

5. KARADENİZ JİNEKOLOJİ ve OBSTETRİK KONGRESİ

9-12 Haziran 2022

Sheraton Grand Samsun Otel



Bilimsel
Program ve
Bildiri Kitabı

www.karadenizjinekoloji.org



5. KARADENİZ JİNEKOLOJİ ve OBSTETRİK KONGRESİ

9-12 Haziran 2022 | Sheraton Grand Samsun Otel

Davet

Değerli Meslektaşlarım,

Ülkemizin içinde bulunduğu zor şartlara, sektörümüzdeki paydaşlarımızın yaşadığı maddi zorluklara rağmen 4 senedir, siz değerli çalışma arkadaşlarımızın destekleri, olumlu yaklaşımları ve bilimsel katkıları ile başarı ile gerçekleştirdiğimiz "Karadeniz Jinekoloji ve Obstetrik Kongresi'nin hazırlıklarına başlamış bulunmaktayız.

Daha önceki kongrelerimizdeki, 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, Karadeniz'e komşu ülkelerdeki meslektaşlarımızın da katılımıyla bölgemizdeki ilişkilerimizi ve bilimsel paylaşımlarımızın merkezi olacağı bir formata getirmeyi hedefliyoruz.

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

Birbirimizle ayrılarak değil kaynaşarak güzel günler göreceğimizi de özellikle belirterek, sizleri Karadeniz Kadın Sağlığı Derneği ve bölgedeki meslektaşlarımız adına, 5. Karadeniz Jinekoloji ve Obstetrik Kongresi için 09-12 Haziran 2022 tarihlerinde Samsun'da 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



5. KARADENİZ JİNEKOLOJİ ve OBSTETRİK KONGRESİ

9-12 Haziran 2022 | Sheraton Grand Samsun Otel

Kurullar

KARADENİZ KADIN SAĞLIĞI DERNEĞİ YÖNETİM KURULU

Başkan

Prof. Dr. Davut Güven

Başkan Yardımcısı

Prof. Dr. Yeşim Bayoğlu Tekin

Genel Sekreter

Doç. Dr. Kadir Bakay

Sayman

Dr. Öğr. Üyesi Şebnem Alanya Tosun

Üye

Prof. Dr. Süleyman Güven

Dr. Öğr. Üyesi Sabri Çolak

Doç. Dr. Engin Yurtçu

KONGRE BİLİMSEL KURULU

Prof. Dr. Aykut Barut

Doç. Dr. Hatice Yılmaz Doğru

Prof. Dr. Cazip Üstün

Doç. Dr. İbrahim Yalçın

Prof. Dr. Davut Güven

Doç. Dr. İlhan Bahri Delibaş

Prof. Dr. Elif Özdemir

Doç. Dr. Mehmet Sipahi

Prof. Dr. Erbil Doğan

Doç. Dr. Özgür Özdemir

Prof. Dr. E. Seda Güvendağ Güven

Doç. Dr. Pervin Karlı

Prof. Dr. Fazlı Demirtürk

Doç. Dr. Sabri Çolak

Prof. Dr. Gülşah Balık

Doç. Dr. Ülkü Mete Ural

Prof. Dr. Hasan Bozkaya

Doç. Dr. Ümit Görkem

Prof. Dr. Hulusi Gürel

Dr. Öğr. Ü. Atiye A. Gürçağlar

Prof. Dr. İdris Koçak

Dr. Öğr. Ü. Aysun Tekeli

Prof. Dr. Mehmet Harma

Dr. Öğr. Ü. Banuhan Şahin

Prof. Dr. Müge Harma

Dr. Öğr. Ü. Çiğdem Kunt İşgüder

Prof. Dr. Osman Fadıl Kara

Dr. Öğr. Ü. Deha Denizhan Keskin

Prof. Dr. Süleyman Güven

Dr. Öğr. Ü. Mesut Önal

Prof. Dr. Yeşim Bayoğlu Tekin

Dr. Öğr. Ü. Mustafa Naci İmamoğlu

Doç. Dr. Abdülkadir Bakay

Dr. Öğr. Ü. Özgür Koçak

Doç. Dr. Alper Başbuğ

Dr. Öğr. Ü. Seda Keskin

Doç. Dr. Asker Zeki Özsoy

Dr. Öğr. Ü. Şebnem Alanya Tosun

Doç. Dr. Ayşe Zehra Özdemir

Dr. Öğr. Ü. Zehra Yılmaz

Doç. Dr. Cavit Kart

Öğr. Gör. Ulaş Çoban

Doç. Dr. Cihan Toğrul

Dm. Mustafayeva Natella

Doç. Dr. Çağlar Yıldız

Md. Abbasova Zahra

Doç. Dr. Emine Arslan

Phd. Ismayilova Rena

Doç. Dr. Engin Yurtçu

Phd. Muslumova Yasemen

Doç. Dr. Fatma Devran Bildircin



5. KARADENİZ JİNEKOLOJİ ve OBSTETRİK KONGRESİ

9-12 Haziran 2022 | Sheraton Grand Samsun Otel

Kurullar

KONGRE DÜZENLEME KURULU

Prof. Dr. Arif Serhan Cevrioğlu

Prof. Dr. Bülent Ayas

Prof. Dr. Cazip Üstün

Prof. Dr. Davut Güven

Prof. Dr. Fazlı Demirtürk

Prof. Dr. Hulusi Gürel

Prof. Dr. Mehmet Ata Topçuoğlu

Prof. Dr. Mehmet Harma

Prof. Dr. Osman Fadıl Kara

Prof. Dr. Süleyman Güven

Prof. Dr. Yeşim Bayoğlu Tekin

Doç. Dr. Abdülkadir Bakay

Doç. Dr. Ayşe Zehra Özdemir

Doç. Dr. İbrahim Yalçın

Doç. Dr. Mehmet Sipahi

Doç. Dr. Ümit Görkem

Doç. Dr. Vehbi Yavuz Tokgöz

Dr. Öğr. Ü. Engin Yurtçu

Dr. Öğr. Ü. Mesut Önal

Öğr. Gör. Ulaş Çoban



5. KARADENİZ JİNEKOLOJİ ve OBSTETRİK KONGRESİ

9-12 Haziran 2022 | Sheraton Grand Samsun Otel

8 Haziran 2022, Çarşamba ONDOKUZ MAYIS ÜNİVERSİTESİ HASTANESİ

08:30-16:00

ENDOSKOPİ KURSU

Kurs Direktörleri: Gürkan Uncu, Bülent Urman, Mete Güngör

08:30-09:30

Laparoskopinin Geleceği

Gürkan Uncu

Laparoskopide İpuçları ve Teknik

Mete Güngör

Laparoskopi Sanatı

Bülent Urman

SALON 1

SALON 2

09:30-11:00

LAPAROSKOPİK HİSTEREKTOMİ

OFİS HİSTEROSKOPİ

OPERATİF HİSTEROSKOPİ

11:30-13:00

v-NOTES HİSTEREKTOMİ

LAPAROSKOPİK HİSTEREKTOMİ

13:00-14:00

ÖĞLE YEMEĞİ

14:00-16:00

OFİS HİSTEROSKOPİ

v-NOTES HİSTEREKTOMİ

OPERATİF HİSTEROSKOPİ

EĞİTMENLER

AYŞE ZEHRA ÖZDEMİR

İDRİS KOÇAK

ORHAN ORHAN

DOĞAN VATANSEVER

KADİR BAKAY

SALİH TAŞKIN

ERCAN BAŞTU

KİPER ASLAN

ZELİHA FIRAT CÜYLAN

HAMDULLAH SÖZEN

NASUH UTKU DOĞAN

İBRAHİM YALÇIN

ONUR TOPÇU

*ALFEBETİK SIRA

Her salonda 6 sabit kursiyer olmak üzere kurs kontenjanı 12 kişi ile sınırlıdır.

SPONSORLAR





5. KARADENİZ JİNEKOLOJİ ve OBSTETRİK KONGRESİ

9-12 Haziran 2022 | Sheraton Grand Samsun Otel

9 Haziran 2022, Perşembe

SALON-A

12:30-13:30

MEME KANSERİ

Oturum Başkanları: Güzin Demirağ, İbrahim Yalçın

12:30-12:45

Meme Kanseri ve Görüntüleme

İlkay Koray Bayrak

12:45-13:00

Meme Kanseri ve Cerrahi

Savaş Yürüker

13:00-13:15

Meme Kanseri ve Radyoterapi

Bilge Gürsel

13:15-13:30

Meme Kanseri ve Medikal Tedavi

Güzin Demirağ

13:30-14:00

UYDU SEMPOZYUM

Moderatör: Davut Güven

Jinekolojik Kanselerde Vajinal Atrofi
Konuşmacı: İbrahim Yalçın



14:00-15:15

Pelvik Tabanın Korunması

Oturum Başkanları: Fulya Dökmeci, Alper Başbuğ

14:00-14:15

Gebelik ve Doğumun Pelvik Taban Üzerine Etkileri

Şerife Esra Çetinkaya

14:15-14:30

Gebe ve Lohusa Takibinde Pelvik Taban Koruyucu Yaklaşımlar

Ulaş Çoban

14:30-14:45

İnapartum Yönetim: Pelvik Tabanı Koruma Stratejileri

Adnan Orhan

14:45-15:00

İnapartum OASİS Tanı ve Tedavi Seçenekleri

Funda Güngör Uğurlucan

15:00-15:15

Tartışma

15:15-15:45 KAHVE ARASI



5. KARADENİZ JİNEKOLOJİ ve OBSTETRİK KONGRESİ

9-12 Haziran 2022 | Sheraton Grand Samsun Otel

9 Haziran 2022, Perşembe

SALON-A

15:45-17:15

Histeroskopi

Oturum Başkanları: Cihat Ünlü, Cem Demirel

15:45-16:00

Histeroskopik Cerrahide Yeni İnovatif Teknikler

Banuhan Şahin

16:00-16:15

Dismorfik Uterusun Histeroskopik Cerrahisi

Cem Demirel

16:15-16:30

İnfertil Hastada Ofis Histeroskopi

Erhan Şimşek

16:30-16:45

Endometrial Polip ve Myomların Histeroskopik Cerrahisi

Yavuz Emre Şükür

16:45-17:00

Histeroskopik Cerrahi Komplikasyonlarından Korunma

Cihat Ünlü

17:00-17:15

Tartışma

17:15-18:30

CİSED Oturumu

Oturum Başkanları: A. Cem Keçe, Gamze Keleş

17:15-17:30

Kadın Cinsel Hazları

A. Cem Keçe

17:30-17:45

Kronik Pelvik Ağrıya Psikiyatrik Yaklaşım

Fatma Coşar

17:45-18:00

Kadın Pelvik Taban ve Cinsellik

Osman Çelik

(Fizyoterapist Gözde Balkaş Eşliğinde Pratik Destekli Uygulama ile)

18:00-18:15

Cinsel Terapilerde ve Güzel Sevişme Sanatında Psoas Kasının Yeri ve Önemi

Seda Keskin

18:15-18:30

Tartışma



5. KARADENİZ JİNEKOLOJİ ve OBSTETRİK KONGRESİ

9-12 Haziran 2022 | Sheraton Grand Samsun Otel

10 Haziran 2022, Cuma

SALON-A

08:30-10:00

Panel: İnfertilite (YÜT)

Moderatör: Barış Ata

Panelistler: Esra Bulgan Kılıçdağ, Gürkan Uncu, Bülent Urman, Sedat Kadanalı, Şebnem Alanya Tosun

10:00-10:30

UYDU SEMPOZYUM

Moderatör: Davut Güven



Postpartum Kanama Profilaksisinde Yenilikler

Konuşmacı: Acar Koç

10:30-11:00 ARA

11:00-12:30

Onkoloji - 1

Oturum Başkanları: İlkan Dünder, Mete Güngör, Nejat Özgül

11:00-11:15

HPV Enfeksiyon ve Kanser İlişkisi

Ali Ayhan

11:15-11:30

Servikal Kanser Taramasında HPV Testi ve Triyaj

U. Fırat Ortaç

11:30-11:45

HPV Aşıları ve Etkinliğinde Son Gelişmeler

M. Faruk Köse

11:45-12:00

HPV Tedavisinde Medikal Tedavinin Yeri

Zeliha Fırat Cüylan

12:00-12:30

Tartışma

12:30-13:30 ÖĞLE YEMEĞİ

13:30-15:00

Fetal Ultrasonografi

Oturum Başkanları: Tamer Mungan, Aykut Barut

13:30-13:45

İlk Üç Ay Ultrasonografisinde Dikkat Edilecek Konular

Ebru Çelik

13:45-14:00

Fetal SSS Ultrasonografisi

Özgür Özyüncü

14:00-14:15

Fetal Kalp Değerlendirmesi

Cantekin İskender

14:15-14:30

Fetal Üriner Sistem Değerlendirmesi

Şevki Çelen

14:30-15:00

Tartışma

15:00-15:30 ARA



5. KARADENİZ JİNEKOLOJİ ve OBSTETRİK KONGRESİ

9-12 Haziran 2022 | Sheraton Grand Samsun Otel

10 Haziran 2022, Cuma

SALON-A

15:30-17:00

Onkoloji - 2

Oturum Başkanları: Hüsnü Çelik, M. Mutlu Meydanlı, Müge Harma

15:30-15:45

Jinekolog Onkolog Gözüyle Endometrioma

Kemal Özerkan

15:45-16:00

Gebelikte Servikal Prekanseroz Lezyonların Yönetimi

Mehmet Harma

16:00-16:15

Endometrial Hiperplazilere Güncel Yaklaşım (Medikal Tedavi vs Cerrahi Tedavi)

Mehmet Ali Vardar

16:15-16:30

Jinekolojik Kanser Tedavisi Sonrası Hormon Replasman Tedavisi

Yakup Yalçın

16:30-17:00

Tartışma

17:00-18:15

Onkoloji - 3

Oturum Başkanları: Cazip Üstün, O. Fadıl Kara, Hamdullah Sözen

17:00-17:15

Vulva Kanserinde Sentinel Lenf Nodu

Macit Arvas

17:15-17:30

Serviks Kanserinde Sentinel Lenf Nodu

İbrahim Yalçın

17:30-17:45

Endometrium Kanserinde Sentinel Lenf Nodu

Salih Taşkın

17:45-18:00

Over Kanserinde Sentinel Lenf Nodu

Doğan Vatansever

18:00-18:15

Tartışma



5. KARADENİZ JİNEKOLOJİ ve OBSTETRİK KONGRESİ

9-12 Haziran 2022 | Sheraton Grand Samsun Otel

10 Haziran 2022, Cuma

SALON-B

11:00-12:30

Hemşirelik Oturumu

Oturum Başkanları: Emine Turhan, Tülay Dinç

11:00-11:15

Pandemide Kurumsal ve Yönetimsel Destek

Şebnem Kayan

11:15-11:30

Watson Bakım Modeline Temellendirilmiş Kadın Doğum Hemşireliği

Emine Altan

11:30-11:45

IVF Komplikasyonları (OHSS)

Burçin Turlek

11:45-12:00

Vajinismus ve Vajinismus Hemşirelik Yaklaşımları

Havva Gürler

12:00-12:30

Tartışma

12:30-13:30 ÖĞLE YEMEĞİ

13:30-15:00

Endometriozis Oturumu

Oturum Başkanları: Gürkan Uncu, Bülent Urman

13:30-13:45

Adenomyozis: Cerrahi Yönetim Ne Zaman Tercih Edilir?

Özgür Koçak

13:45-14:00

Endometrioma: Yönetimi ve Cerrahi Tedavi Tekniği

Ercan Baştu

14:00-14:15

Endometriomanın Laparoskopik Cerrahisinde Cerrahi Travmayı Minimalize Etmek

Mesut Önal

14:15-14:30

Endometriozis ve İnfertilite: YÜT Sonrası Doğurganlık Sonuçları

Barış Ata

14:30-14:45

Endometriozis Vakalarında Tıbbi Tedavi Seçenekleri

Onur Topçu

14:45-15:00

Tartışma

15:00-15:30 ARA



5. KARADENİZ JİNEKOLOJİ ve OBSTETRİK KONGRESİ

9-12 Haziran 2022 | Sheraton Grand Samsun Otel

11 Haziran 2022, Cumartesi

SALON-A

08:30-10:00

Panel: Laparoskopik Histerektomi

Moderatör: Gürkan Uncu

Panelistler: Ercan Baştu, Yakup Kumtepe, Kadir Bakay, Üzeyir Kalkan, Kiper Aslan

10:00-10:30

UYDU SEMPOZYUM Aşırı Akif Mesane Tedavisinde Güncel Durum Moderatör: Abdullah Demirtaş



Propiverin Doz Seçenekleri: Hangi Doz, Hangi Hastaya?
Rahmi Onur

10:30-11:00 ARA

11:00-12:30

İnfertilite Cerrahi Olarak Düzeltilebilir mi?

Oturum Başkanları: Ahmet Zeki Işık, İdris Koçak

11:00-11:15

Tubal Rekonstrüksiyon

Sibel Doğan Polat

11:15-11:30

İsthmosel

Yakup Kumtepe

11:30-11:45

Endometriozis

Süleyman Güven

11:45-12:00

Adenomyozis

Cem Atabekoğlu

12:00-12:15

Varikosel

Ramazan Aşçı

12:15-12:30

Tartışma

12:30-13:30 ARA



5. KARADENİZ JİNEKOLOJİ ve OBSTETRİK KONGRESİ

9-12 Haziran 2022 | Sheraton Grand Samsun Otel

11 Haziran 2022, Cumartesi

SALON-A

13:30-15:00

Maternal Problemler

Oturum Başkanları: Acar Koç, Fatma Devran Bildircin

13:30-13:45

Preeklampsisi Öngörüsü

Tuğba Saraç Sivriköz

13:45-14:00

Hangi Gebelere LMWH Tedavisi Yapılmalıdır?

Filiz Yanık

14:00-14:15

Postpartum Kanama Profilaksisi

Yaprak Üstün

14:15-14:30

Plasenta Akreta Tanı ve Yönetimi

Tuncay Özgün

14:30-15:00

Tartışma

15:00-15:30 ARA

15:30-17:00

YÜT Dışı İnfertilite ve Düşüklerde Algoritmalar

Oturum Başkanları: Davut Güven, Gürkan Bozdağ

15:30-15:45

Prekonsepsiyonel Değerlendirme ve Medikasyon

Ayşe Zehra Özdemir

15:45-16:00

İnfertilite Değerlendirmesi

Işıl Kasapoğlu

16:00-16:15

Anovulatuvar İnfertilite (WHO Grup I, II ve Hiperprolaktinemi)

Berfu Demir

16:15-16:30

Açıklanamayan İnfertilite

Sabri Çolak

16:30-16:45

Tekrarlayan Düşükler

Sezcan Mümüsoğlu

16:45-17:00

Tartışma

17:00-18:30

Tartışmalı Konular

Oturum Başkanları: Nuri Danışman, Fazlı Demirtürk, Sabri Çolak

17:00-17:15

Kısa Serviks: Serklaj mı, Progesteron mu?

Bilge Çetinkaya Demir

17:15-17:30

hdDNA Klinik Uygulaması Nasıl Olmalıdır?

Ebru Alıcı Davutoğlu

17:30-17:45

Akciğer Maturasyonu İçin Steroid Uygulaması, Ne Zaman, Kaç Kere?

Esra Esim Büyükbayrak

17:45-18:00

Gebelik Terminasyonu Yöntemleri

Recep Erin

18:00-18:30

Tartışma



5. KARADENİZ JİNEKOLOJİ ve OBSTETRİK KONGRESİ

9-12 Haziran 2022 | Sheraton Grand Samsun Otel

11 Haziran 2022, Cumartesi

SALON-B

09:00-13:30

Kadın Genital Estetiği Kursu

Kurs Eğitmenleri:

Süleyman Eserdağ, Burcu Akdağ Özkök, Ayşe Zehra Özdemir,
Ceren Katar Yıldırım, Servet Şekeryapan Çalikoğlu, Şenay Eserdağ



09:00-09:20	Kadın Genital Estetiğine Giriş. Kadın Genital Estetiği Bir Sanat mı?	Süleyman Eserdağ
09:20-09:35	Vajinismus ve Kadınlarda Cinsel İstek Bozuklarında Güncel Yaklaşımlar	Şenay Eserdağ
09:35-09:50	Temel Anatomi ve Fizyoloji	Süleyman Eserdağ
09:50-10:10	Hasta Seçimi ve Preop Hazırlıklar	Ceren Katar Yıldırım
10:10-10:30	Genital PRP ve O Shot	Servet Şekeryapan Çalikoğlu
10:30-10:50	Enerji Bazlı Tedaviler: Lazer, Radyofrekans ve HIFU Uygulamaları	Süleyman Eserdağ

10:50-11:20 ARA

11:20-11:40	Hyaluronik Asid Uygulamaları ve G Shot	Yeşim Bayoğlu Tekin
11:40-12:00	Genital Bölge Renk Açma Tedavileri. Lazer & Kimyasal Peeling	Burcu Akdağ Özkök
12:20-12:50	Cerrahi Prosedürler: Labiaminoroplasti, Hudoplasti, Majoroplasti	Süleyman Eserdağ
12:50-13:10	Otolog Yağ Transferleri ve Kök Hücre Uygulamaları	Süleyman Eserdağ
13:10-13:30	Video Prezantasyonları ve Tartışma	Süleyman Eserdağ

15:30-17:00

Embriyoloji

Oturum Başkanları: Necati Fındıklı, Bülent Ayas

15:30-15:50	Güncel IVF Pratiğinde Sperm Morfolojisi: Hala Kritik Öneme Sahip mi?	Kerem Dirican
15:50-16:10	Kök Hücre Kullanımının Klinik ve Laboratuvar Yönleri ile IVF'deki Yeri	Necati Fındıklı
16:10-16:30	Fertilite Prezervasyonunda Oosit Dondurma İçin Yasal Süreçler Nelerdir?	Başak Balaban
16:30-16:50	Non-İnvazif Oosit ve Embriyo Değerlendirilmesinde Güncel Yaklaşımlar	Berrin Avcı
16:50-17:00	Tartışma	



5. KARADENİZ JİNEKOLOJİ ve OBSTETRİK KONGRESİ

9-12 Haziran 2022 | Sheraton Grand Samsun Otel

12 Haziran 2022, Pazar

SALON-A

09:00-10:30

Laparoskopi

Oturum Başkanları: Mehmet Ata Topçuoğlu, Hulusi Gürel

09:00-09:15

Laparoskopik Pelvik Anatomi

Deha Denizhan Keskin

09:15-09:30

Laparoskopik Myomektomi

A. Serhan Cevrioğlu

09:30-09:45

Over Kistlerine Yaklaşımında İpuçları ve Püf Noktaları

Ümit Görkem

09:45-10:00

Laparoskopik Sakrokolpopeksi, Lateral Suspansiyon ve Pektapeksi

Engin Yurtçu

10:00-10:30

Tartışma

10:30-11:00 ARA

11:00-12:30

Sözel Bildiri

Oturum Başkanları: Deniz Kulaksız, Mehmet Bülbül, Emine Seda Güvendağ Güven

12:30-13:30

Sözel Bildiri

Oturum Başkanları: Kübra Erin, Oğuzhan Tutar

13:30-14:30

Sözel Bildiri

Oturum Başkanları: Aykut Barut, Semra Eroğlu



5. KARADENİZ JİNEKOLOJİ ve OBSTETRİK KONGRESİ

9-12 Haziran 2022 | Sheraton Grand Samsun Otel

SÖZEL BİLDİRİLER

SS-01

Torsiyone Leiomyom: nadir görülen bir olgu sunumu

Nigar Almadadova, Mehmet Sühha Bostancı, Osman Köse, Zuhâl Hürel
Sakarya Üniversitesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Ana Bilim Dalı,
Sakarya

GİRİŞ: Uterin fibroidler olarak bilinen leiomyomlar, myometriyumun düz kasından kaynaklanan benign kitlelerdir. Leiomyomlar yerleşme yerini göre 2004 yılında (FİGO) tarafından 8 tip olarak sınıflandırılmıştır. Genel olarak bakıldığında ise leiomyomlar, submukoz, intramural, subseröz, intraligamenter, parazitik myomlar olarak da sınıflandırılabilir. Üreme çağındaki kadınlarda en sık rastlanan (%60) benign jinekolojik patoloji nedenidir. Komplike olmayan uterin myomlar genellikle asemptomatik seyrederken semptomatik olduğunda da ağrı, menoraji, dismenore ve infertilite gibi şikayetlere neden olabilir. Torsiyon, pedinküllü leiomyom da nadir rastlanabilecek bir durum olup, oluştuğunda iskemiye bağlı olarak doku nekrozu ve reaktif peritonite neden olabilir. Nadir görülen bu durum, retrospektif bir çalışmada %0,25'ten daha az olarak rapor edilmiştir. Görüntüleme yöntemlerinin myom torsiyonu tanısında spesifite ve sensitivitesinin çok düşük olması nedeniyle tanı sadece intraoperatif olarak doğrulanabilir. Bizlerde akut batın nedeniyle tarafımıza başvuran ve intraoperatif olarak tanısı kesinleşen pedinküllü miyom torsiyonu vakasını literatür bilgileri ışığında sunmayı amaçladık.

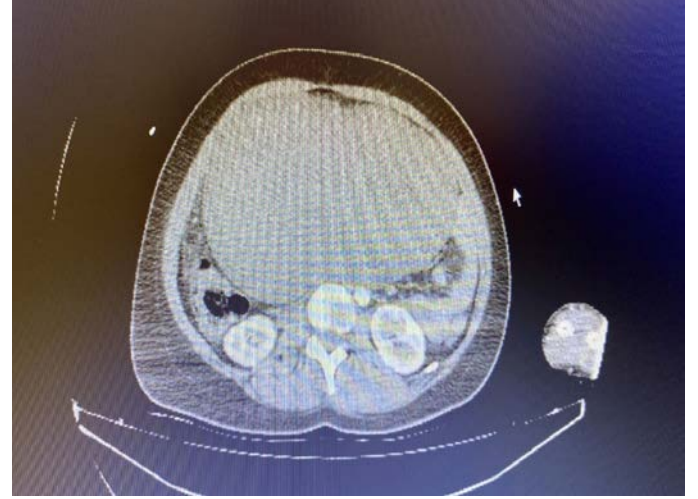
OLGU: Otuz sekiz yaşında bekar kadın hasta, son bir gün içinde başlayan şiddeti artan karın ağrısı ve buna eşlik eden bulantı, kusma ve ishal şikayeti ile acil servise başvurdu. Hastamızın öyküsünde ek bir hastalığı, cerrahi operasyonu yoktu. Acil serviste kan tahlilleri, ultrason, bilgisayarlı tomografi (BT) tetkikleri istendi. Yapılan pelvik muayenede patoloji izlenmezken, fizik muayenede batın distandı, defans ve rebound pozitif olarak bulundu. Batın muayenesinde ise palpasyonda ağrılı, ksifoide kadar uzanan solid kitle palpe edildi. Yapılan kan tahlillerinde Hg 16,5 g/dl, beyaz küre 14 K/uL, Plt 136 K/uL, C – Reaktif Protein 171 mg/L, BhCG negatif, tümör markerleri normal sınırlarda olduğu görüldü. Ultrason incelemesinde uterus korpus posteriordan kaynaklanan 20 cm leiomyomla uyumlu görünüm izlendi. BT incelemede ise batın içerisinde 22x13 cm boyutlarında uterusdan kaynaklandığı düşünülen lezyon ve uterus fundusunda yerleşmiş 11x9 cm boyutlarındaki leiomyomla uyumlu solid lezyon izlendi. Şiddetli ve dayanılmaz ağrı tarif eden kadın hasta, intraligamenter miyom ? pedinküllü torsiyone miyom ? ola bileceği düşünülecek akut batın nedeni ile acil şartlarda operasyona alındı. Operasyonda saplı semitorsiyone miyom olduğu görülerek tanı kesinleştirildi. Pedinküllü 21 cm semitorsiyone subseröz miyom, yaklaşık 3 cm'lik subseröz saplı miyom, uterus fundus yan duvarda intamural 8 cm miyom miyomektomi yapılarak çıkartıldı. Semitorsiyone miyomun ağırlığı 6600 gr olarak raporlandı. Bilateral overler ve appendiks değerlendirildi, sağ tuba, over ve appendiks normal izlendi. Sol tarafda ise rudimentar tuba ve streak over olması, üzerine sol salpingooferektomi yapıldı. Operasyon komplikasyon olmadan tamamlandı. Hastanın postop takipleri de sorunsuz ilerledi ve postop 5. gününde taburcu edildi. Ameliyattan sonra yapılan patoloji raporu tanıyı doğrularak dejenere miyom nodülleri olarak değerlendirildi.

TARTIŞMA: Uterus leiomyomunun torsiyon tanısı bir ekartasyon tanısı olup, akut batın ile baş vuran bir kadında öncelikle apandisit, pelvik inflamatuvar hastalık, over torsiyonu gibi diğer akut batın nedenleri ekarte edilmelidir. Bu nedenler ekarte edildikten sonra bile öncelikle miyom torsiyonundan ziyade dejenere leiomyom düşünülür. Yukarıda da söylediğimiz gibi uterin leiomyomların yaygın olmasına rağmen, pedinkülasyonun ve buna bağlı oluşan torsiyonun çok nadir görüldüğünü gözler önüne seren bir retrospektif çalışma yapılmıştır. 2018 yılında yapılmış bir retrospektif çalışmada subserozal leiomyomdan kaynaklanan komplikasyonlar nedeniyle ameliyat edilen 2022 hastadan sadece 5 miyom

torsiyon vakasının intraoperatif olarak doğrulandığını ve bu cerrahi popülasyonda insidansının %0,25'ten az olduğunu ortaya koydu

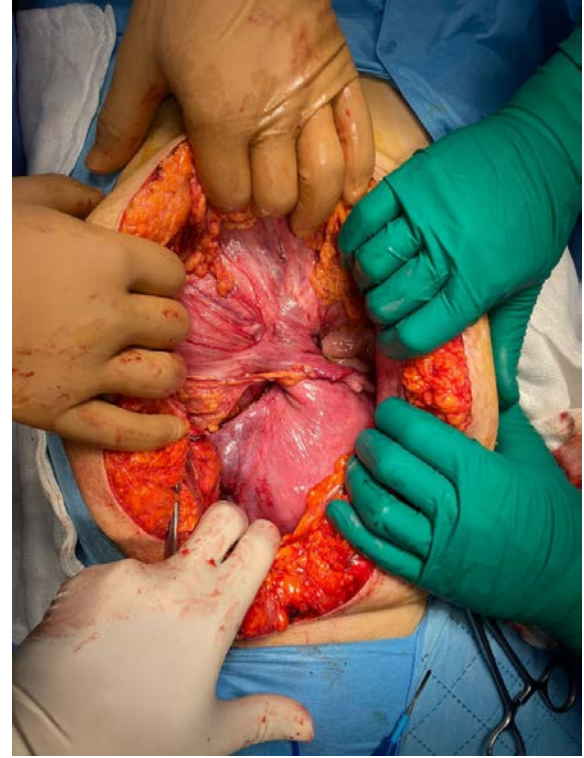
Anahtar Kelimeler: Akut batın, Leiomyom, torsiyon, saplı miyom

Resim 1



Leiomyom BT görüntüsü

Resim 2



Intraoperatif Leiomyom görüntüsü



5. KARADENİZ JİNEKOLOJİ ve OBSTETRİK KONGRESİ

9-12 Haziran 2022 | Sheraton Grand Samsun Otel

SS-02

Hellp Sendromu Tanısı Olan Şiddetli Preeklampitik Gebenin Sezaryeninde Anestezi Seçimi

Dilek Yeniay¹, Sadettin Oğuzhan Tutar²

¹Giresun Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi

²Giresun Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı

HELLP sendromu; hemoliz, yüksek karaciğer enzimleri ve düşük trombosit sayısı ile karakterize olan ve preeklampsinin ciddi bir komplikasyonudur. Ciddi fetal ve maternal morbidite ve mortaliteye neden olabilir. Tedavide doğumun bir an önce gerçekleştirilmesi önemlidir. HELLP sendromu tanılı ve sezaryen olan hastalara genel veya rejyonel anestezi yöntemlerinin kullanılması tartışmalıdır. Bu hasta popülasyonunda genel anestezi sırasında kan basıncındaki ani artışlar, aspirasyon ve başarısız entübasyon olasılığı nedeniyle rejyonel (epidural/spinal) anestezi önerilmektedir. Bu olguda, şiddetli preeklampsi ve HELLP sendromu tanıları nedeni ile operasyona alınan ve ablasyo plasentanın da eşlik ettiği 34 haftalık bir gebede uygulanan anestezi şekli ve yoğun bakımdaki klinik seyri sunulmuştur.

Anahtar Kelimeler: Hellp Sendromu, Şiddetli Preeklampsi, Ablasyo Plasenta, Genel Anestezi, Rejyonel Anestezi

Hellp Sendromu Tanılı Hastanın Tüm Laboratuvar Değerleri

	Geliş	Sezaryen Öncesi	Postoperatif 1. gün	Postoperatif 2. gün
Hemoglobin (gr/dl)	13	13	10	10
Hematokrit (%)	39	38	32	31
Trombosit Sayısı (mm ³)	173.000	110.000	126.000	136.000
Protrombin Zamanı (sn)	12	12,6	13	-
Aktive Parsiyel Tromboplastin Zamanı (sn)	25	28,6	26,5	-
INR	0,97	0,94	0,99	-
Alanin Aminotransferaz (U/L)	68	148	75	64
Aspartat Aminotransferaz (U/L)	56	195	68	51
Alkalen Fosfataz (U/L)	153	114	109	-
Laktat Dehidrogenaz (U/L)	233	439	331	-
Direkt Bilirubin (mg/dl)	0.13	0.33	0.14	-
Total Bilirubin (mg/dl)	0.21	0.63	0.29	-
Preteintüri	+1	-	-	-

Hellp Sendromu Tanılı Hastanın Tüm Laboratuvar Değerleri

SS-03

IVF-ICSI siklusunda all freeze yapılmış olmasına rağmen gebelik ve şiddetli OHSS gelişimi! Olgu sunumu

Tuğçe Yiğit¹, Zahide Asoğlu², Mehmet Musa Aslan², Nermin Akdemir¹, Arif Serhan Cevrioğlu¹

¹Sakarya Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum AD, Sakarya

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

AMAÇ: Ovaryen hiperstimülasyon sendromu (OHSS), yumurtalık stimülasyonunun ciddi bir iyatrojenik komplikasyonudur. Son yıllarda artan üreme yardımcı teknikleri ile OHSS görülme sıklığı giderek artmıştır. Etyopatogenezinde üçüncü boşluğa sıvı geçişi, hemokonsantrasyon ve hedef organ yetmezliği gelişmesi nedeniyle sıkı yönetim gereken bir durumdur. Genç Yaş (<35), düşük kilo, PCOS, HCG günü E2 değerleri >4000 pg/ml, OHSS öyküsü, gebelik oluşan sikluslar da OHSS gelişme riski daha fazladır. Bu olgu sunumunda kliniğimize başvuran spontan gebelik oluşan bir olguda gelişen OHSS' nin tedavi yönetimini sunmayı amaçladık. **OLGU:** 31 yaşında 3 yıldır primer infertil olan hastaya dış merkezde menotropin ve follitropin-a ile ovaryen hiperstimülasyon sonucunda 17 adet oosit toplama işleminden 5 gün sonra kadın doğum acil servisine karın ağrısı, şişkinlik şikayeti ile başvurdu. Hastanın toplanan bütün oositlerinin dondurulduğu fakat işlemden 2 gün önce koitus olduğu öğrenildi. Başvurusunda genel durumu orta, ateş: 36.1C0, saturasyon: 98, TA: 110/80 mmHg, nabız: 150 vuru/dk bulundu. Fizik muayenede karında distansiyon ve hassasiyet mevcut idi. Laboratuvar bulguları hemoglobin:16,7g/dL, hematokrit: %50, Lökosit:10 K/uL, trombosit: 361000 K/uL, apt:33,6sn, pt:13,8 sn, INR:1,3, üre:21 mg/dL, kreatinin:21 mg/dL, ALT/AST:11/15 U/L, Albumin:33,6 g/L, B-HCG: 70 IU/L bulundu. Ultrasonografide bilateral over boyutları artmış(sağ over 110x73mm, sol over 110*89mm), douglasta 6 cm mayı ve karaciğer ve dalak lojuna uzanan serbest mayı saptanması üzerine hasta hospitalize edildi. Hastaya kabergolin 2 mg, oksapar 0,4IU, hidroksietil nişasta ve hidrasyon tedavisi başlandı. Günlük bel çevresi, vücut ağırlığı ve aldığı çıkardığı sıvı takibi planlandı. Takiplerinde şikayetleri artan, batın içi mayı artışı olan hastaya girişimsel radyoloji tarafından parasentez yapılarak yaklaşık 1500 cc mayı boşaltıldı. Tedaviye GnRH antagonisti cetrorelix eklendi. 3 gün sonra hastanın klinik bulgularının düzelmesi ve yapılan USGde tekrar serbest mayide artış olması üzerine kuldosentez ile 2000 cc mayı boşaltıldı. 2 ünite TDP ve 2 flakon Human Albumin takıldı. B-hcg değeri 364,2IU/L ye kadar yükselen hastaya klinik durumu da göz önüne alınarak küretaj seçeneği önerildi. Küretajı kabul eden hastaya yatışının yedinci gününde yüzeyel anestezi altında küretaj yapıldı. Ardından ikinci kez kuldosentez yapılarak batın içinden yaklaşık 2000 cc mayı boşaltıldı. Küretaj sonrası hastanın kliniğinde her geçen gün düzelme oldu. Hastanın takiplerinde ateş:36,4/dk, nabız:79/dk, TA:120/80mmHg, saturasyon:97 hg:9,6 g/dL, htc:%29.3 wbc:6,2 K/uL plt:301000 K/uL, üre:10 mg/dL, kreatinin:0,5 mg/dL, alt/ast:62/48 U/L, albumin:34,5 g/L, B-HCG: 37,4 IU/L. Yatışının 12. gününde şikayetleri azalan genel durumu iyi olan hasta salah ile taburcu edildi. **SONUÇ:** OHSS dikkatlice yönetilmesi gereken bir komplikasyondur. Öncelikle OHSS'nin önlenmesi için risk faktörleri değerlendirilmeli buna göre yol haritası çizilmelidir. All-freeze yapılan hastalara oosit toplama işleminden önce koitus yasağı getirilmelidir. Hafif OHSS ayaktan takip edilirken orta OHSS klinik durumuna göre karar verilmeli, şiddetli OHSS ise mutlaka hospitalize edilerek yakın gözlem altında gerekirse yoğun bakım koşullarında takip edilmelidir. Çocuk istemi olan bu hastalarda oluşan gebelikler her ne kadar devam ettirilmek istense de OHSS'de anne hayatı her zaman öncelikli olmalıdır. Hayatı tehdit eden

ve kliniği bozulma eğiliminde olan hastalarda aileye küretaj seçeneği sunulmalıdır.

Anahtar Kelimeler: İnfertilite, OHSS, gebelik, küretaj

SS-04

Postmenopozal Adneksiyal Torsiyon Vakasının Yönetimi: Olgu Sunumu

Nur Kurt, Özkan Durmaz, İrem Özaydın, Hilal Uslu Yuvacı
Sakarya Üniversitesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Ana Bilim Dalı,
Sakarya

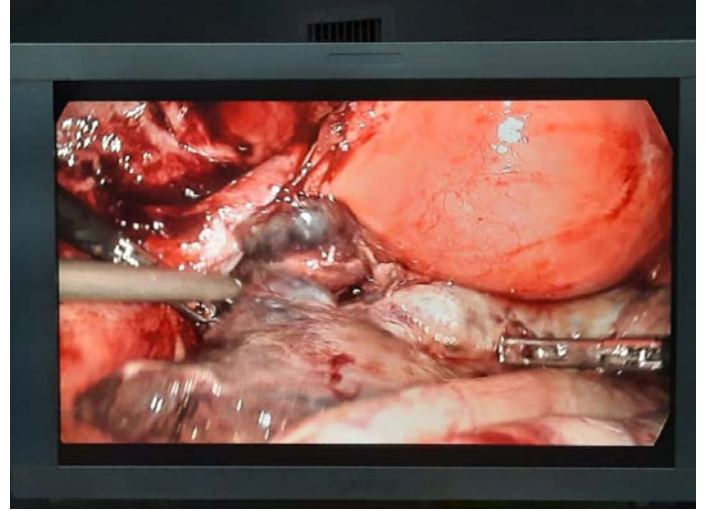
AMAÇ: Over torsiyonu(OT), üreme çağındaki kadınlarda daha sık görülen jinekolojik acillerdendir. OT, overin, infundibulopelvik ve tubo-ovaryan ligamentleri üzerinde tam veya kısmi rotasyonunun sonucunda, başlangıçta venöz drenajının sonrada arteriyel beslenmesinin kesintiye uğramasına bağlı organ parankiminde masif konjesyon, infarkt ve hemorajik nekrozun gelişmesidir. Over ile birlikte fallop tüpüde sıklıkla rotasyona uğrar ve adneksiyal torsiyon olarak adlandırılır. Etiyolojisi kesin olmasa da vakaların çoğunda ovaryan kitle tespit edilmektedir. Bazı olgularda gelişen adneksiyal semitorsiyon, klinik tablonun değişmesine yol açabilir. Adneksiyal kitle nedeniyle opere edilen postmenopozal hastada, adneksiyal kronik torsiyon vakasının yönetiminin sunulması amaçlandı.

VAKA: 50 yaş, gravida 4, parite 4, yaşayan 4, menopozal dönemdeki hasta acil servise bulantı kusma ve sol alt kadranda yaklaşık üç haftadır ara ara şiddetlenen karın ağrısı ile başvurdu. Hikayesinde astım dışında ek bir hastalık izlenmedi. Genel durumu iyi, vital bulguları stabil olan hastanın pelvik muayenesinde batın sol alt kadranda palpasyonla hassasiyet ve adneksiyal dolgunluk bulundu. Yapılan transvajinal ultrasonografi(TVUSG) ve pelvik manyetik rezonans incelemede, sol adneksiyal alanda 10 cm boyutlarında içeriği homojen-heterojen hemorajik kistik oluşum izlendi. Doppler USG' de kitlede kan akımı izlendi. Laboratuvar parametrelerinden; WBC: 5,72 K/uL Hb:10,0 g/dL, Hematokrit:%32,1, C Reaktif Protein: Negatif, tümör markerları negatif bulundu. Hastaya elektif şartlarda operasyon planlandı. Genel anestezi altında, laparoskopik olarak açık giriş ile batın içerisine girildiğinde sol over kaynaklı 20x15 cm boyutlarında adneksiyal kitlenin fallop tüpünü içine alarak iki tur rotasyon yaptığı, fallop tüpünün nekroze olduğu, kitlenin omentum ve ileal ansılar ile adeze olduğu, adneksiyal torsiyon tespit edildi. Batın içi yıkama mayisinden örnek alındı. Adezyonlar künt diseksiyonla açıldıktan sonra 1300 cc hemorajik kist içeriği aspire edildi. Laporoskopik olarak sol salpingooferektomi yapıldı ve materyal patolojiye gönderildi. Frozen patoloji sonucu benign olarak bildirildi. Hasta postoperatif ikinci gün salih ile taburcu edildi. Patoloji sonucu torsiyone benign seröz kistadenom olarak raporlandı.

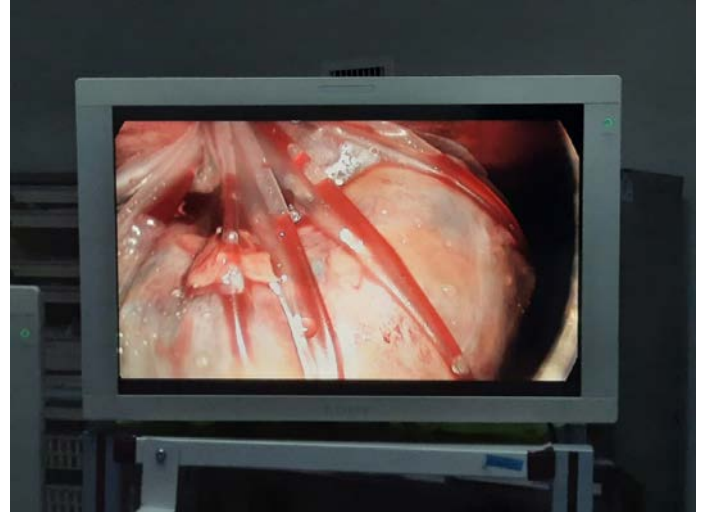
SONUÇ: Torsiyon tanısında klinik semptom ve bulgular nonspesifik olmakla beraber, bulantı, kusma, pelvik ağrı varlığında palpe edilebilen adneksiyal kitle, defans, rebound ve hassasiyet gibi bulgular, ovaryan kan akımında azalma düşündürülen renkli doppler inceleme bulguları varsa torsiyondan şüphelenilmelidir. Adneksiyal torsiyon gelişen hastalarda erken tanı ve erken müdahale organ fonksiyonlarının korunması açısından çok önemlidir. Torsiyon şüphesinde vakit kaybetmeden cerrahi olarak hasta değerlendirilmelidir. Premenopozal hastalarda ovaryan fonksiyonların korunması gerektiğinden, genellikle detorsiyon yapılarak organ koruyucu yaklaşım önerilmektedir. Postmenopozal hastalarda, nekrotik veya malignite şüphesi olan adneksiyal kitlelerde, salpingo-ooferektomi yapılması uygundur.

Anahtar Kelimeler: Over, Fallop Tüpü, Adneksiyal Kitle, Torsiyon, Postmenopoz

Resim 1



Resim 2



SS-05

Sağ Over ve Tuba Torsiyonu Vakasında Overian Arter ve Vende Tromboz

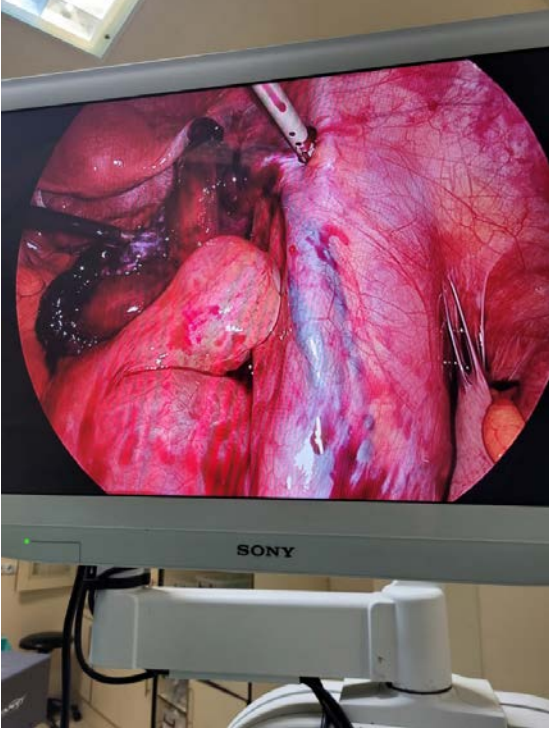
Kübra Geyik Şengül

19 Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum
Kliniği

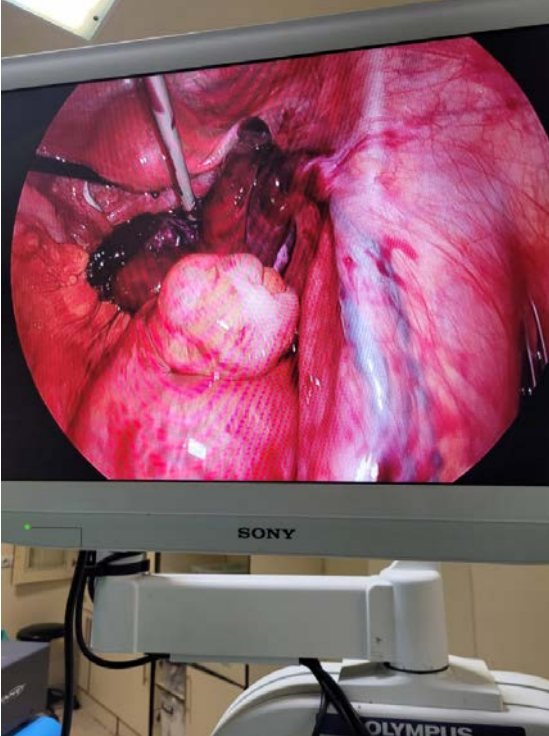
Kliniğimize başvuran 16 yaş kadın hastada torsiyon tanısıyla acil laparoskopik girişim planlandı. Laparoskopik gözlemlerde sağ over ve tuba 3 tam tur dönmüş, yaklaşık 10x10 cm boyutuna ulaşmışlardı. Batın sağ duvarda infundibulopelvik ligaman üzerinde seyreden ovarian arter ve vende tromboze alanlar izlendi. Detorsiyone edildi. Postop difüzyon mrg ile kanlanma tekrar değerlendirildi.

Anahtar Kelimeler: Over Torsiyonu, Overian Arterde Tromboz, De-torsiyon

Overian Arter ve Vende Tromboz



Overian Arter ve Vende Tromboz



SS-06

Sezaryen sırasında oluşmuş iyatrojenik fetal anal sfinkter yaralanması

Mustafa Akman

İstanbul medipol üniversitesi, Çocuk Cerrahisi, İstanbul

Doğuma bağlı iyatrojenik neonatal travma nadirdir. Doğumu zorlaştıran etkenlere bağlı olmakla birlikte dikkatsizce yapılan müdahalelerde de ortaya çıktığı görülmektedir. Yardımlı doğumların yanı sıra hastane dışı doğumlarda da görülebilir. Sezaryen doğumda kontrolsüz bir artış da insidansını etkileyebilir. Yenidoğan ile ilgili faktörler nedeniyle zorunlu sezaryenlerde de ortaya çıkan yenidoğan rektovajinal yırtıklar hayatı tehdit eden bir komplikasyondur. Literatürde biri ölümle sonuçlanan az sayıda olgu sunulmuştur. Makalemizde sezaryen sırasında meydana gelen iyatrojenik anal travma sunulmuştur. Hasta stomasız tedavi edilmiş ve sekelsiz iyileşmiştir.

Anahtar Kelimeler: İyatrojenik, yaralanma, sezaryen, komplikasyon, yenidoğan

Resim I



Ameliyat öncesi görünüm

Resim II



Ameliyat sonrası görünüm

SS-07

IVF Tedavisinde Nötrofil/Lenfosit Oranı ve Platelet/Lenfosit Oranı Klinik Gebelik Şansını Öngörebilir Mi?

Deniz Taşkıran, Özgür Koçak
Hitit Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çorum

GİRİŞ: İnfertilite, çiftlerin bir yıl korunmasız düzenli ilişkiye rağmen gebe kalamamasıdır. İnfertilite sebepleri arasında kötü over rezervi, erkek faktörü, açıklanamayan infertilite sayılabilir. Kadın infertilitesinde oosit kalitesini bozan inflamatuvar süreçler etkili olabilmektedir. İnflamatuvar etki ile oluşan serbest oksijen radikalleri oosit üretimini ve yapısını bozabilir. N/L oranı ve P/L oranı sistemik inflamasyonu gösteren hematolojik belirteçlerdir ve son zamanlarda popülaritesini korumaktadır. Enfeksiyon ile ilişkili olan yüksek platelet/nötrofil oranı sepsiste mortalite belirteci olarak kullanılabilir. Basit ve ucuz bir test olan tam kan sayımı ile elde edilen parametrelerin, inflamatuvar süreçleri ve gebelik şansını öngörebileceği düşünülmüştür.

MATERYAL VE METOD: Hitit Üniversitesi Tıp Fakültesi Tüp Bebek Merkezi'nde Ocak 2020- Eylül 2021 tarihleri arasında kötü over rezervi nedeniyle, GnRH antagonist protokol ile ovülasyon indüksiyonu yapılan 103 IVF hastasının verileri retrospektif olarak incelendi. Hastaların yaşı, obstetrik geçmişi, uygulanan tedavi protokolleri, tam kan sayımı sonuçları ve beta hCG sonuçlarına bakıldı. 18- 45 yaş arasında olan hastaların nötrofil, lenfosit, platelet değerleri ile nötrofil/lenfosit ve platelet/lenfosit oranının gebelik şansını öngörüp, öngöremeyeceği değerlendirildi. Hastaların klinik gebelikleri embriyo transferinden 14 gün sonra alınan hCG değerine göre belirlendi. İstatistiksel analiz için SPSS 21 kullanıldı, grupların normallik dağılım testlerinde normal dağılıma uymadığı görüldü. Analiz için non-parametrik testlerden, Mann-Whitney U testi kullanıldı. P<0,05 istatistiksel olarak anlamlı kabul edildi.

SONUÇLAR: Toplam 103 hastanın sonuçları değerlendirildiğinde; 20 tanesinin (%19,5) hCG(+), 83 tanesinin (%80,5) hCG(-) olduğu saptandı. Grup1 'in yaş ortalaması 30,95±3,81; grup2'nin yaş ortalaması 33,16±5,47 olarak bulundu, istatistiksel olarak benzer olduğu saptandı. Gruplar arasında gravide, parite ve abortus açısından fark saptanmadı. Nötrofil, lenfosit, platelet sayısı her iki grupta benzer bulundu. Nötrofil/Lenfosit oranı grup 1'de 2,97±1,81; grup 2'de 2,78±1,50 saptandı, gruplar arasında anlamlı farklılık bulunmadı. Platelet/Lenfosit oranı ise grup 1'de 157,56±68,82; grup 2'de 144,73±64,34 saptandı, gruplar arasında anlamlı farklılık saptanmadı.

TARTIŞMA: Çalışmamızda IVF tedavisi alan hastaların %19,5'unda klinik gebelik olduğu saptanmıştır. 342 hasta ile yapılan bir çalışmada ise hastaların %17,3'ünde klinik gebelik meydana geldiği bildirilmiştir[1]. Biz de çalışmamızda klinik gebelik oranının benzer olduğunu saptadık. Etiyoloji net olarak ortaya konulmamış olsa da inflamatuvar süreçlerin suçlandığı prematür ovarian yetmezlik tanısında nötrofil/lenfosit ve platelet/lenfosit oranının değerlendirildiği bir çalışmada nötrofil/lenfosit oranının tanı için önemli olabileceği ortaya konulmuştur[2]. Başka bir çalışmada ise inflamasyon göstergesi olarak nötrofil/lenfosit oranının spontan abortus gelişimi ile ilişki olduğu gösterilmiştir[3]. N/L oranı ve P/L oranı çeşitli çalışmalarda inflamasyon göstergesi olarak kullanılmasında rağmen IVF'de klinik gebelik üzerine etkisi net olarak ortaya konulamamıştır. Diğer çalışmaların aksine, çalışmamızda nötrofil/lenfosit ve platelet/lenfosit oranı ile klinik gebelik oluşumu arasında ilişkisi saptanmıştır. İnflamasyonun kanıtlanmış diğer parametrelerinin de değerlendirildiği daha geniş bir hasta grubu ile çalışmanın planlanması düşünülebilir.

KAYNAKLAR

1. Arica, G., Düşük over rezervli hasta grubunda AMH serum düzeyi normogramının çıkarılması ve IVF sonucu klinik gebelik ile ilişkisinin değerlendirilmesi. 2020.
2. Öztekin, Ü., Et Al., Nötrofil/Lenfosit Ve Platelet/Lenfosit Oranları Azoospermi Ve Anormal Sperm Parametreleri İçin Prediktif Marker Olarak Kullanılabilir Mi? Is It Possible to Use Neutrophil/Lymphocyte and Platelet/Lymphocyte Ratio as a Predictive Marker for Azoospermia and Abnormal Semen Parameters? Bozok Tıp Dergisi.
3. Bas, F.Y., et al., The role of complete blood inflammation markers in the prediction of spontaneous abortion. Pakistan journal of medical sciences, 2018.

Anahtar Kelimeler: Nötrofil/Lenfosit oranı, Platelet/Lenfosit oranı, IVF,

Gruplar arası karşılaştırma

	Grup1-hCG(+)	n=20 (%19,5)	Grup2- hCG(-)	n=83 (%80,5)	p
	Min-Max(Ortanca)	Ortalama	Min-Max(Ortanca)	Ortalama	
Yaş	24-37(31,5)	30,95±3,81	22-43(33)	33,16±5,47	0,091
Gravide	0-1(0)	0,2±0,41	0-2(0)	0,22±0,54	0,840
Parite	0-1(0)	0,05±0,22	0-1(0)	0,10±0,31	0,430
Abortus	0-1(0)	0,15±0,36	0-1(0)	0,10±0,31	0,605
Nötrofil	2,39-11,2(4,74)	5,26±2,46	1,18-11,58(4,89)	5,24±2,31	0,904
Lenfosit	1,16-2,96(1,96)	1,98±0,57	0,78-3,98(2,00)	2,04±0,62	0,714
Platelet	65.000-492.000(264,500)	285.700±92.000	147.000-439.000(269,000)	269.330±65.400	0,466
Nötrofil/Lenfosit	0,81-8,42(2,66)	2,97±1,81	0,63-7,58(2,29)	2,78±1,50	0,711
Platelet/Lenfosit	33,16-274,07(153,30)	157,56±68,82	51,92-433,71(135,37)	144,73±64,34	0,305

HCG sonuçlarına göre grup karşılaştırması

SS-08

Nadir Rastlanan Bir Olgu: Hyperreaction luteinalis(HL)

Deniz Taşkıran
Hitit Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çorum

Giriş: Hyperreaction luteinalis(HL), spontan gebeliklerde izlenen over hiperstimülasyonu olarak tanımlanır.

Nadir olarak izlenir ve bilateral, benign, fonksiyonel multikistik overler ile karakterizedir. Genellikle üçüncü trimesterde görülür. Gestasyonel trofoblastik hastalığı olanlarda sıklığı % 10 -37 arasında bildirilmekle beraber spontan gebelikte sıklığı bilinmemektedir. Genellikle kendi kendini sınırlayan bir durumdur ancak teşhisi önemlidir çünkü hasta over malignansı şüphesi ile gereksiz bir cerrahiye maruz kalabilir ve hastanın doğurganlığı etkilenebilir.

Olgu raporu: Hasta; 21 yaşında kadın, evli, Türk, gravida 1, SAT'a göre 38w4d, tekil gebeliği mevcuttu. Hiç OKS kullanmamış. Menstrüel döngüleri düzenliymiş. Oı amacıyla hiç ilaç kullanmamış. Hastanın bilinen bir hastalığı yok, gebelik takiplerini dış merkezde yaptırmış.

Klinik muayenede; servikal dilatasyon 5cm, efesman %60, aktif amniyon gelişti izlendi. NST takipleri reaktif, regüler kontraksiyonlar izlendi. Takipler sırasında fetal distres gelişen hasta acil sezaryen doğuma alındı. 3200 gram tek canlı erkek fetus 1. Dakika apgar 9 olarak doğurtuldu. Uterus batın dışına alındığında iki taraflı multiloküler yumurtalık kistlerinin olduğu izlendi (Şekil 1).

Her iki overde yaklaşık 15x12x9 cm boyutlarında, multilobüle, jelatinöz kıvamda, dokunmakla kanamayan çok sayıda ince cidarlı kistik oluşum mevcuttu. Palpasyonda ve gözlemlerde solid içerik olmadığı izlendi. Tubal yapılar doğal izlendi, batında serbest sıvı izlenmedi (Şekil 2). Görüntü ve klinik bulgularla birlikte kistlerin benign karakterde ve fizyolojik olduğu düşünüldü. Uterus sütüre edildikten sonra overler batın içine yerleştirildi ve klinik takibe alındı. Hasta ikinci gününde şifa ile taburcu edildi. 2 ay sonra kontrole geldiğinde HCG değeri normal izlendi. Kontrol ultrasonografide her iki overboyutları normal izlendi(şekil 3).

Tartışma: Hyperreaction luteinalis human korionik gonodotropinin arttığı hidrops fetalis, gebelik, trofoblastik hastalık gibi herhangi bir durumda görülebilir. Hiperreaksiyon luteinalis, gebeliğin herhangi bir aşamasında ortaya çıkabilir, ancak tipik olarak üçüncü trimesterde izlenir. Koryokarsinom, fetal hidrops, molar gebelik gibi çok yüksek endojen veya eksojen β -hCG stimülasyonu sonucu gelişir. İlk trimesterde anormal derecede hızlı yükselen β -hCG'de veya hCG reseptörüne anormal hassasiyete neden olan gen mutasyonuna bağlı olarak spontan gebeliklerde de hiperreaksiyon luteinalis izlenir. İlk defa Burger tarafından 1938 yılında hidrops fetalisli bir olguda tanımlanmıştır. 2015 yılında yapılan bir derlemede literatürde 1993 yılına kadar 10 vakanın, 1993-2014 yılların arasında ise 58 vakanın bildirildiği belirtilmiştir. 58 HL'li vakanın ayrıntılı incelendiği aynı derlemede ortalama tanı yaşının 27.7 ± 4.1 yıl olduğu, hastaların çoğunun (% 67) primipar olduğu ve birçoğunun da polikistikover sendromu (% 7) ve tiroid disfonksiyonu (% 12) gibi komorbiditelerin olduğu; ayrıca preeklampsi (% 19), gestasyonel diyabet (% 5) dahil olmak üzere gebelik komplikasyonlarının daha fazla olduğu ve preterm doğum oranının %38 olduğu bildirilmiştir. Literatürde bildirilen yaklaşık olarak 70 vaka bulunmaktadır. Patofizyolojisi OHSS ile benzerdir. Aradaki büyük farklardan bir tanesi OHSS genelde iyatrojenik nedenlerle görülürken HL spontan görülür. Yine OHSS 'de sıvı kaçağı mevcuttur bununla birlikte HL asemptomatiktir. HL müsinoz borderline tümörlere benzer ama kistlerin duvarları biraz daha incedir ve solid komponent genelde bulunmaz. Malign tümörler ile ayırıcısı tanıma β hCG, over tümör markerları ve görüntüleme yöntemleri (USG veya MR) kullanılabilir.

SONUÇ: HL, yumurtalık torsiyonu gibi cerrahi acil durumlar dışında özel bir tedaviye ihtiyaç duymayan, iyi huylu, kendi kendini sınırlayan bir over patolojisidir. Bu durumun kendi kendini sınırlaması nedeniyle görüntü ne kadar korkunç olsa da takip edilmesi gerekir.

Anahtar Kelimeler: Adneksiyel Kitle, Hyperreactio Lüteinalis, Benign Over Kisti

resim 1



Uterus ve HL olan overler

resim 2



HL olan over görüntüsü

SS-09

Samsun ilindeki gebelerin COVID-19 aşı tutumları: Kesitsel bir çalışma

Gökhan Ünver¹, Sevda Akdeniz²

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

²Samsun Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Anesteziyoloji ve Reanimasyon Kliniği

GİRİŞ: COVID-19 gebelerde diğer hastalara göre daha ağır seyretmektedir ve daha fazla ölümlerine sonuculanmaktadır. Günümüzde COVID-19 birçok ülkede anne ölümlerinin birinci nedeni haline gelmiştir. Bu yüzden gebelere COVID-19 aşısı uygulanması tavsiye edilmektedir ve Sağlık Bakanlığı COVID-19 Kılavuzu'nda gebelik öncesinde veya gebeliğin herhangi bir döneminde gebelere aşı olmaları önerilmektedir. Tüm dünya da olduğu gibi ülkemizde de aşı karşıtı bir takım görüşler vardır. Bu çalışmanın amacı Samsun ilinde ki gebelerde COVID-19 aşı oranını bulmak ve aşı karşıtı olguların nedenlerini araştırmaktır. **GEREÇ-YÖNTEM:** Çalışmamız 02.01.2022 - 31.03.2022 tarihleri arasında Samsun Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği'nde yapılmıştır. Doğum amacıyla hastaneye yatırılan gebeler altı soruluk mini anket formuyla değerlendirilmişlerdir. Çalışma öncesi tüm hastalardan gönüllü olur formu alınmış ve çalışmamız ilgili yönergelere ve yönetmeliklere (Helsinki Deklarasyonu ve Uluslararası İyi Klinik Uygulamalar Kılavuzları) uygun olarak yürütülmüştür. **BULGULAR:** Çalışmamıza yaş ortalaması 29,21 ± 5,63 (min-maks, 18-43) yıl ve vücut kitle indeksi 29,42 ± 1,95 kg/m² (min-maks, 25,3-34,9) olan toplam 535 gebe alınmıştır. 230 (%43) gebe daha önce COVID-19 geçirmiştir. 190 (%35,5) gebe daha önce hiç COVID-19 aşısı yaptırmamıştır. Aşı yaptırmamalarının en büyük sebebi bebeğe zarar verecek endişesidir. Bu gebelerde ki diğer nedenler Tablo 1' de verilmiştir. 69 (%20) hasta rapel dozu yaptırırken 276 (%80) hasta üçüncü veya dördüncü rapel dozunu yaptırmamışlardır. Rapel dozlarını yaptırmamalarının en büyük sebebi ise yine bebeğe zarar verecek korkusudur. Rapel dozu yaptırmayanların diğer nedenleri Tablo 2'de özetlenmiştir. **SONUÇ:** Çalışmamızda tarafımıza başvuran gebelerde iki doz aşı yapma oranı yüksek bulunmuştur. Ancak üçüncü veya dördüncü doz rapel yapma oranı ise düşük olup temel nedeni bebeğe zarar verme korkusudur. Aşı olmayan bireylerin aşı olmamasının temel nedeni ise yine bebeğe zarar verme korkusudur.

Anahtar Kelimeler: COVID-19, Aşı, Gebelik, Tutum

Figür 1. Aşısız gebelerin aşı olmama nedenleri

Neden	N, %
Bebeğe zarar verecek korkusu	90 (%47,4)
Aşının başka hastalıklara neden olabilecek düşüncesi	45 (%23,7)
Aşısı gereksiz bulma	35 (%18,4)
Koronavirüsün riskli bir hastalık olmaması	10 (%5,3)
Aşının çok fazla yan etkisinin olması	5 (%2,6)
Diğer	5 (%2,6)
Toplam	190 (%100)

Figür 2. Rapel dozu yaptırmayan gebelerin rapel dozu yaptırmama nedenleri

Neden	N, %
Bebeğe zarar verecek korkusu	125 (%45,3)
Aşının yan etkileri	82 (%29,7)
Rapel dozun gereksiz olması	50 (%18,1)
Aşının gebelikte başka hastalıklara neden olabilecek düşüncesi	14 (%5,1)
Diğer	5 (%1,8)
Toplam	276 (%100)

SS-10

Vaginoplasti sonrası gelişen beklenmedik komplikasyon: Subdural hematoma ve orta hat shift (vaka taktimi)

Ayşe Cıtil Doğan

İNOVA HASTANESİ, KADIN DOĞUM KLİNİĞİ, AKSARAY

GİRİŞ: Kozmetik ve estetik işlemlerin tüm dünyada hızlıca artmasıyla jinekoloji de bundan payını almıştır. Kadınların artık kendini ve bedenini daha iyi tanıması ve ne istediklerini daha iyi ifade edebilmesi ile genital estetik ameliyatlarında da son zamanlar buna paralel oldukça önemli gelişmeler sağlanmıştır. Yapılan işlemlerin çeşitliliği ve sayısı da artmıştır. Bunlardan sıklıkla yapılan vaginoplasti ameliyatları genellikle çocuk sayısını tamamlamış göreceli olarak genç hastalarda yapılan estetik operasyonlar olduğu için ameliyat sonrası iyileşme sürecinde yara yeri ile ilgili şikayetler dışında komplikasyonlarına da çok rastlanılmamaktadır. Vaginoplasti sonrası en sık görülen komplikasyonlar yara yeri iyileşmeleri, az ya da istenilenden fazla darlık oluşması, kanama, enfeksiyon, ödem, ağrı gibi daha lokal şikayetlerdir. Genellikle spinal anestezi tercih edilerek yapılan işlem, ortalama iki saat süren litotomi pozisyonunda yapılan bir jineko-kozmetik ameliyattır. Bizim vakamızda da olduğu gibi bu işleme sıklıkla perinoplasti de eşlik etmektedir ve işlem 2-3 saat içerisinde tamamlanarak ameliyat sonrası 24. saatte hastaneden ayrılış planlanmaktadır.

VAKA: Benim hastam da 37 yaşında, vaginal yolla olan üç zorlu doğum sonrası vaginada genişlik hissi ile, özellikle ilişki sırasında hissettiği, kliniğimize başvurmuştur. Ek hastalığı, ameliyatı ya da herhangi bir ilaç kullanımı olmayan genç ve zayıf olan hastamız vaginoplasti sonrasında 24. saatte şiddetli baş ağrısı, bilinç kaybı ile tekrar acil servise gelen hastanın yapılan nörolojik muayenesinde pupiller anizokorik ve ışık refleksi yoktu. Fıskırır tarzda kusması ve bilinci olmayan hasta stabilize edilirken acil olarak çekilen BT de subdural hematoma ve sola shift saptandı. Akut subdural hematomlar genellikle travmalar sonrası gelişen kafa içi olaylardır. Ancak hastamızın herhangi bir çarpma ya da zorlama hikayesi yok. Ameliyat öncesi ve sonrası vital bulguları ve nörolojik muayenesi tamamen normaldi. Bulguları ilerlemeyen hastanın saatler içerisinde dereceli olarak bilinci ve göz bulguları geriledi. Dört saat sonrası kontrol BT de shift'de gerileme olması ve hematoma alanında büyüme olmaması üzerine hastaya dekompresyon operasyonu kararından vazgeçildi. Konservatif tedavilerle takip edilen hasta post op 7. gününde hastaneden şifa ile taburcu edildi. Post op 9. ayında olan hastanın şu an ek şikayeti ya da nörolojik bir bulgusu yok. Bildiğimiz kadarı ile literatürde vaginoplasti sonrası gelişen subdural hematoma olgusu yok, spinal anestezi sonrası bildirilen vakalar ise en sık sezeryan sonrası ek bir klinik hikayesi ya da kronik bir hematoma üzerine gelişen vaka sunumları şeklindeydi.

Bizim hastamız da ise ek bir hastalık yok, labaratuvar değerlerinde kli-



5. KARADENİZ JİNEKOLOJİ ve OBSTETRİK KONGRESİ

9-12 Haziran 2022 | Sheraton Grand Samsun Otel

nik bir yatkınlık yoktu. Ameliyatı normal seyrinde giden rutin bir vaka sonrası gelişen bu beklenmedik komplikasyon biz jinekologların estetik ameliyatlara bile olsa her zaman her duruma hazırlıklı olmamız gerektiğini bir kez daha hatırlatıyor. Ayrıca, cerrahinin bir ekip işi olduğu ve başarılı bir operasyon için her bir birimin kendi içerisinde iyi işleme ve bu işlemin takibinin de primer olarak biz cerrahlarda olduğunu bir kez daha bize hatırlatıyor. Hastadan alınacak onamın da bizim hastanemizde olduğu gibi anestezi uzmanı ile hastanın ayrıca görüşerek alınması gerektiği vurgulanması gereken önemli bir noktaydı. Sonuç olarak, bu vaka bize spinal anestezi ile vajinoplasti ameliyatlardan sonra kafa içi olayların ender de olsa gelişebileceğini ve nörolojik semptomlara karşı dikkatimizi korumamız gerektiğini göstermiştir. Anestezi onamları da bu yönde hastayı korkutmadan uyarıcı nitelikte olmalıdır.

Anahtar Kelimeler: vaginoplasti, subdural hematoma, spinal anestezi

SS-11

Birinci ve ikinci trimesterde saptanan abortus imminens olgularının sonuçları

Yıldız Akdaş Reis, Arife Akay, Salim Erkaya
Etlik Zübeyde Hanım Kadın Hastalıkları Doğum Eğitim ve Araştırma Hastanesi

AMAÇ: Abortus imminens (düşük tehdidi) tüm gebeliklerin %20'sinde görülen ve gebelik sonuçlarını etkileyen bir klinik durumdur. Abortus imminens (Aİ) gebeliğin birinci veya ikinci trimesterinde izlenmesinin obstetrik ve neonatal sonuçlara etkisinin araştırılması amaçlanmıştır.

METOD: Bu retrospektif çalışmaya Ocak 2017 ve Haziran 2020 yılları arasında Etlik Zübeyde Hanım Kadın Hastalıkları Doğum Eğitim ve Araştırma Hastanesi erken gebelik servisine Aİ tanısıyla yatırılan 831 tekil gebelik (20. gebelik haftasından ve 500 gramdan küçük olan) dahil edilmiştir. Aİ tanısını aldığı gestasyonel haftaya göre (12. haftadan küçük ve büyük) olgular 1. ve 2. Trimester (1T ve 2T) olmak üzere iki gruba ayrıldı. Her iki grup arasında yaş, gravida, parite ve abort sayıları, gestasyonel haftası, kanama alanı varlığı, kanama alanının yerleşimi (subkoryonik ve subamniotik) ve boyutu (vertikal ve longitudinal), önceki obstetrik öyküsü, gebelik sonucu (abort, preterm ve term doğum), gebeliğin geç komplikasyonları ve doğum haftası açısından karşılaştırıldı.

SONUÇ: Toplam 831 olgunun 622'si (%75,8) 1. Trimestere ve 209'u (%25,2) 2. Trimestere ait idi. Grupların ortalama gestasyonel haftası sırasıyla 8.07±2.5 ve 14.93±1.97 saptandı. Maternal yaş her iki grup arasında anlamlı olarak farklı saptanmadı (sırasıyla 28.32±6.21 ve 27.85±5.84, p=0.339). Her iki grup arasında gravida, parite ve abort sayıları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık yoktu (sırasıyla p=0.756, 0.774 ve 0.346). 1T'dekilerin %51,1'inde (n=318) ve 2T'dekilerin %44,2'inde (n=92) hematoma mevcuttu ancak bu durum istatistiksel olarak anlamlı bir fark yaratmadı (p=0.075). Buna karşın hematoma olanlarda hematomun yerleşimi açısından gruplar arasında anlamlı bir fark vardı (subamniotik yerleşim sırasıyla %3.1 ve %19.6, subkoryonik yerleşim sırasıyla %96.9 ve %80.4). 2T'de hematoma boyutunun longitudinal (46.12±21.01 mm karşın 29.84±17.3 mm) ve vertikal (22.93±16.57 karşın 18.46±13.4 mm) uzunluğu istatistiksel olarak anlamlı olarak daha fazla saptandı (p=0.000 ve 0.008). Gebeliğin sonlandığı gestasyonel hafta 2T'dekilerde daha uzundu (33.04±8.8 karşın 28.14±13.94). 1T'dekilerin %31.5'i abortusla, %11.9'u preterm doğumla ve %56.6'si term doğumla sonuçlanırken 2T'dekilerde sırasıyla bu oranlar %17.7,

%21.1 ve %61.2 olarak saptanmıştır (p=0.000). Gebeliğin geç komplikasyonları olarak preterm eylem tehdidi (gruplarda sırasıyla %5.1 ve %10.5), hipertansif hastalık (%3.5 ve %6.2), intrauterin gelişim geriliği (%4.5 ve %4.8), prematür preterm membran rüptürü (%2.7 ve %9.1) ve plasenta previa (%0.8 ve %1.9) 2T olgularında daha sık saptanmıştır. **TARTIŞMA:** Çalışmamızda hematoma varlığı açısından trimesterler arasında fark olmamasına rağmen 2. Trimesterdeki daha büyük hematoma boyutu, daha sık subamniotik hematoma, daha sık preterm doğum ve gebeliğin geç komplikasyonları (hipertansif hastalık, intrauterin gelişim geriliği, prematür preterm membran rüptürü ve plasenta previa) saptanmıştır. 1. Trimesterdeki gebelikler ise daha sık abortusla sonuçlandığı için gebeliğin sonlandığı haftanın daha erken olduğu gözlenmiştir. Sonuç olarak her beş gebelikten birinde görülen abortus imminens saptandığı trimestere göre klinik özellikleri ve sonuçları değişmektedir.

Anahtar Kelimeler: Abortus imminens, gebelik, hematoma, obstetrik sonuçlar

SS-12

Aksaray ilinde intrauterin fetal ölüm olgularının retrospektif değerlendirilmesi

Serife Özlem Genç
Aksaray Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Ana Bilim Dalı, Aksaray

AMAÇ: Bu çalışmadaki amacımız, ilimizde intrauterin fetal ölüm tanısı alan olguların incelenerek güncel etyolojik risk faktörlerinin belirlenmesidir. Riskli gebeliklerin fark edilerek alınması gereken tedbirler uygulanarak ölü doğum oranlarının azaltılmasına katkıda bulunmak amaçlanmıştır. **MATERYAL-METOD:** Kliniğimizde 1 Ocak 2021 ile 1 Ocak 2022 arasında intrauterin fetal ölüm tanısı konulup doğum yapan 22 olgu materno yaş, parite, gestasyonel hafta, materno hastalıklar, materno laboratuvar bulguları yönünden değerlendirildi. Bilgilere retrospektif olarak hastane kayıtları incelenerek erişildi. Bilgiler randomize olarak seçilen 22 vajinal doğum olgusu ile karşılaştırıldı. **BULGULAR:** Bir yıllık sürede 2876 doğumdan, intrauterin fetal ölüm oranı %0.007 olarak belirlendi. Materno yaş ortalaması her iki grupta da benzer olup (28.2±2.8; 27.6±3.6) olarak belirlendi (p>0.05). İntrauterin ölü doğum yapanların genellikle 2. gebeliği ve ortalama gestasyonel hafta 32±5 gün idi. 22 ölü doğumun 7'si (%31.8) mülteci idi. Buna anenin sosyoekonomik durumunun, gebelik sayısının ve antenatal izlem yetersizliğinin sebep olduğu söylenebilir. Hipertansiyonu bulunanlar bu olguların %31.8'ini oluşturuyordu. Bunlardan 4'ü preeklampsi 2'si kronik hipertansif idi. Bunların içerisinde 6 adet vaka (%27.3) Covid-19 pozitif idi. Covid-19 pozitif olan gebelerin 3'ünün genel durumu iyi idi. Öksürük, ateş ve nefes darlığı 3 hastada mevcut olup ateş 38,50C ile 39,20C arası idi. Gebelikte COVID-19 pozitifliği olup intrauterin fetal ölüm gerçekleşen gebelerden 4 ü aşızsız, 2 si tek doz aşılı (Coronavac®) idi. Hastaların hiçbirisi bebeğe otopsi yapılmasını istemedi. Ek hastalıklardan en sık görülen hipertansiyon olmakla birlikte gestasyonel diyabet de görülen ek hastalıklar arasında idi. İntrauterin fetal ölüm grubu ile karşılaştırma yapıldığında (12.2 ± 0.4347), hemoglobin değerleri diğer grupla (12.42 ± 0.3073) benzerdi (p>0.05). Nötrofil düzeyi anlamlı olarak intrauterin ölü fetus olan grupta yüksek iken (11.1 ± 0.9734; 8.619 ± 0.5451; p:0.01, p<0.05), platelet ve lenfosit düzeyleri açısından gruplar arasında anlamlı bir farklılık görülmedi (2.696 ± 0.4105; 2.265 ± 0.1127; p>0.05). Nötrofil-lenfosit ve platelet-lenfosit oranında da gruplar arasında anlamlı olarak farklılık izlenmedi (p>0.05).



5. KARADENİZ JİNEKOLOJİ ve OBSTETRİK KONGRESİ

9-12 Haziran 2022 | Sheraton Grand Samsun Otel

SONUÇ: Çalışmamızda edinilen bilgilere göre, intrauterin fetal ölüm için en yüksek risk faktörü hipertansiyon ve mülteci olmak olarak bulundu. Gebelikle ilişkili hipertansif hastalıklar ve gestasyonel diyabet de risk faktörü olarak belirlendi. Gebelikte COVID-19 pozitifliği de risk faktörü olarak belirlense de tam doz aşılı olmanın intrauterin fetal ölüm açısından koruyucu olduğu söylenebilir. Riskli gebeliklerin fark edilerek, antenatal bakımın yeterli düzeyde yapılabildiği merkezlerde gebe takibi ile intrauterin fetal ölümlerin azaltılmasına katkı sağlamak mümkündür.

Anahtar Kelimeler: intrauterin fetal ölüm, maternal morbidite, coronavirus

İntrauterin fetal ölüm için risk faktörleri

	İUFÖ	Kontrol
Hipertansiyon	7	2
Mülteci	7	4
COVID-19	6	2
GDM	3	2
Tip 2 DM	1	0

*IUFÖ: Intrauterin fetal ölüm GDM: Gestasyonel Diyabetes Mellitus
DM: Diabetes Mellitus*

SS-13

İleri Evre Endometrium Kanseri Olgusunda Pet/BT Görüntüleme

Güler Silov

Gazi Devlet Hastanesi Nükleer Tıp Ünitesi

Giriş: Evre, endometrium kanserinde sağkalım süresini etkileyen en önemli parametre kabul edilir. Tümör uterusu sınırlı iken erken evre (FIGO I-II), uterus dışı yayılım varlığında ileri evre (FIGO III-IV) kabul edilir. İleri evre kötü prognoza işaret eder.

Vajinal kanama şikayeti ile başvuran ve yapılan muayene ve tetkiklerinde endometrium kanseri tanısı alan 72 yaşındaki olguya evreleme amaçlı PET/BT görüntüleme yapılmıştır.

Yöntem: Olguya 5.0 MBq/Kg 18F-FDG'nin intravenöz uygulamasından 60 dakika sonra PET/BT taraması gerçekleştirildi. PET/BT görüntüleri anormal 18F-FDG tutulumu ve/veya yapısal değişiklikleri belirlemek için deneyimli iki Nükleer Tıp uzmanı tarafından öncelikle görsel olarak analiz edildi, lezyonların ve lenf nodlarının boyut, bölge, SUVmax değerleri saptandı. Karaciğer (Kc), dalak (D) ve kemik iliği (Kİ) SUVmax değerleri ölçüldü. En büyük lenf nodu (ebln)SUVmax, DSUVmax, KİSUVmax değerleri KcSUVmax değerine oranlandı ve sırasıyla ebln/Kc, D/Kc, Kİ/Kc SUVmax oranları elde edildi.

Sonuçlar: Vizüel abdomino-pelvik değerlendirmede uterus fundusunda sağ kesimde daha belirgin olmak üzere duvar kalınlaşmaları ve yoğun artmış FDG tutulumu (SUVmax=20.15), mesanede sonda ve fizyolojik FDG tutulumu izlendi (SUVmax=23.35) (Şekil 1). Abdominal (aortokaval), pelvik (ana iliak, internal, eksternal iliak ve obturator subsantimetrik multiple lenf nodlarında ılımlı (SUVmax=2.85) ve büyüğü sağda 12 mm çaplı olmak üzere inguinal lenf nodlarında yoğun artmış FDG tutulumları (SUVmax=6.36) izlendi. Toraks incelemede

her iki akciğer parankiminde multipl milimetrik nodüler lezyonlarda ılımlı (SUVmax=3.58), her iki akciğer alt loblarında plevral kalınlaşmalarda orta düzeyde artmış FDG tutulumları (SUVmax=4.07) (Şekil 2), sağ hemitoraksda en belirgin yerinde 6 cm, sol hemitoraksda 3 cm ılımlı FDG tutulumu (SUVmax=1.89) gösteren plevral mayi, görsel olarak diffüz D ve Kİ'de artmış FDG tutulumu izlendi (Şekil 1). Kantitatif incelemede KcSUVmax=4.34, DSUVmax= 5.35, KİSUVmax=6.57, eblnSUVmax= 6.36 olarak hesaplandı. Ebln/Kc= 1.46, D/Kc= 1.23, Kİ/Kc= 1.51 olarak hesaplanmış olup tüm parametrelerde oranın >1 olduğu dikkati çekmektedir. Olguya cerrahi evreleme yapılamamıştır. Klinik olarak ileri evre kabul edilip, kemoterapi ve radyoterapi planlanmıştır. Olgu tanıdan yaklaşık 5 ay sonra radyoterapi ve 1 doz kemoterapi sonrasında exitus olmuştur.

Tartışma ve Sonuç: Toplam 171 endometrium kanseri vakasında yapılan bir çalışmada 137 lenf nodu (LN) negatif, 24 LN pozitif olduğunda DSUVmax ve KİSUVmax değerleri karşılaştırılmış, LN negatif ve LN pozitif hasta grubunda DSUVmax sırasıyla (ortalama±SD) 2.07 ± 0.34, 2.26 ± 0.46 (p<0.01) olarak, yine LN negatif ve pozitif hastalarda KİSUVmax sırasıyla 1.82 ± 0.38, 2.27 ± 0.77 (p<0.02) olarak tespit edilmiştir. Bu çalışmanın sonuçlarına göre yüksek sensitif C-reaktif protein, DSUVmax ve KİSUVmax dahil sistemik inflamatuvar belirteçler pozitif LN metastazı grubunda negatif LN metastazı grubuna göre daha yüksekti. Nodal bulgular yanısıra, DSUVmax ve KİSUVmax gibi ektranodal bulgular sistemik enflamasyonun, tümör agresifliğinin ve metastaz yayınlığının bir belirtisi olarak görülmüştür. Olgumuzda akciğer ve plevra uzak metastazı da mevcuttu. Endometrial karsinomların hematogen yolla akciğere metastazı nadirdir ve sınırlı olgu serilerinde endometrium kanserinin akciğer metastaz insidansı %2.3-4.7 arasında bildirilmiştir. Sonuç olarak olgumuzun nodal metastazları yanısıra ender olarak görülen akciğer ve plevra metastazı göstermesi; ileri evre bir olguda hastalık yayılımı ve agresifliğinin bir göstergesi olan D ve Kİ tutulumunun hem vizüel değerlendirmede hem de kantitatif analizde yüksek olması bu vakayı sunmamızdaki ana nedenlerdir. Nodal ve ektranodal bulgular birlikte değerlendirilmeli ve klinik önemi akılda tutulmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Endometrium Kanseri, PET/BT, Evreleme

SS-14

Longitudinal Vajinal Septumu Olan Sekonder İnfertilite Tanılı Hasta

Sadettin Oğuzhan Tutar

Giresun Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Ana Bilim Dalı, Giresun

Konjenital uterin malformasyonlar; genel popülasyondaki kadınların yaklaşık %5.5'inde, infertilite tanılı kadınların %8'inde, abortus öyküsü olan kadınların %13.3'ünde ve hem infertilite tanılı hem de abortus öyküsü olan kadınların da %24.5'inde görülür. Longitudinal vajinal septum; Müllerian kanalların tam gerçekleşmeyen füzyonundan kaynaklanır ve genellikle uterus didelfis gibi uterin anomalilerle ilişkilidir. Longitudinal vajinal septum; obstrüktif veya non-obstrüktif tip olarak iki farklı şekilde ortaya çıkabilir. Her iki tip de semptomatik hale gelebilir ve dispareniye, zorlu bir şekilde vajinal tampon yerleştirilmesine, vajinal tampon yerleştirilmesine rağmen inatçı vajinal kanamaya ve tıkalı bir hemivajina durumu oluşursa dismenoreye neden olabilir. Semptomatik olup obstrüktif olmayan ve tüm obstrüktif longitudinal vajinal septum vakaları için cerrahi yoldan düzeltme yapılmalıdır. Sekonder in-

fertilitesi ve dispareni şikayeti olan longitudinal vajinal septum tanılı 29 yaşındaki bu vakada, laparoskopik LigaSure™ (Medtronic, Inc) cihazı kullanılarak longitudinal vajinal septum rezeksiyonu total olarak vajinal yoldan yapıldı.

Anahtar Kelimeler: Longitudinal vajinal septum, dispareni, sekonder infertilite.

Resim 1: Longitudinal Vajinal Septum, Rezeksiyondan Hemen Önce



Resim 1: Longitudinal Vajinal Septum, Rezeksiyondan Hemen Önce

Resim 2: Longitudinal Vajinal Septum, Rezeksiyondan Hemen Sonra



Resim 2: Longitudinal Vajinal Septum, Rezeksiyondan Hemen Sonra

SS-15

Sitoloji sonucu normal olup Hpv testinde 16/18 saptanan hastalar ile diğer yüksek riskli alt tip saptanan hastaların kolposkopi sonuçlarının karşılaştırılması: Amerikan Kolposkopi ve Servikal Patoloji Derneği (ASCCP) 2019 klavuzu rehberliğinde

Özgün Ceylan

Ankara Şehir Hastanesi, Kadın hastalıkları ve Doğum Ana Bilim Dalı
Jinekolojik Onkoloji Cerrahisi, Ankara

Amaç: Biz bu çalışmada ko-test sonucunda sitolojisi negatif gelen hastalardan hpv test sonucu yüksek riskli 16/18'den en az birinin pozitif olduğu hastalar ile 16/18 dışı diğer yüksek riskli alt tiplerden olan hastaların kolposkopik biyopsi sonuçlarını karşılaştırmayı ve sitoloji negatif ama 16/18 dışı diğer yüksek riskli alt tipi pozitif olan hastaların kolposkopik biyopsi gereksinimlerini ön görmeyi amaçladık.

Yöntem: Ankara Şehir Hastanesi Jinekolojik Onkoloji Cerrahisi polikliniğine 2019-2021 yılları arasında başvuran ve ko-test sonucuna göre kolposkopi yapılan 763 hastanın verileri retrospektif olarak incelendi. Hastaların sitoloji sonuçları, hpv alt tipleri ve kolposkopi sonuçları dökümanite edildi. Yüksek riskli HPV tiplerinin kolposkopik sonuçları 16/18 ve diğerleri olarak karşılaştırıldı.

Bulgular: İncelenen 763 hastanın 498 tanesi hpv 16/18 dışı yüksek riskli pozitif, 262 tanesi 16/18'den en az biri pozitif, 3 hastanın hpv testi sonucu bilgisine ulaşamadı. 16/18 dışı yüksek riskli pozitif olan hastaların 173 tanesinin sitoloji sonucu normaldi. Bu hastaların kolposkopik biyopsi sonuçları değerlendirildiğinde 9 hastada CIN 2 (%5.2), 3 hastada ise CIN 3 (%1.7) saptandığı görüldü (Tablo 1). Patolojisi CIN 1 veya normal doku gelen hasta sayısı toplam 148'di (%85.5), 13 hastaya ise (%7.5) kolposkopik biyopsi yapılmadı. CIN 3+ gelen 3 hastaya daha sonra konizasyon yapıldı ve patoloji sonuçlarında invaziv malignite izlenmedi. Hpv 16 ve ya 18'den en az 1'inin pozitif olduğu hastaların 154 tanesinin sitoloji sonucu negatifti. Bu hastaların kolposkopik biyopsi sonuçları değerlendirildiğinde 17 hastada CIN 2 (%11), 10 hastada ise CIN 3 (%6.5) saptandı (Tablo 2). Patolojisi CIN 1 veya normal doku gelen hasta sayısı toplam 122'ydı (%79.3), 5 hastaya ise (%3.2) kolposkopi önerilmesine rağmen hasta kabul etmediğinden dolayı yapılmadı.

Sonuç: Amerikan Kolposkopi ve Servikal Patoloji Derneği (ASCCP) 2019 yılında servikal patolojilerin taranmasıyla ilgili bir klavuz yayınladı. Bu klavuzda yüksek riskli hpv 16/18 alt tipi pozitif olan hastaların sitolojileri negatif bile olsa okült kanser riskinden dolayı hastalara kolposkopi yapılması önerildi. Ancak en az riskli grup olarak tanımlanan HSIL'den daha düşük sitoloji, HPV 16/18 negatif ve tamamen normal kolposkopik izlenime sahip (skuamokolumnar bileşke tam izlenip, asetobeyazlık, metaplazi veya başka anormallik saptanmayan) hastalar için hedefsiz (rastgele) biyopsiler önerilmedi ve tamamen normal kolposkopik izlenime sahip hastaların biyopsi alınmadan takip edilebileceği söylendi. En düşük risk kriterlerini karşılamayan olgularda ise mevcut preinvaziv lezyonun saptanma oranını arttırmak için tüm asetobeyaz alanları hedefleyen en az 2 ve en çok 4 adet çoklu biyopsiler önerildi. Hedefsiz biyopsilere karşı görüşler, en az riskli gruptaki hastalarda %1-7 okült CIN 2+ ve %1'den az CIN 3+ riski olmasına dayanırdı. Bizim çalışmamızda sitolojisi negatif, HPV 16/18 dışı yüksek riskli pozitif saptanan hastaların kolposkopik sonuçları değerlendirildi ve hastaların sadece %1.7'sinde CIN3+ lezyon saptandı. Bu hastaların yapılan konizasyonlarında okült kanser görülmedi. Bu bulgular ışığında, HPV 16/18 dışı yüksek riskli pozitif olupta sitolojisi negatif olan

hastalardaki çok düşük olan CIN3+ oranlarına bakılarak, bu hastaların kolposkopik biyopsi alınmadan takip edilmesi hem hasta sağlığı hem de medikolegal açıdan güvenli gözükmektedir.

Anahtar Kelimeler: HPV, yüksek riskli tipler, kolposkoui

Tablo.1 Sitolojisi negatif, HPV 16/18 dışı yüksek riskli pozitif saptanan hastaların kolposkopik sonuçları

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
KR SERVİSİT	55	31.8	31.8	31.8
LSİL	76	43.9	43.9	75.7
EPİTEL	17	9.8	9.8	85.5
YAPILMAMIŞ	13	7.5	7.5	93.1
CIN 2	9	5.2	5.2	98.3
CIN 3	3	1.7	1.7	100
Total	173	100	100	

"...ve patoloji sonuçlarında invaziv malignite izlenmedi." cümlesinden sonra

Tablo.2 Sitolojisi negatif, HPV 16/18 pozitif saptanan hastaların kolposkopik sonuçları

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
KR SERVİSİT	46	29.9	30.3	30.3
LSİL	55	35.7	36.2	66.4
EPİTEL	21	13.6	13.8	80.3
YAPILMAMIŞ	3	1.9	2	82.2
CIN 2	17	11	11.2	93.4
CIN 3	10	6.5	6.6	100
Total	152	98.7	100	
Missing System	2	1.3		
Total	154	100		

"...kolposkopi önerilmesine rağmen hasta kabul etmediğinden dolayı yapılamadı." cümlesinden sonra

SS-16

Sezaryen Skar Gebeliği Olgu Sunumu

Sadettin Oğuzhan Tutar

Giresun Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Ana Bilim Dalı, Giresun

Sezaryen skar gebeliği (SSG), gebelik kesesinin geçirilmiş sezaryen skar hattındaki myometrial doku içerisinde gelişmesiyle oluşan, ektopik gebeliğin nadir türlerinden bir tanesidir ve ilk olarak 1978 yılında Larsen ve Solomon tarafından bildirilmiştir. Görülme sıklığı, tüm gebelikler arasında 1/1800-1/2216'dır ve geçirilmiş sezaryen öyküsü olanlarda ise %0.15'tir. Sezaryen oranının giderek artması ve yüksek çözünürlüklü ultrasonografi cihazlarının kullanıma girmesiyle sezaryen skar gebeliğinin görülme sıklığında da son yıllarda önemli bir artış olmuştur. Sezaryen skar gebeliği, potansiyel olarak yaşamı tehdit eden önemli bir klinik durumdur ve erken tanı konularak tedavi edilmezse; uterin rüptür, hemoraji, dissemine intravasküler koagülasyon (DIC)

ve sonucunda da maternal ölüm görülebilir. Sezaryen skar gebeliğinin oransal olarak çok nadir görülmesi nedeniyle bu tanı literatürde daha çok olgu sunumları şeklinde bildirilmektedir. Bu nedenle, standart tedavi protokolü konusunda tam bir fikir birliği yoktur. Bekleme tedavisi, dilatasyon ve küretaj, lokal veya sistemik methotrexate (MTX), lokal potasyum klorid (KCl), uterin arter embolizasyonu, histeroskopi, laparotomi veya laparoskopik eksizyon ve histerektomi gibi tedavi seçenekleri bildirilmiştir. Erken ve doğru tanının konulması, alternatif tedavi seçeneklerinin belirlenmesi ve bunların kombinasyonları ile olası ciddi komplikasyonları önlemek çok önemlidir. Bu olgu sunumunda; ilk olarak serviks saat 3 ve 9 hizasından birer adet kanamayı azaltıcı profilaktik 2/0 PGA sütür konulmasından sonra suprapubik ultrasonografi eşliğinde, yavaş ve kontrollü bir şekilde dilatasyon ve küretaj işlemi yapılan, işlemden hemen sonra foley sonda kateterinin balonu işlem yapılan alana uygulanarak tedavi edilen ve de ultrasonografide embriyonel CRL ölçümü 8 hafta 5 gün olan canlı sezaryen skar gebeliği tanımlı hasta literatür eşliğinde tartışılmıştır.

Anahtar Kelimeler: Sezaryen skar gebeliği, dilatasyon ve küretaj, ektopik gebelik

Resim 1: Sezaryen Skar Gebeliği Transvajinal USG Görüntüsü



Resim 1: Sezaryen Skar Gebeliği Transvajinal USG Görüntüsü

Resim 2: Sezaryen Skar Gebeliği Alanına D/C Yapıldıktan Sonraki Transvajinal USG Görüntüsü



Resim 2: Sezaryen Skar Gebeliği Alanına D/C Yapıldıktan Sonraki Transvajinal USG Görüntüsü



5. KARADENİZ JİNEKOLOJİ ve OBSTETRİK KONGRESİ

9-12 Haziran 2022 | Sheraton Grand Samsun Otel

SS-17

İdiyopatik kronik anormal uterin kanamada levonorgestrel ve noretisteron etkinliği

Deniz Kulaksız, Deniz Ertürk
Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Ana Bilim
Dalı, Trabzon

AMAÇ: İdiyopatik kronik anormal uterin kanamanın tedavisinde levonorgestrel intrauterin sisteminin oral noretisteron ile klinik etkinliğini karşılaştırmak.

YÖNTEMLER: Bu kesitsel çalışma, Haziran 2020-Haziran 2021 tarihleri arasında Doğu Karadeniz'de üçüncü basamak bir hastanede gerçekleştirildi ve katılımcılar anormal uterin kanama ile başvuran hastalardan oluştu. Hastalar eşit ve rastgele olarak intrauterin levonorgestrel uygulanan (grup 1) ve noretisteron uygulanan (grup 2) olmak üzere iki gruba ayrıldı. Ortalama yaş, hastalık süresi ve parite önceden tasarlanmış bir anket kullanılarak belirlendi. Tedavilerin birincil sonuçları, yani resimli kanama değerlendirme tablosu puanı ile değerlendirilen adet kan kaybındaki azalma, tedavinin başlangıcından önce, çalışmanın 3. ayında ve 6. ayında kaydedildi. Veriler SPSS 23.0 (IBM, USA) ile analiz edildi.

BULGULAR: Her grupta 42 olmak üzere toplam 84 katılımcı mevcuttu. Grup 1'de ortalama yaş ve hastalık süresi 36.5 ± 7.4 yıl ve 5.3 ± 3.1 yıl iken grup 2'de 35.3 ± 6.9 yıl ve 4.9 ± 3.4 yıl idi. 3 ay sonra gruplar arasında kanamayı azaltmada belirgin bir fark saptanmadı ($p=0.321$). Tedaviden 6 ay sonra ise levonorgestrel intrauterin sistemini oral noretisterona kıyasla kanamayı anlamlı derecede farklı olarak azaltmıştı ($p=0.037$). Her iki tedavide hastanın yaşı, paritesi ve hastalığın kronikliğinden bağımsız olarak etkili kanama miktarını etkin bir şekilde azaltmıştı.

SONUÇ: Hem levonorgestrel intrauterin sistem, hem de oral noretisteron idiyopatik kronik anormal uterin kanamada etkili olmakla beraber levonorgestrel intrauterin sistem menstrüasyonda kan kaybını azaltmada daha etkilidir.

Anahtar Kelimeler: Anormal uterin kanama, kronik, levonorgestrel intrauterin sistem, noretisteron

SS-18

Nullipar gebelerde gebe okulu eğitimi ve psikolojik destek ile tokofobi ve sezaryen oranları arasındaki ilişki: prospektif bir çalışma

Osman Aydın¹, Müjde Can İbanoglu², Sans Odabasi Aydın¹, Yaprak Engin Ustun²

¹Sağlık Bakanlığı Ankara Şehir Hastanesi Kadın Hastalıkları Anabilim Dalı, Ankara, Türkiye.

²Ankara Etlik Zübeyde Hanım Kadın Sağlığı Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Kadın Hastalıkları Kliniği, Ankara, Türkiye.

AMAÇ: Tüm dünyada olduğu gibi ülkemizde de artan sezaryen oranları önemli bir halk sağlığı problemi haline gelmiştir. Gebelerin bir kısmı ciddi doğum korkusu nedeniyle sezaryen doğumu tercih etmektedir. Bu

çalışmanın amacı; ilk kez doğum yapacak gebelerin erken gebelik haftalarında doğum korkusu düzeylerinin belirlenmesi, gebe okulu eğitimi ve psikolojik desteğin doğum korkusu ve doğum şekli üzerine olan etkisinin incelenmesidir.

GEREÇ-YÖNTEM: Hastanemizin antenatal polikliniğine başvuran ilk gebeliği olan ve ilk trimesterde olan 159 gebe, bu prospektif çalışmaya dahil edilmiştir. İlk başvuruda gebelerin demografik özellikleri kaydedilip, Wijma Delivery Expectancy/ Experience Questionnaire A testi uygulanmıştır. Ardından gönüllüler gebe okulu ve hastanemizde uygulanan gebe okulu eğitimi ve psikolojik destek konusunda bilgilendirilmiştir. Gebe okuluna katılan 36, psikolojik destek alan 14, hem gebe okulu hem psikolojik destek alan 33 gebe olmuştur. Hiç destek almayan gönüllü sayısı 49 dur ve çeşitli nedenlerle çalışmayı terk etme sayısı 27 dir. Doğum sonrası ilk 6-8 haftada çalışmaya devam eden 132 gönüllüye Wijma Delivery Expectancy/ Experience Questionnaire B testi uygulanmış ve doğum bilgileri kaydedilmiştir.

BULGULAR: Çalışmaya primigravid, tekil gebeliği olan 132 gebe dâhil edilmiştir. Yaş ortalaması $23,71 \pm 4,25$ yıldır ve gebelerin eğitim düzeyi 41.6% ile lise mezunudur. Çalışmaya katılan olguların %72,0'sinin ($n=95$) doğum şeklinin normal doğum, %28,0'inin ($n=37$) sezaryen doğum yaptığı izlenmiştir. Antenatal gebelik eğitimi ve psikolojik desteği birlikte alan gebelerin normal vajinal yolla doğum yaptığı gözlenmiş (100%) ve bu sonucun istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptandı ($p<0,001$). Gebelikte egzersiz yapma durumu ile doğum okulu ve psikolojik destek birlikteliğine (sırası ile 75.8%, 63.9%, 78.6%, 34.7%) göre yapılan sınıflamalar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptandı ($p<0,001$). Özellikle psikolojik destek alan grupta, egzersiz yapma oranı 78.6% olarak tespit edilmiştir ve bu oran diğer gruplardan istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek saptandı ($p=0,001$). Gebe okuluna katılma durumuna göre olguların doğum öncesi korku düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ($p=0,009$). Doğum öncesi korku düzeyine göre gebenin gebe okuluna başvuru sıklığı değişmiştir. Özellikle ağır tokofobisi olan grupta gebe okuluna başvuru sıklığı 10.1% dir ve diğer gruplardan istatistiksel olarak anlamlı farklıdır ($p=0,009$).

SONUÇ: Antenatal eğitim ve psikolojik destek ile sezaryen oranlarının azaltılabileceği gösterilmiştir. Ancak bu süreçte doğum korkusuna etkisi gösterilememiştir. Doğum öncesi tokofobi şiddetlendikçe gebelerde psikolojik destek ve antenatal eğitim ihtiyacının ve bunlara başvurunun daha sık olduğu gözlemlenmiştir.

Anahtar Kelimeler: Tokofobi, Wijma, W-DEQ, Gebe okul, Hamilelikte Psikolojik Destek, Sezaryen oranı.

SS-19

27 haftalık gebelik ve adneksiyal torsiyon

Ömür Erden

Kanuni Eğitim ve Araştırma Hastanesi Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği Trabzon

Adneksiyal torsiyon gebelikte her haftada görülebilmektedir ve gebelik bir risk faktörüdür. Ayırıcı tanıda ender olarak bizim hastamızda piyelonefrit ile ayırıcı tanı ancak pelvi mr ile yapılabilmektedir. Gebelik haftası 27 hafta idi, bilateral piyelonefrit kliniği, sağda yaygın olan uterus basısına bağlı, solda ise adneksiyal torsiyona bağlı idi.

Giriş: Yumurtalık torsiyonu, yumurtalığın bağ destekleri üzerinde tamamen veya kısmen dönmesini ifade eder ve genellikle kan beslemesinin

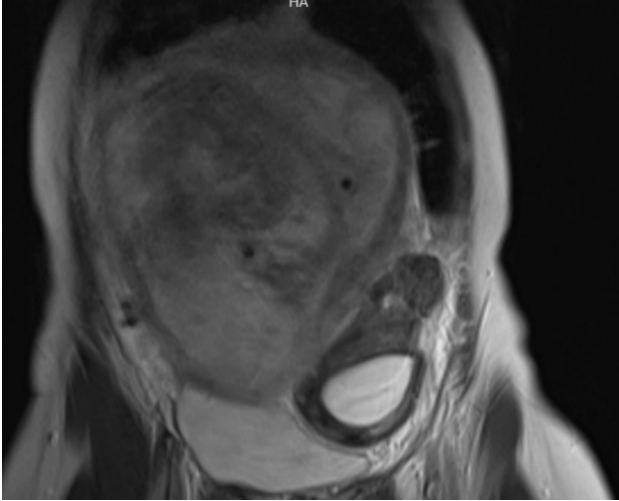
kısmen veya tamamen tıkanmasına neden olur. En yaygın jinekolojik cerrahi acillerinden biridir ve her yaştan kadını etkileyebilir (1). Fallop tüpü sıklıkla yumurtalık ile torsiyone olur; bu meydana geldiğinde, adneksiyal torsiyon olarak adlandırılır (1). Gebelik sırasında, üreme çağındaki, polikistik over sendromu olan (2) veya infertilite tedavisi için ovulasyon indüksiyonu uygulanan (3) kadınlarda torsiyon riski artar.

Olgu sunumu: 27 haftalık gebelik ve adneksiyal torsiyon, 31 yaş g2p1 (nsd). Bilateral kostovertebral açı hassasiyeti + piyelonefrit? ön tanısıyla Gümüşhane'den tarafımıza sevk edildi. Fizik muayenede: sol kasıkta defans + rebound + şiddetli ağrısı vardı. Lab: crp: 103 wbc: 18.5 hb: 12.6. Üriner ultrasonografide (usg) her iki böbrek normal boyutlardadır. Parankim kalınlıkları ve ekoları doğaldır. Sol böbrek pelvikalsiyel sistem normal genişliktedir. Renal taş, kitle saptanmadı. Sağ böbrek pelvikalsiyel sistem dilate olup ap çapı 13 mm ölçüldü. Mesane normal sonolüsen görünümünde olup duvar veya lümene ait patoloji saptanmadı. Radyoloji uzmanının önerisi ile çekilen pelvik kontrast MR da: öncelikle tuboovaryan torsiyon (resim 1) olarak değerlendirilmiştir. Bu bulgular ile akut batın bulguları bulunan hasta için acil yüksek minimal pñannenstiel insizyon ile laparotomi kararı verildi ve uygulandı. Gözlemden 10-15 cm torsiyone nekroze sol adneks (resim 2), ve bir tur detorsiyone edilmesiyle büyük oranda düzelmişti. Postoperatif 1. Günde pelvik doppler us de Usg de sol overde vaskülarizasyon minimal izlenmiş olup douglasta serbest mayı saptanmamıştır. Şikâyeti olmayan hastamız postoperatif 2. Günde taburcu edilmiştir.

Tartışma: Yumurtalık torsiyonunun ayırıcı tanısı, akut pelvik ağrı ve/veya adneksiyal kitle ile ortaya çıkan ve ektopik gebelik, rüptüre yumurtalık kisti, tubo-over apsisi ve apandisit gibi diğer durumları içerdiği belirtilmektedir (4). Oysa bizim hastamızda bilateral piyelonefrit? ön tanısı ile uzman tarafından dış merkezden sevk edilmişti. Tanıda zorluk çektiğimizde bu vakamızda pelvik mr ile tanı koyabilmiz. Bu zorluk literatürdeki bilgi le uyum sağlamıştır, hastaların sadece yüzde 38'inde preoperatif doğru tanının konulduğunu ortaya koyan 115 adneksiyal torsiyon vakasından oluşan bir seride gösterilmiştir (5).

Anahtar Kelimeler: gebelik, torsiyon, ağrı

resim 1



pelvik mr da sol adneks torsiyonu

Resim 2



torsiyone sol adneks

SS-20

Sitoloji ve kolposkopi uyumsuzluğu nedeni ile eksizyonel işlem yapılan olguların klinik ve patoloji sonuçlarının değerlendirilmesi

Mustafa Şahin

Ankara Şehir Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Ana Bilim Dalı, Jinekolojik Onkoloji Cerrahisi Kliniği, Ankara

Giriş: Serviks kanseri dünyada kadınlarda en sık görülen 4. kanser tipi olup gelişmemiş ülkelerde en sık görülen jinekolojik kanser tipidir. Gelişmiş ülkelerde ise tarama programları sayesinde serviks kanserinin insidansı ve mortalitesinde istikrarlı bir düşüş sağlanmıştır. Tarama programlarında en sık kullanılan yöntem Papanikolau (Pap smear) testidir. Serviks kanseri taramasında kullanılan ve erken tanıya yönelik bir diğer test ise HPV DNA testidir. Pap testi yüksek dereceli skuamöz intraepitelyal lezyon (HSIL) olarak yorumlanan hastalarda klasik yaklaşım kolposkopi eşliğinde yapılan punch biopsidir. HSIL sitolojinin, teoride histopatolojik olarak servikal intraepitelyal neoplazi (CIN) 2 veya 3 ile uyum göstereceği varsayılmaktadır. Fakat kolposkopik biopsi ile alınan doku parçası genellikle 5 mm'den küçüktür ve her zaman en şiddetli servikal lezyondan biopsi yapılamayabilir. Bir çalışmada HSIL smearlerin sadece %43-66'sında biopsi ile CIN2 veya CIN3 tanısı doğrulanabilmektedir. Bu nedenle bu hastaların çoğuna nihayetinde eksizyonel işlemler uygulanmaktadır. Biz bu çalışmada sitoloji ve kolposkopi uyumsuzluğu nedeni ile eksizyonel işlem yapılan olguların klinik ve histolojik sonuçlarının değerlendirilmesini amaçlıyoruz

Yöntem: 01 Eylül 2019-01 Eylül 2021 tarihleri arasında Ankara Şehir Hastanesi Jinekolojik onkoloji cerrahisi kliniği'nde sitoloji kolposkopi uyumsuzluğu nedeni ile eksizyonel işlem yapılan 26 hastanın klinik ve

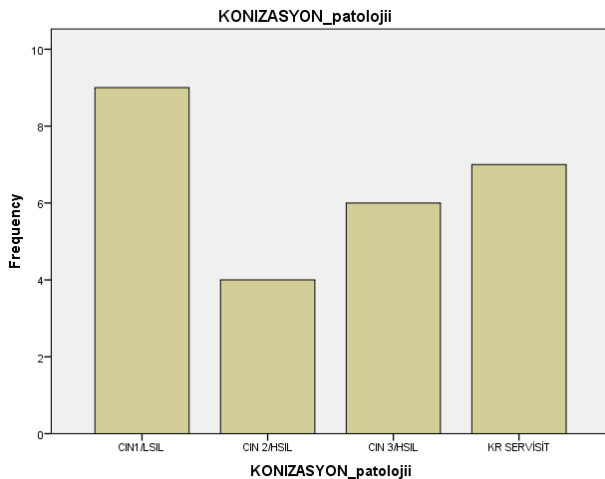
histolojik özellikleri retrospektif olarak değerlendirildi.

Bulgular: Dahil edilen hastaların yaş ortalaması 45,1 idi. Smear sonuçlarında ASC-H oranı %57,7 (15/26), HSIL hasta oranı %34,6 (9/26), AGC oranı %7,7 (2/26) idi. Human papilloma virüs (HPV) tiplerine baktığımızda HPV 16 oranı %38,4 (10/26), HPV negatif oranı %26,9 (7/26), HPV 18 oranı %15,3 (4/26), HPV 16/18 dışı yüksek risklilerin oranı %19,2 (5/26), idi. Kolposkopi esnasına alınan serviks biopsi sonuçlarında ise kronik servisit oranı %46,1 (12/26), LSIL oranı %53,9 (14/26) idi. Konizasyon spesmen patoloji sonuçlarına göre CIN3 oranı %23,1 (6/26), CIN2 oranı %15,4 (4/26), CIN1 oranı %34,6 (9/26), kronik servisit %26,9 (7/26) idi.

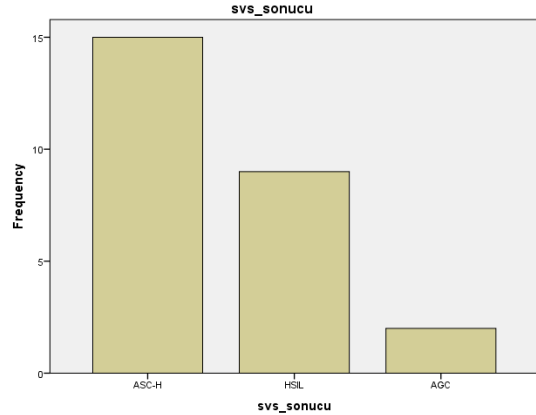
Sonuç: Servikal intraepitelial neoplaziler (CIN), derecesine bağlı olarak invaziv kansere ilerleyebilirler. Sitolojik tarama ile bu preinvaziv lezyonların erken tanısı ve tedavisi mümkün olmuş ve serviks kanserinin insidansında düşme sağlanmıştır. HSIL sitolojisi olan hastaların yaklaşık üçte ikisinde CIN 2 veya CIN 3 lezyon, %2'sinde ise invaziv kanser bulunmaktadır. Bu riskli grupta yapılan kolposkopik biopsi sonucu CIN 2 veya CIN 3 gelmesi durumunda sıklıkla LEEP veya konizasyon gibi eksizyonel işlemler önerilir. HSIL sitolojisi olan ve kolposkopik biopsi sonucu \leq CIN1 gelen hastalar ise klinisyenleri ikilemde bırakmaktadır. Amerikan Kolposkopi ve Servikal Patoloji Cemiyeti (ASCCP) bu grup hastalarda tanısal eksizyonel işlemlerin yanı sıra, 12 ve 24. aylarda ko-test yapılması veya sitoloji, histoloji ve kolposkopi bulgularının tekrar gözden geçirilmesinin de önerilebileceği bildirilmiştir. Literatürde smear sonucu HSIL rapor edilen hastaların %65-75 oranlarında CIN 2 ve üzeri lezyon saptanmıştır. Bizim çalışmamızda da bu oran %66,6 (6/9) olarak saptandı. Sitolojisi ASC-H olan 15 hastanın 4'ünde (%26,6) eksizyonel işlem patolojide CIN2+ lezyon saptanmıştır. ASCCP klavuzunda eksizyonel işleme alternatif olarak "12 ve 24. aylarda ko-test yapılması" önerisini tercih etseydik eksizyonel işlem patolojisi CIN2+ gelen 10 hastayı (19/26, %38,4) atlamaş olacaktık. Bu nedenle özellikle HSIL sitoloji sonucu olan hastalara biopsi sonucu \leq CIN1 gelse bile eksizyonel işlem seçeneği sunulmasının daha doğru ve güvenli olacağını düşünmekteyiz.

Anahtar Kelimeler: Sitoloji ve kolposkopi uyumsuzluğu, Pap smear, eksizyonel işlem

konizasyon patoloji sonuçları



smear sonuçlar



SS-21

Over kanserini bulgularını taklit eden nadir malign peritoneal mezotelyoma olgusu

Mustafa Şahin¹, Coşkun Ümit²

¹Ankara Şehir Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Ana Bilim Dalı, Jinekolojik Onkoloji Cerrahisi Kliniği, Ankara

²Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Ana Bilim Dalı, Perinatoloji kliniği, Ankara

Giriş: Malign mezotelyoma plevra (%85), periton (%5-10) ve perikard boşluklarının seröz yüzeylerinden köken alan sıklıkla fatal seyirli olan nadir bir kanserdir. Peritoneal yerleşimli malign mezotelyomanın da kadınlarda görülme prevalansı 1-2/1.000.000 oranında bildirilmektedir. Hastaların yaklaşık yarısında asbest maruziyeti mevcuttur. Daha çok abdominal kitle ve asite bağlı karında şişlik şikayeti ile başvuran hastalarda ultrason ve tomografide asit ile birlikte omentum, mezenter ve peritonu içeren plaklar şeklinde kitleler görülür. Over kanserinde de benzer klinik bulguların varlığı ayırıcı tanıda güçlükler yol açmaktadır. Tedavi verilmeyen hastalarda ortalama sağkalm yaklaşık 6 ay olduğu düşünülürse, hastalığın uygun yönetilmesi için doğru tanının erken dönemde konulması büyük önem arz etmektedir. Bu çalışmada over kanseri ön tanısı ile yapılan periton ve omentum biopsi sonucu malign peritoneal mezotelyoma raporlanan olguyu, ayırıcı tanıya yardımcı olması amacıyla sunacağız.

Yöntem: 74 yaşında Tip 2 diabetes mellitusu, konjestif kalp yetmezliği (pacemaker+) olan kadın hastanın öyküsünde 1999 yılında meme kanseri nedeni opere olduğu, sonrasında kemo-radyoterapi aldığı ve 5 yıl tamoksifen kullandığı öğrenildi. BRCA mutasyonu negatif hastada sigara kullanma ve asbest maruziyet öyküsü yoktu.

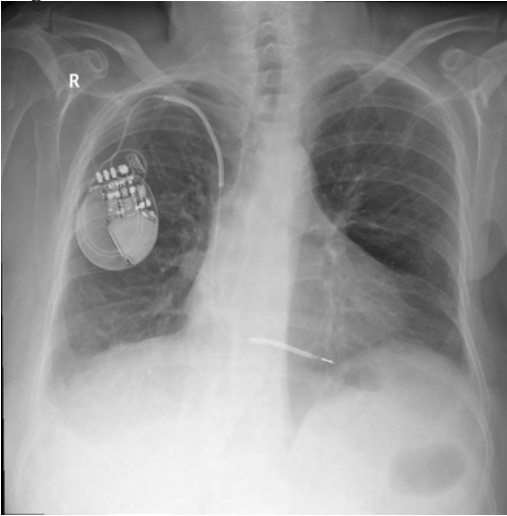
Bulgular: Hastanın yaklaşık 6 aydır devam eden karında şişlik, kilo kaybı yakınmaları vardı. CA 125 213,8 [Y], CA 15.3 54,8 [Y], CA 19.9 3,9 U/ AFP 3,5 µg idi. Transvaginal ultrasonografi: Uterus atrofik, overler yaşı ile uygun görünümde idi. Pelviste barsak ansları arasında en derin yerinde 7 cm'ye ulaşan yoğun içerikli partiküllü sıvı izlenmiştir (asit). Peritoneal yüzeylerde en kalın yerinde 1.5 cm'ye ulaşan, yer yer plak, yer yer nodüler tarzda kalınlaşmalar dikkati çekmiştir (peritoneal implant). Tomografi: Sağ akciğer orta ve alt lobda plevral kalsifikasyonlar izlenmektedir. Solda da plevral kalsifikasyonlar izlenmiştir. Sol akciğer alt lob lateral bazal segmentte ve sağ akciğer üst lob apikal segmentte 3 mm çapında nodül izlenmiştir. Karaciğer segment 4B' de subkapsüler alanda 10x8 mm boyutlarında fokal hipodens nodüler alan izlenmiştir (Metastaz ?). Perihepatik, perisplenik, pelviste, barsak ansları arasında

yaygın sıvı kolleksiyonu izlendi. Omentumda, mesane süperiorunda ve peritoneal yüzeylerde yaygın kirlenme ve retiküler opasiteler izlendi. Endoskopik ve kolonoskopik incelemesinde patoloji saptanmadı. Girişimsel radyoloji tarafından alınan periton biopsi sonucu: malign mezotelyoma olarak rapor edildi. (Calretinin, Caldesmon, CK5-6, D2-40, CK7 ve WT1 ile kuvvetli pozitif olup, P53 ile wild tip boyanmıştır, Ki67 ile yaklaşık %5 pozitiflik mevcuttur, PR il %30 pozitifdir. BERE4, ER, PAX8, GCDP15, p16 ve CK20 ile boyanma izlenmemiştir.) Hasta medikal onkoloji bölümüne konsülte edildi.

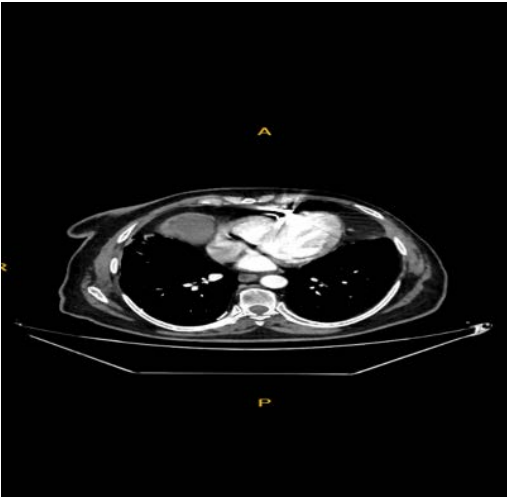
Sonuç: Malign mezotelyoma; nadir görülmesi, kötü prognoza sahip olması, tanısının zor konulması ve tedavisi konusunda görüş ayrılıkları olması sebebiyle yönetimin oldukça zor olduğu bir hastalıktır. Kebapçı ve arkadaşlarını yaptığı bir çalışmada malign peritoneal mezotelyomalı 11 hastanın hepsinde radyolojik olarak asit saptanmıştır. Aynı çalışmada hastaların neredeyse tamamında bizim hastamızda olduğu gibi omental tutulum olduğu farkedilmiş ve hastalardaki serum Ca 125 değerinin normalden yüksek olduğu (ortalama 230 U/ml) belirtilmiştir. Plevral efüzyon, asit, peritoneal kalınlaşmalar, omental kek, barsak mezolarında, mezenterde, diyaframda ve karaciğer yüzeyinde tutulum ise diğer radyolojik bulgulardır. Bu nedenle over kanserinde de benzer klinik bulguların varlığı ayırıcı tanıda güçlükler yol açmaktadır. Her zaman ayırıcı tanıda akılda tutulmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Malign peritoneal mezotelyoma, over kanseri, omentum biopsi

ac grafi



batın ct



SS-22

COVID-19 (+) pozitif olan ve olmayan gebelerde, dekolman plasenta oranlarının karşılaştırılması

Özge Özdemir¹, Ulaş Coban²

¹Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Başakşehir Şehir Hastanesi, Perinatoloji Kliniği, İstanbul

²Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Ana Bilim Dalı, Samsun

AMAÇ: COVID-19 hastalığı temel olarak solunum yollarını tutsa da gebelerde mortalite ve komplikasyon oranları artmaktadır. Bu çalışmada gebeliğinin 3. trimesterinde COVID-19 pozitifliği olan ve olmayan gebeler arasında dekolman plasenta gelişimi arasındaki ilişkiyi incelemek amaçlanmıştır.

GEREÇ-YÖNTEM: Retrospektif kohort tipi bu çalışmada İstanbul Başakşehir Şehir Hastanesinde Aralık 2021-Şubat 2022 tarihleri arasında pandemi servisinde COVID-19 pozitifliği nedeniyle yatarak takip edilen 190 gebeden 3. trimesterde olan 57 gebe çalışma grubuna, aynı tarihler arasında doğumhaneye yatışı yapılan ve doğumu gerçekleşen 110 gebe kontrol grubuna alındı. Hastaların demografik bilgileri ve gebelik sonuçlarına hastanenin elektronik veri tabanından ulaşıldı. Her iki grupta gebelerin genel özellikleri, doğum sonuçları ve dekolman plasenta oranları karşılaştırıldı. Verilerin analizinde SPSS 23.0 programından yararlanıldı.

BULGULAR: Çalışma grubundaki gebelerin ortalama(ort) yaşı 28.4±5.8, gravida ort 2,3 (min 1-max 7), parite ort 1,8 (min 0-max 5), 6'sı ivf (invitro fertilizasyon), 11'i hipertansif, 7'si GDM (Gestasyonel Diyabet) idi. Doğum haftası ort. 36,4 (min 33-max 40), doğum kilosu ort 2560gr (min 1940-max 3870gr). Kontrol grubundaki gebelerin ortalama yaşı 26.4±5.4, gravida ort 1.8 (min 1-max 5), parite ort 1.3 (min 0-max 4), 11'i ivf, 18'i hipertansif, 14'ü GDM idi. Doğum haftası ort 37,2 (min 35-max 40), doğum kilosu ort 2730gr (min 2040-max 3830gr). Çalışma ve kontrol grubu arasında demografik özellikler arasında anlamlı farklılık saptanmadı. Dekolman plasenta açısından karşılaştırıldığında ise çalışma grubunda 9 (%15,78), kontrol grubunda 7 (%6,36) (p<0.001) olgu saptandı. Çalışmamızın limitasyonları, COVID-19 negatif gruba antikor testi yapılmaması, COVID-19 pozitif grupta aşı durumu açısından karşılaştırma yapılmaması ve küçük bir grupta karşılaştırma yapıldığı için sonucun tüm topluma genellenememesi sayılabilir.

SONUÇ: COVID-19 (+) pozitifliği gebelerde dekolman plasenta oranını anlamlı ölçüde arttırmaktadır. Bu alanda daha geniş popülasyonlarda ileri çalışmalara ihtiyaç duyulmakla beraber gebeliğin 3. trimesterinde COVID-19 (+) olan gebeler dekolman plasenta açısından yakın takip edilerek dekolman plasentaya bağlı maternal ve fetal mortalite ve morbiditenin azaltılabileceği görüşündeyiz.

Anahtar Kelimeler: Covid 19, gebe, dekolman plasenta



5. KARADENİZ JİNEKOLOJİ ve OBSTETRİK KONGRESİ

9-12 Haziran 2022 | Sheraton Grand Samsun Otel

Tablo 1. Gebelerin demografik özellikleri ve gebelik sonuçları.

	COVID-19 (+) pozitif (n 57)	COVID-19 (-) negatif (n 110)
Yaş	28.4±5.8	26.4±5.4
Gravida ortalaması	2.3 (min 1-max 7)	1.8 (min 1-max 5)
Parite ortalaması	1,8 (min 0-max 5)	1.3 (min 0-max 4)
Doğum haftası	36,4 hafta (min 33-max 40)	37,2 hafta (min 35-max 40)
Doğum kilosu	2560 gr. (1940-3870)	2730 gr (2040-3830)
İVF	6 (%10,5)	11 (%10)
Hipertansif hastalık, Preeklamsi	11 (%19,29)	18 (%16,36)
Diyabet, GDM	7 (%12,28)	14 (%12,72)
Dekolman plasenta	9 (%15,78)	7 (%6,36)

SS-23

Maternal Vitamin D Eksikliği Perinatal Sonuçları Etkiler Mi?

Funda Münire Cevher Akdulum, Kutay Ömer Biberoglu
Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı

AMAÇ: Gebelik sırasında D vitamini eksikliği yaygın görülen bir anti-tedir. Çalışmalarda, bireylerin yaşadıkları ülkeye ve giyilen kıyafetlerin türüne bağlı olarak %18 ile %84 arasında değişen bir yaygınlık bildirilmiştir. D vitamini plasenta, immün fonksiyonları, inflamatuvar yanıtı ve glukoz homeostazını etkiler. Çalışmamızda; D vitamini eksikliğini perinatal sonuçlarını değerlendirmeyi amaçladık.

MATERYAL-METOD: Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı'na başvuran 305 gebe ele alındı. D vitamini düzeyleri 30 ng/ml'nin üzerinde, 30 ng/ml ile 20 ng/ml arasında, 20 ng/ml'nin altında ve 10 ng/ml'nin altında olanlar şeklinde sırasıyla yeterli, yetersiz, eksik ve ileri derecede eksik olarak tanımlandı ve dört gruba ayrıldı. Maternal D vitamini eksikliğini perinatal etkileri ve gebelikte komplikasyonları artırıp artırmadığı araştırıldı. Komplikeasyonlar olarak, Gestasyonel diyabetes mellitus (GDM), preeklamsi, gestasyonel yaşa göre küçük (SGA) bebekler tanımlandı.

BULGULAR: D vitamini düzeyi yeterli olan 25, yetersiz 73, eksik 113 ve ileri derecede eksik olan 79 gebe değerlendirildi. Gebelerde D vitamini yetersizliği %91, D vitamini eksikliği ise %66 olarak saptandı. Bu dört grup arasında ortalama yaş, eğitim düzeyi, ortalama gebelik haftası, medyan parite, multiparite oranı, gebelik öncesi ortalama vücut kitle indeksi (VKİ), gebelik öncesi VKİ sınıflandırması, sigara içme alışkanlığı ve fiziksel aktivite açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı (p). >0.05). GDM, preeklamsi, doğum şekli, erken doğum, SGA, ortalama bebek doğum ağırlığı ve ortalama bebek doğum boyu da gruplar arasında anlamlı farklılık göstermedi (p>0.05). Ek olarak, patolojik durum (GDM, SGA veya preeklamsi) sergileyen gebeler (n=45) ve sağlıklı gebeler (n=245) iki gruba ayrılarak değerlendirildi. D vitamini düzeyleri bu iki grup arasında anlamlı farklılık göstermedi (p=0,927). D vitamini düzeyleri ile ilgili ROC eğrisinin altında kalan alanın patolojik (GDM, SGA ve preeklamsi) gebelikler ve normal gebelikler (AUC=0.504, %95 CI=0.410-0.599, P) ayırımında istatistiksel olarak anlamlı olmadığı belirlendi. =0.927).

SONUÇ: Maternal D vitamini eksikliğini dünyada ve ülkemizde yaygın olarak görüldüğü gösterilmiştir. Ülkemiz güneş ışığından yoksun bir ülke olmamasına rağmen eksiklik oranları yüksektir. Yaptığımız çalışmada patolojik durumlar ile D vitamini eksikliği ilişkisi ortaya konul-

mamıştır. Bu konuda daha büyük örneklemeler ile yapılacak randomize kontrollü çalışmalara ihtiyaç vardır.

Anahtar Kelimeler: Vitamin D, GDM, Preeklamsi

SS-24

Beklenmeyen plasenta perkreeta

Şükrettin Yeşilçiçek, Ömür Erden, Recep Erin, Gülce Orhan Telatar,
Sevinç Dil Baki
Kanuni Eğitim ve Araştırma Hastanesi Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği Trabzon

Son aya kadar dış merkezde takipli 36 yaşında 1 sezaryen öyküsü olan hastamız son ay kliniğimizde takip edilmiştir. 39. Haftada riski olmayan eski cs tanısı ile operasyon günü verildi. Operasyon günü radyoloji kliğince yapılan usg de plasenta anterior yerleşimli grade 2 olarak raporlandırıldı. Bu vakamız beklenmedik plasenta akreata spektrumundan perkreata idi. Her zaman planlı olmayacağı özelliğe plansız beklenmeyen olgu olduğu için sunumu uygun görüldü.

Olgu sunumu: Öncesinde dış merkez, son haftalarda kliniğimiz takipleri olan 36 yaşında 1 sezaryene bağlı bir yaşayanı olan hastamız 39. Haftada rutin eski sezaryen tanısı ile operasyon günü verildi. Operasyon günü radyolojiden resmi preoperatif obstetrik ultrasonografi istendi. Radyoloji raporunda plasenta anterior grade 2 şeklinde raporlandırıldı. Takiplerinde olduğu gibi plasenta akreata spektrumundan (PAS) şüphelenilmedi. Beklenmedik şekilde pfannenstiel insizyonu ile batına girildi. Gözlemlerde perkreata izlendi, rüptür de vardı. (Resim 1). Bazı plasenta akreata vakaları ilk olarak sezaryen doğumunda fark edilir, tipik olarak sezaryen doğumunu tekrarlar (1) Bu bulgular; Alt uterin segmenti, serozayı veya mesaneyi işgal eden plasental doku. Alt uterus segmentinin serozası boyunca artan ve kıvrımlı vaskülarite. Damarlar peritonda kranio-kaudal olarak ilerleyebilir. Pelvik yan duvarlara doğru şişkin mavimsi/mor ve belirgin şekilde şişkin bir alt uterin segment. Bizim olgumuzda bunların hepsi vardı ve spontane rüptür olmuştu. Acil olarak meslektaşım ile intraoperatif konsülte edilerek, intraoperatif ters T insizyon ile göbek üstüne çıkılarak, fundus uterustan fetüs alındı (Resim 2). 4 Ü eriosit süspansiyonu hazırlatıldı. 1 gram transamine, 2 metiler ve 1 pabal yapıldı. Sezaryen histerektomi + bilateral salpenjektomi + bilateral üreterolizis ile üreterler diseke edildi. Üroloji de intraoperatif mesane ve bilateral üreter kontrolü kateterle yapıldı. İki adet soft dren koyuldu. 2 ünite eriosit süspansiyonu ve 2 taze donmuş plazma intraoperatif verildikten sonra hastanın genel durumu iyi vital bulgular stabil. Hg: 11 gr /dl, plt: 173000, fibrinojen 213.

Planlı PAS vakalarında ise ele alınması gereken preoperatif planlama ve bakımın belirli bileşenleri şunları içerir (2).

1. Bilgilendirilmiş onam – Potansiyel intraoperatif komplikasyonların ve müdahalelerin tartışılması (örneğin, şiddetli kanama, kan transfüzyonu, mesane ve bağırsakta yaralanma veya kısmi rezeksiyonu, kanamayı kontrol etmek için histerektomi, postoperatif vezikovajinal fistül riski).

2. Çok disiplinli bir ekip tarafından yönetim ve üçüncü basamak bir bakım tesisinde doğum, sonuçları iyileştirir ve komplikasyon oranlarını düşürür.

3. Planlı doğum.

4. Sezaryen histerektomi- Çoğu durumda, konservatif tedavi veya sezaryen histerektomi ile ilgili kesin bir karar ameliyat öncesi yapılmalıdır.

5. İntravenöz erişim – En az iki büyük çaplı (14 gauge) intravenöz kateter periferik olarak yerleştirilmelidir.

6. İzleme – İnvaziv arteriyel izleme yaygın olarak yapılır.

7. Tromboembolizm profilaksisi - Ameliyat, majör kanama ve kan transfüzyonunun doğum sonrası ven trombozu riskini artırdığı göz önüne alındığında, pnömatik kompresyon cihazları yerleştirilmelidir.

8. Kan ürünleri – Kapsamlı kan ürünü değişiminin mevcudiyetini sağlıyoruz. Kan bankası bilgilendirilmeli ve doğumda yeterli kırmızı kan hücreleri, taze donmuş plazma, kriyopresipitat ve trombositler mevcut olmalıdır; medyan tahmini kan kaybının 2,5 ila 7,8 litre olduğu bildirilmiştir (3). Oysa bizim olgumuzda beklenmeyen plasenta perkreata mevcut idi.

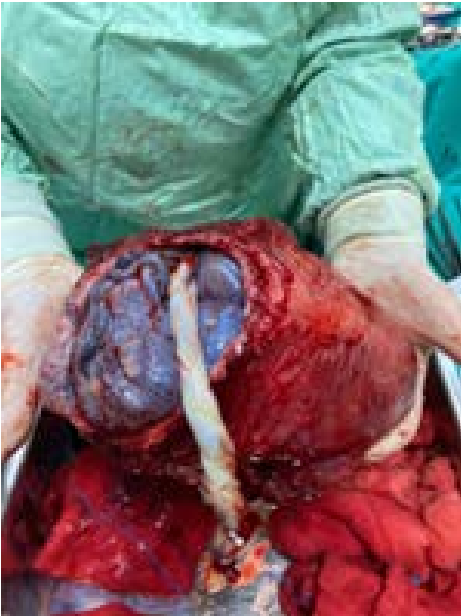
Anahtar Kelimeler: gebelik, perkreata, sezaryen histerektomi

resim 1



ruptüre plasenta perkreata

Resim 2



fundal uterin insizyon

SS-25

Düşük doz klomifen sitrat ile OHSS

Ömür Erden

Kanuni Eğitim ve Araştırma Hastanesi Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği Trabzon

Giriş: OHSS, genç, sağlıklı kadınları etkileyen iyatrojenik ve potansiyel olarak yaşamı tehdit eden bir durumdur (1). OHSS'nin iki klinik formu vardır, her ikisi de hCG ile ilişkilidir: erken başlangıçlı form (dış kaynaklı hCG uygulamasından sonraki ilk sekiz gün içinde ortaya çıkar) ve geç başlangıçlı form (hCG uygulamasından dokuz veya daha fazla gün sonra ortaya çıkan, hamileliğe bağlı olarak ortaya çıkan hcg üretimine bağlıdır) (2). ASRM ve RCOG a benzer OHSS sınıflaması Tablo 1 de izlenmektedir (3).

Olgu sunumu: Gece dış merkezden akut batın ve dış gebelik ön tanıları ile hastamız kliniğimize sevk edildi. 23 yaşında gebelik istemi olan hastamız 3-4 tane klomifen sitrat çocuk istemi olduğu için dr unun önerisi ile içmiş. Yapılan değerlendirmede gebelik + ohss (ovaryan hiperstimülasyon sendromu, orta) ön tanıları ile hastamız kliniğimize yatırıldı. Yapılan incelemelerde asit etiolojisi? malignite olabilir? Ca-125 669 U/mL, hastamız mikronize progesteron kullanıyordu. İlk kez gebelik testi + pozitif olmuştu. Progesteron 40 ng/mL, tiroid fonksiyon testleri normaldi. Hcg 8500 idi. Albümin minimal düşük, hct ve wbc yüksek değildi. Bu kliniği ile biokimyasal özellikleri ile hafif OHSS idi. Ancak batında yaygın asit, karın ağrısı ve nefes darlığı olduğu için klinik özelliklere baktığımızda orta-şiddetli OHSS idi. Batın ve diğer sistemik şikayetleri fazla olduğu için radyolojiden ve ilgili bölümlerden konsültasyon istenmiştir. "TÜM ABDOMEN +PELVİK DOPPLER US Sol overde belirgin kanlanma izlendiği için bu aşamada torsiyon düşünülmemiştir. Ancak over lezyonu ekarte edilememiştir. MRG ile değerlendirilmesi önerilir. Perihepatik, perisplenik alanda, bilateral parakolik alanda ve pelviste en belirgin yerinde 5,5 cm kalınlığa ulaşan yaygın asit mevcuttur. Hastanın asit etiyojisi (meigs sendromu?) açısından değerlendirilmesi ve gerekirse örnekleme için parasentez önerilir." (Resim 1). Şeklinde radyoloji raporu vardı. Labaratuvar bulgularından daha şiddetli olan klinik bulguları olduğu için jinekolojik onkoloji, genel cerrahi, gastroenterolojik onkolojik cerrahi ile ortak takip edildi ve literatür ile uyumlu olarak ikiz gebelik devamında ortaya çıktığı için hcg ye bağımlı olarak OHSS uzun sürmüştür. Hastamız kliniğimizde yatak istirahati, sıvı alımı-çıkarılması, karın çevresi ölçümü, kilo takibi, ultrasonografi, bulantı, kusma, karın ağrısı şikayetlerinin takibi ile 1 ay sonunda diaminotik dikoryonik ikiz gebelik 8 hafta ile normal riskli gebelik takibine alınmıştır. takiplerinde tsh 20 gün sonra 0,066 idi, ca 125 15 gün sonra 770 ve 20 gün sonra 515 ti. Sağlıklı ikiz gebelik doğumundan sonra tavsiye edilmiş olan ca 125 tetkiki ve batın – jinekolojik ultrasonları normaldi.

Tartışma: Artan endojen insan koryonik gonadotropin (hCG) seviyeleri nedeniyle kötüleşmeleri (veya daha şiddetli semptomlarla ortaya çıkmaları) muhtemel olduğundan, hamile hastalar çok yakından takip edilmelidir (4). Şiddetli OHSS'li hamile hastaların iyileşmesi, hamile olmayan hastalardan daha uzun sürer (tipik olarak semptomların 10 ila 14 gün içinde çözüldüğü görülür). Bizim hastamızın kliniği de buna uymaktaydı. Ve ek olarak jinekolojik ve daha çok gastroenterolojik malignensiden bile şüphelenilmiş ve dış dr lar tarafından sürekli yönlendirilmeye çalışılmıştır.

Anahtar Kelimeler: hiperstimülasyon, klomifen sitrat, ca 125.

resim 1

Classification of OHSS: Clinical and biochemical features^[1]

	Clinical features	Biochemical features
Mild	<ul style="list-style-type: none"> Abdominal distention/discomfort Mild nausea/vomiting Diarrhea Enlarged ovaries 	<ul style="list-style-type: none"> No clinically important laboratory findings
Moderate	<ul style="list-style-type: none"> Presence of mild features plus: <ul style="list-style-type: none"> Ultrasonographic evidence of ascites 	<ul style="list-style-type: none"> Elevated Hct (>41%) Elevated WBC (>15,000/microL) Hypoproteinemia
Severe	<ul style="list-style-type: none"> Presence of mild and moderate features plus: <ul style="list-style-type: none"> Clinical evidence of ascites (can be tense ascites) Severe abdominal pain Intractable nausea and vomiting Rapid weight gain (>1 kg in 24 hours) Pleural effusion Severe dyspnea Oliguria/anuria Low blood/central venous pressure Syncope Venous thrombosis 	<ul style="list-style-type: none"> Hemoconcentration (Hct >55%) WBC >25,000/microL Serum creatinine >1.6 mg/dL Creatinine clearance <30 mL/min Hypotatremia (Na⁺ <135 mEq/L) Hyperkalemia (K⁺ >5 mEq/L) Elevated liver enzymes
Critical	<ul style="list-style-type: none"> Presence of severe features plus: <ul style="list-style-type: none"> Anuria/acute renal failure Arrhythmia Pericardial effusion Massive hydrothorax Thromboembolism Arterial thrombosis ARDS Sepsis 	<ul style="list-style-type: none"> Worsening of biochemical findings seen with severe OHSS

OHSS: ovarian hyperstimulation syndrome; Hct: hematocrit; WBC: white blood cell; Na: sodium; K: potassium; ARDS: acute respiratory distress syndrome.

Reference:
1. Navell D, Bergh PA, Lauffer W. Ovarian hyperstimulation syndrome in novel reproductive technologies: prevention and treatment. *Fertil Steril* 2002; 78:249.
From: Fadler K, Edwards D. Preventing and preventing ovarian hyperstimulation syndrome (OHSS): the need for individualized not standardised treatment. *Reprod Biol Endocrinol* 2012; 10:32. Copyright © 2012 Fadler and Edwards. Reproduced from Wolters Kluwer | UpToDate

Tablo 1: OHSS Sınıflamas

Resim 2



hiperstümüle överler ve yaygın asit

SS-26

Vaginal mikrobiyotanın human papilloma virüs persistansına etkisinin araştırılması

Mustafa Şahin¹, Ferhat Aslan²

¹Ankara Şehir Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Ana Bilim Dalı, Jinekolojik Onkoloji Cerrahisi Kliniği, Ankara

²Ersin Arslan Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği, Gaziantep

Giriş: Lactobacillus spp.'türlerinin vagende düşük bir pH sağladığı kabul edilir ve patojenik ajanlara karşı ilk savunma hattını sağladığı düşünülür. Lactobacillus spp. çoğu HPV ile ilgili olabilecek birçok koruyucu madde sağlar. Mikrobiyotanın enflamatuvar ortamı etkilediği makuldür. Akut inflamasyon, HPV dahil olmak üzere cinsel yolla bulaşan hastalıkların edinilmesine karşı koruyucu olabilir, ancak inflamasyona kronik maruziyet, hücreler için toksiktir ve DNA hasarına ve potansiyel olarak kanserojen değişikliklere yol açar. Vajinal mikrobiyotanın lokal immün yanıtı etkileyerek lokal enfeksiyonların gelişiminde önemli bir rol oynadığı bilinmektedir. Son yıllarda özellikle bakteriyel vajinozis varlığında ya da vajinal laktobasil kolonizasyonunun azaldığı durumlarda HPV enfeksiyonu ve HPV persistans riskinin arttığı, dolayısı ile HPV kaynaklı serviks kanserlerinin insidansının bu hasta popülasyonunda artabileceğini bildiren yayınlar mevcuttur.

Yöntem: 01 Ocak 2012-01 Ocak 2022 tarihleri arasında Ankara Şehir Hastanesi Jinekolojik onkoloji cerrahisi kliniği'nde HPV pozitif olup kolposkopi yapılan, kolposkopi sonucu yüksek riskli servikal preinvaziv lezyon saptanmayan 50 hasta dahil edildi. Bu hastalardan daha önceden alınmış olan serviko-vajinal kültür sonuçları ile 6-12 ay sonra kontrol kotest sonuçları değerlendirildi.

Bulgular: Dahil edilen hastaların yaş ortalaması 41,3 idi. Dahil edilen 50 hastanın 14'ünde HPV 16,6'ında HPV18,30'unda HPV16/18 dışı pozitif saptandı. Alınan servikovajinal smear sonuçlarında; 27'inde ASC-US, 7'inde LSIL mevcuttu, 16 hastanın smear sonucu normaldi. Yapılan kolposkopide 27 hastada kronik servisit, 23 hastada LSIL saptandı. Serviko-vajinal kültür sonuçlarında ise 28 hastada normal vaginal flora, 9 hastada Gardnerella vaginalis, 6 hastada Candida albicans, 3 hastada Candida glabrata, 2 hastada streptokok agalactia, 2 hastada E. coli üremesi saptandı. 6-12 ay sonra yapılan kontrol kotest sonrasında 11 hastada (%22) HPV DNA pozitifliği saptandı. 39 hastada HPV DNA negatifti. 10 hastada smearda ASC-US, 4 hastada LSIL, 3 hastada HSIL saptandı. HPV persistansı saptanan 11 hastanın 7'inde (%63,6) vaginal kültürde üreme saptandı. Smearda tekrar patoloji saptanan 17 hastanın 10'unda (%58,8) vaginal kültürde üreme saptandı. LSIL saptanan 4 hastanın 2'inde Gardnerella vaginalis, HSIL saptanan 3 hastanın 1'inde Candida glabrata saptandı.

Sonuç: Vajinal mikrobiyom ile servikal intraepitelyal neoplazi (CIN) arasındaki ilişki birçok çalışmada ele alınmıştır. HPV ile enfekte olmuş kadınların, özellikle G. Vaginalis'in bol miktarda olduğu bakteriyel çeşitliliğe sahip mikrobiyomlara sahip olduğu gösterilmiştir. Laktobasilus seviyesinin daha düşük ve vajinal mikrobiyom çeşitliliğinin daha fazla olduğu kadınlarda HPV'nin daha yüksek oranlarda bulunduğu gösterilmiştir. Mikrobiyom kompozisyonu ve konak-mikrobiyom etkileşimlerinin daha iyi anlaşılması sonuçta terapotiklerin iyileştirilmesine, yeni ajanlar ve/veya dozaj rejimlerinin geliştirilmesine de yardımcı olacaktır. Yakın gelecekte vajinal mikrobiyomun manipülasyonu, kadın sağlığına ve koruyucu bakıma yaklaşım biçimini değiştirme potansiyeline sahiptir. Lactobacillus spp. dışındaki diğer vajinal bakterilerin hangi rollere sahip olduğunun ortaya çıkarılması ve bunların manipülasyonun doğuracağı

sonuçlar açısından ileri araştırmalara gerek duyulmaktadır

Anahtar Kelimeler: Vajinal mikrobiyota, human papilloma virüs persistansı, serviko-vajinal kültür

SS-27

İntraabdominal mesaneye komşu rahim içi araçın laparoskopik çıkarımı: Olgu sunumu

Neset Gumusburun, Selim Gülcü, Tugay Sandalci, İlhan Bahri Delibaşı
Tokat Gaziosmanpaşa Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum ABD / Tokat

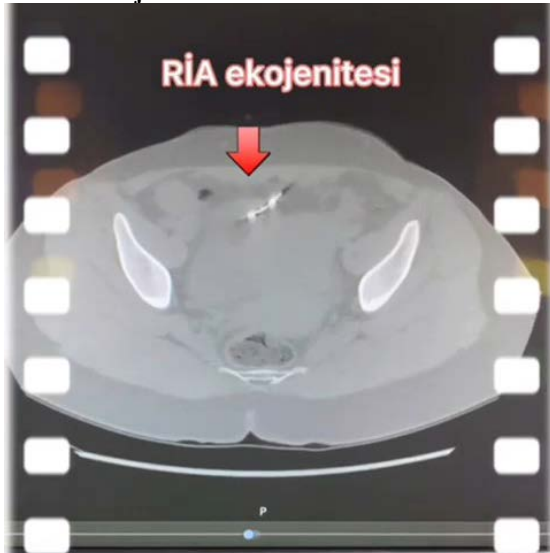
GİRİŞ-AMAÇ: Rahim içi araç (RİA) sıklıkla kontraseptif amaçlı veya nadiren farklı endikasyonlarla uygulanabilmektedir. Hangi endikasyonla uygulanırsa uygulansın genellikle uygulama sırasında meydana gelen uterin perforasyon ve RİA'nın intraabdominal bölgeye migrasyonu ciddi komplikasyonlardan biridir. Uterin perforasyon oranı 1/1000 – 2/1000 civarındadır. Direk mesane ve bağırsak perforasyon oranları çok daha nadirdir. Uterin perforasyon sonucu mesane komşuluğuna migrate olan RİA nedeniyle, kronik pelvik ağrı ve vajinal enfeksiyon şikayeti olan hastayı sunmayı amaçladık.

OLGU: 2 yıl önce RİA tatbik edilen 29 yaşındaki hastanın daha önceden 4 adet vajinal doğumu mevcuttu. Hasta kronik pelvik ağrı ve vajinal akıntı sebebiyle başvurdu. Vajinal muayenede RİA ipi görülmedi. Ultrasonda (USG) uterin kavite içinde RİA izlenmedi. Hastaya direk grafi çekildiğinde RİA görüldü (figüre 1). Bunun üzerine hastaya bilgisayarlı tomografi çekilerek RİA'nın lokalizasyonu belirlendi (video 1). Hastaya operatif laparoskopi (L/S) planlandı. Operasyonda batın ön duvarındaki yapışıklıklar açılırken, RİA mesane komşuluğunda tespit edildi ve çıkarıldı (video 2). Mesane injurisi olmayan hasta taburcu edildi.

SONUÇ: RİA uygulaması sırasında tam bir jinekolojik muayene yapılmalı sonrasında ise RİA'nın mutlaka USG ile uterin kavite içerisinde olup olmadığından emin olunmalıdır. Hastalara RİA tatbiki öncesi olası komplikasyonlar anlatılmalı ve hastalar yıllık olarak RİA kontrolüne çağrılmalıdır.

Anahtar Kelimeler: RİA, perforasyon, akut batın, migrasyon

CT: RİA ekojenitesi



Direk grafi



SS-28

Covid sonrası sol sagittal sinüs ven trombozu

Şükrettin Yeşilçiçek, Ömür Erden, Ecenur Arslan, Yeşim Bayoğlu Tekin

Kanuni Eğitim ve Araştırma Hastanesi Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği Trabzon

Giriş: Coronavirüsler önemli insan ve hayvan patojenleridir. 2019'un sonunda, Çin'in Hubei Eyaletindeki bir şehir olan Wuhan'da bir dizi pnömoni vakasının nedeni olarak yeni bir koronavirüs tespit edildi. Hastalık hızla yayıldı ve Şubat 2020'de Dünya Sağlık Örgütü, hastalığı koronavirüs hastalığı 2019 (COVID-19) olarak belirledi (1). COVID-19 hastalarında nörolojik komplikasyonlar hastanede yatan hastalarda sık görülür (2). COVID-19 enfeksiyonu olan hastalarda serebral ven trombozu (SVT) bildirilmiştir (3). COVID-19 aşılmasından sonra trombositopeni ile birlikte serebral venöz tromboz gelişen hastalar için, heparin olmayan bir ajanla (örn; bir doğrudan oral antikoagülan) antikoagülasyon ve intravenöz immün globulin tedavisi önerilmiştir (4).

Olgu sunumu: Yaş 32 olan G3 P2 A0 (2 CS), Covid (+) 4. gün sat a göre 34 hf 6g, solunum sıkıntısı mevcutmuş. Obstetrik şikâyet yok, nst reaktif kontraksiyon yok, Hb:13.2, plt:178000, lenfosit %9,6, D-Dimer: 805 Fibrinojen: 487.9 ALT:45 AST:58 Crp:65 Bun:4 Kre:0.5 Obs USG ölçümler 37-38 hf uyumlu, Covid + Makrozomi ön tanısıyla enfeksiyon covid servisine yatırılmıştı. Oksijensiz saturasyon %93, oksijenli saturasyon %97 Kaletra, Clexan, Prednol, Levemir ve Novorapid almakta iken solunum sıkıntısı artınca acil sezaryen yapıldı. CS sonrası uterus kontrakte, aktif kanama yok, hemogram stabil. Postop 1. gün nonkoopere, bilinç bulanık, dezoryente, görme kaybı gelişti. Nörolojik muayene sağda görme kaybı + kuvvet kaybı yok. Beyin BT kanama yok Diffüzyon (dif) MR sol oksipitalde tam karşılığı olmayan akut infarkt? (Resim 1).

Nöroloji önerisi- Clexan 2x0.6 sc, Ecopirin 100 mg 1x1 ve Dekort 4x4 mg IV. Göz konsültasyonu; Optik sinir normal görünümde, sağ makülada daha belirgin makülopati, Bulls eye görünümü, ilaç birikim? toxixite? Steroid tedavisi ve bol hidrasyon devam önerildi. Makülada pigmental lezyonlar mevcut.

Nöroloji rekonsültasyon; Bilinç açık koopere kısmen dezoryante görme kaybı bir metreden parmak sayamadı, motor muayene normal. Kontrol dif MR normal, Beyin MR venografi: sol sagittal sinüs de akım izlenmedi: sinüs trombozu (Resim 2).

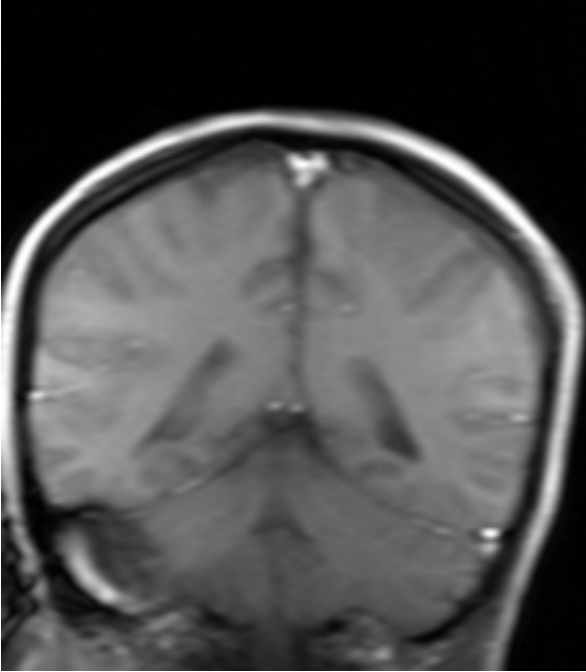
Tedavinin devamı ve servis takibi önerildi. Obstetrik ve jinekolojik aç-

dan problemi olmayan hasta venöz sinüs trombozu tanısıyla Coumadin 5mg 1x1 ile taburcu edildi. Görme kaybı dahil hastanın tüm semptomları düzeldi.

Tartışma: Literatürde görüldüğü üzere covid enfeksiyonlarında tromboz riski artmaktadır. Sinüs ven trombozu hem covid enfeksiyonunda hem de covid aşısına bağlı görülmüştü. Enoksaparin ve aspirine göre oral antikoagulan daha etkili bulunmuştu. Bizim hastamızda da oral antikoagulan olarak Coumadin kullanıldı ve şifa ile son buldu.

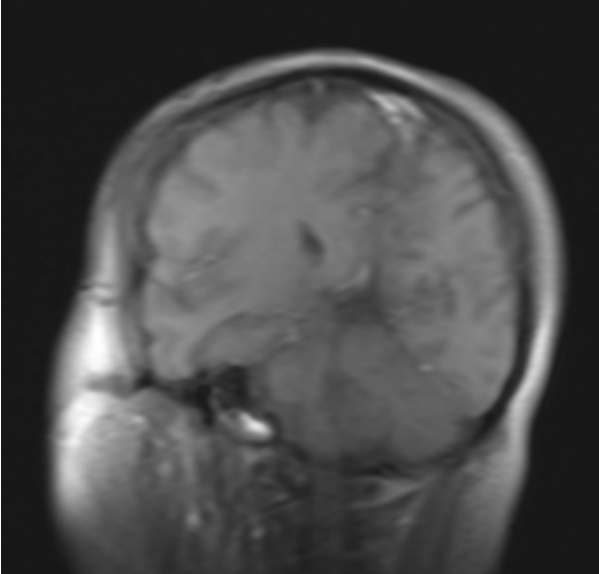
Anahtar Kelimeler: covid, görme kaybı, sagittal sinüs trombozu.

resim 1



sol oksipitalde tam karşılığı olmayan akut infarkt?

Resim 2



Sol Sagittal Sinüs Ven trombozu

SS-29

Preeklampsi, eklampsi ve kronik hipertansiyonlu gebelerde Faktör V Leiden mutasyonunun prognoza etkisi

Bakiye Akbaş¹, Mehmet Armağan Osmanağaoglu², Hasan Bozkaya², Ercüment Ovalı³, Fahri Uçar⁴

¹Medical Park Trabzon Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Bölümü, Trabzon

²Karadeniz Teknik Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, Trabzon

³Acıbadem Hastanesi, Hematoloji Bölümü, İstanbul

⁴Akdeniz Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Tıbbi Biyoloji- Genetik Bölümü, Antalya

AMAÇ: Hipertansif gebe gruplarında Faktör V Leiden mutasyonunun neonatal ve maternal morbidite ve mortaliteye olan etkisinin araştırılması.

Materyal & METOD: Karadeniz Teknik Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum polikliniğine 2 yıl içinde başvuran 108 gebede prospektif vaka-kontrol çalışması yapıldı. Hastalar 4 gruba ayrıldı; hafif preeklampsi (n= 20), şiddetli preeklampsi (n=54), kronik hipertansiyon (n=14) ve kontrol grubu olarak normal gebeler (n= 20) alındı. Gruplarda Faktör V Leiden mutasyonu olan ve olmayan gebeler, plasenta dekolmanı, intrakranial kanama, sezaryen oranı, maternal ölüm, intrauterin fetal ölüm, doğumdaki gebelik haftası, doğum ağırlığı, intrauterin gelişme geriliği, Apgar 1 ve 5. dakika (<7) skorları ve prematüriteye bağlı neonatal ölüm oranları açısından değerlendirildi.

BULGULAR: Faktör V Leiden mutasyonu, en fazla şiddetli preeklampsi grubunda tespit edildi. 108 hastanın 11'inde (%10) Faktör V Leiden mutasyonu saptandı. Faktör V Leiden mutasyonu sıklığı en fazla şiddetli preeklampsi grubunda (7 hastada) saptanmasına karşın, gruplar arasında Faktör V Leiden mutasyonu sıklığı açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmadı (p>0.05).

SONUÇ: Şiddetli preeklampsi gebelerde Faktör V Leiden mutasyonu normalden daha fazla rastlanmasına rağmen maternal ve neonatal sonuçlar üzerine etkisi yoktur. Preeklampside Faktör V Leiden mutasyonunun etkisini araştıran vaka sayısının fazla olduğu prospektif çalışmalara ihtiyaç vardır.

Anahtar Kelimeler: Factor V leiden, preeclampsia, chronic hypertension, pregnancy

Tablo 1: Faktör V Leiden mutasyonunun gruplara göre dağılımı

Faktör V Leiden	Normal Gebe (n=20)	Hafif Preeklampsi (n=20)	Şiddetli Preeklampsi (n=54)	Kronik Hipertansiyon (n=14)	P
Heterozigot (n, %)	1 (% 5)	2 (% 10)	6 (% 11)	1 (% 7)	>0.05
Homozigot (n, %)	-	-	1 (% 2)	-	>0.05
Negatif (n, %)	19 (% 95)	18 (% 90)	47 (% 87)	13 (% 93)	>0.05

Veriler, ortalama ± standart sapma ve % olarak verilmiştir.

pa: Normal gebe grubu ile hafif preeklampsi grubunun karşılaştırılması.

pb: Normal gebe ile şiddetli preeklampsi grubunun karşılaştırılması.

pc: Normal gebe ile kronik hipertansiyon grubunun karşılaştırılması.

pd: Hafif preeklampsi ile şiddetli preeklampsi grubunun karşılaştırılması.

pe: Hafif preeklampsi ile kronik hipertansiyon grubunun karşılaştırılması.

pf: Şiddetli preeklampsi ile kronik hipertansiyon grubunun karşılaştırılması.

Tablo 2: Faktör V Leiden mutasyonu ile neonatal ve maternal morbidite ve mortalite arasındaki korelasyon

	Normal Gebe (n=20)		Hafif Preeklampsi (n=20)		Şiddetli Preeklampsi (n=54)		Kronik Hipertansiyon (n=14)	
	r	p	r	p	r	p	r	p
Doğum ağırlığı (g)	0.380	>0.05	-0.087	>0.05	-0.161	>0.05	-0.379	>0.05
Apgar 1 (<7, (%))	-	-	-0.105	>0.05	-0.208	>0.05	0.320	>0.05
Apgar 5 (<7, (%))	-	-	-	-	0.009	>0.05	0.077	>0.05
İntra Uterin Gelişme Geriliği (%)	-	-	-0.245	>0.05	-0.039	>0.05	-0.077	>0.05
Ölü doğum (%)	-	-	-	-	0.039	>0.05	-	-
Neonatal mortalite (%)	-	-	-	-	0.244	>0.05	-	-
C/S (%)	-0.168	>0.05	0.111	>0.05	0.103	>0.05	0.320	>0.05
Plasenta Dekolmanı (%)	-	-	-	-	-0.136	>0.05	-	-
İntra Kranial Kanama (%)	-	-	-	-	-0.109	>0.05	-	-
Maternal ölüm (%)	-	-	-	-	-	-	-	-

SS-30

V-NOTES ameliyat hemşireliği hazırlıkları

Yeliz Görmüş¹, Nadire Aydoğan²

¹Ondokuz mayıs üniversitesi,SAMSUN

²ondokuz mayıs üniversitesi, samsun

Notes: natural orifice transluminal endoskopik surgery: doğal boşluklardan transluminal endoskopik cerrahi.

V-notes:abdominal duvarda insizyon olmaksızın giriş noktası olarak vajinayı kullanarak peritoneal kaviteye ulaşmayı sağlayan ve gelişmekte olan minimal invaziv cerrahi tekniktir.

v-notes histerektomi:laporoskopik aletlerin kullanıldığı modifiye vajinal histerektomi olarak değerlendirilebilir. Ağız, vajen, anüs gibi doğal açıklıklardan batın içerisine girilerek gerçekleştirilen cerrahi işlemdir. NOTES işleminde, fleksibl endoskoplar aracılığıyla mide, kolon, mesane, vajen gibi organlarda delik açılarak peritoneal kaviteye girilmekte ve içeriye hava verilerek çalışma sahası oluşturulmaktadır. Bu gelişmiş endoskoplar üzerindeki kanaldan endoskopik aletler ilerletilmektedir.

Cerrahi işlem sona erdiğinde ise peritoneal giriş deliği kapatılmaktadır. Modern anlamdaki NOTES, 2004 yılında Kalloo ve arkadaşlarının bir domuz modelinde ilk transgastrik peritoneoskopiye gerçekleştirmesiyle başlamıştır Daha sonra Reddy ve Rao esnek endoskop kullanarak ilk insan transgastrik apendektomiyi gerçekleştirmişlerdir. NOTES, bariyatrik cerrahide sleeve gastrektomi, apendektomi, kolesistektomi, karaciğer biyopsisi, tiroidektomi, splenektomi, adneksktomi, mezorektal eksizyon, ooferektomi ve tubal ligasyon gibi birçok cerrahi işlemde uygulanabilmektedir. Transvajinal NOTES grubundaki hastalar daha az postoperatif ağrıya sahiptirler.Benzer şekilde başka bir çalışmada, yöntemin laparoskopik cerrahiye kıyasla ameliyat süresi, komplikasyonlar ve kan transfüzyonu ihtiyacı açısından farklılık göstermediği belirlenmiştir. Ancak NOTES daha düşük postoperatif ağrı ve daha kısa hastanede kalışlarla ilişkilendirilmiştir.NOTES ameliyat ve hastanede kalış süresinin daha kısa olduğu ancak, konversiyon oranları, ağrı, komplikasyonlar (vajinal yara enfeksiyonu/ayrılması veya barsak, mesane/üreter veya vasküler yaralanma), uterus ağırlığı, postoperatif Hb/Hct, Hb/Hct’de azalma gibi değişkenler açısından gruplar arasında herhangi bir fark olmadığını tespit edilmiştir. Bu bağlamda yöntemin, abdominal kesi gerektirmemesi ve daha düşük postoperatif ağrı skorları bakımından laparoskopik teknikten daha üstün olduğu düşünülmektedir. Buna karşın, perforasyon riski, kanama, idrar kaçırma, cinsel işlev bozukluğu vb. birtakım komplikasyonlara yol açtığı da belirtilmektedir

Anahtar Kelimeler: v-notes, ameliyat hemşireliği, minimal invaziv cerrahi

ameliyat masası



SS-31

Pediatric Hastada Uterus Didelfis ile OHVIRA sendromu

Ayşe Şeyma Taştan, Gülnur Çoban, Ayşe Zehra Özdemir
Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi

GİRİŞ: Amerikan Üreme Tıbbı Derneği'nin (ASRM) müllerian kusurları sınıflandırma sistemi on yıllardır Amerika Birleşik Devletleri'nde standart olmuştur ve ASRM Müllerian Anomaliler Sınıflandırması 2021, revize edilmiş standarttır. Avrupa İnsan Üreme ve Embriyoloji Derneği (ESHRE) ve Avrupa Jinekolojik Endoskopi Derneği (ESGE) kendi sınıflandırma sistemlerini yayınlamıştır. Bir renal anomali mevcut olduğunda, tipik olarak konjenital uterin anomali ile aynı taraftadır. Obstrükte hemivagina ve ipsilateral renal anomali (OHVIRA) veya Herlyn-Werner-Wunderlich sendromu, uterus didelfisi, tek taraflı obstrüksiyon hemivagina ve ipsilateral renal agenezi ile birlikte görülen nadir bir Mullerian kanal anomalisidir. Bu anomaliye sahip hastalar genellikle menarştan sonra pelvik ağrı ve/veya kitle ile ve daha sonraki yıllarda nadiren primer infertilite ile başvururlar. Birçok hasta asemptomatiktir. Semptomatik hastalar ağrı, anormal vajinal kanama ve/veya enfeksiyon ile başvurabilir. Değerlendirme ve teşhis görüntülemeye dayanır. Komplike müllerian anomalileri olan hastalarda, klinik olarak endike ise anestezi, vajinoskopi, laparoskopi ve/veya histeroskopi ile ek bilgi elde edilebilir.

OLGU: 12 yaşında virgin hasta 15 gündür devam eden sağ yan ağrısı nedeniyle pediatik acile başvurmuş. Tetkiklerinde idrar tahlilinde sorun çıkması üzerine yapılan görüntülemelerde tek böbreği olduğu öğrenilmiş. Hastanın eşlik eden uterin anomali tanısı alması üzerine tarafımıza yönlendirilmiş. Mr görüntülemeye non-komünikan unikor-

nuat uterus anomalisi izlendi, endometrial kavite ve vajinal kavitede sıvı koleksiyonu mevcuttu. (hematometrokolpos?). Hastanın semptomlarının koleksiyona bağlı olduğu düşünüldüğü için hastaya tanınal laparoskopi, histeroskopi ve vajinoskopi operasyonu planlandı. Batına girildiğinde uterusun didelfis bikornus bikollis yapıda olduğu görüldü. Sağ taraf görece büyük izlendi. Her iki tarafta tuba-ovaryan ilişki doğal izlendi. Daha sonra eş zamanlı ofis histeroskopi yardımı ile vajinoskopi yapıldı, transvers hemivajinal septum izlendi, ligasure yardımı septum rezektü edildi. Çift servikal os izlendi. Sağ servikal ostan hematometri drene olduğu görüldü. Histeroskopi ile ayrı ayrı her iki uterin kavite ve tubal ostiumlar görüntüledi, doğal izlendi. İşleme son verildi. Tek taraflı renal agenezi, uterus didelfis, tek taraflı obstrüksiyonlu hemivagina ile sonuçlanan hematometrokolpos ve hematosalpins görülmeye ve operasyon bulgularına dayanarak olguya OHVIRA veya Herlyn-Werner-Wunderlich sendromu tanısı konuldu.

TARTIŞMA: İpsilateral böbrek agenezisinin eşlik ettiği tıkalı hemivajina ile uterovajinal duplikasyon, Herlyn-Werner-Wunderlich sendromu veya OHVIRA olarak adlandırılan nadir bir durumdur. Renal agenezi ile ipsilateral kör hemivagina birlikteliği 1971 yılında Herlyn Werner sendromu, renal aplazi, bikornuat uterus ile izole hematoserviks ve normal vajina birlikteliği ise 1976 yılında Wunderlich tarafından bildirilmiştir. Pelvik kitle, akut karın semptomları ve akut üriner retansiyon ile başvuran renal anomalili genç kadınlarda OHVIRA sendromu ayırıcı tanılar arasında düşünülmelidir. OHVIRA sendromunun kesin etiyojisi ve patogenezi hala bilinmemektedir. Paramezonefrik (Mullerian) ve mezonefrik (Wolffian) kanalların anormal gelişimini temsil ettiği düşünülmüştür. Erken tanı ve tıkaçıcı vajinal septumun drenaj ile derhal cerrahi olarak çıkarılması, semptomları hızla giderecek ve endometriozis dahil komplikasyonları önleyecek kesin tedavidir. Manyetik rezonans görüntüleme diğer görüntüleme yöntemlerine göre uterus konturunu, intrauterin boşluğun şeklini ve septumun karakterini belirlemede daha duyarlı olmakla birlikte endometriozis, pelvik inflamasyon, ve adezyonlar nedeniyle tanının altın standardının laparoskopi olduğu öne sürülmüştür. Üriner retansiyon veya pelvik kitle ile başvuran renal aplazi veya renal anomalisi olan genç kadın hastalarda, obstrüktif hemivagina ve ipsilateral renal anomalili sendromu ayırıcı tanılar arasında düşünülmelidir. Doğru tanı ve anında uygun cerrahi müdahale, komplikasyonların önlenmesine ve gelecekteki doğurganlığın korunmasına yardımcı olur.

Anahtar Kelimeler: OHVIRA sendromu, Herlyn-Werner-Wunderlich sendromu, Mullerian kanal anomalisi

SS-32

Olgu Sunumu: Steroid Hücreli Tümör NOS (NOT OTHERWISE SPECIFIED)

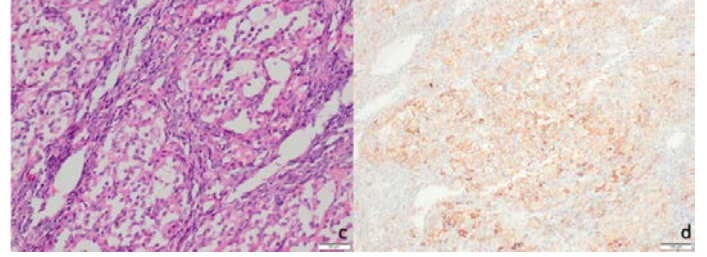
Sıtkı Özbilgeç

Necmettin Erbakan Üniversitesi, Meram Tıp Fakültesi, Jinekolojik Onkoloji Cerrahisi Bölümü

Over kanserlerinin sadece %0,1'i steroid hücreli tümörlerdir. Steroid hücreli tümörü olan kişilerin %10-15'inin asemptomatik olduğu tahmin edilmektedir. Karın ağrısı, şişkinlik, düzensiz adet döngüleri ve hirsutizm sık görülen semptomlardır. 85 yaşında postmenopozal bir kadında 2 yıldır kılınma, vajinal kanama ve karın ağrısı şikayeti mevcuttu. USG' de 30 mmx20 mmx30 mm boyutlarında sağ adneksiyal kitle tespit edildi. Hastaya TAH+BSO operasyonu yapıldı. Frozen sonucu benign olarak raporlanan hastanın final patolojisi ovarian steroid hücreli tümör NOS (Not Otherwise Specified) olarak geldi. Hastaya ek bir tedavi yapılmadı.

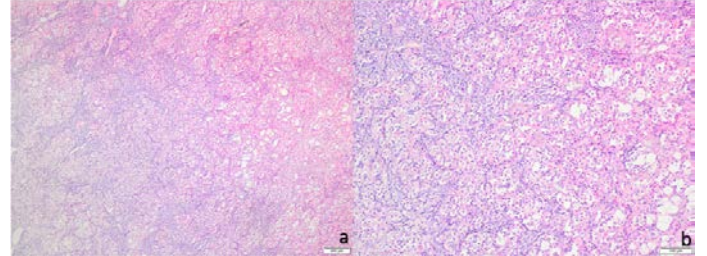
Anahtar Kelimeler: Sağ adneksiyal kitle, Sex Cord Stromal Tümör, Steroid Hücreli Tümör (NOS).

Steroid hücreli tümör histopatoloji



Steroid hücreli tümör histopatoloji

Steroid hücreli tümör histopatoloji



Steroid hücreli tümör histopatoloji

SS-33

Kist rüptürü ile prezente ovaryan seröz papiller kistadenokarsinom: bir olgu sunumu

Mehmet Kağıtçı, Sibel Doğan Polat

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

GİRİŞ: Jinekoloji pratiğinin uterus tümörlerinden sonra ikinci en sık malignitesi overin malign tümörleridir. Over kaynaklı malignensilerin ileri evrelere ulaşmadan bulgu vermemeleri tanı ve tedavilerinde gecikmeye neden olarak, mortalite ve morbiditeyi artırmaktadır. Bu vaka sunumumuzda over kist rüptürü ile prezente olmuş yaygın peritoneal ve intestinal implantlar izlenen ovaryan seröz papiller kistadenokarsinom olgusu sunulmaktadır.

VAKA TAKDİMİ: 46 yaşında G3P3Y3 düzenli menstruel periyotları olan hasta karın ağrısı şikâyetiyle acil servise başvurdu. Hastanın ultrasonografik incelemesinde sol overde 8*8 cm retansiyonunu kaybetmiş kistik lezyon izlendi. Abdomen tomografisinde sol ovaryan, içerisinde solid alanlar içeren kistik lezyon ve intraabdominal yoğun içerikli yaygın serbest mayii rapor edildi. Hastanın saatlik hemogram takibinde Hb: 13,2 mg/dl iken kontrolde 12,2 mg/dl ve 11,3 mg/dl oldu. Nabız: 112 atım/dk tansiyon arteryel: 80/40 mmHg olan hastanın muayenesinde yaygın defans rebound tespit edilmesi ve ortostatik hipotansiyon gelişmesi üzerine acil şartlarda operasyona karar verildi. Laparoskopik olarak operasyona alınan hastanın izleminde batın içinde yaklaşık 1500 cc hemoraji izlendi ve aspire edildi. Sol adneksin fixe olduğu ve kistin posteriora rüptüre olduğu alandan kanamanın devam ettiği tespit edildi. Kanama odakları ligate edildi. Uterus ve sağ over normal görünümde izlendi. Kist içinden solid materyaller geldiği görüldü. Abdomen gözleminde periton ve barsak yüzeylerinde yaygın implantlar olduğu izlendi (Resim 1,2). Kist içinden alınan doku örnekleri frozena gönderildi.

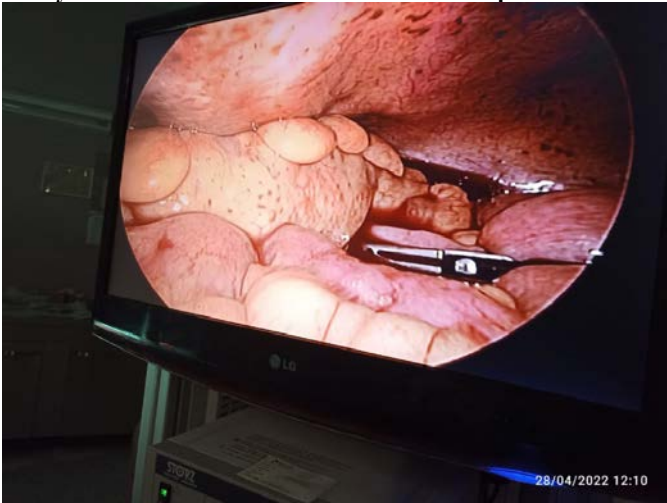
Patoloji raporunun malign olarak raporlanması üzerine dış merkez jinekolojik onkoloji uzman aranarak bilgi verildi ve final patoloji sonucu sonrası için randevu alındı. Bunun üzerine kanama kontrolünün ardından batına bir adet dren konularak operasyona son verildi. Postoperatif tümör markerları değerlendirilen hasta CA 125: 392 CA 19-9: 11558 olarak geldi. Final patoloji sonucu seröz papiller kistadenokarsinom olarak rapor edildi. Postoperatif takipleri sorunsuz seyreden hastanın 24 saat sonra dreni çekildi ve 48 saat sonra taburcu edildi.

TARTIŞMA: Over kanserleri batı uluslarında kadınlarda kansere bağlı ölümlerde beşinci sıradadır. Risk faktörleri arasında etnisite, aile öyküsü, ileri yaş, erken menarş veya geç menopoza, obezite, diyabet, sigara ve perineal pudralar sayılabilir. Oral kontraseptif kullanımının ise riski azalttığı bilinmektedir. Postmenapozal dönemde daha sık görülüyorsa da premenopozal dönemde de görülebilir. Sunduğumuz vaka düzenli menstruel siklusları olan premenopozal dönemde bir hastadır. Son yıllarda görüntüleme yöntemleri ve laboratuvar incelemelerindeki ilerlemelere rağmen ovaryan kanserlerin kesin tanısı ancak patoloji ile konulabilmektedir. Tümör markerlarında yükselme patognomonik değildir. Overin malign tümörlerinde CA 125 ve CA 19-9 pozitifliği oranı sırasıyla %68 ve %94 'tür. Sunmuş olduğumuz vakada hastanın CA 125 ve CA 19-9 seviyeleri literatürle uyumlu olarak yüksekti. Ovaryan kanserlerin metastazlarında genelde peritoneal kaviteye malign hücrelerin dökülmesi ile milier yayılım ve lenfatik yayılımla olmaktadır. Ovaryan ana lenf kanallarına dökülen malign hücreler bu yolla pelvik paraaortik ve mezenterik lenf nodlarına taşınır. Bu sebeple mezenterik tutulum oldukça sık izlenmektedir. Aynı zamanda direk yayılım yoluyla intra abdominal organların milier tutulumu da sık görülmektedir. Sunmuş olduğumuz vakada ovaryan malignite herhangi bir bulgu vermeden periton ve barsak yüzeylerine yaygın yayılım göstermişti.

SONUÇ: Over kanserleri bulgu vermeden yayılım gösterebilen tümörlerdir. Bu sebeple kist rüptürü gibi sebeplerle acil şartlarda operasyona alınan hastalarda periton, mezenter ve intraabdominal organ yüzeylerinin iyi vizüalize edilmesi ve bu bölgelerde implant varlığının araştırılması ile asemptomatik ovaryan malignensilerin tanınması sağlanabilecektir.

Anahtar Kelimeler: Over kanseri, peritoneal tutulum, papiller kistadenokarsinom

Ovaryan Seröz Kistadenokarsinom intestinal implantlar



Ovaryan Seröz Kistadenokarsinom peritoneal implantlar



SS-34

İntrauterin İnseminasyon Yapılacak Açıklanamayan İnfertilite Olgularında Diagnostik Ofis Histeroskopinin Gebelik Sonuçlarına Etkisi

Kiper Aslan, Sevd Nur Mert, Işıl Kasapoğlu
Bursa Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum

GİRİŞ-AMAÇ: İnfertilite; genel popülasyonun %10-15 ini etkileyen önemli bir sorundur. İnfertilitenin birçok farklı sebebi mevcuttur, fakat kapsamlı değerlendirmelere rağmen infertilite sebebi bulunamayan %10-30 luk bir hasta grubu vardır. Açıklanamayan infertilite tanılı hastaların bir kısmında henüz tanısı konulamamış uterin patolojiler olabileceği, endometrial reseptivite ya da tubal geçişin göreceli olarak azalmış olabileceği üzerinde de durulmaktadır. Bizim çalışmamızın amacı IUI tedavisi uygulanacak açıklanamayan infertilite tanılı hastalarda, siklus başında yapılacak ofis histeroskopinin gebelik sonuçlarına etkisi olup olmadığını araştırmaktır.

GEREÇ-YÖNTEM: Bu çalışma, Ocak 2019- Nisan 2020 tarihleri arasında, Bursa Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, Üreme Endokrinolojisi ve İnfertilite bölümüne başvuran, açıklanamayan infertilite tanısı olarak intrauterin inseminasyon planlanan 91 hasta dahil edilerek prospektif olarak yürütüldü. Açıklanamayan infertilite tanılı hastaların 41 ine, IUI uygulanacak siklusun başında ofis H/S uygulandı (çalışma grubu, Grup 1), 50 hastaya ise ofis H/S uygulanmadan siklus başlandı ve kontrol grubu (Grup 2) olarak adlandırıldı. Her iki grubun; biyokimyasal gebelik, implantasyon, klinik gebelik ve canlı doğum oranları karşılaştırıldı.

BULGULAR: İki grup arasında biyokimyasal gebelik (sırasıyla %15,4,%14 (p:0,854)) implantasyon oranı (sırasıyla %12,8, %14 (p: 0,872)) klinik gebelik (sırasıyla %12,8, %14 (p: 0,872)) ve canlı doğum (sırasıyla %10,3, %10 p:1)) açısından anlamlı bir farklılık bulunamamıştır. Yalnızca BMI çalışma grubunda istatistiksel olarak anlamlılık seviyesinde yüksek bulunmuş, fakat p değeri 0,05 hesaplandığından çok güvenilir olarak değerlendirilememiştir.

SONUÇ: Transvajinal ultrason bulguları olmayan asemptomatik infertil hastalarda IUI siklusu öncesinde ofis H/S yapılmasının gebelik sonuçlarına olumlu etkisi bulunamamıştır. Fakat histeroskopik olarak patoloji



5. KARADENİZ JİNEKOLOJİ ve OBSTETRİK KONGRESİ

9-12 Haziran 2022 | Sheraton Grand Samsun Otel

bulunup düzeltilen hastalarda gebelik sonuçlarının arttığına dair çalışmalar mevcuttur.

Anahtar Kelimeler: Histereskopi, İnfertilite, İnseminasyon

SS-35

24-37. gebelik haftaları arasında erken doğum tehdidi tanısıyla takip edilen gebelere uygulanan tedavi protokollerinin kıyaslanması

Bilge Çetinkaya Demir, Sevgi Şenol

Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, Bursa

GİRİŞ-AMAÇ: Bu çalışmada, erken doğum tehdidi (EDT) tanılı hastalara tokoliz amaçlı başlanan tedavi protokollerinin doğumun geciktirilmesindeki başarılarının karşılaştırılması amaçlandı.

GEREÇ-YÖNTEM: Çalışmaya, Mayıs 2021 ile Ocak 2022 tarihleri arasında Bursa Uludağ Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi'ne başvuran ve 24-37. gebelik haftaları arasında EDT tanısı alarak tokolitik tedavi başlanan hastalar dahil edildi. Prospektif olarak takip edilen hastalar başlanan tokolitik tedavi rejimlerine göre gruplandırıldı ve tedavi etkinlikleri doğumun 48 saat ya da daha fazla geciktirilmesi ve doğumda gebelik haftasının 37 haftaya ulaştırılabilmesine göre değerlendirildi.

BULGULAR: Çalışmada erken doğum tehdidi tanısı alarak tokolitik tedavi başlanan 101 hasta değerlendirildi. Hastaların ilk kontraksiyon günü medyan değerleri nifedipin grubunda 231 gün (171-257), indometazin grubunda 184,5 gün (156-219) ve nifedipin+indometazin grubunda 191,5 gün (126-236) izlendi ve gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark tespit edildi ($p<0,001$). İlaç kullanma süresi nifedipin için medyan 8 gün (1-73), indometazin için 34 gün (5-112), nifedipin+indometazin için 32 gün (2-113) izlendi ve gruplar arasında istatistiksel anlamlı fark saptandı ($p<0,001$). Doğuma kadar kazanılan süre açısından gruplar arasında istatistiksel anlamlı fark tespit edildi ($p=0,012$). Yapılan ikili analizlerde nifedipin ile nifedipin+indometazin grubu karşılaştırıldığında nifedipin ile 21 gün (0-108), nifedipin+indometazin ile 43 gün (1-133) kazanıldığı gözlemlendi ve istatistiksel olarak anlamlı bulundu ($p=0,026$). Doğumu ≥ 48 saat geciktirme ve gebelik haftasının 37 haftaya ulaştırılabilmesi bakımından gruplar arası başarı oranları benzerdi.

SONUÇ: Kliğimizde aktif olarak kullanılan tokolitik ajanların doğumu 48 saat ve üzerinde geciktirme başarıları ile gebeliği 37 hafta ve üzerine uzatabilme başarıları benzer bulunmuştur. Gruplar arasında doğumda gestasyonel yaş, doğum tartısı, APGAR skorları ve yenidoğan yoğun bakım ünitesi (YDYBÜ) ihtiyaçları açısından anlamlı farklılık saptanmamıştır. Kazanılan süre açısından tokolitik grupları karşılaştırıldığında ise gruplar arasında indometazin grubu ve nifedipin+indometazin grubu ile en uzun sürelerin elde edildiği gözlenmiştir.

Anahtar Kelimeler: erken doğum tehdidi, obstetrik sonuçlar, preterm doğum, tokoliz

SS-36

Geçirilmiş myomektomi öyküsü olan kadınlarda gebelik sonuçlarının değerlendirilmesi

Caner Köse, Büşra Körpe

Ankara Etlik Zübeyde Hanım Eğitim ve Araştırma Hastanesi

AMAÇ: Geçirilmiş myomektomi öyküsü olan kadınlarda gebelik sonuçlarının değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

MATERYAL-METOD: Geçirilmiş myomektomi öyküsü olup, 2016-2021 yılları arasında myomektomi sonrası gebelik takiplerini ve doğumlarını Ankara Etlik Zübeyde Hanım Eğitim Araştırma Hastanesinde gerçekleştiren 120 kadının gebelik sonuçlarına ait veriler retrospektif olarak toplandı.

BULGULAR: Çalışmaya dahil edilen 120 hastanın yaş ortalaması 33.46 ± 4.89 yıl iken, ortalama beden kitle indeksi (BMI) 30.5 ± 4.41 kg/m² idi. Hiç doğum yapmamış 29 (%24.2), normal spontan doğum (NSD) yapan 29 (%24.2), sezaryen (C/S) olan 54 (%45) ve hem NSD hem C/S olan 8 (%6.7) hasta vardı. Operasyon süresi ortalama 64.16 ± 22.7 dakika (dk), ortalama kan kayıp miktarı 842.5 ± 446.02 ml, hastanede kalış süresi ortalama 2.49 ± 0.71 gün idi. Doğumun gerçekleştiği gestasyonel hafta ortalama 37 hafta ± 2 gün şeklindeydi. Doğum sonrası yeni doğan yoğun bakım ihtiyacı 22 hastada (%18.3), kan transfüzyon ihtiyacı 21 (%17.5) hastada mevcuttu. Obstetrik komplikasyonlara bakıldığında 48 (%40) hastada komplikasyon gelişirken; en sık görülen komplikasyonlar sırasıyla 21 hastada (%17.5) erken membran rüptürü (EMR), 15 (%12.5) hastada preterm eylem tehdidi (PET), 10 (%8.3) hastada intrauterin gelişme geriliği (IUGG) idi (Tablo1).

Postoperatif komplikasyonlar değerlendirildiğinde 90 (%75) hastada komplikasyon gelişmedi. En sık görülen postoperatif komplikasyon 10 (%8.3) hastada rest plasenta idi, bunu %5.8'lik oranla yara yeri enfeksiyonu ve endometrit takip etmekteydi. Hastaların 37 (%30.8) tanesinde gebelik sırasında yeniden myom tespit edildi. 28 (%75.7) hastada 1 adet, 9 (%24.3) hastada 2 ve üzerinde myom mevcuttu. Gebelik sürecinde myom tespit edilen hasta grubunda ortalama doğum haftası ve doğum ağırlığı daha düşük olarak tespit edildi ve farklar istatistiksel olarak anlamlı idi ($p=0.022$; $p=0.031$) Kan kaybı miktarı ve operasyon süresi myom tespit edilen hasta grubunda daha yüksekti ($p=0.018$) (Tablo2). Gruplar arasında yenidoğan yoğun bakım ihtiyacı, kan transfüzyon ihtiyacı, postoperatif ve obstetrik komplikasyonlar açısından istatistiksel bir fark saptanmadı ($p>0.05$). Myom boyutuna göre bakıldığında ise 4 cm'den küçük myomu olan hasta sayısı 22 (59.5%), 4 cm ve üstünde myomu olan 15 (%40.5) hasta vardı. Hastalar myom boyutuna göre gruplandığında 4 cm ve üzeri myomu olanlarda kan kaybı miktarı daha fazla tespit edildi ($p=0.035$). Yenidoğan yoğun bakım ihtiyacı, kan transfüzyon ihtiyacı, postoperatif ve obstetrik komplikasyonlar açısından gruplar arasında istatistiksel bir fark saptanmadı ($p>0.05$).

SONUÇ: Myomektomi geçiren hastalarda gebelik sırasında myom tespit edildiğinde daha erken haftada doğumun gerçekleştiği, daha düşük doğum ağırlığına sebep olduğu ve kan kaybı miktarı ile operasyon süresini arttırdığı gözlenmiştir.

Anahtar Kelimeler: myomektomi, gebelik, myom

Tablo 1.Obstetrik ve postoperatif komplikasyonlar

Obstetrik komplikasyonlar	n(%)	Postoperatif komplikasyonlar	n(%)
Yok	48(%40)	Yok	90(%75)
PET	15(%12.5)	Rest plasenta	10(%8.3)
EMR	21(%17.5)	Yara yeri enfeksiyonu	7(%5.8)
Plasenta previa	7(%5.8)	Endometrit	7(%5.8)
IUGG	10(%8.3)	Kanama	6(%5)
Prezantasyon anomalisi	9(%7.5)		
Uterin atoni	5(%4.2)		
Dekolman plasenta	5(%4.2)		

Tablo 3. Gebelikte myomu olan ve olmayan kadınların karşılaştırılması

	Myom (+)	Myom (-)	p
Yaş	33.45±5.24	33.48±4.05	0.198
BMI (kg/m2)	30.7±4.44	30.06±4.39	0.709
Gestasyonel hafta (hafta+gün)	36h+3g±2g	37h+6g±2g	0.022
Doğum kilosu (gr)	3047.71±418.31	3212.29±373.67	0.031
Operasyon süresi (dk)	86.6±25.05	68.64±15.48	0.019
Kan kayıp miktarı (ml)	806.62±249.17	942.81±443.33	0.018
Hastanede yatış süresi (gün)	2.51±0.78	2.4±0.49	0.074
1. dk APGAR skoru	9 (5-9)	9 (5-9)	0.574
5. dk APGAR skoru	10 (7-10)	10 (7-10)	0.338

SS-37

Nadir görülen bir vaka: Vajinal dermoid kist

Faruk İkizoğlu, Murat Ekin, Şevval Nisa Kocayığıt, Nurten Sever Sağlık Bilimleri Üniversitesi Bakırköy Dr Sadi Konuk Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Matür kistik teratomların çoğu kistikdir ve olgun farklılaşmış elementlerden oluşur. Daha çok dermoid olarak bilinirler. Matür kistik teratomlar tüm over teratomlarının yüzde 95'ini oluşturmaktadır ve hemen her zaman iyi huyludurlar.(1) Dermoid kistler,yaşamın ikinci ve üçüncü dekadında kadınlarda en sık görülen over tümörü olmakla birlikte over dışı olgular da tanımlanmıştır. Histopatolojik olarak bakıldığında ektodermal (deri,saç,yağ vb),mezodermal (kas,ıdrar) ve endodermal orjinli (akciğer ve gastrointestinal) (2).Ekstragonodal teratom ise tüm teratomların %4 ünden az olmakla birlikte preoperatif tanı konması oldukça zordur.

GİRİŞ: Dermoid kistlerin esas oluşum yeri gonadlar olmakla birlikte gonad dışı en sık yerleşim yeri sakrokoksigeal bölgedir. Literatürde ağız tabanından kolana kadar birçok bölgeye yerleştiği belirtilmektedir. Biz bu yayında vajinal dermoid kisti sunmayı amaçladık.

OLGU: 48 yaş 2 vajinal doğumu olan hasta kasık ağrısı ve anormal uterin kanama şikayeti ile Bakırköy Sadi Konuk Eğitim ve Araştırma Hastanesi jinekoloji polikliniğimize başvurdu. Bilinen herhangi bir sistemik hastalığı yoktu. Spekulum incelemesinde serviks normal görünümde idi.TVusg de uterusta en büyüğü 6cm olmak üzere multiple miyomlar

ve her iki overde anekoik görünümde kistler mevcuttu.MR incelemesinde 110x100mm boyutunda yağ baskılı sekanslarda baskılanan ön planda dermoid düşündürülen kitle olarak yorumlanmış.Hastaya Mart 2022 tarihinde total abdominal histerektomi+ bilateral salpingooferektomi yapıldığında bahsedilen kitlenin pelviste ve retroperitoneal bölgede olmadığı görüldü. Sonrasında kitlenin vajen yan duvarında levator ani kasının altında olduğu düşünüldü. Vajen sağ yan duvarından yaklaşık 3cm kesi ile paravajinal alana girilip keskin ve küt diseksiyonlarla kist duvarına ulaşılmış olup 200cc yer yer yağ ve kıl dokuları içeren kist içeriği drene edildi. 1 ay sonra şiddetli kasık ağrısı genel durum bozukluğu ve enfeksiyon parametrelerinin yüksekliği ile tarafımıza başvuran hasta aynı lokalizasyondaki pararektal kitlenin abseleşmiş olabileceği ön planda düşünülerek interne edildi. Antibiyoterapi uygun şekilde düzenlendi. Anestezi altında aydınlatılmış onam alınarak hastada paravajinal bölgeden pararektal bölgeye uzanan kist drene edilip içeriye dren konuldu. Materyalin patoloji sonucu dermoid kist olarak bildirildi Postoperatif takiplerinde problem olmayan hastaya total eksizyon ve takip seçeneği sunuldu. Hasta takiplere çağırıldı. Hasta taburcu edildi.

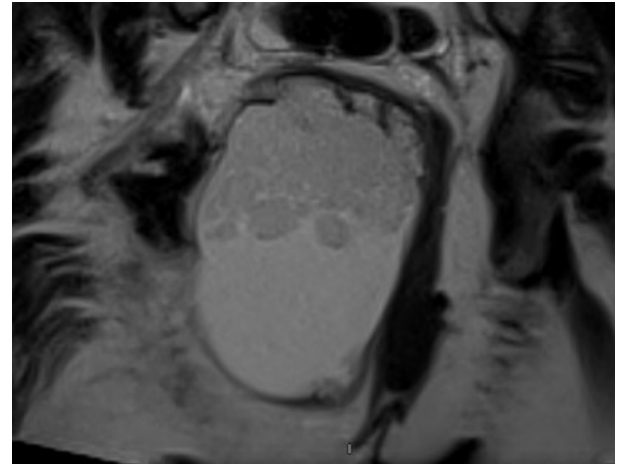
Patoloji: Makroskopik doku örnekleri yaklaşık 4cc hacimde sarı renkte ve yumuşak kıvamdadır. Arada saç benzeri morfolojik bulgu izlenmektedir. Mikroskopik incelemede matür yağ dokusu lameller tarzda keratinöz materyal, abse oluşturacak kadar yoğun PMN lökosit kümeleri ve kıl shaftları izlenmiştir (hemotoksilen eozin x 100)

Tartışma: Olgularda vajinal yolla kitlenin tamamen eksizyonu tedavi için yeterli gözükmemektedir. (4) Vajinal kitle tespit edilen hastaların ayırıcı tanısında çoğunlukla inklüzyon ve gartner kistleri gibi benign kitleler olsa da paravajinal vajinal dermoid kistler gibi malignite potansiyeli olan veya malign kitlelerde akılda tutulmalıdır.

Sonuç: Vajinal duvara yapışan teratomlar erişkinlerde nadirdir, ancak MRG ve BT taramaları bu tümörlerin özelliklerini ve anatomik yerlerini ve ayrıca çevre dokularla ilişkilerini belirlemeye yardımcı olabilir. Komşu doku ve organlara verilen zararı sınırlamak için bu durumun birincil tedavisi cerrahi rezeksiyondur. Cerrahi yaklaşım, tümörün boyutuna, konumuna, büyüme yoluna ve yakın organlarla ilişkisine bağlı olmalıdır. Kesin tanı için histolojik inceleme gereklidir ve uzun süreli izleme önerilir

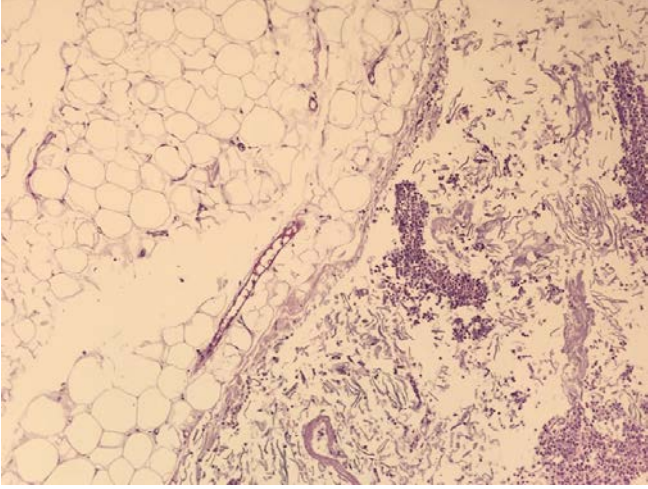
Anahtar Kelimeler: Germ cell tumor, Ovarian tumor, Terotoma, Vajinal dermoid cyst

MRİ Görüntüsü dermoid kist



pavajinal alandan pararektal alana uzanan 110x100 mm yağ baskılı sekanslarda baskılanan dermoid kist

patoloji mikroskopik görüntüsü (hemotoksilen eozin x100)



Mikroskopik incelemede matür yağ dokusu lameller tarzda keratinöz materyal, abse oluşturacak kadar yoğun PMN lökosit kümeleri ve kıl şaftları

SS-38

Endoskopik cerrahide benign heterojen (dermoid kist) adneksiyal kitlenin posterior kolpotomi yöntemiyle çıkarılması

Lokman Semih Demirkaya, Mustafa Can Sivas, Can Tercan
T.C. Sağlık Bakanlığı Başakşehir Çam ve Sakura Şehir Hastanesi,
Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, İstanbul

AMAÇ: Endoskopik cerrahide dermoid kistte olduğu gibi yağ, kemik, kıl içerikli heterojen, büyük ve solid komponent içeren benign lezyonların vücut dışına alınmasında, benzer şekilde malignite şüphesi taşıyan kitlelerin periton boşluğuna saçılım yapılmadan batın dışına güvenle alınması aşamasında laparoskopik trokar insizyonları yetersiz kalabilmektedir. Bu durumda çoğu zaman trokar insizyonlarının genişletilmesi gerekmektedir. Yapılan bu iatrojenik batın defektleri postoperatif dönemde iyileşme sürecini uzatmakta, ağrı hissinde artışa sebep olmakta postoperatif ağrı kontrolü için daha yüksek doz analjezi ihtiyacını gerektirmekte, kanama riskini artırmaktadır. Cilt kesisinin genişletilmesine bağlı olarak enfeksiyon riskinde de artış olabilmektedir. Bu aşamada çözüm olarak posterior kolpotomi, bilinen ancak çok sık kullanılmayan bir yöntemdir. Bu vaka sunumunda endoskopik olarak eksize edilen dermoid kistin posterior kolpotomi yapıldıktan sonra batın içerisine gönderilen endobag yardımı ile trokar insizyonları genişletilmeden vajinal yoldan çıkarılması yöntemi anlatılmıştır.

VAKA TAKTİMİ: 40 yaşında, G3P3Y3 3XC/S olan hasta, pelvik ağrı şikayeti ile hastanemiz Başakşehir Çam ve Sakura Şehir Hastanesi jinekoloji polikliniğine başvurdu. Bilinen geçirilmiş sezaryen öyküsü bulunan hastanın yapılan spekulum muayenesinde collum doğal izlendi. Transvajinal ultrasonografide sol adneks doğal sağ adnekte 57x35mm boyutunda heterojen kistik kitle izlendi. Pelvik manyetik rezonans görüntülemesinde Sağ adneksiyal lojda aksiyal boyutları 56 x 45 mm, kraniokaudal uzunluğu 47 mm ölçülen, sağ overi posteriora deplase eden, T1A & T2A hiperintens, yağ baskılı seride sinyal kaybeden, kontrast tutmayan lezyon izlendiği raporlandı. Laboratuvar tetkiklerinde BhCG ve tümör belirteçleri negatif, hemoglobin 12.2g/dl olan hastaya elektif şartlarda laparoskopik sağ salpingo-oofektomi planlandı. Laparoskopik gözlemede sağ overde 50x50 mm boyutlarında heterojen kistik yapı görüldü. Kitle rüptüre edilmeden usulüne uygun sağ salpingo-ooferek-

tomu yapıldı. Takiben vajinal yoldan kolpotomi topuzu (KT) ile posterior fornixte hafif şekilde bası uygulandı. Monopolar hook ile sakroute-rin kompleksin 1cm altından posterior vajinal duvara 1cm genişliğinde transvers insizyon yapılarak endobag KT içerisinden batına sevk edildi. Materyal endobag içine alınarak posterior kolpotomi yoluyla batın dışına alındı. Kolpotomi insizyonu no:1 vicryl ile intrakorporeal suture edildi. Kanama kontrolünü takiben operasyona son verildi. Operasyon süresi 50 dakika. (Video sunum yapılacaktır.)

SONUÇ: Minimal invazif cerrahi tekniklerde laparoskopik olarak başarı ile eksize edilmiş kitlelerin batın dışına çıkarılmasında posterior kolpotomi yöntemi; operasyon süresini kısaltma, kitlenin parçalanmasını ve kist içeriğinin peritoneal boşluğa yayılmasını engelleme, cerraha farklı bir çözüm oluşturma noktasında büyük avantaj ve kolaylık sağlayabilir.

Anahtar Kelimeler: adneksiyal kitle, dermoid kist, laparoskopi, posterior kolpotomi

SS-39

Sigmoid kolona implante ektopik gebelik

Şenol Şentürk, Sibel Doğan Polat
Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Ana Bilim Dalı, Rize

GİRİŞ: Ektopik gebelik tüm gebeliklerin % 1-2 sinde görülen bir durumdur. Genellikle tubaların ampuller bölgesinde yerleşmekle birlikte karaciğer, barsak, dalak, mesane veya omentum yerleşimli ektopik gebelik vakaları rapor edilmiştir. Bu vaka sunumumuzda tubal abort sonrası sigmoid kolon 1/3 orta kısmına implante olmuş ektopik gebelik olgusunu sunmayı amaçlıyoruz.

VAKA SUNUMU: 32 yaşında G1P0 son adet tarihine göre 5 hafta gebe hasta rutin kontrol için gebe polikliniğimize başvurdu. USG 'de sağ tubadan 18*28 mm ektopik odak sol overde 80*85 mm hipokoik ovaryan kistik lezyon izlendi. Endometriyal kavitede gebelik kesesi izlenmedi. Bhcg 5547 olan hastaya ektopik gebelik tanısı konuldu. Tedavi seçenekleri sunulan hasta tedaviyi reddederek klinikten ayrıldı. 4 gün sonra tekrar başvuran hasta hastaneye yatırıldı, Bhcg 7769 olarak tesbit edildi ve küretaja alındı. Ardından hastaya 95 mg i.m. methotrexate yapıldı. Hastanın takiplerinde hemoglobin düzeyleri stabil seyretti. Hasta kendi isteği ile hastaneden ayrıldı. Mtx uygulamasının 4. Gününde tekrar başvuran hasta Bhcg 8595 USG'de Douglasta minimal mayi görülmesi üzerine tekrar hospitalize edildi. Hb takipleri 11,1, 10,2, 10,5 olarak belirlendi. Mtx uygulamasının 7. gününde Bhcg 5267 ve Douglasta minimal mayii mevcuttu. Ertesi gün hastanın Hb düzeyi 7,2 ve ortostatik hipotansiyon tespit edildi. USG de batında yaygın mayii izlendi. Hastaya 2 ünite ES verilerek acil laparotomiye alındı. Gözlemede batında yaklaşık 1500 cc pıhtılı kan mevcuttu, aspire edildi. Sağ tubanın rüptüre olduğu ve kanamanın devam ettiği izlendi. Sağ salpenjektomi yapıldı. Sol over kisti eksize edildi. Ardından batın içi organlar eksplore edildi. Sigmoid kolon 1/3 orta kısmında ektopik gebelik ürününün invaze olduğu tespit edildi (Resim 1,2). Genel cerrahi uzmanı vakaya davet edildi. Genel cerrahi uzmanı tarafından yapılan incelemede intestinal mukozanın intact olduğu invazyonun intestinal serozayla sınırlı kaldığı belirlendi. İmplantlar barsak serozal yüzeyinden uzaklaştırıldı ve ek öneride bulunulmadı. Bunun üzerine kanama kontrolünün ardından batına bir adet dren konularak operasyona son verildi. Postoperatif bulguları stabil olan hastanın postop birinci gününde dreni çekildi. Bhcg takipleri 457 ve 198, Hb: 8,2 ve 8,8 olan hasta operasyonun üçüncü



5. KARADENİZ JİNEKOLOJİ ve OBSTETRİK KONGRESİ

9-12 Haziran 2022 | Sheraton Grand Samsun Otel

gününde taburcu edildi.

TARTIŞMA: Ektopik gebelik göreceli olarak yaygın olsa da abdomenle ektopik gebelik oldukça nadir bir durumdur ve yüksek morbidite ve mortalite ile ilişkilidir. Abdominal ektopik gebelikler tüm ektopik gebeliklerin yüzde 1 kadarını oluşturur. Bu nadir klinik antite özellikle plasentanın yerleştiği bölgeden kaynaklı kanamalar sebebiyle hayatı tehdit edici olabilir. Ayrıca ektopik gebelik ürününün yerleştiği organda meydana getireceği hasar o organla ilgili fonksiyon bozuklukları meydana getirecektir. Abdominal ektopik gebeliklerin risk faktörleri arasında endometriosis, pelvik enfeksiyonlar, tubal rüptür veya abort sayılabilir. Patofizyolojisi incelendiğinde tubal abort sonrası implantasyonla ortaya çıkabileceği gibi uterusun perforasyonu veya embriyo transferi sırasında direkt implantasyonla da ortaya çıkabileceği görülmektedir. Sunmuş olduğumuz vakada hastamızda tubal rüptür olduğu ve gebelik ürününün sigmoid kolon serozasına implante olduğu gözlemlenmiştir. Serozal yüzeyde izlenen implantlar temizlenmiştir. Hastanın postoperatif takiplerinde Bhg düzeylerinde progresif düşme olduğu gösterilmiştir. Bhg düzeyi normal seviyelere düşünceye kadar hastanın takiplerine devam edilmiştir.

SONUÇ: Abdominal ektopik gebelikler nadir görülse de ciddi mortalite ve morbiditeyle ilişkilidir. Ektopik gebelik rüptürü sebebiyle opere edilen hastalarda tüm intraabdominal organların eksplorasyonu yapılarak olası implantasyonların ekarte edilmesi bu hayatı tehdit eden komplikasyonun tanısını sağlayacaktır. Implantasyonların tespit edilmesi durumunda multidisipliner yaklaşımla hastanın yönetilmesi prognozu iyileştirecektir.

Anahtar Kelimeler: Ektopik gebelik, tubal rüptür, sigmoid kolon

SS-40

Laparoskopik Histerektomi de Trokar Girişi Hernisi

Yunus Katirci, Çağla Yıldız, Gülen Kübra Nakışlı, Hüseyin Yaylacı, Ayşe Zehra Özdemir
1 Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum AD

Laparoskopik histerektomi gittikçe artan sayıda yapılması ile birlikte trokar giriş yerlerine ait komplikasyonlar da görülmeye başlanmıştır. Bunlardan birisi de trokar yeri hernisidir.

Bunu önlemek için 10 mm den büyük port giriş yerlerinde fasya kapatılması genel olarak önerilmektedir. Ancak trokar yeri hernisinin seyrek görülmesi gerekse özellikle obez hastalarda fasya kapatılmasındaki teknik güçlük nedeniyle bu kural yaygın olarak uygulanmamaktadır. Buna karşılık bu hemilerin oluştuğlarında inkarasyon gibi acil olarak çözülmesi gereken veya Richter hernisi gibi yaşamı tehdit edici ciddi sorunlar doğura bildikleri bildirilmiştir(1).

OLGU: Bir ay önce anormal uterus kanama ve myom nedeniyle laparoskopik histerektomi yapılmış olan 47 yaşındaki bayan hasta post op 1. gün gaz gayta çıkışı olması üzerine taburcu edildi. Post op 2. gün farkına vardığı göbekte şişlik ve ağrı, kusma ileus belirtileri ile kliniğimize başvurdu. Hastanın boyu 186 cm ağırlığı 96 kg, body mass indeks (BMI) 32 idi. Yapılan muayenesinde göbeğin hemen altında şişlik palpe edilen ancak boyutları net olarak belirlenemeyen, yumuşak, palpasyonla hafif ağrılı bir kitle bulundu. Kesin tanı için abdominal bilgisayarlı tomografi yapıldı. Kitlenin karın içine doğru devam ettiği ve o bölgede fasya defekti olduğu görüldü. Bunun üzerine hasta ameliyat edilerek

fasya defekti primer onarıldı. Bu sırada ilk ameliyat sırasında fasyadaki port açıklığının kapatıldığını düşündürecek herhangi bir suture materyaline rastlanmadı.

TARTIŞMA: Laparoskopik girişimleri takiben port yerinden gelişen herni insidansı hakkında farklı veriler vardır. Literatürde bu konu ile ilgili en geniş seride 3600 olgu içerisinde 10 adet trokar yeri hernisi saptanmıştır[1]. İki farklı seride de sırasıyla 1300 olguda 10 [2] ve 3560 olguda 6 [3] trokar yeri hernisi bulunmuştur. En yüksek görülme sıklığı ise 403 hasta içinde 6 olgu ile % 1,5 olarak bildirilmiştir[4]. Literatürdeki diğer veriler daha çok tek olgu sunumu şeklindedir. Buna dayanarak laparoskopik sonrası trokar yeri hernisinin seyrek bir komplikasyon olduğu söylenebilir. Ancak gerek serilerde gerekse olgu sunumlarındaki strangule herni veya herniye bağlı intestinal obstrüksiyon gibi komplike olgular göz önüne alındığında önemli bir morbidite nedeni olabileceği açıktır[5-9]. Bizim olgularımızda ileus tablosu nedeniyle acil operasyon gerekmiştir.

Video sunumu kongre sırasında yapılacaktır.

KAYNAKLAR

1. Nezhad C, F. Nezhad, and D.S. Seidman, Incisional hernias after operative laparoscopy. J Laparoendosc Adv Surg Tech A, 1997;7(2): 111-5.
2. Azurin DJ, et al. Trocar site herniation following laparoscopic cholecystectomy and the significance of an incidental preexisting umbilical hernia. Am Surg, 1995; 61(8): 718-20.
3. Kadar N, et al. Incisional hernias after major laparoscopic gynecologic procedures. Am J Obstet Gynecol 1993; 168(5): 1493-5.
4. Mayo J. et al. Risks of the minimal access approach for laparoscopic surgery: multivariate analysis of morbidity related to umbilical trocar insertion. World J Surg, 1997; 21(5): 529-33.
5. Duron JJ, et al. Prevalence and mechanisms of small intestinal obstruction following laparoscopic abdominal surgery: a retrospective multicenter study. French Association for Surgical Research. Arch Surg, 2000; 135(2): 208-12.
6. Eltabbakh GH. Small bowel obstruction secondary to herniation through a 5-mm laparoscopic trocar site following laparoscopic lymphadenectomy. Eur J Gynaecol Oncol, 1999; 20(4): 275-6.
7. Yuen P M. Early incisional hernia following laparoscopic surgery. Aust N Z J Obstet Gynaecol, 1995; 35(2): 211-2.

Anahtar Kelimeler: Laparoskopik, Trokar, Herniyasyon

SS-41

Vulvanın nadir görülen deri eki tümörü

Ayşegül Öksüzöğlü, Gizem Bektaş

Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği, Medical Park Ankara Hastanesi, Ankara

Giriş: Deri eki neoplazileri, farklı yönlerde diferansiyasyon gösteren nadir tümörlerdir. Kıl follikülü, sebace, ektrin ve apokrin tümörler olarak sınıflandırılır. Siringokistadenoma papilliferum (SP), apokrin ve ektrin ter bezlerinden köken alan benign kutanöz adnexal bir neoplazmdir (1). SP genellikle doğumda veya erken çocukluk döneminde ortaya çıktığı için çocukluk tümörü olarak adlandırılır ve nadir olarak erişkin yaşta görülür. Etkilenenlerin yaklaşık %50'sinde doğumda lezyon mevcuttur. Bu makalede nadir görülen bir tümör olması sebebiyle vulvar SP olgumuzu sunuyoruz.

Olgu Sunumu: Kırk yaşında gravida 2, parite 2 olan hasta vulvada ele gelen kitle nedeniyle polikliniğimize başvurdu. Hastanın hikayesinde kitle lezyonun 1 yıldır var olduğu ve zamanla büyüdüğü, ancak herhangi bir şikayetinin olmadığı öğrenildi. Hastanın muayenesinde, sağ labia majusun posteriorunda, forsette yaklaşık 1x1 cm boyutlarında, nodüler lezyon mevcuttu. Lezyon lokal anestezi altında total olarak eksize edildi. Materyalin histopatolojik incelemesinde keratinize çok katlı yassı epitel ile örtülü dokuda yüzeye açılan apokrin ezlerinden köken alan benign adnexal tümör izlendi (Resim 1). Tümör hücreleri papiller yapılar oluşturarak dermise doğru invajinasyon göstermekte, papiller uzantıların stromasında plazma hücrelerinden zengin infiltrat izlenmekteydi. (Resim 2). Yukarıdaki histopatolojik bulgulara dayanarak olguya SP tanısı konuldu. Olgunun 3 aylık takibinde nüks gözlenmedi.

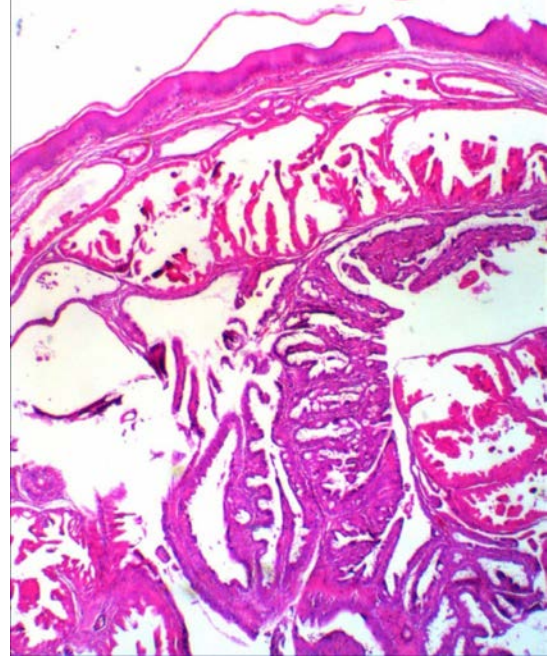
Tartışma: SP, etiolojisi ve patogenezi tam olarak bilinmeyen, ter bezlerinin oldukça nadir görülen bir tümürüdür, ilk olarak 1917'de Stokes tarafından tanımlanmıştır. SP en sık baş boyun bölgesinde gözlenirken, karın duvarı, göz kapağı, ekstremiteler, meme başı, vulva, servix uteri, skrotum, aksilla ve dış kulak yolu, gibi farklı lokalizasyonlarda tanımlanmıştır. Kadın genital sisteminde oldukça nadir görülür (2). Lezyonlar, yavaş büyüyen, sıklıkla papül, plak veya lineer şekilde ortaya çıkmakta, nadiren rastlanan gövde yerleşiminde sıklıkla soliter nodül şeklinde görülmektedir (3). Soliter nodüller genellikle puberte sonrası ortaya çıkar. SP bazal hücreli karsinom, skuamöz hücreli karsinom ve verrüköz karsinomlar gibi neoplazilerle birlikte görülebilir. SP lezyonunun çapı genellikle 1 ila 4 cm arasında değişir. SP genellikle asemptomatiktir, nadiren ağrı ve kaşıntı görülebilir. SP için tercih edilen tedavi, lezyonun total eksizeyonu olup olgumuzda da lezyon total olarak eksize edilmiştir. Sonuç olarak, SP genital organlarda son derece nadir görülen, benign karakterli kutanöz bir neoplazmdir. Vulvar lezyonların ayırıcı tanısında düşünülmelidir. Kinik görünümü değişken olabileceğinden, tanıyı doğrulamak için histopatolojik inceleme gereklidir.

Kaynaklar

1. McBride JD, Billings SD, Komforti MK. A rare case of syringocystadenocarcinoma papilliferum of the breast: An institutional retrospective case review and brief literature review. J Cutan Pathol. 2021 Nov;48(11):1387-1391.
2. Shahidi Dadras M, Baghani M, Rakhshan A, Ansari Djafari A, Abdollahimajd F. Genital syringocystadenocarcinoma papilliferum: An unusual location and review of the literature. Urol Case Rep. 2021 Nov 9;40:101934.
3. Yap FB, Lee BR, Baba R. Syringocystadenoma papilliferum in an unusual location beyond the head and neck region: A case report and review of literature. Dermatol Online J 2010;16(10):4.

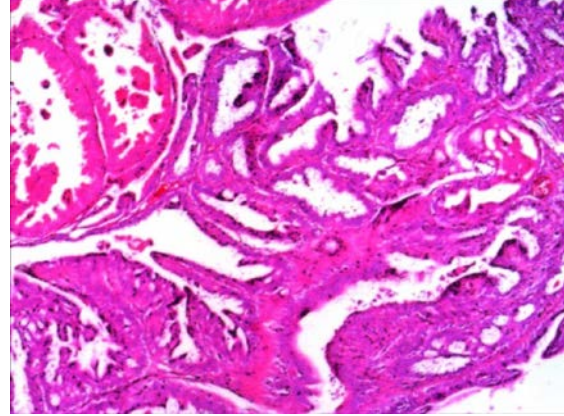
Anahtar Kelimeler: deri eki tümörleri, siringokistadenoma papilliferum, vulva

Resim 1



Resim 1. Çok katlı yassı epitel komşuluğunda, apokrin bezlerden köken alan papiller yapılar oluşturarak dermise doğru kistik invajinasyon gösteren lezyon (HEx20).

Resim 2



Resim 2. İntraluminal kolumnar epitel ve dış yüzeyde kuboidal epitelle döşeli papiller yapılar (HEx40).

SS-42

Plasenta Perkreatal Olguya Yaklaşım

Ali Han Bolat, Gülen Kübra Nakışlı, Çağlanur Yıldız, Mesut Önal Ondokuzmayıs Üniversitesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, Samsun

Sözlü Bildiri

Plasenta Perkreatal Olguya Yaklaşım

Plasenta previa, plasentanın internal os' a yakın yerleştiği bir plasenta implantasyon anomalisi olup insidansı %0.5 olarak bildirilmiştir. Plasenta previanın önemli komplikasyonlarından biri de duruma plasenta perkreatanın eşlik etmesidir. Koryonik villuslar myometriuma tutunup



5. KARADENİZ JİNEKOLOJİ ve OBSTETRİK KONGRESİ

9-12 Haziran 2022 | Sheraton Grand Samsun Otel

tam invaze edememişse plasenta akreta vera (olguların %80'i), kısmen invaze etmişse plasenta inkreta (olguların %15'i), tam invaze etmiş ve serozaya yayılmış ise plasenta perkreta (olguların %5'i) adını alır (1). Günümüzde sezaryen sayısının artışına bağlı olarak plasenta perkreta insidansı artmaktadır (2). Plasenta previa ile birlikte plasenta perkreta maternal- perinatal morbidite ve mortalitesi yüksek olan, hayatı tehdit edecek ölçüde maternal kanamaya ve buna bağlı organ yetmezliğine ve hatta ölüm gibi ciddi komplikasyonlara yol açabilir (3). Bu nedenle antenatal dönemde tanınması, operasyon zamanı, yeri ve tipinin önceden belirlenmesi maternal morbidite ve mortalitenin azalmasında önemli yere sahiptir. Plasenta perkreta olgularında genellikle tedavi total histerektomi olarak karşımıza çıkmaktadır.

OLGU: Hastamız 35 yaşında yapılan günlemeye göre 10.11.22 tarihli usg 7w0d 32w6d gebe; beşinci gebeliği öncesinde 3 tane sezaryen öyküsü mevcut. 2017 yılından spontan abortus öyküsü mevcut. Gebelik tarama testleri yaptırmamış. Ogtt yapılmamış, detaylı obstetrik usg de sözel olarak gross patoloji olmadığını bildirmekte. Bilinen hastalık ve düzenli kullandığı ilaç yok. 3 sezaryen harici operasyon öyküsü yok. Hasta dış merkeze ağrı şikayeti ile başvurmuş. Yapılan usg de plasenta invazyon anomalisi olarak değerlendirilen ve uygulanan nst de düzensiz kontraksiyonları bulunan hasta tarafımıza sevk edildi. Yapılan USG: BPD:35+1 HC:34+3 AC:35+3 FL:33+3 BAŞ GELİŞ AMI YETERLİ FKA+ EDF+ TFA:2555 PLASENTA: anteriorndan uzanıp servikal osu tamamen kapatıyor.plasentada lakunlar izlendi. myometrium-plasentadaki hipoekoik alan izlenemedi. mesane -uterus sınırında doppler bakıda vaskülarite artışı izlendi,hiperekojen sınır devamlı izlenmedi. Hasta servisimize interne edildi. Servis takiplerinde nst de düzensiz kontraksiyonları olan ve ağrı tarifleyen hastaya nidilat protokolü uygulandı. Hastanın ağrılarının gerilememesi üzerine 34w0d gebelik haftasında hasta sezaryene alındı.

Hasta,batın ve perine temizliğini takiben genel anestezi altında sırtüstü yatar pozisyon- da hazırlandı.Cilt povidon iyot ile temizlendi.Pfan-nestiel insizyonla cilt, cilt altı, faysa ve parietal periton açılarak batına girildi.Yapılan eksplorasyonda uterus 34 hafta cesamette, görünümdeydi.Mesane öncesinde 180cc şişirildi. Visseral periton disseke edilerek mesane dekole edildi.Uterusa Kerr insizyonu yapılarak, BAŞ geliş 7-8 apgarlı 2290gr erkek bebek doğurtuldu.Plasenta uterustan ayrılmadı,-yapışık izlendi. Histerektomiye geçildi.Bilateral hipogastrik arterler bağlandı. sag ve Sol over ve tüpler normal görünümdeydi. Histerektomi tamamlandı ve 1 adet dren konularak tüm katlar uygun şekildi kapatıldı. Vakaya son verildi.

Kaynaklar

1. Hsu TY. Abnormal Invasive Placentation Placenta Previa Increta And Percreta. Taiwan J Obstet Gynecol 2009; 48(1):1-2.
2. Chan BCP, Lam HSW, Yuen JHF, Lam TPW, Tso WK, Pun TC, et al. Conservative Management Of Placenta Previa With Accreta. Hong Kong Med J 2008; 14(6):479-484.
3. Frederiksen MC, Glassenberg R, Stika CS. Placenta Previa: A 22-Year Analysis. Am J Obstet Gynecol 1999; 180(6):1432-1437.

Anahtar Kelimeler: Perinatoloji, Plasenta, Plasenta Perkreta

SS-43

Fetal İntrakranial Kanamalı Bir Olgu

Gülen Kübra Nakışlı, Yunus Katırcı, Çağlanur Yıldız, Mesut Önal
19 Mayıs Üniversitesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı,
Samsun

Perinatal inme, 20. gebelik haftası ile doğum sonrası 28. gün arasında meydana gelen vasküler kaynaklı beyin hasarına bağlı kronik sekelleri olan akut nörolojik bir sendrom olarak tanımlanır. Bu bozukluklar arasında arteriyel iskemik inmeyle ilgili fokal beyin hasarı, serebral ven trombozu ve primer intraserebral kanama yer alır. Tahmini iskemik perinatal inme insidansı, yaşlılarda iskemik inme insidansından sonra sadece ikinci sıradadır ve çocuklukta insidansı yaklaşık 10 kat daha fazladır.

Maternal obstetrik faktörlerin ve intrapartum olayların rolü tartışmalıdır ve tam olarak anlaşılmamıştır. Bununla birlikte, vaka serileri ve vaka kontrol çalışmaları bir dizi maternal risk faktörü olduğunu göstermektedir: Antifosfolipid sendromu gibi otoimmün ve protrombotik anormallikler, preeklampsi, diyabet, plasental tromboz veya abrupsiyon, uzun süreli membran yırtılması, koryoamniyonit, hamilelik sırasında sigara içmek, hipoksi-iskemi, dehidrasyon ve/veya hipernatremi, hipoglisemi, polisitemi, bazı kalıtsal metabolik bozukluklar, COL4A1 mutasyonları gibi.

Perinatal inmenin yaygın klinik belirtileri arasında ensefalopati, nöbetler, hipotoni, fokal nörolojik defisitler, solunum bozuklukları ve beslenme sorunları yer alır.

Hastamız 24 yaşında 36+3w gebe; ilk gebeliği. Gebeliğinin 8. Haftasından itibaren folik asit kullanmış. İtt ve ütt sonuçları düşük riskli olarak sonuçlanmış ve detaylı usg sinde gross patoloji izlenmemiş. Bilinen hastalık, operasyon öyküsü ve kullandığı ilaç yok. Gebeliğinin 4. ve 7. ayında 2 kez covid geçirmiş.. Hasta dış merkezden fetal hidrosefali nedeniyle tarafımıza yönlendirilmiş. Yapılan usg sinde ölçümleri haftasıyla uyumlu amniyon mayisi yeterli ve edf si pozitif. Lateral ventrikül çapları 1,7 mm olarak ölçüldü. Periventriküler hiperekojen alanlar izlendi. Fetal intrakranial kanama ön tanısıyla hastadan fetal mrg ve torch paneli istendi. Yapılan torch panelinde anti toxoigg 144,2 pozitif anti rubellaigg 65,5 pozitif anti cmv igg pozitif olarak sonuçlandı. Fetal mrg'da: sağ serebral hemisferde parankim sinyali artmış ve heterojen görünümde(hemoraji-ödem?), bilateral lateral ventriküler geniş görünümde olup oksipital hornların çapı sağda 18 mm, solda 17 mm ve sağda tüm ventriküler içerisinde T2 de parankime göre hafif yüksek sinyalli, diffüzyon kısıtlayan içerik(hemorajik içerik?) izlenmiştir. Hasta nst sinde kontraksiyonları ve 6 cm açıklığı olması üzerine fetal intrakranial kanama tanısıyla acil sezaryene alındı ve 7-8 apgarlı 2210 gr kız bebek doğurttuk. Bebek genel durumu iyi doğumdan 2 hafta sonra şant takıldı ve beyin cerrahisi tarafından takip ediliyor. Doğum sonrası tedavimiz destekleyicidir ve serebral perfüzyonun korunmasına, daha fazla beyin hasarının en aza indirilmesine ve komplikasyonların erken saptanmasına yöneliktir.Yeterli oksijenasyon ve ventilasyon sağlanmalıdır. Dehidrasyon ve anemi tedavi edilmelidir. Asidoz, hipoglisemi, hipokalsemi veya elektrolit bozuklukları gibi metabolik bozukluklar izlenmeli ve düzeltilmelidir. Enfeksiyon şüphesi varsa kültür sonuçları gelene kadar antibiyotik tedavisine başlanır. Nöbetler antikonvülsan ilaçlarla tedavi edilmelidir. İntraserebral kanaması olan yenidoğanlar için makul müdahaleler arasında şiddetli trombositopeninin düzeltilmesi, eksik pıhtılaşma faktörlerinin değiştirilmesi, herkese K vitamini verilmesi(kas içi enjeksiyonla 0,5 ila 1 mg) ve hidrosefali gelişenlerde ventriküler drenaj, ardından hidrosefali devam ederse şant yapılması gereklidir. İntraserebral beyin kanamasının cerrahi olarak boşaltılması yüksek kafa içi basıncını azaltabilir, ancak bu mü-

dahalenin sonucu iyileştirip iyileştirmediği açık değildir Fiziksel, mesleki ve konuşma terapisini içeren programlar, perinatal inmeli çocuklar için fonksiyonel sonuçların iyileştirilmesine yardımcı olabilir

Anahtar Kelimeler: ensefalopati, intraserebral kanama, perinatoloji

SS-44

Dermoid kisti taklit eden endometrioma vakasına laparoskopik yaklaşım: Bir olgu sunumu

Sibel Doğan Polat, İlknur Merve Ayazoğlu, Mehmet Kağıtçı, Şenol Şentürk, Bülent Yılmaz
Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Ana Bilim Dalı, Rize

GİRİŞ: Endometriozis, endometriyal dokuların uterus kavitesinin dışında, overler başta olmak üzere pelvik organlar ve peritoneal yüzeylerde görülmesiyle karakterize östrojen bağımlı kronik inflamatuvar bir hastalıktır. Endometriozis, overlerde endometriotik kistler (endometrioma), yüzeysel lezyonlar veya derin endometriotik nodüller şeklinde görülebilir. Burada dermoid kistle ayırıcı tanısı cerrahi sonrası histopatolojik değerlendirilmeyle yapılan bir endometrioma olgusunu sunmayı amaçladık.

OLGU: 28 yaşında, bekar hastanın bir yıl önce yapılan ürener ultrasonografisinde insidental olarak sağ ovaryan 36 mmlik, septalı, ekojeniteler içeren hemorajik kist ve kistle over parankimi arasında 35x30 mmlik, içinde milimetrik kalsifik odaklar olan izoekoik solid oluşum saptanmış, dermoid kist olabileceği belirtilmiştir. Alt abdomen manyetik rezonans(MR) görüntülemesinde sağ adneksiyele komplike, multiloküle, heterojen vasıfta 45x40 mmlik kitle izlenmiş, kapsüler tarzda yüksek intensiteli kontrast madde tutulumu olmuş, bulgular öncelikle dermoid kistle uyumlu olarak düşünülmüştür. Cinsel aktivitesi olmayan hastaya vajinal muayene ve transvajinal ultrasonografi yapılamamış, sonraki kontrollerinde CA-125:51, diğer tümör belirteçleri normal olan hastaya operasyon planlanmış ancak covid pandemisi nedeniyle ameliyatların ertelenmesi üzerine takibe alınmıştır. Hasta ara ara yaşadığı karın ağrılarının şiddetlenmesi nedeniyle bir yıl sonra kliniğimize başvurduğunda hastanın pelvik ultrasonografisinde sağ adneksiyele 72x53 mmlik heterojen görünümü kitle içinde 19x23 mm boyutunda belirgin kontur vermeyen ekojen oluşum izlendi (hemorajik kist? dermoid kist?) (Resim 1) Alt abdomen MR görüntülemesinde ise sağ overde 66 mmlik septalı multiloküle, hemorajik içerikli endometrioma ile uyumlu olduğu düşünülen kistik lezyon izlendi. Yapılan tetkiklerde Hb:13,2; HE4:41; ROMA indeksi 5,4(normal), CA-125:126,7, diğer tümör belirteçleri normaldi. Sağ kasık ağrısı artmış olan hastaya laparoskopi kararı alındı. 4 trokar tekniğiyle yapılan laparoskopik eksplorasyonda uterus, bilateral tubalar ve sol over doğal izlendi. Sağ overdeki 70 mmlik endometrioma ile uyumlu kist içeriği aspire edilerek, kistektomi yapıldı.(Resim 2) Patoloji sonucu endometrioid kist olarak raporlandı.

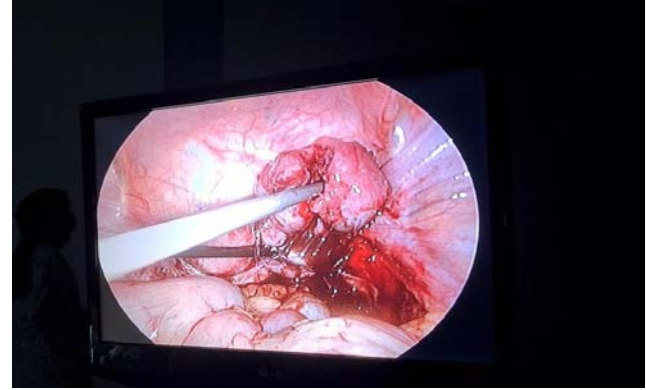
TARTIŞMA: Endometriozisten hikaye, semptomlar ve muayene bulgularıyla şüphelenilir ve görüntüleme yöntemleri kullanılarak tanıya yaklaşılr. Endometriozisin özgün bir semptomu olmamakla birlikte, genç kadınlarda dismenore, pelvik ağrı ve birkaç menstrual siklus sonrasında sebat eden adneksiyele kitle varlığında akla gelmelidir. Endometriozisin kesin tanısını koyan bir kan testi olmasa da CA-125 ve diğer tümör belirteçleri ön değerlendirmede kullanılır. Endometriozis, ade-

nomyozis, fonksiyonel over kistleri, leiomyom, menstrüasyon, pelvik inflamasyon, benign ovaryan neoplaziler, ovaryan kanserler, tuba kanserleri ve germ hücreli tümörler CA-125'i yükselten jinekolojik nedenlerdendir. Kesin tanı cerrahi olarak çıkarılan dokuların histopatolojik incelemesiyle konular. Laparoskopiyile abdominal yüzeylerdeki endometriozis implantlarının tipik görüntüsünün izlenmesi ve alınan doku örneklerinde endometrial gland ve/veya stromanın varlığı altın standarttır. Endometriomanın cerrahi tedavisinde kistektomi uygulandığında rekürrens oranları daha düşük, ağrı kontrolü daha iyi ve gebelik olasılığı daha yüksektir.

SONUÇ: Over kistlerinin değerlendirilmesinde hastanın hikayesi, fizik muayenesi, laboratuvar ve görüntüleme tetkikleri önemlidir. Tümör belirteçleri ve görüntüleme yöntemleri yol gösterici olmakla birlikte tanı koymada yeterli olmayabilir. Bu vakada olduğu gibi endometrioma, dermoid kistler gibi diğer pelvik patolojilerle karışabilmekte, nihai karar ancak cerrahi sonrası histopatolojik inceleme ile verilebilmektedir. Semptomların ortaya çıkmasıyla tanının konulması arasındaki süre uzun zaman alabileceği için, pelvik ağrısı ve adneksiyele kitlesi olan genç kadınlarda ayırıcı tanıda endometrioma olasılığı göz ardı edilmemelidir.

Anahtar Kelimeler: Endometrioma, laparoskopik cerrahi, pelvik kitle

İntraoperatif kist içeriği görüntüsü



Resim 2

Sağ ovaryan kist pelvik ultrasonografi görüntüsü



Resim 1

SS-45

Fechtner Sendromuna Eşlik Eden Dirençli Anormal Uterin Kanamanın Radyofrekans Endometriyal Ablasyon ile Yönetimi: Vaka Sunumu

Arif Serhan Cevrioğlu, Hilal Uslu Yuvacı, Mehmet Musa Aslan, Duygu Çakmak Güner, Zuhul Hürel
Sakarya Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum AD, Sakarya

AMAÇ: Anormal uterin kanamalar(AUK) her yaştan kadını etkileyebilen, uterus kaynaklı, düzen, miktar, sıklık veya süre açısından anormal olan, gebelikle ilişkisiz kanamalardır. Etiyolojisinde; koagülasyon bozukluklarından Bernard-Soulier sendromu, Glanzman sendromu ve Miyozin ağır zincir 9(MYH9) gen mutasyonundaki değişikliklere bağlı trombosit fonksiyon bozuklukları nadir nedenlerdir. MYH9 geni, megakaryosit farklılaşması ve olgunlaşması için vazgeçilmez bir genir. Bu genin heterozigot defektlerinden biri olan Fechtner Sendromunda tek belirti makrotrombositopeni ve hafif kanama eğilimi olabileceği gibi, glomerülonefrit ilişkili böbrek yetmezliği, sensorinöral sağırılık, erken başlangıçlı katarakt gibi sendromik belirtiler eşlik edebilir. AUK'nın yönetiminde komplikasyonların önlenmesi ve düzenli menstrüel kanamanın sağlanması birincil hedefidir. Ağır menstrüel kanamalarda, tıbbi tedaviler yeterli sonuç sağlamadığında, kanamanın etiyojisine, hastanın fertilitate durumuna göre histerektomi, termal veya radyofrekans enerjileri ile endometriyumun ablasyonu dahil cerrahi müdahaleler düşünülebilir. Fechtner Sendromu tanı ve medikal tedaviye dirençli AUK olan bir kadında, radyofrekans endometriyal ablasyon(REA) ile kanamanın kontrolünün sağlandığı bir olguyu sunmayı amaçladık. Vaka Takdimi: 28 yaş, bekar, gravida 0, medikal tedaviye dirençli, düzensiz ve sık AUK kanama şikayetiyle başvuran hastanın hikayesinde; Fechtner sendromu tanısının olduğu, kronik böbrek yetmezliği(KBY) tanısıyla 5 yıldır periton diyalizi yapıldığı, hipertansiyon, sensorinöral işitme kaybı ve görme bozukluğunun olduğu öğrenildi. 13 yaşından beri düzensiz ve sık kanama şikayeti olan hastanın 4 yıldır aralıklarla OKS kullandığı, daha önce LNG-IUS uygulandığı, ancak kanamayla birlikte kaviteden atıldığı öğrenildi. Fizik muayenesinde genel durumu iyi, vital bulguları stabil bulundu. Laboratuvarında; Lökosit: 8000/mm³, Hemogloblin(Hb): 5.78 gr/dl, Platelet: 10.300/mm³, Üre: 113mg/dL, Kreat: 11.3mg/dL saptandı. Ultrasonografide(USG) uterus boyutları 121x53x65 mm, endometriyumda 57,5x30 mm kalınlıkta koagülümle uyumlu ekojenite, myometriyum homojen, overler normal boyut ve yapıda izlendi. Douglasta 23 mm serbest mayi mevcuttu (Resim 1). Hasta aktif vajinal kanama, kalıtsal trombositopeni ve derin anemi nedeniyle hospitalize edildi. Anemi ve trombositopeni nedeniyle masif eritrosit süspansiyonu, taze donmuş plazma ve trombosit aferezi replasmanları yapıldı. Ek olarak, KOK (3x1 tablet/gün) ve depo GNRH analogu 1x1/ay im. başlandı. Takipler sırasında vajinal kanamasının azalmaması, kan tablosunun düzelmemesi üzerine tedaviye estradiol tablet 2x2mg/gün eklendi. Uterin kavitede biriken koagülümün Karmen enjektör vakum aspirasyonu ile boşaltılmasının ardından, kaviteye foley balon uygulanıp 60 ml serum fizyolojikle şişirilerek balon tamponad uygulaması, metil ergonovin maleat 3x1 (im) ve traneksamik asit 1000mg/gün uygulamalarına yanıt alınamadı. Medikal ve girişimsel tedavilerle anormal uterin kanaması durdurulamayan hastaya yüzeysel anestezi altında histerektomik REA uygulanması planlandı. Transabdominal USG eşliğinde gerçekleştirilen REA işleminde endometriyumda beyaz ekojenite oluştuğunda ablasyonun göstergesi olarak kabul edildi. Postoperatif izlemde vital bulguları stabil olan, kanama kontrolü sağlanan hasta, USG' sinde kavitede koagülüm ya da hemorajik mayi saptanmaması üzerine (Resim 2) postoperatif ikinci gününde şifa ile taburcu edildi. Postoperatif

ikinci ay kontrolünde hastanın kanamasının lekelenme tarzında olduğu öğrenildi. TVUSG' de endometriyum kalınlığı 7 mm ölçüldü (Resim 3). Laboratuvar kontrolünde Hb: 8,4 gr/dl, platelet: 12 bin/ mm³ bulundu. Hastanın postop 12.ay kontrolünde menstrüel kanamasının azaldığı saptandı.TV-USG kontrolünde endometriyum kalınlığı 5,2 mm ölçüldü. Laboratuvar kontrolünde hb:8,5 gr/dl,platelet:12 bin/mm³ bulundu.

SONUÇ: Ailesel trombositopenisi ve buna bağlı ek hastalıkları olan medikal tedaviye dirençli AUK olgusunda daha az invaziv, uterus koruyucu, REA uygulaması tercih edilerek laparoskopik veya laparatomik yolla yapılacak histerektominin yol açacağı periton hasarı engellenmiş, hastanın periton diyalizinin devamı sağlanarak mevcut yaşam kalitesi azaltılmamıştır.

Anahtar Kelimeler: Fechtner Sendromu, anormal uterin kanama, endometrial ablasyon

Resim1



Preoperatif yapılan USG'de uterin kavitede mevcut olan hematom görüntüsü

Resim2



Postoperatif ikinci günde USG'de endometriyumun görüntüsü.

SS-46

Round Ligament Agenezili Hastada Sezaryen Doğum Sırasında Uterin İnversiyon

İlknur Merve Ayazoğlu, Sibel Doğan Polat, Bülent Yılmaz
Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi,
Kadın Hastalıkları ve Doğum Ana Bilim Dalı, Rize

GİRİŞ: Round ligament, gubernakulum artığı olarak uterusun ön tarafından başlayıp bilateral kanalis inguinalislerden geçerek labium majuslarda sonlanan, uterus anatomisinde önemli bir ligamendir. Uterin inversiyon doğumun en ciddi komplikasyonlarından biridir. Nadir görülmekle birlikte hemoraji ve şok nedeni ile yüksek mortalite oranına sahiptir. Etiyolojik faktörler arasında en yaygın olanlar; fundus yerleşimli plasentada aşırı kord traksiyonu veya gevşemiş uterusun fundal masaj yapılmasıdır.

Bu vakamızda, hafif fundal masajla plasentanın spontan ayrılmasından sonra akut komplet uterin inversiyon gelişen sağ round ligament agenezili bir hastamızı sunacağız.

VAKA TAKDİMİ: 25 yaşında, primigravid, bilinen hastalığı olmayan, apendektomi öyküsü olan, gebelik takiplerinde ek sorunu olmayan dış merkez takipli hasta, 38. gebelik haftasında 140/90 mm Hg tansiyon ve baş ağrısı şikayeti ile tarafımıza başvurdu. Vajinal tuşesinde 2-3 cm açıklık, %60 efasman, baş seviyesi -3 olan hastaya yapılan ultrasonografide; fetal ölçümler 34 hafta ile uyumlu, amnion sıvı indeksi ve doppler ultrasonografi normal, tahmini fetal ağırlık 2450 gramdı. İdrar tahlilinde proteinüri saptanmadı. Hastaya preeklampsi endikasyonu ile doğum indüksiyonu başlandı, hastanın vajinal tuşesinin 8 cm açıklık, % 90 efasman, baş -2 seviyesinde kalması ve ilerlememesi nedeni ile sezaryenle doğum kararı alındı. 9-10 apgar skoruyla, 2650 gr kız bebek baş prezentasyon ile doğurtuldu. Plasenta ve ekleri hafif fundal masaj ile spontan ve tam olarak çıkarıldıktan sonra komplet uterin inversiyon izlendi, el ile manipüle edilerek inversiyon düzeltildi, uterus normal anatomisine getirildikten sonra uterotonikler başlandı. Uterus tek kat kontinue olarak kapatıldı. Gözlemlerde sağ round ligament izlenmedi. (Resim 1 ve Resim 2) Her iki adneks ve uterus anatomisi normal olarak izlendi. Anneye postpartum dönemde diğer organ anomalileri açısından çekilen tüm batin ultrasonografisinde bilateral renal yapılar olağan yerinde ve şeklinde olarak raporlandı. Hepatosplenomegali saptanan hasta gastroenteroloji tarafından değerlendirildi, poliklinik takibi uygun görüldü. Postpartum ikinci gününde gaz ve gaita çıkışı olup, hemogramı stabil olan hasta önerilerle taburcu edildi.

TARTIŞMA: Uterin inversiyon nadir olarak görülsede sebep olduğu sonuçlar itibarıyla çok ciddi bir doğum komplikasyonudur. Risk faktörleri arasında anormal invaziv plasentasyon, hızlı doğum, kısa umbilikal kord, fetal makrozomi, nulliparite, bağ doku hastalıkları olmasına rağmen çoğu vakada hiçbir risk faktörünün olmaması nedeni ile öngörülemez bir durumdur.

Bizim vakamızda da nulliparite dışında risk faktörü olmayan bir hastada sağ round agenezisine bağlı muhtemel orantısız fiziksel kuvvetler nedeniyle inversiyon gerçekleşmiş olabilir. Uterusun normal anatomisinde kalmasını sağlayan uterin bağlardaki uzunluk, kısalık veya yokluğun inversiyon etiolojisinde yeri olabilir.

SONUÇ: Uterin inversiyon acil ve mortalite oranı yüksek bir doğum komplikasyonudur. Bazı risk faktörleri belirlenmiş olsa da öngörülemez bir durumdur. Etiyolojisinde anatomik bozuklukların da yeri olabilir.

Anahtar Kelimeler: round agenezisi, uterin inversiyon, komplikasyon

Resim-1



Resim-2





5. KARADENİZ JİNEKOLOJİ ve OBSTETRİK KONGRESİ

9-12 Haziran 2022 | Sheraton Grand Samsun Otel

SS-47

Sakrokolpopeksi

Gunay Guliyeva, İlğaz Rafi Kadioğlu
Samsun Ondokuz Mayıs Üniversitesi Kadın Hastalıkları ve Doğum

Son bir yıl içerisinde kliniğimizde 23 tane Laparoskopik Sakrokolpopeksi vakası yapılmış, bunlardan sadece 3 hastada intraop ve postop günlerinde ağrı şikayeti olmuş, yaklaşık ameliyat süresi 2,5 saat sürmüş, hb değerlerinde anlamlı düşüş olmamış ve hastalarda ortalama yaş ortalaması 25 ila 71 arasında olup, hastanede yatış süresi ortalama 2 gün olmuştur

Anahtar Kelimeler: cuff prolapsusu, sakrokolpopeksi, desensus

SS-48

Endometrioid tip endometrium kanserinde lenfovasküler invazyonu predikte eden faktörler

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

AMAÇ: Lenfovasküler invazyon (LVI), ana tümör dışında lenfatik damarlar ve/veya kapiller damarlar içinde tümör hücrelerinin varlığı ile tanımlanan patolojik bir bulgudur. LVI endometrial kanserin FIGO evreleme sistemine dahil değildir. Ancak endometrium kanserinde LVI'nin nüks ve sağkalm ile ilişkili olumsuz bir prognostik faktör olduğu belirtilmiştir. Bu nedenlerle LVI varlığını belirlemek hastanın intraoperatif ve postoperatif yönetiminde önemli bir basamaktır. Bu çalışmada, endometrioid tip endometrium kanserli hastalarda lenfovasküler invazyonu predikte eden klinik ve patolojik faktörleri tanımlamayı amaçladık.

YÖNTEM: Çalışmaya, Ocak 2008 – Ocak 2022 tarihleri arasında tersiyer bir jinekolojik onkoloji merkezinde endometrioid tip endometrium kanseri nedeniyle evrelendirme cerrahisi yapılmış hastalar dahil edildi. Cerrahi prosedürde histerektomi, bilateral salpingooferektomi, pelvik ve paraaortik lenfadenektomi yapılmamış olanlar çalışma dışı bırakıldı. Ayrıca senkronize primer tümörü olanlar, neoadjuvant tedavi alanlar ve yeterli verisine ulaşılamayanlar çalışmadan çıkartıldı. İstatistiksel analiz için SPSS 22.0 programı kullanıldı. Kategorik değişkenlerin karşılaştırılmasında Fisher's exact testi ve Ki-kare testi kullanıldı. Sürekli değişkenler Student t-testi veya Mann-Whitney testi kullanılarak karşılaştırıldı. Tek değişkenli analizde potansiyel risk faktörleri olarak tanımlanan değişkenler ($p < 0.05$) lojistik regresyon modeli oluşturmak için kullanıldı. Bu değişkenlerden adneksal metastaz evre ile yüksek korelasyon gösterdiğinden multivaryant modele dahil edilmedi. İstatistiksel anlamlılık için eşik p değeri < 0.05 olarak kabul edildi.

BULGULAR: Çalışmaya 624 hasta dahil edildi. Kohortun ortalama yaşı 58 (27-86) yılı. Hastaların 480'i (%76.9) evre I, 40'ı (%6.4) evre II, 87'si (%14) evre III ve 17'si (%2.7) evre IV'dü. Ortanca tümör çapı 30 mm'di (aralık: 3-180 mm). 339 (%54.3) hasta grade 1, 212 (%34) hastada grade 2, 73 (%11.7) hastada grade 3 tümör mevcuttu. Serozal invazyon 17 (%2.7) hastada mevcutken, myometrial invazyon derinliği 197 hastada $\geq 1/2$ 'di. Servikal stromal invazyon 71 (%11.4), lenfovasküler in-

vazyon 138 (%22.1), adneksal invazyon 35 (%5.6), sitoloji pozitifliği 21 (%3.4), omental metastaz 6 (%1) hastada tespit edildi. Hasta grubunun tamamına pelvik ve paraaortik lenfadenektomi uygulandı. Sadece pelvik lenf nodu metastazı 30 (%4.8), sadece paraaortik lenf nodu metastazı 8 (%1.3) ve pelvik+paraaortik lenf nodu metastazı 33 (%5.3) hastada tespit edildi. Lenfovasküler invazyonu predikte eden faktörleri belirlemek için klinikopatolojik faktörler analiz edildi. Univaryant analizde, tümör boyutu (>30 mm vs. ≤ 30 mm), evre (III&IV vs. I&II), grade (2&3 vs. 1), myometrial invazyon ($\geq 1/2$ vs. $< 1/2$), servikal stromal invazyon (var vs. yok), adneksal metastaz (var vs. yok), omental metastaz (var vs. yok), sitoloji (pozitif vs. negatif) ve lenf nodu metastazı (var vs. yok) lenfovasküler invazyon ile ilişkili bulundu. Multivaryant analizde; evre III&IV (OR: 3.075; %95 CI, 1.096-8.624; $p=0.033$), grade 2&3 (OR: 3.597; %95 CI, 2.051-6.309, $p=0.001$), myometrial invazyon derinliğinin $\geq 1/2$ olması (OR: 5.600; %95 CI, 3.239-9.680; $p=0.001$) ve lenf nodu metastazı varlığı (OR: 6.010; %95 CI, 1.880-19.208; $p=0.002$) lenfovasküler invazyonu predikte eden bağımsız prognostik faktör olarak tanımlandı.

SONUÇ: Endometrioid tip endometrium kanserli hastaların yaklaşık %20-25'inde LVI mevcuttur. İntraoperatif frozen analizinin doğal sınırlamaları nedeniyle, nihai patoloji raporu mevcut olana kadar LVI varlığını belirlemek genellikle zordur. Bu hasta grubunda ileri evre, yüksek grade, derin myometrial invazyon ve lenf nodu metastazı varlığı LVI için önemlidir. Bu parametreler hastaların preoperatif ve intraoperatif yönetiminde yardımcı olabilir.

Anahtar Kelimeler: endometrium kanseri, grade, lenfovasküler invazyon, myometrial invazyon

Lenfovasküler invazyonu predikte eden klinikopatolojik faktörler, multivaryant analiz

Parametreler	Odds ratio	95% Confidence Interval	P değeri
Tümör boyutu (>30 mm vs. ≤ 30 mm)	1.349	0.773-2.357	0.292
Evre (III&IV vs. I&II)	3.075	1.096-8.624	0.033
Grade (2&3 vs. 1)	3.597	2.051-6.309	0.001
Myometrial invazyon ($\geq 1/2$ vs. $< 1/2$)	5.600	3.239-9.680	0.001
Servikal stromal invazyon (var vs. yok)	1.570	0.749-3.289	0.232
Omental metastaz (var vs. yok)	1.576	0.186-13.376	0.677
Sitoloji (pozitif vs. negatif)	1.769	0.436-7.174	0.425
Lenf nodu metastazı (var vs. yok)	6.010	1.880-19.208	0.002

SS-49

İntrauterin Fetal Ölüm Gelişen Olguda Dissemine İntravasküler Koagülopatinin (DİK) Yönetimi: Vaka Sunumu

Ayşe Betül Tın, Sinem Tekin, Özkan Durmaz, Ayşe Sanem Öksüz, Nermin Akdemir
Sakarya Üniversitesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Ana Bilim Dalı, Sakarya

AMAÇ: Peripartum hemoraji, plasenta dekolmanı, preeklampsi, HELLP sendromu, ölü doğum, septik abortus, intrauterin enfeksiyon, amniyotik sıvı embolisi, gebeliğin akut yağlı karaciğeri gibi obstetrik nedenlerle bağlı dissemine intravasküler koagülopati (DİK) gelişebilir. Tedavisinde, altta yatan patolojinin saptanması, başlatan patolojiye yö-



5. KARADENİZ JİNEKOLOJİ ve OBSTETRİK KONGRESİ

9-12 Haziran 2022 | Sheraton Grand Samsun Otel

nelik önlemlerin alınması, gerekli kan ürünlerinin sağlanması, damar yolunun açılarak sıvı replasmanı, düzenli klinik ve laboratuvar takibi gereklidir. Bu çalışmada, intrauterin fetal ölüm (İUFO) nedeni ile DİK tanısı alan bir olgunun yönetimini sunmayı amaçladık.

Vaka Takdimi: 32 yaşında G2P1Y1, Son adet tarihine göre 29 hafta 3 gün gebeliği olan hasta 2 gündür bebek hareketlerini hissetmeme şikayeti ile kadın doğum acil polikliniğine başvurdu. Obstetrik öyküsünde Faktör 5 leiden mutasyonu olduğu bu nedenle gebeliğin başından beri Enoksaparin 4000 İÜ ve Coraspin 100 mg 1x1 kullandığı öğrenildi. Gestasyonel Diyabet (GDM) tarama test sonucuna göre 24 hafta gebelikte GDM tanısı alan hastanın diyetle kan şekerlerinin regüle olduğu öğrenildi. Acile başvurduğunda vital bulguları stabil, şuuru açık ve oryante idi. Yapılan ultrasonografide ölçümleri 29-30 hafta ile uyumlu, fetal kalp atımları negatif, baş geliş, tek fetus izlendi. Amniyon sıvısı anhidroamnios olarak bulundu. Plasenta anteriorda idi ve dekolle alan izlenmedi. Hastanın laboratuvar değerlendirmesinde Hemogloblin: 13,3 g/dl, Platelet: 52000 K/uL, Fibrinojen: 1,08 g/L, İNR: 1.1, PT: 11,1 sn idi. Hasta durumu hakkında bilgilendirildikten sonra acil sezaryana alındı. Postoperatif fizik muayenede uterus kontrakte idi ancak aktif vajinal kanama izlendi. Laboratuvar incelemesinde Hemogloblin: 6.2 g/dl ve Platelet: 22 000 olarak geldi. Postoperatif DİK olarak düşünülen hastaya toplamda 4 ünite eritrosit süpsansiyonu, 1 aferez, 5 ünite taze donmuş plazma, 5 gr fibrinojen, 5 ünite kriyopresipitat replasmanı ve 1 gr traneksamik asit (iv) yapıldı. Replasman sonrası laboratuvar değerleri Hemogloblin: 8,6 g/dl, Platelet: 234 000 K/uL, Fibrinojen: 3,5 g/L bulundu. Hasta postoperatif yedinci günde salı ile taburcu edildi. Laktasyon inhibisyonu için sıkı bandaj uygulaması yapıldı. Patoloji sonucu plasentada fokal iskemik değişiklikler gösteren plasenta villusları olarak görüldü.

SONUÇ: İntrauterin fetal ölüm olgularında DİK gelişebileceği unutulmamalıdır. Hastanın klinik takip ve kanama parametrelerinin hızla değerlendirilerek tanı ve tedavisinin acil yapılması, koagülasyon sistemindeki eksikliğe göre replasmanın planlanması morbidite ve mortalitenin gelişmesini önlemek için gereklidir.

Anahtar Kelimeler: Gebelik, İntrauterin Fetal Ölüm, Koagülasyon, Dissemine İnvasküler Koagülopati

SS-51

İntrauterin İnseminasyon Sikluslerinde Ultrason Kılavuzluğunun Gebelik Oluşumu Üzerine Etkisi

Fikriye Karanfil Yaman
Konya Şehir Hastanesi

AMAÇ: İntrauterin inseminasyon (IUI) sırasında rehber olarak ultrasonografi kullanımının gebelik oranları üzerindeki etkisini değerlendirmek.

YÖNTEMLER: Açıklanamayan infertilite nedeni gonadotropinle over stimülasyonu sonrası intrauterin inseminasyon yapılan 229 kadın çalışmaya dahil edildi. Hastalar ultrasonografi rehberliğinde intrauterin inseminasyon yapılan (n:110) ve klasik yöntemle intrauterin inseminasyon yapılanlar (n:119) olarak iki gruba randomize edildi. Her iki grupta elde edilen gebelik oranları karşılaştırıldı. Ultrason kılavuzluğunda IUI yapılan grupta da gebelik oranları %19 klasik IUI grubunda ise %12 idi.

SONUÇLAR: Ultrason rehberliğinde yapılan intrauterin inseminasyon sikluslerinde gebelik oranı, klasik yöntemle orana daha yüksek ($p < 0.05$) bulunmuştur.

Anahtar Kelimeler: intrauterin inseminasyon, ultrasonografi, gebelik oranı

SS-51

Antenatal tanıli fetal over kistlerine yaklaşım

Çağla Nur Yıldız, Hesna Pinar Baş, Yunus Katirci, Mesut Önal
Ondokuz Mayıs Üniversitesi, Kadın Stalıkları Ve Doğum Ana Bilim Dalı, Samsun

Prenatal ultrasonografinin yaygın kullanımı ile beraber fetal abdominal kitlelerin tespit edilme oranında artmıştır. Fetal abdominal kitleler içerisinde en sık görüleni over kistleridir. Fetal over kistlerinin tam etyolojisi bilinmemekle birlikte, hormonal stimülasyonun sorumlu olduğu düşünülmektedir. (1) Doğumdan sonra bu etkinin azalması ile kist kendiliğinden gerileyebilir. Fetal over kistinin ultrasonografik bulguları; fetusun kız cinsiyet olması, abdomenin alt kısmında yerleşim göstermesi, böbrek ve mesanenin normal görülmesi ve peristaltizm hareketinin bulunmamasıdır. (2) Fetal over kistleri usg bulgularına göre basit ve kompleks kistler olarak sınıflandırılırlar. Basit kistlerin en çok görülen komplikasyonu over torsiyonudur (%13). (3)

Olgu: Yirmiyedi yaşındaki annenin ikinci gebeliğinin fetal ultrasonografisi sırasında yirmisekizinci gebelik haftasında abdominal fetal over kisti saptanan gebe ileri tetkik ve inceleme nedeniyle merkezimize yönlendirildi. Perinatoloji polikliniğinde yapılan USG de fetusta sol adneksiyel alanda 59*42 mm boyutlarında hipoeoik septalı kistik kitle ve sağ adneksiyel alanda 29*26 mm kistik kitle izlendi, female fetus. Fetusta mesane, böbrekler, karaciğer ve bağırsak normal olarak değerlendirildi. Hasta perinatoloji konseyinde tartışıldı, Gebeliğin yakın takibi kararı alındı. Antenatal takip boyunca kistlerin boyutu değişmedi. Gebeliğin otuzyedinci haftasında suyu gelen hasta normal doğum takibi için doğumhaneye alındı. Hastaya CPD endikasyonu ile sezeryan planlandı. Apgar skorları 8 ve 9 olan 3460 gr kız bebek doğurtuldu. Postnatal çocuk cerrahisi tarafından takibe alındı. Üç aylıkken hastaya çekilen MR da sağ adneksiyel alanda 48*52*67mm boyutlarında düzgün sınırlı, içerisinde seviyelenme oluşturan yoğun içerik izlenen hiperintens kistik lezyon izlendi. Sol adneksiyel alanda 17*11 mm boyutunda hiperintens lezyon izlendi. Bu lezyonların inferior kesimindeki alanlarda difüzyon kısıtlamaları izlendi (hemoraji). Hastaya cerrahi planlandı. İntraop sağ over torsiyonu (2 tur) ve sağ paraovaryan 7*7 cm lik kist saptandı. Sağ over koruyucu cerrahi ve tespiti yapıldı. Sol over torsiyone (2 tur) ve hemorajik nekroze izlendi, sol oofektomi yapıldı.

Patoloji sonucu: Nekrotik benign kist çeperi.

Tartışma: Antenatal dönemde usg ile görülen fetal abdominal kitlelerin tanısını koymak, takip etmek ve postpartum sonuçlarını izlemek önemlidir. Prenatal dönemde en sık rastlanan intraabdominal kistik kitle over kistleridir (6). Over kistleri genellikle gebeliğin 3. trimesterinde tanı alır. (4) Kiste bağlı olarak görülebilecek komplikasyonlar (torsiyon, asit) açısından prenatal usg ile yakın takip yapmak son derece önemlidir.

Over kistlerinin %80'inden daha fazlası spontan olarak geriler. Dörtcm'den daha büyük kistlerin yaklaşık %40'ında cerrahi operasyon gerekmektedir. Postnatal USG eşliğinde aspirasyon yapılabileceği gibi, laparoskopik olarak kistektomi, kist aspirasyonu veya oofektomi yapılabilmektedir. (7)



5. KARADENİZ JİNEKOLOJİ ve OBSTETRİK KONGRESİ

9-12 Haziran 2022 | Sheraton Grand Samsun Otel

Basit over kistlerine genel yaklaşım; 5 cm nin altındaki kistlerde “bekle ve gör” USG ile takip şeklindedir. Çünkü kistler genellikle kendiliğinden geriler. 5 cm nin üzerindeki basit ve komplike kistlerde cerrahi operasyon önerilmektedir. Bazı araştırmacılar tarafından 4 cm yi aşan kistlerde aspirasyon önerilmektedir (4). Prenatal 4 cm den daha büyük basit over kistlerinde torsiyon görülme ihtimali %80 dir. (5) Bizim olgumuzda kistin boyutunun 5 cm nin üzerinde olması, boyutunun giderek artması ve kist içine kanama olması nedeni ile cerrahi planlandı.

Anahtar Kelimeler: antenatal over kisti, over torsiyonu, fetal abdominal kitleler, perinatoloji

SS-52

Ondokuz Mayıs Üniversitesi Hastanesi’nde 2021-2022 Yılında Yapılan V-Notes Histerektomilerin Postop Değerlendirilmesi

Fatmanur Mollahüseyinoğlu, Ayşe Zehra Özdemir, Şerife Akbay
Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi

GİRİŞ: Doğal orifis translüminal endoskopik cerrahi ilk olarak 2004 yılında tanımlanmıştır ve vücudun doğal deliklerini ağız, anüs, umblikus ve vajina olarak kullanmaktadır. V-NOTES (Transvaginal natural orifice transluminal endoscopic surgery) bu yeni tekniğin yaygın olarak kullanılan yaklaşımıdır ve laparoskopik histerektomiye karşı çok güçlü bir alternatiftir.

Bu çalışmanın amacı merkezimizde yapılan V-Notes Histerektomi operasyonlarının hastaya sağladığı faydayı değerlendirmektir.

MATERYAL-METOD: Merkezimizde ilk V-Notes histerektomi 2021 yılında yapılmış olup 2022 Mayıs ayına kadar yapılan 35 V-Notes histerektomi vakası çalışmaya dahil edildi.

Bu hastaların preop ve postop hemoglobin değerleri, postop ağrıları, intraop ve postop komplikasyonları, taburculuk süreleri, operasyon süreleri ve yaş ortalamaları değerlendirildi.

SONUÇLAR: Merkezimizde yapılan 35 V-Notes histerektomi vakasının yaş ortalaması 51 idi.

Hastalardan postop 24. Saate kadar olan ağrıları 1’den 10’a kadar değerlendirmesi istendiğinde ortalama ağrı skorları 2 idi.

Preop ve postop hemoglobin değerleri karşılaştırıldığında hemoglobinin değerlerindeki düşüş ortalama 1,06’ydı.

1 hastada intraop mesane perforasyonu gözlemlendi ve laparoskopiyeye geçildi. Diğer hastalarda intraop ve postop görülen bir komplikasyon olmadı. Operasyon süresi ortalama 2 saat 10 dakikaydı. Hastaların taburculuk süresi ortalama 2 gündü.

Anahtar Kelimeler: Histerektomi, V-Notes, Transvaginal

SS-53

Mikrocerrahi tarih mi olmalı ?

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

Tüm dünyada 15 - 49 yaş arasındaki kadınların %63’ü (739 milyon) tüp ligasyonu olmuş durumdadır. Her yıl ortalama 700.000 kadın tüp ligasyonu olmaktadır. Kadınların %2-30’u pişman olmaktadır ve bu kadınlardan %1-2’si reanastomoz talep etmektedir. Teknik olarak Amerika’da en sık sırasıyla rubber band, bipolar koagülasyon ve klipsler kullanılmaktadır. Türkiye de ise en sık pomeroiy yöntemi ve bipolar koagülasyon kullanılmaktadır. Son yıllarda IVF’ye doğru bir kayma olmasına rağmen, tüp mikrocerrahi, seçilmiş hastalarda önemli bir seçenek olmaya devam etmektedir. Tübal anastomoz, maalesef bir çok hekimin terk ettiği kayıp bir sanat haline gelmekte. Laparotomik, laparoskopik ve robotik cerrahi ile bu ameliyatı yapmak mümkündür. Tübal reanastomoz ilk olarak 1970 yılında uygulanmıştır. Ve sonrasında mikrocerrahinin gelişmesiyle yeni ufuklar açılmış ve yaygın olarak tübal reanastomoz yapılmaya başlanmıştır. Tübal reanastomoz sonrası gebelik sonuçları yüz güldürmüştür. 1995 yılında Bernard Dubuisson ve arkadaşlarının yayınladığı 226 hastalık sistematik derlemede 2 yılın sonunda kümülatif gebelik oranını % 66.9 olarak bildirmişlerdir. 1980 yılının sonlarında tübal anastomoz için laparoskopik cerrahi başladı. Laparoskopinin ve mikrocerrahinin avantajlarını birarada bulundurması önemlidir. Daha sonra 1998’de ZEUS robotik sistemi kullanılarak ilk robotik tübal reanastomoz vakası bildirildi. Tübal anastomozun yüksek hassasiyet ve travmatik sütün yerleştirme gerektirdiği göz önüne alındığında, robotik cerrahi çok çekici bir yöntem haline gelmiştir. Minimal invaziv bir yaklaşım sağlarsa da tübal anastomozu sağlamada bazı kısıtlılıkları vardır. Dezavantajları arasında uzun bir öğrenme eğrisi, fizyolojik titreme, görüntü dengesizliği, genel olarak yüksek zorluk seviyesi yer alır. Robotu kullanan cerrah, üç boyutlu görüntüleme, büyütülmüş bir ameliyat alanı, gelişmiş el becerisi ve ergonomi gibi kullanma avantajına sahiptir. Robotu kullanmada en büyük sınırlayıcı faktörlerden biri maliyettir. Robotlar, birim başına 1 milyon ila 2,5 milyon dolar arasında değişen fiyatlarla pahalıdır ve yüksek bakım ücretleri gerektirir. Bu yüzden yaygınlaşmamıştır. Tübal reanastomozda prognozu etkileyen en önemli faktör yaştır. Bunun dışında tüp ligasyon tekniği, geriye kalan sağlam tüpün uzunluğu, geçirilmiş cerrahiler başarı şansını etkilemektedir. Tübal cerrahiye olan ilgi; Yardımcı üreme teknolojisindeki (ART) gelişmeler (özellikle döngü başına canlı doğum oranı %28.5-35 olması), daha hızlı gebelik süresi ve daha düşük komplikasyon oranı nedeniyle azalmıştır. Cerrahi başarı kişi başına gebelik olarak rapor edilirken, IVF başarısı çoğunlukla döngü başına gebelik olarak rapor edildiğinden, cerrahi başarı oranları ile IVF başarı oranları arasında doğrudan bir karşılaştırma yapmak zordur; bu durum kafa kafaya bir karşılaştırmaya izin vermez. Sonuç olarak tüp bebek merkezlerinin yaygınlaşması ile beraber cerrahiye olan ilgi azalmış ve IVF yönüne doğru bir kayma olmuştur. Hatta birçok klinisyen bu cerrahiye öğrenmemiş ve uygulamamıştır. Amerikan Üreme Tıbbı Derneği (ASRM) Komite Görüşüne göre; IVF siklus başına daha yüksek bir gebelik oranına sahip olmasına rağmen, tübal re-anastomoz önemli ölçüde daha yüksek kümülatif gebelik oranlarına sahip olduğundan >40 yaş üstü kadınlar da dahil olmak üzere tüm kadınlar için daha uygun maliyetli olduğu sonucuna varmıştır.

Anahtar Kelimeler: IVF, mikrocerrahi, tübal reanastomoz



5. KARADENİZ JİNEKOLOJİ ve OBSTETRİK KONGRESİ

9-12 Haziran 2022 | Sheraton Grand Samsun Otel

SS-54

Sakarya Bölgesinde Pregestasyonel Seroprevelansı Bilinmeyen Hastalarda Antenatal Toxoplasma, Rubella ve CMV Prevelansı

Mehmet Musa Aslan, Sultan Canan

Sakarya Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği, Sakarya

AMAÇ: Toxoplasma, Rubella ve CMV prevelansının Sakarya bölgesindeki prevelansını saptayarak antenatal tarama ve bu etkenlerin bölgesel prevelansının saptanmasına ışık tutmak amaçlanmıştır.

GEREÇ-YÖNTEM: Retrospektif prevelans çalışması olarak tasarlandı. Ocak 2017 – Aralık 2021 tarihleri arasında Sakarya Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi obstetri polikliniğine başvuran, pregestasyonel serolojisi bilinmeyen, Türkiye uyruklu tüm gebelerin(n=18100) antenatal Toxoplasma IgG, IgM, Rubella IgG, IgM, CMV IgG, IgM sonuçları değerlendirildi. Enfektif etken için IgG ve IgM her ikisi de pozitif çıkan olgularda IgG avidite testleri değerlendirildi. Yabancı uyruklu hastalar sonuçların değerlendirilmesinde hatalı sonuca neden olabileceğinden çalışma dışı bırakıldı. Tarama yapılmayan veya sonuçlarına ulaşılamayan hastalar(n=1716) çalışma dışı bırakıldı. Toplam 16384 hastanın verileri değerlendirildi. İstatistiksel analiz IBM SPSS Statistics 21(IBM Corp, NA, USA) ile yapıldı. İstatistiksel anlamlılık sınırı $p<0.05$ olarak tanımlandı.

BULGULAR: Hastaların yaş ortalaması 26.4 ± 6.6 idi. 7866 hasta primigravid(%48), 8518 hasta multigravid idi. Tüm hastalar Türkiye uyruklu idi. 16384 hastanın 4228'inde(%25,8) anti-toxoplasma IgG, 115'inde(%0,7) anti-toxoplasma IgG ve IgM pozitifliği saptandı. 14090 hastada(%84) anti-CMV IgG, 48 hastada(%0,29) anti-CMV IgG ve IgM pozitifliği; 15482 hastada (%94,4) anti-Rubella IgG, 52 hastada(%0,31) anti-Rubella IgG ve IgM pozitifliği mevcuttu. Hiçbir hastada hiçbir etken için yalnızca IgM pozitifliği saptanmadı. Tüm hastaların 20-24 haftalar arasında 2. Düzey obstetrik ultrasonografi taramaları mevcuttu ve konjenital enfeksiyona yönelik herhangi bir patolojik bulgu raporlanmamıştı. Yenidoğan sonuçlarında herhangi bir konjenital enfeksiyon bulgusu yoktu. Anti-toxoplasma IgG ve IgM pozitifliği saptanan 115 hastanın 100'ünde yüksek avidite testi sonuçlarının mevcut olduğu izlendi. Diğer 10 hastaya doğuma kadar spiramisin tedavisi verildiği, 6 hastanın amniyosentez yaptırmayı kabul ettiği ve PCR sonuçlarında toxoplasma PCR negatif sonuçlandığı görüldü. Doğum sonrası muayenede hiçbir yenidoğanda konjenital enfeksiyon bulgusuna dair veri bulunmadı. Tartışma ve SONUÇ: TORCH enfeksiyonu, Toksoplazmosis -T-, diğerleri -O- (sifiliz, hepatit B, HIV, varicella-zoster virüsü, parvovirüs B19), Rubella -R-, Sitomegalovirüs (CMV) -C- ve Herpes Simplex -H- konjenital enfeksiyonlarına bağlı enfeksiyonları tanımlar. Bu patojenler immünkompetan erişkinlerde çoğunlukla hafif hastalığa neden olsalar da gebelik sırasında alındığında fetüste ve yenidoğanda ciddi komplikasyonlara neden olabilir. Prenatal, perinatal veya postnatal bulaş olabilir ve fetüste intrauterin gelişme geriliği, konjenital malformasyonlar, fetal ölüm vb. neden olabilir. Prenatal enfeksiyonlar, konjenital anomalilerin yaklaşık %2-3'ünden sorumludur. Bu enfeksiyonların prenatal taraması dünyada halen tartışmalı konular arasındadır. Prenatal bakımın amacı akut enfeksiyonların tanınmasıdır. Dünya nüfusunun yaklaşık %25 ile %30'unun Toksoplazma ile enfekte olduğu düşünülmektedir, ancak prevelans bölgeler ve topluluklar arasında değişkenlik göstermektedir. Bu çalışmada Toxoplasma IgG prevelansı %25,8 saptanmıştır. Primer aktif Toksoplazmosis ise izlenmemiştir. Gelişmiş ülkelerde gebelik sırasında aktif CMV enfeksiyonu prevelansı %0.3 ile %2.4 arasında değiştiği gözlenmiş olmakla birlikte maternal primer CMV enfeksiyonunu

tanımlamak ve fetal etkilerin reaktivasyon veya primer enfeksiyona bağlı olup olmadığını belirlemek teknik nedenlerle kesin olmamaktadır. Bu çalışmada CMV IgG prevelansı %84 olmakla birlikte hiç primer enfeksiyon saptanmamıştır. Gebelerde Rubella seropozitifliği %87 ile %96 arasında gözlenmiştir. Bizim çalışmamızda Rubella IgG prevelansı %94,4 tespit edilmiş olup bu yüksek pozitiflik oranı iyi yapılmış çocukluk çağı aşılmasına bağlı olabilir. Herhangi bir akut Rubella enfeksiyonu saptanmamıştır. Popülasyonumuzda primer T.gondii, Rubella ve CMV enfeksiyonu saptanmamıştır. Sonuç olarak pregestasyonel serolojisi bilinmeyen hastalarda IgG, IgM taraması ve şüpheli vakalarda IgG avidite testi, gereksiz müdahaleyi önlemede ve tanı koymada yol göstericidir.

Anahtar Kelimeler: Antenatal tarama, CMV, Rubella, Toxoplasma,

SS-55

Gebelik dönemi demir eksikliği anemisinde Ferrik Karboksimaltozun etkinliği, Tersiyer Merkez Deneyimleri

Ramazan Erda Pay, Ece Özdemir, Büşra Şahin, Yaprak Engin Üstün Sağlık Bilimleri Üniversitesi Etlik Zübeyde Hanım Kadın Hastalıkları Eğitim Ve Araştırma Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Servisi

AMAÇ: Demir eksikliği, hem gelişmiş hem de gelişmekte olan ülkelerde doğurganlık çağındaki kadınlar arasında yaygın bir beslenme eksikliği olarak kabul edilmektedir. Peri-partum demir eksikliği anemisi (DEA) önemli maternal, fetal morbidite ile ilişkilidir. Demir eksikliği potansiyel olarak hem önlenbilir hem de tedavi edilebilir. Uzun yıllar boyunca DEA'nın temel tedavisi oral demir takviyesi ve gerekli halde eritrosit transfüzyonları olmuştur. Oral demir takviyesi, birçok hastada uyumsuzlukla sonuçlanan önemli yan etkilere yol açabilmektedir ve ES transfüzyonu ciddi riskleri nedeniyle mümkün olduğunca kaçınılması gereken bir uygulamadır. Demir Sükroz ve Ferrik Karboksimaltoz, dekstran içermeyen intravenöz (IV) demir alternatifleridir. Ferrik karboksimaltoz, neredeyse nötr pH' a sahip olan, 15 dakikalık kısa infüzyon süresinde daha yüksek doz (1000 mg'a kadar) demir katkısı sağlayan, biyoyararlanımı artmış yeni bir dekstran içermeyen demir formülasyonudur. Bu çalışmanın amacı, gebe kadınlarda demir eksikliği anemisinin düzeltilmesinde intravenöz ferrik karboksimaltoz kullanımının etkilerini değerlendirmektir.

YÖNTEM: Etlik Zübeyde Hanım Kadın Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde 2018 – 2021 tarih aralığında IV Ferrik Karboksimaltoz tedavisi alan 50 anemik gebe kadının verileri retrospektif olarak incelendi. Hemogloblin (Hb) değeri 11 g/dl altında olan, gebeliğinin 24 ila 40. haftaları arasında (ikinci ve üçüncü trimester) olan, IV ferrik karboksimaltoz alan gebelerin pre-partum ve post-partum Hb verileri değerlendirildi. İlaç reaksiyonlarını ve infüzyon sonrası fetüs, fetal kalp hızı izlemesi ile değerlendirildi.

BULGULAR: Çalışmaya dahil edilen gebelerin yaş ortalaması 32,61 (22-45) idi. Gebelerin gebelik haftası ortalaması 32,68 (24-40) idi. Gebelerin IV ferrik karboksimaltoz infüzyonu öncesi Hb değeri ortalaması $8,27 \pm 0,69$ g/dl olup, pre-partum kontrol Hb değeri ortalaması $10,82 \pm 1,49$ g/dl olarak izlendi. Post-partum Hb değeri ortalaması ise $9,95 \pm 1,28$ g/dl idi. IV ferrik karboksimaltoz infüzyonu öncesi ve Pre-partum Hb değerleri arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık izlendi ($p<0,05$). Çalışmaya dahil edilen tüm gebelerin Hb değerlerini artırdığı izlendi. İnfüzyon son-

rası Fetal kalp hızı izlemesi, fetüs üzerinde ilaca bağlı olumsuz bir etki göstermedi. Gebelerin hiçbirinde ciddi yan etki görülmedi. Çalışmaya dahil edilen gebelere post-partum dönemde tekrar IV ferrik karboksimaltoz infüzyonu veya ES transfüzyon gerekliliği görülmedi.(Tablo1)

SONUÇ: Gebeliğin ikinci ve üçüncü trimesterinde ferrik karboksimaltoz uygulamasının güvenli ve etkili olabileceğini düşünüyoruz. Çalışmamızda IV ferrik karboksimaltoz uygulaması doğumdan önce DEA'yı önemli ölçüde düzeltmiştir. Post-partum eritrosit transfüzyon ihtiyacını da azalttığını düşünüyoruz. Çalışmamızın daha çok merkezli ve daha çok hasta sayılı çalışmalarla desteklenmesi gerektiğini düşünüyoruz.

Anahtar Kelimeler: Gebelik, Demir eksikliği Anemisi, İntravenöz ferrik karboksimaltoz,

Tablo 1. Gebelerin demografik ve klinik verileri

Özellikler	(n= 50)	p
Yaş (ort±std) (yıl)	32,61 ±6,59	
Gebelik Haftası (ort± std) (hf)	32,68 ±3,29	
Ferrik karboksimaltoz öncesi Hb (ort± std) (g/dl) (HB1)	8,27 ±0,69	
Pre-partum Hb (ort± std) (g/dl) (HB2)	10,82 ±1,49	
Post-partum Hb (ort± std) (g/dl) (HB3)	9,95 ±1,28	
ΔHB2-HB1	2,54 ±1,69	0,000*

*Student's t-test

SS-56

Herlyn-Werner-Wunderlich Sendromu (Hwws) Obstruktif Hemivajen, İpsilateral Renal Ajenezi Sendromu (Ohvira)

Neset Gumusburun, Selim Gülücü

Tokat Gaziosmanpaşa Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum ABD / Tokat

GİRİŞ-AMAÇ: OHVİRA (obstruktif hemivajen, ipsilateral renal agenezi)=Herlyn-Werner-Wunderlich sendromu (HWWS), müllerian kanal anomalilerinin nadir görülen bir varyantıdır. Hastalarda genellikle hemihematokolposa bağlı olarak menarş sonrası ağrı görülür. Biz bu olguda mens döneminde siklik pelvik ağrı şikayeti olan hematometrali hastayı sunmayı amaçladık.

OLGU: 12 yaşında virigo (ikizinde imperfore hymen mevcut) hasta, yaklaşık 1 yıldır oligomenore (45 günde bir, ortalama 2 gün süren lekelenme şeklinde adetinin) ve dismenore olduğunu belirtti. Hasta son 3 aydır ağrılarının şiddetlendiğini ve karnında ele gelen bir şişlik olduğunu ifade etti. Jinekolojik muayenede; hymen intakt annular görünümde idi. Batın ultrasonunda(USG): Uterus lokalizasyonunda yaklaşık 14x9 cm boyutunda avasküler hipoeoik yapıda görünüm izlendi (hematometrakolpos? – figure 1). Ayrıca tariflenen alanın komşuluğunda uterin kornu açısından anlamlı olabilecek 6x3 cm boyutunda yumuşak doku ekojenitesi mevcuttu. Hastanın sağ böbreğinin değerlendirilememesi üzerine, hastaya kontrastlı manyetik rezonans(MR) çekildi. MR'da: İki adet uterin kavite ve hematokolpos (sağ uterin kavitede minimal mayı, sol uterin kavitede hemorajik mayı) izlenmiş olup, sol tuba normalden geniş(hidrosalphenks?) olarak değerlendirildi (figure 2). Sağ böbrek agenezik, sol böbrek kompensatuar hipertrofik idi. Hastanın b-hcg ve

tümör markerları gibi labaratuvar tetkiklerinde patolojiye rastlanmadı. Hastanın vajeni anestezi altında H/S ile değerlendirildi. Rezektoskop ile sol hemivajene yaklaşık 2 cm lik insizyon yapıldı. Böylece sol uterusun drenajı sağlandı. Postop takiplerde hastanın şikayetleri geriledi.

SONUÇ: OHVİRA=HWWS: İmperfore hemivajen, utero-vajinal duplikasyon ve ipsilateral renal agenezi ile beraber görülen nadir bir müllerian kanal füzyon anomalisidir. Menstruasyona rağmen gelişen hematokolpos HWWS tanısında yanlıya sebep olabilmektedir. Regl sonrası alt abdominal ağrı ve pelvik kitle yakınmaları olan pre-pubertal-pubertal kızlarda, uterin anomali akılda tutulmalı ve böylece erken tanı – tedavi ile oluşabilecek komplikasyonların (endometrioma) önüne geçilip, fertilitenin korunmasını sağlanmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Hematokolpos, uterin anomali, dismonore,

USG: Hematokolpos



MR: Çift uterin kavite, hematokolpos



SS-57

Çoklu Metotreksat doz tedavisinin tubal ektopik gebeliklerde etkinliği

Feyza Bayram¹, Mehmet Musa Aslan²

¹Sağlık Bilimleri Üniversitesi Bursa Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi

²Sakarya Üniversitesi eğitim ve araştırma hastanesi

AMAÇ: Tubal ektopik gebelik hastalarında ardışık çoklu doz metotreksat tedavisinin başarı oranı ile tedavi başarısına etki eden prognostik faktörleri belirlemek.

GEREÇ-YÖNTEM: Bu retrospektif kohort çalışmasında Ocak 2019-Ocak 2022 yılları arasında ektopik gebelik tanısı ile hospitalize edilen ve ardışık çoklu doz metotreksat tedavi protokolü uygulanan 48 hastanın klinik, laboratuvar ve demografik verileri değerlendirilmiştir.

BULGULAR: Hastaların 33'ünde sadece medikal tedavi ile başarılı olunmuştur. Ardışık metotreksat protokolü ile başarısız olunan hastaların %31.2'inde (n=15) takip sırasında tubal rüptür nedeni ile cerrahi operasyon ihtiyacı gelişmiştir. Medikal tedavi ile başarılı olunan grupta başvuru anında Douglas'ta serbest mayi ortalaması 2.33 ± 0.10 mm; başarısız olunan grupta 8.28 ± 1.05 mm bulunmuştur ($p < 0.017$). Medikal tedavi ile başarılı olunan grubun başvuru sırasında ektopik gebelik kitle boyutu; başarısız olunan grubunkinden anlamlı olarak düşük saptanmıştır (14.34 ± 1.18 , 22.56 ± 1.94 ; $p < 0.002$)

SONUÇ: Ardışık çoklu doz metotreksat protokolünün başarı oranı %68.8 olarak saptanmıştır. Medikal tedavi ile başarısız olunan olgularda ilk başvuruda serum β -hCG düzeyinin ve ektopik gebelik boyutunun daha yüksek olduğu, fetal kalp atımına daha sık rastlandığı ve yine ilk başvuruda Douglas'ta sonografik olarak ölçülen serbest sıvı miktarının yüksek olduğu tespit edilmiştir.

Anahtar Kelimeler: ektopik gebelik, metotraksat, tubal rüptür

Tablo 1. Çoklu Mtx doz tedavisinin başarılı ve başarısız olduğu gruplarda klinik parametrelerin ve demografik verilerin karşılaştırılması

	Sadece Medikal tedavi (n, %) 33 (68.8)	Cerrahi tedavi (n,%) 15 (31.2)	p
Yaş (yıl) (Ort.±SD)	30.15±0.92	29.72±1.32	0.791
BMI (kg/m ²) (Ort.±SD)	24.55±0.32	25.84±0.43	0.482
Gravida (Ort.±SD)	3±0.29	2.43±0.69	0.632
Parite (Ort.±SD)	1.76±0.12	1.18±0.31	0.394
Abortus (Ort.±SD)	0.93±0.81	1.35±0.17	0.576
Ektopik gebelik öyküsü (n,%)	9 (27.3)	5 (33.4)	0.063
Endometriyal kalınlık (mm)	9.88±0.31	10.21±1.33	0.255
Ektopik kitle boyutu (mm)	14.34±1.18	22.56±1.94	0.002
Fetal kalp atımı (n,%)	6 (18.2)	4 (33.4)	0.843
Douglasta serbest sıvı (mm)	2.33±0.10	8.28±1.05	0.017

(n, %): Hasta sayısı ve yüzdesi, Ort.±SD: Ortalama ± Standard deviasyon; Mtx: Metotraksat; BMI: Body Mass Index; mm: milimetre, $p < 0.05$

Tablo 2. Çoklu doz MTX tedavisi ile başarılı ve başarısız gruplarda MTX dozları, doz sayıları ve β -hcg düzeylerinin karşılaştırılması

	Sadece Medikal tedavi (n, %) 33 (68.8)	Cerrahi tedavi (n,%) 15 (31.2)	p
Mtx dozu			0.682
1	7 (23.4)	6 (20)	
2	18 (60)	8 (53.3)	
3	5 (16.6)	1 (6.7)	
Mtx (mg)			0.891
50	18 (54.5)	9 (60)	
60	9 (27.3)	4 (26.7)	
70	6 (18.2)	2 (13.3)	
İlk β -hCG düzeyi (IU/L) (Ort.±SD)	3788.42±110.32	4846.70±552.15	0.061
Son β -hCG düzeyi (IU/L) (Ort.±SD)	2018.12±228.35	4116.10±121.30	0.032

(n, %): Hasta sayısı ve yüzdesi, Ort.±SD: Ortalama ± Standard deviasyon; Mtx: Metotraksat; β -hCG: Human Koriyonik Gonadotropin, $p < 0.05$

SS-58

Gebelikte Femur Avasküler Nekrozu ve Enoksaparin Tedavisi

Ayşe Zehra Özdemir, Şalala Mammadova

Femur başının osteonekrozu veya avasküler nekrozu, yetersiz kan akışına bağlı olarak kemik dokusundaki hücrelerin ölümü ve eklem çökmeleleriyle sonuçlanan patolojik bir süreçtir. Gebelik sırasında veya hemen sonrasında femur başının osteonekrozu nadir görülen bir klinik durumdur. Gebeliğin sonlarında ve doğum sonrasında kalça ağrısının çeşitli sebeplerinin başında uterusun postüründeki değişiklikler, hamilelik sırasında ağırlık artışı, round ligament kaynaklı ağrılar veya siyatik sinire uterus tarafından yapılan baskı (siyatik sendromu) gelmektedir. Bütün bunlar bel, kalça veya uyluğa yayılan ağrıya sebep olabilirler. Ayırıcı tanıda gebelikte görülen kalçanın geçici osteoporozu mutlaka akılda tutulmalı ve femur başı AVN'sinden ayrılmalıdır.

Hamileliğin son aylarında fetüs iskeletinin hızlı mineralizasyonu anede kemik kaybına sebep olarak gebeliğin geçici osteoporozuna yol açabilir. Geçici osteoporoz etiolojisi net olmamakla birlikte, kendini sınırlayan bir rahatsızlık olup doğumdan takiben aylar içerisinde hastalığa ait klinik ve radyolojik bulgular normale döner. Kesin tanısı MRG ile konur.

Gebeliğin özellikle son trimesterinde venöz konjesyon ve hiperkoagülabilite yaygındır. Gebe hastada osteonekroz daha sıklıkla sol kalçada görülmekte olup bu durum venöz drenajın anatomisiyle açıklanmıştır. Sağ ana iliak arterin derininden geçen sol ana iliak venin gelişen fetüsün ağırlığı altında kalmasıyla bu durum ortaya çıkabilmektedir.

Gebelik esnasındaki endokrinolojik değişiklikler de AVN'ye neden olabilir. Plasenta tarafından üretilen östrojen ve progesteron hormonları serum kortikosteroid hormonlarını hamile olmayan bir kadına göre 3 kat artırarak karaciğerdeki lipid metabolizmasını etkilemesi sonrasında yağ embolisi oluşumuna yol açarak AVN patofizyolojisinde rol oynar.

Trombofil veya hipofibrinolitik veya her ikisi ile ilişkili primer osteonekrozda, Evre I ve II osteonekroz sırasında enoksaparin başlatılırsa, osteonekrozun güvenli bir şekilde durdurulabileceğini veya muhtemelen tersine çevrilebileceğini ve hastaya cerrahi müdahaleden potansi-



5. KARADENİZ JİNEKOLOJİ ve OBSTETRİK KONGRESİ

9-12 Haziran 2022 | Sheraton Grand Samsun Otel

yel olarak kaçınılabileceğini varsayıyoruz. Enoksaparin, primer kalça osteonekrozunun ilerlemesini önleyerek total kalça protezi insidansını azaltabilir.

Enoksaparin yapılan çalışmalarda kemik doku üzerinde osteopeni oluşturduğu, osteoblast gelişimini engellediği, osteoklast aktivitesini arttırdığı görülmüştür. HBOT ile Enoksaparinin beraber uygulanmasıyla en iyi sonuçlara ulaşılmıştır. HBOT'nin ve Enoksaparin tedavisinin tek başına veya kombine olarak femur başı AVN'de olumlu sonuçlar oluşturduğunu göstermektedir ve femur başı AVN hastalığı tedavisinde yapılan klinik çalışmaları desteklemektedir.

SS-59

Mol Gebeliğin Ardından 2 Canlı Doğum Sonrası Koriokarsinom

Pervin Karlı, [Naziye Gürkan Sabah](#)

VM Medikal Park Samsun

30y Y2

2015 yılında küretaj materyali "Mol Gebelik" olarak rapor edilen hasta bundan 1.5 yıl sonra spontan gebe kalmı ve gebeliği 39. haftada sezaryenle canlı doğum olarak gerçekleştirilmiş. Doğumdan 2 ay sonraki ultrasonu normalmiş.

İlk doğumundan 1 yıl sonra spontan gebelik oluşmuş (Gebelik takiplerinde ikisinde de A/S önerilmiş ve miyadında sezaryenle sonlandırılmış

Son doğumundan 1.5 yıl sonra kontrol ultrasonu normalmiş.

Bundan 2 ay sonra kansızlık, halsizlik, mide ağrısı şikayetleri ile Dahiliye Hematoloji Kliniği'ne başvurusu olmuş ve IV demir infüzyonu yapılmış.

Son doğumundan 2,5 yıl sonra 2 aydır devam eden vajinal kanama nedeniyle kliniğimize başvuran hastanın yapılan ultrasonografik muayenesinde endometriümden başlayıp uterus ön duvarına doğru uzanım gösteren kistik içerikli miksekoik kitle lezyonu izlendi. Endometrial kavite boştu. Bunun üzerine tümör markerları ve b hCG ile birlikte kontrastlı MR istendi. Tm markırları normal, b hCG 30990 mIU/ml idi. Hastanın invaziv mol ya da korio karsinom ön tanıları ile 3. basamak bir hastaneye sevkine karar verildi.

Fakülte Hastanesi'nde yapılan PET CT de invaziv mol düşünülerek hastaya 7.7.2021 tarihinde yani kliniğimize başvurusunun 12. gününde TAH +Bilateral Salpenjektomi uygulanmış.

Patoloji raporu: Anterior duvar sol tarafta fundustan korpuse uzanan , myometriuma yerleşmiş 3.5*3.5*4.5 cm , kesiti kanamalı, fibrinle kaplı alan. Cx erozyon mevcut

Tm çapı 4.5 cm

Histolojik tip: Korio CA

Myometrial invazyon: myometrium) 1/2

Adenomyozis yok

Serozal tutulum yok

Alt uterin segment tutulumu yok

Cx stroma tutulumu yok

Lenfovasküler invazyon fokal mevcut.

Parametrial paraCx cerrahi sınır intakt.

Cuff cerrahi sınır intakt.

Patolojik evre: PT1pMX Korio CA Ki 67 indeksi %80 olarak rapor edildi.

Hasta halen kemoterapi protokolünü almaya devam etmekte ve takiplerini sürdürmektedir.



5. KARADENİZ JİNEKOLOJİ ve OBSTETRİK KONGRESİ

9-12 Haziran 2022 | Sheraton Grand Samsun Otel

TAM METİN BİLDİRİLER



5. KARADENİZ JİNEKOLOJİ ve OBSTETRİK KONGRESİ

9-12 Haziran 2022 | Sheraton Grand Samsun Otel

Dr. Özgür KOÇAK

Hitit Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum A.B.D

dr.ozgur@hotmail.com

Tel: 0532 642 39 24

OVER KİSTLERİNE YAKLAŞIMDA İPUÇLARI VE PÜF NOKTALARI

Uterusun simetrik olarak sağ ve solunda kalan, over, tuba, mesosalpenks , broad ligament gibi birçok yapıyı ihtiva eden anatomik alana adneks denir ve adneksiyel kitleler kadın hastalıkları ve doğum bölümünün önemli patolojilerinden birisidir. Bu bölümdaki kitleler başlıca jinekolojik ve non jinekolojik olarak ikiye ayrılır. Tablo 1 de bu bölgedeki kitlelerin ayırıcı tanısı verilmiştir.

Tablo 1: Adneksiyel Kitlerinin Ayırıcı Tanısı

Differential diagnosis of an adnexal mass

Gynecologic: Ovarian	Gynecologic: Tubal	Gynecologic: Extraovarian and extratubal	Nongynecologic
Benign			
<ul style="list-style-type: none">Functional (physiologic) cystCorpus luteal cystLuteoma of pregnancyTheca lutein cystPolycystic ovariesEndometriomaCystadenomaBenign ovarian germ cell tumor (eg, mature teratoma)Benign sex cord-stromal tumor	<ul style="list-style-type: none">Ectopic pregnancyHydrosalpinx	<ul style="list-style-type: none">Paraovarian cystParatubal cystUterine leiomyoma (pedunculated or cervical)Tubo-ovarian abscess	<ul style="list-style-type: none">ConstipationAppendiceal abscessDiverticular abscessPelvic abscessBladder diverticulumUreteral diverticulumPelvic kidneyPeritoneal cystNerve sheath tumor
Malignant or borderline			
<ul style="list-style-type: none">Epithelial carcinomaEpithelial borderline neoplasmMalignant ovarian germ cell tumorMalignant sex cord-stromal tumor	<ul style="list-style-type: none">Epithelial carcinomaSerous tubal intraepithelial neoplasia	<ul style="list-style-type: none">Metastatic endometrial carcinomaCystadenocarcinoma (rare)	<ul style="list-style-type: none">Appendiceal neoplasmBowel neoplasmMetastasis (eg, breast, colon, lymphoma)Retroperitoneal sarcoma

Over kistleri adneksiyel kitleler arasında en sık rastlanan kitlelerdir. Adneksiyel kitle saptandığı zaman başlıca 3 şekilde hasta takip edilir.

Figür 1: Adneksiyel kitlelere yaklaşım algoritması

Ekspektan Yaklaşım: Hastada malignensi şüphesi yok ise cerrahi için başka neden yok ise tercih edilir

Takip: Hastada malignensi şüphesi az da olsa var ise hasta en az 1 veya 2 defa tümör markeri veya ultrason ile takip edilir.

Cerrahi: Eğer malignensi riski yüksek ise, histolojik tanı gerekiyor veya hastanın geçmeyen ağrı, bası gibi semptomları var ise cerrahi tercih edilir.

Over kisti olan bir hastanın anamnezinde özellikle BRCA gen mutasyonları önemlidir. BRCA1 gen mutasyonu var ise eğer ömür boyu hastalığa yakalanma riski %35-46 iken bu oran BRCA2 de % 13-23, Lynch Sendromunda ise %3-14'dür. Endometriosis, infertilite,



5. KARADENİZ JİNEKOLOJİ ve OBSTETRİK KONGRESİ

9-12 Haziran 2022 | Sheraton Grand Samsun Otel

sigara kullanımı kabaca riski iki katına çıkarırken oral kontraseptif kullanımı, emzirme, tüp ligasyonu ve daha önce gebe kalmış olmak yaklaşık %30 oranında riski azaltır.

Hastada acil cerrahi tedavi gerektirecek; hemorajik şok, sepsis, ektopik gebelik, torsiyon, tuba- ovaryan abse, kist rüptürü gibi bir durum var ise tedavi tartışmasız cerrahidir.

Adneksiyel kitle ile karşılaşan bir hekim şu 3 soruya cevap arar. 1. Kitlenin orijini nedir? 2. Acil Cerrahi Gerekli midir? 3. Malign midir ?

Adneksiyel kitlenin radyolojik değerlendirmesi genel olarak ultrason ile yapılır. Ultrasonunun 3D olması sadece hidrosalpenksi göstermede daha başarılıdır, onun haricinde ek bir fayda sağlamaz. Yine bilinenin aksine spektral doppler çalışmalarında artmış diastolik akım veya düşük resistans malign durumlarda daha fazla görülmez.

Ultrasonik değerlendirmede

Bening özellikler: (1)Herhangi bir boyutta uniloküler kist (2) solid komponent yok veya 7 mm'den küçük; (3) akustik gölgelenme varlığı (4) çapı 10 cm'den az olan düz multiloküler kist (5) Dopplerde kan akışının olmaması.

●Malign özellikleri: (1) Düzensiz solid tümör (2) asit (3) Kist içinde en az dört papiller yapı;

(4) Düzensiz solid-multiloküler tümör, en büyük çapı 10 cm'nin üzerinde (5) Dopplerde yüksek kan akımı

Yapılan bir matematiksel modellemede ultrason ile adneksiyel kitle değerlendirmesinde Duyarlılık %99.7, Özgüllük %33.7 pozitif prediktif değer (PPV) %44,8'lik negatif prediktif değer (NPV) %98,9 olarak hesaplanmıştır. Özellikle özgüllük ve pozitif prediktif değerinin çok düşük olması nedeniyle ultrasonda 3 basamaklı değerlendirme stratejisi uygulanmaya başlanmıştır. Bu strateji ile sensitivite ve spesifite sırasıyla %95 ve 98'e kadar yükseltilmiştir.

Bunun için O-RADS ultrason risk sınıflaması ve tedavi sistemi geliştirilmiştir.

1. Basamak: Ultrason değerlendirmesinde Yuvarlak veya oval şekilli ince cidarlı kist, dopplerde kan akımı yok. Premenopozal hastalarda basit adneksiyel kistler ≤ 3 cm.Premenopoz ve post menopoz, <10 cm çapında basit kistler "neredeyse kesinlikle iyi huylu" olarak sınıflandırılır (O-RADS 2)
2. Basamak: Kitle basit bir kist değilse, bir sonraki soru, fizyolojik bir süreç olup olmadığıdır. Korpus luteum, iki yapışık, basit kist,- Hemorajik kist
3. Basamak: Endometrioma, dermoid kist, pedinküllü myom, hidrosalpenks, peritoneal kist, malignensi gibi kolay ayırt edilebilir bir kitle mi?
4. Basamak: Jinekolojik onkoloğa sevk, ek görüntüleme, seri ultrason, Manyetik rezonans görüntüleme, tümör belirteçleri, Çok modlu testler gerekli mi?

Tablo2. Amerikan Radyoloji Derneği O-RADS raporlama sistemi

O-RADS risk stratification and management system

O-RADS score	Risk category (IOTA model)	Lexicon descriptors	Management		
			Pre-menopausal	Post-menopausal	
0	Incomplete evaluation (N/A)	N/A	Repeat study or alternate study		
1	Normal ovary (N/A)	Follicle defined as a simple cyst ≤ 3 cm Corpus luteum ≤ 3 cm	None	N/A	
2	Almost certainly benign (<1%)	Simple cyst	≤ 3 cm >3 to 5 cm >5 cm but <10 cm	N/A None Follow up in 8 to 12 weeks	None Follow up in 1 year*
		Classic benign lesions	Refer to figure 3 [†] for separate descriptors	Refer to figure 3 [†] for management strategies	
3	Low risk malignancy (1 to <10%)	Non-simple unilocular cyst, smooth inner margin	≤ 3 cm >3 cm but <10 cm	None Follow-up in 8 to 12 weeks If concerning, US specialist	Follow up in 1 year If concerning, US specialist or MRI US specialist or MRI
		Unilocular cyst ≥ 10 cm (simple or non-simple) Typical dermoid cysts, endometriomas, hemorrhagic cysts ≥ 10 cm Unilocular cyst, any size with irregular inner wall <3 mm height Multilocular cyst <10 cm, smooth inner wall, CS = 1 to 3 Solid smooth, any size, CS = 1		US specialist or MRI Management by gynecologist	
4	Intermediate risk (10 to <50%)	Multilocular cyst, no solid component	≥ 10 cm, smooth inner wall, CS = 1 to 3 Any size, smooth inner wall, CS = 4 Any size, irregular inner wall and/or irregular septation, any color score	US specialist or MRI Management by gynecologist with GYN-oncologist consultation or solely by GYN-oncologist	
		Unilocular cyst with solid component Multilocular cyst with solid component Solid	Any size, 0 to 3 papillary projections, CS = any Any size, CS = 1 to 2 Smooth, any size, CS = 2 to 3		
5	High risk ($\geq 50\%$)	Unilocular cyst, any size, ≥ 4 papillary projections, CS = any		GYN-oncologist	
		Multilocular cyst with solid component, any size, CS = 3 to 4 Solid smooth, any size, CS = 4 Solid irregular, any size, CS = any Ascites and/or peritoneal nodules [‡]			

Graphic shows O-RADS US risk stratification and management system.

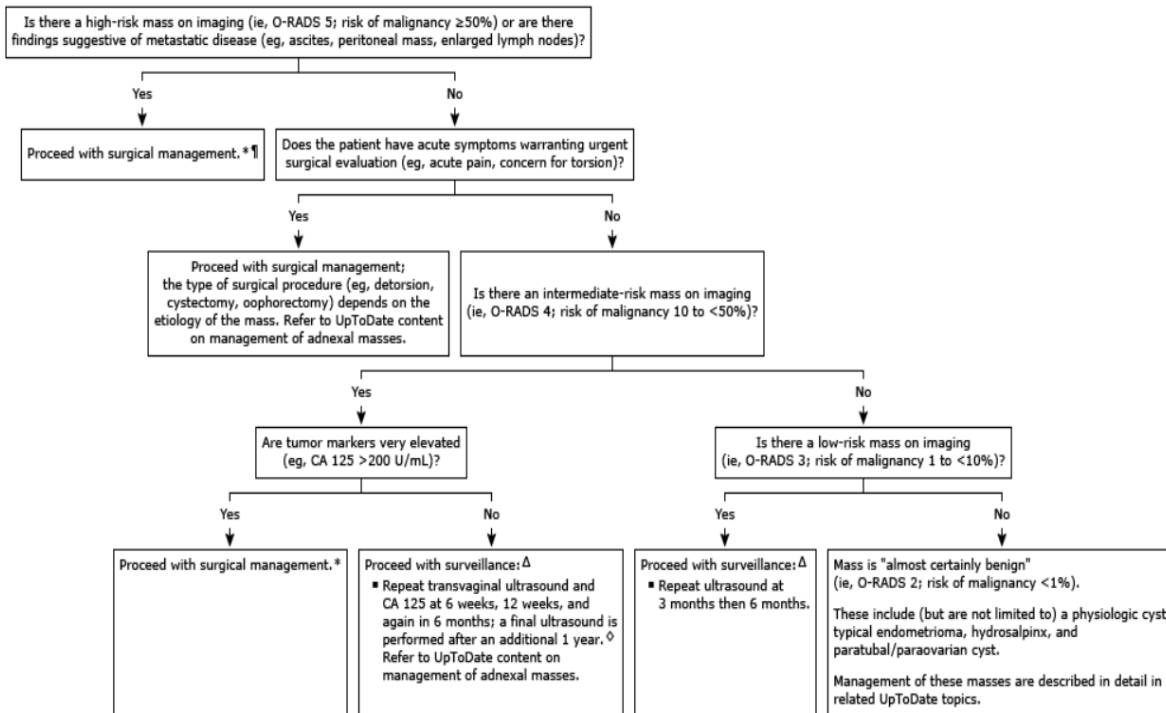
O-RADS: Ovarian-Adnexal Reporting and Data System; IOTA: International Ovarian Tumor Analysis; N/A: not applicable; CS: color score; GYN: gynecologic.

* At a minimum, at least 1-year follow-up showing stability or decrease in size is recommended with consideration of annual follow-up of up to 5 years, if stable. However, there is currently a paucity of evidence for defining optimal duration or interval of timing for surveillance.

† Figure 3 of the O-RADS US risk stratification and management system defines classic benign lesions as any of the following: Typical hemorrhagic cyst, typical dermoid cyst < 10 cm, typical endometrioma < 10 cm, simple paraovarian cyst (any size), typical peritoneal inclusion cyst (any size), and typical hydrosalpinx (any size).

‡ Presence of ascites with category 1 to 2 lesion, must consider other malignant or nonmalignant etiologies of ascites.

Figur 2: Algoritma. Pre-menopozal Hasta

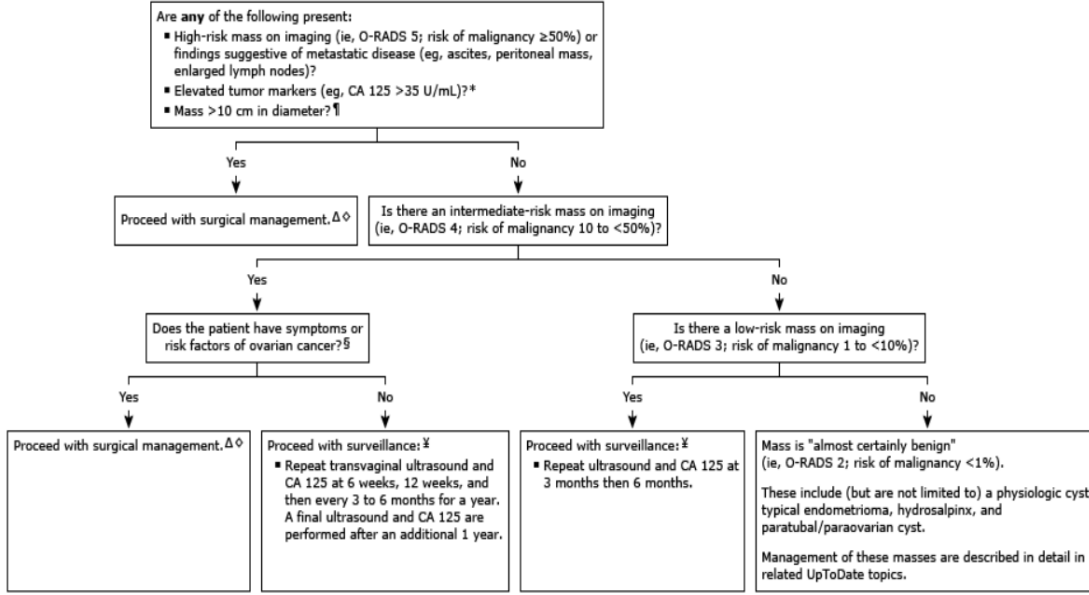


This algorithm pertains to average-risk patients. Patients with a hereditary ovarian cancer syndrome (eg, BRCA mutation, Lynch syndrome) are managed differently; for more information, refer to UpToDate content on hereditary ovarian cancer syndromes.

Imaging typically includes pelvic ultrasound (transvaginal and transabdominal); for masses with an indeterminate appearance on ultrasound, MRI or CT may be used as a secondary imaging study.

Figür 3. Post-menopozal Algoritma

Postmenopausal patient with an adnexal mass on imaging



This algorithm pertains to average-risk patients. Patients with a hereditary ovarian cancer syndrome (eg, *BRCA* mutation, Lynch syndrome) are managed differently; for more information, refer to UpToDate content on hereditary ovarian cancer syndromes.

Imaging typically includes pelvic ultrasound (transvaginal and transabdominal); for masses with an indeterminate appearance on ultrasound, MRI may be used as a secondary imaging study, or the patient may be referred to an ultrasound specialist.

The O-RADS classification system is detailed separately in related UpToDate topics.

Tablo3. Sıklıkla kullanılan tümör markerların bazıları

Markers that may be secreted by germ cell and sex cord-stromal tumors of the ovary

	AFP	hCG	LDH	E2	Inhibin*	T	A4	DHEA	AMH
Germ cell tumors									
Dysgerminoma	-†	±Δ	+	±	-	-	-	-	-
Embryonal	±	+	±	±	-	-	-	-	-
Immature teratoma	±	-	±	±	-	-	-	±	-
Choriocarcinoma	-	+	±	-	-	-	-	-	-
Yolk sac tumor (endodermal sinus tumor)	+	-	+	-	-	-	-	-	-
Gonadoblastoma◇	-	-	-	±	±	±	±	±	-
Polyembryona	±	+	-	-	-	-	-	-	-
Mixed germ cell	±	±	±	±	-	-	-	-	-
Sex cord-stromal tumors									
Thecoma-fibroma	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Thecoma	-	-	-	±	±	-	-	-	-
Granulosa cell	-	-	-	±	+	±	-	-	+
Sex cord tumor with annular tubules	-	-	-	+	-	-	-	-	-
Sertoli-Leydig	±	-	-	±	±	±	±	±	-
Sertoli	-	-	-	-	±	±	-	-	-

AFP: alpha-fetoprotein; hCG: human chorionic gonadotropin; LDH: lactate dehydrogenase; E2: estradiol; T: testosterone; A4: androstenedione; DHEA: dehydroepiandrosterone; AMH: anti-müllerian hormone.

* Both inhibin A and inhibin B levels should be determined (tumors might over-secrete A or B).

† Borderline elevations in case reports (<16 ng/mL).

Δ Low levels seen in dysgerminomas with either nondysgerminomatous elements or syncytiotrophoblastic cells.

◇ Type of germ cell sex cord-stromal tumor consisting of neoplastic germ cells and sex cord-stromal derivatives.



5. KARADENİZ JİNEKOLOJİ ve OBSTETRİK KONGRESİ

9-12 Haziran 2022 | Sheraton Grand Samsun Otel

Bening ve malign adneksiyal kitleleri ayırt etmek için çoklu risk puanlama sistemleri (Malignite İndeksi Riski, ADNEX Modeli vb...) önerilmiştir.

Bu sistemler, sonografik özellikleri, menopoz durumu ve serum CA 125 gibi diğer faktörleri içerir. Tam olarak kabul edilmiş ve yaygın kullanılan bir skorlama sistemi yoktur.

Malignensi ile kistin büyüklüğü arasında ilişki yoktur.

Cerrahi yöntem; ovarian kistektomi, ooforektomi, evreleme cerrahisi gibi birçok şekilde yapılabilir. Yine cerrahi yöntem laparotomi veya laparoskopi cerraha ve kitlenin yapısına göre değişebilir. Yine cerrahi teknikte; hastanın yaşı, gebelik istemi, malignensi riski ve frozen sonucu belirgin belirleyici rol oynar.

Malignite şüphesi olan postmenopozal hastalar için bir evreleme prosedürü uygulanır.

Benign görünümlü kitlesi olan hastalarda; bilateral salpenjektomi ile tek taraflı ooforektomi,

bilateral salpenjektomi yapılabilir. Salpenjektomi,ovarian kanseri geliştirme riskini azaltır

Kontralateral overin çıkarılması hastanın yaşına, menopozdan bu yana geçen yıllara, ek adneksiyal patolojiye bağlıdır.

Görüntülemeye düşük riskli kitlesi olan(O-RADS 3) ve ameliyat endikasyonlarından hiçbiri olmayan pre-menopoz ve post-menopoz hastaların çoğu için Transvajinal ultrasonun üç ay -6 ay sonra yapılması önerilmektedir.

Takip sırasında aşağıdakilerden herhangi biri meydana gelirse ameliyat önerilmektedir.

Kitle yüksek riskli malignite özellikleri geliştirir (veya metastatik hastalığı düşündüren yeni bulgular vardır).

Kütle büyüyor veya ≥ 10 cm.

Tümör belirteçleri yükselir (örneğin, postmenopozal hastalarda CA 125 seviyesi >35 ünite/mL veya premenopozal hastalarda >200 ünite/mL)

Aşağıdaki durumlarda ise hasta takipten çıkarılabilir.

Kitle değişmez veya boyut olarak azalır ve CA 125 seviyesi normal kalırsa, Kitle kaybolursa

Yapılan çalışmalarda laparotomi ve laparoskopi karşılaştırılmıştır. Hastanın yaşı daha büyük ise, adneksiyel kitle büyük ise daha çok laparotomi tercihi ön plana çıkmaktadır.

Tablo 4. Jinekolog Onkologa Sevk Kriterleri

Referral of women with a pelvic mass to a gynecologic oncologist: ACOG guidelines

Premenopausal women (refer if any are present)
Very elevated CA 125 level
Ascites
Evidence of abdominal or distant metastases
Postmenopausal women (refer if any are present)
Elevated CA 125 level
Ascites
Nodular or fixed pelvic mass
Evidence of abdominal or distant metastases

ACOG: American College of Obstetricians and Gynecologists; CA 125: cancer antigen 125.



5. KARADENİZ JİNEKOLOJİ ve OBSTETRİK KONGRESİ

9-12 Haziran 2022 | Sheraton Grand Samsun Otel

Dr. Özgür KOÇAK

Hitit Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum A.B.D

dr.ozgur@hotmail.com

Tel: 0532 642 39 24

ADENOMYOSİS: CERRAHİ YÖNETİM NE ZAMAN TERCİH EDİLİR?

• Adenomyozis, miyometriyum içinde endometrial bez ve stroma varlığı ile karakterizedir. Tanım gereği en çok kullanılan kriter ise endometriyal bez ve stromanın endometriumun en az 2-2,5 mm derinliğinde bulunması gerekir. Adenomyozis tanımı ile defa 1860 yılında Carl Von Rokitansky tarafından tanımlanmış ve “cystosarcoma adenoids uterinum” terimi kullanılmıştır. Daha sonrasında Thomas Stephen Cullen “adenoma” tanımını 1925 yılında kullanmıştır. Bu gün kullanmış olduğumuz tanımı ise 1972 yılında Bird ve ark. yapmıştır. 1980 yılından sonra gelişen görüntüleme yöntemleri ile adenomyozis tanısı patolojik tanısı yanı sıra radyolojik olarak da tanımlanan bir klinik durum olarak karşımıza çıkmıştır. Prevelansı ise bakılan yaşa, ülkeye, tanı yöntemine göre değişmekle beraber %1-70 arasında rapor edilmiştir. Sıklıkla raporlanan prevelans ise %10-30’dur. Hekimler arasında adenomyozis hakkında farkındalığın artması ile de adenomyozis tanısı artış göstermiştir. 1960’lı yıllarda %10 civarında rapor edilen hastalık 60 yıl boyunca hemen hemen her yıl artarak prevelansı yaklaşık olarak %70’lere kadar çıkmıştır. İlk tanımlandığı yıllarda patolojik değerlendirmeye göre tanı konulduğu için yaşlı ve multipar kadın hastalığı olduğu düşünülen adenomyozisin bu gün için gençlerde de yaygın olarak görüldüğünü bilmekteyiz. Esasen adenomyozis prevelansı hesaplanırken ister istemez seçime bağlı bias yapılmaktadır. Genel popülasyondan menoraji, dismenore gibi semptomları olan kadınlar hekime başvurmakta, hekimde çoğunlukla bu hastaları medikal tedavi ile tedavi etmektedir. Medikal tedaviye dirençli olan olgular ameliyat edilmekte ve ameliyat spesmeninde adenomyozis tanısı konulmaktadır. Bu süreç nedeniyle patolojik tanıya bakarak toplumdan prevelans hesaplamak imkansız gibi görünmektedir. Yapılan Magnetik rezonans görüntüleme araştırmalarında prevelans %90 gibi çok yüksek oranlarda bildirilmektedir.

Adenomyozis oluşum mekanizması ile ilgili olarak 2 teori yaygın olarak kullanılmaktadır. Bunlardan birisi invazyon teorisidir. Bu teoriye göre endometrium içindeki travmaya bağlı olarak hücreler myometriyum hücrelerine invaze olmaktadır. Bu teori ile internal adenomyozisler açıklanabilirken, uterusun sadece dış tarafında bulunan endometriumun hemen altındaki myometriyum dokusu sağlam olan kadınları tanımlamada yetersizdir. Bunun için mülleryen kanal artığı teorisi geliştirilmiştir. Bu teoriye göre mülleryen kanal artıkları lokal olarak adenomyotik dokuları oluşturmaktadır. Bu teori ile external adenomyozisin patofizyolojisini açıklamak mümkündür. Adenomyozisin patofizyolojisi için son dönemlerde başka bir açıklama yöntemi geliştirilmiştir. Bu açıklamaya göre (TIAR → Tissue injury and Repair) başlangıçta endometrial dokuya çeşitli nedenlerde bir hasar oluşuyor. Sonrasında doku hasarı ile birlikte COX-2 yolağı ile PGE’ sentezi artmaktadır. Bunu lokal östrodiol artışı izlemektedir. Hem lokal östrojen hem de lokal östrojen reseptörü artmaktadır. Artan östrojen ile myometrial kas kontraktilesi artmakta ve bunun neticesinde doku hasarı daha fazla artmaktadır. Artan doku hasarı daha fazla östrojen salınımına neden olmaktadır ve böylece bir kısır döngü oluşmaktadır. Bu neden ile tedavide östrojen etkisini kısmen azaltan yöntemler kullanılmaktadır.

Adenomyozis birçok jinekolojik hastalıklarla birlikte görülebilir. Endometriosis ile birlikte görülme sıklığı %11 iken, endometriyal hiperplazi ile %7, polipler ile %12, adenokarsinom ile %1.4 ve en sık olarak da myomlarda birlikte %61 oranında görülmektedir. Adenomyozisin semptomları ile myomun semptomları çok benzer olduğu ve ikisinin birlikte bulunma olasılığı %61 olduğu için iki klinik durumu birbirinden tam olarak ayırmak hemen hemen imkansızdır.

Adenomyoziste hastaların 3’te biri asemptomatiktir. %60’ında menoraji görülürken dismenore %25’inde görülmektedir. Disparoni ise endometriosisden farklı olarak bu hastalıkta görülmez. Adenomyozisin diğer birçok jinekolojik hastalık ile birlikte olması nedeniyle infertilite ile ilişkisi tam olarak bilinmemektedir. Yayınların birçoğunda infertilite ile ilişkilendirilmiş olsa da bu konuda hastalığın doğası gereği randomize kontrollü çalışmalar yapmak mümkün değildir. Babunlar ile yapılan çalışmada infertilite riskinin 20 kat arttığı gösterilmiştir. Adenomyozis varlığında tiroid, meme, over, Non-Hodgkin Lenfoma ve Endometrium kanseri riskinin arttığı bilinmektedir.

Yapılan bir meta analizde 3300 histerektomize ve adenomyozis olduğu konfirme edilmiş hastada, MR’in sensitivitesi 71, spesifitesi ise 91 olarak raporlanırken transvaginal ultrason için aynı değerler sırasıyla 81 ve 87’dir.

Adenomyozisin ultrason bulguları; global olarak büyümüş uterus, asimetrik duvar kalınlaşmaları, myometrial kistler, hiperekojenik adalar, akustik gölgelenme, subendometrial çentikler, lezyonda vaskularite artışı, irregüler junctional zone ve junctional zonun kaybolmasıdır. Benzer bulgular MR’da da izlenmektedir. Ofis histeroskop ile düzensiz endometriumun görülmesi, küçük kanalların endometriuma açıldığı izlenmesi ve bu neden ile çilek benzeri görüntü olması ve hemorajik kistlerin görülmesi ile de tanı konulabilir.

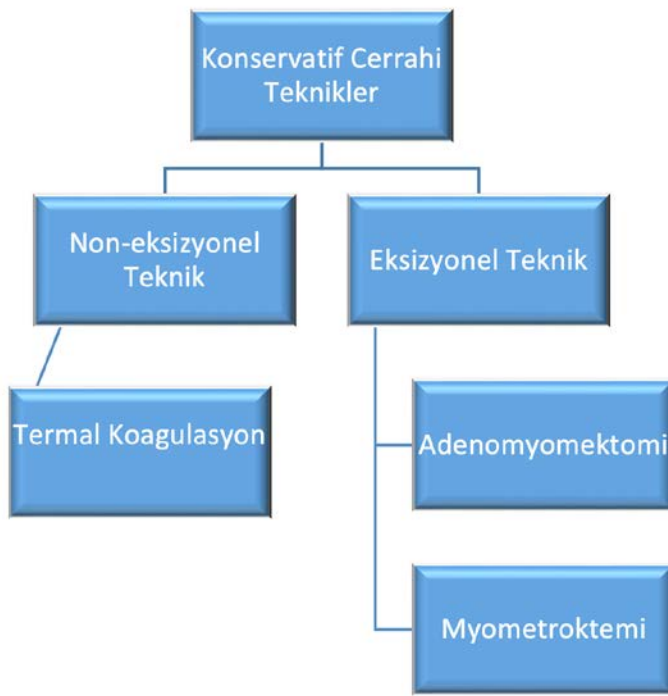
Adenomyozisin sınıflandırması çeşitli çalışmacılar tarafından değişik parametreler kullanılarak yapılmıştır. 2012 yılında Kishi ve arkadaşları tarafından 4’e ayrılmıştır. Kishi internal, eksternal, intramural ve tanımlanamayan olarak 4 sınıfa ayırmıştır. Başka bir sınıflandırmada ise tanımlanamayan yerine tam kat adenomyozis tanımı kullanılmıştır. En son 2019 yılında yapılan bir skorlama sistemi ile tanım biraz daha netleştirilmeye çalışılırken adenomyozis önce diffüz ve lokal olarak ikiye ayrılmıştır. Her iki grupta kendi içinde eksternal ve internal olarak yine ikiye ayrılmıştır. Bu oluştan her 4 grupta kendi içinde lezyonun büyüklüğüne göre 1-4 arasında puanlanmıştır. Daha fazla tutulum daha yüksek skor anlamına gelmektedir. Yine tüm bunlardan farklı bir grup olarak adenomyoma grubu tanımlanmıştır.

Adenomyosis hastalarında preterm doğum, SGA (Small for gestational age) ve preeklampsi riski artmıştır. Yine bu hasta grubunda IVF tedavisinde gebelik oranı daha düşük, canlı doğum oranı daha düşük ve abort riski yüksek bulunmuştur.

Adenomyosisin tedavisi birçok nedenden dolayı karmaşıktır. Kesin tanısı ve tedavisi histerektomidir. Bu tedavi doğurganlığını tamamlamış bir kadın için iyi bir opsiyon olsa da gebelik beklentisi olan hastalar için elbette ki uygun değildir. Cerrahi sırasında adenomyosis alanının sınırlarını tam olarak belirlemek çok önemlidir. Çünkü tam olarak adenomyosis alanı çıkarılmayan hastalarda nüks oranı %50 olarak bildirilmektedir. Adenomyosisin medikal tedavisi NSAİD; kombine oral kontraseptifler, Progestinler, Ulipristal, GnRH agonist ve antagonistleridir.

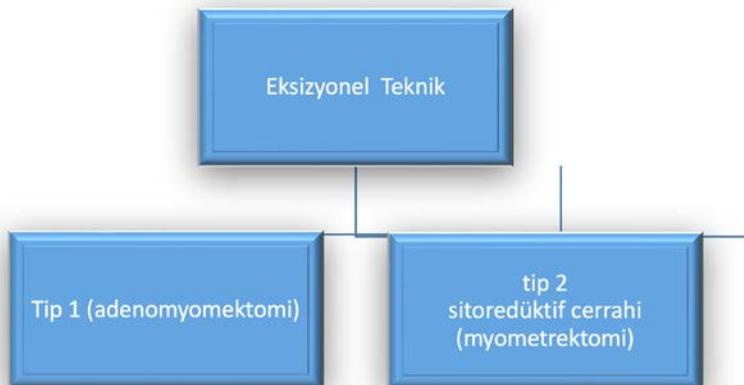
Cerrahi methodlar ise endometrial ablasyon, embolizasyon, Yüksek yoğunluklu ultrasonik enerji (HIFU), elektrokoagülasyon ve klasik cerrahidir. Elbetteki ilk iki yöntem gebelik istemi olan hastalarda tercih edilmemelidir. Cerrahi tedavide halen altın standart histerektomidir. Histerektomi vajinal, laparotomi ve laparoskopik ile yapılabilir bununla beraber subtotal histerektomi önerilmez çünkü nüks oranları fazladır.

Figür1 : konservatif Cerrahi Teknikler



Non eksizyonel teknikte elektrokoagülasyon veya radyofrekans kullanılabilir. Radyofrekans yöntemi 14 Gauge iğne ile maksimum 5 cm lik çapta en yüksek 98 °C'ye kadar sıcaklık çıkarılarak doku redüksiyonu yapar. İlk 3 aylık çıkarılarak yaklaşık %32 oranında azalırken 12 ayda bu oran %65'e çıkar. Hastaların ağrısı da yaklaşık olarak %70 azalır.

Figür 2: Eksizyonel Teknikler





5. KARADENİZ JİNEKOLOJİ ve OBSTETRİK KONGRESİ

9-12 Haziran 2022 | Sheraton Grand Samsun Otel

Tip 1 (Adenomyomektomi) ilk defa 1952 yılında Hyams tarafından tanımlanmıştır ve miyomektomi ile cerrahi yöntem olarak bire bir aynıdır. Bu yöntem daha sonrasında laparoskopik olarak da uygulanmıştır. Yine laparoskopik uygulamada uterin arterlerin bağlanması ile tedavi başarısının artacağını bildiren çalışmalar mevcuttur.

Tip 2 (Sitoredüktif Cerrahi): Bu tedavi diffüz ve şiddetli adenomyosiste uygulanır. Amaç mümkün oldukça çok adenomyotik alanı hasarlamaktır. Bazen adenomyotik alanı tam anlamıyla çıkarmak mümkün olmaz ve o zaman mümkün mertebe çok doku hasarlanır. Bu yapılan cerrahi işleme sitoredüktif cerrahi denir. Bazen o kadar çok doku hasarlanır ki fonksiyonel olarak histerektomi yapılmış olur. Laparotomi ile tanımlanan "triple flap methodu" şu ana kadar tanımlanmış ve başarı oranı en fazla olan methoddur. Adenomyosiste cerrahi başarıyı gebe kalmak isteyip de gebe kalan hasta oranı ve bu gebe kalan hastalarda uterin rüptür oranıdır. Bu yönüyle yapılan bir çalışmada triple flap methodu kullanılan 104 hastadan 26'sının gebe kalmak istediği, 16'sının gebe kaldığı bunlardan ise 14'ünün miad doğum yaptığı ve hiç uterin rüptür izlenmediği rapor edilmiştir. Adenomyosis cerrahisi sonrasında cerrahi başarıyı etkileyen faktörlerden birisinin sağlam bırakılan miyometriyum doku kalınlığıdır. Myometrial dokunun 9-15 mm arasında sağlandığında cerrahinin başarılı olduğunu kabul eden bilimsel yayınlar mevcuttur. Adenomyosis cerrahisinde komplikasyon riskini artıran faktörlerden birisi daha önce belirtilen adenomyosis ultrason bulgularının sayısının çokluğudur. Ultrason bulguları arttıkça cerrahi komplikasyon riski artmaktadır. 64 çalışmanın dahil edildiği 1049 hastanın incelendiği bir derlemede non eksizyonel teknik ile dismenorenin %54,6, eksizyonel teknik ile %84,6 oranında iyileşme sağlandığı, menoraji şikayetine ise eksizyonel teknik ile %50-68,8 oranında non eksizyonel teknik ile %73,7 oranında azaldığı bildirilmiştir. Yine aynı çalışmada eksizyonel teknikte gebelik oranı %46,9 oranında bildirilirken aynı oran non eksizyonelde %60,5'dir.

Organizasyon Sekretaryası



Figür Kongre Organizasyonları ve Tic. 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-mail: karadenizjinekoloji@figur.net

