



Destekleriyle

2. Karadeniz Jinekoloji ve Obstetrik Kongresi

Sheraton Hotel, Samsun
4 - 7 Nisan 2019

100. yılda Türkiye Samsun'da



Bildiri Kitabı



2. Karadeniz Jinekoloji ve Obstetrik Kongresi



4 - 7 Nisan 2019, Samsun

DAVET

Sayın Meslektaşlarım,

Selamlar, sevgiler. Türkiye’de tüm olumsuz koşullara, zor şartlara ve hizmet ettikleri kitlenin bir çok haksız, tartışız, gereksiz saldırılarına rağmen gönülden, coşkuyla mesleğini ilk günkü heyecanla icra eden kadın doğum uzmanı meslektaşlarım, yanımızda her zaman var güçleriyle çalışan hemşirelerimiz, ilerde mesleği devredeceğimiz asistan kardeşlerim.

Birincisini geçen yıl yaptığımız Karadeniz Jinekoloji ve Obstetrik Kongresi’nin ikincisi için tekrar kolları sıvadık. Karadeniz Kadın Sağlığı Derneği çatısı altında bölgenin 14 üniversitesinin katılımıyla gerçekleştirdiğimiz kongre bölgenin böyle bir platforma olan ihtiyacını geçen yıl ispatladı. Harika konuşmacılar, önemli konular ve olağanüstü sayıda katılımcıyla tekrarını mecburi hale getiren kongremizi bu yıl bize desteklerini esirgemeyen MİJOD, TSRM, TJOD(Jinekolojik Onkoloji Derneği) ve TAJEV ile çok önemli bir tarihi olayın yıl dönümünde yine Sheraton Samsun da planladık. Hepimiz biliyoruz ki 19 Mayıs 1919 ulu önder Mustafa Kemal Atatürk’ün kurtuluş mücadelesini başlatmak için Bandırma vapuruyla Samsun’a ayak bastığı tarihtir. Biz karadeniz ekibi olarak tüm Türkiye’yi bu önemli yıldönümünde bayraklarla ve Atatürk posterleriyle süsleyeceğimiz kongre otelimize bekliyoruz.

Kongremizde bölgedeki doktor, hemşire ve asistanların faydalanabileceği konuları seçerek faydalı bir ortam oluşmasına çalışacağız. Canlı cerrahilerin ve tüm Türkiyeden katılımcıların Obstetri, Jinekoloji, Onkoloji ve Perinatoloji alanlarında yapacakları sunumların yeralacağı oturumlar eminim ki misafirlerimizi memnun edecek.

Günümüzde dünyanın hastalığı olan ayrıştırmayla mücadelenin ilk adımını gelin Samsun’da atalım. Türkiye’yi birleştirmek, beraber olmak için Karadenize davet ediyoruz. Bilim, sevgi ve dostluk için....

Saygılarımızla,
Kongre Düzenleme Kurulu

KARADENİZ KADIN SAĞLIĞI DERNEĞİ YÖNETİM KURULU

Başkan

Doç. Dr. Davut Güven

Başkan Yardımcısı

Prof. Dr. Fadıl Kara

Genel Sekreter

Dr. Sabri Çolak

Sayman

Dr. Öğr. Üyesi Kadir Bakay

Üye

Prof. Dr. Süleyman Güven



2. Karadeniz Jinekoloji ve Obstetrik Kongresi



4 - 7 Nisan 2019, Samsun

KONGRE BİLİMSEL KURULU

Md. Abbasova Zahra	Dr. Öğr. Üyesi Emine Arslan	Dr. Öğr. Üyesi Mustafa Naci İmamoğlu
Dr. Öğr. Üyesi Ali Yavuzcan	Dr. Öğr. Üyesi Engin Yurtçu	Dm. Mustafayeva Natella
Dr. Öğr. Üyesi Alper Başbuğ	Prof. Dr. Erbil Doğan	Prof. Dr. Müge Harma
Dr. Öğr. Üyesi Asker Zeki Özsoy	Prof. Dr. E. Seda Güvendağ Güven	Prof. Dr. Osman Fadil Kara
Dr. Öğr. Üyesi Atiye A. Gürçağlar	Prof. Dr. Fazlı Demirürk	Dr. Öğr. Üyesi Özgür Koçak
Doç. Dr. Aykut Barut	Doç. Dr. Gülşah Balık	Dr. Öğr. Üyesi Özgür Özdemir
Dr. Öğr. Üyesi Aysun Tekeli	Prof. Dr. Hasan Bozkaya	Dr. Öğr. Üyesi Pervin Karlı
Dr. Öğr. Üyesi Banuhan Şahin	Dr. Öğr. Üyesi Hatice Yılmaz Doğru	Dr. Öğr. Üyesi Sabri Çolak
Doç. Dr. Cavit Kart	Prof. Dr. Hulusi Güler	Dr. Öğr. Üyesi Seda Keskin
Prof. Dr. Cazip Üstün	Phd. İsmayilova Rena	Öğr. Gr. Süleyman Güven
Dr. Öğr. Üyesi Cihan Tuğrul	Prof. Dr. İdris Koçak	Dr. Öğr. Üyesi Şebnem Alanya Tosun
Dr. Öğr. Üyesi Çağlar Yıldız	Dr. Öğr. Üyesi İlhan Bahri Delibaş	Doç. Dr. Ülkü Mete Ural
Dr. Öğr. Üyesi Çiğdem Kunt İsgüder	Dr. Öğr. Üyesi Kadir Bakay	Doç. Dr. Ümit Görkem
Doç. Dr. Davut Güven	Prof. Dr. Mehmet Bilge Çetinkaya	Dr. Üzeyir Kalkan
Dr. Öğr. Üyesi Deha Denizhan Keskin	Prof. Dr. Mehmet Harma	Doç. Dr. Yeşim Bayoğlu Tekin
Doç. Dr. Devran Bildircin	Dr. Öğr. Üyesi Mehmet Sipahi	Dr. Öğr. Üyesi Zehra Yılmaz
Dr. Öğr. Üyesi Elif Özdemir	Phd. Muslumova Yasemen	

**İsim Alfabetik Olarak Düzenlenmiştir.*

KONGRE DÜZENLEME KURULU

Dr. Öğr. Üyesi Ali Yavuzcan	Prof. Dr. Fazlı Demirtürk	Öğr. Gr. Dr. Mehmet Sipahi
Prof. Dr. Arif Serhan Cevrioğlu	Prof. Dr. Hulusi Güler	Prof. Dr. Osman Fadil Kara
Doç. Dr. Bülent Ayas	Öğr. Gr. Dr. Kadir Bakay	Prof. Dr. Süleyman Güven
Prof. Dr. Cazip Üstün	Prof. Dr. Mehmet Ata Topçuoğlu	Doç. Dr. Ümit Görkem
Doç. Dr. Davut Güven	Prof. Dr. Mehmet Bilge Çetinkaya	Dr. Öğr. Üyesi Vehbi Yavuz Tokgöz
Dr. Öğr. Üyesi Engin Yurtçu	Prof. Dr. Mehmet İbrahim Harma	Doç. Dr. Yeşim Bayoğlu Tekin

**İsim Alfabetik Olarak Düzenlenmiştir.*



Destekleriyle

Bilimsel Program





2. Karadeniz Jinekoloji ve Obstetrik Kongresi



4 - 7 Nisan 2019, Samsun

4 Nisan 2019, Perşembe

08:30 - 10:00 Perinatoloji -1

Oturum Başkanları: Merih Bayram, Cazip Üstün

08:30 - 08:50	Erken doğumun öngörülmesi ve önlenmesine güncel yaklaşım	Şebnem Alanya Tosun
08:50 - 09:10	Gebelik ve diabete güncel yaklaşımı	Seda Keskin
09:10 - 09:30	Prenatal genetik tanıda güncel yaklaşım	Deha Denizhan Keskin
09:30 - 09:50	Fetal büyüme geriliğine yaklaşım	Mehmet Sipahi
09:50 - 10:00	Tartışma	

10:00 - 10:15 Kahve Arası

10:15 - 11:45 İnfertilite -1

Oturum Başkanları: Mehmet Bilge Çetinkaya, Pınar Çağlar Aytaç

10:15 - 10:35	Luteal faz ve progesteron	Banuhan Şahin
10:35 - 10:55	HSG yi ne kadar doğru okuyoruz?	Cihan Toğrul
10:55 - 11:15	Adenomyozis infertilite ilişkisi önem verildiği kadar mı?	Ayşe Zehra Özdemir
11:15 - 11:35	Konvansiyonel KOH'da dikkat edilmesi gereken noktalar	Hulusi Gürel
11:35 - 11:45	Tartışma	
11:45 - 13:30	Yemek Arası	

13:30 - 15:00 Perinatoloji -2

Oturum Başkanları: Yalçın Kimya, Fazlı Demirtürk

13:30 - 13:50	Gebelikte tiroid hastalıklarına güncel yaklaşım	İdris Koçak
13:50 - 14:10	Postpartum kanamaya güncel yaklaşım	Yaprak Üstün
14:10 - 14:30	İlerlemeyen doğum eylemi tanısı ve yönetimi	Gökhan Göynümer
14:30 - 14:50	Preeklampsiye güncel bakış	Ali Yavuzcan
14:50 - 15:00	Tartışma	
15:00 - 15:15	Kahve Arası	

15:15 - 17:00 Endoskopi -1

Oturum Başkanları: Gürkan Uncu, Aşkı Ellibeş

15:15 - 15:35	Zor histerektomi	Mete Güngör
15:35 - 15:55	Laparoskopik askı yöntemleri operasyonu – Ne zaman tercih edelim, ne zaman etmeyelim?	Üzeyir Kalkan
15:55 - 16:15	Tubal rekanalizasyon yapalım mı ? Başarı?	Onur Topçu
16:15 - 16:35	Multipl myomlara yaklaşım	Kemal Özerkan
16:35 - 16:55	Pelvik abselerde laparoskopik yaklaşım	Ömer Lütfi Tapısız
16:55 - 17:00	Tartışma	

2. Karadeniz Jinekoloji ve Obstetrik Kongresi



4 - 7 Nisan 2019, Samsun

4 Nisan 2019, Perşembe

17:00 - 17:15 Kahve Arası

17:15 - 18:15 **Sözlü Bildiriler-1**

Oturum Başkanları: Ümit Görkem, Şadımın Kırykaç Altınbaş

- | | | |
|-------|--|-------------------------------|
| OP-1 | Epidural anestezi ile normal doğum yapanlarda memnuniyet değerlendirmesi | Burak Ün |
| OP-2 | İkinci basamak devlet hastanesine başvuran gebelerin, sigara içme durumlarına göre gebelik sonuçları | Görker Sel |
| OP-3 | Aynı uterusda düşük dereceli endometrial stromal sarkom ve leiomyoma birlikteliği: Olgu sunumu ve literatürün gözden geçirilmesi | Aslıhan Alpaslan Duman |
| OP-4 | Obez gebelerde doğum sonrası emzirmeye devam oranlarının değerlendirilmesi | Erdem Şahin |
| OP-5 | Histerektoeminin gestasyonel trofoblastik neoplazi tedavisindeki rolü: tek merkez deneyimi | Mehmet Sipahi |
| OP-6 | 50 gr oral glukoz tolerans testi sonuçları düşük doğum ağırlığını (SGA) öngörebilir mi? | Mefkure Eraslan Şahin |
| OP-7 | Doğumdan 11 ay sonra tanı alan plasenta increta: olgu sunumu | Mehmet Sipahi |
| OP-8 | Doğu karadeniz bölgesi'ndeki gebe kadınlarda periodontal hastalık farkındalığı ve sosyoekonomik düzey ile ilişkisi | Şebnem Alanya Tosun |
| OP-35 | İleri maternal yaşın gebelik sonuçları ve doğum şekli üzerine etkisi | Özgür Kan |

18:15 - 18:30 Kahve Arası

18:30 - 18:50 **Açılış**

Açılış Konuşmaları

Prof. Dr. Kaya Tuncer Çağlayan - 19 Mayıs konuşması 100. yıl vurgusu



2. Karadeniz Jinekoloji ve Obstetrik Kongresi



4 - 7 Nisan 2019, Samsun

5 Nisan 2019, Cuma

08:30 - 10:00 Cinsel Sağlık

Oturum Başkanları: Cihan Toğrul, Özgür Koçak

- 08:30 - 08:55 Jinesexoloji bakış açısıyla kadın orgazm bozukluğu ve tedavisi *Şule Kıray*
- 08:55 - 09:20 Jinesexoloji bakış açısıyla kadın cinsel ilgi ve uyarılma bozukluğu ve tedavisi *Selcen Bahadır*
- 09:20 - 09:45 Jinesexoloji bakış açısıyla genital pelvik ağrı *Cem Keçe*
- Penetrasyon bozukluğu ve tedavisi

09:45 - 10:00 Tartışma

10:00 - 10:15 Kahve Arası

10:15 - 11:45 Ürojinokoloji -1

Oturum Başkanları: Alper Başbuğ, Adnan Orhan

- 10:15 - 10:35 İdrar inkontinans tanı yöntemleri *Fuat Demirci*
- 10:35 - 10:55 Cerrahi tedaviler askı operasyonları *Akın Sivaslıoğlu*
- 10:55 - 11:15 Medikal tedaviler *Fulya Dökmeci*
- 11:15 - 11:35 Botoks ve sakral nöromodülasyon *Kadir Önem*
- 11:35 - 11:45 Tartışma

11:45 - 12:00 Kahve Arası

12:00 - 12:30 Akılcı ilaç sunumu *Sabri Çolak*

12:30 - 13:30 Yemek Arası

13:30 - 15:10 Onkoloji - 1

Oturum Başkanları: Nejat Özgül, Asker Zeki Özsoy

- 13:30 - 13:50 Serviks kanseri taramasında tek başına HPV yeterli midir? *Nejat Özgül*
- 13:50 - 14:10 Anormal sitolojiye yaklaşım nasıl olmalıdır? *Engin Yurtçu*
- 14:10 - 14:30 Histopatolojik tanı almış hastaların yönetimi nasıl olmalıdır? *Fuat Demirkıran*
- 14:30 - 14:50 HPV aşılarında Dünya'da ve ülkemizde güncel durum nedir? *Tayup Şimşek*
- 14:50 - 15:10 Servikal kanserde onkofertilite yaklaşımı: *Sabri Çolak*

15:10 - 15:15 Kahve Arası

15:15 - 16:45 Hemşirelik Oturumu

Oturum Başkanları: Özen Kulakaç, Deha Denizhan Keskin

- 15:15 - 15:35 Spermi ve oosit dondurma *Tülay Dinç*
- 15:35 - 15:55 IVF hemşireliği *Emine Turhan*
- 15:55 - 16:15 İnfertil hastaların tedaviye uyumu *İlkay Boz*
- 16:15 - 16:35 Tartışma
- 16:35 - 17:00 Kahve Arası

2. Karadeniz Jinekoloji ve Obstetrik Kongresi



4 - 7 Nisan 2019, Samsun

5 Nisan 2019, Cuma

17:00 - 17:45 Klinik Embryoloji -1

Oturum Başkanları: Niyazi Aşkar, Bülent Ayas

- 17:00 - 17:15 Erken over yetmezliğinde yeni tedavi yaklaşımı: In vitro aktivasyon *Lale Karakoç*
- 17:15 - 17:30 Yardımcı üreme tekniklerinde genetik testlerin etkin kullanımı: Kime, ne zaman, nasıl? *Necati Fındıklı*
- 17:30 - 17:45 IVF'de elektif tek embriyo transferi: Kime, hangi durumlarda yapılabilir? *Bülent Ayas*

17:45 - 18:45 Sözlü Bildiriler-2

Oturum Başkanları: Fatma Devran Bıldırın, Engin Yurtçu, Özlem Seçilmiş Keri-

moğlu

- OP-11 Laparoskopik myomektomi olgularında kapalı morselasyon için pratik teknikler *Adnan Orhan*
- OP-9 Gebelikte piriformis sendromu: Nadir görülen olgu sunumu *Şebnem Alanya Tosun*
- OP-10 İlk trimesterde ölçülen trombosit hacmi ve PAPP-A düzeylerinin preeklampsiyi öngörmedeki yeri *Sibel Mutlu*
- OP-12 Klimakterik dönemdeki kadınların anormal uterin kanama algısı *Deniz Çiftçi Yavaş*
- OP-13 İntahepatik kolestatik gebelerde perinatal sonuçların karşılaştırılması *Samettin Çelik*
- OP-14 Histerektomi sonrası 6.yılda nüks eden selüler leiomyom olgusu *Halit Arslan*
- OP-15 2 kız kardeş, 2 tekrarlayan gebelik kaybı, 2 Asherman sendromu: Aile hikayesi ne kadar önemli? *Şenol Kalyoncu*
- OP-16 Servikal poliplerin değerlendirilmesi *Fadime Dinçer*



2. Karadeniz Jinekoloji ve Obstetrik Kongresi



4 - 7 Nisan 2019, Samsun

6 Nisan 2019, Cumartesi

08:30 - 10:00 Onkoloji - 2

Oturum Başkanları: Sabri Çolak, Hanifi Şahin

- 08:30 - 08:50 Endometrial hiperplazilerde güncel yaklaşım
08:50 - 09:10 Anormal uterin kanamaların tanısı: Ofis biyopsi, fraksiyone küretaj, H/S
09:10 - 09:30 Endometrium kanserinde onkofertilite yaklaşımı
09:30 - 09:50 Erken evre endometrium kanserlerinin yönetiminde neler değişti?
09:50 - 10:00 Tartışma
10:00 - 10:15 Kahve Arası

Fadıl Kara
Yakup Kumtepe
Ali Ayhan
M. Macit Arvas

10:15 - 12:30 Onkoloji - 3

Oturum Başkanları: Sinan Özalp, Talip Gül

- 10:15 - 10:35 Adölesanlarda adneksial kitlere yaklaşım
10:35 - 10:55 Gebelikte adneksial kitlere yaklaşım
10:55 - 11:15 Postmenopozal adneksial kitlere yaklaşım
11:15 - 11:35 Yüksek riskli GTN'lerde güncel yönetim
11:35 - 12:00 Adneksial kitlerin yönetiminde laparoskopinin güncel yeri
12:00 - 12:15 Düşük riskli GTN'lerde güncel yönetim
12:15 - 12:30 Jinekolojik kanserlerde fertilitte prezervasyonu amacı ile oosit ve embriyo dondurulması - endikasyonlar, teknik ve sonuçlar
12:30 - 13:30 Yemek Arası

Aşkı Ellibeş
Anıl Onan
Kadir Bakay
Mehmet Harma
M. Faruk Köse
Müge Harma
Bülent Urman

13:30 - 15:00 Histeroskopi - 1

Oturum Başkanları: Cihat Ünlü, Cavit Kart

- 13:30 - 13:50 Histeroskopik myomektomi
13:50 - 14:10 Histeroskopik adezyolizis
14:10 - 14:30 İsthmosel
14:30 - 14:50 Histeroskopide komplikasyonlar
14:50 - 15:00 Tartışma
15:00 - 15:15 Kahve Arası

Yeşim Bayoğlu Tekin
Bülent Yılmaz
Pervin Karlı
Ülkü Özmen

15:15 - 16:45 Kişiyi Özel Kontrollü Ovaryan Stimulasyon : Panel

Moderatör: Ahmet Zeki Işık

Panelistler: Erbil Doğan, Ayşe Seyhan Ata, Davut Güven, Serhan Cevrioğlu

- 16:35 - 16:45 Tartışma
16:45 - 17:00 Kahve Arası

17:00 - 18:00 Sözlü Bildiriler-3

Oturum Başkanları: Aykut Barut, Gülşah Balık

- OP-17 Obstetrik ve jinekolojik komplike ekstrem vakalar; Somali tecrübemiz
OP-18 Uterus korunarak başarıyla opere edilen uterin rüptürle komplike term gebelik; Olgu sunumu, Somali tecrübesi
OP-19 Kliniğimizde yapılan total laparoskopik histerektomi operasyonlarının retrospektif analizi
OP-20 Uterin sarkomlarda klinikopatolojik özellikler ve prognostik faktörler: Tek merkez deneyimi
OP-21 Bilateral insidental matür kistik teratom ve brenner tümör birlikteliği: Olgu sunumu
OP-22 Glukoz yükleme testi sonucuna ve gestasyonel diyabetes mellitus görülme sıklığında rol oynayabilecek faktörler
OP-23 Congenital short femur: A case report
OP-24 Travma sonrası 4. gün dekolman plasenta vakası
OP-37 Seks-kord stromal tümör ile birlikte olan 6 endometrium kanseri olgunun retrospektif değerlendirilmesi

Recep Erin
Recep Erin
Evrin Akmut
Zeliha Fırat Cüylan
Deniz Çiftçi
Özgür Koçak
Pervin Karlı
Ayşe Zehra Özdemir
Ferah Kazancı

2. Karadeniz Jinekoloji ve Obstetrik Kongresi



4 - 7 Nisan 2019, Samsun

7 Nisan 2019, Pazar

08:30 - 10:15 Sözlü Bildiriler-4

Oturum Başkanları: Recep Erin, Deniz Kulaksız, İlhan Bahri Delibaş

- | | | |
|-------|---|-------------------------|
| OP-25 | Levonorgestrelli rahim içi araç uygulaması sonrası gelişen eritema nodozum ve granulomatöz mastit: Olgu sunumu | Deniz Çiftçi |
| OP-26 | Fetal kayıp ile sonuçlanan gebelikte akut pankreatit: Olgu sunumu | Kaan Eray Uzun |
| OP-27 | Plasental koryoanjyoma: olgu sunumu | Ömür Erden |
| OP-28 | Aşırı aktif mesane sendromu ile uterin leiomyoma arasında ilişki var mıdır ? | Ekrem Akdeniz |
| OP-29 | Şiddetli preeklampsiye eşlik eden maternal hiponatremi, olgu sunumu | Canan Soyer Çalışkan |
| OP-30 | Apgar skoru yenidoğan ölçümlerinden etkilenir mi? | Kübra Baki Erin |
| OP-31 | Karadeniz bölgesinde majör ve minör fetal kalp anomalilerine farklı bir bakış, Perinatoloji deneyimi | Uğur Turhan |
| OP-32 | Doğum indüksiyonunda Propess® kullanımı öncesi vajinal yıkamanın etkinliği | Banuhan Şahin |
| OP-33 | 30-65 yaş arası kadınlarda ulusal serviks kanseri taraması bilgi düzeyi ve tutumu | Hasan Aykut Tuncer |
| OP-34 | Erken evre endometrium kanserli hastalarda adjuvan radyoterapinin hastaliksız sağkalım üzerinde etkisi: 10 yıllık sonuçlarımız | İpek Pınar Aral |
| OP-36 | Sezaryen sonrası erken dönemde anne yaşam kalitesinin artırılmasında ürünler katater uygulamasının, fasya köşe süturu atılmasının ve anal uyarının etkisi | Atiye Aysemin Gürçağlar |

10:15 - 10:30 Kahve Arası

10:30 - 12:00 Sözlü Bildiriler-5

Oturum Başkanları: Şafak Hatırnaz, Banuhan Şahin, Hatice Yılmaz Doğru

- | | | |
|-------|--|----------------------|
| OP-38 | Hipertiroidinin erken gebelik ve tarama testleri sonuçları üzerine etkisi | Aysegül Alkılıç |
| OP-39 | Preeklampside şiddetli hiponatremi: olgu sunumu | Ömür Erden |
| OP-40 | Serviks kanseri tanısı ile radyoterapi uygulanan hastaların tedavi yanıtının değerlendirilmesi ve tedavi yanıtı ile ilişkili olabilecek prognostik faktörlerin değerlendirilmesi | Ela Delikgöz Soykut |
| OP-41 | Küretaj sonrası aşırı kanamada uterin arter embolizasyonunun yeri | Hakan Kızılet |
| OP-42 | HCG uygulamasından 36. saat ile 42. saat sonra yapılan intrauterin inseminasyonun klinik sonuçlarının karşılaştırılması | Banuhan Şahin |
| OP-43 | Postmenapozal dönemdeki kadınlarda uyku kalitesi ve cinsel işlev bozukluğu | Sabri Çolak |
| OP-44 | HPV DNA pozitif olgularda vaginal akıntı | Halit Arslan |
| OP-45 | Gebelikte dirençli hıçkırık: Olgu sunumu | Aşkı Ellibeş Kaya |
| OP-46 | Treatment of cornual pregnancy with methotrexate | Deniz Çiftçi Yavaş |
| OP-47 | Kolposkopi ünitesine başvuran anormal servikal smear sitolojili hastaların histopatolojik değerlendirilmesi ve demografik analizi | Deha Denizhan Keskin |
| OP-48 | Düşük over rezervi nedeniyle koh uygulanan hastaların AMH düzeylerine göre siklus özellikleri ve siklus başarılarının değerlendirilmesi | Seda Keskin |
| OP-49 | Antepartum kanamanın nadir bir nedeni: Uterin didelfis | Merve İlknur Kazaz |
| OP-50 | Laparoskopik extraperitoneal mesh üreteropeksi | Evren Akmut |



Destekleriyle

Sözlü Bildiriler



2. Karadeniz Jinekoloji ve Obstetrik Kongresi



4 - 7 Nisan 2019, Samsun

OP-01

Epidural Anestezi İle Normal Doğum Yapanlarda Memnuniyet Değerlendirmesi

İsa Şükrü Öz¹, Burak Ün², Anıl Turhan Çakır³

¹Zonguldak Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi, Zonguldak

²Adana Şehir Hastanesi, Adana

³Zonguldak Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi, Zonguldak

Amaç: Epidural anestezi uygulanmadan normal doğum yapanlar ve epidural doğum yapanlar arasındaki memnuniyet düzeyi farklılıklarını değerlendirmeyi amaçladık.

Materyal-Metod: Çalışmaya Ocak 2018 ile Mart 2018 arası zaman diliminde doğum için doğum ünitesine gelen gebeler kabul edildi. Gebelere memnuniyet düzeyi durumunu değerlendirmek için 20 sorudan oluşan anket uygulandı. Epidural anestezi uygulanmaksızın normal spontan vajinal doğum yapan gebeler ile kontrol gurubu oluşturularak karşılaştırma yapıldı. Karşılaştırmalar arasındaki değerlendirmeler Mann Whitney-U testi ile yapıldı.

Bulgular: Epidural doğum yapan kadınların % 86'sı doğumda hiç ya da çok az ağrı hissettiğini belirtirken, normal doğum yapan kadınların tamamı çok ya da şiddetli ağrı hissettiğini belirtmiştir ($p<0,05$). Doğum sonrasında ise ağrı hissetme durumu normal doğum yapanlarda daha az olarak belirtilmiştir ($p<0,05$). Doğum sonrasında çok ya da şiddetli ağrı hissetme oranı normal doğumda % 32 iken bu oran epidural doğum yapan kadınlarda % 74'e yükselmektedir ($p<0,05$). Epidural doğum yapanların personel ilgisinden ve doğum şeklinden memnuniyeti ile aynı doğum şeklini tekrar tercih etmesi normal doğum yapanlara göre istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde daha yüksek oranda görülmektedir ($p<0,05$).

Sonuç: Epidural doğum normal vajinal spontan doğuma göre daha konforlu ve hasta memnuniyetinin daha yüksek olduğu doğum şeklidir. Hasta memnuniyetin artırılması noktasında, anne adaylarının epidural doğum konusunda bilgilendirilmeleri ve cesaretlendirilmeleri önem arz etmektedir.

Anahtar Kelimeler: Normal Doğum, Epidural Doğum, Hasta Memnuniyeti



2. Karadeniz Jinekoloji ve Obstetrik Kongresi



4 - 7 Nisan 2019, Samsun

OP-02

İkinci Basamak Devlet Hastanesine Başvuran Gebelerin, Sigara İçme Durumlarına Göre Gebelik Sonuçları

Görker Sel

Zonguldak Bülent Ecevit Üniversitesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Ana Bilim Dalı, Zonguldak

Amaç: Gebeliğinde miktarı önemsenmeksizin sigara içen ve içmeyen gebelerin; gebelik sonuçları ve gebelerin yaş, Hemogloblin (Hgb), TSH değerleri, öğrenim durumları ve bebeklerinin doğum kilosu açısından değerlendirildi. Sigara kullanma durumunun bu verilere olan etkisi ve varsa neden sonucu ilişkisi araştırıldı.

Materyal-Metod: 01.01.2017-01.01.2018 tarihleri arasında Bartın Devlet Hastanesi Gebe polikliniğine başvuran ve yukarıda bahsedilen bilgileri kimlikleri gizli kalmak kaydıyla vermeyi kabul eden ilk trimester 50 sayıda sigara içen gebe, 50 adet sigara içmeyen benzer gravida-parite sayısında gebe araştırmaya alındı. Gebelere yaşı, eğitim durumu, doğum sayısı, sigara kullanıp kullanmadığı soruldu. Ardından ilk trimesterde bakılan rutin tahlilleri arasından Hemogloblin ve TSH seviyeleri not edildi. Ardından bu 100 gebe Gebelik sonuçları bakımından (doğum, abort, bebek kilosu) izleme alındı. Soruların cevabına ve tahlil sonuçlarına göre de hastalara gerekli uyarılar ve gerek varsa ilaç takviyesi başlandı. İzlemler ikinci basamak hastanede yapıldığından erken doğum tehdidi yaşamış olup ileri merkeze sevk edilen hastalar takipten çıkmış oldu. Bu nedenle yalnızca abort eden ve miad doğum yapan gebeler araştırmaya seçilmiş oldu. Yukarıda sözü geçen veriler SPSS 20.0 istatistik programına girildi. Kruskal Wallis testi ile gebelikleri sigara içen ve içmeyenler karşılaştırıldı.

Bulgular: 50 sigara içen, 50 sigara içmeyen gebenin yaşları, Hgb, TSH değerleri, öğrenim durumları, gravida-parite değerleri eş olacak şekilde gebeler ilk olarak not edilmiş olan 50 sigara içen gebe referans alınarak, 50 sigara içmeyen gebe seçildi. İzlemleri yapıldığından abort sayıları ve doğum kiloları açısından iki grup karşılaştırıldı.

Tablo 1

İki grupta da birer adet ilk trimester abort meydana geldi. Bu açıdan sigara içenler ve içmeyenler arasında ayırım yoktu, ancak gruptaki katılımcı sayısının da az olması abort sayısına etki etmiş olabilir. Bunun yanında iki grup arasında beklendiği üzere bebeklerin doğum kiloları arasında fark mevcuttu. Sigara içen grubun bebeklerinin (49 adet) doğum kilosu median değeri: 3000 gr, sigara içmeyen grubun (49 adet) ise 3250 gr idi, p;.002.

Sigara içmek toplumumuzda tüm önlemlere rağmen istenildiği ölçüde azaltılamamıştır. Ne yazık ki gebelik planlayacak yaşta olan kadınlar da aktif olarak da sigara içmektedir.

2. Karadeniz Jinekoloji ve Obstetrik Kongresi



4 - 7 Nisan 2019, Samsun

Bu çalışmadan da anlaşıldığı üzere sigara içmek bebeklerin ilk olarak doğum kilolarını etkilemektedir. Diğer parametrelerin benzer olması iki grubun sadece sigara içme açısından farklı olması da çalışmamıza ayrı bir önemli istatistiksel anlamlılık katmaktadır.

Anahtar Kelimeler: Gebe, Sigara, İzlem, Doğum kilosu

Tablo 1

	Yaş	Doğum kilosu	Hgb	TSH	Öğrenim	Sonuç	Parite
Chi-Square	,838	9,492	,230	,607	1,553	,566	,946
p	,360	,002	,632	,436	,213	,452	,331

Sigara içen ve içmeyen gruptaki gebelerin gebelik sonuçları ve laboratuvar değerleri arasındaki istatistiksel ilişki

AuthorToEditor: Batı Karadeniz'de yapılmış sigara içen ve sigara içmeyen gebelerin demografik verileri eşit olduğunda gebelik sonuçlarına sigara içmenin tesirini araştırdığımız bir çalışma olmuştur. Bu anlamda ileri çalışmalara referans olabilecek bir prospektif çalışmadır.



2. Karadeniz Jinekoloji ve Obstetrik Kongresi



4 - 7 Nisan 2019, Samsun

OP-03

Aynı Uterusta Düşük Dereceli Endometrial Stromal Sarkom Ve Leiomyoma Birlikteliği: Olgu Sunumu Ve Literatürün Gözden Geçirilmesi

Aslıhan Alpaslan Duman

Giresun Üniversitesi Tıp Fakültesi, Tıbbi Patoloji Anabilimdalı, Giresun

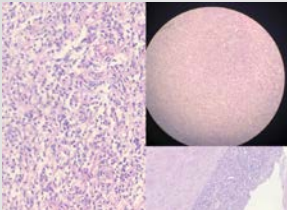
Giriş: Uterusun mezenkimal tümörleri farklı biyolojik tavırlara sahip heterojen bir grup olup leiomyomlar en sık görülen mezenkimal tümördür. Endometrial Stromal Sarkom(ESS) ise düşük ve yüksek dereceli olmak üzere ikiye ayrılan nadir görülen mezenkimal tümörlerdendir. Köken aldıkları orjin farklılık göstermesine rağmen her ikisinin de mezenkimal tümör olması nedeniyle bu tümörlerde ayırıcı tanı önem arzeder. Makroskopik olarak ESS dejenere leiomyom nodülü ile karışabilmekte ancak morfoloji ve immünohistokimya ile histopatolojik ayırım kolaylıkla yapılabilmektedir.

Olgu: 53 yaşında kadın hasta, leiomyomatozis uteri ön tanısıyla TAH+BSO ameliyatı yapılmış. Kliniğimize ulaşan spesimene yapılan makroskopik incelemede endometrial kaviteyi bir kenara sıkıştıran bir adet 10,5x9x8 cm ölçülerinde; orta kısımları kanamalı ve dağılan özellikte, çevre kısımları sarı-turuncu renkte nodül ve 7,5x 6x 5 cm ölçülerinde submukozal-intramural yerleşimli kesit yüzü gri-beyaz örülü görünümde bir nodül daha mevcuttu. Büyük nodül ve gri-beyaz nodülden çok sayıda parça alınarak mikroskopik inceleme yapıldı. Büyük nodüle ait kesitlerde yer yer nekroz alanları içeren proliferatif dönem endometrial stromaya benzer; ince vasküler ağ ile seyreden dar sitoplazmalı, yuvarlak-oval nükleuslu hücrelerin myometrial lifler arasında ve vasküler yapılar içinde infiltratif yayılım gösteren neoplastik yapı izlendi. İmmünohistokimyasal çalışmada bu hücreler CD10 ile pozitif Desmin ile negatif immünreaktivite gösterdi. Ki-67 proliferasyon indeksi %30 idi. Bu bulgularla Düşük dereceli ESS olarak tanılandı. Diğer nodüle ait kesitlerde seyrek mitoz(10bba'da 1-2) içeren, geniş sitoplazmalı, içi -oval nükleuslu hücrelerin balıksürüsü paterninde yayılarak oluşturduğu düzgün sınırlı neoplastik yapı izlendi. İmmünohistokimyasal çalışmada bu hücreler Desmin ile pozitif, CD10 ile negatif immünreaktivite gösterdi. Ki-67 proliferasyon indeksi %1-2 idi. Bu bulgularla Leiomyom nodülü olarak tanılandı.

Sonuç: Olgumuz mezenkimal orijinli ESS ve leiomyoma birlikteliği ve özellikle ESS'un makroskopik olarak leiomyom nodülü ile karıştırılabilme olasılığı nedeniyle literatür eşliğinde sunulmaya değer görülmüştür.

Anahtar Kelimeler: Mezenkimal Tümör, Endometrial Stromal Sarkom, Leiomyoma

Endometrial Stromal Sarkom. H&E.



2. Karadeniz Jinekoloji ve Obstetrik Kongresi



4 - 7 Nisan 2019, Samsun

OP-04

Obez Gebelerde Doğum Sonrası Emzirmeye Devam Oranlarının Değerlendirilmesi

Erdem Şahin

Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği

Amaç: Maternal obezite gerek antepartum gerekse postpartum dönemde olumsuz maternal ve perinatal sonuçlar ile karakterizedir. Maternal obezitenin başarılı ilk emzirme üzerine olumsuz etkileri bilinmektedir fakat bu gebelerin başarılı ilk emzirme sağlandıktan sonra emzirmeye ne kadar devam etkileri net değildir. Mevcut çalışmanın amacı gebelik öncesi vücut kitle indeksi normal, fazla kilolu ve obez olarak sınıflandırılan gebelerin doğum sonrası emzirmeye hangi oranda devam edip etmediklerini araştırmaktır.

Yöntem: Çalışmaya 18-35 yaş arasında, komplike olmayan term gebelik haftasında sezeryan veya spontan vajinal yol ile doğum yapmış gebeler dahil edildi. Çalışmada toplam 420 gebe değerlendirildi. Kriterleri karşılayan 360 gönüllü çalışmaya dahil edildi. İlk emzirme başarısını değerlendirmek için 'Infant Breast Feeding Assessment tool' (IBFAT) skalası kullanıldı. Beslenmeye hazır olma, arama, yakalama, emme paterni her biri için maksimum 3 puan verildi. Skorun 10-12 arası olması başarılı 10'un altında olması başarısız ilk emzirme olarak tanımlandı. IBFAT skoru 10'un altında olan 26 gönüllü çalışmaya dahil edilmedi. Kalan 334 gönüllü gebelik öncesi vücut kitle indekslerine (VKİ) göre 3 gruba ayrıldı. 1. grup normal VKİ 18.0-25.0 kg/m² (n:160), 2. grup fazla kilolu VKİ 25.0-30.0 kg/m² (n:122), 3. grup obez VKİ 30.0-40.0 kg/m² (n:52) olarak belirlendi. Postpartum 3, 6, 9 ve 12. aylarda lohusalar aranarak emzirmeye devam edip etmedikleri kaydedildi.

Bulgular: Toplam 334 gebe değerlendirildi. Ortalama maternal yaş 28±6.2, ortalama doğum anındaki gebelik haftası 39±1.6 ve ortalama fetal ağırlık 3350gr ± 270gr olarak saptandı. Normal VKİ sahip gebelerin 6. ayda %96.8'i 12. ay sonunda %86.8'i emzirmeye devam ettiği saptandı. Fazla kilolu gebe grubunda gebelerin 6. ayda %91.8'i 12. ay sonunda %78.6'i emzirmeye devam ettiği saptandı. Obez gebe grubunda ise gebelerin 6. ayda %69.2'si 12. ay sonunda ise %23'ünün emzirmeye devam ettiği tespit edildi.

Sonuç: Obez gebelerin postpartum emzirmeye devam etme oranları önemli derecede düşük olarak saptandı. Özellikle obezite ile komplike olan gebelere emzirmenin faydaları hakkında danışmanlık yapılması gerekmektedir.

Anahtar Kelimeler: Maternal obezite, başarılı ilk emzirme, laktasyon

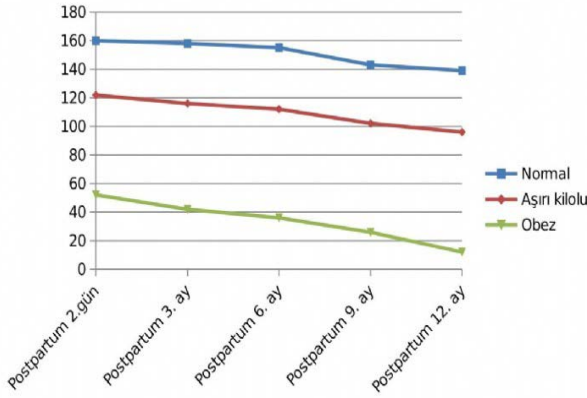


2. Karadeniz Jinekoloji ve Obstetrik Kongresi



4 - 7 Nisan 2019, Samsun

Şekil 1. Grupların başarılı emzirmeye devam etme oranlarının değerlendirilmesi



2. Karadeniz Jinekoloji ve Obstetrik Kongresi



4 - 7 Nisan 2019, Samsun

OP-05

Histerektominin Gestasyonel Trofoblastik Neoplazi Tedavisindeki Rolü: Tek Merkez Deneyimi

Can Türkler¹, Mehmet Sipahi²

¹Can Türkler, Erzincan Binali Yıldırım Üniversitesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Ana Bilim Dalı, Erzincan

²Mehmet Sipahi, Giresun Üniversitesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Ana Bilim Dalı, Giresun

Amaç: Gestasyonel trofoblastik neoplazmalarının (GTN) ana tedavi yöntemi kemoterapidir. Bazı durumlarda, histerektomi ve metastazektomi dahil cerrahi tedavi gerekebilir. Bu çalışma, GTN'lerin tedavisinde histerektomi kullanımı ile tek bir merkezin deneyimini değerlendirmeyi amaçlamaktadır.

Materyal-Metod: Mayıs 1995 ve Mart 2014 tarihleri arasında merkezimizde GTN tedavisi gören toplam 35 hasta retrospektif olarak değerlendirildi. On dört tanesi tedavilerinin bir parçası olarak histerektomi geçirmişti. Histerektomi öncesi kemoterapi rejimleri, operasyon endikasyonları, histerektomi sonrası tedaviler, morbidite ve mortalite oranları, takip ve prognoz değerlendirildi.

Bulgular: Histerektomi sırasındaki ortalama yaş 41 ± 5.7 (dağılım 18-58) idi. On hastaya (% 71.4) histerektomi öncesi tek ajan veya çok ajan kemoterapi uygulandı. Histerektomi endikasyonları 7 (% 50) olguda kemoterapiye direnç, 4 (% 28,5) olguda hastanın tercihi ve 3 (% 21,5) olguda inatçı uterus kanama idi. Tüm histerektomiler transabdominal olarak yapıldı. Ölüm veya majör operatif morbidite yoktu. Beş hasta pulmoner metastaz nedeniyle histerektomi sonrası kemoterapisini sürdürdü. Dört hasta preoperatif veya postoperatif kemoterapi almadı. Histerektomi sonrası ortalama takip süresi 92.6 ± 38.5 ay (dağılım: 39-180 ay) idi. Bu dönemde hastalık nüksü veya ölüm yoktu.

Sonuç: Histerektomi, özellikle konvansiyonel tedaviye dirençli olan GTN'ler için güvenli ve etkili bir tedavi yöntemidir.

Anahtar Kelimeler: Gestasyonel trofoblastik neoplazi, histerektomi, kemoterapi.



2. Karadeniz Jinekoloji ve Obstetrik Kongresi



4 - 7 Nisan 2019, Samsun

OP-06

50 Gr Oral Glukoz Tolerans Testi Sonuçları Düşük Doğum Ağırlığını (Sga) Öngörebilir Mi?

Mefkure Eraslan Şahin

Kayseri Pınarbaşı Devlet Hastanesi

Amaç: Gestasyonel diabetes mellitus (GDM) gebeliğin 24-28 haftaları arasında 50gr oral glukoz tolerans testi (OGTT) ile taranmakta olup testin 140mg/dL üzerinde olması anormal olarak kabul edilmektedir. GDM artmış plazma glukozu, insulin ve IGF-1 seviyelerine bağlı olarak makrozomi ile ilişkisi bilinmektedir. Mevcut fizyoloji düşünüldüğünde düşük maternal glukoz seviyeleri varlığında ise gerek hormonal gerekse yetersiz plasental transporta bağlı olarak düşük doğum ağırlıklı bebek (SGA) gelişimine neden olabileceği hipotezi öne sürülebilmektedir. Mevcut çalışmanın amacı 50gr OGTT sonrası 1.saat düşük plazma glukoz seviyeleri ile SGA ilişkisini araştırmaktır.

Yöntem: Bu retrospektif çalışmaya 18-35 yaş arasında, komplike olmayan, term gebelik haftasında sezeryan veya spontan vajinal yol ile doğum yapmış gebeler dahil edildi. Çoğul gebelik, bilinen sistemik hastalık varlığı, SGA ile ilişkili olabilecek gestasyonel hipertansiyon, preeklamsi, kolestaz, sigara alkol kullanımı, troid bezi hastalıkları, fetal konjenital ve kromozomal anomaliler ve anormal umbilikal arter dopler akımı varlığında hastalar çalışmaya dahil edilmedi. GDM taraması 24-28 gebelik haftaları arasında 50gr OGTT ile yapıldı. 1.saat değerin 140mg/dL üzerinde olması anormal olarak kabul edildi. Düşük plazma glukoz seviyesi için daha önce literatürde kabul edilen 75mg/dL değeri kabul edildi. Hastalar toplam iki gruba ayrıldı. Birinci grup tarama sonrası 1. saat plazma glukoz seviyesi 75mg/dL altında onlalar, ikinci grup kontrol grubu 1. saat plazma glukoz seviyesi 76mg/dL-139mm/dL arasında olanlar olarak sınıflandırıldı. Çalışmanın primer sonucu SGA varlığı olarak belirlendi. SGA doğum ağırlığının beklenenin 10 persentil altında olması, normal doğum ağırlık ise 10-90 persentil arası olarak kabul edildi.

Bulgular: Çalışmaya kriterleri karşılayan toplam 362 hasta dahil edildi. 42 hasta düşük plazma glukoz seviyesi olan grupta, 320 hasta normal plazma glukozu olan hasta grubunda sınıflandırıldı. Maternal yaş, nuliparite, OGTT yapılan gebelik haftası, doğumun gerçekleştiği gebelik haftası ve fetal cinsiyet açısından gruplar arasında farklılık saptanmadı ($p=0.820$, $p=0.748$, $p=0.853$, $p=0.820$, $p=0.420$, $p=0.367$, sırasıyla). Ortalama 1. saat plazma glukoz seviyesi birinci grupta 66.8 ± 5.9 mg/dL ikinci grupta ise 118.4 ± 16.4 mg/dL olarak saptandı ($p<0.001$). Her iki grup SGA açısından karşılaştırıldığında gruplar arasında anlamlı istatistiksel farklılık saptanmadı ($p=0.730$).

Sonuç: 50gr OGTT taramasında düşük 1. saat plazma glukoz seviyesinin düşük doğum ağırlığı (SGA) ile ilişkili değildir. Hasta sayısının daha fazla olduğu daha gelişmiş prospektif çalışmalar mevcut ilişkiyi daha net aydınlatacaktır.

2. Karadeniz Jinekoloji ve Obstetrik Kongresi



4 - 7 Nisan 2019, Samsun

Anahtar Kelimeler: Düşük doğum ağırlığı, SGA, 50 gr OGTT

Maternal demografik özelliklerin ve perinatal sonuçların karşılaştırılması

	Düşük glukoz seviyesi grubu (n:42)	Normal glukoz seviyesi grubu (n:320)	p- value
Maternal yaş (yıl)	29.5±4.2	30.1±4.6	.820
Nuliparite (n%)	20 (%47.6)	155 (%48.4)	.748
OGTT yapılan gebelik haftası (hafta)	25.0±0.9	25.0±0.8	.853
1.saat plazma glukoz seviyesi (mg/dL)	66.8±5.9	118.4±16.4	<.001
Doğumun gerçekleştiği gebelik haftası (hafta)	39.0±1.1	39.0±1.2	.420
Fetal cinsiyet (erkek) (n%)	23 (%54.7)	16/ (%52.1)	.367
Düşük doğum ağırlığı (SGA) (n%)	3 (%7.14)	21 (%6.5)	.730



2. Karadeniz Jinekoloji ve Obstetrik Kongresi



4 - 7 Nisan 2019, Samsun

OP-07

Doğumdan 11 Ay Sonra Tanı Alan Plasenta Increata: Olgu Sunumu

Can Türkler¹, Mehmet Sipahi²

¹Can Türkler, Erzincan Binali Yıldırım Üniversitesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Ana Bilim Dalı, Erzincan

²Mehmet Sipahi, Giresun Üniversitesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Ana Bilim Dalı, Giresun

Amaç: Postpartum kanamanın pıhtılaşma kusurları ve uterin atoni dahil birçok nedeni vardır. Plasentanın anormal yerleşimi, sezaryen skar gebeliği ve gestasyonel trofoblastik hastalık, postpartum kanamaya neden olabilecek diğer hastalıklardır. Burada, doğumdan sonra uzamış ancak az miktarda kanamaya neden olan, alışılmadık bir uterus alt segment kitlesi olarak ortaya çıkan plasenta increata teşhisi almış bir olguyu sunmayı amaçladık.

Materyal-Metod: Postpartum anormal uterin kanama şikayeti olan hastada ultrasonografi ile uterus alt segmentte vaskülarize kitle tespit edildi.

Bulgular: 20 yaşında, daha önce sezaryen ve kürtajla tedavi edilen düşük öyküsü olan kadın hasta (G2P1Y1A1), sezaryen ameliyatından 11 ay sonra vajinal kanama şikayeti ile başvurdu. Önceki gebelik ve sezaryen ameliyatı sırasında herhangi bir sorun olmayan hastanın, β -hCG: 265 mIU/ml, Hb: 11.9 g/dl, Htc: 35 idi. İlk transvajinal US görüntülerinde uterus ve servikal alan istmusunda 45x60 mm ekojenik kitle görüldü. Renkli Doppler Ultrasonografi ile kitlenin vaskülaritesinin fazla olduğu saptandı (RI: 0,37). Tanısal küretaj işlemi uygulanan hastada abondan vajinal kanama oluşması üzerine acil laparotomi kararı alındı. Laparotomi esnasında uterus ön yüz, alt segmente yerleşmiş kitle vizüalize edildi (Resim 1). Hastaya total abdominal histerektomi ve bilateral salpenjektomi uygulandı. Patoloji tarafından plasenta increata tanısı alan hasta postoperatif 8. gün şifa ile taburcu edildi (Resim 2).

Sonuç: Maternal morbiditenin başlıca sebeplerinden olan plasenta invazyon anomalileri nadiren de olsa geç bulgu verebilir.

Anahtar Kelimeler: Plasenta increata, ultrasonografi, anormal uterin kanama

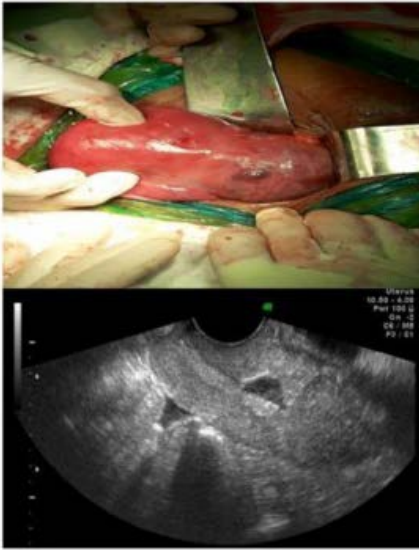
2. Karadeniz Jinekoloji ve Obstetrik Kongresi



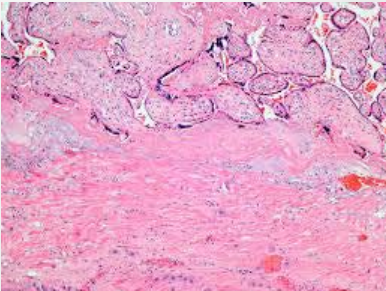
4 - 7 Nisan 2019, Samsun

Resim 1. Olgunun ultrasonografi ve operasyon fotoğrafları

Resim 1. Olgunun ultrasonografi ve operasyon fotoğrafları



Resim2. Olgunun patoloji görüntüsü





2. Karadeniz Jinekoloji ve Obstetrik Kongresi



4 - 7 Nisan 2019, Samsun

OP-08

Doğu Karadeniz Bölgesi'ndeki Gebe Kadınlarda Periodontal Hastalık Farkındalığı Ve Sosyoekonomik Düzey İle İlişkisi

Selen Gürsoy Erzincan¹, Şebnem Alanya Tosun², Ebru Özkan Karaca³

¹Trabzon Kanuni Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Perinatoloji Kliniği, Trabzon

²Giresun Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, Giresun

³Yeditepe Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi, Periodontoloji Anabilim Dalı, İstanbul

Amaç: Diş eti sağlığını birçok faktör etkilemektedir. Özellikle oral hijyeni zayıf olan kişilerde bazı durumlar, diş eti sağlığını daha da kötüleştirebilmektedir. Bu durumlardan biri de gebeliktir. Literatürde, periodontal hastalık ile erken doğum ve düşük doğum ağırlığının ilişkili olduğu gösterilmiştir. Bu çalışmanın amacı, Doğu Karadeniz Bölgesi'ndeki gebe kadınlarda periodontal sağlık bilgisi ve farkındalık derecesini değerlendirmektir.

Yöntem: Çalışmaya Temmuz 2018 ile Aralık 2018 tarihleri arasında Trabzon ve Giresun illerindeki iki ayrı merkezde kadın doğum polikliniğine başvuran ve araştırmaya katılmayı kabul eden gönüllü gebeler dahil edilmiştir. Veriler, hastaların bizzat kendilerince doldurdıkları, araştırmacılar tarafından yapılandırılmış kesitsel anketler kullanılarak toplanmıştır. Anket maddelerinde gebelik bilgileri, periodontal sağlık bilinci, kişisel ve sosyo-demografik değişkenler ele alınmıştır.

Bulgular: Çalışmamızda yaş ortalaması 30.1 ± 5.3 olan 397 gebenin % 30.7'si üniversite, % 35'nin ise lise mezunu olduğu belirlendi. Gebelerin azınlığının (%16.8) dental plak hakkında bilgi sahibi olduğu, %32.6'sının dental plağın zararlı etkilerini bildiği ortaya çıktı. Bununla beraber gebelerin %51.4'ü diş etindeki kanamanın periodontal hastalığı gösterdiğini ifade etmiştir. Çalışmamız, gebelerin çoğunluğunun (%80.1) diş eti hastalığının ana nedenini bilmemesine ve sadece %15.1'inin periodontal hastalığın erken doğuma yol açabileceğini bilmesine rağmen, % 56'sının gebelikte diş fırçalama sıklığının artırılması gerektiğine inandığını göstermektedir.

Sonuç: Çalışmanın sonucunda elde edilen veriler, gebe kadınlarda diş ve diş eti sağlığı konusunda bilgi ve farkındalık düzeyinin zayıf olduğunu ortaya koymuştur. Periodontal hastalığı ve buna bağlı gelişebilecek erken doğum gibi obstetrik komplikasyonları önlemek için antenatal dönemde gebelere ağız sağlığını iyileştirecek eğitim programları planlanmalı, bilgi düzeyi artırılmalıdır.

Anahtar Kelimeler: antenatal takip, periodontoloji, ağız hijyeni, gebelik

2. Karadeniz Jinekoloji ve Obstetrik Kongresi



4 - 7 Nisan 2019, Samsun

Tablo 1. Yaş, eğitim seviyesi ve gebelik özelliklerine göre gönüllü gebelerin sıklık dağılımı (n= 397)

	n (%)
Yaş (yıl)	
≤ 25	83
26-30	132
31-35	118
>35	64
Eğitim düzeyi	
İlkokul veya altı	59 (14,9)
Ortaokul	77 (19,4)
Lise	139 (35)
Üniversite	122 (30,7)
Gebelik sayısı	
Primigravida	128 (32,2)
Multipara	269 (67,8)
Gebelik haftası	
İlk trimester	77 (19,4)
İkinci trimester	163 (41,1)
Üçüncü trimester	157 (39,5)

Tablo 2. Anket soruları ve gönüllü gebelerin cevaplarının dağılımı

Sorular	Yapılan (%)
1. Plak nedir?	
a. Diş yüzeyindeki yumuşak birkinti*	67 (16,8)
b. Diş yüzeyindeki sert birkinti	186 (46,9)
c. Dişlerin boyanması	10 (2,5)
d. Bilmiyorum	134 (33,8)
2. Diş plağı neye sebep olur?	
a. Dişlerin renk değişmesine	103 (25,9)
b. Dişlerde şekil bozukluğuna	20 (5,0)
c. Diş eti hastalığına*	129 (32,6)
d. Bilmiyorum	145 (36,5)
3. Diş etinde kanama neyi göstermektedir?	
a. İltihaplı diş etisi*	204 (51,4)
b. Sağlıklı diş etisi	7 (1,8)
c. Diş eti çekilmesini	108 (27,2)
d. Bilmiyorum	78 (19,6)
4. Diş eti hastalığını nasıl önlersiniz?	
a. Yumuşak yiyecekler yiyerek	10 (2,5)
b. Dişleri fırçalayarak ve diş ipi kullanarak*	287 (72,3)
c. Vitamin C takviyesi ile	40 (10,1)
d. Bilmiyorum	60 (15,1)
5. Dişlerinizi ne zaman fırçalarsınız?	
a. Sabah	101 (25,4)
b. Gün ortası	17 (4,3)
c. Yatmadan önce*	64 (16,1)
d. Hiç fırçalamam	9 (2,3)
e. Günde 1'den fazla fırçalamam	206 (51,9)



2. Karadeniz Jinekoloji ve Obstetrik Kongresi



4 - 7 Nisan 2019, Samsun

OP-09

Gebelikte Piriformis Sendromu: Nadir Görülen Olgu Sunumu

Şebnem Alanya Tosun

Giresun Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, Giresun

Amaç: Piriformis Sendromu (PS), piriformis kasında oluşan spazm ve ödem sonucu siyatik sinirin pelvis çıkışında tuzaklanması ile meydana gelen nöropatik tablodur. Erişkinlerde siyatik ağrı vakalarının ancak %5-6'sının PS ile ilişkili olduğu, kadınlarda daha çok görüldüğü bilinmektedir. Erken teşhis konulduğu zaman başlanan konservatif yaklaşımlardan fizik tedavi modaliteleri iyileşme sürecini hızlandırır. Ancak gebelik devam ederken piriformis kası ve derin pelvik kas grubuna yönelik uygulanacak germe egzersizleri ablasyo plasenta vb. riskleri artırarak fetal ve maternal morbidite ve mortaliteyi arttırabilir. Burada gebeliğin 3. trimesterinde ani gelişen ve literatürde gebelik ile birlikteliğine sık rastlamadığımız piriformis sendromu olgusu ve yönetimini irdelemeyi amaçladık.

Olgu: 27 yaşında, G1P0, SAT'a göre 38 hafta 2 gün gebeliği olan hasta, sakrumdan her iki kalça bölgesine ve bacağın arkasından dize kadar uzanan ağrı ve yürüme, ayakta durmada güçlükle şikayetleri ile kliniğimize başvurdu. Şuuru açık, koopere ve oryante olan hastanın gebe takiplerine düzenli geldiği ve önceki görüşmelerde sistemik veya obstetrik herhangi bir risk faktörü bulunmadığı anlaşıldı. Muayenesinde uterusu hassasiyet, batında rebound ve defans bulunmayan gebenin, non stres test bulguları reaktif olup, tokogram takibinde uterin kontraksiyonlar izlenmedi. Ayırıcı tanıda Gullian Barre, Transvers Myelit ve gebeliğin geçici osteoporozu tanıları düşünüldü. Ancak nörolojik muayenede her iki bacakta kas gücü 5/5 olup, parestezi ve hipo/hiperestezi saptanmadı. Hastanın semptomlarının intravenöz hidrasyon ve analjezikler ile gerilememesi üzerine kontrastsız alt batin MRG tetkikine yönlendirildi. Görüntülerde sağda priformis kası trasesi boyunca hipertrofik olup, foramene doğru uzanım göstererek siyatik sinir lojunu daralmaktaydı. Erken dönem tedavi yaklaşımı, kalça abduktör ve adduktör kas grubuna germe egzersizleri, kalça eklem hareket açıklığı egzersizleri olarak belirlendi. Bu egzersizlerin ablatio plasentaya yol açıp maternal ve fetal morbidite ve mortaliteyi arttırabileceği, vaginal yoldan doğumun ise piriformis kasına travma etkisi yaratarak semptomları daha da arttırabileceği göz önünde tutularak, PS + 38 (+) haftalık gebelik endikasyonu ile hasta sezaryana alındı. 3470 Gram ağırlığında 8/9 APGAR skorlu tam oluşumlu bir erkek bebek doğurtuldu. Genel durumu iyi vital bulguları stabil olan hasta, postoperatif ikinci günde analjeziklerle taburcu edildi. Puerperium periyodunda şikayetleri azalarak devam eden hasta postoperatif fizik tedavi ünitesine yönlendirildi.

Sonuç: Kadın Hastalıkları ve Doğum Uzmanları tarafından çok az bilinen bu nöropatik durumun fizik tedavisinde geç kalınması, siyatik sinir tuzaklanmasının kronikleşmesine neden olarak hastada kronik somatik disfonksiyona ve kompensatuvar değişikliklere bağlı olarak güç ve duyu kaybına yol açabilir. Kalça veya siyatik bölge ağrısı ile başvuran gebelerde PS da olabileceği ayırıcı tanıda akılda tutulmalıdır. Ayrıca gebelik takiplerinde seyir sorunsuz olsa bile, hastalar ani gelişebilecek semptomlar hakkında mutlaka bilgilendirilmelidir.

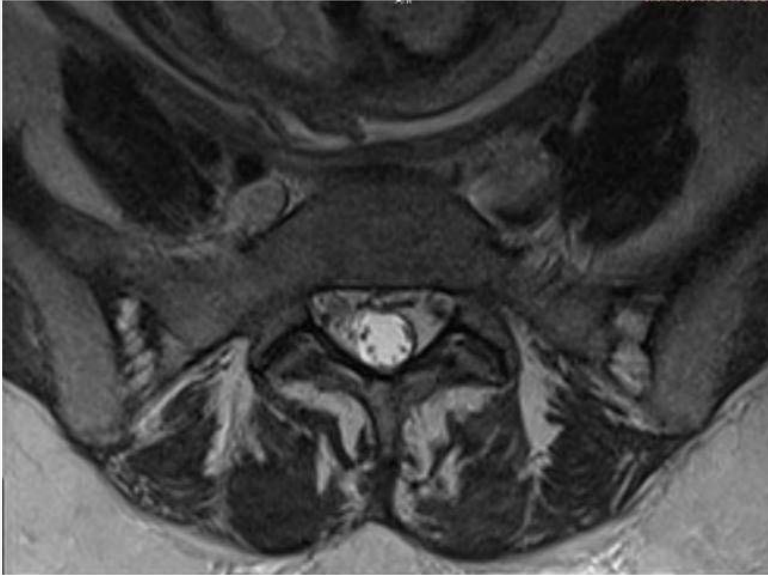
2. Karadeniz Jinekoloji ve Obstetrik Kongresi



4 - 7 Nisan 2019, Samsun

Anahtar Kelimeler: Piriformis sendromu, gebelik komplikasyonları, 3. trimester, siyatik ağrı

Figür 1. T2 Ağırlıklı Aksiyel Kesitte MR Görüntüsü





2. Karadeniz Jinekoloji ve Obstetrik Kongresi



4 - 7 Nisan 2019, Samsun

OP-10

İlk Trimesterde Ölçülen Trombosit Hacmi Ve Papp-A Düzeylerinin Preeklampsiyi Öngörmedeki Yeri

Sibel Mutlu, Engin Yurtçu

Karabük Üniversitesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Ana Bilim Dalı, Karabük

Amaç: İlk trimesterde ölçülen PAPP-A ve ortalama trombosit hacminin (MPV) preeklampsiyi öngörmedeki etkisini araştırmak.

Metod: Çalışmaya 2016-2018 yılları arasında kliniğimize başvuran 108 preeklampsisi tanısı konan hasta ile 110 sağlıklı tekiz gebeden oluşan toplam 208 hasta dahil edildi. Gestasyonel yaş; son adet tarihi (SAT) ve / veya birinci trimester obstetrik ultrasonografi (USG) ile baş popo mesafe(CRL) ölçümü göz önüne alınarak belirlendi. Tüm hastalardan 11-13 hf 6 gün arasında PAPP-A düzeyi ve hemogram için kan alındı. Ölçülen PAPP-A konsantrasyonları; CRL, gebenin kilosu, sigara içme durumu ve konsepsiyon yöntemine göre düzeltilerek MoM değerine dönüştürüldü. CRL ve NT ölçümleri ve majör fetal anomalilerinin saptanması için transabdominal ultrasonografi yapıldı. Preeklampsisi tanısı; 20. gebelik haftasından sonra istirahat halinde 4 kez ölçülen kan basıncı değerinin en az 2 sinin 140 ve 90 mmHg ve üzerinde tespit edilmesi ve spot idrarda +1 proteinüri veya 24 saatlik idrarda 300 mg/dl ve üzerinde protein tespit edilmesi ile konuldu. Preeklampsisi grubunda 37 hastaya erken başlangıçlı preeklampsisi, 71 hastaya hafta geç başlangıçlı preeklampsisi tanısı konuldu. Her iki grupta 2 li tarama testinde esnasında alınan kanda PAPP-A ve hemogram test parametrelerinden MPV düzeyleri incelendi.

Bulgular: Her iki grubun yaş ortalaması ve vücut kitle indeksleri (VKİ) arasında fark yoktu. Sezaryen ile doğum oranı preeklampside; kontrol grubuyla karşılaştırıldığında anlamlı düzeyde yüksek bulundu. Erken başlangıçlı preeklampside, geç başlangıçlı preeklampsisi ve kontrol grubu ile karşılaştırıldığında sezaryen doğum oranları anlamlı düzeyde yüksek bulundu. Erken başlangıçlı preeklampsisi görülenlerde SAT ve USG göre doğum haftaları, bebeklerin kiloları, boyları ve baş çevreleri geç başlangıçlı preeklampsisi görülenler ve kontrol grubuna göre anlamlı düzeyde düşüktü. MPV açısından erken ve geç başlangıçlı preeklampsisi grupları arasında anlamlı farklılık tespit edilmezken, kontrol grubuyla karşılaştırıldığında ise MPV preeklampsi grupta anlamlı derecede yüksekti. PAPP-A MoM ortalaması, geç başlangıçlı preeklampsisi grubunda ve kontrol grubunda, erken başlangıçlı preeklampsisi gruptan anlamlı olarak daha yüksekti. Geç başlangıçlı preeklampsisi ile kontrol grubunun PAPP-A değerleri arasında anlamlı farklılık yoktu.

Sonuç: Preeklampsisi gebelerde ciddi komplikasyonları olan maternal ve fetal hayatını tehdit etmeye devam eden en önemli problemlerden biridir. Bu tablonun hangi gebede ne zaman gelişebileceği ile ilgili kesin bilgiler yoktur. Buna karşı preeklampsisi ön görme ile ilgili birçok çalışma yapılmaktadır.

2. Karadeniz Jinekoloji ve Obstetrik Kongresi



4 - 7 Nisan 2019, Samsun

Bizim çalışmamıza göre MPV yüksekliği ve PAPP-A düşüklüğü erken preeklampsiyi öngörmede kullanılabilir ancak tanı oranını arttırmak amacıyla farklı parametrelerinde eklenerek daha geniş örneklerde yapılacak çalışmalara ihtiyaç vardır.

Anahtar Kelimeler: nuchal translucency, ortalama trombosit hacmi, preeklampsi

Preeklampsi ve normotansif gebelerde PAPP-A ve MPV değerlerinin karşılaştırılması

	Erken başlangıçlı preeklampsi n:37	Geç başlangıçlı preeklampsi n:71	Kontrol grubu n:110	P değeri
MPV(fl)	10.60±1.15*	10.51±1.17	9.51±1.25 fl *	p<0,032
PAPP-A(MoM)	0.29±0.15*	0.74±0.94	0.90±0.51*	p<0,001



2. Karadeniz Jinekoloji ve Obstetrik Kongresi



4 - 7 Nisan 2019, Samsun

OP-11

Laparoskopik Myomektomi Olgularında Kapalı Morselasyon İçin Pratik Teknikler

Adnan Orhan

Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Ana Bilim Dalı, Bursa

Laparoskopik myomektomi myoma uteri olgularında güvenle uygulanabilen gold standart bir operasyondur. Her ne kadar endoskopistin yetenek ve tecrübesi ile doğrudan ilişkili bir cerrahi prosedür olsa da laparoskopik myomektomi de sınır belirlemek zordur. Batına girilebilen ve cerrahi haritalaması doğru yapılan her olguda laparoskopik myomektomi gerçekleştirilebilir.

1993 yılında ilk morselasyon literatüre girdiğinden beri laparoskopik myomektomi operasyonlarında "Power morcellation" hep kullanıla gelmiştir. Fakat 2013 yılındaki "Amy Reed" olayı bir anda FDA ve morselasyonu sanık konumuna getirmiştir. O zamana kadar liberal bir şekilde yapılan morselasyonun olguların sarkom çıkması durumunda evresini son evreye taşıyabileceği ve hastanın sağ kalımını doğrudan olumsuz olarak etkileyeceği saptandı. Her ne kadar riskin 1/1500 ile 1/3000 arasında olduğu belirtilmesine rağmen, bu tarihten itibaren önce Amerika'da ardından Avrupa'da laparoskopik myomektomi esnasında "Power morcellator" kullanılarak açık bir şekilde morselasyon tamamen yasaklandı.

Kapalı morselasyon, laparoskopik myomektomi esnasında myom piyesinin abdomen içerisinde kapalı bir torba sistemi içerisinde dışarı alınmasından ibarettir. FDA ve avrupalardaki yasaklar sonrası marketteki firmalar bir bir kapalı morselasyon için kullanılabilecek torba sistemlerini tanıttılar. Her ne kadar güvenli bir morselasyon sağlasa da, bu sistemlerin vaka başına maliyetleri yüksek fiyatları nedeni ile sosyal sigorta kapsamına alınamamaktadır.

Biz bu sözel bildiride laparoskopik myomektomi olgularında sadece hastane imkanları kullanılarak uygulanabilecek güvenli kapalı morselasyon tekniklerini gözden geçireceğiz. Bunlardan ilki daha önce literatürde de 2016 yılında tanımlanan cerrahi eldiven içerisinde uygulanan kapalı morselasyon tekniğidir. Bu teknikte batın içerisine alınan pudrasız 8.5 eldiven optik ve sol el trokarı arasında bir torba gibi kullanılarak kapalı morselasyon uygulanmaktadır. 8 cm'ye kadar olan myomları bu sistemde kapalı bir şekilde morsele etmek mümkündür (Video-1). İkinci teknikte ise eldiven yerine steril aspirasyon torbası kullanılmaktadır. Şeffaf, daha büyük ve daha esnek olan bu torba sayesinde 10 cm'e kadar olan multipl myomlar kapalı sistem içerisinde morsele edilebilir. Her ne kadar bu iki pratik prosedürün myom parçalarını torba dışarısına saçmadığı düşünülse de teorik anlamda bu olasılığın sıfırlanamaması tekniklerin limitasyonu olarak gösterilebilir.

Tüm dünyada laparoskopik myomektomi esnasında açık bir şekilde morselasyon yapmak tamamen yasaklanırken, Türkiye'de de kapalı morselasyona geçiş kaçınılmaz olacaktır. Maliyetlerin çok yüksek

2. Karadeniz Jinekoloji ve Obstetrik Kongresi

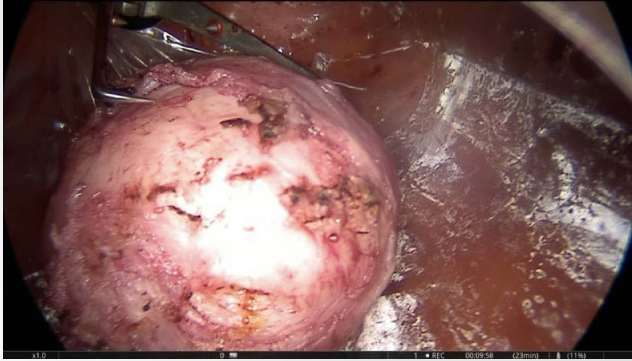


4 - 7 Nisan 2019, Samsun

olduğu bu tür operasyonlarda sosyal güvence kurumları bu tür sarf malzemeleri karşılamadığı için hastanenin imkanları çerçevesinde yapılabilecek bu tür pratik operasyonlarla halen minimal invaziv jinekolojik prosedürler güvenle yapılabilir.

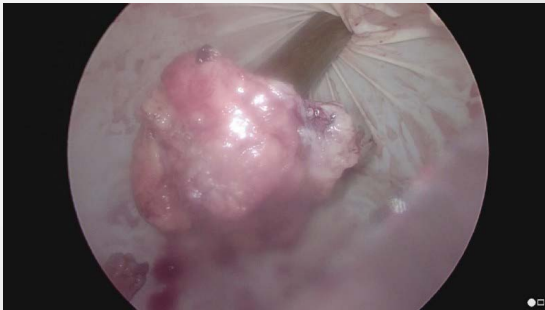
Anahtar Kelimeler: Laparoskopik Myomektomi, Kapalı morselasyon, pratik teknikler

Resim-1



Kapalı morselasyonun steril cerrahi eldiven içerisinde yapılmasının açıklanması (Sunum esnasında video da gösterilecektir.)

Resim-2



Steril aspirasyon torbası içerisinde kapalı morselasyonu açıklanması (Sunum esnasında video da gösterilecektir.)



2. Karadeniz Jinekoloji ve Obstetrik Kongresi



4 - 7 Nisan 2019, Samsun

OP-12

Klimakterik Dönemdeki Kadınların Anormal Uterin Kanama Algısı

Seda Akgün Kavurmacı, Ayşegül Gülbahar, Deniz Çiftçi Yavaş

İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği, İzmir

Giriş: Anormal uterin kanama (AUK) reproduktif dönemde %3-%30 prevalansı ile önemli bir antitedir. Özellikle adölesan dönemde ve 5. dekatta prevalansı daha da yüksektir. Çalışmamızda klimakterik dönemdeki kadınların, AUK algısı, FIGO'nun 2018 güncellemesi de göz önüne alınarak değerlendirilmeye çalışıldı.

Yöntem-Gereç: Çalışmamızda güncel FIGO kriterleri kullanılarak hazırlanan bir anket formu kullanıldı ve tüm anketler katılımcılar ile yüz yüze görüşülerek yapıldı. Katılımcıların yaş ve eğitim durumları kaydedildikten sonra, adet kanamasının süresi, sıklığı, düzeni ve miktarı hakkında sorular soruldu. Kanama miktarının belirlenebilmesi için, 8 ml'lik kanamaya eşdeğer bir ped çizimi katılımcılara gösterilerek, bir adet süresi boyunca kaç adet ped kullanımının anormal bir bulgu olduğu sorgulandı. Anketin son aşamasında ise, katılımcılara AUK hakkında önermeler sunulurken AUK ile uyumlu olan seçenekleri işaretlemeleri istendi.

Bulgular: Çalışmamıza katılan 80 gönüllünün yaş ortalaması 44,1±2,76 (40-49) idi. Eğitim durumları incelendiğinde 39'u (%48,75) lise ve öncesi; 41'i (%51,25) üniversite ve üzeri eğitime sahipti. Kadınlardan 69'u (%86,25) adet kanaması süresinin 8 günden fazla olmasını anormal olarak tanımlarken; eski kriter olan 4,5 günden az olmasını yalnızca 21'inin (%26,25) anormal olarak tanımladığı görüldü. İki periyot arasındaki sürenin 38 günden fazla olmasını 61 (%76,25) kadın; 24 günden az olmasını ise 35 (%43,75) kadın anormal bir bulgu olarak bildirdi. En kısa adet periyodu ile en uzun adet periyodu arasındaki fark sorgulandığında 63 (%78,75) kadın 20 gün ve üzerini anormal olarak nitelendirdi. Kanama miktarının değerlendirilmesinde, gönüllülerden 57'si (%71,25) 14 ve üzeri ped kullanımının, AUK ile uyumlu olduğunu bildirdi. Anketimizin son bölümünde, katılımcıların %75'inin (n=60) postmenopozal kanamanın; %46,25'inin (n=37) ise intermenstrüel kanamanın AUK ile uyumlu olduğunu ifade ettikleri saptandı.

Sonuçlar: Kırk yaşından menopoza kadarki dönemde AUK, doğal sürecin getirisi olan anovulasyona bağlı olabileceği gibi leiomyomlar, endometriyal atrofi, endometriyal hiperplazi ya da karsinom gibi patolojilere bağlı olarak gelişebilmektedir. Bu nedenle AUK prevalansının yüksek olduğu klimakterik dönemde, kadınların AUK hakkında bilgilendirilmesi ile, gereksiz ya da en önemlisi geç poliklinik başvuruların önüne geçilebilir. Anketimiz sonucunda, çoğunluğunu üniversite ve üzeri eğitime sahip olan katılımcılarımızın, AUK hakkında görece yüksek oranda bilgi sahibi oldukları çıkarımı yapılabilir. AUK sınıflamasına yapılan güncellemelerden aslında en önemlisinin klinisyen ile hasta arasında iletişimi zorlaştıran kanama miktarı değerlendirilmesindeki nicel değerlerin kaldırılması ve bu değerlerin yerine az, normal ya da fazla şeklinde hasta ifadelerinin konulması olduğunu düşünüyoruz.

Anahtar Kelimeler: Klimakterik dönem, anormal uterin kanama, disfonksiyonel uterin kanama

2. Karadeniz Jinekoloji ve Obstetrik Kongresi



4 - 7 Nisan 2019, Samsun

OP-13

İntahepatik Kolestazlı Gebelerde Perinatal Sonuçların Karşılaştırılması

Samettin Çelik¹, Canan Çalışkan¹, Handan Çelik³, Mehmet Güçlü⁴, Alper Başbuğ²

¹Samsun Eğitim ve Araştırma Hastanesi

²Düzce Tıp Fakültesi

³Ondokuz Mayıs Üniversitesi

⁴Pendik Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Amaç: Bu çalışmadaki amacımız kliniğimizdeki hafif ve ağır intrahepatikolestaz (ICP) hastalarını perinatal sonuçlar bakımından karşılaştırmaktır.

Materyal ve Metodlar: 2012-2018 yılları arasında Samsun Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kadın Doğum Kliniği'ne başvuran ve doğum yapan hastaların retrospektif dosya taramasında 370 ICP hastası tespit edilmiştir. ICP tespit edilen hastalar tanı anındaki açlık safra asidi değerine göre ağır ve hafif ICP olarak iki gruba ayrılmıştır (grup 1 <40 µmol/L, grup 2 ≥ 40 µmol/L). Gruplar klinik bulgular ve perinatal sonuçlar bakımından karşılaştırılmıştır.

Bulgular: Ağır ICP'li grupta ICP tanısı istatistiksel olarak anlamlı şekilde daha erken haftada konulmaktadır. Ağır ICP hastalarının ALT, AST, ALP ve total bilirubin seviyeleri hafif ICP hastalarına göre anlamlı yüksek bulunmuştur ($p < 0.001$). Hafif kolestaz grubunda preterm doğum oranı %13 iken, ağır kolestaz grubunda bu oran %51.1 dir ($p < 0.001$). Her iki grup arasında perinatal sonuçlar karşılaştırıldığında mekonyum boyalı amnion sıvısı, hafif kolestaz hastalarının %7.7 sinde görülürken, bu oran ağır kolestazlı hasta grubunda %25 olup anlamlı olarak yüksek bulunmuştur ($p < 0.001$). Preterm doğum ve yenidoğan yoğun bakım ihtiyacı serum safra asidinin 34 µmol/L cut-off değerinde anlamlı olarak artmaktadır. Ayrıca safra asidinden bağımsız olarak gebelik kolestazı tanısını 34. haftadan önce alan hastalarda fetal distress ve mekonyum boyalı amnion sıvısı oranları istatistiksel olarak anlamlı yüksek bulunmuştur.

Sonuçlar: ICP hastalarında fetal komplikasyonlar açlık serum safra asidinin 40 µmol /L olduğu hasta grubunda anlamlı olarak yüksektir. Serum safra asidinin 34 µmol /L cut-off değerinde preterm doğum ve yenidoğan yoğun bakım ihtiyacı açısından anlamlı artış vardır. ICP tanısını 34. haftadan önce alan hastalarda yenidoğan sonuçları daha kötüdür.

Anahtar Kelimeler: İntahepatik kolestaz, gebelik, perinatal sonuçlar



2. Karadeniz Jinekoloji ve Obstetrik Kongresi



4 - 7 Nisan 2019, Samsun

OP-14

Histerektomi Sonrası 6.yılda Nüks Eden Selüler Leiomyom Olgusu

Halit Arslan¹, Hacı Öztürk Şahin²

¹Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilimdalı, Rize

²Çanakkale 18 Mart Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilimdalı, Çanakkale

Olgu: 51 yaşında olan bayan hastamız, yaklaşık 2 aydır devam eden kasık ağrısı ve karında ele kitle gelmesi şikayeti ile kliniğimize başvurdu. Ek bir hastalığı bulunmayan hastamızın özgeçmişinde 2012 yılında myom nedeni ile histerektomi ve bilateral salpingooferektomi operasyon öyküsü mevcuttu. Yapılan histerektomi sorgulandığında doktorunun kötü huylu olabilecek bir sonuçtan şüphelendiği için piyesin birçok ileri merkezde patolojik inceden geçtiği ifade edildi ve bakılan patoloji sonuçlarında Selüler Leiomyom (CL) olarak raporlandığı görüldü. Herhangi bir adjuvan tedavi almamıştı. Kliniğimizde yapılan fizik ve jinekolojik muayenesinde vaginal cuff normal izlendi. Tüm pelvis ve batını dolduran, karaciğer alt sınırına dayanan sert, solit, immobil kitle saptandı. Yapılan Bilgisayarlı Tomografi radyolojik incelemesinde kistik alanlar barındıran ancak çoğu solit görünümüne 32x28 cm ebadında kitle, muhtemel kitle basısına sekonder sol böbrekte grade 3 hidronefroz ve batında minimal asit saptandı. Bakılan tümör belirteçlerinden CA125:141 U/ml, CA19-9:2,53 U/ml, CA15-3:42 U/ml olarak bulundu. Eksploratif laparotomi ile batına girdiğimizde tüm pelvis ve batını dolduran, çevre dokularla yoğun yapışıklıklar gösteren, irregüler sınırları olan, ara ara multistiklik görünümüne, multilobüle solit yapıda, vasküleritesi artmış kitle ile karşılaştık. Tümörün dokunun omentum, inen kolonun mezosu ve mesane peritonu ile dens adezyon içerisinde olduğu ayrıca sol üreterin renal hilusun 3-4 cm distalinden mesane girimine kadar tüm bölümlerinin kitle içerisinde seyrettiği izlendi. Yapışıklıklar keskin ve künt diseksiyonlarla ayrıldı. Komplet sitoreduksiyon amacı ile intraoperatif davet edilen Üroloji Uzmanımız tarafından sol nefrektomi kararı verildi ve uygulandı. Kitle eksizyonu ile oluşan Sigmoid Kolonda renk değişikliği ve beslenme bozukluğu nedeni ile yine operasyona davet edilen Genel Cerrahi uzmanımız tarafından sol hemikolektomi yapılarak kolorektal anastomoz yapıldı. Kitlenin gönderilen Frozen Section incelemesinde mezenkimal tümör olarak cevap bildirildi. Komplet rezeksiyon sonrası postoperatif 5.gün şifa ile taburcu edilen hastamızın permanent patoloji sonucu atipi, mitoz ve nekrozun izlenmediği selüler leiomyom olarak gelmesi üzerine tekrar Hacettepe Üniversitesi Patoloji birimine konsulte edildi ve aynı sonuç alındı. Adjuvan tedavi verilmeyen hastamız 13. ayında ve sorunsuz olarak takiplerine devam etmektedir.

Sonuç-Tartışma: Uterin leiomyomlar bir çok ülkede histerektomilerin en başta gelen endikasyonunu oluşturmaktadır. Komşu myometriyal dokudan önemli oranda artmış selüleritesi nedeni ile ayrılan selüler leiomyomlar tüm leiomyomların %5 inden azını oluşturur. Selüler leiomyomun bazı alt tiplerinin leiomyosarkomdan histopatolojik olarak ayırtıcı tanısını yapmak bir çok patolog için çok zor karar verilebilen bir durumdur. Klinik verilerin azlığı nedeni ile CL 'un malign potansiyeli net olarak ortaya konamamıştır. Ancak CL, uterin leiomyom klinik fenotipinden farklı leiomyosarkom'a ise daha yakın özellikler gösterebilir. Bu nedenle histerektomi yapılan hastalarda bile bizim vakamızda

2. Karadeniz Jinekoloji ve Obstetrik Kongresi

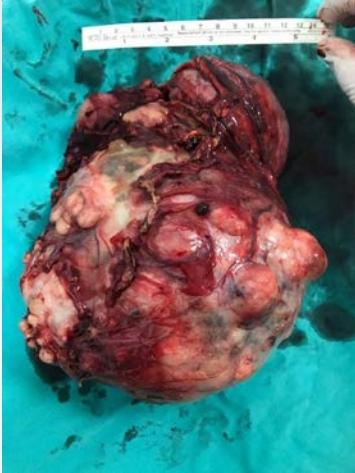


4 - 7 Nisan 2019, Samsun

olduğu gibi bening rekürrens, metastazlar yada malign transformasyon gösterebilir. Bu sebeplerle CL tamamen bening bir süreç olarak kabul edilmemeli, myomektomili hastalarda gösterilen özenli takibin histerektomili hastalardada yapılması ve akılda tutulması önem arz etmektedir.

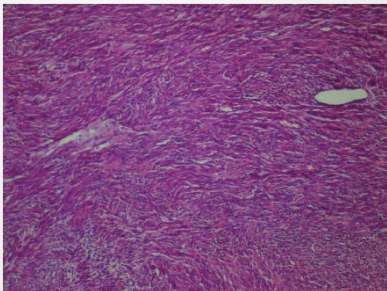
Anahtar Kelimeler: Selüler Leiomyom, Uterin Leiomyom, Komplet Sitoreduktif Cerrahi

Selüler Leiomyom 1



Kitlenin bir bölümü

Selüler Leiomyom 2



Selüler Leiomyom Mikroskopisi



2. Karadeniz Jinekoloji ve Obstetrik Kongresi



4 - 7 Nisan 2019, Samsun

OP-15

2 Kız Kardeş, 2 Tekrarlayan Gebelik Kaybı, 2 Uterin Septum, 2 Asherman Sendromu: Aile Hikayesi Ne Kadar Önemli?

Şenol Kalyoncu

Hasan Kalyoncu Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Gaziantep ve TOBB Üniversitesi ETU Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği, Ankara, Türkiye

Tekrarlayan gebelik kaybı (TGK) tanımı konusunda tam bir fikir birliği olmayıp iki klinik gebelik kaybı olması (1) veya intrauterin olması şart olmayan ard arda üç gebelik kaybı (2, 3) TGK olarak tanımlanabilmektedir. Yaklaşık % 1 oranında görülür ve çiftleri ciddi strese sokan bir klinik tablodur. Anatomi, immünolojik, endokrinolojik, trombofilik, enfeksiyon ve çevresel faktörler tekrarlayan düşüklere neden olsa da çiftlerin yaklaşık % 50 sinde sebep bulunamaz (4).

Uterin anomaliler normal bayanlarda % 7 TGK olan bayanlarda ise yaklaşık % 14 oranında görülür (5). TGK'na neden olan en sık uterin anomali uterin septumdur ve gebeliklerin yaklaşık % 60'ı düşükle sonuçlanır (6).

Asherman sendromu (intrauterin adezyon, intrauterin sineşi) hipomenore, amenore, infertilite ve TGK ile kendisini gösteren ve yaklaşık % 1 oranında histeroskopide insidental olarak saptanan sonradan oluşan (akkız) bir uterin anomalidir (7). Dilatasyon ve küretaj, histeroskopik operasyonlar, kompresyon sütürleri intrauterin adezyon için en önemli risk faktörleridir. Bu video sunumumuzda tekrarlayan gebelik kaybı ile başvuran iki kız kardeşin (1. VAKA: 38 yaş, G2 P0 A2, iki ilk trimester gebelik kaybı, HSG de uterin septum saptanması üzerine histeroskopik septum rezeksiyonu sonrası kontrol HSG filmi Figür1'de intrauterin sineşi saptanan vaka; 2. Vaka: 41 yaşında, G7 P3 A4 Y0, 3 tanesi 2.trimester 4 tanesi ilk trimester gebelik kaybı olan hastanın HSG filmi Figür2'de uterin septum? Sineşi? olup histeroskopik gözlemde septum ve sineşi saptanmış olup histeroskopi rezeksiyon ile normal uterin kavite sağlanmıştı) benzer hikayesi sunulmuştur.

Sonuç olarak tekrarlayan gebelik kaybı, uterin septum ve uterin sineşi de aile hikayesinin olabileceği akıldan tutulmalıdır?

Referanslar

1. Trott EA, Russell JB, Plouffe L Jr. A review of the genetics of recurrent pregnancy loss. Del Med J 1996; 68:495.
2. Plouffe L Jr, White EW, Tho SP, et al. Etiologic factors of recurrent abortion and subsequent reproductive performance of couples: have we made any progress in the past 10 years? Am J Obstet Gynecol 1992; 167:313.
3. Practice Committee of ASRM. Definitions of infertility and recurrent pregnancy loss: a committee opinion. Fertil Steril 2013; 99:63.

2. Karadeniz Jinekoloji ve Obstetrik Kongresi



4 - 7 Nisan 2019, Samsun

4. Homer HA. Modern management of recurrent miscarriage. Aust NZJ Obstet Gynaecol. 2018 Nov [Epub ahead of print]
5. Acién P, Acién M, Sánchez-Ferrer M. Complex malformations of the female genital tract. New types and revision of classification. Hum Reprod 2004; 19:2377.
6. Devi Wold AS, Pham N, Arici A. Anatomic factors in recurrent pregnancy loss. Semin Reprod Med 2006; 24:25.
7. Deans R, Abbott J. Review of intrauterine adhesions. J Minim Invasive Gynecol 2010; 17:555.

Anahtar Kelimeler: Tekrarlayan gebelik kaybı, Uterin septum, Asherman sendromu, aile hikayesi

Figür 1



Histeroskopik Septum rezeksiyonu sonrası Asherman Sendromu

Figür 2



Abortus nedeni ile dilatasyon/küretaj sonrası Asherman Sendromu



2. Karadeniz Jinekoloji ve Obstetrik Kongresi



4 - 7 Nisan 2019, Samsun

OP-16

Servikal Poliplerin Değerlendirilmesi

Anıl Turhan Çakır¹, Fadime Dinçer²

¹Zonguldak Kadın-Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi

²Bülent Ecevit Üniversitesi

Servikal polip; serviksin en sık görülen benign neoplazmlardır. Malign değişim oranları oldukça düşüktür. Genelde endoserviks kaynaklıdır, ektoservikal polip nadir görülür. Etiyolojisi net olarak bilinmese de yabancı cisim reaksiyonu, kronik enflamasyona bağlı lokal hiperplazi, düzensiz östrojen salınımına bağlı anormal servikal yanıt ve servikste lokal konjesyon olası sebeplerdir. Servikal polipler genelde semptom vermezler ama daha nadir olarak vajinal akıntı, postmenopozal kanama, ara kanama veya postkoital kanama gibi semptomlara da yol açabilirler. Genelde rutin jinekolojik muayene veya başka sebepler ile muayene edilirken tesadüfen saptanırlar.

Biz de çalışmamızda servikal polibi olan hastaların klinik ve demografik özelliklerini geriye dönük olarak inceledik.

Temmuz 2017-Şubat 2019 tarihleri arasında Zonguldak Kadın-Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesinde histopatolojik olarak servikal poliptanısı doğrulanmış toplam 26 hasta incelendi. Verilere hastanede kullanılan otomasyon programından ve hasta dosyalarından ulaşıldı. Hastalar 34-68 yaş aralığında iken yaş ortalaması 49,07 idi. 16 hasta premenopozal, 10 hasta postmenopozal dönemde idi. 13 hastanın şikâyeti yok iken 13 hastanın akıntı, ara kanama, postmenopozal kanama gibi şikâyetleri vardı. Hiçbir polibin sonucu malign çıkmadı. Aynı seansta 12 hastaya endometrial örnekleme de yapıldı. Bir hastanın sonucu endometrioid adenokarsinom idi. Bir polip 3 cm, 11 polip 1-2cm arasında iken 14 polip 1 cm altında idi. Hepsisi endoserviks kaynaklı idi. Bir hastanın polibi 4 ay içinde tekrarladı. Eksizyonu hasta ve cerrah açısından kolay olan servikal polipler semptom verebilmeleri, nadir de olsa malign transformasyon ihtimallerinin bulunması ve diğer tanımlar ile karışmasını önlemek için çıkarılmalıdır.

Anahtar Kelimeler: ara kanama, polip çıkarılması, servikal polip

2. Karadeniz Jinekoloji ve Obstetrik Kongresi



4 - 7 Nisan 2019, Samsun

OP-17

Obstetrik Ve Jinekolojik Komplike Ekstrem Vakalar; Somali Tecrübemiz

Recep Erin, Yeşim Bayoğlu Tekin

University of Healthy Sciences, Trabzon Kanuni Education and Research Hospital, Department of Obstetrics and Gynecology, Trabzon

Amaç: Somali Türkiye Recep Tayyip Erdoğan Eğitim ve Araştırma Hastanesine başvuran nadir görülen komplikasyonlu vakaların video sunumu amaçlanmıştır.

Yöntem: Somali Türkiye Recep Tayyip Erdoğan Eğitim ve Araştırma Hastanesine EKİM 2018 – ŞUBAT 2019 tarihleri arasında başvuran acil ve bölgeye özgü komplike vakalar sunuma dahil edilmiştir. Video vaka takdiminde postpartum kanamalar, uterin rüptürler, fetal anomaliler, cerrahi komplikasyonlara yer verilmiştir.

Sunum sırası; 1 kurşunlanma uterusunda tesadüf saptanan mermi, 27 hafta abdominal gebelik, kadın sünnetine bağlı komplikasyonlar, bilateral overyan torsiyon, batında unutulmuş komprese bağlı enfeksiyon, kötü sezaryen histerektomiye bağlı mesane komplikasyonu, sezaryen sonrası uterin arterde kanama, ciddi fetal hidrosefaliye bağlı 2 uterin rüptür vakası, fetal anomali vakaları, vajene açılan anüs, plasenta akreata, uterin inversiyon ve geleneksel yakma tedavisi.

Sonuç Ve Tartışma: Globalleşen Dünya'da Türkiye de yerini almaktadır. Bölgemizde yaşanan savaşlar ve kıtlıklar ülkemize doğru bir göç hareketini getirmiştir. Gelişmemiş ve gelişmekte olan ülkelere Türkiye sanayi, tarım ve sağlık yardımı sağlamaktadır. Hali hazırda Türkiye'nin yurt dışında aktif 4 hastanesi bulunmaktadır. Bunlar Somali, Sudan, Bangladeş ve Kazakistan'dır. Bu hastanelerde Türk hekim ve sağlık personelleri çalışmaktadır. Gördüğümüz ve sunduğumuz vakalar ülkemizde çok nadir görüldüğünden hekimlerimizin ekstrem komplike vakaları hatırlamasında ve akılda bulundurmasında fayda vardır.

Anahtar Kelimeler: Somali, komplikasyon, obstetrik ve jinekolojik



2. Karadeniz Jinekoloji ve Obstetrik Kongresi



4 - 7 Nisan 2019, Samsun

OP-18

Uterus Korunarak Başarıyla Opere Edilen Uterin Rüptürle Komplike Term Gebelik; Olgu Sunumu, Somali Tecrübesi

Recep Erin¹, Yeşim Bayoğlu Tekin¹, Seyfi Kartal²

¹University of Healthy Sciences, Trabzon Kanuni Education and Research Hospital, Department of Obstetrics and Gynecology, Trabzon

²University of Healthy Sciences, Trabzon Kanuni Education and Research Hospital, Department of Anesthesiology and Reanimation, Trabzon

Amaç: Somali Türkiye Recep Tayyip Erdoğan Eğitim ve Araştırma Hastanesine dış merkezden yönlendirilen uterin rüptür vakasının video sunumu amaçlanmıştır.

Olgu: Somali Türkiye Recep Tayyip Erdoğan Eğitim ve Araştırma Hastanesine dış merkezden yönlendirilen 25 yaşında G2P1 olan myomla komplike fetal plevral efüzyon bulunan mükerrer sekziyo gebelik tanısı ile yönlendirilen hastanın ameliyathane ultrasonografi değerlendirmesinde uterusun boş olduğu ve fetusun ve eklerinin batında serbest dolaştığı tespit edildi. Vital ve muayene bulguları şok tablosu ile uyumluydu. Hemoglobini 6 g/dl idi. Acil midline laparotomi ile operasyona başlandı. Önceki kötü cerrahiye bağlı uterus batın ön duvarına yoğun yapışıklık göstermekteydi. Yapışıklıklar künt ve keskin diseksiyonlarla giderildi. Batına ulaşıldığında uterus eski skar bölgesi sağ taraftan boydan boya rüptür olduğu görüldü. Fetüs ve plasenta batında serbest dolaşmaktaydı. Tüm fetüs ve ekleri çıkarıldı. Uterus rüptür alanı 1 numara vicryl ile sütüre edildi. Kanama kontrolü sağlandı. Histerektomiye gerek kalmadan uterus korunarak operasyon başarıyla tamamlandı.

Tartışma: Uterin rüptür nadir görülen tüm uterin myometriyumun uterin serozayı da kapsayacak şekilde ayrılması, fetüs ve eklerinin batın boşluğuna geçişini ifade eden acil bir obstetrik komplikasyondur. Maternal mortalite %1-13 iken fetal mortalite ise %74-97 arasında değişmektedir. Düşük sosyoekonomik durum, adölesan evlilikler, ihmal edilmiş doğum eylemi, kontrakte pelvis, multiparite, plasenta perkreat, doğum indüksiyonu, malprezentasyonlar, makat prezentasyon ve intrümental doğum risk faktörleridir. Gelişmiş ülkelerde en sık risk faktörü sekaryen öyküsü iken, gelişmemiş ülkelerde ise ihmal edilmiş ve kontrakte pelvis en sık nedendir. Tedavisinde tespit edilir edilmez cerrahiye başvurulmalıdır. Genellikle histerektomi uygulanmasına rağmen vakamız gibi seçilmiş vakalarda primer tamir de uygulanabilir.

Anahtar Kelimeler: Uterin rüptür, primer tamir, term gebelik

2. Karadeniz Jinekoloji ve Obstetrik Kongresi



4 - 7 Nisan 2019, Samsun

OP-19

Kliniğimizde Yapılan Total Laparoskopik Histerektomi Operasyonlarının Retrospektif Analizi

Evren Akmut, Hanife Birben, Sibel Doğan Polat, Ulviye Cansu Öztürk, Selma Mahmutoglu, Filiz Erdemli
Rize Devlet Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği

Gereç-Yöntem: Eylül 2018 ve Mart 2019 tarihleri arasında, benign endikasyonlar nedeniyle yapılan 32 total laparoskopik histerektomi olgusu, demografik özellikleri, operasyon süresi, hastanede yatış süresi, tahmini kan kaybı, intraoperatif ve postoperatif komplikasyonları açısından retrospektif olarak değerlendirildi.

Bulgular: Yaş ortalaması 53,6, parite ortalaması 3,03, vücut kitle indeksi ortalaması 29.93, ortalama kan kaybı (pre-post hemoglobin değeri farkı) 1,66 gr/dl, ortalama operasyon süresi 106,2 dk, ortalama hastanede yatış süresi 1,66 gündü. Olguların %21,8'i myom uteri, %37,5' i anormal uterin kanama, %6,25' i servikal intraepitelyal neoplazi, %21,8' i benign pelvik kitle endikasyonları nedeniyle opere edildi. 8 olguda geçirilmiş pelvik cerrahi öyküsü mevcuttu. Bir olguda postop 3 hafta sonra üreter fistülü, bir olguda intraoperatif barsak perforasyonu gelişti. Komplikasyon oranı %6,25 saptandı.

Sonuç: Bulgularımız literatürle uyumlu olup, laparoskopik histerektomi düşük komplikasyon oranı, yüksek hasta memnuniyeti sağlayan güvenli uygulanabilir bir yöntemdir. Sağlık hizmeti sunucularında çalışan cerrahların bilgi ve deneyim açısından desteklenmesi, ülke genelinde laparoskopik histerektomi oranını arttıracaktır.

Anahtar Kelimeler: Histerektomi, total laparoskopik histerektomi, komplikasyonlar



2. Karadeniz Jinekoloji ve Obstetrik Kongresi



4 - 7 Nisan 2019, Samsun

OP-20

Uterin Sarkomlarda Klinikopatolojik Özellikler Ve Prognostik Faktörler: Tek Merkez Deneyimi

Zeliha Fırat Cüylan

Zekai Tahir Burak Kadın Sağlığı Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Jinekolojik Onkoloji Kliniği, Ankara, Türkiye

Amaç: Uterin sarkomlar, sık metastaz ve nüks ile seyreden nadir heterojen mezenkimal jinekolojik malignitelerdir. Uterin sarkomlarda klinik ve patolojik özellikler ile birlikte prognostik faktörleri değerlemek amacıyla bu çalışmayı planladık.

Materyal-Metod: Retrospektif olarak planladığımız çalışmamızda, kliniğimizde histolojik olarak uterin sarkom tanısı konulan hastaların demografik, klinikopatolojik ve sağkalım verileri toplandı. Hastalıklı sağkalım ve kaba sağkalım eğrileri Kaplan Meier metodu ile elde edilerek eğrilerin karşılaştırılmasında log rank testi kullanıldı. Sağkalıma etki eden klinikopatolojik ve demografik faktörler univaryant analiz ile tespit edildikten sonra anlamlı olan faktörler Cox proportional hazards metodu ile analiz edildi.

Bulgular: Toplam 70 hastanın 32'si (%45.7) leiomyosarkom (LMS), 24'ü (%34.3) endometrial stromal sarkom, 11'i (%15.7) adenosarkom, 3'ü (%4.3) undiferansiye sarkomdu. Hastaların median yaşı 49.5'ti. En sık tanı şekli histerektomi sonrası parafin kesitlerin hispatolojik olarak incelenmesi yoluyla idi (%31.4). Tekrar laparotomi ile 33 hastaya evreleme yapılmıştı ve bu hastaların 8'inde rezidü tümör saptandı. Lenfadenektomi 62 (%88.6) hastada yapılmıştı ve lenf nodu metastaz oranı %5.7 bulundu. Tüm grupta 5-yıllık hastalıklı sağkalım %74.0 ve 5-yıllık kaba sağkalım %80.2 olarak saptandı. Univaryant analizde, LMS histolojik tip ($p=0.02$), evre I hastalık ($p=0.001$), omentum metastazı ($p=0.005$), adneks metastazı ($p<0.001$), adjuvant kemoterapi ($p=0.003$) hastalıklı sağkalım ile ilişkili bulundu (Figür 1). Univaryant analizde, Ca 125 yüksekliği (>35 U/ml) ($p=0.02$), evre I hastalık ($p=0.03$), adneks metastazı ($p<0.001$) ve adjuvant kemoterapi ($p=0.004$) ile kaba sağkalım arasında ilişki bulundu (Figür 2). Ancak multivaryant analizlerde, hastalıklı ve kaba sağkalım için bu klinik ve patolojik parametreler bağımsız prognostik faktör olarak bulunmadı.

Sonuç: Bizim çalışmamızda kaba sağkalım ile Ca 125 yüksekliği, evre I hastalık, adneks metastazı ve adjuvant kemoterapi ile ilişkili olarak bulduk. Ancak bunlar kaba sağkalım için bağımsız prognostik faktör değildi.

Anahtar Kelimeler: uterin sarkom, leiomyosarkom, adenosarkom, endometrial stromal sarkom

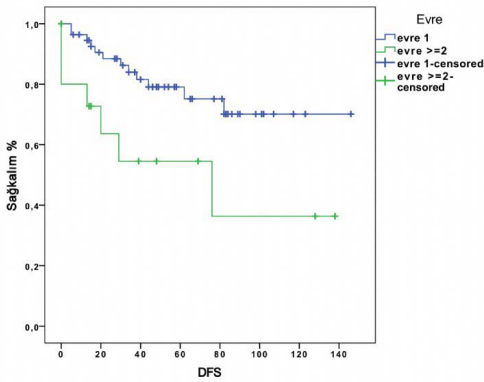
2. Karadeniz Jinekoloji ve Obstetrik Kongresi



4 - 7 Nisan 2019, Samsun

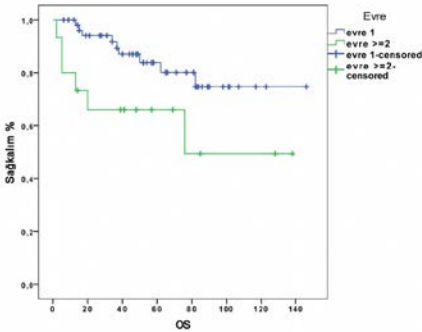
Figür

1



Evreye göre hastalıksız sağkalım eğrisi

Figür 2



Evreye göre kaba sağkalım eğrisi



2. Karadeniz Jinekoloji ve Obstetrik Kongresi



4 - 7 Nisan 2019, Samsun

OP-21

Bilateral İnsidantel Matür Kistik Teratom Ve Brenner Tümör Birlikteliği: Olgu Sunumu

Ayşegül Gülbahar, Seda Akgün Kavurmacı, Deniz Çiftçi

İKÇÜ Atatürk Eğitim Araştırma Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği

Giriş: Over tümörleri overi oluşturan üç farklı hücre tipinden köken alır. Primer over tümörlerinin %90'ı yüzeysel epitelden köken alır ve sırasıyla seröz, müsinöz, endometrioid, berrak hücreli tümörler, Brenner tümörü ve kistadenofibromlardır. Brenner tümörleri over tümörlerinin %2-3'ünü oluştururlar, 4. ve 6. dekatta görülürler. Metaplazi sonucunda tümörün transizyonel epiteli oluşturarak over yüzeysel epitelden köken alırlar. Genellikle 2cm çapta, düzgün yüzeysel solid tümörlerdir. Nadiren 10cm'yi geçerler. Brenner tümörlerinin %95 benign, %5'i borderline, %1'inden azı maligndir. Benign Brenner tümörlerinin %30'unda ipsilateral veya kontralateral overde ikinci epitelyal tümör bulunabilir. Teratomlar overin germ hücreli tümörleri olup tüm over tümörlerinin %15-20'sini oluşturur, ilk 2 dekatta sık izlenir. Teratomların %90'ı benign matürkistik teratomdur. %90 unilateraldir. Nadiren 10cm'yi geçer. Torsiyon nedeni olabilir. Teratomların %1'i malign transformasyon gösterir. Kistadenofibromlar nadir görülen, epitelyal ve fibröz stromal komponent içeren benign over tümörleridir. 15-65 yaş arası kadınlarda görülür.

Olgu Sunumu : 44 yaşında G:1 D/C:1 olan hasta ağrı şikayeti ile başvurdu. Yapılan muayenede sağ adnekte dolgunluk saptandı. Transvajinal ultrasonda sağ adnekte 8x8cm gerginliğini koruyan dermoid kist ile uyumlu oluşum izlendi. Hastanın alt abdomen MR'da sağ over lokalizasyonunda 108x81x112mm boyutunda yağ sinyalinde duvarında 15mm boyutunda mural nodül bulunduran dermoid tümör ile uyumlu bir lezyon izlenmiştir. Hastanın laboratuvar tetkiklerinde özellik izlenmedi. Hastaya laparotomi kararı verildi. Ameliyat sırasında sağ overde yaklaşık 10cm çapında solid komponent bulunduran dermoid kist ile uyumlu kitle izlendi, gözleminde sol overde de yaklaşık 3cm boyutunda papiller çıkıntılı bulunan solid kitle ve hemen komşuluğunda düzgün yüzeysel 1cm boyutunda solid başka bir lezyon daha gözlemlendi. Sağ salpingo-ooforektomi ve Sol overde ise over dokusu korunarak Wedge rezeksiyon ile kitle eksize edildi ve patolojiler frozen incelemeye gönderildi. İnceleme sonucu, sağ over kisti için matürkistik teratom; sol overdeki iki kitle benign Brenner tümörü ve kistadenofibrom olarak bildirildi. Hastanın nihai histopatolojik tanısı sağ adnekte matürkistik teratom ve olağan sağ tuba; sol over wedge rezeksiyon materyalinde benign Brenner tümörü ve yüzeysel stromal proliferasyonu olarak raporlanmıştır.

Tartışma : Olgumuzda insidental olarak matürkistik teratom ve brenner tümörü karşılıklı overlerde saptanmıştır. Brenner tümörü %30 oranında kistadenofibrom ve seröz-müsinöz kistadenom gibi epitelyal tümörler ile birlikte görülebilir. Bizim hastamızda da frozen incelemede brenner tümörü ve kistadenofibrom birlikteliği düşünülmüş ancak patoloji raporunda sol overden eksize edilen

2. Karadeniz Jinekoloji ve Obstetrik Kongresi



4 - 7 Nisan 2019, Samsun

kitle benign brenner tümörü olarak sonuçlanmıştır. Literature bakıldığında matur kistik teratom ve brenner tümörü birliktelikleri aynı overde görülmek ile birlikte, brenner tümörü ve matur kistik teratom eş zamanlı karşılıklı overlerde nadirdir. Bu nedenle per-op insidental olarak saptadığımız bu iki benign over tümörü olan hasta olgu sunumu olarak hazırlanmıştır.

Anahtar Kelimeler: Brenner, teratom, over



2. Karadeniz Jinekoloji ve Obstetrik Kongresi



4 - 7 Nisan 2019, Samsun

OP-22

Glukoz Yükleme Testi Sonucuna ve Gestasyonel Diyabetes Mellitus Görülme Sıklığında Rol Oynayabilecek Faktörler

Özgür Koçak

Hitit Üniversitesi Tıp Fakültesi

Amaç: Bu çalışmanın amacı, gebeliğin 24. Haftasına kadar alınan kilonun, vücut kitle indeksinin(VKİ), paritenin ve anne yaşının, 50 gram oral glukoz yükleme testine ve gestasyonel diabetes mellitus (GDM) riskine etkisini bulmaktır.

Yöntem: Bu çalışma, Ocak 2016 ile Aralık 2016 tarihleri arasında Bitlis Devlet Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Polikliniğine Başvuran, 24-28. Gebelik haftalarında olan ve 50 gram glukoz tolerans testi uygulanan, bilinen bir hastalığı olmayan ve iletişim sorunu olmayan hastalar retrospektif incelenerek yapılmıştır. Belirtilen tarih aralığında hastanemizde gestasyonel diyabet tarama testi olarak 50 gram glukoz yükleme testi kullanılmakta ve açık şartı aranmamaktadır. Bir saat sonra venöz plazma glukoz konsantrasyonunu > 140 mg / dl olan hastalarda tarama testi pozitif kabul edilmekte ve tanı testi olarak 100 gram tolerans testi kullanılmaktadır. 100 gram oral glukoz tolerans testi (OGTT) ile Gestasyonel diabetes mellitus tanısı için sırasıyla 105, 190, 165 ve 145 mg / dl eşik değerleri kullanılmaktadır. Verilerin analizi için SPSS versiyon 19 programı kullanılmıştır. Veriler, yüzde, ortalama ve standart sapma olarak verilmiştir. Grupların karşılaştırılmasında Ki-Kare testi kullanılmış ve p<0,05 için sonuçlar istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir.

Bulgular: 276 kadın rektospektif olarak taranmıştır ve 50 gram glukoz tolerans testi pozitif olan 68 (% 24.63), ve gestasyonel diabetes mellitus tanısı konan 19 (% 6.88) hasta saptanmıştır. VKİ> 25 kg / m2 olan kadınlarda 50 gram oral glukoz tolerans testi pozitifliği ve GDM sırasıyla % 33,6 ve %8,7 saptanırken aynı oranlar VKİ <25 kg / m2 olan kadınlarda sırasıyla% 18.4 ve% 3.2 olarak bulunmuştur. Bu sonuçlara göre 50 gram oral glukoz tolerans testi pozitifliği ve GDM saptanma oranı gebelik öncesi vücut kitle indeksi artışı ile istatistiksel olarak anlamlı derecede artmaktadır.

Anne yaşı, 50 gram oral glukoz tolerans testi pozitifliğini ve GDM riskini etkileyen diğer bir parametredir. Oral glukoz tolerans testi pozitifliği ve GDM görülme sıklığı < 25 yaş altı kadınlarda sırasıyla % 17.2 ve % 3.4 iken; aynı oranlar > 35 yaş kadınlarda sırasıyla % 35.4 ve % 12.5'dir. Aradaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır. Her iki grup arasında da parite ve gebelik sırasında alınan kilo açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır.

Sonuçlar: Gebelik öncesi VKİ ve doğum yaşı, oral glukoz tolerans testi pozitifliğini ve gestasyonel diabetes mellitus (GDM) riskini artırabilir.

Anahtar Kelimeler: anne yaşı, oral glukoz tolerans testi, bmi, vki, gestasyonel diabetes

2. Karadeniz Jinekoloji ve Obstetrik Kongresi



4 - 7 Nisan 2019, Samsun

OP-23

Congenital Short Femur: A case report

Pervin Karlı

AMASYA ÜNİVERSİTESİ

Introduction: Congenital short femur (CSF) is an extremely rare limb anomaly with an incidence of 1.1–2 in 100 000 live births. The diagnosis of this anomaly has been enhanced by widespread use of ultrasonography. The results of surgical repair are usually good. Determine whether isolated femoral abnormality is part of the syndrome is the most important issue. However, some congenital short femur cases involving skeletal disorders may be accompanied by global dysplasia syndromes and termination of gestation may be a reasonable option in such cases. CSF is frequently mixed with Unilateral Isolated Proximal Femoral Focal Deficiency (PFFD). But these two anomalies are different. CSF is the isolated shortness of the femur. Unilateral Isolated Proximal Femoral Focal Deficiency is an entity that includes the proximal absence of the femur from the partial absence of the femur. These two situations are actually different. Several classification schemes for PFFD have been proposed. This classification is between the acetabulum and the proximal end femur anatomical relationship accounts and has prognostic significance. The classification of Aitken is based on radiographic view [6]. The disease varies from a benign form (A) to a severe form (D) according to the degree of femoral insufficiency. In our study, we report a case of isolated, unilateral congenital short femur detected in a postpartum patient.

Case Presentation: A 27-year-old pregnant woman admitted to give birth. This pregnancy was the first gestation of the patient. We found unilateral short femur during routine baby examination after delivery (Figure 1). The family did not have a story about skeletal anomalies or other illnesses. There was no relationship between mother and father and both parents were healthy. No thoracic, cardiac, gastrointestinal, genitourinary and neurological anomalies were observed in fetal findings. There were no other skeletal anomalies. There was no history of the mother about diabetes, drug use, exposure to teratogenic radiation, and viral infection during pregnancy. It was routinely followed during the pregnancy and there was no high-risk condition in the screening tests.

Conclusion : Prenatal diagnosis of CSF is also very important. Ultrasonography scanning is sometimes performed with single extreme measurements for measurement. For this reason, these anomalies and single extremity development disorders can be overlooked.

Anahtar Kelimeler: Congenital short femur, Proximal focal femoral deficiency, Antenatal diagnosis



2. Karadeniz Jinekoloji ve Obstetrik Kongresi



4 - 7 Nisan 2019, Samsun

Figure 1



X-ray of the baby

2. Karadeniz Jinekoloji ve Obstetrik Kongresi



4 - 7 Nisan 2019, Samsun

OP-24

Travma Sonrası 4. Gün Dekolman Plasenta Vakası

Ayşe Zehra Özdemir

Ondokuz Mayıs Üniversitesi Kadın Hastalıkları ve Doğum ABD SAMSUN

Travma sonrası dekolman plasenta görülebilmektedir. Bizim vakamızda travmadan 4 gün sonra gelişen dekolman plasenta vakası sunulmuştur. Dekolman plasenta acil obstetride erken tanı konması gereken bir patolojidir.

Anahtar Kelimeler: dekolman plasenta, travma, gebelik



2. Karadeniz Jinekoloji ve Obstetrik Kongresi



4 - 7 Nisan 2019, Samsun

OP-25

Levonorgestrelli Rahim İçi Araç Uygulaması Sonrası Gelişen Eritema Nodozum ve Granulomatöz Mastit: Olgu Sunumu

Mustafa Şengül, Ayşegül Gülbahar, Seda Akgün Kavurmacı, Deniz Çiftçi
İKÇÜ Atatürk Eğitim Araştırma Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği

Giriş: Eritema Nodozum (EN) kızarmış ağrılı şişliklere neden olan, cilt altı yağ dokusunda oluşan bir tür deri iltihabıdır. Sıklıkla ayak bileklerini, dizleri, bacakların ön yüzlerini ve ön kolları etkiler. Değişik antijenik uyarılara karşı gecikmiş hipersensitivite cevabı olduğu kabul edilir. Kadınlarda 3-6 kat daha fazla görülür ve 20-30 yaş arasında daha sıktır. Üç-6 hafta sonunda skar bırakmadan spontan iyileşirler. Tetikleyici faktörler arasında ilaçlar (Antibiyotikler, penisilinler, salisilatlar, iyodürler, bromürler, doğum kontrol hapları, nonsteroidal anti-enflamatuvar), enfeksiyonlar, tümörler ve inflamatuvar hastalıklar yer alırken, olguların %32-72'si idyopattır.

İdiyopatik granulomatöz mastit (GM), nadir görülen, kronik inflamatuvar benign bir meme hastalığıdır. Etiyolojisi tam olarak bilinmemekle birlikte; otoimmün seyrettiği, doğum ya da oral kontraseptif kullanımı ile ilişkili olduğu ileri sürülür. Biz bu yazımızda Mirena (Levonorgestrelli rahim içi araç) uygulaması sonrası EN ve GM gelişen olguyu sunduk.

Olgu: 36 yaşında G:5P:5Y:5(NSD) hasta 18 gündür devam eden kanama şikayeti ile başvurmuştur. Hastanın yapılan jinekolojik muaynesinde eski kanama dışında aktif bir bulgu saptanmamıştır. Transvajinal usg'sinde uterus normal boyutlarda endometrial kalınlık 20mm bilateral adneksiyal gross sonopatoloji izlenmemiş. Laboratuvar bulguları incelenen hastanın Hb:7.6 diğer parametreler normal olup hastaya probe küretaj işlemi önerilmiştir. Hastanın patoloji sonucu basit atipisiz endometrial hiperplazi gelmiştir. Hastaya progestin tedavisi sonucu kontrol biopsi önerilmiştir. Kontrol biopsi sonucu sekretuar endometrium olarak gelen hastanın kanamalarının devam etmesi üzerine Mirena önerilmiş ve takılmıştır. Hasta bir ay sonra her iki bacadaki ve sol memede kaşıntılı kızarıklık şikayeti ile başvurmuş ve bu durumun Mirena sonrası geliştiğini belirtmiştir. Hasta enfeksiyon hastalıkları bölümüne konsülte edilmiş ve enfeksiyon hastalıkları önerisi ile Mirena çekilmiş antibiyotik tedavisi başlanmıştır. Hastaya olası tüberküloz açısından PPD testi yapılmış ve akciğer grafisi çekilmiştir sonuçları göğüs hastalıkları kliniği tarafından incelenmiş ve herhangi bir problem görülmemiştir. Genel cerrahi tarafından değerlendirilen hastanın sol memede mastit ile uyumlu yaygın koleksiyon alanları tesbit edilmiş drenajı sağlanmıştır. Memedeki enfekte kistik yapı GM olarak değerlendirilmiştir. Hastanın mevcut lezyonları dermatoloji kliniğinin incelemesi sonucunda EN lehine değerlendirmiştir. Lezyonların tedavisi için Potasyum İyodür başlanmıştır. Hastanın mevcut anemi durumu dahiliye kliniği tarafından ERT replasmanı ve oral femir preparatı ile tedavi edilmiştir. Mirena çekilmesi sonrasında hastanın lezyonlarının gerilemiştir.

2. Karadeniz Jinekoloji ve Obstetrik Kongresi



4 - 7 Nisan 2019, Samsun

Tartışma: Mirena uygulaması sonrası FDA raporlarında göre EN tanısı alan ve bildirilen hasta sayısı 2005 yılından günümüze kadar 37'dir. %46 oranında 1-6 ay arası %64 oranında 30-39 yaş aralığında görülmektedir. Yine GM görülme sıklığının kontraseptif yöntemlere bağlı olabileceği de bilinmektedir. Bizim olgumuzda da tüm bu nadir bulgular Mirena uygulaması sonrası ortaya çıkmıştır.

Anahtar Kelimeler: Eritema nodozum, granulomatöz mastit, Levonorgestrelli rahim içi araç



2. Karadeniz Jinekoloji ve Obstetrik Kongresi



4 - 7 Nisan 2019, Samsun

OP-26

Fetal Kayıp İle Sonuçlanan Gebelikte Akut Pankreatit: Olgu Sunumu

Hatice Yılmaz Doğru¹, Selim Güllüçü¹, Şafak Şahin², Kaan Eray Uzun¹

¹Tokat Gaziosmanpaşa Üniversitesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Ana Bilim Dalı, Tokat

²Tokat Gaziosmanpaşa Üniversitesi, İç Hastalıkları Ana Bilim Dalı, Tokat

Amaç: Akut pankreatit gebelikte akut karın ağrısı kliniğe yansıyan nadir bir hastalık olmasına rağmen anne ve fetüs açısından hayati tehlike içeren ağır bir klinik tablodur. Gebelikte akut ağrı ile gelen hastalarda klinisyenin akut pankreatit tanısını düşünmesi ve gelişmiş tanı ve tedavi yöntemlerinin kullanımı ile maternal mortalite %37'den %0'a fetal mortalite ise %60'tan %0'a kadar düşmektedir. Bu olgu sunumundaki amacımız; gebelikte meydana gelen akut pankreatit tablosuna dikkati çekmektir.

Olgu: 27 yaşında üçüncü gebeliği olan ve bir haftadır farklı bir merkezde karın ağrısı ve sancı şikayeti ile araştırılan hasta, hastanemiz gastroenteroloji kliniğine başvuru akut pankreatit tanısı aldıktan sonra yatışı yapıp tarafımıza fetal iyilik hali açısından konsülte edilmişti. Yapılan değerlendirmede 35. gebelik haftasında olan fetüs biyometrik ölçümleri normal büyüme eğrisinde, amniyotik sıvı normal ve non-stres test (NST) reaktif kontraksiyon yoktu. Tansiyon 120/70 mmHg idi. Hastaya pankreatit teşhisi hastanın tipik ağrı yakınması ve amilaz değerlerindeki yükseklikle konmuştu. Karaciğer fonksiyon testlerinde bazalin iki katı kadar ve tüm bilirübin değerlerinde yükseklik vardı. Hepatobliyer ultrasonografide anormal bir bulguya rastlanmamıştı. Hasta ertesi sabah takibi yapılan klinikte fetal hareketlerde azalma olduğunu söylemesi üzerine tarafımıza tekrar konsülte edilmişti. Değerlendirilmede fetal eksitus tespit edilmesi üzerine vajinal doğum ile 2615 gr ölü erkek bebek doğurtuldu.

Tartışma ve Sonuç: Akut pankreatit tanısı; akut başlangıçlı sırt kısmına doğru yayılan epigastrik ağrı, serum amilaz/lipaz aktivitesindeki en az üç defa normal aralığın üst sınırından daha fazla olması ya da kontrastlı tomografide akut pankreatite spesifik bulguların varlığı parametrelerinden en az ikisinin olması ile tanı konur. Akut pankreatit organ yetmezliği, sistemik ya da lokal komplikasyonlara bağlı olarak hafif, orta ve ciddi pankreatit olarak sınıflandırılabilir. Akut pankreatitin ciddiyeti fetal asfiksi ve fetal ölümlle ilişkilidir. Bu tabloda meydana gelen sistemik inflamatuvar yanıt sendromu (SIRS) fetal ölüm oranlarını arttırabilir. Akut pankreatit nedeni ile hospitalize edilen gebe kadınlarda 1-tekli ya da çoklu organ yetmezliği tablosu olduğu zaman gebelik mevcut tabloyu ağırlaştırabilir, 2-erken ya da orta trimesterde uygulanan tedaviler fetal gelişimi etkileyebilir, 3-fetal gelişim açısından fetüs matür olsa dahi SIRS nedeni ile fetal kayıp oranı artabilir. Temelde bu üç etken göz önünde bulundurularak gebenin takibi ya da gebeliğin sonlandırılması kararı verilmelidir. Literatür incelendiğinde ciddi pankreatit vakalarının fetal asfiksi ve fetal kayıp ile daha ilişkili olduğu gösterilmiş olmasına rağmen sunmuş olduğumuz vakada pankreatit tablosu ciddi olmadığı ve kısa süre önce yapılmış fetal değerlendirmelerde fetal iyilik hali ortaya konulmuş olmasına rağmen fetal kayıp gelişmiştir.

2. Karadeniz Jinekoloji ve Obstetrik Kongresi



4 - 7 Nisan 2019, Samsun

Sonuçta akut pankreatit gebelikte nadir olarak görülmesine rağmen fetal ve maternal mortalite açısından oldukça önemli bir tablodur. Pankreatit tablosu hafif olsa bile fetal ve maternal takipte yakın gözlem yapılması ve doğum planının en kısa zamanda belirlenmesinin kritik öneme sahip olduğu kanaatindeyiz.

Anahtar Kelimeler: Akut pankreatit, gebelik, intra uterin ex, akut karın ağrısı



2. Karadeniz Jinekoloji ve Obstetrik Kongresi



4 - 7 Nisan 2019, Samsun

OP-27

Plasental Koryoanjoma: Olgu Sunumu

Ömür Erden

Sbü Kanuni Eğitim Ve Araştırma Hastanesi Kadın Hastalıkları Ve Doğum Bölümü, Trabzon

Koriyoanjoma, kapiller ve villöz stromanın proliferasyonu ile karakterize, primitif koryonik mezenkimden kaynaklan en sık saptanan plasental benign vasküler neoplazidir. Küçükler term plasenta muayenesinde yaklaşık %1, gözden kaçabilir, asemptomatik kalır komplikasyona neden olmaz. Geniş (dev) koriyoanjomalar, >4-5 cm tümörlerdir, daha nadir (1/9000-50000). Fetal komplikasyonlar fetal kalp yetmezliği, trombesitopeni, nonimmünolojik fetal hidrops, hemolitik anemi, intrauterin gelişme geriliği, beyin infarküsü, umbilikal ven trombozu, fetal serebral embolizm, intrauterin ve neonatal ölümü içerir. Maternal komplikasyonlar preeklampsi, polihidramnios, antepartum hemoraji ve erken doğum eylemidir. Plasental tümörlerin tanısında gri skala ultrasonografi, doppler ultrasonografi ve MR kullanılabilir. Plasental koriyoanjyoma ayırıcı tanısında hidatiform mol, dejenere leiomyom, koryoepitelyoma, plasental teratom, intraplasental hemoraji ve plasenta dekolmanı akla gelmelidir. Literatürde; komplike olmamış koriyoanjoma olgularında, tümör devaskülarizasyonunu sağlamak amaçlı alkol ve Enbucilate enjeksiyonu, endoskopik laser koagülasyon ve intertisyel laser prosedürlerinin başarılı sonuçları bildirilmiştir. Histolojik açıdan koriyoanjomanın tipleri en sık görülen anjiomatozis (kapiller), cellular ve dejeneratif tip.

Olgu: 41 yaşında ilk gebeliği olan, son adet tarihi bilinmeyen düzensiz takipli tansiyon için günde 4 kere 25 mgr alfa metil dopa kullanan hastamız acil polikliniğimize gece başvurdu. Başvuruda tansiyon 140/100 mmHg, makat geliş açıklığı olmayan NST ' si normal olan bir hasta idi. Acil şartlarında yapılan gri skala ultrasonografide yaklaşık 37 haftalık gebelik, plasenta fundal, makat geliş ve plasenta kalınlığı yaklaşık 6 cm idi. Plasenta içinde 2-4 cm çaplarında 10-15 adet etrafı hiperekojen içi hipoekojen kistik oluşumlar gözlemlendi (Resim 1-2). Doppler ultrason değerlendirmesinde venöz gölcükler olarak radyoloji birimince tariflenmişti. İdrarda +1 protein mevcuttu ve tetkiklerde ek problem yoktu. Bu klinejiyle hastaya primipar makat geliş+plasental patoloji+gestasyonel hipertansiyon üzerine preeklampsi+37 haftalık gebelik ön tanılarla sezaryen uygulandı. Apgar 8-9 olan 3300 gram normal kız bebek doğurtuldu. Plasenta patolojisi koriyoanjom olarak gelmesi üzerine acil şartlarda bile plasental ultrasonografinin önemini belirtmek istedim.

Tartışma-Sonuç: Koriyoanjomanın insidansı ileri anne yaşıyla, hipertansiyonla, diabetes mellitusla, erken doğumla, yenidoğanın kız olmasıyla, ilk doğumla ve çoğul gebeliklerle artmaktadır. Bu olguda ilk gebelik, hipertansiyon, ileri anne yaşı ve yenidoğan kız bebektir. Fetal komplikasyon bu olguda yoktu. Jauniaux ve arkadaşlarınınca tariflenen çok nadir korangiokarsinomadan ayırt edilmelidir, burada anne ve bebek malignensi açısından araştırılmalıdır, anneye metastaz en sık akciğere olmakta tedavi kemoterapi EMA-EP ve takip beta hcg ile olmaktadır. Dev bir korangioma iyi takiple anne-



Gri skala ultrasonografide plasental lezyonlar.

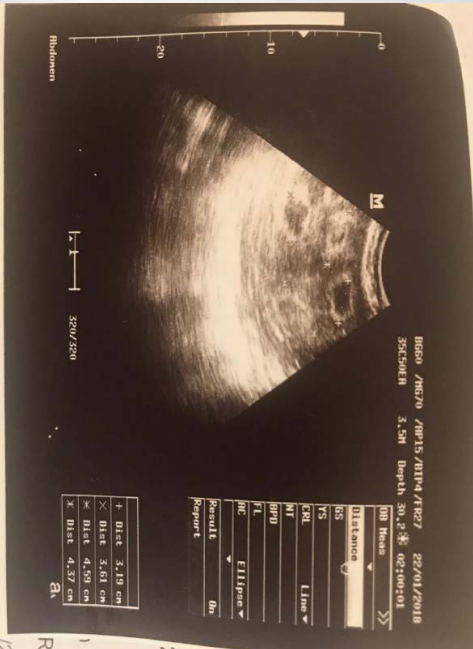


2. Karadeniz Jinekoloji ve Obstetrik Kongresi



4 - 7 Nisan 2019, Samsun

resim2



Gri skala ultrasonografide plasental lezyonlar 2

2. Karadeniz Jinekoloji ve Obstetrik Kongresi



4 - 7 Nisan 2019, Samsun

OP-28

Aşırı Aktif Mesane Sendromu İle Uterin Leiomyoma Arasında İlişki Var mıdır ?

Ekrem Akdeniz¹, Canan Soyer Çalışkan², Mahmut Uubay³, Samettin Çelik²

¹Samsun Gazi Devlet Hastanesi, Üroloji Kliniği, Samsun

²Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Samsun Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği

³Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Samsun Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Üroloji Kliniği

Giriş-Amaç: Patolojik bir sebep olmadan, acil idrar yapma hissiyle beraber pollaküri (en az 8) ve noktüri olmasına aşırı aktif mesane (AAM) sendromu denir. AAM'nin nedeni bilinmemektedir ve nöronal, miyojenik veya enflamatuvar faktörlerin gelişiminde rol oynadığı düşünülmektedir. Genelde yaşlı popülasyonu etkilese de kırk yaş altı bayanlarda %10 oranında görülmektedir. Mesanenin nörolojik kontrolü periferik, somatik ve otonom sinir sistemini içine alan oldukça kompleks yapıdadır. Uterin leiomyoma (UL) anatomik yakınlık nedeniyle mesane üzerinde bir ağırlık oluşturacaktır. Oluşan bu potansiyel etki mesanenin zaten kompleks olan nörofizyolojisini bozabilir. Bu bağlamda bu çalışma, uterin leiomyoma ile aşırı aktif mesane sendromu arasındaki ilişkiyi araştırmak için tasarlanmıştır.

Yöntem-Gereçler: Çalışmamıza Aralık 2018 – Mart 2019 tarihleri arasında Samsun Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum polikliniğine başvuran hastalar alındı. AAM tanısı aşırı aktif mesane sorgulama formu (OAB-V8) ile, UL tanısı transabdominal ultrasonografi ile konuldu. Hastalar UL'si olan (Grup 1) ve olmayan (Grup 2) hastalar olmak üzere iki gruba ayrıldı. Üriner sistem enfeksiyonu olanlar, daha önce pelvik cerrahi geçirenler, AAM tedavisi alanlar, diyabeti olanlar, menopoza girenler, vücut kitle indeksi (VKİ) 35 kg/m²'den fazla olanlar ve 50 yaş üzeri hastalar çalışmadan çıkarıldı.

Bulgular: Çalışma grubuna (Grup 1) 40 hasta, kontrol grubuna (Grup 2) 50 hasta alındı. Grup 1'deki hastaların yaş ortalaması 40,55±5,57 yıl, Grup 2'deki hastaların yaş ortalaması 39,72±4,75 yıl olarak bulundu. VKİ ortalaması sırasıyla 27,97±3,74 kg/m² ve 28,36±3,38 kg/m² idi. Çalışma grubundaki hastaların ortalama leiomyoma çapı 55,72±27,91 mm (27-160) olarak ölçüldü. Grup 1'deki hastaların AAM toplam skoru 8,82±7,09, Grup 2'deki hastaların toplam skoru 8,46±6,12 olarak bulundu. Gruplar arasında skorlar açısından bir fark izlenmedi (p = 0.21) (Tablo 1). AAM toplam skoru 8 ve üzerinde olan hasta sayısı ise Grup 1'de 8 (%20), Grup 2'de 11 (%22) kişiydi.

Sonuçlar: Çalışmamızda AAM sendromu ve uterin leiomyoma arasında ki ilişki araştırılmış ve AAM ile UL arasında bir ilişki bulunamamıştır. Dışlama kriterlerimizin fazla olması nedeniyle hasta sayımızın az olduğunu göz önüne alırsak bu konuda daha geniş serili çalışmalara ihtiyaç olduğunu düşünmekteyiz.



2. Karadeniz Jinekoloji ve Obstetrik Kongresi



4 - 7 Nisan 2019, Samsun

Anahtar Kelimeler: Aşırı aktif mesane, uterin leiomyom, ultrasonografi

Tablo 1. Hastaların demografik ve klinik bulguları (AAM: Aşırı aktif mesane, VKİ: Vücut kitle indeksi)

	Grup 1	Grup 2	p
N	40	50	
Yaş (yıl) (min-maks)	40,55±5,57 (28-50)	39,72±4,75 (29-49)	0.45
VKİ (kg/m2) (min-maks)	27,97±3,74 (19,14-33,6)	28,36±3,38 (22,49-34,42)	0.51
AAM skoru (min-maks)	8,82±7,09 (2-29)	8,46±6,12 (2-25)	0.21

2. Karadeniz Jinekoloji ve Obstetrik Kongresi



4 - 7 Nisan 2019, Samsun

OP-29

Şiddetli Preeklampsie Eşlik Eden Maternal Hiponatremi, Olgu Sunumu

Hasan Ulubaşoğlu, Canan Soyer Çalışkan, Samettin Çelik
S.B. Üniversitesi Samsun Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Samsun

Giriş: Preeklampsia 20. Gestasyonel haftadan sonra 24 saatlik idrarda $\geq 0,3$ g proteinüri minimum 30 dk arayla en az 2 kere ölçülen sistolik kan basıncı ≥ 140 mm Hg ve diyastolik kan basıncı ≥ 90 mm Hg olarak tanımlanan multisistemik bir hastalıktır. İnsidans oranları % 2 ila % 5 arasında değişmektedir. Fizyopatolojisi endotel permeabilitesinin artması, vazokonstriktif ajanların salınması, mikrovasküler hasar ve artmış kapiller hiperpermeabilite ile ilişkilidir. Preeklampsia nöbet eşliğini azaltabilir ve maternal ve fetal hasara neden olabilir. Artmış maternal ve fetal morbiditeyle ilişkilidir. Hiponatremi, preeklampsinin nadir görülen bir komplikasyondur ve literatürde bugüne kadar bildirilen vakalar sınırlıdır. Yine yapılan çalışmalarda preeklampsinin insidansı maternal ve neonatal hiponatremi ile ilişkilendirilmiştir. Şiddetli vakalarda hayatı tehdit edebilir. Biz bu raporda hiponatremi ile birlikte gelişen bir preeklampsia vakasını sunduk.

Olgu: 27 yaşında 32 hafta lık gebeliği (g1p0) olan hasta hipertansiyon, preeklampsia, intrauterin gelişme geriliği tanısıyla hastanemize sevk edildi. Hastanın başvuru tansiyonu 150 / 75 idi. İdrarda + 3 proteinüri vardı. Obstetrik doppler ultrasonografi normaldi. Cbc: 13, ast: 23, alt: 15, solunum sayısı 20 idi. Oksijen saturasyonu normaldi. Hastanın serum sodyum (Na) değeri 129 mmol/l, kalsiyum 7,4, klor: 91, potasyum 4,72, kreatinin 0,79, plateletleri 221 bin idi. Hastada hiponatreminin medikal sebebi olabilecek kalp yetmezliği, nefrotik sendrom, karaciğer hastalığı, diare, kusma aşırı sıvı yüklenmesi yoktu. Hastaya serum Na takipleri yapıldı. Takiplerde Na değerlerinde düzenli bir azalma vardı. Değerler 32 haftada 129 mmol/l den, 34. haftaya 112 mmol/l ye kadar düştü. Hastanın tansiyon değerlerinin yükselmesi, şiddetli baş ağrısının olması ve hiponatreminin devam etmesi üzerine hastaya şiddetli preeklampsia tanısıyla acil sezaryen yapıldı. 9/10 apgar skoruyla 1385 gr bebek doğurtuldu. Annenin postnatal hiponatremisi hipertonic %3 lük Na solüsyonu verilmesi ve sıvı kısıtlamasıyla düzeltildi.

Tartışma: Şiddetli hiponatremi (<120 mmol / l) komaya, konvülsiyona ve hatta % 50 ölüme bile neden olabilir. Hiponatremi nedeniyle oluşan konvülsiyonlar eklampsiye taklit edebilir. Yanlış tanı koydurabilir ve tanıyı geciktirebilir. Literatürde preeklampsia ile ilişkilendirilen hiponatremi eklampitik nöbetler, plasenta dekolmanı, hellp sendromu ve preterm eylem gibi istenmeyen sonuçlarla ilişkilidir. Bizim vakamızda hiponatremi persiste ettiği için preterm doğum gerçekleşti. Literatürde preeklampsia ile ilişkilendirilen hiponatreminin insidansı % 0,33 olarak geçmektedir. Hiponatremi preeklampsia ile komplike ise doğum ve dikkatli gözlem ve tedavi gerektirir. Yönetim obstetrik neonatoloji, endokrinoloji ve yoğun bakım ekibiyle birlikte multidisipliner olmalıdır. Hızlı sodyum replasmanı paradoksal olarak tehlikeli olabilir ve pontin demiyelinizasyonuna ve kuadriplejiye



2. Karadeniz Jinekoloji ve Obstetrik Kongresi



4 - 7 Nisan 2019, Samsun

yol açabilir. hiponatreminin sık monitorizasyonu ve farkındalığı preeklampsili kadınların takibinin bir parçası olmalıdır. Şiddetli hiponatreminin preeklampsideki şiddetli sonuçlarla olan bu ilişkisi, hastalığın erken teşhisinde hastalığın şiddetini yönetmede ve azaltmada yardımcı olabileceğinin bir belirteci olabilir. Böylece, preeklampsili olguların yönetiminde ölçümü kolay ve düşük maliyetli olan sodyum seviyelerinin ölçümü iyi bir prognostik belirteç olarak rol oynayabilir.

Anahtar Kelimeler: Gebelik, Hiponatremi, Preeklampsisi,

2. Karadeniz Jinekoloji ve Obstetrik Kongresi



4 - 7 Nisan 2019, Samsun

OP-30

Apgar Skoru Yenidoğan Ölçümlerinden Etkilenir Mi?

Kübra Baki Erin, Yeşim Bayoğlu Tekin

*Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Trabzon Kanuni Eğitim ve
Araştırma Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği*

Amaç: Yenidoğanın boy, kilo, baş çevresi gibi antropometrik ölçümleri ile apgar skorunun ilişkisinin incelenmesi amaçlanmıştır.

Yöntem: Trabzon Kanuni Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde 2017 yılında gerçekleşen doğumların dosya bilgilerine retrospektif olarak ulaşıldı. Yenidoğan bebeklerin 1. dakika ve 5. dakika apgar skorları, boy, kilo ve baş çevresi bilgileri kayıt edildi. 2500-4500 gram kilo aralığı ve 37-42 hafta üstü gerçekleşen doğumlar çalışmaya dahil edildi. Düşük doğum ağırlıklı (2500 g altı) ve makrozomik (>4500) bebekler ve fetal distres nedeniyle gerçekleşen doğumlar ve 37 hafta altı gerçekleşen doğumlar çalışma dışı bırakıldı. Tüm veriler SPSS ortamına aktarılarak normal dağılım testleri uygulandı ve normal dağılıma uyan gruplara pearson korelasyon analizi uygulandı. $P < 0.05$ istatistiksel olarak anlamlı kabul edildi.

Bulgular: Toplam 3721 dosya kaydına ulaşıldı. Bunlardan 37 hafta altı, 42 hafta üstü, 2500 g altı, 4500 g üstü ve fetal distres nedeniyle gerçekleşen doğumlar dışlanarak 3221 yenidoğan bilgisi çalışmaya dahil edildi. 1690 erkek, 1531 kız cinsiyette bebek vardı. Ortalama kilo $3381 \pm 0,007$, ortalama boy $50,25 \pm 0,2$, ortalama baş çevresi $34,77 \pm 0,2$, 1. dakika apgar skoru ortalama $7,93 \pm 0,1$, 5. dakika apgar skoru ortalama $8,93 \pm 0,1$ idi. Analiz sonucunda kilo ve boyun 1.ve 5. dakika apgar skorları arasında ilişki tespit edilmedi ($p > 0.05$). Baş çevresi ile 1. ve 5. dakika apgar skoru arasında negatif yönde orta düzeyde ilişki tespit edildi ($p < 0.05$). Cinsiyetler ile apgar skoru arasında bir fark tespit edilmedi.

Tartışma: Apgar skor sistemi ilk defa 1952 yılında Dr. Virginia Apgar tarafından bebeğin 1. dakika da solunumuna bakılarak hızlı klinik değerlendirme açısından kullanılmıştır. Gümünüzde kullanılan şekli ise 1958 yılında kullanılmaya başlanmıştır. Toplam 5 parametresi vardır. Bunlar; Renk, kalp hızı, refleks yanıtlar, solunum, kas tonusudur. 0,1,2 şeklinde puanlandırılıp toplam puanla yenidoğan durumu değerlendirilir. Günümüzde 1. ve 5. dakika da tüm yenidoğanların hızlı değerlendirilmesinde yaygın şekilde kullanılmaktadır. İskoçya'da bir milyondan fazla doğumun incelendiği bir kohort çalışmada preterm doğumlarda ve sezaryen doğumlarda düşük apgar skoru görüldüğü, bebek doğum kilosuna göre apgar skoru arasında özellik tespit edilmediği ve bildirilmiştir. Preterm ve postmatür doğumların apgar skorunu etkilediği birçok çalışmada bildirilmiştir. Term gebeliklerin apgar skorlarının incelendiği çalışmalarda mevcuttur ancak yenidoğan antropometrik ölçümleri ile ilgili yeterli çalışma yoktur. Çalışma sonucuna göre yenidoğan boy ve kilosuna göre apgar skoru arasında ilişki bulunmazken, baş çevresi ile apgar skoru arasında ilişki tespit edilmiştir.

Anahtar Kelimeler: Apgar skoru, yenidoğan antropometrik ölçümleri, term gebelik



2. Karadeniz Jinekoloji ve Obstetrik Kongresi



4 - 7 Nisan 2019, Samsun

OP-31

Karadeniz Bölgesinde Majör Ve Minör Fetal Kalp Anomalilerine Farklı Bir Bakış, Perinatoloji Deneyimi

Uğur Turhan

Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Samsun Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum, Perinatoloji

Amaç: Fetal Ekokardiyografi'de majör ve minör yapısal anomali insidansını belirlemek.

Yöntem: Son 4 ay içerisinde kliniğimize refere edilen 1440 hastaya yapılan fetal ekokardiyografi sonuçlarını retrospektif olarak değerlendirmek.

Sonuç: Toplam 44 hastada (%3) majör kardiyak anomali saptandı. Demografik değerlendirmede; maternal yaş 19-40 yıl (ort. 30), gebelik haftası 13-38 hafta (ort. 24). % 57 olguda eşlik eden ekstrakardiyak bulgular mevcut iken, % 43 olgu izole olarak izlendi.

Ekokardiyografi'de 98 hastada (%6,8) hiperekojen kardiyak odak (HEKO) mevcuttu. Yerleşim yerine göre; %89 sol ventrikülde, %6 sağ ventrikülde ve % 5 bilateral olarak saptandı. Sol ventrikülde HEKO izlenen 1 olguda (%2,2), sağ ventrikülde HEKO izlenen 2 olguda (% 4,6) toplamda 3 olguda (%6,8) major kardiyak anomali saptandı.

Majör kalp anomaliler içerisinde en sık olarak 12 vakada (%27,2) konotrunkal anomali saptandı. 6 Fallot Tetralojisi (%13,63), 6 Çift çıkış sağ ventrikül (DORV) (%13,63). Fallot saptanan vakalardan 3 olguda sağ aortik ark, 1 polihidramnios, 1 oligohidramnios, 1 tek umbilikal arter saptanırken, 1 olguda ise ek bulgu mevcut değildi. DORV vakalarının 1 tanesinde Fallot tipi DORV belirlendi.

Ventriküler septal defekt izole olarak 13 vakada (%29) izlendi. 10 vakada müsküler VSD (%77), 2 vakada apikal müsküler VSD (%16), 1 vakada ise perimembranöz VSD (%7) izlendi.

4 olguda (%9) AVSD, 4 olguda (%9) sağ aortik ark (2 fallot ile beraber, 1 MAPKA eşliğinde, 1 situs inversus totalis eşliğinde) izlendi.

2 olguda izomerizm (situs inversus totalis ve sağ atriyal izomerizm), 2 olguda persiste vena kava superior, birinde pulmoner arter hipoplazisine eşlik ediyorken, diğer olguda kısa FL nedeniyle refere edilen 38. gebelik haftasındaki ciddi mikromeli vakasıydı.

2 vakada (%4,5) ARSA izlendi.

2. Karadeniz Jinekoloji ve Obstetrik Kongresi



4 - 7 Nisan 2019, Samsun

EKO'da sağ ventriküler hipokinetizm saptanan bir olguda intrakranial germinal matriks kanama ve buna sekonder anemi, fetal batında asit, hepatosplenomegali saptandı.

Birer vakada izole Aort Koartasyonu, Hipoplastik sol kalp, Hipoplastik sağ kalp ve fetal bradiaritmi saptandı.

Tek umbilikal arter denilerek refere edilen 3 vakada eş zamanlı double aortik ark, birer vakada müküler vsd ve Aberran sağ subklavyan arter saptandı.

44 hastadan 5 olgu (%11,3) karyotipleme yaptırmak istedi. Karyotipleme sonucu: 2 trizomi 21 (%40), 1 trizomi 18 (%20) saptanırken, 2 olguda (%40) karyotip normal olarak raporlandı.

Sonuç: Majör kalp hastalıkları, klinisyenin gebe takiplerinde en çok tedirgin olduğu durumlardan bir tanesidir. Artan kromozom anomali riski ve intrauterin-neonatal hayatta beklenen riskleri belirlemek hastaların yönetiminde özellikle gereklidir. Fetal sonografide tek umbilikal arter saptanan hastalarda, fetal ekokardiyografide kalp hastalıklarının yanı sıra Duktal ark patolojileri ve ARSA ekarte edilmelidir.

Anahtar Kelimeler: Aberran Sağ Subklavyen Arter, Duktal Ark Patolojileri, Fetal Ekokardiyografi, Fetal Kalp Anomalileri, Tek Umbilikal Arter



2. Karadeniz Jinekoloji ve Obstetrik Kongresi



4 - 7 Nisan 2019, Samsun

OP-32

Doğum İndüksiyonunda Propess® Kullanımı Öncesi Vajinal Yıkamanın Etkinliği

Banuhan Şahin¹, Samettin Çelik², Mehmet Güçlü³, Canan Çalıskan²

¹Amasya Üniversitesi Sabuncuoğlu Şerefeddin Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Ana Bilim Dalı, Amasya

²Samsun Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği, Samsun

³Marmara Üniversitesi Pendik Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği, İstanbul

Amaç: Doğum indüksiyonu amaçlı kullanılan vajinal dinoprostonun etkinliği ortam pH'sından etkilenmektedir. Bu çalışmada Propess®'in intravajinal yerleştirilmesi öncesi uygulanabilen vajinal yıkamanın doğum ve yenidoğan sonuçlarına etkisini araştırmak amaçlanmıştır.

Yöntem: Prospektif planda çift kör olarak dizayn edilen bu gözlemsel çalışma 1 Haziran 2018 ile 1 Aralık 2018 tarihleri arasında Samsun Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi'nde doğum indüksiyonu planlanmış 240 gebe ile yapılmıştır. Gebelerin yarısına vajinal yıkama sonrası intravajinal Propess® (10 mg dinoproston) yerleştirilmiş, diğer yarısına vajinal yıkama yapılmadan yerleştirilmiştir. Her iki grupta intravaginal Propess® kalım süresi, Propess® doğum süresi, indüksiyon ihtiyacı, indüksiyon süresi, doğum şekli (vajinal/sezaryen), uterus hiperstimülasyon varlığı karşılaştırılmıştır. Ayrıca her iki grup bebeklerinin doğum ağırlıkları, cinsiyetleri, 1. Ve 5. Dakika APGAR skorları, fetal distress durumu, mekonyum varlığı, entübasyon ihtiyacı, yoğun bakım gerekliliği, fetal enfeksiyon varlığı değerlendirilmiştir. Karşılaştırmalarda Student-t testi, Mann-Whitney U test, Pearson ki-kare test ve Fisher-Freeman-Halton Exact test kullanılmıştır.

Bulgular: Vajen yıkama yapılan grupta intravaginal Propess® kalım süresi, Propess® doğum süresi, indüksiyon ihtiyacı ve indüksiyon süresi vajen yıkama yapılmayan gruba göre daha azdır ($p=0,001$). Doğum şekli gruplar arasında istatistiksel anlamda fark göstermemiştir (vajinal doğum için $p=0,41$; sezaryen doğum için $p=0,27$). Uterus hipertonusitesi vajen yıkama yapılan grupta daha fazla izlenmiştir ($p=0,05$). Vajen yıkama yapılan grupta yenidoğan ortalama doğum ağırlığı ve APGAR 1. Dk skoru vajen yıkama yapılmayan gruba göre daha yüksek ($p=0,00$; $p=0,03$) bulunmuşken mekonyum varlığı, yoğun bakım gerekliliği, entübasyon ihtiyacı ve fetal enfeksiyon durumu daha düşük bulunmuştur ($p=0,007$; $p=0,007$; $p=0,018$; $p=0,011$).

Sonuç: Doğum indüksiyonu kararı verilen ve intravajinal Propess® yerleştirilecek olan gebelere işlem öncesi vajinal yıkama kolaylıkla uygulanabilir böylece doğumun anne ve bebek yönünden güvenli ve hızlı bir şekilde gerçekleşmesi sağlanabilir.

2. Karadeniz Jinekoloji ve Obstetrik Kongresi



4 - 7 Nisan 2019, Samsun

Anahtar Kelimeler: Dinoproston, Propess®, vajinal pH, vajinal yıkama

Tablo 1: Vajen Yıkama Durumuna Göre Travay sonuçları

		Vajen Yıkama			Test Değeri
		Toplam (n=219)	Yıkama (-) (n=116)	Yıkama (+) (n=103)	p
Propess® kalım süresi (PKS)	Min-Maks (Medyan)	2-24 (12)	3-24 (16)	2-24 (10)	Z:-5,557
	Ort±Ss	13,12±6,14	15,24±5,92	10,74±5,48	b 0,001**
Propess® Doğum Süresi (PDS)	Min-Maks (Medyan)	3-48 (19)	4-48 (27)	3-33 (15)	t:8,266
	Ort±Ss	21,37±11,11	26,38±11,55	15,73±7,25	a 0,001**
İndüksiyon Süresi (İS)	Min-Maks (Medyan)	2-27 (16)	2-25 (18)	4-27 (12)	t:4,886
	Ort±Ss	15,82±5,77	17,54±5,00	13,34±5,92	a 0,001**
İndüksiyon ihtiyacı	Yok	84 (38,4)	31 (26,7)	53 (51,5)	χ ² :14,114
	Var	135 (61,6)	85 (73,3)	50 (48,5)	c 0,001**
Vajinal Do- ğum (VD)	Yok	54 (24,7)	26 (22,4)	28 (27,2)	χ ² :0,668
	Var	165 (75,3)	90 (77,6)	75 (72,8)	c 0,414
Sezaryen Doğum (CS)	Yok	176 (80,4)	90 (77,6)	86 (83,5)	χ ² :1,207
	Var	43 (19,6)	26 (22,4)	17 (16,5)	c 0,272

a Student-t Test, b Mann Whitney U Test, c Pearson Chi-Square Test, *p<0,05; **p<0,01



2. Karadeniz Jinekoloji ve Obstetrik Kongresi



4 - 7 Nisan 2019, Samsun

Tablo 2: Vagen yıkama durumuna göre yenidoğan sonuçları

		Vagen Yıkama			Test Değeri
		Toplam (n=219)	Yıkama (-) (n=116)	Yıkama (+) (n=103)	P
Doğum Ağırlığı (gr)	Min-Maks (Medyan)	1710-4280 (3300)	1710-4280 (3205)	2250-4150 (3340)	t:-2,841
	Ort±Ss	3264,18±459,09	3183,66±503,35	3354,85±386,18	a 0,005**
APGAR 1. dk	Min-Maks (Medyan)	2-10 (9)	2-10 (9)	6-10 (9)	Z:-2,089
	Ort±Ss	8,31±1,37	8,06±1,59	8,58±1,01	b 0,037*
APGAR 5. dk	Min-Maks (Medyan)	5-10 (9)	5-10 (9)	7-10 (9)	Z:-1,688
	Ort±Ss	9,09±1,08	8,93±1,24	9,27±0,84	b 0,091
Yoğun bakım gerekliliği	Gerekli Değil	187 (85,4)	92 (79,3)	95 (92,2)	χ ² :7,302
	Gerekli	32 (14,6)	24 (20,7)	8 (7,8)	c 0,007**
Cinsiyet	kız	107 (48,9)	55 (47,4)	52 (50,5)	χ ² :0,206
	erkek	112 (51,1)	61 (52,6)	51 (49,5)	c 0,650
Mekonyum	Yok	201 (91,8)	101 (87,1)	100 (97,1)	χ ² :7,259
	Var	18 (8,2)	15 (12,9)	3 (2,9)	c 0,007**
Fetal İnfeksiyon	Yok	205 (93,6)	104 (89,7)	101 (98,1)	χ ² :6,438
	Var	14 (6,4)	12 (10,3)	2 (1,9)	c 0,011*
Entübasyon İhtiyacı	Yok	200 (91,3)	101 (87,1)	99 (96,1)	χ ² :5,637
	Var	19 (8,7)	15 (12,9)	4 (3,9)	c 0,018*

a Student-t Test, b Mann Whitney U Test, c Pearson Chi-Square Test, *p<0,05; **p<0,01

2. Karadeniz Jinekoloji ve Obstetrik Kongresi



4 - 7 Nisan 2019, Samsun

OP-33

30-65 Yaş Arası Kadınlarda Ulusal Serviks Kanseri Taraması Bilgi Düzeyi Ve Tutumu

Hasan Aykut Tuncer

Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, Jinekolojik Onkoloji Cerrahisi Bilim Dalı, Antalya

Amaç: Serviks kanseri dünya genelinde önemli bir sağlık sorunu olup, yılda yaklaşık 530000 yeni vaka görülmekte ve olguların yaklaşık yarısında ölüm gerçekleşmektedir. Dünya sağlık örgütü HPV (Human papilloma virus) bazlı taramayı önermektedir. Ülkemizde 2014 yılında HPV (Human papilloma virus) DNA temelli kapsamlı bir tarama programı başlatılmış ve 30-65 yaş arası kadınların taraması hedeflenmiştir. Bilindiği üzere, herhangi bir kanser tarama programının başarısında halkın o kanser hakkında ki bilgi düzeyi ve kanser tarama programlarına katılma isteği programın başarısında en önemli unsurdur. Bu çalışmada kadınların HPV, serviks kanseri ve ülkemizde yeni uygulamaya konulan ulusal serviks kanseri tarama programı hakkında bilgi düzeyi ve tutumlarının ölçülmesi, tarama programına katılımı etkileyen faktörlerin belirlenmesi hedeflenmiştir.

Method: 2017-2018 yıllarında Evliya Çelebi Eğitim Araştırma Hastanesi kadın hastalıkları ve doğum polikliniğine başvuran 30-65 yaş arası kadınlar çalışma kapsamında değerlendirilmiştir. Gebeler, serviks kanseri ve servikal premalign hastalığı olanlar, histerektomize hastalar, iletişim kurulamayan hastalar çalışma dışı bırakılmıştır. Katılımcılar, soruları bire bir olarak kadın doğum hekiminin bilgilendirmesi ve açıklaması doğrultusunda yanıtlamışlardır. Ulusal serviks kanseri taramasına katılımı etkileyen faktörler lojistik regresyon analizi ile değerlendirilmiş, $p < 0.05$ değeri istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir.

Bulgular: 429 katılımcı, çalışma kapsamında değerlendirildi. Katılımcıların ortalama yaşı 42 olarak bulundu. 41 (% 9,6) katılımcı üniversite mezunuydu. Herhangi bir işte çalışan katılımcı sayısı 103 (% 24) olarak bulundu. 378 (% 88,1) katılımcının ailevi geliri asgari yaşam sınırının altındaydı. 123 (% 28,7) katılımcı ulusal serviks kanseri taramasına katıldığını ifade etti. Üniversite mezunu olmak (lise ve altı eğitimi ile karşılaştırıldığında OR: 2.895, 95% CI: 1.349-6.213), işte çalışıyor olmak (işte çalışmamak ile karşılaştırıldığında OR: 2.540, 95% CI: 1.513-4.264), ailesel aylık geliri asgari geçim sınırının üstünde olmak (ailesel aylık geliri asgari geçim sınırının altında olmak ile karşılaştırıldığında OR: 2.438, 95% CI: 1.204-4.935) ulusal serviks kanseri taramasına katılmayı etkileyen faktörler olarak bulunmuştur.

Sonuç: Çalışmamızda, kadınların eğitimini üniversite ve üstü seviyede tamamlamaları, aktif olarak bir işte çalışmaları ve ailesel gelir düzeylerinin asgari geçim seviyesinin üstünde olması ulusal serviks kanseri taramasına katılımı arttıran faktörler olarak bulunmuştur. Sosyokültürel, sosyoekonomik olarak güçlü olan, eğitilmiş ve özgüveni yüksek kadınlar kendi sağlıkları hakkında karar verebilme ve uygulama yetkisine sahip olacaktır.

Anahtar Kelimeler: HPV, serviks kanseri, serviks kanseri taraması.



2. Karadeniz Jinekoloji ve Obstetrik Kongresi



4 - 7 Nisan 2019, Samsun

OP-34

Erken Evre Endometrium Kanseri Hastalarda Adjuvan Radyoterapinin Hastalıksız Sağkalım Üzerinde Etkisi: 10 Yıllık Sonuçlarımız

İpek Pınar Aral¹, Süheyla Aytaç Arslan², Gonca Altınışik İnan², Yılmaz Tezcan²

¹Elazığ Şehir Hastanesi, Radyasyon Onkolojisi Bölümü, Elazığ

²Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Tıp Fakültesi, Radyasyon Onkolojisi Anabilim Dalı, Ankara

Amaç: Çalışmada erken evre endometrium kanserli hastaların uzun dönem tedavi sonuçlarının değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

Materyal-Metod: Haziran 2001- Aralık 2006 tarihleri arasında iki farklı merkezde, FIGO (International Federation of Gynecology and Obstetrics) evre I-II endometrium kanseri tanısıyla cerrahi tedavi sonrası adjuvan tedavi durumuna bakılmaksızın 311 hastanın tedavi sonuçları değerlendirilmiştir. Hastaların 3/4 'ü adjuvan radyoterapi (RT) almıştır. Adjuvan tedavi almayan 74 (%24) hasta ve yalnızca kemoterapi alan 4 (%1) hasta bulunmaktadır. Bununla birlikte her iki tedavi modalitesinin de uygulandığı hasta sayısı 24'tür.

Bulgular: Hastaların medyan takipsüresi 102ay(3-205ay)'dır. Takip döneminde 41'i hastalıklişkililölüm olmak üzere toplam 68 (%22) hasta ölmüştür. 10 yıllık hastalıksız sağkalım ve hastalığa özgü sağkalım değerleri sırasıyla %91,1 ve %82,7'dir. Hastalığa özgü sağkalıma etki eden faktörlerin belirlenmesi için yapılan tek değişkenli analizde non-endometrioid patoloji, lenfovasküler invazyon (LVI) varlığı, grad 3 histoloji, myometrial invazyon derinliğinin ½ den fazla olması, servikal stromal invazyon varlığı (evre II) ve adjuvan RT alınmamış olması faktörlerinin olumsuz etkisi olduğu tespit edilmiştir. Çok değişkenli analizde; LVI varlığı (p=0,01, HR:2,96) ve evre II hastalığın (p=0,018 HR:0,46) hastalığa özgü sağkalımda, adjuvan RT (p=0,03 HR:0,23) almamış olmanın da hastalıksız sağkalımda bağımsız kötü prognostik faktör olduğu saptanmıştır.

Sonuç: Çalışma sonuçları erken evre endometrium kanserinin uzun süreli tedavi sonuçlarının iyileştirilmesinde adjuvan RT'nin önemini tekrar vurgulamıştır.

Anahtar Kelimeler: endometrium kanseri, radyoterapi, adjuvan tedavi

2. Karadeniz Jinekoloji ve Obstetrik Kongresi



4 - 7 Nisan 2019, Samsun

Hasta ve tedavi özellikleri

Özellik		Sayı (%)
Yaş	<65 >=65	208 (%66.9) 103 (%32.1)
Cerrahi	TAH+BSO+BPPLND TAH+BSO	181 (%58) 130 (%42)
Patoloji	Endometrioid adeno ca Non endometrioid adeno ca	277 (%89.4) 34 (%10.6)
Myometrial invazyon	< ½ >= ½	163 (%52.4) 148 (%47.6)
Servikal glandüler tutulum	Var Yok	67 (%21.5) 244 (%78.5)
Servikal stromal tutulum	Var Yok	55 (%17.7) 256 (%82.3)
Evre (FIGO)	1a 1b 2	148 (%47.6) 108 (%34.9) 57 (%17.2)
LVI	Var Yok	172 (%55.2) 139 (%44.8)
Grad	1 2 3	128 (%40.8) 131 (%41.8) 52 (%17.4)
Kemoterapi	Var Yok	30 (%9.5) 281 (%90.5)
Radyoterapi	Var Yok	234 (%75.2) 77 (%24.8)

TAH+BSO+BPPLND: Total Abdominal Histerektomi + Bilateral Salingooforektomi + Bilateral Pelvik Paraaortik Lenf Nodu Disseksiyonu FIGO: International Federation of Gynecology and Obstetrics



2. Karadeniz Jinekoloji ve Obstetrik Kongresi



4 - 7 Nisan 2019, Samsun

OP-35

İleri Maternal Yaşın Gebelik Sonuçları ve Doğum Şekli Üzerine Etkisi

Ozgur Kan

Hitit Üniversitesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Ana Bilim Dalı, Çorum

Amaç: Bu çalışmada kliniğimizdeki 40 yaş sonrası gebeliklerin neonatal ve maternal sonuçlarını değerlendirmek amaçlanmıştır.

Metod: Çalışma retrospektif bir vaka-kontrol çalışmasıdır. Mayıs 2018-Ocak 2019 tarihleri arasında doğum yapan 40 yaş üstü hastalar ve aynı dönemde doğum yapan 40 yaş altı hastalar çalışmaya dahil edilmiştir. IVF gebelikleri ve çoğul gebelikler çalışma dışı bırakılmıştır. Hastaların yaşları, gravida ve pariterleri, kronik hastalıkları (hipertansif hastalıklar, pregestasyonel/gestasyonel diyabetes mellitus, vb.), doğum haftaları, doğum şekilleri, sezaryen endikasyonları, fetal doğum ağırlıkları, 1 ve 5. dk APGAR skorları ve maternal ilk trimester hemoglobin değerleri dosyalardan ve sistem üzerinden not edilmiştir.

Bulgular: Çalışmaya 56 adet 40 yaş üstü hasta ile 102 adet kontrol hastası olmak üzere toplam 158 hasta dahil edilmiştir. Çalışma grubunun yaş ortalaması 30.93 ± 5.58 , kontrol grubunun yaş ortalaması 42.21 ± 2.08 olarak bulunmuştur. Maternal hastalıklar değerlendirildiğinde hipertansif hastalıklar çalışma grubunda 7 hastada (%12.5) görülürken, kontrol grubunda 9 hastada (%8.8) görülmüştür. Maternal diyabet değerlendirildiğinde çalışma grubunda 2 hastada pregestasyonel olmak üzere toplam 8 hastada maternal diyabet (%14.2) izlenirken, kontrol grubunda hepsi gestasyonel olmak üzere toplam 7 hastada (%6.8) izlenmiştir ($p=0.03$). Son trimester maternal hemoglobin değerleri karşılaştırıldığında çalışma grubu ortalaması 11.56 ± 1.0 iken kontrol grubu ortalaması 10.25 ± 0.9 olarak saptanmıştır ($p=0.01$). Fetal sonuçlar değerlendirildiğinde çalışma grubunda 4 hastada (%7.1) IUGR görülürken, kontrol grubunda 6 hastada (%5.8) görülmüştür ($p=0.43$). Fetal doğum ağırlıkları karşılaştırıldığında çalışma grubu ortalaması $3035.76 (\pm 805.68)$ iken kontrol grubu ortalaması $3223.15 (\pm 707.38)$ olarak bulunmuştur. Çalışma grubunda 42 hasta sezaryen ile doğum yaparken kontrol grubunda 80 hasta sezaryen ile doğum yapmıştır ve çalışma grubundaki hastaların %25'i fetal distres sebebiyle sezaryen olurken, kontrol grubunun %10.7'si fetal distres sebebiyle sezaryen olmuştur ($p<0.001$).

Sonuç: Maternal diyabet, fetal distres sebebiyle sezaryene gidiş ve ilk trimester hemoglobinleri arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır. Literatürde belirtildiği gibi hipertansif hastalıklar ve IUGR açısından matematiksel olarak yüksek bir oran saptanmasına rağmen istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır. Bunun sebebi örneklem büyüklüğünün yeterince büyük olmaması gösterilebilir. Maternal diyabet açısından anlamlı fark olmasına rağmen doğum ağırlıkları açısından fark olmaması ileri yaş gebeliklerin ve özellikle maternal diyabeti olan gebelerin

2. Karadeniz Jinekoloji ve Obstetrik Kongresi



4 - 7 Nisan 2019, Samsun

yakın takibi ve annenin de riskli bir gebeliği olduğunu düşünerek kontrol ve önerilere riayet etmesi gösterilebilir. Kontrol grubunda istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde son trimester hemoglobinin değerleri düşük saptanmıştır. Bunun sebebi genç yaş grubunda demir eksikliği anemisinin tedavisine yeterince uyum göstermezken ileri yaş gebeliklerinde annelerin tedaviye daha uyumlu olması olarak gösterilebilir. İleri yaş gebeliklerinin kötü maternal ve fetal sonuçları olmakla birlikte yakın takip ve tedaviyle gebelik sonuçlarında iyileşme sağlamak mümkün olabilir.

Anahtar Kelimeler: ileri yaş, gebelik, maternal sonuçlar, fetal sonuçlar

Tablo-1

	Grup-1 (n=102)	Grup-2 (n=56)	P değeri
IUGR (n)	6 (% 5.8)	4 (%7.1)	0.43
Maternal hipertansif hastalık (n)	9 (%8.8)	7 (%12.5)	0.33
Maternal diyabet (n)	7 (%6.8)	8 (%14.2)	0.03*
Doğum haftası	36.88 (±5.72)	36.62 (±3.77)	0.13
Sezaryen ile doğum (n)	80 (%78.4)	42 (%75.0)	0.53
Fetal distress nedeniyle sezaryen olan hasta	11 (%10.7)	14 (% 25)	<0.001**
Doğum ağırlığı (gr)	3223.15 (±707.38)	3035.76 (±805.68)	0.14
AGPAR 1'	8.04 (±0.90)	7.63 (±1.62)	0.24
AGPAR 5'	9.23 (±0.88)	8.98 (±1.48)	0.3
Son trimester hemoglobini (mg/dL)	10.25 (±0.98)	11.56 (±1.00)	0.01*

Gebelik sonuçları açısından grupların karşılaştırılması.



2. Karadeniz Jinekoloji ve Obstetrik Kongresi



4 - 7 Nisan 2019, Samsun

OP-36

Sezaryen Sonrası Erken Dönemde Anne Yaşam Kalitesinin Arttırılmasında Üriner Katater Uygulamasının, Fasya Köşe Süturu Atılmasının Ve Anal Uyarının Etkisi

Atiye Aysemin Gürçağlar¹, Canan Soyer Çalışkan², Banuhan Şahin¹, Samettin Çelik²

¹Amasya Üniversitesi Sabuncuoğlu Şerefeddin Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, Amasya

²Samsun Eğitim Araştırma Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği, Samsun

Amaç: Araştırma; annelerin sezaryen sonrası postoperatif erken dönemdeki yaşam kalitesinin artırılması ve etkileyen faktörlerin iyileştirilmesi amacıyla yapılmıştır. Biz bu çalışma ile sezaryen ameliyatlarında preoperatif uygulanan lavmanın; intraoperatif üriner katater uygulamasının ve fasya köşe süturunun; postoperatif anal uyarının operasyon sonrası ağrı ve analjezik ihtiyacı ve gaz çıkarma üzerindeki etkilerini incelemeyi hedefledik.

Metod: Sezaryen operasyonuna alınan 204 hastanın postoperatif ağrı düzeyleri ve anajezik ihtiyaçları, gaz çıkarma süreleri araştırıldı. Hastalar rastgele iki gruba ayrıldı. Doksan hastaya preoperatif lavman yapılmadı; perioperatif tek seferlik sonda ile mesane boşaltıldı ve idame sonda kullanılmadı; intraoperatif fasya köşesi tek sütur ile tutularak köşe süturu atıldı; postoperatif anal uyarı verildi. Kontrol grubunu oluşturan 104 hastaya preoperatif lavman yapıldı; perioperatif idame sonda kullanıldı; intraoperatif fasya köşe süturu atılmadı; postoperatif anal uyarı verilmedi. Ağrı hissi postoperatif dört, sekiz ve on ikinci saatlerde visual analogue scala (VAS) yöntemiyle tesbit edildi. Gaz çıkarma süreleri kaydedildi. İstatistiksel yöntem olarak gruplar arasındaki karşılaştırmalarda Student t test ve Ki kare testi kullanıldı.

Bulgular: Anal uyarı verilen grupta 76 kişide ilk on iki saate gaz çıkışı olurken, uyarı verilmeyen grupta 44 hastada olduğu görüldü ve aradaki fark istatistiksel olarak anlamlıydı ($p=0,000$). Sonda takılan grupta dördüncü saatteki VAS skoru ortalaması $6,73 \pm 1,67$ iken sonda takılmayan grupta $5,9 \pm 1,62$ idi ve aradaki fark istatistiksel olarak anlamlıydı ($p=0,001$). Altıncı saate sonda çıkarıldıktan sonra sekizinci saatteki VAS skoru ortalaması köşe süturu olan grupta $3,89 \pm 8,92$ iken köşe süturu olmayan grupta $3,49 \pm 0,63$ idi ve aradaki fark istatistiksel olarak anlamlıydı ($p=0,000$). On ikinci saatteki VAS skoru değerlendirmesinde köşe süturu olan grupta ortalama $2,40 \pm 1,68$ iken köşe süturu olmayan grupta ortalama $1,79 \pm 1,16$ ölçüldü ve aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulundu ($p=0,003$). Preoperatif lavman yaptırmak, bağırsak motilitesi açısından anlamlı bulunmamıştır.

Sonuç: Sezaryen operasyonunda sonda kullanılması postoperatif erken dönem ağrı hissini artırırken; fasya köşe süturu atmak ilerleyen saatlerde analjezi ihtiyacını arttırmıştır. Anal uyarı vermek bağırsak motilitesini belirgin şekilde arttırarak gaz çıkarma süresini azaltmaktadır.

2. Karadeniz Jinekoloji ve Obstetrik Kongresi



4 - 7 Nisan 2019, Samsun

Anahtar Kelimeler: Anal uyarı, ağrı ölçümü, fasya köşe süturu, sonda kullanımı, sezaryen

Tablo 1: Çalışma gruplarının demografik bilgileri

		Grup 1 (n=90)	Grup 2 (n=104)	P değerleri
Gravida	Ort $\pm$ ss	2,76 $\pm$ 1,08	2,85 $\pm$ 0,93	0,53
Para	Ort $\pm$ ss	1,57 $\pm$ 0,76	1,68 $\pm$ 0,71	0,27
Yaşayan	Ort $\pm$ ss	1,38 $\pm$ 0,68	1,45 $\pm$ 0,60	0,42
Abort	Ort $\pm$ ss	0,38 $\pm$ 0,66	0,29 $\pm$ 0,53	0,30
Yaş (Yıl)	Ort $\pm$ ss	30,14 $\pm$ 5,99	30,03 $\pm$ 5,14	0,88
Kilo (kg)	Ort $\pm$ ss	73,01 $\pm$ 10,61	71,71 $\pm$ 10,78	0,38
Boy (cm)	Ort $\pm$ ss	154,53 $\pm$ 7,29	155,12 $\pm$ 7,77	0,59
Gebelik haftası	Ort $\pm$ ss	38,62 $\pm$ 1,52	38,49 $\pm$ 1,05	0,48
Yenidoğan kilo (gr)	Ort $\pm$ ss	3314,61 $\pm$ 453,7	3249,90 $\pm$ 444,60	0,31

Student t testi yapılmıştır. $p < 0,05$.

Tablo 2: Gruplara göre gaz çıkışı ve VAS skor değerleri

	Grup 1 (n=90)	Grup 2 (n=104)	P değerleri
Gaz çıkışı ilk 6 saat	57	13	0,000
Gaz çıkışı 7-12 saat	19	31	0,000
Gaz çıkışı 13-24 saat	14	60	0,000
VAS Skor 4. Saat (Ort $\pm$ ss)	5,9 $\pm$ 1,62	6,73 $\pm$ 1,67	0,001
VAS Skor 8. Saat (Ort $\pm$ ss)	3,89 $\pm$ 8,92	3,49 $\pm$ 0,63	0,000
VAS Skor 12. Saat (Ort $\pm$ ss)	2,40 $\pm$ 1,68	1,79 $\pm$ 1,16	0,003

Ki kare testi yapılmıştır. $p < 0,05$. (VAS: Visual Analogue Scala)



2. Karadeniz Jinekoloji ve Obstetrik Kongresi



4 - 7 Nisan 2019, Samsun

OP-37

Seks-Kord Stromal Tümör İle Birlikte Olan 6 Endometrium Kanseri Olgunun Retrospektif Değerlendirilmesi

Ferah Kazancı, Mehmet Anıl Onan

Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Ana Bilim Dalı, Ankara

Giriş: Seks kord –stromal tümörler(SKT) embriyonik gonadın seks kordlarından ve ovaryan stroma (mezankiminden) gelişirler. Granüloza ve sertoli hücreleri seks kordlarından, dolayısıyla ile çölemik epitelden; teka ile leydig hücreleri ve fibromlar ise mezenkimden kaynaklanırlar (1). Bu tümörler nerdeyse tamamı (%90) hormon üretmektedir ve hastalarda tipik olarak östrojen veya androjen salınımına bağlı semptom ve bulgular izlenmektedir(2).

Materyal ve Metod: 008- 2018 tarihleri arasında Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniğinde opere edilen ve patolojik değerlendirilmesinde adult granüloza hücreli tümör(AGHT) ile tekoma ve fibroma grubu tümör ile birlikte seyreden 6 endometrium kanseri vaka retrospektif olarak değerlendirilmiştir. Hastaların yaş, parite sayıları, menopoiz durumu gibi demografik özelliklerinin yanında, başvuru şikayetleri, tümör boyutu, preoperatif tümör belirteçleri, cerrahi girişim yolu ve yöntemi, rekkürens oranları, ve adjuvant terapileri açısından analiz edilmiştir. Hastaların arşivdeki patoloji raporlarından ve elektronik dosyalarından bilgiler elde edilmiştir. Araştırma verilerinin istatistiksel analizleri için SPSS 22.0 istatistik paket programı kullanılmıştır.

Bulgular: Çalışmamızdaki vakalar; en küçük 52, en büyük 79 yaşında olup, yaş ortalaması 63 ± 5 idi. Olguların 5(%83.3)'i multipar, 1(%16.7)'i primipar idi. Tümör çapı ortalama 7 ± 6 cm olup, en küçük 4cm ve en büyük 10cm izlenmiş olup, 2 olguda sol overde iken 4'ünde sağ overde yerleşmişti. Vakalarımızın 5'i postmenopozal kanama ve kasık ağrısı şikayeti ile başvurmuş ve preoperative yapılan endometrial biyopsi sonucu endometrium kanseri tanısı varken, 1 olgumuz karında şişkinlik şikayeti ile başvurmuş ve adneksiyel kitle ön tanısı ile opere edilmişti. AGHT patoloji sonucu olan 2 hastamızda literatürde olduğu gibi iyi differensiyel endometriod adenokanser, grade1 ve evre 1 de iken, 1 olgumuzda kötü differensiyel endometriod seröz kanser, grade 3 ve evre 3c de saptanmış, ek adjuvant terapi almış ve takibi yapılmıştır. Fibrom ve fibrotekoma olan iki olgumuzda yine yüksek dereceli endometriod kanser (seröz, karsinosarkom) izlenmiş olup, evre 3'de tesbit edilmiş ve kemoradyoterapi almıştı. Tekoma'lı vakamızda iyi dereceli endometriod adenokanser, grade1 ve evre 1'de tesbit edilmiş ve 9 yıllık takibinde bir sorun saptanmamıştır. Fibrom ve endometrial seröz karsinom olan olgumuzda 2. yılın sonunda nüks saptanmıştır.

2. Karadeniz Jinekoloji ve Obstetrik Kongresi



4 - 7 Nisan 2019, Samsun

Tartışma: AGHT'ler düşük gradeli malignansilerdir ve salgıladığı östrojenden dolayı reproduktif dönemde menstruel düzensizlikler, postmenopozal hastalarda ise anormal uterin kanama sık izlenir(4). AGHT hastaların %5-13 kadarında endometrial kanser, %25-50'sinde endometrial hiperplazi izlenir (5). Tekoma; SKT'ler içerisinde rölaf olarak yaygın izlenip, nadiren malign olup, hormonal olarak en aktif tümörlerdir ve anormal vajinal kanamalar ve pelvik kitle bulgularla seyretmektedirler. Olguların %78'i endometrial hiperplazi ve %21'de endometrium kanseri ile birliktelik olup SKT'ler içerisinde endometrium kanseri ile en sık birliktelik gösteren over tümörüdür (7). Fibromalar ve fibrotekomlar, hormonal açıdan inaktif olan genellikle premenopozal ve menopozal dönemde görülen SKT'lerdir (8). Bizim çalışmamızda; 41 sex-kord stromal tumor olgularından 3(%7.3)'ünde ve 52 fibrom-tekoma grubu hastalar arasından 3(%5.7)'ünde endometrial kanser izlenmiştir. Fibrom ve fibrotekom ile endometrium kanserinin beraberliğinde ise; iki primer kanserin birlikteliği şeklinde yorumlanıp, genetik ve yaşam tarzıyla ilgili çevresel faktörlerin rol oynadığı düşünülmüştür.

Sonuç: AGHT ve tekoma ile birlikte endometrial kanserin aynı zamanda birlikteliği %5-13 oranında değişmektedir. AGHT ve tekoma ile izlenen endometrium kanserleri genellikle iyi differensiye, erken evre ve iyi prognozlu olmasına rağmen seröz tip ve karsinosarkom gibi yüksek dereceli endometrial kanserlerle de izlenebilir.

Anahtar Kelimeler: adult granuloza hücreli tümör, tekoma, fibrotekom, fibrom, endometrium kanseri

Hastaların klinik özelliklerinin demografik dağılımı

<u>malignite</u>	<u>Yaş</u>	<u>Tümör çapı</u>	<u>lokalizasyon</u>	<u>Ca-125</u>	<u>Ca-19-9</u>
AGHT	69	4cm	<u>sağ</u>	345U/ml	23U/ml
AGHT	62	10cm	<u>sağ</u>	19U/ml	69U/ml
AGHT	52	10cm	<u>sağ</u>	10U/ml	21U/ml
<u>Fibrom</u>	67	7cm	<u>sağ</u>	32U/ml	24U/ml
<u>Tekoma</u>	52	10cm	<u>sol</u>	217U/ml	52U/ml
<u>Fibrotekoma</u>	79	5cm	<u>sol</u>	438 U/ml	82U/ml
Toplam 6 vaka					

Sex- kord tümör	Endometrium Kanser Histopatolojisi	Operasyon	Grade	Evre	Aduyan İzlemi	Takip süresi
AGHT	Endometriod adenoca	TAH+BSO+PPLND+App.+Omen.	1	la	-	5
AGHT	Endometriod seröz adenoca	TAH+BSO+PPLND+App.+Omen.	3	IIIc1	Tax+karb.	3
AGHT	Endometriod adenoca	TAH+BSO+PPLND+App.+Omen*	1	IB	RT	1
Tekoma	Endometriod adenoca	TAH+BSO	1	la	-	9
Fibrom	Endometriod seröz adenoca	TAH+BSO+PPLND+App.+Omen.	3	IIla	Tax+karb.+ RT	3*
Fibrotek	Endometriod karsino sarkom	TAH+BSO+PPLND+App.+Omen.	3	IIla	Tax+karb.+ RT	2

2. Karadeniz Jinekoloji ve Obstetrik Kongresi



4 - 7 Nisan 2019, Samsun

OP-38

Hipertiroidinin Erken Gebelik Ve Tarama Testleri Sonuçları Üzerine Etkisi

Aysegul Alkilic

TOBB ETU Tıp Fakültesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Ana Bilim Dalı, Ankara

Amaç: Erken gebelikte hipertiroidinin maternal ve fetal etkilerini saptamak amaçlanmıştır.

Materyal-Metod: Tersiyer bir kliniğe Haziran.2018- Ocak 2019 tarihleri arasında başvuran hipertiroidili hastaların normotiroid kontrol grubuyla karşılaştırılarak hiperemesis gravidarum ve ikili tarama test sonuçları değerlendirilmiştir.

Bulgular: Toplam 82 adet hasta çalışmaya dahil edildi. Bunlardan 32 tanesi hipertiroidi (Grup-1), 50 tanesi (Grup-2) normotiroid hastalar idi. Hastaların demografik verilerine bakıldığında gruplar arasında yaş ortalamaları benzer olarak saptandı. TSH ortalamalarına bakıldığında 1. grup ortalaması 0.04 ± 0.1 , 2. grup ortalaması 1.6 ± 1.03 olarak hesaplandı. Çalışma grubunda PAPP-A MoM değeri ortalaması $1.14 (\pm 0.68)$ iken 2. grup ortalaması $1.17 (\pm 0.65)$ olarak bulundu ($p=0.67$). hCG MoM değerleri karşılaştırıldığında gruplar arasında anlamlı fark saptanmadı. Çalışma grubunda ense kalınlığı (NT) MoM ortalaması 0.93 ± 0.21 iken, 2. grup ortalaması 0.90 ± 0.17 olarak saptandı ($p=0.19$). Hiperemesis olguları incelendiğinde 1. grupta toplam 9 hastada hiperemesis saptanırken (%28), 2. grupta 10 hastada (%20) hiperemesis olgusuyla karşılaşıldı ($p=0.25$).

Tartışma: Hiperemesis gravidarum erken gebelik haftalarında anne adayını hem fiziksel hem de mental olarak ciddi anlamda zorlayan bir süreçtir. Hiperemesis özellikle hCG değerinin yükseldiği 6. gebelik haftasından sonra şiddetlenme eğilimindedir. Daha önce yapılan çalışmalar hipotiroidi ile hiperemesis ilişkisini ortaya koymuştur. Bu çalışmada hipertiroidi ile hiperemesis ve ikili tarama testi PAPP-A, hCG ve NT değerleri arasında korelasyon değerlendirmesi yapılmıştır. Hipertiroid hasta grubu ile normotiroid grup arasında hiperemesis gravidarum ve ikili tarama testi sonuçları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmamıştır. Hipertiroidinin hiperemesis ve ikili tarama testi sonuçları üzerinde anlamlı bir etkisi olmadığını düşünüyoruz.

Anahtar Kelimeler: tsh, hipertiroidi, ikili test, hiperemesis



2. Karadeniz Jinekoloji ve Obstetrik Kongresi



4 - 7 Nisan 2019, Samsun

Table-1

	Grup-1 (n=32)	Grup-2 (n=50)	P değeri
Maternal yaş (yıl)	30.93 (± 5.58)	30.38 (± 5.58)	0.25
Gravida (n)	2.12 (± 1.07)	2.04 (± 0.78)	0.31
Parite (n)	0.93 (± 0.91)	0.96 (± 0.66)	0.35
TSH	0.04 (±0.10)	1.6 (± 1.03)	<0.001
PAPP-A MoM	1.14 (± 0.68)	1.17 (± 0.65)	0.67
hCG MoM	1.75 (± 1.75)	1.32 (± 0.32)	0.91
NT MoM	0.93 (± 0.21)	0.90 (± 0.17)	0.19
Hiperemezis	9 (%28)	10 (%20)	0.25

Hastaların demografik ve ikili tarama testi verileri

2. Karadeniz Jinekoloji ve Obstetrik Kongresi



4 - 7 Nisan 2019, Samsun

OP-39

Preeklampside Şiddetli Hiponatremi: Olgu Sunumu

Ömür Erden, Ayhan Şahinler, Yeşim Bayoğlu Tekin

sbü kanuni eğitim ve araştırma hastanesi kadın hastalıkları ve doğum bölümü, trabzon

Preeklampsia insidansı % 2 - % 5 arasında değişen, vasokonstriktif ajanların salınımı ile kapiller hiperpermeabilite ve mikrovasküler hasarın olduğu artmış endotelial permeabilite ile karakterizedir. Preeklampsia nöbet için eşiği düşürebilir, anne ölümü ve fetal hasara yol açabilir. Hiponatremi preeklampsinin seyrek bir komplikasyonudur. Hiponatremi serum sodyum konsantrasyonunun 135 meq/L altında olması olarak tanımlanır. Hiponatremi eğer orta (>125 mmol / L) düzeyde ise uzun zaman asemptomatik kalabilir. Serum sodyum değeri 120 mmol/L değerinin altına düştükten sonra serebral ödem, ensefalopati ve bunu ölüm izleyebilir.

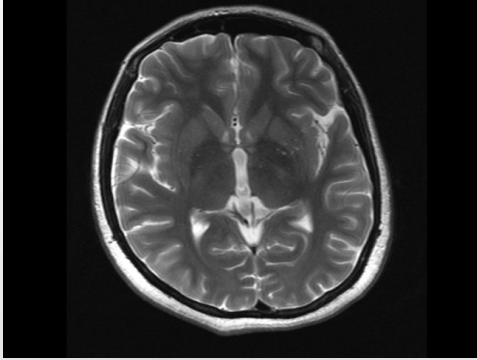
Olgu: 29 yaşında 2. Gebeliği olan hastamızın 31 haftalıkken hafif ödem olarak şikayetleri başlamış, ilk gebeliği normal, kızkardeşi preeklampsia geçirmişti. 10 gün sonra bulantı kusma ve ishal olmuş. 12. Gündeki ultrasonografisinde intrauterin gelişme geriliği (IUGR) ve tansiyon yükselmesi ve proteinürinin (spot idrarda 3 +) bulunmasıyla yatırıldı. Alfa metil dopa 25 mgr 3x1 başlandı. 24 saatlik idrarda protein yüksekti (9,8 gram). Hipoalbuminemi (2,0 g/dL) hiponatremi (124 mmol / L) tespit edildi. Bir gün sonra çok riskli olan 112 mmol / L idi. Tabloda günler içinde sodyum ve diğer testlerin değerleri görülmektedir. Fetal akciğer maturasyonu celeston uygulandı. Fetal dopplerde fetal sıkıntı ve NST de spontan deselerasyonlarıyla spinal anestezi altında acil sezaryen ile 1350 gram kız bebek doğurtuldu, sodyumu 121 mmol / L idi, yenidoğan yoğun bakımda 29 gün kalmış, hiponatremisi serum fizyolojik ile 5-6 günde düzeltilmiş. Anne serum fizyolojik ve albumin replasmanı ile hiponatremisi 5-6 günde düzeldi. Nöroloji muayenesiyle beyin MR normaldi (Resim).

Tartışma: Hiponatremi yaşlı hastalarda karşılaşılan, artmış mortalite ile ilişkilidir. Fakat genç hastalarda olabilir, bunlardan biri preeklampsidir. Serum osmolaritesinin düşmesi Antidiüretik hormon (ADH) un salınımının baskılanması olur ki, ADH nun salınımının baskılanmasındaki yetersizlik sonucu hiponatremi oluşabilir. Antidiüretik hormon(ADH) fonksiyonları normalken hiponatremi oluşturabilecek durumlar, psikojenik su içme, düşük alım ve renal yetmezlik. Albumin düşüklüğü şiddetli preeklampsia toksemisinin bir göstergesi olabilir. Olgumuzda hastaneye yatmadan bulantı kusma ve diare, ADH bağımlı gerçek volüm azalması olmuştu. Placenta ADH'yı deaktif eden, yıkan bir enzim olan vasopresini salgılayarak sıvı dengesini ayarlamaya yardım eder, bu yüzden defektif placenta zaman geçtikçe fazla su tutulmasına yol açabilir. Olgumuzda da IUGR, preeklampsia ve fetal sıkıntı bulguları ve dolayısıyla defektif bir placenta vardı. Preeklampside hiponatreminin önemini Hinkson I ve arkadaşları belirtmiş, Grimmet W ve arkadaşları bildirimin seyrek olduğu, Solomon N ve arkadaşları psikojenik su içmenin de neden olabileceğini belirtmişlerdir. Çoğu preeklampsia toksemisine(PET) sahip kadın hiponatremi geliştirmemekte, patolojisi

anlaşılamamıştır, acil doğum gerektirebilir, nörolojik bozukluklara, eklampsiye yol açabilir. Antepartum, partum ve postpartum hiponatremi maternal morbitide ve mortalite ile ilişkili olabilir.

Anahtar Kelimeler: hiponatremi, hipoalbuminemi, preeklampsia, sodyum.

resim 1



Resim: Şiddetli hiponatremide normal beyin MR.

tablo 1

TEST ADI	1.GÜN KABUL	2.GÜN	3.GÜN SEZARYEN	4.GÜN	6.GÜN	8.GÜN
Na, mmol/L(133-146)	124	112	121	119	133	136
K,mmol/L(3,5-5,3)	4,4	4,1	3,8	3,9	4,0	4,1
Üric acid,mg/dL(2,6-6)	6,2	6,8	6,1	6,3	5,8	5,7
Kreatinin,mg/dL(0,5-0,95)	0,81	0,86	0,76	0,67	0,1	0,1
Alt, IU/L (0-35)	13	13	12	10	5	35
Albümin, g/dL(3,5-5,2)	2,1	2,0	1,8	1,5	1,6	2,0
BUN,mg/dL(8-20)	12	27	27	26	9	10
Hmg,g/dL(12-17)	13,8	12,5	13,3	12,6	12,4	13,1
Platelets, X 1000/L	239	230	223	191	224	224

Kan testlerinin değerleri. (ALT: Alanin transferaz, Hgb: Hemoglobin, K: Potasyum, Na: Sodyum)

2. Karadeniz Jinekoloji ve Obstetrik Kongresi



4 - 7 Nisan 2019, Samsun

OP-40

Serviks Kanseri Tanısı İle Radyoterapi Uygulanan Hastaların Tedavi Yanıtının Değerlendirilmesi Ve Tedavi Yanıtı İle İlişkili Olabilecek Prognostik Faktörlerin Değerlendirilmesi

Ela Delikgöz Soykut

Samsun Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Radyasyon Onkolojisi Kliniği, Samsun

Amaç: Serviks kanseri kadınlarda izlenen kanserler arasında 4. sıklıkta yer alırken, tüm kanserler içerisinde 7. sıklıkta izlenmektedir. Günümüzde, radyoterapi serviks kanseri tedavisinde erken evrelerden itibaren yer almaktadır. Serviks kanseri tanısı ile radyoterapi uygulanan hastalarda tedavi yanıtı değerlendirmesi ve prognostik faktörlerin tedavi yanıtı ve sağkalım üzerine etkilerinin değerlendirilmesi amaçlandı.

Method: Çalışmaya Ocak 2015 ve Aralık 2018 tarihleri arasında küratif amaçla radyoterapi/kemoradyoterapi almış 33 hasta retrospektif olarak incelendi. Genel (GS) ve lokorejyonel proresyonsuz sağkalım (LRPS) ile ilişkili olabilecek tümör çapı, tümör histolojik alt tipi, evre, lenfatik tutulum varlığı, düşük hemoglobin düzeyi, eş zamanlı kemoterapi uygulanması gibi faktörler incelendi. Sağkalım eğrileri Kaplan-Meier analizi ile; univaryan analiz ile sağkalım üzerine etkisi araştırıldı.

Bulgular: Çalışmaya dahil edilen hastaların medyan yaşı 54 (38-82)'tü. Medyan 17 (4-46 ay) ay takip süresinde 27 (%81,8) hasta hayattaydı. 29 (%87,9) hastaya definitif kemoradyoterapi, 4 (%12,1) hastaya definitif radyoterapi uygulandı. Hastaların 26 (%78,8)'sında skuamoz hücreli karsinom mevcuttu. En sık izlenen evre 28 (%84,8) hastada saptanan evre 2B'ydi. Hastaların 18 (%54,5)'inde lenf nodu tutulumu mevcuttu. 2 yıllık GS %81,2 saptanırken yaş, evre, tümör çapı, lenf nodu tutulumu, histolojik alt tip gibi faktörler sağkalım üzerine anlamlı etki gösterilemedi, tedaviye kemoterapi eklenmesi GS üzerine istatistiksel olarak anlamlılığa yakındı ($p=0.057$). Medyan LRPS 42 ay, 2 yıllık LRPS %62,3 olarak saptandı. Kemoradyoterapi LRPS üzerine istatistiksel olarak anlamlı etkiliydi ($p=0.006$).

Sonuç: Radyoterapiye kemoterapi eklenmesinin sağkalımı artırdığı bilinmektedir, çalışmamızda da bu etki gösterilmiştir. Ancak hasta sayısının az olması ve kısa takip süresi olmasından dolayı diğer faktörlerin anlamlı etkisi gösterilememiştir. Daha çok hasta sayısı ve daha uzun takip süresi ile daha anlamlı sonuçların elde edileceğini düşünmekteyiz.

Anahtar Kelimeler: radyoterapi, serviks kanseri, sağkalım



2. Karadeniz Jinekoloji ve Obstetrik Kongresi



4 - 7 Nisan 2019, Samsun

OP-41

Küretaj Sonrası Aşırı Kanamada Uterin Arter Embolizasyonunun Yeri

Hakan Kızılet¹, Gülsün Özbay¹, Gülseren Dinç¹, Hasan Dinç²

¹Karadeniz Teknik Üniversitesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Ana Bilim Dalı, Trabzon

²Karadeniz Teknik Üniversitesi, Radyoloji Ana Bilim Dalı, Trabzon

İlk trimesterde küretaj için uygulanan vakum aspirasyon komplikasyon görülme açısından güvenli bir prosedürdür. Görülen komplikasyonlar genel olarak enfeksiyon, kanama, servikal laserasyon, uterin perforasyon ve geride kalan gebelik materyalidir. Majör komplikasyonlar (perforasyon, şiddetli kanama, sepsis) nadirdir. Amerika Birleşik Devletlerinde ilk trimesterde yapılan küretaja bağlı ölüm oranı 100000'de 0.7'dir. İlk trimesterde küretajla ilişkili ölümlerin en sık sebebi enfeksiyondur, bunu anestezi komplikasyonları ve kanama izler. Bu yazıda uterin perforasyon şüphesi ve myomu olan bir olguda başari ile uygulanan bilateral uterin arter embolizasyonunu sunmak istedik.

Olgumuz 31 yaşında gravida 3, parite 2 son adet tarihine göre 9 hafta anembriyoink gebelik tanısıyla dış merkezde küretaj yapılmış. İşlem sonrası kanamasının fazla olması nedeniyle intrauterin balon ve medikal uterotonik ajanlar uygulanmış. Buna rağmen kanaması devam edince 1 ünite eritrosit süspansiyonu verilerek tarafımıza sevk edildi. Olgunun batin muayenesinde bilateral alt kadranda hassasiyet mevcuttu, pelvik muayenede uterus yumuşak ve hassas, vajinal muayenede servikal ostan kırmızı renkte kanama gözlemlendi. Servikal laserasyon izlenmedi. Bakılan transvajinal ultrasonda uterus boyutları artmış endometrial kavite düzensiz uterus posterorda 4x3 cm intramural myom izlendi. Douglasta mayi izlenmedi. İlk başvuru dakki hemogloblin(Hb) 12 g/dl idi. Hastaya dilatasyon küretaj yapıldı. Kontrol Hb değeri 9.7 olması ve uterotoniklere cevap vermemesi nedeniyle Girişimsel Radyoloji Bölümü ile görüşülerek bilateral uterin arter embolizasyonu planlandı. Her iki uterin arterden selektif 500-700 µm, 700-1000 µm PVA partikül ile uterin arter embolizasyonu yapıldı. Postop hb:8.9 B-Hcg:3857. Çekilen kontrol MR'da uterus korpus anterior inferior kesiminde 46x64 mm boyutunda endometrial kaviteye uzanım gösteren hematoma ile uyumlu görünüm ve uterus corpus posterior kesiminde 35x20 mm boyutlarında dejenere myom izlenmektedir. Embolizasyon sonrası servis takiplerinde hemodinamik parametreleri stabil seyreden hasta 4. gününde şifa ile taburcu edildi.

Küretaj sonrası aşırı kanama, ilk trimesterde vakum aspirasyon sonrası nadir görülür ve uterin atoni, servikal veya vajinal laserasyonlar, uterin perforasyonu veya geride kalan gebelik materyalinden kaynaklanabilir. Olgunun vajinal muayenesinde vajinal ve servikal laserasyon dışlanmış, geride gebelik materyali kalma şüphesi ile küretaj yapılmıştır. Uterusun kasılmasının sağlamak için uterotonik ajanlar kullanılmış ancak kanama devam etmiştir. Hastaya daha önce intrauterin balon denemesinin başarısız olması ve Hb değerlerinin düşmesi nedeniyle uterin arter embolizasyonu planlanmıştır. Bilateral uterin arter embolizasyonunun etkin bir şekilde yapıldığında başarı oranı %90'lara ulaşmaktadır. Uterin arter embolizasyonu; genç, paritesi düşük postpartum kanamalı, medikal konservatif ve obstetrik tedavi başarısızlığında yüksek başarı şansı, düşük morbidite ve fertilitte koruyucu özelliğinden dolayı cerrahi yaklaşımdan önce düşünülmelidir. Biz de bu olguda hastanın genç ve çocuk istemi olması nedeniyle cerrahi seçenektan önce embolizasyonu düşündük.

Anahtar Kelimeler: embolizasyon, ilk trimester, kanama, küretaj,

2. Karadeniz Jinekoloji ve Obstetrik Kongresi



4 - 7 Nisan 2019, Samsun

OP-42

Hcg Uygulamasından 36. Saat İle 42. Saat Sonra Yapılan İntrauterin İnseminasyonun Klinik Sonuçlarının Karşılaştırılması

Samettin Çelik¹, Banuhan Şahin², Aysemin Gürçağlar², Canan Soyer Çalıřkan¹, Şafak Hatırnaz³

¹Samsun Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği, Samsun

²Amasya Üniversitesi Sabuncuoğlu Şerefeddin Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Ana Bilim Dalı, Amasya

³Samsun Medicana Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği, Samsun

Amaç: İntrauterin inseminasyon (IUI), infertil çiftlerin gebelik şansını artırmak için yaygın olarak kullanılan bir işlemdir. hCG (human koryonik gonadotropin) uygulaması sonrası planlanan IUI zamanlaması klinik pratikte 36. Saat olarak belirlenmiştir. Ancak klinik yoğunluk sebebi ile bu zamanlamada gecikmeler yaşanabilmektedir. Biz de bu çalışmada IUI'si 36. Saatte yapılan ve 42. Saatte yapılan hastaların klinik sonuçlarını karşılaştırmayı amaçladık.

Yöntem: Samsun Eğitim ve Araştırma Hastanesine açıklanamayan infertilite sebebi ile başvurmüş ve gonadotropin tedavisi sonrası IUI yapılmış 450 hastanın kayıtları geriye dönük incelendi. Klinikteki yoğunluk sebebi ile hCG uygulaması sonrası IUI zamanlaması 6 saat gecikmiş (42. Saat) olan hastalar ile zamanında (36. Saat) yapılmış hastaların demografik bilgileri, hormon düzeyleri, endometrium kalınlığı, toplam folikül sayısı, β -hCG test pozitifliği, canlı doğum oranı ve spontan abort oranları değerlendirildi. Gruplar arası karşılaştırmalarda Student t test ve Ki-kare testi uygulandı.

Bulgular: Hastaların 348'ine IUI prosedürü hCG uygulaması sonrasında 36. Saatte uygulanmışken 102'sine 42. Saatte uygulanmıştı. Gruplar demografik veriler ve bazal hormon düzeyleri açısından karşılaştırıldığında yaş, infertilite süresi, basal hormonların serum düzeyleri ve endometrial kalınlık açısından gruplar arasında fark izlenmedi ($p < 0.05$) (Tablo 1). IUI tedavisinin gebelik sonuçları üzerine olan etkisi incelendiğinde gruplar arasında ovulasyon indüksiyonu sonrası elde edilen dominant folikül sayısı, β -hCG test pozitifliği, canlı doğum oranı ve spontan abortus oranı açısından fark görülmedi ($p=0.34$, $p=0.12$, $p=0.31$, $p=0.25$) (Tablo 2).

Sonuç: hCG enjeksiyonu ile tetiklenen ovulasyonun ardından IUI zamanlaması 42. saatte geciktirilen hastaların klinik gebelik oranları, 36. Saatte IUI yapılanlara göre değişmemektedir. Çeşitli sebeplerle IUI uygulaması 6 saat kadar gecikmiş olan açıklanamayan infertil hastaların gebelik oranları bu ertelemekten etkilenmemektedir.

Anahtar Kelimeler: İnfertilite, intrauterin inseminasyon, canlı gebelik.



2. Karadeniz Jinekoloji ve Obstetrik Kongresi



4 - 7 Nisan 2019, Samsun

Tablo 1: Hastaların demografik bilgileri, bazal hormon düzeyleri ve endometrial kalınlık ölçümlerinin karşılaştırılması

	IUI 36. saat (n=348)	IUI 42. saat (n=102)	p değeri
Yaş (yıl)	29.99 ± 5.54	29.88 ± 5.91	0.860
İnfertilite süresi (yaş)	6.62 ± 4.47	6.06 ± 3.79	0.247
Bazal FSH (mIU/mL)	6.19 ± 1.87	5.87 ± 1.81	0.876
Bazal LH (mIU/mL)	6.32 ± 2.04	6.41 ± 1.92	0.098
Bazal E2 (ng/mL)	45.43 ± 15.09	50.61 ± 16.53	0.687
Bazal Prolaktin (ng/mL)	13.98 ± 5.40	13.42 ± 5.61	0.366
IUI anında endometrium kalınlığı (mm)	8.59 ± 1.43	8.28 ± 1.36	0.055

IUI (intrauterin inseminasyon), FSH (Folikül stimüle edici hormon), LH (Luteinize edici hormon) E2 (estradiol). Değerler ortalama ± standart sapma olarak verilmiştir.

Tablo 2: 36. saat ve 42. saatte yapılan IUI uygulamasının klinik sonuçları

	IUI 36. saat (n=348)	IUI 42. saat (n=102)	p değeri
Toplam folikül sayısı	2 (1-3)	2 (1-3)	0.341
β-hCG test pozitifliği	75 (21.6%)	15 (14.7%)	0.129
Canlı doğum	55 (15.8%)	12 (11.8%)	0.313
Spontan abort	20 (5.7%)	3 (2.9%)	0.258

IUI (intrauterin inseminasyon), hCG (human koryonik gonadotropin). Değerler median (min-max) ve yüzde (%) olarak verilmiştir.

2. Karadeniz Jinekoloji ve Obstetrik Kongresi



4 - 7 Nisan 2019, Samsun

OP-43

Postmenapozal Dönemdeki Kadınlarda Uyku Kalitesi Ve Cinsel İşlev Bozukluğu

Beril Gürlek, Sabri Çolak

Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Ana Bilim Dalı, Rize

Giriş Ve Amaç: Kadınların hem fiziksel hem de psikolojik sağlığı için, yeterli uyku ve cinsel işlevsellik önemli faktörlerdir. Dünya Sağlık Örgütü'nün yayınladığı "International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems'da" (ICD-10) cinsel işlev bozukluğu (CİB), bireyin umduğu cinsel ilişkiyi yaşayamaması durumu olarak tanımlanmaktadır. Literatürdeki çalışmalar, menapozal dönemle başlayan belirgin vazomotor semptomların, uyku bozukluklarına neden olduğunu (1-2) ve uyku kalitesindeki sorunlarında kadınların cinsel fonksiyonlarını olumsuz etkileyebileceği gösterilmiştir (3-5).

Bu çalışmanın amacı; postmenapozal dönemdeki kadınlarda uyku sorunları ile CİB arasındaki olası ilişkinin araştırılmasıdır.

Gereç Ve Yöntem: Araştırma, jinekoloji polikliniğine başvuran, 50-65 yaş arasındaki postmenapozal dönemdeki kadınlar ile yapıldı. Katılımcıların sosyodemografik ve jinekolojik özellikleri kaydedildi. Uyku kalitesinin belirlenmesi için 'Pittsburg uyku kalitesi indeksi (PUKI)', cinsel fonksiyon durumlarını değerlendirmek için 'Kadın cinsel fonksiyon sorgulama indeksi (IFSFI)' kullanıldı.

Bulgular: Çalışmaya, postmenapozal dönemdeki toplam 119 kadın dahil edildi. Tablo 1'de çalışmaya katılan gönüllülerin tanımlayıcı özellikleri, PUKI ve IFSFI skorlarının ortalaması gösterilmektedir. Katılımcıların ortalama yaşı 58.2 ± 5.1 idi. Ortalama uyku süresi $6,9 \pm 1,82$ saattir. Çalışmamızda, kötü uyku kalitesi sıklığı (PUKI skoru >5) %67,2, CİB görülme sıklığı (IFSFI skoru ≤ 23) %71'dir. Cinsel disfonksiyon bozukluğu olan grupla olmayan grup arasında yaş, vücut kitle indeksi, evlilik süresi, çocuk sayısı, menapoz süresi açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmazken PUKI skoru açısından istatistiksel olarak anlamlı ($p=0,02$) fark bulundu (tablo2).

Sonuç: Çalışmamızda postmenapozal kadınlarda, cinsel işlev bozukluğu olanlarda kötü uyku kalitesi olduğu gösterilmiştir. Uyku bozukluklarının tedavisi yaşam kalitesinde önemli rolü olan cinsel fonksiyon bozukluklarını azaltabileceğini ancak bu konuda yönetim stratejilerinin belirlenebilmesi için daha geniş kapsamlı ve longitudinal çalışmalar gerektiğini düşünüyoruz.



2. Karadeniz Jinekoloji ve Obstetrik Kongresi



4 - 7 Nisan 2019, Samsun

Kaynaklar

1. Freeman EW, Sammel MD, Gross SA, Pien GW. Poor sleep in relation to natural menopause: a population-based 14-year follow-up of midlife women. *Menopause* 2015;22:719-726.
2. Wheaton AG, Perry GS, Chapman DP, Croft JB. Sleep disordered breathing and depression among U.S. adults: National Health and Nutrition Examination Survey, 2005-2008. *Sleep* 2012;35:461.
3. Stavaras C, Pastaka C, Papala M, et al. Sexual function in pre and postmenopausal women with obstructive sleep apnea syndrome. *Int J Impot Res* 2012;24:228-233.
4. Fanfulla F, Camera A, Fulgoni P, Chiovato L, Nappi RE. Sexual dysfunction in obese women: does obstructive sleep apnea play a role? *Sleep Med* 2013;14:252-256.
5. Reed SD, Newton K, LaCroix AZ, Grothaus LC, Ehrlich K. Night sweats, sleep disturbance, and depression associated with diminished libido in late menopausal transition and early postmenopause: baseline data from the Herbal Alternatives for Menopause Trial (HALT). *Am J Obstet Gynecol* 2007;593:e1-e7.

Anahtar Kelimeler: Cinsel işlev bozukluğu, menapoz, uyku bozuklukları

Cinsel işlev bozukluğunun tanımlayıcı özelliklerle ilişkisi ve risk faktörlerinin logistik regresyon analizi

Tablo 2: Cinsel işlev bozukluğunun tanımlayıcı özelliklerle ilişkisi ve risk faktörlerinin logistik regresyon analizi

Tanımlayıcı Özellikler	Cinsel işlev bozukluğu*		p değeri
	Var x ±SD	Yok x ±SD	
Yaş (yıl)	55.9 ± 3.6	57.5 ± 3.7	n.s
Vücut kitle indeksi (kg/m ²)	29.8 ± 7.5	30.7 ± 6.5	n.s
Evlilik süresi	19.8 ± 4.5	22.6 ± 7.5	n.s
Çocuk sayısı	3 ± 6.2	3 ± 8.2	n.s
Menapoz süresi	16.2 ± 4.2	15 ± 6.4	n.s
PUKI (skor)	6.7 ± 3.1	8.1 ± 3.2	0.02

PUKI, Pittsburg uyku kalitesi.

*Cinsel işlev bozukluğu, IFSI skoru ≤23 altında olması olarak tanımlanır.

2. Karadeniz Jinekoloji ve Obstetrik Kongresi



4 - 7 Nisan 2019, Samsun

Postmenapozal kadınların tanımlayıcı özellikleri, Pittsburg uyku kalitesi indeksi (PUKI) ve kadın cinsel fonksiyon sorgulama indeksi (IFSFI) skorlarının ortalaması.

Table 1 Postmenapozal kadınların tanımlayıcı özellikleri, Pittsburg uyku kalitesi indeksi (PUKI) ve kadın cinsel fonksiyon sorgulama indeksi (IFSFI) skorlarının ortalaması.

	Ortalama $\pm$ SD
Yaş (yıl)	58.2 $\pm$ 5.1
Vücut kitle indeksi (kg/m ²)	30.8 $\pm$ 7.5
Evlilik süresi	21.2 $\pm$ 6.5
Çocuk sayısı	3 $\pm$ 7,2
Menapoz süresi	15.9 $\pm$ 8.5
FSH (mIU/ml)	33.6 $\pm$ 6.1
LH (mIU/ml)	36 $\pm$ 4.05
Geceleri uyku süresi	6.9 $\pm$ 1.82
IFSFI skor	14.69 $\pm$ 9.67
PUKI skor	7.74 $\pm$ 3.22
Çalışma durumu	(% Yüzde)
Çalışmıyor	82
Çalışıyor	18
Gelir durumu	
Asgari ücret altında	22
Asgari ücret üstünde	78
Vazomotor semptomlar	
Var	74
Yok	26
İlaç	(n: hasta sayısı)
Antidiyabetik	15
Anti hipertansif	30
Anti depresan	8
Hormon replasman tedavisi	12

FSH, folikül stimulan hormon; LH, luteinize edici hormon; PUKI, Pittsburg uyku kalitesi indeksi; IFSFI, kadın cinsel fonksiyon sorgulama indeksi.



2. Karadeniz Jinekoloji ve Obstetrik Kongresi



4 - 7 Nisan 2019, Samsun

OP-44

HPV DNA Pozitif Olgularda Vajinal Akıntı

Murat Alan¹, Halit Arslan²

¹Sağlık Bilimleri Üniversitesi Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Bölümü, İzmir

²Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Bölümü, Rize

Amaç: Kronik servikalenfeksiyonun HPV-DNA persistansı ve HPV ye bağlı displastikdeğişimleri kolaylaştırdığı yönünde literatürde bilgiler mevcuttur. Kronik vajinal akıntılı hastalarda yüksek risk HPV (hr HPV) sıklığı, sonuçları araştırıldı.,

Giriş: Servikal kanser, tüm kadın kanserlerinin %10'nu oluşturmakta olup, özellikle gelişmekte olan ülkeler için ciddi bir sağlık sorunu teşkil etmektedir. Günümüzde servikal kanser ve preinvazivservikal lezyonlar ile Human PapillomaVirusun (HPV) %100'e yakın bir oranda ilişkisi olduğu gösterilmiştir. 200'e yakın subtipi olduğu iddia edilen çoğu HPV enfeksiyonlarının 1 yıl içinde %70'i, 2 yıl içinde ise %90'dan fazlasının spontan olarak regrese olduğu bilinmekte, yanısırapersistan HPV enfeksiyonunun skuamöz intraepitelyal lezyon (SIL) ve invazivservikal kansere yol açmakta olduğu tespit edilmiştir. HPV, deri ve mukozalarda bazal membrane en yakın hücreleri enfekte eden bir DNA virusudur. Klinik ve subklinik HPV enfeksiyonu bugün dünyada en sık saptanan cinsel geçişli hastalıklar zinciri içerisinde yer almaktadır. Servikal kanserle ilişkili olan tipler "yüksek riskli onkojenik" (HR HPV) ve diğ erleri de "düşük riskli onkojenik" (LR HPV) olarak adlandırılmıştır.

Materyal-Metod: Kronik mukopürülan akıntı nedeniyle vajinit tedavisi görmüş, HPV DNA'sına ulaşılan Sağlık Bilimleri Üniversitesi Tepecik Eğitim Araştırma Hastanesi jinekoloji polikliniklerine başvuran 1013 hasta retrospektif olarak incelendi. HPV DNA pozitifliği için risk faktörleri değerlendirildi. Hastalar yüksek orta düşük HPV DNA varlığına göreüç gruba ayrıldı (HPV DNA pozitif ve negatif). Risk faktörleri bu 3 grup arasında karşılaştırıldı.

Bulgular: HPV DNA tiplerinden 15 tipin (16, 18, 31, 33, 35, 39, 45, 51, 52, 56, 58, 59, 68, 73, 82) onkojenik açıdan yüksek risk grubunda, 3 tipin (26, 53, 66) orta derecede risk grubunda ve 12 tipin ise (6, 11, 40, 42, 43, 44, 54, 61, 70, 72, 81 ve 89) düşük risk grubunda yer aldığı belirlenmiştir. HPV-DNA'sı pozitif olan ve vaginalmukopurulan akıntısı 1013 hastanın incelendiği çalışmamızda,881hrHPV-DNA'sı pozitif, 46 orta risk HPV DNA pozitif saptanırken, 86 hastada düşük risk HPV-DNA pozitif hasta saptandı.

2. Karadeniz Jinekoloji ve Obstetrik Kongresi



4 - 7 Nisan 2019, Samsun

Sonuç: Kronik enfeksiyon ve enflamasyon hücrel immun yanıtı baskılamakta ve HPV kalıcılığı ihtimalini arttırdığı tespit edilmiştir. Klamidyatrokomatis, herpes simpleks virus tip 2 (HSV-2) benzeri seksüel yoldan bulaşan bir retrovirus olan insan T hücre lenfotropik virus tip 1 (HTLV-I) enfeksiyonlarının HPV için bir indükleyici olabileceği belirtilmiştir. Çalışmamızda kronik mukopürülan akıntılı hastalarda her ne kadar etken bilinmemiş olsada HPV DNA pozitifliği genel literatüre göre daha yüksek oranda saptadık. Kronik vajinal akıntısı olan, HPV enfeksiyonu için risk faktörlerini taşıyan kadınlarda HPV DNA tayinine başvurulmasının uygun olacağı kanatindeyiz, fakat maliyet düşünüldüğünde hala servikal sitolojinin alternatifi olarak düşünülmemektedir. Çalışmamızda yüksek risk HPV tipleri göz önünde bulundurduğumuzda dünyada mevcut bulunan HPV aşılarının toplumumuz içinde uygun olduğu sonucuna vardık.

Anahtar Kelimeler: Serviks, akıntı, HPV-DNA



2. Karadeniz Jinekoloji ve Obstetrik Kongresi



4 - 7 Nisan 2019, Samsun

OP-45

Gebelikte Dirençli Hıçkırık: Olgu Sunumu

Aşkı Ellibeş Kaya¹, Huri Güvey¹, Duygu Birden¹, İsmet Özaydın², Fikret Gökhan Göynümer¹

¹Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı Düzce

²Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Anabilim Dalı Düzce

Giriş: Hıçkırık ani larengeal kapanmayı takiben oluşan diyafram ve interkostal kasların ani ve düzensiz myoklonik hareketidir (1). Akut hıçkırığın potansiyel nedenleri arasında midenin güçlü distansiyonu, ani ısı değişimleri, sigara, alkol gibi kimyasal maddeler ve psikojenik değişimler sayılabilir. Eğer 48 saatten fazla sürerse persistan hıçkırık olarak tanımlanır. Bu durum uyku bozuklukları, depresyon ve aşırı yorgunluğa sebep olabilir (2). Bununla birlikte hıçkırık intraabdominal, intratorasik veya kranial hastalıkların primer semptomu da olabilir (3).

Vaka: 38 yaşında G3P2Y2 olan hasta, gebeliğin 20. haftasından itibaren gebeliğin başından beri geçmeyen hıçkırık ve mide bulantısı şikayeti şikayetiyle dönem dönem hastanemize başvurdu. Hiatal herni öyküsü mevcuttu. Hasta yatışlarında ondansetron 4 mg tablet günde 1 kez olacak şekilde tedavi düzenlenerek takip edildi. İkinci trimestreda ondansetrona yanıt verirken gebelik haftası ilerledikçe hastanın hıçkırığı şiddetlenmeye başladı ve günlük yaşamını ileri derecede etkiler hale geldi. Son adet tarihine göre 37 hafta 2 gün iken her iki saniyede bir hıçkırması ve karın ağrısı şikayetiyle acil servise başvurdu. Fetal ultrasonografik ölçümleri 35 hafta ile uyumlu, amniyotik indeksi 40mm olarak ölçülen hastaya oligohidramniyoz, intrauterin gelişme geriliği tanılarıyla doğum kararı verildi, hiatal herni nedeniyle genel cerrahinin önerileriyle doğum şeklinin sezeryan olmasına karar verildi. Spinal anestezi altında sezeryan doğum ile bir adet canlı 8-9 apgarlı bebek doğurtuldu. Hastanın hıçkırık şikayeti bebeğin çıkışıyla birlikte aniden tamamen ortadan kalktı. Hasta hiatal herni sorunu için genel cerrahi polikliniğine yönlendirildi.

Tartışma: Gebelikte dirençli hıçkırıkla ilgili literatürde çok az yazıya rastlanmaktadır. Gebelikteki fizyolojik değişikliklere baktığımızda özellikle üçüncü trimesterde büyüyen uterusu bağlı diyafram seviyesinde 4 cm yükselme olur (4). Bu yükselme herhangi bir fonksiyon bozukluğuna yol açmamakla birlikte kronik hıçkırığa neden olabilmektedir (5). Bir kronik hıçkırık nedeni olan hiatal herni gebelikte genel popülasyondan çok daha nadir karşılaşılan bir durumdur (6). Gebelikte hiatal herni medaistinal şifte kadar gidebilen hayatı tehdit edecek durumlarla seyredebilir (7). Hastamızın ilk trimesterden itibaren var olan ve doğuma kadar geçmeyen bulantı kusma şikayeti hiatal herni ile ilişkilendirilebilir (6). Ayrıca bulantı ve kusma da kronik hıçkırığı tetikleyen nedenler arasında yer alır (7). Hastanın hıçkırık şikayetinin ondansetron tedavisine geçici de olsa yanıt vermesi de bu yolla açıklanabilir. Ayrıca literatürde idiyopatik hıçkırık olgularının ondansetron ile tedavi edildiğine dair olgu sunumları bulunmaktadır (8). Ayrıca hastamızda son trimesterdeki diyafram yükselmesi hıçkırık şikayetindeki artışa katkıda bulunmuş olabilir. Ayrıca doğum sonrası hıçkırığın geçmesi de diyafram

2. Karadeniz Jinekoloji ve Obstetrik Kongresi



4 - 7 Nisan 2019, Samsun

seviyesindeki normale dönüşle açıklanabilir. Ayrıca hastamızda gebelikten önce tanı konmuş hiatal herni durumunun bulunması da dirençli hıçkırık şikayetini açıklayabilir. Kronik hıçkırığın tedavisinde etyolojiye yönelik tedavinin yanı sıra metoklopramid, klorpromazin, sodyum valproat, nifedipin gibi bir çok ajan da kullanılabilmektedir. Amerika'da hıçkırık tedavisinde lisanslı tek ilaç klorpromazindir (9). Gebelikte ise, dirençli hıçkırık medikal tedavisi ile ilgili literatürde yeterli bilgi bulunmamaktadır. Sonuç olarak gebelikte kronik hıçkırık çok nadir görülse de altta yatan sebeplerin detaylıca değerlendirilmesi önemlidir ve hastanın yaşam kalitesinin artırılmasına yönelik medikal tedavi ön planda tutulmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Gebelik, Hıçkırık, Hiatal herni

Referanslar

Referanslar

1. Kolodzik PW, Filers MA. Hiccups (Singultus): Review and approach to management. Ann Emerg Med. 1991;20:565-73.
2. Federspil PA, Zenk J: Singultus. HNO 1999; 47: 867-75.
3. Guelaud C, Similowski T, Bizec JL, Cabane J, Whitelaw WA, Derenne JP: Baclofen therapy for chronic hiccup. Eur Respir J 1995; 8: 235-7.
4. Turner AF. The chest radiograph in pregnancy. Clin Obstet Gynaecol. 1975;18;65-74.
5. Kuhn M, Reinhart WH: Singultus. Schweizer Med Forum 2004; 4: 1138-41.
6. Renan S, Kahrilas PJ. The diagnosis and management of hiatus hernia. Br Med J. 2014;349:6154.
7. Eglinton TW, Coulter GN, Bagshaw PF, Cross LA Diaphragmatic hernias complicating pregnancy. ANZ J Surg. 2006; 76:553-557.
8. Laoutid J, Kechra H, Monuir K. Succesfull treatment of persistent idiopathic hiccup with ondansetron. International Journal of Medical and Health Research. 2017;3:39-41.
9. Wilcox SB, MBChB, Hons BSc, Garry A. Novel Use of Amantadine: To Treat Hiccups. Journal of Pain and Symptom Management. 2009;38;460-5.



2. Karadeniz Jinekoloji ve Obstetrik Kongresi



4 - 7 Nisan 2019, Samsun

OP-46

Treatment Of Cornual Pregnancy With Methotrexate

Bilgesu Çetinel, Zeynep Çankaya, Deniz Çiftçi Yavaş, Simge Tezel Yozgat, Gizem Durmazoğlu, Aykut Özcan

Department of Obstetrics and Gynecology, Atatürk Education and Research Hospital, Katip Celebi University School of Medicine, Izmir, Turkey

Background: Interstitial pregnancy accounts for 3% to 11% of ectopic pregnancy; these pregnancies are the more frequently non-tubal ectopic pregnancies. Medical treatment can be used in case of unruptured interstitial pregnancy and is used more and more frequently to avoid hemorrhagic risk and risk of conversion to radical surgery when a surgical management is decided. However, a larger use of methotrexate in interstitial pregnancy and conditions of use are not clearly defined. The aim of this case report of unruptured interstitial pregnancy managed by methotrexate.

Case Report: 42-year-old women who goes to clinic for a pregnancy test, which proved positive one. During normal ultrasonographic we observed attached with endometrial 6 mm thick, without gestational sac inside, no free liquid in the bottom of the pouch of Douglas. In the right cornual region had a suggestive image of ectopic pregnancy, of 2.6*2.3 cm, according to 6 weeks of amenorrhea was observed. The level of β -HCG was 12343 mU/mL, which confirmed the diagnosis of cornual ectopic pregnancy. Medical management used intramuscular injection of methotrexate (1mg/kg). After 4 days of treatment a new β -HCG study control was made, which results was 5753.1 mU/mL and the 7 days result was 2847.8. From that time we take a weekly control studies of the β -HCG. 12 days, 22 days, 29, 36 days which was 609.6, 205, 37, <2 (Table 1). The multidose protocol of methotrexate is an effective treatment in patients with cornual ectopic pregnancy. From that time we take a weekly control studies of the β -HCG until was negative (six weeks later). The multi dose protocol of methotrexate is an effective treatment in patients with cornual ectopic pregnancy.

Conclusion: Cornual ectopic pregnancy was active can be proposed in first-line therapy in case of unruptured interstitial pregnancy. This treatment has a great efficiency and low rate of complications.

Anahtar Kelimeler: Medical treatment, Cornual pregnancy, Methotrexate

2. Karadeniz Jinekoloji ve Obstetrik Kongresi

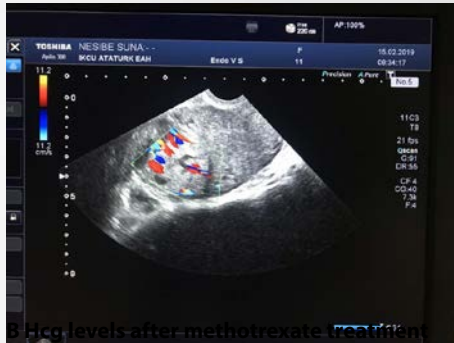


4 - 7 Nisan 2019, Samsun

after the methotrexate treatment



before the methotrexate treatment



B Hcg levels after methotrexate treatment

Day	β -hcg mU/ml
1	12343
4	5753
7	2847
12	609
22	205
29	37
36	1



2. Karadeniz Jinekoloji ve Obstetrik Kongresi



4 - 7 Nisan 2019, Samsun

OP-47

Kolposkopi Ünitesine Başvuran Anormal Servikal Smear Sitolojili Hastaların Histopatolojik Değerlendirilmesi Ve Demografik Analizi

Deha Denizhan Keskin

Ordu Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, Ordu

Kliniğimizde uygulanan sitolojik tarama programında; 2005 - 2011 tarihleri arasında anormal servikal sitolojili 1015 hastanın kolposkopik biyopsi ve tedavi sonuçları retrospektif olarak incelendi. Demografik analizleri yapıldı, risk faktörleri belirlendi. Kanserli 10 vaka ayrıca ayrıntılı olarak incelendi. Demografik olarak incelendiğinde; anormal servikal smear anormalliği tanısı alma yaşı 40 - 49 arasındır. Median başvuru yaşı ise 39 idi. Hastaların % 92.1'i evli, % 93.6'sı bir kez evlenmişti. Hastaların % 73.5'u multipar olup ortalama doğum sayısı 2 idi. Hastaların % 46.6'sı hiç küretaj yaptırmamış, ortalama küretaj sayısı 1 idi. % 90'lık grup sigara kullanmıyordu. Hastaların % 50.5'i 20 yaşından önce evlenmişlerdir. Ortalama evlilik yaşı 19 idi. Hastalar arasında en fazla başvuru alan doğum kontrol yöntemi % 33.7 ile koitus interruptus idi.

Çalışmamızda anormal sitoloji yüzdeleri ASC-US % 63.4, LGSİL % 30.3, HGSİL % 5.2, ASC-H % 0.7, AGUS % 0.4 olarak bulundu. ASC-US / LGSİL oranı 2.088 idi. Literatürden farklı olarak daha fazla ASC-US ve LGSİL, buna karşılık daha az HGSİL saptandı.

ASC-US grubundaki biyopsi sonuçlarına bakıldığında; CIN I oranı % 51.3 ile literatüre benzer bulunurken, CIN II/III oranı ise % 7.1 ile literatür oranlarından 2 - 3 kat daha az idi. LGSİL grubundaki biyopsi sonuçlarında CIN II ve daha yüksek gradeli lezyon oranı % 11.22 ile literatür değerlerine yakındı.

HGSİL grubunda CIN II/III saptanma yüzdesi % 66.03 ile literatürde verilen değerlere benzer, invaziv kanser oranı % 11.32 ile literatürden 5 - 6 kat daha fazla gözlemlendi.

Servikal sitopatoloji sonuçları oransal olarak literatür ile benzer çıktı. ASC-US / LGSİL oranı laboratuvar güvenilirliğini ortaya koydu.

ASC-US grubunda histopatolojik olarak % 51.3 oranında düşük gradeli lezyon saptandı. Bu oran ASC-US takibinin ne kadar önemli olduğunun göstergesidir.

LGSİL ve HGSİL gruplarında yüksek gradeli lezyon saptanma oranları literatür verilerine benzer bulunmuştur. Özellikle HGSİL'deki % 66.03'lük yüksek gradeli lezyon saptanma oranı tedavide geç kalınmaması gerekliliğini ortaya koymaktadır.

Sonuç olarak servikal sitolojik anormallikler uygun takip ve tedavi yöntemleriyle invaziv serviks kanserine ilerlemeden kontrol altına alınabilmektedir.

Anahtar Kelimeler: kolposkopi, anormal sitoloji, histopatoloji

2. Karadeniz Jinekoloji ve Obstetrik Kongresi



4 - 7 Nisan 2019, Samsun

OP-48

Düşük Over Rezervi Nedeniyle Koh Uygulanan Hastaların AMH Düzeylerine Göre Siklus Özellikleri Ve Siklus Başarılarının Değerlendirilmesi

Seda Keskin

Ordu Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, Ordu

AMH over rezerv belirteçlerinden FSH ve AFS ile beraber ya da ayrı ayrı kullanılabilen iyi bir rezerv göstergesidir. FSH sikluslar arası, AFS ise klinisyenler arası varyasyon göstermektedir. FSH ve AFS'nin bu dezavantajları AMH'yı üstün kılmaktadır. Nitekim çalışmamızda AMH azaldıkça; FSH'nin arttığı, AFS'nin de azaldığı istatistiksel olarak anlamlı düzeyde gösterildi. Diğer yandan AMH siklus başarısını da tek başına iyi bir şekilde göstermektedir. AMH azaldıkça toplanan oosit ve M2 oosit sayılarında anlamlı azalma izlendi. Özellikle AMH değerinin 0,32'nin altında olduğu grupta OPU negatif ve kötü ovaryan yanıt gösteren olguların sayısı anlamlı oranda fazla bulundu.

Aynı zamanda AMH düşük over rezervi tanısını koymakla kalmayıp klinik gebelik ve canlı doğum oranları açısından gruplar arasında fark göstermektedir. Özellikle 0,32'nin altındaki AMH değerlerinde canlı doğum oldukça az izlenmektedir.

Çalışmamızda Süleymaniye Kadın Hastalıkları ve Çocuk Eğitim ve Araştırma Hastanesi İnfertilite Kliniğine Eylül 2011 - Aralık 2012 tarihleri arasında başvuran ve IVF programına alınan 717 olgu incelendi. Çalışma retrospektif olarak dizayn edilmiş olup hastanemiz eğitim planlama ve etik kurulunda görüşülerek onaylanmıştır.

İnfertilite kliniğine başvuran 717 hastanın 332'sinin AMH değerine ulaşıldı. AMH değeri 1.5'in altında olan 232 hasta verileri incelendi. Bu hastalardan antagonist protokol uygulanan, 24 - 39 yaşları arasındaki, VKİ'si 16 - 35 olan, düşük over rezervi dışında bir infertilite sorunu olmayan, erkek faktörü normal olan 105 hasta çalışmaya dahil edildi.

Çalışmamızın sonucuna göre; AMH değeri 0,32'nin altında olan hastalarda prognoz çok kötüyken, AMH değeri 0,33 ve üzerinde olan hastalarda daha iyi klinik sonuçlar elde ettik. AMH'sı 0,32 ve altında başka parametrelere ihtiyaç kalmaksızın yalnızca AMH değerine bakarak daha düşük peak E2, daha az sayıda oosit, daha az canlı doğum elde edilmesini öngörebiliyor iken; AMH'sı 0,33 ve üstünde olan hastalarda AMH değerine ek olarak bazal FSH, AFS gibi veriler eşliğinde değerlendirmenin daha uygun olacağını düşünmekteyiz.

Anahtar Kelimeler: Düşük over rezervi, AMH, siklus başarısı



2. Karadeniz Jinekoloji ve Obstetrik Kongresi



4 - 7 Nisan 2019, Samsun

OP-49

Antepartum Kanamanın Nadir Bir Nedeni: Uterin Didelfis

Beril Gürlek, Merve İlknur Kazaz

Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Ana Bilim Dalı, Rize

Giriş: Fetal viabilite sınırına ulaştıktan sonra genital sistemden kaynaklanan kanamalar antepartum kanama olarak tanımlanır. Doğum öncesi kanama, gebeliklerin % 2-5'inde görülür. Bu kanamanın en yaygın nedenleri plasenta previa ve ablasyo plasentadır. Kanama durumlarında kanama miktarı az yada ek semptom olmasa bile fetal ve maternal iyilik hali derhal değerlendirilmeli ve doğum için endikasyon olup olmadığı araştırılmalıdır. Müllerian kanal anomalilerinin insidansı çeşitli yayınlarda % 0.1 -% 3.8 bildirilmiş olup, bu anomaliler arasında uterus didelfisin insidansı% 5 civarındadır. Uterus didelfisi olan hastalarda spontan düşük, erken doğum, erken membran rüptürü ve anormal fetal prezentasyon insidansı artmaktadır. Ancak erken doğum kaynaklı olmayan durumlarda, didelfis uterusun gebeliğin olmadığı kısmından olan kanamalar literatürde oldukça nadir görülür. Biz burada, acil servise kanama şikayeti ile başvuran ve didelfis uterusu olan bir olguyu sunmayı amaçladık.

Olgu: 21 haftalık, G1Y0P0 gebe ağrısız vajinal kanama şikayeti ile acil servise başvurdu. Tıbbi öyküsünden 25 yaşında olduğu ve daha önce didelfis uterus tanısı ile takip edildiği öğrenildi. Hastanın ultrasonografisinde 20 hafta ile uyumlu canlı fetüs izlendi. Amniyotik sıvı normal sınırlardaydı ve plasenta yerleşimi arka yerleşimliydi. Fetusun bulunduğu uterusun sol posterolateralinde diğer uterin boşluk izlendi. Endometrial kalınlık 18 mm olarak ölçüldü. Servikal uzunluklar 38 mm ve kapalı idi. Steril spekulum muayenesinde çift serviks gözlemlendi. Kanamanın sol serviksten kaynaklandığı anlaşıldı. Bunun üzerine hasta hastaneye yatırıldı ve progesteron 200 mg vaginal uygulanarak takip edildi. Kanama kesildikten sonra hasta taburcu edildi ve ayakta takip edildi. Takip sırasında kanaması olmadı. 36. gebelik haftasında spontan uterus kasılmaları başladığında, hasta hastaneye yatırıldı ve makat geliş endikasyonu ile 2800 g sağlıklı bir bebek doğurtuldu. Sezaryen esnasında uterusta didelfis görünümü izlendi.

Sonuç: İki müllerian kanalının füzyonu ve ardından aralarındaki septumun emilmesi, intrauterin 10. ve 17. haftalar arasında tamamlanır. Uterus anomalileri birçok obstetrik komplikasyona neden olduğu için prenatal tanı önemlidir. Dikkatli bir ultrasonografik ve jinekolojik incelemenin yapılması tanı için yeterli olacaktır ancak tanının şüpheli olduğu olgularda manyetik rezonans görüntüleme tanıya yardımcı olur. Antenatal kanamaların bir nedeni olan boş endometrial kavite, desiduaizasyon nedeniyle kalınlaşarak gebelik süresinde herhangi bir dönemde kanama nedeni olabilmektedir. Bu kanamalar genellikle spontan düzelir ancak bu olgularda erken doğum açısından servikal uzunluk takibi yapılması ve gebelerin bilgilendirilmesi önerilir.

Anahtar Kelimeler: Antenatal kanama, uterus anomalisi, uterus didelfis

2. Karadeniz Jinekoloji ve Obstetrik Kongresi



4 - 7 Nisan 2019, Samsun

OP-50

Laparoskopik Extraperitoneal Mesh Üreteropeksi

Evren Akmut¹, Emre Volkan Kasımoğulları²

¹Rize Devlet Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği, Rize

²Bağcılar Eğitim Araştırma Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği, İstanbul

Detrüsör instabilitesi ve düşük üretral kapanma basıncı olmaksızın stres üriner inkontinans şikayeti olan 40 yaşında bayan hastaya laparoskopik extraperitoneal mesh üreteropeksi operasyonu yapıldı. Umblikus seviyesinde 1.5 cm transvers insizyon açılarak rektus kası fasyası midline açılıp, rektus kası lateralize edildi. Rektus kası altından, posterior rektus kılıfı üzerinden çift taraflı balon trokar symfizise doğru ilerletildi. Balon 30-40 kez şişirildikten sonra retzius boşluğu 12mmhg basınçta CO2 ile şişirildi. İki adet 5 mm trokar pubik tüylenme çizgisi üzerinden bilateral epigastrik inferior arter traselerine dikkat edilerek yerleştirildi. Paravajinal alanlar disseke edildikten sonra 2 adet 1,5x4 cm polyprolen mesh her iki paravajinal alana 3.0 prolene ile tespit edildi. Sonrasında mesh gerginliği ayarlanarak, Cooper ligamentine nonabsorbable 3 adet helikal titanyum tack ile fiks edildi. Mesane ve üretral hasar açısından intraoperatif sistoskopi yapıldı. Laparoskopik extraperitoneal mesh üreteropeksi maliyet açısından dezavantajı olsa dahi yüksek hasta memnuniyeti, kısa hospitalizasyon süresi ve yüksek tedavi başarı oranlarıyla özellikle intraperitoneal adhezyonu olduğu düşünülen hastalarda tedavi seçeneği olarak düşünülebilir.

Anahtar Kelimeler: Laparoskopik üreteropeksi, Burch, Üriner inkontinans, Stres üriner inkontinans



Destekleriyle

Poster Bildiriler



2. Karadeniz Jinekoloji ve Obstetrik Kongresi



4 - 7 Nisan 2019, Samsun

PP-01

Karaciğer Transplantı Sonrası Sağlıklı İkiz Gebelik Olgusu

Hesna Pınar Baş¹, Berk Baş², Yunus Katırcı¹, İdris Koçak¹, Ayşe Zehra Özdemir¹

¹Ondokuz Mayıs Üniversitesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, Samsun

²Ondokuz Mayıs Üniversitesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Gastroenteroloji Bilim Dalı, Samsun

Karaciğer transplantı (LT), ileri evre karaciğer yetmezliği nedeniyle günümüzde giderek artan sıklıkta uygulanmaktadır. Transplant sonrası hastalarda bozulmuş olan hormonal düzen ve reproductive fonksiyonlar hızla geri dönmektedir. Karaciğer transplantı sonrası gebelik, immünsupresif tedavilerde pek çok yenilik olmasına rağmen hala yüksek riskli gebelik olarak kabul edilmektedir ve bu gebelikler anne, fetus ve graft açısından oldukça önemli takip edilmesi gereken bir süreçtir. Oldukça riskli bir süreç olmasına rağmen tersiyer merkezlerde multidisipliner yaklaşımla karaciğer transplantı sonrası başarılı gebelik elde edilebilir. Biz bu olguda karaciğer transplantı sonrası gerçekleşen ve 3. basamakta multidisipliner bir yaklaşımla başarılı bir şekilde yönetilen bir ikiz gebelik olgusunu sunmayı ve hala tam olarak aydınlatılmamış olan bu konuda literatürü gözden geçirmeyi amaçlıyoruz.

Anahtar Kelimeler: gebelik, ikiz, karaciğer, transplantasyon



2. Karadeniz Jinekoloji ve Obstetrik Kongresi



4 - 7 Nisan 2019, Samsun

PP-02

Hiperemesis Gravidarum'da Görülen Nadir Bir Komplikasyon: Akut Konjunktival Hemoraji

*Rümeysa Belen, İdris Koçak, Davut Güven, Ayşe Zehra Özdemir, Pervin Karlı
Ondokuz Mayıs Üniversitesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, Samsun*

HEG 'İN NADİR BİR KOMPLİKASYONU: AKUT KONJUNKTIVAL HEMORAJİ (VAKA SUNUMU)
RÜMEYSA BELEN

UPTODATE

HİPEREMEZİS GRAVİDARUM, KONJUNKTIVAL HEMORAJI, ŞİDDETLİ BULANTI KUSMA, GEBELİK

Anahtar Kelimeler: GEBELİK, HİPEREMEZİS GRAVİDARUM, KONJUNKTIVAL HEMORAJI, ŞİDDETLİ BULANTI KUSMA,

PP-03

Uterovesical Fistulaafter Uterine Compression Suture

*Yunus Katırcı, Tuğba Karabulut, İdris Koçak, Ayşe Zehra Özdemir
Ondokuz Mayıs Üniversitesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, Samsun*

Uterovesical fistula is a rare complication. In this case, an utero-fetal fistula developed in a patient with lower uterine segment compression suture in cesarean section due to placenta previatotalis is described.

Anahtar Kelimeler: caesarean section, compression suture, uterovesical fistula, Youssef's syndrome

2. Karadeniz Jinekoloji ve Obstetrik Kongresi



4 - 7 Nisan 2019, Samsun

PP-04

Lenfanjioma Sirkumskriptikum Olgu Sunumu

Merve Uyar, İdris Koçak, Davut Güven, Ayşe Zehra Özdemir

Ondokuzmayıs Üniversitesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, Samsun

Lenfanjioma sirkumsikriptikum lenfanjioma karakterinde lenf kanallarının benign dilatasyonudur, deri ve subkutan dokuyu etkiler. Lenfanjioma sirkumsikriptikum kutanöz lenfanjiomların en sık görülenidir. Konjenital olabileceği gibi lenf akımının bozulmasına bağlı sonradan da ortaya çıkabilir. Sıklıkla ağız mukozası, dil, aksilla, kasıklarda görülmesine karşın vulvada çok nadir görülen bir durumdur. Bu reportta biz vulvada 38 yaşında bir kadın hastada lenfanjioma sirkumsikriptikum vakasını inceledik.

Anahtar Kelimeler: Lenfanjioma, lenfanjioma sirkumsikriptikum, vulva, lenfödem

lenfanjioma sirkumsikriptikum patoloji





2. Karadeniz Jinekoloji ve Obstetrik Kongresi



4 - 7 Nisan 2019, Samsun

PP-05

Diastometamyeli

Ayşe Şeyma Taştan, Davut Güven, Yunus Katırcı

Ondokuz Mayıs Üniversitesi, Kadın Hastalıkları Doğum Ana Bilim Dalı, Samsun

Diastometamyeli, çocukluk çağında görülen gizli spinal disrafizmin nadir bir formudur. Karakteristik klinik bulguları değişkenlik göstermekle birlikte asemptomatik de olabilir. Radyolojik olarak kolay tanı konulsa da, tedavi yaklaşımı konusu tartışmalıdır. Bu posterin amacı diastometamyelinin patogenezi, klinik bulgu ve tedavi yaklaşımları ile ilgili güncel bilgileri sunmaktır.

Anahtar Kelimeler: diastometamyeli, spinal disrafizm, tedavi yaklaşımı

2. Karadeniz Jinekoloji ve Obstetrik Kongresi



4 - 7 Nisan 2019, Samsun

PP-06

Uterin İnversiyon Olgu Sunumu

*Mehmet Faruk Ölçenoğlu, İdris Koçak, Davut Güven, Ayşe Zehra Özdemir
Ondokuzmayıs Üniversitesi, Kadın Hastalıkları Ve Doğum Anabilim Dalı, Samsun*

Uterin inversiyon nadir görülen bir obstetrik komplikasyondur fakat sonuçları maternal ölüme kadar ilerleyebilmektedir.

Bu vakada kord traksiyonu olmaksızın normal doğum sonrası gelişen uterin inversiyon vakası sunulmuştur.

Anahtar Kelimeler: Uterin inversiyon, postpartum inversiyon, obstetrik komplikasyon, jhonson manevrası

Uterin inversiyonun operatör tarafından vajinal itme ile düzeltilme hali(jhonson manevrası)





2. Karadeniz Jinekoloji ve Obstetrik Kongresi



4 - 7 Nisan 2019, Samsun

PP-07

OHVIRA Sendromu ve Olgu Sunumu

Aslı Şenel, Hakan Kızılet, Cavit Kart

Karadeniz Teknik Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, Trabzon

Giriş: Müllerian kanal anomalileri reproduktif çağındaki kadınların yaklaşık olarak %7'sinde görülür(1). Herlyn-Werner-Wunderlich sendromu(diğer adıyla OHVIRA sendromu), Müllerian kanallarını ve Wolffian yapılarını içeren ürogenital sistemin çok nadir görülen bir konjenital anomalisidir ve obstrükte hemivagina, ipsilateral renal agenezi ve didelfis uterus triadı ile karakterizedir.

Olgu Sunumu: 23 yaşında kadın hasta polikliniğimize çocuk isteği ile başvurdu. Gravidası 1, paritesi 1 olan hasta sectio geçirmiş ve kendisine uterus didelfisi olduğu söylemiş. Tüm abdomen MR da sağ böbrek izlenmedi, sol böbrek normal. Uterus boyutu normal. Uterusta çift kornus, çift endometrial kavite, çift serviks, çift vajen izlenmekte(uterus didelfis). Sağ vajende distal kesimdeki obstrüksiyona sekonder dilatasyon ve dilate vajen içinde ve sağ endometrial kavite içinde hemoraji izlenmekte(hematometrokolpos). Sol vajen normal. Hastaya operasyon planlandı. Genel anestezi altında dorsolitotomi pozisyonunda uygun saha temizliği ve örtünmeyi takiben anestezi altında muayene yapıldı. Muayenede ekstragenital organlar doğaldı. Sağ obstrükte hemivajina tespit edildi. 2 vajen izlendi, sağda hematokolpos tespit edildi. Sağ serviks izlenmedi, sol vajen ve serviks gözlemlendi. Septuma insizyon açılarak sağ vajenden birikmiş olan hematoma boşaltıldı. Ardından septum koter yardımı ile çıkartılarak paravajinal onarım yapıldı. Sağdaki serviks intakt olarak izlendi. Yeni vajinal orifis oluşturuldu.

Tartışma: OHVIRA sendromunun görülme sıklığı net olarak bilinmemektedir; ancak, uterus duplikasyonu ile başvuran kadın hastaların % 6'sında obstrükte hemivajinası bulunmakta ve bunların da % 65'inde sağ tarafta olduğu tahmin edilmektedir(2,3). Renal agenezi ise, uterus duplikasyonlu olguların % 63-81'inde ve obstrükte hemivajinası olanların % 92-100'ünde bulunur(4). Çoğunlukla pubertal çağda bulgu verir ve menarştan kısa bir süre sonra akut veya pelvik ağrı ile spesifik olmayan ve değişken semptomlar gösterir, bu da teşhiste gecikmeye neden olur. Zamanla, obstrükte hemivagina içindeki adet içeriğinin sıkışması nedeniyle, bu küçük vajina gerilir, özellikle adet dönemlerinde ve sonrasında ağrıyla sonuçlanır(2). Semptomları hafifletmek ve komplikasyonları engellemek için erken tanı ve cerrahi gereklidir. Aksi halde endometriozis ve kısırlık gelişebilir. Pelvik manyetik rezonans görüntüleme (MRG) altın standart görüntüleme yöntemi olarak önerilmektedir (5,6). OHVIRA sendromu için çoğunlukla tedavi, obstrükte hemivajinayı rahatlatmak için yapılan vajinal septumun rezeksiyonudur(2).

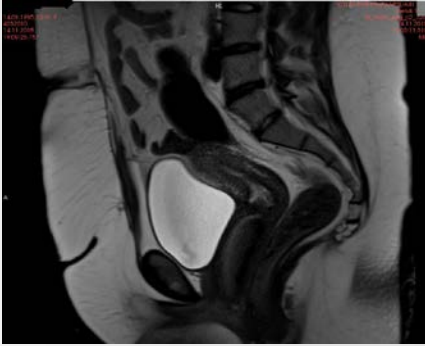
Anahtar Kelimeler: agenezi, hemivajina, müllerian

2. Karadeniz Jinekoloji ve Obstetrik Kongresi



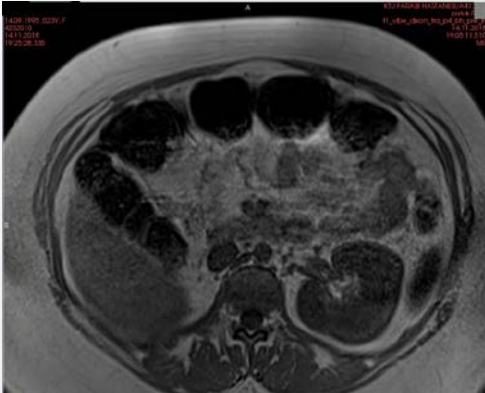
4 - 7 Nisan 2019, Samsun

hematometrokolpos



Sağ vajende distal kesimdeki obstrüksiyona sekonder dilatasyon ve dilate vajen içinde ve sağ endometrial kavite içinde hemoraji izlenmekte(hematometrokolpos).

sağ renal agenezi



Tüm abdomen MR da sağ böbrek izlenmedi, sol böbrek normal.

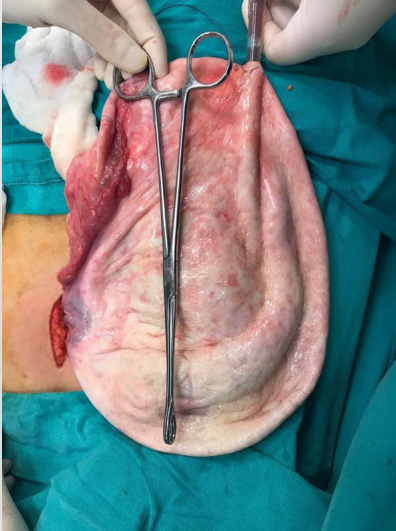
PP-08

Adolesan Hastada Dev Ovarial Bening Müsinöz Kistadenom

*Ayşe Rumeysa Aydoğan, Nigar Allahverdiyeva, İdris Koçak, Davut Güven, Ayşe Zehra Özdemir
Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi*

Overin benign müsinöz kistadenomu büyük boyutlara ulaşabilir. Abdominal kistik kitleler büyük boyutlara ulaşmadan genellikle belirti vermemektedir. Olgumuzda olduğu gibi büyük boyutlara ulaşan adneksiyel kitlelerde ayırıcı tanıda dev ovarial benign müsinöz kistadenom akla getirilmelidir. Poster sunumumuzda adolesan hastada dev ovarial benign müsinöz kistadenom olgusunu sunarak abdominal kistlere yaklaşımı değerlendirmek istedik. Abdominal kistlerin tanısında ultrasonografi yararlı bir tetkiktir. Ayırıcı tanı için ileri görüntüleme yöntemi olarak abdominal tomografi veya manyetik rezonans tercih edilmelidir. Cerrahi tedavide genellikle orta hat insizyon ile açık cerrahi müdahale tercih edilmektedir.

Anahtar Kelimeler: adolesan, benign, kistadenom, müsinöz, ovarial



Adolesan hastada solda dev ovarial benign müsinöz kist adenom

2. Karadeniz Jinekoloji ve Obstetrik Kongresi



4 - 7 Nisan 2019, Samsun

PP-09

Uterus Kist Hidatik

Hüseyin Yaylacı

Uterus Kist Hidatik İlk Dg Az

Uterus kist hidatik tutulumu sunumu

Anahtar Kelimeler: Uterus,kist,hidatik

PP-10

Paraovaryan kist torsiyonu

Dr Gunay Guliyeva, Prof Dr İdris Koçak, Dr Sami Sahin, Dr Elin Sariökmen

Samsun On Dokuz Mayıs Üniversitesi Hastanesi Kadın hastalıkları ve doğum

Acilden tarafımıza karin agrisi ile basvuran virgin hasta.Görüntülemelerde torsiyon olduğu belirlendi. Prof Dr İdris Koçak,Dr Sami Sahin,Dr Günay Guliyeva ve Dr Elçin Sariökmen katılımı ile opere edildi

Anahtar Kelimeler: Paraovaryan kist torsiyonu

Paraovaryan kist torsiyonu



Kist torsiyonu karin agrisi ile basvuran hastalarda sıkça karşılaştığımız bir durum



2. Karadeniz Jinekoloji ve Obstetrik Kongresi



4 - 7 Nisan 2019, Samsun

PP-11

Fark Edilmeyen Gebelik: Olgu Sunumu

Beril Gürlek, Sabri Çolak, Yeliz Malay

Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Ana Bilim Dalı, Rize

Giriş: Annenin gebeliğin varlığını 20. gebelik haftasından sonra fark etmemesi klinik olarak nadir bir durumdur. Gebelerin birçoğu hem fiziksel hemde ruhsal yönden kendinde olan değişiklikleri algılar, bunun gebeliğin belirtisi olduğunu fark eder. Ancak bazı kadınlar doğuma kadar gebeliğini farketmez, oluşan belirtileri farklı hastalıklarla ilişkilendirir. Bu durumun, sosyal sebeplerden gizlenen veya psikolojik hastalıklardan dolayı sonuçlarını düşünmeksizin gebeliği inkar etme durumlarından ayırtedilmesi gerekir. Her yaş, ırk, kültür ve sosyoekonomik düzeydeki kadınlarda görülebilen 'farkedilmeyen gebelikler' için yeterince toplumsal farkındalık oluşmaması hem bireyler hem de klinisyenler için beklenmedik komplikasyonların gelişmesine neden olmaktadır. Biz burada, acil servise karın ağrısı şikayeti ile başvuran ve fark edilmeyen gebelik durumu olan bir olguyu sunmayı amaçladık.

Olgu: 38 yaşında 12 yıllık evli G3P2Y2, iki kez vaginal doğum öyküsü olan hasta acil servise karın ağrısı şikayeti ile başvurdu. Acil hekimleri tarafından yapılan abdomen muayenesinde batin distandü ve şüpheli kitle saptanması üzerine tüm abdomen bilgisayarlı tomografi çekilmesine karar verildi. Görüntüleme metotları sonrası gebe olduğu anlaşılan hasta, kadın doğum kliniğine konsülte edildi. Alınan anamnezde, son 4 aya kadar periodik kanaması olduğu ancak son 3 aydır kanamaları kesilmesine rağmen gebelikten hiç suphelenmediği, gebelik testi hiç yaptırmadığı ve acil servise karın ağrısı ve karında şişlik olduğu için başvurduğu öğrenildi. Genel durumu iyi ve vital bulguları; tansiyon: 110/80, nabız: 90/dk, ateş: 36,4 derece idi. Bakılan obstetrik ultrasonografide 28 hafta ile uyumlu tek canlı gebelik saptandı. Servikal uzunluk ve amniotik indeks normaldi. Laboratuvar parametrelerinde idrar yolu enfeksiyonu saptanan hasta düzenlenen antibiyotik tedavisi ile taburcu edildi. İki hafta sonra poliklinik kontrolü için geldiğinde intra uterin mort fetalis olarak değerlendirildi. Vaginal doğum yaptırılan hastanın bebeğinde fenotipik anormalliğe rastlanmadı. Aile otopsi yapılmasını onaylamadı.

Sonuç: Farkedilmeyen gebelikler henüz hem ulusal hemde uluslararası literatürde yeteri kadar yer etmemiş olsa da hekimler tarafından iyi bilinmesi gereken klinik bir durumdur. Gerek kadın doğum uzmanlarının gerekse acil hekimlerinin bu konuya olan algı ve bilgi düzeyinin artması gereksiz tetkikler ve gecikmelerden doğacak gebelik komplikasyonlarının önüne geçilmesini sağlayacak, fetal ve maternal mortalitenin azaltılmasına katkıda bulunacaktır. Hastaların gebeliği fark etmemelerinden dolayı kendilerini suçlamalarının önüne geçmek için gebelik süresince ve doğum sonrası, psikolojik yönden de mutlaka değerlendirilmeleri ve desteklenmeleri gerekmektedir.

Anahtar Kelimeler: Farkedilmeyen gebelik, karın ağrısı, komplikasyon

2. Karadeniz Jinekoloji ve Obstetrik Kongresi



4 - 7 Nisan 2019, Samsun

PP-12

Postpartum Gelişen Ve Spontan Regrese Olan Vaginal Hematom: Olgu Sunumu

Beril Gürlek, Sabri Çolak, Zeki Uğur

Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Ana Bilim Dalı, Rize

Giriş: Doğum sonrası, alt genital sistemde özellikle epizyoy veya laserasyon hattında gelişen hematomlar sık olmakla beraber genellikle erken farkedildiklerinde ciddi mortaliteye neden olmadan kontrol altına alınırlar. Hematomun cerrahi müdahalesi özellikle semptomatik olan, hipotansiyon ve taşikardi gibi hipovolemik bulguların eşlik ettiği ve büyüme saptanan olgularda şart olmakla beraber bazı vakalarda hematomun boşaltılması kanamanın tekrar başlamasına ve girişimin komplike bir hale gelmesine neden olabilir. Hangi hastanın takip edileceği hangi hastanın cerrahiye alınacağı klinik takip ile kararlaştırılrsa da hekim ve hasta için oldukça stresli bir süreçtir.

Bu olgumuzda postpartum ilk gün farkedilen ve spontan regrese olan hematom olgusunu sunmayı amaçladık.

Olgu: 33 yaşında, 39 haftalık gebeliği olan, gravida 2 parite 1 hasta sancı şikayeti ile kliniğimize başvurdu. Non stres testte regüler kontraksiyonları olan ve servikal açılması düzenli şekilde devam eden hasta spontan vaginal doğum ile epizyotomi uygulanmadan 7/9 apgarla 3450 gr kız bebek doğurtuldu. Hastanın hastaneye kabulünde servikal açıklığı 3 cm iken 2 saat içinde tam açıklığa ulaştı. Bu durum partus presipitatus olarak değerlendirildi. Doğum sonrası yapılan vaginal kontrolde vagen duvarlarında laserasyon saptanmadı. Hasta serviste izleme alındı. Postpartum ilk gün yapılan kontrolde hastanın rektuma vuran ağrı tariflemesi üzerine yapılan muayenede sol yan vagen duvarından başlayarak vaginal açıklığı total okluze eden hematom izlendi. Hematom yüzeyinde vaginal mukozada aktif kanama odağı saptanmadı. Abdominal ultrasonografide vagen yan duvarında 8x7cm boyutlarında hematom ile uyumlu olabilecek yoğun içerikli koleksiyon izlendi. Batında serbest mayii gözlenmedi. Hastanın laboratuvar değerleri wbc:12500, hb:9.1, plt:122000 ve kuagülasyon parametreleri normaldi. Hastaya servisteki takipleri sırasında seftriakson +metronidazol tedavisi başlandı ve 2 unite taze donmuş plazma replasmanı yapıldı. Hemogram takiplerinde herhangi bir düşüş veya hematom boyutlarında artış olmayan hasta postpartum 5. gün taburcu edildi. 10 gün ara ile doğum sonrası takip edilen hastanın hematomu tam olarak 4. ayda regrese oldu.

Sonuç: Puerperal vaginal hematomlar, nadiren yaşamı tehdit edebilen ciddi komplikasyonlardır. Vagen hematomlarının gelişmesinde risk faktörleri nulliparite, forceps ve vakum uygulanması, makat doğum, 4000 gr üstü bebek doğurma, preeklampsi, doğumun 2. evresinin uzamış olması, çoğul gebelik, partus presipitatus ve koagülopatilerdir. Bizim olgumuzun hematomun hızlı doğum kaynaklı olduğunu düşünüyoruz. Vagen hematomlarının tedavisinde; izlem, arteriyel embolizasyon ve cerrahi müdahale yer almaktadır. Tedavinin uygulanmasından önce aydınlatılmış onam alınması ve hastanın işbirliği oldukça önemlidir. Konservatif yaklaşım bizim olgumuzda olduğu gibi yakın izlemin mümkün olduğu özellikle hematomun büyümediği, hemodinamik olarak stabil hastalarda olumlu sonuçlar verebilmektedir.

Anahtar Kelimeler: Hematom, partus presipitatus, postpartum



2. Karadeniz Jinekoloji ve Obstetrik Kongresi



4 - 7 Nisan 2019, Samsun

PP-13

Pruritic Urticarial Papules and Plaques of Pregnancy (PUPPP)

Merve Sarıkaya, İdris Koçak, Davut Güven, Ayşe Zehra Özdemir

Ondokuz Mayıs Üniversitesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, Samsun

Gebelikte papül ve plak şeklinde kırmızı ve kabarıklık lezyonlarla seyreden gebeliğe özgü kaşıntılı hastalık.

Anahtar Kelimeler: PUPPP, Pruritic, Urticarial

PP-14

Paraneoplastik Sendromlar Ve Jinekolojik Maligniteler

Gonca Gülbaz, Ayşe Şeyma Taştan, Ayşe Zehra Özdemir, Kadir Bakay, Davut Güven

Ondokuz Mayıs Üniversitesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, Samsun

Birçok kanser hastasında tümörün ya da metastazlarının invazyonu ya da kompresyonundan kaynaklanmayan belirti ve bulgular görülmektedir. Tümörün varlığı ile ilişkili olarak çeşitli organ ve sistemlere ait olabilen bu "uzak" etkiler "paraneoplazi" veya "Paraneoplastik sendrom" başlığı altında incelenmektedir. Paraneoplaziler sıklıkla tümör hücrelerince üretilen bazı hormonlar, peptidler ve uzun veya kısa etkili sinyal moleküllerine bağlı olarak ya da tümör-ilişkili antijenlerle immün reaksiyonlar sonucu gelişmektedir. Bu posterde paraneoplastik sendromların oluşum mekanizmaları ve sık görülen paraneoplaziler tartışılmıştır

Anahtar Kelimeler: paraneoplastik sendrom, jinekolojik malignite, over kanseri

PP-15

Torsiyoze Over

Fatmanur Mollahüseyinoğlu, Çınar Dura

Ondokuz Mayıs Üniversitesi tıp fakültesi

Acil servise başvuran ve yapılan fizik muayenede akut karın bulguları saptanan hasta usgde uterus gözlenmedi tek overi torsiyonize görünümdeydi. Vakaya alınan hasta vakadada da uterusu izlenmedi torsiyoze over alındı. Diğer over sabitlenilerek asıldı.

Anahtar Kelimeler: Agenezi, Torsiyon, over

2. Karadeniz Jinekoloji ve Obstetrik Kongresi



4 - 7 Nisan 2019, Samsun

PP-16

Endometrial Hiperplazinin Yönetimi: Bir Uterin Didelfis Olgusu

Nurgül Selin Kaya, Şener Taflan, Cavit Kart

Karadeniz Teknik Üniversitesi, Kadın Hastalıkları Ve Doğum Ana Bilim Dalı, Trabzon

Giriş: Endometriyumda yer alan yapıların hiperplastik değişiklikleri endometrial hiperplazi (EH) olarak adlandırılır. Bu değişiklikler atipisiz basit veya kompleks hiperplazi karakterinde olabileceği gibi endometrial intraepitelyal neoplazi ve atipik kompleks hiperplazi gibi prekanseröz karakterde de olabilir. Genel popülasyonda konjenital uterin anomali sıklığı %5,5' tir. Bu uterin anomaliler içinde ikinci en nadir görüleni %8 sıklık ile uterin didelfistir. Bu yazıda; uterin didelfis anomalisi ile birlikte EH' si olan ve çocuk istemi bulunan olgunun her iki uterin kaviteye levonorgestrelli rahim içi araç uygulanmasını sunmak istedik.

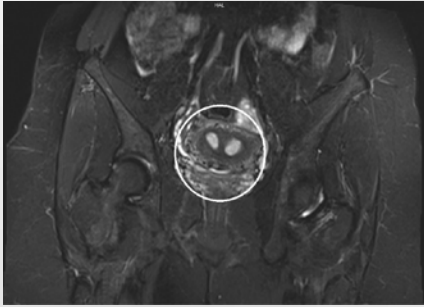
Olgu: Bir buçuk yıldır evli, 38 yaşında, gravida sıfır olan hasta adet düzensizlikleri ve ara kanamaları olması nedeniyle tarafımıza başvurdu. İlaç kullanımı ve geçirilmiş ameliyat öyküsü olmayan hastaya dış merkezde polikistik over sendromu ve didelfis uteri tanılarının konulduğu öğrenildi. Hastanın manyetik rezonans görüntülemesi (MRG) ile uterin didelfis olduğu gösterilmiştir (Resim 1). Anormal uterin kanama ve uterin didelfis etyolojisi açısından hastaya operatif histeroskopi yapıldı. Pelvik muayenede iki serviks mevcut olup sağ ve sol endoservikal kanallar normal görünümde izlendi (Resim 2). Histeroskopi sırasında derin vajinal septum izlendi. Sağ endometrial kavitede korpus anteriorda izlenen yaklaşık 20 mm ince saplı polip makas ile kökünden eksize edildi. Sol endometrial kavite normal olarak değerlendirildi. Ardından endoservikal kanallar ve endometrial kavite kürete edilerek alınan materyaller patolojik incelemeye gönderildi. Patoloji sonucu, sağ endometrium için endometrial polip, atipili endometrial hiperplazi ve sol endometrium için ise fokal atipili endometrial hiperplazi olarak raporlandı. Endometrial hiperplazi nedeniyle hastaya çocuk istemide göz önünde bulundurularak levonorgestrelli RİA her iki uterin kaviteye uygulandı. Olgu şifa ile taburcu edildi.

Tartışma: EH, endometriyumun progesteron ile karşılanmamış östrojene kronik olarak maruz kalmasıyla gelişir. EH tipik olarak anormal uterin kanama ile bulgu verir. Atipili EH tedavisinde postmenopozal veya çocuk istemi olmayan kadınlarda ilk seçenek histerektomi iken çocuk istemi olan kadınlarda ilk seçenek progestin tedavisidir. Progestin tedavisi planlanan hastalarda öncelikli olarak levonorgestrel salınlı rahim içi araç (RIA) (20 mcg/gün salınlı 52 mg levonorgestrel) kullanılması önerilmektedir. Çocuk istemi olan veya histerektomi açısından yüksek riskli olan atipili EH olgularında progestin tedavisi histerektomiden daha uygun bir seçenektir. Progestin tedavisinde levonorgestrel salınlı RİA'lar diğer yöntemlere göre daha iyi tolere edilmektedirler ve uyumu daha kolaydır. Yaklaşık %90 oranında normal endometriyuma geri dönüş görülmektedir. Yapılan sistematik bir derlemede, atipili EH' yi kontrol altına almada levonorgestrel salınlı RİA kullanımı oral progestinlerden daha etkili bulunmuştur (sırasıyla %90 ve %69). Uterin didelfis, Müllerian kanal oluşumunda iki ayrı serviks ve uterin kaviteye yol açan bir bozuklukla karakterizedir. Ayrıca vajen boyunca değişik sertlik ve kalınlıkta olabilen bir septum vardır. Bilgimize göre literatürde uterin didelfis

ile EH arasında bir ilişki olduğu gösterilmemiştir. Uterin kavitenin biçimini bozan yapı bozuklukları olması durumunda levonorgestrel salınlı RİA uygulanması önerilmemektedir. Literatürde bazı uterin didelfisli olgularda kontrasepsiyon amaçlı levonorgestrel salınlı RİA uygulandığı görülmüştür. Sonuç olarak uterin müllerian anomalilerden didelfis uterusunda her iki uterin kaviteye RİA uygulamaları nadiren uygulanmaktadır. Cerrahiye uygun olmayan, çocuk istemi olan uterin didelfisli endometrial hiperplazili olgulara hormonlu RİA önerilebilir.

Anahtar Kelimeler: endometrial hiperplazi, levonorgestrel, rahim içi araç, uterin didelfis

Resim 1



Olgunun pelvik MR aksiyal görüntüsü, çember içerisinde uterin didelfis ve çift endometrium görüntüsü.

Resim 2



Pelvik muayenede çift vajen orifis görünümü

2. Karadeniz Jinekoloji ve Obstetrik Kongresi



4 - 7 Nisan 2019, Samsun

PP-17

Vajinismus Ve Disparonia Olgusunda Longitudinal Vajinal Septum Ve Uterin Didelfis

Neşe Türkmen, Gülseren Dinç, Şener Taflan

Karadeniz Teknik Üniversitesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Ana Bilim Dalı

Müllerian kanala ait gelişim anomalileri genital sistemin en önemli anomalilerinden birisi olup çocukluk ve adolesan yaştan itibaren çeşitli fizyolojik ve psikolojik destek gerektiren bir durumdur. Özellikle yeni evli kadınlarda multidisipliner yaklaşım gerektiren vajinismus ve disparoni sorunları olanlarda müller kanal anomalileri olabileceği akılda tutulmalıdır. Bu anomalilerin doğru teşhis ve tedavisi ile hastaların yaşam kalitesi ve obstetrik komplikasyonlara olumlu etkisi olduğu gösterilmiştir. Bu olgu sunumunda vajinismus ve disparonia şikayetiyle kliniğimize başvuran hastanın yapılan pelvik muayenesinde longitudinal vajinal septum saptanmış olup, radyolojik olarak tanı, tedavi ve klinik sonuçları değerlendirildi.

Anahtar Kelimeler: disparonia, hymen, uterin didelfis, vajinal septum, vajinismus,

PP-18

Sjögren Sendromunda Vulva Lezyonları

Gözde Girgin, Cemal Reşat Atalay, Kadir Çetinkaya

Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Bölümü, Ankara

Giriş: Sjögren Sendromu; etyogenezi bilinmeyen, mukoza tutulumuyla kendisini gösteren otoimmün, multisistemik bir kollajen doku hastalığıdır. Genelde 30-40 yaş aralığında ve kadınlarda daha sık görülür. Nadiren çocukluk ve adolesan döneminde ortaya çıkabilmektedir. Vajen ve vulva mukozasını tutan olgularda çok geniş klinik bulgular vermektedir. Disparoni ve vulvasında hipoeoik yaygın plak şeklinde lezyonlar tarif eden Sjögren Sendromundaki vulva dermatozunu sunmayı amaçladık.

Vaka: 40 yaşında iki normal vajinal yolla doğumu olan, özgeçmişinde sistemik olarak Sjögren Sendromu bulunan hasta; cinsel ilişki sırasında kuruluk ve ağrı şikayetiyle başvurdu. Hastanın pelvik muayenesinde, vulvasında hipoeoik, kaşıntılı ve ülser olmayan, çapları 5-6 mm arasında değişen, deri ile aynı seviyede yaygın lezyonlar izlendi. Collum multipar, vajen serbest görünümde idi. Transvajinal ultrasonografik incelemesinde uterus normal boyut ve şekilde olup, bilateral adneksiyel ve endometriyal patoloji saptanmadı. Hastanın laboratuvar değerleri olarak biyokimya ve tam kan sayımı sonuçları normal olup, Antinükleer antikor, Anti-Ro ve Anti-La değerleri pozitif olarak sonuçlandı.



2. Karadeniz Jinekoloji ve Obstetrik Kongresi



4 - 7 Nisan 2019, Samsun

Hastanın vulvar lezyonundan punch biyopsi ile örnek alındı. Alınan örneklerinde hastanın granülomatöz lezyon saptanmış olup, sjögren sendromuna bağlı olduğu düşünüldü. Enfeksiyon parametreleri normal olan hastaya lokal steroid tedavisi başlandı, tedricen azaltılarak kesildi. Lezyonlarda gerileme meydana geldi.

Sonuç: Sjögren Sendromunda vulvar lezyonlar histopatolojik ve immunohistokimyasal olarak ileri incelemeler mutlaka yapılmalıdır. Egzamatöz ve nodüler diğer lezyonlardan vulvanın extramammarian paget hastalığı, liken sklerozis gibi dermatozlardan ayırt edilmelidir.

Disparoni yapan nedenlerde sistemik hastalıklar mutlaka sorgulanmalıdır. Lezyon orta hattından veya santralinden mümkünse punch biyopsi örneği alınmalı, patolojik olarak tanı doğrulanmalıdır. Vulvar kansere transformasyonu açısından dikkatli olunmalıdır. Ayrıca sjögren sendromunun ortaya çıkış şekli vulvar lezyonlar şeklinde olabilmektedir. Bu açıdan romatolojik incelemeler yapılmalıdır.

Anahtar Kelimeler: lezyon, sjögren, vulva



Destekleriyle

Sunumlar





2. Karadeniz Jinekoloji ve Obstetrik Kongresi



4 - 7 Nisan 2019, Samsun

04 Nisan 2019, Perşembe

09:30 - 09:50 Fetal büyüme geriliğine yaklaşım

Mehmet Sipahi

Subjektif olarak baktığımızda, fetusun ideal boyut ve büyüklüğe ulaşamaması olarak tanımlanırken objektif değerlendirme yapıldığında değişik tanımlamalar mevcut. ACOG sadece EFW nin 10 persantil altında olmasını kabul ederken, RCOG'a göre EFW veya AC'nin 10 persantil altında olması yeterlidir. Her küçük saptadığımız fetüsde gelişim kısıtlılığı var mı? Burada devreye SGA tanımı giriyor. Yani genetik potansiyeli zaten düşük olan fetuslar. SGA'ların %50-70 inde FGK yoktur. Bunun tersi de mümkündür. Yani normal persantillerde olan fakat çeşitli faktörlerce genetik potansiyeline ulaşamamış fetuslar da mevcuttur.

Gebeliklerin %5 ila 7'sinde FGK saptıyoruz. Neden bu kadar önemli; çünkü özellikle 5 persantilin altında perinatal morbidite ve mortalitede artış olduğu gibi antenatal ve neonatal dönemde de %5-10 kayıp oluşmakta. Prematür doğumlar ve intrapartum asfiksi de baş edilmesi gereken önemli problemlerdir. Etiyolojide Maternal-Fetal ve Plasental pek çok neden mevcuttur.

Genetik değerlendirmeyi; eğer erken haftalarda FGK ile (<24 w) karşılaşıyorsak, gelişim 5 persantilin altındaysa ve simetrik gelişim kısıtlılığı varsa yapalım. Ya da major bir fetal anomali ya da soft marker pozitiflikleri saptıyorsak yine genetik değerlendirme yapalım. 24. haftadan sonra eğer FGK asimetric ve fetal anatomi normal gözüküyorsa genetik test gereksiz kabul edilir. 2017 de yapılmış bir meta-analizde 14 çalışma ve 874 FGK incelenmiş ve hiç birinde genetik anomali saptanmamış.

Yeni doğan dönemindeki riskler; prematürite, RDS, kronik akciğer hastalıkları, NEK, intraventriküler hemoraji, sepsis, koagülopati, hepatik disfonksiyon, hipoglisemi ve hipotermidir. Uzun dönemde ise kognitif gelişim ve öğrenme kapasitesinde sorunlar olduğunu biliyoruz. Dolayısıyla doğru tanı koyabilmek çok önemli. Bunun için de fetusun haftasını doğru tespit etmek gerekir. SAT ve ilk trimester usg kombine edilerek en doğru sonuca ulaşılabilir.

Intergrowth projesi kapsamında 8 ülkeden, 14.w 'dan itibaren veriler toplanmıştır. Bunlar yeterli nutrisyon ve sağlık hizmeti alabilen ülkeler: Brezilya, İtalya, Umman, UK, USA, Çin, Hindistan, Kenya. Dünya Sağlık örgütü de benzer grafikleri hazırlamıştır. Fetal gelişimi hatırlarsak; ilk 16 hafta fetal gelişimde selüler hiperplazi, 16-32 w arası

2. Karadeniz Jinekoloji ve Obstetrik Kongresi



4 - 7 Nisan 2019, Samsun

04 Nisan 2019, Perşembe

09:30 - 09:50 Fetal büyüme geriliğine yaklaşım

Mehmet Sipahi

hiperplazi ve hipertrofi, 32 w dan sonra ise hipertrofi hakimdir. Campbell 1998 de; Tip1, 2 ve 3 olarak bu gelişimi baz alıp bir sınıflama yaptı. Tip 1 erken başlangıçlı simetrik, tip 2; 32 haftadan sonra başlayan asimetrik ve tip 3 bunların kombinasyon olan ve 2. trimesterde görülen daha çok fetal enfeksiyonların sorumlu olduğu form. Figueras and Gratacós ve Baschat kronolojik sınıflama olarak 32. haftadan önce ve sonra FGK'nın fetuslarda değişik patofizyolojisi olduğunu vurguladılar. 2016 da araştırmacılar Delphi prosedürü kullanarak bu son sınıflamayı kabul ettiler.

Plasenta oluşum sorunu (Spiral arterlerde yetersiz trofoblastik invazyon). Ut arter Doppler, plasental yataktaki spiral arterlerin, Um arter Doppler de villöz fetal damarların göstergesidir. Umb A ve Ut A de direnç artışı. Şunu da unutmamak gerekir ki; preterm fetüs, yüksek metabolik aktiviteye sahip olan term fetusa göre hipoksiye daha dirençlidir. Geç FGK'da Spiral arter yapılanması normal Villöz fetal damar yüzey alanı normal UtA ve UA Dopplerde anlamlı direnç yok. Dolayısıyla tanısı zor. Asıl problem; villuslarda maturasyon bozukluğu. Santral kardiyovasküler uyumda vital organlara kan akımı artar. Miada yakın fetusların beyinlerinin oksijen gereksinimi fazla olduğundan dolayı hipoksiye öncelikle serebral vazodilatasyonla yanıt verirler. Hipoksehide; fetal beyin, miyokardın, adrenal bezlerin ve dalağın kan akımı artar. Böbrek, GIS ve alt ekstremitenin kan akımı ise azalır. Serebral arterlerdeki bu yanıt belli süre sonra platoya ulaşır ve plato sonrası 2. Haftada fetal gelişim bozulmaya başlar. Fakat bu süre terme yakın fetuslarda ve hipertansiflerde daha kısadır. Dolayısıyla takipte kardiyak ve venöz damarlar daha başarılıdır.

Canadilla ve arkadaşları 2014 yılında komputarize bir model üzerinde normal ve FGK'lı fetusları karşılaştırdılar. Çalışmanın ana fikri Aortik isthmusun; plasental dolaşım ve beyin dolaşımı arasında anahtar bir role sahip olduğu ve beyin koruyucu etkide klinik kullanım için önemli bir prediktör olabileceğiydi.

Dolayısıyla erken tanı ve yönetim ile morbidite ve mortaliteyi azaltabiliriz. Bunun için de risk faktörleri belirlenmeli ve buna göre takip yapılmalıdır. RCOG 2013 Guideline'a göre; major risk faktörlerine sahip olan fetusların (OR>2) 20-24.w'de UtA Doppler ve seri USG ölçümleri ile taranmasını önermiştir.



2. Karadeniz Jinekoloji ve Obstetrik Kongresi



4 - 7 Nisan 2019, Samsun

04 Nisan 2019, Perşembe

09:30 - 09:50 Fetal büyüme geriliğine yaklaşım

Mehmet Sipahi

GRIT çalışmasında 24-36 w arası FGK olan ve %40 hastada UA 'de diastol sonu akım olmayan ya da ters olan hastalar rastgele 2 ye ayrılmış (n: 291-291).). Hemen doğum kararı alınanlarda IUMF daha az (2 vs 9) fakat neonatal ve infant ölümü daha fazla saptanmış (27 vs 18). Erken perinatal, 2 ve 9 yaşlarındaki morbidite mortalite nörolojik ve kognitif gelişimleri arasında anlamlı fark saptanmamış.

TRUFFLE çalışmasında 503 gebe; short term variabilite kaybı, DV PI>95 p ve DV a kaybı veya ters a sonuçlarına göre doğum zamanlamaları karşılaştırılmış. Erken haftalarda doğanlarda morbidite ve mortalite daha fazla saptanmış. Ayrıca; DV PI normal sınırlarda olduğu sürece cCTG de short term variabilite kaybı olsa da beklenebilir, fakat cCTG günde birden fazla yapılmalı sonucuna varılmış

177 FGK yı Doppler verilerine göre inceleyen bir çalışmada, IUMF olanlarda DV de a yok ya da ters olması %61.1, sorunsuz doğanlarda %3.2. Ayrıca DV de a yok ya da ters olanlarda doğuma kadar geçen süre IUMF olanlarda ortalama 6 gün. Yani DV akımı bozulduysa fetus 1 hafta içinde kaybedilecek demektir.

2015 de yayınlanan uzman görüşünde, CPR yi belirlemek için değişik indeksler ve ve cut off ların kullanıldığı vurgulanmış. Anormal CPR olanlarda intrapartum fetal distress ve neonatal komplikasyon oranlarında artış bildirilmiş.

1198 fetus ve 9 çalışmayı değerlendiren derlemede; serebral redistribisyonu olan SGA fetüslerin doğum sonrası nöromotor gelişim problemleri daha fazla olduğu kararına varmışlar.

Sonuç olarak kolay takip için FGK'yı 4 evreye ayırmak mümkündür. Plasental yetmezliğin etkili bir tedavisi veya gidişatı tersine çevirebilecek bir yaklaşım olmadığından, doğumun ne zamana planlanacağı fetal iyilik hali için en önemli yaklaşımdır. Fetüslerde indüksiyon için, hiperstimulasyondan kaçınmak adına prostaglandinler kullanılmamalı. Akciğer maturasyonu için kortikosteroid 24-34 arası önerilir. 32 w altı doğum planlananlarda Magnezyum, nöro-gelişim için önerilir.

2. Karadeniz Jinekoloji ve Obstetrik Kongresi



4 - 7 Nisan 2019, Samsun

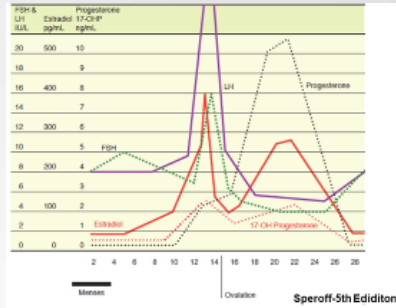
04 Nisan 2019, Perşembe
10:15 - 10:35 Luteal faz ve progesteron
Banuhan Şahin

LUTEAL FAZ VE PROGESTERON

Dr. Öğrt. Üyesi Banuhan Şahin

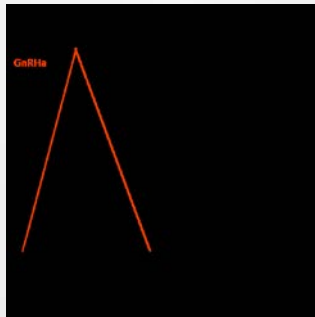
Amasya Üniversitesi Sabuncuoğlu Şerefeddin Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Menstruel Siklus



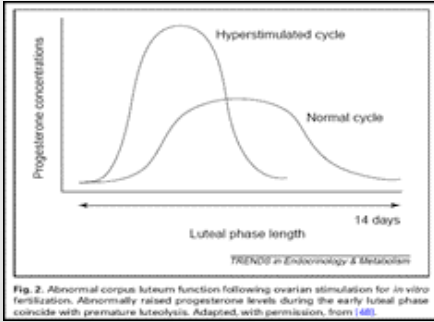
Mid-siklustaki LH yükselmesinden 7-8 gün sonra mid-luteal fazda progesteron piki gerçekleşir. Luteal fazda LH konsantrasyonu yaklaşık 4-10 IU/L arasında nispeten dar bir aralık ile sınırlandırılmıştır. Bu konsantrasyon mid-luteal dönemde progesterona pik yaptırmak için yeterlidir.

IVF Siklusları = Luteal faz yetmezliği (LFY)



04 Nisan 2019, Perşembe
10:15 - 10:35 Luteal faz ve progesteron
Banuhan Şahin

Normal siklusta LH artışının ortalama süresi 48 saattir. Hızlı bir yükselme eğrisi ile birlikte (iki katına çıkma zamanı 5.2 saat) 14 saatte artar, buna E2'deki hızlı düşüş ve P4 artışının devam etmesi eşlik eder. 14 saat süren ve P4'ün geçici olarak seviyelendiği gonadotropin seviyelerinin pik düzeyindeki platosu izler. Daha uzun olan azalma eğrisi (yarılanma süresi 9.6 saat), 20 saat sürer, yükselmenin başlangıcından 36 saat sonra veya sonlandırılmasından 12 saat önceki P4'ün ikinci bir hızlı yükselmesiyle ilişkilidir. Agonist trigger da LH platosu oluşmaz.



Hcg trigger ile erken luteal dönemde progesteron artışı olur. LH baskılanır luteolize gider. Gonadotropinlerin mid-siklus yükselmesine ya da ekzojen HCG bolus uygulamasına cevap olarak granülosa/teka transformasyonu ile korpus luteum hücreleri luteum hücrelerine dönüştürülür. Progesteron maksimum konsantrasyonuna ulaştırıldığında embriyo transferi yapılır ve progesteron 1 hafta sonra azalmaya başlar. HCG trigerinden sonraki bu masif progesteron artışının bir negatif etkisi de, implantasyon sırasında embriyo ve endometrium arasında asenkronizasyona neden olacak bir endometrium gelişmesine, endometrial reseptivitenin bozulmasına yol açması olabilir.

Luteal faz desteği (LPS), yumurtlamayı takip eden luteal fazda progesteron seviyelerini arttırmayı amaçlar. Preparat olarak; Progesteron, Didrogesteron, hCG, GnRHa kullanılabilir.

2. Karadeniz Jinekoloji ve Obstetrik Kongresi



4 - 7 Nisan 2019, Samsun

04 Nisan 2019, Perşembe
10:15 - 10:35 Luteal faz ve progesteron
Banuhan Şahin

Progesteron takviyesi; jel veya doğal mikronize kapsülleri içinde vajinal olarak, doğal mikronize kapsüller içinde oral olarak, Yağlı enjeksiyonlar ile intramüsküler olarak, subkutan enjeksiyonları ciltaltına yapılabilir. Naturel progesteronların oral preparatlarının biyo-yararlanımları düşük olduğu için kullanılabilirliği sınırlıdır (Simon 1993). Vajinal preparatlar vajinal rahatsızlık/akıntı ile ilişkilidir ancak karaciğerde ilk geçiş etkisini atlayarak 24 saat boyunca yeterli endometrial dönüşüm ve sürekli dolaşım seviyeleri elde ederek yüksek serum konsantrasyonları sağlarlar (Blake 2010). Intramüsküler yağ bazlı progesteron iyi dolaşım seviyelerine ulaşır, ancak enjeksiyonlar rahatsızlığa ve ağrıya neden olur (Nillius 1971). Ciltaltı olarak uygulabilen aköz progesteron preparatı im preparatlarla elde edilenden daha az ağrı ile benzer progesteron seviyeleri sağlar (Sator 2013). Didrogesteron (6-dehidro-retroprogesteron) yapısal ve farmakolojik olarak doğal progesterona benzer ve vajinal progesterondan daha iyi oral biyo-yararlanıma ve daha iyi tolere edilebilirliğe sahiptir (Barbosa 2016). hCG, moleküler yapısında LH'ye benzer, ancak progesteron üretmek için korpus luteumu uyarak potansiyel LPS sağlar ve daha uzun bir serum yarı ömrüne sahiptir; sc veya im enjeksiyonlarla uygulanır (Andersen 2015). GNRHa, hipofizden LH salınımını artırır, korpus luteumun progesteron üretimini artırır; sc günlük enjeksiyonlar veya intranazal uygulanır (Aboulghar 2015).

Neden progesteron çok önemli?

Embriyo implantasyonu ve on-going için endometriyal reseptivite (Nastri 2015a). Korpus luteumdan üretilen progesteron endometriumun sekretuar transformasyonu ile implantasyon sahasında; endometrial gen ekspresyonu (Haouzi 2014) Non-inflamatuvar Th-2 sitokin üretimi (Duckmann 2015) NO üretimi ile lokal kan akımı ve O₂ artışı (Chwalisz 2000) Myometrial kontraktilite azalması (Fanchin 1998) Luteal faz defekti; implantasyon başarısızlığı ve düşüklerle sonuçlanmakta (Shah 2013).

Süperovulasyon (SO) + intrauterin inseminasyon (IUI) sikluslarında Luteal faz desteği (LFD) vermek

Ovulatuar hastada birden fazla folikül gelişimi için anti-östrojen ilaçların (CC, letrozol) ve/veya eksojen gonadotropinlerin (GN) tercih edildiği tedavi protokolleridir. P düzeyinde prematür artış endometrial reseptivitede değişiklik Suprafizyolojik E2 yükselmesi hipofizin down-regülasyonu & luteal LH sekresyonunda değişiklik



2. Karadeniz Jinekoloji ve Obstetrik Kongresi



4 - 7 Nisan 2019, Samsun

04 Nisan 2019, Perşembe
10:15 - 10:35 Luteal faz ve progesteron
Banuhan Şahin

"GND kullanılarak Oİ yapılan IUI sikluslarında luteal faz desteği olarak P kullanımı faydalıdır. ***(Klinik gebelik ve canlı doğum oranlarını artırır). CC ile veya CC+GND ile yapılan Oİ'de P desteğinin faydası görülmemiştir. ***P desteğinin, GND ile indüksiyon yapılan hastalarda faydalı iken CC tedavisinde faydalı olmaması, 'indüksiyon metodu endojen luteal faz fonksiyonunu farklılaştırır' sonucunu çıkarttırabilir. Letrozol ile Oİ yapılanlarda P desteğinin faydasını gösteren yeterli kanıt yoktur, çalışmalara ihtiyaç vardır."

In vitro fertilizasyon (IVF) sikluslarında Luteal faz desteği (LFD) vermek

Luteal fazda verilen hCG veya progesteron, plaseboya göre veya tedavisiz yaklaşıma göre daha yüksek canlı doğum ve devam eden gebelik oranları ile ilişkili olabilir, ancak kanıtlar kesin değildir. Progesterona GnRHa eklenmesi sonuçları iyileştirir. hCG, plaseboya kıyasla OHSS riskini artırabilir. hCG, progesteron içersin veya içermesin sadece progesterondan daha yüksek OHSS oranları ile ilişkilidir. Ne östrojen ilavesi ne de progesteron uygulama yolu sonuçları değiştirmemektedir.

Mevcut kötü-orta kalite kanıtlar göz önüne alındığında GN ile uyarılmış ve hCG ile tetiklenmiş YÜT sikluslarında progesteronlar ile luteal fazın desteklenmesi plaseboya/ tedavi vermeme göre gebelik oranlarını artırmaktadır ve tedaviye eklenmesi önerilir. Yüksek miktarda (1500 – 2000IU/gün) hCG ile yapılan luteal faz destek çalışmalarında uygun doz ve aralık konusunda belirsizlik olması, canlı doğum/devam eden gebelik açısından net faydasının gösterilememesi ve OHSS riskinin artış göstermesi nedeniyle luteal faz desteğinde ilk sırada tercih edilmesi önerilmemektedir.

Mevcut veriler değerlendirildiğinde progesteron verilmesinin uygulama yoluna göre gebelik başarısında farklılık göstermediği anlaşılmaktadır. Hastanın uyumunun en yüksek olacağı ve uygulama kolaylığı taşıyan yöntemlerin tercih edilmesi kuvvetle önerilmektedir. Vajinal yollar önemli avantaj sağlamaktadır. Vajinal alt tipler arasında farklılık yoktur. Vajinal jeller için 90 mg/gün, vajinal tabletler için ise en az günlük 300 mg kullanılması önerilir. Oral preparatların tercih edilmesi durumunda ise sentetik progesteronların kullanılması biyo-yararlanım açısından avantajlı olabilir. Luteal fazda progesterona ek olarak östrojenin eklenmesi gereken bir alt grubun varlığı kanıtlanamamıştır. Bu bakımdan luteal fazın sadece progesteron ile desteklenmesi önerilmektedir.

2. Karadeniz Jinekoloji ve Obstetrik Kongresi



4 - 7 Nisan 2019, Samsun

04 Nisan 2019, Perşembe
10:15 - 10:35 Luteal faz ve progesteron
Banuhan Şahin

LPD kapsamında GnRH analogu eklemek tek başına progesterona göre canlı doğum oranını artırır mı?

Luteal faz desteğinde GnRH eklenmesinin hernekadar istatistiki faydası görülse de büyük örnekleme sahip çalışmalarda bu anlamlılık kaybolmaktadır. Ayrıca optimum doz ve uygulama aralığı da net değildir. Bu bakımdan GnRH'nın rutin eklenmesi için yeterli veri olmadığı söylenebilir.

IVF hastalarında LPD tedavisine OPU günü veya embriyo transferinden sonra başlanması canlı doğum oranlarını etkiler mi?

Optimal IVF başarısı için siklusta oosit toplanılmasından 24-48 saat sonraki zaman aralığında progesteron destek tedavisine başlanılmasını desteklemektedir.

LFD tedavisinin 12. gebelik haftasına kadar devam edilmesi daha erken kesilmesine göre gebelik oranlarını artırır mı?

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. Ancak bugün halen literatürde luteal destek tedavisinin kesin sonlandırılacağı zamanı belirlemeye yönelik yapılmış yeterli çalışma bulunmamaktadır ve bu konu daha geniş RKÇ' lara ihtiyaç duyulmaktadır. Serum P seviyelerinin monitorizasyonu ise kılavuz tarafından önerilmemektedir.



2. Karadeniz Jinekoloji ve Obstetrik Kongresi



4 - 7 Nisan 2019, Samsun

05 Nisan 2019, Cuma

13:50 - 14:10 Anormal sitolojiye yaklaşım nasıl olmalıdır?

Engin Yurtçu

Anormal Servikal Tarama Sonuçlarının Yönetimi

Serviks kanseri kadınlarda önemli bir sağlık sorunudur. Serviks kanseri günümüzde tarama yöntemlerinin gelişmesine rağmen tüm dünyada kadınlarda hala sık rastlanılan bir kanserdir. Uluslararası Kanser Araştırma Ajansının (IARC) Globocan verilerinde 2018 yılında serviks kanseri için 570.000 yeni vaka ve 311.000 ölüm beklenmektedir. Özellikle az gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde tarama yöntemlerine ulaşımın kısıtlı olmasından ötürü serviks kanseri bu tip ülkelerde jinekolojik kanserler arasında en sık rastlanılan kanser türüdür. Yirminci yüzyıl ortalarından başlamak üzere sitolojik (Pap smear) tarama yöntemi serviks skuamöz hücreli kanserine bağlı ölüm oranlarında kayda değer bir düşüş sağlamıştır. Bu düşüşün nedeni, tarama yöntemleri sayesinde invaziv kanserlerin erken aşamada saptanması ve pre-invaziv lezyonların erken saptanıp tedavi edilmesi idi. Günümüzde yüksek riskli HPV (Human papillomavirus) tipleri ile persiste eden enfeksiyon serviks kanserinin ve kanser öncülü lezyonlar olarak tarif edilen servikal intraepitelyal neoplazilerin (CIN) gelişiminde en önemli risk faktörü olduğu anlaşıldı. HPV'nin 200 den fazla tipi mevcuttur, HPV tip 16 ve 18 en sık görülen ve en karsinojenik tiplerdir. Epidemiyolojik vaka serileri serviks kanserinin neredeyse %100'ünde HPV varlığını gösterdi. HPV tip 16-18 tüm serviks kanserlerinin yaklaşık %65-75'inde, diğer 10 yüksek riskli HPV tipide serviks kanserlerinin yaklaşık %25-30'da mevcuttu. Bu nedenlerden ötürü günümüzde tüm dünyaca kabul görmüş tarama stratejilerinde sitoloji yanından HPV testinin de belirli yaş aralıklarında kullanımı hakkında görüş birliğine varılmıştır. Tarama stratejilerinin amacı invaziv kansere ilerlemesi muhtemel servikal kanser prekürsör lezyonları saptamak bunun yanında ise kansere ilerlemeyecek geçici HPV enfeksiyonu ve ona bağlı benign lezyonların gereksiz tedavisinden kaçınmak olmalıdır. Taramalar neticesinde anormal sonuç; HPV testinin pozitif olması veya Pap-smear'de anormal hücrelerin görülmesidir (ASC-US, ASC-H, LSIL, HSIL, Atipik glandüler hücreler vb).

2. Karadeniz Jinekoloji ve Obstetrik Kongresi



4 - 7 Nisan 2019, Samsun

05 Nisan 2019, Cuma

13:50 - 14:10 Anormal sitolojiye yaklaşım nasıl olmalıdır?

Engin Yurtçu

Amerikan Kolposkopi ve Servikal Patoloji Derneği , Anormal Servikal Tarama Testleri ve Kanser Prekürsörleri Yönetimi için klavuzunu 2012 yılında güncelledi. Klavuzun güncellenmesi ile HPV testi daha etkin kullanım alanı buldu. Eşit riske sahip lezyonların eşit yönetimi ilkesi benimsendi ve lezyonların 5 yıllık CIN3 üstü lezyon riskleri göz önüne alınarak hangi durumlarda hastaların kolposkopiye yönlendirileceğine dair eşik belirlendi. Buna göre serviks kanseri için düşük risk teşkil eden lezyonlar için takip aralıkları ve takip seçenekleri (ör: Pap smear, HPV testi veya her ikisi birlikte) belirlendi. Yüksek riskli lezyonlar için tanı yöntemleri, tedavi ve daha sonrasında takip programları belirlendi.

Kanıtı dayalı veriler ve güncel klavuzların önerileri ışığında her ülkenin kendi kaynakları çerçevesinde bilimsel verilere uygun tarama ve yönetim programlarını geliştirmesi gerekmektedir.



2. Karadeniz Jinekoloji ve Obstetrik Kongresi



4 - 7 Nisan 2019, Samsun

06 Nisan 2019, Cumartesi

10:15 - 10:35 : Adölesanlarda adneksial kitlelere yaklaşım

Aşkı Ellibeş

Adölesan; 10-19 yaşlarında ortaya çıkan çocukluk çağından erişkinliğe geçiş dönemidir. Adolesanlardaki daha çok over kaynaklı kitleler ön plandadır, kitlelerin çoğu fonksiyonel kistlerdir. İlk olarak gebelik olasılığı düşünülmeli ve kitle oluşturabilecek ektopik gebelik dışlanmalıdır. Basit kistlerde 3-6 siklus beklemelidir.

Tümörlerin çoğu; benign dermoid kistlerdir. Çoğu zaman ultrasonografi tanı ve takipte yeterlidir. Operasyon planlanan hastalarda laparoskopi tercih edilmelidir. Torsiyone over saptandıysa tanıda ve tedavide gecikme over rezerv kaybına veya over kaybına yol açabilir, çoğunlukla laparoskopik detorsiyon yeterlidir. Ooforopeksi; uteroovarian ligamentin kongenital uzunluğunda, kist olmaksızın spontan over torsiyonunda ve rekürren vakalarda tercih edilmelidir. Endometriozisli erişkin kadınların yaklaşık 2/3'ünde endometriozisilişkili semptomlar 20 yaşından önce başlamaktadır. %38'inde 15 yaşından önce başlamaktadır. Menarştan sonra başlayan ve giderek şiddetlenen dismenore varlığında obstrüktif müllerian anomaliler ve endometriozis, kitle varlığında endometrioma akla gelmelidir.

Kötü kokulu akıntısı, karın ağrısı olan adneksiyel kiteli adölesanda, enfeksiyon markerları da artmış ise tuboovarian abse akla gelmelidir. Genç evlilikler ve erken cinsel ilişki yaşı tuboovarian absenin adölesan çağda görülmesinin nedenidir. İki gün antibiyoterapi sonrası yanıt yokluğu veya azlığı durumunda abse boşaltımı yapılmalıdır.

Adölesanda tüm patolojik kistlerin %16'sı epitelyal orginlidir. Bunların da %7-15'i malign potansiyellidir. En sık görülen malign germ hücreli tümör disgerminomdur. %10-15 çift taraflı olabilir. %5-10'u saf gonadal disgenezi, miks gonadal disgenezi ya da androjen insensitivite sendromlarında görülür. Premenarş dönemde pelvik kitlesi olan hastalara mutlaka karyotip yapılmalıdır. LDH1 tümör belirtecidir. Y karyotipi olanlarda çift taraflı overler çıkarılmalıdır.

2. Karadeniz Jinekoloji ve Obstetrik Kongresi



4 - 7 Nisan 2019, Samsun

06 Nisan 2019, Cumartesi

10:15 - 10:35 : Adölesanlarda adneksial kitlelere yaklaşım

Aşkı Ellibeş

Malignite potansiyeli bu yaş grubunda bulunan kistlerde düşük (15 yaş altı %11,15 yaş üzeri %4) olduğundan ve adölesanların ileri yaşlarda fertilite istemi olacağından; fertilite koruyucu yaklaşım hemen her zaman ön planda tutulmalıdır. Kitlelerin büyük kısmı oldukça kemosensitif olup, organ koruyucu cerrahi tedavi hastalığın kürabilitesini ve yaşam beklentisini etkilememektedir Malignite şüphesi varsa jinekolojik onkologa refere edilmelidir.

Bütün bu tedavileri uygularken adölesanın gelişimi, psikolojisi, fertilesinin korunması ve sonraki tedavi süreci de dikkate alınarak multidisipliner bir yaklaşım ön planda olmalıdır.



2. Karadeniz Jinekoloji ve Obstetrik Kongresi

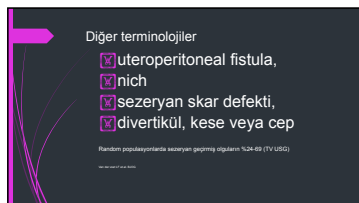
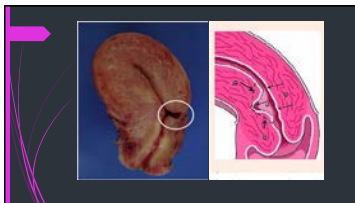
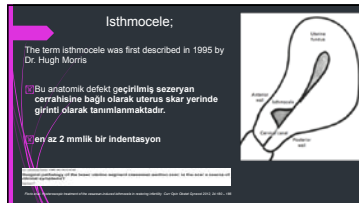
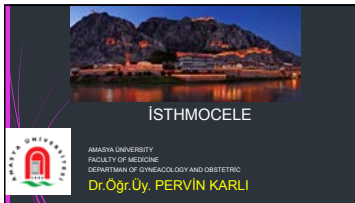


4 - 7 Nisan 2019, Samsun

06 Nisan 2019, Cumartesi

14:10 - 14:30 İsthmosele

Pervin Karlı



2. Karadeniz Jinekoloji ve Obstetrik Kongresi



4 - 7 Nisan 2019, Samsun

06 Nisan 2019, Cumartesi

14:10 - 14:30 İstihmosel

Pervin Karlı

Endometriyumda konjesyon

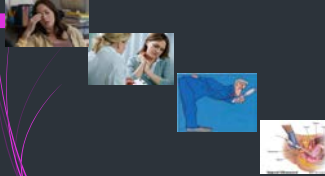
- ☒ Lenfotik infiltrasyon
- ☒ Kapiller dilatasyon
- ☒ Dev hücre reaksiyonu
- ☒ Adenomyozis



Dr. J.D. Abbot, J. 1999. Obstet. Gynec. 123: 1599.
Caesarean scar syndrome.
Reproductive, 25

Patofizyoloji

- ☒ Yetersiz uterin kontraksiyon
- ☒ Cepleşme
- ☒ Kanın orada birikmesi
- ☒ İnflamasyon



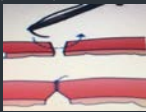
Why do niches develop in Caesarean uterine scars? Hypotheses on the aetiology of niche development

A.J.M.W. Vermeest, L.B. Uitenhage, W.J.K. Hehenkamp, H.A.M. Bultmann, B.W.J. Mol, and J.A.F. Huisman

Hypothesis 1: Cervical location of the uterine incision induces impaired wound healing

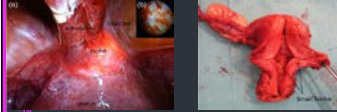


Hypothesis 2: Incomplete closure of the uterine wall



Hypothesis 3: Surgical techniques that may induce impaired wound healing and niche development include:

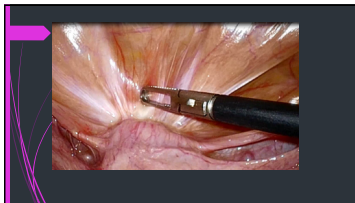
- Inadequate debridement of the scar site
- Inadequate irrigation of the scar site
- Inadequate closure of the scar site



06 Nisan 2019, Cumartesi

14:10 - 14:30 Isthmosel

Pervin Karlı



Hypothesis 4: Patient or disease related factors that impair wound healing

In an animal model it has been demonstrated that genetic predisposition may affect histological and biomechanical wound healing of artificial myometrial defects

Some studies in humans report an association between niche development and BMI, pre-eclampsia or hypertension (Osser et al., 2009).

However the **mechanism** of action remains **unclear**. Is it the disease itself that hampers proper wound healing or does it affect **haemostasis, inflammation and related adhesion formation**?

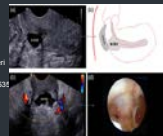
Additional studies, in particular translational studies, are needed to explore these items

Retroflex uterus

Yara iyileşmesini bozan faktörler (sigara, kontrolsüz diyabet)

Wang et al (2009)

- Mean defect width: retroflexed > anteverted uteri ($p < 0.001$)
- No difference depth or residual thickness ($p = 0.53$)



Uterine Closure Technique

• Varicicloga et al (2006)

- Prospective, randomised study on 38 term CS



single or double layer closure, or the use of locking sutures

1 C/S [7] %14 2 C/S [7] %23 3 C/S [7] %45

Single layer closure of the uterine wound at caesarean section. A safe technique?

RETROSPECTIVE STUDY
Single-layer uterine closure is safe, dehiscence risk is low and there is no association between time from previous caesarean section and the risk of dehiscence or uterine rupture



Does Suture Material Affect Uterine Scar Healing After Cesarean Section? Results from a Randomized Controlled Trial

Alper Bayraktar , Özkan Doğan , Aslı Ellibeş Kaya ,
Gökçem Pulatoğlu , & Mete Çağlar

Received 19 Jun 2018, Accepted 26 Mar 2018, Published online 18 Apr 2018

ABSTRACT

AIM: To show that monofilament sutures reduced pathological inflammation during wound healing without increasing costs, operation time, or intraoperative complication rates; resulting in improved uterine scar recovery, and potentially reduced

06 Nisan 2019, Cumartesi

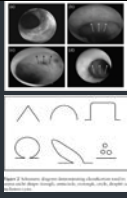
14:10 - 14:30 İsthmosel

Pervin Karlı

TEŞHİS:

- Transvajinal ultrasonografi (TVS)
- Saline infused sonogram (SIS)
- Histerosalpingografi,
- MRI
- Histeroskopi (altın standart)

TVS ve SIS alta orinonda rahatsızlık uygulanabilir, diğer yöntemler isthmosele ve gestasyon için yararlıdır.



İnsidans

- İsthmocoele
- 24-70%
- The exact incidence is unknown



Table 1. Comparison of the groups with and without an isthmocoele in terms of demographic and obstetric parameters

	Isthmocoele (+) (n=75)	Isthmocoele (-) (n=78)	p
Age (years)	26.5 ± 1.2	25.7 ± 0.21	0.926
Height (cm)	164.2 ± 1.1	161.3 ± 0.41	0.060
Weight (kg)	69.94 ± 3.32	69.93 ± 3.86	0.922
The duration after CS			
Emergency	4.94 ± 1.14	7.46 ± 0.32	0.001
Planned	5.97 ± 0.80	5.78 ± 0.22	<0.001*
CS times	3.88 ± 0.20	3.98 ± 0.06*	0.633

Values were given as mean ± standard deviation. CS: Cesarean section, BMI: Body Mass Index.

* There was statistical significance between the groups (p < 0.05).

Table 2. The distribution of the incidence of CS delivery in subjects with and without an isthmocoele

	Isthmocoele (+) (n=75)	Isthmocoele (-) (n=78)	n	%	p
Unplanned Cesarean	4	23	27	35.3	
Planned Cesarean	4	21	25	32.1	
Total Cesarean	8	44	52	67.4	0.260*
Delivery	3	13	16	21.3	

* There was no statistical significance between the groups (p > 0.05).

The presence of an isthmocoele was frequently symptomatic.

Postmenstrual spotting (35.3%) was the most common symptom, followed by menometrorrhagia (23.5%). Six women with an isthmocoele were asymptomatic.

In our study population, we detected an isthmocoele prevalence of 14.78%, less than the rates reported in the literature.

Our low rate may be because all the surgeons in our hospital used the Kerr incision, a unique surgical technique, for the uterine gash and a single layer continuous locking suture for closure.

2. Karadeniz Jinekoloji ve Obstetrik Kongresi



4 - 7 Nisan 2019, Samsun

06 Nisan 2019, Cumartesi

14:10 - 14:30 İsthmosel

Pervin Karlı

We detected fewer isthmoceles in women who had elective CS surgery;

however,

that difference was not statistically significant

Table 3: The rates of complaints in the groups with and without an isthmocoele

	Isthmocoele (+) (n = 17)	Isthmocoele (-) (n = 98)	χ^2	P
Acropainosis	6	42	43.4	
Spotting	6	4		
Menometrorrhagia	6	19	13.4	
Pelvic pain	1	8	9.7	11.77 0.001*
Dysmenorrhea	-	2	2	
Infertility	-	4	4	

* There was statistical significance between the groups (p < 0.05).

Table 4: The rates of the timing of the CS operation in the groups with and without an isthmocoele

	Isthmocoele (+) (n = 17)	Isthmocoele (-) (n = 98)	χ^2	P
CS in parturition	11	41	41.8	
Elective CS	6	57	56.2	0.00*

* There was no statistical significance between the groups (p < 0.05).

Isthmocoele may cause

- ☐ dysmenorrhea,
- ☐ dyspareunia,
- ☐ Menometrorrhagia/Postmenstrual kanama-lekelenme
- ☐ secondary infertility
- ☐ Kronik suprapubik ağrı

☐ Dismenore (%53.1)

☐ Disparoni (%18.3)

☐ asemptomatik

obstetrical complications

- ☑ uterine rupture,
- ☑ cesarean scar pregnancies
- ☑ abnormal placental implantation in future pregnancies

İnfertiliteyi nasıl yapar?

- ☑ Sperm geçişinin blokajı
- ☑ İnflamasyon ve inflamatuvar sıvının endometrial kaviyete akışı
- ☑ Endometriit(RIA benzeri etki yaparak)

- ☑ The intensity of symptoms is directly related to the defect size.
- ☑ Spiral uterine scar defects can be asymptomatic,
- ☑ while the larger scar defects seen after multiple CS surgeries generally cause more symptoms

06 Nisan 2019, Cumartesi
14:10 - 14:30 İstihmosel
Pervin Karlı

TEDAVİ EDELİM Mİ?



- ❑ Tüm hastalar semptomatik değildir
- ❑ Tedavi sadece semptomları düzeltmek amacıyla uygulanmalıdır.
- ❑ Asemptomatik hastalar tedavi edilmemelidir.

Tedavide amaç???

- ❑ Semptomların iyileşmesi
- ❑ Spotting tarzda kanamanın yok olması
- ❑ İnfertilite varsa düzelme
- ❑ Fibrotik dokunun rezeksiyonu
- ❑ Menstrüel drenajın sağlanması kan baskısının engellenmesi
- ❑ Serviksten kan akımının kolaylaştırılması
- ❑ Endometrial gland ve dilate kan damarlarının koagülasyonu

The minimally invasive approach to the symptomatic isthmocele - what does the literature say? A step-by-step primer on laparoscopic isthmocele - excision and repair.

Review article

Sipahi S, et al. Curr Opin Obstet Gynecol. 2017.

L/S OR HİSTEROSKOPİ? KANIT YETERSİZ

MEDİKAL TEDAVİ:



MEDİKAL TEDAVİ:

- ❑ Menstrüel kanama süresi veya sıklığını azaltarak
- ❑ Oral kontraseptifler veya levonorgestrel IUD
- ❑ Bu endikasyondaki etkinlikleri kanıtlanmamıştır.

Histeroskopi

- ❑ Rezidüel myometrium kalınlık ≥ 3 mm
- ❑ Mesane yaralanması açısından önem taşır

2. Karadeniz Jinekoloji ve Obstetrik Kongresi



4 - 7 Nisan 2019, Samsun

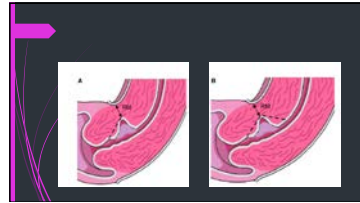
06 Nisan 2019, Cumartesi

14:10 - 14:30 İstihmosel

Pervin Karlı

Amaç: Drenajın sağlanması ve tedavi edilen alanın monostratifiye kübik epitel ile kaplanması

3a Üst kenarın kesici loop ile rezeksiyonu
3b Alt kenarın kesici loop ile rezeksiyonu
3c Kese tabanının elektrokoter rollerball ile koterizasyonu



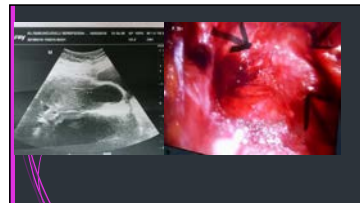
Tedavide nelere dikkat etmeliyiz?

Rezidü myometrium kalınlığı için öneriler 2.5-4 mm
En çok önerilen ≥ 3 mm.

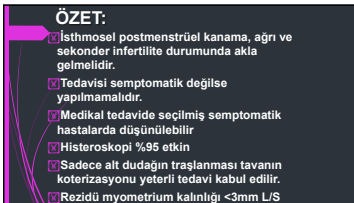
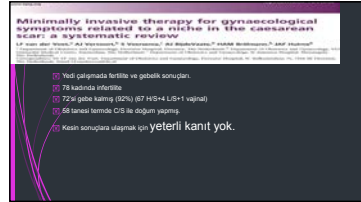
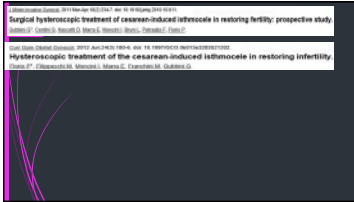
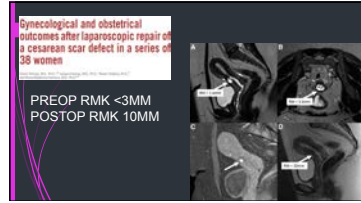


Geniş İstihmoselde sonraki gebelikte rüptür riski 11.8 kat artmaktadır.

myometrial kalınlık < 3 mm ise
Geniş İstihmosel vakalarında rezidü laparoskopik yaklaşım önerilmektedir.



06 Nisan 2019, Cumartesi
14:10 - 14:30 İstihmosel
Pervin Karlı



2. Karadeniz Jinekoloji ve Obstetrik Kongresi



4 - 7 Nisan 2019, Samsun

06 Nisan 2019, Cumartesi

17:00 - 18:00 TRAVMA SONRASI GEÇ DÖNEMDE GELİŞEN DEKOLMAN PLASENTA

Ayşe Zehra Özdemir

Özet: Travma gebeliklerin %5 inde gelişmektedir. Abdominal travma sonrası %59 vakada plasenta dekolmanı gelişmektedir. Normal popülasyonda 0.4 -1.3 % sıklıkta dekolman gelişmektedir. Bu vakada travmadan 4 gün sonra gelişen dekolman plasenta bildirilmiştir.

GİRİŞ: Hafif ,orta ve ağır travmalarda % 13, 7.4, and 8.5 sıklıkta dekolman plasenta görülür. Klinik bulgu olarak ağrı, kanama, bozulmuş fetal kalp hızı, uterusun hassasiyet görülebilir. Desidua basalisteki maternal damarların yırtılmasına bağlıdır. Desidua ile plasenta arasında kan birikir. Çarpmalar sırasında akselerasyon deselerasyonu uterusun gerilmesine neden olur ve elastik olmayan plasenta ile desidua arası ayrılır. Major travmada dekolman riski 6 kat artarken minör travma da dekolmana neden olabilir.

OLGU: 28 yaşında G2P1Y1 olan hasta araç içi trafik kazası nedeniyle acile başvurdu. Yapılan USG de 28 hafta ile uyumlu amniyon mayı yeterli plasenta anteriorda idi. Nst de kontraksiyon yoktu. 48 saat tarafımızdan takip edilen hasta şikayeti olmadığı için taburcu edildi. Trafik kazasından 4 gün sonra acile kanama ve şiddetli karın ağrısı ile başvurdu. Hastanın yapılan ultrasonografisinde dekolman plasenta hali izlendi. Hasta acil sezaryene alınarak 1100 gram erkek bebek doğurtuldu. Dekolman plasenta hali görüldü.

TARTIŞMA: Travma sonrası dekolman plasenta için erken tanı oldukça önemlidir. Maternal kan kaybı, diseminan intravasküler koagülasyon ve fetal kayıpla sonuçlanabilir. Tanıda ultrasonografi sensitivitesi %25-60'dır. Ultrasonda subkoryonik sıvı toplanması, plasental kalınlık ve amniyonda debris bulunması, retroplasental hematoma tanı koydurabilir. Başlangıçta ultrason bulgusu olmayabilir. Travma sonrası 4-48 saat arası takip önerilmektedir. Fakat literatürde travmadan 6 gün sonra gelişen dekolman plasenta vakası bildirilmiştir. Bu nedenle geç dönem dekolman plasenta gelişebileceği akılda tutulmalıdır.



2. Karadeniz Jinekoloji ve Obstetrik Kongresi



4 - 7 Nisan 2019, Samsun

06 Nisan 2019, Cumartesi

17:30 - 18:00 : Congenital short femur: A case report

Pervin Karlı

Abstract

Congenital short femur (CSF) is a very rare condition and after the ultrasonography has been actively used, the placement of the antenatal diagnosis is actually quite facilitated. It is usually not accompanied by chromosomal abnormalities. Our case presentation has shown the importance of both femur lengths and all other extremity images while performing antenatal scanning.

Keywords: Congenital short femur, Proximal focal femoral deficiency, Antenatal diagnosis

Konjenital kısa femur çok nadir görülen bir durumdur ve ultrasonografinin kullanılması sonrası antenatal olarak teşhis edilmesi oldukça kolaylaşmıştır. Genellikle kromozomal anomaliler eşlik etmez. Bizim vaka takdimimiz ultrasonografik tarama yaparken her iki ekstremité uzunluklarının ölçülmesinin hatta bütün ekstremité uzunluklarının ayrı ayrı ölçülmesinin önemini vurgulamaktadır.

Anahtar kelimeler: Konjenital kısa femur, Proximal fokal femoral deficit, Antenatal tarama

Introduction

Congenital short femur (CSF) is an extremely rare limb anomaly with an incidence of 1.1–2 in 100 000 live births. The diagnosis of this anomaly has been enhanced by widespread use of ultrasonography [1]. CSF is not usually accompanied with chromosomal abnormalities and mental disorders. The results of surgical repair are usually good [2]. Determine whether isolated femoral abnormality is part of the syndrome is the most important issue [3]. However, some congenital short femur cases involving skeletal disorders may be accompanied by global dysplasia syndromes and termination of gestation may be a reasonable option in such cases [4].

The proximal end of the femur is congenital absent. Most cases have been reported in the orthopedic literature and in the radiological literature. Femur defects are highly heterogeneous, and both femur length and proximal shape change significantly.

2. Karadeniz Jinekoloji ve Obstetrik Kongresi



4 - 7 Nisan 2019, Samsun

06 Nisan 2019, Cumartesi

17:30 - 18:00 : Congenital short femur: A case report

Pervin Karlı

Although a familial event has been reported, the mode of transmission is unknown [5]. CSF is frequently mixed with Unilateral Isolated Proximal Femoral Focal Deficiency (PFFD). But these two anomalies are different. CSF is the isolated shortness of the femur. Unilateral Isolated Proximal Femoral Focal Deficiency is an entity that includes the proximal absence of the femur from the partial absence of the femur. These two situations are actually different. Several classification schemes for PFFD have been proposed. This classification is between the acetabulum and the proximal end femur anatomical relationship accounts and has prognostic significance. The classification of Aitken is based on radiographic view [6]. The disease varies from a benign form (A) to a severe form (D) according to the degree of femoral insufficiency. In our study, we report a case of isolated, unilateral congenital short femur detected in a postpartum patient.

Case presentation : A 27-year-old pregnant woman admitted to give birth. This pregnancy was the first gestation of the patient. We found unilateral short femur during routine baby examination after delivery (Figure 1). The family did not have a story about skeletal anomalies or other illnesses. There was no relationship between mother and father and both parents were healthy.

No thoracic, cardiac, gastrointestinal, genitourinary and neurological anomalies were observed in fetal findings. There were no other skeletal anomalies. There was no history of the mother about diabetes, drug use, exposure to teratogenic radiation, and viral infection during pregnancy. It was routinely followed during the pregnancy and there was no high-risk condition in the screening tests.



Figure 1: X-ray of the baby



2. Karadeniz Jinekoloji ve Obstetrik Kongresi



4 - 7 Nisan 2019, Samsun

06 Nisan 2019, Cumartesi

17:30 - 18:00 : Congenital short femur: A case report

Pervin Karlı

Discussion

CSF is usually sporadic, and about 85-90% of cases are unilateral. Despite the fact that the CSF has several familial reported cases, the genetic pathway is not known [6-7]. Prenatal diagnosis of femoral anomalies is possible. But only 19% of the cases are prenatal diagnosed and 68% are diagnosed postnatally [8].

The critical period for skeletal development is the first 4 and 8 weeks. As a result, exposures during these periods (such as poor diabetic control, thalidomide-like drug use narrative, viral infections, radiation, focal ischemia, chemical toxicity, trauma, familial transitions) may be risky [9,10,11]. Some cases diagnosed at approximately 14 weeks of gestation by transvaginal ultrasonography have been reported in the literature. Some cases diagnosed at approximately 14 weeks of gestation by transvaginal ultrasonography have been reported in the literature.

CSF is actually a femur dysplasia. But it is often mistakenly diagnosed as PFFD although PFFD is completely different in terms of radiological and functional outcomes [12].

Many diseases (kyphomelic dysplasia, campomelic dysplasia, osteogenesis imperfecta, achondroplasia, achondrogenesis, thanatophoric dysplasia, short limb polydactyly and malformations of skeletal dysplasia) are usually considered in differential diagnosis, but these diseases often affect other bones [13].

Prenatal diagnosis is also very important because of the contribution of the developing technology. Ultrasonography scanning is sometimes performed with single extreme measurements for measurement. For this reason, these anomalies and single extremity development disorders can be overlooked.

2. Karadeniz Jinekoloji ve Obstetrik Kongresi



4 - 7 Nisan 2019, Samsun

06 Nisan 2019, Cumartesi

17:30 - 18:00 : Congenital short femur: A case report

Pervin Karlı

References

1. Camera G, Dodero D, Parodi M, Zucchinetti P. Antenatal ultrasonographic diagnosis of a proximal femoral focal deficiency. Journal of Clinical Ultrasound. 1993;21(7):475-9.
2. Bevan-Thomas WH, Millar EA. A review of proximal focal femoral deficiencies. Journal of Bone and Joint Surgery A. 1967;49(7):1376-88.
3. Armstrong R, McCann E, Fryer A, Bricker L, Platt MJ. A review of prenatally detected femoral abnormalities. Clinical Dysmorphology. 2009;18(3):127-30.
4. Parilla BV, Leeth EA, Kambich MP, Chilis P, MacGregor SN. Antenatal detection of skeletal dysplasias. Journal of Ultrasound in Medicine. 2003;22(3):255-8.
5. Jeanty P, Kleinman G. Proximal femoral focal deficiency. J Ultrasound Med. 1989;8:639-42.
6. Aitken GT. Proximal femoral focal deficiency: Definition, classification and management; in Aitken GT (ed): Proximal Femoral Deficiency: A Congenital Anomaly. Washington, National Academy of Sciences, 1969, p 1-22.
7. Hadi HA, Wade A. Prenatal diagnosis of unilateral proximal femoral focal deficiency in diabetic pregnancy: A case report. Am J Perinatol. 1993;10:285-87.
8. Doğer E, Köpük Ş, Çakıroğlu Y, Çakır Ö, Yücesoy G. Unilateral Isolated Proximal Femoral Focal Deficiency. Case Rep Obstet Gynecol. 2013;2013:637904.
9. Gonçalves LF, De Lucca GR, Vitorello DA, et al. Prenatal diagnosis of bilateral proximal femoral hypoplasia. Ultrasound in Obstetrics and Gynecology. 1996;8(2):127-30.
10. Jeanty P, Kleinman G. Proximal femoral focal deficiency. Journal of Ultrasound in Medicine. 1989;8(11):639-42.
11. Hadi A, Wade HA. Prenatal diagnosis of unilateral proximal femoral focal deficiency in diabetic pregnancy: a case report. American Journal of Perinatology. 1993;10(4):285-7.
12. Bergère A, Amzallag-Bellenger E, Lefebvre G, Dieux-Coeslier A, Mezel A, Herbaux B, Boutry N. Pictorial review: Imaging features of lower limb malformations above the foot. Diagnostic and Interventional Imaging. 2015;96901:914.
13. Alanay Y, Krakow D, Rimoin DL, Lachman RS. Angulated femurs and the skeletal dysplasias: experience of the International Skeletal Dysplasia Registry (1988-2006). American Journal of Medical Genetics. 2007;143(11):1159-68.



2. Karadeniz Jinekoloji ve Obstetrik Kongresi



4 - 7 Nisan 2019, Samsun

07 Nisan 2019, Pazar

10:30 - 11:00 : Düşük over rezervi nedeniyle koh uygulanan hastaların AMH düzeylerine göre siklus özellikleri ve siklus başarılarının değerlendirilmesi

Seda Keskin

ÖZET

AMH over rezerv belirteçlerinden FSH ve AFS ile beraber ya da ayrı ayrı kullanılabilen iyi bir rezerv göstergesidir. FSH sikluslar arası, AFS ise klinisyenler arası varyasyon göstermektedir. FSH ve AFS'nin bu dezavantajları AMH'yı üstün kılmaktadır. Nitekim çalışmamızda AMH azaldıkça; FSH'nın arttığı, AFS'nin de azaldığı istatistiksel olarak anlamlı düzeyde gösterildi.

Diğer yandan AMH siklus başarısını da tek başına iyi bir şekilde göstermektedir. AMH azaldıkça toplanan oosit ve M2 oosit sayılarında anlamlı azalma izlendi. Özellikle AMH değerinin 0,32'nin altında olduğu grupta OPU negatif ve kötü ovaryan yanıt gösteren olguların sayısı anlamlı oranda fazla bulundu.

Aynı zamanda AMH düşük over rezervi tanısını koymakla kalmayıp klinik gebelik ve canlı doğum oranları açısından gruplar arasında fark göstermektedir. Özellikle 0,32'nin altındaki AMH değerlerinde canlı doğum oldukça az izlenmektedir.

Çalışmamızda Süleymaniye Kadın Hastalıkları ve Çocuk Eğitim ve Araştırma Hastanesi İnfertilite Kliniğine Eylül 2011 - Aralık 2012 tarihleri arasında başvuran ve IVF programına alınan 717 olgu incelendi. Çalışma retrospektif olarak dizayn edilmiş olup hastanemiz eğitim planlama ve etik kurulunda görüşülerek onaylanmıştır.

İnfertilite kliniğine başvuran 717 hastanın 332'sinin AMH değerine ulaşıldı. AMH değeri 1.5'in altında olan 232 hasta verileri incelendi. Bu hastalardan antagonist protokol uygulanan, 24 - 39 yaşları arasındaki, VKİ'si 16 - 35 olan, düşük over rezervi dışında bir infertilite sorunu olmayan, erkek faktörü normal olan 105 hasta çalışmaya dahil edildi.

Çalışmamızın sonucuna göre; AMH değeri 0,32'nin altında olan hastalarda prognoz çok kötüyken, AMH değeri 0,33 ve üzerinde olan hastalarda daha iyi klinik sonuçlar elde ettik. AMH'si 0,32 ve altında başka parametrelere ihtiyaç kalmaksızın yalnızca AMH değerine bakarak daha düşük peak E2, daha az sayıda oosit, daha az canlı doğum elde edilmesini öngörebiliyor iken; AMH'si 0,33 ve üstünde olan hastalarda AMH değerine ek olarak bazal FSH, AFS gibi veriler eşliğinde değerlendirmenin daha uygun olacağını düşünmekteyiz.

2. Karadeniz Jinekoloji ve Obstetrik Kongresi



4 - 7 Nisan 2019, Samsun

07 Nisan 2019, Pazar

10:30 - 11:00 : Düşük over rezervi nedeniyle koh uygulanan hastaların AMH düzeylerine göre siklus özellikleri ve siklus başarılarının değerlendirilmesi

Seda Keskin

GİRİŞ

İnfertilite bir yıllık korunmasız ve düzenli cinsel ilişkiye rağmen çocuk sahibi olamama olarak tanımlanmaktadır (1). Genel olarak bakıldığında infertilite toplumun yaklaşık olarak % 10 - 15'ini etkileyen bir sağlık sorunudur. Yıllar içinde geliştirilen yardımcı üreme teknikleriyle infertilite tedavi edilmeye çalışılmaktadır (1,2).

Over rezervi oosit sayısı ve kalitesiyle ilgili olup kadının reproduktif potansiyelini gösterir. Düşük over rezerviyle birlikte olan infertilite hem tanısı hem de tedavisi zor bir durumdur. Düşük over rezervi tanısında çeşitli parametreler kullanılsa da halen kesin kabul görmüş standart bir tanı testi yoktur (3).

Antimülleryan hormon (AMH) ya da mülleryan inhibiting substans (MIS) over rezervinin değerlendirmesinde kullanılan önemli bir testtir. Çalışmalarda follikülogenez sürecinde düzenleyici rol oynadığı gösterilmiştir. Prematür over yetmezliği olgularının immunohistokimyasal boyamasında over dokusunun büyük oranda AMH'den yoksun olduğu gösterilmiştir. Serum çalışmalarında AMH değerinin menstrüel siklus ve gebelik boyunca stabil kaldığı, eksojen ve endojen hormon değişikliklerinden etkilenmediği gösterilmiştir (4).

Tez çalışmamızda düşük over rezervi nedeniyle kontrollü ovaryan hiperstimülasyon uygulanan hastaların AMH düzeylerine göre siklus özelliklerini ve siklus başarılarını değerlendirmeyi amaçladık.

MATERYAL METOT

Çalışmamızda Süleymaniye Kadın Hastalıkları ve Çocuk Eğitim ve Araştırma Hastanesi İnfertilite Kliniğine Eylül 2011 - Aralık 2012 tarihleri arasında başvuran ve IVF programına alınan 717 olgu incelendi. Çalışma retrospektif olarak dizayn edilmiş olup hastanemiz eğitim planlama ve etik kurulunda görüşülerek onaylanmıştır.

İnfertilite kliniğine başvuran 717 hastanın 332'sinin AMH değerine ulaşıldı. AMH değeri 1.5'in altında olan 232 hasta verileri incelendi. Bu hastalardan antagonist protokol uygulanan, 24 - 39 yaşları arasındaki, VKİ'si 16 - 35 olan, düşük over rezervi dışında bir infertilite sorunu olmayan, erkek faktörü normal olan 105 hasta çalışmaya dahil edildi.

Hastaların dosyaları incelenerek şu verilere ulaşıldı: Yaş, boy, kilo, VKİ, infertilite süresi, infertilite tipi, ultrasonografi bulguları (antral folikül sayısı), hormon değerleri (FSH, LH, E2, TSH, Prolaktin, AMH), seroloji sonuçları (HbsAg, anti-HCV, anti-HIV, Rubella



2. Karadeniz Jinekoloji ve Obstetrik Kongresi



4 - 7 Nisan 2019, Samsun

07 Nisan 2019, Pazar

10:30 - 11:00 : Düşük over rezervi nedeniyle koh uygulanan hastaların AMH düzeylerine göre siklus özellikleri ve siklus başarılarının değerlendirilmesi

Seda Keskin

IgG, Toxoplazma IgG), hematoloji sonuçları (Hemogram ve kan grubu), biyokimya sonuçları, histerosalpingografi incelemesi, spermiogram incelemesi.

Hastalara uygulanan tedavi ile ilgili olarak siklus protokolü, siklus süresi, total gonadotropin dozu, hCG günü östradiol ve progesteron değerleri, toplanan oosit sayısı, M2 oosit sayısı, fertilizasyon oranı, transfer edilen embriyo sayısı, transfer günü ve gebelik sonuçları gibi bilgiler elde edildi.

Hastalara düşük over rezervi nedeniyle KOH yapıldığından antagonist protokoldeki gonadotropin başlangıç dozu 450 IU olarak uygulandı. Multifolüküler gelişim olması halinde ise doz azaltıldı. Folikül boyutu 14 mm'ye ulaştığında, E2 değeri 400 pg/ml'i geçtiğinde veya stimülasyonun 6. gününde antagonist uygulanmaya başlandı ve hCG gününe kadar devam edildi. Folikül oluşumu sağlandıktan sonra hastaya 10000 IU. hCG uygulandı. hCG uygulamasından 36 saat sonra hastalara oosit toplama işlemi uygulandı. Oosit toplama işlemi steril ortamda, genel anestezi altında, litotomi pozisyonunda, üzerine çift lümenli 17 mm ve 30 cm boyutlarında oosit aspirasyon iğnesi yerleştirilmiş transvajinal USG probu rehberliğinde yapıldı. Elde edilen folikül sıvısından matür ve immatür oositler tespit edilip matür oositler ayrıştırılarak kültür mediumuna alındı. Sonrasında hastanın yaşı ve önceki tüp bebek uygulamaları göz önünde bulundurularak uygun sayıda embriyo yerleştirildi. Tüm hastalara luteal faz desteği amaçlı intramüsküler progesterone başlanıp, gebe kalmaları halinde 12. haftaya kadar progesterone uygulamasına devam edildi.

Çalışmamızda düşük over rezervi tanısı koyduğumuz hastalar AMH değerlerine göre üç gruba ayrıldı. AMH değerleri birinci grupta 0,83 - 1,5 (34 hasta), ikinci grupta 0,33 - 0,82 (36 hasta), üçüncü grupta 0,08 - 0,32 (35 hasta) idi. Bu gruplar aralarında yaş, hormon değerleri, antral folikül sayısı, stimülasyon süresi, total gonadotropin dozu, hCG günü peak estradiol ve progesteron değerleri, toplanan oosit sayısı, M2 oosit sayısı, fertilizasyon oranı, transfer edilen embriyo sayısı, transfer günü ve gebelik sonuçları arasında fark olup olmadığı değerlendirildi.

Amacımız AMH grupları arasında incelenen parametreler açısından fark olup olmadığını saptamaktır.

Veriler istatistiksel olarak SPSS 16 programı kullanılarak analiz edildi. Tanımlayıcı istatistikler yanında student t testi, Pearson ki-kare testi ve Fisher exact testleri uygulandı. P değeri < 0.05 ise istatistiksel olarak anlamlı kabul edildi.

2. Karadeniz Jinekoloji ve Obstetrik Kongresi



4 - 7 Nisan 2019, Samsun

07 Nisan 2019, Pazar

10:30 - 11:00 : Düşük over rezervi nedeniyle koh uygulanan hastaların AMH düzeylerine göre siklus özellikleri ve siklus başarılarının değerlendirilmesi

Seda Keskin

BULGULAR

Çalışmaya dahil edilen 105 olgunun yaş ortalaması 33,5 ($\pm$ 3,7) olarak hesaplandı. AMH gruplarına göre yaş ortalaması 1. grupta 32,6 ($\pm$ 3,9), 2. grupta 33,8 ($\pm$ 3,7) ve 3. grupta 34,09 ($\pm$ 3,3) olarak bulundu. AMH gruplarının yaş ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmadı ($p=0,210$).

İnfertilite süreleri incelendiğinde olguların ortalama infertilite süresi 8,07 ($\pm$ 4,5) yıl idi. AMH gruplarının infertilite süreleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmadı ($p=0,417$).

Grupların VKİ ortalamaları incelendiğinde birinci grubun VKİ ortalamasının 24,7 ($\pm$ 3,2), ikinci grubun VKİ ortalamasının 25,2 ($\pm$ 3,9) ve üçüncü grubun VKİ ortalamasının 24,8 ($\pm$ 3,4) olduğu görüldü. VKİ ortalamaları açısından gruplar arasında istatistiksel anlamlı fark saptanmadı ($p=0,756$).

	Gruplar	Hasta sayısı	Ortalama	Standart sapma	P değeri
Kadın yaşı	1	34	32,62	3,954	0,210
	2	36	33,86	3,712	
	3	35	34,09	3,373	
	Total	105	33,53	3,706	
İnfertilite süresi (yıl)	1	34	7,59	3,448	0,417
	2	36	8,89	4,967	
	3	35	7,69	5,126	
	Total	105	8,07	4,585	
VKİ	1	34	24,715	3,2072	0,756
	2	36	25,299	3,9331	
	3	35	24,800	3,4234	
	Total	105	24,943	3,5170	

Tablo 1: Gruplara göre yaş, infertilite süresi, VKİ değerleri.



2. Karadeniz Jinekoloji ve Obstetrik Kongresi



4 - 7 Nisan 2019, Samsun

07 Nisan 2019, Pazar

10:30 - 11:00 : Düşük over rezervi nedeniyle koh uygulanan hastaların AMH düzeylerine göre siklus özellikleri ve siklus başarılarının değerlendirilmesi

Seda Keskin

Bazal FSH değerleri incelendi. FSH ortalamaları 1. grupta $7,2 (\pm 2,6)$, 2. grupta $8,8 (\pm 3,4)$ ve 3. grupta $9,8 (\pm 6,3)$ olarak hesaplandı. FSH değerleri AMH'sı 0,83-1,5 aralığında olan birinci grupta, AMH'sı 0,08-0,32 aralığında olan üçüncü gruba kıyasla anlamlı olarak düşük saptandı ($p=0,05$).

Grupların bazal LH değerleri analiz edildi. 1. grubun LH ortalaması $4,9 (\pm 2,3)$, 2. grubun LH ortalaması $4,7 (\pm 2,3)$ ve 3. grubun LH ortalaması $5,2 (\pm 3,16)$ olarak hesaplandı. AMH gruplarının LH ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmadı ($p=0,432$).

Grupların bazal E2 ortalamaları incelendiğinde birinci grubun E2 ortalamasının $49,7 (\pm 19,4)$, ikinci grubun E2 ortalamasının $62,7 (\pm 19,6)$ ve üçüncü grubun E2 ortalamasının $74,9 (\pm 18,06)$ olduğu görüldü. E2 ortalamaları arasında her üç grup arasında da istatistiksel olarak anlamlı fark saptandı. İkinci ve üçüncü grup arası fark $p=0,025$ anlamlılık seviyesinde iken, birinci ve üçüncü grup arasında $p=0,000$ ve birinci ve ikinci grup arasında $p=0,014$ düzeyinde bir anlamlılık izlendi. AMH değerleri düşük olan hastalarda bazal E2 seviyeleri yüksek iken, AMH değerleri yüksek olan hastalarda bazal E2 seviyeleri düşük olarak saptandı.

Antral folikül sayılarına bakıldığında birinci grubun AFS ortalamasının $7,6 (\pm 4,1)$, ikinci grubun AFS ortalamasının $5,1 (\pm 1,8)$ ve üçüncü grubun AFS ortalamasının $5,8 (\pm 3,8)$ olduğu görüldü. AMH gruplarının antral folikül sayıları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptandı ($p=0,009$). Antral folikül sayısı AMH'sı 0,83-1,5 aralığında olan birinci grupta, AMH'sı 0,33-0,82 olan ikinci ve AMH'sı 0,08-0,32 olan üçüncü gruba kıyasla anlamlı olarak yüksek saptandı ($p=0,05$).

2. Karadeniz Jinekoloji ve Obstetrik Kongresi



4 - 7 Nisan 2019, Samsun

07 Nisan 2019, Pazar

10:30 - 11:00 : Düşük over rezervi nedeniyle koh uygulanan hastaların AMH düzeylerine göre siklus özellikleri ve siklus başarılarının değerlendirilmesi

Seda Keskin

	Gruplar	Hasta sayısı	Ortalama	Standart sapma	P değeri
FSH	1	34	7,287	2,6988	0,062
	2	36	8,803	3,4436	
	3	35	9,843	6,3641	
	Total	105	8,659	4,5428	
LH	1	34	4,913	2,3059	0,432
	2	36	4,757	2,3106	
	3	35	5,526	3,1622	
	Total	105	5,064	2,6201	
E2	1	34	74,912	18,0613	0,000
	2	36	62,769	19,8601	
	3	35	49,729	19,4258	
	Total	105	62,354	21,5610	
PRL	1	34	15,909	11,3853	0,070
	2	36	11,840	5,3430	
	3	35	15,630	6,8089	
	Total	105	14,421	8,3316	
AFS	1	34	7,65	4,133	0,009
	2	36	5,14	1,854	
	3	35	5,89	3,856	
	Total	105	6,20	3,542	
TSH	1	34	1,966	0,9724	0,808
	2	36	1,862	0,9373	
	3	34	1,814	1,0359	



2. Karadeniz Jinekoloji ve Obstetrik Kongresi



4 - 7 Nisan 2019, Samsun

07 Nisan 2019, Pazar

10:30 - 11:00 : Düşük over rezervi nedeniyle koh uygulanan hastaların AMH düzeylerine göre siklus özellikleri ve siklus başarılarının değerlendirilmesi

Seda Keskin

Total	104	1,880	0,9743
-------	-----	-------	--------

Tablo 2: Gruplara göre FSH, LH, E2, PRL, TSH ve AFS değerleri.

Bağımlı Değişken	Grup	Karşılaştırılan grup	P değeri
FSH	1	2	0,334
		3	0,050
		2	0,025
E2	1	3	0,000
		2	0,000
		3	0,000

Tablo 3: FSH ve E2 değerlerinin gruplar arası ikili karşılaştırılması.

Grupların stimülasyon süreleri incelendiğinde birinci grubun stimülasyon süresi ortalamasının 9,2 ($\pm$ 1,6), ikinci grubun stimülasyon süresi ortalamasının 9,8 ($\pm$ 2,02) ve üçüncü grubun stimülasyon süresi ortalamasının 10,2 ($\pm$ 2,3) olduğu görüldü. Stimülasyon süresi açısından AMH grupları arasında istatistiksel anlamlı fark saptanmadı ($p=0,173$).

Kullanılan total gonadotropin dozlarına bakıldığında birinci grubun doz ortalaması 4061 ($\pm$ 820,1), ikinci grubun doz ortalaması 4305 ($\pm$ 1021), üçüncü grubun doz ortalaması ise 4399 ($\pm$ 1116,5) idi. Total kullanılan gonadotropin dozu ortalamaları açısından gruplar arası istatistiksel anlamlı fark saptanmadı ($p=0,351$).

hCG günü peak E2 düzeylerine bakıldığında ise anlamlı farklılık göze çarpyordu. 1. grubun peak E2 düzeyi ortalaması 1136,8 pg/ml ($\pm$ 590,4), 2. grubun peak E2 ortalaması 759,5 pg/ml ($\pm$ 495,75) ve 3.grubun peak E2 düzeyi ortalaması ise 556,7 pg/ml ($\pm$ 328,6) olarak hesaplandı. 1. ve 2. grup ile 1. ve 3. grup arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark vardı ($p=0,004$, $p=0,000$). Peak E2 düzeyi AMH'sı 0,83-1,5 aralığında olan birinci grupta, AMH'sı 0,33-0,82 olan ikinci ve AMH'sı 0,08-0,32 olan üçüncü gruba kıyasla anlamlı olarak yüksek saptandı.

hCG günü progesteron düzeylerine bakıldığında 1. grubun progesteron ortalaması 1,1 ng/ml, 2. grubun progesteron ortalaması 0,8 ng/ml, 3. grubun progesteron ortalaması 1,2ng/ml olarak saptandı. Gruplar arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark izlenmedi ($p<0,05$).

2. Karadeniz Jinekoloji ve Obstetrik Kongresi



4 - 7 Nisan 2019, Samsun

07 Nisan 2019, Pazar

10:30 - 11:00 : Düşük over rezervi nedeniyle koh uygulanan hastaların AMH düzeylerine göre siklus özellikleri ve siklus başarılarının değerlendirilmesi

Seda Keskin

	Gruplar	Hasta sayısı	Ortalama	Standart sapma	P değeri
Stimülasyon süresi	1	34	9,29	1,661	0,173
	2	36	9,89	2,025	
	3	35	10,20	2,311	
	Total	105	9,80	2,035	
Total gonadotropin dozu	1	34	4061,03	820,158	0,351
	2	36	4305,56	1021,538	
	3	35	4399,29	1116,528	
	Total	105	4257,62	996,177	
Peak E2 değeri	1	34	1136,85	590,420	0,000
	2	36	759,58	495,750	
	3	35	556,71	328,685	
	Total	105	814,12	534,809	
P4 değeri	1	34	1,1059	0,45035	0,264
	2	36	0,8628	0,47784	
	3	35	1,1557	1,22830	
	Total	105	1,0391	0,80698	

Tablo 4: Stimülasyon süresi, Total gonadotropin dozu, Peak E2 değeri, P4 değeri incelemesi.

Bağımlı Değişken	Grup	Karşılaştırılan grup	P değeri
Peak E2 değeri	1	2	0,004
		3	0,000

Tablo 5: Peak E2 değerlerinin gruplar arası ikili karşılaştırılması.

OPU günü toplanan oosit sayılarına bakıldığında birinci grubun ortalaması 4,6 ($\pm$ 2,9), ikinci grubun ortalaması 2,8 ($\pm$ 2,3) ve 3. grubun ortalaması 1,49 ($\pm$ 1,4) idi. Tüm



2. Karadeniz Jinekoloji ve Obstetrik Kongresi



4 - 7 Nisan 2019, Samsun

07 Nisan 2019, Pazar

10:30 - 11:00 : Düşük over rezervi nedeniyle koh uygulanan hastaların AMH düzeylerine göre siklus özellikleri ve siklus başarılarının değerlendirilmesi

Seda Keskin

gruplar arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı idi ($p < 0,05$). AMH değerleri arttıkça toplanan oosit sayılarında da artma izlendi ve bu istatistiksel olarak anlamlı idi.

M2 oosit sayı ortalamaları ise sırasıyla $3,8 (\pm 2,3)$, $2,25 (\pm 2,07)$ ve $1,8 (\pm 1,25)$ idi. 1. grup ile 2. grup ve 1. grup ile 3. grup arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıydı ($p = 0,007$, $p = 0,001$). M2 oosit sayısı AMH'sı $0,83-1,5$ aralığında olan birinci grupta, AMH'sı $0,33-0,82$ aralığında olan ikinci grup ve AMH'sı $0,08-0,32$ aralığında olan üçüncü gruba kıyasla anlamlı olarak yüksek saptandı ($p = 0,05$).

Transfer edilen embriyo sayısı sırasıyla $1,17 (\pm 0,37)$, $1,35 (\pm 0,48)$, $1,26 (\pm 0,56)$ idi. Gruplar arası transfer edilen embriyo sayısı açısından anlamlı bir farklılık saptanmadı ($p = 0,377$).

	Gruplar	Hasta sayısı	Ortalama	Standart sapma	P değeri
Toplanan oosit sayısı	1	34	4,65	2,984	0,000
	2	36	2,81	2,303	
	3	35	1,49	1,483	
	Total	105	2,96	2,645	
M2 oosit sayısı	1	31	3,81	2,301	0,001
	2	32	2,25	2,079	
	3	25	1,80	1,258	
	Total	88	2,67	2,132	
Transfer edilen embriyo sayısı	1	30	1,17	0,379	0,377
	2	23	1,35	0,487	
	3	19	1,26	0,562	
	Total	72	1,25	0,467	

Tablo 6: Toplanan oosit sayısı, M2 oosit sayısı, Transfer edilen embriyo sayısı.

2. Karadeniz Jinekoloji ve Obstetrik Kongresi



4 - 7 Nisan 2019, Samsun

07 Nisan 2019, Pazar

10:30 - 11:00 : Düşük over rezervi nedeniyle koh uygulanan hastaların AMH düzeylerine göre siklus özellikleri ve siklus başarılarının değerlendirilmesi

Seda Keskin

Bağımlı Değişken	Grup	Karşılaştırılan grup	P değeri
Toplanan oosit sayısı	1	2	0,004
		3	0,000
	2	1	0,004
		3	0,049
M2 oosit sayısı	1	2	0,007
		3	0,001

Tablo 7: Toplanan oosit sayısı ve M2 oosit sayısının gruplar arası ikili karşılaştırılması.

Fertilizasyon oranları ise 1. grupta % 57,6, 2. grupta % 50,8, 3. grupta % 42,6 idi. Fertilizasyon oranları açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmadı. Ortalama fertilizasyon oranı ise % 50,3 idi ($p=0,304$).

	Gruplar	Hasta sayısı	Ortalama	Standard Sapma	P değeri
Fertilizasyon oranı	1	34	57,679	32,5560	0,304
	2	36	50,806	42,9009	
	3	35	42,614	44,4065	
	Total	105	50,301	40,4740	

Tablo 8: Fertilizasyon oranları incelemesi.



2. Karadeniz Jinekoloji ve Obstetrik Kongresi



4 - 7 Nisan 2019, Samsun

07 Nisan 2019, Pazar

10:30 - 11:00 : Düşük over rezervi nedeniyle koh uygulanan hastaların AMH düzeylerine göre siklus özellikleri ve siklus başarılarının değerlendirilmesi

Seda Keskin

OPU işleminde hiç oosit çıkmayan olguların o gruptaki oranı incelendi. AMH'sı 0,83-1,5 arasında olan birinci gruptaki hastaların % 8,8'inde, AMH'sı 0,33-0,82 arasında olan ikinci gruptaki hastaların % 11,1'inde ve AMH'sı 0,08-0,32 arasında olan üçüncü gruptaki hastaların % 28,6'sında OPU işleminde hiç oosit elde edilemedi. Gruplar arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark gözlemlendi (Pearson Chi-Square $p=0,05$). AMH değeri en düşük olan grupta OPU işleminde oosit elde edilememesi riski artmakta bu oransal olarak %28,6 ile tüm grubun neredeyse 1/3'ünü oluşturmaktadır.

Grup		OPU negatif	OPU pozitif	Total
1	Olgu sayısı	3	31	34
	G r u p i ç i n d e k i o r a n ı	8,8 %	91,2 %	100,0 %
2	Olgu sayısı	4	32	36
	G r u p i ç i n d e k i o r a n ı	11,1 %	88,9 %	100,0 %
3	Olgu sayısı	10	25	35
	G r u p i ç i n d e k i o r a n ı	28,6 %	71,4 %	100,0 %

Tablo 9: OPU işleminde hiç oosit elde edilemeyen olguların grup bazlı dağılımı.

Kötü ovaryan yanıt gösteren hastaların (OPU işleminde hiç oosit elde edilmeyen ile 3 ve altı oosit elde edilen hastalar) AMH gruplarına göre dağılım yüzdeleri incelendi. 1. grupta bu oran % 38,2, 2. grupta % 66,7, 3. grupta % 91,4 idi. Bu oranlar istatistiksel olarak anlamlı saptandı (Pearson Chi-Square $p=0,000$). Kötü ovaryan yanıt gösterme olasılığı AMH değerleri düştükçe artmaktadır.

OPU işleminde dört ve üzeri oosit toplanan hastaların oranı birinci grupta % 61,8, ikinci grupta % 33,3, üçüncü grupta % 8,6. Bu oranlar istatistiksel olarak anlamlı saptandı (Pearson Chi-Square $p=0,000$). OPU işleminde dört ve daha fazla oosit elde edilme olasılığı AMH değerleri yükseldikçe artmaktadır.

2. Karadeniz Jinekoloji ve Obstetrik Kongresi



4 - 7 Nisan 2019, Samsun

07 Nisan 2019, Pazar

10:30 - 11:00 : Düşük over rezervi nedeniyle koh uygulanan hastaların AMH düzeylerine göre siklus özellikleri ve siklus başarılarının değerlendirilmesi

Seda Keskin

Gruplar		3 ve altı oosit	4 ve üstü oosit	Total
1	Olgu sayısı	13	21	34
	Grup içindeki oranı	38,2%	61,8%	100,0%
2	Olgu sayısı	24	12	36
	Grup içindeki oranı	66,7%	33,3%	100,0%
3	Olgu sayısı	32	3	35
	Grup içindeki oranı	91,4%	8,6%	100,0%

Tablo 10: Kötü ovaryan yanıtı olguların grup bazlı dağılımı

OPU işleminin 14. günü bakılan beta-HCG' si pozitif olan hastaların oranı gruplarda birbirine benzer olarak saptandı. 1. grup % 31,5, 2. grup % 33,7, 3. grup % 34,8 idi. Gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmadı ($p=0,7$).

Klinik gebelik (gestasyonel kese görülenler, missed abortus ile gebeliği sonlananlar, 20. gebelik haftası üzerinde doğum yapanlar) oranları incelendi. Birinci ve ikinci grupta klinik gebelik oranları % 44,4 iken, üçüncü grubun klinik gebelik oranı % 11,1 olarak hesaplandı. 1. ve 2. grup ile 3. grup arasında istatistiksel olarak anlamlı fark izlendi. AMH değeri 0,32'nin altında olanlarda klinik gebelik oranları, AMH değeri 0,33'ün üstünde olanlara oranla anlamlı derecede düşük saptandı ($p=0,000$).

105 hasta incelendiğinde canlı doğum sayısı 8 idi. Canlı doğum oranları 1. grupta 4 (% 11,8), 2. grupta 3 (% 8,3), 3. grupta 1 (% 2,9) olarak izlendi. Bu oranlar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı (Pearson Chi-Square $p=0,371$).

Gruplar		Canlı doğum	Diğerleri	Total
1	Olgu sayısı	4	30	34
	Grup içindeki oranı	11,8%	88,2%	100,0%
2	Olgu sayısı	3	33	36
	Grup içindeki oranı	8,3%	91,7%	100,0%
3	Olgu sayısı	1	34	35
	Grup içindeki oranı	2,9%	97,1%	100,0%

Tablo 11: Gruplara göre canlı doğum oranlarının incelenmesi.



2. Karadeniz Jinekoloji ve Obstetrik Kongresi



4 - 7 Nisan 2019, Samsun

07 Nisan 2019, Pazar

10:30 - 11:00 : Düşük over rezervi nedeniyle koh uygulanan hastaların AMH düzeylerine göre siklus özellikleri ve siklus başarılarının değerlendirilmesi

Seda Keskin

TARTIŞMA

İnfertilite, evli çiftlerin yaklaşık olarak % 15'ini ilgilendiren emosyonel ve sosyal sorunlar yaratabilen bir durumdur (1,2).

Azalmış over rezervi hem tanı hem tedavi aşamasında önemli bir sorun teşkil etmektedir. YÜT amacıyla ovulasyon indüksiyonu uygulanan hastalarda kötü yanıtlı hasta prevalansı % 8 - 15 olarak bildirilmiştir (8,9). Kötü over yanıtlı hastalarda IVF sonuçları normal cevaplı hastalara göre belirgin olarak kötüdür. Başarılı gebelik oranları % 2 - 4 kadardır (10).

Kötü over yanıtı değerlendirilmesinde kesin kriterler bulunmamaktadır. Bazı çalışmalarda hCG günü matür folikül sayısının 2 - 5'in altında olması (11-13), elde edilen oosit sayısının 4 - 6'nın altında olması (14,15) kötü over yanıtı olarak tanımlanmıştır. Total ve/veya günlük gonadotropin dozu ve/veya uzamış indüksiyon süresi bazı araştırmacılar tarafından kötü over yanıtı olarak kabul edilmiştir (16-18).

YÜT uygulamalarında FSH, AFS ve özellikle son zamanlarda AMH değeri ovaryan rezerv göstergesi olarak over yanıtını ve prognozu öngörmeye kullanılmaktadır (18). AMH ile FSH arasında negatif lineer bir ilişki gösterilmiştir (7,19). AMH değeri ile bazal FSH değeri arasında böyle bir ilişki saptanmasına rağmen halen hangisinin daha iyi bir over rezervi prediktörü olduğu konusunda bir fikir birliği yoktur. Çalışmamızda FSH değerleri AMH'sı 0,83 - 1,5 aralığında olan birinci grupta, AMH'sı 0,08 - 0,32 aralığında olan üçüncü gruba kıyasla anlamlı olarak düşük saptandı (p=0,05).

Çalışmalarda normal FSH değerine sahip ve bazal E2 değeri 80 pg/ml'nin altındaki olgularda artmış stimülasyon cevabı, daha yüksek gebelik oranı ve daha az siklus iptal oranı tespit edilmiştir (5,6). Çalışmamızda da her üç AMH grubunun bazal E2 düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptandı. AMH değeri en düşük olan grupta bazal E2 düzeylerini daha yüksek bulurken, AMH değeri arttıkça bazal E2 düzeylerinde de azalma izlendi.

AMH ile AFS arasında anlamlı korelasyon gösteren pek çok çalışma olmasına rağmen, az sayıdaki çalışmada bu iki markerin elde edilen oosit sayısını öngörmedeki performansı karşılaştırılmıştır. Fıçıcıoğlu (2006) ve McIlveen (2007) çalışmalarında AMH' yı, AFS'ye üstün bulunurken, Eldar-Geva (2005) ve Kwee (2007) çalışmalarında AFS' nı daha üstün bulunmuşlardır. Van Rooij (2002), Muttukrishna (2005), Elgindy (2007), Lekamge (2007), Jayaprakasan (2008) çalışmalarında iki markerin benzer performansları rapor edilmiştir (20-28). Son sistematik derlemelerde AFS ve AMH fazla veya düşük over yanıtını en iyi tahmin eden göstegeler olarak bu alanda eşdeğer kabul edilmektedirler. Ancak AMH'nın AFS'ye önemli üstünlükleri vardır. AMH operatör bağımsızdır, siklus içinde ve sikluslar arası varyasyon göstermez. Bu nedenlerle AMH'nın klinik kullanımı giderek artmaktadır (29). Çalışmamızda AMH gruplarının antral folikül sayıları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptandı

2. Karadeniz Jinekoloji ve Obstetrik Kongresi



4 - 7 Nisan 2019, Samsun

07 Nisan 2019, Pazar

10:30 - 11:00 : Düşük over rezervi nedeniyle koh uygulanan hastaların AMH düzeylerine göre siklus özellikleri ve siklus başarılarının değerlendirilmesi

Seda Keskin

($p=0.009$). Antral folikül sayısı AMH'sı 0,83 - 1,5 aralığında olan birinci grupta, AMH'sı 0,33 - 0,82 olan ikinci ve AMH'sı 0,08 - 0,32 olan üçüncü gruba kıyasla anlamlı olarak yüksek saptandı ($p=0,05$).

Bazı çalışmalarda ovulasyon indüksiyonun beşinci günü serum E2 düzeyinin 100 pg/ml altında olması veya peak E2 konsantrasyonun 300 - 600 pg/ml altında olması kötü over yanıtı olarak kabul edilmiştir (30-32). Çalışmamızda Peak E2 düzeyi AMH'sı 0,83-1,5 aralığında olan birinci grupta, AMH'sı 0,33-0,82 olan ikinci ve AMH'sı 0,08-0,32 olan üçüncü gruba kıyasla anlamlı olarak yüksek saptandı.

Rich-Edwards (2002) ve Fedorscak (2004) çalışmalarında obezitenin azalmış fertilitite ve artmış düşük oranına neden olduğunu göstermişlerdir (33-35) Ancak Su (2008) obezlerde AMH'yı benzer AF sayısına sahip ve aynı yaş grubundaki normal kilolu kadınlardan daha düşük seviyede buldu. Bu düşük AMH düzeyinin fizyolojik sebeplerle olabileceği ve düşük over rezervi anlamına gelmeyeceği sonucuna vardı (35). Çalışmamızda AMH grupları arasında VKİ değerleri açısından anlamlı bir fark saptanmadı.

AMH'nın over cevabının değerlendirilmesinde kullanılabileceğini gösteren ilk çalışma Seifer (2002) tarafından yürütülmüştür. Bu çalışmada stimülasyon protokolünün üçüncü günündeki yüksek AMH değerlerinin daha fazla sayıda toplanan oosit ile ilişkili olduğu gözlemlendi. 11 ve daha fazla oosit toplanan hastaların AMH değerinin, 6 ve daha az oosit toplananlardan 2,5 kat daha yüksek olduğu bulundu (36). Çalışmamızda tüm gruplar arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı idi ($p<0,05$). AMH değerleri arttıkça toplanan oosit sayılarında da artma izlendi ve bu istatistiksel olarak anlamlı idi.

YÜT uygulamalarında gebelik oluşumu kantitatif ölçümlerden daha çok kalitatif değerlendirmelere bağlıdır. Ovarian rezerv ovarian folikül havuzunun hem kantitatif hem de kalitatif ölçümlerini kapsarken, AMH over cevabının hem kalitatif hem de kantitatif yönünü yansıtır. Hazout (2004), Ebner (2006), Silberstein (2006), Cupisti (2007), Fanchin (2007), Lekamge (2007) AMH ile oosit kalitesi arasında anlamlı bir ilişki olduğunu ortaya koymuştur. Silberstein (2006), Smeenk (2007), Lie Fong (2008) AMH ile embriyo morfolojisi arasında anlamlı ilişki kurmuştur (27,37-43).

Ovarian siklus başladığında serum AMH düzeyinde hafif bir değişiklik olur. Küçük folikül gruplarının stimülasyonu ile AMH yapımı artarken, korpus luteum oluşumu ile AMH yapımı azalmaktadır. İn utero AMH yapımı ve folikül havuzunun etkin olduğu erken foliküler faz AMH düzeyi hipotalomofipofizer akstan bağımsızdır. Bunun için AMH'nın diğer gonadotropin bağımlı over rezervi belirteçlerinden daha farklı olduğu düşünülmektedir (44).

Foliküler sıvıda yapılan AMH çalışmalarında AMH'nın oosit ve embriyo kalitesi ve son olarak da gebelik ile ilişkisi gösterilmiş olsa da aynı şey serum AMH çalışmalarında



2. Karadeniz Jinekoloji ve Obstetrik Kongresi



4 - 7 Nisan 2019, Samsun

07 Nisan 2019, Pazar

10:30 - 11:00 : Düşük over rezervi nedeniyle koh uygulanan hastaların AMH düzeylerine göre siklus özellikleri ve siklus başarılarının değerlendirilmesi

Seda Keskin

bulunamamıştır. Silberstein (2006) hCG günü serum AMH ölçümlerinin yüksek ve düşük implantasyon potansiyeline sahip embriyoları ayırt edebildiğini söylemiştir. Son yayınlanan çalışmaların çoğu AFS ve AMH'nin gebelik sonucunu öngörmede iyi olmadığını göstermiştir (27,39,45). Serum AMH ile gebelik sonucu arasında korelasyon olduğunu gösteren çok az çalışma vardır. Eldar-Geva (2005) ve Elgindy (2008) çalışmaları az sayıdaki hasta grubu ile yapılmış prospektif çalışmalardır. Lekamge (2007) çalışması ise AMH'nin gebelik sonucunu öngörebileceğini savunan retrospektif bir çalışmadır. Nelson (2007)'un yaptığı 340 olguluk prospektif çalışmada bazal serum AMH değerleriyle canlı doğum oranları arasında pozitif korelasyon bulundu. Ancak bu pozitif korelasyonun AMH 1,092 ng/ml değerinden sonra kaybolduğu gözlemlendi (22,26,27,46). Çalışmamızda fertilizasyon ve canlı doğum oranları açısından gruplar arasında anlamlı bir fark saptamadı (Pearson Chi-Square; $p>0,05$).

Özetle AMH over rezerv belirteçlerinden FSH ve AFS ile beraber ya da ayrı ayrı kullanılabilen iyi bir rezerv göstergesidir. FSH sikluslar arası, AFS ise klinisyenler arası varyasyon göstermektedir. FSH ve AFS'nin bu dezavantajları AMH'yi üstün kılmaktadır. Nitekim çalışmamızda AMH azaldıkça; FSH'nin arttığı, AFS'nin de azaldığı istatistiksel olarak anlamlı düzeyde gösterildi.

Diğer yandan AMH siklus başarısını da tek başına iyi bir şekilde göstermektedir. AMH azaldıkça toplanan oosit ve M2 oosit sayılarında anlamlı azalma izlendi. Özellikle AMH değerinin 0,32'nin altında olduğu grupta OPU negatif ve kötü ovaryan yanıt gösteren olguların sayısı anlamlı oranda fazla bulundu.

Aynı zamanda AMH düşük over rezervi tanısını koymakla kalmayıp klinik gebelik ve canlı doğum oranları açısından gruplar arasında fark göstermektedir. Özellikle 0,32'nin altındaki AMH değerlerinde canlı doğum oldukça az izlenmektedir.

SONUÇ

Çalışmamızın sonucuna göre; AMH değeri 0,32'nin altında olan hastalarda prognoz çok kötüyken, AMH değeri 0,33 ve üzerinde olan hastalarda daha iyi klinik sonuçlar elde ettik. AMH'si 0,32 ve altında başka parametrelere ihtiyaç kalmaksızın yalnızca AMH değerine bakarak daha düşük peak E2, daha az sayıda oosit, daha az canlı doğum elde edilmesini öngörebiliyor iken; AMH'si 0,33 ve üstünde olan hastalarda AMH değerine ek olarak bazal FSH, AFS gibi veriler eşliğinde değerlendirmenin daha uygun olacağını düşünmekteyiz.

2. Karadeniz Jinekoloji ve Obstetrik Kongresi



4 - 7 Nisan 2019, Samsun

07 Nisan 2019, Pazar

10:30 - 11:00 : Düşük over rezervi nedeniyle koh uygulanan hastaların AMH düzeylerine göre siklus özellikleri ve siklus başarılarının değerlendirilmesi

Seda Keskin

KAYNAKLAR

1. Speroff L, Fritz MA. Clinical Gynaecologic Endocrinology and Infertility. 7th edition. Chapter 27. 2007;1013-56.
2. Mosher WD, Pratt WF. Fecundity and infertility in the United States: incidence and trends. Fertil Steril 1991;5:192.
3. Scott RT, Hofmann GE. Prognostic assessment of ovarian reserve. Fertil Steril 1994;62:1-11.
4. Durlinger ALL, Visser JA, Themmen APN. Regulation of ovarian function: the role of anti-Müllerian hormone, Reproduction 2002;124:601.
5. Smotrich DB, Widra EA, Gindoff PR. Prognostic value of day 3 estradiol on in vitro fertilization outcome. Fertil Steril 1995;64:1136-40.
6. Evers JL, Slaats P, Land JA, Dumoulin JC, Dunselman GA. Elevated levels of basal estradiol 17-β predict poor response in patients with normal basal levels of follicle stimulating hormone undergoing in vitro fertilization. Fertil Steril 1998;69:1010-14.
7. de Vet A, Laven JS, de Jong FH, Themmen APN, Fauser BC. Anti-Müllerian hormone serum levels: a putative marker for ovarian aging. Fertil Steril 2002;77:357-362.
8. Mohammed KA, Davies WAR, Allsop J, Lashen H. Agonist flare up versus antagonist in the management of poor responders undergoing IVF treatment. Fertil Steril 2005;83:331-5.
9. Schmidt DW, Bremner T, Orris JJ. A randomized prospective study of microdose leuprolide versus ganirelix in IVF cycles for poor responders. Fertil Steril 2005;83:1568-1571.
10. Ulug U, Ben-Shlomo I, Turan E. Conception rates following assisted reproduction in poor responder patients: a retrospective study in 300 consecutive cycles. Repro Biomed Online 2003;6:439-443.
11. Serafini P, Stone B, Kerin J. An alternate approach to controlled over hyperstimulation in poor responders pretreatment with a GnRH analogue. Fertil Steril 1988;58:919-923.
12. Land J, Yarmolinkaya M, Dumoulin J, Evers J. High human gonadotropin stimulation in poor responders does not improve in vitro fertilization outcome. Fertil Steril 1996;72:1018-1023.
13. Lashen H, Ledger W, Lopez-Bernal A, Barlow D. Poor responders to ovulation induction: is proceeding to in-vitro fertilisation worthwhile? Human reprod 1999;14:964-969.
14. Faber B, Majer J, Cox B. Cessation of gonadotropin hormone agonist therapy combined with high dose gonadotropin stimulation yields favourable pregnancy



2. Karadeniz Jinekoloji ve Obstetrik Kongresi



4 - 7 Nisan 2019, Samsun

07 Nisan 2019, Pazar

10:30 - 11:00 : Düşük over rezervi nedeniyle koh uygulanan hastaların AMH düzeylerine göre siklus özellikleri ve siklus başarılarının değerlendirilmesi

Seda Keskin

results in low responders. Fertil Steril 1998;69:826-830.

15. Rombauts L, Suikkari A, Mac Lachlan V. Recruitment of follicles by recombinant human follicle stimulating hormone commencing in the luteal phase of ovarian cycle. Fertil Steril 1998;69:665-669.

16. Karande V, Morris R, Rinehart J. Limited success using the 'flare' protocol in poor responders in cycles with low basal follicle stimulating hormone levels during vitronfertilisation. Fertil Steril 1997;67:900-903.

17. Toth T, Awwad J, Veek L. Suppression and flare regimens of gonadotropin releasing hormone agonist: use in women with different basal gonadotropin values in an in vitro fertilisation programme. Journal Reprod Med 1996;41:321-326.

18. Kailasam C, Keay SD, Wilson P. Defining poor ovarian response during IVF cycles in women aged <40 years and its relationship with treatment outcome. Human Reprod 2004;19,1544-1547.

19. Kwee J, Elting MW, Schars R, Bezemer PD, Lambalk CB, Schomaker J. Comparison of endocrine tests with the respect to their predictive value on the outcome of ovarian hyperstimulation in IVF treatment: result of prospective randomized study. Hum Reprod 2003; 18: 1422-27.

20. Fişcioglu C, Kutlu T, Baglam E, Bakacak Z. Early follicular antimüllerian hormone as an indicator of ovarian reserve. Fertil Steril 2006;85:592-596.

21. McIlveen M, Skull JD, Ledger WL. Evaluation of the utility of multiple endocrine and ultrasound measures of ovarian reserve in the prediction of cycle cancellation in a high-risk IVF population. Hum Reprod 2007;22:778-785.

22. Eldar-Geva T, Ben-Chetrit A, Spitz IM, Rabinowitz R, Markowitz E, Mimoni T, Gal M, Zylber-Haran E, Margalioth EJ. Dynamic assays of inhibin B, anti-Müllerian hormone and estradiol following FSH stimulation and ovarian ultrasonography as predictors of IVF outcome. Hum Reprod 2005;20:3178-3183

23. Kwee J, Schats R, McDonnell J, Themmen A, de Jong F, Lambalk C. Evaluation of anti-Müllerian hormone as a test for the prediction of ovarian reserve. Fertil Steril 2007.

24. Van Rooij IA, Broekmans FJ, te Velde ER, Fauser BC, Bancsi LF, Jong FH, Themmen AP. Serum anti-Müllerian hormone levels: a novel measure of ovarian reserve. Hum Reprod 2002;17:3065-3071.

25. Muttukrishna S, McGarrigle H, Wakim R, Khadum I, Ranieri DM, Serhal P. Antral follicle count, anti-müllerian hormone and inhibin B: predictors of ovarian response in assisted reproductive technology? BJOG 2005;112:1384-1390.

26. Elgindy EA, El-Haieg DO, El-Sebaey A. Anti-Müllerian hormone: correlation of early follicular, ovulatory and midluteal levels with ovarian response and cycle outcome in intracytoplasmic sperm injection patients. Fertil Steril 2008;89:1670-

2. Karadeniz Jinekoloji ve Obstetrik Kongresi



4 - 7 Nisan 2019, Samsun

07 Nisan 2019, Pazar

10:30 - 11:00 : Düşük over rezervi nedeniyle koh uygulanan hastaların AMH düzeylerine göre siklus özellikleri ve siklus başarılarının değerlendirilmesi

Seda Keskin

1676.

27. Lekamge DN, Barry M, Kolo M, Lane M, Gilchrist RB, Tremellen KP. Anti-Müllerian hormone as a predictor of IVF outcome. Reprod Biomed Online 2007;14:602-610.

28. Jayaprakasan K, Campbell B, Hopkisson J, Johnson I, Raine-Fenning N. A prospective, comparative analysis of anti-Müllerian hormone, inhibin-B, and three-dimensional ultrasound determinants of ovarian reserve in the prediction of poor response to controlled ovarian stimulation. Fertil Steril 2008.

29. Broer SL, Mol BW, Hendriks D, Broekmans FJ. The role of anti-Müllerian hormone in prediction of outcome after IVF: comparison with the antral follicle count. Fertil Steril 2008.

30. Manzi D, Thorton K, Scott L. The value of increasing the dose of human menopausal gonadotropins in women who initially demonstrate a poor response. Fertil Steril 1994;62:251-256

31. Lindheim S, Barad D, Witt B. Short-term gonadotropin suppression with oral contraceptives benefits poor responders prior to controlled ovarian hyperstimulation. Journal Ass Reprod Genetics 1996;16:745-747.

32. Surrey E, Bower J, Hill D. Clinical and endocrine effects of a microdose GnRH agonist flare regimen administered to poor responders who are undergoing IVF. Fertil Steril 1998;69:419-424.

33. Rich-Edwards JW, Spiegelman D, Garland M, Hertzmark E, Hunter DJ, Colditz GA, Willett WC, Wand H, Manson JE. Physical activity, body mass index, and ovulatory disorder infertility. Epidemiology 2002;13:184-190.

34. Fedorcsák P, Dale PO, Storeng R, Ertzeid G, Bjørcke S, Oldereid N, Omland AK, Abyholm T, Tanbo T. Impact of overweight and underweight on assisted reproduction treatment. Hum Reprod 2004;19:2523-2528.

35. Su H, Sammel MD, Freeman EW, Lin H, DeBlasis T, Gracia CR. Body size affects measures of ovarian reserve in late reproductive age women. Menopause 2008;15:857-861.

36. Seifer DB, MacLaughlin DT, Christian BP, Feng B, Shelden RM. Early follicular serum mullerian-inhibiting substance levels are associated with ovarian response during assisted reproductive technology cycles. Fertil Steril 2002;77:468-471.

37. Hazout A, Bouchard P, Seifer DB, Aussage P, Junca AM, Cohen-Bacrie P. Serum antimullerian hormone/mullerian-inhibiting substance appears to be a more discriminatory marker of assisted reproductive technology outcome than follicle-stimulating hormone, inhibin B, or estradiol. Fertil Steril 2004;82:1323-1329.

38. Ebner T, Sommergruber M, Moser M, Shebl O, Schreier-Lechner E, Tews G. Basal level of anti-Müllerian hormone is associated with oocyte quality in stimulated



2. Karadeniz Jinekoloji ve Obstetrik Kongresi



4 - 7 Nisan 2019, Samsun

07 Nisan 2019, Pazar

10:30 - 11:00 : Düşük over rezervi nedeniyle koh uygulanan hastaların AMH düzeylerine göre siklus özellikleri ve siklus başarılarının değerlendirilmesi

Seda Keskin

cycles. Hum Reprod 2006;21:2022-2026.

39. Silberstein T, MacLaughlin DT, Shai I, Trimarchi JR, Lambert-Messerlian G, Seifer DB, Keefe DL, Blazar AS. Mullerian inhibiting substance levels at the time of HCG administration in IVF cycles predict both ovarian reserve and embryo morphology. *Hum Reprod* 2006;21:159-163.

40. Cupisti S, Dittrich R, Mueller A, Strick R, Stiegler E, Binder H, Beckmann MW, Strissel P. Correlations between anti-Müllerian hormone, inhibin B, and activin A in follicular fluid in IVF/ICSI patients for assessing the maturation and developmental potential of oocytes. *Eur J Med Res* 2007;12:604-608.

41. Fanchin R, Mendez Lozano DH, Frydman N, Gougeon A, di Clemente N, Frydman R, Taieb J. Anti-Müllerian hormone concentrations in the follicular fluid of the preovulatory follicle are predictive of the implantation potential of the ensuing embryo obtained by in vitro fertilization. *J Clin Endocrinol Metab* 2007;92:1796-1802.

42. Smeenk JM, Sweep FC, Zielhuis GA, Kremer JA, Thomas CM, Braat DD. Antimüllerian hormone predicts ovarian responsiveness, but not embryo quality or pregnancy, after in vitro fertilization or intracytoplasmic sperm injection. *Fertil Steril* 2007;87:223-226.

43. Lie Fong S, Baart EB, Martini E, Schipper I, Visser JA, Themmen AP, de Jong FH, Fauser BJ, Laven JS. Anti-Müllerian hormone: a marker for oocyte quantity, oocyte quality and embryo quality? *Reprod Biomed Online* 2008;16:664-670.

44. David B. Seifer, M.D., David T. MacLaughlin, Ph.D., Benjamin P. Christian, B.A. Early follicular serum müllerian-inhibiting substance levels are associated with ovarian response during assisted reproductive technology cycles. *Fertil Steril* 2002;77:468-471.

45. Broer SL, Dolleman M, Opmeer BC, Fauser BC, Mol BW. AMH and AFC as predictors of excessive response in controlled ovarian hyperstimulation: a meta-analysis. *Human Reprod* 2011;17(1):46-54.

46. Nelson SM, Yates RW, Fleming R. Serum anti-Müllerian hormone and FSH: prediction of live birth and extremes of response in stimulated cycles-implications for individualization of therapy. *Human Reprod* 2007;22:2414-2421.

2. Karadeniz Jinekoloji ve Obstetrik Kongresi



4 - 7 Nisan 2019, Samsun

07 Nisan 2019, Pazar

11:30 - 11:37 : Kolposkopi ünitesine başvuran anormal servikal smear sitolojili hastaların histopatolojik değerlendirilmesi ve demografik analizi

Deha Denizhan Keskin

ÖZET

Kliniğimizde uygulanan sitolojik tarama programında; 2005 - 2011 tarihleri arasında anormal servikal sitolojili 1015 hastanın kolposkopik biyopsi ve tedavi sonuçları retrospektif olarak incelendi. Demografik analizleri yapıldı, risk faktörleri belirlendi. Kanseri 10 vaka ayrıca ayrıntılı olarak incelendi.

Demografik olarak incelendiğinde; anormal servikal smear anormalliği tanısı alma yaşı 40 - 49 arasındadır. Median başvuru yaşı ise 39 idi. Hastaların % 92.1'i evli, % 93.6'sı bir kez evlenmişti. Hastaların % 73.5'u multipar olup ortalama doğum sayısı 2 idi. Hastaların % 46.6'sı hiç küretaj yaptırmamış, ortalama küretaj sayısı 1 idi. % 90'lık grup sigara kullanmıyordu. Hastaların % 50.5'i 20 yaşından önce evlenmişlerdir. Ortalama evlilik yaşı 19 idi. Hastalar arasında en fazla başvuru alan doğum kontrol yöntemi % 33.7 ile koitus interruptus idi.

Çalışmamızda anormal sitoloji yüzdeleri ASC-US % 63.4, LGSİL % 30.3, HGSİL % 5.2, ASC-H % 0.7, AGUS % 0.4 olarak bulundu. ASC-US / LGSİL oranı 2.088 idi. Literatürden farklı olarak daha fazla ASC-US ve LGSİL, buna karşılık daha az HGSİL saptandı.

ASC-US grubundaki biyopsi sonuçlarına bakıldığında; CIN I oranı % 51.3 ile literatüre benzer bulunurken, CIN II/III oranı ise % 7.1 ile literatür oranlarından 2 - 3 kat daha az idi.

LGSİL grubundaki biyopsi sonuçlarında CIN II ve daha yüksek gradeli lezyon oranı % 11.22 ile literatür değerlerine yakındı.

HGSİL grubunda CIN II/III saptanma yüzdesi % 66.03 ile literatürde verilen değerlere benzer, invaziv kanser oranı % 11.32 ile literatürden 5 - 6 kat daha fazla gözlemlendi.

Servikal sitopatoloji sonuçları oransal olarak literatür ile benzer çıktı. ASC-US / LGSİL oranı laboratuvar güvenilirliğini ortaya koydu.

ASC-US grubunda histopatolojik olarak % 51.3 oranında düşük gradeli lezyon saptandı. Bu oran ASC-US takibinin ne kadar önemli olduğunun göstergesidir.

LGSİL ve HGSİL gruplarında yüksek gradeli lezyon saptanma oranları literatür verilerine benzer bulunmuştur. Özellikle HGSİL'deki % 66.03'lük yüksek gradeli lezyon saptanma oranı tedavide geç kalınmaması gerekliliğini ortaya koymaktadır.

Sonuç olarak servikal sitolojik anormallikler uygun takip ve tedavi yöntemleriyle invaziv serviks kanserine ilerlemeden kontrol altına alınabilmektedir.



2. Karadeniz Jinekoloji ve Obstetrik Kongresi



4 - 7 Nisan 2019, Samsun

07 Nisan 2019, Pazar

11:30 - 11:37 : Kolposkopi ünitesine başvuran anormal servikal smear sitolojili hastaların histopatolojik değerlendirilmesi ve demografik analizi

Deha Denizhan Keskin

GİRİŞ

Serviks kanseri tüm dünyada kadınlarda görülen en sık ikinci kanserdir. Dünya sağlık örgütü verilerine göre dünyada 510 bin yeni serviks kanseri olgusunun tanı aldığını ve 288 bin olgununda serviks kanserinden öldüğünü bildirmiştir (1). Sağlık bakanlığı verilerine göre ise Türkiye’de servikal kanser insidansı 100.000’de 3.96’dır (2).

Serviks kanseri görülme yaşı genel olarak 20 - 80 yaş gibi geniş bir yelpazeye yayılır. En sık 50 - 59 yaşları arasında görülmektedir. Ülkemiz koşullarında invaziv serviks kanserlerinin % 65’i 40 - 60 yaş grubunda görülmektedir (3).

Erken serviks kanserinin olası ilk semptomu, sıklıkla hasta tarafından farkına varılmayan ince, su gibi, kanla bulaşık vaginal akıntıdır. Ayrıca metroraji, postkoital lekelenmeler, pelvik ağrı, dizüri, hematurî, rektal kanama, konstipasyon gözlenebilir (3).

Serviks kanserinin görüntüsü oldukça değişkendir. Makroskopik olarak, en yaygın görülen serviks kanseri tipi ekzofitik olup, infiltratif ve ülseratif tiplerine de rastlanır. Serviks kanserlerinin yaklaşık % 85 - 90’ı skuamöz hücrelidir ve kalan % 10 - 15’i adenokarsinomlardır. Skuamöz hücreli serviks kanserlerinin en iyi prognoza sahip olanı büyük hücreli keratinize olmayan tipi iken, en kötü prognoza sahip olanı küçük hücreli kanser tipleridir (3).

Pap smear ile yapılan sitolojik taramalar sayesinde premalign servikal lezyonların saptanma oranı belirgin bir şekilde artmıştır. İnvaziv serviks kanserine bağlı morbidite ve mortalitedeki izlenen düşüşler bu preinvaziv lezyonların saptanma oranındaki artışa bağlanmıştır. Ancak hala servikal kanser dünya çapında önemli bir sağlık sorunu olmaya devam etmektedir (4).

Tarama programlarının olmadığı üçüncü dünya ülkelerinde servikal kanser mortalitenin önemli bir nedenidir. Servikal kanser önenebilir olduğundan, kadınlarda sağlık hizmeti sunan jinekolog ve diğer primer sağlık hizmeti sağlayıcılarının tanınal işlemler, özellikle premalign lezyonlar olmak üzere servikal kanser risk faktörleri hakkında bilgi sahibi olmaları gerekmektedir. Genel olarak bakıldığında serviks kanseri ciddi bir halk sağlığı sorunudur (4).

Pap smear sonucuna göre önemi belirlenemeyen atipik skuamöz hücreler (ASC-US) tespit edilen hastaların takibi birçok klinisyeni ikileme sokmaktadır. Yapılan

2. Karadeniz Jinekoloji ve Obstetrik Kongresi



4 - 7 Nisan 2019, Samsun

07 Nisan 2019, Pazar

11:30 - 11:37 : Kolposkopi ünitesine başvuran anormal servikal smear sitolojili hastaların histopatolojik değerlendirilmesi ve demografik analizi

Deha Denizhan Keskin

çalışmalarda ASC-US tespit edilen hastalarda takip stratejisi olarak direkt kolposkopi, 6 aylık smear tekrarı ya da yüksek onkogenik riskli HPV tespit edilen hastalarda kolposkopik incelemedir (5,6).

Daha önceden yapılan çalışmalarda yüksek onkogenik riskli HPV DNA testinin sitolojiye eklenmesinin servikal intraepitelyal neoplaziye tanımadaki sensitivitesinin daha yüksek olduğu bulunmuştur ve gereksiz kolposkopi sıklığını azaltmıştır (7).

Düşük dereceli sitolojik patolojilerin çoğunun kendiliğinden geçtiğini ve tedavi gerektirmediğini bilinmektedir. Böylece bu sonuçları saptadığımız her kadını ayrıntılı jinekolojik araştırmaya almak maliyeti yükseltmektedir (8).

Öte yandan CIN II/III saptanan hastaların 1/3'ünde önceki PAP testinde ASC-US sitolojik sonucu geldiği bilinmektedir (8).

Human Papilloma Virüs (HPV) cinsel yolla bulaşan enfeksiyonların en yaygın olanlarından birisidir. Enfeksiyon sıklıkla kendini sınırlandırmamasına rağmen, HPV enfeksiyonu olan kadınların bir kısmında servikal prekanseröz veya kanseröz lezyonlar gelişmeye devam etmektedir. HPV enfeksiyonunun, özellikle 30 yaşından büyük kadınlarda, servikal kanser için nedensel bir faktör olduğu açıkça kanıtlanmıştır (9). Dünya çapındaki bir çalışma servikal kanserli kadınlarda HPV yaygınlığının %99,7 olduğunu bulmuştur (9).

MATERYAL METOT

Çalışmamızda 2005 - 2011 yılları arasında Süleymaniye Doğum ve Kadın Hastalıkları Eğitim Araştırma Hastanesi kolposkopi ünitesine başvuran anormal servikal sitolojili hastalar retrospektif olarak tarandı. Amacımız anormal servikal sitolojili hastaların dağılımını çıkarmak, demografik analizlerini yapmak ve en önemlisi sitoloji ile histoloji uyumluluğunu saptamaktır.

Hastaların yaş, medeni durum, evlilik yaşı, evlilik sayısı, parite, D&C sayısı, korunma yöntemleri, sigara kullanımı öyküsü, Pap smear sonuçları, serviks biopsi sonuçları ve sitoloji/histopatoloji uyumu değerlendirildi. Beraberinde eğer yapılmış ise ECC, LEEP, konizasyon, endometrial örneklemeye, histerektomi materyalleri incelendi.

Anormal servikal sitolojiler oransal olarak değerlendirildi. ASC-US, LGSİL, HGSİL sitolojilerinin histolojik sonuçları çıkarılarak ayrı ayrı grafikleldi.



2. Karadeniz Jinekoloji ve Obstetrik Kongresi



4 - 7 Nisan 2019, Samsun

07 Nisan 2019, Pazar

11:30 - 11:37 : Kolposkopi ünitesine başvuran anormal servikal smear sitolojili hastaların histopatolojik değerlendirilmesi ve demografik analizi

Deha Denizhan Keskin

Eksizyonel prosedür olarak uygulanan LEEP, konizasyon, histerektomi işlemlerine hastanın yaşına, fertilitate arzusuna, takip zorluğuna, hasta isteğine göre karar verildiğinden, sonuçları ayrı gruplar içinde irdelendi.

İstatistiksel veriler SPSS 16 programına girilerek analizi sağlandı.

BULGULAR

Kolposkopi ünitesine başvuran anormal sitolojik bulgusu olan 1015 hastanın yaş dağılımları tablo 1'de gösterildi. Kolposkopi ünitesine en fazla başvuruda bulunan yaş grubunun 40-49 yaş olduğu görüldü.

YAŞ GRUBU	HASTA SAYISI	ORANI
20 yaş altı	1	% 0.09
20-29 yaş	178	% 17.54
30-39 yaş	353	% 34.78
40-49 yaş	374	% 36.85
50-59 yaş	82	% 8.08
60 yaş üstü	27	% 2.66

Tablo 1: Yaş tablosu

Başvuruda bulunan hastaların 935'i evli (% 92.1), 71'i dul (% 7.0), 9'u bekar (% 0.9) olduğu tespit edildi.

Başvuruda bulunan hastaların evlilik sayılarına göre dağılımları değerlendirildiğinde 951 hasta (% 93.6) 1 kez evlenmiş, 50 hasta (% 5) 2 kez evlenmiş, 5 hasta (% 0.5) 3 kez evlenmiş, 9 hasta (% 0.9) hiç evlenmemişti.

Başvuruda bulunan hastalar parite sayılarına göre dağılımları değerlendirildi. 111 hasta (% 10.9) nullipar, 159 hasta (% 15.6) primipar, 745 hasta (% 73.5) multipar idi.

Başvuruda bulunan hastalar küretaj sayılarına göre dağılımları değerlendirildi. 473 hasta (% 46.6) hiç, 260 hasta (% 25.6) bir kez, 282 hasta (% 27.8) çok sayıda D&C yaptırmıştı. Median D&C sayısı 1 idi.

Başvuruda bulunan hastaların sigara kullanma oranları değerlendirildiğinde 102 hasta (% 10) sigara kullanıyorken, 912 hasta (% 90) sigara kullanmıyordu.

Başvuruda bulunan hastaların ilk koit yaşının değerlendirilmesi çerçevesinde evlilik yaşları incelendi.

En erken evlilik yaşı 11 iken, en geç evlilik yaşı 39 olarak saptandı.

En çok evlilik 508 kişiyle 20 yaşında gözlenirken, median evlilik yaşı 19 olarak saptandı.

2. Karadeniz Jinekoloji ve Obstetrik Kongresi



4 - 7 Nisan 2019, Samsun

07 Nisan 2019, Pazar

11:30 - 11:37 : Kolposkopi ünitesine başvuran anormal servikal smear sitolojili hastaların histopatolojik değerlendirilmesi ve demografik analizi

Deha Denizhan Keskin

Başvuruda bulunan hastaların kullandıkları kontraseptif yöntemlerin dağılımı değerlendirildi. Tablo 2'de incelendi.

KORUNMA YÖNTEMİ	HASTA SAYISI	ORANI
Korunmuyor	230	% 22.7
Kondom	163	% 16
RIA	174	% 17.2
KOK	67	% 6.7
Koitus interruptus	342	% 33.7
Uterus ligasyonu	38	% 3.7

Tablo 2: Korunma yöntemi tablosu

Anormal servikal sitoloji nedeni ile kolposkopi ünitesine başvuran 1015 hastanın sonuçlarının dağılımı değerlendirildi. Sitoloji sonuçları 643 hasta (% 63.4) ASC-US, 7 hasta (% 0.7) ASC-H, 308 hasta (% 30.3) LGSİL, 53 hasta (% 5.2) HGSİL, 4 hasta (% 0.4) AGUS şeklindeydi.

ASC-US / LGSİL oranı 2.088 idi.

SMEAR SONUCU	HASTA SAYISI	ORANI
ASC-US	643	% 63.4
ASC-H	7	% 0.7
LGSİL	308	% 30.3
HGSİL	53	% 5.2
AGUS	4	% 0.4

Tablo 3: Sitoloji tablosu

Anormal servikal sitolojisi olan hastalarda yapılan servikal biyopsi sonuçları;

	Biyopsi Sonuçları						
	Normal	Endoservikal Polip	Servisit	CIN-1	CIN-2	CIN-3	Karsinom
ASC-US	93	6	166	330	37	9	2
ASC-H	1	-	2	1	1	2	-
LGSİL	24	3	70	164	17	14	2
HGSİL	-	-	-	12	10	25	6
AGUS	2	1	1	-	-	-	-



2. Karadeniz Jinekoloji ve Obstetrik Kongresi



4 - 7 Nisan 2019, Samsun

07 Nisan 2019, Pazar

11:30 - 11:37 : Kolposkopi ünitesine başvuran anormal servikal smear sitolojili hastaların histopatolojik değerlendirilmesi ve demografik analizi

Deha Denizhan Keskin

Tablo 4: Biyopsi sonuçları

Smear sonucu ASC-US olan 2 hastada, LGSIL olan 2 hastada ve HGSIL olan 6 hastada karsinom tanısı konulmuştur.

Smear sonucu ASC-US gelen hastalarda yapılan biyopsi sonuçları;

	Normal	Endoservikal Polip	Servisit	CIN-1	CIN-2	CIN-3	Karsinom
ASC-US	% 14,6	% 0,9	% 25,8	% 51,3	% 5,7	% 1,4	% 0,3

Tablo 5: ASC-US sonuçları tablosu

Smear sonucu LGSIL gelen hastalarda yapılan biyopsi sonuçları;

	Normal	Endoservikal Polip	Servisit	CIN-1	CIN-2	CIN-3	Karsinom
LGSIL	% 8,17	% 1,02	% 23,81	% 55,78	% 5,78	% 4,76	% 0,68

Tablo 6 : LGSIL sonuçları tablosu

Smear sonucu HGSIL gelen hastalarda yapılan biyopsi sonuçları;

	Normal	Endoservikal Polip	Servisit	CIN-1	CIN-2	CIN-3	Karsinom
HGSIL	% 0	% 0	% 0	% 22,65	% 18,87	% 47,16	% 11,32

Tablo 7 : HGSIL sonuçları tablosu

LEEP yapılan 110 hastanın hiçbirinde karsinom tespit edilmemiştir.

ASC-US nedeni ile LEEP yapılan 57 hastanın 10'u normal, 41'i CIN I, 4'ü CIN II, 2'si CIN

2. Karadeniz Jinekoloji ve Obstetrik Kongresi



4 - 7 Nisan 2019, Samsun

07 Nisan 2019, Pazar

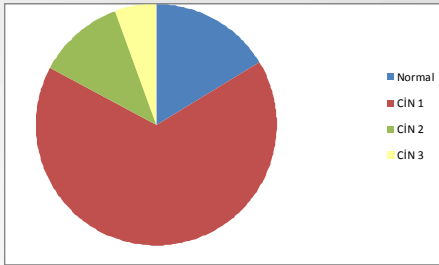
11:30 - 11:37 : Kolposkopi ünitesine başvuran anormal servikal smear sitolojili hastaların histopatolojik değerlendirilmesi ve demografik analizi

Deha Denizhan Keskin

III olarak saptandı.

LGSİL nedeni ile LEEP yapılan 48 hastanın 8'i normal, 30'u CIN I, 7'si CIN II, 3'ü CIN III olarak saptandı.

HGSİL nedeni ile LEEP yapılan 5 hastanın 2'si CIN I, 2'si CIN II, 1'i CIN III olarak saptandı.



Grafik 1 : LEEP yapılan 110 hastanın histoloji sonuçları grafiği

Konizasyon yapılan 49 hastanın hiçbirinde karsinom tespit edilmemiştir.

LGSİL nedeniyle takip edilen 16 konizasyon yapılan hastanın; 4'ü normal, 6'sı CIN I, 4'ü CIN II, 2'si CIN III olarak saptanmıştır.

HGSİL nedeniyle takip edilen 12 konizasyon yapılan hastanın; 1'i normal, 3'ü CIN I, 8'i CIN III olarak saptanmıştır.

ASC-US nedeni ile takip edilen ve yeterli kolposkopik değerlendirme yapılamaması üzerine konizasyon yapılmış olan 21 hastanın 4'ü normal, 11'i CIN I, 5'i CIN II, 1'i CIN III tespit edilmiştir.



2. Karadeniz Jinekoloji ve Obstetrik Kongresi

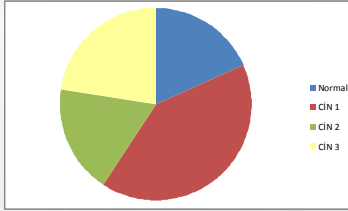


4 - 7 Nisan 2019, Samsun

07 Nisan 2019, Pazar

11:30 - 11:37 : Kolposkopi ünitesine başvuran anormal servikal smear sitolojili hastaların histopatolojik değerlendirilmesi ve demografik analizi

Deha Denizhan Keskin



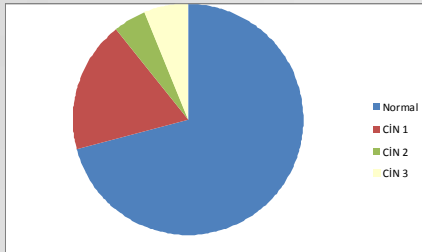
Grafik 2 : Konizasyon yapılan 49 hastanın histoloji sonuçları grafiği

Fertilizasyonunu tamamlamış, displazive/veyayandaş diğer jinekolojik problemlerden dolayı histerektomi yapılmış 65 hastanın hiçbirinde karsinom saptanmamıştır.

ASC-US sonucuyla histerektomi olan 40 hastanın 31'i normal, 8'i CIN I, 1'inde CIN II saptanmıştır.

LGSİL sonucuyla histerektomi olan 20 hastanın 14'ü normal, 4'ü CIN I, 1'i CIN II, 1'inde CIN III tespit edilmiştir.

HGSİL sonucuyla histerektomi olan 5 hastanın 1'i normal, 1'i CIN II, 3'ünde CIN III tespit edilmiştir.



Grafik 15 : Histerektomi yapılan 65 hastanın histolojik sonuçları grafiği

2. Karadeniz Jinekoloji ve Obstetrik Kongresi



4 - 7 Nisan 2019, Samsun

07 Nisan 2019, Pazar

11:30 - 11:37 : Kolposkopi ünitesine başvuran anormal servikal smear sitolojili hastaların histopatolojik değerlendirilmesi ve demografik analizi

Deha Denizhan Keskin

TARTIŞMA

Serviks kanseri kadınlarda görülen en sık ikinci kanserdir. Servikal smear tarama programlarının kullanımı, uygulanan toplum bilinçlendirme çalışmaları ve son yıllarda kullanıma giren koruyucu aşılar ile serviks kanseri önlenmeye çalışılmaktadır. Servikal smear sitoloji anormallikleri dikkatle incelenmelidir.

Serviks kanseri ülkemizde % 65 oranında 40 - 60 yaş aralığında gözlenmektedir. Çalışmamızda servikal smear testinde sitolojik anormalliği bulunan 1015 vakanın onunda serviks kanseri saptanmıştır. Yedi hasta serviks kanserinin en fazla saptandığı yaş aralığında tanı almıştır.

Servikal preinvaziv lezyonlar uzun yıllar sonra servikal kansere dönüşmektedir. Bu süre displastik lezyonların erken tanınmasında ve invaziv kansere progresyonun önlenmesinde tarama programlarının önemini ortaya koymaktadır. Hastaların hafif displazi ile başlayıp invaziv karsinoma doğru devamlılık gösterdiğinin kanıtı servikal displazinin 20'li yaşlarda, invaziv hastalığın ise 40 yaşından sonra görülüyor olmasıdır. Bizim vakalarımızdan 9'u 40 yaş üzerinde serviks kanseri tanısı almıştır. Bu yüzden, invaziv kanser aşamasına gelmeden önce lezyonların saptanabilmesi için taramaya erken yaşlarda başlanmalıdır.

Serviks kanserinin en sık görülen histolojik tipi %85-90 oranında skuamöz hücrelidir. Serviks kanseri tanısı alan on vakanın sekizinde skuamöz hücreli ikisinde adenokanser saptanmıştır.

Serviks kanseri tanısı alan on hasta epidemiyolojik faktörler açısından daha ayrıntılı incelendiğinde şu sonuçlar çıkmaktadır. Evlilik yaşı açısından bakıldığında vakaların beşinde evlilik yaşı 16 yaş altı, sekizinde 20 yaş altı olarak saptanmıştır. On vakanın ortalama çocuk sayısı 3.5 iken sadece 33 yaşındaki vakamız nullipar idi. Multiparite önemli bir servikal kanser risk faktörüdür. Genel popülasyonda doğum sayısı 2 iken, servikal kanser tanısı alan grupta daha fazla izlendi. Erken evlilik yaşı da önemlidir. Özellikle vakalarımızın yarısı 16 yaşından önce evlenmişti.

Serviks kanseri tanısı alan vakalarımızdan altısı hayatının hiçbir döneminde korunma yöntemlerine başvurmamıştı. İki vaka geri çekme yöntemi, bir vaka kombine oral kontraseptif, bir vaka kondom ile korunmaktaydı.

Serviks kanseri tanısı alan hiçbir vakamız sigara kullanmıyordu. Çalışmamızda sigara



2. Karadeniz Jinekoloji ve Obstetrik Kongresi



4 - 7 Nisan 2019, Samsun

07 Nisan 2019, Pazar

11:30 - 11:37 : Kolposkopi ünitesine başvuran anormal servikal smear sitolojili hastaların histopatolojik değerlendirilmesi ve demografik analizi

Deha Denizhan Keskin

kullanma alışkanlığı düşük seviyelerde saptandı. Vakaların sadece % 10'u sigara kullanmakta idi.

Çalışma grubundaki hastaları korunma yöntemleri açısından inceledik. Hastalardan % 22,7'si herhangi bir korunma yöntemi kullanmıyordu. Hastalardan % 16'sı kondom, % 17,2'si rahim içi araç, % 6,7'i kombine oral kontraseptif, % 33,7'si koitus interruptus, % 3,7'si tüp ligasyonu ile korunmaktaydı. Hiçbir korunma yöntemi kullanmayan ve koitus interruptus ile korunanların oranı % 56,4 ile diğer modern yöntemlerden daha fazla tercih edilmekteydi. Bu şekilde sağlanan doğum kontrolü etkisi tartışma konusudur. Paritenin serviks kanserindeki artırıcı etkisi düşünüldüğünde çağdaş korunma yöntemlerinin kullanımı artırılmalıdır. Cinsel yolla bulaşan hastalıkları azaltmak amaçlı özellikle multipartner ilişkisi olan hastalarda kondom kullanımını artırmak önemlidir.

Hastanemizde rutin olarak bütün anormal sitolojili hastalara kolposkopi yapılmaktadır. ASC-US yönetim kollarından olan HPV DNA testi ve smear kontrolü yöntemlerine fazla başvurulmamaktadır. Smear kontrolü hem hasta takibindeki zorluklar hem de hastanın kesin sonuç alma isteği nedeniyle tercih edilmemektedir.

Çoğu kaynakta ASC-US oranının % 5'den fazla olmaması gerektiği söylenmektedir. Daha fazla oranlarda, laboratuvarın kalite kontrolünün değerlendirilmesinin gerektiği belirtilmektedir. Diğer kalite kontrol belirteci olarak ASC-US / LSIL oranı kullanılmaktadır. Bethesda'nın yazarları bu oranın 3'den az olması gerektiğini söylemektedirler. Bizim çalışmamızda ASC-US / LSIL oranı 2.088 bulunmuş olup belirtilen kriterlere uygundur.

Çalışmamızda anormal sitoloji yüzdeleri ASC-US % 63,4, LGSİL % 30,3, HGSİL % 5,2, ASC-H % 0,7, AGUS % 0,4 olarak bulunmuştur. ASC-US / LGSİL oranı belirttiğimiz gibi 2 kat idi. Literatürden farklı olarak daha fazla ASC-US ve LGSİL, buna karşılık daha az HGSİL saptanmıştır.

ASC-US vakalarının yönetimi özellikle önem arz etmektedir. Kanserli vakalarımızdan ikisinde servikal smear sitolojisinde ASC-US saptanmıştı. Bu vaka grubu hem anormal sitolojili popülasyonun büyük çoğunluğunu oluşturması, hem de erken tedavi edilebilir histolojik lezyon seviyesinde olduğundan önemlidir.

Çalışmamızda ASC-US'lu vakalar servikal smear anormalliği saptanan vakaların

2. Karadeniz Jinekoloji ve Obstetrik Kongresi



4 - 7 Nisan 2019, Samsun

07 Nisan 2019, Pazar

11:30 - 11:37 : Kolposkopi ünitesine başvuran anormal servikal smear sitolojili hastaların histopatolojik değerlendirilmesi ve demografik analizi

Deha Denizhan Keskin

% 63'ünü oluşturmaktadır. Bütün servikal sitolojide anormalliği olan hastaların histopatolojik sonuçları incelenmiştir. Geriye dönük incelendiğinde histopatolojik sonuç olarak CIN I saptananların % 65'inde, CIN II saptananların % 56'sında, CIN III saptananların % 18'inde, invaziv karsinom saptananların % 20'sinde servikal smearinde ASC-US vardır.

1999 yılındaki Dvorak çalışmasında ASC-US'ların % 54'ü CIN I, % 18'i CIN II/III olarak saptanmıştır. Bizim çalışmamızda CIN I oranı % 51.3 ile yaklaşık olarak bu çalışmaya benzer bulundu. CIN II/III oranı ise % 7.1 seviyesinde kaldı.

ASC-H high-grade intraepitelyal lezyon düşündürdü, ancak HSİL kriterlerini tam taşımayan lezyonlara denir. ASC-H bütün atipik skuamoz hücre saptanan olgularının yaklaşık % 5 - 10'nu oluşturmaktadır. Bizim çalışmamızda 643 ASC-US olgusuna karşılık 7 ASC-H saptanmıştır. Bu oran % 1.08 ile literatürde bulunan değerinin çok altında kalmaktadır.

LGSİL yüksek oranda HPV enfeksiyonu işaret eder. Son yapılan metaanalizlerde LGSİL lezyonlarda onkojenik HPV DNA pozitif olma oranı % 76.6 bulunmuştur. ASC-US'a göre daha ileri bir lezyondur ve mutlaka kolposkopi gerektirir. İlk kolposkopide CIN II ve daha yüksek gradeli lezyon oranı %12 - 16 seviyelerindedir. Bizim çalışmamızda LGSİL'de yüksek gradeli lezyon oranı % 11.22 ile literatürdeki verilen değerlere benzerdir.

HGSİL serviks kanseri açısından yüksek risk taşımaktadır. Bir çalışmada CIN II/III saptanma yüzdesi % 53 - 66 seviyelerindedir. Diğer bir çalışmada invaziv kanser oranı % 2'dir. Bizim çalışmamızda 53 HGSİL lezyonun biyopsi sonucunda displastik olmayan vaka yoktu. Histopatolojik olarak CIN I % 22.65, CIN II/III % 66.03, invaziv kanser % 11.32 oranında saptandı. Bakıldığında hiç normal lezyon yoktu. CIN II/III oranı beklenen kadar iken invaziv kanser oranı literatüre oranla 5 - 6 kat fazla gözlemlendi.

SONUÇ

Serviks kanserini uygun aralıklarla yapılan smear kontrolleri ile preinvaziv dönemdeyken saptayıp önlemek mümkündür.

Servikal tarama programları uygun aralıklarla bütün popülasyonu kapsayacak şekilde uygulanmalı ve toplum serviks kanserine karşı bilinçlendirilmelidir. Risk



2. Karadeniz Jinekoloji ve Obstetrik Kongresi



4 - 7 Nisan 2019, Samsun

07 Nisan 2019, Pazar

11:30 - 11:37 : Kolposkopi ünitesine başvuran anormal servikal smear sitolojili hastaların histopatolojik değerlendirilmesi ve demografik analizi

Deha Denizhan Keskin

faktörleri ayrıca ele alınmalıdır. Toplumda çağdaş doğum kontrol yöntemleri yaygınlaştırılmalıdır. Multiparite ve düşük evlilik yaşı serviks kanseri açısından önemli risk faktörleridir. Sigara kullanımı azaltılmalıdır.

ASC-US olguları bütün sitopatolojik anormalliklerin büyük çoğunluğunu oluşturması açısından önemlidir. LGSİL ve özellikle HGSİL olgular ise yüksek gradeli histopatolojik sonuçlara neden olduğundan uygun yöntemlerle tedavi edilmelidir.

KAYNAKLAR

1. Pagluisi S. World health organization. Human Papilloma virus infection and cervical cancer.
2. Sağlık bakanlığı Kanserle savaş Dairesi başkanlığı, kanser kayıtlarında öncelik verilecek 8 il raporu (2002)
3. Disaia J.Philip, Creasman T. William; Klinik Jinekolojik Onkoloji: 2003; altıncı baskı sayfa; 3-61, 633
4. Wright TC, Cox JT, Massad LS, Twigg LB, Wilkinson EJ. 2001 consensus guidelines for the management of women with cervical cytological abnormalities and cervical cancer precursors: Part I: Cytological abnormalities. JAMA 2002;284.
5. Schiffman M, Adriansa ME. ASC-US-LSIL triage study, design, methods and characteristics of trial participants. Acta Cytol 2000; 44:726-42.
6. Schiffman M, Solomon D. Findings to date from the ASC-US-LSIL triage study (ALTS). Arch Pathol Lab Med 2003; 127:946-9.
7. Kendall BS, Bush AC, Olsen CH et al. Reflex high-risk human Papillomavirus testing for women with atypical squamous cells of undetermined significance in cytologic smears. Am J Clin Pathol 2005; 123:524-8.
8. Kim JJ, Wright TC, Goldie SJ. Cost effectiveness of alternative triage strategies for atypical squamous cells of undetermined significance. JAMA 2002; 287:2382-9.
9. Walboomers JM, Jacobs MV, Manos MM et al: Human Papillomavirus is a necessary cause of invasive cervical cancer worldwide J.pathol. (1999) 189:12-19

2. Karadeniz Jinekoloji ve Obstetrik Kongresi



4 - 7 Nisan 2019, Samsun



Destekleriyle

Organizasyon Sekreteryası



FİGÜR KONGRE ORGANİZASYONLARI VE TİC. A.Ş.

19 Mayıs Mah. 19 Mayıs Cad. Nova Baran Center No: 4, 34360 Şişli / İstanbul

Tel: 0 212 381 46 00 / Faks: 0 212 258 60 78

E-posta: karadenizjinekoloji@figur.net

