



DOĞU ANADOLU KADIN SAĞLIĞI DERNEĞİ PALANDÖKEN KADIN DOĞUM KONGRESİ

28-30 Kasım 2025

Polat Palandöken Hotel, Erzurum

“Jinekoloji - İnfertilite - Ürojinekoloji - Genital Estetik - Obstetrik”

BİLDİRİ KİTABI

www.palandokenjinekoloji.org



DOĞU ANADOLU KADIN SAĞLIĞI DERNEĞİ PALANDÖKEN KADIN DOĞUM KONGRESİ

28-30 Kasım 2025 | Polat Palandöken Hotel, Erzurum

“Jinekoloji - İnfertilite - Ürojinekoloji - Genital Estetik - Obstetrik”

Değerli Meslektaşlarımız,

Atatürk Üniversitesi, Ağrı İbrahim Çeçen Üniversitesi, Erzincan Binali Yıldırım Üniversitesi, Kars Kafkas Üniversitesi, İnönü Üniversitesi, Van Yüzüncü Yıl Üniversitesi, Fırat Üniversitesi ve Sağlık Bilimleri Üniversitesi Erzurum Tıp Fakültesi başta olmak üzere, Doğu Anadolu Bölgesi'ndeki birçok üniversitede görev yapan Kadın Hastalıkları ve Doğum uzmanlarının bir araya gelerek kurduğu **Doğu Anadolu Kadın Sağlığı Derneği** olarak, bu yıl **ikinci kez düzenleyeceğimiz ulusal kongremizi**, sizlerin katkı ve katılımıyla gerçekleştirmekten büyük mutluluk duyacağız.

28-30 Kasım 2025 tarihlerinde **Polat Palandöken Hotel, Erzurum'da** gerçekleşecek Palandöken Kadın Doğum Kongresi, bölge hekimlerimiz ile ülkemizin önde gelen bilim insanlarını bir araya getirerek bilgi paylaşımı ve mesleki güncellenme açısından önemli bir zemin oluşturacaktır.

Bu yılki bilimsel programımızı, sahadaki kadın doğum hekimlerinin günlük pratikte en çok ihtiyaç duyduğu konulara odaklanarak oluşturduk. Kongre içeriğimizi **Jinekoloji, İnfertilite, Ürojinekoloji ve Genital Estetik** başlıklarında yapılandırarak; bu alanlardaki güncel gelişmeleri ve klinik yaklaşımları, alanında uzman değerli hocalarımız eşliğinde derinlemesine tartışmayı hedefliyoruz.

Kongremiz aynı zamanda Erzurum'un eşsiz doğasında, kış sezonunun başlaamasıyla birlikte hem bilimsel hem sosyal anlamda zengin ve keyifli bir atmosferde gerçekleşecektir. Palandöken'in yenilenen kayak tesisleri, kar garantili altyapısı ve modern otelleri sayesinde hem mesleki anlamda güncellenecek hem de sosyal olarak dinleneceğiz.

Sizleri, **bilimsel içeriği güçlü**, sosyal yönü zengin bu önemli buluşmada aramızda görmekten büyük onur duyacağız. Gelin, bu keyifli atmosferi hep birlikte paylaşalım.

Saygılarımızla,
Doğu Anadolu Kadın Sağlığı Derneği



DOĞU ANADOLU KADIN SAĞLIĞI DERNEĞİ PALANDÖKEN KADIN DOĞUM KONGRESİ

28-30 Kasım 2025 | Polat Palandöken Hotel, Erzurum

“Jinekoloji - İnfertilite - Ürojinekoloji - Genital Estetik - Obstetrik”

KURULLAR

Kongre Düzenleme Kurulu

Onursal Başkan

Yakup Kumtepe

Kongre Başkanları

Metin İnceç | Pınar Topdağı Yılmaz

Sekreteryä

Gamze Nur Cimilli Şenocak

Onur Karaaslan

Kongre Düzenleme Kurulu

Ragıp Atakan Al

Bünyamin Börekçi

Ömer Erkan Yapca

Berrin Göktuğ Kadioğlu

Betül Kalkan

Ayşenur Yapar



DOĞU ANADOLU KADIN SAĞLIĞI DERNEĞİ PALANDÖKEN KADIN DOĞUM KONGRESİ

28-30 Kasım 2025 | Polat Palandöken Hotel, Erzurum

“Jinekoloji - İnfertilite - Ürojinekoloji - Genital Estetik - Obstetrik”

BÖLGE BAŞKANLARI



Başkan | Prof. Dr. Gürkan Uncu



Karadeniz Kadın Sağlığı Derneği
Başkan | Prof. Dr. Davut Güven



Doğu Anadolu Kadın Sağlığı Derneği
Başkan | Doç. Dr. Emsal Pınar Topdağı Yılmaz



Akdeniz Kadın Sağlığı Derneği
Başkan | Prof. Dr. Erhan Şimşek



Ege Kadın Sağlığı Derneği
Başkan | Prof. Dr. Erbil Doğan



Marmara Kadın Sağlığı Derneği
Başkan | Prof. Dr. Işıl Kasapoğlu



İç Anadolu Kadın Sağlığı Derneği
Başkan | Prof. Dr. Salih Taşkın



Güneydoğu Anadolu Kadın Sağlığı Derneği
Başkan | Prof. Dr. Mutlu Meydanlı



DOĞU ANADOLU KADIN SAĞLIĞI DERNEĞİ PALANDÖKEN KADIN DOĞUM KONGRESİ

28-30 Kasım 2025 | Polat Palandöken Hotel, Erzurum

“Jinekoloji - İnfertilite - Ürojinekoloji - Genital Estetik - Obstetrik”

28 Kasım 2025, Cuma

08:30-11:30

Doğum Paneli

Oturum Başkanları: **Metin İngeç**, **Nesrin Yılmaz**,
Gülsüm Esenkaya

08:30-08:45 Yüksek Sezaryen Oranı Hasta İsteği mi, Doktor Korkusu mu? - **Ayşe Nur Aksoy**

08:45-09:00 Sağlık Bakanlığının Doğum Kılavuzları
Berrin Göktuğ Kadioğlu

09:00-09:15 Epizyotomisiz Doğum Bir Şehir Efsanesi mi?
Nurcan Yörük

09:15-09:30 Epidural: Doğumun Düşmanı mı, Dostu mu?
Ayşenur Dostbil

09:30-09:45 Tartışma

09:45-10:00 **Kahve Molası**

10:00-10:15 Prenatal Tanı Testlerini Doğru İstiyor muyuz?
Modası Geçti mi? Herkese Cf-DNA'mı Yapalım?
Ragıp Atakan Al

10:15-10:30 Serklaj Kime, Ne Zaman?
Gürcan Türkyılmaz

10:30-10:45 PPROM Yönetimi ve Doğum Zamanlaması
Cengiz Şanlı

10:45-11:00 GDM Yönetimi
M. Armağan Osmanağaoğlu

11:00-11:15 Postpartum Kanama Yönetimi
Ali Acar

11:15-11:30 Tartışma

11:30-12:15 **Açılış Töreni**

Pınar Topdağı Yılmaz

Doğu Anadolu Kadın Sağlığı Derneği Başkanı

Metin İngeç

Kongre Başkanı

Yakup Kumtepe

Doğu Anadolu Kadın Sağlığı Derneği - Onursal Başkanı

Gürkan Uncu

Kadın Sağlığı Dernekleri Federasyonu Başkanı

Ahmet Hacımüftüoğlu

Atatürk Üniversitesi Rektörü



DOĞU ANADOLU KADIN SAĞLIĞI DERNEĞİ PALANDÖKEN KADIN DOĞUM KONGRESİ

28-30 Kasım 2025 | Polat Palandöken Hotel, Erzurum

“Jinekoloji - İnfertilite - Ürojinekoloji - Genital Estetik - Obstetrik”

28 Kasım 2025, Cuma

12:15-13:00

Uydu Sempozyumu

Düşük Tehditi ve Tekrarlayan Düşük
Tedavisinde Didrogesteronun Yeri
Recep Erin



13:00-14:00

Yemek Arası

14:00-15:30

Ürojinekoloji

Oturum Başkanları: **Sibel Ejder Tekgündüz,**
Sibel Doğan Polat, Zeynep Kamalak

14:00-14:15

Ürojinekolojik Hasta Değerlendirilmesi Gözden
Kaçan Unsurlar - **Onur Karaaslan**

14:15-14:30

Aşırı Aktif Mesane Güncel Yaklaşımlar - **Fulya Dökmeci**

14:30-14:45

Stress Üriner İnkontinansın Tanı-Tedavi-Yönetimi
Derya Kılıç

14:45-15:00

Rekürren Prolapsus Cerrahisi “Başımızın Belası”
Kemal Özerkan

15:00-15:15

Apikal Prolapsus Cerrahi Teknikler - **Akın Sivaslıoğlu**

15:15-15:30

Tartışma

15:30-15:45

Kahve Molası

15:45-16:45

Ürojinekoloji Paneli

- Apikal Prolapsusta Cerrahi Yönetim/Bireyselleştirilmiş
- Tedavi
- Posterior Kompartman Defektleri
- Meşsiz Prolapsus Cerrahileri
- Sakruterin Plikasyon/Lateral Süspansiyon/Pektapeksi

Moderatörler: **Pınar Topdağı Yılmaz, Gamze Nur Cimilli Şenocak**

Panelistler: **Kemal Özerkan, Akın Sivaslıoğlu, Mehmet Cengiz Çolakoglu, Yakup Kumtepe, Gülin Feykan Yeğin**

16:45-18:00

V-NOTES Paneli

Moderatör: **Yaşam Kemal Akpak**

Panelistler: **Ahkam Göksel Kanmaz, Süleyman Salman,**
Bulut Varlı



DOĞU ANADOLU KADIN SAĞLIĞI DERNEĞİ PALANDÖKEN KADIN DOĞUM KONGRESİ

28-30 Kasım 2025 | Polat Palandöken Hotel, Erzurum

“Jinekoloji - İnfertilite - Ürojinekoloji - Genital Estetik - Obstetrik”

29 Kasım 2025, Cumartesi

08:45-09:00 **Keynote Speech**
Enerji ve İnovasyonun Kesişim Noktası: Bilimsel Gençlik
Bahadır Koşan

09:00-10:30 **İnfertilite**
Oturma Başkanları: **Bünyamin Börekçi, Ahmet Zeki Işık**

09:00-09:15 Açıklanamayan İnfertilite Nedir, Yönetim Nasıl Olmalıdır?
Işıl Kasapoğlu

09:15-09:30 PCOS' ta İnfertilite Yönetimi Nasıl Olmalı? - **Gürkan Bozdağ**

09:30-09:45 IUI Tarih mi Oldu? - **Ahmet Erdem**

09:45-10:00 Endometriozis Bilmecesi İnfertilitenin Neresinde?
Bülent Yılmaz

10:00-10:15 Düşük Ovarian Rezervli Hasta Yönetimi - **Kayhan Yakın**

10:15-10:30 Histereskopi Sonrası Cerrahi Endişe: Adezyon Oluşumunu
Nasıl Engelleyeceğiz? - **Seda Şahin**

10:30-10:45 Tartışma

10:45-11:00 **Kahve Molası**

11:00-12:00 **Panel “Olgularla İnfertilite”**
Moderatör: **Bülent Urman**
Panelistler: **Kayhan Yakın, Semra Kayataş Eser, Erhan Şimşek, Hüseyin Görkemli, Ömer Erkan Yapca**

12:00-12:45 **Uydu Sempozyumu**
Regenesis Max: Annelik Yolculuğunda
Güvenli Formülasyon - **Gamze Nur Cimilli Şenocak**



12:45-13:45 **Yemek Arası**

13:45-15:15 **Minimal İnvaziv Jinekolojik Cerrahi Oturumu**
Oturma Başkanları: **İbrahim Polat, Şeyma İlayda Paltacı**

13:45-14:00 Endometriozis Cerrahisi Bir Sanat mı, Yoksa Bir Kâbus mu?
Ercan Baştu

14:00-14:15 Uterin Septum Kime Ne Zaman Cerrahi? - **Bülent Urman**

14:15-14:30 Adneksiyel Kitlelere Laparoskopik Yaklaşım - **Erbil Karaman**

14:30-14:45 Ektopik Gebelikte Minimal İnvaziv Yaklaşım: Kime
Salpingostomi Kime Salpenjektomi - **Betül Kalkan**

14:45-15:00 Submüköz Myomlarda Histereskopinin Sınırları - **Tunay Kiremitli**

15:00-15:15 Tartışma



DOĞU ANADOLU KADIN SAĞLIĞI DERNEĞİ PALANDÖKEN KADIN DOĞUM KONGRESİ

28-30 Kasım 2025 | Polat Palandöken Hotel, Erzurum

“Jinekoloji - İnfertilite - Ürojinekoloji - Genital Estetik - Obstetrik”

29 Kasım 2025, Cumartesi

15:15-16:15

Minimal İnvaziv Cerrahi Paneli

- Zor Histerektomi Nasıl İlerleyelim?
- Şüpheli Adneksiyal Kitle Laparoskopinin Sınırları
- Myomektomiye Minimal İnvaziv Yaklaşım Hala Ürkütüyor mu?
- Endometriomada Skleroterapi Rutini Değiştiriyor mu?

Moderatör: **Gürkan Uncu**

Panelistler: **Salih Taşkın, Paşa Uluğ, Tevfik Güvenal, Aslıhan Yurtkal, Kiper Aslan**

16:15-16:30

Kahve Molası

16:30-17:45

Jinekolojik Onkoloji Oturumu

Oturum Başkanları: **Macit Arvas, Çağrı Ateş**

16:30-16:45

Serviks Kanserinde Güncel Tarama Nasıl Olmalı?

Coşkun Salman

16:45-17:00

Anormal Servikal Sitoloji Varlığında Jinekolog Nasıl Davranmalı? - **Müfit Cemal Yenen**

17:00-17:15

CIN 2+ Lezyonlarda Konizasyon Sonrası Takip Nasıl Olmalı? - **Çetin Çelik**

17:15-17:30

Rastlantısal Nonepitelyal Over Tümörlerinde Yönetim

Fuat Demirkıran

17:30-17:45

Onkofertiliteye Güncel Yaklaşım

Gökhan Tulunay

B SALONU

09:45-10:45

Jinekoloji Paneli

Moderatör: **Ercan Baştu, Nur Dilara Ceylan Erten**

Panelistler: **Gökhan Güler, Arif Caner Erdoğan, Taner Çam, Tural İsmailov, İzel Selin Özsoy**

14:15-15:15

Obstetri Paneli

Moderatör: **Gürkan Uncu, Can Benlioğlu**

Panelistler: **Arda Batuhan Karaduman, Sümeyye Karadavut, Aşkın Nurseli Edebalı, Necip Fazıl Ercan, İlknur Salınmaz**



DOĞU ANADOLU KADIN SAĞLIĞI DERNEĞİ PALANDÖKEN KADIN DOĞUM KONGRESİ

28-30 Kasım 2025 | Polat Palandöken Hotel, Erzurum

“Jinekoloji - İnfertilite - Ürojinekoloji - Genital Estetik - Obstetrik”

30 Kasım 2025, Pazar

08:30-08:45 **Doğum Sayısı; Kadın Sağlığı ve Ülke Geleceği İçin Önemli mi?**
Keynote Speech
Doğum Sayısının Bu Kadar Azalması Gerçekten Bir Beka Sorunu mu? Ülkemizi Neler Bekliyor? – **Yakup Kumtepe**

08:45-11:15 **Benign Jinekoloji Oturumu**
Oturum Başkanları: **Müjde Canday, Savaş Özdemir, Ramazan Erda Pay**

08:45-09:00 Vajinitler - **Ümit Aslan Naykı**
09:00-09:15 Adölesanlarda Anormal Uterin Kanama - **Erkut Attar**
09:15-09:30 Kombine Oral Kontraseptif Seçimi: Kime Hangisi? - **Yaprak Üstün**
09:30-09:45 İstmosel: Kime Hangi Cerrahi? - **Resul Karakuş**
09:45-10:00 Tartışma
10:00-10:15 **Kahve Molası**
10:15-10:30 Tekrarlayan Gebelik Kaybı: Tedavide Ne Değişti? **Bülent Berker**
10:30-10:45 Adenomyozis Buz Dağının Görünmez Yüzü **Sezcan Mümüşoğlu**
10:45-11:00 Menopozda Ne Kadar Yol Aldık? - **Sedat Kadanalı**
11:00-11:15 Benign Vulvar Lezyonlar, Tanıda ve Tedavide Neler Değişti? - **Nevin Sağsöz**
11:15-11:30 Tartışma
11:30-11:45 **Kahve Molası**

B SALONU

08:45-10:00 **Bildiri Oturumu – 1**
Oturum Başkanları: **Eda Bingöl, Büşra Budak**
SS-1, SS-2, SS-3, SS-4, SS-5, SS-6, SS-7, SS-8, SS-9, SS-10, SS-11, SS-12, SS-13, SS-14, SS-15, SS-16, SS-17, SS-18, SS-19, SS-19, SS-20, SS-21, VS-1
10:00-10:30 **Kahve Molası**
10:30-12:00 **Bildiri Oturumu – 2**
Oturum Başkanları: **Seray Kaya Topdağı, Elif Hizal**
SS-22, SS-23, SS-24, SS-25, SS-26, SS-27, SS-28, SS-29, SS-30, SS-31, SS-32, SS-33, SS-34, SS-35, SS-36, SS-37, SS-38, SS-39, SS-40, SS-41, SS-42, SS-43, SS-44, SS-45



DOĞU ANADOLU KADIN SAĞLIĞI DERNEĞİ
PALANDÖKEN KADIN DOĞUM KONGRESİ
28-30 Kasım 2025 | Polat Palandöken Hotel, Erzurum
“Jinekoloji - İnfertilite - Ürojinekoloji - Genital Estetik - Obstetrik”

SÖZLÜ SUNUMLAR



DOĞU ANADOLU KADIN SAĞLIĞI DERNEĞİ PALANDÖKEN KADIN DOĞUM KONGRESİ

28-30 Kasım 2025 | Polat Palandöken Hotel, Erzurum

“Jinekoloji - İnfertilite - Ürojinekoloji - Genital Estetik - Obstetrik”

SS-01

Vajinal yabancı cisim olgusu: Uyuşturucu madde taşıyıcılığına bağlı nadir bir vaka

Zulfiyya Gahramanova, Betül Kalkan Yılmaz

Erzincan Binalı Yıldırım Üniversitesi, Mengücek Gazi Eğitim Araştırma Hastanesi, Erzincan

Vajinal yabancı cisim vakaları, her yaş grubundaki kadınlarda farklı nedenlerle görülebilmekte ve acil servisler, sağlık ocakları ile jinekoloji veya üroloji kliniklerine başvuru nedeni olabilmektedir. Bu olgu sunumunda, vajinal yabancı cisim olarak yerleştirilen uyuşturucu madde paketinin çıkarılması ve yönetimi ele alınmıştır. Amacımız, nadir görülen bu duruma dikkat çekmek ve benzer olguların tanı-tedavi süreçlerine katkı sağlamaktır.

OLGU SUNUMU

33 yaşında, cinsel olarak aktif kadın hasta, karın ağrısı ve vajinal rahatsızlık hissi şikâyetiyle acil servise başvurdu. Çekilen tüm abdomen kontrastsız bilgisayarlı tomografide (BT), endoservikal bölgeden vajene uzanan, büyüğü 18×32 mm boyutlarında üç adet düzgün sınırlı yabancı cisim dansitesi saptandı. Vajenin sağ lateral kesiminde düzensiz sınırlı yumuşak doku dansitesi de izlendi.

Hastadan alınan Beta-hCG testi negatifti. Hasta, jinekolojik muayene için kadın doğum aciline konsülte edildi. Polis memuru ve hemşire eşliğinde litotomi pozisyonunda yapılan spekulum muayenesinde, vajenden over ringiyle kondom içine yerleştirilmiş toplam dört adet yabancı cisim çıkarıldı. Bunların ikisi yaklaşık 3 cm çapında beyaz elips şeklinde bantlanmış, ikisi ise alüminyum folyoya sarılmış, kenarları düzensiz ve yaklaşık 4 cm çapındaydı.

Yabancı cisimlerin çıkarılmasının ardından vajen ve serviks kontrol edildi; ülserasyon, fistül traktı, servikal erozyon veya akıntı saptanmadı. Transvajinal ultrasonografide mesane dolu, her iki over ve uterus normal, endometriyum kalınlığı 5 mm olarak izlendi. Vajinal akıntı, ülserasyon veya skatris görülmediğinden antibiyotik tedavisi uygulanmadı.

TARTIŞMA

Uzun süreli vajinal yabancı cisim, kötü kokulu vajinal akıntı ve kanamayla gözlenen nadir bir durumdur. Yabancı cisim ambalajı ilk kez 1973 yılında Deitel ve Syed tarafından, 21 yaşındaki esrar dolu kondomu yutan bir hastada ince bağırsak tıkanması ile bildirilmiştir.

Uyuşturucu ilaçlar genellikle sıkı bir şekilde paketlenir ve lateks eldiven, plastik torba, kondom, alüminyum folyo veya balon gibi parmak kılıflarına sarılır.

Nadir de olsa kadınlar uyuşturucu kaçakçılığında taşıyıcı olabilmektedirler. İster asemptomatik ister semptomatik olsun, şüpheliler tıbbi müdahale için acil servise sevk edilmelidir.

Daha çok pediatrik vakalarda tanı alan vajinal yabancı cisimler, özellikle adneksiyal alana yakın yerleşimli olduğunda BT gibi radyolojik yöntemlerde adneksiyal kitlelere benzeyebilir.

Ekstrem durumlarda, çevredeki dokuda tutulan yabancı cisimlerin neden olduğu kronik inflamasyon, oksidatif ve nitratif stresin bir sonucu olarak karsinogeneze neden olabilir. Toksik şok sendromu (TSS) en yaygın olarak süper emici tamponlarla ilişkilendirilir.

Reproduktif dönemde ve menopoz sonrası kadınlarda yabancı cisimler, genellikle cinsel tatmin, korunma, pesser yerine veya gebeliği sonlandırmak gibi nedenlerle vajinaya yerleştirilir. Nadir olarak uyuşturucu ilaç kaçakçılığı veya psikiyatrik bozukluk gibi nedenlerle de vajinada yabancı cisimler gözlenebilir. Mahkûmlar ve uyuşturucu kaçakçıları gibi hasta popülasyonları, yasadışı maddeleri saklamak için vajeni kullanabilirler.

Genital değerlendirme, sağlık personelinin bir kişinin eşliğinde gerçekleştirilmelidir.

Yabancı cisimler enfeksiyon için bir odak noktası olduğundan, muayenede vajinal akıntı rapor edilirse kültür çubukları hazır bulundurulmalıdır. Yabancı maddenin çıkarılmasına yardımcı olmak için forseps kullanılabilir. En sık izlenen bulgu vajinal kanamadır. Yabancı cisim saptanan olguların %93'ünde lekelenme, kanlı-kötü kokulu akıntı bulguları izlenmektedir.

Bu olguların %20'sinde karın ağrısı izlenebilir. Vajende uzun süre saklanan yabancı cisim, rektuma ya da mesaneye bası yaparak fistüllere neden olabilir. Fistül veya apse gibi komplikasyonlardan şüpheleniliyorsa BT görüntüleme bir seçenektir. Tanıda muayene ve görüntüleme yöntemleri kullanılır. Radyolojik görüntüleme yöntemleri; ayakta direkt grafi, ultrason, BT ve MRG (manyetik rezonans görüntüleme) olabilir.

McCarron ve Wood, ayakta direkt batin grafisinde paket saptanması ve paketin perforasyonu için çeşitli tanımlamalarda bulunmuşlardır. Gastrointestinal sistemde yabancı cisim şüphesi olan vakalarda, beklenildiği gibi direkt grafi %85-90 oranında tanı koydurur. Vajene yerleştirilen yabancı cisimlerde de direkt grafiyle %85-90 oranında tanı konulması mümkündür. Bizim olgumuzda BT öncesi çekilen grafide pelviste yabancı cisim görünümü izlenmiştir.

M. Koçak ve arkadaşlarının sundukları olgu sunumunda, gastrointestinal sistemde saklanan uyuşturucu madde poşetinin perforasyonuna bağlı solunumsal asidoz ve laktik asidoz gibi intoksikasyon semptomları izlenmiştir. Çekilen kontrastsız batin BT'de gastrointestinal sistemde çok sayıda şüpheli paket görülmesi ve intoksikasyon semptomlarının olması nedeniyle, uyuşturucu madde taşıyıcısı olduğundan şüphelenilen hastaya antidot olarak IV Nalokson 2 mg verilmiştir. Bu paketlerin emilebilir vücut boşluklarına açılması durumunda taşıyıcı kişiler ölebilir. Bizim olgumuzda vajende saklanan uyuşturucu madde poşe-

ti uzun süre kalmamıştır. Uzun süre kalması ve perforasyonu olsaydı, teorik olarak uyuşturucu maddenin vajenden emilimine bağlı intoksikasyon bulguları gelişebilirdi.

SONUÇ

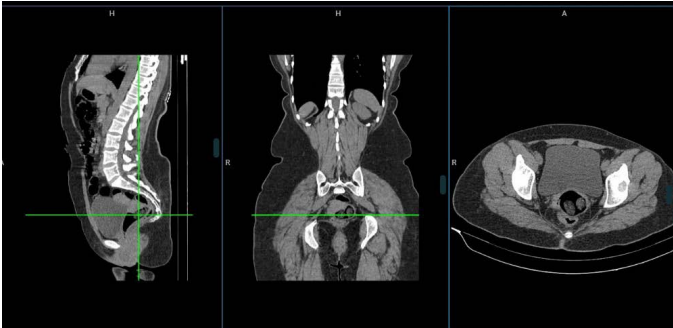
Sonuç olarak, acile getirilen karın ağrısı, metabolik semptomlar eşlik eden vakalarda, vücut boşluklarında (vajen dâhil) özellikle uyuşturucu madde olabilen yabancı cisimler dikkate alınmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Uyuşturucu madde taşıyıcılığı, vajen, yabancı cisim

Ringle çıkarın görüntü



Tüm abdomen kontrastsız BT(Bilgisayar tomografi)



Vajendeki yabancı cisimin BT öncesi direkt grafisi



Vajenden çıkarılan yabancı cisim



SS-02

Uterus posterior ve rektum serozasına yerleşimli abdominal ektopik gebelik: Bel ağrısı ile başvuran nadir bir ektopik gebelik olgu sunumu

Melike Geyik Bayman, Ümmügülsüm Esenkaya
Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum
Ana Bilim Dalı, Konya

AMAÇ

Abdominal ektopik gebelik, tüm gebelikler içinde nadir görülürken, tüm ektopik gebeliklerin ise %1’de oluşturmaktadır. Abdominal gebeliğin tanı ve tedavisindeki güçlük, potansiyel olarak yaşamı tehdit eden bir durumdur. Abdominal ektopik gebelikte maternal mortalite riski, tubal ektopik gebelik riskinden yaklaşık 7 ila 8 kat ve intrauterin gebelik riskinden 90 kat daha fazladır. Bu genellikle tanısı zor konulan bir durumdur (1). Abdominal ektopik gebelik; abdominal organlar, damarlar ve omentum üzerinde lokalize olabileceği gibi, Douglas boşluğu, uterin ligamentler ve pelvik duvar üzerinde de görülebilir (2). Klinik belirtileri, gebeliğin yerleşimi ve gestasyonel haftaya göre değişiklik gösterir. Bu bildiride, nadir görülen bir abdominal ektopik gebeliğin klinik sunumunu, görüntüleme ve cerrahi yönetimini sunarak erken tanı, multidisipliner yaklaşım paylaşmayı amaçladık.

OLGU

Otuz üç yaşında kadın hasta, bel ağrısı ve adet gecikmesi nedeniyle acil servise başvuruyor. Son adet tarihinden emin olmayan hastayı, acil servise getirilen ilk şikayet ise bel ağrısı olarak dikkat çekiyor. Hastanın acil servise başvuru anındaki vital bulguları stabil idi. Tansiyon 110/80 mmHg, nabız 76/dk; Hb 11.2 g/dL, tam idrar testi negatif, bakılan β -hcg 73.562 U/L olarak tespit edildi. Hastanın β -hcg pozitif olması üzerine bakılan transvajinal USG’de endometrium 8 mm, uterin kavitede RİA izlendi. Uterusun posteriorunda, 10 hafta 1 gün ile uyumlu ve kardiyak aktivitesi mevcut embriyo saptandı (şekil-1). Hastanın gerekli kan hazırlıkları yapılarak uygun şartlarda opere edildi; Uterus Douglas’ta lokalize gebelik kesesi izlendi (şekli-2). Plasental yapı uterus posterioru ve rektum serozasına yapışık izlendi, total olarak ayrıldı. Plasental doku invazyonu, gebelik haftası ileri olmadığı için ciddi morbidite ve mortalite ile karşılaşılmadı. Postoperatif 6. saatte Hb 10.8 g/dL, 1. gün β -hCG 38.838 U/L ölçüldü; hasta 48 saat sonra sorunsuz taburcu edildi. Kontrol poliklinik takiplerinde B-hcg değeri < 5 olarak görüldü.

SONUÇ

Abdominal ektopik gebelik, tüm gebelikler içinde çok nadir ve ektopik gebeliklerin içinde %1 karşımıza çıkan potansiyel yaşamı tehdit eden klinik bir durumdur. Ektopik gebelikler çoğunlukla adet gecikmesi, vajinal kanama, karın ağrısı gibi

genel şikayetlerle karşımıza çıksa da gebeliğin yerleşim yeri-ne göre çok değişik şikayetler ile başvurabilir. Adet gecikmesi yaşayan her kadında ilk olarak b-hcg testinin yapılarak gebelik durumunun tespiti yapılmalıdır. B-hcg pozitif olan her kadında gebeliğin intrakaviter yerleşim durumu değerlendirilmelidir. Ektopik gebelik varlığı ise her zaman maternal morbidite ve mortalite için yakın takip ve tedavi yönetimi ile Kadın doğumun acilleri arasında yerini almaktadır.

Anahtar Kelimeler: Abdominal ektopik gebelik, ektopik gebelik, jinekolojik acil

şekil-1



-Douglas boşluğunda görüntülen abdominal ektopik gebelik

şekil-2



Uterus posterior ve rektum serozasına yerleşimli abdominal ektopik gebeliğin peri-operatif görüntüsü

SS-03

İmperfore Hymen Olgu Sunumu

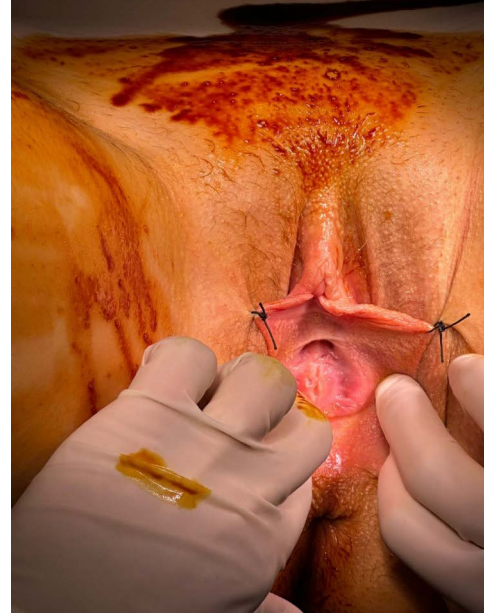
Nesrin Yılmaz

Erzincan Binali Yıldırım Üniversitesi, Kadın Hastalıkları Ve Doğum Ana Bilim Dalı, Erzincan

İmperfore hymen; genellikle adolesan dönemde klinik bulguların ortaya çıkmasıyla tanı konulan bir Müllerian kanal anomalisidir (1). Ergenlik döneminde siklik ağrı, hemato-kolpometra, primer amenore, konstipasyon, idrar yollarında mekanik tıkanıklığa bağlı idrar retansiyonu ve hidronefroz ile kendini gösterir. Fizik muayenede mavi, şişkin perineal kitle oluşturabilir. Tedavi edilmeyen hastalarda endometriozis ve infertilite gibi ciddi komplikasyonlar gelişebilir. Tedavi yöntemi cerrahidir. Olgumuz, 16 yaşında kız çocuğu, virgo, siklik karın ağrısı şikâyeti olduğu için annesi tarafından poliklinik muayenesine getirilmiştir. Hasta amenore durumunu ailesiyle paylaşmamış. Hasta jinekolojik muayeneye alındığında normal olgulardan farklı olarak mavi refle veren hymen dokusu izlenmemiş çünkü hymenal doku beklenenden daha kalın bir yapıda görülmüştür. Yapılan görüntüleme yöntemleri sonucundan imperfore hymen tanısı almıştır. Cerrahi yöntem ile hymene horizontal ve vertikal birer santimetrelilik kesi yapılmıştır. Hymen dokusunun yaklaşık 0,5 cm kalınlıkta olduğu izlenmiştir. Yaklaşık 600 cc eski kanamaya ait materyal aspire edilmiştir. Hymen ağzı dört bölgeden 2.0 rapid vicryl ile dışarı açığştırılmıştır. Hymen dokusu kalın olduğu için re-epitelizasyon olmaması açısından hymenal açıklıktan vajene foley sonda takılarak 10 cc şişirilmiştir. Foley sonda 3 gün sonra çıkarılmıştır. Sonuç olarak, kalın hymenal dokuda re-stenozu önlemek için kateterizasyon göz önünde bulundurulmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Kalın imperfore hymen, amenore, hymenotomi, Kateterizasyon

şekil 1



Kalın imperfore hymen

şekil 2



Himenotomi sonrası düzeltme



DOĞU ANADOLU KADIN SAĞLIĞI DERNEĞİ PALANDÖKEN KADIN DOĞUM KONGRESİ

28-30 Kasım 2025 | Polat Palandöken Hotel, Erzurum

“Jinekoloji - İnfertilite - Ürojinekoloji - Genital Estetik - Obstetrik”

SS-04

Postmenopozal Dönemdeki Bir Kadında Disüri Ve Vajinal Akıntı İle Birlikte Görülen Labial Füzyon: Cerrahi Tedavi İle Tam İyileşen Nadir Bir Olgu

Gözde Doğru

Etlik Şehir Hastanesi, Kadın Doğum Hastanesi, Jinekoloji
Servisi

GİRİŞ

Postmenopozal dönemde labial füzyon, vulvar bölgede labiaların füzyonu ile karakterize edilen bir patolojik durumdur ve genellikle estrogen eksikliği ile ilişkilidir. Menopoz sonrasında, kadınlarda ovarian fonksiyonların azalmasıyla birlikte estrogen düzeyleri belirgin şekilde azalır. Bu hormonal değişiklik, vulvar ve vajinal dokularda atrofiye, mukozal incelmeye ve elastikiyet kaybına yol açar. Sonuç olarak, labial füzyon gibi yapısal değişiklikler ortaya çıkabilir (1,2). Ayrıca, genetik yatkınlık, enfeksiyonlar, travmalar ve diğer çevresel faktörler, vulvar bölgede yapışıklıkların oluşmasına yol açan ek risk faktörleridir (4). Labial füzyon, her ne kadar postmenopozal dönemin sıklıkla gözden kaçan bir komplikasyonu olsa da, kadınların yaşam kalitesi üzerinde önemli etkiler yaratabilir. İdrar yolu semptomları, cinsel ilişkide ağrı ve estetik kaygılar, bu durumu tedavi edilmesi gereken bir klinik tabloya dönüştürebilir (3). Postmenopozal labial füzyonun temel tedavi yaklaşımı hormonal tedaviye dayanır. Topikal estrogen tedavisi, vulvar epitelin iyileşmesini hızlandırır, doku elastikiyetini geri kazandırır ve füzyonun çözülmesine yardımcı olur (2). Bununla birlikte, daha ileri vakalarda cerrahi müdahale, yapışıklıkların fiziksel olarak ayrılmasını sağlamak için gerekebilir (3). Cinsel birlikteliği olmayan hastalarda üriner semptomların geç ortaya çıkması, klinik tablonun ağırlaşmasına yol açabilmektedir. Böylelikle erken dönemde hormonal tedavi ile çözülebilecek olgular cerrahi müdahale gerektirebilmektedir. Tedavi sürecinde, hastanın genel sağlık durumu, yaş ve semptomları göz önünde bulundurularak bireyselleştirilmiş bir yaklaşım benimsenmelidir.

OLGU

53 yaşında kadın hasta idrar yaparken yanma ve zorluk, vajinal akıntı şikayeti ile jinekoloji polikliniğimize başvurdu. Anamnezden 2 vajinal doğumu olan ve 4 yıldır menopozda olan hastanın son 2 yıldır cinsel birlikteliğinin olmadığı öğrenildi. Özgeçmişinde herhangi bir hastalığı ve geçirdiği bir cerrahisi yoktu. Hastanın yapılan muayenesinde; labium minuslar vajen orta hatta kadar yapışık izlenmiş olup, posterior forsette yaklaşık 1 cm'lik vajinal açıklık izlendi. Spekulum muayenesi ve TVUSG yapılmadı. Hastanın tanı anına ait görüntü Şekil 1a'da gösterilmektedir.

Hastaya cerrahi olarak labial füzyon açılması işleminin ya-

pılmasına karar verildi. Spinal anestezi altında Labiumlara orta hattan kesi atıldı. Üretra açığa çıkarıldı ve labium minuslar lateral ve medial taraflardan tek tek suture edilerek onarıldı. Hastanın cerrahi sonrasına ait görüntü Şekil 2a'da sunulmuştur. Hastaya aynı gün topikal estrogen tedavisi başlandı. Hasta daha sonra 9 ay boyunca takip edildi. Gelişen komplikasyon ya da rekürren labial füzyonu olmadı.

TARTIŞMA

Postmenopozal labial füzyon, estrogen seviyelerinin düşmesi ile vulvar dokularda atrofi ve elastikiyet kaybı yaşanması sonucu ortaya çıkan, genellikle benign fakat tedavi edilmesi gereken bir durumdur. Estrojenin azalması ile vajinal ve vulvar mukozada incelmeye ve doku zayıflaması gerçekleşir, bu da labiaların birleşmesine yol açar (5). Bu durum, çoğu vakada asemptomatik olabilirken, bazı hastalarda idrar yolu enfeksiyonları, vulvar kaşıntı, cinsel ilişki sırasında ağrı (disparoni) ve psikolojik stres gibi semptomlarla klinik bulgu verebilir (6).

Postmenopozal labial füzyonun tedavisinde, genellikle ilk seçenek olarak topikal estrogen tedavisi önerilse de, ileri vakalarda veya konservatif tedaviye yanıt vermeyen hastalarda cerrahi müdahale gerekebilir. Cerrahi tedavi, genellikle küçük insizyonlarla yapılır ve genellikle komplikasyon riski düşüktür (2).

Birçok çalışma, cerrahi açılmanın hastaların semptomlarını önemli ölçüde azalttığını ve tedavi sonrası yaşam kalitesinde belirgin bir iyileşme sağladığını göstermektedir. Özellikle cinsel ilişki sırasında ağrı, idrar yolu semptomları ve kaşıntı gibi şikayetlerin tedavi sonrası azaldığı bildirilmiştir (4). Bununla birlikte, cerrahi tedavi, her ne kadar etkili olsa da, bazı komplikasyonlarla da ilişkili olabilir. Bu komplikasyonlar arasında enfeksiyon, tekrar füzyon gelişmesi, doku iyileşmesindeki gecikmeler ve yara iyileşmesindeki bozukluklar yer alır (1).

Bir diğer önemli konu, cerrahi sonrası tekrar füzyon gelişme olasılığıdır. Bazı vakalarda, özellikle estrogen tedavisinin yeterince uzun süre devam edilmemesi veya yanlış tedavi protokollerinin uygulanması sonucu labial füzyon tekrar edebilir (3). Bu nedenle, cerrahi tedavi sonrasında hastaların uzun dönem izlenmesi ve topikal estrogen tedavisinin devam ettirilmesi önerilmektedir. Estrogen tedavisi, cerrahi işlemin başarısını artırmakta ve tekrarlayan füzyonları önlemektedir.

Postmenopozal labial füzyonun cerrahi açılması için farklı teknikler uygulanabilir. Bunlar arasında en yaygın yöntem, labialar arasındaki yapışıklıkların nazik bir şekilde ayrılmasıdır. Bunun yanında, bazı çalışmalar lazer tedavilerinin de cerrahi seçenek olarak kullanıldığını bildirmektedir. Lazer tedavisi, daha az invaziv bir seçenek olarak, özellikle ağrısız iyileşme ve doku hasarının en aza indirilmesi açısından tercih edilebilir (7). Ancak lazerin etkinliği konusunda yapılan çalışmalar sınırlıdır.

Postmenopozal labial füzyonun tedavisinde cerrahi açılma, etkili bir çözüm sunmaktadır. Ancak tedavi sonrası izlem, hastaların semptomlarının kontrol edilmesi ve tedaviye uyumlarının sağlanması açısından önemlidir. Estrojen tedavisinin cerrahi işlemle birlikte uygulanması, tedavi başarısını artırmaktadır (2).

SONUÇ

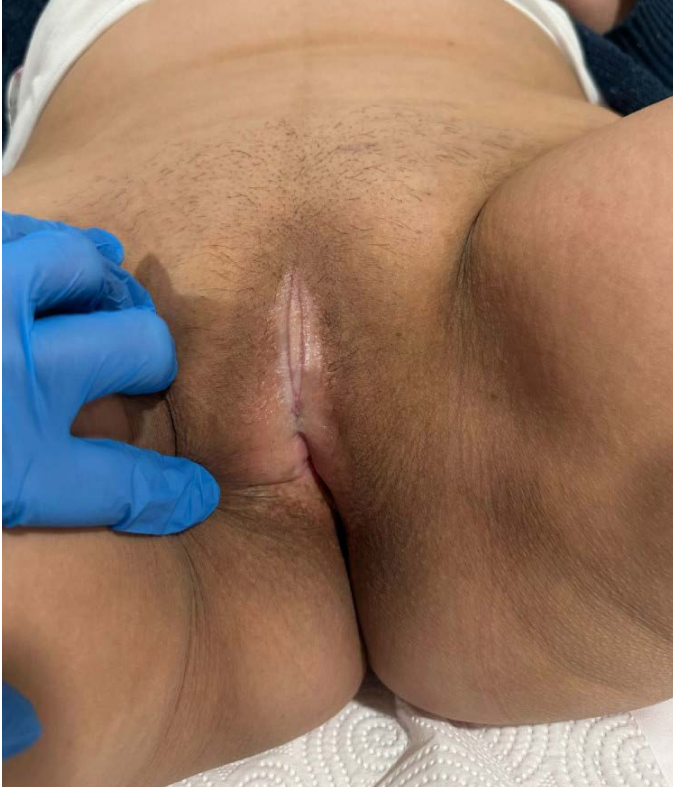
Sonuç olarak, postmenopozal labial füzyon cinsel birlikteliği olmayan ileri yaş hastalarda semptomların ortaya çıkmasına göre daha geç tanı alabilmektedir. İleri lezyonlarda ise lokal tedaviler yerine cerrahi tedavi sonrası topikal tedaviler doğru hasta seçimi ile yüksek başarı oranlarına sahiptir. Ancak cerrahi müdahaleden sonra uzun dönemde enfeksiyon ve tekrar füzyon gelişme riski göz önünde bulundurulmalıdır. Hastalar olası semptomlarla ilgili bilgilendirilmeli ve tedavi sonrası düzenli takip edilmelerinin gerekliliği vurgulanmalıdır.

Etik

Hastanın yazılı ve sözlü onamı alınarak, olguya ait görsel ve klinik bilgiler etik ilkelere uygun şekilde paylaşılmıştır.

Anahtar Kelimeler: labial füzyon, postmenopozal, cerrahi tedavi

şekil 1a



Şekil 1.(a) Postmenopozal Labial Füzyon

şekil 2a



Şekil 2.(a) Postmenopozal Labial Füzyonun cerrahi olarak açılması

SS-05

Nadir görülen bir olgu: Vulvar Leishmaniasis

Bakiye Akbaş

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

GİRİŞ

Leishmaniasis, Leishmania türü parazitlerin neden olduğu, tropikal ve subtropikal bölgelerde endemik olarak görülen bir protozoon enfeksiyonudur. Hastalık; kutanöz, mukokutanöz ve visseral formlar şeklinde sınıflandırılmaktadır [1]. Kutanöz leishmaniasis, Leishmania tropica ve Leishmania major gibi türlerle bulaşan ve özellikle ciltte ülseratif lezyonlara neden olan bir hastalıktır. Türkiye’de endemik bölgelerde görülmekle birlikte, genital bölge tutulumu oldukça nadirdir ve sıklıkla tanı güçlüğü yaratır [2]. Bu olgu sunumunda, tekrarlayan keloid benzeri lezyonlar nedeniyle başvuran ve histopatolojik inceleme sonucunda vulvar leishmaniasis tanısı alan bir hasta sunulmaktadır. Olgumuz, atipik lokalizasyonu ve tekrarlayıcı seyri nedeniyle literatüre katkı sağlayabilir.

OLGU SUNUMU

Yirmi dokuz yaşında kadın hasta, genital bölgede tekrarlayan lezyonlar şikayetiyle başvurdu. Dört yıl önce kıl dönmesi nedeniyle opere edilmiş olan hasta, operasyon sonrası insizyon hattında üç kez tekrarlayan yüzeysel kabarıklık lezyonları geliştiğini ifade etti. Önceki eksizyon materyallerinin histopatoloji raporlarında “keloid” tanısı yer almaktaydı. Fizik muayenede sağ labium majus alt kısmında, perineal body üzerinde saat 7 hizasında, yüzeysel kabarıklık, sarı renkli, pürüzlü yüzeysel yaklaşık 2x2 cm boyutlarında polipoid lezyon izlendi. Şekil 1,2

Lezyon eksizyonel biyopsi ile çıkarıldı ve materyal patolojik incelemeye gönderildi. Histopatolojik değerlendirmede; papillom yüzeyinde geniş alanlarda ülserasyon, ülser tabanında granülasyon dokusu ve plazma hücrelerinden zengin mikst inflammatuar hücre infiltrasyonu izlendi. Granülasyon dokusu içerisinde Leishmania amastigotlarını düşündüren yuvarlak, sitoplazmik vakuollü yapılar saptandı. Bulgular vulvar kutanöz leishmaniasis ile uyumlu bulundu. Hasta enfeksiyon hastalıkları kliniğine konsülte edildi ve sistemik amfoterisin B tedavisi başlandı. Tedavi iyi tolere edildi, lezyon tamamen geriledi. Hastanın iki yıllık izleminde nüks veya yeni lezyon gelişimi gözlenmedi.

SONUÇ

Leishmaniasis, özellikle yüz ve ekstremitelerde ülseratif veya nodüler lezyonlar şeklinde görülür [1]. Ancak genital bölge tutulumu oldukça nadir olup, literatürde sınırlı sayıda olgu bildirilmiştir. Nadir görülmesi ve nonspesifik klinik bulguları nedeniyle sıklıkla geç tanı alır. Ayırıcı tanıda maligniteler, tüberküloz, sifiliz ve mantar enfeksiyonları düşünülmelidir.

Histopatolojik inceleme ile tanı konulur. Erken tanı ve uygun antiparaziter tedavi ile tam iyileşme sağlanabilir. Tedavide pentavalan antimon bileşikler veya amfoterisin B kullanılmakta olup, nüks riski nedeniyle uzun süreli takip önerilmektedir. Sonuç olarak tekrarlayan veya tedaviye dirençli vulvar lezyonlarda enfeksiyöz etiyolojiler, özellikle endemik bölgelerde Leishmania enfeksiyonu akılda tutulmalı, uygun antimikrobiyal tedavi ile nükslerin önüne geçilmelidir.

[1] Goto H, Lindoso JAL. Current diagnosis and treatment of cutaneous and mucocutaneous leishmaniasis. Expert Review of Anti-infective Therapy. 2010 2010/04/01;8(4):419-433.

[2] Reis LC, Lindoso JAL, Celeste BJ, et al. Unusual manifestation of genital cutaneous leishmaniasis in an immunocompetent patient from São Paulo, Brazil: A case report. Rev Soc Bras Med Trop. 2021;54:e0514-2020.

Anahtar Kelimeler: Leishmaniasis, vulva, keloid

Resim 1



{Şekil 1}: Sağ labium majus aşağı kısmında, perineal body üzerindeki lezyon



DOĞU ANADOLU KADIN SAĞLIĞI DERNEĞİ PALANDÖKEN KADIN DOĞUM KONGRESİ

28-30 Kasım 2025 | Polat Palandöken Hotel, Erzurum

“Jinekoloji - İnfertilite - Ürojinekoloji - Genital Estetik - Obstetrik”

SS-06

Urge inkontinanstaki güncel tedavi yaklaşımları: Literatür taraması

Senem Karacabey Çakmak

Haseki Eğitim Araştırma Hastanesi

AMAÇ

Kadınlarda urge inkontinans ve aşırı aktif mesane sendromu (overactive bladder, OAB) yaşam kalitesini önemli ölçüde etkileyen yaygın ürojinekolojik bir sorun olup, kadınların %40'ından fazlasını etkilemektedir. Bu çalışmada kadınlarda urge inkontinans tedavisinde kullanılan güncel yaklaşımların etkinliği, güvenilirliği ve klinik uygulamadaki yerinin değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

YÖNTEM

2020-2025 yılları arasında kadın hastalarda yayınlanmış uluslararası kılavuzlar, randomize kontrollü çalışmalar ve sistematik derlemeler taranarak urge inkontinans tedavisinde kullanılan konservatif, farmakolojik ve minimal invaziv tedavi yöntemleri değerlendirilmiştir. American Urological Association (AUA), Society of Urodynamics, Female Pelvic Medicine & Urogenital Reconstruction (SUFU) ve American Urogynecologic Society (AUGS) tarafından 2024-2025 yıllarında güncellenen kılavuzlar referans alınmıştır.

BULGULAR

Birinci basamak tedavide mesane eğitimi ve davranışsal tedaviler tüm hastalara önerilmektedir. Pelvik taban kas egzersizleri urgency inkontinans semptomlarını azaltmada yararlıdır. İkinci basamak farmakolojik tedavide antimuskarinik ajanlar ve beta-3 adrenerejik reseptör agonistleri (mirabegron, vibegron) güçlü kanıt düzeyiyle önerilmektedir. Antimuskariniklerin demans ve kognitif bozukluk riski ile ilişkisi nedeniyle hasta bilgilendirilmesi kritik önem taşımaktadır. Vibegron merkezi sinir sistemine geçmediği için kognitif bozukluğu olan hastalarda avantaj sağlamaktadır. Menopozal dönemdeki kadınlarda jinekolojik sendrom menopoz (genitourinary syndrome of menopause, GSM) aşırı aktif mesane semptomlarına katkıda bulunabilmektedir. AUA/SUFU/AUGS 2025 kılavuzu, GSM ve eşlik eden OAB olan hastalarda lokal düşük doz vajinal östrojen tedavisinin genitouriner semptomları iyileştirdiğini belirtmektedir. Üçüncü basamak tedavide intradetrusor botulinumtoksinA (100 ünite) enjeksiyonu randomize kontrollü çalışmalarda plaseboya belirgin üstün bulunmuştur. Kadınlarda botulinum toksin sonrası temiz aralıklı kateterizasyon ihtiyacı %6-8 düzeyindedir. Sakral nöromodülasyon refrakter olgularda yüksek başarı oranları ile etkili bir seçenektir. Perkütan tibial sinir stimülasyonu (PTNS) kadınlarda minimal invaziv, ofis ortamında uygulanabilen ve antimuskarinik ilaçlarla karşılaştırılabilir etkinliğe sahip bir tedavi yöntemidir. On iki haftalık PTNS tedavisi

sonrası kadınların %60-80'inde semptomatik iyileşme bildirilmiştir.

SONUÇ

Kadınlarda urge inkontinans tedavisinde paylaşılan karar verme süreciyle birlikte basamaklı tedavi yaklaşımı benimsenmelidir. Menopozal dönemdeki kadınlarda GSM değerlendirilmeli ve uygun olgularda lokal vajinal östrojen tedavisi düşünülmelidir. Beta-3 agonistlerin güvenlik profili ve vibegronun bilişsel avantajı farmakolojik seçenekleri genişletmektedir. Botulinum toksin enjeksiyonları ve sakral nöromodülasyon refrakter olgularda güvenli ve etkili üçüncü basamak tedavilerdir. PTNS kadınlarda minimal invaziv, yan etki profili düşük bir alternatif sunmaktadır. Tedavi seçiminde hasta tercihleri, yaş, menopozal durum, yan etki profilleri ve yaşam kalitesi etkisi dikkate alınmalıdır.

Anahtar Kelimeler: urge inkontinans, aşırı aktif mesane, kadın, jinekolojik sendrom menopoz, vajinal östrojen, pelvik taban egzersizleri



DOĞU ANADOLU KADIN SAĞLIĞI DERNEĞİ PALANDÖKEN KADIN DOĞUM KONGRESİ

28-30 Kasım 2025 | Polat Palandöken Hotel, Erzurum

“Jinekoloji - İnfertilite - Ürojinekoloji - Genital Estetik - Obstetrik”

SS-07

Kendi Kendine Alınan HPV Örneklerinin Klinik Olarak Alınan Örneklerle Karşılaştırılması: Prospektif, Randomize, Çift Kör Bir Klinik Çalışma

Ramazan Bülbül¹, Jule Eriç Horasanlı², Arif Caner Erdoğan³,
Fatih Akkuş⁴

¹Aksaray Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Aksaray

²Necmettin Erbakan Üniversitesi, Kadın Hastalıkları ve
Doğum Ana Bilim Dalı, Konya

³Dr. Ali Kemal Belviranlı Kadın Doğum ve Çocuk
Hastanesi, Konya

⁴Kütahya Şehir Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Ana
Bilim Dalı, Perinatoloji Bilim Dalı, Kütahya

AMAÇ

Serviks kanseri, kadınlarda dünya genelinde en sık görülen dördüncü kanser olup, neredeyse tüm olgular insan papilloma virüsü (HPV) enfeksiyonu ile ilişkilidir. HPV DNA testlerinin sitolojiye kıyasla daha hassas ve güvenilir olduğu gösterilmiştir, ancak örneklem yöntemleri arasındaki tanısal etkinlik farkı netlik kazanmamıştır. Bu çalışmanın amacı, kendi kendine alınan (self-HPV) örneklerin klinisyen tarafından alınan örneklerle karşılaştırmalı tanısal etkinliğini ve self-örnekleme yönteminin uygulanabilirliğini değerlendirmektir.

YÖNTEM

Bu prospektif, randomize, çift kör, kontrollü klinik çalışma, jinekoloji polikliniğine başvuran 30–65 yaş arası, daha önce bilinen HPV pozitifliği olmayan kadınlar üzerinde yürütülmüştür. Gebelik, aktif genital enfeksiyon, son üç ay içinde servikal girişim öyküsü bulunanlar ve bilgilendirilmiş onam vermeyenler çalışmadan dışlanmıştır. Katılımcılar basit randomizasyon yöntemiyle iki gruba ayrılmıştır: (1) klinisyen tarafından örnek alınan kontrol grubu (n=51) ve (2) kendi kendine örnekleme yapan self-HPV grubu (n=73). Self-HPV grubuna işlem öncesi video ve maket desteğiyle eğitim verilmiştir. Tüm örnekler real-time PCR ile HPV DNA yönünden analiz edilmiş, sitolojik inceleme Bethesda sistemine göre yapılmıştır. İstatistiksel analiz SPSS programında gerçekleştirilmiş ve p<0,05 anlamlı kabul edilmiştir.

BULGULAR

Gruplar arasında yaş, çocuk sayısı, medeni durum, gelir düzeyi ve sigara kullanımı açısından fark saptanmamıştır (p>0,05). Ortalama yaş kontrol grubunda 41,08 ± 7,57 yıl, self-HPV grubunda 42,73 ± 7,15 yıl olarak bulunmuştur. Toplam HPV pozitiflik oranı %21,8 olup, kontrol grubunda %27,5 ve self-HPV grubunda %17,8'dir (p=0,200). Sitoloji sonuçları çoğunlukla malignite açısından negatiftir; yalnızca self-HPV grubunda üç ASC-US ve bir ASC-H olgusu tespit

edilmiştir. İnflamatuvar smear oranları benzer bulunmuştur (kontrol %60,8; self-HPV %57,5; p=0,768). Candida pozitifliği (%9,8 ve %8,2) ile Trichomonas vaginalis sıklığı arasında fark izlenmemiştir (p>0,05).

Self-HPV grubunda anket puan ortalaması 12,6 ± 1,62 olup, katılımcıların kendi örneklerini alma sürecini rahat, güvenilir, mahremiyeti artırıcı ve zaman açısından avantajlı bulduklarını göstermiştir. Katılımcıların büyük çoğunluğu, bu yöntemin doktora başvuru motivasyonunu artırdığını ve çevresine taramayı önermede cesaret verdiğini ifade etmiştir.

SONUÇ

Bu çalışma, kendi kendine alınan HPV örneklerinin klinisyen tarafından alınan örneklerle tanısal doğruluk açısından karşılaştırılabilir olduğunu göstermektedir. Self-örnekleme yöntemi; kolay uygulanabilirliği, hasta konforunu artırması, utanma hissini azaltması ve yüksek güven düzeyiyle serviks kanseri taramalarında etkili bir alternatif olarak öne çıkmaktadır. Özellikle sağlık hizmetlerine erişimin kısıtlı olduğu bölgelerde bu yöntemin yaygınlaştırılması, tarama katılım oranlarını ve erken tanı olasılığını artırarak önemli bir halk sağlığı katkısı sağlayabilir. Türkiye'de ulusal serviks kanseri tarama programına self-HPV testlerinin entegrasyonu, hem toplum temelli taramaların etkinliğini hem de kadınların tarama davranışına yönelik katılımını güçlendirecektir.

Anahtar Kelimeler: human papilloma virus, kendi kendine örnekleme, serviks kanseri, tarama programı

SS-08

Servikal Yerleşimli Dediferansiye Endometrial Karsinom: Vaka Sunumu

Özgecan Keleş¹, Nayif Çiçekli², Ayse Nur Aksoy¹,
Nurcan Yörük¹, Numan Bulut³

¹Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Erzurum Şehir Hastanesi,
Kadın Hastalıkları ve Doğum Ana Bilim Dalı, Erzurum

²Erzurum Şehir Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum
Kliniği, Erzurum

³Erzurum Şehir Hastanesi, Patoloji Kliniği, Erzurum

GİRİŞ

Dediferansiye endometrial karsinom (DDEC), endometrioid adenokarsinom ile undiferansiye karsinomun birlikte bulunduğu, agresif seyirli ve nadir görülen bir tümör tipidir. Literatürde çoğunlukla endometrium kaynaklı olarak bildirilen DDEC, yüksek metastatik potansiyeli ve kötü prognozu nedeniyle önemlidir. Servikal yerleşim gösteren olgular oldukça azdır ve tanı sürecinde servikal karsinom ile karışabilmektedir.

OLGU SUNUMU

76 yaşındaki postmenopozal hasta, vajinal kanama şikâyeti ile başvurdu. Pelvik muayenede serviksten köken aldığı düşünülen yaklaşık 7 cm nekrotik, malign görünümde kitle izlendi. Bilateral parametriumlar fiks, tutulu idi. USG de endometrium çizgi şeklinde düzenli izlendi. Ön tanıda servikal malignite düşünüldü.

Görüntüleme bulguları doğrultusunda hasta klinik olarak en az evre 2B, radyolojik olarak evre 4A kabul edildi ve inoperabl değerlendirildi. MR görüntülerinde karaciğer 4.-5. segmentte 7,5 cm, sol lobda 2 cm kistik lezyonlar; alt batında 7,5x5,5 cm boyutlarında, vajen anterior duvarı ve mesane ile sınırları seçilemeyen lobüle konturlu servikal lezyon izlendi. PET-BT’de servikal bölgede hipermetabolik kitle, sağ tubo-ovaryan alanda metastatik görünüm, karaciğerde multinodüler hipodens lezyonlar ve pelvik lenf nodlarında artmış metabolik aktivite saptandı.

Endometrial küretaj materyalinde tümörün, yüksek proliferatif indeks gösteren undiferansiye komponent ile daha az oranda glandüler diferansiye komponentten oluştuğu görüldü. İmmünohistokimyasal incelemede diferansiye alanlarda PAX8, CK7 ve EMA pozitifliği; undiferansiye alanlarda INI-1 kaybı ve belirgin artmış Ki-67 proliferasyonu dikkat çekiciydi. MMR protein ekspresyonunun intakt olması tümörün MSI-stabil olduğunu gösterdi.

Hastaya kemoradyoterapi uygulandı. Tedavi sonrası kontrol PET-BT’de sağ tubo-ovaryan lojda tama yakın metabolik regresyon, servikal kitlede kısmi küçülme, lenf nodlarında ise metabolik inaktivasyon izlendi. Karaciğer lezyonlarının stabil olduğu gözlemlendi. Hastanın klinik takibi devam etmektedir.

SONUÇ

DDEC’nin servikal yerleşimi oldukça nadir olup, literatürde sınırlı sayıda olgu bildirilmektedir. Agresif seyir göstermesi, tanı ve tedavi yönetiminde multidisipliner yaklaşım gerektirmektedir. İmmünohistokimyasal inceleme, özellikle INI-1 kaybının gösterilmesi tanıda yol göstericidir. Servikal yerleşimli DDEC, klinik ve radyolojik olarak servikal malignitelerle karışabilen, agresif davranışlı nadir bir tümördür. Erken tanı, uygun multimodal tedavi ve yakın izlem prognoz açısından kritik öneme sahiptir.

Anahtar Kelimeler: Servikal Kitle, Endometrial Karsinom, Malignite

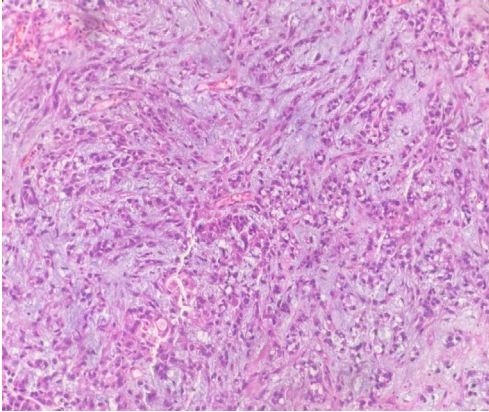
MRG 1



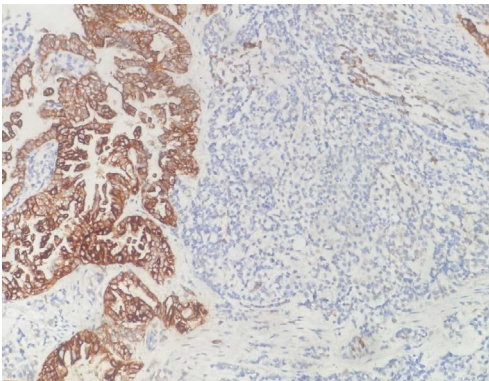
MRG 2



PATOLOJİ 1 HE



PATOLOJİ 2



SS-09

Term Gebelikte Doğum Eyleminde Saptanan Imperfore Hymen: Hymenetomi ile olgunun yönetimi

Berivan Güner

Muş Devlet Hastanesi, Kadın Hastalıkları Ve Doğum Servisi

GİRİŞ

Imperforate hymen (tam kapanmış himen) ve mikroporforate himen gibi himenal anomaliler, kadın genital sisteminin nadir görülen doğumsal engellerindendir. Bu tür anomali genellikle adolesan dönemde primer amenore, hematokolpos, pelvik ağrı ya da idrar retansiyonu gibi bulgularla tanı alır. Ancak himenal obstrüksiyonun gebelik ve doğum sürecinde tesadüfen saptandığı olgular literatürde oldukça sınırlıdır. Örneğin bir mikroporforate himen olgusu 39 haftada sezaryenle sonlandırılmış ve aynı seansta hymenotomi uygulanmıştır. Bu nedenle, geç gebelik döneminde himenal engel nedeniyle doğum eyleminde mekanik güçlük oluşması ihtimali, gebe takipçiliğinde nadiren akla gelir. Biz, 40. haftada doğum eylemi sırasında saptanan himenal obstrüksiyon nedeniyle sezaryen ve eş zamanlı hymenektomi yapılan bir vakayı sunuyoruz. Bu olgu, hem klinik yönetim açısından hem de doğuma yönelik planlama açısından dikkat çekicidir.

OLGU

26 yaşında, G1P0 hasta gebeliğinin 41. Haftasında ağrı şikâyeti ile acil servisimize başvurdu. Gebenin yapılan ultrasonografisinde haftası ile uyumlu vital tek fetus izlendi. BPP 8/8 izlendi. Hastanın yapılan vajinal muayenesinde imperfore hymen izlendi. (Şekil 1) Hasta ve eşine durum detaylı anlatıldıktan sonra hymenotomi uygulandı. Hastanın daha sonraki vajinal muayenesinde servikal açıklığın 1 cm izlenmesi üzerine postterm gebelik tanısı ile dinoproston vajinal uygulaması yapıldı ve doğum indüksiyonu başlandı. Travay takip sürecinde hastada fetal distres oluşması nedeniyle hasta acil sezaryen ile doğumu gerçekleştirildi. Hastanın post operatif ikinci günde taburculuğu gerçekleştirildi.

TARTIŞMA VE SONUÇ

Himenal obstrüksiyonların gebelik üzerindeki etkileri doğrudan net değildir fakat mevcut literatür, himen açıklığının yetersiz olmasının vajinal yoldan doğum, vajinal girişim veya doğum eylemi ilerlemesi açısından potansiyel bir mekanik engel oluşturabileceğini göstermektedir. Vajinal doğumun öncelikli olduğu durumlarda – anne ve fetus stabil ise, girişimsel risk yoksa – hymenotomi veya hymenektomi ile vajinal doğumu sürdürme seçeneği değerlendirilebilir. Ancak özellikle term gebelikte, doğum eylemi ilerlemesinde aksama, fetal distres veya vajinal yolun mekanik engelle karşılaşması söz konusu olduğunda, sezaryenin tercih edilmesi literatürde yer almaktadır.

Anahtar Kelimeler: gebelik,imperfore hymen,sezaryen doğum

postop



preop



SS-10

İleri Evre Serviks Kanserine Bağlı Vajinal Kanamada Uterin Arter Embolizasyonu; Olgu Sunumu

Neslihan Bezirganoğlu Altuntaş¹, Meryem Merve Ayyıldız²

¹Trabzon Kanuni E.A.H, Kadın Hastalıkları ve Doğum A.B.D, Trabzon

²Trabzon Üniversitesi Trabzon Kanuni E.A.H,Kadın Hastalıkları ve Doğum A.B.D, Trabzon

GİRİŞ-AMAÇ

Rahim ağzı kanseri, dünya çapında kadınlar arasında dördüncü en yaygın kanser olup, her yıl tahmini 600.000 yeni tanı ve 350.000 ölüme neden olmaktadır. Tanı anındaki insidans ve evre, coğrafi bölgeler arasında büyük farklılıklar göstermekte ve büyük ölçüde servikal kanser tarama programının uygulanmasına bağlıdır. İleri evre serviks kanseri olan kadınlar, vajinal kanama gibi rahatsız edici semptomlar için sıklıkla palyatif tedaviye ihtiyaç duyarlar. İleri evre hastalıkta vajinal kanama, %0,7 ile %100 arasında değişen bir insidansla yaşamı tehdit edici olabilir. Kanama, serviks kanseri olan kadınların %6'sında ani ölüm nedenidir ve yönetimi genellikle zordur.

GEREÇ-YÖNTEM

Bu olguda aktif vajinal kanama ile başvuran, muayenede kanamalı servikal kitle tespit edilen ve uterin arter embolizasyonu ile kanaması kontrol altına alınan bir hasta sunulmuştur.

BULGULAR

82 yaşındaki hastamız 2 gündür devam eden aktif vajinal kanama şikayeti ile acil servise başvurdu. Anamnezde KY (Kalp Yetmezliği), DM (Diabetes Mellitus), HT (Hipertansiyon), ritim bozukluğu nedeniyle tedavi gördüğü ve 3 ay önce geçirilen kardiyak cerrahi nedeniyle antikoagülan kullandığı belirlendi. Hastanın geçmişinde HPV taraması ve pap smear testi yaptırmadığı saptandı. Spekulum muayenesinde servikal bölgede 5 cm çapında kanamalı, fikse kitle tespit edildi. Pelvik ultrasonografi ile değerlendirildiğinde servikal bölgede 45*40 mm boyutunda izoekoik heterojen kitle lezyonu izlendi. Laboratuvar tetkiklerinde Hb:7.2, INR:1.38, PT:15.7 olarak saptandı. Jinekoloji servisine yatışı yapılan hastaya 2Ü ES ve 1Ü TDP infüzyonu yapıldı. Oral antikoagülan stoplandı. Medikal tedaviye yanıt alınamadı. Jinekolojik Onkolojiye konsulte edilen hasta aktif vajinal kanama nedeniyle Radyasyon Onkolojisine yönlendirildi. Radyasyon Onkolojisi, Girişimsel Radyoloji tarafından görüntüleme ile kitle tespit edilip kanama durdurulamaz ise palyasyon amaçlı radyoterapi uygulanabileceğini belirtti. Girişimsel Radyoloji tarafından hastaya genel anestezi altında bilateral uterin arter embolizasyonu uygulandı.

İşlem sonrası vajinal kanamanın kesilmesi üzerine hastadan servikal biyopsi alındı (24 saat içinde). Subcutan antikogülan tedaviye uyum gösteren ve vajinal kanaması olmayan hasta taburcu edildi. Patoloji sonucu: HPV ilişkili Malign Epitelyal Tümör -Adenosquamöz Karsinom olarak raporlanan hasta jinekolojik onkolojiye yönlendirildi.

SONUÇ

İleri serviks kanseri olan kadınlarda vajinal kanamanın palyatif tedavisinde traneksamik asit, vajinal tampon (formalin emdirilmiş veya emdirilmemiş tamponlar), girişimsel radyoloji veya radyoterapi uygulanmaktadır. Aktif vajinal kanaması olan ve medikal tedaviye yanıt vermeyen uygun olgularda uygulanan bilateral uterin arter embolizasyonu mortalitenin ve morbiditenin azalmasına katkı sağlayacaktır.

Anahtar Kelimeler: serviks kanseri, uterin arter embolizasyonu, vajinal kanama

SS-11

FKA+ tubal ektopik odak barındıran rüptüre heterotopik gebelik ile beraber hidrosalpinks: bir olgu sunumu

Sema Akyüz¹, Alev Esercan², Meryem Merve Ayyıldız¹

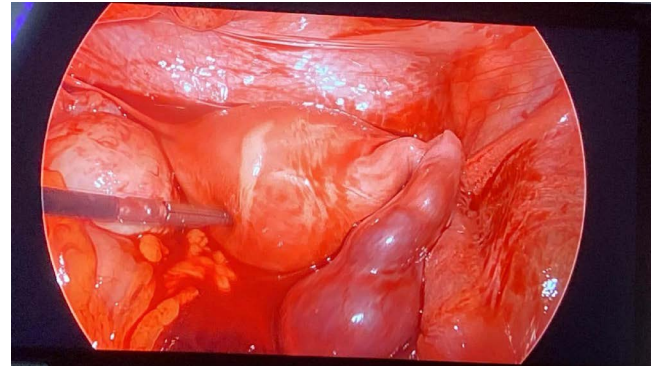
¹SBÜ Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, Trabzon

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

Heterotopik gebelik, intrauterin gebelik ve birlikte ektopik gebelik(özellikle tubal gebelik) karakterize bir durumdur. Bu olguda şiddetli karın ağrısı şikayeti ile acile başvuran bir kadın hastada FKA+ tubal ektopik gebelik ve beraberinde intrauterin FKA negatif embriyo barındıran bir rüptüre heterotopik gebelik vakası ele alınmaktadır. Hastaya akut batın semptomları olması ve yapılan USG'de batında yaygın hemoraji görülmesi sebebiyle acil laparoskopik cerrahi yapılmıştır. Laparoskopik cerrahi esnasında hastanın diğer tüpünde de hidrosalpinks görülmesi dikkat çekmiştir.

Anahtar Kelimeler: ektopik gebelik, heterotopik gebelik, gebelik, karın ağrısı, acil, akut batın

heterotopik gebelik laparoskopik görüntüsü



heterotopik gebelik USG görüntüsü



SS-12

Sezaryen skar yerinden batına kaçan RİA: bir akut batın vakası olgu sunumu

Betül Yazgören, Yasin Semih Ekici

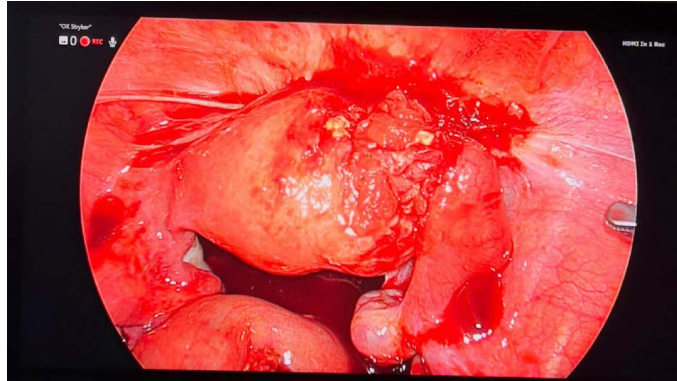
SBÜ Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, Trabzon

Rahim içi kontraseptif cihaz (RİA veya İUA) veya spiral olarak da bilinen rahim içi araç hamileliği önlemek için rahim içine yerleştirilen küçük, genellikle T şeklinde bir doğum kontrol cihazıdır. RİA'lar, uzun etkili geri dönüşümlü doğum kontrolünün bir şeklidir.

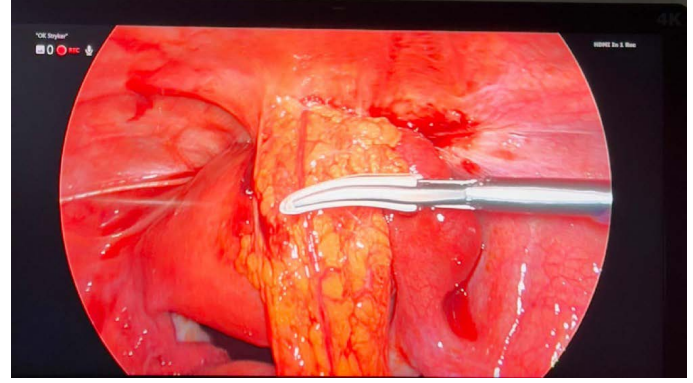
Bu olguda dış merkezde sezaryen sonrası postpartum 2. ayında RİA yerleştirilen ve şiddetli karın ağrısıyla acilimize başvuran bir kadın hastada RİA' nın sezaryen skar hattından batına girmiş olduğu saptandı ve laparoskopik cerrahi ile batındaki RİA çıkartıldı. Sezaryen doğum sonrası RİA takılırken skar hattının tamamen iyileşmiş olmasına dikkat edilemesi ve iyileşmenin tamamlanması için gerekli sürenin beklenmesine vurgu yapmak açısından dikkat çekici bir vaka.

Anahtar Kelimeler: RİA, akut batın, karın ağrısı, kontrasepsiyon, gebelik

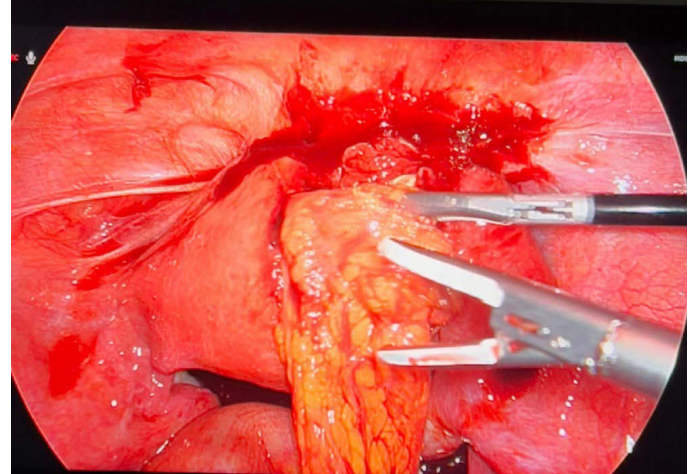
sağ hidrosalpinks



skar hattına yapışık brid



SKAR HATTINDAN GÖRÜNEN RİA PARÇASI



SS-13

24 yıl önce takılan RİA çıkarılırken kavitede kalan parçasının H/S ile çıkartılması: bir olgu sunumu

Yaren Aslı Çelik, Şebnem Alanya Tosun, Sema Akyüz
SBÜ Tıp Fakültesi Kanuni Eğitim ve Araştırma hastanesi

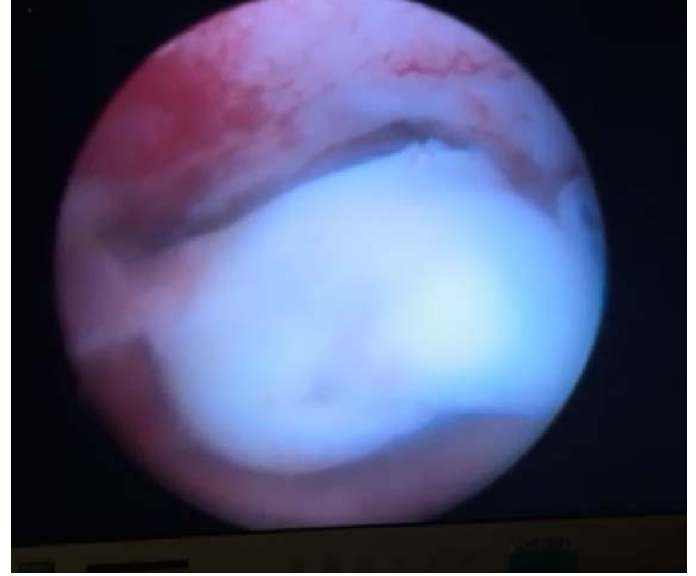
Rahmin içine yerleştirilen küçük, plastik bir araçtır. Bakır ve hormon içeren tipleri vardır. Bu olguda 58 yaşındaki bir hastanın 24 yıl önce takılan bakırlı RİA'sının çıkarılırken T şekilli kısmının uterin kavitede kalması sonucu kalan parçanın histerekskopi ile çıkarılması ele alınmaktadır. Rahim içi araçlar doğum kontrolünde oldukça etkili, güvenli ve çoğu kişi tarafından genellikle iyi tolere edilen bir yöntemdir. Bu nedenle, giderek daha popüler bir doğum kontrol yöntemi haline gelmiştir. Genel olarak mükemmel bir güvenlik profiline sahip olmasına rağmen, yerleştirme sırasında ve yerleştirmeyi takip eden farklı zamanlarda ve süreyi aşan kullanımlarda yan etkiler ve komplikasyonlar ortaya çıkabilmektedir. Son kullanım süresi dolduktan sonra çıkarılması gerektiği ve süreyi aşan kullanımlarda çıkarılırken gelişebilecek riskler ve komplikasyonların hastalara anlatılmasının önemi açısından dikkat çekmektedir.

Anahtar Kelimeler: RİA, histerekskopi, bilgilendirme, doğum kontrolü, doğum kontrol yöntemleri, bilinçlendirme

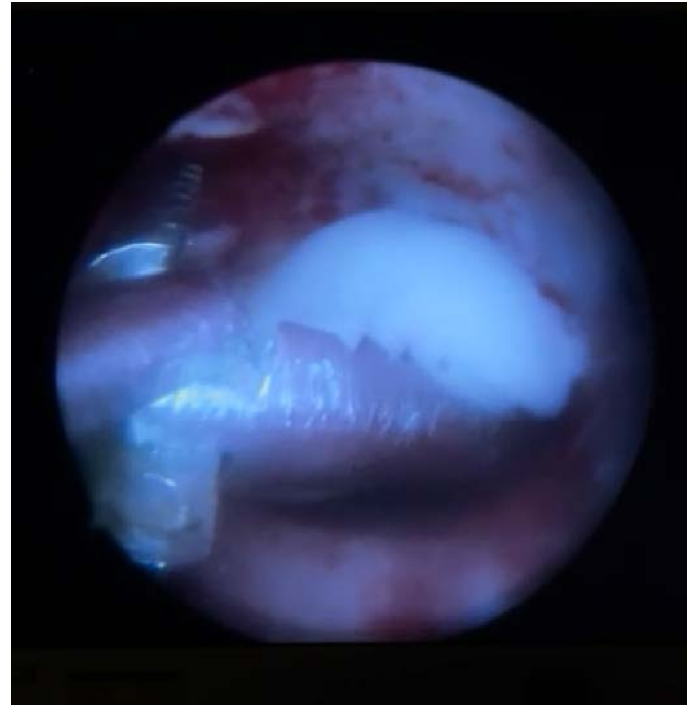
çıkarılabilen eksik ria parçası



hs ilk giriş görüntüsü



yabancı cisim reaksiyonu





DOĞU ANADOLU KADIN SAĞLIĞI DERNEĞİ PALANDÖKEN KADIN DOĞUM KONGRESİ

28-30 Kasım 2025 | Polat Palandöken Hotel, Erzurum

“Jinekoloji - İnfertilite - Ürojinekoloji - Genital Estetik - Obstetrik”

SS-14

CA 125 Yüksekliği İle Başvuran Kist Rüptürü Olgu Sunumu

Mücahit Ahmet Aranlı¹, Helin ELÇİ², Erbil Karaman¹

¹Van Yüzüncü Yıl Üniversitesi, Jinekolojik Onkoloji
Cerrahisi Bilim Dalı, Van

²Van Yüzüncü Yıl Üniversitesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum
Ana Bilim Dalı, Van

CA 125, epitelyal over kanserleri için en yaygın kullanılan biyobelirteçtir. Ancak sınırlı özgüllüğü ve çok düşük pozitif öngörü değeri (PPV) nedeniyle yararlılığı engellenmektedir. CA 125, sağlıklı kadınların yaklaşık %1'inde yükselir; adet döngüsü sırasında dalgalanır, yaşla birlikte artar ve etnik köken ve sigara içme durumuna göre değişir. CA 125, üreme çağındaki hastalarda yaygın olan epitelyal over kanserleri dışındaki birçok durumla da (örneğin myomlar, endometriozis, fonksiyonel over kistleri) ilişkilidir. Endometrioziste aşırı yüksek tümör belirteçleri sıklıkla rüptüre endometrioma kisti durumunda görülür. CA 125'in aşırı yüksek değerlere ulaşması iki mekanizma ile açıklanmaktadır. Birincisi kist rüptüre olduktan sonra içeriğin periton irritasyonuna sebep olması ve CA 125'in peritondan salgılanmasıdır. İkinci mekanizma ise kist içerisinde çok yoğun miktarda bulunan CA 125 molekülünün rüptür sonrası peritoneal endotelden kolayca kan dolaşımına geçişidir. Dolayısıyla, özellikle genç hastalarda çok yüksek tümör belirteçleriyle karşılaşıldığında, hikaye ve ultrasonografik bulgular da değerlendirilerek rüptüre endometrioma kisti tanısı mutlaka göz önünde bulundurulmalı ve invaziv girişimlerden kaçınılmalıdır. Bu olguda karın ağrısıyla acile başvuran hastanın ön planda apse ve endometrioma ön tanılarıyla takip edilip yapılan görüntüleme ve tetkik sonuçlarında endometrioma kist rüptürü tanısı alan hastanın CA 125 yüksekliğinin rüptür sonrasında azalması olduğu tespit edilmiştir. CA 125 yüksekliğinin sadece over kanserinin tümör belirteci olmadığını başka jinekolojik durumlarda da yükseklebileceğini ve tedavi sonrasında gerilediğini vurgulamak istedik.

Anahtar Kelimeler: Over kanseri, endometrioma, CA 125

SS-15

Rahim içi araç ipinin uterustan migrasyonu ve vajende görünmesi: Nadir bir olgu sunumu

Zeynep Işık Karaoğlu, Ebru Bulut Erdem

Erzurum Şehir Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum
Kliniği, Erzurum

AMAÇ

Rahim içi araç (RİA) yaygın bir kontraseptif yöntemdir; ancak RİA ipinin uterin kavite dışına migrasyonu oldukça nadir bir komplikasyondur. Bu çalışmada RİA ipinin uterustan ilerleyerek posterior servikal komşuluk yoluyla vajende görünmesiyle ortaya çıkan nadir bir olgunun tanı ve tedavi sürecinin sunulması amaçlanmıştır.

YÖNTEM

Beş yıldır RİA kullanan 42 yaşındaki hasta vajinal yabancı cisim hissi ile başvurdu. Pelvik muayenede ip, serviks posteriorundan vajene doğru uzanır şekilde izlendi. Transvajinal ultrasonografi ile RİA'nın uterin kavite içinde olduğu fakat ipinin kavite dışına ilerleyerek migrasyon yaptığı doğrulandı. RİA, ultrason eşliğinde transservikal yaklaşımla venter kullanılarak çıkarıldı. İşlem sonrası klinik takip ve kontrol ultrasonografisi yapıldı.

BULGULAR

RİA uterin kavite içinde bir konumda izlenirken, ip kısmının uterusu terk ederek migrasyonu saptandı. Vajende posterior servikal komşulukta ip görünür durumdaydı. Ultrason eşliğinde uygulanan transservikal girişimde RİA bütün olarak çıkarıldı, işlem süresi yaklaşık 5 dakika sürdü ve komplikasyon gelişmedi. Postoperatif takipte ağrı, kanama veya enfeksiyon bulgusu izlenmedi. Kontrol muayenesinde uterin kavite normal görünümdeydi.

SONUÇ

Sadece RİA ipinin migrasyonu nadir görülse de pelvik muayenede ipin anormal pozisyonunda bulunması, migrasyon açısından uyarıcıdır. Tanıda ultrasonografi kritik öneme sahiptir. Uygun değerlendirme sonrası ultrason eşliğinde transservikal çıkarma işlemi güvenli ve etkili bir tedavi yaklaşımıdır. Bu olgu, RİA kullanımına bağlı nadir görülen ip migrasyonlarının tanınmasına katkı sağlamayı amaçlamaktadır.

Anahtar Kelimeler: Rahim içi araç, Kayıp RİA, Anormal yerleşimli RİA, Kontrasepsiyon komplikasyonu

Rahim içi araç ipinin migrasyonu



SS-16

Pelvik konjesyon sendromuna bağlı kronik pelvik ağrıda minimal invaziv yaklaşım: Bilateral ovarian ven embolizasyonu

Bakiye Akbaş, Gülseren Dinç
Karadeniz Teknik Üniversitesi, Tıp Fakültesi,
Kadın Hastalıkları ve Doğum Ana Bilim Dalı, Trabzon

GİRİŞ

Kronik pelvik ağrı 18-50 yaş arası kadınlarda %5-25 oranında görülür (1). Kronik pelvik ağrının endometriozisten sonra ikinci en sık nedeni pelvik venöz konjesyon sendromu (PVKS)'dur (2). PVKS özellikle multipar kadınlarda görülen, 6 aydan uzun süren kronik pelvik ağrı ile karakterize, önemli fakat sıklıkla gözden kaçan bir klinik durumdur. Ovarian venlerdeki kapak yetersizliği sonucu gelişen venöz dilatasyon ve staz, pelvik bölgede sürekli veya sıklıkla ağrıya yol açar. Tanı genellikle klinik şüphe ve görüntüleme yöntemleriyle konur. PVKS tedavisi cerrahi yöntemler ile (laparoskopik over ven ligasyonu, abdominal histerektomi ve ooferektomi) ile tedavi edilir. Son yıllarda, minimal invaziv bir tedavi seçeneği olarak ovarian ven embolizasyonu, etkin ve güvenli bir yöntem olarak öne çıkmıştır (3). Bu olgu sunumunda PKS'ye bağlı kronik pelvik ağrısı olan bir hastada bilateral ovarian ven embolizasyonu sonrası elde edilen başarılı klinik sonuç sunulmaktadır.

OLGU ÖZETİ

38 yaşında, 2 doğum yapmış (G3P2A1 2 kez C/S) kadın hasta, yaklaşık 2 yıldır devam eden ara kanamaları, yoğun adet kanaması, karın ve bel ağrısı şikayeti ile başvurdu. Hastanın günde 3-4 kez kasıklarına ve beline vuran şiddetli ağrı şikayeti vardı. Fizik muayenede belirgin patoloji saptanmadı. Laboratuvar değerleri normaldi. Transvajinal ultrasonografide uterus ve adneksler doğal görünümdeydi ancak bilateral ovarian venlerde dilatasyon izlendi. Hastadan alınan endometrial biyopsi normaldi. Hastaya medikal tedavi + levonorgestrel içeren RIA uygulandı. Yaklaşık 2 yıl boyunca uygulanan medikal tedaviye dirençli olan ağrı ve kanama şikayetlerinin olması ve yaşam kalitesinin fazlaca bozulması üzerine hastaya histerektomi ve bilateral salphenjektomi operasyonu uygulandı. Ardından kanama şikayeti düzelen ancak ağrıları devam eden hastaya çekilen manyetik rezonans venografi ile pelvik varikoziteler ve ovarian venlerde reflü saptanarak pelvik konjesyon sendromu tanısı doğrulandı. Hastaya tedavi seçeneği olarak bilateral ovarian ven embolizasyonu planlandı. İşlem, lokal anestezi altında femoral ven yoluyla gerçekleştirildi. Selektif venografi sonrası, bilateral ovarian venlerde belirgin dilatasyon ve reflü akımlar görüldü. Her iki ovaryan ven ve ilişkili varisler önce %3' lük aethoxysclerol ile köpük skleroterapi yapıldı, ardından periferik koiller kullanılarak embolize edildi. İşlem komplikasyonsuz tamamlandı (Resim

1A-E). Hastanın erken dönem postoperatif takibinde ciddi ağrı yakınması olmadı. Birinci ay kontrolünde ağrı belirgin azalmış (%80 iyileşme), üçüncü ayda ise tamamen kaybolmuştu. Altı aylık takipte ağrının tekrarlamadığı ve hastanın yaşam kalitesinin anlamlı biçimde arttığı gözlemlendi.

SONUÇ

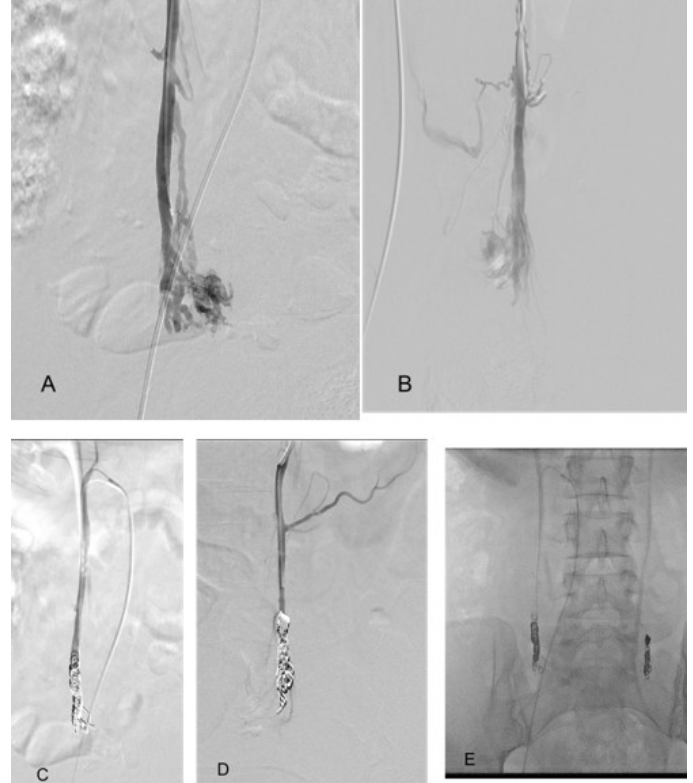
Kronik pelvik ağrı, dünya çapında milyonlarca kadını etkileyen yaygın, sık görülen ve güçten düşüren bir rahatsızlıktır. Tanıda görüntüleme yöntemlerinden özellikle MR venografi yüksek doğruluk sağlar. Tedavide endovasküler yaklaşım büyük oranda cerrahinin yerini almıştır. Basit koil embolizasyonu, glue embolizasyonu veya skleroterapi ile koil embolizasyonunun bir kombinasyonu dahil olmak üzere çeşitli yaklaşımlar bildirilmiştir. Embolizasyonda başarı %83'dür (3). İşlemsel komplikasyonlar nadirdir ve genel oranlar %2-3 arasında bildirilmiştir.

Bilateral ovarian ven embolizasyonu, pelvik konjesyon sendromuna bağlı kronik pelvik ağrıda etkili, güvenli ve minimal invaziv bir tedavi yöntemidir. Uygun hasta seçimi ve deneyimli merkezlerde yapılması durumunda kalıcı iyileşme sağlanabilir. Bizim hastamızda da işlem sonrası tam iyileşme sağlanmıştır.

1. Ahangari A. Prevalence of chronic pelvic pain among women: an updated review. Pain Phys. 2014;17(2): E141-7.
2. Sharma D, Dahiya K, Duhan N, Bansal R. Diagnostic laparoscopy in chronic pelvic pain. Arch Gynecol Obstet. 2011;(283): 295-297
3. Kim H.S, Malhotra, A.D, Rowe, P.C, Lee, J.M, & Venbrux, A.C. Embolotherapy for Pelvic Congestion Syndrome: Long-term RESULTS: Journal of Vascular and Interventional Radiology. 2006; 17(2-1): 289-297.

Anahtar Kelimeler: Pelvik ağrı, Pelvik konjesyon, Ovarian ven embolizasyonu

{Resim 1: A-E}



Her iki ovaryen ven selektif enjeksiyonlarında (A, B) her iki ovaryan vende dilatasyon, reflü ve paraovaryan-paraauterin venlerde genişlemeler, variköz değişiklikler izlenmektedir. Heri iki ovaryan vene önce %3'lük aethoxysclerol enjeksiyonunu yapılarak köpük skleroterapi yapıldı. Daha sonra her iki tarafta genişlemiş ovaryan venler ve venöz yapılar koillerle embolize dildi (C, D, E). Embolizasyon sonrasında dilate ovaryan ven ve pelvisteki dilate venöz yapıların oklude olduğu görüldü.

SS-17

Nadir Görülen Bir Pelvik Kitle Sebebi Appendiks Mukosel Olgu Sunumu

Mücahit Ahmet Aranlı¹, Enis Duran², Erbil Karaman¹,
Senem Çetin Duran³

¹Van Yüzüncü Yıl Üniversitesi, Jinekolojik Onkoloji
Cerrahisi Bilim Dalı, Van

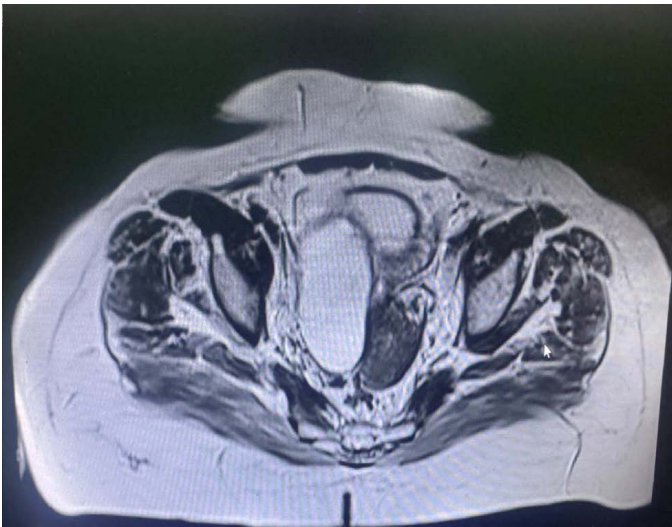
²Van Yüzüncü Yıl Üniversitesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum
Ana Bilim Dalı, Van

³Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi Histoloji Embriyoloji Bilim
Dalı, Diyarbakır

Dış merkezden kliniğimize adneksial kitle ve karın ağrısı nedeniyle sevk edilen hastanın, operasyon sırasında insidental tespit edilen appendiks mukosel operasyonunun sunulması amaçlanmıştır. Hasta sağda 10 cm adneksial kitle nedeniyle tarafımıza sevk edildi. Yapılan USG ve MRI görüntülemeleri sağ adneks kaynaklı yaklaşık 90*60 mm solid alan içermeyen, kontrast tutmayan lezyon olarak yorumlandı. Hasta kadın doğum konseyinde değerlendirildi ve operasyon kararı verildi. Operasyon sırasında ekplorasyonda uterus overler ve tubular doğal izlendi. Adneksial kitle izlenmedi appendikte yaklaşık 10 cm mukosel görünümü izlendi. Total appendektomi yapıldıktan sonra patolojiye gönderildi. Nihai rapor appekdis mukosel olarak yorumlandı.

Anahtar Kelimeler: Appendiks, Mukosel, Adneksial Kitle

şekil 1



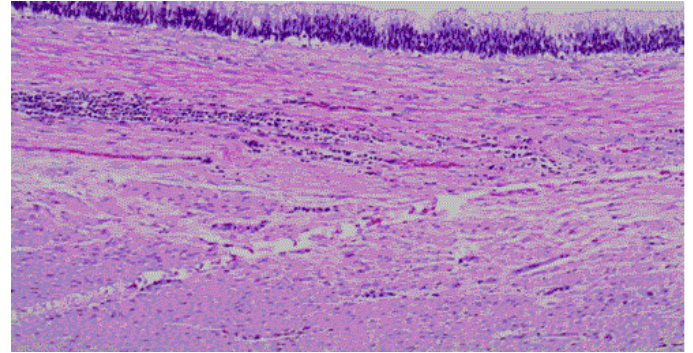
Preop MR görüntüsü

şekil 2



İntraop Appendiks Mukosel görüntüsü

şekil 3



Nihai patoloji görüntüsü (H&E x100)



DOĞU ANADOLU KADIN SAĞLIĞI DERNEĞİ PALANDÖKEN KADIN DOĞUM KONGRESİ

28-30 Kasım 2025 | Polat Palandöken Hotel, Erzurum

“Jinekoloji - İnfertilite - Ürojinekoloji - Genital Estetik - Obstetrik”

SS-18

Douglasta yaygın mayii izlenmesi üzerine yönlendirilen 31 yaşındaki kadın hastada TVUSG’de overde şüpheli odak saptandıktan sonra yapılan biyopside seröz karsinom tanısı koyulması: bir olgu sunumu

Sema Akyüz¹, Kübra Baki Erin¹, Füreyza Zilal Hocağil²

¹SBÜ Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, Trabzon

²Kanuni Eğitim ve Araştırma Hastanesi Jinekolojik Onkoloji Anabilim Dalı, Trabzon

Douglas boşluğu, “rektouterin boşluk” olarak da bilinir ve karın içindeki diğer organlardan periton adı verilen zarla ayrılır. Kadınlarda pelvik bölgede, rahimin arkasında ve rektumun önünde yer alan bir anatomik boşluktur. Bu anatomik bölge, çeşitli sağlık durumlarına bağlı olarak sıvı birikmesine elverişli hale gelebilir. Karın bölgesindeki enfeksiyonlar, iltihaplanmalar, kist veya yumurtalık kanseri gibi hastalıkların sonucu olarak Douglas boşluğunda sıvı birikmesi görülebilir. Bu nedenle erkenden teşhis edilmesi son derece önemlidir.

Bu olguda 31 yaşındaki bir kadın hastanın diğer branş hekim tarafından rutinde istenen ultrason raporunda douglasta fundusu geçen düzeyde yaygın mayii izlenmesi üzerine kadın hastalıklarına yönlendirilmesi sonucu yapılan biyopside over seröz karsinomu tanısı alması süreci ele alınmaktadır. Hasta takibeden süreçte 4. kür kemoterapisini almaktadır ve hastaya aralık ayında jinekolojik onkoloji tarafından interval debulking planlanmaktadır. Douglasta mayii izlenmesi durumu fizyolojik sebeplerle de olabilmekle beraber miktarı, içeriği, homojenitesi açısından USG’de dikkatli inceleme yapılması jinekolojik malignite işaretlerinin atlanmaması açısından son derece önemlidir.

Anahtar Kelimeler: over, yumurtalık kanseri, mayii, douglas, karsinom, ultrason bulguları

SS-19

Nadir bir postkoital kanama sebebi; longitudinal vajinal septum

Ümran Kaya, İlknur Merve Ayazoğlu

Rize Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi Eğitim Araştırma Hastanesi

AMAÇ

Vajinal septum; vajenin konjenital bir anomalisi olup sebebi tam olarak bulunamamıştır. En sık görülen bulgular arasında disparoni, vajinal tampon kullanım zorluğu ve eğer çok geç fark edilirse zor doğum vardır. Bu olguda henüz bir aylık evli olup, postkoital kanama şikayeti ile bir kaç kere poliklinik başvurusu olan hastada vajinal septum tanısı ve tedavisinden bahsedilecektir.

OLGU

31 yaşında bir aylık evli, nullipar hasta bir aydır olan, her cinsel ilişkiden sonra tekrarlayan vajinal kanama şikayeti ile polikliniğe başvurdu. Vajinal muayenede; spekulum tam ilerletilemedi. İncepeksiyonda vajinal longitudinal septumdan şüphelenildi.(Resim-1) Hasta uyumsuzluğu nedeni ile transvajinal ultrasonografi yapılamadı. Pelvik ultrasonografide uterin anomali izlenmedi.Pelvik manyetik rezonans görüntüleme(MRI) raporunda; uterus ve overler doğal, vajen lokalizasyonunda hipointens şüpheli lineer yapı(septum?) olarak gelen hastaya operasyon planlandı. Operasyon esnasında hymenal bölgeden vajene uzanan yaklaşık 2 cm uzunluğunda septum bipolar mühürleyici ile rezeke edildi. Serviks doğal izlendi. 9.5 nolu bujiye kadar serviks dilate edildi. Histereskopla uterus girildi. Bilateral ostiumlar açık izlendi. Endometrial kavite doğal izlendikten sonra operasyona son verildi. Postoperatif takiplerinde şikayeti olmayan hasta postoperatif 5. ayında gebe kalmış olup şuan 20. haftasında gebeliği devam etmektedir.

TARTIŞMA

Vajinanın proksimal üçte ikisi Müllerian kanallarının füzyonundan oluşurken, distal üçte biri ürogenital sinüsten kaynaklanır. Longitudinal vajinal septum, disparoni,dismenore ve infertilite ile ilişkili olabilen nadir bir Müllerian malformasyondur. Vajinayı bölen septum kısmi veya tam olabilir. Olguda septumun distale yakın ve kısmi olması septomların silik olmasına sebep olmuş olabilir. Longitudinal vajinal septum tipik olarak septat uterus veya uterus didelfis gibi uterus anomalileriyle ilişkili olabilir. Tanısında pelvik muayane, ultrasonografi ve MRI yol göstericidir. Olguda da olduğu gibi en önemli adımı şüphelenmek ve ardından dikkatle yapılacak pelvik muayene oluşturmaktadır. Tedavisinde mesane ve rektuma dikkat ederek septumun tamamının eksizyonu önerilir. Asemptomatik vakalarda eksizyon şart olmamakla birlikte ilerdeki bir vajinal doğum için kolaylaştırıcı bir seçenektir.

SONUÇ

Vajinal septum nadir görülen fakat varlığında hastanın hem cinsel hayatını hem de fertilesini olumsuz etkileyebilecek bir durumdur. Ayırıcı tanıda düşünülüp araştırılmaz ve ayrıntılı bir jinekolojik muayene yapılmaz ise kolayca atlanabilir. Polikliniklere disparoni, dismenore, postkoital kanama, vajinal tampon kullanım zorluğu, primer amenore gibi semptomlarla gelen hastalarda inspeksiyon ile başlayan detaylı pelvik muayene tanı koymada önemlidir.

Anahtar Kelimeler: Disparoni, Postkoital kanama, Vajinal Septum

resim 1



SS-20

Adneksiyel alan yerleşimli nadir bir lipoleiomyom olgusu

Ümran Kaya, sibel dogan polat, Bulent Yilmaz
Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Ana Bilim Dalı, Rize

AMAÇ

Uterin leiomyomlar (fibroid veya miyom olarak da adlandırılır) kadınlarda en sık görülen pelvik neoplazilerdir. Bazen leiomyom olduğu varsayılan bir uterin kitlesi olan hastalar postoperatif dönemde leiomyom varyantı veya leiomyosarkom tanısı alabilir. Uterusun benign mezodermal tümörlerinden olan ve oldukça nadir görülen lipoleiomyomların insidansı %0,03- 0,2'dir. Bu olgu sunumunda atipik yerleşimli bir lipoleiomyom olgusundan bahsedeceğiz.

OLGU

59 yaşında dış merkezden postmenopozal adneksiyel kitle nedeniyle yönlendirilen hastanın yapılan transvajinal ultrasonografisinde belirgin adneksiyel kitle izlenmedi ancak suprapubik pelvik ultrasonografide sol adneksiyel alanda yaklaşık 77x70 mm dermoid kist ile uyumlu olabilecek kitle imajı izlendi. Hastanın tümör markerları normaldi. Manyetik rezonans görüntüleme (MRI) sol adneksial lojda yaklaşık olarak 73x70 mm boyutlarında T2A serilerde hipointens, T1A serilerde hipointens, postkontrast serilerde belirsiz kontrast tutulumu gösteren lezyon izlenen hastaya total laparoskopik histerektomi ve bilateral salpingooferektomi planlandı. İntraoperatif olarak mesane anterolateraline yerleşmiş, çevre dokulara yapışık yaklaşık 6x7 cm çapında bir kitle izlendi. (Resim 1) Total laparoskopik histerektomi ve kitle eksizyonu uygulandı. (Resim 2-4) Hastanın postoperatif patoloji sonucu lipoleiomyom olarak raporlandı.

TARTIŞMA

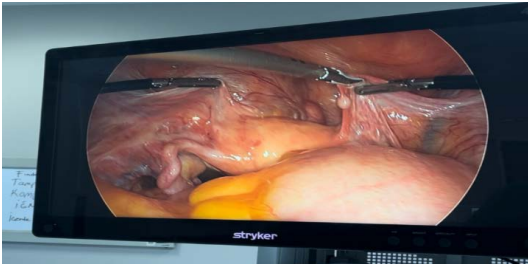
Myoma uteri myometrial düz kas hücrelerinin benign proliferasyonunu tanımlar. 35 yaş üstündeki kadınlarda en sık görülen pelvis tümörüdür. Myomlar anatomik lokalizasyon olarak en sık korpus bölgesinde görülürler (%95). Lipoleiomyomlar ise uterusun benign mikst mezodermal tümörleri arasında yer alır ve içerdiği yağ hücreleri ve düz kas miktarına bağlı olarak lipom ya da lipoleiomyom olarak adlandırılırlar. Çoğunlukla bizim hastamızda olduğu gibi postmenopozal dönemde görülürler. Histogenezinde embriyonik yağ hücrelerinin yanlış yerleşimi, kas ve bağ dokusu hücrelerinin yağ hücrelerine metaplazisi, cerrahi esnasında yağ dokusunun uterus duvarına inklüzyonu gibi faktörler sorumlu tutulmaktadır. Ayırıcı tanıda benign kistik over teratomu veya pelvik lipom düşünülebilir. Bizim hastamızın herhangi bir şikayeti yoktu ve tesadüfen saptanan adneksiyel yerleşimli bir kitlesi mevcuttu.

SONUÇ

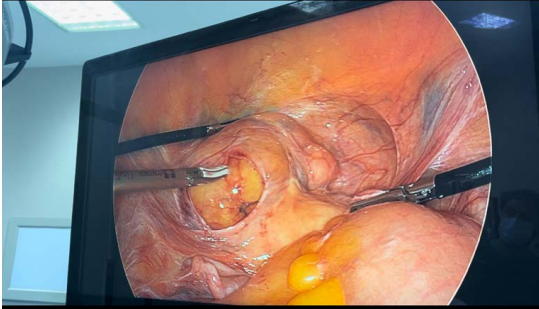
Lipoleiomyomlar nadir görülmekle birlikte özellikle postmenopozal kadınlarda farklı ultrasonografik görüntüdeki kitlelerde akla gelmesi gereken benign tümörlerdir. Şüpheli bir adneksiyel kitle varlığında transvajinal ultrasonografi yetersizliğinde mutlaka pelvik ultrasonografi ve diğer görüntüleme yöntemleri ile tanı desteklenmelidir.

Anahtar Kelimeler: adneksiyel kitle, leiomyom, lipoleiomyom

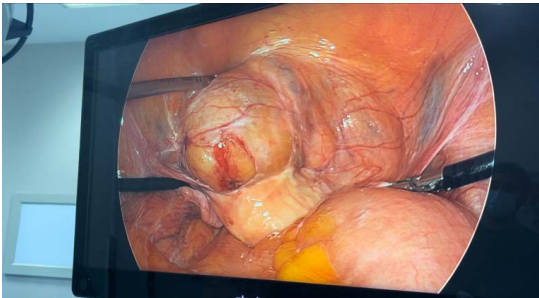
RESİM 1



RESİM 2



RESİM 3



RESİM 4



SS-21

Transobturator tape uygulaması sonrası gelişen iki mesh erozyonu olgusunun yönetimi

Ümran Kaya, Bulent Yilmaz, İlknur Merve Ayazoğlu, Sibel Dogan Polat, Savaş Özdemir
Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Ana Bilim Dalı, Rize

AMAÇ

Stres tip üriner inkontinans(SUI) öksürme, hapsirme, gülme ve egzersiz gibi intraabdominal basıncı artıran aktivitelerle ortaya çıkan istemsiz idrar kaçırma durumudur. Etiyolojide geçirilmiş pelvik cerrahi, zor doğum öyküsü, yaş ve hipoöstrojenemi rol oynar. Tedavide davranış tedavisi ve cerrahi tedavi uygulanabilir. Cerrahi tedavi sonrası idrar retansiyonu, işeme disfonksiyonu, mesane veya üretra yaralanması ve mesh erozyonu gibi komplikasyonlar görülebilir. Burada, iki hastada transobturator tape (TOT) operasyonu sonrası gelişen mesh erozyonunun yönetimi sunulmaktadır.

OLGU

İlk hastamız; 56 yaşında, 2 vajinal doğumu olan hastaya grade 3 sistorektosel ve SUI endikasyonu ile TOT, kolporafi anterior ve posterior operasyonu uygulandı. Hasta postoperatif 1. gününde taburcu edildi. Postoperatif birinci ay kontrolünde inkontinans şikayeti gerilemediğini belirten hastanın vajinal muayenesinde sütür hattı intakt izlendi. Medikal tedavi başlandı. Bir ay sonra tekrar kontrole çağırılan hastanın vajinal muayenesinde meshin bir kısmı erozyone mukozal alandan görünür vaziyette izlendi ve operasyon planlandı. Hastaya operasyonda üroloji tarafından sistoskopi yapıldı ve mesane intakt izlendi. Hastaya parsiyel mesh eksizyonu ve vajen mukozası onarımı yapıldı.(Resim 1-4) Şikayeti olmayan hasta postoperatif altıncı saatinde taburcu edildi.

İkinci hastamız; 66 yaşında, 6 vajinal doğumu olan hastaya SUI endikasyonu ile TOT uygulandı. Postoperatif birinci ayında şikayetleri azalsa da ama ara ara stres inkontinans tarifleyen hastaya bir ay medikal tedavi denendi. Postoperatif üçüncü ayında medikal tedaviye dirençli inkontinans ve vajende ele gelen şişlik şikayetiyle gelen hastanın vajinal muayenesinde mesh erozyonu tespit edilmesi üzerine parsiyel mesh eksizyonu ve vajen mukozası onarımı yapıldı.(Resim 5-7) Hasta postoperatif altıncı saatinde taburcu edildi. İki hastanın da postoperatif birinci ay kontrollerinde ek patoloji izlenmedi, inkontinans şikayetleri olmadı.

TARTIŞMA

SUI tedavisinde ilk olarak davranış değişiklikleri, pelvik taban egzersizleri ve medikal tedavi tercih edilmektedir. Konservatif tedaviden fayda görmeyen semptomatik hastalarda cerrahi tedavi uygulanır. Stres tip üriner inkontinans cerrahisinde minimal invaziv, düşük komplikasyon oranları ve yüksek et-

kinliği olan bir yöntem olarak TOT operasyonu yaygın olarak uygulanmaktadır. Nadiren damar, mesane, üretra yaralanmaları, idrar retansiyonu, işeme disfonksiyonu ve mesh erozyonu görülebilir. Mesh komplikasyonlarında risk faktörleri arasında yaş, diyabet, obezite, operatif teknik, çok yüzeysel vajinal diseksiyon, sütür materyali seçimi, kullanılan meshin özellikleri, meshin aşırı gergin veya kirlenmiş bir vajinal alan yoluyla yerleştirilmesi, zayıf yara iyileşmesi, cinsel aktivite ve sigara sayılabilir. Bizim hastalarımızda da vajinal atrofi ve cinsel aktivite mevcuttu. Mesh erozyonu küçük bir alanda ise lokal östrojen tedavisi denenebilir. Ancak geniş alanlı mesh erozyonunda ya da enfekte mesh varlığı durumunda meshin kısmi eksizyonu önerilmektedir. Meshin parsiyel eksize edildiği olgularda TOT operasyonu ile sağlanan subüretral fibrozis tamamen bozulmadığı ve inkontinans nüksü olmadığı görülmektedir.

SONUÇ

TOT operasyonunda mesh ile ilişkili komplikasyonlar nadir değildir ve komplikasyon riski ameliyattan sonra uzun dönemde de devam eder. Mesh komplikasyonlarını önlenmesinde değiştirilebilir risk faktörlerinin optimizasyonu, uygun mesh seçimi ve cerrahi teknik önemlidir. Hastaların postoperatif ayaktan kontrollerinde mesh erozyonu açısından fizik muayene ile değerlendirilmeleri önemlidir.

Anahtar Kelimeler: mesh erozyonu, stres üriner inkontinans, transobturator tape

resim 1



resim 2



resim 3



resim 4



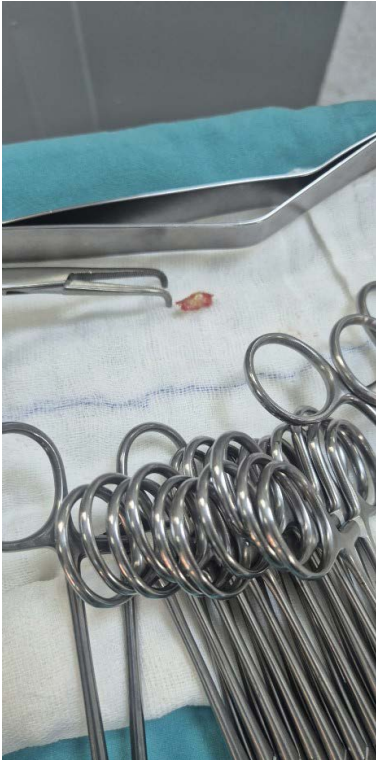
resim 5



resim 6



resim 7



SS-22

Maternal-Fetal Mikrobiom Aksı: Preterm Doğum Ve Preeklampsi Riskine Etkileri

Meryem Keçeci Oğuzhanoglu

Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Haseki Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, İstanbul

AMAÇ

Preterm doğum yılda 15 milyon bebeği etkileyen ve 5 yaş altı çocuk ölümlerinin önde gelen nedeni, preeklampsi ise gebeliklerin %2-8'ini etkileyen ve yılda 76.000 maternal ölüme sebebiyet veren major obstetrik komplikasyonlardır. Yeni nesil dizileme teknolojilerinin gelişmesiyle, maternal mikrobiomun (vajinal, bağırsak, oral ve plasental) gebelik sonuçlarındaki kritik rolü ortaya çıkmıştır. Bu derleme, maternal-fetal mikrobiom aksının preterm doğum ve preeklampsi patogenezindeki mekanizmalarını, güncel verileri ve probiyotik müdahalelerin terapötik potansiyelini değerlendirmeyi amaçlamaktadır.

YÖNTEM

PubMed/MEDLINE, Web of Science, Scopus ve Cochrane Library veritabanlarında 2020-2025 yılları arasında yayınlanan İngilizce makaleler sistematik olarak tarandı. Arama stratejisinde “maternal microbiome”, “vaginal microbiome”, “gut microbiome”, “pregnancy”, “gestation”, “preterm birth”, “preeclampsia”, “pregnancy complications”, “probiotics”, “dysbiosis”, “Lactobacillus” terimleri kullanıldı. Landmark çalışmalar için 2014'e kadar geriye gidildi. Randomize kontrollü çalışmalar, kohort çalışmaları, sistematik derlemeler ve meta-analizler dahil edildi. Toplam 150+ makale incelendi ve 60+ kaynak derlemeye dahil edildi.

BULGULAR

Maternal mikrobiom disbiyozisi preterm doğum ve preeklampsi patogenezinde multifaktöriyel roller oynar.

[Vajinal mikrobiom]: Community State Types (CST) sınıflamasında, CST-I (*L. crispatus* dominant) en koruyucu profil olup vajinal pH'yı <4.5'te tutar ve hidrojen peroksit üretimi ile patojen bakterileri inhibe eder. Kafkas kadınlarda CST-I prevalansı %27 iken, Afrikalı-Amerikalı kadınlarda %7'dir, bu etnik farklılık preterm doğum disparitelerini kısmen açıklar. CST-IV (düşük *Lactobacillus*, yüksek çeşitlilik) preterm doğum riskini %40-50 artırır. Vajinal pH ≥ 5.0 spontan preterm doğum için güçlü prediktördür. Disbiyozis, pro-inflammatuar sitokinlerin (TNF- α , IL-1 β , IL-6, IL-8) artışına, prostaglandin sentezine ve fetal membran zayıflamasına yol açar.

[Bağırsak mikrobiomu]: 5.313 gebe üzerinde yapılan 2025 çalışması, Microbial Risk Score (MRS) ile preterm doğumun erken gebelikte öngörülebildiğini gösterdi (EAA: 0.78). Pre-



DOĞU ANADOLU KADIN SAĞLIĞI DERNEĞİ PALANDÖKEN KADIN DOĞUM KONGRESİ

28-30 Kasım 2025 | Polat Palandöken Hotel, Erzurum

“Jinekoloji - İnfertilite - Ürojinekoloji - Genital Estetik - Obstetrik”

eklamptik gebelerde Akkermansia muciniphila, Bifidobacterium ve Coprococcus'ta anlamlı azalma; Campylobacteriota ve Proteobacteria'da belirgin artış saptandı. 2025 Nature Communications çalışması, bağırsak disbiyozisinin plasental karbonhidrat metabolizmasını bozarak doğal öldürücü hücre disfonksiyonuna, M1 makrofaj polarizasyonuna ve tolerojenik ortamın kaybına yol açtığını gösterdi; glukoz takviyesi bu etkiyi tersine çevirdi. Kısa zincirli yağ asitleri (asetat, propiyonat, bütirat) preeklampitik gebelerde anlamlı düşük saptandı ve bu azalmanın endotelial disfonksiyon ve sistemik inflamasyona katkıda bulunduğu gösterildi (Altemani et al., 2021; Deady et al., 2024). Trimetilamin N-oksit (TMAO) ve lipopolisakkarit (LPS) düzeylerinde artış ise, bağırsak bariyer bütünlüğünün bozulduğunun göstergesi kabul edilir (Ahmadian et al., 2020; Torres-Torres et al., 2025).

[Oral mikrobiom]: Fusobacterium nucleatum hematogen yayılımı plasentaya ulaşarak term ölü doğum olgularında izole edilmiştir. Periodontal hastalık preterm doğum riskini 2-7 kat artırır. 2024 literatür taramasında preeklampsi çalışmalarının sadece %13'ünün oral mikrobiomu incelediği saptandı. Veillonella, Prevotella ve Capnocytophaga türleri de preterm doğumla ilişkili bulunmuştur.

[Probiyotikler]: Meta-analizler, 20. haftadan önce başlanan Lactobacillus bazlı probiyotiklerin preterm doğum riskini %50 azalttığını gösterdi (aOR: 0.79, P: 0.03). Nordqvist et al. kohort çalışmasında yüksek probiyotik süt alımı preterm doğum riskinde %18, preeklampsi riskinde %20 azalma sağladı. Ancak 2024 sistematik derlemesi (29 RCT, 7.735 gebe), genel popülasyonda standart probiyotik müdahalesinin fark yaratmadığını, disbiyozisi olan ve yüksek riskli gebelerde hedeflenmiş yaklaşımların gerekli olduğunu vurguladı. L. rhamnosus GR-1 ve L. reuteri RC-14 kombinasyonu bakteriyel vaginosis tedavisinde etkili bulunmuş, oral uygulamanın vajinal yoldan daha başarılı olduğu gösterilmiştir (Basavaprabhu et al., 2020; Petricevic et al., 2023). Probiyotikler yarışmacı inhibisyon, pH modülasyonu, antimikrobiyal madde üretimi, immünomodülasyon ve epitel bariyer güçlendirme mekanizmalarıyla etki eder.

SONUÇ

Maternal-fetal mikrobiom aksı, preterm doğum ve preeklampsi patogeneğinde önlenabilir ve tedavi edilebilir bir mekanizmayı temsil etmektedir. Vajinal Community State Types (CST) profillemesi ve bağırsak mikrobiom bazlı Microbial Risk Score (MRS) gibi yeni biomarkerlar, erken risk stratifikasyonu için umut vericidir. Probiyotik müdahaleler, özellikle disbiyozisi olan ve yüksek riskli gebelerde (geçmiş preterm doğum, bakteriyel vaginosis, pH >4.5, serviks cerahisi), non-invaziv, güvenli ve maliyet-etkin bir strateji sunmaktadır.

Erken gebelikte (12-20 hafta) başlanan Lactobacillus bazlı probiyotikler (L. rhamnosus + L. crispatus kombinasyonu, 2×10^9 CFU/gün, 8-12 hafta) %50'ye varan preterm doğum risk azalması sağlayabilir. Üçüncü trimesterde (28-32 hafta)

başlanan tedavi preeklampsi riskini %20 azaltabilir. Zamanlama kritiktir: 20. haftadan önce başlanan probiyotik müdahalesi preterm doğum önlemede, 28. haftadan sonra başlanan müdahale ise preeklampsi önlemede daha etkilidir. Popülasyon tabanlı evrensel kullanım yerine kişiselleştirilmiş, mikrobiom-profil bazlı hedeflenmiş yaklaşımlar gereklidir.

Vajinal pH ölçümü gibi basit, ucuz tarama yöntemleri birinci basamakta kullanılabilir. Yapay zeka destekli prediksyon modelleri, bireysel risk skorları ve sinbiyotik (probiyotik+p-rebiyotik) kombinasyonlar gelecekte obstetrik bakımda devrim yaratma potansiyeline sahiptir. Beslenme modifikasyonu (yüksek fiber diyet, fermente gıdalar, omega-3 yağ asitleri, Akdeniz diyeti), stres yönetimi, düzenli egzersiz ve oral hijyen probiyotik tedaviyi destekler.

Büyük ölçekli, çok merkezli, hedeflenmiş randomize kontrollü çalışmalar, optimal probiyotik suşlarının, dozlarının, uygulama yollarının ve tedavi sürelerinin belirlenmesi için gerekmektedir. Türkiye'de etnik ve coğrafi farklılıkları inceleyen, geleneksel fermente gıdaların etkilerini değerlendiren orijinal araştırmalar uluslararası literatüre önemli katkılar sağlayabilir. Maternal mikrobiom modülasyonu, 21. yüzyıl obstetrisinde preterm doğum ve preeklampsi önleme stratejilerinin temel taşlarından biri olmaya adaydır.

Anahtar Kelimeler: Bağırsak mikrobiom, Maternal mikrobiom, Preeklampsi, Preterm doğum, Probiyotikler, Vajinal mikrobiom



DOĞU ANADOLU KADIN SAĞLIĞI DERNEĞİ PALANDÖKEN KADIN DOĞUM KONGRESİ

28-30 Kasım 2025 | Polat Palandöken Hotel, Erzurum
“Jinekoloji - İnfertilite - Ürojinekoloji - Genital Estetik - Obstetrik”

Maternal Mikrobiom ve Gebelik Sonuçları - Kanıta Dayalı Özet

Mikrobiom Niş	Riskli Profil	Koruyucu Profil	Preterm Doğum Riski	Preeklampsi Riski	Önerilen Müdahale
Vajinal	CST-IV, Gardnerella, Sneathia, pH >5	CST-I (L. crispatus), pH <4.5	2-3 kat ↑	1.5 kat ↑	Probiyotik <20 hf, 8-12 hafta
Bağırsak	↓ Akkermansia, ↓ Bifidobacterium, ↑ Proteobacteria	↑ Kısa zincirli YA üreticileri, çeşitlilik	1.8 kat ↑	3-4 kat ↑	Probiyotik 28-32 hf, diyet
Oral	F. nucleatum, Prevotella, periodontal hastalık	Sağlıklı periodontal durum	2-7 kat ↑	2 kat ↑	Oral hijyen, dental tedavi
Plasental (tartışmalı)	Gardnerella, Ureaplasma varlığı	Steril/minimal mikrobiom	Artmış risk	Artmış risk	Maternal mikrobiom optimizasyonu

*CST = Community State Types

Normal Vajinal Mikrobiom Kompozisyonu

CST TİPİ	Dominant Tür	Preterm Doğum Riski	Özellikler
CST I	L. crispatus	↓ En düşük	En koruyucu profil, pH <4.5
CST II	L. gasseri	↓ Düşük	İyi koruma
CST III	L. iners	↔ Orta	Daha az stabil
CST IV	Düşük Lactobacillus, yüksek çeşitlilik	↑ Yüksek	Bakteriyel Vajinozis ile ilişkili
CST V	L. jensenii	↓ Düşük	İyi koruma

Sağlıklı gebelerin vajinal mikrobiomu Lactobacillus dominansı ile karakterizedir. Vajinal mikrobiom, Community State Types (CST) olarak sınıflandırılır.

Önerilen Probiyotik Suşları ve Dozlar

Probiyotik Suş	Doz	Uygulama Yolu	Endikasyon	Kanıt Düzeyi
L. rhamnosus GR-1	1-2×10 ⁹ CFU	Oral/Vajinal	PTB önleme	Orta
L. reuteri RC-14	1-2×10 ⁹ CFU	Oral/Vajinal	BV tedavisi	Orta
L. crispatus LBV 88	4×10 ⁹ CFU	Oral	PTB önleme	Yüksek
L. rhamnosus LBV 96	4×10 ⁹ CFU	Oral	PTB önleme	Yüksek
L. jensenii LBV 116	0.8×10 ⁹ CFU	Oral	Yardımcı	Orta
L. gasseri	1-2×10 ⁹ CFU	Oral/Vajinal	BV tedavisi	Orta
L. casei rhamnosus	1×10 ⁹ CFU	Vajinal	Dysbiotic mikrobiota	Orta

*PTB: Preterm doğum *BV: Bakteriyel Vajinozis



DOĞU ANADOLU KADIN SAĞLIĞI DERNEĞİ PALANDÖKEN KADIN DOĞUM KONGRESİ

28-30 Kasım 2025 | Polat Palandöken Hotel, Erzurum

“Jinekoloji - İnfertilite - Ürojinekoloji - Genital Estetik - Obstetrik”

SS-24

Gebe hastalarda Pain Catastrophizing Scale'nın doğum korkusu ve prenatal bağlanma seviyelerine etkisi

Bakiye Akbaş¹, Zeliha Aydın Kasap², Ayşe Nur Aksoy³

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

²Karadeniz Teknik Üniversitesi Tıp Fakültesi, Biyoistatistik ve Tıbbi Bilişim Anabilim Dalı, Trabzon

³Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı, Erzurum Bölge Araştırma Hastanesi, Erzurum

AMAÇ

Doğum, sonucu önceden tahmin edilemeyen ağrılı bir süreçtir. Bu durum kadınlarda doğum korkusuna yol açmaktadır. Doğum korkusu, doğum sürecini olumsuz etkilemekte ve sezaryen talebini artırmaktadır (1,2). Doğum korkusunu etkileyen faktörlerden biri de bireyin ağrıyı abartılı ve olumsuz şekilde algılama eğilimi (pain catastrophizing) 'dir ve Pain Catastrophizing Scale (PCS) ile değerlendirilmektedir (3). Gebelik sürecinde annenin bebeğiyle kurduğu duygusal bağ prenatal bağlanma olarak tanımlanır (4). Bu çalışmada PCS düzeyi yüksek gebelerde doğum korkusunun daha yüksek olacağı ve prenatal bağlanmanın da olumsuz etkileneceği hipotez edildi ve araştırıldı. Literatürde gebelerde PCS ile doğum korkusu ve özellikle prenatal bağlanma arasındaki ilişkiyi doğrudan değerlendiren çok az çalışma bulunmaktadır, bu açıdan çalışmamızın literatüre katkı sağlayacağını düşünüyoruz. **Yöntem:** Bu çalışma tanımlayıcı ve kesitsel tasarıma sahip olup, 01 Aralık 2024–30 Mart 2025 tarihleri arasında Erzurum Şehir Hastanesi Kadın Doğum Kliniğinde prospektif olarak gerçekleştirildi. Çalışma için Atatürk Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar etik kurulundan 29.11.2024 tarih ve B.30.2.ATA.0.01.00/ sayılı onay alınmıştır. Çalışmaya gebeliğin 37–42. haftaları arasında olan, 18–42 yaş aralığında olan, vajinal yol ile doğumu planlanan, düzenli gebelik takibine gelen ve çalışmayı kabul eden gebeler dahil edildi. Sezaryen doğum öyküsü veya mevcut gebelikte sezaryen planı olan, kronik ağrı bozukluğu olanlar, psikiyatrik hastalık öyküsü olanlar çalışma dışı bırakıldı. Gebelerden kadın doğum uzmanı gözetiminde Pain Catastrophizing Scale (PCS), doğum korkusunu ölçmek için Wijma Doğum Beklentisi/Deneyimi Ölçeği-A Versiyonu (W-DEQ/A) ve prenatal bağlanma düzeyini değerlendirmek için Prenatal Bağlanma Ölçeği'ni doldurmaları istendi.

BULGULAR

Çalışmaya yaşları 18–42 yıl arasında değişen toplam 194 gebe dahil edildi. Katılımcıların 103'ü (%53,1) düşük PCS skoru (<17) ile Grup I'i, 91'i (%46,9) yüksek PCS skoru (≥17) ile Grup II'yi oluşturdu. Katılımcıların demografik özellikleri

tablo halinde sunulmuştur (Tablo 1). Grup I'deki kadınların doğum korkusu (W-DEQ A) skorları Grup II'ye kıyasla anlamlı düzeyde daha düşüktü (47,93±13,80 vs. 75,73±17,19; p<0,001) (Tablo 2). Korelasyon analizinde PCS ile prenatal bağlanma arasında anlamlı ilişki bulunmadı (r=0,06), PCS ile W-DEQ arasında ise güçlü pozitif korelasyon saptandı (r=0,78) (Tablo 2).

Lojistik regresyon analizinde PCS yüksekliği (≥17) için bağımsız yordayıcı faktörün W-DEQ skoru olduğu belirlendi (OR=1,096; %95 CI=1,06–1,14; p<0,001). Modelin açıklayıcılığı yüksek bulundu (Nagelkerke R²=0,637; doğruluk=%84) (Tablo 3, Şekil 1).

SONUÇ

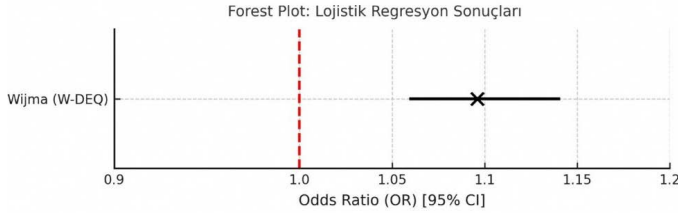
Çalışmamız, PCS yüksekliğinin artmış doğum korkusu ile ilişkili olduğunu göstermektedir. Gebeliğin erken döneminde saptanan yüksek PCS'nin doğum korkusunu artırabileceği öngörüsü makul görünmektedir. Sonuçlarımız, PCS'nin doğum korkusu için potansiyel bir tarama aracı olabileceğini düşündürmektedir. Gebeliğin erken dönemlerinde PCS düzeyi yüksek saptanan kadınların psikolojik destek ve danışmanlık hizmetlerine yönlendirilmesi, uzun dönemde maternal ve neonatal komplikasyonların azaltılmasına katkı sağlayabilir.

Kaynaklar

1. Uçar T, Gölbaşı Z. Nedenleri ve sonuçlarıyla doğum korkusu. Inonu Univ Saglik Bilim Derg. 2015;4(2):54-8.
2. Zar M, Wijma K, Wijma B. Relations between anxiety disorders and fear of childbirth during late pregnancy. Clin Psychol Psychother. 2002;9(2):122-30.
3. Pavlin DJ, Sullivan MJ, Freund PR, Roesen K. Catastrophizing: a risk factor for postsurgical pain. Clin J Pain. 2005;21(1):83-90.
4. Müller ME, Ferketich S. Factor analysis of the Maternal Fetal Attachment Scale. Nurs Res. 1993;42(3):144-7.

Anahtar Kelimeler: Doğum korkusu, gebelik, Pain Catastrophizing Scale, Prenatal Bağlanma Ölçeği, Wijma Doğum Beklentisi Ölçeği

Şekil 1: Lojistik regresyon analizinde Wijma Doğum Beklentisi/Deneyimi Ölçeği (W-DEQ) skorunun PCS (Pain Catastrophizing Scale) yüksekliği (≥ 17) ile ilişkisi.



Siyah nokta odds ratio (OR) değerini, yatay çizgi %95 güven aralığını göstermektedir. Kırmızı kesik çizgi OR=1 referansını temsil etmektedir.

Tablo1:Çalışmaya dahil edilen tüm gebelerin demografik özellikleri (n=194)

{Değişken}	{Bütün kadınlar (n=194)}
Yaş (yıl)	30.68±4.19
Boy (cm)	163.37±5.86
Gebelik haftası (hafta)	
Eğitim	
İlkokul	38.04±0.98
Ortaokul	
Lise	
Üniversite	
Meslek	
Çalışmıyor	62(32)
Çalışıyor	132(68)
Ekonomik Durum	
Kötü	2(1)
Orta	118(60.8)
İyi	74(38.1)
Yaşadığı Yer	
İlçe	80(41.2)
İl	114(58.8)
Gebelik Sayısı	1.77±0.96
Düşük sayısı	0.16±0.56
Doğum sayısı	0.73±0.82
Prenatal Bağlanma Ölçeği: PAI	61.09±11.18
Wijma Doğum Beklentisi / Deneyimi ölçeği (W-DEQ) A	60.97±20.78
PCS	
<17	103(53.1)
≥17	91(46.9)

Kısaltmalar: SD: Standart sapma; PCS: Pain Catastrophizing Scale; PAI: Prenatal Attachment Inventory; W-DEQ A: Wijma Delivery Expectancy/Experience Questionnaire Version A; BMI: Vücut kitle indeksi. Not: Veriler mean ± SD veya n (%) olarak sunulmuştur. * $p < 0.05$ istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir



DOĞU ANADOLU KADIN SAĞLIĞI DERNEĞİ PALANDÖKEN KADIN DOĞUM KONGRESİ

28-30 Kasım 2025 | Polat Palandöken Hotel, Erzurum
“Jinekoloji - İnfertilite - Ürojinekoloji - Genital Estetik - Obstetrik”

Tablo 2: PCS skorlarına göre demografik ve klinik değişkenlerin karşılaştırılması

{Değişken}	{Grup I (PCS<17) (n=103) }	{Grup II (PCS≥17) (n=91)}	{p}
Yaş (yıl)	30.92±4.29	30.40±4.08	0.722
Boy (cm)	163.61±5.57	163.10±6.20	0.615
Gebelik öncesi BMI	24.68±3.92	24.90±4.97	0.665
Son BMI	30.09±3.75	29.69±4.69	0.151
Gebelik_sayısı	1.92±1.08	1.59±0.77	0.063
Yasayan_cocuk	0.76±0.87	0.59±0.70	0.280
Gebelik haftası (hafta)	37.99±0.99	38.10±0.98	0.559
Prenatal Bağlanma Ölçeği	60.43±11.01	61.85±11.39	0.480
Wijma Doğum Beklentisi / Deneyimi ölçeği (W-DEQ) A	47.93±13.80	75.73±17.19	0.001*

Kısaltmalar: SD: Standart sapma; PCS: Pain Catastrophizing Scale; BMI: Vücut kitle indeksi; W-DEQ A: Wijma Delivery Expectancy/Experience Questionnaire Version A. Not: Veriler mean ± SD olarak sunulmuştur. p değerleri Mann-Whitney U testi ile hesaplanmıştır. *p<0.05 istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir.

Tablo 3. PCS yüksekliğini (≥17) öngören değişkenlerin lojistik regresyon analizi sonuçları

Variables	β	S.E.	Wald	p	OR (95% CI)
Wijma	0.092	0.018	26.104	0.001*	1.096(1.06-1.14)
Constant	-10.001	1.494	44.822	0.001	0

Model Özeti: n=194; Omnibus Test $\chi^2=125.876$, $p<0.001$; -2 Log likelihood=142.322; Cox & Snell $R^2=0.48$; Nagelkerke $R^2=0.637$; Doğruluk (Accuracy)=%84 Kısaltmalar: β: Regresyon katsayısı; S.E.: Standart hata; OR: Odds ratio; CI: Güven aralığı; W-DEQ: Wijma Delivery Expectancy/Experience Questionnaire. Not: *p<0.05 istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir.



DOĞU ANADOLU KADIN SAĞLIĞI DERNEĞİ PALANDÖKEN KADIN DOĞUM KONGRESİ

28-30 Kasım 2025 | Polat Palandöken Hotel, Erzurum

“Jinekoloji - İnfertilite - Ürojinekoloji - Genital Estetik - Obstetrik”

SS-25

Postpartum Koksadini Spinopelvik Parametrelerin Klinik Önemi: Kesitsel Bir Çalışma

Fatih Emre Topsakal

Erzurum Şehir Hastanesi

Postpartum dönemde görülen koksadini, özellikle oturma sırasında artan ağrı ile yaşam kalitesini düşüren önemli bir problemdir. Bu çalışmada, postpartum koksadini gelişen kadınlarda spinopelvik parametrelerdeki değişikliklerin araştırılması amaçlanmıştır. Ocak-Eylül 2024 tarihleri arasında doğumdan 6-12 hafta sonra başvuran 118 kadın çalışmaya dahil edilmiş; koksadini şikâyeti olan 47 olgu çalışma grubunu, şikâyeti olmayan 71 olgu kontrol grubunu oluşturmuştur. Pelvik tilt (PT), sakral slope (SS) ve pelvik incidens (PI) lateral pelvis grafilinden ölçülmüş; ağrı değerlendirmesi VAS ile yapılmıştır. Koksadini olan grupta PT daha yüksek ($25,1 \pm 6,4^\circ$ vs $20,3 \pm 5,8^\circ$; $p=0,003$) ve SS daha düşük ($32,7 \pm 7,6^\circ$ vs $37,4 \pm 8,2^\circ$; $p=0,011$) bulunmuştur. PI açısından anlamlı fark saptanmamıştır ($p=0,62$). Müdahaleli vajinal doğum, koksadini için yaklaşık üç kat artmış riskle ilişkili bulunmuştur (OR=3,04; %95 GA 1,18-7,81; $p=0,02$). Sonuç olarak, postpartum koksadini spinopelvik parametrelerdeki değişikliklerle ilişkilidir ve özellikle müdahaleli vajinal doğum risk faktörü olarak öne çıkmaktadır. Spinopelvik değerlendirmenin erken dönemde uygulanması tedavi planlamasına katkı sağlayabilir.

Anahtar Kelimeler: Postpartum, Koksadini, Spinopelvik Parametreler, Pelvik Tilt, Sakral Slope

SS-26

Postpartum Dönemde Spinopelvik Parametrelerdeki Değişikliklerin Değerlendirilmesi ve Tedavi Yaklaşımları

Ekrem Özdemir

Erzurum Şehir Hastanesi

AMAÇ

Bu çalışma, postpartum dönemde spinopelvik parametrelerde meydana gelen değişikliklerin pelvik kuşak ağrısı ile ilişkisini araştırmayı amaçlamaktadır. YÖNTEM: Vajinal doğumdan sonraki ilk 6 hafta içinde başvuran 52 postpartum kadında pelvik tilt (PT), sakral slope (SS), lomber lordoz (LL) ve pelvic incidence (PI) radyolojik olarak değerlendirildi; ağrı şiddeti Visual Analog Skala (VAS), fonksiyonel durum ise Oswestry Disability Index (ODI) ile ölçüldü. BULGULAR: Katılımcıların yaş ortalaması $28,9 \pm 4,2$ yıl, BMI $26,1 \pm 3,1$ kg/m² olup hastaların %63,5'inde ($n=33$) pelvik kuşak ağrısının devam ettiği görüldü. PT'nin $19,8^\circ \pm 6,4^\circ$ 'ten $26,3^\circ \pm 7,2^\circ$ 'ye anlamlı şekilde arttığı ($p=0,012$), SS'nin $36,4^\circ \pm 7,1^\circ$ 'den $31,8^\circ \pm 8,0^\circ$ 'e anlamlı azaldığı ($p=0,021$) tespit edildi; LL'deki azalma anlamlılık sınırına yakın bulundu ($p=0,083$). PT ile VAS arasında pozitif korelasyon saptandı ($r=0,58$, $p<0,01$) ve SI eklem test pozitifliği %72,7 oranında ağrı ile ilişkilirdi ($p<0,05$). SONUÇ: Postpartum dönemde spinopelvik dizilimdeki değişikliklerin pelvik kuşak ağrısının ortaya çıkmasında belirgin rol oynadığı ve spinopelvik parametrelerin klinik değerlendirmede tedavinin kişiye özel planlanmasına yol gösterici olduğu sonucuna varılmıştır.

Anahtar Kelimeler: Lomber lordoz, Pelvik kuşak ağrısı, Pelvik tilt, Postpartum dönem, Sakral slope

Tablo 1. Katılımcıların Demografik ve Doğum Özellikleri

Özellik	Koksadini (+) (n=47)	Kontrol (n=71)	P
Yaş (yıl)	$28,9 \pm 4,8$	$28,4 \pm 4,6$	0,58
BKİ (kg/m ²)	$26,4 \pm 4,0$	$25,9 \pm 3,8$	0,47
Vajinal doğum, n (%)	36 (76,6)	44 (62,0)	0,10
Müdahaleli vajinal doğum, n (%)	11 (23,4)	8 (11,3)	0,04
Sezaryen, n (%)	11 (23,4)	27 (38,0)	0,10
Doğumdan sonra geçen süre (hafta)	$8,7 \pm 1,9$	$8,4 \pm 1,7$	0,39

Tablo 1. Çalışma ve kontrol grubunun demografik özellikleri ile doğum şekillerinin dağılımı gösterilmektedir. Müdahaleli vajinal doğum oranı koksadini grubunda anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur.

SS-27

Paratubal şistosomiasis: sezaryen sırasında tespit edilen nadir bir olgu

Gamze Karababa¹, Gülcan Karataş Gezen²

¹Silvan Dr Yusuf Azizoglu Devlet Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum, Diyarbakır

²Ağrı Patnos Devlet Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum, Ağrı

AMAÇ

Şistosomiasis, tropikal bölgelerde sıkça karşılaşılan parazitik bir enfeksiyon olup, genellikle gastrointestinal sistem veya üriner sistem tutulumu ile seyreder. Nadiren jinekolojik tutulum göstermekle beraber genital sistemde en sık servikse yerleşir (1). Paratubal şistosomiasis ise diğer jinekolojik hastalıklarla karışabilen nadir bir durumdur ve klinik tanısı zordur (2). Benign görünümlü pelvik kitleler veya endometriosis olguları, şistosoma ile karıştırılabilir (3). Bu nedenle özellikle bu gibi durumlarda jinekolojik cerrahiden önce şistosomiasis şüphesi olan hastalarda dikkatli bir inceleme yapılması gerekmektedir (4).

Özellikle şistosomiasis konusunda klinik şüphe varlığında antihelmintik tedavi ve gerekli durumlarda cerrahi müdahale, hastalar için daha iyi prognoz sağlamaktadır (5). Bu tür olguların doğru teşhisi, daha geniş bir klinik anlayış ve multidisipliner bir yaklaşım da gerektirir (6). Bu olgunun amacı, sezaryen sırasında insidental olarak saptanan paratubal şistosomiyazisi vakasını sunarak jinekolojik cerrahi sırasında ayırıcı tanıya dikkat çekmektir.

OLGU

37. gebelik haftasında, daha önce iki sezaryen öyküsü olan 32 yaşındaki hasta, dikoryonik diamniotik ikiz gebeliği nedeniyle elektif sezaryene alındı. Operasyon sırasında sağ paratubal alanda yaklaşık 4 cm'lik kistik oluşum izlendi ve eksize edildi. Patolojik değerlendirmede, parazit yumurtasına benzer yapılar ve çevresinde belirgin eozinofilik granülasyon dokusu saptandı. Bulgular, paratubal schistosomiasis ile uyumlu olarak raporlandı. Hastanın endemik bölge temas öyküsü mevcuttu. Postoperatif dönemde prazikuantel profilaksisi planlandı. Bu olgu için hastadan bilgilendirilmiş onam alınmıştır.

SONUÇ

Paratubal şistosomiyazisi klinik olarak nonspesifik bulgularla seyredebilir ve endometriosis veya benign adneksiyel kitlelerle karıştırılabilir. Jinekolojik cerrahiler sırasında insidental olarak saptanabileceği akılda tutulmalıdır. Özellikle endemik bölge öyküsü olan hastalarda parazit enfeksiyonları ayırıcı tanıda değerlendirilmelidir. Doğru tanı; gereksiz cerrahi veya gecikmiş tedavinin önüne geçer.

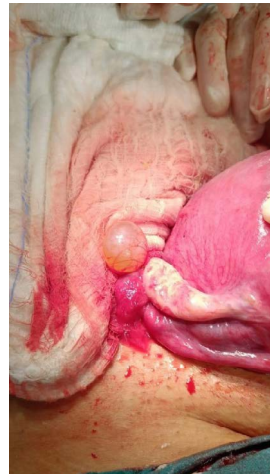
Anahtar kelimeler: Schistosomiasis, paratubal kist, kadın genital şistosomiyazisi, sezaryen

Kaynakça

1. Dunn, J. R., & Murphy, T. P. (2012). Uncommon Presentation of Schistosomiasis: Paratubal Cyst. American Journal of Obstetrics and Gynecology, 206(3), e18-e20.
2. Shalaby, M. A., & Shousha, M. S. (2020). Schistosomiasis in Pregnancy and Its Impact on Maternal and Fetal Outcomes: A Review. Infection and Drug Resistance, 13, 1981-1989.
3. Yang, G. J., & Zhou, X. N. (2017). Schistosomiasis and Its Global Impact on Women's Health: A Review of Current Issues and Challenges. Lancet Infectious Diseases, 18(8), 938-944.
4. Kjetland EF, Leutscher PDC, Ndhlovu PD. A review of female genital schistosomiasis. Trends Parasitol. 2012; 28(2): 58-65.
5. Majangara Karaga, Rumbidzai. "Concealed urogenital schistosomiasis causing chronic pelvic pain: a case report." Clinical Case Reports 9.4 (2021): 1860-1864.
6. Christinet V, Lazdins-Helds JK, Stothard JR, Reinhard-Rupp J. Female genital schistosomiasis (FGS): from case reports to a call for concerted action against this neglected gynaecological disease. Int J Parasitol. 2016; 46(7): 395-404.
7. World Health Organisation. Female Genital Schistosomiasis. WHO; 2015. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/180863/9789241509299_eng.pdf;jsessionid=664739BEF05A88DFF1278C0BFCAADC2B?sequence=1. Accessed June 16, 2020.
8. Norseth HM, Ndhlovu PD, Kleppa E, et al. The colposcopic atlas of schistosomiasis in the lower female genital tract based on studies in Malawi, Zimbabwe, Madagascar and South Africa. PLoS Negl Trop Dis. 2014; 8(11):e3229.
9. Crompton DWT, World Health Organization. Preventive Chemotherapy in Human Helminthiasis: Coordinated Use of Anthelmintic Drugs in Control Interventions: A Manual for Health Professionals and Programme Managers. World Health Organization; 2006 <https://apps.who.int/iris/handle/10665/43545>. Accessed July 14, 2020.

Anahtar Kelimeler: Schistosomiasis, paratubal kist, kadın genital şistosomiyazisi, sezaryen

Resim 1





DOĞU ANADOLU KADIN SAĞLIĞI DERNEĞİ PALANDÖKEN KADIN DOĞUM KONGRESİ

28-30 Kasım 2025 | Polat Palandöken Hotel, Erzurum

“Jinekoloji - İnfertilite - Ürojinekoloji - Genital Estetik - Obstetrik”

SS-28

İkinci Trimester Spontan Uterus Fundus Rüptürü

Eda Bingül¹, İrem Laloglu²

¹Erzurum Şehir Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği

²Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Erzurum Şehir Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Ana Bilim Dalı, Erzurum

GİRİŞ

Uterus rüptürü nadir ancak zamanında müdahale edilmediği takdirde hem anne hem fetus için morbidite ve mortalitesi yüksek bir patolojidir. Genellikle geçirilmiş sezaryen ameliyatına sekonder karşılaşılmakla birlikte nadir de olsa geçirilmiş uterin cerrahi olmadan da karşılaşılabilmektedir. Geçirilmiş uterin cerrahi sonrası yaklaşık 10.000de 5.1 geçirilmiş uterin cerrahisi olmayan durumlarda ise 10.000de 0.7 karşılaşıldığı tahmin edilmektedir. Uterus Rüptürlerinin %80i 28-36. haftalarda meydana gelmektedir bu oranın yalnızca 5000de 1i 2.trimesterde görülmektedir.

OLGU

34 yaşında G2P1 son adet tarihine göre 22w5d gebe su geliştiği şikayeti ile tarafımıza başvurdu amniyotestisi+, USG değerlendirmesinde anhidroamniyos 22-23w ile uyumlu fka+ fetus izlendi plasenta yerleşimi:fundal servikal uzunluk:34mm ve vajinal muayenesinde açıklık izlenmedi gebeliği devamını isteyen hasta PPRM(Preterm Erken Membran Rüptürü) tanısı ile servise interne edildi perinatoloji görüşü alındı antibiyoterapileri düzenlendi betametezon 2x2amp 24 saat arayla tamamlandı. Hastanın özgeçmişinde 4 sene önceki sezaryen doğumu dışında risk faktörü ve özellik bulunmamaktaydı. Hastanın takipleri sırasında yatışının 4.gününde hemoglobin değerlerinde düşüş izlenmesi (sırasıyla 10.9-9.5-8.8), yapılan USG değerlendirmesinde plasental alanda önceki usg değerlendirmesinde izlenmeyen dekolman düşündürülen alan izlenmesi ve umbilikal arterde direnç artışı izlenmesi üzerine plasenta dekolmanı şüphesi ile sezaryen ile doğum kararı alındı. Hastanın genel durumu iyi bilinci açık koopere oryante vitalleri tansiyon:100/60 nabız:88 ateş:37 saturasyon:98 olarak değerlendirildi.

Spinal anestezi sonrası pfannenstiel insizyon ile batına girildi uterusu eski kesi yerinde rüptür görünümü izlenmedi alt segment insizyonla girilip bebek çıkarıldı yenidoğan ekibine teslim edildi. Uterusta omentum yapışıklığı ile sınırlandırılmış fundal rüptür alanı izlendi. Fundusta omentum ve plasenta dokuları içeren kitle? çıkarıldı ve patoloji için ayrıldı. Rüptür alanından aktif kanaması mevcuttu. Medikal tedavi ve suturasyon ile kanama durduruldu. Bilateral tuba ve overler doğal görünümdeydi. Kanama kontrolü sonrası douglasa dren konularak operasyona son verildi. Hastaya intraopera-

tif ve postoperatif dönemde 1 kriyopresipitat 2 ünite eritrosit suspansiyonu 1 ünite taze donmuş plazma replase edildi. Postoperatif 3.gününde hastanın dreni çekilip 5.gününde taburcu edildi.

Rüptüre fundus alanında eksize edilen kitlenin nihai patoloji sonucu: Dejenere plasental ve desidual dokular, inflamme ve konjesyone extrauterin yağlı-fibrokennektif dokular olarak raporlandı.

SONUÇ

Uterus rüptürü risk faktörleri önceden rüptür öyküsü, geçirilmiş sezaryen,t kesisi; daha az olmakla birlikte doğum indüksiyonu için oksitosin uygulaması, artmış anne yaşı, iki doğum arasında 18 aydan az zaman olması gösterilebilir. İkinci trimester rüptürleri ise genellikle geçirilmiş cerrahisi olan uteruslarda indüklenen gebelik sonlandırmalarıyla, travma veya plasenta akreata spektrumu gibi komplikasyonlarla ilişkilidir. İkinci trimesterde doğumdan önce kendiliğinden rüptür son derece nadir görülen bir olaydır.

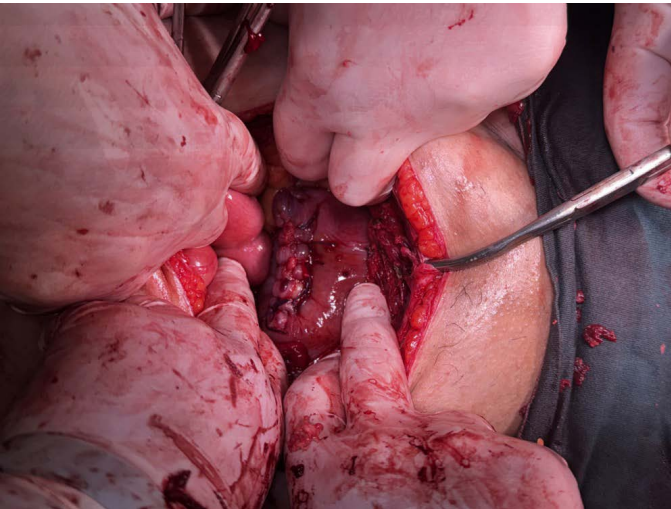
Bu olgu ise hem zamanlaması (ikinci trimester) hem de rüptürün yeri (fundal, eski skar dışı) bakımından dikkat çekicidir. İkinci trimesterde ve skar dışı bir alanda gelişen fundal rüptür, son derece nadir bir patolojidir.Vakanın bir diğer önemli yönü ise “sessiz” seyretmesidir. Akut bulgular yerine PPRM takibinde saptanan progresif hemoglobin düşüklüğü ve plasenta dekolmanı şüphesi üzerine operasyona alınmıştır. İntraoperatif olarak, rüptür alanının omentum yapışıklıklarıyla çevrelenmiş olması, patoloji raporunun da plasental ve ekstrauterin dokuları teyit etmesiyle birlikte, olayın akut hemoperitona yol açmadan subakut bir seyir izlediğini düşündürmektedir. Sonuç olarak bu olgu, uterus rüptürünün her zaman tipik semptomlarla gelişmeyebileceğini vurgulamaktadır.

Anahtar Kelimeler: Spontan Uterin Rüptür, Fundus Rüptürü, İkinci Trimester Uterus Rüptürü

Omentum Yapışıklıkları ve Fundal Rüptür Alanı



Suturasyon Sonrası Fundus



SS-29

Uterin atoniye bağlı postpartum kanamanın uterin transvers kompresyon sütürü ile yönetimi: Vaka sunumu

Ahmet Can Yıldız, Veysel Bildirici, Hilal Gürbülak,
Ayşe Nur Aksoy
Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum
Ana Bilim Dalı, Erzurum

Bu vakada, dördüncü sezaryen ameliyatı yapılan ve postpartum atoni öyküsü bulunan hastada, postpartum dönemde gelişen atoninin uterin transvers kompresyon sütürü ile kontrol altına alınması sunulmaktadır.

GİRİŞ

Postpartum hemoraji (PPH) tüm dünyada maternal mortalitenin önde gelen nedenlerinden biridir. En sık sebep uterin atonidir ve tüm doğumların yaklaşık %2-5'ini komplike eder. Atoni tedavisinde medikal ve cerrahi yöntemler birlikte uygulanabilir. Medikal tedaviye dirençli olgularda uterin kompresyon sütürleri uterusun korunmasına olanak sağlayan etkili bir yöntemdir.

OLGU SUNUMU

42 yaşında, G5P3Y3A1, 3 defa sezaryen öyküsü olan hastamıad gebelik, megamükerrer sezaryen tanısı ile elektif şartlarda sezaryen ameliyatına alındı. Hastanın tüm sezaryen ameliyatlarında atoni öyküsü mevcuttu. Son sezaryen ameliyatında ise yoğun bakım ünitesinde yatmasını gerektiren ciddi atoni hikayesi vardı. Hastanın kan tetkiklerinde biyokimyasal parametreler normaldi, hemogram tetkikinde Hgb:11.3, Plt:98.000 olarak izlendi. Hematoloji konsültasyonunda cerrahi için trombosit sayısının yeterli olduğu belirtildi. Daha önce atoni öyküsü olması nedeni ile operasyon öncesi kan ürünleri hazırlığı yapıldı. 2 Ü ES, 2 Ü TDP, 1aferez trombosit hazırlandı.

Spinal anestezi altında sezaryen ameliyatı yapıldı, 1. dakika Apgar 9 olan 2800 gram canlı erkek bebek baş ile doğurtuldu. Bebek doğar doğmaz atoni profilaksisi için 10 Ü oksitosin iv yavaş puşe yapıldı. 30 Ü oksitosin 500 ml DRL içerisinde İV infüzyona devam edildi. Plasenta çıkarıldıktan sonra uterin atoni gelişmesi üzerine 1 ampul metil ergonovin IM, 800 mcg misoprostol sublingual, 1 gram transamine İV yapıldı. Kanama devam edince 1 ampul IV karbetosin uygulandı.

Medikal tedaviye rağmen atoni devam etti, bilateral uterin arter ligasyonu yapıldı. Kanamanın devam etmesi üzerine uterin transvers kompresyon sütürü atıldı. Yuvarlak gövdeli, 3/8 dairesel kavisli iğne, 70 mm, 2-metrik poliglaktan dikiş (Vicryl®, Ethicon, ABD) kullanıldı. İğne, uterus sol lateralinde 1 cm mesafe bırakılarak uterin serozadan uterin boşluğunun içinden sokuldu, uterin serozasının diğer tarafından çıkıldı.

İğne daha sonra arkada yatay olarak ilerletildikten sonra yine uterus sağ lateralinde 1 cm boşluk bırakılarak uterin serozadan girilip uterin boşluğunun içinden yatay olarak geçirildi ve uterus ön yüzden çıkıldı. Asistan tarafından myometrium sıkıştırılarak dikişler uterus ön yüzünde düz bir cerrahi düğüm ile birbirine bağlandı. Ek dikişler, kanama durana kadar önceki dikişlere 1,5-2 cm paralel olarak yapıldı (Şekil 1 ve 2).

Operasyonun sonunda pomeroysu tüp ligasyonu yapıldı. Batına hemovac dren yerleştirildi. Uterusun hemostazı sağlandıktan sonra operasyon sonlandırıldı. Postoperatif dönemde hastanın vital bulguları stabil seyretti. Postoperatif 1. gün drenden 500 ml hemorajik vasıfta mayı geldi, Hgb:8.1 gelmesi nedeni ile 2 Ü ES, 2 Ü TDP transfüzyonu ¾ yapıldı. Postoperatif takiplerde trombosit sayısı 50 binin altına düşmedi. Postoperatif 2. gün drenden gelen olmadı, dren çekildi. Postoperatif 5. gün hasta iyi halde taburcu edildi.

TARTIŞMA

Postpartum atoni öyküsü olan hastalarda operasyon öncesi kan ürünleri hazırlığı yapılmalıdır. Uterin atoniye bağlı postpartum hemoraji, maternal mortalitenin önlenabilir ve en sık nedenidir. Medikal tedaviye yanıtsız olgularda uterin kompresyon sutureleri uygulanabilir.

SONUÇ

Uterin transvers kompresyon suture, medikal tedaviye dirençli atonide uterusun korunmasını sağlayan etkili ve güvenli bir yöntemdir.

Anahtar Kelimeler: Kompresyon suture, postpartum kanama, sezaryen, uterin atoni

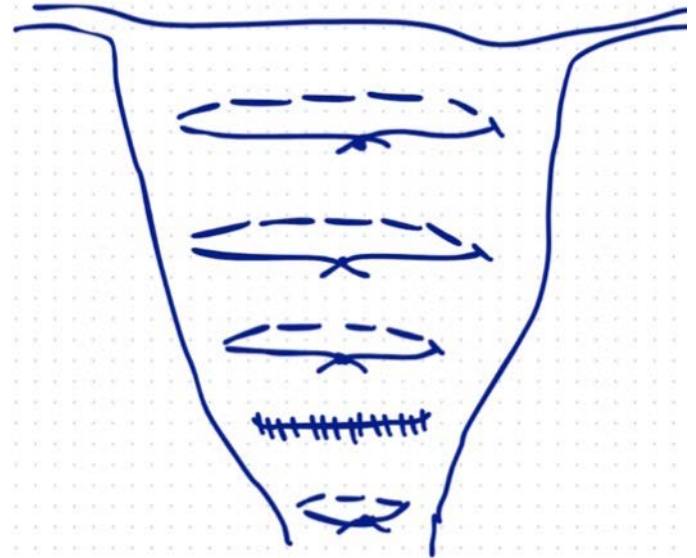
Şekil 1. Transvers kompresyon sutureleri sonrası uterusun görünümü.



Şekil 1. Transvers kompresyon sutureleri sonrası uterusun görünümü.



Şekil 2. Uterin transvers kompresyon suturelerinin şekil olarak gösterilmesi.





DOĞU ANADOLU KADIN SAĞLIĞI DERNEĞİ PALANDÖKEN KADIN DOĞUM KONGRESİ

28-30 Kasım 2025 | Polat Palandöken Hotel, Erzurum

“Jinekoloji - İnfertilite - Ürojinekoloji - Genital Estetik - Obstetrik”

SS-30

Ayak gelişi: obstetride kriz anı ve komplikasyon yönetimi

Tural İsmayilov

Bingöl Devlet Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği, Bingöl

AMAÇ

Ayak gelişi prezentasyonu, kordon sarkması, akut fetal hipoksi ve zor fetal ekstraksiyon nedeniyle makat prezentasyonun en yüksek riskli formu olarak kabul edilmektedir. Güncel uluslararası kılavuzlar (RCOG, RANZCOG), frank ve tam dışındaki makat tiplerinde vajinal doğumun genellikle kontrendike olduğunu, ayak gelişi saptandığında acil sezaryenin tercih edilmesi gerektiğini vurgulamaktadır. Ülkemizde birçok obstetrisyen; acil poliklinik, ameliyathane, doğumhane ve servis hizmetlerini aynı nöbette tek başına yürütmekte olup, özellikle “mecburi hizmet” döneminde gerektiğinde destek alabilecekleri ikinci bir hekimin bulunmadığı merkezlerde çalışmaktadır. Bu koşullar, doğum eylemi sırasında ortaya çıkabilen nadir ve yüksek riskli obstetrik durumlarda hızlı, doğru ve tek başına karar vermeyi zorunlu hâle getirmektedir.

Bu sunumun amacı, ayak gelişi prezentasyonunun yönetim sürecini, obstetrisyeni karşı karşıya bırakan kritik karar anlarını ve acil sezaryen sırasında gelişen zor ekstraksiyon, insizyon genişletme gerekliliği, majör hemoraji ve hipogastrik arter ligasyonu gibi cerrahi komplikasyonların başarılı şekilde kontrol edilmesini paylaşarak bu yüksek riskli klinik senaryoya dikkat çekmektir.

YÖNTEM

Tıbbi kayıtlar hastane veritabanından retrospektif olarak incelendiğinde, yaklaşık 18 gün önce (37+6 GH) yapılan ultrasonografide BPD 37 hafta, AC 32+1 hafta, FL 35+6 hafta ile uyumlu; tahmini fetal ağırlığın 2200 gram olarak hesaplandığı görüldü. Makat prezentasyonu, asimetrik büyüme kısıtlılığı ve anemi (Hb: 8.9 g/dL) nedeniyle hospitalizasyon önerildiği, ancak hastanın kabul etmediği kaydedildi.

OLGU SUNUMU

35 yaşında, G6P1A4Y1, SAT'a göre 40+3 haftalık gebeliği olan hasta, acil birimine başvurdu. Saat 22:59'da iki ebe tarafından yapılan ilk vajinal muayenede fetüsün tek ayağı ile umbilikal kordonun vajende olduğu saptandı. Obstetrisyen bilgilendirilerek hasta acilen ameliyathaneye alındı. Ameliyathanede yapılan ultrasonografide fetal kardiyak aktivitenin pozitif olduğu teyit edildi ve acil sezaryene geçildi.

Pfannenstiel insizyonla batına girilerek uterusu Kerr insizyonu açıldı. Ancak fetal başın belirgin hiperekstansiyonda olması nedeniyle alt ekstremitelerin bu insizyondan çık-

rılmasının mümkün olmayacağı anlaşıldı. Fetusa travma verilmemesi amacıyla sol elin iki parmağı uterin kaviteye yerleştirilerek fetal yapılar korunmuş, ardından Metzenbaum makasıyla fundusa doğru kontrollü bir şekilde insizyon genişletilerek T insizyonu oluşturulmuştur. Bu manevra sonrasında fetusa ulaşılmış ve travmatize edilmeden doğum kanalından çıkarılmıştır. Saat 23:11'de 2400 gram ağırlığında, 47 cm boyunda, 34 cm baş çevresinde, 7/8 Apgar skorlu, tam oluşumlu erkek bebek doğurtulmuş ve ameliyathanede hazır bulunan pediatri-yenidoğan ekibine teslim edilmiştir.

Devam eden cerrahi değerlendirmede sol uterin arterin rüptüre olduğu ve abondan kanadığı saptanmış, rüptüre segment klempe edilmiştir. Uterustaki vertikal ve transvers insizyonların köşeleri 1 numara polyglactin 910 (Vicryl®, Ethicon) ile sağlamlaştırılmış; üç noktadan başlayan sütürasyon orta hatta kilitlenerek uterin kapatma tamamlanmıştır. Kanama kontrolünün yeterli sağlanabilmesi amacıyla sol retroperitona girilerek mesane düzeyine kadar üreterolizis yapılmış, ardından sol hipogastrik (internal iliak) arter posterior dallar sonrası güvenli segmentten ligate edilmiştir. Üreter trasesinin değerlendirilmesi için bu aşamada üroloji uzmanı ameliyathaneye davet edilmiştir.

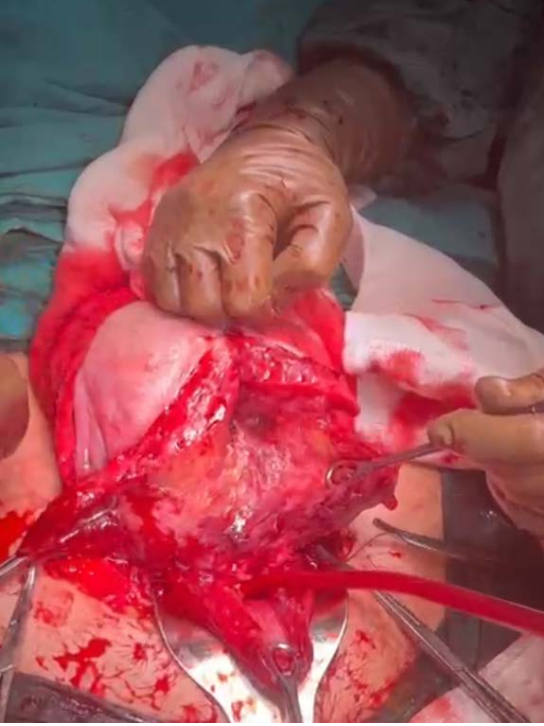
Kanama yönetiminde uterotonikler (oksitosin 2 ampul, metilergonovin 1 ampul), traneksamik asit (1 g), eritrosit süspansiyonu (1 Ü) ve taze donmuş plazma replasmanı uygulanmıştır. Hastanın postoperatif seyri sorunsuz olup, 3. postoperatif günde taburculuğu gerçekleştirilmiştir.

SONUÇ

Bu olgu, ayak gelişi prezentasyonunun yalnızca obstetrik değil, aynı zamanda ciddi cerrahi zorluklara neden olabileceğini; doğumhane, ameliyathane ve acil koşullarında tek başına çalışan obstetrisyenlerin bu tür yüksek riskli durumlarda hızlı, doğru ve hayat kurtarıcı kararlar almak zorunda kaldığını bir kez daha göstermektedir. Bu nedenle makat prezentasyon yönetimi konusunda düzenli eğitim, simülasyon programları ve acil müdahale algoritmalarının güncel tutulması kritik öneme sahiptir.

Anahtar Kelimeler: ayak gelişi, obstetrik aciller, komplikasyon yönetimi, retroperitoneal yaklaşım, acil sezaryen

Resim 1



Fetus çıkarıldıktan sonra uterin insizyonun görünümü

Resim 2



Uterin insizyonun kapatılmış hali

Resim 3



Sol rotundum ligament yaprakları arasından retroperitoneal alana girilmesi



DOĞU ANADOLU KADIN SAĞLIĞI DERNEĞİ PALANDÖKEN KADIN DOĞUM KONGRESİ

28-30 Kasım 2025 | Polat Palandöken Hotel, Erzurum

“Jinekoloji - İnfertilite - Ürojinekoloji - Genital Estetik - Obstetrik”

SS-31

Sezaryen sırasında üreterde foley sonda balonu yerleşimi: İntraoperatif tanı konulan nadir bir olgu

Zehra Deniz Zor Aksakal, Seray Kaya Topdağı
Erzurum Şehir Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum
Kliniği, Erzurum

AMAÇ

Sezaryen operasyonlarında mesanenin uygun şekilde dekomprese edilmesi amacıyla Foley sonda sık kullanılan bir yöntemdir. Ancak sondanın yanlışlıkla üreter içine ilerlemesi oldukça nadir görülmekle birlikte ciddi komplikasyonlara yol açabilir (1-4). Bu olguda, acil sezaryen sırasında Foley sonda balonunun sağ üreter distal segmentinde şişmiş olduğunun intraoperatif olarak fark edilmesi, tanı süreci ve uygulanan ürolojik yaklaşım sunulmaktadır.

YÖNTEM

Sancı ve geçirilmiş sezaryan öyküsü bulunan 32 yaşındaki gravida 2 parite 1 hasta, acil sezaryen endikasyonu ile operasyona alındı. Uterin onarım aşamasında mesanenin beklenenden dolgun görünmesi üzerine sondanın pozisyonu değerlendirildi. Sonda hattının mesane içinde olmadığı düşünüldü ve Foley balonunun çekilmesine karar verildi; ancak balon içi sıvının geri gelmemesi üzerine üroloji kliniği ile iletişime geçilerek balonun lokalizasyonu araştırıldı. Foley balonunun mesane içerisinde olmadığı düşünüldü ve periton üzerinden yapılan palpasyonda balonun sağ üreter boyunca seyrettiği tespit edildi. Steril koşullarda, balonun en belirgin palpe edildiği noktadan insülin iğnesi ile kontrollü şekilde delinerek balon söndürüldü ve Foley kateter çıkarıldı. Ardından intraoperatif üroloji konsültasyonu sağlanarak sistoskopi eşliğinde sağ üretere double-J kateter yerleştirildi. Postoperatif dönemde hastanın klinik durumu, idrar çıkışı ve laboratuvar değerleri yakından takip edildi.

BULGULAR

Balonun periton üzerinden palpasyonla belirgin hale gelmesi tanıyı kolaylaştırdı ve insülin iğnesi ile balonun drenajı sorunsuz şekilde gerçekleştirildi. Foley kateter çıkarıldıktan sonra sistoskopide sağ üreter orifisinde minimal travmatik görünüm izlenirken, balonun üreter boyunca şişirilmiş olmasına bağlı olarak distal segment boyunca uzanan mukozal ödem, hiperemi ve yaygın travmatik değişiklikler saptandı. Double-J kateterin doğru pozisyonunda yer aldığı doğrulandı. Postoperatif takipte hastanın idrar çıkışı düzenliydi; flank ağrı, ateş veya enfeksiyon bulgusu gelişmedi. Böbrek fonksiyon testleri normaldi ve hasta stabil şekilde taburcu edildi. Double-J kateterin 4-6 hafta sonra çıkarılması önerildi.

SONUÇ

Foley sondanın üreter içine ilerlemesi oldukça nadir görülmekle birlikte intraoperatif dikkat ve erken farkındalıkla ciddi komplikasyonlar önlenabilir. Mesane boşalmasının yetersiz olduğu durumlarda sondanın konumu mutlaka yeniden değerlendirilmelidir. Bu olguda periton üzerinden balon palpasyonu tanıya katkı sağlamış, minimal invaziv girişimle balon güvenle boşaltılarak Foley sonda çıkarılmış ve ürolojik müdahale ile üreter korunmuştur. Erken tanı ve multidisipliner yaklaşım, bu tür nadir komplikasyonların yönetiminde kritik öneme sahiptir.

Anahtar Kelimeler: Sezaryen, Ürolojik komplikasyon, Foley balonu, İntraoperatif tanı, Üreter travması



DOĞU ANADOLU KADIN SAĞLIĞI DERNEĞİ PALANDÖKEN KADIN DOĞUM KONGRESİ

28-30 Kasım 2025 | Polat Palandöken Hotel, Erzurum

“Jinekoloji - İnfertilite - Ürojinekoloji - Genital Estetik - Obstetrik”

SS-32

Umbilikal Kordun Amniyotik Bant Kaynaklı Strangülasyonu

Şeyma İlayda Paltacı¹, Sudaba Garibova²

¹Erzincan Binali Yıldırım Üniversitesi Mengücek Gazi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, Erzincan

²Afyonkarahisar Sağlık Bilimleri Üniversitesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, Afyonkarahisar

GİRİŞ

ADAM sekansı (amniyotik deformite, adezyon, mutilasyon) veya bilinen adıyla amniyotik bant sekansı (ABS), amniyotik bantlarla ilişkili olarak ortaya çıkan, değişken konjenital anormali yelpazesidir.1,2 ABS yaygınlığı 10.000 canlı doğumda 0,53'tür. Etiyolojide; erken gebelikte amniyonun yırtılması ve koryondan embriyoya veya germ diskine yapışan ve dolanan çok sayıda gevşek mezodermik ipliğin (amniyotik bantlar) gelişmesi söz konusudur.3-5 Çoğu vakada amniyon yırtılmasının nedeni bilinmemekle birlikte bazı olgularda maternal veya fetal bozukluklar (epidermolizis bülloza, bağ doku hastalıkları) bildirilmiştir. Başarısız ilk trimester küretajı, ikizden ikize transfüzyon sendromu yönetimi için yapılan fetoskopi veya septostomi gibi invaziv girişimlere bağlı gelişen iatrojenik amniyon yırtılmaları ise literatürde “psödoamniyotik bant sendromu” olarak tanımlanmaktadır.6-8 Umbilikal kordu da içeren ABS'lerin %10'larda olduğu bilinirken 2024 yılında yayınlanan bir derlemede bu oran %24.3 olarak bildirilmiştir.9,10 Amniyotik bant tarafından kordun sıkıştırılması ise çok daha nadirdir ve 100.000-150.000 doğumda bir görüldüğü bildirilmiştir.11

Amniyotik bant, erken gebelikte saptanırsa fetal anomalilerle ilişkili olma ihtimali artmaktadır. Amniyotik bant ilişkili anomaliler; anensefali, yüz yarıkları, dudak/damak yarıkları, mesane ekstrofisi, çeşitli ekstremitelerde deformitelerini içerir. Umbilikal kord strangülasyonu daha nadir olup fetal ölümle sonuçlanabilir ve genelde 2.trimesterde tanımlanır.12

OLGU

29 yaşında, sağlıklı, gravida 2 parite 1 olan hasta, son adet tarihine göre 37 hafta 5 günlük gebelikte pelvik ağrı şikâyeti ile kliniğimize başvurdu. Düzenli antenatal takiplerinde gebeliğe, fetüse veya plasentaya ait herhangi bir patoloji saptanmamıştı. Yapılan obstetrik ultrasonografide, ölçümleri 36 hafta ile uyumlu, vertex prezentasyonda, kalp atımı izlenmeyen tek fetus mevcuttu. Placenta posterior yerleşimli olup ultrasonografik olarak olağandı. Hastanın laboratuvar incelemesinde hemoglobin:11,4 g/dL, WBC:13.640/μL, trombosit:399.000/μL, INR:0,9, fibrinojen:414 mg/dL, D-dimer:2,8 μg/mL olup biyokimyasal parametreler normal sınırlarda bulundu. Hasta ve eşi bilgilendirilerek onamları alındıktan sonra, ön-

ceden vajinal doğum öyküsü olan hastaya intrauterin fetal ölüm nedeniyle misoprostol ile doğum indüksiyonu başlandı. Yaklaşık 8 saatlik indüksiyon sonrasında, 2930 gram ağırlığında, erkek fetus ölü olarak vajinal yolla doğurtuldu. Amniyotik sıvı mekonyumluydu. Doğum sonrası değerlendirilmede, umbilikal kord üzerinde amniyotik bant tarafından oluşturulmuş iki adet belirgin strangülasyon halkası izlendi (Şekil 1-2). Bebekte haricen malformasyon saptanmadı.

Placenta spontan ve tam olarak ayrıldı; dekolman düşündürecek bulgu izlenmedi. Placenta patolojik incelemeye gönderildi. Patoloji raporu: “İki arter ve bir ven yapısında, 1,5 cm genişliğinde, ödem ve konjesyon içeren göbek kordonu ile hafif perivillöz fibrin birikimi içeren placenta” şeklinde yorumlandı.

SONUÇ

ABS oldukça nadir görülen bir durumdur. Prenatal dönemde, ultrasonla umbilikal kordu daraltan bir amniyotik bant tanısı koymak son derece güçtür.13 Ayrıca, uterusun kontraksiyonu oldukça ve kontraksiyon sıklığı arttıkça amniyotik bant kordu daha sıkı sarar ve kan akımını durdurup fetal ölümle sonuçlanabilir.12

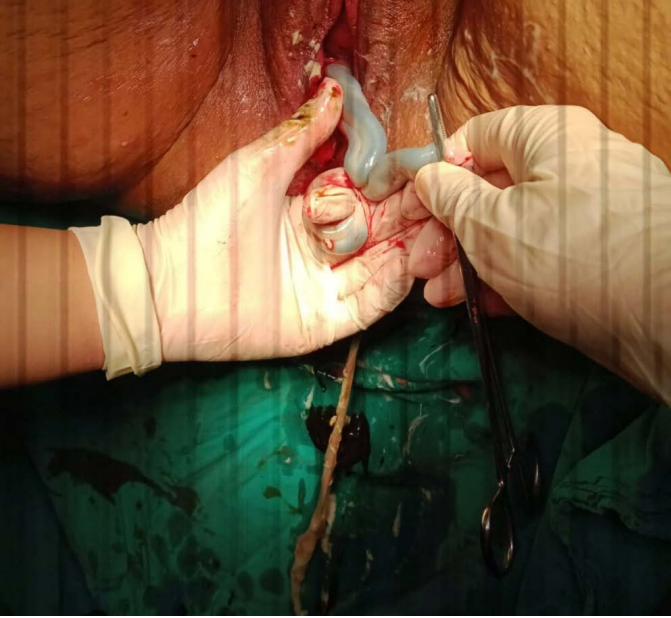
ABS ile komplike gebeliklere özgü yayınlanmış bir kılavuz bulunmamaktadır. Ultrason muayenesinin sıklığı ve doğum şekli seçimi, organ tutulumuna bağlı olarak bireysel ihtiyaçlara göre belirlenir. Ultrasonla multipl fetal anomalilerin görülmesi halinde (özellikle asimetrik ekstremiteler ve parmak amputasyonu veya daralması) amniyotik bant sekansından şüphelenilmelidir. Vasküler bir daralma tespit edilirse fetal müdahale düşünülebilir.14

Defekt izole veya çok sayıda olabilir ancak genelde spesifik bir paterni yoktur. Amniyotik bant sekansının genetik geçişi tanımlanmamıştır ve sonraki gebeliklerde tekrarlama olasılığı artmaz.

Prenatal dönemde korda dolanmış bir amniyotik bant tanısı konulan hastaya, termde sezaryenle doğum seçeneği sunulmasını önerenler vardır. Uygun vakalarda ise amniyotik bantın intrauterin cerrahi/lizis yoluyla özelleşmiş merkezlerde kesilmesi planlanabilir.

Anahtar Kelimeler: umbilikal kord strangülasyonu, amniyotik bant, fetal ölüm

Şekil 1



Şekil 2



SS-34

Prenatal Dönemde Saptanan Tip 2 Portosistemik Şant: Nadir Bir Fetal Vasküler Anomali Olgusu

Dilara Duygulu Bulan, Kadriye Yakut Yücel
Ankara Etlik Şehir Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum
Perinatoloji Bilim Dalı, Ankara

AMAÇ

Portosistemik şant anomalileri prenatal dönemde oldukça nadir görülen ve portal ven akımının sistemik venöz sisteme anormal geçişiyle karakterize malformasyonlardır. Bu anomalilerin tanınması, olası metabolik komplikasyonlar, pulmoner hipertansiyon ve gelişimsel sorunlar açısından büyük önem taşır. Özellikle Tip 2 portosistemik şant, portal sistem ile hepatik venler arasında parsiyel ve ekstrahepatik bir bağlantının varlığıyla tanımlanır ve doğum öncesi dönemde tanı koymak çoğu zaman zordur. Bu olgu sunumunda, detaylı fetal ultrasonografi sırasında Tip 2 portosistemik şant saptanan ve prenatal dönemde yakın izlenen nadir bir olgu paylaşılmaktadır.

OLGU

Yirmi yedi yaşında, G2Y1 olan gebe 22. gebelik haftasında dış merkezde fetal aritmi saptanması üzerine perinatoloji kliniğimize yönlendirildi. Maternal sistemik hastalık öyküsü yoktu, gebelik boyunca ilaç kullanımı öyküsü bulunmuyordu. Yapılan detaylı fetal ultrason değerlendirmesinde kalp dört odacık görünümü normaldi; foramen ovale flebinin sola açıldığı ve 3 damar ile 3 damar-trakea kesitlerinin olağan olduğu izlendi. Ancak vena cava inferiorun belirgin küçük olduğu, sağ hepatik venin dilate olduğu, ductus venosusun sağ hepatik ven üzerinden sağ atriya açıldığı ve umbilikal venin tortiyöz bir seyir sergilediği görüldü. Portal sistem bütünlüğü korunmuştu ve ek anomali saptanmadı. Bu bulgular bir arada değerlendirildiğinde prenatal dönemde Tip 2 portosistemik şant düşünüldü. Aileye fetusta görülen bu vasküler anomalinin olası klinik sonuçları ve kromozomal eşlik ihtimali ayrıntılı şekilde anlatıldı; amniyosentez önerildi fakat aile invazif işlemi kabul etmedi ve yazılı onam alındı. Gebeliğin 33. haftasında fetal gelişim geriliği saptandı. Geçirilmiş sezaryen öyküsü ve fetal gelişim geriliği nedeniyle gebelik 37. haftada sezaryen ile sonlandırıldı. Bebek 2320 gram ağırlığında, Apgar skorları 7/9/10 olacak şekilde canlı doğdu. Doğum sonrası ilk değerlendirmede klinik olarak stabildi ancak ikinci gününde bilirubin düzeyleri yüksek düzeyde izlendi. (total bilirubin 14.2 mg/dL; indirekt bilirubin 12.8 mg/dL). Yenidoğan yoğun bakım ünitesine kabul edilerek fototerapi başlandı. Takip eden kontrollerde bilirubin değerlerinde gerileme izlendi; 4. saatte total bilirubin 12.2 mg/dL'ye düştü. Hemogloblin seviyeleri yaşa uygun seyrediyor, retikülosit yanıtı yeterliydi. Bebek spontan solunumda stabildi, tam ente-



DOĞU ANADOLU KADIN SAĞLIĞI DERNEĞİ PALANDÖKEN KADIN DOĞUM KONGRESİ

28-30 Kasım 2025 | Polat Palandöken Hotel, Erzurum

“Jinekoloji - İnfertilite - Ürojinekoloji - Genital Estetik - Obstetrik”

ral beslenebiliyor ve oda ısısında termoregülasyon sağlayabiliyordu. Klinik durumu iyi olan yenidoğan dördüncü günde taburcu edildi. Bu postpartum süreçte şanta bağlı metabolik komplikasyon, solunum sıkıntısı veya hemodinamik instabilite gelişmedi; ancak postnatal dönemde ileri görüntüleme yapılamadı.

TARTIŞMA

Portosistemik şantların prenatal tanısı literatürde oldukça sınırlı sayıda bildirilmiştir. Postnatal olgular genellikle hiperamonyemi, kolestaz, gelişim geriliği veya pulmoner hipertansiyon gibi klinik bulgularla tanı almaktadır. Prenatal dönemde tanı koydurucu temel ipuçları; hepatik venlerde dilatasyon, umbilikal ven morfoloji değişiklikleri, ductus venozus akım yönündeki anormallikler ve portal sistemde atipik bağlantılardır. Bu olguda tanı; umbilikal ven tortiyözitesi, sağ hepatik ven dilatasyonu ve ductus venozusun anormal bağlantısının birlikte izlenmesi sayesinde konmuştur. Detaylı fetal doppler değerlendirmesi, bu tür nadir vasküler anomalilerin fark edilmesinde kritik rol oynamaktadır. Ayrıca fetüste ortaya çıkan büyüme geriliğinin, portosistemik şant nedeniyle oluşan hemodinamik değişikliklerle ilişkili olabileceği düşünülmektedir. Sonuç olarak bu vaka, Tip 2 portosistemik şantın prenatal dönemde dikkatli bir ultrason ve doppler değerlendirmesiyle tanınabileceğini göstermektedir. Amniyosentezi kabul etmeyen hastalarda bile prenatal bulguların doğru yorumlanması, hem gebelik yönetimini hem de doğum sonrası izlem planlamasını önemli ölçüde etkilemektedir. Nadir görülen fetal vasküler anomalilerin tanınmasında multidisipliner yaklaşım büyük önem taşımakta olup bu olgu, literatüre prenatal tanı ile desteklenmiş değerli bir örnek sunmaktadır.

SONUÇ

Bu vaka, Tip 2 portosistemik şantın prenatal dönemde ayrıntılı ultrason ve doppler değerlendirmesiyle tanınabileceğini göstermektedir. Erken tanı ve multidisipliner yaklaşım, hem gebelik yönetimi hem de doğum sonrası izlem açısından kritik öneme sahiptir.

Anahtar Kelimeler: Tip 2 portosistemik şant, fetal vasküler anomali, prenatal doppler, hepatik ven dilatasyonu

SS-35

Plasenta Akreata Spektrumu Olgusunda Fertilite Koruyucu Yaklaşım

Ümran Kaya, Bulent Yılmaz, Savaş Özdemir,

Sibel Dogan Polat

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

AMAÇ

Plasenta akreata spektrumu (PAS), desidual tabaka yerine miyometriuma, serozaya veya komşu organlara anormal trofoblast invazyonunu ifade etmek için kullanılan bir terimdir. İnsidansı yaklaşık olarak 1/530 – 1/2500'dür. Bu olgu sunumunda plasenta akreata spektrumu tanısı alan eski sezaryenli bir gebeye fertilite koruyucu tedavi yaklaşımını anlatmak istedik.

OLGU

25 yaş, G3P1A1Y1 sezaryen ile doğum öyküsü olan hasta ultrasonografide myometrial incelleme, clear zone kaybı, plasental lakünler, uterovezikal ve subplasental hipervaskülerite ve mesane arka duvarına uzanım görülmesi nedeni ile son adet tarihine göre 33 haftalık gebeyken plasenta previa totalis ve plasenta akreata sendromu tanıları ile hospitalize edildi. 4 ünite eritrosit, 4 ünite trombosit rezerve edildi. Fetal akciğer maturasyonu için celestone dozları tamamlanan hasta 34+ 6 gebelik haftasında spinal anestezi ile phannenstiel insizyonla batına girilerek, 2330 gram baş geliş kız bebek 7-8 apgar skoru ile elektif sezaryenle doğurtuldu. Plasentası uterus anterior alt segmentte myometriuma invaze olarak izlenen hastaya bilateral hipogastrik arter ligasyonu ve parsiyel uterin segmental rezeksiyon işlemleri uygulandı. (resim 1-3) Preoperatif hb 11.4 g/dl olan hastanın takiplerinde postoperatif 2. saat hb 9.5 g/dl, 6 ve 12. saatlerde hb 8.2 g/dl, 24. saatte hb 6.7 g/dl olması üzerine 2 ünite es replasmanı yapıldı. Kontrol hb 9.1 g/dl olan hasta postoperatif 4. günde şifa ile taburcu edildi.

TARTIŞMA

PAS'daki belirgin artışın son yıllarda artan sezaryen oranlarına bağlı olduğu düşünülmektedir. En sık tanımlanan risk faktörleri önceki sezaryen doğum ve geçirilmiş uterin cerrahi ile birlikte aşağı yerleşimli plasenta veya plasenta previa'dır. Bizim hastamızda da geçirilmiş sezaryen öyküsü mevcuttu.

Plasenta, miyometrial invazyonun derinliğine (yüzeysel, derin veya tüm uterus duvarına ve ötesine nüfuz eden) bağlı olarak akreata, inkreata, perkreata olarak isimlendirilir. Plasental lakünler ve mesane duvarı ile uterin seroza arasındaki arayüzün bozulması en güvenilir ultrasonografik tanı bulgularıdır. Türbülen akım ve/veya mesaneye veya organlara uzanan köprülenen plasental damarları gösteren Doppler akım bulguları görülmesi tanı koydurucudur. Bizim hastamızda da myometrial incelleme, clear zone kaybı, uterovezikal hiper-

vaskülarite, subplasental hipervaskülarite, plasental lakünler, anterior alt uterin segmentte tutulum ve mesane arka duvarına uzanım mevcuttu.

Peripartum histerektomi kanamayı önlemek veya kontrol etmek için için PAS olgularında yaygın olarak uygulanmaktadır. Transfüzyon ise PAS ile ilişkili en sık görülen morbiditedir. Bunu ameliyatla ilişkili komplikasyonlar takip eder. Hastamızda bilateral hipogastrik arter ligasyonu, parsiyel uterin segmental rezeksiyon uygulaması ve uygun sütür teknikleri ile uterusu korumayı başardık. Fertilitatesini korumak isteyen uygun hastalarda bu yaklaşım uygulanabilir.

SONUÇ

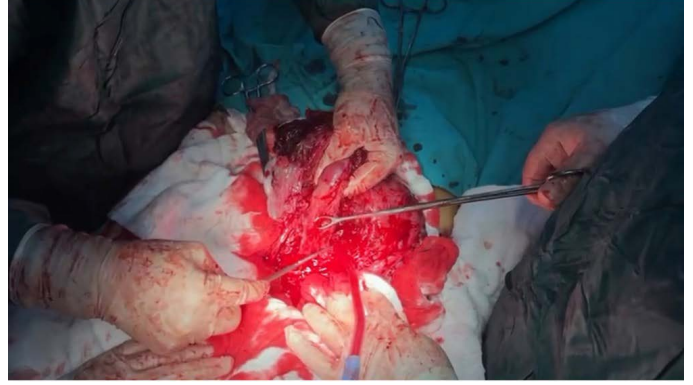
PAS tanısı alan hastaların plasental invazyon anomalilerinin riskleri hakkında bilgilendirilmeleri ve uygun bakımı alabilecekleri deneyimli merkezlerde doğum yapmalarının sağlanması için doğum öncesi ultrasonografi taramaları büyük önem taşır. Gebelik takiplerinde tanının ultrasonografik olarak erken konması, planlı sezaryen doğum uygulaması, transfüzyon için kan ürünlerinin hazırlanması, preoperatif dönemde tedavi seçeneklerinin değerlendirilmesi ve özellikle fertilitatesini korumak isteyen hastalar olmak üzere her hasta için uygun cerrahi yaklaşım planı yapılmasını içeren preoperatif hazırlık döneminin iyi maternal ve fetal sonuçlarla ilişkili olduğu unutulmamalıdır.

Anahtar Kelimeler: Placenta akreata spektrumu, parsiyel uterin rezeksiyon, sezaryen

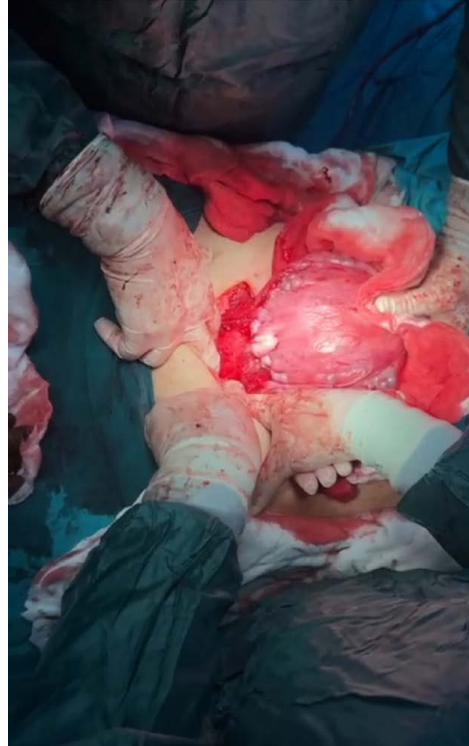
resim 1



resim 2



resim 3





DOĞU ANADOLU KADIN SAĞLIĞI DERNEĞİ PALANDÖKEN KADIN DOĞUM KONGRESİ

28-30 Kasım 2025 | Polat Palandöken Hotel, Erzurum

“Jinekoloji - İnfertilite - Ürojinekoloji - Genital Estetik - Obstetrik”

SS-36

Suda doğum ünitesinden alınan kültürlerin değerlendirilmesi: klinik deneyimimiz

Cengiz Şanlı

Sağlık Bilimleri Üniversitesi Fethi Sekin Şehir SUAM, Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği Elazığ

AMAÇ

Bu çalışmanın amacı, kliniğimizde suda doğum sonrası üniteden alınan kültür sonuçlarının gözden geçirilmesi ve yeni doğan sonuçlarının incelenmesidir.

YÖNTEM

Elazığ Fethi Sekin Şehir Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği'nde 12.01.2025 tarihinde aktif hale getirdiğimiz suda doğum ünitemizde yapılan 27 suda doğum sonrası üniteden alınan kültür sonuçları geriye dönük olarak hasta dosyalarından alındı. Yenidoğanlardan hastaneye yatışı olanların; yatış endikasyonları, hastanede kalış süreleri, kan kültürü sonuçları, aldıkları tedaviler hastane kayıtlarından elde edildi.

BULGULAR

Ünitemizde 27 suda doğum vakası gerçekleştirildi. 19 vaka nullipar, 9 vaka multipardı. Yenidoğan yoğunbakım ünitesine yatan 2 bebek oldu. 1 bebek yenidoğan sarılığı, bir diğeri de yenidoğanın geçici takipnesi (YDGT) nedeniyle yatırıldı. YDGT olan bebekten alınan kan kültüründe üreme olmadı. Suda doğum sonrası rutin olarak üniteden alınan kültürlerden 3 ünde üreme gözlemlendi, 24 kültürde üreme olmadı. 2 kültürde staphylococcus haemolyticus ve 1 kültürde micrococcus luteus üredi.

SONUÇ

Suda doğum esnasında havuz suyunun mikrobiyal kontaminasyonu sebebiyle enfeksiyon riski oluşacaktır. Doğum sonrası ünite temizliğinde dezenfeksiyon kurallarına riayet edildiği takdirde risk minimuma iner. Suda doğum sonrası, enfeksiyon nedeniyle antibiyotik tedavisi verilen yenidoğan oranı, konvansiyonel vajinal doğumdan farklı değildir. Suda doğum yenidoğan için enfeksiyon açısından güvenli olup yeni doğana ek enfeksiyon yükü getirmemektedir.

Anahtar Kelimeler: Suda doğum, yenidoğan enfeksiyonu, hidroterapi

SS-38

Doğum yapmamış genç bir kadında overyan kitleyi taklit eden dev miyom: bir olgu sunumu

Şahin Yazıcı¹, Nayif Çiçekli², Nurcan Yörük¹,

Ayşe Nur Aksoy¹, Mehmet Emin Aksoy¹

¹Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Erzurum Şehir Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Ana Bilim Dalı, Erzurum

²Erzurum Şehir Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği, Erzurum

GİRİŞ

Uterin miyomlar, kadın pelvisinde en sık görülen benign tümörler olup düz kas hücrelerinden köken alırlar. Prevalansları özellikle üreme çağında yüksektir ve menopoza sonrasında belirgin şekilde azalma eğilimindedir. Ergenlik döneminde ise nadiren gözlenir. Üreme çağındaki kadınlarda miyomların cerrahi tedavisinde genellikle miyomektomi tercih edilmektedir. Ancak büyük boyutlu miyomlarda laparoskopik miyomektominin etkinliği ve uygulanabilirliği halen tartışmalı olup, dev miyomların laparoskopik veya laparotomik miyomektomi ile çıkarılması teknik açıdan oldukça güçtür ve deneyimli cerrahlar tarafından gerçekleştirilmesi gereklidir.

OLGU

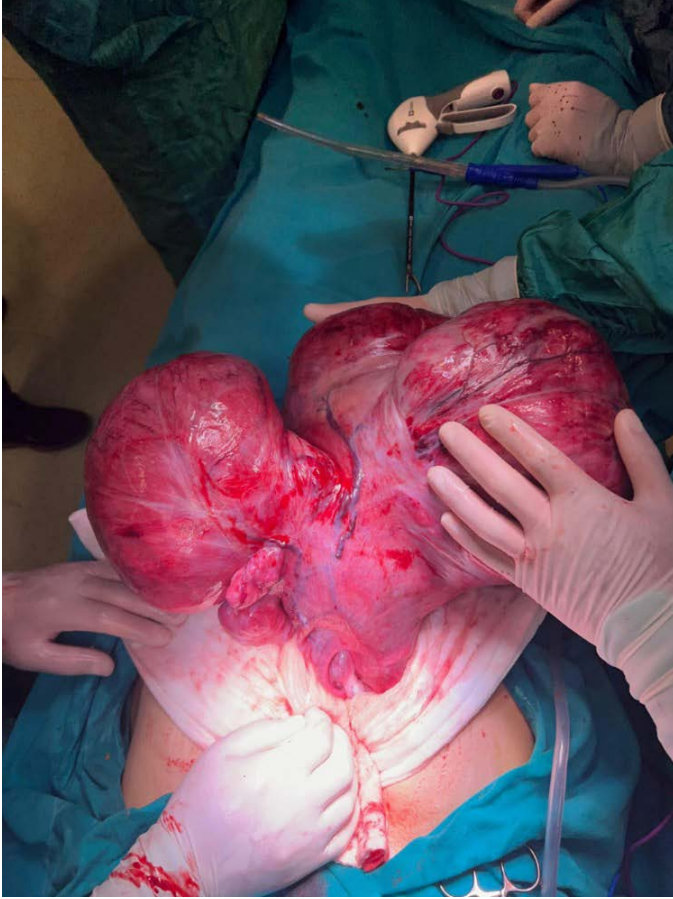
Bu sunumda, son 4-5 aydır giderek artan abdominal distansiyon ve rahatsızlık şikâyetleriyle başvuran 26 yaşında, bekar bir kadın olgu sunulmaktadır. Hastanın hemoglobini 10.6 gr/L, hematokriti 32.4 %, LDH 315 U/L, CA125>600 U/ml idi. Ultrasonografik değerlendirmede, tüm batını dolduran ksifoide kadar uzanan uterus veya over kaynaklı olduğu ayırdedilemeyen solid kitle izlendi. Manyetik rezonans görüntülemesinde ise pelvik düzeyden başlayıp batın orta hatta süperiora doğru uzanım gösteren yaklaşık olarak 30x22 cm ebatlı, uterusu komşu T2 ağırlıklı sekansta izo-hipointens lobüle düzgün konturlu yer yer kistik dejenere görünümde miyom lehine değerlendirilen görünüm izlendi. Hastaya laparotomik miyomektomi planlanmış ve operasyon intraoperatif veya postoperatif herhangi bir komplikasyon gelişmeden başarıyla tamamlanmıştır. Cerrahi sırasında, fundusta 60x30 cm boyutlarında multilobüle dev miyom gözlemlenmiştir. Miyomektomi sonrası defektler 0 no'lu vicril sütür ile onarıldı. Hasta bekar olduğu için, uterus ve overler korunarak hastaya miyomektomi yapıldı.

SONUÇLAR

Literatürde dev miyomların laparoskopik veya laparotomik miyomektomi ile başarılı bir şekilde eksize edildiği olgular sınırlı sayıdadır. Bu olgu, dev miyomların uygun hasta seçimi ve deneyimli cerrahi ekiple uterus ve overleri koruyarak güvenli yönetilebileceğini göstermektedir.

Anahtar Kelimeler: Dev Miyom, Nullipar, Myomektomi.

Dev Miyom



Dev Miyom



SS-39

İleri evre endometrioziste torsiyon paradoksu: torsiyona izin vermeyen hastalıkta torsiyon

Tural İsmayilov

Bingöl Devlet Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği, Bingöl

AMAÇ

İleri evre endometrioziste yoğun pelvik adezyonların adneksiyel torsiyonu çoğunlukla engellediği kabul edilse de, endometriomalar enfekte olarak tuboovaryen apseye (TOA) dönüşüp akut batın tablosuna yol açabilir. Literatürde izole tubal torsiyon son derece nadir olup insidansı yaklaşık 1/1,5 milyon olarak bildirilmiş ve çoğunlukla hidrosalpinks, hematosalpinks veya tubal endometrioma ile ilişkilendirilmiştir. Endometrioma serilerinde torsiyonun dahi bildirilmemiş olması bu komplikasyonun istisnai nadirliğini göstermektedir. Bizim olgumuzda TOA lehine herhangi bir bulgunun olmaması, ayırıcı tanıda torsiyon gibi daha nadir olasılıkların da düşünülmesini gerektirmiştir. Bu nedenle, akut ağrının değerlendirilmesi sonucunda hematosalpinks ile izole sol tubal torsiyonun saptandığı nadir bir olgunun sunulması amaçlanmıştır.

YÖNTEM

Hastane veritabanı retrospektif olarak incelendiğinde, yaklaşık iki yıldır bilateral overlerde 3-4 cm çaplarında kistler nedeniyle (endometrioma veya hemorajik kist ön tanılarıyla) takip edilen hastanın Şubat 2025'te yapılan Pap smear sonucunun negatif olduğu görülmüştür. Haziran 2025'te anormal uterin kanama (AUB-P) nedeniyle polipektomi uygulandı, Eylül 2025'te ise CA 125 düzeyinin 110 U/mL olarak saptanması üzerine hastanın üçüncü basamak merkeze yönlendirildiği, medikal tedavi ile takip önerildiği kaydedilmiştir.

BULGULAR

Otuz yedi yaşında, G3P3, spontan vajinal doğum öyküsü bulunan ve daha önce laparoskopik appendektomi ile kolelistektomi geçirmiş olan hasta, ani başlayan sol alt kadranda ağrısı nedeniyle acil servise başvurmuştur. Yapılan değerlendirmede menstruasyonun dördüncü gününde bulunduğu, hemoglobin değerinin 12 g/dL olduğu belirlenmiş ve bilgisayarlı tomografide bilateral ovaryen kistler izlenmiştir. Bu bulgular üzerine jinekoloji konsültasyonu talep edilmiştir. Tarafımızca gerçekleştirilen fizik muayene ve ultrasonografide sol alt kadranda defans ve rebound pozitifliği, sağ overde endometrioma ile uyumlu kistik oluşum ve sol adnekte heterojen yapıda kompleks bir kitle saptanmıştır. Hastaya ve yakınına; akut ağrı tablosunda kist rüptürü ile adneksiyel torsiyonun etyolojide yer alabileceği, tanısal laparoskopinin tıbbi açıdan gerekli olduğu, ancak ikinci basamak bir merkezde bulunduğu, önceki kayıtları doğrultusunda batında yaygın

endometriozis ve olası ovaryen malignite nedeniyle sitoreduktif cerrahi gereksiniminin doğabileceği, bu tür işlemlerin üçüncü basamak merkezlerde yapılmasının uygun olacağı ayrıntılı biçimde açıklanmıştır. Sevk seçeneği sunulmuş, ancak hasta ve yakını tüm riskleri anladıklarını ve girişimin bu merkezde yapılmasını istediklerini ifade etmiştir. Yazılı bilgilendirilmiş onam alınarak laparoskopiyeye geçilmiştir.

Laparoskopide ağrının kaynağının sol round ligament yönüne deviyen olmuş hematosalpinks ve aynı taraftaki ovaryen kist olduğu görülmüştür. Kontrateral overde endometrioma mevcuttu. Douglas boşluğunun rektosigmoid bileşkeye kadar ileri derecede obstrükte olduğu ve mesane peritonu üzerinde çok sayıda endometriozis odağı bulunduğu gözlenmiştir. Vakaya genel cerrahi uzmanı davet edilmiş; bilateral retroperitoneal alandan disseksiyon yapılarak üreterolizis uygulanmış, hipogastrik sinirler korunmuş ve pararektal alanlar açılmıştır.

Hastanın önceki muayene ve acil değerlendirmelerinde uterusakral nodül, disparoni veya diskeziye işaret eden bulgu yer almaması ve preoperatif kolostomi onamının bulunmaması nedeniyle rektosigmoid bileşkeye yönelik bağırsak mobilizasyonu veya ek disseksiyon yapılmamıştır. Laparoskopi sırasında batına 10 mm'lik kamera portu ve üç adet 5 mm'lik trokar yerleştirilmiştir. Patoloji örnekleri suprapubik bölgede 3 cm'lik transvers insizyondan eldiven koruyucu teknik kullanılarak çıkarılmıştır.

Hasta postoperatif üçüncü günde sorunsuz şekilde taburcu edilmiş, onuncu gün kontrolünde herhangi bir komplikasyon izlenmemiştir. Cerrahiden hemen önce alınan kan örneğinde hastanın anti-Müllerian hormon (AMH) düzeyi 0,9 µg/L olarak raporlanmıştır.

SONUÇ

Literatürde oldukça nadir tanımlanan izole tubal torsiyon ve eşlik eden hematosalpinks, bu olguda ileri evre endometriozis varlığına rağmen ayırıcı tanıda karşımıza çıkmıştır. Klinik ve laboratuvar bulgularının enfeksiyon ile uyumlu olmaması gerektiğini göstermektedir. Diagnostik laparoskopi, benzer olgularda tanının kesinleştirilmesi ve uygun cerrahi yaklaşımın belirlenmesi açısından önemli bir rol taşımaktadır.

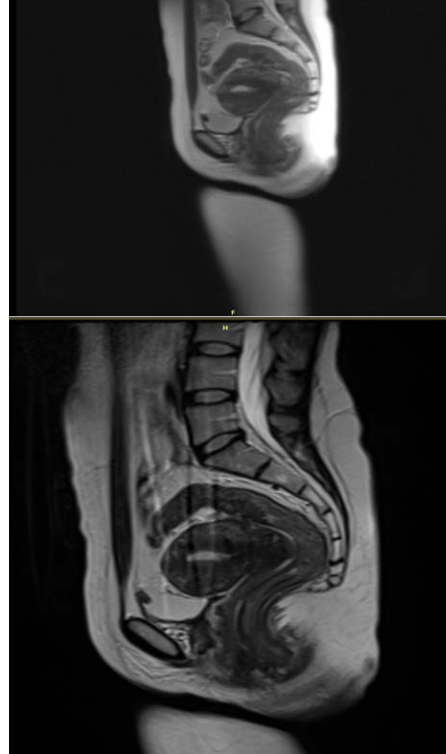
Anahtar Kelimeler: ileri evre endometriozis, adneksiyel torsiyon, hematosalpinks, laparoskopi

Resim 1



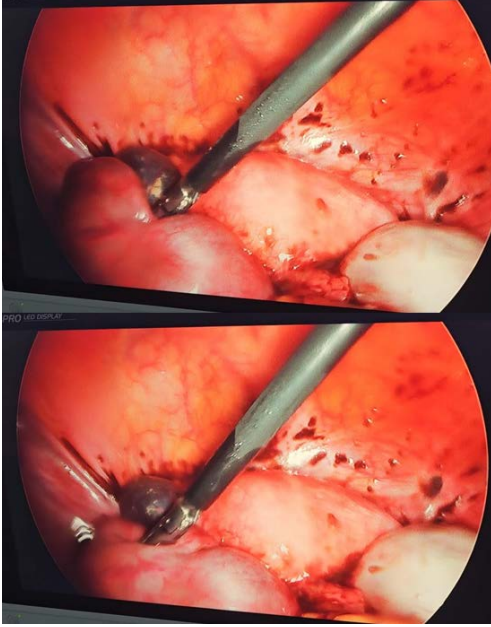
Preoperatif (2 ay önce) MR görüntülemesinde sağda endometrioma ve solda komplike kistik oluşum

Resim 2



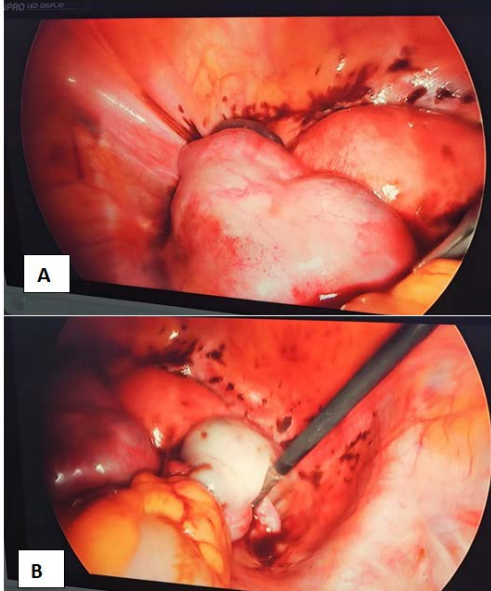
Douglas boşluğunun oblitere görünümü (preoperatif 2 ay önceki MR görüntüleme kesiti)

Resim 4



Sol tubanın torsiye görünümü

Resm 3



Laparoskopik olarak hemorajik kist, torsiye hematosalpinks ve gerilmiş sol round ligaman (A) ve sağ ovaryen endometrioma (B) görünümü. Ayrıca prevesikal alan ve peritoneal yüzeylerde endometriotik odaklar izlenmektedir.

SS-40

Klinik ve radyolojik olarak over malignitesi düşündüren multiple torsiye uterus myomlar, nadir bir olgu sunumu

SümeYYe Karadavut, Fatma Tulun Keskin,
Yunus Emre Topdağı

Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Erzurum Şehir Hastanesi,
Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği, Erzurum

Uterin miyomlar yaygın iyi huylu uterus tümörleridir ancak akut komplikasyonları oldukça nadirdir. Bu yazıda, akut batin tablosu ile acil servise başvuran ve bilgisayarlı tomografide over malignitesi olarak raporlanan, multiple torsiye uterus myomları saptanan nadir bir olgu sunulmuştur.

GİRİŞ

Uterus myomları, miyometriyumun düz kas hücreleri ve fibroblastlarından kaynaklanan malign olmayan monoklonal tümörlerdir. Kadınlarda en sık görülen pelvik tümördür ve üreme çağındaki kadınların %20-50'sinde görülür. Sık görülmelerine rağmen akut komplikasyonları oldukça nadirdir [1, 2]. Bu yazıda, akut batin tablosu ile acil servise başvuran ve bilgisayarlı tomografide over malignitesi olarak raporlanan, multiple torsiye uterus myomları saptanan nadir bir olgu sunulmuştur.

OLGU

36 yaşında virjin bir kadın hasta, 01 Haziran 2025 tarihinde 2 aydır olan ve son 1 haftadır şiddeti artan, şiddetli karın ağrısı şikayetiyle acil servise başvurdu. Ağrının karında yaygın şekilde visseral ağrı şeklinde olduğu, gece-gündüz sürekli devam ettiği, arttıran ve azaltan bir etmenin olmadığı, yayılımının olmadığı, eşlik eden halsizlik, kilo kaybı ve bulantısının olduğu, haricen eşlik eden semptom ve bulgunun olmadığı öğrenildi. Bilinen kronik hastalık öyküsü olmayan hastanın, düzenli kullandığı ilaç ve geçirilmiş operasyon öyküsü yoktu. Hastanın genetik öyküsünde malignite ya da genetik geçişli bir hastalık öyküsü yoktu. Hastanın sorgulamasında kilo kaybının (1 ay içerisinde 65kg-60kg), tekrarlayan kusmalarının ve anemisinin olduğu öğrenildi. Yeni başlanan ilaç, diyet değişikliği, enfeksiyon öyküsü yoktu. Fizik muayenede konjonktivada ve ciltte solukluk, batında tüm kadrantlarda yaygın hassasiyet, rebound ve defans saptandı. Hastanın laboratuvar tetkiklerinde Hb: 6.9 g/dL, WBC:8820 103/μL, Plt:309 103/μL, CRP:46 mg/L, fibrinojen:607 mg/dL, INR: 1,23 olarak saptandı. Tümör markerlarından CA-125: 47,7 U/mL olarak saptanırken, diğer tümör markerlarında yükseklik saptanmadı. Hastaya yapılan kontrastlı batin bilgisayarlı tomografi (BT) incelemesinde uterus-sağ overden sınırları net seçilemeyen, aksiyel planda en geniş yerinde yaklaşık 137x94 mm boyutunda kistik-nekrotik alanlar bulunan kitle lezyon (over ca?), sol parailiak alanda, mezenterde büyüğü aksiyel planda

en geniş yerinde 128x78 mm boyutunda kist-nekrotik alanlar bulunan kitle lezyon (metastaz?), karaciğer segment 2-3 düzeyinde 13 mm boyutunda şüpheli çevresel nodüler kontrastlanma gösteren hipodens lezyon (metastaz?, hemanjiom?) saptandı. Hasta akut batın, derin anemi tanıları ve over malignitesi ön tanısı ile acil operasyona alındı. Operasyon öncesi hastaya 3 ünite eritrosit süpsansiyonu ve 3 ünite taze donmuş plazma transfüzyonu yapıldı. Acil laparotomi yapıldı. Batın içinde yaklaşık 200cc kadar asit mayi mevcuttu. Uterus korpusundan solda dalak altına doğru uzanım gösteren en büyüğü yaklaşık 20cm boyutunda multiple sayıda torsiyone görünümde saplı subseröz myomlar izlendi. Solda uterus anterior yüzde yaklaşık 5cm intramural subseröz komponentli myom izlendi. Uterus posterior yüzde yaklaşık 10cm boyutlu intramural komponentli myom izlendi. Ayrıca uterusu çok sayıda myom mevcuttu. Bilateral overler ve tüpler doğal görünümde izlendi. İncelemede ve palpasyonla ince ve kalın bağırsaklar ve mezosu, omentum, karaciğer superior ve inferior yüzeyi, dalak loju, moison poşu, bilateral diyafragma peritonu ve apendiks normal idi. Ardından batın sitolojisi alındı ve multiple sayıdaki myomların eksizyonu gerçekleştirildi (Şekil 1). Sitolojik incelemede malignite saptanmadı. Patolojik incelemede leiomyomatozis uteri saptandı. Takiplerinde hastada komplikasyon gelişmedi.

TARTIŞMA

Uterin miyomlar yaygın iyi huylu uterus tümörleridir ancak akut komplikasyonları oldukça nadirdir. Son derece nadir olarak miyomlar tromboembolizm, subserozal saplı leiomyomun akut torsiyonu, akut idrar retansiyonu ve böbrek yetmezliği, gebelikte kırmızı dejenerasyonun neden olduğu akut ağrı, akut vajinal veya intraperitoneal kanama, mezenterik ven trombozu ve intestinal kangren gibi akut komplikasyonlara yol açabilir [3]. Uterin miyomların torsiyonu ise nadirdir. Roy ve arkadaşları uterus leiomyomunun torsiyonunun tanısının bilgisayarlı tomografi veya ultrasonografi incelemesiyle konulabileceğini ancak ultrasonun daha az duyarlı olduğunu bildirmişlerdir [4]. Uterin miyom torsiyonunun tedavisi, enfarktüs veya nekroz durumunda derhal yapılmalıdır. Abdominal miyomektomi en sık uygulanan cerrahi müdahaledir.

SONUÇ

Akut batın tablosu ile başvuran, klinik ve radyolojik olarak ön planda adneksiyel patolojilerin düşünüldüğü hastalarda torsiyone saplı myomlar bu kineğe neden olabilir. Bu tür vakalarda tanısal amaçlı yapılan operasyonlardan kaçınılmalıdır.

Kaynaklar

1. Dinsa LH, Eticha AD, Terefe MT. Successful myomectomy during pregnancy for the indication of acute lower abdominal pain with red degenerative myoma or ovarian torsion? “Case report”. SAGE Open Medical Case Reports. 2024;12:2050313X241301605.
2. Lee SJ, Ko HS, Na S, Bae JY, Seong WJ, Kim JW, et al. Na-

tionwide population-based cohort study of adverse obstetric outcomes in pregnancies with myoma or following myomectomy: retrospective cohort study. BMC pregnancy and childbirth. 2020;20(1):716.

3. Munro MG, Critchley HO, Broder MS, Fraser IS, Disorders FWGoM. FIGO classification system (PALM-COEIN) for causes of abnormal uterine bleeding in nonpregnant women of reproductive age. International Journal of Gynecology & Obstetrics. 2011;113(1):3-13.

4. Roy C, Bierry G, El Ghali S, Buy X, Rossini A. Acute torsion of uterine leiomyoma: CT features. Abdominal Radiology. 2005;30(1):120.

Anahtar Kelimeler: Leiomyoma, torsiyon, malignite, akut karın, uterin myom

Şekil 1



Eksize edilen myomların görünümü



DOĞU ANADOLU KADIN SAĞLIĞI DERNEĞİ PALANDÖKEN KADIN DOĞUM KONGRESİ

28-30 Kasım 2025 | Polat Palandöken Hotel, Erzurum

“Jinekoloji - İnfertilite - Ürojinekoloji - Genital Estetik - Obstetrik”

SS-41

Büyük paratubal kistin laparoskopik yönetimi: vaka sunumu

Büşra Karadeniz¹, Rümeysa Çitil¹, Ayşe Asena Yılmaz¹,
Ramazan Yavuz², Ayşe Nur Aksoy¹

¹Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Erzurum Şehir Hastanesi,
Kadın Hastalıkları ve Doğum Ana Bilim Dalı, Erzurum

²Kırklareli Eğitim Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi
Kliniği, Kırklareli

Bu vakada, 25 yaşında büyük paratubal kisti olan bir kadın hastada, kistin laparoskopik olarak eksize edilmesi sunulmaktadır.

GİRİŞ

Paratubal kistler, müllerian/wolffian/mezotelyal kökenli kalıntılardır. Ultrasonografi veya operasyon sırasında tesadüfen saptanırlar ve nadiren semptomatiktirler. Genellikle 8 cm'den küçüktürler. Laparoskopi, benign adneksal kitlelerin tedavisinde altın standarttır. Ancak kist büyük olduğunda laparoskopi yerine genellikle laparotomi tercih edilir.

OLGU SUNUMU

25 yaşında bir kadın hasta, 3-4 aydır karında dolgunluk hissi ve nefes almada güçlük şikayetiyle başvurdu. 2 vajinal doğum öyküsü vardı, ek hastalığı yoktu. Kontraseptif yöntem olarak 5 yıldır rahim içi araç kullanmaktaydı. Muayenede genel durumu iyiydi, pelvik bölgeden başlayıp tüm batını kaplayan abdominopelvik kitle mevcuttu. Kitle, serbestçe hareket edebilen ve sınırları hissedilebilen kistik bir yapıdaydı. Ultrasonografi, pelvisten abdomene doğru büyümüş 24 x 25 cm boyutlarında kistik bir lezyon olarak raporlandı. Bilgisayarlı tomografide (Şekil 1), pelvisten epigastriuma kadar uzanan, ince duvarlı, septasyon veya solid komponent içermeyen 24x25x10 cm boyutlarında kistik bir lezyon, mezenter kisti? paratubal kist? olarak tanımlandı. Uterus ve bilateral overler normaldi. Hematolojik ve biyokimyasal parametreler normaldi. Tümör belirteçleri - CA-125: 12,6 IU/L, CEA: 2,55 IU/L, AFP: 1,70 IU/L, LDH: 225 IU/L normaldi. Genel Cerrahi ile konsülte edilen hastada öncelikli olarak mezenter kisti düşünüldü. Genel Cerrahi servisine yatış yapılan hastaya laparoskopi planlandı, ameliyattan bir gün önce bağırsak temizliği yapıldı, ameliyattan 2 saat önce antibiyotik profilaksisi uygulandı. Primer 10'luk trokar umbilikusun yaklaşık 2 cm üzerinden yerleştirildi. Perop vakaya dahil olundu. Laparoskopide sağ paratubal kaynaklı sınırları düzgün kistik lezyon izlendi. Sol iliak bölgeye 1 adet 10'luk ve 1 adet 5'lik trokar girişi yapıldı. Kist parlak, pürüzsüz bir yüzeye sahipti ve herhangi bir solid büyüme göstermiyordu. Uterus, sağ over, sol tüp ve sol over normaldi. Asit, peritoneal veya omental implant yoktu. Kist üzerine aspiratörün girebileceği kadar kesi yapıldıktan sonra kist içeriği aspire

edildi, yaklaşık 4 lt sıvı aspire edildi. Üreter trasesi kontrol edildikten sonra sağ paratubal kist disseksiyon ve traksiyonla eksize edildi. Hemostaz koterizasyonla sağlandı. Kitle endobag yardımı ile 10'luk trokar içerisinden çıkarıldı. Kitle çıkarıldıktan sonra periton yıkaması yapıldı. Ameliyat sonrası herhangi bir komplikasyon gelişmedi ve postoperatif 48. saatte hasta taburcu edildi. Patoloji seröz kistadenom olarak raporlandı. 1 yıllık takipte herhangi bir nüks görülmedi.

TARTIŞMA

Büyük paratubal kistlerin eksizyonunda genellikle laparotomi tercih edilir ancak hastanın yaşı, tümör markerlarının negatif olması ve görüntüleme yöntemlerinin benign lehine raporlanması göz önüne alındığında laparoskopi tercih edilebilir.

SONUÇ

Laparoskopik paratubal kist eksizyonu, morbiditeyi ve postoperatif ağrıyı görece azaltan etkili ve güvenli bir yöntemdir.

Kaynakça

1. Genadry R, Parmley T, Woodruff JD. The origin and clinical behavior of the parovarian tumor. Am J Obstet Gynecol. 1977 Dec 15;129(8):873-80. doi: 10.1016/0002-9378(77)90520-8. PMID: 563172.

2. Bhansakarya, R. ve Subedi, S. (2020). Büyük Sağ Paratubal Kistin Laparoskopik Yönetimi: Bir Vaka Raporu. Nepal Tabipler Birliği Dergisi, 58(227), 501-504. <https://doi.org/10.31729/jnma.4982>

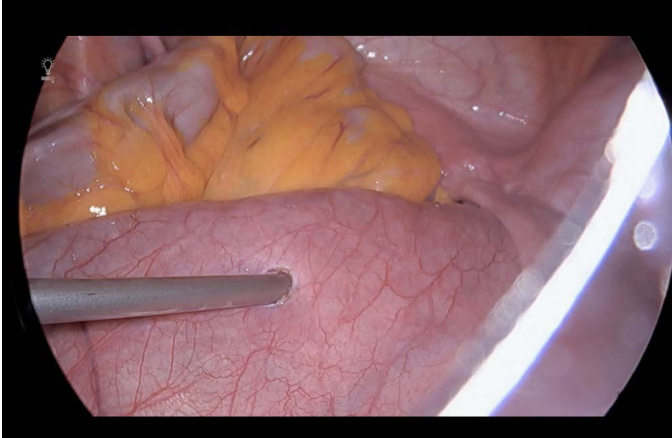
Anahtar Kelimeler: paratubal kist, laparoskopi, seröz kistadenom

Şekil 1.



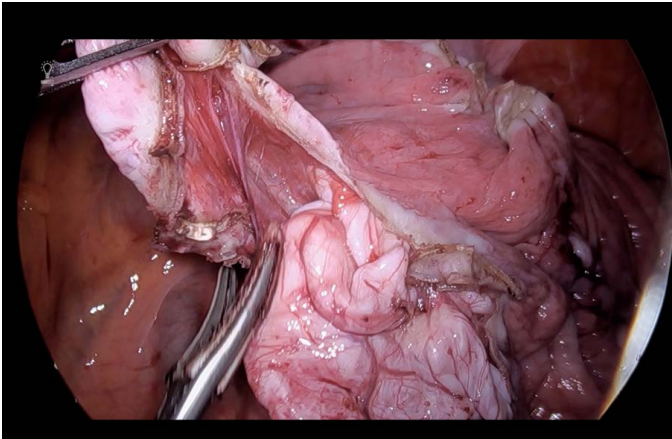
Şekil 1. Kitlenin tomografi görüntüsü

Şekil 2.



Şekil 2. Kist içeriğinin aspirasyonu

Şekil 3.



Şekil 3. Kist eksizyonu

SS-43

V-NOTES (Vaginal Natural Orifice Transluminal Endoscopic Surgery) ve laparoskopik histerektomi uygulanan hastalarda yaşam kalitesi (EQ-5D-5L), ağrı düzeyi (NRS), hastanede kalış süresi ve hemoglobin değişimi sonuçlarının karşılaştırılması

Kenan Ziyadeoğlu, Recep Erin, Kübra Baki Erin, Ömür Erden

Trabzon Kanuni Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Kadın hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, Trabzon

AMAÇ

Bu çalışmada benign jinekolojik endikasyonlarla histerektomi uygulanan hastalarda V-NOTES (Vaginal Natural Orifice Transluminal Endoscopic Surgery) ile laparoskopik histerektominin postoperatif ağrı, hastanede kalış süresi, hemoglobin değişimi ve yaşam kalitesi üzerine etkileri karşılaştırıldı.

YÖNTEM

Bu prospektif karşılaştırmalı çalışma, Trabzon Kanuni Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniğinde, Ocak-Ekim 2025 tarihleri arasında gerçekleştirildi. Çalışmaya benign endikasyonlarla (örneğin myoma uteri, adenomyozis, disfonksiyonel uterin kanama vb.) histerektomi planlanan, benzer komorbiditelere sahip 60 hasta dahil edildi. Hastalar cerrahi yaklaşıma göre iki gruba ayrıldı: Grup 1: V-NOTES histerektomi (n=30), Grup 2: Laparoskopik histerektomi (n=30). Tüm cerrahiler aynı deneyimli cerrahi ekip tarafından uygulandı. Postoperatif 24. saatte ağrı NRS ile değerlendirildi. Ameliyat öncesi ve 6. haftada EQ-5D-5L yaşam kalitesi ölçümü uygulandı. Ameliyat öncesi ve postoperatif 24. cü saatte hemoglobin değişimi ve hastanede kalış süresi kaydedildi.

İstatistiksel analizler SPSS 25.0 programı ile yapıldı. Veriler ortalama $\pm$ standart sapma olarak sunuldu ve $p < 0.05$ anlamlı kabul edildi.

BULGULAR

VNOTES grubunda postoperatif NRS ağrı skoru anlamlı derecede daha düşüktü (2.3 ± 0.9 vs. 4.1 ± 1.1 ; $p < 0.001$). Postoperatif 24. saatte Hb düşüşü V-NOTES'ta daha azdı (ΔHb : 0.8 ± 0.3 vs. 1.3 ± 0.4 ; $p = 0.002$). EQ-5D-5L skorları 6. haftada V-NOTES grubunda anlamlı şekilde daha yüksek bulundu (0.92 ± 0.04 vs. 0.87 ± 0.06 ; $p < 0.001$). Hastanede kalış süresi V-NOTES grubunda 1.4 ± 0.3 gün iken laparoskopik grupta 2.1 ± 0.5 gün olarak saptandı ($p < 0.001$).



DOĞU ANADOLU KADIN SAĞLIĞI DERNEĞİ PALANDÖKEN KADIN DOĞUM KONGRESİ

28-30 Kasım 2025 | Polat Palandöken Hotel, Erzurum

“Jinekoloji - İnfertilite - Ürojinekoloji - Genital Estetik - Obstetrik”

SONUÇ

V-NOTES histerektomi, laparoskopik histerektomiye kıyasla daha kısa hastanede kalış süresi, daha az kan kaybı, daha düşük ağrı düzeyi ve daha yüksek yaşam kalitesi sonuçları ile ilişkilidir.

Benign endikasyonlu olgularda V-NOTES yaklaşımı, hasta memnuniyeti ve erken dönemde yaşam kalitesini artıran etkili ve güvenli bir alternatiftir.

Anahtar Kelimeler: V-NOTES, laparoskopik histerektomi, yaşam kalitesi, EQ-5D-5L, NRS, minimal invaziv cerrahi

SS-45

Erken evre endometrium kanserinde cerrahi yaklaşımın erken postoperatif döneme etkisi: laparoskopik ve pfannenstiel yaklaşımlarının karşılaştırılması

Nayif Çiçekli¹, Cem Yagmur Ozdemir²

¹Erzurum Şehir Hastanesi

²Afyon Devlet Hastanesi

GİRİŞ

Endometrium kanseri gelişmiş ülkelerde en sık görülen jinekolojik malignitelerden biri olup cerrahi evreleme hastalığın yönetiminde temel aşamayı oluşturur. Güncel cerrahi seçenekler arasında laparoskopi, Pfannenstiel insizyon ile yapılan açık cerrahi ve robotik yöntemler bulunmaktadır. Minimal invaziv cerrahi teknikler, daha az postoperatif ağrı, daha kısa hastanede yatış süresi ve daha iyi kozmetik sonuçlar ile ilişkilidir. Bununla birlikte geçirilmiş cerrahiler sonrası gelişen yoğun adezyonlar, artmış uterin volüm ve vaginal stenoz gibi durumlar laparoskopik cerrahi için uygun olmayabilir. Bu çalışmanın amacı erken evre endometrium kanserinde laparoskopik ve Pfannenstiel insizyon ile gerçekleştirilen cerrahinin erken postoperatif sonuçlar açısından karşılaştırılmasıdır.

YÖNTEM

Eylül 2024 ile Eylül 2025 arasında Erzurum Şehir Hastanesinde endometrium kanseri nedeniyle opere edilen 59 hasta retrospektif olarak değerlendirildi. FIGO 2009 evre 1, grade 1 veya 2 endometrioid adenokarsinom tanısı olan ve laparoskopik ya da Pfannenstiel insizyon ile opere edilen hastalar çalışmaya dahil edildi. Tüm hastalara total histerektomi, bilateral salpingoofektomi, batin içi sıvı örnekleme, pelvik lenf nodu örnekleme ve omentum biyopsisi uygulandı. Median laparotomi ile opere edilen 11 hasta ve FIGO grade 3 olan 4 hasta çalışma dışı bırakılarak toplam 44 hasta analiz edildi. Hastalar cerrahi yaklaşıma göre laparoskopik (n=23) ve Pfannenstiel (n=21) olmak üzere iki gruba ayrıldı. Demografik veriler ile postoperatif erken dönem sonuçları, yaş, vücut kitle indeksi, kan transfüzyonu gereksinimi, hastanede yatış süresi ve yara yeri enfeksiyonu açısından karşılaştırıldı. İstatistiksel analizler SPSS 22.0 (IBM, ABD) ile yapıldı. Sürekli değişkenler için dağılıma uygun olarak Student t testi veya Mann Whitney U testi, kategorik değişkenler için Fisher kesin testi kullanıldı. İstatistiksel anlamlılık $p < 0.05$ olarak kabul edildi.

BULGULAR

Her iki grubun yaş ve vücut kitle indeksi değerleri karşılaştırıldığında anlamlı farklılık bulunmadı. Yara yeri enfeksiyonu laparoskopik grubunda 3, Pfannenstiel grubunda 4 hastada görüldü ve anlamlı farklılık göstermedi ($p=0.824$). Kan transfüzyonu gereksinimi Pfannenstiel grubunda anlamlı



DOĞU ANADOLU KADIN SAĞLIĞI DERNEĞİ PALANDÖKEN KADIN DOĞUM KONGRESİ

28-30 Kasım 2025 | Polat Palandöken Hotel, Erzurum
“Jinekoloji - İnfertilite - Ürojinekoloji - Genital Estetik - Obstetrik”

derecede daha yüksekti (4 hastaya karşı 7 hasta, $p=0.001$). Hastanede yatış süresi laparoskopi grubunda 2.6 ± 1.2 gün, Pfannenstiel grubunda ise 3.7 ± 1.7 gün olup Pfannenstiel grubunda yatış süresi anlamlı derecede daha uzun bulundu ($p<0.05$).

SONUÇ

Erken evre endometrium kanserinde laparoskopik cerrahi, daha düşük kan transfüzyonu gereksinimi ve daha kısa hastanede yatış süresi ile açık cerrahiye göre belirgin avantaj sağlamaktadır. Laparoskopiye uygun olmayan hastalarda Pfannenstiel insizyon ile yapılan açık yaklaşım güvenilir bir alternatif oluşturabilir. Bulgular minimal invaziv cerrahinin erken postoperatif iyileşme sürecini olumlu yönde etkilediğini desteklemektedir.

Anahtar Kelimeler: endometriyum, pfannenstiel, laparoskopi, kanser

Hastaların demografik ve postoperatif parametrelerinin karşılaştırılması

	Laparoskopi (n=23)	Pfannenstiel (n=21)	p değeri
Yaş	59.45 ± 9.2	59.45 ± 9.1	0.95
Vücut kitle indeksi (kg/m ²)	34.2 ± 7.4	35.3 ± 6.6	0.326
Kan transfüzyon ihtiyacı	4	7	0.001*
Hastanede yatış süresi (gün)	2.6 ± 1.2	3.7 ± 1.7	$<0.05^*$
Yara yeri enfeksiyonu	3	4	0.824

$p<0.05$ istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir.



DOĞU ANADOLU KADIN SAĞLIĞI DERNEĞİ
PALANDÖKEN KADIN DOĞUM KONGRESİ
28-30 Kasım 2025 | Polat Palandöken Hotel, Erzurum
“Jinekoloji - İnfertilite - Ürojinekoloji - Genital Estetik - Obstetrik”

VIDEO SUNUM



DOĞU ANADOLU KADIN SAĞLIĞI DERNEĞİ PALANDÖKEN KADIN DOĞUM KONGRESİ

28-30 Kasım 2025 | Polat Palandöken Hotel, Erzurum

“Jinekoloji - İnfertilite - Ürojinekoloji - Genital Estetik - Obstetrik”

VS-01

Laparoskopik kornual (interstisyel) gebelik rezeksiyonu olgu sunumu

Okay Alptekin¹, Melike Demir çaltekin²

¹Erzincan Binali Yıldırım Üniversitesi Tıp Fakültesi
Mengücek Gazi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Kadın
Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı

²Ordu Üniversitesi, Tıp Fakültesi Eğitim ve Araştırma
Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı

AMAÇ

Kornual gebelik, uterusun interstisyel bölgesine implante olan ve tüm ektopik gebeliklerin yalnızca %1-3'ünü oluşturan nadir bir obstetrik durumdur. Klinik önemi, geç tanı konulduğunda masif hemorajiye bağlı maternal mortalite ve morbidite riskinin oldukça yüksek olmasından kaynaklanır. Kornual gebelikler, myometriumun tubal bölgeye kıyasla daha esnek ve genişleyebilir olması nedeniyle diğer ektopik gebeliklere göre daha ileri gebelik haftalarına kadar asemptomatik kalabilmekte, bu da tanının gecikmesine yol açabilmektedir. Ancak rüptür gerçekleştiğinde yüksek vaskülarizasyon nedeniyle masif kanama ve hayatı tehdit eden komplikasyonlar gelişebilir. Bu olgu sunumunun amacı, 7 haftalık sağ kornual gebeliği laparoskopik rezeksiyon ile tedavi edilen 28 yaşındaki bir hastanın yönetim sürecini paylaşmak, tanısal kriterleri vurgulamak ve cerrahi yaklaşımın etkinliğini literatür eşliğinde tartışmaktır.

YÖNTEM (OLGU):

Yirmi sekiz yaşında, gravida 1 para 0 olan hasta adet gecikmesi ve pozitif gebelik testi sonrası polikliniğimize başvurdu. Transvajinal ultrasonografide endometrial kavite boş olup sağ kornual bölgede myometriyum içinde yaklaşık 12 mm uzaklıkta fetal ekler içeren gebelik kesesi izlendi. Kesenin içinde 7 hafta ile uyumlu, 9,6 mm uzunluğunda embriyo ve fetal kalp atımları mevcuttu. Hastanın başvuru anındaki β -hCG düzeyi 20.160 mIU/ml idi. Hemodinamik olarak stabil olan olguya elektif şartlarda cerrahi planlandı. Preoperatif değerlendirmede hemoglobin 13,1 g/dl, hematokrit %37,8, trombosit sayısı 262.000/µl bulundu. Olası komplikasyonlara karşı iki ünite eritrosit süspansiyonu hazırlandı.

Operasyon genel anestezi altında gerçekleştirildi. Umbilikus seviyesinden 10 mm'lik trokar ile batına girildi, CO₂ insuflasyonu sağlandı. Sağ ve sol inguinal bölgeden 5 mm'lik trokarlar yerleştirildi. İntraoperatif değerlendirmede sağ kornual bölgede belirgin vaskülarizasyon ile uyumlu ektopik odak izlendi. Overler doğal görünümdeydi. Kornual bölgeye, yumurta toplama iğnesi yardımıyla 20 mg/ml lidokain hidroklorür ve 0,0125 mg/ml epinefrin içeren solüsyon enjekte edilerek vaskülarite azaltıldı. Daha sonra bipolar koter ve Ligasure kullanılarak gebelik odak rezekte edildi. Aynı seansta sağ salpenjektomi uygulandı. Rezeksiyon hattı koterize edilerek hemostaz

sağlandı ve bariyer jel uygulandı. Ameliyat komplikasyonsuz tamamlandı.

BULGULAR

Postoperatif dönemde hasta stabil izlendi. Altıncı saatte hemoglobin 11,7 g/dl idi. β -hCG düzeyleri düzenli takip edildi; 7. günde 533 mIU/ml, 16. günde 73 mIU/ml ve 40. günde negatif saptandı. Histopatolojik incelemede desidualizasyon ve koryon villusları ile uyumlu doku parçaları izlenerek kornual gebelik tanısı doğrulandı. Hastanın klinik seyri sorunsuzdu, taburculuk sonrası komplikasyon gelişmedi.

SONUÇ

Kornual gebelik, nadir görülmesine rağmen ciddi komplikasyon riski taşıyan ve yüksek klinik dikkat gerektiren bir durumdur. Tanıda transvajinal ultrasonografi en değerli araç olup üç kriter önemlidir: boş uterin kavite, gestasyonel kesenin uterin kaviteden >1 cm uzaklıkta olması ve keseyi çevreleyen ince myometriyal tabaka varlığı. Bu olguda tanı kriterleri eksiksiz olarak mevcuttu. Tedavi seçenekleri arasında sistemik veya lokal metotreksat uygulaması, potasyum klorür enjeksiyonu, uterin arter embolizasyonu ve histeroskopik girişimler yer alsa da yüksek β -hCG düzeyi, fetal kalp aktivitesi ve gebelik haftasının ileri olması nedeniyle medikal tedavi yetersiz bulunmuştur. Bu nedenle fertilitate isteği bulunan ve hemodinamik olarak stabil hastada laparoskopik rezeksiyon tercih edilmiştir.

Literatürde laparoskopik kornual rezeksiyonun, laparotomiye kıyasla daha kısa operasyon süresi, daha az kan kaybı ve daha kısa hasta kalış süresi ile ilişkili olduğu gösterilmiştir. Kim ve arkadaşları 13 olguluk serilerinde, laparoskopik rezeksiyonun intra ve postoperatif komplikasyon olmaksızın güvenle uygulanabileceğini bildirmiştir. Jiang ve arkadaşlarının retrospektif çalışmasında ise laparoskopik rezeksiyon, laparotomiye kıyasla daha avantajlı bulunmuştur. Sunulan olgu bu literatür bulgularıyla uyumlu olarak komplikasyonsuz seyretmiş, cerrahi sonrası erken dönemde β -hCG düzeyleri hızla düşmüştür.

Bu olgudan çıkarılabilecek en önemli ders, erken tanının mortalite ve morbidite riskini belirgin ölçüde azalttığıdır. Ayrıca fertilitenin korunması hedeflendiğinde laparoskopik yaklaşımlar öncelikli düşünülmeli, histerektomi sadece rüptüre ve kontrolsüz hemoraji vakalarında uygulanmalıdır. Hastanın bireysel özellikleri, gebelik haftası, β -hCG düzeyi ve hemodinamik stabilitesi tedavi seçimini yönlendiren temel faktörlerdir.

Sonuç olarak, kornual gebeliklerin tanı ve tedavisinde multidisipliner yaklaşım, uygun hasta seçimi ve laparoskopik cerrahi deneyimi önem taşımaktadır. Bu olgu, fertilitate koruyucu cerrahinin güvenli ve etkin bir seçenek olabileceğini desteklemekte ve klinisyenlere yol göstermektedir. Daha geniş serilerle ihtiyaç olmakla birlikte, laparoskopik kornual rezeksiyon, günümüzde interstisyel gebeliklerin yönetiminde öne çıkan yöntemlerden biridir.

Anahtar Kelimeler: Kornual gebelik, ektopik gebelik, interstisyel gebelik, Laparoskopi



DOĞU ANADOLU KADIN SAĞLIĞI DERNEĞİ
PALANDÖKEN KADIN DOĞUM KONGRESİ
28-30 Kasım 2025 | Polat Palandöken Hotel, Erzurum
“Jinekoloji - İnfertilite - Ürojinekoloji - Genital Estetik - Obstetrik”

POSTER SUNUMLAR

PS-01

MLH1/PMS2 Ekspresyon Kaybı Saptanan Lynch Sendromu İlişkili Endometrioid Adenokarsinom

Buse Sahra Perkyürek, Şahin Perkyürek
Şehit Prof. Dr. İlhan Varank Sancaktepe Eğitim ve Araştırma
Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Ana Bilim Dalı,
İstanbul

Lynch Sendromu (LS), DNA uyumsuzluk tamir genlerindeki germline mutasyondan kaynaklanan otozomal dominant geçişli kalıtsal bir hastalıktır. LS'li hastalar, çoklu tümör gelişimi açısından artmış risk taşımakta olup bu durum kanser gelişme olasılığını belirgin şekilde artırmaktadır. Bu nedenle sunulan olgu, LS'nin etiyolojisini anlama konusunda bir çerçeve sunmayı; immünohistokimyanın etkin kullanımını, detaylı tıbbi ve aile öyküsünün önemini ve multisistemik patolojilerde multidisipliner yaklaşım gerekliliğini vurgulamayı amaçlamaktadır.

YÖNTEMLER

Multipar bir kadın hasta, 18 gündür devam eden düzensiz adet ve aşırı vajinal kanama şikâyeti ile başvurdu. Ayrıntılı tıbbi öykü alındığında, hastanın babasının birkaç yıl önce kolorektal kanser nedeniyle kaybedildiği öğrenildi. Endometrial biyopsi ve acil pelvik MRG istendi. Biyopsinin histopatolojik incelemesi, iyi diferansiye endometrioid tip Endometriyal Karsinom ile uyumlu bulundu. Transvajinal ultrasonografide endometriumda düzensizlik ve 25 mm kalınlık saptanırken, uterus posterior yerleşimli 6 cm'lik myom izlendi. Her iki over normaldi. MRG'de antevort uterus, 64×64×70 mm boyutlarında myom ile uyumlu nodüler lezyon ve 20 mm endometrial kalınlık saptandı. Hastaya total abdominal histerektomi, bilateral salpingo-ooferektomi ve lenf nodu diseksiyonu uygulandı. Patoloji sonucunda uterin korpus kaynaklı, FIGO Grade 1 endometrioid adenokarsinom saptandı. Tümör boyutu 2 cm olup miyometriyal invazyon 2 mm (yarımdan az) idi. Fibroid doku leiomyoma olarak değerlendirildi; nekroz, atipi veya mitoz izlenmedi. Her iki over normaldi. Pelvik lenf nodlarında reaktif lenfoid hiperplazi görüldü. İmmünohistokimyasal incelemede neoplastik hücrelerde MLH1/PMS2 nükleer ekspresyon kaybı ve MSG2/6 ekspresyonunun korunduğu belirlendi.

BULGULAR

MLH1/PMS2 çift ekspresyon kaybı, LS ilişkili endometrial kanserlerde DNA uyumsuzluk tamir yetmezliğinin temel nedenidir. Bu nedenle, LS ile ilişkili endometrial kanserlerde patolojik özelliklerin ve immünohistokimyanın rolünün anlaşılması süreci devam etmektedir. Ayrıca, LS ilişkili maligniteler için ideal tanı ve koruyucu stratejilerin geliştirilmesi amacıyla geniş ölçekli klinik çalışmalar ve meta-analizlere ih-

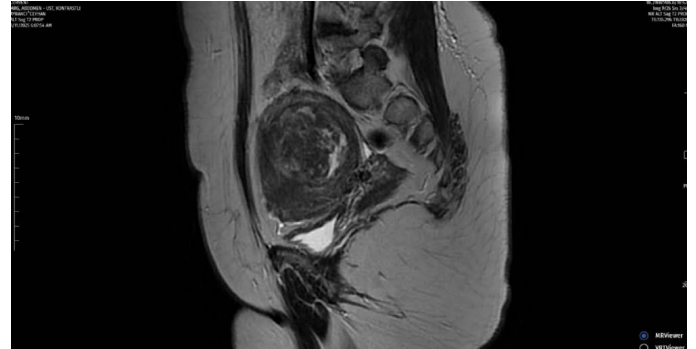
tiyaç vardır. Bununla birlikte LS tanısı alan bireylerde, tarama protokollerinin titizlikle uygulanması ve gerekirse profilaktik cerrahi seçeneklerinin değerlendirilmesi önerilmektedir.

SONUÇ

LS'li kadınlarda endometrial kanser gelişme riski yaşam boyu %40–60 olup, kolorektal kanser riski ile yaklaşık olarak benzerdir. Bu nedenle endometriumun premalign lezyonlarının tanımlanması, endometrial kanserin önlenmesinde kritik önem taşır. LS ile ilişkili diğer maligniteler arasında mide, over, pankreas, böbrek, mesane, safra yolları, beyin ve ince bağırsak kanserleri yer alır. Dolayısıyla, erken tanı, multidisipliner yaklaşım ve profilaktik yaklaşımlar, ek kanser gelişme ihtimalini azaltarak sağkalımı artırma potansiyeline sahiptir.

Anahtar Kelimeler: Endometrium kanseri, Lynch sendromu, Uterin kanama

Pelvik MR görüntülemesinde uterin leiomyom





DOĞU ANADOLU KADIN SAĞLIĞI DERNEĞİ PALANDÖKEN KADIN DOĞUM KONGRESİ

28-30 Kasım 2025 | Polat Palandöken Hotel, Erzurum

“Jinekoloji - İnfertilite - Ürojinekoloji - Genital Estetik - Obstetrik”

PS-02

İntra Uterin Büyüme Kısıtlamasında DNA Metiltransferaz (DNMT)-1 ve Histon Deasetilaz (HDAC)-6 Ekspresyonunun Araştırılması

Meltem Turna¹, Mehmet Armağan Osmanağaoğlu²,
Miraç Özalp³, Elif Özsağır⁴, Mustafa Emre Ercin⁵

¹Bilkent Şehir Hastanesi, Perinatoloji, Ankara

²KTÜ Tıp Fakültesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, Perinatoloji Bilim Dalı, Trabzon

³Liv Hopsital, Perinatoloji, İstanbul

⁴Sakarya Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Patoloji Bölümü, Sakarya

⁵Lokman Hekim Üniversitesi, Patoloji Anabilim Dalı, Ankara

AMAÇ

IUGR (İntra Uterin Büyüme Kısıtlaması) gebelerde DNMT1 (DNA Metiltransferaz-1) ve HDAC6 (Histon Deasetilaz-6) ekspresyon düzeylerinin değerlendirilmesi ve epigenetik mekanizmaların IUGR etiopatogenezindeki rolüne ışık tutmaktır.

YÖNTEM

Toplam 89 gebe çalışmaya dahil edilmiştir. Gebeler erken başlangıçlı IUGR (<32 hafta), (n=25), geç başlangıçlı IUGR (≥32 hafta), (n=25) tanısı alan ve kontrol grubu olarak da ek hastalığı olmayan sağlıklı gebeler (n=39) olacak şekilde üç gruba ayrılmıştır. Plasental DNMT1 ve HDAC6 ekspresyonu immünohistokimyasal boyama tekniği ile incelendi. İstatistiksel analiz sonucunda p<0.05 istatistiksel olarak anlamlı kabul edildi.

BULGULAR

Gruplar arasında yaş, gravida, parite, doğum haftaları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark izlenmemiştir (p>0.05, p>0.05, p>0.05, p>0.05, sırasıyla) ancak erken başlangıçlı IUGR ve geç başlangıçlı IUGR ile erken başlangıçlı IUGR ve kontrol grubu arasında doğum haftası açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır (p<0.01, p<0.01, sırasıyla). Geç başlangıçlı IUGR ve kontrol grubu arasında doğum haftası açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır (p>0.05). Sitoplazmik DNMT1 açısından, erken başlangıçlı IUGR ve kontrol grubu arasında (p<0.01), geç başlangıçlı IUGR ve kontrol grubu arasında (p<0.01) istatistiksel olarak anlamlı bir fark izlenmiştir. Erken ve geç başlangıçlı IUGR arasında ise istatistiksel olarak anlamlı bir fark izlenmemiştir (p>0.05). Nükleer DNMT1 açısından, erken başlangıçlı IUGR ve kontrol grubu arasında (p<0.01) ve geç başlangıçlı IUGR ve kontrol grubu arasında (p<0.01) belirgin olarak istatistiksel olarak anlamlı bir fark izlenmiştir. Sitoplazmik HDAC6 açısından erken başlangıçlı IUGR ve kontrol grubu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark

izlenmiş olup (p<0.01), erken ve geç başlangıçlı IUGR arasında (p>0.05); geç başlangıçlı IUGR ve kontrol grubu arasında (p>0.05) istatistiksel olarak anlamlı bir fark izlenmemiştir. Her üç grup arasında nükleer HDAC6 açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark izlenmemiştir (p>0.05, p>0.05, p>0.05, sırasıyla). Doğum haftası ile DNMT1 nükleer arasında negatif korelasyon saptanmıştır (p<0.05).

SONUÇ

Plasenta materyalinde, HDAC6 seviyeleri ile IUGR arasında bir ilişki saptanmamış olmasına rağmen sitoplazmik ve özellikle nükleer DNMT1 seviyeleri IUGR'lı gebelerde artmış olarak izlenmiştir. DNMT1 seviyeleri ve doğum haftası arasında negatif korelasyon izlenmiştir. Bu nedenle DNMT1'lerin artışının IUGR tanısında ve/veya prognozunu iyileştirilmesi amacıyla kullanılabileceği düşünülmektedir.

Anahtar Kelimeler: İntrauterin Gelişme Kısıtlılığı, DNA N-metiltransferaz (DNMT), Histon Deasetilaz (HDAC)



DOĞU ANADOLU KADIN SAĞLIĞI DERNEĞİ PALANDÖKEN KADIN DOĞUM KONGRESİ

28-30 Kasım 2025 | Polat Palandöken Hotel, Erzurum
“Jinekoloji - İnfertilite - Ürojinekoloji - Genital Estetik - Obstetrik”

Grupların Demografik Verileri

	Grup I Geç Başlangıçlı IUGR (≥ 32 Hf) (n=25)	Grup II Erken Başlangıçlı IUGR (< 32 Hf) (n=25)	Grup III Kontrol Grubu (n=39)	P1	P2	P3
Yaş (yıl)	30 $\pm$ 5.75	30 $\pm$ 4.58	32 $\pm$ 4.33	>0.05	>0.05	>0.05
Gebelik Haftası	34 $\pm$ 1.20	27 $\pm$ 2.21	38 $\pm$ 1.62	<0.01	<0.01	<0.01
Gravida	2 $\pm$ 1.28	2 $\pm$ 1.20	3 $\pm$ 1.76	>0.05	>0.05	>0.05
Parite	1 $\pm$ 1.07	1 $\pm$ 1.00	1 $\pm$ 1.25	>0.05	>0.05	>0.05
Doğum Haftası	37 $\pm$ 1.93	32 $\pm$ 3.70	37 $\pm$ 1.65	<0.01	<0.01	>0.05

*Kruskal Wallis testi kullanılmıştır. P1: Grup I ve Grup II'nin kıyaslanması P2: Grup II ve Grup III'in kıyaslanması P3: Grup I ve Grup III'ün kıyaslanması

Grupların Ultrasonografik Değerlendirmelerinin Karşılaştırılması

	Grup I Geç Başlangıçlı IUGR (≥ 32 Hf) (n=25)	Grup II Erken Başlangıçlı IUGR (< 32 Hf) (n=25)	Grup III Kontrol Grubu (n=39)	P1	P2	P3
Umbilikal arter PI	0.99 $\pm$ 0.30	1.24 $\pm$ 0.25	0.82 $\pm$ 0.11	<0.01	<0.01	<0.05
Uterin arter PI	0.86 $\pm$ 0.29	1.17 $\pm$ 0.32	0.67 $\pm$ 0.09	<0.01	<0.01	<0.05
MCA PI	1.48 $\pm$ 0.44	1.50 $\pm$ 0.39	1.32 $\pm$ 0.25	>0.05	>0.05	>0.05
CPR	0.71 $\pm$ 0.33	0.88 $\pm$ 0.32	0.62 $\pm$ 0.07	>0.05	<0.01	>0.05

*Kruskal Wallis testi kullanılmıştır. P1: Grup I ve Grup II'nin kıyaslanması P2: Grup II ve Grup III'in kıyaslanması P3: Grup I ve Grup III'ün kıyaslanması

Grupların HDAC6 ve DNMT1 Değerlendirmelerinin Karşılaştırılması

	Grup I Geç Başlangıçlı IUGR (≥ 32 Hf) (n=25)	Grup II Erken Başlangıçlı IUGR (< 32 Hf) (n=25)	Grup III Kontrol Grubu (n=39)	P1	P2	P3
HDAC-6 Sitoplazmik	7.96 $\pm$ 0.34	8.96 $\pm$ 33.35	5.92 $\pm$ 39.36	>0.05	<0.01	>0.05
HDAC-6 Nukleer	64.80 $\pm$ 29.59	75.20 $\pm$ 39.06	56.53 $\pm$ 37.55	>0.05	>0.05	>0.05
DNMT-1 Sitoplazmik	120 $\pm$ 30.55	132.80 $\pm$ 31.95	92.56 $\pm$ 30.58	>0.05	<0.01	<0.01
DNMT-1 Nukleer	118.80 $\pm$ 37.89	135.60 $\pm$ 29.87	84.35 $\pm$ 38.71	>0.05	<0.01	<0.01

*Kruskal Wallis testi kullanılmıştır. P1: Grup I ve Grup II'nin kıyaslanması P2: Grup II ve Grup III'in kıyaslanması P3: Grup I ve Grup III'ün kıyaslanması

Doğum haftası ile DNMT1 nükleer ve sitoplazmik, HDAC6 sitoplazmik karşılaştırması

Doğum Haftası	DNMT1 sitoplazmik	DNMT1 nükleer	HDAC6 sitoplazmik
Pearson Korelasyon Analizi	-0.205	-0.231*	-0.161
P	0.054	0.029	0.131

*: Korelasyon <0.05'den (2-tailed) anlamlı.

PS-03

Anterior Kolpotomi Yoluyla Kist Eksizyonu Sonrası Kontralateral Overin Transvajinal NOTES ile Değerlendirilmesi: Tamamlayıcı Bir V-NOTES Cerrahi Yaklaşımı

Seda Çimen, Dilara Çeştepe, Arzu Bilge Tekin
Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Sancaktepe Şehit Prof.Dr. İlhan Varank Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İstanbul

AMAÇ

Bu sunumun amacı, anterior kolpotomi yoluyla over kisti eksizyonu sonrasında kontralateral adnekslerin transvajinal NOTES (Natural Orifice Transluminal Endoscopic Surgery) kullanılarak değerlendirilmesinin uygulanabilirliğini, güvenliğini ve klinik etkinliğini araştırmaktır. Bu teknik, jinekolojik pratikte vajinal cerrahiye tamamlayıcı bir yaklaşım sunarak kesi sayısını azaltmayı, fonksiyonel ve kozmetik sonuçları iyileştirmeyi hedeflemektedir.

YÖNTEM

Çalışmaya, sol overde 13 cm çapında ince duvarlı, basit görünümüne sahip 36 yaşında multipar bir kadın dahil edildi. Genel anestezi altında, mesane diseksiyonu yapılarak anterior vajinal forniksten pelvik kaviteye ulaşım sağlandı ve anterior kolpotomi gerçekleştirildi (Şekil 1). Sol overden yaklaşık 10 cm kistik içerik aspire edildi ve over kolpotomi insizyonundan dışarı alınarak kist duvarı tamamen eksize edildi. Over dokusu primer sütürlerle rekonstrükte edildi (Şekil 2). Aynı vajinal insizyondan Alexis yara retraktörü yerleştirildi ve el yapımı bir V-NOTES portu uygulandı (Şekil 3). CO₂ insüflasyonu ile pelvik kavite endoskopik olarak değerlendirildi. Kontralateral (sağ) over ve her iki fallop tüpü normal olarak izlendi (Şekil 4). Hemostazın sağlanması amacıyla kolpotomi hattından bir Foley kateteri yerleştirildi ve vajinal cuff absorbe olabilen sütürlerle kapatıldı (Şekil 5).

BULGULAR

Toplam ameliyat süresi 45 dakika olup intraoperatif veya postoperatif herhangi bir komplikasyon görülmedi. Hasta ameliyat sonrası 24. saatte mobilize edildi ve postoperatif 3. günde sorunsuz şekilde taburcu edildi. Postoperatif ağrı skorları düşük olup kozmetik memnuniyet yüksek olarak değerlendirildi. Transvajinal V-NOTES yöntemi, ek abdominal kesi gerektirmeden sağ adneks ve fallop tüplerinin net ve ayrıntılı incelenmesine olanak sağladı.

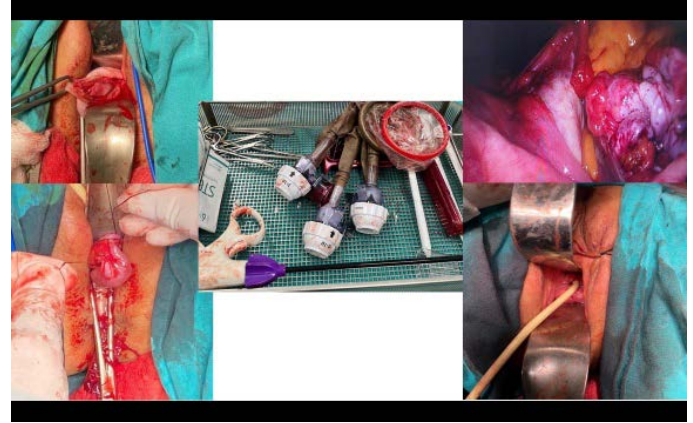
SONUÇ

Anterior kolpotomi sonrası tamamlayıcı bir cerrahi teknik olarak uygulanan transvajinal NOTES, seçilmiş benign jinekolojik olgularda güvenli ve etkili bir minimal invaziv yaklaşımdır. Bu yöntem, ek abdominal girişim ihtiyacını ortadan kaldırarak her iki adneksin tam değerlendirilmesine imkan

tanır, hasta konforunu artırır ve iyileşme sürecini hızlandırır. Doğal orifis cerrahisinin jinekolojideki genişleyen rolünü destekleyen bu hibrit yaklaşımın etkinliğinin doğrulanması için daha geniş örneklemli prospektif çalışmalara ihtiyaç vardır.

Anahtar Kelimeler: adneks değerlendirmesi, anterior kolpotomi, minimal invaziv cerrahi, over kisti, V-NOTES

El Yapımı V-NOTES Portu





DOĞU ANADOLU KADIN SAĞLIĞI DERNEĞİ PALANDÖKEN KADIN DOĞUM KONGRESİ

28-30 Kasım 2025 | Polat Palandöken Hotel, Erzurum

“Jinekoloji - İnfertilite - Ürojinekoloji - Genital Estetik - Obstetrik”

PS-04

Hiperemesis gravidarum ile prezente olan nöro-Behçet sendromu

Nur Kurt¹, Latif Hacıoğlu¹, Hanım Güler Şahin¹,
Ersin Onat², Esmer Kıratlı², Onur Karaaslan², Çağrı Ateş²
¹Van Yüzüncü Yıl Üniversitesi Perinatoloji Ana Bilim Dalı,
Van

²Van Yüzüncü Yıl Üniversitesi Kadın Hastalıkları ve Doğum
Ana Bilim Dalı, Van

AMAÇ

Tedaviye dirençli olan, şiddetli bulantı kusması bulunan gebe hastanın semptomları sorgulanmalı ve bulantı ve kusmaya neden olabilecek diğer hastalıklar ekarte edilmelidir.

YÖNTEM

Hiperemesis gravidarum (HEG), gebelerde şiddetli derecede ortaya çıkan mide bulantısı ve kusmanın eşlik ettiği tablodur. Gebelerin %0,3 ila %3'ünü etkiler. HEG, gebeliğin 4. ve 6. haftasında başlar, 8.-12. haftaları arasında pik yapar. Sürekli kusmaya bağlı dehidratasyon, gebelik öncesi kilonun %5'inden fazla kaybı, metabolik bozukluklar, yağ yıkımına bağlı ketonüri, ortostatik hipotansiyon ve elektrolit kaybı görülebilir. HEG ayırıcı tanısının yapılması anne ve bebek sağlığı için önem arz etmektedir. HEG yaşamış olmak, tiroid fonksiyon bozukluğu ve tip 1 diyabet mellitus risk faktörleri arasındadır. Ayırıcı tanıda gastrointestinal rahatsızlıklar (gastroenterit, gastroparezi, akalazya, safra yolu hastalığı, hepatit, bağırsak tıkanıklığı, peptik ülser hastalığı, pankreatit, apandisit), genitoüriner rahatsızlıklar, metabolik durumlar (diyabetik ketoasidoz, porfiri, Addison hastalığı, hipertiroidizm, hiperparatiroidizm), nörolojik bozukluklar (psödötümör serebri, vestibüler lezyonlar, nöroBehçet hastalığı (NBH), migren baş ağrıları, kranial tümörler, lenfositik hipofizit), gebeliğin akut yağlı karaciğeri, preeklampsi, psikolojik durumlar ve ilaç toksisitesi gibi durumlar yer alır.

Behçet hastalığı (BH) bir otoimmün vaskülit olup hastalarda tekrarlayan oral ve genital ülserler ile üveit bulunur. NBH, hastaların %10'undan daha azında ve diğer semptomlar çıktıktan 5-6 yıl sonra görülür. Tanı, semptomlar, MR bulguları ve beyin omurilik sıvısının (BOS) analizi ile sağlanır. MR'da beyin sapı ve beyin atrofisi görülebilir. BOS'ta protein, nötrofil ve hücre artışı izlenir.

BULGULAR

Hasta 27 yaş, G2Y1, 12 haftalık gebe. Şiddetli bulantı-kusma, kilo kaybı ve yutmada güçlük şikayetleriyle servise yatırıldı. Hastanın 12 yıldır BH mevcut olup üveit öyküsü mevcut. Laboratuvar incelemelerinde lökositoz, sedimentasyon yüksekliği, potasyum, sodyum ve klorür düşüklüğü ile idrarda ketonüri saptandı. Hastaya HEG tedavisi başlandı. Oral alımı durduruldu ve B1-B6-B12 vitamin kompleksi, Ringer laktat

1000 ml 1x1, izotonik 1000 ml 1x1, dekstroz 1000 ml 1x1 ve Kemaset ampul 1x1 verildi. Tedavi sürerken hastanın son bir haftadır bacaklarda güçsüzlük, ateş, idrar ve gaita inkontinansı geliştiği öğrenildi. Nörolojik muayenede bilinç açık, koopere, Hoffman (+), ataksik yürüyüş izlendi; motor defisit yoktu. Kraniyal ve spinal MR'da bilateral frontoparietal subkortikal ve periventriküler beyaz cevherde, bazal ganglionlarda, corpus callosumda, beyin sapında, 4. ventrikül çevresinde ve C3 seviyesinde T2-FLAIR hiperintens lezyonlar izlendi. Bulgular NBH ile uyumluydu.

Hasta nöroloji servisine devredildi. Steroid ve plazmaferez tedavisi başlandı. Tedavi sırasında alerjik reaksiyon, ateş ve juguler venöz kateterde tromboz ve apse gelişmesi üzerine antibiyoterapi ve antikoagülan tedavi başlandı. Plazmaferez ve steroid tedavisi sonrası hastanın gaita inkontinansı ve motor bulguları geriledi. İdrar inkontinansı için ürolojiye yönlendirildi. Terminasyon önerildi ancak hasta kabul etmedi. Hastanın gebeliği devam etmektedir.

SONUÇ

HEG ile başvuran hastalarda bulantı ve kusma başka hastalıklarla karışabilir. Gebe hastalarda Behçet hastalığının santal sinir sistemi tutulumu olan NBH ayırıcı tanıda mutlaka düşünülmelidir. NBH; beyin sapı, talamus ve bazal ganglionları etkiler. Klinik tablo tutulum bölgesine göre değişir. Özellikle beyin sapı tutulumu bulantı-kusma gibi nonspesifik semptomlarla seyredebilir ve tanıyı zorlaştırabilir.

Anahtar Kelimeler: Behçet hastalığı, Hiperemesis Gravidarum, NöroBehçet Hastalığı



DOĞU ANADOLU KADIN SAĞLIĞI DERNEĞİ PALANDÖKEN KADIN DOĞUM KONGRESİ

28-30 Kasım 2025 | Polat Palandöken Hotel, Erzurum

“Jinekoloji - İnfertilite - Ürojinekoloji - Genital Estetik - Obstetrik”

PS-05

Kliniğimizde 2018-2022 Yılları Arasında Doğum Yapan Çoğul Gebeliklerin Retrospektif Analizi

Necip Fazıl Ercan¹, Metin İngeç¹

¹Atatürk Üniversitesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum
Anabilim Dalı, Erzurum

AMAÇ: Kliniğimizde Ocak 2018 ile Aralık 2022 tarihleri arasında doğum yapan çoğul gebelikleri inceleyerek maternal komplikasyonlarını ve perinatal sonuçlarını retrospektif olarak değerlendirmeyi amaçladık.

GEREÇ VE YÖNTEM: Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği'nde Ocak 2018 ile Aralık 2022 tarihleri arasında doğum yapan 331 çoğul gebelik olgusu retrospektif olarak incelendi. Gebelerin yıllara göre dağılımı, gebelerin yaş ortalaması, ortalama gebelik haftası, parite, doğum şekli, doğum ağırlığı, cinsiyet, doğum anında fetüslerin geliş şekilleri, fetal büyüme kısıtlılığı, gebelik anemisi, maternal transfüzyon ihtiyacı, Rh uyumsuzluğu, perinatal mortalite, sezaryen endikasyonları, yenidoğan yoğun bakım ihtiyacı, gebe kalma yöntemi, postpartum hospitalizasyon süresi ve obstetrik problemler açısından incelendi

BULGULAR: 331 çoğul gebelik olgusu çalışma kapsamına alındı. Çalışma kapsamına alınan olguların ortalama anne yaşı $30,29 \pm 6,18$ idi. Olguların 125'i (%37,8) multipar, 206'sı (%62,2) nullipar gebelerden oluşmaktaydı. İkiz gebeliklerin 170'i (%54) spontan yolla, 143'ü (%46) yardımcı üreme teknikolojileri (YÜT) 8 ile oluştu. Üçüz gebeliklerin 11'i (%61) spontan yolla, 7'si (%39) YÜT kullanılarak gerçekleşti. İkiz gebeliklerin ortalama doğum haftası $34,26 \pm 2,91$ olarak saptandı. Üçüz gebeliklerin ortalama doğum haftası $31,44 \pm 2,70$ olarak saptandı. İkiz ve üçüzlerde ortalama doğum ağırlıkları sırasıyla $2064,77 \pm 533,15$ ve $1508,24 \pm 397,60$ olarak hesaplandı. İkiz gebeliklerin %99'u sezaryen ile %1'i vajinal doğum ile doğum yaptı. Üçüz gebelerin %94,4'ü sezaryen ile, %5,6'sı vajinal doğum ile doğum yaptı. İkiz gebelik doğumlarında toplamda 626 bebek dünyaya gelmiş olup; bu bebeklerin 319'u (%50,95) erkek bebek, 307'si (%49,05) kız bebek. Üçüz gebelik doğumlarından toplam 54 bebek dünyaya gelmiştir. Bu bebeklerin 26'sı (%48,15) erkek bebek, 28'i (%51,85) kız bebektir. İkiz gebeliklerin 39'unda (%12,5) EMR görüldü. Üçüz gebeliklerin 6'sında (%33,3) EMR görüldü ($p < 0,05\%$).

Maternal komplikasyonlar incelendiğinde ikiz gebeliklerin 6'sı (%1,9) gebeliğinde GDM tanısı almıştı. Üçüzlerde GDM tanısı almış olgu izlenmedi. İkiz gebelerin 34'ü (%10,9) preeklamps tanısı alınmıştı. Üçüz gebelerde preeklamps 1 olguda (%5,6) izlendi. İkiz gebeliklerin 11 tanesi (%3,5) plasenta previa tanısı almıştı. İkiz gebelik olgularının 3'ünde ARDS, 2'sinde DIC ve 1'inde HELLP geliştiği saptandı, üçüz

gebeliklerde bu komplikasyonlara ait olgu izlenmedi. Ayrıca ikiz gebeliklerde postpartum atoni durumunda standart uterotoniklere cevap vermeyen 3 olguda postpartum Bakri balon uygulanması ve 5 olguda postpartum histerektomi operasyonu yapılmak zorunda kalınırken, üçüz gebeliklerde bu girişimlerin görüldüğü olgu olmadı.

İkiz gebeliklerde 6 olguda bir bebekte fetal anomali saptandı. Üçüz gebelik olgularında fetal anomali bulgusu saptanan olguya rastlanmadı. Bu 6 olgudan 2'sinde hidrops fetalis mevcut iken diğer 4 olguda multiple fetal anomaliler mevcut idi.

İkiz gebeliklerde perinatal mortalite oranı %4,8 olarak saptandı. Üçüzlerde bu oran %9,3 idi. İkiz gebeliklerde perinatal mortalite oranı %4,8 olarak saptandı. Üçüzlerde bu oran %9,3 idi. İkizlerde %30,5 oranında FGR izlendi. Üçüzlerde FGR oranı %31,5 idi.

SONUÇ: Yardımcı üreme tekniklerinin de gelişmesiyle beraber çoğul gebelik oranları artmaktadır. Çoğul gebeliklerin artması beraberinde gebeliğin risk faktörlerini artırmakta ve perinatal mortalite ve morbidite riskini de artırmaktadır.

ORGANİZASYON SEKRETARYASI



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: palandokenjinekoloji@figur.net

www.palandokenjinekoloji.org