



1. Akdeniz Obstetrik ve Jinekoloji Kongresi

1st Mediterranean Obstetrics and
Gynecology Congress

15-17 EYLÜL 2023
SHERATON GRAND HOTEL, ADANA

**“Deprem Sonrası
Hayat ve Kadın Sağlığı”**



Bilimsel Program ve Bildiri Kitabı

www.aksderkongre.org



1. Akdeniz Obstetrik ve Jinekoloji Kongresi

1st Mediterranean Obstetrics and Gynecology Congress

15-17 EYLÜL 2023, SHERATON GRAND HOTEL, ADANA

ÖNSÖZ

Değerli Meslektaşlarım;

Akdeniz bölgesinde Kadın Sağlığı ve Hastalıkları alanında çalışmakta olan tüm meslektaşlarımızın bilgi ve becerilerini geliştirme, eğitim süreçlerinin desteklenmesi, yardımlaşma ve sosyal iletişimlerin artırılmasına yönelik amaçlar doğrultusunda kurulmuş olan derneğimizin ilk kongresi olan '1. Akdeniz Obstetrik ve Jinekoloji Kongresini 15/09/2023 - 17/09/2023 tarihleri arasında Adana'da gerçekleştireceğiz.

Daha önce yapmış olduğumuz bölgesel toplantılar, ultrason kursları, histeroskopi ve laparoskopi workshopları, canlı cerrahilere olan yoğun ilgi nedeni ile çok değerli hocalarımızın bilgi ve deneyimlerini bu kez ulusal bir kongrede sizlerle paylaşmak isteriz.

Akdeniz Kadın Sağlığı Derneği olarak Akdeniz bölgesinde faaliyet gösteren, bölgede önemli merkezler olan 9 farklı kuruluşun çok değerli birliktelikleri ile çıkmış olduğumuz bu yolda ilk günkü heyecanımızla ulusal kongremize hazırlanıyoruz.

Gerek temel gerekse de güncel konuları içeren sunumlarımız, kurslarımız, canlı cerrahilerimiz, yuvarlak masa toplantılarımızdan siz değerli katılımcılarımızın fayda sağlayacağına, mesleki bilgi ve becerilerinizi birlikte geliştireceğinize olan inancımız tamdır.

Kurulduğumuz ilk günden bu yana her gün artan heyecanımızla sizleri de aramızda görmekten, güzel şehrimiz Adana'da siz değerli katılımcılarımızı ağırlamaktan büyük onur duyarız.

AKDENİZ KADIN SAĞLIĞI DERNEĞİ



1. Akdeniz Obstetrik ve Jinekoloji Kongresi

1st Mediterranean Obstetrics and Gynecology Congress

15-17 EYLÜL 2023, SHERATON GRAND HOTEL, ADANA

AKDENİZ KADIN SAĞLIĞI DERNEĞİ YÖNETİM KURULU

Başkan

Hüsnü Çelik

Başkan Yardımcısı

M. Ali Narin

Genel Sekreter

Erhan Şimşek

Sayman

U. Nasuh Doğan

Üye

Kenan Dolapçioğlu

Kadir Güzin

Hakan Kalaycı

KONGRE DÜZENLEME KURULU

Ahmet Barış Güzel

Alev Özer

Burak Karadağ

Didem Alkaş

Erhan Şimşek

Evrin Erdemoğlu

Hasan Ali İnal

Hüsnü Çelik

İnanç Mendilcioğlu

Kenan Dolapçioğlu

Murat Özekinci

Mehmet Ali Narin

Müfit Yenen

Nasuh Utku Doğan

Şevki Göksun Gökulu

Tolgay Tuyan İlhan

KONGRE BİLİMSEL KURULU

Ali Ayhan

Alev Özer

Aytekin Altıntaş

Burak Karadağ

Cumhur Bülent Urman

Davut Güven

Didem Alkaş

Erbil Doğan

Erhan Şimşek

Hasan Ali İnal

Gürkan Kıran

Gürkan Uncu

Gülsüm Uysal

Gülşen Doğan Durdağ

Hüsnü Çelik

Işıl Kasapoğlu

İbrahim Yalçın

İnanç Mendilcioğlu

Kenan Dolapçioğlu

Mehmet Ali Narin

Mehmet Ali Vardar

Mete Güngör

Murat Özekinci

Müfit Yenen

Nasuh Utku Doğan

Nefise Tanrıdan Okçu

Pınar Çağlar Aytaç

Raziye Narin

Seda Yüksel Şimşek

Selçuk Yetkinel

Servet Hacivelioglu

Şevki Göksun Gökulu

Şirin Aydın

Tayfun Çok

Tolgay Tuyan İlhan

Yakup Kumtepe



1. Akdeniz Obstetrik ve Jinekoloji Kongresi

1st Mediterranean Obstetrics and Gynecology Congress

15-17 EYLÜL 2023, SHERATON GRAND HOTEL, ADANA

15 Eylül 2023, Cuma

A Salonu

08:30 - 08:45 **AÇILIŞ**

08:45 - 09:00 **DEPREM VE KADIN SAĞLIĞI**

Moderatör: Alev Özer

Konuşmacı: Kenan Dolapçioğlu

09:00 - 10:00 **OBSTETRİK KANAMA OTURUMU**

Oturum Başkanları: Neşe Yücel, Songül Alemdaroğlu

09:00 - 09:15 Obstetrik Kanama Beklenen Durumlar Önceden Belirlenebilir mi?

İnanç Mendilcioğlu

09:15 - 09:30 Plasentasyon Anormalilerinde Yönetim

Selim Büyükkurt

09:30 - 09:45 Postpartum Kanamada Temel Kurallar, Histerektomiden Kaçınma Stratejileri

Ateş Karateke

09:45 - 10:00 Sezaryen Skar Gebeliği Yönetimi

Cem Yaşar Sanhal

10:00 - 10:30 **KAHVE MOLASI**

10:30 - 11:30 **ÜROJİNEKOLOJİ OTURUMU**

Oturum Başkanları: Aytekin Altıntaş, Oğuz Yücel

10:30 - 10:45 Pelvik Organ Prolapsusunda Sınıflama ve Derecelendirme

Raziye Narin

10:45 - 11:00 Pelvik Organ Prolapsus Yönetiminde Püf Noktalar

Ateş Karateke

11:00 - 11:15 Üriner İnkontinansta Medikal Tedavi Kime? Ne Zaman?

Ulaş Çoban

11:15 - 11:30 Kronik Pelvik Ağrı ve Yönetimi

M. Murat Naki

11:30 - 12:30 **LAPAROSKOPIK MYOMEKTOMİ PANELİ**

Moderatör: Bülent Urman

Panelistler: Kemal Özerkan, Barış Güzel, Nasuh Utku Doğan, Erhan Şimşek, Murat Özekinci

12:30-13:15 **UYDU SEMPOZYUMU**

Hpv Aşılıarı Güncel Durum

Konuşmacı: M. Faruk Köse



MSD

13:15-14:00 **ÖĞLE YEMEĞİ**



1. Akdeniz Obstetrik ve Jinekoloji Kongresi

1st Mediterranean Obstetrics and Gynecology Congress

15-17 EYLÜL 2023, SHERATON GRAND HOTEL, ADANA

15 Eylül 2023, Cuma

A Salonu

14:00 - 15:00 PCOS VE İNFERTİLİTE OTURUMU

Oturum Başkanları: *Raziye Narin, Oya Soylu Karapınar*

14:00 - 14:15 PCOS Tanısında Nelere Dikkat Edelim

Hanifi Bademkiran

14:15 - 14:30 PCOS Metabolik Sendrom ve Uzun Dönem Riskler

Burak Karadağ

14:30 - 14:45 PCOS ve Adjuvan Ajanlar

Abdullah Tok

14:45 - 15:00 PCOS ve İnfertilite Tedavi Algoritması

Nefise Tanrıdan Okçu

15:00 - 16:00 JİNEKOLOJİ OTURUMU

Oturum Başkanları: *Erdoğan Aslan, Seda Yüksel Şimşek*

15:00 - 15:15 Laparoskopik Pelvik Anatomi Önemli Lendmarklar

Hüseyin Akıllı

15:15 - 15:30 Anormal Uterin Kanamada Medikal Tedavi

Yakup Kumtepe

15:30 - 15:45 Endometrium Kanseri Minimal İnvaziv Cerrahide Güvenlik Sınırları

Fuat Demirkiran

15:45 - 16:00 Adnexal Kitlelerde Yönetim, Risk Skoruması Kullanalım mı?

Çağatay Taşkıran

16:00 - 16:30 KEYNOTE LECTURE

Jinekolog Onkolog Bakış Açısı ile Fertilite Koruyucu Yaklaşımlar

Moderatör: *Macit Arvas*

Konuşmacı: *Ali Ayhan*

16:30 - 17:00 KAHVE MOLASI

17:00 - 18:00 ONKOFERTİLİTE OTURUMU

Oturum Başkanları: *Ali Ayhan, Mutlu Meydanlı*

17:00 - 17:15 Medikal Onkolog Gözünden Fertilite Kaygısı Olan Olgularda Onkolojik Yönetim

Fatih Köse

17:15 - 17:30 Familial Kanseri (BRCA1/2, Lynch vd) ve İnfertilite

Gülşen Doğan Durdağ

17:30 - 17:45 Oosit /Embryo ve Over Doku Dondurma Kime Ne Zaman?

Erhan Şimşek

17:45 - 18:00 Uterin Transplantasyonu; Dünyada ve Türkiye'deki Verilerin Tartışılması

Nasuh Utku Doğan

18:00 - 19:00 SERVİKAL PREİNVAZİF LEZYONLARIN YÖNETİMİ PANELİ

Moderatör: *Mehmet Ali Vardar*

Panelistler: *Macit Arvas, Ganim Katip, Fırat Ortaç, İlkkan Dünder, Evrim Erdemoğlu, Şevki Gökulu*



1. Akdeniz Obstetrik ve Jinekoloji Kongresi

1st Mediterranean Obstetrics and Gynecology Congress

15-17 EYLÜL 2023, SHERATON GRAND HOTEL, ADANA

15 Eylül 2023, Cuma

B Salonu

10:00 - 11:15 SÖZLÜ BİLDİRİ OTURUMU - 1

Oturum Başkanları: *Nasuh Utku Doğan, Kemal Hansu*

SS - 01	Gebede Ovarian Kist Torsiyonu Yönetimi	<i>Merva Tekelek Susaçan</i>
SS - 02	Fetal Beyin Tümörüne Bağlı Hidrosefali Olgusu	<i>Cuma Taşın</i>
SS - 03	Bilateral Round Ligament Endometriozisi: Nadir Bir İnguinal Kitle Olgusu	<i>Barış Çıplak</i>
SS - 04	COVID Pozitif Gebede Gelişen HELLP Sendromu: Olgusu	<i>Barış Çıplak</i>
SS - 05	Triploidi Ayırıcı Tanısında Trizomi 18: Olgusu	<i>Yusuf Dal</i>
SS - 07	İliac Arter Tüm Dalları, Laparoskopik Demonstratif Full Disseksiyon	<i>Kıvılcım Bektaş</i>
SS - 08	İkinci Trimester İkiz Gebelik Kaybı ile Sonuçlanan Bir Akut Pankreatit Olgusu	<i>Şebnem Karagün</i>
SS - 24	Radikal Histerektomi Sonrası Gelişen Üreter Fistülünde Nefrostomi ve Anterograd Üreter Katateri Uygulaması ile Fistül Tedavisi - Vaka Sunumu	<i>Mürşide Çevikoğlu Kılı</i>

16:00 - 17:15 SÖZLÜ BİLDİRİ OTURUMU - 2

Oturum Başkanları: *Kenan Dolapçioğlu, Şirin Aydın*

SS - 09	İnfertil Hastalarda AMH, BMI ve USG'de Antral Folikül Sayılarının Değerlendirilmesi	<i>Yunus Emre Maraşlıoğlu</i>
SS - 10	Kliniğimizde Opere Olan Servix Adenokarsinom Olgularında Lenf Nodu Tutulumunun Prognosa Etkisi	<i>Ahmet Beyazıt</i>
SS - 11	Vulva Kanserinde Tersiyer Merkez Klinik Deneyimi	<i>Kasım Akay</i>
SS - 12	İzole Akciğer Metastazı ile Seyreden Erken Evre Endometrioid Adenokarsinom Olgusu, Over Kanserini Taklit Eden Peritoneal Tüberküloz ve Sarkoidoz Olguları: Nadir Olgular	<i>Mürşide Çevikoğlu Kılı</i>
SS - 13	Üçüncü Basamak Bir Hastanenin Kadın Hastalıkları Servisinde Yatan PPROM Olgularının Retrospektif Analizi	<i>Pelin Küpeli</i>
SS - 14	Over Torsiyonunda Kurtarma Tedavisi Olarak Sildenafil: Rat Modeli	<i>Didem Alkaş Yağınç</i>
SS - 15	Donma Çözme Öploid Embriyo Transferi Sikluslarında Doğal ve Hormonal Endometriyal Hazırlık Protokollerinin Gebelik Sonuçlarının Karşılaştırılması	<i>Anıl Ertürk</i>
SS - 16	Inflammatory Myofibroblastic Tumor of the Uterus: A Case Report	<i>Meral Aban</i>



1. Akdeniz Obstetrik ve Jinekoloji Kongresi

1st Mediterranean Obstetrics and Gynecology Congress

15-17 EYLÜL 2023, SHERATON GRAND HOTEL, ADANA

15 Eylül 2023, Cuma

19:00 - 20:30 ÜROJİNEKOLOJİ ve GENİTAL ESTETİK KURSU

Kurs Başkanları ve Eğitmenleri: *Yakup Kumtepe, Akın Sivaslıoğlu*

Pelvik Anatomi

Yakup Kumtepe

Retropubik Transobturator Band (rTOT)

Akın Sivaslıoğlu

İnkontinansta Örgüsüz Cerrahi: EUL/PUL Plikasyonu

Akın Sivaslıoğlu

Ürojinekolojide Laparoskopik Girişimler

Yakup Kumtepe

-Sakrokolpopeksi

-Lateral Süspansiyon

-Pektapeksi

Vulvar Erojen Ağ Nedir?

Akın Sivaslıoğlu

Labioplasti Teknikleri

Akın Sivaslıoğlu

Hudoplasti Teknikleri

Akın Sivaslıoğlu



1. Akdeniz Obstetrik ve Jinekoloji Kongresi

1st Mediterranean Obstetrics and Gynecology Congress

15-17 EYLÜL 2023, SHERATON GRAND HOTEL, ADANA

16 Eylül 2023, Cumartesi

A Salonu

08:30 - 09:30 LAPAROSKOPI OTURUMU

Oturum Başkanları: *Mete Güngör, Kemal Özerkan, Demir Özbaşar*

08:30 - 08:45	Myomlarda Uzun Dönem Medikal Tedavi	<i>Kenan Dolapçioğlu</i>
08:45 - 09:00	Lapararaskopi Histerektomi 10 Adımda	<i>Mehmet Ali Narin</i>
09:00 - 09:15	Laparoskopik Myomektomi 10 Adımda	<i>Kemal Özerkan</i>
09:15 - 09:30	Laparoskopik Cerrahide Morselasyon Kullanımı ve Spesmen Çıkartma Alternatifleri	<i>Evrin Erdemoğlu</i>

09:30 - 10:00 KEYNOTE LECTURE

Asistanlık Sırasında Minimal İnvaziv Jinekolojik Cerrahi Müfredata Nasıl Entegre Edilmelidir ?

Minimal İnvaziv Cerrahiye Adanmış Bir Ömrün Tecrübesi ile....

Moderatör: *Hüsnü Çelik*

Konuşmacı: *Gürkan Uncu*

10:00 - 10:30

KAHVE MOLASI

10:30 - 11:30 ENDOMETRİOZİS ADENOMYOZİS OTURUMU

Oturum Başkanları: *Bülent Urman, Gürkan Uncu*

10:30 - 10:45	Endometriozis/Adenomyozis Tanısında Ultrasonografik Değerlendirme; Yeni Bakış Açısıyla	<i>Ayşe Seyhan</i>
10:45 - 11:00	Endometrioziste Kanıta Dayalı Ağrı Yönetimi	<i>Gürkan Uncu</i>
11:00 - 11:15	Üreme Çağında Endometrioma Yönetimi	<i>Bülent Urman</i>
11:15 - 11:30	Adolesanlar Endometriozis/Adenomyozis ; Tanı ve Tedavi Nasıl Olmalı	<i>İsmet Gün</i>

11:30 - 11:45

ARA

11:45 - 13:00 CANLI CERRAHİ

Laparoskopik Histerektomi

Başkent Üniversitesi Ameliyathaneden Canlı Yayın

Moderatör: *Erhan Şimşek*

Cerrah: *Gürkan Uncu*

13:00 - 14:00

ÖĞLE YEMEĞİ



1. Akdeniz Obstetrik ve Jinekoloji Kongresi

1st Mediterranean Obstetrics and Gynecology Congress

15-17 EYLÜL 2023, SHERATON GRAND HOTEL, ADANA

16 Eylül 2023, Cumartesi

A Salonu

14:00 - 15:00 OBSTETRİK OTURUMU

Oturum Başkanları: *Halil Korkut Dağlar, Adnan Yener*

14:00 - 14:15	İkinci Trimester Gebelik Terminasyonunda Yönetim	<i>Murat Işıksalan</i>
14:15 - 14:30	Fetal İyilik Halinin Değerlendirilmesi	<i>Acar Koç</i>
14:30 - 14:45	IUGR Yönetimi	<i>İnanç Mendilcioğlu</i>
14:45 - 15:00	Çoğul Gebeliklerde Yönetim	<i>Selim Büyükkurt</i>

15:00 - 16:00 ONKOLOJİ OTURUMU

Oturum Başkanları: *Nejat Özgül, Mehmet Ali Vardar, Sevda Baş*

15:00 - 15:15	Güncel Bakış Açısıyla Menopozda HRT Kullanımı; Kime? Ne Zaman?	<i>Derya Kılıç</i>
15:15 - 15:30	Borderline Over Tümörlerinde Yönetim	<i>Sevta Seyfettinoğlu</i>
15:30 - 15:45	Endometrial Hiperplazide Yönetim	<i>Salih Taşkın</i>
15:45 - 16:00	Genital Wartlar ve Vulvar Displazi Yönetimi	<i>Barış Güzel</i>

16:00 - 16:30

KAHVE MOLASI

16:30 - 17:30 İNFERTİLİTE PANELİ

Moderatör: *Bülent Urman*

Panelistler: *Ahmet Zeki Işık, Davut Güven, Işıl Kasapoğlu, Alev Özer, Murat Özekinci*

17:30 - 18:30 HİSTEROSKOPI OTURUMU

Oturum Başkanları: *İbrahim Yalçın, Didem Alkaş Yağınç*

17:30 - 17:45	Ofis Histeroskopi Kime Ne Zaman?	<i>Gonca Çoban Şerbetçioğlu</i>
17:45 - 18:00	Histeroskopik Myomektomi	<i>Yavuz Emre Şükür</i>
18:00 - 18:15	Histeroskopik Asherman Tedavisi	<i>Alev Özer</i>
18:15 - 18:30	Histeroskopik Metroplasti	<i>Gülşen Doğan Durdağ</i>



1. Akdeniz Obstetrik ve Jinekoloji Kongresi

1st Mediterranean Obstetrics and Gynecology Congress

15-17 EYLÜL 2023, SHERATON GRAND HOTEL, ADANA

16 Eylül 2023, Cumartesi

B Salonu

10:00 - 11:15 SÖZLÜ BİLDİRİ OTURUMU - 3

Oturum Başkanları: Ümit Zeteroğlu, Tuyen İlhan

SS - 17	Serviks Kanseri için Egzenterasyon Planlanan Hastada Pankreas Kanseri Birlikteliği	Yunus Katırcı
SS - 18	Yeni Tespit Edilen Bikollis ve Bivajinal Uterin Anomali	Fatma Zehra Kurnuç
SS - 19	Çok İleri Yaş Gebeliklerin Maternal ve Obstetrik Sonuçları: Retrospektif Bir Çalışma	Sadık Kükreci
SS - 20	Primer Dismenorede Manyetik Bandın Etkinliği	Oya Soylu Karapınar
SS - 21	Preterm Eylemin Servikojenital Sıvıda Fetal Fibronektin Seviyesi ve Ultrasonografide Servikal Uzunluk ile İlişkisi	Oya Soylu Karapınar
SS - 22	Uteroservikal Açık Ölçümünün İkinci Trimester Spontan Düşüklerini Öngörmedeki Etkinliği	Oya Soylu Karapınar
SS - 23	Oosit Kriyoprezervasyon Amacı IVF Yapılan Endometriyal Bekar Kadınlarda Vajinal Ultrason Probu ile Transabdominal Oosit Toplanması Etkinliği ve Güvenliği	Meltem Sönmezer
SS - 33	Histeroskopi Sonrası Endometrium Kanseri Saptanan 2 Olguda Peritoneal Yayılımı	Çağatayhan Öztürk

16:00 - 17:15 SÖZLÜ BİLDİRİ OTURUMU - 4

Oturum Başkanları: Raziye Narin, Burcu Özbakır

SS - 25	Transobturator Tape Uygulanan Hastaların Uzun Dönem Sonuçlarının Değerlendirilmesi	Nefise Tanrıdan Okcu
SS - 26	Gestasyonel Diyabeti Olan ve Olmayan Gebelerde Maternal Metabolik Faktörlerin ve Lipid Profillerinin Yenidoğan Kilosuna Etkisinin Karşılaştırılması	Lutfiye Uygur
SS - 27	6 Şubat Depremleri Sonrası Kliniğimizde Gerçekleşen Vajinal Doğumlar	Ahmet Beyazıt
SS - 28	Bilinen Myomektomi Öyküsü Bulunmayan Hastada Disemine Leiomyomatozis	Erhan Şimşek
SS - 29	Manyetik Rezonans Görüntülemeye Endometrial Malignite ile Karıştırılan Dev Postmenopozal Endometrial Polip Olgusu	Duygu Alime Almalı
SS - 30	Bir Olgu Üzerinden Plasenta Dekolmanı ve Komplikasyonlarının Yönetimi	Kasım Akay
SS - 31	Nadir Bir Olgu; Batın Ön Duvarında Kayıp RİA	Mehmet Nadir Kılınç
SS - 32	Oosit Kriyoprezervasyonu Amacıyla Başvuran Hastaların Demografik Özelliklerinin ve IVF Sonuçlarının Retrospektif Olarak Değerlendirmesi	Meltem Sönmezer



1. Akdeniz Obstetrik ve Jinekoloji Kongresi

1st Mediterranean Obstetrics and Gynecology Congress

15-17 EYLÜL 2023, SHERATON GRAND HOTEL, ADANA

16 Eylül 2023, Cumartesi

18:30 - 19:30 OBSTETRİK TARAMA KURSU

Kurs Başkanları ve Eğitmenleri: *Acar Koç, Nihal Şahin*

18:30 - 18:45	Non-İnvazif Prenatal Tarama Güncel Durum	<i>Acar Koç</i>
18:45 - 19:00	İnvazif Prenatal Tanı; Teknik ve Püf Noktalar	<i>Nihal Şahin</i>
19:00 - 19:15	Birinci Trimester Taramada Öncelikler	<i>Acar Koç</i>
19:15 - 19:30	İkinci Trimester Taramada Öncelikler	<i>Nihal Şahin</i>
	Tarama Ultrasonografisi Vaka Sunumları	
	- Vaka I:	
	- Vaka II:	
	- Vaka III:	



1. Akdeniz Obstetrik ve Jinekoloji Kongresi

1st Mediterranean Obstetrics and Gynecology Congress

15-17 EYLÜL 2023, SHERATON GRAND HOTEL, ADANA

17 Eylül 2023, Pazar

A Salonu

09:00 - 10:00 ONKOLOJİ OTURUMU

Oturum Başkanları: *Mehmet Ali Vardar, Hasan Turan*

09:00 - 09:15	Meme Kanseri Olgularında Jinekolojik Yönetim	<i>Şevki Gökulu</i>
09:15 - 09:30	Jinekolojik Kanserler Sonrası Seksüel Disfonksiyon ve Pelvik Taban Bozuklukları	<i>Tuyan İlhan</i>
09:30 - 09:45	İnkomplet Cerrahi Uygulanmış Malignitelerde Yönetim	<i>Ganim Katip</i>
09:45 - 10:00	Mol Hidatiform ve İlişkili Patolojilerde Yönetim	<i>Selen Doğan</i>

10:00 - 11:00 JİNEKOLOJİ OTURUMU

Oturum Başkanları: *Mehmet Ali Narin, Sefa Arlier*

10:00 - 10:15	Menopozal Semptomlarında Tedavi Alternatifleri	<i>Meral Aban</i>
10:15 - 10:30	Tekrarlayan Vajinal Enfeksiyonlarda Tedavi	<i>Alev Özer</i>
10:30 - 10:45	Dismenore Tedavi Seçeneklerimiz Değişti mi?	<i>İbrahim Yalçın</i>
10:45 - 11:00	Oral Kontraseptifler ve Uzun Dönem Kullanım Stratejileri	<i>Pınar Çağlar Aytaç</i>

11:00 - 11:30

KAHVE MOLASI

11:30 - 12:30 İNFERTİLİTE OTURUMU

Oturum Başkanları: *Esra Bulgan Kılıçdağ, Selçuk Yetkinel*

11:30 - 11:45	IVF Öncesi Değerlendirmede Nelere Dikkat Edelim?	<i>Mete Işıkoğlu</i>
11:45 - 12:00	Açıklanamayan İnfertilitede IVF İlk Basamak Tedavi Olabilir mi?	<i>Işıl Kasapoğlu</i>
12:00 - 12:15	Azalmış Over Rezervinde IVF; Başarıyı Artırmak Mümkün mü?	<i>Yavuz Emre Şükür</i>
12:15 - 12:30	Tekrarlayan IVF Başarısızlıklarında Yönetim	<i>Davut Güven</i>

12:30 - 13:30 OBSTETRİ OTURUMU

Oturum Başkanları: *Gülsüm Uysal, Cevdet Adıgüzel*

12:30 - 12:45	Erken Gebelik Komplikasyonları	<i>Hakan Kalaycı</i>
12:45 - 13:00	Gebelikte Kanıta Dayalı Progesteron Kullanımı	<i>Selim Büyükkurt</i>
13:00 - 13:15	Gebelikte Serklaj Endikasyonları, Kime? Ne Zaman?	<i>Şebnem Karagün</i>
13:15 - 13:30	Gebelikte Enfeksiyonlar (Toksozplazma v.d)	<i>Halil Korkut Dağlar</i>



1. Akdeniz Obstetrik ve Jinekoloji Kongresi

1st Mediterranean Obstetrics and Gynecology Congress

15-17 EYLÜL 2023, SHERATON GRAND HOTEL, ADANA

17 Eylül 2023, Pazar

B Salonu

08:00 - 10:00

HİSTERESKOPI KURSU - (Hands On) Başkent Seyhan Hastanesi

Kurs Başkanları ve Eğitmenleri: Pınar Çağlar Aytaç, Kenan Dolapçioğlu

Oturum 1

Ofis Histeroskopi Ekipmanları ve Kolay Uygulama Yolları

Didem Alkaş Yağınç

Oturum 2

Histeroskopik Polip ve Myom Çıkartma Püf Noktalar

Oya Soylu Karapınar

Oturum 3

Histeroskopi ile Septum Rezeksiyonunda Nelere Dikkat Edelim

Pınar Çağlar Aytaç

Oturum 4

Histeroskopide Komplikasyonları Azaltmanın Püf Noktaları

Kenan Dolapçioğlu

Başkent Üniversitesi Ameliyathanesinden Canlı Yayın;

- Vaka I:

- Vaka II:

- Vaka III:



1. Akdeniz Obstetrik ve Jinekoloji Kongresi

1st Mediterranean Obstetrics and Gynecology Congress

15-17 EYLÜL 2023, SHERATON GRAND HOTEL, ADANA

SÖZEL BİLDİRİLER

SS-01

Gebede Ovarian Kist Torsiyonu Yönetimi

Merva Tekelek Susağan

Ksü tıp fakültesi hastanesi

AMAÇ: Gebe takibinde over kistlerinin ve neden oldukları over torsiyonunun yaklaşımı ve yönetimi.

İnsidans: Gebelik sırasında bildirilen over kist insidansı 1:630 gibi yüksek bir orandan 1:2020 gibi düşük bir orana kadar değişmektedir [1]

Tüm over torsiyonu vakalarının yaklaşık %10-20'si gebelikte en sık olarak da birinci ve 3. trimesterin başlarında ortaya çıkar [2].

Overler ultrasonografi ile gebeliğin ilerleyen dönemlerine kıyasla daha kolay görüntülenebildiğinden, bunlar çoğunlukla ilk trimesterde tespit edilir [2].

MATERYAL ve METHOD: 3. Basamak bir hastanenin obstetri kliniğine karın ağrısı şikayeti ile başvuran 24 hafta gebede yapılan tetkik ve muayeneler sonucunda sağ ovarian kist torsiyonu saptanması ve yapılan operasyon ve takibi içermektedir.

Klinik: 25 yaşında 24+0 hafta gebe, 1.trimesterde bilinen yaklaşık 15 cm sağ ovarian kist ile takipli hasta 1 gündür devam eden sağ alt kadranda ağrısı ile kadın hastalıkları ve doğum kliniği acil servisine başvurdu. Yapılan fizik muayenede sağ alt kadranda hassasiyet saptandı. Ultrason görüntülemesinde biyometrisi 24 hafta ile uyumlu fka(+) gebelik ve sağ adneksiyal alanda yaklaşık 20 cm büyüklüğünde RDUS ile kanlanması izlenmeyen overin komşuluğunda kist saptandı. Ön planda sağ ovarian kist torsiyonu düşünüldü. Spinal anestezi altında GAM insizyonla batına girildi. Yapılan gözlemlerde sağ ovarian 4 kez torsiyone olmuş yaklaşık 25 cm büyüklüğünde kist izlendi. Detorsiyone edildi. Kistektomi yapıldı. Postop kontrollerinde fka(+) ve ek patoloji saptanmayan hasta taburcu edildi

TARTIŞMA: Gebelikteki adneksiyal kitlelerin çoğu tesadüfi bulgulardır. Bu nedenle, semptomlar yalnızca rüptür ve kanama, torsiyon veya kitle etkisi durumunda ortaya çıkar [2]. Gebelik öncesi ya da erken gebelik haftasında tanı almamış ve akut batın kliniği ile ortaya çıkan ovarian kistler neden oldukları torsiyon durumunda cerrahi olarak müdahale edilmeli ve yönetilmelidir. Birinci trimesterde tanı almış ovarian kistler ise gebelik takibi boyunca rutin ultrasonografide takip edilmeli ve neden olabilecekleri torsiyon, rüptür ve kanama gibi komplikasyonlar açısından hasta bilgilendirilmelidir.

Referanslar:

1.Husseinzadeh, N., Sibai, B., & Siddiqi, T. (2012). Ovarian Tumors in Pregnancy: Diagnosis and Management. American Journal of Perinatology, 29(05), 327-334. <https://doi.org/10.1055/s-0031-1295641>

2.Senarath, S., Ades, A., & Nanayakkara, P. (2021). Ovarian cysts in pregnancy: a narrative review. Journal of Obstetrics and Gynaecology : The Journal of the Institute of Obstetrics and Gynaecology, 41(2), 169-175. <https://doi.org/10.1080/01443615.2020.1734781>

Anahtar Kelimeler: Gebelik, kist, over, torsiyon, 2.trimester

Kist içeriğinin aspire edilip batın dışına alınması



Kistektomi sonrası overin görünümü



Over kist torsiyonunun inop görüntüsü



SS-02

Fetal Beyin Tümörüne Bağlı Hidrosefali Olgusu Sunumu

Cuma Taşın, Sabri Kurtaj, Tuğba Karakaş
Mersin Şehir Eğitim ve Araştırma Hastanesi

32 yaşında bayan hasta
G3P2Y2
Son adet tarihine göre 24 haftalık gebelik
ikili üçlü testi düşük riskli gelmiş

ultrasonografide:

Tek canlı makat geliş
BPD: 38 hafta
HC: 39 hafta
AC: 26 hafta,
FL: 26 hafta
TFA: 1080 gram
Amniotik indeks normal

Fetal kranial sağ hemisferde yaklaşık 55 mm çapında yer yer kanlanma izlenen kitle lezyonu, kitleye bağlı olarak kranial yapıların asimetrik olduğu ve ayrıca tümör basısına bağlı olarak obstrüktif hidrosefaliye bağlı olarak lateral ventriküllerin genişlediği (LV 20 mm) beyin parankiminin iyice incelendiği görüldü.

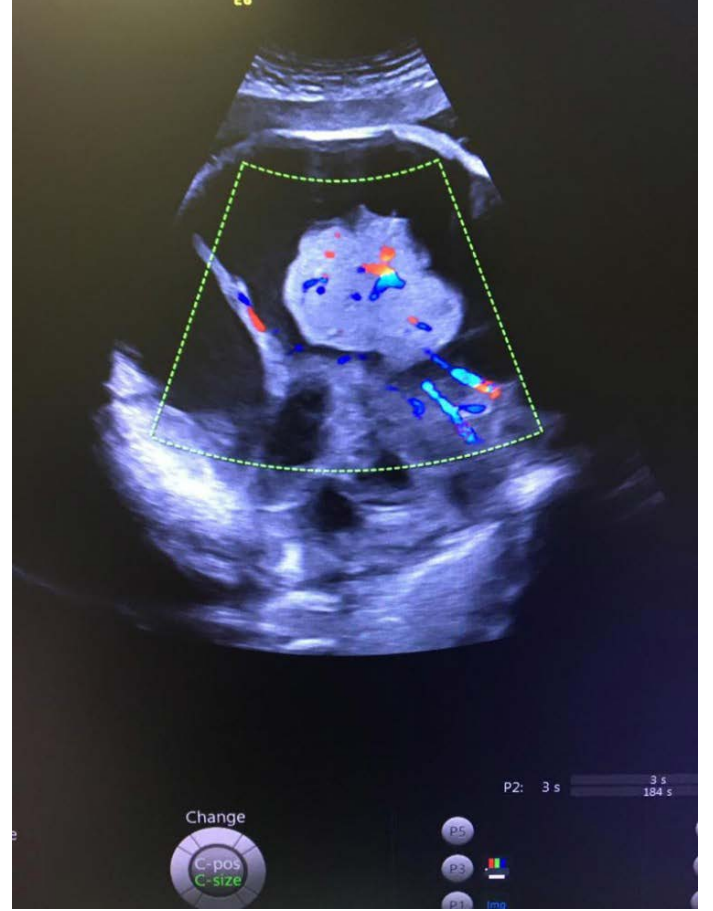
Fetal Emar:

Sağ temporoparietal bölgede ekstraaksiyal lokalizasyonda serebral parankime ve sağ lateral ventrüle baskı yapan T2AG lerde ağırlıklı olarak kistik görünümde ancak inferior temporal bölgede düzensiz nodüler solid alan içeren aksiyal planda en geniş yerinde yaklaşık 60*40 mm boyutlarında komplike kistik lezyon izlendi (Fetal matür teratom ?) ayrıca her iki lateral ventrikül normalden geniş her ikisinde yaklaşık 18 mm ölçüldü.

Hastanın takipleri devam edildi. BPD çapı yaklaşık 16 mm ve annede sancılar başlayınca sezaryen ile gebelik sonlandırıldı.fetus doğum sonrası eks olunca aileye otopsi ve patolojik inceleme önerildi.

Anahtar Kelimeler: Fetal beyin tümörü, fetal kranial teratom, Hidrosefali

kitlenin doppler ultrason görüntüsü

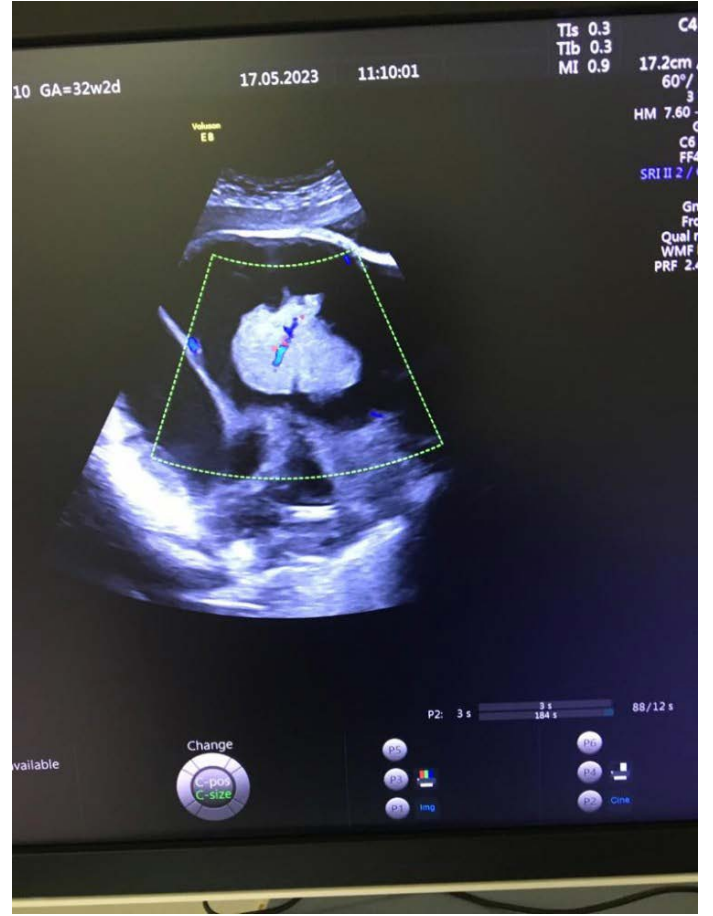


kitlenin kanlanması

kitlenin emar görüntüsü



kitlenin ultrason görüntüsü



kitlenin sağ kranial hemisferde yerleşimi

SS-03

Bilateral round ligament endometriozisi: Nadir bir ingiunal kitle olgusu

Barış Çıplak¹, Eyüp Gökhan Turmuş², Mehmet Murat Altındağ¹, Taylan Onat³, Özlem Kara⁴, Mustafa Kara⁵

¹Malatya Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Kadın Doğum Kliniği, Malatya

²Ankara Etlik Şehir Hastanesi, Jinekolojik Onkoloji Kliniği, Ankara

³İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, Malatya

⁴Kırşehir Ahi Evran Üniversitesi Tıp Fakültesi, Histoloji Embriyoloji Anabilim Dalı, Kırşehir

⁵Kırşehir Ahi Evran Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, Kırşehir

GİRİŞ: Ekstra pelvik round ligament endometriozisi nadir görülen bir durumdur; bilateral olması daha da nadirdir. İnguinal hernileri taklit edebilir. Burada sizlere kasık ağrısı şikayetiyle acilden başvuran, inkansere inguinal herni ön tanısıyla operasyona alınan ve sonrasında bilateral round ligament endometriozisi tanısı konulan olgudan bahsedeceğiz.

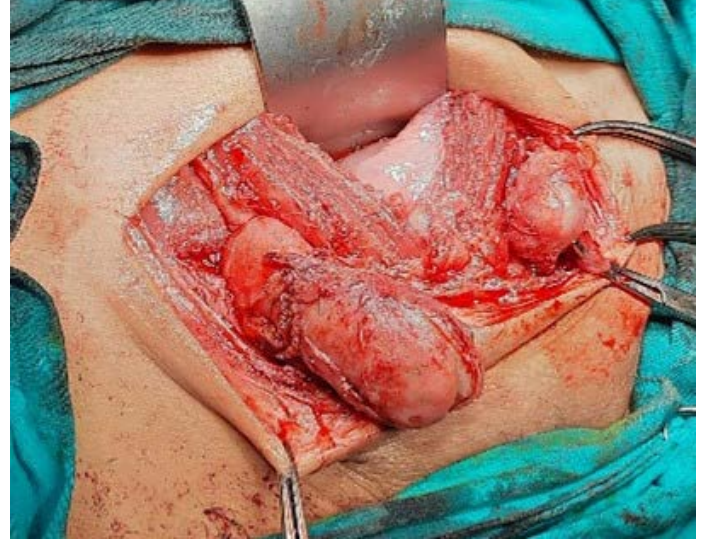
OLGU: 41 yaşında, bekar bayan hasta şiddetli kasık ağrısı şikayetiyle acilden başvuruyor. Hastanın yaklaşık 1 haftadır giderek artan sağ kasık ağrısı ve şişlik vardı. Yapılan muayenede sağ inguinal bölgede yaklaşık 4 cm büyüklüğünde hassas kitle palpe edildi. Hasta inkansere inguinal herni ön tanısıyla operasyona alındı. Eksprolasyonda sağ taraf inguinal bölgede fluktuasyon veren oval ve saplı kitle izlenince vakaya dahil olundu. Diğer kasıkta da yaklaşık 1,5 cm kitle palpe edilince diseke edilip exprole edildi (Şekil.1). Kitlelerin saplı kısımlarının batınla ilişkisini anlamak için kehr insizyonla batına girildi. Kitlelerin ikisinde round ligamentle ilişkili olduğu ve utarusa kadar uzandığı gösterildi (Şekil.2). Uterus didelfis, tuba ve overler doğal görünümdeydi. Bilateral kitleler eksize edilip patolojiye gönderildi. Patoloji sonucu; düz kas dokusu üzerine yerleşimli hiperplastik endometriotik hücreler izlendi, ekstrapelvik endometriozis olarak bildirilmesi üzerine tanı kesinleştirildi.

TARTIŞMA: İnguinal bölgede round ligament endometriozis oldukça nadirdir. Endometriozisten etkilenen hastaların %0,3- 0,6'sını oluşturur. İnkansere herni, lenf düğümünü veya diğer kasık şişliği nedenlerini taklit edebilir. Kadınlarda kasık kitleleri, çoğunluğu nispeten iyi huylu olan birçok olası etiyojiye sahiptir. Kasık ve perine ağrısı şikayetleri ile semptomatik olduklarında genellikle yanlış inguinal herni tanısı alırlar. Ameliyatta eksplorasyonda veya histopatolojik inceleme ile tanısı kesinleşir.

SONUÇ: Kasık ağrısı şikâyeti ile başvuran bayan hastalarda round ligamandan kaynaklanan endometrioziside akılda tutmak gerekir. Cerrahi eksprolasyon ve eksizyon, hem tedavi sağlar hemde kitlenin histopatolojik tanısını koydurur.

Anahtar Kelimeler: Kasık kitleleri, İnguinal herni, Round ligament endometriozisi

Şekil.1: Bilateral Kasıkta Kitle



Şekil.2: İnguinal kitlelerin round ve uterusla ilişkisi



SS-04

COVID pozitif gebede gelişen HELLP sendromu: Olgu sunumu

Barış Çıplak

Malatya Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Kadın Doğum Kliniği, Malatya

GİRİŞ: Coronavirüs hastalığı 2019 (COVID-19) dünya çapında hala küresel bir acil durumdur. Covid-19 esas olarak ateş, öksürük ve solunum sıkıntısı semptomlarıyla seyreden atipik pnömoni tablosudur. COVID-19 ve HELLP sendromunun hematolojik parametreler arasındaki benzerlikler olması ikisi arasındaki ayrımı zorlaştırır. Burada sizlere Covid 19 ile enfekte gebeliği olan ve nöbet sonrası HELLP gelişen hastadan bahsedeceğiz.

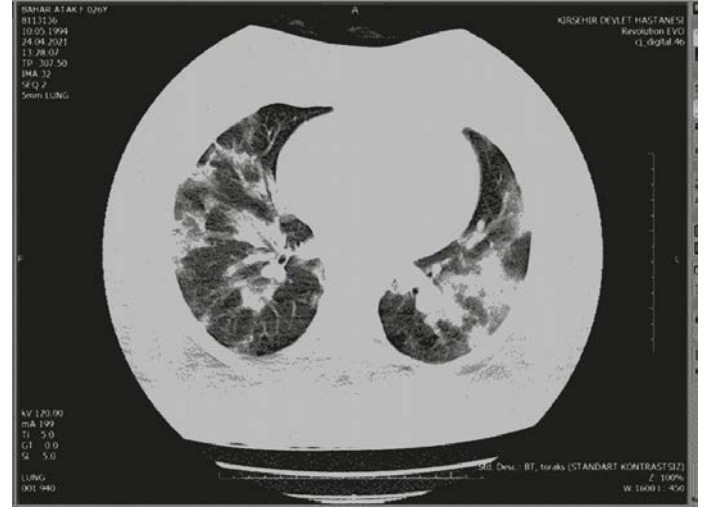
OLGU: 30 hafta tek canlı fetus gebeliği olan 34 yaşında hasta covid 19 enfeksiyonunun 8. Gününde başlayan dengesiz yürüme, baş dönmesi, nefes darlığı ve ateş şikayeti ile acil servise başvuruyor. Hastanın tansiyon ve nabızı normal iken, ateşi 37,7 C0 ve oksijen saturasyonu 88 ölçülüyor. Hasta covid servisine yatırılıyor kadın doğum önerisi ile steroid (celestone) yapılıyor. Yatışından bir gün sonra solunum sıkıntısı artan hasta entübe edilip ileri merkeze sevk ediliyor. Burada vajinal açıklığının olduğu tespit edilmesi üzerine hastaya sezeryanla doğumu yaptırılıyor. Çekilen Torax Tomografide Bilateral Covid Pnömonisi (Şekil.1) olduğu görülüyor. Sonrasında tansiyonları normal olan hastanın laboratuvar değerleri bozulmaya başlıyor. Laboratuvar; WBC:17 Hb: 8.6, Plt:77, Glukoz:270, AST:150, ALT:105, CRP:26, TİT:Protein(+2),Glukoz(+3), Fibrinojen:530, D-dimer:1.53, Prokalsitonin:2.4. Yatışının üçüncü gününde hastanın vitalleri iyice bozulup hasta arrest oluyor. Yapılan tüm mühalelere rağmen hayata döndürülemeyen hasta exitus kabul ediliyor.

TARTIŞMA: HELLP sendromu, gebeliklerin %0,5-1'inde görülür. Tanısı ise hemoliz, trombositopeni ve karaciğer enzim yüksekliği bulgularıyla konur. Ağır bir preeklampsi formu olarak kabul edilir ancak hastaların %15 ila %20 'sine kadarında preeklampsinin öncül belirtisi veya semptomları yoktur. Covid 19 ile enfekte hastalarda, genel popülasyonda olduğu gibi gebelerde de yüksek karaciğer enzimleri, trombositopeni, DIC ve ARDS bulguları zaten mevcuttur. Bu benzer klinik ayırıcı tanıda gözardı edilmemelidir.

SONUÇ: Covid 19 ile enfekte gebede gelişebilecek HELLP sendromu benzer bulgulardan dolayı tanısız güçlüğe yol açacaktır. Bu gebelerde her zaman HELLP sendromunu akılda tutmak gerekmektedir.

Anahtar Kelimeler: COVID-19, HELLP, Maternal Mortalite

Şekil 1Torax Tomografide Bilateral Covid Pnömonisi



SS-05

Triploidi ayırıcı tanısında Trizomi 18: Olgu sunumu

Yusuf Dal

Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Ana Bilim Dalı, Perinatoloji Bilim Dalı, Mersin

Giriş: Tanı konulan gebeliklerde triploidi görülme sıklığı %1-3' dür ve genellikle birinci trimesterde gebelik kaybıyla sonuçlanır. Gebelik haftası ilerledikçe prevalansı azalır, canlı doğumlarda nadir görülür ve hayatta kalan triploid fetüslerle genellikle şiddetli fetal gelişme kısıtlılığı (FGR) vardır. İleri anne yaşı risk faktörü değildir. İki tipi vardır; maternal (diginic) veya paternal (diandric).

Trizomi 18, canlı doğumlarda saptanan ikinci en sık otozomal trizomidir. İleri anne yaşı ile mayotik ayrılmama nedeniyle trizomi 18 oluşumu arasında bir ilişki vardır. Trizomi 18 birçok organ sistemini etkileyebilir. FGR en sık saptanan bulgudur.

Burada birinci trimesterde tanı alan bulguları Trizomni 18' e benzeyen triploidi olgusu sunulmaktadır.

Anahtar Kelimeler: Amniosentez, koryon villüs biyopsisi, Triploidi, Trizomi 18, ultrasonografi.

Olgu sunumu: 31 yaşında primigravid olan gebemiz 12. gebelik haftasında birinci trimester taraması için kliniğimize başvurdu. Folik asit gebelikte başlanılmış, 5. gebelik haftasına kadar sigara ve alkol kullanımı öyküsü var. Eşiyle akrabalık öyküsü yoktu. Ultrasonografide çilek şeklinde kafatası (Resim 1), servikal vertebra düzeyinde nöral tüp defekti (NTD) (Resim 2), fetal kalpte ekojen odak izlenildi, nukal translusensi (NT) 0,76 mm olarak ölçüldü ve nazal kemik izlenilmedi. Birinci trimester kombine tarama testi istenildi ve testin sonucunda Trizomi 18 riski 1/150 olarak geldi. İnvaziv tanı testi önerildi ve

14. gebelik haftasında koryon villüs biyopsisi (CVS) uygulandı. CVS sonucu yetersiz hücre kültürü gelmesi nedeniyle hastaya 16. gebelik haftasında amniosentez (A/S) uygulandı. 18. gebelik haftasında muayenesinde önceki bulgulara ek olarak belirgin FGR, oligohidroamnios, clenched hand izlendi. Abortus insipiens tanısı ile başka bir merkezde gebelik sonlanmış. Karyotip sonucu 69,XXY (triploidi) olarak geldi. Gebelik başka bir merkezde sonlandırıldığından postmortem bulgulara ulaşamadık.

Tartışma: Triploidi maternal veya paternal ekstra kromozom setinden kaynaklanmaktadır. İnsidansı doğuma 1/2500-5000. En sık triploidi 69XXY' dir. Olgumuzda da karyotip 69XXY' di.

Ekstra haploid kromozom setine göre iki tipi vardır; maternal (digynic) veya paternal (diandric). Digynic triploidi, mayotik bölünmedeki bir hata nedeniyle diploid bir ovumun döllenmesinden kaynaklanabilir. Diandric triploidi, normal bir ovumun bir diploid sperm veya iki sperm tarafından döllenmesiyle oluşabilir ve digynic triploididen daha sık görülür. Prenatal tanı koryonik villüsler ve amniositlerden elde edilen kromozomların G-bantlaması ile olur. En sık saptanan ultrasonografik anomaliler; FGR, oligohidroamnios, korpus kallosum agenezisi, holoprosensefali, sindaktili, mikrognati, VSD ve renal anomalilerdir. Digynic triploidili fetüslerde NT tipik olarak normaldir. Bizim olgumuzda da NT normaldi.

Multiorgan tutulumu nedeniyle Trizomi 13 ve 18' den ayrılmalıdır. Trizomi 18' de sık saptanan oligohidroamnios, FGR ve NTD' ler triploidi olgularında da saptanabilmektedir. Bizim olgumuzdaki bulgular ve tarama testi sonucu ilk planda Trizomi 18' i düşündürmekteydi. Çoğu olguda intrauterin kayıp olmaktadır ve rekürrens riski ise normal popülasyona benzerdir.

Sonuç: Triploidi, multiorgan tutulumu nedeniyle ölümcül seyreden bir anomalidir. Birinci trimester ultrasonografisi ve invaziv tanı testleri sayesinde erken dönemde tanı alabilmektedir. Erken dönemde tanı ve terminasyon maternal morbidite ve mortalitenin önlenmesi açısından önem taşımaktadır. Nadir olgularda bulguları Trizomi 13 ve 18' benzerdir ve ayırıcı tanısı önemlidir.

Anahtar Kelimeler: Amniosentez, koryon villüs biyopsisi, Triploidi, Trizomi 18, ultrasonografi

Resim 1



Resim 1. Çilek şeklinde kalvaryum.

Resim 2



Resim 2. Servikal NTD.



1. Akdeniz Obstetrik ve Jinekoloji Kongresi

1st Mediterranean Obstetrics and Gynecology Congress

15-17 EYLÜL 2023, SHERATON GRAND HOTEL, ADANA

SS-07

İliac arter tüm dalları, laparoskopik demonstratif full disseksiyon

Onur Bektaş¹, Kıvılcım Bektaş², Hüsnü Çelik¹

¹Başkent Üniversitesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, Adana

²Güzelyalı Hastanesi, Adana

Jinekolojik ve onkolojik cerrahide özellikle laparoskopik prosedürlerde uterin arterin retroperitoneal disseksiyonu, bu bölgenin cerrah tarafından hakim olunması hayati öneme sahiptir. Hipogastrik arter, pelvik iç organları besleyen primer arterlerdir ve pelvik duvar, perine, gluteal bölge ve uyluk yapılarına önemli katkı sağlar. Her iki comon iliak arterler, yaklaşık olarak dördüncü veya beşinci lomber vertebra (L4-L5) seviyesinde başlar ve abdominal aortun terminal ucunu işaretler. Her bir comon iliak arter, genellikle sakroiliak ekleminden hemen önünde, internal ve eksternal iliak artere ayrılır.

Eksternal iliak arter pelvik kenar boyunca ilerleyerek alt ekstremiteye devam ederken, daha medial yerleşimli olan internal iliak arter (IIA) pelvik alana geçerek gerçek pelvise girer. İnternal iliak arter pelvik boşluk içinde posteromedial olarak iner ve büyük siyatik foramenin üst sınırına yakın anterior ve posterior bölümlere ayrılır. Ön bölümün ilk dallarından biri olan umbilikal arter, pelvik boşluğu mesanenin lateralinden geçmek için antero-inferior olarak hareket eder. Doğumdan sonra umbilikal arter, alt ön karın duvarının derin yüzeyine kadar devam eden medial umbilikal ligament adı verilen bir fibröz kordon olarak devam eder. Umbilikal arter, mesanenin üst yüzeyine superior vezikal arter adı verilen bir dal verir. Umbilikal arter ayrıca uterin arteri de verir. Daha sonra, uterin arter, vajinal arteri verir.

Obturator arter çoğunlukla IIA'nın anterior bölümünün erken bir dalıdır, ancak eksternal iliak arterden doğrudan veya yaklaşık %19 popülasyonda inferior epigastrik arter yoluyla çıkar.

İnternal pudental arter ve inferior gluteal arter, IIA'nın ön bölümünün terminal dallarını oluşturur. IIA'nın anterior bölümünden çıktuktan sonra, inferior gluteal arter genellikle piriformisin yüzeyel yönü boyunca inerek pelvisi terk eder ve büyük siyatik foramen yoluyla gluteal bölgeye girer. İnternal iliak arterin posterior bölümü, pelvis ve gluteal bölgenin paryetal yapılarını besler. Posterior bölümün dalları, ön bölümünden daha az sayıdadır ve tipik olarak iliolumbar arter, lateral sakral arterler ve superior gluteal arteri içerir. İliolumbar arter sıklıkla gluteal arter ve sirkümfleks iliak arter ile anastomozlar oluşturur.

Anahtar Kelimeler: Hipogastrik arter, uterin arter, iliak arter, laparoskopi

SS-08

İkinci trimester ikiz gebelik kaybı ile sonuçlanan bir Akut Pankreatit olgusu

Şebnem Karagün

Department of Obstetrics and Gynecology, Perinatology Department, Mersin University Faculty of Medicine, Mersin, Turkey

Akut pankreatit (AP) gebelikte 1/10000 sıklıkla nadir görülmesine rağmen, halen yüksek mortaliteye sahip bir hastalıktır. Gebelikte ilişkili AP nedenleri arasında daha çok safra taşı hastalıkları, alkol kullanımı ve ailesel hipertrigliseridemi yapan hastalıklar gelmektedir. Gebeliğin kendisinin safra taşı oluşumuna zemin hazırlamasıyla birlikte, parite sayısı arttıkça AP riski de artar. En sık olarak son trimesterde ve postpartum dönemde görülmesine karşın nadiren de olsa ilk iki trimesterde de görülmektedir. Gebelikte ortaya çıkan akut biliyer pankreatitler yüksek oranda tekrarlama (%70) ve genel popülasyona kıyasla daha fazla hastaneye yatış gerektirmektedir. Gebe olmayan popülasyona benzer şekilde semptomlar epigastrik ağrı, bulantı, kusma şeklinde olmaktadır. Gebeliğin ilk dönemlerinde bu semptomlar hiperemesis gravidarum ile son dönemlerinde ise preeklampsi ile benzeştiğinden tanıda laboratuvar bulguları son derece önemlidir. Amilaz ilk birkaç saat içinde yükselmeye başlayıp, 3-5 gün içinde düşme eğiliminde olurken lipaz daha spesifik bir enzim olarak kanda daha uzun süre kalır. Gebelikte AP tanısı sonrası yönetimin optimizasyonu için hastalığın şiddetinin belirlenmesi önem arz etmektedir. Vakaların çoğunluğu konservatif yönetim ile 48 saat içinde iyileşme gösterirken, %20'si şiddetli pankreatit olup, multidisipliner bakım gerektirmektedir. Yoğun bakım ünitesine yatış gerektiren bulgular; yoğun sıvı resüsitasyonu ihtiyacı, BMI >30 kg/m², plevral efüzyon varlığı, C-reaktif proteini düzeyinin 48 saat içinde 150mg/dl'den fazla artması, pankreasın %30'undan fazla nekroz gelişmesi ve Ranson skorunun 3 'ün üzerinde olması sayılabilir. Yönetim konservatif destek tedavisidir. Oral alım durdurulur, "pankreatik dinlenme" ye geçilir, sıvı resüsitasyonu, analjezik ve antibiyoterapi yapılır. Klinik semptomlar, erken dönemde sepsis ile çok çakıştığı için tedaviye geniş spektrumlu antibiyoterapi genellikle eklenir. Cerrahi girişimler mevcut tedaviye yanıt vermeyen gebe grubunda önem arz eder. Konservatif tedavi ile cerrahi tedaviyi karşılaştıran bir biliyer pankreatit çalışmasında, konservatif grupta fetal mortalitenin cerrahi gruptan daha fazla olduğunu göstermişlerdir. OLGU: 30 yaşında kadın hasta, ilk gebeliği in vitro fertilizasyon (IVF) ile olup ikiz gebelik, 14. haftada acil servise bulantı kusma ve karın ağrısı nedeni ile başvurdu. Obstetrik USG dikoryonik diamiyotik ikiz gebeliği saptandı. Laboratuvar bulgularında karaciğer fonksiyon testlerinde artış olan hastaya yapılan hepatobiliyer USG'de safra kesesi duvar kalınlığında artış, çamur tespit edildi. Bunun üzerine Akut Kolesistit ? nedeni ile yatış verildi. Hospitalizasyonunun 2. gününde oral rejimi açılan, ağrısı hafifleyen hasta ile ikincil atak halinde operasyon planlanarak taburcu edildi. Hasta gebeliğinin 25. haftasın-



1. Akdeniz Obstetrik ve Jinekoloji Kongresi

1st Mediterranean Obstetrics and Gynecology Congress

15-17 EYLÜL 2023, SHERATON GRAND HOTEL, ADANA

da acil servise bulantı ve karın ağrısı ile tekrar başvurdu. Yapılan fizik muayenede Murphy pozitif olan hastanın, karaciğer fonksiyon testleri, ALP, GGT ve bilirubin düzeyleri normal sınırlar dahilinde olduğu fakat beyaz küre 19000 μ /L, nötrofil sayısı 16600 μ /L görüldü. Hepatobiliyer USG safra kesesi tama yakın çamur ile dolu görünümde ve kese duvar kalınlığı arttığı görüldüğünde; Akut kolesistit ön tanısı ile yatış verildi, antibiyoterapi başlandı. Takibinde beyaz küre değerlerinde artış olan, karın ağrısı artan hasta ya diagnostik laparotomi önerildi. Hasta cerrahi operasyonu kabul etmed. Yatışın birinci gününde Amilaz 671 IU/L, Lipaz 1552U/L olan hasta Akut Pankreatit tanısı ile batın BT önerildi, bu tetkiki de reddetti. Yoğun bakım takibinde genel durumu kötüleşip, gelişip metabolik asidozu (pH:7.06) eklenince hasta entübe edildi. İzlemede hipoglisemi gelişen hastaya yapılan obstetrik USG'de her iki fetus ex olarak tespit edildi. GKS 13 olan hasta hemodialize alınıp, diyanastik laparotomi, kolesistektomi ve sezaryen ile gebelik terminasyonu yapıldı. Hasta postop şifa ile taburcu edildi

Anahtar Kelimeler: ikiz gebelik, akut pankreatit, fetal kayıp

SS-09

İnfertil hastalarda AMH, BMI ve USG'de antral folikül sayılarının değerlendirilmesi

Alev Özer, Yunus Emre Maraşlıoğlu, İlater Bakkaloğlu
Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi Tıp
Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı,
Kahramanmaraş

AMAÇ: İnfertil hastaları takipte over rezervini değerlendirmek önemli bir yere sahiptir. USG'de foliküler fazda ölçülen antral folikül sayısı ile herhangi bir zamanda serumda ölçülen AMH(anti-müllerian hormon) over rezervini değerlendirmede önemli belirteçlerdir. Obezite ise infertiliteye neden olan çeşitli etiyolojilerde başrol almaktadır(P-COS vb). Çalışmamızda infertil hastalarda BMI, serumda AMH ve USG'de antral folikül sayısı analiz edilmiştir.

MATERYAL-METOD: 3.basamak bir hastanenin Tüp Bebek kliniğine dahil infertilite takipli hastalar çalışmaya dahil edildi. Olguların laboratuvar parametreleri, demografik özellikleri ve klinik özellikleri tıbbi kayıtlardan elde edilmiştir. Sistemik hastalıklar, sigara veya alkol kullanımı, kronik hastalıklar çalışmamızda gözardı edilmiştir.

BULGULAR: Çalışmaya 204 olgu dahil edilmiştir. Olguların ortalama yaşı 31,88 +/- 6,25, antral folikül sayısı 7,05 +/- 5,97, serumda AMH değeri 2,43 +/- 2,35, BMI 26,59 +/- 4,84 olarak bulundu. İlerleyen yaşa bağlı olarak antral folikül sayısında ve serumda AMH değerinde istatistiksel olarak anlamlı olarak azalma gözlenirken BMI değeriyle istatistiksel olarak korelasyon saptanamadı.

TARTIŞMA: USG'de foliküler faz sırasında ölçülen toplam antral folikül sayısı (AFC; 2-10 mm küçük antral folikül sayısı) veya serum anti-Müllerian hormon (AMH) seviyeleri, over rezervinin yararlı belirteçlerdir. Serum AMH ve total AFC birbiriyle iyi koreledir ve bu nedenle her iki değer de kullanılabilir ancak her ikisinde de teknik nedenlerle ölçüm hatası olabilmektedir. Serum AMH seviyeleri menstürel siklusun evreleri arasında çok büyük farklılıklar göstermez ve bu nedenle herhangi bir zamanda ölçülebilirken, AFC en iyi foliküler faz sırasında ölçülmelidir. Serum AMH testleri son yıllarda over rezervini değerlendirmede daha güvenilir hale gelmiştir. Henüz AMH için uluslararası bir standart mevcut değildir. (1) AMH seviyeleri 25 yaşından itibaren menopozda tespit edilemeyecek seviyelere düşmeye başlar ve sadece bu yaştan itibaren AMH seviyeleri ile yaş arasında negatif bir korelasyon gözlemlenebilir (2). Dolayısıyla, antral folikül sayısı (AFC) için gözlemlenene benzer şekilde, AMH seviyeleri için de bireyler arası büyük farklılıklar mevcuttur. (2) Obezite, infertilite ile ilişkili altta yatan çeşitli etiyolojilere önemli bir katkıda bulunur. (3) BMI >30 kg/m² olan erkek ve kadınlara kilo vermelerinin fertilite şanslarını artıracığı tavsiye edilmelidir. (1) VKİ <18,5 kg/m² olan kadınlarda gebelik sırasında fetal kayıp, gebelik yaşına göre küçük bebek ve erken doğum riski yüksektir ve bu nedenle ovülasyon indüksiyonundan önce kilo almaları teşvik edilmelidir. (1) Dolayısıyla infertil hastaların tedavi planlamalarında laboratuvar ve USG bulguları göz önüne alınmalıdır. İlerleyen yaşa bağlı over rezervi çalışmamızda da izleneceği üzere azalmakta olup rezervi düşük olan hastaların tedavileri hızlandırılmalıdır. BMI yüksek veya düşük olan hastalara da gerekli yaşam tarzı değişiklikleri önerilmesi tedavide başarıyı artıracığı düşünülmüştür.

KAYNAKÇALAR:

1. Thurston L, Abbara A, Dhillon WS. Investigation and management of subfertility. J Clin Pathol. 2019 Sep;72(9):579–87.
2. Moolhuijsen LME, Visser JA. Anti-Müllerian Hormone and Ovarian Reserve: Update on Assessing Ovarian Function. J Clin Endocrinol Metab. 2020 Nov;105(11):3361–73.
3. Talmor A, Dunphy B. Female obesity and infertility. Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol. 2015 May;29(4):498–506.

Anahtar Kelimeler: infertilite, AMH, antral folikül, BMI

infertilite ted. alan hastaların parametreleri

YAŞ GRUPLARI	YAŞ ORTALAMASI	ANTRAL FOLİKÜL	AMH	BMI	N
<20	18,5 +/- 1,50	4 +/- 0	9,34 +/- 7,12	27,96 +/- 6,17	2
21-30	26,55 +/- 2,46	8,46 +/- 6,58	3,16 +/- 2,61	25,86 +/- 5,22	90
31-40	34,81 +/- 3,0	6,74 +/- 5,56	1,85 +/- 1,54	27,24 +/- 4,35	90
>41	43,42 +/- 1,98	2,80 +/- 1,40	1,15 +/- 1,40	26,88 +/- 4,93	21
TOTAL	31,88 +/- 6,25	7,05 +/- 5,97	2,43 +/- 2,35	26,59 +/- 4,84	203



1. Akdeniz Obstetrik ve Jinekoloji Kongresi

1st Mediterranean Obstetrics and Gynecology Congress

15-17 EYLÜL 2023, SHERATON GRAND HOTEL, ADANA

SS-10

Kliniğimizde opere olan servix adenokarsinom olgularında lenf nodu tutulumunun prognoza etkisi

Ahmet Beyazıt, Kenan Serdar Dolapçioğlu, Oya Soylu Karapınar
Hatay Mustafa Kemal Üniversitesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Ana Bilim Dalı, Hatay

Servix adenokarsinomu, servix kanserinin squamoz hücreli tipine göre daha ileri evrede tanı alan, HPV ve smear taramalarında yakalanmayan, HPV ile ilişkisi daha düşük daha kötü prognozlu tipidir. Bu çalışmamızda kliniğimizde tanı konulup opere olan servix adenokarsinom olgularını gözden geçirdik. Kliniğimizde 2012-2018 yılları arasında 12 hasta servix adenokarsinomu nedeniyle opere olmuştur. Hastaların yaş ortalaması 56,4 (min 35, max 77), ortalama paritesi 2,75'tir (min 0, max 8). Hastaların 2'si premenapoz, 10'u ise postmenapozal dönemdedir. Hastaların başvuru şikayetlerini değerlendirildiğinde 7 hastanın postmenapozal kanama nedeniyle başvurduğu, 4 hastanın anormal smear değerlendirildiğinde sonucu tanı aldığı ve 1 hastanın ise vajinal akıntı nedeniyle başvurduğunu belirledik.

Hastaların 10'unun patolojisi adenokarsinom iken 2 tanesinin patolojisi adenosquamoz karsinomdu. Hastalara cerrahi öncesi klinik evreleme yapıldığında hepsinin erken evre servix kanseri (Evre 1a,1b ve 2a) olduğu saptandı. Ancak günümüzde cerrahi evreleme yapıldığında 2 hastada pelvik lenf nodu tutulumu olduğu ve evre 3c1 olduğu saptandı. Hastaların hepsine radikal histerektomi yapıldı. Hepsinin cerrahi sınırı temizdi. Ortalama 29,5 lenf bezi alındı. Bunlardan 2 hastada lenf tutulumu saptandı. Hastaların 5 senelik sağ kalımları değerlendirildiğinde 10 hastanın sağ olduğunu 2 hastanın ise ex olduğu saptandı. Ex olan hastalar evre 1b1 ve evre 1b2 olan hastalardı ve hiçbirinde lenf nodu tutulumu yoktu. Servix kanserinde önemli bir prognostik faktör olan lenf nodu tutulumunun bizim hastalarımızda prognoza etkisi saptanmamıştır. Rekürrens değerlendirildiğinde ise 2 hastada rekürrens saptanmış ve 2 hastanın da lenf nod tutulumu olmadığı görülmüştür.

Servix kanseri primer olarak lenfatik yolla yayılır. Lenf nodu pozitifliği tek başına en önemli prognostik faktörlerden biridir. Hastalar eskiden klinik olarak evrelendirilip tedavisi planlanırken, günümüzde cerrahi evreleme daha yaygın kullanılmakta ve lenf nodu tutulumu kanserin evresini değiştirmekte ve de tedavi yaklaşımını etkilemektedir. 2018 'de değişen FIGO evrelemede lenf nodu tutulumu evre 3c1 ve 3c2 olarak değerlendirildi. Bu hastalar ileri evre servix kanseri olarak kabul edildi. 2018 öncesinde kliniğimizde opere ettiğimiz servix adenokarsinom olgularında cerrahi evreleme kullanılmış olsaydı hastalar inop kabul edilecek ve tedavi şekli değişmiş olacaktı. Lenf nodu tutulumunun önemli bir prognostik faktör olduğu servix kanserinde opere ettiğimiz hastaların prognozuna etki etmemiş olması tartışmalı bir konudur. Sonuç olarak servix adenokarsinom tedavisinde klinik

veya cerrahi evrelemenin kullanılması kararı tartışmalı bir konu olup daha fazla çalışma ile veriler desteklenmelidir.

Anahtar Kelimeler: Servix adenokarsinom, lenf nodu, prognoz

SS-11

Vulva kanserinde tersiyer merkez klinik deneyimi

KASIM AKAY, Sevki Göksun Gokulu, Tolgay Tuyan İlhan
Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Ana Bilim Dalı, Mersin

AMAÇ: Vulva kanseri, tüm jinekolojik kanserlerin %4'ünü oluşturmaktadır. En yaygın histolojik tipi skuamöz hücreli karsinomdur. Vulva kanseri olgularında prognostik faktörler içinde en önemlisi inguinal lenf nodlarının durumudur. İnguinal lenf nodlarını değerlendirmede bilateral inguinal lenfadenektomi uygulanmaktadır. Bu vaka serisinde Vulvektomi + Bilateral inguinal lenf nodu disseksiyonu uygulanan 7 vulva kanserli olgunun sonuçları sunuldu.

MATERYAL - METHOD: Aralık 2019 ile Haziran 2023 arasında Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Jinekolojik Onkoloji B.D'nda ameliyat edilen vulva kanseri olgularının hastaların dosyaları ve poliklinik kayıtları geriye dönük olarak tarandı. Olgularımızın yaş, parite, operasyon şekli, frozen patoloji sonucu, nihai patoloji sonuçları ve tedavi şekilleri kaydedildi.

BULGULAR: Olguların ortalama yaşları 64,4 yıldır. Olguların şikâyeti genital kitle ve kaşıntıdır. Tümör çapları ortalaması 2,26 cm olarak ölçüldü. Yedi olgunun üçünde lenf nodu metastazı saptandı. Tüm olgularda patolojik cerrahi sınır negatifti. Yedi olgunun 5 tanesinin patolojik sonuçları keratinize squamöz hücreli kanser olarak raporlandı. Bir olgu vulva melanomu, bir olgu da küçük yuvarlak hücreli malign tümör olarak raporlandı. Olguların özellikleri, tedavi planlamaları, sağ kalım süreleri tablo 1'de verildi.

SONUÇ: Vulva kanseri olgularında vulvektomi + inguinal lenf nodu disseksiyonu uygulaması güvenli ve etkili bir yöntemdir.

Anahtar Kelimeler: Vulva Kanseri, Lenfadenektomi, Jinekolojik Kanseler



1. Akdeniz Obstetrik ve Jinekoloji Kongresi

1st Mediterranean Obstetrics and Gynecology Congress

15-17 EYLÜL 2023, SHERATON GRAND HOTEL, ADANA

SS-12

İzole akciğer metastazı ile seyreden erken evre endometrioid adenokarsinom olgusu, Over kanserini taklit eden peritoneal Tüberküloz ve Sarkoidoz olguları: Nadir Olgular

Mürşide Çevikoğlu Kılı, Görkem Ülger, Ali Yıldızbakan, Şevki Göksun Gökulu, Tolgay Tuyan İlhan
Mersin Üniversitesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, Jinekolojik Onkoloji Bilim Dalı

OLGU1:Endometriyal kanser(EK), kadın genital sisteminin en sık malignitesi olup çoğunluğunu düşük dereceli, uterin sınırlı hastalık oluşturur: 5 yıllık sağkalım %90'ın üzerindedir. Cerrahi ve adjuvan radyasyon tedavisi, erken EK'li hastalarda hastalısız ve genel sağkalımı önemli ölçüde iyileştirmiş olsa da düşük dereceli, düşük evreli olan küçük bir alt grubunda %2-26 arasında nüks oranı ve ölüm bildirilmiş olup; metastatik hastalarda prognoz kötüdür ve 5 yıllık sağkalım oranı sadece %17'dir. EK esas pelvik organlara ve lenf yoluyla yayılır. Uzak organ metastazı nadirdir ancak en çok pulmoner metastaz(PM) görülür; bunu karaciğer, kemik ve beyin izler. 64yaş, tarafımıza postmenopozal kanama ve atipisiz hiperplazi endometrial örnekleme sonucuyla başvuran hastanın tekrarlanan biyopsi sonucunun iyi diferansiye endometrioid karsinom olarak raporlanması üzerine hastaya 44 ay önce EK(adenokarsinom, grade 2, 2.9x1.8cm, evre1b, LVAI negatif) nedeniyle laparoskopik evreleme cerrahisi yapıldı. Postoperatif adjuvan 8kür paklitaksel ve karboplatin+600cGy/5 hafta eşzamanlı brakiterapi ile tedavi edildi. 16. ayda semptomu olmaksızın kontrol torako-abdomino-pelvik BT'de sadece sağ akciğer bazalinde saptanan nodüllerde, takipte progresyon görülmesi ve PET-BT'de artmış FDG tutulumu(SUVmax=7.2) olması üzerine, wedge biyopsiyle histomorfolojik ve immünohistokimyasal olarak akciğerde endometrioid adenokarsinom metastazı tanısı doğrulandı, hastaya 3 ajan KT verildi. Diğer jinekolojik malignitelere kıyasla, %20-25 insidansla en yüksek PM EK relapslarında görülür ancak grade için undiferansiye tümörler(%3,7)ve histolojik alt tipler arasında karsinosarkom(%4.5;p<0.001) en yüksek PM oranına sahiptir. Literatürde yüksek grade, özellikle nonendometrioid histolojik alt tipler, büyük tümör boyutu, biyolojik özellikler, karaciğer, beyin ve kemik metastazları varlığı, özellikle vasküler ve lenfatik tutulum artmış PM riskiyle ilişkilendirilmiş olup, olgu bu parametrelere göre değerlendirildiğinde izole PM çok düşük ihtimal dahilindedir. EK'nin heterojen klinik seyri, bireyselleştirilmiş tedaviyi düşündürmelidir; erken evre hastalarda uzak metastaz ihtimali gözetilerek tedavi ve takip planlarının oluşturulması hastanın sağ kalım sürecine olumlu katkı sağlar. PM sağkalım için bağımsız bir risk faktörü olup neyse ki izole organ metastazında en iyi sağkalım süresine sahiptir. OLGU2-3:Tüberküloz(tbc) akciğerden doğrudan barsak serozasına, genital organlara veya hematogen yolla peritona yayılabilir. Sessiz başlangıçlı olup karın ağrısı,

solid-kistik kitleler, assit ve yüksek CA125 seviyeleriyle over kanserini taklit edebilir. Sarkoidoz etyolojisi bilinmeyen, 20-40yaşlar arasındaki kadınlarda görülen sistemik bir hastalıktır. %30 ekstrapulmonerdir; en sık batın tutulur. Assit, peritonun diffüz kalınlaşması, nodüller, omental kek görünümü, peritoneal karsinomatozis, CA125 yüksekliği tüberküloz peritonit ve sarkoidoz ile uyumludur. 57 yaş, cerrahi kliniğinden batında assit, CA125:543; over kanseri nedeniyle refere edilen hastanın PET-BT'de abdominal pelvik hipermetabolik sıvı(suvmax:3.7), bağırsak mezoları çevresinde, mezenterik dokuda, periumbilikal, falsiform ligamenttelezyonlar (suvmax=8/10.3/8.9); peritoneal karsinomatozis görüldü. Tanısal laparoskopik yapıldı, omental,peritoneal ve adneksiyel biyopsilerin sonucu "granülomatöz inflamasyon" olması üzerine yollanan peritoneal assit kültüründe tbc-pcr'ı pozitif. 84 yaş, BT'de assit, plevral efüzyon, 13x11cm adneksiyel solid kitle, CA125:211 nedeniyle refere edilen hastaya, laparotomide yollanan frozen sonucu "yüksek ihtimal malignite" olarak belirtilmesi üzerine evreleme cerrahisi yapıldı, final patoloji "abse+nonnekreze granülomatöz lenfadenit" olarak raporlanan, tbc kültür sonuçları negatif olan hasta Sarkoidoz tanısıyla göğüs hastalıklarına devredildi, steroid tedavisine yanıt verdi. Peritoneal sarkoidoz, over karsinomu ve tbc peritonit ayrımı orta yaş kadınlarda sorun teşkil eder. Nonspesifik klinik ve radyolojik bulgular nedeniyle iki olasılık ayırıcı tanıda düşünülmelidir. Sarkoidoz tanısı esas olarak nonkazeifikiye granülomların patolojik kanıtlarına bağlıdır. Özellikle genç kadınlarda ayırıcı tanı ve laparoskopik triyaj, gereksiz invaziv cerrahi müdahaleleri önleyerek üreme yeteneğinin kaybını, morbidite ve mortalitede artışı önler.

Anahtar Kelimeler: endometriyum kanseri, uzak organ pulmoner metastaz; granülomatöz hastalık, over kanseri, lenf nodu disseksiyonu, peritoneal karinomatosis

SS-13

Üçüncü Basamak Bir Hastanenin Kadın Hastalıkları Servisinde Yatan PPROM Olgularının Retrospektif Analizi

Pelin Küpeli, Abdülhalim Ayaz, Alev Özer, Süleyman Murat Bakacak, Bülent Köstü, Abdullah Tok, Selim Karaküçük, Kemal Hansu
Sütçü İmam Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, Kahramanmaraş

AMAÇ:Üçüncü Basamak bir Hastanenin Kadın Doğum Servisinde 2022 temmuz- 2023 temmuz arasında yatan pprom olgularının ortalama yaşları ortalama yatis süreleri gebelik haftaları maternal ve neonatal sonuçları açısından değerlendirilmesi.

GEREÇ ve YÖNTEM:3.basamak bir hastanenin 2022 temmuz- 2023 temmuz tarihleri arasında KHD kliginde yatisi olan pprom hasta dosyalarının ve hastane sistemi uze-



1. Akdeniz Obstetrik ve Jinekoloji Kongresi

1st Mediterranean Obstetrics and Gynecology Congress

15-17 EYLÜL 2023, SHERATON GRAND HOTEL, ADANA

rinde kayıtlı verilerinin incelenerek ortalama yaşları, ortalama yatis süreleri, gebelik haftaları, doğum yöntemleri, maternal ve neonatal sonuçları açısından değerlendirildi.

BULGULAR: Çalışmaya 55 olgu dahil edildi. Olguların ortalama yaşı 28.5, gebelik haftası ortalaması 32.5, ortalama yatis süresi 6.5 gün, doğum şekli %22 C/S %78 NVD, yenidoğan kilosu ortalama 2203 gram ve yenidoğan APGAR skoru 0. dak 7.0, 5. dak 8.1 olarak saptandı.

Sonuç PPRM olgularının erken hospitalizasyonu, uygun antibiyoterapi verilmesi, yakın klinik takibe alınması anne ve bebek sağlığı açısından büyük önem arz etmektedir.

Anahtar Kelimeler: anhidroamniyoz, pprom, su gelisi

Doğum Yöntemleri

DOĞUM YÖNTEMİ	HASTA SAYISI	ORAN
SEZARYEN	12	% 22
NORMAL VAGİNAL DOĞUM	43	% 78
TOPLAM	55	% 100

Tablo 2 Pprom olgularının doğum yöntemleri

ORTALAMA DEĞERLER

DEĞİŞKEN	ORTALAMA	STANDART SAPMA
ANNE YAŞI (YIL)	28,5	6,2
YATIŞ SÜRESİ (GÜN)	6,5	9,8
GEBELİK SÜRESİ (HAFTA)	32,5	3,8
DOĞUM AĞIRLIĞI (KG)	2203	738
0. DK APGAR	7,0	2,1
5. DK APGAR	8,1	2,2

Tablo 1 Değişkenlerin ortalama değerleri ve standart sapmaları

SS-14

Over torsiyonunda kurtarma tedavisi olarak sildenafil: rat modeli

DİDEM ALKAŞ YAĞINÇ¹, Ayşe Parlakgümüş², Selçuk Yetkinel¹, Pınar Çağlar Aytaç¹, Esra Bulgan Kılıçdağ³

¹Başkent Üniversitesi Adana Dr. Turgut Noyan Uygulama ve Araştırma Merkezi, Adana, Türkiye

²Bağcılar Medipol Mega Üniversite Hastanesi, İstanbul, Türkiye

³EBK Klinik, Adana, Türkiye

GİRİŞ: Bu çalışmada, oosit havuzu için en iyi belirteç olan AMH düzeyleri üzerinden yumurtalık rezervine dikkat çekerek, anti-oksidan olarak görev yapan sildenafilin iskemik rat ovarian torsiyon modeli üzerindeki etkisini araştırmayı amaçladık.

MATERYAL VE METOD: Yirmi yedi rat, her biri 9 rattan oluşan üç gruba ayrıldı. Grup 1: Sham operasyonu (sadece laparotomi) yapıldı. Grup 2: Torsiyon grubunda overlere bilateral torsiyon ve detorsiyon uygulandı. Grup 3: Sildenafil ve torsiyon-detorsiyon grubundaki ratlara torsiyon ve detorsiyon operasyonundan bir saat önce intraperitoneal olarak 0,7 mg/kg sildenafil (Viagra, Pfizer, New York, ABD) verildi. İntrakardiyak yoldan kan alındı ve serum AMH konsantrasyonları incelendi.

SONUÇLAR: Ratların ağırlıkları benzerdi ve grup 1, 2 ve 3 için sırasıyla 224 gr, 229 gr ve 222 gr idi. Deney sırasında Grup 2'den sadece bir rat öldü ve analiz için 8 rat kaldı. AMH düzeyi Grup 1'de 25,7±14,6 ng/ml; Grup 2'de 24,3±11,4 ng/ml ve Grup 3'te 24,6±11,5 ng/ml idi. Anti müllerien hormonun gruplar arasındaki farklılıkları istatistiksel olarak anlamlı değildi. (p>0.05)

TARTIŞMA: Sonuç olarak çalışmamızda ratlara detorsiyon öncesi reperfüzyon iskemisinden korunmak için verilen sildenafilin, AMH değerlendirmesine göre over rezervinde etkisiz olduğu bulundu. Over torsiyonu ile gelişen iskemi, over rezervini etkilemeyebilir veya AMH seviyelerini değiştiremeyebilir.

Anahtar Kelimeler: Sildenafil, over torsiyonu, rat modeli, iskemi-reperfüzyon

rat ağırlıkları ve gruplar için AMH düzeyleri

	Sham	T/D	T/D + Sildenafil	p
Kilo (gram±SS)	224.0±17,6	229±14,3	222±22,6	>0.05
AMH(ng/ml±SS)	25.7±14,6	24.3±11,4	24.6±11,5	>0.05

SS: Standart sapma T/D: Torsiyon - Detorsiyon

SS-15

Donma çözme öploid embriyo transferi sikluslarında doğal ve hormonal endometriyal hazırlık protokollerinin gebelik sonuçlarının karşılaştırılması

Anıl Ertürk¹, Sezcan Mümüšoğlu², İrem Yaralı Özbek³, Hakan Yaralı³

¹Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Bursa Yüksek İhtisas Eğitim Araştırma Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği, Bursa

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

³Anatolia Tüp Bebek ve Kadın Sağlığı Merkezi, Ankara

ÖZET

GİRİŞ: Son yıllarda dondurulmuş embriyo transfer (DET) siklusu oranında tüm dünyada belirgin artış görülmektedir. Donma çözme embriyo transferinde endometriyum hazırlığı doğal siklus takibi ile veya ekzojen östrojen ve progesteron kullanılarak hormonal replasman ile yapıla-



1. Akdeniz Obstetrik ve Jinekoloji Kongresi

1st Mediterranean Obstetrics and Gynecology Congress

15-17 EYLÜL 2023, SHERATON GRAND HOTEL, ADANA

bilmektedir. Bu protokollerden hangisinin tedavi sonuçları üzerine daha iyi olduğu devam eden bir tartışma konusudur. Biz çalışmamızda, embriyo faktörünün pre-implantasyon genetik tarama (PGT-A) ile test edilerek kontrol altında tutulduğu donma çözüme öploid blastokist transferi sikluslarında gerçek doğal siklus (g-DS) ile hormonal replasman siklusu (HRS) protokollerinin gebelik sonuçları açısından karşılaştırılmasını amaçladık.

YÖNTEM: Mayıs 2015 ile Haziran 2017 tarihleri arasında Hacettepe Üniversitesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı Tüp Bebek Ünitesi ve Anatolia Kadın Sağlığı ve Tüp Bebek Merkezi'nde PGT-A uygulandıktan sonra öploid DET siklusuna giren tüm hastalar retrospektif olarak değerlendirildi. Çalışmaya, sadece ileri kadın yaşı (≥ 35 yaş) nedeniyle 5. veya 6. günde trofektoderm biyopsi yapılan, tek öploid embriyo transferi gerçekleştirilen hastalar dahil edildi. Monogenetik hastalıklar ve translokasyon için PGT yapılan olgular dışlandı. İlk DET döngüleri tarandı ve toplamda 155 hasta analiz edildi. PGT-A için yeni nesil dizileme (NGS) ve dizi karşılaştırmalı genomik hibridizasyon (aCGH) platformları kullanıldı. Hastalar kullanılan endometrial hazırlık protokollerine göre aşağıdaki şekilde gruplandırıldı; Gonadotropin salgılatıcı hormon agonisti (GnRHa) supresyonu HRS ($n=113$), g-DS ($n=19$), GnRHa supresyonu olmayan HRS ($n=15$) ve kombine oral kontraseptif (KOK) kullanımlı GnRHa supresyonu olan HRS ($n=8$).

Birincil sonuç ölçütü; devam eden gebelik oranı (>12 hafta gebelik) olarak tanımlandı. İkincil sonuç ölçütleri ise; implantasyon oranı, klinik gebelik oranı, ve **düşük oranı olarak belirlendi**

BULGULAR: Demografik özellikler değerlendirildiğinde, ortalama kadın yaşı, erkek yaşı, kadın vücut kitle indeksi, önceki siklus sayısı, infertilite süresi ve antral folikül sayısı tüm endometrium hazırlık protokolü gruplarında benzerdi. Oosit stimülasyonu sırasında kullanılan toplam folikül stimulan hormon (FSH) dozu, toplanan oosit sayısı ve 2-pronukleus embriyo sayısı da tüm gruplar arasında benzerdi. Pozitif gebelik testi, klinik gebelik oranı, biyokimyasal gebelik oranları açısından gruplar arasında fark yoktu. Düşük oranı değerlendirildiğinde g-DS, GnRHa supresyonsuz HRS, GnRHa supresyonlu HRS ve KOK kullanımlı GnRHa supresyonlu HRS protokollerinin istatistiksel olarak benzer olduğu saptandı (sırasıyla %9, %22.2, %23.1 ve %28.5; $p=0.72$). Devam eden gebelik oranları da gruplar arası benzerdi ve sırasıyla % 52.6, % 49 % 46.9, ve % 62.5 idi ($p=0.821$). Lojistik regresyon analizinde devam eden gebelik bağımlı değişken olarak alındığında, endometrium hazırlık protokollerinin bağımsız bir belirteç olmadığı ($p=0.628$); sadece iyi blastokist morfolojisinin anlamlı bir bağımsız değişken olduğu görüldü (Odds Ratio: 4,03; %95 Güven Aralığı: 1,007-16,195; $p=0.049$).

SONUÇ: Öploid embriyo transferi sikluslarında endometrium hazırlığı için kullanılan g-DS, GnRHa supresyonsuz HRS, GnRHa supresyonlu HRS ve KOK kullanımlı GnRHa supresyonlu HRS protokollerinde devam eden gebelik oranları benzerdir. Bu protokollerin, gebelik sonuçları açısından birbirleri yerine kullanılabilir oldukları düşünülebilir.

Anahtar Kelimeler: Donmuş embriyo transferi, Endometrial hazırlık, İn vitro fertilizasyon, Preimplantasyon genetik tarama

GİRİŞ

Son yıllarda donmuş embriyo transferi (DET) oranı artmaktadır. Avrupa İnsan Üreme ve Embriyoloji Derneği (ESHRE) tarafından yayınlanan verilere göre, DET siklus

oranı 2007'de % 24,2 iken 2013'te % 38,3'e yükselmiştir (1-3). Ayrıca, Hastalık Kontrol ve Önleme Merkezi (CDC) tarafından yayınlanan veriler de DET siklus oranlarında artış olduğunu göstermektedir (4). Bu artışın nedenleri ovaryan hiperstimülasyon sendromu (OHSS) riskini önleyebilmek, preimplantasyon genetik taramanın artan kullanımı, over stimülasyonunun endometrium üzerindeki zararlı etkilerinden kaçınmak ve DET sikluslarında implantasyon oranlarını artırabilmek olarak düşünülebilir.

DET siklusu uygulama sıklığı artmasına rağmen, hala ideal bir endometrium hazırlama protokolü tanımlanmamıştır (5). Ekzojen östrojen ve progesteron desteği ile oluşturulan, implantasyon oranlarını artırmak için çeşitli ilaçlar ve uygulama yöntemlerinin denendiği farklı endometrium hazırlama protokollerine başvurulmaktadır (5). Kullanılan endometrial hazırlık protokollerine doğal ve artifisyel sikluslar (AS) olarak iki gruba ayrılabilir. Doğal siklus (DS), farmakolojik ajan kullanılmadan doğal ovulatuvar menstrüel siklusun izlenmesi olarak tanımlanır. AS' ta ise endometrial proliferasyon ve foliküler baskılanma östrojen desteği ile sağlanır, bu nedenle bu sikluslar hormon replasman tedavisi (HRT) olarak da adlandırılabilir (6).

Embriyo anöploidisi, 35 yaşından sonra implantasyon başarısızlığı ve düşük için en önemli etiyolojik faktör olarak tanımlanmıştır (7). Dünya genelinde in vitro fertilizasyon (IVF) siklusu yapılan kadınların yaş ortalaması sürekli olarak yükselmektedir, bu nedenle anöploid embriyo transfer riskinin önemli ölçüde arttığı düşünülebilir. Buna rağmen, embriyo morfolojisinin mikroskop altında incelenmesi veya time-lapse gibi standart embriyo izleme stratejileri ile öploid embriyolar anöploid embriyolardan ayırt edilememektedir. Bu nedenle, anöploidisi tanı için trofektoderm (TE) biyopsi ve anöploidisi için preimplantasyon genetik test (PGT-A) uygulaması gerekmektedir. İleri yaş anne (İAY) popülasyonunda TE biyopsi prosedürü sonrası PGT-A yapılması ve öploid embriyoların DET sikluslarında transfer edilmesi ile düşük riskinin azaldığı bildirilmiştir (8-10). Bu nedenle, DET sikluslarında ideal endometrium hazırlık protokolünü belirleyebilmek için, öploid embriyoların transfer edilmesiyle embriyo bağımlı implantasyon faktörünün ortadan kaldırılması güvenilir bir yaklaşım olabilir.

Bu bağlamda, çalışmamızda öploid tek embriyo transferinin gerçekleştirildiği ve böylelikle embriyo bağımlı implantasyon faktörünün ortadan kaldırıldığı DET sikluslarında, implantasyon başarısı ve gebelik sonuçları açısından optimal endometrium hazırlık protokolünü tanımlayabilmeyi amaçladık.

MATERYAL-METHOD

Hacettepe Üniversitesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı İnfertilite Kliniği ve Anatolia Tüp Bebek ve Kadın Sağlığı Merkezi'nde Mayıs 2015 ile Haziran 2017 tarihleri arasında uygulanan DET siklusları retrospektif olarak analiz edildi. Hastaların, demografik verileri, özgeçmişleri, obstetrik geçmişleri, vücut kitle indeksleri, infertilite nedenleri, infertilite süreleri, laboratuvar değerleri, başlangıç antral folikül sayıları, ovaryan stimülasyon protokollerine, toplanan oosit sayıları, kullanılan endometrial hazırlık protokollerine ve transferden 14. gün sonrası beta-hCG değerleri kaydedildi.

35 yaş ve üzeri, ilk DET siklusu yapılan, embriyoları 5. veya 6. günde TE biyopsi ile anöploidisi için preimplantasyon genetik tarama (PGT-A) uygulanmış olan hastalar çalışmaya dahil edildi. 35 yaşın altındaki kadınlar, 35 yaşın üzerinde olup ancak PGT-M veya PGT-T'ye sahip olanlar ve ilk siklusu olmayanlar çalışma dışı bırakıldı. Bahsedilen kriterlere uygun toplamda 155 hasta incelendi.



1. Akdeniz Obstetrik ve Jinekoloji Kongresi

1st Mediterranean Obstetrics and Gynecology Congress

15-17 EYLÜL 2023, SHERATON GRAND HOTEL, ADANA

Ovaryan stimülasyon protokolleri, luteal uzun GnRH agonist protokol ve fleksibl-multidoz GnRH antagonist protokol şeklinde tanımlanmıştır. Tüm hastalarda folikül takibinde transvajinal ultrasonografi (TVUS) ve serum östradiol seviyeleri kullanılmıştır.

Siklusların hepsinde inseminasyondan 120-160 saat (5-6 gün) sonra embriyolar morfolojik olarak analiz edilip sonrasında embriyo biyopsisi uygulanmıştır. Embriyoların morfolojik değerlendirilmesi için Gardner ve Schoolcraft blastokist skorlama sistemi kullanılmıştır (11). Morfolojik değerlendirme sonrasında embriyo biyopsisi; büyüyen, gelişen, belirli bir iç hücre tabakası ve en az birkaç trofektoderm epitelini içeren blastokistlere TE biyopsisi şeklinde uygulanmıştır. Tüm biyopsiler; 3 damla 6 mL'lik G-MOPS-Plus ile tamponlanmış, mineral yağı ile kaplı vasat (Vitrolife) içeren kapta, ısıtılmış bir zemin üzerinde bulunan embriyodan, zona pellucida üzerine diod lazer yardımıyla 10-15 mmlik bir açıklık oluşturulması sonrasında pipet yardımıyla 5-10 trofektoderm hücre si aspire edilmesi şeklinde uygulanmıştır. Trofektoderm biyopsisi sonrası, donma çözme için kullanılan vitrifikasyon ve ısıtma teknikleri Cobo ve ark.tanımları doğrultusunda Kryotop aleti ve solüsyonları kullanılarak yapılmıştır (12).

Tanımlanan şekilde alınan TE biyopsilere, PGT-A genetik analizi tüm genom amplifikasyon (WGA) - dizi karşılaştırmalı genomik hibridizasyon (aCGH) ve next generation sekanslama (NGS)- uygulanmış ve öploid embriyolar seçilmiştir. Çözülme için uygun birden fazla öploid embriyo varlığında, vitrifikasyon öncesi en iyi morfolojik dereceye sahip olanı çözülme ve transfer edilmek için seçilmiştir. Embriyonun morfolojik değerlendirilmesi, biyopsi öncesinde yapılmasının yanı sıra çözülme sonrasındaki inkübasyondan 4-5 saat sonra ve embriyo transferinden hemen önce tanımlanan kriterlere göre tekrarlanmıştır. Embriyolar transfer sabahı çözülerek, bir kateter yardımıyla transfer edilmiştir.

DET için endometrial hazırlık protokolleri dört gruptan oluşmaktaydı: doğal siklus (DS), supresyonsuz artifisyonel siklus (supresyonsuz AS), supresyonlu AS, oral kontraseptif + supresyonlu AS (OK-AS).

DS, spontan menstrüel siklusa sahip ovulatuar hastalar için kullanıldı. Ovulasyon tanımı için TVUS ile dominant folikül büyümesi-çatlaması takibi ve serum progesteron seviyesinin 1.5 ng/mL üzerine çıkması kullanılmıştır. Endometrial kalınlığı 7 mm'den büyük olması transfer için uygun kabul edilmiş ve luteal faz desteği (LPS) uygulanmamıştır.

AS protokollerinde; supresyonsuz grupta; folikül gelişimini baskılamak ve endometrial proliferasyonu uyarmak amacıyla siklusun ilk 3 gününde oral östrojen valerat (günlük 6 mg) başlanmış, 12-14 gün sonra TVUS ile endometrijal kalınlık >7 mm olduğunda ve overlerde dominant folikül olmaması ve serum progesteron seviyesinin <1.5 ng/mL olması ile ovulasyonun yokluğu kanıtlandığında vajinal yolla günde 2 kere progesteron tedavisi (2x1, Crinone %8 jel, Merck Serono, USA) eklenmiştir. Östrojen ve progesteron desteği ET'den sonraki 14.güne kadar devam etmiş ve gebelik testi pozitif saptanan hastalarda ise progesteron desteği gebeliğin 10-12. haftalarına kadar uygulanmıştır

Supresyonlu AS protokolde ise HRT'den önceki siklusun midluteal döneminde (21. Gün) bir GnRH analog (im) başlanmış, devamında östrojen ve progesteron tedavisi yine supresyonsuz siklustaki gibi devam etmişti. Östrojen ve progesteron desteği ET'den sonraki 14. güne kadar devam etmiş ve gebelik testi pozitif saptanan hastalarda ise progesteron desteği gebeliğin 10-12. haftalarına kadar uygulanmıştır.

OK - supresyonlu AS'lerde ise protokol öncesi bir ay süre boyunca hastaya OK verilmiş ve OK kullanırken mid luteal dönemde GnRH analog eklenerek devamında supresyonlu AS için tanımlanan hormon desteği protokolü uygulanmıştır.

Birincil sonuç devam eden gebelik oranıdır. İmplantasyon oranı, ET başına klinik gebelik oranı, pozitif beta-hCG başına biyokimyasal gebelik oranı ve düşük oranı ise ikincil sonuçlar olarak belirlenmiştir.

Veriler, SPSS 22.0 for Windows (Chicago, IL, İstatistiksel Analizler için Sosyal Bilimler) kullanılarak kaydedildi ve analiz edildi. Dağılımın normalliği Shapiro-Wilk testi ile değerlendirildi. Sürekli değişkenlerin analizi için Student t-testi veya Mann-Whitney U testi kullanıldı. İki gruptan fazla ise Kruskal Wallis veya ANOVA testi uygulandı. Devam eden gebelik oranına etki eden değişkenleri analiz etmek için binary ve multinominal lojistik regresyon kullanıldı. p değeri ≤0.05 ise istatistiksel olarak anlamlı kabul edildi. Veriler, belirtilmediği sürece mean± SD olarak ifade edildi. Çalışma protokolü üniversitemizin Etik Kurulu tarafından onaylandı (Proje no: GO 17/462 Karar no: GO 17/462-36)

BULGULAR

DET siklusu uygulanmış ve 35 yaş ve üzeri olan 155 hasta belirlendi.Bu hastalardan 19'u DS, 113'ü supresyonlu AS, 8'i OK-supresyonlu AS, 15'i de supresyonsuz AS protokolleri grubundaydı (Tablo 1). Grupların demografik ve klinik özellikleri Tablo 1'de verilmiştir. Gruplar arasında kadın yaşı, erkek yaşı, antral folikül sayısı, infertilite süresi, kullanılan stimülasyon protokolü, toplanan oosit sayısı ve blastulasyon oranları açısından fark yoktu (Tablo 1).

Dört DET siklus protokolü için tek öploid embriyo transferi sonrası gebelik testi sonuçlarına bakıldığında DS'de 12 (% 63,2), supresyonlu AS'de 82 (%72,6), OK-supresyonlu AS'de 7 (%87,5), supresyonsuz siklusta ise 10 (%66,7) hastada pozitiflik saptandı ve gruplar arasında transfer başına gebelik testi pozitifliği oranı açısından fark yoktu (Tablo 2). Klinik gebelik oranlarına bakıldığında da anlamlı bir fark bulunmadı ancak en yüksek klinik gebelik oranının OK-supresyonlu AS'de (%87.5) olduğu görüldü (Tablo 2).

Lojistik regresyon analizinde; devam eden gebelikler üzerinde değişkenlerin etkisi incelendiğinde; kadın yaşı, vücut kitle indeksi, antral folikül sayısı, infertilite süresi, başarısız siklus sayısı, ovaryan stimülasyon protokolü, toplanan oosit sayısı, embriyo biyopsi günü gibi faktörlerin ve DET sikluslarında kullanılan farklı endometrijal hazırlık protokollerinin devam eden gebelik üzerinde anlamlı bir etkisi olmadığı görüldü (Tablo 3).

TARTIŞMA

Bu çalışmada DET sikluslarında uygulanan dört endometrijal hazırlık protokolünün gebelik sonuçları açısından birbirlerine üstünlükleri olup olmadığını araştırmak amaçlanmıştır. Bu dört protokolün endometrijal hazırlığa etkilerini daha net bir şekilde ortaya koyabilmek adına çalışmamıza, anöploidinin ET sonuçlarına negatif etkisinin ortadan kaldırıldığı sadece öploid embriyoların transfer edildiği siklusları dahil ettik. Bu şekilde bakıldığında hiçbir protokolün gebelik sonuçları açısından birbirine üstünlüğü olmadığını saptadık.

Literatüre bakıldığında DS ve AS protokollerini karşılaştıran altı RKÇ bulunmaktadır (13-18). Bu altı RKÇ'den birinde DS kullanılmıştır (18), diğer beşinde ise modifiye DS kullanılmıştır (13-17); beşi hakemli dergilerde yayımlanmış, diğeri ise bir abstract olarak sunulmuştur (16).



1. Akdeniz Obstetrik ve Jinekoloji Kongresi

1st Mediterranean Obstetrics and Gynecology Congress

15-17 EYLÜL 2023, SHERATON GRAND HOTEL, ADANA

Yalnızca DS (n=72) ve supresyonlu AS'yi karşılaştıran tek RKÇ, hem klivaj embriyo hem de blastokist transferlerini içermektedir ve canlı doğum oranlarında fark raporlamamıştır (sırasıyla %29,2 ve %34,2, p=0,51) (18). Modifiye-DS ve AS karşılaştırıldığında, 4 RKÇ benzer reproduktif sonuçları bildirmiştir (13-15, 17). Ek olarak abstract olarak yayınlanan RKÇ, modifiye- DS ile anlamlı derecede daha yüksek canlı doğum oranları bildirmiştir (16).

Bahsedilen çalışmaların çoğunda ET öncesi embriyolar, kromozom sayısı açısından incelenmemiştir. Oysa implantasyon başarısızlığı ve düşükler için gösterilmiş önemli etyolojik faktör olan embriyo anöploidisinin dışlanması ve sadece plooid embriyoların transferi ile ideal endometrial hazırlık protokolü daha iyi anlaşılacaktır. Sadece 1 RKÇ bize benzer şekilde dizayn edilmiştir (14). Greco ve ark.tarafından 2016 yılında yapılan RKÇ'de mDS ve supresyonlu AS protokolleri karşılaştırılmıştır.İki grupta klinik gebelik oranları sırayla %54,1 ve %50,4 olmak üzere benzer saptanmıştır (p=0,677). Canlı doğum oranları da gruplar arasında benzer olarak bulunmuştur (% 45,8'e karşı % 41,5, p=0,612). Gruplar düşük, implantasyon ve biyokimyasal gebelik oranları yönünden incelendiğinde de istatistiksel bir fark saptanmamıştır (14) . Bu sonuçlara bakıldığında bizim sonuçlarımızla paralellik gösterdiği görülmektedir. Bahsedilen çalışmada da embriyo dondurma için vitrifikasyon yöntemi tercih edilmiş, trofektoderm biyopsisi ve aCGH ile PGT-A uygulanmıştır. Ancak bizim popülasyonumuz içinde mDS uygulanan bir grup bulunmamaktadır. Diğer taraftan, bahsedilen çalışmanın supresyonlu AS protokolü bizim çalışmamızdan daha farklıdır. Greco ve ark. supresyon için midluelat fazda oral olarak günde 2 kez 0.2 mg GnRH agonist başlamışlar, sonrasında günde iki kez 2 mg oral östradiol valerat başlayarak takibe göre doz artışı yapmışlar ve endometrial kalınlık > 7mm olduğunda, serum progesteron seviyesi <1.5 ng/mL olduğunda günlük 50 mg im olarak progesteron tedavisi eklemiştirler.

2017 yılında çalışmamıza benzer şekilde dizayn edilen, 113 siklus ile yapılmış, plooid embriyoların transfer edildiği retrospektif bir çalışmada ise ovulatuvar kadınlarda DS'nin, anovulatuvar kadınlara uygulanan supresyonlu AS'den implantasyon başarıları ve canlı doğum oranları açısından daha üstün olduğu gösterilmiştir. Canlı doğum oranları DS'de %63,1, AS'de %37,5 olarak hesaplanmıştır (p=0,007) (19). Çalışmada bize benzer olarak trofektoderm biyopsisi ve vitrifikasyon uygulandı ancak bizden farklı olarak PGT-A için SNP array methodu kullanılmış olduğu görülmektedir. Bu çalışmada DS üstünlüğü gösterilmiştir; ancak bakıldığında hastalara uygulanan supresyonlu AS hazırlık protokollerinde bir standardizasyon olmadığı, östradiol dozlarının transdermal olarak, progesteron dozlarının ise İM olarak verildiği görülmektedir. Halbuki bizim çalışmamızda bahsedilen dört hazırlık protokolü de daha önce tanımlanan şekilde her hastaya standart bir biçimde uygulanmıştır.

2019 yılında yayınlanan 389 plooid DET siklusunu içeren başka bir retrospektif çalışmada DS'ta, AS'a göre devam eden gebelik oranlarının yüksek olduğu raporlanmıştır (aOR 2,05; 1,27-3,31, p = 0,003) (20). Bu çalışmada modifiye DS'lar içermekle birlikte, AS için standart bir farmakolojik tedaviden bahsedilmemiştir. Li ve ark tarafından 2022 yılında yayınlanan, 598 tek plooid DET siklusunu içeren retrospektif veride de, DS'ta canlı doğum oranları AS'tan daha yüksek olarak raporlanmıştır (68,80%'e karşı 58,35%, p = 0,034) (21). Bahsedilen iki çalışmada da DS' ta LPS verildiği görülmektedir. Ek olarak Li ve ark çalışmalarında supresyonlu AS uygulanan hastaları dışlamışlardır. Bu durumlar sonuçların bizden farklı olmasına yol açmış olabilir. Diğer taraftan, Jin

ve ark 722 hastayı içeren çalışmalarında, donmuş plooid blastokist transferi sonrası DS ve AS' de canlı doğum oranlarının benzer olduğunu raporlamışlardır (22).

Gebelik çıktıları dışında bakıldığında, DS takibi sırasında ultrasonografik ve biyokimyasal monitorizasyon sıklığının AS'den daha fazla olması nedeniyle hasta uyumu açısından AS daha iyi tolere edilebilir bir protokol olarak düşünülebilir. Ancak diğer taraftan supresyonlu AS'ta kullanılan GnRH agonist, yan etkilere sebep olarak hasta memnuniyetinin bozulmasına yol açabilir ve bunun yanısıra siklus maaliyetini arttırabilir.

Çalışmamız literatürde plooid embriyo transferi kullanılarak endometrial hazırlık protokollerini karşılaştıran sayılı çalışmalardan biridir, yanısıra gruplar arasında demografik-klinik özelliklerin benzer oluşu, blastokist kriyoprezervasyonunun vitrifikasyon yöntemi ile yapılmış olması, PGT-A için blastokist aşamasında güvenilirliği yüksek aCGH ve NGS yöntemlerinin kullanılmış olması da çalışmamızın güçlü yönleri olarak sıralanabilir. Diğer taraftan retropsektif veri içermesi, nispeten kısıtlı örneklem sayısı, gruplar arasında örneklem farkının yüksek oluşu, canlı gebelik oranlarının değerlendirilememiş olması çalışmamızın limitasyonları olarak verilebilir.

Özetle bakıldığında preimplantasyon genetik tarama sonrası elde edilen tek plooid embriyo transferi için donma çözme siklusu hazırlığında kullanılan farklı endometrial hazırlık protokolleri arasında devam eden canlı gebelikler açısından herhangi bir fark izlenmemiştir. Konu ile ilgili daha doğru yorumlar yapabilmek için bu sonuçların güçlü RKÇ' ler ve kalitesi yüksek prospektif çalışmalar ile desteklenmesi gerekmektedir. Donma-çözme sikluslarında optimal endometrium hazırlık protokolü varolan bilgiler ışığında henüz belirlenmemektedir.

KAYNAKLAR:

1. Definitions of infertility and recurrent pregnancy loss: A committee opinion. *Fertil Steril*. 2013;99(1):63. doi:10.1016/j.fertnstert.2012.09.023
2. de Mouzon J, Goossens V, Bhattacharya S, et al. Assisted reproductive technology in Europe, 2007: results generated from European registers by ESHRE. *Hum Reprod*. 2012;27(4):954-966. doi:10.1093/humrep/des023
3. Calhaz-Jorge C, De Geyter C, Kupka MS, et al. Assisted reproductive technology in Europe, 2013: Results generated from European registers by ESHRE. *Hum Reprod*. 2017;32(10):1957-1973. doi:10.1093/humrep/dex264
4. *Centers for Disease Control and Prevention, American Society for Reproductive Medicine, Society for Assisted Reproductive Technology. 2015 Assisted Reproductive Technology National Summary Report. Atlanta (GA): US Dept of Health and Human Services; 2017.*
5. Yarali H, Polat M, Mumusoglu S, Yarali I, Bozdog G. Preparation of endometrium for frozen embryo replacement cycles: a systematic review and meta-analysis. Vol. 33, *Journal of Assisted Reproduction and Genetics*. 2016. p. 1287-304.
6. Mumusoglu S, Polat M, Ozbek IY, Bozdog G, Papanikolaou EG, Esteves SC, Humaidan P, Yarali H. Preparation of the Endometrium for Frozen Embryo Transfer: A Systematic Review. *Front Endocrinol (Lausanne)*. 2021 Jul 9;12:688237. doi: 10.3389/fendo.2021.688237.
7. Dahdouh EM, Balayla J, Garcia-Velasco JA. Impact of blastocyst biopsy and comprehensive chromosome screening technology on preimplantation genetic screening: A systematic review of randomized controlled trials. *Reprod Biomed Online*. 2015;30(3):281-



1. Akdeniz Obstetrik ve Jinekoloji Kongresi

1st Mediterranean Obstetrics and Gynecology Congress

15-17 EYLÜL 2023, SHERATON GRAND HOTEL, ADANA

289. doi:10.1016/j.rbmo.2014.11.015
8. Yang Z, Liu J, Collins GS, Salem SA, Liu X, Lyle SS, et al. Selection of single blastocysts for fresh transfer via standard morphology assessment alone and with array CGH for good prognosis IVF patients: results from a randomized pilot study. *Mol Cytogenet* [Internet]. 2012;5(1):24. Available from: <http://molecularcytogenetics.biomedcentral.com/articles/10.1186/1755-8166-5-24>
 9. Scott RT, Upham KM, Forman EJ, Hong KH, Scott KL, Taylor D, et al. Blastocyst biopsy with comprehensive chromosome screening and fresh embryo transfer significantly increases in vitro fertilization implantation and delivery rates: A randomized controlled trial. *Fertil Steril*. 2013;100(3):697-703.
 10. Forman EJ, Hong KH, Franasiak JM, Scott RT. Obstetrical and neonatal outcomes from the BEST Trial: Single embryo transfer with aneuploidy screening improves outcomes after in vitro fertilization without compromising delivery rates. *Am J Obstet Gynecol*. 2014;210(2).
 11. Gardner D, Schoolcraft W. In-vitro culture of human blastocysts. Towards reproductive certainty: fertility and genetics. 1999. 378-388 p.
 12. Cobo A, Kuwayama M, Pérez S, Ruiz A, Pellicer A, Remohí J. Comparison of concomitant outcome achieved with fresh and cryopreserved donor oocytes vitrified by the Cryotop method. *Fertil Steril*. 2008;89(6):1657-64.
 13. Agha-Hosseini M, Hashemi L, Aleyasin A, Ghasemi M, Sarvi F, Shabani Nashtaei M, et al. Natural cycle versus artificial cycle in frozen-thawed embryo transfer: A randomized prospective trial. *Turk J Obstet Gynecol*. 2018;15(1):12-7.
 14. Greco E, Litwicka K, Arrivi C, Varricchio MT, Caraglia A, Greco A, et al. The endometrial preparation for frozen-thawed euploid blastocyst transfer: a prospective randomized trial comparing clinical results from natural modified cycle and exogenous hormone stimulation with GnRH agonist. *J Assist Reprod Genet*. 2016;33(7):873-84.
 15. Groenewoud ER, Cohlen BJ, Al-Oraiby A, Brinkhuis EA, Broekmans FJ, de Bruin JP, et al. A randomized controlled, non-inferiority trial of modified natural versus artificial cycle for cryo-thawed embryo transfer. *Hum Reprod*. 2016;31(7):1483-92.
 16. Lee SJ S, Kwon HC, Kim JW, Lee JH, Jung YJ, Jung JY, et al. . Comparison of Clinical Outcome of Frozen-Thawed Embryo Transfer Cycles Between Natural and Artificial (Hormone-Treated) Cycles. *Hum Reprod* 2008;23 (suppl_1):i1220-7.
 17. Sheikhi O, Golsorkhtabaramiri M, Esmaeilzadeh S, Mahouti T, Heidari FN. Reproductive outcomes of vitrified blastocyst transfer in modified natural cycle versus mild hormonally stimulated and artificial protocols: a randomized control trial. *JBRA Assisted Reproduction*. 2018;22(3):221.
 18. Mounce G, McVeigh E, Turner K, Child TJ. Randomized, controlled pilot trial of natural versus hormone replacement therapy cycles in frozen embryo replacement in vitro fertilization. *Fertil Steril*. 2015;104(4):915-20.e1.
 19. Melnick AP, Setton R, Stone LD, Pereira N, Xu K, Rosenwaks Z, Spandorfer SD. Replacing single frozen-thawed euploid embryos in a natural cycle in ovulatory women may increase live birth rates compared to medicated cycles in anovulatory women. *J Assist Reprod Genet*. 2017 Oct;34(10):1325-1331. doi: 10.1007/s10815-017-0983-6.
 20. Wang A, Murugappan G, Kort J, Westphal L. Hormone replacement versus natural frozen embryo transfer for euploid embryos. *Arch Gynecol Obstet*. 2019 Oct;300(4):1053-1060. doi: 10.1007/s00404-019-05251-4.
 21. Li X, Gao Y, Shi J, Shi W, Bai H. Natural cycle increases the live-birth rate compared with hormone replacement treatment for frozen-thawed single euploid blastocyst transfer. *Front Endocrinol (Lausanne)*. 2022 Oct 28;13:969379. doi: 10.3389/fendo.2022.969379.
 22. Jin Z, Shi H, Bu Z, Guo Y, Su Y, Song H, et al.. Live birth rates after natural cycle versus hormone replacement therapy for single euploid blastocyst transfers: A retrospective cohort study. *Reprod Biomed Online* (2021) 43(6):1002-10. doi: 10.1016/j.rbmo.2021.09.003



1. Akdeniz Obstetrik ve Jinekoloji Kongresi

1st Mediterranean Obstetrics and Gynecology Congress

15-17 EYLÜL 2023, SHERATON GRAND HOTEL, ADANA

Tablo 1. Farklı endometriyal hazırlık protokollü hastaların temel demografik özelliklerinin, ovaryan stimülasyon protokollerinin ve embriyolojik verilerin karşılaştırılması

	DS (n=19)	Supresyonlu AS (n=113)	OK - supresyon- lu AS (n=8)	Supresyonsuz AS (n=15)	P değeri
Kadın yaşı (yıl)	39.58 ± 2.4	39.24 ± 2.1	39.50 ± 2.3	38.93 ± 2.7	0.847
Erkek yaşı (yıl)	41.89 ± 4.5	42.03 ± 5.8	41.1 ± 4.1	43.93 ± 9.6	0.563
Kadın vücut kitle indeksi (kg/m ²)	24.19 ± 3.0	25.12 ± 4.2	27.8 ± 6.4	26.59 ± 5.2	0.095
Önceki siklus sayısı*	2.1 (0; 7)	1.2 (0; 8)	1.0 (0; 3)	2.3 (0; 9)	0.304
Antral folikül sayısı*	10.2 (4; 42)	9.85 (1; 65)	7.75 (3; 27)	11.4 (3; 24)	0.513
İnfertilite süresi (ay)	50.3 ± 54.1	55.5 ± 47.2	53.0 ± 70.5	61.3 ± 55.0	0.927
Toplam FSH dozu (IU)	3412.5 ± 1575.0	2992.5 ± 1327.5	3615.0 ± 2190.0	2647.5 ± 1279.5	0.227
Kontrollü ovaryan uyarılma protokolü					0.489
Uzun GnRH agonist protokol n (%)	11 (57.8)	68 (60.1)	5 (62.5)	7 (46.6)	
GnRH antagonist protokol n (%)	8 (42.2)	45 (39.9)	3 (37.5)	8 (53.3)	
HCG günü E2 seviyesi (pg/ mL)	2589.6 ± 1473.3	2271.0 ± 1418.6	2159.1 ± 3040.3	2525.8 ± 2000.0	0.874
Toplanan oosit sayısı	8.4 ± 5.8	8.6 ± 4.6	6.5 ± 5.3	9.5 ± 4.6	0.293
2-pronukleuslu embriyo sayısı	5.8 ± 3.1	5.7 ± 5.6	4.3 ± 3.5	4.7 ± 3.4	0.182
Blastulasyon oranı (%)	65.6 ± 18.8	74.6 ± 22.8	73.1 ± 22.8	70.8 ± 23.3	0.433
Utilizasyon oranı (%)	47.5 ± 18.4	61.9 ± 24.5	56.0 ± 19.4	56.0 ± 22.4	0.094

DS: Doğal siklus, AS: Artifişyel siklus, OK: oral kontraseptif, FSH: folikül stimüle edici hormon, GnRH: gonadotropin salgılatıcı hormon, HCG: human koryonik gonadotropin, E2: östradiol.

Aksi belirtilmedikçe değerler; ortalama ± SS VEYA medyan (25th – 75th persentiller) olarak verilmiştir.

*normal dağılmamıştır.



1. Akdeniz Obstetrik ve Jinekoloji Kongresi

1st Mediterranean Obstetrics and Gynecology Congress

15-17 EYLÜL 2023, SHERATON GRAND HOTEL, ADANA

Tablo 2. Endometriyal hazırlık protokolleri için öploid blastokist transferinin gebelik sonuçları

	DS (n=19)	Supresyonlu AS (n=113)	OK-supresyonlu AS (n=8)	Supresyonsuz AS (n=15)	P değeri*
Transfer edilen ortalama embriyo sayısı	1±0	1±0	1±0	1±0	NS
ET başına pozitif gebelik testi, n (%)	12/19 (63.2)	82/113(72.6)	7/8(87.5)	10/15(66.7)	NS
ET başına klinik gebelik, n (%)	11/19 (57.9)	69/113(61.1)	7/8(87.5)	9/15(60)	NS
İmplantasyon oranı (%)	58	63	87.5	66.6	NS
Pozitif HCG başına biyokimyasal gebelik oranı, n (%)	1/12 (8)	13/82 (15.8)	0/7(0)	1/10(10)	NS
Düşük oranı, n (%)	1/11(9)	16/69 (23.1)	2/7 (28.5)	2/9 (22.2)	NS
ET başına devam eden gebelik/canlı doğum n (%)	10/19 (52.6)	53/113(46.9)	5/8 (62.5)	7/15 (49)	NS

DS: Doğal siklus, AS: Artifişyel siklus, OK: oral kontraseptif, ET: Embriyo transferi, HCG: human koryonik gonadotropin.

*NS: p değeri istatistiksel olarak anlamlı değildir.

Tablo 3. Devam eden gebelik tahmininde lojistik regresyon analizi

Değişkenler	Odds Ratio	95% CI	P value
<u>Kadın yaşı, yıl</u>	0.839	0.702; 1.003	0.054
<u>Vücut kitle indeksi (kg/m²)</u>	0.915	0.830; 1.009	0.075
<u>İnfertilite süresi(ay)</u>	0.998	0.990; 1.007	0.671
<u>Antral follikül sayısı</u>	1.022	0.961; 1.088	0.486
<u>Başarısız siklus sayısı</u>	1.123	0.922; 1.368	0.248
<u>Ovaryan stimülasyon protokolü</u>	0.297	0.029; 3.019	0.305
<u>Donmuş embriyo transfer protokolü</u>			0.628
DS	1*		
Supresyonlu AS	0.042	0; 29.5	0.344
OK – Supresyonlu AS	-	-	NS
Supresyonsuz AS	0.127	0.002; 8.408	0.344
<u>Toplanan oosit sayısı</u>	1.039	0.946; 1.140	0.424
<u>Embriyo biyopsi günü(5./6. gün)</u>	0.697	0.277; 1.754	0.444
<u>Blastokist morfolojisi</u>			0.210
<u>Mükemmel</u>	4.423	0.605; 32.332	0.143
<u>İyi</u>	4.039	1.007; 16.195	0.049
<u>Orta</u>	2.332	0.644; 8.448	0.197
<u>Kötü</u>	1*		

DS: Doğal siklus, AS: artifişyel siklus NS: İstatistiksel olarak anlamlı değil.

*Referans Kategorisi

SS-16

Inflammatory Myofibroblastic Tumor of the Uterus: A case report

ESRA KELES¹, Sibel Çetinkaya², Meral Aban¹, Murat Api¹

¹University of Health Sciences Turkey, Kartal Dr Lutfi Kırdar City Hospital, Department of Gynecologic Oncology, Istanbul, Turkey

²University of Health Sciences Turkey, Kartal Dr Lutfi Kırdar City Hospital, Department of Pathology, Istanbul, Turkey

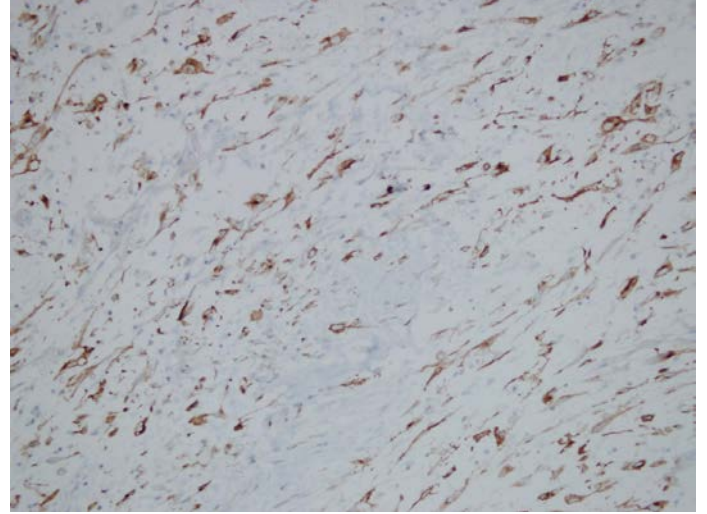
BACKGROUND: Inflammatory myofibroblastic tumors (IMTs) of the uterus are rare, and although most have a favorable prognosis, a small subset exhibit extrauterine disease, recur, or cause death.

CASE: A 48-year-old woman was referred to the Department of Obstetrics and Gynecology with an elevated CA125 level. She was nulliparous, had a myomectomy history. A computed tomography scan of the thorax showed no abnormality. Abdomen MRI revealed a 4 cm myoma at the posterior uterus with bilateral adnexal cysts. Consequently, we performed a total laparotomic hysterectomy with bilateral salpingo-oophorectomy. Pathological examination was performed. Grossly, the uterine cavity was occupied by a polypoid lesion, measuring 4.5 cm across with focal myometrial infiltration. Histologically, the neoplasia was composed of plump spindle cells, with vesicular nuclei showing small eosinophilic nucleoli. There was no necrosis; the mitotic activity was low, with only 1 mitosis per 10 high power fields (HPFs). At immunohistochemistry, the neoplastic cells were positive for ALK (cytoplasmic positivity) (Figure 1), CK, (focally) (Figure 2), Desmin (Figure 3), and p16, whereas they were negative for CD34, CD10, HMB45, caldesmon, and S100. Fluorescent in situ hybridization (FISH) test for ALK gene rearrangement (with break-apart probe) was positive. In fact, neoplastic cells showed ALK rearrangement in 55% of cell nuclei. The diagnosis of IMT of the uterus was confirmed. Our patient is free of disease at 6 months of follow-up.

DISCUSSION: Surgical treatment, particularly complete surgical resection, seems to represent the best treatment for IMT. Recognition of this rare mesenchymal neoplasm is crucial as those with aggressive behavior can potentially be treated with tyrosine kinase inhibitors.

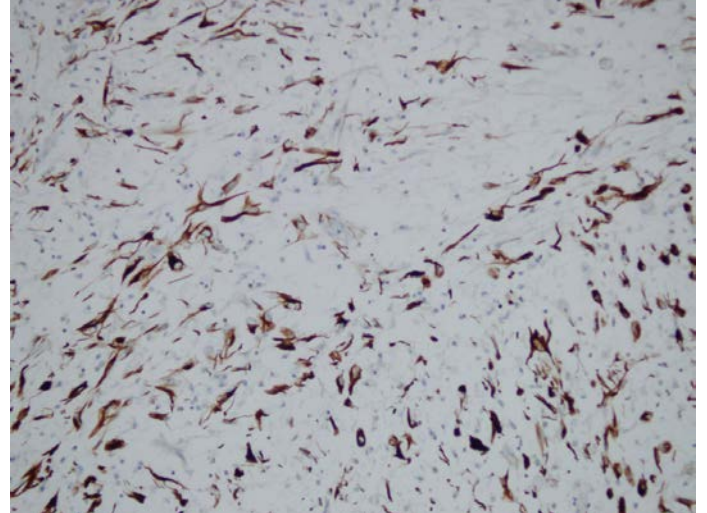
Anahtar Kelimeler: anaplastic lymphoma kinase, diagnosis, uterine inflammatory myofibroblastic tumor

Figure 1



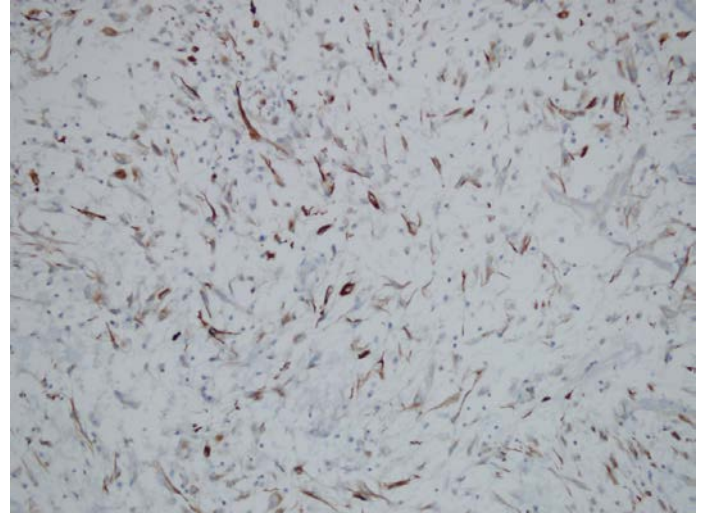
At immunohistochemistry, the neoplastic cells were positive for ALK (cytoplasmic positivity)

Figure 2



At immunohistochemistry, the neoplastic cells were positive for CK (focally).

Figure 3



At immunohistochemistry, the neoplastic cells were positive for Desmin



1. Akdeniz Obstetrik ve Jinekoloji Kongresi

1st Mediterranean Obstetrics and Gynecology Congress

15-17 EYLÜL 2023, SHERATON GRAND HOTEL, ADANA

SS-17

Serviks Kanseri için Egzenterasyon Planlanan Hastada Pankreas Kanseri Birlikteliği

Yunus Katırcı¹, İdris Koçak², İbrahim Yalçın²

¹Gümüşhacıköy Devlet Hastanesi, Amasya

²Ondokuz MAYıs Üniversitesi Kadın Hastalıkları ve Doğum ABD Samsun

Serviks kanseri, kadınlarda en sık görülen ikinci kanser türüdür ve dünya genelinde önemli bir halk sağlığı sorunudur. Serviks kanseri, rahim ağzından (serviks) kaynaklanan bir kanser türüdür(1). Bu kanser, çeşitli risk faktörlerine bağlı olarak gelişebilir ve özellikle belirli yaş gruplarında daha yaygındır. Serviks kanserinin sıklığı, coğrafi bölge, yaş, cinsiyet ve yaşam tarzı gibi faktörlere bağlı olarak farklılık gösterebilir. Gelişmiş ülkelerde, düzenli tarama programları ve HPV aşısı sayesinde serviks kanseri insidansı azalmıştır (2). Ancak, dünya genelinde hala önemli bir sağlık sorunu olarak kabul edilmektedir. HPV (human papillomavirüs) enfeksiyonları, serviks kanserinin gelişiminde en önemli risk faktörlerinden biridir. Cinsel yolla bulaşan bu virüs, serviks hücrelerinde anormal değişikliklere neden olabilir ve kanser gelişimine zemin hazırlayabilir. Pelvik egzenterasyon, perine dahil veya hariç olmak üzere visseral pelvik yapıların tamamen çıkarılmasıdır [(3). Bu prosedür genellikle jinekolojik malignitelerin tedavisinde nadir olarak kullanılmakta, yüksek morbidite ve ölüm gibi ciddi komplikasyonlara neden olabilmektedir (4). Son yıllarda minimal invaziv cerrahi tekniklerinin yaygınlaşması, jinekolojik kanserlerin tedavisinde kullanılan minimal invaziv pelvik egzenterasyon yöntemlerinin gelişmesinde etkili olmaktadır. Minimal invaziv pelvik egzenterasyon, laparoskopik veya robotik cerrahi yöntemler kullanılarak gerçekleştirilmektedir. Egzenterasyon sırasında minimal invaziv cerrahinin kullanılması, perioperatif problem riskinin azaltılmasında yardımcı olabilmektedir (5).

OLGU SUNUMU: 54 yaşında, G3, olan Gecirilmiş Papiller Tiroid kanseri öyküsü bulan hasta postkoital kanama şikayeti ile dış merkez kadın hastalıkları ve doğum polikliniğine başvurdu. Yapılan spekulum muayenesinde özellik olmayan hastaya dış merkez kadın hastalıkları ve doğum kliniğinde alt abdomen kontrastlı manyetik rezonans (MR) çekilmiş olup MR sonucunda servikste internal uterin segmente doğru uzanan parametrial invazyon oluşturan 4*3 cm ebatında hipovasküler kitlesel lezyon, her iki iliak zincirde sağda 14*11 solda 15*10 mm ebatlarında lenf noduları izlenmiş. Bunun üzerine yapılan endoservikal biyopsi örneklemesi endoservikal karsinom olarak raporlanmıştır. Hastaya çekilen pozitron emisyon tomografisi sonucunda akciğerlerde bilateral parankim alanda PDG + parankimal alan izlenmiş olup serviks lokalizasyonunda hipermetabolik kitle izlenmiş. Bunun üzerine hastaya pelvik Egzenterasyon planlanmış olup hasta bu süreç içerisinde acil servise ishal ile başvurdu. Bunun üzerine hastaya tüm abdomen kontrastlı MR çekildi.

Çekilen MR sonucunda pankreas baş kesiminde yaklaşık 27*20mm boyutunda lobüle kontrollü solid yapılı kitle izlendi. Bunun üzerine hastaya wipple cerrahisi planlanmıştır. Hastaya yapılan cerrahi sonrası patoloji raporu serviks adenokarsinomu olarak raporlanmıştır. Özetle, serviks kanseri kadınlarda önemli bir sağlık sorunudur ve düzenli tarama testleri, HPV aşısı ve sağlık hizmetlerine erişimin iyileştirilmesi gibi önleyici önlemlerle bu kanser türünün önlenmesi ve kontrol altına alınması mümkündür. Serviks kanseri ve pankreas kanseri birlikteliği çok nadir tanı konan ve klinik teşhisi zor bir durumdur.

Anahtar Kelimeler: Serviks kanseri, Pelvik Egzenterasyon, HPV, Pankreas Başı kanseri

SS-18

Yeni Tespit Edilen Bikollis ve Bivajinal Uterin Anomali

Fatma Zehra Kurnuç, Deniz Balsak, Şerif Aksin, Mehmet Yılmaz

Siirt Üniversitesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Ana Bilim Dalı, Siirt

GİRİŞ: Genitoüriner organların gelişimi incelendiğinde embriyolojik yaşamın altıncı haftasında başladığını görmekteyiz. Bu haftada meydana gelen bir regresyonda müllerian kanal defektleri görülebilir. Müllerian kanal anomalileri %0,1-3,5 sıklıkta görülmektedir. İlk trimester veya ikinci trimester gebelik kaybı olanlarda müllerian anomali insidansı daha yüksek bulunmuştur. Müllerian anomalilerin dağılım sıklığı %34 ü uterin septum, %39 bikornuat uterus, %11 didelfis, %7 arkuat uterus, %5 unikon uterus ve %4 diğerleridir. Bikornuat uterus müllerian kanalın kısmi kapanması sonucu oluşur. Uterin hornların tam, parsiyel ve minimal ayrılmasına sebep olur. Günümüze kadar kadın genital yolu anomalileri ile ilgili 3 sınıflandırma sistemi önerilmiştir. Bunlardan ilki Amerikan Fertilite Topluluğu (AFS) şimdiki adıyla Amerikan Üreme Tıbbi Derneği'nin (ASRM) 1988 yılında yayınladığı 2021 yılında güncellediği Mülleryan anomaliler sınıflandırmasıdır. İkincisi Avrupa İnsan Üremesi ve Embriyolojisi Topluluğu/ Avrupa Jinekolojik Endoskopi Topluluğu (ESHRE/ESGE) ve üçüncüsü Acién veya CUME (Congenital Uterine Malformation by Experts) sınıflandırma sistemidir. **YÖNTEM-BULGULAR:** Yirmi iki yaşındaki gravida 0 parite 0 abort 0 olan olgu, çocuk istemi ile Siirt Eğitim ve Araştırma Hastanesi Polikliniğine başvurmuştur. 2 yıldır evli düzenli cinsel ilişki öyküsü olan olgunun medikal hikâyesinde bir özellik yoktur. Olgunun yapılan bimanüel muayenesinde vajinal longitudinal septum mevcut olup, spekulum muayenesinde çift serviks izlenmiştir. Olguya bikollis uterus ve longitudinal vajinal septum ön tanısıyla histereskopi ve diagnostik laparoskopik planlanmıştır. Histereskopi sırasında çift serviks ve longitudinal vajinal septum izlenmiştir. histereskopi esnasında herhangi bir serviksten girildiği zaman, diğer serviksten sıvının geldiği görüldü (Resim 1). 2 kavitenin net ayrımını yapabilmek

için, Daha sonra bir servikse foley katater yerleştirildikten sonra, diğer servikse histereskopi yardımı ile girildiğinde, servikse tam inmeyen derin bir uterin septumla uterusun ayrıldığı, septumun servikse 1 cm uzaklıkta sonlandığı gözlemlendi. Histereskopik septum rezeksiyonu yapıldı. Daha sonra longitudinal vaginal septum rezeksiyonu edildi. Diagnostik laparoskopide uterin fundus olağan izlenmekte olup bilateral tubalardan geçiş olduğu gözlemlendi.

Resim 1

SONUÇ: Uterin didelfis genellikle iki uterin horn, iki serviks, ile karakterizedir. Bazı olgularda vaginal septum eşlik eder. Çift serviks olgularına, genelde bicornus uterus eşlik eder. Bizim olgumuz da, çift serviks ve beraberinde longitudinal vaginal septum olmasına rağmen uterus uzun bir septum ile ayrılmasına rağmen tek bir kavite şeklindedir. Olgumuz güncel veriler ışığında incelendiğinde herhangi bir sınıflandırmada yer almamaktadır.

Uzun bir parsiyel septum ile ayrılmasına rağmen, uterus fundus düz ve tek olması, bicollis uterus olması, longitudinal vaginal septum literatür taramasında daha önce görülmemiştir.

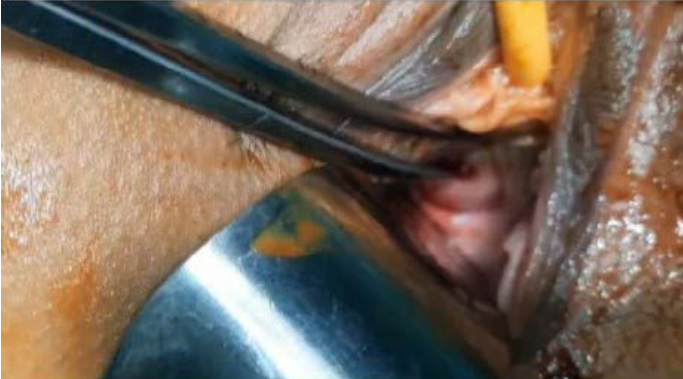
Olgumuzun mevcut muayene bulguları ile değerlendirildiğinde literatür taramasında benzerine rastlanmamış olup bu anlamda müllerian anomali sınıflandırmasına katkıda bulunacağını öngörmekteyiz.

Anahtar Kelimeler: bicollis, didelfis uterus, müllerian kanal anomalisi, vajinal septum

histereskopik



histereskopik



histereskopik



SS-19

Çok ileri yaş gebeliklerin maternal ve obstetrik sonuçları: retrospektif bir çalışma

Sadık Kükrer, Fikriye Işıl Adıgüzel
Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Adana Şehir Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Ana Bilim Dalı, Adana

AMAÇ: Çalışmamızda ileri ve çok ileri yaştaki gebeliklerin demografik ve obstetrik özelliklerini incelemeyi ve konu ile ilgili farkındalığı artırmayı amaçladık.

YÖNTEM: Haziran 2021 - Temmuz 2023 tarihleri arasında Adana Şehir Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum kliniğinde doğum yapmış 40 yaş ve üstü 623 hastanın verileri geriye dönük incelendi ve kayıt altına alındı.

BULGULAR: Kliniğimizde belirtilen tarihler arasında toplam 14558 sezaryen ile doğum ve 10815 vajinal yolla doğum gerçekleşmiştir. Kırk yaş altı doğum yapan hastaların yaş ortalaması $26,69 \pm 5,56$ yıl iken, 40 yaş ve üstü hastaların $41,64 \pm 2,22$ yıl olarak bulundu. Kırk yaş altındaki gebelerde sezaryen oranı % 56,7 iken 40 yaş ve üstü gebelerde sezaryen oranı % 75,3 olarak bulundu. Gestasyonel diabetes tanısı alan gebelerin % 37,3'si 40 yaş altı iken, % 62,7'si 40 yaş üstü gebelik olarak bulundu. Aynı şekilde preklemsi tanısı almış gebelerin % 88,5'i 40 yaş altı iken, %11,5'i 40 yaş ve üstü idi.

SONUÇ: Çok ileri yaştaki gebeliklerin perinatal ve maternal komplikasyonlara yol açması muhtemeldir ve bu nedenle olumsuz obstetrik sonuçlardan kaçınmak için bu hastalar dikkatle izlenmelidir.

Anahtar Kelimeler: ileri yaş gebelikler, çok ileri yaş gebelik, maternal sonuçlar, advers sonuçlar



1. Akdeniz Obstetrik ve Jinekoloji Kongresi

1st Mediterranean Obstetrics and Gynecology Congress

15-17 EYLÜL 2023, SHERATON GRAND HOTEL, ADANA

Hastaların demografik ve obstetrik özellikleri

	<40 yaş	≥ 40 yaş	p
Yaş (yıl) (mean ±SD)	26.69 ± 5.56	41.64 ± 2.22	< 0,05
Vücut kitle indeksi (kg/m ²) (mean ± SD)	30.34 ± 6.08	31.33 ± 6.24	0,498
Gebelik (median (25%-75%))	5 (4-6)	3 (1-5)	< 0,05
Parite (median (%25 - %75))	4 (4-6)	2 (1-5)	< 0,05
Sezaryen (%)	13933 (% 56,7)	623 (% 75,3)	< 0,05
Normal doğum (%)	10611 (% 43,3)	204 (% 24,6)	< 0,05
Preeklamsi (%)	223 (% 88,5)	29 (% 11,5)	< 0,05
Gestasyonel diabetes (%)	96 (% 37,3)	162 (% 62,7)	< 0,05

mean ± SD, frekans (%)

SS-20

Primer Dismenorede Manyetik Bandın Etkinliği

Oya Soylu Karapınar, Kenan Serdar Dolapçioğlu, Elif Nedime Tiryaki
Hatay Mustafa Kemal Üniversitesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, Hatay

AMAÇ: Çalışmamızda, primer dismenore tedavisinde NSAİİ ilaçlara bir alternatif olabilecek manyetik band kullanımının etkinliğini değerlendirmek amacıyla NSAİİ kullanan hastalarla, manyetik band kullanan hastaları karşılaştırmayı amaçladık.

MATERYAL-METOD: Çalışmamız Aralık 2020 – Temmuz 2021 tarihleri arası Mustafa Kemal Üniversitesi Araştırma Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniğine dismenore şikayeti ile başvuran hastalarda yapıldı. Hastalardan primer dismenore tanısı konulan 60 hasta rastgele 2 gruba ayrıldı. Çalışmada hastalar primer dismenore tanısı konmuş olup manyetik band (suprapubic bölgeye yapıştırılacak) tedavisi (Grup 1, n=30) ve NSAİİ (75 mg intramusküler) tedavisi alan (Grup 2, n=30), kişiler olarak ayrıldı. Manyetik band kullanan grup ağrı başladığında bandı suprapubic bölgeye yapıştırılacak ve 24 saat boyunca çıkarmayacak. Nsaii grubu ise ağrı başladığında 75 mg im enjeksiyon yaptıracak. Her iki grupta da 18-35 yaş arasındaki hastalar seçildi. Primer dismenore tanısı hastanın anamnezi ve herhangi organik bir patoloji olmaması ile teyit edildi. Son 24 saat içinde NSAİİ ilaçları kullandığını ifade eden hastalar çalışma dışı bırakıldı. Hastaların başlangıçtaki, VAS (vizüel analog skala) skorları, yaş, kanama miktarı, kanama süresi, dismenoreye eşlik eden semptomlar alt batında kramp, karın şişkinliği, irritabilite, depresyon, memelerde hassasiyet/ağrı, bel ağrısı, gastrointestinal hastalıklar, baş ağrısı, bacaklarda ödem/şişme, günlük aktivitelere ve iş yaşamına etkileri sorgulandı. Tüm gruplarda hastaların ağrı şiddeti VİZÜEL ANALOG SKALA kullanılarak değerlendirildi. Tedavi alma-

dan önceki ve tedavi sonrası VAS skorlarına bakıldı.

BULGULAR: Bant verilen grubun (grup I) şişkinlik, gis hastalıkları ve bacaklarda şişlik/ödem şikayetlerinin varlığı tedavi öncesi ve sonrasında hafif bir düzelme olsa da istatistiksel olarak farklılık saptanmamıştır (sırasıyla p=0,063-p=0,025 ve p=0,050). Bant verilen grupta kramp, irritabilite, depresyon, memelerde ağrı-hassasiyet, bel ağrısı, başağrısı ve günlük aktivitesi etkilemesi tedavi öncesi, tedavi sonrası ile karşılaştırıldığında anlamlı bir şekilde düzelme olduğu görüldü (p<0,05) Grup II 'de NSAİİ verilen grubun bacaklarda şişlik/ödem şikayetlerinin varlığı tedavi öncesi ve sonrasında hafif bir düzelme olsa da istatistiksel olarak farklılık saptanmamıştır (p=0,50). NSAİİ verilen grupta kramp, şişkinlik, gis hastalıkları, irritabilite, depresyon, memelerde ağrı/hassasiyet, bel ağrısı, başağrısı ve günlük aktivitesi etkilemesi tedavi öncesi, tedavi sonrası ile karşılaştırıldığında anlamlı bir şekilde düzelme olduğu görüldü (p<0,005)

TARTIŞMA: Primer dismenoreli hastalara yaklaşımda temel amaç, hastaların ağrılarında yeterli rahatlamının temin edilmesidir. İlk yaklaşım, sıcak uygulama ya da egzersiz gibi farmakolojik olmayan yöntemlerin denenmesini içerir. Hastanın semptomlarında düzelme olmaması durumunda uygulanacak farmakolojik yaklaşım ise hastanın bireysel ihtiyaçlarına göre belirlenir. Doğum kontrolü isteyen hastalar için hormonal tedavi daha faydalı iken, hormonal tedavi kullanmayı tercih etmeyen hastalarda NSAİİ'ler daha doğru bir seçimdir. Ancak, bazı durumlarda her iki tedavi seçeneğine birden başvurmak gerekebilir veya nonfarmakolojik yöntemleri de eklemek gerekebilir. Çalışmamızda kullandığımız manyetik band tek başına yada farmakolojik tedaviye ek olarak kullanılabilir. Bu çalışmada manyetik bandın tek başına NSAİİ'ler kadar etkin olduğu görülmüştür. Ve literatürde manyetik band ile ilgili çalışma olmadığından bu çalışma bir ilktir.

Anahtar Kelimeler: Dismenore, Manyetik Tape, Visual Analog scala

SS-21

Preterm Eylemin Servikovajinal Sıvıda Fetal Fibronektin Seviyesi ve Ultrasonografide Servikal Uzunluk ile İlişkisi

Anıl Arpacı, Oya Soylu Karapınar
Hatay Mustafa Kemal Üniversitesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, Hatay

AMAÇ: 24-34. gebelik haftalarında yapılan muayenesinde erken doğum riski tespit edilmiş hastaların fetal fibronektin tayini ve transvajinal ultrasonografi yardımıyla ölçülen servikal uzunluğun birlikte kullanımı arasındaki uyum ve bunun sonucuna göre artmış erken doğum riskine sahip hastalar tanımlandı.



1. Akdeniz Obstetrik ve Jinekoloji Kongresi

1st Mediterranean Obstetrics and Gynecology Congress

15-17 EYLÜL 2023, SHERATON GRAND HOTEL, ADANA

ARAÇLAR ve YÖNTEM: Bu doğrultuda 2021 Mayıs- 2022 Mayıs tarihleri arasında Mustafa Kemal Üniversitesi Eğitim Araştırma Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum polikliniğine başvuran hastalardan 40 hasta çalışmaya dahil edildi. Hastaların VKİ, gebelik sayısı, bishop skorları, parite, doğum şekli, sigara kullanımı sorgulandı. Bu doğrultuda bir swap yardımıyla vajinal sekresyonda alınan sıvı ELISA yöntemi kullanılarak fibronektin sonuçları değerlendirildi. Servikal uzunlukları ise 25 mm ve altı, 25- 30 mm arası ve 30 mm ve üstü olarak istatistiksel verilerde incelendi.

BULGULAR: Bu bulgular sonucunda fFN ve servikal uzunluk arasındaki ilişkiye bakıldığında; fFN pozitif hastalar için servikal uzunluğu 25 mm ve altı olan hastaların preterm doğum oranı % 100 olarak saptanmış iken servikal uzunlukları 25 mm ve 30 mm arası olan hastaların erken doğum oranı % 77, 8 olarak belirlenmiştir. Ayrıca fFN pozitif hastaların servikal uzunlukları 30 mm ve üstü olan hastaların preterm eylem oranı % 78,57 olarak belirlenmiştir. **SONUÇ:** Fetal fibronektin sonuçları ve servikal uzunlukları göz önünde bulundurulduğunda servikal uzunlukları 25 mm ve altı olan hastaların tamamı fFN testi pozitif bulunmuş ve bu iki değer arasında güçlü bir bağlantı kuruldu. Fakat servikal uzunlukları normal olup fFN testi pozitif olan hastaların oranı da yüksek bulunmuştur. Fetal fibronektin pozitifliği servikal uzunluk oranına göre preterm doğum olasılığını belirlemede daha yüksek hassasiyete sahip olduğu tespit edilmiştir.

Anahtar Kelimeler: Anahtar Kelime: Fetal Fibronektin, Preterm Eylem, Servikal Uzunluk

SS-22

Uteroservikal Açık Ölçümünün İkinci Trimester Spontan Düşüklerini Öngörmedeki Etkinliği

Oya Soylu Karapınar¹, Ahmet Beyazıt¹, Bircan Kara², Rahime Nida Bayık³, Arif Güngören¹

¹Hatay Mustafa Kemal Üniversitesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, Hatay

²Hatay Mustafa Kemal Üniversitesi, Sağlık Uygulama ve Araştırma Hastanesi, Hatay

³Nişantaşı Üniversitesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, İstanbul

AMAÇ: Bu çalışmada birinci trimester gebelerde servikal uzunluk ve uteroservikal açı ölçümü yapmak ve ikinci trimester spontan düşüklerini öngörmedeki etkinliğini değerlendirmek amaçlanmıştır.

MATERYAL-METOD: Çalışmada basit rastgele örnekleme yöntemlerinden ölçüt örnekleme yöntemi kullanılmış ve veriler 2020 yılı Ocak ile 2021 Ocak ayları arasında

polikliniğe başvuran hastalardan elde edilmiştir. Polikliniğe başvuran birinci trimesterdaki tekil gebelerde uygulanan rutin ultrasonografik incelemede fetusta kalp atışı görülen ve herhangi bir anomalisi olmayan hastalarda önce servikal uzunluk ölçüldü ve ardından uteroservikal açı ölçümü yapıldı. Ardından hastalar gebelikleri boyunca takip edilerek gebelik sürecinde gelişen düşükler ve doğum bilgileri kaydedildi. Uteroservikal açı değerlendirmesinde hastalar (105 derece yukarıda, 105 derece altı) kendi içinde ayrıca değerlendirildi.

BULGULAR: Abort görülmeyen hastaların %71,6' sında bu açının yine 105 derece üzerinde olduğu bulundu. uteroservikal açı genişliği 105 üstü olan gebelerdeki yaş ortalamasının yüksek olduğu görülmüştür. Bununla birlikte servikal açı genişliğinin 105 ve üzeri olan gebelerde gravida sayısının daha yüksek olduğu saptandı. Bu durumda gebelik yaşı ileri ve gravida sayısı fazla olan gebelerde açı genişliğinin arttığı söylenebilir.

SONUÇ: Bu durumda uteroservikal açı genişliğinin 105 derece üstünde olmasının gebelikte 2. trimesterde spontan abortus olma durumunu etkilemediği söylenebilir. Bunun sebebinin spontan düşüklere açı genişliği dışında diğer faktörlerin ve hasta özelliklerinin etkili olduğu düşünülmektedir. Bununla birlikte bu çalışmanın spontan düşüklere değerlendirildiği uteroservikal açı ile ilgili ilk çalışma olduğu söylenebilir.

Anahtar Kelimeler: Abortus, servikal uzunluk, uteroservikal açı

SS-23

Oosit Kriyoprezervasyon Amacı IVF Yapılan Endometriomalı Bekar Kadınlarda Vajinal Ultrason Probu ile Transabdominal Oosit Toplanması Etkinliği ve Güvenliği

Meltem Sönmezer

Ankara Ticaret Merkezi, Özel Muayenehane

AMAÇ: Endometrioması olan bekar kadınlarda oosit kriyoprezervasyon amacı ile yapılan IVF'te transabdominal oosit toplanmasının etkinliği ve güvenliğini araştırmak **Materyal ve YÖNTEM:** Bu retrospektif kohort çalışmada endometrioması olan 13 bekar hastada oosit kriyoprezervasyonu amacı ile transabdominal oosit toplanmasının etkinliği ve güvenliği araştırılmıştır. Hastaların demografik özellikleri, serum AMH değeri, 3. gün serum FSH, LH, estradiol ve progesteron değerleri ile antral folikül sayıları kayıt edilmiştir. Çalışmanın ana amacı olarak toplanan oosit sayısı, metafaz 2 oosit sayısı, folikül-oosit indeksi ve komplikasyon oranları belirlenirken, ikincil amaç olarak ise stimülasyon süresi ve toplam kullanılan gonadot-



1. Akdeniz Obstetrik ve Jinekoloji Kongresi

1st Mediterranean Obstetrics and Gynecology Congress

15-17 EYLÜL 2023, SHERATON GRAND HOTEL, ADANA

ropin miktarı belirlenmiştir.

SONUÇLAR: Çalışmaya dahil edilen hastaların ortalama yaşı 32,7+/-8,5, ortalama vücut kitle indeksi 25,4+/-2.2 olarak hesaplandı. Ortalama endometrioma boyutu 48,1+/-23,6 mm, ortalama serum AMH düzeyi 0.62+/-0.32 ng/ml, ortalama 3. gün serum FSH düzeyi 9,3+/-2,4 IU/ml, serum estradiol düzeyi 60,0+/-28,6 pg/ml ve ortalama antral folikül sayısı 6,02+/-2,92 olarak hesaplandı. Ortalama değerler olarak; simülasyon süresi 8,5+/-1,98, toplam kullanılan gonadotropin miktarı 1659+/-546 ünite, ortalama işlem süresi 8.3+/-3.9 dk., toplanan oosit sayısı 5,5+/-3.1 ve dondurulan olgun oosit sayısı 4,15+/-2.23 olarak saptandı. Ortalama folikül oosit indeksi ise 0,93+/-0,17 olarak hesaplandı. Hastaların hiçbirinde majör bir komplikasyon oluşmadı, sadece bir hastada 6 saatlik hastane yatışı gerektiren şiddetli pelvik ağrı oluştu. Karar: Endometrioma nedeni ile oosit kriyoprezervasyonu yapılan bekar hastalarda transabdominal oosit toplanması etkin ve güvenilir bir yöntemdir. Ancak işlemin etkinliği ve güvenilirliği ile ilişkili daha kesin bir karar vermek için geniş hasta sayılarının dahil edildiği vajinal ve abdominal yöntemin karşılaştırıldığı ileri çalışmalara gerek vardır

Anahtar Kelimeler: endometriosis, kriyoprezervasyonu, abdominal oosit toplanması

Hastaların demografik özellikleri ve bazal hormonların değerlendirilmesi

Değişken	Ortalama	Aralık
Yaş (yıl)	32,7+/-8,5	21-44
VKİ (kg/m ²)	25,4+/-2.2	23,7-29,4
AMH (ng/ml)	0.62+/-0.32	0,24-1,04
3. gün FSH (IU/mL)	9,3+/-2,4	4,6-13
3. gün estradiol (pg/ml)	60,03+/-28,6	24-109
AFC (n)	6,02+/-2,92	1-11
Endometrioma boyutu (mm)	48,1+/-23,6	22-100

Overyan stimülasyon sonuçları

Değişken	Ortalama	Aralık
Tetikleme günü >12 mm folikül sayısı (n)	5,75+/-3,1	1-10
Toplam gonadotropin kullanımı (ünite)	1659+/-546	750-2475
Stimülasyon süresi (gün)	8,5+/-1,98	5-12
İşlem süresi (dk)	8.3+/-3.9	2-14
Toplanan oosit (n)	5,5+/-3.1	2-11
Dondurulan olgun oosit (n)	4,1+/-2,2	1-9

SS-24

Radikal Histerektomi Sonrası Gelişen Üreter Fistülünde Nefrostomi ve Anterograd Üreter Katateri Uygulaması ile Fistül Tedavisi - Vaka Sunumu

Hasan Turan¹, Mürşide Çevikoğlu Kılıç², Şevki Gökşun Gökulu², Alptuğ Özen³

¹Mersin Şehir Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği, Jinekolojik Onkoloji Bölümü

²Mersin Üniversitesi Kadın Hastalıkları ve Doğum AD, Jinekolojik Onkoloji BD

³Mersin Şehir Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Radyoloji Kliniği, Girişimsel Radyoloji Bölümü

59y, p2(nsd) postmenopozal kanama nedeniyle başvuran hasta muayenesinde servikste kitle izlenmesi üzerine biyopsi yapılmış, smear ve Hpv-DNA testi alınarak jinekolojik onkolojiye refere edilmiş. Kronik hastalık, sürekli ilaç kullanımı ve geçirilmiş operasyon öyküsü olmayan hastanın muayenesinde serviks saat 12 hizasından kaynaklı, yaklaşık 2cm çapında ekzofitik tümoral kitle görüldü. Bimanuel tuşede; uterus mobil, vajinal forniksler ve parametriumlar serbest izlendi. TVUS'de endometrium ince ve düzenli, servikste 23*20 mm kitlesel imaj mevcut, adeneksler doğal olup serbest sıvı izlenmedi. Hastanın biyopsi sonucu skuamöz hücreli karsinom(SHK), smear:HSIL, Hpv-DNA:HPV 16(+) olarak raporlanan hastanın pelvik MR'ında servikste İVKM sonrasında yaklaşık 17x15mm boyutlarında nodüler kontrast tutulumu izlenmiş, pelvik bölgede patolojik boyut-görünümde LAP izlenmemiş: pararektal yağlı planlar açık, PET-BT'de serviks düzeyinde 20*18 mm alanda artmış F-18FDG tutulumu(-SUVmax:8,86) görülmüş olup primer tümör alanı? lehine yorumlanmıştır. Vücudun diğer kesimlerinde FDG dağılımı normal fizyolojik sınırlar içerisinde. Hastaya tip3 histerektomi+BSO+sentinel lenf nodu(SLN) haritlandırılması+SLN frozen inceleme+pelvik paraaortik lenfadenektomi operasyonu yapılmış olup (SLN 0/2 frozen ve sonrasında ultrastaging nonmetastatik), final patoloji SHK, nonkeratinize tip, grade2, 2,5x2x1,5cm, servikal stromal invazyon<%50, evre1b2, LVAI, parametrial,perinöral tutulum negatif, pelvik+ paraaortik lenf nodları nonmetastatik) olarak raporlanmıştır. Batın dreni postoperatif 3.gün, mesane sondası postoperatif 5.gün çekildi, herhangi bir şikayeti olmayan hasta postoperatif 7.gün taburcu edildi.

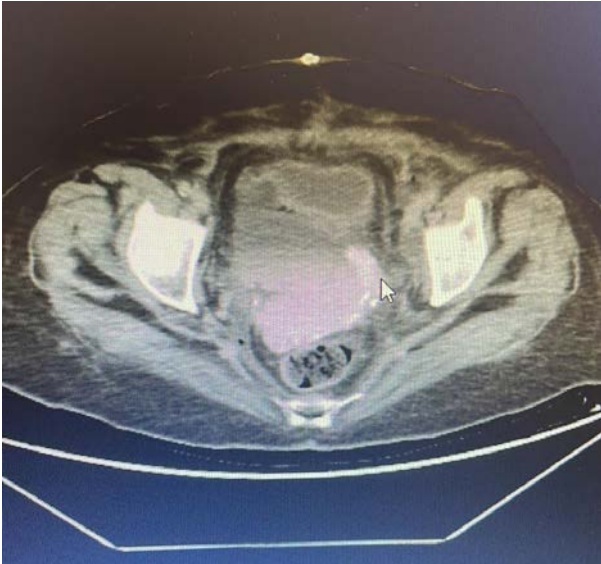
Hasta postoperatif 12.günde vajinadan sıvı gelmesi şikayetiyle başvurdu. Spekulum muayenesinde vajende sıvı göllenmesi, vajinal kaftan sıvı akışı izlendi, numune alınarak üre,kretinin değerleri bakıldı. Sadece TVUS'de pelviste az miktarda serbest sıvı mevcuttu, TAUS'de renal dilatasyon izlenmedi. Mesane metilen mavisi ile doldurularak tampon testi yapıldı, mesaneden kaçak izlenmedi. İnterne edilen hastanın tüm batın BT (görüntü1) ve BT ürografide (video1) sol üreter distal kısımda peritoneal

kaviteye kontrast madde ekstravazyonu olduğu görüldü, erken ve geç faz görüntüleri ureter fistülü ile uyumlu bulundu. Üroloji konsültasyonu sonrası sistoskopiyle doubleJ kateteri denendi, başarısız girişim üzerine girişimsel radyoloji tarafından sol nefrostomi uygulandı; kontrastlı çekimlerde fistül alanı izlendi, aynı seansta anterograd olarak nefrostomiden mesaneye 8F ureter kateteri yerleştirildi. 1.ay sonunda nefrostomiden kontrast madde verilerek fistül kontrolü yapıldı, kısmen kapandığı ancak peritoneal geçişin az da olsa devam ettiği izlendi. 2.ay kontrolünde batına kontrast madde geçişi izlenmedi, fistülün kapanması üzerine nefrostomi kateteri çekildi, ureter kateteri bırakıldı. 3.ay kontrolünde sistoskopi ile ureter kateteri çekildi. Kontrol BT'de fistül bulgusu izlenmedi.

Kadınlarda pelvik cerrahiyle ilişkili üriner hasarın çoğunluğu mesane ilişkili olup, insidansı %0,3-4 arasındadır. Hastaların %2.4'e varan kısmı, histerektomi ile ilişkili üriner sistem yaralanmasından sonra eş zamanlı ürolojik müdahale gerektirebilir. Fark edilebilen ve edilemeyen ureter yaralanmaları önemli morbidite ve mortalite nedenidir. Esasen yaralanmanın önlenmesi idealdir; birincil yaklaşım dikkatli cerrahi diseksiyon ve idrar yolu yapılarının cerrahi alan içindeki pozisyonunun bilinmesidir. Her türlü çabaya rağmen bir yaralanma meydana gelirse, ameliyat sonrası sekelleri en aza indirmek ve hasta sonuçlarını optimize etmek için ilgili klinisyen görüşü alınması, intraoperatif tanı ve tedavi tercih edilebilir. Üreteral yaralanmanın en yaygın nedeni elektrocerrahiyken(%33), mekanik hasar ve devaskularizasyon izler. Postoperatif ödem, iltihaplanma, hematoma, enfeksiyon, apse oluşumu, iskemi-nekroz gibi fizyolojik ve patolojik süreçler de üriner sistem yaralanmasına neden olabilir veya yaralanmayı şiddetlendirebilir. Termal yaralanmaların klinik bulgu vermesi için standart bir süre olmaması nedeniyle akla gelmesi önemlidir ve multidisipliner yönetimi, hasta konforunun sekelsiz dönüşünden hayati öneme kadar değişen düzeyde katkı sağlar.

Anahtar Kelimeler: elektrocerrahi termal hasar, jinekolojik cerrahi komplikasyonu, nefrostomi, radikal histerektomi, serviks kanseri, ureter fistülü.

Görüntü 1



Üreter fistülü, BT görüntüsü

SS-25

Transobturator tape uygulanan hastaların uzun dönem sonuçlarının değerlendirilmesi

Ezgi Aygün, Rahime Şen Kına, Türkan Muhlis, Nefise Tanrıdan Okcu

Adana Şehir Eğitim ve Araştırma Hastanesi

GİRİŞ: Üriner inkontinans istemsiz idrar kaçırmaya olarak tanımlanmaktadır. Yapılan çalışmalarda Türkiye'de bu oran %16,4-%49,7 olarak değişkenlik göstermektedir. Stres üriner inkontinans (SÜİ) ise karın içi basıncındaki artışın üretral kapanma basıncını aştığı ve istemsiz idrar kaçağına verilen tanıdır. Tedavi kilo verilmesi, pelvik kas egzersizi veya cerrahi ile üretral kapanmayı artırmayı amaçlar. Cerrahi yöntemlerden birisi transobturator tape prosedürleridir. Çalışmamızda hastanemizde Transobturator tape uygulaması yapılan hastaların uzun dönem sonuçlarının ve yaşam kalitesinin değerlendirilmesi amaçlandı.

YÖNTEM: Çalışmamızda hastanemizde 2017-2020 yılları arasında SUI şikâyeti ile başvurmuş sonrasında Transobturator tape((TOT) uygulanmış hastalara elektronik kayıtlardan ulaşıldı. Bu hastalar operasyon üzerinden en az 24 en fazla 65 ay geçmiş hastalardı. Hastalara telefon ile ulaşılarak telefon ile veya başvurabilen hastalara hastanemizde yaşam kalitesinin değerlendirilmesi için UDI-6 (Ürogenital Distres Envanteri) anketleri kullanıldı. Hastaların cerrahi sonrası yaşam kalitesini etkileyebilecek kronik hastalık, kilo alımı, sigara, egzersiz vb. ek faktörler değerlendirildi.

BULGULAR: Operasyon sonrası malignite geçiren 2 hasta çalışma dışında bırakıldı. Çalışmaya 82 hasta dahil edildi. Dahil olan hastalarda operasyon süresi 36 ay altında olan hastalarda UDI-6 skorlamaları düşük iken, operasyon süresi 36-48 ayı geçenlerde artmış UDI-6 skorları saptandı. 48 ayı geçen hastaların şikayetlerinde ise anlamlı bir değişim izlenmedi ($\chi^2=8,290$; $p=0,016$). Hastaların post operatif yaşam kalitesini kronik hastalığı olan grup ve kronik hastalığı olmayan grup olarak iki gruba ayırdığımızda uzun dönemde inkontinans şikayetlerinin tekrarlaması kronik hastalığı olan grupta anlamlı yüksek bulundu ($Z=-3,082$; $p=0,002$).

SONUÇ: Stres üriner inkontinans yaşam kalitesini düşüren bir hastalıktır. Hastalığın teşhisi en önemli adımdır. Hastaların farkındalıkları artırılarak poliklinik muayenesine yönlendirilmelidir. Hastalığın tedavisinde TOT cerrahisinin kullanılması ilk seçenekler arasında yer almaktadır. Fakat TOT operasyonu ilk 24-36 ay başarı oranı yüksekken operasyon sonrası 48 aya kadar şikayetlerde tekrarlamaya izlenmektedir. Bu durumu provoke eden anlamlı bulgu kronik hastalıkların varlığıdır. Operasyon üzerinden 48 ay üzeri zaman geçiren grupların şikayeti logaritmik artış yerine plato çizmekte şikayetlerin geri dönüşü en sık 36-48 ay aralığında olmaktadır.

Anahtar Kelimeler: Stres Üriner İnkontinans, Transobturator Tape, Ürogenital Distres Envanteri



1. Akdeniz Obstetrik ve Jinekoloji Kongresi

1st Mediterranean Obstetrics and Gynecology Congress

15-17 EYLÜL 2023, SHERATON GRAND HOTEL, ADANA

Operasyon sürelerine göre UDİ-6 skorlarının karşılaştırılması

Operasyon süresi grupları	Hasta Sayısı (N)	UDI-6 (Ort ± SS)	Medyan	İstatistiksel analiz* Olasılık
<36 ay (1.grup)	32	4,62±3,37	4,0 [4,0]	$\chi^2=8,290$ $p=0,016$ [1-2,3]
36-48 ay (2.grup)	18	7,33±4,27	7,0 [5,5]	$\chi^2=8,290$ $p=0,016$ [1-2,3]
>48 ay (3.grup)	32	7,09±4,21	6,0 [4,8]	$\chi^2=8,290$ $p=0,016$ [1-2,3]

*Normal dağılıma sahip olmayan verilerde iki bağımsız grubun ölçüm değerleriyle karşılaştırılmasında "Mann-Whitney U" test (Z-tablo değeri); üç veya daha fazla bağımsız grubun ölçüm değerleriyle karşılaştırılmasında "Kruskal-Wallis H" test (χ^2 -tablo değeri) istatistikleri kullanılmıştır.

SS-26

Gestasyonel diyabeti olan ve olmayan gebelerde maternal metabolik faktörlerin ve lipid profillerinin yenidoğan kilosuna etkisinin karşılaştırılması

Lutfiye Uygur

Sağlık Bilimleri Üniversitesi Zeynep Kamil Kadın ve Çocuk Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Perinatoloji Kliniği

GİRİŞ: Bu çalışmanın amacı gestasyonel diyabeti olan ve normal glukoz toleransı olan gebeliklerde maternal metabolik sendrom parametrelerinin ve lipid profillerinin fetal büyüme üzerine etkisini araştırmaktır. İkinci amaç, gestasyonel diyabetli ve normal glukoz toleransına sahip gebelerin metabolik profillerini karşılaştırmaktır.

YÖNTEM: Gebeliğin başından itibaren hastanemizde takip edilmekte olan gebeler oral glukoz tolerans testi için başvurduklarında çalışmaya alındı ve prospektif olarak takip edildi. Bu gebeler 24-28. haftalar arasında serum lipid profili dahil üzere metabolik sendrom parametreleri açısından değerlendirildiler. Gestasyonel diyabet tanısı alan grup ile normal glukoz toleransı olanlar obezite, hipertansiyon, serum lipid profili ve yenidoğan doğum ağırlığı açısından karşılaştırıldı. Hipertrigliseridemik ve normotrigliseridemik hastalar, her iki grupta (diyabetik ve non- diyabetik) maternal metabolik sendrom kriterleri ve yenidoğan doğum ağırlığı açısından karşılaştırıldı.

BULGULAR: Diyabetik gebelerde vücut kitle indeksi ve trigliserit düzeyleri diyabetik olmayanlara göre anlamlı olarak daha yüksek ve HDL düzeyleri daha düşüktü ($p<0.001$). Hipertansiyon oranı da daha yüksekti; ancak, istatistiksel olarak anlamlı değildi ($p=0.09$)(Tablo 1). Di-

yabetik gruptaki hipertrigliseridemili gebeler daha yüksek vücut kitle indeksi ($p=0.001$), HbA1c düzeyine sahipti ($p=0.013$). Neonatal doğum ağırlığı da diyabetik hastalardaki hipertrigliseridemik grupta daha yüksekti, ancak istatistiksel anlamlılığa ulaşmamıştı ($p=0.07$) (Tablo 2). Diyabetik olmayan hastalarda hipertrigliseridemi neonatal doğum ağırlığını etkilemedi ($p=0.761$) (Tablo 3). Obezite, yüksek HbA1c, yüksek trigliserit seviyeleri ve düşük HDL seviyeleri, gestasyonel diyabette fetal makrozomiye yol açan parametrelerdi (Şekil 1).

SONUÇ: Makrozominin tek mekanizması fetüse doğru glukoz birikiminin artması değildir. Metabolik sendrom parametreleri eş zamanlı olarak fetal büyümeyi etkiler. Diyabetik kadınlar metabolik sendrom bağlamında değerlendirilmelidir.

Anahtar Kelimeler: Gestasyonel diyabet, metabolik sendrom, makrozomi

Şekil 1

Univariate analysis			
	β	Standard error	p
Age	13.6	12.3	0.272
BMI	45.4	12.4	0.000
Prepregnancy weight	19.1	4.5	0.000
Final maternal weight	19.6	4.2	0.000
Total maternal weight gain	17.5	12.8	0.176
TG	1.8	0.7	0.008
LDL	-2.4	1.2	0.044
HDL	-8.8	3.7	0.020
Total cholesterol	-3.6	1.2	0.005
HbA1c	365.6	66.2	0.000
History of macrosomia	687.9	124.6	0.000
Hypertension	115.1	168.5	0.496
Smoking	108.4	257.8	0.675
GA at birth	-25.9	50.9	0.612

BMI: body mass index, TG: triglyceride, LDL: low-density lipoprotein, HDL: high density lipoprotein, GA: gestational age, β : standard error, p: significance value

Şekil 1: Gestasyonel diyabetli hastalarda yenidoğan doğum ağırlığını etkileyen faktörler

Gestasyonel diyabetli hastalarda yenidoğan doğum ağırlığını etkileyen faktörler

Tablo 1

	NGT (n=93)	GDM (n=83)	
TG (mg/dl)	181.1 ± 62.8 176 (80-375)	245.1 ± 90.1 226 (115-522)	<0.001
LDL (mg/dl)	135.5 ± 41.8 130 (60-305)	124.3 ± 52.0 116 (33-420)	0.121
Total cholesterol (mg/dl)	250.4 ± 45.6 245 (155- 392)	226.0 ± 47.8 226 (66-342)	0.001
HDL (mg/dl)	81.4 ± 21.2 78 (47-187)	59.6 ± 16.0 59 (33-107)	<0.001
HbA1c (%)		5.7 ± 0.8 6 (5-10)	
HDP	7 (7.5%)	13 (15.7%)	0.090

NGT ve GDM gruplarında lipid profili, HbA1c ve hipertansif hastalık oranları.



1. Akdeniz Obstetrik ve Jinekoloji Kongresi

1st Mediterranean Obstetrics and Gynecology Congress

15-17 EYLÜL 2023, SHERATON GRAND HOTEL, ADANA

Tablo 2

	TG < 200 (n=26)	TG ≥ 200 (n=57)	p
Yaş	31.9 ± 5.6 32 (19-42)	33.4 ± 4.6 33 (23-42)	0.200
BMI	25.1 ± 3.2 25 (20-32)	28.4 ± 4.8 27 (20-41)	0.001
Gebelikte alınan toplam kilo	12.6 ± 4 14 (6-22)	14.1 ± 5 14 (6-30)	0.194
HbA1c (%)	5.4 ± 0.5 5 (5-6)	5.8 ± 0.9 6 (5-10)	0.013
Neonatal doğum kilosu	3492 ± 368 3510 (2890-4020)	3725 ± 612 3700 (2340- 5390)	0.077
LGA oranı	10 (38.5%)	26 (45.6%)	0.779
Gebeliğin hipertansif hastalıkları	2 (7.7%)	11 (19.3%)	0.177

Gestasyonel diyabetli hastalarda hipertrigliseridemik gruba normal trigliseridli grubun maternal ve neonatal sonuçlarının karşılaştırması

Tablo 3

	TG < 200 (n=67)	TG ≥ 200 (n=26)	p
Yaş	27.3 ± 5.6 27 (19-39)	30.7 ± 5.5 32 (21-39)	0.009
BMI	23.1 ± 4.3 23 (17-37)	25.5 ± 4.1 25 (19-37)	0.012
Toplam kilo akımı	16.7 ± 5.4 18 (4-30)	14.0 ± 6.3 14 (0-28)	0.037
Neonatal doğum ağırlığı	3417 ± 370 3450 (2650-4330)	3441 ± 330 3500 (2580- 4100)	0.761
LGA oranı	8 (12.3%)	5 (17.9%)	0.479
Gebeliğin hipertansif hastalıkları	3 (4.6%)	4 (14.3%)	0.105

NGT hastalarında hipertrigliseridemik ve normotrigliseridemik grupların karşılaştırılması.

SS-27

6 şubat depremleri sonrası kliniğimizde gerçekleşen vajinal doğumlar

Hasan Cem Sevindik, Retibe Gök, Ali Tümkaya, Mehmet Koçoğlu, Çiğdem Dersuneli, Ezgi Batman Göbelek, Gizem Bulut, Melike Mavruk, Ahmet Beyazıt
Hatay Mustafa Kemal Üniversitesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Ana Bilim Dalı, Hatay

6 Şubat 2023 tarihinde yaşanan asrın felaketinde en çok etkilenen Hatay ilinde; kliniğimiz Mustafa Kemal Üniversitesi Kadın Hastalıkları ve Doğum bölümünde deprem sonrası yapılan doğumlar bu sunumda ele alınmıştır. Deprem saatinden önce travayda takip edilen 2 hasta ve deprem sonrası acile başvuran 7 hasta olmak üzere ilk 24 saatte toplam 9 normal vajinal doğum gerçekleştirilmiştir. Doğumhane ve servisin depremde hasar görmesi nedeniyle doğumlar acil serviste hasta yatağında gerçekleştirilmiştir. Yapılan doğumların hepsi term olup; 1 tanesi ikiz gebelik, 2 tanesi ise sezaryen sonrası normal vajinal doğumdur. Amelyathanenin kullanılamaz durumda olmasından ötürü eski sezaryenli hastalarda vajinal doğum yaptırılmıştır. Yapılan doğumların hepsi baş geliş olup ortalama Apgar skoru 8.2 (min 7- max 9) olarak belirlenmiştir. Sezaryen sonrası vajinal doğum yapan 2 gebenin bebeklerinin apgar skorunun daha düşük olduğu izlenmiştir. Bebeklerin hepsi anne yanına verilmiştir; yoğun bakım ve Cpap ihtiyacı olmamıştır. Sevk zincirinin bozulmuş olması ve şehirde aktif olarak tek çalışan hastane olarak depremedelere hizmet veren acil serviste postpartum takip yapılamamıştır. Hastalara acil durumlar anlatılıp taburcu edilmiştir. Hastalardan hiçbirinin acil servise geri başvurusu olmamıştır.

Anahtar Kelimeler: Deprem, vajinal doğum, SSVD

Doğum Yapan Hastaların Özellikleri

Hasta	Yaş	Gravida	Parite	Prezentasyon	Apgar	Önceki Doğum Şekli
Hasta 1	22	2	1	Baş	8	NVD
Hasta 2	29	3	2	Baş	7	C/S
Hasta 3	30	1	0	Baş	9	-
Hasta 4	34	4	2	Baş	7	C/S
Hasta 5	24	2	1	Baş	8	NVD
Hasta 6	37	5	4	Baş	9	NVD
Hasta 7	29	1	0	Baş	9	-
Hasta 8	32	3	2	Baş/Transvers	8/8	NVD
Hasta 9	35	4	3	Baş	9	NVD



1. Akdeniz Obstetrik ve Jinekoloji Kongresi

1st Mediterranean Obstetrics and Gynecology Congress

15-17 EYLÜL 2023, SHERATON GRAND HOTEL, ADANA

SS-28

Bilinen myomektomi öyküsü bulunmayan hastada dissemine leiomyomatozis

erhan şimsek, DİDEM ALKAŞ YAĞINÇ, Gülşen Doğan Durdağ, Hüsnü Çelik
Başkent Üniversitesi Adana Dr. Turgut Noyan Uygulama ve Araştırma Merkezi, Adana

GİRİŞ: Dissemine peritoneal leiomyomatozis ilk kez 1952 yılında tanımlanmıştır. Oldukça nadir görülen bu benign durum, peritoneal yüzeylere yayılmış çok sayıda myom nüvesi ile karakterizedir. İatrojenik (geçirilmiş myomektomiye sekonder ya da morselasyon kullanımı ile), hormonol etki, genetik ve mezenkimal kök hücre metaplazisi nedenleri ile oluştuğu düşünülmektedir. Tanıda gastrointestinal stromal tümörler (GIST) ya da mezoteliyoma ile karışabilir. Literatürde nadir görülmesi nedeni ile yönetimi konusunda net bir konsensus bulunmamaktadır. Yapılacak tedavide hastanın fertilitasını tamamlaması önemli bir kriterdir. Sadece myomektomi yapılabileceği gibi, tutulum izlenen alanlara göre histerektomi, salpingo ooferektomi, omentektomi ve peritonektomi de yapılabilir. Medikal tedavisinde gonodotropin serbesleştirici hormon agonistleri, aromataz inhibitörleri, ulipristal asetat verilebilir. Tekrarlama ve malign dejenerasyona uğrama eğilimi vardır.

YÖNTEM: 37 yaşında G2P2Y2 olan, bilinen myomektomi öyküsü olmayan dissemine peritoneal leiomyomatozis olgusu sunulmuştur.

BULGULAR: Hasta jinekolojik kontroller sırasında izlenen myomlar nedeni ile refere edilmiştir. Hastaya yapılan ultrasonografide en büyükleri uterus posteriorunda 7 cm paraziter olmak üzere birkaç adet myom izlenmiş ve myomektomi kararı verilmiştir. Laparoskopisi sırasında izlenen yaygın peritoneal tutulum nedeni ile lezyonlardan biyopsiler alınmış ve nihai patoloji sonucu beklenmiştir. Patoloji sonucu peritoneal leiomyomatozis ile uyumlu olması üzerine hastaya ikinci seans cerrahi yapılmıştır. Hastanın patoloji sonucu leiomyomatozis ile uyumlu gelmiştir. Tümör hücre nekrozu, atipi/mitotik etkinlik artışı saptanmamıştır. Yapılan immunhistokimyasal incelemede düz kas aktini antikoruna, desmin, kaldesmon pozitif izlenmiş olup p16 antikoruna negatiftir. Patoloji verileri üzerine hastaya ikinci seans cerrahisi planlanmıştır. Fertilitasını tamamlamış olan hastaya histerektomi, sağ salpingo ooferektomi, total omentektomi ve peritoneal yüzeylerden myomektomi yapılmıştır. Patoloji sonucu dissemine peritoneal leiomyomatozis ile uyumlu gelmiştir. Hastaya postop gonodotropin serbesleştirici hormon agonisti verilmesi planlanmıştır.

SONUÇ: Dissemine peritoneal leiomyomatozis oldukça nadir görülen benign bir düz kas tümörüdür. Günümüzde artan myomektomiler nedeni ile olguların çoğunluğu iatrojeniktir. Vakaların nadir olması nedeni ile yönetimleri hastaya özgüdür.

Anahtar Kelimeler: dissemine peritoneal leiomyomatozis, iatrojenik, myomektomi

SS-29

Manyetik Rezonans Görüntülemeye Endometrial Malignite ile Karıştırılan Dev Postmenopozal Endometrial Polip Olgusu

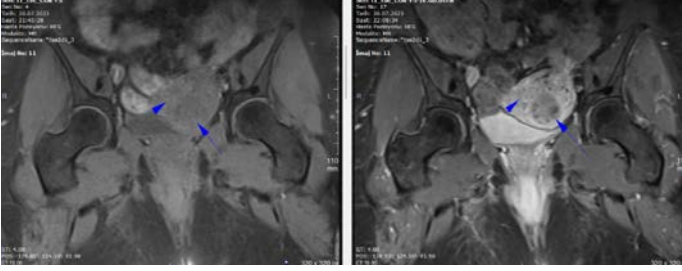
Duygu Alime Almalı

Özel Sanko Üniversitesi Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Ana Bilim Dalı, Gaziantep

AMAÇ: Endometriyal polipler, endometriyal bezlerin ve stromanın uterus boşluğu boyunca lokalize aşırı büyümesidir. Menopoz sonrası kanama, kısırlık ve menoraji ile ilişkilidirler. Dengesiz östrojen tedavisinden veya artan tamoksifen maruziyet sıklığından etkilenirler. Herhangi bir hormon ve ilaç tedavisi almadan oluşan, postmenopozal kanama ile bulgu veren dev polip vakası Manyetik Rezonans (MR) ile görüntülemeye malignite ile karışmış ve klinisyeni yanıltmıştır. Vakadaki bilgiler ışığında klinisyenler arasında farkındalık oluşturmak adına bu sunum planlanmıştır. **OLGU:** 66 yaşında, gravidası 2, paritesi 2 ve normal vajinal doğum öyküsü olan hasta postmenopozal kanama şikayeti ile tarafımıza başvurdu. Tip 2 Diyabet dışında bir ek hastalığı olmayan hasta yalnızca oral antidiyabetik ajan kullanmaktaydı. Vücut kitle indeksi 35 kg/m² tespit edildi. Yapılan ultrasonografik incelemede endometriumda fokal kistik alanlar içeren, 30 mm'ye varan kalınlaşma izlendi. Hastanın dış merkezde dilatasyon küretaj ile yapılan iki endometrial örneklemesinde doku tespit edilememiştir. Pelvik MR'da endometrial kavitede süngerimsi görünümde, kısmen homojen kalınlaşma ve difüzyon incelemede belirgin hücresellik gösteren, intravenöz kontrast madde sonrası myometriuma benzer belirgin kontrastlanım gösteren 5,5 santimetre (cm) solid yapı ve 3 cm intramural myom izlendi. T2 ağırlıklı görüntülerde yağ baskılı sekanslarda yağ ve kalsifikasyon içermemekteydi. Myometrial invazyon izlenmedi (Resim 1). Ön planda malignite düşünüldü. Dilatasyon küretaj işlemi sonucunda yeterli endometrial doku tespit edilememesi nedeniyle ultrasonografik eşliğinde endometriumdan punch biopsi ile örneklemeye yapıldı. Endometrial polip olarak raporlanan hastaya histerektomi kararı alındı. Histerektomi materyaline patoloji tarafından yapılan makroskopik incelemede 5,5x5,5x3,5 cm fokal kistik alanlar içeren endometrial polip ve myometriuma 3,5 ve 0,6 cm iki adet myom nodülü izlendi (Resim 2). Histopatolojik tanısı adenomyomatöz endometrial polip ve leiomyom olarak raporlandı. Hasta şifa ile taburcu edildi. **SONUÇ:** Postmenopozal dönemde hormon ve ilaç tedavisi almadan gelişen dev endometrial polipler oldukça nadir görülmektedir. Literatürle uyumlu olarak adenomyozis, obezite ve endometrial polip birlikteliği bizim vakamızda da görülmüştür. Gelişmiş görüntüleme yöntemleriyle dahi maligniteyle ayrımı net yapılamamaktadır. Bu nedenle menopoz sonrası kadınlarda histopatolojik değerlendirme için çıkarılması uygundur.

Anahtar Kelimeler: Dev endometrial polip, MR, postmenopozal kanama

resim 1



resim 2



SS-30

Bir olgu üzerinden plasenta dekolmanı ve komplikasyonlarının yönetimi

Kasım Akay, Hüseyin Durukan
Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Ana Bilim Dalı, Mersin

AMAÇ: Bu olgu sunumunda, dissemine intravasküler koagülasyon (DIC) gelişen ve intraoperatif couvelaire uterus izlenen plasenta dekolmanı olgusunu sunmak istedik.

Metaryal METOD: 25 yaşında, gravida 1 olan son adet tarihine göre 30 hafta 3 gün tekil gebe ve bilinen diyet ile regüle GDM öyküsü bulunan hasta, karın ağrısı ve vajinal kanama şikayeti ile acil servise başvurdu. Hastada hipertansiyon ve travma öyküsü yoktu. TA 130/78, nabız: 87/dk idi. Muayenesinde fetal kalp atımı izlenmedi, ölçümleri 30 hafta ile uyumluydu, yaklaşık %50 oranında plasenta dekolmanı izlendi. Aktif vajinal kanama izlenmedi. Hastaya yatış verildi. Hastanın günde 100 mg asetilsalisilik asit(ASA) kullanımı olduğu öğrenildi. Yarım saat sonra tekrarlanan muayenede aktif vajinal kanama izlenmedi, USG de retroplacental hematoma boyutlarında artış izlenmedi. Yatış tetkikleri, Hb: 11 g/dl, plt:134000/UI, ALT:19 U/L, AST: 33 U/L, INR: 1,20, fibrinojen: 106mg/dl, d-dimer:8,44FEU/mL KŞ: 121mg/dl kreatinin: 1.05mg/dl, üre: 30.7 mg/dl idi. Hastanın 10 saat önce ASA kul-

lanmış olması ve hemodinamisinin stabil olması, USG de hematoma boyutlarında artış izlenmemesi nedeniyle figo misoprostol protokolüne uygun cytotec başlandı ve vajinal yol ile terminasyon planlandı. Hasta takiplerinin 1. Saatinde idrar çıkışı olmaması ve takip eden 30 dakikalık süreçte yaklaşık 10 cc kahverengi idrar çıkışı olması üzerine yeniden kantetikleri istendi. Hb: 9,6 g/dl, plt:96000/UI, ALT:20 U/L, AST: 40 U/L, fibrinojen: 55mg/dl, d-dimer:8,15FEU/mL, kreatinin: 1.31mg/dl, üre: 45,8 mg/dl DIC ile uyumlu idi. Acil sezaryen kararı alındı hasta Hematoloji BD'na konsülte edildi. Hastaya preop 4ünite kriospitat verildi. Alt segment insizyonla yapılan histerotomi anterior sırasında, plasenta %50 dekolman halde, retroplacental hematoma mevcuttu. İncelemede uterus couvelaire uterus için karakteristik görünümde olup, uterusun yer yer koyu mor- ekimotik renkte ve atonik halde izlendi (Şekil 1 ve 2). Medikal tedavi ve uterin masaj ile yeterli kontraksiyon izlenmediği için B-Lynch sutureasyonu yapıldı. Anestezi ve Reanimasyon A.B.D tarafından hastaya intraoperatif 2 ünite eritrosit süspansiyonu, 1 flakon haemocomplettan verildi. Douglassa 1 adet jackson-pratt dren yerleştirildi. Hasta postop Reanimasyon YBÜ de takip edildi. Hastaya 3 ünite kriospitat verildi. Postoperatif takiplerinde hipertansif seyretmesi üzerine antihipertansif tedavi ve magnezyum profilaksisi uygulandı. Postoperatif kanama izlenmeyen ve cerrahi komplikasyon gelişmeyen hasta, postoperatif 1.gün cerrahi YBÜ'ne alındı. 1 ünite eritrosit süspansiyonu, 1 ünite taze donmuş plazma verildi. Postoperatif 2. günde kadın hastalıkları ve doğum servisine alındı. Postoperatif dönemde hastanın biyokimyasal tetkikleri ve hematolojik tetkikleri normal değerlere ulaştı. Postoperatif 6.gün takiplerinde ek problemleri olmayan hasta taburcu edildi.

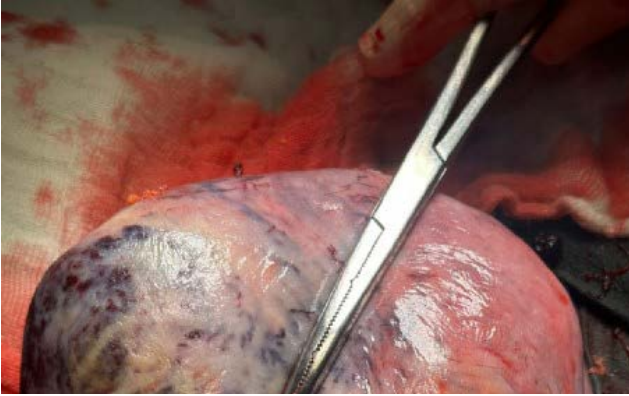
SONUÇ: Plasenta dekolmanı gelişen gebeliklerde görülen en ciddi komplikasyonlardan biri DIC'dir ve hızlı gelişmektedir. Hastalar yakın vital ve laboratuvar tetkik takipleri ile değerlendirilmelidir. DIC gelişen plasenta dekolmanı vakaları sadece kadın hastalıkları ve doğum uzmanlarıyla değil, aynı zamanda diğer bölüm hekimleri (hematoloji, nefroloji, anestezi ve reanimasyon...), kan transfüzyon merkezi ile işbirliği içinde yönetilmelidir. Couvelaire uterus, dekolman plasentanın nadir ve şiddetli bir komplikasyondur. Couvelaire uterusun konservatif olarak yönetilmesi amaçlanmaktadır. Myometriyuma kan akışına rağmen uterusun kasılma özelliği korunduğu için histerektomi genellikle endike değildir. B-Lynch sutureünün uterus koruyucu cerrahi olması ve nisbeten hızlı ve kolay uygulanabilmesi nedeniyle couvelaire uterus vakalarında kullanılabilir bir yöntemdir.

Anahtar Kelimeler: couvelaire uterus, dissemine intravasküler koagülasyon, plasenta dekolmanı

Şekil 1



Şekil 2



Şekil 3



SS-31

Nadir Bir Olgu; Batın Ön Duvarında Kayıp RİA

Mehmet Nadir Kiliç, Neşe Yücel

S.B.Ü. Adana Şehir Eğitim ve Araştırma Hastanesi,
Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği, Adana

GİRİŞ: Rahim içi araçlar, uzun etkili, geri dönüşümlü kontraseptif (LARC) yöntemi olarak tüm dünyada kabul görmektedir. LARC'ler, rahim içi araçları (RİA), hem bakırlı (Cu)-RİA'ları hem de levonorgestrel rahim içi sistemin (LNG-IUS) farklı türleri ve markalarının yanı sıra implantları içerir. Rahim içi araçların takılmasından sonra uterus yaralanmaları, enfeksiyon, atılma, kontraseptif başarısızlık, aşırı adet kanaması, dispareni ve dış gebelik gibi bazı riskleri vardır. RİA'nın nadir bir komplikasyonu olarak ise RİA'nın migrasyonu da görülmektedir. RİA'nın migrasyonu için en önemli risk faktörlerinden biri, uterus duvarında perforasyona yol açacak şekilde takılmasıdır.

OLGU: 2022 Aralık ayında 10 gündür devam eden karın ağrısı ve suprapubik bölgede ağrı şikâyeti ile 31 yaşındaki hasta kliniğimize başvurdu. Hasta şu an herhangi bir doğum kontrol yöntemi kullanmamaktadır. Hasta öyküsünde 2016 yılında Lübnan'da bakırlı RİA taktığı, bir ay sonra gebe kaldığı belirtti. Yapılan kontrollerinde hastaya RİA'nın izlenmediği söylenmiş ve düştüğü belirtilmiş. Fizik muayenede, batında suprapubik bölgede hassasiyeti mevcuttu. Jinekolojik muayenede özellik izlenmemişti. USG'de endometrial kavite düzensiz kalın izlenmiş adneksler doğal izlendi. Hastanın yapılan abdominopelvik USG görüntülemesinde suprapubik bölgede cilt altı yağlı dokuda şüpheli yabancı cisim olduğu saptandı. Çekilen alt abdomen BT de izlenen RİA'nın batın ön duvarını pubis'in 3 cm üzerinde cilt altı yağ dokuda olduğu raporlanmıştı. Hastaya laparotomi yapıldı. RİA cilt altındaki yağ doku içinde fasiyayı perforasyon etmiş halde izlendi. Çevresi granülasyon dokusu ve abse kapsülü ile kaplanmış halde izlendi. Batın iç yüzünde omentuma yapışık olduğu izlendikten sonra keskin ve künt disseke edildi. RİA tek parça olarak çıkarıldı. Uterus ve bilateral overler doğal izlendi. Uterus üzerinde rüptüre ait skar izi izlenmedi. RİA'nın çıkarıldığı cilt altı dokunun 3x2cm boyutlarında abse kapsülü izlendi. Drene edilerek kapsül eksize edildi. Cerrahide ve sonrasında komplikasyon gelişmedi.

TARTIŞMA: RİA halen dünyada en sık kullanılan kontraseptif yöntemlerden biridir. Ülkemizde de en sık tercih edilen kontraseptif yöntem olarak öne çıkmaktadır. RİA kullanılmasına bağlı oluşan komplikasyonlardan biride uterin perforasyondur. Uterus perforasyonu çok sık olmamakla beraber RİA olgularındaki en ciddi sorunlardan biridir. Bizim olgumuzda muhtemelen RİA takılmasına bağlı perforasyon olduğu ve sonrasında RİA'nın batın ön duvarına migrate olduğu düşünülmektedir. Olgumuzda uterus perforasyonu sonucu RİA migrate olarak karın boşluğuna geçmiş ve batın ön duvarında gömülü olarak saptanmıştır. Perforasyon riskinden kurtulmanın en iyi yolu RİA uygulanacak olguların dikkatlice seçilmesi ve uygulanan olguların düzenli periyodlar hâlinde kontrol



1. Akdeniz Obstetrik ve Jinekoloji Kongresi

1st Mediterranean Obstetrics and Gynecology Congress

15-17 EYLÜL 2023, SHERATON GRAND HOTEL, ADANA

edilmesidir. Transvaginal sonografik muayene ile özellikle uygulanma öncesi uterin anatomisinin ve olası patolojilerinin tanınması ve uygulandıktan sonrada 4-12 hafta içinde tekrarlanması önerilmektedir. Ultrasonografi RİA'nın düzgün yerleştirildiğinin değerlendirilmesinde non-invaziv güvenilir yöntemdir. Bizim olgumuzda da hasta kliniğimize pelvik ağrı ve suprapubik bölgede selülit şikayeti ile gelmiş ve yapılan ultrasonografide kavitede sıvı lokülasyonu dışında patolojik görünüm izlenmemiştir. Kayıp RİA olgularında lokalizasyon tanısı için ultrasonografi, histeroskopi, X- ray, gerekirse bilgisayarlı tomografi ve cerrahi prosedür işlemleri yapılmalıdır. Bizim olgumuzda BT'de RİA batın ön duvarında saptanmıştır. Sonuçta uterin perforasyon kayıp RİA olgularında sık görülen ve ciddi morbidite ve mortaliteye sebep olan bir durum olup, dikkatli bir şekilde yönetimi yapılmalıdır. Ekstaruterin, intraabdominal RİA olgularında laparoskopik RİA'nın çıkarılmasında birinci seçenektir. Bizim olgumuzda perforasyon veya sepsis bulguları saptanmamıştır. Ancak RİA batın ön duvarında cilt altı yağ dokuda olduğu için laparotomi uygulanmıştır ve kayıp RİA sorunsuz çıkarılmıştır. Sonuç olarak RİA uygulamalarının önemli bir komplikasyonu uterin perforasyon olup RİA'nın batın içine migrasyonu olabilir. Uygun olgularda laparoskopik ile çıkarılması uygun ve etkili bir yöntemdir.

Anahtar Kelimeler: Batın Ön Duvarında Kayıp RİA, LARC, Laparotomi

SS-32

Oosit kriyoprezervasyonu amacıyla başvuran hastaların demografik özelliklerinin ve IVF sonuçlarının retrospektif olarak değerlendirmesi

Meltem Sönmezer

Ankara Ticaret Merkezi, Özel Muayenehane

AMAÇ: Oosit kriyoprezervasyonu amacıyla başvuran hastaların demografik özelliklerinin ve IVF sonuçlarının retrospektif olarak değerlendirmesi amaçlanmıştır.

GEREÇ-YÖNTEM: Ocak 2016 ile Temmuz 2023 yılları arasında oosit kriyoprezervasyonu amacı ile başvuran 155 hastanın verileri retrospektif olarak değerlendirilmiştir. Değerlendirilen demografik veriler arasında; yaş, vücut kitle indeksi ve endikasyon yer alırken, IVF parametreleri arasında antral folikül sayısı, serum AMH, FSH, estradiol değerleri, toplanan oosit sayısı ve dondurulan olgun oosit sayısı yer almıştır.

BULGULAR: Çalışmaya dahil edilen 155 hastanın ortalama yaşı 32.9 ± 7.9 , vücut kitle indeksi 28.1 ± 3.2 kg/m², serum AMH 0.8 ± 0.79 ng/ml, serum FSH 8.12 ± 2.11 IU/ml, serum estradiol 70.2 ± 27.4 pg/ml, toplanan ortalama oosit sayısı 4.53 ± 4.0 , dondurulan oosit sayısı ise 4.01 ± 3.6 olarak saptanmıştır. Endikasyonlara göre hastalar değerlendirildiğinde ise sırası ile; 121 hastanın azalmış overyan rezerv, 15 hastanın endometrioma, 12 hasta-

nın meme kanseri, 4 hastanın benign over tümörü, 2 hastanın non-Hodgkin lenfoma, 1 hastanın ise retroperitoneal sarkom nedeni ile başvuruda bulunduğu saptanmıştır. Hastalar yıllara göre analiz edildiğinde; 2016 yılında 5, 2017 yılında 8, 2018 yılında 11, 2019 yılında 14, 2020 yılında 21, 2021 yılında 32, 2022 yılında 39, 2023 yılında (Ocak-Temmuz) ise 25 hastanın oosit kriyoprezervasyonu için işleme alındığı gözlenmiştir.

SONUÇ: Oosit kriyoprezervasyonu yöntemi ile doğurganlığını korumak için her yıl artan oranda hasta tedavi görmek için başvuruda bulunmaktadır. Türkiye'de en sık olarak azalmış overyan rezerv nedeni ile hastalar başvuruda bulunmaktadır.

Anahtar Kelimeler: Oosit kriyoprezervasyonu, azalmış overyan rezerv, fertilitte korunması

SS-33

Histeroskopi sonrası endometrium kanseri saptanan 2 olguda peritoneal yayılım

Çağatayhan Öztürk

Ankara Üniversitesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Ana Bilim Dalı Jinekolojik Onkoloji, Ankara

Giriş: Endometrium kanseri, gelişmiş ülkelerde en sık görülen jinekolojik kanserlerdir(1). Biyolojik davranışlarının farklılığından dolayı 1983 yılında Bokhman tarafından, östrojen ilişkili (Tip1) ve östrojen ilişkisiz (Tip2) olmak üzere 2 alt tipi tanımlanmıştır.

Endometrial kanserli hastalarda en sık görülen semptom anormal uterin kanamadır (%90) ve anormal uterin kanaması (AUK) olan hastalarda endometrial kaviteyi değerlendirmek için dilatasyon ve küretaj(D&C) kullanılabileceği gibi birçok dezavantajından dolayı histeroskopi (H/S) yapılabilir(2). Histeroskopi ile endometrial kaviteyi direkt görüntüleyerek biyopsi alınabilmesi endometrial kaviteyi değerlendirmede histeroskopiye altın standart yapmıştır. Histeroskopi sırasında verilen yüksek basınçlı sıvının tüplerden geçerek malign hücreleri batın içerisine (peritoneal kaviteye) yayma olasılığından dolayı malign hastalık şüphesi durumunda yapılıp/yapılmaması konusunda birçok çalışma mevcut olup net bir bilgi mevcut değildir (3,4).

Yöntem: Bu bildiri Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı'nda yapılan, histeroskopi sonrası endometrium kanseri saptanan hastalarda peritoneal yayılım anlatılacaktır.

Bulgular: Olgu1: 32y, AUK sebebiyle başvuran hasta, USG'de uterin kavitede 22x24 mm'lik myom?/polip? saptanmış, hastaya operatif H/S planlanmıştır.

Patoloji; nöroendokrin differansiasyon gösteren yüksek dereceli karsinoma

PET; Vücutta herhangi bir alanda patolojik tutulum saptanmamıştır.



1. Akdeniz Obstetrik ve Jinekoloji Kongresi

1st Mediterranean Obstetrics and Gynecology Congress

15-17 EYLÜL 2023, SHERATON GRAND HOTEL, ADANA

MR; Endometriumda yer yer hafif düzeyde diffüzyon kıstlaması(fizyolojik?)

L/S---her iki over dış yüzeyi, sağ/sol periaadnksial alan ve ovaryen fossada tümör implantları (en büyüğü 15mm

L/T---Debulking

Pat; az differansiye adenokarsinoma---büyük hc'li nöroendokrin tm

Olgu2: 60y, PMK sebebiyle başvuran hasta, USG'de uterin kavitede 25x18 mm'lik polip? plan operatif H/S

Patoloji; endometrioid tip endometrial adenokarsinom, grade2

PET; Uterin kavitede patolojik aktivite artışı, vücutta diğer alanlarda patolojik tutulum saptanmamıştır.

Evreleme cerrahisi---Pat; dış 1/2'ye infiltrate 3 cm'lik grade 2 endometrioid endometrial adenokarsinom---Brakiterapi

1 yıl sonra kontrol görüntüleme sağ adnksial alanda kitle

BT; Mesanenin sağ üst komşuluğunda 8 cm çaplı heterojen kitle mevcuttur.

Debulking---barsak üzeri ve mezodan eksize edilen kitle lezyon endometrial adenokarsinoma ile uyumlu niteliktedir.

Sonuç: Şüpheli sonuçlar mevcut olmakla birlikte birçok çalışmada histeroskopinin endometrium kanseri tpinden bağımsız tümör hücrelerinin batin içerisine (peritoneal boşluğa) yayılımı arttırdığı gösterilmiş fakat hastalığın prognozunu etkilemediği belirlenmiştir(4,5).

Referanslar

1. Colombo N, Creutzberg C, Amant F, Bosse T, González-Martín A, Ledermann J, et al. ESMO-ESGO-ESTRO Consensus Conference on Endometrial Cancer: Diagnosis, Treatment and Follow-Up. *Ann Oncol* (2016) 27(1):16–41. doi: 10.1097/IGC.0000000000000609

2. Lu KH, Broaddus RR. Endometrial Cancer. *N Engl J Med* (2020) 383 (21):2053–64. doi: 10.1056/NEJMra1514010

3. Biewenga P, de Blok S, Birnie E. Does diagnostic hysteroscopy in patients with stage I endometrial carcinoma cause positive peritoneal washings? *Gynecol Oncol*. 2004 Apr;93(1):194-8. doi: 10.1016/j.ygyno.2004.01.005. PMID: 15047235.

4. Dong H, Wang Y, Zhang M, Sun M, Yue Y. Whether Preoperative Hysteroscopy Increases the Dissemination of Endometrial Cancer Cells: A Systematic Review and Meta-Analysis. *J Obstet Gynaecol Res* (2021) 47 (9):2969–77. doi: 10.1111/jog.14897

5. Du Y, Xu Y, Qin Z, Sun L, Chen Y, Han L, Zheng A. The Oncology Safety of Diagnostic Hysteroscopy in Early-Stage Endometrial Cancer: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Front Oncol*. 2021 Oct 21;11:742761. doi: 10.3389/fonc.2021.742761. PMID: 34745963; PMCID: PMC8566916.

Anahtar Kelimeler: endometrium kanseri, histeroskopi, peritoneal yayılım



Organizasyon Sekretaryası



FIGÜR
KONGRE & ORGANİZASYON

Figür Kongre Organizasyonları ve Tic. A.Ş.
19 Mayıs Mah. 19 Mayıs Cad. Nova Baran Center No: 4
34360 Şişli / İstanbul
Tel: 0 212 381 46 00 - Faks: 0 212 258 60 78
E-mail: akdenizjinekoloji@figur.net



www.aksderkongre.org