



 **ONLINE**

# 3. Karadeniz Jinekoloji ve Obstetrik Kongresi

20-22 Kasım 2020

"Online  
Kongre"

[www.karadenizjinekoloji.org](http://www.karadenizjinekoloji.org)

**Bilimsel Program ve Bildiri Özetleri Kitabı**



ONLINE

# 3. Karadeniz Jinekoloji ve Obstetrik Kongresi

20-22 Kasım 2020

Değerli Meslektaşlarım,

Ülkemizin içinde bulunduğu zor şartlara, sektörümüzdeki paydaşlarımızın yaşadığı maddi zorluklara rağmen 2 senedir, siz değerli çalışma arkadaşlarımızın destekleri, olumlu yaklaşımları ve bilimsel katkıları ile başarı ile gerçekleştirdiğimiz “Karadeniz Jinekoloji ve Obstetrik Kongresi”nin hazırlıklarına başlamış bulunmaktayız.

Birinci ve ikinci kongremizde ki deneyim, tecrübe ve paylaşımlarımızla birlikte Değerli Hocalarımızın telkinleri ve yol arkadaşlarımızın katkılarıyla bu yıl kongremizi farklı bir platforma taşımayı hedeflemekteyiz.

Karadeniz Kadın Sağlığı Derneği'mizin çatısı altında birleşen bölgemizin 14 değerli eğitim kurumunun ve bunların değerli mensuplarının bilimsel katılımları ile büyüyen etkinliğimizi, bu yıl Karadeniz'e komşu ülkelerde ki meslektaşlarımızın da katılımıyla bölgemizde ki ilişkilerimizi ve bilimsel paylaşımlarımızın merkezi olacağı bir formata getirmeyi hedefliyoruz.

Amacımız; ülkemizin önemli dernekleri olan ve başladığımız günden itibaren desteklerini bizden hiçbir suretle esirgemeyen MİJİD, MİJOD, TSRM, TJOD ve TAJEV ile bilime farklı bakış açıları getirip, paylaşımlarımızı genişletmek olacaktır.

Bölgemizde ki hekim, hemşire ve özellikle de asistan arkadaşlarımızın duayen hocalarımız, alanında birbirinden değerli konuşmacılarımız ve sektör paydaşlarımız ile en güzel şartlarda kuracakları ortamları sağlayarak, bilimin ve bilginin paylaşarak değer kazanmasını hedeflediğimiz kongremize hepinizin el vermesini ve desteklemesini beklemekteyiz.

Birbirimizle ayrışarak değil kaynaşarak güzel günler göreceğimizi de özellikle belirterek, sizleri Karadeniz Kadın Sağlığı Derneği ve bölgede ki meslektaşlarımız adına, 3. Karadeniz Jinekoloji ve Obstetrik Kongresi için 20-22 Kasım 2020 tarihlerinde Online Platformda ağırlamaktan duyacağımız memnuniyeti de belirtmek isteriz. İlk başladığı günden beri kaybetmediğimiz heyecanımıza ortak olmanızı diler, sizleri ağırlamaktan onur duyacağımızı da ayrıca belirtmek isteriz.

Saygılarımızla,  
Karadeniz Kadın Sağlığı Derneği  
Yönetim Kurulu



# 3. Karadeniz Jinekoloji ve Obstetrik Kongresi

20-22 Kasım 2020

## KARADENİZ KADIN SAĞLIĞI DERNEĞİ YÖNETİM KURULU

<b>Başkan</b>	Doç. Dr. Davut Güven
<b>Başkan Yardımcısı</b>	Prof. Dr. Osman Fadıl Kara
<b>Genel Sekreter</b>	Dr. Sabri Çolak
<b>Sayman</b>	Doç. Dr. Abdülkadir Bakay
<b>Üye</b>	Prof. Dr. Süleyman Güven

## KONGRE BİLİMSEL KURULU

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

## KONGRE DÜZENLEME KURULU

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



ONLINE

# 3. Karadeniz Jinekoloji ve Obstetrik Kongresi

20-22 Kasım 2020

## Destek Olan Dernekler



## Destek Olan Firmalar

### PLATİN SPONSOR

**MERCK**

### ALTIN SPONSOR

**FERRING**

PHARMACEUTICALS

### GÜMÜŞ SPONSOR



PARTOGEN

**sismedikal**

### DIĞER SPONSORLAR



# 3. Karadeniz Jinekoloji ve Obstetrik Kongresi

20-22 Kasım 2020

20 Kasım 2020, Cuma

## 17:00 - 17:15 AÇILIŞ SEREMONİSİ

Karadeniz Kadın Sağlığı Derneği

Davut Güven

Minimal İnvaziv Jinekoloji Derneği

Bülent Urman

Üreme Sağlığı ve İnfertilite Derneği

Ahmet Zeki Işık

## 17:20 - 17:50 KEYNOTE LECTURE

Üreme Cerrahisi Nedir? Üreme Cerrahisi Kimdir? Üreme Cerrahisi Nereye Gidiyor?

Gürkan Uncu

## 18:00 - 19:00 ÜROJİNEKOLOJİ OTURUMU

**Oturum Başkanları:** Adnan Orhan, Şebnem Alanya Tosun

18:00 - 18:15 Aşırı Aktif Mesane Tedavisinde Güncel Durum, Botoks ve Nöromodülasyon

Kadir Önem

18:15 - 18:30 POP Cerrahisinde Uterus Korunmalı mıdır?

Alper Başbuğ

18:30 - 18:45 TVT, TOT, Mini Askı Operasyonları

Özgür Koçak

18:45 - 19:00 Stres Üriner İnkontinansta Medikal Tedavi

Fulya Dökmeci

## 19:10 - 20:10 PERİNATOLOJİ -1 OTURUMU: POSTPARTUM KANAMA

**Oturum Başkanları:** Süleyman Güven, Hulusi Gürel

19:10 - 19:25 Postpartum Kanamada Cerrahi Ne Zaman?

Mesut Önal

19:25 - 19:40 Postpartum Kanama Profilaksisi

Faik Acar Koç

19:40 - 19:55 Sezaryen Skar Plasenta

Emine Seda Güvendağ Güven

19:55 - 20:10 Postpartum Kanama Medikolegal Sorunlar

Yeşim Bayoğlu Tekin

## 20:20 - 21:20 LAPAROSKOPİ OTURUMU-1

**Oturum Başkanları:** Seda Keskin, Arif Serhan Cevrioğlu

20:20 - 20:35 Pelvik Ağrı Tedavisinde Robotik ve Laparoskopik Cerrahi

Sabri Çolak

20:35 - 20:50 Servikal Yetmezlik Tedavisinde Laparoskopik Seçeneği

Cem Demirel

20:50 - 21:05 Laparoskopik Mesh Uygulamaları

İbrahim Yalçın

21:05 - 21:20 İnfertilitede Diagnostik Laparoskopinin Yeri

Ayşe Zehra Özdemir

## 21:30 - 22:30 EMBRİYOLOJİ OTURUMU

**Oturum Başkanları:** Enver Kerem Dirican, Ülkü Özmen

21:30 - 21:45 Ovaryen Stimülasyon Uygulamalarının Oosit ve Embriyo Kalitesi Üzerindeki Etkisi

Bülent Ayas

21:45 - 22:00 Klinik ve Laboratuvar Uygulamalarının Öploid Embriyo Elde Etme Oranlarına Etkileri

Necati Fındıklı

22:00 - 22:15 Güncel Kriyopreservasyon Yöntemlerinin Laboratuvar, Klinik ve Obstetrik Sonuçlara Etkisi

Sinan Özkavukçu

22:15 - 22:30 Başarılı Bir Tedavi İçin Gamet ve Embriyo Seçimi: Güncel Yaklaşımlar ve

Enver Kerem Dirican

Gelecek Beklentileri

## 22:40 - 23:40 HİSTEROSKOPİ OTURUMU

**Oturum Başkanları:** M. Cihat Ünlü, Aykut Barut

22:40 - 22:55 Uterus Anomalilerine Cerrahi Gerekir mi?

Barış Ata

22:55 - 23:10 Myomektomi Yönetimi Değişiyor mu?

Deha Denizhan Keskin

23:10 - 23:25 Asherman Cerrahisinin İlkeleri ve Önlenmesi

Deniz Kulaksız

23:25 - 23:40 İstmosel Onarımı

Mehmet Sipahi

# 3. Karadeniz Jinekoloji ve Obstetrik Kongresi

20-22 Kasım 2020

## 21 Kasım 2020, Cumartesi

### 15:00 - 16:00 LAPAROSKOPİ OTURUMU İP UÇLARI ve PÜF NOKTALARI

**Oturum Başkanları:** Gürkan Uncu, Mete Güngör

15:00 - 15:15	Lymphatic Dissection – Conventional Laparoscopy
15:15 - 15:30	Lenfatik Diseksiyon - Robotik Laparoskopisi
15:30 - 15:45	Pelvik Prolapsus Cerrahisi
15:45 - 16:00	Myomektomi

Kemal Özerkan
Mete Güngör
Üzeyir Kalkan
Erhan Şimşek

### 16:10 - 17:10 İNFERTİLİTE OTURUMU-1

**Oturum Başkanları:** Cemal Posacı, Gürkan Bozdağ

16:10 - 16:25	PCOS Yeni Kavram ve Tedaviler
16:25 - 16:40	Endometriozis İnfertilite: Doğrular ve Yanlışlar
16:40 - 16:55	IVF de Başarının Optimizasyonu
16:55 - 17:10	İnfertilite Histeroskopinin Yeri

Yaprak Üstün
Bülent Urman
Ömer Erbil Doğan
Esra Bulgan Kılıçdağ

### 17:20 - 18:40 ONKOLOJİ OTURUMU-1

**Oturum Başkanları:** Hüsnü Çelik, Tefik Güvenal

17:20 - 17:35	Endometrial Hiperplazilerde Güncel Yaklaşım
17:35 - 17:50	Anormal Uterin Kanamaların Tanısı: Ofis Biyopsi, Fraksiyone Küretaj, H/S
17:50 - 18:05	Anormal Uterin Kanamaların Tıbbi Tedavisi
18:05 - 18:20	Endometrium Kanseriinde Onkofertilite Yaklaşımı
18:20 - 18:35	Erken Evre Endometrium Kanserlerinin Yönetiminde Neler Değişti?

M. Mutlu Meydanlı
Uğur Fırat Ortaç
Ahmet Göçmen
Ali Ayhan
Macit Arvas

### 18:50 - 19:50 PERİNATOLOJİ OTURUMU-2

**Oturum Başkanları:** Fazlı Demirtürk, Merih Bayram

18:50 - 19:05	Anöploidi Taramasında Güncel Durum NIPT testi
19:05 - 19:20	Fetal 1. Trimester Santral Sinir Sistemi Ultrasonografisi
19:20 - 19:35	Tekrarlayan Gebelik Kaybı Olan Hastalara Yaklaşım
19:35 - 19:50	Fetal Ekokardiyografi Endikasyonları

Muhterem Bahçe
Yalçın Kimya
Cavit Kart
M. Ata Topçuoğlu

### 20:00 - 21:00 GTN VE DEĞİŞİK KONULAR

**Oturum Başkanları:** Sinan Özalp, Bülent Yılmaz

20:00 - 20:15	GTN'ye Güncel Yaklaşım
20:15 - 20:30	Postpartum Kanama Tanısı ve Sınıflandırması
20:30 - 20:45	Postpartum Kanamada Tıbbi Tedavi
20:45 - 21:00	Postpartum Kanamada Cerrahi Yaklaşım

Mehmet Harma
M. Coşkun Salman
Ülkü Esra Kuşçu
M. Murat Naki

### 21:10 - 22:10 ÜREME TIBBİNDE TARTIŞMALI KONULAR

**Oturum Başkanları:** Ahmet Zeki Işık, Pervin Karlı

21:10 - 21:25	PCOS Tanısında Değişiklikler
21:25 - 21:40	PCOS ve İnfertilite
21:40 - 21:55	Tekrarlayan İmplantasyon Başarısızlıklar
21:55 - 22:10	Preimplantasyon Genetik Tanı: Kime? Ne Zaman? Nasıl?

Gürkan Bozdağ
İşıl Kasapoğlu
Berfu Demir
Ayşe Seyhan

# 3. Karadeniz Jinekoloji ve Obstetrik Kongresi

20-22 Kasım 2020

## 22 Kasım 2020, Pazar

### 15:00 - 16:15 ONKOLOJİ OTURUMU-2

**Oturum Başkanları:** Hüsnü Gökaslan, Müge Harma

15:00 - 15:15	Adölesanlarda Adneksial Kitlelere Yaklaşım	Samet Topuz
15:15 - 15:30	Gebelikte Adneksial Kitlelere Yaklaşım	Tayup Şimşek
15:30 - 15:45	Postmenopozal Adneksial Kitlelere Yaklaşım	M. Ali Vardar
15:45 - 16:00	Over Kanserinde Onkofertilite Yaklaşımı	Bülent Urman
16:00 - 16:15	Adneksiyal Kitlelerin Yönetiminde Laparoskopinin Güncel Yeri	Mete Güngör

### 16:25 - 17:25 LAPAROSKOPİ OTURUMU

**Oturum Başkanları:** Gürkan Uncu, Kadir Bakay

16:25 - 16:45	Davydov Operasyonu, Uncu Modifikasyonu	Münir Kiper Aslan
16:45 - 17:05	Sakral Kolpopeksi, Özerkan Modifikasyonu	Kemal Özerkan
17:05 - 17:25	Histerektomi, Bakay Modifikasyonu	Kadir Bakay

### 17:45-18:15 GIDA TAKVİYELERİNİN "5N1K"ı

**Oturum Başkanı:** Davut Güven

**Konuşmacı:** Tansu Küçük

### 18:30 - 19:50 ONKOLOJİ OTURUMU-3 Hpv / Servikal Lezyonlar

**Oturum Başkanları:** Mehmet Anıl Onan, Salih Taşkın

18:30 - 18:45	Serviks Kanseri Taramasında Tek Başına HPV Yeterli midir?	Nejat Özgül
18:45 - 19:00	Anormal Sitolojiye Yaklaşım Nasıl Olmalıdır?	Fuat Demirkıran
19:00 - 19:15	Histopatolojik Tanı Almış Hastaların Yönetimi Nasıl Olmalıdır?	Aydın Özşaran
19:15 - 19:30	HPV Aşılarında Dünya'da ve Ülkemizde Güncel Durum Nedir?	M. Faruk Köse
19:30 - 19:45	Servikal Kanserde Onkofertilite Yaklaşımı	Çağatay Taşkıran

### 20:00 - 21:00 CİSED VE GENİTAL ESTETİK

**Oturum Başkanları:** Fatma Devran Bildircin, Engin Yurtçu

20:00 - 20:30	Jinesexoloji Bakış Açısıyla Genitopelvik Ağrı ve Penetrasyon Bozukluğu	Selcen Bahadır
20:30 - 21:00	Jinesexoloji Bakış Açısıyla Kadın Boşalma ve Orgazm Bozuklukları	Cem Keçe

### 21:20 - 22:20 ESTETİK GENİTAL CERRAHİYE GENEL BAKIŞ

21:20 - 22:20	Estetik Genital Cerrahiye Genel Bakış ve Cinsel İşlev Bozukluklarının Cerrahi Tedavisi	Süleyman Eserdağ
---------------	--	------------------

### 22:20 - 22:45 AKILCI İLAÇ SUNUMU

**Oturum Başkanları:** Cem Akarsu, Niyazi Aşkar

Akılci İlaç Kullanımı	Banuhan Şahin
-----------------------	---------------

# Merional®

İnsan menopoza gonadotropini (hMG)

# Fostimon®

Yüksek saflıkta insan folikül stimulan hormonu (HP-FSH)

# Choriomon®

İnsan koriyonik gonadotropini (hCG)

# Prolutex®

25 mg Progesteron







**ONLINE**

# 3. Karadeniz Jinekoloji ve Obstetrik Kongresi

20-22 Kasım 2020

## SÖZLÜ SUNUMLAR

# 3. Karadeniz Jinekoloji ve Obstetrik Kongresi

## 20-22 Kasım 2020

SS-001

### Dismenore ile seks hormonları arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi

Melike Demir Çaltekin

Yozgat Bozok Üniversitesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Ana Bilim Dalı, Yozgat

**GİRİŞ:** Dismenore, özellikle adolesanlarda ve genç kadınlarda sık görülen jinekolojik problemlerden birisidir. Prevalansı çok fazla değişkenlik göstermektedir (%8,8 -%94). Şiddetli menstrüel ağrının iş veya okuldan uzak kalmaya ve günlük aktivitelerde kısıtlanmaya yol açtığı bilinmektedir. Genellikle primer ve sekonder olmak üzere iki tipte kategorize edilir. Primer dismenore, tanımlanabilen herhangi bir pelvik patoloji olmadan menstruasyon döneminde ortaya çıkan, rekürren, kramp şeklinde olan karın ağrılarıdır. Erken menarş, uzun menstrüel periyotlar, yoğun menstrüel kanama, sigara kullanma ve aile öyküsü primer dismenorenin risk faktörleri arasında bulunmaktadır. Halen birçok faktör dismenore risk faktörü açısından araştırılmaktadır. Primer dismenore, sıklıkla ovulatuvar sikluslarla ilişkili bir durum olarak tanımlanır. Ancak her ne kadar dismenore ile ovulasyon arasında bir ilişki olduğu bilinse de, dismenorede FSH (folikül stimulan hormon), LH (luteinizan hormon), estrodiol, prolaktin ve testosteron gibi seks hormonlarının düzeyleri çok fazla araştırılmamıştır. Biz de bu seks hormonlarının dismenore ile ilişkisini değerlendirmeyi amaçladık.

**MATERYAL METOD:** Çalışma; 01.03.2019-01.07.2019 tarihleri arasında Bozok Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi'nde gerçekleştirildi. Çalışmaya jinekoloji polikliniğine başvuran orta ve şiddetli dismenore şikayeti olan 41 kadın ve kontrol grubu olarak hafif dismenoresi olan ya da hiç dismenore tariflemeyen 40 kadın dahil edildi. Katılımcıların demografik bilgilerine elektronik sistemden ulaşıldı. Standardizasyon sağlamak için hastaların daha önceden bakılmış olan adet 2.- 3.günü FSH, LH, estrodiol, prolaktin ve testosteron değerleri tarandı ve kaydedildi. İki grup arasında seks hormonları düzeyleri açısından fark olup olmadığı değerlendirildi.

**BULGULAR:** Çalışmaya dismenoresi olan 41 ve dismenoresi olmayan 40 kadın dahil edildi. Dismenoresi olan kadınların yaş ortalaması 27±6, olmayanların 27±7 idi ve aralarında anlamlı bir fark yoktu. VKI (Vucut Kitle İndeksi), medeni durum, sigara içme durumu ve parite açısından gruplar birbirine benzerdi ve aralarında anlamlı bir fark yoktu. Seks hormonlarından FSH, LH, prolaktin ve estrodiol düzeyleri dismenoresi olanlarda ve olmayanlarda benzer bulundu. Ancak testosteron düzeyi, dismenoresi olan grupta kontrol grubundan daha fazla idi ve bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulundu (p=0,029).

**TARTIŞMA:** Primer dismenorenin daha çok ovulatuvar sikluslarla ilişkili tanımlanması üzerine seks hormonlarının dismenore ile ilişkisi olup olmadığını değerlendirdik. Çalışmamızda her iki grup yaş, VKI, sigara içme, parite durumu ve medeni durum açısından homojen dağılmıştı. Ancak çalışmamızda seks hormonlarından sadece testosteronun dismenore olan kadınlarda daha yüksek olduğunu, diğer hormon değerlerinin her iki grupta benzer olduğunu tespit ettik. Daha önce yapılan bazı çalışmalarda, menstru-

el düzensizlik (anovulatuvar siklus) olan ve olmayanlarda dismenore görülme sıklığı benzer bulunmuştur. Ovulatuvar sikluslarda sekretuar endometriumdan salınan prostoglandinler sorumlu tutulurken, anovulatuvar sikluslardaki dismenore etyolojisi net değildir. Bizim çalışmamızda bulduğumuz testosteron yüksekliğinin dismenore ile ilişkisi, polikistik over sendromu gibi anovulatuvar sikluslardaki dismenore etyolojisini açıklayabilir. Dai ve ark, dismenore tedavisinde kullanılan Jingqian Zhitong Fang adlı maddeyi dismenoresi olan gruba verdiğinde dismenore azalmasıyla orantılı olarak testosteronun da azaldığını tespit etmişlerdir. Dolayısıyla bizim çalışmamızda da olduğu gibi testosteron yüksekliği ile dismenore arasında bir ilişki olabileceği düşünülebilir.

**SONUÇ:** Sonuç olarak daha önce dismenore ile seks hormonlarının ilişkisi çok araştırılmamış olup, bu konuda veriler yetersizdir. Polikistik over sendromu gibi anovulatuvar siklusları olan kadınlarda dismenore varlığı bizim çalışmamızdaki testosteron yüksekliği ve dismenore ilişkisi ile açıklanabilir. Ancak, bunun için daha geniş serili çalışmalara ihtiyaç vardır.

**Anahtar Kelimeler:** dismenore, testosteron, estrodiol, FSH, LH

#### Nastaların demografik verileri

		Kontrol (n)	Dismenore (n)	p değeri
Yaş (mean±sd)		27±6	27±7	0,94
VKI (kg/m2)(mean±sd)		24±5	25±5	0,615
Medeni_Durum (n)	Bekar Evli	21 19	17 24	0,440
Sigara (n)	İçmiyor İçiyor	32 8	32 9	0,829
Parite (n)	0 ≥1	24 16	26 15	0,930
Eğitim_durumu (n)	İlk okul Ortaöğretim Üniversite	1 14 25	4 13 24	

VKI: Vucut Kitle İndeksi sd:standart deviasyon n:sayı

#### Hastaların dismenore varlığına göre seks hormonları ile ilişkisi

	Kontrol	Dismenore	p değeri
FSH	5,9 ± 1,7	6,3 ± 1,9	0,416
LH	8,1 ± 4,5	7,8 ± 4,3	0,664
Prolaktin	16,5 ± 9,2	18,8 ± 10,7	0,287
Estrodiol	33,8 ± 18,1	45,1 ± 37,7	0,257
Testosteron	0,25 ± 0,1	0,33 ± 0,2	0,029

LH: Luteinizan hormon, FSH: Folikül stimulan hormon

SS-002

### Endometriyum kanserinde intraoperatif frozen section analizin myometriyal invazyondaki doğruluk oranı, tek merkez sonuçlarımız

Hacı Öztürk Şahin

Çanakkale 18 Mart Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Ana Bilim Dalı, Çanakkale

**GİRİŞ:** Endometriyum kanseri (EK) gelişmekte olan ülkelerde en sık görülen jinekolojik malignitedir. Vakaların çoğu erken evrede tanı alır. Uluslararası Jinekoloji ve Obstetri Federasyonu (FIGO)'nun 2009'daki evreleme sisteminde subgrup olarak myometriyal invazyonun (Mİ) olmaması yada < %50'den az olması Evre 1A, Mİ'nun  $\geq$  %50 olması evre 1B olarak tanımlanmıştır. Mİ, histolojik tip ve tümör grade'i yapılacak cerrahinin tipi ve lenfadenektomi gerekliliği tayininde en önemli faktörlerdir. Mİ, hastalığın extrauterin yayılması ve lenf nodu metastazı için tanımlayıcı risk faktörlerinden sayılmaktadır. Erken evre hastalıkta hastaliksız sağkalım ve genel sağ kalıma lenfadenektominin faydası gösterilememişken, yüksek risk grubunda bu prosedür cerrahi evrelemenin bir parçasıdır. Bununla birlikte lenfadenektomi, lenfokist, lenfödem gibi komplikasyonlara sebep olabileceği için düşük risk grubunda bundan kaçınmak gerekir. Operasyon öncesi ve intraoperatif tanı prosedürlerinin Mİ değerlendirilmesinde kullanılması ile morbiditeyi arttırıcı gerekli olmayan yada eksik cerrahi prosedürlerin önüne geçilmesi amaçlanmaktadır. Bu çalışmada, retrospektif olarak, epitelyal EK vakalarının frozen incelemesi ile myometriyal invazyonun değerlendirilmesini ve tanı doğruluğunu araştırmayı amaçladık

**MATERYAL-METOD:** Mart 2018-Ağustos 2019 tarihleri arasında opere ettiğimiz ve final patoloji sonucu endometriyal epitelyal malign tümör olarak raporlanmış 31 vakamızı retrospektif olarak inceledik. Cerrahi prosedür olarak laparotomi veya laparaskopi ile total histerektomi ve bilateral salpingooferektomi uygulanan hastalar çalışmaya dahil edildi. Frozen section(FS) inceleme ile final patolojik inceleme kör olarak farklı patologlar tarafından yapıldı. Myometriyal invazyon, histolojik grade, histolojik subtip ve tümör çapına göre cerrahi prosedür tamamlandı. Komplet cerrahi evreleme FIGO 2009 sınıflamasına göre yapıldı. Preoperatif alınan endometriyal örneklerinde Grade 3 veya non endometroid tip endometriyal adenokarsinom histolojisinde bulunan 6 vakamız dışında tüm hastalara frozen section inceleme yapılmıştı. Bu hastalara yapılmama sebebi ise zaten yüksek risk grubunda bulunmaları ve tam cerrahi evrelemenin yapılmış olmasıydı. 19 hastamız evre 1A(%61,2), 9 vakamız evre 1B(%29,0), 1 vakamız evre 3C1(%3,2) ve 2 vakamız evre 3C2(%6,4) olarak bulundu. 3 vakamız frozen incelemede endometriyal intraepitelyal neoplazi(EİN) tanısı almıştı. EİN saptanan hastalarımızın final patoloji sonucu 2'si grade 2 Evre 1a, 1'i ise grade 1 evre 1a endometrial tip adenokarsinom olarak değerlendirildi. Mİ değerlendirmesinde frozen inceleme ile final patolojide uyumsuzluk bulunan 5 hastamız vardı. 4'ünde Mİ < %50 olan frozen sonucu final patolojide

Mİ>%50,1 tanesinde Mİ >%50 olan frozen sonucu ise final patolojisinde Mİ <%50 bulundu. Sonuç olarak frozen section'un Mİ tanı doğruluğunu %82,2 olarak bulduk.

**TARTIŞMA:** Myometrial invazyonun preoperatif değerlendirilmesinde kullanılan görüntüleme yöntemlerinin doğruluk oranları yüksektir. Avrupa Ürogenital Radyoloji Birliği yeni tanı almış endometriyum kanseri vakalarında hastalık sınırları tayininde öncelikle MRI'ı önermektedir. MRI, endometriyum kanserlerinde myometriyal invazyon yanında extrauterin hastalık ve lenf nodu metastazını saptamada uygun bir tanı modalitesidir. İntraoperatif olarak ise frozen section inceleme bir çok merkezde myometriyal invazyon için en uygun yöntem olarak kabul edilmektedir. Ancak deneyimli jinekopatologun olması, değerlendirme için zamanın kısıtlı olması endometriyal kavitenin tam değerlendirmesini zorlaştırabilir. FS da tümörün incelenmesi makroskopik incelemeye göre çok daha üstündür(1). FS 'nin doğruluk oranı karataşı nın çalışmasında %94,4 olarak verilmiştir ve FS incelemenin MR'a göre daha yüksek doğruluk oranına sahip olduğu belirtilmiştir.(2,3,4) Ancak Case ve ark. prospektif çalışmalarında bizde olduğu gibi final patoloji ile frozen incelemeyi kör çalışmış ve doğruluk oranını %67 bulmuşlardır.(5)

**Anahtar Kelimeler:** Endometriyum kanseri, Frozen section, Myometriyal invazyon

SS-006

### Gebede Trombotik Trombositopenik Purpura Olgusu Sunumu

Ayşegül Bestel<sup>1</sup>, Merve Aldıkaçtıoğlu Talmaç<sup>1</sup>, Onur Karaaslan<sup>2</sup>, Ecem Atak Mutlu<sup>1</sup><sup>1</sup>Sağlık Bilimleri Üniversitesi İstanbul Kanuni Sultan Süleyman Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İstanbul, Türkiye<sup>2</sup>Van Yüzüncü Yıl Üniversitesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği, Türkiye

25 yaşında Gravide 1 parite 0 son adet tarihine göre 34 hafta 3 gün gebe olan hasta Acil Kadın Doğum Servisi'ne 2 gündür devam eden solunum sıkıntısı şikayetiyle başvurdu. Bilinen akut romatizmal ateş hastası olan hastanın gebe kalmadan önce ayda bir kez penisilin tedavisi aldığı, gebeliği boyunca gittiği düzenli kontrollerde herhangi bir şikayeti olmadığını öğrenildi. Hasta öncelikli olarak Covid-19 şüphesiyle değerlendirildi. Covid-19 taraması kapsamında hastadan içerisinde hemogram, koagülasyon, biyokimya, kan gazı, idrar tetkiki bulunan kapsamlı tetkik istendi, PCR alınan hasta Pulmoner BT çekildi. Pulmoner BT Covid-19 açısından negatif olarak sonuçlandı. Hastanın Hemogloblin 5.7 g/dL, Hematokrit %16.4, Platelet 8000/ML, Lökosit 11000 ML olarak; biyokimya AST 60 U/L, ALT 23 U/L, LDH 1710 U/L, Direkt Bilirubin 1.69, İndirekt Bilirubin 1.19, CRP 34.09, Ferritin 1003; idrar tetkiki Protein +3 Lökosit +2; Elisa HIV, Hepatit C ve Hepatit B negatif; koagülasyon PT 10.8 saniye, APTT 27.8 saniye, INR 0.94, Fibrinojen 220, D-Dimer 6.27 olarak izlendi. Hastanın yapılan fizik muayenede peteşi, purpura gözlenmedi ancak hasta tarafından

# 3. Karadeniz Jinekoloji ve Obstetrik Kongresi

## 20-22 Kasım 2020

15 gün önce peteşi/purpura olduğu sonrasında solduğu öğrenildi; bir ay önce dış merkezde yaptırdığı tetkik sonuçlarının normal olduğu görüldü, durumun akut başlangıçlı olduğuna kanaat getirildi. Hastadan anemi/bisitopeni etyolojisi sorgulanmak üzere ayrıntılı anamnez alındığı sırada hastada 20 saniye süren geçici konuşma bozukluğu olduğu izlendi. Hastanın konuşma bozukluğu geliştiği sırada bilinci açık, koopere, oryante idi. Nöroloji Bölümü'ne danışılan hastadan Subaraknoid kanama şüphesiyle Beyin BT, Beyin MR, Diffüzyon MR istendi; sonuçlarında akut kanamaya ait patoloji izlenmedi, Diffüzyon MR'da sağ oksipital bölgede şüpheli diffüzyon kısıtlanması olan hastaya Nöroloji Bölümü tarafından MR Venografi istenerek dahili açıdan kontraendikasyon görülmezse Enoksaparin başlanması önerildi. Batın içi patolojilerin ekartasyonu için istenen Tüm Batın Ultrasonografi'de acil sonopatoloji izlenmedi. Hasta Acil Servis'te monitorize şekilde takibe alındı. Vitalleri stabil, genel durumu orta-iyi, bilinç açık, koopere-oryante seyretti. Hastadan istenen kontrol tetkiklerde sonuçlar bir önceki ile uyumlu izlendi. Hasta periferik yayma alınarak Dahiliye Bölümü'ne danışıldı. Dahiliye Bölümü tarafından incelenen periferik yaymada gerçek trombositopeni ve az sayıda Şistosit izlenen hastada ön planda Subklinik DİK düşünüldü. Hastaya Yoğun Bakım şartlarında 2 ünite havuzlanmış trombosit takılarak Enoksaparin başlandı. Plazmafereze başlanan ve 4 ünite eritrosit süspansiyonu ile replasman yapılan hastanın kontrol tetkiklerinde Hemoglobin 8.5g/dL, Hematokrit %23.5, Platelet 41 bin/ML; koagülasyon değerlerinde bozulma olmadığı; biyokimya değerlerinde gerileme olduğu izlendi. Kadın Hastalıkları ve Doğum Bölümü olarak sık aralıklarla yaptığımız fetal incelemelerde acil bulgu saptanmadı, fetusun iyilik hali devam etti. Ertesi gün Yoğun Bakım takibi devam eden hastadan Dahiliye Bölümü tarafından trombositopeni/anemi/bisitopeni etyolojisine yönelik istenen tetkiklerde retikülosit %10, direct(IgG/Kompleman)-indirect Coombs testleri negatif, Sitokin seviyesi 30 olarak geldi. Fetal değerlendirmelerde acil bulgu saptanmadı, fetusun iyilik hali devam etti. Ertesi gün plazmafereze devam edilen ve 1 ü eritrosit süspansiyonu ile tekrar replasman yapılan hastanın tetkiklerinde Hemoglobin 8g/dL, Hematokrit %22.5, Platelet 99 bin/ML; koagülasyon değerlerinde bozulma olmadığı; biyokimya değerlerindeki gerilemenin sürdüğü izlendi. Hastadan tekrar alınan periferik yaymayı değerlendiren Dahiliye Bölümü, hastada Şistosit varlığının sürdüğünü bu sebeple plazmaferez tedavisine devam edilmesini, trombotik trombositopenik purpura (TTP) ön tanısıyla gebeliğin sonlandırılmasını önerdi. Fetal prognozu iyileştirmesi açısından Betametazon 2x2 tedavisininin 12 saat arayla yapılmasını takiben maternal edinsel TTP endikasyonu ile C/S yapıldı.

**Anahtar Kelimeler:** Koagulopati, Trombotik trombositopenik purpura, Trombositopeni

SS-007

## Fibroepitelyal Polip

**Yunus Katırcı**

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

**GİRİŞ:** Fibroepitelyal polip genellikle edinsel iyi huylu mezenşimal tümördür. Soliter ya da multiple olabilirler. Akrokordon, skin tag olarak da isimlendirilmektedir. Genellikle aksilla, genital bölge ya da boyun gibi cilt katlantılarında gözlenirler. Alt genital traktta ve vajinada daha sık olmak üzere vulvar bölgede ve nadiren servikste de gözlenebilirler<sup>1</sup>. Fibroepitelyal polipler 1 yada 2 cm kadar büyürler. Fibroepitelyal poliplerin boyutları genellikle 5 cm'i geçmez. Vulvada nadir görülmekte olup bu bölgede dev boyutlara ulaşan çok az sayıda olgu bildirilmiştir<sup>2</sup>. Reprodüktif çağda oral kontraseptif ilaç kullanımı ve gebelik durumu da bu riski artırabilmektedir<sup>3</sup>. Biopsi diğer lezyonlardan, özellikle maligniteden ayırmak için gereklidir<sup>4-5</sup>.

**OLGU:** Onyediyi yaşında virjin hasta, sollabi ummajusta kitle şikayeti ile departamanımıza başvurdu. Eksistemik hastalığı ve cerrahi öyküsü bulunmayan hasta, 3 aydan beri bu lezyonun giderek arttığından yakınmakta idi. Palpasyon ile yapılan muanesinde bir özellik bulunmuyordu. Sigara ve ilaç kullanım öyküsü yoktu. BMI 18 olup ortalama değerlerin altında idi. İnceksiyon ile yapılan muanesinde sol labiummajusta zerinde 0.8x0.7 cm yükseklik gösteren - Yüzeysel bulunan 4,5x3,5 x2,5 cm boyutlarında üzeri deri elipsi ile örtülü lobüler düzenlenmiş karnibahar görünümünde polipoid yapıda kitle izlendi. Laboratuvar tetkiklerinde özellik tespit edilmedi. Histopatolojik değerlendirmede fibroepitelyal polip tanısı alındı. (RESİM 1)

**TARTIŞMA:** Fibroepitelyal polip gebelik ve akromegali gibi hormonal dengenin değiştiği durumlar, obezite ve diyabetes mellitus varlığında daha sık gözlenmektedir<sup>6</sup>. Fibroepitelyal polip genel olarak saplı lezyonlardır. Çok nadiren devasa çaplara ulaşabilirler. Fibroepitelyal polipin klinik olarak ayırıcı tanısında intradermal melanositiknevüs, seboreikkeratoz, pleksiform nörofibrom, genital veya genital olmayan verrukalar yer almakta olup kesin tanı histopatolojik inceleme ile yapılmaktadır<sup>7</sup>. Bu olgunun juvenil yaşta bir hasta da görülmesi ve olgunun diabet obezite gibi predispozan faktörünün bulunmamasıdır. Sıklıkla kıvrım bölgeleri olan kasık, aksilla, boyun çevresinde gözlenmesine rağmen çok nadir olarak dış genital organlarda da gözlenebilmektedir<sup>4</sup>. Genellikle aseptomatik seyrederek. Nadiren de olsa sap kıvrımlarının torsiyonize olmasıyla ağrı meydana gelebilir. Büyük çaplarda olduğunda kitleye bağlı subjektif yakınma gösterebilirler<sup>3</sup>. Lezyonun estetik kaygı dışında rahatsız edici bir özelliği yoktur. Fibroepitelyal polip tedavi seçiminde lezyon boyutu önemlidir. Küçük boyutlu lezyonlarda koterizasyon ve kriyoterapi yöntemleri tercih edilmektedir<sup>3</sup>. Çok nadir de olsa malignensiye dönüşebilirler. Bu olguda lezyon total olarak lüks riskini azaltmak için eksize edildi.

**Sonuç:** Fibroepitelyal polip genellikle edinsel olarak ortaya çıkan benign karakterli mezenşimal tümör olup nadiren de olsa vulvada dev boyutlara ulaşabilmektedir.

### Kaynaklar:

1. Carter J, Elliott P, Russell P. Bilateral fibroepithelial polypi of labium minus with typical stromal cells. Pathology. 1992;24:37-9
2. Barbato MT, Criado PR, Silva AK, Averbeck E, Guerine MB, Sá NB: Association of acanthosis nigricans and skin tags with insulin resistance. An Bras Dermatol 2012;87:97-104.
3. Chann MM, Yong TT: Giant labial fibroepithelial stromal polyp. Malays J Pathol 2013;35:914-3.
4. Emir L, Ak H, Karabulut A, Nucci MR, Young RH, Fletcher CD. Cellular pseudosarcomatous fibroepithelial stromal polyps of the lower female genital tract: an underrecognized lesion often misdiagnosed as sarcoma. Am J Surg Pathol. 2000;24:231-40.
5. Madueke-Laveaux OS, Goqoi R, Stoner G: Giant fibroepithelial stromal polyp of the vulva: largest case reported. Ann Surg Innov Res 2013;7:8.
6. Choudhary CT: Treatment of Unusually Large Acrochordon by Shave Excision and Electrodesiccation. J Cutan Aesthet Surg 2008;1:21-2.
7. Min Jung Oh, Min Jee Kee, Woo Dae Kang, Seok Mo Kim, Ho Sun Choi: A case of giant fibroepithelial polyp of vulva. Korean J Obstet Gynecol 2010;53:194-7.

**Anahtar Kelimeler:** Fibroepitelyal Polip, Vulva, Akrokordon, skin tag

### Resim 1-2



### SS-011

## İleri evre over kanserli bir olguda kardiyofrenik lenf nodu rezeksiyonu

**Fatih Kılıç**

Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Ankara Şehir Hastanesi, Jinekolojik Onkoloji Cerrahisi Kliniği, Ankara

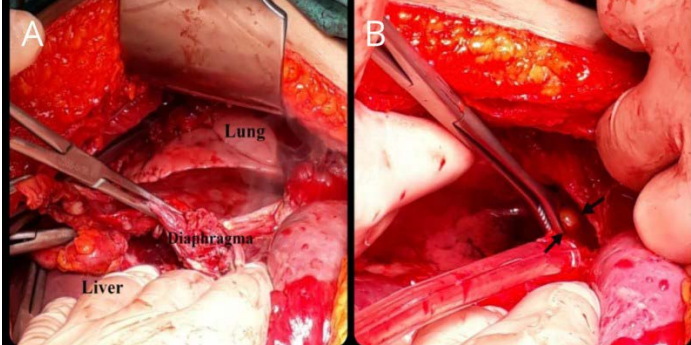
**AMAÇ:** İleri evre epitelyal over kanserli hastaların %5-28'inde kardiyofrenik lenf nodlarında metastaz saptanır. İleri evre epitelyal over kanserinin tedavisinde postoperatif rezidüel tümörün bırakılmaması hedeflenir. Büyümüş izole kardiyofrenik lenf nodlarının rezeke edilmemesi hastanın sağ kalım süresini olumsuz etkiler. Bu olgu sunumunda, ileri evre over kanserli bir hastada maksimal sitoredüksiyon sağlamak için yapılan transdiyafragmatik kardiyofrenik lenf nodu rezeksiyonunun sunulması amaçlandı. OLGU: Postmenopozal hasta karın ağrısı şikayetiyle başvurdu. Ultrasonda bilateral solid adneksiyel kitle ve batında asit tespit edildi. Ca-125 değeri 483 U/ml ve diğer tümör belirteçleri normaldi. Bilgisayarlı tomografide intraabdominal peritoneal yüzeylerde yaygın tümöral implantlar izlendi. Ekstraabdominal sadece toraksta, kardiyofrenik bölgede 23x13 mm boyutunda büyümüş lenf nodları mevcuttu. Lezyonların rezektabl olması nedeniyle ameliyat kararı verildi. İntraoperatif frozen sonucu over kaynaklı malign epitelyal tümör olarak raporlandı. Ameliyat sırasında tip II histerektomi, bilateral salpingo-ooforektomi, retroperitoneal lenf nodu diseksiyonu, apendektomi, omentektomi, peritonektomi, karaciğer metastazektomi, diyafram periton strippingi, diyafram rezeksiyonu yapıldı. İntraabdominal tümöral lezyonlar tamamen çıkarıldı. Takiben postoperatif rezidüel tümör bırakılmama prensibi gereği, kardiyofrenik bölgedeki yaklaşık 2 cm'lik büyümüş lenf nodları transdiyafragmatik teknikle rezeke edildi. Kardiyofrenik lenf nodu rezeksiyonu için karaciğer ligamentlerinden serbestleştirilerek mobilize edildi. Sağ diyafram peritonu, üzerindeki tümöral implantlarla beraber, ventral taraftan dorsale doğru, diyafram kası üzerinden sıyrılarak rezeke edildi. Diyafram kası üzerinde yaklaşık 10 cm'lik tümöral oluşum mevcuttu. Elektroketer kullanarak diyafram kasının metastazik kısmı rezeke edildi ve plevral boşluğa ulaşıldı. Metastatik kardiyofrenik lenf nodu forseps ile tutuldu (Şekil 1). Lenf nodları bağlantı yerlerinden rezeke edildi. Perikardiyal hasarlanma olmadı. Diyafram defekti 2.0 nonabsorbabl suture ile onarıldı. Karaciğer ile diyafram arası serum fizyolojik ile doldurularak "kabarık testi" yapıldı. Onarım alanında hava kabarcığı sızıntısı izlenmedi. Ameliyat sonunda maksimal sitoredüksiyon (R0) sağlanarak rezidüel tümör bırakılmadı. Final patoloji sonucu tümörün, seröz ve endometrioid komponent içeren miks tip over karsinomu olduğu ve kardiyofrenik bölgeden rezeke edilen 2 adet lenf nodunda metastaz saptandığı rapor edildi. Hastada postoperatif dönemde komplikasyon gelişmedi. Patoloji raporu ile evre IVB over kanseri olduğu tanımlanan hastaya adjuvan kemoterapi verilmesi planlandı.

**TARTIŞMA:** Kardiyofrenik lenf nodları mediasten, kalp tabanı, diyafram ve göğüs duvarı arasında bulunur. Bu lenf nodları tüm periton boşluğunun lenfatik drenajı için ana bir istasyon görevi görmektedir. Çeşitli çalışmalarda pozitif kardiyofrenik lenf nodu metastazı ile peritoneal karsinomatozis, diyafram periton metas-

tazi, karaciğer kapsül metastazı ve plevral efüzyon arasında anlamlı bir ilişki saptanmıştır. Üst batında özellikle diyafram peritonunda tümöral yayılımdan şüpheleniyorsa kardiyofrenik lenf nodu metastazı olasılığı mutlaka düşünülmelidir. Tümöral yayılımı değerlendirmek ve maksimal sitoredüksiyonun sağlanması için olgu preoperatif torakoabdominal tomografi ile değerlendirilmelidir. İleri evre epitelyal over kanseri hastalarında intraabdominal hastalık yükü rezektabl ise, izole genişlemiş kardiyofrenik lenf nodu varlığı, yaşam süresini uzatan primer debulking cerrahisini engellememelidir. Kardiyofrenik lenf nodu rezeksiyonu için VATS (video yardımcı toraks cerrahisi) veya transdiyafragmatik olmak üzere iki cerrahi teknik tanımlanmıştır. Transdiyafragmatik yaklaşımın VATS'a göre; hastanın pozisyonunu değiştirme ihtiyacı olmaması, jinekolojik onkologlar tarafından uygulanabilirliği ve göğüs tüpü yerleştirme gereksiniminin olmaması gibi avantajları olduğu bildirilmiştir. Bu cerrahi işlem, deneyimli jinekolojik onkoloji cerrahleri tarafından, düşük komplikasyon oranları ve morbidite ile güvenli olarak yapılabilir.

**Anahtar Kelimeler:** Kardiyofrenik lenf nodu, over kanseri, transdiyafragmatik rezeksiyon

**Şekil 1.** Diyafram rezeksiyonu (A), kardiyofrenik lenf nodu rezeksiyonu (B)



SS-012

## Bağlantısız rudimenter horn ile birlikte uterus unikornus olgusunun tanı ve yönetimi

İsmail Bıyık

Kütahya Sağlık Bilimleri Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum A.D

**GENEL BİLGİLER:** Over dışındaki kadın genital sistem organları müllerian kanal ve ürogenital sinüsün birleşmesi ile oluşmaktadır. Müllerian kanalların ortada birleşmesinde sorun olması durumunda müllerian kanal anomalileri gelişmektedir (1,2). Vakaların çoğu asemptomatik olması nedeniyle müllerian kanal anomalilerinin gerçek insidansını net olarak bilinmemektedir. Genel toplumdaki insidansı %0.1-3.8 arasında değişmektedir (3). Tekrarlayan gebelik kaybı yaşatan ve subfertil kadınlarda insidansı %25'lere ulaşabilmektedir (4). Müllerian kanal ano-

malileri pelvik ağrı, dismenore, tekrarlayan gebelik kaybı ve erken doğum gibi patolojik durumlara neden olabilmektedir (2). Bu olgu sunumumuzda primer infertilite nedeni ile başvuran olgunun tanısız sürecini ve yönetimini paylaşmak istedik.

**OLGU:** 32 yaş, 3 yıllık evli primer infertil hastanın çekilen HSG'sinde uterin anomali şüphesi ve sağ tubal pasaj izlendi. Sol tubal pasaj izlenmedi (Şekil 1). Bu bulgularla tanısız laparoskopisi ve histeroskopi yapılmasına karar verildi. Anamnezde hastanın adetlerinin düzenli olduğu, dismenore şikayetinin olmadığı öğrenildi. Eş anamnezinden spermogramın normal olduğu öğrenildi. Histeroskopiye uterin kavite sol duvardan sınırlanmış ancak yeterli genişlikte; sağ tubal os izlendi, solol tubal os izlenmedi (unikornuat uterus ile uyumlu). Laparoskopide, uterus sol kornual bölgede rudimenter korn izlendi. Sol tuba ve over doğal izlendi. Sağdaki uterin kavite içine metilen mavisi verildi. Sağ tubal geçiş izlendi, sol tubal geçiş izlenmedi. Bu bulgularla sağdaki uterin kavite ile ilişkisiz rudimenter horn düşünüldü (Şekil 2). Oluşabilecek rudimenter korn gebeliği önlemek üzere sol tubal ligasyon yapıldı. Hasta postoperatif 1. günde taburcu edildi.

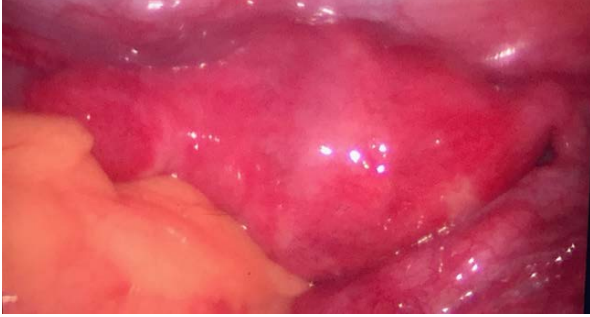
**TARTIŞMA:** Uterus unicornus The European Society of Human Reproduction and Embryology (ESHRE) and the European Society for Gynaecological Endoscopy (ESGE) sınıflamasına göre U4'e uymaktadır. Uterus unicornusun tüm müllerian kanal anomalileri içerisindeki oranı %2.4-13 arasından değişmektedir (5). Bu olgumuzda rudimenter hornda fonksiyonel uterin kavite olmadığı sonucuna ulaştığımız için U4b sınıfı daha uygun olduğu görülmektedir. U4a olgularında mens döneminde kanın rudimenter uterin kaviteden vajinaya gönderilememesine bağlı olarak şiddetli dismenore ve sürekli retrograd menstrüasyonun etkisi ile endometriozis gelişebilmektedir (6). Sperm ya da zigotun transperitoneal geçişi ile rudimenter uterin hornda gebelik oluşması durumunda hayatı tehdit eden uterin rüptür görülebilmektedir (7). Bu nedenle laparoskopik olarak rudimenter uterin horn saptanan olgulara horn eksizyonu ya da tubal ligasyon yapılması önemlidir. Bizim olgumuzda hastanın dismenore öyküsü olmaması, laparoskopik gözlemlerde batın içerisinde retrograd menstrüasyona sekonder değişikliklerin görülmemesi nedeniyle rudimenter horndaki kavitenin fonksiyonel kavitesi bulunmadığı ya da minimal endometrial doku bulunduğu düşünüldü. Bu bulgularla olası gelişebilecek rudimenter horn gebeliği ihtimali düşünülerek sol tubal ligasyon yapıldı. Ancak horn eksizyonuna gerek duyulmadı. Sonuç olarak, uterus unikornus saptanması durumunda sağlam uterin kavite ile bağlantısız rudimenter horn var ve kavitesi fonksiyonel ise uterin horn eksizyonu yapılmalıdır. Ancak sağlam uterin kavite ile bağlantısız rudimenter horn var ve kavitesi fonksiyonel değil ise tubal ligasyon yeterli olabilir.

### KAYNAKLAR:

1. Nahum GG. 1998; 43(10):877-87.
2. Stampe SS. 1988;67(5):441-5.
3. Gidwani G, Falcone T. 1999.
4. Saravelos SH, Cocksedge KA, Li T-C. 2008;14(5):415-29.
5. Grimbizis GF, Camus M, Tarlatzis BC, Bontis JN, Devroey P. 2001;7(2):161-74.
6. Markham SM, Waterhouse TB. 1992;4(6):867-873.
7. Kadir R, Hart J, Nagele F, O'Connor H, Magos A. 1996;103(4):371-2.

**Anahtar Kelimeler:** Uterus unicornus, uterin anomali, infertilite

**Şekil 2**



Laparoskopik gözlemede soldaki rudimenter uterin horn izlenmektedir.

**Şekil 1**



HSG'de uterin anomali şüphesi ve sağ tubal pasaj izlendi ancak ol tubal pasaj izlenmedi

SS-014

## Yenidoğanda dev konjenital melanositik nevüs

**Banuhan Şahin**

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

**GİRİŞ:** Konjenital melanositik nevüsler (KMN), histolojik olarak derin dermiste bulunurlar ve canlı doğumların %1'inde izlenmektedirler (1, 2). Bu yazıda vücudunun yaklaşık yarısını kaplayan KMN ile doğmuş yenidoğan sunulmuş ve dev KMN'ye ait güncel literatür bilgisi gözden geçirilmiştir.

**OLGU:** Kırk iki yaşındaki annenin dördüncü gebeliğinden üçüncü yaşayan olarak 41 haftalık gebelik sonrası, 3880 gr ağırlığında, vajinal doğum ile doğan erkek bebeğin doğum salonunda yapılan ilk muayenesinde sırt ve pelvik bölgeyi tamamen saran 150x110 mm olmak üzere bir adet KMN tespit edildi (Resim 1). Nevüsün toplam yüzey alanı vücut yüzey alanına göre %42 olarak hesaplandı. Diğer sistem muayeneleri normal olarak değerlendirildi. Eşlik edebilecek ek patolojiler açısından yapılan transfontanel ve tüm abdomen ultrasonografi incelemesi normal olarak değerlendirildi. Lezyondan alınan cilt biyopsisinde dermiste; melanin içeren poligonal nevüs hücreleri izlendi. Epidermis içine ilerleme veya malign transformasyon görülmedi (Resim 2).

**TARTIŞMA:** Melanositik nevüsler benign melanosit proliferasyon-

larıdır. Deri renginde, mavi, kırmızı-kahverengi ya da siyah renkte olabilen makül ve papüllerdir. Melanositik nevüsler konjenital ve edinsel (kazanılmış, akkiz) olarak görülebilir (3). Yenidoğanların yaklaşık %1'inde görülen KMN'ler intraepidermal, dermal veya her iki yerleşimde de olabilmektedir (4). KMN'ler için yapılmış bir sınıflama skalasına göre 20 cm'nin üzerinde olanlar, 100 cm'nin veya tüm vücut yüzey alanının %40'ının üzerinde olanlar dev KMN'ler olarak kabul edilmektedir (5). Bu sınıflama ışığında değerlendirildiğinde tüm vücut yüzey alanının %40'ından fazlasını tutması nedeniyle bizim olgumuz dev KMN olarak değerlendirilebilir. Büyük boyutlu KMN'lerin malign melanom gelişim riskini artırdığı savunulmaktadır (6). Tedavi alternatifleri incelendiğinde orta ve küçük boyuttaki melanositik nevüslerin tedavisinde eksizyon, dermabrazyon veya lazer ablasyon, düzenli takip ve gerekli görüldüğü durumlarda insizyonel biyopsi uygulanması başlıca tedavi seçenekleri arasında yer almaktadır (7). Fakat uygulanacak bu tedavi alternatiflerinin seçiminde de en önemli noktayı malignite potansiyeli oluşturmaktadır. Dermabrazyon kozmetik olarak tatmin edici sonuçlar ortaya çıkarabilmesine karşın dermal alanda bulunan nevüs hücrelerinin eliminasyonu tam olarak sağlanamadığından, olası malignite gelişim riskini ortadan kaldırmamaktadır. Yine uygulanan lazer terapi yöntemleri de dermal dokuya yeterli penetrasyonu sağlayamamaktadır.

**SONUÇ:** Konjenital nevüsle doğan bebekte hesaplanan nevüs yüzey alanı vücut yüzey alanının %40'ını geçtiği takdirde dev KMN olarak değerlendirilmeli ve bu dev KMN'lerin maligniteye dönüşebileceği akıldan tutulup yakın takibe alınmalıdır.

**Anahtar Kelimeler:** Dev konjenital melanositik nevüs, melanom, yenidoğan

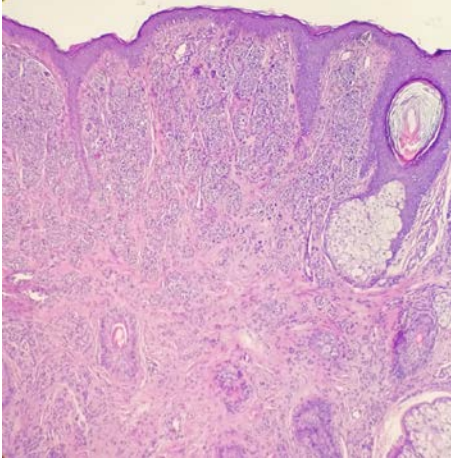
**Resim 1**



# 3. Karadeniz Jinekoloji ve Obstetrik Kongresi

## 20-22 Kasım 2020

Resim 2



Dev konjenital melanositik nevüs-yenidoğan fotoğrafı  
Dermiste matürasyon gösteren nevik hücre yuvalanmaları (100xH&E)

SS-017

## Borderline ve Malign Over Epitelyal Tümörlerin Ayırımında Preoperatif Nötrofil Lenfosit oranı ve Platelet Lenfosit Oranı Kullanımının Değerlendirilmesi

Kaan Eray Uzun, İlhan Bahri Delibaşı  
Tokat Gaziosmanpaşa Üniversitesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, Tokat

**GİRİŞ-AMAÇ:** Over kanseri, dünya genelinde ikinci en sık mortalite nedeni olan jinekolojik kanserdir. Ovaryen kitleler sıklıkla hekim için tanısız zorlukları barındırır zira borderline ve malign tümörler için gereken cerrahi girişimler farklıdır. Nötrofil lenfosit oranı (NLO) ve platelet lenfosit oranı (PLO) sistemik inflamasyon belirteci olarak gittikçe dikkat çekmektedir. Birçok jinekolojik kanserde prediktif belirteç veya prognostik faktör olarak başarıyla kullanılmıştır. İnflamasyon ve karsinogenez arasındaki patofizyolojik mekanizmalar tam olarak açıklanamamış olsa da karsinogenez açısından prediktif değeri olduğu düşünülen yeni belirteçlerin tanımlanması dikkat çekici olmaya devam etmektedir. Literatürde over kitlesi olan hastalarda NLO ve PLO'nu değerlendiren çalışmaların büyük kısmı benign-malign ayrımı yapmak üzerine olup borderline-malign ayrımı üzerine çalışma yoktur. Bu çalışmada borderline ve malign over kitlelerinin preoperatif dönemde ayırt edilmesine katkı sağlamaları açısından NLO ve PLO parametrelerinin kullanımını değerlendirdik.

**GEREÇ-YÖNTEM:** Çalışmaya cerrahi sonrası histopatolojik tanısı borderline ve malign epitelyal over tümör olan 29 hasta (6 borderline, 23 malign; yaş ortalaması= 56,34±11,86 yıl) dahil edildi. Preoperatif CA125, lenfosit, nötrofil, platelet, ortalama platelet hacmi(MPV), NLO, PLO parametreleri ve hastaların yaşı ile tümör

çapları gruplar arasında karşılaştırıldı.

**BULGULAR:** Tüm olgular ele alındığında ortalama tümör çapı 10,88±5,71 cm, lenfosit sayısı 2,01±0,62, nötrofil sayısı 6,32±3,19, platelet sayısı 337,86±106,2, MPV 10,1±1,28 olarak hesaplanmıştır. Borderline ve malign epitelyal tümör tanısı almış gruplar karşılaştırıldığında Ca125 seviyesi (p=0.028), platelet sayımı (p=0.012), NLO (p=0.004) ve PLO (p=0.001) istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır. (Tablo 1 ve Tablo 2.)

**SONUÇLAR:** Ovaryen kitleler değerlendirilirken NLO, PLO ve CA125 değerleri, borderline ve malign epitelyal tümörlerin ayırımında bir öngörü sağlayabilir. Postoperatif histopatolojik incelemeyle ayrımı yapılan bu ovaryen tümörlerin karşılaştırılmasında anlamlı bulunan bu sonuçların, tümörlerin yönetimi konusunda cerrahlara yardımcı olabileceği düşünülmektedir. Özellikle genç yaş hastalarda sık görülen borderline tümörlerin yönetimi, işin içine fertilitate gibi özel durumların girmesiyle karar vermesi güç bir hal alabilmektedir. İstatistiksel olarak anlamlı çıkan bu sonuçların daha güvenilir olması için daha çok olguyu kapsayan çalışmalarla desteklenmesine ihtiyaç vardır.

**Anahtar Kelimeler:** borderline epitelyal tümör, malign ovaryen tümör, nötrofil lenfosit oranı, platelet lenfosit oranı

Tablo 1 Nicel değişken dağılımı

	Ort±SS	Ortanca[Min-Maks]
Yaş	56,34±11,86	55[46-68]
Tümör çapı	10,88±5,71	9[6-14,5]
CA125	613,52±1327,49	85,43[17,38-531]
Lenfosit	2,01±0,62	2,08[1,77-2,51]
Nötrofil	6,32±3,19	5,66[4,48-6,79]
Platelet	337,86±106,2	300[260-420]
MPV	10,1±1,28	10[9,5-10,9]
Nötrofil/Lenfosit	3,93±3,54	2,87[1,99-3,36]
Platelet/Lenfosit	199,37±125,57	141,96[117,19-240]

Tablo 2 Tipe göre nicel değişkenler dağılımı

	Borderline (n=6)	Borderline (n=6)	Malign (n=23)	Malign (n=23)	p
	Ort±SS	Ortanca[Ç1-Ç3]	Ort±SS	Ortanca[Ç1-Ç3]	
Yaş	51,5±10,41	50[46-54]	57,61±12,09	58[46-68]	0,269
Tümör çapı	9±6,06	6,25[5,5-12]	11,37±5,65	9[7-15]	0,375
CA125	33,53±30,6	21,7[11,17-51,45]	771,7±1463,96	353,55[20-792,3]	0,028*
Lenfosit	2,41±0,42	2,42[2,22-2,72]	1,91±0,62	1,93[1,5-2,33]	0,072
Nötrofil	4,28±1,31	3,59[3,33-5,49]	6,86±3,33	5,79[5,17-7,49]	0,077
Platelet	244,17±35,68	244[210-260]	362,3±105,1	362[288-446]	0,012
MPV	10,8±0,76	10,75[10,2-11,3]	9,91±1,33	9,8[9,3-10,8]	0,133



# 3. Karadeniz Jinekoloji ve Obstetrik Kongresi

## 20-22 Kasım 2020

NLO	1,81±0,6	1,67[1,43-2,02]	4,49±3,79	3,12[2,33-4,49]	0,004*
PLO	103,24±18,83	109[95,22-117,19]	224,44±129,66	189,06[133,18-283,06]	0,001*

İki ortalama arasındaki farkın önemlilik testi ya da \*: Mann Whitney U testi kullanıldı.

SS-018

## Myomektomi sonrası rekürrens riski ve rekürrens gelişimini etkileyen faktörler

Nefise Tanrıdan Okcu<sup>1</sup>, Cevdet Adıgüzel<sup>1</sup>, Sevtap Seyfettinoğlu<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Adana Şehir Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği, Adana

<sup>2</sup>Adana Şehir Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Jinekolojik Onkoloji Kliniği, Adana

**GİRİŞ:** Myoma uteri kadınların premenopozal dönemde en sık karşılaştıkları jinekolojik patolojilerdendir. Histerektomi bir yönetim şekli olsa da kalıcı fertilité kaybına yol açması sebebiyle fertilité korunmasını isteyen hastalarda öncelikle myomektomi tercih edilmektedir. Abdominal myomektominin (laparoskopik veya laparotomi) rekürrens riskini belirlemek zordur ancak sınırlı sayıda çalışmada 5 yılda tekrarlama riski %27-62 olarak bildirilmiştir. Çalışmanın amacı myoma uteri rekürrensinde risk faktörlerinin araştırılması olarak belirlendi.

**GEREÇ-YÖNTEM:** Hastanemizde Ocak 2015-Aralık 2018 tarihleri arasında myomektomi yapılan hastalar retrospektif değerlendirildi ve elektronik kayıtlardan 350 hastaya ulaşıldı. Elektronik kayıtlarda postoperatif takibi bulunan 290 hasta mevcuttu. Hastaların cerrahi yapılan yıldaki yaşları, pariteleri, myom sayısı, myom lokalizasyonları kaydedildi. Cerrahi sonrası kontrolde 3cm ve üzeri myom saptanması nüks sayıldı. Nüks gelişen hastalar ve gelişmeyen hastalar arasındaki sonuçlar karşılaştırıldı.

**BULGULAR:** 290 hastanın takipte 65(%22.4)'inde nüks myom gelişimi mevcuttu. 65 hastanın 23(%7.9)'ünde nüks nedeniyle histerektomi yapıldı. Nüks gelişen hastalar ve gelişmeyen hastalar karşılaştırıldığında myom sayısı 1'den fazla olan hastalarda nüks istatistiksel anlamlı fazlaydı (p=0.017). Gruplar yaş, parite, myom lokalizasyonuna göre karşılaştırıldığında ise nüks riskinde istatistiksel anlamlı artış saptanmadı (p>0.05) (Tablo 1).

**SONUÇ:** Myomektomi sonrası rekürrens riski yaklaşık %27-62 arasında bildirilmiştir. Kesin oran kontrole gelinmemesi, farklı merkezlere başvuru nedeniyle gerçek prevalansın altında olabilir. Rekürrens gelişimi vakaların yaklaşık 1/3 'ünde histerektomi gereksinimine yol açmaktadır. Çıkarılan myom sayısının rekürrensi artırmadığını bildiren sınırlı sayıda çalışma olduğu gibi, birden fazla myom varlığının ve artmış uterus boyutlarının myom rekürrensini arttırdığını bildiren çalışmalar da mevcuttur. Çalışmamızda preoperatif myom sayısının birden fazla olmasının myom rekürrensini arttırdığı saptanmıştır. Myomektomi sonrası rekürren cerrahi riskini arttıran nedenlerin araştırıldığı geniş hasta gruplu çalışmalara ihtiyaç vardır.

**Anahtar Kelimeler:** histerektomi, myoma uteri, myomektomi.

**Tablo1. Myomektomi yapılan hastaların karakteristikleri ve cerrahi sonrası nüks oranları**

	Nüks Saptanan (n=65) (min-max)	Nüks Saptanmayan (n=225) (min-max)	p
Yaş	35±5.4 (18-44)	34±6.2 (20-42)	0.240
Parite	2.3±1.0 (0-4)	2.13±0.83 (0-4)	0.166
Myom Sayısı			
1	21 (%32)	110 (%48.8)	0.017*
≥1	44 (%68)	115 (%51.2)	
Myom Lokalizasyonu			0.907
Subserozal	22 (%33.8)	72 (%32)	
Intramural	35 (%53.8)	131 (%58.2)	
Submukozal	6 (%9.2)	16 (%7.1)	
Intraligamenter	2 (%3.07)	6 (%2.6)	

\*: p<0.05 istatistiksel anlamlı.

SS-019

## IVF Sikluslarında Çaresiz Kaldığımız İnce Endometrium

Pervin Karlı  
Amasya Üniversitesi

**GİRİŞ:** KOH(kontrollü overyan stimülasyonu) sikluslarında çözümsüz kaldığımız hasta gruplarından birisi ince endometrium vakalarıdır. Biz bu vaka sunumunda ince endometrium olup gebelik sağlayamadığımız bir vakayı sunmayı amaçladık.

**VAKA:** vakamız 38 yaş 3 aydır evli olan ve yaş faktörü nedeniyle gebelik istemini hemen planlayan ve tedavi sürecine başlayan, özgeçmişinde bilinen kronik bir hastalığı ve ilaç kullanımı olmayan vakamızın spermogramı normal, HSG'si normal, USG: heriki over toplam 3 antral folikül, uterus normal overler normalden küçük, AMH'si 0.10, FSH: 15,E2: 25 pg/ml(her siklusa ortalama 22-30 arası) idi. Hastamıza 4 siklus Gonodotropin ile antagonist protokol uygulandı. Günlük doz ortalama 300Ü idi. Hastanın bu sikluslarda ortalama gelişen folikül sayısı 3 'ü geçmedi. Takiplerinde endometrium kalınlıkları ve embriyo gelişimleri aşağıdaki gibi idi.

1. Siklus: 3 M2 oosit – 1 embriyo 5.gün grade 2/endo:5.2mm trilaminer
2. Siklus: 2 M2 oosit/endo:4.3mm trilaminer
3. Siklus: M2 oosit yok/endo: 4.2mm trilaminer
4. Siklus: M2 oosit embriyo yok/endo: 5.2mm trilaminer
5. Siklusa hastamıza doğal siklusa endometrium takibi yapıldı,6. Siklusa endometriuma PRP uygulaması yapıldı. Ancak vakamızın endometriumu 6mm üzerine çıkmadı. Endometrium hazırlanması için klasik HRT ile 3 gün 2x1 3 gün 3x1 4. Gün 4x1 Estrofem 2 mg tablet kullanıldı. Tek embriyo elde edilmiş olan hastamıza hasta isteği ile transfer gerçekleştirildi. Ancak gebelik gelişmedi. Hastamız poseidon

grup 4 olarak değerlendirildi.

**SONUÇ:** 35 yaş üstü kötü over rezervi olan hastalarda karşımıza çıkan ve henüz tam aydınlatılmamış ve net bir tedavi metodu belirlenememiş ince endometrium vakalarımız KOH sikluslarının çaresiz kolu olarak varlığını sürdürmeye devam etmektedir.

**Anahtar Kelimeler:** KOH,ince endometrium,kötü over rezervi

### İnce endometrium



İnce Endometrium Görüntüsü-1

### İnce endometrium



İnce Endometrium görüntüsü-2

### SS-020

## Tam kan sayımı sonuçlarıyla servikal biyopsi sonuçlarının tahmini

Onur İnce<sup>1</sup>, Suna Yıldırım Karaca<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Kütahya Sağlık Bilimleri Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Ana Bilim Dalı,Kütahya

<sup>2</sup>Sağlık Bilimleri Üniversitesi Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi,Kadın Hastalıkları ve Doğum Ana Bilim Dalı,İzmir

**GİRİŞ:** Neoplastik hücelere verilen inflamatuvar cevap hastalığın progresyonuyla ilişkilidir. Son yıllarda tam kan sayımı parametreleriyle kanserler arasında prognoz açısından ilişki olabileceği konusunda birçok çalışma yapılmıştır. Bu çalışmamızdaki hipotezimiz düşük dereceli servikal intraepithelial lezyonların yüksek dereceli lezyonlara dönüşmesi sürecinde tam kan sayımı parametrelerinin değişiklik göstereceğidir.

**MATERYAL-METOD:** Bu çalışmaya Eylül 2019 ile Ağustos 2020 tarihleri arasında Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi,kolposkopi ünitesine yönlendirilen ve işlem öncesi tam kan parametreleri mevcut olan hastalar dahil edildi. Kolposkopi, Amerikan Kolposkopi ve Servikal Patoloji Derneği (ASCCP) rehberinin önerileri doğrultusunda gerçekleştirildi. Servikal biyopsi yapılan hastaların patoloji sonuçları ve tam kan parametre değerleri kaydedildi.

**BULGULAR:** Çalışmanın analizine 199 hasta dahil edildi. Örneklem %60'ı (120 hasta) model geliştirme setine, kalan %40'lık kesimi ise modeli test etme setine dahil edildi. Sonuç değişkeni olan biyopsi sonuçları, biyopsisi normal gelen hastalar en düşük seviye, ardından CIN 1 ve CIN 2 ve en son olarak en yüksek seviye CIN 3 gelen hastalar olmak üzere sıralı bir sonuç değişkeni şeklinde kodlandı. Servikal biyopsi sonuçlarının, yaş ve tam kan sayımı parametrelerinden faydalanarak tahmini için model geliştirme setinde 10 katlı ve 5 tekrarlı çapraz validasyonla ve basamaklı eliminasyonla lineer regresyon analizi yapıldı. 10 katlı ve 5 tekrarlı çapraz validasyonla servikal biyopsi sonucunu tahmin eden modele dahil olabilen değişkenler; yaş ( $\beta = 0.023$ ,  $p < 0.001$ ), beyaz Küre ( $\beta = 0.076$ ,  $p = 0.007$ ), hemoglobin ( $\beta = -0.167$ ,  $p = 0.002$ ), platelet ( $\beta = 0.003$ ,  $p = 0.002$ ), MCV ( $\beta = 0.045$ ,  $p = 0.114$ ), MCH ( $\beta = 0.113$ ,  $p = 0.131$ ), RDW ( $\beta = -0.134$ ,  $p = 0.046$ ), lenfosit ( $\beta = -0.098$ ,  $p = 0.005$ ), bazofil ( $\beta = 1.899$ ,  $p = 0.056$ ), MPV ( $\beta = 0.177$ ,  $p < 0.001$ ) ve PDW ( $\beta = -0.083$ ,  $p < 0.001$ ) olarak tespit edildi. Bu modelle model geliştirme setinde CIN 2 ve 3 lezyonları, CIN 1 ve normal biyopsi sonuçlarından ayırt etmede AUC değeri 0.887 (0.827-0.947) olarak bulundu. Oluşturulan bu modelin performansı 79 hastalık test setinde değerlendirildi ve gene lezyonları ayırt etmek için AUC değeri 0.843 (0.754-0.933) olarak saptandı.

**TARTIŞMA:** Servikal biyopsi planlanan hastalarda biyopsi sonucunu dair yaş ve kan parametreleriyle öngöründe bulunmak mümkündür.

**Anahtar Kelimeler:** Servikal intraepitelial neoplazi, tam kan parametreleri,tahmin modeli

# 3. Karadeniz Jinekoloji ve Obstetrik Kongresi

## 20-22 Kasım 2020

SS-021

### ikinci trimester ikiz gebeliklerde fetal timüs ölçümünün preterm eylem ile ilişkisi

Hidayet Şal<sup>1</sup>, Süleyman Güven<sup>2</sup>, Emine Seda Güvendağ Güven<sup>2</sup><sup>1</sup>Fatsa Devlet Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği, Ordu<sup>2</sup>Karadeniz Teknik Üniversitesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Ana Bilim Dalı, Trabzon

**AMAÇ:** Preterm doğum, özellikle ikiz gebelikler olmak üzere tüm gebeliklerde perinatal morbidite ve mortalitenin en önemli nedenidir. Etiyolojisinde pek çok faktör rol alsada immünolojik faktörlerin preterm eyleme yol açtığı bilinmektedir. Timüs dokusunun işlevi gereği fetal immün cevaptan sorumlu olduğu bilindiğinden, bu çalışmadaki temel amaç; dikoryonik diamniyotik ikiz gebeliklerde ikinci trimester döneminde bakılan fetal timüs volümünün, preterm doğumu öngörmede bir belirteç olup olmadığını araştırmaktır.

**GEREÇ-YÖNTEM:** Bu çalışma prospektif klinik bir araştırma niteliğindedir. 01 Şubat 2018- 31 Ocak 2019 tarihleri arasında Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı'na gebelik takibi için başvuran herhangi risk faktörü içermeyen 18-24. gebelik haftasında toplam 32 dikoryonik-diamniyotik ikiz gebe kadın çalışmaya dahil edildi. Tüm katılımcıların yaş, gravida, parite, gebelik haftası, BMI, fetal biyometrik ölçümler, EFW, servikal uzunluk kaydedildi. Ultrasonografiye entegre VOCAL programı kullanılarak her bir fetüs için ölçülen fetal timüs volümleri kaydedildi. Olgular gebelik sürecinde takip edildi ve doğumun olduğu gebelik haftası, preterm doğum yapıp yapmadıkları, yenidoğan ağırlığı, cinsiyeti, kord kan gazı sonuçları her bir ferüs için ayrı ayrı kaydedildi. Olgu verileri SPSS 13.0 programına aktarılarak değerlendirildi. Student-t test ve Ki-kare Testi ile istatistiksel analiz yapıldı ve sınır değer belirlemede ROC curve analizi kullanıldı. Preterm doğum yapan olgular ile miadında doğum yapan olguların verileri karşılaştırıldı. Bu kapsamda fetal timüs hacminin preterm doğum tahmin etme durumu binary logistic regresyon analizi kullanılarak test edildi. P değeri <0.05 istatistiksel olarak anlamlı kabul edildi.

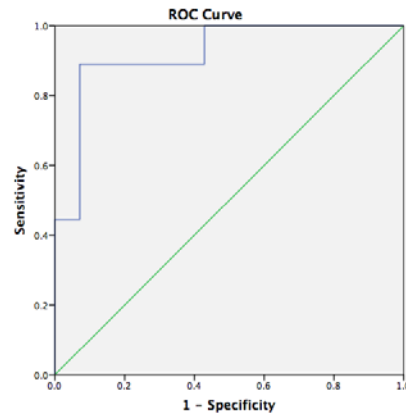
**BULGULAR:** Preterm doğum yapan olguların, miadında doğum yapan olgulara göre 1. fetal timüs boyutu, 2. fetal timüs boyutu, fetüslerin timüs volümleri ortalaması, yenidoğan doğum ağırlığı istatistiksel olarak anlamlı olarak düşük bulunmuştur. Araştırma grubunda VOCAL programı kullanılarak ölçülen fetal timüs volümünün preterm doğumu öngörme açısından bir belirteç olarak kullanılabilirliğini saptadık. Erken doğumu önceden tahmin etmek için yapılan binary lojistik regresyon analizi sonucuna göre 18-24 haftada dikoryonik-diamniyotik ikiz gebeliklerde bakılan fetal timüs volümünün sınır değerden küçük olma parametresi, prediktif faktör olarak kullanılabilir (p<0.008).

**SONUÇ:** Araştırmamızın sonucuna göre; ikinci trimester fetal timüs volümüne bakarak, ikiz gebeliklerde preterm doğumu öngörebiliriz. Böylece ayrıntılı ultrasonografi sırasında kolaylıkla uygulanabilecek fetal timüs volümü ölçümü ile, preterm eylem

öngörüsünde bulunduğumuz olgulara profeksi amacıyla, progesteron başlanabilir.

**Anahtar Kelimeler:** dikoryonik-diamniyotik gebelik, fetal timüs volümü, ikiz gebelik, preterm eylem.

Resim1



Araştırma grubunda preterm eylem gelişmesini kapsamında 18-24. gebelik haftasında her iki bebekte ölçülen ortalama fetal timüs boyutu ve preterm eylem ilişkisini gösteren ROC analizi.

Resim2

Variables in the Equation						
	B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)
Step 1 <sup>a</sup>						
timusort	8.848	3.351	6.972	1	.008	6,961.633
Constant	-4.944	1.785	7.671	1	.006	.007

a. Variable(s) entered on step 1: timusort.

Gebelikte preterm eylem gelişimini önceden öngörebilmek açısından yapılan binary logistic regresyon analizi sonucuna göre 18-24 haftada her iki bebekte ölçülen ortalama fetal timüs volümünün düşük olması parametresi prediktif faktör olarak kullanılabilir (p=0.008).

# 3. Karadeniz Jinekoloji ve Obstetrik Kongresi

## 20-22 Kasım 2020

Tablo 1

Demografik/Sonografik faktörler	Preterm Eylem gelişen grup (n=18)	Preterm Eylem gelişmeyen grup (n=14)	p
Yaş (yıl)	31.83± 5.82	31.21± 4.49	>0.05
Gravida (no.)	2.00± 1.03	2.07± 1.27	>0.05
Parite (no.)	0.61± 0.70	0.71± 0.83	>0.05
Vücut kitle indeksi (kg/m <sup>2</sup> )	31.01± 5.88	29.98± 4.22	>0.05
Ölçüm anında gebelik haftası (hf.)	20.59± 1.02	21.48± 1.79	>0.05
Doğum zamanında gebelik haftası (hf.)	33.01± 2.69	36.66± 0.71	>0.05
İlk başvuruda servikal uzunluk (mm)	34.22± 6.58	37.50± 4.40	>0.05
1. fetus EFW (gr)	308.78 ± 91.23	318.64± 113.49	>0.05
1. fetus Fetal timüs volümü (cm <sup>3</sup> )	0.312± 0.205	0.893± 0.440	<0.001
2. fetus EFW (gr)	308.22 ± 95.63	320.71± 103.45	>0.05
2. fetus Fetal timüs volümü (cm <sup>3</sup> )	0.318± 0.176	0.939± 0.510	<0.001
Ortalama Fetal timüs volümü (cm <sup>3</sup> )	0.315± 0.177	0.916± 0.416	<0.001
Sezaryen doğum (%)	%100	%100	---
1. fetus fetal doğum kilosu (gr.)	1888.61±611.93	2628.93± 333.41	<0.001
1. fetus fetal PH (no.)	7.32 ± 0.06	7.33 ± 0.04	>0.05
1. fetus BE (mmol/L)	-2.24 ± 3.78	-1.47 ± 1.72	>0.05
2. fetus Fetal doğum kilosu (gr.)	1792.78±606.67	2465.71± 286.27	<0.001
2. fetus fetal PH (no.)	7.31 ± 0.08	7.33 ± 0.03	>0.05
2. fetus BE (mmol/L)	-2.53 ± 3.23	-1.20 ± 2.78	>0.05

Araştırma grubunun preterm eylem/doğum geliştiren ve geliştirmeyen olguların bazı demografik ve sonografik faktörler açısından karşılaştırılması.

### SS-022

## Çocukluk çağı over torsiyonlarının cerrahi yönetimi

Berat Dilek Demirel

Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Cerrahisi Anabilim Dalı, Samsun

**AMAÇ:** Çocukluk çağında over torsiyonu nedeniyle ameliyat edilen hastaların değerlendirilmesi.

**YÖNTEM:** Ocak 2015- Ekim 2020 tarihleri arasında over torsiyonu nedeniyle ameliyat edilen 18 yaş altı hastaların demografik ve klinik verileri, radyolojik görüntüleme, ameliyat yöntemi ve bulguları, histopatolojik tanı ve postoperatif takipleri geriye dönük olarak değerlendirildi.

**BULGULAR:** Çalışmaya dahil edilen 57 hastanın yaşı median 13,83 (0,22-17,33) yılıdır. Hastaların 39'u (%68,4) menarşaldi. Hastaların tamamında karın ağrısı mevcutken, 30 (%52,6) hastada ateş, 11 (%19,3) hastada kusma şikayeti de mevcuttu. Şikayet süresi median 36 ( 10-360) saattir. 28 (%49,1) hastada Doppler ultrasonografi, 29 (50,9) hastada manyetik rezonans görüntüleme yapıldı. Hastaların 9'una laparotomi, 48'ine laparoskopik cerrahi yapılırken, 6 hastada açığa dönüldü. Olguların 27'sinde (%47,4) sağ, 29'unda (%50,1) sol ve 1'inde (1,8) ise bilateral over torsiyonu görüldü. Torsiyone olan kitlenin boyutu ortalamca 53,37 mmdi (17,89-173,2). Overyan pedikül dönüş sayısı median 2 (0,5-4) tam turdu. 35 overe detorsiyon (9'una fiksasyon), 16 overe salpingooferektomi, 7 overe ise ooferektomi yapıldı. Ooferektomi yapılan 23 overin 16'inde nekrotik over dokusu, 6'sında matür kistik teratom, 1'inde dermoid kist tesbit edildi. Detorsiyon yapılan 35 hastanın 29'unda over koruyucu cerrahi yapıldı (23'ü basit kist, 3'ü matür kistik teratom ). Ooferektomi yapılan hastalarda detorsiyone edilenlere göre şikayet süresi ve pedikül dönüş sayısı anlamlı yüksekti (şikayet süresi için p=0,000, pedikül dönüş sayısı için p=0,006). Overleri detorsiyone edilen 35 hastanın 27'si postoperatif takibine devam etti, bu hastaların takip süresi ortanca 7 (1-53) aydır. 27 hastanın 22'sinde Doppler ultrasonda over kanlanması mevcuttu.

**SONUÇ:** Over torsiyonu çocukluk çağında nadir ancak önemli bir akut karın ağrısı nedenidir. Over torsiyonu hastaların önemli bir kısmında organ kaybı ile sonuçlanır. Bunun nedeni olarak geç başvuruda, acil ve optimal olmayan koşullarda değerlendirme ve müdahale, malignite korkusu ve karın ağrısına neden olan diğer patolojiler ile karışabilmesi olarak sayılabilir. Karın ağrısı ile başvuran her kız çocuğunda over torsiyonu da akılda tutulmalıdır.

**Anahtar Kelimeler:** Over, torsiyon, çocuk, kist

SS-023

### Sağ kalbe uzanım gösteren uterin intravenöz leiomyomatozis: nadir bir olgu sunumu

Merve Baktıroğlu

İstanbul Üniversitesi, İstanbul Tıp Fakültesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Ana Bilim Dalı, Jinekolojik Onkoloji Bilim Dalı, İstanbul

**GİRİŞ:** Uterin myomlar oldukça sık görülen iyi huylu tümörlerdir ancak; nadiren farklı büyüme paterni göstererek intravenöz yolla vücudun farklı bölgelerine yayılmaktadır. Intravenöz leiomyomatozis uterin venler yoluyla uterus dışına yayılım gösterirken, bu vakaların %10 kadarı intrakardiyak olarak yayılım göstermektedir.

**OLGU:** 35 yaşında, migren dışında ek hastalığı bulunmayan, 1 sezaryen öyküsü bulunan hastanın myomektomi ameliyatı sırasında periton üstü kitle saptanmış, hastaya sadece myomektomi ameliyat yapılması sonrası spesmen patolojik değerlendirmede myom olarak saptanmış, postoperatif dönemde büyümeye devam eden pelvik kitle nedeniyle hasta kliniğimize yönlendirilmiş. Hastanın MR(Magnetik Rezonans) görüntülerinde; uterustan köken aldığı düşünülen 11\*20 cm leiomyosarkom? olarak düşünülen dev kitle lezyon saptandı, ayrıca inferior vena cava(ıvc) da trombüs? kitle? lezyon tanımlandı. Hastaya jinekolojik onkoloji, genel cerrahi ve kalp-damar cerrahisinin eşlik edeceği multidisipliner bir cerrahi kararı alındı. Hastaya önce batın operasyonuna başlanarak total abdominal histerektomi+sol uso+sağ salfenjektomi+peritoneal myom eksizyonu operasyonunun tamamlanmasının ardından medyan sternotomi yapıldı; sağ atriyum içi trombüs?kitle? olarak düşünülen lezyon palpe edildi. Sistemik heparinizasyon sonrası inferior vena cava, superior vena cava ve aortaya 3'lü kanülasyonu takiben antegrad kan kardiyoplejisi ile kardiyak arrest sağlanmasının ardından sağ atriotomi ile eş zamanlı olarak batından sol ovaryan venin renal ven ile birleştiği yer açıldı. Kitlenin damar duvarına yapışık olmadığı görüldü; 35'lik kitle doğurtularak atriyum içinden çekilerek bütün olarak çıkarıldı. Sağ atriyum, sol ovaryan ven-renal ven bileşkesi tamir edilip, kanüller çıkarıldıktan sonra kardiyak aktivite başlatılıp; kanama kontrolleri sonrası batın ve sternum kapatılması ardından operasyona son verildi. Hasta postoperatif 7. günde şifa ile taburcu edildi. Nihai patolojide pelvisteki kitleler ve intrakardiyak kitle myom olarak saptandı. Hastaya postoperatif dönemde nüksü engellemek amacıyla lucrin tedavisine başlandı.

**SONUÇ:** Uterin leiomyomların çok sık görülmeyen bir çeşidi olan intravenöz leiomyomlar kendini çok nadiren intrakardiyak olarak prezente etmektedir. Bu durum çoğunlukla myoma bağlı yapılan myomektomi ya da histerektomi ameliyatı sonrası kalan rezidüel tümörlerin küçük pelvik damarlar yoluyla yayılarak sağ atriyuma kadar uzanmasının sonucudur. Uterin diğer myomlar gibi histolojik olarak iyi huylu karakterdeki bu tümörler; obstrüksiyon bulgularına yol açarak dispne, senkop, pulmoner emboli ve ani ölümlere kadar yol açabilen klinik durumlara neden olabilmektedir, bu yüzden intrakardiyak leiomyomatozis olgularının hızlı tanısı hayati önem taşımaktadır.

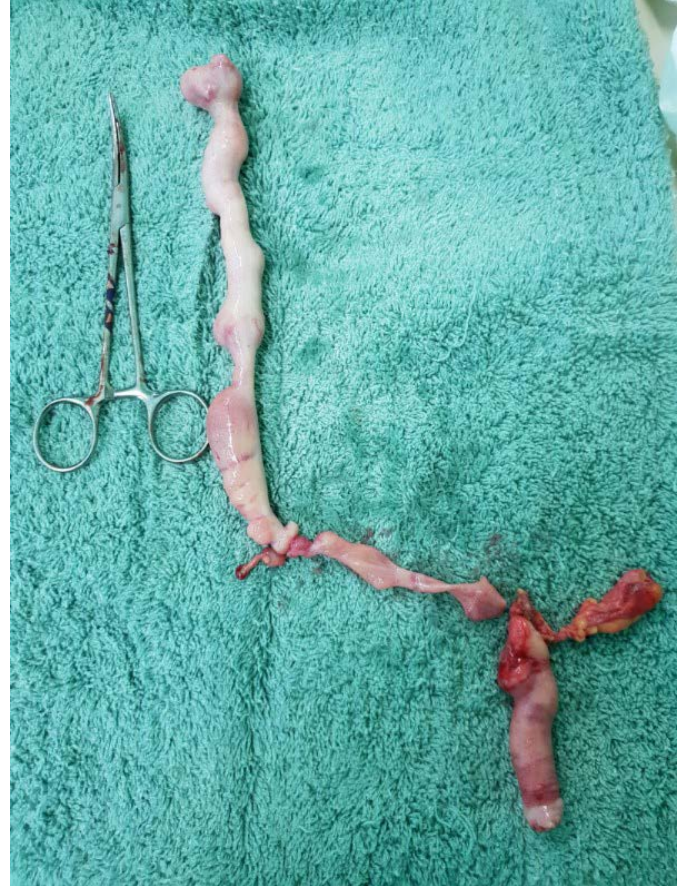
**Anahtar Kelimeler:** leiomyomatozis, intrakardiyak, pelvik kitle, intrakardiyak kitle

#### Batın içi kitle lezyonlar



intravenöz leiomyomatozis olgusundaki batın içi yayılım gösteren myom kitleleri

#### intrakardiyak myom



intravenöz leiomyomatozis olgusunda intrakardiyak myom kitlesi

SS-024

### Clinical characteristics and treatment of Herlyn-Werner-Wunderlich syndrome: A rare case

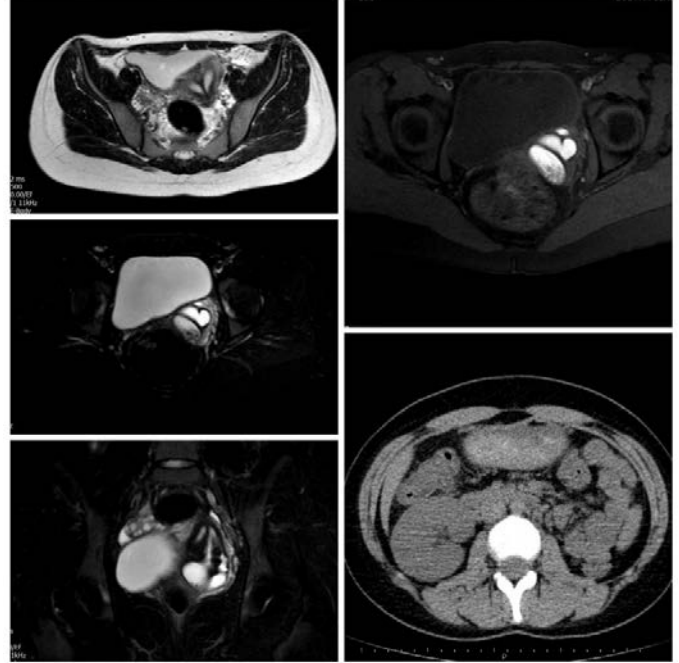
Erhan Hüseyin Cömert

Göle Devlet Hastanesi, Kadın hastalıkları ve Doğum, Ardahan

Herlyn-Werner-Wunderlich Syndrome is a rare congenital anomaly and it is characterized by uterus didelphys and unilateral hematoocolpos related to obstructed hemivagina and also associated with ipsilateral renal agenesis. Clinical findings is generally dysmenorrhea, irregular menses, cyclic abdominal pain and pelvic mass. The overall prevalence of MDA is 2-3% of women. A 18-year-old woman presented to the our department with a cyclic pelvic pain. The uterine was seen didelphis formation and left vaginal dilatation also hemorrhagic fluid in vaginal cavity in ultrasonographic examination. A one cervix was seen on pelvic examination and also the swelling and dark view were seen depending on the hematoocolpos on left vaginal wall. MRI scan demonstrated an enlarged mass consistent with hematometocolpos, a uterine didelphis (double uterine horn, double cervix, double vagina). Ipsilateral renal agenesis was observed on upper abdominal examination (figure 1). A deeply cervix and obstructed vagina was observed after the vaginal septum was excised. The obstructe vagina was opened and the hematometra was evacuated (figure 5). After excision of the vaginal septum, both cervixes became visible. Uterine cavities were evaluated with hysteroscopy and both uterin cavity was measured at a depth of 6-7 cm. (figure 2) Cyclic pain in every menses and observation of didelphis uterus in ultrasonography should be suspicious for the diagnosis. In these cases, the vaginal septum can be excised with simple vaginal intervention. In this way, the pain can be stopped by draining the hematacolpos.

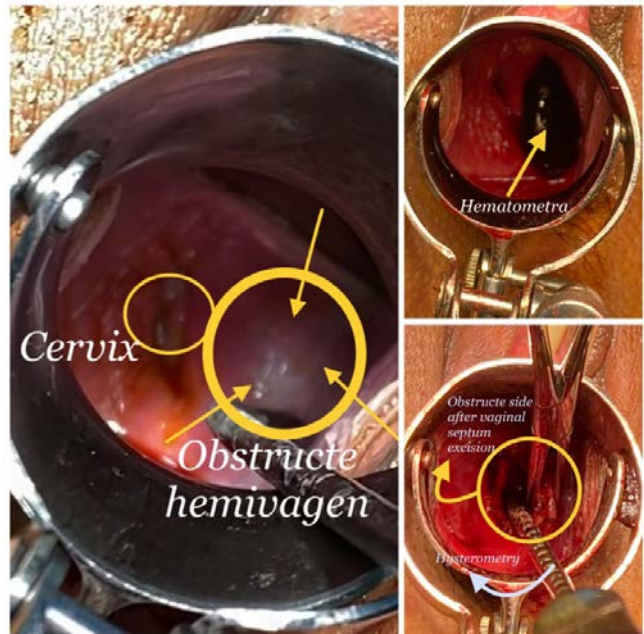
**Anahtar Kelimeler:** obstructe hemivagen, renal agenesis, uterin didelphis, pelvic pain

Figure 1



uterine didelphys, hematocolpos (hyperintense area on T1, T2 axial plane) on MRI, and also left renal agenesis on CT.

Figure 2



obstructe hemivagene, hematometra and obstructe side after vaginal septum excision

# 3. Karadeniz Jinekoloji ve Obstetrik Kongresi

## 20-22 Kasım 2020

SS-025

### Accuracy of MR imaging in local-regional staging of endometrial carcinoma

Fatih Uzunkeya, Demet Küçük, Murat Danacı  
Ondokuz Mayıs Üniversitesi, Radyoloji Anabilim Dalı, Samsun

**GOAL:** To assess the accuracy of MR imaging in depicting the signs of local-regional involvement in patients with endometrial carcinoma compared with histopathologic findings

**METHODS:** A retrospective chart review was conducted of patients who underwent surgery for endometrial carcinoma between January 2015 and September 2020. In each patient, an endometrial cancer was staged using MR findings based on the FIGO staging system. Regarding histopathologic findings as a standard of reference, sensitivity, specificity, diagnostic accuracy, and positive and negative predictive values of MR imaging in depicting the depth of myometrial infiltration, cervical invasion, and presence of enlarged lymph nodes were analysed.

**FINDINGS:** A total of 123 established endometrial carcinoma patients were assessed. The mean age was  $59.0 \pm 10$  years. Respective sensitivity, specificity, diagnostic accuracy, and positive and negative predictive values in assessing the depth of myometrial infiltration were 55%, 91%, 78%, 78%, and 78%; those for cervical invasion, 28%, 97%, 89%, 57%, and 91%; and those for presence of enlarged lymph nodes, 27%, 92%, 85%, 30%, and 91%. The agreement levels between MR imaging findings and histopathologic results in assessing the depth of myometrial infiltration, cervical infiltration, and presence of enlarged lymph nodes were  $P < .001$ ,  $P = 0.001$ , and  $P < .001$ , respectively.

**RESULTS:** The specificity, diagnostic accuracy as well as negative predictive values of MR imaging in assessing the local-regional involvement of endometrial carcinoma were in line with previous studies, despite lower sensitivity and positive predictive values.

**Anahtar Kelimeler:** Endometrial carcinoma, MRI, Staging, Accuracy

SS-026

### Tubal gebelik rüptürü öngörülebilir mi?

Emre Başer  
Yozgat Bozok Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Bölümü

**GİRİŞ:** Ektopik gebelik (EG), gebeliğin erken döneminde tüm anne ölümlerinin % 10'unu oluşturan tehlike bir durumdur. Bu nedenle özellikle tubal EG'nin optimal yönetimini seçmek çok önemlidir. Değerlendirmede  $\beta$ -hCG seviyelerinin ardışık ölçümleri ve adnekslerin sonografik değerlendirmesi kritik önem taşır. Fakat tedavi yönetiminde; konservatif yaklaşım için uygun hastaları seçmek ve rüptür riskini belirlemede kullanılan uygun maliyetli ve güvenilir bir marker bulunmamaktadır. Bu çalışma serum  $\beta$ -hCG seviyeleri ve ultrasonografi ile birlikte sistemik hematolojik inflamatuvar belirteçlerinin uygun tedavi seçeneğinin belirlenmesine yardımcı olabileceği hipoteziyle planlanmıştır.

**YÖNTEM:** Bu çalışma 01.01.2015 – 01.06.2020 tarihleri arasında tubal EG tanısıyla tedavi edilen hastaların arşiv kayıtları incelenerek yapıldı. Medikal olarak tedavi edilen ve rüptür gelişen olguların demografik özellikleri, laboratuvar değerleri ve ultrasonografik bulguları Student T ve Mann Withney U test kullanılarak karşılaştırıldı. Tuba çapı ile nötrofil lenfosit oranı (NLR) ve  $\beta$ hCG düzeyi arasındaki ilişki, Spearman'ın korelasyon analizi ile değerlendirildi. NLR, PLR,  $\beta$ hCG düzeyi ve tuba çapının rüptür riskini belirlemedeki tanı performansı receiver operating characteristic (ROC) testi ile değerlendirildi.

**BULGULAR:** Çalışmaya toplamda 71 hasta dahil edildi. Hastaların demografik özellikleri ve laboratuvar sonuçları Tablo 1 de gösterildi.  $\beta$ hCG düzeyi, NLR ve tuba çapı rüptüre olan grupta, olmayan gruba göre anlamlı olarak daha yüksek saptandı (sırasıyla,  $p < 0.001$ ,  $p = 0.009$ ,  $p = 0.016$ ). Hastaların demografik özelliklerinde ve diğer laboratuvar parametrelerinde gruplar arasında anlamlı bir farklılık izlenmedi ( $p > 0.05$ ). NLR, PLR,  $\beta$ hCG düzeyi ve tuba çapının rüptür riskini belirlemedeki etkisi Tablo 2'de gösterildi. Tuba çapı ile NLR arasında zayıf ( $r = 0.386$ ,  $p = 0.003$ ),  $\beta$ hCG düzeyi arasında ise güçlü pozitif yönde korelasyon saptandı ( $r = 0.701$ ,  $p < 0.001$ ) (Figure 1).

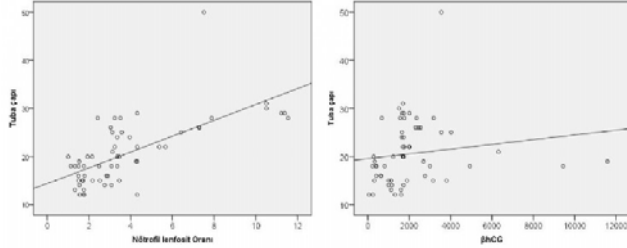
**TARTIŞMA:** EG vakalarında rüptürü öngörebilecek kesin bir parametre bulunmamaktadır. Literatür incelendiğinde RDW ve MPV değerlerinin metatoksik tedavisinde bağımsız birer risk faktörü olduğu ve ek olarak artan NLR, PLR ve  $\beta$ hCG değerleri ile tubal rüptür arasında pozitif yönde korelasyon olduğu görülmektedir. Çalışmamızda tubal rüptür için %83 sensitivite, %80 spesifite ile cut off  $\beta$ hCG değeri 3565.7 ve %83 sensitivite, %60 spesifite ile cut off NLR değeri ise 2.2 olarak saptandı. Rüptür gelişecek olgularda artan  $\beta$ hCG ve daha yoğun inflamasyon ile ilişkili olarak NLR seviyeleri artış gösterebilir. Özellikle NLR ile tuba çapı arasında güçlü korelasyon inflamasyonun tubal rüptürdeki etkisini açıklayabilir. Bu inflamasyon belirteçleri, rüptür gelişecek vakaların tespitinde ucuz ve kolay ulaşılabilir nitelikleriyle büyük kohortlar üzerinde çalışmaya değer birer parametre olarak ele alınabilir.

# 3. Karadeniz Jinekoloji ve Obstetrik Kongresi

## 20-22 Kasım 2020

**Anahtar Kelimeler:** Ektopik gebelik, NLR, PLR, serum  $\beta$ hCG düzeyi

### Tubal çap ile NLR değeri ve $\beta$ hCG düzeyi arasında ilişki



### Demografik ve laboratuvar özellikler

	Rüptüre olmayan hastalar n = 35	Rüptüre olan hastalar n = 36	
Yaş (yıl)	32.1 ± 6.1	31.2 ± 4.2	0.474
Body mass index (kg/m <sup>2</sup> )	25.6 ± 2.8	24.9 ± 3.3	0.298
Gravida	3.1 ± 2.1	3.1 ± 1.6	0.872
Parite	1.1 ± 1	1.4 ± 1.1	0.359
Abortus	0.7 ± 1.2	0.7 ± 1.1	0.948
Hemoglobin(g/dL)	11.7 ± 1.2	11.5 ± 1.3	0.642
Platelet (K/mL)	275.9 ± 90.5	245.6 ± 65.5	0.155
Lökosit (K/mL)	9 ± 2.8	9.5 ± 2.7	0.292
Nötrofil (K/mL)	6 ± 2.5	7.1 ± 2.6	0.099
Lenfosit (K/mL)	2.3 ± 0.9	1.9 ± 0.8	0.053
Nötrofil Lenfosit Oranı	3 ± 2	4.6 ± 3	0.009
Platelet Lenfosit Oranı	127.4 ± 53.1	151.7 ± 77.6	0.220
BHCG (mIU/mL)	2439.4 ± 1061.0	4437.0 ± 2292.3	<0.001
Tuba çapı (mm)	18.2 ± 5.5	22.2 ± 7	0.016

### NLR, PLR, $\beta$ hCG düzeyi ve tuba çapının rüptür riskini belirlemedeki gücü

	AUC	SD	p	95% CI	Cutoff	Sensitivite	Spesifite
NLR	0.729	0.069	0.005	0.593-0.865	2.2	83%	60%
PLR	0.589	0.079	0.274	0.434-0.743	136.1	61%	60%
BHCG (mIU/mL)	0.746	0.065	<0.001	0.619-0.872	3565.7	83%	80%
Tubal çapı (mm)	0.654	0.079	0.058	0.499-0.809	18.5	69%	65%

### SS-027

## Preterm eylemin erken tanısında servikovajinal prolaktinin prediktif değeri

Özlem Gündüz<sup>1</sup>, Muhittin Tamer Mungan<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Ankara Şehir Hastanesi,Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği

<sup>2</sup>Ankara Özel Kuru Hastanesi

**AMAÇ:** Desiduanın bir ürünü olan servikovajinal prolaktinin preterm eylemi öngörmede biyokimyasal bir belirteç olarak kullanılabilirliğini araştırmak

**YÖNTEM-GEREÇLER:** Zekai Tahir Burak Kadın Sağlığı Eğitim Ve Araştırma Hastanesi'nde preterm eylem tanısı ile hospitalize edilen 28-36 gebelik haftaları arasındaki 40 gebeden ve kontrol grubundaki asemptomatik 40 poliklinik hastasından servikal irigasyon ile servikovajinal materyal alındı.Kayıtlardan hastalara ulaşılarak doğum haftaları öğrenildi ve 37 haftadan önce olanlar preterm doğum olarak kaydedildi.ROC analizi ile eşik değer olarak hesaplanan 3.2 ng/ml'nin üzerindeki değerler prolaktin pozitif olarak kabul edildi.Örneklerin alındığı tarih ile doğum arasındaki latent periyot,< 2 gün, 2 -7 gün, 8 -14 gün, 15 -21 gün ve > 21 gün olmak üzere 5 grupta incelendi.

**BULGULAR:** Çalışma ve kontrol grupları arasında hastaların yaşları, gebelik ve doğum sayıları arasında anlamlı bir fark saptanmadı.Tüm olgular genelinde 23 olgu (%28,75) 37. gebelik haftasından önce doğum yapmış olup, 6'sı kontrol grubunda (%26),17'si (%74) çalışma grubundaydı.Çalışma grubunda kontrol grubuna göre anlamlı derecede daha fazla preterm doğum oldu.(p<0.05) Ortalama prolaktin değeri çalışma grubunda (n=40) 9,6 ± 5,73 ng/ml,kontrol grubunda (n=40) 3,53 ± 6,71 ng/ml olarak tespit edildi,iki grup arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulundu.(p<0,05) Çalışma grubunda tokoliz başarılı 23 hastada ortalama servikovajinal prolaktin değeri 1.91+1.3,tokoliz başarısız 17 hastada ise ortalama değer 19.66+20.2 ng/ml idi.Çalışma grubunda tokolizin başarısız olduğu olguların ortalama servikovajinal prolaktin düzeyi tokolizin başarılı olduğu gruba oranla anlamlı derecede daha yüksek bulundu.(p<0,05) Çalışma grubunda servikovajinal prolaktin değeri pozitif olanların tokolizden daha az yarar gördüğü, latent periyodun daha kısa olduğu ve doğumun daha erken gebelik haftalarında gerçekleştiği izlendi Preterm doğumu önceden belirleyebilmek için 3 ng/ml'den yüksek prolaktin konsantrasyonunun pozitif prediktif değeri 84.2, negatif prediktif değeri 88.5 olarak hesaplandı.En az 3 ng/ml düzeyinde servikovajinal prolaktin değerinin % 69,6 sensitivite, % 94,7 spesifite ile erken doğumu önceden belirleyebildiği saptandı. Ortalama servikovajinal prolaktin düzeyi latent periyot <2 gün olanlarda 32.25 ± 23.05, 2- 7 gün olanlarda 21.46 ± 13.36, 8 - 14 gün olanlarda 7.5 ± 0.7, 15 - 21 gün olanlarda 3.42 ± 1.88, >21 gün olanlarda ise 1.76 ± 1.12 olarak saptandı.Değerler istatistiksel olarak anlamlı olup,-servikovajinal prolaktin değeri latent periyotla negatif korelasyon göstermektedir, değer arttıkça latent periyot süresi kısalmaktadır.2 haftaya dek latent periyodu %90.9 sensitivite, %100 spesifite ile tahmin eden servikovajinal prolaktin değeri 6 ng/ml olarak bulundu. Eşik değerinin yaklaşık 2 katı olan bu düzeyde 2 haftaya



# 3. Karadeniz Jinekoloji ve Obstetrik Kongresi

20-22 Kasım 2020

dek latent periyodu belirlemede pozitif prediktif değer %100 ve negatif prediktif değer %96.7 olarak hesaplandı.

**SONUÇ:** Servikovajinal sıvıdaki prolaktin düzeyleri preterm doğumun erken tanısında önemli bir biyokimyasal belirteç olarak göz önünde bulundurulmalıdır. Ancak bu konuda daha geniş serilerde araştırmalara ihtiyaç vardır.

**Anahtar Kelimeler:** Preterm eylem, prolaktin, servikovajinal sıvı

SS-029

## Sezaryen esnasında myomektomi: 56 olgunun değerlendirilmesi

Mevlüt Bucak<sup>1</sup>, Mehmet Güney<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Dinar Devlet Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği, Afyonkarahisar, Türkiye

<sup>2</sup>Süleyman Demirel Üniversitesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Ana Bilim Dalı, Isparta, Türkiye

**AMAÇ:** Uterin leiomyomlar kadın üreme sisteminin en sık gözlenen benign tümörüdür. Gebelik sırasında myom uteri sıklığı %0,1 ile %3,9 arasındadır, bildirilen en yüksek myoma uteri prevalansı %10,7 olarak rapor edilmiştir(1,2). Günümüzde gebelik yaşının ilerlemesi ile birlikte, myomlar daha sık görülmeye başlamıştır. Gebelik esnasında önceden mevcut olan myoma uteriler genellikle asemptomatik seyreder, %10 vakada ise komplikasyon geliştirebilir. Karın ağrısı, spontan abortus, plasenta dekolmanı, prematür membran rüptürü, erken doğum eylemi, postpartum hemoraji, malprezentasyon bunlardan bazılarıdır. Sezaryen sırasında myomektomi prosedüründe kanamanın fazla olabilmesi ve kanama kontrolü amacı ile histerektomi gerekebilmesinden dolayı genellikle kaçınılmaktadır. Alt uterin segment ve posterior duvar yerleşimli myomlara cerrahi müdahalenin sezaryen sonrasında bırakılması önerilmektedir. Son on yılda sezaryen sırasında myomektomiyi destekleyen çalışmaların çıkmasıyla, sezaryen sırasında myomektomi güvenilir ve kabul edilebilir olmaya başlamıştır(3). Bu çalışmadaki amacımız sezaryen sırasında myomektominin kabul edilebilir ve güvenli olduğunu göstermektir.

**YÖNTEM:** Ocak 2019 – Ocak 2020 tarihleri arasında Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum kliniğinde çeşitli endikasyonlarla sezaryene alınan ve myomu olup aynı anda myomektomi yapılan 56 olgu retrospektif olarak incelendi. Hastaların yaş, parite sayısı, gestasyonel hafta, sezaryen endikasyonu, myoma uteri boyutu, hastanede kalış süresi, preop ve postop hemogram değeri ve kan transfüzyon ihtiyaçları incelenmiştir. Myomektomi işlemi bebek doğduktan sonra, hastaya 500 ml dekstrozu içine 30 IU oksitosin intravenöz olarak verilirken myom hattına lineer insizyon yapılarak gerçekleştirilmiştir. Myomektomi hattı çift kat olarak 1 numara poliglaktin emilebilir sütürlü kapatılmıştır.

**BULGULAR:** Sezaryen sırasında myomektomi yapılan 56 hasta retrospektif olarak değerlendirilmiştir. Hastaların demografik özellikleri Tablo 1'dedir. Hastaların yarısı nullipar (n=28), sezaryen

yen endikasyonu en çok geçirilmiş uterus cerrahisi (eski sezaryen), gestasyonel hafta ortalama  $37,0 \pm 2,14$ 'dir. İntraoperatif ve postoperatif değerleri incelendiğinde (Tablo 2); myomların ortalama büyüklüğü 4,41cm ve en büyük myom 16cm, myom lokalizasyonu en çok anterior ve fundal, myomlar daha çok subserozal yerleşimli, hastaların ortalama hastanede yatış süresi  $2,30 \pm 0,87$  gün, postop hemoglobin düşüşü ortalama 2,16 g/dL ve 2 hastaya kan transfüzyonu yapılmıştır. İntramural myomlarda hemoglobin düşüşü diğer myomlara göre istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (p=0,03). 10cm üzeri myomlarda hemoglobin düşüşü 10den küçük olanlara göre anlamlı olarak yüksek bulundu (p=0,028).

**TARTIŞMA:** Çalışmalarda nullipar hastalarda myom sıklığı daha fazla görülmüştür ancak biz nullipar ve multipar hastalardaki myom sıklığını eşit bulduk(4). Kaymak ve arkadaşlarının çalışmasında myomların büyüklüğü  $8,1 \pm 4,7$  cm ve %42,5'inin subseröz olduğu bildirilmiştir(5). Bizim çalışmamızda da myomların ortalama büyüklüğü  $4,41 \pm 3,29$  cm ve %80,3'ü subseröz yerleşimli olarak izlenmiştir. Ortaç ve arkadaşlarının yaptığı 22 olguda kan transfüzyonuna gereksinim olmamıştır(6). Bizim çalışmamızda kan transfüzyonu yapılan hastalar 12cm intramural posterior yerleşimli myom, 16cm subseröz posterior yerleşimli myomektomi yapılan hastalardır. Sezaryen sırasında myomektomi kanama ve histerektomi gerekebilmesi nedeniyle rutin olarak yapılmaz ancak 56 olgunun bulunduğu bu çalışmada histerektomi gerektiren olgu yoktu, hiçbir hastada postoperatif morbidite artışı veya daha uzun süre hastanede kalış süresi yoktu.

**SONUÇ:** Uterus corpus posteriorunda intramural yerleşmiş 10 cm'den büyük myomlara dikkatli yaklaşılmalıdır. Sezaryen sırasında myomektomi güvenli ve uygulanabilir bir prosedürdür. Kısa dönemde morbidite yönünde olumlu sonuçları olsada uzun dönemde fertilitate açısından olumlu yada olumsuz sonuçları henüz literatürde yeterince net değildir. Bu konuda daha kapsamlı çalışmalara ve meta-analizlere ihtiyaç vardır.

**Anahtar Kelimeler:** sezaryen, myoma uteri, myomektomi

# 3. Karadeniz Jinekoloji ve Obstetrik Kongresi

## 20-22 Kasım 2020

**Tablo 1. Hastaların demografik özellikleri (n=56)**

	n	ort±ss
Yaş		33,59 ±4,73
Parite		
nullipar	28	
multipar	28	
Gestasyonel hafta		37±2,14
Sezaryen endikasyonu		
geçirilmiş uterus cerrahisi	24	
Akut fetal distres	13	
baş pelvis uyumsuzluğu	12	
malprezantasyon	6	
plasental yerleşim anomalisi	1	

Tablo 1. Hastaların demografik özellikleri(n=56)

**Tablo 2.İntaoperatif ve postoperatif değerler**

	n	ort±ss	p değeri
Myom boyutu(cm)		4,41±3,29	
<3cm	24		
3-5cm	17		
>5cm	15		
Myom lokalizasyonu			
Anterior	24		
Fundal	20		
Posterior	11		
Servikal	1		
Myom tipine göre preop postop hemoglobin farkı		2,16±0,99	
Subseröz	45	1,97±0,91	
Intramural	10	2,96±1,03	
submüköz	1	2,70	
Hastanede yatış süresi(gün)		2,30±0,87	
Preop hemoglobin(g/dL)		12,82±1,35	
Postop hemoglobin(g/dL)		10,66±1,29	
Kan transfüzyon ihtiyacı	2		
<10cm ve >10cm myom boyutuna göre: preop ve postop hemoglobin farkı			0,028
Intramural ve subseröz myom tipine göre:preop ve postop hemoglobin farkı			0,030

Tablo 2. Intraoperatif ve postoperatif değerler

### SS-030

## Otoimmün tiroid hastalığı olan kadınlarda gebelik ve doğum komplikasyonları arasındaki ilişki

Selçuk Kaplan

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

**GİRİŞ-AMAÇ:** Otoimmün tiroid hastalıkları en sık rastlanan otoimmün hastalıklardan biridir. Tiroid otoimmünitesi, tiroperoksidaz (TPO), tiroglobulin (TG) veya tiroid uyarıcı hormon (TSH) reseptör antikorlarına karşı antikorların varlığıyla tanı alır. Otoantikörlerin graves ve hashimato hastalığındaki rolü bilinmektedir. Tiroperoksidaz ve tiroglobuline karşı antikorlar tiroid otoimmünitesinin belirteçleridir ve üretimleri muhtemelen tiroid hasarının bir nedeninden ziyade hasara bir yanıttır. Daha önce yapılan çalışmalarda; otoimmün tiroid hastalıklarına sahip kadınlarda artan maternal ve fetal komplikasyonlar belirtilmiştir. Maternal komplikasyonlar; infertilite, tekrarlayan spontan abortus, ablasyo plasenta, postpartum depresyon, postpartum tiroidit, preeklampsi, eklampsi ve erken membran rüptürü(EMR)'dür. Fetal komplikasyonlar ise yenidoğanda yetersiz nörolojik gelişim, intrauterin gelişme geriliği (IUGR) ve neonatal hipotiroidizmdir.

**MATERYAL-METOD:** Bu çalışma 2017-2019 yılları arasında; otoimmün tiroid hastalıkları (Graves ve Hashimato) nedeniyle takip edilen ve tedavi gören ve gebeliği süresince tarafımızca takip

edilen 215 hasta ile yapılmıştır. 18 yaşın altında olmak, diğer otoimmün hastalıklara ait öyküsü ve immünsüpresif tedavi görenler, gebelik öncesi tanısı konmuş ve tedavi gören hipertansiyon hastaları ve malignite nedeniyle kemoterapi/ radyoterapi öyküsü bulunan hastalar dışlanmıştır. Çalışma için belirlenen hastaların gebelik ve doğum sırasında gelişen komplikasyon oranları, Anti-TPO; Anti- TG; Anti- TSH antikor değerleri, body mass index (BMI)'leri, gördükleri ilaç tedavileri, not edildi. İstatistiksel analizler SPSS 22 ile yapıldı. Pearson Ki- Kare testi ve binary logistik regresyon testleri yapıldı.

**BULGULAR:** Gebelik komplikasyonları analiz edildiğinde 57 (%26,5) hastada oligohidramniyoz, 32 (%14,9) hastada preeklampsi, 11 (%5,1) hastada polihidramniyoz görülmüştür. Hastaların 23 (%10,7)'ünde ikiz gebelik izlenmiştir. Doğumda ise 41 (%19,06) hastada IUGR; 113 (%52,6) hastada erken doğum eylemi görülmüştür. Graves hastalarında oligohidramniyoz, hashimato ve graves hastalığında preeklampsinin anlamlı olarak yüksek çıktığı görülmektedir (p<0,001) (Tablo 1). EMR'nin ise Graves hastalığında anlamlı olarak yüksek olduğu bulunmuştur (Tablo 2). Yapılan binary logistik regresyon testinde; komplikasyon tahmini için tiroid patolojileri, ilaç kullanma durumları, yaş değişkenler ve BMI dahil edilmiştir. Gebelik komplikasyonları için ilaç kullanmanın ve BMI değerlerinin anlamlı katkı yaptığı bulunmuştur (Tablo 3). Doğum komplikasyonu için kurulan modele tiroid patolojisinin anlamlı katkı yaptığı görülmüştür. Graves hastalığı olanlarda doğum komplikasyon riski, hashimato hastalığı olanlara göre 8,8 kat daha fazladır. Gebelik komplikasyonu için kurulan modelde ilaç kullanımının ve BMI değerlerinin anlamlı katkı yaptığı görülmüştür. Levotiroksin kullananlarda gebelik komplikasyonu 15 kat, propiltiourasil kullananlarda ise komplikasyonların 29 kat arttığı görülmüştür (p<0,001).

**SONUÇLAR:** Otoimmün tiroid hastalıklarının gebelik ve doğum eylemindeki komplikasyonlar ile ilişkisi açıkça görülmektedir. Bu çalışmaya göre; gebelikte preeklampsi ve oligohidramniyoz, doğum eyleminde ise EMR otoimmün tiroid hastalıklarında daha sık görülmektedir. Bu komplikasyonların ilişkisinin gösterilmesi için daha geniş hasta gruplarına ihtiyaç vardır.

**Anahtar Kelimeler:** EMR, gebelik komplikasyonları, graves hastalığı, hashimato, otoimmün tiroidit

**Tablo 1. Gebelik Komplikasyonları ve Tiroid Patolojileri Karşılaştırılması**

		n	TİROID PATOLOJİ			
			Hashimato Hastalığı			Total
			Graves Hastalığı	MNG		
GEBELİK	Oligohidramniyoz	26	29	2		
	%	23,4%	39,2%	6,7%		
Preeklampsi	n	17	15	0		
	%	15,3%	20,3%	0,0%		
Komplikasyon yok	n	66	24	28		
	%	56,7%	32,6%	93,4%	<0,001	
Polihidramniyoz	n	5	6	0		
	%	4,5%	8,1%	0,0%		
Total	n	111	74	30	215	
	%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	

n:Hasta Sayısı

# 3. Karadeniz Jinekoloji ve Obstetrik Kongresi

## 20-22 Kasım 2020

**Tablo 2. Doğum Komplikasyonları ile Tiroid Patolojileri Karşılaştırılması**

		TİROID PATOLOJİ			
		Hashimato Hastalığı			MNG
DOĞUM KOMP	Komplikasyon yok	n	30	13	14
	%		27%	17,5%	19,9%
	EMR	n	60	45	8
	%		54,1%	60,8%	26,7%
	IUGR	n	18	15	8
	%		16,2%	20,3%	26,7%
	Makat geliş	n	3	1	0
	%		2,7%	1,4%	0,0%
			100,0%	100,0%	100,0%

**Tablo 3. Gebelik Komplikasyonu Regresyon Sonuçları**

		B	Sig.	Exp(B)	95% C.I. for EXP(B)	
					Lower	Upper
Step 1	İlaç kullanımı		<0,001			
	İlaç (Levotiroksin)	2,090	<0,001	8,088	3,582	18,263
	İlaç (Propiltiourasil)	2,996	<0,001	20,000	6,621	60,413
	Constant	1,249	<0,001	3,487		
Step 2	İlaç kullanımı		<0,001			
	İlaç (Levotiroksin)	2,709	<0,001	15,013	5,429	41,515
	İlaç (Propiltiourasil)	3,382	<0,001	29,425	8,778	98,635
	BMI		,032			
	BMI (25-29,9)	,997	,079	2,709	,892	8,233
	BMI (>30)	-,343	,535	,709	,240	2,097
	Constant	,954	,000	2,596		

### SS-031

## Fetal akinezi deformasyon sekansı: olgu sunumu

**Kemal Sarsmaz**

Etlik Zübeyde Hanım Kadın Hastalıkları ve Doğum Eğitim Araştırma Hastanesi, Ankara

**Giriş:** Artrogripozis veya akinezi sekansı ilk olarak 1841 yılında tanımlanmış olup, 1/3000 oranında görülen oldukça nadir bir sendromdur. Artrogripozis vücutta multipl kontraktürlerin olması durumu olup fetal hareketlerin yokluğu ile karakterizedir. Kontraktürlerin derecesine göre statik/progresif ya da fokal/jeneralize şeklinde tanımlanır. Kromozomal anomali insidansı %2 civarındadır.

**Vaka:** 41 yaşında, gravida 3, parite 2 gebe 30. haftada kliniğimizi polihidramnios tanısı ile yönlendirildi. Birinci trimester tarama testinde trizomi 21 riski 1/55 olması üzerine antenatal tanı testi önerilmiş ancak hasta kabul etmemiş. Önceki çocuklarının sağlıklı olduğu, kendisinde meniere hastalığı bulunduğu ancak ilaç kullanmadığı öğrenildi. Eşler arasında akrabalık bulunmazken, hastanın yeğenininde down sendromlu olduğu öğrenildi. Ultrasonografide; polihidramnios olduğu, ekstremiteler hareketlerinin olmadığı ancak trunkal kıvrılma tarzında hareketler olduğu izlendi. Ellerde pençe el görünümü, alt ekstremitelerin kalça ekleminden fleksiyon ve adduksiyonda, dizlerin sabit olarak ekstansiyonda olduğu, bilateral genu valgus deformitesi ve ayaklarda rocker bottom feet deformitesi izlendi. Genetik konsültasyonunu takiben kordosentez önerildi, ancak hasta kabul etmedi. Fetal distress tanısı ile 36. haftada hastada sezaryen ile 2920 gr kız bebek doğurtuldu *Resim 1*. Solunum güçlüğü nedeni ile yenidoğan yoğun bakıma yatırılan bebekten kromozom analizi gönderildi, sonuç 46X\* olarak raporlandı. Bebek postpartum 18. günde enfeksiyon nedeni ile ex oldu.

**Sonuç:** Fetal dönemde multipl eklem kontraktürleri ile ilişkili olduğu bildirilen 400'den fazla durum tanımlanmıştır. Eşlik eden polihidramnios ve dolayısıyla anne tarafından fetal hareketlerde azlık hissedilmemesi tanının atlanmasına sebep olabilmektedir. Ancak artrogripozisin tanısındaki asıl zorluk primer etiyolojinin tespitidir. Fetal akineziye eşlik eden hidrops varlığı veya postnatal solunum sıkıntısına bağlı ventilatör ihtiyacı kötü prognostik faktörlerdir. Fikse ekstremiter ve kırık riski nedeni ile sezaryen ile doğum önerilmeli ve doğum 3. basamak merkezlerde planlanmalıdır.

**Anahtar Kelimeler:** Amyoplasia, Artrogripozis multiplex konjenita, Fetal akinezi deformasyon sekansı, Prenatal diaznoz, Polihidramnios

Resim 1



Prenatal ultrasonografik ve neonatal görüntüler A, B, C: Elde pençe el deformitesi (claw-like hand fingers) olduğu, alt ekstremitelerin addüksiyonda ve dizlerden ekstansiyonda olduğu izlenmekte. D: Bilateral rocker bottom feet deformitesi izlenmekte. E, F: Neonatal bulgular antenatal tanıyı desteklemekte ve ek anomalisinin bulunmadığı görülmektedir.

SS-032

## Vajinal Asiste Laparoskopik Sakrohisteropeksi; Video Olgu Sunumu

Recep Erin, Yeşim Bayoğlu Tekin  
Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Trabzon Kanuni Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği

**AMAÇ:** Minimal invazif bir yöntem olan laparoskopik sakrohisteropeksiye vajinal yaklaşım ekleyerek daha az invazif bir yöntemle yapılan bir olguyu sunmayı amaçladık.

**OLGU:** 35 yaşında, 3 çocuklu ve 3 spontan vajinal doğumu olan hastanın yaklaşık 5 yıldır vajenden ele gelen kitle şikâyeti vardı. Yapılan muayenesinde evre 3c uterin prolapsus tespit edildi. Ultrason ve servikal sitolojik inceleme normal olan hasta uterusunun korunmasını istediğinden hastaya vajinal asiste laparoskopik sakrohisteropeksi planlandı.

**YÖNTEM:** Genel anestezi altında dorsolitotomi pozisyonunda hasta hazırlandı. Vajinal yaklaşımla anterior ve posterior vajen - serviks bileşkesi 2 cm kadar diseke edildi. Önceden T şekilli kesilip hazırlanan polipropilen meş non-absorbable 2/0 prolensütürle diseke edilen serviksın ön ve altında ki dokuya sütüre edildi. Daha sonra laparoskopik 4 trokar açılarak batına girildi. İyi görüntü sağlamak için sigmoid batın ön duvara mezosundan sütüre edildi. Promontoruyum üstü periton enerji kullanılarak 3-4 cm kadar diseke edildi. Ardından vajinal yaklaşımla posterior diseke edilen bölümden künt uçlu uzun bir laparoskopik grasper ile subperitoneal olarak promontoruyuma kadar diseke edilerek ulaşıldı. Grasper ucuna bir sütür verildi ve vajinal bölgeden sütür çekilerek meş subperitoneal olarak sakral promontoruyuma kadar çekildi. Ardından serviks üstü ve altı diseke edilen dokular 2/0 poliglaktin sütür ile sütüre edildi. Uterus meş çekilerek yeterli gerginliğe ulaşıldıktan sonra meş tucker ile sakruma fiks edildi. Periton 2/0 poliglaktin sütür ile kontinü kapatıldı. Operasyona bilateral tüp ligasyonu ve perinoplasti eklendi. 2 gün izlemden sonra komplikasyonsuz olarak hasta tarburcu edildi.

**SONUÇ:** Laparoskopik sakrohisteropeksi de tüm peritoneal doku açılmakta ve meş uterus korpus altını ve uterosakral ligamanları saracak şekilde sütüre edilmektedir. Klasik operasyon da daha çok doku diseke edildiğinden bizim yöntemimize göre daha invazif ve uzun sürelidir. Bizim yöntemimize benzer vajinal yaklaşımla operasyonlar yapılmıştır ancak sakral periton uterusu kadar açılarak yapılmıştır. Uterus korunarak en minimal invazif yöntem bizim uyguladığımız yöntemdir. Yönetimin uygulanabilirliği kolay görünmekte ve kısa sürmektedir. Klinik anlamlılık için seri vaka çalışmalarına ihtiyaç vardır.

**Anahtar Kelimeler:** Vajinal yaklaşım, laparoskopik sakrohisteropeksi, minimal invazif

# 3. Karadeniz Jinekoloji ve Obstetrik Kongresi

20-22 Kasım 2020

SS-034

## Fresh veya dondurulmuş tek blast transferi sonrası elde edilen gebeliklerde serum insan koryonik gonadotropin ( $\beta$ -HCG) seviyelerinin gebelik sonuçlarını predikte etmedeki değeri

İlknur Mutlu

NovaArt Tüp Bebek Merkezi, Ankara

**AMAÇ:** Tek fresh blast (TFB) veya tek dondurulmuş blast (TDB) embriyo transferinden (ET) 10 gün sonra bakılan serum insan koryonik gonadotropin ( $\beta$ -HCG) değerlerinin gebelik sonuçlarını predikte etmedeki etkisini incelemek

**YÖNTEM:** NovaArt Tüp Bebek Merkezi'nde Ocak 2018 ile Ocak 2019 tarihleri arasında blast ET yapılan hastalar retrospektif olarak analiz edildi. TFB ya da TDB transferinden 10 gün sonra bakılan  $\beta$ -HCG değeri pozitif gelen sikluslar çalışmaya dahil edildi. Gruplar demografik özellikler, siklus sonuçları ve  $\beta$ -HCG değerleri açısından değerlendirildi. Veriler SPSS-21 istatistik programı kullanılarak analiz edildi. Klinik gebelik (KG), canlı doğum (CD) ve biyokimyasal gebeliği (BG) predikte eden optimal  $\beta$ -HCG cut-off değerlerini belirlemek için ROC analizi yapıldı. TFB ya da TDB transferi sonrası  $\beta$ -HCG değerleri, farklı gebelik sonucu gruplarında karşılaştırıldı. Devamlı değişkenleri karşılaştırmak için dağılım özelliklerine göre Student's t test ya da Mann-Whitney U test kullanıldı. Kategorik değişkenler Chi-Square test ile karşılaştırıldı. P < 0.05 istatistiksel olarak anlamlı kabul edildi.

**BULGU:** Blast transferi yapılan 1227 siklus retrospektif tarandı. 269 tek blast ET yapılan siklusan gebelik sonucu pozitif gelen 124'ü çalışmaya dahil edildi. Bu siklusların 66 tanesi TFB, 58 tanesi de TDB transferi yapılmıştı. Her iki grup arasında demografik özellikler, transfer edilen iyi kaliteli embriyo sayısı, KG, CD ve missed abort oranları açısından istatistiksel anlamlı fark yoktu. BG ise TDB sikluslarında istatistiksel anlamlı olarak daha fazlaydı. Tüm TFB ET sikluslarındaki  $\beta$ HCG median değerleri [183(14-1250)], TDB ET sikluslarındaki değerlerle [217(10-1300)] benzerdi. Klinik gebelikle sonuçlanan TDB ET sonrası HCG median değerleri ise TFB ET sonrası değerlerden [348(99-1300) vs. 244(38-1250); p= 0.03] istatistiksel anlamlı olarak daha fazlaydı. CD, BG ve missed abortus ile sonuçlanan her iki transfer grubunda ise  $\beta$ HCG median değerleri benzerdi. Gebelik sonuçlarını predikte eden HCG seviyelerini tespit etmek için ROC analizi yapıldı. KG elde edilen TFB transferi için AUC (area under curve) 0.90(%95 CI 0.81 to 0.99); TDB transferi için 0.82 (%95 CI 0.70 to 0.93) idi. KG'yi predikte eden  $\beta$ HCG değeri TFB için 84 IU/L (sensitivite % 83, spesifite % 80); TDB için ise 165 IU/L (sensitivite % 82, spesifite % 62) olarak bulundu. CD elde edilen TFB transferi için AUC 0.87(95% CI 0.77 to 0.97), TDB transferi için 0.80 (%95 CI 0.75 to 0.84) idi. CD'yi predikte eden  $\beta$ -HCG değeri TFB için 165 IU/L (sensitivite % 88, spesifite % 80), TDB için 195 IU/L (sensitivite % 81, spesifite % 60) olarak bulundu. BG elde edilen TFB transferi için AUC 0.89(%95 CI 0.79 to

0.99); TDB transferi için 0.82 (%95 CI 0.77 to 0.89); BG'yi predikte eden  $\beta$ -HCG değeri TFB için 44 IU/L (sensitivite % 95, spesifite % 62); TDB için 82 IU/L (sensitivite % 95, spesifite % 60) olarak bulundu.

**SONUÇ:** ET sonrası 10. gün bakılan serum  $\beta$ -HCG değeri gebelik sonuçlarını predikte etmek için kullanılabilir. Klinik gebelik ile biyokimyasal gebelik ayırımında daha erken bir farkındalık ve yönetim kazandırabilir. TFB ile TDB grupları arasında  $\beta$ HCG seviyeleri, KG ve CD oranlarının farklı olmaması, embriyoların  $\beta$ HCG üretiminin vitrifikasyon işleminden etkilenmediğini göstermektedir. Tek dondurulmuş blast transferi sonrası klinik gebelik ve canlı doğumu predikte etmek için tek fresh blast transferine göre daha yüksek  $\beta$ HCG değerleri gerekmektedir.

**Anahtar Kelimeler:** blast, dondurulmuş embriyo, embriyo transferi, gebelik sonuçları,  $\beta$ HCG

SS-035

## Vajinal Doğum Sonrası Geç Puerperium Dönemde Görülen Nadir Bir Ileus Vakası

Abdurrahman Alp Tokaloğlu<sup>1</sup>, Eda Özden Tokaloğlu<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Ankara Şehir Hastanesi, Jinekolojik Onkoloji Kliniği

<sup>2</sup>Ankara Şehir Hastanesi, Perinatoloji Kliniği

**AMAÇ:** Gebelikte ve puerperium döneminde dinamik ileus nadir görülen bir durum olmasına rağmen tanı ve müdahalede gecikildiğinde sonuçları katastrofik olabilmektedir. Bunun sebebi ileus bulgularının gebelik ve postpartum dönemde görülen bulgularla karışabilmesi ve gebe ya da postpartum hastaya kadın doğum dışındaki kliniklerin müdahale etmekten çekinmesidir. Bu vaka ile geç puerperial dönemde de dinamik ileusun akıldta tutulması gerektiğini hatırlatmayı amaçlamaktayız.

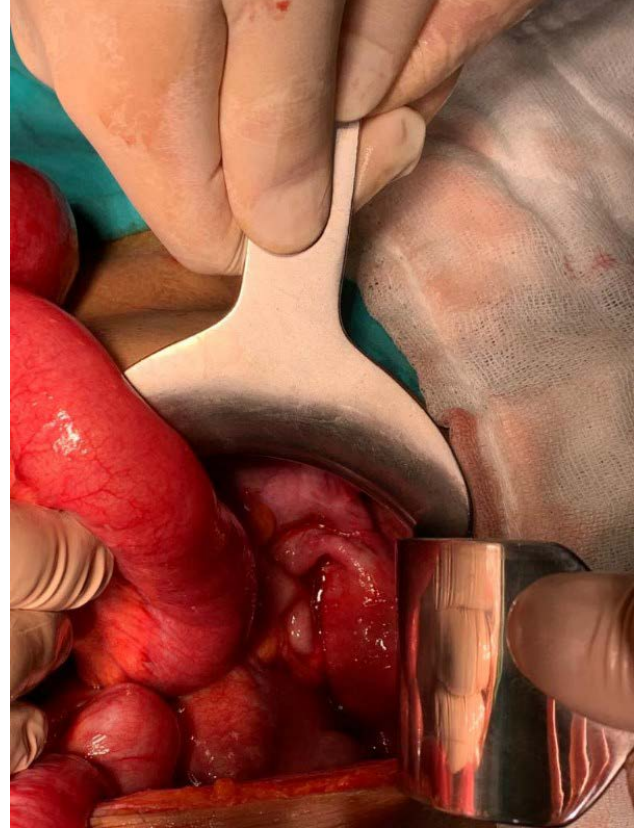
**OLGU:** 23 yaşında, primipar hasta, postpartum 46.gününde acil servise bulantı, kusma, ateş yüksekliği ve genel durum bozukluğu ile başvurdu. Hastanın epizyotomiyle normal vajinal yoldan doğum yaptığı öğrenildi. 3 gündür gaz gayta çıkışı olmayan hastanın başvurusunda ateşi:38,5°C, nabız:98 solunum sayısı:17 tansiyon arteriyel:110/70mmHg idi. Batın muayenesinde, tüm batında yaygın hassasiyet izlendi. Spekulum muayenesinde, serviks ve vajen doğal, epizyotomi hattının intakt olduğu görüldü. Kötü kokulu akıntı, suprapubik hassasiyet ve bimanuel muayenede servikal hassasiyet yoktu. Kabulünde CRP:92 sediment:118 lökosit:12,700 hemoglobin:13,8  $\beta$ -hCG:negatifti. Batın tomografisi; "ince barsak anslarında sıvı ile dilatasyon, hava-sıvı seviyelenmesi izlenmektedir, görünüm ince barsak tipi ileusla uyumludur, barsak ansları pelviste kendiliğinden normale dönüş göstermektedir, mekanik sebep izlenmedi, pelviste mezenterik yağlı dokuda enflamasyonla uyumlu yoğunluk artımları izlendi (pelvik enflamatuvar hastalık?)" olarak raporlandı. Tranvajinal ultrasonografide sol over, tuba ve uterus normal görünümdeydi;

sağ over ve tuba gözlenemedi. Sağ adneksiyel alanda 75x43mm tubaovaryan apse şüpheli alan gözlenmesi üzerine yatış verildi. Gentamisin 80mg 3x1, klindamisin 600mg 3x1, ampisilin-sülbaktam 4x1gr başlandı. Orali kapatıldı. Tüm abdomen ultrasonografisinde "pelvik düzeyde 4,5cm serbest mai, Morison poşunda ve perihepatik alanda sıvama tarzında mai ve barsak ansları yaygın dilate görünümde" olarak raporlandı. Operasyon öncesi çekilen ayakta direk batin grafisinde "jejunal anslar düzeyinde çap artışı ve batında eşlik eden ince bağırsak ve kolon seviyesinde multiple hava sıvı seviyeleri" gözlemlendi. Bulantı kusması gerilemeyen ve gaz-gayta çıkışı olmayan hasta ileus? tubaovaryan apse? ön tanısıyla genel cerrahiyle operasyona alındı. Yapılan diagnostik laparoskopide jejunumdan terminal ileuma kadar olan barsak ansları dilate olarak gözlemlendi. Apendiks inflame görünümde değildi. Uterus, sol over ve tuba doğal, sağ tuba ve sağ over, dilate barsak anslarıyla konglomereydi. Bunun üzerine barsak visualizasyonu için laparotomiye geçildi. Nazogastrik sonda yerleştirildi. Batın içerisindeki 200cc seröz mayi kültüre gönderildi. Tüm barsak ansları explore edildi, perfore alan gözlenmedi. Mezenterik lenfadenopatiden biopsi alındı. Dren konularak batın kapatıldı. Hastanın tedavisi seftriakson 2x1gr, metranidazol 2x500mg ile değiştirildi. Postop 1.gün hastanın nazogastrik sondası çekildi, 2.gün gaz çıkardı ve orali sulu diet ile açıldı. Postop 3.gün gayta çıkardı. Hasta 4.gününde drenleri çekilmeden sefuroksim 2\*500mg ile taburcu edildi. Postop 7.gün kontrolünde insizyon hattı intakt izlendi. Drenleri çekildi. Lenf nodu biopsi sonucu "reaktif lenf nodu, neoplazma rastlanmamıştır" olarak geldi. Batın içi sıvısının kültür sonucu "üreme olmadı" olarak raporlandı.

**TARTIŞMA:** Daha önce geçirilmiş sezeryanı olan hastalarda adezyonlara bağlı ileus olasılığı akla gelmektedir. Fakat bu hastanın daha önce geçirilmiş operasyonu olmaması, zayıf genç hasta olması, vajinal doğum yapmış olması, postpartum 46.gününde olması nedeniyle diğer vakalardan ayrılmakta, böyle bir hastayla karşılaştığımızda da ileusu dışlamak için gerekli görüntüleme ve testleri yapmamız konusunda bizi uyarmaktadır. Postpartum dönemde karında hassasiyet ile gelen hastalarda aklımıza ilk jinekolojik patolojiler gelmektedir. Fakat intestinal problemlerin de olabileceği akılda tutulmalıdır. Vaka postpartum adinamik ileus olarak bizim araştırmamıza göre literatürdeki en geç görülen vaka kadır.

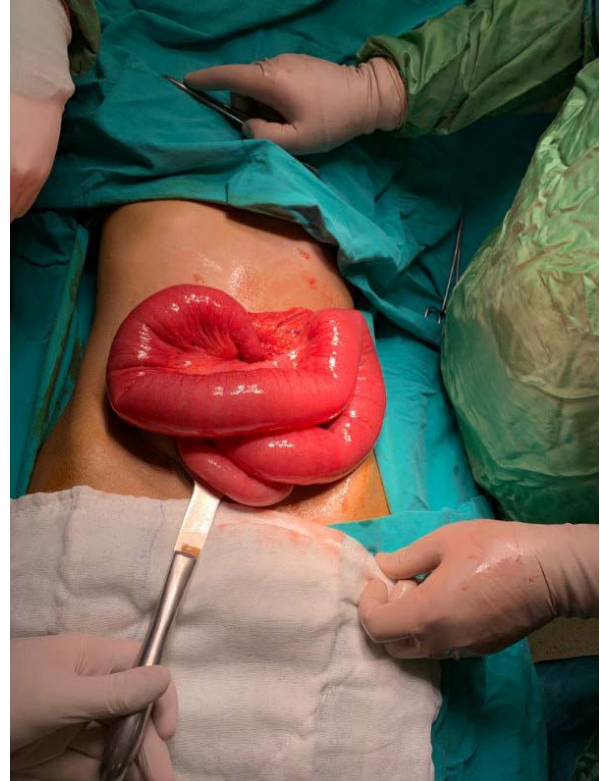
**Anahtar Kelimeler:** Postpartum ileus, adinamik ileus, vajinal doğum sonrası ileus

### Adneksler ve uterus



sol adneks ve tubanın doğal görünümü, sağ over ve tubanın dilate barsak segmentleri içinde görünümü

### Jejunum- terminal ileum arası dilate barsak segmentleri



SS-036

### Dev servikal myom: olgu sunumu

Özlem Erten<sup>1</sup>, Aysun Tekeli Taşkömür<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Kütahya Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, Kütahya

<sup>2</sup>Amasya Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum AD, Amasya

**AMAÇ:** Uterin myomlar kadınlarda en sık görülen benign pelvik kitlelerdir. Serviks de dahil birçok lokalizasyonda bulunabilirler. Servikal myomlar çevre yapılara olan ilişkisi nedeniyle cerrahide zorluğa ve yoğun kanamaya neden olabilmektedir. Bu vakayı sunmadaki amacımız servikal myomu olan hastaların cerrahisinde dikkat edilmesi faydalı olan noktalara literatür eşliğinde dikkat çekmektir.

**YÖNTEM:** Olgu sunumudur.

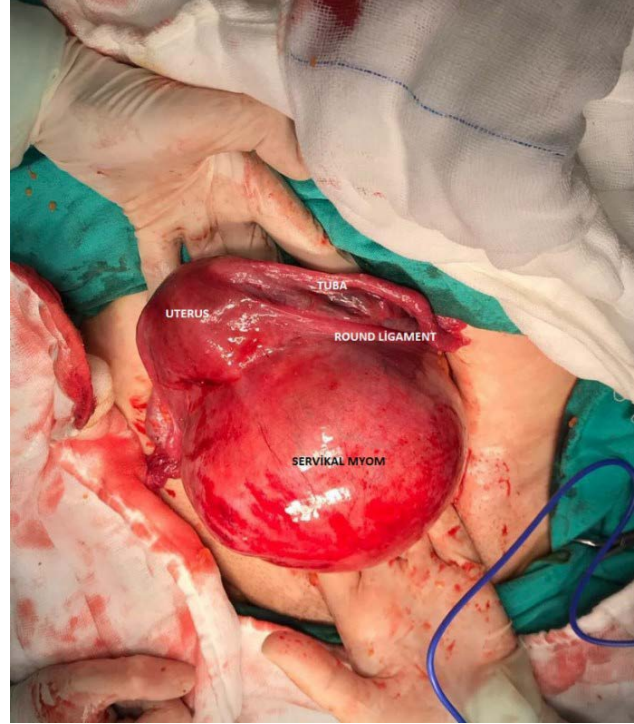
**BULGULAR:** 46 yaşında, öksürürken idrar kaçırma yakınması olan hastanın 1 yıldır myom uteri nedeniyle operasyon önerilmesine rağmen operasyondan kaçındığı ve baskı semptomlarının artması nedeniyle tekrar başvurduğu öğrenildi. Vajinal yolla 2 doğum öyküsü olan hastanın menstrüel siklusu düzenli ve yoğun kanama yakınması yoktu. Sistemik hastalığı yoktu ve geçirilmiş laparotomik kolesistektomi öyküsü dışında cerrahi öyküsü yoktu. Hastanın bimanuel muayenesinde yaklaşık 16 haftalık cesamete mobil, sert, pelvik kitle palpe edildi. Yapılan ultrasonografisinde corpus anteriordan servikse doğru uzanan 12 cm boyutunda myom ile uyumlu görünüm izlendi, endometrium ayrıca seçilemedi ve adeneksler doğal olarak izlendi. Laboratuvarında hemoglobin 13,2 g/dl idi, idrar tetkiki ve diğer parametrelerinde özellik yoktu. Endometrial örnekleme de benign bulgular olarak rapor edilen hastaya histerektomi kararı verildi. Operasyon için laparoskopik ve laparotomi seçenekleri değerlendirildi. Hastaya total abdominal histerektomi kararı verildi. Preoperatif hazırlıkta fazla kanama olabileceğinden kan hazırlığı yapıldı. İntraoperatif gözlemede uterusu yukarıda bırakacak şekilde yaklaşık 12x12 cm intramural myom izlendi myomun devamında servikse uzandığı görüldü (Resim 1). Operasyon esnasında uterin arter klemplenmesi etabında saha tam vizüalize edilemediğinden myom çıkarılarak işleme devam edildi. Myom tabanındaki yoğun kanama esnasında dikkatli hemostaz yapıldı. Bilateral üreter kontrolü yapılarak diğer etaplara devam edildi. Myom çıkarılmasının ardından boşalan taban nedeniyle zorlukla ayırt edilen mesane ilişkisi sağlandı ve mesane reddedildi. Boşalan myom tabanı sütüre edilerek hemostaz hem de normal uterus anatomisi sağlandı. Böylece uterusun traksiyonu ve operasyon sahası için uygun görüş alanı sağlandı. Hastanın elongasyo colli olması işlem etaplarının uzamasına neden olsa da operasyon majör komplikasyona olmadan tamamlandı. Hastaya 2 ünite eritrosit süspansiyonu transfüzyonu yapıldı.

**SONUÇ:** Preoperatif değerlendirmede, laparoskopiden laparotomiye dönme için bağımsız risk faktörlerinin değerlendirilmesi bu hastalarda önem arzeder. Histerektomi öncesinde uterin arterlerin internal iliak arterden çıkış yerinde bağlanması hemostaz açısından yardımcı olabilir. Ancak bizim vakamızda sahayı zorlukla

gözlemleyebildiğimizden bu mümkün olmadı. Sahayı görebilmek için histerektomi öncesi myomun çıkarılması, özellikle uterin arterle klemp koyulmasını ve çevre dokuların görülmesini kolaylaştırabilir. Bu esnada myom içine vazokonstrüktör ajan enjeksiyonu yapılabilir fakat maliyet ve etkinlik açısından farklı görüşler vardır. Servikal myomların anatomiye değiştirip üreteri de içinde bulundurabileceği akılda tutularak üreter kontrolünün yapılması hasar riskini azaltır.

**Anahtar Kelimeler:** cerrahi komplikasyonlar, laparotomi, servikal myom

#### Servikal myom olgusu



Resim 1: Servikal myom vakasının intraoperatif görünümü

# 3. Karadeniz Jinekoloji ve Obstetrik Kongresi

## 20-22 Kasım 2020

SS-037

### Intrauterin İnseminasyon Sikluslarında Mikroakışkan Sperm Ayıklama Çipleri İle Konvansiyonel Yöntemin Karşılaştırılması

Mehmet Sipahi<sup>1</sup>, Şebnem Alanya Tosun<sup>1</sup>, Sadettin Oğuzhan Tutar<sup>1</sup>, Vehbi Yavuz Tokgöz<sup>2</sup>, Ahmet Başar Tekin<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Giresun Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, Giresun

<sup>2</sup>Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, Eskişehir

**AMAÇ:** İntrauterin inseminasyon sikluslarında kullanılan mikroakışkan sperm ayıklama çipleri ile konvansiyonel yöntemin klinik gebelik oranları açısından karşılaştırılması.

**YÖNTEM:** Ocak 2016'dan itibaren Giresun Üniversitesi Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi ve Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Kadın Hastalıkları ve Doğum ABD İnfertilite Klinikleri'nde; açıklanamayan infertilite, hafif-orta derecede erkek faktör infertilitesi, ovuluar disfonksiyon, hafif endometriozis ve servikal faktör olgularında gonadotropin ile ovaryan stimülasyon sonrası yapılan intrauterin inseminasyon siklusları karşılaştırıldı. Sperm hazırlama yöntemi olarak mikroakışkan sperm ayıklama çipi ya da dansite gradient santrifüj kullanıldı.

**BULGULAR:** Siklus sayısı 320 olarak saptandı. Bunların 133'ü mikroçip ile, 187'si konvansiyonel yöntem ile yapıldı. Ortalama kadın yaşı; 30.3±5.4 yıl, ortalama total motil sperm sayısı; 94.5±91.7 milyon, ortalama antral folikül sayısı; 13.9±8.5, kullanılan toplam gonadotropin dozu ortalama 968.9±446.3 IU olarak saptandı. İnfertilite nedenlerine bakıldığında % 64.7 açıklanamayan, % 13.8 hafif erkek faktörü, % 15 PKOS ve % 6.6 endometriozis olarak tespit edildi. Klinik gebelik oranı toplamda % 14.4 saptandı. Bu oran mikroçip kullanılanlarda % 19.5 iken, konvansiyonel yöntem kullanılanlarda % 10.7 olarak saptandı (p=0.026).

**SONUÇ:** Klinik gebelik oranı mikroçip kullanılan grupta anlamlı olarak yüksek saptandı (% 19.5 vs % 10.7, p=0.026).

**Anahtar Kelimeler:** İntrauterin inseminasyon, mikroakışkan sperm ayıklama çipleri, konvansiyonel yöntem, klinik gebelik oranı

### Sperm Hazırlama Yöntemine Göre İnfertilite Nedenlerinin Dağılımı

Tablo 1: Sperm Hazırlama Yöntemine Göre İnfertilite Nedenlerinin Dağılımı

	Açıklanamayan (n, %)	PKOS (n, %)	Endometriozis (n, %)	Male Borderline (n, %)
Mikroçip	72 (54.1)	42 (31.6)	8 (6)	11 (8.3)
Konvansiyonel	135 (72.2)	6 (3.2)	13 (7)	33 (17.6)

p<0.05

Tablo 1

### Parametrik Verilerin Sperm Hazırlama Yöntemine Göre Dağılımı

	Yaş (yıl)	TPSS* (milyon/ml)	Top Ünite** (IU)	AFC***(n)	Klinik Gebelik (%)****
Mikroçip	29.9	72.9	897.6	18.1	19.5
Konvansiyonel	30.6	109.8	1019.6	10.9	10.7
p		<0.01	=0.16	<0.01	=0.026

Tablo 2

### Klinik Gebeliklerin Yaş Gruplarına Göre Dağılımı

		Yaş Grupları	Yaş Grupları	Yaş Grupları	Yaş Grupları	Yaş Grupları
		18-25 (n)	26-30 (n)	31-35 (n)	36-40 (n)	Toplam (n)
Mikroçip	Klinik gebelik yok	20	39	34	14	107
	Klinik gebelik var (n, %)	7 (25.9)	9 (18.8)	7 (17.1)	3 (17.6)	26 (19.5)
	Toplam	27	48	41	17	133
Konvansiyonel	Klinik gebelik yok	37	50	38	42	167
	Klinik gebelik var (n, %)	5 (11.9)	9 (15.3)	5 (11.6)	1 (2.3)	20 (10.7)
	Toplam	42	59	43	43	187

Tablo 3

p=0.077



# 3. Karadeniz Jinekoloji ve Obstetrik Kongresi

## 20-22 Kasım 2020

SS-039

### Kadın Hastalıkları Doğum Uzmanlarının Postpartum Tromboemboli Profilaksisi Uygulamaları

Demet Aydoğan Kırmızı

Yozgat Bozok Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Bölümü

**GİRİŞ:** Venöz tromboembolizm (VTE), gelişmiş ülkelerde maternal morbidite ve mortalitenin en önde gelen nedenlerindedir. VTE'nin yarısı gebelikte, diğer yarısı ise postpartum dönemde meydana gelmektedir. VTE'nin gebelik ve peripartum dönemdeki prevalansının yüksekliği ve mortaliteyle sonuçlanabilmesi nedeniyle hastalığın tedavisi ve profilaksisi antenatal bakımda çok önemli bir yere sahiptir. Fakat uygulama için kabul edilen ortak bir protokol bulunmamaktadır. Amerikan Kadın Hastalıkları ve Doğum Uzmanları Kongresi (ACOG), Kraliyet Kadın Hastalıkları ve Doğum Uzmanları Koleji (RCOG), Amerikan Göğüs Hekimleri Koleji (CHEST) ve ülkemizde Sağlık Bakanlığı tarafından önerilen uygulamalar arasında ciddi farklılıklar bulunmaktadır. Bu çalışmanın amacı ülkemizdeki kadın hastalıkları doğum uzmanlarının tromboemboli profilaksisi uygulama kriterlerini değerlendirmektir.

**YÖNTEM:** Bu çalışmaya internet aracılığıyla ulaşılan 113 kadın hastalıkları doğum uzmanı katıldı. Katılımcılara demografik özelliklerini ve VTE profilaksisi uygulamalarını değerlendiren 18 soruluk bir anket uygulandı. Değerlendirmede katılımcılar mesleki tecrübelerine göre <10 yıl ve ≥10 yıl olarak iki gruba ayrıldı. Kontinue veriler dağılıma göre Student T ve Mann Withney U test kullanılarak karşılaştırıldı. Kategorik değişkenlerin arasındaki ilişki ise Ki-kare testi ile analiz edildi. p < 0.05 değeri anlamlı olarak kabul edildi.

**BULGULAR:** Çalışmaya dahil edilen katılımcıların mesleki tecrübeleri <10 yıl olanların yaş ortalaması 38.1 ± 2.3, ≥10 yıl olanların ise 45.4 ± 4.4 olarak saptandı. Demografik özellikler Tablo 1 de gösterildi. Klinik senaryolardan, acil sezaryene alınan, otuz beş yaş üstü elektif sezaryen yapılan, BMI > 30 elektif sezaryen yapılan ve 38 yaşında G4P3Y3 elektif sezaryen yapılan hastada profilaktik antikoagülan kullanımı mesleki tecrübesi <10 yıl olan grupta, ≥10 yıl olan gruba göre anlamlı olarak daha yüksekti (p < 0.05) (Tablo 2). Diğer belirtilen klinik senaryolarda antikoagülan kullanımı açısından gruplar arasında herhangi bir farklılık izlenmedi (p > 0.05) (Tablo 2).

**Tartışma ve SONUÇ:** Sezaryen sonrası optimal VTE profilaksisi tartışmalı bir konudur. Yapılan bir çalışmada bir grup hasta ACOG'a ait kriterlerle değerlendirildiğinde %1, RCOG'a göre değerlendirildiğinde %85 ve CHEST'e göre değerlendirildiğinde ise %35 oranında postpartum tromboemboli profilaksisi alması gerektiği belirtilmektedir. Çalışmamızda katılımcıların sağlık bakanlığının belirlediği kriterlerden farklı uygulamalar tercih ettiği ve mesleki tecrübesi < 10 yıl olan uzmanların profilaktik antikoagülan uygulama oranları ≥ 10 olan gruba göre anlamlı daha yüksek olduğu görülmektedir. Bu durum, son yıllarda konu ile ilgili artan

farkındalık ve sağlık bakanlığının mezuniyet sonrası eğitimleriyle ilişkilendirilebilir. Fakat burada dikkat çekici olan dünyada uygulanan klavuzlar arasındaki öneri farklılıklarıdır. Obstetrik VTE, nispeten düşük insidanda görüldüğünden araştırma yapılması zor bir konudur. Fakat ciddi bir maternal morbidite ve morbidite nedeni olduğundan optimal profilaksinin netleştirilmesi uygun olacaktır. Bu tespit, farklı yaklaşımların doğuracağı legal sorunlar ve ekonomik sonuçlar için dikkat çekici bir nitelik taşımaktadır.

**Anahtar Kelimeler:** Venöz tromboembolizm, tromboemboli profilaksisi, obstetrisyen görüşleri

Tablo 1: Demografik özellikler

	<10 yıl n=56	≥10 yıl n=57	P
Yaş (yıl)	38.1 ± 2.3	45.4 ± 4.4	<0.001
Cinsiyet			
Kadın	30 53.6%	18 31.6%	0.018
Erkek	26 46.4%	39 68.4%	
Yandal			0.106
Onkoloji	4 7.1%	0 0.0%	
Perinatoloji	4 7.1%	6 10.5%	
Yok	48 85.7%	51 89.5%	
Tecrübe yılı	6.5 ± 1.9	14.4 ± 4.8	<0.001
Çalıştığınız kurum			0.002
Özel hastane	6 10.7%	20 35%	
Devlet	50 79.3%	37 65%	
Günlük muayene edilen hasta sayısı	55.3 ± 29.8	44.3 ± 28	0.047
Aylık doğum sayısı	35.6 ± 37.5	23.6 ± 12.7	0.193

Tablo 2: Obstetrisyenlerin değişik klinik senaryolara göre profilaksi uygulama oranları

Klinik Senaryo		<10 yıl n (%)	≥10 yıl n (%)	P
Acil sezaryene alınan hasta	Profilaksi uygulamam	8 (14.3)	28 (49.1)	<0.001
	1 hafta uygulanm	46 (82.1)	29 (50.8)	
	6 hafta profilaksi uygulanm	2 (3.6)	0 (0.0)	
DVT öyküsü (Doğum şekline bakılmaksızın)	Profilaksi uygulamam	0 (0.0)	0 (0.0)	0.579
	1 hafta uygulanm	10 (17.9)	8 (14.0)	
	6 hafta profilaksi uygulanm	46 (82.1)	49 (86.0)	
BMI ≥ 40 (postpartum hastalar Doğum şekline bakılmaksızın)	Profilaksi uygulamam	0 (0.0)	0 (0.0)	≥0.280
	1 hafta uygulanm	36 (64.3)	42 (73.7)	
	6 hafta profilaksi uygulanm	20 (35.7)	15 (26.3)	
Bilinen herediter edinilmiş trombofilisi	Profilaksi uygulamam	0 (0.0)	0 (0.0)	0.384
	1 hafta uygulanm	10 (17.9)	14 (24.6)	
	6 hafta profilaksi uygulanm	46 (82.1)	43 (75.4)	
≥35 yaş ve elektif CS	Profilaksi uygulamam	14 (25.0)	33 (57.9)	<0.001
	1 hafta uygulanm	42 (75.0)	24 (42.1)	
	6 hafta profilaksi uygulanm	0 (0.0)	0 (0.0)	
BMI ≥ 30 üstü ve elektif CS	Profilaksi uygulamam	8 (14.3)	12 (21.1)	0.039
	1 hafta uygulanm	46 (82.1)	36 (63.2)	
	6 hafta profilaksi uygulanm	2 (3.6)	9 (15.8)	
Sigara kullanm ve elektif CS	Profilaksi uygulamam	20 (35.7)	26 (45.6)	0.284
	1 hafta uygulanm	36 (64.3)	31 (54.4)	
	6 hafta profilaksi uygulanm	0 (0.0)	0 (0.0)	
Belirgin variköz venleri olan elektif CS	Profilaksi uygulamam	8 (14.3)	18 (31.6)	0.010
	1 hafta uygulanm	46 (82.1)	32 (56.1)	
	6 hafta profilaksi uygulanm	2 (3.6)	7 (12.3)	
38 yaşında G4 P3Y3 spontan vaginal doğum	Profilaksi uygulamam	32 (57.1)	35 (61.4)	0.288
	1 hafta uygulanm	24 (42.9)	20 (35.1)	
	6 hafta profilaksi uygulanm	0 (0.0)	2 (3.5)	
38 yaşında G4P3Y3 elektif CS	Profilaksi uygulamam	10 (17.9)	31 (54.4)	<0.001
	1 hafta uygulanm	46 (82.1)	20 (35.1)	
	6 hafta profilaksi uygulanm	0 (0.0)	6 (10.5)	

SS-040

### Normoresponder hastalarda HCG günü antagonist kullanmak ya da kullanmamak siklus sonuçlarını etkiler mi?

Nur Dokuzeylül Güngör<sup>1</sup>, Tuğba Gürbüz<sup>2</sup>, Arzu Yurci<sup>3</sup>, Pervin Ertarğın Karlı<sup>4</sup>

<sup>1</sup>BAU Medical Park Göztepe Hastanesi, IVF Unit, İstanbul

<sup>2</sup>Medistate Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum, İstanbul

<sup>3</sup>Kayseri Memorial Hastanesi Tüp Bebek Ünitesi

<sup>4</sup>Amasya Üniversitesi Sabuncuoğlu Şerefeddin Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum

1990 lı yılların sonlarından itibaren, GnRH antagonistleri, kontrollü ovaryen hiperstimulasyonda (KOH) prematür LH pikini engellemek amacıyla kullanılmaktadır. Bu çalışmanın amacı hcg günü antagonist kullanılan normoresponder hasta grubuyla, hcg uygulanmasından bir gün önce son antagonist dozunu kullanan normoresponder hasta grubunun siklus sonuçlarını karşılaştırmaktır. Normoresponder grupta hcg günü antagonist kullanılmadan KOH yapılan çalışma sayısı çok azdır. Bu çalışma 2018 Ocak-2020 Ocak tarihleri arasında bir üniversite hastanesinde KOH yapılan 1073 vakanın retrospektif taranmasını içermektedir. Çalışmaya sadece normoresponder hastalar dahil edilmiştir. Dosyalar random olarak seçilmiş olup hcg günü antagonist kullanan ve kullanmayan iki hasta grubu da 75 hastadan oluşmaktadır. Hastaların yaşı 18-39 arasında değişmektedir. KOH sırasında önde giden folikül 12-14 mm ye ulaştığında GnRH antagonisti olarak 0.25mg/gün cetroreliks kullanılmaya başlanmıştır. Grup 1 (n=75) hcg günü dahil antagonist kullanılan hastaları ve Grup 2 (n=75) hcg den bir gün önce son antagonist kullanılan hastaları içermektedir. Antagonist fleksibl multipl doz olarak uygulanmıştır. Verilerin istatistiksel analizinde SPSS 23.0 paket programı kullanıldı. Sürekli ölçümler ortalama, sapma ve minimum-maksimum olarak özetlendi. Değişkenlerin normal dağılıma uygunluğu görsel (histogram ve olasılık grafikleri) ve analitik yöntemler (Kolmogorov-Smirnov/Shapiro-Wilk Testleri) kullanılarak incelendi. Kategorik değişkenlerin karşılaştırılmalarında Ki kare testi ve Fischer'in Kesinlik Testine başvuruldu. Normal dağılım gösteren parametrelerde bağımsız student t-testi, normal dağılım göstermeyen parametrelerde ise Mann Whitney u testleri kullanıldı. Her iki grup arasında yaş, vücut kitle indeksi, deneme sayısı, KOH süresi, kullanılan total gonadotropin dozu ve AMH düzeyleri açısından anlamlı farklılık yoktu (p>0.05). Ortalama elde edilen oosit sayısı (coc), metafaz II oosit (MII), fertilize oosit (PN), implantasyon oranı (IR), klinik gebelik oranı, abort oranı, ve devam eden gebelik oranı iki grup arasında benzer bulunmuştur (p>0.05). Her iki grupta da prematür ovulasyon gözlenmemiştir. Sonuç olarak bu çalışma normoresponder hastalarda fazladan bir gün antagonist kullanımının klinik sonuçları etkilemediğini ancak maliyeti artırdığını göstermektedir. Bunu desteklemek amacıyla daha geniş prospektif randomize çalışmalara ihtiyaç vardır.

**Anahtar Kelimeler:** antagonist, normoresponder, ICSI

SS-041

### Doğu Karadeniz Bölgesi'nde postpartum dönemde depresyon, laktasyon ve cinsel aktiviteyi etkileyen faktörler

Şebnem Alanya Tosun<sup>1</sup>, Muhammet Bulut<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Giresun Tıp Fakültesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, Giresun

<sup>2</sup>Giresun Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Giresun

**AMAÇ:** Gebelik sürecinin fiziksel ve psikolojik açıdan sağlıklı devam etmesini sağlamak, risk faktörü olmayan gebeleri vajinal yoldan spontan doğuma teşvik etmek, doğum sonrası depresyonu engellemek, laktasyon başarısını arttırmak, sağlıklı cinsel hayatın devamını sağlamak; antenatal ve postnatal gebe takibinin birincil hedefidir. Bu amaçla, gebeliğin 2. ve 3. trimesterinde sistematik ve multidisipliner gebe eğitim programları sunulmaktadır. Çalışmamızda, Doğu Karadeniz Bölgesi'nde yaşayan kadınların postpartum dönemde depresyon, laktasyon, cinsel aktivite sıklığını ve gebeliğin 2. ve 3. trimesterinde uygulanan yürütülen gebe eğitim programının bu parametreler üzerine etkisini değerlendirmeyi amaçladık.

**YÖNTEM:** Çalışmamıza, postpartum 3. ayında olan, 18-43 yaş arası, psikiyatrik hastalık öyküsü bulunmayan toplam 89 postpartum kadın dahil edildi. Katılımcılardan sosyodemografik ve obstetrik özellikleri içeren bilgi formu ile Edinburgh Depresyon Ölçeği, Kadın Cinsel İşlev Ölçeği ve günlük yaşam tarzı ile laktasyonu içeren kısa anketin yüz yüze görüşme ile doldurulması istendi. Diyet tarzı, günlük egzersiz miktarı, laktasyon varlığı, sigara kullanımı sorgulandı. Çevirisinin güvenilirlik ve geçerlilik çalışmaları olan ve doğum sonrası depresyon riskini tarayan likert tip Edinburgh Depresyon Ölçeği 10 maddeden oluşmakta olup, ölçek puanı 13 ve üzeri kadınlar depresyon riski olan kadınlar olarak değerlendirilmektedir. Yine çevirisinin güvenilirlik ve geçerlilik çalışmaları olan ve kadınların son bir ay içindeki cinsel fonksiyonlarını ölçen 19 maddelik likert tip Kadın Cinsel İşlev Ölçeği (FSFI), puan attıkça cinsel fonksiyonun iyi olduğunu göstermektedir. Verilerin analizinde ölçeğin cut-off değeri 23 olarak kabul edildi.

**BULGULAR:** Demografik analizde, 89 postpartum kadının yaş ortalaması 27.8 ±5,1, ilk cinsel ilişki yaşı 23.2 ±3,6, %40,4'ü lise mezunu, %44,9'u orta gelirli idi. Postpartum kadınların %55,1'i normal doğum yapmış iken, %70,8'i bebeğini sadece anne sütü ile beslemekteydi. Sadece %14,6'sı diyet uygularken, %27'si egzersiz uygulamakta idi. Haftada 1 kez 4 oturum şeklinde düzenlenen 1 aylık gebe eğitim programını tamamlayan 45 postpartum kadın, hiç katılmamış 44 postpartum kadın ile karşılaştırıldığında Edinburgh Depresyon ölçeği puan ortalaması eğitime katılanlarda 6.57 ±7,2, katılmayanlarda 9.70 ±8,3 idi; gebe eğitim programına katılan hastalarda postpartum depresyon riski istatistiksel olarak anlamlı biçimde düşük olduğu saptandı (p<0,05). Benzer şekilde, gebe eğitim programına katılan kadınların postpartum dönemde FSFI skoru 26,6 ±11,4 olup, katılmayan kadınların post-

# 3. Karadeniz Jinekoloji ve Obstetrik Kongresi

## 20-22 Kasım 2020

partum dönemde FSFI skoru  $19.4 \pm 18$  idi; gebe eğitim programına katılan hastalarda postpartum cinsel fonksiyonunun istatistiksel olarak anlamlı biçimde yüksek olduğu saptandı ( $p < 0.05$ ). Doğum şekli spontan vajinal yoldan doğum ile sezaryen karşılaştırıldığında, hem postpartum depresyon riski hem de cinsel fonksiyon açısından anlamlı fark saptanmadı ( $p > 0.05$ ). Laktasyon varlığı/yokluğu açısından karşılaştırıldığında yine hem postpartum depresyon riskinde hem de cinsel fonksiyonda anlamlı fark saptanmadı ( $p > 0.05$ ).

**SONUÇ:** Sistematik ve multidisipliner geliştirilen, gebenin antenatal dönemden itibaren postpartum dönem hakkında bilgilendirildiği, doğuma ve doğum sonrasına hazırlığı hedefleyen gebelik eğitim programlarına katılım sağlanması, postpartum depresyon olasılığını azaltmakta, cinsel işlev düzeyinde iyileşme sağlamaktadır.

**Anahtar Kelimeler:** Laktasyon, Edinburgh Depresyon Ölçeği, Kadın Cinsel İşlev Ölçeği, gebe okulu

**Tablo 1. Gebe eğitimi alan ve almayan grupların Edinburgh Postpartum Depresyon Ölçeği ve FSFI skorlaması**

	gebeokulu	N	Mean	Std. Deviation	P
edinburgtotal	evet	45	6.5778	7.18106	<0.05
	hayır	44	9.7045	8.27599	
fsfitotal	evet	45	26.6493	11.36990	<0.05
	hayır	44	19.3682	18.03133	

**Tablo 2. Laktasyon varlığı/yokluğuna göre Edinburgh Postpartum Depresyon Ölçeği ve FSFI skorlaması**

	laktasyon	N	Mean	Std. Deviation	P
edinburgtotal	evet	63	9.0000	8.54023	>0.05
	hayır	22	6.3182	5.59240	
fsfitotal	evet	63	23.8257	17.04217	>0.05
	hayır	22	22.0136	10.06693	

SS-042

## Nadir Bir Komplikasyon; Gebeliğin Üçüncü Trimesterinde Spontan Jejunal Rüptür

Taylan Onat

Yozgat Bozok Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, Yozgat

**GİRİŞ:** Gebelikte akut cerrahi karın ağrısı, oldukça nadir bir durumdur. Altta yatan neden ise obstetrik ve jinekolojik problemler olabileceği gibi; bazı gastrointestinal, hepatobilier, vasküler ve genitoüriner sistem hastalıkları da olabilir. Gebelikteki akut abdominal ağrının diğer gastrointestinal nedenleri arasında enflamatuvar bağırsak hastalıkları ve bağırsak obstruksiyonu sayılabilir. Akut cerrahi karın nedenleri arasında yer alan divertikülit daha çok yaşlı popülasyonda görülmesine karşın reproduktif çağda da görülebilir. Gebelikte ise, divertikülit insidansı bilinmemektedir. Ancak literatür incelendiğinde, gebelikte daha çok komplike

olmuş kolonik divertikülit ve komplike olmuş Meckel Divertikülü bildirilmiştir. Normal popülasyondaki jejunal divertikül sıklığının ise %0.5'ten az olduğu tahmin edilmektedir. Gebeliğin değişik evrelerinde intraabdominal bir hastalığın klinik tanısında, maternal fizyolojik ve anatomik değişiklikler nedeniyle zorluklar yaşanmaktadır. Tanının gecikmesiyle birlikte tedavide geç kalınmasının hem anne hem de fetus için yaşamı tehdit edici sonuçları olabilir. Bu nedenle, gebelikte oldukça nadir görülen hastalıkların da akılda tutulmasını gerektiğini vurgulamak için spontan jejunal rüptür olgusunu sunmak istedik.

**OLGU:** Yirmialtıyaşında G2P1 olan hasta, gebeliğinin 36. haftasında karın ağrısı şikayeti başvurduğu hastaneden, takiplerinde ağrılarının azalmaması üzerine kliniğimize sevk edilmiştir. Hastanın fizik muayenesinde batın sol yanda ağrısı mevcuttu, defans ve ribaunt yoktu. Non-stress test reaktif ve kontraksiyon yoktu. Hastanın vital bulguları normaldi. Tam kan sayımında; lökositoz mevcuttu. Yapılan obstetrik ultrasonografi normaldi. Abdominal ultrasonografide sol adneksiyal alanda 4x5 cm, hiperekojen görünümde kistik kitle izlendi. Hasta over torsiyonu ön tanısıyla kliniğimize yatırıldı. Hastanın takiplerinde ağrısının artması üzerine diagnostik laparotomi ve aynı seansta sezaryen ile doğuma karar verildi. Eksplozasyonda; yaygın şekilde pürülan mayi izlendi. Batın iki kez serum fizyolojik ile yıkandıktan sonra alt uterin segment transvers insizyonla canlı bir erkek bebek doğurtuldu. Uterus kapatıldıktan sonra eksplozasyona devam edildi. Batın içinde, periton yüzeylerinde ve barsak serozası üzerinde yaygın fibrin bantlar görülmesi üzerine Genel Cerrahi konsültasyonu istendi. Treitz ligamanının yaklaşık 60cm. distalinde, jejunumun mesenterik tarafında 8x6 cm apse poşu izlendi. Apsel poşu açılarak mayi aspire edildi. Aynı bölgede yaklaşık 0,5cm. perforasyon alanı saptandı (Resim 1). Perforasyon alanını içeren yaklaşık 10cm. jejunum rezektü edildi. Jejunuma primer, uç uca ve çift kat anastomoz yapıldı (Resim 2). Douglasa dren yerleştirilerek operasyona son verildi.

**TARTIŞMA:** Literatürde yer alan intestinal perforasyon vakaları Crohn hastalığı, derin infiltratif endometriozis ve primer intestinal tüberküloza bağlı yaygın batın içi yapışıklıkları olan vakalardır. Çoğunlukla vakalar 25.-37. gebelik haftaları arasında olmaktadır ve acil cerrahi girişime ihtiyaç duymaktadır. Peritonit bulguları, ağrı ve bulantı-kusma en sık semptomlarıdır. Gebeliğin fizyolojik değişiklikleri ve görüntüleme yöntemlerinin kısıtlılığı tanıyı zorlaştırmaktadır. American College of Obstetrics and Gynecology, eğer tanı için gerekliyse bilgisayarlı tomografinin (BT) kullanılabilirliğini belirtmektedir. Bizim vakamızda ultrasonografi adneksiyal torsiyon lehine bulgular saptadığı için BT'ye gerek duyulmamıştır. Tedavi perforasyonun cerrahi olarak onarımıyken, gebelik sonuçları değişiklik göstermektedir. Literatürde bizim vakamızda olduğu gibi eş zamanlı sezaryen ile doğumun gerçekleştiği vakalar bulunmakla beraber, aynı zamanda cerrahi onarım sonrası miadında doğumun gerçekleştiği vakalarda mevcuttur.

Bu vaka, ikinci veya üçüncü trimesterde açıklanamayan, karın ağrısı durumlarında, bağırsakla ilgili komplikasyonlarının dikkate alınmasının önemini göstermektedir. Gebelikte akut karın ile başvuran bir hastada, bağırsak perforasyonunu da düşünmek önemlidir. Hasta stabil ise, daha ileri görüntüleme tanıyı belirlemede yardımcı olabilir. Gebeliğin yönetimi kişiselleştirilmelidir.

**Anahtar Kelimeler:** Akut batın, gebelik, spontan barsak perforasyonu.

Resim 1. Perforasyon alanı



Resim 2. Jejunumun anastomoz hattı



SS-043

## Jinekolojik malignite operasyonlarında tespit edilen paraaortik damar anomalilerinin incelenmesi

Behzat Can

Sağlık Bilimleri Üniversitesi Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Jinekolojik Onkoloji Cerrahisi, İzmir

**AMAÇ:** Jinekolojik malignitelerde standardize edilmiş paraaortik lenf nodu diseksiyonu esnasında intraoperatif tespit edilen ve fotoğraflanan paraaortik damar anomalilerinin incelenmesi.

**YÖNTEM:** Haziran 2018 ile Ekim 2019 tarihleri arasında jinekolojik maligniteler nedeniyle opere edilen ve paraaortik lenf nodu diseksiyonu yapılan hastalardan paraaortik damar anomalisi tespit edilip fotoğraflanan 12 hasta çalışmaya dahil edildi. Hastaların yaşı, tanıları, damar anomalisi tipi, anomalilerinin yerleri, intraoperatif damar komplikasyon oranları, postop hemoglobin değerleri ve hastanede yatış süreleri incelendi.

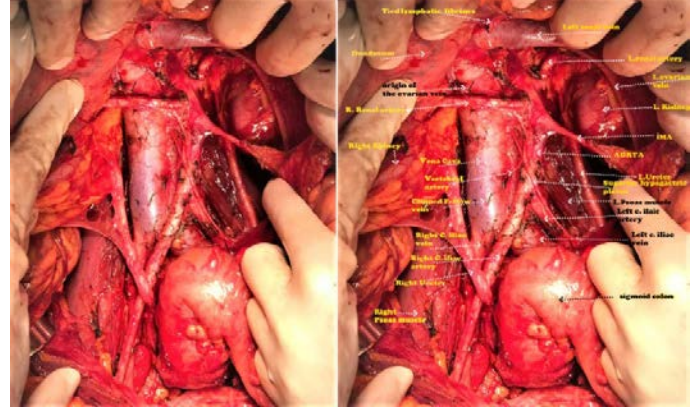
**BULGULAR:** Paraaortik damar anomalisi tespit edilen 12 hasta incelendi. 7'si (%58.3) endometrium kanseri, 5'i (%41.7) over kanseri nedeniyle opere edildi. Yaş ortalamaları 61,0±12,1 (35-79) olarak hesaplandı. Vücut kitle indeksi ortalaması 30.5±4,2

kg/m<sup>2</sup> idi. Hastaların 5 tanesinde (%41.7) renal ven anomalisi, 4 tanesinde (%33.3) aberant renal polar arter anomalisi, 2 tanesinde (%16.7) renal arter anomalisi (resim 1) ve 1 tanesinde (%8.3) vena kava anomalisi (resim 2) tespit edildi. Damar anomalilerinin yerleşimi incelendiğinde hastaların 8 tanesinin (%66.7) aortanın solunda İMA (inferior mezenterik arter) üzerinde olduğu, 3 tanesinin (%25) vena kavanın sağında olduğu ve 1 tanesinin (%8.3) interaorto-kaval bölgede olduğu tespit edildi. Damar hasarı oranı 1/12 (%8.3) idi. Hastaların postop Hb (hemoglobin) değerleri ortalama 10.6±1.2 g/dl idi. Hastaların hastanede kalış süreleri ise ortalama 4.8±1.1 gün idi.

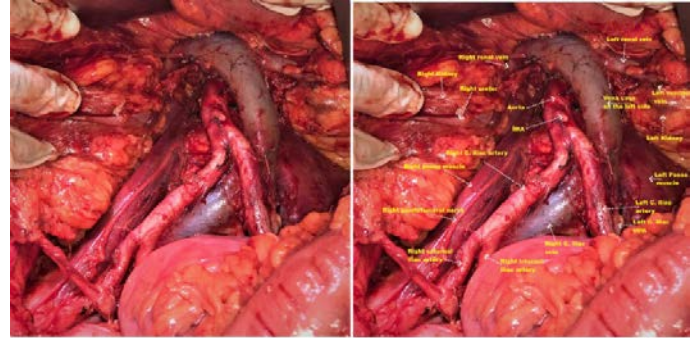
**SONUÇ:** Metastaz potansiyeli yüksek olan jinekolojik malignitelerde paraaortik lenf nodu diseksiyonu endikasyonu mevcuttur. Paraaortik sahanın hazırlanması esnasında beklenmedik damar anomalilerinin olabileceği akılda tutulmalıdır. Standardize edilmiş paraaortik lenf nodu diseksiyonu, olası damar anomalilerinin farkedilip korunmasını sağlayabilir ve istenmeden oluşabilecek damar hasar oranını azaltabilir.

**Anahtar Kelimeler:** jinekolojik malignite, paraaortik lenf nodu diseksiyonu, damar anomalisi

### Renal arter anomalisi



### Vena kava anomalisi



# 3. Karadeniz Jinekoloji ve Obstetrik Kongresi

20-22 Kasım 2020

SS-044

## Evre I vulva kanseri ve nüks gelişimi için risk faktörleri

Varol Gülseren

Erciyes Üniversitesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Ana Bilim Dalı, Kayseri

**AMAÇ:** Evre I vulva kanseri hastalarını ve nüks gelişimi için prognostik faktörlerin incelenmesidir

**YÖNTEMLER:** Jinekoloji onkoloji kliniğinde Ocak 2006– Ocak 2016 yılları arasında vulva kanseri tanısı alan evre IA-IB hastalarının kayıtları retrospektif olarak değerlendirildi. Çalışmaya alınan hastalar en az 18 ay takip edildi. Takip aralığı 18-120 ay arasında idi. Primer cerrahi sonrası takibe gelmeyen, adjuvan tedavi için dış merkeze giden ve evre II-IV arasında bulunan hastalar çalışmaya dahil edilmedi. Hasta dosyalarından hastalara yapılan operasyon tipi, patoloji sonuçları, alınan adjuvan tedavi tipi ve dozları, takiplerde nüks gelişme durumu ve nüksün tedavisi araştırıldı. Evreleme FIGO (uluslararası obstetri ve jinekoloji federasyonu) 2009 yılında yapılan sisteme göre düzenlendi. Hastalısız sağ kalım (DFS) hastalığın tanı anından nüks anı veya son muayene anına kadar geçen süredir. Toplam sağ kalım (OS) tanı ile ölüm veya son muayene tarihine kadar geçen süreyi ifade eder. Non-parametrik ve parametrik değerler karşılaştırılırken x2 (Ki-kare) ve Student t-testleri kullanıldı. Sağ kalım analizi Kaplan-Meier metodu ve log-rank testi ile analiz edildi.

**BULGULAR:** Otuz beş tane evre I vulva kanseri hastası ile yapılan çalışmada, hastaların yaş ortalaması  $63.5 \pm 9.8$  olarak saptandı. En sık görülen histolojik tip 94.3% ile skuamöz hücreli kanserdi. Hastaların 12 (34.3%) tanesi evre IA ve 23 (65.7%) tanesi evre IB olarak saptandı. Evre IA olan 10 (83.3%) hastaya sadece ameliyat yapılırken, 2 (16.7%) hastaya ameliyat sonrası adjuvan radyoterapi verildi. Evre IB tümörü olan 13 (56.5%) hastaya tedavi için ameliyat yapıldı, 10 (43.5%) hastaya ameliyat sonrasında adjuvan radyoterapi verildi. Evre IA hastalardan 7 (58.3%) hastaya geniş lokal eksizyon ve 5 (41.7%) hastaya radikal lokal eksizyon ve inguinal lenf nodu örnekleme yapıldı. Evre IB hastalarda 1 (4.3%) tanesine geniş lokal eksizyon yapılırken, 22 (95.7%) hastaya radikal lokal eksizyon ve inguinal lenf nodu örnekleme yapıldı. İki (5.7%) hastada cerrahi marjın alanda tümör saptandı. Yedi (20%) hastada nüks geliştiği görüldü. Hastalarda 5 yıllık DFS oranı 83.6% ve 5 yıllık OS oranı 85.6% olarak hesaplandı. Nüksler en sık 4 (11.4%) hastada vulvada meydana geldi. Vulvada gelişen nükslerin tedavisinde 1 hastaya eksizyon, 1 hastaya eksizyon + radyoterapi, 1 hastaya radyoterapi ve 1 hastaya kemoradyoterapi verildi. Inguinal LN metastazı gelişen hastaya radyoterapi tedavisi verildi. Vulva + inguinal LN metastazı olan ve vertebra metastazı olan birer hastaya kemoradyoterapi verildi. Nüks gelişimi için yapılan logistic regression analizine göre geniş lokal eksizyon ameliyatı yapmak ve evre IB olması anlamlı negatif prognostik etki gösterdiği saptandı.

**SONUÇ:** Evre I vulva kanserinde nüks gelişimine anlamlı negatif etki eden prognostik faktörlerin, geniş lokal eksizyon yapılması ve evre IB olduğu bulundu.

**Anahtar Kelimeler:** Adjuvan radyoterapi, Nüks, Radyoterapi, Vulva kanseri

SS-045

## İnfertilite nedeniyle IVF planlanan insidental rektum kanserinin tedavi yönetimi

Vahit Mutlu

Ondokuzmayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Anabilim Dalı

**AMAÇ:** İnfertilite nedeniyle günümüzde kadın hastalıkları polikliniğine başvuran birçok hasta mevcuttur. Bu hastaların bazısına ise tedavi olarak IVF planlanmaktadır. Rektum kanseri genç yaşta nadir olmakla beraber görülme sıklığı artmaktadır. Rektum kanserinde günümüzde nonmetastatik T1-2 tümörlerde cerrahi sonrası adjuvan kemoterapi planlanırken T3-4 tümörlerde sırası ile neoadjuvan radyoterapi, cerrahi, adjuvan kemoterapi planı uygulanmaktadır. Malignitenin kendisi bir infertilite nedeni olabileceği gibi özellikle pelvise uygulanan radyoterapi ve kemoterapi de infertiliteye neden olmaktadır. Bu nedenle hastayı bir bütün olarak düşünmeli, anamnezi, fizik muayenesi tam olarak yapılmalı ve tetkik edilmeli; onkolojik tedavi sonrasında hastanın fertil olma isteği olabileceği göz önünde bulundurularak tedavi planlaması yapılmalıdır. Biz bu olguda infertilite nedeniyle tedavi görmekte iken insidental rektum kanseri tanısı alan hastanın tedavi yönetimini paylaştık.

**OLGU:** 26 yaşında kadın hasta, 6 yıldır korunmasız ilişki ve son 3 yıldır çocuk sahibi olmak istemesine rağmen gebe kalamaması üzerine kadın hastalıkları polikliniğine başvurdu. Hasta infertilite açısından tetkik edildi. Sol overde endometrioma ve uterusu septum ovarii ile laparaskopi, histeroskopi planlandı. Hasta opere edildi ve endometrioma kist eksizyonu, septum rezeksiyonu, serviks dilatasyonu uygulandı. Histeroskopide tüpler açık görüldü. Hastaya OHSS tanısı ile IVF planlandı. Başvurusundan 10 ay sonra ikinci oosit aspirasyonu işlemi yapılan, işlem sonrası kasın ağrısı ile başvuran, over torsiyonu öntanısı ile çekilen MR'da over torsiyonu izlenmeyip T3 rektosigmoid tümör izlenen hasta tarafımıza konsülte edildi. Tarafımızca yapılan rektosigmoidoskopide anal girimden 10-12 cm ilerde ülserovejetan kitle izlendi ve biyopsi alındı. Patoloji sonucu az diferansiye kolon adenokarsinomu olarak raporlandı. Hastanın toraks BT ve üst batin MR görüntülerinde metastatik lezyon izlenmedi. Hastaya neoadjuvan radyoterapi planlandı. Radyoterapinin uterus ve overlere etkisi olabileceği, hastanın çocuk sahibi olması isteği üzerine hasta onkoloji konseyinde tartışıldı ve neoadjuvan kemoterapi planlandı. Kemoterapiden önce ise hastadan oosit aspirasyonu yapılarak oositleri donduruldu. Kemoterapi sonrası cerrahi planlandı ve hastanın tedavisine başlandı.

**SONUÇ:** İnfertilite ve rektum kanseri günümüzdeki ciddi sağlık problemleri olup bir arada bulunduğu tedavi yönetimi önem arz etmektedir. Bu olguda olduğu gibi infertilite tedavisi alan bir rektum kanseri hastasında neoadjuvan radyoterapi yerine neoadjuvan kemoterapi planlanabilir. Kemoterapi öncesinde ise has-

tanın oositleri aspire edilip dondurularak onkolojik tedavi sonrası tedavi amaçlı kullanılabilir. Günümüzde kullanımı artan onkofertilite teriminden de anlaşıldığı gibi kanserin ve kanser tedavisinin infertiliteye neden olabileceği, kanser hastalarının da fertil olma hakkı olduğu unutulmamalıdır. Onkolojik tedavi sonrası jinekolojik tedavinin yapılabilmesi için gerekli zemin hazırlanmalıdır. Yönetimi zor olan bu hastaların deneyimli merkezlerde, multidisipliner yaklaşım ile tedavi edilmeleri önemlidir.

**Anahtar Kelimeler:** infertilite, neoadjuvan tedavi, rektum kanseri

### SS-046

## Ağır preeklampsi hastalarında tam kan parametrelerinin zamana göre değişimi

Mehmet Bülbül, Selçuk Kaplan

Adıyaman Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum AD

**AMAÇ:** Preeklampsi (PE) prediksyonu için çok sayıda çalışma yapılsa da henüz etkili bir yöntem bulunamamıştır. Bu çalışmada tam kan sayımı (CBC) parametrelerindeki zaman içindeki değişimin, preeklampsi (PE) tanısını öngörmedeki etkinliğini değerlendirmeyi amaçladık.

**METOD:** Tersiyer bir merkezde Mayıs 2015 – Aralık 2018 tarihleri arasında doğum yapan 28731 gebenin verileri retrospektif tarandı. Gebeliğin 10-12. Haftası, 22-24. Haftası ve 28-30. Haftalarındaki CBC ölçümleri olan gebelerden çalışma kriterlerine uyan 161 ağır preeklampsi hastası (PE grubu) ile 161 sağlıklı gebenin (kontrol grubu) verileri kayıt edildi. Hastaların doğum verileri ve bu üç trimesterdeki CBC sonuçlarının zamana göre değişim karşılaştırıldı.

**BULGULAR:** MPV değeri ve trombosit sayısı kontrol grubunda gebelik süresince değişmedi. PE grubunda ise 2. Trimesterden 3. Trimestere geçişte MPV değerindeki artış ile trombosit sayısındaki azalma istatistiksel olarak anlamlıydı. Yapılan lojistik regresyon analizine göre MPV, lenfosit ve NLR değerlerinin PE öngörüsünde kullanılabileceği saptandı. Üçüncü trimesterde MPV ve NLR, ikinci trimesterde lenfosit sayıları daha anlamlıydı. MPV için cut-off değer 8.1 (sensitivity: 69.57, specificity: 54.66, 95% CI: 61.8 – 76.6, p:0.0006) saptanırken NLR değeri için 5.0 (sensitivity: 81.37, specificity: 55.28, 95% CI: 74.5 – 87.1, AUC: 0.694, p:0.0001) ve lenfosit sayısı için 2.0 (sensitivity: 60.87, specificity: 71.43, 95% CI: 52.9 – 68.5, p:0.0001) saptandı.

**SONUÇ:** PE prediksyonunda gebeliğin tek bir dönemindeki CBC ölçüm yerine her üç trimesterdeki CBC parametrelerinin karşılaştırılmasının daha anlamlı olduğu kanaatindeyiz.

**Anahtar Kelimeler:** Lenfosit, Ortalama Trombosit Hacmi, Nötrofil, Trimester, Şiddetli Preeklampsi, Trimester

### SS-047

## Laparoscopic management of a degenerating cystic leiomyoma imitating an complex ovarian cyst: A video-case report

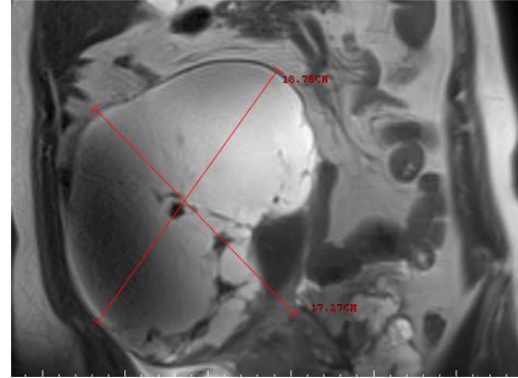
Hilal Ezgi Türkmen, Kemal Güngördük

Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, Muğla

A 43-year-old woman presented with abdominal pain and distention. She was noted on CT scan to have an 18x16 -cm complex "ovarian" cyst. Intraoperatively, the mass was found to originate from the uterus and determined to be a large pedunculated, fluid-filled cyst arising from a fibroid which had undergone cystic degeneration. The mass was successfully removed laparoscopically through a single, three-centimetre incision.

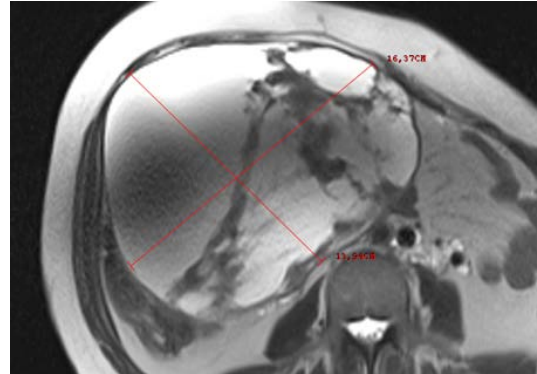
**Anahtar Kelimeler:** adnexial mass, degenerating cystic leiomyoma, laparoscopy

Figure1



complex "ovarian" cyst on CT

Figure2



complex "ovarian" cyst on CT scan

SS-048

### Vulvar Crohn Hastalığı Olgu Sunumu

Mehmet Faruk Ölçenoğlu, Ayşe Şeyma Taştan, Yunus Katırcı, Ayşe Zehra Özdemir  
Ondokuz Mayıs Üniversitesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, Samsun

**Giriş:** Crohn hastalığı (CH), gastrointestinal sistem (GIS)'in ağızdan anüse kadar olan bölümlerinin herhangi bir parçasını tutabilen kronik, transmural inflamasyonla karakterize, remisyon ve alevlenme periyodları ile seyreden, zaman zaman ekstraintestinal bulguların (artrit, üveit, ankilozan spondilit, hepatik komplikasyonlar, cilt bulguları) eşlik ettiği yangısal bir hastalıktır.(1) Crohn hastalığının deri tutulumu %2-3 olarak bildirilmektedir.(2)

Metastatik Crohn hastalığı, gastrointestinal sistemle devamlılığı olmayan yerlerde Crohn hastalığının klasik granülomatöz lezyonlarının görülmesine verilen addır. Sıklıkla deride ve genitoüriner sistemde görülür. Çok nadiren akciğerleri de tutabilir. Deride sıklıkla vulvada, meme altlarında, alt ve üst ekstremitelerin kıvrım yerlerinde görülür. Yüzü tutması oldukça nadirdir. İlk kez Parks tarafından 1965 yıllarında tanımlanmıştır,1970 yılında Mountain metastatik Crohn hastalığı terimini kullanmıştır (3,4)

**OLGU:** Bu olguda 20 yıldır crohn hastalığı olduğu bilinen 47 yaşında 3 yasayanı olan bir hasta tartışılmaktadır.. Hasta bize Enfeksiyon hastalıkları ve dermatoloji tarafından immünsupresif tedavi sonrası genital bölgede olan 5 yıldır mevcut olan ve giderek genişleyen lezyonlar yüzünden tarafımıza danışılıyor( resim1-2). Hastanın 3 yıl önce crohn atakları yüzünden açılmış ileostomisi mevcut olup daha öncede koltuk altı ve genital bölgeden hidradenitis supurativa nedeni 3kez cerrahi geçirmiş. Hastanın yapılan muayenesinde parpasyonla hafif ağrı mevcut Hastanın çekilen MR ında vulva düzeyinde küçük apse odakları izlendi. Hastanın preoperatif hazırlıkları yapıldıktan sonra hastaya plastik cerrahi ile beraber vulvektomi ve greft operasyonuna yapıldı.(resim3-4). Hastanın patoloji sonucu granülomatöz iltihabi olay olarak crohn hastalığı lehine yorumlandı. Yapılan cerrahiden sonra postop 3.Gününde greft reddi nedeniyle hastanın grefti plastik cerrahi tarafından tekrar çıkarıldı. Açık yara şeklinde debritleme yapıldı. Hastaya yüzeysel ve oral antibiyoterapi ile takip ediliyor.Plastik cerrahi tarafından tekrar operasyona gerek duyulmadı mevcut yarası epitelize oldu.(Resim5)

**Tartışma:** Metastatik chron hastalığı nadir görülen bağırsak hastalığının aktivasyon ve remisyonuyla ilişkisi net olmayan nadir görülen bir cilt tutulumudur.Vulva tutulumuna bağlı metastatik chron hastalığı tanısı koymak klinik tablonun çok değişken olması ve nadir olarak görülmesi nedeniyle oldukça zordur. Vulvar CH'nin asimetrik vulvar şişlik, aftoid/ bıçakzı şeklinde ülserasyon, hipertrofik ekzofitik lezyon ve vulvar apse olmak üzere değişken muayene bulguları bulunmaktadır. En sık olarak labiumlarda lokalize veya yaygın ödemli indüre alanlar saptanmaktadır. Klinik tablo ilerledikçe özellikle labiumlarda ağrılı, ülseratif plaklar meydana gelebilmektedir.(5)Metastatik Crohn hastalığıkesin tanısı ancak patoloji ile konabilir. Bizim olgumuz-

da olduğu gibi histopatolojik olarak dev hücreler içeren granülomlar, lenfosit içerikli alanlar ve monosit infiltrasyonu görülür. Sonuç olarak inflamatuvar bağırsak öyküsü veya barsak şikâyeti olan hastalarda vulvar CH'li hastalara yanlış tanı konulabilmekte ve uygun olmayan tedaviler verilebilmektedir. Vulvada eritemli ödemli plaklarla seyreden, tedavilere dirençli, kronik seyirli hastalarda, multidisipliner yaklaşım tercih edilmeli ve yakın takibi yapılmalıdır.

1. Lee KM, Lee JM. Crohn's disease in Korea: past, present, and future. Korean J Intern Med2014;29(5):558-70.
2. Slaney G,Muller S, Clay J, Sumathipala AH, Hillenbrand P, Thompson H. Crohn's disease involving the penis. Gut1986;27(3):329- 33.
3. Guest GD, Fink RL. Metastatic Crohn's disease: case report of an unusual variant and review of the literature. Dis Colon Rectum 2000;43:1764-6.
4. Albuquerque A, Magro F, Rodrigues S, et al. Metastatic cutaneous Crohn's disease of the face: a case report and review of the literature. Eur J Gastroenterol Hepatol 2011;23:954-6.
5. disease of the vulva in an 8-year-old girl. Pe-diatr Dermatol1988;5(2):103-6.

**Anahtar Kelimeler:** Metastatik Crohn, Vulva, Granülomatöz lezyon



SS-049

### Sezaryen Sonrası Gelişen Uterokutan Fistül Olgu Sunumu

Merve Aldıkaçtıoğlu Talmaç<sup>1</sup>, Ayşegül Bestel<sup>1</sup>, Cem Erdoğan<sup>1</sup>, Onur Karaaslan<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Sağlık Bilimleri Üniversitesi İstanbul Kanuni Sultan Süleyman Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Türkiye

<sup>2</sup>Van Yüzüncü Yıl Üniversitesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği, Türkiye

**GİRİŞ:** Fistül iki epitelyal doku arasındaki bağlantıdır. Genellikle enfeksiyon, travma ve inflamasyona bağlı olarak meydana gelir. Çoğu uterin fistül operasyonlar ve ya enfeksiyon sonrası meydana gelir ve genellikle mesane(uterovezical) ya da kolon(uterocolic) ilişkilidir. Uterocutanöz fistül çok nadir görülen bir durum olmakla birlikte literatürde sınırlı bilgi olduğu için tedavisi tartışmalıdır. Biz sezaryen sonrası gelişen bir uterocutanöz fistül olgusunu tartışıyoruz.

**VAKA:** 39 yaşında bilinen kronik hastalığı olmayan hasta vaginal kanama şikayeti ile tarafımıza başvurdu. Alınan öyküsünde gravide 4 parite 4 (ilk üç gebeliği vaginal doğum 4. Gebeliği sezaryen) 28 gün önce başka bir hastanede sezaryen ile doğum yapmış. Hasta gebeliğinin 26. Haftasında başka bir hastanede erken doğum tehdidi, koryoamniyonit şüphesi ile 10 günlük hastanede yatış öyküsü olup takiplerinde myom dejenerasyonu düşünülerek antibiyoterapi ve analjezik tedavi ile takip edildikten sonra taburcu edilmiş. Yapılan muayenesinde batin rahat, sezaryen skarı doğal iyileşmiş görünümde, serviksten başlayıp vajenden sarkan yaklaşık 7x7 cmlik kötü kokulu polipoid yapı izlendi. USG'de uterus boyutları artmış olup yaklaşık 16 hafta cesamette, en büyüğü yaklaşık 7cm olan çok sayıda myoma uteri izlendi. Hasta hospitalize edilerek antibiyoterapi başlandı. Antibiyoterapinin 3.gününde enfekte myoma uteri, rest plasenta ön tanıları ile polipoid enfekte yapı anestezi altında çıkarıldı ve kavite içi vakum kuretaj yöntemi ile temizlendi. Endometrial dokunun enfekte olduğu gözlemlendi. Hasta servis takibine alınarak antibiyoteapisine devam edildi. 7 gün metranidazol ve seftriakson tedavisi sonrası enfeksiyon biyomarkerlarında yükselmenin devam etmesi ve hastanın pürülan servikal akıntısının devam etmesi nedeniyle antibiyoterapi değiştirilerek tazobaktam tedavisine geçildi. Hastanın başvuru sonrası 11.gün, sezaryen sonrası 37.günde cs skar hattında kızarıklık ve ağrı tariflemesi üzerine yapılan usg ile teyitlenerek selülit düşünülde ve antibiyoterapiye clindamisin eklendi. Hastanın hospitalizasyonu sonrası 21.gün sezaryen sonrası 45.gün hastanın sezaryen skar hattında yaklaşık 1cmlik açılma ve pürülan akıntı başladı. Yapılan antibiyogramlar neticesinde ve enfeksiyon biyomarkerları takibinde plato sonrası yeniden yükselme görülmesi üzerine tazocin 15.günde kesilerek enfeksiyon hastalıkları önerisi antibiyoterapi ampisilin sulbaktam olarak değiştirildi. Yara yerinden gelen pürülan akıntı yara yeri enfeksiyonu olarak değerlendirildi.7 gün antibiyoterapi ve sıkmalı pansumana rağmen yüksek debili pürülan akıntı gelmesi üzerine yapılan yüzeysel doku usg'de uterocutan fistulden şüphelenildi. Batin içinden cilde fistülüze olmuş lineer bir fistül traktı tespit edildi. Enterocutan fistülü ekarte etmek için çekilen

iv oral rektal kontrastli BT'de enterocutan fistül saptanmadı. Uterocutan fistül düşünülerek operasyon hazırlığı yapıldı. Hospitalizasyonun 31.günü, sezaryen sonrası 54.gün hasta diagnostik laparotomi yapıldı. Operasyon sırasında fistül hattı korunarak eski cs skarından cilt ve cilt altı yağlı dokular geçildi. Gözlemlerde uterus anteriordan batin ön duvarına yapışık izlendi. Yapışıklıklar keskin ve küt diseksiyonla açıldıktan sonra uterus kerr insizyon hattında yaklaşık 2cmlik açıklık ve uterus içinden pürülan akıntı izlendi. Uterus vertikal insizyonla açıldı. Endometrial kavite içinde yaklaşık 3cmlik enfekte myom olduğu düşünülen yapı izlendi. Hastanın yaşı, fertilitatesini tamamlamış olması ve hasta isteği de göz önünde bulundurularak histerektomi ve bilateral salpenjektomi yapıldı. Batin katları kapatılırken rektus kasları ve fasya üstündeki fistül traktı eksize edildi. Hasta postoperatif antibiyoterapi sonrası 4.gün taburcu edildi. Postop komplikasyon izlenmedi.

**TARTIŞMA:** Uterocutan fistül çok nadir görülen bir durum olmakla birlikte tanı ve tedavide kısıtlılıklar mevcuttur. Tanısal açıdan literatürde bir çok yöntem denenmiş olup birbirine kesin üstünlükleri bulunmamaktadır.

**Anahtar Kelimeler:** Sezaryen sonrası kanama, Sezaryen sonrası enfeksiyon, Uterokutan fistül



SS-054

### Nadir Görülen Bir Olgu; Vulvada Leiomyom

Okan Aytekin<sup>1</sup>, Gülnur Güven<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Ankara Şehir Hastanesi, Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Jinekolojik Onkoloji Kliniği, Ankara

<sup>2</sup>Pursaklar Devlet Hastanesi, Tıbbi Patoloji Bölümü, Ankara

**Giriş:** Leiomyoma, düz kas hücrelerinden kaynaklanan benign tümördür. Vulvar leiomyom vulvanın benign, solid, nadir görülen tümörlerindedir ve labia majorda sonlanan ligamentum rotundum liflerinden kaynaklanmaktadır (1). Literatürde genellikle olgu sunumu olarak bildirilmiştir (2). Sıklıkla üreme çağında görülen leiomyoma, gebelikte büyümekle birlikte menapoz döneminde de görülebilmektedir. Hastaların çoğu asemptomatik olmakla birlikte, semptomatik seyreden vakalarda, benign veya malign ayrımı ile tanı ve tedavi için önerilen yöntem lokal eksizyondur (3).

**Olgu:** 56 yaşında kadın hasta hastanemize vulvar bölgede ele gelen sertlik şikayetiyle başvurdu. Öyküsünden hastanın abort ile sonuçlanan sadece bir gebeliği olduğu, myoma uteri nedeniyle 20 yıl önce myomektomi operasyonu olduğu, 13 yıl önce ise yine myoma uteri nedeniyle histerektomi ve sağ unilateral salpingooferektomi operasyonu olduğu öğrenildi. Yapılan muayenede sağ labia majora üzerinde yaklaşık 0,5 cm'lik cilt altında sertlik palpe edildi. Vaginal muayenede vagen cuff doğal olarak izlendi. Transvaginal ultrasonografide uterus ve sağ over cerrahi yokluk halinde, sol over ise atrofikti.

Hastanın tam kan, tam idrar ve biyokimyasal parametreleri normaldi. Rutin preoperatif hazırlıktan sonra hasta genel anestezi altında operasyona alındı. Litotomi pozisyonunda sağ labia majora üzerindeki sert yapı 1 cm'lik insizyondan çıkarıldı. Cilt suture edilerek operasyona son verildi. Hasta postoperatif 1. günde taburcu edildi.

Materyalin histopatolojik makroskopik incelemesinde, 0,7x0,3x0,3 cm boyutlarında, üzerinde deri elipsi bulunan, deri altında yuvarlak, hafif sert nodüler iki loblu lezyonel doku izlendi. Kesit yüzü, gri-beyaz renkli solid görüldü. Doku örneğinden hazırlanan parafin bloktan 5 mikron kalınlığında alınan kesitler hematoksilin eozin boyası ile boyandı. Kesitlerde, dermiste 0,6 cm çapında, iki loblu, normal myometriumu andıran, birbiri ile çaprazlaşan sarmal düz kas hücre demetleri, oval uzun ince nükleuslu ve çift kutup sitoplazmik uzantıları olan hücrelerden oluşan lezyon saptandı. Lezyonda, mitoz, nekroz veya hücre atipi izlenmedi. İmmünohistokimyasal incelemede, düz kas kaynaklı olduğunu gösteren SMA ve desmin antikorları ile yaygın ve kuvvetli boyanma izlendi. Histomorfolojik ve immünohistokimyasal bulgular birlikte değerlendirildiğinde tanı, leiomyom ile uyumlu olarak değerlendirildi.

**Tartışma:** Leiomyomlar jinekoloji pratiğinde çok sık karşımıza çıkmaktadır (4) ve çoğunlukla uterus yerleşimlidir (1). Vulvar leiomyom ise nadir görülen, insidansı tam olarak bilinmeyen, benign karakterde olan ve değişik boyutlarda prezente olabilen bir tümördür (5). Yumuşak kıvamlı dejenerasyon geçirmiş myomlar

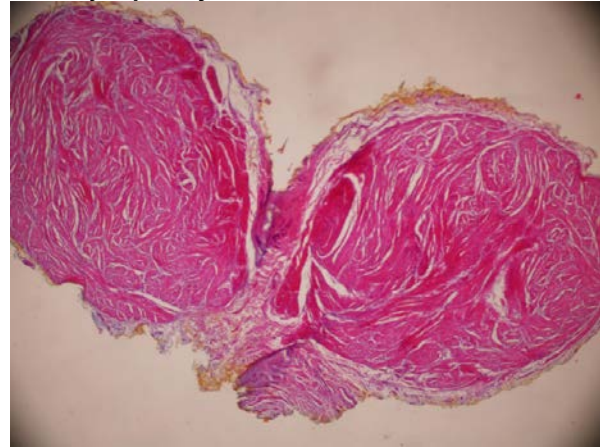
sıklıkla kistik lezyonlarla karıştırılabilir, nuck kanalı hidroselleri ve inguinal hernilerden ayırt edilmesi gerekir, çünkü uygulanacak cerrahi girişim farklıdır (1).

Nielsen ve arkadaşlarının 25 olguluk yaptıkları çalışmada 10 tümörde hafif, 9 tümörde orta, 6 tümörde ise hafif atipi izlenmiştir (6). Bu olguda ise atipi izlenmemiştir. Levy ve arkadaşlarının çalışmasında ise iki hastaya bartholin kisti ön tanısıyla kist aspirasyonu girişimi denenmiş ve başarısız olunması üzerine kitleler total olarak eksize edilmiştir. Yapılan histopatolojik incelemeler sonucunda bir vaka vulvar leiomyom, diğer vaka ise vulvar leiomyosarkom olarak raporlanmıştır (7). Bu durum bize vulvar kitle ayırıcı tanısında mutlaka leiomyomu akılda tutmamız gerektiğini göstermektedir.

Leiomyom ve leiomyosarkom ayırıcı tanısı yapılırken bazı kriterler göz önünde bulundurulmalıdır. Bu kriterler; 5 cm'den büyük tümör, infiltrasyon, büyük büyütme mikroskop sahasında 5'den fazla mitotik aktivite ve orta veya ciddi derecede sitolojik atipi (6). Vulvadaki kitlelerde öncelikle benign malign ayrımı yapılması gerekmektedir ve kesin tanıya göre tedavisinin belirlenmelidir. Vulva kitleleri arasında vulvar myomlar çok nadir yer almalarına rağmen, ayırıcı tanıda düşünülmesi gereken oluşumlardır.

**Anahtar Kelimeler:** vulva, leiomyom, myom

#### H&E boyalı patoloji kesiti



4x büyütmede H&E boyalı kesitte iki loblu normal myometriumu andıran düz kas hücre demetlerinden oluşan leiomyom morfolojisi görülmüştür.

# 3. Karadeniz Jinekoloji ve Obstetrik Kongresi

## 20-22 Kasım 2020

SS-055

### Ektopik gebelik tedavisinde sistemik metotreksat ile cerrahi yaklaşımların analizi

Aslıhan Alp Öztürk

Tokat Gaziosmanpaşa Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Ana Bilim Dalı, Tokat

**AMAÇ:** Bu çalışma ile amacımız, ektopik gebelik tedavisinde klinik açıdan hastanın hemodinamik durumunun tedavi seçimine etkisini değerlendirmektir.

**YÖNTEMLER:** 2012-2017 yılları arasında İzmir Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum kliniğinde, ektopik gebelik tanısı olarak tedavi edilen hastalar retrospektif olarak taranmıştır. Hastaların demografik bulgularının yanı sıra başvuru şikayetleri, semptomları, obstetrik hikayeleri, risk faktörleri, serum  $\beta$ -hCG seviyesi, ultrasonografik bulgular ile ektopik odaktaki fetal kardiyak aktivite pozitifliği ile uygulanan tedavi yöntemleri değerlendirilmiştir.

**BULGULAR:** Ektopik gebelik tanısı alan 121 hastanın, yaş ortalaması 31.1 (18-44), ortalama gebelik haftası  $6.3 \pm 1.6$  (4-12) hafta idi. Hastaların ilk tanı anındaki  $\beta$ -hCG seviyesi ortalama  $3272 \pm 3918$  IU/ml olarak tespit edilmiştir. Ektopik gebelik; %95 tuba ve %5 overde lokalize olmuştur. Transvaginal USG'de 82 hastada ektopik gestasyonel sak mevcut olup 13'ünde fetal kalp hareketleri saptanmıştır. Hastaların 78'ine (%64,5) ilk tedavi seçeneği olarak sistemik metotreksat tedavisi uygulanmış olup bu olguların tamamı hemodinamik açıdan stabil idi. 43 (%35,5) hasta ise hemodinamik açıdan instabil ve ilk tedavi olarak cerrahi yöntemler uygulanmıştır. Sistemik metotreksat uygulaması sonucu başarısız olunan 21 (%30) olguda da cerrahi tedavi uygulanmış ve bu olguların  $\beta$ -hCG düzeyi anlamlı olarak yüksek bulunmuştur ( $p=0.002$ ). Cerrahi uygulanan 64 hastada; %53 laparoskopik yöntemler ile %47 laparotomi işlemleri ile tedavi uygulanmıştır.

**SONUÇ:** Ektopik gebelik tedavisinde hemodinamik açıdan stabil olan komplike olmamış tüm hastalarda ve hemodinamik açıdan instabil olan seçilmiş olgularda tedavi planlanırken, tüm olasılıklar gözden geçirilmeli ve bireysel yaklaşımlar ile medikal tedavi yöntemleri ilk seçenek olmalıdır.

**Anahtar Kelimeler:** Ektopik gebelik, hemodinamik durum, medikal tedavi, metotreksat, cerrahi tedavi

#### Demografik Özellikler ve Risk Faktörleri

Gravide (n)	$3.4 \pm 1.6$
Parite (n)	$1.8 \pm 1.2$
Abortus öyküsü varlığı	%16
Küretaj öyküsü varlığı	%24
Geçirilmiş ektopik gebelik öyküsü varlığı	%5.8

Sigara kullanım öyküsü varlığı	%33.5
Adet gecikmesi öyküsü varlığı	%61
Pelvik inflamatuvar hastalık/tubovarian abse öyküsü varlığı	%4.3
Rahim içi araç varlığı	%15.4
Üremeye yardımcı teknik kullanımı öyküsü varlığı	%9
Geçirilmiş pelvik cerrahi öyküsü varlığı	%34.6

Veriler mean  $\pm$  SD ve yüzdelik oranlar olarak ifade edilmiştir.

#### Uygulanan cerrahi tedavi yöntemleri

Laparatomik salpenjektomi	%38
Laparatomik salpingostomi	%3
Laparatomik milking	%1
Laparatomik parsiyel oofektomi	%5
Laparoskopik salpenjektomi	%37
Laparoskopik salpingostomi	%16

Veriler yüzdelik oranlar olarak ifade edilmiştir.

SS-056

### Nadir bir olgu: infantil fibrosarkom

Fatma Ünlü, Hatice Yılmaz Doğru

Tokat Gaziosmanpaşa Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, Tokat

#### Nadir bir OLGU: infantil fibrosarkom

**Giriş:** Yumuşak doku sarkomları 20 yaş altındaki tüm malignitelerin %7,4'ünü oluşturur. Fibrosarkomlar, çoğunlukla bir yaşından küçük bebeklerde görülen nadir tümörler olmakla birlikte infantil çağ yumuşak doku sarkomlarının yaklaşık %24'ünde görülür. Çoğunlukla üst ekstremitelerde görülür; aynı zamanda baş, boyun, gövde ve gastrointestinal sistemde de bildirilmiştir. Fibrosarkom, hızlı bir büyüme ve geniş lokal invazyona sahiptir, ancak metastaz nadiren görülür. Biz nadir bir olgu olması nedeniyle infantil fibrosarkomu sunmayı amaçladık.

**Olgu:** Kliniğimizde takip edilen 27 yaşında 38. gebelik haftasında primigravid olan hastanın fetal ultrasonografisinde, daha önce yapılan takiplerinde izlenmeyen; yaklaşık 7x10 cm ebatlarında hiperkojen, heterojen görünümlü, serviks yakın yerleşimli kitle izlendi. Radyoloji klinik konsültasyonu sonucunda ultrasonografide; uterin kavite içerisinde yaklaşık 7x11 cm boyutunda, düzgün sınırlı, dopplerde yoğun vaskularizasyon görülen ve içerisinde kistik alanlar bulunduran kord ile bağlantısı olduğu düşünülen kitle izlenmiş olup kord tümörü olabileceği düşünülmüştür. Bu bilgiler ışığında sezaryen ile doğum kararı alındı ve 7-9 apgar 3310 gr erkek bebek doğurtuldu. Bebeğin sol ön kolunda yaklaşık 7x11x6 cm boyutunda düzgün sınırlı yumuşak doku lezyonu izlendi. Bebek pediatri ekibince ileri bir merkeze refere edildi. Ön kolda izlenen kitle bir hafta içinde yaklaşık 30 cm yi bulmuş olduğu ve dış merkezde yapılan biyopsi sonrasında kanama kontrolü sağlanamadığından humerus hizasından ampute edildiği öğrenildi. Patoloji sonucu fibrosarkom olarak sonuçlandırıldığı öğrenildi. Hasta ile irtibat kurulamadığından, bebeğin amputasyon sonrasındaki tedavi süreci öğrenilemedi.

**Tartışma:** Infantil fibrosarkom, yumuşak dokulardan hızla büyü-

# 3. Karadeniz Jinekoloji ve Obstetrik Kongresi

## 20-22 Kasım 2020

yen, nadir, malign, vaskülarizasyon oranı yüksek mezenkimal bir tümördür. İntrauterin süreçte; ülserasyon, polihidramniyoz, torsiyon, anemi, hemorajik şok, hemoliz, kalp yetmezliği gelişebilir ve herhangi biri intrauterin hayatı tehdit edebilir. Geçmiş fibrosarkom olguları incelendiğinde intrauterin mort fetüs ya da doğumdan hemen sonra acil cerrahi yapılan hastalar bildirilmiştir. İntrauterin hayatta nadir de olsa kitle izlenen olgularda fibrosarkom akla gelmelidir. Fibrosarkomlar, hızla büyüdüklerinde erken tanı ve zamanında ve doğru klinik yönetimin anne ve bebek için hayat kurtarıcı olabileceği unutulmamalıdır.

**Anahtar Kelimeler:** fibrosarkom, tümör, yenidoğan

**Yenidoğan sol ön kolda izlenen vaskülarize kitle (fibrosarkom)**



SS-057

### Kliniğimiz kolposkopi ünitesine 2010-2016 tarihleri arasında smear sonucu yüksek dereceli skuamöz intraepitelyal lezyonun ekarte edilemediği atipik hücreler (ASC-H) olan hastaların demografik analizleri

Selim Kandemir<sup>1</sup>, Fatma Ferda Verit Atmaca<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Dokuz Eylül Üniversitesi, Kadın Hastalıkları Anabilim Dalı, Jinekolojik Onkoloji Bilim Dalı, İzmir

<sup>2</sup>Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Süleymaniye Kadın Hastalıkları ve Doğum EAH, İstanbul

**Amaç:** Smear sonucu olarak Yüksek Dereceli Skuamöz İntraepitelyal Lezyonun Ekarte Edilemediği Atipik Hücreler (ASC-H) tanısı nadir konulan bir tanıdır. ASC-H sonucu ile başvuran hastaların serviks kanseri risk faktörlerini taşıyıp taşımadığı toplu olarak gözden geçirilmemiştir. Amacımız kliniğimiz kolposkopi ünitesine 2010-2016 tarihleri arasında ASC-H sonucu ile başvuran hastaların demografik verilerinin analizlerini yaparak, serviks kanseri risk faktörlerini içerip içermediğini tespit etmektir.

**Materyal ve Metod:** 01.01.2010 ile 01.07.2016 tarihleri arasında

kliniğimiz kolposkopi ünitesine ASC-H sonucu ile başvuran hastaların dosyaları retrospektif incelenerek; yaşı, doğum yeri, evlilik yaşı, eğitim düzeyi, mesleği, gravidası, paritesi, dilatasyon küretaj (D&C) sayısı, kullandığı doğum kontrol yöntemini kapsayan veriler elde edildi. Microsoft Office 2010 kullanılarak verilerin en büyük en küçük değerleri, dağılım yüzdeleri, ortalama ve ortanca değerleri hesaplandı ve grafikleri çizildi.

**BULGULAR:** Çalışmaya yıllık ortalama 9 hasta olmak üzere 62 hasta dahil oldu. Hastaların ilk evlilik yaş ortalaması 20,4' tü. Hastalarının %64'ünün (40/62) ilk evlik yaşı 21 yaşından önceydi. ASC-H sonucu en sık %32 (20/62) oranında 21-34 yaşları arasında izlendi. Hastaların %20'si (12/62) okuma yazma bilmiyordu, %60'ı (37/62) ilköğretim mezunu idi. Hastaların %89'u (55/62) ev hanımıydı. Hastaların %62'si (38/62) İstanbul'a diğer illerden, %6,5'i (4/62) diğer ülkelerden göç etmişti. Hastaların %100'u (62/62) tek eşliydi. %90'ı (56/62) en az bir doğum yapmış. %92 (57/62) en az 1 kez gebe kalmış, %26'sı (16/62) en az bir kez D/C yaptırmıştı.

**SONUÇ:** Çalışmamız sonucunda serviks kanserinin risk faktörlerinden olan; düşük sosyoekonomik durum, multiparite, erken yaşta cinsel ilişki ve erken yaşta doğum yapma durumu smear sonucu ASC-H olan hastalarda da izlendi. Ancak çok eşlilik ve oral kontraseptif kullanımı hastalarımızda yoktu. Hastanemize smear sonucu ASC-H ile başvuran hastaların okur yazarlık oranının düşük ve sosyoekonomik durumunun kötü olduğu izlendi. Bu nedenle tekrar başvuru olasılığının düşük olabileceği göz önünde bulundurularak kolposkopik değerlendirilmenin mümkünse aynı seansta yapılması gerektiğini düşünmekteyiz.

**Anahtar Kelimeler:** Servikal kanser, Pap smear, ASC-H

SS-058

### Servikal Dev Myom Olgusunda Uterovajinal Rekonstrüksiyon ile Myomektomi

Ayşe Rumeysa Aydoğan Demir, Ayşe Zehra Özdemir, Davut Güven, İdris Koçak

Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Ana Bilim Dalı, Samsun

Myoma uteri kadınlarda sık rastlanan ve her yaşta görülebilen benign kitlesel oluşumlardır. Myomlar bazen büyük boyutlara ulaşarak operasyon esnasında kanama, mesane ve üretral yaralanma, bağırsak yaralanması, operasyonun histerektomi ile sonuçlanmasına sebep olurlar. Serviksten kaynaklanan myomlar, tüm myomların % 2'sini oluşturan nadir kitelerdir. Fertil dönemde servikal myom tedavisinde uterus koruyucu cerrahi ön plana çıkmaktadır. Uterus koruyucu cerrahi teknikler arasında abdominal (açık, laparoskopik veya robotik) veya vajinal yöntemler tercih edilebilir. Bu olgu sunumunun amacı servikal myom tedavisinde uygulanan ve uterusun korunduğu Laparotomi (L/T) ile myomektomi+Uterovajinal rekonstrüksiyon tekniğinin tartışılmasıdır.

**Anahtar Kelimeler:** Dev servikal myom, uterovajinal rekonstrüksiyon, uterus koruyucu cerrahi

**Resim 1. Preop Kontrastlı MRG-1**



**Resim 4. Postop Kontrastlı MRG-2**



SS-059

## Rekürren Spontan Ovaryan Hiperstimülasyon Sendromu: Olgu Sunumu

Cenk Soysal

Kütahya Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, Kütahya

**GİRİŞ:** Ovarian hiperstimülasyon sendromu (OHSS) genellikle bir ovulasyon indüksiyonu protokolünün nadir görülen bir komplikasyonudur (1). Çok nadiren de spontan gelişebileceğini gösteren vaka sunumları vardır (2). OHSS, masif ovarian büyüme, stromada ödem, multipl ovarian kistler ve çok sayıda korpus luteum ile karakterize, steroid hormonların aşırı üretimine bağlı olduğu düşünülen, kapiller permeabilitenin artması sonucu üçüncü boşluğa sıvı, elektrolit ve protein kaybının olduğu bir sendromdur. Bu sendromun geniş yelpazesinin bir ucunda ancak laboratuvar metodlarıyla tanımlanabilen kimyasal hiperstimülasyon, diğer ucunda hayati tehlikenin söz konusu olduğu ağır klinik tablo vardır.

**OLGU:** 27 yaşında olan hasta kliniğimize karın ağrısı nedeni ile başvurdu. Obstetrik öyküsünde vajinal doğum ile yaşayan bir erkek çocuğu mevcut ve abortus öyküsü yok. Hastanın geçirilmiş operasyonu veya eşlik eden bir hastalığı yok. Hastanın obstetrik öyküsü derinleştirildiğinde önceki spontan gebeliğinde 12. gebelik haftasında ovarian hiperstimülasyon sendromu (OHSS) tanısı konup 14 gün hospitalize edilip hafif OHSS tanısı ile aldığı çıkardığı takibi, albumin tedavisi uygulanmış ve kliniği geriledikten sonra hasta taburcu edilmişti. Herhangi bir yardımcı üreme tekniği kullanılmadan tekrar spontan gebe kalan hastanın mevcut gebeliğinde ultrasonografide CRL ölçümüne göre 11 hafta 4 günlük intrauterin, canlı, tek fetus izlendi. Her iki over normalden büyük, hiperstimüle görünümde olup sağ over 102x90 mm, sol over ise 103x74 mm boyutlarında idi (Şekil 1 ve Şekil 2). Batında minimal serbest sıvı mevcuttu. Laboratuvar bulgularında Hb: 11,6 mg/dl, htc: 36 %, WBC: 9800 /µL, biyokimyasal belirteçleri, albumin ve total protein değerleri normaldi. Hastanın klinik takibinde fetal kalp aktivitesi olan 13 hafta 4 günlük gebeliği mevcut olup hafif OHSS tanısı ile 9 gün hospitalize edildikten sonra hastanın kliniği ve ultrason bulgularının spontan olarak gerilemesi üzerine hafif taburcu edildi.

**SONUÇ:** Tekrarlayan spontan OHSS'nin etyolojisinde bazı faktörlere karşı hipersensitivitesinin olabileceği veya reseptör (FSH reseptörü vs.) mekanizmalarında bir mutasyon olabileceği düşünülmektedir (3). Bununla ilgili moleküler çalışmalar hala devam etmekte olsa da YÜT kullanılmayan hastalarda da OHSS'nin gelişebileceği akılda tutulmalıdır.

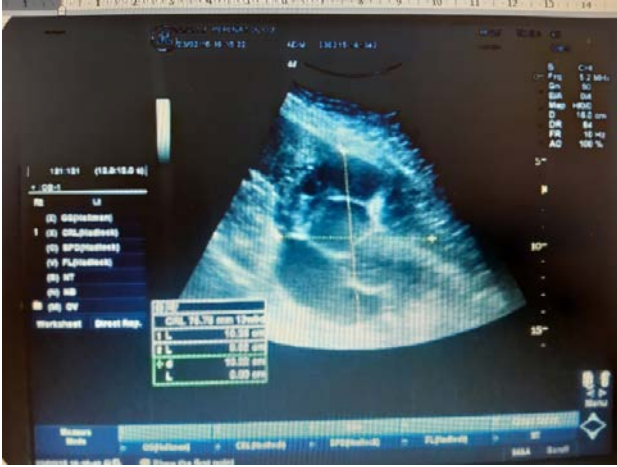
### Kaynaklar

1. Du DF, Li MF, Li XL. Ovarian hyperstimulation syndrome: a clinical retrospective study on 565 inpatients. Gynecological endocrinology: the official journal of the International Society of Gynecological Endocrinology. 2020;36(4):313-7.
2. Chai W, He H, Li F, Zhang W, He C. Spontaneous ovarian hyperstimulation syndrome in a nonpregnant female patient: a case report and literature review. The Journal of international

medical research. 2020;48(9):300060520952647.  
3. Delbaere A, Smits G, De Leener A, Costagliola S, Vassart G.  
Understanding ovarian hyperstimulation syndrome. Endocrine.  
2005;26(3):285-90.

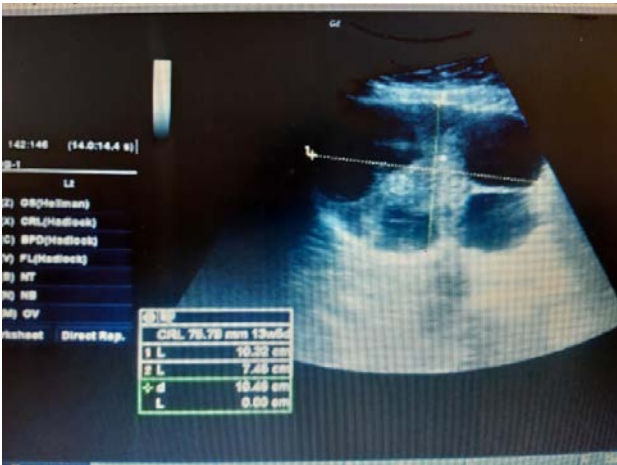
**Anahtar Kelimeler:** Gebelik, infertilite, ovaryan hiperstimülasyon, yardımcı üreme teknikleri

Şekil-1



Sol over görüntüsü

Şekil-2



Sağ over görüntüsü

SS-060

## Abdominal kitle ile başvuran imperfore himen olgusu

**Metin Şentürk**

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

İmperfore himen nadir görülen bir konjenital anomalidir. Ergenlik dönemine kadar farkedilmeleri oldukça zordur. Sıklıkla periyodik karın ağrısı, karında kitle, idrar yapamama, primer amenore gibi semptom ve bulgularla kendini gösterir. 14 yaşında bir imperfore himen-hematokolpos birlikteliği olgusunu sunmaktayız. Karın ağrısı ve karında şişlik şikayetiyle tarafımıza başvuran hastanın fizik muayenesinde himenin imperfore olduğu görüldü. Hastaya çekilen batin ultrasonunda ve manyetik rezonans hematokolpos tespit edildi. Hastaya genel anestezi altında himenotomi uygulandı. İmperfore himen, periyodik karın ağrısı, karında kitle, primer amenore ve idrar yapamama ile başvuran hastalarda mutlaka akılda tutulması gereken nadir bir konjenital anomalidir.

**Anahtar Kelimeler:** Adolesan, Hematokolpos, İmperfore himen, Primer amenore

### İmperfore himen mrı



MRI'da vajen-serviks bölgesinde 9,5\*10\*20 cm boyutlarında kanama, hematokolpos ile uyumlu görünüm. Uterus hematokolposun proksimaline, batin öndüvarı ile hematokolpos arasında görülmekte.

SS-062

## Over Kanseri Cerrahisinde Sirkumaortik Sol Renal Ven Anomalisi: Nadir Görülen Olgu Sunumu

Sevgi Ayhan

Ankara Şehir Hastanesi, Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Jinekolojik Onkoloji Kliniği, Ankara

**GİRİŞ:** Over kanseri kadınlarda ikinci en sık görülen genital sistem kanser türü olup, kansere bağlı yaşanan en sık ölüm nedenleri arasında yer almaktadır. Over kanseri standart cerrahisi peritoneal sitoloji örneklemesini, peritoneal biyopsiyi, histerektomiye, bilateral salpingo-ooforektomiye, omentektomiye ve sistemik bilateral pelvik ve paraaortik lenf nodu diseksiyonunu içerir. Bu prosedürün primer amacı makroskopik tümör bırakmadan sitoreduksiyonu sağlamaktır. Sirkumaortik sol renal ven ise nadir görülen bir anomalidir ve sıklığı literatürde %2.4-%8.7 olarak bildirilmiştir. Renal damarların anatomik varyasyonlarını bilmek lenf nodu diseksiyonu için yapılacak retroperitoneal cerrahide önemlidir. Renal ven anomalisine sahip hastalarda vasküler komplikasyon oranı %7.1-%10.3 olarak bildirilmiştir. Bu çalışmada kliniğimizde over kanseri nedeniyle opere edilen sirkumaortik renal ven anomalisi görülen olgu sunumu amaçlanmıştır.

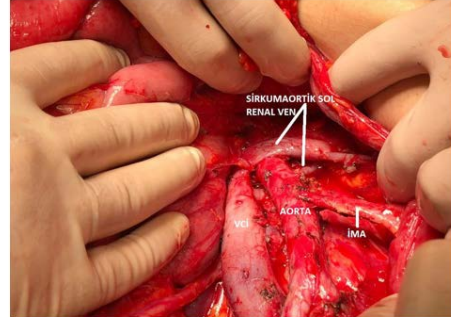
**OLGU:** 40 yaşında kadın hastada rutin jinekolojik muayenede adneksiyal kitle tespit edilmesi üzerine cerrahi operasyon kararı verildi. İntraoperatif incelemede sol overden köken alan kistik ve solid komponentler ile septasyon içeren, heterojen kontrastlanan pelvisi dolduran dev kitle tespit edildi. Diğer intraabdominal organlar normal olarak değerlendirildi. Sol overden köken alan kitle sol salpingo-ooforektomi yapılarak çıkartıldı. Kitlenin intraoperatif patoloji konsültasyonu malign epitelyal tümör olarak raporlandı. Bunun üzerine standart over kanseri cerrahisi yapılmasına geçildi. Retroperitoneal lenf nodu diseksiyonu sırasında, retroaortik ve preaortik olmak üzere iki komponentten oluşan vena kava inferiora dökülen sirkumaortik sol renal ven belirlendi. Sirkumaortik sol renal vene dikkat edilerek lenfadenektomi yapıldı. Hastada cerrahi sonucunda maksimal sitoreduksiyon elde edildi. Operasyon sırasında vasküler veya diğer komplikasyon olmadı.

**TARTIŞMA:** Renal ven anomalileri sıklıkla asemptomatik olmakla birlikte, cerrahi sırasında sirkumaortik sol renal vene sahip hastaların venöz yaralanma ihtimali daha fazladır. Nedeni sirkumaortik sol renal venin ilk göze çarpan anterior kısmı cerraha sol renal venin normal olduğunu ve retroaortik komponentin olmadığını düşündürülebilir. Ayrıca hastalarda cerrahi sırasında venöz damar yaralanma olasılığına dikkat edilmelidir. Ayrıca bu durum cerrahi ekip için eşlik edebilecek diğer anomaliler açısından da uyarıcı olmalıdır.

**Anahtar Kelimeler:** Over kanseri, Retroperitoneal Lenfadenektomi, Sirkumaortik Sol Renal Ven

Şekil:1

Şekil 1:



Preaortik ve retroaortik iki kısımdan oluşan, inferior vena kava'ya dökülen sirkumaortik sol renal ven

VCI: Vena kava inferior

İMA: Inferior mesenterik arter

SS-063

## Endometriozisli kadınlarda dondurulmuş- çözülmüş embriyo transfer sikluslarında Depo Gonadotropin Releasing Hormon Agonist ile artifisiel hormonal endometriyal hazırlığın karşılaştırılması

Suat Süphan Erşahin

Altınbaş Üniversitesi, Kadın Hast. ve Doğum Ana Bilim Dalı, İstanbul

**AMAÇ:** Depo Gonadotropin Releasing Hormon Agonistinin, endometriozisli kadınlarda dondurulmuş- çözülmüş embriyo transfer sikluslarının endometriyal hazırlanmasındaki etkinliğini değerlendirmek ve estradiol valerat ve progesteron çalışması ile hormonal preparatla hazırlanmayı karşılaştırmak.

**YÖNTEMLER:** Ocak 2019 ile Mart 2020 tarihleri arasında, 190 dondurulmuş-çözülmüş embriyo transferi siklusunun endometrial hazırlığını analiz ettik. Endometriozisli kadınlarda 94 Depo GnRH Agonisti ile hazırlanan dondurulmuş-çözülmüş embriyo transferi siklusu, 96 artifisiel hormonal endometriyum hazırlığı siklusu ile karşılaştırıldı.

**BULGULAR:** Gebelik oranı depo Gn-RH agonist grubunda (% 53,2) hormonal olarak hazırlanan gruba (% 40,6) göre anlamlı derecede yüksek değildi, canlı doğum oranı ise depo Gn-RH agonist grubunda anlamlı derecede yüksekti % 47,9 v 32,3 % (P değeri 0,02). Düşük oranı, Gn-RH deposu agonist grubunda % 5,3 v % 8,3 arasında anlamlı derecede düşük değildi. Depo Gn-Rh agonist grubundaki ortalama endometriyal kalınlık ve patern, hormonal olarak hazırlanan gruptan sırasıyla 9,9 mm ± 1,7 ve 7,1 mm ± 1,6 (P<0.05) anlamlı derecede yüksekti.

**SONUÇ:** Depo Gn-RH agonisti kullanılarak dondurulmuş-çözülmüş embriyo transferi için endometriyal hazırlık, endometriozisli kadınlarda hormonal hazırlıktan anlamlı olarak daha yüksek canlı doğum oranına sahiptir.

**Anahtar Kelimeler:** endometriyal hazırlık, Depo Gn-RH agonist, dondurulmuş-çözülmüş embriyo transfer

SS-064

## Parity-related pelvic pain causes detected incidentally in sacroiliac joint MRI; osteitis condensans ilii and pelvic congestion syndrome

Aysu Başak Özbalcı<sup>1</sup>, Migraci Tosun<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Department of Radiology, Faculty of Medicine, Ondokuz Mayıs University, Samsun, Turkey

<sup>2</sup>Department of Obstetrics and Gynecology, Faculty of Medicine, Ondokuz Mayıs University, Samsun, Turkey

**PURPOSE:** Chronic pelvic pain (CPP) has significant impact on the quality of life of mostly premenopausal women. Prevalence of CPP is estimated to be 38 per 1.000 women (3.8%) which is higher than that of migraine headaches (2.1%). Also, twenty percent of all laparoscopies are performed for CPP and up to 61% of patients are found to have no explanation for their pain. Sacroiliac joint Magnetic Resonance Imaging (SIJ-MRI) can show different clinical mimickers of sacroiliitis (SI) and pelvic pain causes such as osteitis condensans ilii (OCI) and pelvic congestion syndrome (PCS). In this study, our aim was to investigate the frequency of OCI and PCS in patients referred to our clinic for SIJ-MRI due to low back-pelvic pain and to analyze their association with age, presence of sacroiliitis and multiparity.

**Material-METHODS:** A total of 700 female patients aged between 15-56 (mean age 38.11±10.69) years who underwent SIJ-MRI between January 2017–December 2018 were retrospectively evaluated. The presence of dilated veins of ≥6 mm in diameter around the uterus and ovaries was accepted as a sign of PCS. The diagnosis of OCI was based on the presence of sclerosis in the triangular shape in the inferior part of the iliac bone adjacent to the both sacroiliac joint. For the presence of active and chronic SI, all patients were evaluated according to the Ankylosing SpondyloArthritis international Society's (ASAS) criteria. For each patient; age, parity records, active or chronic SI, PCS, OCI, bone marrow edema (BME) presences were recorded.

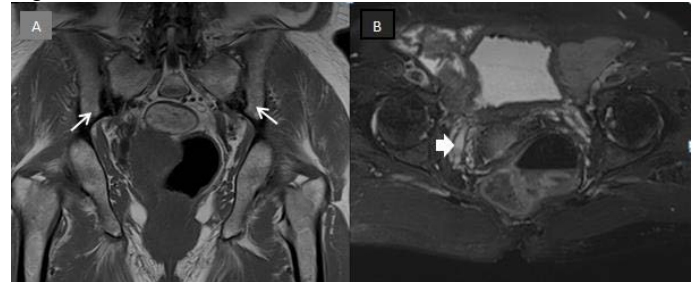
**RESULTS:** Of the 700 included patients, the prevalence of OCI and PCS were 3.4% and 9.3%, respectively. 182 of the patients (26%) had active signs of sacroiliitis in MRI. BME was detected in 9 patients (1.3%) among the 24 patients with OCI and there was a statistically significant correlation between the presence of BME and OCI ( $p < 0.001$ ). The mean age of the patients with PCS and OCI were 43.22 (± 8.4) and 46.0 (±9.1), respectively. PCS and OCI observed in SIJ-MRI is positively correlated with age and also PCS was more frequently present in multiparous women ( $p < 0,001$ ). There was no statistically significant difference between the patients with and without OCI and PCS in terms of presence of sacroiliitis ( $p > 0.05$ ).

**CONCLUSION:** In this study, patients who underwent MRI for pre-

sumed SI demonstrated incidental PCS and OCI findings. PCS and OCI may not be as uncommon as previously assumed in patients with CPP. Therefore, radiologists should not ignore these two entities in fertile women with low back-pelvic pain even there is no sign of sacroiliitis on MRI.

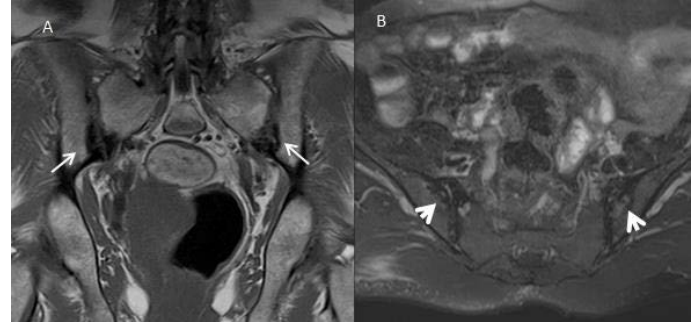
**Anahtar Kelimeler:** Chronic pelvic pain, osteitis condensans ilii, pelvic congestion syndrome, sacroiliac MRI

Figure 1



A 38-year-old grand multiparous patient with OCI and PCS findings together and who has intermittent lower back pain for 3 years (A) Coronal oblique T1 weighted magnetic resonance image show symmetric sclerosis of iliac subchondral bone as very dark signal. Note bilateral SIJ spaces and surfaces are normal (white arrows). (B) Oblique axial T1-weighted postcontrast image demonstrates enlarged parauterine vein of the largest measuring 8.5 mm in diameter on the right side (thick arrow).

Figure 2



Bilateral bone marrow edema (BME) of the sacroiliac joints in a 35-year-old OCI patient with an intermittent lower back pain (LBP) duration of 4 months. (A) Coronal oblique T1 weighted magnetic resonance image show typical bilateral triangle bone sclerosis beneath auricular surface of iliac bone (white arrows). (B) Short tau inversion recovery (STIR) MRI reveals bilateral BME of iliac bone beneath the iliac sclerosis without joint space changes and joint surface erosions (short arrows).

SS-065

### Prenatal dönemde tanı konulan Taussig Bing anomalisi

Serenat Eriş Yalçın

Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Antalya Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Ana Bilim Dalı, Perinatoloji, Antalya

**GİRİŞ:** Çift çıkışlı sağ ventrikül (DORV), doğum prevalans oranı 1 / 10.000 olan, tüm konjenital kalp hastalıklarının %1'inden azını oluşturan, nadir görülen konotrunkal bir anomalidir. DORV, sağ ventrikülden çıkan çift ventriküloarterial bağlantı, ventriküler septal defekt (VSD) ve büyük arterlerin değişken spasyal ilişkisiyle karakterize lezyonları içeren bir spektrumdur. VSD'nin konumuna ve çıkış yolu tıkanıklığının varlığına veya yokluğuna bağlı olarak DORV'nin birkaç alt tipi vardır. Fonksiyonel sınıflandırma; DORV-VSD tipi, DORV-Fallot, DORV-Taussig Bing, DORV-bağlı olmayan VSD, DORV-AVSD-heterotaksi olmak üzere 5 tip tanımlanmıştır.

**OLGU:** 20 yaş gravida 1 para 0 hasta, 21. gebelik haftasında rutin sonografik muayenesinde tespit edilen fallot tetralojisi ön tanısı ile kliniğimize refere edildi. Gebelik sırasında enfeksiyon öyküsü yoktu ve hasta teratojenik ilaç almamıştı. Ne kendisinde ne de ailesinde diyabet veya diğer kalıtsal ailevi hastalık öyküsü yoktu. Eşler arasında akrabalık bulunmuyordu ancak eşin ilk evliliğinden olan çocuğunda cerrahi gerektiren VSD öyküsü mevcuttu. Yapılan ekokardiyografide dört odacık görüntüsünde, ventriküler diskordans izlenmedi. Aort ve pulmoner arter, aort sağda olmak üzere birbirine paralel uzanıyordu ve her ikisi de sağ ventrikülden çıkıyordu (Figür 1). Doppler sonografide de doğrulanan subpulmonik bölgede yerleşmiş geniş VSD izlendi (Figür 2). Olguya Taussig Bing tipi DORV teşhisi konuldu. Diğer sistem taramasında hiperektojen bağırsak izlendi (Figür 2). Aileye yüksek kromozomal anomali riski nedeniyle, DiGeorge Sendromu kromozom bölgesi için FISH analizi dahil karyotipleme önerildi. Aile karyotiplemeyi kabul etmedi. Pediatrik kardiyoloji ile yapılan konseyde aileye prognoz bilgisi verildi, prognozu olumsuz etkileyen olası çıkım obstrüksiyonu açısından olgu takibe alındı.

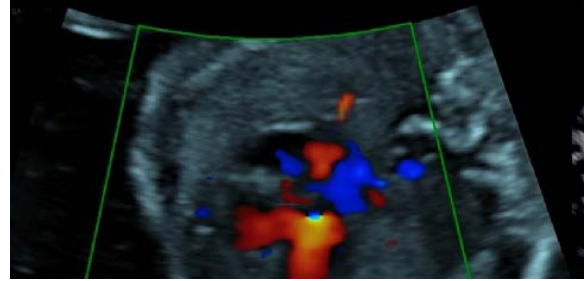
**SONUÇ:** Doğum sonrası fizyoloji, VSD'nin konumuna ve çıkış yolu tıkanıklıklarının varlığına veya yokluğuna bağlıdır. Şiddetli pulmoner stenoz, neonatal siyanoza neden olabilirken, ciddi aort stenozu veya koarktasyonu, yeterli sistemik perfüzyonu sürdürmek için prostaglandin E1 tedavisini gerektirebilir. Bu nedenle, doğru prenatal ekokardiyografik tanı, prognoz ve tedavi seçenekleri ile doğum planlaması ve doğum sonrası yönetimi ile ilgili ebeveynlere danışmanlık yapmak için zorunludur. Ayrıca DORV sıklıkla, pre- ve postnatal serilerde % 90'a varan insidansla ek majör kardiyak ve ekstrakardiyak anomalilerle ilişkili bulunmuştur. Trizomi 13, trizomi 18 ve 22q11 mikrodelsiyonunu içeren ilişkili kromozomal anomaliler fetüslerin % 25.0 ila % 45.2'sinde görülür. Bu ek anomaliler doğum sonrası mortalite ve morbiditeye önemli ölçüde katkıda bulunur ve cerrahi seyri zorlaştırabilir. Bu nedenle aileye karyotipleme önerilmeli ve eşlik eden anomalilerin dışlanması açısından diğer sistem taraması yapılmalıdır.

**Anahtar Kelimeler:** Çift çıkışlı sağ ventrikül, Taussig Bing, Ventriküler septal defekt

Figür 1:



Figür 2:



SS-066

### Bartholin Apse Drenajının Komplikasyonu Olarak Rektovajinal Fistül

Murat Derebey, Mahmut Arif Yüksek

Ondokuz Mayıs Üniversitesi, Genel Cerrahi Anabilim Dalı, Samsun

**GİRİŞ:** Rektovajinal fistül (RVF), rektum ile vajina arasında yerleşim gösteren epitelize olmuş anormal bir yoldur. RVF, anorektal fistüllerin yaklaşık %5'ini oluşturmaktadır olup nadir izlenmektedir (1). Konjenital anomalilere bağlı olarak görülebilse de çoğunlukla edinseldir. RVF gelişimi, inflamatuvar barsak hastalığı, obstetrik travma, pelvik cerrahi, malignite, radyasyon ve travma gibi nedenlerle ilişkili olabilir (2). Bartholin absesine sekonder gelişen rektovajinal fistül tedavi deneyimimizi paylaşmak istedik.

**OLGU:** Kırk dört yaşında kadın hastanın sağ labiumunda yer alan Bartholin apsesi drene edildiği esnada rektum duvarında iyatrojenik yaralanma meydana gelmesi üzerine tarafımızca operasyona dahil olundu. Anoskop ile yapılan muayenede anal girim 2.cm'den başlayan ve proksimale doğru yaklaşık 5 cm uzanım gösteren perforasyon hattı izlendi. Bu alan debride edilip 3.0 pds ile tek primer onarıldı. Postoperatif dönemde karın ağrısı gerilemeyen, geniş spektrumlu antibiyotik tedavisine rağmen 38° C üzeri multiple ateş değerleri olan, beyaz küre ve crp değerleri yükselen hastaya batın tomografisi (BT) çekildi. Postoperatif 4.gün çekilen BT'de vajen proksimal kesim sağ lateral posterior yüzeyi ile rektum sağ anterolateral yüzeyi arasında içerisinde hava ve sıvı değerleri mevcut olan yaklaşık 80 mm uzunluğunda, süperiorda 23 mm çaplı, inferiorda 8 mm çaplı koleksiyon alanı saptandı. Pelvik boşluğa kaçak düşünülen hastaya fekal diversiyon amaçlı acil sigmoid loop



kolostomi açıldı. Genel durumu düzelen hasta taburcu edildi. Postoperatif 5.ayda kontrol alt abdomen BT ile hasta değerlendirildi. BT'de anorektal bileşke düzeyinde rektum sağ anterolateral duvarı ile vajen arasında ince fistül traktı izlendi. Pelvik boşluğa her hangi bir kontrast kaçağı görülmedi. Postoperatif 5.ayda transperineal yaklaşımla endorektal mukozal ilerletme flebi kullanılarak rektovajinal fistül onarımı yapıldı. RVF tamiri sonrası 3.ayda kontrol rektosigmoidoskopi ve alt abdomen MR ile hasta tekrar değerlendirildi. Bu iki tetkikte de RVF saptanmaması üzerine hastanın kolostomisi kapatıldı. Taburculuk sonrası aralıklı kontrollere çağırılan hastada ek şikayet saptanmadı.

**TARTIŞMA:** Bartholin apsesine sekonder gelişen nadir rektovajinal fistül vakaları bildirilmiştir. Rektovajinal fistüllerin büyük bir kısmına yaklaşık % 88 oranında obstetrik travma (postpartum rektovajinal fistül) neden olur. Rektovajinal fistül, kronik inflamatuvar bağırsak hastalığı (özellikle Crohn hastalığı) olan hastaların % 0.2-2.1'inde görülür. Low anterior rezeksiyonu takiben bu oran % 10'lara kadar yükselir. Son yıllarda RVF, hemoroid veya pelvik taban cerrahisini takiben; özellikle stapler gibi materyallerin kullanıldığı durumlarda giderek daha yaygın bir komplikasyon haline gelmiştir (3, 4).

RVF onarımı için bildirilen birçok yaklaşım vardır. Bunlar rektal advanced flepler, gracilis kas flepleri, transperineal sfinkteroplasti, Martius flep, mesh plak ve transabdominal yaklaşımlar olarak sıralanabilir. Gerekli durumlarda fekal diversiyon planlanmalıdır. Postoperatif dönemde pelvik boşluğa kaçak düşünülün ve genel durumu giderek bozulan hastaya acil sigmoid loop kolostomi açıldı. Takibinde transperineal yaklaşımla endorektal mukozal ilerletme flebi kullanılarak rektovajinal fistül onarımı ve sonrasında kolostomi kapatılması uygulandı. RVF tedavisi hem hastalar hem de cerrahlar için oldukça zor olup; her iki taraf için ciddi bir psiko-sosyal yük oluşturur. RVF tedavisi hastaya ve hastanın kliniğine göre planlanmalıdır.

#### Kaynaklar

1. Tsang CB, Rothenberger DA. Rectovajinal fistulas. Therapeutic options. Surg Clin North Am. 1997;77(1):95-114.
2. Debeche-Adams TH, Bohl JL. Rectovajinal fistulas. Clin Colon Rectal Surg. 2010;23(2):99-103.
3. Bahadursingh AM, Longo WE. Colovajinal fistulas. Etiology and management. The Journal of Reproductive Medicine. 2003;48(7):489-95.
4. Saclarides TJ. Rectovajinal fistula. Surg Clin North Am. 2002;82(6):1261-72.

**Anahtar Kelimeler:** Bartholin apsesi, endorektal flep, rektovajinal fistül.

#### SS-067

### Nadir görülen karın ağrısı nedeni: Skar endometriozis

Şebnem Alanya Tosun<sup>1</sup>, İlkay Çınar<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Giresun Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, Giresun

<sup>2</sup>Giresun Üniversitesi Prof Dr A. İlhan Özdemir Eğitim ve Araştırma Hastanesi Patoloji Anabilim Dalı, Giresun

**AMAÇ:** Endometriozis, endometriyal dokunun uterin kavite dışında büyümesi ile karakterize östrojen bağımlı jinekolojik bir hastalıktır. En sık pelviste, özellikle de over ve pelvik peritonda görülmektedir. Nadiren de literatürde ektopik endometriyal doku, pelvis dışında akciğer, beyin, bağırsak ve karın duvarında bildirilmiştir. Subkutanöz adipoz dokuya ve abdominal duvara gömülü ektopik endometriyal dokunun varlığına abdominal duvar endometriozis denir. Kendiliğinden ortaya çıkabildiği gibi, genellikle sezaryen, histerektomi veya apandektomi gibi önceki bir cerrahi prosedür ile ilişkili skar endometriozis şeklinde olabilir. Skar endometriozisli olgular karın ağrısı şikâyeti ile acile başvurabilmektedir. Bu olgu ile nadir görülen sezaryen sonrası batın duvarında oluşan skar endometriozisini tartışmayı amaçladık.

**YÖNTEM-BULGULAR:** 38 yaşında G1P1, 3 yıl önce sezaryen ile doğum öyküsü olan hasta operasyon insizyon hattında menstruasyon dönemlerinde büyüyen ve periyodik ağrıya neden olan ele gelen kitle şikâyeti ile kliniğimize başvurdu. Jinekolojik muayenede sağ overde 2cm endometrioma ekosunda kistik oluşum saptandı. Yüzeysel doku ultrasonografi ile değerlendirmede, suprapubik bölgede insizyon hattı sağ lateralinde cilt altı fasyalar lokalizasyonunda yaklaşık 16\*15mm boyutlarında düzensiz sınırlı heterojen yapıda hipoeoik lezyon ve komşu yağ doku ekosunda artış izlendi. Ayırıcı tanıda granülasyon dokusu ve skar endometriozis bulunmakla birlikte, öykü ile değerlendirildiğinde ön planda skar endometriozis düşünüldü. Tarif edilen bölgede yağ dokusu ve fasyayı içerecek şekilde cerrahi rezeksiyon uygulandı. Histopatolojik incelemede subkutan dokular içinde çok sayıda odak halinde endometrial stroma ile endometrial glandlar izlendi ve endometriozis tanısı aldı.

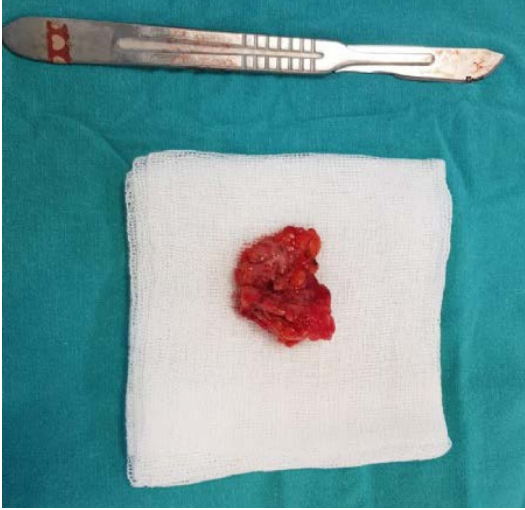
**SONUÇ:** Menstruasyon periyodları ile ilişkili periyodik ağrı, sezaryen öyküsü ve cerrahi skardaki tümoral kitleden oluşan triad, histopatolojik incelemeden sonra endometriozis olarak doğrulandı. Sezaryen ile doğum sonrası insizyon hattında endometriyum implantasyonu sık olmayan iyatrojenik bir durumdur. Sezaryen sonunda, özellikle subkutan doku ve fasyanın her iki köşesinde kapsamlı temizlik, skar endometriozis olgularının önlenmesi için tavsiye edilmektedir. Bu olguda olduğu gibi, literatürdeki diğer olgularda da cerrahi rezeksiyon iyi sonuçlar vermektedir.

**Anahtar Kelimeler:** Endometriozis, Pfannenstiel insizyon, skar endometriozis

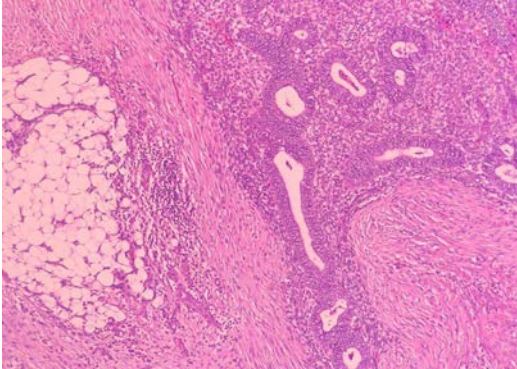
# 3. Karadeniz Jinekoloji ve Obstetrik Kongresi

## 20-22 Kasım 2020

Resim 1. Skar endometriozis odağının makroskopik görüntüsü



Resim 2. Subkutan fibroadipoz dokular içinde endometrial stroma ve gland içeren endometriozis odağı(Hemotoksilen Eozin 20x100)



SS-068

## Rutin hematolojik parametreler, patolojik gebeliklerin (ektopik gebelik ve missed abort) normal intrauterin gebeliklerden ayırımında kullanılabilir mi?

Gülün Feykan Yeğın

Yıldırım Beyazıt Üniversitesi, Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, Ankara

**AMAÇ:** Erken gebelik haftalarında, normal intrauterin gebelikle, patolojik gebeliklerin (ektopik gebelik ve abortus) ayırımı için seri B-HCG, progesteron ve ultrasonografi kullanılmakta ancak bazı olgularda tanı güvenilirliği açısından kullanılan bu yöntemler yetersiz kalmakta, klinisyeni ikilemekte bırakmaktadır. Bu çalışmada amacımız; patolojik gebelikleri, normal intrauterin gebeliklerden ayırt etmede, klinik uygulamada rutin olarak kullanılan hematolojik parametrelerin tanısal doğruluğunu saptamaktır.

jik parametrelerin tanısal doğruluğunu saptamaktır.

**YÖNTEMLER:** Verilerin değerlendirilmesi retrospektif olarak yapılmış olup, Şubat 2014 ile Aralık 2018 arasındaki dönemi kapsamaktadır. 515 kadın çalışma grubuna dahil edilmiş ve ektopik gebelik (Grup 1, n = 156), missed abort (Grup 2, n = 83) ve normal intrauterin gebelik (Grup 3, n = 276) olarak 3 alt gruba ayrılmıştır. Çalışma protokolünde yer alan parametreler, tüm gruplarda, olguların ilk hastaneye yatışlarında yapılan testlerden toplanarak kaydedilmiştir (3-8. gebelik haftası). Beyaz küre sayımı (WBC), nötrofil ve lenfosit, nötrofil ve lenfosit yüzdeleri, nötrofil / lenfosit oranı (NLR), trombosit, trombosit / lenfosit oranı (PLR), trombosit dağılım genişliği (PDW), ortalama trombosit hacmi (MPV) ve plateletkrit (PCT) değerleri kaydedilmiş ve gruplar arasında karşılaştırılmıştır. Parametrik verileri karşılaştırmak için tek yönlü ANOVA testi kullanılmış, post-hoc karşılaştırmalar Scheffe testi ile analiz edilmiştir.  $p < 0,05$  istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir. Eta kare testi efekt boyutu ölçüsü olarak kullanılmış ve  $\eta^2$  olarak sembolize edilmiştir.

**BULGULAR:** Gruplar arasında WBC, nötrofil, nötrofil yüzdeleri, NLR ve lenfosit yüzdeleri, PLT, PDW, MPV ( $p < 0,001$ ) ve PCT açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark gözlemlendi ( $p < 0,04$ ). WBC, nötrofil yüzdeleri, nötrofil, NLR ve MPV değerleri grup 3'te diğerlerine göre anlamlı olarak yüksek bulundu ( $p < 0,001$ ). Grup 1'deki hastaların grup 2 ve grup 3'e göre PDW değerlerinin anlamlı olarak yüksek olduğu gözlemlendi ( $p < 0,001$ ,  $\eta^2 = 0,12$ ). Son olarak, grup 2'deki hastaların ortalama PCT değeri grup 1'deki hastalardan anlamlı derecede yüksekti ( $p < 0,04$ ,  $\eta^2 = 0,01$ ). **SONUÇ:** Klinik pratikte; rutin hematolojik parametrelerden olan WBC, nötrofil, nötrofil yüzdeleri, NLR, lenfosit yüzdeleri, PLT, PDW, MPV ve bu parametrelerle hesaplanabilen plateletkrit değerinin kullanımı, erken gebelik haftalarında, patolojik gebeliklerin (ektopik gebelik ve missed abort) normal intrauterin gebelikten ayırımında faydalı olabilir.

**Anahtar Kelimeler:** abortus, ektopik gebelik, nötrofil / lenfosit oranı, plateletkrit, trombosit / lenfosit oranı,

Tablo 1

Değişkenler	Gruplar	N	Mean	Std.	F	p	$\eta^2$	Post-Hoc*
WBC	Grup 1	156	9,89	3,83	27,54	<0,001*	0,10	3>1, 3>2; 1>2;
	Grup 2	83	8,45	2,36				
	Grup 3	276	11,72	4,15				
Nötrofil y%ndesi	Grup 1	156	69,00	11,24	15,80	<0,001*	0,06	3>1, 3>2;
	Grup 2	83	67,04	7,44				
	Grup 3	276	73,16	10,08				
Nötrofil	Grup 1	156	6,99	3,72	27,76	<0,001*	0,10	3>1, 3>2; 1>2;
	Grup 2	83	5,76	1,95				
	Grup 3	276	8,70	3,67				
Lenfosit y%ndesi	Grup 1	156	23,43	9,86	21,85	<0,001*	0,08	2>3; 1>3;
	Grup 2	83	25,10	6,60				
	Grup 3	276	18,97	8,78				
Lenfosit	Grup 1	156	2,13	0,89	0,07	0,93	-	-
	Grup 2	83	2,10	0,71				
	Grup 3	276	2,10	1,13				
PLT	Grup 1	156	262,30	65,27	9,86	<0,001*	0,04	2>3; 1>3;
	Grup 2	83	265,93	63,11				
	Grup 3	276	237,74	67,42				
MPV	Grup 1	156	9,36	1,36	92,95	<0,001*	0,27	3>1, 3>2; 2>1;
	Grup 2	83	10,12	1,24				
	Grup 3	276	10,95	1,03				
PDW	Grup 1	156	14,75	2,62	35,43	<0,001*	0,12	1>2, 1>3; 3>2;
	Grup 2	83	12,08	1,87				
	Grup 3	276	13,54	2,34				
NLR	Grup 1	156	4,30	4,12	9,30	<0,001*	0,04	3>1, 3>2; 1>2;
	Grup 2	83	3,06	1,69				
	Grup 3	276	5,32	4,99				
PLR	Grup 1	156	144,60	72,96	2,50	0,08	-	-
	Grup 2	83	137,28	49,93				
	Grup 3	276	131,17	54,74				
PcT	Grup 1	156	0,25	0,07	3,21	0,04*	0,01	2>1;
	Grup 2	83	0,27	0,07				
	Grup 3	276	0,26	0,07				

Grup 1: ektopik gebelikler, Grup 2: missed abortuslar, Grup 3: normal intrauterin gebelikler \*istatistiksel olarak anlamlı, a: Scheffe post-hoc test, WBC:beyaz küre sayımı, PLT:platelet, MPV:ortalama platelet hacmi, PDW:platelet dağılım genişliği, NLR: nötrofil/lenfosit oranı, PLR:platelet/lenfosit oranı, PcT:plateletkrit,

SS-069

### Akut Batın tablosu ile gelen Kornual Ektopik Gebelikte Yönetim: İki Olgu Sunumu

Selim Güllüçü, Orhan Ulusoy

Gaziosmanpaşa Üniversitesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum, Tokat

Bütün gebeliklerin %2'si ektopik gebeliktir. Demografik verilere göre en çok 35-44 yaş arasındaki kadınlarda görülmektedir. Günümüzde tanı ve tedavi metotlarındaki gelişmelerle beraber dış gebeliklere bağlı mortalite hızında 10 kat azalma olmuştur. Ektopik gebeliklerinde % 2.4 ünü kornual gebelik oluşturur ve uterus ve overi besleyen ana arterlere yakınlık nedeniyle şiddetli kanama riski, %2.5 lara varan mortalite oranı ile birlikte dir. Kornual gebelikler için aynı taraf geçirilmiş salpenjektomi spesifik bir risk faktörüdür. Akut batın tablosu ile başvuran gebelik hafta ölçümleri 12 hafta 2 günlük ve 10 hafta olan 2 adet kornual dış gebelik olgusu sunmaktayız. Hastalar laparotomik kornual rezeksiyon ile başarılı bir şekilde tedavi edildi. Bu iki olguda kornual gebeliğin tanısı, takibi, risk faktörleri ve tedavisi tartışılmaktadır.

**OLGU 1:** Son adet tarihini bilmeyen 36 yaşında gravidası 3 paritesi 2 olan hasta şiddetli karın ağrısıyla acil servise başvurdu. Batın muayenesinde defans ve rebound mevcuttu. Hastanın kliniği akut batın ile uyumlu idi. Hastanın özgeçmişinde 2 sezaryanı mevcuttu. Hastanın ifadesinden anlaşıldığına göre hasta 6 haftalık iken dış merkeze kontrole gitmiş, gebeliğinin dış gebelik olabileceği söylenerek hastaya yakın takip önerilmiş ancak hasta tekrar doktora başvurmamış. Tarafımızca yapılan transvajinal ultrasonografide (TVUSG) baş-popo mesafesi (CRL) 65 mm 12 hafta 6 gün ile uyumlu fetal kalp atımı (FKA) mevcut olan kornual gebelik tespit edildi. Fetal kalp atımı 162/dk idi. (Resim 1A) Douglasta serbest mayi izlendi. Geliş hemogramı 8.52 idi. Bu hastada kornual gebelik için risk faktörü bulunulamadı. Olguda ektopik gebelik rüptürü olması, batın içi kanamanın fazla ve gebelik ürününün büyük olması nedeniyle laparotomi kararı aldık. Sağ uterin kornual bölgede yaklaşık 4 cm'lik kanamalı rüptüre alan içerisinde gestasyonel kese içerisinde FKA mevcut olan fetus izlendi (Resim 1B). Sağ kornual rezeksiyon ve salpenjektomi yapıldı. Rezeke edilen alan suture edildi. Batından 1500 cc fibrine ve defibrine kan aspire edildi. Kornual gebelik ürününün nispeten büyük ve rüptüre olmuş olmasına rağmen histerektomiye gerek duyulmamıştır. Operasyon esnasında komplikasyon gelişmedi. Postop 4.günde bakılan  $\beta$ -HCG 760, 6.günde 273 idi. Hasta şifa ile taburcu edildi. Postop 4. haftada kontrol  $\beta$ -HCG negatif idi.

**OLGU 2:** Son adet tarihine göre 11 hafta gebeliği tespit edilen 40 yaşında gravidası 9, paritesi 4, abortusu 1, küretajı 3 olan hasta karın ağrısı şikayeti ile polikliniğimize başvurdu. Hasta kanama tariflemedi. Batın muayenesinde batında hassasiyet ile beraber defans mevcut, rebound belirgin değildi. Hasta akut batın olarak kabul edildi. Hastanın özgeçmişinde sağ salpingo-ooferektomi hikayesi vardı. Yapılan TVUSG de CRL 35 mm 10 hafta ile uyumlu FKA mevcut olan kornual gebelik tespit edildi. Olguda hastanın hemodinamisi stabil olmasına rağmen şiddetli

karın ağrısı olması ve hastanın olası laparoskopi komplikasyonlarını kabul etmemesi üzerine hasta acil laparotomiye alındı. Sağ kornual alanda yaklaşık 5 cm ektopik gebelik kitlesi ve kitle ekzizyonu sırasında içerisinde 10 hafta uyumlu fetus izlendi (Resim 2A). Sağ kornual rezeksiyon ve isteği üzerine sol tüp ligasyonu yapıldı (Resim 2B). Geçirilmiş sağ salpingo-ooferektomi bu hasta için kornual gebelik adına spesifik bir risk faktörüydü. Operasyon esnasında komplikasyon gelişmedi. Takiplerinde  $\beta$ -HCG seviyesi geriledi ve hasta postop 5. gününde şifa ile taburcu edildi. Kornual gebelikte tedavi konservatif medikal tedaviden cerrahiye kadar geniş bir yelpazeyi içermekte olup tedavi planı hastanın hemodinamisine, tanı anındaki gebelik haftasına ve serum  $\beta$ -HCG seviyelerine göre kişiselleştirilmelidir.

**Anahtar Kelimeler:** Ektopik gebelik, Kornual gebelik, Akut Batın, Laparotomi

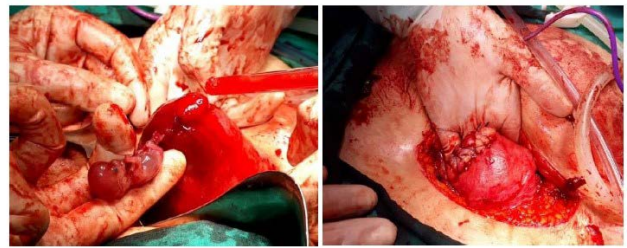
#### Resim-1AB



Resim 1A.CRL: 65 mm 12H6G FKA(-) sağ kornual gebelik, Resim 1B 12W6D ile uyumlu rüptüre sağ kornual gebelik

#### Olgu-1

#### Resim-2AB



Resim 2A. 10W ile uyumlu sağ kornual gebelik, Resim 2B. Sağ kornual rezeksiyon

#### Olgu-2

SS-070

### Multiple anomalinin eşlik ettiği gastroşizis olgusu

Nihal Çalioğlu, Fırat Eran, Güray Tuna, Selçuk Atalay, Sema Süzen Çaypınar, Hakan Erenel  
Başakşehir Çam ve Sakura Şehir Hastanesi, Perinatoloji Kliniği, İstanbul

**Vaka Takdimi:** 20 yaşında, G5P2A2 gebe, 35. gebelik haftasında rutin prenatal muayene için başvurduğu klinikten gastroşizis ön tanısıyla perinatoloji kliniğimize sevk edildi. Hastanın obstetrik hikayesinde daha önceki iki vajinal doğumu dışında ek özelliği yoktu. Mevcut gebeliğinin takibinde antenatal tarama testlerini yaptırmadığı öğrenildi. Yapılan fetal anatomik incelemede, serbest bağırsak anslarının amnion sıvısına umblicusun sağındaki paraumbilikal abdominal duvar defektinden herniye olduğu saptandı, umbilikal kord insersiyonu normal lokalizasyonunda izlendi (Şekil 1). Alt ve üst extremitenin incelenmesinde her iki el ve ayaklarda postaksiyal polidaktili saptandı. Fetal yüzün incelemesinde geniş median yarık damak ve dudak saptandı. Fetal ekokardiyografide; kardiomegali, çift çıkışlı sağ ventrikül, subaortik ventriküler septal defekt (VSD) saptandı. Fetal biometrik ölçümlerin tümünün 1. persantilin altında olması nedeniyle IUGR tanısı konuldu ve serviste takibe alındı. 36. gebelik haftasında preterm membran rüptürü olması üzerine doğum kararı verildi. Sezaryen doğum ile 1730 g ağırlığında doğan erkek bebeğin birinci ve beşinci dakika Apgar skoru, yedi ve sekiz idi. Fizik muayenesinde; bağırsak segmentlerinin karın ön duvarındaki defektten dışarı çıkmış halde olduğu, ayrıca polidaktili ve yarık damak ve dudak eşlik ettiği görüldü (Şekil 2). Açıkta bulunan organlar steril ısıtılmış serum fizyolojik ile ıslatılmış gazlı bez ile örtüldü ve entübe edilerek hasta yenidoğan yoğun bakım ünitesine yatırıldı, yatışının 7. saatinde gastroşizis nedeniyle opera edildi. Postnatal ekokardiyografide; çift çıkışlı sağ ventrikül (normal büyük damar ilişkili), VSD (subaortik, malalignent, geniş), Patent ductus arteriosus ve pulmoner hipertansiyon saptanarak, antenatal tanılar doğrulandı.

**TARTIŞMA:** Gastroşizis, nadir karşılaşılan karın ön duvarı anomalilerinden biri olup 3-4.8/10.000 sıklıkta görülür. Abdominal duvarın tüm katmanlarında defekt vardır, herniye olan organlar çoğunlukla sadece bağırsak segmentleri olmakla birlikte, nadiren mide ve genital organlarda olabilmektedir. Sıklıkla genç annelerde, sigara içen veya yasa dışı madde kullanan annelerde görülür. Kromozomal anomali riski çok düşüktür. Postnatal sonuçlar çok iyidir, ancak herniye bağırsak anslarında enfarktüs, enfeksiyon veya perforasyon gibi komplikasyonlar ortaya çıkabilmektedir.

Literatürde omfaloselde %80, gastroşiziste %32 oranında birlikte ek anomali bildirmiştir ve gastroşiziste tek anomali çoğunlukta iken, omfaloselde birden fazla ek anomalinin çoğunlukta olduğunu ileri sürülmüştür. Diğer ön karın duvarı defektli olan omfaloselli bebeklerde, gastroşizisli bebeklere kıyasla en az 1 başka anomali tanısı alma olasılığı % 35'e karşı % 8 daha yüksektir. Kas-iskelet sistemi anomalileri (uzuv kontraktürleri veya kusurları), kardiyovasküler, gastrointestinal, ürogenital ve merkezi sinir sistemi kusurları en yaygın olanlarıdır. Gastroşizis düşük oranda olsa

da, doğum öncesi ve sonrası yönetim sırasında dikkat edilmesi gereken önemli ilişkili anomalilere sahiptir. Ölümcül bir anomali birlikteliği olmadığı sürece, düzeltilebilir ve yaşamla bağdaşan bir anomalidir. Bu yüzden antenatal tanı önemlidir. Antenatal tanı almış fetüslerin büyüme geriliği ve fetal distres belirtileri açısından yakın takibi gerekir. Prenatal tanısı konabilen ve ek anomalileri saptanan vakalarda yeni doğanın doğumunun uygun şartlarda ve tersiyer merkezlerde yapılması ile yeni doğanların sağ kalımında artış sağlanabilmektedir.

**Anahtar Kelimeler:** gastroşizis, multiple anomali, polidaktili, yarık damak dudak

Resim 1



gastroşizis USG görüntüsü

Resim 2. Gastroşizis olgusu postnatal görüntüsü



Ailesinden izin alınmıştır.

SS-071

### Postpartum Hemorajide Uterin Arter Embolizasyonu Uygulaması

Hidayet Şal, Miraç Özalp, Ömer Demir  
Karadeniz Teknik Üniversitesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Ana Bilim Dalı, Trabzon

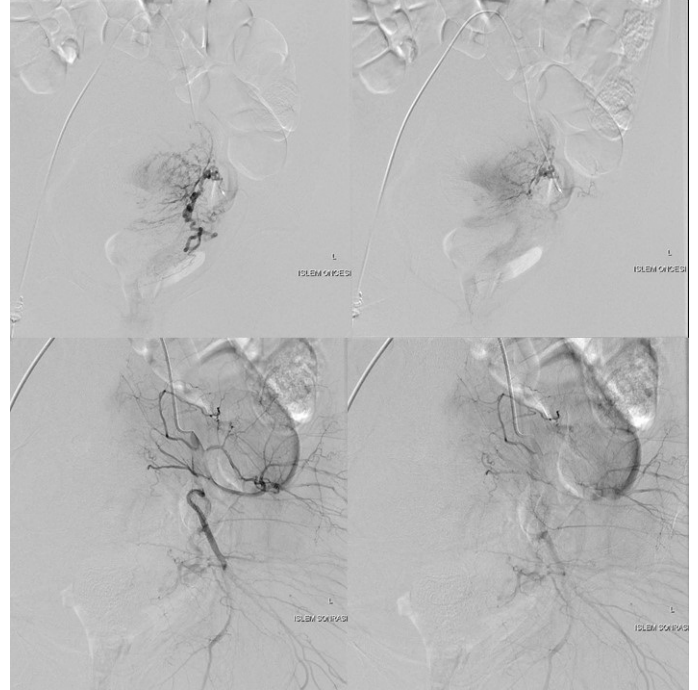
**GİRİŞ:** Postpartum kanama anne ölümlerin ana nedenidir. Medikal tedaviye yanıt vermeyen vakalarda vakit kaybetmeden müdahalede bulunulması gerektiği için hekimler hızlıca cerrahi eksplorasyona ve devamında kompresyon sütürlerine ve çoğu zamanda histerektomiye yönelmektedirler. Ancak bu basamak öncesinde girişimsel radyoloji kliniğinin gücünü kullanarak uygulanacak vasküler embolizasyon işlemleri hastanın hem cerrahinin getirdiği yükten kurtulmasını sağlayacak hem de organ kaybının önüne geçecektir. Bu prosedürlerin uygulanmasıyla Endometrit ve over disfonksiyonu gibi uzun dönem komplikasyonlar bildirilmiş olsa da doğurganlık sonuçları üzerinde net negatif etki bildirilmemiştir. Biz de postpartum kanama olgularında fakültemizde sıklıkla uyguladığımız ve cerrahi öncesi bize oldukça fayda sağladığına inandığımız ve gördüğümüz uterin arter embolizasyonu yaptığımız bir olgu sunmak istedik.

**OLGU:** 28 yaşında 2 çocuklu olgu doğum sonrası 48. saate yoğun kanama, senkop ve taşikardiyle dış merkeze başvurdu. Yapılan incelemede hemoglobini:4 olarak saptanmış. Hastaya 3 ünite eritrosit süspansiyonu, transamik asit, oksitosin, 1 ünite plazma verilmiş. Tedavilere rağmen hastanın kanaması devam etmiş. Bunun üzerine revizyone küretaj yapılmış. İntrauterin bagri balon tamponad uygulanmış. Buna rağmen kanama durmayınca tarafımıza refere edildi. Hastanemizde hemoglobini: 7 olarak saptandı. Kanama kontrolünde çekilen alt batin tomografide, arteriyel faz kesitlerinde uterus fundusta minimal ekstravazasyon alanları izlendi. Bunun üzerine hastaya uterin arter embolizasyonu işlemi uygulandı. İşlem sonrası değerlendirilmede kanama alanı izlenmedi ve herhangi bir komplikasyon gelişmedi. İşlem sonrası üçüncü günde olgu şifa ile taburcu edildi.

**TARTIŞMA:** Postpartum kanama dünya çapında, maternal morbidite ve mortalitenin önemli bir nedenidir. İnsidansı %5 olup en sık nedeni uterus atonisidir. UAE sıklıkla obstetrik ve jinekolojik hastalıklar için yapılır. Uterin arter embolizasyonu, PPK'da uterotonik ajanların ve diğer tedavilerin başarısız olmasından sonra endikedir. Fibroidler ve PPK için UAE prosedürleri farklıdır, çünkü fibroidler için UAE, daha distal arterlerin kesin oklüzyonu istenen emilebilir olmayan küçük parçacıklar kullanır. PPK'da ise embolizasyonda kullanılan parçacıklar emilebilir malzemelerdir. Bu durum işlem sonrası nekroz gibi komplikasyonları etkilemektedir. Emilebilir ajanlar daha güvenilirdir. Olgumuzda emilebilir parçacıklar kullanıldı. Minimal invaziv prosedürlerden uterin arter embolizasyonu PPK'da güvenli bir seçenektir. Obstetrik, Anesteziyoloji, Girişimsel Radyoloji ve Damar Cerrahisi ekipleri arasındaki işbirliği hastanın optimal bakımını sağlamıştır. Uterin arter embolizasyonu, doğum sonu kanamada etkili ve güvenilir bir yöntem olmaya devam etmektedir.

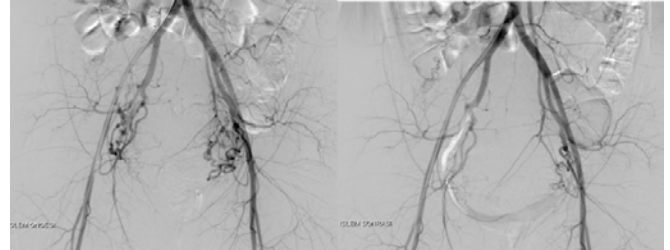
**Anahtar Kelimeler:** uterin arter embolizasyonu, postpartum kanama

Resim1



Resim 1: Üst fotoğraflar, işlem öncesi sol uterin arter embolizasyonunda ekstravazasyon izlenmemiştir. Alt fotoğraflar, işlem sonrası ekstravazasyona alanlarının kaybolduğu izlenmektedir.

Resim2



Resim 2: İşlem öncesi ve işlem sonrası ekstravazasyon alanının sebat ettiği görülmektedir.

SS-072

### Gebelikte aplastik anemi olgusu

Mehmet Murat Işıksalan

Necmettin Erbakan Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi Perinatoloji Kliniği

**GİRİŞ:** Aplastik anemi, kemik iliğindeki pluripotent hücrelerin destrüksiyonu sonucu ortaya çıkan çok nadir hastalıktır. Patogenezi tam olarak bilinmeyen bu hastalık gebelikte birlikte ortaya çıkabilmektedir. Fetüsün ve annenin hayatını tehdit edebilen bir durumdur. Kesin tedavisi kemik iliği transplantasyonudur ama immunsupresif ilaçların (siklosporin vs) potansiyel embriyotoksik etkisinden dolayı bu tedavi gebelikte kontrendikedir. Tedavi seçeneği olarak eritrosit ve platelet transfüzyonu ve immunsupresif tedavi verilebilir. Ancak çok nadir görülmesinden dolayı gebelikte optimal destek ve tedavi rejimleri konusunda görüş birliği yoktur.

**OLGU:** Hasta 29 yaşında, nullipar ve bilinen hiçbir sistemik hastalığı yoktu. Gebeliğin 20. haftasında halsizlik ve çabuk yorulma gibi nonspesifik anemi semptomları ile kliniğimize başvurdu. Obstetrik ultrasonda fetus normal yapıda izlendi. Ayrıca batin ultrasonunda karaciğer ve dalak normal yapıdaydı. 39 dereceye varan ateş öyküsü olan hastada, yapılan laboratuvar değerlendirmesinde pansitopeni izlendi. Hematoloji tarafından değerlendirilen hastaya kemik iliği biyopsisi yapıldı. Patolojide hastanın myeloid ve megakaryositer seri hücreleri yanı sıra eritroid seri hücrelerinde de azalma izlendi. T lenfosit artışı ve %10 sellülariteye (hiposellüler) sahip kemik iliği aplastik anemiyi desteklemekteydi. Retikülosit sayısı 0.0169 (azalmış), platelet: 19 bin  $\mu$ /L, hemoglobulin 7.8 g/dL idi. Gebelik, hematolojinin de önerisiyle 21 haftalıkken misoprostol ile termine edildi. İşlemden önce hastaya 3 ünite eritrosit süspanasyonu ve 9 ünite trombosit verildi. Hb:10 ve platelet: 81 k/ $\mu$ L olarak işlem yapıldı. 400 gr ölü bebek doğurtuldu. Post müdahale 2.günde platelet değeri 46 bin, hb: değeri 7 g/dL ye düşen hasta taburcu edildi. Hastaya terminasyondan sonra siklosporin tedavisi verildi ve 3 ay sonrasında transfüzyon ihtiyacında ciddi azalma saptandı.

**SONUÇ:** Gebelikte aplastik anemi nadir olsa da prenatal tam kan alt parametrelerinde pansitopeni ve ateş varlığında akla gelmelidir. Tedavinin en önemli kısmı destek tedavisidir ve hemogloblin düzeylerini 8 g/dL in ve platelet düzeyini 20 bin üzerinde tutmaktır. Viable olmayan gebeliklerin sonlandırılması uygun seçenek gibi görülmektedir. Postpartum dönemde siklosporin tedavisine hastaların büyük kısmı olumlu cevap vermektedir.

**Anahtar Kelimeler:** aplastik anemi, gebelik, immunsupresyon

SS-073

### Hava Durumunun Hiperemesis Gravidarumlu Hastalarda Hastaneye Yatışına Etkisinin İncelenmesi

Nilüfer Akgün<sup>1</sup>, Sabri Çolak<sup>2</sup>, A Filiz Avşar<sup>3</sup><sup>1</sup>Ankara Etlik Eğitim ve Araştırma Hastanesi<sup>2</sup>Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum AD<sup>3</sup>Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum AD

**Giriş-AMAÇ:** Hiperemesis gravidarum tıbbi bakım gerektiren şiddetli bulantı ve kusma durumudur. Etiyolojisi tam olarak bilinmemekle birlikte, gastrik nedenler, hormonal nedenler hipertroidi gibi faktörlerin öncelikli olduğu ileri sürülmekte ve semptomatik tedavi uygulanmaktadır. Çalışmamızda amacımız klimatolojik değişikliklerin (hava basınç, sıcaklık, nem, güneşlilik düzeyi) hiperemesis gravidarumlu hastaların bulantı kusma derecelerine göre hastaneye yatışta ve semptomların değişimlerinin etkisini incelemek amaçlanmıştır

**YÖNTEM-GEREÇLER:** Retrospektif olarak Ankara Atatürk Eğitim Araştırma hastanesindeki 118 hiperemesis gravidarumlu, hastaların demografik özellikleri, bulantı kusma dereceleri PUQE skalası kullanılarak hafif orta ve ağır olarak derecelendirildi. Hastaların yatış tarihleri, kalış süreleri, yatış süresindeki hava durumu değişiklikleri mevsim ortalamaları, hava sıcaklığı, hava basıncı ve güneşlilik durumu ve nem hava durumu kayıtları Ankara Meteoroloji Genel Müdürlüğünden elde edildi. HEG derecelerine göre gruplar arasında farklılıklar kıyaslandı. BULGULAR: Çalışmaya 118 hasta alındı. Yaş ortalaması 28±4,7 yıl, gravida ort. 2,2±1,4 parite ortalaması 1,4± 0,7, gebelik haftası ortalaması 10±4,5, toplam yatış günü 6,2 ± 11 idi. Hastaların %33,1'ini Heg derecesi hafif iken %44,9'unun orta %22,0'sinin ağırdı. Hastaların %74,6'sında ek hastalık bulunmamakta iken, en sık görülen %10,2 ile hipertroidi bulunmakta idi. Hafif, orta ve ağır HEG olgularında gruplar arasında hava durumu parametreleri bakımından nem, basınç, sıcaklık ve güneşlenme günü bakımından her 3 grup arasında da One-way ANOVA testi sonucunda istatistiksel olarak anlamlı derecede bir farklılık bulunmamaktadır (p>0,05) ( Tablo 1 ). Uygulanan ki kare testi sonucunda, Heg dereceleri ile mevsim durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı derecede bir ilişki bulunmamaktadır (p>0,05) ( Tablo 2 ).

**SONUÇ:** Hava durumu değişikliklerinin hiperemesis gravidarum semptomlarının düzeyleri ve hastaneye yatış ve çıkış zamanlarına hava değişimlerinin etkisi bulunmamaktadır. (p>0,05)

**TARTIŞMA:** Meteorolojik olaylar yeryüzünde ve atmosferde meydana gelerek hem coğrafi bölgeleri hem de tüm canlıları etkiler. İklim yeryüzünün şekillenmesini ve insan faaliyetlerine etkisi bulunmaktadır (1). Klimatolojinin amacı yeryüzünü etkileyen iklimleri ve sonuçları açıklamaktır (1). Hava durumunun pnömoni, bronşit gibi salgınları ile doğum oranlarındaki ve sperm sayımlarındaki değişikliklerle ilişkili olduğu ve diğer morbidite et-

# 3. Karadeniz Jinekoloji ve Obstetrik Kongresi

## 20-22 Kasım 2020

kileri ile ilişkili olduğu gösterilmiştir (1). Sıcaklık ile ilgili yapılan çalışmalarda vücut sıcaklığını hipotermiye sokarak hayvanlarda bulantı kusmanın azaldığını gösteren çalışmalar bulunmaktadır (2,3) Ayrıca hiperemzisli gebelerde soğuk strese bağlı termojenik tepkiler gıda alımı azlığı ve kilo kaybına bağlı soğuk toleransında azalma olduğu saptanmıştır (4). Bir diğer çalışmada ise postoperatif bulantı kusmanın hava değişikliğinden etkilenip etkilenmediğini araştırıldığında çalışmamızdakine benzer olarak farklılık saptanmamıştır (5). Hiperemzis gravidarum etyolojisi hala net olarak bilinmemekte birlikte nedenleri hakkında mümkün olduğunca uygulama ve güncel olaylar ile bağlantı kurulabilirse, sonuçlarının hastalığı önleme ve tedavi etme başarısı da o oranda artacaktır.

**Anahtar Kelimeler:** Hava durumu, Hiperemzis gravidarum, klimatoloji

	HEG derecesi	N	Ortalama	S.S.	F	p
Hastaneye Yatış günü nem düzeyi (%)	Hafif Orta Ağır	39 52 26	60,44 55,53 57,56	22,758 21,612 19,949	0,573	0,565
Hastaneye yatış süresince Ortalama nem düzeyi (%)	Hafif Orta Ağır	38 53 26	59,45 56,15 55,50	22,064 19,865 18,022	0,396	0,674
Ay ortalaması nem düzeyi (%)	Hafif Orta Ağır	39 51 26	58,90 56,33 56,06	17,723 16,923 16,607	0,314	0,731
Mevsim ortalaması nem düzeyi (%)	Hafif Orta Ağır	39 51 26	59,78 57,54 57,82	15,810 13,935 12,986	0,292	0,748
Hastaneden çıkış zamanı nem düzeyi (%)	Hafif Orta Ağır	38 52 26	62,00 54,94 54,52	23,433 20,772 20,903	1,409	0,249
Hastaneye Yatış günü hava basıncı (mm)	Hafif Orta Ağır	39 52 26	914,74 914,96 913,42	5,924 5,621 5,009	0,687	0,505
Hastanede kalış süresince Ortalama hava basıncı (mm)	Hafif Orta Ağır	39 53 26	914,44 915,08 914,23	5,582 4,592 3,633	0,356	0,701
Ay ortalaması hava basıncı düzeyi (%)	Hafif Orta Ağır	39 51 26	914,26 914,35 914,64	2,792 2,794 2,894	0,153	0,859
Mevsim ortalaması basıncı düzeyi (%)	Hafif Orta Ağır	39 51 26	913,98 914,34 914,26	1,849 2,208 2,280	0,329	0,720
Hastaneden çıkış zamanı hava basıncı düzeyi (%)	Hafif Orta Ağır	39 51 26	913,91 914,16 914,00	4,807 5,059 5,814	0,028	0,973
Hastaneye yatış günü hava sıcaklık (°C)	Hafif Orta Ağır	39 52 26	12,69 12,90 12,41	9,699 9,312 8,448	0,024	0,976
Hastanede kalış süresince Ortalama sıcaklık (°C)	Hafif Orta Ağır	39 53 26	12,57 12,64 13,05	9,665 9,175 9,084	0,024	0,977

Ay ortalama sıcaklık (°C)	Hafif Orta Ağır	39 51 26	12,75 13,26 12,25	9,710 9,336 10,162	0,099	0,906
Mevsim ortalaması sıcaklık (°C)	Hafif Orta Ağır	39 51 26	11,88 12,10 11,90	8,663 8,202 7,774	0,010	0,990
Hastaneden çıkış hava sıcaklık düzeyi (°C)	Hafif Orta Ağır	39 52 26	12,69 13,50 13,80	9,465 9,217 9,531	0,131	0,877
Hastaneye Yatış günü hava güneşlenme süresi (saat)	Hafif Orta Ağır	35 50 26	5,53 6,07 5,51	3,557 4,418 3,967	0,249	0,780
Hastanede kalma süresince Ortalama güneşlenme süresi (saat)	Hafif Orta Ağır	35 50 26	5,46 6,12 6,39	3,509 3,728 3,059	0,597	0,552
Ay ortalama güneşlenme süresi (saat)	Hafif Orta Ağır	35 48 26	5,49 6,17 6,60	2,642 2,706 2,537	1,389	0,254
Mevsim ortalaması güneşlenme süresi (saat)	Hafif Orta Ağır	39 51 26	5,99 6,32 6,32	2,631 2,487 2,259	0,226	0,798
Hastane çıkış günü hava güneşlenme süresi (saat)	Hafif Orta Ağır	36 50 26	5,53 5,84 7,37	4,090 3,618 3,552	2,012	0,139

Uygulanan One-way ANOVA testi sonucunda, HEG dereceleri arasında parametre ortalamaları bakımından istatistiksel olarak anlamlı derecede bir farklılık bulunmamaktadır ( $p>0,05$ ).

**Tabo 2: HEG Dereceleri ile Mevsim Durumları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi**

		Kış Mevsimi	İlkbahar Mevsimi	Yaz Mevsimi	Sonbahar Mevsimi	Toplam	Ki kare	p
HEG derecesi PUQE scale	Hafif	N % 14 34,1	8 29,6	8 34,8	9 33,3	39 33,1		
	Orta	N % 19 46,3	11 40,7	8 34,8	12 44,4	53 44,9	1,351	0,969
	Ağır	N % 8 19,5	8 29,6	4 17,4	6 22,2	26 22,0		

Uygulanan ki kare testi sonucunda, HEG dereceleri ile mevsim durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı derecede bir ilişki bulunmamaktadır ( $p>0,05$ ).

SS-074

### Abdominal histerektomide ilioinguinal-iliohipogastrik sinir bloğunun postoperatif ağrı kontrolündeki rolü

Deniz Kulaksız, Recep Erin, Yeşim Bayoğlu Tekin  
Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Ana Bilim Dalı, Trabzon

**AMAÇ:** Bu çalışmada amacımız lokal olarak ameliyat sırasında kolayca uygulanabilen bupivakain HCL ile ilioinguinal ve iliohipogastrik sinir bloğu sağlayarak postoperatif analjezik madde kullanımını azaltmak ve daha iyi bir ağrı kontrolü sağlamaktır.

**YÖNTEM:** Bu randomize kontrollü klinik çalışmayı 100 hasta üzerinde gerçekleştirdik. 50 hasta kontrol grubunda 50 hasta çalışma grubunda yer aldı. Çalışmamız ameliyathane ve postoperatif kadın hastalıkları ve doğum servisinde gerçekleştirildi. Genel anestezi ile abdominal histerektomi uygulanan 50 hastaya pfanenstiel insizyon kapatılırken fasyaya bilateral bupivakain HCL uygulaması yapıldı. Kontrol grubundaki 50 hastada bu uygulama yapılmadı. Hastalara epidural anestezi ve patient -controlled analgesia (PCA) uygulanmadı. Postoperatif 1. saatte Visual Analog Skala ile ağrı skorları kaydedildi. Sonuçları Pearson'un Ki-karesi kullanılarak analiz edildi.

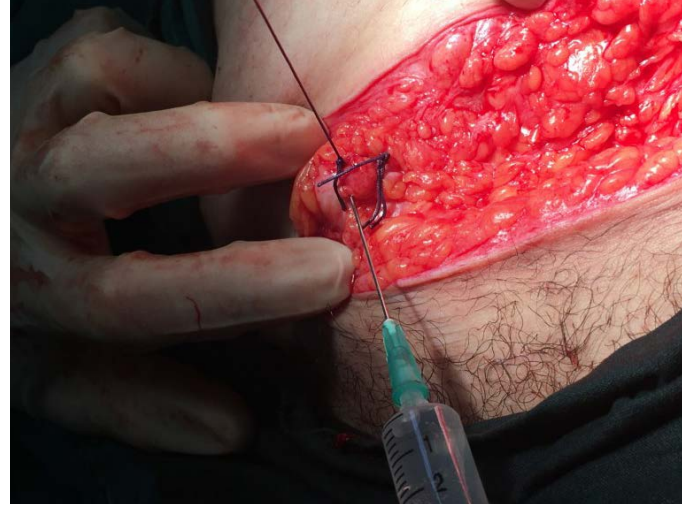
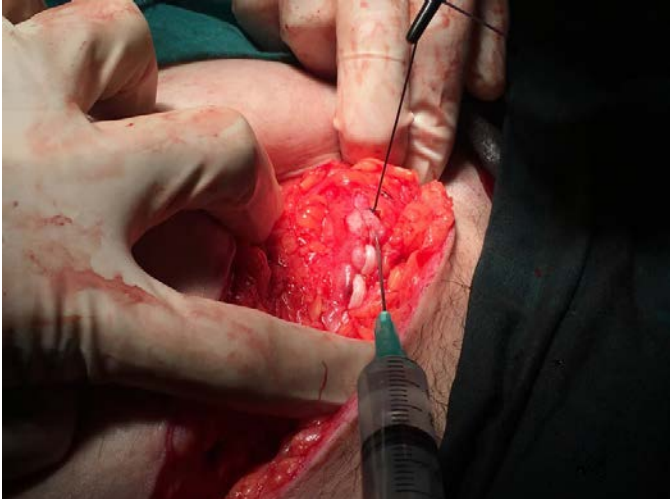
**BULGULAR:** VAS skoru bupivakain HCL uygulanarak blok yapılan grupta anlamlı olarak düşüktü ( $p \leq 0.05$ )

**SONUÇ:** Genel anestezi uygulanan ek bir yöntem kullanılmayan hastalarda basit ve ucuz bir uygulama ile postoperatif ağrı kontrolünde lokal anestezi olarak bupivakain HCL kullanılabilir.

**Anahtar Kelimeler:** histerektomi, postoperatif ağrı, iliohipogastrik sinir bloğu

**Blok Uygulaması - 1**

**Blok Uygulaması - 2**



SS-075

### Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesinde PICC Kateter Kullanımı

Ünal Akça<sup>1</sup>, Hasibe Canan Seren<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Ondokuz Mayıs Üniversitesi, Çocuk Nöroloji Bilim Dalı, Samsun

<sup>2</sup>Ondokuz Mayıs Üniversitesi, Neonatoloji Bilim Dalı, Samsun

**GİRİŞ:**Yenidoğanların sıvı, parenteral beslenme ve tedavi ihtiyaçlarını karşılamak için periferden takılan santral kateterler (PICC) kullanılmaktadır. Bununla birlikte kateterde tıkanma, yer değiştirme, kateter kaynaklı sepsis ve tromboemboli gelişimi bu yöntemin komplikasyonlarıdır. Bu çalışmada ünitemizde PICC takılan hastaların demografik özelliklerini, kateterendikasyonlarını ve kateter ilişkili enfeksiyon sıklığını belirlemeyi planladık.

**YÖNTEM:** 1. Şubat 2018- 31. Temmuz 2018 arasında YYBÜ'nde yatan ve PICC takılan hastalar çalışmaya alındı. Bebeklerin demografik özelliklerinin yanı sıra, kateter boyutu, takıldığı ekstremitte, kateterle ilgili yaşanan sorunlar, kateter kalış süresi, kateter ilişkili kateter ve/veya kan dolaşımı enfeksiyonu, üreyen mikroorganizma ve verilen tedaviler retrospektif olarak kaydedildi.

**BULGULAR:** Çalışma süresinde YYBÜ'nde yatarak izlenen 477 bebekten 55'ine (% 11.5) PICC takılmıştır: %63.6 erkek, %36.9 kız. Ortalama gestasyonel yaşları 31.4 (22- 39) haftaydı. PICC kateter numarası 48 olguda (%87.3) bir, 7 olguda (%12.7) ikiydi. PICC takılma yeri beş bebekte (%9.1) sol kol, yedisinde (%12.7) sağ kol, 27'sinde(49.1) sağ bacak,16'sında (%29.1) sol bacağı. İlk PICCtakılma günü ortalama 13.1 (2- 50) gündü. İkinci günde takılan 4 hastanın üçünde gastroşizis mevcuttu. 46 hasta(%83.6) TPN alıyordu. Yedi olguya hipoglisemi ve hiperinsülinizm vardı.

PICC kateterlerin kullanım günü ortalama 13.1 (2- 24) gündü. 12 hastanın (%21.8) kan kültüründe üreme saptandı: 6(%10.9) S. epidermidis,3(%5.5) klebsiella pnomononia ESBL(+), diğer 3 hastada candida albicans, klebsiella oxytica ve staphylococcus hemolyticus.



# 3. Karadeniz Jinekoloji ve Obstetrik Kongresi

## 20-22 Kasım 2020

Dokuz olgu KKKE kabul edilip, kateterleri çekildi. Diğer üç hastada PICC kateter çekilmedi ve kateter kültürlerinde üreme saptanmadı.

PICC kateterlerin çekilme nedenleri: 9 olguda (%16.4) KKKE, 3 olguda (%5.5) KİKE, bir hastada kateter çıkması, bir hastada kateterin delinmesi, iki hastada tıkanma, bir hastada tromboflebit idi. Beş hasta kaybedildiği için kateter çekildi kabul edildi ve bu olguların hiçbirinde kateter kültürü üremesi saptanmadı.

**SONUÇ:** PICC kateterler YYBÜ'de giderek daha sık kullanılmaktadır. Ancak, gerek kateterlerden kaynaklanan teknik sorunlar gerekse enfeksiyon gelişimi kateterlerin kullanım süresini kısaltmaktadır.

**Anahtar Kelimeler:** picc, kateter enfeksiyonu, kateter kültürü

SS-076

## Mayer Rokitansky Kuster Hauser Sendromlu Hastada Modifiye Davydov's Tekniği ile Neovajina Operasyonu

Ayşe Zehra Özdemir<sup>1</sup>, Gülnur Çoban<sup>2</sup>, Şerife Akbay<sup>3</sup>

<sup>1</sup>1. 19 Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, Samsun

<sup>2</sup>2. 19 Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, Samsun

<sup>3</sup>3. 19 Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, Samsun

**GİRİŞ:** MRKH sendromu olarak da bilinen vajinal agenezi, müllerian kanal sistemi anomalileriyle vajen, uterusun doğuştan yokluğunu ifade eder. En yaygın olarak belirtilen prevalansı 5000de 1dir. Altta yatan etiyoloji bilinmemekle birlikte, Müllerian kanal sisteminin agenezi veya hipoplazisinden kaynaklanır. Olgularda dış genital görünümü, sekonder seks karakterlerinin gelişimi, karyotip ve overlerin fonksiyonları normaldir. Hastalar en sık primer amonereyle başvururlar. MRKH sınıflandırmasında Tip1 izole genital trakt anomalisiyken Tip2 genital sisteme eşlik eden üriner sistem, iskelet sistemi, santral sinir sistemi, kardiak anomalilerde kapsar. Başvuru sonrası usgde uterus yokluğu anlaşıldıktan sonra MR incelemesi; iç genital yapıların ve eşlik eden olası üriner sistem anomalilerinin değerlendirilip, cerrahi tedavi planları açısından anlamlıdır. Tanı alan hasta psikolojik destek açısından yönlendirilmeli; cerrahi yada cerrahi olmayan yöntemlerle neovajen oluşturulması sonrası normal cinsel hayatı olabileceği, kendi genetik yapısından anne olabileceği konularında bilgilendirilmelidir.

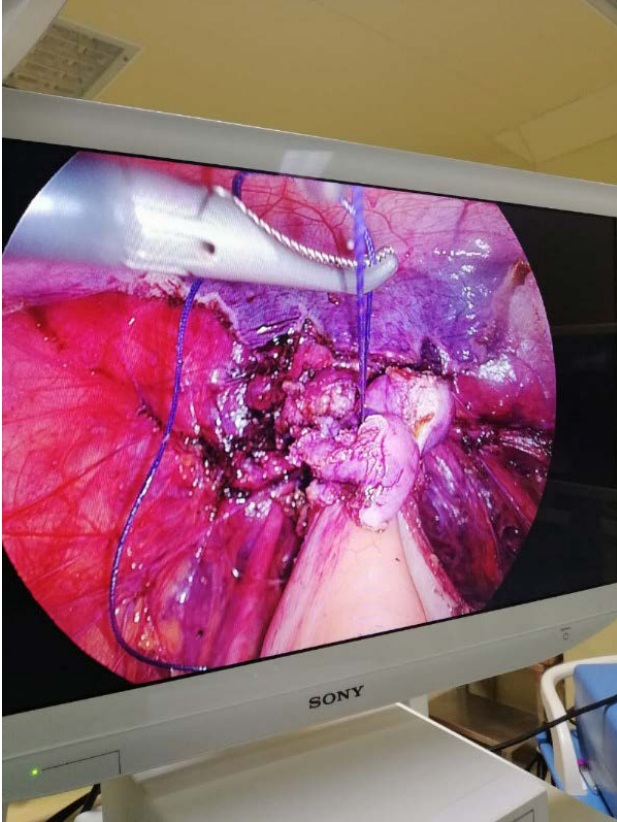
**YÖNTEM:** Kliniğimize 2013 yılında Primer amenoreyle başvuran hastaya yapılan usgde overler doğal izlenip, uterus görülmemesi üzerine; MR çekilmiş Her iki böbrek boyutları, konturları, paran-

kim intensitesiyle pelvikaliksiyel yapıları doğaldır. Uterusla vajen dokusu ayırt edilemedi. Sağ over 21x20 mm, sol over 26x18 mm ölçüldü. Şeklinde raporlanmıştır. MRKH Sendromu teşhisi konulan hasta tedavi seçenekleriyle ilgili bilgilendirilmiştir. 2020 yılında neovajen operasyonu olmak isteyen hasta kliniğimize tekrar başvurmuştur. Hasta cerrahi prosedürler, post operatif cinsel ilişki, fertilizasyon konularında bilgilendirilip; aydınlatılmış gönüllü onam formu alınmıştır. Teknik Trokarlarla girildiğinde uterus yokluk halinde, bilateral tuboovaryan ilişki normaldi. Round ligament hizasından periton diseke edilerek mesane uzaklaştırıldı. Üretrayla rektum kontrol edilerek potansiyel vajinal boşluk belirlendi. Keskin diseksiyon yardımı ile douglasa hizalanan boşluk açıldı. Spanç yardımı ile vajinal boşluk alttan itilerek laparoskopik olarak vajen hizası belirlendi. Vajinal cuffa denk gelen periton üzerinden kesilerek diseke edildi. Daha sonra hook koter yardım ile vajen apeksi açıldı. Rektum üzerinden aşağı devam eden periton vajen arka duvarı olacak şekilde mesaneden ayrılmış olup vajen apeksi olarak belirlenen periton kenarı vajen önduvarı olacak şekilde süturla sabitlenerek vajenden çekilerek hymen hizasına denk gelen labium minör mukozalarına suture edildi. Vajinal açıklık kontrol edildi. Buji yardımıyla vajen korunduktan sonra serbestleştirilen peritonla round ligament kenarları vajinal cuff olacak şekilde pure string suture geçilerek peritonize edilip kapatıldı. Vajene 20'lik enjektör yardımıyla oluşturulan dilatatör yerleştirildi. Postop bakım Hasta 5 gün boyunca analjezi desteği, antibiyoterapi ve DMAHla hastanede yatırılarak takip edildi. Hastanın postop 3. ve 5. gününde vajendeki dilatatör değiştirildi. Taburculukta günlük dilatatör kullanımıyla ilgili bilgilendirilip düzenli kontrole çağrıldı. Kontollerde vajen uzunluğu, genişliği 6/2,5 cm; 7/2,5 cm; 7/3 cm değerlendirildi.

**SONUÇ:** Vajinal agenezi olgularında ilk adım olarak vajenin cerrahi olmayan tekniklerle oluşturulması uygundur. Morbiditesi minimum olan vajinal dilatasyon uygulamalarında %90a varan anatomik, fonksiyonel başarı elde edilmiştir. Cerrahi olmayan girişimlerle başarı sağlanamayan, cerrahi gerektiren hastalarda seçilecek yöntemde minimal postop komplikasyon, maksimum fonksiyonel yeterlilik, psikolojik tatmin amaçlanmaktadır. McIndoe tekniği deri greftinin yerleştirileceği uretra ve rektum arasında künt diseksiyonla oluşturulan bir boşluğu gerektirir. Bu teknik düşük morbiditedeki minimal invazif prosedür olmakla beraber greft alınan bölgelerdeki kozmetik yakınmalar, greft tutmaması, dilatatör kullanım ihtiyacı, yeni vajendeki stenoz riski dezavantajlarından sayılabilir. Intestinal vajinoplastide rektum, sigmoid, ileumdan alınan barsak segmenti kullanılarak yeni vajen oluşturulur. Dilatasyon gerekmemesi, yeterli vaginal uzunluk elde edilebilmesi, stenoz riskinin azalması bu tekniğin avantajlarıdır. Ancak abdominal girişim gerektirmesi, morbititesinin yüksek olması, intestinal doku kaynaklı yeni oluşturulan vajende akıntı, yeni dokudaki neoplazi riski dezavantajlarındandır. Vecchiotti tekniği kör vajen tepesinin özel cihazlarla gerilmesine dayanan tekniktir. Agenetik vajenin normal vajen aksına en uygun şekilde gerilmesini amaçlamaktadır. Kısa operasyon süresi, düşük morbidite yöntemin avantajları iken uzun hospitalizasyon gerekliliği ve dilatatör kullanımı dezavantajlarındandır. Davydov prosedüründe yeni oluşturulan vajenin döşemesi peritonla sağlanmasındır. Rektum vezikal boşluğun perineal yoldan açılıp, pelvik yan duvar ve douglastan serbestleştirilen peritonla vajen oluşturulmasına dayanır. Düşük morbidite işlemin dezavantajıyken ileri dönemde intraabdominal yapışıklıkların oluşması, postoperatif dilatatör gereksinimi dezavantajlarındandır.

**Anahtar Kelimeler:** Mayer-Rokitansky-Küster-Hauser sendromu, Laparoskopi, Neovajen, Modifiye Davydov's prosedürü

Op1



Op2



SS-077

## Gebelikte nadir bir durum: Tuboovaryan apse

Beril Gürlek, Bülent Yılmaz  
Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Ana Bilim Dalı, Rize

**Giriş:** Tuboovaryan apse (TOA), gebelikte nadiren bildirilmiştir. TOA, spontan gebelik kaybı, erken doğum, erken membran rüptürü, koryoamniyonit, perinatal enfeksiyon, fetal ve maternal ölüm gibi olumsuz gebelik sonuçlarına yol açabilir. Pelvik cerrahi yükü, alt genital sistem enfeksiyonları, endometriozis ve transvajinal oosit toplanması gebelikte TOA oluşumu için risk faktörü olarak kabul edilmektedir. Bu olgu sunumunda, transvajinal oosit toplama ve in vitro fertilizasyon uygulaması sonrası gebe kalan olguda, sezaryen esnasında rastlantısal olarak tanı koyulan TOA olgusu sunulmaktadır.

**Olgu:** 32 yaşında, nulligravida gebe hasta, pelvik ağrı ve vajinal kanama şikayetleri ile 39. gebelik haftasında kliniğimize başvurdu. Yapılan değerlendirmede hasta afebrildi, arteriyel tansiyon değeri 110/70 mm/Hg ve nabız 88 atım/dk idi. Servikal muayenede serviks 2 cm açıklıkta ve %60 silinmişti. Non stres test reaktif, reguler uterin kontraksiyonları vardı. Obstetrik ultrasonografide 39 haftalık canlı bir fetüs izlendi. Miadda sancılı gebelik olarak kabul edilerek yatış verildi. Laboratuvar tetkiklerinde orta derecede anemi (9.8 g/dL: normal aralık 11-16 g/dL, yüksek CRP seviyesi (38 mg/L-normal aralık 0-5 mg/L) ve normal beyaz kan hücresi sayısı  $9.14 \cdot 10^3/uL$  (normal aralık 4-10) saptandı. Hastanın anamnezinden, 5 yıllık açıklanamayan infertilite sonrası transvajinal oosit toplama ve in vitro fertilizasyon ile gebe kaldığı ve gebelik sonrası sıklığı ve şiddeti giderek artan sol alt kadranda ağrı hissetmeye başladığı öğrenildi. 12. gebelik haftasında hospitalize edildiğini ve doktorların ağrının sol overde endometrioma olduğu düşünülen 7 cm çapındaki kistik bir kitleden kaynaklandığını düşündüklerini ifade etti. Sonrasında herhangi bir şikayeti olmadan sorunsuz bir gebelik dönemi geçirmişti. Öyküdeki tanımlanamayan kistik kitle nedeniyle sezaryen ile doğum yapmasına karar verildi. İntraoperatif sol adnekte, sol over kaynaklı yaklaşık 15x15 cm çapında, sol tuba, barsak serozası, omentum ve uterus posterioruna yapışık kitle izlendi (resim 1). Adhezyonların açıldığı sırada kitlenin pürülan içeriği drene oldu (resim 2). TOA olarak değerlendirilen kitle sol salpingo-ooferektomi ile çıkarıldı. Histolojik inceleme, TOA olduğu doğrulandı. Post operatif dönemde CRP değeri 264 mg/L'e kadar yükseldi. Beş gün süreyle 12 saatte bir 1 gr IV seftriakson, 8 saatte bir IV klindamisin 900 mg ve 8 saatte bir IV metranidazol 500 mg verildi. Tedavinin 3. gününden sonra CRP değerleri gerilemeye başladı. Sorunsuz bir postoperatif dönem geçiren olgu 6.günde oral tedavi ile taburcu edildi.

**Sonuç:** TOA, pelvik inflamatuvar hastalığın ciddi bir sekelidir ve gebelik sırasında nadiren saptanır. Vakaların çoğu pelvik ağrı ve ateş, bulantı, kusma, hipotansiyon, taşikardi gibi sepsis semptomları ile komplike olurken, bazı vakalarda bizim olgumuzda da olduğu gibi apseler büyük olmalarına rağmen asemptomatik kalabilir. Erken teşhis ve zamanında tedavi için tıbbi geçmişin ayrıntılı öğrenilmesi ve detaylı klinik muayeneye ihtiyaç vardır.

Anamnezde transvajinal yoldan oosit toplama işlemi gibi pelvik apse için risk faktörü varlığı, klinisyenler için TOA tanısında uyarıcı olmalıdır.

**Anahtar Kelimeler:** Gebelik, in vitro fertilizasyon, sepsis, tubovaryan apse, transvajinal oosit toplama

**Resim 1**



Apsenin pürülan içeriği

**Resim 2**



Apsen serbestleştikten sonra uterus posterioruna yapışık olduğu alanın görüntüsü

**SS-078**

## Burch Kolposüspansiyonu Komplikasyonunda Tanı Ve Minimal İnvaziv Tedavi

Ulaş Çoban<sup>1</sup>, Sadık Gündüz<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Ondokuzmayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, Samsun

<sup>2</sup>Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Bölümü, İstanbul

**GİRİŞ:** Kadınlarda stres üriner inkontinans öksürmek, hapşırma ve efor ile istemsiz idrar kaçırma durumudur. Bu durumun çeşitli cerrahi tedavileri bulunmakla birlikte tedavilerdeki ana hedef subüretal destek sağlamak ve üretrayı stabilize etmektir. Burch kolposüspansiyonu mesane boynunun Cooper ligamentleri kullanılarak stabilize edildiği, uzun dönem sonuçları başarılı olan bir operasyondur

**OLGU:** 44 yaşında G4P4 NSD4 olan hasta kliniğimize yorgunluk, adet miktarlarında artma, karında şişlik ve idrar kaçırma şikayetleriyle başvurdu. Yapılan jinekolojik muayene ve ultrasonografide uterus fundusunda 15 cm subseroz myom izlendi. Evre 1 sistosel ve stress test pozitif olarak saptandı. Hastaya total abdominal histerektomi + Burch kolposüspansiyonu ameliyatları uygulandı. Operasyondan 6 ay sonra hastada disüri, piyüri şikayetleri başlaması üzerine tarafımıza başvurdu. Yapılan tetkilerde tam idrar tetkikinde: lökosit +++, nitrat +++ gözlemlendi. Pelvik MR çekildi. MR raporu radyoloji tarafından normal olarak değerlendirildi, tarafımızdan değerlendirildiğinde non absorbable prolen sütür materyali görülmüştür. Yapılan mesane dolu ultrasonografide kavite içerisinde lineer ve hiperekojen görünümde Burch operasyonunda kullanılan non-absorbabl sütür olduğu düşünülen materyal izlendi. Bunun üzerine sistoskopi planlandı. Genel anestezi altında yapılan sistoskopide mesane kubbesinin sol lateralinde yaklaşık 3 cm uzunluğunda kalsifiye olmuş non-absorbabl sütür izlendi. Histeroskopi makası kullanılarak sütür materyali kesilmeye çalışıldı. Ancak kalsifikasyon nedeniyle başarısız oldu. Takiben Flexible ureteroskop ile mesane kavitesine girilip lazer yöntemi kullanılarak sütür materyali kesildi ve çıkarıldı. Operasyona son verildi. Hastanın 2 ay sonraki kontrollerinde disüri şikayetine kaybolduğu ve inkontinansının olmadığı saptandı.

**SONUÇ:** Sentetik mesh kullanımını FDA'nın uyarması ve vajinal prolapsus cerrahisinde sınırlaması, Burch kolposüspansiyon operasyona yönelimi artırdı (1,2). Fakat erozyon, sadece sling ameliyatlarına özgü olmayıp Burch prosedüründe de görülebilir. Shapiro ve ark. 2017 yılında Burch operasyonu sonrası sütür erozyonu gelişen 2 vakalık Case Report yayınladılar (3). Özellikle Burch kolposüspansiyonu komplikasyonu şüphesinde mesane dolu ultrasonografi, MR'da gözden kaçabilecek durumlar açısından dinamik olması nedeniyle ilk tercih olabilir. Operasyonun üzerinden geçen zamanla korele olarak sütür materyali ile oluşabilecek kalsifikasyonlar nedeniyle, kesilip çıkarılmasında lazer güvenilir bir tercih olarak değerlendirilebilir.

### Kaynaklar:

- 1-U.S. Food and Drug Administration, Urogynecologic Surgical Mesh Implants; <https://www.fda.gov/medical-devices/implants-and-prosthetics/urogynecologic-surgical-mesh-implants>
- 2- O. Chinthakanan, J. R. Miklos, and R. D. Moore, "Clinical images of laparoscopic burch colpo-suspension," *Austin Journal of Urology*, vol. 1, no. 2, 2 pages, 2014.
- 3- Shapiro R, Hajiran A, Zaslau S. Delayed Presentation of Suture Erosion following Burch Colpo-suspension. *Case Rep Obstet Gynecol.* 2017;2017:8178361. doi: 10.1155/2017/8178361. Epub 2017 Jul 13. PMID: 28785497; PMCID: PMC5530450.

**Anahtar Kelimeler:** Burch, Kolposüspansiyonu, komplikasyon, erozyon, laser

### SS-079

## Asymptomatic uterine torsion during pregnancy: a case report

Fatih Aktoz<sup>1</sup>, Sultan Can<sup>2</sup>

<sup>1</sup>İstanbul Başakşehir Çam ve Sakura Şehir Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği, İstanbul

<sup>2</sup>Yeditepe Üniversitesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, İstanbul

**Introduction:** Physiological rotation of the uterus up to 45 degrees can be seen during pregnancy. Pathological rotation of the uterus more than 45 degrees vertically is defined as uterine torsion. Risk factors causing this obstetric emergency are uterine malformations, pelvic masses, adhesions and fetal malpresentation.

Although asymptomatic cases during pregnancy were reported, most of the patients were presented with signs and symptoms such as pain, bleeding, urinary or intestinal symptoms. There were also some reports associated with fetal distress or even fetal demise. Herein, we reported an asymptomatic uterine torsion case in which we found a 180 degrees dextrorotated uterus incidentally during cesarean delivery.

**Case presentation:** A 37-year-old, gravida 5 para 2 patient was admitted to hospital at 40 weeks 3 days of gestation without any symptom. She had no complaints since the beginning of the pregnancy. Her obstetrical history was included two vaginal deliveries and two spontaneous abortus. Gestational diabetes mellitus type A2 was diagnosed in this pregnancy. Polyhydramnios was detected via ultrasonography. Her physical and cervical examination, vital signs and laboratory tests were normal. Induction of labor was planned and the patient was hospitalized.

During labor induction, acute hand prolapse was developed and emergency cesarean section was performed. Intraoperatively, a 180 degrees dextrorotation of uterus was seen (Figure 1). There was no sign of ischemia. We returned the uterus back

into normal position and then we performed CS through a Kerr's incision. A 3790-g female baby was delivered with 8 and 9 Apgar scores. Operation was completed uneventfully. The patient and her baby were discharged from hospital on second postoperative day.

**Discussion:** Diagnosis of uterine torsion can be made with serious clinical suspicion due to its rarity. If an adnexa was seen in front of the uterus or a changed position of the placenta during follow-up was noticed, uterine torsion may be diagnosed preoperatively. Magnetic resonance imaging (MRI) is the best option if uterine torsion is suspected, because it is harmless for fetus and superior for evaluation the uterus and nearby pelvic organs. X-shaped configuration of the vagina in MRI is very informative for diagnosis of uterine torsion. However, it may not be used effectively in some cases.

When uterine torsion is suspected, emergency laparotomy is suggested because early intervention is the best approach for both mother and fetus. The type of surgery depends on duration and severity of uterine torsion, maternal age and gestational week. For example, if there is a non-viable gestation and small uterus, uterine detorsion and close antenatal follow-up may be a good option. If there is an advanced gestational age, uterine detorsion and cesarean should be performed. If detorsion is impossible before delivery, a posterior hysterotomy can be done. After delivery of baby, the surgeon can easily return the uterus back into normal position. If uterine ischemia and necrosis are seen, hysterectomy is recommended. Clinicians must be considered the clinical situation in detail in the aspect of both the mother and her baby.

**Anahtar Kelimeler:** asymptomatic, pregnancy, uterine torsion

**Figure 1**



SS-081

### Over Kisti Olarak Değerlendirilen Piyokolpos Vakası

Sema Baki Yıldırım<sup>1</sup>, Neslihan Bezirganoğlu Altuntaş<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Giresun Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kadın Doğum Anabilim Dalı, Giresun

<sup>2</sup>Kanuni Eğitim Araştırma Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum, Trabzon

Himenal anomaliler himenin merkezi kısmının eksik dejenerasyonundan kaynaklanır. Anatomik varyantlar arasında imperfore, iğne deliği (mikroperfore), bölmeli ve kribriform himen yer alır. Mikroperfore himen nadir görülen kısmi obstrüktif bir anomalidir. Kesin insidansı bilinmemektedir (1). İzole bir anomalidir, ancak nadir durumlarda bifid klitoris, çift ureter, hipoplastik böbrekler, imperfore anüs ve diğer anorektal malformasyonlar görülebilir. Veri yetersizliği yüzünden tanı kriterleri veya tedavi önerileri konusunda net bir fikir birliği yoktur (2).

Mikroperfore himen kısmi obstrüktif patoloji olduğu için semptomlar değişiklik gösterir. Genellikle normal adet akışına ve spermelerin geçişine izin verir. Bu nedenle tanı ergenlik sonrasında kadar gecikebilir, genç kadınlar hafif akışlı normal bir adet döngüsüne sahip olabilir veya tam olmayan drenaj nedeniyle adet sonrası düzensiz lekelenme yaşayabilirler (3). Ayrıca obstrüksiyona bağlı tekrarlayan İYE, idrar retansiyonu, vulvovajinit ve pelvik enfeksiyonlara eğilim artar (3, 4). Piyokolposun neden olabileceği pürülan vajinal akıntı görülebilir. Tanıdaki gecikmeye bağlı yetişkinlikte infertilite ve dispareni ile gelebilirler. Piyokolpos, sepsis, gelecekteki diğer psikolojik ve cinsel sorunların önlenmesi için erken teşhis ve cerrahi tedavi önemlidir. Piyokolpos cerrahi bir acil durumdur. Acilen tedavi edilmezse, piyokolpos vezikovajinal fistüllere, vajinal mukozanın harabiyetine ve skarlaşmasına ve sepsise neden olabilir (5). Teşhis, kapsamlı genital muayene ve görüntüleme yöntemlerinin kombinasyonu ile yapılır. Vajinanın Ultrasonografi ile görüntülenmesinde düşük seviyeli eko ve sıvı-debris seviyelerine sahip dilate bir kistik yapı görülür (6). Fizik muayenede, himenal açıklık algılanamazsa imperfore himen ile karıştırılabilir. İncelemede ayrıca şişkin bir kızlık zarı veya çok sıkı bir kızlık zarı halkası görülebilir (7). Hymenin tam olarak değerlendirilmesi için anestezi altında muayene gerekebilir. Abdomino-pelvik Manyetik Rezonans Görüntüleme veya Ultrasonografi ile hasta değerlendirilerek diğer anomalilerin varlığını araştırılıp, cerrahi planlama yapılır.

Tedavi himenal anomalinin cerrahi olarak düzeltilmesine yöneliktir. En yaygın teknikler, hymenin artı şeklinde veya çapraz kesilmesi ve vajinal drenajı içerir. Literatürde hegar dilatörleri ile seri dilatasyonu içeren daha az invaziv alternatif bir tedavi yöntemi de mevcuttur (8).

**OLGU:** 21 yaşında kadın hasta karın ağrısı şikayeti ile acil polikliniğe başvurdu. Virgin ve düzenli adetleri olduğunu, adetlerinin her ay yaklaşık 4 gün sürdüğünü belirtti. Öyküsünde sistemik hastalığı, geçirilmiş operasyonu, dismenore, lekelenme ve üriner semptomları yoktu. Acil laboratuvar sonuçlarında beyaz küre sa-

yımı (WBC)  $11,5 \times 10^3 / \text{mm}^3$ . Muayenesinde alt abdominal hassasiyeti mevcuttu. Sonografik değerlendirilmesinde uterus posterior komşuluğunda orta hatta 90 mm çaplı kalın duvarlı ve yoğun içerikli kistik lezyon izlendi (Resim 1). Eşlik eden üriner patoloji saptanmadı. Dermoid kist şüphesi ile takibe alındı.

Ağrısının giderek artması nedeniyle 2 gün sonra tekrar acil polikliniğe başvurdu. WBC  $16,5 \times 10^3 / \text{mm}^3$ , hemogram 9,5 g/dL idi. Over kist rüptürü şüphesiyle alt abdominal Bilgisayarlı Tomografi çekildi. Mesane posterior superiorunda rektumu basılayan, uterusu posterior superiora deplase eden kalın duvarlı 9x7 cm kistik lezyon ve uterus sıvı dansitesiyle dolu, vajende hematokolpos şüpheli görünüm izlendi, apse ekarte edilemedi. Jinekolojik muayenesinde inspeksiyonda labiumlar arasında bombeleşen ve mor reflü veren vajeni kalın ve sıkı bir zar olarak kaplayan görüntü izlendi. Genel anestezi altında himenal halka buji ile dilate edilerek yaklaşık 600 ml apse formunda sıvı boşaltıldı.

**Anahtar Kelimeler:** mikroperfore himen, pelvik kitle, piyokolpos,

Resim 1



Ultrasonografideki görünüm

SS-082

### Tuboovaryan Abse Ön Tanısı İle Acil Cerrahi Uygulanan Sigmoid Kolon Tümör Vakası

Salih Raşit Mizan, İsmail Alper Tarım  
Ondokuz mayıs üniversitesi genel cerrahi anabilim dalı

**AMAÇ:** Tuboovaryan apse ile acil servise başvuran hastaların kliniğinde akut batın tablosu görülmektedir. Akut batın kliniği ile başvuran hastalarda öncelikle tanı amaçlı görüntüleme yöntemleri kullanılmaktadır ancak görüntüleme yöntemlerinin yetersiz kaldığı veya klinik ile uyumsuz olduğu durumlarda laparoskopi ve laparotomi hem tanı hem tedavi yöntemi olarak uygulanmaktadır. Bazı durumlarda tuboovaryan apse; akut apandisit, komplike divertikülit ve nadiren de olsa rektosigmoid tümörlerin enfekte olması ile de gelişebilen bu sebeple ayırıcı tanıda bu tanılarında değerlendirilmesi gereken bir durumdur. Biz bu olgu sunumunda tuboovaryan apse ön tanısı ile acil şartlarda opere edilen sonrasında postop takibinde dirende safralı geleni olması üzerine 2.kez ameliyata alınan patoloji sonucunda sigmoid kolon tümör olduğu anlaşılan hastayı tartışmayı amaçladık.

**OLGU:** 46 yaşında öyküsünde HT ve 2 kez sezeryan operasyonu olan kadın hasta yaklaşık bir haftadır karın ağrısı, ateş, bulantı ve kusması olması üzerine acil servise başvurmuş.

Yapılan muayenesinde sağ alt kadranda hassasiyeti mevcut olup defans rebound yoktu. Vital bulgularında TA: 120/80mmHg; nabız: 88/dk; solunum sayısı:12/dk; ateş:36.6 tespit edildi.

Acil serviste alınan tam kan ve biyokimyasında; Hb 9.00 g/dL; WBC: 24.710 bin/uL; PLT: 374.000bin/uL ve biyokimyasal değerleri normal olarak görüldü. Hastaya çekilen batın USG de sağ orta hat düzeyde çevre yağlı dokuda eko artışına sebep olan 95x48x70 mm koleksiyon ve bu koleksiyonun inferior komşuluğunda 65x26 mm ikinci bir koleksiyon alanı görüldü. Hasta KDH tarafından konservatif takibine başlanmıştır. Takibinde çekilen alt abdomen MR sonucunda, sağ parauterin alanda ve douglasta multiple büyük olanı 132x75 mm ve 74x48 mm kalın duvarlı koleksiyon odakları izlendi. Hasta acil cerrahiye alındı. Aps e odakları boşaltıldıktan sonra batın yıkandı. TAH/BSO yapıldı. İntraop iyatrojenik yaralanma açısından genel cerrahi vakaya dahil oldu. Herhangi bir patoloji saptanamadı ve pelvise 1 adet dren konularak vaka sonlandırıldı. Postop 2. gün hastanın dreninden safralı/gaitalı geleni olması üzerine hastaya oral-IV-rektal kontrastlı batın BT çekildi. BT sözel yorumun sigmoid kolonda perforasyon olduğu görüldü. Hasta acil şartlarda vakaya alındı. Batın yıkanıp eksplorasyon sağlandığında sigmoid kolonda yaklaşık 5 mm perforasyon alan ve kolon duvarında kalınlaşma olduğu görüldü. Perforasyon nedeniyle sekonder peritonit tablosu olan hastaya hartmann prosedürü uygulandı. Hasta şifaen taburcu edildikten sonra çıkan patoloji sonuçlarında TAH/BSO materyalinde kolorektal adenokarsinom metastazı, sigmoid kolon materyalinde p(T4a) iyi diferansiye adenokarsinom görüldü. Hastaya onkoloji tarafından sistemik kemoterapi uygulanmaktadır.

**SONUÇ:** Bu olgumuzda sigmoid kolon tümörünün sol overe ve

uterusa invaze olduğu komplike kitlesel lezyona bağlı akut batın kliniği ile başvuran olguyu paylaştık. Bu nedenle acil obstetrik olguların ayırıcı tanısında kolorektal tümörleri ve bu tümörlerin komşuluk metastazlarını akılda bulundurmamak gerekmektedir.

**Anahtar Kelimeler:** akut batın, kolon ca, tuboovaryan apse

SS-083

### Moyamoya Hastalığı Bulunan Pre-eklampsi Olgusu

Arzu Bilge Tekin, Murat Yassa, Burçak Sevim, Cihangir Yirmibeş, Niyazi Tuğ  
Sancaktepe Şehit Prof. Dr. İlhan Varank Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği

**AMAÇ:** Supraklinoid internal karotid arter Willis poligonundaki ana dalların bilateral ilerleyici stenoz ve tıkanması ve birlikte beyinde fazlası ile kollateral damar ağları (moyamoya damarları) oluşması ile karakterize kronik bir serebrovasküler hastalık olan moyamoya hastalığı nadir görülen bir hastalıktır. Tanı erken çocukluk ve genc erişkin döneminde sıklıkla konulduğundan ve kadın hastalarda erkeklerden daha fazla görüldüğünden bu hastalarda gebelik görebilmektedir. Ancak gebelikteki takibi ve doğum şekli konusunda bilgiler netleşmemiştir.

**VAKA:** 29 yaşında 35. gebelik haftasında daha önce 3 abortu bulunan hasta tansiyon yüksekliği ve moyamoya hastalığı sebebi ile kliniğimize sevk edildi. Hastanın özgeçmişi değerlendirildiğinde çocukluk döneminde tekrarlayan baş ağrıları ile nöroloji kliniğine başvurduğunda moyamoya hastalığı tanısı konulduğu ve asetilsalisilik asit 100 mg kullandığı öğrenildi. Takibinde labaratuvar bulguları normal sınırlarda olan hastanın, kan basıncı 170-100 mmHg civarında idi. Baş ağrısı şikayetinin başlaması ile hastaya MgSO4 tedavisi başlanarak sezaryen operasyonuna alındı. 3000 gr ile birinci dakika 5 ve beşinci dakika 9 Apgar ile kız bebek doğurtuldu. Postoperatif dönemde yapılan karaniyal Manyetik rezonans (MR) sonucu "Konveksite düzeyinde sağ frontalde ve lateral ventriküller seviyesinde sağ parietookspitalde sekel ensefalomalazi alanları ve periferinde gliosis izlenmiştir. Ayrıca sol temporal lobda da bir kaç adet kronik enfarkt odağı ve periferinde gliosis izlenmiştir. Diffüzyon ağırlıklı incelemelerde sol korona radiatada 2-3 cm çapında diffüzyon kısıtlaması odağı mevcut olup (görünüşteki difüzyon katsayısı) ADC haritasında izointens sinyal özelliğindedir. Periventriküler beyaz cevherlerde kronik iskemik odaklar saptanmıştır." şeklinde raporlandı (figür1, figür2). Postoperatif üçüncü günde kan basıncı değerleri normal sınırlarda seyreden hasta düşük doz 100 mg asetilsalisilik asit ve enoksaparin sodyum 4000 IU ile taburcu edildi.

**TARTIŞMA:** Moyamoya hastalığındaki kötü sonuçların damar tıkanmasından daha fazla kanamadan meydana geldiği görülmüştür. Gebeliğe bağlı meydana gelen vasküler değişikliklerin ve kan hacminin artmasının intrakraniyal kanamalar için risk artışı yapabileceği tartışılmakta ve araştırılmaktadır. Bu konuda intrakraniyal kanamaların en çok üçüncü trimester ve doğum sonrası

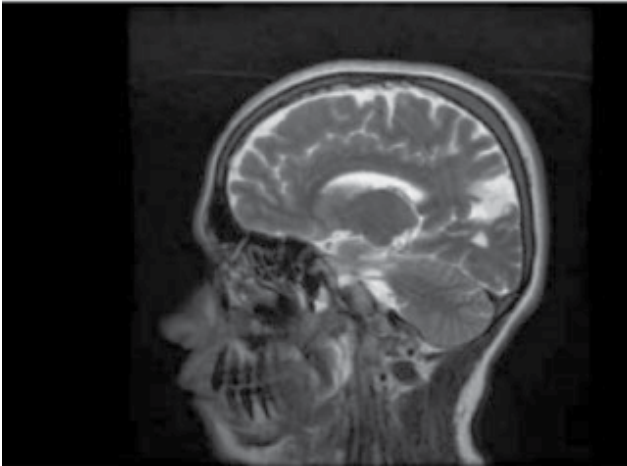
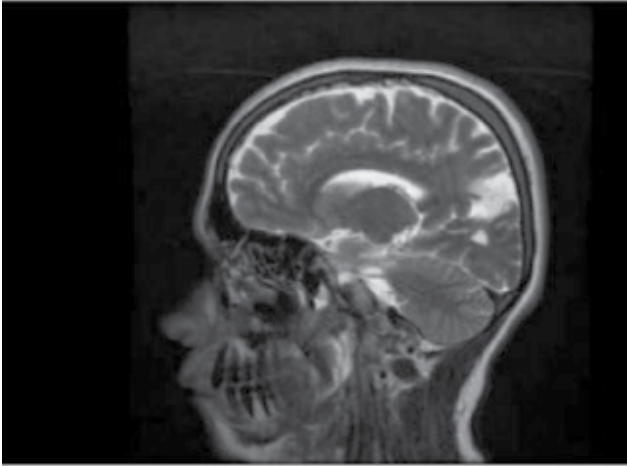
# 3. Karadeniz Jinekoloji ve Obstetrik Kongresi

## 20-22 Kasım 2020

dönemde olduğunu belirten çalışmalar bulunmaktadır. Preeklampsinin intrakraniyal kanama riskini artırdığı bilinmektedir. Moyamoya hastalarında kan basıncının normal sınırlarda tutulması intrakraniyal kanama kontrolünde önemlidir. Daha önceden tanısı belli moyamoya hastalığı olan gebe hastalarda sonuçlar iyi görünmektedir, kötü sonuçlar genellikle tanısı koyulamamış hastalarda raporlanmıştır. Moyamoya hastalarında doğum şekli ile ilgili henüz net olmamakla beraber epidural anestezi ile normal doğum yapan vakalar raporlanmıştır, uygun olduğundan bahsedilmiştir ancak literatürdeki vakaların % 70'inde sezaryen ile doğum tercih edildiği görülmüştür. Sezaryen tercih nedeni ani hipo-hipertansiyon oluşumunu engellemek ve intrakraniyal kanama riskini düşürmektir. Moyamoya hastalığı gebelik esnasında özellikle son trimester, doğum ve doğum sonrası multidisipliner, nöroloji, nöroşirürji, anestezi, kadın hastalıkları ve doğum ekibi ile titiz değerlendirme ve takip gerektiren bir hastalıktır.

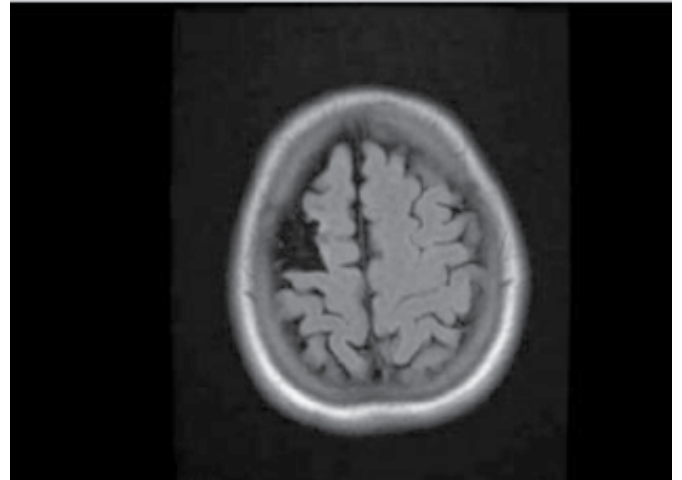
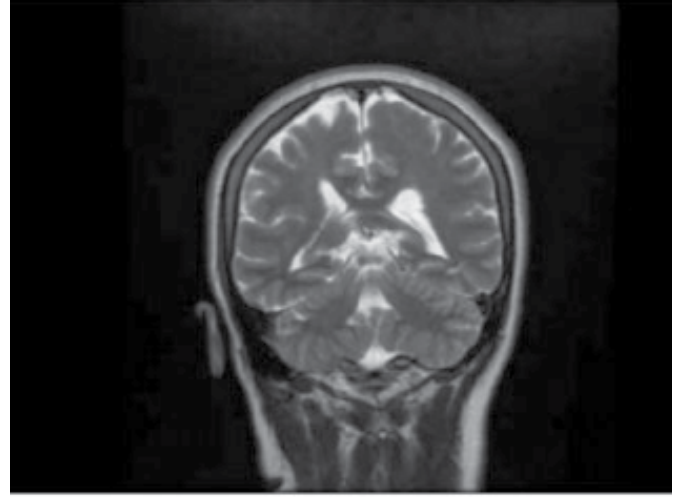
**Anahtar Kelimeler:** Gebelik, Moyamoya hastalığı, preeklampsi

**Figür 1**



MR

**Figür 2**



MR

SS-084

### Acile başvuran 30 hafta gebede ileum rezeksiyonu gereksinimi, olgu sunumu

Mehmet Can Nacar, Selçuk Kaplan  
Adıyaman Üniversitesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, Adıyaman

**AMAÇ:** Gebelikte karın ağrısı şikayeti gelen hastalarda obstetrik dışı nedenlerin mortaliteyi önleyecek akut cerrahi girişim gerektirecek kadar önemli olacağını belirtmek için bir olgu sunumu paylaşılacaktır.

**YÖNTEM:** Acil polikliniğimize 8/10 ağrı şikayeti ile başvuran, bulantı-kusma şikayeti olan 32 yaş, G6P3A3Y3 NVD hastada daha önce geçirmiş olduğu silahlı ateş yaralanmasına sekonder yapılan operasyon nedeniyle ileri derece adezyon geliştiği düşünülerek olası fetal maternal-fetal ölümü engellemek için acil cs kararı alındı.

**BULGULAR:** Hastanın acil kliniğimize başvurmadan 24 saat öncesinden yaygın karın ağrısı ve iştahsızlığı olduğu, son 2 saattir de artan bulantı kusması anlaşıldı. Yapılan batin muayenesinde defans +, rebound+, yaygın hassasiyeti izlendi. İncelemede cilt üzerinde derin izler görülmesi üzerine daha önce ateşli silah yaralanması nedeniyle opere olduğu öğrenildi. Obstetrik usg'de 30 hafta tek canlı gebelik ve parauterin minimal serbest sıvı izlendi. Dekolman izlenmedi. Nst'de kontraksiyon yok, vajinal muayenesinde açıklık izlenmedi. Celeston chronodose ampul 1\*2 uygulandı. Laboratuvar tetkiklerinde Crp: 8.4, wbc: 14400, idrar tetkiki normaldi. Ateş:37,9 subfebril izlendi. Ağrısı giderek artan hasta için başvuru sonrası 60.dakikada acil cs kararı verildi. Operasyonda herhangi bir uterin perforasyon izlenmedi. Batin içi serbest mai çoktu. Apgar 4-6 olan 1380 gram erkek bebek doğurtuldu. Batin kanama kontrolü yapılırken barsak ileum bölgesi ileri derecede siyah-nekrotik görünümde izlendi. Operasyona genel cerrahi hekimi davet edildi ve parsiyel ileum rezeksiyonu (35cm) yapıldı. Herhangi bir barsak perforasyonu söz konusu değildi. 1 adet dren konularak ve batin anatomiye uygun kapatıldı. Post op takipleri normal seyreden hasta post-operatif 3. gün taburcu edildi.

**SONUÇ:** Gebelikte acile başvuran her hastanın şikayetlerinin obstetrik nedenlere bağlı olmayabileceğini, yine hastadan alınan anamnez ve muayene esnasında vücut izlerinin iyice sorgulanması sayesinde maternal-fetal mortalitenin önüne geçilebileceği akıldaki tutulmalıdır.

**Anahtar Kelimeler:** akut batin, gebelik, ileum rezeksiyonu, tanı, tedavi

30 hf gebede nekrotik barsak



*Intraoperatif gangrenöz nekrotik barsak*

SS-085

### Osteogenesis imperfektalı fetusun yönetimi

Gülsün Özbay, Hidayet Şal, Gülseren Dinç  
Karadeniz Teknik Üniversitesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Ana Bilim Dalı, Trabzon

**Giriş:** Osteogenesis imperfecta kolay kırılabilir kemiklerle karakterize, konjenital ve ailesel bir hastalıktır. Osteogenesis imperfecta konjenita A ve B tiplerinde intrauterin veya doğum esnasında kırıklar oluşabilir. Ancak intrauterin kırılabilir olgular daha çok ölü doğumla sonuçlanır. Bu nedenle canlı doğumla birlikte intrauterin kırığa nadiren rastlanır. Bu çalışmada intrauterin fetal femur kırığı görülen Osteogenesis imperfekta konjenital bir olgu sunulmuştur.

**Olgu:** 39y g3p2y2 hasta 23w5d iken ausg de femur şekil bozukluğu nedeniyle tarafımıza yönlendirilmişti. Bakılan usg de sol femur metadiaphizer bileşkede laterale doğru açılma izlenmişti. hastaya amniosentez önerildi fakat kabul etmedi. Hasta 38. haftada miadında sancılı gebelik, eski sezaryen tanılarıyla sezaryene alındı. 8/9 apgar 2700 g canlı erkek bebek doğurtuldu. Doğumda infantın sol femurda, anterolateral bowing izlendi. Sol femurda patolojik hareket ve krepitasyon alındı. Yapılan radyografik incelemede sol femurda kırık saptandı. Hastaya anamnez, klinik ve radyolojik bulgulara göre osteogenesis imperfekta tanısı koyuldu.

**Tartışma:** Fetus, intrauterin çevre tarafından travmalara karşı çok iyi korunmaktadır. Fetusta kırık oluşturabilecek kadar şiddetli maternal travmalar anne ölümüne veya plasenta dekolmanına bağlı olarak fetus ölümüyle sonuçlanır. Görülen kırıkların çoğu kafatasındadır. Uzun kemik kırığı maternal travmaya bağlı oldukça seyrek görülür. Eğer görülüyorsa hastada osteogenesis imperfekta ve ostetopetrozis gibi konjenital hastalıkları düşündürmelidir. Ayırıcı tanıda proksimal femoral yetmezlik



# 3. Karadeniz Jinekoloji ve Obstetrik Kongresi

20-22 Kasım 2020

ve konjenital tibia pseudoartrozu gibi patolojilerle karışabilir. İntrauterin meydana gelen kırıklara ultrasonografi gibi değerli bir araç ile antenatal dönemde tanı konabilir. Ultrasonografide longitudinal kesitte uzun kemiklerdeki angulasyon deformiteleri ve aksiyal kesitte kafatasında deforme görünüm ve ossifikasyonda azlık ve intrauterin kırık, konjenital osteogenezis imperfektayı düşündürür. Ancak travmanın önemsiz olması veya travma öyküsünün olmaması, intrauterin kırıkların akla gelmesini ve gerekli araştırılmanın yapılmasını engeller. Bu nedenle prenatal dönemde tanı zordur. İntrauterin uzun kemiklerde görülen kırıkların prognozu iyidir. Bizim sunduğumuz olgunun doğumun birinci günündeki radyolojik ve klinik muayenesinde uygun pozisyonda yeterli kallus dokusu vardı.

İkinci trimesterden itibaren fetusun kemik gelişimi açısından ayrıntılı değerlendirilmesi ile ekstremitte kırıkları antenatal dönemde erken saptanabilir ve neonatoloji, tıbbi genetik, ortopedi gibi branşlarla multidisipliner bir yaklaşımla gebeliğin takibi, doğumun planlanması yapılabilir.

**Anahtar Kelimeler:** femur kırığı, fetal anomali, osteogenezis imperfekta

SS-086

## Matür Teratom içinde Gelişen Papiller Tiroid Kanseri: Olgu sunumu ve Literatürün Gözden Geçirilmesi

İlhan Bahri Delibaşı

Tokat Gaziosmanpaşa Üniversitesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, Tokat

Struma ovarii (SO), tümör dokusunun %50'den fazlasını tiroid dokusunun oluşturduğu tüm over tümörlerinin %0.01, over teratomlarının yaklaşık %5'inde tespit edilen oldukça nadir bir over tümürüdür. Malign transformasyon %10, metastaz %5-6 oranlarına kadar bildirilmiştir. Çoğunlukla 5. - 6. dekatta ve sol-terafı unilateral adneksiyel kitle olarak bildirilmiştir. Hastaların % 92'si ötiroiddir. Hipertiroidisi olan hastalarda tirotoksikoz semptom ve bulguları görülmeyebilir. Malign SO oldukça nadir görüldüğünden ve literatürde hastaların tedavi ve takipleri ile ilgili az veriden dolayı özellikle cerrahi sonrası takip veya adjuvan tedavi ile ilgili belirlenmiş kılavuzlar yoktur. Bu bildiride overyan kitlesi olan ve cerrahi sonrası foliküler varyant papiller tiroid kanserini tanıyan alan bir olguyu ve bununla birlikte literatürün gözden geçirilmesini sunmaktayız.

44 yaşında opere meme kanseri tanılı hasta Medikal Onkoloji bölümü tarafından tamoksifen kullanımı nedeniyle refere edildi. Transvajinal ultrasonografide endometriyal kalınlık 4mm, sol overde 4cm, sağ overde 2cm boyutunda dermoid kist ile uyumlu olduğu düşünülen lezyonlar izlendi. CA125 normal, CA15-3: 44U/ml (normal:0-25U/ml), TSH:1.09µIU/ml ve T4:1.2ng/dl ile normal olarak tespit edildi. Hastaya overde bilateral overyan solid kistik

kitle olması ve meme kanseri öyküsü nedeniyle göbek altı median kesi ile total abdominal histerektomi ve bilateral salpingo-öferektomi önerildi. Operasyon öncesi çekilen abdomen BT'de ek patoloji izlenmedi (Figür 1-2). Operasyon esnasında bilateral overler frozena gönderildi ve sonuç benign olarak geldi. Batın sitolojisi alınması ve TAH BSO sonrası operasyona son verildi. Nihai patoloji sonucu sol overde foliküler varyant papiller tiroid kanserini gösteren struma ovarii olarak geldi. Onkoloji konseyi sonucunda hastaya total tiroidektomi ve radyoaktif tedavi sonrası tiroglobulinle takip önerildi. Hasta tedaviyi kabul etmedi ve takibe alındı. Hastanın klinik, serum değerleri ve görüntüleme ile yapılan 19 aylık takibinde rekürrens tespit edilmedi.

Papiller tiroid mikrokarsinomlu vakalarda tümörün cerrahi rezeksiyonu sonrası tiroid bezine yönelik ek tedavi yapılmayabilir. Büyük tümörlerde bazı yazarlar tiroglobulin ile takip ve radyoaktif tedavisini mümkün kılmak için tiroidektomiye savunmaktadır. Histopatolojik açıdan bakıldığında tiroidektomi tiroid kanserinin over metastazı ile matür kistik teratomdan gelişmiş tiroid kanserini arasında ayrımı mümkün kılmaktadır.

Literatürde en geniş vaka serisi çalışmalarından birinde ortalama yaş 43 olarak bildirilmiştir. Sağkalım açısından malign SO'li 88 hastada 1. ve 25. yıllarda toplam sağkalım oranı sırasıyla %89 ve %84 olarak bildirilmiştir.

Martı ve ark. kendi merkezlerindeki 4 hastanın ve literatürden 53 vakanın tedavi şekli ve sonuçlarının incelendiği çalışmada 9 yıllık median-takip sonrası 4 hastada da rekürrens izlenmediği, 57 hastanın 25 yılda kümülatif rekürrens oranının %7.5 olduğunu bildirmişler ve sonuç olarak geniş pelvik cerrahi ve profilaktik tiroidektominin gros ekstra-ovaryan uzanım veya uzak metastazı olan hastalara rezerve edilmesi gerektiği sonucuna varmışlardır.

Papiller kanser için ortalama ilk tümör rekürrens zamanı 4 yıl olmakla birlikte cerrahi sonrası 21.4 yıla kadar rekürrens bildirilmiştir. Agresif hastalığı tahmin ettiren histopatolojik faktörler tümör boyutu >10 cm, struma dokusunun %80'inden fazlasının kanser olması, nekroz varlığı, BRAF gen mutasyonu ve belirgin hücre atipisi varlığıdır.

Kendi vakamız ve literatür taramamız sonucunda; bu hastaların yönetimine karar vermede multidisipliner bir takımın her olguyu hasta ve tümör karakteristiği açısından bireysel değerlendirmesinin önemli olduğu, ayrıca bu alandaki bilginin çoğu olgu sunumlarından elde edilmiş olsa da malign SO'li hastaların yönetiminin standardize edilmesi ve kullanılabilir kılavuzların hazırlanması için efor sarfedilmesi gerektiği kanaatindeyiz.

**Anahtar Kelimeler:** Germ hücreli overyan tümör, Struma ovarii, Papiller tiroid kanserini

# 3. Karadeniz Jinekoloji ve Obstetrik Kongresi

## 20-22 Kasım 2020

**Figür 1**



Bilgisayarlı Tomografide sol ovaryan kitle

**Figür 2**



Bilgisayarlı Tomografide sağ ovaryan kist

### SS-087

## Postpartumun nadir bir komplikasyonu olan retroperitoneal hematoma

Ayşegül Bestel<sup>1</sup>, Onur Karaaslan<sup>2</sup>, Melih Bestel<sup>3</sup>, Tansu Şahin<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Sağlık Bilimleri Üniversitesi İstanbul Kanuni Sultan Süleyman Eğitim ve Araştırma Hastanesi

<sup>2</sup>Van Yüzüncü Yıl Üniversitesi

<sup>3</sup>İstanbul Esenyurt Üniversitesi

**Giriş:** Retroperitoneal hematoma doğumdan sonra çok nadir görülen bir komplikasyondur. Retroperitoneal hematomlar kendiliğinden veya travmadan sonra ortaya çıkabilir. Nadir görülmesi nedeniyle, tanı koyulamayabilir veya tanıda gecikme yaşanabilir. Çalışmamızda retroperitoneal hematoma çok nadir olmasına rağmen yüksek mortalite oranı nedeniyle bu olgulara dikkat çekmeyi amaçladık.

**Olgu Sunumu:** Sezaryen doğum öyküsü ( Gravide 1, Parite 1, Yaşayan çocuk sayısı 1) olan 43 yaşında bir hasta vajinal muayenede collum tam açık tam silinmesi olarak dış merkeze başvurmuştur. Hastaya acilen müdahale edilip vajinal yolla doğumu yaptırılmıştır. Ex bir bebek doğurtulmuştur. Dil eksikliği nedeniyle iletişimde güçlük çeken hastanın muayenesinde, karında vertikal bir kesi izlendi ve bu da olası eski sezaryen skarı olarak yorumlanmıştır.

Sezaryen sonrası vaginal doğum ile intrauterin mort fetus doğuran hastanın doğum sonrası muayenesinde, aktif vajinal kanama gözlemlenirken posterior fornixte yırtık izlenmiş ve uterus rüptürü şüphesi ile 112 acil nakil aracı ile bize gönderilmiştir. Hasta bilinci kapalı şekilde hastanemizin acil doğum bölümüne getirilmiştir. Hemoglobun sonucu 6,9 g / dL, hematokrit % 21, INR: 1,6 ve Fibrinojen değeri 55 mg / dL, böbrek fonksiyon testleri normal ve karaciğer fonksiyon testleri normal izlenmiştir. Sadece ağırlı uyarılara cevap veren hastanın spekulum muayenesinde; posterior fornix eşliğinde akut kanama görülmüştür. Ultrasonda uterus postpartum büyüklüğünde ve uterus çevresinde minimal sıvı gözlemlendi. Karaciğer ve dalak altı sıvı gözlenmemiştir. Hasta uterus rüptürü endikasyonu ile acil laparotomiye alınmıştır. Genel anestezi altında batına medyan insizyonu ile girilmiştir. Gözlemlenilen yaklaşık 2000 cc sıvı görülmüş ve aspire edilmiştir. Uterus sağ yan duvardan kardinal ligamentin posterioru ile vajina 1/3 superiorundan başlayan ve fundusa kadar uzanan tam kat rüptür ve infundibulopelvik ligament trasesinde uzanan retroperitoneal hematoma alanı izlenmiştir. Total abdominal histerektomi, bilateral salpenjektomi ve sağ ooforektomi yapılmıştır. Douglas'a bir adet dren yerleştirilmiştir. Abdominal katlar anatomiye uygun kapatılmıştır ve operasyon sonlandırılmıştır. Ameliyattan sonra hasta yoğun bakım ünitesinde gözlem altına alınmıştır ve kan replasmanı yapılmıştır. 7 gün boyunca hastanede takip edilen hasta genel durumu iyi olarak taburcu edildi.

**Sonuç:** Retroperitoneal hematoma, çok hızlı ilerleyen ve hastanın genel durumunda ani kötüleşmeye neden olan oldukça nadir bir komplikasyondur. Doğum uzmanları olarak biz, doğum sonrası görülen bu komplikasyon açısından dikkatli olmalıyız.

**Anahtar Kelimeler:** Postpartum kanama, Retroperitoneal hematoma, Sezaryen sonrası vaginal doğum komplikasyonları

### SS-088

## Umbilikal kord kisti

Kıvılcım Bektaş

Kızıltepe Devlet Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Bölümü, Mardin

**GİRİŞ:** Umbilikal kord kistleri fetal kromozomal anomaliler ve fetal yapısal defektler ile birliktelik göstermesi nedeniyle önem arz etmektedirler. Umbilikal kord kistleri kord damarlarına baskı yapabilmekte ve fetal distrese sebep olabilmektedirler. Umbilikal kord kistleri yüksek çözünürlüklü ultrasonografi sayesinde kolayca tespit edilebilen nadir bir patolojik bulgudur. Umbilikal kord kisti olan fetüslerin komplikasyon oranları ve klinik seyri ile ilgili mevcut verilerin çoğu sınırlıdır ve vaka raporları ve küçük vaka serileri şeklindedir.

**BULGULAR:** Doğum eyleminin başlaması nedeniyle kliniğimize başvuran gebenin yapılan ultrasonografisinde iki adet umbilikal kord kisti saptandı ve travay takibinde fetal distres nedeniyle sezaryen ile doğum yaptı. Postpartum dönemde herhangi bir problemi olmayan hasta şifa ile taburcu edildi.

# 3. Karadeniz Jinekoloji ve Obstetrik Kongresi

20-22 Kasım 2020

**TARTIŞMA ve SONUÇ:** Umbilikal kord kistlerinin etyolojisi halen gizliliğini korumaktadır. Umbilikal kord kistin ilk trimesterde prevalansı %0.4-3.4 arasında izlenmektedir. Yine umbilikal kord kistleri ve fetal anomaliler birliktelik gösterebilmektedir. Göbek kordonunun değerlendirilmesinin önemli ve obstetrik ultrasonografinin rutin bir parçası olması gerektiği düşüncesindeyiz. Büyük umbilikal kord kistleri hızlı büyüme durumunda umbilikal damarlara baskı yaparak fetal sıkıntıya neden olabilmektedir.

**Anahtar Kelimeler:** Fetal anomali, prenatal ultrasonografi, umbilikal kord kisti

SS-089

## Seröz Endometrium Kanserinin Sitoredüktif Cerrahisinde Splenektomi ve Distal Pankreatektomi: Olgu Sunumu

Burak Ersak

Ankara Şehir Hastanesi, Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Jinekolojik Onkoloji Kliniği, Ankara

**GİRİŞ:** En sık görülen jinekolojik malignite olan endometrium kanseri, aynı zamanda kadınlar arasında en sık görülen dördüncü kanserdir. İleri evre hastalarda maksimal sitoredüksiyon sağlandığında sağkalım sonuçlarının iyileştiği gösterilmiştir. Komplet sitoredüksiyonu sağlamak için karaciğer rezeksiyonu, diyafram stripping, rezeksiyon, splenektomi ve distal pankreatektomi gibi kapsamlı cerrahiler gerekebilir. Bu olgu sunumunda maksimal sitoredüktif sonuçlara ulaşmak için pankreas kuyruğu rezeksiyonunun zorunlu olduğu splenektomi ile distal pankreatektomi gerektiren evre IV seröz endometrium kanseri olgusunu sunmayı amaçladık.

**OLGU:** 62 yaşında kadın hasta vajinal kanama ve asit şikayeti ile sitoredüktif cerrahi düşünülmesi için jinekolojik onkoloji kliniğine konsülte edildi. CA-125 seviyesi 1128 U / Ml idi. Abdominal ultrasonografide sağ adnekte 34x32 mm'lik ovarian kist ve batında yaygın asit mevcuttu. Endometrial biyopsi patolojisi skuamöz, yüksek dereceli karsinom olarak raporlandı. Sitoredüktif cerrahi kararı verildi. Eksplorasyonda 2 cm'lik ovarian kitle, omentum kek şeklinde transvers kolon ve mideye yapışık, sağ diyafram tutulumu, hepatoduodenal ligament ve pelviste çok sayıda tümöral implant mevcuttu. Ayrıca dalak hilusundan başlayup distal pankreas dens yapışık tümör infiltrasyonu mevcuttu. Hastaya total abdominal histerektomi, bilateral salpingo-ooferektomi, total omentektomi, appendektomi, karaciğer mobilizasyonu ile diyafram stripping, bilateral pelvik ve paraaortik lenfadenektomi yapıldı. Mevcut tümörlerin rezektabilitesinin değerlendirilmesinden sonra, perisplenik bağlar ve kısa gastrik damarlar diseke edildi, daha sonra splenik arter ve ven izole edildi ve bağlandı. Distal pankreas dokusu dikkatlice diseke edildi, ana pankreas kanalı dikildi. Distal pankreas (pankreasın yaklaşık % 20'si) dalak ile birlikte çıkartıldı. Distal pankreas rezeksiyonu için Linear cutter

stappler (Covidien-60mm length-3.8mm size) kullanıldı. Hemostaz kontrolü ve dren konulmasını takiben işleme son verildi. İlk 4 gün, serum ve drenaj sıvılarındaki amilaz seviyeleri kontrol edilip vital bulguların normal sınırlarda olmasını takiben peripankreatik dren çıkartıldı. Hastaya geniş spektrumlu intravenöz antibiyotikler uygulandıktan sonra postoperatif 10.gününde herhangi bir komplikasyon görülmemesi üzerine taburculuk kararı verildi. Kapsülleşmiş bakteriyel aşılardan reçete edildi. Sistemik kemoterapi önemli bir gecikme olmaksızın uygulandı.

**TARTIŞMA:** Maksimal sitoredüksiyon sağlanmasının bir parçası olarak splenektomi ve distal pankreatektomi prosedürünün iyi anlaşılmasını gerekmektedir. Yaygın olmayan bir cerrahi işlem olmasına rağmen, tümör infiltrasyonunun mevcut olduğu olgularda dalak ve pankreas kuyruğunun çıkartılması gerekebilir. Bu tür cerrahi girişimlerde morbidite ve mortalite yüksek olmasına karşın, ileri evre endometrium kanseri hastalarında sağkalım oranlarını yükselttiği gösterilmiştir. Distal pankreatektomi sonrası en sık görülen komplikasyonlar pankreatik kaçak ve fistüldür. Sürekli drenaj ve konservatif yaklaşım standart tedavi prosedürünü oluşturmaktadır. Ameliyat ekibi oluşabilecek komplikasyon ve tedavisi konusunda bilgili olmalıdır. Olgumuz, ilerlemiş endometrium kanserlerinin tedavisinde distal pankreatektominin önemini ve uygulanabilirliğini göstermektedir.

**Anahtar Kelimeler:** distal pankreatektomi, ileri evre endometrium kanseri, sitoredüktif cerrahi, splenektomi

SS-090

## Preeklampsinin atipik prezantasyonu: vaka sunumu

Aysun Tekeli Taşkömür<sup>1</sup>, Özlem Erten<sup>2</sup>, Mustafa Albayrak<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Amasya Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum AD, Amasya

<sup>2</sup>Kütahya Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Ana Bilim Dalı, Kütahya

<sup>3</sup>Şişli Florence Nightingale Hastahanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Bölümü, İstanbul, Türkiye

**AMAÇ:** Preeklampsi, gebeliklerin yaklaşık% 0,5 ila 7'sini etkiler ve dünya çapında anne ve fetus morbidite ve mortalitesinin önde gelen nedenidir. Tansiyon yüksekliği, proteinüri ile seyredir. Fakat vakalarda klinik her zaman bu bulguların ortaya çıkmasıyla başlamayabilir. Bizim bu vakayı sunmaktaki amacımız preeklampsinin hep tansiyon yüksekliği şeklinde değil de atipik bir prezantasyonda da başlayabileceğini vurgulamaktır.

**YÖNTEM:** Olgu sunumu

**BULGULAR:** 32 yaşında bayan hasta G3P2Y2 ve sezeryan doğum ile iki yaşayarı var. Hastanın gebeliği son adet tarihine ve ultrason ölçümlerine göre 34 hafta 5 gün ile uyumlu. Takiplerinde ve önceki gebeliklerinde özellik yok. Bilinen hastalığı ve sezeryan dışında geçirilmiş operasyonu yok. Hasta saat 16:30'da midede ağrı şikayetiyle doğumhaneye başvurdu. Hastanın yapılan obstet-

# 3. Karadeniz Jinekoloji ve Obstetrik Kongresi

20-22 Kasım 2020

rik ultrasonu normal, NST'de FKA reaktif, 20-30 şiddetinde Montevideo kontraksiyonları mevcuttu. Hastanın tansiyonu normal, pretibial ödemi +1'di. Vajinal muayenesinde silinme açıklığı yok. Palpasyonla hastanın epigastrik bölgede hassasiyeti mevcuttu. Hastadan cbc, biyokimya ve tam idrar tetkikleri istendi. Hastaya 100cc medifleks içinde iki ampul ulcran verildi. Hastanın şikayetlerinde azalma olmadı. Hastaya ağırlı geçirilmiş sezeryan ve preeklampsisi öntanılarıyla sezeryan kararı verildi. Sezeryan için hazır olan hastanın tetkiklerinde Hb:11,4gr/dl, plt:54.000/mm<sup>3</sup>, AST:36IU/L, ALT:24IU/L, idrarında +1 proteinüri mevcuttu. Hasta sezeryanla doğum yaptırıldı. 2560gr 50 cm tek canlı erkek bebek başla doğurtuldu. Sezeryan bitiminde hastanın tansiyon arterielleri 160/110mmHg'a kadar yükseldi. Hastaya magnezyum sülfat infüzyonu başlandı. Postoperatif takipleri yoğun bakımda yapıldı. Postoperatif 1.saatte, saat 18:00'de alınan tetkiklerinde Hb: 10,7 gr/dl, plateleti 48.000/mm<sup>3</sup>, AST:226 IU/L, ALT:131 IU/L, idrarında +3proteinürisi vardı. Tansiyon arterielleri 150/90'larda seyretti. Hastaya alfamet 3\*2, cardura 4mg 1\*1 başlandı. Saat 20:00'deki tetkiklerinde hb:10,5gr/dl, plt:36.000/mm<sup>3</sup>, AST: 362IU/L, ALT: 174 IU/L, idrarında proteinüri +3 olarak geldi. Tansiyon arterielleri 130/80, 140/90 civarında seyretti. Hasta Mg infüzyonu almaya devam ediyordu ve diürezleri normaldi. Hasta epigastik ve yan ağrısından bahsetmeye devam ettiği için end organ tutulumuna bağlı karaciğerde herhangi bir patoloji var mı diye üst batin ultrasonografisi istendi. Ultrasonda herhangi bir patoloji izlenmedi. Saat 22:00'deki tetkiklerinde hb:10,6 gr/dl, plt:42.000/mm<sup>3</sup>, AST:348 IU/L, ALT:132 IU/L'di. Platelet düzeyi ve karaciğer enzimleri giderek düzelme gösterdi. Ertesi sabah saat 6:00'da alınan tetkiklerinde Hb:10,5gr/dl, plt:84.000/mm<sup>3</sup>, AST:174IU/L, ALT:98IU/L, idrarda +2 proteinüri vardı. Bir sonraki gün tetkiklerinde Hb:10,8gr/dl, platelet 124.000/mm<sup>3</sup>,AST:44 IU/L, ALT:27IU/L oldu. Hasta postop 5. gün genel durumunun, tansiyon takiplerinin ve laboratuvar sonuçlarının normal olması nedeniyle bir hafta sonra kardiyoloji polikliniği önerisiyle taburcu edildi.

**SONUÇ:** Gebelerin tansiyonu normal olsa dahi mide ağrısı veya baş ağrısı gibi şikayetlerle başvurduklarında mutlaka preeklampsisi ekarte edilmelidir. Preeklampsinin erken teşhisi maternal ve fetal sonuçların iyi olmasını sağlayacaktır

**Anahtar Kelimeler:** Preeklampsisi, epigastrik ağrı, trombositopeni

SS-093

## Trabzon'da Yaşayan Gebelerde D Vitamin Düzeylerinin İncelenmesi ve Risk Faktörlerinin Değerlendirilmesi

Berna Hekimoğlu<sup>1</sup>, Recep Erin<sup>2</sup>, Hülya Kılıç Yılmaz<sup>3</sup>

<sup>1</sup>University of Health Sciences Turkey, Kanuni Training and Research Hospital, Department of Pediatrics, Division of Neonatology, Trabzon, Turkey

<sup>2</sup>University of Health Sciences Turkey, Kanuni Training and Research Hospital, Department of Obstetrics and Gynecology, Trabzon, Turkey

<sup>3</sup>Recep Tayyip Erdogan University, Medical Faculty, Department of Biochemistry, Rize, Turkey

**AMAÇ:** Türkiye'nin Doğu Karadeniz bölgesinde yer alan Trabzon şehrinde yaşayan gebelerde vitamin D eksikliğini ve ilgili risk faktörlerini araştırmak.

**MATERYAL-METOD:** Çalışmaya 1 Ocak-31 Mart 2018 tarihleri arasında, Sağlık Bilimleri Üniversitesi Trabzon Kanuni Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde takip edilen 50 gebe dahil edildi. Gebelere bir anket formu doldurtuldu. Bu anket formunda yaşları, öğrenim durumları, meslekleri, süt veya süt ürünü tüketim alışkanlıkları, giyinme tarzları, yaşadıkları evin konumu, gebelik sayısı, gebelik süresince vitamin takviyesi alıp almadıklarını sorgulandı. Gebelerden son trimestirde 25 hidroksi vitamin D [25(OH)D] düzeyini belirlemek için venöz kan örneği alındı.

**BULGULAR:** Gebelerin 25(OH)D düzeyleri ortalama 8.3±5.0 ng/ml olup %98'inde vitamin D eksikliği (25(OH)D düzeyleri < 20 ng/ml) tespit edildi. Gebelerin % 78'i kapalı tip giyiniyordu. %26'sı yeterli miktarda süt ve süt ürünleri tüketiyordu. Sadece % 26'ı gebelik süresince düzenli vitamin takviyesi kullanmıştı. Gebelik süresince vitamin desteği alan ve almayan gruplar arasında 25(OH) D düzeyleri bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark tespit edildi (p<0.05).

**SONUÇ:** Ülkemizde bütün gebelere ücretsiz D vitamini verilmesine dayalı programın bölgemizde çok etkili olmadığı ve gebelere yeterli dozda (2000 IU/gün) D vitamini takviyesinin yapılmadığı görülmektedir. Başta sağlık personeli olmak üzere tüm toplumun daha fazla bilgilendirilmesine ihtiyaç bulunmaktadır.

**Anahtar Kelimeler:** D vitamini, Gebe popülasyonu, Trabzon

SS-094

### Malign Struma Ovarii: Olgudan Analize

Atahan Toyran, Sevgi Ayhan, Günsu Kimyon Cömert  
Ankara Şehir Hastanesi, Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Jinekolojik Onkoloji, Ankara, Türkiye

**AMAÇ:** Kliniğimize ait olgu sunumunu da dahil ederek yapılan sistematik literatür taramasının analizi sonucunda malign struma ovarii (MSO)'nin klinik ve patolojik özelliklerini, tedavi seçeneklerini, prognostik faktörlerini ve sağkalım sonuçlarını değerlendirmek.

**MATERYAL-METOD:** Ocak 1983- Temmuz 2020 tarihleri arasında PubMed/MEDLINE kullanılarak İngilizce özetler arasında elektronik veri tabanı araştırması yapıldı. Araştırma medikal konu başlıkları ve anahtar kelimeler içinde "malign struma ovarii", "struma ovarii zemininde tiroid karsinomu", "struma ovarii zemininde papiller tiroid karsinomu", "struma ovarii zemininde folliküller varyantlı papiller tiroid karsinomu", "struma ovarii zemininde folliküler karsinoma" aranarak gerçekleştirildi. 18 makale çalışmaya dahil edilmedi; bunlardan dört tanesinde sadece çalışmanın özeti bulunmaktaydı, yedi tanesinde vakaların detaylı özellikleri bulunmamaktaydı, iki tanesinde malign struma peritonei bulunmaktaydı, bir tanesi İngilizce değildi, bir tanesinde metastatik strumozis bulunmaktaydı, iki tanesinde nihai patoloji sonucu benign struma ovarii olarak bildirilmişti ve bir tanesinde sadece patolojik değerlendirme bulunmaktaydı. Araştırma sonucunda 178 vaka değerlendirildi.

**SONUÇLAR:** Hastaların ilk tanı anındaki medyan yaşı 43 idi (10-81 yıl). Malign struma ovarii zemininde tiroid komponentin en sık görülen histolojik tipi klasik papiller tip tiroid karsinomuydu (%41.6). 84 (%47.2) hastaya küratif cerrahi tedavi uygulanmıştı. 81 hastaya (%45.5) fertilité korunması amacıyla konservatif cerrahi uygulanmıştı. Bir hastaya suboptimal debulking uygulanmıştı. Tüm kohortun 5 yıllık hastaliksız sağkalım ve genel sağkalım oranları sırasıyla %72.5 ve %91'di. Konservatif cerrahi uygulanan hastalarda hastaliksız sağ kalım oranı %63.3 iken, küratif cerrahi uygulanan hastalarda %81.4'tü (p=0.062). Tek değişkenli analiz sonucunda; genç yaş (<43 yaş), kist çapının 95 mm'den büyük olması, klasik papiller tip tiroid karsinomu dışında histolojik tip ve lenfovasküler alan invazyonu kötü hastaliksız sağkalım oranları ile ilişkili faktörlerdi. RAI (radyoaktif iyot) tedavisi alan hastalarda almayan hastalara göre hastaliksız sağkalım oranları daha yüksekti (sırasıyla, 94.9% vs. 64.8%, p=0.041). Cerrahi takiben tiroidektomi ve RAI uygulanan hastalarda sadece cerrahi uygulanan hastalara göre hastaliksız sağ kalım oranı daha yüksekti. (sırasıyla, 94.5% vs. 64.3%, p= 0.05) Çok değişkenli analizde, hastaliksız sağkalım oranı için tek bağımsız prognostik faktör histolojik tip (papiller klasik tip vs. diğer) olarak belirlendi [Risk oranı (95% Güven Aralığı): 2.86 (1.085-7.679); p=0.034].

**TARTIŞMA:** Nadir rastlanan MSO'nin yönetiminde hala konsensus bulunmamaktadır. MSO'nin cerrahi rezeksiyonu ana tedaviyi oluşturmaktadır. Fertilité arzusu olan hasta grubunda konservatif cerrahi göz önünde bulundurulabilir. Adjuvan RAI tedavisi

daha iyi hastaliksız sağ kalım oranları ile ilişkilidir. RAI tedavisinin etkisini artırmak için tiroidektomi önerilmektedir. Çalışmamız jinekolojik cerrahi rezeksiyonu takiben total tiroidektomi ve RAI tedavisinin MSO'li hastalarda hastaliksız sağkalım oranlarını artırdığını göstermiştir. Hastaliksız sağkalım oranını artıran tek bağımsız prognostik faktör klasik papiller tip malign struma ovarii histolojik tipidir.

**Anahtar Kelimeler:** cerrahi, malign struma ovarii, radyoaktif iyot, sağkalım, tiroidektomi

SS-095

### Çocukluk çağı over tümörleri: 10 yıllık deneyim

Beytullah Yağız

Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Cerrahisi AD, Çocuk Ürolojisi BD, Samsun

**AMAÇ:** Çocukluk çağında nadir olarak görülen neoplastik over kitleleri nedeniyle ameliyat edilen hastaların değerlendirilmesi.

**YÖNTEM:** 2009-2019 yılları arasında kliniğimizde neoplastik over kitlesi nedeniyle ameliyat edilen hastaların yaşı, cerrahi yöntem, histopatolojik tanı, postoperatif tedavi ve izlemleri geriye dönük olarak değerlendirildi.

**BULGULAR:** Dahil edilen 67 hastanın yaş ortalaması 11,98 yıldır. Kitle 40 hastada sağ over (%59,7), 26 hastada sol over (%38,8) ve 1 hastada her iki over (%1,5) kaynaklıydı. Otuzbeş (%52) hastada açık cerrahi, 32 (%48) hastada laparoskopik cerrahi yapılmıştı. 17 hastada salpingooferektomi, 20 hastada ooferektomi, 30 hastada over koruyucu kitle eksizyonu uygulandı. Histopatolojik tanı 34 hastada matür teratom, 17 hastada kistadenom (9 seröz, 6 müsinöz, 2 müsinöz papiller kistadenom), 4 hastada seröz kistadenofibrom, 2 hastada mikst germ hücreli tümör, 2 hastada disgerminom, 2 hastada juvenil granuloza hücreli tümör, 1 hastada fibrom, 1 hastada stromal tümör, 1 hastada hemanjiom, 1 hastada immatur teratom, 1 hastada germ hücreli tümör, ve 1 hastada seröz borderline tümördü. Juvenil granuloza hücreli tümör, disgerminom, mikst germ hücreli tümör, immatür teratom tanısı olan hastalara postoperatif kemoterapi verildi. Yaygın metastazları olan juvenil granuloza hücreli tümör tanısı olan 1 hasta (%1,49) nedeniyle takip sırasında sonrası kaybedildi.

**SONUÇ:** Germ hücreli tümörler çocukluk çağının en sık over tümörleridir. Çocuklarda over tümörlerinin çoğu iyi huylu kitleler olsa da cerrahi sırasında malignite olasılığı akılda tutulmalıdır.

**Anahtar Kelimeler:** over, neoplazi, tümör, çocuk

# 3. Karadeniz Jinekoloji ve Obstetrik Kongresi

## 20-22 Kasım 2020

SS-096

### Are serum lipid and androgen levels different in women with natural or surgical menopause?

Canan Soyer Çalışkan<sup>1</sup>, Banuhan Şahin<sup>2</sup>, Samettin Çelik<sup>1</sup>, Buğra Şahin<sup>3</sup>, Şafak Hatırnaz<sup>4</sup>

<sup>1</sup>Samsun Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği, Samsun

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

<sup>3</sup>Turhal Devlet Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği, Tokat

<sup>4</sup>Samsun Özel Medicana Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği, Samsun

**INTRODUCTION:** Menopausal status is associated with the type of menopausal onset. The aim of this study was to investigate whether serum lipid and androgen levels are different in women with natural or surgical menopause.

**MATERIAL-METHODS:** This retrospective case control study was conducted with 376 postmenopausal women with natural onset and 144 postmenopausal women with surgical onset. Each woman was assessed in respect of serum glucose, lipid and androgen levels.

**RESULTS:** The mean serum glucose, cholesterol, triglyceride, HDL, LDL, VLDL and testosterone levels in the surgical menopause group were almost similar to those of the natural menopause group (p=0.510, p=0.873, p=0.807, p=0.950, p=0.807, p=0.972, p=0.086, p=0.778, respectively). The mean serum DHEAS levels in the natural menopause group were statistically higher in comparison with the surgical menopause group (p=0.044).

**CONCLUSION:** Serum lipid levels in postmenopausal women are not different according to type of menopause onset. Serum androgen levels were more decreased with surgical menopause with lower levels of DHEAS associated with surgical onset.

**Anahtar Kelimeler:** Androgen, lipid, natural menopause, surgical menopause.

**Table 1. Characteristics of women with natural menopause and surgical menopause.**

	Natural menopause (n=376)	Surgical menopause (n=144)	p Value
Age (years) mean±sd	52.59±6.75	48.40 ±6.48	0.065
Gravidity min-max (median)	0-15 (4)	0-10 (3)	0.011*

Parity min-max (median)	0-12 (4)	0-7 (3)	0.021*
Aborts min-max (median)	0-6 (1)	0-5 (1)	0.069
Time since menopause onset (years) mean±sd	3.10±1.22	3.91±1.31	0.696
Body mass index (BMI, kg/m <sup>2</sup> ) mean±sd	28.10±5.34	29.31±4.29	0.611

Mann Whitney U Test, \*p<0.05.

**Table 2: Laboratory test results of women with natural menopause and surgical menopause.**

	Natural menopause (n=376)	Surgical menopause (n=144)	p value
Glucose (mg/dl)	116.52±50.64	112.62±34.87	0.510
Cholesterol (mg/dl)	243.22±71.23	240.44±60.88	0.873
Triglycerid	179.93±81.91	183.28±90.21	0.807
HDL (mg/dl)	57.68±16.38	57.70±16.56	0.950
LDL (mg/dl)	168.06±64.22	165.31±66.3	0.807
VLDL (mg/dl)	168.06±64.22	165.31±66.3	0.807
Testosterone (mg/dl)	21.35±10.95	19.91±10.54	0.086
Andrestendion (mg/dl)	0.40±0.22	0.38±0.23	0.078
DHEAS (mg/dl)	100.24±66.72	87.13±60.97	0.044*

Mann Whitney U Test, Mean ± sd \*p<0.05.

SS-097

### Hiv pozitif hastalarda doğum profillaksisi

Hatice Yılmaz Doğru, Seda Uysal

Tokat Gaziosmanpaşa Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, Tokat

**AMAÇ:** Gebelikte elisa takibinin önemini ve hiv pozitif annenin gebelikte tedavi almasının vertikal geçiş üzerine etkisini vurgulamak

**GİRİŞ:** İnsan immün yetmezlik virüsü (hiv) Lentivirinae ailesinden zarflı bir virüsdür. Virüs bağışıklık sisteminin baskılanması sonucunda fırsatçı enfeksiyonlar ile seyreden AIDS (Acquired immunodeficiency syndrome) tablosuyla karakterize kronik bir hastalığa yol açmaktadır. Erken tanı ve tedavinin, hiv enfeksiyonu üzerinde olumlu etkileri pek çok çalışmada gösterilmiştir. Son 30 yılda yeni tanı ve tedavi metodları ile enfekte bireylerin erken evrede saptanabilmesi ve tedavi ile viral yükün baskı altına alınması mümkün olmuştur.

**Olgu1:** Polikliniğimize başvuran 38 yaşında g7p6y6 önceki gebelikleri normal doğum ile sonuçlanan ve son adet tarihini bilmeyen hasta; gebeliğinde kadın doğum takiplerine gitmemiş. Rutin tarama testleri yapılmamış ancak ART (anti retrovital tedavi) düzenli

# 3. Karadeniz Jinekoloji ve Obstetrik Kongresi

20-22 Kasım 2020

kullanmış. Muayenesinde baş geliş fka+ 37w ile uyumlu canlı monofetus izlendi. Nst, tam kan sayımı, biyokimyası ve tam idrar tetkikinde özellik yoktu. Hiv rna:54 gelen hasta enfeksiyon hastalıkları ile birlikte takibe alındı. Kontrolünde 39 hafta ile uyumlu fka+ canlı monofetus izlenen hastaya sezaryen hazırlığı yapıldı. Nst reaktif kontraksiyon izlenmedi. Hastaya elektif sezaryen günü verildi. Halk sağlığı bulaşıcı hastalıklar birimi ile iletişime geçildi. Hastaya cerrahi profilaksi amacı ile zidovudin temini planlandı. Ertesi gün acil servise sancı şikayeti ile başvuran hastaya acil sezaryen planlandı. Doğum öncesi zidovudin profilaksisi ardından hasta sezaryene alındı. İntra-op ve post-op erken komplikasyon gelişmedi. Preo-op annenin hiv rna değerinin 54 olması (<400) olması sebebi ile yenidoğana tedavi başlanmadı. Bebekten alınan ilk örnekte hiv rna negatif geldi. Yenidoğan takibe alındı. İkinci kontrol 4-8 haftalar arası, üçüncü kontrol 4-6 ay arasına planlandı.

**Olgu2:** Kliniğimize enfeksiyon hastalıklarından konsulte edilen ve daha önce kadın doğum tarafından muayene edilmemiş 22 yaşında ilk gebeliği olan hastanın sata göre 30hafta 4 günlük takipsiz gebeliği mevcuttu. Ultrasonda baş geliş 36 hafta ile uyumlu canlı monofetus izlendi. Hasta Halk Sağlığı Müdürlüğü'ne bildirildi. Elektif sezaryen planlandı. Aynı zamanda hiv tedavisi almayan dış merkez hiv rna sonucu 92700 gelen hastaya enfeksiyon hastalıkları tarafından anti retroviral tedavi başlandı. Tekrar kontrole gelmeyen hasta 37 hafta 4 günlük gebe iken sancı şikayeti ile acile başvurdu. Ultrasonda baş geliş, 37 hafta ile uyumlu, canlı monofetus izlendi. Nst reaktif kontraksiyon mevcuttu. Vaginal muayenede açıklık izlenmedi. Halk sağlığı ile iletişime geçilerek zidovudin temini yapıldı. Cerrahi profilaksi sonrası hasta sezaryene alındı. Yenidoğanda hiv rna istendi. Annenin kontrol hiv rna:11948 (>400) olması üzerine bebeğe oral zidovudin profilaksisi başlandı.

**TARTIŞMA:** Takipsiz gebelikte hiv tanısı sonrası ayaktan tedavi başlanan hastanın tedaviyi düzenli kullanmadığı görülmüştür. Bu durumda fetüsün tedavi alma hakkı elinden alınmıştır.

**SONUÇ:** ikinci olguda annenin tedavisini düzenli almaması sebebi ile fetüste vertikal geçiş önüne geçilememiştir. Yenidoğanın tedavi alma hakkı göz önünde bulundurularak gebelikte ilaç kullanımını anne seçimi olmamalıdır.

**Anahtar Kelimeler:** gebe, hiv, vertikal geçiş

SS-098

## Mesonephric Adenocarcinoma of the Uterine Cervix: A Case Report

Çiğdem Kılıç<sup>1</sup>, Gökhan Kılıç<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Etilik Zübeyde Hanım Kadın Sağlığı Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Jinekolojik Onkoloji Cerrahisi Kliniği, Ankara

<sup>2</sup>Yozgat Şehir Hastanesi, Yozgat

**Introduction:** Cancer of the uterine cervix is the third most common cancer in women worldwide. Squamous cell carcinoma and

adenocarcinoma are the most diagnosed histological subtypes of cervical cancers. Mesonephric adenocarcinoma is a rare subtype of cervical adenocancer. It's difficult to distinguish the mesonephric type from other adenocarcinomas, morphologically. Because of limited current data, the incidence, prognosis and treatment of this tumor are difficult to determine. In this report it was summarized a case with cervical mesonephric adenocarcinoma.

**Presentation of Case:** The patient aged 52, with gravida 2 and parity 2 presented with malodorous vaginal discharge to an outpatient clinic. She was referred to our hospital because of the abnormal cytology of cervix reported as an adenocancer or undifferentiated squamous cell cancer. Her medical history was unremarkable. A 4 cm cervical mass with polypoid elongation was found in gynecological examination. The pathology result of the tumoral biops indicated a high grade adenocarcinoma. Pelvic examination under general anesthesia demonstrated free parametrium and FIGO clinical Stage IB2 cervical cancer. Radiological imaging also supported clinical findings. The patient underwent type III radical hysterectomy with bilateral salpingo-oophorectomy and bilateral pelvic lymph node dissection. Final pathology result showed mesonephric adenocarcinoma of cervix with spindle cell alterations. The tumor invaded more than half of the thickness of cervical stroma. There were no lymphovascular space invasion, no lymph node metastasis, no parametrial tumoral spread and free surgical margins. She did not receive any adjuvant therapy. She has been followed-up for 24 months without recurrence.

**Discussion:** Remnants of the mesonephric (Wolfian) duct are determined up to 22% of adult female cervix. A mesonephric adenocarcinoma of cervix arises from these remnants, mostly in lateral wall of cervix. This type of cervical cancer is very rare, only 40 cases have been reported in the literature.

Mostly the first symptom of this cancer is postmenopausal bleeding. Additionally, many cases are diagnosed incidentally either by cone biopsy or pathological evaluation of hysterectomy specimen.

The pathological diagnose is difficult. Because a mesonephric adenocarcinoma of cervix exhibits a mixture of morphologic patterns, they are frequently confused with other adenocarcinomas. Mesonephric neoplasms tend to be adjacent to mesonephric glandular hyperplasia areas. Finding of hyperplasia is not related to poor prognosis even if deep infiltration is detected. Nuclear atypia, increased mitotic activity (>10/ high power field), lymphovascular space invasion and necrotic luminal debris are discriminating factors of adenocarcinoma. Mesonephric adenocarcinoma has some immunohistochemical features for differential diagnosis. Some of them include positivity for CK7, CAM5.2, EMA and reactivity for CD10, calretinine, vimentin and negativity of carcinoembryonic antigen (CEA), CK20, ER and PR.

Mesonephric adenocarcinoma of the cervix is a rare tumor that is difficult to diagnose. At present there is no consensus on a standardized treatment protocol for malignant mesonephric tumors of the cervix. The present case suggests that; these patients can be managed as adenocarcinoma of cervix, successfully.

**Anahtar Kelimeler:** Cervical cancer, Mesonephric adenocarcinoma, Surgery

# 3. Karadeniz Jinekoloji ve Obstetrik Kongresi

20-22 Kasım 2020

SS-099

## Nadir bir olgu: torsiyone overyan leiomyom

Fatma Ünlü, Hatice Yılmaz Doğru  
Tokat Gaziosmanpaşa Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, Tokat

**AMAÇ:** Overin primer leiomyomları nadir olup literatürde az sayıda vaka rapor edilmiştir. Histogenezi kesin olmamakla birlikte kortikal stromadaki kan damarlarından, korpus luteumdan veya overyan ligamentlerde bulunan düz kaslardan geliştiği düşünölmektedir. Semptomlar overyan kitle varlığı ile ilişkilidir. Genellikle abdominal şişme ve ağrı eşlik eder. Nadiren akut batın, hidronefroz, asit gelişebilir. Amacımız; nadir görölen bir olgu olması sebebiyle torsiyone olmuş olan bir overyan myom olgusunu sunmaktır.

**OLGU:** 63 yaşında kadın hasta 2 aydır giderek artan kasık ağrısı şikayeti ile polikliniğine başvurdu. Özgeçmişinde 25 yıl önce sezaryen geçirdiği ve 13 yıldır menopozda olduğu öğrenildi. Yapılan transvajinal ultrasonda uterus posteriorunda douglası dolduran yaklaşık 11\*7 cm heterojen-hipoekojen myom ile uyumlu solid kitle izlendi. Bilgisayarlı tomografide subseröz myom olarak raporlandı. Tetkik sonuçlarında normal, tümör markerları negatif idi. Batın muayenesinde palpasyonla bilateral hassasiyet mevcuttu. Operasyon esnasında; douglası dolduran yaklaşık 11\*7 cm boyutunda, 4 tur torsiyone olmuş solid yapılı uterusla ilişkisi olmayan overyan kitle izlendi ve salpingoofektomi yapıldı. Histopatolojik tanı; torsiyone, kanama ve iskemik alanlar içeren leiomyom olarak raporlandı.

**TARTIŞMA:** Leiomyom overde oldukça nadirdir ve benign overyan neoplazilerin sadece %1'i olarak rapor edilmiştir. Overyan myom görölen olgularda çoğunlukla uterin myom saptandığı bildirilmiştir. Primer overyan leiomyomların saplı subserozal leiomyomlardan ayrımı önemlidir. Overyan leiomyosarkom ise daha nadir görölür. Mitotik aktivite, sellölarite ve nükleer pleomorfizm ile leiomyomlardan ayrılır. Postmenapozal dönemde adneksiyal kitlelerde ön planda over tümörü düşünölse de ayırıcı tanıda leiomyomlar da akılda bulundurulmalıdır.

**A rare CASE:** ovarian leiomyoma with torsion

**AIM:** Primary ovarian leiomyoma is a rare ovarian tumour which has been infrequently reported. Although the pathophysiology of the disease has not been clearly understood, the source of the tumour is suggested to be vessels in the cortical stroma, corpus luteum or smooth muscles in the ovarian ligaments. Abdominal mass and pain are the symptoms. The aim of this report is to present a case with ovarian myoma with torsion.

**Case:** A 63 years old women with progressive pelvic pain for two months was admitted to outpatient unit. She has C/S 25 year ago and in menopause for 13 years. Transvaginal US revealed 11x7 cm sized heterogenous hypoechoic solid mass on the posterior of uterus. Biochemical results were normal and tumor markers were negative. Abdominal examination revealed bilateral tenderness. A solid mass sized 11x7 cm in Douglas pouch with

torsion was detected hence salpingo-oophorectomy was performed. Histopathologic diagnosis was reported as haemorrhagic, necrotic leiomyoma with torsion.

**Discussion:** Leiomyoma is an extremely rare ovarian neoplasm, which has been reported 1% of the benign neoplasms of the ovary. Cases with ovarian myom mostly accompanied by uterine myom. It is important to differentiate primary ovarian leiomyoma and subserosal leiomyoma. Ovarian leiomyosarcoma, which is extremely rare, is distinguished from leiomyoma by mitotic activity, cellularity and nuclear polymorphism. Leiomyoma should be kept in mind in differential diagnosis since ovary tumour is the most cause of adnexal mass in women with postmenopausal period.

**Anahtar Kelimeler:** leiomyom, torsiyon, pelvik ağrı

SS-101

## Gebelikte total uterin prolapsusun konservatif tedavisi: üç olgunun sunumu

Remzi Atılgan  
Fırat Üniversitesi

**AMAÇ:** Konservatif yöntem ile tedavi edilen uterin prolapsusu olan üç olgunun gebelik sonuçlarının sunulması.

**Olgular**

**Olgu 1:** 34 yaşında, gravida 2, parite 1. Prolapsus uteri nedeniyle operasyon için kliniğimize başvuran olgumuzda 11 haftalık gebelik tespit edildi. Bunun üzerine servikal serklaj önerildi. Ancak hastamız kabul etmediği için pesser uygulandı. Üriner retansiyon ve pelvik ağrı nedeniyle 3 gün sonra pesser çıkartıldı.

**Olgu 2:** 38 yaşında gravida 3, parite 2. 10. gebelik haftasında tanı konuldu ve bu olgumuz da servikal serklajı kabul etmediği için pesser uygulandı. Bu olgumuzda da üriner retansiyon ve pelvik ağrı nedeniyle 7. günde pesser çıkartıldı.

**Olgu 3:** 35 yaşında gravida 3, parite 2. 11. Gebelik haftasında kliniğimize başvurdu. Bu olgumuz servikal serklaj ve pesser uygulamasını kabul etmedi.

Her üç hastamıza da haftalık 500 mg hidroksiprogesteron kaproat ampöl ve günlük dekspantenol krem uygulandı. 24. haftada 24 mg betametazon ampöl yapıldı. Olgu 1 de 27, olgu 2' de 26 ve olgu 3' te 25. haftada prolapsusun gerilemeye başladığı gözlemlendi. Olgu 1' de 34, olgu 2' de 32 ve olgu 3' te 31. haftada progesteron tedavisi sonlandırıldı. Birinci olgumuz 36. haftada erken membrane rüptürü nedeniyle kliniğimize başvurdu. 8 cm servikal açıklıktan sonra ilerlemeyen travay nedeniyle sezaryen ile doğurtuldu. Olgu 2, 37. haftada önceki sezaryen doğum nedeniyle sezaryen ile doğurtuldu. Olgu 3 ise 38. haftada normal spontan



# 3. Karadeniz Jinekoloji ve Obstetrik Kongresi

## 20-22 Kasım 2020

vajinal doğum ile doğurtuldu. Her üç olgunun da bebekleri sağlıklı idi ve postpartum komplikasyon gelişmedi.

**Tartışma:** Uterin prolapsus ikinci trimesterin sonunda kaybolabilmekte ve gebelik komplikasyon gelişmeden sonlanabilmektedir (1). Bizim olgularımızda 25, 26 ve 27. haftadan itibaren uterin prolapsus gerilemeye başladı.

Literatürde bildirilen tedavi stratejileri konservatif tedavi, vajinal pessser kullanımı, laparoskopik uterin süspansiyon ve abdominal sakrokolopopeksi ile birlikte eşlik eden sezaryen histerektomidir (2-4).

Gebelikte uterus prolapsusu antepartum, intrapartum ve puerperal komplikasyonlara neden olabilir. Antepartum komplikasyonlar erken doğum, küretaj, idrar yolu enfeksiyonu, akut idrar retansiyonu ve hatta maternal ölümü içerir. Başlıca intrapartum komplikasyonlar rahim alt segmentinde yeterli servikal dilatasyona ulaşamamanın yanı sıra servikal laserasyon, obstrüktif doğum, hysteroorrhexis, fetal ölüm ve maternal morbiditedir. Puerperal enfeksiyon ve uterus inertia ya bağlı doğum sonrası kanama doğum sonrası prolapsusun sık görülen sonuçlarıdır (5). Bizim olgularımız cerrahi müdahaleyi kabul etmedi. İki olgumuz ise üriner retansiyon ve pelvik ağrı nedeniyle sadece birkaç gün pesseri tolere edebildi. Olgularımızda postpartum komplikasyonlar gelişmedi. Sonuç olarak, uterin prolapsusu olan gebelerin tedavisinin bireysel olarak değerlendirilmesi gerekmektedir. Hidroksiprogesteron kaproat ve servikse günlük deksantenol krem uygulaması ile konservatif tedavi etkili bir tedavi yöntemi olabilir.

**Anahtar Kelimeler:** uterin prolapsus, gebelik, konservatif yönetim

SS-102

## Tek doz metotreksat sonrası gelişen nadir bir pansitopeni olgusu

Gülsün Özbay, Hidayet Şal, Cavit Kart  
Karadeniz Teknik Üniversitesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Ana Bilim Dalı, Trabzon

**Giriş:** Ektopik gebelik, gebelik ürününün uterus dışında olması durumudur. Tedavi olarak hemodinamik olarak stabil ve ek sorunu olmayan hastalarda methotrexat (MTX) sıklıkla tercih edilen tedavidir. Methotrexat tedavi sonrası gelişen mukozit, abdominal kramplar, yorgunluk gibi yan etkiler sıklıkla öngörülebilir ve doz bağımlıdır. Her ne kadar ektopik gebeliklerde kullanılan MTX düşük dozlarda olsada, pansitopeni benzeri ciddi yan etkiler de mümkündür. Sunduğumuz olguda tek doz metotreksat sonrası ciddi pansitopeni gelişimi anlatılmıştır.

**Olgu:** 27 yaşında G:6 P:2 son adet tarihine göre 8 hafta 6 gün gebe hasta dış merkezden KBY, tip 1 diabet, ektopik gebelik? olarak tarafımıza refere edildi. Hastanın bakılan BHCG değeri 4600. Bakılan ultrasonografide endometriyum içerisinde herhangi bir kese izlenmedi, sağ adneksiyal sahada 10 mm gestasyonel kese ile uyumlu görünüm izlendi. Bagel işareti pozitif olması üzerine

tubal gebelik olarak değerlendirildi. Douglasta 2 cm mayı vardı. Ektopik gebelik tanısıyla interne edildi. Olgunun batin rahat defans rebound yoktu. Hb:7.5 lökosit:7.13. Olguya m<sup>2</sup>'ye 50 mg hesaplanarak 89 mg MTX yapıldı. MTX 4.gün kontrol bHCG 1202 geldi. Ayaklarında şişlik, kaşıntılı lezyonlar oluşan hasta dermatolojiye danışıldı. Önerilerine uyuldu. MTX 7.gün olgunun bacaklarında ödem, nefes darlığı gelişmesi, laboratuvar tetkiklerinde lökopeni olması üzerine ilaç reaksiyonu olarak düşünüldü. bHCG değeri 717 olarak görüldü. Kan tetkiklerinde hb:7.7 WBC:0.9 Plt:11 BUN 36 Cre 2.7 MTX' e bağlı pansitopeni düşünüldü. hematoloji olguya 2x1 albumin neupogen 30 mg 1x1 folbiol 1x1 lasix 4x1/2 duocid 2x1 başlandı. Bir hafta boyunca tedavisi devam etti. Pansitopenisi geriledi ( hb: 8.1 plt: 139 wbc:22). Kontrol bHCG 58 olarak görüldü. GD iyi vital bulguları stabil olan olgu şifa ile taburcu edildi.

**TARTIŞMA:** MTX alan romatoid artritli hastaların% 3'ünde pansitopeni bildirilmiştir ve riskin kümülatif maruziyet ile ilişkili olduğu bulunmuştur [ 2 ]; bununla birlikte erken evrede tek bir MTX enjeksiyonuyla pansitopeni görülmesi nadirdir [ 3 ]. Literatürde ektopik gebelikte tek doz metotreksata bağlı pansitopeni olgusu oldukça az görülmektedir. Shih-Chieh ve arkadaşlarının sunduğu tek doz metotreksat tedavisine bağlı pansitopeni olgusunda pansitopeni gelişmeden önce gastrointestinal sistem şikayetlerini geliştiğini belirtmişlerdir. Bu şikayetlerin pansitopeni öncesi uyarıcı olabileceğini vurgulamışlardır. Bizim olgumuzda ayaklarda ödem ve kaşıntılı lezyonların olması (lezyonların herhangi bir hastalıkla uyumlu olmaması) pansitopeni öncesi bulgu olabileceğini belirtmekteyiz. Olgumuzda pansitopeninin ilaç sonrası 7. Günde görülmesi olguların yakın takip edilmesi gerektiğini bir kez daha vurgulamaktadır. MTX ile indüklenen pansitopeni nadir olmasına rağmen, doktorlar ektopik gebeliklerde tek doz MTX rejiminden kaynaklanan hayatı tehdit eden advers ilaç reaksiyonlarının farkında olmalıdır. Metotreksat uygulamasından sonra kaşıntılı lezyonların değerlendirilmesinde, tam kan sayımı yapılarak pansitopeni olup olmadığı değerlendirilmelidir.

**Anahtar Kelimeler:** Ektopik gebelik, Methotrexate, Pansitopeni

SS-103

## Femur-Fibula-ulna Sendromlu Olgu Sunumu

**Cuma Taşın**  
mersin üniversitesi kadın hastalıkları ve doğum a.b.d. perinatoloji b.d.

**AMAÇ:** Nadir görülen Femur-Fibula-Ulna Sendromlu olguyu sunma

**YÖNTEM:** ikili test zamanı yapılan ultrasonografide saptanan anomaliler

**BULGULAR:** 27 yaşında ilk gebeliği olan hasta SAT göre 13 hafta 5 gün  
Kombine risk: <1/10000  
ikili test: <1/10000

Yaş riski: 1/851  
Trizomi 13/18 riski:<1/10000  
BPD: 14 hafta 4 gün  
HC:14 hafta 4 gün  
AC:14 hafta 4 gün  
FL: sol 13 hafta 4 gün, sağ izlenmedi  
HL: 14 hafta  
sağ üst ekstremitede de ulna izlenmedi, sol elde oligodaktili,  
sol üst ulna ve radius izlendi.  
sağ alt ekstremitede clup foot  
sol alt tibia izlenmedi.

**SONUÇ:** hastaya fetusta multipl anomali olduğundan ileri genetik inceleme önerildi. Hasta tahliye ve genetik inceleme istemedi. Dış merkezde gebeliği sonlandırmış. genetik inceleme yaptırmamış

**Anahtar Kelimeler:** Ekstremitde Anomalisi, Femur-Fibula-Ulna Sendromlu, Fetal anomali, ikili test

### Clup Foot

### Tibia Fibula Agenesizi



her iki ayakta izlendi  
tek bacakta izlendi diğer bacakta sadece tek kemik vardı(tibia?)

### SS-105

## Preeklampsisi hastasında karaciğer infarktı

Erdal Şeker

Ankara Üniversitesi, Kadın Hastalıkları Ve Doğum Anabilim Dalı,  
Ankara

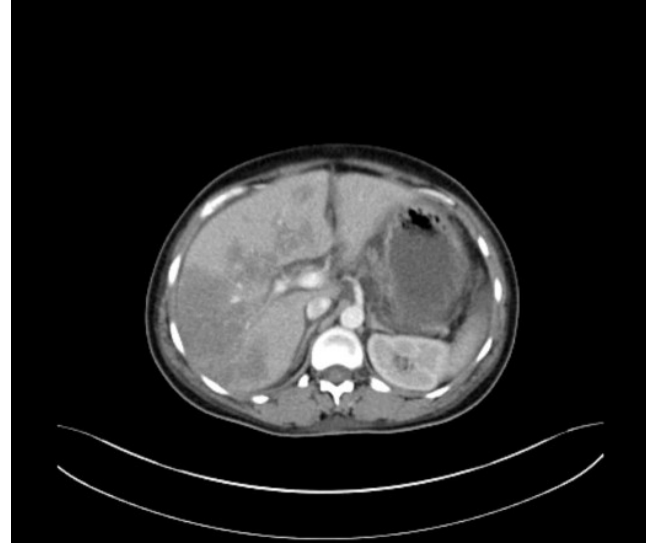
**AMAÇ:** Şiddetli preeklampsisi olan 37 yaşında bir kadında nadir bir karaciğer enfarktüsü olgusu sunuyoruz.

**OLGU:** 37 yaşında 30 yaşında hamile bir kadın acil servise karın ağrısı şikayeti ile başvurdu. Hastanın kan basıncı 170/110 mmHg idi. Hasta baş ağrısı, karın ağrısı ve yüksek tansiyon nedeniyle acil sezaryene alındı. Hastanın ALT ve AST değerleri ameliyat sonrası arttı ve karın ağrısı düzelmedi. Abdominal pelvik bilgisayarlı tomografide(BT) karaciğerin yaygın nekrozu görüldü, ancak karaciğer rüptürü ekarte edilemedi. Hastaya re-laparotomiye karar verildi. Laparotomi karaciğerin rüptürünü göstermedi, ancak karaciğer yüzeyinde hemorajik alanlar vardı. Hasta destek tedavisi ile postoperatif 40. günde taburcu edildi.

**SONUÇ:** Preeklampsisi hastalarının karın ağrısında karaciğer enfarktüsü düşünülmelidir ve BT bu tanıya yardımcı olabilir.

**Anahtar Kelimeler:** PREEKLAMPİSİ, HEPATİK İNFARKTÜS, LAPAROTOMİ

### HEPATİK İNFARKT



### KARACİĞER SUBKAPSÜLER HEMATOM



SS-106

### Türk kadınlar neden gestasyonel diabetes mellitus taraması yapmak istemiyor?

Fikriye Karanfil Yaman

Sağlık Bilimleri Üniversitesi Konya Eğitim Araştırma Hastanesi  
Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı

**GİRİŞ:** Gestasyonel diabetes mellitus (GDM), gebelik esnasında başlayan veya daha önceden var olmasına rağmen ilk tanısını gebelik esnasında alan, gebelikte en sık gözlenen endokrinolojik bozukluktur. Gestasyonel diabetes mellitus giderek artan oranlarda görülmekte olan genel popülasyonu ilgilendiren ve uzun dönem sonuçları olan bir sağlık problemidir. Gebe popülasyonu, gestasyonel diabet açısından yakından takip edilmeli ve tarama testlerine bakış açıları ve taramayı kabul etmeme nedenleri değerlendirilmelidir. Bu çalışmada, gebe kadınların gestasyonel diabet tarama testlerine bakış açıları üzerine etkili faktörleri gözden geçirmeyi amaçladık.

**Materyal –METOD:** Nisan-Haziran 2019 tarihleri arasında obstetrik polikliniğine başvuran ve 24-31 hafta arası gebelikleri olan, 100 kadın çalışmaya dahil edildi. Gestasyonel Diabetes Mellitus tarama testleriyle ilgili bir anket cevaplamaları istendi.

**BULGULAR:** Çalışma popülasyonunun ortalama yaşı  $28 \pm 6$  idi. Hastaların 25'i ilkökul, 23'ü ortaokul, 35'i lise, 16'sı üniversite mezunu idi. 1 hasta okuma yazma bilmiyordu. Hastaların 59'u GDM taraması ile ilgili bilgiyi doktorundan, 11'i televizyon, internet veya arkadaş-komşu aracılığıyla edindiğini belirtti. Hastaların 30'unun tarama testleriyle ilgili hiçbir fikri yoktu. Hastaların 50'si GDM taraması yaptırmayı kabul ederken, 50'si reddetti. Tarama testlerinin fetusa zararlı olduğunu düşünen 41 hastadan 17'si bu bilgiyi komşu ve arkadaşlardan, 22'si ise televizyon ve internetten edindiğini belirtti. Doktor görüşmesi sonucu hastaların %88'inin fikrinde bir değişiklik oluşmadı. Hastaların eğitim seviyesi yükseldikçe, doktor görüşmesi sonucu fikir değişikliği ihtimalinin daha yüksek olduğu gözlemlendi.

**SONUÇ:** Son yıllarda, GDM taraması yaptıran gebe oranlarında azalma görülmektedir. Bunun başlıca nedeni görsel medyadaki bilgi kirliliği ve hastaların sağlık profesyonelleri tarafından yeterli bilgilendirilmemeleridir. Bu nedenle prekonsepsiyonel dönemden başlanarak hastaların doğru bilgilendirilmeleri son derece önemlidir.

**Anahtar Kelimeler:** Gestasyonel diabetes mellitus, reddetme, tarama testleri,

SS-107

### Paraaortik Bölgede Nadir Bir Ektopik Doku

Mehmet Ünsal

Ankara Bilkent Şehir Hastanesi, Jinekolojik Onkoloji Cerrahisi, Ankara

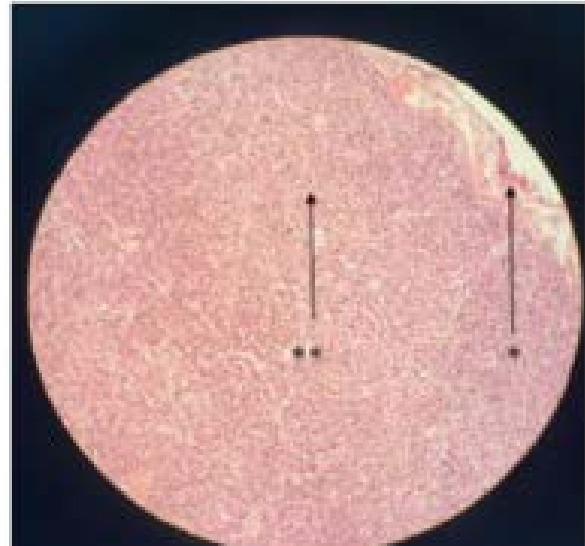
**AMAÇ:** Paraaortik bölgede jinekolojik kanser cerrahisi sırasında ektopik doku beklenmez.

**OLGU:** 52 yaşında kadın hastaya servikal mezonefrik malign neoplazm tanısı kondu. Hastaya radikal histerektomi ve pelvik-paraaortik lenfadenektomi yapıldı. Paraaortik lenf diseksiyonu sonrasında patolojik olarak ektopik adrenal kortikal doku tanısı kondu. 36 ay takip edilen hastada adrenal korteksten salınan hormonların etkilerinde metabolik sorun gözlenmedi.

**SONUÇ:** Bu nedenle bu bölgeden diseke edilen ektopik adrenal kortikal bezlerin hastaya etkisi olmadığı düşünülmektedir.

**Anahtar Kelimeler:** Adrenal Korteks, Ektopik Doku, Jinekolojik Kanser, Lenfadenektomi, Paraaortik Bölge

#### Ektopik Adrenal Kortikal Doku



SS-108

### Follow up Cytology Results on High Grade Cervical Lesions; A Single Institution Experience

Tugba Tekelioglu, Tefik Berk Bildacı  
Başkent Üniversitesi İstanbul Eğitim ve Araştırma Hastanesi  
Kadın Hastalıkları ve Doğum

**INTRODUCTION:** In cervical cancer prevention cervical cytology and colposcopy directed biopsy and if needed followed by a loop electrosurgical excision procedure (LEEP), play key roles. Our objective is to analyze clinical outcomes of high grade squamous intraepithelial lesions (HSIL), diagnosed with LEEP, within 12 months of follow up.

**MATERIAL-METHOD:** Data of 77 patients collected retrospectively who were diagnosed with HSIL on their LEEP specimen between 2016 and 2020 in Baskent University Istanbul Hospital. Pathological properties of tissues were evaluated for being either significant factor for finding a future cytological abnormality or not.

**RESULT:** Only 22.1% of patients had low grade lesion on cytology on follow up on the other hand none of 77 patients evaluated had a high grade abnormality. While initial specimens were all stained with p16 and Ki-67, when we checked the significance between partial staining and total staining, none of them had significant relation with acquiring low grade lesion (p: 0.396 and p: 0.785) respectively. Only having a positive surgical margin (10.4%) had a significant effect on future low grade lesion on cytology (p: 0.011).

**CONCLUSION:** Having positive surgical margins on LEEP specimen is a relatively rare finding but can help us predict future lesions on cytology screening. Even though immunohistochemical stains can show the severity of the disease, they don't help clinicians to reassure patients for future lesions.

**Anahtar Kelimeler:** Loop Electrosurgical Excision Procedure, Cervical Cytology, p16, Surgical Margin

SS-109

### Lefort kolpoplekzis

Onur Bektaş  
Kızıltepe Devlet Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Bölümü, Mardin

**GİRİŞ:** Obliteratif cerrahi prosedürler, pelvik organ prolapsusu cerrahisinde düşük nüks oranları nedeniyle önemli bir avantaj sağlamaktadır. Sağlıklı ve cinsel olarak aktif olan bir kadında, sakrospinöz ligament fiksasyonu uygulanabilir ancak şiddetli kanama ya da büyük sinir hasarları gibi ciddi komplikasyonlar gelişebilmektedir. Lakin cinsel olarak aktif olmayı istemeyen, zayıf ve yaşı ilerlemiş kadınlar için, lefort kolpoplekzis, kolay, güvenli ve etkili bir prosedürdür.

**BULGULAR:** Önceden geçirilmiş operasyonu ya da kronik hastalığı olmayan hastamız, pesser kullanmış ancak şikayetlerinin özellikle ağrılarının artmaya başlaması üzerine kliniğimize başvurdu. Yapılan muayenede evre 4 total uterin prolapsus izlendi. Hasta ve yakınlarına kolpoplekzis hakkında bilgi verildi. Operasyon esnasında herhangi bir komplikasyon gelişmedi ve postoperatif olarak stabil olan hasta şifa ile taburcu edildi.

**TARTIŞMA ve SONUÇ:** Lefort kolpoplekzis, pelvik organ prolapsusu cerrahisinde %90-95 başarı oranı ile cinsel ilişki düşünmeyen, yaşı ilerlemiş kadınlarda tercih edilebilen bir prosedürdür. İyileşme oranı çok yüksektir. Genel anesteziye ihtiyaç duymadan epidural veya spinal anestezi ile gerçekleştirilebilen ve 45 dakika süren bir operasyondur. Komplikasyon oranı düşük iyileşme süresi hızlıdır. İnkontinans prosedürleri ile birlikte uygulanabilir.

**Anahtar Kelimeler:** Lefort kolpoplekzis, total uterin prolapsus, üriner inkontinans

SS-110

### Doğum indüksiyonunda kullanılan prostaglandin E2'nin perinatal sonuçlara etkisi

Sibel Mutlu, Engin Yurtçu  
Karabük Üniversitesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Ana Bilim Dalı, Karabük

**AMAÇ:** Bu çalışma ile kliniğimizde doğum indüksiyonu amacıyla kullanılan prostoglandin E2'nin doğum şekli, maternal ve neonatal sonuçlar üzerine etkilerini araştırdık.

**GEREÇ-YÖNTEM:** Çalışmamıza farklı obstetrik endikasyonlar ile doğum indüksiyonu kararı verilmiş 124 term gebe(>37 hf) dahil edildi. Çalışmaya dahil edilen gebelerin bishop skorları  $\leq 4$  idi. Hastalara servikal olgunlaşmayı sağlamak amacıyla prostoglan-

# 3. Karadeniz Jinekoloji ve Obstetrik Kongresi

## 20-22 Kasım 2020

din E2 uygulandı. Hastaların doğum şekli, apgar skorları ve yeni-doğan yoğun bakıma kabul oranları kayıt edildi.

**BULGULAR:** Çalışmaya dahil edilen 124 hastanın; 94'üne(%75,8) gūnaşımı, 21'ine(%16,9) oligohidroamnios, 9'una(%7,25) intrauterin gelişme geriliği(İUGR) tanısı ile prostoglandin E2 (dinoproston) uygulandı. Prostoglandin E2 uygulanan 124 hastanın 81'i(%65,3) normal vajinal doğum(NVD), 43'ü(%34,7) sezaryen ile doğum yaptı. Sezaryen doğum endikasyonları; %52,4 fetal distres, %25,8 ilerlemeyen eylem, %21,8 sefalopelvik uyumsuzluk idi. Sezaryen doğum grubunda; hiperstimülasyon daha sık görülürken eylemin latent fazı daha uzundu. Her 2 grupta da 1.ve 5. Dk apgar skorları ve yenidoğan yoğun bakıma kabul oranları benzerdi.

**SONUÇ:** Prostoglandin E2 özellikle bishop skoru düşük gebelerde servikal olgunlaşmayı sağlayan sık kullanılan ve güvenilir bir farmakolojik ajandır. Sezaryen doğum oranları üzerine arttırıcı etkisine rağmen maternal ve neonatal mortalite ve morbiditeye attırıldığına yönelik çalışma bulunmamaktadır.

**Anahtar Kelimeler:** Prostoglandin E2, gūnaşımı, oligohidroamnios, fetal distres

### Prostoglandin E2 uygulaması sonrası sezaryen endikasyonları

Sezaryen endikasyonları	Sayı
Fetal distres	42 %52,4
İlerlemeyen eylem	20 %25,8
Sefalopelvik uyumsuzluk	19 %21,8

### Prostoglandin E2 uygulaması sonrası sezaryen ve vajinal doğum verileri

	Sezaryen(C/S) n=43	Normal vajinal doğum(NVD) n=81	P
1.dk Apgar skoru	7.6±1.2	7.8±0.9	0.065
5.dk Apgar skoru	9,2±0.8	9.4±0.7	0.053
Yenidoğan yoğun bakım ihtiyacı	%4.82	%3.8	0.676

### SS-111

## Over Matür Kistik Teratomu İçerisinde İnsidental Olarak Saptanan Tiroid Papiller Kansere Yaklaşım

Mesut Önal, Merve Sarıkaya Eraslan

On Dokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, Samsun

Matür kistik teratomlar en yaygın OGCT'lerdir. Ektodermal orjinli (örneğin: cilt folikülleri, yağ bezleri), mezodermal (örn: kas, idrar) ve endodermal orjinli (örn: akciğer, gastrointestinal) dokular içerir(4). Özelleşmiş veya monodermal teratomlar, baskın bir olgun histolojik hücre tipinde oluşan nadir ve dikkat çekici bir teratom alt kümesidir.En yaygın olanları struma ovarii ve karsinoiddir. Struma ovarii ağırlıklı olarak olgunlaşmış tiroid dokusundan oluşan bir teratomdur(4).

Bu çalışmada 54 yaşında sağ over kisti ve endometrial polip tanısıyla L/S ile ooferektomi ve H/S ile polipektomi yapılmış olan; patolojisi 2 mm çaplı papiller tiroid karsinom odağı içeren matür kistik teratom gelen hastamızdan bahsetmekteyiz.Hastanın yapılan tiroid us incelemesinde İstmus sağ yarıda, sağ lob - istmus bileşkesi düzeyinde 7x8x3 mm boyutlarında, oval, iyi sınırlı, uzun aksı cilde paralel, iç yapısı süngerimsi paternde, Dopplerde kanlanması olmayan, hipoekoik nodül görüldü.

**Anahtar Kelimeler:** Matür teratom, Struma ovarii, Tiroid nodülü, Tiroid papiller kanseri

# 3. Karadeniz Jinekoloji ve Obstetrik Kongresi

## 20-22 Kasım 2020

SS-113

### Yardımcı sağlık personelinin oosit donasyonuna bakış açısı

Mehmet Musa Aslan, Arif Serhan Cevrioğlu  
Sakarya Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği, Sakarya

**AMAÇ:** 2.basamak sağlık kuruluşunda çalışan yardımcı sağlık personelinin oosit donasyonu hakkındaki bilgi düzeyleri ve bakış açılarının değerlendirilmesi.

**GEREÇ-YÖNTEM:** Muş devlet hastanesinde görev yapan 226 yardımcı sağlık personeline (ebe,hemşire...) 21 sorudan oluşan demografik özelliklerini ve oosit donasyonu ile ilgili bilgi düzeylerini sorgulayan anket uygulandı.

**BULGULAR:** Ankete katılan yardımcı sağlık personelinin demografik özellikleri ve oosit bağıışı hakkındaki düşünceleri tablo-1 ve tablo -2 de verilmiştir. Yardımcı sağlık persoleninin yaş ortalaması 25.2±3.4 yıl idi. Çalışmaya katılan personelin oosit donasyonu hakkında fikriniz var mı? sorusu yöneltilmiş ve %23 evet, %77 hayır cevabını vermiştir. Oosit donasyonu (başkasının yumurtası ile çocuk sahibi olma) ile çocuk sahibi olmayı düşünür müsünüz sorusuna ise %19.5 evet, %80.5 hayır cevabını verdi.

**TARTIŞMA ve SONUÇ:** Yardımcı sağlık personeli oosit donasyonu hakkında genel olarak bilgi sahibi değiller. Ayrıca oosit donasyonuna sıcak bakmamaktadırlar. Neden olarak dini inançlar ve Türk aile yapısına uygun görülmediğinden olabilir.

**Anahtar Kelimeler:** yardımcı sağlık personeli, oosit, oosit donasyonu

Tablo 1

Yaş (yıl)	25.2±3.4
Evlili misiniz ? Evet / Hayır	110 (%48.7) / 116((%51.3)
Eğitim durumu Lise / Üniversite	38 (%16.8) / 188 (%83.2)
Çocuğunuz var mı? (Evliler)	44 (%40)
Tedavi alarak mı çocuk sahibi oldunuz ?	10 (%4.4)

Tablo 2

	Evet n (%)	Hayır n (%)
Oosit donasyonu hakkında fikriniz var mı?	52 (23)	174 (77)
Donasyon ile çocuk sahibi olmayı düşünür müsünüz ?	44 (19.5)	182(80.5)
Yumurtanızı başkasına verir misiniz ?	26 (11.5)	200(88.5)
Yakın akrabanızdan yumurta alır mısınız?	24(10.6)	202(89.4)
Yakın akrabınıza yumurta verir misiniz?	30(13.3)	196(86.7)
Oosit donasyonu dini inançlarınıza uygun mudur?	64(28.3)	162(71.7)
Oosit donasyonu Türk aile yapısına uygun mudur?	80(35.4)	146(64.6)

600 IU

1200 IU

Mutluluğun  
Güvenli

# Formülü



FSH VE hCG KAYNAKLI LH AKTİVİTESİ  
AYNI ANDA TEK FLAKONDA\*

\*T.C. Sağlık Bakanlığı Onaylı Güncel Kısa Ürün Bilgisi

**Gonapeptyl**<sup>®</sup>  
triptorelin  
GnRH Agonisti

 **Menopur**<sup>®</sup>  
HP - hMG  
600 IU 1200 IU

**Lutinus**<sup>®</sup>  
vajinal  
progesteron  
tablet

 **Pabal**<sup>®</sup>  
KARBETOSİN  
Postpartum Kanama  
Profilaksisinde

**FERRING**  
PHARMACEUTICALS  
"ÖNCE İNSAN"



 ONLINE

# 3. Karadeniz Jinekoloji ve Obstetrik Kongresi

20-22 Kasım 2020

## POSTER SUNUMLAR



## EP-01

### Ebstein anomalisi

**Tülin Önder**, Gulçin Abdullah, Halis Özdemir, Mehmet Zeki Taner  
gazi üniversitesi tıp fakültesi,kadın hastalıkları ve doğum ana bilim dalı,ankara

**GİRİŞ:** Ebstein anomalisi, öncelikle triküspit kapak ve sağ ventrikül anormallikleri ile karakterize konjenital bir malformasyondur. Ebstein anomalisi; triküspid kapağın septal ve sıklıkla posterior valvlerinin, sağ ventrikül apeksine doğru yer değiştirmesi ve deformasyonu sonucu ortaya çıkan konjenital bir anomalidir. Triküspid kapağın anterior valvi ise genişlemiş bir şekilde anulus seviyesinde normal yerindedir.

**OLGU:** 29 yaşında G2A1 hastaya 11.gebelik haftasında yapılan kombine 1.trimester tarama testinde yüksek risk, NT artışı saptanması ve sağ kalpte genişleme izlenmesi üzerine aileye CVS önerildi.Aile işlemini kabul etmedi. 16.gebelik haftasında ailenin amniosentezi kabul etmesi üzerine yapılan işlemin sonucu normal konstitüsyonel karyotip olarak raporlandı. Ausg de sağ kalpte genişleme izlenmesi üzerine Ebstein anomalisi ile takibine devam edildi. Hastanın 26 hafta 3 gün iken yapılan fetal eko sonucu ebstein anomalisi,subaortik vsd, kardiyomegali olarak raporlandı.34 hafta 5 gün iken yapılan usg de atrialize RV =6,83 cm<sup>3</sup> izlenmiş, GOSE skoru 1,23 (grade 3) kardiyak alan 2107mm<sup>2</sup> olarak ölçülmüş RA+atrialize RV:6,83cm<sup>2</sup> RV:2,63 cm<sup>2</sup> LV:2,16 cm<sup>2</sup> RA:0,72 cm<sup>2</sup> ve ductus venosusta pozitif a dalgası izlenmiştir. 37 hafta 1gün gebe iken NSVY ile doğum yapan hastadan 2250 gr 8/9 apgarla. Erkek bebek doğurtuldu. Doğum sonrası yapılan ekoda;Ebstein anomalisi,pda,triküspit kapak 1,5cm apekse yakın yerleşimli,RA çok geniş,PA kapakları hareketsiz izlendi.Bebek kalp yetmezliği ve hipotansiyon ile takip edilip, BT anjiyografi planlanarak servise alınan hastada aynı gün hipotansiyon,bradikardi gelişmesi sonrası exitus gerçekleşmiştir.

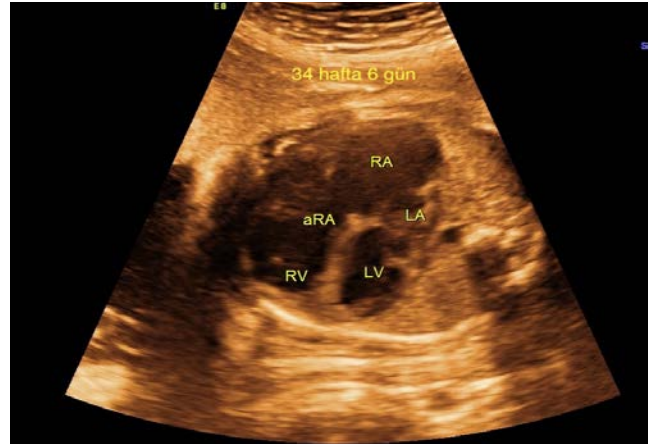
**SONUÇ:** Canlı doğumlarda Ebstein anomalisi insidansı (1 ila 5) / 200.000'dir, konjenital kalp hastalığının yaklaşık% 1'ini oluşturur. Özellikle olarak "atriyalize sağ ventrikül" oluşumu, diğer intrakardiyak malformasyonlarla da birleştirilebilir,Atrium hacmi/ ventrikül hacim oranı artışı kötü prognoz yüksek morbidite ve mortalite oranlarıyla ilişkili bulunur. GOSE skoru arttıkça, triküspit kapak hastalığı da artar. Doğumdan önce tanı konduğunda, bu tür lezyonlar kötü prognoza sahiptir.% 45 intrauterin ölüm,% 35-40 neonatal ölüm,ile karakterizedir.Antenatal ve neonatal dönemde kalp yetmezliği ve hatta ölüm veya sağ ventrikül gelişiminin bozulması nedeniyle ortaya çıkabilir. Operasyon olarak çift ventrikül onarımı yapılır. Çoğu ebeveyn EA'nın intrauterin tanısı konulduktan sonra gebeliği sonlandırmayı seçebilir. Prenatal tanındaki gelişmeler artık bu malformasyonların daha erken saptanmasına izin vermektedir. Hemodinamik ve anatomik özellikler ölçülebilir ve karar verme konusunda ebeveynlere yardımcı olmak da dahil olmak üzere prognostik değere sahiptir, ancak çelişkili raporlarda prognostik kriterler veya skorlar önerilmiştir. Antenatal dönemde artmış NTölçümleri ebstein anomalisi ile ilişkili olabilir.

**Anahtar Kelimeler:** antenatal, dönemde,ebstein anomalisi, go-se,skoru,kongenital

#### Ebstein



#### ebstein 2



## EP-02

### MLH1 gen mutasyonu saptanan seröz servikal karsinom: Olgu sunumu

**Gülsüm Damla Önal Erdemir**, Volkan Karataşlı, İlker Çakır, Behzat Can, Serhat Şen, Oğuzhan Kuru, Muzaffer Sancı, Mehmet Gökçü  
Sağlık Bilimleri Üniversitesi, İzmir Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi

**GİRİŞ:** Servikal karsinom üçüncü en sık jinekolojik malignitedir ve en yaygın histolojik tipi skuamöz hücreli karsinomdur. Seröz karsinom sadece olgu serileriyle bildirilen nadir bir subtiptir.

**OLGU:** Kırk yaşında kadın hasta (G3P1) postkoital vajinal kanama şikayetiyle başvurdu. Özgeçmişinde kronik hastalığı olmayan hastanın, annesinde endometrium kanseri öyküsü mevcuttu. Aile öyküsü nedeni ile yapılan genetik incelemede MLH1 geninde he-

# 3. Karadeniz Jinekoloji ve Obstetrik Kongresi

## 20-22 Kasım 2020

terozigot patojenik varyasyon tespit edildi. Hastanın yapılan jinekolojik muayenesinde serviks üst dudakta endoservikal kanala doğru uzanım gösteren kanamalı ülser lezyon saptandı. Bilateral parametriumlar atake olarak değerlendirildi. Yapılan abdominal manyetik rezonans görüntüleme ve pozitron emisyon tomografide serviks düzeyinde ön ve arka duvarı tutan boyutu 2.5 cm ölçülen kitlesel lezyon izlendi (SUV max 7.4). Lezyon, bilateral parametrial alana invaziv görünümdeydi. Sağ ekternal iliak zincir düzeyinde boyutu 13 x 8 mm ölçülen artmış FDG tutulumu (SUV max:7.4) gösteren metastatik lenfadenopati mevcuttu. Yapılan servikal biyopside seröz karsinom ve endometrial örneklemede proliferatif endometrium saptandı. İmmunohistokimyasal çalışmalarda östrojen reseptörü:fokal (+), progesteron reseptörü:(-), p16:fokal(+), p53:%60(+), Vimentin(+), Ki67 %80 (+) saptandı. Hasta evre 3c1 olarak değerlendirildi. Hastaya primer kemoradyoterapi kararıyla 5 haftalık cisplatine ek olarak eksternal pelvik radyoterapi (orta hatta 45 Gy, sağ parametrium 50.4 Gy, sağ iliak lenfadenopati 54 Gy) ve vajinal brakiterapi (85 Gy) uygulandı. Tedavi sonrası görüntüleme ve muayenede komplet yanıt saptandı. Klinik izleminde 23.ayda rekürrens bulgusu olmadan hastanın takiplerine devam edildi.

**SONUÇ:** Seröz servikal kanser çok nadir görülen bir durumdur. Geçmişte bildirilen olgularda hastalar erken evrelerde tanı almış ancak kötü prognoza sahiplerdi. Bu çalışmada MLH1 gen mutasyonu saptanan ileri evreli, primer kemoradyoterapi ile hastaliksız takip edilen bir olgu sunulmuştur.

**Anahtar Kelimeler:** MLH1 gen mutasyonu, seröz karsinom, serviks kanseri

### EP-03

## A Case Report of Prenatal Diagnosis of Ebstein Anomaly

Gulchin Abdullah, Tülin Önder, Halis Özdemir, Mehmet Zeki Tamer  
Gazi University Hospital, Department of Gynecology and Obstetrics, Ankara, Turkey

Ebstein anomaly is a complex congenital malformation that is characterized primarily by abnormalities of the tricuspid valve and right ventricle. The most common risk factor is known as lithium exposure during early pregnancy. Both basal and free attachments of the tricuspid valve leaflets with downward displacement, and elongation of the septal and anterior cusp resulting in tricuspid regurgitation.

The proximal part of the right ventricle is atrialised, becoming thin walled and poorly contractile, along with an enlarged right atrium. Celermajer index described an echocardiographic grading score for neonates with Ebstein's anomaly, the Gose score with grades 1 to 4. The ratio of the combined area of the RA and atrialized RV is compared to the functional RV and left heart. This classification is particularly helpful with neonatal ebstein's anomaly

Grade 1: ratio <5  
Grade 2: ratio of 0.5 to 0.99  
Grade 3: ratio of 1.0 to 1.49  
Grade 4: ratio >1.5

**Case report:** A 29 year old, G2A1 patient, During the Routine antenatal check up, at 11 weeks of gestation first trimester combined screening test has resulted in high risk, determined increased NT performance. Despite the patient was offered performing CVS, she didn't accept performing by the diagnosing test. At 16 weeks of gestation dilatation has been determined in right heart cavities by ultrasound examination. The patient was offered performing amniocentesis. Amniocentesis resulted in normal karyotype. At 20 weeks of gestation Ebstein anomaly was detected by ultrasound examination. At 26 weeks and 3 days of gestation Fetal echo was performed which resulted in Ebstein anomaly, subaortic VSD and cardiomegaly. The Gose score was 0,91 cm. At 34 weeks and 5 days of gestation measured Gose score was 1,5 cm (grade 3) the CTAR score was 0,58 and wave a was positive in ductus venosus. At 37 weeks and 1 day of gestation the patient delivered a 2250 gr baby (sex: male) with 8/9 APGAR score, by vaginal birth. In the postpartum period the baby was followed up in the newborn ICD and The Ebstein anomaly was confirmed by the echocardiography. On the 3rd day of postpartum period the CT angiography scanning was planned. The baby developed newborn death occurred by following hypotension, bradycardia. The prevalence of Ebstein anomaly is 0,3-0,5%. It occurs in 1% of congenital heart disease cases. The disorder has a wide spectrum of presentation. Severity of increased right atrial volume, decreased right ventricle volume, increased RA/RV ratio, increased GOSE score is associated with high morbidity and mortality rates. As the increased NT performance can be associated with heart disorders, it should be taken into consideration to be careful with these patients. Mild cases may not be detected until adulthood. Most severe forms present during the neonatal period. In the fetus, Ebstein anomaly may present as cardiomegaly, tricuspid regurgitation, with right atrial enlargement on fetal echocardiography, arrhythmia or heart failure with hydrops. The fetal presentation is associated with a high incidence of fetal loss (45% of intrauterine exitus and 35-40% neonatal death). Cyanosis is noted in 50% of the newborn. In the newborn with mild forms, there may have no cyanosis, but the infant may have multiple cardiac sounds, described as a triple or quadruple rhythm.

**Anahtar Kelimeler:** Ebstein anomaly, Fetal Heart, Prenatal diagnosis

### Ebstein anomaly



### EP-04

## Vajene doğmuş 10 cm'lik myomun vajinal myomektomi yoluyla çıkarılması

Çağrı Ateş, Onur Karaaslan, İsmet Turgut, Latif Hacıoğlu  
Yüzüncü Yıl Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Ana Bilim Dalı, Van

**GİRİŞ:** Myomalar, myometriyumun düz kas hücrelerinin monoklonal benign tümörleridir. Üreme çağındaki kadınların yaklaşık % 20-25'inde, 40 yaş üzerindeki kadınların % 45 -50'sinde görülür. FIGO myom sınıflama sistemi myomları; submukozal, intramural, subserozal ve transmural olarak sınıflandırır. Tip 0; intrakaviter, saplı myom tümüyle kavitededir, bu myomlar kaviteyi doldurup uterusu büyütebilir, kaviteye doğru bir sapla büyüüp serviksi dilate ederek vajene doğabilir. Submukozal myomlar leiomyomların yaklaşık % 5'lik kısmını oluşturur. Vajene doğmuş myomlar genellikle enfeksiyonla birlikte. Kavitedeki intramural myomlar servikal kanaldan geçip vajene doğduğunda, bası hissi, pelvik ağrı ve kötü kokulu akıntıya neden olur. Bunlarda tedavi sıklıkla vajinal myomektomidir. Intramural myomların kavitede sınırlı olanları kanamaya neden olabilir ve histeroskopik olarak çıkarılabilir. OLGU: 44 yaşında G5P5 normal doğumu olan hasta, pelvik ağrı, kanama şikâyetiyle bir yıl önce başvurmuştu, hastanın yapılan muayenesinde kavitede yaklaşık 7 cm myom izlenmiş, pelvik MR'ında endometrial kavitede 77\*45mm ebadında intramural myomla uyumlu lezyon izlendi. Hastaya operasyon önerildi ancak hasta kabul etmedi. Bir yıl sonra hasta pelvik ağrı, kanama, kötü kokulu akıntı şikâyetleriyle başvurdu. Muayenesinde vajeni dolduran, mobil, kalın saplı myom izlendi. Usgde yaklaşık 10cm boyutunda sapı kaviteye uzanım gösteren submukozal myom izlendi. Hastaya vajinal myomektomi planlandı. Hasta litotomi pozisyonunda hazırlandı yan ekartörler yerleştirildi. Myom tenekulumla tutuldu yanlardan diseksiyonla myom serbestleştirildi. Usulüne uygun myomektomi yapılarak myom vajenden çıkarıldı. Myom yaklaşık 10\*9cm ebatındaydı, myomektomi sonrası spekulum muayenesinde kanama alanları sütüre edildi. Kanama kontrolü yapıldı, komplikasyon gelişmedi. Hasta postoperatif serviste izlendi, açık myomektomi operasyonlarına oranla erken mobilize oldu, postoperatif 1. günde taburcu edildi. Patoloji leiomyom olarak raporlandı. SONUÇ: Kadınlarda en sık görülen jinekolojik tümör olan leiomyomlar genellikle asemptomatiktirler. Myomlarda ağrı ve kanama en sık görülen şikâyetlerdir. Kavitede olan intramural myomlar, servikal kanaldan geçerek vajene prolabe olabilir. Vajende bası hissine, pelvik ağrıya veya enfekte olup kötü kokulu akıntıya neden olabilir. Bu olguda vajeni dolduran myom örneği verilmiştir, hastanın uzun süredir pelvik bası, kanama ve kötü kokulu akıntı şikâyeti mevcuttu. Myomların tanısı çoğunlukla vajinal muayene ve ultrasonografi ile konmaktadır. Pelvik veya transvajinal ultrasonografi ile intramural myomların boyutları, yapıları kolaylıkla değerlendirilmektedir. Şüpheli durumlarda pelvik MR myom tanısında yardımcı olabilir. Lezyon görüntüsü myom veya polipe uyumlu değilse biyopsi gereklidir. Intramural myomlar, vajene prolabe olduklarında vajinal myomektomiyle kolaylıkla çıkartılırlar. Literatürde vajenden çıkarılan en büyük intramural myom 8 cm olarak bildirilmektedir, olgumuzda yapılan vajinal myomektomide yaklaşık olarak 10 cm boyu-

tunda myom çıkarılmıştır. Sonuç olarak; büyük boyutlara ulaşan vajene doğmuş myom vakalarındaki cerrahi yaklaşımın vajinal myomektomi olabileceği gösterilmiştir. Myomun lokalizasyonu, boyutları ve pedikülünün kalınlığı değerlendirilerek karar verilir. Hasta için en uygun yolla, uygun teknikle myom çıkarılmalıdır. Vajinal myomektomilerde intraoperatif kanama riskinin, postoperatif dönemde ağrının ve komplikasyonun daha az olduğu gözlemlenmiştir. Vajinal myomektomide hasta erken mobilize olmakta ve yatış süresi kısalmaktadır. Bütün bunlar dikkate alındığında yapılabiliyorsa vajene doğan myomlarda vajinal myomektomi ilk tercih olarak seçilmelidir.

**Anahtar Kelimeler:** Vajinal, myomektomi, az komplikasyon, kısa yatış süresi

### Myom



10 cm boyutunda myom

### Usg-1



Myomun pre-op Usg görünümü

EP-05

## Nadir Görülen Bir Olgu: Tubanın Orta Segmentinin Biletaral Agenezisi

Latif Hacıoğlu, Onur Karaaslan, Çağrı Ateş, İsmet Turgut  
Van Yüzüncü Yıl Üniversitesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Ana Bilim Dalı Van

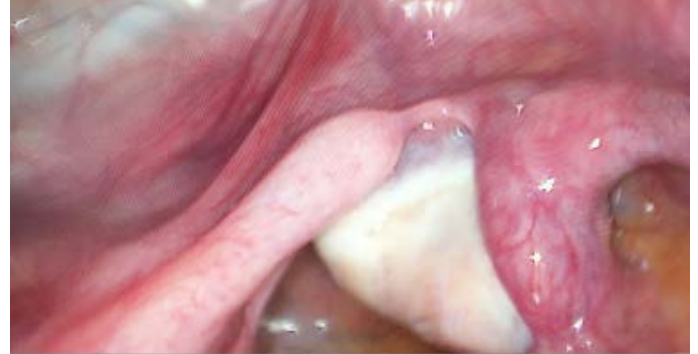
**GİRİŞ:** Uterus tüplerinin bir veya ikisinin olmaması nadiren görülen bir durumdur. Fallop tüplerinin konjenital anomalilerinin insidansı bilinmemektedir. Vakalar genellikle infertilite çalışmalarında veya tesadüfen başka nedenlerden dolayı yapılan operasyonlar esnasında fark edilir. Konjenital bilateral fallop tüpü eksikliği literatürde nadiren bildirilmektedir. Bu olgu sunumunda kliniğimize çocuk istemi nedeniyle başvuran bir hastanın, her iki fallop tüpünün orta tubal segmentinin konjenital olarak gelişmediği nadir görülen bir vaka tartışılmıştır.

**OLGU:** 25 yaş kadın hasta gravida 0, parite 0, 3 yıldır evli. 2,5 yıldır korunmasız düzenli ilişkiyi rağmen gebelik oluşmamış. Hastanın öyküsünde primer ya da sekonder dismenore ve disparoni yok. Geçirilmiş pelvik inflamatuvar hastalık ve batin cerrahisi öyküsü olmadığı öğrenilmiştir. Daha önce sağlık kuruluşlarına başvurusunda sadece siklusun üçüncü günü hormon profiline bakılarak, hastaya 3 siklus ovülasyon indüksiyonu tedavisi verilmiş. Hastanın tarafımıza çocuk istemi nedeniyle başvurması sonrasında yapılan değerlendirmesinde; 28 günde bir düzenli adet gördüğü, siklusun üçüncü günü bakılan hormon değerlerinin normal aralıkta olduğu ve 21. Gün ovülasyon için kan progesteron seviyesi 12 ng/ml olduğu görüldü. Eşinin spermogram değerlerinin dünya sağlık örgütünün (WHO) 5 persantil değerlerinin üzerinde olduğu görüldü. Siklusun üçüncü gününde yapılan vajinal ultrasonografi de her iki overde 6-8 antral follikül görüldü, uterus, overde patoloji izlenmedi ve endometrium çift duvar kalınlığı 5mm olarak ölçüldü. Hastaya tubal ve endometrial patolojiyi dışlamak için histerosalpingografi(HSG) planlandı. HSG' de uterin kavite dolumu ve konturları doğal her iki tuba orta segmentte obstrükte izlendi. Hastaya tanı ve tedavi amaçlı laparaskopi operasyonu planlandı. Laparaskopide uterus ve overler doğal izlendi. Her iki tubanın orta segmentte agenezik olduğu izlendi.

**SONUÇ:** Fallop tüplerinin bilateral parsiyel veya tamamının olmaması çok nadir görülmektedir. Konjenital veya sekonder olabilir. Asemptomatik torsiyonun ardından otoamputasyon ve rezorbsiyon sonucunda oluşabilir. Bu vakalar genellikle infertilite nedeniyle hastaların değerlendirilmesi sırasında veya başka bir nedenden dolayı yapılan laparaskopi esnasında tesadüfen teşhis edilir. İnfertil çiftin ilk değerlendirilmesinde özellikle genç hasta grubunda tubal patolojilerin değerlendirilmesi atlanıp daha sonra yapılabilmektedir. Bu olgu da görüldüğü gibi ilk değerlendirmede tubal patolojilerin dışlanması vereceğimiz tedaviyi belirlemek ve etkili olmayan tedavilerle vakit kaybetmemek için mutlaka ekarte edilmelidir. Özellikle histerosalpingografide orta segmentte tıkanıklık görülen vakalarda, tubanın orta segmentinin agenezisi akla getirilmelidir.

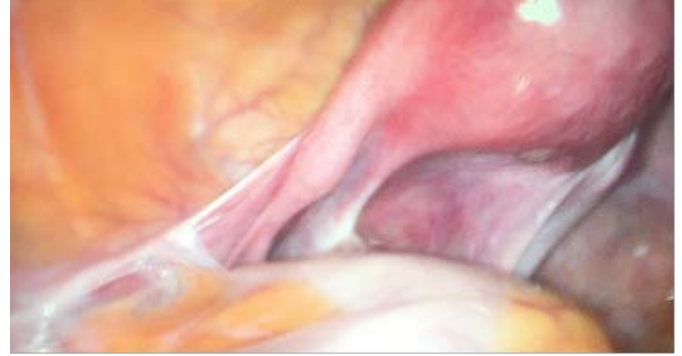
**Anahtar Kelimeler:** İnfertilite, bilateral agenezisi, fallop tüpleri

Fig. 1. Right fallopian tube in diagnostic laparoscopy



Middle segment agenesisi of right fallopian tube

Fig. 2. Left fallopian tube in diagnostic laparoscopy



Middle segment agenesisi of left fallopian tube

EP-06

### Üçüncü Trimesterde Akut Pankreatitli Bir Olgunun Yönetimi: Vaka Sunumu

Nigar Almadadova, Hilal Uslu Yuvacı, Özkan Durmaz, Şeyda Demirsoy, Mehmet Musa Aslan, Arif Serhan Cevrioğlu  
Sakarya Üniversitesi Eğitim Araştırma Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum AD., Sakarya

**AMAÇ:** Akut pankreatit, gebelikte oldukça nadir görülen, fakat maternal ve fetal mortaliteye neden olabilen inflamatuvar bir patolojidir. Bu çalışmada üçüncü trimesterde akut pankreatitli bir gebenin yönetiminin sunulması amaçlandı.

**Vaka Takdimi:** 36 yaşında, Gravida 1, Parite 0 olan hasta son adet tarihine göre 33 hafta 1 günlük gebelikte, bulantı, kusma, epigastrik bölgede başlayıp sırta vuran karın ağrısı ve sağ üst kadranda hassasiyet şikayeti ile acil servise başvurdu. Hastanın özgeçmişinde ek bir hastalığının olmadığı ve her hangi bir ilaç kullanmadığı öğrenildi. Genel durumu orta, oryante ve koopere olan hastanın Tansiyon arteriyel: 110/80 mmHg, nabız: 90 atım/dakika, solunum sayısı: 20/dakika ve vücut ısısı 36,7 °C idi. Batın muayenesinde, epigastrik bölgede ve sağ üst kadranda hassasiyet mevcut, rebound ve defans yoktu. Laboratuvar tetkiklerinde, lökosit 12.6x10<sup>3</sup>/µl, hemoglobin: 11,2 gr/dl, hematokrit: %37, trombosit:273x10<sup>3</sup>/µl, glikoz: 77 mg/dl, üre:62 mg/dl, kreatinin: 2.23 mg/dl, ALT, AST: normal, amilaz: 422 U/L, Lipaz: 864 U/L, total kolesterol: 1382, trigliserit: 1468, CRP: 53 olarak bulundu. Abdominal ultrasonografide(USG) ölçümleri 32 hafta ile uyumlu, tek canlı gebelik izlendi. Amniyon sıvısı yeterli, umbilikal arter doppler indeksleri normal bulundu. Acil tüm batın USG' sinde safra kesesi büyüklüğü ve duvar kalınlığı normal izlendi. Karın ağrısına eşlik eden amilaz ve lipaz değerlerindeki yüksekliğin sebat etmesi üzerine dahiliye tarafından değerlendirilen hasta gebelik ve trigliserit yüksekliğine bağlı akut pankreatit olarak değerlendirildi. Akut pankreatit ön tanısı ile hidrasyon ve analjezik tedavisi başlandıktan sonra gebelik takipleri sırasında fetal distress gelişmesi üzerine acil sezeryana alındı. Baş geliş, 1710 gr 5-8 APGAR ile kız bebek doğurtuldu. Plasenta ve ekleri tam olarak ayrıldı. Bebek prematürüite nedeniyle yenidoğan yoğun bakım ünitesine alındı. Doğumda bir komplikasyon gelişmedi. Hasta postoperatif ikinci gününde gastroenteroloji poliklinik kontrolü önerilerek taburcu edildi.

**SONUÇ:** Gebelikte akut pankreatit anne ve bebek açısından ciddi bir durumdur. Günümüzde erken tanı ve teşhis, yenidoğan yoğun bakım ünitelerinin gelişmesi nedeniyle maternal ve fetal mortalite ve morbidite oranları düşmüştür. Gebelikte akut karın ağrısına eşlik eden karaciğer enzimlerinde yükselme ile seyreden durumlarda akla getirilmesinin hayat kurtarıcı olacağı unutulmamalıdır.

**Anahtar Kelimeler:** Akut Pankreatit, Gebelik, Doğum

EP-07

### Atipik Preklamptik Bir Olguda Postoperatif Gelişen Akciğer Ödemini Yönetimi: Vaka Sunumu

Hilal Uslu Yuvacı, Nigar Almadadova, Mehmet Musa Aslan, Nur Kurt, Koray Gök, Bilge Kapudere, Selçuk Özden  
Sakarya Üniversitesi Eğitim Araştırma Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum AD, Sakarya

**GİRİŞ:** Preeklamps, hem maternal hem de fetal önemli bir mortalite ve morbidite nedenidir. Bu çalışmada, atipik şiddetli bir preeklamps olgusunda sezeryan sonrası gelişen yaygın akciğer ödemi sonucu yoğun bakımda takip edilen bir olgunun yönetimini sunmayı amaçladık.

**Vaka Takdimi:** 20 yaşında, Gravida 1, Parite 0 olan göçmen hasta ultrason ölçümlerine göre 35 hafta 3 günlük gebelikte, karın ağrısı şikayeti ve karaciğer enzimleri (ALT/AST) yüksekliği olması üzerine acil servisten yatışı yapıldı. Hastanın özgeçmişinde ek bir hastalık olmadığı ve her hangi bir ilaç kullanmadığı öğrenildi. Genel durumu orta, oryante ve koopere olan hastanın Tansiyon Arteriyel: 110/80mmHg, nabız: 90 atım/dakika, solunum sayısı: 20/dakika ve vücut ısısı 36,7°C idi. Batın muayenesinde, batın rahat olup, rebound ve defans yoktu. Laboratuvar tetkiklerinde, AST:285 IU/L ALT:198 IU/L bulundu. Diğer laboratuvar değerleri normal sınırlarda izlendi. Abdominal ultrasonografide (USG) ölçümleri 35 hafta ile uyumlu, makat prezentasyon tek canlı gebelik izlendi. Amniyon sıvısı yeterli, umbilikal arter doppler indeksleri normal bulundu. Acil tüm batın USG' sinde safra çamuru olması üzerine genel cerrahiye danışıldı ve acil girişim düşünülmeydi. Karın ağrısına eşlik eden izole ALT ve AST yüksekliğinin sebat etmesi üzerine dahiliyeye konsültü edilen hastada ön planda gebeliğe bağlı akut yağlı karaciğer düşünüldü. Gebelik takipleri sırasında eylemde makat prezentasyon gelişmesi üzerine acil sezeryana alındı. Ayak geliş 9-10 APGAR 2040gr kız bebek doğurtuldu. Hastada perop saturasyon düşüklüğü (SpO<sub>2</sub> <85) ve tansiyon yüksekliği gelişmesi ve saturasyon düşüklüğünün postoperatif dönemde de devam etmesi üzerine Göğüs Hastalıkları ve Kardiyoloji konsültasyonu yapıldı. Oskültasyonda bazallerde solunum seslerinde azalma mevcuttu. Yapılan tetkiklerde EKG ve EKO normal, D-dimer: 2180, kan gazı pH:7,3 bulundu. Kontrastlı toraks bilgisayarlı tomografisinde sağ ve sol hemitoraksta 2-3cm plevral efüzyon görüldü. Akciğer segmentleri buzlu cam görünümünde izlendi(Resim1). Bunun üzerine ön planda akciğer ödemi düşünülen hasta Göğüs hastalıkları ve anesteziinin önerisiyle entübe edilerek yoğun bakım şartlarında takipe alındı. Tedavisine antihipertansif ve magnezyum sülfat infüzyonu eklenen hasta postop 1.gününde ekstübe edildi, postoperatif dördüncü günde servis takibine alındı. Postoperatif sekizinci günde kardiyoloji ve dahiliye poliklinik kontrol önerisiyle antihipertansif ilaçla taburcu edildi.

**SONUÇ:** Akciğer ödemi, tıbbi, cerrahi veya obstetrik komplikasyonların eşlik etmediği durumlarda preeklamptik gebelerde nadiren ortaya çıkan bir komplikasyondur. Preeklamps nedeniyle takip edilen hastalarda gelişen saturasyon düşüklüğü akciğer ödemi akla getirmeli ve ayırıcı tanıda tıbbi, cerrahi nedenlerin ayırt edilmesi hayat kurtarıcı olabilir.

**Anahtar Kelimeler:** Akciğer ödemi, Preklampsi, Sezeryan, Doğum

## Yoğun bakımda çekilen AC grafisi



## EP-08

### Plasental koryoanjyom

Tülin Önder, Gulchin Abdullah, Mehmet Zeki Taner  
Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Ana Bilim Dalı, Ankara

**GİRİŞ:** Plasental koryoanjyom plasentanın en sık görülen benign trofoblastik olmayan tümördür. Primitif koryonik mezenkimden türetilir ve tipik olarak vaskülerdir. Çoğu koryoanjyom asemptomatikdir.

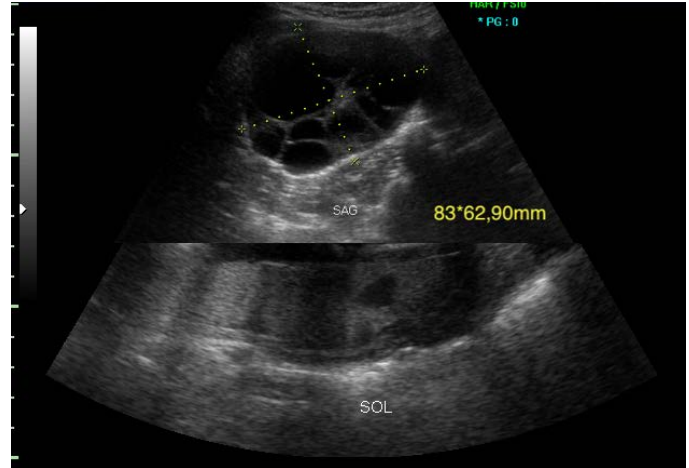
**OLGU:** 25 yaşında gebe olan hasta 17 hafta 4 gün iken tarafımıza başvurmuş olup hastanın daha önce antenatal tarama testi yoktur. Hastanın beta-hcg değeri: 255000 mIU/ml ölçülmüş olup hastada sağda 88\*62 mm, solda 78\*50mm kistik multiloküle yapı ve plasenta arka duvar ortada 24\*20mm hipoeoik vaskülarizasyon içermeyen solid lezyon izlendi. Hastanın takiplerinde 4 lü tarama testi yüksek riskli olarak yorumlanmıştır. Hastanın amniosentez sonucu normal konstitüsyonel karyotip olarak yorumlandı. 20. gebelik haftasında yapılan ultrason muayenesi normal olan hastanın takiplerinde kistler kaybolmuş olup plasental yapıdaki solid kistik yapı 20\*20 mm gerilemiştir. Ultrason takiplerinde 27. gebelik haftasından itibaren intrauterin gelişme kısıtlılığı başlamış olup hastanın gebelik haftası 31 hafta 5 gün iken 28 hafta 3 gün ile uyumlu izlenmiş ve dopplerler ölçümleri normal olarak değerlendirilmiştir. Hasta 34 hafta 3 gün gebe iken akut fetal distress nedeni ile hasta sezaryen doğuma alındı. 1900 gr erkek bebek 9/10 apgar ile doğurtuldu. Sonrasında prematürite nedeni bebeğin 15 gün yatışı ile takibi olup bebekte ek patoloji saptanmamıştır. Hastanın plasenta patoloji sonucu GLUT-1 ile boyanan koryoanjyom, plasenta parankimi olarak raporlanmıştır.

**SONUÇ:** Plasenta koryoanjyomlar gebeliklerin yaklaşık% 1'inde görülür. Plasental koryoanjyomların çoğu küçüktür ve klinik olarak önemli değildir. Bununla birlikte, çapı 4-5 cm'den fazla olanlar maternal ve fetal komplikasyonlarla ilişkili olabilir. Erken tanı, yakın doğum öncesi sürveyans ve uygun müdahale, koryoanjyomun neden olduğu ciddi komplikasyonları ve perinatal

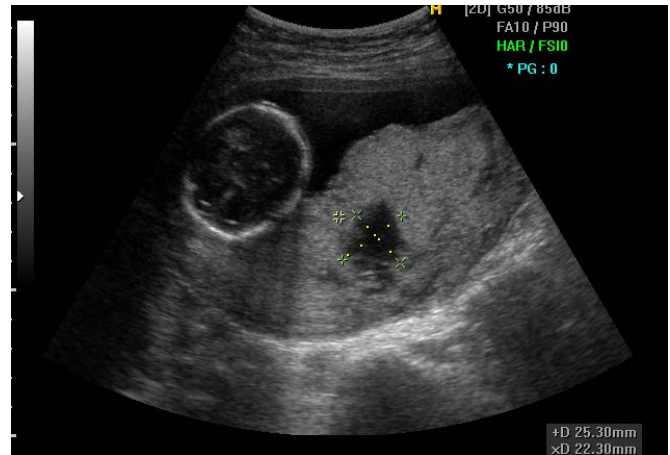
mortaliteyi önleyebilir. Büyük bir koryoanjyom olumsuz gebelik sonuçlarına neden olabilir. Polihidramnios en sık görülen maternal komplikasyon ve tüm vakaların yaklaşık üçte birinde görülür. Diğer komplikasyonlar non –immun fetal hidrops, mikroangiopatik hemolitik anemi, trombositopeni, yenidoğan anemi ve intrauterin gelişme kısıtlılığı abruptio placentadır. İntrauterin fetal ölüm ile% 30-40 perinatal kaybı ile ilişkili olabilir. Koryoanjyomların intra uterin tedavisinde intrauterin transfüzyonlar, besleme damarlarının ultrason rehberliğinde intravasküler trombozu veya operatif fetoskopi'ü kapsamıştır. Hastalarda yüksek beta-hcg değerleri olabileceği gibi m–AFP düzeyleride yüksek izlenebilir. Bu nedenle hastaların tarama testleri yüksek risk ile sonuçlanabilir. Bu nedenle tarama testlerinin anlamlı olmayacağı göz önünde bulunulmalıdır.

**Anahtar Kelimeler:** plasental, koryoanjyom, plasental, anomaliler, polihidroamnioz, fetal hidrops

## case



## case 2



EP-09

### A CASE REPORT: PLACENTAL CHORIOANGIOMA

Tulin Onder, Gulchiin Abdullah, Mehmet Zeki Taner  
Gazi University Hospital, Department of Gynecology and Obstetrics, Ankara, Turkey

Placental chorioangioma is the most common benign non-trophoblastic tumor of the placenta. It is derived from primitive chorionic mesenchyme and is typically vascular. Those measuring more than 4-5 cm in diameter may be associated with maternal and fetal complications. A 25-year-old patient has applied to us at 17 weeks and 4 days of gestation, who has not had prenatal scanning test before, whose beta hcg level is 255000 mIU/mL and cystic multiloculated mass formation has been determined - 88\*62 mm on the right and 78\*50 mm on the left and 24\*20 mm solid hypoechoic lesion that does not contain vascularization has been determined in the middle of the posterior wall of placenta. Quadruple marker test has been interpreted as highly risky, while the result of amniocentesis has been interpreted as normal constitutional karyotype. No pathological finding related to the fetus has been observed during the ultrasound examination in the 20 weeks of gestation and the solid cystic mass in the placental structure has decreased to 20\*20 mm during the following weeks of gestation. During the ultrasound examination follow-ups ??? intrauterine growth restriction has been developed since at the 27 weeks of gestation. At the 31 week and 5 days of gestation there was about 3 weeks fetal growth retardation. Nevertheless umbilical artery, ductus venosus and middle cerebral artery doppler parameters were in normal intervals. At the 34 week and 3 days of gestation the patient delivered the baby with caesarean section, occurred by following acute fetal distress. Afterwards the baby has stayed in the newborn ICD due to the prematurity and no additional pathology has been determined in postpartum period. Early diagnosis, close prenatal surveillance and appropriate intervention may prevent severe complications and perinatal mortality caused by chorioangioma

As high serum levels of beta hcg can be found in patients, their scanning tests can result in high risk

A large scale chorioangioma can cause negative gestation results.

Polyhydramnios is the most common maternal complication and can be observed in about 1/3 of all cases.

Other complications - non-immun fetal hidrops, microangiopathic hemolytic anemia, thrombocytopenia, newborn anemia and intrauterine growth restriction and abruptio placenta.

Chorioangioma can cause intrauterine fetal death and 30-40% of perinatal mortality

Intrauterine transfusions and amniocentesis are two of the most common therapeutic procedures. The treatments to block arteriovenous shunting include alcohol injection, microcoil embolization, endoscopic laser coagulation, and interstitial laser therapy

**Anahtar Kelimeler:** placental chorioangioma, prenatal diagnosis, fetal therapy



**sismedikal**

**Vitrolife**



## Organizasyon Sekretaryası



**FIGÜR 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

[www.karadenizjinekoloji.org](http://www.karadenizjinekoloji.org)