

Golden rules in Gynecology

19-21 Nisan 2024
Sheraton İstanbul Ataköy Hotel

ULUSLARASI
JİNEKOLOJİK VE OBSTETRİK

Cerrahi KONGRESİ

BİLDİRİ KİTABI

Organizasyon Sekreteryası

MOTTO
www.motto.tc

İÇİNDEKİLER;

	<u>Sayfa</u>
Davet	3
Kurullar	4 - 6
Bilimsel Program	7 - 13
Sözel Bildiri Programı	14 - 19
Sözel Bildiriler	20 - 96

“1. Uluslararası Jinekolojik ve Obstetrik Cerrahi Kongresi”

Değerli Meslektaşlarımız;

Türk Jinekoloji ve Obstetri Vakfı'nın ilk Uluslararası Jinekolojik ve Obstetrik Cerrahi Kongresi'ni **19-21 Nisan 2024** tarihlerinde **Sheraton İstanbul Ataköy Hotel'** de düzenleneceğini sizlere iletmekten onur duyarım.

Kongremiz Jinekoloji ve Obstetri pratiğinde merak edilen konularda en güncel yaklaşımları ulusal ve uluslararası konuşmacıların katılımlarıyla yanıt bulmaya çalışacak ayrıca jinekolojik ve obstetrik cerrahide görsel sunumların ön planda olacağı zengin içeriklerle katılımcılara unutulmaz bir kongre deneyimi yaşatacaktır.

Kongremizde sizleri aramızda görmekten mutluluk duyacağız...

KONGRE BAŞKANLARI

Prof. Dr. İsmail Mete İTİL

Prof. Dr. İsmail ÖZDEMİR

KONGRE BAŞKANLARI

Prof. Dr. Mehmet ÖZEREN

Prof. Dr. İsmail Mete İTİL

Prof. Dr. İsmail ÖZDEMİR

KONGRE SEKRETERLERİ

Dr. Abdurrahman Hamdi İNAN

Dr. Alper İLERİ

Dr. Burak YÜCEL

Dr. Gökhan TOSUN

Dr. Sedat AKGÖL

** İsm'e göre alfabetik sıralanmıştır.*

BİLİMSEL KURUL

Adnan BUDAK

Ahmet Mete ERGENOĞLU

Ahmet Özgür YENİEL

Ahmet YALINKAYA

Ali AKDEMİR

Alper BİLER

Alper İLERİ

Ayşe Deniz ERTÜRK COŞKUN

Ayşe Rabia ŞENKAYA

Babür KALELİ

Baki ŞENTÜRK

Can ATA

Cihan KAYA

Doğukan YILDIRIM

“1. Uluslararası Jinekolojik ve Obstetrik Cerrahi Kongresi”

Enver İLHAN
Fatih ŞENDAĞ
Fırat ÖKMEN
Fuat AKERCAN
Fuat DEMİRKIRAN
Ganim HATİP
Gazi YILDIRIM
Gökay ÖZÇELTİK
Gökhan TOSUN
Hanifi ŞAHİN
İbrahim GÜLHAN
İbrahim KARACA
İlkbâl TEMEL YÜKSEL
İlker ÇAKIR
İlker KAHRAMANOĞLU
İsa Aykut ÖZDEMİR
İsmail Mete İTİL
İsmail ÖZDEMİR
İsmet ALKIŞ
Kadir SAVAN
Levent YAŞAR
Mehmet ÖZEREN
Mehmet Sait YÜCEBİLGİN
Mert KAZANLI
Murat EKİN
Mustafa Coşan TEREK
Mustafa KOCAER
Nilüfer ÇATINKAYA KOCADAL
Numan ÇİM
Onur ALDEMİR

“1. Uluslararası Jinekolojik ve Obstetrik Cerrahi Kongresi”

Özgür AKBAYIR

Özgür HARMANLI

Sedat AKGÖL

Sema KARAKAŞ

Sercan KANTARCI

Serhat EGE

Serpil AYDOĞMUŞ

Sibel SAK

Süleyman SALMAN

Şerif AKŞİN

Şükrü BUDAK

Şükrü YILDIZ

Teksin ÇIRPAN

Tülin ÖZCAN

Veli MİHMANLI

Yılmaz GÜZEL

Yusuf BAŞKIRAN

* İsme göre alfabetik sıralanmıştır.

“1. Uluslararası Jinekolojik ve Obstetrik Cerrahi Kongresi”

BİLİMSEL PROGRAM			
19 Nisan 2024 Cuma			
08:30–09:00	AÇILIŞ		
	1. OTURUM Laparoskopi Oturumu Oturum Başkanları: Fatih Şendağ, Mehmet Özeren		
09:00–09:15	Laparoskopi: Batına Giriş, Sık Kullanılan Yöntemler, Alternatif Giriş Noktaları ve Komplikasyonlar Ali Akdemir		
09:15–09:30	Laparoskopik Cerrahide Enerji Kullanımı, Vakaya Özel Enerji Seçimi, Enerji Kullanımına Bağlı İntraoperatif Komplikasyonlar ve Yönetimi Burak Karadağ		
09:30–09:45	Olgular Üzerinde 5 Adımda Laparoskopik Histerektomi ve Pelvik Anatomi Önemli Noktalar Fatih Şendağ		
09:45–10:00	Derin Endometriozis Cerrahisinde Nelere Dikkat Edelim? Resul Karakuş		
10:00–10:30	Uydu Sempozyumu Oral Kontraseptiflere Dair Her Şey Fisun Vural Oturum Başkanı: Özlem Moraloğlu Tekin		
10:30–10:45	Kahve Molası		
	2. OTURUM Laparoskopi Oturumu Oturum Başkanları: Bülent Tıraş, İsmail Mete İtil, Abdülkadir Turgut		
10:45–11:00	Laparoskopik Histerektomide Alt Üriner Sistem Yaralanmaları, Mesane ve Üreter Yaralanmalar: Tanı ve Yönetimi Ali Tekin		
11:00–11:15	Jinekolojik Laparoskopi’de Kabusumuz Üreter ve Mesane Neye Dikkat Edelim? Komplikasyondan Nasıl Korunalım? Erdal Sak		
11:15–11:30	Laparoskopik Histerektomide Gastrointestinal Yaralanmalar: Tanı ve Yönetimi Mehmet Abdussamet Bozkurt		
11:30–11:45	Laparoskopik Histerektomide Vasküler Yaralanmaların Yönetimi Şükrü Yıldız		
11:45–12:15	Uydu Sempozyum Jinekolojik Cerrahide Sütür Kullanımı ve Prensipleri Numan Çim Oturum Başkanı: Veli Mihmanlı		
12:15–13:00	Öğle Yemeği		
	SALON A	SALON B	SALON C
	3. OTURUM Jinekolojik Cerrahi Oturum Başkanları: Özgür	13:30-14:40 Pelvik Ultrasonografi	13:30-15:30 Sözel Bildiri Oturumu - 1 Oturum Başkanları: Ayşe Rabia Şenkaya, Sercan

“1. Uluslararası Jinekolojik ve Obstetrik Cerrahi Kongresi”

	Yeni, Şükrü Budak, Simten Genç	Kursu Sultan Seren Karakuş (Kurs detayları için tıklayınız)	Kantarıcı Sözel Bildiri listesi için tıklayınız
13:00–13:15	Optimal Minimal İnvaziv Cerrahi Olarak Vajinal Histerektomi, Vaka Seçimi ve Teknik Özgür Harmanlı		
13:15–13:35	Sakrospinöz Fiksasyon Operasyonu Keziban Doğan		
13:35–13:50	Sistorektosel Operasyonu Numan Çim		
13:50–14:05	Obstetrik Anal Sfinkter Hasarı, Korunma ve Tamiri Veli Mihmanlı		
14:05–14:20	Yüksek Uterusakral Plikasyon ve McCall Kuldoplasti Karşılaştırılması Teknik ve Komplikasyonlar Alev Esercan		
14:20–14:30	Tartışma		
14:30–15:00	Uydu Sempozyumu. V-Notes Histerektomi & Yüksek Uterusakral Ligament Süspansiyonu V-Notes Histerektomi & Sakrokolpopeksi Eralp Bulutlar Oturum Başkanı: Çetin Kılıççı		
15:00–15:15	Kahve Molası		
	SALON A	SALON B	
	4. OTURUM Robotik Cerrahi, V-NOTES Oturumu Oturum Başkanları: Ali Çetin, Tuğba Ensari		
15:15–15:30	V-Notes ile Sentinel Lenf Nodu Uygulaması Behzat Can	15:00-16:30 Obstetrik Kanama Kursu İsmail Özdemir (Kurs detayları için tıklayınız)	
15:30–15:45	Jinekolojide Doğal Orifis Endoskopik Cerrahi ve Avantajları Özgür Yeni		
15:45–16:00	V-NOTES Histerektomi ve Ektopik Gebelik ile Adneksiyel Kitlelerde V-NOTES Cihan Kaya		
16:00–16:15	Tartışma		

“1. Uluslararası Jinekolojik ve Obstetrik Cerrahi Kongresi”

	SALON A		
16:30-18:45	Kozmetik Jinekoloji Kursu (Kontenjan sınırı yoktur.) Hanifi Şahin, Resul Karakuş		
16:30-16:45	1. Oturum Labioplasti/Klitoris Estetiği Hanifi Şahin		
16:45-17:00	Vajinoplasti/Perinoplasti Resul Karakuş		
17:00-17:15	Pubis Estetiği(Monsplastisi) Özgür Ağlamış		
17:15-17:30	Lipoaspirasyon/Lipofilling Ali Doğukan Angın		
17:30-17:45	Kahve Molası		
17:45-18:00	2. Oturum Lazer ile genital bölge renk açma, Vulvo/vajinal rejuvenasyon Onur Parlak		
18:00-18:15	Lazer ile Vulvovajinal Atrofi ve İdrar Kaçırma Tedavisi Bahar Özgör		
18:15-18:30	Lazer İle Kondilom Ve Preinvazif Lezyonların Tedavisi Hanifi Şahin		
18:30-18:45	Genital Bölge Hyaluronik Asit Uygulamaları, PRP, Kök Hücre, Mezoterapi, Peeling Ve Eksozom Uygulamaları Özgür Ağlamış		
	Kurs Kapanışı		
20 Nisan 2024 Cumartesi			
	1. OTURUM Ürojinekoloji Oturumu Oturum Başkanları: İsmail Mete İtil, Özgür Harmanlı		
08:30–08:45	Açık ve Laparoskopik Burch Kolposüspansiyonun Karşılaştırılması: Avantaj ve Dezavantajlar Burak Akselim		
08:45–09:00	Transobturator Tape (TOT) Prosedürü, Teknik ve Etkinlik İsmail Mete İtil		
09:00–09:15	Retropubik Sling Uygulaması, Teknik ve Komplikasyonların Yönetimi Murat Ekin		
09:15–09.30	Refrakter AAM'de Mesane Botulinium Toxini Uygulaması Reyyan Gökçen İşcan		
	2. OTURUM Ürojinekoloji Oturumu Oturum Başkanları: Melike Doğanay, Volkan Kurtaran, Selçuk Söylemez		
09:30–09.45	Açık ve Laparoskopik Sakrokolpopeksinin Karşılaştırılması, Avantaj ve Dezavantajlar Kuntay Kokanalı		
09:45–10:00	Lateral Süspansiyon ve Sakrokolpopeksinin Karşılaştırılması Çetin Kılıççı		
10:00–10:15	Laparoskopik Meşsiz Prolapsus Cerrahisi Süleyman Salman	SALON B	SALON C
10:15–10:30	Prolapsus Cerrahisi Sonrasında	10:00-11:30	10:00-12:00 Sözel Bildiri Oturumu - 2

“1. Uluslararası Jinekolojik ve Obstetrik Cerrahi Kongresi”

	Kolposüspansiyon: Kime? Hangi Teknik? Hakan Aytan	Histeroskopi Kursu Cihan Bademkiran, Ali Deniz Erkmen, Mesut Bala (Kurs detayları için tıklayınız)	Oturum Başkanları: Behzat Can, Alaattin Karabulut Sözel Bildiri listesi için tıklayınız
10:30–10:45	Tartışma		
10:45–11:00	Kahve Molası		
11:00–11:30	Uydu Sempozyumu Kadın Doğum Pratiğinde Demir Eksikliği Anemisi Tedavisi ve Ferrik Karboksimaltoz Resul Karakuş Oturum Başkanı: Levent Yaşar		
3. OTURUM Jinekolojik ve Obstetrik Acillere Yaklaşımda Neler Değişti? Oturum Başkanları: Ramazan Dansuk, Esra Bahar Gür, Paşa Uluğ			
11:30–11:45	Tubeovaryen Abselerde Minimal İnvaziv Cerrahi: Ne Zaman? Abdomene Girişte Dikkat Edilecek Noktalar Hakan Güraslan		
11:45–12:00	Postmenopozal Adneksiyel Torsiyonun Cerrahi Yönetimi ve Malignite Potansiyeli İlkbâl Temel Yüksel		
12:00–12:15	Laparoskopik Endometrioma Cerrahisi ve Rüptürü'nün Yönetimi Sultan Seren Karakuş		
12:15–12:30	Acil Serklaj İsmail Özdemir		
12:30–12:40	Tartışma		
12:40–13:30	Öğle Yemeği		
4. OTURUM Histeroskopik Cerrahi Oturum Başkanları: Erol Tavmergen, Nil Atakul, Serhat Ege			
13:30–13:45	Uterin Anomalilerde Histeroskopik Cerrahi ve Komplikasyonlardan Kaçınma Erhan Aktürk		
13:45–14:00	Uterin Sineşilerde Histeroskopik Cerrahi Burak Yücel	SALON B	SALON C
14:00–14:15	Postmenopozal Kanamada Ofis Histeroskopi'nin Yeri Fisun Vural	14:00-15:30 V-NOTES Kursu Murat Ekin, Cihan Kaya (Kurs detayları için tıklayınız)	14:00 - 16:00 Sözel Bildiri Oturumu - 3 Oturum Başkanları: İbrahim Karaca, Suna Yıldırım Karaca Sözel Bildiri listesi için tıklayınız
14:15–14:30	İnfertilitede Histeroskopik İşlemler Eren Akbaba		
14:30–14:45	IVF Başarısını Arttırabilecek Cerrahi Girişimler İlke Özer Aslan		

“1. Uluslararası Jinekolojik ve Obstetrik Cerrahi Kongresi”

14:45–15:15	Uydu Sempozyumu Kadınlarda Aşırı Aktif Mesane (AAM) İlaç Tedavisi ve Propiverin Doz Seçenekleri Rahmi Onur Oturum Başkanı: Adnan Budak		
15:15–15:30	Kahve Molası		
15.30 - 16.00	Uydu Sempozyumu Histeroskopik Mekanik Doku Çıkarıcı Cihan Bademkiran Oturum Başkanı: M. Hanifi Bademkiran		
	5. OTURUM Onkolojik Cerrahi Oturum Başkanları: Levent Yaşar, Sedat Akgöl, Hakan Timur		
16:00–16.15	Şüpheli Adneksiyal Kitle Cerrahisi, Laparoskopi İlk Tercih Olabilir mi? Sema Karakaş		
16:15–16.30	Pelvik ve Paraaortik Lenf Adenektomi: Teknik ve Komplikasyonların Yönetimi İsa Aykut Özdemir		
16:30–16:45	Endometrium Kanseriinde Sentinel Lenf Nodu Konsepti İlker Kahramanoğlu		
16:45–17:00	Robotik Cerrahinin Jinekolojik Onkolojideki Yeri Gökhan Demirayak		
17:00–17:15	Over Kanseriinde Sitoredüktif Cerrahi Polat Dursun		
17:15–17:30	HPV Aşılarında Güncel Durum Özlem Moraloğlu Tekin		
21 Nisan 2024 Pazar			
	1. OTURUM Obstetrik Hemoraji ve Cerrahi Yönetimi Oturum Başkanları: İsmail Özdemir, Ali Acar, Serpil Aydoğmuş		
08:30–08:50	Plasenta Akreata Spektrumu: Cerrahi Optimizasyonu ve Histerektomi Kararı Teksin Çırpan		
08:50–09:10	Plasenta Perkreatada Uterus Koruyucu Cerrahi ve Skar Gebelikler: Dün, Bugün, Yarın İsmail Özdemir		

“1. Uluslararası Jinekolojik ve Obstetrik Cerrahi Kongresi”

09:10–09:30	Atoni Kanaması Cerrahi Yönetimi Ali Acar	
	2. OTURUM Obstetrik Hemoraji ve Cerrahi Yönetimi Oturum Başkanları: Talip Gül, Esra Esin Büyükbayrak, Murat Muhcu	
09:30–09:45	Atoni Kanamasına Medikal Yaklaşım Münip Akalın	
09:45–10:00	Plasenta İnvazyon Anomalilerinde Uterus Koruyucu Cerrahiye Farklı Bir Bakış Ahmet Yalınkaya	SALON B
10:00–10:15	Plasenta Anomalilerine Jinekolojik Onkoloji Penceresinden Bakış Mine Dağgez	
10:15–10:30	Konjenital Anomalilerde ve Kanser Cerrahisinde Vajina Rekonstrüksiyon Ameliyatları Özgür Harmanlı	
10:30–11:00	Uydu Sempozyumu Her Kadın Farklıdır; Kişiye Özel Kontraseptif Seçeneği Ali Akdemir Oturum Başkanı: İsmail Mete İtil	10:00-11:30 Sentinel Nod-Jinekolojide ICG Kullanımı Kursu Levent Yaşar, İsa Aykut Özdemir <i>(Kurs detayları için tıklayınız)</i>
	3. OTURUM Myom Cerrahisi, Minimal İnvaziv Teknikler Oturum Başkanları: Metin İngeç, Niyazi Tuğ, Emre Mat	
11:00–11:15	Laparoskopik Myomektomi: Düşünüldüğü Kadar Zor Mu? Açık Cerrahi ile Karşılaştırılması Baki Şentürk	
11:15–11:30	Histeroskopik Myomektomi: Hasta Seçiminde Önemli Noktalar ve Ameliyat	

“1. Uluslararası Jinekolojik ve Obstetrik Cerrahi Kongresi”

	Tekniği Işık Kaban	
11:30–11:45	İnfertil Hastalarda Myomektomi Yeşim Bayoğlu Tekin	
11:45–12:00	Vajinal Myomektominin Uygulanabilirliği ve Güvenliği Hanifi Şahin	
12:00–12:15	Sezaryen Myomektomi Miraç Özalp	
12:15–12:30	Tartışma	
12:30–13:30	Öğle yemeği	
	4. OTURUM Jinekolojide Kozmetik ve Rekonstrüktif Prosedürler Oturma Başkanları: Kadir Savan, Resul Karakuş, Semra Kayataş Eser	
13:30–13:45	Vulvar ve Vajinal Lazer Uygulamaları Mustafa Behram	
13:45–14:00	Kozmetik Jinekolojide İp Askı Uygulamaları Murat Yassa	
14:15–14:45	Uydu Sempozyumu Vajinitte Güncel Yaklaşımlar Çetin Kılıççı Oturma Başkanı: Hamdi İnan	
14:45–15:00	Kahve Molası	
	5. OTURUM Jinekolojide Kozmetik ve Rekonstrüktif Prosedürler Oturma Başkanları: İsmail Özdemir, Resul Karakuş	
15:00–15:15	Postpartum Kanamanın Yönetimi için Yenilikçi İntrauterin Hemostatik Tamponad Çözümü-Klinik Deneyimlerimiz Henrich Wolfgang (Online)	
15:15–15:30	Labioplasti ve Hudoplasti, Teknik ve Komplikasyonların Yönetimi Osman Temizkan	
15:30–15:45	Venüs Tepesi Estetiği ve Labiyum Majus Redüksiyonu Ali Doğukan Angın	
15:45–16:00	Genital Estetik ve Fonksiyonel Uygulamalara Genel Bakış Süleyman Eserdağ	
16:00–16:15	Genital Bölgeye Otolog Yağ Transferi ve Kök Hücre Tedavileri Özgür Ağlamış	
16:15–16:30	Tartışma ve Kapanış	

19 Nisan 2024, Cuma Oturum Başkanları: Ayşe Rabia Şenkaya, Sercan Kantarcı 13:30 - 15:30		
S-01	Sezaryen Sonrası Görülen Skar Endometriozis	Serhat Ege
S-02	Genç erişkinde ileri evre serviks kanserinin patogenezi, nadir izlenen bir olguda ki yaklaşım	Ferah Kazancı
S-03	Laparoskopik non komünikan rudimenter uterin horn eksizyonu	Emre Göktürk Çelik
S-04	Plasenta Akreata Spektrumu: Uterus Koruyucu Cerrahi	Deniz Balsak
S-05	Transferi Yapılamayan Ivf Hastasında Spontan Ektopik Gebelik Vakası	Ayşe Betül Albayrak Denizli
S-06	Sezaryenin obstetrik olmayan nadir bir endikasyonu: Gebeliğe bağlı geçici kalça osteoporozu	Benil Nesli Ata
S-07	Presentation of a novel Marking Gadgets for Female Genital Aesthetic Surgery (Freya Approach)	Erhan Okuyan
S-08	Kadın Kozmetik Jinekolojik Cerrahisi için Freya Uygulaması ve VR entegreli Gözlük	Erhan Okuyan
S-09	İzole Endometrial polip olgularında CA-125 düzeyleri	Ferhat Çetin
S-10	Tekrarlayan Düşükleri ve Myom Öyküsü Olan Kadında Eş Zamanlı Olarak Yapılan Laparoskopik Serklaj ve Laparoskopik Myomektomi Vakası	Berk Güzelbakan
S-11	Septik şok tablosu ile başvuran berrak hücreli ovaryan karsinomlu hasta	Deniz Denizci
S-12	İntravenöz Leiomyomatozis: Olgu Sunum	Zehra Pınar Cengiz
S-13	Multiorgan Yetmezliğine Giden Postpartum Kanama Olgus	Zuhal Dinç
S-15	Mesane Endometriozisi: Olgu Sunumu	Sema Rumeysa Bilici
S-16	inguinal endometriozis	Hayat Terkan
S-17	Komplet mol Ve Canlı Fetusun Birlikte Bulunduğu İkiz Gebelik: Vaka Sunumu	Terlan Selin Kotan
S-18	Küçük İstmoselli Obez Hastalarda Cerrahiye Alternatif Tedavi Seçeneği: Levonorgestrel Salgılayan Rahim İçi Araç	Fatma Ketenci Gencer
S-19	Aesthetic Evolution: Tracing the History of Vaginal Aesthetics	Erol Karakaş
S-20	Antiprolapsus Cerrahilerine Yeni Bir Perspektif: V-Notes Yüksek Uterosakral Plikasyon	Reyhan Ulus Durakoğlu
S-21	Uterokutanöz Fistül Vakasına Cerrahi Yaklaşım	Enes Saraç
S-22	Abort Materyalinde İnsidental Hgsıl Tanısı Alan Hastanın Preterm Doğum ile Sonuçlanan Gebelik Olgus	Beyzanur Kahyaoğlu
S-23	Preeklampsi tanısıyla gelen hastada subaraknoidal kanama olgusu	Pusta Naghiyeva
S-71	Laparoskopik Histerektomi ve Sakrokolpopeksi Sonrası Cuff Perforasyonu ve İncebarsak Eviserasyonu	İsmail Sağ

“1. Uluslararası Jinekolojik ve Obstetrik Cerrahi Kongresi”

S-73	Kadın Sünneti Olgu Sunumu	Turan Şahin
------	---------------------------	-------------

20 Nisan 2024, Cumartesi Oturum Başkanları: Behzat Can, Alaattin Karabulut 10:00 - 12:00			
S-24	Nadir görülen bir ovarian ektopik gebelik mi? Ya da tubal ektopik aborta eşlik eden ovarian kist rüptürü mü?	Sahra Kara	Sultan

“1. Uluslararası Jinekolojik ve Obstetrik Cerrahi Kongresi”

S-25	D Vitamini Düzeyinin Perinatal Sonuçlara Etkisi	Çağlasu Sancaktar
S-26	Gebeliğin Nadir Görülen Bir Komplikasyonu Hyperreactio Luteinalis Olgu Serisi	Gözde Öztürk
S-27	Servikal Stenozlu, Postmenopozal Hastaya Non-Touch Operatif Histeroskopi ile Polipektomi: Video Sunum	Cihan Bademkiran
S-28	Birinci Trimester Maternal Tiroid Otoimmün Antikorları ile Gestasyonel Diyabet İlişkisi	Can Ata
S-29	Desensus Uteri Saptanan Gebede Bilateral Hidronefroz: Olgu sunumu	Can Ata
S-30	Fetal Distresin Nadir Görülen Bir Nedeni: Uterin Torsiyon	Batuhan Bulut
S-31	Total Situs İnversuslu Orta Yaşlı Kadında Uterin Serviksin Rhabdomyosarkomu, Case Report	Aybüke Bulut
S-32	Laparoskopik Sezaryen Skar Gebelik Eksizyonu	Gülhan Özüm
S-33	Tuboovarian Apse Yönetiminde Cerrahi Tedavinin Yeri: Retrospektif Klinik Çalışma	Gülhan Özüm
S-34	V Notes İle Histerektomi.(Hsıl Nedeniyle Leep Yapılan Hasta)	Serhat Ege
S-35	Tek porttan adneks cerrahisi	Sertaç Ayçiçek
S-36	Gebelikte Dev Over Kisti ve Aspirasyon	Aylin Özkahraman
S-37	Histerektomi Geçiren Postmenopozal Hastada Pelvik Kitle Ayırıcı Tanısındaki Patolojik Nedenler Arasında Bağırsak Dilatasyonu: Nadir Olgu Sunumu	Tural Ismayılov
S-38	Video eşliğinde olgu sunumu :Rekürrent POP’nun vaginal asiste laparoskopik histerektomi ve modifiye lateral süspansiyonla tedavisi	Sertaç Ayçiçek
S-39	32 Yıllık RİA Olgusu: RİA Kullanımı ve Komplikasyonları	Simge Kilis
S-40	Laparoskopik Histerektomi Sonrasında , Üreter Hasarına Erken Dönem Yaklaşım	Çağatay Kaya
S-41	Sigmoid Kolon Mezosunda Kayıp Ria : Nadir Bir Olgu	Fatma Zehra Kurnuç
S-42	İnfertil Hastada Transvaginal Oosit Toplanması (OPU) Sonrası Gelişen Üreterovezikal Bileşke Proksimalinde Periüreteryal Abse Fistül Formasyonu: Nadir Olgu Sunumu	Tural Ismayılov
S-43	Nadir görülen kısa kosta polidaktili sendromu olgu sunumu	Sümeyye Demirkıran
S-44	İlk Trimesterde Saptanan Nadir Görülen Bir Anomali:İzole Alobar Haloprozensefali	Fatma Zehra Kurnuç
S-45	Sancılı Eski Sezaryen Vakasında İnsidental Saptanan Plasenta Akkreta ve Rudimenter Horn:Olgu Sunumu	Muhammed Kutluhan Azman
S-46	Üçüncü Trimestırda Adneksiyal Torsiyon: Olgu Sunumu	Bilgesu Çetinel Kaygun
S-74	Cilt Altı Parazitik Leiomyom	Doğan Emre

“1. Uluslararası Jinekolojik ve Obstetrik Cerrahi Kongresi”

S-75	Gebelikte aneminin neden olduğu kan transfüzyonunu azaltabilir miyiz? Retrospektif gözlemsel çalışma	Nurşen Kurtoğlu
------	--	-----------------

20 Nisan 2024, Cumartesi Oturum Başkanları: İbrahim Karaca, Gökay Özçeltik 14:00 - 16:00		
S-47	1. Trimester Spontan Uterin Rüptür	Doruk Doğan
S-48	Acil Mükerrer Sezaryen Vakasında Geç Tanınan Mesane Yarılanması	Merve Cumaoğlu
S-49	Alt Ekstremitte Anomalileri ile Birlikte Fibular Hemimeli: Vaka Sunumu	Berfin Su Köse Özdemir

“1. Uluslararası Jinekolojik ve Obstetrik Cerrahi Kongresi”

S-50	Chitosan kaplı tamponun sepsise sekonder dissemine intravasküler koagülasyon ve çoklu organ yetmezliği bulguları gösteren post-operatif hastada açık yara tedavisinde kullanımı	Doruk Cevdi Katlan
S-51	Nadir Bir Olgu Eşliğinde Literatür Derlemesi; Servikal Endometriozis	Tuğba Gül Yılmaz
S-52	Nadir Görülen Bir Olgu Olarak Paraziter Myomu Taklit Eden Pedinküllü Myom Vaka Sunumu	Muhammed Kutluhan Azman
S-53	Ovarian Ektopik Gebelik: Vaka Sunumu	Meriç Dağistan
S-54	Endometrium Kanseri Olgularında Klinik ve Histopatolojinin Birlikte Değerlendirilmesini Önemi: Suction Küretaj ile Keskin Küret Arasında Duyarlılık Açısından Fark Var Mıdır?	Mustafa Çetin
S-55	Nadir Bir Olgu Cephalothoracopagus Janiceps Disymmetros	Hümeysra Elif Ateş Eminoğlu
S-56	Kliniğimizdeki Genç Hasta grubunda Dev Ovarian Kitlelerde Yönetim	Neşe Hayırlıoğlu
S-57	Virgo Hastaya Operatif Histeroskopi ile Myomektomi	Mesut Ali Halışçelik
S-58	Sezaryen Operasyonu Sonrası Gelişen Nadir Bir Komplikasyon Uterokütanöz Fistül: Olgu Sunumu	Alper Solmaz
S-59	Yenidoğanda derinin fokal veya yaygın yokluğu ile karakterize, nadir, heterojen bir konjenital bozukluk grubu: Aplasia kutis konjenita (ACC) Olgu bildirimi	Aycan Siki
S-61	Serviksi Perfore Eden RİA İpi: Olgusu Sunumu	Barış Çıplak
S-62	Benign Endikasyonlu Laparoskopik Histerektomi Sonrası Sistoskopide Üreteral Akımın Olmamasıyla Saptanan Konjenital Renal Agenezi	Tuğkan Duran
S-63	Sezaryen Sonrası Normal Doğum Yapan Hastada Uterin Rüptür	Nilsu Özaslan
S-64	Uterin Rüptür : 15 Hafta Nonkominikan Uterin Horn Gebelik	Ömer Faruk Bayraktar
S-65	Parazitik Vaginal Myomları Olan Hastaya Yapılan Histerektomi Sonrası Paravaginal Myom Eksizyonu	Funda Genç
S-66	İnterstisyel gebeliğin cerrahi yönetimi,vaka sunumu ve literatürün gözden geçirilmesi	Didem Sezen
S-67	16 Hafta Gebelik Esnasında Rastlanan Adneksiyel Kitleye Yaklaşım	Rumeysa Nur Çağırın
S-68	Cilt Altı Parazitik Leiomyom	Doğan Emre
S-69	Round Ligaman Leiomyomu:Vaka Sunumu	Mehmet Bölükbaşı
S-70	Plasenta Inkreata Olgusunda Parsiyel Segmentektomi ile Uterus Koruyucu Yaklaşım	Ezgi Yıldız
S-76	Komplet androjen duyarsızlık sendromlu dört kız kardeş: Olgu sunumu	Dilek Tektaş
S-77	Adölesan Gebeliklerde Abort İndüksiyonu: Asetik Asitin Misoprostol Üzerine Etkisi	Gülşen Yanıçlı

• ***SÖZEL BİLDİRİLER***

S-01 Sezaryen Sonrası Görülen Skar Endometriozis

Serhat Ege¹

1 Dicle Üniversitesi

ÖZET Sezaryen sonrası görülen skar endometriozis: Olgu sunumu Amaç: Endometriozis; overyan hormonların uyarısıyla fonksiyonel endometrial gland ve stromal dokunun uterin kavite dışında bulunmasıdır. En sık görülen semptomlar abdominopelvik ağrı, dismenore, disparoni, menstrüel düzensizlik ve infertilitedir. Sıklıkla pelvik endometriozis şeklinde görülse de ekstrapelvik olarak skar dokularında, göz, akciğer, umbilikus, safra kesesi, karaciğer, cilt ve karın duvarında da yerleşebilirler. Burada sezaryen sonrası gelişen bir skar endometriosisi olgusunu sunduk. Olgu: Daha önce 3 sezeryan öyküsü olan 27 yaşında kadın hasta yara yerinde kronik ağrı ve ele gelen kitle şikayetleriyle başvurdu. Abdominal ultrasonografi ve manyetik rezonans görüntüleme artmış damarlanma gösteren heterojen kitleyi gösterdi. Kitle cerrahi olarak çıkarıldı, örnek patolojiye gönderildi, endometriosis olarak raporlandı. Tartışma: Özellikle geçirilmiş operasyon öyküsü olan hastaların insizyon hatlarına yakın yerleşimli kitlelerinin değerlendirilmesinde; menstrüel dönemlerinde artan ağrı yakınmaları olup olmadığı sorgulanmalı ve endometriozis akla getirilmelidir. Enzim replasman tedavisinin yürüme fonksiyonunu kaybetmeden başlanması önemlidir.

Anahtar Kelimeler: Endometriozis, sezaryen, skar

S-02 Genç Erişkinde İleri Evre Serviks Kanserinin Patogenezi, Nadir İzlenen Bir Olguda Ki Yaklaşım

Ferah Kazancı¹, Ferhat Karademir²

1 Necip Fazıl Şehir Hastanesi

2 Acıbadem Üniversitesi Tıp Fakültesi

Giriş: HPV enfeksiyonu, erken ilk coitus yaşı genç yaşta izlenen serviks kanseri(Cx Ca)’nin riskini artıran en önemli faktördür. Genç adolesan yaşta tesbit edilen ileri evre Cx Ca olgusunu sunacağız. Olgu: 24 yaşında, G:0, P:0, yaklaşık 3-4 aydır devam eden adet dışı kanama, kötü kokulu kanlı akıntı şikayeti ile başvurdu. Özgeçmişinde,ilk coitus yaşı 18, 7 yıl sigara kullanımı mevcuttu, yaklaşık 2-3 yıl düzensiz oral kontroseptif kullanımı mevcuttu. Pelvik muayenesinde servikste yaklaşık 5-6 cm boyutunda nekrotik, düzensiz kanamalı kitle, parametriumlar fixe idi. Genel anestezi altında yapılan biyopsi sonucu; keratinize tip, orta derece diferansiye skuamöz hücreli karsinom idi. MR’da; serviksde 5,5 cm kitle, kontrastlanma tutan kitle saptandı. PET CT’de; serviksde yoğun FDG tutulumu gösteren(SUV max:24.20), aksiyel düzlemde 60x54 mm, kraniokaudal 57mm boyutta hipermetabolik kitle ve bilateral iliyak bifurkasyonda ve sol eksternal iliyak zincirde artmış FDG (SUV max:5.88) büyüğü 22x16 mm boyutta hipermetabolik lenf nodları izlendi. HPV tip 16 ve yüksek riskli diğer genotiplerle enfeksiyonu mevcuttu. Overiopeksi yapıldıktan sonra KT+RT+BT yapıldı. Tedavisinin 4. ayında MR’da lezyonun tamamen fibrotik veya nekrotik hale geldiği ve diffüzyon kısıtlılığı izlenmedi. Tartışma: SEER veri tabanına göre, Cx Ca insidansı 20-24 yaşlarında insidansı 100.000’de 1,5’dir ve genç popülasyonda sık izlenir (3,4). Servikste ki hafif displastik değişikliklerden, ciddi displaziye bile ilerleme riski yılda yalnızca %1 olduğu yönündeki klasik bilgi göz önüne alındığında, genç kadınlarda ilerlemiş hastalık gelişmesi olasılık dışı görünmektedir(5). Genç kadınların çoğu, cinsel olarak aktif hale geldikten sonraki birkaç yıl içinde HPV ile enfekte oluyor, ancak HPV enfeksiyonunun başlangıcı ile kanserin gelişimi arasındaki uzun yıllar gerekmektedir. İlk coitusun erken yaşta olması, sigara ve oral kontroseptif kullanımı ile yüksek dereceli lezyonlar(HSIL) ve/veya Cx Ca risk artışı ile birlikte olup, HPV enfeksiyonu riskinin artmasıyla ilişkilendirilmiştir(7). HPV enfeksiyonu özellikle genç adult döneminde olgunlaşmamış servikste persistan enfeksiyonlarına duyarlı yapmakta ve dolayısıyla kanser gelişimi açısından daha büyük bir risk oluşturan biyolojik yatkınlığa neden olmaktadır. Olgumuzda ilk coit yaşı 18 olup, sigara ve HPV enfeksiyon gibi risk faktörlerini taşımaktadır. Sigara içmek HPV enfeksiyonunu yeniden aktive ederek patogeneze katkıda bulunabilir. Servikal epitelin transformasyon bölgesi, HPV enfeksiyonun kolay yerleştiği ve kansere eğiliminin olduğu bölgedir(8). Östrojenle uyarılan bu metaplastik dönüşüm, HPV varlığında meydana geldiğinde, hücre döğüsüne etkiler ve bu da neoplastik değişikliklere neden olur. Sonuç: Genç yaşta ileri evrede Cx Ca nadir olup, patogenezinde HPV, sigara, erken ilk coitus yaşı gibi risk faktörlerinin yanısıra genetik değişikliklerin rolü bulunmaktadır.

Anahtar Kelimeler: Serviks ca, HPV, patogeneze, genç erişkin

S-03 Laparoskopik Non Komünikan Rudimenter Uterin Horn Eksizyonu

Emre Göktürk Çelik¹, Murat Ekin¹

1 Sbü Bakırköy Dr.Sadi Konuk Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Özet Arka plan: Müllerian kanal anomalileri, kadın üreme sisteminin doğuştan gelen malformasyonları olup çeşitli tiplere sahip olabilir. Onlarca yıldır Amerikan Üreme Tıp Derneği'ne göre sınıflandırılmışlar ve unicornuate uterus malformasyonlarını ikinci alt grup olarak belirtmiştir. Bunlar, Müllerian kanallarının birinin gelişiminin durması sonucu ortaya çıkar ve yaklaşık olarak her 1000 kadında bir görülür. Bu anomaliler genellikle ikinci on yılda teşhis edilir, çünkü gençlik çağına kadar genellikle belirti göstermezler ve başlangıç belirtileri değişebilir. Hastalar genellikle dismenore, infertilite ve kronik veya akut karın ağrısı gibi semptomlarla başvururlar. Vaka sunumu: 24 yaşında P0 cinsel aktif 2 yıldır evli bir hasta.1 yıldır kasık ağrısı şikayeti yaşamakta. Kronik hastalık, kullanılan ilacı yok.Aile öyküsü bulunmamakta.Geçirilmiş operasyon lomber disk hernisi.Transvajinal ultrason ve pelvis manyetik rezonans ve histerosalpingografi görüntülemesinde Müllerian kanal anomalisi olarak bir rudimental uterin horn bulunuyordu. Sol tüpün yapılan laparoskopide serviksten metilen mavisi verildikten sonra kapalı olduğu ve rudimental uterus boynu veya yapısıyla bağlantısı olmadığı görüldü. Rudimenter horn eksize edildi.Serozal yüzler intrakorporeal sütüre edildi. Sonuç: Jinekologlar, karın ağrısı olan genç hastalarda her zaman Müllerian anomalileri önemli bir ayırıcı tanı olarak düşünmelidir. Video sunum şeklinde yapılacaktır

Anahtar Kelimeler: Müllerian anomaliler, rudimenter uterin horn, laparoskopik eksizyon

S-04 Plasenta Akreata Spektrumu: Uterus Koruyucu Cerrahi

Fatma Zehra Kurnuç¹, Sinem Kılıç¹, Nimet Günce Babacan¹, Pelin Oyardı¹, **Deniz Balsak**²

1 Siirt Eğitim Araştırma Hastanesi

2 Siirt Üniversitesi Tıp Fakültesi

Plasenta akreata, inkreta ve perkretayı içeren plasenta akreata spektrumu (PAS), anormal bir plasental invazyonu tanımlar. PAS, mesane, üreter ve bağırsak gibi komşu organların artmış mortalite ve morbidite ve yaralanması ile ilişkilidir. . Uygun hastalarda uterus koruyucu cerrahi yapılabilmektedir. Öncesinde büyük damarların oblitere edilmesi kanamayı minimize etmektedir. PAS hastalarında cerrahi sonrası bakri balon tamponadın uygulanması alt segment kanama kontrolünde etkili olabilmektedir. Uterusu koruduğumuz PAS vakasını Video olarak sunup, cerrahi basamaklarını göstermeyi amaçladık.

Anahtar Kelimeler: PLASENTA AKREATA, BAKRİ BALON TAMPONAD, UTERİN ARTER BAĞLANMASI

S-05 Transferi Yapılamayan Ivf Hastasında Spontan Ektopik Gebelik Vakası

Ayşe Betül Albayrak Denizli¹, **Aybüke Fatma Dirgen Yakar¹**

1 Sbü Zeynep Kamil Kadın Ve Çocuk Hastalıkları Eğitim Ve Araştırma Hastanesi

IVF hastalarının önemli bir kısmını düşük ovaryan rezerv hastaları oluşturmaktadır. Bu hasta grubunda FSH yüksekliği, düşük antimüllerian hormon (AMH) düzeyi ve antral follikül sayısının az olması IVF başarısını olumsuz etkiler (1). Dolayısı ile oosit pickup (OPU) sırasında yeterli oosit toplanması ve embriyolojik değerlendirme sırasında toplanan oositlerin kalitesinin değerlendirilmesi başarıyı etkileyen en önemli etmenlerdir. Stimülasyon sonrası toplanan oosit sayısını arttıracak adjuvan tedaviler sıkça çalışılmakta ve IVF ile ilgilenen hekimlerin ilgi odağı olmaktadır (2,3). 36 yaşında bir adet anembriyonik gebelik öyküsü bulunan kadın hasta düşük ovaryan rezerv (AMH: 0.9) nedeniyle dış merkezde IVF planlanarak tedavisi düzenlenmiştir. OPU sırasında 5 adet oosit toplanmış ancak transfer için uygun embriyo gelişmemiştir. Haliyle transferi yapılamayan hasta OPU'dan 20 gün sonra şiddetli karın ağrısı ile acilimize başvurdu. Hastanın transvajinal ultrasonda batında yaygın mayi izlendi ve bhcg sonucu 900 geldi. Hastaya yatış verilerek laparoskopi planlandı. Operasyonda sağ tubada ektopik odak izlendi ve batında 500 cc hemorajik mayi ve yaygın koagulum izlendi. Sağ salpenjektomi ve batin irrigasyonu sonrası operasyona son verilmiştir. Postoperatif 1.gün dreninden 100 cc serohemorajik gelmesi üzerine dren çıkarılarak hasta sağlıklı taburcu edilmiştir. Düşük ovaryan rezerv, IVF başarısızlığının önemli nedenlerinden birini oluşturmaktadır. Bununla birlikte hekimlerde de bu hasta grubu için spontan gebelik beklentisi oldukça düşüktür. Her ne kadar transfer sonrası ektopik gebelik sıklığı artmış olsa bile transferi yapılamayan hastada spontan ektopik gebelik gelişmesi oldukça nadirdir. Bu vaka ile her hastanın kendine özgü değerlendirilmesi ne kadar kıymetli olsa da standart tanı basamaklarını atlamamanın da önemini anlamaktayız.

Anahtar Kelimeler: Düşük ovaryan rezerv , ektopik gebelik, in-vitro fertilizasyon

S-06 Sezaryenin Obstetrik Olmayan Nadir Bir Endikasyonu: Gebeliğe Bağlı Geçici Kalça Osteoporozu

Benil Nesli Ata¹

1 İzmir Şehir Hastanesi

Gebeliğe bağlı geçici kalça osteoporozu, kasık bölgesi, uyluk ön kısmı ve kalçada ani ağrı ile kendini gösteren nadir bir durumdur. Kemik iliği ödemiyle ilişkili, iyi huylu ve çoğu durumda kendi kendini sınırlayan bir hastalıktır. Gebeliğin üçüncü trimesterinde veya doğum sonrası dönemde daha az sıklıkla görülür. Kalça hareketleri genellikle ağrı nedeniyle kısıtlanır ve sıklıkla sezaryenle doğum için obstetrik olmayan bir endikasyondur. Bu vaka sunumunda, ilk gebeliğinin 36. gebelik haftasında sağ kalça ağrısının kötüleşmesi nedeniyle hastaneye başvuran 32 yaşındaki bir hastadan bahsedilecektir. Altı haftadır giderek artan sağ kalça ağrısı şikayeti olan hasta, hareket kısıtlılığının artması nedeniyle polikliniğimize başvurdu. Travma öyküsü olmayan hastada, parasetamol kullanmak ve sıcak paket uygulamasından fayda görmemişti. Hiçbir enfeksiyöz semptomu yoktu ve bağırsak veya mesane semptomu tariflemiyordu. Muayenede sağ kalçasında palpasyonla hafif hassasiyet olduğu ve kalça fleksiyonunda ağrıya bağlı olarak hareket açıklığında belirgin azalma olduğu görüldü. Bel ve sakroiliak eklem muayenesi normaldi. İnflamatuvar belirteçleri negatif, D vitamini ve serum kalsiyum seviyesi normaldi, bunların dışında bakılan rutin biyokimyasında özellik yoktu. Obstetrik ultrason taramasında biyofizik profili normaldi. Hastanın pelvis ve kalçasının manyetik rezonans görüntülemesinde femur başında heterojen kemik iliği ödemi görüldü. Kemik iliği ödemi femur boynu ve intertrokanterik bölgeye uzanıyordu. Hastaya kalça eklemine yük vermemesi önerildi. Azalmış eklem hareket açıklığının yanı sıra vajinal doğum denemesiyle ilişkili varsayılan ek kırık riski göz önüne alındığında, hastayla birlikte sezaryen lehine bir karar verilerek 37. gebelik haftasında komplikasyonsuz elektif sezaryen operasyonu uygulandı. Hasta emzirdiği için ek ilaç kullanamadı. Hastaya düşük doz ultrason ve sıcak paket uygulamasını içeren 10 seans fizik tedavi programı uygulandı. Altıncı ay kontrolünde klinik olarak ağrısında belirgin azalma olan hastanın kalça eklem hareket açıklıkları normal sınırlardaydı. Çekilen kontrol MRG de kalça osteoporozuna ait bulguların tamamen düzeldiği görüldü. Sonuç olarak, gebelikte bel ve kalça ağrısı şikayetiyle gelen hastalarda gebeliğe bağlı geçici kalça osteoporozu ayırıcı tanıda düşünülmelidir. Tanı açısından en uygun görüntüleme yöntemi olarak MRG'nin önemli bir yeri olup, tedavide konservatif tedavi ve fizik tedaviye iyi yanıt alınmaktadır.

Anahtar Kelimeler: gebeliğe bağlı geçici kalça osteoporozu, gebelik, obstetri ve jinekoloji

S-07 Presentation Of A Novel Marking Gadgets For Female Genital Aesthetic Surgery

(Freya Approach)

Erhan Okuyan¹, Nurullah Peker²

1 Batman Eğitim ve Araştırma Hastanesi

2 Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi

İnsan bedeni ve güzellik algısının değişmesiyle birlikte estetik cerrahi önemli bir alan haline gelmiştir. Bu dönemin büyük bir kısmında genital estetik cerrahisi geri planda kalmış, ancak özellikle son yirmi yılda talep ve ameliyat sayıları artmıştır. Bu bakış açısından yola çıkarak, genital estetik cerrahide dış kadın genital bölgesinin işaretlenmesi için bir etiket modeli tanımladık. Altın oran kavramından esinlendiğimiz ve Fibonacci Spiral şeklini kullandığımız çıkartma aracımızın amacı, dış genital organların oranlarını bir bütün olarak değerlendirmek ve standart oranlarla kişiye özgü bir ameliyat sonrası görünüm oluşturmaktır.

Anahtar Kelimeler: Altın oran, Freya Perfection, Manuel spray işaretleme

S-08 Kadın Kozmetik Jinekolojik Cerrahisi İçin Freya Uygulaması ve Vr Entegreli Gözlük

Erhan Okuyan¹, Nurullah Peker ²

1 Batman Eğitim ve Araştırma Hastanesi

2 Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi

Amaç: Bu tıbbi yenilik, kadın kozmetik jinekolojik cerrahisine yönelik yeni bir cerrahi yaklaşım ve cerrahi öncesi ve sonrası bilgileri desteklemek için VR entegre bir mobil uygulama ortaya koymaktadır. **Yöntem:** Freya uygulamasının Ulusal ve uluslararası (Patent Cooperaiton Treaty) patent başvuruları yapılmış olan (Türk Patent ve Marka Kurumu Patent ID numarası: 2023-GE-698258) Freya uygulaması ve entegre VR tabanlı gözlüklerin tanıtımı. **Bulgular:** Dünya çapında kadın kozmetik jinekolojik cerrahisi için tahmini pazar - Mevcut: 2,5 Milyar dolar - 2025 yılına kadar beklenen büyüme: 4 Milyar dolar **Sonuç:** Bu yenilik, hasta danışmanlığından başlayarak ameliyat sonrası bakım ve takibe kadar kadın genital kozmetik jinekolojik cerrahisinin her aşamasında kapsamlı ve sorunsuz hasta bakımı sağlamaya odaklanmaktadır.

Anahtar Kelimeler: Medikal İnnovasyon, Sanal Gerçeklik, Uygulama

S-09 İzole Endometrial Polip Olgularında Ca-125 Düzeyleri

Ferhat Çetin¹

1 Özel Osmaniye Park Hastanesi

Amaç: Jinekolojik değerlendirme sonucunda izole endometrial polip izlenen ve rezeksiyon sonrası benign endometrial polip tanılı olgular ile rutin jinekolojik bakısında patoloji izlenmeyen kontrol grubunun CA-125 değerleri açısından karşılaştırılması amaçlanmıştır. **Yöntem:** 2019-2024 yılları arasında jinekolojik şikayetler nedeniyle değerlendirilen ve endometrial polip tanısıyla histeroskopik rezeksiyon yapılarak histopatolojik olarak endometrial benign polip tanısı konulan 72 ve endometriumu normal 78 olgunun Ca-125 değerleri açısından karşılaştırılması yapılmıştır. Olguların dosyaları retrospektik olarak lokal etik kuruldan onay alındıktan sonra incelenmiştir. Tüm olguların yaş, gravida, parite, eğitim durumu, hgh değerleri, ek hastalıkları, operasyon öyküleri, başvuru şikayetleri, endometrial polip ve boyutları, Ca-125 düzeyleri incelendi. **Bulgular:** Endometrial polip tanılı olguların yaş ortalaması 33.2 ± 6.1 ve normal olan grupta ise 31.9 ± 7.6 olarak ve BMI açısından bakıldığında ise, polip olgularında $28.25(17.9-38.9)$ ve normal olan grupta ise $25.6(16.8-43.3)$ olarak izlendi. Hem yaş hemde BMI açısından iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık izlenmedi. Gebelik ve parite açısından bakıldığında ise; endometrial polip grubunda gravida ortalaması $2(0-10)$ parite grubunda ise $1(0-9)$ iken, endometrium normal olan grupta ise gravida ortalaması $3(0-9)$ ve parite $2(0-8)$ arasında olup iki grup arasında anlamlı istatistiki farklılık izlendi (p değerleri sırasıyla $p < 0.001$ ve $p: 0.006$). Çalışmamızın ana amacı olan Ca-125 karşılaştırılması açısından bakıldığında ise endometrial polip olan grupta Ca-125 ortalama değeri $22.8(10.5-79.8)$ ve endometriumu normal olan grupta ise $30.1(10.1-87.7)$ olduğu ve endometrium normal olan grupta Ca-125 değerlerinin daha yüksek olduğu ancak bu durumun istatistiksel olarak anlamlı farklılık olmadığını görüyoruz. Endometrium normal olan grupta Ca-125 değerinin endometrial polip olan gruba göre yüksek izlenmesinin nedeni olarak Ca-125 ayırıcı tanıda kullanılmasının duyarlılığının az olduğunu unutmamak gerektiği ve daha çok sayıda olguda çalışmaların yapılması gerektiği sonucuna varabiliriz. **Sonuç:** CA-125 epitelyal kökenli bir antijenik yapıda epitop molekül olup özellikle epitelyal tümörlerde yükselmektedir. Ancak benign endometrial polip benzeri lezyonlarda Ca-125 yüksekliği saptanmayabilir bu yüzden tüm olguların malign-benign açıdan klinik, histopatolojik ve laboratuvar verileriyle ayrıntılı olarak değerlendirilmesi önerilmelidir. **Anahtar Kelimeler:** Endometrial polip, Ca-125, Benign patoloji, Malign patoloji, İzole bulgu.

Anahtar Kelimeler: endometrial polip, ca125, iyi huylu patoloji, kötü huylu patoloji, izole bulgu

S-10 Tekrarlayan Düşükleri ve Myom Öyküsü Olan Kadında Eş Zamanlı Olarak Yapılan Laparoskopik Serklaj Ve Laparoskopik Myomektomi Vakası

Berk Güzelbakan¹, Sadık Şahin¹, Eralp Bulutlar¹

¹ Zeynep Kamil Kadın Hastalıkları ve Doğum Eah

34 yaşında G:3, P:0 , 3 abortu olan hasta, jinekoloji polikliniğine çocuk isteği ve kontrol amacıyla başvurdu. Yapılan muayene ve tetkiklerinde , fundal yerleşimli 6 cm çapında intramural myom nüvesi izlendi. Tekrarlayan düşüklerinin 6 . haftada, 14.haftada ve 15.haftada olduğu yapılan anamnezde anlaşıldı. Hastanın alınan anamnezinde kanamalarının eskiye nazaran arttığı gözlemlendi. Hastaya operasyon kararı verildi. Hasta operasyon hazırlıklarından sonra eş zamanlı olarak laparoskopik myomektomiye ve serklaja alındı. Operasyon Notu: Pelvis gözlendiğinde, fundal yerleşimli 6 cm çapındaki myoma monopolar koter yardımıyla ulaşıldı. Takiben myometriumla myom arasındaki alan grasper yardımıyla diseke edildi. Myom tamamıyla uterustan ayrıldıktan sonra 1.0 v-lock suturla suturasyon işlemi ve takiben kanama kontrolü yapıldı. Myomektomi işleminden sonra " Ethicon Mersineline Tape RS 22 5mmx40 cm " sutur materyalinin her iki iğne ucu tamamen düzleştirilerek sakrouterin ligamentin hemen yanından (posterior ilk geçiş) keskin geçişle daha önce diseke ettiğimiz vezikouterin alana ulaşıldı. Aynı işlem bilateral olarak tekrarlandıktan sonra mersilene anterior tarafta birbirine düğümlendi. Takiben periton 2.0 vicryl ile kapatıldı. Batın içindeki myom laparoskopik morselizasyon ile morsele edilmek suretiyle batın dışına alındı. Komplikasyon olmadan operasyona son verildi. (NOT : Operasyon videosu eklenememiştir. Bu bir video bildirisi olacağından taleplerinize göre video eklenebilir.)

Anahtar Kelimeler: Myom, Serklaj, Laparoskopi, Düşük

S-11 Septik Şok Tablosu Ile Başvuran Berrak Hücreli Ovaryan Karsinomlu Hasta

Deniz Denizci¹, Hasan Yavuz², Ayşe Doğru³, Elif Yelda Bayar⁴, Hülya Yavuz², Sadık Şahin⁵
Zeynep Kamil Women's and Children's Hospital

42 yaşında gravida 0 olan hasta; anormal uterin kanama ve karın ağrısı şikayetiyle pelvik kitle ön tanısıyla başvurdu. Yatışı yapılan hastanın tetkiklerinde lökosit:16.040/mm³ prokalsitonin : 0.4 ng/ml crp:321mg/l ateş: 38.2 °C gelmesi üzerine enfeksiyon hastalıkları konsültasyonunun önerisi ile tazosin 3*4.5gr başlandı. Hastaya MR planlandı; MR çekimi esnasında hastanın genel durumunun bozulması ,ateşinin 40 °C olması üzerine kan gazı ,rutinler istendi . Hastanın hipotansif seyretmesi üzerine hasta yoğun bakıma alındı .Hastanın hidrasyona rağmen tansiyonları 80/40 seyretmesi üzerine inotrop ajan (noradrenalin) infüzyonuna başlandı . Hastanın sabah görülen rutinlerinde crp:364mg/l proc : 97ng/ml olması üzerine hasta da septik şok tablosu düşünüldü. Acil laparotomi kararı verildi . göbek altı ve üstü median insizyon ile batına girildi. Eksplorasyonda tüm batını dolduran yaygın kötü kokulu apse materyali aspire edildi.Tüm visseral organların üzerinde yaygın membranöz püy formasyonu izlendi. Yaklaşık 25cm boyutlarında solid, fikse, sınırları düzensiz bağırsaklara yapışık ovaryan kitle izlendi. Bu esnada kitlenin spontan rüptüre olduğu saptandı. Kist içeriği endometrioma ve apse şeklinde olduğu görüldü .Total abdominal histerektomi bilateral salpingooferektomi yapıldı Kanama kontrolü esnasında mesane serozasında 3cmlik dehisans saptanması üzerine mesane serozası sütüre edildi.Frozena gönderilen kitlenin sonucu enfektif kist? Malign? Ayrım yapılamaz şeklinde yorumlandı .Bunun üzerine omentektomi yapıldı. Hasta inotrop ajan tedavisi ile yoğun bakımda takibe alındı hastanın yoğun bakımdaki takiplerinde hipotansif seyretmesi üzerine inotrop dozu artırıldı. Hasta yoğun bakım sürecinde meropenem ve teikoplanin antibiyoterapisi aldı . Hastanın MR'ı pelvik bölgede 22.5*21.5*12.5cm boyutlarda kistik lezyon olarak yorumlandı.Postop5.gününde rutinleri lökosit: 8.750/mm³ crp:87.41 mg/l prokalsitonin: 1.27ng/ml olan hasta servise takibe alındı .Postop 13. Gününde hastanın genel durumu iyi vitalleri stabil olması üzerine oral moksifloksasin ile taburculuğu planlandı . Hastanın nihai patoloji sonucu endometriozis zemininde gelişmiş ovaryan Berrak hücreli karsinom olarak rapor edildi(over+tuba), hasta medikal onkolojiye yönlendirildi.

Anahtar Kelimeler: Septik şok ,enfektif endometriozis,berrak hücreli karsinom

S-12 İntravenöz Leiomyomatozis : Olgu Sunumu

Zehra Pınar Cengiz¹, Özlem Akgül¹, Hakan Güraslan¹

1 Bağıcılar Eğitim ve Araştırma Hastanesi

GİRİŞ İntravenöz uterin leiomyomatöz nadir görülen bir düz kas neoplazmidir. Sıklıkla pelvik venlere ve inferior vena cava'ya yayılım gösterir. Uterin leiomyomatozis histolojik olarak iyi huylu bir patolojidir. Bu düz kas tümörü uterin leiomyomlardan köken alabileceği gibi uterin damar duvarından da kaynaklanabilir. OLGU 34 yaşında virgo, kist öyküsü sebebiyle takip edilen hasta poliklinik kontrolüne geldi. Yapılan jinekolojik muayenede uterus posteriordan başlayan anteriora doğru sağa kanalizasyon, bası ile formu değişen kaynağı net belli olmayan yaklaşık 10 cm boyutlarında kitlesel görünüm izlendi. Endometrium kalınlığı 11 mm, sağ overde 40x38 mm endometriozis ile uyumlu kistik yapı, sol adneksiyel alanda 41x32 mm kist ile uyumlu lezyon mevcuttu. Yapılan pelvik mr'ında sol overde 4 cm, sağ overde 5 cm çapında hemorajik içeriğe sahip kistik lezyonlar izlendi. Tümör markerları CA-125: 47, CA 15-3 : 22, CA 19-9: 9, biyokimya ALT: 127, AST: 91. Hastaya endometrioma ve solid alan içeren kitle ön tanısıyla diagnostik laparotomi uygulandı. Uterus ön yüzünde mesane ile birleşik yaklaşık 10 cm çapında içinde 4-5 cm solid kitle palpe edilen kistik kitle izlendi. Sağ overde yaklaşık 4 cm endometrioma mevcuttu. Kistektomi yapıldı. Anteriordaki kistik kitlenin sağ paravezikal boşluğa doğru büyümüş yaklaşık 10 cm çapında solid bir kitle ile devam ettiği izlendi. Kitle sağ paravezikal alandan çıkarıldı. Kitlenin yaklaşık 1-2 cm'lik sapla uterusun fundus sağ tarafına bağlı olduğu görüldü. Pelvik damarlarda polipoid tarzda çıkıntılar izlendi. Kitle buradan ayrıldıktan sonra patolojiye gönderildi. **SONUÇ** İntravenöz leiomyomatozis nadir görülen bir antite olup, lenfovasküler invazyon gösteren leiomyosarkom ve endometrial stromal sarkom ile klinik-patolojik ayırıcı tanıya girmesi açısından önem taşımaktadır. Histopatolojik açıdan benign fakat davranış biçimi malign olan bu tümörün tekrarlama riski yüksek olduğundan hastaların uzun süreli takibi önerilmektedir.

Anahtar Kelimeler: intravenöz leiomyomatozis, vena cava inferior, endometrioma

S-13 Multiorgan Yetmezliğine Giden Postpartum Kanama Olgusu

Zuhal Dinc¹, Gizem Boz İzceyhan¹

1 Sağlık Bilimleri Üniversitesi Zeynep Kamil Kadın ve Çocuk Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi

GİRİŞ Postpartum kanama (PPK) obstetrik acil bir durumdur, doğumların %1-3'ünde meydana geldiği bilinmektedir(1-3). Hem gelişmiş hem gelişmekte olan ülkelere anne ölümlerinin ilk beş nedeninden biridir. Zamanında tanı, uygun kaynakların bulunması ve uygun tedavi, ölümün ve ciddi anne hastalıklarının önlenmesinde kritik öneme sahiptir. OLGU SUNUMU T.K 33yaş, G2P0Ab1, 34hafta gebe acil servise tansiyon yüksekliği ve baş ağrısı şikayeti ile başvurdu. Hastanın geçirilmiş myomektomi öyküsü dışında özelliği yok. Ultrasonda uterusu en büyüğü 10 cm multiple myomlar izlendi. Hasta doğumhaneye ağır preeklampsi ön tanısı ile yatırıldı ve MgSO₄ yükleme ve idame tedavisine başlandı. Hastanın takiplerinde TA: 150/110 civarında seyretmesi, idrar renginin hematürik olması, hastanın preeklampsik yakınmalarının devam etmesi ve 6saat sonraki kontrol laboratuvar tetkiklerinde KCFT değerlerinin 2 katına çıkması sebebiyle sezaryen kararı verildi. Sezaryende uterus multiple myomatöz izlendi. Uterus insizyon hattında 6 adet myom, uterin insizyonu kapatabilmek için çıkarıldı. Hasta takip amaçlı yoğun bakıma transfer edildi. Hastaya operasyon esnasında kanama nedeniyle postoperatif dönemde toplam 4Ü ES, 6Ü TDP, 4Ü kriyopresipitat ve 3gr Fibrinojen takıldı. Takiplerinde saatlik idrar çıkışını 25cc/saatten az olması üzerine nefrolojiye danışılan hasta sekonder akut tubuler nekroz olarak değerlendirildi. Postoperatif 12.saatinde hemoglobin değerinde belirgin düşme ve batin içerisinde sıvı izlenmesi nedeniyle batin içi kanama düşünülerek hastaya relaparotomi kararı verildi. DIC tablosu ve akut böbrek yetmezliği nedeniyle ve uterusun ileri derecede myomatöz olması nedeniyle histerektomi yapıldı. İntraoperatif süreçte masif kan transfüzyonu yapıldı. Ardından hasta 3. basamak yoğun bakıma entübe olarak sevk edildi. Hastanın takiplerinde plevral efüzyon izlenmesi sebebiyle plevral kateter uygulandı. Kardiyoloji değerlendirilmesi sırasında peripartum kardiyomiyopati düşünülerek medikal tedavisine başlandı. Hastanın takiplerinde anürik tablonun devam etmesi üzerine diyaliz başlandı. Hasta YBÜ de 5gün, daha sonra nefroloji servisinde 15gün yatarak takip edildikten sonra diyalize ayaktan devam edilmesi kararıyla taburcu edildi. Hasta günümüzde postpartum 5. ayında olup diyalize devam etmektedir. **SONUÇ** Her hastanede doğum biriminin bir PPK protokolü olmalı ve personeline bunun kullanımına ilişkin sürekli eğitim verilmelidir(4). Bu olguda myoma uteri ve geçirilmiş myomektomi PPK'nın ilk aklımıza gelen predispozan risk faktörlerinden biri olmasa da gördüğümüz üzere hastanın multiple organ yetmezliği, uzun yoğun bakım süreçleri ve uzun dönemde diyaliz ihtiyacı olmasına neden olmuştur. Myoma uteride ve özellikle daha önce myomektomi geçirmiş olan gebeler potansiyel PPK açısından dikkate alınmalıdır.

Anahtar Kelimeler: postpartum kanama, myoma uteri, akut tubuler nekroz, postpartum histerektomi, masif kan transfüzyonu

S-14 Gebeliğin İlk Trimestirinde Over Torsiyonunda Laparoskopik Tedavi

Ali Buhur¹, Nehir Pişkin²

1 İstanbul Kanuni Sultan Süleyman Eğitim ve Araştırma Hastanesi

2 İstanbul Kanuni Sultan Süleyman Eğitim Ve Araştırma Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği, İstanbul, Türkiye

Gebeliğin ilk trimestirinde over torsiyonunda laparoskopik tedavi Ali Buhur* Nehir Pişkin*
*İstanbul Kanuni Sultan Süleyman Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği, İstanbul, Türkiye
Giriş: Over torsiyonu, overin arteriyel ve venöz damarlarının bulunduğu pedinkülünün, kan akımını engelleyecek şekilde kendi eksenini etrafında dönmesidir. Gebelik sırasında adneksiyal torsiyon yaklaşık bin gebelikte bir görülmektedir. Gebelikte rastlanan adneksiyel torsiyon vakaları, daha sıklıkla ilk trimesterde ve in vitro fertilizasyon (İVF) tedavilerinden sonra oluşmaktadır. Doppler USG ile ovaryen kan akımının görülmemesi tanı için oldukça spesifiktir. Torsiyon tanısı konulduktan kısa süre içerisinde cerrahi olarak müdahale edilmelidir. 36-48 saat süre geçtikten sonra irreversible nekroz meydana gelir ve organ koruyucu cerrahi yapılamaz. Amaç: Bu çalışmanın amacı gebelikte torsiyone olan over ve tuba uterinanın laparoskopik yöntemle detorsiyone edilmesini göstermektir. Material Metod: 33 yaşında 7 haftalık gebelik ve gravida 10 parite 1 olan hasta acil servise sağ alt kadranda ağrısı, bulantı kusma şikayeti ile başvurdu. , transvaginal ultrasonografisinde (USG);, intrauterin 7 hafta ile uyumlu olan ve fetal kalp atışları (+) tek canlı fetus izlendi. Sol adneksiyel alanda patolojiye rastlanmadı; ancak sağ adneksiyel alanda yaklaşık 6x6 cm. boyutlarında corpus luteum ile uyumlu görünümde kistik kitle ve paraovaryen minimal serbest sıvı mevcuttu. Doppler USG ile sağ ovaryen kan akımının görülmemesi üzerine gerekli onamlar alındıktan sonra over torsiyonu ön tanısı ile laparoskopi için hazırlandı İntra-operatif explorasyonda sağ over ve tuba uterinanın kendi eksenini etrafında iki tur torsiyone olduğu gözlemlendi. Sağ over ve tuba uterina detorsiyone edildi 5-10 dakika beklendikten sonra sağ ovarium ve tuba uterinanın kan akımının normale döndüğü, renginin açıldığı gözlemlendi. Post operatif enoxiparin 4000 ünite önerildi Hastanın post operatif 7. gün takibinde komplikasyon gözlenmedi. Bulgular: Ameliyat süresi 15 dakika, tahmini kan kaybı 50 ml ve hastanede kalma süresi bir gün idi Sonuç: Laparoskopi ile gebeliğin ilk trimestirinde overyan detorsiyon güvenli kolay ve konforlu bir cerrahi yöntemdir Anahtar kelime, gebelik ,over torsiyonu laparoskopi

Anahtar Kelimeler: gebelik ,over torsiyonu laparoskopi

S-15 Mesane Endometriozisi: Olgu Sunumu

Sema Rumeysa Bilici¹, Gökberk Dünder¹, Sinan Abeş¹, Ahmet Kale¹

1 Sağlık Bilimleri Üniversitesi Gaziosmanpaşa Eğitim Araştırma Hastanesi

Endometriozis, endometriyum benzeri dokunun rahim dışında bulunması olarak tanımlanır. (1) Üreme çağındaki kadınların %10'unda görüldüğü tahmin edilmektedir. Endometriozis en sık pelvik bölgede görülür. Periton altında en az 5 mm derinliğe sahip derin endometriozis cul-de-sac, rektosigmoid ve mesane bölgelerinde nodüller şeklinde görülebilir. Bu çalışmada sizlere mesane endometriozisi tanısı konulan 42 yaşında bir olguyu sunacağız. Hasta adet dönemlerinde şiddetli siklik pelvik ağrı ve hematüri şikayetiyle hastaneye başvurdu. Pelvik MR ve Abdominal BT'de özellik görülmedi. Daha sonra ürolog tarafından yapılan sistoskopi sırasında mesane duvarında trigonum ile ilgisi olmayan lezyondan biyopsi alındı (Şekil 1). Daha sonra jinekoloji ekibi olarak mesane peritonu laparoskopik olarak rahim ön yüzeyinden ayrıldı (Şekil 3 ve 4). Ardından, üroloji ekibi tarafından parsiyel sistektomi uygulandı. Yaklaşık 5x3 cm boyutunda olan endometriozis odağı çıkarıldı (Şekil 5). Materyal patolojiye gönderildi. Mesane onarıldı. Batına 1 adet yumuşak dren yerleştirildi. postoperatif 3. günde komplikasyonsuz olarak taburcu edildi.

Anahtar Kelimeler: endometriozis, mesane endometriozisi, siklik pelvik ağrı, hematüri

S-16 Inguinal Endometriozis

Hayat Terkan¹, Yağmur Acıyiyen¹

1 Gaziosmanpaşa Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Endometriozis, endometriyal bez ve stromanın uterus kavitesi dışında yerleşmesi olarak tanımlanır. Üreme çağındaki kadınların yaklaşık %6-10'unu etkilemektedir. Hastalar sıklıkla, dismenore, dispareni, kronik pelvik ağrı ve infertiliteden şikâyetçi olmaktadır. İnguinal kanal endometriozisi, kasıkta gelişebilen, lenfadenopati, fıtık, granülom, nörinom, apse, hematoma, lipom ve yumuşak doku tümörleri ile karışabilir. Biz bu çalışmamızda, inguinal bölgeye yerleşmiş nadir bir endometriozis olgusunu sunmayı amaçladık. İnguinal kanal endometriozisi olan hastaların bir kısmında sıklıkla ağrılar olurken bir kısmında ağrı sürekli, inguinal bölgede palpe edilen kitle şikâyeti mevcuttur. Menstrüasyon döneminde bu şikâyetlerin artması ayırıcı tanıda yardımcı olabilir. Yapılan çalışmalarda görüntüleme yöntemlerinden usg, bilgisayarlı tomografi, mri kullanılabilir. Bununla birlikte, bazı yazarlar inguinal endometriozis tanısında ince iğne aspirasyon biyopsisinin tanıda ilk basamak olarak kullanılabileceğini belirtmektedirler. Usg ilk noninvaziv görüntüleme yaklaşımı olarak tercih edilmektedir. Bizim olgumuzda usg ile tanı konulmuştur. 41 yaşında 1 normal doğum, 2 sezaryan doğumu olan hasta bir hasta sunacağız. Hasta sıklıkla sağ kasık ağrısı şikâyeti ile kadın doğum polikliniğimize başvurdu. Yapılan jinekolojik muayenesinde spekulumda serviks doğal görünümde izlendi. Ultrason muayenesinde uterus antevort yerleşimli, boyutları 5x7x6cm, endometrial kalınlık 6 mm bilateral adneksler doğal ve mobil izlendi. Bağırsaklar mobil idi. Fizik muayenede sağ inguinal bölgede yaklaşık 2x2x1.5 cm'lik nodül palpe edildi. Usg'de heterojen görünümde düzgün sınırlı hipoekoik kitlesel lezyon izlendi. Doppler usg'de periferik minimal kanlanan odaklar izlenmesi üzerine inguinal herni tanısından uzaklaşıldı. Yapılan usg değerlendirilmesi sonucu inguinal endometriozis ön tanısı ile operasyon kararı verildi. Genel anestezi altında yapılan operasyonda sağ inguinal bölgeye açılan yaklaşık 4 cm'lik insizyon ile cilt ciltaltı dokular geçildi. Ciltaltındaki fasya ile ilişkisi olmayan yaklaşık 2 cm'lik endometriozis nodülü eksize edildi. Materyal patolojiye yollandı. (Resim 1,2) Postop erken komplikasyon olmadı.

Anahtar Kelimeler: inguinal, ekstrapelvic, endometriozis

S-17 Komplet Mol ve Canlı Fetusun Birlikte Bulunduğu İkiz Gebelik: Vaka Sunumu

Terlan Selin Kotan¹

1 İzmir Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Gestasyonel trofoblastik hastalıklar arasında olan mol gebeliğin normal canlı fetus ile birlikte bulunduğu Komplet Mol ve Canlı Fetus İkiz Gebeliği (KMCFG)dünya genelinde oldukça nadir bir durumdur, bu sebeple vaka yönetimi konusunda fikir birliği sağlanamamıştır. Vaka takdimimizde KMCFG olgusunun yönetiminin tartışılması amaçlanmıştır. Olgu sunumumuzda 1. Trimester içinde vajinal kanama ile tarafımıza başvuran , yapılan ultrasonografik incelemede tanı konulup tarafımızca interne edilen KMCFG vakasını ele aldık. Vakamızda hastaya durumu hakkında ayrıntılı bilgi verilmiş , gebelik sonlandırılması (küretaj) önerilmiş ve tedavinin histerektomiye kadar gidebileceği tüm detayları ile anlatılmıştır ancak hasta sunulan tedavi seçeneklerini kabul etmemiş , 21w 5d (21 hafta 5 gün) gebelik haftasında hastanemiz acil servisine vajinal kanama ve ciddi genel durum bozukluğu sebebiyle ambulansla hastanemize başvurdu. Hasta acil entübe edildi; 20 dakika kardiyopulmoner resültasyon sonrası kalp atımı izlenen hasta acil histerektomiye alınmış , yoğun bakım takibi sırasında hastanın beyin ölümü gerçekleşmiştir. KMCFG, anne ve fetus sağlığını ciddi oranda etkileyen bir durumdur. Tanı sonrasında aileye gebeliğin sonlandırılması seçeneği sunulmalıdır eğer hasta bu seçeneği kabul etmiyor ise konservatif tedavi süreci mutlaka perinatoloji ve onkoloji kliniği aktif çalışan hastanelerde gerçekleşmelidir.

Anahtar Kelimeler: ikiz gebelik , KMCFG , mol hidratiform , gestasyonel trofoblastik hastalık

**S-18 Küçük İstmoselli Obez Hastalarda Cerrahiye Alternatif Tedavi Seçeneği:
Levonorgestrel Salgılayan Rahim İçi Araç**

Burcu Dinçgez¹, **Fatma Ketenci Gencer**², Büşra Küçükyıldız¹

1 Sağlık Bilimleri Üniversitesi Bursa Yüksek İhtisas Eğitim Araştırma Hastanesi

2 Sağlık Bilimleri Üniversitesi İstanbul Gaziosmanpaşa Eğitim Araştırma Hastanesi

Amaç: İstmosel, uterus istmusunun ön duvarında kese şeklinde görülen miyometrial defekt ile karakterizedir. Önceki sezaryenin skar çizgisi boyunca miyometriyal kalınlıkta bir azalmaya yol açar. İstmosel hastalarında en sık görülen şikayetler adet öncesi lekelenme, adet sonrası lekelenme, menoraji, dismenore ve pelvik ağrıdır. Literatür verileri büyük boyutlu defektler için cerrahi yaklaşımı önermektedir. Ne yazık ki küçük istmosel olgularının yönetimi tartışmalıdır. Obez hastalarda cerrahi morbiditenin yüksek olduğu göz önüne alındığında, küçük isthmoselli obez hastalarda Levonorgestrel salgılayan rahim içi aracın etkisini değerlendirmeyi amaçladık. **Gereç ve yöntemler:** Toplam 14 isthmoseli olan obez hasta çalışmaya dahil edildi. Levonorgestrel salgılayan araç takıldı ve hastalar 12 ay süreyle takip edildi. Hastaların sosyodemografik bulguları ve istmosel ile ilgili semptomları, istmoselin alanı ve rezidüel myometrial kalınlık kaydedildi. Takip sırasında semptomların görülme sıklığı karşılaştırıldı. **Bulgular:** Ortalama yaş 40,29±5 yıl, medyan gravida 4 (1-4), parite 3 (1-4), vücut kitle indeksi 30,85(30-42) kg/m², rezidüel myometrial kalınlık 3,75 (3,1-5,6). Sezaryen sonrası ortalama süre 18,7±16,1 ay, ortalama istmosel alanı ise 66,88±25,2 mm² idi. Başlangıç, 6 ve 12. aylardaki semptomların sıklığı Tablo'da sunuldu. Postmenstrüel lekelenme 6. ayda azaldı (%92,9'dan %35,7'ye, p=0,021) ve takip sonuna kadar anlamlı bir değişiklik saptanmadı. Altıncı ayda menoraji ve dismenore ortadan kalktı. Adet öncesi lekelenme, cinsel ilişki sonrası lekelenme ve pelvik ağrı açısından anlamlı bir değişiklik saptanmadı. **Sonuç:** Levonorgestrel salgılayan rahim içi araçlar küçük istmoselli obez hastalarda istmosel semptomları için alternatif bir tedavi seçeneği olabilir.

Anahtar Kelimeler: sezaryen skar defekti, istmosel, Levonorgestrel salgılayan rahim içi araç

S-19 Aesthetic Evolution: Tracing The History Of Vaginal Aesthetics

Erol Karakaş¹

1 Kayseri Devlet Hastanesi

Aesthetic Evolution: Tracing the History of Vaginal Aesthetics EROL KARAKAŞ , M.D. Obstetrics and Gynecology Specialist Kayseri State Hospital dr.erolk@gmail.com <https://orcid.org/0000-0001-6050-6765> Introduction: The concept of vaginal aesthetics, encompassing cosmetic and surgical interventions aimed at altering the appearance and function of the vaginal area, has a complex and multifaceted history. From ancient practices rooted in cultural beliefs to modern medical advancements driven by societal norms and individual preferences, the evolution of vaginal aesthetics reflects broader shifts in attitudes towards sexuality, beauty standards, and healthcare. This article explores the historical trajectory of vaginal aesthetics, delving into its origins, key developments, and contemporary perspectives. Ancient Practices and Cultural Beliefs: The history of vaginal aesthetics can be traced back to ancient civilizations, where various cultural beliefs and practices influenced perceptions of feminine beauty and sexuality. In ancient Egypt, for example, depictions of women with stylized pubic hair and adorned genitalia suggest a cultural emphasis on genital aesthetics as a symbol of fertility and vitality. Similarly, in ancient Greece, the concept of "kalos kagathos," or beauty and goodness, encompassed ideals of physical perfection, including the appearance of the female genitalia. Medieval and Renaissance Periods: During the medieval and Renaissance periods, attitudes towards vaginal aesthetics were shaped by religious and moral considerations, as well as artistic representations of the female form. Artworks such as Botticelli's "The Birth of Venus" and Michelangelo's sculptures celebrated idealized female beauty, albeit often through an idealized lens that may not have accurately reflected the diversity of human anatomy. Within medical texts of the time, discussions of women's health and hygiene occasionally touched upon genital aesthetics, albeit in a limited and often morally prescriptive manner. 19th and 20th Centuries: The emergence of modern medicine in the 19th and 20th centuries brought about significant changes in the field of vaginal aesthetics. With advancements in surgical techniques and the rise of gynecology as a specialized medical discipline, procedures aimed at modifying the appearance and function of the vagina became increasingly feasible. However, societal taboos and conservative attitudes towards female sexuality often limited open discourse on the topic. The sexual revolution of the 1960s and 1970s marked a turning point in attitudes towards sexuality and body image, paving the way for more open discussions about vaginal aesthetics. Women's liberation movements advocated for greater autonomy over one's body, challenging traditional beauty standards and promoting acceptance of diverse anatomical features. Alongside these social changes, the emergence of pornography and the adult entertainment industry also played a role in shaping perceptions of genital aesthetics, albeit often through a commercialized and idealized lens. Contemporary Perspectives and Medical Interventions: In the 21st century, the field of vaginal aesthetics has expanded significantly, fueled by advances in medical technology, changing cultural attitudes, and the influence of media and popular culture. Cosmetic procedures such as labiaplasty, vaginoplasty, and hymenoplasty have gained popularity, offering individuals the opportunity to modify the appearance and function of their genitalia according to personal preferences. However, the growing popularity of vaginal cosmetic surgery has sparked debates regarding ethics, informed consent, and the medicalization of natural variations in genital anatomy. Critics argue that societal pressure to conform to narrow beauty ideals may lead to unnecessary and potentially harmful procedures, while proponents emphasize the importance of patient autonomy and satisfaction. Conclusion: The history of vaginal aesthetics reflects a complex

interplay of cultural, medical, and social factors, shaping attitudes towards female sexuality, beauty standards, and healthcare practices. From ancient cultural beliefs to modern medical interventions, the evolution of vaginal aesthetics highlights the enduring human desire for self-expression, identity, and well-being. As society continues to grapple with issues of body image and gender equality, the conversation surrounding vaginal aesthetics remains dynamic and evolving, offering insights into broader questions of identity, agency, and societal norms. References 1. Braun, V., & Kitzinger, C. (2001). The perfectible vagina: Size matters. *Culture, Health & Sexuality*, 3(3), 263-277. 2. Berman, L., & Berman, J. (2010). Understanding the female genital aesthetic surgery debate. *The Journal of Sexual Medicine*, 7(5), 1585-1591. 3. Goodman, M. P. (2010). Female genital cosmetic and plastic surgery: A review. *Journal of Sexual Medicine*, 7(4), 1633-1648. 4. Jones, T. H. (2019). *A history of genital aesthetics and body image: Sex, surgeons, and society*. Springer.

Anahtar Kelimeler: Vaginal Aesthetics, History, Female Sexuality

S-20 Antiprolapsus Cerrahilerine Yeni Bir Perspektif: V-Notes Yüksek Uterosakral Plikasyon

Reyhan Ulus Durakoğlu¹, Eralp Bulutlar¹, Ayşe Betül Albayrak Denizli¹

¹ Sbü Zeynep Kamil Kadın ve Çocuk Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Giriş Pelvik organ prolapsusu tüm dünyada milyonlarca kadını etkileyen bir sağlık sorunudur. Bir kadının yaşam boyu prolapsus için cerrahi geçirme riski %12 olarak hesaplanmıştır(1). Antiprolapsus cerrahileri için abdominal, vajinal ve laparoskopik yaklaşımlar kullanılmaktadır. Yeni bir cerrahi tekniği olan vNOTES ile vajinal ve laparoskopik tekniklerin avantajlarından faydalanmak, komplikasyonları minimize etmek mümkündür. Olgu Sunumu 70 yaşında kadın hasta polikliniğimize vajinadan ele gelen kitle şikayeti ile başvurdu. Hastanın akut romatizmal ateş (ARA) öyküsü ve hipertansiyonu mevcut. Yapılan muayenesinde santral desensus ve anterior defekt izlendi. Evre 3c2Ba prolapsus olarak değerlendirildi. Ultrason değerlendirilmesinde uterus postmenapozal boyutlarda endometrial line 8 mm düzensiz, bilateral overler atrofik olarak izlendi. Preoperatif yapılan endometrial örneklem sonucunda endometrial polipöz dokular olarak raporlandı. Postmenapozal endometrial polip ve Evre3C2Ba POP endikasyonu ile hastamıza vajinal histerektomi ve Vnotes Sakrouterin Ligaman Süspansiyonu planlandı. ARA profilaksisini takiben hastamız ameliyathaneye alındı. Rutin vajinal histerektomi sonrası Alexis vajinal cufftan yerleştirilerek, jel pointten 10'luk ve 5'lik trokarlar yerleştirildi. 10'luk trokardan 30 derece açılı kamera ile batına girildi. Üreter traseleri vizüalize edilerek bilateral salpingooferektomi yapıldı. Ardından retroperitona girilerek üreterler lateralize edildi. Sırasıyla bilateral sakrouterin ligamanlardan 1/0 prolene ile geçildi. Ardından gel-point çıkarıldı, sütürlerin iki ucu da dışarı alınarak her iki sakrouterin ligamandan geçildi. Vajen cuff 1/0 vicryl ile kapatıldı, vajen cuffdan batın içine dren amaçlı foley sondu yerleştirildi ve 20 cc ile şişirildi. Ardından proller sütürler bağlanarak vajen cuffin vajinal apexe doğru çekilmesi sağlandı. Operasyona son verildi. Sonuç Batın insizyonu olmaması ile insizyonel ağrının olmaması, batında fasya defekti oluşturulmaması ve daha iyi kozmetik sonuçlar operasyonun avantajları arasındadır. İntraoperatif süreçler göz önüne alındığında daha iyi vizüalizasyon sağlamasıyla daha az komplikasyon insidansı, daha kısa cerrahi ve anestezi süresi ile geleneksel yöntemlerin avantajlarını kombine eden bu yeni teknik yüksek hasta memnuniyeti sağlayarak geleneksel antiprolapsus cerrahilerin yerini alacak gibi görünmektedir.

Anahtar Kelimeler: V-notes, Uterosakral plikasyon, prolapsus cerrahisi

S-21 Uterokutanöz Fistül Vakasına Cerrahi Yaklaşım

Enes Sarac¹, Veli Mihmanlı¹, Miraç Özalp¹, Ali Emre Atik²

1 Prof. Dr. Cemil Taşcıoğlu Şehir Hastanesi

2 Özel Güngören Hastanesi

Amaç : Sezaryen doğum sonrası gelişen uterokutanöz fistül vakasının yönetimi **Yöntem :** Bu çalışmada, acil polikliniğine sezaryen sonrası yara yerinde şişlik şikayeti ile başvuran hastada uterokutanöz fistül tespit edilmesi ve tedavi süreci paylaşılmıştır. **Bulgu :** 35 gün önce C/S olan, 25 yaşında G4P4 (mükerrer C/S) hasta yara yerinde şişlik şikayeti ile acil polikliniğine başvurdu. Hastanın yapılan muayenesinde C/S insizyon hattı sol lateralde 34*18 mm boyutunda batın içi yağlı planlar ve derin dokular ile devamlılığı olan heterojen hipoekoik alanların tespit edilmesi üzerine internasyonu yapıldı. Hastaya profilaksi amacıyla Desefin 2x1 gr i.v. tedavisi başlandı ve operasyon kararı alındı. Operasyon sırasında uterokutanöz fistül tanısı bir foley kateter yardımıyla endoservikal kanaldan endometriyal boşluğa girilerek ve içine 2 cc metilen mavisi eklenmiş 100 ml. salin karışımı uygulanarak doğrulandı. Ardından Pfannenstiel insizyonla cilt ve cilt altı dokular geçildi ve uterus ile karın ön duvarı arasında yapışıklıklar olduğu ve eski insizyon hattına kadar uzanan granülasyon dokusuyla çevrili bir fistül traktının olduğu görüldü. Öncelikle eski insizyon cilt ve cilt altı yağ dokusu ile birlikte çıkarıldı ardından adezyonlar keskin diseksiyonlar ile giderildikten sonra uterus eski insizyon hattında diastazis ve çevresinde granülasyon dokusu izlendi. Granülasyon dokusu ve insizyon hattı çıkarıldıktan sonra uterus 2 kat Vicryl No:1 ile onarıldı. Fasyadaki granülasyon dokusu çıkarıldı onarıldı ardından cilt altına 1 adet minivak dren yerleştirildi ve vakaya son verildi. Postoperatif takiplerinde minivak dreninden 2. gün geleni olmayan hastanın dreni çekildi. 5. gün yapılan fizik muayene, ultrasonografi ve tetkiklerinde özellik olmayan hasta taburcu edildi. **Sonuç :** Uterin fistüller genellikle uterus ile barsaklar veya mesane arasında olmaktadır. Uterokutanöz fistül, uterin fistüllerin en nadir çeşididir. Fistüller ameliyat sonrasında yaralanmalara veya enfeksiyonlara, dren kullanımına ve sezaryen insizyonunun tam olarak kapatılmamasına bağlı gelişebilmektedir. Uterokutanöz fistüller nadir görülmesine rağmen en sık sezaryen insizyonunun tam olarak kapatılmaması nedeniyle gelişir. Cerrahi olarak fistül traktının çıkarılması en çok tercih edilen tedavi yöntemi olmasına karşın GnRH aganosti ilaçlar ile medikal tedavi veya medikal tedavi sonrası cerrahi tedavi seçenekleri de mevcuttur.

Anahtar Kelimeler: Uterokutanöz fistül, sezaryen, laparotomi

S-22 Abort Materyalinde İnsidental Hgsil Tanısı Alan Hastanın Preterm Doğum İle Sonuçlanan Gebelik Olgusu

Beyzanur Kahyaoğlu¹, Sahra Sultan Kara¹

1 Sağlık Bilimleri Üniversitesi Kartal Dr. Lütfi Kırdar Şehir Hastanesi

Olgu 31 yaşında gravida 1 8.gebelik haftasında olan hasta rutin kontrol amacıyla gebe polikliniğimize başvurdu .Yapılan obstetrik ultrasonografide fetusun kalp atımlarının olmaması nedeniyle dilatasyon küretaj yapıldı. Hastanın histopatolojik tanı için gönderilen abort materyalinde HGSIL gelmesi üzerine hasta jinekoonkolojiye yönlendirildi. Hastaya yapılan kolposkopide saat 12 hizasında CIN 2 gelmesi üzerine LEEP operasyonu planlandı. LEEP işlemi 25 mm ‘lik loop ile gerçekleştirildi. LEEP sonrası rutin takiplerinde smear sonucu ASC-H olarak sonuçlandı. Tekrar kolposkopi planlanan hastanın kolposkopik biyopsi sonucu benign olarak gelmesi üzerine hastaya takip önerildi. Takipleri süresince gebelik istemi olan hasta adet rötari olması üzerine bhcg bakıldı ve pozitif olduğu görüldü. Ancak kanaması olması ve bhgc değerlerinde yükselme olmaması üzerine gebelik biyokimyasal gebelik olarak değerlendirildi. Bu gebelikten kısa bir süre sonra yine spontan gebe kalan hasta tarafımızca takip edildi. Rutin takiplerinde ve antenatal testlerinde bir anormallik saptanmadı. 34. gebelik haftasında kasık ağrısı şikayetiyle tarafımıza başvuran hastanın servikal uzunluğu 26 mm olarak ölçüldü ve funneling izlendi. NST ‘de düzensiz ve seyrek 20 bpm amplitüde vuran kontraksiyonlar görüldü. Kontraksiyonların gerilemesi üzerine hasta 2 günde bir kontrole çağrılarak taburcu edildi. Hasta tekrar 35+3 gebelik haftasında kasık ağrısı şikayetiyle başvurdu. Muayenede aktif eylemde olduğu izlendi. Hasta spontan vajinal doğum ile 2250 gr 9/10 apgar kız bebek doğurdu. Tartışma Kolposkopik muayene sonrası alınan servikal biyopsi sonucu CIN 2-3 olarak gelen hastaların tedavisinde LEEP işlemi yaygın olarak kullanılmaktadır. LEEP uygulanan hastalar arasında üreme çağındaki kadınların yüksek bir kısmını oluşturur ve LEEP sonrası preterm doğum gibi olumsuz obstetrik sonuçlar görülebilir. Bizim vakamızda LEEP sonrası preterm doğum gerçekleşmiştir.

Anahtar Kelimeler: HGSIL(Yüksek Dereceli Skuamöz İntraepitelyal Lezyon), Preterm Eylem, LEEP(loop elektrocerrahi eksizyon prosedürü)

S-23 Preeklampsi Tanısıyla Gelen Hastada Subaraknoidal Kanama Olgusu

Pusta Naghiyeva¹, Çetin Şamiloğlu¹, Ayşegül Bestel¹

¹ Kanuni Sultan Süleyman Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Giriş: Preeklampsi gebelikte 20. Haftadan sonra başlayan tipik olarak tansiyon yükselmesi ve proteinüri ile tanı konulan mortalitesi oldukça yüksek bir durumdur. Subaraknoidal veya intrakranial kanama gebelikte hipertansif durumlarda görülebilecek ciddi bir komplikasyondur. Gebelik, doğum veya postpartum dönemde görülebilir. Yönetiminde amaç maternal durumu stabilize etmek, rekürren konvülziyonları önlemek, ciddi hipertansiyonu tedavi edip serebral ödemden korumaktır. Olgu sunumu: 38 yaş, 31 hafta 4 günlük gebe hasta tansiyon yüksekliği şikayetiyle hastaneye başvurdu. Hastanın bilinen kronik hipertansiyon ve gestasyonel diyabetes mellitusu mevcuttur. Alfamet 250 mg 4x1, Clexane 0.6 1x1 kullanıyor. Giriş tansiyonu 160/100 olan hasta yapılan USG'de haftası ile uyumlu canlı fetüs izlendi. Bebek hareketleri iyi ve fetal solunum izlendi. Kan tetkiklerinde Ast, Alt değerlerinde yükseklik saptanması ve TİT te 3+ proteinüri izlenmesi üzerine süperempoze preeklampsi tanısı konuldu. Hastaya Magnezyum sulfat 4 ampul i.v puşe yapıldı ve idame dozu başlandı. Hastanın takibi sırasında sağ kol ve sağ bacakta uyuşma tariflemesi üzerine acil sezaryen kararı alındı. Kontrastsız beyin BTde Sol oksiputoparietal alana geniş boyutlu hemaraji izlendi. Her iki hemisferde subaraknoid kanama dansiteleri mevcut olarak görüldü. Kan gazında asidozu derinleşen hastaya diyaliz başlandı. Kontrol beyin BT de Serebral sulkuslarda yaygın Sak izlenmektedir. Beyin cerrahi bu sonuçlarla hastada acil girişim düşünmemesi üzerine Hipertonik verilmesi Dekort 3x8 mg iv verilmesi önerildi. Genel durumunda iyileşme görülmeyen hastanın yoğun bakımdaki takip sürecinde beyin ölümü gerçekleşti. Tartışma: Preeklampsi gebelik sürecinde maternal morbidite ve mortaliteye neden olan en önemli nedenlerden birisidir. Tanı konulan hastalarda yakın takip edilmesi gelişebilecek komplikasyonlar açısından oldukça önemlidir.

Anahtar Kelimeler: preeklampsi,subaraknoid kanama,mortalite

S-24 Nadir Görülen Bir Ovarian Ektopik Gebelik Mi? Ya Da Tubal Ektopik Aborta Eşlik Eden Ovarian Kist Rüptürü Mü?

Sahra Sultan Kara¹, Beyzanur Kahyaoğlu¹, Melis Özbilen¹, Esra Keleş¹

¹ Sağlık Bilimleri Üniversitesi Kartal Dr. Lütfi Kırdar Şehir Hastanesi

Ovarian ektopik gebelik (OEP) fertilize olmuş ovumun overin içine implante olması olarak tarif edilebilir. Tüm ektopik gebelikler içinde %1 ila 3 arasında insidansa sahiptir. Teşhisi zordur ve cerrahi ve patoloji sonuçlarına dayanarak tanısı konulur. Ovarian gebeliğin klinik belirtileri değişkenlik gösterir ve tubal ektopik gebelikleri taklit eder. Ruptüre ovarian gebeliklerde hemoraji sonucu akut batın ve hipovolemik şok meydana gelebilir. Over komşuluğundaki distal tubal ektopik gebelik yanlışlıkla OEP olarak tanımlanabilir. Ultrason palpasyonu sırasında over ve adneksiyal kitle arasında serbest hareketin varlığı (sliding sign), ovarian gebeliği tubal gebelikten ayırt etmeye yardımcı olabilir. Tedavi seçenekleri ektopik gebeliklere benzerdir ve karar, bireyin klinik bulguları, hemodinamik stabilitesi, cerrahın tecrübesi ve hastanın gebelik planına göre yönetilmelidir. Amaç fertilitye zarar vermeden overin korunmasını sağlamaktır. Ancak hemodinaminin sağlanamadığı durumlarda maternal morbidite ve mortaliteyi artırmamak için ovarian rezeksiyon işlemleri gerekebilir. Bu durumda preoperatif olarak doğru tanı ve uygun tedavi önemlidir. Bu olgumuzda 31 yaş kadın hasta G3P1A1 (1 cs), 11 gün adet rötari sonrası kliniğimize karın ağrısı şikayeti ile başvurdu. Fizik muayenede; nabız 98 atım/dakika, TA 90/60 mm Hg olup muayenesinde rebound ve defans mevcuttu. Transvajinal ultrasonografide sağ adneksiyel alanda 30 mm şüpheli ektopik odak ve douglasta yaklaşık 5 cm kan ve koagulumla uyumlu mai izlendi. Endometrium 7 mm düzensiz ve intrauterin gebelik izlenmemekteydi. Laboratuvar tetkiklerinde hemoglobin 9.2 g/dl, hematokrit %27.3, β -hCG 2309 IU/ml, INR 1.46 idi. Ruptüre ektopik gebelik ön tanısı ile laparoskopi yapıldı. Bakıda yaklaşık 1000 ml kan ve koagulum vardı. Her iki tubanın salim olduğu ve aktif kanamanın sağ overdeki ruptüre alan olduğu tespit edildi. Batına dökülmüş ektopik gebelik materyalleri mevcuttu. Ovarian ektopik gebelik olabileceği düşünüldü. Hemostaz bipolar enerji ile kontrol altına alınamadı. Aktif kanamanın devam etmesi, perop alınan hemoglobin 7.5 g/dl, hematokrit %23.1'e gerilemesi INR 1.66'a yükselmesi üzerine hemodinaminin daha da bozulmaması adına unilateral salpingooferektomi yapıldı. Bu vakamızda patoloji raporu çıkana kadar ovarian ektopik gebelik olduğu düşünülmüştü. Ancak nihai patoloji raporunda tuba içerisinde kan ve koagulum artıkları ve batın içi koagulumlar arasında trofoblastik hücre kümeleri izlenmiş ve over yüzeyinde kanamalı korpus albicans ile uyumlu yapı olduğu bulunmuştur. Sonuç olarak vakamız ovarian ektopik gebelik ile karıştırılabilen tubal ektopik aborta eşlik eden ovarian kist rüptürü olarak şekillenmiştir.

Anahtar Kelimeler: Ovarian ektopik gebelik, tubal ektopik gebelik, tubal abort

S-25 D Vitamini Düzeyinin Perinatal Sonuçlara Etkisi

Cağlasu Sancaktar¹, Mustafa Şengül¹

1 İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Atatürk Eğitim Ve Araştırma Hastanesi

ÖZET Amaç: Gebelik, D vitamini metabolizmasında dramatik değişiklikler de dahil olmak üzere hızlı bir değişim zamanını temsil eder. Gebeler arasında D vitamini eksikliği oldukça yaygın görülmektedir. D vitamini düzeyleri ile preeklampsi, gestasyonel diyabet, düşük doğum ağırlığı, erken doğum, sezaryen doğum ve bulaşıcı hastalıklar gibi olumsuz gebelik sonuçları arasında ilişki kuran klinik çalışmalar çelişkili sonuçlara sahiptir. Bunun nedeni muhtemelen randomize çalışmaların azlığı, incelenen popülasyonların heterojenliği ve gözlemsel çalışmalar arasında kafa karıştırıcı ayarlamaların zayıf olmasıyla birlikte düşük örneklem büyüklüğüdür. Bu sebeple bu çalışmadaki amacımız hastanemize doğum için başvuran 3. Trimester gebelerde 25(OH)D seviyelerini değerlendirerek ve perinatal sonuçları sınıflandırarak D vitamini eksikliğinin perinatal sonuçlara etkisini araştırmaktır. **Yöntem:** Eylül 2021-Eylül 2022 tarihleri arasında İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi kadın hastalıkları bölümüne doğum amaçlı başvuran 315 gebe çalışmaya dahil edildi. Gruplar arasında maternal hastanede kalış süresi($p=0,656$), doğum şekilleri($p=0,707$), maternal mortalite($p>0,999^*$), arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark saptanmadı. Aynı zamanda gruplar arasında fetal açıdan doğum haftası($p=0,070$), fetal mortalite ($p=0,107^*$), cinsiyet ($p=0,115$), doğum ağırlığı($p=0,839$) arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark saptanmadı. **Sonuç:** Bu çalışmada D vitamini eksikliğinin 5. Dakika düşük APGAR skoru belirgin düşük izlenmiştir. Diğer sonuçlara baktığımızda maternal ve perinatal sonuçlarla ilişkili olduğuna dair yeterli kanıt bulunamamıştır. Ancak D vitamini eksikliği olan grupta APGAR skorunun belirgin düşük olması D vitamini eksikliğinin fetal morbidite üzerine belirgin bir etkisi olabileceğini göstermektedir. D vitamini düzeylerinin perinatal sonuçlara etkisini daha detaylı araştırmak için daha uzun süreli takiplere sahip, prospektif, çok merkezli çalışmalara ihtiyaç vardır.

Anahtar Kelimeler: Anahtar Kelimeler: Serum 25(OH)D Düzeyi, Perinatal Morbidite , Apgar skoru

S-26 Gebeliğin Nadir Görülen Bir Komplikasyonu Hyperreactio Luteinalis Olgusu Serisi

Miraç Özalp¹, **Gözde Öztürk¹**, Neslihan Bademler¹, Alp Koray Kinter¹, Veli Mihmanlı¹

¹ Prof.dr.cemil Taşcıoğlu Şehir Hastanesi

Hyperreactio luteinalis(HL) gebelikte artmış Bhcg düzeyi ile birlikte bilateral overlerde boyut artışına ve multikistik görünümüne neden olan nadir bir olgudur. Sıklıkla malignitelerle ve ovaryan hipersensitivite sendromuyla(OHSS) karıştırılabilir. Yükselmiş koryonik gonodotropin düzeyi veya Bhcg hipersensitivitesi büyük teka lutein kistlerinin oluşumuna neden olur. Ultrasonda bilateral overlerde birbirine komşu teka lutein kistleri karakteristik “spoke wheel” görüntüsünü oluşturur. Kistler arasındaki stroma ileri derecede baskılanmıştır ve fizyolojik damarlanmaya sahiptir. Bu gebelerde hiperandrojenizme bağlı virilizasyon görülebilir. Artmış over boyutları ovaryan rüptür, hemoperitonyum, torsiyon ve distozi için risk oluşturur. HL oluşumunda birden fazla hipotez öne sürülse de herhangi bir genetik varyasyon tespit edilmemiştir. Bhcg yapısındaki varyasyonlardan kaynaklandığı düşünülmektedir. Bir varyantta beta subunitinin c-terminal kolundaki eksikliğin Bhcg ye kıyasla 10 kat daha potent olduğu saptanmıştır. Bhcg düzeyleri normale döndükten sonra overler normal boyutlarına ulaşır. Amacımız son bir yıl içerisinde hastanemize başvuran 3 farklı hyperreactio luteinalis olgusunu incelemektir. 33 yaşında gravidası 6 paritesi 3 olan 19 hafta ikiz gebe solunum sıkıntısı şikayeti ile kliniğimize başvurdu. Yapılan ultrason muayenesinde monokoryonik diamniyotik ikiz gebeye TTTS evre 2 tanısı konuldu. Hastanın sol overi 110x80x70 mm, sağ overi 130x100x90 mm olarak ölçüldü. İnterne edilen hasta terminasyonu kabul etmeyerek 21. haftada hastaneden ayrıldı. 23. haftada tekrar solunum sıkıntısı şikayetiyle başvuran hasta TTTS evre 3 olarak değerlendirildi. Kontraksiyonları başlayan ve servikal dilatasyonu mevcut olan hastaya sezaryen kararı alındı. Her iki bebek aynı gün yenidoğan yoğun bakımında hayatını kaybetti. Annenin overleri 2 ay sonra normal boyutlarına ulaştı. 27 yaşında primigravi gebe 16. gebelik haftasında rutin muayene amaçlı kliniğimize başvurduğunda sağ overi 81x50 mm, sol overi 96x57 mm multiloküle izlendi. Takine alınan gebenin kistleri 28. gebelik haftasında spontan regrese oldu, gebeliği halen devam etmektedir. 36 yaşında gravidası 3 paritesi 1 abortusu 1 olan hasta yüksek tansiyon sebebiyle kliniğimize başvurdu. 20. gebelik haftasında sağ over 70x53mm, sol over 65x46 mm olan gebenin her iki overi de HL görünümünde izlendi. Daha önce 25. gebelik haftasında preeklampsi nedeniyle bir ölü doğum öyküsü olan gebe interne edildi. 23. gebelik haftasında Cushing tanısı alan gebe terminasyonu kabul etti sonrasında endokrinoloji servisine devredildi. Hyperreactio luteinalis gebelerde bilateral overlerde boyutlarında artışı olduğunda ayırıcı tanıda akla gelmesi gereken nadir bir komplikasyondur.

Anahtar Kelimeler: beta insan koryonik gonadotropin, hyperreactio luteinalis, ovaryan hiperstimülasyon sendromu, artmış hcg, hiperandrojenizm, multikistik over, virilizasyon

S-27 Servikal Stenozlu, Postmenopozal Hastaya Non-Touch Operatif Histeroskopi Ile Polipektomi: Video Sunum

Cihan Bademkiran¹

1 Sağlık Bilimleri Üniversitesi Gazi Yaşargil Eğitim ve Araştırma Hastanesi

GİRİŞ Histeroskopi, intrauterin patolojilerin tanısında ve tedavisinde altın standart minimal invaziv bir tekniktir. Servikal stenozda histeroskopinin çapı ile doğru orantılı olarak uterin kaviteye giriş zorlaşır hatta bazen imkânsız hale gelir. Perforasyon servikal stenozlu hastalarda en sık yaşanan ve dolayısıyla korkulan komplikasyonlardan biridir. Servikal kanalın buji gibi enstrümanlarla dilatasyonu servikal kanalın görülmeden geçilmeye çalışıldığı için rüptür riski mevcuttur. Touch yöntemiyle yani servix'in tenekulum yardımıyla tutulup traksiyona alınıp histeroskopi yardımıyla geçilmeye çalışılması hastada artan ağrı ve rahatsızlık hissiyle beraberdir. Biz servikal stenozu olan bu vakada non-touch operatif histeroskopinin güvenle gerçekleştirilebileceğini göstermeyi amaçladık. OLGU Hasta 58 yaşında, nullipar, 8 yıldır menopoz öyküsü olan, 5 yıl önce meme ca nedeni ile opere olmuş ve yaklaşık 3 yıldır tamoksifen kullanımı öyküsü mevcuttu. Bir ay önce tamoksifen kullanımı nedeni ile kontrole gittiği dış merkez de küretaj yapılmaya çalışılmış fakat servikal stenoz nedeni ile biopsi alınamadığı için kliniğimize başvurdu. Yapılan pelvik ultrasonda uterin kavitede 35x40 mm'lik hiperekojen lezyon izlendi. Hastaya operatif histeroskopi planlandı. Operasyondan 8 saat önce 400 mg vajinal yolla misoprostol verildi. Truclear mekanik doku çıkarıcı 7,25 mm'lik histeroskopi kullanıldı. No-touch yöntemi ile external servikal ostian servikse girildi ve 1 cm'den sonra serviks'in stenotik olduğu izlendi. Ekrandan servikal kanala doğru basınç uygulanarak fibrotik doku kesilerek yaklaşık 10 dakikalık sürede setenoz aşıldı. Kavitede iki adet yaklaşık 2 ve 1,5 cm'lik iki adet polip izlendi. Mekanik dolu çıkarıcı histeroskopi ile tamamı alındı. **TARTIŞMA VE SONUÇ** Servikal stenozlu hastalarda servikal kanalın histeroskopi ile izlenerek geçilmeye çalışılması rüptür gibi komplikasyonları önleyebilir. Buna ek olarak non-touch olarak yapılması hastada daha az ağrı ve rahatsızlık duyulmasına katkıda bulunur. Servikal stenozlu hastalarda histeroskopinin çapına ek olarak uterin kaviteye tekrarlayan histeroskopi girişleri de işlem süresini uzatmakta, perforasyon gibi ek komplikasyon ve ağrı riski ile beraberdir. Bu amaçla 2016 yılında, Salari ve ark., servikal stenozda servikal dokuyu çıkaran küçük çaplı histeroskopik morselatör kullanılmasını önerdi. No-touch yöntemi ile operatif histeroskopi servikal stenozlu hastalarda kullanılabilir. Mekanik doku çıkarıcı özelliği olan histeroskopinin kullanılması uterini kaviteye mükerrer giriş-çıkışları azaltmakta, buda ağrı, perforasyon riskini ve işlem süresini azaltmaktadır

Anahtar Kelimeler: histeroskopi, servikal stenoz, menopoz, polip

S-28 Birinci Trimester Maternal Tiroid Otoimmün Antikorları İle Gestasyonel Diyabet İlişkisi

Can Ata¹, Ufuk Atlıhan², Hüseyin Aytuğ Avşar¹, Onur Yavuz³, Selçuk Erkılınç⁴, Tevfik Berk Bildacı⁴

1 Buca Seyfi Demirsoy Eğitim ve Araştırma Hastanesi

2 Özel Karataş Hastanesi

3 Dokuz Eylül Üniversitesi Hastanesi

4 İzmir Demokrasi Üniversitesi Tıp Fakültesi Buca Seyfi Demirsoy Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Amaç: Tiroid bezi hastalıklarında tiroid antikorları denilen anti-peroksidaz (anti-TPO) ve anti-tiroglobulin (anti-TG) antikorları da değerlendirilmektedir. Bu antikorların yüksekliği tiroid hastalıkları açısından yol gösterici olmaktadır. Bununla birlikte tiroid antikorları ile gestasyonel diyabet arasındaki ilişkiyi değerlendiren çalışmalar literatürde mevcuttur. Çalışmamızda gebelerde 1.Trimesterde ölçülen maternal tiroid otoimmün antikorları ile gestasyonel diyabet ilişkisinin incelenmesi amaçlanmıştır. **Gereç ve yöntem:** Gebeliğin 5-7. Haftalarında yapılan rutin gebelik testlerinde maternal tiroid otoimmün antikorları anti-TPO ve anti-TG değerlerine bakılan ve 24-28. gebelik haftalarında 75 gr oral glukoz tolerans testi yapılan, 1. Saat test sonucu >180 mg/dL, 2. Saat test sonucu >155 mg/dL saptanan hastalar çalışmaya dahil edildi. 75 gr OGTT'de 2 değer referans üstünde gelmesi gestasyonel diyabet, tek değer referans üstü olması ise bozulmuş glukoz toleransı tanısı konuldu. Anti-TPO değeri >35 IU/mL, antiTG >50 IU/mL ise antikor pozitifliği tanısı konuldu. **Bulgular:** Çalışmamızda toplam 226 hasta değerlendirilmiştir. Çalışmadaki 98 (%43.3) hastada otoimmün tiroid antikor pozitif saptanmıştır. Çalışmadaki 18 (%7.9) hastada 75 gr OGTT testinde GDM tanısı, 10 (%4.4) hastada ise bozulmuş glukoz toleransı tanısı koyulmuştur. Bozulmuş glukoz toleransı ve GDM tanısı koyulan hastalarda otoimmün tiroid antikorları, GDM tanısı almayanlara göre anlamlı yüksek saptanmıştır(p:0.035). **Sonuç:** Otoimmün hastalıklarla gestasyonel diyabet arasında ilişkili literatür yayınları mevcuttur. Çalışmamızda otoimmün tiroid antikor pozitifliği olan hastalarda GDM normal popülasyona göre daha sık rastlanmıştır olup, daha geniş çaplı prospektif çalışmalara ihtiyaç vardır.

Anahtar Kelimeler: Gestasyonel Diyabet Birinci Trimester Maternal Tiroid Otoimmün Antikorları

S-29 Desensus Uteri Saptanan Gebede Bilateral Hidronefroz: Olgu Sunumu

Can Ata¹, Ufuk Atlıhan², Hüseyin Aytuğ Avşar¹, Onur Yavuz³, Selçuk Erkılnç⁴, Tefik Berk Bildacı⁴

1 Buca Seyfi Demirsoy Eğitim ve Araştırma Hastanesi

2 Özel Karataş Hastanesi

3 Dokuz Eylül Üniversitesi Hastanesi

4 İzmir Demokrasi Üniversitesi Buca Seyfi Demirsoy Eğitim Ve Araştırma Hastanesi

Amaç: Desensus uteri çok sayıda normal doğum yapmış ileri yaş kadınlarda görülür. Uterusun normal anatomik pozisyonundan vajene ve vajenden de vulvanın dışına doğru fıtıklaşmasına denir. Gebelikte desensus uteri varlığı ise nadir olarak görülmektedir. Çalışmamızda bilateral kolik ağrı ve idrar yapamama şikâyeti ile başvuran desensus uteri tanısı koyulan olgunun yönetimi anlatılmıştır. **Bulgular:** 26 yaşında, G6P5 33 hafta+3 gün gebeliği olan, normal doğum öyküsü olan hasta tarafımıza bilateral kolik ağrı ve idrar yapamama şikâyeti ile başvurdu. Ultrasonografik değerlendirmede haftasıyla uyumlu gebelik izlenmiş olup non-stres test reaktif izlenmiştir. Hastanın yapılan pelvik muayenesinde 3. derece desensus uteri izlendi ve serviks 2-3 cm açıklıkta izlendi. Hastadan foley sonda ile 600 cc idrar boşaltıldı. Hastaya yapılan renal ultrasonografide, bilateral pelvikaliksiyel sistem dilatasyonu ve hidronefroz ile uyumlu bulgular izlenmiş olup, laboratuvar testlerinde üre ve kreatinin düzeylerinde yükseklik saptandı. Hastanın 24 saatlik foley sonda ile izlemi sonrasında üroloji konsültasyonu ile double-J kateter uygulaması yapıldı. Anbiyoterapi ve idrar çıkışları takip edilen hastanın 10.gününde pyelonefrit ile uyumlu klinik bulguların saptanması ve düşmeyen ateş yüksekliği sonrası 24 saat ara ile iki doz Betametazon disodyum fosfat uygulaması sonrası sezaryen kararı alındı. 5. Dakika apgar skoru: 8, 2450 gr canlı erkek bebek doğurtuldu. Postop 4.günde foley sonda ile diürez takibinin ardından foley sonda çekildi. Postop 5 ve 6. Günde diürezin olağan olması ve böbrek fonksiyonlarında düzelme ve USG de hidronefroz bulgularında gerileme nedeniyle hasta taburcu edildi. **Sonuç:** Desensus uteri genç kadınlarda nadiren görülse de akut üriner retansiyon şikayeti ile gelen bir gebede ayırıcı tanıda akla gelmelidir. Gebelik sırasında tespit edilen desensus uteri varlığında yakın diürez ve böbrek fonksiyonlarının takibi, sürecin yönetiminde önemlidir.

Anahtar Kelimeler: Desensus Uteri Bilateral Hidronefroz Gebe

S-30 Fetal Distresin Nadir Görülen Bir Nedeni: Uterin Torsiyon

Batuhan Bulut¹, Aybüke Bulut¹

1 Gaziosmanpaşa Eğitim Ve Araştırma Hastanesi

Ameliyat sırasında erken farkedilen torsiyonda, uterin torsiyon derecesinin doğru hesaplanması ve uterus anteriorda doğru bir transvers insizyon ile yapılması önemlidir. muhtemel yanlış insizyonlar ile daha sonraki muhtemel gebeliklerde oluşabilecek komplikasyonlara (uterin tüptür, uterin torsiyon, plasenta invazyon anomalileri vs vs) neden olabilir. Uterin torsiyonun tanısı neredeyse hiçbir zaman kesin olarak konulamaz. Tanı için laparotomi gereklidir. Torsiyon ağrısı miad gebelerde doğum ağrısı ile karışabilir. Ağrı akut ve kronik olabilir. Sürekli veya ataklar şeklinde olabilir. Vakalarda bulantı, kusma gibi peritonit belirtileri görülmekle birlikte bizim vakamızda olduğu gibi yaklaşık %10unda doğuma kadar asemptomatik seyredebilir. Torsiyon ve diğer cerrahi durumlar (plasenta previa, dekolman, percreata vb) arasındaki tanı karışıklığı her durumda laparotomiye gideceği için ciddi sorunlar yaratmaz. Asıl önemli olan nokta torsiyonun gebeliğin hangi döneminde tanı aldığıdır. Her durumda laparotomi tek seçenektir. Gebeliğin erken haftalarında; laparotomi sonrası yapılan detorsiyon, gerekirse pelvik kitle-adhezyon müdahalesi, ve sonrasında gebe yakın takibe alınmalıdır.

Anahtar Kelimeler: uterus, torsiyon, polihidroamniyos, fetal distress, sezeryan, obstetri

**S-31 Total Situs İnvorsuslu Orta Yaşlı Kadında Uterin Serviksin Rhabdomyosarkomu,
Case Report**

Aybüke Bulut¹, Batuhan Bulut¹, Fatma Ketenci Gencer¹

1 Gaziosmanpaşa Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Literatürde, vajinal rabdomyosarkomanın çocukluk çağında yaygın olduğu, servikal rabdomyosarkomanın yetişkinlerde yaygın olduğu ve uterus rabdomyosarkomanın menopozal hastalarda yaygın olduğu görülmektedir. Embriyonel Rabdomyosarkoma en yaygın türdür ve tüm rabdomyosarkomaların %60'ını oluşturur. Embriyonel mezankimadan kaynaklanır. Sarkom, botrioid ve anaplastik varyantlara ayrılır. Anaplastik tip genellikle kötü seyreder, botrioid tip ise daha yaygındır. Tüm yetişkin malignitelerin %1'i sarkomdan oluşur ve bunların %5'inden azı rabdomyosarkomadır. Rabdomyosarkomalar, uterus servikal malignitelerin %0.4'ünü oluşturur. Karşılaşılan vakaların az sayısı, vakaların stabil takibinin eksikliği ve yapılan çalışmaların sayısının sınırlılığı, servikal rabdomyosarkoma tedavisine ilişkin verilerin yetersiz olduğunu göstermiştir. Daha kapsamlı ve uzun süreli takip gerektiren çok merkezli çalışmalara ihtiyaç vardır. Literatürde, cerrahi tedavi spektrumu, düşük riskli vakalarda histerektomi ve bölgesel lenf nodu eksizyonunu isteğe bağlı olarak sunar, ancak yüksek riskli hastalarda bir gereklilik olarak gösterilmiştir. Lokal radyasyon tedavisi ve/veya cerrahi ile kombine adjuvan kemoterapi, sağkalım oranlarında önemli bir artışa yol açmıştır. Vakamız hala operasyonun 3. ayında ve devam eden onkoloji sonrası prognoz dikkatlice takip edilmelidir.

Anahtar Kelimeler: RHABDOMYOSARKOM, MENAPOZ, MALİGNİTE, SERVİKS

S-32 Laparoskopik Sezaryen Skar Gebelik Eksizyonu

Gülhan Özüm¹, Hakan Güraslan¹

1 Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Bağcılar Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı

Ektopik gebeliğin nadir formlarından biri olan skar gebelik, gestasyonel sakın uterus anterior duvarında eski sezaryen skar alanına yerleşmesiyle oluşur. Artan sezaryen doğum oranları nedeniyle insidansı giderek artmaktadır. Tanı ve tedavide net bir konsensus yoktur. Genellikle erken gebelik haftasında rutin muayene esnasında tanı konulurken, kanama ve ağrı ile klinikte kendini gösterebilir. Tanı ve tedavide gecikmeler maternal hemoraji, uterin rüptür, dehissens, plasenta invazyon anomalileri ve hatta maternal mortalite ile sonuçlanabilir. Tanıda ilk seçenek olarak transvajinal ultrasonografi kullanılır. Ekspektan tedavi, medikal tedavi (lokal veya sistemik metotreksat), uterin arter embolizasyonu (UAE), cerrahi tedavi uygulanabilir. Cerrahi tedavide histereskopi, laparotomi ve laparoskopi ve vajinal yaklaşımlar vardır. Medikal veya cerrahi tedavi seçiminde gebelik haftası, hastanın gelecekteki fertilitate beklentisi, cerrahın tecrübesi ve daha önceki tedavi komplikasyonları etkilidir. Medikal tedavi non invazif olduğu için tedavide ilk seçenek olarak düşünülse de düşük başarı oranı ve uzun süren tedavi süreci gibi dezavantajları vardır. UAE tek başına uygulandığında komplikasyon oranı (kanama, enfeksiyon ve trofoblastik dokunun persiste etmesi) yüksektir. UAE diğer tedavilerle kombine edildiğinde gelecekte fertilitate beklentisi olan hastalarda over yetmezliği, erken doğum, infertilite ve düşük riski artmaktadır. Cerrahi tedavide D&C'ın kanama ve uterin rüptür gibi komplikasyon oranı yüksektir. Minimal invaziv yaklaşım olan histereskopi düşük komplikasyon ve yüksek başarı oranına sahiptir. Fakat nish kalınlığı 3 mm altında uterin perforasyon riski yüksektir ve defektif isthmosel alanının tamirine olanak sağlamaz. Laparoskopi minimal komplikasyon ve yüksek başarı oranına sahiptir. Nadiren laparoskopi esnasında masif kanama riski olabilir. Geçici uterin arter embolizasyonu veya vazokonstriktif ajanlar kullanılarak kanama riski minimize edilebilir. Laparoskopi skar ektopik gebelik tedavisinde aynı seansta defektif alanın tamirine de olanak sağlar. Burada laparoskopik olarak geçici uterin arter ligasyonu yaparak eksize ettiğimiz skar ektopik gebelik vakamızı sunacağız (Resim 1). 30 yaşında, bir sezaryen öyküsü olan hasta adet rötarı ve vajinal lekelenme şikayetiyle acil servisimize başvurdu. Yapılan muayenesinde eski insizyon skar hattında 6 hafta 4 gün fka + gebelik görüldü. USG'de gestasyonel kese ile mesane arasındaki myometrial doku 3mm'den az olarak ölçüldü (Resim 2). Hastaya tedavi seçenekleri ve riskleri anlatıldı. Onam alınarak laparoskopik skar gebelik eksizyonuna karar verildi.

Anahtar Kelimeler: Skar ektopik gebelik, Laparoskopik cerrahi, Geçici uterin arter ligasyonu

S-33 Tuboovarian Apse Yönetiminde Cerrahi Tedavinin Yeri: Retrospektif Klinik Çalışma

Gülhan Özüm¹, Nurşen Kurtoğlu Aksoy¹

1 Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Bağcılar Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı

Tubo ovarian abse (TOA) üst genital bölge enfeksiyonudur ve sıklıkla pelvik enflamatuvar hastalığın (PID) komplikasyonudur. Tıpkı PID’de olduğu gibi karın ağrısı, ateş, vajinal akıntı ile prezente olur. TOA ve PID kronik karın ağrısı, infertilite ve ektopik gebelik gibi uzun dönem komplikasyonlarla ilişkilidir. Tanı ve tedavide net bir konsensüs olmamakla birlikte klinik bulgular; laboratuvar da lökositoz ve CRP yüksekliği; USG, MRI veya BT’de abse lehine adneksiyal kitlenin izlenmesi kullanılabilir. TOA tedavi yönetimi kompleks bir süreçtir ve uzun süre parenteral antibiyoterapi gerektirir. Tedavi şekline karar vermede hastanın klinik durumu, laboratuvar ve görüntüleme sonuçları etkilidir. TOA tedavisi antibiyoterapi, girişimsel radyoloji eşliğinde drenaj, laparoskopi veya laparotomiyle yapılır. İleri yaş, ateş ve toa boyutunun büyüklüğünün antibiyoterapi başarısızlığıyla anlamlı düzeyde ilişkisi vardır. Antibiyotik tedavisine yanıt alınamaması, apse rüptürü, sepsis şüphesi, malignite şüphesi ve postmenapozal hastalar genellikle cerrahi tedavi gerektirir. TOA rüptürü hayatı tehdit eden acil bir durum olduğu için acil cerrahi gerektirir. Büyük apselerde medikal tedaviden fayda görme şansı azalır, hastanede kalış süresi artar, düşmeyen ateş olabilir ve böylece cerrahi drenaj gereksinimi artar. Çünkü büyük ve kompleks apselerde antibiyoterapinin apseye etkinliği yeterli olmaz. Antibiyoterapi ve laparotomi (uni/bilateralsangigoooferektomi ve/veya histerektomi) ile tedavi etkin olmasına rağmen yüksek morbidite, infertilite ve erken menapoza sebep olmaktadır. Çalışmamız, 2022-2023 yılları arasında kliniğimizde TOA tanısıyla yatan 32 hastayı kapsayan retrospektif bir çalışmadır. Veriler, hastane kayıtlarından toplanmıştır. Çalışmaya alınan hastaların demografik özellikleri ve bulguları Tablo 1’de özetlenmiştir. Hastalarımıza gentamisin klindamisin ve ampisilin başlandı. Ateşi düşen, laboratuvar bulguları gerileyen ve klinik durumu stabil olan hastalar medikal tedaviyle taburcu edildi. Antibiyoterapiye yanıt vermeyenlere tazobaktam başlandı (%15). Medikal tedaviden fayda görmeyen hastaların %41’ine cerrahi müdahale uygulanmıştır(Resim1-4). Cerrahi girişimlerin %69’u laparoskopi, %31’i ise laparotomi yöntemiyle yapılmış olup hastanede ortalama yatış süresi 10 gündür. Cerrahi yapılan hastaların demografik özellikleri ve bulguları tablo 2’de özetlenmiştir. Cerrahi yapılan hastaların %31’ine laparoskopi yapıldı ve apse drene edildi. %38 hastaya BSO/USO ve apse drenajı yapıldı, %31’ine laparotomiyle histerektomi yapıldı. Laparotomi yapılan hastalardan birinde sonuç malign çıktı. TOA nedeniyle tedavi edilen hastalarda doğru endikasyon ve zamanda cerrahi kararı vermek hayati önem taşır. Çalışmamızda görüldüğü gibi bu vakalarda cerrahi yaklaşım hastaların iyileşme sürecini hızlandırmıştır ve laparoskopik yaklaşımla da başarılı sonuçlar elde edilmiştir.

Anahtar Kelimeler: Tuboovarian Apse, Antibiyoterapi, Laparoskopik/ Laparatomik Apse Cerrahisi

S-34 V Notes ile Histerektomi.(Hsil Nedeniyle Leep Yapılan Hasta)

Serhat Ege¹

1 Dicle Üniversitesi

GİRİŞ: Histerektomi en sık uygulanan jinekolojik ameliyatlardan biridir ve bilinen en eski ve en minimal invaziv yöntem vajinal histerektomidir. Ancak vajinal histerektominin her hastaya uygulanması zordur. Vajinal histerektomi ile uyumsuz, dar vajinaları ve hatta atrofik yumurtalıkları çıkarmak zordur. Karın kesisi olmadan vajinal prosedürlerin gerçekleştirilmesinin zor olduğu durumlarda total vajinal NOTES histerektomi yapılabilir. **GEREÇ VE YÖNTEM:** Hsil nedeniyle konizasyon gelişen 42 yaşındaki hasta operasyona hazırlandı. Hasta dorsal litotomi pozisyonunda hazırlandı. Cerrahi alan sterilize edildi ve örtüldü. İdrar drenajı için Foley kateter takıldı. Vajinal retraktörler yerleştirildi ve serviks tenakulum ile kavrandı. Hidro diseksiyon için 20 cc salin solüsyonu enjekte edildi. Rahim ağzı çevresindeki vajinal mukozanın dairesel kesisi neşter ile gerçekleştirildi. Kolpotomiler anterior ve posterior olarak yapıldı. Bilateral sakrouterin ligamanları standart vajinal histerektomi prosedüründe olduğu gibi tutularak kesildi. Gelpoint V-Path (Applied Medical, Rancho Santo Margarita, CA) ön ve arka kolpotomi boşluklarından yerleştirilerek pelvik boşluğa ulaştı. Vajinal işlem sonrasında pnömoperiton sağlanması amacıyla 10 mm Hg CO2 insüflasyonu ile laparoskopik yaklaşım. Ve optik görüntüleme için sert sıfır dereceli teleskop yerleştirildi (Karl Storz görselleştirme sistemi; Karl Storz Tuulingen, Almanya). İşlem sırasında tek kullanımlık laparoskopik kavrama forsepsi ve laparoskopik bipolar 5 mm sızdırmazlık elektrocerrahi cihazı, Voyant (VT) (Applied Medical, Rancho Santa Margarita, CA, ABD) kullanıldı. **BULGULAR:** Rahim damarları, yumurtalık bağları, adneksiyal yapılar ve Fallop tüpleri iki taraflı olarak kaudalden kraniale doğru çıkarıldı. Rahim, yumurtalıklar ve tüplerin rezeksiyonu sonrasında vajinal açıklıktan tüm yapılar çıkarılır. Ve vajinal kubbe Vicryl 1-0 dikişle (Ethicon, Piscataway, NJ, ABD) sürekli olarak dikildi. Hastanın ağrısı minimaldi ve ameliyattan 6 saat sonra mobilize oldu. Hasta ameliyattan 2 gün sonra taburcu edildi. **SONUÇ:** Laparoskopik histerektomi (LH) ve vajinal histerektomi (VH), minimal invazif histerektomi prosedürleridir. Her ikisi de daha az ağrı, daha az görünür yara izi oluşumu, ameliyat sonrası erken mobilizasyon ve daha kısa iyileşme süresi ile ilişkilidir. vNOTES yaklaşımı yara izi, yara enfeksiyonu ve insizyonel herniasyon gibi port yeri komplikasyonlarını önler. Doğal orifis translüminal endoskopik cerrahi (NOTES), minimal invaziv cerrahi alanında önemli bir yeniliktir

Anahtar Kelimeler: VNOTES Histerektomi, Minimal İnvaziv Cerrahi, Endoskopik Cerrahi

S-35 Tek Porttan Adneks Cerrahisi

Erdoğan Gül¹, Sertaç Ayçiçek¹

1 Sağlık Bilimleri Üniversitesi Diyarbakır Gazi Yaşargil Eah

Tek portlu laparoskopi minimal invaziv cerrahide yaklaşık otuz beş yıl önce geliştirildi. Tek portlu laparoskopinin standart laparoskopiye olumlu etkisi olmuştur. Kuşkusuz tek portlu laparoskopi, esnek enstrümantasyonla bile teknik olarak düz laparoskopiden daha zordur; ancak hâlâ başlangıç öğrenme eğrisindeyiz. Tek portlu laparoskopi doku çıkarma açısından konvansiyonel laparoskopiye göre üstündür. Ayrıca son zamanlarda geliştirilen enstrümanlarla cerrahi daha kolay hale gelmiştir. Özellikle büyük adneksiyal ya da uterusun kitlelerinde umblikustan yapılan tek port cerrahilerle doku çıkarması çok kolay hale gelmiştir. Biz de bu video vaka sunumumuzda yaklaşık on iki santimlik benign kriterlere uyan adneksiyal kisti umblikustan yaptığımız tek port cerrahi platformdan çok rahat bir şekilde çıkardık. Daha sonraki kontrollerde de hastanın karın bölgesi kesisi minimal iz olarak kaldı.

Anahtar Kelimeler: Adneksiyal cerrahi, Doku çıkarma teknikleri, Tek port laparoskopi

S-36 Gebelikte Dev Over Kisti ve Aspirasyon

Miraç Özalp¹, Tuğba Salman¹, Aylin Özkahraman¹, Veli Mihmanlı¹

1 Kadın Hastalıkları ve Doğum, Prof. Dr. Cemil Taşcıoğlu Şehir Hastanesi

Günümüzde obstetrik ultrasonografinin rutin hale gelmesi ile ilk trimesterde over kisti tanısı alan olgu sayısı artmıştır. Gebelikte bildirilen over kisti insidansı %1,2 ile %0,01 arasında değişmektedir. Over kistlerin büyük çoğunluğu korpus luteum kisti olup 16. gebelik haftasında spontan rezolusiyona uğrar. Gebelikte persistan over kistlerine gereklilik halinde ideal yaklaşım ilk trimesterde düşük riski göz önünde bulundurularak gebeliğin 16-20. haftalarında cerrahi girişim yapılması yönündedir. Ancak son yıllarda ultrason cihazlarının rezolüsyonunun artması, benign-malign ayrımının yapılmasındaki deneyimin artması ile gebelikte persiste eden over kistlerine yaklaşımı tartışmalı hale getirmiştir. Amacımız ilk trimesterde tespit edilen semptomatik dev over kistine yaklaşımı tartışmaktır. Bbcg pozitifliği olan 33 yaşında olan hasta polikliniğe başvurdu. Hastanın yapılan ultrasonografik incelemesinde sağda 120 mm anekoik over kisti izlendi. Hastadan tüm batın MRG , jinekolojik onkoloji konsültasyonu ve tümör markerları istendi. MRG’si sağ overde yaklaşık 120x128 mm boyutlu ince internal septasyonlar içeren kistik lezyon (mezenterik kist? sağ over kisti?) olarak yorumlandı. Tümör markerları negatif olan hastanın adneksiyel kitlesi jinekolojik onkoloji tarafından ön planda benign olarak düşünüldü. Takiplerinde hastanın bası semptomları ve nefes almada zorlanma şikayetleri olması üzerine 12. Gebelik haftasında 1000cc, 16. Gebelik haftasında 950cc ve 22. Gebelik haftasında 1050 cc olmak üzere ultrason eşliğinde kist aspirasyonu yapıldı. Son yapılan aspirasyon sonrası kistin boyutu 20*20 mm’ye geriledi. Hastaya yapılan aspirasyonların sonrasında ve 4 saat aralıklarla hemogram ve vital takibi yapıldı. Hastanın gözlemleri süresince vitalleri stabil seyretti, Hb düşüşü izlenmedi, yapılan kontrol usg muayenelerinde batın içi serbest sıvı izlenmedi ve fetal kalp atımı pozitif izlendi. Kistin sitolojisi benign olarak sonuçlandı. Hasta rutin gebelik takibine devam etmektedir. Gebelikte dev over kistlerine yaklaşım gereklilik halinde 2. Trimesterde cerrahi iken, ilk trimesterde semptomatik olan over kistin ultrason eşliğinde aspire edilmesi cerrahiye alternatif seçenek olarak akılda bulundurulmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Gebelik, Over kisti, Aspirasyon, Benign

S-37 Histerektomi Geçiren Postmenopozal Hastada Pelvik Kitle Ayırıcı Tanısındaki Patolojik Nedenler Arasında Bağırsak Dilatasyonu: Nadir Olgu Sunumu

Tural İsmayilov¹, Zeynep Yavaş Yücel¹

1 Sağlık Bilimleri Üniversitesi, İstanbul Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Kadın Hastalıkları Ve Doğum Kliniği

Pelvik kitleler, pelvik bölgede bulunan solid, kistik veya solid-kistik yapıda bulunabilen lezyonlardır. Bu olgu sunumuyla, pelvik ağrı ve pelvik kitle şüphesiyle başvuran hastada ayırıcı tanıda akılda tutulması gereken patolojik durumu paylaşmak istedik. 49 yaş, G3P3, 2 yıl önce menopoza teşhisi konulan hasta, ani başlayan karın ağrısı ve postmenopozal pelvik kitle şüphesi nedeniyle tarafımıza başvurdu. Anamnezinde 10 yıl önce ikinci sezaryen sonrasında atoni nedeniyle Total Abdominal Histerektomi (TAH) (bilateral salpingooferektomi (BS) bilgisi hastaya verilmemiş) geçirdiği, 1 yıl önce çekilen MR görüntülemesinde uterus ve overlerin izlenmediği (opere?), pelvik bölge posterior kesim süperiorunda 72x62 mm boyutlarında ince septalı ve 26x37 mm boyutlarında belirgin septası bulunmayan, solid komponent içermeyen kistik lezyonlar tespit edildiği öğrenildi. Pelvik Doppler US’de pelvik bölgede 50x41 mm boyutunda heterojen ve 37x35 mm çaplı anekoik kistler izlendi. CA 15-3’ün hafif artışı (28.5 kU/L) ve anemi (Hb:9.3 g/dL) dışında laboratuvar değerleri normal sınırlardaydı. Hastaya diagnostik laparoskopi planlandı. Abdominopelvik eksplorasyonda uterus, tubalar ve overler izlenmedi, pelvik bölgede görüntüleme yöntemleriyle tarif edilen kistik oluşumlar görülmedi. İntraoperatif transvaginal ultrasonografi ile eşzamanlı görüntü kaydı alındı. Tariflenen kistik oluşumun dilate sigmoid kolon ansı olduğu görüntülendi. Postoperatif Genel Cerrahi konsültasyonu sonrasında rektal kontrastlı batin BT çekildi. Kontrast maddenin ileoçekal bileşke seviyesine kadar geldiği, ekstrasvazasyon olmadığı, uterus loju hizasında 60x65 mm genişliğinde lezyon sahası izlendiği raporlandı (sözlü sunum sırasında video gösterilecektir). Ani başlayan karın ağrısıyla başvuran hastaya detaylı anamnez, jinekolojik ve diğer sistemlerin muayenesi sonrası, istenen tetkik ve görüntüleme yöntemleriyle pelvik kistik kitle ön tanısıyla diagnostik laparoskopi uygulanmıştır. Olgunun laparoskopik değerlendirmesinde, atoniye bağlı geçirilmiş TAH ve bilateral salpingooferektomi (BSO) ameliyatı kesinleştirildi. Anemi ve hafif CA 15-3 yüksekliği de göz önünde bulundurularak elektif koşullarda kolonoskopi planlanmış, BSO sonrası genitoüriner semptomlar ve postmenopozal osteoporoz açısından hormon replasman tedavisi için jinekolojik poliklinik kontrolü önerilmiştir. İntraoperatif ultrasonografi ile laparoskopi kombine edilerek patolojik görünümün lokalizasyonu ve kaynağı netleştirilmiştir. Pelvik kitle şüphesinde nadir durumlar akılda tutulmalı, görüntüleme yöntemlerinin yetersiz kaldığı durumlarda, endoskopik işlemlerden kaçınılması, intraoperatif ultrasonografinin etkin kullanımı önerilmektedir.

Anahtar Kelimeler: intraoperatif transvaginal ultrasonografi, diagnostik laparoskopi, bağırsak dilatasyonu, pelvik kitle yönetimi, postmenopozal pelvik kitleler

S-38 Video Eşliğinde Olgu Sunumu :rekürrent Pop’Nun Vaginal Asiste Laparoskopik Histerektomi ve Modifiye Lateral Süspansiyonla Tedavisi

Erdoğan Gül¹, Sertaç Ayçiçek¹

1 Sağlık Bilimleri Üniversitesi Diyarbakır Gazi Yaşargil Eah

Meş kullanılarak laparoskopik lateral süspansiyon, POP'u etkili bir şekilde tedavi eden minimal invaziv bir tekniktir. Biz, daha önce tanımlanan yöntemlerden farklı olan modifiye bir laparoskopik lateral süspansiyon tekniği sunuyoruz . Öne çıkan farklılıklar şunlardır: ilk olarak, modifiye tekniğimizde 48 mm yuvarlak gövdeli bir iğne (Ethicon Inc, Somerville, NJ, ABD) üzerinde Mersilene bant kullanılmaktadır. Transversal hamak olarak yerleştirilmiş düğümsüz Mersilene bant kullanarak çift ısırık alarak vajinal tonozu askıya alıyoruz. Mersilene bant sayesinde ağlara, dikişlere, yapıştırıcılara veya bağlantı elemanlarına ihtiyaç duyulmuyor. Mersilene bant çok daha kolay dikiş atılmasını ve ucuz bir yapay malzeme kullanılmasını sağlar. İkinci fark, port yerleştirme yerleridir . Üçüncü fark ise yaptığımız kesilerin sayısıdır. Daha önce açıklanan yöntemlerde referanslarda kullanıldığı gibi 2 ek insizyona ihtiyacımız yoktur. Lateral trokar yerleştirmek ve Mersilene bandının distal ucunu çıkarmak için iliak krestin 2 cm üzerinde ve anterior superior iliak omurganın 4 cm posteriorunda olan aynı insizyonu kullanıyoruz. Tekniğimiz, daha önce tanımlanan yöntemlerle karşılaştırıldığında daha kolay, daha kısa, daha uygun maliyetli, daha az invaziv ve daha güvenli olma potansiyeline sahiptir.

Anahtar Kelimeler: Laparoskopik histerektomi, Lateral süspansiyon, Tekrarlayan POP

S-39 32 Yıllık RİA Olgusu: RİA Kullanımı ve Komplikasyonları

Simge Kilis¹, Meryem Özge Çakır Nemli¹

1 Sbü İzmir Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Kadın Hastalıkları Ve Doğum Kliniği

Rahim içi araç (RİA), etkinliği, güvenliği ve kullanım kolaylığı nedeniyle sık tercih edilen kontrasepsiyon yöntemidir. RİA'lar genellikle plastik çerçevelere sahiptir ve bakır veya progestin salgılayarak kontraseptif etki sağlarlar. FDA, bakırlı RİA'nın 10 yıl boyunca kullanımını onaylamıştır. RİA'ların çeşitli tipleri ve şekilleri vardır, ancak hepsi gebeliği önlemek için benzer mekanizmaları kullanır. Bakırlı RİA, bakırın sitotoksik etkilerini kullanarak fertilizasyonu engeller. LNG RİA'lar ise progestin salgılayarak spermin üst genital kanala erişimini azaltır ve döllenmeyi önler. RİA'ların etki mekanizması, uterus içindeki inflamatuvar reaksiyonlar ve lokal değişikliklerle ilişkilendirilir. Bahsedilen olguda, 63 yaşında kadın hasta kronik karın ağrısı ve postmenopozal kanama şikayetleriyle kliniğe başvurdu. Hastanın 32 yıldır bakırlı RİA kullandığı ve çeşitli sağlık sorunları yaşadığı görüldü. Yapılan muayene ve tetkiklerde, hastada PID (pelvik inflamatuvar hastalık) belirtileri tespit edildi. RİA kullanımının yaygın olduğu ve çoğu durumda komplikasyonların nadir olduğu bilinmektedir. Ancak, uzun süreli RİA kullanımının nadir de olsa PID gibi ciddi komplikasyonlara yol açabileceği görülmüştür. Epidemiyolojik çalışmalar, RİA kullanımının PID riskini artırmadığını göstermektedir. Bununla birlikte, bazı durumlarda RİA kullanımı sonucunda PID gelişebileceği unutulmamalıdır. Sonuç olarak, RİA'lar etkili ve güvenli kontrasepsiyon yöntemleri olsa da uzun süreli kullanımın nadir de olsa ciddi komplikasyonlara yol açabileceği akılda tutulmalıdır. Hastalar, RİA kullanırken olası riskler konusunda bilgilendirilmeli ve düzenli olarak takip edilmelidir.

Anahtar Kelimeler: Rahim İçi Araç, Pelvik İnflamatuvar Hastalık, Komplikasyon

S-40 Laparoskopik Histerektomi Sonrasında , Üreter Hasarına Erken Dönem Yaklaşım

Cağatay Kaya¹, Adnan Budak¹

1 Tepecik Eah

Üreter yaralanmaları , jinekolojik cerrahilerde önemli morbidite ve mortalite nedenlerindendir.Bu sebepten ötürü önlenmesi ve komplikasyon yönetimi hakkında çeşitli çalışmalar yapılmıştır. Üreter hasarlarını, hasarı oluşturan mekanizmaya göre çeşitli sınıflara ayırabiliriz.Üreterin klempelenmesi, vaskularizasyon ya da denervasyonunun bozulması, sütur/staplerden ötürü king yapması veya diseksiyon sırasında termal hasara maruz kalması olarak ayırabiliriz üreter hasarlarının yaklaşık yüzde 75’i postoperatif dönemde fark edilmektedir.Üreter hasarını erken dönemde fark etmede ; hastaların kliniği, laboratuvar parameteleri, idrar çıkımında azalma, vajenden/insizyondan idrar gelmesi etkili olmaktadır.Merkezimizde laparoskopik histerektomi ve bılateral salpenjektomi sırasında oluşan üreter hasarına yapılan erken müdahale sayesinde , hastamızın nefrosomi kateterine ihtiyacı kalmamıştır. Bizim vakamızda postoperatif 1. günde yapılan üriner ultrasonun katkısı büyüktür.Üreter hasarının, preoperatif ve erken postoperatif dönemde fark edilirse ilk 72 saat içinde reopere edilir. Üreteri içine alan sutur açılıp üreter kataterize edilir. Ancak 72 saatten sonra fark edilen üreter hasarında reepitelizasyon tamamlandığı için , bu süreden sonra yapılan müdahalelerde, süturu açmak ve kateter yerleştirmek etkili bir tedavi yöntemi olmayacaktır.

Anahtar Kelimeler: Üreter, laparoskopi,üreter hasarı, histerektomi

S-41 Sigmoid Kolon Mezosunda Kayıp Ria : Nadir Bir Olgu

Mehmet Yılmaz¹, Şerif Aksin¹, Fatma Zehra Kurnuç², İbrahim Batmaz ¹

1 Mardin Artuklu Üniversitesi Tıp Fakültesi

2 Siirt Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Rahim içi araçlar (RİA), tüm dünyada olduğu gibi ülkemizde de sık kullanılan bir kontraseptif yöntemdir. RİA takılması sırasında rahim içi araçların uterusu perforate edip uterus dışına çıkmaları ciddi ancak nadir bir komplikasyondur. Bu bildiride hasta dış merkezde Rahim içi aracın 1 hafta önce takıldığını belirtmiş ve ağrı şikayeti ile kliniğimize başvurmuştur. Yapılan Ultrasonografide Rahim içi araç uterin kavitede izlenmemiş olup ve çekilen direkt batın grafisinde batın içinde saptandı. Gerekli hazırlıklardan sonra hastaya Laparoskopi uygulandı. RİA takılması işleminden sonra ultrasonografi ile mutlaka RİA lokalizasyonu belirlenmelidir. Uterus kavitesinin boş olduğu hastalar uterus perforasyonu açısından değerlendirilmelidir.

Anahtar Kelimeler: Rahim içi araç, uterus perforasyonu

**S-42 İnfertil Hastada Transvaginal Oosit Toplanması (Opu) Sonrası Gelişen
Üreterovezikal Bileşke Proksimalinde Periüreteryal Abse Fistül Formasyonu: Nadir
Olgu Sunumu**

Tural İsmayilov¹, Emine Öngüç¹, Yiğit Yavuz¹, Ece Gidiş¹, Nil Atakul¹

1 Sağlık Bilimleri Üniversitesi, İstanbul Eğitim Ve Araştırma Hastanesi, Kadın Hastalıkları Ve Doğum Kliniği

Oosit toplama işlemi (OPU), gebelik istemi olan çiftler için sıkça tercih edilen bir cerrahi yaklaşımdır. En sık görülen komplikasyonlar şiddetli karın ağrısı (%3), vajinal kanama (%3-8), hafif pelvik enfeksiyonlar (~%1) ve pelvik apselerdir (%0-0,6). Üreter ve mesane dahil pelvik iç organların yaralanması çok daha nadirdir ve literatürde çok az sayıda örnek vardır. Bu olgu sunumuyla pelvik absenin üreter ve mesane ile fistül oluşturabileceğine dikkat çekmeyi ve literatürü desteklemeyi amaçladık. 32 yaş, G1A1 kadın hasta, pelvik ağrı ve bulanık idrar yapma şikayeti ile acile başvurdu. Anamnezinde 10 gün önce OPU uygulandığı, işlemden 48-72 saat sonra şikayetlerinin başladığı öğrenildi. Transvaginal ultrasonografide sol adneksen kaynaklandığı düşünülen, uterovezikal bölgede 110x114x88 mm boyutlarında tuboovaryen (TOA) abse ile uyumlu kitle-lezyon tespit edildi. Başvuru anında laboratuvar testlerinde lökositoz (WBC: 38.190x10⁹/L), C-reaktif protein (CRP: 391.5 mg/L) ve prokalsitonin yüksekliği (15 µg/L) mevcuttu. İdrar kültürü için Foley kateterle alınan idrar örneğinde piyüri görüldü. Tüm batin BT’de sol adnekte aksiyel planda en geniş yerinde 88x63 mm boyutunda, çevresinde retiküler dansiteler bulunan koleksiyon alanı izlendiği (TOA?), koleksiyona sekonder sol üreterde ve sol böbrek pelvikaliksiyel yapılarında hafif derecede dilatasyon, sol adneksiyaal lojdan mesane sol yarımına uzanmış multiseptalı görünüm, tam üreterin dibindeki bu görüntüde, üreterdeki kontrast maddenin bu alana kaçtığı görüldü. Üroloji konsültasyonunda, ilk etapta nefrostomi tatbiki, girişimsel veya cerrahi olarak abse drenajı, antibiyoterapi sonrası fistül açısından yeniden tanı ve tedavi düzenlenmesi önerildi. Hasta ve yakınlarına TOA, fistül, septik tablo ile ilgili detaylı bilgi verildi. Ancak hasta ve yakını girişimsel işlemleri kabul etmeyerek hastanemizden ayrıldı. Başvurduğu merkezdeki hekimiyle görüşüldü. Kontrol lökosit ve CRP değerlerinin giderek artması üzerine, doksisisiklin, piperasilin-tazobaktam başlanmış, C.glabrata üremesi sonrası kaspofungin eklenmiş, sol perkütan nefrostomi açılmış. En son laboratuvar testlerinde lökosit 10.180x10⁹/L, CRP 11.1 mg/L, prokalsitoninin 0.07 µg/L olarak sonuçlandığı öğrenildi. Pubmed ve Google Scholar veritabanı taramasında 1995-2024 yılları arasında literatürde 10 vaka bildirimi olduğu sonucuna ulaştık.. Üreteral yaralanma, işlem sonrası tuboovaryen absenin periüreteryal fistüle dönüşmesiyle ilgili çalışmaya rastlanmamıştır. Bu hastalar genellikle genç ve sağlıklı kadınlar olduğundan dolayı etik ve medikolegal olarak hasta ve hekim ilişkisinde sorunlar yaratabilecek durumlar olarak karşımıza çıkmaktadır. İşleme alınacak tüm hastalara gerçekleştirilecek komplikasyonlar aydınlatılmış şekilde anlatılmalı ve gerekli onamları alınmalıdır.

Anahtar Kelimeler: transvaginal oosit toplama, OPU sonrası tuboovaryen abse gelişimi, üreter yaralanması, periüreteryal abse fistül gelişimi

S-43 Nadir Görülen Kısa Kosta Polidaktili Sendromu Olgu Sunumu

Sümeyye Demirkıran¹

1 İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Atatürk Eah ,kadın Hastalıkları Ve Doğum Anabilim Dalı
,izmir

Kısa kosta –polidaktili sendromu (KKPS) iskelet displazileri içerisinde nadir görülen OR bozukluktur Bu sendrom 4 ana gruba ayrılmış olup kısa ekstremite ,kısa kosta ile birlikte torasik hipoplazi ve polidaktili ile karakterizedir . Kliniğimizde tespit edilen, prenatal dönemde nadir rastlanan kısa kosta polidaktili sendromu olgusunun sunumu amaçlanmıştır .

Anahtar Kelimeler: Ekstremité anomalisi,Fetal anomali, , Ultrasonografi ,Kısa kosta polidaktili sendromu ,iskelet displazileri,kısa kosta

**S-44 İlk Trimesterde Saptanan Nadir Görülen Bir Anomali:izole Alobar
Haloprozensefali**

Fatma Zehra Kurnuc¹, Şerif Aksin², Mehmet Yılmaz², İbrahim Batmaz²

1 Siirt Eğitim ve Araştırma Hastanesi

2 Mardin Artuklu Üniversitesi Tıp Fakültesi

Holoprozensefali serebral hemisferlerin tam olarak bölünememesi ile birlikte patolojik ya da tam gelişmemiş beyin yapılarıyla karakterize bir anomalidir . Holoprozensefali prevalansı incelendiğinde doğumlarda 1/16.000 olarak bildirilmiş olup bunların birçoğunda siklopi, nasal kemik yokluğu, hipotelorizm, probosus saptanır. Bununla birlikte yarı damak ve dudak da fetüslerde saptanan fasial anomalilerdir. En ciddi formu alobar holoprozensefalidir. Başta Trizomi 13 en sık rastlanmakla birlikte bu vakaların hemen hemen yarısında kromozomal anomali saptanmıştır. Prognoz kötüdür ve bu durum ya intrauterin dönemde ölüm ya da doğumu takiben fetal ölüm şeklinde seyir eder . Bizim olgumuzda ilk trimesterde saptanan alobar holoprozensefali ile vakamızı sunmayı amaçladık.

Anahtar Kelimeler: Holoprosansefali, alobar, anomali

S-45 Sancılı Eski Sezaryen Vakasında İnsidental Saptanan Plasenta Akkreta ve Rudimenter Horn:olgı Sunumu

Muhammed Kutluhan Azman¹, Aybekcan Batman¹

1 Başakşehir Çam ve Sakura Şehir Hastanesi

AMAÇ:Unikornuat uterusun rudimenter horn ile birlikte olması,Müllerian kanal birleşme anomalisidir.Rudimenter horn gebeliklerinin insidansı,75 bin gebelikten birinde görülmekte ve ilk iki trimester rüptür oranı yaklaşık %80'e çıkmaktadır.Bu tür gebeliklerde aşırı kanama ve abort beklenen sonuçlardır. Uterin kaviteyle bağlantılı rudimenter horna sahip uterusda gebelik materyalinin bu alana yerleşme ihtimali tahmin edildiği üzere artmaktadır. PAS (plasenta akkreta spektrumu); trofoblastların myometriuma değişik derecelerde invazyonuyla karakterizedir. PAS için en sık görülen risk faktörleri başta sezaryen olmak üzere geçirilmiş uterus cerrahisi ve plasenta previadır. Sezaryen sayısı arttıkça PAS olasılığı da artmaktadır.Vaka sunumumuzla peroperatif tanı alan unikornuat uterusda kaviteyle ilişkili rudimenter horn ve aynı zamanda PAS vakası incelenmektedir.Vaka sunumumuzla amacımız acil sezaryen sırasında Pfannenstiel insizyona rağmen PAS cerrahisi yönetimi ve sezaryen sırasında insidental aksesuar uterus dokusunun karşımıza çıkabilecek komplikasyonları hakkında klinisyenlerde farkındalık oluşturmaktır. **OLGU:**36 yaşında,3 gebelik 2 sezaryen doğum öyküsü olan düzensiz takipleri olan anamnezde patolojik hikayesi olmayan 37 hafta gebe hasta sancılı şikayetiyle acil servise başvurmuştur.Yapılan ultrason muayenesinde ölçümleri gebelik haftasıyla uyumlu vajinal muayenede 3 cm açıklığı olan hastaya ultrason sırasında persiste fetal bradikardi görülmesi üzerine acil sezaryen kararı alınmıştır. Operasyon sırasında Pfannenstiel insizyonu takiben uterus anterior duvarda damarlanma artışı izlenerek PAS lehine düşünülerek plasental uzanım görülmeyen alandan uterin transvers kesiyle fetüs doğurtulmuştur.Plasental yataktan abondan kanama izlenmesi üzerine ivedilikle histerektomi kararı alınmıştır.Uterusa invaze olan plasenta ve ekleri uterus ve tuba uterinalar ile total olarak çıkarılmıştır.Histerektomi esnasında uterus sağ arka tarafında uterin kaviteyle devamlılık gösteren aksesuar uterus oluşumu izlenmiştir.Hastanın pre-operatif Hb (hemoglobini) :9,1g/dL, per-operatif Hb:5,4g/dL olarak ölçülmüş per-operatif 3'er ünite eritrosit süspansiyonu ve taze donmuş plazma verilmesiyle post-operatif Hb:7,6g/dL olarak takip amaçlı yoğun bakım ünitesine alınmıştır.Yoğun bakım ünitesinde 36 saatini dolduran hasta post-operatif 4. günde taburcu edilmiştir. **SONUÇ:**Karşılaştığımız bu zorlu vaka ile insidental saptanan iki nadir gözlenen bu durumu ele aldık. Tek başına sezaryen sırasında rudimenter horn eksizyonu önerilmemektedir.Eksizyona bağlı artmış kan transfüzyon ihtiyacı ve sepsis gibi olumsuz cerrahi sonuçlar bildirilmiştir.PAS cerrahilerinde hemodinamik olarak stabil hastalarda uterus koruyucu cerrahi düşünülebilir.Kanamanın derecesine,ekibin deneyimine ve hastanenin olanaklarına göre acil postpartum histerektomi kararını vermede gecikilmemelidir.

Anahtar Kelimeler: Histerektomi,plasenta akkreta spektrumu,rudimenter horn

S-46 Üçüncü Trimestırda Adneksiyal Torsiyon: Olgu Sunumu

Bilgesu Çetinel Kaygun¹, Ezgisu Erdoğan², **Esra Bahar Gür**²

1 Aydın Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi

2 İzmir Katip Çelebi Üniversitesi

Üreme çağındaki kadınlarda, akut pelvik ağrının beşinci en sık nedeni olan ve gerçek bir jinekolojik acil olan; adneksiyal torsiyon gebelikte de mutlaka akılda tutulması gereken acil bir durumdur. Üçüncü trimesterde tanı koyma zorluğu nedeni ile, geç tanı ihtimali artmaktadır. 34 yaşında, gravida 3, parite 2; 1 vajinal doğum ve 1 sezeryan doğum öyküsü olan, 32 hafta 4 gün spontan gebeliği olan hasta, ani başlayan 3 saattir devam etmekte olan sağ alt kadranda ağrısı, mide bulantısı ve kusma şikayeti ile acil servise başvurdu. İleri tetkik ve inceleme sonrası adneksiyal torsiyon olarak değerlendirilip, laparotomi ile sağ over detorsiyone edildi. Ovaryan kan akımı geri kazanıldı. Hasta; altı hafta sonra, 39 hafta 0 gün planlı sezeryan doğum ile bir canlı 3440 gram kız bebek dünyaya getirdi.

Anahtar Kelimeler: Adneksiyal torsiyon, Gebelik, Üçüncü trimester

S-47 1. Trimester Spontan Uterin Rüptür

Doruk DoĖan¹,   zlem Akg  l¹

1 Bağcılar EĞitim ve Araştırma Hastanesi

GİRİş: 12W+3D FKA pozitif rüptüre skar gebelik olgusu OLGU : 26 yaşında spontan 12+ 3 haftalık gebe senkop şikayeti ile acilimize başvurdu. Tansiyonu : 90/60 mmHg, nabız:110/dakika G3 P2 SCA olan gebe muayenesinde uterus alt segmentinde CRL’sine göre 12 hafta 3 gün, canlı gebelik izlendi. Ultrasonografide adneksler doğal, ancak sol paraovaryan alanda ve Douglas’da mayi mevcuttu. Karaciğer dalak altında minimal mayi vardı. Özgeçmişinde ek hastalık yok , kullandığı ilaç yok. Muayenesinde batında defans mevcuttu. Labaratuar değerlerinde hemogram : 7.6 mg/dl Hemotokrit : % 24 olması dışında patoloji yoktu. Anemi, akut batın bulguları olan gebeye diagnostik laparoskopi yapıldı. Laparoskopide batın içinde fazla miktarda koag  l  m izlenmesi üzerine laparotomi kararı alındı. Pfannenstiel insizyon ile batına girildiğinde bol miktarda koag  l  m vardı, aspire edildi ve Kerr insizyon hattının belirgin, kanamalı olduğu görüldü. Kerr insizyonunun sağ köşesinde sac belirgindi ve kanıyordu. Kerr hattından aktif kanama ve giderek ilerleyen rüptür alanı görülmesi üzerine skar hattı a ıldı ve gestasyonel içerik çıkarıldı. Rüptür alanı onarımı için 2 taraftaki fibrotik dokular makas yardımıyla çıkarıldı ve 2 kat continue sütüre edildi. Kanama kontrolü yapıldı. Dren konuldu. Genel anesteziden sorunsuz uyanan hasta sevise alındı. Per op 1 ES, 1TDP; serviste postop 1 ES resplasmanı yapıldı. Hastanın postoperatif 1. günde dreni çekildi ve 2. gün taburcu edildi. **SONUÇ:** Skar gebelikler 1. Trimesterde rüptür yapan , akut kanamalı acillerdendir. Erken gebelik takibinde mutlaka GS’nin yeri belirtilmeli, skar alanında olanlar perinatoloji görüşü alınarak ilerlemeden tedavi edilmelidir.

Anahtar Kelimeler: 1. Trimester, Spontan Uterin Rüptür

S-48 Acil Mükerrer Sezaryen Vakasında Geç Tanınan Mesane Yaralanması

Merve Cumaoglu¹, Nurşen Kurtoğlu Aksoy¹

1 Bağcılar Eğitim ve Araştırma Hastanesi

GİRİŞ : POSTOP 1. GÜNÜNDE FARKEDİLEN MESANE YARALANMASI OLGU
SUNUMU : 35 Yaşında eski 3 sezaryen öyküsü mevcut hasta, sancı nedeniyle 35 hafta iken acil sezaryene alındı. Perop ve postop idrar rengi berraktı. Postop 1. Gününde, foley sondası çekildikten 8 saat sonra karın ağrısı, şişkinliği ve nefes darlığı olan hastaya yapılan ultrasonda batın içi bol miktarda serbest mayi izlendi. Vitalleri normaldi. Takiplerinde hemogramının stabil olduğu izlendi. Bu nedenle ön planda batın içi kanama düşünülmedi. Takip için foley sonda takıldı az miktarda berrak renkte idrar izlendi. Ürolojiye konsülte edildi. Batın içi mayiden ponksiyon yapıldı. Ponksiyon açık berrak renkte izlendi. Üre/Kreatinin değerleri gönderildi. Bt sistogramda kontrast maddenin batın içine geçişi izlendi. Ponksiyondan gönderilen üre/kreatinin : 34.2mg/dL- 4.5mg/dL tespit edildi. Mesane hasarı-perforasyonu ön tanısıyla laparotomi kararı alındı. Pfannestiel insizyonla batına girildi, fasia sütürü kesildi. Batın içinden berrak idrar vasfında 3000cc mayi aspire edildi. Mesane vizüelize edildi. Mesane anterior duvarında yaklaşık 2 ayrı 2cmlik perfore alan izlendi. Ürolojiye perop konsülte edildi. Mesane onarımı yapıldı. Sondadan 200cc metilen mavisi verildi. Kaçak izlenmedi. 3 Yollu silikon foley sonda takıldı . Hasta postop servise alındı. Postop çekilen 2. Günündeki üriner usgde bilateral böbrek boyutları normal izlendi. Postop 3. Gününde hasta taburcu edildi. 10 gün sonra kontrole çağrıldı. Kontrol sistogram çekildi. Kaçak izlenmedi. Sonda çekildi. **SONUÇ :** Geçirilmiş sezaryen sayısının artması mesane yaralanma olasılığını artırır. 3 kez geçirilmiş sezaryen öyküsü olan kadınların sezaryen olmuş diğer hastalara göre mesane yaralanması 5 kat daha fazla görülmüş. Acil sezaryen (%31) vakalarında mesane yaralanma elektif vakalardan daha sık görülür . Hastaların % 95’inde hematüri ve abdominal şikayetler görülür. Mesane yaralanmalarının çoğu tam kat ve trigonda meydana gelir. Vakamızdaki ilginçlik hastanın sondasının olduğu dönemde ve perop hiçbir zaman hematürinin olmaması, sonda çekildikten sonra giderek artan abdominal şikayetlerin (şişkinlik, ağrı, nefes darlığı) görülmesidir. Bu da bize mesane yaralanmasının erken zamanda ortaya çıkmayabileceği perop farkedilmeyebileceği ve kliniğin aşık olamayabileceği akılda tutulmalıdır. Tam kat olmasa bile mesane serozası ve muscularisin hasar görme şüphesi varsa perop kontrol ve sondanın daha uzun tutulması düşünülebilir

Anahtar Kelimeler: Mesane perforasyonu, mesane yaralanması, acil sezaryen

S-49 Alt Ekstremitte Anomalileri ile Birlikte Fibular Hemimeli: Vaka Sunumu

Berfin Su Köse Özdemir¹, Emine Demir¹

1 İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Atatürk Eğitim Araştırma Hastanesi

Fibular agenezisi fibula kemiğinin doğuştan gelişimsel defektidir. Klinikte fibula boyunda kısalık veya fibulanın hiç gelişmemesi şeklinde kendini gösterebilir. Sıklıkla izole görülmekle birlikte alt ekstremitte anomalileri ile beraber görülebilmektedir. Sporadik gelişebilir. FATCO sendromunda bir bulgu olarak da görülebilmektedir. Gebeliklerde antenatal izlemde ikinci trimesterde yapılan ultrasonlarda fibulanın görülememesi ile tanı konulur. Bulgu saptandığında fetüsün ek iskelet anomalisi ve iskelet dışı anomali açısından taranması önem arz etmektedir. Karyotip analiz yapılması önerilebilmektedir. Postnatal dönemde fibular ageneziden kaynaklı gelişebilecek yürüme bozuklukları ,iskelet sistemindeki bozukluklar hakkında aile bilgilendirilmeli ve gebelik devamına karar alınırse postnatal dönemde aile ilgili branşlara yönlendirilmelidir.

Anahtar Kelimeler: fibula agenezisi , absent fibula, FATCO sendromu, fibular hemimeli

S-50 Chitosan Kaplı Tamponun Sepsise Sekonder Dissemine Intravasküler Koagülasyon ve Çoklu Organ Yetmezliği Bulguları Gösteren Post-Operatif Hastada Açık Yara Tedavisinde Kullanımı

Doruk Cevdi Katlan¹, Nebahat Uzunay², Tural Ismayılov²

1 İstanbul Eğitim ve Araştırma Hastanesi

2 İstanbul Eğitim Ve Araştırma Hastanesiistanbul Eğitim Ve Araştırma Hastanesi

Son yıllarda kullanılan teknikler ve malzemeler açısından cerrahi bakımın kalitesinde belirgin bir artış gerçekleşmiş ve bazı biyopolimerler de bu artışa önemli katkı sağlamıştır. Böylece cerrahi mortalite ve morbidite oranlarında ciddi azalmalar ortaya çıkmıştır. Bu polimerler, bitkisel, hayvansal veya mikrobiyal kaynaklı olabilen ve biyo-uyumlulukları ile göz dolduran kolajen, aljinat, selüloz gibi doğal makromoleküllerdir. Bunlardan birisi olan chitosan ise antimikrobiyal, adheziv ve hemostatik özellikleri ile ön plana çıkan, toksik olmayan bir polisakkarittir. Bu polimer, böceklerin ve kabukluların dış iskeletinin ana bileşeni olan chitin'den türetilmiştir. Chitosan kaplı tamponlar ilk olarak askeri tıpta, chitosanın kanama durdurucu etkisi ile tamponun kompresyon etkisini birleştirerek, akut hemorajinin kontrolü için kullanılmıştır. Günümüzde ise, tıbbın birçok dalında başta kanama durdurucu etkisi olmak üzere farklı özelliklerinden fayda sağlanarak kullanılmaktadır. Bahsi geçen tamponun içeriğindeki chitin kuzey Atlantik Okyanusu'nun soğuk sularında yaşayan *Pandalus borealis* adlı karidesten elde edilmekte ve içeriğindeki özel chitosan versiyonu, katyonik polimerin amin grubunun protonasyonu ile özellikli etkinliğini kazanmaktadır. Kadın Hastalıkları ve Doğum pratiğinde kullanımı, başta post-partum kanama olmak üzere, dünya genelinde giderek artmakta ve kullanıldığı merkezlerde peripartum histerektomi oranlarını %75'lere kadar azalttığı yeni yayınlarda ifade edilmektedir. Malzeme kullanıldığı alanda su emerek jelleşip çevre dokulara tutunmakta ve bir yalancı pıhtı oluşturmaktadır. İkincil olarak katyonik yapısı ile negatif yüklü eritrositleri de çekerek gerçek pıhtı oluşumunu da sağlamaktadır. Ayrıca, karides alerjisi bilinen bireylerde bile reaksiyon yapmaması ve kan dolaşımına geçmemesi kullanım güvenliği sağlamaktadır. Bu özellikleri ile malzeme, Kadın Hastalıkları ve Doğum cerrahi pratiğinde post-partum kanama haricinde de etkin ve güvenli kullanım seçeneği sunmaktadır. Burada, chitosan kaplı tamponun sepsise sekonder dissemine intravasküler koagülasyon (DIC) ve çoklu organ yetmezliği (MOF) bulguları gösteren post-operatif hastada açık yara tedavisinde kullanımı görsel belgeler eşliğinde sunulmuştur.

Anahtar Kelimeler: chitosan kaplı tampon açık yara tedavisi hemostatik biyopolimer

S-51 Nadir Bir Olgu Eşliğinde Literatür Derlemesi; Servikal Endometriozis

Tuğba Gül Yılmaz¹, Saliha Sağnıç¹, Yunus Emre Purut¹

¹ Sbü Van Bölge Eğitim Ve Araştırma Hastanesi

Bu çalışmada, beş kez vajinal doğum yapmış anormal uterin kanama ve servikte kahverengi lezyon ile başvuran 40 yaşında multipar bir hasta olgusu sunulmaktadır. Spekulum muayenesinde serviks saat 12 hizasında 1x1 cm büyüklükte endometriotik odakla uyumlu olabilecek lezyon izlendi. Pelvik ultrasonda uterus ve overler doğal izlendi. Kotest ve servikal biyopsi yapıldı ve koyu kahverengi çikolata rengine sıvı görüldü. Histopatolojik incelemede servikal endometriozis olarak değerlendirildi. Servikal endometriozis sıklıkla asemptomatiktir. Nadiren bizim olgumuzda da olduğu gibi servikal lezyon ve metroraji ile başvurulabilir. Servikte izlenen anormal tüm lezyonlar gibi servikal endometriozis olgularında da histopatolojik inceleme tanı için önemlidir. Oldukça nadir görülen ve literatürde de nadiren rapor edilmiş servikal endometriozis olguları genelde bulgu vermese de başka odakların araştırılması açısından kıymetlidir. Bu bağlamda semptomatik olgularda da genelde eksizyon yapılarak tedavi sağlanabilir.

Anahtar Kelimeler: Endometriozis, servikal endometriozis

S-52 Nadir Görülen Bir Olgu Olarak Paraziter Myomu Taklit Eden Pedinküllü Myom Vaka Sunumu

Mert Talay¹, Halime Şeyda Olgier Talay², **Muhammed Kutluhan Azman**³

1 Dicle Devlet Hastanesi

2 Çerkezköy İlçe Devlet Hastanesi

3 Başakşehir Çam Ve Sakura Şehir Hastanesi

AMAÇ: Parazitik leiomyom, leiomyomun ekstrauterin yerleşimi olarak tanımlanmış ve 1900'lü yılların başlarından beri oldukça nadir olarak bildirilmiştir. Hala nadir görülen bir bozukluk olduğu için literatür vaka raporlarıyla sınırlıdır. Uluslararası Jinekoloji ve Obstetrik Federasyonu sınıflandırmasına göre paraziter leiomyomu tip 8 olarak sınıflandırılmıştır. Genellikle geçirilmiş myomektomi veya histerektomilerde morselasyona sekonder olarak karşımıza çıkmaktadır. Bu myomların kendiliğinden oluştuğu, uterustan ayrı fakat intrauterin myomlar gibi hormonal etkilenimi olduğu bilinmektedir. Bu olgulardan ziyade vaka sunumumuzla herhangi geçirilmiş batın cerrahisi olmayan hastamızla literatüre paraziter myomu taklit eden pedinküllü myom vakasıyla katkı sağlamayı amaçladık. **OLGU:** 60 yaşında, 7 yıldır menopoz, 3 vajinal spontan doğum öyküsü olan, anamnezde ek bir hastalığı veya operasyon öyküsü olmayan hasta karın ağrısı şikayetiyle polikliniğimize başvurmuştur. Yapılan ultrason muayenesinde uterusu en büyüğü 3 cm intrakaviter ve 6 cm saplı olan çoklu myomatöz yapılar izlenmiştir. Hastaya TAH-BSO (total abdominal histerektomi bilateral salpingooferektomi) kararı alınmıştır. Operasyon sırasında uterus postmenopozal cesamette, myomatöz ve fundus posteriorunda yaklaşık 6 cm boyutunda omentumdan da kanlanması olan yapı izlenmiştir. TAH-BSO mteryalinde frozen patolojik inceleme sonucu benign bilgisi alınarak operasyona son verilmiştir. Giriş Hb değeri 13,3 olan takiplerinde laboratuvar ve vital bulguları normal seyreden hasta postoperatif 2. gün önerilerle taburcu edilmiştir. **SONUÇ:** Literatürde genellikle myomektomi veya histerektomi sonrası gelişen vakalar bildirilirken, sunumumuzda geçirilmiş batın cerrahisi öyküsü olmayan bir hastada pedinküllü myomun paraziter leiomyomu taklit ettiği gösterilmiştir. Bu durum, doğru tanı ve tedavi için klinisyenlerin dikkatini çekmelidir. Yeterli cerrahi deneyim ve klinik şüphe, benzer durumlarda doğru tanı ve tedaviye olanak tanıyabilir. Hastanın anamnezi, fizik muayenesi ve uygun görüntüleme yöntemleri, tanı sürecinde önemli rol oynamaktadır. Bu vaka, paraziter leiomyomun tanı ve tedavisinde klinik karar süreçlerini zenginleştirmektedir. Daha fazla vaka raporu ve klinik çalışma, bu nadir durumun yönetimi için kılavuzlar oluşturmak için gereklidir.

Anahtar Kelimeler: Histerektomi, paraziter myoma uteri, pedinküllü myoma uteri

S-53 Ovarian Ektopik Gebelik: Vaka Sunumu

Meriç Dağıstan¹, Uğurcan Dağlı¹

1 Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Ektopik gebelik, blastosistin uterus endometriyumu dışında bir yere implante olduğu bir gebeliktir. En sık görülen yerleşim tipi %96 ile fallop tüplerinde olmakla birlikte bunu servikal, interstisyel, over ve abdominal gebelikler izler. Ovarian gebelikler bunların %1-3'ünü oluşturmaktadır. Ektopik gebelik en sık karın ağrısı ve/veya vajinal kanama ile karşımıza çıkar. Ektopik gebelik rüptürü hayatı tehdit eden kanamalarla karşımıza çıkabilir. Ektopik gebeliğin ana nedeni tubal anatomisinin bozulmasına neden olabilecek tümör, enfeksiyon, cerrahi, konjenital anomaliler gibi durumlardan kaynaklanabilir. En yüksek risk daha önce geçirilmiş ektopik gebelik öyküsü veya tubal cerrahi öyküsüdür. Ektopik gebelik ön tanısı klinik olarak beta-hcg ve ultrason bulgularının beraber değerlendirilmesi ile konulur. En spesifik belirtisi intrauterin kavite dışında gestasyonel kesenin görülmesidir. Aynı zamanda beta-hcg değerinde iki günde >%35 artış bekleriz. Ektopik gebeliklerin tedavisinde medikal ve cerrahi yöntemler kullanılabilir. Serum beta-hcg değeri <5000 mIU/ml ise, hemodinami stabilse, fetal kalp atımı negatif bir odak görülmüş ve boyutları 3-4 cm'den küçük ise metotreksat tedavisi tedavi olarak düşünülebilir. Bununla birlikte cerrahi uygulanacak hastalarda yöntemler (fallopian gebelik için) salpenjektomi veya salpingostomidir. Olguda hasta artan kasık ağrıları nedeniyle polikliniğimize başvuruyor. Hastadan bir gün önce acil servise başvurduğunu ve hemogram normal, beta-hcg >1000 geldiğini öğreniyoruz. Fizik muayenesinde sol alt kadranda hassasiyet mevcut defans ve rebound alınamamıştır. Vajinal muayene temiz olup transvajinal ultrasonografisinde uterus retrovert, retroflex. Endometrium 4mm; sağ overde 27x30mm basit kist, sol adneksiyel alanda 20x18mm ektopik gebelik ile uyumlu alan izlendi. Douglas'ta serbest sıvı yok. Yatışı yapılan hastanın kan grubu A Rh+, hemoglobin 12.1, beta-hcg 2862 geliyor. Hastada akut batın tablosu oluşması üzerine hastaya laparoskopi planlanıyor. Laparoskopide sol overde yaklaşık 2,5cm'lik ektopik odak rüptürü görülmesi üzerine hastanın rahim içi aracı çekilerek sol unilateral salpingooferektomi, revizyon küretaj yapılıyor. Hasta postoperatif 1.günde idrarını ve gazını yapmış olup genel durum iyi vitaller stabil şeklinde izleniyor. Hemoglobini 9.8, beta-hcg 1218 olarak ölçülüyor. Taburculuğu planlanan hastanın beta-hcg değerleri sıfırlanana kadar kadın doğum polikliniğine başvurması öneriliyor. Ovarian gebelik ektopik gebeliklerin nadir görülen bir versiyonudur ve en çok luteal kistlerle karışır. Ovarian ektopik gebeliklere ultrasonografi ile tanı koymak zordur, kesin tanısı laparoskopi veya laparotomi ile konur. Ektopik gebelik olgularında beta-hcg değeri ile ultrasonografi korele bir şekilde değerlendirilir.

Anahtar Kelimeler: OVER, HAMİLELİK, BETA-HCG, ULTRASONOGRAFİ, LAPAROSKOPİ

S-54 Endometrium Kanseri Olgularında Klinik ve Histopatolojinin Birlikte Değerlendirilmesini Önemi: Suction Küretaj İle Keskin Küret Arasında Duyarlılık Açısından Fark Var Midir?

Mustafa Çetin¹

1 Ordu Üniversitesi Eğitim Araştırma Hastanesi

Amaç: 8 ay önce premenapozal vajinal kanama şikâyeti ile gelen yapılan değerlendirme benign endometrial histopatoloji bulguları olan olgunun 8 ay içerisinde klinik şikayetlerin persiste etmesi sonrası tekrar incelemede endometrial malignite saptanan olgunun klinik ve histopatolojik değerlendirmenin önemi açısından literatür eşliğinde tartışılması amaçlandı. **Vaka Sunumu:** 43 yaşında G1P1Y1 Eski C/S olan kadın premenapozal kanama şikâyeti ile başvuran hasta değerlendirme sonrası USG de yaygın myomatö olduğu endometriumun heterojen ve düzensiz olduğu izlenmiş. Bilateral adneksler normal izlenmiş. Yapılan suction endometrial örneklemede sekretuar endometrium olan olgunun tedavisiz takiplerinde klinik şikayetleri devam etmesi üzerine hastayı tekrar keskin küret ile endometrial örnekleme alınmış. Histopatolojisi grade 3 endometrioid tip endometrium kanseri gelen hastanın gerekli cerrahi evreleme sonrası Evre 1b, 3,1 cm, grade 3 endometrioid tip endometrium kanseri final patolojisi raporlandı. Hastaya adjuvan tedavisi verildi. Hastanın üç aylık takipleri devam etmektedir. Her hangi bir nüks bulgusu şu ana kadar izlenmedi. **Tartışma:** Klinik persiste ediyorsa hastanın tekrar değerlendirilmesinin önemi Tekrar değerlendirme sırasında özellikle tüm endometrial kavitenin gözlenebilmesi amacıyla histeroskopik veya keskin küretajın özellikle histopatoloji ve tümör grade açısından önemi **Anahtar kelimeler:** endometrium kanseri, suction küretaj, keskin küretaj

Anahtar Kelimeler: endometrium kanseri, suction küretaj, keskin küretaj

S-55 Nadir Bir Olgu Cephalothoracopagus Janiceps Disymmetros

Hümevra Elif Ateş Eminoğlu¹, Mehmet Obut¹

¹ Gazi Yaşargil Eğitim ve Araştırma Hastanesi

NADİR BİR OLGU CEPHALOTHORACOPAGUS JANICEPS DISYMMETROS ÖZET
Monozigotik ikizler tek bir oositin bölünmesiyle oluşur. Monozigotik ikiz sıklığı 1000 doğumda 3-4'tür. Zigotun gelişiminin hangi evresinde bölündüğüne bağlı olarak fetal yapıların hiçbirini paylaşmayabilirken, bir kısmını veya tamamını da paylaşabilirler. Gelişimin daha ileri dönemlerinde primitif düğüm ve çizginin kısmen ikiye ayrılması ile yapışık ikizler ortaya çıkacaktır. Yapışık ikizler, gebe kalındıktan sonraki 13-15.günlerde embriyonik diskin tamamlanmamış geç bölünmesinden kaynaklanan monozigotik (50,000-200,000/1) ikizlerin nadir görülen varyantları olduğu bilinmektedir. Yapışıklığın seviyesi intra-kraniyal, intra-toraksik ve/veya intra-abdominal yapıların füzyon derecesine bağlıdır. Yapışıklıkların literatürde umblikus ve kalbi içerip içermemesine göre tanımlanmış 7 tipe ayıran bir sınıflaması vardır. Bu sınıflamanın dışında kalan Cephalothoracopagus Janiceps, yapışık ikizliğin en nadir görülen şekli olup 3 milyonda bir insidansa sahiptir. Cephalothoracopagus Janiceps yapışık ikizlerinde nadiren iki yüz simetrik ve aynıdır. Bu anomaliye Janiceps Disymmetros denir. Burada S.B.Ü. Gazi Yaşargil Eğitim ve Araştırma Hastanesi perinatoloji kliniğine başvuran 31 hafta 1 günlük olgu oldukça nadir izlenen Janiceps Disymmetros yapışık ikizlerin nadir vakasını rapor ediyoruz. Fetüsler kranium, toraks ve kısmen de abdomenden yapışık idi. Her iki fetüsün karın alt kısmında omfalosel izlendi. Tek umblikal arter ile plasentaya bağlı oldukları gözlemlendi. Yapılan organ taramasında fetal beyinler posteriordan yapışık, posterior fossa yapıların seçilememekteydi. Total olarak 2 kol 4 bacak izlendi. Yapılan fetal ekokardiyografilerinde hipoplastik sol kalp sendromu, aort hipoplazisi izlenmiş raporlanmış ve belgelenmiştir.

Anahtar Kelimeler: Çoğul gebelik Yapışık ikiz Sefalopagus Torakopagus Janiceps

S-56 Kliniğimizdeki Genç Hasta Grubunda Dev Ovarian Kitlelerde Yönetim

Neşe Hayırhoğlu¹

1 Bağcılar Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Kliniğimizde Genç Hasta Grubunda Dev Ovarian Kitlelerde Yönetim Amaç: Bu çalışmada amaç genç yaş grubundaki dev ovarian kitlelerde klinik yaklaşım ve cerrahi yönetimi değerlendirmek Giriş: Dev ovarian tümörün tanımı konusunda tam bir fikir birliği yoktur. Kitlenin çapı 5 ile 15 cm arasında ise büyük; çapı 20 cm'den büyükse genellikle dev olarak adlandırılır. Bazı kaynaklarda 15 cm üzeri dev kitle olarak tanımlanmıştır. Materyal Metod : Bağcılar Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniğinde 2019-2024 yılları arasında genç hasta grubunda dev ovarian kitle nedeniyle opere ettiğimiz hastaları retrospektif olarak inceledik. Sonuçlar: Toplam 12 hastada ortalama yaş 26.9 du. (Min16 - Max35) Hastaların 7'si (%58.2) virgo idi. Hastaların 9'u (%75) karın ağrısı, 2'si (%16.6) takip esnasında kistte büyüme şikayeti ile başvurdu. 1 hastada karın ağrısına eşlik eden sık idrara çıkma ve 1 hastada karında şişlik şikayeti mevcuttu. Hastaların tamamına ultrason ve sonrasında kontrastlı MR yapıldı. Ortalama büyüklük 192 mm (Min.160 -Max. 237) idi. Vakaların tamamına tümör markerları bakıldı. % 50 sinde CA125 yüksek bulundu . (Ortlama 89, Min. 12 Max. 402) 2 hastada CA19.9 hafif yüksekti. Vakaların yarısında frozen inceleme yapıldı. Vakaların 5'i (%41.6) sinde göbek altı median , 4'ü (%33.3) pfannenstiel , 2'sinde (%16.6) s laparoskopik , 1 hastada göbek altı üstü median insizyonla batına girildi. 9 hastada (%75) kist aspire edilerek kistektomi uygulandı. 3 hastada (%25) unilateral salpingooferektomi uygulandı. Nihai patoloji %25 vakada kistadenom (seröz, serömüsinöz) , %25 vakada kistadenofibrom (seröz papiller, serömüsinöz) , %16 matür kistik teratom (1 i Struma ovarii),%16 endometrioma ve 1 vakada müsinöz borderline izlendi. 1 vakada yaygın nekroz nedeniyle (ihmal edilmiş torsiyoona bağlı) kist natürü belirlenemedi. Tartışma: Dev ovarian tümörlerde optimum cerrahi tedavi için öncelikle görüntüleme bulgularının ve tümör belirteçlerinin değerlendirilmesi tavsiye edilir. Laparoskopik yaklaşım, özellikle malign bir hastalık için risk faktörlerin bulunmadığı durumlarda uygulanabilir bir seçenek olarak değerlendirilmelidir. Burada cerrahın deneyimi de önemlidir. Benign over kitleleri nedeni ile operasyon planlanan genç hasta grubunda kitlenin büyüklüğüne rağmen over koruyucu cerrahi gelecekteki fertilitenin korunması için ilk seçenek olmalıdır. Cerrahi sırasında kist içeriğinin batına dağılmamasına maksimum özen göstermek gerekir.

Anahtar Kelimeler: Dev ovarian kitleler, genç hasta, over koruyucu cerrahi

S-57 Virgo Hastaya Operatif Histeroskopi ile Myomektomi

Mesut Ali Halisçelik¹, **Mesut Bala**¹

1 Sağlık Bilimleri Üniversitesi Gazi Yaşargil Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Leiomyomlar en sık görülen pelvik tümörlerdir. Histeroskopik miyomektomi, yüksek etkinlik ve güvenlik ile semptomatik submukozal fibroidlerin kesin tedavisidir. Bu olgu, hymenin bütünlüğünü korumak amacıyla Truclear ile intrauterin myom rezeksiyonu sonuçlarını değerlendirdik ve kendine özgü avantajlarını bulduk. Vaka: 41 yaşında, gravida 0(virgo), 6 aydır menometroraji şikayeti ile hastanemize başvurdu. Yapılan pelvik ultrasonda uterus kavitede 20x18 mm'lik submukoz-intramural myom izlendi. Hastaya 8 saat önce 2 adet cytotec verildi. Truclear mekanik doku çıkarıcı 7,25 mm çaplı histeroskopi ile myomun tamamı alındı. Tartışma: Mekanik doku çıkarıcı histeroskopilerin avantajları; emme cihazı Truclear'in miyomektomiden sonra parçaları aynı anda çıkarılabilmesine ve uterus boşluğuna girme ve çıkma sayısını azaltarak hymeni korur. Aynı zamanda elektrocerrahiye göre loop takılması ihtiyacı olmadığından serviksi geçmek daha kolay ve çevre dokuları yakma görülmez. Sonuç: Truclear doku çıkarma sistemi, virgo kadınlarda intrakaviter myomların tedavisi için güvenli ve etkili bir seçenek olabilir.

Anahtar Kelimeler: Virgo, histeroskopi, miyomektomi, hymen

S-58 Utero Cutaneous Fistula, A Rare Complication After Cesarean Delivery; Case Report

Alper Solmaz¹, Abdurrahman Hamdi İnan¹, Hilal Şahin²

1 İzmir Tepecik Training And Research Hospital

2 İzmir City Hospital

ABSTRACT Uterocutaneous fistula is a rare condition and can occur following cesarean section, septic abortion, genital tuberculosis, intrauterine device displacement, uterovaginal malformations, curettage and forced vaginal delivery. Utero cutaneous fistula can be managed medically or surgically. While GnRH agonists and antibiotherapy are used for medical treatment, excision of the fistula tract and hysterectomy for surgical treatment have been described in the literature. In this case report, diagnosis and management of uterocutaneous fistula after cesarean delivery will be presented. A 38-year-old woman presented with a subcutaneous palpable mass and bleeding at the incision site in the second month after cesarean section. In the anamnesis, it was learned that the patient underwent wound debridement and antibiotherapy 10 days after the operation due to pfannenstiel incision infection. After debridement, she reported that the discharge did not heal although the wound was dressed for a long time and that she had menstrual bleeding from the wound within 2 months. On examination, discharge with bleeding was observed from two places in the midline at the pfannenstiel incision (figure 1). After the fistula tract was identified by ultrasonography (figure 2) and pelvic MRI (figure 3), the patient was operated. In the lithotomy position, it was observed that methylene blue given through the uterine manipulator opening channel leaked from two points on the skin. The fistula tract, which passed through the endometrium, fascia, rectus muscle and penetrated the skin on both sides of the linea alba, was excised. Subtotal hysterectomy was added to the operation due to extensive necrosis of the uterus. The patient was discharged on the second day as the wound was clean, and was followed up with a negative pressure wound care kit and discharged on the second day due to wound discharge on the 10th day. In conclusion, uterocutaneous fistula is a rare condition that may be due to many different etiologic factors and requires detailed physical examination, imaging and timely medical and surgical intervention for accurate diagnosis.

Anahtar Kelimeler: Cutaneous fistula, uterine fistula, cesarean delivery

S-59 Yenidoğanda Derinin Fokal veya Yaygın Yokluğu ile Karakterize, Nadir, Heterojen Bir Konjenital Bozukluk Grubu: Aplasia Kutis Konjenita (Acc) Olgu Bildirimi

Aycan Sıku¹, Alper İleri¹

1 İzmir Tepecik Eğitim Ve Araştırma Hastanesi

GİRİŞ:Aplasia kutis konjenita (ACC), derinin fokal veya yaygın yokluğu ile karakterize, nadir, heterojen konjenital bozukluk grubudur. Vücudun herhangi bir yerinde meydana gelebilir, ACC vakaların yaklaşık % 85-96'sı izole kafa derisi lezyonları olarak ortaya çıkar. Amacımız kliniğimizde sezaryen sonrası yenidoğanda kafa derisinde fokal saçlı deri yokluğu bulunan hastanın olgu bildirimidir. **OLGU:** 36 yaşında, obstetrik özgeçmişi gravida 4, parite 2, abort 2 ve doğumları sezaryen şeklinde, son adet tarihine göre 38+5 hafta gebelik, travayda eski sezaryen endikasyonu ile doğumhaneye yatışı yapıldı. Anamnezde bilinen kronik hastalığı, sezaryen dışında geçirilmiş ameliyatı, sürekli kullandığı ilaç olmadığı, takiplerinde ikili testte risk saptanmadığı, fetal anomali taraması da normal olan bebekte herhangi anormal ultrason bulgusu görülmediği öğrenildi. Hasta travayda eski sezaryen endikasyonu ile sezaryene alındı.3350 gr, 8 Apgar skoruna sahip canlı erkek bebek doğumu gerçekleşti. Yenidoğanın çocuk hekimleri tarafından yapılan ilk muayeneleri normal olarak değerlendirildi. Olağan bakım sonrası bebeğin anne yanına verilmesi uygun görüldü. Ancak çocuk hekimlerinden bebeğin scalpında 4*5 mm kenarları etraftan kabarık, granüle görünümde ve kesiyle uyumsuz doku kaybı hali olduğu ve lezyonun aplasia cutis ile uyumlu olduğu öğrenildi.Çocuk hekimleri eşliğinde hastaya ve yakınlarına bu durumun doğum travması olmadığı, hatta kemik ve beyin zarları defektlerinin eşlik edebileceği konusunda literatürden örnekler ve fotoğraflarla açıklama yapıldı.Annenin postpartum takibi ve tedavisi devam ederken bebek ilgili branşlara konsülte edildi.Defektin boyutu, derinliği, konumu, ilgili doku katmanları, kafa derisi damarlarının tutulumunu hesaba katan multidisipliner bir değerlendirmeye kemiği kapsayan bir defekt olmadığı öğrenildi.Bebeğin konservatif olarak tıkaçıcı pansuman ve topikal antibiyotik merhemle tedavisine karar verildi.Postoperatif 2. gününde, bir hafta sonra kontrole çağırılarak taburcu edildi. **TARTIŞMA:** ACC'nin kesin patogenezi bilinmemektedir.Nöral tüpün veya embriyonik füzyon hatlarının tam olarak kapanmaması, intrauterin travma, plasental yetmezlik, fetüs papiraseus gibi çeşitli teoriler ve metimazol, valproik asit, ACE inhibitörleri, misoprostol, kokain gibi teratojenlerin yol açabileceği öne sürülmüştür.Vakaların yaklaşık % 15-30'u kemik ve dura mater'deki bir defekt, beyin ve sagittal sinüsün açığa çıkması veya serebrovasküler defekt ile ilişkilidir.Tedavi seçenekleri müdahalesiz tedavi, konservatif tedavi, cerrahi veya bu müdahalelerin kombinasyonundan oluşur. ACC'nin, küçük saçlı deri lezyonlarının prognozu mükemmeldir.Altta kemik defekti olanlar da dahil olmak üzere küçük kafa derisi lezyonlarının çoğu, yara bakımı dışında önemli tedaviye ihtiyaç duymaz ve genellikle haftalar veya aylar içinde kendiliğinden kapanır.

Anahtar Kelimeler: aplasia cutis, deri defekti, yenidoğan

S-61 Serviksi Perfore Eden RİA İpi: Olgusu Sunumu

Barış Cıplak¹, Eyüp Gökhan Turmuş², Mehmet Murat Altındağ¹, Taylan Onat³

1 Özel Muş Şifa Hastanesi, Kadın Doğum Kliniği

2 Ankara Etlik Şehir Hastanesi, Jinekolojik Onkoloji Kliniği

3 İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kadın Hastalıkları Ve Doğum Anabilim Dalı

Giriş: Rahim içi araç (RİA), ülkemizde ve dünyada yaygın olarak kullanılan bir doğum kontrol yöntemidir. RİA'nın kullanımı sırasında kanama, enfeksiyon, dış gebelik ve uterus perforasyonu gibi çeşitli komplikasyonlar görülebilir. Sizlere burada çok nadir görülen bir komplikasyon olan RİA ipinin serviksi perfore ettiği olgudan bahsedeceğiz. Olgu: Normal vajinal yolla 2 doğumu olan hasta gebelik istemiyle RİA sını çıkartmak için devlet hastanesine başvurmuş. Yapılan vajinal muayenesinde ipi görünmeyen RİA düşünülerek hastaya Histereskopi ile RİA çıkarımı önerilmiş. Kliniğimize başvuran hastanın yapılan ultrasonunda uterin kavitede uygun yerleşimli RİA izlendi. Vajinal muayenesinde serviks ağzında RİA ipi izlenmedi fakat dikkatli bakıldığında saat 1 hizasında RİA ipinin serviksi perfore ettiği görüldü. Yabancı cisim çıkarma pensiniyle servikal ostan girildiğinde ipin proksimal kısmına ulaşıldı (Şekil.1). İpinden çekilen RİA tam olarak çıkartıldı (Şekil.2). Tartışma: RİA iplerinin servikal perforasyonu son derece nadir görülen bir klinik durumdur. RİA'lara bağlı servikal perforasyon görülme sıklığı %0,2 ile 1,3 arasında değişmektedir (2). Servikal perforasyon Bakırlı RİA'larda %62,5, Levonorgestrelli -RİA'larda %37,5 oranlarında rapor edilmiştir. İplerin en sık perfore ettiği yer bizim de vakamızda olduğu gibi ön servikal fornikstir. Genellikle multigravida kadınlarda ve RİA takıldıktan 2 yıldan sonra görülmektedir. Servikal osta uzanan ipin servikal dokuyu nasıl perfore edebileceği hala bilinmemektedir. Bu duruma yol açan patofizyolojik mekanizma tam olarak anlaşılmamıştır. Genellikle asemptomatiktir ve çoğu zaman RİA ipleri uygun manevralarla endoservikal kanala geri döndürülebilir. Novak küret ve yabancı cisim çıkarma pensi gibi basit cerrahi aletlerle ofis ortamında çıkarılabilir. Operatif Histereskopi gibi daha komplike işlemleri ilk basamakta kullanmak gerekli değildir. İpi görülmeyen RİA'larda, RİA ipinin servikal perforasyonu akılda bulunmalı. Bu tür durumlarda dikkatli muayene ve basit yöntemlerle sorunun çözülebileceğini akılda tutmak gereklidir.

Anahtar Kelimeler: Rahim İçi Araç, Serviks Perforasyonu, İpi Görülmeyen RİA

S-62 Benign Endikasyonlu Laparoskopik Histerektomi Sonrası Sistoskopide Üreteral Akımın Olmamasıyla Saptanan Konjenital Renal Agenezi

Tuğkan Duran¹, Alaattin Karabulut¹

1 Tepecik Eğitim Ve Araştırma Hastanesi

Sistoskopi, jinekolojik cerrahinin yapıldığı sırada ürolojik yaralanmaların tespitini artırabilen düşük riskli bir prosedürdür ve gecikmiş üreteral komplikasyonların oranını azaltabilir. Bu olgu sunumunun amacı; jinekolojik operasyonlar sonrası üreteral değerlendirme için yapılan tanısal sistoskopi esnasında hastada halihazırda bulunabilecek üriner patolojilerin de akılda bulunması gerektiğini vurgulamaktır. Bu olgu sunumunda histerektomi esnasında saptanan renal agenezi olgusu takdim edilecektir. 51 yaşında, 2 doğum yapmış ve geçmişte 2 sezaryen ameliyatı geçirmiş bir hastada, endometrial hiperplazi nedeniyle laparoskopik histerektomi, bilateral salpingoooferektomi ve tanısal sistoskopi yapıldığı sırada üreter orifisinden akımın olmaması durumunda bilinmeyen böbrek atrezisinin tespit edilmesi ve rutin yapılan tanısal sistoskopinin öneminin vurgulanmasıdır. Hasta, probe küretaj örneği atipisiz endometrial hiperplazi gelmesi ve ailede endometrium kanseri öyküsü olması nedeniyle cerrahi müdahale için başvurdu. Laparoskopik histerektomi ve bilateral salpingoooferektomi yapıldı, ancak sistoskopide sol üreterden akım izlenmedi. Üreteral çıplaklaştırma işlemi ilerletilmesi kararı alınarak şüphe yaratabilecek alanlar incelendi. Fakat yapılan diseksiyonda herhangi bir patolojiye rastlanmadı. Bu noktada, iatrojenik bir yaralanma olasılığı düşüktü ve üriner sisteme ait bir malformasyon şüphesi ortaya çıktı. Abdominal tomografi ile renal agenezi tespit edildi. Sonuç olarak, bu olgu sunumunda, tanısal sistoskopinin laparoskopik histerektomi sonrası ürolojik komplikasyonların ayırıcı tanısında, erken tespitinde ve tedavisinde önemli bir rol oynayabileceğini ve rutin olarak uygulanmasının faydalı olabileceğini göstermektedir.

Anahtar Kelimeler: Sistoskopi, konjenital renal agenezi, laparoskopik histerektomi

S-63 Sezaryen Sonrası Normal Doğum Yapan Hastada Uterin Rüptür

Nilsu Özaslan¹, Serhat Sarıkaya¹

1 Tepecik Eğitim Ve Araştırma Hastanesi

Makalemiz, daha önce bir sezaryen geçirmiş ve üç normal vajinal doğum yapmış 40 yaşında bir hamile kadının vaka raporunu sunmaktadır. 39 haftalık gebelik sonunda, acil servise tamamlayıcı doğum sancıları ile başvurdu. Önceki cerrahi geçmişi nedeniyle sezaryen yapılması planlanmasına rağmen, hastane içinde vajinal doğum gerçekleştirdi. Doğumdan kısa bir süre sonra, acil cerrahi gerektiren bir rahim yırtılması olduğu tespit edildi. Tartışma bölümü, sezaryen sonrası vajinal doğumun artan popülerliğini ve özellikle rahim yırtılması gibi ilişkili riskleri vurgular. Rahim yırtılmasının hem anne için hem de bebek için ciddi bir tehdit oluşturduğunu belirtir. Makale, doğum şeklini belirlerken hastanın tercihleri, obstetrik geçmişi, farklı doğum yöntemlerinin riskleri ve faydaları gibi çeşitli faktörlerin dikkate alınmasının önemini vurgular. Hastanın ve sağlık uzmanının arasında paylaşılan bir karar sürecinin gerekliliğini vurgulayarak, riskin düşük algılanabileceği durumlarda bile potansiyel komplikasyonlar, rahim yırtılması gibi, için her zaman hazırlıklı olunması gerektiğinin altını çizer.

Anahtar Kelimeler: Gebelik, Sezeryan, Sezeryan Sonrası Vajinal Doğum, Uterin rüptür

S-64 Uterin Rüptür : 15 Hafta Nonkominikan Uterin Horn Gebelik

Omer Faruk Bayraktar¹, Tolga Karacan¹, Sevde Nur Su¹, Hakan Guraslan¹

1 Sağlık Bilimleri Üniversitesi Bağcılar Eğitim Ve Araştırma Hastanesi Kadın Hastalıkları Ve Doğum Kliniği

Rüptüre olmuş 15 hafta nonkominike rudimenter uterin horn gebeliğin takip ve tedavisinde izlenmesi gereken yolu değerlendirdik. Yirmi iki yaşında gravida üç bir normal doğum bir abortusu olan son adet tarihine göre 15 hafta 4 günlük gebeliği olduğu tespit edilen hasta, kliniğimize karın ağrısı tablosu ile geldi. Transvajinal ultrasonda uterin kavitenin 30 mm düzensiz olması ve uterus önünde 12+5 hafta ölçülerinde kalp atışı olmayan fetus tespit edilmesi üzerine uterin rüptür düşünülerek acil laparotomi yapıldı. Rudimenter horn gebeliğin tanısı koymak zordur. Bu nedenle ilerleyen gebelik haftalarında karşımıza rüptür ile gelebilir. Böyle bir hastada en uygun yaklaşım nonkomünike uterin hornu eksize etmektir. * Bu sözlü bildiri Bağcılar Medical Bulletin dergisinde yayınlanmak üzere kabul almıştır.

Anahtar Kelimeler: Uterin rüptür; Müllerian kanallar; Pelvik Ağrı

**S-65 Parazitik Vaginal Myomlari Olan Hastaya Yapılan Histerektomi Sonrasi
Paravaginal Myom Eksizyonu**

Funda Genc¹, Adnan Budak¹

1 Tepecik Eğitim Ve Araştırma Hastanesi

Bu yazıda, 48 yaşında, 2 normal doğum ve 1 kez sezaryen operasyonu geçirmiş olan bir kadının durumu incelenmiştir. Hastanın şikayeti, myoma uteri ve anormal uterin kanama idi. Hastaya, total laparoskopik histerektomi ve bilateral salpenjektomi ameliyatı yapıldı. Operasyon sırasında uterusla ilişkisi olmayan bir myom saptanmadı. Ancak, ameliyat sonrası yapılan vaginal muayene sırasında paravaginal alanda sert ve mobil bir kitle fark edilmiş ve başarılı bir şekilde çıkarılmıştır. Hastanın patoloji sonucunda, histerektomi materyalinde büyük bir myomun yanı sıra serviks ve endoservikal kanal içinde lezyonlar bulunduğu belirlenmiştir. Hastanın uterusunun ağırlığı 371 gram olarak ölçülmüştür ve çok sayıda myom nüvesi izlendi. Endometriumda sekretuar fazda değişiklikler saptanmıştır. Myometriumda ise leiomyomlar izlenmiştir. Tartışma kısmında, parazitik myomların muayene sırasında gözden kaçabileceği ve ultrasonografi ile doğru şekilde tespit edilemeyebileceği üzerinde durulmuştur. Ayrıca, histerektomi yapılan hastalarda ameliyat sırasında vaginal muayenenin önemli olduğu ve parazitik myomların tespitinde kritik bir rol oynadığı vurgulanmıştır. Bu vakadaki hastanın cerrahi ve patolojik bulguları, parazitik myomların tespit edilmesinde ve tedavisinde klinik pratik için önemli bir örnek teşkil etmektedir.

Anahtar Kelimeler: parazitik myom, histerektomi , paravaginal myom eksizyonu

S-66 İnterstisyel Gebeliğin Cerrahi Yönetimi,vaka Sunumu Ve Literatürün Gözden Geçirilmesi

Didem Sezen¹, A.hamdi İnan¹, Nilsu Özaslan¹

1 Tepecik Eah

İnterstisyel gebeliğin cerrahi yönetimi,vaka sunumu ve literatürün gözden geçirilmesi Didem Sezen,Nilsu Özaslan,A.Hamdi İnan Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi,Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği,İzmir GİRİŞ:İnterstisyel gebelikler tüm gebeliklerin %2-6.8 ini oluşturur.Tanısının zor olması ve gestasyonel sac'ın intramyometrial arkuat damar sistemine yakınlığı nedeniyle maternal mortalite riski diğer tubal gebeliklere göre yaklaşık 7 kat fazladır. Maternal mortalite riskinin %2-2.5 olduğu tahmin edilmektedir. Maternal mortalite riskinin %2-2.5 olduğu tahmin edilmektedir. İnterstisyel gebelik için risk faktörleri geçirilmiş ektopik gebelik, geçirilmiş ipsilateral veya bilateral salpenjektomi, in vitro fertilizasyon sonrası gebelik ve cinsel yolla bulaşan hastalık öyküsüdür.İnterstisyel gebeliğin diyagnostik ultrason kriterleri boş uterus kavite, gestasyonel kesenin uterus kavitenin en lateral kısmından 1 cm uzakta yerleşmesi, gestasyonel keseyi çevreleyen ince(<5mm) miyometriyal tabaka şeklindedir. OLGU:35 yaş (G4P2Y2A1EU1) kadın hasta acil servise iki hafta adet gecikmesi ve karın ağrısı şikayetiyle başvurdu. Hastaya daha önce ektopik gebelik nedeniyle laparoskopik sağ total salpenjektomi uygulandığı öğrenildi. Hastanın başvuru sırasında B-Hcg değeri 20686 mIU/mL idi. Akut batın endikasyonu ile laparoskopi planlanan hastanın sol tuba kornual bölgede 2x3 cm çapında kitle görüldü. Sol total salpenjektomi yapıldı. TARTIŞMA: İnterstisyel gebelikler kornual veya angular gebelikler birbirinden farklı tanımlardır. Maternal morbiditesi ve mortalitesi farklılık gösterdiğinden, doğru bir ayırım yapmak önem arz etmektedir. Ekspektan ve medikal tedavi radyolojik olarak tanı almış, hemodinamik olarak stabil, gestasyonel kese çapı az ve düşük B-hCG olan hastalara önerilmektedir. İnterstisyel ektopik gebeliğin medikal yönetimi oral folik asitle birlikte yüksek doz parenteral metotreksat tedavisi, lokal metotreksat enjeksiyonu, fetal kalp atımı pozitif olduğu durumlarda ise gestasyonel keseye KCl uygulanması tercih edilebilir .Cerrahi tedavi, diğer yaklaşımlara göre daha yüksek başarı oranına sahiptir. Cerrahi tedavi seçenekleri laparoskopik kornal rezeksiyon, laparoskopik veya açık kornuostomi veya interstisyel ektopik dokunun histeroskopik olarak çıkarılması, salpenjektomi veya histerektomiden oluşmaktadır. SONUÇ: İnterstisyel ektopik gebelikte rüptür olmadan tanı koymak güç olmakla birlikte erken tanı, mortalite riskini azaltması açısından önem arz etmektedir.

Anahtar Kelimeler: Anahtar Kelimeler: Ektopik gebelik, interstisyel gebelik, akut batın

S-67 16 Hafta Gebelik Esnasında Rastlanan Adneksiyel Kitleye Yaklaşım

Rumeysa Nur Çağırın¹, Serhat Sarıkaya¹

1 Sbü İzmir Tepecik Eah

Gebelik sırasında saptanan adneksiyel kitlelerin sıklığı ultrasonografinin yaygın kullanılmasıyla birlikte artış göstermiştir. Bu olgu sunumunda, 33 yaşında, üçüncü gebeliğindeki bir kadın hastadan bahsedilmektedir. Hasta gebeliğinin 16. haftasında ani başlayan şiddetli sol kasık ağrısı, bulantı ve kusma şikayetleri ile acil servise başvurdu. Fizik muayene ve ultrasonografik değerlendirme sonucunda sol adneksiyel alanda torsiyon ile uyumlu görüntü veren bir kitle saptandı. Over torsiyonu şüphesiyle cerrahi müdahale planlandı. Operasyon sırasında sol over ve tubayı içine alan konglomere bir kitle görüldü ve çıkartıldı. Kitlenin patoloji sonucu dermoid kist olarak raporlandı. Gebelikte ortaya çıkan adneksiyel kitlelerde hastanın semptomları, gebelik haftası ve kitle özelliklerine bağlı olarak tedavi yaklaşımının belirlenmesi gerekir. Bening görünümdeki çapı 5 cm den küçük kistler genellikle kendiliğinden düzelirken, büyük ve persistan kitleler malignite riski taşıyabilir. Bu nedenle, malignite şüphesi olan vakalarda cerrahi müdahale önerilir. Gebelikte cerrahi girişim için en uygun zamanın ilk trimestr sonrası olduğu bilinmektedir. Ancak, hastanın durumuna bağlı olarak cerrahi müdahale zamanı ve yöntemi değişebilir. Malignite şüphesi olan olgularda ise jinekolog onkolog ve perinatoloji uzmanı tarafından yönetilen multidisipliner bir yaklaşım gereklidir. Bu şekilde, gebelik sırasında adneksiyel kitlelerin etkin bir şekilde yönetilmesi sağlanabilir ve hem anne hem de fetus için en uygun tedavi seçeneği belirlenebilir.

Anahtar Kelimeler: Gebelik, adneksiyel kitleler, dermoid kist, torsiyon

S-69 Round Ligaman Leiomyomu:vaka Sunumu

Mehmet Bölükbaşı¹, Alper İleri¹

1 Tepecik Eğitim Ve Araştırma Hastanesi

Bu çalışma, nadir görülen round ligaman leiomyomlarının tanı ve tedavi sürecini detaylı bir şekilde ele almaktadır. Başlangıçta, hastanın anormal uterin kanama şikayetiyle başvurmasıyla başlayan klinik değerlendirme, sağ round ligamanda büyük bir leiomyom tespit edilmesiyle devam etmiştir. Bu durum, leiomyomların genellikle semptomsuz olmasına rağmen, bazı durumlarda pelvik ağrı, basınç hissi veya kabızlık gibi belirtilerle ortaya çıkabileceğini vurgulamaktadır. Tanı sürecinde, fizik muayene, ultrasonografi, manyetik rezonans görüntüleme (MRG) ve bilgisayarlı tomografi (BT) gibi görüntüleme tekniklerinin kullanımının önemi belirtilmiştir. Bu vakada, sağ round ligamanda yer alan leiomyomun tanısı ve cerrahi tedavisi üzerine odaklanılmıştır. Hastanın yaş, genel sağlık durumu ve semptomlarına göre uygun cerrahi tedavi seçeneklerinin tartışılması, tedavi sürecinin başarıyla tamamlanmasına yardımcı olmuştur. Hastanın histerektomi ve salpenjektomi gibi cerrahi işlemleri başarıyla geçirmesi, doğru tanı ve uygun tedavi planlamasının önemini vurgulamıştır. Özellikle, round ligaman leiomyomları gibi nadir görülen durumların tanı ve tedavi sürecinde uzman bir yaklaşımın ve multidisipliner bir ekip çalışmasının gerekliliği üzerinde durulmuştur. Bu tür vakalarda, doğru tanı ve tedavi planlamasının hastanın başarılı iyileşme süreciyle doğrudan ilişkili olduğu vurgulanmıştır. Sonuç olarak, benzer durumlarda benzer bir yaklaşımın benimsenmesi ve cerrahi sonrası izlem ve yönetim süreçlerinin titizlikle yürütülmesi gerektiği önemle vurgulanmıştır. Uterin round ligaman leiomyomları, uygun tanı ve tedavi ile başarılı bir şekilde yönetilebilen durumlardır, ancak hastaların bireysel ihtiyaçlarına ve semptomlarına uygun tedavi planlaması büyük önem taşımaktadır.

Anahtar Kelimeler: leiomyom,round ligaman,uterus

S-70 Plasenta Inkreata Olgusunda Parsiyel Segmentektomi ile Uterus Koruyucu Yaklaşım

Ezgi Yıldız¹

¹ Zeynep Kamil Eah

31 yaşında, anterior yerleşimli plasenta previa ve plasenta inkreata ön tanılarıyla takibi gerçekleştirilen 37. gebelik haftasındaki gebelik 1 parite , 1 sezaryen öyküsü olan hasta için elektif sezaryen için hastaneye yatış yapıldı. Yapılan USG de Plasenta anteriordan gelerek internal servikal osu tamamen kapatmaktadır. (Plasenta previa totalis). Mesane tabanı boyunca demarkasyon hattı net olarak izlendi. Plasentada en büyüğü 17 mm genişliğinde olan 4-5 adet lakün izlendi. Lakünlerin spektral doppler değerlendirilmesinde pulsasyon izlenmemiş olup akım hızı 10 cm/sn altında ölçüldü. Bu bulgularla invazyon anomalisi düşünülmemekle birlikte operasyona hazırlıklı girilmesi önerildi. Operasyon için pfannenstiel insizyon tercih edildi. Yapılan gözlemlerde önceki insizyon yerinde 8x10cm lik plasental bulging izlendi. İnsizyon hattında serosa üst yüzeyine kadar uzanan damarlanma artışı gözlemlendi ve üst segment vertikal insizyonla uterus girildi, fetüs çıkarıldı. Kord klempe edildi. Bilateral uterin arterler bağlandı.İnvazyonun serviksi tamamen kapatmadığı gözlenmesi üzerine segmenter rezeksiyona karar verildi. Monopolar koter yardımıyla plasental invazyonun olduğu alanlar rezeke edildi, plasenta total olarak çıkarıldı. Vertikal ve transvers insizyonlar 1.0 vicryl ile kapatıldı. Uterusun atonik gözlenmesi üzerine uterusu 2 adet Hayman sütürü atıldı. Ardından bilateral tüp ligasyonu yapıldı.Batına dren yerleştirilip batin fasyaları anatomisine uygun olarak 1/0 vicryl ile kapatıldı.Kanama ve komplikasyon izlenmedi. Tuba uterina ve plasenta patoloji sonucu neoplazma rastlanmadı.(doğal)

Anahtar Kelimeler: Plasenta previa, Uterus koruyucu yaklaşım, Plasenta inkreata, Parsiyel segmentektomi

S-71 Laparoskopik Histerektomi Ve Sakrokolpopeksi Sonrası Cuff Perforasyonu Ve Incebarsak Eviserasyonu

İsmail Sağ¹

1 Niğde Ömer Halisdemir Üniversitesi

Sadece histerektomi yapılan ve histerektomi ile beraber yapılan sakrokolpopeksi ameliyatı sonrası cuff prolapsusu bir komplikasyondur, hastaların %1'inden azında görülür. Cuff perforasyonuna bağlı incebarsak eviserasyonu ise daha nadir görülen bir komplikasyondur. İncebarsak nekrozu eviserasyonun komplikasyonudur ve acil ameliyat gerektiren ciddi bir durumdur. 86 yaşında ek hastalığı olmayan, yabancı uyruklu hastaya 2006 yılında yurtdışında tedaviye dirençli menoraji tanısı ile laparoskopik histerektomi ve bilateral salpingo-ooferektomi ameliyatı yapılıyor. 2015 yılında genital bölgede sarkma şikayeti olan hastaya cuff prolapsusu endikasyonu ile sakrokolpopeksi operasyonu yapılıyor. 2019 yılında tekrar aynı şikayetler ile hastaneye giden hastaya cuff prolapsusu tanısı ile mevcut mash kullanılarak tekrar sakrokolpopeksi operasyonu yapılıyor. Ancak 2022 yılında genital bölgede sarkma ve barsakların bu bölgeden dışarı çıkması şikayeti ile hastaneye yatışı yapılıyor. Cuff perforasyonu ve incebarsak eviserasyonu tanısı ile cuff onarımı ve tekrar sakrokolpopeksi yapılıyor. Hasta 1 Nisan 2023'te yine genital bölgeden barsakların dışarı çıkması şikayeti ile hastaneye başvuru yaptı. Hasta sık sık kabız olduğunu ve lavman ile defakasyon yapabildiğini ifade etti. Cuff perforasyonu ve incebarsak eviserasyonu tanısı ile hastaneye yatışı yapıldı. Hastaya kolpoplekizis (Lefort) operasyonu önerildi. Hasta ve eşi kolpoplekizis operasyonu istemedi. Laparotomi ile barsaklar batın içine alındı, barsak nekrozu ve perforasyonu olmadığı gözlemlendi. Cuff onarımı yapıldı ve mevcut mash ile sakrokolpopeksi yapıldı. Histerektomi sonrası cuff prolapsusu, cuff perforasyonu ve barsak eviserasyonu görülebilen bir komplikasyondur. Sakrokolpopeksi yapılan hastalarda dahi tekrar cuff prolapsusu, cuff perforasyonu ve barsak eviserasyonu görülebilir. Hastamızda tekrarlayan cuff prolapsusu, cuff perforasyonu ve barsak eviserasyonu görülmüş ve kronik konstipasyonun rekürens ile ilişkisini akla getirmiştir. Hastanın en son hastaneye yatışında en uygun yaklaşım olan kolpoplekizis (Lefort) operasyonunu kabul etmemesi sebebiyle cuff onarımı ve mevcut mash ile sakrokolpopeksi operasyonu tekrar yapılmıştır

Anahtar Kelimeler: sakrokolpopeksi, cuff perforasyonu, incebarsak eviserasyonu

S-73 Kadın Sünneti Olgu Sunumu

Turan Şahin¹, Özgür Ağlamış², Eda Adeviye Şahin³, Doç. Dr. Hanifi Şahin³

1 Sancaktepe Eah

2 Özel Klinik

3 Özel Klinik

Kadın sünneti (KGM), tıbbi olmayan nedenlerle kadın genital organlarını kasıtlı olarak değiştiren veya yaralanmasına neden olan prosedürleri içerir. Bu işlemin kız çocukları ve kadınlar için sağlık açısından hiçbir faydası yoktur. Prosedürler şiddetli kanamalara ve idrar yapma sorunlarına, daha sonra kistlere, enfeksiyonlara, kısırlığa, doğumda komplikasyonlara ve yeni doğan ölüm riskinin artmasına neden olabilir. Bugün hayatta olan 125 milyondan fazla kız çocuğu ve kadın, kadın sünnetinin yoğunlaştığı Afrika ve Orta Doğu'daki 29 ülkede yapılmaktadır. ` Kadın sünneti çoğunlukla bebeklik ile 15 yaş arasında genç kızlara uygulanmaktadır.

Anahtar Kelimeler: sünnet, cinsel hayat, kadın

S-74 Cilt Altı Parazitik Leiomyom

Doğan Emre¹, Sercan Kantarcı¹

1 Tepecik Eah

Cilt Altı Parazitik Leiomyom Uterus leiomyomu en sık görülen jinekolojik tümördür ve myometrium içindeki yerlerine göre üç gruba ayrılır; subseröz, intramural ve submuköz. Parazitik leiomyomlar, aslında pedinküllü subserozal leiomyomlar olup uterusu komşu yapılar (mesane ve rektum), periton veya omentuma yapışarak uterustan kopabilir ve peritonda serbest olarak izlenerek neovaskülarizasyonla kendi kanlanmalarını sağladıkları, düşünülmektedir. Literatürde spontan olarak uterus ile bağlantısını kaybeden leiomyomların karın organlarına tutunarak parazitik myomlar oluşturabildikleri, bazı leiomyomların ise GnRH analogları ve uterus arter embolizasyonu sonrası uterustan kanlanmalarını kaybettikten sonra diğer organlardan (mesane ve rektum) beslenme sağlayarak parazitik myomların oluşmasına neden olabildiklerinden bahsedilmektedir. Uterus leiomyomları parazitik leiomyom için en sık görülen risk faktörü olarak kabul edilse de diğer etiyolojiler de düşünülmelidir. Parazitik leiomyomun etyolojisi tam olarak bilinmemekle birlikte son zamanlarda, “iatrojenik” parazitik leiomyomların, laparoskopik myomektomi sırasında morselasyon yöntemi ile alınan myom kitlesinden kopan küçük parçaların karın boşluğunda kalabileceğini ve kan akışının gelişmesiyle peritonea implante olabileceğini öne süren ikinci bir teori geliştirildi. Laparoskopik myomektomi sonrası paraziter myomektomi insidansı %1,2'dir. Diğer yazarlar morselasyonlu laparoskopik cerrahiden sonra %0.12'lik bir insidans bildirmiştir. Olgumuzun geçirilmiş 2 c/s öyküsü mevcuttur. Parazitik leiomyom boyutları küçük ise asemptomatik olabilir. Semptomatik olgularda en sık karın/pelvik ağrı, kitle, basınç, şişkinlik ve vajinal kanama yanı sıra komşu organlarla ilgili bazı semptomlar da görülür. Olgumuzun karın ağrısı ve şişkinlik şikayeti mevcut idi. Leiomyomlar sıklıkla ultrasonografik (US) incelemelerle teşhis edilse de parazitik leiomyomların yerleşim yerleri tanıda güçlükler neden olabilir. Bu nedenle ek radyolojik incelemelere ihtiyaç duyulabilir. Ekstrauterin leiomyomları saptamak için en kullanışlı yöntemler US, bilgisayarlı tomografi (BT) ve manyetik rezonans (MR) görüntülemeleridir. Parazitik myomların teşhisinde ideal olan spesifik bir tanı yöntemi yoktur. Lezyonları uterustan uzakta bulma eğilimi göz önüne alındığında, kesin tanı histolojik olarak doğrulama gerektirir. Parazitik leiomyom ile konvansiyonel leiomyom histopatolojik olarak benzer histopatolojik görünüme sahiptir. Histolojik alt tip tayini açısından detaylı histopatolojik inceleme ve immunohistokimyasal çalışma yapılmalıdır. Parazitik leiomyomların ayırıcı tanısında yeri olan bir tanı, düz kas liflerinin öncülleri olan hücrelerden oluşan leiomyoblastomadır. Leiomyoblastomalar, mezodermal embriyonel hücrelerin matür ve immatür öncü düz kas liflerinden oluşan tümörler olup gastrointestinal, ürogenital ve kan damarlarından kaynaklanabildiği bilinmektedir. Ayırıcı tanıda yer alan diğer hastalık/durum dissemine intraperitoneal leiomyomatozis, abdominopelvik visseral ve periton yüzeyinde bulunan, benign düz kas hücrelerinin multifokal proliferasyonu ile oluşan, uterus ve peritoneal kavitede çok sayıda myom gelişimi ile tanımlanan nadir görülen klinik bir tablodur. Özellikle büyük veya şüpheli malignite vakalarında, laparoskopi veya laparotomi yoluyla parazitik leiomyomun total eksizyonu kesin tedavi için yeterli olacaktır. Parazitik leiomyom diğer organlara yakın olduğunda, multidisipliner yaklaşım ile tedavi edilmelidir. Hastamızda laparotomi ile eksizyon yapıldı. Sonuç olarak; parazitik leiomyomlar, uterus leiomyomlarının nadir görülen bir alt tipi olup histolojik olarak iyi huylu olmalarına rağmen, görüntüleme yöntemleri ile malign tümörleri taklit edebilir ve tanısal bir zorluk teşkil edebilir. Parazitik leiomyomlar anormal damarlanma ve diğer organlara yapışıklıklar yapabilmesi sebebiyle preoperatif muayenelerde

“1. Uluslararası Jinekolojik ve Obstetrik Cerrahi Kongresi”

akılda tutulmalı ve olası kanama durumunda yeterli kan temini sağlanmalıdır Ayrıca yeterli bir cerrahi eksplorasyon ve pelvik anatomiye hakim cerrahi bilgi gereklidir.

Anahtar Kelimeler: Leiomyom

**S-75 Gebelikte Aneminin Neden Olduğu Kan Transfüzyonunu Azaltabilir Miyiz?
Retrospektif Gözlemsel Çalışma**

Cemile İlhan¹, Nurşen Kurtoğlu¹

1 Bağcılar Eğitim Ve Araştırma Hastanesi Kadın Hastalıkları Ve Doğum Abd

Giriş: Gebelikte anemi, en sık görülen hematolojik hastalıktır. Gelişmekte olan ülkelerde en yaygın sorunlardan biridir. Hem anne hem de fetüste risk oluşturduğu için önemlidir. Gebelikte aneminin en önemli sebepleri demir eksikliği anemisi ve doğum sürecinde görülen akut kan kaybıdır. Gebelikte fizyolojik olarak görülen yorgunluk, halsizlik, çarpıntı gibi belirtiler anemi semptomlarını maskeleyebilir. Sağlıklı tekil gebeliklerde günlük demir ihtiyacı maternal eritrosit hücre artışı, fetal ve plasental ihtiyaç ile ilişkili olarak 1gr/gündür. Bu nedenle anemisi olmayan gebelerde günlük 30 mg demir desteği tüm gebelere önerilmektedir. Gebelikte demir profilaksi ve tedavisi almayan veya düzensiz kullanan gebelerde anemi oluşmaktadır. Dünya sağlık örgütü hemoglobin 11 gr/dl altında olmasını anemi olarak tanımlar. 7gr/ dl ağır , 7- 9,9 g/dl orta, 10-10,9 hafif anemi olarak tanımlanır. Orta ve ağır anemi durumunda, oral tedaviye yanıt alınmadığında ya da oral demir tedavisi tolere edilmediğinde intravenöz demir tedavisi önerilmektedir. İntravenöz demir tedavide gastrointestinal yan etkiler düşüktür. Kan transfüzyonu, ağır anemi semptomları olan ve genelde hemoglobin değeri 7 gr/dl’nin altında olan gebelerde gereklidir. Doğum sırasında olan kan kaybını hasta zaten anemik ise tolere edemeyecek ve transfüzyon oranları ve komplikasyonlar artacaktır. Anemik gebelerde doğum komplikasyonları daha yüksek görülür. Amaç: Nisan 2023-Nisan 2024 tarihleri arasında kliniğimizde gebelik ve anemi tanısı ile yatırılan olgular retrospektif olarak incelendi. Orta ve ağır anemi nedeniyle başvuran gebelerin yönetimi incelenerek bu olgularda kan transfüzyon oranları araştırılması amaçlanmıştır. Bulgular: Toplam 32 gebe retrospektif değerlendirildi. Olguların yaş ortalaması 28,2 (20-41) ortalama parite 1,3 (0-8) idi. Başvuru anında ortalama hemoglobin düzeyi 7,3 (5,2-9,1) g/dl bulundu. Ortalama gebelik haftası 30,3 (9-39) haftaydı. Olgulardan 11 tanesine (% 34,37oranında) kan transfüzyonu yapıldığı, 21 tanesinde (%65,62oranında) iv demir tedavisi yapıldığı görüldü. İv demir tedavisi alanların ortalama gebelik haftası 29,23 idi, giriş hemoglobin düzeyi 7,3 idi. Kan transfüzyonu yapılan hastalardan 1 tanesinin 9 haftalık gebeliği mevcuttu, diğer 10 olgunun ortalama gebelik haftası 35,5, ortalama hemoglobin 6,4 g/dl idi. Çalışmamızda gebelik haftası arttıkça aneminin derinleştiği, anemik semptomların arttığı ve transfüzyon oranlarının da arttığı görülmektedir. Sonuç: Prekonsepsiyonel dönmemde aneminin tanınması , bu dönmede yakalanmayan olguların gebelikte tanı konulup tedavi edilmesi oldukça önemlidir. Gebelikte uygun tedavi kan transfüzyonunu azaltacaktır.

Anahtar Kelimeler: gebelik, anemi, demir eksikliği, kan transfüzyon

S-76 Komplet Androjen Duyarsızlık Sendromlu Dört Kız Kardeş: Olgu Sunumu

Dilek Tektaş¹, Burak Çakmak¹, Savaş Gündoğan¹

¹ Şişli Hamidiye Etfal Eğitim Ve Araştırma Hastanesi

Genetik incelemeler ile polikliniğimize yönlendirilen 27 yaşındaki evli kadın hastanın yapılan muayenesinde, sol inguinal bölgede 2 cm çapında mobil kitle saptanırken, sağ inguinal bölgede de 2,5 cm çaplı mobil kitle tespit edildi. Jinekolojik muayenede dış genital organlar dışı fenotipinde olup genital bölgede kıllanma izlenmedi. Spekulum muayenesinde kör vajen tespit edilen hastada yapılan ultrasonografi ve MR görüntülemesinde uterus ve overler izlenmezken, sol inguinal bölgede uzanım gösteren 21*12 mm boyutunda, sağ inguinal bölgede de 29*13 mm boyutunda yer kaplayıcı sinyal değişiklikler tespit edildi. Genel vücut muayenesinde aksiller ve pubik kıllanmanın olmadığı ancak meme gelişiminin normal olduğu görüldü. Hastanın hormonal değerlendirilmesinde FSH 93,26 mIU/mL, LH 46,08 mIU/mL, östradiol <15 pg/mL ve total testosteron >15 ng/mL olarak tespit edildi. Daha önce hiç adet görmediğini belirten hastanın öyküsünden 30,22, 12 ve 12 yaşlarında biri kız toplam 3 kız ve 1 erkek kardeşinin daha olduğu öğrenildi. Üç kız kardeşinin de hiç adet görmediği, 30 yaşında olan kız kardeşinin 16 yaşındayken gonadektomi olduğu öğrenildi. Bunun üzerine diğer 2 kız kardeşte muayeneye çağırıldı. Diğer kardeşlerin ikisinde de aksiller ve pubik kıllanma izlenmedi, meme gelişimleri normal olup kör vajen tespit edildi. Her iki kardeşte de yapılan ultrasonografide sol inguinal kanalda mobil 28*12*17 ve 37*15*14 mm çaplı kitle sağ inguinal bölgede 26*13*17 mm ve 30*16*19 mm çaplı kitle görüntülendi. Yapılan incelemelerde iki kardeşte de uterus ve overler izlenmedi. Hasta ve iki kız kardeşinde KADS ön tanısı ile periferik karyotip analiz yapıldı. Periferik kandan lenfosit doku kültürü yöntemi ile yapılan kromozom analizinde karyotip 46, XY olarak saptandı.KADS tanısı konulmuş olan üç kız kardeşte gonadektomi planlandı.Ancak aile, 18 yaşından küçük olan kız kardeşler için bilateral gonadektomiyi kabul etmedi. Aileye gerekli bilgilendirme yapıldı. 27 yaşındaki hastaya laparoskopik bilateral gonadektomi yapıldı. Patoloji sonucu testis ve tubayla uyumlu görüldü. Primer amenore ile başvuran hastalarda ayırıcı tanı olarak KADS unutulmamalıdır. Maternal X'e bağlı resesif kalıtımı olan KADS'da doğacak kız çocukların %50's taşıyıcı, erkek çocukların %50'si hastalıklı olacağından hastanın diğer fenotipik olarak dışı olan kardeşler de bu sendrom yönünden araştırılmalıdır. KADS'lı çocuk öyküsü olan ailelere genetik danışmanlık verilmelidir ve aileler doğan çocuklar için gonadektomi ve hormon replasmanı açısından bilgilendirilmelidir.

Anahtar Kelimeler: Androjen Duyarsızlık sendromu, Primer amenore

S-77 Adölesan Gebeliklerde Abort İndüksiyonu: Asetik Asitin Misoprostol Üzerine Etkisi

Gülşen Yanıçlı¹, Adnan Budak¹

1 Tepecik Eğitim Ve Araştırma Hastanesi

İstenmeyen gebeliklerde mekanik ve medikal yöntemler tercih edilebilir. Misoprostol, bu tür gebeliklerin sonlandırılmasında medikal bir seçenek olarak kullanılabilir. 14 yaşında adölesan gebenin gebeliğinin sonlandırılmasında misoprostol tedavisi denendi. Tedavide başlangıçta sublingual yol tercih edilse de indüksiyona yanıtızsızlık sonrası uygulama vajinal yol ile yapıldı. Uzun süre misoprostol tedavisine yanıtızsızlık sonrası asetik asit ile sulandırılmış misoprostol tedavisi başarılı oldu ve gebelik sonlandırıldı. Sonuç olarak, adölesan gebeliklerin tedavisinde hassas bir yaklaşım gerektiği ve asetik asit ile sulandırılmış misoprostol tedavisinin etkili bir seçenek olabileceği öngörüldü. Adölesan gebeliklerde abort indüksiyonunda etkinlik ve hız açısından farklı yaklaşım protokolleri denenebilir.

Anahtar Kelimeler: Misoprostol Adölesan gebelikler Abort Asetik asit