98
Mean (SD) estradiol on day 10	8.8 (2.7)	10.2 (2.2)	0.68
Mean (SD) estradiol on day 17	9.5 (2.7)	10.5 (2.1)	0.68
Mean (SD) estradiol on day 19	9.8 (2.8)	10.8 (2.5)	0.66
Mean (SD) estradiol on day 21	10.1 (2.8)	11.2 (2.5)	0.64
Mean (SD) estradiol on day 23	10.7 (2.8)	11.8 (2.5)	0.64

Addition of dehydroepiandrosterone (DHEA) for poor-responder patients before and during IVF treatment improves the pregnancy rates: A randomized prospective study
A. Hakan, A. S. Savaş, F. Başoğlu, F. Başoğlu, A. Başoğlu, A. Başoğlu

Variables	DHEA (n = 81)	Control (n = 81)	P-value
Mean (SD) antral follicle count	70.2 (24.1)	60.7 (24.0)	0.01
Mean (SD) progesterone on day 10	19.1 (2.8)	18.1 (2.8)	0.28
Mean (SD) estradiol on day 10	9.8 (2.8)	9.7 (2.8)	0.71
Mean (SD) estradiol on day 17	10.1 (2.7)	10.8 (2.8)	0.19
Mean (SD) estradiol on day 19	10.2 (2.7)	11.1 (2.7)	0.40
Mean (SD) estradiol on day 21	10.3 (2.7)	11.2 (2.7)	0.42
Mean (SD) estradiol on day 23	10.4 (2.7)	11.3 (2.7)	0.42
Mean (SD) estradiol on day 25	10.5 (2.7)	11.4 (2.7)	0.42

Dehydroepiandrosterone (DHEA) supplementation in diminished ovarian reserve (DOR)
Bakirtürk Üstündağ¹ and Savaş Zeki Işık²

Abstract
Background: With increasing prevalence in the developed world, assisted reproductive techniques (ART) become increasingly important. Ovarian reserve (OR) is a key factor in determining the success of ART. Dehydroepiandrosterone (DHEA) is a steroid hormone that is converted to androgens and estrogens in the body. DHEA supplementation may improve ovarian reserve in women with diminished ovarian reserve (DOR).
Methods: A randomized controlled trial was conducted in 2015 and 2016 in the Samsun Sheraton Hotel. The study included 100 women with diminished ovarian reserve (DOR) who were randomized to either receive DHEA supplementation or a placebo. The primary outcome was the number of oocytes retrieved, and the secondary outcome was the number of oocytes that survived to fertilization.
Results: The DHEA group had a significantly higher number of oocytes retrieved and a significantly higher number of oocytes that survived to fertilization compared to the placebo group.
Conclusion: DHEA supplementation may improve ovarian reserve in women with diminished ovarian reserve (DOR).
Keywords: Dehydroepiandrosterone (DHEA), diminished ovarian reserve (DOR), assisted reproductive techniques (ART), oocytes, fertilization.

DHEA as a miracle drug in the treatment of poor responders; hype or hope?
Kerem Yakın¹ and Bahadır Ünürün²

Abstract
Background: Dehydroepiandrosterone (DHEA) is a steroid hormone that is converted to androgens and estrogens in the body. DHEA supplementation may improve ovarian reserve in women with diminished ovarian reserve (DOR).
Methods: A randomized controlled trial was conducted in 2015 and 2016 in the Samsun Sheraton Hotel. The study included 100 women with diminished ovarian reserve (DOR) who were randomized to either receive DHEA supplementation or a placebo. The primary outcome was the number of oocytes retrieved, and the secondary outcome was the number of oocytes that survived to fertilization.
Results: The DHEA group had a significantly higher number of oocytes retrieved and a significantly higher number of oocytes that survived to fertilization compared to the placebo group.
Conclusion: DHEA supplementation may improve ovarian reserve in women with diminished ovarian reserve (DOR).
Keywords: Dehydroepiandrosterone (DHEA), diminished ovarian reserve (DOR), assisted reproductive techniques (ART), oocytes, fertilization.

Efficacy of dehydroepiandrosterone to improve ovarian response in women with diminished ovarian reserve: a meta-analysis
Kerem Yakın¹, Bahadır Ünürün², Bülent Çarşaklı³ and Nurgülhaner Başoğlu⁴

Abstract
Background: Dehydroepiandrosterone (DHEA) is a steroid hormone that is converted to androgens and estrogens in the body. DHEA supplementation may improve ovarian reserve in women with diminished ovarian reserve (DOR).
Methods: A meta-analysis was conducted in 2015 and 2016 in the Samsun Sheraton Hotel. The study included 100 women with diminished ovarian reserve (DOR) who were randomized to either receive DHEA supplementation or a placebo. The primary outcome was the number of oocytes retrieved, and the secondary outcome was the number of oocytes that survived to fertilization.
Results: The DHEA group had a significantly higher number of oocytes retrieved and a significantly higher number of oocytes that survived to fertilization compared to the placebo group.
Conclusion: DHEA supplementation may improve ovarian reserve in women with diminished ovarian reserve (DOR).
Keywords: Dehydroepiandrosterone (DHEA), diminished ovarian reserve (DOR), assisted reproductive techniques (ART), oocytes, fertilization.

Narkiewicz A et al., 2013 - Effects of dehydroepiandrosterone on in vivo ovine follicular development.
Kavunların bir overi fixe edilmiş diğeri 10 hafta DHEA ya maruz kalyor. İki over içleildiğinde 10 hafta DHEA ya maruz kalan overde bazı folikül atımı antral folikül topluluğu ayrıca granulöz hücrelerinde proliferasyon belirtici Ki-67 de artış ve preantral ve erken antral evredeki folikül AMH da artış saptandı.



Karadeniz Jinekoloji ve Obstetrik Kongresi

Sheraton Otel, Samsun
12 - 15 Nisan 2018



Destekleriyle..

13 Nisan 2018, Cuma 08:30 - 08:50 : Düşük over rezervinde çözüm var mı? Ahmet Zeki İşık

- Tilman B ve ark (2011)
- Dehydroepiandrosterone supplementation improves predictive markers for diminished ovarian reserve: serum AMH, inhibin B and antral follicle count
- 41 DOR hasta en az 4 hafta 75 mg DHEA alıyor öncesi ve sonrası değerlendiriliyor
- 10 yıl yaş grubunda artışın paramehelerinde anlamlı şekilde DHEA grubunda düzleşme gözlenmiş

DHEA POI hastalarında 20 haftalık takipteki etkisi

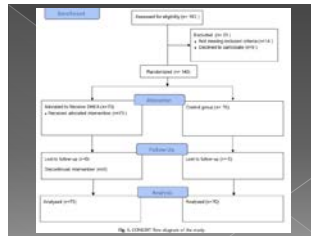
- Yeung et al 2013
- RCT'li çift kör plasebo kontrollü
- 10 caya 12 plasebo
- 75 mg DHEA
- 12. haftadan itibaren AFC >10 mml (folikül) hasta sayısı 20. haftada over hacmi anlamlı artıyor
- Test DHEA E2 anlamlı artıyor, AMHSH değışiyor.

European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology

Does dehydroepiandrosterone improve pregnancy rate in women undergoing IVF/ICSI with expected poor ovarian response according to the Bologna criteria? A randomized controlled trial

Mihkelan RM, Sobel S, Anon-Kany M, Hazzan T, Ahmed MA, Awaadites A

- 163 hasta
- rc1



Variable	DHEA group (n=75)	Control group (n=75)	p value
Age	32.9 (1.2)	32.7 (1.2)	0.92
AMH	0.09 (0.03)	0.11 (0.03)	0.76
AMH/AMH2	0.08 (0.03)	0.11 (0.03)	0.76
AMH/AMH3	0.08 (0.03)	0.11 (0.03)	0.76
AMH/AMH4	0.08 (0.03)	0.11 (0.03)	0.76
AMH/AMH5	0.08 (0.03)	0.11 (0.03)	0.76
AMH/AMH6	0.08 (0.03)	0.11 (0.03)	0.76
AMH/AMH7	0.08 (0.03)	0.11 (0.03)	0.76
AMH/AMH8	0.08 (0.03)	0.11 (0.03)	0.76
AMH/AMH9	0.08 (0.03)	0.11 (0.03)	0.76
AMH/AMH10	0.08 (0.03)	0.11 (0.03)	0.76
AMH/AMH11	0.08 (0.03)	0.11 (0.03)	0.76
AMH/AMH12	0.08 (0.03)	0.11 (0.03)	0.76
AMH/AMH13	0.08 (0.03)	0.11 (0.03)	0.76
AMH/AMH14	0.08 (0.03)	0.11 (0.03)	0.76
AMH/AMH15	0.08 (0.03)	0.11 (0.03)	0.76
AMH/AMH16	0.08 (0.03)	0.11 (0.03)	0.76
AMH/AMH17	0.08 (0.03)	0.11 (0.03)	0.76
AMH/AMH18	0.08 (0.03)	0.11 (0.03)	0.76
AMH/AMH19	0.08 (0.03)	0.11 (0.03)	0.76
AMH/AMH20	0.08 (0.03)	0.11 (0.03)	0.76

Variable	DHEA group (n=75)	Control group (n=75)	p value
Preparation rate	40 (53.3%)	42 (56.0%)	0.871
Start of pregnancy	24 (32.0%)	21 (28.0%)	0.822
Completed cycles	21 (28.0%)	21 (28.0%)	0.921
Pregnancy frequency	20 (26.7%)	19 (25.3%)	0.896

Dihydroepiandrosterone treatment in women with poor ovarian response undergoing IVF or ICSI: a systematic review and meta-analysis

Wangling Wang, "Xinling He", "Yu Wang", "Huan Wu", "Xiao Ren", "Jinlin Wang", "Hongyan He", "Yingjun He"

Background: The aim of this study was to evaluate the effect of DHEA treatment on the clinical pregnancy rate in women with poor ovarian response undergoing IVF or ICSI. A systematic review and meta-analysis were conducted.

Methods: We searched PubMed, Embase, Web of Science, Cochrane Library (1980-2015) for relevant papers. The search strategy was: "DHEA" AND "IVF" OR "ICSI". The search was limited to English language, human studies, and randomized controlled trials (RCTs). The search was conducted on 13/04/2017.

Results: We included 10 studies, 1016 women, 518 pregnancies. The overall pregnancy rate was 51.1% (95% CI 44.1-58.1%). The overall clinical pregnancy rate was 32.1% (95% CI 26.1-38.1%). The overall miscarriage rate was 18.1% (95% CI 14.1-22.1%). The overall abortion rate was 1.1% (95% CI 0.1-2.1%). The overall stillbirth rate was 0.1% (95% CI 0.1-0.1%). The overall neonatal mortality rate was 0.1% (95% CI 0.1-0.1%). The overall perinatal mortality rate was 0.1% (95% CI 0.1-0.1%). The overall infant mortality rate was 0.1% (95% CI 0.1-0.1%). The overall child mortality rate was 0.1% (95% CI 0.1-0.1%). The overall life expectancy rate was 0.1% (95% CI 0.1-0.1%).

13 Nisan 2018, Cuma
 08:30 - 08:50 : Düşük over rezervinde çözüm var mı?
 Ahmet Zeki Işık

Table with 10 columns: Study, n, Age, BMI, FSH, LH, Prog, AMH, OR, Pregnancy rate. It lists various studies and their outcomes regarding DHEA therapy.

Journal of Endocrinology Investigation and Research in Reproduction 2017; 10, 1-7

Deposited on Inspec Sur ScienceDirect

REVIEW
The effect of dehydroepiandrosterone (DHEA) supplementation on women with diminished ovarian reserve (DOR) in IVF cycle: Evidence from a meta-analysis
 J.C. Qin¹, L. Fan¹, A.P. Qin^{1,2*}

Summary To evaluate the effect of dehydroepiandrosterone (DHEA) therapy on the ovarian response and pregnancy outcome in patients with diminished ovarian reserve (DOR). Eight studies, published before August 31, 2016, were identified from PubMed, Embase, the Cochrane Library, Scisearch and the number of retrieved studies, cancellation rate of IVF cycles, clinical pregnancy rate and miscarriage rate. We selected 10 women 13 patients to add the data from the eligible studies. A total of 9 studies, four were RCTs, four retrospective studies, one prospective study, including 542 cases and 468 controls, were available for analysis. The pooled evidence showed that the clinical pregnancy rates were increased significantly in DOR patients who were treated with DHEA (OR = 1.47, 95%CI: 1.02 - 1.99), whereas no differences were found in the number of oocytes retrieved, the cancellation rate of IVF cycles and the miscarriage rate between the cases and controls (NMD = -0.49, 95% CI: -3.18 to 2.21; OR = 0.74, 95%CI: 0.51 - 1.08; OR = 0.24, 95%CI: 0.02 - 3.24). However, it is worth noting that when data were subgrouped by RCTs, there was a non-significant difference in the clinical pregnancy rate (OR = 1.86, 95%CI: 0.81 - 4.31). We concluded that there is a potential benefit in DOR patients might improve the pregnancy outcomes. To further confirm this effect, more randomized controlled trials with larger sample sizes are needed.

• DHEA desteği gebelik oranlarını artırabilir

Testosteron?

Effects of transdermal testosterone application on the ovarian response to FSH in poor responders undergoing assisted reproduction technique—a prospective, randomized, double-blind study

N.Mosleh¹, E.Çelik-Demirelli², C.Cemal³, E.İzci-Yıldırım⁴, J.P.Wolf⁵ and J.N.Bagdas^{6*}

• İki RCT

Effects of transdermal testosterone application on the ovarian response to FSH in poor responders undergoing assisted reproduction technique—a prospective, randomized, double-blind study

N.Mosleh¹, E.Çelik-Demirelli², C.Cemal³, E.İzci-Yıldırım⁴, J.P.Wolf⁵ and J.N.Bagdas^{6*}

BACKGROUND: In patients, androgen may play a synergistic role with FSH in promoting the early follicular recruitment, which is critical to assisted reproductive technique programmes. OBJECTIVE: To assess whether poor responders can benefit from androgen application. METHODS: Twelve patients with a previous poor ovarian response to controlled ovarian stimulation and a decreased hormonal ovarian reserve, selected women were randomised to receive either transdermal application of testosterone (n = 24) or placebo (n = 24) for 12 days before FSH treatment for a normal IVF cycle. Secondary outcomes were compared FSH daily doses used in both cycles. The primary outcome was the total number of oocytes retrieved. RESULTS: Testosterone gel application resulted in a significant increase in plasma testosterone levels but did not significantly improve the rate of follicle count. Furthermore, after gel application, the main parameters of the ovarian response (numbers of oocytes retrieved, total and mature oocytes and embryos) did not significantly differ between testosterone and placebo-treated patients. CONCLUSIONS: No significant beneficial effects of androgen administration on the ovarian response to FSH could be demonstrated. However, subsequent clinical trials are needed to determine whether an optimal and/or a longer duration of testosterone administration may be helpful.

• Fayda yok
 • Antral folikül sayısı ve KOH'yu yarınlarda değişiklik yok

13 Nisan 2018, Cuma 08:30 - 08:50 : Düşük over rezervinde çözüm var mı? Ahmet Zeki Işık

Human Reproduction, Feb 26, 2017; doi:10.1093/humrep/dex003
First published online 12 December 2016 doi:10.1093/humrep/dex003

Reproductive ORIGINAL ARTICLE Infertility

Transdermal testosterone may improve ovarian response to gonadotrophins in low-responder IVF patients: a randomized, clinical trial

Francisco Fábregues, Jaana Piñomilla, Montserrat Creus, Dolores Mulas, Gemma Casali, Carmen Carreras, and Joan Solà*

Author for correspondence: Francisco Fábregues, Hospital Clínic, Institut Català de Ginecologia, Barcelona, Spain (F.Fábregues), Institut de Recerca en Ginecologia i Obstetrícia, Hospital Clínic, Institut Català de Ginecologia, Barcelona, Spain (F.Fábregues).

BACKGROUND: Testosterone may improve the androgen levels and energy of the ovaries in low responders. The study investigated the efficacy of pre-treatment with subcutaneous testosterone in low-responder IVF patients.

METHODS: Randomized clinical trial including 67 infertile women who had a background of low IVF treatment cycle control because of poor follicular response. Patients were randomized to two treatment groups in the second and third attempts. In patients in Group 1 (n = 33), subcutaneous application of testosterone providing controlled gonadotropin therapy stimulation under placebo preparation was used. In Group 2 (n = 34) patients, ovarian stimulation was carried out with high-dose gonadotropins in association with a modified GnRH agonist protocol. The primary endpoint was the incidence of low-responder patients. The main secondary outcome was the incidence of patients requiring more retrieval.

RESULTS: The percentage of cycle with low response was significantly lower in Group 1 than in Group 2 (0.3 versus 7.6% with confidence interval for the difference, 0.3, 3.4) (P < 0.05). The number of patients with more retrieval needed to be higher in Group 1 than in Group 2 (0.6 versus 0.3) (P = 0.05). The observed response (number of oocytes) (0.2 versus 0.4) (P = 0.05) (number of patients having normal karyo (36 and 37 patients in Group 1 and 2, respectively) were considered.

CONCLUSIONS: Pre-treatment with subcutaneous testosterone may improve the ovarian sensitivity to follicular response in gonadotropin treatment in previous low-responder IVF patients. The approach looks to be a treatment for low response compared with high-dose gonadotropins and modified GnRH agonist protocol.

Key words: androgen / IVF / low responder / ovarian stimulation

The effect of transdermal testosterone gel pretreatment on controlled ovarian stimulation and IVF outcome in low responders

Cheng-Shen Kao, M.D., Ph.D., *Galia M. Alkadiri, Ph.D., * and Sheng-Jih Lee, M.D., Ph.D.*

*Division of Reproductive Endocrinology and Infertility, Department of Obstetrics and Gynecology, College of Medicine, University of Utah, Jean Medical Center, Salt Lake City, Utah; *Musa Science International, Geneva, Switzerland; and *Department of Biostatistics and Epidemiology, Kagazuchi and Ikemitsu Hospital, Chiba University, Kagazuchi, Salt Lake City

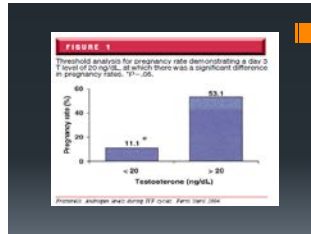
TABLE 2
Comparison of controlled ovarian stimulation results and IVF/IVG outcomes

	IVF (n=20)	IVG (n=10)	P value
Age (years)	35.6	35.6	0.98
Time of ovulation induction	10.5	10.5	0.98
Time of IVF/IVG initiation	11.2	11.2	0.98
Time of oocyte retrieval	12.5	12.5	0.98
Time of IVF/IVG completion	13.5	13.5	0.98
Time of IVF/IVG completion	14.5	14.5	0.98
Time of IVF/IVG completion	15.5	15.5	0.98
Time of IVF/IVG completion	16.5	16.5	0.98
Time of IVF/IVG completion	17.5	17.5	0.98
Time of IVF/IVG completion	18.5	18.5	0.98
Time of IVF/IVG completion	19.5	19.5	0.98
Time of IVF/IVG completion	20.5	20.5	0.98
Time of IVF/IVG completion	21.5	21.5	0.98
Time of IVF/IVG completion	22.5	22.5	0.98
Time of IVF/IVG completion	23.5	23.5	0.98
Time of IVF/IVG completion	24.5	24.5	0.98
Time of IVF/IVG completion	25.5	25.5	0.98
Time of IVF/IVG completion	26.5	26.5	0.98
Time of IVF/IVG completion	27.5	27.5	0.98
Time of IVF/IVG completion	28.5	28.5	0.98
Time of IVF/IVG completion	29.5	29.5	0.98
Time of IVF/IVG completion	30.5	30.5	0.98
Time of IVF/IVG completion	31.5	31.5	0.98
Time of IVF/IVG completion	32.5	32.5	0.98
Time of IVF/IVG completion	33.5	33.5	0.98
Time of IVF/IVG completion	34.5	34.5	0.98
Time of IVF/IVG completion	35.5	35.5	0.98
Time of IVF/IVG completion	36.5	36.5	0.98
Time of IVF/IVG completion	37.5	37.5	0.98
Time of IVF/IVG completion	38.5	38.5	0.98
Time of IVF/IVG completion	39.5	39.5	0.98
Time of IVF/IVG completion	40.5	40.5	0.98
Time of IVF/IVG completion	41.5	41.5	0.98
Time of IVF/IVG completion	42.5	42.5	0.98
Time of IVF/IVG completion	43.5	43.5	0.98
Time of IVF/IVG completion	44.5	44.5	0.98
Time of IVF/IVG completion	45.5	45.5	0.98
Time of IVF/IVG completion	46.5	46.5	0.98
Time of IVF/IVG completion	47.5	47.5	0.98
Time of IVF/IVG completion	48.5	48.5	0.98
Time of IVF/IVG completion	49.5	49.5	0.98
Time of IVF/IVG completion	50.5	50.5	0.98

Effects of transdermal testosterone in poor responders undergoing IVF: systematic review and meta-analysis

Mirela González-Comadrán ^{1,2}, Montserrat Durán ³, Ivan Solà ^{4,5}, Francisco Fábregues ⁶, Ramón Carreras ^{6,7}, Miguel A. Checa ^{8,9,10}

- 225 kadın (3 çalışmayı dâhil etmediler)
- Testosteron eklenen grupta istatistiksel anlamı daha yüksek olan (0.03 vs. 0.05) ve daha düşük doz gonadotropin kullanılıyor.
- Transfer başına klinik gebelik, oosit sayı ve kariesinde fark yoklandı.
- Farklı çalışmalar heterojen ve hasta sayısı küçük



13 Nisan 2018, Cuma
08:30 - 08:50 : Düşük over rezervinde çözüm var mı?
Ahmet Zeki Işık

Journal of Assisted Reproduction and Embryology, 2017, 34(4)

RESEARCH Open Access

Association of basal serum testosterone levels with ovarian response and in vitro fertilization outcome

Mingqiang Guo^{1,2}, Zhiguo Zhou^{3,4}, Meiliu^{1,2}, Ling Zhang^{1,2}, Li Qian^{1,2}, Hongyan Cao^{1,2}

Abstract
Background: To evaluate the association of basal serum testosterone (T) with ovarian response and in vitro fertilization (IVF) outcome.
Methods: We analyzed retrospective data from 1000 patients who underwent IVF treatment over 12 months and whose basal serum testosterone levels were measured. The association between basal serum testosterone levels and IVF outcome was analyzed using logistic regression analysis. The association between basal serum testosterone levels and IVF outcome was analyzed using logistic regression analysis. The association between basal serum testosterone levels and IVF outcome was analyzed using logistic regression analysis. The association between basal serum testosterone levels and IVF outcome was analyzed using logistic regression analysis.

J Assist Reprod Embryol

DOI 10.1007/s12017-017-0510-1

ASSISTED REPRODUCTION TECHNOLOGIES

Starting and resulting testosterone levels after androgen supplementation determine at all ages in vitro fertilization (IVF) pregnancy rates in women with diminished ovarian reserve (DOR)

Nahori Gökler¹, Arzu Kızıoğlu², Andrea Wenzel³, Ayşe Gülşah Taş⁴, Eminehan Karacınar⁵, Hüseyin İzzet Karakul⁶, Burak

Received: 29 September 2017 / Accepted: 4 December 2017
© Springer Science+Business Media New York 2017

Cochrane Library
Cochrane Database of Systematic Reviews

Androgens (dehydroepiandrosterone or testosterone) for women undergoing assisted reproduction (Review)

Hagen RF, Riddleworth JB, Srinivasulu CK, Kwan B

2016, Auckland Üniversitesi Yeni Zelanda

Cochrane Library
Cochrane Database of Systematic Reviews

included in 10-15 trials with total of 416 participants. Again, there were 10 trials that participants were recruited as per response to natural FSH treatment. The included trials compared either testosterone or DHEA treatment with placebo or no treatment in assisted IVF procedures. The included trials compared either testosterone or DHEA treatment with placebo or no treatment in assisted IVF procedures. The included trials compared either testosterone or DHEA treatment with placebo or no treatment in assisted IVF procedures. The included trials compared either testosterone or DHEA treatment with placebo or no treatment in assisted IVF procedures.

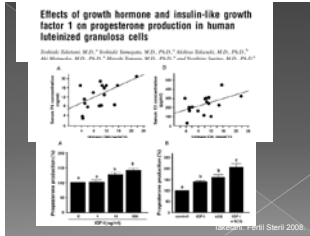
Orta seviyede delil gücü ile DHEA veya testosteron ön tedavilerinin canlı doğum oranları ile ilişkisini araştırır.

Growth hormone?

BÜYÜME HORMONUNUN İNFERİLTÜDEDEKİ YERİ

- GH anterior hipofiz bezinde sentez edilen depolanan ve salınan bir peptittir.
- Kümlül hücrelerinde ve oositte GH reseptörü bulunur.
 - Ménézo et al., 2003.
- Growth hormon FSH hormonunun granuloza hücreleri üzerindeki etkisini IGF-1 sentezini up regüle ederek gerçekleştirir.
 - Hsu 1987; Yoshimura 1996.
- IGF-1 in gonadotropinlere eklenmesi granuloza hücre kültürlerinde aromataz aktivitesini, 17 beta estradiol, progesteron ve LH reseptör formasyonunda artış göstermiştir.
 - Brickson 1989; Mason 1990

13 Nisan 2018, Cuma
 08:30 - 08:50 : Düşük over rezervinde çözüm var mı?
 Ahmet Zeki İşık



BÜYÜK HORMONUNUN İNFERİLTÜDEKİ YERİ

- Farelerde GH reseptör ve GH-binding protein eksikliğinde, gonadotropin stimülasyonuna foliküler gelişim anlamı olarak azalmıştır.
- Bachelot et al., 2002.

BÜYÜK HORMONUNUN İNFERİLTÜDEKİ YERİ

- Growth hormon sitoplazmik ve nükleer maturasyonun gelişiminde IGF-1 den bağımsız aktivitesi göstermiştir. *Prado and Hernandez, 2008*
- Foliküler sıradaki yüksek GH seviyesi, embriyo kalitesi, hızlı kıvrık ve yüksek embriyo implantasyon oranı ile ilişkilidir. *Mendoza, 2002*
- Growth hormon çiptak ositinin hü maturasyonunu sağlar. Çiptak GV ositinin maturasyon oranlarını artırır. *Masson et al., 2001; Mendez et al., 2006*
- GV ositil maturasyonu ile gebelik elde edilmiştir. *Mendoza et al., 2006*
- GH İVM programlarında, maturasyon oranlarını artırır *Abel et al., 2006*

Improvement of delivery and live birth rates after ICSI in women aged >40 years by ovarian co-stimulation with growth hormone

Jan Yasar,^{1,2*} Andil Hancı¹ and Çarım Mızraklı^{1,3*}

Table 3. Major gestation outcomes

Characteristic	Placebo group	GH treatment group
Age (years)	42.3 ± 0.29	42.2 ± 1.1
Mean basal FSH (mIU/L)	26.9 ± 2.4	28.2 ± 2.5
Mean basal LH (mIU/L)	26.2 ± 2.2	26.0 ± 1.4
Mean basal T (ng/dL)	16.1 ± 0.9	16.2 ± 1.0
ESH (n)	26	41
Embryo yield (per egg)	3.4 ± 1.5	4.0 ± 1.1
Implantation success	2.4 ± 1.2	2.5 ± 1.4

Values are mean ± SD.

Table IV. Embryo implantation, pregnancy and gestation outcomes*

Variable per group	Placebo group	GH treatment group
Embryo procedures	50	50
Embryos transferred per patient (cases)	1.9	4.2
Total pregnancies†	10	16
Bioclinical pregnancies‡	1	7
Chromosomal pregnancies§	3	13
Births¶	2	11
Stillbirths	0	1
Embryo yield per oocyte¶	3.0	3.7
Clinical pregnancy rate (%)*	20.0	32.0
Clinical implantation rate (%)*	1.9	6.2
Delivery rate (%)*	0	37
Stillbirth rate (%)*	0.0	9.2

*Difference between the control and growth hormone group was assessed by two-tailed t-test with Yates' correction and Fisher's exact test.

†Pregnancy detected by determination of serum β -hCG that ended before the detection of a gestational sac with heartbeat.

‡Pregnancies in which a gestational sac with heartbeat was detected.

§Percentage of treatment attempts that resulted in a pregnancy.

¶Significantly different from the placebo group ($P < 0.05$).

**Percentage of embryos transferred that resulted in a clinical pregnancy.

††Percentage of treatment attempts that resulted in a stillbirth.

‡‡Percentage of treatment attempts that gave rise to a stillbirth.

Growth hormone co-treatment within a GnRH agonist long protocol in patients with poor ovarian response: a prospective, randomized, clinical trial

Table 3. Main Results (Mean ± Standard Deviation)

Characteristic	Group A	Group B	P Value
Number of oocytes retrieved	65(10)	22(14)	0.01
Number of oocytes matured	48(7.4)	30(14)	0.001
Number of oocytes fertilized	44(6.8)	27(12)	0.001
Number of embryos	43(6.6)	26(12)	0.001
Number of embryos transferred	43(6.6)	26(12)	0.001
Chromosome	Group A	Group B	p Value
Embryos transferred (mean)	11.2 ± 1	6.8 ± 0.6	<0.001
Number of pregnancies	17.7 ± 1.2	10.2 ± 0.5	<0.001
Implantation rate (%)*	15.7	24.4	<0.019
Clinical pregnancy	10.0 ± 0.6	8.0 ± 0.4	0.001

13 Nisan 2018, Cuma 08:30 - 08:50 : Düşük over rezervinde çözüm var mı? Ahmet Zeki Işık

Table 3. Effect of growth hormone on multiple pregnancies and pregnancy loss

Parameter	Control Group (n= 303)	Growth Hormone Group (n= 270)	P value
Frequency of twinning	20.2 ± 6.03	24.6 ± 3.1	<0.001
Frequency of triplet	2.8 ± 0.11	2.4 ± 0.19	0.048
Frequency of quadlet	0.2 ± 0.01	0.4 ± 0.01	0.042
Frequency of quintuplet	0.2 ± 0.01	0.2 ± 0.01	NS
Frequency of sextuplet	0.2 ± 0.01	0.2 ± 0.01	NS
Frequency of septuplet	0.2 ± 0.01	0.2 ± 0.01	NS
Frequency of octuplet	0.2 ± 0.01	0.2 ± 0.01	NS
Frequency of non-twinning multiple pregnancies	22.1 ± 0.286	23.4 ± 0.132	0.003
Frequency of twinning multiple pregnancies	11.7 ± 0.4	13.8 ± 0.1	0.001
Frequency of triplet multiple pregnancies	1.6 ± 0.03	1.7 ± 0.03	0.001
Frequency of quadlet multiple pregnancies	0.2 ± 0.01	0.2 ± 0.01	0.001
Frequency of quintuplet multiple pregnancies	0.2 ± 0.01	0.2 ± 0.01	NS
Frequency of sextuplet multiple pregnancies	0.2 ± 0.01	0.2 ± 0.01	NS
Frequency of septuplet multiple pregnancies	0.2 ± 0.01	0.2 ± 0.01	NS
Frequency of octuplet multiple pregnancies	0.2 ± 0.01	0.2 ± 0.01	NS
Frequency of pregnancy loss	6.6 (2.2 %)	5.2 (1.9 %)	0.001

Growth hormone supplementation improves implantation and pregnancy productivity rates for poor-prognosis patients undertaking IVF

John L. Yovich¹, James D Stanger

Table 4. Embryology sub-treatment for high level growth hormone (GH) co-treatment

	GH	GH+	GH+	Total
GH added	Number of embryos	44	74	118
	Number of embryos fertilized	48	78	126
	Number of embryos cleaved	24	36	60
	Number of embryos transferred	24	36	60
	Number of pregnancies achieved	8	22	30
	Number of pregnancies per embryo transferred	0.33	0.61	0.50
	Mean pregnancy rate	18.2 (41.8%)	29.7 (40.1%)	24.0 (40.7%)
GH not added	Number of embryos	126	118	244
	Number of embryos fertilized	130	126	256
	Number of embryos cleaved	65	63	128
	Number of embryos transferred	65	63	128
	Number of pregnancies achieved	22	22	44
	Number of pregnancies per embryo transferred	0.34	0.35	0.34
	Mean pregnancy rate	17.5 (39.6%)	18.6 (39.0%)	18.1 (39.3%)
Total	Number of embryos	270	292	562
	Number of embryos fertilized	278	304	582
	Number of embryos cleaved	139	129	268
	Number of embryos transferred	139	129	268
	Number of pregnancies achieved	30	44	74
	Number of pregnancies per embryo transferred	0.21	0.33	0.27
	Mean pregnancy rate	23.7 (47.8%)	32.2 (50.7%)	27.9 (49.3%)

Table 3. Relationship between clinical pregnancies per transfer, patient age and growth hormone (GH) co-treatment.

Treatment	<35 years		35-40 years		≥40 years		Total	
	n	Pregnant (%)	n	Pregnant (%)	n	Pregnant (%)	n	Pregnant (%)
GH+	41	30**	103	21**	49	14**	193	25*
GH-	40	1*	113	1*	29	1*	182	1*
GH+	413	46	527	34	111	16	1051	18
Total	754	43	743	24	209	16	1206	33

GH+ = cyclics managed with growth hormone; GH- = cyclics managed without growth hormone; GH+ = aneuploidic cycle managed correspond.
 **p < 0.05, *p < 0.01, #p < 0.001
 *p < 0.05, **p < 0.01, ***p < 0.001
 †p < 0.05, ††p < 0.01, †††p < 0.001
 *p < 0.05, **p < 0.01, ***p < 0.001
 †p < 0.05, ††p < 0.01, †††p < 0.001

Table 4. Embryology sub-treatment for high level growth hormone (GH) co-treatment.

	GH	GH+	GH+	Total
GH added	Number of embryos	44	74	118
	Number of embryos fertilized	48	78	126
	Number of embryos cleaved	24	36	60
	Number of embryos transferred	24	36	60
	Number of pregnancies achieved	8	22	30
	Number of pregnancies per embryo transferred	0.33	0.61	0.50
	Mean pregnancy rate	18.2 (41.8%)	29.7 (40.1%)	24.0 (40.7%)
GH not added	Number of embryos	126	118	244
	Number of embryos fertilized	130	126	256
	Number of embryos cleaved	65	63	128
	Number of embryos transferred	65	63	128
	Number of pregnancies achieved	22	22	44
	Number of pregnancies per embryo transferred	0.34	0.35	0.34
	Mean pregnancy rate	17.5 (39.6%)	18.6 (39.0%)	18.1 (39.3%)
Total	Number of embryos	270	292	562
	Number of embryos fertilized	278	304	582
	Number of embryos cleaved	139	129	268
	Number of embryos transferred	139	129	268
	Number of pregnancies achieved	30	44	74
	Number of pregnancies per embryo transferred	0.21	0.33	0.27
	Mean pregnancy rate	23.7 (47.8%)	32.2 (50.7%)	27.9 (49.3%)

Table 4. Summary of pregnancy achieved between growth hormone (GH) co-treatment groups.

Parameter	GH+	GH-	Total
Number of embryos	270	292	562
Number of embryos fertilized	278	304	582
Number of embryos cleaved	139	129	268
Number of embryos transferred	139	129	268
Number of pregnancies achieved	30	44	74
Number of pregnancies per embryo transferred	0.21	0.33	0.27
Mean pregnancy rate	23.7 (47.8%)	32.2 (50.7%)	27.9 (49.3%)

Addition of growth hormone to gonadotropins in ovarian stimulation of poor responders treated by in-vitro fertilization: a systematic review and meta-analysis

E.H. Kalkanakis¹, C.A. Yenetsi¹, K. Diederich¹, B.C. Tarlatzis¹, and G. Grimbizidis¹

- Metformin (6 RCT; 169 hasta)
- GH eklenmesi ile LHR- α 51.7 oris (15x CLS-30) NNT:6
- Fakat daha edilen çalışma az, hasta sayısı az, GH kullanım şekli, başlangıcı, doz ve süresi farklı.



Karadeniz Jinekoloji ve Obstetrik Kongresi

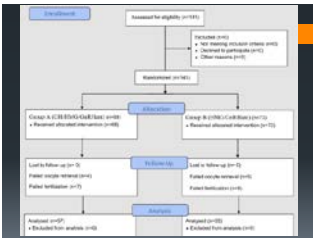
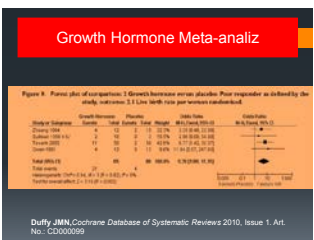
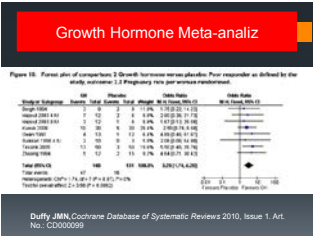
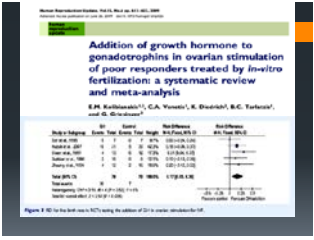
Sheraton Otel, Samsun

12 - 15 Nisan 2018



Destekleriyle..

13 Nisan 2018, Cuma
08:30 - 08:50 : Düşük over rezervinde çözüm var mı?
Ahmet Zeki Işık



13 Nisan 2018, Cuma
08:30 - 08:50 : Düşük over rezervinde çözüm var mı?
Ahmet Zeki İşık

The combination of dehydroepiandrosterone, transdermal testosterone, and growth hormone as an adjuvant therapy in assisted reproductive technology cycles in patients aged below 40 years with diminished ovarian reserve

Körk yaş alta azalmış over rezervli hastaların yardımcı üreme teknikleri sikluslarında adjuvan tedavi dehidroepiandrosteron, transdermal testosteron ve büyüme hormonu kombinasyonu

Hakan Hacıbaskın¹, Merve Arda İskit¹, Evra Belgeç Kılıçoğlu²

¹Habash University Faculty of Medicine, Department of Obstetrics and Gynecology, Habash, Turkey
²Erzincan University Faculty of Medicine, Department of Obstetrics and Gynecology, Erzurum, Turkey

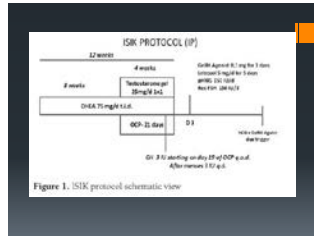


Table 1. Clinical characteristics of study group

Characteristic	Controlled group (n=20)	Experimental group (n=20)	P-value
Age (mean ± SD)	34.1 ± 1.2	34.1 ± 1.2	0.98
BMI (mean ± SD)	24.1 ± 1.2	24.1 ± 1.2	0.98
AMH (mean ± SD)	1.2 ± 0.5	1.2 ± 0.5	0.98
FSH (mean ± SD)	12.1 ± 2.5	12.1 ± 2.5	0.98
LH (mean ± SD)	15.1 ± 3.5	15.1 ± 3.5	0.98
T (mean ± SD)	1.2 ± 0.5	1.2 ± 0.5	0.98
Progesterone (mean ± SD)	1.2 ± 0.5	1.2 ± 0.5	0.98
Endometrial thickness (mean ± SD)	1.2 ± 0.5	1.2 ± 0.5	0.98
Number of follicles (mean ± SD)	1.2 ± 0.5	1.2 ± 0.5	0.98
Number of oocytes (mean ± SD)	1.2 ± 0.5	1.2 ± 0.5	0.98
Number of embryos (mean ± SD)	1.2 ± 0.5	1.2 ± 0.5	0.98
Number of pregnancies (mean ± SD)	1.2 ± 0.5	1.2 ± 0.5	0.98
Number of live births (mean ± SD)	1.2 ± 0.5	1.2 ± 0.5	0.98

Table 2. Clinical characteristics of study group

Characteristic	Controlled group (n=20)	Experimental group (n=20)	P-value
AMH (mean ± SD)	1.2 ± 0.5	1.2 ± 0.5	0.98
FSH (mean ± SD)	12.1 ± 2.5	12.1 ± 2.5	0.98
LH (mean ± SD)	15.1 ± 3.5	15.1 ± 3.5	0.98
T (mean ± SD)	1.2 ± 0.5	1.2 ± 0.5	0.98
Progesterone (mean ± SD)	1.2 ± 0.5	1.2 ± 0.5	0.98
Endometrial thickness (mean ± SD)	1.2 ± 0.5	1.2 ± 0.5	0.98
Number of follicles (mean ± SD)	1.2 ± 0.5	1.2 ± 0.5	0.98
Number of oocytes (mean ± SD)	1.2 ± 0.5	1.2 ± 0.5	0.98
Number of embryos (mean ± SD)	1.2 ± 0.5	1.2 ± 0.5	0.98
Number of pregnancies (mean ± SD)	1.2 ± 0.5	1.2 ± 0.5	0.98
Number of live births (mean ± SD)	1.2 ± 0.5	1.2 ± 0.5	0.98

BOLOGNA POOR RESPONDER

Age-stratified live-birth rates.

Age group (y)	neSET (%)	ne2-ET (%)	ne3-ET (%)
<35	2.6 (33.3)	1.9 (33.3)	0.1
35-37	27.9 (33.4)	0.6 (33.3)	0.1
38-40	27.4 (33.3)	5.7 (33.3)	6.2 (33.3)
41-42	2.1 (33.3)	1.8 (33.3)	3.5 (33.3)
> 43	0.5 (33.3)	1.4 (33.3)	3.8 (33.3)

Özkan, Ulupinar, Karadas, Ozkan, Karadag, Polyzos, 2014

Fertil Steril, 2015

BOLOGNA POOR RESPONDER-GENC

<40 YAS
CANLI DOĞUM HASTA: %11.6
CANLI DOĞUM SIKLIĞI: %2.1

Polyzos, 2014

Düşük over rezervi, POR riskiyeti

CANLI DOĞUM SIKLIĞI: %6.7
CANLI DOĞUM SIKLIĞI: %8.7

La Marca 2015
Yarali, 2017

13 Nisan 2018, Cuma
08:30 - 08:50 : Düşük over rezervinde çözüm var mı?
Ahmet Zeki Işık

CoQ10

- Tüm biyolojik membranlarda yer alan hem enerji metabolizmasında rol alan hem de antioksidan olarak görev alan yağda çözünen bir maddedir.
- Redükte formunda (ubiquinol) lipid peroksidasyonunu inhibe eder ve membran proteinlerini oksidatif hasardan korur.

CoQ10

- Diabet, kanser ve kardiyovasküler hastalıklar gibi pek çok klinik durumda antioksidan olarak kullanılmaktadır.
- Rutin gıda takviyesi olarak da pazarlanmaktadır.



CoQ10

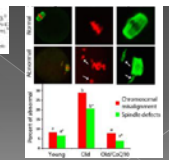
- CoQ10'ın hayvan deneylerinde embriyo gelişimi, hatching, hücre proliferasyonu ve ATP üretimi üzerine olumlu etkileri gösterilmiştir.
- Sperm motilitesi ve semen kalitesine olumlu etkileri gösterilmiştir.

APRIL 01 2018 14:30:00

ISSN: 1517-7630

Coenzyme Q10 restores oocyte mitochondrial function and fertility during reproductive aging

Yaniv Barak^{1,2}, Tomer Harman¹, Andrea Jurkovic^{3,4}, Nard Eshkol^{1,2} and Robert F. Casper^{1,2}



- CoQ10 desteği ile mayotik spindle defektlerini azaltığı gösterildi

Asian Reprod Sci (2018) 11:123-128
doi:10.1007/s42349-018-0001-7

REPRODUCTIVE PHYSIOLOGY AND DISEASE

Can Coenzyme Q10 supplementation protect the ovarian reserve against oxidative damage?

Fuat Özcan^{1,2}, Cansu Ferozlu³, Dilek Korkmaz³, Mert Yılmaz^{1,2}, Dilek Karakök^{1,2}, Feride Güneş³, Yıldızhan Karadağ³

Variable	Group 1—control (n = 8)	Group 2—capsules (n = 8)	Group 3—capsules plus Coenzyme Q10 (n = 8)	p value†
Serum concentrations of AMH (ng/ml)	1.3 ± 0.19 [§]	0.18 ± 0.03 [§]	0.23 ± 0.20 [§]	<0.01*
Number of AMH positive follicles	8.87 ± 2.96 [§]	2.87 ± 2.1 [§]	5 ± 2.61	<0.01*
Intensity of FSHL2 immunoreactivity	1.3 ± 0.02 [§]	2.3 ± 0.95 [§]	2.2 ± 0.89	0.02*

Clinical Medicine Insights: Reproductive Health

Coenzyme Q10 Supplementation and Oocyte Aneuploidy in Women Undergoing IVF-ICSI Treatment

Yaniv Barak^{1,2}, Tomer Harman¹, Andrea Jurkovic^{3,4}, Nard Eshkol^{1,2} and Robert F. Casper^{1,2}

¹Department of Academic Reproductive Technology, Faculty, Ontario, Canada; ²Department of Reproductive Endocrinology and Infertility, Department of Obstetrics and Gynecology, University of Toronto, Toronto, Ontario, Canada; ³Harman Laboratory, Faculty, Ontario, Canada; ⁴Mount Sinai Hospital, Toronto, Ontario, Canada; ⁵Harman Laboratory, Faculty, Ontario, Canada

- COQ10 desteği aneuploidi riskini azaltır mı?
- RCT plasebo kontrollü
- Polar body biyopsi-CGH

13 Nisan 2018, Cuma 08:30 - 08:50 : Düşük over rezervinde çözüm var mı?

Ahmet Zeki İşık

Coenzyme Q10 Supplementation and Oocyte Aneuploidy in Women Undergoing IVF-ICSI Treatment

Yasmin Barbat*¹, Thomas Heenan², Andrea Antonaccio³, Navid Estafanavi⁴ and Robert F. Casper¹

*Department of Obstetrics and Gynecology, University of Toronto, Toronto, Ontario, Canada; ¹Division of Reproductive Endocrinology and Infertility, Department of Obstetrics and Gynecology, University of Toronto, Toronto, Ontario, Canada; ²Department of Obstetrics, Gynecology and Infertility, Department of Obstetrics and Gynecology, University of Toronto, Toronto, Ontario, Canada; ³Department of Obstetrics and Gynecology, University of Toronto, Toronto, Ontario, Canada; ⁴Department of Obstetrics and Gynecology, University of Toronto, Toronto, Ontario, Canada

Table 2. Treatment outcome for the patients in the CoQ10 and the placebo group.

	CoQ10	PLACEBO
Progesterone on hCG day (pmol/L)	6,327 ± 0.71	6,005 ± 0.67
Folliculol on hCG day (pmol/L)	7569 ± 1871	6875 ± 972.5
Number of embryos	3,224 ± 0.78	3,428 ± 0.79
Top quality embryos at 48 H (N)	81.78 ± 7.44	65.55 ± 8.8
Top quality embryos at 72 H (N)	64.74 ± 10.2	41.99 ± 8.79
Rate of aneuploidy (%)	46.44 ± 13.9	62.77 ± 9.3

Embryo kalitesi ve aneuploidi oranları CoQ10 grubunda daha iyi ancak anlamlı fark yok.
Çalışma için en azından önceki çalışmada da etkili yetersizdir.
Her gruba 27 hasta planlanırken CoQ10 10 hasta, placebo'da hasta

DECREASED OVARIAN RESERVE

The use of coenzyme Q10 and DHEA during IUI and IVF cycles in patients with decreased ovarian reserve

Nel Gül¹, Sema Banas Hıdır², Hanne Kılıçlar³, Ofelir L. Libauil², Anne Diamond², and Edward A.J. Pavoni²

¹ Sakarya University, Sakarya, Turkey; ² Cleveland Clinic Foundation, Cleveland, Ohio, USA; ³ Saglik Hizmetleri Kurumu, Ankara, Turkey. ⁴ National Health and Medical Research Council, Canberra, Australia. ⁵ The Ohio State University, Columbus, Ohio, USA. ⁶ Department of Obstetrics and Gynecology, Cleveland Clinic Foundation, Cleveland, Ohio, USA. ⁷ Department of Obstetrics and Gynecology, Cleveland Clinic Foundation, Cleveland, Ohio, USA. ⁸ Department of Obstetrics and Gynecology, Cleveland Clinic Foundation, Cleveland, Ohio, USA. ⁹ Department of Obstetrics and Gynecology, Cleveland Clinic Foundation, Cleveland, Ohio, USA. ¹⁰ Department of Obstetrics and Gynecology, Cleveland Clinic Foundation, Cleveland, Ohio, USA. ¹¹ Department of Obstetrics and Gynecology, Cleveland Clinic Foundation, Cleveland, Ohio, USA.

- Gal ve artik.
- 797 IUl 253 IVF siklusu
- DHEA (75 mg/gun) ve DHEA-CoQ10 600 mg/gun > 1 ay

Table 1. Combined CoQ10 and DHEA supplementation versus DHEA alone during IVF cycles.

	CoQ10 and DHEA	Only DHEA	p
Pre-treatment assessment (mean ± SD)			
Age	31.0	30.7	NS
AMH	19.7 ± 3.2	18.2 ± 3.6	0.68
FSH	21.6 ± 1.4	20.5 ± 1	NS
AFC	7.4 ± 1.7	5.9 ± 4.7	0.001
FSH	6.2 ± 1.1	9.7 ± 4.4	NS
Supplementation (units received)			
Estradiol	3110 ± 279	208 ± 276	0.1
Metformin	1.3 ± 1	2.9 ± 2.2	0.001
F101 total dose	1148 ± 149	950 ± 181	NS
Response to treatment (%)			
Chemical pregnancy	49 (15.7)	48 (16)	NS
clinical pregnancy	21 (6.7)	20 (6.2)	NS
Delivered	21 (6.4)	20 (6)	NS

NS = Not significant. The bold values indicate significant p-values.
CoQ10 kullanımını sadece over rezervi oligo olanlara alternatif tedavi sayısı ve over rezervi azlığı sapmaları.

Table 1. Combined CoQ10 and DHEA supplementation versus DHEA alone during IVF cycles.

	CoQ10 and DHEA	Only DHEA	p
Pre-treatment assessment (mean ± SD)			
Age	30.2 ± 2.7	30.2 ± 3.0	NS
AMH	24.1 ± 4	20 ± 3.0	NS
AFC	8.6 ± 0.5	7.2 ± 0.7	0.0001
FSH	9.0 ± 0.6	9.6 ± 0.5	NS
Metformin	2	5	NS
Supplementation (units received)			
Estradiol	9.8 ± 0.3	9.8 ± 0.5	NS
Supplementation versus control (%)			
Estradiol	30.6 ± 2.98	30.6 ± 3.11	NS
Metformin	1.9 ± 4.8	5.9 ± 5.1	NS
Chemical pregnancy total dose	31.6 ± 1.03	31.7 ± 1.03	0.4683
clinical pregnancy	4.4 ± 1.7	5.1 ± 5.9	NS
Delivered	2.9 ± 1.9	3.2 ± 1.9	NS
clinical pregnancy	3.1 ± 1.1	4.1 ± 2.5	NS
clinical pregnancy	1.1 ± 0.4	1.1 ± 1.3	NS
clinical pregnancy	2.5 ± 1.7	2.5 ± 1.1	NS
clinical pregnancy (%)	30 (26.6)	40 (37.4)	NS
clinical pregnancy (%)	18 (16.6)	19 (17.3)	NS
clinical pregnancy (%)	18 (16.6)	30 (28)	NS

NS = Not significant. The bold values indicate significant p-values.

The association between coenzyme Q10 concentrations in follicular fluid with embryo morphokinetics and pregnancy rate in assisted reproductive techniques

Mehmet Ali Acik¹, Haceri Dalkic², Ahmet Zeki İşık³, Fatma Güvener Öner⁴, Mustafa Aygün Kılıçkaya⁵

¹ Sakarya University, Sakarya, Turkey; ² Cleveland Clinic Foundation, Cleveland, Ohio, USA; ³ Saglik Hizmetleri Kurumu, Ankara, Turkey. ⁴ National Health and Medical Research Council, Canberra, Australia. ⁵ The Ohio State University, Columbus, Ohio, USA.

Received: 07 February 2018; Accepted: 24 August 2018; Published online: 12 October 2018

Folikül sıvı CoQ10 düzeyleri ile embryo morfolojik parametreleri, embryo kalitesi ve klinik gebelik oranları arasındaki ilişki

Tek embryo transfer uyguladığımız 40 aşırı yaştaki kadın hastası çalışmaya dahil edildi.

The association between Coenzyme Q10 levels in follicular fluid with the embryo morphokinetics and pregnancy results

		Co-Q10 (pmol/L)	p
i5	Optimal	0.56±0.73	0.92
	Non-optimal	0.458±0.70	
i2	Optimal	0.521±0.72	0.825
	Non-optimal	0.479±0.71	
cc2	Optimal	0.572±0.80	0.013*
	Non-optimal	0.261±0.66	
Embryo quality	Grade A-B	0.526±0.64	0.038*
	Grade C-D	0.390±0.55	
Pregnancy	Pregnant	0.603±0.78	0.044*
	Non-pregnant	0.379±0.62	

i5=0.10; i2=0.14; cc2=0.10; optimal parameters for i5: 48.8-56.8 h, i2=40.76, cc2=15.9-20.3h, grade A-B: cc3: 11-18 h grade C-D: (Embryo grades: Basile et al., Fertil Steril 2014)

13 Nisan 2018, Cuma
08:30 - 08:50 : Düşük over rezervinde çözüm var mı?
Ahmet Zeki Işık

- Sonuç olarak Koenzim Q 10 infertil hastalarda yaygın olarak kullanılmakla birlikte klinik pratikte kullanımı ile embriyo kalitesi ve gebelik oranlarına etkisi açısından yeterli kanıt ve çalışma yoktur.

- ### KLİNİK VE LABORATUVAR UYGULAMALARI
- ICSI ve > 40 yaşta deneme sayısının arttırılması POR da gebelik oranında anlamlı artış sağlıyor (Lichtenberg 2012)
 - Doğal siklus-düşük ilaç harcaması-bazı serilerde kabulenebilir gebelik yansıması sağlıyor (Frydman 2012)
 - IVM ön çalışmaları- siklus dışı fetal yerine kabulenebilir gebelik/implantasyon oranı
 - Assisted Hatching
 - Erken transfer (Bahçeci 2008)

2013

Blastocyst culture and transfer in clinical-assisted reproduction: a committee opinion

Implantasyon oranı: blast vs klivaj embriyo 50.5% vs. 30.5%

In "poor prognosis" patients, blastocyst transfer has not been shown to result in increased live birth rates compared with cleavage stage transfer.

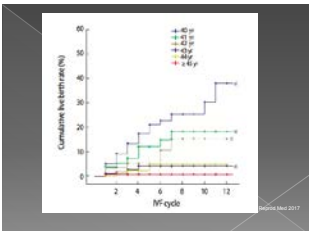
2013 ASRM YPRF (ASRM) bildirisi: gebelik 21.7% blastocyst vs. 12.9% cleavage stage. Canlı doğumda fark yok (10.4% cleavage stage vs. 13% blastocyst)

RCT

2nd outcome: Cumulative live birth rates (fresh/thawed)

Control (n=300)	Non-intervent Blastocyst (n=300)	Non-intervent cleavage stage embryo (n=300)
47 Fail	Blastocyst 106 (35%) 41 Fail	130 Cleavage stage embryo
14.8 Live	Live births 18.2 (22.2) 41 Fail	130 Cleavage stage embryo
18.8 (5.0%)	Intervent implantation rate 18.8 (41.2%)	21.8 (50%)
7.6-12.6	18.2-22.2	21.8-50

Reproductive Biology and Endocrinology, 2016



- ### SONUÇ
- Tarama konusundaki kanıksız Bologna kriterleri ile tam sınımda da gebelik (gebelik sonucunu öngörüyor).
 - Mikrodiz jare ve lekazol-luteal E2/antagonist protokoller için planlıdır.
 - Genellelti sub-grup çalışmaları yok olan erken tespitle izlenmeli olacaktır.
 - Adölesan fertilitasidede growth hormone ve androjenler ön çalışmaları için değerlendirilmelidir.
 - Yığı ve embriyo kalitesi bağlamında değerlendirilmelidir.
 - ICSI erken transfer, assisted hatching, siklus tekleri (tekli veya embriyo taşıyıcı) faydalı olacaktır.



Karadeniz Jinekoloji ve Obstetrik Kongresi

Sheraton Otel, Samsun

12 - 15 Nisan 2018



Destekleriyle..

13 Nisan 2018, Cuma

08:30 - 08:50 : Düşük over rezervinde çözüm var mı?

Ahmet Zeki Işık



TESEKÜRLER



13 Nisan 2018, Cuma 10:55 - 11:15 : Heparin kullanalım mı? Serhan Cevrioğlu



Tekrarlayan implantasyon başarısızlığında heparin kullanalım mı?

Dr. A. Serhan Cevrioğlu
Sakarya Üniversitesi Tıp Fakültesi
Kadın Hastalıkları ve Doğum AD

Karadeniz Jinekoloji ve Obstetrik Kongresi, 12-15 Nisan 2018, Samsun

Tekrarlayan implantasyon başarısızlığı (TİB)

40 yaş altındaki kadında, iyi kalitede en az 4 embriyonun transferine veya en az 3 kez taze veya donmuş IVF tedavi siklusuna rağmen, klinik gebeliğin oluşmamasıdır.



Coughlan et al., 2014

İmplantasyonda etkili olabilen faktörler

- Embriyo kalitesi
- Transfer edilen embriyo sayısı
- Transfer edilen embriyonun gelişim evresi: D2, D3, blastosist.
- Anne yaşı
- Uterin ortam

Tekrarlayan implantasyon başarısızlığının olası nedenleri

Gamet/embriyo faktörü

- Oosit kalitesi
- Sperm kalitesi
- Parental kromozom anomalilikleri

Uterin faktör

- Kongenital uterin anomalliler
- Edinilmiş uterin patolojiler: Myom, polip, sineşi, adenomyosis..

Hidrosalpinks

İmmunolojik nedenler? Trombofilii?

A recent randomized, double-blind, placebo-controlled trial of heparin and aspirin in women who had RIF (defined as >10 embryos transferred without achieving a pregnancy) and who were tested positive for either

antithrombin III or protein C or protein S deficiency. In this situation, prior ethics approval for the trial should have been obtained and national research governance guidelines followed. Written consent from each participant should be obtained.

Coughlan et al., 2014

Tekrarlayan implantasyon başarısızlığında yaklaşım önerileri

- Negatif taraflı değişiklikler: sigara, BMI, Alkol..
- Önerilen stimülasyon protokolü değişiklikleri.
- Sperm DNA fragmentasyonu varlığında paketlenmiş embriyo kalitesinin iyileştirilmesi, iyi kalitede embriyo seçiminin gerçekleştirilmesi
- Blastosist transfer
- WSA
- PGD
- Micropipettes
- Embriyo transfer tekniği
- GSD rahatsızlığı
- ET dokümanı
- Doğru ET
- ZIFT
- HG intrakaviter lezyonlara müdahale..
- Myometrial ve adenomyosis'e müdahale..
- İnce endometrium da yakışım.
- Hidrosalpinks ve diğer faktörleri
- Endometrial kazıma, kuyma
- Ampirik tedaviler
- Aspirin
- Heparin
- Gamete donasyonu



Karadeniz Jinekoloji ve Obstetrik Kongresi

Sheraton Otel, Samsun

12 - 15 Nisan 2018



Destekleriyle..

13 Nisan 2018, Cuma
10:55 - 11:15 : Heparin kullanımı mı?
Serhan Cevrioğlu

...genetic group was confirmed, case series reported that it was considered as a candidate for a consequence of these techniques. However, despite the initial dramatic improvement in success rates and significant increases in uptake of ART, the live birth rate resulting from these techniques has recently plateaued (Anderson et al., 2007). Furthermore, it is increasingly recognized that pregnancies, including singletons, occurring through ART are at increased risk of adverse perinatal outcomes (Jackson et al., 2004). Consequently, greater emphasis is now being placed on experimental strategies to further improve oocyte and embryo number and quality, implantation rates and successful transition to live births. One such strategy is the use of heparin, which has a profound effect on implantation success in women with acquired thrombophilia (Friede and Wardeh, 2008; Espanola et al., 2005), it now being considered as a potential therapy for all ART patients. In this paper, we discuss the rationale for the use of heparin in assisted reproduction, with particular emphasis on low molecular weight heparin (LMWH) and its role in women with thrombophilia in addition to potential risks irrespective of antenatal or thrombotic status. These benefits will include reductions in the thrombotic risks associated with exogenous prosthesis, and given the accumulating evidence that the beneficial effects of heparin are not solely mediated via an anticoagulant effect (Citrud et al., 2004), the potential for heparin to optimize implantation and trophoblast development.

...antigen was strongly immunoreactive, immunohistochemical staining was considered with adverse medical subject to and test results (details available from the authors). In all histological sections of all located articles were found per immunohistochemical.

Pharmacokinetic characteristics

Heparin and heparin: the structural similarities
Heparin is a linear polyanionic polysaccharide consisting of 1-3-linked glycosaminuronic acid and 2-sulfoamino-2-deoxyglucosamine (glucosamine) residues (Comper, 1981) (Fig. 1). The amino residues typically consist of 5-epi-L-idopyranosyluronic acid (L-iduronic acid) and 2-O-sulfo-L-glucopyranosyluronic acid (glucuronic acid), but variations of this disaccharide exist, leading to heparin heterogeneity. The amino group of the glucosamine residue can be substituted with an acetyl or sulfate group or unsubstituted. The 3 and 6 positions of the glucosamine residues can be either substituted with an amino group or unsubstituted. The uronic acid, which can be either L- or D-glucosaminic acid, may also contain a 2-sulfate group.

© The Author 2008. Published by Oxford University Press on behalf of the European Society of Human Reproduction and Embryology. All rights reserved. For Permissions, please email: journals.permissions@oxfordjournals.org

Role of heparin outside of haemostasis Modulation of implantation and trophoblast development

...in the presence of APS, sperm from its astrombrose prevents APA binding to the trophoblast cells and retro...

The diagram shows a preimplantation blastocyst and the processes by which heparin may alter the processes necessary for uterine receptivity and blastocyst attachment and adhesion.

- Adezyon molekülleri ve heparine bağlanan Epidermal Büyüme Faktörleri üzerindeki etkilerinin şğındn, LMWH Heparinin antikoagulan etkilerinin yanısıra implantasyonu ve desidüalazyonu kolaylaştırdığına inanılmaktadır.
- LMWH'nin spesifik metalloproteinaz (MMP-2, 9)' in aktivesinin artırılması, endometriuma ekstravül trofoblastik invazyonu arttırılabildiği göstermiştir (Di Simone et al., 2007), (Isaka et al., 2005).
- In vitro modellerde heparinin trofoblastların anomal apoptozitunu azatılabildiği ve hücre yaşam süresini de uzatılabildiği gösterilmiştir.
- Sonuç olarak heparin embriyo tutunmasını, trofoblast invazyonunu ve farklılaşmasını arttırmaktadır (Hills et al., 2006).

TİB / Heparin

by guest on 25 March 2018

Total (95% CI)	85	77	100.0%	1.18 (0.82, 2.24)
Total events	27	18		

Heterogeneity: Chi^2 = 0.00, I^2 = 0.0, P = 0.962, I^- = 0%. Test for overall effect: Z = 1.18, P = 0.241.

...in the presence of APS, sperm from its astrombrose prevents APA binding to the trophoblast cells and retro

by guest on 25 March 2018

Total (95% CI)	85	77	100.0%	1.18 (0.82, 2.24)
Total events	27	18		

Heterogeneity: Chi^2 = 0.00, I^2 = 0.0, P = 0.962, I^- = 0%. Test for overall effect: Z = 1.18, P = 0.241.

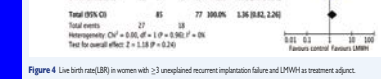


Figure 4 Live birth rate (LBR) in women with ≥ 2 unexplained recurrent implantation failure and LMWH vs treatment adjunct.

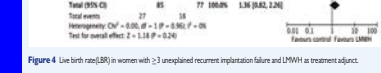


Figure 4 Live birth rate (LBR) in women with ≥ 3 unexplained recurrent implantation failure and LMWH vs treatment adjunct.

...live birth rate was significantly lower than the treatment that consisted of...
...live birth rate was significantly lower than the treatment that consisted of...
...live birth rate was significantly lower than the treatment that consisted of...

13 Nisan 2018, Cuma 10:55 - 11:15 : Heparin kullanalım mı? Serhan Cevrioğlu

Abstract Objective: To evaluate the effect of LMWH on the clinical pregnancy rate (CPR) in women with recurrent miscarriages (RM) who are treated with progesterone. Methods: A retrospective cohort study was conducted in a tertiary care hospital. The study included 100 women with a history of 2 or more miscarriages before the current pregnancy. They were divided into two groups: the LMWH group (n=50) and the progesterone group (n=50). The LMWH group received 40 mg/day of LMWH from the 12th week of pregnancy until the 36th week. The progesterone group received 400 mg/day of progesterone from the 12th week of pregnancy until the 36th week. The primary outcome was the CPR. Results: The CPR was significantly higher in the LMWH group (70%) compared to the progesterone group (50%). Conclusion: The use of LMWH in women with RM is associated with a higher CPR compared to progesterone.

Abstract Objective: To evaluate the effect of LMWH on the clinical pregnancy rate (CPR) in women with recurrent miscarriages (RM) who are treated with progesterone. Methods: A retrospective cohort study was conducted in a tertiary care hospital. The study included 100 women with a history of 2 or more miscarriages before the current pregnancy. They were divided into two groups: the LMWH group (n=50) and the progesterone group (n=50). The LMWH group received 40 mg/day of LMWH from the 12th week of pregnancy until the 36th week. The progesterone group received 400 mg/day of progesterone from the 12th week of pregnancy until the 36th week. The primary outcome was the CPR. Results: The CPR was significantly higher in the LMWH group (70%) compared to the progesterone group (50%). Conclusion: The use of LMWH in women with RM is associated with a higher CPR compared to progesterone.

- TİB da endometrial reseptivitenin artırılabilmesi ve rutin LMWH kullanımının önerilebilmesi için yeterince güçlü çalışmalarla ihtiyaç vardır.
- Açıklanmayan TİB' nin tanı kriterlerini standardize eden,
- Multi sentrik,
- Tedavi girişiminde sadece LMWH kullanan, PRK çalışmaların sonuçlarına ihtiyaç vardır.

Abstract Objective: To evaluate the effect of LMWH on the clinical pregnancy rate (CPR) in women with recurrent miscarriages (RM) who are treated with progesterone. Methods: A retrospective cohort study was conducted in a tertiary care hospital. The study included 100 women with a history of 2 or more miscarriages before the current pregnancy. They were divided into two groups: the LMWH group (n=50) and the progesterone group (n=50). The LMWH group received 40 mg/day of LMWH from the 12th week of pregnancy until the 36th week. The progesterone group received 400 mg/day of progesterone from the 12th week of pregnancy until the 36th week. The primary outcome was the CPR. Results: The CPR was significantly higher in the LMWH group (70%) compared to the progesterone group (50%). Conclusion: The use of LMWH in women with RM is associated with a higher CPR compared to progesterone.

Abstract Objective: To evaluate the effect of LMWH on the clinical pregnancy rate (CPR) in women with recurrent miscarriages (RM) who are treated with progesterone. Methods: A retrospective cohort study was conducted in a tertiary care hospital. The study included 100 women with a history of 2 or more miscarriages before the current pregnancy. They were divided into two groups: the LMWH group (n=50) and the progesterone group (n=50). The LMWH group received 40 mg/day of LMWH from the 12th week of pregnancy until the 36th week. The progesterone group received 400 mg/day of progesterone from the 12th week of pregnancy until the 36th week. The primary outcome was the CPR. Results: The CPR was significantly higher in the LMWH group (70%) compared to the progesterone group (50%). Conclusion: The use of LMWH in women with RM is associated with a higher CPR compared to progesterone.

- Metaanaliz sonuçlarına göre heparin kullanan gruplarda "canlı doğum oranı" artmakta, "düşük" oranı ise azalmaktadır. Ancak implantasyon oranındaki artış ise istatistiksel anlamlı düzeye ulaşmamaktadır.
- Sadece açıklanmayan TİB olgularını inceleyen çalışmaları dikkate alındığında bu faydalı etkiler de istatistiksel anlamlı düzeye ulaşmamaktadır!!
- Araştırmalardaki olgu sayıları güvenilir istatistik veri sağlayacak güce ulaşmamaktadır.

Abstract Objective: To evaluate the effect of LMWH on the clinical pregnancy rate (CPR) in women with recurrent miscarriages (RM) who are treated with progesterone. Methods: A retrospective cohort study was conducted in a tertiary care hospital. The study included 100 women with a history of 2 or more miscarriages before the current pregnancy. They were divided into two groups: the LMWH group (n=50) and the progesterone group (n=50). The LMWH group received 40 mg/day of LMWH from the 12th week of pregnancy until the 36th week. The progesterone group received 400 mg/day of progesterone from the 12th week of pregnancy until the 36th week. The primary outcome was the CPR. Results: The CPR was significantly higher in the LMWH group (70%) compared to the progesterone group (50%). Conclusion: The use of LMWH in women with RM is associated with a higher CPR compared to progesterone.



Karadeniz Jinekoloji ve Obstetrik Kongresi

Sheraton Otel, Samsun

12 - 15 Nisan 2018



Destekleriyle..

13 Nisan 2018, Cuma
10:55 - 11:15 : Heparin kullanımı mı?
Serhan Cevrioğlu

Çalışmanın limitasyonları

- Randomize kontrollü ve kör değil!
- Retrospektif veri analizi.
- Araştırmaya dahil olan 6 merkez araştırma öncesi protokol konusunda anlaşmışlar?
- LMWH uygulamasının klinik gebelik oranlarına etkisini araştırmak çalışmaya dahil edilen olgu sayısı yeterli değil!

DMAH' nin açıklanamayan TİB olgularında kullanımına yönelik sağlıklı değerlendirme yapabilmek için

- Yeterli sayıda olgu ve kontrol grubunun araştırmaya dahil edildiği, RK' lü çalışmalara ihtiyaç var.
- Başlangıçta
 - TİB' nin tanımı nın netleştirilmesi,
 - Ovaryan rezervi gösteren parametreler; AFS, AMH, D3 FSH-E2 standardize edilmesi gerekiyor.

DMAH' nin açıklanamayan TİB olgularında kullanımına yönelik sağlıklı değerlendirme yapabilmek için

- ET' de D2-3 embriyo / Blastosist verilmesi standardizasyonu
- Laboratuvar ortamları ve başarısının standardizasyonu
- Transfer edilen embriyo sayısı: Tek /Çift
- Embriyo transfer tekniği uygulayıcı bağımlı; multisentrik araştırma için kısıtlayıcı!
- Kullanılacak DMAH cinsi, dozu, kullanım aralığı
- İlaç çalışması etik kurul onamı: Sağlık Bakanlığı İlaç Eczacılık...SGK..



İNTER PRESS
Haber Ajansı
Samsun Şubesi: 0362 222 2222
E-posta: info@interpress.com.tr

15.01.2018

SAÜ'de ilk tüp bebek!

Sakarya Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi (SAÜEAH) bünyesinde geçen yıl nisan ayında kurulan Tüp Bebek Merkezi'nin çalışmaya başladığı gündüze tolasızına başlanan hastalardan Hacer Kalyon (36), 14 yıllık bebetini ardından sağlıklı bir kız bebeti dünyaya getirdi. Anne mutluğuna merhem olan klinik ve laboratuvar süreçlerini öğretilen siyeten paylaştı. ■ Haberi 7'de

Kalyon Ailesi'nin 14 yıllık bebeti kurtuldu. Sakarya Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde yeni evli



13 Nisan 2018, Cuma
11:15 - 11:35 : PGD gerekli mi?
Davut Güven



PGD GEREKLİ Mİ?

DOÇ. DR. DAVUT GÜVEN
ONDOKUZMAYIS ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ
Tıp Behek Merkezi Ünic Sorunhanu
Karadeniz Kadın Sağlığı Derneği Başkanı

TARİHÇE

- 1990 Alan Handyside
- X kromozomunda taşıyan hastalıklar için
- Embryoda sex tesbiti yapılar
- Sadece female embryo transfer ettiler
- İlk sağlıklı çocuk doğdu

Preimplantasyon Genetik Testler

PGD
PGS

PGD

- Bilinen bir kromozom anomalisinin transferden önce tespit edilmesi ve anormal embryo transferinin engellenmesi

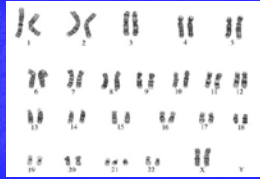
PGS

- Preimplantasyon Genetik Tarama (PGS) terimi kromozomal yapıyı normal olduğu bilinen ebeveynlerin embriolarına aneuploidi için yapılan tarama testidir.

ANEUPLOİDİ

- Bu tip anomalide kromozom sayısı normal diploid sayıdan (46), bir yada birkaç adet daha fazladır veya eksiktir.
- Bir yada birkaç kromozom azlığına **HİPOPLOİDİ**
Hipoploidiye en iyi örnek manozomidir.
Örneğin:45,X0 Turner Sendromu
- Bir yada birkaç kromozom fazlalığına ise **HİPERPLOİDİ** denilmektedir.
Hiperploidiye en iyi örnek trizomidir.
Örneğin:
47,XXY Klinefelter Sendromu
47,XX,+21 Down Sendromu
47,XX,+13 Patau Sendromu
47,XX,+18 Edward Sendromu

13 Nisan 2018, Cuma
11:15 - 11:35 : PGD gerekli mi?
Davut Güven



47,XX,21+

Preimplantasyon Screening



ENDİKASYONLAR

- İleri anne yaşı
- Tekrarlayan gebelik kaybı
- Tekrarlayan IVF başarısızlığı
- Ciddi erkek faktörü
- Tanınmış konmuş genetik hastalık
- Kötü obstetrik öyku

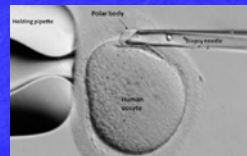
Genetik Materyalin Kaynakları

- Polar hücreler (oosit/zigot evresi)
- Blastomerler (cleavage stage embriyolar)
- Trofektoderm hücreler (blastokist)



Polar Hücre Biyopsisi

Polar hücreler oositin genetik yapısını yansıtır



13 Nisan 2018, Cuma
11:15 - 11:35 : PGD gerekli mi?
Davut Güven

Polar Hücre Biyopsisi

Avantaj

- Anneye ait soyul kromozoml anomalilerin saptanması
- Anneye ait translokasyon taşıyıcılığı sıklıkta sorulur
- Anemisi tanımlanmış ölümlü neonatal dönem hastalarında
- Monozomiden etkilenmez

Dezavantaj

- Anemisi taşıyıcı olduğu ve "resus" hastalıklar da kullanılmaz
- Anemisi taşıyıcı olduğu X-linkel hastalıklar kullanılmaz

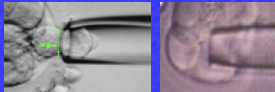
Blastomer Biyopsisi

Avantaj

- 6-10 hücre (3. gün)
 - Zamanlama iyi
 - Biri tane blastomer yeterli
- #### Dezavantaj
- Embryonun viabilitesi konu etkileniyor
 - İmplantasyon oranı düşüyor
 - Mozaikizm



Embriyo Biyopsisi



Blastosist Aşamasında Biyopsi

Avantajlar

- Sadece ekstra embryonik dokular alınmış olur
- Fetus için daha fazla hücre
- Transferde implantasyon hızı yüksek embriyolar

Dezavantajlar

- Trofoblastik dokülerde yüksek mozaikizm oranı
- Trofoblastik JCM (inner cell mass) oranında yetersizlik
- Genetik tana için yeterli zaman



GENETİK MATERYAL HANGİ TEKNİKLERLE DEĞERLENDİRİLİR

- Fluorescence in situ hybridization (FISH)
- Karyomapping
- Next generation sequencing (NGS)
- Array Comparative Genomic Hybridization (CGH or microarray)

FISH

- Tüm kromozomların aynı anda test edilemez
- Biyopsi ve transfer tarihleri iyi planlanmalı
- Biyopside alınan blastomerin MUTLAKA NUKLEUSLU OLDUĞUNDAN emin olunmalı
- Cleavage safhasında tek blastomer biyopsisi sonunda gebelik oranları daha düşüktür

13 Nisan 2018, Cuma
11:15 - 11:35 : PGD gerekli mi?
Davut Güven

FISH

Fluorescence In Situ Hybridization

Under DNA
Labeling with
Fluorescent dye

Denature
& hybridize

The diagram illustrates the FISH process. It shows a DNA strand being labeled with a fluorescent dye. This labeled DNA is then hybridized to a target DNA sequence. The resulting complex is visualized under a microscope, showing the fluorescent signal. Below the diagram is a karyotype image showing chromosomes with fluorescent bands, indicating the presence of specific genetic markers.

a CGH

- AVANTAJLARI
 - Tüm kromozomları test eder
 - DNA kazanım ve kayıplarını sayısal olarak tek bir analiz ile verir.
 - Test için metafaz plağı gerekmez.
 - Tek bir hücre genomunun tamamını test edebilir.
- DEZAVANTAJLARI
 - Uygulanması zor test
 - Test süresi uzun

Array CGH

ARRAY CGH UYGULAMA İŞLEMİ

The diagram illustrates the Array CGH application process. It shows a sample being added to a microarray chip. The sample is then hybridized to the chip. The resulting signal is detected and analyzed. The process is divided into four steps: 1. Sample addition, 2. Hybridization, 3. Washing, and 4. Detection. The final result is a color-coded image showing the presence of specific genetic markers.

NGS

- Ploidi ve spesifik patoloji tanımda iyidir
- Potansiyel örnekleme hatalarında daha iyi sonuç verir

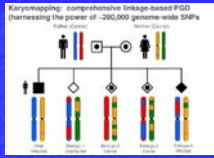
Next-generation DNA sequencing

The diagram illustrates the Next-generation DNA sequencing process. It shows a sample being prepared for sequencing. The sample is then sequenced using a high-throughput method. The resulting data is analyzed and compared to a reference genome. The process is divided into four steps: 1. Library preparation, 2. Cluster amplification, 3. Sequencing, and 4. Data analysis. The final result is a color-coded image showing the presence of specific genetic markers.

Karyomapping

- Embriyonun spesifik hastalıklar için artmış riski varsa uygulanır

13 Nisan 2018, Cuma
11:15 - 11:35 : PGD gerekli mi?
Davut Güven



PGS-İmplantasyon

- Çoğul gebelikler sağlıklı tek embryo transferiyle önlenir
- Randomize kontrollü iki çalışma implantasyon oranlarının değişmediğini söylüyor
- ASRM implantasyon başarısızlığında PGS önermiyor

26

PGS-İleri Anne Yaşı

- Az sayıda ve aneuploid embryo var
- Biopsi Embryo kalitesini bozuyor
- Randomize kontrollü çalışmalar canlı doğum artırmadı diyor
- 2011 de 9 çalışmalı bir derleme canlı doğum azaldı diyor
- ASRM bu hastalara PGS önermiyor

27

PGS-Tekrarlayan Gebelik Kaybı

- Randomize kontrollü çalışma yok
- Bazı gözlemsel çalışmalar gebelik oranları, devam eden gebelikler ve canlı doğum oranları artar diyor
- ASRM tekrarlayan gebelik kayıplarında PGS önermiyor

28

CİDDİ ERKEK FAKTÖRÜ

- Konjenital bilateral vaz deferens yokluğunda kistik fibrozis mutasyonu açısından PGD endikasyonu vardır.
- Klienfelter ve Y mikrodelsyonlarında da PGD yapılmalıdır.

PGS-Neonatal dönem

- Normal popülasyondan farklı bir bulguya rastlanmamış

30

13 Nisan 2018, Cuma
11:15 - 11:35 : PGD gerekli mi?
Davut Güven

Hastalarla Paylaşılmalı

- IVF yüksek maliyetlidir
- PGS Embryonun canlılığını olumsuz etkileyebilir
- Embryo kalitesi işlemin iptalini gerektirebilir
- Tüm embryolar aneuploid olursa transfer olmayabilir

31

Hastalarla Paylaşılmalı

- Bazen sonuç alınamayabilir
- Yanlış sonuç olabilir
- Gebelikte prenatal testlerle desteklemek gerekebilir

32

ÖZET

- PGS Oosit, 3. yada 5. gün Embryosundan çalışılabilir
- a CGH, SNP ve NGS tercih edilir
- Trofoektoderm biopsi tercih edilir
- 3. gün Embryo biopsi ve FISH canlı doğum oranlarını azaltır

33

ÖZET

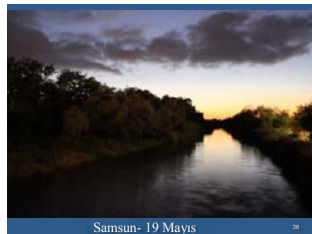
- PGS çoğul gebeliği engeller
- Mozaizm en büyük sorun
- Problemsiz giftlere iyi embryo seçmek için, ileri yaşta, başarısız implantasyonda, tekrarlayan gebelik kayıplarında kümülatif canlı doğum oranlarını artırdığına dair yüksek kalitede kanıt yok

34

ÖZET

- Karyotipik bozukluğu olanlarda PGS düşük oranlarını azaltır

35



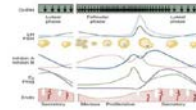
Samsun- 19 Mayıs

36

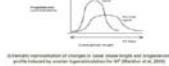
13 Nisan 2018, Cuma
14:45 - 15:05 : Luteal destek progesteronları farklı mı?
İdris Koçak

Luteal Phase Progesterone Support in ART/IVF

Prof. İdris KOÇAK
Tıp Fakültesi
Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı



Luteal Phase Defect in Simulated Cycles



Role of Progesterone

- Induces secretory transformation of the endometrium in the luteal phase (Bourgain et al, 1992)
- Progesterone deficiency delays endometrial maturation (Zellweger-Haefliger, 1984)
- Removal of CL prior to 7 weeks of gestation leads to pregnancy loss (Craps et al, 1977)
- Normal pregnancy was sustained when progesterone was given after removal of CL (Lickson et al, 1973)

WHY?

Abnormal luteal function after COS for IVF

- Suppression of LH
- Continued down-regulation by GnRHα
- Removal of granulosa cells at OR
- Supra physiological E2/P4 in early luteal phase
- hCG injection before OR
- Rec FSH



13 Nisan 2018, Cuma

14:45 - 15:05 : Luteal destek progesteronları farklı mı?

İdris Koçak

INDICATIONS

- Agonist and antagonist protocols
- PR are significantly reduced in GnRH α ovarian stimulation without LPS (Daya & Gunby, 2004)
- Both GnRH α and antagonist IVF cycles : abnormal LPD in all stimulated IVF cycles
- Luteolysis is also initiated prematurely in antagonist co-treated IVF cycles (Albano et al., 1998; Beckers et al., 2002)

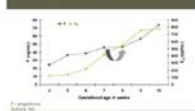
WHEN TO START

- From day of OR or ET
- Not be later than day 3 after OR

WHEN TO STOP

- Minimum' 14 days from the day of ET until the day of a positive HCG test. (Andersen et al., 2002)
- Minimum' 18 days following OR (Mochtar et al., 2006)
- Progesterone supplementation in IVF support early pregnancy through 7 w by delaying a miscarriage but not improve LBR (Andersen et al, 2002, Aboulghar et al, 2008)
- 8-10 w of gestation

Luteal-Placental Shift



WHAT TO USE FOR LPS?

- hCG
- Progesterone

WHAT TO USE FOR LPS?

- hCG
- Rescue corpus luteum (Hutchins Williams et al., 1990)
- Improves the implantation by increasing relaxin, integrin & (Mochtar, 1998)
- Increase the risk of OHSS (van der Linden et al., 2012)

13 Nisan 2018, Cuma

14:45 - 15:05 : Luteal destek progesteronları farklı mı?

İdris Koçak

Progesterone Formulations Available In the US Market

Progesterone Brand Name	Manufacturer	Recommended Dose for US Label Support	Approximate Cost per 30 Day Supply
Endometrial PA	Watson Pharmaceuticals	25-50 mg/dl once daily	30.00-47.00
Progesterone PA	Watson Pharmaceuticals	one daily	2.89-3.22
Oral Progesterone PA	Wald Pharmaceutical	30 mg orally once daily	13.19-14.12
Vaginal PA gel	Ferring pharmaceutical	one applicator once daily	4.72-4.88

Actual progesterone levels of administration

Route	Dose (mg)	Plasma concentration (ng/ml)	Time to peak (hr)
Oral-unsuppressed	100	2.0 - 8.0	2
Oral-suppressed	100	20.0 - 7.0	0.5
Transdermal	40	5.0	not exact
Vaginal cream	100	10.0	0.5
Vaginal gel	100	2.0	2
Vaginal suppository	100	0.5 - 10.0	4
Rectal suppository	100	10.0 - 30.0	4
intramuscular	100	40.0 - 50.0	0.5-8
Sublingual/suffused	10	5.0	1

For comparison, native serum progesterone levels are:
 0.1-1.6 ng/ml in the follicular phase
 2.0 - 20.0 ng/ml in the luteal phase
 0.7-2.0 ng/ml in menopause
 < 0.7 ng/ml after menopause

Trade name	Form	Generic name	Mg	Form	Price (\$/box)	Company
Promogest	Vag or rectal	Progesterone	300	30 mg capsules	7.0	Idex
	Oral	Progesterone	400	30 mg capsules	102	Idex
Cydigest	Vag or rectal	Progesterone	100	10 amp	82.5	Idex
	Oral	Progesterone	300	15 mg capsules	40	Chiron
Endometrin	vag	Progesterone	500	21 vag tab	200	Ferring
Orinon	vag	Progesterone 8.5%	gel 5.5 tab	250	Generic	
Uterocare	Vag or oral	Progesterone	100	30 caps	24	Osipar
Progest	Vag or oral	Progesterone	100	20	18	Pharaz

WHAT TO USE FOR LPS?

- Progestagen: Definite benefit (van der Linden et al, 2012)
- Improves endometrial receptivity (Kolibanakis & Devroy, 2003)
- Promotes local VD and uterine musculature quiescence by inducing nitric oxide synthesis in decidua (Bulleiti & de Ziegler, 2005)
- Act as immunologic suppressant blocking and inducing release of cytokines (Ng et al, 2002)

WHAT TO USE FOR LPS?

- hCG Vs progesterone
- hCG is better (Soliman, 1994)
- No differences but OHSS is twice more common in hCG group (Pritts & Atwood, 2002)
- hCG is equal to I.M. Progesterone (Daya & Grundy, 2004; van der Linden et al, 2012)

WHAT TO USE FOR LPS?

- hCG + progesterone Vs progesterone alone
- Both are equally effective (van der Linden et al, 2012)

13 Nisan 2018, Cuma
14:45 - 15:05 : Luteal destek progesteronları farklı mı?
İdris Koçak

WHAT TO USE FOR LPS?

1-Oral progesterone

- Only 10% of oral dose circulates as active P₄ (first pass effect)
- No secretory transformation of the endometrium in patients with POF who had been treated with oral micronized progesterone (Devroey et al.1989; Bourgain et al., 1990)

WHAT TO USE FOR LPS?

2. IM progesterone

- Serum P₄ levels well above the physiological range with adequate endometrial secretory changes
- 25 Dose: 300-600 mg / day seen to provide same effect as with 90 mg of vaginal gel
- Most studies demonstrated equal efficacy involving 600 mg micronized vaginal progesterone
- 25-50 mg of progesterone intramuscularly daily
- Natural progesterone in oil, 25 and 100 mg/d: No significant difference in outcome (Costabile et al., 2001, Pritts & Atwood, 2002)

WHAT TO USE FOR LPS?

Side effects :

- Painful injections
- Inflammatory reactions
- Rash
- Needs to be administered by nurse (Lightman et al., 1999)

WHAT TO USE FOR LPS?

3. Vaginal progesterone

- "Targeted drug delivery" from vagina to uterus: better endometrial histology
- High uterine progesterone concentrations [uterine first pass effect] (Cicinelli et al., 2000, de Ziegler et al., 1995)

WHAT TO USE FOR LPS?

- **Micronized progesterone:** Most frequently: 300-600 mg daily, spread over 2-3 dosages (Tavaniotou et al., 2000)
- **Vaginal progesterone pessaries:** 400-800 mg daily, spread over 3-4 doses (NG et al., 2002, Tay et al., 2005)

WHAT TO USE FOR LPS?

Vaginal gel

- 8% gel in a dose of 90 mg once daily no differences when administered twice daily (Tavaniotou et al., 2000)
- Low dose or high dose vaginal progesterone gel. Both are equally effective (van der Linden et al., 2012)

13 Nisan 2018, Cuma
14:45 - 15:05 : Luteal destek progesteronları farklı mı?
İdris Koçak

WHAT TO USE FOR LPS?

Which vaginal preparation?

- Gel or capsules ? Both are equally effective (Daya & Grundy, 2004)
- Capsule : solid evidence of effectiveness and convenience (Elsawy et al., 2011)
- More cost effective than gel : Gel is at least 4 times more expensive than Capsules No difference exists regarding CPR between vaginal P gel and all other vaginal preparations for LPS (MA : Polyzos et al., 2010)

WHAT TO USE FOR LPS?

4- Rectal application

- Resulted in serum concentration during the first 8 h twice as high as other forms.
- No prospective RCT to compare the rectal administration of progesterone with other administration routes for IVF (Chakmakjian & Zachariah, 1987)

WHAT TO USE FOR LPS?

5- SC

- A new water-soluble progesterone
- Implantation rate, PR, LBR and early miscarriage rate for Prolutex were similar to those for Crinone.
- The adverse event profiles were similar and Prolutex was safe and well tolerated.

WHAT TO USE FOR LPS?

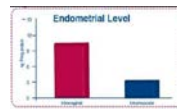
- Oral or I.M. progesterone ? Definitely I.M. progesterone (Daya & Grundy, 2004)
- Oral or vaginal progesterone ? Definitely vaginal progesterone (Daya & Grundy, 2004)
- I.M. or vaginal progesterone ? Both are equally effective No difference in CPR (Daya & Grundy, 2004; MA : Zarutski & Philips, 2009)

"First uterine pass effect"



WHAT TO USE FOR LPS?

Vaginal progesterone increases endometrial tissue levels (Fert. Steril, 2012)





Karadeniz Jinekoloji ve Obstetrik Kongresi

Sheraton Otel, Samsun

12 - 15 Nisan 2018



Destekleriyle..

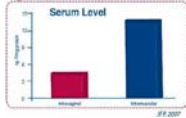
13 Nisan 2018, Cuma

14:45 - 15:05 : Luteal destek progesteronları farklı mı?

İdris Koçak

WHAT TO USE FOR LPS?

IM progesterone is associated with the highest serum levels (Fert. Steril, 2012)



WHAT TO USE FOR LPS?

For IDEAL LPS:

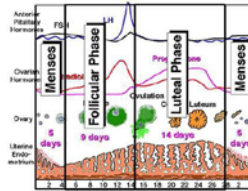
- IM P for the Highest Serum levels and Vaginal P for increasing the Endometrial levels, Until Placental progesterone production adequate, around week 8-10 w of gestation. (Fert. Steril, 2012)



Thank you for your interesting ...

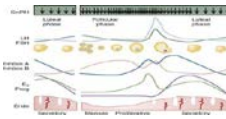
13 Nisan 2018, Cuma
15:25 - 15:45 :LUI da luteal destek

Cihan Toğrul



LUTEAL FAZ

- Ovulasyon ile gebelik veya menstruasyon başlangıcına kadar geçen süre
- Siklusa LH pikli ardından gelişen ovulasyonla başlar
- Doğal siklusun Luteal fazı, ovulasyonu takiben oluşan korpus luteumdan P4 ve E2 salınımı ile karakterizedir.
- P4 erken gebeliğin majör steroid hormonudur, yetersizliğinde implantasyon ve gebeliğin devamı sağlanamaz.



LUTEAL FAZ NEDEN ÖNEMLİ?

- Gebeliğin olmadığı sikluslarda ortalama 14 gün sonra korpus luteum regrese olur.
- Gebelik gerçekleşirse blastosisten salınan hCG etkisi ile devamlılığı sağlanır P4 üretimine devam eder.
- Son adetden yaklaşık 7-8 hafta sonra P4 üretimi plasentaya geçer (Luteoplasental geçiş)
- Gebeliğin 7. haftasından önce CL çıkartılması düşükte sonuçlanabilir (P4 desteği verilmesi gerekir)
- Spontan veya indüklenmiş sikluslarda implantasyon için luteal dönemde fonksiyonel (reseptif) bir endometrium gereklidir.
- Normal bir luteal faz; normal bir hormonal çevre, yeterli P4 sekresyonu, yeterli bir endometrial sekreuar geçişi ile karakterizedir.
- CL fonksiyonu LH'ya , LH sekresyonu da GnRH sekresyonuna bağlıdır

13 Nisan 2018, Cuma
15:25 - 15:45 :LU da luteal destek

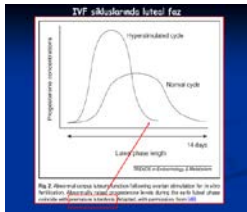
Cihan Toğrul

LUTEAL FAZ YETMEZLİĞİ

- CL dan süre ve miktar olarak P4 salınımın yetersiz olmasıdır.
- Infertili normoovulatuvar kadınlarda %8 görülür
- Tanı: Mid luteal faz P4 ölçümü
Endometrial örneklemeye
- Etiyoloji : Genetik faktörler?
(Lgr4 gen mutasyonu, 11p1.4,hormon sentez yolakları)

KOH SIKLUSLARINDA LUTEAL FAZ DESTEĞİ GEREKLİ MİDİR?

- Luteal faz yetmezliği postovulatuvar P4 yetersizliğinden kaynaklanır.
- IVF'in gelişimi ile birlikte tüm stimule siklusların luteal fazının anormal olduğu anlaşılmıştır.



NEDEN?

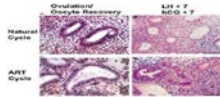
1. Spontan LH surgeni önlemek için GnRH agonist tedavilerin hipofizer gonadotropik hormon salgısı baskılaması ve geri dönüşün uzun sürmesi.
2. OPU sırasında fazla miktarda oosit toplanırken granuloza hücrelerinin de alınması
3. Stimule sikluslarda hCG'nin LH üretimini baskılaması
4. Hipofizer geri dönüşün kısa sürdüğü olduğu antagonist sikluslarda da prematür lutealizis olması

- Asıl sebep; Erken luteal fazda suprafizyolojik steroid seviyelerinin direkt olarak hipotalamo-hipofiz aksında negatif feed back ile LH seviyelerini baskılamasıdır.



13 Nisan 2018, Cuma 15:25 - 15:45 :IUI da luteal destek Cihan Toğrul

- KOH erken luteal dönemde endometriumda erken gelişmeye ve mid luteal fazda gecikmiş gelişmeye neden olur. Ayrıca KOH endometriumdaki gen ekspresyonlarını da değiştirmektedir.



IUI SIKLIKLARINDA DURUM NASIL?

- Embriyo implantasyonu ve gebeliğin devam için reseptif endometrium şart.
- IVF ile karşılaştırıldığında;
 - Daha az folikül gelişimi
 - Daha düşük E2 seviyeleri
 - Ekzojen hipofiz down regülasyonu yok

CC + IUI

PROGESTERONE SUPPLEMENTATION

Does progesterone supplementation improve pregnancy rates in clomiphene citrate and intravaginal insemination treatment cycles?

Soria Egea¹, Alicia Higuera¹, Willem H. Koop², Nicola Sotgiu³, Armas Roda⁴, and James H. Liu⁵

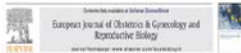
Division of Reproductive Endocrinology & Infertility, Department of Obstetrics & Gynecology, University Hospital, Cedars-Sinai Medical Center, Beverly Hills, CA, USA¹; Division of Reproductive Endocrinology and Infertility, Department of Obstetrics and Gynecology, Los Angeles Medical Center, Harborview Medical Center, Seattle, WA, USA²

Table 3. Patient characteristics and cycle outcomes according to progesterone luteal support (n = 826 cycles).

Characteristic	Progesterone luteal support		p-Value*
	No	Yes	
MIU cycles (no)	317 (76.4)	308 (22)	0.02
Age (years)	34.7 ± 3.28	33.9 ± 3.2	0.58
BMI (kg/m ²)	26.3 ± 4.7	27.5 ± 7.2	0.001
Clomiphene citrate dose (mg)	40.0 ± 12.74	42.0 ± 17.1	0.001
MIU	4.8 ± 11.44	9.0 ± 10.84	0.001
MIU < 150	4.0 ± 11.26	4.0 ± 10.79	0.93
MIU > 150	7.7 ± 11.61	10.0 ± 10.72	0.001
Endometrial thickness (mm)	8.9 ± 2.1 (4.1)	8.6 ± 2.0 (3.1)	<0.0001
n =	374 (51.8)	316 (22)	
Clomiphene progesterone	38.2 ± 11.09	42.0 ± 10.77	
n =	374 (51.8)	316 (22)	
Clomiphene progesterone	39.1 ± 11.1	42.0 ± 11.1	0.74
Yes			

*Two-tailed t-test, Fisher's exact test or Chi-square analysis. (Data are mean ± SD or n (%)).

LETROZOLE + IUI



The effect of progesterone supplementation on pregnancy rates in controlled ovarian stimulation and intravaginal insemination cycles: a randomized prospective trial¹¹

Merve Aygün-Aksoy, Müslüman Köksal, Arzu Aksoy, İsmail Sabit, Fatma Sarı¹¹

11. Aygün M, Köksal M, Köksal A, Köksal İ, Sarı F. Progesterone supplementation in controlled ovarian stimulation and intravaginal insemination cycles: a randomized prospective trial. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol. 2017;207:100-105.

Table 3. Patient characteristics and cycle outcomes according to progesterone luteal support (n = 826 cycles).

Characteristic	Progesterone luteal support		p-Value*
	No	Yes	
MIU cycles (no)	317 (76.4)	308 (22)	0.02
Age (years)	34.7 ± 3.28	33.9 ± 3.2	0.58
BMI (kg/m ²)	26.3 ± 4.7	27.5 ± 7.2	0.001
Clomiphene citrate dose (mg)	40.0 ± 12.74	42.0 ± 17.1	0.001
MIU	4.8 ± 11.44	9.0 ± 10.84	0.001
MIU < 150	4.0 ± 11.26	4.0 ± 10.79	0.93
MIU > 150	7.7 ± 11.61	10.0 ± 10.72	0.001
Endometrial thickness (mm)	8.9 ± 2.1 (4.1)	8.6 ± 2.0 (3.1)	<0.0001
n =	374 (51.8)	316 (22)	
Clomiphene progesterone	38.2 ± 11.09	42.0 ± 10.77	
n =	374 (51.8)	316 (22)	
Clomiphene progesterone	39.1 ± 11.1	42.0 ± 11.1	0.74
Yes			

*Two-tailed t-test, Fisher's exact test or Chi-square analysis. (Data are mean ± SD or n (%)).

Characteristic	Progesterone luteal support		p-Value*
	No	Yes	
MIU cycles (no)	317 (76.4)	308 (22)	0.02
Age (years)	34.7 ± 3.28	33.9 ± 3.2	0.58
BMI (kg/m ²)	26.3 ± 4.7	27.5 ± 7.2	0.001
Clomiphene citrate dose (mg)	40.0 ± 12.74	42.0 ± 17.1	0.001
MIU	4.8 ± 11.44	9.0 ± 10.84	0.001
MIU < 150	4.0 ± 11.26	4.0 ± 10.79	0.93
MIU > 150	7.7 ± 11.61	10.0 ± 10.72	0.001
Endometrial thickness (mm)	8.9 ± 2.1 (4.1)	8.6 ± 2.0 (3.1)	<0.0001
n =	374 (51.8)	316 (22)	
Clomiphene progesterone	38.2 ± 11.09	42.0 ± 10.77	
n =	374 (51.8)	316 (22)	
Clomiphene progesterone	39.1 ± 11.1	42.0 ± 11.1	0.74
Yes			

*Two-tailed t-test, Fisher's exact test or Chi-square analysis.



Karadeniz Jinekoloji ve Obstetrik Kongresi

Sheraton Otel, Samsun
12 - 15 Nisan 2018



Destekleriyle..

13 Nisan 2018, Cuma
15:25 - 15:45 :Uludağ Luteal destek
Cihan Tağrı

GONADOTROPIN +IU1

• Gonadotropin kullanılan siklustlarda luteal fazda P seviyeleri yetersiz

Katherine A. Green, Fertil-Servisi 2017

• Gonadotropin kullanılan siklustların %20 kadarında luteal faz kısa olarak saptanmıştır

Ahmet EROK, Fertil-Servisi 2009

Impact of luteal phase support on pregnancy rates in intrauterine insemination cycles: a prospective randomized study

Ahmet Erdem, M.D., Mehmet Erdem, M.D., Sıgırcı Arzuhan, M.D., and İsmail Güler, M.D.
Department of Obstetrics and Gynecology, Gazi University School of Medicine, Ankara, Turkey

Table 8
Cycle characteristics of patients undergoing treatment with luteal support or without luteal support in intrauterine insemination cycles.

	Study group	Control group	
Number of therapy cycles	87	81	NS
Total amount of gonadotropins (IU)	462 ± 97.1	897 ± 117.8	NS
No. of LH peaks in cycles	2.8 ± 0.2	2.8 ± 0.1	NS
No. of pregnancies/MZU (< 16 cm)	7.8 ± 0.5	5.5 ± 0.3	NS
Embryonic survival rate (no. of MZUs)	18.8 ± 1.9	16.2 ± 1.6	NS
Testosterone levels upon luteal phase support (nmol/L)	0.72 ± 0.45	0.5 ± 0.5	NS
Testosterone levels upon control			NS
Time of pregnancy (weeks)	19	19	NS
NS: not significant			
Total pregnancy rate per cycle (%)	30.22 (34.5)	28.39 (34.7)	P= .932
Overall pregnancy rate per cycle (%)	11.51 (11.1)	10.74 (13.1)	P= .684
Live birth rate per cycle (%)	20.22 (23.2)	19.28 (23.9)	P= .278
Onset of pregnancy rate per cycle (%)	63.75 (68.4)	57.75 (69.4)	P= .27
Live birth rate per patient (%)	34.76 (38.4)	34.76 (41.7)	P= .853
Multiple pregnancies rate per cycle	2.822 (3.26)	4.224 (5.18)	NS

NS: Not significant, CI: confidence interval

www.gynecologyendocrinology.com
ISSN 2689-6707, 2015, volume 2

GYNCOLOGY
ENDOCRINOLOGY

© Taylor & Francis
http://www.tandfonline.com

LUTEAL PHASE SUPPORT

Luteal phase support after miki ovulation induction with intrauterine insemination: an on-going debate

Plus Ça Change... Tomáš Jakubík, Robert Horváth, David Štefan, Robert Čížek, and Gustav Čížek

This is an Open Access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution License, which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.

Table 1 - Description of the study

	Luteal progesterone (IU)	Control progesterone (IU)	p-value
Study group	100	100	NS
Number of cycles (%)	73 (73)	74 (74)	NS
MZU (%)	71 (71)	69 (69)	NS
Embryos (%)	22 (22)	24 (24)	NS
NS: not significant			
Implanted (%)	80	81	NS
NS: not significant			
NS: Not significant, MZU: MZU (Mikrocircling Zona Uncovered), IU: International Unit			
Number of pregnancies (%)	14 (14)	14 (14)	NS
Number of live births (%)	10 (10)	10 (10)	NS
Number of pregnancies per patient (%)	19.18	18.91	NS
Number of live births per patient (%)	14.29	12.66	NS
Number of pregnancies per cycle (%)	19.18	18.91	NS
Number of live births per cycle (%)	14.29	12.66	NS

NS: Not significant, MZU: MZU (Mikrocircling Zona Uncovered), IU: International Unit, CI: confidence interval, NS: Not significant

www.gynecologyendocrinology.com
ISSN 2689-6707, 2015, volume 2

GYNCOLOGY
ENDOCRINOLOGY

© Taylor & Francis
http://www.tandfonline.com

LUTEAL PHASE SUPPORT

The effect of luteal-phase support with vaginal progesterone on pregnancy rates in gonadotropin and chorionic gonadotropin (CGA)/micro-arterial insemination cycles in an explained infertility: A prospective randomized study

Suchsland, Ingrid, Robert Horváth, Srdjan Radenković, Zvezdana Šabić, Pavićević, Vesela, Šušteršič, Neven, and Janaković

13 Nisan 2018, Cuma
15:25 - 15:45 :IUİ da luteal destek
Cihan Tağrul

Table 2. Clinical pregnancy rates in COU/LI and GnRH/LI cycles in patients who received luteal phase support (LS) with vaginal progesterone gel or no medication for LS

	LS (+)	LS (-)	p
COU/LI group (n=100)	Pregnancy (+) n, (%) 5 (10%) 6 (12%) 0.70	Pregnancy (-) n, (%) 45 (90%) 44 (88%)	
GnRH/LI group (n=100)	Pregnancy (+) n, (%) 11 (20%) 8 (16%) 0.603	Pregnancy (-) n, (%) 40 (80%) 42 (84%)	

CC+ GONADOT. + IUI

Luteal Phase Support in the Intrauterine Insemination (IUI) Cycles: A Randomized Double Blind, Placebo Controlled Study

Israr Hovut Kucuk, M.D.¹, Fatma Esen Topak, M.D.², San Karayazici, M.D.³, Deniz Ozturk

¹ Reproductive Health Research Center, Samsun University of Medical Sciences, Samsun, Turkey
² Duzce Hospital, Samsun University of Medical Sciences, Samsun, Turkey
³ Duzce University of Medical Sciences, Duzce, Turkey

Received October 01, 2016; Accepted for publication December 2016

Table 2. Treatment Outcome

Variable	Progesterone group (n=50)	Placebo group (n=50)	p value
Clinical pregnancy rate ^a	8 (16%)	20 (40%)	0.01
OR (95% CI)			3.1 (1.5-6.6)
Abortion rate ^b	1 (2%)	1 (2%)	1.00
OR (95% CI)			1.0 (0.1-10.0)
Overall pregnancy rate ^c	11 (22%)	19 (38%)	0.00
OR (95% CI)			3.1 (1.6-6.1)

Values were statistically significant (p < 0.05) vs. no luteal phase support

UNIFOLIKÜLER - MULTIFOLIKÜLER?

Effect of luteal phase support with vaginal progesterone in intrauterine insemination cycles with regard to follicular response: a prospective randomized study

Israr H. Kucuk, M.D.¹, Deniz Ozturk, M.D.², San Karayazici, M.D.³

¹ Reproductive Health Research Center, Samsun University of Medical Sciences, Samsun, Turkey
² Duzce Hospital, Samsun University of Medical Sciences, Samsun, Turkey
³ Duzce University of Medical Sciences, Duzce, Turkey

OR-IUI: P vs OR-IUI: OR 16.8 (2.2-124.4)

Luteal phase support with vaginal progesterone affects the success of gonadotropin-stimulated IUI cycles with multi-follicular response but not with mono-follicular response

June 2014

The impact of progesterone supplementation on pregnancy rates after reproductive insemination in patients developing a single follicle

Israr Hovut Kucuk¹, San Karayazici² and Deniz Ozturk³

¹ Reproductive Health Research Center, Samsun University of Medical Sciences, Samsun, Turkey
² Duzce Hospital, Samsun University of Medical Sciences, Samsun, Turkey
³ Duzce University of Medical Sciences, Duzce, Turkey

Objective: The objective of this study was to evaluate the effect of luteal phase support on pregnancy rates in patients developing a single follicle. This study is a prospective, randomized, controlled trial performed on 101 patients who were divided into two groups: the progesterone group and the placebo group. The primary outcome was clinical pregnancy rate. The secondary outcome was the number of pregnancies per cycle. The results of this study suggest that luteal phase support with vaginal progesterone significantly increases the clinical pregnancy rate when compared with placebo.

	Number of cycles	Number of pregnancies	Rate of pregnancies (%)	OR	95% CI
Progesterone	57	82	24.38	16.8	2.2-124.4
Control	254	36	14.16	1	0.014
p			0.021		

IUI luteal phase supplementation with oral progesterone, beginning the day after insemination, is associated with significantly increased clinical pregnancy rates compared with women receiving no progesterone supplementation.

13 Nisan 2018, Cuma
 15:25 - 15:45 :LU da luteal destek
 Cihan Toğrul

P DOZLARı ARASINDA FARK VAR MI?

ONCOLOGICAL
 ENDOCRINOLOGY

LUTEAL PHASE SUPPORT IN IVF

Luteal phase support in intrauterine insemination cycles: a prospective randomized study of 300 mg versus 600 mg intravaginal progesterone tablet

Öz H. Aksoy¹, Hü. Türksoy², Merve Yıldız¹, Ayhan Erbuğ¹, and Kuban Demir Bilginç³

¹İstanbul Halk Sağlığı Kurumu, İstanbul, ²İstanbul Halk Sağlığı Kurumu, İstanbul, ³İstanbul Halk Sağlığı Kurumu, İstanbul

Table 3. Cycle characteristics and treatment outcomes in ovarian stimulation, intrauterine insemination cycles with luteal support of 300 and 600 mg vaginal progesterone (mean ± SD)

Parameters	300mg	P	600mg	P
Duration of OOH (days)	93.8 ± 2.0		98.8 ± 3.5	NS
Total gonadotropin dose (IU)	352.0 ± 29.5		481.5 ± 397.3	NS
Number of follicles (≥16 mm)	3.4 ± 0.6		4.4 ± 0.7	NS
Embryonated (discussive vs MZG day count)	11.1 ± 2.2		10.8 ± 2.4	NS
LH on MZG day (mIU/ml)	4.2 ± 3.8		4.7 ± 4.1	NS
F _h on MZG day (ng/ml)	3.4 ± 1.0		3.0 ± 2.8	NS
F _h on MZG day (ng/ml)	488.2 ± 619.8		562.8 ± 514.3	NS
Total pregnancy rate (n/100)	22 (22/100)		19 (19/100)	NS
Multiple pregnancy rate (n/100)	19 (19/100)		12 (12/100)	NS
Multiple pregnancy rate (n/100)	1 (1/100)		2 (2/100)	NS

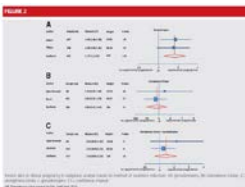
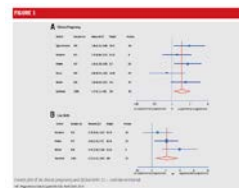
ORIGINAL ARTICLE: INFERTILITY

Progesterone luteal support after ovulation induction and intrauterine insemination: a systematic review and meta-analysis

Wang J, Shi Y, Li Y, et al. *Infertility*. 2013; 44(1): 1-11.

- 5 RCT
- 1296 hasta
- 1938 siklus

Fertil Steril, 2013



- 11 RCT
- 2842 hasta
- 4065 siklus
- Tüm çalışmalarda intravajinal P

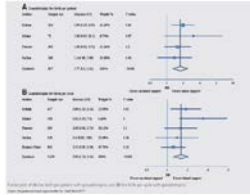
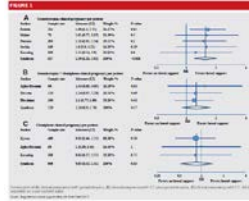
Fertil Steril, 2017

13 Nisan 2018, Cuma
15:25 - 15:45 :LUİ da luteal destek

Cihan Toğrul

Tablo 1

Yazın	Yazın	Yazın	Yazın	Yazın	Yazın
1	2	3	4	5	6
7	8	9	10	11	12
13	14	15	16	17	18
19	20	21	22	23	24
25	26	27	28	29	30
31	32	33	34	35	36
37	38	39	40	41	42
43	44	45	46	47	48
49	50	51	52	53	54
55	56	57	58	59	60
61	62	63	64	65	66
67	68	69	70	71	72
73	74	75	76	77	78
79	80	81	82	83	84
85	86	87	88	89	90
91	92	93	94	95	96
97	98	99	100	101	102



TSRM KILAVUZU

Ölçüt orta kulla basit görüncü abakügnfa GN ile uperim 30 Mikütanında vuhul progesteronlar ile luteal fazda desteklenmesi gebelik uenlerini artırır ve tedavide yardımcı olabilir.

PROGESTERON

- P4 luteal fazda endometrium sekretuar transformasyonu indükler
- Endometrial reseptiviteyi artırır
- Endometriumda NO sentezini artırır → vazodilatasyon, uterin kasılann kısılmasını azaltır

TSRM'YE GÖRE;

- Mevcut kanıtlar göz önüne alındığında GN ile uyutmuş ve hCG ile tetiklenmiş sikluslarda progesteronlar ile luteal fazda desteklenmesi plaseboya/tedavi vermemeye göre gebelik oranlarını artırmaktadır ve tedaviye eklenmesi kuvvete önerilir.

13 Nisan 2018, Cuma
15:25 - 15:45 :LU da luteal destek

Cihan Toğrul

NASIL VERELİM ?

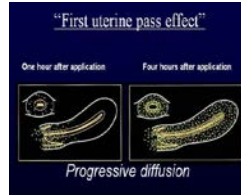
- Oral
- Vajinal (Jel, Tablet)
- I.M
- Rektal
- Subkütan (Prolutex)

ORAL P4

- 1980'lı yılların sonuna kadar luteal desteği olarak oral P4 kullanılmış
- Ancak istenen etkiyi tam olarak sağlayamamıştır
- Oral yoldan verildiğinde biyoyararlanım çok düşük olmaktadır (%10)
- Didrogesteron (Duphaston) biyoyararlanım sorununu çözmüştür

VAJINAL P4

- IVF'de luteal destek rejimleri içerisinde hasta konforu ve etkinliğine bağlı **ilk seçenek** rejim olarak oldukça sık kullanılır.
- P4 vajinal verirse;
 - Karaciğerde metabolize olmaz
 - Yakın damarlara ve uterusu ilk geçiş etkisi (FUPE)
 - Yüksek uterin konsantrasyon
- Luteal destekde I.M kadar etkilidir.



I.M P4

- İlk olarak 1985 yılında IVF sikluslarında I.M 50 mg progesteronun luteal fazı uzatabileceği gösterildi.
- Ancak; Ağrılı enjeksiyon
Döküntü
Steril Abse
Akut ezoniflik pnömöni
- I.M vs Vajinal→ Klinik gebelik ve devam eden gebelik oranları benzer.
 - Serum progesteron seviyeleri enjeksiyon sonrası yüksek olsa da, uterin dokudaki P4 seviyelerini predikte etmez.

TSRM'YE GÖRE;

- Mevcut veriler değerlendirdiğinde progesteron verilmesinin uygulamaya yoluna göre gebelik başarısında **farklılık göstermediği** anlaşılmaktadır
- Vajinal yollar önemli bir avantaj sağlamaktadır.
- Vajinal jeller için 90mg/gün, vajinal tabletler için ise en az günlük 300mg kullanılması önerilir

13 Nisan 2018, Cuma
15:25 - 15:45 :LU da luteal destek
Cihan Toğrul

LFD'NI NE ZAMAN KESELİM?

- Gebeliğin biyokimyasal tanısı
- 5. gebelik haftası
- İlk ultrasonografi
- 8. gebelik haftası
- 12. gebelik haftası

TSRM'YE GÖRE;

- Eldeki veriler IVF /ICSI siklusları luteal dönem destek tedavisine ilk gebelik testi pozitifleşmesi sonrasında (erken gebelik döneminde) devam ettirilmesinin gebelik başarı oranları üzerinde anlamlı bir etkisinin olmayacağı yönündedir.
- LPD' nde serum progesteron seviyelerinin monitorizasyonu ise kılavuz tarafından önerilmemektedir.

EVE GÖTÜRÜLECEK MESAJLAR

- Suprafizyolojik E2 ve P değerlerinin olduğu sikluslarda luteal faz desteği akılda tutulmalı
- LU sikluslarında multifoliküler gelişim varsa LFD verilmeli
- Gonadotropinler ile indüklenmiş sikluslarda LFD klinik gebelik ve canlı doğumlar üzerine etkisi gösterilmiştir

- Serum progesteron düzeyi takibine gerek yoktur.
- İlk gebelik testinden sonra progesteron desteğini devam ettirmenin önemli bir yarar olduğu düşünülmemektedir.



İLGİNİZ İÇİN TEŞEKKÜRLER



Karadeniz Jinekoloji ve Obstetrik Kongresi

Sheraton Otel, Samsun

12 - 15 Nisan 2018



Destekleriyle..

13 Nisan 2018, Cuma

15:45 - 16:05 : IVF öncesi histeroskopi implantasyonu artırıyor mu?

Yavuz Tokgöz

IVF(in vitro fertilizasyon) öncesi uterin kavitenin değerlendirilmesi gebelik oranlarının iyileştirilmesi açısından önemlidir. Uterin anomaliler infertil hastalarda %50 lere varan oranlarda görülmektedir. Uterin kavite anomalilerinin IVF yapılan hastalarda gebelik şansına olumsuz etki yaptığı bilinmektedir. Anomalilerin tanısı ve uygun şekilde tedavisi uygulandığı taktirde gebelik oranlarında iyileşme görülmektedir. Uterin kavitenin değerlendirilmesi çeşitli şekillerde yapılabilmektedir. HSG temel infertilite inceleme yöntemi olarak karşımıza çıkmaktadır ve uterin kavitenin konturlarını ve kavite içerisindeki bazı anomalileri tespit edebilmektedir. Transvajinal ultrasonografi uterusun genel değerlendirmesi açısından önemli bir yer tutmaktadır. Salin infüzyon sonografi ile intrakaviter yer kaplayan oluşumların tespiti yapılabilmektedir. Histeroskopi ile de direk vizualizasyon yaparak uterin kavite net şekilde değerlendirilebilmektedir. Endometrial kavitenin değerlendirilmesinde en etkin metod olarak histeroskopi karşımıza çıkmaktadır. Çünkü histeroskopi gözlem yapabilme imkanı tanırken eş zamanlı tedavi imkanı da tanımaktadır. Histeroskopinin genel endikasyonlarına bakacak olursak anormal uterin kanamalar %60'lık kısmını, tekrarlayan gebelik kayıpları %20'lik kısmını ve infertilite olguları ise %15'lik kısmını oluşturmaktadır. İnfertil olgulardaki histeroskopi endikasyonları ise; intrakaviter lezyonlar(polip, submuköz myom, septum, adezyon), tekrarlayan implantasyon başarısızlıkları ve proksimal tubal oklüzyondur. Uterin anomalilerin infertil olgularda ne sıklıkla görüldüğüne bakacak olursak çeşitli çalışmalarda değişmekle birlikte ortalama %20-45 oranlarında görülmektedir. IVF öncesi kime histeroskopi yapılması konusu da tartışmalıdır. Genel yaklaşım olarak 35 yaş üstü, klinik bulgusu olan, anormal kanama şikayeti olan, 2 kez başarısız ART siklusu öyküsü olan olgular ve intrakaviter lezyonu olan olgular şeklinde düşünülmektedir. IVF olgularında implantasyon için 3 parametre gereklidir: İyi ve kaliteli bir embryo, reseptif endometrium ve iyi bir transfer tekniği. Bu parametrelerin hepsi iyi olsa dahi bazı olgularda tekrarlayan implantasyon başarısızlıkları ile karşılaşabilmekteyiz. Reseptif bir endometriumun değerlendirilmesi için de histeroskopi önemli bir yer tutmaktadır. Histeroskopi ile IVF olgularının değerlendirilmesinde bir diğer tartışılmalı konu ne zaman yapılacağıdır. İlk IVF siklusu öncesi bütün hastalara rutin histeroskopi önerilmeli midir? Tekrarlayan implantasyon başarısızlığı olguları sonrası rutin histeroskopi yapılmalı mıdır?

İlk IVF siklusu öncesi histeroskopi yapılması ile ilgili sonuçlara bakacak olursak konu ile ilgili literatürde oldukça çalışma mevcuttur. 2012 yılında yapılan retrospektif bir çalışmaya göre IVF öncesi histeroskopi yapılan ve yapılmayan olgular karşılaştırıldığında implantasyon



Karadeniz Jinekoloji ve Obstetrik Kongresi

Sheraton Otel, Samsun

12 - 15 Nisan 2018



Destekleriyle

13 Nisan 2018, Cuma

15:45 - 16:05 : IVF öncesi histeroskopi implantasyonu artırıyor mu?

Yavuz Tokgöz

oranları ve klinik gebelik oranları açısından anlamlı farklılık saptanamamıştır (Yu ve ark. 2012). Karayalçın ve ark. tarafından yapılan bir çalışmada IVF öncesi histeroskopi uygulanan hastalar 3 gruba ayrıldı; ilk grup IVF'ten 50 günden daha az süre önce, ikinci grup 50 gün-6 ay süre önce, üçüncü grup da 6 aydan daha fazla süre önce histeroskopi yapılmıştı. IVF'ten en kısa süre önce histeroskopi yapılan grupta istatistiksel anlamlı olarak daha fazla implantasyon oranı, klinik gebelik oranı ve canlı doğum oranları tespit edilmiştir (Karayalçın ve ark. 2012). Yapılan bir sistematik derleme ve metaanalizde histeroskopinin klinik gebelik ve canlı doğum oranları üzerinde anlamlı şekilde yapılmayan gruba göre daha yüksek sonuçlar oluşturduğu bulunmuştur; histeroskopide normal veya anormal bulgu saptanmasının farklılık yaratmadığı tespit edilmiştir. Bu metaanalizde kolay embryo transferi, daha doğru embryo transferi ve artmış endometrial reseptivite sağlaması histeroskopinin artmış IVF başarısını sağlamada etkin faktörler olarak belirtilmiştir (Pundir ve ark. 2014). Mısırdan yapılan bir randomize kontrollü çalışmada IVF öncesi histeroskopi yapılan grupta anlamlı olarak daha fazla gebelik elde edilmiştir (Elsetohy ve ark. 2015). Hollanda'da yapılan çok merkezli prospektif randomize kontrollü bir çalışmaya göre (inSIGHT çalışması) ise ilk IVF siklusu öncesi rutin histeroskopi yapılan ve yapılmayan hastalar karşılaştırıldığında iki grup arasında implantasyon oranları, klinik gebelik oranları ve canlı doğum oranları açısından herhangi bir farklılık tespit edilemedi (Smit ve ark. 2016). Transvajinal ultrasonografisi normal olan olgularda ilk IVF siklusu öncesi rutin histeroskopinin yeri olmadığı sonucuna varıldı.

Tekrarlayan implantasyon başarısızlığı olgularına bakacak olursak bu grupta da literatürde oldukça fazla çalışma mevcuttur. Brezilya'dan 2003 yılında yapılan prospektif gözlemsel bir çalışmada tekrarlayan implantasyon başarısızlığı olan olgulara yapılan histeroskopi sonrasında normal bulguları olanlar ile anormal bulguları olup bunlara tedavi uygulananlar karşılaştırıldığında anormal bulgusu olup tedavi edilen grupta anlamlı düzeyde daha fazla klinik gebelik oranları elde edildiği görülmüştür (Oliveira ve ark. 2003). Türkiye'den yapılan prospektif randomize kontrollü bir çalışmada da en az 2 kez IVF başarısızlığı olanlarda takip eden IVF denemesi öncesi histeroskopi yapılan grupta istatistiksel anlamlı olacak şekilde daha yüksek oranda klinik gebelikler tespit edilmiştir (Demiroğlu ve Gürkan 2004). Bu çalışmada intrauterin patoloji riski yüksek olan IVF başarısızlığı olan olgularda histeroskopinin tanı ve tedavi sağlaması nedenli önemli olduğu bildirilmiştir. Rama Raju ve ark. tarafından yapılan prospektif randomize bir çalışmada da klinik gebelik ve canlı doğum oran-



Karadeniz Jinekoloji ve Obstetrik Kongresi

Sheraton Otel, Samsun

12 - 15 Nisan 2018



Destekleriyle..

13 Nisan 2018, Cuma

15:45 - 16:05 : IVF öncesi histeroskopi implantasyonu artırıyor mu?

Yavuz Tokgöz

ların IVF öncesi histeroskopi yapılan grupta daha fazla olduğu bulunmuştur(Rama Raju ve ark. 2006). El-Toukhy ve ark. yayınladığı metaanalizde de tekrarlayan IVF başarısızlığı olan olgularda histeroskopinin faydalı olduğu bildirilmiştir(El-Toukhy ve ark. 2008). Japonya'dan yapılan prospektif kohort çalışmada histeroskopi yapılan grupta normal veya anormal bulgu saptanmasında bağımsız olarak histeroskopi yapılmayan grupla karşılaştırıldığında anlamlı olarak daha fazla implantasyon oranı ve klinik gebelik oranları tespit edilmiştir(Gao ve ark. 2015). Yapılan bir diğer metaanalizde ise düşük kalitede kanıt düzeyleri ile birlitlik gösteren histeroskopi yapılması lehine sonuçlar elde edilmiş ve rutin histeroskopinin tekrarlayan implantasyon başarısızlıklarında yerinin hala tartışmalı olduğu bildirilmiştir. 2016'da yapılan prospektif randomize kontrollü bir çalışmada ise en az 2 kez IVF başarısızlığı olan olgularda yeniden IVF yapılmadan önce histeroskopi yapılmasının implantasyon oranları, klinik gebelik oranları ve canlı doğum oranları açısından fark oluşturmadığı; rutin histeroskopi uygulamasının faydalı olmadığı sonucuna varılmıştır(El-Toukhy ve ark. 2016-TROPHY çalışması). Son yapılan bir metanaliz sonucuna göre tekrarlayan implantasyon başarısızlığı olan olgularda IVF öncesi histeroskopinin potansiyel olarak gebelik sonuçlarında iyileşme sağlayabileceği ancak rutin uygulamanın hala tartışmalı olduğu bildirilmiştir(Cao ve ark. 2018). İncelemelerde saptanan intrakaviter lezyonların(polip myom gibi) histeroskopik olarak tedavi edilmesinin genel olarak gebelik sonuçları üzerinde olumlu etkileri olduğu bildirilmektedir. Ayrıca histeroskopi ile endometrial hasar oluşturmanın da gebelik sonuçlarını olumlu yönde etkilediği düşünülmektedir ancak yapılan çalışmalarda tek başına tanıl histeroskopinin faydalı olmadığı histeroskopi ile birlikte ayrıca endometrial hasar oluşturmanın gebelik sonuçlarına faydalı etki sağladığı bildirilmiştir(Seval ve ar. 2016).

Bütün bu literatür verileri ışığında IVF öncesi histeroskopi uygulamalarına baktığımızda ise şu sonuçlar ortaya çıkmaktadır; histeroskopi endometrial kavite değerlendirilmesinde gold standart kabul edilmektedir, ilk IVF öncesi belirgin saptanan bir anormal yoks faydası histeroskopinin net faydası yoktur, tekrarlayan implantasyon başarısızlıkları olgularında net fayda gösteren kanıtlar çelişkili, son veriler fayda yok yönünde görülmektedir, şüpheli polip, myom varlığında histeroskopik cerrahi başarı oranını arttırılabilmektedir, endometrial hasar sonuçları fayda açısından net değil, tanıl histeroskopi tek başına faydalı değil sonucu ön planda gözükmektedir.

13 Nisan 2018, Cuma
16:30 - 16:50 : Metabolik hastalık olarak PCOS
Bülent Yılmaz

Metabolik Hastalık Olarak PCOS

Doç. Dr. Bülent YILMAZ

İzmir Keleş Çelebi Üst. Tıp Fak.
Kadın Hastalıkları ve Doğum AD
Atatürk Eğitim Araştır. Hast.

Polikistik Over Sendromu (PKOS):

- Reprodüktif dönemin **en sık** endokrin hastalığı
- Hirsütizmin **en sık** sebebi
- Anovulatuvar infertilitenin **en sık** nedeni

Associn, 2006;
Demirli-Kandemirli, 1996;
Frank, 1998;
Knochelwanz, 1998
Knochelwanz DS, 1998

Human Reproduction, 2016

The prevalence and phenotypic features of polycystic ovary syndrome: a systematic review and meta-analysis

Gurkan Bozdağ¹, Sezcan Mumussoğlu¹, Dila Zengin¹, Erdem Karabulut², and Bulent Okan Yildiz^{3,4*}

NIH Kriteri: % 6
Rotterdam Kriteri: 10%
AE-PCOS Society Kriteri: % 10

PKOS: Prevalans

Country	Population	n	NIH	Rotterdam	AE-PCOS	Prevalance per 1000 (95% CI)
Australia	High school girls aged 12-18	136	2.1	10.0	9.1	10.0 (7.0-14.0)
Canada	High school girls aged 12-18	148	15.0	27.0	-	15.0 (11.0-21.0)
France	High school girls aged 12-18	468	6.1	11.1	-	6.1 (4.0-9.0)
Spain	High school girls aged 12-18	103	2.0	9.1	-	2.0 (1.0-3.0)
China	High school girls aged 12-18	2,111	-	8.0	-	8.0 (7.0-9.0)
China	High school girls aged 12-18	10,000	0.8	-	-	0.8 (0.7-1.0)
Total	High school girls aged 12-18	10,000	6.0	10.0	9.1	6.0 (5.0-7.0)

PKOS Etiyolojisi:

- Poligenik (Kompleks genetik geçiş)
- Multifaktöryel (Çevresel)

Inherited Factors

- Family of gonadotropin-releasing hormone (GHRH) analogs
- Defects of insulin action (IR)
- Defects of androgen metabolism (5α-reductase)
- Defects of androgen receptors (androgen receptor mutations)

Environmental/Genetic Factors

- Diet
- Obesity
- Physical inactivity
- Environmental factors (e.g., endocrine-disrupting chemicals)

PKOS Etiyolojisi: Genetik + Çevre

Genetik faktörler (inherited factors) ve çevresel faktörler (environmental/genetic factors) bir araya gelerek PKOS'u tetikler. Bu süreçte, insülin direnci (IR) ve androjen metabolizması (AM) gibi mekanizmalar önemli rol oynar. Ayrıca, poligenik etiyoloji (kompleks genetik geçiş) ve multifaktöryel (çevresel) etiyoloji de bu hastalığın gelişimine katkı sağlar.

13 Nisan 2018, Cuma
16:30 - 16:50 : Metabolik hastalık olarak PCOS

Bülent Yılmaz

PKOS Etiyolojisi: Prenatal – pubertal PKOS gelişimi

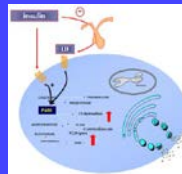


30.04.2014, 10:00, 2014

İnsulin ve PKOS gelişimi

Hiperandrojenizme neden olur;

- CYP17B enzimi üzerinden (direk)
- LH üzerinden (indirek)
- SHBG (Kıc de sentezi azaltarak)



30.04.2014, 10:00, 2014

İnsulin Direzitanlığı ve Metabolik Etkileri



30.04.2014, 10:00, 2014

Human Reproduction Update, 2014

İnsulin direzitanlığı polikistik overya sendromu: bir sistematik derleme ve meta-analiz euglycaemic-hyperinsulinaemic clamp studies

Samantha Cassar^{1,2}, Marie L. Miso³, William G. Hopkins¹, Christopher S. Shaw^{1,2}, Helena J. Teede^{1,2,3}, and Nigel K. Stepto^{1,2,4}

- 28 çalışma (PKOS, n = 1224 vs. Kontrol, n = 741)
- PKOS lu bayanlarda insulin duyarlılığı BMI dan bağımsız olarak % 27 azalmıştır

Human Reproduction Update, 2012

Overweight, obesity and central obesity in women with polycystic ovary syndrome: a systematic review and meta-analysis

S.S. Lim, M.J. Davies, R.J. Norman¹, and L.J. Moran

- PKOS lu bayanlarda (RR (95% CI));
 - Kilolu: 1.95 (1.52, 2.50)
 - Obez: 2.77 (1.88, 4.10)
 - Santral Obez: 1.73 (1.31, 2.30)

Human Reproduction Update, 2013

Ethnicity, obesity and the prevalence of impaired glucose tolerance and type 2 diabetes in PCOS: a systematic review and meta-regression

N.S. Kakoty¹, M.B. Khamsari², A.E. Johani³, S.D. Coorg⁴, M.L. Miso⁵, R.J. Norman⁶, C.L. Hartman⁷, S. Karavitza⁸, M.J. Teede^{9,10}, and L.J. Moran^{11,12}

- 40 çalışma
- PKOS lu bayanlarda;
 - IGT (OR = 3.26, 95% CI: 2.17-4.90)
 - T2DM (OR = 2.67, 95% CI: 1.44-5.72)

13 Nisan 2018, Cuma
16:30 - 16:50 : Metabolik hastalık olarak PCOS
Bülent Yılmaz

Prevalence, phenotype and cardiometabolic risk of polycystic ovary syndrome under different diagnostic criteria

Suboat Okan Yildiz¹, Gurkan Bozdog², Zehal Yagci³, Burakcan Ekinci⁴, and Ibrahim Yargali⁵

- Unselected population
- n:392

- **Met Send:**
 - Genel: % 6
 - NH Kriteri: % 12,5
 - Roterdam Kriteri: % 10,3
 - AE-PCOS Kriteri: % 10

PCOS, coronary heart disease, stroke and the influence of obesity: a systematic review and meta-analysis

P.C.M. de Groot¹, O.M. Dekkers^{2,3}, J.A. Romijn⁴, S.W.M. Dieben⁵, and F.M. Heisterkamp^{6,7}

PKOS lu bayanlarda Koroner Arter Hast. ve İmme BMI dan bagimsiz olarak 2 kat artmigtir

PKOS: Kız kardeş ve annede prevalans

- Kız kardeş: ~ % 25

Yildiz et al. Proc Natl Acad Sci U S A. 2008; 105(16):5363-5368

- Anne: ~ % 22

Yildiz et al. J Clin Endocrinol Metab. 2008

- Monozigotik ikiz (n=1337): ~ % 70
- Dizigotik ikiz (n=1873): ~ % 40

Yildiz et al. J Clin Endocrinol Metab. 2008

Glucose Intolerance, Insulin Resistance, and Hyperandrogenemia in First Degree Relatives of Women with Polycystic Ovary Syndrome

BEKARCI O, YILMAZ, HIRMAN, YAKAR, BEYTA, SOGEL, AND METEVAR SAHRAKURBAN

- PKOS,
 - Anne (n=34), Baba (n=24), Kız kardeş (n=19) ve Erkek kardeş (n=23)
- Kontrol,
 - Anne (n=24), Baba (n=12), Kız kardeş (n=31) ve Erkek kardeş (n=15)
- Sonuç:
 - PKOS anne ve baba: T2DM ve I.G.Tolerans açısından daha riskli
 - PKOS anne ve kız kardeş: N.G.Tolerans olmalarında Ins_Baz, OH daha fazla
 - PKOS anne ve kız kardeş: Ins_Baz OH daha yüksek

Excess mortality in mothers of patients with polycystic ovary syndrome

T.M. Lavenex^{1,2}, M.E. Reusz-Schafers¹, N. Kleinberg^{3,4}, J. Roeters van Lennep⁵, M. van den Berg⁶, B.C.J.M. Fauser⁴, H.J.G. Bilo^{3,4}, E.J.G. Sijbrands⁴, and J.S.E. Lavenex¹

- PKOS anne vs. Genel Hollanda Populasyonu
- > 60 y
- Sonuç:
 - PKOS annelerin genel popülasyona göre anlamlı x1,5 ölüm oranına sahip [1,50 (95% CI 1.19-1.92)]
 - PKOS anne T2DM kontrolüne göre x2 ölüm oranı [2,0 (95% CI 1.19-3.41)]

Family and Genetic Ties

Jung S.E. Lavenex, M.D., Ph.D.

- PKOS Anne: Kız çocuğuna PKOS geçiş ~ % 50
- Anneler kızımlarında sadece PKOS görüleceği için değil sağlıklarının olumsuz etkileyeceği için de endişelendirir
- Alle bağı PKOS lulara unutulmamalıdır
- Sadece PKOS lular değil anne, baba ve kardeşleri de metabolik hastalık açısından taranmalıdır

13 Nisan 2018, Cuma
16:30 - 16:50 : Metabolik hastalık olarak PCOS
Bülent Yılmaz

Metabolic syndrome, hypertension, and hyperlipidemia in mothers, fathers, sisters, and brothers of women with polycystic ovary syndrome: a systematic review and meta-analysis

• Sistematik Derleme ve Metaanaliz
• 14 çalışma

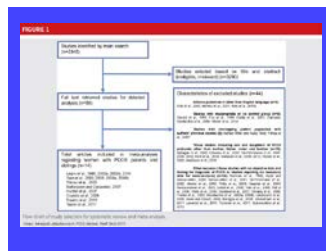
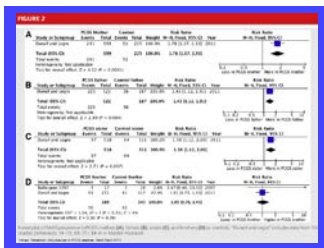


TABLE 1
Characteristics of studies included in the meta-analysis.

Author(s), year	Year	Study design	Sample size	Country	Ethnicity	First-degree relatives
Chen et al., 2011	2011	Cross-sectional	166	China	Han	Mothers, fathers, sisters, brothers
Chen et al., 2012	2012	Cross-sectional	166	China	Han	Mothers, fathers, sisters, brothers
Chen et al., 2013	2013	Cross-sectional	166	China	Han	Mothers, fathers, sisters, brothers
Chen et al., 2014	2014	Cross-sectional	166	China	Han	Mothers, fathers, sisters, brothers
Chen et al., 2015	2015	Cross-sectional	166	China	Han	Mothers, fathers, sisters, brothers
Chen et al., 2016	2016	Cross-sectional	166	China	Han	Mothers, fathers, sisters, brothers
Chen et al., 2017	2017	Cross-sectional	166	China	Han	Mothers, fathers, sisters, brothers
Chen et al., 2018	2018	Cross-sectional	166	China	Han	Mothers, fathers, sisters, brothers
Chen et al., 2019	2019	Cross-sectional	166	China	Han	Mothers, fathers, sisters, brothers
Chen et al., 2020	2020	Cross-sectional	166	China	Han	Mothers, fathers, sisters, brothers
Chen et al., 2021	2021	Cross-sectional	166	China	Han	Mothers, fathers, sisters, brothers
Chen et al., 2022	2022	Cross-sectional	166	China	Han	Mothers, fathers, sisters, brothers

TABLE 2
Age, BMI, and number of relatives in each study reporting PCOS from mothers, fathers and their siblings.

Author, year	Inclusion	Age (y)			BMI (kg/m ²)		
		Mothers	Fathers	PCOS	Mothers	Fathers	PCOS
Chen et al., 2011	Mothers	31.0 (3.0)	31.0 (3.0)	31.0 (3.0)	23.0 (2.0)	23.0 (2.0)	23.0 (2.0)
Chen et al., 2012	Mothers	31.0 (3.0)	31.0 (3.0)	31.0 (3.0)	23.0 (2.0)	23.0 (2.0)	23.0 (2.0)
Chen et al., 2013	Mothers	31.0 (3.0)	31.0 (3.0)	31.0 (3.0)	23.0 (2.0)	23.0 (2.0)	23.0 (2.0)
Chen et al., 2014	Mothers	31.0 (3.0)	31.0 (3.0)	31.0 (3.0)	23.0 (2.0)	23.0 (2.0)	23.0 (2.0)
Chen et al., 2015	Mothers	31.0 (3.0)	31.0 (3.0)	31.0 (3.0)	23.0 (2.0)	23.0 (2.0)	23.0 (2.0)
Chen et al., 2016	Mothers	31.0 (3.0)	31.0 (3.0)	31.0 (3.0)	23.0 (2.0)	23.0 (2.0)	23.0 (2.0)
Chen et al., 2017	Mothers	31.0 (3.0)	31.0 (3.0)	31.0 (3.0)	23.0 (2.0)	23.0 (2.0)	23.0 (2.0)
Chen et al., 2018	Mothers	31.0 (3.0)	31.0 (3.0)	31.0 (3.0)	23.0 (2.0)	23.0 (2.0)	23.0 (2.0)
Chen et al., 2019	Mothers	31.0 (3.0)	31.0 (3.0)	31.0 (3.0)	23.0 (2.0)	23.0 (2.0)	23.0 (2.0)
Chen et al., 2020	Mothers	31.0 (3.0)	31.0 (3.0)	31.0 (3.0)	23.0 (2.0)	23.0 (2.0)	23.0 (2.0)
Chen et al., 2021	Mothers	31.0 (3.0)	31.0 (3.0)	31.0 (3.0)	23.0 (2.0)	23.0 (2.0)	23.0 (2.0)
Chen et al., 2022	Mothers	31.0 (3.0)	31.0 (3.0)	31.0 (3.0)	23.0 (2.0)	23.0 (2.0)	23.0 (2.0)

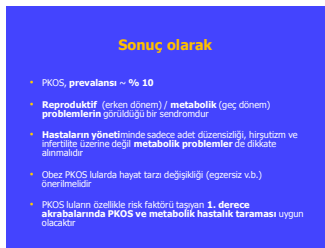
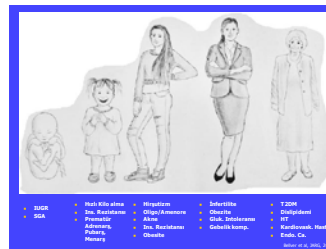
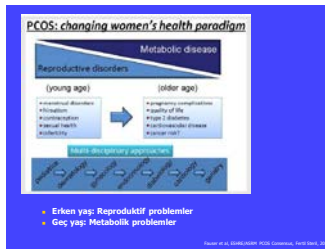
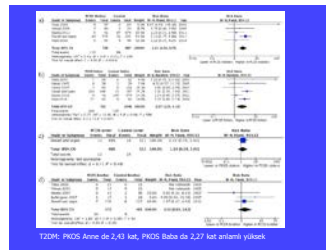
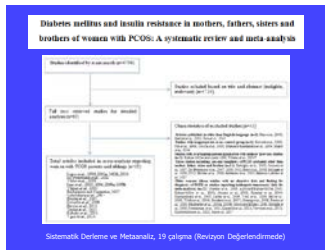


- Metaanaliz Sonuçları:**
- **MetS:** PKOS Anne (x2), Baba (x1,5) ve Kızardes (x1,5) anlamlı yüksek
 - **Dislipidemi:** PKOS Anne ve Baba da ~ % 20 anlamlı fazla
 - **Hipertansiyon:** PKOS Baba (x2), kız kardeş (x3) ve erkek kardeş (x4) anlamlı yüksek
 - **Sistolik BP:** PKOS Anne, Kız ve Erkek kardeş (anlamlı yüksek)
 - **T. Kolesterol:** PKOS Anne ve Kız kardeş (anlamlı yüksek)
 - **LDL:** PKOS Kız kardeş (anlamlı yüksek)
 - **Trigliserid:** PKOS Anne ve kız kardeş (anlamlı yüksek)

13 Nisan 2018, Cuma

16:30 - 16:50 : Metabolik hastalık olarak PCOS

Bülent Yılmaz



13 Nisan 2018, Cuma 17:30 - 17:50 : Gonadotropinleri nasıl kullanalım?

Ali Yavuzcan



Polikistik Over Sendromunda Gonadotropinleri nasıl kullanalım?

Dr. Ali Yavuzcan
 Düze Üniversitesi Kadın Hastalıkları
 ve Doğum ABD

- Kronik anovülasyona bağlı infertilite, PKOS'lu kadınların danişmanlık veya tedavi almalarının en yaygın nedenidir.
- İltk tedavi yöntemi, metformin ± klomifen sitrat (CC) ile ovulasyon indüksiyonudur.
- WHO grup II anovülasyonu olan kadınlarda **letrozol** veya **klomifen+metformin** kombinasyonu, ovulasyon ve gebelik açısından **tek başına klomifen'den üstündür.**
- **CC e karşı letrozol tLBR** gösteren tek tedavidir.

- Subfertilite 1/10 çiftte (+).
- 1/3 polikistik over sendromuna (PCOS) (+)
- Reprodüktif dönemde yaklaşık % 6-10'unu etkiler.

Wuani NS, Nehru M, Bayraktar Mİ, Bül J, Van der Vliet F, van Wely M. Gonadotropins for ovulation induction in women with polycystic ovary syndrome. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2015, Issue 6. Art. No: CD01046002. <https://doi.org/10.1002/14651958.CD01046002.pub3>

- oligo-anovülasyon, klinik veya biyokimyasal hiperandrojenizm ve polikistik overler ile karakterizedir

Rakoban İnceleme grubu 2016a; Rakoban İnceleme grubu 2016b)

doi:10.1002/14651958.CD01046002

The management of anovulatory infertility in women with polycystic ovary syndrome: an analysis of the evidence to support the development of global WHO guidelines

Wuani NS, Nehru M, Bayraktar Mİ, Bül J, Van der Vliet F, van Wely M. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2015, Issue 6. Art. No: CD01046002. <https://doi.org/10.1002/14651958.CD01046002.pub3>

Summary

PCOS affects two-thirds of cases of anovulatory infertility in women. Lifestyle interventions in unmetabolized lipid or unmetabolized glucose are not effective. Surgery on the basis of general health benefits. Treatment strategy should be individualized where the BMI is >35 kg/m² and lifestyle changes have failed. Ovulation induction therapy can achieve global reproductive programme rates amongst low rates of multiple pregnancy for actively infertile for the first of the number of fetuses that are achieved in women. CC is recommended as first-line pharmacological therapy and letrozole as an alternative. Multiple pregnancies are associated with higher rates of miscarriage, stillbirth, and congenital anomalies. Letrozole is preferred over CC for the first pregnancy attempt. There is no clear evidence for using letrozole as first-line therapy. Letrozole is preferred to metformin with PCOS. For women with PCOS who do not achieve pregnancy with treatment induction therapy or have subfertility infertile, IVF may be used with gonadotropin to increase the rate of IVF. Patients should be fully informed of the potential side effects of drugs on the developing fetus and of the risks of multiple pregnancy. Metformin with CC should also be informed about the increased risk during pregnancy for foetal growth and risks including the underestimating impact of obesity on adverse outcomes.

Interventions	Comparator	Outcome	Relative risk (95% CI)	Quality of evidence
1. Clomifene citrate 50-150mg	Letrozole 2.5mg/day	Number of pregnancies	1.00 (reference)	Low
2. Clomifene citrate 50-150mg	Letrozole 2.5mg/day	Number of live births	1.00 (reference)	Low

Figure 1 Treatment strategy for ovulation induction in women diagnosed with polycystic ovary syndrome. RR, risk ratio; CI, confidence interval.



Figure 1. The management of anovulatory infertility in women with polycystic ovary syndrome: an analysis of the evidence to support the development of global WHO guidelines. *Wiley InterScience* 2015, Vol. 22, Iss. 6, pp. 1027-1035, 2015

13 Nisan 2018, Cuma 17:30 - 17:50 : Gonadotropinleri nasıl kullanalım?

Ali Yavuzcan

	Oral	Subkutan	İntravenöz	İntravenöz	Subkutan	İntravenöz
Oral	+	+	+	+	+	+
Subkutan	+	+	+	+	+	+
İntravenöz	+	+	+	+	+	+
İntravenöz	+	+	+	+	+	+
Oral	+	+	+	+	+	+
Subkutan	+	+	+	+	+	+
İntravenöz	+	+	+	+	+	+
İntravenöz	+	+	+	+	+	+

Oral ve Subkutan: En uygun yollar
İntravenöz: En uygun yollar
Oral ve Subkutan: En uygun yollar
İntravenöz: En uygun yollar

Figure 3. Evaluation of treatment modalities for induction of ovulation in relation to efficacy, safety and availability. Reprod Biomed Online. 2016 Jun;20(5):650-652.

- % 15 -% 20 hastada CC'de ovülasyon Ø
- alternatif veya ikinci basamaklı ovülasyon indüksiyon stratejileri gereklidir.
Watters H, et al. Current Database of Evidence-Based Obstetrics. 2015. Issue 3. Art. No. 1001000000. Doi: 10.1007/978-94-007-6400-6_10
- en yaygın tedavi gonadotropinlerle ovülasyon indüksiyonudur.
Watters H, et al. Current Database of Evidence-Based Obstetrics. 2015. Issue 3. Art. No. 1001000000. Doi: 10.1007/978-94-007-6400-6_10
- Letrozol ve laparoskopik ovaryan drilling arasında etkinlikte bir fark Ø
Watters H, et al. Current Database of Evidence-Based Obstetrics. 2015. Issue 3. Art. No. 1001000000. Doi: 10.1007/978-94-007-6400-6_10
- 6 Siklуста yanıt Ø → IVF
Watters H, et al. Current Database of Evidence-Based Obstetrics. 2015. Issue 3. Art. No. 1001000000. Doi: 10.1007/978-94-007-6400-6_10

- **Klomifen Direnci:** maksimal dozda CC'nin 2-3 ardışık döngüsünden sonra ovülasyon Ø (% 20-30)
- **Klomifen Başarısızlığı :** Kadınlar CC'ye normal olarak yanıt verir ancak 6 ila 12 tedavi döngüsünden sonra gebelik Ø (~% 60)
- 150 mg CC ile yanıt Ø
- 4-6 ayda ovlutular siklуста gebelik Ø
Watters H, et al. Current Database of Evidence-Based Obstetrics. 2015. Issue 3. Art. No. 1001000000. Doi: 10.1007/978-94-007-6400-6_10

Neden Direk Gonadotropin ile OI değil?

- Oral Ø
- Fiyat ↑
- yan etkileri (+)
- çoklu gebelik ve OHSS
- Ultrason ve estradiol düzeylerinin ile yakın izleme gereksinimi
Watters H, et al. Current Database of Evidence-Based Obstetrics. 2015. Issue 3. Art. No. 1001000000. Doi: 10.1007/978-94-007-6400-6_10
- CC ve ardından gonadotropinlerin ile 1 yıllık tedaviden sonra % 60 ve 2 yıl sonra % 78'lik LBR
Watters H, et al. Current Database of Evidence-Based Obstetrics. 2015. Issue 3. Art. No. 1001000000. Doi: 10.1007/978-94-007-6400-6_10

CC Ovülasyon Başarısızlığı???

- Serbest Androjen İndex
- BMI
- LH
- İnsülin



Current Indication for Anovulatory Infertility (COI) Asian Survey Department of Reproductive Medicine, Leeds Teaching Hospitals, UK. ESHRE Campaign, Köln, May 2010

Gonadotropinleri Nasıl Kullanalım?

- düşük doz protokollerinde
- Sınırlı sayıda follikül gelişimi, ideali monofoliküler=tek bir follikülü 16 mm ve 12 mm den daha büyük ek bir follikül Ø
Watters H, et al. Current Database of Evidence-Based Obstetrics. 2015. Issue 3. Art. No. 1001000000. Doi: 10.1007/978-94-007-6400-6_10
- Tek canlı gebelik
Watters H, et al. Current Database of Evidence-Based Obstetrics. 2015. Issue 3. Art. No. 1001000000. Doi: 10.1007/978-94-007-6400-6_10
- Fizyolojik folliküler gelişim taklit edilmedi
Watters H, et al. Current Database of Evidence-Based Obstetrics. 2015. Issue 3. Art. No. 1001000000. Doi: 10.1007/978-94-007-6400-6_10

13 Nisan 2018, Cuma

17:30 - 17:50 : Gonadotropinleri nasıl kullanalım?

Ali Yavuzcan

- Folikül büyümesinin sürdürülmesi geçici olarak yapılmalı
- FSH'de yeterli bir **esik doz** üstünde artış sağlanmalı
- **çoklu folikül gelişimine (+)**→OHSS+çoğul gebelik riski

Wong MY, et al. Gonadotropins for ovulation induction in women with polycystic ovarian syndrome. Cochrane Database of Systematic Reviews 2015, Issue 4. Art. No: CD010462.

- foliküler fazında 10-20 antral folikül gelişir.
- Bir folikül dominant olur
- ovülasyona kadar büyümeye devam eder.
- PKOS'lu kadınlarda dominant folikül Ø
- maksimal üç foliküle kadar büyümeyi teşvik etmektedir.

Wong MY, et al. Gonadotropins for ovulation induction in women with polycystic ovarian syndrome. Cochrane Database of Systematic Reviews 2015, Issue 4. Art. No: CD010462.

- FSH içeren gonadotropinler kullanılır
- Gebelik oranları, **siklus başına % 20- % 25**
- Yüksek bir rejim, aşırı uyurım ve çoğul gebelik ve OHSS riskinde ↑
- Düşük bir FSH dozajı ile **dominant folikül gelişimi Ø ve ovülasyona Ø**

Wong MY, et al. Gonadotropins for ovulation induction in women with PCOS. Cochrane Database of Systematic Reviews 2015, Issue 4. Art.

Hangi Protokol???

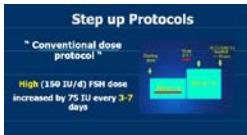
- Step-up (adım adım) protokol **tavsiye edilir**
- Konvansiyonel Step-up ø
- Siklusun 3. günü başlanır
- eşik FSH değerinin bilinmediği gonadotropin stimülasyon döngüsünde ilk adımda **en az bir 7 gün gonadotropin verilir**

Block Fermano K, et al. Micro-ovulation in women with polycystic ovary syndrome: a clinical review on ovulation induction. Shanghai Journal of Obstetrics and Gynecology 2015, Jan 2015; 35(1):61-63.

Step-up protokolü

- **Düşük başlangıç dozu** → rekombinant FSH veya yüksek derecede saflaştırılmış menotropinin (**25-37,5-50-75 IU**)
- tek bir folikülün gelişimi ile ilişkili olan **"FSH eşliğini"** belirlemek için **dozu kademeli olarak artırılır.**
- **Low Dose Step Up Protokoller**→ <75 iu başlangıç dozu

Levy Y, et al. Gonadotropin induction using low-dose step-up of Gn in Vietnamese women with polycystic ovary syndrome. Journal of Clinical Endocrinology 2009 Apr 15; 100(4):1262-1267.



Wong MY, et al. Gonadotropins for ovulation induction in women with PCOS. Cochrane Database of Systematic Reviews 2015, Issue 4. Art.

13 Nisan 2018, Cuma 17:30 - 17:50 : Gonadotropinleri nasıl kullanalım?

Ali Yavuzcan

- Yanıt alınan hastalarda eşik doz veya biraz düşüğü sonraki döngülerde başlangıç dozu olarak kullanılabilir
Hendry NG, Haines CJ, 1988. High Proliferation Capacity, 481-490.
- Yüksek BMI ve amenore bulunan hastalar oligomenoreiklere göre daha yüksek bir eşik değere sahip olabilir
Hendry NG, et al. 1988. High Proliferation Capacity, 481-490.

Siklus İptali

- ≥ 16 mm μ taneden fazla follikül olduğunda
Hendry NG, et al. 1988. High Proliferation Capacity, 481-490.
- >14 mm dörd tane ve üstü follikül bulunması
Hendry NG, et al. 1988. High Proliferation Capacity, 481-490.
- en fazla iki follikül > 14 mm
Hendry NG, et al. 1988. High Proliferation Capacity, 481-490.
- en fazla üç veya dört follikül >10 mm
Hendry NG, et al. 1988. High Proliferation Capacity, 481-490.

↓
**üç follikül >14 mm = Siklus İptali
Cinsel ilişki de yasaklanmalı**

Başka Gonadotropin Protokolleri Uygulanamaz Mı?



- Step down protokol mono-follicular gelişimde daha kötü (68.2% vs 32.0%, $P < 0.0001$).
- Hiperstimülasyon yaklaşık 7 kat daha fazla (4.7% vs. 36%)
- Total recombinant FSH dozu benzer
- Stimülasyon süresi daha kısa
Chen H, et al. 2013. Fertil Steril. 2013;99:1000-1005.

- Hızla yükselen serum E2 seviyesi
- E2 2500 pg / ml'den \uparrow
Hendry NG, et al. 1988. High Proliferation Capacity, 481-490.
- E2 1000 pg / ml \uparrow
- büyüyen folliküllerin sayısı

Hendry NG, et al. 1988. High Proliferation Capacity, 481-490.

Zamanlanmış ilişki vs. İUİ???

- erkek faktörü \emptyset
- ovulasyon indüksiyonundan sonra
- Zamanlanmış cinsel ilişkiden ziyade İUİ uygun bir yaklaşımdır
Hendry NG, et al. 1988. High Proliferation Capacity, 481-490.
- Zamanlanmış cinsel ilişkiye göre İUİ ile gebelik oranı artmaz
Hendry NG, et al. 1988. High Proliferation Capacity, 481-490.

Yeterli Çalışma \emptyset ve Metaanaliz \emptyset

Hangi Tip Gonadotropin

1. rFSH vs triner gonadotropinler (HMG, FSH-P, FSH-HP)
2. FSH-HP vs FSH-P
3. HMG/HP-HMG vs FSHP/FSH-HP
- Ovulasyon indüksiyonu+İUİ yapılmış
- CC, metformin, LH veya letrozole kullanımları dahil edilmemiştir
Hendry NG, et al. 1988. High Proliferation Capacity, 481-490.

13 Nisan 2018, Cuma 17:30 - 17:50 : Gonadotropinleri nasıl kullanalım?

Ali Yavuzcan

- 1. canlı doğum oranı
- 2. ovaryan hiperstimülasyon sendromu (OHSS) insidansı
- 3. gebelik oranı
- 4. abort oranı
- 5. çoğul gebelik insidansı
- 6. total gonadotropin dozu (IU)
- 7. toplam stimülasyon süresi

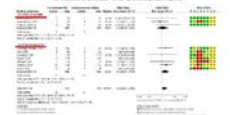
Winters NS, Nahata M, Bayraktar MZ, Divil V, van der Vaan F, van Wely M. Gonadotropin for ovulation induction in assisted reproductive techniques. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2015, Issue 9. Art. No. CD010286.DOI: 10.1002/14651858.CD010286.pub2



- Üriner FSH kullanımı % 16 vs rFSH % 13 ile% 26
- Canlı doğum oranı açısından bir fark Ø

Winters NS, et al. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2015, Issue 9. Art. No. CD010286.DOI: 10.1002/14651858.CD010286.pub2

Figure 1. Forest plot of gonadotropin for ovulation induction in assisted reproductive techniques. Live birth rate



- Üriner FSH kullanımı 2.2% vs rFSH 1.2% and 5.2%.
- OHSS açısından bir fark Ø

Winters NS, et al. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2015, Issue 9. Art. No. CD010286.DOI: 10.1002/14651858.CD010286.pub2

Analysis 1.8. Gonadotropin for ovulation induction in assisted reproductive techniques. Live birth rate



- Klinik gebelik açısından fark Ø (OR 1.08, 95% CI 0.87 to 1.39; 8 RCTs, n = 1330)

Winters NS, et al. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2015, Issue 9. Art. No. CD010286.DOI: 10.1002/14651858.CD010286.pub2



- Abortus oranları açısından fark Ø (OR 1.22, 95% CI 0.69 to 2.15; 7 RCTs, n = 970)
- OHSS açısından fark Ø

Winters NS, et al. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2015, Issue 9. Art. No. CD010286.DOI: 10.1002/14651858.CD010286.pub2



- Çoğul gebelik açısından fark Ø (OR 0.86, 95% CI 0.44 to 1.65; 8 RCTs, n = 1368)

Winters NS, et al. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2015, Issue 9. Art. No. CD010286.DOI: 10.1002/14651858.CD010286.pub2

13 Nisan 2018, Cuma 17:30 - 17:50 : Gonadotropinleri nasıl kullanalım?

Ali Yavuzcan

- total gonadotropin dozu benzer (MD -127 IU, 95% CI -258 to 3.26)
- total stimulation süresi anlamlı fark \emptyset (MD -0.80 days, 95% CI -1.66 to 0.05)
- Weiss NS, Nahata AT, Bagheri M, Van der Veen F, van Wely M. Gonadotropins for ovulation induction in women with polycystic ovarian syndrome. Cochrane Database of Systematic Reviews 2016, Issue 6. Art. No.: CD010290. DOI: 10.1002/14651858.CD010290.pub2

NUMBER OF FEMALE FOR THE MAIN COMPARISON (continued)

Comparison	Outcome	MD	95% CI	MD	95% CI
Total gonadotropin dose (IU)	MD	-127	-258 to 3.26		
	95% CI				
Total stimulation duration (days)	MD	-0.80	-1.66 to 0.05		
	95% CI				

Comparison	Outcome	MD	95% CI	MD	95% CI
Total gonadotropin dose (IU)	MD	-127	-258 to 3.26		
	95% CI				
Total stimulation duration (days)	MD	-0.80	-1.66 to 0.05		
	95% CI				

Gonadotropinlerle birlikte Metformin

- düşük kaliteli RCT (+)
- gebelik oranı \uparrow (OR 2.25; % 95 CI 1.50 ila 3.38)
- LBR \uparrow (OR 1.94; % 95 CI 1.10 ila 3.44)
- risk of OHSS \downarrow

Pattana S, et al. Reprod Biol Endocrinol. 2014 Jan 31;12:1. doi: 10.1186/1477-7821-12-1. Review.

Pattana S, et al. BJOG 2013;120:207-16.

Gonadotropin±GnRH analogları

- Rat deneylerine göre
- GnRH overde üretilen steroid reseptörü ekspresyonu modifiye edebilir
- LH yanıtını \uparrow
- Ovülasyonu sağlayabilir

- düşük doz GnRH-Agonist
- ovarian LH reseptör ekspresyonu restore (+) / Ovulasyon (+) / corpus luteum oluşumunu (+)
- GnRH-Antagonist
- Ovulasyona (+)/LH reseptörünün ekspresyonu restore (-)

13 Nisan 2018, Cuma

17:30 - 17:50 : Gonadotropinleri nasıl kullanalım?

Ali Yavuzcan

- GnRH agonistleri uygulandıktan bir **alevlendirici etkisi** mevcuttur ve bu dönemde dolaşımında **artmış FSH ve LH seviyeleri** tespit edilmektedir.
- Bu durum birçok follikülün eşik **FSH değerini** aşış gelişimine neden olabilir.
- GnRH antagonistleri bazı çalışmalarda kullanılmıştır.

- GnRH antagonisti (Ganirelix 0,25 mg, ≥ 14 mm follikül) ile monofoliküler gelişim \uparrow
- Premature luteinizasyon \downarrow
- siklus iptali \downarrow
- Gebelik oranı artışı \uparrow
- Maliyet \uparrow

Özdemir, Kızılcık, et al. Fertil and Steril, 2010; 93: 1165-1170

Effectiveness of GnRH Antagonist in the Management of Superfertil Couples Undergoing Controlled Ovarian Stimulation and Intrauterine Insemination: A Meta-Analysis

Hasan Cengizler MD, Recep Bayrak, Fuat K. Kayaalp, Mustafa

Abstract
Background: Superfertil couples have a high rate of gonadotropin-releasing hormone agonist (GnRH-a) use during controlled ovarian stimulation (COS) and intrauterine insemination (IUI). The aim of this study was to evaluate the effectiveness of GnRH antagonist in the management of superfertil couples undergoing COS and IUI. Methods: We conducted a meta-analysis of randomized controlled trials (RCTs) comparing the effectiveness of GnRH antagonist and GnRH-a in the management of superfertil couples undergoing COS and IUI. Results: The meta-analysis included 10 RCTs with a total of 1000 couples. The results showed that the use of GnRH antagonist was significantly more effective than GnRH-a in the management of superfertil couples undergoing COS and IUI. Conclusion: The use of GnRH antagonist is more effective than GnRH-a in the management of superfertil couples undergoing COS and IUI.

ONCOLOGICAL
Endocrinology
informa
Healthcare

Effect of gonadotropin-releasing hormone antagonists on intruterine insemination cycles in women with polycystic ovary syndrome: a meta-analysis

Hasan Cengizler, Mustafa Bayrak, Fuat K. Kayaalp, Mustafa

Journal of Endocrinology, 2018; 196: 1-10

The management of ovulatory infertility in women with polycystic ovary syndrome: an analysis of the evidence to support the development of global WHO guidance

Abstract
Background: Polycystic ovary syndrome (PCOS) is a common endocrine disorder affecting women of reproductive age. It is characterized by irregular or absent periods, excess androgen production, and enlarged ovaries. The aim of this study was to evaluate the effectiveness of various treatments for ovulatory infertility in women with PCOS. Methods: We conducted a meta-analysis of randomized controlled trials (RCTs) comparing the effectiveness of various treatments for ovulatory infertility in women with PCOS. Results: The meta-analysis included 10 RCTs with a total of 1000 women. The results showed that the use of gonadotropin-releasing hormone agonist (GnRH-a) was significantly more effective than other treatments in the management of ovulatory infertility in women with PCOS. Conclusion: The use of GnRH-a is more effective than other treatments in the management of ovulatory infertility in women with PCOS.



Karadeniz Jinekoloji ve Obstetrik Kongresi

Sheraton Otel, Samsun

12 - 15 Nisan 2018



Destekleriyle..

14 Nisan 2018, Cumartesi

09:40 - 10:00 : 1. Trimester USG de yeni ne var?

Özgür Koçak

Amaç: Artan teknolojik gelişmeler ile beraber gelişen ultrason cihazları ile birlikte erken dönemde yapılan ultrason ile fetus ve anne hakkında daha detaylı bilgiler elde edinmeye başlanmış, bu nedenle erken dönemde yapılan ultrasonun önemi artmış ve bu dönemde yapılan ultrason ile ilgili birçok yeni gelişmeler yaşanmıştır. Erken evre denilince akla 1. Trimester gelir. İlk 13⁶ gün kadar olan zaman 1.trimester olarak adlandırılır ve ilk 10 hafta embriyonik dönemdir. 10⁺'dan itibaren fetal dönemdir. Amerikan jinekoloji ve obstetri derneği ve Amerikan radyoloji derneklerine göre aşağıdaki nedenlerle 1. trimesterde ultrason yapılır: intrauterin gebeliğin teyiti için, ektopik gebelik şüphesi var ise, vajinal kanamayı ve pelvik ağrıyı değerlendirmek için, gestasyonel yaşı tespit etmek için, çoğul gebeliklerin teşhisi ve değerlendirilmesi için, kardiyak aktiviteyi saptamak için, koryon villüs biyopsisi almak veya intrauterin aracı değerlendirmek veya çıkarmak için, riskli hastalarda fetal anomalileri saptamak için, pelvik ve adneksiyal kitleleri değerlendirmek için, anöploidi taraması için ve mol hidatiform şüphesi var ise.

Yöntem: Birinci trimester ultrason değerlendirmesinin sebepleri, yöntemleri ve olası tanılar Pubmed, Google Scholar, Cochrane derleme dizinleri kullanılarak araştırılmış ve tartışılmıştır. **Bulgular:** Transvajinal ultrasonda ortalama kese çapı (MSD) 2-3 mm iken gebelik kesesi görünür. MSD büyüme hızı ortalama 1,13 mm/ gündür. Sağlıksız gebelikte MSD günde 0.7mm 'den daha yavaş büyür. Kimyasal olarak gebelik tanısı almış bir kadında US'de izlenen intrauterin kistik yapının gestasyonel kese olma olasılığı %99,5; yalancı kese olma olasılığı %0,5'tir. Intrauterin kavitede izlenen kistik yapı aksi ispat edilene kadar gebelik lehine kabul edilmeli stabil hastada kesin tanı için beta HCG ve US takibi yapılmalıdır. Yolk salk transvajinal ultrason ile MSD 5 mm iken ilk defa izlenir. 8 mm iken kesinlikle izlenmelidir. Abdominal USG ile MSD 20 mm iken izlenmelidir. En büyük boyuta 10. haftada ulaşır ve en fazla 6 mm olarak izlenir. Transvajinal US'de MSD>20 mm ve yolk kesesi izlenmiyor veya MSD>25 mm ve embriyo izlenmiyorsa anembriyonik gebelik tanısı konmalıdır. Gestasyonel kese embriyoya göre küçükse (MSD ile CRL arasındaki fark<5 mm) prognoz kötüdür. Embriyo transvajinal olarak 1-2 mm uzunluğundayken yaklaşık 6. haftada görünür hale gelir. CRL 0,7 mm/ gün hızla büyür. Embriyo>7 mm olduğu zaman kardiyak aktivite mutlaka izlenmelidir. Bradikardi(5-7. haftalarda<100/dk atım) kötü prognoz göstergesi olup gebelik kaybıyla ilişkilendirilmektedir. Ancak bu bulgu kesin tanı koymak için kullanılmaz, takip gerektirir. 7-10 gün sonra kontrol US



Karadeniz Jinekoloji ve Obstetrik Kongresi

Sheraton Otel, Samsun

12 - 15 Nisan 2018



Destekleriyle...

14 Nisan 2018, Cumartesi

09:40 - 10:00 : 1. Trimester USG de yeni ne var?

Özgür Koçak

yapılmalıdır. Gestasyonel yaşı belirlemenin en güvenilir yolu 1. trimesterde CRL ölçümüdür. Nedeni bu dönemde biyolojik varyasyonların etkisinin çok düşük olmasıdır. Ölçülebilir CRL yoksa gestasyonel yaş tayininde ortalama kese çapı (MSD) kullanılır. Anteroposterior, transvers ve kraniokaudal çapları ölçülür. Bu 3 ölçümün ortalaması alınarak MSD belirlenir. Ölçüme sadece sıvı kısmı dahil edilir. Gebeliklerin %4'ünde bir veya daha fazla anomali %2'sinde fetal genetik bozukluk tespit edilmektedir. Nukkal Translusensi (NT) kromozomal anomalilerin en güçlü işaretidir ve trizomi 21 arasındaki ilişki ilk olarak 1990 yılında tanımlanmıştır. Kromozomal bozukluk ve fetal anomali riski NT'nin görünümüne değil kalınlığına bağlıdır. NT ikinci trimesterde ölçülen nukkal kalınlıktan farklı bir kavramdır. Nukkal kalınlık oksipital kemik ile cilt çizgisi arasındaki mesafedir ve kistik bir görünümü yoktur. Nukkal kalınlık 2. trimesterde 15-22. haftalarda, NT 1. trimesterde 11-13⁺⁶ haftada ölçülür. Aynı bulgunun iki farklı periyotta görülen yansımaları olmayıp risk belirlemede birbirinden bağımsız işaretlerdir. Optimal ölçüm zamanı 11-13⁺⁶ haftadır (CRL: 45-84 mm). Fetüs midsagittal planda olmalı, fetüs görüntü alanının %50'den fazlasını doldurmalıdır. Ölçüm eğer fetus hiperektansiyonda iken yapılırsa 0.6 mm artabilir, hiperfleksiyonda ise 0.4 mm azalabilir. Kromozomal anomali riski NT artışıyla artar. Normal NT kromozomal anomali riskini düşürür. Sadece anne yaşı ile kombine edildiğinde %5 yanlış pozitiflik oranıyla trizomi 21,13 ve 18 tespit oranı %75 Monozomi X (Turner Sendromu) tespit oranı %90 Triploidi tespit oranı %60'dır. NT 3,5 mm olana kadar fetal kayıp riskinde istatistiksel olarak anlamlı artış yoktur. Majör yapısal anomali riski de NT 3,5 mm olana kadar istatistiksel anlamlı artış göstermez. NT \geq 3,5 mm fetüslerde özellikle bazı yapısal anomaliler açısından dikkatli olunmalıdır. NT, CRL ile paralel olarak doğal bir artış gösterir. 95 persantil üzerinde olduğu zaman anormaldir; CRL 45 mm olduğunda 95 persantil 2 mm iken CRL 84 mm iken 95 persantil 2,8 mm'dir. 3,5 mm gestasyonel yaştan bağımsız olarak her zaman 99 persantildedir. NT 3.5 mm'den fazla izlenirse birçok yapısal anomali için risk faktörü artar. NT artmış olarak saptanır ise; NT tarama testidir NT artışı olguların yaklaşık %50'sinde takip incelemelerde geriler veya normale döner. Koryon villus biyopsisi (<14 hafta), amniyosentez (>16 hafta) veya NIPT testlerinden birini içeren genetik test önerilmeli ve yakın takibe alınmalıdır. 3. trimesterde 4'lü tarama testi önerilmelidir. Yapısal anomali riski de olduğu için hem 1. trimesterde hem de 18-22. haftada ayrıntılı fetal anatomik değerlendirme yapılmalıdır. Eğer 4'lü test normal, 18-22. haftada anatomik değerlendirme normal ve fetal ekokardiyografi de normale gebeye fetüsün %95 olasılıkla normal olduğu söylenebilir. NT>3,5 mm ise fetal ekokardiyografi yapılmalıdır. Kromozomal olarak normal, kardiyak defekti



Karadeniz Jinekoloji ve Obstetrik Kongresi

Sheraton Otel, Samsun

12 - 15 Nisan 2018



Destekleriyle..

14 Nisan 2018, Cumartesi

09:40 - 10:00 : 1. Trimester USG de yeni ne var?

Özgür Koçak

mevcut fetüslerin %40'ında NT 95 persantil üzerindedir. $NT \geq 5,5$ mm olan fetüslerde kardiyak defekt oranı %12,5 bulunmuştur. Nazal kemik; öploid bireyler ile trizomi 21'li bireyler arasında önemli farklıdır. Bu durum prenatal dönemde de geçerlidir. Trisomi 21'de %30-40 arasında normal fetuslarda %0,3-0,7 arasında izlenmez. Birinci trimesterde yapılan ultrasonda nazal kemiğin var olması veya olmamasına bakılır boyutu ölçülmez. Duktus venozus, umbilikal venden gelen oksijenden zengin kanın kalbe ulaşmasını, foramen ovale yolu ile sol atriuma geçtikten sonra koroner ve serebral dolaşıma gitmesini sağlayan özel bir şanttır. Duktus venozus kan akımının karakteristik bir dalga formu mevcuttur. Ventriküler sistolde (S dalgası) ve diyastolde (D dalgası) yüksek hızlı akım izlenirken atriyal kontraksiyon esnasında akım hızında ani bir düşüş olur ki bu a dalgasına karşılık gelir. Ancak bu ani düşüş aşamasında da akım öne doğru olmaktadır. Eğer öne doğru akım tamamen kesilir veya a dalgası ters dönerse akım formu anormal kabul edilir, 11. haftadan itibaren ters a dalgası her zaman patolojiktir. Anormal duktus venozus akımı kromozomal anomalilerin, kardiyak defektler ve olumsuz gebelik sonuçları ile ilişkilendirilmektedir. Toplam 6 çalışmanın kombine verisine göre kromozomal anomalili fetüslerde (tipi ayırılmadan) anormal duktus venozus dalga formu izlenme oranı %74 bulunmuştur. Triküspit kapakta regürjitan akım kromozomal anomalili fetüslerde anlamlı düzeyde yüksek oranda izlenmektedir. Trizomi 21'de bu oran %74 iken normal fetüslerde %7'dir. Ultrasonografide fetal mesane 11. haftada %80, 13. haftada ise tüm olgularda görülür. Bu gebelik haftalarında mesanenin uzunluğu 6 mm'nin altındadır. Fetal megasistis birinci trimesterde uzunlama mesane boyunun 7 mm veya üzerinde olması ile tanımlanır. Gebeliklerin 1/1.500'ünde görülür. Mesanenin uzunlama çapı 7-15 mm arasında ise başta trizomi 13 ve 18 olmak üzere kromozomal defekt olma sıklığı yaklaşık %20 dir. Kromozomal olarak normal olan gruptaki olguların %90'ında megasistis kendiliğinden kaybolur. Frontomaksiller Fasiyal Açık 85 dereceden büyük saptanırsa normal fetuslarda bu oran sadece %5'dir. Aberran Sağ Subklavian Arter (ARSA) Down sendromlu fetusta ortalama % 23.6 normal popülasyonda % 1 oranında saptanır. ARSA birinci trimester ultrasonda % 82.4-85.3, ikinci trimester ultrasonda % 95.4-100 tespit edilebilir. Birinci trimesterde henüz embriyo/fetüs yeterince büyümediği için anatomik detayı değerlendirmek zordur. Uluslararası Obstetrik ve Jinekolojik Ultrason Topluluğu'nun 2013'te yayınladığı kılavuzda 1.trimester ultrasonda gros fetal anomalileri tespit etmeye yönelik anatomik değerlendirmenin de yapılması önerilmektedir. Majör anomali tespitine yönelik 1. trimester US'nin 11-14 hafta arasında yapılması, anatomik değerlendirmeye



Karadeniz Jinekoloji ve Obstetrik Kongresi

Sheraton Otel, Samsun

12 - 15 Nisan 2018



Destekleriyle..

14 Nisan 2018, Cumartesi

09:40 - 10:00 : 1. Trimester USG de yeni ne var?

Özgür Koçak

fetal kraniyum, yüz, omurga, toraks, kalp, abdomen, abdominal duvar, ekstremiteler, plasenta ve kordun dahil edilmesi önerilmektedir. Kraniyal malformasyonların %80'ine ilk trimesterde tanı konabilir. 2015 yılında yapılan bir Cochrane derlemesinde birinci trimester ultrason yapılan ve yapılmayan gruplar arasında perinatal ölüm açısından, gebelik haftasına göre küçük fetüs doğum oranı açısından, ortalama doğum ağırlığı açısından, 5. Dakikada 7'den küçük APGAR skorlu yenidoğan açısından, yenidoğan yoğun bakıma yatan yenidoğan açısından gruplar arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır. Ultrason yapılan grupta postterm gebelik saptanama oranının daha fazla olduğu ve daha fazla indüksiyon yapıldığı raporlanmıştır.

Sonuç: 1.Trimester ultrason transvajinal ve transabdominal yapılabilir. Uterus, serviks, adneksler mutlaka değerlendirilmelidir. Intrauterin kese veya embriyo izlenmesi durumunda boyutu, lokalizasyonu, günlemesi yapılmalıdır. Kimyasal gebelik saptandı ve intauterin kistik yapı izleniyor ise aksi ispat edilene kadar gebe kabul edilmelidir. CRL halen gestasyonel yaş tayininde en iyi parametredir. 1. Trimester ultrasonu ile yüksek oranda majör anomali saptanabilir.

Anahtar Kelimeler: Birinci trimester ultrason, fetal anomali, CRL, anöplodi

Key Words: First trimester ultrasound, fetal anomaly, CRL, aneuploidy



Karadeniz Jinekoloji ve Obstetrik Kongresi

Sheraton Otel, Samsun

12 - 15 Nisan 2018



Destekleriyle..

14 Nisan 2018, Cumartesi

11:05 - 11:25 : Fetal Kardiyak Değerlendirmede Ne durumdayız?

Emine Karanfil Arslan

Amaç: Konjenital kalp hastalıkları %0.8 sıklıkta görülür . Kromozom anomalilerinin 6, nöral tüp defektlerinin 4 katı sıklıkta görülmektedir. İnfant ölümlerini en sık nedenidir. Bu anomalilerin % 20-25'i doğum sonrası acil müdahale gerektirmektedir. İntrauterin tanı konulması; prognoz hakkında bilgi sahibi olma, doğum öncesi veya sonrası tedavi seçeneklerinin belirlenmesi, aileler için en uygun yönetim yaklaşımıyla ilgili kararlara varmak, doğum sırasında dikkat edilmesi gereken hususların belirlenmesi, neonatal sonuçlarda iyileşme sağlanması, ciddi asidoz gibi neonatal morbidite durumlarında azalma sağlanması, duktus arteriozusun açık olması gereken durumlarda erken postnatal müdahale, transkatater girişim gereken durumlarda hazırlıklı bulunmak, tam kalp bloğuna hızlı müdahale ve gereken durumlarda intrauterin müdahale gibi imkanları sağladığından son derece önemlidir. Sunumda, fetal kardiyak değerlendirmenin önemli noktaları ve bu konudaki yeni gelişmelerin tartışılması amaçlanmıştır.
Yöntem:Fetal kardiyak değerlendirme hakkındaki bilgiler; Uptodate, Pubmed, ISUOG, TRD, verilerinden derlendi.

Bulgular: Fetal kalbin USG ile değerlendirmesinin tam ve doğru yapılabilmesi için öncelikle normal morfoloji fetal kalp ile ilişkil damarlardaki doppler dalga formları ve akım yönlerinin anlaşılması gerekmektedir. Kalp değerlendirilirken öncelikle fetüsün sağ-sol tarafları belirlenip, kalbin pozisyonu, aks ve situs değerlendirilmelidir. Temel ve genişletilmiş kardiyak değerlendirme için aksiyal planlar yeterlidir. Taramaya fetal abdomenden başlanmalıdır. Abdominal kesitte mide ve aortanın solda , inferior vena kavanın sağda olduğu, kalbin mideyle aynı tarafta ve solda olduğu gösterilmelidir. Yagel'in transvers tarama tekniği ile prob sefalik yönde açılarak sırasıyla, 4 odacık, 5 odacık, sol ventrikül çıkış yolu, sağ ventrikül çıkış yolu, 3 damar, 3 damar-trake görüntüleri değerlendirilmelidir. Kalbin toraksın 1/3'ünü kapladığı, aksın sola doğru 45 ±20 olduğu,regüler kalp ritmi olduğu, perikardiyal efüzyon olmadığı gösterildikten sonra 4 odacık kesiti değerlendirilmelidir. Bu kesitte, ventriküller, atriyumlar, perikard, myokard, papiller kaslar, moderatör bant, interventriküler ve interatriyal septum, foramen ovale, atriyoventriküler kapaklar, koroner sinus ve pulmoner ven drenajının ve kalp kontraktilesi ile kardiyotorasik indeksin (kalp alanı/toraks alanı) değerlendirilebilmesi gerekmektedir. Transdüser kraniale açılmaya devam ederse, aorta kapağı ve çıkan aortun görüntülenebildiği 5 odacık görüntüsü elde edilir. Sadece 4 odacık görüntüsü ile kalp anomalisi yakalama şansı %30-40'tır. 4 odacık görüntüsü Odacık sayısını etkilemeyen büyük arter anomalileri, progresif KKH, inrauterin tespit edilemeyen KKH durumlarında yetersiz olabilir. Sonraki kesitte, LVOT değerlendirilir. Bu kesitte sol ventrikülden çıkan büyük damarlar,



Karadeniz Jinekoloji ve Obstetrik Kongresi

Sheraton Otel, Samsun

12 - 15 Nisan 2018



Destekleriyle...

14 Nisan 2018, Cumartesi

11:05 - 11:25 : Fetal Kardiyak Değerlendirmede Ne durumdayız?

Emine Karanfil Arslan

ventriküler septumun ve septal yapının aort ön duvarı ile devamlı olduğu, aort kapağının serbest hareketi ve kalınlaşmamış olduğu gösterilmelidir. Bundan sonraki kesit RVOT'tir. Burda da sağ ventrikülden çıkan büyük damarlar görülmelidir. Pulmoner arterin aort kökünden genelde daha geniş olduğu, orijininin hemen üzerinde çıkan aortu çarpazladığı, orijin aldıktan kısa süre sonra dallara ayrıldığı, pulmoner kapağının serbest hareketi ve kalınlaşmamış olduğu gösterilmelidir. Kraniale doğru açlandırmaya devam edilerek soldan sağa, önden arkaya, büyükten küçüğe doğru pulmoner arter, aorta ve superior vena kavanın görüldüğü 3 damar görünümü elde edilir. Normal 4 odacık görüntüsü olduğu halde anormal 3V bulgusu TGA, TOF, pulmoner atrezi gibi konjenital kalp hastalıklarının tespiti için bu kesit önemlidir. 3V görüntüsünden biraz daha sefalik yöne transvers kesit alındığında transvers aortik ark ortaya çıkar. Transduserin transvers aortik ark üzerinde iken hafif açlandırılması ile aynı anda aortik ark ve ductus arteriosus izlenebilir. Trakea sıvı dolu bir alanı çeviren hiperekojenik bir halka olarak görülür. Kraniale doğru açlandırmaya devam edilerek arkus aorta ve duktus arteriozusun inen aorta ile buluşmasından oluşan ve trakea kesitinin hemen önünde yer alan "V" görünümü elde edilir. 4 odacık, 3 damar, 3 damar trake görüntüsü; pulmoner stenoz, aort koarktasyonu, ventriküler hipoplazi gibi ilerleyici kalp hastalıkları ile izole ASD, küçük VSD, patent foramen ovale ve patent duktus arteriozus gibi durumlarda yetersiz olabilir. 4 odacık ve büyük damarların görüntüsü ile kalp anomalisi yakalama şansı %70'e yükselmiştir. Rehberlerde rutin kalp değerlendirmesinde doppler kullanımı zorunlu değildir. Maternal, fetal, familyal endikasyonlarla fetal ekokardiyografi endikasyonu konmalıdır. Fetal ekokardiyografinin bileşenleri; 2 boyutlu görüntüleme, ritmin değerlendirilmesi, color flow map görüntüleme, pulsed doppler inceleme, continuous wave doppler, ventriküler fonksiyon parametrelerinin değerlendirilmesidir. Fetal ekokardiyografinin genel sensitivitesi %68,5, spesifitesi %99,8dir. Fetal kardiyak değerlendirmede günümüzde kısıtlı kullanımı olan ancak gelecek vaad eden görüntüleme yöntemleri 3D-4D ekokardiyografi, doku doppler, strain and strain rate görüntüleme, fetal elektrokardiyografi, fetal magnetokardiyografi ve kardiyovasküler MRI olarak sayılabilir.

Sonuç: Fetal kardiyak değerlendirme; KKH yaygınlığı ve infant ölümlerindeki yüksek payı düşünüldüğünde obstetrikle ilgilenen bütün sağlık çalışanlarının üzerine eğilmesi gereken bir konudur.

Anahtar Kelimeler: Konjenital kalp hastalığı (KKH), 4 odacık, 5 odacık, sol ventrikül çıkış yolu (LVOT), sağ ventrikül çıkış yolu (RVOT), fetal ekokardiyografi

14 Nisan 2018, Cumartesi
11:25 - 11:45 : Plasentayı ihmal etmeyelim...
Engin Yıldırım



PLASENTAYI İHMAL ETMEYELİM
Dr. Engin Yıldırım
Hitit Üniversitesi Tıp Fakültesi

PLASENTAYI İHMAL ETMEYELİM

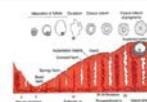
- Obstetrik ultrasonografi (US) incelemesi denildiğinde, genelde akla gelen fetus gelişiminin ve anomalilerinin değerlendirilmesidir.
- Oysa fetüsün ekleri ve serviksini değerlendirilmesi de gebeliğin sağlıklı devamı ve fetus ile anne sağlığı açısından önemlidir.
- Plasentanın ve onun devamı olan umbilikal kordun, amniyon sıvısı ve maternal serviksini değerlendirilmesi de bu incelemeye eklenmelidir.

PLASENTAYI İHMAL ETMEYELİM

- Plazenta fetal ve maternal bileşenlerden oluşur.
- Blastokistin endometrial kaviteye implantasyonu ile plazenta gelişimi başlar.
- Embriyoblasttan embriyo, amniyon, yolk kesesi ve allantoys gelişirken, trofoblastlar plasentayı oluştururlar.

Plasentasyon

- Plazenta embriyolojik hayata oluşmasına başlayan, hem fetus hem de anneye ilettişimi olan ORGAN.
- Trofoblastik hCG sekresyonu gebeliği kurtaran Plasental gelişimin yapıtaşdır.
- Plazenta bazen fetus ve bazen anne için kalkan görevi görür.

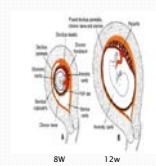


Shoukri SG. 2011. Baza. Jinekolojik servisi ve ultrasonografi. Samsun: 14. s. 14-16.

Ladewig's Medical Dictionary, 8th ed., 76. Jinekolojik servisi ve ultrasonografi. Samsun: 14. s. 14-16.

Plasentasyon

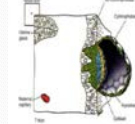
- İmplantasyon sonrasında trofoblastik E ve Prog yaygın desidualizasyona neden olur.
- Fetoplazental sirkülasyon başlamadan önce desidual reaksiyon Blastokistin esas besin kaynağıdır.
- Aynı zamanda Desidualizasyon Embriyo reaksiyonu ve aşırı trofoblastik invazyonu önler.



Ladewig's Medical Dictionary, 8th ed., 76. Jinekolojik servisi ve ultrasonografi. Samsun: 14. s. 14-16.

Plasentasyon

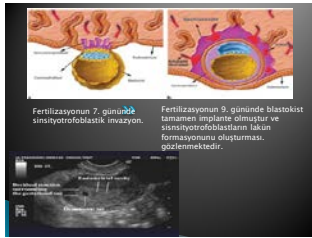
- İmplantasyon ardından embriyonik kutup mitotik hale geçer.
- Trofoektoderm sinsiyo trofoblast ve sinitro trofoblast tabakalarını oluşturur.
- Sinsiyo trofoblastlar endometrial gland ve damarları erode ederek lakuner ilettişimi başlatır-plasental intervillöz alan.
- Sinitro trofoblastlar ise villosu gelişim için temel hücre basamağı haline gelirler.



Shoukri SG. 2011. Baza. Jinekolojik servisi ve ultrasonografi. Samsun: 14. s. 14-16.

Ladewig's Medical Dictionary, 8th ed., 76. Jinekolojik servisi ve ultrasonografi. Samsun: 14. s. 14-16.

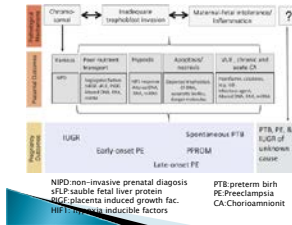
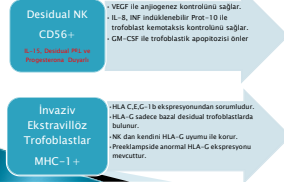
14 Nisan 2018, Cumartesi
11:25 - 11:45 : Plasentayı ihmal etmeyelim...
Engin Yıldırım



Plasental Mikroçevre Değişimleri

- Semialojenik fetal grafitin neden rejeksiyona uğradığını anlamak için birçok hipotez öne sürülmüştür.
 - Desidual NK hücreleri
 - Desidual stromal hücreler
 - Desidual invaziv trofoblastlar
- Immün Tolerans**
- Trofoblastlar maternal dokularla direkt ilişkili olan fetal hücre grubudur.
 - Trofoblastik proliferasyon Desidual NK hücrelerine kontrol edilmektedir.

Plasental Mikroçevre Değişimleri



Plasental Mikroçevre ve Preeklampsisi

Gen	Ekspresyon
ANGPT1	↓
ANGPT2	↑
ANGPT3	↑
ANGPT4	↑
ANGPT5	↑
ANGPT6	↑
ANGPT7	↑
ANGPT8	↑
ANGPT9	↑
ANGPT10	↑
ANGPT11	↑
ANGPT12	↑
ANGPT13	↑
ANGPT14	↑
ANGPT15	↑
ANGPT16	↑
ANGPT17	↑
ANGPT18	↑
ANGPT19	↑
ANGPT20	↑
ANGPT21	↑
ANGPT22	↑
ANGPT23	↑
ANGPT24	↑
ANGPT25	↑
ANGPT26	↑
ANGPT27	↑
ANGPT28	↑
ANGPT29	↑
ANGPT30	↑
ANGPT31	↑
ANGPT32	↑
ANGPT33	↑
ANGPT34	↑
ANGPT35	↑
ANGPT36	↑
ANGPT37	↑
ANGPT38	↑
ANGPT39	↑
ANGPT40	↑
ANGPT41	↑
ANGPT42	↑
ANGPT43	↑
ANGPT44	↑
ANGPT45	↑
ANGPT46	↑
ANGPT47	↑
ANGPT48	↑
ANGPT49	↑
ANGPT50	↑
ANGPT51	↑
ANGPT52	↑
ANGPT53	↑
ANGPT54	↑
ANGPT55	↑
ANGPT56	↑
ANGPT57	↑
ANGPT58	↑
ANGPT59	↑
ANGPT60	↑
ANGPT61	↑
ANGPT62	↑
ANGPT63	↑
ANGPT64	↑
ANGPT65	↑
ANGPT66	↑
ANGPT67	↑
ANGPT68	↑
ANGPT69	↑
ANGPT70	↑
ANGPT71	↑
ANGPT72	↑
ANGPT73	↑
ANGPT74	↑
ANGPT75	↑
ANGPT76	↑
ANGPT77	↑
ANGPT78	↑
ANGPT79	↑
ANGPT80	↑
ANGPT81	↑
ANGPT82	↑
ANGPT83	↑
ANGPT84	↑
ANGPT85	↑
ANGPT86	↑
ANGPT87	↑
ANGPT88	↑
ANGPT89	↑
ANGPT90	↑
ANGPT91	↑
ANGPT92	↑
ANGPT93	↑
ANGPT94	↑
ANGPT95	↑
ANGPT96	↑
ANGPT97	↑
ANGPT98	↑
ANGPT99	↑
ANGPT100	↑

• Vasküler ve anjiyogenik faktörlerin ekspresyonunun bozulması ile preeklampsisi oluşmaktadır.

• Soluble VEGF (sVEGF) ve TGF-β1 seviyelerinde artış.

• PLGF ↓

• Soluble PL için aortofoblastik gen ekspresyonu olduğundan H8 saat sonra ölçümleri yapılabilir.

2017

Unfractionated heparin and placental pathology in high-risk pregnancies: Secondary analysis of a pilot randomized controlled trial

B. D'Souza¹, S. Nourizadeh², M. Walker³, S. Devito⁴, J. Klumper⁵

- Daha önce preterm ve IUGR öyküsü olan
- Anormal plasental morfolojik görüntüsü olan
- Uterin arter kan akımı bozukluğu olan,
- Periferik kanda fetal aneuploidi bulgusu olan,

22 gebeye 75000 IUUF heparin uygulaması başlanmıştır.

- Maternal uterin arterde düzelleme YOK
- Plasental USC morfolojisinde düzelleme YOK
- Histopatolojik bulgularda düzelleme YOK

14 Nisan 2018, Cumartesi
11:25 - 11:45 : Plasentayı ihmal etmeyelim...
Engin Yıldırım

Plasental Görüntüleme

- Koryonik kese büyüdüğüce villus sayısı artıp koryon frondozum gelişir.
- Implantasyondan sonraki 5. haftada TVUSG ile koryonik halka seçilebilir.
- 12. gebelik haftasından sonra amnion ile koryon birleşir. Fetoplasental akım başlar.
- Desisua kapsüllaris villuslar dejeneris olurken desisua bazalis villuslar proliferasyona devam eder.



12 W İNTERVİLLÖZ AKIM

Çeliker PE. Ultrasonografiyle desisua ve fetal koryonun. Plazantoloji, 2A. İstanbul, 2002.

Plasental Görüntüleme

- Gebeliğin 15. haftasında retroplasental hipoekojen alan görülebilir.
- Hipoekoik alan desisua, myometrium ve uterin damarlarından oluşur, 1-2 cm kalınlığındadır.
- Plasentanın fetal yüzüne koryonik plak denirken, maternal yüzüne bazal plak ismi verilir.



Serra G, Lando TA, Figen G. 24. gebelik haftasında retroplasental hipoekoik alan. Jinekoloji ve Obstetrik, 2007; 24: 215.

Phoenogen placenta Cl: santral plasental insersiyon. Hipoekoik retroplasental alan.

PLASENTA BOYUTU

- Plasenta kalınlığı: santral plak çevresinden ölçülmelidir.
- Normal kalınlık 2-4 cm aralığındadır: 37w-40 mm = 10mm.
- Polihiromnioz veya adenomyozis durumlarında doğru ölçüm zor.
- Çeşitli maternal veya fetal anomalilerle beraber olabilir.

Normal plasenta	Normal tip plasenta
Enfeksiyon anamnezi	Kıllıya Matris (Intramembranöz)
Hipoplazisite	Kıllıya Plak (genellikle postmatris)
Enfeksiyon anamnezi ve/veya enfeksiyöz lezyonlar, genetik bozukluklar ve/veya diğer	Kıllıya matris
Enfeksiyon anamnezi	Enfeksiyon anamnezi
Enfeksiyon anamnezi	Sürgün
Enfeksiyon anamnezi	Mikro plak, meşinli plak

Arslan S, Arslan M, Arslan M. Plazenta boyutu ve kalınlığı ile fetal ağırlığı arasındaki ilişki. Jinekoloji ve Obstetrik, 2007; 24: 215.

Placental Size Is Associated Differentially With Postnatal Bone Size and Density

- 518 doğum ağırlığı ve kemik dansitometri yapıldığındaki yaşı benzer çocukun (ort 15,87 y) plasental büyüklüğü ve kemik morfolojisi kıyaslanmıştır.

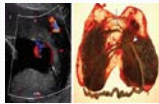
- Endo-osteal çevre, peri-osteal çevre ve kortikal alan ile plasenta ağırlık-büyüklüğünün pozitif korelasyonu saptanmıştır.
- Kortikal dansite ile negatif korelasyon saptanmıştır.
- Plasenta büyüklüğü 15 yıl sonraki kemik kalınlığı ve dansitesi ile ilişkilidir.

Plasentanın Morfolojik Varyasyonları

Succenturiate Placenta

Bilobule plasenta'nın varyasyonudur.

- Aksesuar lob daha küçük.
- İki lob arasında sadece damarlar mevcut ve tek umbilikal kord insersiyonu gözlenir.

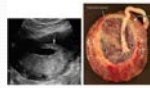


- Vasa previa
 - Plasental rest.
 - Postpartum hemoraji
- RİSKİ ARTMAKTADIR

Plasentanın Morfolojik Varyasyonları

Circumvallate Placenta:

- Plasentanın fetuse bakan yüzünü örten koryon tabakasının uterus duvarına bakan bazal tabakadan daha küçük olması.



- Plasenta delinmanı
- Preterm Doğum
- SGA
- Neonatal yoğun bakım ihtiyacı
- Yenidoğan solunum bozukluğu

İHTİMALİ ARTMAKTADIR

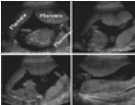
14 Nisan 2018, Cumartesi
11:25 - 11:45 : Plasentayı ihmal etmeyelim...
Engin Yıldırım

Plasentanın Morfolojik

Varyasyonları

- Koryon etrafında diffüz ve ince membranöz yapıda plasenta bulunur.
- Nadir gözlenir.
- Plasenta previa, antepartum ve postpartum kanama ihtimali artabilir.

Membranöz veya Diffüz Plasenta



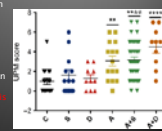
Boudou D, Ng Wing Tin L, Nwa MB, Bourde O, Okunju V, Buro C. Placenta membranosa: review of the literature. A case report (J Perinatol). J Perinatol. 2007; 17(2): 121-123.

Placental Morphology in Fetal Alcohol Spectrum Disorders

Alcohol consumption during pregnancy is a leading cause of fetal alcohol spectrum disorders (FASD). FASD is a group of conditions that can cause physical, behavioral, and learning problems. The purpose of this study was to determine the prevalence of placental abnormalities in FASD.

• 57 alkol kullanan 31 kullanmayan hasta.

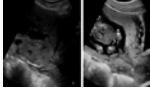
1. Preterm doğum,
2. IUGR,
3. Uteroplental malperfüzyon,
4. Trofoblastik mikroskopiye artan dastise,
5. Plasental sept korioniyoniyonları mevcut.



Plasenta Lokalizasyonu-P.Previa

Low lying: Plasental inferior servikal osu 1-2 cm veya daha fazla mesafede.

Previa: inferior servikal os tamamen kaplanmıştır.
Paksiyel/Marjinal/Çapraz



- Tanıda TVUS daha üstün
- Gebelik haftası ilerledikçe 1mm/w plasental migrasyon mümkündür.
- Gebelik haftası ilerledikçe görülme ihtimali azalmaktadır.

Scott J, Walker DL, Moore WA, Sarno Barry A, T'J. Migration of placenta when entering 3rd trimester age of gestation. Am J Obstet Gynecol. 2007; 197(4): 507-510.

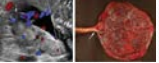
470. Migration of placenta previa - A prospective cohort study

2017

- 524 gebelik, 2. ve 3. trimesterde TVS ile İnternal Servikal Os uzaklığı kayıtlıdır.
- Tüm hastaların ISO uzaklığında 20mm den yakın 0616 total previa)
- 3. Trimesterde tüm vakaların %95'i ISO'dan 20mm uzaklığa ulaşıyor.
- Previa totalis hastalarının %63 kadan ISO'dan 20mm den fazla uzaklaşıyor.
- Anterior yerleşimli plasentanın posteriora kıyasla migrasyon şansı daha yüksek saptanıyor.

Plasental Kord İnseriyonu- Marjinal

- Santralden 2 cm uzaklıktan kord insersiyonudur.



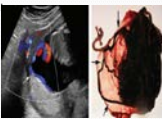
- Prevalans:
Tekil Gebelik...:37-9
Çoğul gebelik...:324-33
- IUGR ve Preterm eylemle ilişkisi gösterilememiş
- Plasental sınıra 0,5 cm den daha yakın olan insersiyonun velamentöz hale ilerlemesi mümkün.

20W Plasental kenara 2 cm yakınlıkta marjinal insersiyon
Marjinal insersiyon patolojik görünümü ve plasental yüzeyde belirgin damarlanma

Ballou DZ, Fosterman VA. Ultrasonography of the placenta. J Perinatol. 2017; 17(2): 121-123.

Velamentöz Kord İnseriyonu

- Velamentöz kord: Plasenta dokuya insersiyon yapmadan amnion ve koryon arasında ilerlemesidir.
- Tekil gebelikte %1, çoğul gebelikte %1,3 oranında gözlenir.
- Düşük doğum ağırlığı ve anormal fetal kalp atım traseleri gözlenir.
- Serviks üzerindeyse vasa previa olarak isimlendirilir.



Amnion ve koryon arasında ilerleyen damarların görünümü, Patolojik Görünüm

Ballou DZ, Fosterman VA. Ultrasonography of the placenta and umbilical cord. J Perinatol. 2017; 17(2): 121-123.

14 Nisan 2018, Cumartesi 11:25 - 11:45 : Plasentayı ihmal etmeyelim... Engin Yıldırım

Velamentous or marginal cord insertion and the risk of placental abruption, previa, or placenta accreta: a retrospective cohort study.

*1999-2013 yılları arasında 860 465 gebeliğin 16-42w arasında değerlendirilmesi

*Kord İnseriyon yerine göre PPROM,pROM, spontan preterm doğum ve kord uzunluğuna göre korelasyon sık ilişki bakımıştır.

Velamentöz İnseriyon ile

1. PPROM
2. pROM
3. SPTD
4. Kısa Kord oranı artmıştır.

Vasa Previa

- Amniotik membranlar arasında ve serviks üzerinde FETAL damarların bulunmasıdır.
- Velamentöz insersiyon ile beraber gözlenir.
- Aksesuar veya bilobule plasenta durumunda sık gözlenir.
- Çoğul gebelik durumunda görülme ihtimali artar.
- İlerleyen gebelik haftalarında serviksten uzaklaşabilir.

Serviks üzerindeki doplerin fetal akım istenildiği yönünde olması tanı koydurucudur.

Calamante V, Dymov V, Drozdovs and International Study Group. Am J Obstet Gynecol 2016;214(6):764

Plasenta Kistleri

- Anekoik ince cidarlı koryonik tabaka kistleri gerçek kist olarak tanımlanır.
- %5-7*
- Dopler kan akımı gözlenmez.
- Plasentanın fetal yüzünde ve kord insersiyonuna yakın.
- 4,5 cm den büyük olanların IUGR ile ilişkisi saptanmıştır.

Avascular koryonik tabaka kisti

Johnsonen B, Shiller B. Ultrasound of the Fetus. A Springer-Verlag Book. 1. Edisyon. Gynecology 2006: 216-217

Plasental Göçüşkler

- İntervilöz aralıktaki bulunan ve düşük velostelli akım gözlenen hipokoijen alanlardır.
- İkinci trimester sonunda ve 3. trimesterde daha sık gözlenirler.
- Birçok çalışmada uteroplasental komplikasyonlar ve kötü gebelik sonuçlarıyla ilişkilendirilmiştir.*

Bazı vakalarda umbilikal end-diastolik akım kaybı, MCA dopler reverse akım (D) ve IUGR tariflenmiştir.

Johnsonen B, Shiller B. Ultrasound of the Fetus. A Springer-Verlag Book. 1. Edisyon. Gynecology 2006: 216-217

Plasental Kanama ve Dekolman

- Tüm gebeliklerin yaklaşık %1 kadarında gözlenir.
- Plasental hematom ve dekolman tanısında US sensitivitesi %25 kadardır*.
- Akut ve subakut plasental ayrılma ve kanama plasenta ile izoekoik olduğundan tanısı zordur.

Johnsonen B, Shiller B. Ultrasound of the Fetus. A Springer-Verlag Book. 1. Edisyon. Gynecology 2006: 216-217

Plasental Kanama ve Dekolman

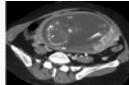
- Mr görüntüleme USC yetersiz olduğunda ve tanıdan şüphelenildiğinde kullanılabılır.
- 19 hastanın dahil edildiği bir çalışmada MR görüntüleme ile şüpheli dekolman alanının saptanması daha başarılı bulunmuştur.*
- Klinik şüphe hasta yönetiminin en önemli basamağı olduğundan MR rutin kullanımı önerilmektedir.

Mazzoni G, Brunelli R, Di Tola M, Anneschi M, Guadri G. MR imaging in the evaluation of placental abruption: correlation with sonographic findings. Radiology 2011;219(2):522-530.

14 Nisan 2018, Cumartesi
11:25 - 11:45 : Plasentayı ihmal etmeyelim...
Engin Yıldırım

Plasental Kanama ve Dekolman

- Akut multiple organ yaralanması durumunda plasentanın CT ile değerlendirildiği vakalar mevcut (Akut Travma Yönetimi)



Myometriyumda akut aşıllama ve plasental dokuda necrotik plasenta dekolmanının belirteci olabilir*.

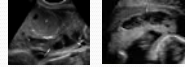
- Sensivite %90-100, spesifite %80-82*.

Yıldırım E, Yılmaz M, Şahin S, Çelik S, Özlüoğlu S, Ç. (2016) Akut travma ile ilişkili plasenta dekolmanı ve plasenta dekolmanı ile ilişkili plasenta dekolmanı. J. Obstet. Gynecol. 35 (2): 112-116.

Çelik S, Çelik R, Yılmaz M, Ç. et. (2016) Akut travma ile ilişkili plasenta dekolmanı. J. Obstet. Gynecol. 35 (2): 112-116.

Plasental Kanama ve Dekolman

- Plasental hematomlar preplasental (subkoryonik) ve retroplasental gelişebilirler.



- Dopler akım verileri tek hematom ve uterusin plasental yarı ayrımı yapılabilir.

- 2 cm den büyük olan hematomların tamama ihtimali 4x daha yüksek

*2w subkoryonik, heterojen kanama alanı.
*Plasenta yüzeyi ve membranlar arasında gözlemlenir.
*Plasenta yüzeyinde retroplasental ven hipertansiyonu gelişebilir.

*11w kronik retroplasental hematom gözlenen ve plasenta membranları arasında gelişen retroplasental ven hipertansiyonunda uterusin kontraktisyonlarıyla ilişkilidir.

Çelik S, Yılmaz M, Şahin S, Çelik S, Özlüoğlu S, Ç. (2016) Akut travma ile ilişkili plasenta dekolmanı. J. Obstet. Gynecol. 35 (2): 112-116.

Yıldırım E, Yılmaz M, Şahin S, Çelik S, Özlüoğlu S, Ç. (2016) Akut travma ile ilişkili plasenta dekolmanı. J. Obstet. Gynecol. 35 (2): 112-116.

First-Trimester and Second-Trimester Maternal Serum Biomarkers as Predictors of Placental Abruption

35307 gebe, 250 dekolman hastası

- 1. trim FBHCG, PAP-A
- 2. trim msAFP, uncjg-E2 ve Inhibin-A

- PAP-A 5 persentilin altındayse artmış risk-RR 1.9, 95% CI
- Ms AFP 95 persentilin üstündeyse artmış risk-RR 1.9, 95% CI
- Inhibin -A 5 persentilin altındayse artan risk-RR 1.8, 95% CI
95 persentilin üstündeyse artan risk-RR 2.0, 95% CI

Plasental İnvazyon Anomalileri

- İleri trofoblastik invazyon ve anormal desidualizasyon*.

- Geçirilmiş cerrahi,
- Plasenta previa
- ART tedavileri

Risk faktörü.

- Gri skala dopler plasental anormal invazyon tanısında*

- Sensivite %82-100

- Spesifite %71-100

Çelik S, Yılmaz M, Şahin S, Çelik S, Özlüoğlu S, Ç. (2016) Akut travma ile ilişkili plasenta dekolmanı. J. Obstet. Gynecol. 35 (2): 112-116.

Plasental İnvazyon Anomalileri

- Gri skala US*:

 - İrregüler ve yetersiz retroplasental hipokeojen alan gözlenir.
 - Multiple düzensiz plasental lakün gözlenir.
 - Plasenta içerisinde yüksek türbülansı ve velositesi olan, fetal yüze uzanan kan akımı gözlenir.

Combs C, Bronstein RA. The antenatal diagnosis of placenta accreta. BJOG 2014; 121(1181): discussion 181-182.

Plasental İnvazyon Anomalileri



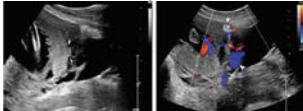
*28 w, Myometriyumda inceleme ve plasenta altındaki hipokeojen alanın azalması

*29w, Multiple hipokeojik akım gözlemeyen lakün

*23w P. increta
-Longitudinal eksende artan plasental ve myometriyal kan akımı

14 Nisan 2018, Cumartesi
11:25 - 11:45 : Plasentayı ihmal etmeyelim...
Engin Yıldırım

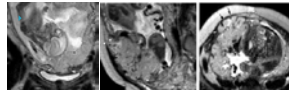
Plasental İnvazyon Anomalileri



•Mesane ve uterus arasındaki serozal bariyerin kaybı

•Mesaneye doğru plasental bulging ve anormal kaotik damarlanma

Plasental İnvazyon Anomalileri



•23w T2 Mr görüntüsü-P.Increta
•Mesane ve uterus arasındaki serozal bariyere plasental bulging

•26 wT2 Mr -P.Precrta
•Total myometrial invazyon, irregular serozal bariyer

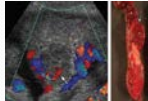
Plasental Trofoplastik Olmayan Tümörler

• Koryoanjyom en sık gözlenenidir.

• Plasentanın histopatolojik değerlendirmelerinde %1 oranında saptanırlar.

• Teratomlar

• Metastatik tümörler.



•23 w koryoanjyom
•Hipogöbeğe alanlarla sınırlımsı, kord insersiyon alanından kitleyi besleyen büyük vasküler akım
•Makrokistik diseksiyon

Shawwal M, Chaudhary M. Characteristics of the placental trophoblastic non-tumors. J Obstet Gynaecol India. 2012;54(1):1-4.

Zaidi V, Singh S, Gupta R, Gupta S, Shrivastava R, Jaiswal S, et al. Role of color Doppler imaging in diagnosing and managing pregnancies complicated by placental trophoblastic non-tumors. J Clin Ultrasound. 2012;30(2):204-209.

Plasental Trofoplastik Olmayan Tümörler

Koryoanjyomlar

1. İyi ayırabilen sınırı vardır.
2. Genelde plasentanın fetal yüzünden kaynaklanır
3. Minor kalsifikasyonlar gözlenebilir ve iyi prognozu gösterir.
4. Color dopler diğer kitlerden ayrılmasını sağlar.
5. Abondan internal vaskularite oluşmuştur.
6. Düşük rezistanslı arteriyel akım vardır.
7. Türbülans venöz akım gözlenir.

Zaidi V, Chaudhary M, Singh S, et al. Role of color Doppler imaging in diagnosing and managing pregnancies complicated by placental trophoblastic non-tumors. J Clin Ultrasound. 2012;30(2):204-209.

Plasental Trofoplastik Olmayan Tümörler

Koryoanjyomlar

• Büyük koryoanjyomlar %30-%40'lara varan morbiditeye sahiptir.

• Polihidroamnios, fetal hidrops ve fetal anemi.

• Seri USG ve fetal eko yapımı fetal anemi durumunda transfüzyon ve doğum zamanını belirlemede yardımcıdır.

• Tm devaskularizasyonu için USG guide interstisiyel lazer uygulanabilir. Özellikle yüksek outputlu kalp yetmezliği durumunda endikedir*.

Zaidi V, Singh S, Gupta R, Gupta S, Shrivastava R, Jaiswal S, et al. Role of color Doppler imaging in diagnosing and managing pregnancies complicated by placental trophoblastic non-tumors. J Clin Ultrasound. 2012;30(2):204-209.

Plasental Trofoplastik Olmayan Tümörler

• Plasental teratomlar;

- Germ hücrelerinden gelişirler
- Benign kabul edilirler ve fetal anomaliler ile ilişkilendirilemezler.
- Plasental teratomlar kalsifikasyonlar, kıl, yağ dokusu ve sıvı ekosu gösterebilirler.
- Fetal pol ve umbilikal kord insersiyon alanında gözlenmezler.



Shawwal M, Chaudhary M, Singh S, et al. Role of color Doppler imaging in diagnosing and managing pregnancies complicated by placental trophoblastic non-tumors. J Clin Ultrasound. 2012;30(2):204-209.

14 Nisan 2018, Cumartesi
11:25 - 11:45 : Plasentayı ihmal etmeyelim...
Engin Yıldırım

Plasental Trofoplastik Olmayan Tümörler

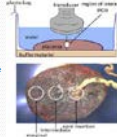
- Maternal malign melanom (en sık)
- Akciğer CA
- Lösemi
- Lenfoma
- Merme CA
- Sarkoma

Altman JF, Lowe L, Redman B, et al. Placental metastasis of maternal melanoma. J Am Acad Dermatol 2003;49(6): 1150-1154

Yeni Plasenta Değerlendirme Yöntemleri

USG Elastografi*

- Multiple organ sertliği ve genitilini değerlendirir.
- IUGR'da plasentanın mekanik genitilini farklı bulunmuştur.
- Ex-vivo Plasental Abuzitik Radyasyon force impulse (ARFI) değerlendirmede IUGR beklemlen plasentalarda dalga hızları yüksek bulunmuştur.
- Etkin bağlanışç preeklamside genitilini daha yüksek olduğu gösterilmiştir.

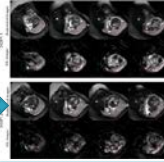


Dr. N. YILDIZ, Sağlık Bakanlığı, Department of Maternity and Neonatal Intensive Care, Samsun SSK Hospital, Samsun, Turkey. *Presented at the 16th Annual Meeting of the European Society of Maternal and Fetal Medicine, 2015, London, UK. *Presented at the 16th Annual Meeting of the European Society of Maternal and Fetal Medicine, 2015, London, UK.

Yeni Plasenta Değerlendirme Yöntemleri

Arteriyel Akım MRI (ASL)

- Dokulara iletilen arteriyel kan akımı incelenir.
- Normal plasental akımda 176 mL/100 mg/dk ± 96.
- Düşük perfüzyon alanlarında IUGR daha çok saptanmış.



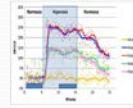
Kongenital kalp hastalığı ile plasentanın gelişimini ASL-MRI ile değerlendirildiğinde, sisteminde dorsal plasental perfüzyonuna azaldığı, hipoplazik akciğer yapıları ve ventrikülün 3D0 genişlemişliği, I29-34 w fetal kardiyak anomalisi olan hastanın takibi

Dr. Z. ÖZDEMİR, Ç. Karadeniz MRB, Samsun MRB, Samsun, Turkey. *Presented at the 16th Annual Meeting of the European Society of Maternal and Fetal Medicine, 2015, London, UK. *Presented at the 16th Annual Meeting of the European Society of Maternal and Fetal Medicine, 2015, London, UK.

Yeni Plasenta Değerlendirme Yöntemleri

Kan oksijen düzeyi ile bağımlı MRI (BOLD)

- Hemoglobinin manyetik yoku aracılığıyla doğu oksijenizasyonunun belirlenmesi yöntemidir.
- Normo-oksjenizasyon plasenta heterojen görünür. Fetal yüz hipooksijen, maternal yüz hiperoksijen saplanır.
- Okjjenizasyon artışıca plasenta homojenik hale gelir.
- Tom plasentalda BOLD sinyali artar. Artan okjjen organlardaki sinyalı arttırırken beyinde koruyucu etkisiz değijim saptanmaz.



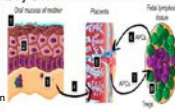
Sağlıklı fetüslerde beyin koruyucu mekanizma olarak değerlendirilir.

Selimehan A, Peters D, Steinhilber C, et al. Placental perfusion in healthy pregnancies as assessed by BOLD MRI. Magn Reson Imaging 2015;33:1816-1823.

Selimehan A, Peters D, Steinhilber C, et al. Placental perfusion in healthy pregnancies as assessed by BOLD MRI. Magn Reson Imaging 2015;33:1816-1823.

Plasental Mikrobiyom

- Maternal-fetal ara yüz steril değildir.
- Mikrobiyom: Mikrobiyal ekoloji
- Disbiyozis: Uygun olmayan kolonizasyon



- Diversification of culture media is critical for the identification.
- Sampling of culture at various time points (maternal, umbilical, placental).
- Multiple sites and sampling methods (surface, internal) of the placenta.
- Multiple sampling sites (maternal, fetal, placental).
- Difficulties in culture and sequencing of samples.
- High DNA content in placental samples.
- High degree of variability in culture results between different laboratories.
- High degree of variability in culture results between different laboratories.

Chen Y, et al. The placental microbiome and its association with maternal and fetal outcomes. Cell 2014;156:100-110.

Plasental Mikrobiyom

- Plasental mikrobiyom gestasyonel yaştan bağımsız olarak neonatal sonuçları etkilemektedir.
- Amniyotik kavitenin mikrobiyal invazyonu maternal ve fetal mortalite (morbiditeyi) arttırmaktadır.
- Anıca term ve sağlıklı doğum yapan anne bebeklerinin plasenta ve amnion sıvılarından yerleşik mikroorganizmalar ve DNA'ları saptanmaktadır.
- Vajinal asendan yol veya diğer yollarla microbiota değışimleri mümkündür.

Hangi yönde transfer sağlıksız gebeliklerle tam olarak alakalı olduğu henüz saptanmamıştır.

14 Nisan 2018, Cumartesi
11:25 - 11:45 : Plasentayı ihmal etmeyelim...

Engin Yıldırım

The preterm placental microbiome varies in association with excessive maternal gestational weight gain **2017**
Hoffman M, Astley, MD, PhD MA, PhD, Nixson M, RESARD, BA, Diana A. Kessler, MD
Department of Obstetrics and Gynecology, University of Michigan, Ann Arbor, MI, USA

- 320 plasenta, 165 rekombinant RNA analizi
- Kilolu annelerin plasental mikrobiyotlarında değişim saptanmıştır.
- Bu durum gebelikte kilo alımı ile alakalı, gebelik öncesi kilo alımı ile ilişki saptanmamıştır.
- Firmicutes, Acinetobacter artıs*
- Proteobacteria azalış.*

DİSİBİYOSİS VE OBEZİTE İLE İLİŞİLİ

1. Bozulmuş dental ve oral flora
2. Servikal mikroflora değişimi
3. İntestin mikrobiyal değişimleri

Gestational Diabetes is associated with changes in Placental

2017

Microbiota and Microbiome

- GDM hastalarında plasental microbiota değişimi saptanmıştır.
- Pseudomonadales Acinetobacter microbitada azalmaktadır.*
- Acinetobakter azalması**
- Eosinofilde azalmaya neden olur.
- IL-10 gibi antiinflamatuvar gen ekspresyonunda azalmaya neden olur..

Gestational Diabetes is associated with changes in Placental

2017

Microbiota and Microbiome

- Acinetobacter florası muhtemelen plasenta immün sisteminde moderatör rol alır.
- Sıcan modellerinde Acinetobacter florası plasental Toll-like reseptör ekspresyonunu artırıp neonatal astma ihtimalini azaltmaktadır.

Maternal probiyotik kullanımı TRL gen ekspresyonunu artmasına neden olur.
Bifidobacterium ve Lactobacillus florasını artırır.
TRİDİ gebelik profilaktik kullanımı henüz saptanmamıştır.



TEŞEKKÜRLER



Karadeniz Jinekoloji ve Obstetrik Kongresi

Sheraton Otel, Samsun

12 - 15 Nisan 2018



Destekleriyle.

14 Nisan 2018, Cumartesi

15:25 - 15:45 : Preeklampsiyi önceden tahmin edebilir miyiz?

Şebnem Alanya Tosun

Preeklampsi 20. haftadan sonra ortaya çıkan, hipertansiyon ($\geq 140/90$) ve proteinüri veya proteinüri olmadan yeni başlangıçlı trombositopeni, renal yetmezlik, karaciğer fonksiyon bozukluğu, pulmoner ödem, serebral veya visüel semptomlar ile karakterize durumdur. Tüm gebeliklerin %2-3'ünü komplike eder. Ağır maternal morbiditenin 1/3'ünü oluşturur. Ağır pre-eklampsi veya eklampsi geçiren 20 kadından 1'inin YBÜ ihtiyacı vardır. Anne ölümlerinin %18-20'sini oluşturmakta ve gebelik sırasında HT tanısı konan kadınlar için uzun vadede, kronik HT ve yaşam boyu kardiyovasküler risk artışı belirgindir. Ölü doğumların %5'i, tüm preterm doğumların %8-10'u hipertansif bozukluklara bağlıdır. Preeklampsiyi öngörmek için maternal risk faktörleri, angiogenik faktörlerden PIGF, sFlt-1, Endogline, Uterin Arter Doppler ve kombine risk modelleri araştırılmıştır. Gebelik boyunca her antenatal vizitte kan basıncı mutlaka ölçülmelidir. NICE Kılavuzu 2010'da major maternal risk faktörleri önceki gebelikte HT öyküsü, KBY, otoimmün hastalıklar (SLE, APS), DM, kronik HT; ılımlı maternal risk faktörleri ise ilk gebelik, ≥ 40 yaş üzeri, iki gebelik arası >10 yıl, ilk vizitte VKİ >35 kg/m², ailede pre-eklampsi öyküsü, çoğul gebelik olarak sınıflandırılmıştır. 1 major veya 2 ılımlı faktör, preeklampsi açısından yüksek riskli gebelik için anlamlıdır. ACOG 2013'de ise 2 veya daha fazla önceki gebelikte preeklampsi öyküsü veya önceki gebelikte 34. gebelik haftasından önce preeklampsi öyküsü kriter alınmaktadır. ACOG, uygun ve ayrıntılı anamnez alma ve risk faktörleri değerlendirilmesi dışında preeklampsiyi öngörmek için tarama önermemektedir. Maternal risk faktörleri tek başına tüm preeklampsiilerin sadece %35'ini, erken başlangıçlı pre-eklampsiilerin ise %50'sini öngörebilmektedir. Maternal kanda VEGF, PIGF, sFlt-1 ve sEng'nin düzeylerindeki değişiklikler, preeklampsinin başlangıcından birkaç hafta ila aylar önce ortaya çıkar, hastalık şiddeti ile ilişkilidir ve doğumdan sonra normalleşir, ancak preeklampsi öngörmede sensitivitelere düşüktür, tarama amacıyla önerilmemektedir. sFlt-1 /PIGF oranı ile ilgili çalışmalar umut vericidir. UtA Doppler 11-13+6 haftada ve 18-23 haftada uygulanabilir. Preeklampsi ve bozulmuş plasantasyon ile ilişkili 2 dalga formu mevcuttur: Diyastolik notch varlığı ve yüksek RI ve PI. UtA Doppler çalışmaları erken başlangıçlı preeklampsiyi öngörmede, term preeklampsiye göre daha etkilidir. UtA Doppler 2. trimesterde yapıldığında, ilk trimesterden daha güvenilir sonuçlar vermektedir. Tek başına PI veya 'notch' ile birlikte PI en iyi prediksyon sağlayan Doppler indeksidir. Ancak UtA Doppler ile taramanın maternal ve fetal sonuçları olumlu etkilediğine dair veri yoktur. Prediksyon doğruluğunu arttırmak için kombinasyon testleri çalışılabilir. Fiziksel Belirteçlerden arteryel kan basıncı ve UtA Doppler, biyolojik belirteçlerden PAPP-A (Gebeliğe özgü plazma protein-A) ve PLGF(Plasental büyüme faktörü) maternal risk faktörleri ile kombine edilecek



Karadeniz Jinekoloji ve Obstetrik Kongresi

Sheraton Otel, Samsun

12 - 15 Nisan 2018



Destekleriyle..

14 Nisan 2018, Cumartesi

15:25 - 15:45 : Preeklampsiyi önceden tahmin edebilir miyiz?

Şebnem Alanya Tosun

'Risk Tahmin Modelleri' geliştirilmiştir. PAPP-A ve PIGF, plasental fonksiyonu gösteren belirteçlerdir. 12. haftada değerler düşükse, erken başlangıçlı pre-eklampsi riski yüksektir. O'Gorman et al, maternal risk faktörleri, kan basıncı ölçümü, UtA PI, PAPP-A ve PIGF kombine edildiğinde 32. hafta altında %89, 32-36. hafta arasında %71 preeklampsi öngörme oranları bildirdi. Tan et al, NICE Kılavuzunun preterm preeklampsi saptama oranı %40.8, maternal faktörler, MAP, PAPP-A'nin %53.5, maternal faktörler, MAP; PIGF'nin %69, maternal faktörler, MAP, PIGF, UtA PI kombinasyonunun %82.4 olduğunu bildirdi. Sonuç olarak, tek başına preeklampsiyi öngörebilecek bir laboratuvar veya görüntüleme testi olmayıp, en önemli faktör maternal risk faktörleridir. Düşük doz aspirin, yüksek riskli gebelere ilk trimesterden itibaren uygulandığında preeklampsi riskini azaltmaktadır. 12.-16. haftada başlamak şartıyla 36. haftaya kadar, günde 150 mg, gece yatmadan kullanılması önerilmektedir.



Karadeniz Jinekoloji ve Obstetrik Kongresi

Sheraton Otel, Samsun

12 - 15 Nisan 2018



Destekleriyle.

14 Nisan 2018, Cumartesi

15:45 - 16:05 : Erken doğum tehdidi öngürülebilir mi?

Aykut Barut

37. gebelik haftasından önce doğum (20 – 36 6/7) olarak tanımlanan preterm doğum, sağkalım ve yaşam kalitesi açısından infantlardaki olumsuz sonuçların en önemli belirleyicisidir. Ülkemizde ve dünyada neonatal morbidite ve mortalitenin en önde gelen nedenidir. Özellikle 34. hafta altındaki erken doğum için yüksek risk gruplarının öngörülmesi, gebeliğin bu derece ciddi komplikasyonunu önlemede kullanışlı girişimler yapmamıza yardımcı olabilir.

Gebeliklerdeki hastaneye yatma oranı en yüksek sebep olmasına rağmen, tanıyı koymak zor olabilmektedir. Doğru tanı koymak uygun müdahale için çok önemlidir. Doğru tanı ile hastalığı dışlamak, gereksiz müdahale ve maliyetten kaçınmak için önem taşır.

Erken doğum tehdidini öngörmede kullanılabilen metotlar arasında 2 başlık öne çıkmaktadır.

1. Servikal uzunluk (CL: Cervical Length)

2. Biyokimyasal belirteçlerden (fFN: Fetal Fibronektin)

Çeşitli çalışmalarda gösterilmiştir ki, 16-24 hf arasında CL bakıldığında; CL <10 persentil (<25 mm 20-24 hf; <30mm 16-20 hf) olduğunda <35 hf doğum riski belirgin ölçüde artmaktadır.

Fetal Fibronektin: Fetal dokular tarafından yüksek miktarlarda üretilen ekstrasellüler bir glikoprotein, fetal membranlar ve uterus (maternal decidua) arasında fizyolojik adheziv bir madde gibi hareket ettiği düşünülmekte. Gebelikte, 22. haftadan sonra servikovajinal sekresyonlarda fetal fibronektin varlığı, koriodesidual bileşkede enfeksiyon veya inflamasyon gibi patolojik bir süreci düşündürür. Risk faktörü olmayan, asemptomatik tekil gebeliklerde pozitif fFN, artmış preterm doğum riski olan kadınları belirleyebilir.

Transvaginal ultrasonografi ile 19 – 23 hafta 6 gün arası tüm gebelerde sonografik servikal uzunluk ölçümü tarama olarak önerilmektedir.



Karadeniz Jinekoloji ve Obstetrik Kongresi

Sheraton Otel, Samsun

12 - 15 Nisan 2018



Destekleriyle..

14 Nisan 2018, Cumartesi

16:30 - 16:50 : Postpartum komplikasyonları azaltmak mümkün mü?

Özgür Kan

Postpartum komplikasyonlar tüm dünyada materno-fetal morbidite ve mortalitenin en önemli nedenlerini oluşturmaktadırlar. Bu spektrum içerisinde postpartum hemoraji, obstetrik laserasyonlar, tromboembolik hastalıklar ve endometrit gibi enfektif durumlar bulunmaktadır. Çalışmanın amacı güncel literatür ve kılavuzlar eşliğinde bu komplikasyonların değerlendirilmesi ve özellikle postpartum hemoraji olgularına yaklaşımın ve mevcut tedavi modalitelerinin etkinliğinin incelenmesidir.

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) postpartum hemorajiyi (PPH); doğum şeklinden bağımsız olarak 1000 mL'den fazla kan kaybı ya da hipovolemi semptomlarının varlığı olarak tanımlamaktadır. Birbirinden farklı derecelerde yılda 14 milyon vaka ile karşılaşmaktadır. Tarihsel olarak hematokritte meydana gelen %10'luk düşüş PPH tanısı için alternatif bir marker olarak düşünülmekle beraber o an ki hematolojik durumu net yansıtamayabilir ve klinik olarak kullanışlı değildir. Hipovolemi bulguları olan hipotansiyon ve taşikardi varlığında, sağlık personeli total kan volümünün yaklaşık %25'inin kaybedilmiş olabileceğini öngörmeli ve sonuçların iyileştirilmesi için temel hedefin erken farkındalık ve müdahale olduğunu unutmamalıdır. Etiyoloji primer ve sekonder olarak ikiye ayrılır ve bunlar arasında en büyük sebebi atoni ilişkili kanamalar oluşturmaktadır. Diğer önemli sebepler arasında konsepsiyon materyallerinin retansiyonu, pıhtılaşma bozuklukları ve travma yer almaktadır. Primer korunma önemlidir ve bu uygulama için; risk faktörleri belirlenmeli ve müdahale planları oluşturulmalı, PPH için risk faktörü olan hastalar sadece kan bankası olan ileri basamak ünitelerde doğum yapmalı ve riski minimize etmek için hamilelerde anemi taranmalı ve uygun şekilde tedavi edilmelidir. PPH tedavisinde oksitosin uygulanması en efektif medikal seçenek olmaya devam etmektedir ve yan etki profili açısından da en güvenilir ajandır. DSÖ, Amerikan Obstetrisyen ve Jinekologlar Cemiyeti (ACOG) , Amerikan Aile Hekimleri Birliği ve Amerikan Kadın Sağlığı, Obstetrik ve Neonatal Hemşirelik Derneğinin de dahil olduğu birçok organizasyon PPH insidansını azaltmak için doğumun 3.evresinin aktif yönetimini önermektedir. Kullanılabilecek diğer ajanlar ergot alkaloidleri, prostoglandinler, oksitosin agonistleri ve traneksamik asittir. ACOG; postpartum dönemde uterotoniklerin rutin olarak uygulanmasını, tüm obstetrik bakım merkezlerinin kendi algoritmalarını oluşturmasını, uterotonikler ile yeterli kontrolün sağlanamadığı durumlarda müdahale planlarının hazır olmasını ve personelin eğitilerek, multidisipliner müdahale ekipleri oluşturulmasını önermektedir.



Karadeniz Jinekoloji ve Obstetrik Kongresi

Sheraton Otel, Samsun

12 - 15 Nisan 2018



Destekleriyle..

14 Nisan 2018, Cumartesi

16:30 - 16:50 : Postpartum komplikasyonları azaltmak mümkün mü?

Özgür Kan

Obstetrik laserasyonlar sık karşılaşılan bir diğer postpartum komplikasyondur ve yeterli tecrübe ve değerlendirme ile laserasyon oranları belirgin şekilde azaltılabilir. Bu laserasyonların çok büyük bir kısmı 1. ve 2. derece laserasyonlardır. Eksternal genitalyaya doğru olan ve kanama ile anatomik distorsiyon yaratmayan laserasyonlarda müdahale gerekmemektedir. Perineye uzayan ve anal sfinkter kompleksi içine alan laserasyonlara OASIS (obstetrik anal sfinkter injuries) denilmektedir. Tüm laserasyonların %3.3'ü 3.derece iken, 4.derece laserasyon insidansı %1.1 olarak belirtilmektedir. Obstetrik laserasyonlarda öneriler; perineal travmayı azaltmak için ılık kompres kullanımı, epizyotominin rutinden çıkarılması ve mediolateral epizyotominin tercih edilmesi ve perineal masaj uygulamasıdır.

Venöz tromboemboli (VTE), pulmoner emboli ya da derin ven trombozu (DVT) olarak karşılaşılabilen tromboembolik hastalıklar, tüm gebeliklerin 1000'de 0.5-2.2'sini komplike etmektedir. Gebelik sırasında VTE riski, aynı yaştaki gebe olmayan hasta grubuna göre 5-10 kat artmaktadır. VTE maternal morbidite ve ciddi morbiditenin en önemli nedenlerinden olmakla beraber, VTE ilişkili maternal ölümlerde uygun stratejiler ile yüksek oranda önlenabilir. Önerilen yaklaşım; gebelik süresi ve postpartum dönemde tüm hastalara VTE açısından risk değerlendirmesi yapılması, sezaryen ile doğumlarda mekanik profilaksi, erken mobilizasyon ve yeterli hidrasyon sağlanması, ek risk faktörleri olan kadınlarda farmakolojik profilaksi ve sezaryen ile doğumlarda risk değerlendirmesi sonrası ampirik profilaksi planlanmasıdır.

Son olarak, sık karşılaşılan bir diğer postpartum komplikasyon olan endometrit desiduanın inflamasyonudur ve sıklıkla etken polimikrobialdir. Tanı klinik değerlendirme ile konur ve semptomlar arasında ateş, uterin hassasiyet, kötü kokulu loşi ve subinvolüsyon bulunur. Plasentanın spontan doğurtulması, manuel olarak çıkarılmasına oranla endometrit riskini azaltmaktadır. Postpartum bakteriyel vajinozis tedavisi ile endometrit riskinde bir miktar azalma sağlanabilir. İntrauterin antibiyotik ile irrigasyon, intrapartum klorheksidin kullanımı ve vajinal iodin kullanımının endometrit insidansını azaltmada etkinlikleri gösterilememiştir.



Karadeniz Jinekoloji ve Obstetrik Kongresi

Sheraton Otel, Samsun

12 - 15 Nisan 2018



Destekleriyle..

14 Nisan 2018, Cumartesi

16:50 - 17:10 : Postpartum komplikasyonlarda cerrahi olmayan çözümler

Engin Yurtçu

Postpartum Kanama:

Postpartum kanama (PPK) tüm dünya genelinde maternal mortalitenin önde gelen nedenlerindedir. Geleneksel olarak, doğumun üçüncü evresi tamamlandıktan sonra vajinal doğum sonrası ≥ 500 ml ve sezaryen doğum sonrası ≥ 1000 ml kanama olarak tariflenir. ACOG 2017 yılında postpartum kanama tanımı revize ederek doğum şekline bakılmaksızın 1000 ml' ye eşit yada daha fazla kan kaybını veya doğum sürecinden ilk 24 saat içinde hipovolemi bulgu ve belirtilerine yol açan kan kaybı olarak tanımladı. Tüm doğumlardan sonra PPK %6, ciddi PPK (≥ 1000 ml) %1.86 görülmektedir.

Doğum sonrası masif hemoraji riski yüksektir, çünkü geç gebelik döneminde uterin arterde kan akım hızı 500-700ml/dk' dır buda kardiak output' un %15 dir. Plasenta ayrıldıktan sonra hemostaz, iki mekanizmanın kombinasyonu ile gerçekleşir. Birincisi myometrial kontraksiyon ve retraksiyonu ile plasental yataktaki spiral arterlerin kompresyonu sağlanır, daha sonra bu arterlerde değişik mekanizmalarla konstriksiyon olmaktadır. İkincisi lokal desidual hemostatik faktörler ve sistemik koagülasyon faktörlerinin hemostatik sürece katkısıdır. PPK etiolojisinde uterin atoni kanamaların %70-80 ile en önde gelen nedendir insidansı giderek artmaktadır, daha sonra genital sistem travmaları, plasental retansiyon ve yapışma anomalileri ve kalıtsal yada edinsel kanama bozuklukları gelmektedir. Postpartum kanamaya bağlı anne ölümlerinin %90' ı önlenbilir. Ölümlerin çoğu doğumdan sonraki ilk dört saat içerisinde gerçekleşiyor. BU nedenle doğum sonrası sık vital bulgu ve tonus takibi hayati öneme sahiptir.

Postpartum kanama riskini azaltmak için gereksiz doğum indüksiyonundan kaçınılmalı, riskli hastaların takip ve doğum planlanması yapılmalı, doğumun 3. evresinin aktif bir şekilde yönetilmesi gereklidir ayrıca antenatal dönemde aneminin araştırılması ve tedavisi PPH ile ilişkili morbiditeyi azaltır.

Postpartum kanamanın önlenmesi ve tedavisinde kullanılan ilk tercih edilecek ilaç oksitosindir. Uterin miyofibrillerin ritmik kontrakte olmalarını sağlar. Oksitosinin profilakside değişik uygulama yöntemleri olmakla birlikte iv bolus infüzyonu bazı potansiyel yan etkilerinden dolayı dikkatli kullanılmalıdır. Oksitose ek olarak PPK vakalarının %3-25'inde ikinci bir uterotonik ajan gereklidir. Okistose ile PPK önleyici yaklaşıma rağmen atoni devam ederse ikinci sıra tedavide ergot alkaloidleri gelir. Myometrial α_1 -adrenerjik



Karadeniz Jinekoloji ve Obstetrik Kongresi

Sheraton Otel, Samsun

12 - 15 Nisan 2018



Destekleriyle...

14 Nisan 2018, Cumartesi

16:50 - 17:10 : Postpartum komplikasyonlarda cerrahi olmayan çözümler

Engin Yurtçu

etkisiyle intraselüler kalsiyum konsantrasyonunu yükseltir ve uterus kontraksiyonlarını tetanik artırır. En yaygın kullanılan formu metil ergonovin ve ergometrin 0.5 mg dir. İlaç sistemik düz kas hücrelerine etki ettiğinden dolayı hipertansif , Raynaud's fenomeni ve koroner arter hastalığı olan hastalarda kontraendikedir. İlk doz tedaviden sonra etkin cevap alınamazsa başka bir uterotonik ilaç tedavisine geçilmelidir. Syntometrin, ergometrin ve oksitosin kombinasyonu olan bir ilaçtır. Tek başına oksitosin kullanımına göre klinik önemli bir avantajı saptanmamıştır ancak WHO (Dünya Sağlık Örgütü) PPK tedavisinde oksitosinin kullanımının uygun olmadığı veya oksitosinin etkisiz olduğu durumda syntometrinin kullanılabileceğini belirtmiş. Oksitosine dirençli vakalarda kullanılacak diğer ikinci seçenek ilaç karboprosttur. Sekiz doza kadar tekrarlanabilir kardiyak problemi olan ve astımlı hastalarda kontraendikedir. Sezaryen esnasında refraktör atoni tedavisinde kullanılan metilergonovin ile karboprostun karşılaştırıldığı bir çalışmada kanamaya bağlı morbidite metilergonovin ile tedavi edilen grupta anlamlı olarak daha az bulundu. Diğer bir sentetik prostaglandin olan misoprostol postpartum kan kaybını azaltmada enjekteable uterotonik ilaçların olmadığı (ör:kaynakları sınırlı ülkeler) veya kullanımını kontraendike olduğu durumlarda kullanılabilir. Bu kullanım için 800 mcg sublingual tek doz önermektedir. PPK' nın gerek primer tedavisinde gerekse oksitosin infüzyonuna kombine olarak verildiğinde oksitosin profilaksisine göre üstünlüğü gösterilememiştir. PPK tedavisinde kullanılan diğer bir ilaç karbetosin uzun etkili sentetik oksitosin analogudur.Karbetosin, oksitosin ile kıyaslandığında PPK' yı önlemede fark saptanmamıştır. Bir sistemetik derlemde çıkan sonuçta; sezaryen olan hastalarda karbetosin oksitosin ile kıyaslandığında ek uterotonik ihtiyacını azaltmıştır. PPK yönetiminde kanamayı azaltmak için antifibrinolitik olarak traneksamik asit kullanımı üzerine yapılan çalışmalarda kanamaya bağlı ölümleri azaltmada etkili olduğu gösterilmiştir. PPK tedavisinde seçilmiş vakalarda histerktomi öncesi kullanılabilen diğer bir ilaç ise rekombinant aktive faktör 7'dir. Postpartum kanama esnasında kaybedilen damar içi hacimi yerine koymak ve azalan hemostatik faktörleri replase etmek kritik önem arz etmektedir. WHO sıvı tedavisinde öncelikli olarak kristaloid sıvıları tercih etmeyi önermektedir. PPK' nın şiddetinin azalan ibrinojen seviyeleri ile ilişkisi yapılan çalışmalarda gösterilmiş olup. Fibrinojen replasmanı için kriyopresipitat veya fibrinojen konsantreleri önerilmektedir. Postpartum atoni kanaması uterotoniklere ve destek tedaviye rağmen hala devam ediyor ise cerrahi tedavi yaklaşımları düşünülmelidir.



Karadeniz Jinekoloji ve Obstetrik Kongresi

Sheraton Otel, Samsun

12 - 15 Nisan 2018



Destekleriyle..

14 Nisan 2018, Cumartesi

16:50 - 17:10 : Postpartum komplikasyonlarda cerrahi olmayan çözümler

Engin Yurtçu

Venöz Tromboemboli: Venöz tromboemboli (VTE) maternal mortalite ve morbiditenin diğer önde gelen nedenlerinden biridir. Gebelikte meydana gelen fizyolojik değişiklikler sonucunda tromboemboli riski artmaktadır. Venöz tromboemboli genel olarak bin doğumun yaklaşık ikisine komplike etmektedir. VTE riski antenel dönemde 4-6 kat artmaktadır ve postpartum ilk üç hafta daha fazla olmak üzere doğum sonrası en yüksek düzeye ulaşmaktadır. Venöz tromboembolilerin % 80 ile büyük kısmını derin ven trombozu (DVT) ve diğer kısmını ise pulmoner emboli (PE) oluşturmaktadır. İngiltere son yıllarda VTE neden ile gelişen anne ölümlerini azaltmada hızlı bir gelişim kaydetmiştir. Bu önemli gelişimin nedeni risk altındaki kadınların daha iyi tanımlanması ve tromboproflaksinin daha yaygın kullanılıyor olmasıdır. VTE riski tüm önlemlere rağmen gelişebilmektedir.

Postpartum dönemde DVT yada PE şüphesi olan her hastaya hemen antikoagülan tedavi başlanıp ivedilikle tanı testlerine geçilmelidir. Eğer tanı testleri ile venöz tromboemboli doğrulanırsa tedaviye devam edilmeli , tanı doğrulanamaz ise ve güçlü klinik şüphe devam ediyorsa alternatif tanı metodlarına geçilmeli tanı dışlanan kadar tedaviye devam edilmelidir. Tedavi en az 3 ay uygulanmalıdır ve tedaviyi kesmeden önce devam eden tromboz risk faktörleri yeniden değerlendirilmelidir. Tedavide uygulanacak ilk seçenek ilaç düşük molekül ağırlıklı heparindir (DMAH). Diğer seçilecek ilaç ise unfraksiyone heparindir (UFH). DMAH unfraksiyone heparine nazaran daha etkili ve daha güvenlidir. İki ilaçta emziren annede kullanılabilir. Eğer bu ilaçlara karşı alerji veya yan etkileri gelişirse diğer ilaç seçenekleri (ör: danaparoid, fondaparinux, argatroban, r-huridin) gündeme gelmelidir.

Masif pulmoner emboli tedavisinde ise ilk seçenek ilaç intravenöz UFH'dir. Masif PE'de şok ve kollaps gelişirse tedavi bireyselleştirilerek iv UFH, trombolitik tedavi (streptokinaz, ürokinaz, recombinant tissue plazminojen aktivatör ve tenecteplase), torakotomi ve cerrahi embolektomi yapılabilecek merkezlerde yönetilmelidir.



Karadeniz Jinekoloji ve Obstetrik Kongresi

Sheraton Otel, Samsun

12 - 15 Nisan 2018



Destekleriyle...

14 Nisan 2018, Cumartesi

17:10 - 17:30 : Postpartum cerrahi müdahale ne zaman ve nasıl?

Denizhan Keskin

POSTPARTUM CERRAHİ MÜDAHALE NE ZAMAN VE NASIL?

Postpartum kanama; postpartum komplikasyonlardan en sık görüleni ve maternal mortalitenin önemli bir nedeni olması sebebiyle oldukça önemlidir. Uterin atoni, alt genital traktus yaralanmaları, uterin rüptür, uterin inversiyon ve plasenta implantasyon anomalileri en sık görülen postpartum kanama sebepleridir. Postpartum kanama konusunda Dünya Sağlık Örgütü ve birçok guideline tarafından çeşitli tanımlamalar ve sınıflandırmalar geliştirilmiştir. Postpartum kanama maternal near miss, severe akut maternal morbidite ve maternal mortalite sebebidir.

Doğumların yaklaşık % 1-5'i postpartum kanama ile komplikedir. Tedavi öncesi kan kaybını doğru tahmin etmek önemlidir. V-drape gibi kan toplayıcı torbalar ile daha doğru, hassas ve pratik ölçüm yapmak mümkündür. Çünkü birçok faktör cerrahin kanama algısını değiştirmektedir. Örneğin abdominal adezyonlu ve eski sezaryen olgularda cerrah daha fazla kanama var gibi algılar. Abondan kanamalar kadar yavaş ama devamlı kanamalar da önemsenmelidir.

Postpartum kanama tanı ve tedavisinde zaman önemlidir. Masif hemoraji ve dissemine intravasküler koagülasyona bağlı olarak hasta hızla mortalite sürecine girebilmektedir.

Doğum sonrası ilk saat doğumhanede yakın izlem mutlakdır. Hipotansiyon şoka giriş ve resüsitasyona cevabın değerlendirilmesinde ana parametredir. Sistolik kan basıncının 90 mmHg'nın altına düşmesi şok tanısı için önemlidir. Taşikardi şok dışı etmenlerden (anksiyete, heyecan, ateş, ağrı... gibi) etkilendiğinden hipotansiyona göre daha az değerlidir. Şok İndeksi=kalp hızı/sistolik kan basıncı olarak formül edilir. Normalde; <0,8 olmalıdır. 1,14'ü şok başlangıcı, 1,41'ü kritik seviye olarak kabul eden çalışmalar vardır. Oligüri azalmış intravasküler volümü göstermesi açısından önemlidir ve her postpartum kanamalı hastaya takip ve tedaviye yanıtı değerlendirmek için üriner kateter uygulanmalıdır.

Cerrahiye hazırlık aşamasında uygulanması gerekenler;

- Postpartum kanama ekibi (perinataloji uzmanı, jinekolog onkolog) varsa bilgilendirmek
- Yardımcı kadın doğum uzmanı varsa bilgilendirmek
- Anestezi doktoru ile iletişim
- Transfüzyon merkezi ile iletişim
- Ameliyathanenin hazır hale getirilmesi



Karadeniz Jinekoloji ve Obstetrik Kongresi

Sheraton Otel, Samsun

12 - 15 Nisan 2018



Destekleriyle..

14 Nisan 2018, Cumartesi

17:10 - 17:30 : Postpartum cerrahi müdahale ne zaman ve nasıl?

Denizhan Keskin

- Hasta yakınları ile iletişim
- Tüm süreç doğru ve eksiksiz olarak en kısa süreçte hasta dosyasına kaydedilmelidir.

Cerrahi öncesi; Bimanuel uterin kompresyon, etyolojinin belirlenmesi (4T=Tonus, trauma, tissue, trombin), ekip ile iletişim, medikal tedaviler mutlaka uygulanmalıdır.

Postpartum Atoni Yönetimi;

A) Tamponad yöntemler;

Balon tamponad:

Bakri, Sengstaken-Blakemore, Rüşch, Foley catheter, Condom catheter, Linton-Nachlas, Minnesota tube... gibi çeşitli balon uygulamalar vardır. Tümü basınç etkisiyle kapiller ve venöz kanamayı azaltır. Acil durumlarda hayat kurtarıcı, basit, hızlı ve etkin uygulama sağlar. Kanamayı keser veya azaltarak kan temini, cerrahiye hazırlık ve ileri merkeze sevk için zaman kazandırır.

Bakri balon postpartum kanamada en sık kullanılan ve en fazla tecrübeye sahip olunan balon yöntemidir. Çok çeşitli çalışmalarda balon tamponad postpartum kanamada uygulanacak ilk cerrahi tedavi seçeneği olarak gösterilir. Yine bir çok çalışmada % 90'ı geçen başarı oranı ile agresif cerrahi teknikler kadar etkili bulunmuştur. Tamponad'a yanıtız kanamalarda ana neden koagülopati ve plasenta invazyon anomalileridir.

Balonun ne kadar kalması gerektiği konusunda bir konsensus yok ama devam eden kanama azalır, ilk yerleştirilmesinden 12 saat sonra intrauterin bir balonun çıkarılmasını düşünmek mantıklıdır.

Uterin Packing (Gaz-Kompres):

3-5 batın kompresini uterin kaviteye koyarak balon benzeri etki sağlanmaya çalışılmaktadır. Enfeksiyon bu gibi uygulamalarda hep bir soru işareti yaratmıştır. Hafif derecede komplikasyon oranı yani ateş, ağrı ve üriner şikayetler gaz tamponad grubunda daha yüksek olmasına rağmen diğer balon yöntemleri ile karşılaştırıldığında anlamlı bir farklılık göstermemektedir.

Vajinal Packing:

Uterin packing'in vaginaya uygulandığı formudur. Literatürde Sumo kompresyonu gibi ilginç çalışmalar olsa da uterin packing ve balon tamponad yöntemleri kadar araştırılmamıştır. Tek başına uygulanmasından ziyade balon tamponad ile beraber uygulandığında postpartum kanamayı tedavi etme oranının artırdığını gösteren çalışmalar mevcuttur.



Karadeniz Jinekoloji ve Obstetrik Kongresi

Sheraton Otel, Samsun

12 - 15 Nisan 2018



Destekleriyle...

14 Nisan 2018, Cumartesi

17:10 - 17:30 : Postpartum cerrahi müdahale ne zaman ve nasıl?

Denizhan Keskin

Medikal tedavi + tamponad uygulamalarıyla kanama devam ediyorsa beklenmeden cerrahiye geçilmelidir. Cerrahi tedaviye geçiş zamanlamasında; hastanın paritesi, hastanın çocuk isteği, hemodinamik durum, kanamanın şiddeti, cerrahın tecrübesi etkilidir.

- B) Diğer cerrahi teknikler
- Laserasyon/rüptür tamiri
 - Uterin inversiyonun düzeltilmesi
 - Uterin Kompresyon Süturleri
 - Pelvik devaskularizasyon
 - Uterin arter ligasyonu
 - Overyan arter ligasyonu
 - Hipogastrik arter ligasyonu
 - Girişimsel Radyoloji (Selektif arter embolizasyonu)
 - Histerektomi

Kompresyon Süturleri:

İlki 1997 yılında Batı Afrikalı bir jinekolog olan Sir. Christopher Balogun-Lynch tarafından tariflenmiştir (B-Lynch sütür). En fazla çalışma ve deneyim bu sütür üzerine yapılmıştır. Sonrasında birçok modifikasyonu yapılmıştır. Belki de en faydalı olan modifikasyonu iplerin fundus üzerinden kaymasının önlediği ve daha sıkı bir kavrama sağlayan çapraz modifikasyonudur.

Diğer sütürlardan bazıları şunlardır; Hayman, Cho, Pereira, Quahba, Hackethal, Makino-Takeda, Matsubara-Yano, Marasinghe, Bhal, Surabaya, Tjalma -Jacquemyn, Muppala, Hwu, Nilson-Birch, dörtlü kompresyon sütür, tek geniş kare sütür, tek sekiz sütür, kesintili horizontal sütür, servikoistmik sütür, Arulkumaran, Meydanlı, Acar...

Her ne kadar ilk sütürün mucidi B-Lynch kendi sütürünün on yıllık sonuçlarını yayımladığı makalesinde kendinden sonraki sütürların dikkatle incelenmesi gerektiğini söylese de hiçbir sütürün birbirine üstünlüğü yoktur.

Aboufalah sütüründe diğerlerinden farklı olarak ameliyattan 48 saat sonra sütür çıkartılmaktadır.

B-lynch birçok çalışmada atoni olgularında oldukça etkili bulunmuş ve agresif cerrahi (hipogastrik arter ligasyonu, histerektomi) öncesi uygulanması önerilmiştir. Ayrıca takiplerde



Karadeniz Jinekoloji ve Obstetrik Kongresi

Sheraton Otel, Samsun

12 - 15 Nisan 2018



Destekleriyle..

14 Nisan 2018, Cumartesi

17:10 - 17:30 : Postpartum cerrahi müdahale ne zaman ve nasıl?

Denizhan Keskin

fertiliteyi etkilemediği ve gebelik halinde komplikasyona yol açmadığı birçok çalışmada gösterilmiştir.

En çok komplike olmakla suçlanan Cho sütür ile ilgili pyometri ve sineşi vaka sunumları vardır. Ancak diğer süturlar ile karşılaştırıldığında anlamlı bir komplikasyon artışına neden olmamaktadır.

Pelvik Devaskülarizasyon:

Uterin arter, uteroovaryan anastomoz ve hipogastrik arter ligasyonu olarak sıralanabilir. Tarihçesine baktığımızda ilk tarif edilen hipogastrik arter ligasyonudur. Ancak damar ligasyonları içinde daha düşük komplikasyon oranına sahip olduğu için ilk tercih edilmesi gereken bilateral distal uterin arter ligasyonudur. Eğer kanama durmazsa sırayla tek ve çift taraflı uteroovaryan anastomoz bağlanabilir. Bilateral hipogastrik arter ligasyonu; uterin devaskülarizasyona (dörtlü arter ligasyonu = bilateral proksimal uterin arter ve bilateral uteroovaryan anastomoz ligasyonu) rağmen kanama devam ederse histerektomi öncesi son seçenektir. Lateral pelvik duvara hakimiyet ve ileri cerrahi tecbüre önemlidir. Kan akımında yaklaşık % 50 azalma sağlar.

Peripartum Histerektomi:

İnsidans binde 1'in altındadır. Diğer cerrahi girişimlere yanıtız atoni olgularında ve uterin rüptür/plasenta acreata olgularında en son çare olarak uygulanır. Olguların çoğu koagülopati, plasenta acreata, atoni, uterin rüptür, grand multiparite ile ilişkilidir. Ancak histerektomiye karar vermede gecikilmemelidir. Subtotal histerektomi daha kısa operasyon süresi, daha az peroperatif komplikasyon, daha az kan transfüzyon ihtiyacı ile ilişkilidir ve tercih edilmelidir.

Pelvik Packing:

Peripartum histerektomi sonrası devam eden kanamalarda akılda tutulması gereken bir yöntemdir. Steril torba içerisine 5-6 batın kompresi konulur, batın kapatılır, torbanın ipi vajenden sarkıtılır ve traksiyona alınır. 36-72 saat içerisinde geri çıkartılır. Özellikle koagülopatiyeye bağlı kanamalarda etkili bulunmuştur.



Karadeniz Jinekoloji ve Obstetrik Kongresi

Sheraton Otel, Samsun

12 - 15 Nisan 2018



Destekleriyle..

14 Nisan 2018, Cumartesi

17:10 - 17:30 : Postpartum cerrahi müdahale ne zaman ve nasıl?

Denizhan Keskin

Özet olarak Guideline'lar ne diyor?

- Medikal tedaviye yanıtız hastada vakit kaybetmeden cerrahi yöntemlere başvurulmalıdır.
- Atoni olgularında intrauterin balon tamponad ilk aşama cerrahi yöntem olmalıdır. Tamponad yöntemlerinin başarı oranı > % 90'dır. Tamponad yöntemlerden birbirine üstünlüğü yoktur. Tamponad süresi ideal 2-12 saat olmalıdır (4-6 saat).
- İntrauterin balon uygulanmasına rağmen devam eden kanamalarda (tamponad testi negatif) ikinci aşama olan laparotomiye geçilmelidir.
- Atoni olgularında kompresyon süturlarından herhangi biri uygulanabilir. Yöntemlerin birbirine bariz üstünlüğü yoktur. İlk ve en çok uygulanan yöntem olması sebebiyle B-lync sütün tercih edilebilir. Kompresyon süturlarının başarı oranı > % 90'dır. Düşük komplikasyon oranına sahiptirler ve ileri dönemde fertilitiyi etkilemezler.
- Adım adım uterin devaskularizasyon komplikasyon oranını artırmamak adına hipogastrik arter ligasyonu öncesi uygulanabilir.
- Hipogastrik arter ligasyonu yüksek cerrahi beceri gerektirmesi sebebiyle uzman jinekolog veya vasküler cerrah tarafından uygulanmalıdır. Ligasyonun başarı oranı hakkında net veri yoktur. Ligasyon yöntemleri ileri dönem fertilitiyi etkilemezler.
- Selective arter embolizasyonunun % 90'a varan başarı oranı vardır ve imkan dahilinde ise uygulanabilir.
- Histerektomi plasenta acreata, uterin rüptür ve konservatif cerrahi tedaviye yanıt vermeyen atoni olgularında gecikmeden uygulanmalıdır.

15 Nisan 2018, Pazar

08:45 - 09:05 : Asemptomatik endometrial kalınlığa yaklaşım

Fadıl Kara



ASEMPTOMATİK ENDOMETRİYAL KALINLIĞA YAKLAŞIM

Prof. Dr. Osman Fadıl Kara
Amasya Üniversitesi Tıp Fakültesi Sabancıoğlu Şenelid'in Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Sunum akış planı

- Endometriyal kalınlık tanımı
- Endometrium ölçümü
- USg ile endometriyumu gözlemlemek
- Guideline ne diyor?
- Literatür ne diyor?
- Sonuç

OFK

- Endometriyal kalınlık:
 - Menstruasyonu gören bir kadında endometrium menstrual döngüye göre (mens sonrası 3mm – luteal fazda 15mm) değişiklik gösterir.
- Endometriyum ölçümü:
 - IVUSG ile uterus midsagittal planda iken endometriyumun ön-arka duvanı (bilaminar yapı) ölçülür.

OFK



OFK

- USG ile endometriyumu gözlemleyen:
 - genel kalınlık
 - heterojenite
 - Fokal dlan
 - Sıvı koleksiyon
 - Afirm vaskülarite
- Myometriyal aialca (Submukozal fibroid?) değerlendirilmelidir.
- Vasküler akım kullanılarak endometriyal polipler ayır edilebilir.

OFK



OFK

15 Nisan 2018, Pazar

08:45 - 09:05 : Asemptomatik endometrial kalınlığa yaklaşım

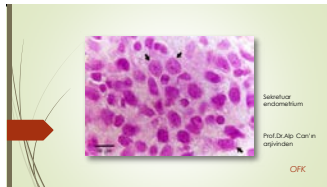
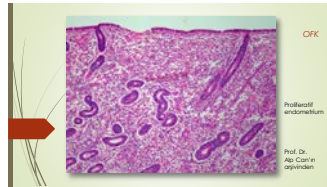
Fadıl Kara

- **Son menstrual periyot sonrası** ilk yılda endometriyum, rezidual hormonal aktiviteden dolayı normalden daha kalın olabilir.
- **HRT kullanan kadında** endometriyal kalınlık 5.4-10.8mm dir.

Menopoz sonrası endometriyal kalınlık artışı:

- proliferatif endometriyumu,
- kistik / kompleks / atipik hiperplaziy,
- kansinomu gösterebilir.

OFK



Guideline ne diyor?

OFK

- **The American Cancer Society** endometriyum kanseri için asemptomatik kadınlarda endometriyum gözetimlerinin rutin önermiyor.
- **The Canadian Cancer Society** USG görüntülerinin veya patolojik örnekleme ile endometriyal kanser mortalitesine azaltılma gösteren yeterli kanıt yoktur (2010).
- **Society of Radiologists in Ultrasound** endometriyal kalınlığı >5 mm ölçülen asemptomatiklerde kullandıkları yaklaşım şuydu (2001).
- **American College of Obstetricians and Gynecology** asemptomatik kalın endometriyumu (>4mm) rutin araştırmayı önermek için yeterli kanıt yoktur (2015).

OFK

- **Postmenopozda** endometriyum kalınlığı 4.5 mm üstünde ise endometriyum kanseri insidansı %3-17.
- **Postmenopozal** endometriyum kanseri insidansı 1.3-1.7/1000.
- **Hiperansiyon** artmış endometriyal kalınlık artışı ile ilişkili hiperplastik/ malign kanserliyi.
- **Endometriyal poliplerin** çoğu benign olmakla birlikte premalign poliplerde de karşılaşılabılır.
- **İki** cisimle malign olma potansiyeli %1.9-3.5'tur.
- **Postmenopoz** semptomatik grupla malign olma prevalansı yüksektir.
- **Tamoksifen** kullanan asemptomatik kadınlarda rutin endometriyal bx. ye gerek yoktur. Endometriyal kalınlık 11mmal hiperplastiden kaynaklıdır. 5 yıl Trax kullanımı sonrası ort. endometriyal kalınlık: 12 (6-21)mm.

OFK

15 Nisan 2018, Pazar

08:45 - 09:05 : Asemptomatik endometrial kalınlığa yaklaşım

Fadıl Kara

Asymptomatic, Thickened Endometrium in Postmenopausal Women: Management Risk

109 asemptomatik hasta
Cıvafı bulunmayan
4 hasta postmenopozal kalınlık > 10.3
73 postmenopozal 1 Cıv - endo-24
1 korpusal epitel hiperplazi - endo-17

OFK

The Oncogenic Potential of Endometrial Polyps

A 50-year-old woman with a 10mm polyp

Kanserleşen olmayan postmenopozal kadınlarda endometrial polip 4.4% (88 of 1,948) oranında morfolojik polipöziteye karşın kanserleşen olmayanlar bu oranda 1.5% (21 of 1,454) oranında risk 2.34: 195-211 (45-7-80).

OFK

Endometrial kalınlık > 4mm olan 263 asemptomatik postmenopozal kadında

Asimptomatik postmenopozal kadınlarda endometrial kalınlık > 4mm olan 263 asemptomatik postmenopozal kadında 1.5% (4) hasta kanserleşen olmayanlar bu oranda 1.5% (21 of 1,454) oranında risk 2.34: 195-211 (45-7-80).

OFK

Asemptomatik bir hastada endometrial kalınlığın saptanması durumunda tanı ve tedavi algoritmaları konusunda bir konsensus yoktur.

- TV-USG yüksek false pozitifliğe sahip
- Gereksiz tedavi
- Hasta anksiyetesi
- Hekim anksiyetesi
- Gereksiz tedaviden kaynaklanan komplikasyonlar
- Kaynakların gereksiz kullanılması

OFK

Endometrial kalınlıktan korkmalı mıyız???

Kanserleşen olmayan asemptomatik postmenopozal kadında transvajinal USG yaparız. Tesadüf olarak kalın endometriumu bulabiliriz. Yalnızca (10-15%) ve kalın birisi tedaviye gerektirmez

OFK

Endometrial kalınlık ölçümü:

- TVUSG kalınlığı endometrial kalınlığı ölçmek için yetersizdir. Bu nedenle tanı için transvajinal USG kullanılması önerilir.
- Endometrial kalınlık > 4mm
- Endometrial kalınlık > 11mm
- Bu oranlarda 263/273 asemptomatik postmenopozal kadında kanserleşen olmayanlar bu oranda 1.5% (21 of 1,454) oranında risk 2.34: 195-211 (45-7-80).

OFK

15 Nisan 2018, Pazar

08:45 - 09:05 : Asemptomatik endometrial kalınlığa yaklaşım

Fadıl Kara

Capacity of endometrial thickness assessment to detect endometrial cancer in asymptomatic postmenopausal women: A systematic review and meta-analysis

Table 4 Summary estimates of sensitivity and specificity with 95% confidence intervals for the pooled asymptomatic postmenopausal women (n=10,000)

Threshold (mm)	Study	Sensitivity	Specificity
4	1	0.75	0.95
4	2	0.78	0.96
4	3	0.81	0.97
4	4	0.83	0.98
4	5	0.85	0.99
4	6	0.87	1.00
4	7	0.89	1.00
4	8	0.91	1.00
4	9	0.93	1.00
4	10	0.95	1.00
4	11	0.97	1.00
4	12	0.99	1.00
4	13	1.00	1.00
4	14	1.00	1.00
4	15	1.00	1.00
4	16	1.00	1.00
4	17	1.00	1.00
4	18	1.00	1.00
4	19	1.00	1.00
4	20	1.00	1.00
4	21	1.00	1.00
4	22	1.00	1.00
4	23	1.00	1.00
4	24	1.00	1.00
4	25	1.00	1.00
4	26	1.00	1.00
4	27	1.00	1.00
4	28	1.00	1.00
4	29	1.00	1.00
4	30	1.00	1.00
4	31	1.00	1.00
4	32	1.00	1.00
4	33	1.00	1.00
4	34	1.00	1.00
4	35	1.00	1.00
4	36	1.00	1.00
4	37	1.00	1.00
4	38	1.00	1.00
4	39	1.00	1.00
4	40	1.00	1.00
4	41	1.00	1.00
4	42	1.00	1.00
4	43	1.00	1.00
4	44	1.00	1.00
4	45	1.00	1.00
4	46	1.00	1.00
4	47	1.00	1.00
4	48	1.00	1.00
4	49	1.00	1.00
4	50	1.00	1.00
4	51	1.00	1.00
4	52	1.00	1.00
4	53	1.00	1.00
4	54	1.00	1.00
4	55	1.00	1.00
4	56	1.00	1.00
4	57	1.00	1.00
4	58	1.00	1.00
4	59	1.00	1.00
4	60	1.00	1.00
4	61	1.00	1.00
4	62	1.00	1.00
4	63	1.00	1.00
4	64	1.00	1.00
4	65	1.00	1.00
4	66	1.00	1.00
4	67	1.00	1.00
4	68	1.00	1.00
4	69	1.00	1.00
4	70	1.00	1.00
4	71	1.00	1.00
4	72	1.00	1.00
4	73	1.00	1.00
4	74	1.00	1.00
4	75	1.00	1.00
4	76	1.00	1.00
4	77	1.00	1.00
4	78	1.00	1.00
4	79	1.00	1.00
4	80	1.00	1.00
4	81	1.00	1.00
4	82	1.00	1.00
4	83	1.00	1.00
4	84	1.00	1.00
4	85	1.00	1.00
4	86	1.00	1.00
4	87	1.00	1.00
4	88	1.00	1.00
4	89	1.00	1.00
4	90	1.00	1.00
4	91	1.00	1.00
4	92	1.00	1.00
4	93	1.00	1.00
4	94	1.00	1.00
4	95	1.00	1.00
4	96	1.00	1.00
4	97	1.00	1.00
4	98	1.00	1.00
4	99	1.00	1.00
4	100	1.00	1.00

OFK

COMMITTEE OPINION
Practice in Cervical Cancer
Tarsavelle and Utzinger Cancer

2014 ACOG'a göre:
Endometrial kanser olmadan yüksek risk olmamış olanca, kanserleşen olan postmenopozal kadınlar için rutin olarak önerilmemektedir.

OFK

ACOG COMMITTEE OPINION
The Role of Transvaginal Ultrasonography in the Evaluation of Postmenopausal Bleeding

TvUSG: kanamaya olmayan postmenopozal kadınlarda kanser taraması için kullanılabilecek bir yöntem olarak önerilmemektedir.

Asemptomatik postmenopozal kadınlarda 4 mm üzeri endometrial kalınlık tespiti rutinleri araştırma gerektirmez.

OFK

Asymptomatic Endometrial Thickening

OFK

SOGC CLINICAL PRACTICE GUIDELINE

- Transvaginal ultrasound should not be used as screening for endometrial cancer. (B-1E)
- Endometrial sampling in a postmenopausal woman without bleeding should not be routinely performed. (B-1E)
- Indicators for tissue sampling of the endometrium in bleeding postmenopausal women with an endometrial thickness of greater than 4 to 5 mm should not be extrapolated to asymptomatic women. (B-2E)
- A woman who has endometrial thickening and other positive findings on ultrasound, such as increased vascularity, inhomogeneity of endometrium, particulate fluid, or thickened endometrium over 11 mm, should be referred to a gynecologist for further investigations. (B-1A)

OFK

- Decisions about further investigations should be made on a case-by-case basis in asymptomatic women with increased endometrial thickening and risk factors for endometrial cancer such as obesity, hypertension, and late menopause. (B-1E)
- In asymptomatic women on tamoxifen, a routine ultrasound for endometrial thickening should not be performed. (B-2E)
- Not all postmenopausal women who have asymptomatic endometrial polyps require surgery. Women found to have asymptomatic polyps on ultrasound should be staged for intervention according to size of the polyp, age, and other risk factors. (B-1A)

OFK

15 Nisan 2018, Pazar

08:45 - 09:05 : Asemptomatik endometrial kalınlığa yaklaşım

Fadıl Kara

SONUÇLAR

- Asemptomatik postmenopozal endometrial kalınlığı olan hasta semptomatik hasta gibi değerlendirilmemelidir, rutin endometriyal tarama gereksizdir.
- Asemptomatik postmenopozal hastada endometriyal kalınlığın cut-off değeri net değildir.
- Bu kadınlarda biopsi ve H/S için diğer risk faktörlerinin varlığı önemlidir (obezite, HT, geç menopoz...).

OFK

SONUÇLAR

- TV-USG iyi bir tarama aracı değildir.
- SIS, TV-USG'den daha iyi sonuçlar verir.
- Kalınlık arşlarında Ofis H/S en iyi seçenektir. (Aynı anda fani tedavi olanağı sağlar.)
- Biopsi veya H/S için endometrial kalınlık limiti >11 mm gibi görünmektedir.

OFK



TEŞEKKÜRLER...

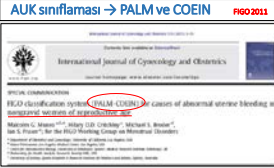
15 Nisan 2018, Pazar

09:05 - 09:25 : Anormal uterin kanamaların tanısı: Ofis biyopsi, fraksiyone küretaj, H/S
Görker Sel

Anormal uterin kanamaların tanısı:
Ofis biyopsi, Fraksiyone Küretaj, H/S

Dr. Öğr. Üyesi Görker SEL
BEÜ Tıp Fakültesi

Karadeniz Jinekoloji ve Obstetrik Kongresi, Samsun, 12-15 Nisan 2018



PALM – COEIN

- Yeni sınıflandırma
- Yapısal (PALM)
- Yapısal olmayan (COEIN)
- Kanama nedenleri esas alınır



AUK tanısı – ilk değerlendirme

- Kanamamanın kökeni ?
- Uterus ? → Emin ol !
- Premenar/postmenopoz
- Gebe ?

AUK tanısı – değerlendirme

- Kanama paterni
- Laboratuvar
- Kontrasepsiyon öyküsü
- Antikoagülan kullanımı
- Görüntüleme
- Endometrial örnekleme?

Investigating postmenopausal bleeding for endometrial cancer: cost-effectiveness of initial diagnostic strategies

TJ Clark¹, PJP Barber², A Gammetering³, JS Gupte⁴, AJ Shaw⁵
¹Department of Medicine and Pathology, Birmingham Women's Hospital, Birmingham, UK; ²Health Economics, Health Services Research and Management, Birmingham Business School, Birmingham, UK; ³Department of Obstetrics and Gynaecology, Birmingham Women's Hospital, Birmingham, UK; ⁴Department of Obstetrics and Gynaecology, Birmingham Business School, Birmingham, UK; ⁵Department of Obstetrics and Gynaecology, Birmingham Business School, Birmingham, UK.

- Endometrial kanser riski → düşük ve yüksek risk → TV USG ile EL ölçümü
- PMK → EL: 4 mm → maliyet etkin

15 Nisan 2018, Pazar

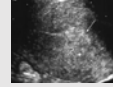
09:05 - 09:25 : Anormal uterin kanamaların tanısı: Ofis biyopsi, fraksiyone küretaj, H/S
Görker Sel

AUK tanısı – endometrial örnekleme

- >45 y herhangi bir AUK
- <45 y ovulasyon disfonksiyon
östrojen etkisi
tıbbi tedavi yarıtsız
end ca riski (TMX kullanımı, Lynch, Cowden)
- Hiperplazi ve ca riski:
<45 y %6
>45 y %19

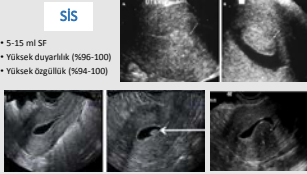
AUK tanısı – pelvik USG

- İlk görüntüleme → Transvajinal/Suprapubik USG
- Salin İnfüzyon Sonografi -SIS



SIS

- 5-15 ml SF
- Yüksek duyarlılık (%96-100)
- Yüksek özgüllük (%94-100)

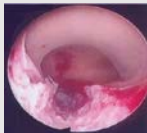


AUK tanı – örnekleme

- Pipelle
- Küretaj
- H/S

AUK tanı – ofis biyopsi

- Genellikle körleme yöntemler
- %81 duyarlılık, %98 özgüllük
- Fokal lezyonları kaçırabilir!



AUK tanı – Pipelle


- Ucuz
- Kolay uygulanabilir
- Genelde ilk seçenek
- Kanseri teşhis etme duyarlılığı %67-96
- Körleme
- Fokal lezyonlar !

15 Nisan 2018, Pazar

09:05 - 09:25 : Anormal uterin kanamaların tanısı: Ofis biyopsi, fraksiyone küretaj, H/S

Görker Sel

- End bx: 466 olgu
- Pipelle → D&C, patoloji
- Yetersizlik → servikal operasyon öyküsü, intrauterin prosedür öyküsü, küçük servikal os
- Pipelle;
 - tüm endometrium kanser vakalarını yakaladı
 - atipili hiperplazinin %50'sini
 - poliplerin %74'ünü
 - atipisiz hiperplazili poliplerin %82'sini kapırdı



Saline-Irresonance Sonography Endometrial Sampling Compared With Endometrial Biopsy in Diagnosing Endometrial Pathology

End patolojisi yakalamada SIS > ofis bx



AUK tanı – D&C

D&C;

poliplerin %58'ini
hiperplazilerin %50'sini
kompleks atipilerin %60'ünü
endometrial kanserlerin %11'ini kaçırmıyor
fokal lezyon olmayan hastayı %94 yakalıyor



AUK tanı – histeroskopi

- Görerek şüpheli alanlardan biyopsi alınabilmesini sağlar
- Genel anestezi, servikal dilatasyonu, ağrı
- Yeni ofis histeroskopları ile anestezi gerekmeden de yapılabilmektedir




AUK tanı – histeroskopik morselasyon

- Morselasyon sisteminin Histeroskopiye adaptasyonu
- Daha çok tip 0 ve tip 1 myomların ekstraksiyonunda tercih edilir
- Histolojik analiz için daha çok ve tam örnekleme sağlar
- Biyopsilerde atlanabilecek %3 kanseri sayıyabilir



Histeroskopik morselasyon

- Operasyon süresi, ağır skoru azalır
- Polipin çıkarılma yüzdesi artar



15 Nisan 2018, Pazar

09:05 - 09:25 : Anormal uterin kanamaların tanısı: Ofis biyopsi, fraksiyone küretaj, H/S

Görker Sel

Kanserli Hastaların Tanısı	
Yöntem	Oran (%)
H/S	100
D&C	100
Ofis biyopsi	100
Fraksiyone küretaj	100

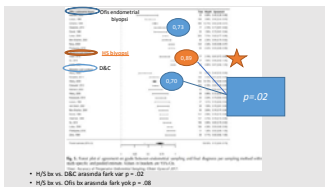
Sonuç: AUK patolojisini saptamada SIS' in duyarlılığı yüksek ve kolay uygulanabilir bir yöntem

D&C ise düşük sensitivitesi olması nedeniyle ilk planda uygulanması düşünülmemesi gereken bir yöntem

Accuracy of Endometrial Sampling in Endometrial Carcinomas: A Systematic Review and Meta-analysis

Yapılan meta-analizde, endometrial kanser tanısında H/S yönteminin diğer yöntemlere göre daha yüksek duyarlılığı ve özgüllüğü olduğu görülmüştür.

- Hangi Endometrial örnekleme yöntemi, histerektomi patolojisi (tümör grade ve histolojisi) ile uyumlu?
- 9 çalışma ofis bx, 3 çalışma H/S bx, 16 çalışma D&C



- H/S bx vs. D&C arasında fark var p = .02
- H/S bx vs. Ofis bx arasında fark yok p = .08



PMK hastalarından alınan endometrial bx (Pipelle-Novak) sonuçlarının doğruluğu (kanser, atipik hiperplazi) iki referans standarda göre (D&C ve H/S bx/histerektomi) karşılaştırılması yapılan 2016 yılı meta-analizi



- Endometrial bx'in ve D&C'nin sonuçları benzer, ancak H/S referans alındığında Endometrial bx daha az kanser saptanmıştır.
- Endometrial bx, endometrial (pre-) kanser ve hastaları ekarte etmekte güvenilir değildir.
- Benigni bir sonuç geldiğinde ve fokal bir patoloji gözleniyorsa, daha başka tansal girişim yapılmalıdır.

- D&C, fokal patolojileri, endometrial polip zemininden gelişen (pre) kanseri de kaçırabilir.
- Günümüzde artık standart referans test olarak, gerek klinikte gerekse araştırmalarda, D&C yerini H/S'e bırakmıştır.



Karadeniz Jinekoloji ve Obstetrik Kongresi

Sheraton Otel, Samsun

12 - 15 Nisan 2018



Destekleriyle..

15 Nisan 2018, Pazar

09:05 - 09:25 : Anormal uterin kanamaların tanısı: Ofis biyopsi, fraksiyone küretaj, H/S
Görker Sel

FIGO 2011 sınıflamasına göre Anormal uterin kanamalar (AUK) ikiye ayrılır
Munro MG, Critchley HO, Broder MS, Fraser IS. FIGO classification system (PALM-COEIN) for causes of abnormal uterine bleeding in nongravid women of reproductive age. International Journal of Gynecology & Obstetrics. 2011 Apr 1;113(1):3-13.

AUK, En yaygın jinekolojik yakınma, 1/3 jinekoloji polikliniğine başvuru nedeni

- Yeni sınıflandırmaya göre Yapısal (PALM) ve Yapısal olmayan (COEIN) olmak üzere isimlendirildi.
- Yeni isimlendirme kanama nedenleri esas alınarak yapılmıştır.
- Polip, Adenomyozis, Leiomyoma, malignansi ve hiperplazi (PALM)
- Koagulopati, Ovulatuvar difonksiyon, Endometrial, iyatrojenik, Sınıflandırılmamış (COEIN)

İlk değerlendirme

- Kanama kaynağı uterus mu? Emin ol!
- Premenarş/Postmenopozal
- Gebe mi?

Sonraki aşama

- Kanama paterni
- Laboratuvar
- Kontrasepsiyon öyküsü
- Antikoagülan kullanımı
- Görüntüleme
- Endometrial örnekleme?

Çeşitli kılavuzlarda endometrial kanser riskinin düşük ve yüksek olarak ayırımında EL'nin Tv-US ile ölçümü ilk basamak olarak tanımlanır.

Ekonomik yönünü inceleyen, Clark ve ark, PMK'da EL için cut-off'u 4 mm alıp buna göre endometrial örnekleme yapmayı en mali uygun strateji olarak bulmuşlardır.

(Clark TJ, Barton PM, Coomarasamy A, Gupta JK, Khan KS. Gynaecological oncology: Investigating postmenopausal bleeding for endometrial cancer: cost-effectiveness of initial diagnostic strategies. BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology. 2006 May 1;113(5):502-10.)

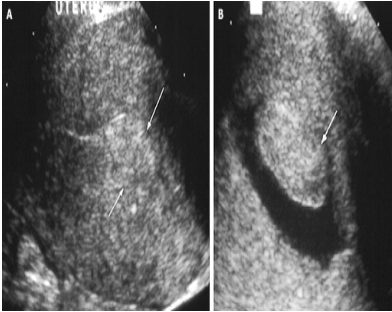
Endometrial Örnekleme

- >45; Herhangi bir AUK

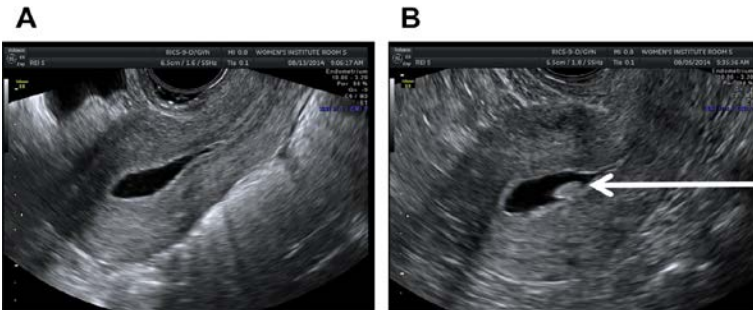
15 Nisan 2018, Pazar

09:05 - 09:25 : Anormal uterin kanamaların tanısı: Ofis biyopsi, fraksiyone küretaj, H/S
Görker Sel

- <45; Ovulatuvar disfonksiyon, E2 etkisi, medikal tedaviye yanıt yok, Endometrial kanser riski (TMX, Lynch, Cowden Sendr...)
45 yaşın eşik olarak kullanılmasının nedeni:
 - <45: %6 hiperplazi ve kanser riski iken
 - >45: %19 hiperplazi ve kanser riski olması
- Pelvik USG
- İlk görüntüleme seçimi; Transvajinal/Suprapubik



- Kavitedeki patolojinin net olarak yerinin tanımlanması için SIS de eklenmeli, yoksa yalnızca USG yanıltıcı olabilir.
- SIS





Karadeniz Jinekoloji ve Obstetrik Kongresi

Sheraton Otel, Samsun

12 - 15 Nisan 2018



Destekleriyle..

15 Nisan 2018, Pazar

09:05 - 09:25 : Anormal uterin kanamaların tanısı: Ofis biyopsi, fraksiyone küretaj, H/S

Görker Sel

- 5-15 ml SF
- Yüksek duyarlılık (%96-100)
- Yüksek özgüllük (%94-100)

Örnekleme

Pipelle, karman kannül

Dilatasyon ve küretaj

Histeroskopi

Ofis biyopsi

- Genellikle körlleme yöntemler uygulanır
- %81 duyarlılık, %98 özgüllük
- Ancak fokal lezyonları kaçırabilir!

Pipel

- Ucuz, 3,8 mm, kolay uygulanabilir, genelde ilk seçenek
- Pipel ile alınan örneklemin kanseri teşhis etme duyarlılığı %67-96.
- Ancak körlemedir, fokal lezyonları kaçırabilir.

2017 yılında yapılan Xie ve ark. Nın ofise biyopsi başarısızlığını araştırdıkları çalışmada, 466 endometrial biyopsi endikasyonu olan hasta

- Tüm hastalara Pipelle ve sonra D&C, patoloji
- Yetersizlik nedenleri; Servikal operasyon öyküsü, intrauterin prosedür öyküsü, küçük servikal os.

- Pipelle, tüm Endometrium kanser vakalarını yakalamış.
- Ancak; atipili hiperplazinin %50'sini, poliplerin %74'ünü, atipisiz hiperplazili poliplerin %82'sini kaçırılmış.

(Xie B, Qian C, Yang B, Ning C, Yao X, Du Y, Shi Y, Luo X, Chen X. Risk Factors for Unsuccessful Office-Based Endometrial Biopsy: a Comparative Study of Office-Based Endometrial Biopsy (Pipelle) and Diagnostic Dilatation and Curettage (D&C). Journal of minimally invasive gynecology. 2017 Dec 6.)

SİS

- Moschos ve ark. Nın yaptığı 2009 yılındaki çalışmaya göre; SİS ile endometrial örnekleme, ofis biyopsiden üstün.

Moschos E, Ashfaq R, McIntire DD, Liriano B, Twickler DM. Saline-infusion sonography endometrial sampling compared with endometrial biopsy in diagnosing endometrial

15 Nisan 2018, Pazart

09:05 - 09:25 : Anormal uterin kanamaların tanısı: Ofis biyopsi, fraksiyone küretaj, H/S

Görker Sel

pathology. Obstetrics & Gynecology. 2009 Apr 1;113(4):881-7.
D&C

- Epstein ve ark. Nın yaptığı 2001 yılındaki çalışmaya göre; D&C poliilerin %58'ini (25/43), hiperplazilerin %50'sini (5/10), kompleks atipilerin %60'ını (3/5) ve endometrial kanserlerin %11'ini (2/19) kaçırıyor.

- Bununla beraber, fokal lezyon olmayan hastalarda ise %94 tanıyı yakalıyor.

Epstein E, Ramirez A, Skoog L, Valentin L. Dilatation and curettage fails to detect most focal lesions in the uterine cavity in women with postmenopausal bleeding. Acta obstetrica et gynecologica Scandinavica. 2001 Dec 1;80(12):1131-6.

Histeroskopi

- Görerek şüpheli alanlardan biyopsi alınabilmesini sağlar
- Genel anestezi, servikal dilatasyon, ağrı
- Yeni ofis histeroskoplari ile anestezi gerekmeden de yapılabilmektedir.

Histeroskopik morselasyon

- Morselasyon sisteminin Histeroskopiye adaptasyonu.
- Daha çok tip 0 ve tip 1 myomların ekstraksiyonunda tercih edilir.
- Histolojik analiz için daha çok ve tam örnekleme sağlar, böylece biyopsilerde atlanabilecek %3 kanseri saptayabilir.

- Operasyon süresi, ağrı skoru azalır; polipin çıkarılma yüzdesi artar

Connor M. New technologies and innovations in hysteroscopy. Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology. 2015 Oct 1;29(7):951-65.

Comparison of hysteroscopic morcellation and electrosurgical resection for the removal of endometrial polyps in an outpatient setting [15].

Surgical Technique and complications	Hysteroscopic morcellation (n = 62)	Electrical resection (n = 59)	Mean difference or OR (95% CI)	p
Speed of removal, median, seconds	328	612		<0.001
Operative pain scores, 100 mm VAS, mean, sd (n)	35.9 ± 23.5 (60)	52.0 ± 23.5 (58)	16.1 (7.6–24.7)	<0.001
Removal success				
Total removal	61 (98)	49 (83)	12.4 (1.5–100.6)	0.02
Partial removal	0	7 (12)*		
Failed removal	1 (2)†	3 (5)*		
Acceptability				0.009**
Totally	44 (72)	33 (57)		
Generally	15 (25)	12 (21)		
Fairly	2 (3)	12 (21)		
Unacceptable	0	1 (2)		
Complications				
Vasovagal reactions	1 (2)	6 (10)	0.1 (0.0–1.2)	0.08
Others	0	0		

OR, odds ratio; CI, confidence interval. Data are n (%) unless otherwise specified.

* Partial removal or failed removal reasons: unable to locate blindly (n = 4); patient discomfort (n = 3); inadequate visualisation (n = 3).

† Partial removal or failed removal reasons: inadequate visualisation (n = 1).

**Using a logistic regression test for trend.

15 Nisan 2018, Pazar

09:05 - 09:25 : Anormal uterin kanamaların tanısı: Ofis biyopsi, fraksiyone küretaj, H/S

Görker Sel

- Grimbizis ve ark. Nın yaptığı 2010 yılındaki çalışmada; Tv-US/SIS/HS her hastaya (105 hasta) uygulanmış (Grimbizis GF, Tsolakidou D, Mikos T, Anagnostou E, Asimakopoulos E, Stamatopoulos P, Tartzis BC. A prospective comparison of transvaginal ultrasound, saline infusion sonohysterography, and diagnostic hysteroscopy in the evaluation of endometrial pathology. Fertility and sterility. 2010 Dec 1;94(7):2720-5.)

The sensitivity, specificity, positive likelihood ratio (LR+) and negative likelihood ratio (LR-) for the different pathologic conditions diagnosed in the study.

	TVS	CI	SIS	CI	DH	CI
Any abnormality						
Sensitivity (%)	89.04	75.94-95.13	91.78	82.96-96.90	97.26	90.43-99.59
Specificity (%)	56.00	34.94-75.57	60.00	38.68-78.84	92.00	73.93-98.78
LR+	2.02	1.29-3.17	2.29	1.41-3.73	12.16	3.22-45.96
LR-	0.20	0.09-0.41	0.14	0.06-0.31	0.03	0.01-0.12
Diseases of endometrium						
Sensitivity (%)	57.14	18.75-89.58	28.57	4.52-70.73	71.43	29.27-95.48
Specificity (%)	65.93	55.25-75.55	97.80	92.27-99.67	100.00	95.99-100.00
LR+	1.68	0.83-3.39	13.00	2.14-78.88	—	—
LR-	0.65	0.27-1.55	0.73	0.46-1.17	0.71	0.45-1.14
Intracavitary masses						
Sensitivity (%)	44.83	31.75-58.46	91.38	81.01-97.11	98.25	90.57-99.71
Specificity (%)	77.50	61.54-89.14	65.00	48.32-79.36	85.37	70.82-94.40
LR+	1.99	1.05-3.79	2.61	1.70-4.01	6.71	3.20-14.07
LR-	0.71	0.53-0.95	0.13	0.06-0.32	0.02	0.00-0.14
Myoma						
Sensitivity (%)	26.67	7.95-55.09	80.00	51.91-95.43	100.00	78.03-100.00
Specificity (%)	95.18	88.11-98.64	91.57	83.39-96.53	98.80	93.44-98.80
LR+	5.53	1.55-19.75	9.49	4.47-20.14	83.00	11.83-582.31
LR-	0.77	0.57-1.05	0.22	0.08-0.60	—	—
Polyp						
Sensitivity (%)	41.86	27.02-57.87	85.71	71.45-94.54	97.67	87.67-99.61
Specificity (%)	83.64	71.19-92.22	78.57	65.56-88.40	90.91	80.03-96.95
LR+	2.56	1.28-5.12	4.00	2.39-6.70	10.74	4.65-24.81
LR-	0.70	0.53-0.92	0.18	0.09-0.39	0.03	0.00-0.18
Structural						
Sensitivity (%)	75.00	35.05-96.07	75.00	35.05-96.07	100.00	62.91-100.00
Specificity (%)	100.00	95.94-100.00	100.00	95.94-100.00	98.85	95.94-100.00
LR+	—	—	—	—	—	—
LR-	0.25	0.08-0.83	0.25	0.08-0.83	0.00	—

Notes: CI = confidence interval; DH = diagnostic hysteroscopy; SIS = saline infusion sonohysterography; TVS = transvaginal ultrasound.

Grimbizis. Techniques and instrumentation. Fertil Steril 2010.

- Endometrial patoloji** tanısında; HS en doğru tanıyı yakalayan teknik (AUC = 0.953), sonra SIS (0.759) ve TV US (0.725).
 - Endometrial hastalıkların** tanısında (hiperplazi, kanser); HS en doğru tanıyı yakalayan teknik (0.857), sonra SIS (0.632) ve TV US (0.615)
 - İntrakaviter kitle** tanısında (Endometrial polip, submüköz myom); HS en doğru tanıyı yakalayan teknik (0.941), sonra SIS (0.782) ve TV US (0.612)
- Fransız obsterisyen ve jinekologlar derneği (FCOG) 2010 AUK kılavuzuna göre,
- Endometrial kanser risk faktörleri varlığında biyopsi alınmalı

15 Nisan 2018, Pazar

09:05 - 09:25 : Anormal uterin kanamaların tanısı: Ofis biyopsi, fraksiyone küretaj, H/S

Görker Sel

- HS veya SIS yapıldığında da ek olarak pipel ile biyopsi alınmalı.
- Doğrudan, ilk tanı aşamasında, genel anestezi altında D&C önerilmiyor.
(Marret H, Fauconnier A, Chabbert-Buffet N, Cravello L, Golfier F, Gondry J, Agostini A, Bazot M, Brailly-Tabard S, Brun JL, De Raucourt E. Clinical practice guidelines on menorrhagia: management of abnormal uterine bleeding before menopause. European Journal of Obstetrics and Gynecology and Reproductive Biology. 2010 Oct 1;152(2):133-7.)
- ACOG 2013 AUK kılavuzuna göre,
- Endometrial hiperplazi veya kanser tanısında; Ofis Endometrial biyopsi, D&C'a tercih edilir, çünkü daha az girişimsel, güvenli ve ucuz.
- Ancak ofis endometrial biyopsinin duyarlılığı; lezyon tipine (fokal/diffüz), patolojiye (intrakaviter myom, polip), lezyonun boyutuna ve sayısına, uterin malformasyon varlığına, endometrial kavitenin yüzey alanına göre değişir.
- Ofis endometrial biyopsinin önemli bir sınırlılığı da, endometriumun ortalama ancak %4'ünü örneklemesidir (%0-12)
- (American College of Obstetricians and Gynecologists. Management of abnormal uterine bleeding associated with ovulatory dysfunction. Practice Bulletin. 2013(136):176-85.)
- Dasgupta ve ark. Nın 2011 yılındaki çalışmasında; 252 hastaya Tv-US ve SIS, ardından HS kılavuzluğunda biyopsi ve D&C uygulanmış.

Findings of diagnostic procedures (n=252)

	TVS	SIS	D&C	H-BIOPSY*
Normal	90	100	142	98
Endometritis			8	12
Simple hyperplasia			59	34
Homogenous hyperplasia	68	50		
Heterogeneous hyperplasia	14	12		
Cystic hyperplasia	27	25		
Cystic adenomatous hyperplasia			18	18
Atypical hyperplasia			10	13
Polyp	18	23	6	31
Fibroid	35	42	9	46

*H- Biopsy: Hysteroscopy guided biopsy



Karadeniz Jinekoloji ve Obstetrik Kongresi

Sheraton Otel, Samsun

12 - 15 Nisan 2018



Destekleriyle..

15 Nisan 2018, Pazar

09:05 - 09:25 : Anormal uterin kanamaların tanısı: Ofis biyopsi, fraksiyone küretaj, H/S

Görker Sel

Dasgupta S, Chakraborty B, Karim R, Aich RK, Mitra PK, Ghosh TK. Abnormal uterine bleeding in peri-menopausal age: Diagnostic options and accuracy. The Journal of Obstetrics and Gynecology of India. 2011 Apr 1;61(2):189.

- D&C, polip ve fibroid gibi fokal lezyonların tanısında yetersiz kalabilmekte.
- Sonuç olarak: AUK patolojisini saptamada SIS' in duyarlılığı yüksek ve kolay uygulanabilir bir yöntem.
- D&C ise düşük sensitivitesi olması nedeniyle ilk planda uygulanması düşünülmemesi gereken bir yöntem.

Visser ve ark. Nin yaptığı 2017 yılındaki çalışmada; Hangi Endometrial örneklem yöntemi, histerektomi patolojisi (tümör grade ve histolojisi) ile uyumlu? Olduğu incelenmiş.

- 9 çalışma ofis biyopsi, 3 çalışma histeroskopik biyopsi, 16 çalışma dilatasyon küretaj
- Histeroskopik biyopsi ile D&C sonuçları arasında fark mevcut p=0.02
- Histeroskopik biyopsi ile Ofis biyopsi sonuçları arasında fark belirgin değil p=0.08

(Visser NC, Reijnen C, Massuger LF, Nagtegaal ID, Bulten J, Pijnenborg JM. Accuracy of endometrial sampling in endometrial carcinoma: a systematic review and meta-analysis. Obstetrics & Gynecology. 2017 Oct 1;130(4):803-13.)

van Hanegem ve ark. Nin yaptığı; PMK hastalarından alınmış endometrial biyopsi (Pipel-Novak) sonuçlarının doğruluğu (kansere atipik hiperplazi) iki referans standarda göre (D&C ve HS bx/Histerektomi) karşılaştırmasını yapan 2016 yılı metaanalizi.

- Endometrial biyopsi'nin ve D&C'nin sonuçları benzer, ancak HS referans alındığında Endometrial biyopsi daha az kanser saptamıştır.
- Endometrial biyopsi, endometrial (pre-) kanser ve hastalıkları ekarte etmekte güvenilir değil. Benign bir sonuç geldiğinde ve fokal bir patoloji gözleniyorsa, daha başka tanılabilir girişim yapılmalı.
- D&C; fokal patolojileri, endometrial polip zemininden gelişen (pre) kanseri de kaçırabilir.
- Günümüzde artık standart referans test olarak, gerek klinikte gerekse araştırmalarda, D&C yerini HS'e bırakmıştır.

van Hanegem N, Prins MM, Bongers MY, Opmeer BC, Sahota DS, Mol BW, Timmermans A. The accuracy of endometrial sampling in women with postmenopausal bleeding: a systematic review and meta-analysis. European Journal of Obstetrics and Gynecology and Reproductive Biology. 2016 Feb 1;197:147-55.

Bourdel ve ark. Nin 2016 yılındaki çalışmasında 1106 hasta, Preop atipik end hiperplazi



Karadeniz Jinekoloji ve Obstetrik Kongresi

Sheraton Otel, Samsun

12 - 15 Nisan 2018



Destekleriyle..

15 Nisan 2018, Pazar

09:05 - 09:25 : Anormal uterin kanamaların tanısı: Ofis biyopsi, fraksiyone küretaj, H/S
Görker Sel

tanısı konulan hastalarda hangi biyopsi yöntemiyle Endometrial kanser olduğu halde atipili hiperplazi olarak raporlandığına bakılmış.

- Küretaj prosedürlerinin %60'ında, kavitenin yarısından azı küretlenir.
- Fokal büyüyen lezyonu olan kadınların %87'sinde, lezyonun tamamı ya da bir kısmı D&C sonrası arta kalabilir.
- HS-kılavuzluğunda alınan biyopsi ve D&C, Endometrial kanseri saptamada eksik kalabilir.
- HS-rezeksiyon, endometrial kanseri saptamada daha başarılı.

Bourdel N, Chauvet P, Tognazza E, Pereira B, Botchorishvili R, Canis M. Sampling in atypical endometrial hyperplasia: which method results in the lowest underestimation of endometrial cancer? A systematic review and meta-analysis. Journal of minimally invasive gynecology. 2016 Jul 1;23(5):692-701.

Yeni Cihazlar...

EndoSee, Ubipack Gyn



Karadeniz Jinekoloji ve Obstetrik Kongresi

Sheraton Otel, Samsun

12 - 15 Nisan 2018



Destekleriyle..

15 Nisan 2018, Pazar

09:25 - 09:45: Endometrial hiperplazilerde güncel yaklaşım

Doğan Vatansver

Endometrial hiperplazi klinik olarak önemli bir tanıdır. Bunun sebebi endometrial hiperplazinin östrojen bağımlı olan endometrioid endometrium kanserinin öncüsü olmasıdır. Karsinogenezine bakacak olursak östrojen gibi bir uyarana maruz kalan endometrial hücreler öncelikle mono/poli klonal olarak endometrial intraepitelyal neoplaziye (EIN) ve sonrasında da monoklonal endometrial adenokarsinoma dönüşürler. Endometrial hiperplazi gelişimi için predispozisyon yaratan risk faktörleri şunlardır;

- Karşlanmamış östrojenli menopoza hormon tedavisi (MHT)
- Anovulasyon
- Obezite
- Östrojen salgılayan tümörler
- Tamoksifen tedavisi
- Diabet
- Nulliparite

Endometrial hiperplaziler için çeşitli sınıflamalar mevcuttur. Dünya sağlık örgütüne (DSÖ) göre Basit Atipisiz, Kompleks Atipisiz, Basit Atipili, Kompleks Atipili Hiperplazi olarak sınıflanırken, EIN sınıflamasında Endometrial Hiperplazi ve Endometrial İntraepitelyal Neoplazi olarak sınıflanır. Burada atipili hiperplaziler EIN' e karşılık gelmektedir. Klasik olarak DSÖ sınıflamasındaki hiperplazilerde adenokarsinom gelişme riski sırasıyla %1, %8, %3 ve %29 olarak bildirilmiştir. Ayrıca EIN ya da kompleks atipili hiperplazi tanısı almış bir hastada senkron olarak bir endometrial adenokarsinom bulunma olasılığı yaklaşık %42 (%25-59) olarak bildirilmiştir. Endometrial hiperplazi açısından değerlendirilmesi ve gereken hastalar;

- >40 yaş anormal uterin kanama
- <40 yaş anormal kanamaları + risk faktörlerini taşıyan hastalar(PCOS, obesite, tmx, aile hikayesi)
- Medikal tedaviye yanıt vermeyen kanama.
- Karşlanmamış postmenopozal östrojen tedavisi alanlar.
- Smear de anormal endometriyal hücre varlığı
- 35 yaş üstü smearde atipik glandüler hücre (+) hastalar
- >40 yaş, smearde endometrial hücre saptananlar
- Herediter non-polipozis kolorektal kanseri olan olgular (30-35 yaş)

olarak sıralanabilir. Değerlendirmede TV-USG, Endometrial Biyopsi (pipelle ya da dilatasyon-kü-



Karadeniz Jinekoloji ve Obstetrik Kongresi

Sheraton Otel, Samsun

12 - 15 Nisan 2018



Destekleriyle.

15 Nisan 2018, Pazar

09:25 - 09:45: Endometrial hiperplazilerde güncel yaklaşım

Doğan Vatansver

retaj) ve gerekli görüldüğünde Histereskopi eşliğinde biyopsi kullanılabilir. Hastaya bir kez tanı koyduktan sonra tedavi seçimini etkileyen faktörler şöyle sıralanabilir;

- Hastanın Yaşı
- Menapozal durum
- Fertilite isteği
- Hiperplazinin tipi, atipi varlığı
- Eşlik eden diğer patolojiler
- Genel sağlık durumu ve cerrahi riskler
- Önceki tedaviye yanıt (persistans, progresyon vs.)

Bu faktörler göz önünde bulundurularak hastaya temelde iki tedavi modalitesinden biri önerilebilir. Bunlar medikal tedaviler ve cerrahi tedavilerdir. Uygun olan hastalarda medikal tedavi ajanları olarak Megestrol Asetat, Medroksiprogesteron Asetat (MPA) gibi oral ajanlar kullanılabilir. Tedaviye yanıtın izleminde en az 6 ay tedavi, en geç 6. ayda endometrial örnekleme, en az iki negatif sonuç elde edene kadar tedavinin devamı ve 6 ayda bir örnekleme önerilebilir. Çocuk istemi olmayan hastalarla senkron endometrium kanseri olasılığı nedeniyle histerektomi seçeneği tartışılmalıdır.

Ayrıca;

- Takip sırasında atipik hiperplazi saptanan hastalarda
- 12 aylık tedaviye rağmen regresyon gözlenmeyenlerde
- Tedavi sonrası relaps gözlenenlerde
- Persistan uterin kanaması olanlarda
- Progesteron tedavisi veya takibi istemeyen hastalarda,

histerektomi önerilebilir. Cerrahi tedavilerden endometrial ablasyon ise önerilmemektedir çünkü bu yöntemle komplet endometrial destrüksiyon sağlanamazken meydana gelen adezyonlar takibi ve örnekleme zorlaştırmaktadır.

Sonuç olarak endometrial hiperplazinin optimum yönetimi halen tartışılmalıdır. Atipisiz grup medikal tedavilere iyi yanıt vermektedir. Atipili grupta olan genç hastalarda yakın takip ile medikal tedavi denenebilir ancak perimenapozal ve postmenapozal olgularda histerektomi definitif tedavi seçeneğidir.



Karadeniz Jinekoloji ve Obstetrik Kongresi

Sheraton Otel, Samsun

12 - 15 Nisan 2018



Destekleriyle..

15 Nisan 2018, Pazar

09:25 - 09:45: Endometrial hiperplazilerde güncel yaklaşım

Doğan Vatansver

REFERANSLAR

1. Kurman RJ, Kaminski PF, Norris HJ. The behavior of endometrial hyperplasia. A long-term study of "untreated" hyperplasia in 170 patients. *Cancer*. 1985;56(2):403-412.
2. Dietel M. The histological diagnosis of endometrial hyperplasia. Is there a need to simplify?. *Virchows Arch*. 2001;439(5):604-608.
3. Mutter GL. Endometrial intraepithelial neoplasia (EIN): will it bring order to chaos? The Endometrial Collaborative Group. *Gynecol Oncol*. 2000;76(3):287-290.
4. Di Saia, Philip J., Creasman, William T., Di Saia, Philip J., eds. *Clinical Gynecologic Oncology*. Philadelphia, PA : Elsevier/Saunders, 2012. Print.
5. Gallos ID, Yap J, Rajkhowa M, Luesley DM, Coomarasamy A, Gupta JK. Regression, relapse, and live birth rates with fertility-sparing therapy for endometrial cancer and atypical complex endometrial hyperplasia: a systematic review and metaanalysis. *Am J Obstet Gynecol*. 2012;207(4).
6. Koskas M, Uzan J, Luton D, Rouzier R, Daraï E. Prognostic factors of oncologic and reproductive outcomes in fertility-sparing management of endometrial atypical hyperplasia and adenocarcinoma: systematic review and meta-analysis. *Fertil Steril*. 2014;101(3):785-794.
7. Trimble CL, Kauderer J, Zaino R, et al. Concurrent endometrial carcinoma in women with a biopsy diagnosis of atypical endometrial hyperplasia: a Gynecologic Oncology Group study. *Cancer*. 2006;106(4):812-819.



Karadeniz Jinekoloji ve Obstetrik Kongresi

Sheraton Otel, Samsun

12 - 15 Nisan 2018



Destekleriyle.

15 Nisan 2018, Pazar

09:45 - 10:05 : Erken evre endometrium kanserlerinin yönetiminde neler değişti?

Hamdullah Sözen

Endometriyum kanseri birçok ülkede olduğu gibi Türkiye'de de en sık jinekolojik kanser olarak karşımıza çıkmaktadır. Türkiye Kanser Daire Başkanlığının 2017 verilerine göre Türkiye'de yıllık yeni endometriyum kanseri olgu sayısı 4000 civarında olup bu yüzbin kişide 10 yıllık olguya karşılık gelmektedir.

Endometriyum kanseri yönetiminde son yıllar içerisinde birtakım değişiklikler olmuştur. Bu değişikliklerden birincisi genomik ve proteomik analiz yoluyla kanser genom atlas sonuçlarının yayımlanması ve endometriyal kanserin dört gruba ayrılmasıdır. i) POLE mutasyonu olan grup ii) Mikrosatellit Instabil grup iii) Düşük somatik mutasyon sayısına sahip grup iv) Yüksek somatik mutasyon sayısına sahip grup

Sentinel lenf nodu incelemeleri son 10 yılda endometriyum kanserinin özellikle erken evrelerinin yönetiminde radikal değişikliklere yol açmıştır. Sentinel lenf nodu incelemelerinde amaç tümörün drene olma ihtimali olan ilk lenf nodunu çıkarıp bu lenf noduna detaylı patolojik inceleme yapmak ve adjuvan tedavi gerekliliğini belirlemektir.

Endometriyum kanseri adjuvan tedavi uygulamayı belirleyen kriterlere son 5 yılda önemli bir prognostik faktör olarak lenfovasküler invazyon(LVI) eklenmiştir. LVI endometriyum kanserinde rekürrens gelişimini artıran önemli bir prognostik faktör olarak tanımlanmıştır. PORTEC 3 çalışması da 2018 yılında yayımlanmış olup evre I-II endometrioid tip endometriyum kanserinde radyoterapiye eklenen kemoterapinin sağkalıma herhangi bir etkisi olmadığını göstermiştir.

Endometriyum kanserinde fertilitte koruyucu yaklaşım gebe kalma konusunda yüksek motivasyonlu hastalara; endometrioid histopatoloji, grade 1, myometrial invazyonu olmayan gruplarda oral veya intrakaviter progesteron ile uygulanabilir. Hastalara fertilitte koruyucu yaklaşım planlanıyorsa hastanın preoperatif MRG ve dilatasyon küretaj ile değerlendirilmesi önerilmektedir.



Karadeniz Jinekoloji ve Obstetrik Kongresi

Sheraton Otel, Samsun

12 - 15 Nisan 2018



Destekleriyle..

15 Nisan 2018, Pazar

10:50 - 11:10 : Ödelesanlarda adneksial kitlelere yaklaşım

Rulin Deniz

Adölesan dönem 10-21 yaşlar arası olarak kabul edilmektedir. Erken adölesan dönem 10-13 yaş, orta adölesan dönem 14-17 yaş, geç adölesan dönem 18-21 yaşlar arası olarak tanımlanmaktadır. Adneksial bölgede tuba uterinalar, overler, ligamentum latum ve içerisindeki embriyonik artıklar yer alır.

Çocukluk çağında adneksiyal kitlelerin büyük bir kısmı over kaynaklıdır. Bu kitlelerin 1/3'ü non-neoplastik , 1/3'ü benign, 1/3 'ü malign karakterdedir. Malign tümörlerin %50 'den fazlası germ hücreli tümörlerdir. 10 yaş altı ve 16-20 yaş arası en sık fonksiyonel kistler görülürken 11-15 yaş arasında ise en sık germ hücreli tümörler görülmektedir.

Ayrırcı tanıda Jinekolojik nedenler arasında; benign tabiatta olanlar ; konjenital anomaliler fonksiyonel kistler, leiomyom ,endometriyoma ,tuboovarian abse ,ektopik gebelik, matür teratom , seröz kistadenom , müsinöz kistadenom , hidrosalpink/ PID, malign nedenler arasında; germ hücreli tümör, sex-kord stromal tümör, epitelyal over tümörleri bulunmaktadır. Non-jinekolojik nedenlerden benign olanlar; divertiküler abse, appendiks absesi/mukosel, sinir kılıfı tümörleri, üreteral divertikül, pelvik böbrek, mesane divertikülü, malign olanlar ise; gastrointestinal kanserler, retroperitoneal sarkomlar, metastazlar sayılabilir.

Fonksiyonel Ovarian Kistler; adölesanlardaki kitlelerin çoğu fonksiyonel kistlerdir. Folliküler kistler, korpus luteum hemorajikum şeklinde olabilir. Gözlem, hormonal tedavi veya kitle 8-10 cm'den büyükse, solid, büyüme veya persistans varsa veya semptomatik bir kitle ise cerrahi tedavi uygulanmalıdır.

Adölesanda Endometriozis; genellikle peritoneal endometriozis şeklinde görülür, en sık rektovajinal poş ve uterosakral ligamentte beyaz opak lezyonlar şeklindedir. Adölesanlarda overian endometrioma 16 yaş altında nadirdir. 16 yaşına kadar olan endometriozis gelişimini embriyonik müllerian kalıntı teorisi ile açıklamak mümkündür ki bu vakaların 1/3'ünde altta yatan konjenital anomali olabileceği unutulmamalıdır.

Paratubal Kistler; overe ait kitleler ile karışabilir, paramezonefrik kanal artıklarıdır, adneksiyal torsiyona neden olabilir.

GERM HÜCRELİ TÜMÖRLER

Yenidoğan döneminde ve 15-19 yaş arası en sık görülen tümörlerdir. Primordiyal germ hücrelerinin farklılaşması baskılanırsa Disgerminom oluşur. Embriyonel farklılaşma sonucunda Embriyonel Karsinom, Matür veya İmmatür Teratom, Ekstraembriyonik farklılaşma sonucunda Endodermal Sinüs Tümörü, Koryokarsinom oluşur.



Karadeniz Jinekoloji ve Obstetrik Kongresi

Sheraton Otel, Samsun

12 - 15 Nisan 2018



Destekleriyle

15 Nisan 2018, Pazar

10:50 - 11:10 : Ödelesanlarda adneksial kitlelere yaklaşım

Rulin Deniz

Matür Kistik Teratom

Adölesanda en sık görülen germ hücreli tümördür. Postpubertal dönemde daha fazla görülür, genellikle asemptomatikdir. Her üç germ yaprağından köken alır. Torsiyon, rüptür, meigs sendromuna neden olabilir. Cerrahi tedavide over korunmalı, kist içeriği batına yayılmadan çıkarılmalıdır. Malignite riski %0,17-2 olup en sık squamöz bileşenden gelişir. Usg'de yağ sıvı seviyesi, difüz/fokal artmış ekojenite, kalsifikasyonlar izlenir. %10-15 bilateral olabilir, torsiyon riski %15 dir.

Gonadoblastom

Hem germ hücreli hem de sex kord stromal hücre bileşeni vardır. Malign değildir ancak malign germ hücreli tümöre dönüşebilir. Çoğunda Y kromozomu mevcuttur. %20 olguda dışı psoudohermafrodizm izlenir. Bilateral gonadlar cerrahi olarak çıkarılmalıdır.

MALİGN GERM HÜCRELİ TÜMÖRLER

Disgerminom

En sık görülen malign germ hücreli tümördür. %10-15 bilateral olabilir. %5-10'u gonadal disgenezi veya androjen insensivite sendromlarında görülür. Premenarş dönemde pelvik kitlesi olan hastalara mutlaka karyotip yapılmalıdır. Tümör belirteci LDH1'dir. Tedavide tek taraflı over çıkarılır karşı over salim görünüyorsa biyopsiye gerek yoktur. Y karyotipi olanlarda ise çift taraflı gonadlar çıkarılmalıdır.

Endodermal Sinüs Tümörü (Yolk Sac Tümörü)

Ortalama 18 yaşta görülür. Pediatrik yaş grubunda en sık görülen germ hücreli tümördür. Primitif bağırsak ve karaciğerden gelişir. Tm belirteci AFP'dir. Genellikle tek taraflı olup histopatolojik olarak glomerule benzer yapılar (Schiller-Duval cisimcikleri) içerir. Tek taraflı over çıkarılması ve adjuvan kemoterapi uygun tedavi yöntemidir.

Embriyonel Karsinom

Çocuklarda nadir, daha çok miks tümörün bir komponentidir. Median görülme yaşı 14 yaş olup puberte prekoks, amenore, hirsutismus ile birlikte olabilir. Yolk sac tümöründen AFP negatifliği ve eozinofilik hyalin globullerin yokluğu ile ayırt edilir. B-HCG sekrete eder.

İmmatür Teratom

Her zaman tek taraflıdır. AFP artabilir. Primitif nöroektodermal doku içerir. Tedavide tek taraflı over çıkarılır. Evre IA grade 1 dışındaki vakalara adjuvan KT verilmelidir.

Miks Germ Hücreli Tm

Ortalama görülme yaşı 16 yaşdır. En sık Disgerminom ve Endodermal Sinüs tümörü



Karadeniz Jinekoloji ve Obstetrik Kongresi

Sheraton Otel, Samsun

12 - 15 Nisan 2018



Destekleriyle..

15 Nisan 2018, Pazar

10:50 - 11:10 : Ödelesanlarda adneksial kitlelere yaklaşım

Rulin Deniz

birlikteliği görülür. İzoseksüel puberte prekoksya neden olabilir.

Germ Hücreli Tümörlerde Genel Tedavi Yaklaşımı

Preoperatif hastalara CA125, AFP, HCG, LDH1 bakılmalı, özellikle premenarşal dönemdeki hastalara karyotip tayini yapılmalıdır. Disgerminomda karşı overden biyopsi yapılmalıdır. Öncelikle konservatif cerrahi uygulanmalı, tam bir cerrahi evreleme yapılmalıdır. Konservatif cerrahi +/-BEP ile yüksek sağkalım sağlanmaktadır.

Malign Germ Hücreli Tümörlerde Neden Konservatif Cerrahi yapılmalıdır;

Hastalar genç ve fertilitate isteği olan hastalardır. Tümörlerin çoğu Evre I de tespit edilir. Bilateral tutulum bazı histolojik tipler ve ileri evre hastalık dışında nadirdir ayrıca kemosensitif tümörlerdir.

Seks Kord Stromal Tümörler

Granüloza hücreli tümörler östrojen üretimi nedeniyle puberte prekoksya yine Sertoli Leydig hücreli tümör testesteron üretimi nedeniyle virilizme neden olabilir. Endokrinopati tablosuna yol açmaları nedeniyle genellikle erken tanı alırlar.

ADÖLESANDA UTERUSA AİT KİTLELER

Epizodik karın ağrısı, amenore, pelvik ve/ veya vajinal kitle (hematokolpos, hematometra) tablosu ile gelen hastalarda imperfore hymen, transvers vajinal septum, vajinal agenezi, obstriktif longitudinal septalı vajinal dublikasyon akla gelmelidir. Ayırıcı tanıda Müllerian anomaliler akla gelmeli şüpheli olgular manyetik rezonans ile teyit edilmelidir.

İnflamatuar Kitleler

Cinsel olarak aktif bütün yaş grupları içerisinde adölesanlar pelvik inflamatuvar hastalık oranı en yüksek gruptur. Tubaovaryan kompleks (bağırsak, tuba, over), tubaovaryan abse, pyosalpenks, kronik hidrosalpenks şeklinde karşımıza çıkabilir.

Gebelik

Adölesan dönemde pelvik kitle nedeni olarak her zaman göz önünde bulundurulmalıdır, intrauterin veya ektopik gebelik şeklinde olabilir.



Karadeniz Jinekoloji ve Obstetrik Kongresi

Sheraton Otel, Samsun

12 - 15 Nisan 2018



Destekleriyle..

15 Nisan 2018, Pazar

10:50 - 11:10 : Ödelesanlarda adneksial kitlelere yaklaşım

Rulin Deniz

SONUÇ OLARAK;

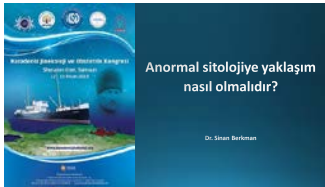
Asemptomatik, uniloküler, basit kist, malignite riski düşük kitlelerde konservatif yaklaşım, fonksiyonel kistlerde bekle gör yaklaşımı, diğer olgularda yine temel ilke organ koruyucu yaklaşım olmalıdır. Malign olgularda tek taraflı over çıkarılmalı ve evreleme cerrahisi yapılmalıdır. Torsiyon varlığında detorsiyon standart tedavi yöntemi olup, kistektomi yapılabilir veya ikinci bir cerrahi planlanabilir. Overin inspeksiyonunun güvenilir olmadığı unutulmamalıdır.

Adölesanda uterus kaynaklı kitleler oldukça nadirdir, sıklıkla over kaynaklı kitleler görülür. Adölesanda gebelik olasılığı gözardı edilmemelidir. Birincil görüntüleme yöntemi USG olmalıdır. Uterovajinal malformasyon şüphesi varsa MR ile teyid edilmelidir.

Menarş sonrası kitlenin fonksiyonel kitle olma olasılığı yüksektir. Germ hücreli tm yaşamın ilk 10 yılında en sık görülen tümördür. Matür kistik teratom en sık görülen benign neoplastik tümördür.

Neoplazilerin disgenetik gonadlardan gelişebileceği unutulmamalıdır. XY gonadal disgenезisi olan olgular pubertal gelişime ulaştıklarında gonadektomi önerilmelidir.

15 Nisan 2018, Pazar
13:20 - 13:40 : Anormal Sitolojiye yaklaşım nasıl olmalıdır?
Sinan Berkman



Anormal Servikal Sitoloji

1. Yetersiz sitoloji
2. Negatif sitoloji fakat EC/TZ komponenti yok veya yetersiz
3. Negatif sitoloji ve pozitif HPV testi
4. ASC-US
5. LSIL
6. ASC-H
7. HSIL
8. AGC, sitolitik AIS ve benign glandüler değişiklikler

Anormal Servikal Sitoloji

ASCCP[®] Guidelines

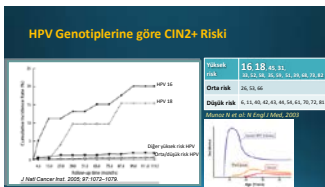
2012 Updated Consensus Guidelines for the Management of Abnormal Cervical Cancer Screening Tests and Cancer Preventions

© American Society for Colposcopy and Cervical Pathology (ASCCP), American Cancer Society (ACS), American Society of Clinical Pathology (ASCP)

Testlerin Sensitivite ve Spesifiteleri

TEST	< 30 yaş Kadınlar (87.0 CIN 2+)		≥ 30 yaş Kadınlar (125.0 CIN 2+)	
	Sensitivite	Spesifite	Sensitivite	Spesifite
P16/HPV (Dual Test)	989.4	99.2	984.7	996.2
Pap Test	973.9	992.6	949.9	996.3
HPV	-	-	999.3	99.3

Wangberg M et al. Screening for cervical cancer precursors with p16/HPV dual abnormal cytology: results of the STRAM Study. J Natl Cancer Inst. Oct 16 2007;99(20):1550-1,2011.



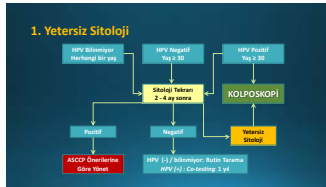
1. Yetersiz Sitoloji

- sTc1
- Epitel anomaliklerini tanımadı yetersiz
- Pap smear
 - Kan, inflamasyon vb
 - Ornak primada veya fixasyonda hata
- Sivi bazi
 - Skanör hücre sayısı yetersizliği
- Co-test (HPV + HPV (-) ile, yüksek dereceli hastalık riski az
- HPV testi örnek yeterliliğinden negatf olabilir
- Yetersiz Sitoloji → HPV negatif bile olsa sitoloji tekrarı gerekir

*Co-test = HPV + Sitoloji

15 Nisan 2018, Pazar
13:20 - 13:40 : Anormal Sitolojiye yaklaşım nasıl olmalıdır?
Sinan Berkman

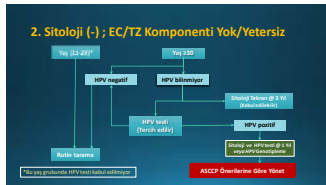
1. Yetersiz Sitoloji



2. Sitoloji (-) ; EC/TZ Komponenti Yok/Yetersiz

- %10-20
- Atlanabilecek hastalık kuşkusunu artırır
- Yaşlı hastalarda daha yüksek
- HPV negatifliği ek bir emniyet sınırı verir
- Erken sitoloji tekrarı gerekmez

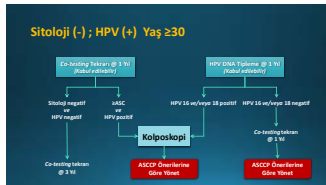
2. Sitoloji (-) ; EC/TZ Komponenti Yok/Yetersiz



3. Sitoloji (-) ; HPV Testi (+)

- HPV negatlere göre, CIN 3+ riski fazla
- Kalıcı HPV pozitifliği riski daha da artırır
- 30-64 yaş arası co-test ile tarama

Sitoloji (-) ; HPV (+) Yaş ≥30



Anormal Sitoloji: ASC-US; LSIL; HSIL; ASC-H; AGC

Sitoloji	ABD* %	Türkiye** %	SİTOLOJİ	%
ASC-US	4.5	1.1	Negatif	96
LSIL	1.6	0.33	ASC-US	2.3
HSIL	0.5	0.18	LSIL	0.97
AGC	0.3	0.07	HSIL	0.21
			ASC-H	0.17
			AGC	0.21
			Şüpheli Kanser	4.57/100.000

*Kısa Periyot Loh. Med. Fak. 3(2002):203-11, 2000.

**T.C. Sağlık Bakanlığı, 2006-9, 2008.

WHO, WHO, 11. Sınıf Gözetim, 2002, 2003, 2005.

15 Nisan 2018, Pazar

13:20 - 13:40 : Anormal Sitolojiye yaklaşım nasıl olmalıdır?

Sinan Berkman

Anormal Sitolojilerde Neoplazi Riski % (30 – 64 yaş)

Serbest Sitoloji	CIN 2	CIN 3 – AIS	Serviksial Kanser
Negatif	0.40	0.26	0.02
ASC-US	6.7	2.6	0.18
HPV Pozitif	18	6.6	0.41
HPV Negatif	1.1	0.43	
LSIL	16	5.2	0.36
HPV Pozitif	19	6.1	
HPV Negatif	5.1	2.6	
ASC-H	35	18	2.6
HSL	69	47	7.3
ASC	13	8.2	2.7
Serviksial Kanser	84	84	18

Yıldırım M, et al. / Jinekoloji ve Obstetrik Uzmanları Derneği 2014, 2015

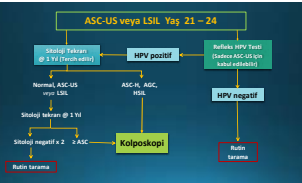
4. ASC-US

- En sık görülen anormal sitoloji
- CIN 3+ riski çok düşük
- 3- 39. HPV ile ilgili göstermez
- HPV (-) ASC-US sonrası CIN 3+ riski, negatif sitolojiye benzer.
- HPV (+) ASC-US olguları, co-test ile 5 yıl yerine 3 yılda bir izlenir.
- ASC-US'ta hemen Kolposkopi önerilmez
 - 12 ay sonra sitoloji
 - Sitoloji negatif ise 3 yıl sonra sitoloji tekran
- HPV genotipi triyaji **→ x 1 yakalanma riski HPV genotipi için taranması** NPD – nss

4. ASC-US

- HPV genotipi ile triyaj
 - HPV 16/18 saptanması CIN 3+ riski ili katı yüksektir → Kolposkopi
 - HPV 16/18 mevcut değil tedaviyi değıtirmez
- 05+ yaş, ASC-US sonuçları, HPV negatif olsa bile anormal kabul edilmelidir.
 - 3 yıl sonra taranma tekran önerilir: co-test tercih edilir, sitoloji kabul edilebilir.

4. ASC-US



5. LSİL

- HPV enfeksiyonunun iyi bir göstergesidir.
- LSİLde yakalanma riski HPV-DNA pozitifliği %77
- Kolposkopiye CIN 2+ lezyon yakalanma oranı %12-30
- LSİL olguları
 - HPV ile uyumlu değışiklikler
 - Hafif displazi veya CIN 1 lezyonları içermektedir.
 - Taktikte regresyon olasılığı **→ %62-80**

Thomas C. Wright & ASH et al. / Amer J Obstet Gynecol 200; 255, 2007
Thomas C. Wright & ASH et al. / Amer J Obstet Gynecol 200; 255, 2007

15 Nisan 2018, Pazar

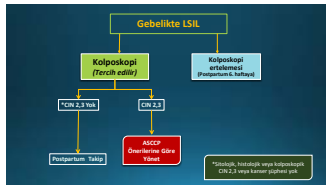
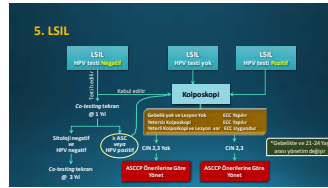
13:20 - 13:40 : Anormal Sitolojiye yaklaşım nasıl olmalıdır?

Sinan Berkman

5. LSİL

- ALTIS* gelişiminde LSİL doğal seyri, HPV Pozitif ASC-US'a benzer
- KPNC** verilerinde
 - 21-24 yaş arası CIN 3+ riski daha düşüktür
 - = 20+ yaş HPV Negatif LSİL kadınlarda, CIN 3+ riski, tek başına ASCUS kadar düşüktür
- HPV testi yapılmamış post menopoz kadınlarda
 - HPV testi
 - 6 ve 12. ayda sitoloji tekrarı
 - Kolposkopi yapılabilir.
 - HPV (+) veya lökoplakiye CIN yuk (se 21. ayda sitoloji tekrarı önerilir)
 - HPV (-) veya tek başına ASCUS ile kolposkopi önerilir
 - Ardışık 2 sitoloji tekrarı negatifse rutin taramaya dönülür önerilir.

*ALTIS (AGESUS) Leksikon (Frige Study)
**KPNC (Kadın Popülasyonel Kanserleri Çalışması)

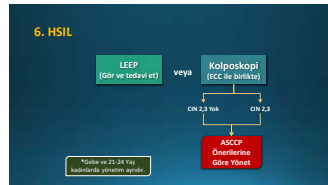


6. HSİL

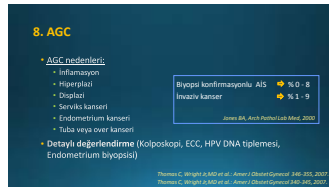
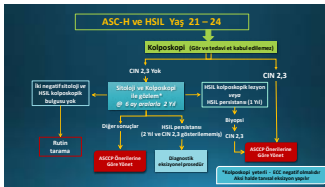
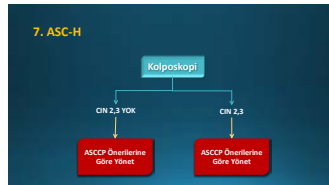
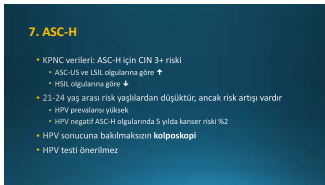
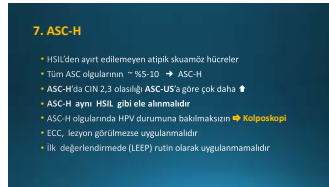
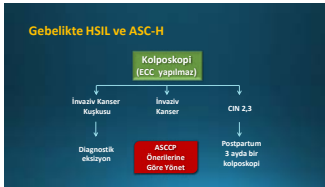
- CIN 2+ riski %60
- Risk yaşla artar
- 30+ yaş kanser riski 5 yılda %8
- Co-test ile HPV Negatif HSİL grubunda
 - 5 yılda CIN 3+ %29, %7'ünde kanser
- KPNC verileri 5 yılda
 - CIN 3+ %50 ve Kanser %7
- 21-24 yaş arasında risk daha düşüktür

6. HSİL

- HSİL raporlarının oranı
 - 20-29 yaş %0.7
 - 30-49 yaş %0.6
 - 50-59 yaş %0.2
 - 60+ yaş %0.1
- HSİL Olgularında
 - Kolposkopi ile CIN 2+ %53-66
 - LEEP ile CIN 2+ %68-97
- Gör ve Tedavi etl
 - İnvaziv kanser %2



15 Nisan 2018, Pazar
13:20 - 13:40 : Anormal Sitolojiye yaklaşım nasıl olmalıdır?
Sinan Berkman



15 Nisan 2018, Pazar

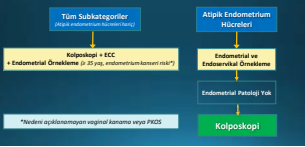
13:20 - 13:40 : Anormal Sitolojiye yaklaşım nasıl olmalıdır?

Sinan Berkman

8. AGC

- Sitolojide AGC oranı %0.1 - 2.1
- Glandüler ve skuamöz lezyonlar sıklıkla birlikte bulunur
- AGC varlığı, endoserviks veya endometriyum premalign veya malign lezyonuna işaret eder ~ %30
- Yaşla birlikte AGC'de malignite oranı artar
 - < 35 yaş kanser riski düşüktür; CIN2+
 - > 50 yaş ~ 15% malign
- HPV DNA, lokalizasyonu ve prognozu belirlemede faydalı olabilir

8. AGC: Primer Yaklaşım (5 yılda CIN3+ Riski %8.5)



8. AGC: Sonraki Yaklaşım



Sonuç

- Yetersiz sitolojide HPV negatif olsa bile sitoloji tekrarlanmalıdır
- Endoservikal hücreler içermeyen normal sitolojide, hemen sitoloji tekrar gerekmez
- Sitoloji negatif, HPV 16 ve 18 pozitif olgularda hemen kolposkopiye yönlendirilmelidir
- ASC-US olgularda hemen kolposkopiye gerekmez
- HPV pozitif tüm ASC-US olgular HPV genotipine bakılmaksızın kolposkopiye yönlendirilmelidir
- HPV negatif ASC-US olgularına 5 sene yerine 3 sene bir co-test yapılmalıdır
- HPV negatif ASC-US olgularına >65 yaş sonrası istenmelidir

Sonuç

- Anormal Sitoloji Raporu
 - Hastanın ankiyetes giderilmelidir
 - Doğru dairesellik hizmeti verilmesi ve doğru yönetilmelidir
 - İleri tetkik imkanı yok ise sevk edilmelidir
 - Sitoloji sonucu ile tedavi yapılmamalıdır
- Guideline'lerin anormal sitolojinin değerlendirilmesinde yeni çok önemlidir, ancak her hasta aynı zamanda bireysel olarak ta değerlendirilmelidir.

Sonuç: Kolposkopiye Yönlendirme

Yönetim	Sitoloji ile 5 yılda CIN3+ Riski		Co-test ile 5 yılda CIN3+ Riski			
	Sıklık %	CIN3+ Riski %	Sıklık %	CIN3+ Riski		
Hemen KOLPOSKOPİ	ASC	< 0.05	83	0.26	49	
	HSIL	0.21	47	HPV/ASC	0.05	33
	ASC-H	0.17	18	HPV/HSIL	0.01	30
	ASC	0.21	8.5	HPV/ASC-H	0.12	25
	LSIL	0.97	5.2	HPV/ASC-US	1.1	6.8
0 - 12 Ay Bekle	ASC-US	2.8	2.6	HPV/LSIL	0.77	8.1
	HSIL			HPV/ASC-US	0.18	2.0
3 Yıl Bekle	Negatif	95.6	0.26	HPV/ASC-US	1.8	0.43
	HSIL			HPV/Patoloj.	0.1	0.08

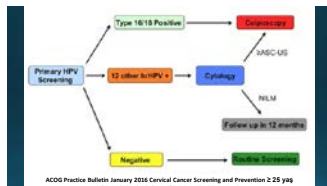
15 Nisan 2018, Pazar

13:20 - 13:40 : Anormal Sitolojiye yaklaşım nasıl olmalıdır?

Sinan Berkman

Sonuç: ECC

- ECC'nin CIN 2+ lezyonlarını tanımadaki katkısı
 - < 40 yaş %2
 - > 40 yaş %13
 - HSIL
 - AGC
 - Yetersiz Kolposkopi
- ECC yapılmalıdır





Karadeniz Jinekoloji ve Obstetrik Kongresi

Sheraton Otel, Samsun

12 - 15 Nisan 2018



Destekleriyle..

15 Nisan 2018, Pazar

13:40 - 14:00: Histopatolojik tanı almış hastaların yönetimi nasıl olmalıdır ?

Doğan Vatansver

Serviks kanseri dünyada her yıl yaklaşık 550.000 yeni vakaya ve 275.000 hastanın bu hastalığa bağlı ölümüne neden olmaktadır. Yeni vakaların %86'sı gelişmekte olan ülkelerde görülmektedir. Türkiye'de ise yıllık yeni vaka sayısı 1800 iken hastaların %55'i ileri evrelerde yakalanmaktadır. Artık serviks kanserlerinin çok büyük oranda HPV enfeksiyonuna sekonder olarak geliştiği bilinmektedir. HPV enfeksiyonu sonrasında öncelikle hastalarda pre-invaziv servikal lezyonlar gelişmekte ve bunu takiben invaziv serviks kanseri gelişebilmektedir. Pre-invaziv lezyonlar için çeşitli sınıflamalar mevcuttur. Bethesda sınıflamasında bu lezyonlar sitolojik olarak LSIL ve HSIL olarak ve histolojik olarak CIN1, CIN2 ve CIN3 olarak sınıflanmaktadır. LAST sınıflamasında ise sitoloji aynı şekilde sınıflanırken, histolojik lezyonlardan CIN1 LSIL olarak, CIN 3 HSIL olarak sınıflanmaktadır. CIN2 olarak değerlendirilen olgular ise immünohistokimyasal olarak p16 için boyanmakta, p16 pozitif olgular HSIL olarak sınıflanırken, p16 negatif olgular LSIL olarak sınıflanmaktadır. Bu lezyonların tedavisinde hedefler şöyle sıralanabilir;

- Kür sağlanması
- TZ'nin komplet eksizyon/destrüksiyon
- Sağlıklı komşu dokulara minimum zarar verilmesi
- Düşük morbidite
- Over-treatment'ten kaçınma
- Maliyet-etkinlik sağlama

15 Nisan 2018, Pazar

13:40 - 14:00: Histopatolojik tanı almış hastaların yönetimi nasıl olmalıdır ?

Doğan Vatanserver



Tedavi seçenekleri de aşağıdaki tabloda görülmektedir.

Düşük gradlı lezyonu olan olgularda çoğunlukla yakın takip gerekebilir. Yüksek gradlı lezyonu olan hastalarda ise daha çok tercih ettiğimiz tedavi yöntemleri eksizyonel tedavi yöntemleridir. Bu lezyonlarda tedavi ve takip seçenekleri arasında karar verilirken hastanın sitoloji sonuçları da çok önemlidir. Yüksek gradlı bir sitoloji sonucu (ASC-H, HSIL) olan hastalarda hastanın yaşına göre tedavi etmek (LEEP ya da Soğuk Konizasyon) daha uygun bir seçenek olabilir. 21-24 yaş arası hasta grubunda HPV enfeksiyonu çok sık görülmekte olduğundan ve ortaya çıkan pre-invaziv lezyonlar çok büyük oranda gerilediğinden bu yaş grubunda genel prensip olarak daha konservatif davranılması önerilmektedir. Biyopsi sonucu Adenokarsinoma İn situ gelen olgularda ise çocuk istemi olmayan hastalarda eksizyonel tedaviyi takiben histerektomi yapılması önerilmektedir.

Sonuç olarak genç hastalar yönetilirken fazla müdahaleden kaçınılmalıdır, AIS tanısı dikkatle yönetilmesi gereken bir tanıdır, pre-invaziv lezyonların tedavisinde ablatif tedavilerin yeri



Karadeniz Jinekoloji ve Obstetrik Kongresi

Sheraton Otel, Samsun

12 - 15 Nisan 2018



Destekleriyle.

15 Nisan 2018, Pazar

13:40 - 14:00: Histopatolojik tanı almış hastaların yönetimi nasıl olmalıdır ?

Doğan Vatansver

sınırlıdır, LEEP ya da Soğuk konizasyon etkinlik açısından benzer olsalar da karar verirken hastanın yaşı, öncelikleri, eldeki servikal patoloji tanısı gibi unsurlar değerlendirilmelidir.

Referanslar

1. Arbyn M, Weiderpass E, Bruni L, et al. Estimates of incidence and mortality of cervical cancer in 2018: a worldwide analysis. *Lancet Glob Health*. 2020;8(2):e191-e203.
2. Gultekin M, Kucukyildiz I, Karaca MZ, et al. Trends of Gynecological Cancers in Turkey: Toward Europe or Asia? *Int J Gynecol Cancer*. 2017;27(8S):S1-S9.
3. Waxman AG, Chelmow D, Darragh TM, Lawson H, Moscicki AB. Revised terminology for cervical histopathology and its implications for management of high-grade squamous intraepithelial lesions of the cervix. *Obstet Gynecol*. 2012;120(6):1465-1471.
4. Bansal N, Wright JD, Cohen CJ, Herzog TJ. Natural history of established low grade cervical intraepithelial (CIN 1) lesions. *Anticancer Res*. 2008;28(3B):1763-1766.
5. Castle PE, Schiffman M, Wheeler CM, Solomon D. Evidence for frequent regression of cervical intraepithelial neoplasia-grade 2. *Obstet Gynecol*. 2009;113(1):18-25.
6. McCredie MR, Sharples KJ, Paul C, et al. Natural history of cervical neoplasia and risk of invasive cancer in women with cervical intraepithelial neoplasia 3: a retrospective cohort study. *Lancet Oncol*. 2008;9(5):425-434.

15 Nisan 2018, Pazar

14:00 - 14:20 : HPV aşılarda Dünya'da ve ülkemizde güncel durum nedir ?

Macit Arvas



HPV Aşılarda Dünyada ve Ülkemizde Güncel Durum Nedir ?

Dr Macit Arvas
İÖ Cerrahpaşa Tıp Fakültesi
Jinekolojik Onkoloji Bilim Dalı



15 Nisan 2018, Pazar

14:00 - 14:20 : HPV aşılarda Dünya'da ve ülkemizde güncel durum nedir ?

Macit Arvas



Human Papilloma Virus

The Natural History in Physiology of Cervical HPV

- Zarflı, 88 nm, dsDNA virus
- 6 early protein
 - E1, E2, E5, E6, E7, E8, E9
- 2 late protein
 - L1, L2
- L1 genoma göre 280'den fazla HPV genotipi



Ömür Boyu HPV Bulaş İhtimali

TABLE 2. Average Seroprevalence of the Genetically 161 of Acquiring 1071 from Sexual Activity Through Age 64 Years, from Age 21 from Men and Age 26 Year, and from Sexual Contact at Age 60 Year

Time Point	Group 1 1 partner	Group 2 2-3 partners	Group 3 3-4 partners	Group 4 5-7 partners	Group 5 8-11 partners	Average Partner* (Mean)
Sexual debut to age 44 y	48.1	73.1	88.8	93.9	96.9	60.9
Age 44 to 57 y	55.4	78.4	87.8	94.1	96.1	62.1
Sexual debut to age 70 y	58.8	78.8	87.8	94.1	96.1	62.1

25-49 Yaş Kadınlarda En Sık Görülen Kanseller



15 Nisan 2018, Pazar

14:00 - 14:20 : HPV aşılarında Dünya'da ve ülkemizde güncel durum nedir ?

Macit Arvas

Serviks Kanseri Önlenebilir

PRİMER KORUNMA

- HPV aşılama
- Bilgilendirme

SEKONDER KORUNMA

- Tarama
- Sitoloji
- HPV testi
- Sitoloji + HPV testi
- Preinvaziv lezyon tedavisi

HPV Aşılama

Tedavi edilebilir (Terapötik) aşılama

HPV ailemği hastaları tedavi etmek.

- HPV DNA +
- Sitoloji +
- GN 1/2/3
- Kanser

Henüz günümüzde etkili

Koruyucu (Profilaktik) Aşılama

Gelecekteki muhtemel HPV enfeksiyonlarından korunmak

HPV enfeksiyonunun servikal kanser yapıcı etkisinden korunmak

Etkinlikleri çok yüksek
Maliyet ?

Günümüzde HPV aşılama

Birincisi: Cervarix® - GlaxoSmithKline

Küçük ikizleri Gardasil® - Merck & Co

İkincisi: Gardasil® - Merck & Co

Profilaktik HPV Aşılama

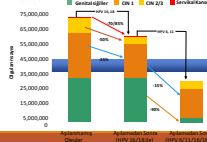
	GARDASIL® Bireysel kullanım için	CERVARIX® Bireysel kullanım için
Etiket	Villa L et al., Lancet Oncology, 2005	Harter DM et al., Lancet 2004
Aşılama	Quadrivalent HPV-6/11/16/18 VLP L1 kapak taşıyan aşı	Bivalent HPV-16 ve HPV-18 VLP L1 kapak taşıyan aşı
Özellikler	Farmasötiklerdeki diğer bivalent aşılarla karşılaştırılabilir	Bivalent bivalent (Bivalent)
Dozaj	20 µg HPV-6 40 µg HPV-11 40 µg HPV-16 20 µg HPV-18	20 µg HPV-16 20 µg HPV-18
Aşılama	225 µg Aktarımlıyan Hücresel aşılar: Süzme	200 µg Aktarımlıyan Hücresel ve 20 µg 5-Deoksiribonükleotid (spA, MS2)
Doz ve uygulama	0.5 ml intramusküler	0.5 ml intramusküler
Yatırım	0, 2, 6 aylık	0, 1, 6 aylık

Profilaktik HPV Aşılama Çalışmaları

Bütün bu çalışmalar ortak sonuçları HPV VLP aşılama

- Özellikle odier
- Yüksek oranda bivalent aşılar
- Yüksek oranda bivalent aşılar
- Yüksek oranda bivalent aşılar
- Yüksek oranda bivalent aşılar

HPV 6, 11, 16, 18'e karşı Aşılama LARL/MSL ve Genetik Sigortası dramatik biçimde azaltabilir



15 Nisan 2018, Pazar

14:00 - 14:20 : HPV aşılarında Dünya'da ve ülkemizde güncel durum nedir ?

Macit Arvas

25 yaş üstünde HPV aşısı

Efficacy, safety, and immunogenicity of the human papillomavirus 16/18 AS04-adjuvanted vaccine in women older than 25 years: 7 year follow up of the phase 3, double-blind, randomised controlled VIVIANE study

Background: The efficacy, safety, and immunogenicity of the human papillomavirus (HPV) 16/18 AS04-adjuvanted vaccine in women older than 25 years was evaluated in a phase 3, double-blind, randomised controlled trial. The primary endpoint was the percentage of women with serological evidence of HPV 16/18 infection at baseline who were seronegative at 7 years. Secondary endpoints included the percentage of women with serological evidence of HPV 16/18 infection at baseline who were seropositive at 7 years, the percentage of women with serological evidence of HPV 16/18 infection at baseline who were seronegative at 7 years and the percentage of women with serological evidence of HPV 16/18 infection at baseline who were seropositive at 7 years. The trial was registered with ClinicalTrials.gov, NCT01112847.

[Göster](#) [Görüntüle](#) [Yorumla](#)

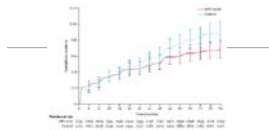
25-35 yaş

35-45 yaş

> 45 yaş

Bilimsel ağı kullanışlılar

Ağı öncel HPV DNA (+)Tik oranları 6tm gruplarda benzer



25 yaş üstünde ağı kullanımları, G11 4 + etiyolojisi engellenmede 78.8% koruyucudur

Gardasil® için FDA Endikasyonları

Kadınlar İçin
Servikal, vajinal, vulvar kanser
Gonist süğiller
CIN I, 2, 3
Servikal AIS
VAN 2, 3
Urojeniterye VİN (VIN2,3)
Kül ve Anal kanser

Etkiler
Anal süğiller
AIN ve Anal kanser

Ağı Önceki



4vHPV aşısının onaylı olduğu ülkeler

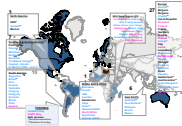


15 Nisan 2018, Pazartesi

14:00 - 14:20 : HPV aşılarında Dünya'da ve ülkemizde güncel durum nedir ?

Macit Arvas

Ulusal Aşı Programında HPV'nin dahil olduğu ülkeleri n=66

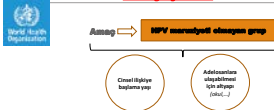


Sadece kadın: 54 Ülke; Kadın-erkek: 12 Ülke

9vHPV aşısının onaylı olduğu ülkeler



HPV'ye karşı aşılama hedef popülasyonu: 9-13 yaş arası



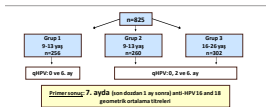
2 doz vs 3 doz

Immunogenicity of 2 Doses of HPV Vaccine in Younger Adolescents vs 3 Doses in Young Women
A Randomized Clinical Trial



Önemli sonuç: 2 vs 3 doz takviminde HPV 16/18 Ab cevabı

Çalışma Dizaynı



9vHPV 9vHPV

Immunogenicity of the 9-Valent HPV Vaccine Using 2-Dose Regimens in Girls and Boys vs a 3-Dose Regimen in Women

Short term immune responses after 2 doses vs 3 doses of 9-valent HPV in girls and boys aged 9-14 are similar

15 Nisan 2018, Pazar

14:00 - 14:20 : HPV aşılarında Dünya'da ve ülkemizde güncel durum nedir ?

Macit Arvas

CDC December 2016

Statement	Recommendation for women aged 12 through 26 years	Recommendation for men aged 16 through 21 years
Recommend HPV vaccination at ages 12 through 26 years for women.	A	B, 1-2 (shared)
Recommend HPV vaccination at ages 17 through 26 years for men.	C	A, 1-2 (shared)
Recommend HPV vaccination at ages 16 through 21 years for men.	D	A, 1-2 (shared)

HPV Aşısı İçin "Tek Doz" Yeterli Olur mu?

2-17
COMPARISON OF LONG TERM IMPACT AND CLINICAL OUTCOMES OF REDUCED DOSE VERSUS STANDARD DOSE QUADRVALENT HPV VACCINE IN THE UNITED STATES: A DATABASE STUDY

Brian Zylke, MD, Ana Rodriguez, MD, PhD
University of Texas Medical Branch
Department of Obstetrics and Gynecology
Galveston, TX

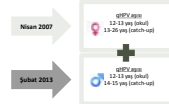
HPV Aşısı İçin "Tek Doz" Yeterli Olur mu?

Aşılansın 9-25 yaş arası 11,335 kadın
Son dozdan sonra minimum 4 yıl takip

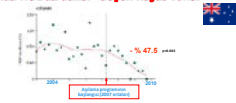
Yaş Grubu	1 doz almayan	2 doz almayan	3 doz almayan	4 doz almayan	5 doz almayan
16-17					
18-19					
20-21					

Doz sayısı: 1 vs 2 vs 3
Anlamlı fark yok

Avustralya'da ulusal HPV aşı programı



Avustralya'da Genital Aşılanma Programının 3. yıl sonunda HGI de etkili - Gözetilmediği Verildi



Bu yaş grubunda yaklaşık 3 yıl içerisinde aşılanma oranına göre sona eren olanlar %502 oranında aşılanmıştır.
ABD'de de emsal oranlar halihazırda rastlanmaktadır ve benzer bir sonuçta eğilimi olmaktadır.

Avustralya'da Doğmuş 21 Yaş Altı Kadınlarda Genital Sığlarının Dağılımı



15 Nisan 2018, Pazar

14:00 - 14:20 : HPV aşılarında Dünya'da ve ülkemizde güncel durum nedir ?

Macit Arvas

Aşılama programı sonrası erkeklerde HPV prevalansı

Özet: HPV prevalansı erkeklerde zamanla azalmıştır. Aşılanma programlarının etkisi gözlemlenmektedir.

GIN I/II/III Tedavisi Sorunları

Bu alan ağı sonraki sonuçlar

HPV 16/18'e bağlı CIN I+II oranında azalma %500

Tüm HPV türüne bağlı CIN I+II oranında %40 azalma

Prior konan papillomatözis için AS04-adjuvanted vaccination prevents recurrent high grade cervical intraepithelial neoplasia after definitive surgical therapy: Final 5-year analysis from a randomized controlled trial

ÖvHPV Aşısı

Özet: ÖvHPV aşısı dünya genelinde yaygınlaşmıştır. Aşının etkinliği ve güvenliği kanıtlanmıştır.

A 9-Valent HPV Vaccine against Infection and Intraepithelial Neoplasia in Women

Özet: 9-Valent HPV aşısı, kadınlar için enfeksiyon ve intraepitelial neoplaziye karşı koruyucu etkilidir. Aşının etkinliği ve güvenliği kanıtlanmıştır.

ÖvHPV aşısındaki HPV tiplerinin serviks kanserine etkileri!

Özet: ÖvHPV aşısındaki HPV tipleri serviks kanserine etkilidir. Aşının etkinliği kanıtlanmıştır.

ÖvHPV aşısındaki tiplerin serviks lezyonlarına etkileri

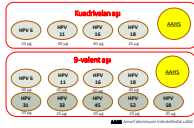
Grup	ÖvHPV 9, 11, 16, 18 tiplerinin oranı	ÖvHPV 9, 11, 16, 18, 31, 33, 35, 39, 45, 52, 58 tiplerinin oranı	ÖvHPV 9, 11, 16, 18, 31, 33, 35, 39, 45, 52, 58 tiplerinin oranı
Serviks kanser	%70	%20	%90
CIN 2/3	%50	%30	%80
CIN 1	%25	%25	%50

Özet: ÖvHPV aşısındaki tipler serviks lezyonlarına etkilidir. Aşının etkinliği kanıtlanmıştır.

15 Nisan 2018, Pazar

14:00 - 14:20 : HPV aşılarında Dünya'da ve ülkemizde güncel durum nedir ?

Macit Arvas

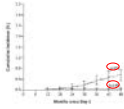


HPV 31, 33, 45, 52, 58'e bağlı \geq CIN 2 vakaları

48 aylık takipte

9vHPV aşısı olan grupta (n=5948) 1 vaka

4vHPV aşısı olan grupta (n=5943) 27 vaka

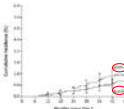


Bağlançta HPV (-) olup \geq CIN 2 gelişen vakalar

48 aylık takipte

9vHPV aşısı olan grupta 26 vaka

4vHPV aşısı olan grupta 40 vaka



HPV 6, 11, 16, 18'e bağlı \geq CIN 2 vakaları

9vHPV aşısı olan ve 4vHPV aşısı olan gruplarda benzerdir

40 aylık takipte

1 vaka/S823 katılımcı - 1 vaka/S832 katılımcı

9vHPV aşısı

HPV 6, 11, 16, 18 için 4vHPV aşısı ile benzer etkililiktir
HPV 31, 33, 45, 52, 58 ile ilişkili hastalıklar için HPV koruma sağlar

2017 Meni Baran, Gardoşoğlu,
Ardıçoğlu mevcut olan tek HPV
aşısıdır

HPV Aşısının Yan Etkileri

15 Nisan 2018, Pazar

14:00 - 14:20 : HPV aşılarında Dünya'da ve ülkemizde güncel durum nedir ?

Macit Arvas

Yan etkiler 9vHPV ve qHPV

- Sistemik yan etkiler, iki aşıda benzer sıklıkta görülmektedir
- Enjeksiyon yeri ile ilgili yan etkiler, 9vHPV'de daha fazladır (p<0.05)
- Enjeksiyon yeri ile ilgili yan etkiler, hafif-orta yoğunluktaadır
- Ciddi lokal yan etkiler, 9vHPV'de daha fazla görülmektedir (p<0.05)
- Aşılarla ilgili konjenital anormal bidingimimizdir

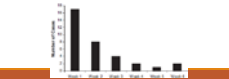
Ototimmün Hastalıklar

Bayanlar ve Erkeklerde HPV 9v ve qHPV Aşıları ile HPV 9v ve qHPV Aşıları ile Ototimmün Hastalıkların Sıklığı

Hastalık	9vHPV (n=1000)	qHPV (n=1000)
Gravide hipertansiyon	1.2%	1.1%
Gravide diyabet	1.1%	1.0%
Gravide hipertansiyon	1.0%	0.9%
Gravide diyabet	0.9%	0.8%
Gravide hipertansiyon	0.8%	0.7%
Gravide diyabet	0.7%	0.6%
Gravide hipertansiyon	0.6%	0.5%
Gravide diyabet	0.5%	0.4%
Gravide hipertansiyon	0.4%	0.3%
Gravide diyabet	0.3%	0.2%
Gravide hipertansiyon	0.2%	0.1%
Gravide diyabet	0.1%	0.0%



Gravide hipertansiyon, diyabet ve otoimmün hastalıkların sıklığı (Data From Vaccine Adjuvant Efficacy Study, 2016-2017)



İlk haftadaki 17 vakanın 15'i ilk 3 gün
İkinci haftadaki 2 vakanın 1'i ilk 2 hafta
İkinci haftadaki 2 vakanın 1'i ilk 2 hafta

No increased risk of Guillain-Barré syndrome after human papillomavirus vaccination: A self-controlled case-series study in England

- HPV aşısı ve GBS riski konusunda yapılmış en geniş çalışma
- GBS'li 101 hasta değerlendirilmiş

En kötü ihtimal:
Aşı sonrası 1 yıl riski kabul edilirse bile ve ilgili konfirmasyon dahil
HPV aşısına bağlı GBS riski 1.1/1 milyon doz

HPV Aşısı ve Ovaryen Yetersizlik

- VAERS: 2017'ye kadar 200 vaka mevcut
VAERS'e bağlı dışı
- Vaka Serileri ve Sunumları: 2018'ye kadar 6 vaka mevcut
- Sebepi açıklı

"Lack of evidence for an epidemiological study has an effect on the absence of evidence, not the absence of evidence is evidence of absence..."

15 Nisan 2018, Pazar

14:00 - 14:20 : HPV aşılarında Dünya'da ve ülkemizde güncel durum nedir ?

Macit Arvas

VAERS ne kadar güvenilir ?

- VAERS'e herkes herhangi bir 'geyi' herhangi bir sebeple bildirir
-Bilimsel çoğu non-medikal tarafdır
- Amacı yan etkilerle aşı arasında nedensel ilişki bulmak değil
- Bildirilen olayların aşdan kaynaklanmış olması gerekmiyor
- Bu konuda yapılacak çalışmalar için kaynak sağlamaktadır

Uzun Ömürlü Yaş (UOY)

Önemli yeni bir ciddi yan etki göstermemiştir

CONCLUSIONS

The HPV vaccine administered to pre-adolescents and adolescents demonstrated durability in clinically effective protection and sustained antibody stores over 8 years. No new significant serious AEs were observed for 8 years after vaccination in both groups. These long-term follow-up data **DO NOT SUPPORT** concerns associated with the vaccine. These data should help to encourage practitioners and reinforce national recommendations for HPV vaccination of all preadolescents and young adolescents.

Page 6, November 2014

WHO- Safety of HPV Vaccines 2017

- Ulusal aşılama programlarına girmesi önerilmektedir
- Aşının kullanımının engelleneyecek güvenlik sorununu bulunmamıştır
- Aşı ile jantların ilişkisi yoktur:
 - Premenstrüel over yetmezliği
 - Venöz tromboembolizm
 - Postural ortostatik teyazıdır sendromu
 - Kompleks regional ağrı sendromu
- GBS riski açısından geniş kapsamlı çalışmalarla ihtiyaç vardır
- Risk < 1 vaka / 1 milyon aşı

Gebelikte HPV Aşısı

- Gebelikte bağlanmamaktadır
- Aşılamada ilk doz yapıldı gebelikte doğum sonrası "0" dan başlanmalı 3 doz yapılmalıdır
- 3. doz yapıldıysa 6. ay dozu için gebelik sonrası emzirme döneminde bırakılmalı ve bir yıl içinde yapılmalıdır
- Emzirme döneminde gebelikte bağlanıyabilir

Gebelikte HPV Aşısı

	Gebelikte Aşılanmayanlar	Gebelikte Aşılanmayanlar	OR (95% CI)
Majör doğum defekti	83/1660	220/1660	OR: 1.19 CI: 0.90-1.58
Spontan abort	20/463	131/1852	OR: 0.71 CI: 0.45-1.14
Preterm doğum	116/1774	407/7096	OR: 1.15 CI: 0.93-1.42
SGA	171/1768	781/7072	OR: 0.98 CI: 0.72-1.02
Ölü doğum	2/501	4/2004	OR: 2.43 CI: 0.45-13.2

ABD'de 9-26 Yaş ve Gebelikte Aşılanma Trendi



15 Nisan 2018, Pazar

14:00 - 14:20 : HPV aşılarda Dünya'da ve ülkemizde güncel durum nedir ?

Macit Arvas

HPV Vaccination Crisis in Japan

HPV aşılama tartışması Japonya'da 'HPV' riskleri artırıyor!

HPV aşılama tartışması Japonya'da 'HPV' riskleri artırıyor!

HPV aşılama tartışması Japonya'da 'HPV' riskleri artırıyor!

Japonya'da son durum

Serviks Ca mortalitesi, son 10 yılda %6 artmıştır.

Japan Society of Gynecologic Oncology, konferansına katıldı

Özelliklerimizde servikal kanser önleme stratejileri

HPV-FASTER sonrası planlanan

Teşekkürler

Teşekkürler



Karadeniz Jinekoloji ve Obstetrik Kongresi

Sheraton Otel, Samsun

12 - 15 Nisan 2018



Destekleriyle.





Karadeniz Jinekoloji ve Obstetrik Kongresi

Sheraton Otel, Samsun

12 - 15 Nisan 2018



Destekleriyle..

Sözlü Sunumlar





Karadeniz Jinekoloji ve Obstetrik Kongresi

Sheraton Otel, Samsun

12 - 15 Nisan 2018



Destekleriyle..

SS-01

Servikal yetmezliğe bağlı gebelik kayıplarının önlenmesinde modifiye-shirodkar serklaj

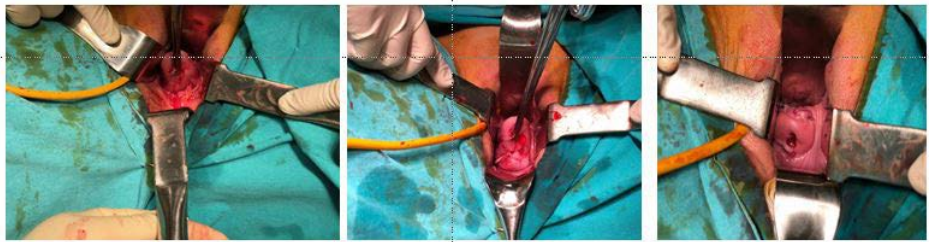
Alper Başbuğ

Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Ana bilim Dalı, Düzce

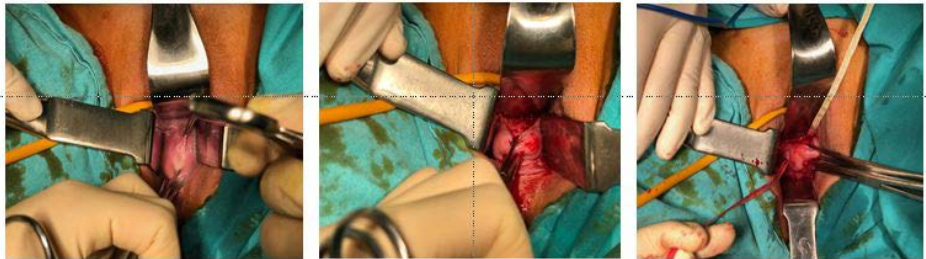
AMAÇ: Tekrarlayan erken preterm doğumun önlenmesi için gebelikte servikal serklaj ilk kez 1955'de Shirodkar tarafından tanımlanmıştır. Günümüzde birkaç farklı cerrahi teknik tanımlanmıştır; bunlardan en sık kullanılanı daha kolay uygulandığı için McDonald prosedürüdür. Serklaj işleminin amacı, servikal dokuyu güçlendirerek fonksiyonel servik uzunluğunu artırmaktır. Bu nedenle serklaj internal servikal os'a mümkün olan en yakın mesafeye yerleştirilmelidir. Bizde bu amaçla kullandığımız Modifiye-Shirodkar servikal serklaj tekniğini tanımlamak istedik. Teknik: İşlem rejyonel veya genel anestezi altında litotomi pozisyonunda gerçekleştirilir. 1- Serviks allis klemples ile aşağı doğru çekilerek vajinal histerektomide olduğu gibi serviksin üstünden transvers bir kesi yapılır ve mesane internal servikal os hizasına kadar itilir. 2- Sonrasında çift iğneli mersilen serklaj ipi işle öndeki insizyonda bilateral olarak serviksin köşelerine doğru sutur geçilir. 3-Lateralden geçilen suturler serviksin posterioruna doğru yönlendirilerek burdan çıkartılır ve bağlanır. Pre-operatif hazırlık: Elektif serklaj işlemi öncesinde profilaktik antibiyotik kullanımına gerek yoktur. Acil serklaj işlemi gerçekleştirilecekse işlem öncesinde profilaksi yapılır. Hem uterin kontraktiletiyi azaltmak hemde ağrı kontrolü için 100 mg indometazin kullanılmaktadır. Post-operatif bakım: Elektif serklaj işlemi sonrası 1. günde hastayı taburcu etmekteyiz. Sonrasında hastaları, haftalık veya iki haftada bir kontrollerini yapmaktayız. Serklajı eğer normal doğum istiyorsa 36-37. haftada çıkartıyoruz.

Anahtar Kelimeler: erken doğum, servikal yetmezlik, servikal serklaj

Modifikasyon



Tek transvers insizyon ile Anterior Kolpotomy





Karadeniz Jinekoloji ve Obstetrik Kongresi

Sheraton Otel, Samsun

12 - 15 Nisan 2018



Destekleriyle

SS-02

Von Willebrand hastalarında menoraji yönetimi

Neslihan Karakurt, Canan Albayrak

Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi Pediatri ABD, Hematoloji Departmanı

GİRİŞ: Menoraji doğurganlık çağındaki kadınlarda morbidite ve hayat kalitesini etkileyebilen sık karşılaşılan bir sağlık sorunudur. Menoraji nedeniyle başvuran hastaların %10-20'si vWH tanısı almaktadır.

vWH, dünya çapında en sık görülen kalıtsal kanama hastalığıdır. Kadın ve erkeklerde eşit oranda görülür, ancak kadınlar menstrüel kanama(MK) ve doğum yapma nedeniyle daha çok kanama riski taşımaktadır.

Menoraji önlem ve tedavisinde OKS ve traneksamik asit(TA) kullanılabilir. vWH'da ise bu tedavilere ek olarak vWF/Faktör VIII konsantreleri ve desmopressin de kullanılabilir. Bu çalışmada kliniğimize başvuran ve vWH tanısı alan postpubertal kız hastaların menoraji yönetimini incelemeyi amaçladık.

Hastalar ve METOD: Ocak 2010-Şubat 2018 tarihleri arasında kliniğimize başvuran, vWH tanısı alan postpubertal kız hastalar çalışmaya dahil edildi.

SONUÇ: Çalışmaya sekiz hasta dahil olup yaş ortalamaları 16 ± 4 'ydi. Beş hastada aşırı MK tespit edildi. Aşırı MK olan hastaların hepsi kanamalı dönemde TA, iki hasta TA ve vWF/faktör VIII, iki hasta kanama süresince TA ve ayrıca sürekli kombine OKS, bir hasta ise kanama süresince TA, vWF/faktör VIII ve düzenli OKS kullanılmıştı. vWH tip 3 tanısı olan iki hastanın ise aşırı MK şikayeti olmayıp polikistik over sendromu(PKOS) nedeniyle kombine OKS kullandığı öğrenildi (Tablo 1).

TARTIŞMA: Menoraji tespit edilen tüm hastalar TA (oral) kullanıyordu. TA, fibrinolizisi inhibe ederek etki gösterir ve hastalar tarafından kolay tolere edilebilir. Menstrüasyon süresince bir hafta kullanılabilir. İlginç olarak desmopressin (intravenöz, subkutan) kullanan hastamız mevcut değildir. Desmopressin sentetik antidiüretik hormon analogudur, vWH salınımına sebep olur. Desmopressin kullanılmamasının nedeni ilacın bu endikasyonla ülkemizde onaylı olmaması ve ücretli olması olabilir. Toplumda en sık görülen kanama diyatezi hastalığının kliniğimizde relatif olarak daha az olması dikkat çekiciydi. vWH sıklıkla tip1 olarak görülür ve klinik hafif seyirlidir. Kız hastalar genelde ilk hemostatik zorlukla menstrüasyonda karşılaşır ve bu hastaların rutin koagülasyon testleri (aPTT, PT) çoğunlukla normal olduğu için hematoloji kliniğine başvurmazlar, tanıda gecikmeler olabilir. Tip3 vWH'da mukozal kanamalara ek olarak

hemofiliye benzer derin kanamalar da görülebilir. İlginç olarak tip3 vWH ile izlenen iki hastamızın menorajisi yoktur. Bununla birlikte overiyarı kist kanaması, eklem içine kanama gibi başka kanama problemleri yaşamaktadırlar. Bu hastalar PKOS nedeniyle OKS kullanmaktadır. OKS kanamayı azalttığı için MK'nın normal sınırlarda olabileceği düşünöldü. Sonuç olarak vWH menorajisi açısından sorgulanmalı, menorajisi ile başvuran hastalar ise vWH açısından araştırılmalıdır. Menorajisi tedavisinde TA yan etki profili düşük bir ilaç olup ilk tercih kullanılabilir. Tip1, tip3 ve bazı tip2 vWH'larında desmopressine yanıt çok iyi olduğu için hastaya önerilebilir. Adet düzensizliği varlığında kombine OKS uygun bir seçenek olabilir. Tüm tedavilere rağmen menorajisi kontrol altına alınamayan vakalarda vWF/faktör VIII konsantreleri kullanılabilir.

Anahtar Kelimeler: von Willebrand hastalığı, menorajisi, aşırı menströjel kanama

Tablo 1. Hasta verileri

hasta no	hasta yaşı	vWH tipi	vWF:anti-jen	RICOF	Faktör VIII	meno-raji	traneksa-mik asit	vWF/Fak-tör VIII konsan-tresi	oral kon-trasep-tif	des-mo-pres-sin
1	17	1	%8	-	%38	+	+	-	+	-
2	17	1	%14	%20	%15	+	+	+	-	-
3	20	2	%40	%10	%60	-	+	-	-	-
4	16	1	%14	-	%24	+	+	-	-	-
5	16	3	%3	%10	%3	+	+	+	+	-
6	19	1	%10	-	%35	+	+	-	+	-
7	22	3	%3	-	%6	-	+	-	+	-
8	28	3	%3	%10	%6	-	+	-	+	-

*Polikistik over sendromu var



Karadeniz Jinekoloji ve Obstetrik Kongresi

Sheraton Otel, Samsun

12 - 15 Nisan 2018



Destekleriyle..

SS-03

Gestasyonel diabetes mellitusta fetal hepatik arter dopplerinin değerlendirilmesi

Gülsüm Uysal¹, Hatice Akkaya²

¹Adana Şehir Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Bölümü, Adana

²Zekai Tahir Burak Kadın Sağlığı Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Bölümü, Ankara

AMAÇ: Literatürde fetal karaciğerin boyutunun ve volümünün fetal büyüme için bir belirleyici olduğunu gösteren çalışmalar bulunmaktadır. Gestasyonel diabetes mellitus (GDM) makrozomik bebek için önemli bir risk faktörü olarak kabul edilmektedir. Biz bu çalışmada sağlıklı ve GDMli gebeler arasındaki fetal hepatik arter (HA) akımlarının değerlendirilmesini amaçladık. Bu çalışma, ikinci trimester GDM'li hastalarda fetal HA doppler ölçümlerini değerlendiren literatürdeki ilk çalışmadır.

YÖNTEM: Bu prospektif çalışma Kasım 2016 - Mart 2017 tarihleri arasında üçüncü basamak bir hastanede yapıldı. Hasta grubuna 24-28. haftada GDM tanısı alan 59 tekil gebelikli kadın alındı. Kontrol grubuna, hasta grubuna benzer gebelik haftası, vücut kütle indeksi (VKİ) ve normal OGTT'si olan 50 kadın dahil edildi. Karaciğer, gastrointestinal veya kalp hastalığı, fetal anomalisi olan ve vazoaaktif ilaç veya steroid alan hastalar çalışmadan dışlandı. Çalışma grubuyla kontroller (sağlıklı gebelikler) arasında fetal hepatik arter (HA) Pulsatilite İndeksi (PI), rezistif indeksi (RI), pik sistolik hız (PSV) ölçümleri karşılaştırıldı. Doppler ölçümleri, aynı uzman tarafından ardışık üç ölçüm sonrası ultrasonografide otomatik olarak hesaplandı (Figür 1). GDM tanısı, 75 mg oral glikoz tolerans testi (OGTT) ile konuldu.

BULGULAR: Hastaların sosyodemografik özellikleri ve fetal sonuçları Tablo 1'de özetlenmiştir. GDM'li annelerin fetal doğum ağırlıkları anlamlı derecede yüksekti ($p = 0.02$). 59 fetusun 13'ü (% 22) aşırı kiloluydu ($>4000\text{gr}$) ($p = 0.018$). HA PI ölçümleri GDM li hasta grubunda anlamlı olarak yüksekken ($p = 0.012$), HA RI ve PSV ölçümleri iki grup arasında benzerdi ($p > 0.05$) (Tablo 2).

SONUÇ: İkinci trimester detaylı ultrason taramasına HA PI ölçümünün eklenmesinin GDM'de fetal büyüme ivmesini tanımlamada bir belirleyici olabileceği düşünüldü.

Anahtar Kelimeler: : fetal hepatik arter doppleri, gestasyonel diabet, makrozomik fetus

Figür 1: Fetal hepatik arter akım dalgası



Tablo 1: Çalışmaya alınan olguların sosyodemografik özellikleri ve fetal doğum sonuçları

	GDM'li hasta grubu N=59	Kontrol grubu N=50	p değeri
Yaş (yıl)	29.1±7.1	27.2±6.1	0.16
Gravida	2.2±1.0	2.2±0.88	0.89
Parite	0.93±0.8	0.86±0.6	0.81
Gestasyonel yaş (hafta)	25.6±1.3	25.4±1.3	0.39
VKİ (kg/m ²)	28.2±3.93	27.1±4.41	0.18
Doğum haftası	38.8±1.1	38.4±1.5	0.082
Doğum ağırlığı (gr)	3512±471	3203±519	0.002
>4000 gr üzeri bebek sayısı	13(%22)	3(%6)	0.018
Fetal cinsiyet (erkek/kız)	35/24	23/27	0.16
Doğum şekli (vaginal/sezaryen)	28/31	34/16	0.031

GDM: Gestasyonel diabetes mellitus, VKİ: vücut kitle indeksi

Tablo 2. Grupların Hepatik Arter Doppler ölçümleri

	GDM'li hasta grubu N=59	Kontrol grubu N=50	P değeri
Hepatik arter PI	2.15±0.96	1.71±0.54	0.012
Hepatik arter RI	0.82±0.27	0.77±0.21	0.27
Hepatik arter PSV(cm/s)	15.8±6.9	14.9±6.2	0.63

GDM: Gestasyonel diabetes mellitus PI: Pulsatilite indeksi RI: rezistif indeks PSV: peak sistolik velocity



Karadeniz Jinekoloji ve Obstetrik Kongresi

Sheraton Otel, Samsun

12 - 15 Nisan 2018



Destekleriyle..

SS-04

Erken doğum tehditi olan gebelerde serum endocan düzeylerinin değerlendirilmesi

Ayşegül Özel

İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Ana Bilim Dalı, Perinatoloji Bilim Dalı, İstanbul

GİRİŞ:Preterm doğum dünya çapında perinatal morbidite ve mortaliteyi arttıran major bir sorundur.Erken doğum tehditi (EDT) tanısı alan gebelerin yaklaşık %50 kadarı termde doğurmaktadır.Tanı aldıktan sonra bir hafta içinde gerçekten erken doğum yapacak grubu ayırtedebilmek,neonatal morbidite ve mortaliteyi azaltacak steroid uygulaması, tersiyer merkeze intrauterin transfer gibi stratejik önlemlerin doğru ve etkin bir şekilde alınmasını sağlayacaktır. Preterm doğum etyolojisi kompleks olup subklinik inflamatuvar süreçler üzerinde durulmaktadır. Bu inflamatuvar süreçlerde vasküler endotelial hücrelerden salınan bazı moleküllerin rol aldığı gösterilmiştir.Endocan da son yıllarda çeşitli çalışmalarla hücre adezyonu,inflamasyon,tümör progresyonunda rol aldığı gösterilmiş endotelden salınan bir moleküldür.

AMAÇ: Bu çalışmada serum endocan düzeyinin erken doğumu öngörmedeki etkinliğini araştırılmıştır.

ARAÇ ve YÖNTEMLER: Bu çalışma,vaka-kontrol çalışması olarak, 2016-2017 yılları arasında, EDT tanısıyla(20 dakikada en az dört adet ağrılı uterin kontraksiyonu olan, 1-3 cm servikal dilatasyonu ve %50 efasmanı eşlik eden) kliniğimize kabul edilen 58 gebe ile 31 komplikasyonsuz sağlıklı gebe ile planlanmıştır.EDT olan gebeler de kendi içlerinde tanı aldıktan 48-72 saat sonra doğum yapanlar ve 37. gebelik haftasından sonra doğum yapanlar şeklinde iki gruba ayrıldı.Hastaların serum endocan seviyeleri ve diğer klinik,labarotuar bulguları, doğum bilgileri kaydedildi

BULGULAR: Hastaların ortalama yaşı,Vücut Kitle İndeksi,graviditesi,serum ayrıldığı zamandaki ortalama gebelik haftaları, CRP ve hemoglobin değerlerinde istatistiksel farklılık bulunmadı.Serum endocan düzeyleri preterm doğum yapan EDT grubunda termde doğum yapan EDT grubuna ve kontrol grubuna göre anlamlı yüksek bulundu (823pg/ml (718-905) $p < 0,001$). Aynı zamanda serum endocan düzeyleri termde doğuran EDT 'li grupta da kontrol grubuna göre daha yüksek bulunmuştur ($p < 0,001$). ROC analizi yapıldığında serum endocan düzeylerinin,EDT'li gebelerde 48-72 saat içinde doğumu öngörmedeki etkinliği, cut-off değeri olarak 655 pg/mL alındığında, %85.7 duyarlı, %78.7 özgün bulunmuştur (AUC: 0.934, $p < 0.001$).

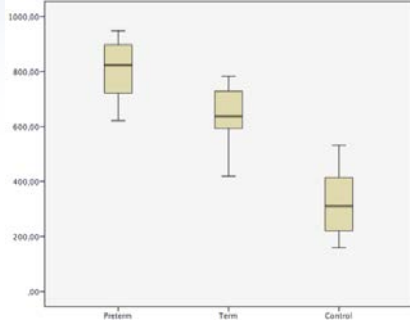
SONUÇ: Maternal serum endocan düzeyleri EDT tanısı alan gebelerde preterm doğumu

öngörmede etkin bulunmuştur.Bu konuda daha fazla sayıda hasta ile yapılmış randomize kontrollü çalışmalara ihtiyaç vardır.

Anahtar Kelimeler: endocan,erken doğum tehditi,preterm doğum, öngörü

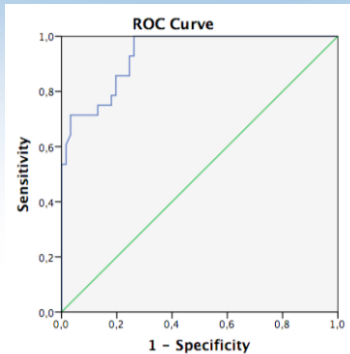
Figür

1



Term ve Preterm doğum yapan EDT olguları ile Kontrol grubundaki maternal serum endocan düzeyleri

ROC eğrisi



EDT 'li olgularda 48-72 saat içindeki erken doğumu öngörmeyi amaçlayan ROC analiz eğrisi

Maternal obstetrik, klinik ve laboratuvar karekteristikler

	Kontrol n:31	Term doğuran EDT n:30	Preterm doğuran EDT n:28	p
Yaş	28.1 ±3.7	28.1±3.9	27.4±4.2	NS
VKİ	23.7 ±3.3	24.1±2.9	23.2±3.4	NS
Gravida	2.1±0.7	2.2±0.7	2.0 ± 0.6	NS
Serum alındığındaki gebelik haftası	32.8 ±1.6	33.1±1.5	32.5±1.6	NS
Doğum haftası	38.1±0.4	38.0±0.8	33.1±1.5	<.001
Doğum ağırlığı	3309±213	3248±190	2580±309	<.001
Servikal uzunluk	37.9 ±5.9	24.7±1.8 #	22.6±1.5	<.001
Hemoglobin	12.5 ±4.5	11.9±1.4	11.4±1.3	NS
CRP	1.7(0.4-2.2)	1.8(0.8-2.4)	2.2(1.5-2.9)	NS
Endocan	310(218-423)	637(590-729)	823(718-905)	<.001

Sonuçlar, normal dağılıma uyup uymamalarına göre ortalama±SD veya median (interquartile range) aralığı olarak sunulmuştur. NS: not significant. CRP: C-reactive protein; VKİ: Vücut Kitle İndeksi

SS-05

Total Abdominal Histerektomi sonrasında görülen fatal non-oklusiv mezenter iskemi: olgu sunumu

*Adile Yeşim Akdemir, Görker Sel, Mehmet İbrahim Harma, Müge Harma
Bülent Ecevit Üniversitesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Ana Bilim Dalı, Zonguldak*

OLGU: 68 yaşında G3P3Y3, SAT 20 yıl önce olan hastaya 8 aydır süren karın ağrısı, iştahsızlık, kusma, kilo kaybı şikayetleri ile 6 ay önce gastroskopi, kolonoskopi yapılmış, kronik gastrit, antral ülser ve sağ kolonda ülser, interstitial kolit saptanmış, ülsere yönelik tedavi verilmiş. Diyabetes mellitus, hipertansiyon tanılı hastaya, 10 yıl önce koroner stent uygulaması yapılmış. İnsülin, Amlodipin, Asetil salisilik asit kullanımı olan, sonrasında abdominal şikayetleri devam eden hastaya, FMF tanısı konulmuş ve Kolşisin tedavisi başlanmıştır. Bir ay sonra Genel Cerrahi Kliniğinde kronik kolesistit tanısı ile kolesistektomi operasyonu yapılmış. İki ay sonra Kliniğimize kronik pelvik ağrı şikayeti ile başvuran hastada endometrial kalınlık artışı görüldü, Endometrium Biopside dissosiyasyon nonmalign glandlar, smearde benign sitoloji saptandı. Hastaya TAH+BSO önerildi, operasyonda olağan dışı bir bulgu saptanmadı, ekstra kanama olmadı ve operasyon beklenen sürede tamamlandı. Postoperatif 7. günde bulantı, kusma, karın ağrısı, ileus öntanısı ile yapılan BT'de barsak duvarı kalınlaşması, Süperior Mezenterik Arterde (SMA) kalsifiye plaklar görüldü. Genel Cerrahi Kliniği periton irritasyon bulguları olmadığından konservatif tedavi önerdi, oral alım kesildi, nasogastrik tüp yerleştirildi, elektrolit imbalansı düzeltildi, geniş spektrumlu antibiyotik, total parenteral nutrisyon başlandı. Postoperatif 14. günde şiddetli karın ağrısı gelişmesi üzerine BT tekrarlandı, yaygın mezenter ödemi, batında serbest sıvı, SMA'da ileri derece darlık saptandı, mezenter iskemisi öntanısı ile yapılan acil laparatomide ileum ve jejenumda multiple atlamalı nekrotik alanlar görüldü ve nekrotik barsak segmenti rezeke edildi, ileostomi açıldı. Yoğun bakım ünitesinde takip edilen hasta periton irritasyonu bulgularının devam etmesi üzerine 1 gün sonra ikinci acil laparotomi yapıldı, Treitz ligamentten itibaren 10 cm'lik segmentin dolaşımının normal, gerideki tüm ince barsak segmentlerinde nekroz saptandı, tüm nekrotik bölümler rezeke edildi. Hasta postoperatif 58. gününde multi organ yetmezliğine bağlı kaybedildi.

TARTIŞMA: Non-oklusiv mezenter iskemi (NOMİ) trombüs veya emboli görülmeden mezenter damarlarda iskemi olmasıdır. Hipoperfüzyon ve vazospazma bağlı olarak gelişir ve ilk olarak Ende tarafından 1958'de bildirilmiştir. Risk faktörleri ileri yaş, sigara kullanımı, diyabet, hipertansiyon, aterosklerotik arter hastalığı, vazokonstriktif ilaç kullanımı, majör kardiyak veya abdominal cerrahi geçirmektir. NOMİ'nin tanısı semptomları spesifik olmadığından dolayı güçtür, sıklıkla klinik şüphe ile konur. %90'a varan mortalite raporlanmıştır. Tanıda altın

standart anjiyografidir. Tedavide hemodinamik destek, metabolik imbalansın düzeltilmesi, geniş spektrumlu antibiyotikler ilk basamakta yer alır. Periton iritasyon bulguları gelişmeden erken yapılacak laparotomi, nekroze alanın rezeke edilecek barsak segmentinin sınırlı kalmasını sağlayarak morbiditeyi azaltır.

SONUÇ: Jinekolojik cerrahi sonrası gelişen ileus semptomlarına ek olarak kronik abdominal ağrı, dispepsi gibi spesifik olmayan şikayetleri, iskemik risk faktörleri bulunan hastalarda NOMI'nin klinik erken şüphesi, mortalite dahil ciddi komplikasyonlar oluşmadan önce tedavi olanağı sağlar.

Anahtar Kelimeler: non oklusiv mezenter iskemi, süperior mezenter arter, histerektomi, intestinal nekroz

Figür 1



Fig. 1 Yaygın mezenter ödemi, batında serbest sıvı, SMA'da ileri derece darlık

Figür 2



Fig.2 İleum ve jejunumda multiple atlamalı nekrotik alanlar



Karadeniz Jinekoloji ve Obstetrik Kongresi

Sheraton Otel, Samsun

12 - 15 Nisan 2018



Destekleriyle..

SS-06

Postterm gebeliklerde fetal kardiyak, serebral ve plasental değişikliklerin değerlendirilmesi

Ebru Alıcı Davutoğlu

İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Perinatoloji B.D İstanbul

AMAÇ: Tüm doğumlar içinde %5-10 sıklıkta görülen postterm gebelikler, artmış perinatal komplikasyon oranına sahiptir. 41. gebelik haftasının üzerinde perinatal mortalite term gebeliklere göre 2-7 kat artar. Giderek artan plasental yetmezlik ve amniotik sıvı miktarında azalmanın fetal komplikasyonlarla ilişkili olduğu kabul edilir. Çalışmamızın amacı, uzamış gebeliklerde gelişen hipoksemi ile ilişkili ortaya çıkabilecek fetal doppler ve kardiyak değişiklikleri değerlendirmek, olumsuz perinatal sonuçların öngörüsünde bu parametrelerin olası etkinliğini ortaya koymaktır.

GEREÇ ve YÖNTEMLER: Kasım 2015 – Şubat 2017 tarihleri arasında, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Perinatoloji Polikliniği'nde değerlendirilip doğumu gerçekleştirilen toplam 92 gebe çalışmamıza dahil edildi. 3 gruptan oluşan çalışmamızda; Grup 1; Full term kontrol grubu (n=42, 39 0/7 - 40 6/7 haftalarında), Grup 2; Geç term grubu (n= 34, 41, 0/7 - 41 6/7 haftalarında),Grup 3; Post term grubu (n=16, ≥ 42 0/7 haftalarında) oluşturmaktaydı. Her hastaya rutin biyometri ölçümlerinin dışında fetal umbilikal arter (UA), orta serebral arter (MCA), fetal sol ventrikül mod-MPI ölçümleri yapıldı. Serebroplasental oran (MCA PI / UA PI) hesaplandı. Doppler indeksleriyle, mod- MPI arasında korelasyon olup olmadığı değerlendirildi.. Üç grup, maternal klinik özellikler, perinatal veriler, Doppler ve ekokardiyografik parametreler açısından karşılaştırıldı.

BULGULAR: Ortalama maternal yaş kontrol grubunda post term gruba göre anlamlı olarak daha yüksek bulundu (29.1 ± 4.1 years, $p = 0.006$). MCA pulsatilite indeksi(PI) ve serebroplasental oran (CPR) geç term ve post term gruba göre kontrol grubunda daha yüksek olarak bulundu. (Grup 1: 1.63 ± 0.3 , Grup 2: 1.27 ± 0.51 , Grup 3: 1.13 ± 0.22 , $p < 0.001$). Mod MPI değerleri kontrol grubuna göre geç term ve post term grupta anlamlı olarak daha yüksek değerde bulundu. (Grup 1: 0.38 ± 0.1 , Grup 2: 0.59 ± 0.09 , Grup 3: 0.60 ± 0.08 , $p < 0.001$). Olumsuz perinatal sonuçları olan grupta parametrelerden MCA PI ve CPR değerleri anlamlı olarak düşük bulundu. CPR değerinin olumsuz perinatal sonuçları öngörüsündeki eşik değer 1.11 (area under curve [AUC] 0.762, confidence interval [CI] 0.575–0.95), sensitivite % 72.7 ve spesifite % 71.8 olarak bulundu. SONUÇ: Fetal mod-MPI değerleri, olumsuz perinatal sonuçları olan ve olmayan gruplar arasında farklılık göstermemektedir. Fetal iyilik halinin monitorizasyonu ve doğum zamanlamasının yapılmasında, CPR değerleri biz klinisyenlere yol gösterici olabilir.



Karadeniz Jinekoloji ve Obstetrik Kongresi

Sheraton Otel, Samsun

12 - 15 Nisan 2018



Destekleriyle..

Anahtar Kelimeler: geçterm gebelik, postterm gebelik, CPR, mod-MPI

Olumsuz perinatal sonuç olan ve olmayan grubun verilerinin karşılaştırılması

	Olumsuz perinatal sonuç olmayan (n=32)	Olumsuz perinatal sonuç olan (n=18)	p
UA PI	0.85±0,21	0.98±0,38	NS
MCA PI	1.28±0.49	0.98±0.31	0.028
CPR	1.55±0.54	1.12±0.52	0.010
Mod- MPI	0.60±0.09	0.59±0.10	NS



Karadeniz Jinekoloji ve Obstetrik Kongresi

Sheraton Otel, Samsun

12 - 15 Nisan 2018



Destekleriyle..

Tablo 1 Geç term, post term ve kontrol grubunun sonografik, Doppler ve ekokardiyografik parametrelerinin karşılaştırılması

	Kontrol grubu (n=42)	Geç term grubu (n=34)	Post term grubu (n=16)	p
Amniotik volüm (MVP)	34.8±13	32.1±12	36.4±18	NS
Ut A PI	0.82 ±0.18	0.86 ±0.2	0.89 ±0.19	NS
UA PI	0.89±0.19	0.83±0,21	0.81±0,27	NS
MCA PI	1.63±0.3	1.27±0.51	1.13±0.22	<0.001
CPR	1.85 ±0.56	1.55±0.57	1.4±0.44	0.003
ICT (msn)	0.03(0.027-0.033)	0.04(0.038-0.069)	0.045(0.039-0.06)	NS
IRT (msn)	0.03(0.027-0.04)	0.044(0.04-0.05)	0.042(0.039-0.044)	NS
ET	0.167 ±0.016*	0.148 ±0.012	0.150 ±0.01	<0.001
MPI	0.38±0.1	0.59±0.09	0.60±0.08	<0.001

Data ortalama ±SD yada median (IQR) olarak verilmiştir. NS; anlamlı farklılık yok ICT ve IRT değerlerine analiz öncesi log transformasyon yapılmıştır. Grup ortalamaları ANOVA ile karşılaştırılmıştır.



Karadeniz Jinekoloji ve Obstetrik Kongresi

Sheraton Otel, Samsun

12 - 15 Nisan 2018



Destekleriyle.

SS-07

Kalsiyum ionofor ile artifisyel oosit aktivasyonunun embriyomorfokinetik parametrelere ve klinik gebelik sonuçlarına etkisi

Funda Göde, Ahmet Zeki Işık

Izmir Medicalpark Hastanesi Tüp Bebek Ünitesi

GİRİŞ: Kalsiyum ionofor uygulaması in vitro fertilizasyon (IVF) sikluslarında daha önceden fertilizasyon problemi yaşanan hastalarda yaygın olarak kullanılmaya başlanmıştır. Fakat bu uygulamanın embryo gelişimine ve morfokinetik parametrelere etkisi ile ilgili net bilgi mevcut değildir.

AMAÇ: Kalsiyum ionofor ile artifisyel oosit aktivasyonunun embriyomorfokinetik parametrelere ve klinik gebelik sonuçlarına etkisini değerlendirmek.

METOD: 2014-2018 yılları arasında İzmir Medicalpark Hastanesi Tüp Bebek Ünitesinde intrasitoplazmik sperm enjeksiyonu uygulanan (ICSI) ve embriyomorfokinetik parametrelere ulaşılabilen hastaların retrospektif olarak kayıtları incelendi. ICSI sonrası Ca ionofor (Cai) ile oosit aktivasyonu uygulanan ve uygulanmayan hastaların embriyomorfokinetik parametreleri ve siklus sonuçları karşılaştırıldı. İstatistiksel analizde klinik gebelik ve embriyomorfokinetik parametre sonuçlarının etkileyebilecek diğer faktörlerin (yaş, infertilite nedeni, daha önceki siklus sayısı, infertilite süresi) etkisini ortadan kaldırmak amacıyla çok değişkenli regresyon modelleri kullanıldı. Ca aktivasyonunun klinik gebelik sonuçları, embryo kalitesi ve optimal embriyomorfokinetiği ile ilişkisini değerlendirmek için lojistik regresyon, fertilizasyon oranı için poisson regresyon yöntemi kullanıldı. Tüm analizlerde R studio programı kullanıldı ve $p < 0.05$ istatistiksel olarak anlamlı kabul edildi.

SONUÇLAR: Toplam 2813 hastadan 1856 hastaya Cai ile oosit aktivasyonu uygulanmış, 959 hastaya ise uygulanmamıştır. Cai uygulanan ve uygulanmayan hastaların yaş ortalaması sırasıyla 32.1 0.18 ve 34.6 0.14 olarak saptandı ($p > 0.05$). Tüm yaş gruplarında Cai uygulanan grupta fertilizasyon oranı: 0.74 0.12 uygulanmayan grupta: 0.73 0.09 saptandı ($p > 0.05$). Klinik gebelik açısından Cai kullanılan ve kullanılmayan gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadı (%43.2 1.4; %48.8 1.97) ($p > 0.05$). Grade 1 embryo oranı açısından Cai uygulanan ve uygulanmayan grupta fark saptanmadı (%70.9 3.06; %72.2 3.28) ($p > 0.05$). Her iki grupta transfer edilen embriyoların morfokinetik parametreleri incelendiğinde Cai uygulanan grup ile uygulanmayan grup arasında t5, s2, cc2 açısından optimal embriyomorfokinetiğini sağlaması açısından Cai'nin etkisi görülmedi ($p > 0.05$). Cc3 ve t5-t2 için ise Cai kullanımının ilgili sürelerin optimal sınırlar içerisinde olma olasılığını azalttığı görüldü ($p < 0.05$). Diğer sürelerin dağılımı ve Cai kullanımı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir sonuç bulunamadı. Cai



Karadeniz Jinekoloji ve Obstetrik Kongresi

Sheraton Otel, Samsun

12 - 15 Nisan 2018



Destekleriyle..

kullanımının blastaya kadar geçen süreyi ise istatistiksel anlamlı olarak uzattığı (tb) tespit edildi ($p < 0.05$).

TARTIŞMA: Çalışma sonuçlarımıza göre kalsiyum ionofor ile oosit aktivasyonunun yaş, infertilite süresi, siklus sayısı ve infertilite nedeni gibi parametrelerden bağımsız olarak klinik gebelik ve embryo kalitesine etkisi saptanmamıştır. Embryomorfokinetik parametrelere bakıldığında ise embryonun blastaya kadar geçen süresini uzattığı ve bazı optimal parametrelerde azalmaya neden olduğu saptanmıştır. Mevcut bulgularımıza göre genel hasta popülasyonunda kalsiyum ionofor uygulamasının in vitro fertilizasyon klinik sonuçlarına etkisi gözlenmemiştir. Blastaya gidiş süresinin uzaması ve optimal embryomorfokinetik parametrelerdeki azalma dikkate alındığında kalsiyum aktivasyonunun embryo gelişimine etkisi ile ilgili ek çalışmalara ihtiyaç vardır.

Anahtar Kelimeler: kalsiyum, klinik gebelik, ICSI,embryoskop



Karadeniz Jinekoloji ve Obstetrik Kongresi

Sheraton Otel, Samsun

12 - 15 Nisan 2018



Destekleriyle..

SS-08

İdiyopatik polihidroamniyoslu gebelerde artan volüm şiddeti cerebro-plasental oranı etkiler mi?

Hatice Akkaya

Ankara Zekai Tahir Burak Kadın Sağlığı Eğitim Ve Araştırma Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği

AMAÇ: Polihidramniyos, amniyon sıvısının, bulunulan gebelik haftasında olması gereken değerden daha fazla olmasıdır. İdiyopatik polihidramniyos (İP) ise bir ekartasyon tanısıdır ve bilinen nedenlerin dışlanması ile tanı konulur. Ultrasonografik olarak amniyon sıvı indeksi ölçümüne göre polihidramniyos üç alt tipe ayrılır. Hafif (AFI 25-30 cm), orta (AFI 30.1-35 cm) ve şiddetli (AFI>35 cm) olarak sınıflandırılır. Biz bu çalışmamızda idiyopatik polihidramniyoslu olguları amniyon volüm şiddetine göre üç gruba ayırarak fetal serebro- plasental dolaşım, orta serebral arter ve umbilikal arter dopler akımları üzerine etkilerini incelemeyi amaçladık.

YÖNTEM: Bu prospektif kohort çalışması Temmuz - Aralık 2016 tarihleri arasında üçüncü basamak bir hastanede yapıldı. İP ile komplike olan gebelerin fetal doppler indeksleri, gebelik özellikleri ve perinatal sonuçları gruplar arasında karşılaştırıldı. Fetal doppler ölçümü sonrası üç gün içinde doğum gerçekleşmeyen olgular çalışmaya dahil edilmedi. Son adet tarihine göre 34-41 hafta arası, spontan, tekil gebelik olguları çalışma popülasyonumuzu oluşturdu.

BULGULAR: Tüm olguların sosyodemografik özellikleri ve fetal doppler değerlendirmeleri ve perinatal sonuçları Tablo 1 ve 2'de özetlenmiştir. Olguların gruplar arası demografik özellikleri ve perinatal sonuçları benzerdi. Gruplara göre ultrasonografik arter dopler değerleri belirgin farklılık göstermekteydi. Umbilikal arter PI, MCA PI, MCA PSV, CPR değerleri amniyon sıvı şiddetine göre sınıflandırılmış gruplar arasında anlamlı farklılık göstermektedir. (p değerleri verilen sırasıyla $p=0.002$, $p<0.0001$, $p= 0.001$, $p= 0.001$). Volüm şiddeti istatistiksel olarak umbilikal arter PI ve MCA PSV değeri ile pozitif korelasyonlu iken, MCA PI, CPR değeri ile negatif korelasyon göstermektedir. (Umbilikal arter PI $r=0.37$ $p=0.000$, MCA PSV $r=0.33$ $p=0.000$, MCA PI $r= -0.41$ $p=0.000$, CPR $r= -0.53$ $p=0.000$).

SONUÇ: İdiyopatik polihidroamniyosta fetal doppler kan akımları volüm şiddeti artışından etkilenmektedir. Umbilikal arter PI değerinde artış, orta serebral arter PI değerinde azalma ve serebro-plasental oranda bozulma, özellikle şiddetli İP'li olgularda beyin koruyucu etki gelişimi açısından dikkatli olunması gerektiğini göstermiştir.

Anahtar Kelimeler: İdiyopatik polihidramniyos, orta serebra arter dopler, perinatal sonuçlar, serebro plasental oran, umbilikal arter dopler.

Tablo 1. Tüm olguların gruplandırılmış sosyo- demografik özellikleri ve perinatal sonuçları

Özellikler	Hafif n=49	Orta n= 36	Şiddetli n= 27	p değeri
Anne yaşı(yıl)	27.7±6.1	26.8±6.1	27.2±6.0	0.81
Gebelik haftası	36.8±1.7	37.3±2.5	36.8±1.7	0.56
Gebelik sayısı	2.27±1.1	1.97±0.9	2.48±1.3	0.14
Vücut Kitle İndeksi	27.5±4.4	27.7±4.5	26.5±5.13	0.51
Bebek cinsiyeti (erkek)	26(%47.2)	26(%72.2)	16(%59.2)	0.19
Doğum şekli (sezaryen)	26(%52.9)	21(%58.4)	19(%70.3)	0.65
1. dakika Apgar skoru<7	9(%18.3)	7(%19.5)	5(%18.5)	0.98
5. dakika Apgar skoru<7	3 (%6.1)	2(%5.5)	2(%7.4)	0.95
Doğum ağırlığı(gram)	3163±667	3324±616	3249±528	0.49

Tablo 2: Olguların amniyon sıvı şiddeti artışıyla dopler kan akımı değişimleri

Değişkenler	Hafif n=49	Orta n= 36	Şiddetli n= 27	p değeri
Umbilikal arter S/D	2.54±0.64	2.29±0.41	2.33±0.57	0.099
Umbilikal arter PI	0.75±0.21	0.84±0.14	0.91±0.21	0.002
MCA PI	1.80± 0.37	1.54±0.37	1.40±0.38	<0.0001
MCA PSV(cm/s)	61.1±13.2	64.0±15.3	73.2±10.8	0.001
CPR	2.80±2.0	1.89±0.63	1.56±0.46	0.001

S/D: Sistol/ Diastol PI: Pulsatilite indeksi PSV: peak sistolik velocity CPR: Serebro-Plasental oran



Karadeniz Jinekoloji ve Obstetrik Kongresi

Sheraton Otel, Samsun

12 - 15 Nisan 2018



Destekleriyle..

SS-09

Anormal Uterin Kanama Olgularında Endometrial Örneklemeye Sonuçları: 1.727 Olgunun Retrospektif Olarak Değerlendirilmesi

Mehmet Şükrü Budak

Sağlık Bilimleri Üniversitesi Gazi Yaşargil E.A.H., Kadın Hastalıkları ve Doğum A.B.D. Diyarbakır

AMAÇ: Anormal Uterin Kanama (AUK) nedeniyle endometrial örneklemeye yapılan olguların histopatolojik sonuçlarının değerlendirilmesi

GEREÇ-YÖNTEM: Sağlık Bilimleri Üniversitesi Diyarbakır Gazi Yaşargil Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniğine Ocak 2013-Aralık 2013 tarihleri arasında AUK nedeniyle başvurup endometrial örneklemeye yapılan olguların histopatolojik sonuçları retrospektif olarak değerlendirildi.

BULGULAR: Olguların % 86.4 (n=1492)'ni Premenapozal hastalar oluştururken geriye kalan % 13.6(n=235)'ni ise Postmenapozal hastalar oluşturmaktadır. Premenapozal 1492 olguda örneklemeye sonuçları sıklık sırasına göre Sekretuar Endometrium % 36.7(n=547), Proliferatif Endometrium % 25.3(n=377), Endometrial Polip %12(n=179), Düzensiz Proliferatif Endometrium % 9.2(n=137), Basit Endometrial Hiperplazi % 6.2(n=93), Endometrit %5.4(n=81), Yetersiz Materyal %3.9(n=58), Kompleks Endometrial Hiperplazi %1.1(n=17) ve Endometrial Adneokarsinom %0.2(n=3) şeklinde iken Postmenapozal 235 olguda ise bu sıralama Endometrial Polip %18.3(n=43), Basit Endometrial Hiperplazi % 14.5(n=34), Sekretuar Endometrium % 11.9(n=28), Proliferatif Endometrium % 8.1(n=19), Yetersiz Materyal %6.8(n=16), Düzensiz Proliferatif Endometrium % 5.1(n=12), Kompleks Endometrial Hiperplazi %3(n=7) Endometrit %1.3(n=3) ve Endometrial Adneokarsinom %1.3(n=3) şeklinde saptanmıştır.

SONUÇ: Endometrial Adenokanser, Hiperplazi, Polip ve Yetersiz materyal sıklığı postmenapozal olgularda premenapozal olgulardan oldukça yüksek bulunmuştur

Anahtar Kelimeler: Anormal Uterin Kanama, Endometrial Örneklemeye, Premenapoz, Postmenapoz



Karadeniz Jinekoloji ve Obstetrik Kongresi

Sheraton Otel, Samsun

12 - 15 Nisan 2018



Destekleriyle..

SS-10

Türk Toplumunda 30-41 Gebelik Haftalarında Fetal inen Aort ve Orta Serebral Arter Normal Doppler İndekslerinin Belirlenmesi

Sefa Kurt

Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum AD

GİRİŞ ve AMAÇ: Günümüzde fetal sağlığı değerlendirmek için fetal vasküler yapılar ve uterin dolaşım yaygın olarak kullanılmaktadır. Umbilikal arter, orta serebral arter (OSA), duktus venozus bu amaçla kullanılan başlıca yapılardır. Ayrıca maternal uterin arte Doppler velositometrisi plasental disfonksiyon ve preeklampsiyi öngörmeye kullanılmaktadır. Fetal inen aort (FİA) Doppler çalışmaları da son yıllarda önem kazanmıştır. FİA Doppler değerlendirmesinde; normal kan akışı oldukça pulsatildir ve minimal bir diastol sonu bileşen içerir. Bu nedenle genellikle bu dalga formlarının değerlendirilmesi pulsatilité indeksi ile sınırlıdır. Bu özelliğinden dolayı, fetal gelişim kısıtlılığını değerlendirmede, fetal sellektif kan akımı çalışmaları OSA Doppleri ile birlikte FİA Dopplerinin önemini artırmıştır. Bu çalışmadaki amacımız diğer vasküler yapılara göre daha az çalışılmış olan FİA Doppler indekslerinin normal değerlerini, OSA normal değerleri ile birlikte komplike olmayan gebeliklerde, belirlemektir.

MATERYAL ve METOD: Çalışma tersiyer bir merkezde, tekil gebeliklerde prospektif kohort olarak gerçekleştirildi. Çalışma için hastane etik kurulu onayı alındı. Sağlıklı gebelerden 30-41 gebelik haftalarında (her gebe bir ölçüm için kullanıldı) her gestasyonel hafta için 10 gebede FİA ve OSA Doppler incelemesi yapıldı. Çalışma kriterleri, tekil, baş geliş, komplike olmayan, son adet tarihi bilinen, yada ilk üç ay ultrasonuna göre son adet tarihi düzeltilen, gebeler olarak belirlendi. Doğumu dış merkezde olan gebeler çalışmadan çıkartıldı.

BULGULAR: 30-41 gestasyonel gebelik haftalarındaki, her hafta için 10 farklı gebede olmak üzere toplam 120 gebede FİA ve OSA Doppler ölçümü gerçekleştirildi. Gebe popülasyonunun ortalama yaşı 25.106 ± 4.523 tü. 112 olguda doğum vaginal, 8 olguda sezaryen ile gerçekleşti. Ortalama APGAR skoru 8.3 ± 1.7 idi. Yeni doğanların 64'ü kız, 56'sı erkek cinsiyette idi. Olgularda majör anomali izlenmedi. Olguların FİA S/D ortalaması 4.8 ± 1.1 , RI: 0.8 ± 0.1 , PI: 1.3 ± 0.2 , OSA, S/D ortalaması: 5.3 ± 1.6 , RI: 0.8 ± 0.1 , PI: 1.2 ± 0.2 olarak saptandı.

TARTIŞMA-SONUÇ: Normal Doppler akımlarının saptanması ve değerlendirilmesi, doğru ölçüm ve normal standartların iyi bilinmesi komplike gebeliklerin yönetiminde anormal



Karadeniz Jinekoloji ve Obstetrik Kongresi

Sheraton Otel, Samsun

12 - 15 Nisan 2018



Destekleriyle..

Doppler değerlerinin de belirleyiciliğini ve önemini artırmaktadır. Bu nedenle çalışmamız 30-41. gestasyonel gebelik haftalarındaki normal Doppler değerlerini, belirlemek ve standart olarak kullanılan değerlerle uyumluluğunu karşılaştırmaya yönelik olarak yapıldı. Sonuçlarımız literatürle uyumlu bulundu.

Uteroplenental yetmezlikte dolaşan kanın vital organlara redistribüsyonu ile aortik Doppler ve OSA Doppler akım eğrilerinde değişiklikler ortaya çıkmaktadır. Fetal aneminin değerlendirilmesindeki önemi yanısıra OSA ve FIA Doppleri fetal gelişme geriliğinin değerlendirilmesinde birbirini destekleyen bulgularla da önem kazanmaktadır

Anahtar Kelimeler: fetal inen aort Doppleri, normal Doppler indeksi, orta serbebral arter Doppleri



Karadeniz Jinekoloji ve Obstetrik Kongresi

Sheraton Otel, Samsun

12 - 15 Nisan 2018



Destekleriyle..

SS-11

Yüksek dozda gonadotropin ile stimülasyona başlanan IVF/ICSI sikluslarında serum FSH artışının ovaryan yanıt üzerine etkisinin değerlendirilmesi

Işıl Kasapoğlu

Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum ABD, Bursa

AMAÇ: Kontrollü ovaryan hiperstimülasyon sırasında serum follikül stimüle edici hormon (FSH) düzeyindeki artış, stimülasyona farklı yanıt veren hasta grupları arasında farklılık göstermekte mi? Eğer gösteriyor ise kontrollü ovaryan stimülasyona (KOH) yüksek dozla başlanmasında hangi alt grubun (zayıf yanıt, beklenen normal yanıtlı olgular) daha fazla yararlanacağını gösterilmesidir.

GİRİŞ: Kontrollü ovaryan hiperstimülasyon siklusları sırasında kullanılan FSH dozu ve ovaryan yanıt arasındaki ilişki araştırılmış olmasına rağmen, stimülasyon siklusları sırasında serum FSH düzeylerini ve bu düzeylerdeki değişikliklerin over yanıtı üzerine etkisini değerlendiren sınırlı sayıda çalışma bulunmaktadır. Ayrıca uygulanan FSH dozunun serum seviyeleri üzerine etkisi de net değildir. Fizyolojik FSH eşliğinin çok üzerindeki serum FSH düzeylerinin de yanıtı etkisi bilinmemektedir. Bu nedenle çalışmamızın amacı yüksek dozda gonadotropin kullanılan KOH sikluslarında, serum FSH düzeylerinin stimülasyona farklı yanıt veren hastalar arasında karşılaştırılması hedeflenmiştir.

MATERYAL-METOD: Çalışma Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Tüp Bebek Merkezi'nde restrospektif olarak IVF/ICSI siklusları için antagonist stimülasyon protokolü uygulanan toplam 122 hasta ile yürütülmüştür. Hastalar yüksek vücut kitle indeksi (BMI), kötü ovaryan yanıtı sahip olan veya önceki sikluslarında beklenenden zayıf yanıt alınması nedeni ile stimülasyona sabit, yüksek doz (300 IU) rekombinant FSH ile başlanan hastalar arasından seçilmiştir. 122 hasta, 51 zayıf yanıtı, 52 beklenenden zayıf yanıt veren ve 19 hasta normal yanıtı olgular olarak 3 gruba ayrıldı. Tüm hastalardan siklusun 2. ve antagonist başlanma günlerinde serum FSH düzeyleri alındı. Hastaların serum FSH düzeylerindeki artışları ve KOH yanıt oranları gruplar arasında değerlendirilmiştir. KOH'a yanıt oranı toplanan oosit sayısı/ Antral follikül sayısı x100 şeklinde hesaplanmıştır ve yüzde olarak verilmiştir.

BULGULAR: Yaş, BMI ve infertilite süreleri gruplar arasında anlamlı farklılık göstermedi. (sırasıyla; $p=0.15$, $p=0.9$ and $p=0.72$). Serum AMH düzeylerinde gruplar arasında anlamlı farklılık saptandı. Beklenenden zayıf yanıt veren olgular ve kötü yanıtı olgular arasında ($p=0.005$), beklenenden yanıt zayıf veren ve normal yanıtı olgular arasında ($p=0.007$) olarak saptandı. Antral follikül sayımları da gruplar arasında farklı idi. Kötü ovaryan yanıtı olgularda en düşük olmakla birlikte sırası ile; (4[3-7, 7[4-9], $p<0.001$) ve normal yanıt veren grupta (8[5-12], $p<0.001$) idi. Bazal serum FSH düzeyleri (IU/L)



Karadeniz Jinekoloji ve Obstetrik Kongresi

Sheraton Otel, Samsun

12 - 15 Nisan 2018



Destekleriyle..

tüm gruplarda anlamlı olarak farklı saptandı. Kötü, beklenenden zayıf ve normal yanıt veren olgularda sırası ile (7[5.2-8.6], 5.7[4.6-7.2], 4.8[4.1-5.3; $p < 0.001$]) idi. Antagonist günü bakılan ortalama serum FSH düzeyleri normal yanıtlı olgularda diğer iki gruba göre en düşük olarak saptandı ($p = 0.001$ ve $p = 0.025$). Antagonist gününe kadar serum FSH düzeylerindeki artış oranı her üç grup arasında farklılık göstermedi ($p = 0.39$). KOH'a yanıt oranlarına bakıldığında; normal yanıtlı olgularda sırası ile kötü ve beklenenden zayıf yanıt veren gruplara göre daha yüksek yanıt oranları saptandı ($p < 0.001$ and $p = 0.019$). Serum FSH düzeylerindeki artış oranları KOH a yanıt oranları ile pozitif korelasyon gösterdi ($r = 0.24$, $p = 0.008$).
SONUÇ: Kötü ovaryan yanıtlı olgular, mevcut yüksek bazal serum FSH düzeyleri nedeni ile antral follikül aşamasına ilerlemiş, sınırlı sayıda küçük antral follikül (2-5 mm) havuzuna sahip oldukları için yüksek doz gonadotropinden fayda görmeyebilirler.

Anahtar Kelimeler: Kontrollü ovaryan hiperstimülasyon, serum FSH düzeyleri, IVF, ICSI, ovaryan rezerv.



Karadeniz Jinekoloji ve Obstetrik Kongresi

Sheraton Otel, Samsun

12 - 15 Nisan 2018



Destekleriyle..

SS-12

Mikrocerrahi varikosektomi yapılan infertil erkeklerde yaşın post-operatif bulgulara etkisi var mıdır?

Mustafa Suat Bolat

Ondokuz Mayıs Üniversitesi, Üroloji Anabilim Dalı, Samsun

AMAÇ: Varikozel, testiküler histoloji ve semen parametrelerinde ilerleyici tipte bozulmalara yol açarak erkek infertilitesine yol açan en sık nedendir. Tedavisinde altın standart yöntem olarak mikrocerrahi varikosektomi kabul edilmektedir. Bu çalışmada varikozel nedeniyle mikrocerrahi varikosektomi yapılan olgularda hasta yaşının postoperatif semen parametrelerine ve fertilitate oranlarına etkileri araştırılmıştır.

YÖNTEM: 2005 ile 2016 yılları arasında mikrocerrahi subinguinal varikosektomi yapılmış 406 erkek hastanın tıbbi kayıtları retrospektif olarak incelendi. Olgular yaşlarına göre dört gruba ayrıldı: grup 1, 11-15 yaş (n:9), grup 2, 16-25 yaş (n:125), grup 3, 26-35 yaş (n:232) ve grup 4, 36 yaş ve üzeri (n:40). Grupların ortalama yaşları sırasıyla 13.7 ± 1.3 , 25.1 ± 2.9 , 30.1 ± 2.8 ve 38.9 ± 3.9 yıl idi. Grupların infertilite süreleri, preoperatif ve postoperatif total motil sperm sayıları (TMSS), hormonal değerleri ve postoperatif fertilitate oranları Ki-kare testi kullanılarak olarak karşılaştırıldı.

BULGULAR: Grup 2, 3 ve 4'te postoperatif TMSS anlamlı yükselirken ($p < 0.05$), Grup 1'de sperm sayısındaki artış anlamlı değildi ($p = 0.21$). Serum E2, FSH, prolaktin düzeylerinde gruplar arasında fark görülmedi ($p > 0.05$). Grup 1, 2 ve 3'te testosteron düzeyi ortalama 40.0 ± 10.1 ng/dL yükseldi. Fertilitate oranları bakımından Grup 2 ile Grup 3 arasında ($p = 0.02$) ve Grup 2 ile Grup 4 arasında anlamlı fark varken ($p = 0.03$), Grup 3 ile Grup 4 arasında fark bulunmadı ($p = 0.38$) (Tablo 1). Sonuç olarak mikrocerrahi varikosektomi tüm fertil yaş gruplarında TMSS ve fertilitate hızını önemli oranda artırmaktadır.

Anahtar Kelimeler: Fertilitate, mikrocerrahi varikosektomi, yaş

Tablo 1. Grupların özellikleri ve bulguların karşılaştırılması

	Grup 1 (9-15 Yaş) (n=9)	Grup 2 (16-25 Yaş) (n=125)	Grup 3 (26-35 Yaş) (n=232)	GRUP 4 (36 ve üzeri) (n=40)	p
Yaş (yıl) (ortalama±SD)	13.7±1.3	21.5±2.9	30.1±2.8	38.9±3.9	-
Total motil spermatozoa sayısı (a+b)	29±15.2 31.5±14	33.2±21.1 36.3±21.3	31.2±19.9 35.4±20.9	25.7±21.1 33.5±19.6	<0.05
Estradiol	20.1±13.9	27.5±12.9	7.3±15.0	33.6±16.8	>0.05
FSH	10.0±11.3	27.4±10.8	30.1±32.0	29.5±13.6	
LH	4.4±4.1 10.7±2.4	8.1±8.2	7.5±6.6	6.0±6.6 9.2±8.4	
Prolaktin	4.8±1.8	8.4±8.7	8.7±8.8	5.4±2.2 4.3±1.4	
Testosteron*	35.5±10.7	6.1±3.5	5.7±2.6	6.3±5.6 11.7±7.2	
	7.5±5.4 4.5±2.1	13.6±7.9	12.8±6.3	5.4±2.2 4.3±1.4	
	3.3±1.5 5.0±1.3	15.8±0.0	12.1±5.8		
		4.5±1.7	4.5±1.7		
		5.7±2.0	4.8±1.9		
İnfertilite süresi (ay) (ortalama±SD)	-	23.5±20.0	33.4±24.6	51.9±49.3	<0.05
Fertilite oranı (n, %)	-	61 (48.8)	93 (40.0)	14 (35)	<0.05

*Bütün gruplarda ortalama 20-70 ng/dL artış olmuştur.



Karadeniz Jinekoloji ve Obstetrik Kongresi

Sheraton Otel, Samsun

12 - 15 Nisan 2018



Destekleriyle..

SS-13

Anti-dopaminerjik ilaç kullanan hastalarda myom görülme sıklığı

Gülsüm Uysal¹, Yunus Hacimusalar²

¹Adana Şehir Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Bölümü, Adana

²Bozok Üniversitesi Tıp Fakültesi, Psikiyatri Ana Bilim Dalı, Yozgat

GİRİŞ-AMAÇ: Leiomyomlar uterusun en sık görülen benign tümörleridir (1). Üreme çağında yaklaşık %20-30 oranında görülürler (1). Ultrasonografi ile tanı konulabilmektedir (2). Etiyolojisi net olmamakla birlikte östrojen, progesteron ve büyüme faktörleri ile ilişkilidir (3). Hem angiogenesizte rol alan hemde büyüme faktörleri ailesine ait bir mediatör olan vasküler endotelial büyüme faktörü (VEGF) otolog myometrial dokuda artmış olarak gösterilmiştir (4,5). VEGF inhibisyonu yolu ile angiogenesizi durduran dopamin agonisti ilaçlar bulunmaktadır (6,7). Antipsikotik olarak kullanılan dopamin blokajı yapan ilaçları kullanan hastalarda VEGF düzeyinin ve bununla birlikte myom görülme sıklığının artabileceği düşünülmektedir. Biz bu çalışmada antipsikotik ilaç kullanan hastalarda myom görülme sıklığını araştırdık.

GEREÇ-YÖNTEM: Ocak 2015- Aralık 2016 tarihleri arasında Kayseri Eğitim ve Araştırma Hastanesi psikiyatri polikliniğine başvuran, en az 2 yıl anti-psikotik ilaç kullanmış yaşları 18-45 yaşları arasında değişen, daha önce jinekolojik operasyon geçirmemiş, çocuk sahibi olmamış, kronik hormonal bozukluğu olmayan (prolaktinoma, akromegali vb) ya da son 3 ay içinde hormon ilacı kullanmamış, adet düzensizliği olmayan hastalar dahil edilmiştir. Hastalar aynı doktor tarafından ultrason ile pelvik değerlendirme yapıp myom olup olmadığı kaydedilmiştir.

BULGULAR: Kriterlere uygun 33 hastadan 9'unda (26,5%) myom görülmüştür. Çalışmaya alınan hastaların ortalama yaşı $34,1 \pm 1,1$, ortalama antipsikotik ilaç kullanım süresi $154,2 \pm 9,3$ (ay), vücut kitle indeksi $29,3 \pm 0,9$ (kg/m²) dur (Tablo 1). Antipsikotik ilaç kullanan hastalarda myom görülme sıklığı normal popülasyonla benzer olarak bulundu.

SONUÇ: Genellikle üreme çağındaki sıklığı 20-25% olarak belirlenen myom, antipsikotik kullanan hastalarda da benzer oranlarda saptandı. Bu konunun hücre kültürü çalışmaları ile desteklenmesini önermekteyiz.

Anahtar Kelimeler: Dopamin, Leiomyom, Vasküler endotelial büyüme faktörü



Karadeniz Jinekoloji ve Obstetrik Kongresi

Sheraton Otel, Samsun

12 - 15 Nisan 2018



Destekleriyle..

Tablo1:Çalışmaya dahil edilen hastaların genel özellikleri

	N=33
Yaş (yıl)	34,1 ±1,1
VKİ (kg/m2)	29,3 ±0,9
İlaç kullanım süresi (yıl)	154,2 ±9,3
Antipsikotik ilaç tipi	
Atipik	2 (5,8%)
Tipik	32 (94,1%)
Myom görülme oranı	9 (26,5 %)
Sigara	7 (20,6 %)

VKİ: Vücut Kitle indeksi



Karadeniz Jinekoloji ve Obstetrik Kongresi

Sheraton Otel, Samsun

12 - 15 Nisan 2018



Destekleriyle..

SS-14

Perinatal 25-OH Vitamin D şiddetli eksikliği ve yetersizliği - prevelans ve etkili faktörler

Seda Keskin

Ordu Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Ana Bilim Dalı, Ordu

AMAÇ: Çalışmamızda rutin gebelik muayenesi için başvuran gebelerdeki 25-OH vitamin D düzeylerini saptamayı, 25-OH vitamin D yetersizliği ve şiddetli eksikliği prevelansını ortaya koymayı amaçladık.

GEREÇ ve YÖNTEMLER: Çalışmaya Ocak 2015 - Ocak 2018 tarihleri arasında ilk trimester rutin gebelik muayenesi için nisaiye polikliniğine başvuran 635 sağlıklı gebe dahil edildi. Kronik hastalığı ve/veya metabolik hastalığı bulunan, kemik metabolizması üzerine etkili ilaç kullananlar çalışma dışı bırakıldı. Hastanemiz kayıt sisteminden hastaların yaş, yaşadığı yer, Architect System cihazı kullanılarak elde edilen 25-OH vitamin D seviyeleri, materyalin alındığı mevsim gibi verilere ulaşıldı. 25-OH vitamin D değeri < 10 ng/ml ise şiddetli eksiklik, 10 - 30 ng/ml ise yetersizlik, 30 - 100 ng/ml ise normal olarak değerlendirildi.

BULGULAR: Gebelerin yaş ortalaması 28,9 + 5,34 (18 - 40) olarak saptandı. Hastaların % 66,8'i kentsel, % 33,2'si kırsal alanda yaşamakta idi.

25-OH vitamin D yetersizliği ve şiddetli eksikliği sırayla % 58,1 (369/635) ve % 36,9 (234/635) iken ancak hastaların sadece % 5 (32/635)'inde normal olarak saptandı.

Hastalar yaş gruplarına göre < 35 yaş ve > 35 yaş olarak ikiye ayrıldı. Anormal 25-OH vitamin D sonuçları < 35 yaş grupta % 95,8 - > 35 yaş grupta % 90,9 olarak saptandı. < 35 yaş grupta 25-OH vitamin D düzeyi anlamlı olarak daha düşüktü. (p=0,03)

Kentsel ve kırsal nüfusta anormal 25-OH vitamin D değerleri gösterme oranı birbirine yakın olarak saptandı (% 94,6 - % 95,7). Yaşam yeri ile 25

-OH vitamin D değerleri arasında istatistiksel bir korelasyon yoktu. (p=0,529)

Anormal 25-OH vitamin D sonuçları mevsimlere göre şu şekilde sıralanmaktaydı; Yaz % 89,4

- İlkbahar % 93,3 - Kış % 98 - Sonbahar % 99,4. Anormal 25-OH vitamin D sonuçlarına kış ve sonbahar mevsiminde daha fazla rastlandığını tespit ettik. (p=0,000)

SONUÇLAR: Çalışmamızda preklampsi, preterm eylem, abortus, erken osteoporoz gibi maternal; neonatal rikets, tetani, hipokalsemik konvülsiyon, konjenital katarakt gibi neonatal etkileri olan bu vitaminin yetersizliği ve şiddetli eksikliğini toplumumuzda oldukça fazla oranda (% 95) olduğunu gördük. Bu gibi etkileri en aza indirmek amacıyla T.C. Sağlık Bakanlığının



Karadeniz Jinekoloji ve Obstetrik Kongresi

Sheraton Otel, Samsun

12 - 15 Nisan 2018



Destekleriyle..

Mayıs 2011 tarihinde yayımladığı 'Gebelere D vitamini Destek Programı' gereğince gebeliğin 12. Haftasından itibaren postpartum 6. Aya kadar günlük 1200 IU D vitamin oral damla tedavisinin olumsuz maternal ve perinatal kötü sonuçları ne kadar azalttığına gözlemsel çalışmalarla değerlendirilmesi ve son altı yıllık sonuçlar olumlu yönde ise, eksikliğin daha şiddetli olduğu yaş grubu, mevsim ve coğrafi bölge gözetilerek daha etkin metodlarla iyileştirilmesi kanısına vardık.

Anahtar Kelimeler: perinatal 25-OH vitamin D şiddetli eksiklik/yetersizlik, prevelans, yaş, mevsim



Karadeniz Jinekoloji ve Obstetrik Kongresi

Sheraton Otel, Samsun

12 - 15 Nisan 2018



Destekleriyle..

SS-15

Intrauterin inseminasyon sırasında ultrason ile folikül rüptür tespiti ve tedavi başarısı arasında ki ilişki

Çiğdem Yayla Abide

Zeynep Kamil Kadın ve Çocuk Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Jinekoloji ve Obstetri Ana Bilim Dalı

AMAÇ: Intrauterin inseminasyon (İÜ) sırasında ultrason ile folikül rüptür tespit edilmesinin tedavi başarısı üzerindeki etkisini incelemek.

MATERYAL-METOD: Bu prospektif kohort çalışma 2016 – 2017 yılları arasında Zeynep Kamil Eğitim ve Araştırma Hastanesi infertilite kliniğinde gerçekleştirildi. Toplam 321 infertil hasta çalışmaya dahil edildi. Açıklanamayan infertil, 20-40 yaş aralığında, en fazla 2 dominant folikül gelişen, düzenli mensleri olan hastalar çalışmaya dahil edildi. FSH >10 mIU/ml, önceden endometriosis nedeniyle pelvik cerrahi geçiren, over cerrahi hikayesi olan, ultrasonda over kist tespit edilen, düzensiz mensleri olup anovulatuvar siklusu olan hastalar çalışmadan dışlandı. Hastaların medikal hikayesi alınıp fizik muayenesi ve bazal ultrasonları yapıldıktan sonra over rezerv testleri yapıp Histerosalpingografi (HSG) ile tubal geçirgenlik bakıldı ve hastaların eşlerine semen analizi yapıldı. Ardından hastalara Kontrollü Ovaryen Stimulasyon (KOS) protokolüne başlandı. Tedavi rekombinant FSH (rFSH) veya Human Menapozal Gonadotropin (hMG) ile verildi. Folikül çapı 16 mm'i geçince hastalara Human Koryonik Gonadotropin (hCG) enjeksiyonu yapıldı. Hastalara enjeksiyondan 34-38 saat sonra inseminasyon uygulandı. İnseminasyon zamanı transvajinal ultrason ile bakılıp folikül rüptür tespit edilen hastalar Grup A, folikül rüptür tespit edilmeyen hastalar Grup B olarak iki gruba ayrıldı. Ultrasonda douglasta serbest mayi izlenmesi, korpus luteum izlenmesi veya dominant folikül izlenmemesi durumunda folikül rüptürü pozitif olarak yorumlandı. Hastalara 14 gün sonra Bhcg bakılıp, folikül rüptür izlenen Grup A ve folikül rüptür izlenmeyen Grup B gebelik oranları açısından karşılaştırıldı.

BULGULAR: Çalışmaya dahil edilen 321 hastadan 163 hastada ultrason ile folikül rüptürü izlendi (Grup A), 158 hastada ise folikül rüptür izlenmedi (Grup B). Folikül rüptür izlenen 163 hastanın 31'inde 14 gün sonra Bhcg pozitifliği tespit edildi (%19,01). Folikül rüptür izlenmeyen 158 hastanın 22'sinde 14 gün sonra Bhcg pozitifliği tespit edildi (%13,92).

SONUÇ: İÜ sırasında ultrason ile folikül rüptürünün tespit edilmesinin gebelik oranlarındaki artış ile ilişkili olduğunu ve böylece İÜ'da tedavi başarısını artırdığını düşünmekteyiz.

Anahtar Kelimeler: Folikül rüptür, intrauterin inseminasyon, infertilite, kontrollü overyan hiperstimulasyon



Karadeniz Jinekoloji ve Obstetrik Kongresi

Sheraton Otel, Samsun

12 - 15 Nisan 2018



Destekleriyle..

SS-16

Açıklanamayan İnfertilite Koenzim Q10 ve Omega 3 Kullanımının IVF Başarısına Etkisi

Ayşe Zehra Özdemir, Davut Güven, Bülent Ayas, Abdülkadir Bakay

Ondokuz Mayıs Üniversitesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, Histoloji ve Embriyoloji Anabilim Dalı, Samsun

GİRİŞ AMAÇ: Omega3 ve Koenzim Q10 in vitro fertilizasyonda antioksidan olarak kullanılan ajanlardır. Bu çalışmanın amacı Omega3 ve koenzim q10 kullanımının açıklanamayan infertilite hastalarında IVF başarısına etkisini değerlendirmektir.

GEREÇ-YÖNTEM: 19 Mayıs Üniversitesinde 2011 Ocak ile 2017 Aralık tarihleri arasında açıklanamayan infertilite nedeniyle IVF-ICSI yapılan 18-39 yaş arası 299 hasta retrospektif olarak değerlendirilmiştir.

BULGULAR: Çalışmaya 299 hasta alındı. Bunlardan 135 tanesi hiçbir antioksidan kullanmamış, 164 hasta koenzim Q10 ve omega 3 kullanmıştır. Açıklanamayan infertilite grubunda antioksidan kullanan hastalarda gebelik oranı istatistiksel anlamlı olarak daha fazladır ($p=0,002$). Antioksidan kullananlarda klinik gebelik oranı %50,4 iken kullanmayanlarda %32,9'dur. Ovaryen stimülasyonda kullanılan toplam gonadotropin dozu antioksidan kullananlarda istatistiksel anlamlı olarak daha düşüktür ($p<0,001$). Toplanan yumurta sayısı ve m2 yumurta sayısı açısından gruplar arasında istatistiksel anlamlı fark saptanmamıştır.

SONUÇ: Açıklanamayan infertilite nedeniyle IVF yapılan hastalarda antioksidan olarak Omega 3 ve koenzim Q10 kullanımı gebelik başarısını artırmaktadır.

Anahtar Kelimeler: KoenzimQ10,antioksidan,omega 3



Karadeniz Jinekoloji ve Obstetrik Kongresi

Sheraton Otel, Samsun

12 - 15 Nisan 2018



Destekleriyle..

SS-19

Hyaluronan ile sperm seçiminin klinik gebelik sonuçlarına etkisi

Funda Göde

Funda Gode İzmir Medicalpark Hastanesi Tüp Bebek Bölümü

Hyaluronan ile sperm seçiminin klinik gebelik sonuçlarına etkisi

GİRİŞ: Hyaluronona bağlanan spermelerde DNA fragmantasyon ve aneuploidi oranı daha az saptandığı için fertilite sonuçlarına olumlu etkisi olduğu düşünülmektedir.

AMAÇ: Hyaluronan uygulamasının klinik gebelik sonuçlarına etkisini değerlendirmek.

METOD: 2014-2018 yılları arasında İzmir Medicalpark Hastanesi Tüp Bebek Ünitesinde intrasitoplazmik sperm enjeksiyonu uygulanan(ICSİ) hastaların retrospektif olarak kayıtları incelendi. Hyaluronan ile sperm seçimi uygulanan ve uygulanmayan hastaların siklus sonuçları karşılaştırıldı. Hyaluronan kullanımının klinik gebelik sonuçları, embryo kalitesi ve fertilizasyon ile ilişkisini değerlendirmek için lojistik regresyon ve poisson regresyon modelleri kullanıldı. Tüm analizlerde R studio programı kullanıldı ve $p < 0.05$ istatistiksel olarak anlamlı kabul edildi.

SONUÇLAR: Klinik gebelik açısından hyaluronan kullanılan ve kullanılmayan gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadı (%45.5 2.9; %44.9 1.25) ($p > 0.05$). Hyaluronan uygulanan grupta fertilizasyon oranları açısından fark saptanmadı ($p > 0.05$). Grade A embryo oranı açısından hyaluronan uygulanan ve uygulanmayan grupta fark saptanmadı ($p > 0.05$).

SONUÇ: Sonuçlarımıza göre hyaluronan uygulamasının ICSİ sikluslarında klinik gebelik ve embryo kalitesine etkisi saptanmamıştır.

Anahtar Kelimeler: hyaluronan, ICSİ, klinik gebelik

SS-20

Gebelik ve gebelik sonrası vücut şekil değişiklikleri estetik cerrahiye yönlentiormu ?

Hasan Ulubasoglu¹, Kadir Bakay¹, Davut Güven¹, Sertaç Ak², Çağlayan Yağmur³

¹Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Doğum Anabilimdalı

²Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilimdalı

³Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi Plastik Ve Rekonstrüktif Cerrahi Anabilimdalı

AMAÇ: Gebelik kadın hayatının önemli dönemlerinden biridir.gebelik boyunca yeni ve farklı durumlara uyum sağlamaya çalışan kadının aynı zamanda beden imajında değişebilmektedir. çoğu kadın gebelikte yaşadığı değişiklikleri olumlu karşılamaktadır.Ancak bazı kadınlarda bu değişimler olumsuz beden imajına neden olabilmektedir.Gebe kadınlar, gebelikleri süresince psikolojik, fizyolojik ve duygusal değişiklikler yaşamaktadır.. Bu değişimler beden algıları ve beraberinde benlik saygılarını da etkileyebilmektedir..Bu çalışmanın amacı gebelik öncesi ve sonrası gebeliğe sekonder vücut değişimlerinin estetik cerrahi girişimlere aday olma konusunda kadınların tercihlerinin incelenmesidir.

MATERYAL-METOD: Çalışma ondokuz mayıs üniversitesi Kadın Hastalıkları ve Doğum kliniğinde gebe polikliniğine antenatal kontroller için başvuran kadınlar arasında yapıldı. Veri formları uygulanmadan önce, araştırmanın amacı gebe kadınlara anlatıldı ve bu araştırmaya katılmak isteyen gebe kadınlara veri toplama araçları uygulandı. 25- 35 yaş,ilk gebeliği olanlar ve postpartum 6. ayında olan 187 kadın çalışmaya dahil edildi. Öyküsünde tümör, estetik cerrahi, kronik hastalık, psikiyatrik hastalığı olanlar,katılmayı rededenler,veri toplama formunda hata tespit edilenler dışlandı. Çalışmaya alınan gebelere; bilgi toplamak için,back anksiyete ve depresyon ölçeği ve vücut algısı ölçeği uygulandı.

BULGULAR: Gerekli izinler alındıktan sonra çalışmaya 99 u gebe,88 i postpartum kadın dahil edildi.Hastaların 130 tanesi estetik hariç herhangi bir operasyon geçirmişti,57 sinin geçirilmiş bir operasyonu yokdu.Çalışmaya katılanların vücut algı indeksi ortalaması 118,3, beck depresyon ölçeği ortalaması 33.9,beck anksiete ortalaması 42,4 idi (Tablo 1).Hastaların estetik operasyon görüşüne göre yaş dağılımları,meslek grubu,estetik hariç operasyon öyküsü,hastalık öyküsü açısından anlamlı fark saptanmadı. Gebe ve postpartum hasta grubu arasında beck anksiete ölçeği skoru açısından anlamlı fark saptandı (p =0,000). Tüm gebelikden sonra estetik cerrahi gerekir görüşü açısından iki grup açısından anlamlı fark saptandı p<0,001(Tablo 2).

SONUÇ: Çalışmamızda gebelik sonrası vücut şekil değişikliklerinin kadınları estetik cerrahi olma yönünde karar vermeye yönlettiğini bulduk.

Anahtar Kelimeler: gebelik,estetik cerrahi,vücut imajı



Karadeniz Jinekoloji ve Obstetrik Kongresi

Sheraton Otel, Samsun

12 - 15 Nisan 2018



Destekleriyle..

Obstetrik Öyküye Göre Görüşlerin Dağılımı

Görüş	N	%	
		Gebelik	Postpartum
Tamamen karşıyım	40(40,4)	17(19,3)	
Bazı durumlar hariç tamamen karşıyım	15(15,1)	23(26,1)	
Fikrim yok	30(30,3)	19(21,5)	
Çoğu durumda yapılması gerekli	11(11,1)	9(10,2)	
Tüm gebeliklerden sonra yapılması gerekli	3(3,3)	20(22,7)	p<0,001

Vücut Algısı Ölçeği, Beck Depresyon Ölçeği, Beck Anksiyete Ölçeği, Puan Ortalama Değerleri

	Ort ± SD	Min-Max
VAÖ	118,3(42,7)	40,0 - 200,0
BDÖ	33,9(7,6)	21,0 - 63,0
BAÖ	42,4(16,6)	20,0 - 63,0

SS-21

Polikistik over sendromunda klomifen sitrat ile ovulasyon indüksiyonunun serum leptin düzeylerine etkisi

Nur Gozde Kulhan

Erzincan Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Ana Bilim Dalı, Erzincan

AMAÇ: Bu çalışmada, polikistik over sendromu (PKOS) bulunan infertil kadınlarda, klomifen sitrat (KS) ile ovulasyon indüksiyonunun serum leptin düzeylerine etkisini araştırmayı amaçladık.

GEREÇ-YÖNTEM: PKOS'li infertil 40 kadında KS tedavisi öncesi ve sonrası serum leptin düzeyleri değerlendirildi. Hastalar vücut kitle indeksine (VKİ) göre Grup1 (VKİ <25kg/m²) ve Grup 2 (VKİ ≥25 kg/m²) olarak iki gruba ayrıldı.

BULGULAR: Tedavi öncesi bazal leptin seviyelerinin ortalama değeri 31.7±23.0 ng/mL iken, tedavi sonrası leptin düzeyinin ortalama değeri 35.6±23.0 ng/mL idi. Tedavi öncesi bazal leptin seviyeleri ile tedavi sonrası leptin seviyeleri arasında istatistiki belirgin fark saptanmadı (p>0.05). Grup 2'deki tedavi öncesi ve sonrası serum leptin düzeyleri Grup 1'deki hastalara göre daha yüksekti. Bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulundu (p<0.005).

SONUÇ: PKOS'li hastalarda KS'nin 3 aylık tedavi süresinde serum leptin düzeyleri üzerine etkisi saptanmıştır. Ancak serum leptin düzeyi ile VKİ arasındaki kuvvetli ilişkiye rağmen, PKOS'de CC tedavisine ovaryan yanıtın değerlendirilmesinde leptinin yeri olmadığı kanaatindeyiz.

Anahtar Kelimeler: Klomifen sitrat, leptin, polikistik over sendromu, vücut kitle indeksi

Tedavi Öncesi ve Sonrası Ortalama Serum Leptin Seviyeleri.

	Tedavi öncesi serum leptin düzeyi (ng/mL)	Tedavi sonrası serum leptin düzeyi (ng/mL)
Ortalama (Ort.)	31.71	35.64
Standart sapma (SD)	22.97	23.09
Minimum	5.11	3.63
Maksimum	101.75	103.45



Karadeniz Jinekoloji ve Obstetrik Kongresi

Sheraton Otel, Samsun

12 - 15 Nisan 2018



Destekleriyle..

SS-22

Kadınlar Human Papilloma Virüsü tanıyor mu? Serviks kanserinden korunma yollarını biliyor mu?

Ayşegül Öksüzöğlü

Zekai Tahir Burak Kadın Sağlığı Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Ankara

Kadınlar Human Papilloma Virüsü tanıyor mu? Serviks kanserinden korunma yollarını biliyor mu?

GİRİŞ: Serviks kanseri kadınlarda sık görülen kanserlerden olup Human papilloma virüs (HPV) etyolojide sıklıkla gösterilmektedir. Serviks kanserinde, risk faktörlerinin belirlenmesi, toplumun taranması ve hastalık sürecine ait erken semptomların tespiti, hastalığın önlenmesi ve erken tanısında önemlidir. Serviks kanserinde birincil korumada aşı, ikincil korumada ise smear testi ile tarama önerilmektedir. Ancak HPV, servikal kanser, smear testi ve HPV aşılı konularında kadınların ne ölçüde bilgi sahibi olduğu bilinmemektedir. Bu çalışma ile Jinekoloji polikliniğimize başvuran kadınlarda, HPV ve HPV aşısı hakkındaki bilgi düzeyi ve genel eğilimlerinin belirlenmesi amaçlanmıştır.

YÖNTEM: Bu çalışmaya Şubat 2018- Mart 2018 tarihleri arasında Zekai Tahir Burak Kadın Sağlığı Eğitim ve Araştırma Hastanesi Jinekoloji Polikliniği'ne herhangi bir nedenle başvuran ve araştırmaya katılmak için gönüllü olan, 18 yaş ve üzerindeki 180 hasta dahil edildi. Çalışma için hastane etik kurulundan onay alındı. Katılımcılara, yüz yüze görüşme tekniğiyle, araştırmacı tarafından geliştirilen, çoktan seçmeli şıklardan oluşan anket formu uygulandı. Ankette sosyodemografik özelliklerin sorulduğu 6 soru ve HPV, HPV aşısı, smear testi ve serviks kanseri ile ilgili 28 adet soruyu içeren, toplam 34 soru bulunmaktadır. Çalışmada istatistiksel analizler için SPSS 17.0 programı kullanıldı.

BULGULAR: Çalışmaya katılan gönüllülerin yaş ortalaması $31,47 \pm 8,09$ yıl olup, kadınların %82,6'sı evli, %56,7'si lise ve üzeri eğitime sahip ve %59,5'i ev hanımıydı. Kadınların %67,2'i HPV'yi, %58,9'i HPV aşısını duymadığını, %73'ü ise HPV'nin serviks kanserine yol açtığını bilmediğini belirtmiştir. Kadınların %81,7'i servikal kanser hakkında bilgisi olduğunu belirtmiş, %48,6'sı serviks kanserinin nedenleri arasında çok eşliliği göstermiştir. Kadınların %61,7'i smear testini duyduğunu ifade ederken, %65'i smear testinin yapılma nedenine kanser cevabını vermişti. Kadınların %61,1'nin jinekolojik muayene, %55'nin en az bir kez smear testi ve %1,7'sinin ise HPV aşısını yaptırdığı belirlendi. Eğitim ve gelir durumu iyi olan, ilde yaşayan kadınların HPV, HPV aşısı, smear test ve servikal kanser bilgi düzeyleri daha yüksek bulundu.



Karadeniz Jinekoloji ve Obstetrik Kongresi

Sheraton Otel, Samsun

12 - 15 Nisan 2018



Destekleriyle..

SONUÇ: Çalışmamızın bulguları doğrultusunda katılımcıların HPV, HPV enfeksiyonunun sonuçları ve HPV aşısı ile ilgili yeterli bilgi düzeyine sahip olmadıkları görülmüştür. Serviks kanseri erken tanısı ve tedavisi mümkün bir hastalıktır. Bu konuda, toplumun başta sağlık çalışanları ve medya yoluyla bilgilendirilmesi ve hedef kitlenin farkındalığının artırılması gerekmektedir. Serviks kanserine yönelik periyodik sağlık muayeneleri ve taramalar artırılmalı, HPV ve aşısı hakkında bilgi düzeyini yükseltme amaçlı eğitim ve danışmanlıklar verilmelidir. HPV aşısı ülkemiz ulusal aşı programına ve sosyal güvenlik kapsamına alınmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Bilgi düzeyi, Human papilloma virüs, Smear testi, Serviks kanseri

Tablo I: HPV, HPV aşısı, serviks kanseri, smear testi bilme durumu

	Evet n (%)	Hayır n (%)
HPV bilme durumu	59 (%32,8)	121 (%67,2)
HPV aşısı bilme durumu	64 (%35,6)	116 (%64,4)
Serviks kanseri bilme durumu	147 (%81,7)	33 (%18,3)
Smear testi bilme durumu	111 (% 61,7)	69 (%38,3)



Karadeniz Jinekoloji ve Obstetrik Kongresi

Sheraton Otel, Samsun

12 - 15 Nisan 2018



Destekleriyle..

SS-23

Inguinal lenf nodu metastazlı erişkin tip granuloza hücreli tümör: olgu sunumu

Esra Bostancı¹, Ümit Yasemin Sert², Mehmet Anıl Onan¹

¹Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı

²Zekai Tahir Burak Eğitim Araştırma Hastanesi

AMAÇ: Granuloza hücreli tümör en sık görülen sex kord stromal tümör olup, tüm over kanserlerinin %3-5'ini oluşturur. Granuloza hücreli tümör geniş bir yaş aralığında görülebilmekle birlikte yetişkin(%95) ve juvenil (%5) tip olmak üzere iki kısımda incelenir. Erişkin tip granuloza hücreli tümör çoğunlukla postmenopozal kadınlarda ve erken evrede saptanır. Erken evre hastalıkta başlangıç tedavisi rezidü bırakılmaksızın cerrahi rezeksiyon ve gerekirse adjuvan terapiyi içerir. Rezidü tümör kötü prognoz ve rekürrenle ilişkilidir.İleri evre hastalık total abdominal histerektomi (TAH), bilateral salpingooferektomi (BSO), preitoneal kavitenin eksplorasyonu, omentektomi, peritoneal biyopsi ve periton yıkama sıvısının alınmasını içeren kapsamlı bir cerrahiye gerektirir. Lenf nodu disseksiyonunun prognostik değeri lenf nodu tutulumunun nadir görülmesi sebebi ile, özellikle erken evre hastalıkta tartışmalıdır. Granuloza hücreli tümör geç rekürrens (4-20 yıl) gösterir. Pelvis en sık görülen rekürrens yeridir ve onu karaciğer, barsak ve retroperiton takip eder. Lenf nodu rekürrensi çok nadir olduğundan lenf nodu disseksiyonu özellikle erişkin tipte önerilmekle birlikte, erken evrede rutin olarak uygulanması onkologlar arasında tartışmalıdır.

GEREÇ-YÖNTEM: Bu olguda inguinal lenf nodu metastazı ile rekürrens gösteren bir erişkin tip granuloza hücreli tümör vakası sunulmuştur

BULGULAR: Bu olguda 69 yaşında ve 25 yıl önce granuloza hücreli tümör nedeni ile TAH+BSO yapılmış bir hasta sunulmaktadır. Hasta ilk operasyondan 25 yıl sonra inguinal kanala yerleşmiş 4x5 cm lik bir kitle şikayeti ile kliniğimize başvurdu. Kitlenin cerrahi olarak çıkarılmasını takiben patolojik inceleme granuloza hücreli tümör metastazı ile uyumlu olarak gözlemlendi. Hastaya operasyonu takiben neoadjuvan kemoterapi planlandı. Olgumuz, inguinal kitle metastazı ile rekürrens gösteren nadir bir erişkin tip granuloza hücreli tümör vakasını içermektedir. Bu olgu literatürdeki inguinal lenf nodu metastazı ile rekürrens gösteren ikinci granuloza hücreli tümör vakasıdır.

SONUÇ: Vakamız granuloza hücreli tümör vakalarında özellikle erken evrede lenf nodu disseksiyonunun primer cerrahide uygulanmasındaki tartışmalara yol gösterici olması açısından değerli bir olgu niteliğindedir. Sonuç olarak, özellikle erişkin tip granuloza hücreli tümör cerrahisinde lenf nodu disseksiyonu rutin olarak uygulanmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Granuloza hücreli tümör, Inguinal lenf nodu metastazı, Over tümörü, Sex



Karadeniz Jinekoloji ve Obstetrik Kongresi

Sheraton Otel, Samsun

12 - 15 Nisan 2018



Destekleriyle..

kord stromal tümör
İnguinal lenf nodu metastazı bilgisayarlı tomografi görüntüsü





Karadeniz Jinekoloji ve Obstetrik Kongresi

Sheraton Otel, Samsun

12 - 15 Nisan 2018



Destekleriyle..

SS-24

Plasenta Previa Totalis Percreta: 13 Hastanın Yönetimi

Fatih Mehmet Fındık

Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, Diyarbakır

GİRİŞ: Bilindiği üzere Türkiye'de anne ölümleri nedenleri arasında kanama ilk sıralarda bulunmaktadır. Sezaryen oranlarının her yıl arttığı ülkemizde plasenta previa totalis vakaları artmakta, bununla birlikte kanamaya aday daha fazla hasta bulunmaktadır. Plasenta invazyon anomalisi tanısı ultrasonografi (USG) ile konulabilmektedir. Özellikle perkreta olan hastalarda ameliyat öncesi tanı konulduysa önerilen sezaryen histerektomidir.

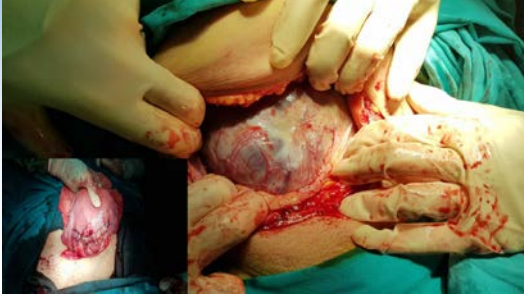
MATERYAL-METOD: Hastanemizde 2017 son 6 ayında yapılan plasenta previa totalis perkreta vakaları çalışmaya dahil edilmiştir. Hastaların primer cerrahı aynıdır. USG ile plasenta previa totalis olması, batin açıldığında plasentanın görülmesi ve mesane üzerinde damarlanma artışı olması perkreta tanısı için kriterlerdir. Ameliyat öncesi her hasta için 2 ünite eritrosit süspansiyonu hazırlığı yapıldı. Tercihen spinal anestezi uygulanan hastaların tamamında phannenstail insizyon yapıldı. Uterusa da transvers insizyonla girildi.

BULGULAR: Hastaların yaşı 31.46 ± 4.09 (26-39), gravida $4,31 \pm 1$ (3-6) parite $3,15 \pm 0,8$ (2-4), postoperatif yatış günü $2,38 \pm 0,76$ (2-4) olarak görünmektedir. Gebelik hastası $35,3 \pm 1,5$ (32,5-37) idi. Ortalama bebek ağırlığı $2659,62 \pm 461,23$ (1760-3700) gr idi. Ameliyat süresi ciltten cilde $55,46 \pm 11,7$ (37-78) dakika idi. Kullanılan eritrosit süspansiyonu miktarı $1,08 \pm 1,18$ (0-3). Hastaların diğer verileri tabloda gösterilmiştir.

SONUÇ: Artan sezaryen oranı ve plasenta previa totalis durumunda plasental invazyon anomali riski yükselmektedir. Özellikle çocuk sayısını tamamlamamış hastalarda gerekli onamlar alınarak ve hastanın hayatı tehlikeye atılmadan uterus koruyucu cerrahi yapılabileceği göz önünde bulundurulmalıdır.

Anahtar Kelimeler: plasenta previa totalis, perkreta, uterus koruyucu cerrahi

Resim 1



1. Hasta uterusuna insizyon öncesi ve uterus kapatıldıktan sonraki görüntüsü

Resim 2



2. Hasta uterusuna insizyon öncesi ve uterus kapatıldıktan sonraki görüntüsü

Tablo 1

Has- ta no	Yaş	Grav- ida/ Parite	Gebelik haftası	Sezaryen sayısı	Oper- asyon süresi	Preop- eratif Hb	Preop- eratif Hct	Postop- eratif Hb	Postop- eratif Hct	Kul- lanılan Eritrosit Süsp	Be- bek kilo	Yatış (gün)
1	31	5/4	32,6	4	46	12,97	38,42	12,45	35,84	0	1760	2
2	39	5/4	35,2	4	54	11,63	35,82	10,13	30,83	2	2340	2
3	26	4/3	36,4	3	46	12,6	37,88	11,58	34,33	0	3250	2
4	33	4/3	35,3	3	54	11,95	35,96	10,27	30,29	3	2495	2
5	27	4/3	37	3	78	9,18	28,73	10,49	29,99	2	3700	4
6	33	3/2	35,4	2	60	8,32	26,44	9,76	29,34	3	2500	2
7	35	4/3	36,3	3	55	11,55	34,4	8,68	24,66	0	2600	2
8	37	3/2	32,5	2	60	11,53	34,79	10,63	31,84	2	2650	4
9	31	5/4	36,6	4	71	11,7	35,75	10,34	31,61	0	2800	3
10	33	6/4	37	3	55	8,4	28,93	9,29	31,27	1	2510	2
11	26	3/2	36,1	2	40	10,17	32,63	9,23	30,46	0	2930	2
12	30	6/4	35,2	4	65	12,72	36,41	11,53	33,54	1	2520	2
13	28	4/3	33,6	3	37	11,19	34,79	9,74	30,53	0	2520	2

Hasta verileri



Karadeniz Jinekoloji ve Obstetrik Kongresi

Sheraton Otel, Samsun

12 - 15 Nisan 2018



Destekleriyle..

SS-25

Pilates egzersizlerinin gebelerde lumbopelvik stabilizasyon, yeti yitimi ve yaşam kalitesi üzerine etkilerinin incelenmesi

Emel Sönmezer

Başkent Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Bölümü

GİRİŞ: Gebelikte meydana gelen kilo alımı, postürde, eklemlerde ve ligamanlarda ortaya çıkan değişiklikler, muskuloskeletal sistem problemlerine neden olur. Bel ağrısı gebeliğe bağlı olarak görülen kas iskelet sistemi problemlerinden en sık karşılaşılandır ve gebe kadınların yaklaşık % 30-70'inde görülür. Bel ağrısına bağlı olarak ortaya çıkan yeti yitimi gebelerin yaşam kalitesini etkilemektedir. Gebelikte bel ağrısına yönelik olarak uygulanan farklı egzersiz çeşitlerinin etkinliği içeren yayınlar olmasına rağmen gebelik döneminde uygulanan pilates egzersizlerinin etkinliğine dair yayın sayısı oldukça azdır. **AMAÇ:** Bu çalışma bel ağrısı olan gebelerde uygulanan pilates egzersizlerinin, lumbo pelvik stabilizasyon, bel ağrısına bağlı yeti yitimi ve yaşam kalitesi üzerine etkilerini incelemek amacıyla planlanmıştır. **GEREÇ-YÖNTEM:** Bu pilot çalışmaya bel ağrısı olan 2. trimesterde 10 gebe katıldı. Tüm gebelere 8 hafta süreyle haftada 2 gün her seans yaklaşık 60 dk sürecek şekilde klinik pilates egzersizleri yaptırıldı. Tüm gebeler çalışmaya başlamadan önce ve 8. haftanın sonunda değerlendirildi. Derin gövde stabilizatör kas kuvveti Pressure Biofeedback Unit ile ölçüldü ve stabilizasyon kuvvet bulguları basınçtaki değişim olarak mmHg cinsinden kaydedildi. Bel ağrısına bağlı yeti yitimi Oswestry Bel Ağrısı Özür anketi ile yaşam kalitesi ise Nottingham Sağlık Profili ile değerlendirildi. **BULGULAR:** Tedavi öncesi değerlerle karşılaştırıldığında, gebelerin bel ağrısına bağlı yeti yitimi istatistiksel olarak anlamlı düzeyde düzeldi ($p=0.035$). Yaşam kalitesinin yalnızca uyku ve duygusal reaksiyonlar alt ölçeklerinde istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu (sırasıyla; $p=0.038$, $p=0,42$). Derin gövde stabilizatör kas kuvvetinde ise tedavi ile anlamlı fark bulunmadı ($p<0.05$). **SONUÇ:** Gebelikte uygulanan pilates egzersizlerinin kas kuvvetinde değişiklik yaratmaksızın gebelerin bel ağrısına bağlı özür düzeyini azaltmada, emosyonel durumlarını düzeltmede ve uyku kalitelerini arttırmada etkili olduğu söylenebilir. Bu konuda yapılacak geniş örneklemli ve kontrol gruplarını içeren çalışmalara ihtiyaç vardır.

Anahtar Kelimeler: Pilates, Gebelik, Bel ağrısı, Disabilite, Yaşam kalitesi, Kas kuvveti



Karadeniz Jinekoloji ve Obstetrik Kongresi

Sheraton Otel, Samsun

12 - 15 Nisan 2018



Destekleriyle..

SS-26

Uterusun Retrovert Pozisyonunun Primer Dismenore ile İlişkinin Değerlendirilmesi

Erdem Şahin¹, Mefkure Eraslan Şahin¹, Yusuf Madendağ², İlknur Çöl Madendağ³, Gökhan Açmaz²

¹Sivas Şarkışla Devlet Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği

²Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği

³Kayseri Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği

AMAÇ: Primer dismenore (PDM) uterus kaynaklı, altta yatan patoloji olmadan ağrılı menstruel kramp olarak tanımlanır. Baha çok adölesan dönemde ve reproduktif dönemdeki kadınlarda görülen hayat kalitesini ve okul başarısını etkileyen jinekolojik bir hastalıktır. PDM'nin altta yatan sebebi henüz tam anlaşılabilmiş değildir. Ancak etyopatogenezinde rol oynayan birkaç faktör gösterilmiş olup intrauterin basınçın artması bunlardan en önemlisidir. Uterusun retrovert pozisyonunda olması, endometrial dokuların uygun şekilde atılmaması ile uterin basınç artışına ve iskemiden dolayı metabolitlerin sinir liflerini uyararak ağrıya neden olabileceğini hipotezinden yola çıkarak çalışmamızda uterusun retrovert pozisyonunun primer dismenore ile ilişkisini araştırmayı amaçladık.

YÖNTEM: Bu kesitsel araştırma Sivas Şarkışla Devlet Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum kliniğinde retrospektif olarak 01/04/2017-01/01/2018 tarihleri arasında kliniğe başvuran 16-20 yaş arasında hastaların değerlendirilmesi ile yapıldı. Hastalar uterusun ultrasonografik pozisyonuna göre anteversiyon ve retroversiyon olarak toplam iki gruba ayrıldı. Dismenore tanısı olarak mensturasyonun ağrılı olması, mensturasyon sırasında günlük aktivitenin etkilenmesi ve analjezik ihtiyacı olması olarak tanımlandı. Sekonder dismenoreye neden olan nedenler dışlandı. Hastaların demografik verileri ve pelvik ultrasonografi bulguları karşılaştırıldı. **BULGULAR:** Toplam 200 hasta çalışmaya dahil edildi. Hastaların yaş ve BMI değerleri arasında farklılık saptanmadı (p:0,471, p:0,205, sırasıyla). Uterus korpus longitudinal uzunluğu, uterus korpus transvers uzunluğu ve servikal uzunluk her iki grupta benzerdi (p:0,161, p:0,241, p:0,265, sırasıyla). Uterus pozisyonunun retrovert olduğu grupta primer dismenore oranı %33 olup bu oran uterus pozisyonu antevert olan hastalarda %18 olarak saptandı. (p:0,014)

SONUÇ: PDM olan kadınlarda bazal uterin tonus 10 mmHg yi aştığı ve her 10 dakikada ritim ve koordinasyon olmayan 4-5 kontraksiyon varlığı ile, kontraksiyonların 150-180 mmHg ye ulaşabildiği bildirilmiştir. Uterin basınç sistemik arter basıncını aştığı zaman oluşan iskemiden dolayı anaerobik metabolitlerin salındığı ve bu metabolitlerin sinir liflerini uyararak dismenoreye yol açtığı kabul edilmektedir. Güncel çalışmalarda uterusun anatomik özellikleri

ile dismenorenin ilişkisi gösterilmiş olup serviks uzunluğu ile dismenore şiddetinin artışı bildirilmiştir. Çalışmamızda retrovert uterus pozisyonu varlığında primer dismenorenin anlamlı derecede daha fazla olduğunu tespit ettik. Servikal uzunluğun artması ile ağrı şiddetinin arttığı düşünülürse retroversion pozisyon nedeni ile endometrial dokuların uygun şekilde atılmaması uterin basıncı artışına ve iskemiden dolayı metabolitlerin sinir liflerini uyarak ağrıya neden olduğunu düşünmekteyiz. Uterusun retrovert olması her ne kadar normal bir anatomik durum olsa da mevcut çalışmada primer dismenore ile ilişkili olduğunu ve konu ile ilgili prospektif daha geniş çalışmalara ihtiyaç olduğunu düşünmekteyiz.

Anahtar Kelimeler: Adölesan dönem, Primer dismenore, Uterin anteversion, Uterin retroversion

Tablo 1. Hastaların demografik özellikleri ve ultrasonografi sonuçlarının karşılaştırılması

	Anteversion grup n:100	Retroversion grup n:100	p- value
Yaş (yıl)	17,61±1,16	17,74±1,38	0,471
BMI (kg/m ²)	22,28±1,67	21,97±1,78	0,205
Uterus korpus longitudinal uzunluğu (mm)	45,13±3,9	44,93±4,13	0,161
Uterus korpus transvers uzunluğu (mm)	33,22±2,34	32,84±2,22	0,241
Servikal uzunluk (mm)	30,91±1,79	31,64±1,82	0,265
Primer dismenore varlığı (n%)	18	33	0,0014



Karadeniz Jinekoloji ve Obstetrik Kongresi

Sheraton Otel, Samsun

12 - 15 Nisan 2018



Destekleriyle..

SS-27

Ektopik gebelikte tek doz ve iki doz methotrexat tedavisinin etkinliğinin karşılaştırılması

Berna Aslan Çetin, Aysu Akça

Kanuni Sultan Süleyman Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Ana Bilim Dalı, İstanbul

AMAÇ: Ektopik gebelik tanısıyla tek doz methotrexat uygulanan ve ikinci doz methotrexat uygulanan olguların tedavi sonuçlarının karşılaştırılmasıdır.

MATERYAL-METOD: Ocak 2013-Aralık 2017 tarihleri arasında hastanemizde ektopik gebelik tanısıyla methotrexat uygulanan olgular retrospektif olarak incelenmiştir. Hastaların demografik özellikler, β -hCG değerleri ve ultrasonografideki ektopik odak büyüklükleri tek doz methotrexat ve iki doz methotrexat uygulanan gruplar arasında karşılaştırılmıştır.

BULGULAR: Çalışmaya toplam 319 hasta dahil edilmiştir. 290 hastada tek doz methotrexat ile tedavi başarılı olmuştur. 29 hastada ise ikinci doz methotrexat ile tedavi başarılı olmuştur. İki grup arasında yaş, gravida, parite, vücut kitle indeksi, hemoglobin ve hematokrit değerleri, demografik özellikler bakımından anlamlı fark saptanmamıştır. (Tablo1)
Tek doz methotrexat grubunda 1. gün, 4. gün ve 7. gün beta-hcg değerleri ortalaması ikinci doz methotrexat uygulananlara göre anlamlı olarak düşük saptanmıştır. Ultrasonografide saptanan ektopik odak büyüklüklerinin ortalama değeri ikinci doz methotrexat grubunda anlamlı olarak daha fazla saptanmıştır. (Tablo1)

SONUÇ: Ektopik gebelikte metotrexat tedavisi güvenli ve efektif bir yöntemdir. Başlangıç β -hCG seviyesi ve ektopik odak boyutu ikinci doz methotrexat gereksiniminde etkili olmaktadır. Beta-hCG seviyesi arttıkça ve ektopik odak boyutu arttıkça ikinci doz gereksinimi artmaktadır. Beta-hcg'nin 2000 mIU/ml nin üzerinde olduğu ve ektopik odak boyutunun 2 cm nin üzerinde olduğu vakalarda ikinci doz methotrexat gerekliliği artmaktadır.

Anahtar Kelimeler: ektopik gebelik, methotrexat, medikal tedavi



Karadeniz Jinekoloji ve Obstetrik Kongresi

Sheraton Otel, Samsun

12 - 15 Nisan 2018



Destekleriyle..

İki grubun demografik ve klinik verilerinin karşılaştırılması

	Tek doz(n=290)	İkinci doz(n=29)	p
yaş	29,97±5,41	28,79±3,75	0,253
gravida	2,81±1,47	2,41±1,21	0,161
parite	1,09±1,01	0,76±0,73	0,093
VKİ(kg/m ²)	24,82±4,54	24,55±4,21	0,767
Gestasyon haftası	6,28±1,57	6,96±1,75	0,029
Hemoglobin(g/dl)	12,10±1,35	12,26±1,11	0,521
Hematokrit(%)	36,85±3,75	37,17±2,88	0,659
B-hcg (1. gün) mIU/ml	1614,54±1096,25	3427,03±2905,14	0,001
B-hcg (4. gün) mIU/ml	1371,83±975,28	3953,34±2861,95	0,001
B-hcg (7. gün) mIU/ml	960,76±546,88	3514,93±2272,90	0,001
Ektopik odağın büyüklüğü (cm)	1,48±0,71	2,41±0,98	0,001



Karadeniz Jinekoloji ve Obstetrik Kongresi

Sheraton Otel, Samsun

12 - 15 Nisan 2018



Destekleriyle..

SS-28

Gebelikte, gestasyonel diyabette ve üreme çağı kadınlarında D vitamini düzeyi

Nur Gozde Kulhan

Erzincan Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Ana Bilim Dalı, Erzincan

AMAÇ: Bu çalışmada, sağlıklı gebelerde, gestasyonel diyabetik gebelerde ve üreme çağındaki sağlıklı kadınlarda D vitamini düzeyini belirlemeyi amaçladık.

Gereç ve Yöntemler: Yaşları 18-43 yıl arası 28 sağlıklı gebe, 15 gestasyonel diyabetik gebe ve 30 sağlıklı genç erişkin kadından alınan serumlardan immünometrik yöntemle D vitamini ölçümü yapıldı.

BULGULAR: Tüm gruplarda D vitamini eksik olarak bulundu [sağlıklı gebelerde (11.8±7.4), gestasyonel diyabetik gebelerde (10.6±5.7), ve sağlıklı genç kadınlarda (12.1±5.4) ng/mL]. Gruplar arasında anlamlı bir fark yoktur (p=0.54).

SONUÇ: Tüm gebelerde ve genç erişkin kadınlarda D vitamini düzeyi yeterli değildir. Dolayısıyla D vitamini takviyesi yapılmalıdır

Anahtar Kelimeler: D vitamini, gestasyonel diyabet, gebelik



Karadeniz Jinekoloji ve Obstetrik Kongresi

Sheraton Otel, Samsun

12 - 15 Nisan 2018



Destekleriyle.

SS-29

HPV 16 ve HPV 18 birlikte pozitif olan kadınların servikal sitoloji ve histopatoloji sonuçlarının analizi

Ibrahim Yalçın

Zekai Tahir Burak Kadın Sağlığı Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Sağlık Bilimleri Üniversitesi Tıp Fakültesi

AMAÇ: Ankara Zekai Tahir Burak Kadın Sağlığı Eğitim ve Araştırma Hastanesi jinekolojik onkoloji polikliniğine kanser erken teşhis ve tarama merkezlerinden refere edilen, hem HPV 16 hem de HPV 18 birlikte pozitif olan kadınların kolposkopik biyopsi sonuçlarının analizi amaçlanmıştır.

GEREÇ ve YÖNTEMLER: Temmuz 2016 ile Ocak 2018 arasında gerçekleştirilen çalışmaya servikal kanser tarama testinde hem HPV 16 hem de HPV 18 pozitif olan olgular dahil edildi. Hastalara kolposkopik değerlendirme yapılarak servikal biyopsi ve endoservikal küretaj işlemi gerçekleştirildi.

BULGULAR: 29 (%78.4) hastanın sitolojisi normal, 4 (%10.8) hastanın ASCUS, 3 (%8.1) hastanın LSIL ve 1 (%2.7) hastanın atipik glandüler olarak bildirildi. 20 (%54) hastada sadece HPV 16 ve HPV 18 beraber pozitif iken kalan 17 (%46) hastada HPV 16 ve 18 pozitifliğine diğer yüksek riskli HPV tiplerinin pozitifliği de eşlik etmekteydi. Otuz yedi hastanın biyopsi sonuçları: 5 (%13.5) hasta HSIL, 16 (%43.2) hasta LSIL ve 16 (%43.3) hasta normal olarak saptandı.

SONUÇ: HPV 16 ve HPV 18 birlikte pozitifliği olan olgulara yüksek grade skuamöz intraepitelyal lezyon açısından dikkat etmek gerekmektedir.

Anahtar Kelimeler: Human papilloma virüs, kolposkopi, servikal sitoloji, skuamöz intraepitelyal lezyon



Karadeniz Jinekoloji ve Obstetrik Kongresi

Sheraton Otel, Samsun

12 - 15 Nisan 2018



Destekleriyle..

SS-30

Laparoskopik Histerektomi Sonrası Gelişen Serebellar Enfarkt: Nadir bir olgu sunumu

Ozan Doğan¹, Hakan Kızılet², Aşkı Ellibeş Kaya³

¹Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği, İstanbul, Türkiye.

²Karadeniz Teknik Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği. Trabzon, Türkiye

³Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği, Düzce, İstanbul.

GİRİŞ: Venöz tromboembolizm(VTE),venöz dolaşımında oluşan tüm patolojik trombozların genel tanımıdır. Postoperatif VTE,mortalite ve morbiditesi yüksek olan, cerrahide en yaygın ikinci medikal komplikasyondur.VTE uygun tromboproflaksi ile önlenemediği klinik çalışmalarda gösterilmiştir.Derin ven trombozu(DVT) oluşma zamanına bakıldığında %50'sinin operasyon sırasında,%25'inin operasyon sonrası ilk 72 saatte görülmesi nedeniyle tromboproflaksinin erken dönemde uygulanması son derece önemlidir.Literatür taramasında elektif cerrahi uygulanan hastalarda postoperatif serebellar enfarkt gelişme insidansı ve uygulanacak antikoagulan tedavinin süresiyle ilgili bir bilgiye ulaşamadık.Bundan dolayı bu sunumunun literatüre katkısı olacağına inanıyoruz.

OLGU: 48 yaşında menometroraji şikayetiyle başvuran hastanın özgeçmişinde bilinen bir hastalığı yok.Muayenede,uterus normal cesamette ve adneksler non-palpabldı.Labaratuar değerleri normal sınırlardaydı.Transvaginal ultrasonografide endometrium 19mm ve düzensiz görünümdeydi.Endometrial örnekleme sonucu kompleks atipisiz hiperplazi olarak raporlandı. Hastaya laparoskopik total histerektomi ve bilateral salpenjektomi operasyonu(TLH-BS) planlandı.Hastaya preoperatif gradual varis çorapları giydirilerek ameliyata alındı. Operasyon süresi 55 dakikaydı.Postoperatif 8.saatte mobilize edildi.Postopreatif 24.saatte ve 10 gün boyunca günde bir defa 4000anti-Xa IU/0.4ml subkutan uygulandı.Hasta postopreatif 2.gün taburcu edildi.Postoperatif 13.günde acil servise denge kaybı,baş dönmesi şikayetiyle başvuran hastanın jinekolojik muayenesi doğaldı.Nörolojik muayenesinde bilinç açık,oryante-koopere,pupilleri izokorik nistagmus yok,fasyal asimetri yok.Duyu kusuru ve motor zaaf yok.Sol üst ekstremitede hipotoni,dimetri ve disdiadokinezi izlendi.Oturtulduğunda sola devrildi ve yürürken sola ataksikti.Kranial diffüzyon MR'da(resim 1-2) sol serebellar hemisferde serebellar pedinküle doğru uzanım gösteren 4x2.5cm akut iskemik lehine değerlendirilebilecek diffüzyon kısıtlayan saha saptandı.Serebellar enfarkt tanısı konuldu.

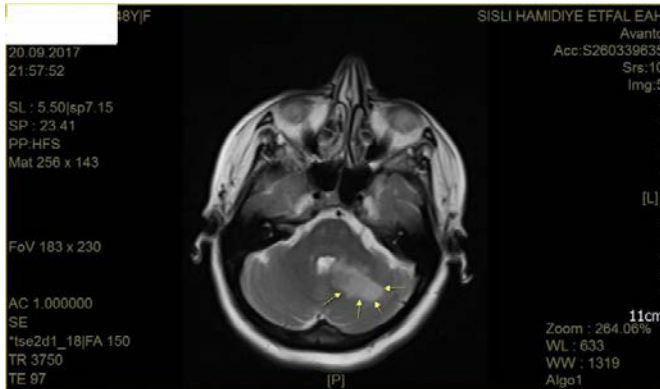
TARTIŞMA: American College of Chest Physicians 2012 rehberine göre cerrahi uygulanan hastalar çok düşük,düşük,orta ve yüksek riskli olarak gruplara ayrılmıştır.Tromboproflaksi

uygulanmadığında VTE riski sırasıyla %0.5,%1.5,%3,%6 olarak görülmüştür.Olgumuzun detaylı anamnez ve fizik muayenesi sonrasında bu klavuzun belirttiği risk faktörlerinden sadece yaş(41-60 yaş arası 1 puan) ve majör laparoskopik cerrahi(2 puan) nedeniyle toplam 3 puan ile orta riskli gruba dahil edildi.Histerektomiden sonra 10.000'in üzerinde hastayı retrospektif olarak inceleyen bir çalışmada, tromboprofilaksi alan hastaların oranı, laparoskopik histerektomde %22,abdominal histerektomide %38 ve vajinal histerektomide %47'dir ve VTE insidansı için anlamlı bir fark saptanmamıştır. Ulusal Venöz Tromboembolizm Profeksi ve Tedavi Klavuzu'nda(2010) laparoskopik girişim uygulanan ve ek risk faktörü olmayan hastalarda erken mobilizasyon dışında rutin tromboprofilaksi uygulanmasını önermemektedir.Ancak ek VTE riski taşıyan hastalarda medikal ve/veya mekanik yöntemlerle tromboprofilaksi uygulanması önerilmektedir.Bizim olgumuz laparoskopik histerektomi uygulandığı için risk faktörleri değerlendirilerek preoperatif ve postoperatif antikoagulan tedavisi, gradual varis çorapları ve erken mobilizasyon uygulanmıştır.

SONUÇ: Venöz tromboembolik olaylar jinekolojik operasyonlar sonrasında görülen mortalite ve morbiditenin önemli nedenleri arasındadır.Bu nedenle tromboembolik olayların azaltılması ve komplikasyonların önüne geçebilmek için jinekolojik cerrahi öncesinde tüm hastalar risk faktörü yönünden araştırılmalı ve uygun bir yöntemle tromboemboli profilaksisi uygulanmalıdır.Ancak tromboemboli profilaksisi süresi ile ilgili çalışmalara ihtiyaç vardır.

Anahtar Kelimeler: Laparoskopik cerrahi, venöz tromboemboli, serebellarenfarkt, tromboprofilaksi

Resim-1



Serebellar enfarkt-MR görüntüsü Resim-2



Serebellar enfarkt-MR görüntüsü



Karadeniz Jinekoloji ve Obstetrik Kongresi

Sheraton Otel, Samsun

12 - 15 Nisan 2018



Destekleriyle..

SS-31

Stres üriner inkontinans nedeniyle transobturator tape uygulanan hastaların uzun dönem sonuçları

Eylem Ünlübilgin

Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Ankara Etlik Zübeyde Hanım Sağlık Uygulama Araştırma Merkezi, Ankara

AMAÇ: Stres üriner inkontinans tespit edilen ve tedavi amaçlı transobturator tape uygulanan hastaların postoperatif komplikasyonlarının ve uzun dönem sonuçlarının değerlendirilmesi

MATERYAL-METOD: Hastanemize 2006-2009 yılları arasında stres üriner inkontinans (SUI) şikayeti ile başvuran ve öksürük stres test ile stres üriner inkontinans tanısı alan hastalar çalışmaya alındı. Tüm hastalara Transobturator tape uygulaması yapıldı. Postoperatif kısa dönem 6.ay-1. yılda değerlendirilen hastalar ortalama 5 yıl takip edildi. Hastalar yaş, parite, hastanede kalış süresi ve intraoperatif-postoperatif komplikasyonlar açısından değerlendirildi. Ayrıca postoperatif kısa dönem ve uzun dönemde; subjektif yakınmaları, objektif kür sonuçları, de-novo urgency ve meş erozyonu olup olmadığı araştırıldı.

BULGULAR: 542 hasta çalışmaya alındı. Hastaların ortalama yaşı $48,9 \pm 10,8$ idi. Parite min- max değerleri 2-7 idi. Hastaların hastanede ortalama yatış süresi $2,95 \pm 1,04$ gün olarak hesaplandı. İntraoperatif komplikasyon olarak 9 hastada (%1.7) mesane yaralanması ve 5 hastada (%0.9) üretrada zedelenme tespit edildi. İlk bir hafta içinde üriner retansiyon nedeniyle gelen 15 hastada (%2.8) retansiyon ancak meşin kesilmesi sonrasında düzeltildi. Postoperatif kısa dönemde ($9,73 \pm 2,64$ ayda) kontrole gelen hastalarda objektif kür %89.3 olarak bulunurken % 10.7 (n=57) hastada SUI tespit edildi. Meş erozyonu 2 hastada izlendi ve tedavi edildi. Ayrıca hastaların %3.6 sında ani işeme hissi ve %12 sinde disüri şikayeti olduğu görüldü. Postoperatif uzun dönemde ($5,02 \pm 1,18$ yılda) 59 hasta kontrollere gelmedi. Kontrole gelen 483 hastanın % 26.5'inde (n=128) SUI izlendi. Uzun dönem objektif kür % 73.5 olarak tespit edildi. 24 hastada (%4.4) meş erozyonu olduğu görüldü ve meş çıkarıldı. De-novo urgency %5.2 hastada izlendi.

SONUÇ: Stres üriner inkontinans tedavisinde transobturator tape uygulaması sonrası komplikasyon oranları düşük olmakla birlikte uzun dönem başarı oranlarında düşük olduğu görülmektedir.

Anahtar Kelimeler: Stres üriner inkontinans, transobturator tape, objektif kür



Karadeniz Jinekoloji ve Obstetrik Kongresi

Sheraton Otel, Samsun

12 - 15 Nisan 2018



Destekleriyle..

SS-34

İleri pelvik organ prolapsusu olgularında Leforte Kolpoklezis ameliyatı: Klinik deneyimimiz

Deha Denizhan Keskin

Ordu Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Ana Bilim Dalı, Ordu

AMAÇ: Çalışmamızda total pelvik organ prolapsusu nedeniyle leforte kolpoklezis operasyonu olan vakaları analiz etmektir.

GEREÇ ve YÖNTEMLER: Çalışmamızda Temmuz 2013 ile Aralık 2017 tarihleri arasında yapılan leforte kolpoklezis operasyonları incelendi. Belirtilen tarihler arasında yapılan 28 operasyonun medikal kayıtlarına arşivden ulaşıldı. Dosya taramaları sonucunda vakaların; yaş, medeni durum, parite, histerektomi öyküsü, komorbit durumu (hipertansiyon, diabetes mellitus, kronik akciğer hastalığı, kardiyak hastalık), hematokrit seviyeleri (preoperatif ve postoperatif), üriner inkontinans durumu (aşırı aktif mesane, stres üriner inkontinans), operasyon süresi, anestezi tipi, yatış süresi, sonda kalma süresi kaydedildi. Ameliyat prosedürleri ve postoperatif takipte oluşan komplikasyonlara ulaşıldı.

BULGULAR: Hastaların yaş ortalaması 72,7 + 7,3 (60 - 86) olup hastaların 17'si (% 60,7) duldu. Parite ortalaması 6,1 + 2,6 (3 - 15) idi. Hastaların 5'i histerektomize idi.

Hastalarda görülen komorbit durumlar sırayla şöyle idi. 26'sı hipertansif (% 92,8), 15'si diabetik (% 53,5), 15'inin kardiyak hastalığı (% 53,5), 10'unun kronik akciğer hastalığı (% 35,7) mevcuttu. Hastaların % 17,8'inde tek, % 39,2'sinde iki, % 42,8'inde ikiden fazla komorbit durum vardı.

Preoperatif ve postoperatif hematokrit seviyeleri sırayla 38,8 ve 34,5 olarak izlendi. 20 hastada (% 71,4) üriner inkontinans saptandı. Hastaların 14'ünde aşırı aktif mesane (% 50), 6'sında stres üriner inkontinans (% 21,4) vardı.

4 hastaya ek patoloji nedeniyle histerektomi de uygulandı (modifiye leforte). 5 hastaya ek prosedür olarak trans obturatuvar tape (TOT) operasyonu uygulandı. 1 hastaya ek prosedür olarak üretral karinkül operasyonu eklendi.

Anestezi tipleri ise sırayla şöyle; 9 epidural, 7 spinal, 7 kombine, 4 genel, 1 lokal idi. Operasyon süresi ortalama 65 dakika (40 - 110) idi. Klasik leforte yapılan grupta 58,8 - tot eklenen grupta 66,6 - histerektomi eklenen grupta 90 idi.

Sonda kalma süresi ortalama 19,2 saat (15 - 66) idi. Sadece üretral karinkül operasyonu eklenen hastada sonda kalma süresi 24 saati geçmişti.

Taburcu süresi ise ortalama 3,2 gün (2 - 6) idi.

Hiç bir hastada kanama, işeme zorluğu, kesi yeri enfeksiyonu, hematoma... gibi bir komplikasyon izlenmedi.



Karadeniz Jinekoloji ve Obstetrik Kongresi

Sheraton Otel, Samsun

12 - 15 Nisan 2018



Destekleriyle..

SONUÇLAR: Leforte kolpoplezis operasyonu total organ prolapsusu olgularında oldukça etkili bir prosedürdür. Kısa ameliyat süresi, düşük komplikasyon oranı gibi avantajları sebebiyle özellikle komorbid durumu olan ve dolayısıyla yüksek anestezi riski olan hasta grubunda çok faydalı olmaktadır.

Ayrıca ek patoloji varlığında klasik prosedüre histerektomi ve anti-inkontinans cerrahi eklenebilmesi ek avantajıdır.

Evli olan hastalara cinsel birleşmenin olamayacağı mutlaka belirtilmelidir.

Anahtar Kelimeler: pelvik organ prolapsusu, leforte, kolpoplezis



Karadeniz Jinekoloji ve Obstetrik Kongresi

Sheraton Otel, Samsun

12 - 15 Nisan 2018



Destekleriyle..

SS-35

Kliniğimizdeki ovaryen ektopik gebeliklerin retrospektif analizi

Nadiye Köroğlu, Aysu Akça

Sağlık Bilimleri Üniversitesi Kanuni Sultan Süleyman Eğitim ve Araştırma Hastanesi

GİRİŞ: Primer ovarian ektopik gebelikler gestasyonel kesenin over içinde implante olması ile karakterize olup nadir olarak görülmektedir. Tüm ektopik gebeliklerin 0.5-3 %'ünü oluşturmaktadır. Risk faktörleri arasında rahim içi araç kullanımı, salpinjit, infertilite ve yardımcı üreme tekniklerinin kullanımı vardır.

AMAÇ: Biz de bu çalışma ile kliniğimizde ovaryen ektopik gebelik nedeniyle tanı almış vakaların klinik prezentasyonlarını değerlendirmeyi amaçladık.

MATERİAL-METOD: Kliniğimizde 2012-2017 yılları arasında ovaryen ektopik gebelik tanısı almış olan olguları retrospektif olarak değerlendirdik. İnsidansını, risk faktörlerini, klinik prezentasyonlarını, tedavi yöntemlerini ve patoloji sonuçlarını değerlendirdik.

BULGULAR: Ovarian ektopik gebelik insidansı tüm ektopik gebelik vakalarımız içinde %1.5 idi (12/800). Hastaların tümü ilk trimesterde karın ağrısı, adet rötarı ve vajinal kanama şikayetleri ile başvurdu. Hastaların ortalama yaşı 30 idi. Ortalama gebelik haftası 7 hafta idi. 5 vakada RİA mevcut idi. Vakalardan 4'ü hemovolemik şok tablosunda prezente olurken; 5 vaka akut başlayan karın ağrısı ile 3 vakada adet rötarı ile başvurmuştu. β HCG değerlerinin ortalaması 5095 idi (1547-11298). 1 vakaya ooferektomi, 10 vakaya over wedge rezeksiyonu ve 1 vakaya gebelik kesesinin ekzizyonu ve hemostaz yapıldı. Tüm vakaların patoloji sonucu ovaryen ektopik gebelik olarak rapor edildi.

SONUÇ: Ovaryen ektopik gebelik nadir görülmektedir. Ultrasonografik bulguları spesifik olmadığı için tubal ektopik gebelikler ve korpus hemorajikum ile karışabilmektedir. Klinik olarak sıklıkla rüptüre olmuş olarak karşımıza gelmektedir. Rüptüre olmuş ovaryen ektopik gebelerde hasta hemodinamik olarak stabil ise laparoskopi, hemodinamisi bozulmuş ise laparotomi ile gestasyonel kesenin çıkarılması ve hemostaz önerilmektedir.

Anahtar Kelimeler: ovaryen gebelik, ektopik gebelik, over wedge rezeksiyonu



Karadeniz Jinekoloji ve Obstetrik Kongresi

Sheraton Otel, Samsun

12 - 15 Nisan 2018



Destekleriyle.

SS-36

Peripartum Histerektomilerde Değişen Endikasyonlar

Gonca Yetkin Yıldırım, *Aysu Akça*

Sağlık Bilimleri Üniversitesi Kanuni Sultan Süleyman Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İstanbul

GİRİŞ: İstanbulda tersiyer bir merkezdeki 7 yıllık acil peripartum histerektomilerin (APH) değerlendirilmesi

MATERYAL-METOD: Bu retrospektif tanımlayıcı çalışmada, Kanuni Sultan Süleyman Eğitim ve Araştırma Hastanesinde Şubat 2011-Aralık 2017 arasında yapılan acil peripartum histerektomiler analiz edilmiştir. Demografik ve klinik faktörler değerlendirilmiştir.

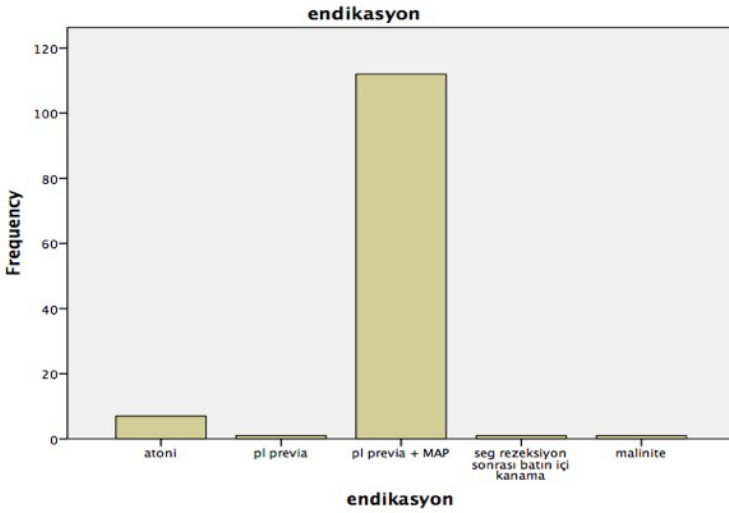
BULGULAR: 7 yıllık dönemde toplam 99.550 doğum gerçekleşmiştir. Bunların 39.645 (%39.83) tanesi sezeryan doğumla, 59.905 (%60.17) tanesi ise vajinal doğumla olmuştur. Acil peripartum histerektomi 24 hafta üstü toplam 122 hastaya 1000 doğumda 1.2 insidansla yapılmıştır ve en sık da geçirilmiş sezeryanı olan hastalara uygulanmıştır (118 (%96.7)). Hastaların ortalama yaşı 33.2 ± 5.1 , graviditesi 3.7 ± 1.5 , paritesi 2.1 ± 1.0 , gestasyonel yaşı 35.6 ± 2.9 , fetal doğum ağırlığı 2631 ± 745 olarak hesaplanmıştır. Geçirilmiş küretaj sıklığı 80 (%65.6) bulunmuştur. Tüm hastalar sezeryan ile doğum yapmıştır. Peripartum histerektomi endikasyonlarında en yüksek oranda plasenta previa ya eşlik eden plasental yapışma anomalileri izlenmiştir (112 (%91.8)). Diğer endikasyonlar atoni 7 (%5.7), plasenta previa 1 (0.8), segmenter rezeksiyon sonrası batın içi kanama 1 (0.8) ve malinite 1 (0.8). Hastalarda maternal komplikasyon olarak mesane hasarı 14 (%11.5), kanama sonrası relaparotomi 7 (%5.7), üreter hasarı 1 (%0.8), üriner retansiyonu 1 (%0.8), malinite 1 (0.8), yara enfeksiyonu 2 (%1.6) gözlenmiştir. Total histerektomi 96 (%78.7) hastaya yapılırken, 26 (%21.3) hastaya subtotal histerektomi yapılmıştır. Plasenta previa endikasyonu total histerektomi oranlarını artırmıştır.

SONUÇ: Plasenta previa ya bağlı plasental yapışma anomalileri artan sıklıkla peripartum histerektomilere neden olmaktadır. Hastanemizin Ocak 2001-Eylül 2008 yılları arasında yayınlanan 91 vakalık serisinde APH major endikasyonu %52.1 oranıyla atoni iken bu çalışmamızda plasenta yapışma anomalikleri (%91.8) öne çıkmaktadır. Türkiyede artan sezeryanla doğum oranları anormal plasentasyona neden olmaktadır ve tersiyer merkez olmamız nedeniyle her geçen gün hastanemize refere edilen hasta sayısı artmaktadır. Türkiyede farklı dönemlerde ve bölgelerde yapılan APH insidansları 1000 doğumda 0.25-5.3 arasında değişmektedir ve bizim hastanemizde de bu insidans 1000 doğumda 0.67 (2001-2008) iken

bu çalışmamızda 1000 doğumda 1.2 bulunmuştur. APH ciddi mortalite ve morbiditeye neden olan bir durumdur. Plasenta yapışma anomalileri erken gebelik haftalarında tanı alarak refere edilmesi nedeniyle tersiyer merkezlerde bu hastalara APH daha sık yapılmaktadır

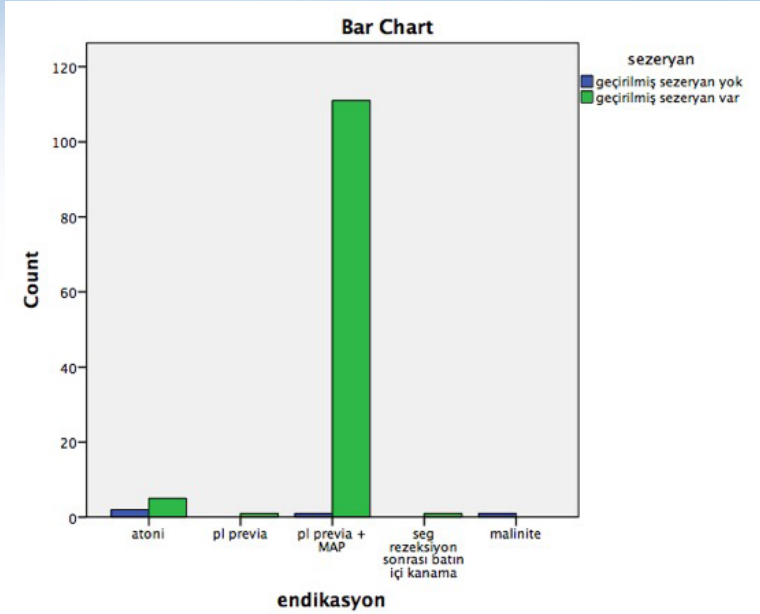
Anahtar Kelimeler: Acil peripartum histerektomi, postpartum kanama, sezeryan, plasenta yapışma anomalileri

figür1



Acil Peripartum Histerektomi Endikasyonları

figür2



Acil Peripartum Histerektomili Hastalarda Geçirilmiş Sezeryan Oranları



Karadeniz Jinekoloji ve Obstetrik Kongresi

Sheraton Otel, Samsun

12 - 15 Nisan 2018



Destekleriyle..

Acil Peripartum Histerektomili Hastaların Karakteristik Özellikler

Yaş	33.2±5.1
Gravide	3.7±1.5
Parite	2.1±1.0
Geçirilmiş Dilatasyon ve Küretaj	80(%65.6)
Geçirilmiş Sezeryan	118(%96.7)
Gebelik Haftası	35.6±2.9
Fetal Doğum Ağırlığı	2631±745
Doğum Şekli	122(%100)
Histerektomi Tipi(total)	96(%78.7)

Acil peripartum histerektomili hastaların tanımlayıcı özellikleri ve sıklık tablosu sunulmuştur

Maternal Komplikasyonlar

Komplikasyonlar	n=122
Yok	96(%78.7)
Mesane hasarı	14(%11.5)
Kanama+relaparotomi	7(%5.7)
Üreter hasarı	1(%0.8)
Üriner retansiyon	1(%0.8)
Malinite	1(%0.8)
Yara enfeksiyonu	2(%1.6)

Acil postpartum histerektomi yapılan hastalarda gelişen komplikasyonlar



Karadeniz Jinekoloji ve Obstetrik Kongresi

Sheraton Otel, Samsun

12 - 15 Nisan 2018



Destekleriyle.

SS-37

Meckel-Gruber Sendromu İki Olgu Sunumu

Can Türkler¹, Mehmet Kulhan²

¹Can Türkler, Erzincan Üniversitesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Ana Bilim Dalı, Erzincan

²Mehmet Kulhan, Erzincan Üniversitesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Ana Bilim Dalı, Erzincan

AMAÇ: Meckel Gruber Sendromu (MGS), major triadı ensefalosel, polidaktili ve kistik displastik böbrekler olan, otozomal resesif geçişli bir sendromdur. Nadir rastlanan bu sendromun kliniğimizde farklı iki vakada görülmesi nedeniyle bu hastaları saptadığımız postnatal bulgular eşliğinde sunmayı hedefledik.

MATERYAL-METOD: Gebelik takibi sırasında ultrasonografi ile her iki hastamızda MGS'yi düşündüren fetal bulgular saptanmıştı.

BULGULAR: Her iki olgunun da ilk gebelikleri olup 2. derece akrabalık vardı. Olgularda ensefalosel, oligohidroamnios, böbreklerde boyut ve ekojenite artışı yanında ek anomaliler de vardı. Diğer kromozomal hastalıklardan ayırıcı tanısı için amniyosentez ile karyotipleme yapıldı. Otopsi bulguları ile MGS tanısı desteklendi.

SONUÇ: MGS en çok trizomi 13 ile karışan bir sendromdur. Otozomal resesif geçiş nedeniyle %25 tekrarılma riski olan bu hastalar sonraki gebeliklerinde yakın takip edilmelidir. Akraba evliliği oranı yüksek olan ülkemizde bu açıdan dikkatli olunmalı ve ailelere genetik danışma verilmelidir.

Anahtar Kelimeler: Meckel-Gruber sendromu, ensefalosel, displastik böbrek, polidaktili

bilateral multikistik böbrek



polidaktili ve ensefalosel





Karadeniz Jinekoloji ve Obstetrik Kongresi

Sheraton Otel, Samsun

12 - 15 Nisan 2018



Destekleriyle.

SS-38

Geleneksel Gıdaların Tüketimi ve Gebelik

Engin Yıldırım

Hitit Üniversitesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Ana Bilim Dalı, Çorum

AMAÇ: Gebelikte diyet alışkanlıkları ve gıdaların doğru tüketimi sıkça konuşulan ve tartışılan konular arasına girmiştir. Gebelerin beslenme alışkanlıkları gebelik sürecinde alınan kilo ve fetusun ağırlığıyla doğrudan ilişkilidir. Bu bildiride geleneksel beslenme türleri ve diyet alışkanlıklarının gebelikteki etkilerini literatür ışığında değerlendirmeyi hedefledik.

YÖNTEM: Gebelikte geleneksel olarak tüketilen gıdaların gebelik sonuçlarına olan etkisini araştıran yayınlar Pubmed, Scopus ve Google Scholar'da tarandı ve sonuçlar karşılaştırıldı.

BULGULAR: Beslenme şekilleri coğrafik olarak sınıflandırıldığında en bilinen diyet formu 'Akdeniz Tipi Beslenme' şeklindedir. Bu beslenme şeklinde tüketilen lifli ve folat içeriği zengin öğeler özellikle nöral tüp defekti gibi ağır konjenital anomalileri önlemektedir. Alaska yerlilerinin yaşadığı tarıma elverişsiz bölge diyet şeklinin deniz ürünlerinden oluşmasına neden olmuştur. Alaska yerlilerinin gıda tüketim alışkanlıklarında yıllar içerisinde oluşan değişimler kronik hastalıkların görülme sıklığını arttırmıştır. Alaska yerlisi kadınlarda 1960-1990 yılları arasında denizden elde edilen gıda ürünlerinin tüketiminde azalma gözlenirken, bu diyet alışkanlığındaki değişim kadınların serum D vitamini düzeyinde belirgin azalmaya neden olmuştur. Geleneksel gıda tüketimi Çin ve çevresinde incelendiğinde altı farklı diyet türünün olduğu görülmektedir. Bu türlerden meyve, kuruyemiş ve kanton bitkisinden elde edilen diyeti tüketen kadınların bebekleri 'yumurta ve hububat' tüketen gruba göre daha yüksek kilolu doğurmuştur. Fetal doğum ağırlığı anne sağlığının belirteci olduğundan çevre kirliliği hem anne hem de bebeğin sağlığını olumsuz etkileyecektir. Brezilya'da Amazon Havza'sında, Maderia Nehri etrafında yaşayan anne ve yenidoğanların saçlarında civa konsantrasyonuna bakılmıştır. Bu nehirde elde edilen balıkla beslenen, bu nehirden yapılan tarımdan elde edilen ürünleri tüketen anne ve yenidoğanların saçlarında civa konsantrasyonu daha yüksek saptanmıştır.

SONUÇ: Dengeli ve doğru beslenmenin insan sağlığı ve gebeliğe olumlu katkıda bulunduğu açıktır. Beslenme şekli geleneksel olsa da çevre kirliliği ve yetersiz beslenme kötü obstetrik sonuçlara neden olacaktır.

Anahtar Kelimeler: Geleneksel Gıda, Diyet, Yenidoğan, Gebelik, Beslenme



Karadeniz Jinekoloji ve Obstetrik Kongresi

Sheraton Otel, Samsun

12 - 15 Nisan 2018



Destekleriyle..

SS-39

Çoğul Gebeliklerde Doğum Şekli Kararı: Sezaryan mı? Vajinal mi?

Evrım Bostancı, Cigdem Yayla Abide

T.C. Sağlık Bilimleri Üniversitesi Zeynep Kamil Kadın ve Çocuk Hastalıkları E.A.H -Kadın Hastalıkları ve Doğum Bölümü, İstanbul

AMAÇ: Çalışmamızda referans hastanesi olan Zeynep Kamil Eğitim ve Araştırma Hastanesinde doğumu gerçekleşen ikiz gebeliklerin doğum şekillerini ve sonuçlarını irdelemeyi amaçladık.

GEREÇ ve YÖNTEMLER: Zeynep Kamil Eğitim ve Araştırma Hastanesi kliniğinde Ağustos 2013- Aralık 2017 tarihleri arasında doğumu gerçekleşen 689 ikiz gebelik retrospektif olarak değerlendirildi. Çalışmamızda olguların anne yaşı, gravida, paritesi, doğumdaki gebelik haftası, doğum şekli, sezaryan ise endikasyonu, doğum ağırlıkları, yenidoğan yoğun bakım ihtiyacı, preeklampsi, gestasyonel diyabet, erken membran rüptürü ve fetüslerin doğum kilosu, cinsiyeti, 1. ve 5. Dk apgar durumunu içeren maternal ve fetal sonuçların değerlendirilmesi amaçlandı.

BULGULAR: Ortalama maternal yaş $32,8 \pm 5,9$, ortalama gravida $3,7 \pm 2,1$, ortalama parite $2,1 \pm 2,16$, doğum sırasında ortalama gebelik haftası $35 \pm 3,1$ olarak tespit edildi. Olguların %25,25 (n=174)'i vajinal yolla doğum yaparken, %74,75 (n=515)'i sezaryan ile doğum yaptığı saptandı. Ancak sezaryan doğum yapan olguların 152' sinin; daha önce sezaryan olduğu için olduğu saptandı. Yenidoğan bebeklerin %26,12' sinde yenidoğan bakım ihtiyacı oldu.

SONUÇ: Çoğul gebelik insidansı yıllar içinde artış göstermiştir. Bunun en olası nedenleri yardımcı üreme teknikleri kullanımının yaygınlaşması ve ileri anne yaşdır. Çoğul gebelikler hem antepartum hemde intrapartum yüksek risk taşıır.

Anahtar Kelimeler: Çoğul gebelik, vajinal doğum, sezaryan



Karadeniz Jinekoloji ve Obstetrik Kongresi

Sheraton Otel, Samsun

12 - 15 Nisan 2018



Destekleriyle..

SS-40

Preterm Erken Membran Ruptürü Olgularında Amnion Sıvısı Laktat Düzeyinin Kendiliğinden Doğum Eylemine Girme ile İlişkisi

Elçin Telli

Erzurum Nenehatun Kadın Hastalıkları Hastanesi

GİRİŞ-AMAÇ: Preterm erken membran rüptürü (PEMR) vakalarında amnion sıvısı laktat konsantrasyonunun, kendiliğinden doğum eylemi üzerine öngörüsü araştırılarak; böylesi vakalarda maternal ve fetal yaklaşım standardı açısından bilgi sağlanması amaçlandı.

YÖNTEM-GEREÇLER: Bu çalışma prospektif gözlemsel bir çalışma olarak dizayn edilmiştir. 24-34 gebelik haftaları arası aktif su gelişi olan PEMR vakaları steril spekulum muayenesi sırasında elde edilen amnion sıvı laktat düzeyi açısından test edildi ve lojistik regresyon analizi kullanılarak amnion mayii laktat düzeyi ile olguların 48 saat ve 7 gün içinde kendiliğinden doğum eylemine girme açısından en iyi kesme değerleri belirlendi.

BULGULAR: Vakaların ortalama yaşı 26.40 ± 6.14 yaş idi. Muayene sırasındaki ortalama gebelik yaşı 31.18 ± 2.57 hafta, doğuma kadar geçen ortalama süre ise (ortalama \pm standart error mean) 9.89 ± 1.45 (%95 GA: 6.91 – 12.86) gün idi. Doğum eyleminin 48 saat ve 7 gün içinde başlamasını öngörmeye en iyi kesme değeri 7 mmol/l ve 8.1 mmol/l idi (duyarlılık %92.3; özgüllük %36.6; pozitif LR 1.46; negatif LR 0.21, duyarlılık %68.1; özgüllük %57.7; pozitif LR 1.61; negatif LR 0.55, sırasıyla), fakat eğrilerin altında kalan alanlar anlamlı değildi (AUC= 0.56, %95 GA 0.44 – 0.67; p= 0.380, AUC= 0.59, %95 GA 0.47 – 0.70; p= 0.196, sırasıyla).

TARTIŞMA ve SONUÇ: Bu çalışmada PEMR olgularında hastaların 48 saat ve 7 gün içinde kendiliğinden doğum eylemine girmesi için en iyi kesme değerleri saptanmış, fakat bu değerler için gruplar arasında laktat açısından istatistiki anlamlı fark saptanmamıştır. Aktif su gelişi saptanan PEMR olgularında amnion sıvısı laktat düzeyinin kendiliğinden doğum eylemine girme üzerine öngörüsünü saptamada büyük çaplı, randomize, kontrollü çalışmalara ihtiyaç vardır.

Anahtar Kelimeler: amniotik sıvı, erken membran rüptürü, laktat, spontan doğum



Karadeniz Jinekoloji ve Obstetrik Kongresi

Sheraton Otel, Samsun

12 - 15 Nisan 2018



Destekleriyle..

SS-41

Preop Myom Vakası Postop Leiomyosarkom çıkabilir mi?

Betül Nur Çoban, Arif Serhan Cevrioğlu

Sakarya Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, Sakarya

GİRİŞ-AMAÇ: Leiomyom ve leiomyosarkom ayrımı patoloğlar kadar klinisyenler için de önem arz eden bir durum olabilmektedir. Myometriumdaki düz kas hücrelerinden köken alan benign tümörler leiomyom olarak isimlendirilirler. Sert bir yapıya sahip oldukları için fibroid olarak da tanımlanmışlardır. Uterustaki leiomyomlar genelde belirtisizdir. Ancak metroraji, menoraji, pelvik kitle ve infertilite nedeni olabilmektedir. Leiomyosarkomlar ise myometriyumun mezenkimal hücrelerinden gelişmektedir. Leiomyomlardan değil de novo olarak geliştikleri düşünülmektedir. Multipl olan leiomyomların aksine leiomyosarkomlar çoğunlukla soliterdir. Nekroz, sitolojik atipi ve mitotik aktivite malignite kriterleridir.

TARTIŞMA: Uterin kanserlerin çoğuna preop tanı konulabilmektedir ancak leiomyosarkomlar için bu pek mümkün olmamaktadır.

Karsinosarkomu(MMT) dışladığımızda leiomyosarkomlar uterin sarkomların en sık görülen alt tipidir. Ancak uterin malignensiler içinde sıklığı %1-2'dir. Sıklıkla 40 yaş üstünde vajinal kanama, palpabil pelvik kitle ve pelvik ağrı ile görülür. Belirti ve bulgular leiomyoma ile oldukça benzerdir ve bu iki tümörün preop ayrımı oldukça zor olabilmektedir.

Fibroidler semptomatik olduğunda çözüm olarak myomektomi veya histerektomi sunulmaktadır. Nadir de olsa fibroid diye girilen vakalarda postop patoloji malign gelebilmektedir (yaklaşık 1/700). Bu noktada fibroid varsayılan kitlenin nasıl enükle edildiği önem kazanmaktadır. Morselasyon esnasında okült malignensinin intraabdominal saçılımının endişesi, peritoneal yayılım ve daha kötü sonuçlarını akla getirmektedir.

Menopoz sonrası HRT almayan kadınlarda uterusun hızlı büyümesi akla leiomyosarkomu getirmektedir. Ancak nadiren de olsa premenopozal dönemlerde de leiomyosarkomlarla karşılaşılabilir.

Bu sözlü sunumda kendi kliniğimizin tecrübe ettiği nadir görülen premenopozal dönemdeki leiomyosarkom vakaları ele alınacaktır.

Kendi kliniğimizde tecrübe ettiğimiz ilk olguda 35, tipik leiomyom şikayetlerine sahip gravida 0, bekar bir hastaya myomektomi yapılmıştı. Operasyon sonrasındaki kontrollerde hastanın

batın ön duvarında ele gelen kitle olması nedeniyle önce myom rekürrensi düşünülmüş ve ikinci bir operasyon planlanmıştır. Ancak hastanın ikinci operasyonunda patoloji sonucu leiomyosarkom olarak gelmiştir. Hastanın talebi fertilitite korunması yönünde olduğundan kt(kemoterapi) için yönlendime yapılmıştır.

SONUÇ: Fibroid olarak girilen cerrahilerde diğer kanser tipleri için riskin detaylandırılması ve incelenmesi amaçlı çalışmalara ihtiyaç vardır. Böylece bu tarz tümörlerin farklı cerrahi yaklaşımlar neticesinde rölatif faydaları incelenebilecektir. Bu konudaki bilgilerimiz detaylanana kadar benign beklentisiyle girilen operasyonlarda malign sonuçlarla karşılaşılabilceği akılda tutulmalı; hasta ve yakınları da bu yönde aydınlatılmalıdır.

Anahtar Kelimeler: leiomyom, leiomyosarkom, fibroid

OLGU SUNUMU



PATOLOJİK TANI: MALİGN MEZENKİMAL TÜMÖR

YORUM: BULGULAR ÖN PLANDA MİKSOİD LEİOMYOSARKOM GRADE 2 İLE UYUMLU OLARAK DEĞERLENDİRİLDİ. TÜMÖR PARÇALI HALİNDE OLUP TÜMÖR ÇAPI KONUSUNDA NET YORUM YAPILAMADI. CERRAHİ SINIRLARDA TÜMÖR MEVCUTTUR.

SEAH KİNİK İSTATİSTİĞİ



Karadeniz Jinekoloji ve Obstetrik Kongresi

Sheraton Otel, Samsun

12 - 15 Nisan 2018



Destekleriyle..

Sakarya Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hast. ve Doğum AD Myomektomi oper. istatistiği (2004-2018 Ocak-Şubat)

MYOMEKTOMİ	2015	2016	2017	2018 OCAK-ŞUBAT	TOPLAM
L/T	60	85	61	8	214
L/S	32	34	25	10	101
H/S	10	10	13	1	34
Robotik	1	0	0	0	1
Vajinal	3	1	2	0	6
TOPLAM	105	130	101	19	355



Karadeniz Jinekoloji ve Obstetrik Kongresi

Sheraton Otel, Samsun

12 - 15 Nisan 2018



Destekleriyle..

SS-42

Primer Epitelyal Over Kanseri Olan Hastada Adjuvan Kemoterapiye Bağlı Rino-Orbital-Serebral Mukormikozis

Gokhan Boyraz1, Oguzhan Kuru2

1Etlik Zubeyde Hanım Hastanesi, Jinekolojik Onkoloji Ünitesi, Ankara

2Hacettepe Üniversitesi, Jinekolojik Onkoloji Ünitesi, Ankara

Mukormikozis özellikle immünyüpresif hastalarda görülen, hayatı tehdit eden invaziv bir fungal enfeksiyon hastalığıdır. Yaklaşık %50 mortalite riskine sahiptir. Diabet, malignite, kemik iliği veya solid organ transplantasyonuna bağlı immünyüpresyon, nötropeni, kronik kortizol kullanımı olası risk faktörleridir. Kemoterapiye bağlı gelişen immünyüpresyonun da mukormikozis için bir risk faktörü olduğu akılda tutulmalıdır. Bu sunumda epitelyal over kanseri tanısı konulan ve adjuvan kemoterapiye bağlı gelişen immünyüpresyon nedeniyle ortaya çıkan rino-orbital-serebral mukormikozis nedeniyle kaybedilen hasta tartışılmak istenmiştir.

Anahtar Kelimeler: Mukormikozis, epitelyal over kanseri, kemoterapi, immünyüpresyon



Karadeniz Jinekoloji ve Obstetrik Kongresi

Sheraton Otel, Samsun

12 - 15 Nisan 2018



Destekleriyle..

SS-43

Metilen Tetra Hidro Folat Redüktaz Polimorfizmleri Ve Fertilite ilişkisi

Işıl Özer

Ondokuz Mayıs Üniversitesi Çocuk Metabolizma Bilim Dalı

Metilen Tetra Hidro Folat Redüktaz (MTHFR) polimorfizmlerinin tekrarlayan düşükler ile birlikteliği bilinen bir bilgidir. Vücutta dihidrofolatın (DHF), aktif tetrahidrofolat'a (THF) dönüşümü MTHFR aracılığı ile sağlanır. Bu işlem sırasında ayrılan tek karbonlu bileşikler pirimidin sentezi ara metabolitleri oluşumunda kullanılır. MetilenTHF, metilTHF'a dönüşmez birikirse folat ve pirimidin sentezinde baskılanmaya sebep olur. Bu biyokimyasal değişiklikler, anne adayları yetersiz folat tüketiyorsa, fetotoksikite ve abortusa sebep olur. Fertilite ile MTHFR ilişkisi sadece metil verici olarak DNA sentezi üzerine etkisi yoluyla değil, nöral tüp defektleri ve tethered kord etiyolojisindeki yeri sayesinde lokomotor sistem, periferik sinir sistemi fonksiyon yetersizlikleri yoluyla da olmaktadır. İn vitro fertilizasyon endikasyonları arasında tekrarlayan abortuslu hastalar önemli bir yer tutmaktadır. Trombofili etiyolojisi bu hasta grubunda incelenmekte ve yapılan çalışmalarda gebeliğin trombofilik hastalarda genellikle 20. gestasyonel haftadan önce sonlandığı görülmektedir. Tetkik rutininde bu hastalarda MTHFR mutasyonları da yer almasına rağmen, tedavi rutininde antikoagülan, antiagregan semptomatik tedavi dışında yaklaşım yoktur. Bu yaklaşımın faydalı olmadığı da güncel bir metaanalizle gösterilmiştir. Bu başarısızlığın sebebi altta yatan sebebe değil, semptomaya yönelik tedavi yapılmasıdır. Homosistein yüksekliği ve abortus arasındaki ilişki bilinen bir bulgudur. MTHFR için semptomatik tedaviye 1-2 mg/gün folat eklenmesi hem fetal ve embriyolojik gelişimi destekleyecek, nöral tüp defektini önleyecek, hem de annede homosistein düzeyini düşürerek tromboemboli riskini azaltacaktır. MTHFR moleküler (Pirimidinlere metil verici olarak), biyokimyasal (homosistein yüksekliği ile tromboemboli riski yaratarak), nöral (nöral tüp defekti, tethered kord), fizyolojik (ürogenital sistem yapısal ve işlevsel bozukluk) bir çok yoldan her iki cinsiyet fertilite açısından takipsiz, tedavisiz MTHFR mutasyonundan olumsuz etkilenmektedir. Kliniğimizin 1700 hastalık MTHFR izleminde fertilite üzerine olumsuz etki oluşturabilecek bu etiyolojik bulgu sıklığı hastaların %18'inde görülüp, %1 erkek infertilite olgusunda MTHFR saptanmıştır. Takip ettiğimiz MTHFR'li çocuk hastaların klinik bulguları nedeniyle %39'unda potansiyel infertilite adayları olduğu görüldü. En yüksek oranı literatürde üzerinde durulan C677T mutasyonu değil kompaund heterozigotlarda gözlemlememiz nedeniyle bu konuda daha geniş çaplı bir araştırma yapılması gerektiği kanaatine vardık. Çocuk yaş grubunda alınan önlem daha ileri yaşlarında erken kardiyak infarktüs ve inme gibi diğer MTHFR komplikasyonları yanı sıra infertilite açısından da koruyucu olabilir.

Anahtar Kelimeler: Infertilite, İn vitro fertilizasyon, Metilen tetra hidro folat redüktaz polimorfizmleri, Tekrarlayan abortuslar



Karadeniz Jinekoloji ve Obstetrik Kongresi

Sheraton Otel, Samsun

12 - 15 Nisan 2018



Destekleriyle

SS-44

Kadınlarda nadir görülen bir fenomen: Üretra Darlığı

Önder Çınar

Bülent Ecevit Üniversitesi Tıp Fakültesi, Üroloji Anabilim Dalı, Zonguldak

Kadın üretra darlığı fonksiyonel ya da anatomik nedenlere bağlı ortaya çıkan nadir bir klinik durumdur. Ürodinamik çalışma yapılmış olan seçilmiş olgularda %4-13 prevalansa sahiptir. İdrar yapmada zorlanma nedeniyle başvuran, evli ve iki normal vajinal doğum yapmış olan 43 yaşında kadın hastanın yapılan pelvik muayene bulguları normaldi. İdrar tetkiki normaldi. İdrar akım çalışmasında düşük akım bulguları saptandı (Qmax: 8,7 mL/sn Qave: 2,3 mL/sn Vol: 199 mL Süre: 86 sn) (Resim 1a). Üretral meatustan 16 Fr kateter güçlükle ilerletilebildi. Ürodinamik incelemede (Resim 1b) düşük akım bulguları saptanan hastaya genel anestezi altında yapılan üretrosistoskopide üretra ve mesanede patolojik bulguya rastlanmadı. Üretral darlık düşünülerek buji dilatasyon yapılan hastanın sondası postoperatif 3. gün çıkarıldı (Resim 1c ve 1d). Postoperatif 10. gün yapılan kontrol idrar akım çalışmasında düşük akım bulgularının olmadığı görüldü (Qmax: 16,7 mL/sn Qave: 4,8 mL/sn Vol: 253 mL Süre: 52 sn) (Resim 2).

TARTIŞMA: Kadınlarda üretra darlığı oldukça nadir görülür. Ayırıcı tanısında üriner enfeksiyon, detrusor sfinkter dissinerjisi, üretral divertikül, prolapsus, postoperatif darlıklar, radyasyon, travma ve atrofi yer alır. Tanıda en önemli basamak alt üriner sistem semptomları (idrara başlarken bekleme, idrar akış hızında azalma, geceleri sık idrara çıkma, sık ve yangılı idrar hissi, bazen idrar kaçırmanın da eşlik ettiği acil idrar yapma hissi) ile başvuran hastada üretral darlıktan şüphe edilmesidir. Üretral mukozada zedelenme olmaksızın gelişen anatomik daralmanın tanısı, üretral kalibrasyon ölçümüne, kateterizasyon başarısızlığına, endoskopik veya radyolojik incelemeye dayanır. Kesin tanı üretrosistoskopi, idrar akım çalışması, ürodinamik değerlendirme ve postmiksiyonel rezidüel idrar hacimlerinin ölçümü ile konur. Tedavi seçenekleri başlangıç şikayetine, nüks durumuna, darlığın yerine ve stres üriner inkontinans varlığına göre değişmektedir. Üretral dilatasyon, üretral rekonstrüksiyon, üretrotomi, üretroplasti tedavi seçenekleri arasında yer alır. İlk seansta 41 Fr'e kadar yapılan üretra dilatasyonu %51 oranında başarıyla sonuçlanır. Tekrarlayan üretral dilatasyonlar, önceden geçirilmiş üretral dilatasyon tedavisi başarısızlığına anlamlı şekilde artırmaktadır.

SONUÇ: Alt üriner sistem semptomlarına neden olan kadın üretra darlığı nadir görülmektedir. Üriner inkontinans, idrar yapma güçlüğü ya da sık idrara çıkma yakınmalarıyla başvuran, geçirilmiş pelvik cerrahi sonrası üretral girişime bağlı alt üriner sistem semptomları gelişen hastalarda üretral darlık akılda tutulmalı ve ürolojik değerlendirme önerilmelidir.

Anahtar Kelimeler: İşeme güçlüğü, Kadın, Üretra darlığı, Ürodinami, Üroflowmetri



Karadeniz Jinekoloji ve Obstetrik Kongresi

Sheraton Otel, Samsun

12 - 15 Nisan 2018



Destekleriyle..

SS-45

Endometrioste intestinal tutulum

Oğuz Uğur Aydın, Lütfi Soylu

Ankara Güven Hastanesi, Genel Cerrahi Bölümü

GİRİŞ: Reprodüktif dönemde endometriosis prevalansının %10-15 arasında, intestinal tutulumunun ise tüm endometriozis olgularının yaklaşık %12 ila %35'inde görüldüğü bildirilmiştir. Küçük ve yüzeysel serozal implantlar genellikle önemsizdir ancak siklik hormon değişikliklerinin etkisiyle bu implantlar barsak duvarını infiltre eder. Çoğu vaka asemptomatik ve genellikle klinik olarak önemsizdir, ancak hastalığın daha ileri formları abdomen ve sırt ağrısı, abdominal distansiyon, disüri, hematüri, rektal kanama ve bağırsak tıkanıklığı ve perforasyona neden olabilir. Komplet bağırsak tıkanıklığı ve perforasyon gibi ciddi komplikasyonlara yol açan endometriosis olgularının inflamatuvar veya malign hastalıklardan ayırt edilmesi de zor olabilir.

GEREÇ-YÖNTEM: Endometriozise bağlı intestinal tutulumu olan 6 hasta retrospektif olarak incelendi.

BULGULAR: 3 hasta subileus atağı, 2 hasta komplet intestinal obstrüksiyon, 1 hasta da siklik rektal kanama nedeniyle opere edildi. Tüm hastalar operasyon öncesi abdomen BT ile değerlendirildi. 1 hastaya sağ hemikolektomi, 1 hastaya hem sağ hemikolektomi hem de parsiyel sigmoid kolon rezeksiyonu, 3 hastaya parsiyel incebarsak rezeksiyonu, 1 hastaya da low anterior rezeksiyon yapıldı. Hastaların yarısı endometriosis tanısı almış hastalar iken diğer yarısı ilk kez intestinal endometriosis ile tanı aldılar.

SONUÇLAR: Nadir görülmesine rağmen, intestinal endometriozis çeşitli karın semptomlarına neden olabilir. Endometriomadan oluşan siklik hemoraji lokalize fibrosis ve barsak duvarında kalınlaşma ve adezyon formasyonuna yol açar. Endometriozis öyküsü ile beraber intestinal obstrüksiyon semptomları olan ve GIS kanama semptomu mevcut olan üreme çağındaki kadınlarda ayırıcı tanıda mutlaka düşünülmeli ve multidisipliner bir ortamda tedavi edilmelidirler.

Anahtar Kelimeler: endometriosis, intestinal tutulum, obstrüksiyon



Karadeniz Jinekoloji ve Obstetrik Kongresi

Sheraton Otel, Samsun

12 - 15 Nisan 2018



Destekleriyle.

SS-46

Postpartum septik pelvik tromboflebit, ilaç ateşi ve yara yeri enfeksiyonu

Mehmet Kulhan

Erzincan Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Ana Bilim Dalı, Erzincan

GİRİŞ: Operasyon sonrası görülen ateş "Febril morbidite" olarak tanımlanır. Febril morbidite, jinekolojik ve obstetrik operasyon sonrası sık karşılaşılan bir komplikasyondur. Ateş postoperatif enfeksiyonun ilk bulgusu olmakla birlikte, her operasyon sonrası ateş febril morbidite ve her febril morbidite de bir enfeksiyonun varlığını göstermez. Bu yazımızda postpartum febril morbiditesi olan ve bu duruma yol açabilecek üç farklı klinik antitenin bir arada görüldüğü bir olgu sunulmuştur.

CASE: Transvers prezentasyonu olan ve fetal üst ekstremitenin vajende olduğu tespit edilen hasta acil sezeryana alındı. Postoperatif dönemde anne ve yenidoğanda herhangi bir komplikasyon gözlenmedi. Hasta ve yenidoğan postoperatif 2. günde taburcu edildi. Postoperatif 10. Günde insizyon yerinde akıntısı olan hasta tekrar başvurdu. Yapılan incelemede hastanın insizyon hattında seröz vasıfta akıntı izlenmiş olup, genitoüriner ve sistemik muayenesi normal olarak değerlendirildi. Ateş: 37,5 °C, TA: 110/70 mmHg, Nb:80/dk idi. Biyokimyasal parametreleri: WBC: 22.600, HB: 9,7 PLT: 291000, SEDİM: 7,

CRP: 204, Brucella rose bengal negatif, TİT: Normal idi. Hasta cerrahi alan enfeksiyonu şüphesi ve CRP yüksekliği nedeni ile hospitalize edilip insizyon alanından kültür alındı. Antibiyoterapi başladıktan 24 saat sonra hastanın 39 °C'ye ulaşan ve genelde akşam saatlerinde olan diurnal paternde bir ateşi olmaya başladı. Ateşin cerrahi alan enfeksiyonuna sekonder olduğu düşünülerek ikili antibiyoterapiye devam edildi. Tedaviden 72 saat sonra hastanın cerrahi alandaki akıntısı azalırken, ateşinde herhangi bir düzelme olmadı, CRP değeri gerilemeye sedimentasyon ise artmaya başladı. (CRP: 183, Sedim: 69). Cerrahi alandaki enfeksiyon bulgularının tamamen gerilemesine rağmen geceleri olan diurnal ateş yüksekliğinin devam etmesi üzerine hastada septik pelvik tromboflebit düşünülerek kontrastlı tüm batın BT çekildi. Tomografide sağ ovaryen ven boyunca vena cava inferiora kadar uzanan infrarenal seviyede trombüs izlendi. Septik pelvik tromboflebit tanısı konulan hastaya kalp damar cerrahisi konsültasyonu istenerek enoksaparin sodyum 0,6 2x1 başlandı. 5 gün boyunca enoksaparin sodyum 0,6 2x1 ve Piperasilin sodyum / Tazobaktam sodyum 2x1 tedavisi alan hastanın halen ateşinde düzelme olmadı. Bütün incelemelere rağmen ateş etiyolojisi saptanamayan hastada ilaç ateşi olabileceği düşünülerek enoksaparin sodyum hariç bütün medikasyonu kesildi.



Karadeniz Jinekoloji ve Obstetrik Kongresi

Sheraton Otel, Samsun

12 - 15 Nisan 2018



Destekleriyle..

Yaklaşık 24 saat sonra ateşi ortadan kalkan hasta 7 gün boyunca hastanede gözetim altında tutuldu; bu esnada yükselme eğiliminde olan Sedimentasyon azalmaya başladı. (CRP:34 Sedim: 96) Hastaya enoksaparin sodyum tedavisi devam edildi. Bu süre zarfında herhangi bir şikayeti olmayan hasta enoksaparin sodyum tedavisi 6 hafta devam edilmek koşulu ile taburcu edildi.

SONUÇ: Ateş postoperatif infeksiyonun ilk bulgusu olmakla birlikte, her operasyon sonrası ateş febril morbidite ve her febril morbidite de bir infeksiyonun varlığını göstermez.

AnahtarKelimeler:Septikpelviktromboflebit,İlaçateşi,Febrilmorbidite,Cerrahialanenfeksiyonu



Karadeniz Jinekoloji ve Obstetrik Kongresi

Sheraton Otel, Samsun

12 - 15 Nisan 2018



Destekleriyle.

SS-47

Sezaryen Skar Gebeliği Olan İki Olgu ve Yönetimi

Edip Alptuğ Kır¹, Emre Erdem Taş¹, Nuran Süngü³, Ulaş Çalır², Ayşe Filiz Yavuz¹

¹Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, Ankara

²Ankara Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği, Ankara

³Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Tıbbi Patoloji Anabilim Dalı, Ankara

Sezaryen skar gebeliği geçirilmiş sezaryene bağlı,uterusta skar yerinde oluşan gebelik türüdür. Tüm ektopik gebelik türleri içerisinde en nadir görülen form olan sezaryen skar gebeliği insidansı 1/1800 ile 1/2216 arasında değişmektedir. Son çalışmalarda bu oranın 1/2500 ile 1/8000 arasında olduğu gösterilmiştir. Sezaryen skar gebelikleri %40 olasılıkla en sık asemptomatik olabildiği gibi masif kanama,uterin rüptür gibi mortalitesi yüksek komplikasyonlarla karşımıza çıkabilir. Çoğunlukla tanı transvajinal ultrasonografi ve serum B-hcg değerlerinin birlikte değerlendirilmesiyle konur. Günümüzde sezaryen skar gebeliği yönetimi için uluslararası bir kılavuz bulunmamaktadır. Ancak tedavinin ve klinik yönetimin asıl amacı erken tanı ve tedavi olanağı sağlanarak tekli veya kombine şekilde medikal ve/veya cerrahi tedaviler aracılığıyla uterin rüptür,kanama gibi mortalitesi yüksek komplikasyonlardan kaçınıp uterus ve fertilitayı koruyarak yaşam kalitesinin devamını sağlamaktır. Sezaryen skar gebeliği tedavisi temel olarak hastanın yaşına,hemodinamik stabilitesine,endoskopik tekniklerin kullanılabilirliğine,hastanın fertilitate isteğine serolojik olarak takibine ve ultrasonografik tekniklere bağlıdır. Tedavi modaliteleri arasında medikal olarak lokal veya sistemik methotreksat uygulaması olduğu gibi cerrahi olarak transvajinal yaklaşımla rezeksiyon,laparoskopik uterin arter embolizasyonu,dilatasyon&küretaj ve histeroskopik olarak gebelik materyalinin eksizyonu tercih edilebilir. Medikal tedavinin başarısız olduğu veya hemodinamik olarak instabil hastada cerrahi tedavi tercih edilmelidir. Ultrasonda batın içerisinde boşluklarda ve pelvik alanda yaygın serbest sıvı değerleri izlenmesi cerrahiye gerektirir. Operatif histeroskopi veya laparoskopi vital bulguları stabil olmayan hastalarda uygulanması daha güç yöntemlerdir. Özellikle rüptür sonrası masif kanama ile başvuran hastalarda önceki sezaryen skarının rezeksiyon olanağını vermesinden dolayı laparotomi acil vakalarda halen geçerliliğini korumaktadır. Biz bu çalışmada kliniğimize başvuran hemodinamisi instabil,şok indeksleri yükselmiş iki hastanın tanı ve acil laparotomi şeklinde gerçekleştirilen tedavi yaklaşımlarını sunmayı amaçladık.

Anahtar Kelimeler: ektopik gebelik,sezaryen skar gebeliği,tedavi



Karadeniz Jinekoloji ve Obstetrik Kongresi

Sheraton Otel, Samsun

12 - 15 Nisan 2018



Destekleriyle...

SS-48

Doğu Anadolu'da Total Laparoskopik Histerektomi Deneyimlerimiz Tersiyer Bir Merkezin Retrospektif sonuçları

Mehmet Kulhan

Erzincan Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Ana Bilim Dalı, Erzincan

Amaç: Total Laparoskopik Histerektomi (TLH) operasyonunun uygulanabilirliğini, avantaj ve dezavantajlarını göstermek ve Doğu Anadolu'da bulunan kliniğimizde yapılan TLH olgularının postoperatif bulgu ve komplikasyonlarını literatür ışığında tartışmaktır.

Gereç Yöntem: Toplam 25 hasta TLH yöntemi ile ameliyat edildi. Enerji modalitesi olarak ligasure ve harmonik kullanıldı. Ortalama ameliyat süresi, intraoperatif kanama miktarı, hemoglobin konsantrasyonunda düşme, majör ve minör postoperatif komplikasyonlar ve laparotomiye geçiş oranları incelendi.

BULGULAR: Hastaların yaş ortalaması $52,20 \pm 8,17 \pm SD$ olup en yaşlı hasta 73, en geç hasta ise 40 yaşında idi. TLH için en fazla ameliyat endikasyonu %24 oranıyla servikal intraepitelyal lezyon (CIN) olduğu görüldü. Ortalama ameliyat süresi $105,12 \pm 26,33$ SD idi. Bir (%4) hastada mesane yaralanması, bir (%4) hastada ise transfüzyon gerektirecek hemoraji, major komplikasyon olarak oluştu. Yalnızca bir (%4) hastada alt segment yerleşimli myom ve ciddi barsak yapışıklıkları nedeni ile TLH'den laparotomiye geçildi.

Sonuç: TLH güvenle uygulanabilecek bir prosedürdür. Hasta seçimi ve deneyimli bir cerrahi ekip, TLH esnasında oluşabilecek komplikasyonları azaltmaya yardımcı olabilir.

Anahtar Kelimeler: Histerektomi, Laparoskopi, Total laparoskopik histerektomi

Postoperatif sonuçlar

Operasyon süresi (dk) $\pm SD$	105,12 \pm 26,33
Hastanede kalış süresi (gün) $\pm SD$	2,96 \pm 1,09
Postoperatif Hb düşüşü (%) $\pm SD$	0,928 \pm 0,96
Transfüzyon gerektiren major hemoraji	1 (%4)
Mesane hasarı	1 (%4)
Transfüzyon gerektirmeyen hemoraji	3 (%12)
Yara yeri enfeksiyonu	1 (%4)
Bunjorman	1 (%4)
Cuff sellülüti	2 (%8)
Laparoskopiden laparotomiye geçiş	1 (%4)
Total komplikasyon	9 (%36)



Karadeniz Jinekoloji ve Obstetrik Kongresi

Sheraton Otel, Samsun

12 - 15 Nisan 2018



Destekleriyle..

SS-49

Konjenital Over ve Fallop Tüpünün Yokluğu

Meryem Kuru Pekcan, Hüseyin Yeşilyurt

SBU Zekai Tahir Burak Kadın Sağlığı Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum, Ankara

Fallop tüpü ve/ veya overlerin izlenmemesi çok nadir görülen bir durum olup gerçek insidansı bilinmemektedir. Etyopatogenezinde; tuba/ovarian pedikülün belirlenemeyen sebeplerle intrauterin fetal hayat, çocukluk yada ergenlik döneminde segmental torsiyonu sonrasında nekrozu, otoamputasyonu, iskemiye sekonder olarak ovarian gelişim bozukluğu yada doğuştan paramezonefrik, mezonefrik kanalın gelişimsel anomalisi rol oynamaktadır. Olgumuz 20 yaşında nulligravid olup çocuk istemi nedeniyle kliniğimize başvuran 3 yıllık primer infertil hasta idi. Özgeçmişinde bilinen hastalık ve operasyon öyküsü yoktu. Siklusun 3.günü bakılan bazal hormonları normal aralıkta idi. Çekilen histerosalpingografisinde(HSG) sağda opak maddenin geçmediği, sol tubada minimal geçiş olduğu; kontrast maddenin periton içi dağılımı olmadığı görüldü(Resim 1). Karyotip analizi normaldi. Tubal faktör?, uterin faktör? ön tanısıyla diagnostik laparoskopi ve histeroskopi kararı alındı. Laparoskopik gözlemede uterus normal büyüklükte ve görünümde idi. Bilateral round ligamentler normal yerinde izlendi. Sağda uterus üzerinde tubanın çıktığı alana uygun yerde 1 cmlik güdük izlendi.Sağ tuba, sağ over, sağ overi proprium izlenmedi. Sağ fossa ovarika boş, solda tubanın uterustan kaynaklandığı alana uyan bölgede hafif kalınlaşma altında ince bant şeklinde pelvik yan duvarda sonuçlanan rudimenter fimbria içermeyen rudimenter tuba olabilecek görüntü izlendi. Bu yapının altında fossa ovaricaya gömülü halde 2 cmlik kistik yapı manüplasyon esnasında spontan drene oldu. Metilen mavisi verildiğinde sol tüpte dolun yada geçiş izlenmedi. Diğer batin içi organlar normal görünümde idi. Histeroskopik gözlemede kavite normal büyüklükte ve görünümde idi. Sağ tubal ostium izlendi. Sol tubal ostiuma benzeyen bir yapı izlenmedi. Endometrium proliferatif görünümde idi. Endometrial örnekleme yapılarak operasyona son verildi.Patoloji sonucu benign olarak rapor edildi.

Anahtar Kelimeler: Konjenital tubal yokluk, laparoskopi, konjenital over yokluğu



Karadeniz Jinekoloji ve Obstetrik Kongresi

Sheraton Otel, Samsun

12 - 15 Nisan 2018



Destekleriyle..

Resim 1





Karadeniz Jinekoloji ve Obstetrik Kongresi

Sheraton Otel, Samsun

12 - 15 Nisan 2018



Destekleriyle..

SS-50

FABP1 proteinini kodlayan genin single nükleotid polimorfizmlerinden rs2197076'nın polikistik over sendromuyla ilişkisi

Arzu Güler Karakuz, Mustafa Ayhan Ekici, Mehmet Ata Topçuoğlu

Abant İzzet Baysal Üniversitesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Ana Bilim Dalı, Bolu

GİRİŞ-AMAÇ: Polikistik over sendromu (PKOS) reproduktif çağıdaki kadınların en sık görülen endokrinopatidir. Kronik anovulasyon, Hiperandrojenizm, obezite, hirsutizm, overlerde polikistik görünüm tipik bulguları olup, artmış insülin rezistansı, tip 2 diabetes mellitus, kardiyovasküler hastalık riski gibi metabolik bozukluklarla birlikte görülmektedir. Fatty -Acid-Binding-Protein-1 (FABP-1) proteinini kodlayan genin rs2197076 polimorfizmi olanlarda aynı metabolik bozuklukların riski artmış olarak gösterildiğinden PKOS 'lu olanlarda bu gen polimorfizmi sıklığını araştırdık

MATERYAL-METOD: PKOS tanı kriteri olarak 2003 Rotterdam kriterleri kullanıldı. Prospektif vaka kontrol çalışması ile 75 PKOS'lu hasta ve 76 sağlıklı kontrol grubu kadınlarda genetik inceleme yapılarak FABP-1 geni rs2197076 allelleri ayrıştırıldı ve karşılaştırıldı. Gen ayrıştırma ve polimorfizm çalışması Real Time PCR ile yapıldı.

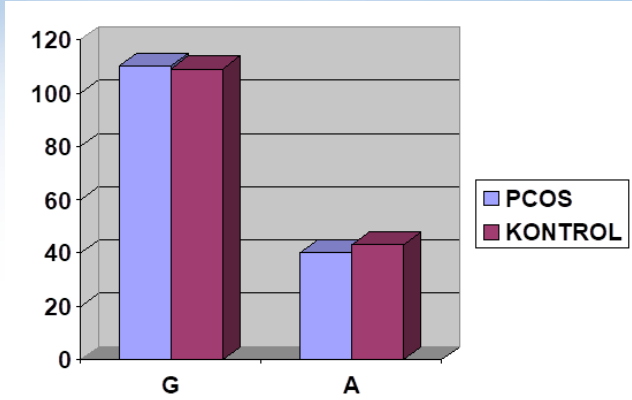
BULGULAR: Demografik özellikler karşılaştırıldığında; gruplar arasında yaş, BMI, bel çevresi, bel/kalça çevresi oranları, vücut ağırlığı, Menstrüel siklus düzenleri, hirsutizm açısından anlamlı fark bulundu.

Laboratuar bulgularından LH/FSH oranları, DHEAS, Testosteron, FSH, AKŞ, açlık insülin, AKŞ/insülin oranları açısından iki grup arasında anlamlı fark olduğu tesbit edildi. PKOS ve kontrol grupları arasında FABP-1 genotip sıklığı açısından anlamlı fark bulunmadı ve rs2197076 gen polimorfizmi dağılımı açısından anlamlı fark bulunmadı.

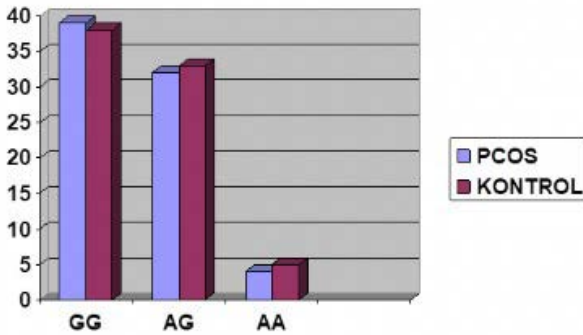
SONUÇ: PKOS ile FABP-1 proteinini kodlayan genin rs2197076 polimorfizmi arasında bir ilişki bulunmamıştır.

Anahtar Kelimeler: FABP-1, PKOS, rs2197076, PCOS

FABP1 rs2197076 Polimorfizmi için PKOS ve Kontrol Gruplarında Allel Dağılımı



FABP1 rs2197076 Polimorfizmi için PKOS ve Kontrol Gruplarında Genotip Dağılımı





Karadeniz Jinekoloji ve Obstetrik Kongresi

Sheraton Otel, Samsun

12 - 15 Nisan 2018



Destekleriyle..

Olguların hormon paneli.

HORMON PROFİLİ	KONTROL	PKOS	p
FSH	6,5	5	<0,001
LH	5	6,1	0,148
LH/FSH	1,2	0,6	<0,001
E2	39	43	0,085
P	0,32	0,31	0,700
PRL	13,6	13,3	0,360
DHEAS	180	220	<0,001
TESTOSTERON	19	34	<0,001

Olguların hormon paneli.

Çalışma Gruplarına Ait FABP1 Genotip ve Allel Dağılımı

	HASTA (n= 75)	KONTROL (n= 76)	p
FABP1 GENOTİPİ	FABP1 GENOTİPİ	FABP1 GENOTİPİ	p=0.3623
GG	39 (% 52)	38 (% 50)	p=0.3623
AG	32 (% 42.6)	33 (% 43.5)	p=0.3623
AA	4 (% 5.4)	5 (% 6.5)	p=0.3623
Allel Frekansı	Allel Frekansı	Allel Frekansı	
G	110 (%73.3)	109 (% 71.7)	p=0.3761
A	40 (%26.7)	43 (% 28.3)	p=0.3761

Çalışma Gruplarına Ait FABP1 Genotip ve Allel Dağılımı



Karadeniz Jinekoloji ve Obstetrik Kongresi

Sheraton Otel, Samsun

12 - 15 Nisan 2018



Destekleriyle





Karadeniz Jinekoloji ve Obstetrik Kongresi

Sheraton Otel, Samsun

12 - 15 Nisan 2018



Destekleriyle...

Poster Sunumlar





Karadeniz Jinekoloji ve Obstetrik Kongresi

Sheraton Otel, Samsun

12 - 15 Nisan 2018



Destekleriyle.

PS-1

Postoperatif metoklorpramid kullanım sonrası akut distoni olgusu

Erhan Hüseyin Cömert, Hidayet Şal, Emine Seda Güvendağ Güven, Süleyman Güven, Cavit Kart Karadeniz Teknik Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Ana Bilim Dalı, Trabzon

Santral sinir sistemi iletimi dopaminerjik ve kolinerjik reseptörlerinin arasındaki denge ile sağlanmaktadır. Bazı ilaçlar bu dengeyi bozarak distoniye sebep olmaktadır. İstemsiz ağrılı tekrarlayan kas spazmları distoni olarak tanımlanmaktadır. Bu spazmlar korkutucu olarak görülmeye hayati bir tehlike yaratmamaktadır. Antidepresan, antipsikotik ve antiemetik ilaç alımı sonrası görülmektedir. Genellikle çocukluk çağında görülmesine rağmen olgumuzda sunmuş olduğumuz gibi metoklorpramid kullanım sonrası erişkinlerde de akut distoni görülebilmektedir. 19 yaşında bayan hasta karın ağrısı bulantı kusma nedeniyle acil servise başvurmuş. Yapılan değerlendirmeler sonrasında over torsiyon ön tanısı ile servisimize yatırılmıştır. Yapılan değerlendirmeler sonrasında over torsiyon tanısı kesinleşen ve operasyona alınan hastaya detorsiyon cerrahi işlemi yapıldı. Postoperatif dönemde servis takiplerinde hastanın gözlerinde istemsiz yukarı kayma, baş ağrısı ve boyun kaslarında kasılmaları mevcuttu. Olgunun bilateral ışık refleksi pozitif ve ense sertliği yoktu. Bilateral aşağıya bakış zorlanıyor, söylenenlere cevap veriyor kısa süreli normal bakış sonrası tekrar istemsiz yukarı bakışları oluyordu. Olgunun nörolojik muayenesi normal genel durum iyi vital bulguları stabil, kas gücü muayenesi normaldi. Postoperatif dönemde verilen medikal tedavi gözden geçirildi. Antiemetik tedavi için verilen metoklorpramide bağlı akut distoni ve oküler kriz düşüldü ve olguya verilen biperiden tedavisi başlanmasının akabinde şikayetlerinde gerileme gözlemlendi. Olgunun postoperatif takiplerinde antiemetik metoklorpramid tedavisi verilmiş olması ve sonrasında klasik distoni bulgularının gözlenmesi üzerine verilen biperiden tedavisi ile distoni bulgularının gerilemesi nedeniyle ile metoklorpramide bağlı distoni olarak düşünüldü. Metoklorpramid yan etkisi kullanım dozuna bağlı olmayıp idiosenkrazik olarak ortaya çıkabileceği unutulmamalıdır. Metoklorpramid kullanımına bağlı distonik reaksiyon %0,2 oranında görülmektedir. Daha çok çocukluk döneminde beklenmekte olup erişkinlerde görülmektedir. Hayati tehlike yaratmayan bu durum difenhidramin, diazepam, biperiden tedavileri uygulanabilir. Biz olgumuzda biperiden uygulaması sonrası şikayetlerinde gerileme gözlemledik. Bu tarz akut distoni yaratabilecek ilaçları hastalara uygulamadan önce oluşabilecek yan etkiler hastalara anlatılmalı. Metoklorpramid tedavisi sırasında oluşabilecek yan etkiler unutulmamalı akıldaki bulundurulmalıdır.

Anahtar Kelimeler: akut distoni, antiemetik, metoklorpramid, oküler kriz



Karadeniz Jinekoloji ve Obstetrik Kongresi

Sheraton Otel, Samsun

12 - 15 Nisan 2018



Destekleriyle..

PS-2

Adenomyotik odak içeren tubal leiomyom olgu sunumu ve literatür taraması

Elçin Telli¹, Ahmet Erkan Bilici²

¹Erzurum Nenehatun Kadın Hastalıkları Hastanesi

²Erzurum Bölge Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Patoloji Kliniği

Tubal leiomyomlar nadir görülen tümörlerdir ve uterin benzerleri gibi submukozal, intramural veya subserozal olarak yerleşim gösterebilmektedirler. Yerleşimleri nedenli birçok farklı şikayete sebep olabilmeleri ve tanılarında pelvik bölgeye ait solid benign ve malign birçok patoloji ile karışabilirler. Literatürde bu tarz myomların sebep olduğu hemoperitoneum, torsiyon, dış gebelik, tubal okluzyon gibi benign patolojik durumlara ait vaka sunumları bulunmaktadır. Vakaların spesifik görüntüleme yöntemleri ile tanısında veriler kısıtlı olduğu ve genellikle intraoperatif olarak tanı konulması nedenli preoperatif tanı alan vaka sayısı azdır. Şimdiye dek literatürde tanı konmuş extrauterin adenomyoma sayısı onun altında olup, bunların çoğu ovaryan yeleşimli olarak saptanmıştır. Literatürde sunulmuş tek bir tubal adenomyom vakası olup, biz de adenomyotik odak içeren bir tubal leiomyom olgusunu sunmaktayız.

OLGU: 32 yaşında multipar hasta, rutin jinekolojik muayene için polikliniğimize başvurdu. Hastanın sekonder dismenore dışında jinekolojik bir şikayeti yoktu. Pelvik muayenesi olağan, transvajinal ultrasonografik değerlendirmede ise sağ adneksiyal lojda 3 cm çapında overden ayrı olarak izlenen ve spiral ve santral kanlanması olan solid lezyon izlendi. Hastanın labarotuar bulgularında CA-125 değeri 38 IU/ml olarak saptandı. Hastaya extrauterin adenomyotik odak? extrauterin leiomyom ön tanısı ile dagnostik laparoskopik işlem önerildi. Operasyon esnasında sağ tuba ampuller bölgede yerleşmiş 3 cm çapında solid lezyon izlendi, pelvik veya abdominal herhangi bir endometriotik odağa rastlanmadı. Sağ salpenjektomi ile operasyona son verildi. Hasta postoperatif 1. günde taburcu edildi. Postoperatif tanı adenomyozis odakları içeren leiomyom olarak geldi. Postoperatif 1. ay kontrolünde hastanın CA125 değeri 12 IU/ml olarak saptandı ve hastanın 6. Ay kontrolünde dismenore şikayetinin tamamen gerilediği belirlendi

Tubal leiomyomların ayırıcı tanısında birçok benign ve malign hastalık yer almakta ve hastalar farklı klinik tablolar ile başvurabilmektedir. Leiomyom vakalarına eşlik eden farklı histopatolojik tanılar çoğunlukla nihai patolojik inceleme raporlarında karşımıza çıkmaktadır.

Anahtar Kelimeler: adenomyozis, leiomyom, minimal invaziv cerrahi

İntraoperatif görünüm



intraoperatif görünüm

postoperatif piyes



postoperatif piyes



Karadeniz Jinekoloji ve Obstetrik Kongresi

Sheraton Otel, Samsun

12 - 15 Nisan 2018



Destekleriyle..

PS-3

Primary endometrial aplasia without associated endocrine dysfunction or uterine hypoplasia in twins

*Mustafa Cengiz Dura, Idris Koçak, Davut Güven, Abdulkadir Bakay, Ayşe Zehra Özdemir
Ondokuzmayıs Üniversitesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Ana Bilim Dalı, Samsun*

INTRODUCTION: Congenital endometrial aplasia, hypoplasia is a very rare anomaly and congenital endometrium has not developed. Endometrial aplasia is one of the causes of primary amenorrhea. The diagnosis is made by demonstrating that the endometrial biopsy specimen does not contain an endometrium. In this case report we present 42 years old twins without associated endocrine dysfunction or lower genital tract anomaly. In the literature there are two case reports related to endometrial aplasia. This is the first case report that has presented congenital endometrial aplasia in twins.

CASE: 42 years old twins, complained of primary amenorrhoea applied to our clinic on 16 May 2016. They had no history of pelvic inflammatory disease, systemic disease, endocrine dysfunction or smoking. On physical examination they had normal-looking, with pubic and axillary hair and well-developed breasts. There was no genital anomalies on their lower genital tracts. We had performed all laboratory test for endocrine dysfunction (follicle stimulating hormone: 8.08/9.02 mIU/mL, luteinizing hormone: 4.8/6.01 mIU/mL, estradiol: 192/194 pg/mL, progesterone: 8/9 ng/mL). Her levels of thyroid stimulating hormone (1.12/1.4 mIU/mL; normal range: 0.3– 4.5) and prolactin (19.2/20.1 ng/mL; normal range: 6.0–29.9) were normal. The ovaries and the uterus were observed in normal size and location at the ultrasonography examination. In the karyotype analysis, the result was determined as 46 XX female. Twins underwent diagnostic laparoscopy and hysteroscopy to assess any presence of müllerian anomalies and to evaluate endometrial cavities. No significant abnormality was observed in the laparoscopic observation. Utero-ovarian structures were normal. Hysteroscopy followed by laparoscopy of the patients were observed as a sclerotic appearance of the cavities in both. Multiple biopsies were taken with the aim of evaluating the endometrium in different areas of the cavity. Endometrial tissue was not observed in pathology results.

DISCUSSION: In the literature search, we have seen that there are two case reports related with congenital endometrial aplasia. Endometrial aplasia may be the cause of primary amenorrhea alone except agenesis and endocrine dysfunction. Unlike other case reports, the detection of endometrial aplasia in twins supports the possibility of this condition being congenital. For this reason, congenital endometrial aplasia must be kept in mind, even though the patients with primary amenorrhea are rarely associated with this condition.

Anahtar Kelimeler: Congenital, endometrial aplasia, twins

PS-4

Caesarean scar choriocarcinoma

Mustafa Cengiz Dura, Ayşe Zehra Özdemir

Ondokuzmayıs Üniversitesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Ana Bilim Dalı, Samsun

OBJECTIVE: To report clinical findings, diagnosis and treatment of a rare entity Caesarean scar choriocarcinoma Patient history: A 34-year-old woman had a diagnosis of primary gestational choriocarcinoma in a uterine Caesarean scar. The patient has not accepted dilatation and curettage, we have used multidose mtx protocol two times. After that because of increasing BHCG selective uterine artery embolization, and dilatation and curettage of the uterine Caesarean scar. As a result blood level of β -human chorionic gonadotropin (β -HCG) persisted patient underwent hysterectomy. The patient had no fertility request. Because of this reason and also by the patient's desire chemotherapy is not planned. Pathology reported as gestational choriocarcinoma.

CONCLUSIONS: A Caesarean scar choriocarcinoma is a unusual condition. We have only one report at the literature review. We have experienced that its clinical diagnosis and management is not easy. Intracaviter gestational choriocarcinoma is not a rare disease but out of the uterine corpus is uncommon. A Caesarean scar choriocarcinoma is an extremely unusual example of this entity because of its unique position. Gestational trophoblastic neoplasia (GTN) is a collective term for gestational trophoblastic diseases that invade locally or metastasize. Hydatidiform mole is the most common form of GTN; others are invasive mole (chorioadenoma destruens), choriocarcinoma, and placental site trophoblastic tumor (PSTT). Choriocarcinoma is a highly malignant epithelial tumor. It can arise from any type of trophoblastic tissue (molar pregnancy, abortion, ectopic, preterm/term intrauterine pregnancy) but, as noted in the preceding section, occurs only rarely, if ever, after a partial mole. It is a highly chemosensitive tumour type and has a very good prognosis, even in advanced stages. Extrauterine molar pregnancy is a rare entity. Only a few cases have been reported in the literature up to now, and most of these cases were located in the uterine cervix. To the best of our knowledge, this is the second report of this phenomenon. Our experience and a literature review suggest that a clinical diagnosis of a primary gestational choriocarcinoma of the uterine caesarean scar is difficult to make, and uterine artery embolization is beneficial to prevent massive bleeding before curettage.

Anahtar Kelimeler: Caesarean scar, Choriocarcinoma, Treatment



Karadeniz Jinekoloji ve Obstetrik Kongresi

Sheraton Otel, Samsun

12 - 15 Nisan 2018



Destekleriyle..

PS-5

Tubal ligasyon sexual disfonksiyon yapar mı ve bu etkisi süreç bağımlı mıdır?

Pervin Karlı, Osman Fadıl Kara
Amasya University, Amasya, Turkey

INTRODUCTION: Gebelikten korunmak, kadın sağılığını etkileyen en önemli faktörlerden birisidir. Gebelikten korunmak için Türkiye'de en sık kullanılan yöntemler; geri çekme (%30), rahim içi araç (%27.2), tüp ligasyonu (%16.7), kondom (15.2), enjeksiyon (%8.9) ve kombine oral kontraseptif (%1.9) şeklindedir. Gebelikten korunmak için tercih edilen yöntemlerden biri olan tüp ligasyonunun %16.7 oranında tercih edilmesi nedeniyle de önemi büyüktür. Ancak tüp ligasyonun kontrasepsiyon yöntemi olarak kullanılmasının yanısıra bazı istenmeyen sonuçları da vardır. Bu çalışmanın amacı tubal ligasyonun sexual disfonksiyon yapıp yapmadığı yapıyor ise bunun sürece bağılı olup olmadığını araştırılmasıdır.

MATERIAL METHOD: Çalışmaya tubal ligasyonlu (n=161) ve tubal ligasyon dışı (n=77) korunma yöntemlerini kullanan hastalar dahil edildi. Bu hastaların demografik özellikleri kaydedildi. Hastalara cinsel fonksiyonları değerlendiren 19 sorudan oluşan ve cinsel fonksiyon değerlendirme ölçeği olan FSFI ölçeği uygulandı.

RESULTS: Çalışmada tubal ligasyon yapılan hastalar ile yapılmayanlar arasında total FSFI (female sexual function index) skorunda bir farklılık tespit edilmedi. Ancak cinsel istek ve satisfaction da tubal ligasyon grubunda istatistiksel olarak azalma tespit edildi ($p<0.0033$, $p<0.0430$). FSFI skorunun alt grup analizlerinde tubal ligasyon grubunda alt grupların birbirleri ile korelasyon bağlarının da bozulduğu tespit edildi.

CONCLUSION: Çalışmada tubal ligasyonlu kadınlarda cinsel istek ve satisfactionda istatistiksel olarak anlamlı düzeyde azalma tespit edildi. Ancak gruplar arasında total FSFI skorlarında anlamlı farklılık bulunmadı. Tubal ligasyonlu hastalarda cinsel disfonksiyon gelişmesinin süreç bağımlı bir ilişkisinin olmadığı tespit edilmekle birlikte tubal ligasyonun cinsel fonksiyon üzerine süreç etsisini değerlendirmek için daha ileri çalışmalara ihtiyaç vardır.

Anahtar Kelimeler: tubal ligasyon,sexual disfonksiyon,FSFI



Karadeniz Jinekoloji ve Obstetrik Kongresi

Sheraton Otel, Samsun

12 - 15 Nisan 2018



Destekleriyle...

PS-6

Üroloji tanı merkezine başvuran hastaların spermogram sonuçlarının değerlendirilmesi

Özgür Eroğlu¹, Serdar Yüksel²

¹SBÜ, Van Eğitim ve Araştırma Hastanesi

²MEB, Kiraz MTAL. İZMİR

İnfertilite, üreme çağındaki çiftlerin herhangi bir doğum kontrol yöntemi kullanmaksızın, en az bir yıl düzenli cinsel ilişkiye rağmen gebeliğin oluşmaması olarak tanımlanır. Bu durumdan çiftlerin %15'ini etkilemektedir. infertil hastaların dağılımı %30-40 oranında erkek, %40-50 oranında ise kadınlardan oluşmaktadır. Korunma olmadan geçen 12 aylık süre sonunda çiftlerin %80'i ilk 6 ay içinde, geri kalanların ancak %10'u takip eden 6 ay içinde gebe kalabilmektedir. Erkek infertil hastaların etyolojileri arasında cinsel faktörler, ürogenital enfeksiyonlar, konjenital anomaliler, varikosel, endokrin bozukluklar, immünolojik faktörler, diğer hastalıklar ve idiyopatik semen bozuklukları gelmektedir. Spermogram erkek infertilitesinin tespit edilmesinde önemli ve ilk başvuru laboratuvar tetkikidir. Bu test ile semenin konsantrasyonu, motilite (hareketlilik), morfoloji (şekil), hacim, pH, semedeki diğer hücreler belirlenmektedir. Üroloji tanı merkezine başvuran erkek hastaların büyük bir kısmını erkek infertilite hastaları oluşturmaktadır. Üroloji tanı merkezine başvuran bütün erkek hastaların spermogram değerlerinin ortalamaları şu şekildedir:

Semen volümü 2,76 ml

Total sperm sayısı 138,05

Sperm konsantrasyonu 52,71

Total motilite (PR+NP, %) 52,63

Progressive motilite (PR, %) 40,29

Sperm morfolojisi (normal formlar, %) 11,96

Spermogram sonuçlarının hasta popülasyonunda ortalama değerlerinin belirlenmesi, hangi tedavi yönteminin daha iyi sonuç vereceği ile ilgili önemli bilgiler vererek tedaviye yardımcı olacaktır.

Anahtar Kelimeler: sperm analizi, erkek İnfertilitesi, spermogram



Karadeniz Jinekoloji ve Obstetrik Kongresi

Sheraton Otel, Samsun

12 - 15 Nisan 2018



Destekleriyle..



Karadeniz Jinekoloji ve Obstetrik Kongresi

Sheraton Otel, Samsun

12 - 15 Nisan 2018



Destekleriyle.





Karadeniz Jinekoloji ve Obstetrik Kongresi

Sheraton Otel, Samsun

12 - 15 Nisan 2018



FIGÜR
KONGRE & ORGANİZASYON

Organizasyon Sekreteryası

FIGÜR KONGRE VE ORGANİZASYON SERVİSLERİ A.Ş.

19 Mayıs Mah. 19 Mayıs Cad. Nova Baran Center

No:4 34360 Şişli / İstanbul - Türkiye

Tel: 0 212 381 46 00 / Faks: 0 212 258 60 78

karadenizjinekoloji@figur.net



Destekleriyle..

