

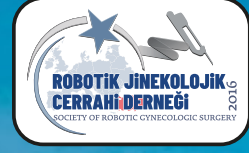
MİNİMAL İNVAZİV JİNEKOLOJİK ENDOSKOPİ PLATFORMU



MİNİMAL İNVAZİV
JİNEKOLOJİ DERNEĞİ



MİNİMAL İNVAZİV
JİNEKOLOJİK ONKOLOJİ DERNEĞİ



ROBOTİK JİNEKOLOJİK
CERRAHİ DERNEĞİ

8. MİNİMAL İNVAZİV JİNEKOLOJİK CERRAHİ KONGRESİ

12-14 Şubat 2026

Wyndham Grand İstanbul Levent Hotel & Conference Center



KONGRE BİLİMSEL PROGRAMI VE
BİLDİRİ ÖZETLERİ

MİNİMAL İNVAZİV
JİNEKOLOJİ DERNEĞİMİNİMAL İNVAZİV
JİNEKOLOJİK ONKOLOJİ DERNEĞİROBOTİK JİNEKOLOJİK
CERRAHİ DERNEĞİ

8. MİNİMAL İNVAZİV JİNEKOLOJİK CERRAHİ KONGRESİ

12-14 Şubat 2026 / Wyndham Grand İstanbul Levent Hotel & Conference Center

ÖNSÖZ

Değerli Meslektaşlarımız,

8. Minimal İnvaziv Jinekolojik Cerrahi Kongresi 12-14 Şubat 2026 tarihleri arasında Wyndham Grand Levent Hotel, İstanbul'da gerçekleştirilecektir.

2024 yılı Eylül ayında sizlerin yoğun ilgisiyle yedincisini yaptığımız kongremizde, canlı cerrahiler ve videolar eşliğinde teorik konuların anlatıldığı Endometriyozis, Histerektomi, Histeroskopi, jinekolojik ultrasonogra kursları, wetlablarda Robotik cerrahi ve Laparoskopik cerrahi kursları, Kadavra laboratuvarında ileri düzey laparoskopik cerrahi ve Genital Estetik kursları ve kişiye özel Laparoskopik sütür kursları gerçekleştirilmiş ve büyük bir ilgi görmüştür.

Bu yıl da yine en temelden en ileri düzeye laparoskopik, histeroskopik ve Robotik cerrahi uygulamalar, fark yaratacak bir konsept ile, konusunda yetkin ulusal ve uluslararası konuşmacılar tarafından sunulacaktır. Bu amaca yönelik olarak kongre programı her beceri düzeyindeki meslektaşımızın günlük cerrahi pratiğini geliştirecek konular ve uygulamalardan oluşturulmuştur.

Kongre öncesinde teorik bilgilerin video sunumları, hayvan ve kadavra laboratuvarları ve canlı cerrahiler ile zenginleştirildiği kurslarda tüm konular derinlemesine işlenecektir ve meslektaşlarımızın pratik uygulama yapma ve canlı cerrahilerin seyretme ve eşlik etme olanakları olacaktır.

Temel cerrahi anatomi bilgilerinin tazelenmesi amacı ile kongrenin üç gününde de canlı yayında kadavra disseksiyonu yapılacaktır. Ayrıca kongre süresince robotik/laparoskopik histerektomi, myomektomi, endometriyozis cerrahileri, histeroskopik, ürojinekolojik, onkolojik cerrahiler ve floresan görüntüleme temelli endoskopik sistemlerle yapılacak ameliyatlar canlı yayınlara kongre salonlarına aktarılacaktır.

Genç meslektaşlarımızın kongreye katılımı ve minimal invaziv cerrahiye meslektaşlarımız arasında yaygınlaştırmak çok önemseydiğimiz bir konudur. Bu yıl da genç meslektaşlarımız kendi özgün videolarını sunma olanağı bulacak ve en iyi videolar ödüllendirilecektir.

Minimal İnvaziv Jinekoloji Derneği (MİJİD), Minimal İnvaziv Jinekolojik Onkoloji Derneği ve (MİJOD), Robotik Jinekolojik Cerrahi Derneği (RJCD) tarafından kurulmuş olan Minimal İnvaziv Jinekolojik Endoskopi Platformu olarak, kongre öncesi kurslar ve özgün kongre içeriği ile katkı sunmayı amaçladığımız 8. Minimal İnvaziv Jinekolojik Cerrahi Kongresi'ne sizleri davet ediyoruz.

Saygılarımızla,



Prof. Dr. Kemal ÖZERKAN
KONGRE BAŞKANI



Prof. Dr. Çağatay TAŞKIRAN
KONGRE BAŞKANI



Prof. Dr. Salih TAŞKIN
KONGRE BAŞKANI

MİNİMAL İNVAZİV
JİNEKOLOJİ DERNEĞİMİNİMAL İNVAZİV
JİNEKOLOJİK ONKOLOJİ DERNEĞİROBOTİK JİNEKOLOJİK
CERRAHİ DERNEĞİ

8. MİNİMAL İNVAZİV JİNEKOLOJİK CERRAHİ KONGRESİ

12-14 Şubat 2026 / Wyndham Grand İstanbul Levent Hotel & Conference Center

KURULLAR



MİNİMAL İNVAZİV JİNEKOLOJİ DERNEĞİ

Başkan

Dr. Kemal ÖZERKAN

Başkan Yardımcısı

Dr. Ercan BAŞTU

Genel Sekreter

Dr. Erhan ŞİMŞEK

Sayman

Dr. Üzeyir KALKAN

Üyeler

Dr. Evrim ERDEMOĞLU
Dr. Hüseyin AKILLI
Dr. Kemal GÜNGÖRDÜK
Dr. Kiper ASLAN
Dr. Mete GÜNGÖR
Dr. Nasuh Utku DOĞAN
Dr. Özgüç TAKMAZ
Dr. Serdar AYDIN
Dr. Yavuz Emre ŞÜKÜR



MİNİMAL İNVAZİV JİNEKOLOJİK ONKOLOJİ DERNEĞİ

Başkan

Dr. Mehmet Ali VARDAR

2. Başkan

Dr. Çağatay TAŞKIRAN

Genel Sekreter

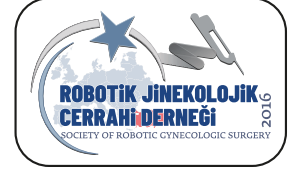
Dr. İbrahim YALÇIN

Sayman

Dr. Ganim KHATIP

Üyeler

Dr. Hüyesin AKILLI
Dr. Hüsnü ÇELİK
Dr. İlkan DÜNDER
Dr. Kemal GÜNGÖRDÜK
Dr. Mete GÜNGÖR
Dr. Salih TAŞKIN
Dr. Sevtap SEYFETTİNOĞLU
Dr. Şevki GÖKSUN GÖKULU



ROBOTİK JİNEKOLOJİK CERRAHİ DERNEĞİ

Başkan

Dr. Çağatay TAŞKIRAN

Başkan Yardımcısı

Dr. Salih TAŞKIN

Genel Sekreter

Dr. Selen DOĞAN

Sayman

Dr. Doğan VATANSEVER

Üyeler

Dr. Derman BAŞARAN
Dr. Yakup KUMTEPE
Dr. Abdullah SERDAR AÇIKGÖZ
Dr. İlkan DÜNDER
Dr. Mete GÜNGÖR

8. MİNİMAL İNVAZİV JİNEKOLOJİK CERRAHİ KONGRESİ

12-14 Şubat 2026 / Wyndham Grand İstanbul Levent Hotel & Conference Center

12 ŞUBAT 2026, PERŞEMBE

SALON A		SALON B		SALON C		SALON D			
08:45 10:45		SAHNEDE KADAVRA: PELVİSİN ANATOMİSİ Moderatörler: Kemal Özerkan, Çağatay Taşkıran Pelvik Anatomi Cerrahlar: Hamdullah Sözen, Doğan Vatanserver Nöropelvik Anatomi Cerrahlar: Ercan Baştu, Üzeyir Kalkan OLYMPUS							
10:45 11:00		KAHVE MOLASI							
11:00 11:30		AÇILIŞ TÖRENİ Açılış Konuşmaları: Minimal İnvaziv Jinekolojik Endoskopi Platformu Gelecek Vizyonu Kongre Başkanları: Kemal Özerkan, Çağatay Taşkıran, Salih Taşkın EN İYİ BİLDİRİ SUNUM VE ÖDÜLLERİ							
11:30 12:00		KEYNOTE KONUŞMA Nasıl İyi Endoskopist Olunur? Mete Güngör							
12:00 13:15		vNOTES CANLI CERRAHİ MARATONU Moderatörler: Ghanim Khatip, Şevki Gökşun Gökulu Canlı Cerrahi 1: Kemal Güngördük Canlı Cerrahi 2: Yaşam Kemal Akpak MUĞLA SITKI KOÇMAN ÜNİVERSİTESİ DOĞAL ORİFİSTEN MİNİMAL İNVAZİV GİRİŞİMLER: SEÇENEK Mİ, STANDART MI OLMALI? - Laparoskopiye Üstünlüğü Var mı? - Hasta Seçiminde Temel Kriterler Nelerdir? - Yeni Başlayan Bir Cerrah İçin En Kritik Nokta? - Görsel Kaliteyi Sınırlıyor mu? - vNOTES'tan Laparoskopiye Geçme Eşiği Nedir? - Hangi Jinekolojik Girişimler vNOTES ile Gerçekten Avantajlı? Hangi İşlemler İçin Hâlâ Sınırdaki Kalıyor? Applied Medical							
13:15 14:00		ÖĞLE YEMEĞİ							
14:00 14:30		UYDU SEMPOZYUMU Postmenopozal Atrofi ve Servikal Değişikliklerde Non-Hormonal Güncel Yaklaşımlar Konuşmacı: Mete Güngör MEALIS							
14:30 15:30		CANLI CERRAHİ OTURUMU Moderatörler: U. Firat Ortaç, Cihat Ünlü CANLI CERRAHİ: LAPAROSKOPİK HİSTEREKTOMİ Cerrah: Salih Taşkın CANLI CERRAHİ: HİSTEROSKOPİK CERRAHİ Cerrah: Ahkam Göksel Kanmaz - Ameliyathane Düzeni, Uterus Manipülasyonu - Batına Giriş ve Trokar Yerleşim Yerleri - Adım Adım Histerektomi - Dehissens ve Prolapsusu Engellemek İçin Öneriler - Komplikasyondan Nasıl Kaçınabiliriz? Üreter Gözlemi/Diseksiyonu - Histeroskopik Cerrahi İçin İp Uçları - Histeroskopik Morselasyon MEMORİAL GÖZTEPE HASTANESİNDEN Medtronic							
15:30 16:30		FERTİLİTE ARTIRICI CERRAHİLER Moderatör: Gürkan Uncu Panelistler: Ertan Sarıdoğan, Sezcan Mümmüşoğlu, Işıl Kasapoğlu Karar Anı Vakaları - Hidroslipinks : Cerrahi mi? IVF mi? - Uterin Anomalilerde Cerrahi Düzeltme - Endometrioma Cerrahinin Yeri Var mı? Skleroterapi Seçenek mi? - Adenomyoziste Cerrahi - Adezyon Önleyici Materyallerin Kullanımı Uterus Transplantasyonu: Türkiye Deneyimi Nasuh Utku Doğan (5 dakika sunum) <td colspan="2"> JİNEKOLOJİ PRATİĞİNDE ALTERNATİF VE SEÇİCİ YAKLAŞIMLAR Moderatörler: Ruşen Aytaç, Turhan Aran, Mehmet Ali Narin Over Retransplantasyon Tekniği Murat Sönmez vNOTES Sakrouterin Plikasyon Özlem Moraloğlu Tekin Endoskopik İstmosel Cerrahisi Batuhan Turgay Minimal İnvaziv Cerrahide ERAS Protokolü Çağanay Soysal </td> <td colspan="2"> BENİM TEKNİĞİM VIDEO YARIŞMASI Jüriler: Selçuk Erkinç, Ersin Çintesen, Çağlayan Özcan, Gamze Nur Cimilli Şenocak SB-27 Laparoscopic Bilateral Cervical Cerclage in Uterus Didelphys: A Rare Surgical Challenge Pınar Köylü Türk SB-74 Laparoskopik Myomektomi Operasyonunda Yeni Nesil Miyoma Uteri Ekartörü Mehmet Faruk Ölcenoğlu SB-176 ACUM'da Yenilikçi Yaklaşım: Transvajinal Skleroterapi Zeynep Umay Gurbuz </td> <td colspan="2"> SEÇİLMİŞ SÖZEL SUNUMLAR Moderatörler: Orhan Ünal, Çağatayhan Öztürk, Emine Karabük SB-02 Spontaneous Pregnancy Following Excision of Distal Transverse Vaginal Septum Süheyla Erbaşaran Aydın SB-03 Minimal İnvaziv Cerrahinin Sınırlarında: Bir Olgu Sunumu Mustafa Yasin Öztoprak SB-04 Cervical Myoma: Case Report Günay Safarova SB-05 Sister Mary Joseph Nodülü ile Karşımıza Çıkan Takipili Endometroid Karsinom: Olgu Sunumu Kaan Okan Alkan SB-06 İmmünprespre Over Kanseri Hastada Fournier Gangreni Sonrası Genital Rekonstrüksiyon: Olgu Sunumu Ömer Faruk Öz SB-07 Hidrosalpenks Zemininde Gelişen İzale Fallop Tüpü Torsiyonuna Laparoskopik Yaklaşım Gizem Naz Kahraman Kıran SB-08 Laparoskopik Histerektomi Sonrası Şilöz Asit: Nadir Görülen Bir Olgu Sunumu Kaan Okan Alkan SB-09 Nörojenik Mesane İçin Yerleştirilen Sakral Sinir Stimülatörünün Laparoskopik BSO Sonrası Dislokasyonu Şahin Kaan Baydemir SB-10 Adneksiyal Kitleye Yaklaşım: Olgu Sunumu İrem Özge Uzunoglu Mehrasa </td>		JİNEKOLOJİ PRATİĞİNDE ALTERNATİF VE SEÇİCİ YAKLAŞIMLAR Moderatörler: Ruşen Aytaç, Turhan Aran, Mehmet Ali Narin Over Retransplantasyon Tekniği Murat Sönmez vNOTES Sakrouterin Plikasyon Özlem Moraloğlu Tekin Endoskopik İstmosel Cerrahisi Batuhan Turgay Minimal İnvaziv Cerrahide ERAS Protokolü Çağanay Soysal		BENİM TEKNİĞİM VIDEO YARIŞMASI Jüriler: Selçuk Erkinç, Ersin Çintesen, Çağlayan Özcan, Gamze Nur Cimilli Şenocak SB-27 Laparoscopic Bilateral Cervical Cerclage in Uterus Didelphys: A Rare Surgical Challenge Pınar Köylü Türk SB-74 Laparoskopik Myomektomi Operasyonunda Yeni Nesil Miyoma Uteri Ekartörü Mehmet Faruk Ölcenoğlu SB-176 ACUM'da Yenilikçi Yaklaşım: Transvajinal Skleroterapi Zeynep Umay Gurbuz		SEÇİLMİŞ SÖZEL SUNUMLAR Moderatörler: Orhan Ünal, Çağatayhan Öztürk, Emine Karabük SB-02 Spontaneous Pregnancy Following Excision of Distal Transverse Vaginal Septum Süheyla Erbaşaran Aydın SB-03 Minimal İnvaziv Cerrahinin Sınırlarında: Bir Olgu Sunumu Mustafa Yasin Öztoprak SB-04 Cervical Myoma: Case Report Günay Safarova SB-05 Sister Mary Joseph Nodülü ile Karşımıza Çıkan Takipili Endometroid Karsinom: Olgu Sunumu Kaan Okan Alkan SB-06 İmmünprespre Over Kanseri Hastada Fournier Gangreni Sonrası Genital Rekonstrüksiyon: Olgu Sunumu Ömer Faruk Öz SB-07 Hidrosalpenks Zemininde Gelişen İzale Fallop Tüpü Torsiyonuna Laparoskopik Yaklaşım Gizem Naz Kahraman Kıran SB-08 Laparoskopik Histerektomi Sonrası Şilöz Asit: Nadir Görülen Bir Olgu Sunumu Kaan Okan Alkan SB-09 Nörojenik Mesane İçin Yerleştirilen Sakral Sinir Stimülatörünün Laparoskopik BSO Sonrası Dislokasyonu Şahin Kaan Baydemir SB-10 Adneksiyal Kitleye Yaklaşım: Olgu Sunumu İrem Özge Uzunoglu Mehrasa	

8. MİNİMAL İNVAZİV JİNEKOLOJİK CERRAHİ KONGRESİ

12-14 Şubat 2026 / Wyndham Grand İstanbul Levent Hotel & Conference Center

12 ŞUBAT 2026, PERŞEMBE

SALON A		SALON B		SALON C			
16:30 16:50							
KANVE MOLASI							
16:50 18:00 SAHNEDE KADAVRA: ÜROJİNEKOLOJİ İÇİN ANATOMİ Moderatörler: Yusuf Üstün, Derya Kılıç Cerrahlar: Yakup Kumtepe, Bulut Varlı OLYMPUS		JİNEKOLOJİ PRATİĞİNDE ALTERNATİF VE SEÇİLİ YAKLAŞIMLAR Moderatörler: Sefa Kurt, Murat Açı, İbrahim Kale Pelvik Ağrı Açısından Nöropelviyoloji: Modern Tanı ve Tedavinin Yeni Paradigması Kiper Aslan Servikal Patolojilerde Alternatif Tedavi Yöntemleri Yakup Yalçın Endometrial Ablasyon Teknikleri Gülşen Doğan Durdağ Genitoüriner Atrofide Tedavi Sevta Seyfettinoğlu		SEÇİLMİŞ SÖZEL SUNUMLAR Moderatörler: Hüseyin Görkemli, İlkbal Temel Yüksel, Engin Çelik SB-12 Morbid Obez ve Multimorbid Bir Hastada vNOTES Yaklaşımı ile Endometrioid Tip Endometrium Kanseri Tedavisi: Olgu Sunumu Süleyman Özen SB-13 vNOTES Histerektomi Bilateral Salpingo-Ooforektomi Operasyonuna Bilateral Uterosakral Ligament Süspansiyonu Ekleme ve Faydaları Çağan Emre Şen SB-14 İlk Trimesterde Batın İçerisinde Tespit Edilen Rahim İçi Aracın Laparoskopik Olarak Çıkarılması ve Gebeliğin Yönetimi Melike Kar Aksoy SB-18 Simultaneous vNOTES Appendectomy During vNOTES Hysterectomy for A Large Uterus Kadir Özmen SB-19 Ektopik Gebelikte vNOTES ile Sağ Salpenjektomi: Video Olgu Sunumu Burak Hazır SB-20 vNOTES Histerektomi, Bilateral Salpingooforektomi, Sentinel Lenf Nodu Diseksiyonu Gizem Açıkgozağa Varlı SB-21 Step-By-Step vNOTES Bilateral Salpingo-Oophorectomy with High Uterosacral Ligament Plication Haddy O Njie SB-129 Technique of Vaginal Assisted Laparoscopic Radical Trachelectomy for Cervical Cancer Patient with a History of Subtotal Hysterectomy for Placenta Percreta Can Dinç SB-142 vNOTES Meshsiz Sakrokolpopeksi ve Yüksek Uterosakral Ligament Plikasyonu: Salman-Ketenci Cencer Modifikasyonu Rana Güven		SEÇİLMİŞ SÖZEL SUNUMLAR Moderatörler: Emre Mat, Yunus Emre Topdağ SB-22 Benign Endikasyonlarla Uygulanan Total Laparoskopik Histerektominin Perioperatif Sonuçları: Tek Merkez Deneyimi Erkan Şimşek SB-23 Histeroskopik Transilluminasyon Destekli Laparoskopik İstmosel Onarımı Can Dinç SB-24 A Rare Complication in the Setting Of Rapid Weight Loss: Early Small Bowel Evisceration at the Trocar Site Following Total Laparoscopic Hysterectomy Selçuk Erkinç SB-25 Prevention and Management of Urinary Complications in Laparoscopic Surgery: A Video Vignette Ömer Faruk Öz SB-26 Reunion Years Later: The Rare Coexistence of Gardner's Duct and Giant Nabothian Cysts Filiz Kınık Doğan SB-28 Ls Salpingostomi Güven Arslan SB-29 Korneal Gebelikte Laparoskopik Eksizyon ve Uterin Onarım: Video Olgu Sunumu Hatice Tükenmez Kurnaz SB-30 Periton Dıyalizi Sonrası Gelişen İleri Pelvik Adezyonlarda Laparoskopik Tubal Blokaj: Video Sunumu Ahmet Enes Durak SB-31 Laparoskopik Yaklaşım İle İnterstitiyel Gebelik Yönetimi: Olgu Sunumu Halime Karakaya Şen SB-32 Over Doku Transplantasyonunda İnsan Aselüler Ekstraselüler Matris Kullanımı: Cerrahi Teknik ve Uygulama Adımları Yaren Çapaş Erdoğan	
18:00 19:00							
		SEÇİLMİŞ SÖZEL SUNUMLAR Moderatörler: Pınar Çağlar Aytaç, Levent Akman, Nuri Yıldırım SSB-33 Serviks Kanseri Olgusunda Bilateral Nefrostomiye Eşlik Eden Tek Tarafı Mor İdrar Torbası Sendromu (PUBS) Tuba Gülcü SB-34 Asemptomatik Adölesanda Ohvira (HWW) Sendromu: Uterus Didelfis, Obstrüktif Hemivajen ve Ipsilateral Renal Agenezi Merve Önder SB-35 Transobturator Tape (TOT) Cerrahisi Sonrası Geç Dönemde Ortaya Çıkan İntravezikal Mesh Komplikasyonu: Olgu Sunumu Helin Elçi SB-36 Retropubik TVT'de Anatomiği Görünür Kılmak: Laparoskopik Retzius Diseksiyonu ile "Kör Geçişten Direkt Görüş" Güvenlik Modifikasyonu Ömer Faruk Öz SB-37 Mesane Komplikasyonu Laparoskopik Burch Kolposüspansiyon Esra Nazlı Döktür Efeoğlu SB-38 Laparoscopic Sacrocolpopexy for Vaginal Cuff Prolapse Following Hysterectomy: A Surgical Video Eda Balkan SB-39 Vaginal-Assisted Laparoscopic Lateral Suspension (LLS) – Onat Modification Ayşe Gül Cencer SB-40 Laparoscopic Management of Apical Pelvic Organ Prolapse After Prior Vaginal Hysterectomy & Colposuspension: Adhesiolysis and Sacrocolpopexy Büşra Öztürk SB-41 Laparoscopic Burch Colposuspension Tips and Recommendations Çağan Emre Şen		SEÇİLMİŞ SÖZEL SUNUMLAR Moderatörler: Hale Göksever Çelik, Nilüfer Kocadal, Yağmur Minareci SB-42 Multidisciplinary Laparoscopic Management of Deep Infiltrating Endometriosis with Nerve-Sparing Rectal Disc Resection and Bilateral Ureterolysis Ersin Çintesan SB-45 Vajen ve Rektuma İnvaZe Derin İnfiltratif Endometriozis: Laparoskopik Sinir Koruyucu Cerrahi ile Başarılı Bir Olgu Şebnem Atar SB-46 Deep Endometriosis and Discoid Bowel Resection Surgery Günay Sarırova SB-47 Laparoskopik Derin İnfiltran Endometriozis Nodül Eksizyonu Elif Feyizoğlu Nergiz SB-50 Derin İnfiltran Endometrioziste Zor Laparoskopik Histerektomi: Ön Kolpotomi ile Modifiye Radikal Histerektomi Tekniği Can Dinç SB-51 Robotic Surgery for Deep Infiltrating Endometriosis: A Step-By-Step Surgical Approach Murat Cengiz		SEÇİLMİŞ SÖZEL SUNUMLAR Moderatörler: Ahmet Beyazıt, Mehmet Tunç SB-52 Minimal İnvaziv Cerrahide Azaltılmış Trokar Sayılı Laparoskopik Yaklaşımın Klinik Sonuçları Sabri Kurtay SB-53 Ektopik Gebelik Zemininde Gelişen Molar Gebelik Olgusu; Nadir Bir Olgunun Klinik Yönetimi Diruba Ravza Nalbantçılar SB-55 Organize Postoperatif Apseye Minimal İnvaziv Yaklaşım: Sezaryen Skar Alanından Laparoskopik Eksizyon Melik Kaan Bengi SB-56 İleri Derecede Adeze Skar Gebelik Olgusuna Minimal İnvaziv Yaklaşım Can Dinç SB-57 Tanısal Güçlük Gösteren Nadir Bir Müllerian Anomali: Accessory Cavitated Uterine Malformation Olgusu Özlem Akça SB-58 Tanısal Zorluk Gösteren Nadir Bir Müllerian Anomali: (Non-Communicating Rudimentary Uterine Horn) Olgusu Özlem Akça SB-59 İNR Yüksekliği Olan Hastada Tuboovaryan Apsenin Laparoskopik Yönetimi Mücahit Ahmet Aranlı SB-60 Grade 3 Sistol ve Grade 2 Uterin Prolapsusu Hastada Laparoskopik Lateral Süspansiyon: Cerrahi Teknik Video Sunumu Merve Nur Taşpınar SB-61 Korunan Overin Beklenmeyen Sonu: Histerektomi Sonrası Over Torsiyonu ile Birlikte Gösteren Ovarian Apsenin Laparoskopik Yönetimi – Video Sunum Berkay Delikaya	

MİNİMAL İNVAZİV
JİNEKOLOJİ DERNEĞİMİNİMAL İNVAZİV
JİNEKOLOJİK ONKOLOJİ DERNEĞİROBOTİK JİNEKOLOJİK
CERRAHİ DERNEĞİ

8. MİNİMAL İNVAZİV JİNEKOLOJİK CERRAHİ KONGRESİ

12-14 Şubat 2026 / Wyndham Grand İstanbul Levent Hotel & Conference Center

13 ŞUBAT 2026, CUMA

SALON A		SALON B		SALON C		SALON D		SALON E			
08:45 10:15		CANLI CERRAHİ: LAPAROSKOPİK MYOMEKTOMİ Moderatör: Mete Güngör Cerrah: Rajesh Modi (Hindistan'dan Canlı Aktarım) MYOMEKTOMİ PANELİ : DOĞRU VAKA, DOĞRU YÖNTEM, DOĞRU ZAMAN - Preoperatif Değerlendirme Nasıl Yapılmalı? - Hangi Hastada Minimal İnvaziv Myomektomi, Hangi Hastada Açık Cerrahi Tercih Edilmeli? - Kan Kaybını En Az İndirmek İçin Hangi Stratejileri Kullanmalıyız? - Morselasyon Sonrası Malignite Riski Açısından Güncel Yaklaşım? - Gebelik Planlayan Hastada Dikkat Edilmesi Gereken Cerrahi ve Obstetrik Noktalar Nelerdir? Laparoskopik Myomektomi: Tips & Tricks (09:45-10:15) Moderatör: Kemal Özerkan Panelistler: L. Cem Demirel, Nurağ Bozkurt, Onur Topçu UYDU SEMPOZYUMU ICG ile Görünmeyi Görme Konuşmacı: Seda Şahin stryker						09:00-13:00		VR Eşliğinde Jinekolojik Simülasyon Eğitimi İzsiz, Kesiziz, Kansız Eğitim VR eşliğinde Jinekolojik Simülasyon Eğitimimize Sizleri de Bekliyoruz...	
10:15 10:45											
10:45 11:00		KAHVE MOLASI									
11:00 12:00		SİNGLE PORT ROBOTİK CANLI CERRAHİ Moderatör: Salih Taşkın Cerrah: Federico Spelzini (İtalya'dan Canlı Aktarım) CORDAMED									
12:00 13:00		JİNEKOLOJİK ESTETİK MÜDAHALELERDE ENDİKASYON, UYGULAMA VE ETİK SINIRLAR Moderatör: Süleyman Engin Akhan Canlı Cerrah: Özgür Tokmaz Panelistler: Tugay İlhan, Süleyman Eserdağ, Murat Emanetoğlu, Ozan Doğan - Hastanın Talebi Başlı Başına Bir Endikasyon Olabilir mi? - Cerrahin Estetik Anlayışı ile Hastanın Beklentisi Çatışma Ne Yapılmalı? - Genital Estetik Uygulamaları Asistan Eğitiminde Yer Almalı mı? - Labiaplasti Teknikleri (Wedge Vs Trimming) - Vajinoplasti ve Perineoplasti - PRP & Dolgu Uygulamaları - Lazer / Radyofrekans Yöntemleri - Klitoral Hupoplasti – Ne Zaman Gerekli? ACIBADEM MASLAK HASTANESİNDEN									
13:00 14:00		ÖĞLE YEMEĞİ									
14:00 15:00		ANORMAL UTERİN KANAMADA CERRAHİDEN ÖNCE SON BİR ŞANS: HORMON VE ANEMİ TEDAVİSİ Moderatör: Coşkun Salman Panelistler: Murat Öz, Selen Doğan, Elif Aygün Taşkın Hızlı Sunum 1: AUK Rehberlerinde Hormon Tedavisi / 7 Dakika Hızlı Sunum 2: İntravenöz Demir Tedavisi / 7 Dakika Karar Anı Vakaları ve Panel Tartışma - Her AUK Hastası Önce Medikal Tedavi Almalı mı? Hormonla Zaman Kazanılır mı? Anemi Tedavi Edilmeli mi? Ne Zaman? Nasıl? - İntravenöz Demir Tedavisi Detayları - LNG-IUS: Alternatif mi, Cerrahi Geciktirici mi? - GnRh Analogu Preoperatifte Ne Zaman Mantıklı? - Hormon Tedavisiz Cevap Alınmazsa Cerrahiye Geçme Süresi Kaç Ay Olmalı? - Menopoz Eşliğindeki Hastada Hormon Vermek Doğru mu?		JİNEKOLOJİDE ROBOTİK CERRAHİNİN ROLÜ: TEKNOLOJİ Mİ? ZORUNLULUK MU? Moderatör: Yasilli Hatırafallı, Gürkan Kıran How Should Robotic Surgery Training Be Structured? Yasilli Hatırafallı Robotik Cerrahi Zor Vakalar ve Komplikeasyon Yönetimi Derman Başaran Retropertoneal Rekürrenslere Robotik Cerrahi Serdar Açıköz Robotik Derin İnfiltratif Endometriyozis Cerrahisi M. Murat Naki		MASTERCLASS: HİSTEROSKOPİK İNCELİK İSTER 5 mm Bipolar Rezektoskop & 5 mm ENDOTOUCH™ BIGATTI Shaver ile Yeni Klinik Yaklaşımlar Moderatörler: Cihat Ünlü, Çağatay Taşkın Konuşmacılar: Sezcan Mümişoğlu, Zaki Sleiman (Online) 14:00-14:20 5 mm Bipolar Rezektoskop Sezcan Mümişoğlu 14:20-14:30 Moderatörler Eşliğinde Soru-Cevap 14:30-14:50 5 mm ENDOTOUCH™ BIGATTI Shaver Zaki Sleiman 14:50-15:00 Moderatörler Eşliğinde Soru-Cevap GENTEK MEDICAL & TISSUE SOLUTIONS		SEÇİLMİŞ SÖZLÜ SUNUMLAR Moderatörler: Serkan Kumbasar, Kemal Hansu, Fatma Ketenci Gencer SB-11 Total Vaginal Natural Orifice Transendoscopic Hysterectomy Versus Single-Incision Laparoscopic Hysterectomy in Patients with A Narrow Pubic Arch Berke Nur Ergül SB-62 The Role of Vaginal Natural Orifice Transendoscopic Surgery in Gynecological Emergencies Furkan Karaoz SB-63 Outcomes of Transvaginal Natural Orifice Transluminal Endoscopic Hysterectomy: A Multi-Centre Retrospective Study From Turkey (TR-MIGS) Kemal Güngördük SB-64 vNOTES Omentectomy for Surgical Staging in a Postmenopausal Patient with Borderline Ovarian Tumor: A Minimally Invasive Approach Selçuk Erkinç SB-65 Tamoksifen Kullanan Opere Meme Kanseri Hastada Endometrial Kalınlık Artışının vNOTES ile Cerrahi Yönetimi: Olgu Sunumu Temel Uslu SB-66 Derin İnfiltratif Endometriyozis Olgusunda vNOTES Yaklaşımı ile Sentinel Lenf Nodu Diseksiyonu ve Total Histerektomi+Bilateral Salpingooferektomi Farida Amirova SB-68 Adheziv Pelvis ve Miyoma Uteri Eşliğinde Endometrial Kansin Olgusunda vNOTES Ekstrapertoneal Sentinel Lenf Nodu Diseksiyonu ve Gazsız Histerektomi Farida Amirova SB-69 Postmenopozal Adneksiyal Kitlede vNOTES Yaklaşımı: Total Histerektomi ve Bilateral Salpingooferektomi Olgu Sunumu Asena Büşra Torun		14:00-16:00 KİŞİYE ÖZEL LAPAROSKOPİK SÜTÜR KURSU Kurs Direktörleri: Şevki Göksun Gökulu, Sevtap Seyfettinoğlu Eğitmenler: Batuhan Aslan, Tonguç Arslan, Caner Çakar, Faruk Ölçenoğlu, Dilek Yüksel - İğneyi Tutma Teknikleri - Doku Yakıştırma - Sütür Atma Teknikleri (Intrakorporeal - Ekstrakorporeal) - Barbed Sütürler ve Diğer Sütüring Teknolojileri	

8. MİNİMAL İNVAZİV JİNEKOLOJİK CERRAHİ KONGRESİ

12-14 Şubat 2026 / Wyndham Grand İstanbul Levent Hotel & Conference Center

13 ŞUBAT 2026, CUMA

SALON A	SALON B	SALON C	SALON D	SALON E
15:00-16:00 ZOR HİSTEREKTOMİ: NE ZAMAN ZORLAŞIR, NASIL KOLAYLAŞTIRILIR ? Moderatör: İlkan Dündar Panelistler: Ahmet Göçmen, Bülent Berke, Ahmet Barış Güzel, Seda Yüksel Şimşek Deneyimli Cerrahların Zoru Açma Stratejileri, Öneriler - Büyük Uterus - Geçirilmiş Cerrahi ve Adezyonlu Vakalar - Yapışık Mesane Vakaları - Intraligamenter Patolojiler - Obez Olgular	PROLAPSUS VE ÜRİNER İNKONTİNANS CERRAHİSİ Moderatörler: Fuat Demirci, Hakan Aytan, Mustafa Gazi Uçar POP Cerrahisinde Bütüncül Yaklaşım: Nasıl Değerlendirilmeliyiz? Kimi Ameliyat Etmeliyiz? Funda Göngör Uğurlu Meşiz Prolapsus ve İnkontinans Cerrahisi Yakup Kumtepe Apikal Prolapsus Önarımında Meşiz Cerrahi Seçenekleri Cenk Yaşa Üriner İnkontinans Cerrahi Dışı Seçenekler: Enerji Bazlı Tekniklerin Yükselişi Ali Doğan Anđın	MİNİMAL İNVAZİV GENÇ (MING) OTURUMU Moderatörler: İbrahim Yalçın, Ramazan Erda Pay, Duygu Güzel Minimal İnvaziv Jinekolojik Cerrahide Öğrenme Eğrisi - Öğrenme Eğrisini Etkileyen Bireysel ve Kurumsal Faktörler - Simülasyon, Video Analizi ve Mentorluk Modellerinin Rolü - Vaka Hacı, Standartizasyon ve Sonuçlara Yansımaları Savcı Telek Minimal İnvaziv Jinekolojik Cerrahinin Geleceği - Robotik Cerrahi ve Yeni Nesil Cerrahi Platformlar - Yapay Zekânın Geleceği, Simülasyon Programları - Nanoteknoloji Stratejileri Haticegöl Tuncer Minimal İnvaziv Jinekolojik Cerrahinin Geleceği - Cerrah Profilinin Değişimi: Teknik, Dijital ve Bilişsel Beceriler - Sürekli Eğitim, Sertifikasyon ve Yaşam Boyu Öğrenme Ebru Yücel Minimal İnvaziv Jinekolojik Cerrahi ve Mental, Fiziksel Yıpranma - Ergonomi, Postür ve Uzun Süreli Cerrahinin Kas-İskelet Sistemi Etkileri - Mental Yük, Otoriter Baskı ve Tükenmişlik Sendromu - Önleyici Stratejiler: Ergonomik Tasarım, Mola ve Farkındalık Atahan Toyran Minimal İnvaziv Jinekolojik Cerrahide İşbirlikleri - Multidisipliner Ekip Çalışması ve Ortak Karar Mekanizmaları - Ulusal ve Uluslararası Eğitim Ağları, Fellowship Programları - Endüstri, Akademik ve Dijital Platform İşbirlikleri Melis Cantürk	SEÇİLMİŞ SÖZEL SUNUMLAR Moderatörler: Ali Kolusu, Orhan Orhan, Fatih Şanlıkan SB-71 Matür Kistik Teratom Eşliğinde Anti-NMDA Reseptör Ensefaliti: Erken Tanı ve Laparoskopik Cerrahi Can Dinç SB-72 Misoprostol for Cervical Preparation Before Hysteroscopy: Early Clinical Experience Tural İsmayilov SB-73 Acute Abdomen: Tripple Tubal Pathologies; Unexpected Incidental Tubal Mass Causing Tubal Torsion Fejzanur Odabaş Tekin SB-76 Büyük Uteruslu ve Serviksten Protrüze Olan Polipli Olan Olguda Laparoskopik Histerektomi Özgül Özgen Çelikel SB-77 Diagnosis and Management of Ectopic Ovarian Pregnancy: A Rare Case Report Sevda Karakaya SB-79 Posterior Üretral Valv için Erken İkinci Trimesterde Fetal Stetoskopik Lazer Ablasyonu: Olgusu Can Özen Ulusoy SB-80 Laparotomi ve Laparoskopik Uygulanan Hastalarda Erken Postoperatif Hematolojik İnflamasyon İndekslerinin Karşılaştırılması Bakiye Akbaş	14:00-16:00 KİŞİYE ÖZEL LAPAROSKOPİK SÜTÜR KURSU Kurs Direktörleri: Şevki Gökşun Gökulu, Sevtap Seyfettinoğlu Eğitmenler: Batuhan Aslan, Tonguç Arslan, Caner Çakır, Faruk Ölçenoğlu, Dilek Yüksel - İğneyi Tutma Teknikleri - Doku Yaklaştırma - Sütür Atma Teknikleri (Intrakorporeal - Ekstrakorporeal) - Barbed Sütürler ve Diğer Sütüring Teknolojiler KİŞİYE ÖZEL LAPAROSKOPİK SÜTÜR KURSU
16:00-16:20 STANT SUNUMU – KAHVE MOLASI Fentivag Ürün Sunumu Salih Taşkın				
16:20-17:20 CANLI CERRAHİ Moderatörler: Onur Karabacak, Çağatay Taşkın Laparoskopik Myomektomi: Cerrah: Barış Ata Laparoskopik Histerektomi: Cerrah: Mete Güngör				



ACIBADEM MASLAK HASTANESİNDEN

OLYMPUS



8. MİNİMAL İNVAZİV JİNEKOLOJİK CERRAHİ KONGRESİ

12-14 Şubat 2026 / Wyndham Grand İstanbul Levent Hotel & Conference Center

14 ŞUBAT 2026, CUMARTESİ

SALON A	SALON B	SALON C	SALON D
08:15 10:00 ENDOMETRİOZİS CERRAHİSİ PANELİ Moderatör: Bülent Urman Panelistler: Ertan Sarıdoğan, Nasuh Utku Doğan, Ercan Baştu, Ayşe Seyhan - Derin Endometriozisde Ultrasonografi. - Rektovajinal Endometriozis Cerrahi Kararı Ne Zaman Verilmeli? - Rektal Shaving mi, Segmenter Rezeksiyon mu? - Üriner Endometriozis -Stent Yeterli mi? - Cerrahi Üreteraliz mi, Rezeksiyon-Reimplantasyon mu? - DİE Cerrahisi Sonrasında Supresif Tedaviler Gerekli mi? - Uzun Dönem Sonuçları Nedir? Yeniden Cerrahi Gerekliliği? - Komplikasyon Oranları	JİNEKOLOJİK ONKOLOJİDE MİNİMAL İNVAZİV CERRAHİNİN SINIRLARI: NE KADAR GÜVENDEYİZ? Moderatörler: Macit Arvas, Nejat Özgül, Çetin Çelik (15 dakikalık konuşmalar) Serviks Kanserinde Minimal İnvaziv Cerrahi Kullanılabilir mi? M. Faruk Köse Jinekolojik Kanserlerde Sentinel Biyopsi Sistematiği Lenfadenektomisinin Alternatifi mi? İbrahim Yalçın Jinekolojik Kanserlerde Fertilite Koruyucu Yaklaşımlar Hüsnü Çelik Jinekolojik Kanser Cerrahisinde Sağkalımı Olumsuz Etkileyecek Durumlar ve Kaçınma Yolları? (Rüptür, Morselasyon) M. Mutlu Meydanlı Over Kanserinde Tanısal Laparoskopi ve VATS Utku Akgör Over Kanseri Primer ve İnterval Cerrahisinde Minimal İnvaziv Cerrahinin Yeri Samet Topuz HPV, İlişkili Hastalıklar ve Kanserler, HPV Aşılarında Güncel Durum Murat Gültekin	SEÇİLMİŞ SÖZEL SUNUMLAR Moderatörler: Demir Özbaşar, Murat Gözüküçük, Onur Yavuz SB-81 D&C Sonrası İntrauterin Adезyon ve İnce Endometriümda NGS Sonrası Gebelik: Serklaj ve Previable PPROM ile Komplike Seyir Şüheda Bahadır SB-82 Incidental Ovarian Granulosa Cell Hyperplasia in a Woman on Long-Term Tamoxifen Therapy Helin Elçi SB-83 Kompleks Septal Müllerian Anomalide Tek Seans Histeroskopi Ve Çapraz Bağlı Hyaluronan Jel Uygulaması: Adезyon Profilaksisine Yönelik Olgu Sunumu Şüheda Bahadır SB-84 Vasküler Malformasyonu Taklit Eden RPOC Vakasının Histeroskopik Eksizyonu: Olgu Sunumu Zeynep Umay Gürbüz SB-86 Laparoskopik Paraaortik Lenfadenektomi Yakup Yalçın SB-87 Histeroskopik ve Laparoskopik Değerlendirme ile Unikornuatus Uterus Tanısı: Bir Olgu Sunumu Kemal Hansu SB-88 Tekrarlayan Gebelik Kayıpları Olan Hastada Uterin Septum ve Rest Placentaya Kombine Histeroskopik Yaklaşım: Video Sunumu Kemal Hansu SB-89 Serviks Kanserinde İntraperitoneal Paraaortik Sentinel Lenf Nodu Diseksiyonu (ippse) Caner Çakır SB-90 Polar Renal Arter Anomalisi Varlığında Güvenli Laparoskopik Paraaortik Lenfadenektomi Tekniği Caner Çakır SB-91 Video Endoskopik İnguinal Lenf Nodu Diseksiyonu Olgu Sunumu Mustafa Taze SB-92 Indocyanine Green-Guided Bilateral Robotic Sentinel Lymph Node Biopsy: Stepwise Technique and Surgical Anatomy Arife Ebru Kuzu SB-93 Indocyanine Green-Guided Bilateral Ureter Visualization During Robotic Hysterectomy in the Setting of Severe Vesicouterine Adhesions After Cesarean Section Merve Didem Eşkin Tanıverdi SB-94 Perimenopozal Hastada Minimal İnvaziv Yaklaşım: Histeroskopik Myomektomi Olgusu Mehmet Pınar SB-95 Postpartum Dönemde Endometrial Polip Tedavisinde Histeroskopik Yaklaşım: Video Vaka Sunumu Cansel Tanırkulu SB-96 Tekrarlayan İntrauterin Adезyon Sonrası Spontan Gebelik Vakası- H/S İntrauterin Adезyolizis Merve Önder SB-97 Strangulated Endometrial Polyp Extending Outside the Uterine Cavity Following Uterine Rupture Daphne Tansu Omer	SEÇİLMİŞ SÖZEL SUNUMLAR Moderatörler: Koray Aslan, Ferdi Kıncı, Günsu Kimyon Cömert SB-98 A Comparison of Two Minimally Invasive Techniques for Complete Pelvic Lymphadenectomy: vNOTES Versus Conventional Laparoscopy—Insights from A Single-Surgeon Experience Kemal Güngördük SB-99 The Importance of Patient Positioning and the Incidence of Intraoperative Nerve Injury in Minimally Invasive Surgery İşıl Damla Dinç SB-100 Histerektomiden 10 Yıl Sonra Gelişen Vajinal Cuff Prolapsusunda Laparoskopik Sakrokolpopeksi: Olgu Sunumu Çağan Emre Şen SB-101 İntestinal Yaralanma Numan Bilgiç SB-102 Büyük Parametrium Miyomu Nedeniyle Zor Robotik Total Histerektomi Can Dinç SB-103 Laparoskopik Tubo-Ovarian Abse Cerrahisi: Üreteraliz, Bağlısak Adезyolizisi ve Hem-O-Loc ile Apendektomi Yasemin Aykız SB-104 Total Laparoskopik Histerektomi Cerrahisinde Uterovezikal Yoğun Adезyon Varlığında Mesane Diseksiyonu Derya Zerrin Çökay SB-105 Laparoskopi için Yeni Bir Batına Giriş Noktası Büşra Asena Torun SB-107 Mesane Endometriyozisi Mehmet Sait Bakır SB-108 Laparoscopic Posterior Colpotomy: A Safe and Reproducible Technique for Myomectomy Specimen Removal Özgün Ceylan SB-109 Laparoskopik Dermoid Kist Eksizyonu: Videolu Olgu Sunumu Merve Cihangir Saçlı SB-110 Laparoscopic Isthmolece Resection and Repair Guided by Hysteroscopic Transillumination Fatih Mehmet Kaya SB-111 Laparoscopic Surgery for Chronic Pelvic Pain and Incidental Ovarian Remnant Tissue: A Surgical Video Case Rahma Eno Hassano SB-112 Müllerian Agenesisde Laparoskopik Neovajina Rekonstrüksiyonu: Davydov Yöntemi ile Olgu Sunumu Çağan Emre Şen SB-113 Non-Communicating Rudimentary Horn in a Unicornuate Uterus Presenting with Dysmenorrhea: A Case Report Onur Can Zaim SB-114 Laparoskopik Bilateral Hipogastrik Arter Ligasyonu + Bilateral Over Transpozisyonu Ayberk Çakır SB-115 Total Laparoscopic Hysterectomy for a Giant (20-Cm) Adenomyotic Uterus Ezgi Ceren Dalı Alper SB-158 Açıklanamayan İnfertilitede Endometriyal Kaviteye Müdahale Etmeden Laparoskopik Myomektomi Operasyonu Çağan Emre Şen
10:00 11:00 HİSTEROSKOPİ CANLI CERRAHİLERİ Moderatörler: Ahmet Zeki Işık, Erbil Doğan, Davut Güven Cerrahlar: Gürkan Bozdağ, Yavuz Emre Şükür - İstmosel Cerrahisi - Submukoz Myom ve Polip Cerrahisi - Intrauterin Sineşilerde Histeroskopi ve Adезyon Önleyici Jel Uygulaması - Uterin Anomalilerde Histeroskopik Cerrahi			
11:00 11:15 KAHVE MOLASI			

8. MİNİMAL İNVAZİV JİNEKOLOJİK CERRAHİ KONGRESİ

12-14 Şubat 2026 / Wyndham Grand İstanbul Levent Hotel & Conference Center

14 ŞUBAT 2026, CUMARTESİ

SALON A		SALON B		SALON C		SALON D	
11:15 12:15	ADNEKSİYEL KİTLELERİN YÖNETİMİ: HER KİSTE AYNI YAKLAŞIM UYGUN MU? Moderatör: Mehmet Ali Vardar Panelistler: Fuat Demirkıran, Müfit C. Yenen, Anıl Onan, Kenan Dolapçıoğlu, Hüseyin Akıllı, Zeliha Fırat Cüylan Hızlı Sunum 1 / 7 Dakika : Kadın Doğumcunun Gücü: Transvajinal Ultrasonografi Bulguları Burak Giray Hızlı Sunum 2 / 7 Dakika: Tümör Markernin Önemi Kalmadı mı? Oğuzhan Kuru Karar Anı Vakaları - Adneksiyel Kistlerde Hasta Yönetimi Bireysel midir? - Usg'yi Yorumlamanın Deneyimi Yönetimi Nasıl Etkiler? - Frozen Her Merkeze Şart mı? - Postmenopozal İzlem Sınırı Kaç Cm? - Minimal İnvaziv Cerrahi mi? Açık Cerrahi mi?	BENİM TEKNİĞİM VIDEO YARIŞMASI Jüri: Coşan Terek, Kadir Bakay, Erbil Karaman, Emsal Pınar Topdağı Yılmaz, Erhan Demirdağ SB-16 Extensive Pelvic Lymph Node Dissection Through Vaginal Natural Orifice Transluminal Endoscopic Surgery Berican Sahin Uyar SB-17 vNOTES Lateral Suspension and High Uterosacral Ligament Suspension for Treating Pelvic Organ Prolapse Serkan Ustuntas SB-44 Laparoskopik Sol Over Endometrioma Kist Eksizyonu+ Sağ Sakrouterin Endometriozis Nodül Eksizyonu + Adhezyolizis+ Sağ Üreterolizis Fatma Tunççağ SB-49 Nerve-Sparing Multivisceral Resection for Deep Infiltrating Endometriosis in a Virgin Patient without Intrauterine Manipulator Tuba Metin Çakır SB-67 vNOTES Right Sentinel Lymph Node Excision and Left Pelvic Lymphadenectomy Oğuzhan Kayım SB-106 14 Haftalık Gebelikte Plasenta İnvazyon Anomalisine Minimal İnvaziv Yaklaşım Can Dinç SB-132 Extraperitoneal Laparoscopic Paraortic Lymphadenectomy in Endometrial Cancer Staging: An Effective and Safe Technique to Facilitate Extraperitoneal Access Selçuk Erkinç SB-157 Büyük Hacimli Multiple Myomlarda Laparoskopik Cerrahi ve Güvenli Morselasyon: Vaka Sunumu İşıl Işık Okuyan		SEÇİLMİŞ SÖZEL SUNUMLAR Moderatörler: Veli Mihmanlı, Alev Özer, Bahadır Koşan SB-48 Surgical Management of Deep Infiltrating Endometriosis with Ureteral and Bladder Involvement: Hysterectomy and Bilateral Salpingo-Oophorectomy Emre Biten SB-116 Vaginal Endometriosis Presenting with Postmenopausal Vulvar Pain Hatun Çolak SB-117 Görünmeyi Görmek: Pelvik Cerrahilerde ICG ile Üreterin Görselleştirilmesi Sadık Gündüz SB-118 A Neuro-Gynecological Challenge: Surgical Management of Nociceptive Stimulus-Triggered Refractory Epilepsy and Endometriosis Pathology İbrahim Buğra Bahadır SB-119 Stepwise Laparoscopic Management of Advanced Endometriosis: Ureteral Dissection, Rectovaginal Space Development, and Excision of a Cesarean Scar Endometriotic Nodule Maryam Manafli SB-120 Posterior Pelvik Kompartmanda İleri Adezyonlarla Seyreden Endometriyoma Olgusunda Laparoskopik Sağ Ooferektomi ve Salpenjektomi: Olgu Sunumu Ece Çalık SB-121 The Diagnostic Impact of Minimally Invasive Surgery: Occult Endometriosis Revealed During Fertility-Preserving Treatment of Unrecognized Tubal Occlusion Tuana Arısüt Büber SB-122 Derin Endometrioziste Fertilite Koruyucu Cerrahi Mürşide Çevikoğlu Kili SB-123 Laparoskopik Endometrioma Cerrahisinde Lazer Kullanımı: Over Rezervini Korumaya Yönelik Teknik Yaklaşım ve Video Sunumu Halime Karakaya Şen SB-124 Laparoskopik Derin İnfiltratif Endometriozis Cerrahisi Nefise Bengü Akgün SB-125 İnfertil Hastada Laparoskopik Derin Endometriozis Cerrahisi: Video Sunumu Atakan Bora Şen		SEÇİLMİŞ SÖZEL SUNUMLAR Moderatörler: Caner Çakır, Abdullah Tok SB-126 Minimal İnvaziv Yaklaşımla Uygulanan İnfravaginal Anterior Pelvik Ekzentasyon ve Parsiyel Vulvektomi: Video Sunum Eyüp Gökhan Turmuş SB-127 Evre 1A2 Serviks Kanseri Laparoskopik Tip 2 Radikal Histerektomi Sentinel Lenf Nodu Diseksiyonu Bilateral Pelvik Lenf Nodu Diseksiyonu Video Olgu Sunumu Nigar Mammadova SB-128 İnsidental Spigel Herni - Dens Barsak Adezyonlarında Güvenli Laparoskopik Adezyolizis Tekniği Murat Tandoğan SB-130 Serviks Kanseri Laparoskopik Karaciğer Metastatik Implant Rezeksiyonu Kadir Can Gündoğan SB-131 Borderline Tümör Şüphesi Taşıyan Kompleks Over Kistinin Laparoskopik Yönetimi: Olgu Sunumu Muhammed Eren Aksun SB-133 Seröz Over Kanseri Tanılı Hastada Laparoskopik İnternal Storedüktif Cerrahi ile Birlikte HIPEC Alparslan Celik SB-134 Dev Adneksiyel Kitlede Laparoskopik Bilateral Salpingo-Ooferektomi: Matür Kistik Teratom Olgusu Elif Aleyna Küçük SB-135 Vajinal İntraepitelial Neoplazi (VAIN) Nedenli Laparoskopik Parsiyel Vajenektomi: Olgu Sunumu Sibel Öncel Yavuz	
12:15 13:15		vNOTES VE LAPAROSKOPİK HİSTEREKTOMİ CANLI CERRAHİ MARATONU Moderatör: Mehmet Ali Vardar Canlı Cerrahi: vNOTES Histerektomi ve Sakrouterin Piliyasyon Cerrah: Süleyman Salman Canlı Cerrahi: Laparoskopik Histerektomi Cerrah: Erhan Şimşek					
13:15 14:00		ÖĞLE YEMEĞİ					
14:00 15:00		CANLI CERRAHİ: ÜROJİNEKOLOJİ Moderatörler: Vedat Atay, Çetin Kılıççı Sütür Sakrokolpopeksi Cerrah: Resul Karakuş Meşli POP Cerrahisi Cerrah: Serdar Aydın					

MİNİMAL İNVAZİV
JİNEKOLOJİ DERNEĞİMİNİMAL İNVAZİV
JİNEKOLOJİK ONKOLOJİ DERNEĞİROBOTİK JİNEKOLOJİK
CERRAHİ DERNEĞİ

8. MİNİMAL İNVAZİV JİNEKOLOJİK CERRAHİ KONGRESİ

12-14 Şubat 2026 / Wyndham Grand İstanbul Levent Hotel & Conference Center

14 ŞUBAT 2026, CUMARTESİ

SALON A	SALON B	SALON C	SALON D
15:00 16:30 SEÇİLMİŞ SÖZEL SUNUMLAR Moderatör: Emin Erhan Dönmez SB-15 vNOTES Myomectomy for Primary Ovarian Leiomyoma Coexisting Uterine Fibroid Emre Biten SB-136 The Role of vNOTES Surgery in Uterine Prolapse: High Uterosacral Ligament Suspension - A Case Report Meryem Keçeci Oğuzhanoglu SB-137 Partner Notification in Sexually Transmitted Infections: A Narrative Review of Evidence from the Past Five Years Eda Güner Özen SB-138 Çoklu Batın Cerrahisi Öyküsü Olan Postmenopozal Hastada vNOTES Histerektomi ve Bilateral Salpingooferektomi: Frozen Section Eşliğinde Video Olgu Sunumu Sinan Abeeş SB-139 Feasibility and Safety of vNOTES in a Patient with Prior Bowel Surgery Emin Erhan Dönmez SB-140 Abdominal Incision-Free Specimen Removal in Robotic-Assisted Surgery: Tailored Vaginal Approaches Haticegul Tuncer SB-141 vNOTES Bilateral Kistektomi Deniz Ersoy SB-143 Şüpheli Adneksiyel Kitleli 65 Yaş Hastada vNOTES Histerektomi ve Bilateral Salpingooferektomi ile İntraoperatif Frozen Değerlendirmesi: Olgu Videosu Şervat Nur Ünlü SB-144 (vNOTES) Hysterectomy with Bilateral Salpingo-Oophorectomy for a Giant Adnexal Cyst Guided by Intraoperative Frozen Section İbrahim Duran Cengiz SB-145 Total Uterin Prolapsus Sistosel Evrin Kardelen SB-146 Malignite Şüpheli Adneksiyel Kitlede vNOTES; Laparotomi ve Laparoskopiyi Bir Alternatif Olur mu? Sevim Seda Güllürusu	SEÇİLMİŞ SÖZEL SUNUMLAR Moderatörler: Selçuk Ayas, Çağlar Çetin SB-147 Morselatörsüz Laparoskopik Myomektomi: Kolpotomi Yoluyla Endobag İçinde Vajinal Myom Ekstraksiyonu Zeynep Kübra Usta SB-148 Üçüncü Basamak Bir Merkezde Obstetrik ve Jinekolojik Cerrahinin Zaman İçindeki Değişimi: A-E Ameliyat Gruplarına Göre Retrospektif Karşılaştırmalı Analiz Zeliha Nur Ergül SB-149 Benign Histerektomilerde Cerrahi Yaklaşım ve Erken Postoperatif Hemogram Değişimleri Gözde Eminoğlu Demircioğlu SB-150 Giant Uterine Mass Managed By Robotic Total Hysterectomy: A Case Report Simge Berrak Beyoğlu Oruç SB-151 Single-Session Hysteroscopic Myomectomy in the Treatment of FIGO Type 2 Submucosal Myoma: A Case Report Simge Berrak Beyoğlu Oruç SB-152 TLH Sonrası Spesimen Çıkarmında Bivalving ve Enkoring Tekniklerinin Kombine Uygulanması Fatma Sağlam Karaoğlu SB-153 Postmenopozal Kanama Nedeniyle Laparoskopik Histerektomi Planlanan Hastada Beklenmeyen İleri Evre Endometriozis: Zor Histerektomi Vaka Sunumu Ezgi Aygün SB-154 Zor Mesane Diseksiyonu Olan Total Laparoskopik Histerektomide Güvenli Cerrahi Yaklaşım: Video Sunumu Mert Derviş Arda Mert SB-155 Tip 5 Dev Uterin Myom: TLH BS Elif Çetinkaya SB-156 Laparoskopik Histerektomi ile Büyük Multiple Myomlu Uterusun Yönetimi: Video Olgu Sunumu Beza Mutlu	SEÇİLMİŞ VIDEO SUNUMLARI Moderatörler: Taha Takmaz, Özgür Tosun SB-160 Genç Hastada Mitotik Aktif Hücreli Fibrom: Laparoskopik Over Korumalı Cerrahi Enes Serhat Coşkun SB-161 Postmenopozal Hastada Nadir Görülen İzole Paratubal Kist Torsiyonu: Laparoskopik Tanı ve Tedavi Havva Betül Bacak SB-162 Cervical Myoma and Second-Trimester Abortion in a Case of Uterus Didelphys: A Case Report Selma Ermin SB-163 Cerrahi ve Doğal Menopozda Karotis İntima Media Kalınlığı ve Serum Endokan Seviyelerinin Premenopozal Kadınlarla Karşılaştırılması Ayşe Derya Topal SB-164 A Rare Case of Vulvar Angiosarcoma Extending into the Inguinal Canal Ümmügülüm Kuyucu SB-166 Anormal Uterin Kanama Tanı ve Tedavisinde Operatif Histeroskopi'nin Klinik Rolü: Tek Merkez Deneyimi Erkan Şimşek SB-167 Cerrahi Stres; Jinekolojik Onkolojide Minimal İnvaziv ve Açık Cerrahinin İnflamatuvar Yanıt Açısından Karşılaştırılması Gözde Eminoğlu Demircioğlu SB-168 Artan Sezaryen Oranlarının Gölgesinde: İntraoperatif Mesane Yaralanmaları Gözde Eminoğlu Demircioğlu SB-169 Olgu Sunumu: Adölesan Bir Hastada Nadir Görülen İzole Fallop Tüpü Torsiyonu – Akut Batının Ağır Tanısında Gözden Kaçan Patoloji İşıl Karadağ SB-171 The Forgotten Power of Minimally Invasive Surgery: Hand-Assisted Laparoscopic Hysterectomy for a Giant Uterus Özgün Ceylan	SEÇİLMİŞ SÖZEL SUNUMLAR Moderatör: Gözde Şahin SB-172 Laparoscopic Staging of High-Grade Serous Endometrial Carcinoma in a Patient with Situs Inversus Totalis Özge Nur Gülen SB-173 Kadın Hastada Nadir Bir Vaka Örneği Fournier Gangreni: Erken Tanı ve Acil Cerrahi Debridmanın Hayat Kurtarıcı Rolü Cansel Tanrıkulu SB-174 Büyük Uteruslarda Total Laparoskopik Histerektomi: Uterin Arter Ligasyonu Hatice Banu Atay SB-177 Laparoscopic Management of a Unicornuate Uterus with a Remnant Uterus Leyla Merda Ekmen Aykut SB-178 Endometrium Kanseri Cerrahisinde Sentinel Lenf Nodu Haritalamasında Ezber Bozan Yaklaşımlar Süleyman Tunç SB-179 İstompiyosel Onanımında Laparoskopik Minimal İnvaziv Girişim: Video Sunumu Dilek Tektaş SB-180 Vajinal Histerektomi+Bilateral Salpingooferektomi+vNOTES Lateral Süspansiyon ((Salman Ketenci Gencer) Tekniği ile) Şervat Nur Ünlü SB-181 Endometrium Kanseri Robotik Sentinel Lenf Nodu Haritalamasında Cloquet Nodu: Nadir Bir Drenaj Paterni Yiğit Mert Bayrak SB-182 Endometrium Kanseri Robotik Sentinel Lenf Nodu Diseksiyonu: Video Sunumu Yasmin Abualhasan Yoldas SB-183 Geçirilmiş Abdominal Cerrahiler Sonrası Batın Ön Duvarına Dens Adheze Uterus ve Subseröz Myomda Laparoskopik Cerrahi Yönetim Filiz Kınık Doğan



MİNİMAL İNVAZİV
JİNEKOLOJİ DERNEĞİ



MİNİMAL İNVAZİV
JİNEKOLOJİK ONKOLOJİ DERNEĞİ



ROBOTİK JİNEKOLOJİK
CERRAHİ DERNEĞİ

8. MİNİMAL İNVAZİV JİNEKOLOJİK CERRAHİ KONGRESİ

12-14 Şubat 2026 / Wyndham Grand İstanbul Levent Hotel & Conference Center

SÖZLÜ BİLDİRİLER

MİNİMAL İNVAZİV
JİNEKOLOJİK DERNEĞİMİNİMAL İNVAZİV
JİNEKOLOJİK ONKOLOJİ DERNEĞİROBOTİK JİNEKOLOJİK
CERRAHİ DERNEĞİ

8. MİNİMAL İNVAZİV JİNEKOLOJİK CERRAHİ KONGRESİ

12-14 Şubat 2026 / Wyndham Grand İstanbul Levent Hotel & Conference Center

SB-001

Refrakter Dev Vulvar Variste Hibrid Yaklaşım: Internal İliak Arter Klipsi Sonrası Eksizyon

Mustafa Şahin

Konya Şehir Hastanesi, Jinekolojik Onkoloji Cerrahisi
Kliniği, Konya

GİRİŞ: Vulvar varisler artmış venöz basınç veya venöz yetmezlikten kaynaklanır. Prevalansı yaklaşık %4' olup çoğu asemptomatiktir (1). Standart tedavi ovarian veya iliak ven embolizasyonu, skleroterapi ve flebektomi gibi venöz sisteme yöneliktir (2,3). Olgumuzu, internal iliak arter klipsi ile arteriyel inflow azaltımı sonrası dev vulvar varisin eksizyonunu içermesi açısından literatürdeki ilk örnek olarak sunuyoruz.

OLGU SUNUMU: 50 yaşında hastaya Mayıs 2024 te pelvik venöz konjesyon ve vulvar varis nedeni ile left ovarian vein coil embolizationu yapılmış. Takipte vulvadaki varisleri büyümeye devam etmiş. Pelvik muayenede sol labium majus, sol labium minus ve klitorisi tamamen içine alan, vagen sol orta kısmına kadar uzanım gösteren, 11x7x4 cm, yumuşak kıvamda, ağrısız varikoid lezyon izlendi (Figure 1A). MR venogramda sol da artmış boyutlarda over ve pelvik damarlar görüldü. Hastaya laparoskopik ile pelvis explorasyonu yapıldı. Sol ovarian ven trasesinde coil embolizasyonuna ait düzensiz coil yapıları ve yaygın venöz kollateraller izlendi (Figure 2A). Hastaya sol internal iliak arterin arka dallarını verdikten sonraki kısmına, uterin dalını vermeden hemen önceki kısmına laparoskopik metal klips konuldu (Figure 1B). İşlemden 5 dakika sonrasında l.majusta daha belirgin olmak üzere total varis hacminin yaklaşık %70 oranında azaldığı gözlemlendi (Figure 1C, Figure 1D). Ardından varikoid alan yeterli doku debritleme ile çıkarıldı ve kesi alanı primer onarıldı (Figure 2B, Figure 2C). İntraoperatif kanama miktarının minimal olduğu gözlemlendi. Cerrahi sonrası yakın dönem takipte iskemi bulgusu yoktu, komplikasyon izlenmedi. 1 ay sonra yara iyileşmesi iyiydi (Figure 2D).

TARTIŞMA: Literatürde standart tedaviler yöntemleri venöz sistem üzerinde yoğunlaşmaktadır. Tedavinin temel unsurları kompresyon, skleroterapi, endovenöz transkater embolizasyonu ve nadiren cerrahi eksizyondur (2). Günümüzde internal iliak arter klips ya da ligasyonu obstetri-jinekolojide kanama kontrolü veya travmaya yönelik uygulanmaktadır (4). Literatürde vulvar varis tedavisinde arteriyel kanlanmayı azaltmaya yönelik laparoskopik yak-

laşım daha önce bildirilmemiştir. Olgumuzda vulvar varis cerrahisi öncesinde internal iliak arter klips uygulanması ile pelvik arteriyel akımda ve pelvik venöz backflowda azalmaya bağlı vulvar varis hacminin belirgin küçüldüğünü tespit ettik. Varis hacminin azalması cerrahi eksizyonu kolaylaştırdığı gibi muhtemel nüks riskini de azaltabilir. Bu yönüyle vakamız, vulvar varis tedavisinde teknik inovasyon sunmaktadır. Yöntemin avantajı hızlı klinik ve kozmetik düzelme sağlaması iken, potansiyel riskleri arasında pelvik organlarda iskemi ve uzun dönemde kollateral dolaşım gelişimi yer almaktadır. Bu nedenle yöntemin daha geniş hasta serilerinde değerlendirilmesi, etkinlik ve güvenlik profilinin netleştirilmesi açısından önemlidir.

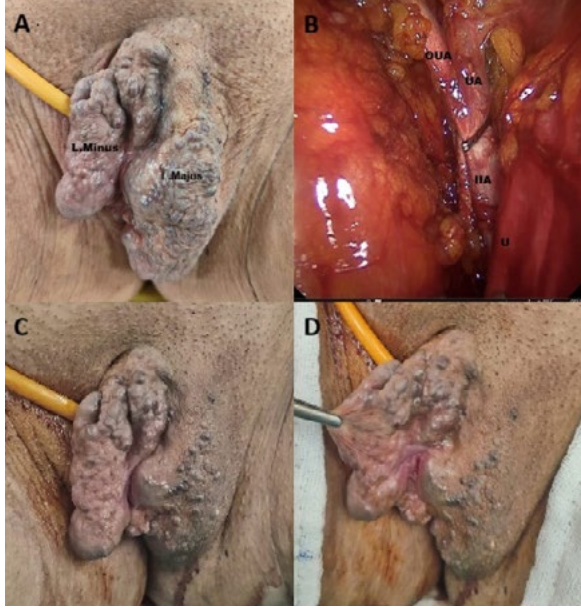
SONUÇ: Arteriyel inflow azaltımı, seçilmiş dev veya refrakter vulvar varisli olgularda eksizyonu kolaylaştıran ve muhtemel nüks riskini azaltan yenilikçi bir tamamlayıcı strateji olabilir. Ancak yöntemin daha geniş hasta serilerinde değerlendirilmesi gerekmektedir.

Anahtar Kelimeler: Dev vulvar varis, internal iliak arter klips uygulanması, laparoskopik metal klips, cerrahi eksizyon

8. MİNİMAL İNVAZİV JİNEKOLOJİK CERRAHİ KONGRESİ

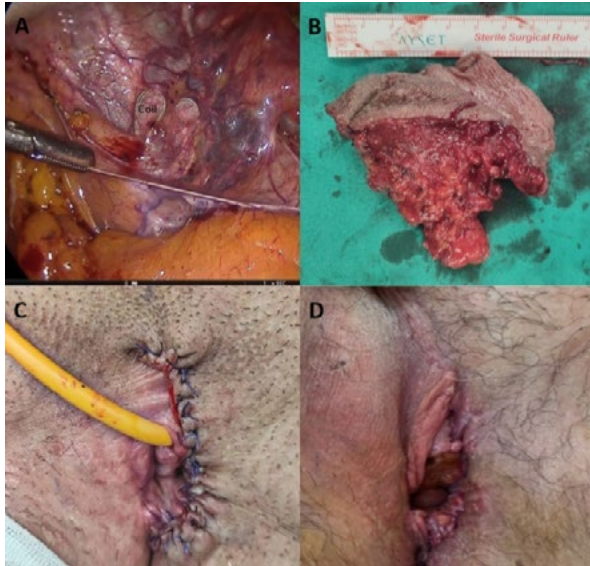
12-14 Şubat 2026 / Wyndham Grand İstanbul Levent Hotel & Conference Center

Figür 1



Figür 1. A. Sol labium majus, sol labium minus ve klitoris tamamen içine alan varikoid lezyon. B. Internal iliak arter klipsi. C-D. Internal iliak arter klipsi sonrasında varikoid lezyon görünümü L.Majus: Labium majus; L.Minus: Labium minus; OUA: Oblitere umbilikal arter; UA: Uterin arter; IIA: İnternal iliak arter; U: Üreter.

Figür 2



Figür 2. A. Coil embolizasyonuna ait düzensiz coil yapıları ve venöz kollateraller. B. Eksize edilmiş varikoid lezyon spesmeni. C. Primer yara yeri onarımı. D. Postoperatif 21. günde yara iyileşmesi

SB-002

Spontaneous pregnancy following excision of distal transverse vaginal septum

Süheyla Erbaşaran Aydın¹, Süleyman Guven²

¹Department of Obstetrics and Gynecology, Vakfıkebir State Hospital, Trabzon, Turkey

²Department of Obstetrics and Gynecology, Karadeniz Technical University, Trabzon, Turkey

INTRODUCTION: TVS is a rare congenital anomaly resulting from an embryological developmental disorder involving the Müllerian ducts and the urogenital sinus. Depending on the location and morphology of the septum, patients may be asymptomatic or present with complaints of dyspareunia, penetration difficulties, or infertility. This report presents the clinical course of a patient with long-standing infertility diagnosed with a distal TVS and achieved spontaneous pregnancy following surgical intervention.

METHODS AND RESULTS: A 36-year-old gravida 1 patient presented to our clinic with complaints of dyspareunia, a palpable mass in the genital area, and infertility persisting despite six years of regular, unprotected intercourse. During the gynecological examination, a speculum could not be inserted. Digital vaginal examination revealed a TVS located in the distal portion of the vagina, with a small opening allowing only the passage of a single finger. Hypertrophic skin folds, thought to have developed due to prolonged and forceful attempts at coitus, were present at the posterior fourchette. Imaging modalities confirmed that the uterus and ovaries were anatomically normal; no concomitant uterine or renal anomalies were identified.

Surgical excision was planned. Under appropriate anesthesia, the cervix and vagina appeared normal via hysteroscopic visualization. A Foley catheter was inserted into the vagina. The septum was incised circumferentially using the inflated catheter balloon. During the incision, the vaginal mucosa was sutured in a controlled manner to prevent proximal retraction, successfully restoring the patency of the vaginal lumen. No intraoperative or postoperative complications occurred.

During postoperative follow-up, adequate vaginal opening and anatomical integrity were maintained. The patient reported a significant improvement in sexual intercourse. Six months after surgery, the patient had a spontaneous pregnancy.

8. MİNİMAL İNVAZİV JİNEKOLOJİK CERRAHİ KONGRESİ

12-14 Şubat 2026 / Wyndham Grand İstanbul Levent Hotel & Conference Center

CONCLUSION: Detailed speculum evaluation and vaginal examination are fundamental components of gynecological practice and play a critical role in preventing diagnostic delays in rare lower genital tract anomalies. With timely diagnosis and appropriate surgical intervention, fertility outcomes in patients with vaginal septa can be positively influenced.

Keywords: Transverse vaginal septum, Infertility, Müllerian anomalies, Spontaneous pregnancy

Figure 1: Preoperative appearance of the patient with a distally located TVS



Figure 2: Limited opening on the vaginal septum visualized after inflation of the Foley catheter balloon



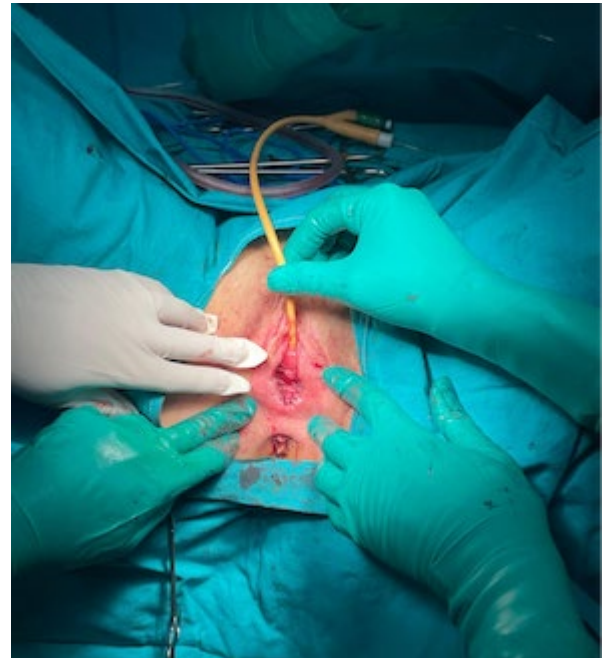
Limited opening on the vaginal septum visualized after inflation of the Foley catheter balloon

Figure 3: Appearance of the restored vaginal opening after surgical excision



Appearance of the restored vaginal opening after surgical excision

Figure 4: Anatomically restored vaginal opening after septum excision



Anatomically restored vaginal opening after septum excision

MİNİMAL İNVAZİV
JİNEKOLOJİ DERNEĞİMİNİMAL İNVAZİV
JİNEKOLOJİK ONKOLOJİ DERNEĞİROBOTİK JİNEKOLOJİK
CERRAHİ DERNEĞİ

8. MİNİMAL İNVAZİV JİNEKOLOJİK CERRAHİ KONGRESİ

12-14 Şubat 2026 / Wyndham Grand İstanbul Levent Hotel & Conference Center

SB-003

Minimal invaziv cerrahinin sınırlarında: Bir olgu sunumu

Mustafa Yasin Oztoprak

Konya Beyhekim Eğitim ve Araştırma Hastanesi

22 yaş, tüm batını dolduran müsinöz yapıda kistik lezyon
mini laparotomi ile minimal invaziv yaklaşım olgu sunumu

Anahtar Kelimeler: Mini-laparotomi, adneksiyal kitle, ferti-
lite koruyucu

mini laparotomi



operasyon görüntüleri



post op kontrol



8. MİNİMAL İNVAZİV JİNEKOLOJİK CERRAHİ KONGRESİ

12-14 Şubat 2026 / Wyndham Grand İstanbul Levent Hotel & Conference Center

SB-004

Cervical myoma: case report

Günay Safarova, Mustafa Gazi Uçar

Department of Gynecology and Obstetrics, Selçuk University, Konya, Turkey

ENTRANCE: Fibroids are the most common benign tumors, originating from the smooth muscle cells that make up the uterus. Isolated fibroids are rarely found in the cervix. Myomas generally shrink in size and alleviate myoma-related symptoms after menopause due to hormonal withdrawal. Polypoid adenomyomas, endometrial polyps, papillomas, uterine sarcomas, and cervical cancer should be considered in the differential diagnosis. Definitive diagnosis for uterine masses is histopathology. Our aim in this case report is to present a case of cervical myoma diagnosed and treated in the clinic.

METHODS: A 42-year-old woman with five vaginal deliveries presented to us with a palpable mass in her external genitalia for 2-3 days. Her medical history was unremarkable. Her blood pressure was 100/60 mmHg, pulse rate was 84/min, and temperature was 36.5 degrees Celsius.

FINDINGS: Gynecological examination revealed a protruding, necrotic, and pedunculated, hard mass approximately 4-5 cm in diameter originating from the anterior lip of the cervix. No active bleeding or discharge was observed. Transvaginal ultrasound revealed an endometrial thickness of 12 mm, and the uterus and bilateral ovaries were normal. The patient was informed about the cervical mass, and surgery was recommended. The patient agreed to the surgery. The cervical mass was excised by cutting at the stalk under spinal anesthesia, in the lithotomy position, and sent for pathology. The patient was discharged after one day of stable condition. Pathology revealed a leiomyoma.

CONCLUSION: Servikal kitle nedeniyle kliniğe başvuran olgularda kanama, infertilite ve enfeksiyon şikayeti görülebileceği gibi benign nedenli myom ya da malign olarak serviks kanseri olabileceği akılda tutulmalıdır.

Anahtar Kelimeler: cervical myoma, cervical mass, cervical polyp, myoma.

Figure 1

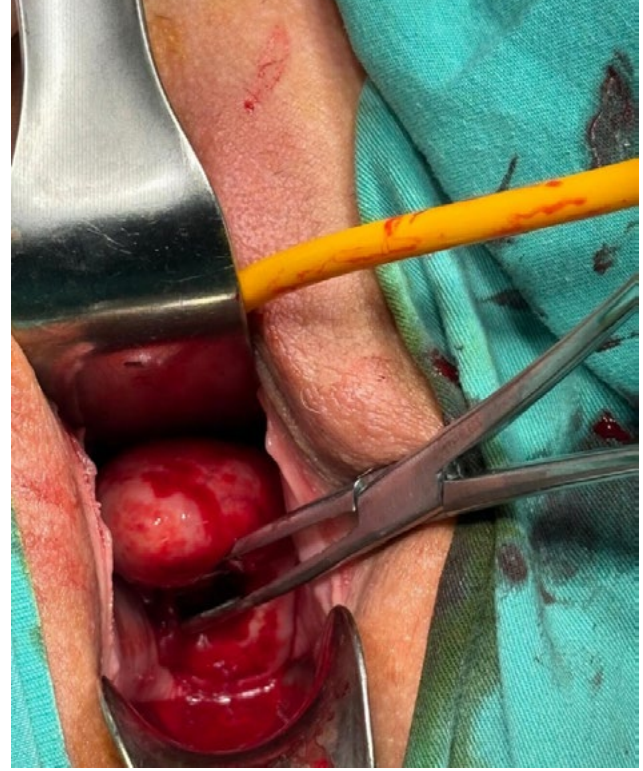
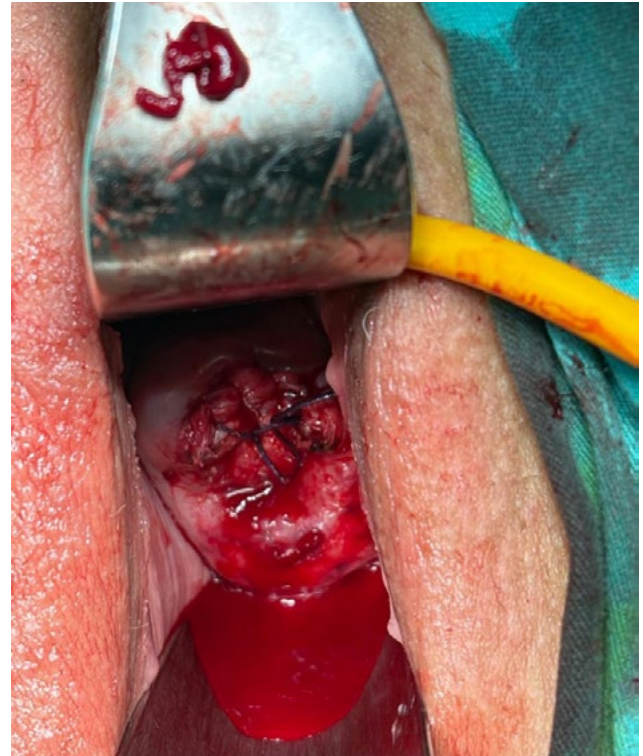


Figure 2



MİNİMAL İNVAZİV
JİNEKOLOJİ DERNEĞİMİNİMAL İNVAZİV
JİNEKOLOJİK ONKOLOJİ DERNEĞİROBOTİK JİNEKOLOJİK
CERRAHİ DERNEĞİ

8. MİNİMAL İNVAZİV JİNEKOLOJİK CERRAHİ KONGRESİ

12-14 Şubat 2026 / Wyndham Grand İstanbul Levent Hotel & Conference Center

SB-005

Sister Mary Joseph nodülü ile karşımıza çıkan takipli endometroid karsinom: Olgu sunumu

Kaan Okan Alkan, Derya Kaptı, Hacı Öztürk Şahin
Bursa Şehir Hastanesi, Jinekolojik Onkoloji Cerrahisi,
Bursa

AMAÇ: Sister Mary Joseph nodülü, karın içi veya pelvik maligniteli hastaların %3'ünden azında görülen bir göbek metastazıdır. Bu nadir nodüller geniş bir yelpazede belirtiler gösterir, ancak en tipik olarak ağrılı, ülserleşmiş bir kitle ve seröz-kanlı akıntı ile karakterizedir.

YÖNTEM-GEREÇLER: Takibimizde olan endometroid karsinom olgusunun takiplerinde göbek deliğinde fitik tariflemesi üzerine hastanın değerlendirilmesi ve biopsi alınması
BULGULAR: 53 yaşında multipar hasta postmenopozal kanama sebebi ile alınan endometrial biyopsi sonucu endometroid tip endometrium karsinomu figo grade 1 gelmesi üzerine jinekolojik onkoloji cerrahi kliniğimize yönlendirilmiştir. Spekulum muayenesinde serviks multipar olağan görünümde izlenmiştir. Bimanuel muayenede parametriumlar serbest olarak değerlendirilmiştir. Yapılan tv usg de kavite içerisinde yaklaşık 1 cm yer kaplayan lezyon izlenmiştir ve myometrial invazyon yarıdan az olarak değerlendirilmesi üzerine hastaya total laparoskopik histerektomi bilateral salpingoofektomi ve peroperatif piyesden frozen patoloji çalışılması planlanmıştır.

Sonrasında hastaya 2022 mayıs ayında total laparoskopik histerektomi bilateralsalpingoofektomi yapılmıştır ve nihai patoloji figo grade 1 myometriuma yarıdan az invaze, lenfovasküler invazyon izlenmeyen alt segment tutulumu olmayan endometroid tip endometrial karsinom olarak gelmiştir. Bunun üzerine hasta 6 ayda bir takibe çağırılmıştır. Rutin takiplerine düzenli gelen ve şikayeti olmayan hasta 2025 kasım ayındaki kontrolünde umblikustaki lezyondan bahsetmesi üzerine çoklu biopsi alınmıştır. Yapılan değerlendirmede ve görüntülemelerde ek patolojiye rastlanmamıştır. Alınan biopsi sonucu "endometrium endometrioid karsinoma tanımlı olguda histomorfolojik ve immünohistokimyasal bulgular, endometrioid karsinoma metastazı ile uyumludur" şeklinde gelmiştir. Bunun üzerine hasta tıbbi onkolojiye refere edilmiştir.

Sister Mary Joseph nodülü çok nadir görülen bir durumdur ve epidemiyolojik çalışmalar bu durumun kadınlarda daha yaygın olduğunu ortaya koymuştur.

Literatürde bildirilen tüm Sister Mary Joseph nodülü vakalarının yaklaşık %28'i jinekolojik tümörlerle, en sık olarak

over kanseriyle, nadiren de endometrium kanseriyle ilişkilidir.

Sister Mary Joseph nodülü, farklı belirtiler gösterebilir; yumuşak, ağrısız bir nodülden sert, ülserleşmiş, ağrılı bir kitleye kadar değişebilir. Sister Mary Joseph nodülü 'nün varlığının fizik muayenede teşhis edilmesi her zaman kolay değildir. Lezyonun üzerindeki deri normal, eritemli veya ülserli olabilir ve nodülün çapı, ortalama değeri genellikle 2-3 cm olsa bile, 10 cm'ye ulaşabilir.

SONUÇ: Jinekolojik kanser hastalarının takiplerinde ciltteki ağrılı/ağrısız lezyonlar gözardı edilmedem ileri araştırma yapılmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Endometrium,metastaz, Sister mary joseph nodülü

sister mary joseph nodülü



MİNİMAL İNVAZİV
JİNEKOLOJİ DERNEĞİMİNİMAL İNVAZİV
JİNEKOLOJİK ONKOLOJİ DERNEĞİROBOTİK JİNEKOLOJİK
CERRAHİ DERNEĞİ

8. MİNİMAL İNVAZİV JİNEKOLOJİK CERRAHİ KONGRESİ

12-14 Şubat 2026 / Wyndham Grand İstanbul Levent Hotel & Conference Center

SB-006

İmmünsüprese Over Kanserli Hastada Fournier Gangreni Sonrası Genital Rekonstrüksiyon: Olgu Sunumu

Ömer Faruk Öz, Can Dinç, Eda Balkan, Selen Doğan,
Murat Özekinci, Nasuh Utku Doğan, İnanç Mendilcioglu
Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi, Antalya

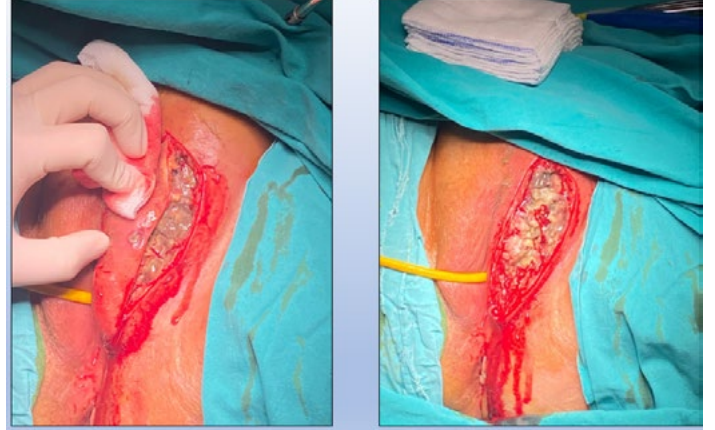
Giriş/AMAÇ: Fournier gangreni perineal bölgede hızla ilerleyen nekrotizan fasiit tablosudur ve yüksek morbidite-mortalite ile ilişkilidir. Malignite, immünsüpresyon ve diyabet önemli risk faktörleri olup erken tanı ve acil cerrahi debridman yaşam kurtarıcıdır. Bu olguda, jinekolojik onkoloji hastasında gelişen Fournier gangreninin acil yönetimi ve debridman sonrası genital rekonstrüksiyon yaklaşımı sunulmuştur.

OLGU: Evre IIIC yüksek dereceli seröz over karsinomu tanılı 60 yaşında kadın hasta; daha önce interval debulking cerrahisi geçirmiş, çoklu kemoterapi hatları almış ve diyabet öyküsü mevcuttu. Perinede ağrı ve şişlik şikâyetiyle başvuran hastanın muayenesi ve görüntülemelerinde cilt altı gaz ve yumuşak doku nekrozu saptanarak Fournier gangreni düşünüldü. Tanıyı takiben saatler içinde acil geniş cerrahi debridman uygulandı ve geniş spektrum antibiyotik tedavisi (meropenem + daptomisin) başlandı. Yara bakımı ve yakın izlem ile granülasyon dokusunun gelişmesi sonrası postoperatif 1. ayda revizyon ve definitif kapatma ile genital rekonstrüksiyon gerçekleştirildi. Hasta yatış süresince seri yara bakımıyla izlenerek stabil şekilde taburcu edildi.

SONUÇ: İmmünsüprese onkoloji hastalarında perineal ağrı/şişlik varlığında Fournier gangreni ayırıcı tanıda öncelikli düşünülmelidir. Hızlı tanısal değerlendirme, gecikmesizin cerrahi debridman ve erken geniş spektrum antibiyotik tedavisi temel yaklaşımdır. Multidisipliner yara yönetimi ve uygun rekonstrüksiyon ile klinik sonuçlar ve yaşam kalitesi iyileştirilebilir.

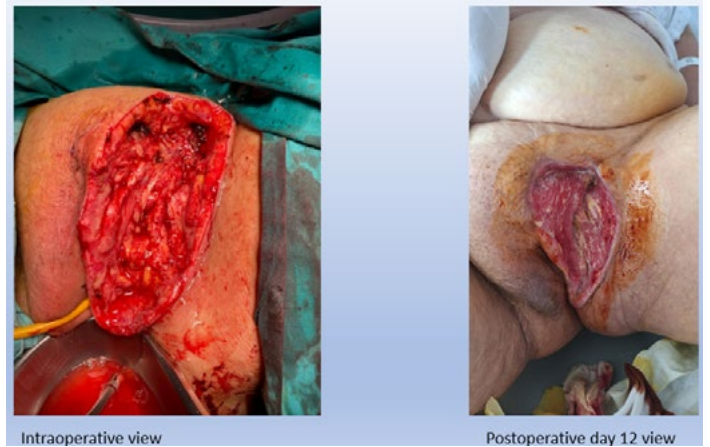
Anahtar Kelimeler: Fournier gangreni, genital rekonstrüksiyon, immünsüpresyon, nekrotizan fasiit, over kanseri

Figure 1



Perineal bölgede Fournier gangreni nedeniyle açılan insizyonda nekrotik/enfekte dokunun görülümü; debridman sırasında kavitenin temizlenmesi ve nekrotik dokunun uzaklaştırılması.

Figure 2



Sol panel: Geniş cerrahi debridman sonrası perineal yara yatağı ve eksize edilen nekrotik alanın intraoperatif görünümü. Sağ panel: Postoperatif 12. günde granülasyon dokusu gelişen, nekroz bulgusu azalmış açık yara görünümü.

8. MİNİMAL İNVAZİV JİNEKOLOJİK CERRAHİ KONGRESİ

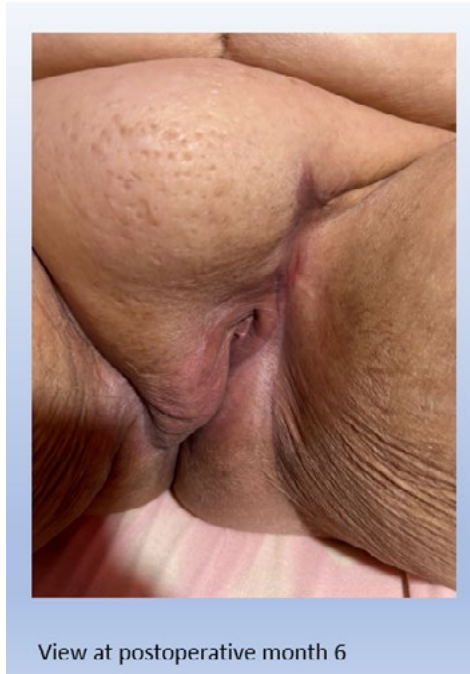
12-14 Şubat 2026 / Wyndham Grand İstanbul Levent Hotel & Conference Center

Figure 3



Sol panel: Postoperatif 1. ayda yara kontraksiyonu ve granülasyon ile iyileşme sürecindeki perineal defekt görünümü. Sağ panel: Revizyon ve definitif kapatma sırasında sütürlerle kapatılan alanın intraoperatif görünümü (dren ile).

Figure 4



Postoperatif 6. ayda tamamlanmış yara iyileşmesi; perineal bölgede belirgin enfeksiyon bulgusu olmaksızın düzgün skar ve kozmetik iyileşme görünümü.

SB-007

Hidrosalpenks zemininde gelişen izole fallop tüpü torsiyonuna laparoskopik yaklaşım

Gizem Naz Kahraman Kıran

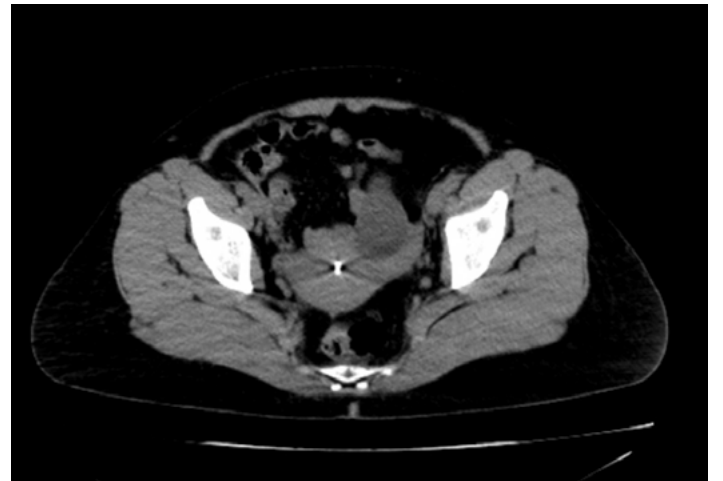
Menderes Devlet Hastanesi, İzmir

İzole fallop tüpü torsiyonu, nadir görülen bir jinekolojik acil durum olup genellikle akut pelvik ağrı ile prezente olur. Klinik bulguların özgül olmaması nedeniyle tanı sıklıkla gecikir ve çoğu olguda kesin tanı cerrahi eksplorasyon sırasında konur (1). Uzun mezosalpenks, hidrosalpenks, geçirilmiş pelvik enfeksiyonlar ve cerrahi öykü torsiyon için predispozan faktörler arasında yer almaktadır (1-3).

Hidrosalpenks, distal tübal obstrüksiyon sonucu gelişen sıvı birikimi ile karakterize olup tüpün distansiyonuna ve mobilitesinin artmasına neden olarak torsiyon riskini artırabilmektedir (4, 5). Bu yazıda, hidrosalpenks zemininde gelişen izole fallop tüpü torsiyonu nedeniyle akut pelvik ağrı ile başvuran bir olgunun tanı ve tedavi süreci sunulmaktadır.

Anahtar Kelimeler: Hidrosalpenks, laparoskopi, pelvik, torsiyon

şekil 1



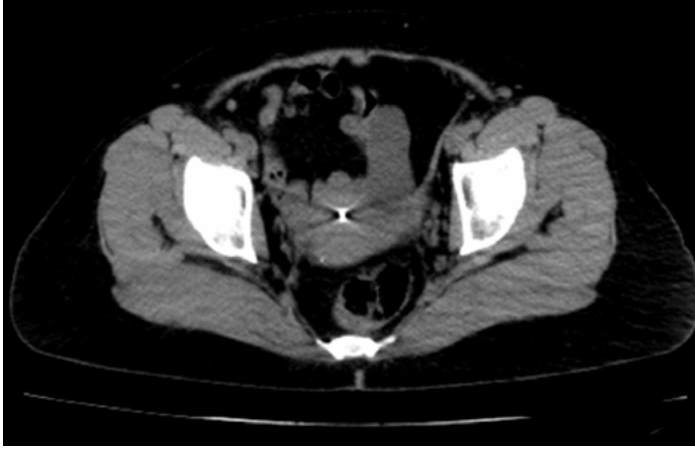
Kontrastsız pelvik bilgisayarlı tomografide sol tuba uterina ait hidrosalpenks ile uyumlu kistik genişleme (ok ile gösterilmiştir). Uterin kavitede izlenen dansitesi yüksek rahim içi araç, yıldız ile gösterilmiştir.

MİNİMAL İNVAZİV
JİNEKOLOJİ DERNEĞİMİNİMAL İNVAZİV
JİNEKOLOJİK ONKOLOJİ DERNEĞİROBOTİK JİNEKOLOJİK
CERRAHİ DERNEĞİ

8. MİNİMAL İNVAZİV JİNEKOLOJİK CERRAHİ KONGRESİ

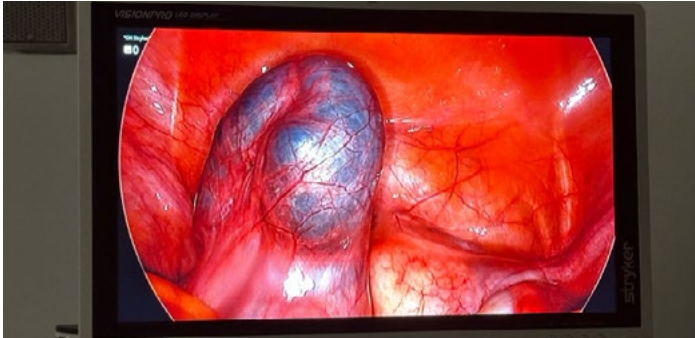
12-14 Şubat 2026 / Wyndham Grand İstanbul Levent Hotel & Conference Center

şekil 2



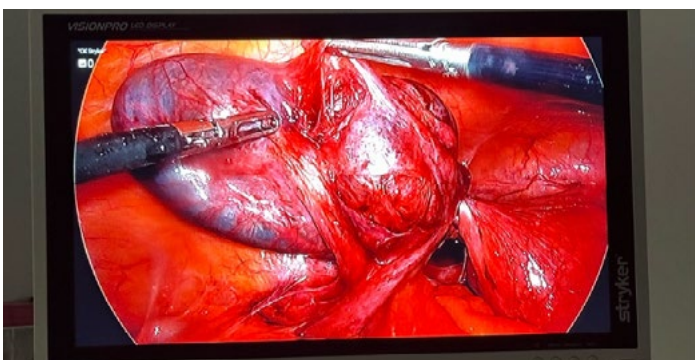
Kontrastsız pelvik bilgisayarlı tomografide sol tuba uterina ait hidrosalpinks ile uyumlu kistik genişleme (ok ile gösterilmiştir). Uterin kavitede izlenen dansitesi yüksek rahim içi araç, yıldız ile gösterilmiştir.

şekil 3



Laparoskopik cerrahi sırasında izlenen, gangrenöz değişiklikler gösteren hidrosalpinks görünümü.

şekil 4



Laparoskopik cerrahi sırasında izlenen, torsiyone olmuş ve gangrenöz değişiklikler gösteren hidrosalpinks görünümü.

SB-008

Laparoskopik histerektomi sonrası şilöz asit: Nadir görülen bir olgu sunumu

Kaan Okan Alkan¹, Hacı Öztürk Şahin¹, Derya Kaptı¹,
Murat Afşin Turhan², Sena Nur Arık², Bilge Topçu²

¹Bursa Şehir Hastanesi, Jinekolojik Onkoloji Cerrahisi, Bursa

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

AMAÇ: Şilöz asit postoperatif dönemde nadir görülen bir klinik bulgudur. Myoma uteri ve anormal uterin kanama endikasyonu ile total laparoskopik histerektomi bilateral salpingoofektomi yapılan hastanın postoperatif dönemde gelişen şilöz drenaj olgusunu incelemeyi amaçladık.

YÖNTEM-GEREÇLER: Bening sebeplerle laparoskopik histerektomi yapılan hastanın postoperatif dönemde drenaj şilöz asit gelmesi üzerine hastanın değerlendirilmesi

BULGULAR: 51 yaşında anormal uterin kanama ile jinekoloji polikliniğine başvuran hastanın yapılan muayenesinde serviks multipar olağan vasıfta uterus bimanuel muayenede normalden iri cesamette ve mobil olarak değerlendirilmiştir. Yapılan ultrasonda istmusa ekspanziv büyüyen endometrial kaviteyi yaylandıran yaklaşık 8 cm myom izlenmiştir. Sonrasında istenen mr görüntülemesi destekler niteliktedir. Yapılan endometrial örneklemesi sonucu endometrial polip olarak gelmiştir. Sonrasında ek hastalığı ve geçirilmiş batin operasyonu olmayan hastaya myoma uteri ve anormal uterin kanama endikasyonu ile total laparoskopik histerektomi bilateral salpingoofektomi yapılmıştır. Kanama takibi yapılması amacıyla vakada batin içine 1 adet Jackson Pratt dren konulmuştur. Postoperatif ikinci gün batından 250 cc şilöz içerik düşündürür vasıfta mai gelmekteydi. (Şekil-1) Bunun üzerine drenaj periton sıvısı kültürü gönderilip enfeksiyona danışılan hasta kültür sonucu çıkana kadar mevcut seftriakson ve metronidazol tedavisinden 3*4,5 gr piperasilin-tazobaktam ve 3*1 gr metronidazol tedavisine geçilmiştir. Sonrasında drenaj total protein, albümin, ldlh trigliserid çalışılmıştır. Tetkik sonuçları Total Protein 35,3 g/L Amilaz 60 U/L, Albümin 19,9 g/L, Trigliserid 1040 mg/dl olarak gelmesi üzerine hastaya şilöz asit tanısı konmuştur ve hastanın oral alımı stoplanıp total parenteral nutrisyon desteği başlanmıştır. Drenaj çalışılan periton sıvısı kültüründe üreme saptanmamıştır. Günlük yaklaşık 100 cc drenajı devam eden hastanın postoperatif beşinci günde drenajı niteliği şilözden seröze dönmesi üzerine total parenteral nutrisyon desteği kesilerek diyetisyen önerileri doğ-

MİNİMAL İNVAZİV
JİNEKOLOJİ DERNEĞİMİNİMAL İNVAZİV
JİNEKOLOJİK ONKOLOJİ DERNEĞİROBOTİK JİNEKOLOJİK
CERRAHİ DERNEĞİ

8. MİNİMAL İNVAZİV JİNEKOLOJİK CERRAHİ KONGRESİ

12-14 Şubat 2026 / Wyndham Grand İstanbul Levent Hotel & Conference Center

rultusunda oral alım başlatılmıştır. Postoperatif dokuzuncu günde drenajdan 50 cc seröz sıvı gelen olması üzerine drenaj çekildi. Hasta postoperatif onuncu günde taburcu edildi.

SONUÇLAR: Özellikle malign jinekolojik operasyonlar sonrası şilöz asit nadir de olsa görülebilmekle birlikte benign vakalarda da olabileceği akılda tutulmaktadır. Şilöz asit tedavisi multidisipliner yaklaşım gerektirebilmektedir. Tedavi konservatif ve cerrahi olabilmektedir.

Anahtar Kelimeler: Şilöz asit, laparoskopik histerektomi, myoma uteri

Şilöz asit



Jackson-Pratt drenajından gelen şilöz asit

SB-009

Nörojenik mesane için yerleştirilen sakral sinir stimülatörünün laparoskopik BSO sonrası dislokasyonu

Şahin Kaan Baydemir, Hasan Volkan Ege
Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Ankara Etlik Şehir Hastanesi, Jinekolojik Onkoloji Cerrahisi

GİRİŞ: Sakral sinir stimülasyonu, nörojenik mesane, detrüsrör yetersizliği ile seyreden kronik idrar retansiyonu ve tedaviye dirençli aşırı aktif mesane olgularında kullanılan etkili bir tedavi seçeneğidir. En sık komplikasyonları enfeksiyonu, elektrot migrasyonu, ağrı ve tedavi etkinliğinde azalmadır. Ayrıca cilt irritasyonu, cihazla ilişkili teknik sorunlar, hematoma veya seroma gelişimi ve zamanla yetersiz klinik yanıt görülebilir. Literatürde nadir de olsa elektrot migrasyonuna bağlı rektum perforasyonu bildirilmiştir.

OLGU: Histerektomize 44 yaşındaki hastada takiplerde komplike over kisti saptanması üzerine laparoskopik bilateral ooforektomi planlandı. Hastanın diabetes mellitus, hiperlipidemi ve şizofreni öyküsü mevcut olup düzenli medikal tedavi kullanmaktaydı. Ayrıca nörojenik mesane nedeniyle 2024 yılında sakral sinir stimülatörü implantasyonu öyküsü bulunmaktaydı. Preoperatif değerlendirmede sol overde 5–6 cm çapında, multilobüle ve kalın septalar içeren komplike kistik lezyon saptandı; CA 19-9 düzeyinde hafif artış mevcuttu. Hormon profili menopoz ile uyumlu bulundu. Preoperatif üroloji konsültasyonu yapıldı ve stimülatör firması ile görüşülerek cihaz kapatıldı; intraoperatif dönemde bipolar enerji kullanıldı. Laparoskopik bilateral ooforektomi sonrasında stimülatör yeniden aktive edildi; ancak mesane sondası çekildikten sonra hastada spontan miksiyon gelişmedi. Yapılan değerlendirmelerde elektrotun distal kısmında dislokasyon saptandı ve dördüncü kontage verilen uyarının hasta tarafından algılanmadığı görüldü. Hastaya stimülatör revizyonu planlandı ve bu süreçte TAK önerildi. Üroloji bölümü ve stimülatör firmasının değerlendirmesinde, cerrahi öncesi veya cerrahi sırasında uygulanan hasta pozisyonuna bağlı manipülasyonların, özellikle kalça ekleminde olası hiper ekstansiyonun, elektrot dislokasyonuna katkıda bulunmuş olabileceği bildirildi.

TARTIŞMA: Sakral sinir stimülasyonunda enfeksiyon, elektrot migrasyonu veya yetersiz etkinlik nedeniyle ilk bir yıl içinde revizyon ya da cihaz çıkarılma oranları yaklaşık %8 olarak bildirilmiştir; uzun dönem takipte yeniden girişim oranları %30'a kadar ulaşabilmektedir. Enfeksiyon oranları %3–11 arasında değişmekte olup her zaman imp-

MİNİMAL İNVAZİV
JİNEKOLOJİ DERNEĞİMİNİMAL İNVAZİV
JİNEKOLOJİK ONKOLOJİ DERNEĞİROBOTİK JİNEKOLOJİK
CERRAHİ DERNEĞİ

8. MİNİMAL İNVAZİV JİNEKOLOJİK CERRAHİ KONGRESİ

12-14 Şubat 2026 / Wyndham Grand İstanbul Levent Hotel & Conference Center

lantın çıkarılmasını gerektirmemektedir. Elektrot migrasyonu oranı %2-3 olarak bildirilmekle birlikte migrasyona bağlı rektum perforasyonu vakaları literatürde sınırlı sayıda rapor edilmiştir.

Elektrot migrasyonu, sakral sinir stimülasyonunun etkinliğini doğrudan etkileyen önemli bir komplikasyon olup genellikle spontan olarak veya elektrot ankrajının yetersizliği sonucunda ortaya çıkmaktadır. Bununla birlikte, cerrahi dışı dönemlerde uygulanan hasta pozisyonlaması, tekrarlayan mekanik stres ve ekstrem eklem hareketlerinin de elektrot stabilitesini bozabileceği göz ardı edilmemelidir. Bu durum, özellikle uzun süredir implantı bulunan hastalarda cerrahi planlama ve pozisyonlama sırasında ek dikkat gerektirdiğini düşündürmektedir. Bizim olgumuzda elektrot dislokasyonunun, implantasyondan yaklaşık bir yıl sonra, cerrahi öncesi veya cerrahi sırasında uygulanan hasta pozisyonuna bağlı manevralar, özellikle kalça eklemindeki olası hiperekstansiyon sonucunda gelişmiş olabileceği düşünülmüştür. Sonuç olarak, sakral sinir stimülatörü bulunan hastalarda minimal invaziv cerrahi planlansa dahi hasta pozisyonlaması ve perioperatif manipülasyonlara bağlı nadir ancak ciddi komplikasyonların gelişebileceği akılda tutulmalı; post operatif dönemde bu açıdan değerlendirme yapılmalıdır.

Anahtar Kelimeler: minimal invaziv cerrahi, nörojenik mesane, sakral sinir stimülatörü

SB-010

Adneksiyal Kitleye Yaklaşım: Olgu Sunumu

İrem Özge Uzunoğlu Mehraş

Ankara Gölbaşı Şehit Ahmet Özsoy Devlet Hastanesi

GİRİŞ: Adneksiyal kitlelerin etiyolojisi luteal kistlerden over kanserine kadar değişmektedir. Klinisyenin birden fazla organdan gelen semptomları, bulguları yorumlaması ve adneksiyal kitle nedenleri arasında hızlı bir şekilde ayırım yapmak için uygun görüntülemeleri kullanması gerekir. Etkili tarama mevcut olmadığında, adneksiyal kitlelerin %70'i geç bir aşamada teşhis edilir. Adneksiyal kitlesi olan hastalar asemptomatik olabilir veya pelvik ağrı, basınç, karın dolgunluğu, gastrointestinal semptomlar (örneğin, bulantı, kusma, kabızlık, şişkinlik), sık idrara çıkma, dismenore, disparoni, ateş, anormal uterus kanaması gibi semptomlarla gelebilir. Semptomların sıklığı, kitlenin etiyolojisine ve hasta faktörlerine bağlı olarak büyük ölçüde değişir. Akut ağrısı olan ve ektopik gebelik, over torsiyonu, tuboovaryan apsesi veya hemodinamik instabilitesi olan hastalar acil cerrahi müdahale gerektirebilir.

OLGU: 29 yaşında, g0 virgo, siklusu düzenli olan hasta; 6 aydır devam eden karın ağrısı şikayeti mevcut ancak hasta başvurusu yok. Acil servisimize anürik hipotansif ve taşikardik olarak 112 ile getirildi. Yapılan fizik muayenede batinında dev kitle palpabl, defans rebound yok. Kan gazı ph 7.19 laktat 4.3, wbc 19.01, üre kreatin normal beta hcg negatif crp negatif, Acil Pelvik Bt sonucu pelvik fossayı ve batin orta hattı tama yakın dolduran, intestinal ansları deplase eden en geniş yerinde yaklaşık 233 mm çapında yumuşak doku lezyonu? olarak değerlendirildi. Sonrasında yoğun bakım ihtiyacı nedeniyle ileri merkeze sevk edildi.

Hasta Etlik Şehir Hastanesi Cerrahi Yoğun Bakım Ünitesi tarafından kabul edildi. Yapılan Kontrastlı Abdomen Bt incelemesinde uterus fundus kesimde 27x25mm boyutlarında nodüler lezyon tespit edildi. Düşük doz (20 mcg/dk) steradin başlandı ancak vitaller instabil olması üzerine (ta 69/40 nb 104) genel cerrahi tarafından acil laparotomi kararı verildi. Gam güm kesi ile batinında girildi, gözlemlenilen uterus fundus kaynaklı fundusa yaklaşık 5 cm tabanı olan 30*25 cm solid komponentli bilobule kitle izlenmesi üzerine jinekolojik onkoloji vakaya davet edildi. Ligasüre ile kitle eksize edildi. Spesmen rupture olmadan batin dışına alındı ardından uterus muayenesinde fundusta yaklaşık 5 cm lik defekt izlendi uterus kornuları ve tuba girişleri intakt izlendi. Uterus posterior istmus seviyesinde Tıp 3-5, 3 cm myom izlendi. Kaviteye girilmedi. 2.0 vicryl ile önce uterus myometriumu dolduruldu. Materyal patolojiye gönderildi. Tümör marker-

MİNİMAL İNVAZİV
JİNEKOLOJİ DERNEĞİMİNİMAL İNVAZİV
JİNEKOLOJİK ONKOLOJİ DERNEĞİROBOTİK JİNEKOLOJİK
CERRAHİ DERNEĞİ

8. MİNİMAL İNVAZİV JİNEKOLOJİK CERRAHİ KONGRESİ

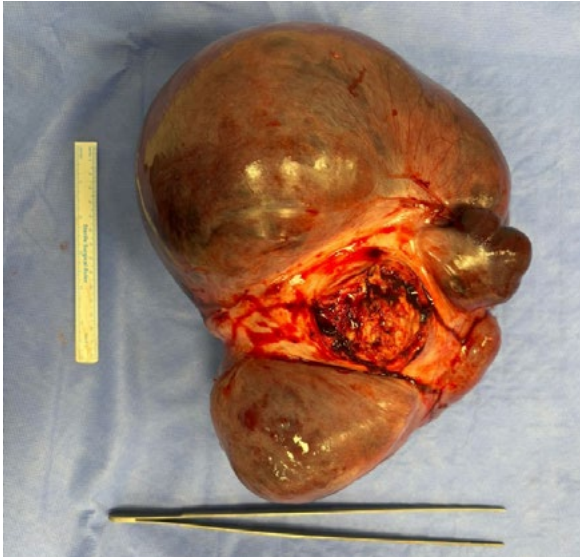
12-14 Şubat 2026 / Wyndham Grand İstanbul Levent Hotel & Conference Center

ları negatif olarak sonuçlandı. Postop 4.gününde batından 1 adet soft dren çekildi. Yattığı süre boyunca hastaya 6U ESP 3U TDP transfüzyonu ve antibiyoterapi verildi. Enfeksiyon, hematoloji ve medikal onkoloji konsültasyonları sonrasında şifa ile taburcu edildi. Patoloji sonucu yaygın dejeneratif değişiklikler içeren leiomyom olarak sonuçlandı.

SONUÇ: Adneksiyal kitlelerde erken tanı ve tedavi oldukça önemlidir. Kadınlarda rutin jinekolojik muayeneler önem arz etmektedir.

Anahtar Kelimeler: adneksiyal kite, leiomyom, hemodinamik instabilite

Materyal



Materyal



Pelvik Bt



Pelvik Bt



MİNİMAL İNVAZİV
JİNEKOLOJİ DERNEĞİMİNİMAL İNVAZİV
JİNEKOLOJİK ONKOLOJİ DERNEĞİROBOTİK JİNEKOLOJİK
CERRAHİ DERNEĞİ

8. MİNİMAL İNVAZİV JİNEKOLOJİK CERRAHİ KONGRESİ

12-14 Şubat 2026 / Wyndham Grand İstanbul Levent Hotel & Conference Center

SB-011

Total Vaginal Natural Orifice Transendoscopic Hysterectomy versus Single-Incision Laparoscopic Hysterectomy in Patients with a Narrow Pubic Arch

Kemal Gungorduk¹, Berican Uyar², Berke Ergü²,
Varol Gülseren³

¹Division of Gynecologic Oncology, Department of Obstetrics and Gynecology, Faculty of Medicine, Muğla Sıtkı Kocman University, Muğla, Turkey

²Department of Obstetrics and Gynecology, Faculty of Medicine, Muğla Sıtkı Kocman University, Muğla, Turkey

³Division of Gynecologic Oncology, Department of Obstetrics and Gynecology, Faculty of Medicine, Katip Çelebi University Faculty of Medicine, İzmir, Turkey.

BACKGROUND: Total vaginal natural orifice transendoscopic hysterectomy (TVNH) is a procedure conducted entirely through an endoscopic approach via the vagina, where every surgical step, including the colpotomy, is performed endoscopically. This technique is particularly suitable for patients who have not undergone vaginal childbirth, have a long and narrow vagina, lack uterine prolapse, or have a history of cervical conization, conditions in which exposure of the cervix through open vaginal surgery may be technically challenging.

AIM: To compare the intraoperative and postoperative outcomes of TVNH and single-incision laparoscopic hysterectomy (SILH) in patients with a narrow pubic arch.

METHOD: This observational retrospective study was conducted between January 2023 and September 2025. Patients with a narrow pubic arch (subpubic arch angle $\leq 100^\circ$) who were nulliparous or multiparous without a history of vaginal delivery, had limited vaginal space, absence of uterine descent, a uterine volume $< 150 \text{ cm}^3$, and who underwent TVNH or SILH were included in the study. Demographic characteristics, operative times, perioperative complications, pain scores, and Quality of Recovery-15 (QoR-15) were recorded and compared between the groups.

RESULTS: Among patients scheduled for hysterectomy with a narrow pubic arch, 30 patients (65.2%) underwent the SILH procedure, while 16 patients (34.8%) underwent the TVNH procedure. Hysterectomy combined with oophorectomy was performed in 25 patients (83.3%) in the SILH group and in 13 patients (81.3%) in the TVNH group. The operative duration was significantly longer in

the TVNH group compared to the SILH group (83.1 ± 13.7 vs. 74.5 ± 12.3 minutes; $P = 0.036$). No major intraoperative complications were observed in either group. The mean VAS score at the 6th postoperative hour was significantly lower in the TVNH group than in the SILH group (5.0 ± 1.0 vs. 5.9 ± 1.5 ; $P = 0.044$). Similarly, at the 24th postoperative hour, the VAS score remained significantly lower in the TVNH group compared with the SILH group (1.5 ± 0.7 vs. 2.1 ± 0.7 ; $P = 0.020$). FPS-R scores were also significantly lower in the TVNH group. At 48 hours postoperatively, the QoR-15 score was higher in the TVNH group.

CONCLUSION: Despite a relatively longer operative time in patients with a narrow pubic arch, TVNH provides several advantages, including reduced postoperative pain, improved cosmetic outcomes, enhanced quality of recovery, and no increase in complication rates.

Anahtar Kelimeler: Hysterectomy, single-incision laparoscopic surgery, vaginal natural orifice transendoscopic surgery, narrow pubic arch.

MİNİMAL İNVAZİV
JİNEKOLOJİ DERNEĞİMİNİMAL İNVAZİV
JİNEKOLOJİK ONKOLOJİ DERNEĞİROBOTİK JİNEKOLOJİK
CERRAHİ DERNEĞİ

8. MİNİMAL İNVAZİV JİNEKOLOJİK CERRAHİ KONGRESİ

12-14 Şubat 2026 / Wyndham Grand İstanbul Levent Hotel & Conference Center

SB-012

Morbid obez ve multimorbid bir hastada V-NOTES yaklaşımı ile endometrioid tip endometrium kanseri tedavisi: Olgu sunumu

Süleyman Özen¹, Gülin Özuyar Şimşek¹, Eda GünerÖzen², Ahkam Göksel Kanmaz², Muzaffer Sancı¹¹İzmir Şehir Hastanesi, Jinekolojik Onkoloji Cerrahisi Kliniği, İzmir²İzmir Şehir Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği, İzmir

çenek olarak değerlendirilebilir. Sunulan olgu, yüksek riskli hastalarda minimal invaziv cerrahinin uygulanabilirliğini ve avantajlarını göstermesi açısından önemlidir.

Anahtar Kelimeler: Endometrium kanseri, minimal invaziv cerrahi, morbid obezite, V-NOTES, yaşlı hasta, yüksek riskli olgu

GİRİŞ: Endometrioid tip endometrium kanseri, postmenopozal dönemde sık görülen bir malignite olup erken evrede tanı konulduğunda cerrahi tedavi ile kür sağlanabilmektedir. Morbid obezite ve çoklu sistemik hastalıklar, cerrahi yaklaşımı ve perioperatif süreci önemli ölçüde zorlaştırmaktadır. Bu bildiride, ileri yaştaki morbid obez ve multimorbid bir hastada V-NOTES (Vaginal Natural Orifice Transluminal Endoscopic Surgery) ile gerçekleştirilen histerektomi ve bilateral salpingooforektomi operasyonu sunulmaktadır.

YÖNTEM: Postmenopozal kanama nedeniyle yapılan endometrial biyopsi sonucu endometrioid tipte, Grade 2 endometrium adenokarsinomu tanısı konulan ve birçok sistemik hastalığı bulunan ileri yaştaki kadın hasta, cerrahi tedavi için kliniğimize başvurmuştur. Hasta; hipertansiyon, diyabet, koroner arter hastalığı, astım ve geçirilmiş kardiyak cerrahi nedeniyle yüksek riskli olarak değerlendirilmiştir. Yapılan PET-BT ve görüntüleme sonuçlarında uzak metastaz ya da patolojik lenf nodu saptanmamıştır. Hastaya staging amacıyla V-NOTES yöntemi ile histerektomi, bilateral salpingooforektomi ve sistoskopi uygulanmıştır. Frozen kesit incelemesinde yüzeysel invazyon izlenmiştir.

BULGULAR: Postoperatif histopatolojik değerlendirme sonucunda endometrioid tip adenokarsinom (Grade 2) ve FIGO Evre 1A tanısı konulmuştur. Tümör boyutu 5,7 cm olarak ölçülmüş, myometriyal invazyon derinliği 0,9 cm olarak belirlenmiş (myometriyum toplam kalınlığı 3 cm). Lenfovasküler ve perivasküler invazyon saptanmamış, servikal yayılım izlenmemiştir. İmmünohistokimyasal boyamalarda ER (%25) ve PR (%30) pozitif, CEA negatif, p53 ise non-spesifik bulunmuştur. Hasta postoperatif süreci sorunsuz geçirmiştir. Multidisipliner konsey tarafından üç aylık klinik takip önerilmiştir.

SONUÇ: Morbid obez ve multimorbid hastalarda klasik abdominal ya da laparoskopik cerrahinin riskleri nedeniyle alternatif yaklaşımlar önem kazanmaktadır. V-NOTES yöntemi, bu hasta grubunda hem güvenli hem de etkili bir se-

MİNİMAL İNVAZİV
JİNEKOLOJİ DERNEĞİMİNİMAL İNVAZİV
JİNEKOLOJİK ONKOLOJİ DERNEĞİROBOTİK JİNEKOLOJİK
CERRAHİ DERNEĞİ

8. MİNİMAL İNVAZİV JİNEKOLOJİK CERRAHİ KONGRESİ

12-14 Şubat 2026 / Wyndham Grand İstanbul Levent Hotel & Conference Center

SB-013

v-NOTES Histerektomi bilateral salpingo-ooforektomi operasyonuna bilateral uterosakral ligament süspansiyonu eklenmesi ve faydaları

Gülin Işık, Çağan Emre Şen, Fulya Deniz Geçer, Nuray Bozkurt, Mertihan Kurdoğlu, Ahmet Erdem, Mehmet Erdem, Erhan Demirdag
Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Ankara/Türkiye

GİRİŞ: Pelvik organ prolapsusu cerrahisinde histerektomi sonrası dönemde gelişebilecek vajen cuff prolapsusu, uzun dönem başarısızlığın en önemli nedenlerinden biridir. Vajen cuff'ın uterosakral ligamentlere asılması, apikal desteğin yeniden sağlanmasında kritik rol oynamaktadır. Bu vaka sunumunun amacı, postmenopozal bir hastada vaginal natural orifice transluminal endoscopic surgery (vNOTES) yaklaşımı ile gerçekleştirilen total histerektomi + bilateral salpingo-ooforektomi (BSO) sonrasında aynı seansta uygulanan yüksek uterosakral ligament süspansiyonunun, vajen cuff desteğine katkısını, üreter güvenliği, cerrahi uygulanabilirliğini ve operasyon süresine olan minimal etkisini göstermektir.

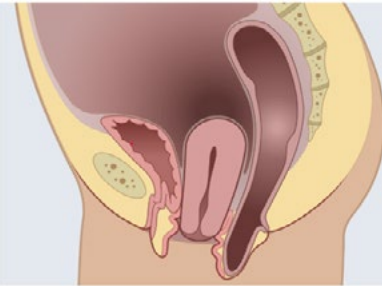
OLGU: 70 yaşında, postmenopozal kadın hasta pelvik taban patolojisi nedeniyle değerlendirildi. vNOTES yaklaşımı ile total histerektomi ve bilateral salpingo-ooforektomi uygulandı. Histerektomi ve BSO tamamlandıktan sonra, vajen cuff prolapsusunu önlemek amacıyla bilateral yüksek uterosakral ligament süspansiyonu gerçekleştirildi. Bu aşamada, uterosakral ligamentler boyunca periton dikkatli şekilde serbestleştirildi. Böylece ligamentlerin vajen cuff'a daha fizyolojik açıyla asılması sağlandı ve üreterlerin medializasyonu veya kink yapma riski azaltıldı. (kink testi) Endoskopik görüş avantajı sayesinde üreterlerin seyri net olarak izlenerek süspansiyon güvenli biçimde tamamlandı. Bu ek cerrahi adım operasyon süresini yalnızca 12 dakika artırdı. Perioperatif komplikasyon izlenmedi. Erken ve geç postoperatif dönemde hastanın şikâyeti olmadı. Vajen cuff intakt ve destekli izlendi. Post operatif 3. ay kontrolünde yapılan vajinal muayenede vajen cuff (POP-Q C noktası) -5 de izlendi. Üriner sistem komplikasyonuna rastlanmadı ve hasta günlük yaşamına kısa sürede döndü.

SONUÇ: Histerektomi sonrası vajen cuff'ın yüksek uterosakral ligamentlere süspanse edilmesi, pelvik organ prolapsusu cerrahisinde apikal desteğin korunması açısından etkili bir yöntemdir. Süspansiyon sırasında peritonun serbestleştirilmesi, üreteral kink ve obstrüksiyon riskini azal-

tarak cerrahi güvenliği artırmaktadır. Bu olgu, vNOTES yaklaşımı ile histerektomi ve yüksek uterosakral ligament süspansiyonunun aynı seansta, güvenli ve zaman açısından verimli bir şekilde uygulanabileceğini göstermektedir. Bu tekniğin cerrahi pratiğe entegrasyonuna katkı sağlamayı ve histerektomi sonrası oluşabilecek vajen cuff prolapsuslarını azaltmayı hedeflemektedir.

Anahtar Kelimeler: vNOTES, yüksek uterosakral ligasyon, vajen cuff, pelvik organ prolapsusu, minimal invaziv cerrahi

Prolapsus G



Aa 1 anterior wall	Ba 1 anterior wall	C 0 cervix or cuff
gh 4 genital hiatus	pb 1 perineal body	tvl 10 total vaginal length
Ap 1 posterior wall	Bp 1 posterior wall	D -2 posterior fornix

Şekil 1. Desensus uteri, sistosel ve rektoseli olan hastanın pre-operatif POP-Q evrelemesi

MİNİMAL İNVAZİV
JİNEKOLOJİ DERNEĞİMİNİMAL İNVAZİV
JİNEKOLOJİK ONKOLOJİ DERNEĞİROBOTİK JİNEKOLOJİK
CERRAHİ DERNEĞİ

8. MİNİMAL İNVAZİV JİNEKOLOJİK CERRAHİ KONGRESİ

12-14 Şubat 2026 / Wyndham Grand İstanbul Levent Hotel & Conference Center

SB-014

İlk trimesterde batın içerisinde tespit edilen rahim içi aracın laparoskopik olarak çıkarılması ve gebeliğin yönetimi

Melike Kar Aksoy, arzu yavuz

Kocaeli Şehir Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği, Kocaeli

AMAC: Rahim içi araçlar (RİA), gelişmekte olan ülkelerde en sık kullanılan kontrasepsiyon yöntemi olup ülkemizde de en sık kullanılan modern kontrasepsiyon yöntemidir. RİA uygulamaları sırasında görülen nadir ama en ciddi komplikasyon uterus perforasyonudur ve 1-3/1000 oranında görülmektedir. Uterus perforasyonu sonrasında RİA'lar batın içerisinde herhangi bir yere göç edebilir. Uterin kavite dışına kaçan RİA'lar, organ perforasyonlarına, batın içi enfeksiyonlara, apselere ve adezyonlara sebep olabilmektedir. RİA'ların uterustan göçü sonrasında kontraseptif özelliği olmadığı için gebelik oluşabilmektedir. RİA ile oluşan gebelikler; spontan abortus, enfeksiyon, erken membran rüptürü ve preterm doğum gibi obstetrik komplikasyonlar açısından artmış risk taşımaktadır. Bizim bu olgumuzda amacımız RİA varlığında gelişen intrauterin gebelik ve laparoskopik olarak RİA çıkarılması sonrası gebeliğin yönetimi ve sonuçlarını literatür eşliğinde paylaşmaktır.

OLGU: 32 yaşında, altıncı gebeliği olan hastanın 3 normal vajinal doğum 2 abortus öyküsü vardı. 10 hafta 5 günlük gebe iken kadın doğum acil polikliniğimize başvurdu. Dış merkezden tarafımıza RİA ve gebelik nedeniyle yönlendirilmişti. Hastanın öyküsünde yedi ay önce normal vajinal doğum sonrası postpartum ikinci ayında RİA takıldığı öğrenildi. Yapılan muayenesinde spekulumda RİA ipi izlenmedi. Transvajinal ultrasonografide intrauterin normal lokalizasyonda, 10 hafta 5 gün ile uyumlu tekil canlı gebelik ve serviks posterior lokalizasyonda, douglas boşluğunda, batın içerisinde olduğu düşünülen RİA ile uyumlu hipe-rekojen görünüm izlendi. Hastaya öncelikle ilk trimester anomali taraması ve kombine tarama testi planlandı. 12. gebelik haftasında yapılan ultrasonografide anomali tespit edilmedi ve kombine tarama testi düşük risk olarak geldi. 14. gebelik haftasında hastaya laparoskopik RİA çıkarılması planlandı. Yapılan laparoskopide batın içi optik gözlemede uterus gebelik haftasıyla uyumlu görünüm ve boyutta, bilateral adneksler doğal görünümde idi. Batın içerisinde douglas boşluğu yerleşimli RİA tek parça halinde izlendi ve çıkarıldı. Postoperatif takiplerinde sorun olmayan hasta, postoperatif ikinci gününde şifa ile taburcu edildi. Gebelik takipleri sırasında obstetrik komplikasyon görülmedi. Hasta

40 hafta 1 gün gebelik haftasında iken, miadında eylemde gebe endikasyonu ile doğumhaneye yatırılıp doğum yapıldı. Normal vajinal yolla, 3045 gr ağırlığında, tekil canlı erkek bebek, 8/9 Apgar skoruyla doğurtuldu. Postpartum birinci gününde anne ve bebek şifa ile taburcu edildi.

SONUÇ: Uterus perforasyonları genellikle RİA takılmasını takiben ilk altı ay içerisinde görülmekle birlikte birkaç yıl sonra da olabilir. Gebelikte komplike olmuş kayıp RİA'lar ihmal edilmemeli, uterus perforasyonu ile RİA'nın batın içi migrasyonu mutlaka akılda tutulmalıdır. Gebelikte RİA'nın yerinin belirlenmesi için ultrasonografiden yararlanılabilir. Abdominal kavite içerisinde RİA saptanan gebe hastalarda ise laparoskopi güvenilir ve minimal invaziv bir yöntem olarak kabul edilmektedir.

Anahtar Kelimeler: batında rahim içi araç, gebelik, laparoskopi

MİNİMAL İNVAZİV
JİNEKOLOJİ DERNEĞİMİNİMAL İNVAZİV
JİNEKOLOJİK ONKOLOJİ DERNEĞİROBOTİK JİNEKOLOJİK
CERRAHİ DERNEĞİ

8. MİNİMAL İNVAZİV JİNEKOLOJİK CERRAHİ KONGRESİ

12-14 Şubat 2026 / Wyndham Grand İstanbul Levent Hotel & Conference Center

SB-022

Benign endikasyonlarla uygulanan total laparoskopik histerektominin perioperatif sonuçları: tek merkez deneyimi

İbrahim Taşkum¹, Necd Makansi¹, Erkan Şimşek²¹Gaziantep Şehir Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği, Gaziantep²Gaziantep Şehir Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği Jinekolojik Onkoloji Bölümü, Gaziantep

Tablo 1. Total laparoskopik histerektomi uygulanan hastaların klinik ve perioperatif özellikleri

Hasta sayısı, n	30
Yaş, yıl (ortalama ± SS)	52.7 ± 9.4
BMI, kg/m ² (ortalama ± SS)	30.1 ± 5.7
Preop Hgb, g/dL (ortalama ± SS)	12.6 ± 1.4
Postop Hgb, g/dL (ortalama ± SS)	11.3 ± 1.5
Hastanede kalış süresi, gün (ortalama ± SS)	3.2 ± 1.1
Mesane Yaralanması	1

GİRİŞ: Total laparoskopik histerektomi (TLH), benign jinekolojik hastalıkların tedavisinde minimal invaziv cerrahinin yaygın olarak kullanılan yöntemlerinden biridir. Daha az postoperatif ağrı, kısa hastanede kalış süresi ve hızlı iyileşme sağlaması nedeniyle klinik pratikte önemli bir yer tutmaktadır. Bu çalışmada benign endikasyonlarla TLH uygulanan hastaların perioperatif sonuçlarının tek merkez deneyimi olarak değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

YÖNTEM: Bu retrospektif çalışmaya benign jinekolojik endikasyonlarla total laparoskopik histerektomi uygulanan 30 hasta dahil edildi. Çalışma, tek merkezde gerçekleştirilen cerrahi uygulamaların sonuçlarını yansıtmaktadır. Hastaların demografik özellikleri, preoperatif ve postoperatif hemoglobin (Hgb) düzeyleri, hastanede kalış süresi ve perioperatif komplikasyonlar değerlendirildi. Veriler hasta dosyalarından elde edildi ve tanımlayıcı istatistikler kullanılarak analiz edildi.

BULGULAR: Hastaların yaş ortalaması 52.7 ± 9.4 yıl, ortalama vücut kitle indeksi 30.1 ± 5.7 kg/m² idi. Ortalama preoperatif Hgb düzeyi 12.6 ± 1.4 g/dL, postoperatif Hgb düzeyi ise 11.3 ± 1.5 g/dL olarak saptandı. Ortalama hastanede kalış süresi 3.2 ± 1.1 gün idi. Çalışma grubunda majör intraoperatif veya postoperatif komplikasyon izlenmedi ve hiçbir olguda laparotomiye dönüş gerekmedi.

SONUÇ: Total laparoskopik histerektomi, benign jinekolojik endikasyonlarda uygun hasta seçimi ile güvenli ve etkili bir minimal invaziv cerrahi yöntemdir. Bu tek merkez deneyimi, kabul edilebilir hemoglobin düşüşü, kısa hastanede kalış süresi ve düşük komplikasyon oranları ile TLH'nin klinik pratikte güvenle uygulanabileceğini göstermektedir.

Anahtar Kelimeler: benign jinekolojik hastalıklar, laparoskopi, minimal invaziv cerrahi, total laparoskopik histerektomi

MİNİMAL İNVAZİV
JİNEKOLOJİ DERNEĞİMİNİMAL İNVAZİV
JİNEKOLOJİK ONKOLOJİ DERNEĞİROBOTİK JİNEKOLOJİK
CERRAHİ DERNEĞİ

8. MİNİMAL İNVAZİV JİNEKOLOJİK CERRAHİ KONGRESİ

12-14 Şubat 2026 / Wyndham Grand İstanbul Levent Hotel & Conference Center

SB-033

Serviks Kanseri Olgusunda Bilateral Nefrostomiye Eşlik Eden Tek Taraflı Mor İdrar Torbası Sendromu (PUBS)

Akif Ertek¹, Tuba Gülcü², Şaban Oğuz Demirdöğen¹¹Atatürk Üniversitesi, Üroloji ABD, Erzurum²Atatürk Üniversitesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum ABD, Erzurum

AMAC: Serviks kanseri, ileri evrelerde üreteral obstrüksiyona bağlı hidronefroz ve üriner diversiyon gereksinimi ile seyredebilen önemli bir jinekolojik malignitedir. Bu olgu sunumunda, ileri evre serviks kanseri nedeniyle bilateral nefrostomi ile izlenen bir hastada yalnızca tek taraflı gelişen mor idrar torbası sendromunun (Purple Urine Bag Syndrome, PUBS) sunulması ve serviks kanserine bağlı üriner stazın bu nadir klinik tabloyla ilişkisinin tartışılması amaçlanmıştır.

OLGU: İleri evre serviks kanseri tanısı ile takip edilen ve bilateral üreteral obstrüksiyon nedeniyle bilateral nefrostomi uygulanmış 72 yaşında kadın hasta, medikal onkoloji kliniğinde yapılan rutin kontrol sırasında sol nefrostomi torbasında mor renk değişikliği saptanması üzerine değerlendirilmek üzere tarafımıza yönlendirildi. Fizik muayenede sol nefrostomi torbasında belirgin mor renklenme izlenirken, sağ nefrostomi torbasının normal idrar görünümünde olduğu gözlemlendi. Hastanın vital bulguları stabil olup, laboratuvar incelemelerinde sistemik enfeksiyonu düşündüren belirgin bir patoloji saptanmadı.

Sol nefrostomiden alınan idrar kültüründe Proteus mirabilis üremesi tespit edilirken, sağ nefrostomi idrar kültüründe üreme izlenmedi. Hastaya kültür antibiyogram sonucuna uygun antibiyoterapi başlandı. Her iki nefrostomi hattı steril koşullarda değiştirildi ve mor renkli idrar torbası yenisi ile değiştirildi. Takiplerinde sol nefrostomi torbasındaki mor renklenmenin tamamen kaybolduğu gözlemlendi. Hastanın hidrasyon durumu düzenlendi ve kabızlık giderici destek tedavisi uygulandı. Hasta klinik olarak stabil seyirle izleme alındı. PUBS; özellikle yaşlı, kadın, kronik hastalığı olan ve uzun süreli üriner kateterizasyonu bulunan hastalarda görülen nadir bir klinik durumdur. Serviks kanserine bağlı üreteral obstrüksiyon ve kronik üriner staz, nefrostomi hastalarında PUBS gelişimi açısından önemli predispozan faktörler arasında yer almaktadır. Triptofan metabolitlerinin bakteriyel enzimler aracılığıyla indigo ve indirubin pigmentlerine dönüşmesi sonucu gelişen bu tablo, çoğunlukla mesane kateterleri ile ilişkilendirilmiş olup, nefrostomi torbalarında ve

özellikle tek taraflı gelişimi son derece nadirdir.

SONUÇ: Mor idrar torbası sendromu genellikle benign seyirli olmakla birlikte, altta yatan enfeksiyon, üriner staz ve maligniteye bağlı obstrüktif süreçlerin dikkatle değerlendirilmesini gerektirir. Serviks kanserine bağlı bilateral nefrostomi ile izlenen bir hastada PUBS'nin yalnızca tek taraflı gelişmesi, bu olguyu literatürde nadir ve dikkat çekici kılmaktadır. Bu tür olguların raporlanması, jinekolojik malignitelerde üriner komplikasyonların farkındalığını artıracak ve multidisipliner yaklaşımın önemine katkı sağlayacaktır.

Anahtar Kelimeler: Mor İdrar Torbası, Nefrostomi, Ürojenekoloji, Serviks Kanseri

Tek Taraflı Mor İdrar Torbası Sendromu



Serviks Kanseri Olgusunda Bilateral Nefrostomiye Eşlik Eden Tek Taraflı Mor İdrar Torbası Sendromu

MİNİMAL İNVAZİV
JİNEKOLOJİ DERNEĞİMİNİMAL İNVAZİV
JİNEKOLOJİK ONKOLOJİ DERNEĞİROBOTİK JİNEKOLOJİK
CERRAHİ DERNEĞİ

8. MİNİMAL İNVAZİV JİNEKOLOJİK CERRAHİ KONGRESİ

12-14 Şubat 2026 / Wyndham Grand İstanbul Levent Hotel & Conference Center

SB-034

Asemptomatik Adölesanda OHVIRA (HWW) Sendromu: Uterus Didelfis, Obstrükte Hemivajen ve Ipsilateral Renal Agenezi

Şüheda Bahadır¹, Fulya Deniz Geçer², Gülin Işık²,
Merve Önder³, Elif Bozkurt², İsmail Akdulum²,
M. Funda Cevher Akdulum², Nuray Bozkurt²

¹Ankara Atatürk Sanatoryum Eğitim ve Araştırma Hastanesi

²Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi

³Bozüyük Devlet Hastanesi

GİRİŞ: Müllerian kanal anomalileri adölesan dönemde primer amenore, dismenore veya sıklık pelvik ağrı ile ortaya çıkabilmekle birlikte bazı olgular asemptomatik dönemde görüntüleme sırasında saptanabilmektedir. Obstrükte hemivajen ve ipsilateral renal anomali sendromu (OHVIRA; Herlyn–Werner–Wunderlich sendromu), uterus didelfis ile longitudinal vajinal septuma bağlı hemivajen obstrüksiyonu ve aynı tarafta renal agenezi triadı ile karakterizedir. Erken tanı, menarş sonrası dönemde hematokolpos/hematometra, endometriozis ve enfeksiyon gibi komplikasyonların önlenmesi açısından önem taşır.

OLGU SUNUMU: On iki yaşında kız hasta, asemptomatik iken rutin kontrollerindeki değerlendirmelerde Müllerian anomali ve ipsilateral renal agenezi şüphesi saptanması üzerine kliniğimize yönlendirildi. Özgeçmişinde bilinen sistemik hastalık, cerrahi girişim, düzenli ilaç kullanımı veya alerji öyküsü bulunmadı. Pubertal gelişimin yaşına uygun olduğu değerlendirildi. Değerlendirme sırasında aktif pelvik ağrı/dismenore veya üriner yakınma saptanmadı; dış genital muayenede anomali izlenmedi. Laboratuvar değerlendirmesinde tiroid fonksiyon testleri ve gonadotropin düzeyi yaşa uygun aralıkta saptandı (TSH 1,30 uIU/mL; serbest T4 1,17 ng/dL; serbest T3 4,12 pg/mL; FSH 5,89 IU/L).

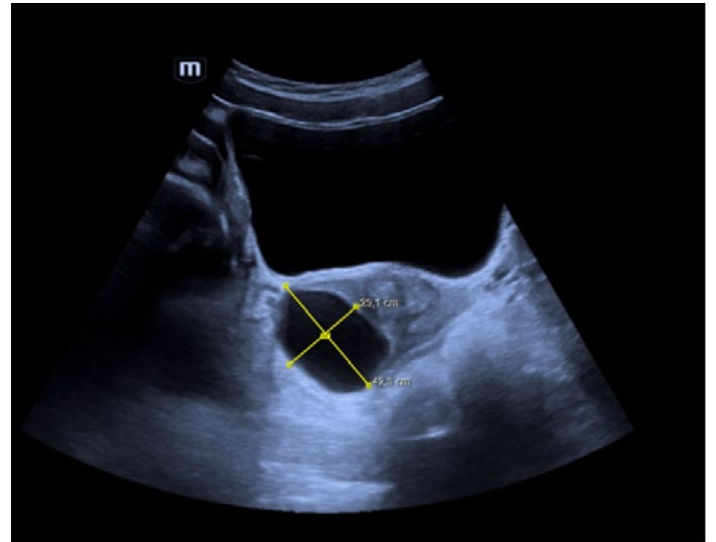
Pelvik ultrasonografide uterus didelfis ile uyumlu görünüm izlendi; over boyutları yaşa uygun değerlendirildi (sağ 32×30 mm, sol 35×31 mm). Üriner sistem ultrasonografisinde sağ böbrek izlenmedi ve vajenin sağ üst kesiminde yaklaşık 5 cm çaplı kistik genişleme saptandı; vajinal septuma bağlı obstrüksiyon/koleksiyon lehine yorumlandı. Menarş öncesi dönemde hematokolpos/hematometra izlenmedi. Tanısal netleştirme amacıyla yapılan pelvik manyetik rezonans görüntülemesinde iki ayrı uterin yapı ve iki ayrı serviks ile uyumlu uterus didelfis doğrulandı. Sol serviksin dominant vajene açıldığı, sağ vajenin daha hipoplazik olduğu ve

sağ uterus-serviks ile ilişkili yaklaşık 3,8 cm'lik kistik kavitenin obstrüksiyon ile ilişkili olduğu değerlendirildi. Bulgular birlikte ele alındığında olgu, ASRM Müllerian anomali sınıflamasına göre uterus didelfis ile uyumlu olup, obstrükte sağ hemivajen (longitudinal vajinal septum) ve ipsilateral (sağ) renal agenezi eşliğinde OHVIRA/HWW sendromu tanısı ile uyumlu bulundu. Sol böbrek fonksiyonlarının normal olduğu belirtildi. Hastaya, menarş sonrası ilk siklusla birlikte semptom/hematokolpos gelişmesi halinde elektif vajinal septum eksizyonu planlandı ve yakın klinik-görüntüleme izlemi önerildi.

SONUÇ: Adölesanlarda Müllerian kanal anomalileri yalnızca semptomatik olgularda değil, asemptomatik dönemde görüntüleme ile de saptanabilir. Uterus didelfis, obstrükte hemivajen ve ipsilateral renal agenezi birlikteliği OHVIRA/HWW sendromunu düşündürür; pelvik MRG uterovajinal anatomiye ve eşlik eden üriner anomalileri ayrıntılı ortaya koyarak uygun izlem ve cerrahi zamanlamaya rehberlik eder.

Anahtar Kelimeler: Herlyn–Werner–Wunderlich sendromu, OHVIRA sendromu, obstrükte hemivajen, renal agenezi, uterus didelfis

Resim 1.

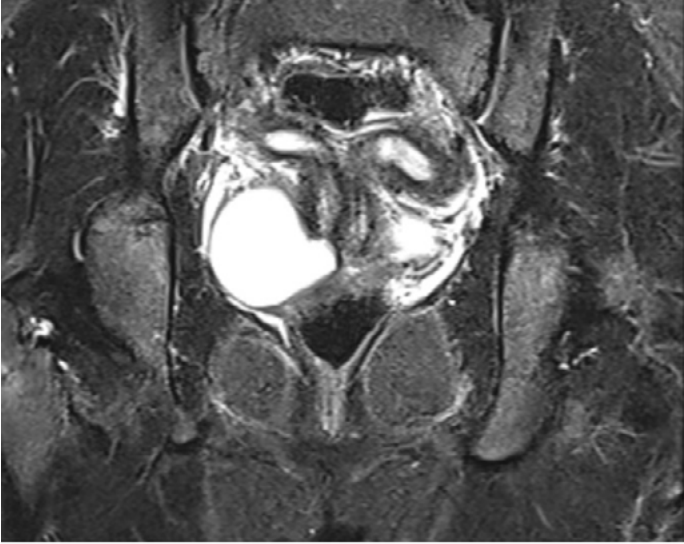


Abdominal ultrasonografi görüntüsü: Vajenin üst kesiminde yaklaşık 3–4 cm boyutlarda, iyi sınırlı kistik koleksiyon/dilatasyon izlenmektedir (ölçümler görüntü üzerinde). Bulgular, vajinal septuma bağlı obstrüksiyon ve Hidrokolpos / mukokolpos lehine değerlendirilebilir.

8. MİNİMAL İNVAZİV JİNEKOLOJİK CERRAHİ KONGRESİ

12-14 Şubat 2026 / Wyndham Grand İstanbul Levent Hotel & Conference Center

Resim 2.



Pelvik MR (T2 koronal): uterus didelfis ve obstrükte hemi-vajene ait belirgin sıvı koleksiyonu görünümü.

SB-035

Transobturator tape (TOT) cerrahisi sonrası geç dönemde ortaya çıkan intravezikal mesh komplikasyonu: olgu sunumu

Tamer Topaloglu¹, Metin Aygâr², Emre Mat¹, Helin Elçi²

¹Kartal Dr. Lütfi Kırdar Şehir Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum, İstanbul, Türkiye

²Van Yüzüncü Yıl Üniversitesi Dursun Odabaş Tıp Merkezi, Kadın Hastalıkları ve Doğum, Van, Türkiye

AMAÇ: Transobturator tape (TOT) cerrahisi sonrası nadir görülen ancak tanıda gecikmeye yol açabilen intravezikal mesh protrüzyonunu klinik bulgular, tanısal süreç ve tedavi yaklaşımı eşliğinde sunarak; geç dönemde gelişen alt üriner sistem semptomlarının (AÜSS) önemine dikkat çekmek.

YÖNTEM: Stres üriner inkontinans (SÜİ) tanısı ile TOT operasyonu uygulanan 43 yaşındaki hastanın klinik seyri retrospektif olarak değerlendirildi. Postoperatif erken ve geç dönem bulguları, uygulanan tanısal yöntemler ve cerrahi girişimler incelendi.

BULGULAR: Üç vajinal doğum öyküsü olan 43 yaşındaki hasta, öksürme ve hapsirme ile idrar kaçırma şikâyeti ile kliniğimize başvurdu. Hastanın 2021 yılında sistosel nedeniyle colporafi anterior ve perinoplasti operasyon öyküsü olduğu öğrenildi. Hasta operasyon sonrasında da idrar kaçırma şikâyetlerinin devam ettiğini ve bu şikâyetleri için ismini bilmediği ilaçlar kullandığını ancak fayda görmediğini hayat kalitesini etkilediğini beyan etti. Hastanın yapılan jinekolojik muayenesinde; PPV: doğal, Serviks: doğal izlendi. Transvajinal ultrasonografi değerlendirmesinde jinekolojik patoloji saptanmadı. Q-tip testi 30 derecenin üzerinde ve mesane 300 cc doluyken yapılan stres testi pozitif izlendi. Yapılan klinik ve ürodinamik değerlendirme sonrası SÜİ tanısı konularak TOT cerrahisi uygulandı. Erken postoperatif dönemde sol uyluk medialinde ödem ve ağrı dışında komplikasyon izlenmedi; ilk dört ay boyunca idrar kaçırma saptanmadı. Postoperatif beşinci aydan itibaren suprapubik ağrı, dizüri, pollaküri ve sıkışma hissi gelişti. Enfeksiyon lehine bulgu saptanmaması üzerine dış merkezde yapılan sistoskopiye mesane içerisinde mesh materyali izlendi. Kliniğimizde yapılan sistoskopi ve sistolitotripsi ile mesane lümenine protrüde olmuş mesh materyali çıkarıldı. Girişim sonrası hastanın yapılan poliklinik takiplerinde tüm AÜSS tamamen gerilemiş olup, stres üriner inkontinans bulguları izlenmemiş ve yaşam kalitesi belirgin olarak düzelmiştir.

SONUÇ: TOT cerrahisi sonrası geç dönemde ortaya çıkan AÜSS, basit üriner enfeksiyon olarak değerlendirilmemeli;

MİNİMAL İNVAZİV
JİNEKOLOJİ DERNEĞİMİNİMAL İNVAZİV
JİNEKOLOJİK ONKOLOJİ DERNEĞİROBOTİK JİNEKOLOJİK
CERRAHİ DERNEĞİ

8. MİNİMAL İNVAZİV JİNEKOLOJİK CERRAHİ KONGRESİ

12-14 Şubat 2026 / Wyndham Grand İstanbul Levent Hotel & Conference Center

mesh ilişkili intravezikal komplikasyonlar mutlaka akılda tutulmalıdır. Literatürde TOT sonrası intravezikal mesh komplikasyonlarının nadir olduğu bildirilmekle birlikte, geç dönemde ortaya çıkan AÜSS varlığında tanısal gecikmenin sık olduğu ve sistoskopinin kritik tanı aracı olduğu vurgulanmaktadır.

Rutin olarak önerilmese de seçilmiş olgularda intraoperatif veya geç dönemde yapılan sistoskopi tanısal gecikmeyi önleyerek etkin tedavi sağlar. Multidisipliner yaklaşım, özellikle persistan veya progresif semptomlarda kritik öneme sahiptir.

Anahtar Kelimeler: Alt üriner sistem semptomları, Mesh komplikasyonu, Sistoskopi, Stres üriner inkontinans, Transobturator tape

SB-052

Minimal invaziv cerrahide azaltılmış trokar sayılı laparoskopik yaklaşımın klinik sonuçları

Sabri Kurtay, Cuma Taşın

Mersin Şehir Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği, Mersin

GİRİŞ: Over kanseri jinekolojik kanserlerin yaklaşık %20'sini oluşturmalarına rağmen, jinekolojik kanserlere bağlı ölümlerin %40'tan fazlasından sorumludur. Olguların %85–90'ını epitelyal over kanserleri oluşturmakta olup, artan kanıtlar bu kanserlerin önemli bir kısmının fallop tüpü epiteliinden köken aldığını göstermektedir. Bu doğrultuda benign pelvik cerrahi sırasında veya kontrasepsiyon amacıyla (opportunistik/profilaktik salpenjektomi), epitelyal over kanseri riskini azaltmaya yönelik güvenli ve etkili bir strateji olarak önerilmektedir. Standart laparoskopik girişimlerde genellikle bir kamera ve iki enstrüman trokarı kullanılmaktadır. Minimal invaziv cerrahinin temel prensipleri doğrultusunda, trokar sayısının azaltılmasına yönelik yaklaşımlar giderek önem kazanmaktadır. Literatürde bu yaklaşımlar çoğunlukla single-port laparoskopi kapsamında ele alınmakla birlikte, kamera portu ayrı tutularak yalnızca çalışma trokarlarının azaltıldığı teknikler sınırlı sayıda bildirilmiştir. Bu çalışmada, kamera portu dışında tek enstrüman trokarı kullanılan (azaltılmış trokar sayılı laparoskopik yaklaşımın) klinik sonuçlarının standart laparoskopi ile karşılaştırılması amaçlanmıştır.

YÖNTEM: Bu retrospektif karşılaştırmalı çalışmaya laparoskopik salpenjektomi, basit over kistektomisi ve komplike olmayan ektopik gebelik nedeniyle opere edilen toplam 119 hasta dahil edildi. Hastalar kullanılan cerrahi tekniğe göre iki gruba ayrıldı: kamera portu dışında tek enstrüman trokarı kullanılan grup (Grup 1, n=44) ve kamera portu dışında iki enstrüman trokarı kullanılan standart laparoskopik grubu (Grup 2, n=75). Gruplar işlem süresi, intraoperatif kanama miktarı, postoperatif ağrı, mobilizasyon süresi ve kozmetik memnuniyet açısından karşılaştırıldı. Postoperatif ağrı ameliyat sonrası 24. saatte VAS (Vizüel Analog Skala, 0–10) ile değerlendirildi. Mobilizasyon süresi saat cinsinden kaydedildi. Kozmetik memnuniyet Likert tipi 5 basamaklı hasta memnuniyet ölçeği ile değerlendirildi.

BULGULAR: Azaltılmış trokar sayılı laparoskopik grubunda işlem süresi standart laparoskopiye kıyasla anlamlı olarak daha kısa bulundu ($p<0,05$). Postoperatif ağrı skorları Grup 1'de anlamlı olarak daha düşük saptandı ($p<0,05$). Mobilizasyon süresi Grup 1'de daha erken olup gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıydı ($p<0,05$).

8. MİNİMAL İNVAZİV JİNEKOLOJİK CERRAHİ KONGRESİ

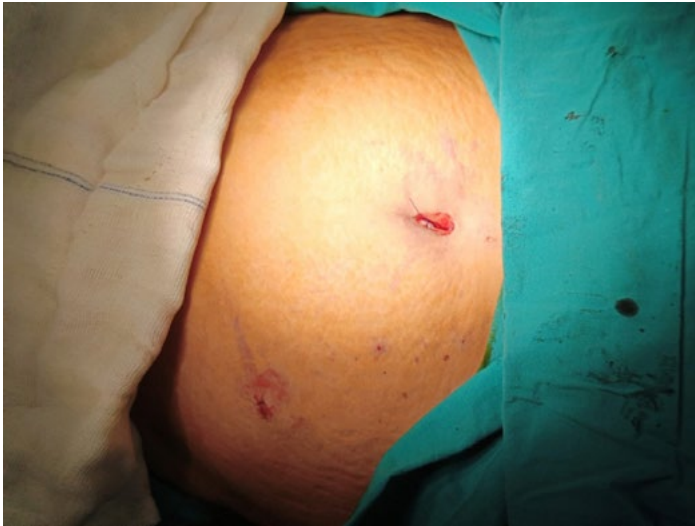
12-14 Şubat 2026 / Wyndham Grand İstanbul Levent Hotel & Conference Center

Kozmetik memnuniyet skorları azaltılmış trokar sayılı laparoskopi grubunda anlamlı derecede daha yüksek bulundu ($p<0,05$). İntraoperatif kanama miktarı açısından gruplar arasında anlamlı fark izlenmedi ($p>0,05$). Her iki grupta da majör komplikasyon gözlenmedi.

SONUÇ: Epitelyal over kanserinin fallop tüpü kökeni göz önüne alındığında, opportunistik salpenjektomi over kanseri riskini azaltmaya yönelik önemli bir cerrahi stratejidir. Kamera portu dışında tek enstrüman trokarı kullanılan azaltılmış trokar sayılı laparoskopik yaklaşım, standart laparoskopik ekipmanla uygulanabilmesi ve single-port laparoskopiden terminolojik ve teknik olarak ayrılması açısından dikkat çekicidir. Seçilmiş olgularda bu yaklaşım, standart laparoskopiye kıyasla güvenli ve etkin bir alternatif sunmakta; postoperatif hasta konforunu ve kozmetik memnuniyeti artırırken toplam işlem süresinin kısalmasına katkı sağlamaktadır.

Anahtar Kelimeler: Laparoskopi, Minimal invaziv cerrahi, Salpenjektomi

Trokar girişleri



Kamera ve enstrüman girişleri için toplam 2 adet trokar kullanıldı.

Tablo 1. Azaltılmış trokar sayılı laparoskopi ve standart laparoskopinin klinik sonuçlarının karşılaştırılması

Parametre	Azaltılmış trokar sayılı laparoskopi (Grup 1, n=44)	Standart laparoskopi (Grup 2, n=75)	p değeri
Yaş (yıl)	34,9 ± 1,9	35,2 ± 2,1	0,39
İşlem süresi (dk)	11,8 ± 2,3	17,3 ± 3,1	<0,001
Kanama (preop-postop Htc farkı, %)	2,88 ± 0,56	2,93 ± 0,58	0,70
Postoperatif ağrı (VAS, 24. saat)	3 (3-4)	7 (7-9)	<0,001
Mobilizasyon süresi (saat)	3,1 ± 0,8	6,3 ± 0,9	<0,001
Kozmetik memnuniyet (Likert, 1-5)	5 (4-5)	3 (2-3)	<0,001
Majör komplikasyon, n (%)	0 (0)	0 (0)	—

Sürekli değişkenler dağılıma göre ortalama ± standart sapma veya medyan (çeyrekler arası aralık) olarak verilmiştir. Gruplar arası karşılaştırmalarda Student t-testi veya Mann-Whitney U testi kullanılmıştır. $p<0,05$ istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir.

MİNİMAL İNVAZİV
JİNEKOLOJİ DERNEĞİMİNİMAL İNVAZİV
JİNEKOLOJİK ONKOLOJİ DERNEĞİROBOTİK JİNEKOLOJİK
CERRAHİ DERNEĞİ

8. MİNİMAL İNVAZİV JİNEKOLOJİK CERRAHİ KONGRESİ

12-14 Şubat 2026 / Wyndham Grand İstanbul Levent Hotel & Conference Center

SB-053

Ektopik gebelik zemininde gelişen molar gebelik olgusu; Nadir bir olgunun klinik yönetimi

Dilruba Ravza Nalbantçılar, Kadriye Erdoğan,
Ramazan Erda Pay, Çağanay Soysal
Ankara Etlik Şehir Hastanesi

GİRİŞ: Ektopik gebelik, fertilize ovumun uterin kavite dışında implantasyonu ile karakterize olup maternal morbidite ve mortalitenin önemli nedenlerinden biridir. Molar gebelik ise trofoblastik proliferasyonla seyreden nadir bir gestasyonel trofoblastik hastalık formudur. Ektopik gebelik zemininde molar gebelik gelişimi son derece nadir olup, literatürde çoğunlukla izole olgu sunumları şeklinde bildirilmektedir. Bu birliktelik tanısallık güçlükler, atipik klinik seyir ve persistan gestasyonel trofoblastik hastalık riski nedeniyle klinik açıdan önem taşır. Bu olgu sunumunda, ektopik gebelik zemininde saptanan molar gebeliğin klinik, tanısallık ve yönetim özellikleri literatür eşliğinde tartışılmaktadır.

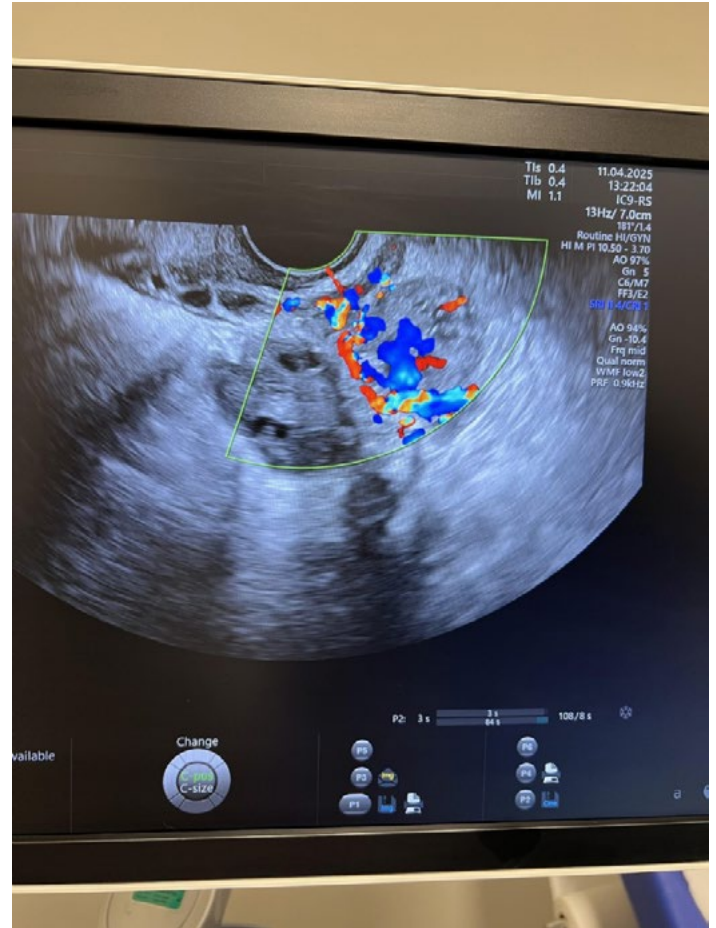
OLGU: 26 yaşında G1P0 hasta karın ağrısı şikayeti ile acil servise müracaatı sonrasında yapılan fizik muayenesinde sol alt kadranda hassasiyet izlenmiş olup, hastanın yapılan TV-USG si 'Sağ over kompresedir. Sağ overde 24x21 mm boyutlarında endometrioma ile uyumlu görünüm mevcuttur. Sol over doğaldır. Sol paraovaryan alanda 28x25 mm boyutlarında RDUS ile içerisinde çok sayıda tübüler vasküler yapıların izlendiği hiperekojen nodüler görünüm mevcuttur. Görünüm EXU ile uyumludur. Tariflenen lezyonun süngerimsi yapıda olması ve yoğun kanlanması nedeni ile parsiyel mol düşünülmüştür.' Şeklinde raporlanmış olup hastanın kontrol kan tetkiklerinde B Hcg: 6106 Hb:12,9 Wbc: 7 değeri izlenmiştir. Hastanın Molar gebelik / Gestasyonel Trofoblastik Hastalık ön tanısı olması nedeniyle hasta inekolojik Onkoloji Servisine de konsülte edilmiş ve hastaya operasyon kararı verilmiştir. Hastaya operatif laparoskopisi, sol salpenjektomi, P/C işlemi yapılmıştır. Hastanın Postoperatif dönemde B Hcg: 1254 Hb: 11,5 Wbc: 7 değeri izlenmiştir. Hastanın operasyon materyali, Molar ektopik gebelik, Histomorfolojik ve immünohistokimyasal bulgular parsiyel mol ile uyumludur. Şeklinde raporlanmıştır. Hastanın Postoperatif 1. Ay kontrolünde USG bulguları ve kan tetkikleri normal izlenmiş olup hasta Postoperatif 7. Ayda intrauterin 8 hf fka + gebeliği izlenmiştir.

TARTIŞMA VE SONUÇ: Ektopik gebelik zemininde molar gebelik son derece nadir olup, tanı çoğu olguda preoperatif olarak konulamamaktadır. Sebire ve ark. tarafından

bildirildiği üzere, ektopik yerleşimli gebeliklerde hidropik villöz değişiklikler parsiyel mol ile karışabilmekte ve kesin tanı histopatolojik inceleme ile mümkün olmaktadır. Bu nedenle cerrahi materyalin ayrıntılı patolojik değerlendirilmesi kritik öneme sahiptir. Olgumuzda da molar tanı postoperatif histopatoloji ile doğrulanmıştır.

Anahtar Kelimeler: Ektopik gebelik, Molar gebelik, Laparoskopik cerrahi

USG Görüntüsü



MİNİMAL İNVAZİV
JİNEKOLOJİ DERNEĞİMİNİMAL İNVAZİV
JİNEKOLOJİK ONKOLOJİ DERNEĞİROBOTİK JİNEKOLOJİK
CERRAHİ DERNEĞİ

8. MİNİMAL İNVAZİV JİNEKOLOJİK CERRAHİ KONGRESİ

12-14 Şubat 2026 / Wyndham Grand İstanbul Levent Hotel & Conference Center

SB-062

The Role of Vaginal Natural Orifice Transendoscopic Surgery in Gynecological Emergencies

Kemal Gungorduk¹, Furkan Kaaraöz²,
Berican Sahin Uyar², Berke Nur Ergu², Varol Gulseren³

¹Division of Gynecologic Oncology, Department of
Obstetrics and Gynecology, Faculty of Medicine, Muğla
Sıtkı Kocman University, Mugla, Turkey

²Department of Obstetrics and Gynecology, Faculty of
Medicine, Muğla Sıtkı Kocman University, Mugla, Turkey

³Division of Gynecologic Oncology, Department of
Obstetrics and Gynecology, Faculty of Medicine, Katip
Çelebi University Faculty of Medicine, Izmir, Turkey.

Background and OBJECTIVES: Transvaginal natural orifice transluminal endoscopic surgery (vNOTES) represents an innovative and minimally invasive surgical technique that is increasingly recognized across various gynecological applications. While the body of evidence regarding vNOTES is currently more limited compared to traditional laparoscopy, this technique presents distinct benefits, such as reduced blood loss, shorter operative times, lower postoperative pain, faster recovery and hospital discharge, improved aesthetic outcomes, and fewer postoperative complications. Despite the growing support for vNOTES in the management of elective adnexal conditions, its application, safety, and efficacy in emergency settings remain insufficiently studied. This report aims to detail our clinical experience and provide insights into employing vNOTES for managing gynecological emergencies.

METHODS: A retrospective analysis was conducted by evaluating data from patients who underwent vNOTES for gynecological emergencies in two gynecology centers between January 2023 and December 2025. Relevant demographic information and perioperative outcomes were collected and analyzed.

RESULTS: A total of 40 patients were enrolled in this study. The procedures were performed to manage gynecological emergencies, including suspected ectopic pregnancies in 19 patients (47.5%), suspected adnexal torsion in 6 patients (15.0%), hemoperitoneum post-hysterectomy in 5 patients (12.5%), pelvic abscess in 4 patients (10.0%), and ruptured ovarian cysts in 6 patients (15.0%). Surgical interventions included unilateral salpingectomy (47.5%), ovarian cystectomy (12.5%), adnexal detorsion (10.0%), oophorectomy (7.5%), hemoperitoneum evacuation

(15.0%), and combined abscess drainage with appendectomy (7.5%). The median operative time was 39 minutes, ranging from 24 to 72 minutes. Median estimated blood loss was 150 mL, with a range of 30 to 350 mL, and no intraoperative complications were reported. All surgeries were successfully completed using vNOTES, with no need for conversion to standard laparoscopy or open surgery. The median hospital stay post-surgery was 2 days, varying between 1 and 5 days. Postoperative pain, evaluated using the visual analog scale, indicated a median score of 2 (range: 1-5) at the 24-hour mark. No procedure-related complications were identified.

CONCLUSIONS: This study showcases the clinical applicability of vNOTES procedures for addressing emergency gynecological conditions, such as tubal ectopic pregnancy, adnexal torsion, painful ovarian disorders, post-hysterectomy hemoperitoneum, and severe uterine bleeding. Supported by existing literature, our findings suggest vNOTES may offer certain benefits when compared to conventional laparoscopy in managing these conditions.

Keywords: Minimally invasive surgery, Laparoscopy, Transvaginal natural orifice transluminal endoscopic surgery

MİNİMAL İNVAZİV
JİNEKOLOJİ DERNEĞİMİNİMAL İNVAZİV
JİNEKOLOJİK ONKOLOJİ DERNEĞİROBOTİK JİNEKOLOJİK
CERRAHİ DERNEĞİ

8. MİNİMAL İNVAZİV JİNEKOLOJİK CERRAHİ KONGRESİ

12-14 Şubat 2026 / Wyndham Grand İstanbul Levent Hotel & Conference Center

SB-063

Outcomes of transvaginal natural orifice transluminal endoscopic hysterectomy: a multi-centre retrospective study from Turkey (TR-MIGS)

Kemal Gungorduk¹, Yaşam Kemal Akpak², Selcuk Erkılcı³, Koray Görkem Satıncı⁴, Vakkas Korkmaz Can Dost Hanedan⁵, Serhat Can İşcan⁶, Ahkam Göksel Kanmaz Emrah Töz⁷, Ghanim Khatip⁸, Bahadır Koşan Kemal Özerkan⁹, Varol Gülseren¹⁰, Salih Taşkın¹¹, Çagatay Taşkıran¹²

¹Division of Gynecologic Oncology, Department of Obstetrics and Gynecology, Faculty of Medicine, Muğla Sıtkı Kocman University, Muğla, Turkey

²İzmir Faculty of Medicine, Department of Obstetrics and Gynaecology, University of Health Sciences, İzmir, Turkey

³Department of Gynecologic Oncology, İzmir Democracy University Faculty of Medicine, Buca Seyfi Demirsoy Training and Research Hospital, İzmir, Turkey

⁴Department of Obstetrics, Gynecology and Reproductive Sciences, Yale University School of Medicine, New Haven, USA.

⁵Department of Gynecologic Oncology, Ankara Etlik Zubeyde Hanım Women's Health Training and Research Hospital, Ankara, Turkey

⁶Department of Obstetrics and Gynecology, Kutahya University of Health Sciences, Kutayha, Turkey.

⁷Department of Obstetrics and Gynecology, İzmir City Hospital, İzmir, Turkey.

⁸Obstetrics and Gynaecology, Gynecologic Oncology, Cukurova University Faculty of Medicine, Adana, Adana, Turkey.

⁹Department of Obstetrics and Gynecology, Uludag University Hospital, Bursa, Turkey

¹⁰Division of Gynecologic Oncology, Department of Obstetrics and Gynecology, Faculty of Medicine, Katip Çelebi University, İzmir, Turkey.

¹¹Department of Obstetrics and Gynecology, Ankara University School of Medicine Ankara, Turkey.

¹²Division of Gynecologic Oncology, Department of Obstetrics and Gynecology, Koc University School of Medicine, İstanbul, Turkey.

BACKGROUND: Vaginal natural orifice transluminal endoscopic surgery (vNOTES) hysterectomy is gaining increasing popularity among gynaecological surgeons worldwide due to its minimally invasive nature and associated benefits. However, despite its growing adoption,

it remains a relatively novel surgical technique that continues to be evaluated and refined in clinical practice. The primary objective of this study is to share and analyse our initial experiences with the implementation of vNOTES hysterectomy across six specialised gynaecological centres in Türkiye.

METHODS: This retrospective analysis included all women who underwent vNOTES hysterectomy, with or without salpingo-oophorectomy, for benign or malignant conditions. All procedures adhered to the standardised protocol described by Baekelandt et al. Data on baseline patient characteristics, intraoperative details, and postoperative outcomes were collected and analysed.

RESULTS: A total of 685 patients underwent vNOTES procedures. Among them, 64 women (9.3%) had a history of one caesarean delivery, 38 (5.5%) had two prior caesareans, and 11 (1.6%) had three or more. Myoma, with or without accompanying metrorrhagia, was the most common surgical indication (53.0%). The mean operative time was 72.4 ± 40.2 min, and the average haemoglobin decrease was 1.3 ± 1.0 g/dL. The mean uterine weight was 204 ± 145 g. Intraoperative complications occurred in 1.7% of cases ($n = 12$), while postoperative complications were observed in 1.4% ($n = 10$). Conversion to conventional laparoscopy occurred in six cases (0.9%), primarily due to an obliterated pouch of Douglas or intraoperative complications. The average hospital stay was 2.3 ± 1.4 days.

CONCLUSIONS: These findings support vNOTES as a safe and effective surgical approach, offering a viable alternative to traditional laparoscopic or vaginal techniques in select patient populations.

Keywords: Natural orifice transluminal endoscopic surgery, hysterectomy, minimally invasive surgery.

MİNİMAL İNVAZİV
JİNEKOLOJİ DERNEĞİMİNİMAL İNVAZİV
JİNEKOLOJİK ONKOLOJİ DERNEĞİROBOTİK JİNEKOLOJİK
CERRAHİ DERNEĞİ

8. MİNİMAL İNVAZİV JİNEKOLOJİK CERRAHİ KONGRESİ

12-14 Şubat 2026 / Wyndham Grand İstanbul Levent Hotel & Conference Center

SB-071

Matür Kistik Teratom Eşliğinde Anti-NMDA Reseptör Ensefaliti: Erken Tanı ve Laparoskopik Cerrahi

Can Dinc, Ömer Faruk Öz, Zeynep Hatipoğlu,
Selen Doğan, Murat Ozekinci, Nasuh Utku Dogan,
Inanc Mendilcioglu
Akdeniz üniversitesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum
Anabilim Dalı, Antalya

Giriş/AMAÇ: Anti-NMDA reseptör ensefaliti, genç kadınlarda daha sık görülen, nadir ancak giderek daha iyi tanınan otoimmün ensefalittir (yaklaşık 1,5/milyon/yıl). Olguların yaklaşık %38'i tümör ilişkilidir ve en sık over kaynaklı matür kistik teratom (dermoid kist) ile birliktelik gösterir. Teratom içerisindeki nöral dokuda NMDA reseptör ekspresyonu, antikor gelişimini tetikleyerek ağır nöropsikiyatrik bulgulara yol açabilir. Bu olguda, dermoid kiste eşlik eden anti-NMDA reseptör ensefalitinde erken tanı, cerrahi ve multidisipliner yönetimin önemini sunmayı amaçladık.

OLGU: Daha önce bilinen hastalığı olmayan 28 yaşındaki kadın hasta; akut ajitasyon, işitsel varsanılar, bilinç bulanıklığı ve bir nöbet ile başvurdu. Beyin omurilik sıvısı incelemesinde anti-NMDA reseptör antikorları pozitif saptanarak otoimmün ensefalit tanısı doğrulandı. Pelvik görüntülemesinde sağ overde yağ ve kalsifikasyon içeren, teratoma şüpheli yaklaşık 4 cm kistik lezyon izlendi.

YÖNTEM/İŞLEM: Multidisipliner değerlendirme sonrası hastaya laparoskopik over kistektomisi uygulandı. İntraoperatif frozen kesit incelemesi matür kistik teratom ile uyumlu bulundu.

SONUÇ/BULGULAR: Postoperatif dönemde hasta steroid tedavisi ve plazmaferez ile izlendi; klinik olarak kademeli iyileşme gözlemlendi. Bu olgu, anti-NMDA reseptör ensefalitinde altta yatan teratomun erken araştırılması ve hızlı cerrahi eksizyonun, immünoterapi ile birlikte nörolojik prognoz açısından kritik olabileceğini vurgulamaktadır.

Anahtar Kelimeler: Anti-NMDA reseptör ensefaliti, over teratomu, dermoid kist, laparoskopik kistektomi, plazmaferez

SB-072

Misoprostol for Cervical Preparation Before Hysteroscopy: Early Clinical Experience

Tural Ismayilov

Department of Gynecology and Obstetrics, Bingöl State Hospital, Bingöl, Türkiye

INTRODUCTION: Hysteroscopy is a minimally invasive procedure widely used for diagnosing and treating intrauterine pathologies; however, inadequate cervical dilatation remains a common technical challenge, particularly during early hysteroscopic practice. Misoprostol has been used for cervical ripening before hysteroscopy, although its effectiveness varies across patient populations. This study evaluated the effectiveness of misoprostol for cervical preparation during the early clinical experience of a post-residency gynecologist in a secondary care setting.

Materials and METHODS: This retrospective observational study included 22 consecutive patients who underwent diagnostic or operative hysteroscopy at Bingöl State Hospital between November 1 and December 25, 2025, for abnormal uterine bleeding or postmenopausal bleeding. Demographic data, obstetric history, preoperative laboratory values, and ultrasonographic findings were recorded.

Initially, hysteroscopy was performed without pharmacological cervical preparation. Subsequently, a standardized protocol was implemented in which patients received a single dose of 200 µg sublingual misoprostol at 08:00 AM on the day of the procedure, and the interval to hysteroscopy was recorded in hours.

Cervical dilatation was performed using Hegar dilators, and the initial dilator size was documented. Postoperative hospital stay, complications, and additional surgical procedures were recorded. Non-parametric statistical analyses were used due to the small sample size.

RESULTS: Misoprostol was administered to 16 patients (72.7%). A significant positive correlation was observed between parity and initial cervical dilator size (Spearman's $\rho = 0.63$, $p = 0.0017$; Table 3), indicating improved cervical compliance. Patients who received misoprostol had a significantly larger initial cervical dilator size compared with those who did not ($p = 0.00046$; Table 3). The interval between misoprostol administration and the procedure was not significantly associated with parity or initial cervical dilator size.

Misoprostol use was not associated with postoperative hospital stay ($p = 0.765$; Table 3), whereas postoperative



MINİMAL İNVAZİV
JİNEKOLOJİ DERNEĞİ



MINİMAL İNVAZİV
JİNEKOLOJİK ONKOLOJİ DERNEĞİ



ROBOTİK JİNEKOLOJİK
CERRAHİ DERNEĞİ

8. MINİMAL İNVAZİV JİNEKOLOJİK CERRAHİ KONGRESİ

12-14 Şubat 2026 / Wyndham Grand İstanbul Levent Hotel & Conference Center

hospital stay differed significantly according to anesthesia type ($p = 0.019$; Table 3). No intraoperative or postoperative complications were observed in any patient (Table 2).

CONCLUSION: Low-dose misoprostol appears to facilitate cervical dilatation before hysteroscopy without increasing complication rates, even during the early learning phase of hysteroscopic practice. These findings support the use of misoprostol as a practical and safe cervical preparation agent in routine clinical settings and are consistent with evidence from randomized trials and recent systematic reviews showing improved cervical access and acceptable safety profiles with low-dose regimens. (Nair et al., 2020; Zhuo et al., 2019; Hwang&Song, 2018; Maior et al., 2022; Inácio et al., 2022; Karimzadeh et al., 2024; Salah et al., 2024).

Keywords: hysteroscopy, misoprostol, cervical ripening, minimal invasive surgery

Table 2. Clinical, Ultrasonographic, and Procedural Characteristics (n = 22)

Variable	Value
Indication for hysteroscopy, n (%)	
Abnormal uterine bleeding	18 (81.8)
Postmenopausal bleeding	4 (18.2)
Ultrasonographic findings, n (%)	
Endometrial polyp	8 (36.4)
Adenomyosis	7 (31.8)
Leiomyoma*	4 (18.2)
Endometrial thickness increase / irregular endometrium	2 (9.1)
Others†	1 (4.5)
Uterine position, n (%)	
Anteverted	18 (81.8)
Retroverted	4 (18.2)
Initial cervical dilator size (Hegar), median (min-max)	6 (4-8)
Misoprostol use, n (%)	16 (72.7)
Misoprostol-procedure interval (hours), median (min-max)‡	3 (1-7)
Type of anesthesia, n (%)	
Spinal	10 (45.5)
LMA	9 (40.9)
General	3 (13.6)
Postoperative hospital stay (hours), median (min-max)	8 (6-24)
Intraoperative or postoperative complications	None
Additional surgical procedures, n (%)	4 (18.2)

* Leiomyoma includes myoma and myomatosis uteri † Fluid collection on ultrasound ‡ Calculated only in patients who received misoprostol (n = 16) LMA: laryngeal mask airway. Additional surgical procedures included cervical polypectomy (n = 1), vNOTES bilateral tubal ligation (n = 1), diagnostic laparoscopy (n = 1), and laparoscopic bilateral salpingectomy (n = 1). Prolonged postoperative hospital stay was primarily attributable to these additional surgical procedures rather than hysteroscopy itself.

Table 3. Correlation and Comparison Analyses of Cervical and Perioperative Variables

Variables	Statistical test	Result	p value
Parity vs. initial cervical dilator size	Spearman correlation	$\rho = 0.63$	0.0017
Initial cervical dilator size (misoprostol: yes vs no)	Mann-Whitney U	Higher in misoprostol group	0.00046
Parity (misoprostol: yes vs no)	Mann-Whitney U	No difference	0.258
Postoperative hospital stay (misoprostol: yes vs no)	Mann-Whitney U	No difference	0.765
Postoperative hospital stay by anesthesia type	Kruskal-Wallis	H = 7.92	0.019
Misoprostol-procedure interval vs parity*	Spearman correlation	$\rho = 0.11$	0.698
Misoprostol-procedure interval vs initial dilator size*	Spearman correlation	$\rho = 0.36$	0.165

* Analyses performed only in patients who received misoprostol (n = 16) Due to the small sample size and non-normal distribution of the variables, non-parametric statistical tests were used. A p value < 0.05 was considered statistically significant.

Table 1. Baseline Demographic and Laboratory Characteristics

Variable	Mean $\pm$ SD	Median (min-max)
Age (years)	44.9 $\pm$ 9.9	44.5 (31-71)
Gravida	-	3 (0-8)
Parity	-	2 (0-5)
Hemoglobin (g/dL)	11.8 $\pm$ 1.4	-
Hematocrit (%)	35.6 $\pm$ 4.1	-

Four patients (18.2%) were nulliparous, while 18 patients (81.8%) were multiparous. Anemia was defined as a hemoglobin level ≤ 11.5 g/dL, in accordance with the institutional laboratory reference values. Based on this definition, 6 patients (27.3%) were classified as anemic.

MİNİMAL İNVAZİV
JİNEKOLOJİ DERNEĞİMİNİMAL İNVAZİV
JİNEKOLOJİK ONKOLOJİ DERNEĞİROBOTİK JİNEKOLOJİK
CERRAHİ DERNEĞİ

8. MİNİMAL İNVAZİV JİNEKOLOJİK CERRAHİ KONGRESİ

12-14 Şubat 2026 / Wyndham Grand İstanbul Levent Hotel & Conference Center

SB-073

Acute abdomen: Tripple tubal pathologies; unexpected incidental tubal mass causing tubal torsion

Zuhal Yapıcı Coskun, Feyzanur Odabaş Tekin
Obstetrics and Gynecology Department, Ministry of
Health Ankara Bilkent City Hospital, Ankara, Türkiye

INTRODUCTION: Each ruptured ectopic pregnancy, ovarian and tubal torsion represents surgical emergency that could interfere with future fertility. However, the combination of these pathologies is rare and unexpected. Hereby we present a 31 year old woman with ruptured ectopic pregnancy, coincidental tubo-ovarian torsion and tubal mass causing hydrosalpinx of the contralateral fallopian tube.

Case Presentation/FINDINGS: A 31 year old woman, G3P3L3, presented to gynecology clinic with a menstrual delay of 15 days. Her menstrual cycles were previously regular (every 25–28 days). She had an intrauterine device (IUD) for two years and no history of abdominal surgery.

Lab results showed hCG: 1220 mIU/ml and progesterone: 22.47 µg/L. Ultrasonography revealed 17 mm endometrial thickness with normally localized IUD. A gestational sac (11 mm) was observed in the right tubal region; the right ovary was normal. In the left adnexal region, a 36x30 mm densely filled cystic lesion was suspected to be an ovarian endometrioma.

Subsequent labs showed hCG: 4040 mIU/ml and progesterone: 18.76 µg/L. Repeated sonography showed a 20 mm endometrium with no intrauterine gestational sac. A 16 mm focus containing a yolk sac was observed in the right adnexa, on the left ovary side there was a 37x35 dense cystic lesion.

The next day after hospitalization in the morning, the patient developed pelvic pain with tenderness, had defense and rebound in the right lower quadrant. Lab results showed hCG:2652 mIU/ml, progesterone:13,52 µg/L. On sonographic examination there was 35x33 mm hematoma surrounding the ectopic pregnancy focus with 25 mm free fluid and clot in Douglas pouch.

The patient was emergently prepared for operation with the diagnosis of ruptured ectopic pregnancy. The couple completed informed consent forms including ovarian, adnexal surgical intervention and bilateral tubal ligation.

Intraoperatively, there was 500-600 ml of hemorrhagic

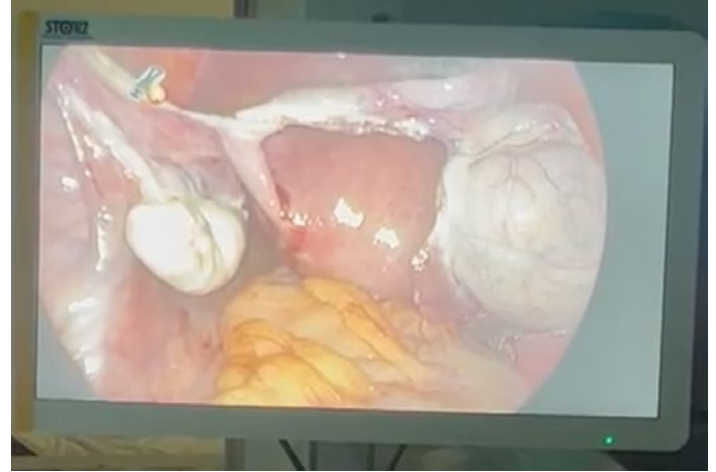
material in the abdomen, on the right adnex ovary was normal with slight adhesion to right hemorrhagic ruptured ectopic pregnancy focus.

On the left side, unexpected pathologies were discovered: ovarian torsion (one turn), a 3–4 cm tubal mass (Picture 1-2) causing edema/hydrosalpinx and tubal torsion (four turns). Bilateral salpingectomy was performed. The pathology identified the left tubal material as a benign paratubal cyst on the fimbrial part with hydrosalpinx.

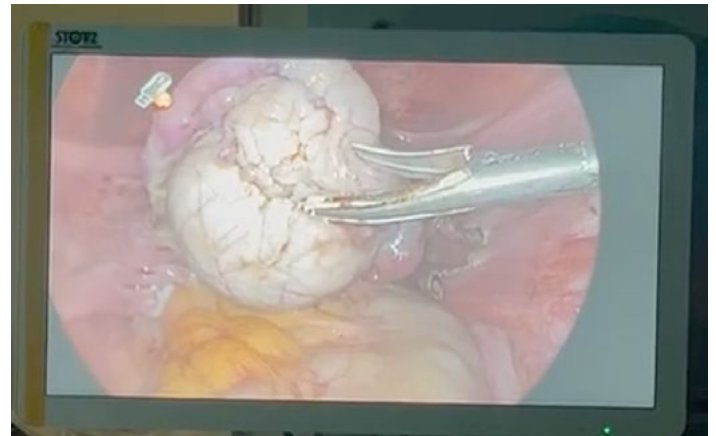
CONCLUSION: This case highlights the importance of informing patients prior to surgery, about unexpected pathologies that may require immediate surgical intervention. This is especially important for patients/couples whose future fertility potential can be affected by the results of the procedure.

Keywords: Ectopic pregnancy, acute abdomen, pelvic pain, tubal mass, tubal torsion

Left fallopian tubal mass (1)



Left fallopian tubal mass (2)



MİNİMAL İNVAZİV
JİNEKOLOJİ DERNEĞİMİNİMAL İNVAZİV
JİNEKOLOJİK ONKOLOJİ DERNEĞİROBOTİK JİNEKOLOJİK
CERRAHİ DERNEĞİ

8. MİNİMAL İNVAZİV JİNEKOLOJİK CERRAHİ KONGRESİ

12-14 Şubat 2026 / Wyndham Grand İstanbul Levent Hotel & Conference Center

SB-076

Büyük Uteruslu ve Servikssten protrüze Olan Polibi Olan Olguda Laparoskopik Histerektomi

Özgül Özgan Çelikel

Lokman Hekim Üniversitesi Ankara Hastanesi

AMAÇ: Myom nedeniyle büyük uterusu bulunan hastaya uygulanan laparoskopik histerektomi vakamızı inceledik.

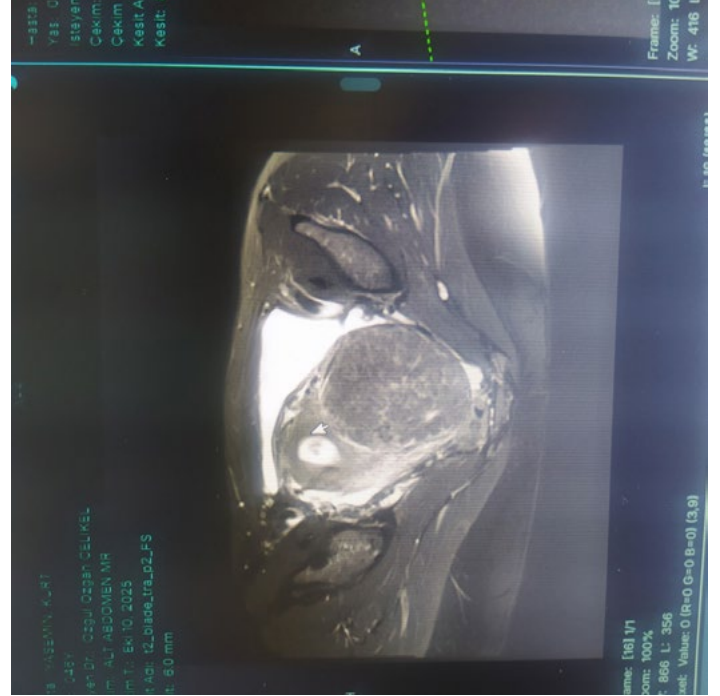
YÖNTEM: Polikliniğimize menometroraji nedeniyle başvuran 46 yaşında 2 sezaryeni bulunan hastaya yapılan USG görüntülemesinde fundusta yaklaşık 10 cm intramural myom izlendi. Pelvik muayenede servikssten protrüze olan 9 cm fragil polipoid lezyon izlendi. Bu polipoid lezyondan yapılan biyopsi benin olarak rapor edildi. Ayrıca sol overde 4 cm heterojen kist tespit edildi. Hastaya tedavi seçenekleri sunuldu ve total laparoskopik histerektomi+ sol unilateral salpenjektomi kararı alındı. Batına girildiğinde uterusun global olarak büyüdüğü ve yaklaşık 15 cm boyutunda olduğu izlendi. Ligasure yardımıyla bilateral salpenjektomi yapıldıktan sonra ligamentum rotundumlar tutulup kesildi. Mesane üstü periton diseke edildi ve ardından retroperitona girilerek uterin arter ligate edildi. Sonrasında uterin arterler yakıldı ve kesildi. Her iki kardinal ligament ve sakrouterin ligamentler kesildikten sonra kolpotomi yapıldı ve sonra vajenden çıkarıldı. Cuff suture edildi ve operasyona son verildi.

BULGULAR: İntraoperatif herhangi bir komplikasyon görülmeydi. Postop görülen hemogram değerlerinde düşme olmayan, vitalleri stabil seyreden hasta postop 2. gün taburcu edildi.

SONUÇ: Dev myomlu ya da büyük uteruslu ve Büyük polipli histerektomi vakalarında açık cerrahinin yanında, operasyon süresinin kısalığı ve postoperatif iyileşmenin hızlı olması sebebiyle laparoskopi de güvenle tercih edilebilecek bir yöntemdir.

Anahtar Kelimeler: laparoskopi, histerektomi, myom, polip

Tomografi



Uterus



MİNİMAL İNVAZİV
JİNEKOLOJİ DERNEĞİMİNİMAL İNVAZİV
JİNEKOLOJİK ONKOLOJİ DERNEĞİROBOTİK JİNEKOLOJİK
CERRAHİ DERNEĞİ

8. MİNİMAL İNVAZİV JİNEKOLOJİK CERRAHİ KONGRESİ

12-14 Şubat 2026 / Wyndham Grand İstanbul Levent Hotel & Conference Center

SB-077

Diagnosis and management of ectopic ovarian pregnancy: a rare case report

Sevda Karakaya

Department of Obstetrics and Gynecology Clinic, Ordu Education and Research Hospital, Türkiye

INTRODUCTION: Ovarian ectopic pregnancy is a rare type of ectopic gestation, accounting for approximately 0.5–3% of all ectopic pregnancies. Due to nonspecific clinical symptoms and limited imaging findings, preoperative diagnosis is challenging, and most cases are identified during surgery. Minimally invasive surgical techniques have become the preferred method for both diagnosis and fertility-preserving treatment. This report presents a rare case of ovarian ectopic pregnancy successfully managed with laparoscopy.

METHODS: A 33-year-old woman with a history of two previous cesarean sections presented with delayed menstruation. Serum beta-human chorionic gonadotropin (β -hCG) was positive. Transvaginal ultrasonography revealed no intrauterine gestational sac and free pelvic fluid. Although initially suspected to have a complete abortion, the patient had no signs of acute abdomen, and serial β -hCG measurements demonstrated a persistent rise. Medical management with methotrexate was recommended but declined by the patient. Therefore, diagnostic and therapeutic laparoscopy was performed.

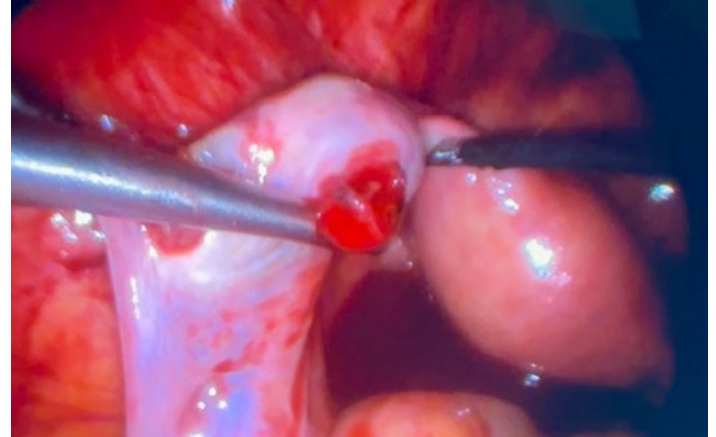
RESULTS: Laparoscopic exploration revealed intact bilateral fallopian tubes and a gestational mass on the ovarian surface, consistent with ovarian ectopic pregnancy. The ectopic tissue was excised using a minimally invasive approach while preserving ovarian tissue. No intraoperative or postoperative complications occurred. Postoperative follow-up showed a progressive decline in serum β -hCG levels. Histopathological examination confirmed the diagnosis of ovarian ectopic pregnancy.

CONCLUSION: Ovarian ectopic pregnancy, though rare, carries a significant risk of morbidity if not promptly diagnosed and treated. Laparoscopy provides a safe, effective, and fertility-preserving approach for both diagnosis and management, especially in patients who are unsuitable for or decline medical therapy. Early laparoscopic intervention should be considered in cases with rising β -hCG levels and absence of an intrauterine gestational sac.

Keywords: Ovarian ectopic pregnancy; Laparoscopy; Minimally invasive surgery; Case report

Keywords: ectopic, invasive, minimally, ovary, pregnancy, surgery

ovarian ectopic pregnancy



MİNİMAL İNVAZİV
JİNEKOLOJİ DERNEĞİMİNİMAL İNVAZİV
JİNEKOLOJİK ONKOLOJİ DERNEĞİROBOTİK JİNEKOLOJİK
CERRAHİ DERNEĞİ

8. MİNİMAL İNVAZİV JİNEKOLOJİK CERRAHİ KONGRESİ

12-14 Şubat 2026 / Wyndham Grand İstanbul Levent Hotel & Conference Center

SB-079

Posterior Üretral Valv İçin Erken İkinci Trimesterde Fetal Sistoskopik Lazer Ablasyonu: Olgu Sunumu

Can Ozan Ulusoy¹, Mevlüt Bucak², Sadun Sucu³, Şevki Çelen⁴, Cantekin İskender⁴

¹Bingöl Devlet Hastanesi, Bingöl, Türkiye

²Hakkari Devlet Hastanesi, Hakkari, Türkiye

³Eskişehir Şehir Hastanesi, Eskişehir, Türkiye

⁴Etlik Şehir Hastanesi, Ankara, Türkiye

GİRİŞ: Posterior üretral valvler (PUV), erkek fetüslerde alt üriner sistem obstrüksiyonunun en sık nedenini oluşturur ve ilerleyici renal hasar ile pulmoner hipoplaziye bağlı olarak ciddi perinatal morbidite ve mortalite ile ilişkilidir. Fetal sistoskopik valv ablasyonu, obstrüksiyonu gidermeyi ve renal fonksiyonları korumayı amaçlayan fizyolojik bir tedavi seçeneği olarak ortaya çıkmıştır. Ancak erken ikinci trimesterde uygulanan girişimlerin optimal zamanlaması ve güvenliği halen tartışmalıdır.

CASE (OLGU): 28 yaşında, gravida 3, parite 2 olan hasta, birinci trimester taraması sırasında fetal alt üriner sistem obstrüksiyonu saptanması üzerine yönlendirildi. Gebeliğin 12. haftasında yapılan ayrıntılı ultrasonografik değerlendirmede, posterior üretral valv ile uyumlu bulgular izlendi ve eşlik eden ek yapısal anomali saptanmadı. Kombine birinci trimester tarama testi düşük anöploidi riski olarak raporlandı. Multidisipliner danışmanlık sonrası, progresif mesane çıkış obstrüksiyonu nedeniyle fetal girişim planlandı.

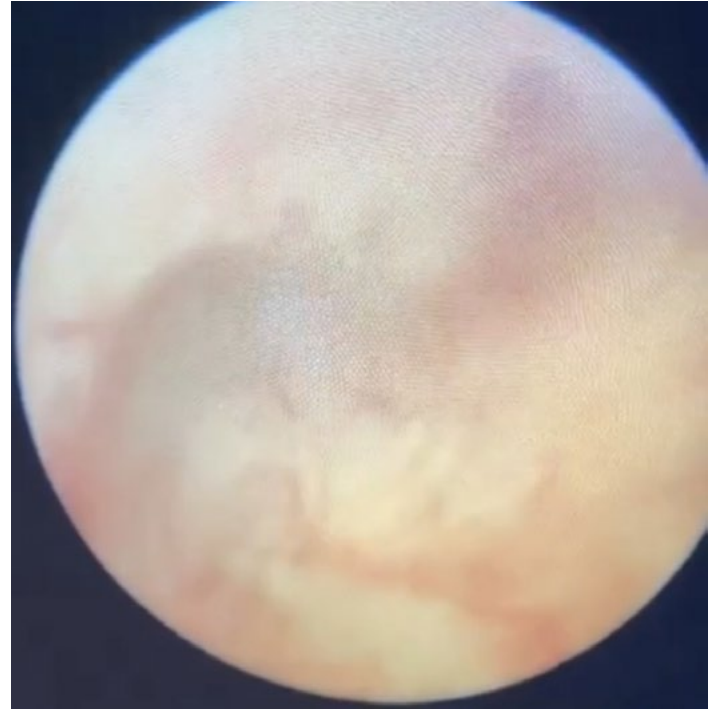
Gebeliğin 16. haftasında, Etlik Şehir Hastanesi Perinatoloji Kliniği'nde fetal sistoskopi uygulandı. Ultrasonografi eşliğinde, transabdominal yaklaşımla 10 Fr fetoskop kullanılarak fetal mesaneye girildi. Posterior üretral valv yapısı doğrudan visualize edildi ve 400 mikron lazer fiber kullanılarak lazer ablasyonu gerçekleştirildi; işlem sonrasında üretral açıklığın sağlandığı gözlemlendi. İşlem sırasında erken intraoperatif komplikasyon izlenmedi. İşlem sonrası hemen fetal kalp atımları mevcuttu; ancak postoperatif 1. günde fetal eksitus saptandı. Maternal açıdan herhangi bir komplikasyon gelişmedi.

SONUÇ: Bu olgu, posterior üretral valvlerde fetal sistoskopik lazer ablasyonunun erken ikinci trimesterde teknik olarak uygulanabilir olduğunu göstermektedir. Bununla birlikte, erken postoperatif dönemde fetal kayıp gelişmesi, erken gestasyonel haftalarda yapılan girişimlerle ilişkili risklerin devam ettiğini ortaya koymaktadır. Fetal sistoskopik PUV tedavisinin güvenlik profilinin ve optimal zamanlamasının

daha iyi tanımlanabilmesi için dikkatli hasta seçimi, ayrıntılı ebeveyn danışmanlığı ve ileri çalışmalara ihtiyaç vardır.

Anahtar Kelimeler: Posterior üretral valv, Fetal sistoskopi, Fetal cerrahi, Alt üriner sistem obstrüksiyonu

Fetal Mesane



Posterior Üretral Valv



MİNİMAL İNVAZİV
JİNEKOLOJİ DERNEĞİMİNİMAL İNVAZİV
JİNEKOLOJİK ONKOLOJİ DERNEĞİROBOTİK JİNEKOLOJİK
CERRAHİ DERNEĞİ

8. MİNİMAL İNVAZİV JİNEKOLOJİK CERRAHİ KONGRESİ

12-14 Şubat 2026 / Wyndham Grand İstanbul Levent Hotel & Conference Center

SB-080

Laparotomi ve laparoskopi uygulanan hastalarda erken postoperatif hematolojik inflamasyon indekslerinin karşılaştırılması

Bakiye Akbaş

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

AMAC: Bu çalışmada, laparotomi ve laparoskopi ile histerektomi uygulanan hastalarda perioperatif hematolojik inflamasyon indekslerinin karşılaştırılması ve cerrahi yaklaşımın erken postoperatif inflamatuvar yanıt üzerindeki etkisinin değerlendirilmesi amaçlandı.

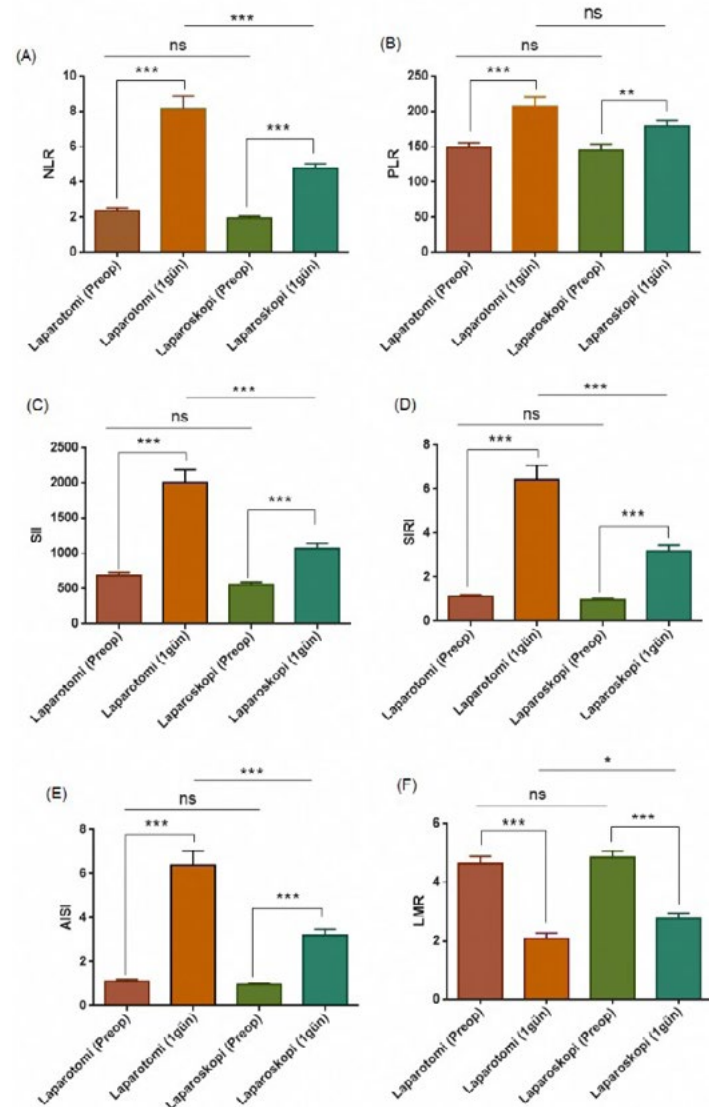
GEREÇ VE YÖNTEM: Çalışmaya histerektomi uygulanan toplam 160 hasta dahil edildi. Hastalar cerrahi yaklaşıma göre laparotomi ve laparoskopi gruplarına ayrıldı. Hastaların demografik özellikleri (yaş, vücut kitle indeksi), obstetrik öyküleri (gravida), sigara kullanımı, operasyon süresi, operasyon endikasyonları ve patolojik tanıları kaydedildi. Nötrofil/lenfosit oranı (NLR), trombosit/lenfosit oranı (PLR), sistemik immün-inflamasyon indeksi (SII), sistemik inflamatuvar yanıt indeksi (SIRI), agregat inflamatuvar sistem indeksi (AISİ) ve lenfosit/monosit oranı (LMR) preoperatif ve postoperatif 1. günde değerlendirildi. Grup içi karşılaştırmalarda Wilcoxon işaretli sıralar testi, gruplar arası karşılaştırmalarda Mann-Whitney U ve Ki-kare testleri kullanıldı.

BULGULAR: Laparotomi ve laparoskopi grupları arasında yaş, vücut kitle indeksi, gravida sayısı, sigara kullanımı ve operasyon süresi açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı (tümü için $p>0,05$). Grupların patolojik tanı dağılımları benzerdi (Ki-kare testi, $p=0,94$). Buna karşın operasyon endikasyonlarının dağılımı gruplar arasında anlamlı farklılık gösterdi (Ki-kare testi, $p=0,019$); ancak bu farklılık nihai patolojik tanı dağılımına yansımada. Her iki grupta da postoperatif 1. günde NLR, PLR, SII, SIRI ve AISİ değerlerinde anlamlı artış, LMR değerlerinde ise anlamlı azalma gözlemlendi ($p<0,05$). İnflamatuvar indekslerdeki bu değişim laparotomi grubunda laparoskopi grubuna kıyasla daha belirgindi.

SONUÇ: Gruplar demografik ve patolojik özellikler açısından karşılaştırılabilir olmakla birlikte, laparotomi erken postoperatif dönemde laparoskopiye kıyasla daha yüksek sistemik inflamatuvar yanıtla ilişkilidir. Bulgularımız, laparoskopinin minimal invaziv yapısı sayesinde inflamatuvar yükü daha sınırlı düzeyde tetiklediğini ve cerrahi yaklaşım seçiminde biyolojik bir avantaj sağlayabileceğini göstermektedir.

Anahtar Kelimeler: Cerrahi endikasyon, histerektomi, inflamasyon, laparoskopi, laparotomi, patoloji

{Şekil 1}. Laparotomi ve laparoskopi uygulanan hastalarda perioperatif hematolojik inflamasyon indekslerinin karşılaştırılması.



(A) Nötrofil/lenfosit oranı (NLR), (Açık cerrahinin neden olduğu doku travması daha güçlü nötrofil ağırlıklı inflamatuvar yanıt oluşturmaktadır). (B) Trombosit/lenfosit oranı (PLR), (Trombosit aracılı inflamatuvar yanıt laparotomide daha belirgindir). (C) Sistemik immün-inflamasyon indeksi (SII), (Laparotomi, nötrofil-trombosit aktivasyonunu ve lenfosit baskılanmasını birlikte artırmaktadır.) (D) Sistemik inflamatuvar yanıt indeksi (SIRI), (Monosit aracılı sistemik inflamatuvar yanıt laparotomide daha güçlüdür) (E) Agregat inflamatuvar sistem indeksi (AISİ) (AISİ sonuçları, laparotomide inflamasyonun çok boyutlu ve yaygın olduğunu göstermektedir)

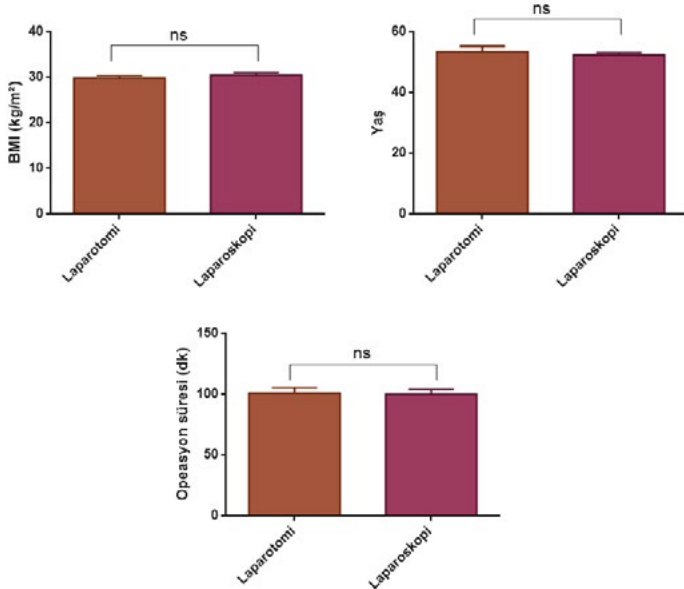
MİNİMAL İNVAZİV
JİNEKOLOJİ DERNEĞİMİNİMAL İNVAZİV
JİNEKOLOJİK ONKOLOJİ DERNEĞİROBOTİK JİNEKOLOJİK
CERRAHİ DERNEĞİ

8. MİNİMAL İNVAZİV JİNEKOLOJİK CERRAHİ KONGRESİ

12-14 Şubat 2026 / Wyndham Grand İstanbul Levent Hotel & Conference Center

(F) Lenfosit/monosit oranı (LMR) değerleri, preoperatif ve postoperatif 1. günde laparotomi ve laparoskopi gruplarında değerlendirilmiştir (Açık cerrahi sonrası lenfosit baskılanması ve immün dengenin bozulması daha fazladır). Grup içi karşılaştırmalarda Wilcoxon işaretli sıralar testi, gruplar arası karşılaştırmalarda ise Mann–Whitney U testi kullanılmıştır. İstatistiksel anlamlılık düzeyleri $p < 0,05$ (*), $p < 0,01$ (**), $p < 0,001$ (***) olarak gösterilmiş; istatistiksel olarak anlamlı olmayan farklar ns ile belirtilmiştir. Her iki cerrahi yöntemde de postoperatif 1. günde NLR, PLR, SII, SIRI ve AISI değerlerinde anlamlı artış, LMR değerlerinde ise anlamlı azalma gözlenmiştir. Ancak inflamatuvar indekslerdeki bu değişim laparotomi grubunda laparoskopi grubuna kıyasla daha belirgindir. Preoperatif değerlerin gruplar arasında benzer olması, postoperatif farklılıkların cerrahi yaklaşıma bağlı olduğunu düşündürmektedir. Bu bulgular, laparoskopinin laparotomiye kıyasla daha düşük sistemik inflamatuvar yanıtla ilişkili olduğunu göstermektedir

{Şekil 2}. Laparotomi ve laparoskopi gruplarında demografik ve operasyonel özelliklerin karşılaştırılması.



Laparotomi ve laparoskopi uygulanan hastaların vücut kitlesi indeksi (BMI), yaş ve operasyon süresi karşılaştırılmıştır. Gruplar arası karşılaştırmalar Mann–Whitney U testi ile yapılmış olup, tüm parametreler açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır (ns, $p > 0,05$). Gruplar arasında BMI, yaş ve operasyon süresinin benzer olması, postoperatif inflamatuvar indekslerde gözlenen farklılıkların cerrahi yaklaşıma bağlı olduğunu desteklemektedir.

Tablo 1: Laparotomi ve laparoskopi gruplarında patolojik tanı dağılımı

Patoloji Grubu	Laparotomi	Laparoskopi
Leiomyom ± adenomyozis	52	57
Endometrial polip / hiperplazi	8	6
Over kistleri	7	5
Endometriozis	1	1
Premalign / Malign	2	3
Diğer benign	10	8

Laparotomi ve laparoskopi uygulanan olguların patolojik tanı dağılımları karşılaştırıldığında, gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmadı (Ki-kare testi, $p=0,94$). Bu bulgu, cerrahi yaklaşım gruplarının patolojik açıdan karşılaştırılabilir olduğunu göstermektedir.

Tablo 2: Laparotomi ve laparoskopi gruplarında operasyon endikasyonlarının dağılımı

Op. Endikasyonu (Grup)	Laparotomi	Laparoskopi
AUK ± eşlik eden	37	46
PMK	13	5
Myoma uteri	12	9
Ovaryan patoloji	3	11
Endometriozis	3	1
Premalign / Malign	0	3
Diğer	12	5

Laparotomi ve laparoskopi uygulanan olguların operasyon endikasyonları karşılaştırıldığında, istatistiksel olarak anlamlı fark saptandı (Ki-kare testi, $p=0,019$). Operasyon endikasyonları açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmış olmakla birlikte ($p=0,019$), bu farklılık nihai patolojik tanı dağılımına yansımamıştır. Bu durum, cerrahi yaklaşım tercihlerindeki değişimin patolojik sonuçlar üzerinde belirleyici olmadığını düşündürmektedir. Ayrıca Sigara kullanımı açısından laparotomi ve laparoskopi grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmadı (Ki-kare testi, $p > 0,05$). Çalışma grubunda medyan gravida sayısı 3 [2–4]. Gravida sayısı açısından laparotomi ve laparoskopi grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı (Mann–Whitney U testi, $p > 0,05$).

MİNİMAL İNVAZİV
JİNEKOLOJİ DERNEĞİMİNİMAL İNVAZİV
JİNEKOLOJİK ONKOLOJİ DERNEĞİROBOTİK JİNEKOLOJİK
CERRAHİ DERNEĞİ

8. MİNİMAL İNVAZİV JİNEKOLOJİK CERRAHİ KONGRESİ

12-14 Şubat 2026 / Wyndham Grand İstanbul Levent Hotel & Conference Center

SB-081

D&C Sonrası İntrauterin Adezyon ve İnce Endometriumda NGS Sonrası Gebelik: Serklaj ve Previaable PPRM ile Komplike Seyir

Şüheda Bahadır¹, Fulya Deniz Geçer², Gülin Işık²,
Merve Önder³, Elif Bozkurt², Erhan Demirdag²,
M. Funda Cevher Akdulum², Nuray Bozkurt²

¹Ankara Atatürk Sanatoryum Eğitim ve Araştırma Hastanesi

²Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi

³Bozüyük Devlet Hastanesi

GİRİŞ: İntrauterin adezyonlar, özellikle küretaj sonrası gelişerek endometrial reseptiviteyi bozabilir ve infertilite ile obstetrik komplikasyonlara yol açabilir. Endometrial incelik eşlik ettiğinde, yardımcı üreme tekniklerinde implantasyon başarısı daha da azalır. Bu olguda, D&C sonrası adezyon ve endometrial incelik gelişen; histeroskopik olarak yönetilen ve NGS sonrası gebelik elde edilmesine karşın ikinci trimesterde servikal kısılma, serklaj ve previaable PPRM ile komplike seyreden bir hasta sunulmaktadır.

OLGU SUNUMU: Otuz beş yaşında, G2P1A1 hasta, dokuz yıllık evlilik süresince korunmasız ilişkiye rağmen gebelik elde edilememesi nedeniyle değerlendirildi. 2023'te merkezimize başvurana dek tetkik ve tedavilerinin dış merkezde yürütüldüğü; iki IUI denemesinin başarısız olduğu, oosit toplama ile 4 oosit elde edilip 4 dondurulmuş embriyo oluşturulduğu ve toplam üç IVF denemesi yapıldığı öğrenildi. İlk IVF siklusunda 2019'da gebelik elde edilmiş ancak 8. haftada missed abortus nedeniyle D&C uygulanmış; sonrasında intrauterin adezyon ve endometrial incelik geliştiği tekrar operatif histeroskopi ile adezyolizis yapıldığı ve izleyen IVF denemesinde klinik başarı sağlanamadığı bildirildi. 2023'te kliniğimizde yapılan değerlendirmede HSG'de endometrial polip şüphesi saptanması üzerine operatif histeroskopi ile polip eksize edildi; beş ay sonraki kontrol histeroskopisinde uterin kavite doğal izlendi. 2024 yılında endometrial kalınlığın, perioovulatuvar fazda yapılan ultrasonografik ölçümlerde dahi en fazla 6 mm olduğu değerlendirildi. Endometrium hazırlığı amacıyla oral östradiol (4x2 mg) ve transdermal östradiol (Climara) kullanılarak endometrial kalınlığın 7,5 mm'ye ulaştırıldığı kaydedildi. Bunu takiben dondurulmuş-çözülmüş, preimplantasyon genetik tarama (NGS) uygulanmış embriyo transferi ile gebelik elde edildi. 18. haftada servikal uzunluğun 15 mm saptanması üzerine McDonald serklaj uygulandı. 20. haftada su geliş sonrası AmniSure pozitifliği ile PPRM

doğrulandı; ateş/CRP yüksekliği ve diğer enfeksiyon bulguları saptanmadı ve standart previable PPRM protokolü kapsamında antibiyotik başlandı. Anhidroamniyoz nedeniyle FIGO kriterlerine göre terminasyon kararı alındı; serklaj çıkarılarak aydınlatılmış onam sonrası gebelik 20 hafta 6 günde sonlandırıldı. Gebelik sonlanımından yaklaşık üç ay sonra yapılan HSG'de kavite içinde plasental artefakt ile uyumlu görünüm izlendi ve diagnostik histeroskopide eksize edildi ve 6. ay kontrolünde HSG'de alt segment/internal os düzeyinde adezyon izlenmesi üzerine operatif histeroskopi planlandı. Histeroskopide adezyon doğrulanarak AFS skorlamasına göre (kavite 2, tip 2, menstrüel patern 2; toplam 6) orta şiddette (Evre II) intrauterin adezyon olarak sınıflandırıldı ve makasla adezyolizis uygulandı. İşlem sonrası 4. ve 6. aylardaki kontrol histeroskopilerinde kavitenin normal olduğu teyit edildi. Olgusu sunumu için hastadan yazılı bilgilendirilmiş onam alındı.

SONUÇ: İntrauterin girişimler sonrası gelişen adezyon ve endometrial incelik, gebelik elde edilse dahi gebeliğin devamını ve perinatal sonuçları olumsuz etkileyebilir. Kavite restorasyonu ve endometrium hazırlığının optimizasyonu gebelik şansını artırsa da, ikinci trimesterde servikal kısılma, serklaj gereksinimi ve previaable PPRM açısından yakın izlem şarttır. Bu nedenle prekonsepsiyonel kavite değerlendirmesi ve gebelikte multidisipliner, kanıta dayalı takip temel yaklaşımdır.

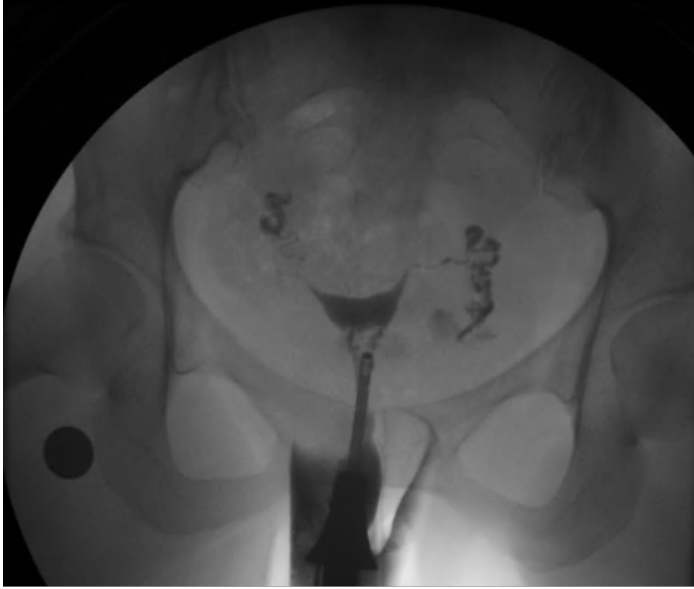
Anahtar Kelimeler: Asherman sendromu, histeroskopik adezyolizis, intrauterin adezyon, preterm erken membran rüptürü, yardımcı üreme teknikleri

MİNİMAL İNVAZİV
JİNEKOLOJİ DERNEĞİMİNİMAL İNVAZİV
JİNEKOLOJİK ONKOLOJİ DERNEĞİROBOTİK JİNEKOLOJİK
CERRAHİ DERNEĞİ

8. MİNİMAL İNVAZİV JİNEKOLOJİK CERRAHİ KONGRESİ

12-14 Şubat 2026 / Wyndham Grand İstanbul Levent Hotel & Conference Center

Resim 1.



Adezyolizis öncesi histerosalpingografi (HSG) görüntüsü. Uterin kaviteye kontrast dolumu izlenmekte olup, alt uterin segment ve internal os düzeyinde belirgin daralma/irregüler kontur ve dolum defekti alanları intrauterin adezyon (sineşi) ile uyumlu görünüm göstermektedir.

Resim 2.



Adezyolizis sonrası kontrol histerosalpingografi (HSG) görüntüsü. Uterin kavitenin kontrast ile düzenli ve simetrik dolduğu, kavite konturlarının doğal olduğu ve belirgin dolum defekti/irregülerlik izlenmediği görülmektedir. Alt uterin segment ve internal os düzeyinde preoperatif görüntü ile uyumlu daralma/adezyona işaret eden bulguların gerilediği izlenmektedir.

SB-082

Incidental ovarian granulosa cell hyperplasia in a woman on long-term tamoxifen therapy

Metin Ayg r¹, Helin El i¹, Leyla Merda Ekmen Aykut², İlknur Zeynep Demir², Erbil Karaman¹, Onur Karaaslan¹, Cagri Ates¹, İlatif hacio lu¹, Ersin Onat¹, M c hit Ahmet Aranlı¹

¹Department of Obstetrics and Gynecology, Van Yuzuncu Yıl University, Van, Turkey

²Department of Obstetrics and Gynecology, Van Training and Research Hospital, Van, Turkey

BACKGROUND: Granulosa cell hyperplasia is an extremely rare incidental finding in non-pregnant women, with uncertain clinical implications.

AIM: To report an unusual case of incidentally detected granulosa cell hyperplasia in the ovary of a patient with a prior history of breast carcinoma on long-term tamoxifen therapy, and to review the clinical relevance and follow-up considerations.

METHODS: A 52-year-old multiparous woman with a history of breast carcinoma, previously treated with mastectomy and long-term adjuvant tamoxifen, was admitted for evaluation of abnormal uterine bleeding. Preoperative ultrasonography demonstrated adenomyosis, with tumor markers within normal limits. The patient underwent total abdominal hysterectomy with bilateral salpingo-oophorectomy. Intraoperative frozen section suggested an endometrial polyp. Definitive histopathological assessment revealed secretory endometrium, leiomyomata, adenomyosis, chronic salpingitis, and an incidental microscopic focus of granulosa cell hyperplasia within the right ovary. No morphologic features of granulosa cell tumor were observed.

RESULTS: The granulosa cell hyperplasia was focal and microscopic, discovered incidentally. No malignant transformation or atypia was present. Given the absence of overt granulosa cell tumor, the finding was considered clinically indeterminate. Literature review indicates such lesions are exceedingly rare in non-pregnant women, and their prognostic significance remains unclear. Follow-up with serial hormonal assays (including inhibin levels) and clinical surveillance was recommended.

CONCLUSION: This case highlights the incidental discovery of ovarian granulosa cell hyperplasia in a non-pregnant woman with prior breast carcinoma on tamoxifen therapy. Although regarded as a benign and rare entity,

MİNİMAL İNVAZİV
JİNEKOLOJİ DERNEĞİMİNİMAL İNVAZİV
JİNEKOLOJİK ONKOLOJİ DERNEĞİROBOTİK JİNEKOLOJİK
CERRAHİ DERNEĞİ

8. MİNİMAL İNVAZİV JİNEKOLOJİK CERRAHİ KONGRESİ

12-14 Şubat 2026 / Wyndham Grand İstanbul Levent Hotel & Conference Center

Careful clinical and laboratory monitoring is warranted due to the paucity of data on long-term outcomes and potential association with hormonally active tumors.

Keywords: Granulosa cell hyperplasia, tamoxifen, breast neoplasms

SB-083

Kompleks Septal Müllerian Anomalide Tek Seans Histeroskopi ve Çapraz Bağlı Hyaluronan Jel Uygulaması: Adezyon Profilaksisine Yönelik Olgu Sunumu

Şüheda Bahadır¹, Fulya Deniz Geçer², Gülin Işık², Merve Önder³, Elif Bozkurt², Erhan Demirdag², M. Funda Cevher Akdulum², Nuray Bozkurt²

¹Ankara Atatürk Sanatoryum Eğitim ve Araştırma Hastanesi

²Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi

³Bozüyük Devlet Hastanesi

GİRİŞ: Müllerian anomaliler içinde yer alan komplet septat uterus; septat serviks ve longitudinal vajinal septum ile birlikte görüldüğünde hem tanı hem de cerrahi yönetim açısından zorlu, aynı zamanda infertilite ve cinsel ilişki sırasında ağrı gibi klinik sorunlarla ilişkilendirilebilen kompleks bir tablodur. Histeroskopik septum rezeksiyonu anatomik düzeltmenin temelini oluştursa da, özellikle geniş rezeksiyon yapılan olgularda postoperatif dönemde intrauterin adezyon gelişimi önemli bir sınırlılık olup kavitenin tekrar daralmasına, rezidüel deformite izlenmesine ve ek revizyon girişimlerine ihtiyaç duyulmasına yol açabilir. Bu nedenle cerrahi başarının yalnızca septumun rezeksiyonu ile değil, aynı zamanda kavitenin iyileşme sürecinde adezyonların önlenmesi ve yeterli kavite genişliğinin korunması ile değerlendirilmesi gerekir. Bu olgu sunumunda, kompleks septal anomalinin tek seansta histeroskopik yönetimi sonrası intrauterin çapraz bağlı hyaluronan jel (MateRegen®) uygulamasıyla kavitenin adezyonsuz ve yeterli genişlikte izlenmesi vurgulanmaktadır.

OLGU SUNUMU: Otuz yaşında, iki biyokimyasal gebelik öyküsü bulunan dispareni ve klinik gebelik elde edilememesi nedeniyle değerlendirilen hastada, eşe ait semen analizi normal olarak raporlandı. Transvajinal ultrasonografide (TVUS) endometrial kavitede uterin septum ile uyumlu görünüm saptanmasını takiben tanı histeroskopi ile doğrulandı. Olgu, Amerikan Üreme Tıbbi Derneği (American Society for Reproductive Medicine, ASRM) Müllerian anomali sınıflamasına göre komplet septat uterus ile birlikte septat serviks ve longitudinal vajinal septum olarak değerlendirildi. 2025'te operatif histeroskopi ile longitudinal vajinal septum, servikal ve uterin septuma yönelik histeroskopik rezeksiyon uygulandı. İşlem esnasında mannitol kullanılarak kavite distansiyonu sağlandı ve monopolar rezektoskop yardımıyla uterin septuma yönelik düzeltme gerçekleştirildi ve işlem sonunda intrauterin kaviteye çapraz bağlı hyaluronan intrauterin jel (MateRegen®; BioRegen Biomed-

MİNİMAL İNVAZİV
JİNEKOLOJİ DERNEĞİMİNİMAL İNVAZİV
JİNEKOLOJİK ONKOLOJİ DERNEĞİROBOTİK JİNEKOLOJİK
CERRAHİ DERNEĞİ

8. MİNİMAL İNVAZİV JİNEKOLOJİK CERRAHİ KONGRESİ

12-14 Şubat 2026 / Wyndham Grand İstanbul Levent Hotel & Conference Center

cal (Changzhou) Co., Ltd., Changzhou, China) uygulandı. Postoperatif 1. hafta ve 1. ay TVUS kontrollerinde kavite tek boşluklu izlendi ve rezidü septum lehine görünüm saptanmadı. Post operatif 2. Ayında yapılan kontrol diagnostik histeroskopide tubal ostiumlar doğal ve kavite yeterli genişlikte izlendi. İzlem süresince hastanın disparoni şikayetinin geçtiği öğrenildi, henüz klinik gebelik elde edilmemekle birlikte spontan konsepsiyon açısından takibi planlandı. Hastadan yazılı bilgilendirilmiş onam alındı.

SONUÇ: Komplet septat uterus ile birlikte septat serviks ve longitudinal vajinal septum varlığında histeroskopik rezeksiyon, anatomik restorasyon için etkili bir yaklaşım olmakla birlikte, postoperatif intrauterin adezyon riski bu hasta grubunda klinik sonuçları belirleyen temel faktörlerden biridir. Sunulan olguda cerrahi düzeltim sonrasında intrauterin çapraz bağlı hyaluronan jel uygulanmasını takiben erken ve geç kontrol değerlendirmelerinde kavitenin tek boşluklu, yeterli genişlikte ve rezidüel septum/adezyon bulgusu olmaksızın izlenmesi, yeniden yapışıklık gelişimini önleme açısından dikkat çekici bir başarı olarak öne çıkmaktadır. Bu deneyim, kompleks septal anomalilerde cerrahi sonrası adezyon profilaksisinin kavite bütünlüğünü korumada ve olası revizyon gereksinimini azaltmada değerli bir tamamlayıcı strateji olabileceğini düşündürmektedir.

Anahtar Kelimeler: histeroskopi, infertilite, longitudinal vajinal septum, septat serviks, uterin septum

Resim 1.



Şekil 1. İntraoperatif histeroskopik görünüm: uterin kaviteyi ikiye ayıran komplet uterin septum ve septuma yönelik rezeksiyon sırasında septal dokunun kesilme hattı izlenmektedir.

SB-098

A comparison of two minimally invasive techniques for complete pelvic lymphadenectomy: vNOTES versus conventional laparoscopy—insights from a single-surgeon experience

Kemal Gungorduk

Division of Gynecologic Oncology, Department of Obstetrics and Gynecology, Faculty of Medicine, Muğla Sıtkı Kocman University, Muğla, Turkey

AIM: To compare and assess the outcomes of bilateral complete pelvic lymph node dissection performed via multiport conventional laparoscopy (MCL) versus Vaginal Natural Orifice Transluminal Endoscopic Surgery (vNOTES) for surgical staging in endometrial cancer patients with failed sentinel lymph node (SLN) mapping.

METHOD: This retrospective cohort study analyzed 42 patients diagnosed with grade I or II endometrioid endometrial cancer who underwent hysterectomy with bilateral salpingo-oophorectomy, followed by comprehensive retroperitoneal pelvic lymphadenectomy after failed bilateral SLN mapping via vNOTES (n=21) or MCL (n=21). Demographic characteristics, operative times, perioperative and postoperative complications, pain scores, and Quality of Recovery-15 (QoR-15) scores were recorded and compared between the groups.

RESULTS: Both groups showed similar demographic and clinical characteristics, with no statistically significant differences identified. The vNOTES group had a significantly longer operative time (53.8 ± 7.4 minutes) compared to the MCL group (46.9 ± 9.2 minutes; $P=0.01$). However, no significant differences were found in blood loss (17.7 ± 5.6 mL vs. 18.8 ± 5.0 mL; $P=0.50$) or the number of retrieved lymph nodes (32.1 ± 6.6 vs. 35.0 ± 8.1 ; $P=0.21$). Postoperative VAS scores were consistently lower for vNOTES at 6 hours (4.3 ± 1.1 vs. 5.5 ± 1.0 ; $P=0.01$), 12 hours (3.5 ± 0.8 vs. 4.8 ± 1.1 ; $P<0.001$), and 24 hours (2.1 ± 0.6 vs. 3.1 ± 0.9 ; $P<0.001$). FPS-R scores corroborated these findings, showing significantly reduced pain for vNOTES at 6 hours ($P=0.002$), 12 hours ($P<0.001$), and 24 hours ($P=0.04$). Additionally, the vNOTES group showed higher QoR-15 scores 48 hours post-surgery (109.33 ± 4.7 vs. 104.90 ± 4.1 ; $P=0.002$).

CONCLUSION: vNOTES complete lymphadenectomy provides a clinically significant blend of minimized postoperative pain, scar-free surgery, and improved

MİNİMAL İNVAZİV
JİNEKOLOJİ DERNEĞİMİNİMAL İNVAZİV
JİNEKOLOJİK ONKOLOJİ DERNEĞİROBOTİK JİNEKOLOJİK
CERRAHİ DERNEĞİ

8. MİNİMAL İNVAZİV JİNEKOLOJİK CERRAHİ KONGRESİ

12-14 Şubat 2026 / Wyndham Grand İstanbul Levent Hotel & Conference Center

recovery quality, all while ensuring oncologic effectiveness comparable to MCL.

Keywords: Vaginal Natural Orifice Transluminal Endoscopic Surgery, multiport conventional laparoscopy, complete pelvic lymph node dissection

SB-099

The Importance of Patient Positioning and The Incidence of Intraoperative Nerve Injury in Minimally Invasive Surgery

İşıl Damla Dinç¹, Utku Akgör², Derman Başaran², Murat Gültekin²

¹Hacettepe University, Department of Obstetrics and Gynecology, Ankara, Turkey

²Hacettepe University, Department of Obstetrics and Gynecology, Division of Gynecologic Oncology, Ankara, Turkey

OBJECTIVE: Minimally invasive surgery is defined as a surgical technique that limits tissue trauma and surgical exposure, and is associated with lower complication rates, reduced postoperative pain, and faster recovery when compared to conventional open procedures. This study aims to assess the role of correct intraoperative positioning in preventing nerve injury and postoperative pain in minimally invasive surgery, and to raise awareness that improper positioning may lead to avoidable complications despite the minimally invasive nature of these procedures.

METHODS: This retrospective study included 1,475 patients who underwent minimally invasive surgery between January 2013 and December 2025, including robotic (n=163), laparoscopic (n=703), and vaginal (n=609) procedures. Clinical data were obtained from hospital records and included demographic characteristics, surgical approach, extremity positioning, neurological symptoms, severity of motor and sensory deficits, treatment modalities, and recovery outcomes.

RESULTS: Among the 1,475 patients treated with minimally invasive surgery, nerve injury occurred in five patients (0.33%). The mean age of these patients was 50.6 years. The most common presenting symptom was extremity weakness, observed in 100% of cases. The mean interval between symptom onset and surgery was approximately 16 hours. The majority of symptoms involved the lower extremities, identified in 60% of patients. The mean measured motor strength in the affected extremities was 3.2/5. All patients were followed by the physical therapy and rehabilitation and neurology departments. The mean follow-up duration was 2 years. In one patient, observation alone was sufficient (20%), while four patients achieved complete recovery with exercise-based follow-up (80%). **CONCLUSION:** Position-related nerve injury remains a rare but clinically significant complication of minimally

MİNİMAL İNVAZİV
JİNEKOLOJİ DERNEĞİMİNİMAL İNVAZİV
JİNEKOLOJİK ONKOLOJİ DERNEĞİROBOTİK JİNEKOLOJİK
CERRAHİ DERNEĞİ

8. MİNİMAL İNVAZİV JİNEKOLOJİK CERRAHİ KONGRESİ

12-14 Şubat 2026 / Wyndham Grand İstanbul Levent Hotel & Conference Center

invasive surgery. A standardized positioning protocol, including low lithotomy positioning with appropriate padding and a surgical safety checklist, may contribute to reducing the incidence of these injuries. Larger multicenter studies are needed to further optimize preventive strategies.

Keywords: Minimally invasive surgery, nerve injury, intraoperative positioning, trendelenburg

SB-100

Histerektomiden 10 yıl sonra gelişen vajinal cuff prolapsusunda laparoskopik sakrokolpopeksi: olgu sunumu

Gülün Işık, Çağan Emre Şen, Fulya Deniz Geçer, Mert Akalın, İsmail Güler, Nuray Bozkurt, Erhan Demirdag
Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Ankara

GİRİŞ: Vajinal cuff prolapsusu, histerektomi sonrası dönemde yaşam kalitesini belirgin şekilde bozan önemli bir pelvik taban disfonksiyonudur. İnsidansı %1–2 arasında bildirilmekte olup ileri yaş, multiparite, önceki pelvik cerrahiler ve bağ dokusu zayıflığı önemli risk faktörleri arasında yer almaktadır. Sakrokolpopeksi, özellikle apikal prolapsus tedavisinde yüksek anatomik başarı ve uzun dönem hasta memnuniyeti ile altın standart cerrahi yöntemlerden biri olarak kabul edilmektedir. Minimal invaziv yaklaşımlar ise daha düşük morbidite ve hızlı iyileşme avantajı sunmaktadır.

OLGU: 62 yaşında, G5P2A3, 2 normal doğum öyküsü olan 2015 yılında abdominal histerektomi olmuş hasta, son iki yıldır giderek artan vajinal sarkma ve ele gelen kitle hissi şikâyeti ile başvurdu vajen cuff prolapsusu tanısı kondu. Özgeçmişinde hipertansiyon ve hiperlipidemi bulunan komorbiditeleri olan hastaya post operatif başarı oranı yüksek olması sebebiyle laparoskopik sakrokolpopeksi planlandı.

Cerrahi işlem genel anestezi altında, dört trokar tekniği ile gerçekleştirildi. Öncelikle vajen cuff bölgesi disseke edilerek pantolon şeklinde kesilen meshin ön ve arka bacakları anterior ve posterior vajinal duvara plastik tacker ve primer süturlar ile fiksasyonu sağlandı. Posterior diseksiyon sırasında presakral alan dikkatle açıldı ve periton, promontoryum seviyesine kadar disseke edildi. Promontoryumun karakteristik beyaz renkli anterior longitudinal ligamanı net olarak ortaya kondu. Bu aşamada özellikle orta sakral arter identifiye edilerek disseke edildi ve korunmasına özen gösterildi; böylece hem kanama riski azaltıldı hem de güvenli mesh fiksasyonu için uygun anatomik zemin sağlandı. Polipropilen mesh, promontoryuma non-absorbe tacker ve sütürlerle tespit edildi ve periton tekrar kapatılarak mesh retroperitoneal alana gömüldü. Operasyon intraoperatif komplikasyon olmaksızın tamamlandı.

SONUÇ: Laparoskopik sakrokolpopeksi, histerektomi sonrası gelişen vajinal cuff prolapsusunda güvenli, etkili ve anatomik başarı oranı yüksek bir cerrahi yöntemdir. Pre-sakral diseksiyon sırasında promontoryumun doğru şekilde tanımlanması ve middle sakral arterin dikkatli diseksiyonu,

MİNİMAL İNVAZİV
JİNEKOLOJİ DERNEĞİMİNİMAL İNVAZİV
JİNEKOLOJİK ONKOLOJİ DERNEĞİROBOTİK JİNEKOLOJİK
CERRAHİ DERNEĞİ

8. MİNİMAL İNVAZİV JİNEKOLOJİK CERRAHİ KONGRESİ

12-14 Şubat 2026 / Wyndham Grand İstanbul Levent Hotel & Conference Center

hem cerrahi güvenliği artırmakta hem de mesh fiksasyonunun sağlamlığını desteklemektedir. Bu olgu, minimal invaziv yaklaşımın apikal prolapsus tedavisinde etkin bir seçenek olduğunu bir kez daha ortaya koymaktadır.

Anahtar Kelimeler: Vajinal cuff prolapsusu, sakrokolpopoksi, laparoskopik cerrahi

SB-116

Vaginal endometriosis presenting with postmenopausal vulvar pain

Hatun Çolak, İbrahim Emre Bulut, Zehra Doğru, Erdal Şeker
Osmaniye Training and Research Hospital

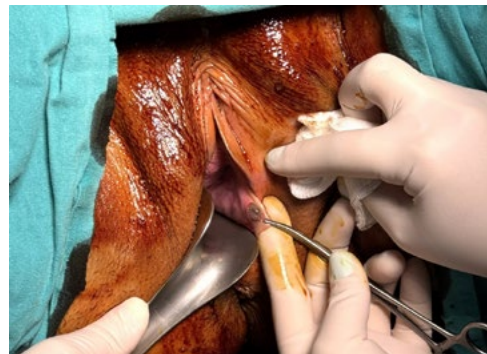
54 yaşında 3 normal doğum öyküsü bulunan hasta, polikliniğe vajinal bölgede ağrı, disparoni yapan ele gelen ağrılı lezyon ile başvurdu.

Hastanın yapılan vajinal muayenesinde vajen introitus sol yanda kahverengi 1 cm lezyon izlendi. Lezyon koter ve künt diseksiyonla eksize edildi. İşlem sırasında kahverengi içerikli kist sıvısı drene oldu. Hastanın patolojisinde vimentin ile boyanan endometrium hücresi; endometriosis olarak raporlandı.

Endometriosis, uterus boşluğunun dışında oluşan endometriyal bezler ve stroma olarak tanımlanır. Lezyonlar genellikle pelviste yerleşir, ancak bağırsak, diyafram ve plevra boşluğu dahil olmak üzere birçok bölgede de görülebilir¹. Endometriosis yaygın ve malign olmayan bir süreç olmakla birlikte, ektopik endometriyal doku ve buna bağlı inflamasyon dismenore, disparoni, kronik ağrı ve kısırlığa neden olabilir. Endometriosis genel olarak over ve ovarian fossa (%67-32), anterior posterior cul de sac, broad ligament, uterosakral ligament (%46), douglas (%30), mesane (%21), uterus, tubalar, sigmoid kolon, appendiks, round ligament, vajina, serviks, rektovajinal septum, çekum, ileum, inguinal kanal, perineal skar, üreter ve umblikusta ortaya çıkabilir¹. Litaratüre bakıldığında bir çalışmada bildirilen 4 vajinal endometriosis ve 3 epizyotomi hattında bulunan vulvar endometriosis hastası mevcuttur. Endometriosis kadınların hayat kalitesini etkileyen malign olmayan östrojen bağımlı bir inflamatuvar hastalıktır. Kliniğe başvuran hastalarda akılda bulundurulmalıdır

Anahtar Kelimeler: Endometriosis, pelvik ağrı, menapoz

Cerrahi sırasında görülen lezyon



MİNİMAL İNVAZİV
JİNEKOLOJİ DERNEĞİMİNİMAL İNVAZİV
JİNEKOLOJİK ONKOLOJİ DERNEĞİROBOTİK JİNEKOLOJİK
CERRAHİ DERNEĞİ

8. MİNİMAL İNVAZİV JİNEKOLOJİK CERRAHİ KONGRESİ

12-14 Şubat 2026 / Wyndham Grand İstanbul Levent Hotel & Conference Center

SB-136

The Role of V-NOTES Surgery in Uterine Prolapse: High Uterosacral Ligament Suspension - A Case Report

Meryem Keçeci Oğuzhanoglu

Department of Obstetrics and Gynecology, Haseki Training and Research Hospital, Istanbul, Turkey

INTRODUCTION: Uterine prolapse is a common type of pelvic floor disorder that significantly affects quality of life and functional status in women. This condition develops secondary to progressive weakening of pelvic floor structures due to age, vaginal delivery, chronic straining, and hormonal changes. Although vaginal hysterectomy combined with conventional pelvic floor reconstruction remains the gold standard treatment, novel minimally invasive endoscopic techniques offer reduced morbidity, rapid recovery, and improved anatomical precision. Vaginally Administered Transperitoneal Endoscopic Surgery (V-NOTES) represents an innovative approach that enables advanced apical reconstruction while preserving the advantages of vaginal access.

CASE and METHODS: A 52-year-old woman with two vaginal deliveries and no significant medical or surgical history presented with complaints of genital descent and urinary hesitancy, which significantly limited her daily activities. Pelvic examination revealed total uterine prolapse and stage II anterior vaginal wall prolapse. Following comprehensive multidisciplinary counseling regarding surgical options, vaginal hysterectomy combined with V-NOTES high uterosacral ligament suspension was planned. Surgery was performed under general anesthesia. Following standard vaginal hysterectomy with hemostasis, V-NOTES high uterosacral ligament suspension was performed. A GelPort was placed, and the endoscope was introduced into the pelvis to explore bilateral uterosacral ligaments. With careful attention to ureteral preservation, uterosacral ligaments were plicated with 2.0 nonabsorbable Ethibond sutures. V-NOTES instruments and sutures were then withdrawn, and following vaginal cuff suturization, the uterosacral ligament plication sutures were securely fixed to the vaginal apex. Cystoscopy was performed to assess ureteral patency. This technique provides superior anatomical reconstruction and durable apical support. Operative time was 120 minutes with minimal intraoperative blood loss. No perioperative complications occurred.

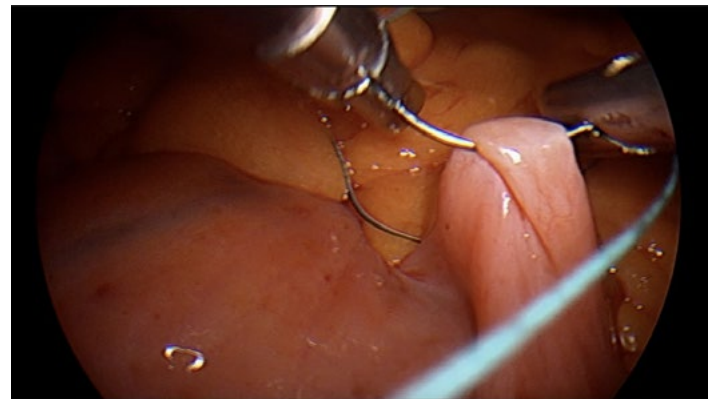
RESULTS: Preoperative hemoglobin was 12.5 g/dL

(hematocrit: 38%). Postoperative hemoglobin at 6 hours was 12.0 g/dL (hematocrit: 35%), demonstrating minimal blood loss despite extensive reconstruction. By postoperative day 1, the patient had no residual symptoms, bowel function resumed with normal passage of flatus and stool, and she was discharged with appropriate instructions. Preliminary vaginal examination demonstrated excellent apical support and optimal anatomical reconstruction.

CONCLUSION: This case demonstrates that V-NOTES high uterosacral ligament suspension offers a safe, effective, and minimally invasive alternative for managing advanced pelvic organ prolapse. By combining vaginal access with endoscopic precision, this technique enables anatomically correct apical reconstruction while maintaining hemodynamic stability and facilitating rapid recovery. V-NOTES may represent an important advancement in pelvic reconstructive surgery. Prospective comparative studies are warranted to establish long-term efficacy and durability.

Keywords: uterine prolapse, V-NOTES, endoscopic surgery, uterosacral ligament suspension, pelvic floor reconstruction, minimally invasive surgery

Endoscopic view demonstrating the first suture placement on the left uterosacral ligament during V-NOTES high uterosacral ligament suspension.





MINİMAL İNVAZİV
JİNEKOLOJİ DERNEĞİ



MINİMAL İNVAZİV
JİNEKOLOJİK ONKOLOJİ DERNEĞİ

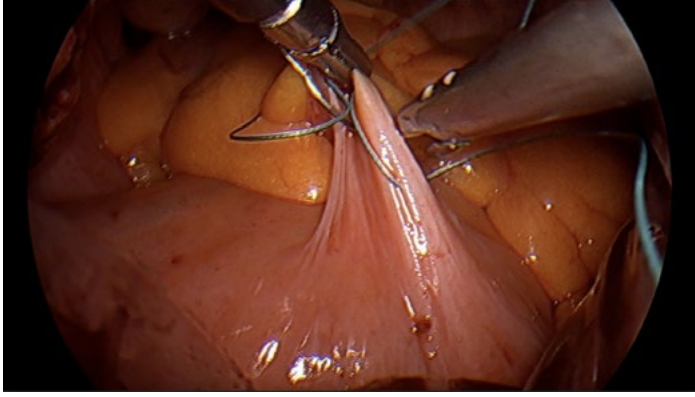


ROBOTİK JİNEKOLOJİK
CERRAHİ DERNEĞİ

8. MINİMAL İNVAZİV JİNEKOLOJİK CERRAHİ KONGRESİ

12-14 Şubat 2026 / Wyndham Grand İstanbul Levent Hotel & Conference Center

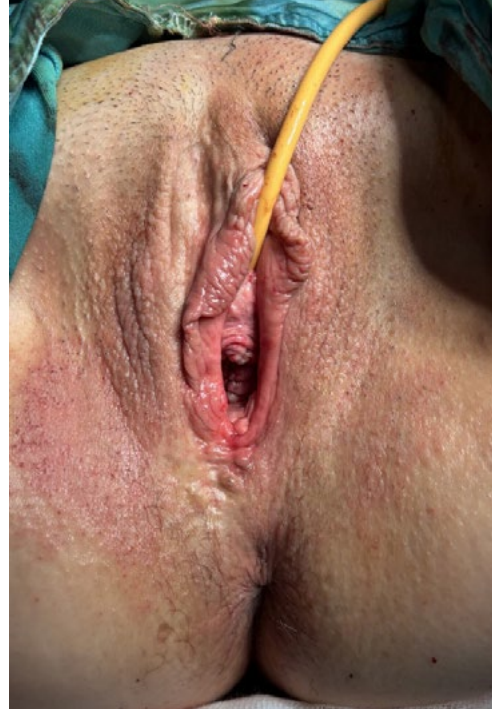
Endoscopic view showing the second suture placement on the left uterosacral ligament for double plication and enhanced apical support.



GelPort placement in the pelvis following vaginal hysterectomy, providing endoscopic access for V-NOTES high uterosacral ligament suspension procedure.



Postoperative examination demonstrating apical support and anatomical reconstruction after V-NOTES high uterosacral ligament suspension.



Preoperative examination demonstrating total uterine prolapse with complete descent of the uterus through the introitus.



MİNİMAL İNVAZİV
JİNEKOLOJİ DERNEĞİMİNİMAL İNVAZİV
JİNEKOLOJİK ONKOLOJİ DERNEĞİROBOTİK JİNEKOLOJİK
CERRAHİ DERNEĞİ

8. MİNİMAL İNVAZİV JİNEKOLOJİK CERRAHİ KONGRESİ

12-14 Şubat 2026 / Wyndham Grand İstanbul Levent Hotel & Conference Center

SB-137

Partner notification in sexually transmitted infections: a narrative review of evidence from the past five years

Eda Güner Özen¹, Süleyman Özen²,Ahkam Göksel Kanmaz¹, Yaşam Kemal Akpak³¹Department of Obstetrics and Gynecology, İzmir City Hospital, İzmir, Turkey²Department of Gynecologic Oncology, İzmir City Hospital, İzmir, Turkey³University of Health Sciences, İzmir Faculty of Medicine, Department of Obstetrics and Gynecology, İzmir, Turkey

OBJECTIVE: Partner notification is a cornerstone of sexually transmitted infection (STI) control, aiming to prevent reinfection and reduce onward transmission. Despite increasing notification rates in recent years, improvements in clinical and epidemiological outcomes have been inconsistent. This narrative review aims to evaluate partner notification strategies for STIs over the past five years, focusing on effectiveness, partner adherence, and clinical outcomes, with core evidence summarized in Table 1.

METHODS: This study was designed as a narrative review. A literature search was conducted in PubMed/MEDLINE using the keywords “sexually transmitted infections” AND “partner notification.” Studies published between January 2020 and December 2025 were included. Eligible publications comprised randomized controlled trials, systematic reviews, mathematical modelling studies, and clinical guidelines addressing partner notification as a primary outcome. Editorials and studies focusing solely on general sexual behaviour were excluded. A thematic synthesis approach was applied without quantitative meta-analysis.

RESULTS: Recent evidence indicates that partner notification interventions consistently increase the number of notified partners in the short term. Accelerated or expedited partner therapy (APT/EPT) and structured partner services demonstrate higher partner treatment success, particularly among emotionally connected partners (Table 1). In contrast, isolated interventions such as financial incentives or single-session counselling show limited effectiveness. Digital partner notification tools improve reach to casual or anonymous partners, although face-to-face notification remains preferred in many contexts. Male partners' perceptions of clinics, stigma, time constraints, and financial barriers emerge as key determinants of partner

treatment adherence.

CONCLUSION: Partner notification remains an essential component of STI control but is insufficient as a standalone intervention. Effective strategies should be patient-centred, flexible, and multi-component, incorporating partner type, sociocultural context, and the entire care cascade from notification to treatment. Future research should prioritize long-term clinical outcomes and male partner engagement to enhance sustainable public health impact.

Keywords: Sexually transmitted infections, Partner notification, Partner treatment adherence

8. MİNİMAL İNVAZİV JİNEKOLOJİK CERRAHİ KONGRESİ

12-14 Şubat 2026 / Wyndham Grand İstanbul Levent Hotel & Conference Center

Table 1. Core Evidence on Partner Notification and Treatment Adherence in STIs Over the Last 5 Years

Author (Year)	Country	Study Design	STI Type	Focus	Male Perspective	Key Findings (Summary)
Mueller et al. (2025)	USA	Scoping Review	Bacterial STIs	PN & treatment	Indirect	Intimate partner violence and stigma significantly reduce partner notification and treatment adherence; system-level interventions are more effective.
Martin et al. (2025)	Zimbabwe	Cluster RCT (mixed-methods)	Curable STIs	Partner treatment	Direct + Indirect	Financial incentives were ineffective; men's perceptions of clinics, time/cost barriers, and relationship dynamics were key obstacles.
Woodward et al. (2024)	UK	Scoping Review	HIV + STIs	Digital PN	Indirect	Digital PN is acceptable for casual partners, but face-to-face notification remains preferred.
Estcourt et al. (2024)	UK	Mixed-methods programme	Chlamydia (focus)	APT, partner classification	Direct + Indirect	Accelerated partner therapy is cost-effective and safe; it is more suitable for emotionally connected partners.
Kocur et al. (2024)	UK	Systematic Review + BCW	HIV + STIs	Digital PN	Indirect	Digital PN should be optimized using behavior change frameworks; stigma and usability are critical determinants.
Hansman et al. (2024)	Botswana	Controlled Clinical Trial	Chlamydia, gonorrhea	EPT	Indirect	EPT uptake was high among pregnant women, with 100% partner treatment success.
Hansman & Klausner (2023)	USA	Narrative Review	General STIs	Clinical guidance	Indirect	EPT is superior to standard referral for chlamydia and gonorrhea; partner management is a physician responsibility
NICE (2022)	UK	Clinical Guideline	General STIs	PN methods	None	Simple patient referral performs similarly to other methods in most outcomes; acceptability is decisive.
Wayal et al. (2022)	UK	Delphi + Systematic Review	Bacterial STIs	PN cascade	None	Proposed PN metrics covering notification–testing–treatment stages and partner type stratification
Mathews et al. (2021)	South Africa	Three-arm RCT	Bacterial STIs	PN counseling	Indirect	PN rates increased, but repeat STI incidence was not reduced.

Footnotes / Explanations • PN (Partner Notification): The process of informing sexual partners of an index case about potential STI exposure. • EPT (Expedited Partner Therapy) / APT (Accelerated Partner Therapy): Treatment of partners without prior clinical evaluation, via medication or prescription. • DIS (Disease Intervention Specialist): Trained health personnel responsible for partner notification, contact tracing, and referral. • Male perspective – Direct: Studies directly assessing male partners' views through qualitative or quantitative methods. • Male perspective – Indirect: Studies inferring male behaviors or attitudes via female/index patient reports or system-level outcomes. • Casual partner: A short-term or one-time sexual partner without emotional attachment. • UK: United Kingdom. • STIs: Sexually transmitted infections. • Only studies published within the last five years and directly addressing partner notification and/or partner treatment were included. • Findings were synthesized considering effectiveness, feasibility, acceptability, and system-level impact.

MİNİMAL İNVAZİV
JİNEKOLOJİ DERNEĞİMİNİMAL İNVAZİV
JİNEKOLOJİK ONKOLOJİ DERNEĞİROBOTİK JİNEKOLOJİK
CERRAHİ DERNEĞİ

8. MİNİMAL İNVAZİV JİNEKOLOJİK CERRAHİ KONGRESİ

12-14 Şubat 2026 / Wyndham Grand İstanbul Levent Hotel & Conference Center

SB-147

Morselatörsüz Laparoskopik Myomektomi: Kolpotomi Yoluyla Endobag İçinde Vajinal Myom Ekstraksiyonu

Zeynep Kübra Usta

İstanbul Haseki Eğitim Araştırma Hastanesi

GİRİŞ: Laparoskopik myomektomi, semptomatik uterin myomların tedavisinde uterus koruyucu ve minimal invaziv bir cerrahi yaklaşım olarak yaygın şekilde uygulanmaktadır. Ancak myomun batin dışına çıkarılması aşamasında kullanılan elektrikli morselatörler, özellikle okült malignite varlığında doku yayılımı ve onkolojik güvenlik açısından tartışmalara yol açmıştır. Bu durum, minimal invaziv cerrahinin temel prensiplerinden ödün vermeden, doku bütünlüğünü koruyan ve güvenli ekstraksiyon sağlayan alternatif yöntemlere olan ihtiyacı artırmıştır. Bu olgu sunumunda, laparoskopik myomektomi sonrası posterior kolpotomi yoluyla endobag içinde vajinal myom ekstraksiyonu tekniği, morselatör kullanımına gerek duyulmaksızın uygulanmış ve cerrahi sonuçları minimal invaziv yaklaşım perspektifinden değerlendirilmiştir.

OLGU: Kırk iki yaşında, gravida 3, parite 3 olan hasta; dispareni, dismenore ve pelvik baskı semptomları nedeniyle kliniğimize başvurdu. Yapılan transvajinal ultrasonografide uterus sol korpus posterior duvardan köken alan, yaklaşık 6×7 cm boyutlarında, FIGO Tip 5 intramural-subseröz myom saptandı. Preoperatif klinik değerlendirme, görüntüleme bulguları ve laboratuvar incelemeleri birlikte ele alındığında malignite lehine bulguya rastlanmadı. Hastaya, semptomları ve uterus koruyucu cerrahi beklentisi göz önünde bulundurularak minimal invaziv cerrahi yaklaşım ile laparoskopik myomektomi planlandı.

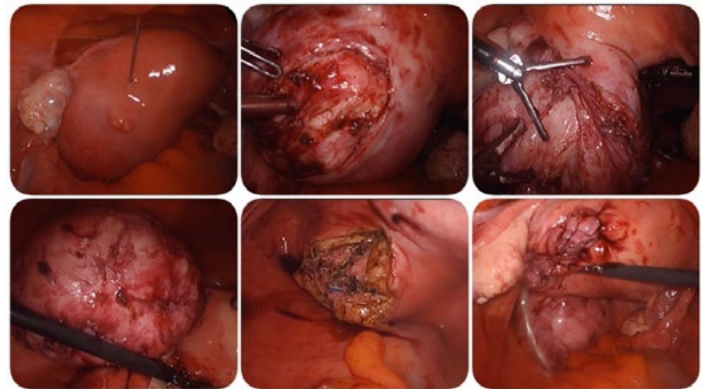
YÖNTEM: Hastaya genel anestezi altında laparoskopik myomektomi uygulandı. Myom, psödokapsül korunarak dikkatli bir şekilde enükle edildi ve oluşan uterin defekt çok katlı laparoskopik sütürasyon ile onarıldı. Myomun batin dışına çıkarılması aşamasında elektrikli morselatör kullanılmaksızın alternatif bir ekstraksiyon yöntemi tercih edildi. Bu amaçla, sakrouterin ligamanlar arasından vajinal guide eşliğinde posterior kolpotomi oluşturuldu. Myom dokusu batin içine gönderilen endobag içine alındı ve endobag vajinal yoldan kontrollü şekilde çekilerek myom batin dışına çıkarıldı. Posterior kolpotomi insizyonu laparoskopik olarak kapatılırken, vajen mukozası vajinal yoldan Z sütürler ile yaklaştırıldı.

BULGULAR: Toplam operasyon süresi 125 dakika olarak kaydedildi. Tahmini intraoperatif kan kaybı 300 cc idi. Hastanın hemoglobin düzeyi postoperatif dönemde 12.3 g/dL'den 11.8 g/dL'ye geriledi ve kan transfüzyonu gereksinimi olmadı. Perioperatif veya postoperatif dönemde cerrahiye bağlı komplikasyon izlenmedi. Hasta erken mobilize edilerek postoperatif 1. günde sorunsuz şekilde taburcu edildi. Histopatolojik inceleme sonucu leiomyoma uteri ile uyumlu bulundu.

SONUÇ: Laparoskopik myomektomi sonrası posterior kolpotomi yoluyla endobag içinde vajinal myom ekstraksiyonu, elektrikli morselatör kullanımına güvenli ve etkili bir alternatif sunmaktadır. Bu yaklaşım, myomun batin dışına çıkarılmasını ek abdominal insizyon gerektirmeksizin mümkün kılmakta ve minimal invaziv cerrahinin temel prensipleriyle uyumlu bir ekstraksiyon yöntemi sağlamaktadır. Doku bütünlüğünün korunması sayesinde olası doku yayılımı riski azaltılırken, kozmetik sonuçlar ve postoperatif iyileşme süresi açısından da belirgin avantajlar elde edilmektedir. Uygun hasta seçimi yapılan olgularda bu teknik, laparoskopik myomektomiye değerli ve güvenli bir katkı sunmaktadır.

Anahtar Kelimeler: Laparoskopik myomektomi, Minimal invaziv cerrahi, Morselatörsüz ekstraksiyon, Kolpotomi, Endobag

laparoskopik cerrahiye ait intraoperatif görüntüler



MİNİMAL İNVAZİV
JİNEKOLOJİ DERNEĞİMİNİMAL İNVAZİV
JİNEKOLOJİK ONKOLOJİ DERNEĞİROBOTİK JİNEKOLOJİK
CERRAHİ DERNEĞİ

8. MİNİMAL İNVAZİV JİNEKOLOJİK CERRAHİ KONGRESİ

12-14 Şubat 2026 / Wyndham Grand İstanbul Levent Hotel & Conference Center

SB-148

Üçüncü basamak bir merkezde obstetrik ve jinekolojik cerrahinin zaman içindeki değişimi: A–E ameliyat gruplarına göre retrospektif karşılaştırmalı analiz

Zeliha Nur Ergül, İrem Hergüner, Taylan Onat
Ankara Sincan Eğitim ve Araştırma Hastanesi

GİRİŞ: Minimal invaziv cerrahinin gelişimiyle birlikte üçüncü basamak merkezlerde obstetrik ve jinekolojik cerrahinin hacmi ve operasyonel kompleksitesi zaman içinde değişmektedir. Eğitim ve araştırma hastanelerinde gerçekleştirilen cerrahi işlemlerin nicel ve nitel olarak değerlendirilmesi, yalnızca klinik hizmet sunumu açısından değil, aynı zamanda asistan eğitiminin planlanması ve sürdürülmesi açısından da büyük önem taşımaktadır.

Türkiye’de Sağlık Bakanlığı tarafından kullanılan Kadın Hastalıkları ve Doğum A–E grubu ameliyat sınıflaması, ameliyatların zorluk derecesi, risk düzeyi ve cerrahi yetkinlik gereksinimine göre yapılan bir sınıflandırmadır. Bu sınıflamaya göre A grubu ameliyatlar yüksek derecede kompleks, ileri cerrahi deneyim gerektiren işlemleri temsil etmekte olup onkolojik radikal cerrahiler ve ileri evre endometriozis cerrahisi bu gruba örnek olarak verilebilir. Laparoskopik histerektomi B grubu, abdominal ve vajinal histerektomiler C grubu, histeroskopik biyopsi D grubu ve endometrial biyopsiler E grubu operasyonlara örnek olarak verilebilir.

Bu çalışmada, üçüncü basamak bir merkezde obstetrik ve jinekolojik cerrahi işlemlerin zaman içindeki değişiminin, Sağlık Bakanlığı A–E ameliyat gruplarına göre karşılaştırmalı olarak değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

YÖNTEM: Bu retrospektif, tek merkezli çalışmada Ocak 2022–Aralık 2025 tarihleri arasında gerçekleştirilen obstetrik ve jinekolojik cerrahi işlemler incelendi. Olgular iki dönem halinde değerlendirildi: Dönem 1 (Ocak 2022–Aralık 2023) ve Dönem 2 (Ocak 2024–Aralık 2025). Dönem 2 süreci içerisinde hastane eğitim ve araştırma hastanesi statüsünü almış ve kadın hastalıkları ve doğum kliniği asistan eğitimine başlayarak eğitim kliniği olmuştur.

Tüm cerrahi işlemler Sağlık Bakanlığı ameliyat gruplandırmasına göre A, B, C, D ve E gruplarına ayrıldı. Dönemler arası karşılaştırmalarda ameliyat gruplarının dağılımı sayı ve yüzde olarak değerlendirildi.

BULGULAR: Dönem 1’de toplam 3115 cerrahi işlem gerçekleştirildi. Bu dönemde A grubu ameliyat izlenmezken,

B grubu 181 (%5,8), C grubu 1686 (%54,1), D grubu 766 (%24,6) ve E grubu 482 (%15,5) ameliyattan oluşmaktaydı. Dönem 2’de toplam ameliyat sayısı 10.221 olarak saptandı. Bu dönemde ameliyatların 44’ü (%0,4) A grubu, 1388’i (%13,6) B grubu, 3810’u (%37,3) C grubu, 2540’ı (%24,9) D grubu ve 2439’u (%23,9) E grubu olarak sınıflandırıldı.

Dönemler karşılaştırıldığında, toplam ameliyat sayısında belirgin bir artış olduğu ve özellikle A ve B grubu ameliyatların hem mutlak sayı hem de oransal olarak Dönem 2’de anlamlı şekilde arttığı izlendi.

SONUÇ: Üçüncü basamak bir merkezde obstetrik ve jinekolojik cerrahinin zaman içinde hem cerrahi hacim hem de operasyonel kompleksite açısından anlamlı şekilde arttığı gösterilmiştir. Bu süreçte kliniğin asistan eğitimine başlaması artışı etkileyen önemli bir parametredir. Özellikle ileri düzey cerrahi yetkinlik gerektiren ameliyat gruplarındaki artış, merkezin cerrahi deneyiminin ve teknik kapasitesinin geliştiğini düşündürmektedir. Bu bulgular, minimal invaziv cerrahinin klinik pratiğe entegrasyonu ve asistan eğitiminin planlanması açısından önemli veriler sunmaktadır.

Anahtar Kelimeler: minimal, invaziv, retrospektif

MİNİMAL İNVAZİV
JİNEKOLOJİ DERNEĞİMİNİMAL İNVAZİV
JİNEKOLOJİK ONKOLOJİ DERNEĞİROBOTİK JİNEKOLOJİK
CERRAHİ DERNEĞİ

8. MİNİMAL İNVAZİV JİNEKOLOJİK CERRAHİ KONGRESİ

12-14 Şubat 2026 / Wyndham Grand İstanbul Levent Hotel & Conference Center

SB-149

Benign histerektomilerde cerrahi yaklaşım ve erken postoperatif hemogram değişimleri

Gözde Eminoğlu Demircioğlu¹, Serkan Akış²,
Sunullah Soysal¹

¹Marmara Üniversitesi, Kadın Hastalıkları ve
Doğum, İstanbul

²Marmara Üniversitesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum;
Jinekoloji Onkoloji, İstanbul

GİRİŞ: Bu çalışmanın amacı, benign endikasyonlarla yapılan total abdominal histerektomi (total abdominal hysterectomy, TAH), total laparoskopik histerektomi (total laparoscopic hysterectomy, TLH) ve vajinal abdominal histerektomi (vaginal abdominal hysterectomy, VAH) olgularında cerrahi yaklaşımın perioperatif hemogram değişimine etkisini ve bu değişimin cerrahi endikasyon dağılımları ile ilişkisini değerlendirmektir.

YÖNTEM: Tek merkezli, retrospektif olarak tasarlanan bu çalışmaya, farklı asistan ekipleri tarafından gerçekleştirilen cerrahileri temsil edecek şekilde rastgele seçilmiş altı aylık bir dönemde benign endikasyonlarla histerektomi uygulanmış hastalar dâhil edildi. Toplam 194 hasta çalışmaya alındı; bunların 99'u TAH, 68'i TLH ve 27'si VAH grubundaydı. Cerrahi endikasyonlar kaydedilerek gruplar arasındaki dağılımlar analiz edildi. Tüm hastalarda preoperatif hemogram değerleri ile postoperatif 6. saatte bakılan hemogram değerleri değerlendirildi. Hemoglobin (hemoglobin, Hb) ve trombosit (platelet, PLT) için yüzdelik değişim oranları [(preoperatif değer – postoperatif değer) / preoperatif değer × 100] formülü kullanılarak hesaplandı. Verilerin normal dağılım göstermemesi nedeniyle gruplar arası karşılaştırmalarda Kruskal–Wallis testi kullanıldı ve p<0.05 değeri istatistiksel olarak anlamlı kabul edildi.

BULGULAR: Hemoglobin yüzdelik düşüşü TAH grubunda ortalama %6.00 (medyan %5.64), TLH grubunda ortalama %9.41 (medyan %9.73) ve VAH grubunda ortalama %9.75 (medyan %10.74) olarak saptandı. Gruplar arasında hemoglobin düşüşü açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu (p=0.0016) ve en düşük hemoglobin düşüşü TAH grubunda gözlemlendi. Trombosit yüzdelik düşüşü TAH grubunda ortalama %11.36, TLH grubunda %16.92 ve VAH grubunda %15.43 olarak hesaplandı. Trombosit düşüşü TLH ve VAH gruplarında daha yüksek izlenmekle birlikte, gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildi (p=0.124). Endikasyon dağılımı incelendiğinde, TAH grubunda olguların %54.5'inin myoma uteri nedeniyle opere edildiği ve grubun daha homojen bir endikasyon profiline

sahip olduğu görüldü. TLH grubunda adneksiyel kitleler ve heterojen benign–prealign şüpheli endikasyonların daha yüksek oranda yer aldığı saptandı. VAH grubunda ise cerrahilerin büyük çoğunluğu pelvik organ prolapsusu nedeniyle gerçekleştirilmişti.

SONUÇ: Benign histerektomi olgularında cerrahi yaklaşımlar arasında perioperatif hemoglobin düşüşü açısından anlamlı farklılıklar bulunmaktadır. Literatürde minimal invaziv yaklaşımların daha az kan kaybı ile ilişkili olduğu sıklıkla bildirilmekle birlikte, bu çalışmada TAH grubunda daha düşük hemoglobin düşüşü izlenmiştir. Bu bulgu, cerrahi yaklaşımın tek başına perioperatif kan kaybını belirlemediğini; hasta seçimi ve cerrahi endikasyon profilinin de sonuçlar üzerinde etkili olabileceğini düşündürmektedir. Bu nedenle perioperatif hemoglobin değişimlerinin değerlendirilmesinde cerrahi yaklaşımın yanı sıra vaka özelliklerinin birlikte ele alınması gerektiği kanaatine varılmıştır.

Anahtar Kelimeler: cerrahi yaklaşım, hemoglobin, histerektomi

MİNİMAL İNVAZİV
JİNEKOLOJİ DERNEĞİMİNİMAL İNVAZİV
JİNEKOLOJİK ONKOLOJİ DERNEĞİROBOTİK JİNEKOLOJİK
CERRAHİ DERNEĞİ

8. MİNİMAL İNVAZİV JİNEKOLOJİK CERRAHİ KONGRESİ

12-14 Şubat 2026 / Wyndham Grand İstanbul Levent Hotel & Conference Center

SB-160

Genç hastada mitotik aktif hücresel fibrom: Laparoskopik over koruyucu cerrahi

Enes Serhat Coşkun

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

GİRİŞ: Mitotik aktif hücresel fibrom, overin nadir görülen stromal tümörlerinden biri olup yüksek mitotik aktivite göstermesine rağmen sitolojik atipi ve koagülatif tümör nekrozu içermemesi ile fibrosarkomdan ayrılır. Preoperatif dönemde benign over kitlelerini taklit edebilmesi, özellikle genç hastalarda cerrahi yaklaşımın belirlenmesini güçleştirebilir. Bu hasta grubunda fertilitenin korunması, over rezervinin devamlılığı ve cerrahiye bağlı morbiditenin azaltılması açısından minimal invaziv cerrahi önemli bir seçenek olmakla birlikte, onkolojik güvenliğin sağlanması temel öncelik olmaya devam etmektedir.

YÖNTEM: Otuz bir yaşında, nullipar ve fertilite konusunda belirgin endişeleri olan hastada sağ adneksiyal kitle saptandı. Ultrasonografide kitlenin lipomatöz içerik göstermesi üzerine ileri değerlendirme amacıyla manyetik rezonans görüntüleme yapıldı. Manyetik rezonans incelemesinde lezyonda kontrast tutulumu izlenmedi ve bulgular dermoid kist lehine raporlandı. Tümör belirteçleri normal sınırlarda bulundu. Klinik, radyolojik ve laboratuvar bulguları birlikte değerlendirilerek malignite riski düşük kabul edildi. Bu doğrultuda, hastanın fertilite isteği de göz önünde bulundurularak minimal invaziv cerrahi yaklaşım tercih edildi ve laparoskopik kistektomi planlandı. Cerrahi sırasında kitle over dokusundan keskin ve künt diseksiyon teknikleri kullanılarak dikkatle ayrıldı, endobag içerisinde çıkarılarak intraperitoneal yayılım riski minimize edildi ve over dokusu maksimum düzeyde korunarak cerrahi tamamlandı.

BULGULAR: Laparoskopik cerrahi sırasında sağ overden köken alan, düzgün sınırlı ve solid özellikte kitle izlendi. Kitle eksizyonu sırasında kapsül bütünlüğüne özen gösterildi ve makroskopik olarak infiltratif özellik saptanmadı. Histopatolojik incelemede yüksek hücresellik gösteren stromal tümörde 10 büyük büyütme alanında yaklaşık 9–10 mitoz tespit edildi. Sitolojik atipi ve koagülatif tümör nekrozu izlenmedi. Histokimyasal ve immünohistokimyasal incelemeler mitotik aktif hücresel fibrom tanısını destekledi. Postoperatif dönemde hasta jinekolojik onkoloji kliniğine yönlendirildi. Adjuvan tedavi uygulanmaksızın, altı ayda bir klinik ve radyolojik takip programına alındı.

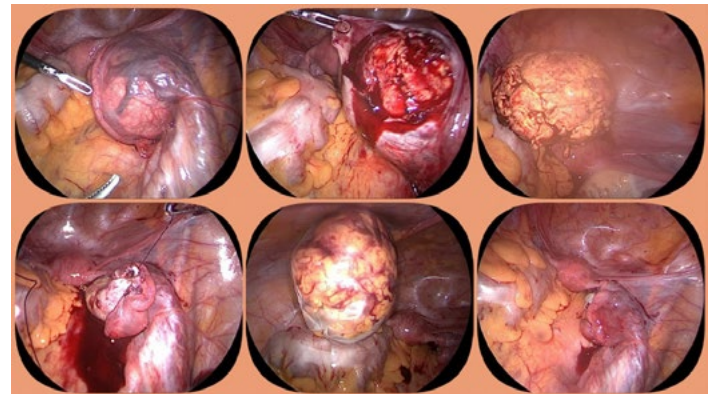
SONUÇ: Yüksek mitotik indeks, over stromal tümörlerinde tek başına malignite göstergesi değildir ve cerrahi yaklaşımın belirlenmesinde sitolojik atipi, koagülatif tümör nekrozu ve makroskopik infiltrasyon bulguları ile birlikte değerlendirilmelidir. Sitolojik atipi ve nekroz içermeyen mitotik aktif hücresel fibrom olgularında, uygun preoperatif görüntüleme, tümör belirteçleri ve dikkatli hasta seçimi ile minimal invaziv laparoskopik cerrahi güvenle uygulanabilir.

Laparoskopik yaklaşım, büyütülmüş görüntü altında hassas diseksiyon olanağı sağlayarak over dokusunun korunmasına katkıda bulunmakta ve fertilite potansiyelinin devamını desteklemektedir. Endobag kullanımı ile kitle çıkarımı, olası intraperitoneal yayılım riskini azaltarak onkolojik güvenliği artırmaktadır. Özellikle genç ve fertilite isteği olan hastalarda, laparoskopik over koruyucu cerrahi; düşük cerrahi morbidite, hızlı postoperatif iyileşme ve kısa hastanede kalış süresi gibi avantajlarıyla öne çıkmaktadır.

Bu olgu, nadir görülen mitotik aktif hücresel fibromlarda minimal invaziv cerrahinin yalnızca teknik bir seçenek değil, uygun klinik ve patolojik koşullar sağlandığında güvenli ve rasyonel bir tedavi stratejisi olduğunu göstermektedir.

Anahtar Kelimeler: Laparoskopi, Mitotik aktif hücresel fibrom, Minimal invaziv cerrahi, Over koruyucu cerrahi, Over stromal tümörleri, Olgu sunumu

Şekil 1. Laparoskopik cerrahiye ait intraoperatif görüntüler



A. Sağ overden köken alan, düzgün sınırlı, solid özellikte kitle görünümü. B. Kitle kapsülünün over dokusundan dikkatli diseksiyonu sırasında görünüm. C. Kitle yüzeyinin solid ve lobüle yapıda olduğu intraoperatif görünüm. D. Over dokusu korunarak kitle eksizyonunun tamamlanması. E. Eksize edilen kitlenin endobag içerisine alınmış görünümü. F. Kitle çıkarımı sonrası korunmuş over dokusu ve hemostazın sağlandığı cerrahi alan.

MİNİMAL İNVAZİV
JİNEKOLOJİ DERNEĞİMİNİMAL İNVAZİV
JİNEKOLOJİK ONKOLOJİ DERNEĞİROBOTİK JİNEKOLOJİK
CERRAHİ DERNEĞİ

8. MİNİMAL İNVAZİV JİNEKOLOJİK CERRAHİ KONGRESİ

12-14 Şubat 2026 / Wyndham Grand İstanbul Levent Hotel & Conference Center

SB-161

Postmenopozal hastada nadir görülen izole paratubal kist torsiyonu: Laparoskopik tanı ve tedavi

Havva Betül Bacak

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

GİRİŞ: Fallop tüpü torsiyonu, tüm adneksiyel torsiyonların %1'inden daha azını oluşturan nadir bir klinik durumdur. Paratubal kistler adneksiyel kistik lezyonların yaklaşık %5–20'sini oluşturmakla birlikte, torsiyonla komplike olmaları oldukça nadirdir. İzole paratubal kist torsiyonuna bağlı fallop tüpü torsiyonu özellikle postmenopozal dönemde son derece seyrek ve preoperatif tanısı güçtür. Klinik tablo sıklıkla over torsiyonu veya malign adneksiyel kitleleri taklit edebilir. Bu çalışmada, postmenopozal bir hastada nadir görülen izole paratubal kist torsiyonunun laparoskopik tanı ve tedavi süreci sunulmaktadır.

YÖNTEM: On iki yıldır menopozda olan 64 yaşında, grvida 3, parite 3, normal spontan doğum öyküsü bulunan hasta, sabah saatlerinde başlayan ve akşam saatlerine doğru giderek şiddetlenen sağ alt kadranda ağrısı ile acil servise başvurdu. Fizik muayenede sağ alt kadranda hassasiyet ve defans mevcut olup rebound saptanmadı. Transvajinal ve transabdominal ultrasonografide sağ adneksiyel alanda yaklaşık 5×3 cm boyutlarında kistik lezyon izlendi. Renkli Doppler ultrasonografide over kan akımının normal olduğu değerlendirildi. Analjezik tedaviye rağmen hastanın klinik bulgularında gerileme izlenmemesi ve akut batın bulgularının devam etmesi üzerine tanısal laparoskopi kararı alındı.

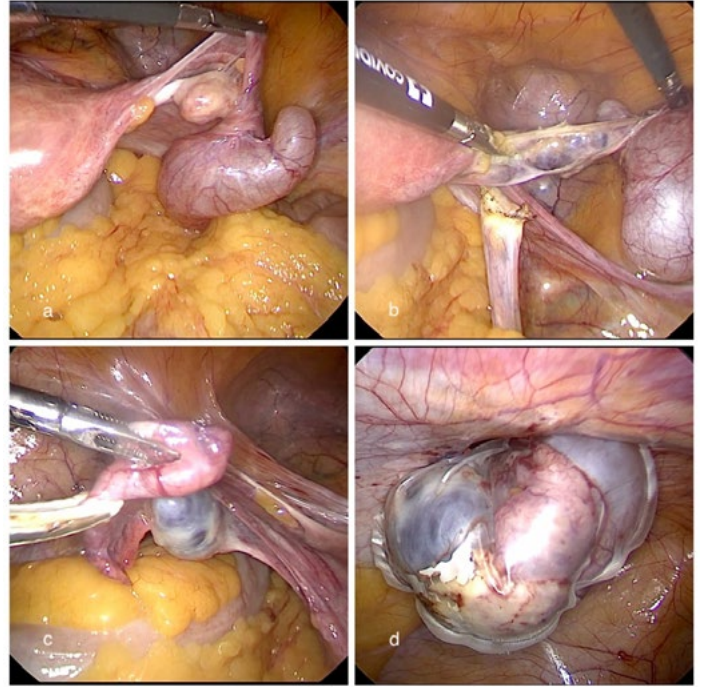
BULGULAR: Tanısal laparoskopide sağ overin normal görünümde olduğu ve torsiyona katılmadığı saptandı. Torsiyonun, paratubal kist etrafında izole olarak torsiyone olmuş sağ fallop tüpüne ait olduğu intraoperatif olarak belirlendi. Fallop tüpü belirgin ödemli ve konjesyone görünümde olup nekroz izlenmedi. Hastanın postmenopozal olması, fonksiyonel over dokusu beklentisinin bulunmaması ve olası malignite riskinin ekarte edilmesi amacıyla laparoskopik bilateral salpingo-ooferektomi uygulandı. Çıkarılan materyal endobag içerisinde batın dışına alındı. Postoperatif dönemde komplikasyon gelişmedi ve hasta postoperatif birinci günde taburcu edildi. Histopatolojik inceleme benign paratubal kist ile uyumlu bulundu.

SONUÇ: İzole paratubal kist torsiyonu, postmenopozal hastalarda akut alt batın ağrısının nadir ancak önemli bir

nedenidir. Normal Doppler ultrasonografi bulgularına rağmen klinik şüphenin devam etmesi durumunda tanısal laparoskopi geciktirilmemelidir. Tanıda gecikme her zaman nekrozla sonuçlanmasa da venöz dönüş bozukluğuna bağlı konjesyon, ödem ve inflamatuvar değişikliklere yol açarak klinik tablonun ağırlaşmasına neden olabilir. Laparoskopi, bu olgularda hem tanı hem de tedaviyi eş zamanlı sağlayan güvenli ve etkili bir minimal invaziv yaklaşımdır.

Anahtar Kelimeler: Paratubal kist, İzole fallop tüpü torsiyonu, Postmenopoz, Laparoskopi

Laparoskopik intraoperatif görüntüler



a) Paratubal kist ile ilişkili izole sağ fallop tüpü torsiyonu; over normal görünümde. b) Sağ salpingo-ooferektominin laparoskopik olarak uygulanması. c) Sol over ve sol fallop tüpünün doğal görünümü. d) Spesimenin endobag içerisinde batın dışına alınması.

MİNİMAL İNVAZİV
JİNEKOLOJİ DERNEĞİMİNİMAL İNVAZİV
JİNEKOLOJİK ONKOLOJİ DERNEĞİROBOTİK JİNEKOLOJİK
CERRAHİ DERNEĞİ

8. MİNİMAL İNVAZİV JİNEKOLOJİK CERRAHİ KONGRESİ

12-14 Şubat 2026 / Wyndham Grand İstanbul Levent Hotel & Conference Center

SB-162

Cervical Myoma and Second-Trimester Abortion in a Case of Uterus Didelphys: A Case Report

Selma Ermin, Burcu Özdoğan, Paşa Uluğ
Department of Obstetrics and Gynecology, Istanbul Haseki Training and Research Hospital, Republic of Turkey Ministry of Health, Istanbul, Türkiye

BACKGROUND: Uterus didelphys is a rare Müllerian duct anomaly that may be associated with adverse obstetric outcomes, including second-trimester pregnancy loss and preterm prelabor rupture of membranes (PPROM). Concomitant cervical insufficiency and cervical leiomyoma further complicate clinical management.

CASE: A 27-year-old primigravid patient presented at 20 weeks and 6 days of gestation based on her last menstrual period, with complaints of vaginal bleeding and active fluid leakage. Ultrasonography revealed a live 20-week pregnancy in breech presentation and oligohydramnios. In addition, the clinical and laboratory findings were consistent with chorioamnionitis. Approximately 12 hours after hospital admission, spontaneous abortion occurred, and uterine evacuation was performed. Forty days after the abortion, the patient underwent elective surgery, and a cervical myomectomy was performed. To preserve tissue perfusion and reduce the risk of necrosis, resection of the vaginal septum was postponed to a second session. No complications were observed in the postoperative period.

CONCLUSION: In cases with uterus didelphys and accompanying cervical pathologies, an individualized and staged surgical approach is important. Cervical myomectomy performed under elective conditions after curettage is a safe treatment option in the presence of complex anatomy.

Keywords: Cervical insufficiency, Cervical leiomyoma, Müllerian anomalies, Second trimester abortion, Uterus didelphys

figure 1

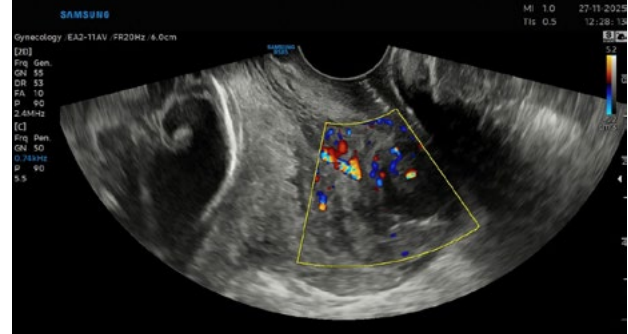


figure 1



figure 2



figure 3

8. MİNİMAL İNVAZİV JİNEKOLOJİK CERRAHİ KONGRESİ

12-14 Şubat 2026 / Wyndham Grand İstanbul Levent Hotel & Conference Center

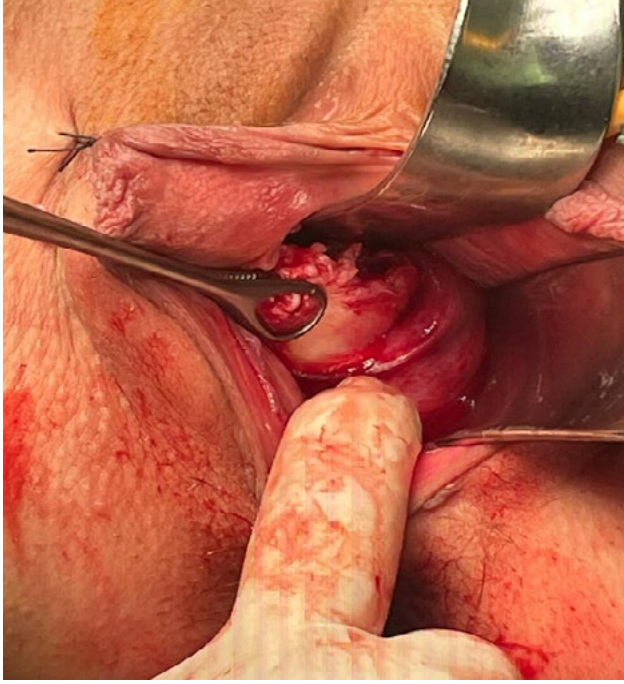


figure 3



SB-163

Cerrahi ve Doğal Menopozda Karotis İntima Media Kalınlığı ve Serum Endokan Seviyelerinin Premenopozal Kadınlarla Karşılaştırılması

Ayşe Derya Topal¹, Fisun Vural¹, Ayşe Deniz Ertürk Coşkun¹, Sibel Aydın Aksu¹, Kübra Bozalı², Eray Metin Güler²

¹İstanbul Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi

²Sağlık Bilimleri Üniversitesi Tıbbi Biyokimya Anabilim Dalı

AMAÇ: Çalışmamızın amacı naturel ve cerrahi menopozdaki hastaların KIMK ve serum endokan seviyelerini karşılaştırmaktır.

GEREÇ-YÖNTEM: Bu çalışmaya toplam 88 gönüllü kadın katıldı. Hastalar cerrahi menopoz (n=32), doğal menopoz (n=30) ve premenopoz (n=26) olmak üzere 3 gruba ayrıldı. Katılımcılar herhangi bir sistemik hastalığı olmayan sağlıklı kadınlardan seçildi. Tüm hastalara karotis intima media ultrasonografisi yapıldı. Tüm hastalardan kan alınarak serum endokan seviyesi çalışıldı.

BULGULAR: Yaş ve Endokan değişkenlerinde istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir ($p<0,05$). Natürel menopozdakilerin yaşlarının premenopozdakilere göre daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Endokan değerlerinin cerrahi menopozda en yüksek, premenopozda ise en düşük olduğu görülmüştür. Yaş değişkeninde istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir ($p<0,05$). Natürel gruptakilerin yaş ortalamasının daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Endokan değişkeninde istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir ($p<0,05$). Natürel menopozdakilerin endokan değerinin daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. KIMK sağ ve KIMK sol değişkenleri arasında pozitif yönde güçlü ($p<0,05$), HDL ve LDL değişkenleri arasında negatif yönde orta derece ilişki tespit edilmiştir ($p<0,05$). Endokanın sağ ve sol KIMK anlamlı bir ilişki bulunmamaktadır.

SONUÇ: Kardiyovasküler hastalık riskini belirlemede KIMK'na göre endokanın daha erken bir belirteç olabileceğini düşünmekteyiz. Cerrahi menopozdaki kadınlar premenopoz ve natürel menopoza göre daha yüksek endokan seviyesine sahiptir.

Anahtar Kelimeler: Cerrahi, endokan, KIMK, menopoz, natürel

8. MİNİMAL İNVAZİV JİNEKOLOJİK CERRAHİ KONGRESİ

12-14 Şubat 2026 / Wyndham Grand İstanbul Levent Hotel & Conference Center

Bulbus ve Kommon karotis Arter (CCA) in ultrasonog- rafik görüntüsü



Karotis İntima ya ultrasonografik bakış



Karotis intima media arayüzü ultrasonografik görün- tüsü



Tablo 1: Katılımcıların Genel Özellikleri

	Mean±SD*
Yaş	50,77±3,92
SAT (son adet tarihi/gün)	599,64±531,13
BMI (kg/m2)	27,4±2,3
Bel(cm)	75,61±8,85
Kalça(cm)	98,72±5,48
Bel/Kalça	0,76±0,05
Sistolik Tansiyon(mmHg)	114,87±9,53
Diyastolik Tansiyon(mmHg)	70,58±7,19
Menopoz Şekli	Frekans (%)
Naturel	30(%34,1)
Cerrahi	32(%36,4)
Premenopoz	26(%29,5)

*SD: Standart deviasyon

MİNİMAL İNVAZİV
JİNEKOLOJİ DERNEĞİMİNİMAL İNVAZİV
JİNEKOLOJİK ONKOLOJİ DERNEĞİROBOTİK JİNEKOLOJİK
CERRAHİ DERNEĞİ

8. MİNİMAL İNVAZİV JİNEKOLOJİK CERRAHİ KONGRESİ

12-14 Şubat 2026 / Wyndham Grand İstanbul Levent Hotel & Conference Center

Tablo 2: Katılımcıların genel özellikleri ve biyokimyasal değerleri

	naturel (n=30)	Cerrahi (n=32)	premenopoz (n=26)	P*	Farklılık
Yaş	52,5 (45-60)	50(45-60)	49(45-55)	0,003	1>3
SAT (son adet tarihi/gün)	365(15-1825)	456,25(7-1825)	456,25(7-1825)	0,576	
BMI (kg/m2)	28,4(21,1-29,9)	27,4(22,5-30)	27,55(22-30)	0,937	
Sistol (mm Hg)	115(100-140)	110(100-140)	112,5(100-135)	0,352	
Diastol (mmHg)	71(60-90)	70(60-88)	70(60-80)	0,398	
LDL (mg/dl)	122,4(75-400)	124,6(22-228)	115,3(60,4-400)	0,236	
TG (mg/dl)	110,5(54-453)	138,5(50-481)	118(28-855)	0,466	
Kolesterol (mg/dl)	198(98-289)	209,5(90-267)	195,5(69-293)	0,547	
Endokan (pg/ml)	290,99(223,61-532,59)	415,64(247,33-571,62)	237,53(133,87-732,65)	0,001	2>1>3
WBC (10*3/μl)	7,51(4,18-11,3)	7,86(4,31-16,65)	6,48(4,53-13,55)	0,514	
NLR	2,35(1,18-8,8)	1,99(0,89-5,51)	1,89(0,99-5,36)	0,164	

(1: natürel, 2: cerrahi, 3: premenopoz), *: Kruskal Wallis H

Tablo 3: Katılımcıların ultrasonografik KIMK bulguları

	Natürel (n=30)	Cerrahi (n=32)	Premenopoz (n=26)	p* değeri
KIMK Sağ1(mm)	0,75(0,4-0,9)	0,75(0,5-1,2)	0,7(0,5-1,1)	0,307
KIMK Sağ2(mm)	0,7(0,4-1,2)	0,7(0,5-0,9)	0,7(0,4-1,2)	0,891
KIMK Sağ Ortalama(mm)	0,7(0,45-1,05)	0,7(0,5-0,95)	0,7(0,45-1,15)	0,529
KIMK Sol1(mm)	0,7(0,5-1)	0,7(0,5-1,1)	0,7(0,5-1)	0,837
KIMK Sol2(mm)	0,7(0,4-1)	0,7(0,5-0,9)	0,7(0,4-1)	0,768
KIMK Sol Ortalama(mm)	0,7(0,45-1)	0,68(0,5-1)	0,68(0,5-0,95)	0,936

*: Kruskal Wallis H

Tablo 4: Naturel ve premenopozdaki katılımcıların genel özellikler ile biyokimyasal değerleri arasındaki ilişki

	Natürel (30)	Premenopoz (26)	p* değeri
SAT(son adet tarihi/gün)	365(15-1825)	456,25(7-1825)	0,504
Bel/Kalça	28,4(21,1-29,9)	27,55(22-30)	0,474
Sistol (mmHg)	115(100-140)	112,5(100-135)	0,212
Diastol(mmHg)	71(60-90)	70(60-80)	0,207
LDL (mg/dl)	122,4(75-400)	115,3(60,4-400)	0,087
TG (mg/dl)	110,5(54-453)	118(28-855)	0,749
Endokan(pg/ml)	290,99(223,61-532,59)	237,53(133,87-732,65)	0,001
WBC(10*3/μl)	7,51(4,18-11,3)	6,48(4,53-13,55)	0,393
NLR	2,35(1,18-8,8)	1,9(0,99-5,14)	0,23

*: Mann Whitney U

Tablo 5: KIMK'nın ultrasonografik değerlendirme sonuçları

	Natürel (n=30)	Premenopoz (n=26)	p* değeri
KIMK Sağ1(mm)	0,75(0,4-0,9)	0,7(0,5-1,1)	0,196
KIMK Sağ2(mm)	0,7(0,4-1,2)	0,7(0,4-1,2)	0,655
KIMK Sağ (mm)	0,7(0,45-1,05)	0,7(0,45-1,15)	0,335
KIMK Sol1(mm)	0,7(0,5-1)	0,7(0,5-1)	0,872
KIMK Sol2(mm)	0,7(0,4-1)	0,7(0,4-1)	0,669

*: Mann Whitney U

MİNİMAL İNVAZİV
JİNEKOLOJİ DERNEĞİMİNİMAL İNVAZİV
JİNEKOLOJİK ONKOLOJİ DERNEĞİROBOTİK JİNEKOLOJİK
CERRAHİ DERNEĞİ

8. MİNİMAL İNVAZİV JİNEKOLOJİK CERRAHİ KONGRESİ

12-14 Şubat 2026 / Wyndham Grand İstanbul Levent Hotel & Conference Center

SB-164

A Rare Case of Vulvar Angiomyofibroblastoma Extending into the Inguinal Canal

Ümmügülsüm Kuyucu

Gynecological Oncology, Health Sciences University
Kartal Dr. Lütfi Kırdar City Hospital, İstanbul, Turkey

INTRODUCTION: Vulvar masses are lesions that can exhibit benign or malignant characteristics and are less common than other gynaecological tumours. Vulvar angiomyofibroblastoma is a rare tumour extending into the vulvovaginal area in middle-aged women. In this case report, we will examine the approach to a case of vulvar angiomyofibroblastoma.

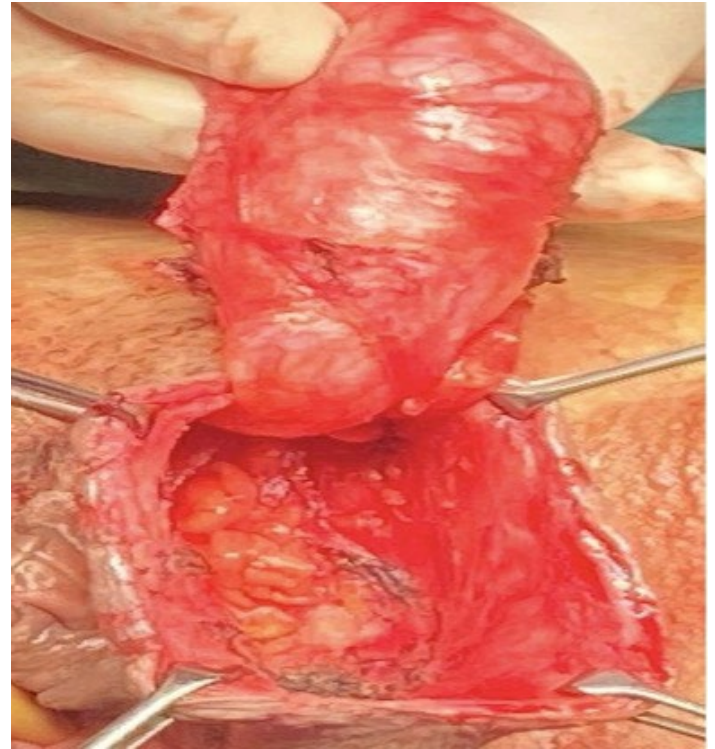
CASE PRESENTATION: A 42-year-old G1 female patient presented with a painless mass on the left labium majus. There was no history of previous surgery or additional systemic disease. Physical examination revealed a subcutaneous mass measuring 52×23 mm without skin changes. Ultrasonography revealed a hypoechoic solid lesion with increased vascularity and regular borders. The lesion was seen to be confined to the subcutaneous fatty tissue. Magnetic resonance imaging findings showed no bladder or rectal involvement, no pathological lymphadenopathy in the pelvic or inguinal regions, and no restriction on diffusion-weighted imaging. During the operation, left vulvar mass excision was performed under spinal anaesthesia. Intraoperatively, the mass was observed to be approximately 6 cm in diameter and extending into the inguinal canal (Figure 1). The mass was en bloc excised, and the resulting defect was primarily sutured. The pathology result was reported as angiomyofibroblastoma. No recurrence or additional pathology was detected at the patient's 6-month follow-up.

DISCUSSION: Angiomyofibroblastoma is a rare benign soft tissue tumour presenting with myofibroblastic differentiation and neoplastic proliferation in stromal cells. Surgical excision is required for its treatment due to the risk of sarcomatous transformation. After total surgical excision, recurrence or metastasis is almost never seen, confirming the benign nature of angiomyofibroblastoma. Although Bartholin's cysts and lipomas are other benign lesions included in the differential diagnosis, the extension of the lesion into the inguinal canal in this patient necessitated surgical excision. Histopathological examination is necessary for a definitive diagnosis in these patients. This case emphasises the importance of a systematic approach in the evaluation of vulvar masses.

CONCLUSION: Atypical presentations of vulvar masses require a multidisciplinary approach and comprehensive surgical planning. In these cases, surgical excision is both necessary for histopathological confirmation and presents itself as an effective and safe treatment option.

Keywords: vulvar mass, inguinal canal, angiomyofibroblastoma, minimally invasive surgery

Figure 1: Intraoperative dissection and excision of the mass from the surrounding fatty tissues



MİNİMAL İNVAZİV
JİNEKOLOJİ DERNEĞİMİNİMAL İNVAZİV
JİNEKOLOJİK ONKOLOJİ DERNEĞİROBOTİK JİNEKOLOJİK
CERRAHİ DERNEĞİ

8. MİNİMAL İNVAZİV JİNEKOLOJİK CERRAHİ KONGRESİ

12-14 Şubat 2026 / Wyndham Grand İstanbul Levent Hotel & Conference Center

SB-166

Anormal uterin kanama tanı ve tedavisinde operatif histeroskopinin klinik rolü: tek merkez deneyimi

Erkan Yergin¹, Erkan Şimşek²¹Gaziantep Şehir Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum
Kliniği, Gaziantep²Gaziantep Şehir Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum
Kliniği Jinekolojik Onkoloji Bölümü, Gaziantep

GİRİŞ: Anormal uterin kanama (AUK), jinekoloji pratiğinde sık görülen ve yaşam kalitesini olumsuz etkileyen önemli bir klinik sorundur. Altta yatan intrauterin patolojilerin doğru tanınması, uygun tedavinin planlanabilmesi açısından kritik öneme sahiptir. Operatif histeroskopi, uterin kavitenin doğrudan değerlendirilmesine olanak sağlayan, hem tanısal hem de terapötik avantajlar sunan minimal invaziv bir yöntemdir. Bu çalışmada AUK nedeniyle operatif histeroskopi uygulanan hastaların klinik ve patolojik sonuçlarının değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

YÖNTEM: Bu retrospektif çalışmaya, anormal uterin kanama endikasyonu ile operatif histeroskopi uygulanan 31 hasta dahil edildi. Hastaların yaşları, histeroskopik bulguları, uygulanan cerrahi işlemler ve patoloji sonuçları değerlendirildi. Ayrıca perioperatif ve erken postoperatif dönemde gelişen komplikasyonlar kaydedildi. Veriler hasta dosyalarından elde edildi ve tanımlayıcı istatistikler kullanılarak analiz edildi.

BULGULAR: Hastaların ortalama yaşı 38.1 ± 9.3 yıl idi. Histeroskopik değerlendirmede en sık saptanan bulgu endometrial polip olup hastaların %42'sinde izlendi. Diğer bulgular arasında normal uterin kavite (%23), istmosel alanı (%16), submüköz myom ve servikal polip yer almaktaydı. En sık uygulanan işlem polipektomi idi. Patolojik incelemelerde çoğunlukla benign endometrial lezyonlar saptandı; malignite veya atipili hiperplaziye rastlanmadı. Uterin perforasyon, aşırı kanama veya enfeksiyon gibi majör perioperatif ya da erken postoperatif komplikasyon izlenmedi.

SONUÇ: Operatif histeroskopi, anormal uterin kanamanın tanı ve tedavisinde güvenli, etkili ve minimal invaziv bir yöntemdir. Düşük komplikasyon oranı ve yüksek tanısal doğruluk ile uygun hasta seçimi yapılan olgularda klinik pratikte önemli bir yere sahiptir.

Anahtar Kelimeler: anormal uterin kanama, histeroskopi, minimal invaziv cerrahi, operatif histeroskopi

Tablo 1. Anormal uterin kanama nedeniyle operatif histeroskopi uygulanan hastaların klinik özellikleri

Hasta sayısı, n	31
Yaş, yıl (ortalama $\pm$ SS)	38.1 ± 9.3
BMI, kg/m ² (ortalama $\pm$ SS)	28.1 ± 4.5
Gravida (medyan, min–maks)	3 (0–8)
Parite (medyan, min–maks)	3 (0–5)
Histeroskopik bulgular, n (%)	
Endometrial polip	13 (42)
Normal uterin kavite	7 (23)
İstmosel alanı	5 (16)
Submüköz myom	3 (10)
Servikal polip	3 (10)
Patoloji sonucu	
Benign endometrial lezyonlar	hepsi
Malignite / atipili hiperplazi	yok
Majör komplikasyon	yok

MİNİMAL İNVAZİV
JİNEKOLOJİ DERNEĞİMİNİMAL İNVAZİV
JİNEKOLOJİK ONKOLOJİ DERNEĞİROBOTİK JİNEKOLOJİK
CERRAHİ DERNEĞİ

8. MİNİMAL İNVAZİV JİNEKOLOJİK CERRAHİ KONGRESİ

12-14 Şubat 2026 / Wyndham Grand İstanbul Levent Hotel & Conference Center

SB-167

Cerrahi stres; jinekolojik onkolojide minimal invaziv ve açık cerrahinin inflamatuvar yanıt açısından karşılaştırılması

Gözde Eminoglu Demircioğlu¹, Fatma Damla Durmuş¹,
Simay Gunes¹, Yaren Şahin Küka¹, Hande Ersaydı¹,
Serkan Akış²

¹Marmara Üniversitesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum,
İstanbul

²Marmara Üniversitesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum;
Jinekoloji Onkoloji, İstanbul

düşük WBC ve CRP düzeyleri, laparoskopinin daha sınırlı cerrahi stres oluşturduğunu ve daha hızlı fizyolojik toparlanma sağladığını göstermektedir. Onkolojik uygunluk kriterleri sağlandığında, minimal invaziv cerrahinin tercih edilmesi postoperatif morbiditenin azaltılması açısından önemli bir avantaj sunmaktadır.

Anahtar Kelimeler: c-reaktif protein, jinekolojik onkoloji, laparoskopi

GİRİŞ: Jinekolojik onkolojide cerrahi yaklaşım, yalnızca onkolojik güvenliği değil, aynı zamanda cerrahi stres yanıtı ve postoperatif iyileşme sürecini de doğrudan etkilemektedir. Minimal invaziv cerrahi teknikler, daha az doku travmasına yol açmaları nedeniyle inflamatuvar yanıtın sınırlandırılmasında giderek daha fazla önem kazanmaktadır. Bu çalışmanın amacı, jinekolojik onkoloji endikasyonu ile opere edilen ve nihai patolojisi benign ya da malign olarak raporlanan hastalarda laparoskopi ve laparotomi yöntemlerinin postoperatif inflamatuvar parametreler üzerindeki etkisini karşılaştırmaktır.

YÖNTEM: Toplam 262 hasta retrospektif olarak değerlendirildi. Hastaların yaşları 22–83 arasında olup ortalama yaş 54,3 yıl, ortalama vücut kitle indeksi 31,3 kg/m² idi. Seksen yedi hastaya laparoskopik cerrahi, 175 hastaya laparotomi uygulandı. Postoperatif inflamatuvar yanıtın değerlendirilmesinde postoperatif 1. gün beyaz küre sayısı (white blood cell, WBC) ile postoperatif 1. ve 2. gün C-reaktif protein (C-reactive protein, CRP) düzeyleri kullanıldı.

BULGULAR: Nihai patolojiye göre yapılan karşılaştırmada benign ve malign gruplar arasında yaş (p=0,226), vücut kitle indeksi (p=0,208), postoperatif 1. gün WBC (p=0,650) ile postoperatif 1. ve 2. gün CRP düzeyleri (sırasıyla p=0,782 ve p=0,773) açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı. Buna karşın cerrahi yaklaşıma göre yapılan analizde anlamlı farklılıklar gözlemlendi. Laparotomi grubunda postoperatif 1. gün WBC değerleri laparoskopi grubuna kıyasla anlamlı olarak daha yüksek bulundu (12,4'e karşı 11,0; p=0,015). Benzer şekilde CRP düzeyleri, hem postoperatif 1. günde (68,7'ye karşı 21,2) hem de postoperatif 2. günde (131'e karşı 42) laparotomi grubunda belirgin olarak daha yüksekti (her iki karşılaştırma için p<0,001).

SONUÇ: Minimal invaziv cerrahi, jinekolojik onkoloji hastalarında nihai patolojiden bağımsız olarak postoperatif inflamatuvar yanıtı anlamlı düzeyde azaltmaktadır. Daha

MİNİMAL İNVAZİV
JİNEKOLOJİ DERNEĞİMİNİMAL İNVAZİV
JİNEKOLOJİK ONKOLOJİ DERNEĞİROBOTİK JİNEKOLOJİK
CERRAHİ DERNEĞİ

8. MİNİMAL İNVAZİV JİNEKOLOJİK CERRAHİ KONGRESİ

12-14 Şubat 2026 / Wyndham Grand İstanbul Levent Hotel & Conference Center

SB-168

Artan sezaryen oranlarının gölgesinde: intraoperatif mesane yaralanmaları

Gözde Eminoğlu Demircioğlu¹, Barış Özkarataş¹, Serkan Akış²¹Marmara Üniversitesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum,
İstanbul²Marmara Ünviversitesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum;
Jinekoloji Onkoloji, İstanbul

GİRİŞ: Artan sezaryen oranları, buna eşlik eden cerrahi komplikasyonların klinik önemini giderek artırmaktadır. Sezaryen sırasında nadir görülmekle birlikte anne morbiditesini artırabilen intraoperatif mesane yaralanmaları, özellikle tekrarlayan cerrahiler ve intraoperatif adezyon varlığı ile ilişkilidir. Bu çalışmada, plasenta previa dışı sezaryen endikasyonu verilen hastalarda intraoperatif mesane yaralanması saptanan olguların klinik ve obstetrik özelliklerinin değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

YÖNTEM: Ocak 2019–Mart 2025 tarihleri arasında kurumu-muzda gerçekleştirilen toplam 4405 sezaryen doğum retrospek-tif olarak incelendi. Bu olgular arasından intraoperatif mesane yaralanması saptanan 33 hasta çalışmaya dâhil edildi. Hastaların demografik özellikleri, obstetrik öyküleri, sezaryen sayıları, cer-rahi koşulları ve perinatal sonuçları değerlendirildi. Postoperatif hemoglobin düzeyleri ve intraoperatif adezyon varlığı kaydedil-di. Bulgular tanımlayıcı istatistikler kullanılarak analiz edildi.

BULGULAR: İntraoperatif mesane yaralanması insidansı %0,75 olarak saptandı. Çalışmaya dâhil edilen tüm hastala-rın en az bir önceki sezaryen öyküsü mevcuttu ve olguların %69,7'sinde iki veya daha fazla sezaryen öyküsü bulunmak-taydı. Hastaların medyan yaşı 30 (24–43) yıl olup %45,5'inde ek kronik hastalık saptanmadı. Operasyonların %54,5'i acil koşullarda gerçekleştirilmiş olup en sık acil nedenler uterin kontraksiyonlar ve membran rüptürüydü. Doğumların %81,8'i term gebelikte gerçekleşti. Plasenta yerleşimi en sık posterior (%39,4) olarak saptandı. İntraoperatif adezyon varlığı olguların %75,8'inde mevcuttu. Medyan doğum ağırlığı 3090 gram olup yenidoğanların %90,9'unda 5. dakika APGAR skoru 7–10 ara-lığında bulundu.

Sonuç: İntraoperatif mesane yaralanmaları nadir görülmesine rağmen özellikle çoklu sezaryen öyküsü, acil cerrahi koşullar ve intraoperatif adezyon varlığı ile yakından ilişkilidir. Sezar-yen sayısındaki artışla birlikte bu komplikasyonun klinik önemi giderek artmaktadır. Yüksek riskli hastalarda dikkatli cerrahi planlama, anatomik farkındalığın artırılması ve uygun cerrahi tekniklerin kullanılması, intraoperatif mesane yaralanması ris-kinin azaltılmasında kritik öneme sahiptir.

Anahtar Kelimeler: komplikasyon, mesane, sezaryen

SB-169

Olgu Sunumu: Adölesan Bir Hastada Nadir Görülen İzole Fallop Tüpü Torsiyonu – Akut Batının Ayırıcı Tanısında Gözden Kaçan Patoloji

Işıl Karadağ¹, Bengisu Elüstü²¹Başakşehir Devlet Hastanesi²Ankara Etlik Şehir Hastanesi

GİRİŞ: Akut batın, adölesan kız çocuklarında tanı ve yö-netim açısından önemli zorluklar içeren bir klinik tablodur. Jinekolojik aciller arasında adneksiyal torsiyonlar sık gö-rülürken, izole fallop tüpü torsiyonu (İFTT) oldukça nadir olup preoperatif tanısının güç olması nedeniyle fertilite kay-bı riski taşımaktadır (1,2). Over tutulumu olmaksızın fallop tüpünün kendi mezosalpenksi etrafında dönmesiyle gelişen bu tabloya ait gerçek insidans net değildir; ancak özellikle çocuk ve adölesan yaş grubunda tanısız gecikmeye açık bir acil olarak tanımlanmaktadır (1–3)

OLGU: On beş yaşında kız hasta, üç gündür devam eden şiddetli karın ağrısı ile acil servise başvurdu. Fizik mua-yenede pelvik hassasiyet ve rebound pozitifliği mevcuttu. Laboratuvar bulguları nonspesifik olup β -hCG negatiftir. Pelvik Doppler ultrasonografide sol over boyutlarında artış ve serbest sıvı izlenmiş, bilgisayarlı tomografide hemorajik kist ile uyumlu olabilecek bulgular raporlanmış ve torsiyon ekartasyonu önerilmiştir. Tarafımızca yapılan değerlendiri-mede sol adneksiyel alanda düzensiz kistik yapı izlenmesi üzerine hidrosalpenks/torsiyon ön tanısı ile acil laparosko-pi planlandı. Laparoskopide uterus ve overler normal olup sol fallop tüpünün distal segmentinin sekiz tur torsiyone olduğu, belirgin ödem ve iskemi bulguları gösterdiği sap-tandı. Detorsiyon sonrası distal segmentte nekroz izlenmesi üzerine sol parsiyel salpenjektomi uygulandı. Postoperatif dönemde komplikasyon izlenmeyen hasta üçüncü günde taburcu edildi.

TARTIŞMA: İFTT, ipsilateral over tutulumu olmaksız-zın gelişen nadir bir torsiyon tipi olup özellikle pubertal dönemde daha sık bildirilmektedir (2,3). Puberte ile artan hormonal aktivitenin patogeneizde rol oynayabileceği düşü-nülmektedir (4). Klinik semptomlar genellikle nonspesifik olup pelvik ağrı, bulantı ve kusma ile sınırlıdır; laboratu-var bulguları çoğu zaman ayırıcı tanıda yardımcı değildir (3,10). Ultrasonografi ilk basamak görüntüleme yöntemi olsa da tanısız duyarlılığı düşüktür ve sıklıkla over torsiyonu veya hemorajik kist ile karışabilmektedir (1,5–7). BT ve MRG tanıyı destekleyici olmakla birlikte preoperatif tanı

8. MİNİMAL İNVAZİV JİNEKOLOJİK CERRAHİ KONGRESİ

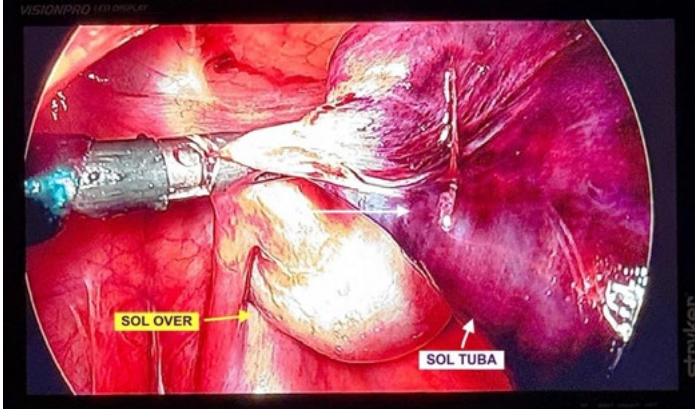
12-14 Şubat 2026 / Wyndham Grand İstanbul Levent Hotel & Conference Center

oranları düşüktür (3,5). Bu nedenle literatürde, fertilitiyi koruyabilmek adına erken cerrahi eksplorasyonun önemi vurgulanmaktadır (1,8,9).

SONUÇ: İzole fallop tüpü torsiyonu, adölesanlarda akut batının nadir ancak fertilité açısından kritik bir nedenidir. Klinik ve görüntüleme bulgularının özgül olmaması nedeniyle yüksek klinik şüphe ve erken laparoskopik yaklaşım büyük önem taşımaktadır. Uygun olgularda tüp koruyucu cerrahi hedeflenmeli; nekroz varlığında ise komplikasyon riskini azaltmak için salpenjektomi veya parsiyel salpenjektomi gecikmeden uygulanmalıdır (1,10,11).

Anahtar Kelimeler: İzole fallop tüpü torsiyonu, adölesan, laparoskopi, fertilité korunumu

Figür 1



İzole sol fallop tüpü torsiyonu Sarı ok: sol over Beyaz ok: sol torsiye tuba ve nekrotik alan

Figür 2



Torsiyone fallop tüpü ve serbest sıvı

SB-172

Laparoscopic Staging of High-Grade Serous Endometrial Carcinoma in a Patient with Situs Inversus Totalis

Esra Keles¹, Uğur Kemal Öztürk¹, Damlanur Yücel¹, Fatih Şanlıkan¹, Özge Nur Gülen¹, Ümmügülsüm Kuyucu¹, Sahra Sultan Kara², İsmail Bağlar², Murat Apı¹

¹Gynecological Oncology, Health Sciences University Kartal Dr. Lütfi Kırdar City Hospital, İstanbul, Turkey

²Gynecology and Obstetrics, Health Sciences University Kartal Dr. Lütfi Kırdar City Hospital, İstanbul, Turkey

INTRADUCTION: Endometrial carcinoma is the most prevalent gynecologic malignancy in developed nations, with high-grade serous histology representing an aggressive clinicopathologic variant associated with early extrauterine spread, chemoresistance, and poor survival outcomes. Comprehensive surgical staging remains the cornerstone of management, enabling accurate prognostication and guiding adjuvant therapy. Situs inversus totalis, a rare autosomal recessive congenital anomaly characterized by complete mirror-image reversal of thoracic and abdominal viscera, introduces unique intraoperative challenges, including altered spatial relationships, disorientation during port placement, and increased risk of iatrogenic injury. Reports of advanced gynecologic oncologic surgery in this setting are exceedingly rare. To describe a rare case of high-grade serous endometrial carcinoma in a patient with situs inversus totalis successfully managed with laparoscopic comprehensive staging, and to highlight perioperative considerations, technical adaptations, and postoperative outcomes.

CASE PRESENTATION: A 69-year-old multiparous woman with known situs inversus totalis presented with postmenopausal bleeding. Endometrial biopsy confirmed high-grade serous carcinoma. A comprehensive preoperative work-up was performed. The position of the operator and assistant did not differ from those in orthotopic patients. Laparoscopic total hysterectomy, bilateral salpingo-oophorectomy, bilateral pelvic para-aortic lymph node dissection, and infracolic omentectomy were performed. Intraoperative frozen section confirmed high-grade carcinoma with superficial myometrial invasion. Surgical strategy was modified to account for reversed anatomy, with mirror-image trocar placement and meticulous identification of vascular landmarks. Postoperative recovery was uneventful with stable vital parameters, minimal drain output, and preserved bowel and bladder function. Final

MİNİMAL İNVAZİV
JİNEKOLOJİ DERNEĞİMİNİMAL İNVAZİV
JİNEKOLOJİK ONKOLOJİ DERNEĞİROBOTİK JİNEKOLOJİK
CERRAHİ DERNEĞİ

8. MİNİMAL İNVAZİV JİNEKOLOJİK CERRAHİ KONGRESİ

12-14 Şubat 2026 / Wyndham Grand İstanbul Levent Hotel & Conference Center

histopathology confirmed high-grade serous endometrial carcinoma limited to <50% myometrial invasion. The patient received six cycles of adjuvant chemotherapy and remained disease-free at follow-up.

DISCUSSION: Cases of situs inversus totalis require great care due to the abnormal anatomy. Preoperative diagnosis facilitates the surgical procedure. Understanding the relationship between organs and vascular structures is crucial in these patients. This case demonstrates that laparoscopic surgical staging of high-grade serous endometrial carcinoma is feasible and safe in patients with situs inversus totalis when performed with meticulous preoperative planning and intraoperative adaptation to reversed organ orientation.

CONCLUSION: Awareness of mirror-image anatomy in situs inversus totalis patients is critical for preventing disorientation and ensuring oncological integrity. Reporting such cases expands the surgical literature on complex anatomical variations and supports minimally invasive approaches even in rare congenital anomalies.

Keywords: Endometrial neoplasms, laparoscopy staging, serous carcinoma, situs inversus totalis

SB-173

Kadın Hastada Nadir Bir Vaka Örneği Fournier Gangreni: Erken Tanı ve Acil Cerrahi Debridmanın Hayat Kurtarıcı Rolü

Arzu Çetin¹, Onur Perdecı², Cansel Tanrıku³

¹Doğuşehir Şehit Esra Köse Başaran Devlet Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum, Malatya/Türkiye

²Doğuşehir Şehit Esra Köse Başaran Devlet Hastanesi, Anesteziyoloji ve Reanimasyon, Malatya/Türkiye

³İstanbul Beylikdüzü Devlet Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum, İstanbul/Türkiye

GİRİŞ: Fournier gangreni, perineal ve genital bölgeleri tutan, hızlı progresyon gösteren ve yüksek mortalite riski taşıyan bir nekrotizan fasiit formudur. En sık erkek hastalarda bildirilmekle birlikte kadın olgular nadirdir. Erken tanı, geniş spektrumlu antibiyotik tedavisi ve acil cerrahi debridman sağkalımı belirleyen temel faktörlerdir. Bu bildiride, kadın hastada gelişen vulvoperineal fournier gangreni olgusu sunulmaktadır erken tanı ve cerrahi yaklaşımın önemi vurgulanmıştır.

YÖNTEM: Genital bölgede şiddetli ağrı ve şişlik şikâyeti ile başvuran 50 yaşındaki kadın hastanın klinik bulguları, laboratuvar değerleri, görüntüleme sonuçları ve tedavi süreci retrospektif olarak değerlendirildi. Tanı sürecinde fizik muayene, kontrastsız bilgisayarlı tomografi ve biyokimyasal parametreler kullanıldı.

BULGULAR: Hastada beş gündür artan genital ağrı ve şişlik mevcuttu. Fizik muayenede sol labium majusta sertlik, renk değişikliği ve perineal alanda bül formasyonları saptandı (Resim 1). Kontrastsız bilgisayarlı tomografide perineal ve vulvar bölgede cilt ve cilt altı yumuşak doku kalınlaşması ile subkutan yağ dokusunda yaygın hava dansite-leri izlendi (Resim 2). Laboratuvar incelemelerinde lökosit 29.100/mm³, C-reaktif protein >300 mg/dL, kan glukozu 533 mg/dL ve HbA1c %12,1 olarak bulundu. Bu bulgularla hastaya fournier gangreni ve yeni tanı diyabet tanısı konuldu.

Yara kültürü alındıktan sonra geniş spektrumlu antibiyotik tedavisi başlandı ve acil cerrahi debridman uygulandı. Operasyonda sol labium majus, inguinal alan ve mons pubise uzanan nekrotik dokular canlı doku sınırına kadar eksize edildi (Resim 3). Yara kültüründe Enterococcus türleri üretti ve antibiyotik tedavisi buna göre düzenlendi. Postoperatif dönemde kan glukoz regülasyonu insülin tedavisi ile sağlandı. Günlük yara bakımı ve seri debridmanlar sonrası yara sekonder olarak kapatıldı (Resim 4). Hasta yaklaşık üç

MİNİMAL İNVAZİV
JİNEKOLOJİ DERNEĞİMİNİMAL İNVAZİV
JİNEKOLOJİK ONKOLOJİ DERNEĞİROBOTİK JİNEKOLOJİK
CERRAHİ DERNEĞİ

8. MİNİMAL İNVAZİV JİNEKOLOJİK CERRAHİ KONGRESİ

12-14 Şubat 2026 / Wyndham Grand İstanbul Levent Hotel & Conference Center

haftalık tedavi sürecinin ardından klinik olarak tamamen iyileşmiş şekilde taburcu edildi(Resim 5).

TARTIŞMA: Fournier gangreni genellikle diyabet, obezite ve immünsüpresyon gibi predispozan faktörlerle ilişkilidir. Literatürde kadın hastalarda görülme sıklığı erkeklere göre belirgin olarak düşüktür ve bu durum tanıda gecikmeye yol açabilmektedir. Görüntülemelerde subkutan hava varlığı tanı açısından önemli bir bulgudur. Çalışmalar, erken cerrahi debridman yapılmayan olgularda mortalitenin anlamlı derecede arttığını göstermektedir. Ayrıca polimikrobiyal etiyo-loji sık görülmekte olup enterokok türleri bildirilen etkenler arasındadır. Sunulan olguda, hızlı klinik değerlendirme ve acil cerrahi müdahale sayesinde ciddi komplikasyonlar gelişmeden başarılı bir sonuç elde edilmiştir.

SONUÇ: Kadın hastalarda nadir görülmesine rağmen four-nier gangreni hayatı tehdit eden bir klinik tablodur. Erken tanı, agresif cerrahi debridman, uygun antibiyotik tedavisi ve eşlik eden metabolik bozuklukların kontrolü mortaliteyi azaltmada kritik öneme sahiptir.

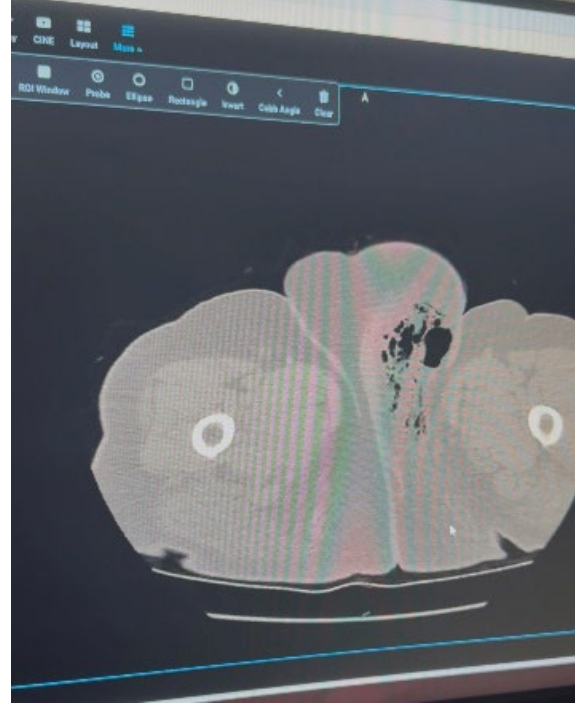
Anahtar Kelimeler: fournier gangreni,debridman,genital ağrı,enfeksiyon

Resim 1



Sol perineal alandaki milimetrik bül formasyonları

Resim 2



Sol labium majus ve perineal bölgede subkutan yağ dokusu içerisindeki nekrotizan fasiit lehine değerlendirilen yaygın hava dansiteleri

Resim 3



Peroperatif sol inguinal alan ve mons pubise kadar uzanan nekrotik doku görünümü



8. MİNİMAL İNVAZİV JİNEKOLOJİK CERRAHİ KONGRESİ

12-14 Şubat 2026 / Wyndham Grand İstanbul Levent Hotel & Conference Center

Resim 4



Postoperatif 15.günde yara yeri sekonder süturizasyon ile kapatıldı

Resim 5



Taburculuk öncesi postoperatif 3. Hafta görüntüsü



MİNİMAL İNVAZİV
JİNEKOLOJİ DERNEĞİ



MİNİMAL İNVAZİV
JİNEKOLOJİK ONKOLOJİ DERNEĞİ



ROBOTİK JİNEKOLOJİK
CERRAHİ DERNEĞİ

8. MİNİMAL İNVAZİV JİNEKOLOJİK CERRAHİ KONGRESİ

12-14 Şubat 2026 / Wyndham Grand İstanbul Levent Hotel & Conference Center

VIDEO BİLDİRİLER

MİNİMAL İNVAZİV
JİNEKOLOJİ DERNEĞİMİNİMAL İNVAZİV
JİNEKOLOJİK ONKOLOJİ DERNEĞİROBOTİK JİNEKOLOJİK
CERRAHİ DERNEĞİ

8. MİNİMAL İNVAZİV JİNEKOLOJİK CERRAHİ KONGRESİ

12-14 Şubat 2026 / Wyndham Grand İstanbul Levent Hotel & Conference Center

SB-015

vNOTES Myomectomy for Primary Ovarian Leiomyoma Coexisting Uterine Fibroid

Emre Biton¹, Kemal Güngördük², Berke Nur Ergü¹¹Department of Obstetrics and Gynecology, Faculty of Medicine, Mugla Sıtkı Koçman University, Mugla, Turkey²Division of Gynecologic Oncology, Department of Obstetrics and Gynecology, Faculty of Medicine, Mugla Sıtkı Koçman University, Mugla, Turkey

OBJECTIVE: Primary ovarian leiomyoma is an exceptionally rare tumor, comprising only 0.5%–1% of all benign ovarian neoplasms, with limited cases documented in the literature. Its origin remains a subject of debate, with theories proposing it may arise from ovarian hilar blood vessels, cells of the ovarian ligament, smooth muscle cells, or multipotent cells within the ovarian stroma. Preoperative diagnosis is often difficult due to the nonspecific nature of imaging and laboratory findings. Moreover, its similarity to fibromas frequently leads to diagnostic challenges. Vaginal natural orifice transluminal endoscopic surgery (vNOTES) presents numerous benefits, such as superior cosmetic outcomes, quicker return of flatus, and reduced hospital stays. This minimally invasive technique has gained significant and growing acceptance across various gynecologic procedures. vNOTES appears to be a feasible option based on the limited evidence currently available for gynecological indications that preserve the uterus and ovaries. Video demonstrates the surgical removal of a left ovarian tumor, identified an intramural leiomyoma, performed using vNOTES. Design: A comprehensive case report complemented by a video presentation showcasing the step-by-steps process of surgical technique aimed treating ovarian and uterine myomas.

Patient: 42-year-old nulligravida woman presented with complaints of lower abdominal pain and expressed a desire to conceive. She had a BMI of 23kg/m². Both physical and abdominal examinations were normal, but on vaginal examination, a mobile mass measuring approximately 4 × 5 cm was identified in the left lower abdomen. Laboratory investigations, including complete blood count and biochemical tests, showed normal results, and tumor markers were within normal limits. Transvaginal ultrasonography revealed a homogeneously isoechoic mass in the left adnexa (measuring 41 mm × 36 mm) along with a homogeneous posterior intramural lesion within the uterine wall. Pelvic MRI demonstrated a well-defined 4 × 3 cm solid tumor in the left adnexa and a posterior

intramural uterine leiomyoma on T2-weighted sequences. The MRI signal findings suggested that the ovarian tumor was likely consistent with a fibroma or thecoma. Intervention: A vNOTES procedure was performed to remove both masses, successfully yielding histological confirmation of primary ovarian leiomyoma and uterine leiomyoma, devoid of malignancy features. Following the ERAS guidelines, oral intake and patient ambulation were initiated on the day of surgery.

CONCLUSION: The coexistence of a primary ovarian leiomyoma with a uterine leiomyoma is an exceptionally rare occurrence. While ovarian leiomyomas are typically asymptomatic findings, they should included the differential diagnosis when assessing solid ovarian masses.

Keywords: Minimal invasive surgery, myomectomy, vaginal natural orifice transluminal endoscopic surgery, primary ovarian leiomyoma

MİNİMAL İNVAZİV
JİNEKOLOJİ DERNEĞİMİNİMAL İNVAZİV
JİNEKOLOJİK ONKOLOJİ DERNEĞİROBOTİK JİNEKOLOJİK
CERRAHİ DERNEĞİ

8. MİNİMAL İNVAZİV JİNEKOLOJİK CERRAHİ KONGRESİ

12-14 Şubat 2026 / Wyndham Grand İstanbul Levent Hotel & Conference Center

SB-016

Extensive Pelvic Lymph Node Dissection Through Vaginal Natural Orifice Transluminal Endoscopic Surgery

Berican Sahin Uyar¹, Kemal Gungorduk², Serkan Ustuntas¹¹Department of Obstetrics and Gynecology, Faculty of Medicine, Muğla Sıtkı Kocman University, Mugla, Turkey²Division of Gynecologic Oncology, Department of Obstetrics and Gynecology, Faculty of Medicine, Muğla Sıtkı Kocman University, Mugla, Turkey

OBJECTIVE: Sentinel lymph node (SLN) sampling is now advised for select patients presenting with apparent early-stage endometrial cancer (EC) as it strikes a balance between precise staging and reducing the morbidity linked to conventional lymph node dissection. A recent systematic review highlights Vaginal Natural Orifice Transluminal Endoscopic Surgery (V-NOTES) as a promising approach for SLN staging in EC, demonstrating high detection rates, minimal complications, and favorable perioperative outcomes. Nonetheless, if mapping fails, the surgeon is advised to proceed with a complete lymphadenectomy on the affected side. Although international guidelines endorse the reliability of pelvic lymphadenectomy using conventional laparoscopy, there is limited evidence in English literature regarding its implementation through the vNOTES technique.

DESING: This video provides a detailed guide on performing a complete pelvic lymphadenectomy using vNOTES for women diagnosed with grade 2 endometrioid endometrial carcinoma through endometrial sampling.

PATIENT: A 48-year-old woman presented with postmenopausal bleeding, and an endometrial biopsy revealed grade 2 endometrioid endometrial carcinoma. PET-CT demonstrated mild FDG uptake localized to the uterine fundus, with no evidence of lymph node involvement or distant metastases. After an unsuccessful attempt at sentinel lymph node mapping, a complete pelvic lymphadenectomy was carried out via the V-NOTES technique, followed by a total hysterectomy with bilateral salpingo-oophorectomy. The procedure was completed without any intraoperative or postoperative complications, and the patient was discharged on the second postoperative day without the need for ICU care.

INTERVENTIONS: Step-by-Step Surgical Technique
1. Preparation and Positioning: After administering general

anesthesia and ensuring full muscle relaxation, position the patient in a horizontal dorsal lithotomy position. Insert a bladder catheter.

2. Colpotomy and Accessing the Pelvic Retroperitoneal Space: Secure the right lateral vaginal wall with two forceps placed in the lateral vaginal fornix. Make a 4–5 cm incision between the forceps using a scalpel and grasp the edges with Allis forceps. Perform systematic lateral dissection with scissors and finger dissection to expose the paravesical space.

3. vNOTES Port Setup: Place the GelPoint V-Path Transvaginal Access Platform, including a 7 cm diameter Alexis retractor inner ring, to establish the vNOTES port.

4. Endoscopic Preparation and Lymph Node

REMOVAL: Insufflate CO₂ into the retroperitoneal space (10–15 mmHg working pressure). Using bipolar devices and vessel sealing instruments, begin directional dissection, identifying key landmarks such as the obturator nerve and vein. Remove lymph nodes sequentially, exposing and targeting regions around the external iliac artery, vein, iliac artery, and ureter.

5. Closure: After achieving hemostasis with a bipolar grasper, remove the vNOTES port and close the vaginal incision using simple Vicryl 0 sutures.

CONCLUSION: This video highlights that VNOTES pelvic lymphadenectomy is a reliable and effective procedure in cases where SLN mapping proves inadequate.

Keywords: Sentinel lymph node, vaginal natural orifice transluminal endoscopic surgery, endometrial cancer

MİNİMAL İNVAZİV
JİNEKOLOJİ DERNEĞİMİNİMAL İNVAZİV
JİNEKOLOJİK ONKOLOJİ DERNEĞİROBOTİK JİNEKOLOJİK
CERRAHİ DERNEĞİ

8. MİNİMAL İNVAZİV JİNEKOLOJİK CERRAHİ KONGRESİ

12-14 Şubat 2026 / Wyndham Grand İstanbul Levent Hotel & Conference Center

SB-017

vNOTES Lateral Suspension and High Uterosacral Ligament Suspension for Treating Pelvic Organ Prolapse

Berican Sahin Uyar¹, Kemal Gungorduk²,
Berke Nur Ergü¹, Emre Biton¹, Serkan Ustuntas¹¹Department of Obstetrics and Gynecology, Faculty of Medicine, Muğla Sıtkı Kocman University, Mugla, Turkey²Division of Gynecologic Oncology, Department of Obstetrics and Gynecology, Faculty of Medicine, Muğla Sıtkı Kocman University, Mugla, Turkey

The exact prevalence of pelvic organ prolapse (POP) is unclear, but it is estimated to affect 41–50% of women, significantly reducing their quality of life. The primary aim of POP surgery is to restore anatomy while minimizing recurrence. The lateral suspension (LS) method effectively addresses apical and anterior prolapse. Additionally, strengthening and shortening the uterosacral ligaments, as per integral theory, can relieve symptoms like overactive bladder and nocturia in POP cases. Emerging evidence suggests vNOTES may be viable for certain gynecological procedures, including urogynecological surgeries. This video demonstrates vNOTES-assisted LS with uterosacral ligament plication (USLP) for managing POP.

Design: A detailed case report accompanied by a step-by-step video demonstration of the procedure of a surgical technique.

Patient: We assessed a 56-year-old woman with a history of 3 vaginal deliveries who came to our clinic reporting pelvic pressure and sensation of a vaginal bulge. Both her personal and family medical histories were unremarkable. A pelvic ultrasound demonstrated a uterus of normal size with no abnormalities in the endometrium.

Intervention: The procedure was conducted under general anesthesia, the patient was positioned in the dorsal lithotomy position.

The procedure's surgical stages are outlined below:

Vaginal Phase: The cervical mucosa was incised around the cervicovaginal junction. The bladder and rectum were carefully dissected and mobilized away from the uterus. The uterosacral and cardinal ligaments were clamped, divided, and sutured securely. The anterior and posterior peritoneal folds were opened to access the peritoneal cavity.

vNOTES Phase: A GelPOINT system was used, and the

cavity insufflated with CO₂ to 8 mmHg for visualization with a 30° laparoscope. Uterine vessels, round ligaments, and infundibulopelvic ligaments were coagulated and transected bilaterally.

Mesh Deployment Phase: A 20 cm polypropylene mesh with a 4x2 cm base was prepared. Dissection targeted the vesicovaginal space. The mesh was anchored over the anterior vaginal fascia. Forceps inserted the mesh through the abdominal wall at designated lateral points. Retroperitoneal tunnels were established, allowing the mesh to be drawn through to the lateral abdominal wall.

USLP Phase: The cranial one-third segments of the bilateral uterosacral ligaments were securely grasped. Double-armed sutures were applied to each side, transected twice, and the suture ends pulled through the port.

Closure Phase: The vesicouterine fold peritoneum was sutured to cover the mesh. Mesh arms were tensioned evenly for optimal pelvic support. Uterosacral ligament sutures were anchored firmly to the posterior vaginal cuff. The vaginal cuff was closed using a 0-0 Vicryl suture. Postoperative period was uneventful and patient was discharged in satisfactory condition.

CONCLUSION: The V-Notes approach to LS + USLP offers a minimally invasive and anatomically precise method for addressing POP repair.

Keywords: pelvic organ prolapse, vNOTES, lateral suspension, uterosacral ligament plication.

MİNİMAL İNVAZİV
JİNEKOLOJİ DERNEĞİMİNİMAL İNVAZİV
JİNEKOLOJİK ONKOLOJİ DERNEĞİROBOTİK JİNEKOLOJİK
CERRAHİ DERNEĞİ

8. MİNİMAL İNVAZİV JİNEKOLOJİK CERRAHİ KONGRESİ

12-14 Şubat 2026 / Wyndham Grand İstanbul Levent Hotel & Conference Center

SB-018

Simultaneous v-NOTES Appendectomy During v-NOTES Hysterectomy for a Large Uterus

Kadir Özmen, Tuba Zengin, Candost Hanedan
Etlik City Hospital, Ankara, Turkey

This video article presents a case of simultaneous vNOTES hysterectomy, bilateral salpingectomy, and appendectomy performed in a 41-year-old woman with a large uterus. The appendix was found to be densely adherent beneath the utero-ovarian ligament during dissection. All procedures were successfully completed via the same vNOTES approach without conversion. Recent evidence supports vNOTES as a safe and minimally invasive alternative to laparoscopy for hysterectomy, including in obese patients and those with large uteri [Hanedan et al., 2025; Kaya et al., 2021]. Furthermore, vNOTES has proven feasible for concurrent general surgical procedures such as appendectomy [Tian et al., 2014]. This case demonstrates the technical versatility and multidisciplinary applicability of vNOTES for combined pelvic surgery.

Keywords: vNOTES, hysterectomy, bilateral salpingectomy, appendectomy, large uterus, dense adhesions

SB-019

Ektopik Gebelikte V-NOTES ile Sağ Salpenjektomi: Video Olgu Sunumu

Burak Hazır, Süleyman Salman, Fatma Ketenci Gencer,
Havva Betül Bacak, Enes Serhat Coşkun
Gaziosmanpaşa Eğitim Araştırma Hastanesi

Ektopik gebelik, gebeliğe bağlı maternal ölümlerin yaklaşık %1–2'sinden sorumlu olup erken tanı ve uygun tedavi gerektiren potansiyel olarak yaşamı tehdit eden bir durumdur. Yirmi beş yaşında kadın hasta kasık ağrısı şikâyeti ile başvurdu. Hastanın ilk gebeliği olup başvuru sırasında β -hCG düzeyi 27.500 mIU/mL olarak saptandı. Yapılan ultrasonografide uterus antevert fleksiyon konumunda, endometrium kalınlığı 14 mm ve düzenli izlendi. Sağ adneksiyel alanda CRL ölçümü 8+3 hafta ile uyumlu, fetal kardiyak aktivitesi izlenmeyen ektopik gebelik saptandı. Hasta için cerrahi tedavi kararı alınarak V-NOTES yaklaşımı ile sağ salpenjektomi uygulandı. Postoperatif dönemi sorunsuz seyreden hasta sağlıklı olarak taburcu edildi.

Anahtar Kelimeler: V-NOTES, ektopik gebelik, salpenjektomi, minimal invaziv cerrahi

MİNİMAL İNVAZİV
JİNEKOLOJİ DERNEĞİMİNİMAL İNVAZİV
JİNEKOLOJİK ONKOLOJİ DERNEĞİROBOTİK JİNEKOLOJİK
CERRAHİ DERNEĞİ

8. MİNİMAL İNVAZİV JİNEKOLOJİK CERRAHİ KONGRESİ

12-14 Şubat 2026 / Wyndham Grand İstanbul Levent Hotel & Conference Center

SB-020

V-NOTES Histerektomi, Bilateral Salpingooferektomi, Sentinel Lenf Nodu Diseksiyonu

Gizem Açıkgözağa Varlı¹, Mehmet Ali Vardar²,
Ghanim Khatib², Sabahattin Oğuzhan Kayim²
¹Çukurova Üniversitesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum,
Adana
²Çukurova Üniversitesi, Jinekolojik Onkoloji, Adana

Minimal invaziv cerrahide son yıllarda giderek önem kazanan Vaginal Natural Orifice Transluminal Endoscopic Surgery (V-NOTES) tekniği, kozmetik üstünlük, daha az postoperatif ağrı ve hızlı iyileşme gibi avantajlar sunmaktadır. Sentinel lenf nodu (SLN) haritalaması ise jinekolojik malignitelerde morbiditeyi azaltmayı hedefler. Bu çalışmada, V-NOTES yaklaşımı ile gerçekleştirilen SLN haritalamasının cerrahi uygulanabilirliği ve güvenilirliğinin sunulması amaçlanmıştır.

74 Yaşında endometrial biyopsi sonucu endometrioid karsinom figo grade 1 gelmesi nedeniyle operasyon planlanan hastaya preoperatif değerlendirme sonucu V-NOTES yöntemi tercih edildi. Genel anestezi altında litotomi pozisyonunda serviks saat 3-9 hizasından indosiyanın yeşili (ICG) enjeksiyonu yapıldı. Vajinal yoldan lateral fornikslere insizyon yapılarak retroperitona girildi. Near-infrared görüntüleme sistemi kullanılarak sentinel lenf nodları haritalandı. Bilateral obturator sentinel lenf nodları tespit edilerek eksize edildi. Devamında kolpotomi yapılarak vajinal port takıldı ve hastaya histerektomi ve bilateral salpingooferektomi yapıldı. İşlem sırasında ek bir komplikasyon gelişmedi. Operasyon süresi kabul edilebilir düzeyde olup, intraoperatif kan kaybı minimaldi. Postoperatif dönemde hastanın ağrı skoru düşük seyretti ve erken mobilizasyon sağlandı. Hasta sorunsuz şekilde taburcu edildi. Hastanın final patolojisi endometroid karsinom figo grade 2 ve çıkarılan lenf nodları reaksiyonlar olarak geldi. Hastaya takip önerildi.

V-NOTES ile sentinel lenf nodu haritalaması, uygun hasta grubunda güvenli, uygulanabilir ve minimal invaziv bir cerrahi seçenek olarak değerlendirilebilir. Bu yaklaşım, jinekolojik onkoloji pratiğinde gelecekte daha geniş kullanım alanı bulabilir.

Anahtar Kelimeler: V-NOTES, ENDOMETRİUM KANSERİ, SENTİNEL LENF NODU

SB-021

Step-by-Step VNOTES Bilateral Salpingo-Oophorectomy with High Uterosacral Ligament Plication

mehmet kulhan, Haddy O Njie
Department of Obstetrics and Gynecology, Selcuk
University Faculty of Medicine, Konya, Turkey

OBJECTIVE: To demonstrate the step-by-step surgical technique of bilateral salpingo-oophorectomy (BSO) using the vaginal natural orifice transluminal endoscopic surgery (VNOTES) approach combined with high uterosacral ligament plication for apical support.

METHODS: This surgical video presents a 68-year-old female patient with a 10 cm adnexal mass undergoing VNOTES-assisted bilateral salpingo-oophorectomy. A transvaginal endoscopic access was used to achieve optimal visualization of the adnexal anatomy. High uterosacral ligament plication was performed to provide apical support. The initial steps of vaginal hysterectomy and pelvic floor repair are briefly demonstrated; however, the primary educational focus of the video is the detailed presentation of the VNOTES BSO technique and high uterosacral ligament plication.

RESULTS: Bilateral salpingo-oophorectomy was successfully completed using the VNOTES approach with clear identification of anatomical landmarks and safe removal of the adnexal mass. High uterosacral ligament plication was performed without intraoperative complications. The postoperative course was uneventful, and the patient was discharged 48 hours after surgery.

CONCLUSION: VNOTES-assisted bilateral salpingo-oophorectomy combined with high uterosacral ligament plication is a feasible and minimally invasive technique, even in the presence of a large adnexal mass. This video highlights the technical aspects and potential advantages of combining VNOTES BSO with uterosacral ligament plication in selected patients.

Keywords: VNOTES, Bilateral salpingo-oophorectomy, High uterosacral ligament plication, Adnexal mass, Minimally invasive gynecologic surgery

MİNİMAL İNVAZİV
JİNEKOLOJİ DERNEĞİMİNİMAL İNVAZİV
JİNEKOLOJİK ONKOLOJİ DERNEĞİROBOTİK JİNEKOLOJİK
CERRAHİ DERNEĞİ

8. MİNİMAL İNVAZİV JİNEKOLOJİK CERRAHİ KONGRESİ

12-14 Şubat 2026 / Wyndham Grand İstanbul Levent Hotel & Conference Center

SB-023

Histeroskopik Transilluminasyon Destekli Laparoskopik İstmosel Onarımı

Can Dinç, Ömer Faruk Öz, Yavuz Yılmaz, Ergün Şengün, Selen Doğan, Murat Özekinci, Nasuh Utku Doğan, İnanç Mendilcioğlu
Akdeniz üniversitesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, Antalya

GİRİŞ: İstmosel (sezaryen skar defekti), postmenstrüel lekelenme/anormal uterin kanama, pelvik ağrı ve sekonder infertilite ile ilişkili olabilen bir durumdur. Semptomatik olgularda laparoskopik onarım, minimal invaziv ve etkin bir tedavi seçeneğidir. Defektin intraoperatif doğru lokalizasyonu cerrahi başarının temel belirleyicilerindendir.

OLGU: Otuz üç yaşında, G3P2, iki kez sezaryen öyküsü olan hasta; 6 aydır devam eden postmenstrüel lekelenme ve anormal uterin kanama şikâyetleri ile başvurdu. Transvajinal ultrasonografi ve/veya sonohisterografi değerlendirmesinde sezaryen skar hattında istmosel ile uyumlu niş görünümü saptandı. Semptomların persistan seyretmesi üzerine minimal invaziv cerrahi planlandı.

YÖNTEM: Video sunumunda kombine histeroskopi-laparoskopi yaklaşımı adım adım gösterilmektedir. Histeroskopiye skar nişi tanımlandıktan sonra, histeroskop ışığı transilluminasyon amacıyla kullanılarak defekt sınırları laparoskopik görüntüde netleştirilir. Mesane disseksiyonu ile alt uterin segment açığa çıkarılır. Niş çevresindeki fibrotik doku sağlıklı miyometriuma ulaşılan dek eksize edilir. Uterin duvar, miyometriyal bütünlüğü yeniden sağlamak üzere dikkatli çok katlı (multilayer) sütürasyonla kapatılır.

BULGULAR: Histeroskopik transilluminasyon, istmosel sınırlarının hızlı ve doğru saptanmasını sağlayarak eksizyonun tamamlanmasına ve sütür hattının güvenli planlanmasına katkı sağladı. İşlem laparoskopik olarak tamamlandı; perioperatif komplikasyon izlenmedi. Erken takipte hastanın kanama şikâyetlerinde klinik düzelme gözlemlendi.

SONUÇ: Histeroskopik transilluminasyon destekli laparoskopik istmosel onarımı, semptomatik sezaryen skar defektlerinde güvenli ve etkili bir minimal invaziv yöntemdir. Transilluminasyon, görselleştirmeyi artırarak tam eksizyonu ve hassas çok katlı uterin kapatmayı kolaylaştırır; miyometriyal bütünlüğün restorasyonuna ve gelecekteki üreme potansiyelinin korunmasına katkı sağlayabilir.

Anahtar Kelimeler: istmosel, sezaryen skar defekti, laparoskopi, histeroskopi, transilluminasyon, anormal uterin kanama

SB-024

A Rare Complication in the Setting of Rapid Weight Loss: Early Small Bowel Evisceration at the Trocar Site Following Total Laparoscopic Hysterectomy

Selçuk Erkılcı¹, İlker Çakır¹, Sena Özcan², Ayşe Betül Öztürk³

¹Izmir Democracy University, Buca Seyfi Demirsoy Education and Research Hospital

²Republic of Turkey Ministry of Health Sarıgöl State Hospital

³Republic of Turkey Ministry of Health Mus State Hospital

Trocar entry site hernia is defined as the protrusion of intra-abdominal organs—most commonly small bowel segments—through a surgical entry site as a result of disruption of fascial and peritoneal integrity. The reported incidence of trocar entry site hernia following laparoscopic procedures ranges from 0.2% to 3%, whereas true evisceration is considerably rarer, with most series reporting rates below 0.1%. Despite its low incidence, this complication is clinically significant, as delayed diagnosis and management may lead to serious outcomes including bowel strangulation, ischemia, and perforation.

Several risk factors have been associated with trocar entry site evisceration, including the use of trocars ≥ 10 mm in diameter, inadequate or incomplete fascial closure, midline or periumbilical port placement, advanced age, obesity, chronic cough, increased intra-abdominal pressure, impaired wound healing. Rapid and excessive weight loss has also been proposed as a potential predisposing factor, as it may weaken abdominal wall musculature and fascial support; however, this association has not been sufficiently investigated in the literature.

Clinically, trocar entry site evisceration typically presents in the early postoperative period with localized swelling, pain, tenderness, or palpable bowel at the port site. Therefore, careful postoperative inspection of trocar insertion sites is essential for early diagnosis.

This video presents a case of early small bowel evisceration at the trocar insertion site following total laparoscopic hysterectomy, highlighting that rapid weight loss may be a potential contributing factor.

A 52-year-old woman (gravida 3, para 3) with a history of intentional weight loss of approximately 50 kg over the preceding two years, and no comorbidities or prior abdominal

MİNİMAL İNVAZİV
JİNEKOLOJİ DERNEĞİMİNİMAL İNVAZİV
JİNEKOLOJİK ONKOLOJİ DERNEĞİROBOTİK JİNEKOLOJİK
CERRAHİ DERNEĞİ

8. MİNİMAL İNVAZİV JİNEKOLOJİK CERRAHİ KONGRESİ

12-14 Şubat 2026 / Wyndham Grand İstanbul Levent Hotel & Conference Center

surgery, underwent total laparoscopic hysterectomy with bilateral salpingo-oophorectomy for a 5-cm heterogeneous adnexal mass. Frozen section and final pathology revealed benign serous cystadenoma. On postoperative day three, despite stable vital signs and normal bowel and urinary function, swelling and tenderness were noted at the left periumbilical 10-mm trocar site, prompting urgent surgical exploration.

Under general anesthesia, small bowel segments protruding through the fascial defect were identified. The incision was extended, the bowel was found to be viable with normal color, perfusion, and peristalsis, and was irrigated with warm saline before reduction into the abdominal cavity. The fascia was closed with interrupted polypropylene sutures, and a drain was placed. No intraoperative or early postoperative complications occurred. The operative time was 120 minutes.

Early trocar site evisceration is a rare but serious laparoscopic complication; meticulous closure of ≥ 10 -mm ports and individualized patient risk assessment are essential.

Keywords: Trocar site evisceration, Laparoscopic hysterectomy, Rapid weight loss

SB-025

Prevention and management of urinary complications in laparoscopic surgery: A video vignette

Ömer Faruk Öz¹, Selen Doğan², Nasuh Utku Doğan³

¹Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Jinekoloji Kliniği

²Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Jinekoloji Onkoloji Kliniği

³Doğan Jinekoloji Kliniği

AIM: To demonstrate surgical techniques for the prevention and management of bladder and ureteral complications during laparoscopic gynecologic procedures.

BACKGROUND: Urinary tract complications are not uncommon in gynecologic laparoscopic surgery, especially with the rising number of repeat cesarean sections and prior abdominal surgeries. Every gynecologic surgeon should be equipped with the knowledge and skill to both prevent and effectively manage such complications. **MATERIAL AND METHODS:** This is a video-based presentation showcasing real-case scenarios involving urinary tract complications during laparoscopic gynecologic surgery.

RESULTS: The video presents several techniques aimed at preventing urinary tract injuries, including:

- The use of a three-way Foley catheter to fill and delineate the bladder
- Proper bladder dissection technique, moving from lateral to medial
- The prophylactic placement of Double J (DJ) stents in selected high-risk cases

Additionally, the video illustrates the intraoperative management of complications such as:

- Inadvertent bladder perforation in a patient with megacystis
- Vesicovaginal fistula
- Thermal injury to the ureter
- Ureteral transection during unilateral salpingo-oophorectomy (USO)

CONCLUSION: While urinary tract injuries can be minimized through meticulous technique and preventive strategies, they may still occur, particularly in complex cases. Key preventative measures include the use of a three-way Foley catheter, cautious and anatomically correct bladder dissection, limited use of electrosurgery near the urinary tract, and routine identification of the ureter in challenging cases. The retroperitoneal approach

MİNİMAL İNVAZİV
JİNEKOLOJİ DERNEĞİMİNİMAL İNVAZİV
JİNEKOLOJİK ONKOLOJİ DERNEĞİROBOTİK JİNEKOLOJİK
CERRAHİ DERNEĞİ

8. MİNİMAL İNVAZİV JİNEKOLOJİK CERRAHİ KONGRESİ

12-14 Şubat 2026 / Wyndham Grand İstanbul Levent Hotel & Conference Center

and prophylactic DJ stent placement may further reduce ureteral injury risk. When complications do occur, prompt intraoperative recognition is critical for optimal outcomes.

Keywords: laparoscopic surgery, urinary complication, management of complications

SB-026

Reunion Years Later: The Rare Coexistence of Gardner's Duct and Giant Nabothian Cysts

Filiz Kınık Doğan, Yaşam Kemal Akpak

Department of Obstetrics and Gynecology, Izmir City Hospital, Izmir, Türkiye

INTRODUCTION: Gartner duct cysts are uncommon benign vaginal cystic lesions resulting from the persistence of remnants of the mesonephric (Wolffian) duct, which typically regress during embryonic development. Nabothian cysts, on the other hand, are acquired cervical cysts that form when the openings of the endocervical glands get blocked by squamous metaplasia, inflammation, or trauma from giving birth. It is very rare for a person to have both of these lesions at the same time, since they come from different embryological sources and have different ways of causing disease. The objective of this case report is to elucidate the uncommon coexistence of a Gartner duct cyst and a giant Nabothian cyst identified during the postpartum period, along with a detailed account of its clinical and surgical management.

METHODS: A 35-year-old woman was assessed for complaints of vaginal fullness and dyspareunia three months following an uncomplicated normal spontaneous vaginal delivery. A gynecological examination, pelvic magnetic resonance imaging (MRI), surgical intervention, and histopathological analysis were conducted. MRI was used to find out where the lesions were, how big they were, and what kind of cystic characteristics they had. The surgery was done through the vagina.

RESULTS: A gynecological exam showed a well-defined, non-painful, fluctuating cystic mass about 3 cm in size on the right anterolateral vaginal wall and a translucent cystic lesion about 5 cm in size on the cervix. The vaginal lesion exhibited hyperintensity on T2-weighted sequences without contrast enhancement on MRI, indicating a Gartner duct cyst. The cervical lesion was assessed as a Nabothian cyst. The Gartner duct cyst was surgically removed, and the giant Nabothian cyst was drained successfully. Histopathological analysis validated both diagnoses. There were no problems after surgery, and the patient's symptoms went away completely.

CONCLUSION: This case illustrates an uncommon coexistence of an embryologically derived Gartner duct cyst and an acquired Nabothian cyst within a single patient. When cystic lesions are discovered in the vagina and cervix during

MİNİMAL İNVAZİV
JİNEKOLOJİ DERNEĞİMİNİMAL İNVAZİV
JİNEKOLOJİK ONKOLOJİ DERNEĞİROBOTİK JİNEKOLOJİK
CERRAHİ DERNEĞİ

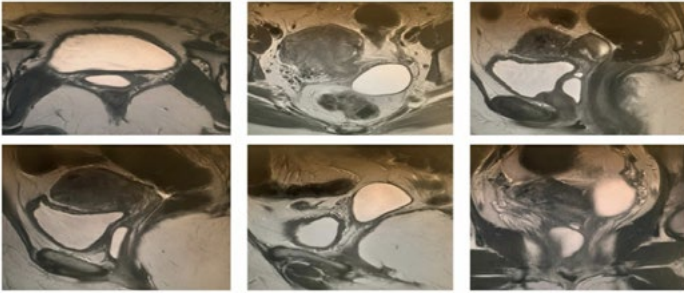
8. MİNİMAL İNVAZİV JİNEKOLOJİK CERRAHİ KONGRESİ

12-14 Şubat 2026 / Wyndham Grand İstanbul Levent Hotel & Conference Center

the postpartum period, they must undergo comprehensive clinical evaluation and appropriate imaging. Management decisions ought to be directed by symptomatology. A minimally invasive vaginal surgical approach should be prioritized in symptomatic patients. This case contributes to the literature by demonstrating that lesions of both embryonic and acquired origins can coexist and by detailing the clinical and surgical management of these lesions.

Keywords: Gartner duct cyst, Nabothian cyst, Magnetic resonance imaging, Vaginal cyst, Surgical management

PELVIC MRI REPORT



The uterus is mildly enlarged compared to normal postpartum expectations, with areas of mild myometrial heterogeneity, which may be compatible with the postpartum period. A 50 × 37 × 46 mm thin-walled cystic lesion is observed in the posterior fornix, related to the endocervical canal, exerting an expansile effect. The lesion contains no solid components and shows no pathological contrast enhancement on post-contrast sequences, consistent with a giant Nabothian cyst. A 34 × 10 mm thin-walled, partially multilocular cystic lesion is noted on the anterior vaginal wall at the superior portion of the symphysis pubis. The lesion demonstrates no contrast enhancement on post-contrast sequences. Considering its location, the lesion is consistent with a Gartner duct cyst.

SB-027

Laparoscopic Bilateral Cervical Cerclage in Uterus Didelphys: A Rare Surgical Challenge

Kemal Özerkan¹, Okan Özden², Pınar Türk²¹Obstetrician & Gynecologic Surgeon, Uludag University Faculty of Medicine, Bursa, Turkey²Obstetrician & Gynecologic Surgeon, Private Practice, Bursa, Turkey

OBJECTIVE: Uterus didelphys is a rare Müllerian anomaly frequently associated with adverse reproductive outcomes, including recurrent pregnancy loss and preterm birth. The role of cervical cerclage in such cases remains controversial, and reports on laparoscopic bilateral cervical cerclage are limited. We present a case of uterus didelphys successfully managed with laparoscopic bilateral cervical cerclage.

CASE PRESENTATION: A 30-year-old woman with uterus didelphys was referred to our clinic due to a history of two pregnancy losses. The first pregnancy resulted in a spontaneous miscarriage at 6 weeks of gestation. The second pregnancy ended at 20 weeks due to preterm labor. Given the obstetric history suggestive of cervical insufficiency involving both cervices, laparoscopic bilateral cervical cerclage was planned.

SURGICAL TECHNIQUE: The procedure was performed laparoscopically using a three-port ipsilateral approach, consisting of two 5-mm trocars and one 10-mm trocar. After careful assessment of pelvic anatomy, the urinary bladder was dissected and reflected anteriorly from both cervices to expose the cervico-isthmic regions. Bilateral uterine artery trajectories were clearly identified, meticulously dissected, and preserved throughout the procedure.

A Mersilene tape suture was placed separately at the isthmic level of each cervix, achieving bilateral cervical cerclage. The sutures were tied posteriorly, and the knots were left in the posterior compartment. Adequate hemostasis was confirmed, and no intraoperative complications occurred.

CONCLUSION: Laparoscopic bilateral cervical cerclage is a feasible and safe option in selected patients with uterus didelphys and a history of mid-trimester pregnancy loss. The minimally invasive approach allows precise anatomical dissection, preservation of uterine vessels, and accurate placement of cerclage at the cervico-isthmic level. This case emphasizes the importance of individualized surgical planning in complex Müllerian anomalies and supports the role of advanced laparoscopy in reproductive-preserving

MİNİMAL İNVAZİV
JİNEKOLOJİ DERNEĞİMİNİMAL İNVAZİV
JİNEKOLOJİK ONKOLOJİ DERNEĞİROBOTİK JİNEKOLOJİK
CERRAHİ DERNEĞİ

8. MİNİMAL İNVAZİV JİNEKOLOJİK CERRAHİ KONGRESİ

12-14 Şubat 2026 / Wyndham Grand İstanbul Levent Hotel & Conference Center

gynecologic surgery

Anahtar Kelimeler: Uterus didelphys, Bilateral cervical cerclage, Laparoscopy, Cervical incompetence

SB-028

Ls Salpingostomi

Güven Arslan¹, Ömer Faruk Kandilcik², Yunus Emre Maraşlıoğlu², İlter Bakkaloğlu³, Mahmut Menduh Öztop³, Alev Özer³

¹Kahramanmaraş Devlet Hastanesi

²Kahramanmaraş Necip Fazıl Şehir Hastanesi

³Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi

27 Yaş

G6P0A5Y0

GH: 7+2

Ek hastalık: Hipotroidi

Geçirilmiş operasyon yok

Tvusg: Ek Kalın

Sol tubada fka + ektopik gebelik izlendi

Bhcg: 3300.

LS salpingostomi planlanarak operasyona alındı

Anahtar Kelimeler: Ektopik gebelik, Salpingostomi, Laparoskopi

MİNİMAL İNVAZİV
JİNEKOLOJİ DERNEĞİMİNİMAL İNVAZİV
JİNEKOLOJİK ONKOLOJİ DERNEĞİROBOTİK JİNEKOLOJİK
CERRAHİ DERNEĞİ

8. MİNİMAL İNVAZİV JİNEKOLOJİK CERRAHİ KONGRESİ

12-14 Şubat 2026 / Wyndham Grand İstanbul Levent Hotel & Conference Center

SB-029

Kornual Gebelikte Laparoskopik Eksizyon ve Uterin Onarım: Videolu Olgu Sunumu

Ömer Faruk Öz¹, Hatice Tükenmez Kurnaz²,Yavuz Yılmaz¹, Can Dinç¹, Selen Doğan¹,İnanç Mendilcioğlu¹, Mert Kurnaz²¹Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları Ve Doğum Ana Bilim Dalı, Antalya²Akşehir Devlet Hastanesi, Konya

AMAC: Kornual gebelik, nadir görülmesi ve ciddi kanama riski nedeniyle tanı ve tedavisi güç olan, potansiyel olarak hayatı tehdit eden bir ektopik gebelik türüdür. Bu videolu olgu sunumunda, ileri gebelik haftasında saptanan canlı kornual gebeliğin laparoskopik olarak başarılı ve uterus koruyucu cerrahi yönetiminin sunulması amaçlanmıştır.

OLGU: Otuz bir yaşında, gravida 3 parite 2 olan hasta; alt abdominal ağrı ve gecikmiş menstruasyon şikâyetleri ile başvurdu. Hastanın bilinen ek sistemik hastalığı, düzenli ilaç kullanımı, geçirilmiş cerrahi öyküsü ve cinsel yolla bulaşan hastalık öyküsü yoktu. Transvajinal ultrasonografide uterin kavite dışında, myometriyum ile çevrili, yaklaşık 11 haftalık canlı gebelik ile uyumlu kornual gebelik saptandı. Hastaya medikal tedavi uygulanmadı ve primer cerrahi tedavi planlandı.

CERRAHİ TEKNİK: Hastaya laparoskopik kornual gebelik eksizyonu uygulandı. Pelvik eksplorasyon sonrası kornual gebeliğin yerleşimi doğrulandı. Kornual gebelik ileri enerji cihazları kullanılarak kontrollü şekilde eksize edildi. Eksizyon sonrası oluşan endometriyal defekt emilebilir sütür ile kapatıldı; myometriyal defekt ve seroza çok katlı laparoskopik sütür tekniği ile onarılacak uterin bütünlük sağlandı. Operasyon sırasında ek olarak sol salpenjektomi uygulandı ve cerrahi materyaller endobag aracılığıyla batın dışına çıkarıldı. İntraoperatif ve postoperatif dönemde belirgin kanama veya cerrahi komplikasyon izlenmedi.

SONUÇ: Bu olgu, uygun hasta seçimi ve deneyimli cerrahi ekip ile ileri gebelik haftasında dahi canlı kornual gebeliğin laparoskopik, uterus koruyucu bir yaklaşımla güvenli ve etkili şekilde yönetilebileceğini göstermektedir. Videolu sunumda, cerrahi tekniğin adım adım uygulanışı, hemostazın sağlanması ve uterin onarım basamaklarının görsel olarak paylaşılması amaçlanmaktadır.

Anahtar Kelimeler: Kornual gebelik, interstisyel gebelik, ektopik gebelik, laparoskopi, hemostaz, uterus koruyucu cerrahi

SB-030

Periton Diyalizi Sonrası Gelişen İleri Pelvik Adezyonlarda Laparoskopik Tubal Blokaj: Video Sunumu

Necati Berk Kaplan, batuhan aslan, Yavuz Emre Şükür
ankara Üniversitesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Ana Bilim Dalı, Ankara

GİRİŞ: Jinekolojik laparoskopide cerrahi başarının anahtarı, pelvik anatominin net bir şekilde ortaya konulması ve güvenli cerrahi planların oluşturulmasıdır. Ancak geçirilmiş abdominal operasyonlar veya kronik inflamatuvar süreçler sonucunda gelişen pelvik adezyonlar, normal anatomik düzlemleri bozarak cerrahi sahayı komplike hale getirmekte ve komplikasyon riskini artırmaktadır. Özellikle organların birbirine ve pelvik duvarlara yoğun yapışıklık gösterdiği “frozen pelvis” benzeri tablolarda, standart yaklaşımlar yetersiz kalabilmektedir. Pelvik anatomisi bozulmuş hastalar için uterin manipülatör kullanımı ve retroperitoneal avasküler alanların diseksiyonu, hem vizualizasyonu artırmak hem de üreter ve majör damar gibi hayati yapıları korumak adına kritik öneme sahiptir. Avasküler planların titizlikle ayrıştırılması, cerrahin güvenli bir diseksiyon hattı oluşturmaya ve hedeflenen prosedürü minimal morbidite ile tamamlamasına olanak tanır.

Bu sunumda, renal transplantasyon (alıcı) ve periton diyalizi hikayesi nedeni ile ileri derecede pelvik adezyonları bulunan bir olguda uygulanan laparoskopik tubal blokaj operasyonunu; cerrahi stratejiler, avasküler alanların kullanımı ve anatomik restorasyon prensipleri çerçevesinde sunmayı amaçlıyoruz.

YÖNTEM: Sunulan olgu, altı yıldır primer infertilite nedeniyle takip edilen, IVF tedavisi planlanan ve bilateral hidrosalpinx tanısı konulması üzerine tubal blokaj amacıyla kliniğimize kabul edilen 34 yaşında kadın hastadır. Hastanın tıbbi özgeçmişinde, son dönem böbrek yetmezliği nedeniyle periton diyalizi uygulanmasını takiben renal transplantasyon öyküsü yer almaktadır.

BULGULAR: Palmer noktasından 5 mm trokar ile batına girilmesini takiben yapılan inspeksiyonda, periton diyalizi öyküsüne sekonder geliştiği düşünülen yaygın pelvik adezyonlar saptandı. Adezyonların bağırsak ansları, uterus ve bilateral overleri kapsadığı gözlemlendi. Pelvik anatomiyi yeniden ortaya koymak amacıyla uterin manipülatör yardımıyla uterus mobilize edildi. Retroperitoneal alanda avasküler planlar titizlikle izlenerek keskin ve künt diseksiyonlarla ilerlenmesinin ardından bilateral tubalar açığa çıkarıldı.

MİNİMAL İNVAZİV
JİNEKOLOJİ DERNEĞİMİNİMAL İNVAZİV
JİNEKOLOJİK ONKOLOJİ DERNEĞİROBOTİK JİNEKOLOJİK
CERRAHİ DERNEĞİ

8. MİNİMAL İNVAZİV JİNEKOLOJİK CERRAHİ KONGRESİ

12-14 Şubat 2026 / Wyndham Grand İstanbul Levent Hotel & Conference Center

dı. Bipolar koterizasyon ve kesi uygulanarak tubal blokaj başarıyla tamamlandı.

Operasyon sırasında herhangi bir majör vasküler veya üreter yaralanması gibi komplikasyon izlenmedi. Postoperatif dönemi sorunsuz seyreden hasta, IVF tedavisine yönlendirilmek üzere taburcu edildi.

SONUÇ: İleri derecede pelvik adezyonların bulunduğu olgularda laparoskopik cerrahi, artmış komplikasyon riski nedeniyle dikkatli bir cerrahi planlama gerektirmektedir. Bu tür hastalarda Palmer noktasından güvenli batın girişi, olası barsak ve majör vasküler yaralanmaların önlenmesinde kritik öneme sahiptir. Uterin manipülatör kullanımı ile pelvik anatomik yapıların mobilizasyonu ve retroperitoneal avasküler planların sistematik diseksiyonu, anatomik oryantasyonun yeniden sağlanmasına olanak tanımaktadır. Bu yaklaşım sayesinde, pelvik anatomisi belirgin şekilde bozulmuş olgularda laparoskopik pelvik cerrahiler güvenli ve etkin bir şekilde, minimal morbidite ile gerçekleştirilebilir.

Anahtar Kelimeler: adezyon, minimalinvazivcerrahi, laparoskopi

SB-031

Laparoskopik Yaklaşımla İnterstisyel Gebelik Yönetimi: Olgu Sunumu

Halime Karakaya Şen, Batuhan Aslan, Yavuz Emre Şükür, Ruşen Aytaç

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

YÖNTEM: Laparoskopik gözlemlerde gebelik kesesinin sağ interstisyel bölgede yerleşimli olduğu doğrulandı. Sağ tuba cerrahi yoklukta izlendi. Takiben laparoskopik kornual eksizyon yapılarak gestasyonel doku çıkarıldı. Uterin defekt emilebilir sütürlerle primer olarak onarıldı. Operasyon sırasında ve sonrasında komplikasyon gelişmedi.

BULGULAR: Postoperatif dönemde hastanın kliniği stabil izlendi. Hasta postoperatif 1. günde taburcu edildi. Serum bhcg düzeyleri seri takiplerde düzenli olarak geriledi.

SONUÇ: Uygun hasta seçimi ve deneyimli cerrahi ekip ile laparoskopik yaklaşım, interstisyel gebeliklerin tedavisinde güvenli ve fertilite koruyucu bir yöntemdir. Erken tanı ve minimal invaziv cerrahi, maternal morbiditeyi azaltmada önemli rol oynamaktadır.

Anahtar Kelimeler: Ektopik gebelik, fertilite koruyucu cerrahi, interstisyel gebelik, laparoskopik kornual eksizyon, salpenjektomi

MİNİMAL İNVAZİV
JİNEKOLOJİ DERNEĞİMİNİMAL İNVAZİV
JİNEKOLOJİK ONKOLOJİ DERNEĞİROBOTİK JİNEKOLOJİK
CERRAHİ DERNEĞİ

8. MİNİMAL İNVAZİV JİNEKOLOJİK CERRAHİ KONGRESİ

12-14 Şubat 2026 / Wyndham Grand İstanbul Levent Hotel & Conference Center

SB-032

Over Doku Transplantasyonunda İnsan Aselüler Ekstraselüler Matriks Kullanımı: Cerrahi Teknik ve Uygulama Adımları

Necati Berk Kaplan¹, batuhan aslan¹, Yaren Çapaş Erdoğan¹, Ebru İbiş², Özgür Çınar², Yavuz Emre Şükür¹, Murat Sönmezer¹

¹Ankara Üniversitesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Ana Bilim Dalı, Ankara

²Ankara Üniversitesi, Histoloji ve Embriyoloji Anabilim Dalı, Ankara

GİRİŞ: Ovarian doku transplantasyonu (OTT), kemoterapi ve radyoterapi gibi gonadotoksik tedaviler sonrası fertilitenin korunması amacıyla uygulanan ve günümüzde “deneysel” statüsünden çıkarak klinik pratiğe yerleşmiş bir yöntemdir. Ancak prosedürün başarısını sınırlayan en temel faktör, transplantasyon sonrası ilk günlerde greftin maruz kaldığı iskele ve buna bağlı primordial folikül havuzunda meydana gelen kayıptır. Bu kaybı minimize etmek ve revaskularizasyonu (yeniden damarlanmayı) hızlandırmak amacıyla doku mühendisliği ürünleri, özellikle ekstraselüler matriks (ECM) iskeleleri gündeme gelmiştir. İnsan aselüler dermal matriks yapısındaki bu iskeleler, greft ile konak doku arasında biyolojik bir köprü görevi görerek anjiyogenezi desteklemekte ve apoptozu azaltmaktadır. Geniş serili meta-analiz verileri, ECM desteği ile yapılan nakillerde greft ömrünün ortalama 43 aya kadar uzayabildiğini göstermektedir. Bu çalışmada, Hodgkin lenfoma öyküsü olan bir hastada ECM kullanılarak gerçekleştirilen laparoskopik over doku nakli tekniğinin sunulması amaçlanmıştır.

YÖNTEM: Sunulan olgu, Hodgkin lenfoma tanısı ile tedavi gören ve aldığı kemoterapi sonrası over yetmezliği gelişen 30 yaşında bir kadın hastadır. Hastaya laparoskopik yöntemle kombine over doku nakli uygulanmıştır. Video sunumunda gösterilen cerrahi teknik iki aşamalıdır:

1. Sol Taraf (Retroperitoneal): Pelvik yan duvarda periton diseke edilerek vaskularize bir cep (peritoneal pocket) oluşturulmuş ve hazırlanan over korteks parçaları bu alana yerleştirilmiştir.

2. Sağ Taraf (İntraoveryan + ECM): Mevcut atrofik over dokusu bivalve (kitap kapağı) yöntemiyle açılmıştır. Hazırlanan insan aselüler ekstraselüler matriks (ECM) iskelesi, overde oluşturulan yatak ile yeni nakledilecek over korteks dokuları arasına “sandviç” tekniği ile yerleştirilmiştir. Bu sayede ECM’nin greft stabilitesini sağlaması ve doku rejenerasyonunu artırması hedeflenmiştir.

BULGULAR: Operasyon sırasında herhangi bir komplikasyon gelişmemiştir. Cerrahi sonrası yapılan takiplerde, post-operatif 3. ayda hastanın ovaryen endokrin fonksiyonlarının geri döndüğü ve düzenli menstruasyon döngüsünün başladığı saptanmıştır. Ultrasonografik kontrollerde folikül gelişimi izlenmiş ve hormonal profil (FSH, E2) pre-menopozal düzeylere gerilemiştir.

SONUÇ: Laparoskopik overyan doku transplantasyonunda ekstraselüler matriks (ECM) kullanımı; greftin fiziksel stabilizasyonunu kolaylaştıran, neovaskularizasyonu hızlandıran ve iskemik hasarı minimize eden yenilikçi bir yaklaşımdır. Özellikle intraoveryan uygulamada greft ile yatak arasına yerleştirilen ECM, doku uyumunu artırarak folikül canlılığını destekler. Bu teknik, kemoterapi sonrası fertilitate restorasyonunda greft ömrünü uzatma ve üreme potansiyelini optimize etme açısından güvenilir ve etkili bir seçenektir.

Anahtar Kelimeler: ekstraselülermatriks, fertilitereprezervasyonu, ott

MİNİMAL İNVAZİV
JİNEKOLOJİK DERNEĞİMİNİMAL İNVAZİV
JİNEKOLOJİK ONKOLOJİK DERNEĞİROBOTİK JİNEKOLOJİK
CERRAHİ DERNEĞİ

8. MİNİMAL İNVAZİV JİNEKOLOJİK CERRAHİ KONGRESİ

12-14 Şubat 2026 / Wyndham Grand İstanbul Levent Hotel & Conference Center

SB-036

Retropubik TVT’de anatomiye görünür kılmak: Laparoskopik Retzius diseksiyonu ile “kör geçişten direkt görüşe” güvenlik modifikasyonu

Ömer Faruk Öz, Can Dinç, Yavuz Yılmaz, Selen Doğan, Murat Özekinci, Nasuh Utku Doğan, İnanç Mendilcioglu Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi, Antalya

GİRİŞ/AMAÇ: Retropubik midüretal sling (TVT) uygulamasında trokar geçişi çoğunlukla körlemesine yapılır; olası mesane ve üretra yaralanmasını dışlamak için rutin olarak intraoperatif sistoskopi tercih edilir. Vakada, eş zamanlı laparoskopik jinekolojik cerrahi planlanan bir hastada, Retzius (prevezikal) alanı laparoskopik olarak açılarak TVT trokarlarının direkt görüş altında ilerletilmesini ve cilt perforasyonunun görsel kontrolle sağlanmasını sunuyoruz. Amaç, non-rutin bu yaklaşımın teknik adımlarını ve olası güvenlik avantajlarını göstermektir.

OLGU/MATERYAL: 52 yaşında postmenopozal hastada sol overde 4–5 cm kistik lezyon ve eşlik eden persistan stres üriner inkontinans mevcuttu. Hastaya aynı seansta laparoskopik sol over kistektomisi ve retropubik TVT planlandı.

YÖNTEM (Cerrahi teknik ve video içeriği): Laparoskopik kistektomi sonrası, preperitoneal plan korunarak Retzius/prevezikal alana geçildi ve alan kontrollü şekilde disseke edildi. TVT trokarları, retropubik doğrultuda ilerletilirken iğne ucu ve trokar yolu laparoskopik olarak izlenerek yön/derinlik optimize edildi; trokarın batın ön duvarı-cilt perforasyonuna ulaştığı an direkt görüşle doğrulandı. Bu sayede trokarın kritik yapılara yakınlığı anlık değerlendirildi ve kontrollü bir geçiş hedeflendi.

SONUÇ/ÇIKARIM: Laparoskopi altında Retzius alanı disseke edilerek TVT trokar geçişinin direkt görüşle yapılması, standart uygulama olmamakla birlikte, eş zamanlı laparoskopi yapılan seçilmiş olgularda uygulanabilir bir teknik olarak öne çıkabilir. Trokar yolunun izlenmesi; özellikle vasküler yaralanma, mesane perforasyonu ve peritoneal perforasyon/buna bağlı barsak yaralanması gibi (nadir ancak ciddi) komplikasyon risklerini azaltmaya potansiyel olarak katkı sağlayabilir. Video, tekniğin kritik basamaklarını ve “pitfall” noktalarını öğretici formatta sunmaktadır.

Anahtar Kelimeler: Laparoskopi, Prevezikal diseksiyon, Retropubik midüretal sling, Retzius aralığı, Stres üriner inkontinans, TVT

SB-037

Mesane Komplikasyonlu Laparoskopik Burch Kolposüspansiyon

Esra Nazlı Döktür Efeolu

Göztepe Prof. Dr. Süleyman Yalçın Şehir Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum, İstanbul

40 yaşında, ikisi normal vajinal doğum bir tanesi sezaryen ile 3 çocuğu olan Stres inkontinans tarifleyen hastaya Laparoskopik Burch Kolposüspansiyon planladım. Genel Anestezi altında dorsal litotomi pozisyonunda ameliyata başlandı. Batın, vulva, vajen batikonajını takiben steril örtüler örtüldü. Mesaneye steril sonda takıldı. Umblikustan 10’luk trokar ile batına girildi. Batın yaklaşık 3 lt CO2 gazı ile şişirildi. Teleskop ile tüm batın gözlemlendi. Uterus, overler ve bilateral tuba uterinaller doğal izlendi. Hasta trendelenburg pozisyonuna alındı. Sol ve sağ crista iliaca anterior superior’un yaklaşık 2-3 cm medialinden ve sol paraumbilikal alandan 5 lik trokar ile batına girildi. Batın ön duvarından medial umbilical ligamentlerinden kesişim yerinden ligasüre yardımıyla Retriuz aralığına girildi. Cooper ligamanlar pubis kemiği önünde açığa çıkarıldı. Mesane 100 cc serum fizyolojik ile şişirildi. Mesane içindeki foley sonda yardımıyla vajenden manipülasyonla periüretal alan açığa çıkarıldı. Cooper ligamanından 1 nolu prolen sütur geçilerek periüretal bölgeden geçildi. Her iki tarafta çift adet yapıldı. Mesane metilen mavisi ile 300 cc şişirildi. Mesane sol ön duvarından metilen mavisi sızıntısı izlendi. Sol taraftaki sütur çıkarıldı. Perop üroloji çağırıldı. Sistoskopi eşliğinde mesane SF ile doldurularak laparoskopik bakıda mesane defekti 2/0 vicryl ile onarıldı. Kaçak olmadığı laparoskopik olarak gözlemlendi. Batın bol serum fizyolojik ile yıkandıktan sonra kanama kontrolü yapıldı. Batına 1 adet soft dren yerleştirildi. Hemşirenin batın karegaz ve alet sayımı tam ifadesini takiben operasyona son verildi. 10’luk trokar insizyon fasyası 1 nolu vicryl ile kapatıldı. Cilt insizyonları 2/0 vicryl ile sütüre edildi. Hasta servise takibe alındı. Postop sonda, üroloji tarafından 10 gün kalması söylendi. 10 gün sonraki kontrolde sistogramı eşliğinde sonda çekildiği öğrenildi. Hastanın postop poliklinik kontrollerinde stres inkontinans şikayetinin gerilediği öğrenildi.

Anahtar Kelimeler: Laparoskopik Burch Kolposüspansiyon, Mesane Komplikasyonu, Stres Tip İnkontinans

MİNİMAL İNVAZİV
JİNEKOLOJİ DERNEĞİMİNİMAL İNVAZİV
JİNEKOLOJİK ONKOLOJİ DERNEĞİROBOTİK JİNEKOLOJİK
CERRAHİ DERNEĞİ

8. MİNİMAL İNVAZİV JİNEKOLOJİK CERRAHİ KONGRESİ

12-14 Şubat 2026 / Wyndham Grand İstanbul Levent Hotel & Conference Center

SB-038

Laparoscopic Sacrocolpopexy for Vaginal Cuff Prolapse Following Hysterectomy: A Surgical Video

Mukadder Gök¹, Selen Doğan², Can Dinç¹,
Ömer Faruk Öz¹

¹Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, Antalya

²Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, Jinekolojik Onkoloji Bölümü, Antalya

Pelvik organ prolapsusu (POP), kadınların yaşam kalitesini olumsuz etkileyen yaygın bir durumdur ve ileri yaşlara kadar cerrahi gereksinim oranı artmaktadır. Kadınların yaklaşık %11–19'unun 80–85 yaşına kadar POP veya üriner inkontinans nedeniyle cerrahi geçireceği, bu hastaların yaklaşık %30'unun ise ek cerrahi girişime ihtiyaç duyacağı bildirilmektedir. Vajinal cuff desensusu, histerektomi sonrası gelişebilen önemli bir apikal prolapsus nedenidir. Laparoskopik sakrokolpopeksi, apikal prolapsusun tedavisinde anatomik restorasyon sağlayan, güvenli ve kalıcı sonuçlar sunan bir cerrahi yöntem olarak kabul edilmektedir.

Bu video sunumunda, histerektomi sonrası vajinal cuff desensusu gelişen bir hastada uygulanan laparoskopik sakrokolpopeksi tekniği adım adım gösterilmektedir. Kırk yedi yaşında, iki normal spontan doğum öyküsü olan hasta, vajende ele gelen şişlik şikayeti ile başvurdu. Özgeçmişinde dokuz ay önce myom nedeniyle total histerektomi öyküsü mevcuttu. Fizik muayenede belirgin apikal prolapsus saptanması üzerine laparoskopik sakrokolpopeksi planlandı.

Operasyon sırasında, anterior ve posterior vajinal duvar diseksiyonları tamamlandıktan sonra paravajinal alan açıldı ve sakral promontoryuma uzanan retroperitoneal bir tünel oluşturuldu. Mesh, vajinal apeks seviyesinde anterior ve posterior vajinal duvara emilmeyen sütür materyali kullanılarak simetrik ve gerilimsiz şekilde fiks edildi. Vajinal tampon yardımıyla mesh uzunluğu fizyolojik gerginlikte ayarlandıktan sonra, mesh sakral promontoryuma endoskopik tacker kullanılarak tespit edildi. Üreter ve vasküler yapılar korunarak işlem tamamlandı ve mesh peritonla tamamen örtüldü.

İntraoperatif komplikasyon izlenmedi. Hasta postoperatif ikinci günde taburcu edildi ve üç yıllık takip süresince nüks veya ek şikâyet saptanmadı.

Sonuç olarak, laparoskopik sakrokolpopeksi vajinal cuff desensusunun tedavisinde anatomik ve fonksiyonel başarı

sağlayan, minimal invaziv, güvenli ve etkili bir cerrahi yaklaşımdır. Bu video, cerrahi tekniğin standart basamaklarını ve kritik anatomik noktalarını vurgulayarak eğitsel bir kaynak sunmayı amaçlamaktadır.

Anahtar Kelimeler: Laparoskopi, Prolapsus, Sakrokolpopeksi,

MİNİMAL İNVAZİV
JİNEKOLOJİ DERNEĞİMİNİMAL İNVAZİV
JİNEKOLOJİK ONKOLOJİ DERNEĞİROBOTİK JİNEKOLOJİK
CERRAHİ DERNEĞİ

8. MİNİMAL İNVAZİV JİNEKOLOJİK CERRAHİ KONGRESİ

12-14 Şubat 2026 / Wyndham Grand İstanbul Levent Hotel & Conference Center

SB-039

Vaginal-assisted laparoscopic lateral suspension (LLS) – Onat modification

Ayşe Gül Gencer, Taylan Onat, İrem Hergüner
Sincan Training and Research Hospital, Ankara, Turkey

INTRODUCTION: Pelvic organ prolapse (POP) is a common condition in women, with rising prevalence in middle-aged and elderly populations due to hormonal changes, aging, genetic factors, and multiparity. It adversely affects daily activities, exercise, sexual function, body image, and quality of life. While traditionally treated with hysterectomy, there is growing preference for uterine-preserving approaches, even in younger women. Laparoscopic lateral suspension (LLS) is an effective minimally invasive option for apical and anterior compartment prolapse. However, it demands advanced laparoscopic skills, particularly intracorporeal suturing, which prolongs operative time and creates a steep learning curve. Simplified techniques that avoid laparoscopic suturing while preserving efficacy are therefore valuable. This report introduces a vaginal-assisted, predominantly retroperitoneal lateral suspension technique as a simplified alternative.

METHODS: We describe a 35-year-old woman (G3P3) presenting with vaginal bulging. Examination revealed grade 3 cystocele and uterine prolapse; transvaginal ultrasound showed no other pathology. The patient had no comorbidities, prior pelvic surgery, or medication use, with negative cervical cytology and HPV screening.

A modified mesh was prepared by combining a transobturator tape (TOT) with a 7 × 5 cm polypropylene mesh. A 10-mm umbilical trocar provided laparoscopic visualization. The procedure was vaginal-assisted: the mesh was fixed beneath the retroperitoneum in the vesicouterine space, mainly in the retroperitoneal plane without intraperitoneal dissection. Bilateral points (2 cm superior and 4 cm lateral to the anterior superior iliac spines) were marked. Mesh arms were advanced subfascially, retrieved retroperitoneally under laparoscopic guidance, and secured subcutaneously. No laparoscopic suturing was required.

RESULTS: The procedure was completed successfully without intraoperative complications. Operative time was short, with only trocar incisions used. Postoperative recovery was uneventful, with no early complications. At 6-week follow-up, pelvic examination confirmed adequate anatomical correction. The technique was applied in five

patients total, all showing favorable early anatomical and clinical outcomes.

CONCLUSION: This vaginal-assisted, predominantly retroperitoneal lateral suspension technique eliminates laparoscopic suturing, simplifying POP surgery. It reduces technical demands and operative time while retaining minimally invasive benefits, potentially shortening the learning curve and broadening applicability — especially for surgeons lacking advanced laparoscopic suturing skills. It offers a safe, effective uterine-preserving alternative.

Keywords: LLS, POP, uterus-preserving surgery

MİNİMAL İNVAZİV
JİNEKOLOJİ DERNEĞİMİNİMAL İNVAZİV
JİNEKOLOJİK ONKOLOJİ DERNEĞİROBOTİK JİNEKOLOJİK
CERRAHİ DERNEĞİ

8. MİNİMAL İNVAZİV JİNEKOLOJİK CERRAHİ KONGRESİ

12-14 Şubat 2026 / Wyndham Grand İstanbul Levent Hotel & Conference Center

SB-040

Laparoscopic Management of Apical Pelvic Organ Prolapse After Prior Vaginal Hysterectomy & Colposuspension: Adhesiolysis and Sacrocolpopexy

Büşra Öztürk¹, Rahma Eno Hassano¹, Huseyin Akilli¹, Ali Haberal¹, Mehmet Efe Namli²

¹Baskent University Ankara Hospital, Department of Obstetrics and Gynecology

²Ankara Atatürk Sanatoryum Research and Training Hospital, Department of Obstetrics and Gynecology

BACKGROUND: Apical pelvic organ prolapse following hysterectomy represents a challenging condition, particularly in elderly patients with multiple comorbidities and a history of prior abdominal surgery.

AIM: To demonstrate a stepwise laparoscopic approach for the management of total apical pelvic organ prolapse, including adhesiolysis and laparoscopic sacrocolpopexy with mesh.

METHOD: A 74-year-old G1P1 woman, with a history of spontaneous vaginal delivery, presented with symptomatic total apical pelvic organ prolapse. Her surgical history included a vaginal hysterectomy and colposuspension performed 21 years earlier and a laparoscopic cholecystectomy. Medical comorbidities included diabetes mellitus, hypertension, and epilepsy.

Laparoscopic entry revealed dense intra-abdominal adhesions related to previous surgeries. Cold knife adhesiolysis and dissection were performed restore pelvic anatomy. This was followed by laparoscopic sacrocolpopexy with mesh fixation to the sacral promontory.

RESULT: The procedure was completed laparoscopically without intraoperative complications. Adequate apical support was achieved with correct mesh placement. The postoperative course was uneventful.

CONCLUSION: This video demonstrates that laparoscopic adhesiolysis followed by sacrocolpopexy is a safe and effective approach for the treatment of post-hysterectomy apical pelvic organ prolapse, even in elderly patients with multiple comorbidities.

Keywords: Adhesiolysis, Apical pelvic organ prolapse, laparoscopic sacrocolpopexy,

SB-041

Laparoscopic Burch Colposuspension Tips and Recommendations

Çağan Emre Şen, Erhan Demirdag, Süheyl Korhan, Maide Şeyma Püran Özcan, Ahmet Erdem, Mehmet Erdem, Mesut Oktem

Department of Obstetrics and Gynecology, Gazi University Hospital, Ankara, Turkey

INTRODUCTION: Stress urinary incontinence (SUI) is a frequent condition affecting women, causing social discomfort and reduced quality of life. The Burch colposuspension is a well-established surgical method for SUI treatment. In recent years, increased awareness of mesh-related complications and regulatory restrictions on synthetic mid-urethral slings have led to renewed interest in mesh-free surgical options, making the Burch procedure more popular among both urogynecologists and general gynecologic surgeons. Here, we present a case of laparoscopic Burch colposuspension performed concurrently with laparoscopic management.

CASE PRESENTATION: A 43-year-old G3P3 female presented with an ovarian cyst and an 8-year history of stress urinary incontinence precipitated by coughing, sneezing, and physical activity. Past history included herniated disc surgery, with no known connective tissue disorders. Laparoscopic inspection confirmed a benign-appearing ovarian cyst. Burch colposuspension was performed under general anesthesia. After placement of four ports, the retropubic space (Retzius space) was accessed. Before entering the retropubic space, the bladder was distended for anatomical delineation. Cooper's ligaments were identified bilaterally. Two non-absorbable sutures were placed on each side at the level of the mid-urethra and the urethrovesical junction. During suture placement, the urethra was gently lateralized to ensure proper positioning. Care was taken to avoid excessive lateral dissection to prevent injury to the corona mortis, an anastomotic vascular arcade located at the superior pubic ramus. Cystoscopy confirmed ureteral patency and absence of bladder injury.

OUTCOME: The postoperative course was uneventful. The urinary catheter was removed on postoperative day 1, and the patient reported no urinary retention or voiding difficulties. Complete resolution of stress-related urine leakage was noted. She was discharged on postoperative day 2 without complications.

CONCLUSION: This case demonstrates that laparoscopic

MİNİMAL İNVAZİV
JİNEKOLOJİ DERNEĞİMİNİMAL İNVAZİV
JİNEKOLOJİK ONKOLOJİ DERNEĞİROBOTİK JİNEKOLOJİK
CERRAHİ DERNEĞİ

8. MİNİMAL İNVAZİV JİNEKOLOJİK CERRAHİ KONGRESİ

12-14 Şubat 2026 / Wyndham Grand İstanbul Levent Hotel & Conference Center

Burch colposuspension is a feasible and effective mesh-free surgical option for SUI management, especially in the context of increasing concerns regarding synthetic slings. The laparoscopic approach combines the benefits of minimally invasive surgery with the established efficacy of the Burch technique.

Keywords: Burch, surgery, Stress, urinary, incontinence

SB-042

Multidisciplinary laparoscopic management of deep infiltrating endometriosis with nerve-sparing rectal disc resection and bilateral ureterolysis

Rrezarta Cungu, Serdar Yormaz, ERSİN ÇİNTESUN
department of obstetrics and gynecology, selcuk university
faculty of medicine, konya, turkey

Deep infiltrating endometriosis is a severe form of endometriosis that may involve the bowel, ovaries, and urinary tract, often presenting with debilitating symptoms and requiring advanced laparoscopic expertise and a multidisciplinary approach. Surgical management is particularly challenging in young patients, where fertility preservation and prevention of long-term morbidity are essential considerations.

A 30-year-old nulligravid woman presented with severe symptoms refractory to medical treatment, including dysmenorrhea rated as 10 out of 10, dyschezia, intermittent constipation, abdominal bloating, and subocclusive bowel symptoms. Preoperative imaging revealed bilateral ovarian endometriomas and suspected multifocal bowel involvement. Fertility preservation options, including ovarian cryopreservation, were discussed in detail; however, the patient declined ovarian cryopreservation. She was informed about the potential risk of reduced ovarian reserve associated with surgical treatment and subsequently consented to proceed with surgery. Comprehensive preoperative counseling regarding bowel resection, potential complications, and the risk of stoma formation was also provided.

Laparoscopic surgery was performed using a stepwise approach. Intraoperative findings included bilateral ovarian endometriomas, complete obliteration of the Douglas pouch, deep infiltrating endometriotic nodules involving the anterior rectal wall, and bilateral ureteral compression. Bilateral ureterolysis was initially carried out with careful identification and dissection of both ureters to prevent ureteral injury. Subsequently, bilateral ovarian endometrioma excision was performed with meticulous preservation of healthy ovarian tissue. Due to rectal involvement, a nerve-sparing laparoscopic rectal disc resection was undertaken, followed by stapler-assisted rectal repair. Anastomotic integrity was confirmed using an air leak test. Bilateral double J ureteral stents were placed in collaboration with the urology team to ensure postoperative

MİNİMAL İNVAZİV
JİNEKOLOJİ DERNEĞİMİNİMAL İNVAZİV
JİNEKOLOJİK ONKOLOJİ DERNEĞİROBOTİK JİNEKOLOJİK
CERRAHİ DERNEĞİ

8. MİNİMAL İNVAZİV JİNEKOLOJİK CERRAHİ KONGRESİ

12-14 Şubat 2026 / Wyndham Grand İstanbul Levent Hotel & Conference Center

ureteral patency.

The procedure was completed entirely laparoscopically without intraoperative complications. Adequate hemostasis was achieved, and the postoperative course was uneventful. The patient was followed postoperatively, and a marked improvement in pelvic pain and gastrointestinal symptoms was observed. Histopathological examination confirmed endometriosis in excised rectal, ovarian, and pelvic specimens, consistent with deep infiltrating disease. This case highlights that complex deep infiltrating endometriosis with bowel and urinary tract involvement can be safely and effectively managed using a meticulous, nerve-sparing and fertility-preserving laparoscopic approach in experienced centers. Multidisciplinary collaboration is crucial to optimize surgical outcomes and improve quality of life in young patients

Keywords: Endometriosis, laparoscopy, ureterolysis, rectal disc resection

SB-043

Derin Pelvik Endometriozisli Olguda Kombine Laparoskopik Cerrahi: Rektal Shaving, Myomektomi ve Endometrioma Eksizyonu

İlgaz Rafi Kadioğlu, Mesut Önal

Ondokuz Mayıs Üniversitesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Ana Bilim Dalı

Derin pelvik endometriozis (DPE), endometriotik lezyonların periton yüzeyinin 5 mm'den daha derinine infiltrasyonu ile tanımlanan, kronik ve progresif seyirli bir hastalıktır. En sık rektovajinal septum, uterosakral ligamentler ve barsak tutulumu ile ilişkilidir. Barsak tutulumu özellikle rektosigmoid kolon düzeyinde görülmekte olup cerrahi tedaviyi daha karmaşık hale getirmektedir. DPE'ye sıklıkla over endometriomasi ve uterin myomlar gibi ek jinekolojik patolojiler eşlik edebilmekte, bu durum cerrahi planlamada multidisipliner ve bütüncül bir yaklaşımı gerektirmektedir. Cerrahi tedavide temel amaç, semptomların kontrol altına alınması, anatomik yapıların korunması ve komplikasyon riskinin en aza indirilmesidir.

OLGU: Kırk yaşında, uzun süredir devam eden kronik pelvik ağrı, dismenore ve diskezi şikayetleri bulunan hasta kliniğimize başvurdu. Yapılan preoperatif klinik değerlendirme ve görüntüleme yöntemlerinde, derin pelvik endometriozis ile uyumlu olarak rektosigmoid kolon anterior yüzünde infiltratif lezyon saptandı. Buna ek olarak uterus intramural yerleşimli myom ve bilateral overlerde endometrioma ile uyumlu kistik lezyonlar izlendi. Hastanın klinik bulguları ve radyolojik değerlendirmeleri doğrultusunda, tek seansta laparoskopik cerrahi müdahale planlandı.

CERRAHİ YÖNTEM: Laparoskopik eksplorasyonda pelviste yaygın adezyonlar izlendi. Rektosigmoid kolon anterior yüzünde serozaya sınırlı, barsak lümeninde belirgin daralmaya neden olmayan endometriotik nodül saptandı. Posterior pelvik kompartmanda overlerin orta hatta yaklaşarak birbirine temas ettiği ve kissing ovarer görünümünde olduğu gözlemlendi. Barsak tutulumu değerlendirildikten sonra, lezyonun serozal yüzeyle sınırlı olması ve lümeni daraltıcı etkisinin bulunmaması nedeniyle rektal shaving tekniği tercih edildi. Endometriotik nodül, keskin ve künt diseksiyon yöntemleri kullanılarak barsak bütünlüğü korunacak şekilde eksize edildi. Bunu takiben uterin myoma laparoskopik myomektomi uygulandı. Eksize edilen myom dokusu, doku yayılım riskini azaltmak amacıyla endobag içerisinde morselatör yardımıyla morsele edildi. Her iki overde saptanan endometriomalara kist eksizyonu (stripping tekniği)

MİNİMAL İNVAZİV
JİNEKOLOJİ DERNEĞİMİNİMAL İNVAZİV
JİNEKOLOJİK ONKOLOJİ DERNEĞİROBOTİK JİNEKOLOJİK
CERRAHİ DERNEĞİ

8. MİNİMAL İNVAZİV JİNEKOLOJİK CERRAHİ KONGRESİ

12-14 Şubat 2026 / Wyndham Grand İstanbul Levent Hotel & Conference Center

uygulandı. Hemostaz, over dokusuna minimal termal hasar oluşturacak şekilde sağlandı. Operasyon süresince barsak perforasyonu, masif kanama veya diğer majör intraoperatif komplikasyonlar izlenmedi.

TARTIŞMA: Derin pelvik endometrioziste barsak tutulumunun cerrahi yönetimi; lezyonun derinliği, barsak lümenine etkisi ve semptomatolojiye göre planlanmalıdır. Uygun hasta seçimi yapıldığında rektal shaving, segmenter barsak rezeksiyonuna kıyasla daha düşük komplikasyon oranları ile etkili semptom kontrolü sağlayabilen konservatif bir cerrahi yöntemdir.

Eş zamanlı olarak uterin myom ve over endometriomasının tek seansta laparoskopik olarak tedavi edilmesi, cerrahi etkinliği artırmakta ve hastaya kapsamlı bir tedavi sunmaktadır.

SONUÇ: Derin pelvik endometriozisi bulunan ve eş zamanlı uterin myom ile over endometrioması saptanan olgularda, rektal shaving, laparoskopik myomektomi ve endometrioma kist eksizyonunun tek seansta uygulanması, uygun hasta seçimi ile güvenli ve etkin bir cerrahi yaklaşım olarak değerlendirilebilir.

Anahtar Kelimeler: derin pelvik endometriozis, laparoskopik myomektomi, shaving, rektal shaving, morselasyon

SB-044

Laparoskopik Sol Over Endometrioma Kist Eksizyonu+ Sağ Sakrouterin Endometriozis Nodül Eksizyonu + Adhezyolizis+ Sağ Üreterolizis

Fatma Tunççağ, Süleyman Salman, Fatma Ketenci Gencer
Şbü Gaziosmanpaşa Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Ana Bilim Dalı, İstanbul

GİRİŞ: Endometriozis, özellikle sakrouterin ligament ve pelvik yan duvar tutulumu olduğunda, kronik pelvik ağrıya ve yaşam kalitesinde ciddi düşüşe neden olabilen kompleks bir hastalıktır. Bu olgularda cerrahi tedavinin amacı yalnızca lezyonların eksizyonu değil, aynı zamanda üreter ve pelvik otonom sinirlerin korunmasıdır. Bu video sunumda, sinir koruyucu cerrahi prensipler eşliğinde uygulanan laparoskopik yaklaşımı paylaşmayı amaçladık.

OLGU: Otuz dokuz yaşında, G4P3A1, normal spontan vajinal doğum öyküsü bulunan hasta; yaklaşık iki yıldır devam eden kasık ağrısı, dismenore ve dispareni şikayetleri ile başvurdu.

Ultrasonografide uterus anteversiyon–fleksiyon pozisyonunda ve endometrium ince-düzenli olarak izlendi. Sağ over doğal görünümde olup, sol overde yaklaşık 3 cm çapında endometrioma saptandı. Jinekolojik muayenede spekulumda kronik servisit bulguları mevcuttu. Bimanuel muayenede serviks serbestti; ancak sağ sakrouterin ligamanda nodüler yapı palpasyonu ve vajinal muayenede belirgin hassasiyet izlendi.

CERRAHİ TEKNİK: Laparoskopik giriş sonrası öncelikle pelvik anatomi değerlendirildi. Sol overde endometrioma ile uyumlu lezyon izlendi. Kist kapsülü ile sağlam over dokusu arasındaki eksizyon gerçekleştirildi. Ardından pelvik adhezyonlar dikkatli şekilde açıldı. Sağ pelvik yan duvarda, sakrouterin ligament düzeyinde endometriozis nodülü saptandı. Bu aşamada üreterin anatomik seyri ortaya konularak sağ üreterolizis uygulandı. Üreter güvenli şekilde mobilize edildikten sonra sakrouterin nodül, pelvik otonom sinirlerin korunmasına özen gösterilerek eksize edildi. Cerrahi boyunca keskin diseksiyon tercih edildi ve enerji kullanımı minimal düzeyde tutuldu.

SONUÇ: Bu video sunumda, derin infiltratif endometriozisli bir olguda laparoskopik sinir koruyucu cerrahi yaklaşımın uygulanabilirliği ve güvenliği gösterilmiştir. Özellikle sakrouterin ligament tutulumu bulunan olgularda, cerrahi sırasında üreterin retroperitoneal alanda tanımlanması ve

MİNİMAL İNVAZİV
JİNEKOLOJİ DERNEĞİMİNİMAL İNVAZİV
JİNEKOLOJİK ONKOLOJİ DERNEĞİROBOTİK JİNEKOLOJİK
CERRAHİ DERNEĞİ

8. MİNİMAL İNVAZİV JİNEKOLOJİK CERRAHİ KONGRESİ

12-14 Şubat 2026 / Wyndham Grand İstanbul Levent Hotel & Conference Center

kontrollü üreterolizis yapılması, lezyon eksizyonunun güvenli şekilde gerçekleştirilmesine olanak sağlamaktadır. Pelvik otonom sinirlerin anatomik seyri göz önünde bulundurularak yapılan dikkatli diseksiyon, yalnızca intraoperatif komplikasyon riskini azaltmakla kalmayıp, postoperatif dönemde üriner ve gastrointestinal fonksiyonların korunmasına da katkı sağlamaktadır. Sonuç olarak, laparoskopik sinir koruyucu cerrahi, uygun hasta seçimi ve detaylı anatomik bilgi eşliğinde uygulandığında, derin infiltratif endometriozisin cerrahi tedavisinde etkin, güvenilir ve fonksiyon koruyucu bir seçenek olarak öne çıkmaktadır.

Anahtar Kelimeler: Endometriozis, Laparoskopik Cerrahi, Sinir Koruyucu Cerrahi, Sakrouterin Ligament, Üreterolizis

SB-045

Vajen ve rektuma invaze derin infiltratif endometriozis: Laparoskopik sinir koruyucu cerrahi ile başarılı bir olgu

Şebnem Atar, Süleyman Salman, Fatma Ketenci Gencer, Havva Betül Bacak
Gaziosmapaşa Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve doğum, İstanbul

Giriş: Derin infiltratif endometriozis (DİE), endometriozisin en ileri ve agresif formu olup sıklıkla uterosakral ligamentler, vajen ve rektum gibi derin pelvik yapılara invazyon göstermektedir. Bu olgularda cerrahi tedavi, ciddi anatomik distorsiyon ve fonksiyonel yapıların yakın komşuluğu nedeniyle ileri düzey cerrahi deneyim gerektirir. Laparoskopik sinir koruyucu cerrahi yaklaşımlar, postoperatif üriner ve gastrointestinal fonksiyonların korunması açısından önem taşımaktadır.

YÖNTEM: 40 yaşında, G2P2, normal spontan doğum öyküsü bulunan hasta; kronik kasık ağrısı şikayeti ile polikliniğimize başvurdu. Yapılan klinik değerlendirme ve görüntüleme yöntemlerinde posterior fornikte fibrotik değişiklikler saptanması üzerine derin infiltratif endometriozis ön tanısı ile cerrahi tedavi planlandı. Hastaya laparoskopik yöntemle, sinir koruyucu cerrahi prensipleri gözetilerek, vajen posterior forniksi ve rektuma uzanan derin infiltratif endometriozis odaklarının eksizyonu uygulandı. Cerrahi sırasında bilateral üreterler, pelvik otonom sinirler ve vasküler yapılar dikkatle korunarak diseksiyon gerçekleştirildi. Yoğun fibrotik tutulum ve ileri derecede adezyonlar nedeniyle rektum anterior duvarında segmenter rezeksiyon gerektiren endometriozis tutulumu saptandı ve cerrahi eksizyon laparoskopik olarak tamamlandı.

BULGULAR: Vajen posterior forniksi, rektovajinal aralık ve rektum anterior duvarını tutan endometriozis odakları komplet olarak eksize edildi. Cerrahi sırasında barsak bütünlüğü sağlandı. İntraoperatif ve postoperatif dönemde erken ya da geç dönem komplikasyon izlenmedi. Hastada postoperatif dönemde üriner ve gastrointestinal fonksiyon kaybı saptanmadı. Klinik takiplerde ağrı şikayetlerinde belirgin gerileme gözlemlendi.

SONUÇ: Vajen ve rektuma invaze derin infiltratif endometriozis olgularında, laparoskopik sinir koruyucu cerrahi ile gerçekleştirilen ileri düzey eksizyon işlemleri; deneyimli ekipler tarafından uygulandığında güvenli, etkili ve fonksiyonel sonuçlar açısından avantajlı bir tedavi seçeneği sunmaktadır.

Anahtar Kelimeler: Derin infiltratif endometriozis, laparoskopik cerrahi, minimal invaziv jinekoloji, rektovajinal endometriozis, sinir koruyucu cerrahi

MİNİMAL İNVAZİV
JİNEKOLOJİ DERNEĞİMİNİMAL İNVAZİV
JİNEKOLOJİK ONKOLOJİ DERNEĞİROBOTİK JİNEKOLOJİK
CERRAHİ DERNEĞİ

8. MİNİMAL İNVAZİV JİNEKOLOJİK CERRAHİ KONGRESİ

12-14 Şubat 2026 / Wyndham Grand İstanbul Levent Hotel & Conference Center

SB-046

Deep endometriosis and discoid bowl resection surgery

Günay Safarova, Ersin Çintesun

Department of Gynecology and Obstetrics, Selçuk University, Konya, Turkey

INTRODUCTION: Deep endometriosis is a chronic, estrogen-dependent condition that infiltrates deep pelvic structures such as the rectovaginal septum, uterosacral ligaments, and rectosigmoid colon. It is often associated with severe pelvic pain, dyschezia, dyspareunia, and infertility, significantly affecting patients' quality of life. Among the various forms of endometriosis, bowel involvement represents one of the most complex and symptomatic types, frequently requiring surgical management.

This presentation focuses on discoid bowel resection, a conservative surgical technique performed in selected cases of deep endometriosis involving the rectosigmoid region. We will discuss the indications, key surgical steps, and postoperative outcomes of this approach, emphasizing its role in preserving bowel function while achieving effective symptom control.

RESULTS: Postoperative recovery was smooth with no intraoperative or early complications. The patient was discharged on the third postoperative day. At the three-month follow-up, she reported marked improvement in pelvic pain, complete resolution of dyspareunia, and normal bowel function. Histopathological examination confirmed deep infiltrating endometriosis involving the muscular layer of the rectosigmoid wall.

CONCLUSION: Laparoscopic discoid bowel resection is a safe and effective surgical technique for well-selected patients with rectosigmoid deep endometriosis. It provides significant pain relief and functional preservation while minimizing postoperative morbidity. This case supports the role of conservative laparoscopic surgery as a valuable treatment option in managing bowel-involved deep endometriosis.

Conclusion: Discoid bowel resection represents a tissue-sparing and function-preserving surgical option for patients with deep endometriosis involving the rectosigmoid colon. When performed by an experienced multidisciplinary team and in carefully selected cases, this technique offers excellent symptom relief with minimal morbidity. Compared to segmental bowel resection, discoid excision

allows effective removal of the infiltrating lesion while maintaining bowel continuity and reducing postoperative complications. In our experience, it provides significant improvement in pain scores, quality of life, and fertility outcomes, demonstrating that conservative surgery can achieve optimal balance between radicality and functional preservation in deep endometriosis management.

Keywords: bowl resection, deep endometriosis, pelvic pain

MİNİMAL İNVAZİV
JİNEKOLOJİ DERNEĞİMİNİMAL İNVAZİV
JİNEKOLOJİK ONKOLOJİ DERNEĞİROBOTİK JİNEKOLOJİK
CERRAHİ DERNEĞİ

8. MİNİMAL İNVAZİV JİNEKOLOJİK CERRAHİ KONGRESİ

12-14 Şubat 2026 / Wyndham Grand İstanbul Levent Hotel & Conference Center

SB-047

Laparoskopik Derin İnfiltran Endometriozis Nodül Eksizyonu

Elif Feyizoğlu Nergiz, Mustafa Ögünlü, Ghanim Khatib
Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Balcalı
Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum, Adana

AMAÇ: Bu video bildirinin amacı, disparoni şikâyeti ile başvuran genç bir hastada ultrasonografide saptanan ve bi-manuel muayenede palpe edilen endometriozis nodüllerinin laparoskopik cerrahi yaklaşımla güvenli ve etkin şekilde eksizyonunu göstermektir. Özellikle retroperitoneal anatominin korunması, rektum ve üreterin güvenli diseksiyonunun vurgulanması hedeflenmiştir.

OLGU: Yirmi yedi yaşında kadın hasta, uzun süredir devam eden derin disparoni şikâyeti ile kliniğimize başvurdu. Jinekolojik muayene ve görüntüleme yöntemlerinde overde kistik lezyonlar ile pelviste derin infiltratif endometriozis odakları saptandı. Lezyonların uterosakral ligamanlarda ve rektovajinal septumda yerleştiği görüldü. Hastaya laparoskopik derin infiltratif endometriozis cerrahisi planlandı.

BULGULAR / CERRAHİ TEKNİK: Laparoskopik yaklaşım ile sol retroperitoneal alan lateral yaklaşımla (infindubulopelvik ligament laterali) açılarak sol üreter identifiye edildi ve diseke edilerek lateralize edildi. Sağ retroperitoneal alan medial yaklaşımla (infindubulopelvik ligament mediali) sağ üreter identifiye edildi ve diseke edilerek lateralize edildi. Uterosakral ligaman boyunca uzanan endometriozis nodülleri çevre dokulardan dikkatlice disseke edilerek tamamen eksize edildi. Cerrahi sırasında komplikasyon izlenmedi ve anatomik bütünlük korundu.

SONUÇ: Uterosakral ligaman ve rektovajinal septum yerleşimli derin infiltratif endometriozis olgularında laparoskopik cerrahi, doğru anatomik planlarda ilerlenmesi halinde güvenli ve etkin bir tedavi seçeneğidir. Video, özellikle rektum ve üreterlerin güvenliğine yönelik cerrahi adımları ve nodül eksizyonunda dikkat edilmesi gereken teknik noktaları vurgulayarak minimal invaziv cerrahi pratiğine katkı sağlamayı amaçlamaktadır.

Anahtar Kelimeler: endometriozis, laparoskopi, derin, infiltran

SB-048

Surgical Management of Deep Infiltrating Endometriosis with Ureteral and Bladder Involvement: Hysterectomy and Bilateral Salpingo-Oophorectomy

Emre Biton¹, Kemal Gungorduk²

¹Department of Obstetrics and Gynecology, Faculty of Medicine, Mugla Sıtkı Kocman University, Mugla, Turkey

²Division of Gynecologic Oncology, Department of Obstetrics and Gynecology, Faculty of Medicine, Mugla Sıtkı Koçman University, Mugla, Turkey

BACKGROUND: The surgical treatment of deep infiltrating endometriosis involving the bladder and ureters remains unstandardized, with techniques differing widely across medical centres. In such cases, performing a hysterectomy with bilateral salpingo-oophorectomy along with total excision of endometriotic nodules can result in serious complications, including ureterovaginal and vesicovaginal fistulas, which have a profound impact on a patient's quality of life. These complications are often the result of inadequate bladder repair following perforations or improperly executed ureteral reanastomosis. This video presents a laparoscopic approach to treating deep infiltrating endometriosis, focusing on a partial bladder resection and the removal of ureteral endometriotic lesions. The patient provided informed consent for the use of the video, and the authors report no conflicts of interest.

METHODS: A 45-year-old woman, gravida 1 para 1, with a 15-year history of endometriosis presented with symptoms of pelvic pain, dysuria, and dyspareunia, particularly aggravated during menstruation. Her medical history includes a prior laparoscopic procedure for endometriosis, an appendectomy, and a caesarean section. MRI findings revealed two clearly defined nodular lesions measuring 5 mm and 4 mm on the posterior wall of the bladder.

Preoperative cystoscopy showed normal ureteral orifices and bladder mucosa, but areas of extrinsic compression were observed beneath the left ureteral orifice and along the left lateral bladder wall. The patient's CA-125 level was elevated at 170 u/mL. Considering her reported pain significantly impairing her social life and her preference to prioritize daily function over fertility, a laparoscopic bilateral salpingo-oophorectomy was scheduled, along with excision of endometriotic lesions involving the bladder and ureter.

MİNİMAL İNVAZİV
JİNEKOLOJİ DERNEĞİMİNİMAL İNVAZİV
JİNEKOLOJİK ONKOLOJİ DERNEĞİROBOTİK JİNEKOLOJİK
CERRAHİ DERNEĞİ

8. MİNİMAL İNVAZİV JİNEKOLOJİK CERRAHİ KONGRESİ

12-14 Şubat 2026 / Wyndham Grand İstanbul Levent Hotel & Conference Center

RESULTS: The operation took 158 minutes to complete, with a blood loss of 240 mL. The patient was discharged five days after surgery without any complications. Pathological examination confirmed the presence of endometriosis and an endometriotic nodule affecting the bladder and ureter.

CONCLUSIONS: Laparoscopic surgery is a viable option for treating deep infiltrating endometriosis in carefully chosen patients. This technique, which demands both technical expertise and perseverance, provides substantial benefits, particularly in cases involving genitourinary tract invasion.

Keywords: Deep infiltrating endometriosis, Bladder and ureteral involvement, Laparoscopy

SB-049

Nerve-Sparing Multivisceral Resection for Deep Infiltrating Endometriosis in a Virgin Patient Without Intrauterine Manipulator

Tuğba Metin¹, Selen Doğan², Nasuh Utku Doğan³¹Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Jinekoloji Kliniği²Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Jinekoloji Onkoloji Kliniği³Doğan Jinekoloji Kliniği

24-year-old nulliparous virgin woman presented with severe dysmenorrhea (9/10), dyschezia (9/10), and constipation, all resistant to medical treatment. Pelvic MRI revealed bilateral sacrouterine ligament involvement, a 5 cm endometrioma on the left ovary, a 3 cm nodule in the rectosigmoid colon (12 cm from anal verge), a 3 cm vaginal nodule, and additional involvement of the left infundibulopelvic ligament, bladder serosa, and appendix. A laparoscopic multivisceral, nerve-sparing approach was planned, with segmental bowel resection anticipated. Intraoperatively, a 5 × 4 cm in bladder serosa involved by endometriosis was identified, with complete obliteration of the pouch of Douglas and a distinct nodule on the rectosigmoid colon. The left ovary, containing an endometriotic cyst, was adherent to the left pelvic sidewall. It was mobilized and suspended to the abdominal wall using 1-0 sutures.

The left pararectal space was dissected and ureterolysis was performed up to the ureteric tunnel. The right pararectal space was also developed. A nodule was observed on the posterior vaginal wall. Following opening of the vaginal wall, a 2 × 3 cm vaginal nodule was identified and excised after complete dissection of the rectovaginal space. A partial vaginectomy was then performed.

Bilateral sacrouterine ligament nodules and a 3 cm nodule on the left infundibulopelvic ligament were excised. As the distal portion of the appendix was involved with endometriosis, appendectomy was performed. A 4 cm nodule overlying the rectosigmoid colon necessitated segmental bowel resection. The inferior hypogastric plexus and pelvic splanchnic nerves were visualized and successfully preserved on both sides. After freeing the rectum from its attachments, the resection line was determined, and a laparoscopic segmental bowel resection was performed using a stapling device. Via a mini-laparotomy, the proximal colon was resected, the anvil was introduced, and end-to-end anastomosis was completed laparoscopically. A pelvic drain was inserted at the end of the procedure.

MİNİMAL İNVAZİV
JİNEKOLOJİ DERNEĞİMİNİMAL İNVAZİV
JİNEKOLOJİK ONKOLOJİ DERNEĞİROBOTİK JİNEKOLOJİK
CERRAHİ DERNEĞİ

8. MİNİMAL İNVAZİV JİNEKOLOJİK CERRAHİ KONGRESİ

12-14 Şubat 2026 / Wyndham Grand İstanbul Levent Hotel & Conference Center

The total operative time was 250 minutes, with an estimated blood loss of 50 cc. The patient was discharged on postoperative day four. At 13-month follow-up, the patient remained completely symptom-free, reporting no dysmenorrhea (0/10), dyschezia, or constipation. This case illustrates that omission of an intrauterine manipulator in virgin patients does not hinder the surgical management of DIE. Laparoscopic multivisceral and nerve-sparing resection is feasible and effective even in anatomically challenging scenarios, offering symptom resolution and preservation of pelvic nerve integrity.

Keywords: Endometriosis, deep infiltrating endometriosis, bowel resection, nerve sparing

SB-050

Derin infiltran endometrioziste zor laparoskopik histerektomi: Ön kolpotomi ile modifiye radikal histerektomi tekniği

Can Dinc¹, Selen Doğan², Nasuh Utku Doğan³¹Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Jinekoloji Kliniği²Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Jinekoloji Onkoloji Kliniği³Doğan Jinekoloji Kliniği

Derin infiltran endometriozis vakalarında, histerektomi gerekliliğinde, laparoskopik altın standarttır, fakat önceki cerrahileri ve adezyonlar nedeniyle bu vakalarda histerektominin zorluk derecesi oldukça yüksektir. Ön kolpotomi tekniği ile yapılan modifiye radikal laparoskopik histerektomi tekniği ile özellikle posterior kompartman diseksiyonu daha hızlı ve komplikasyon oranları daha az olmaktadır. Bu videoda, Enzian sınıflaması A3, B2/2, C3 olan bir vakada sistematik bir şekilde zor histerektomi basamakları anlatılmaktadır. Basamaklar, retroperitona giriş, uterin arterin hipogastrik arterden çıktığı yerden koagülasyonu, vezikouterin boşluğun oluşturulması, üreter diseksiyonu ve lateral parametrium rezeksiyonu, lateral ve anterior kompartmanın birleştirilmesi, ön kolpotomi, rektovajinal boşluğun lateralden mediale oluşturulması, posterior kolpotominin tamamlanması, endometriotik rektal nodülün eksize edilerek nodülün rektosigmoid nodül üzerinde bırakılması, histerektominin tamamlanması, rektal shaving ve sakrouterin ligamentteki endometriotik odakların eksizyonu, bubble test, mesane ve üreterlerin kontrol edilmesi şeklinde özetlenebilir. Bu teknik ile özellikle daha önce cerrahi geçirmiş ve lateral parametrium tutulumu olan olgularda histerektomi daha hızlı olmakta ve posterior diseksiyon kolaylaşmaktadır.

Anahtar Kelimeler: Derin infiltran endometriozis, laparoskopik zor histerektomi, ön kolpotomi tekniği

MİNİMAL İNVAZİV
JİNEKOLOJİ DERNEĞİMİNİMAL İNVAZİV
JİNEKOLOJİK ONKOLOJİ DERNEĞİROBOTİK JİNEKOLOJİK
CERRAHİ DERNEĞİ

8. MİNİMAL İNVAZİV JİNEKOLOJİK CERRAHİ KONGRESİ

12-14 Şubat 2026 / Wyndham Grand İstanbul Levent Hotel & Conference Center

SB-051

Robotic Surgery for Deep Infiltrating Endometriosis: A Step-by-Step Surgical Approach

Murat Cengiz

Department of Obstetrics and Gynecology, Division of Gynecologic Oncology, Hacettepe University Faculty of Medicine

INTRODUCTION: Endometriosis in reproductive-age women significantly impairs quality of life, particularly in patients with chronic pelvic pain. In cases refractory to medical therapy, appropriate surgical management plays a crucial role in symptom relief and functional recovery. This study aims to demonstrate a step-by-step robotic surgical approach for deep infiltrating endometriosis (DIE).

CASE: A 41-year-old woman, gravida 1 para 1, presented with chronic pelvic pain. Preoperative evaluation revealed a 6-cm left ovarian endometrioma and deep infiltrating endometriosis. The patient underwent robotic-assisted DIE excision and bilateral ovarian cystectomy.

RESULTS: The total operative time was approximately 130 minutes. Estimated blood loss was 200 mL. The patient was discharged on postoperative day one without complications.

CONCLUSION: Robotic surgery provides several advantages over conventional laparoscopy and open surgery in the management of deep infiltrating endometriosis, including enhanced visualization, improved precision, and superior dissection capability.

Keywords: Deep infiltrating endometriosis, Minimally invasive surgery, Robotic surgery

SB-055

Organize postoperatif apseye minimal invaziv yaklaşım: sezaryen skar alanından laparoskopik eksizyon

Melik Kaan Bengi, İrem Hergüner, Taylan Onat
Ankara Sincan Eğitim ve Araştırma Hastanesi

GİRİŞ: Postoperatif organize apse, cerrahi sonrası gelişen akut enfeksiyöz koleksiyonun zamanla sıvı içeriğini kaybedip yoğun kollajen birikimi, granülasyon dokusu ve kronik inflamasyonla karakterize fibrotik bir yapıya dönüştüğü iyileşme paternidir. Histolojik olarak benign olmakla birlikte, görüntüleme bulgularındaki heterojen sinyal özellikleri nedeniyle endometrioma, dejeneratif myom, lipom veya persistan enfeksiyöz koleksiyon gibi farklı patolojileri taklit edebilir. Kesin tanı, cerrahi eksizyon sonrası elde edilen materyalin histopatolojik incelemesine dayanır. Histiyositlerden zengin kronik inflamatuvar infiltrasyon, fibroadipöz doku, granülasyon dokusu ve organize hematoma komponentleri tanıyı doğrulayan temel özelliklerdir. Tedavide temel yaklaşım, semptomatik veya kitlesel etki oluşturan lezyonların cerrahi olarak tamamen eksize edilmesidir. Risk faktörleri arasında; kontamine cerrahi alan, yetersiz drenaj, yabancı cisim varlığı, hematoma oluşumu, obezite, diyabet, immünsüpresyon ve uzamış operasyon süresi yer alır.

YÖNTEMLER: Bu olguda, 1,5 yıl önce planlı sezaryen ve bilateral tüp ligasyonu öyküsü bulunan, 30 yaşındaki kadın hasta (G3P3Y3,CS×3) sunulmaktadır. Hasta, 4 aydır devam eden sağ alt kadranda ağrısı ve 1 yıldır süren dispareni nedeniyle başvurdu. Transvajinal USG’de uterus ön duvarında, sezaryen hattı komşuluğunda 4×5 cm çapında yoğun içerikli kitle izlenmesi üzerine çekilen Pelvik MRG’de alt uterin segment seviyesinde, T1 ve T2 ağırlıklı sekanslarda hipointens sinyal özelliği gösteren, kontrast madde sonrası periferik duvar tutulumu izlenen, sezaryen skar hattına lokalize yaklaşık 25×15 mm boyutlarında koleksiyon alanı saptandı; bulgular organize apse odağı veya hematoma sekeli ile uyumlu bulundu. Hastaya laparoskopik derin apse eksizyonu uygulandı.

BULGULAR: İntraoperatif sezaryen skarına lokalize, yaklaşık 4 cm boyutlarında, çevre dokulardan sınırlı, yoğun içerikli organize apse dokusu izlendi ve total eksize edildi. Histopatoloji, histiyositlerden zengin iltihabi hücre infiltrasyonu izlenen fibroadipöz doku; postoperatif organize apse tanısını doğruladı. Hastanın postoperatif süreci sorunsuz seyretti ve ameliyat sonrası 7. günde komplikasyonsuz taburcu edildi. Takiplerinde nüks saptanmadı.

MİNİMAL İNVAZİV
JİNEKOLOJİ DERNEĞİMİNİMAL İNVAZİV
JİNEKOLOJİK ONKOLOJİ DERNEĞİROBOTİK JİNEKOLOJİK
CERRAHİ DERNEĞİ

8. MİNİMAL İNVAZİV JİNEKOLOJİK CERRAHİ KONGRESİ

12-14 Şubat 2026 / Wyndham Grand İstanbul Levent Hotel & Conference Center

SONUÇ: Bu olgu, sezaryen skar hattında gelişen postoperatif organize apse dokusunun klinik olarak persistan pelvik ağrıya yol açabileceğini ve görüntüleme bulgularının myometriyal yerleşimli diğer benign ya da malign kitleleri taklit edebileceğini göstermektedir. MRG'deki heterojen T2 sinyalleri, düzensiz kontrastlanma ve kitle etkisi; endometriozis, dejeneratif myom veya rezidü enfeksiyöz koleksiyon gibi ayırıcı tanı seçeneklerini gündeme getirmiş, ancak kesin tanı cerrahi eksizyon ve histopatolojik inceleme ile konulabilmektedir.

Laparoskopik total eksizyon, tanısız belirsizliği ortadan kaldırmış olup semptom kontrolü sağlayarak tedavi edici nitelik taşımıştır. Organize apselerin oranı düşük olmakla birlikte, enfeksiyon, hematoma gelişimi, yetersiz drenaj ve skar dokusu oluşumunu artıran risk faktörlerinde dikkatli takip gereklidir. Bu olgu, jinekolojik cerrahi sonrasında persistan lokalize ağrının yalnızca endometriozis veya myom gibi sık görülen patolojilere değil, organize inflamatuvar iyileşme süreçlerine de bağlı olabileceğini hatırlatması açısından klinik pratikte önemlidir.

Anahtar Kelimeler: Laparoskopik eksizyon, pelvik ağrı, postoperatif organize apse, sezaryen skar hattı

SB-056

İleri Derecede Adeze Skar Gebelik Olgusuna Minimal İnvaziv Yaklaşım

Can Dinç, Ömer Faruk Öz, Yavuz Yılmaz, selen doğan, Murat Ozekinci, Nasuh Utku Doğan, Inanc Mendilcioglu Akdeniz üniversitesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, Antalya

GİRİŞ: Sezaryen skar gebeliği (SSG), önceki sezaryene ait uterin insizyon skarı üzerine veya skar defekti (niş) içine implantasyon gösteren, yaklaşık 1/2000 gebelikte görülen nadir bir ektopik gebelik formudur. Skar dehisensi alanında trofoblast invazyonu ile seyredebilir ve ciddi kanama, uterin rüptür ile plasenta akreta spektrumu (PAS) ve anne mortalitesi riski taşır. SSG iki ana tipe ayrılır: tip 1 (skar üzerinde/endogen; genellikle rezidüel miyometrium kalınlığı [RMT] ≥ 3 mm) ve tip 2 (niş içinde/ekzogen; genellikle RMT < 3 mm). Uygun olgularda suction dilatasyon ve küretaj (D&C) seçenek olabilsede, tip 2 olgularda gebeliğin tamamen çıkarılması ve skarın eksizyon-onarımı öne çıkmaktadır.

YÖNTEM: Otuz altı yaşında, G4P3, üç kez sezaryen öyküsü olan hasta 7 hafta 5 günlük gebelik ile başvurdu. Transvajinal ultrasonografide fetal kardiyak aktivite pozitif; Rezidü Myometrial kalınlık 2,1 mm ölçüldü (tip 2 SSG ile uyumlu). Başlangıç β -human chorionic gonadotropin (β -hCG) 49.350 IU/L iken 48 saat sonra 47.170 IU/L saptandı. RMT < 3 mm olması nedeniyle laparoskopik skar gebelik eksizyonu planlandı.

BULGULAR: Laparoskopide alt uterin segment ve mesane komşuluğunda ileri derecede adezyonlar izlendi; adezyolizis ve kontrollü diseksiyon sonrası skar hattına ulaşıldı. Skar bölgesindeki gebelik dokusu çıkarıldı ve alt uterin segment çift kat barbed sütür ile onarıldı. Hemostaz sağlanmasını takiben işlem sonlandırıldı.

SONUÇ: İleri derecede adezyon varlığında dahi, tip 2 SSG (RMT < 3 mm) olgularında laparoskopik skar gebelik dokusu eksizyonu ve çift kat uterin onarım, fertilitate koruyucu minimal invaziv bir seçenek olarak uygulanabilir görünmektedir.

Anahtar Kelimeler: Sezaryen skar gebeliği, laparoskopi, plasenta akreta spektrumu.

MİNİMAL İNVAZİV
JİNEKOLOJİ DERNEĞİMİNİMAL İNVAZİV
JİNEKOLOJİK ONKOLOJİ DERNEĞİROBOTİK JİNEKOLOJİK
CERRAHİ DERNEĞİ

8. MİNİMAL İNVAZİV JİNEKOLOJİK CERRAHİ KONGRESİ

12-14 Şubat 2026 / Wyndham Grand İstanbul Levent Hotel & Conference Center

SB-057

Tanısal güçlük gösteren nadir bir Müllerian anomali: *Accessory cavitated uterine malformation* olgusu

Özlem Akça¹, Özge Berfin Babayigit¹, Tuba Metin Çakır²,
Ülkü Gözde Kılınç¹, Ayşe Keven¹, Nisa Nur Öz¹, Eda
Balkan¹, Mete Çağlar¹

¹Akdeniz Üniversitesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum
Anabilim Dalı, Antalya

²Serik Devlet Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum,
Antalya

Anahtar Kelimeler: dismenore, laparoskopik cerrahi,
manyetik rezonans görüntüleme, müllerian anomaliler,
{Accessory cavitated uterine malformation}

Accessory cavitated uterine malformation (ACUM), normal uterin kaviteye eşlik eden, endometriyal epitel ve stroma ile döşeli, non-komünikan aksesuar bir uterin kavite varlığı ile karakterize, nadir görülen bir Müllerian anomalidir. Çoğunlukla menarş sonrası dönemde ortaya çıkan ve menstrüasyonla ilişkili şiddetli dismenore ile prezente olan ACUM, klinik ve radyolojik özellikleri nedeniyle adenomyozis, endometrioma ve non-komünikan rudimenter uterin horn gibi patolojilerle sıklıkla karışabilmektedir. Bu durum tanı sürecinde gecikmeye ve uygunsuz tedavi yaklaşımlarına yol açabilmektedir.

Otuz bir yaşında, virgin, ek hastalığı ve düzenli ilaç kullanımı bulunmayan hasta, uzun süredir devam eden ve menstrüasyon dönemlerinde belirgin olarak artış gösteren pelvik ağrı şikâyeti ile kliniğimize başvurdu. Hastanın öyküsünde, 2024 yılında ağrı etiolojisinin net olarak ortaya konulmaması üzerine laparoskopik cerrahi uygulandığı, ancak postoperatif dönemde semptomlarının devam ettiği öğrenildi. İleri değerlendirme amacıyla yapılan pelvik manyetik rezonans görüntülemede, uterin kavite normal görünümde izlenirken, uterusun sol paramedian alanında, myometrium içerisinde yerleşimli, uterin kavite ile ilişkisi olmayan, düzgün sınırlı ve içerisinde hemorajik içerik bulunan, endometrial kavite yapısı seçilen bir lezyon saptandı. Görüntüleme bulguları ACUM tanısı ile uyumlu olarak değerlendirildi.

Hastaya laparoskopik cerrahi planlandı ve intraoperatif olarak saptanan ACUM lezyonu uterin kaviteye girilmeden tamamen eksize edildi. Postoperatif dönemde hastanın klinik semptomlarında belirgin gerileme izlendi.

Sonuç olarak, özellikle genç ve fertilitate potansiyeli olan hastalarda menstrüasyonla ilişkili, medikal tedaviye dirençli dismenore varlığında ACUM ayırıcı tanıda mutlaka göz önünde bulundurulmalıdır. Manyetik rezonans görüntüleme tanısal süreçte temel rol oynamakta olup, uygun cerrahi yaklaşım ile başarılı ve küratif sonuçlar elde edilebilmektedir.

MİNİMAL İNVAZİV
JİNEKOLOJİ DERNEĞİMİNİMAL İNVAZİV
JİNEKOLOJİK ONKOLOJİ DERNEĞİROBOTİK JİNEKOLOJİK
CERRAHİ DERNEĞİ

8. MİNİMAL İNVAZİV JİNEKOLOJİK CERRAHİ KONGRESİ

12-14 Şubat 2026 / Wyndham Grand İstanbul Levent Hotel & Conference Center

SB-058

Tanısal zorluk gösteren nadir bir Müllerian anomali: *Non-communicating rudimentary uterine horn* olgusu

Özlem Akça¹, Özge Berfin Babayigit¹, Tuba Metin Çakır²,
Ülkü Gözde Kılınç¹, Ayşe Keven¹, Nisa Nur Öz¹, Eda
Balkan¹, Mete Çağlar¹

¹Akdeniz Üniversitesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum
Anabilim Dalı, Antalya

²Serik Devlet Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum,
Antalya

rolü hem de olası komplikasyonların önlenmesi açısından etkin ve güvenli bir tedavi yaklaşımıdır.

Anahtar Kelimeler: laparoskopik eksizyon, manyetik rezonans görüntüleme, müllerian anomaliler, unicorn uterus, {Non-communicating rudimentary uterine horn}

Non-communicating rudimentary uterine horn, çoğunlukla unicorn uterus ile birlikte izlenen, fonksiyonel endometriyum varlığında belirgin klinik semptomlara ve uzun dönem komplikasyonlara yol açabilen nadir bir Müllerian anomalidir. Klinik prezentasyonu ve görüntüleme bulguları, özellikle *Accessory cavitated uterine malformation* olmak üzere kistik adenomyozis, endometrioma ve adneksiyal kitleler ile örtüşebildiğinden, tanısal süreçte ayırıcı tanı güçlüğü yaratabilmektedir. Bu durum tanının gecikmesine ve uygun olmayan tedavi yaklaşımlarına neden olabilmektedir.

On dokuz yaşında, G0, non-virgin hasta; adet düzensizliği ve menstrüasyonla ilişkili pelvik ağrı şikâyeti ile başvurdu. Hastanın özgeçmişinde gastrit dışında ek hastalık bulunmamakta olup, 2022 yılında laparoskopik over detorsiyonu operasyonu geçirdiği öğrenildi. Yapılan transvajinal ultrasonografide sol adneksiyal alanda yaklaşık 25 mm çapında kitle görünümü saptanması üzerine ileri inceleme amacıyla pelvik manyetik rezonans görüntüleme gerçekleştirildi. MRI incelemesinde, sağ unicorn uterus ile birlikte, fonksiyonel endometrium dokusu içeren sol distal rudimenter uterin yapı izlendiği ve sağ ile sol uterin kavite arasında komunikasyon bulunmadığı raporlandı. Görüntüleme bulguları *Non-communicating rudimentary uterine horn* tanısı ile uyumlu olarak değerlendirildi.

Hastaya laparoskopik cerrahi planlandı ve intraoperatif olarak saptanan non-komünikan rudimenter uterin horn, çevre anatomik yapılar korunarak tamamen eksize edildi. Periooperatif veya postoperatif komplikasyon izlenmedi.

Sonuç olarak, özellikle genç hastalarda menstrüasyonla ilişkili pelvik ağrı ve adet düzensizliği varlığında, ACUM ve diğer Müllerian anomaliler ile karışabilen non-komünikan rudimenter uterin horn ayırıcı tanıda mutlaka dikkate alınmalıdır. Manyetik rezonans görüntüleme tanısal doğruluğu artırmakta olup, laparoskopik eksizyon hem semptom kont-

MİNİMAL İNVAZİV
JİNEKOLOJİ DERNEĞİMİNİMAL İNVAZİV
JİNEKOLOJİK ONKOLOJİ DERNEĞİROBOTİK JİNEKOLOJİK
CERRAHİ DERNEĞİ

8. MİNİMAL İNVAZİV JİNEKOLOJİK CERRAHİ KONGRESİ

12-14 Şubat 2026 / Wyndham Grand İstanbul Levent Hotel & Conference Center

SB-059

INR yüksekliği olan hastada tuboovaryan apsenin laparoskopik yönetimi

Mücahit Ahmet Aranlı¹, Erbil Karaman¹, Onur Karaaslan²,
Latif Hacıoğlu², Metin Aygâr², Enis Duran², Ersin Onat²

¹Van Yüzüncü Yıl Üniversitesi, Jinekolojik Onkoloji Cerrahisi, Van

²Van Yüzüncü Yıl Üniversitesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum, Van

Dış merkezden kliniğimize INR (Uluslararası normalleştirilmiş oran) yüksekliği ve pelvik kitle ön tanısıyla sevk edilen hastanın laparoskopik olarak yönetiminin sunulması amaçlanmıştır. Hasta pelvik ağrı şikayetiyle başvurdu. Hastaya yapılan USG (Ultrasonografi) ve MRI (Manyetik rezonans görüntüleme) görüntülemeleri sağ adneksiyal alanda tuboovaryan apse olması muhtemel, torsiyon ekarte edilemeyen yaklaşık 8 cm boyutunda solid-kistik kitle olarak yorumlandı. Yapılan görüntülemeler sonrası jinekolojik onkoloji konseyinde solid kitlenin hemorajik içerikli kontrast tutmayan lezyon olarak yorumlandı. tuboovaryan apse veya over torsiyonu olabileceği düşünüldü. Daha önce kalp kapak replasmanı olan hasta kullandığı warfarin nedeniyle INR yüksekliği mevcut olup INR kontrolü sağlandıktan sonra komplikasyon gelişmeden sağ ooforektomi yapılarak operasyon sonlandırıldı. Hasta INR kontrolü sağlanarak taburcu edildi. Patoloji sonucu torsiyon ile uyumlu nekroz alanları içeren over dokusu olarak yorumlandı.

Anahtar Kelimeler: pelvik kitle, over torsiyonu, INR

SB-060

Grade 3 Sistosel ve Grade 2 Uterin Prolapsuslu Hastada Laparoskopik Lateral Süspansiyon: Cerrahi Teknik Video Sunumu

Merve nur Taşpınar, Mustafa Gazi Uçar

Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kadın Hastalıkları Ve Doğum, Konya

AMAÇ: Pelvik organ prolapsusu, kadınlarda yaşam kalitesini olumsuz etkileyen önemli bir sağlık sorunudur. Bu video bildirisi, grade 3 sistosel ve grade 2 uterin prolapsusu bulunan 56 yaşındaki bir hastada uygulanan laparoskopik lateral süspansiyon (LLS) tekniğini cerrahi aşamalarıyla sunmayı amaçlamaktadır.

OLGU: 56 yaşında, multipar, semptomatik pelvik organ prolapsusu nedeniyle başvuran hastada yapılan jinekolojik muayenede POP-Q sınıflamasına göre grade 3 sistosel ve grade 2 uterin prolapsus saptandı. Hastaya uterus koruyucu cerrahi planlandı.

Cerrahi Teknik: Hastaya genel anestezi altında laparoskopik lateral süspansiyon uygulandı. Promontory diseksiyonu yapılmaksızın, bilateral olarak hazırlanmış sentetik mesh materyali paravajinal alanlara ve uterus korpusuna tespit edilerek, mesh uçları lateral abdominal duvara askılandı. Cerrahi sırasında komplikasyon gelişmedi. Video sunumda port yerleşimi, anatomik landmarklar, mesh yerleşimi ve fiksasyon teknikleri ayrıntılı olarak gösterilmektedir.

BULGULAR: Operasyon süresi ve intraoperatif kan kaybı minimaldi. Postoperatif dönemde erken komplikasyon izlenmedi. Hastada anatomik ve semptomatik düzelme sağlandı.

SONUÇ: Laparoskopik lateral süspansiyon, pelvik organ prolapsusunda uterus koruyucu, promontory diseksiyonu gerektirmeyen, güvenli ve etkili bir cerrahi seçenektir. Video sunum, tekniğin standardizasyonuna ve cerrahlar arasında deneyim paylaşımına katkı sağlamayı amaçlamaktadır.

Anahtar Kelimeler: Pelvik organ prolapsusu, laparoskopik lateral süspansiyon, sistosel, uterin prolapsus, video cerrahi

MİNİMAL İNVAZİV
JİNEKOLOJİ DERNEĞİMİNİMAL İNVAZİV
JİNEKOLOJİK ONKOLOJİ DERNEĞİROBOTİK JİNEKOLOJİK
CERRAHİ DERNEĞİ

8. MİNİMAL İNVAZİV JİNEKOLOJİK CERRAHİ KONGRESİ

12-14 Şubat 2026 / Wyndham Grand İstanbul Levent Hotel & Conference Center

SB-061

Korunan Overin Beklenmeyen Sonu: Histerektomi Sonrası Over Torsiyonu ile Birlikte Gösteren Ovarian Apsenin Laparoskopik Yönetimi – Video Sunum

Berkay Delikaya¹, Onur Yavuz¹, Ufuk Atlıhan²,
Aslı Akdöner¹, İbrahim Yalcin¹, Mehmet Guney¹

¹Dokuz Eylül Üniversitesi Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve
Doğum Anabilim Dalı, İzmir, Türkiye

²İzmir Demokrasi Üniversitesi, Kadın Hastalıkları ve
Doğum Anabilim Dalı, İzmir, Türkiye

Belirli bir yaş popülasyonda histerektomi sonrası overlerin korunması, cerrahi menopoza önlemek amacıyla sıklıkla tavsiye ve tercih edilmektedir; ancak bu durum kalan overlerle ilgili oluşacak patolojilerin devam etmesi anlamına gelmektedir. Bu video histerektomi geçirmiş bir hastada gelişen over torsiyonunun ve buna bağlı aynı overde gelişen apse kliniğinin yönetimini sunmaktadır. Ciddi karın ağrısı, bulantı ve kusma şikayetleri ile başvuran 47 yaşındaki hasta sol overde yaklaşık 7 cm'lik kitle görünümü ve torsiyon şüphesi ile opere edildi. Hastaya laparoskopik bilateral ooferektomi uygulandı. Bu olgu over torsiyonunun ve buna bağlı apse gelişiminin nadir de olsa ayırıcı tanıda akılda tutulması gerektiğini ve laparoskopik yaklaşımın güvenli ve etkin bir tedavi seçeneği olduğunu vurgulamaktadır.

GİRİŞ: Over torsiyonu üreme çağındaki kadınlarda sık görülmekle birlikte, histerektomi sonrası kalan overin torsiyonu ve buna bağlı apse gelişimi nispeten nadir görülen bir durumdur. Önceki cerrahilere bağlı değişen pelvik anatomi ve adezyonlar tanı ve cerrahi yönetimi zorlaştırabilir. Bu videoda histerektomi öyküsü olan hastada gelişen over torsiyonunun ve buna bağlı gelişen ovarian apse kliniğinin laparoskopik yönetimi sunulmaktadır.

YÖNTEM: 47 yaşında hasta; şiddetli karın ağrısı, bulantı ve kusma şikayetleri ile başvurdu. Hasta yaklaşık 3 sene önce myoma uteriye bağlı anormal uterin kanama sebebiyle overleri korunarak total laparoskopik histerektomi ve bilateral salpenjektomi operasyonu geçirmişti. Başvuru anında bakılan tümör belirteçleri normal sınırlardaydı. Yapılan laboratuvar testlerinde CRP:(56 mg/L), WBC: (8.5 10³/uL) olarak saptandı. Hastaya ikili rejim antibiyoterapi başlandı. Dış merkezde yapılan MR görüntülemesinde sol over kaynaklı olduğu düşünülen kitle lezyonu izlendi. Poliklinik şartlarında yapılan ultrason muayenesinde ise sol overde yaklaşık 7 cm boyutunda kitle görünümü buna bağlı torsiyon şüphesiyle operasyon kararı verildi.

Hastaya tanısal laparoskopi planlandı. İntraoperatif gözlemlerde sağ over olağan izlendi. Rektum ve rektosigmoid alanın sol pelvik peritona ve Douglas boşluğuna yapışık olduğu görüldü. Diseksiyonlar ile adezyonlar ayrıldıktan sonra, sol overin infundibulopelvik ligament etrafında 2 tur torsiyone olduğu, adneksin inflame, ödemli ve yaklaşık 7 cm boyutunda apse ile uyumlu görünümde olduğu tespit edildi.

BULGULAR: Postoperatif takipte hastanın hemogram değerlerinde düşüş izlenmedi ve herhangi bir komplikasyon gelişmedi. Antibiyoterapi ile birlikte operasyon sonrası süreçte birlikte enfeksiyon parametreleri ve mevcut kliniği geriledi. Hasta önerilerle taburcu edildi. Histopatolojik inceleme sonucu enfektif süreçler ve torsiyon lehine raporlandı.

SONUÇ: Histerektomi sonrası hastalarda over torsiyonu, tanısal açıdan zorlayıcı olabilir ve her zaman akla ilk gelecek seçenek olmayabilir. Aynı zamanda bu hastalarda torsiyona bağlı apse gelişimi oldukça nadir görülebilecek bir tablodur ve bu durumu preoperatif dönemde yapılan görüntülemelerde kitle görünümü oluşturabilir. Laparoskopik yönetim özellikle geçirilmiş cerrahi öyküsü olan hastalarda hemostaz ve anatomik yapıların dikkatli tanımlanması, postoperatif komplikasyonları en aza indirmek için tercih edilmelidir.

Anahtar Kelimeler: histerektomi, laparoskopi, ovarian apse, over torsiyonu

MİNİMAL İNVAZİV
JİNEKOLOJİ DERNEĞİMİNİMAL İNVAZİV
JİNEKOLOJİK ONKOLOJİ DERNEĞİROBOTİK JİNEKOLOJİK
CERRAHİ DERNEĞİ

8. MİNİMAL İNVAZİV JİNEKOLOJİK CERRAHİ KONGRESİ

12-14 Şubat 2026 / Wyndham Grand İstanbul Levent Hotel & Conference Center

SB-064

vNOTES Omentectomy for Surgical Staging in a Postmenopausal Patient with Borderline Ovarian Tumor: A Minimally Invasive Approach

Selçuk Erkıılınç¹, İlker Çakır¹, Sena Özcan²,Ayşe Betül Öztürk³¹Izmir Democracy University, Buca Seyfi Demirsoy Education and Research Hospital²Republic of Turkey Ministry of Health Sarıgöl State Hospital³Republic of Turkey Ministry of Health Mus State Hospital

BACKGROUND: Borderline ovarian tumors (BOTs) account for approximately 10–20% of epithelial ovarian neoplasms and are characterized by low malignant potential but a requirement for comprehensive surgical staging. In postmenopausal women, standard management includes total hysterectomy, bilateral salpingo-oophorectomy, peritoneal sampling, and omental assessment. In recent years, minimally invasive surgical techniques have gained increasing acceptance in the management of BOTs, as they provide reduced perioperative morbidity, faster recovery, and improved patient comfort without compromising oncologic outcomes. Vaginal natural orifice transluminal endoscopic surgery (vNOTES) is an innovative minimally invasive approach that avoids abdominal incisions while offering direct access to pelvic and lower abdominal structures, making it a promising alternative for surgical staging in selected patients.

METHODS: A 61-year-old postmenopausal woman with a history of two vaginal deliveries was evaluated for a right adnexal mass. Transvaginal ultrasonography and magnetic resonance imaging revealed a 6.5 × 4.5 cm cystic lesion with thin septations and solid papillary projections. Serum tumor markers were within normal limits. Surgery was performed under general anesthesia with the patient in the high lithotomy position. Following posterior and anterior colpotomy, access to the peritoneal cavity was obtained. Total hysterectomy and bilateral salpingo-oophorectomy were completed using the vNOTES approach. The right ovary was removed intact and submitted for frozen section analysis. After intraoperative confirmation of a borderline ovarian tumor, vNOTES omentectomy and multiple peritoneal biopsies were performed as part of surgical staging.

RESULTS: The total operative time was 176 minutes. No

intraoperative or early postoperative complications were observed. The patient was extubated uneventfully and discharged on postoperative day one. Final histopathological examination confirmed an atypical proliferative (borderline) serous tumor of the right ovary with an intact capsule. Omental and peritoneal biopsies showed no evidence of malignancy.

CONCLUSION: This case illustrates that vNOTES is a safe and feasible minimally invasive approach for comprehensive surgical staging, including omental assessment, in selected postmenopausal patients with borderline ovarian tumors. By eliminating abdominal trocar placement, vNOTES offers low morbidity, rapid postoperative recovery, and favorable cosmetic outcomes, supporting its potential role as an effective alternative in contemporary gynecologic oncologic surgery.

Keywords: Borderline ovarian tumor, vNOTES omentectomy, minimally invasive surgery

MİNİMAL İNVAZİV
JİNEKOLOJİ DERNEĞİMİNİMAL İNVAZİV
JİNEKOLOJİK ONKOLOJİ DERNEĞİROBOTİK JİNEKOLOJİK
CERRAHİ DERNEĞİ

8. MİNİMAL İNVAZİV JİNEKOLOJİK CERRAHİ KONGRESİ

12-14 Şubat 2026 / Wyndham Grand İstanbul Levent Hotel & Conference Center

SB-065

Tamoksifen kullanan opere meme kanserli hastada endometrial kalınlık artışının vnotes ile cerrahi yönetimi: olgu sunumu

Temel Uslu, Eda Güner Özen, Ahkam Göksel Kanmaz, Yaşam Kemal Akpak
Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, İzmir Şehir Hastanesi, İzmir, Türkiye

GİRİŞ: Tamoksifen, hormon reseptör pozitif meme kanseri tedavisinde yaygın olarak kullanılan selektif östrojen reseptör modülatörüdür. Meme dokusunda antiöstrojenik etki gösterirken, endometrium üzerinde parsiyel agonist etki oluşturarak endometrial kalınlaşma, polip, hiperplazi ve nadiren malignite riskini artırabilmektedir. Bu nedenle tamoksifen kullanan hastalarda düzenli jinekolojik takip büyük önem taşımaktadır.

Son yıllarda minimal invaziv cerrahi yaklaşımlar arasında yer alan vaginal natural orifice transluminal endoscopic surgery (vNOTES), uygun hastalarda güvenli ve etkin bir cerrahi alternatif olarak öne çıkmaktadır. Bu bildiride, tamoksifen kullanan opere meme kanserli bir hastada endometrial kalınlık artışının vNOTES yaklaşımıyla cerrahi yönetimi sunulmaktadır.

YÖNTEM: Elli yaşında, meme kanseri nedeniyle opere edilmiş ve yaklaşık üç yıldır adjuvan tamoksifen tedavisi kullanan hasta, rutin jinekolojik kontrol amacıyla kliniğimize başvurdu. Hastanın ek sistemik hastalık öyküsü bulunmamaktaydı.

Transvajinal ultrasonografide uterus antevert antefleks pozisyonunda izlenmiş olup endometrial kalınlık 28 mm olarak ölçüldü. Sol over olağan görünümdeydi; sağ overde 28×22 mm boyutlarında, düzgün sınırlı, homojen içerikli basit kist saptandı. Doppler incelemede patolojik vaskülarizasyon izlenmedi.

Daha önce yapılan pipelle endometrial biyopsi sonucunda endometrial polip ile uyumlu histopatolojik bulgular elde edilmişti. Hastanın tamoksifen kullanım öyküsü, postmenopozal yaş grubuna yakın olması ve eşlik eden over kisti nedeniyle, hasta ile tedavi seçenekleri tartışılarak vNOTES yöntemiyle total histerektomi ve bilateral salpingo-ooferektomi planlandı.

BULGULAR: Hastaya genel anestezi altında vNOTES yaklaşımı ile total histerektomi ve bilateral salpingo-ooferektomi uygulandı. Cerrahi işlem sırasında intraoperatif komplikasyon gelişmedi. Kanama miktarı minimaldi ve ek

cerrahi girişim ihtiyacı olmadı. Postoperatif dönemde hastanın genel durumu stabildi. Oral alımı erken dönemde başlatıldı ve mobilizasyon sağlandı. Hasta postoperatif birinci günde sorunsuz şekilde taburcu edildi.

SONUÇ: Tamoksifen kullanan hastalarda endometrial patolojiler asemptomatik seyredebilmekte ve malignite riski nedeniyle dikkatli değerlendirme gerektirmektedir. Cerrahi endikasyonu bulunan uygun olgularda vNOTES histerektomi ve bilateral salpingo-ooferektomi, minimal invaziv yapısı, hızlı iyileşme süreci ve düşük morbidite oranları ile güvenli ve etkili bir cerrahi seçenek olarak değerlendirilebilir. Uygun hasta seçimi ile başarılı cerrahi sonuçlar elde edilebilmektedir.

Anahtar Kelimeler: Tamoksifen, Endometrial kalınlık artışı, vNOTES cerrahisi

MİNİMAL İNVAZİV
JİNEKOLOJİ DERNEĞİMİNİMAL İNVAZİV
JİNEKOLOJİK ONKOLOJİ DERNEĞİROBOTİK JİNEKOLOJİK
CERRAHİ DERNEĞİ

8. MİNİMAL İNVAZİV JİNEKOLOJİK CERRAHİ KONGRESİ

12-14 Şubat 2026 / Wyndham Grand İstanbul Levent Hotel & Conference Center

SB-066

Derin İnfiltratif Endometriozis Olgusunda V-NOTES Yaklaşımı ile Sentinel Lenf Nodu Diseksiyonu ve Total Histerektomi+ Bilateral Salpingooferektomi

Ghanim Khatib, Mesut Mısırlıoğlu, Farida Amirova
Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Balcalı Hastanesi
Kadın Hastalıkları ve Doğum, Adana

AMAÇ: Derin infiltratif endometriozis (DİE), pelvik anatomiye bozarak cerrahi yönetimi güçleştiren kompleks bir hastalıktır. Bu video sunumunun amacı, DİE eşlik eden endometrioid karsinom olgusunda V-NOTES (Vaginal Natural Orifice Transluminal Endoscopic Surgery) yaklaşımı ile sentinel lenf nodu diseksiyonu eşliğinde total histerektomi ve bilateral salpingooferektominin uygulanabilirliğini ve cerrahi teknik ayrıntılarını göstermektir.

OLGU: Sunulan cerrahi video; anormal uterin kanama nedeniyle endometrial biyopsi yapılan ve endometrioid karsinom tanısı alan, aynı zamanda uterosakral ligaman ve rektovajinal septumda derin infiltratif endometriozis nodülleri bulunan bir hastada gerçekleştirilen V-NOTES yaklaşımı ile bilateral sentinel lenf nodu diseksiyonu, histerektomi ve bilateral salpingooferektomi işlemini içermektedir.

BULGULAR/CERRAHİ TEKNİK: Serviks saat 3-9 hizasına submukozal ICG uygulamasını takiben sağ forniks hizasında vajen insizyonu ve künt disseksiyonlarla sağ pelvik alana ulaşıldı. Sağ pelvik alanda ureter, eksternal iliak damarlar ve obturator sinir korunarak 1 adet obturator lenf nodu eksize ve eksterne edildi. Aynı işlemler sol tarafta da gerçekleştirildi. V-NOTES yaklaşımı ile total histerektomi ve bilateral salpingooferektomi komplikasyonsuz olarak gerçekleştirildi. İntraoperatif kan kaybı minimal olup ek abdominal trokar gereksinimi olmamıştır. Postoperatif dönemde hasta hızlı mobilize edilmiş ve kısa sürede taburcu edilmiştir.

SONUÇ: Derin infiltratif endometriozis varlığı, günümüz bilimsel veriler ışığında V-NOTES yaklaşımı için kontrendike kabul edilmektedir. V-NOTES yaklaşımı, doğru anatomik planlarda ilerlenmesi halinde derin infiltratif endometriozis olgularında minimal invaziv yöntem olarak alternatif sunabilir. Bu video sunumu, ileri düzey endometriozis ve eşlik eden jinekolojik malignitelerde, doğru anatomik planlarda ilerlenmesi halinde V-NOTES'un uygulanabilir, güvenli ve etkili bir cerrahi seçenek olduğunu göstermektedir.

Anahtar Kelimeler: Endometriozis, vnotes, endometriumca

SB-067

V-NOTES right sentinel lymph node excision and left pelvic lymphadenectomy

Oğuzhan Kayım, Duygu Güzel, Ghanim Khatib
Cukurova University Faculty of Medicine, Gynecologic
Oncology Department, Adana

Vaginal natural orifice transluminal endoscopic surgery (V-NOTES) has increasingly been preferred in recent years due to its ability to reduce postoperative morbidity and provide favorable cosmetic outcomes. In this video, we aimed to demonstrate the feasibility and safety of performing right sentinel lymph node excision combined with left pelvic lymphadenectomy using V-NOTES approach in gynecologic oncology.

This video presents the surgical steps of V-NOTES procedure performed in a patient requiring lymphatic assessment. Following transvaginal access, pelvic anatomy was systematically identified. Right-sided sentinel lymph node excision was performed, followed by left pelvic lymphadenectomy. Key anatomic landmarks, dissection planes, and technical tips facilitating adequate exposure and safe lymph node removal are highlighted.

The procedure was successfully completed via the V-NOTES approach without intraoperative complications. Adequate exposure of the pelvic spaces allowed precise identification and excision of the sentinel lymph node on the right side. On the left side, there was no sentinel lymph node staining with indocyanine green. Therefore, systemic pelvic lymphadenectomy was performed on the left side. The technique provided effective lymphatic staging while preserving the benefits of minimally invasive surgery.

V-NOTES enables pelvic lymphadenectomy with efficacious exposure and surgical safety. This approach may represent a valuable minimally invasive alternative for selected patients requiring lymph node assessment in gynecologic oncology.

Keywords: Endometrial cancer, v-notes, sentinel lymphadenectomy, gynecologic oncology

MİNİMAL İNVAZİV
JİNEKOLOJİ DERNEĞİMİNİMAL İNVAZİV
JİNEKOLOJİK ONKOLOJİ DERNEĞİROBOTİK JİNEKOLOJİK
CERRAHİ DERNEĞİ

8. MİNİMAL İNVAZİV JİNEKOLOJİK CERRAHİ KONGRESİ

12-14 Şubat 2026 / Wyndham Grand İstanbul Levent Hotel & Conference Center

SB-068

Adheziv Pelvis ve Myoma Uteri Eşliğinde Endometrial Karsinom Olgusunda vNOTES Ekstraperitoneal Sentinel Lenf Nodu Diseksiyonu ve Gazsız Histerektomi

Farida Amirova, Mesut Mısırlıoğlu, Ghanim Khatib
Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Balcalı Hastanesi
Kadın Hastalıkları ve Doğum, Adana

AMAÇ: Bu video sunumunun amacı, myoma uteri eşlik eden ve pelvik adhezyonları bulunan endometrial karsinom olgusunda vNOTES ekstraperitoneal sağ sentinel lenf nodu diseksiyonu ile gazsız histerektomi ve unilateral sol salpingooforektomi tekniğinin uygulanabilirliğini ve cerrahi aşamalarını göstermektir.

OLGU VE CERRAHİ TEKNİK: Endometrial karsinom tanısı olan, geçirilmiş cerrahilere bağlı belirgin pelvik adhezyonları bulunan olguda cerrahi planlandı. Sentinel lenf nodu haritalaması amacıyla serviks saat 3-9 hizasına submukozal ICG uygulamasını takiben sağ forniks hizasında vajen insizyonu ve künt diseksiyonlarla sağ pelvik alana ulaşıldı. Sağ pelvik alanda ureter, eksternal iliak damarlar ve obturator sinir korunarak 1 adet obturator lenf nodu eksize ve eksterne edildi. Ardından anterior ve posterior kolpotomi yapılarak total histerektomi ve unilateral sol salpingooforektomi uygulandı. Histerektomi, CO2 insuflasyonu olmadan gerçekleştirildi. İntraoperatif kan kaybı minimal olup ek abdominal trokar gereksinimi olmadı. Postoperatif dönemde hasta hızlı mobilize edildi ve kısa sürede taburcu edildi.

SONUÇ: vNOTES ekstraperitoneal sentinel lenf nodu diseksiyonu, endometrial karsinom olgularında uygulanabilir bir seçenek olarak değerlendirilebilir. Bunun yanında, vNOTES yaklaşımı, CO2 insuflasyonuna gerek olmadan da uygulanabilir olmasından dolayı, minimal invaziv cerrahinin avantajlarını koruyarak alternatif bir yaklaşım sunmaktadır.

Anahtar Kelimeler: VNOTES, GAZSIZ, ENDOMETRİUMCA

SB-069

Postmenopozal Adneksiyal Kitlede V-NOTES Yaklaşımı: Total Histerektomi ve Bilateral Salpingooforektomi Olgu Sunumu

Sevtap Seyfettinoglu, Asena Büşra Torun, Haydar Mısırlıoğlu, Sevda Bas, Mehmet Ali Narin
Adana Şehir Eğitim ve Araştırma Hastanesi Jinekolojik Onkoloji Kliniği

GİRİŞ: V-NOTES (Transvajinal Doğal Orifis Transluminal Endoskopik Cerrahi), abdominal insizyon gerektirmeden vajinal yoldan gerçekleştirilen minimal invaziv bir cerrahi yaklaşımdır. Adneksiyal kitle olgularında spesimenin rüptüre edilmeden çıkarılması kritik önem taşır. Bu bildiride 10 cm adneksiyal kitle nedeniyle v-NOTES histerektomi + bilateral salpingooforektomi uygulanan 54 yaş hastanın cerrahi süreci sunulmuştur.

OLGU: 54 yaş kadın hastada ultrasonografide 10 cm adneksiyal kitle saptandı. Uterusu normalden büyük ve postmenopozal kanamaları da olan olguda endometrial biyopsi sonucu benign saptandı. Tümör belirteçleri ve görüntüleme değerlendirmeleri sonrası adneksiyal kitlesi benign patoloji düşünülen olguda cerrahi yaklaşım olarak v-NOTES total histerektomi + bilateral salpingooforektomi (BSO) tercih edildi.

Litotomi pozisyonunda anterior ve posterior kolpotomi ile vajinal giriş sağlandı. Sakrouterin ligamanlar kesilip ligate edildikten sonra serviks her iki ön ve arka dudak tam kat geçilerek suture edilmiş ve vaka sürecinde traksiyon için kullanılacak askı oluşturulmuştur. V notes port yerleştirilerek CO₂ ile pnömoperitoneum oluşturuldu. 30 derece teleskop ve yardımcı portlar ile endoskopik enstrümanlar kullanılarak etap etap kardinal ligamanlar, uterin arterler, lig rotundumlar koagule edilip kesildi. Ardından bilateral infundibulopelvik ligamanlar enerji cihazı ile kapatıldı. Pelvik ve abdominal eksplorasyonda ek patoloji izlenmedi. Spesimen, kitle rüptüre edilmeden vajinal yoldan çıkarıldı.

BULGULAR: Operasyon sorunsuz tamamlandı. Toplam operasyon süresi 42 dakika olup tahmini kan kaybı 50 ml idi. Postoperatif hemoglobin düşüşü izlenmedi. İntraoperatif ve postoperatif komplikasyon izlenmedi.

Anahtar Kelimeler: v-notes, adneksiyal kitle, minimal invaziv cerrahi

MİNİMAL İNVAZİV
JİNEKOLOJİ DERNEĞİMİNİMAL İNVAZİV
JİNEKOLOJİK ONKOLOJİ DERNEĞİROBOTİK JİNEKOLOJİK
CERRAHİ DERNEĞİ

8. MİNİMAL İNVAZİV JİNEKOLOJİK CERRAHİ KONGRESİ

12-14 Şubat 2026 / Wyndham Grand İstanbul Levent Hotel & Conference Center

SB-070

V-NOTES extraperitoneal sacrocolpopexy

Ghanim Khatib¹, Oğuzhan Kayım¹, Nimetullah Sarıyıldız²,
Duygu Güzel¹, Mehmet Ali Vardar¹

¹Cukurova University Faculty of Medicine, Gynecologic
Oncology Department, Adana

²Cukurova University Faculty of Medicine, Obstetrics and
Gynecology Department, Adana

To demonstrate the surgical steps and feasibility of sacrocolpopexy performed via vaginal natural orifice transluminal endoscopic surgery (vNOTES) in the management of apical pelvic organ prolapse.

This video presents a step-by-step vNOTES sacrocolpopexy procedure performed in a patient with symptomatic apical pelvic organ prolapse. Following vaginal access and creation of the vNOTES platform, pelvic dissection was carried out to expose the sacral promontory. A synthetic mesh was fixed to the vaginal apex and anchored to the anterior longitudinal ligament using endoscopic suturing. Peritoneal closure was completed to fully cover the mesh.

The procedure was successfully completed without intraoperative complications. Adequate exposure of the sacral promontory and secure mesh fixation were achieved. The vNOTES approach allowed excellent visualization, minimal blood loss, and avoided abdominal incisions.

vNOTES sacrocolpopexy is a feasible and minimally invasive alternative for the treatment of apical pelvic organ prolapse, combining the benefits of vaginal access with endoscopic visualization. This technique may offer reduced postoperative morbidity and improved cosmetic outcomes in selected patients.

Keywords: vnotes, sacrocolpopexy, prolapse

SB-084

Vasküler malformasyonu taklit eden RPOC vakasının histeroskopik eksizyonu: olgu sunumu

Zeynep Umay Gürbüz¹, Defne Ceylin Gürbüz², Ali Sami Gürbüz³

¹Koç Üniversitesi Tıp Fakültesi İstanbul

²İstinye Üniversitesi Tıp Fakültesi İstanbul

³Novafertil Tüp Bebek Merkezi Konya

GİRİŞ: Abortus sonrası devam eden uterin kanamalarda en sık nedenlerden biri retained product of conception (RPOC) olmakla birlikte, kazanılmış myometrial vasküler malformasyon gibi nadir patolojiler de benzer klinik tabloyla ortaya çıkabilir. Bu iki durumun ultrasonografik görüntülerinin örtüşmesi tanısal güçlük yaratmaktadır. Color Doppler değerlendirme ayırıcı tanıda yol gösterici olsa da, kesin tanı ve tedavi çoğu zaman histeroskopi ile sağlanmaktadır. Bu sunumda, abortus sonrası tekrarlayan şiddetli kanamalarla başvuran ve ultrasonografide artmış vaskülarizasyon nedeniyle vasküler malformasyon düşünülen ancak histeroskopik incelemede RPOC saptanan olgu aktarılmaktadır.

YÖNTEM-BULGULAR: 35 yaşında, G4P2A2 olan hasta yaklaşık bir ay önce 7 haftalık gebelik sırasında şiddetli kanama nedeniyle dış merkeze başvurmuş ve intrauterin eksitus tanısıyla medikal abortus uygulanmıştır. Ardından gebelik materyali tam temizlenemediği için vakum küretaj yapılmıştır. İşlemden 8 gün sonra hasta tekrar ciddi kanama ile aynı kuruma başvurmuş ve rest abortus düşünüldüğünden ikinci kez küretaj uygulanmış, ayrıca 2 ünite eritrosit süspansiyonu verilmiştir.

Hastanın lekelenme tarzında kanamalarının devam etmesi üzerine yaklaşık 20 gün sonra merkezimize başvurdu. Muayene ve ultrasonografide, sol kornuaya yakın bölgede 2 cm çapında, anekoik alanlar içeren ve color Doppler ile değerlendirildiğinde uterusun diğer bölgelerine kıyasla belirgin artmış vaskülarizasyon gösteren bir lezyon saptandı. Hastanın öyküsündeki yoğun kanama epizodları nedeniyle kazanılmış myometrial vasküler malformasyon ve RPOC ayırıcı tanılarıyla histeroskopi planlandı. Histeroskopide, 19 Fr Intrauterine BIGATTI Shaver (IBS®) kullanılarak servikal kanaldan kaviteye girildi ve sol kornuaya yakın yaklaşık 2 cm çapında RPOC dokusu izlendi. Endotouch yardımıyla eksizyona başlandı. İşlem sırasında artan kanamanın oluşturduğu görüş kısıtlılığı intrauterin basınç yükseltilerek kontrol altına alındı. Eksizyon sonrası açığa çıkan damar uçları koterize edilerek işlem sonlandırıldı.

MİNİMAL İNVAZİV
JİNEKOLOJİ DERNEĞİMİNİMAL İNVAZİV
JİNEKOLOJİK ONKOLOJİ DERNEĞİROBOTİK JİNEKOLOJİK
CERRAHİ DERNEĞİ

8. MİNİMAL İNVAZİV JİNEKOLOJİK CERRAHİ KONGRESİ

12-14 Şubat 2026 / Wyndham Grand İstanbul Levent Hotel & Conference Center

dı. Patoloji sonucu gebelik materyali ile uyumlu geldi. Postoperatif 1. ay kontrolünde kanama veya başka bir komplikasyon izlenmedi.

SONUÇ: RPOC ve kazanılmış myometrial vasküler malformasyonun ayırıcı tanısında color Doppler ultrasonografi önemli bir yere sahiptir. Ancak görerek eksizyon ve eş zamanlı hemostazi imkânı sağlaması nedeniyle kesin tanı ve tedavide histeroskopi öncelikli yöntemdir.

Anahtar Kelimeler: Vasküler malformasyonu, RPOC, histeroskopi, Intrauterin Bigatti Shaver (IBS)

SB-086

Laparoskopik paraaortik lenfadenektomi

Yakup Yalçın

Bursa Uludağ Üniversitesi, Jinekolojik Onkoloji Cerrahisi, Bursa

AMAÇ: Seröz endometrial karsinom, agresif biyolojik davranışı ve erken lenfatik yayılım eğilimi nedeniyle yüksek riskli endometrial kanser alt tiplerinden biridir. Bu bildiride, preoperatif görüntüleme metastaz saptanmamasına rağmen ileri evre hastalık ile sonuçlanan bir seröz endometrial karsinom olgusu sunulmaktadır.

OLGU: Kırk sekiz yaşında, postmenopozal kanama şikâyetiyle başvuran hastaya endometrial biyopsi yapıldı ve patoloji sonucu seröz endometrial karsinom olarak raporlandı. Ultrasonografide uterin kavitede 2,5 cm boyutunda kitle saptandı. Preoperatif evreleme amacıyla yapılan PET/BT görüntülemesinde uzak metastaz veya patolojik lenf nodu tutulumu izlenmedi. Hasta primer cerrahiye alındı ve total laparoskopik histerektomi, bilateral salpingo-ooferektomi, omentektomi ile birlikte sistematik pelvik ve paraaortik lenfadenektomi uygulandı. Nihai patolojik incelemede seröz histoloji doğrulandı, pelvik ve paraaortik mikrometastatik lenf nodu saptanarak hastalık FIGO 2023 evreleme sistemine göre evre IIIC2i olarak değerlendirildi. Hastaya adjuvan kemoradyoterapi verildi.

SONUÇ: Bu olguda laparoskopik sistematik pelvik ve paraaortik lenfadenektomi sunulmaktadır. Seröz endometrial karsinomda preoperatif görüntüleme yöntemlerinin sınırlı duyarlılığını ve kapsamlı cerrahi evrelemenin önemini vurgulamaktadır. Klinik olarak erken evre olan hastalarda dahi sistematik pelvik ve paraaortik lenfadenektomi, doğru evreleme ve adjuvan tedavi planlaması açısından kritik rol oynamaktadır. Günümüzde yüksek riskli hastalarda bile standart evreleme olarak kullanılan sentinel lenf nodu biyopsi yapılamayan durumda sistematik pelvik ve paraaortik lenfadenektomi uygulanmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Endometrium kanseri, paraaortik lenfadenektomi, metastaz

MİNİMAL İNVAZİV
JİNEKOLOJİ DERNEĞİMİNİMAL İNVAZİV
JİNEKOLOJİK ONKOLOJİ DERNEĞİROBOTİK JİNEKOLOJİK
CERRAHİ DERNEĞİ

8. MİNİMAL İNVAZİV JİNEKOLOJİK CERRAHİ KONGRESİ

12-14 Şubat 2026 / Wyndham Grand İstanbul Levent Hotel & Conference Center

SB-087

Histeroskopik ve Laparoskopik Değerlendirme ile Unikornuatus Uterus Tanısı: Bir Olgu Sunumu

Aybüke Uç Öztürk, İlter Bakkaloğlu, Mahmut Menduh Öztop, Kemal Hansu, Alev Ozer
Kahramanmaraş sütçü imam üniversitesi, kadın hastalıkları ve doğum, kahramanmaraş

GİRİŞ: Müllerian kanal anomalileri, kadın genital sisteminin embriyolojik gelişim kusurlarına bağlı olarak ortaya çıkan konjenital malformasyonlar olup toplumda yaklaşık %4–7 oranında bildirilmektedir. Unikornuatus uterus, tek taraflı Müllerian kanal gelişiminde duraklama sonucu oluşur ve ESHRE/ESGE sınıflamasına göre Class U4 olarak tanımlanır. Bu anomalide uterin kavite asimetrik yapıdadır ve bu durum özellikle histeroskopik değerlendirme sırasında uterin septum ile karışabilmekte, yanlış tanı ve gereksiz intrauterin cerrahi girişimlere neden olabilmektedir. Doğru tanı, infertilite yönetimi ve obstetrik prognoz açısından büyük önem taşımaktadır.

OLGU SUNUMU: Otuz beş yaşında kadın hasta (G2P1A1Y1), sekonder infertilite şikayeti ile kliniğimize başvurdu. Hastanın obstetrik öyküsünde 18 yıl önce gerçekleşen bir miad sezaryen doğum ve son 15 yıldır düzenli korunmasız ilişkiye rağmen gebelik elde edememe öyküsü mevcuttu. Özgeçmişinde ise 2019 ve 2021 yıllarında gerçekleştirilen ikişer adet histeroskopik polipektomi ve septum rezeksiyonu ile bir adet laparotomik miyomektomi operasyonu saptandı. Hastanın 2025 yılındaki IVF denemesi sonrası gelişen ikiz gebeliği; 7. gestasyonel haftada “vanishing twin” sendromu ve 24. haftada spontan abortus ile sonuçlanmıştı.

TANISAL DEĞERLENDİRME: Hastanın dış merkezde yapılan ve “normal” olarak raporlanan Histerosalpingografi (HSG) görüntülerine ulaşamadı. Tekrarlayan cerrahi başarısızlıklar ve klinik öykü nedeniyle ileri endoskopik değerlendirme kararı alındı.

Tanısall histeroskopide; sağ tubal ostiumun doğal olarak izlendiği, sol tubal ostiumun ise seçilemediği gözlemlendi. Kavite aksının belirgin şekilde sağa deviye olması unikornuatus uterus lehine değerlendirildi.

Laparoskopik gözlemde; sağ hornun normal boyutlarda ve orta hatta yakın konumlandığı; sol kornual bölgede yaklaşık 2 cm çapında, kavite ile ilişkisi bulunmayan bir rudimenter horn yapısı saptandı. Sol tubanın bu rudimenter hornndan köken aldığı görüldü. Eş zamanlı yapılan transillüminasyon

testinde (HS-LS yardımcı), ışık reflesinin yalnızca sağ kornuda izlenmesi tanıyı cerrahi olarak teyit etti.

Kromopertubasyonda sağ tubadan serbest pasaj izlenirken, sol tarafta geçiş saptanmadı. Olgu, “Unikornuatus uterus ve sol non-komünikan rudimenter horn” olarak tanımlandı.

TARTIŞMA: Bu olgu iki kritik noktayı vurgulamaktadır. İlki, unikornuatus uterusun asimetrik yapısının “yalancı septum” izlenimi vererek hatalı rezeksiyonlara yol açabilmesidir. Hastanın geçmişteki iki septum operasyonu bu yanlışlığı doğrulamaktadır. İkincisi, 24. haftadaki gebelik kaybı, unikornuatus uterustaki azalmış kavite hacmi ve yetersiz vaskülarizasyon ile ilişkilidir. Bu riskler, prekonseptüel dönemde doğru tanının ve yakın obstetrik takibin önemini kanıtlamaktadır.

SONUÇ: Tekrarlayan başarısız intrauterin cerrahi öyküsü olan hastalarda tanı histeroskopisi ile sınırlandırılmamalıdır. HSG, 3D USG ve altın standart olan laparoskopinin multidisipliner kullanımı, Müllerian anomalilerin doğru sınıflandırılması için esastır.

Anahtar Kelimeler: unikornuat uterus, infertilite, rudimenter horn, histeroskopisi, laparoskopisi

MİNİMAL İNVAZİV
JİNEKOLOJİ DERNEĞİMİNİMAL İNVAZİV
JİNEKOLOJİK ONKOLOJİ DERNEĞİROBOTİK JİNEKOLOJİK
CERRAHİ DERNEĞİ

8. MİNİMAL İNVAZİV JİNEKOLOJİK CERRAHİ KONGRESİ

12-14 Şubat 2026 / Wyndham Grand İstanbul Levent Hotel & Conference Center

SB-088

Tekrarlayan Gebelik Kayıpları Olan Hastada Uterin Septum ve Rest Plasentaya Kombine Histeroskopik Yaklaşım: Video Sunumu

Mahmut Menduh Öztıp, İlter Bakkaloğlu, Aybüke Uç Öztürk, Kemal Hansu, Alev Özer
Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum, Kahramanmaraş

GİRİŞ: Tekrarlayan gebelik kayıpları (TGK), çiftlerin yaklaşık %1-2'sini etkileyen ve etiyojisi multifaktöriyel olan klinik bir tablodur. Müllerian anomaliler içinde yer alan uterin septum, gebelik kayıpları ile en güçlü korelasyona sahip anatomik faktördür. Öte yandan, gebelik sonlandırılması veya düşük sonrası uterin kavitede kalan gestasyonel ürünler (Rest Placenta / RPOC), kronik endometrit ve intra-uterin adezyonlara (Asherman Sendromu) yol açarak fertilitiyi olumsuz etkileyebilir. Bu sunumda, kompleks obstetrik öyküsü olan bir hastada tesbit edilen geniş uterin septum ve geç dönem rest dokusunun eş zamanlı histeroskopik tedavisini ve yönetim stratejisini literatür eşliğinde sunmayı amaçladık.

OLGU: 36 yaşında, G4P1A3Y0 obstetrik öyküye sahip kadın hasta, kliniğimize tekrarlayan kayıplar ve intermenstrüel kanama şikayetleriyle başvurdu. Hastanın öyküsünde; 2013'te 13. haftada hidrops fetalis nedeniyle D/C, 2014'te 24. haftada erken doğum ve postnatal kayıp, son olarak Ocak 2025'te 8. haftada missed abortus nedeniyle uygulanan D/C operasyonları mevcuttu. Dış merkezde yapılan son müdahaleden 6 ay sonra çekilen Histerosalpingografi (HSG) tetkikinde belirgin uterin septum ve bilateral tüplerde geçiş izlendi. Preoperatif Beta-HCG değeri 6 mIU/mL olarak saptandı. Hastaya anatomik düzeltme ve kavite eksplorasyonu amacıyla operatif histeroskopi planlandı.

YÖNTEM VE CERRAHİ TEKNİK: Genel anestezi altında diagnostik histeroskopi ile kaviteye girildi. Gözlemlenilen, fundustan internal os seviyesine kadar uzanan geniş uterin septum izlendi. Sağ tubal orifis komşuluğunda, çevre dokudan belirgin sınırlarla ayrılan, organize ve nekrotik görünümlü kitle (rest dokusu) tesbit edildi. Sol orifis doğal izlendi. İlk aşamada soğuk makas yardımıyla septum rezeksiyonu (septoplasti) yapılarak fundal hat düzleştirildi. Ardından rezektoskop enerjisi kullanılarak sağ orifis önündeki kitle yapısı çevre miyometriyuma zarar vermeden total rezeke edildi. Kavite kontrolü sonrası No:6 Karman kanül ile minimal küretaj uygulandı. Postoperatif adezyon riskini minimize etmek için kaviteye Foley kateter yerleştirilerek

balonu 5 cc şişirildi.

BULGULAR-SONUÇ: Patolojik inceleme sonucu "iltihabi kanamalı nekrotik desidua ve dejenere koryon villusları" olarak raporlanarak kronik rest tanısı kesinleşti. Postoperatif 72. saatte Foley kateter çekildi. Hastaya 21 günlük ardışık östrojen ve progesteron (Estrofem 2x1, Duphaston 2x1) ile profilaktik antibiyotik tedavisi verildi. Operasyondan bir ay sonra yapılan kontrol diagnostik histeroskopisinde; septumun tamamen eksize edildiği, kavite formunun doğal olduğu ve herhangi bir sineşi gelişmediği gözlemlendi.

TGK yönetiminde histeroskopi, hem tanısal doğruluğu hem de tedavi edici kapasitesiyle altın standarttır. Bu vaka, aylar önce yapılan D/C işlemlerine rağmen rest dokusunun persiste edebileceğini ve bunun "sekonder TGK" nedeni olabileceğini göstermektedir. Septumun soğuk makasla, rest dokusunun ise rezektoskopiyle kombine şekilde eksize edilmesi, endometrial hasarı minimize eden ve reproduktif sonuçları iyileştiren bir yaklaşımdır.

Anahtar Kelimeler: Histeroskopi, Uterin Septum, Rest Placenta, Tekrarlayan Gebelik Kaybı, Rezektoskopi.

MİNİMAL İNVAZİV
JİNEKOLOJİ DERNEĞİMİNİMAL İNVAZİV
JİNEKOLOJİK ONKOLOJİ DERNEĞİROBOTİK JİNEKOLOJİK
CERRAHİ DERNEĞİ

8. MİNİMAL İNVAZİV JİNEKOLOJİK CERRAHİ KONGRESİ

12-14 Şubat 2026 / Wyndham Grand İstanbul Levent Hotel & Conference Center

SB-089

Serviks Kanserinde intraperitoneal paraaortik sentinel lenf nodu diseksiyonu (ippsel)

Baran Yesil, Caner Çakır

Ankara Etlik Şehir Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum, Jinekolojik Onkoloji Cerrahisi, Ankara

Serviks kanserinde intraperitoneal paraaortik sentinel lenf nodu diseksiyonu (ippsel) uyguladığımız hastanın video sunumu yapılmıştır.

Anahtar Kelimeler: Serviks kanseri, sentinel, paraaortik lenf nodu

SB-090

Polar renal arter anomalisi varlığında güvenli laparoskopik paraaortik lenfadenektomi tekniği

Günay Mammadova, Caner Çakır

Etlik Şehir Hastanesi, Jinekolojik Onkoloji Cerrahisi

AMAÇ: Jinekolojik kanserlerin çoğunun ana yayılım yolu lenfatik yol olduğu için paraaortik lenf nodu diseksiyonu cerrahi evrelemenin temel basamaklarından biridir. Kadınların yaklaşık üçte birinde paraaortik bölgede en az bir anatomik varyasyon bulunur. Polar renal arter insidansı etnik kökene bağlı olarak %11,3 ile %59,5 arasında değişmektedir. Polar renal arter fonksiyonel olduğu için, iskemik hasarı önlemek ve böbrek yetmezliği komplikasyonlarına neden olmamak için vasküler yaralanmalara karşı son derece dikkatli olmak çok önemlidir. Bu video sunumun amacı, preoperatif bilgisayarlı tomografide saptanamayan polar renal arter varlığında laparoskopik paraaortik lenfadenektominin güvenli şekilde nasıl gerçekleştirilebileceğini, cerrahi anatomi ve teknik detaylar eşliğinde ortaya koymaktır.

YÖNTEM: 43 yaş, G2P2, BMI:25 postmenopozal kanama şikayeti ile yapılan histopatolojik örneklemede grade 1 endometrioid tip endometrium kanseri saptanan hasta sunulmuştur. Transvajinal ultrasonografide uterus 77*35 mm, endometrium kalınlığı:8 mm, sol adneksiyel alanda 57*40 mm heterojen kistik oluşum saptanması üzerine hastaya tomografi çekilerek laparoskopik evreleme cerrahisi planlanmıştır. Frozen patoloji sonucunun granüloza hücreli tümör olarak yorumlanması üzerine laparoskopik paraaortik lenf nodu diseksiyonu uygulanmıştır. Eksplozasyon sırasında, renal hilusa katılmadan doğrudan sağ böbrek alt polünü besleyen sağ polar renal arter saptandı. Video sunumda, paraaortik alanın peritoneal insizyonu sonrası retroperitoneal diseksiyonun sistematik ilerleyişi detaylandırılmaktadır. Sağ üreter, inferior vena kava, abdominal aorta, inferior mezenterik arter ve renal ven gibi önemli anatomik landmarklar tanımlanmıştır. Sağ polar renal arter, erken dönemde identifiye edilerek diseksiyon boyunca sürekli vizüel kontrol altında tutulmuştur.

SONUÇ: Jinekolojik onkoloji cerrahinin, laparoskopik paraaortik lenfadenektomi sırasında vasküler yaralanmayı önlemek için retroperitoneal vasküler anatomi bilgisi, vasküler anormallikleri kontrol etmek için ameliyat öncesi görüntüleme çalışmalarını incelemesi, laparoskopik cerrahi deneyimi ve doğru cerrahi tekniğe sahip olması önemlidir. Renal arter varyasyonlarının preoperatif görüntüleme yön-

MİNİMAL İNVAZİV
JİNEKOLOJİ DERNEĞİMİNİMAL İNVAZİV
JİNEKOLOJİK ONKOLOJİ DERNEĞİROBOTİK JİNEKOLOJİK
CERRAHİ DERNEĞİ

8. MİNİMAL İNVAZİV JİNEKOLOJİK CERRAHİ KONGRESİ

12-14 Şubat 2026 / Wyndham Grand İstanbul Levent Hotel & Conference Center

temleriyle her zaman saptanamayabileceği göz önünde bulundurulmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Laparoskopik paraaortik lenfadenektomi, renal arter varyasyonu, polar renal arter, jinekolojik onkoloji, minimal invaziv cerrahi

SB-091

Video endoskopik inguinal lenf nodu diseksiyonu olgu sunumu

Mustafa Taze, Burak Ersak, Caner Çakır

Etlik Şehir Hastanesi, Jinekolojik Onkoloji Kliniği, Ankara

GİRİŞ: Vulva kanseri, jinekolojik kanserler arasında nadir görülür. Açık cerrahi ile yapılan inguinal lenf nodu diseksiyonu flebit, yara enfeksiyonu, yara dehissansı, flep nekrozu gibi çeşitli komplikasyonlara neden olabilen morbiditesi yüksek bir ameliyattır. Jinekolojik onkoloji pratiğinde yaygın olmayan fakat yapılan çalışmalarda morbidite oranı daha düşük saptanan video endoskopik inguinal lenf nodu diseksiyonu (VEİL) tekniği uygulanan bir vaka sunuldu.

BULGULAR: 59 yaşında kadın hasta, sağ labia majorda lokalize vulvar kaşıntı şikayeti ile başvurdu. Öz geçmişinde çölyak hastalığı ve hipertansiyonu olduğu öğrenildi. Soy geçmişinde özellik yoktu. Vulvar biyopsi sonucunda HPV ilişkisiz skuamöz hücreli karsinom saptandı. Hasta çekilen pelvik mr da sağ labium majorda parasantarlı yerleşimli 30*10 mmlik labiada sınırlı kitle izlenmiştir. Kitle vagen distaline uzanım göstermekte idi. Pelvik lenfadenopati saptanmadı. Çekilen pet ct de uzak organ tutulumu saptanmadı. Sağ labiumdaki lezyondan metabolik aktivite saptandı(-SUV max18.42). sol inguinal lenfadenopati saptandı(SUV max:5.66).

YÖNTEM: Hastaya cerrahi teknik olarak radikal vulvektomi ve inguinal lenf nodu diseksiyonu (VEİL) uygulandı. Tabanı inguinal ligament boyunca pubik tuberkül ile spina ischiadica anterior superior arasında uzanan yaklaşık 25 cm'lik yüksekliği olan ve lateral sınırlarını adduktor longus kası ile sartorius kasının oluşturduğu hayali bir ters üçgen çizildi. Üçgenin tepe noktasından 2 cm'lik bir insizyonla cilt ve cilt altı Scarpa fasyası altına girilerek künt diseke edildi. Optik trokar yerleştirildi, 15mm-Hg CO2 insuflasyon oluşturuldu. Lateral trokarlar girildi. Fasya lata üzerinden safen ven boyunca ilerlendi. Femoral venle birleştiği noktaya kadar diseke edildi. Nihai patoloji raporu sol inguinal bölgede, ikisi pozitif olmak üzere 8 adet lenf nodu; sağ inguinal bölgede ise bir adet pozitif olmak üzere 6 adet lenf nodu olarak sonuçlandı.

SONUÇ: Hastada herhangi bir yara yeri enfeksiyonu, dehissens, flebit gibi yatış süresini uzatan morbidite gözlenmedi. Hasta birinci günde mobilize oldu, orali açıldı ve ameliyat sonrası 5. gün taburcu edildi. Poliklinik kontrollerinde yeni gelişen belirti ve bulgusu saptanmadı. VEİL, inguinal lenf nodu diseksiyonunda açık cerrahiye göre kısa yatış süresi,

MİNİMAL İNVAZİV
JİNEKOLOJİ DERNEĞİMİNİMAL İNVAZİV
JİNEKOLOJİK ONKOLOJİ DERNEĞİROBOTİK JİNEKOLOJİK
CERRAHİ DERNEĞİ

8. MİNİMAL İNVAZİV JİNEKOLOJİK CERRAHİ KONGRESİ

12-14 Şubat 2026 / Wyndham Grand İstanbul Levent Hotel & Conference Center

düşük morbiditesi ve hasta memnuniyeti açısından umut vadeden bir yöntemdir.

Anahtar Kelimeler: VEİL, inguinal lenf nodu diseksiyonu, vulva kanseri

SB-092

Indocyanine Green–Guided Bilateral Robotic Sentinel Lymph Node Biopsy: Stepwise Technique and Surgical Anatomy

Arife Ebru Kuzu, Gunsu Kimyon Comert,
Zeliha Firat Cuyulan
Ankara Bilkent City Hospital, Dept. of Gynaecologic
Oncology

AIM: This video demonstrates the surgical technique of robotic sentinel lymph node (SLN) biopsy in the obturator region for patients with endometrial intraepithelial neoplasia.

METHOD: A 55-year-old woman presented with postmenopausal bleeding. Endometrial biopsy revealed endometrial intraepithelial neoplasia. Radiologic evaluation confirmed disease confined to the uterus, with no evidence of metastatic spread. The patient underwent robotic total hysterectomy with bilateral salpingo-oophorectomy and bilateral SLN biopsy.

For SLN mapping, a total of 2 mL of indocyanine green (ICG) dye was injected into the cervical stroma at the 3 and 9 o'clock positions, with 0.5 mL injected superficially (1–3 mm depth) and 0.5 mL injected deeply (approximately 1 cm) at each site.

RESULTS: After entering the right retroperitoneal space, the first fluorescent lymph node was identified in the right external iliac region using the Firefly® mode of the da Vinci Xi system. Dissection was then continued into the obturator region, where Firefly® imaging demonstrated lymphatic channels crossing the obliterated umbilical artery. These channels were traced to the true sentinel lymph node located within the obturator fossa. The obturator SLN was dissected and sent separately for pathological evaluation.

On the left side, following entry into the retroperitoneal space, the SLN was visualized in the external iliac region. Further exploration of the obturator region revealed lymphatic channels crossing the obliterated umbilical artery and terminating in the external iliac area. The external iliac SLN was dissected and submitted separately for pathological assessment.

CONCLUSION: During sentinel lymph node biopsy, the first fluorescent lymph node identified may not always represent the true sentinel node. Thorough dissection of the obturator region is essential to accurately identify all potential sentinel lymph nodes and to ensure comprehensive surgical staging.

Keywords: robotic surgery, indocyanine green, sentinel lymph node biopsy

MİNİMAL İNVAZİV
JİNEKOLOJİ DERNEĞİMİNİMAL İNVAZİV
JİNEKOLOJİK ONKOLOJİ DERNEĞİROBOTİK JİNEKOLOJİK
CERRAHİ DERNEĞİ

8. MİNİMAL İNVAZİV JİNEKOLOJİK CERRAHİ KONGRESİ

12-14 Şubat 2026 / Wyndham Grand İstanbul Levent Hotel & Conference Center

SB-093

Indocyanine Green–Guided Bilateral Ureter Visualization During Robotic Hysterectomy in the Setting of Severe Vesicouterine Adhesions After Cesarean Section

Merve Didem Eşkin Tanrıverdi¹, Günsu Kimyon Cömert², Zeliha Fırat Cüylan²

¹Department of Gynecology and Obstetrics, Ankara Bilkent City Hospital

²Department of Gynecologic Oncology, Ankara Bilkent City Hospital

AIM: To demonstrate a structured robotic approach to hysterectomy in a patient with dense vesicouterine adhesions after prior cesarean deliveries, emphasizing surgical strategy, bladder safety, and ureteral identification using indocyanine green (ICG) fluorescence imaging.

METHODS: A 43-year-old G3P3 woman with two prior cesarean sections presented with postmenopausal bleeding and was diagnosed with endometrial intraepithelial neoplasia. Imaging showed an enlarged uterus consistent with adenomyosis and no extrauterine disease. The patient underwent robotic total hysterectomy with bilateral salpingo-oophorectomy. Prior to robotic docking, cystoscopy was performed and 5 mL of indocyanine green was instilled into each ureter via ureteral catheters. Following abdominal entry and docking, dense adhesions involving the uterus, round ligaments, and anterior abdominal wall were identified. Retroperitoneal dissection was performed bilaterally. On both sides, the ureters were clearly visualized in green using near-infrared Firefly imaging, along with key pelvic vascular landmarks. Dense vesicouterine adhesions in the anterior compartment were managed with layered dissection after bladder filling with normal saline. Bilateral infundibulopelvic ligaments and uterine arteries were ligated, and the uterus was removed vaginally with continuous ureteral visualization.

CONCLUSION: Robotic hysterectomy is a safe and effective approach for managing severe vesicouterine adhesions. Careful dissection of the vesicouterine space combined with ICG-guided near-infrared fluorescence imaging enhances ureteral identification and improves surgical safety in complex cases.

Keywords: robotic surgery, indocyanine green, hysterectomy

SB-094

“Perimenopozal Hastada Minimal İnvaziv Yaklaşım: Histeroskopik Myomektomi Olgusu”

Mehmet Pınar¹, Nura Fitnat Topbaş Selçuki¹, Hüseyin Kıyak²

¹Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Ana Bilim Dalı, İstanbul

²Kanuni Sultan Süleyman Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Ana Bilim Dalı, İstanbul

Bu video sunumda, 47 yaşında, uterus kavitesi içerisinde yer alan, uterus sol lateral duvarından köken alan, yaklaşık 3 santimetre çapında saplı submuköz miyomu bulunan bir hastada uygulanan operatif histeroskopi işleminin cerrahi tekniği ve aşamaları sunulmaktadır.

OLGU: Kırk yedi yaşında kadın hasta anormal uterin kanama şikâyeti ile başvurdu. Yapılan transvajinal ultrasonografi ve tanısal histeroskopide uterin kavite içerisinde multipl endometrial polipler ve sol lateral duvarda yaklaşık 3 cm çapında saplı submuköz myom saptandı.

YÖNTEM: FIGO sınıflamasına göre bu lezyon, tamamen uterin kavite içerisinde yer alan ve myometriyal invazyonu olmayan, FIGO Tip 0 submuköz miyom olarak değerlendirilmektedir. Bu tip miyomlar, operatif histeroskopi için en uygun endikasyonları oluşturmaktadır. Operasyon genel anestezi altında gerçekleştirilmiştir. Bipolar rezektoskop sistemi yerleştirilmiştir. Uterin kavitenin distansiyonu amacıyla, Serum fizyolojik solüsyonu kullanılmıştır. Distansiyon basıncı ve sıvı dengesi işlem boyunca yakından izlenmiştir. Kaviteye girişte endometrium değerlendirilmiş ve sol lateral duvardan saplı olarak uzanan submuköz miyom net şekilde izlenmektedir. Miyomun sapı belirgin olup çevre endometrium ve myometriyumdan net olarak ayırt edilebilmektedir.

Rezeksiyon aşamasında, bipolar enerji ile çalışan rezeksiyon ansı kullanılarak miyom sapı kontrollü bir şekilde koagüle edilerek kesilmiştir. Miyom dokusu küçük parçalar halinde kaviteden uzaklaştırılmıştır. Bipolar sistemin sağladığı avantajla, çevre dokularda termal hasar minimal düzeyde tutulmuştur, sıvı yüklenmesi ve elektrolit seviyelerinde bozulma monopolar enerjiye göre belirgin azdır.

Rezeksiyon sonrası uterin kavite tekrar değerlendirilmiş, miyom yatağında aktif kanama izlenmemiştir ve kavite konturları doğal görünümündedir.

MİNİMAL İNVAZİV
JİNEKOLOJİ DERNEĞİMİNİMAL İNVAZİV
JİNEKOLOJİK ONKOLOJİ DERNEĞİROBOTİK JİNEKOLOJİK
CERRAHİ DERNEĞİ

8. MİNİMAL İNVAZİV JİNEKOLOJİK CERRAHİ KONGRESİ

12-14 Şubat 2026 / Wyndham Grand İstanbul Levent Hotel & Conference Center

BULGULAR: Tüm lezyonlar başarıyla çıkarıldı. İntraoperatif ve postoperatif komplikasyon izlenmedi. Uterin kavite anatomisi korunarak işlem tamamlandı.

SONUÇ: Operatif histeroskopi, özellikle FIGO Tip 0, Tip 1 ve seçilmiş Tip 2 submuköz miyomlarda, altın standart tedavidir. Operatif histeroskopi kılavuzlarında da belirtildiği üzere, bu miyomlara doğrudan uterin kavite içerisinden ulaşılabilmesi, abdominal girişim gerektirmemesi, uterin serozanın korunması ve daha kısa iyileşme süresi, histeroskopik yaklaşımın temel avantajlarıdır.

Sonuç olarak, uygun hasta ve miyom tipinin seçildiği durumlarda, bipolar sistem ile yapılan operatif histeroskopi; güvenli, etkili ve minimal invaziv bir tedavi seçeneği olarak öne çıkmaktadır

Anahtar Kelimeler: perimenopozal, histeroskopi, anormal uterin kanama

SB-095

Postpartum dönemde endometrial polip tedavisinde histeroskopik yaklaşım: Video vaka sunumu

Cansel Tanırıkulu¹, Tural İsmayilov²

¹İstanbul Beylikdüzü Devlet Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum, İstanbul/Türkiye

²Bingöl Devlet Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum, Bingöl/Türkiye

GİRİŞ: Postpartum dönemde görülen anormal uterin kanama (AUK) değerlendirilirken rezidüel gebelik ürünleri, subinvolyüsyon, postpartum endometrit gibi obstetrik nedenler ön planda düşünülmekte olup, endometrial yapısal patolojiler sıklıkla göz ardı edilebilmektedir. Ancak literatürde, postpartum dönemde persistan veya düzensiz kanaması olan olgularda endometrial poliplerin ayırıcı tanıda mutlaka dikkate alınması gerektiği vurgulanmaktadır. Endometrial poliplerin patogenezinde lokal endometrial proliferasyon, inflamasyon ve mekanik faktörlerin rol oynadığı düşünülmektedir.

YÖNTEM: Otuz beş yaşında, gravida 4 parite 4, geçirilmiş 4 sezaryen öyküsü bulunan ve üç ay önce sezaryen ile doğum yapmış olan hasta, düzensiz vajinal kanama şikâyeti ile başvurdu. Transvajinal ultrasonografide (TVUS) endometrium içerisinde 28×27 mm boyutlarında polipoid lezyon saptanarak anormal uterin kanama-polip (AUK-P) ön tanısı konuldu. Hastaya histeroskopi ile değerlendirme planlandı.

BULGULAR: Histeroskopik incelemede uterin kavite içerisinde tek, düzgün sınırlı endometrial polip izlendi ve tam olarak eksize edildi. Tüm işlem video kaydı ile dokümanite edildi. İşlem sırasında intraoperatif komplikasyon gelişmedi. Postoperatif dönemde analjezik gereksinimi olmadı ve hasta 2 saat sonra komplikasyonsuz olarak taburcu edildi. Histopatolojik inceleme sonucu endometrial polip ile uyumlu bulundu.

TARTIŞMA: Çoklu sezaryen öyküsü bulunan hastalarda, uterin kavitede skar dokusu, lokal endometrial travma ve iyileşme süreçlerine bağlı yapısal değişikliklerin endometrial polip gelişimine zemin hazırlayabileceği bildirilmiştir. Sezaryen sonrası dönemde transvajinal ultrasonografinin tanısallık doğruluğu sınırlı olabilmekte, özellikle postpartum endometriumun heterojen görünümü nedeniyle polipoid lezyonlar yanlış yorumlanabilmektedir. Bu nedenle doğrudan kavite değerlendirilmesine olanak tanıyan histeroskopi, postpartum anormal uterin kanamanın değerlendirilmesinde önemli bir tanısallık avantajı sunmaktadır. Histeroskopin

MİNİMAL İNVAZİV
JİNEKOLOJİ DERNEĞİMİNİMAL İNVAZİV
JİNEKOLOJİK ONKOLOJİ DERNEĞİROBOTİK JİNEKOLOJİK
CERRAHİ DERNEĞİ

8. MİNİMAL İNVAZİV JİNEKOLOJİK CERRAHİ KONGRESİ

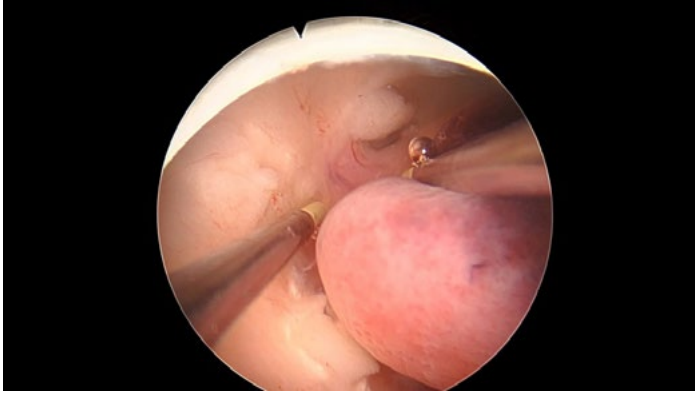
12-14 Şubat 2026 / Wyndham Grand İstanbul Levent Hotel & Conference Center

sezaryen sonrası dönemde güvenle uygulanabildiği ve düşük komplikasyon oranları ile ilişkili olduğu çeşitli çalışmalarda gösterilmiştir. Minimal invaziv yapısı sayesinde hem tanı hem de tedavinin aynı seansta gerçekleştirilebilmesi, özellikle doğum sonrası dönemde hızlı iyileşme ve erken taburculuk açısından klinik fayda sağlamaktadır. Endometrial poliplerde histeroskopik polipektominin, kör küretaja kıyasla daha yüksek tam eksizyon oranı ve daha düşük nüks riski sunduğu bildirilmektedir.

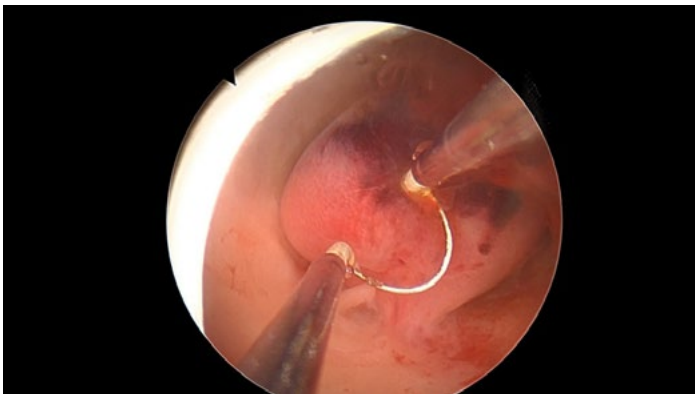
SONUÇ: Histeroskopik polipektomi, postpartum dönemde anormal uterin kanama etiyolojisinde yer alan endometrial poliplerin tedavisinde güvenli ve etkili bir minimal invaziv yöntemdir. Kısa işlem süresi, hızlı taburculuk ve düşük komplikasyon oranları sayesinde uygun hasta seçimi ile ayaktan tedavi seçeneği olarak başarıyla uygulanabilir. Sunulan vakamız ve videosu, histeroskopik polipektominin klinik pratikteki etkinliğini ve güvenilirliğini göstermesi açısından değerlidir.

Anahtar Kelimeler: anormal uterin kanama, endometrial polip, histereskopi

Histeroskopide Endometrial Polip Görünümü (Video kaydı mevcuttur)



Histeroskopide Endometrial Polip Görünümü (Video kaydı mevcuttur)



SB-096

Tekrarlayan İntrauterin Adezyon Sonrası Spontan Gebelik Vakası- H/S İntrauterin Adezyolizis

Merve Önder¹, Fulya Deniz Geçer², Şüheda Bahadır³, Gülin Işık², Erhan Demirdag², Münire Funda Cevher Akdulum², Nuray Bozkurt²

¹Bozüyük Devlet Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum, Bilecik

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

³Ankara Atatürk Sanatoryum Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum, Ankara

GİRİŞ: İntrauterin adezyon oluşumu en sık geçirilmiş intrauterin cerrahiler ve küretaj nedenli olmakla birlikte histeroskopi, uterin arter embolizasyonu, B-Lynch sütürleri, myomektomi, Müllerian anomalilerin cerrahi tedavisi ve genital tüberküloz da etyolojik faktörler arasındadır. Küretajdan sonra oluşan intrauterin adezyon insidansı %15-40 arasındadır. İntrauterin kavitede travmaya bağlı amenore ilk olarak 1950 yılında Asherman Sendromu olarak tanımlanmıştır. İntrauterin skar dokusu oluşumu adet düzensizlikleri (amenore, hipomenore gibi), dismenore, infertilite veya obstetrik komplikasyonlara neden olabilmekle birlikte asemptomatik de olabilir. Tanı koyarken kontrastlı sonohisterografi, histerosalpingografi (HSG) ve MR'dan yararlanılabilir, altın standart tanı ve tedavi histeroskopidir. Cerrahi tedavi, infertilite veya dismenore şikayetleri olan semptomatik hastalarda yapılı ve intrauterin adezyonlar makas veya rezektoskop kullanılarak açılır. Operasyon sonrasında intrauterin adezyon nüksünün önlenmesi için östrojen tedavisi, intrauterin foley kateter, RİA (rahim içi araç) veya intrauterin hyalüronik asit uygulanması gibi tedaviler uygulanmaktadır ancak bu tedavilerin etkinliği ile ilgili veriler sınırlıdır.

YÖNTEM: 32 yaşında evli, daha önceden 5 haftalık spontan gebelik sonrası küretaj geçirmiş olan kadın hasta küretaj sonrası 2 yıldır adet kanaması miktarında azalma ve gebelik istemi nedeniyle başvurmuştur. Yapılan değerlendirmede hastanın hormon profili normal sınırlarda, over rezervi ve tiroid fonksiyon testleri normal sınırlarda ölçüldü, hiperprolaktinemi yoktu. (AMH 6,1 nl/mL, FSH 4,15 mIU/mL, LH 5,33 mIU/mL, progesteron 0,84 ng/mL, prolaktin 9,7 ng/mL). Histerosalpingografide (HSG) intrauterin adezyon şüphesi görülmesi nedeniyle histeroskopi yapıldı.

BULGULAR: Histeroskopide yaygın intrauterin adezyon-

MİNİMAL İNVAZİV
JİNEKOLOJİ DERNEĞİMİNİMAL İNVAZİV
JİNEKOLOJİK ONKOLOJİ DERNEĞİROBOTİK JİNEKOLOJİK
CERRAHİ DERNEĞİ

8. MİNİMAL İNVAZİV JİNEKOLOJİK CERRAHİ KONGRESİ

12-14 Şubat 2026 / Wyndham Grand İstanbul Levent Hotel & Conference Center

lar izlendi. Elektrokoter ile adezyolizis yapıldı. Adezyolizis sonrasında uterin kaviteye hyalüronan jel adezyon bariyeri uygulandı. Hastanın takiplerinde histeroskopiden 2 ay sonra kontrol histeroskopide intrauterin adezyonların tekrarladığı görüldü. Hastaya tekrar elektrokoter ile adezyolizis yapıldı. Operasyondan 3 ay sonra kontrol HSG’de uterin kavite doğal olarak değerlendirildi. Hastanın takiplerinde 5 ay sonra spontan gebelik görüldü.

SONUÇ: Histeroskopik adezyolizis sonrası sonuçları değerlendiren az sayıda çalışma bulunmaktadır. Normal adet döngüsünün %75-100 oranında geri kazanıldığı gözlemlenmiştir. Fertilite üzerindeki etki, hastanın yaşı ve infertilitenin primer veya sekonder olmasından etkilenir. Gebelik oranı %25-76 arasında değişmektedir ve gebe kalan kadınlarda zamanında doğum oranı %25-79 arasındadır. Literatürde Asherman Sendromu olan kadınlarda normal adet olan kadınlara göre transvajinal ultrasonografide daha ince endometrium ölçüldüğü belirtilmiştir. Histeroskopik adezyolizis sonrası adezyonun derecesiyle ilişkili olarak nüks adezyon oluşma ihtimali sıktır ve önlenmesi için östrojen tedavisi, intrauterin foley kateter ve RİA uygulanması sıklıkla kullanılmaktadır. Son yıllarda hyalüronik asit jel uygulanan kadınlarda da intrauterin adezyon nüksünün anlamlı azaldığı ve gebelik oranlarının iyileştiği bulunmuştur. Güncel olarak kök hücre tedavisi, intrauterin PRP(platelet rich plazma) infüzyonu, amniyon greft kullanımı gibi yöntemler de vardır ancak etkinliğine dair veriler sınırlıdır.

Anahtar Kelimeler: Histeroskopi, İntrauterin Adezyolizis, Asherman Sendromu, Histerosalpingografi

SB-097

Strangulated endometrial polyp extending outside the uterine cavity following uterine rupture

Daphne Tansu Omer, Ali Gursay

Department of Obstetrics and Gynecology, Maltepe University, Istanbul, Turkey

INTRODUCTION: Hysteroscopy is a minimally invasive procedure performed using a hysteroscope that allows visualization of the uterine cavity for diagnostic and operative purposes. **CASE:** A 55-year-old patient underwent endocervical and probe curettage at a referring center due to postmenopausal bleeding. According to the patient’s declaration, the procedure was discontinued because the patient suddenly awoke from anesthesia and she was discharged after two days of hospitalization. The pathology result was reported as an endometrial polyp and mucoid irregular tissue fragments. After three months of operation the patient presented to our clinic, due to irregular endometrium with a thickness of 9.6mm so hysteroscopy was planned. Upon hysteroscopic view of the endometrial cavity, a fibrotic, non-bleeding perforated area was observed at the fundus of uterus. An endometrial polyp prolapsing outside the endometrial cavity through the perforated area, thought to have resulted from the previous probe curettage was seen Figure 1. After passing through the perforated area with the hysteroscope, it was observed that the endometrial polyp might be associated with the mesenteric fat planes of the bowel Figure 2. When the intrauterine pressure was reduced, the endometrial polyp could not be mobilized and did not retract into the cavity even with gentle traction. Surgical intervention was not carried out because of the potential risk of migration of polyp into the abdomen following resection, due to possible adhesion and increased intrauterine pressure. Only observation was performed and the procedure was completed without complications. Although laparoscopic hysterectomy was offered to the patient, she requested a laparotomic hysterectomy and the operation was planned. Intraoperatively, the tip of the prolapsed polyp outside the uterus was observed to be hemorrhagic and strangulated Figure 3. Total abdominal hysterectomy and bilateral salpingo-oophorectomy were completed without complications. **CONCLUSION:** Uterine perforation is most commonly observed in postmenopausal women and in gravid uteri during cervical dilation or curettage. During probe curettage, potential perforations may be missed, adequate sampling may not be achieved and

MİNİMAL İNVAZİV
JİNEKOLOJİ DERNEĞİMİNİMAL İNVAZİV
JİNEKOLOJİK ONKOLOJİ DERNEĞİROBOTİK JİNEKOLOJİK
CERRAHİ DERNEĞİ

8. MİNİMAL İNVAZİV JİNEKOLOJİK CERRAHİ KONGRESİ

12-14 Şubat 2026 / Wyndham Grand İstanbul Levent Hotel & Conference Center

existing pathologies may be incompletely resected, leading to persistent symptoms and inability to obtain pathological confirmation. For these reasons, hysteroscopy is preferred over probe curettage. As observed in our case, tissue healing after uterine perforation is slow in the postmenopausal period and uterine repair may not be fully achieved. Another noteworthy aspect of our case is that caution should be taken resecting polyps following a possible perforation. When the integrity of the cavity is compromised there is a risk of migration of the resected polyp into the abdomen due to increased intrauterine pressure. Endometrial polyps malignancy risk is 5%, resection should be avoided to prevent incomplete diagnosis.

Keywords: Uterin perforation, hysteroscopy, endometrial polyp

SB-101

İntestinal Yaralanma

Numan Bilgiç, Hasan Turan, Mehmet Sait Bakır, Osman Doğan, Şahin Yüksek, Mürşide Çevikoğlu Kılılı Mersin Şehir Hastanesi, Jinekolojik Onkoloji Cerrahisi, Mersin

AMAÇ: Laparoskopik jinekolojik cerrahide trokar girişine bağlı bağırsak yaralanmaları nadir görülmekle birlikte, intraoperatif olarak tanınmadığında ciddi morbidite ve mortaliteye yol açabilmektedir. Bu video sunumda, 10 mm'lik trokar yerleştirilmesi sırasında transvers kolonun tam kat yaralanması, eşlik eden paraziter enfestasyon bulgusu ve intraoperatif primer onarım süreci sunulurken erken tanının ve uygun cerrahi yönetimin önemi vurgulanmaktadır.

OLGU: Altmış bir yaşında, vücut kitle indeksi 43 olan, diabetes mellitus ve hipertansiyon öyküsü bulunan hasta postmenopozal kanama nedeniyle opere edildi. Özgeçmişinde umblikal herni onarımı mevcuttu. Preoperatif değerlendirmede endometriyal kalınlaşma saptanması üzerine total laparoskopik histerektomi, bilateral salpingooferektomi ve sentinel lenf nodu diseksiyonu planlandı. Umblikal bölgeden 10 mm'lik trokarın direkt giriş tekniği ile yerleştirilmesi sırasında transvers kolonda tam kat perforasyon izlendi.

YÖNTEM VE CERRAHİ YÖNETİM: Yaralanma intraoperatif olarak derhal fark edildi. Kolon segmenti dikkatle değerlendirilirken, lümen içerisinde canlı paraziter yapılar görüldü. Kontaminasyon derecesi ve bağırsak canlılığı değerlendirildikten sonra ek yaralanma saptanmaması üzerine perforasyon alanı laparoskopik olarak primer tek kat sütür ile onarıldı. Onarım sonrası hava ve sıvı kaçak testleri ile tamir bütünlüğü doğrulandı ve cerrahi işlem planlandığı şekilde tamamlandı.

TARTIŞMA: Laparoskopik cerrahide bağırsak yaralanmalarının yaklaşık yarısından fazlasının intraoperatif dönemde tanınmadığı bildirilmektedir. Trokar girişine bağlı kolon yaralanmalarında erken tanı, primer onarım olanağı sağlayarak stoma ihtiyacını, sepsis riskini ve mortaliteyi anlamlı ölçüde azaltmaktadır. Obezite, geçirilmiş abdominal cerrahi ve umblikal herni öyküsü gibi faktörler giriş komplikasyonları açısından risk oluşturunurken, eşlik eden paraziter enfestasyonlar intraabdominal kontaminasyon riskini artıracak ek bir klinik durum olarak değerlendirilmelidir.

SONUÇ: Bu olgu, jinekolojik onkoloji cerrahisinde trokar girişine bağlı tam kat kolon yaralanmalarında erken tanı ve zamanında yapılan primer onarımın güvenli ve etkili bir yaklaşım olduğunu göstermektedir. Ayrıca intraopera-

MİNİMAL İNVAZİV
JİNEKOLOJİ DERNEĞİMİNİMAL İNVAZİV
JİNEKOLOJİK ONKOLOJİ DERNEĞİROBOTİK JİNEKOLOJİK
CERRAHİ DERNEĞİ

8. MİNİMAL İNVAZİV JİNEKOLOJİK CERRAHİ KONGRESİ

12-14 Şubat 2026 / Wyndham Grand İstanbul Levent Hotel & Conference Center

tif olarak saptanan paraziter bulguların cerrahi yönetim ve postoperatif izlem açısından göz önünde bulundurulması gerektiğine dikkat çekmektedir. Video sunum, cerrahlar için farkındalık oluşturmaya ve intraoperatif karar verme sürecine katkı sağlamayı amaçlamaktadır.

Anahtar Kelimeler: Laparoskopi, trokar yaralanması, transvers kolon perforasyonu, bağırsak yaralanması, primer onarım, paraziter enfestasyon

SB-102

Büyük Parametrium Miyomu Nedeniyle Zor Robotik Total Histerektomi

Can Dinç, Ömer Faruk Öz, Bilge Su Kübeli, Selen Doğan, Murat Ozekinci, Nasuh Utku Dogan, Inanc Mendilcioglu Akdeniz üniversitesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, Antalya

AMAÇ: Büyük parametrial miyomun neden olduğu anatomik distorsiyon ve kritik pelvik yapılara yakınlık nedeniyle zorlaşan robotik total histerektomi olgusunu sunmak; cerrahi strateji ve teknik zorlukları vurgulamak.

YÖNTEM: Hastada sağ parametriumda, sağ pelvik yan duvara yakın komşulukta ve sıkı yapışıklık gösteren yaklaşık 7 cm parametrial miyom saptandı. Preoperatif değerlendirme sonrası hastaya planlı robotik total histerektomi kararı verildi.

BULGULAR: İntraoperatif olarak miyomun sağ parametrium içine derin yerleşimli olduğu, üreteri laterale deplase ettiği ve temel anatomik landmarkları belirgin biçimde maskeleyiği görüldü. Üreterin güvenli şekilde izole edilmesi ve korunması amacıyla keskin ve künt disseksiyon dikkatle uygulandı. Uterin arter ligasyonu, dokuların titiz mobilizasyonunu takiben başarıyla gerçekleştirildi. Miyom uterus ile birlikte en-blok olarak çıkarıldı. Robotik total histerektomi intraoperatif komplikasyon gelişmeden tamamlandı. Postoperatif seyir sorunsuzdu ve hasta postoperatif 3. günde taburcu edildi.

SONUÇ: Parametrial miyomlar, pelvik anatomisinin bozulması ve üreter gibi hayati yapılara yakınlık nedeniyle robotik total histerektomide belirgin cerrahi zorluk oluşturabilir. Ayrıntılı preoperatif görüntüleme, dikkatli üreter disseksiyonu ve planlı, aşamalı cerrahi yaklaşım komplikasyon riskini azaltarak güvenli ve başarılı sonuç elde edilmesini sağlar.

Anahtar Kelimeler: parametrial miyom, robotik histerektomi, üreter disseksiyonu, pelvik yan duvar

MİNİMAL İNVAZİV
JİNEKOLOJİ DERNEĞİMİNİMAL İNVAZİV
JİNEKOLOJİK ONKOLOJİ DERNEĞİROBOTİK JİNEKOLOJİK
CERRAHİ DERNEĞİ

8. MİNİMAL İNVAZİV JİNEKOLOJİK CERRAHİ KONGRESİ

12-14 Şubat 2026 / Wyndham Grand İstanbul Levent Hotel & Conference Center

SB-103

Laparoskopik tubo-ovarian abse cerrahisi: ureterolizis, bağırsak adezyolizisi ve hem-o-loc ile apendektomi

Hatice Banu Atay, Yasemin Aykız, Sevki Goksun Gokulu
Mersin üniversitesi Tıp Fakültesi

yaklaşım olduğunu ve kronik abse lezyonlarının laparoskopisi ile etkili bir şekilde yönetilebileceğini göstermektedir.

Anahtar Kelimeler: Apendektomi, Laparoskopik cerrahi, Malignite riski, Tuboovarian abse

OLGU: 51 yaşında, 2 vajinal doğum öyküsü olan kadın hasta pelvik ağrı ve şişkinlik şikâyetleri ile başvurdu.

KLİNİK BULGULAR:

- Jinekolojik muayene ve ultrasonda sağ adneksiyal bölgede yaklaşık 7 cm'lik kitle lezyonu saptandı.
- Pelvik MRG'de sağ adneksiyal bölgede kistik ve solid komponentler içeren, 8×7×5 cm boyutlarında yer kaplayan lezyon izlendi.
- CA125 düzeyi: 126 U/mL.
- PET görüntülemesinde sağ adneksiyal bölgede 60×55 mm boyutlarında, kistik-solid bileşenli kitlede heterojen FDG tutulumu (SUVmax: 19) görüldü. Bulgular primer malignite ile uyumlu olarak değerlendirildi.

CERRAHİ BULGULAR VE İŞLEM: Ameliyat sırasında uterus normal büyüklükte, sol adneks normal izlendi. Sağ tubo-ovaryal kitle lezyonu; sigmoid kolon, jejunal halka ve apendiks ile yoğun yapışıklık göstermekteydi. Keskin ve künt diseksiyonlarla bağırsaklar, sağ over ve uterus serbestleştirildi.

Retroperitoneal boşluğa girmek için ligamentum latum'un iki yaprağı açıldı, üreter künt ve keskin diseksiyonlar lateralize edildi (üreterolizis). Vajinal yoldan histerektomi ve bilateral salpingo-ooforektomi gerçekleştirildi. İltihaplı görünümdeki apendiks Hem-o-loc kullanılarak çıkarıldı (10 mm göbek trokarı, 5 mm optik kamera). Frozen section sonucu "benign, inflamatuvar bulgular" olarak raporlandı. Hava kaçağı testi sonrası kolon ve jejunal halka serozasının sağlam olduğu doğrulandı. Nihai patoloji tubo-ovaryal abse olarak raporlandı.

SONUÇ VE TARTIŞMA: Maligniteyi taklit eden tubo-ovaryal abse alanı çevre dokularla sınırlandırılmıştı ve sistemik inflamasyon baskılanmıştı. Pelvik abselerin tedavisinde genel yaklaşım olarak ilk tercih geniş spektrumlu antibiyotiklerdir. Bu vakada da olduğu gibi kronik olgularda preoperatif dönemde maligniteyi kesin ekarte etmek oldukça zordur. Abse lojunun cerrahi olarak temizlenmesi, adezyolizis ile organ anatomisinin restorasyonu ile definitif tedavi sağlanabilmektedir. Bu olgu, maligniteyi taklit eden tubo-ovaryal apselerde laparoskopik cerrahinin güvenli bir

MİNİMAL İNVAZİV
JİNEKOLOJİ DERNEĞİMİNİMAL İNVAZİV
JİNEKOLOJİK ONKOLOJİ DERNEĞİROBOTİK JİNEKOLOJİK
CERRAHİ DERNEĞİ

8. MİNİMAL İNVAZİV JİNEKOLOJİK CERRAHİ KONGRESİ

12-14 Şubat 2026 / Wyndham Grand İstanbul Levent Hotel & Conference Center

SB-104

Total laparoskopik histerektomi cerrahisinde uterovezikal yoğun adezyon varlığında mesane diseksiyonu

Hatice Banu Atay, Derya Zerrin Gökay,
Sevki Goksun Gokulu
Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi

GİRİŞ: Total Laparoskopik Histerektomi (TLH), minimal invaziv cerrahinin gelişmesiyle birlikte günümüzde giderek daha fazla tercih edilen bir yöntem haline gelmiştir. Son yıllarda sezaryen oranlarının tüm dünyada artması, histerektomi geçiren kadınların önemli bir kısmının sezaryen öyküsüne sahip olmasına yol açmıştır. Bu hasta grubunda histerektomi sırasında mesane yaralanması ve perioperatif komplikasyon riski belirgin şekilde artmaktadır. Mesane mobilizasyonu ve uterovezikal boşluğun oluşturulması, histerektomi prosedürünün kritik aşamalarındandır. Önceki sezaryen doğumlara bağlı gelişen yoğun yapışıklıklar, cerrahi sırasında diseksiyon zorluklarına ve komplikasyon riskinde artışa neden olmaktadır. Bu nedenle, bu özel hasta grubunda güvenli diseksiyon teknikleri ve doğru klivaj planlarının bulunması önemlidir.

AMAÇ: Bu çalışmada, Mersin Üniversitesi hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum ABD’da gerçekleştirilen TLH ameliyatlarında uterovezikal yoğun adezyon varlığında mesane diseksiyonuna yönelik cerrahi yaklaşımımızı ve deneyimlerimizi video sunumları eşliğinde paylaşmayı amaçladık.

YÖNTEM: Çalışmaya toplam 8 hasta dahil edilmiştir. İlk video temel mesane mobilizasyon tekniğini göstermekte olup, diğer 7 video yoğun adezyonların diseksiyonunu içermektedir. İşlem sırasında uterin manipülatör yardımıyla uterus mümkün olduğunca kraniyale ve posteriora doğru itilir, bu şekilde vezikouterin alana daha rahat erişim sağlanabilmektedir. Kliniğimizde yoğun fibrotik dokuların varlığında iki temel yaklaşımla mesane diseksiyonu yapılmaktadır:

1. Merkezi yaklaşım: Uygun diseksiyon düzlemi bulunana kadar fibrotik dokular kraniyalden kaudale doğru ince katmanlar halinde keskin diseksiyonla eksize edilir. Oluşan küçük kanamalar ciddi risk oluşturmaz.
2. Lateral yaklaşım: Mesane ile uterus arasında ön tarafta yoğun fibrotik yapışıklık mevcutsa, fibrotik alanın hemen altındaki areolar doku lateralde diseke edilerek vajinal fasyaya ulaşılır, uterusu proksimalde kalan fibrotik dokular mesane sınırı belirlenerek eksize edilir.

OLGU SERİSİ:

- 39 yaş, P2, vajinal doğum, BRCA pozitifliği
- 38 yaş, P2, sezaryen, atipik hiperplazi
- 62 yaş, P2, vajinal doğum + sezaryen, over kisti
- 40 yaş, P1, sezaryen, adneksiyal kitle
- 49 yaş, P2, sezaryen, myoma uteri
- 47 yaş, P2, sezaryen, myoma uteri
- 44 yaş, P3, sezaryen, endometrioma

BULGULAR: Tüm vakalarda mesane diseksiyonu komplikasyon gelişmeden tamamlanmıştır. Yoğun yapışıklıkların varlığına rağmen uygun cerrahi tekniklerle mesane yaralanması önlenmiş, operasyon güvenli şekilde sonuçlandırılmıştır.

Sezaryen öyküsü olan ve yoğun uterovezikal adezyon saptanan hastalarda, TLH sırasında mesane diseksiyonuna yönelik uygun cerrahi tekniklerin bilinmesi ve doğru uygulanması cerrahi güvenliği artırmakta, komplikasyon oranlarını ise belirgin şekilde azaltmaktadır. Bu video sunumda, kendi deneyimlerimizden yola çıkarak zor mesane diseksiyonu vakalarındaki genel yaklaşımımızı vaka örnekleriyle paylaşmayı amaçladık.

Anahtar Kelimeler: Adezyon, Laparoskopik histerektomi, Mesane diseksiyonu

MİNİMAL İNVAZİV
JİNEKOLOJİ DERNEĞİMİNİMAL İNVAZİV
JİNEKOLOJİK ONKOLOJİ DERNEĞİROBOTİK JİNEKOLOJİK
CERRAHİ DERNEĞİ

8. MİNİMAL İNVAZİV JİNEKOLOJİK CERRAHİ KONGRESİ

12-14 Şubat 2026 / Wyndham Grand İstanbul Levent Hotel & Conference Center

SB-105

Laparaskopi için Yeni Bir Batına Giriş Noktası

Büşra Asena Torun, Sevdâ Baş
Sağlık Bilimleri Üniversitesi Adana Şehir
Hastanesi, Jinekolojik Onkoloji, Adana

Postmenopozal adneksiyel kitle nedeniyle polikliniğimizde başvuran hastaya ls uso planlandı hastanın preop yapılan ultrasonografisi dermoid kist ile uyumlu olup, tümör markerları normal aralıktaydı. Hastanın umbilikal herni nedeniyle geçirilmiş göbek üstü median insizyonla onarımı mevcuttu. Defekt onarımı meshle yapılmıştı.

Geçirilmiş cerrahinin batında özellikle üst ve orta kadranda yapışıklık yapabileceği öngörüsüyle batına ilk girişi suprapubik alandan yaptık ve bu sayede batın ön duvarında transvers kolon ve omentumla yaygın şekilde adeze olan alandan güvenli alanları net bir şekilde ayırt ederek vakamızı laparoskopik olarak tamamladık

Anahtar Kelimeler: Adezyon, Adneksiyel kitle, Laparaskopi, Trokar

SB-106

14 Haftalık Gebelikte Plasenta İnvazyon Anomalisine Minimal İnvaziv Yaklaşım

Selen Doğan, Can Dinç, Ömer Faruk Öz, Cem Dağdelen, Tuğçe Tunç, İnanc Mendilcioglu, Nasuh Utku Doğan
Akdeniz Üniversitesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum
Anabilim Dalı, Antalya

GİRİŞ: Plasenta akreta spektrumu (PAS), özellikle çoklu sezaryen öyküsü bulunan gebelerde hayatı tehdit eden kanama riski nedeniyle erken tanı ve uygun cerrahi planlama gerektiren ciddi bir tablodur. Erken ikinci trimesterde PAS yönetimi sınırlı olgu deneyimi nedeniyle zorludur. Bu olguda 14. gebelik haftasında PAS saptanan hastada minimal invaziv yaklaşımla total laparoskopik histerektomi uygulamasını sunuyoruz.

OLGU: Otuz iki yaşında, G5P3A1, üç sezaryen öyküsü bulunan hasta; dış merkezde fetal kardiyak aktivitenin negatif bildirildiği ifade edilerek 14 hafta 2 günlük gebelikle kliniğimize başvurdu. Ultrasonografide anhidroamniyos izlendi ve fetusta fetal kardiyak aktivite saptanmadı; fetal biyometri gebelik haftası ile uyumluydu. Hastanın belirgin risk faktörleri ve klinik değerlendirme doğrultusunda PAS ön tanısıyla cerrahi yönetim planlandı. Cerrahi teknik ve seyir: Total laparoskopik histerektomi uygulandı. Retroperitoneal alana girilerek uterin arterler bilateral olarak diseke edildi ve ligate edildi. Ardından mesane diseksiyonu gerçekleştirildi; mesane serozasına yer yer invazyon izlendi ancak mesane yaralanması gelişmeden diseksiyon tamamlandı. Operasyon sorunsuz şekilde tamamlandı.

PATOLOJİ: Histopatolojik incelemede plasenta accreta ile uyumlu bulgular saptandı; invazyonun uterin duvar kalınlığının 2/3'ünden fazla olduğu raporlandı.

SONUÇ: Erken ikinci trimesterde PAS olgularında, uygun merkez koşullarında ve deneyimli ekip ile minimal invaziv yaklaşımla total laparoskopik histerektomi, seçilmiş hastalarda uygulanabilir bir seçenek olabilir.

Anahtar Kelimeler: plasenta akreta spektrumu, plasenta accreta, minimal invaziv cerrahi, total laparoskopik histerektomi, sezaryen öyküsü, ikinci trimester

MİNİMAL İNVAZİV
JİNEKOLOJİ DERNEĞİMİNİMAL İNVAZİV
JİNEKOLOJİK ONKOLOJİ DERNEĞİROBOTİK JİNEKOLOJİK
CERRAHİ DERNEĞİ

8. MİNİMAL İNVAZİV JİNEKOLOJİK CERRAHİ KONGRESİ

12-14 Şubat 2026 / Wyndham Grand İstanbul Levent Hotel & Conference Center

SB-107

Mesane Endometriyozisi

Şahin Yüksek, Hasan Turan, Mehmet Sait Bakır, Osman Doğan, Numan Bilgiç, Mürşide Çevikoğlu Kılılı
Mersin Şehir Hastanesi, Jinekolojik Onkoloji Cerrahisi,
Mersin

AMAÇ: Mesane endometriyozisi, derin infiltrate endometriyozisin nadir ancak klinik açıdan önemli bir formu olup tanısı sıklıkla gecikmekte ve hastalarda belirgin yaşam kalitesi kaybına neden olmaktadır. Bu video sunumda, semptomatik mesane endometriyozisi olgusunda laparoskopik cerrahi yaklaşım ve parsiyel sistektomi tekniği sunulurken cerrahi prensipler ve intraoperatif püf noktaları paylaşılmaktadır.

OLGU: 41 yaşındaki hasta yaklaşık 5–6 yıldır giderek artan sol kasık ağrısı ve sıklıkla hematurisi şikâyetleri ile başvurdu. Özgeçmişinde migren ve iki kez sezaryen operasyonu mevcuttu. Ultrasonografide uterusun adenomyotik olduğu, mesane içerisinde, uterus mesane komşuluğunda yaklaşık 3,5 cm çapında endometriyozis odağı ile uyumlu lezyon izlendi. Kontrastlı manyetik rezonans görüntüleme, lezyonun malignite lehine olmadığını ve mesane duvarına derin infiltrasyon gösterdiğini ortaya koydu. Medikal tedavi olarak dienogest kullanımı sonrası semptomlarda minimal gerileme sağlanması üzerine cerrahi tedavi planlandı.

YÖNTEM VE CERRAHİ TEKNİK: Hastaya laparoskopik derin infiltrate endometriyozis cerrahisi uygulandı. Mesane peritonu dikkatlice açılarak lezyon sınırları netleştirildi. Detrusor kasını tutan endometriyotik odak, sağlam doku sınırları korunarak tam eksizyon prensibiyle çıkarıldı ve parsiyel sistektomi gerçekleştirildi. Mesane duvarı anatomik katmanlara uygun şekilde laparoskopik olarak onarıldı. İntraoperatif sızıntı testi ile mesane bütünlüğü doğrulandı. Operasyon sırasında üreteral bütünlük korundu ve ek üriner sistem komplikasyonu izlenmedi.

TARTIŞMA: Mesane endometriyozisi olgularında cerrahinin temel amacı tam lezyon eksizyonu ile semptom kontrolü sağlarken mesane fonksiyonlarını korumaktır. Medikal tedavi semptomatik rahatlama sağlayabilse de derin tutulumlu ve dirençli olgularda küratif değildir. Laparoskopik yaklaşım, deneyimli merkezlerde düşük morbidite ve iyi fonksiyonel sonuçlar sunmaktadır.

SONUÇ: Bu video sunum, mesane endometriyozisinde laparoskopik parsiyel sistektominin güvenli ve etkili bir cerrahi seçenek olduğunu göstermektedir. Sunulan teknik, cerrahlar için öğretici nitelikte olup derin infiltrate endomet-

riyozis cerrahisinde intraoperatif karar verme sürecine katkı sağlamayı amaçlamaktadır.

Anahtar Kelimeler: Mesane endometriyozisi, derin infiltrate endometriyozis, laparoskopi, parsiyel sistektomi, sıklıkla hematurisi

MİNİMAL İNVAZİV
JİNEKOLOJİ DERNEĞİMİNİMAL İNVAZİV
JİNEKOLOJİK ONKOLOJİ DERNEĞİROBOTİK JİNEKOLOJİK
CERRAHİ DERNEĞİ

8. MİNİMAL İNVAZİV JİNEKOLOJİK CERRAHİ KONGRESİ

12-14 Şubat 2026 / Wyndham Grand İstanbul Levent Hotel & Conference Center

SB-108

Laparoscopic posterior colpotomy: a safe and reproducible technique for myomectomy specimen removal

Özgün Ceylan

Jinekolojik Onkoloji, Etlik Şehir Hastanesi, Ankara, Türkiye

AIM: to review the benefits of posterior colpotomy for myomectomy specimen removal and to show reproducible technique for performing posterior colpotomy for multiple specimens.

METHOD: 37 years old, gravida 0, parity 0, patient referred to gynecological oncology by the infertility department. Imaging revealed a myomatous uterus, there are multiple myomas, the largest of which is 65x51 mm in the left posterolateral part. The patient has complaints of long-term menometrorrhagia and pain.

RESULTS: the patient underwent laparoscopic myomectomy. Monopolar and bipolar energy was used in dissection. Surgical specimens were removed vaginally by opening a posterior colpotomy. The colpotomy incision was repaired primarily with 2.0 V-Loc™ wound closure device. A vasoconstrictor agent was administered (0.2 mg methylergonovine maleate) to reduce the amount of intraoperative bleeding. Total surgery time was 1.5 hours and total bleeding amount was 150 cc. The patient was discharged on the 2nd postoperative day. Pathology result was reported as leiomyoma

CONCLUSION: in gynecologic laparoscopic procedures, 5 mm and 10 mm trocars are generally used, so the skin and fascia incisions are quite small compared to laparoscopic operations. Posterior colpotomy is a safe way to remove specimens without requiring a larger skin incision and may reduce the risk of surgical spillage. in addition, reducing the need for larger incisions can lead to less postoperative pain, faster recovery and better cosmetic results

Keywords: colpotomy, laparoscopic, myomectomy

SB-109

Laparoskopik Dermoid Kist Eksizyonu: Videolu Olgu Sunumu

Merve Cihangir Saçlı, Oğuz Arslan, Sefa Kurt, İbrahim Yalçın

Dokuz Eylül Üniversitesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Ana Bilim Dalı, İzmir

GİRİŞ: Dermoid kistler, reproduktif çağıdaki kadınlarda en sık görülen benign over tümörleri arasında yer almaktadır. Çoğunlukla asemptomatik seyretmekle birlikte, kist boyutuna bağlı olarak ağrı, torsiyon, rüptür ve nadiren malign transformasyon riski nedeniyle cerrahi tedavi gerektirebilir. Günümüzde laparoskopik cerrahi, minimal invaziv yapısı sayesinde daha az postoperatif ağrı, hastanede yatış süresinin kısa olması ve hızlı iyileşme gibi avantajlar sunmaktadır. Bu video bildiride, büyük boyutlu bir dermoid kistin laparoskopik eksizyonu cerrahi teknik detaylarıyla sunulmaktadır.

YÖNTEM: Otuz üç yaşında, nulligravid hasta kasık ağrısı şikâyetiyle yapılan muayene ve tetkiklerinde sol over yerleşimli, yaklaşık 10 cm çapında, dermoid kist ile uyumlu lezyon saptandı. Manyetik rezonans görüntülemesinde makroskopik yağ içeriği ve kalsifik bir alan barındıran kompleks kistik kitlesel lezyon izlendi. Tümör belirteçleri negatif idi. Hastaya fertilitate koruyucu yaklaşım gözetilerek laparoskopik kist eksizyonu planlandı. İpsilateral 2 adet 5mm, umbilikal 1 adet 10mm port girişleri yapıldı. Over dokusu kist kapsülünden kontrollü disseksiyon ile ayrıldı. Kistin bütünlüğü korundu.

BULGULAR: Laparoskopik yöntemle over dokusundan ayrılan büyük boyutlu kist içeriğinin peritoneal kaviteye yayılımını önlemek amacıyla endobag yardımıyla batin dışına alındı. Hastada postoperatif dönemde komplikasyon izlenmedi, ikinci günde taburcu edildi. Histopatolojik inceleme sonucu matür kistik teratom olarak raporlandı.

SONUÇ: Laparoskopik cerrahi, büyük boyutlu dermoid kistlerin tedavisinde güvenli ve etkin bir yöntemdir. Uygun cerrahi teknik ve deneyim ile over rezervi korunabilir ve hasta konforu artırılabilir. Sunulan video, büyük boyutlu dermoid kist eksizyonunda da laparoskopik yaklaşımların uygulanabilirliğini ve avantajlarını göstermesi açısından eğitici niteliktedir.

Anahtar Kelimeler: Dermoid kist, Laparoskopi, Matür kistik teratom, Minimal invaziv cerrahi, Over kisti

MİNİMAL İNVAZİV
JİNEKOLOJİ DERNEĞİMİNİMAL İNVAZİV
JİNEKOLOJİK ONKOLOJİ DERNEĞİROBOTİK JİNEKOLOJİK
CERRAHİ DERNEĞİ

8. MİNİMAL İNVAZİV JİNEKOLOJİK CERRAHİ KONGRESİ

12-14 Şubat 2026 / Wyndham Grand İstanbul Levent Hotel & Conference Center

SB-110

Laparoscopic Isthmocele Resection and Repair Guided by Hysteroscopic Transillumination

Fatih Mehmet Kaya¹, Hidayet Şal², Ömer Demir²¹Gynaecology and Obstetrics, Republic of Turkey Ministry of Health Görele State Hospital, Giresun, Turkey²Department of Gynaecology and Obstetrics, Karadeniz Technical University, Trabzon, Turkey

approach represents a safe, effective, and educational surgical technique for the management of isthmocele.

Keywords: Isthmocele, Caesarean scar defect, Hysteroscopic transillumination, Abnormal Uterine Bleeding, Laparoscopic Repair

INTRODUCTION: With the increasing rate of cesarean deliveries, isthmocele has emerged as a common cause of abnormal uterine bleeding, particularly prolonged postmenstrual spotting. Surgical management is recommended in symptomatic patients, especially when residual myometrial thickness is limited. Accurate localization of the defect is critical to ensure safe and effective resection. We present a combined laparoscopic–hysteroscopic approach using hysteroscopic transillumination to guide isthmocele resection and repair.

CASE PRESENTATION: A 44-year-old woman with a history of four cesarean sections presented with prolonged postmenstrual spotting. Transvaginal ultrasonography revealed an isthmocele at the previous cesarean scar site. Magnetic resonance imaging confirmed the presence of the isthmocele, with a residual myometrial thickness of 2 mm between the isthmocele pouch and the serosal surface. Based on these findings, laparoscopic isthmocele resection was planned.

SURGICAL TECHNIQUE: In addition to laparoscopy, simultaneous hysteroscopy was performed during the procedure. The hysteroscope was introduced directly into the isthmocele pouch, and transillumination was achieved using the hysteroscopic light source, allowing precise identification of the defect from the laparoscopic view.

The operation was conducted using dual imaging towers and dual camera systems, enabling real-time simultaneous visualization of both laparoscopic and hysteroscopic fields. Guided by hysteroscopic transillumination, the isthmocele pouch was safely resected laparoscopically. Following resection, the uterine defect was repaired using a multilayer laparoscopic suturing technique.

CONCLUSION: The simultaneous use of laparoscopy and hysteroscopy enhances surgical precision in isthmocele management. Hysteroscopic transillumination provides accurate localization of the defect, facilitating controlled resection and optimal repair, particularly in cases with minimal residual myometrial thickness. This combined

MİNİMAL İNVAZİV
JİNEKOLOJİ DERNEĞİMİNİMAL İNVAZİV
JİNEKOLOJİK ONKOLOJİ DERNEĞİROBOTİK JİNEKOLOJİK
CERRAHİ DERNEĞİ

8. MİNİMAL İNVAZİV JİNEKOLOJİK CERRAHİ KONGRESİ

12-14 Şubat 2026 / Wyndham Grand İstanbul Levent Hotel & Conference Center

SB-111

Laparoscopic Surgery for Chronic Pelvic Pain And Incidental Ovarian Remnant Tissue: A Surgical Video Case

Rahma Eno Hassano¹, Huseyin Akilli¹, Esra Kuşçu¹,
Tugba Tekelioglu²

¹Baskent University Ankara Hospital, Department of
Obstetrics and Gynecology

²Samsun Research and Training Hospital, Department of
Gynecologic Oncology

previous bilateral oophorectomy and normal imaging findings.

Keywords: chronic pelvic pain, laparoscopic adhesiolysis, ovarian remnant syndrome,

BACKGROUND: Chronic pelvic pain following multiple abdominal and gynecologic surgeries presents significant diagnostic and therapeutic challenges. Ovarian remnant syndrome, although rare, remains an important cause that can persist despite previous bilateral oophorectomy and unremarkable imaging.

OBJECTIVE: To demonstrate the laparoscopic management of ovarian remnant syndrome in a patient presenting with chronic pelvic pain and a complex surgical history.

METHOD: A Laparoscopic surgical video is presented of a 53-year-old woman (G4P2A2) with a history of chronic pelvic pain. Her surgical history included appendectomy, laparoscopic cholecystectomy nine years prior, total abdominal hysterectomy with right salpingo-oophorectomy 12 years earlier, and laparoscopic left salpingo-oophorectomy three years before presentation. Medical comorbidities included percutaneous coronary intervention for acute myocardial infarction five months before surgery and rheumatoid arthritis. Preoperative pelvic magnetic resonance imaging on 11/11/2025 was unremarkable. Laparoscopic surgery was performed on 15/12/2025 at Baskent University Hospital.

RESULT: Intraoperative findings revealed severe pelvic adhesions with significant distortion of pelvic anatomy. Extensive laparoscopic adhesiolysis was performed to restore anatomical planes and facilitate safe dissection. Remnant ovarian tissue embedded within dense adhesions on the right pelvic wall was identified and completely excised. The postoperative course was uneventful, and the patient was discharged on postoperative day three without complications and complete resolution of pelvic pain. Histopathological examination confirmed the presence of ovarian tissue.

CONCLUSION: Ovarian remnant syndrome should be considered in patients with chronic pelvic pain despite

MİNİMAL İNVAZİV
JİNEKOLOJİ DERNEĞİMİNİMAL İNVAZİV
JİNEKOLOJİK ONKOLOJİ DERNEĞİROBOTİK JİNEKOLOJİK
CERRAHİ DERNEĞİ

8. MİNİMAL İNVAZİV JİNEKOLOJİK CERRAHİ KONGRESİ

12-14 Şubat 2026 / Wyndham Grand İstanbul Levent Hotel & Conference Center

SB-112

Müllerian Agenezide Laparoskopik Neovajina Rekonstrüksiyonu: Davydov Yöntemi ile Olgu Sunumu

Çağan Emre Şen, Erhan Demirdağ, Gülin Işık, Mesut Oktem, Ahmet Erdem, Mehmet Erdem
Department of Obstetrics and Gynecology, Gazi University Hospital, Ankara, Turkey

Rokitansky-Mayer-Küster-Hauser (RMKH) sendromu, Müllerian kanal agenezisine bağlı olarak uterus ve üst vajenin konjenital yokluğu ile karakterize nadir görülen anomalilerdendir. Over fonksiyonları ve sekonder seks karakterleri korunduğundan çoğunlukla primer amenore ile tanı alırlar. Bu sunumda vajinal aplaziye bağlı cinsel fonksiyon bozukluğu olan MRKH tanılı bir hastaya laparoskopik Davydov yöntemi ile neovajina oluşturulması ve cerrahi sonrası takipleri paylaşılmaktadır.

Hastamız 25 yaşında, bekar, G0P0 olup primer amenore nedeniyle 2016’da MRKH tanısı almıştı. Düzenli adet öyküsü yoktu. Hastanın yapılan jinekolojik muayenesinde vajinal kanal gelişmemiş, uterus palpe edilmemişti. Pelvik USG’de uterus izlenmedi; bilateral overler doğal görünümdeydi. Hastada eşlik eden bağ dokusu hastalığı yoktu. Evlilik planı nedeniyle fonksiyonel vajen oluşturulması açısından tedavi değerlendirilerek Davydov yöntemi planlandı. Tıbbi genetik değerlendirme (dişi karyotip) ve MRG (normal ürener ve toplayıcı sistem) sonuçları sonrası hasta bilgilendirildi ve onamı alındı.

Cerrahi işlem genel anestezi altında laparoskopik olarak gerçekleştirildi. Batına girildiğinde bilateral overler normal görünümde izlendi; uterus izlenmedi. Ardından Vajinal plana geçilerek üretranın 1 cm altında “U” insizyon yapıldı ardından insizyon laparoskopik kamera ve ışığı kullanılarak parietal peritona kadar genişletildi. Periton makas yardımı ile açıldı ve tampon yerleştirildi. Laparoskopik olarak rektum ve mesane arasındaki peritona ulaşıldı; bilateral round ligament düzeyinde transvers peritoneal insizyon yapılarak tamponun ön ve arkasında peritoneal flepler oluşturuldu. Ardından absorbable sütür ile tampon çevresinde peritoneal flepler ve bilateral round ligamentler sirküler olarak sütüre edildi ve neovajinal kubbe oluşturuldu. Operasyon komplikasyonsuz tamamlandı. Cerrahi sonrası dilatatör tedavisi planlandı.

Postoperatif 1. ayda yapılan kontrol jinekolojik muayenede spekulum rahat yerleşti, sütür hatları izlendi, ovulatuvar bulgular mevcuttu. İkinci ay kontrolünde vaginal uzunluk yak-

laşık 10 cm ölçüldü ve hasta ağrısız cinsel ilişkiye girebildiğini ifade etti. Dilatatör tedavisine uyum iyi olup önemli bir geç komplikasyon bildirilmedi.

Sonuç olarak laparoskopik Davydov yöntemi MRKH’li olgularda anatomik ve fonksiyonel açıdan başarılı sonuçlar sağlayan etkin bir rekonstrüktif seçenektir. Uygun hasta seçimi, uygun cerrahi teknik ve düzenli postoperatif takip uzun dönem başarı için kritik öneme sahiptir.

Anahtar Kelimeler: davydov, neovajen, rkhm, sendromu, laparoskopik

MİNİMAL İNVAZİV
JİNEKOLOJİ DERNEĞİMİNİMAL İNVAZİV
JİNEKOLOJİK ONKOLOJİ DERNEĞİROBOTİK JİNEKOLOJİK
CERRAHİ DERNEĞİ

8. MİNİMAL İNVAZİV JİNEKOLOJİK CERRAHİ KONGRESİ

12-14 Şubat 2026 / Wyndham Grand İstanbul Levent Hotel & Conference Center

SB-113

Non-communicating Rudimentary Horn in a Unicornuate Uterus Presenting with Dysmenorrhea: A Case Report

Onur Can Zaim¹, Bilal Esat Temiz¹, Fatma Caner Çabukoğlu², Zafer Selcuk Tuncer¹¹Hacettepe Üniversitesi, Jinekolojik Onkoloji Bilim Dalı²Hacettepe Üniversitesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı

INTRODUCTION: Müllerian duct anomalies affect approximately 4–7% of women. A unicornuate uterus results from incomplete development of one Müllerian duct and is commonly associated with a contralateral rudimentary horn. When the rudimentary horn is non-communicating and contains functional endometrium, obstructed menstrual flow may cause hematometra, progressive dysmenorrhea, and endometriosis. Although rare, pregnancy in a rudimentary horn carries a high risk of uterine rupture and maternal mortality, underscoring the need for accurate classification and timely management.

CASE PRESENTATION: A 34-year-old nulligravid woman (G0P0) presented with long-standing dysmenorrhea that had progressively worsened. Transvaginal ultrasonography demonstrated a well-defined anechoic cystic lesion measuring approximately 95 mm in the left ovary. Asymmetric uterine morphology and a unilateral endometrial cavity suggested an underlying Müllerian duct anomaly, and surgical exploration was planned.

Diagnostic laparoscopy revealed two adjacent bilobulated cystic lesions measuring approximately 7 cm and 6 cm in the left ovary. Left ovarian cystectomy was performed with preservation of ovarian tissue. Pelvic evaluation demonstrated a unicornuate uterus with a left-sided rudimentary horn connected by fibrous bands, while the right adnexa appeared normal.

Intraoperative hysteroscopy identified a single cervix and a unilateral endometrial cavity with no communication between the uterus and the rudimentary horn. The anomaly was classified as U4a according to the ESHRE–ESGE system and as Class II (non-communicating rudimentary horn) according to the ASRM classification.

Given the presence of functional endometrium in a non-communicating rudimentary horn and the associated risks of hematometra, endometriosis, and rupture-prone ectopic pregnancy, laparoscopic excision of the rudimentary horn with ipsilateral salpingectomy was performed.

The procedure was completed without complications. Histopathological examination confirmed a serous cystadenoma of the left ovary and uterine tissue consistent with a rudimentary horn.

DISCUSSION: A unicornuate uterus with a non-communicating rudimentary horn is a clinically significant anomaly due to its association with chronic pelvic pain, endometriosis, and potentially catastrophic obstetric complications. Functional endometrium within the rudimentary horn leads to obstructed menstruation and retrograde flow. Rudimentary horn pregnancy, though rare, remains associated with a high risk of rupture and maternal death despite advances in obstetric care.

CONCLUSION: Non-communicating rudimentary horn should be considered in women presenting with progressive dysmenorrhea. Accurate classification using the ESHRE–ESGE and ASRM systems and timely laparoscopic excision are essential to prevent severe gynecologic and life-threatening obstetric complications.

Keywords: Unicornuate uterus, Rudimentary horn, Müllerian anomalies

MİNİMAL İNVAZİV
JİNEKOLOJİ DERNEĞİMİNİMAL İNVAZİV
JİNEKOLOJİK ONKOLOJİ DERNEĞİROBOTİK JİNEKOLOJİK
CERRAHİ DERNEĞİ

8. MİNİMAL İNVAZİV JİNEKOLOJİK CERRAHİ KONGRESİ

12-14 Şubat 2026 / Wyndham Grand İstanbul Levent Hotel & Conference Center

SB-114

Laparoskopik Bilateral Hipogastrik Arter Ligasyonu + Bilateral Over Transpozisyonu

Ayberk Çakır, M. Faruk Kose, Emine Karabuk
Acıbadem Üniversitesi Atakent Hastanesi

Hastamız 32 yaşında ileri evre serviks kanseri nedeniyle takibi yapılmakta abondan vajinal kanama şikayetleri olan 4 ES+ 4 TDP alan hasta Tıbbi Onkoloji ve Radyasyon Onkolojisi tarafımızca konsültasyonu istenilmiş ve Bilateral Hipogastrik Arter Ligasyonu ve Overlerin Transpozisyonu kararı verilmiştir.

Anahtar Kelimeler: Serviks kanseri, Hipogastrik arter Ligasyonu, Overlerin Transpozisyonu

SB-115

Total Laparoscopic Hysterectomy for a Giant (20-cm) Adenomyotic Uterus

Ezgi Ceren Dalli alper
Obstetrics & Gynecology, University of Health Sciences, Istanbul, Turkey

Adenomyosis can result in significant uterine enlargement and severe symptoms, with hysterectomy serving as the definitive treatment for patients who have completed childbearing and do not respond to medical therapy. Performing a laparoscopic hysterectomy in cases of markedly enlarged adenomyotic uteri presents technical challenges caused to limited pelvic working space, distorted anatomy, and increased vascularity. This report evaluates the feasibility and perioperative outcomes of total laparoscopic hysterectomy in a patient with a giant (20-cm) adenomyotic uterus.

A patient with symptomatic adenomyosis and a 20-cm uterus, as determined by preoperative transvaginal and abdominal ultrasonography, underwent total laparoscopic hysterectomy. The procedure utilized a standardized stepwise approach, emphasizing careful retroperitoneal dissection and secure uterine vascular control.

Perioperative variables assessed included operative time, estimated blood loss, transfusion requirements, intraoperative and postoperative complications, length of hospital stay, and conversion to laparotomy.

The procedure was completed laparoscopically without the need for conversion to laparotomy. Hemostasis was achieved effectively, and no major intraoperative complications were observed. Postoperative recovery was uneventful, characterized by early mobilization and a brief hospital stay.

Total laparoscopic hysterectomy appears to be a feasible and safe option for patients with a 20-cm adenomyotic uterus when performed by experienced surgeons applying meticulous anatomic identification and vascular control. Minimally invasive surgery affords potential benefits, as well as reduced postoperative pain, accelerated recovery, and shorter hospital stays, while maintaining surgical safety in appropriately selected patients with significantly enlarged adenomyotic uteri.

Keywords: Adenomyosis, Giant uterus, Total laparoscopic hysterectomy, Minimally invasive gynecologic surgery

MİNİMAL İNVAZİV
JİNEKOLOJİ DERNEĞİMİNİMAL İNVAZİV
JİNEKOLOJİK ONKOLOJİ DERNEĞİROBOTİK JİNEKOLOJİK
CERRAHİ DERNEĞİ

8. MİNİMAL İNVAZİV JİNEKOLOJİK CERRAHİ KONGRESİ

12-14 Şubat 2026 / Wyndham Grand İstanbul Levent Hotel & Conference Center

SB-117

Görünmeyi Görmek: Pelvik Cerrahilerde ICG ile Üreterin Görselleştirilmesi

Sadık Gündüz, Aysun Fendal

Bakırköy Dr.Sadi Konuk Eğitim ve Araştırma Hastanesi

GİRİŞ: Pelvik cerrahilerde üreterin güvenli biçimde tanımlanması, intraoperatif komplikasyonların önlenmesi açısından kritik öneme sahiptir. Üreter yaralanmaları; anatomik varyasyonlar, geçirilmiş cerrahiler, inflamasyon ve ileri düzey pelvik diseksiyon gerektiren durumlarda daha sık görülmektedir. Konvansiyonel görüntüleme yöntemleri, özellikle anatomik planların bozulduğu olgularda üreterin net olarak ayırt edilmesini her zaman mümkün kılmamaktadır. Bu nedenle intraoperatif yönlendirmeyi güçlendirecek yardımcı tekniklere ihtiyaç duyulmaktadır. Yakın kızılötesi floresan (NIRF) görüntüleme ile birlikte kullanılan indosiyanın yeşili (ICG), üreterin cerrahi sırasında daha belirgin şekilde izlenmesine olanak sağlayan yenilikçi bir yöntemdir. Bu video sunumunun amacı, pelvik cerrahilerde sistoskopi eşliğinde üreterlere direkt ICG instilasyonu sonrası NIRF görüntüleme kullanılarak üreterin tanımlanmasını ve cerrahi diseksiyona olan katkısını görsel olarak ortaya koymaktır.

YÖNTEM: Bu video sunumu, pelvik cerrahi uygulanan seçilmiş olgularda ICG'nin sistoskopi yardımıyla üreterlere doğrudan instilasyonunu takiben gerçekleştirilen NIRF görüntüleme deneyimini içermektedir. Cerrahi başlangıcında sistoskopi yapılarak üreter orifisleri belirlenmiş ve uygun konsantrasyonda hazırlanan ICG solüsyonu her iki üretere uygulanmıştır. Ardından cerrahiye devam edilerek NIRF moduna geçilmiş ve üreterlerin floresan sinyal vermesi sağlanmıştır. Sunum üç ayrı video bölümünden oluşmaktadır. İlk bölümde standart görüntüleme ile floresan görüntüleme karşılaştırılarak üreterlerin ilk tanımlanması gösterilmiştir. İkinci bölümde diseksiyon sırasında floresan rehberli görüntülemenin cerrahi orientasyona katkısı sunulmuştur. Üçüncü bölümde ise anatomik olarak riskli bölgelerde üreterlerin korunmasına yönelik floresan rehberli cerrahi yaklaşım sergilenmiştir.

BULGULAR: Üreterlere direkt ICG instilasyonu sonrası NIRF görüntüleme ile üreterler çevre pelvik dokulardan belirgin biçimde ayırt edilebilmiştir. Floresan sinyal, özellikle fibrotik dokuların bulunduğu ve anatomik sınırların belirsizleştiği alanlarda cerrahi yönlendirmeyi kolaylaştırmıştır. Standart görüntüleme altında seçilmesi güç olan üreterlerin floresan modda daha hızlı ve güvenilir şekilde tanımlandığı gözlemlenmiştir. Bu yaklaşımın diseksiyon sürecini daha kontrollü hale getirdiği izlenmiştir.

SONUÇ: Sistoskopi ile üreterlere direkt uygulanan ICG sonrasında gerçekleştirilen NIRF görüntüleme, pelvik cerrahilerde üreterin güvenli ve etkin şekilde tanımlanmasını sağlayan yararlı bir yöntemdir. Video sunumumuz, floresan rehberli görüntülemenin cerrahi güvenliği artırmada değerli bir tamamlayıcı araç olduğunu göstermektedir.

Anahtar Kelimeler: üreter, Icg, Endometriozis, Onkoloji, pelvik cerrahi

MİNİMAL İNVAZİV
JİNEKOLOJİ DERNEĞİMİNİMAL İNVAZİV
JİNEKOLOJİK ONKOLOJİ DERNEĞİROBOTİK JİNEKOLOJİK
CERRAHİ DERNEĞİ

8. MİNİMAL İNVAZİV JİNEKOLOJİK CERRAHİ KONGRESİ

12-14 Şubat 2026 / Wyndham Grand İstanbul Levent Hotel & Conference Center

SB-118

A Neuro-Gynecological Challenge: Surgical Management of Nociceptive Stimulus-Triggered Refractory Epilepsy and Endometriosis Pathology

İbrahim buğra Bahadır¹, Ezgi Budak Can²¹Ankara Etlik Şehir Hastanesi²Ankara Sincan Eğitim ve Araştırma Hastanesi

The surgical management of a pain-provoked epilepsy case associated with medically resistant infiltrative endometriosis, along with the rare histopathological coincidence encountered, is discussed in light of the current literature.

A 35-year-old patient (G2,P2,Living2,BMI:28) was referred to our clinic due to medically resistant chronic pelvic pain. Her history included epilepsy followed since age 18, triggered by emotional stress and pain (nociception). Despite receiving triple antiepileptic polytherapy containing Levetiracetam, Lacosamide, and Lamotrigine under neurology follow-up, seizure control was suboptimal.

Preoperative imaging (TV-USG and Pelvic-MRI) revealed an 8cm cystic lesion(endometrioma?) in the right ovary and infiltrative nodules signalizations along the left uterosacral ligament trace. CA-125 was 85IU/mL; other tumor markers were within normal limits. Dienogest(2 mg/day) treatment was administered for 4 months; however, no reduction in VAS scores was achieved, and 3 generalized tonic-clonic seizures accompanying pain attacks were observed during this period.

Although surgery was planned and the patient received Diazepam and increased preoperative doses of her triple antiepileptic regimen the night before, she experienced a seizure in the preoperative period due to stress and pain. The operation was postponed via decision with the neurology clinic due to paresis and hypesthesia developing in the left upper extremity in the post-ictal period. Diffusion MRI showed no acute infarction. The patient, who had 3 seizures in 1 week during intensive care follow-up, had her antiepileptic doses (Levetiracetam, Lacosamide, and Lamotrigine) revised. After neurological stabilization, she underwent elective surgery 1 month later.

Laparoscopic exploration revealed an 8cm cystic mass in the right ovary and diffuse endometriosis implants involving the peritoneum on the left pelvic sidewall. As the surgical procedure, right ovarian cystectomy and left

total peritoneal excision were performed. The definitive pathology report confirmed the right ovarian material as a Mucinous Cystadenoma and Endometrioma co-incidence, and the left peritoneal material as endometriosis foci. The patient was followed in intensive care on postoperative day 1 and discharged with recovery on day 3. At the 1-year follow-up, pelvic pain symptoms had entered complete remission. With the elimination of the nociceptive trigger(pain), the patient's antiepileptic regimen was reduced to dual-therapy. During the 1-year period, only 2 seizures secondary to extreme acute stress were observed; pain-induced seizures ceased completely. With physiotherapy, the paresthesia in the left arm regressed, and the loss of strength decreased to a minimal level.

This case emphasizes the importance of eliminating the "pain" factor in the etiology of refractory epilepsy management and the need to keep mucinous neoplasm association in mind in cases where endometrioma is suspected in preoperative imaging.

Keywords: Chronic Pelvic Pain, Deep Infiltrating Endometriosis, Reflex Epilepsy,

MİNİMAL İNVAZİV
JİNEKOLOJİ DERNEĞİMİNİMAL İNVAZİV
JİNEKOLOJİK ONKOLOJİ DERNEĞİROBOTİK JİNEKOLOJİK
CERRAHİ DERNEĞİ

8. MİNİMAL İNVAZİV JİNEKOLOJİK CERRAHİ KONGRESİ

12-14 Şubat 2026 / Wyndham Grand İstanbul Levent Hotel & Conference Center

SB-119

Stepwise Laparoscopic Management of Advanced Endometriosis: Ureteral Dissection, Rectovaginal Space Development, and Excision of a Cesarean Scar Endometriotic Nodule

Maryam Manaflı¹, Huseyin Akilli¹, Mehmet Tunç¹,
Mehmet Efe Namli², Nejat Özgül¹

¹Baskent University Ankara Hospital, Department of Obstetrics and Gynecology

²Ankara Atatürk Sanatoryum Research and Training Hospital, Department of Obstetrics and Gynecology

BACKGROUND: Advanced endometriosis is associated with dense adhesions, distorted pelvic anatomy, and deep infiltrating lesions, posing significant surgical challenges.

AIM: To demonstrate the laparoscopic approach focusing on ureteral dissection, identification of anatomic landmarks, development of the rectovaginal spaces, and excision of a cesarean scar endometriotic nodule.

METHOD: A 38-year-old G1P1 woman presented with chronic pelvic pain and a history of cesarean section and deep vein thrombosis. Pelvic MRI revealed bilateral ovarian endometriomas and deep infiltrating endometriosis involving the cesarean section scar, presenting as an endometriotic nodule.

Following laparoscopic entry and diagnostic inspection, extensive adhesiolysis was performed to restore pelvic anatomy. The ureter was systematically identified and dissected to ensure safe surgical planes. Rectovaginal spaces were developed using defined anatomic landmarks, followed by precise excision of deep infiltrating endometriotic lesions and excision of bladder mucosa endometriotic nodules. A symptomatic cesarean scar endometriotic nodule was excised via mini-laparotomy.

RESULT: During the excision of a bladder mucosa endometriotic nodule, an intraoperative bladder injury occurred and was successfully managed with laparoscopic primary repair. No ureteral or bowel injury occurred. Postoperative recovery was uneventful.

CONCLUSION: This video demonstrates a laparoscopic strategy for advanced endometriosis, emphasizing meticulous anatomic dissection, prompt recognition of complications, and effective intraoperative management.

Keywords: , Cesarean scar endometriosis, Deep infiltrating endometriosis, pelvic pain, ureteral dissection,

SB-120

Posterior pelvik kompartmanda ileri adezyonlarla seyreden endometriyoma olgusunda laparoskopik sağ ooforektomi ve salpenjektomi: olgu sunumu

Ece Çalık, Eda Güner Özen, Ahkam Göksel Kanmaz,

Yaşam Kemal Akpak

Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, İzmir Şehir Hastanesi, İzmir, Türkiye

GİRİŞ: Endometriozis, kronik pelvik ağrının önemli nedenlerinden biri olup ileri evre hastalıkta over, tuba, uterus ve rektum arasında kompleks adezyonlara yol açabilmektedir. Özellikle posterior pelvik kompartman tutulumu, cerrahi zorluk derecesini ve komplikasyon riskini belirgin şekilde artırmaktadır. Bu nedenle hastalığın yaygınlığının ve organlar arası ilişkilerin preoperatif dönemde doğru şekilde değerlendirilmesi, cerrahi planlama açısından kritik öneme sahiptir. Transvajinal ultrasonografi, posterior pelvik kompartman tutulumunun ve adezyon paternlerinin değerlendirilmesinde yüksek tanısal doğruluğa sahip, yol gösterici bir görüntüleme yöntemidir.

YÖNTEM: Otuz altı yaşında, üç kez normal vajinal doğum öyküsü bulunan kadın hasta, kronik pelvik ağrı şikâyeti ile değerlendirildi. Preoperatif transvajinal ultrasonografide sağ overde endometriyoma ile uyumlu kistik lezyon saptandı. Ultrasonografik incelemede sağ overin rektuma yapışık olduğu, rektumun uterus posterior duvarına fiks olduğu ve sağ tubanın sağ overe adheze olduğu net şekilde izlendi. Bu bulgular posterior pelvik kompartmanda ileri derecede adezyonlar ve derin infiltratif endometriozis lehine değerlendirildi.

Hastaya laparoskopik cerrahi planlandı ve posterior pelvik kompartman tutulumu göz önünde bulundurularak operasyon dikkatli şekilde gerçekleştirildi.

BULGULAR: Laparoskopik değerlendirmede, preoperatif ultrasonografi ile uyumlu olarak sağ overin rektuma ileri derecede yapışık olduğu, rektumun uterus posterior duvarına fibrotik bantlar ile fiks olduğu ve sağ tubanın sağ over ile yoğun adezyonlar gösterdiği izlendi. Posterior pelvik kompartmanda belirgin fibrozis ve endometriyozise bağlı adezyonlar mevcuttu; rektum üzerinde endometriyotik odaklar gözlemlendi.

Adezyolizis, anatomik planlara sadık kalınarak keskin ve künt diseksiyon teknikleri ile dikkatle gerçekleştirildi. Ardından sağ ooforektomi ve sağ salpenjektomi uygulandı.

MİNİMAL İNVAZİV
JİNEKOLOJİ DERNEĞİMİNİMAL İNVAZİV
JİNEKOLOJİK ONKOLOJİ DERNEĞİROBOTİK JİNEKOLOJİK
CERRAHİ DERNEĞİ

8. MİNİMAL İNVAZİV JİNEKOLOJİK CERRAHİ KONGRESİ

12-14 Şubat 2026 / Wyndham Grand İstanbul Levent Hotel & Conference Center

Over, tuba ve rektum ile peritondaki endometriyotik odaklar endobag içerisinde çıkarıldı. Operasyon sırasında majör vasküler, üriner veya gastrointestinal komplikasyon izlenmedi.

Postoperatif dönemde hasta komplikasyonsuz seyretti ve kronik pelvik ağrı semptomlarında belirgin klinik iyileşme gözlemlendi. Hasta erken dönemde mobilize edilerek sorunsuz şekilde taburcu edildi.

SONUÇ: Posterior pelvik kompartmanda ileri adezyonların eşlik ettiği endometriyoma olgularında cerrahi yaklaşım, anatomik planların doğru tanımlanmasını ve adım adım diseksiyon prensiplerine uyumu gerektirir. Rektum-uterus posterior duvar ayrımının güvenli şekilde sağlanması ve ovaryan-tubal yapıların net olarak izole edilmesi, cerrahi güvenlik açısından kritik öneme sahiptir. Seçilmiş olgularda laparoskopik ooferektomi ve eş zamanlı salpenjektomi, etkin hastalık rezeksiyonu ve düşük cerrahi morbidite ile uygulanabilir güvenli bir cerrahi yöntemdir.

Anahtar Kelimeler: Endometriyoma, Posterior pelvik kompartman, Laparoskopik cerrahi

SB-121

The Diagnostic Impact of Minimally Invasive Surgery: Occult Endometriosis Revealed During Fertility-Preserving Treatment of Unrecognized Tubal Occlusion

Tuana Arısüt Büğür

Obstetrics and Gynecology, Nevşehir State Hospital
Nevşehir, Türkiye

Infertility is frequently multifactorial, and occult pelvic pathology may remain undiagnosed despite prior evaluations and interventions. Endometriosis and pelvic adhesions are well-recognized causes of tubal factor infertility; however, they may be overlooked in the absence of suggestive imaging findings. Minimally invasive surgery offers not only therapeutic benefits but also significant diagnostic value in such complex cases.

A 31-year-old woman presented with primary infertility of five years' duration. She had a history of regular unprotected intercourse since marriage, normal semen analysis in her partner, no evidence of polycystic ovary syndrome, and one unsuccessful intrauterine insemination attempt at an external center. A prior hysterosalpingography (HSG) had been performed, but the patient had not been informed of the results. Her surgical history included gastric bypass surgery three years earlier and an open myomectomy performed two years earlier. Transvaginal ultrasonography showed no findings suggestive of endometriosis, although both adnexa appeared adherent to the posterior uterine wall. Repeat HSG performed at our clinic demonstrated bilateral tubal obstruction.

Diagnostic laparoscopy with fertility-restoring surgery was planned. Intraoperatively, a 2-cm posterior wall subserosal uterine fibroid was identified, and the pouch of Douglas was completely obliterated. The left tube was densely adherent to the posterior uterus and ovary within the Douglas pouch, while the right tube was adherent to the ovary at the fimbrial end. Both ovaries were adherent to the posterior uterine wall. Additionally, bilateral endometriomas measuring approximately 2 cm were detected. Sharp and blunt adhesiolysis was performed to restore normal pelvic anatomy. Both tubes and fimbrial ends were fully mobilized, ovaries were freed, the subserosal myoma was excised, and bilateral endometrioma extirpation was completed. To reduce postoperative adhesion formation, 10 cc of heparinized fluid was instilled intraperitoneally due to the unavailability of adhesion barriers in our clinic.

MİNİMAL İNVAZİV
JİNEKOLOJİ DERNEĞİMİNİMAL İNVAZİV
JİNEKOLOJİK ONKOLOJİ DERNEĞİROBOTİK JİNEKOLOJİK
CERRAHİ DERNEĞİ

8. MİNİMAL İNVAZİV JİNEKOLOJİK CERRAHİ KONGRESİ

12-14 Şubat 2026 / Wyndham Grand İstanbul Levent Hotel & Conference Center

Chromopertubation revealed minimal spill from the left tube and no passage from the right tube.

This case highlights the critical diagnostic and therapeutic role of minimally invasive surgery in infertility patients with prior major abdominal surgeries. Occult endometriosis and severe adhesions may be missed on imaging, leading to delayed or suboptimal management. Comprehensive laparoscopic assessment enabled maximal restoration of pelvic anatomy in a patient with multiple overlooked female infertility factors. Postoperative follow-up with repeat HSG is expected to provide prognostic guidance and inform subsequent fertility treatment strategies

Keywords: Endometriosis, Minimally Invasive Surgery, Fertility-Preserving Surgery, Pelvic Adhesions, Tubal Occlusion, Infertility

SB-122

Derin endometrioziste fertilitte koruyucu cerrahi

Hatice Banu Atay, Mürşide Çevikoğlu Killi,
Sevki Goksun Gokulu
Mersin üniversitesi Tıp Fakültesi

GİRİŞ: Endometriosis, üreme çağındaki kadınların %5–10’unda görülen, kronik pelvik ağrı hastalarının %70’inde saptanan ve dünya genelinde yaklaşık 176 milyon kadını etkileyen multifokal inflamatuvar bir hastalıktır. Klinik spektrum infertilite, dismenore, dispareni ve dizüriyi içerir. Hastalık üç formda karşımıza çıkar: peritoneal lezyonlar, derin endometriosis (DE) ve over endometriomaları. Tanıda klinik muayene, TV/TAUS ve şüpheli olgularda MRI kritik rol oynar. ENZIAN sınıflandırması cerrahi zorluk ve semptomlarla güçlü korelasyon gösterir. Medikal tedavi olarak progestinler, kombine oral kontraseptifler (birinci basamak); GnRH agonistleri, LNG-RİA/Levonorgestrel Rahim İçi Araç (ikinci basamak) kullanılmaktadır. İnfertilite varlığında IVF cerrahiye alternatif olabilir.

Cerrahi planlanıyorsa, Endoskopik cerrahi “altın standart”-tır. Multidisipliner ekip (genel cerrah, ürolog vb.) gerekebilir. Endometriosis cerrahisinde koruyucu yaklaşım, ureteroliz, kolon mobilizasyonu ve pelvik boşlukların oluşturulması kritik öneme sahiptir, bu açıdan pelvik anatomiye hâkimiyet şarttır. Derin endometriosis cerrahisi yüksek deneyim ve özel cerrahi ekipman gerektirir.

Cerrahi sonrası Over rezervinde azalma (AMH/AFC düşüşü), bağırsak rezeksiyonu, stoma açılması, üreter ve mesane yaralanması görülebilir.

OLGU SUNUMU: 36 yaşında, 10 yıllık primer infertilite öyküsü ve iki başarısız IVF denemesi olan hasta, dispareni ve çocuk isteği ile başvurdu. AMH değeri 1.3 ng/mL idi. Ultrasonografide sağ overde 6 cm, sol overde 5 cm endometriotik kistler izlendi; sliding sign negatifti. Posterior forniks fiks ve nodülerdi.

Laparoskopik direk trokar girişi ile batına girildi. Gözlemde bilateral endometriomalar “kissing ovaries” tarzında uterus posterioruna yapıştı. Bilateral hidrosalpinx, Douglas obliterasyonu ve frozen pelvis durumu mevcuttu. Ovaryoliz ile overler fossa ovarikadan serbestleştirildi. Rektovajinal septum ve pararektal boşluklar açılarak rektum mobilize edildi. Tubalar adezyonlarından ayrıldı ve mesosalpenks düzeyinde ligasure yardımıyla bilateral salpenjektomi yapıldı. Endometriomalar keskin ve künt diseksiyonla çıkarıldı; hilum ve ovarian arter giriş noktaları korunarak atravma-

MİNİMAL İNVAZİV
JİNEKOLOJİ DERNEĞİMİNİMAL İNVAZİV
JİNEKOLOJİK ONKOLOJİ DERNEĞİROBOTİK JİNEKOLOJİK
CERRAHİ DERNEĞİ

8. MİNİMAL İNVAZİV JİNEKOLOJİK CERRAHİ KONGRESİ

12-14 Şubat 2026 / Wyndham Grand İstanbul Levent Hotel & Conference Center

tik teknik kullanıldı. Overler No:0 vicryl ile primer onarıldı.

SONUÇ VE TARTIŞMA: Bu olgu, ileri evre DE'nin fertilite koruyucu cerrahi ile yönetimini göstermektedir. Ovaryoliz, endometrioma eksizyonu ve rektovajinal diseksiyon ile pelvik anatomi yeniden oluşturulmuş; olası ektopik gebeliği önlemek ve ivf başarısını artırmak için salpenjektomi yapılmıştır. Over rezervini korumak için hilum ve vasküler giriş noktaları gözetilerek atravmatik teknikler uygulanmıştır. Hasta işlem sonrası kriyoprezervasyon ve tekrar ivf yapılması konusunda bilgilendirilmiştir.

Sonuç olarak ileri evre derin endometriozis olgularında, endoskopik cerrahi hem fertilite koruyucu yaklaşım hem de inflamatuvar yükün azaltılarak semptomların kontrol altına alınması açısından optimal bir yöntem olarak değerlendirilmektedir. Bununla birlikte endometriosis multifokal ve nüks riski yüksek bir hastalık olduğundan, cerrahi sonrası uzun dönem takip ve yardımcı üreme teknikleri ile desteklenmiş tedavi planı önem taşımaktadır.

Anahtar Kelimeler: Derin endometriozis, İnfertilite, Laparoskopik cerrahi

SB-123

Laparoskopik Endometrioma Cerrahisinde Lazer Kullanımı: Over Rezervini Korumaya Yönelik Teknik Yaklaşım ve Video Sunumu

Halime Karakaya Şen, Necati Berk Kaplan, batuhan aslan, Yavuz Emre Şükür
Ankara Üniversitesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Ana Bilim Dalı, Ankara

GİRİŞ: Overyan endometriomalar, reproduktif dönemdeki kadınlarda sık görülen ve cerrahi tedavisi hem teknik hem de klinik açıdan ikilem yaratan bir patolojidir. Güncel literatür önerilerine göre, cerrahinin temel amacı endometriotik dokunun eliminasyonu, histolojik değerlendirme için yeterli doku sağlanması ve maksimum düzeyde sağlıklı over dokusunun korunmasıdır. Cerrahi seçenekler arasında kistektomi altın standart olarak görülmekle birlikte, over rezervi üzerindeki olumsuz etkileri (serum AMH ve AFC düşüşü) yeni yöntemlerin kullanımını teşvik etmektedir. Lazer ablasyon, etanol skleroterapi, elektrokoagülasyon uygulamaları bu anlamda kullanılabilecek tekniklerdir.

Kistektomi, histolojik tanı imkanı sunması ve nüks oranlarının düşüklüğü ile bilinse de, cerrahi sırasında klivajı net seçilemeyen olgularda over rezervine zarar verme potansiyeli yüksektir. Lazer ablasyon yöntemi, endometriotik dokunun sadece yüzeysel yerleşimli olması gerçeğinden hareketle, derin termal hasar oluşturmada (elektrokoagülasyona kıyasla daha kontrollü) etkin bir tedavi sağlar. Özellikle bilateral hastalık veya azalmış over rezervi olan hastalarda, lazer koagülasyonun kistektomiye kıyasla daha az travmatik bir seçenek olabileceği değerlendirilmektedir. Cerrahi kararda kistin boyutu, hastanın yaşı, fertilite beklentisi ve nüks durumu multidisipliner bir yaklaşımla ele alınmalıdır. Bu bildiride, merkezimizde lazer koagülasyon/ablasyon uygulanan iki olgu eşliğinde lazer koagülasyon tekniğinden ve avantajlarından bahsetmeyi amaçladık.

YÖNTEM: Bu video sunumunda ilk hastamız 24 yaşında, kronik pelvik ağrı şikayeti ile başvurdu. Hastanın endometrioma odağına laparoskopik lazer cerrahisi uygulandı. Postoperatif 3. ayda hastanın ağrı şikayetlerinin tamamen ortadan kalktığı izlendi. Over rezervi takibinde, cerrahi öncesi 6.05 ng/mL olan AMH seviyesinin 5.34 ng/mL olarak stabil seyrettiği belirlendi. Diğer olgu ise 22 yaşında, şiddetli dismenore (VAS: 9) şikayeti ile başvuran hastada sol overde 6 cm'lik endometrioma tespit edildi. Laparoskopik lazer cerrahisi sonrası postoperatif 3. ay kontrolünde, hastanın dismenore VAS skorunun 3'e gerilediği ve klinik semp-

MİNİMAL İNVAZİV
JİNEKOLOJİ DERNEĞİMİNİMAL İNVAZİV
JİNEKOLOJİK ONKOLOJİ DERNEĞİROBOTİK JİNEKOLOJİK
CERRAHİ DERNEĞİ

8. MİNİMAL İNVAZİV JİNEKOLOJİK CERRAHİ KONGRESİ

12-14 Şubat 2026 / Wyndham Grand İstanbul Levent Hotel & Conference Center

tomların anlamlı düzeyde düzeldiği gözlemlendi. Over rezervi değerlendirmesinde cerrahi öncesi 4.19 ng/mL olan AMH değerinin, postoperatif 3. ayda 3.58 ng/mL olduğu saptandı.

SONUÇ: Geleneksel kistektomi yönteminde karşılaşılan sağlıklı over dokusu kaybı ve folikül zedelenmesi riskleri, lazer koagülasyonun sağladığı kontrollü ve sıkı doku penetrasyonu (yaklaşık <1 mm) sayesinde minimize edilebilmektedir. Özellikle over rezervi kısıtlı olan veya bilateral endometrioması bulunan genç hastalarda, lazer koagülasyon tekniği kistektomiye güvenilir, atravmatik ve fertilite dostu bir alternatif olarak ön plana çıkmaktadır. Endometrioma yönetiminde cerrahi tekniğin hastaya özgü seçilmesi, uzun dönem fertilite başarısı ve yaşam kalitesi açısından kritik önem taşımaktadır.

Anahtar Kelimeler: endometrioma, lazer, amh

SB-124

Laparoskopik Derin İnfiltratif Endometriozis Cerrahisi

Ayberk Çakır, Nefise Bengü Akgün
Acıbadem Üniversitesi Atakent Hastanesi

Hastamız 40 yaşında 1 sezaryen doğum öyküsü mevcut daha yapılan muayenelerinde dismenore+, disparoni + şikayetleri olan ve yapılan muayenede Tüm pelvisi dolduran fikse sert kitle ve muayenede TVUSG: COR/Cx= 96x86mm arka duvarda subseröz- submukoz 83x80mm myomauteri izlendi. Hastanın detaylı bilgi verilerek laparoskopik histerektomi tanısı kararı verildi.

Derin infiltratif endometriozis cerrahisi, kompleks anatomik yapılara yakın çalışmayı gerektirir ve ciddi komplikasyonlar riskleri taşır. Bu nedenle, cerrahın anatomiye iyi bilmesi ve deneyimli olması çok önemlidir.

Anahtar Kelimeler: Derin infiltratif endometriozis, Endometriozis, Laparoskopik histerektomi

MİNİMAL İNVAZİV
JİNEKOLOJİ DERNEĞİMİNİMAL İNVAZİV
JİNEKOLOJİK ONKOLOJİ DERNEĞİROBOTİK JİNEKOLOJİK
CERRAHİ DERNEĞİ

8. MİNİMAL İNVAZİV JİNEKOLOJİK CERRAHİ KONGRESİ

12-14 Şubat 2026 / Wyndham Grand İstanbul Levent Hotel & Conference Center

SB-125

İnfertil Hastada Laparoskopik Derin Endometriozis Cerrahisi: Video Sunumu

Atakan Bora ŞEN, Necati Berk Kaplan, Batuhan Aslan, Yavuz Emre Şükür
Ankara Üniversitesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Ana Bilim Dalı, Ankara

GİRİŞ: Endometriozis, dünya çapında yaklaşık 176 milyon kadını etkilediği tahmin edilen, endometrial benzeri dokunun uterus dışı alanlarda yerleşmesiyle karakterize kronik bir hastalıktır. Hastalık sıklıkla asemptomatik seyretmekle birlikte; kronik pelvik ağrı, şiddetli dismenore, dispareni ve infertilite gibi yaşam kalitesini ciddi ölçüde düşüren semptomlarla prezente olur. Literatürde prevalansı tam olarak netleştirilemese de, infertilite nedeniyle tetkik edilen kadınların %25-50'sinde endometriozis izlendiği bildirilmektedir. Derin infiltratif endometriozis (DİE) olgularında tedavi yönetimi, özellikle fertilite beklentisi olan hastalarda hala tartışmalı bir konudur. Ancak cerrahi tedavi, hem ağrı semptomlarının kontrolünde hem de pelvik anatomisinin restorasyonu aracılığıyla üreme potansiyelinin artırılmasında etkin bir seçenek olarak kabul edilmektedir.

AMAÇ: Derin endometriozis cerrahisinde laparoskopi; derin pelvise sağladığı yüksek çözünürlüklü görüş açısı, diseksiyon planlarının daha net belirlenmesi ve hastanede kalış süresini kısaltması nedeniyle altın standart yaklaşım haline gelmiştir. Bu video sunumunda; infertilite ve dirençli dismenore ile prezente olan bir olguda, güncel literatür rehberliğinde uygulanan laparoskopik derin infiltratif endometriozis (DİE) cerrahisinin sistematik diseksiyon basamaklarını sunmaya amaçladık.

YÖNTEM: 39 yaşında (G0P0), bilinen ek hastalığı veya geçirilmiş cerrahisi olmayan hasta; fertilite istemi ve şiddetli dismenore şikayetleriyle kliniğimize başvurdu. Yapılan ultrasonografik incelemede bilateral endometrioma izlendi ve “sliding sign” (kayma belirtisi) negatif olarak saptandı. Derin endometriozis ön tanısıyla operasyona alınan hastada, literatürle uyumlu olarak sistematik bir cerrahi yol izlendi. İlk aşamada üst batın inspeksiyonu yapılarak yayılım belirlendi, ardından sigmoid kolon ve overler serbestleştirilerek pelvik anatomi ortaya çıkarıldı. Üreterlerin pelvik brimden itibaren vizualize edilmesini takiben medial ve lateral pararektal alanların diseksiyonu gerçekleştirildi. Bilateral hidrosalpinks izlenen olguda salpenjektomi yapıldı. Operasyon sırasında saptanan bilateral sakrouterin nodül eksizyonu ve rektovajinal nodül eksizyonu, çevre vasküler ve sinirsel yapılara dikkat edilerek tamamlandı.

SONUÇ: İnfertilite ve derin infiltratif endometriozis birlikteliğinde cerrahi yönetim, hem anatomik restorasyonun sağlanması hem de şiddetli ağrı semptomlarının giderilmesi açısından anahtar rol oynamaktadır. Sunduğumuz vakada, preoperatif dönemde hayat kalitesini ciddi şekilde kısıtlayan dismenore VAS skorunun 9'dan 2'ye gerilemiş olması, cerrahi eksizyonun semptomatik başarısını ortaya koymaktadır. Sonuç olarak, kronik pelvik ağrısı olan infertil endometriozis olgularında, sistematik bir laparoskopik yaklaşım hem semptomatik iyileşme hem de gebelik öncesi uygun pelvik ortamın hazırlanması için en iyi seçeneklerden biri olarak değerlendirilmelidir.

Anahtar Kelimeler: endometriozis, laparoskopi, minimal invaziv cerrahi

MİNİMAL İNVAZİV
JİNEKOLOJİ DERNEĞİMİNİMAL İNVAZİV
JİNEKOLOJİK ONKOLOJİ DERNEĞİROBOTİK JİNEKOLOJİK
CERRAHİ DERNEĞİ

8. MİNİMAL İNVAZİV JİNEKOLOJİK CERRAHİ KONGRESİ

12-14 Şubat 2026 / Wyndham Grand İstanbul Levent Hotel & Conference Center

SB-126

Minimal invaziv yaklaşımla uygulanan infralevator anterior pelvik ekzenterasyon ve parsiyel vulvektomi: video sunum

Eyüp Gökhan Turmuş, Burak Ersak, Caner Çakır
Etlik Şehir Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum
Anabilim Dalı, Jinekolojik Onkoloji Bilim Dalı

Giriş: Infralevator anterior pelvik ekzenterasyon, izole santral nüks serviks kanseri olgularında küratif potansiyeli olan ancak yüksek teknik zorluk ve morbidite riski taşıyan kompleks bir cerrahidir. Minimal invaziv cerrahi yaklaşımlar, uygun hasta seçimi ve deneyimli ekipler ile bu girişimin güvenli şekilde uygulanmasına olanak sağlayabilmektedir. Bu video sunumda, laparoskopik yaklaşımla gerçekleştirilen infralevator anterior pelvik ekzenterasyonun cerrahi basamakları ve perioperatif yönetimi sunulmaktadır.

YÖNTEM: Yedi yıl önce serviks kanseri tanısı almış, primer cerrahi tedaviyi kabul etmeyerek kemoterapi ve pelvik radyoterapi uygulanmış 57 yaşındaki kadın hasta, izole santral nüks şüphesi ve VIN3 öntanısı olarak değerlendirildi. ¹⁸F-florodeoksiglukoz (FDG) pozitron emisyon tomografisi/bilgisayarlı tomografi (PET/BT) incelemesinde pelvik veya abdominal lenf nodu tutulumu saptanmazken, serviks sağ kesimi düzeyinde vajen sağ duvarına uzanım gösteren ve yüksek metabolik aktivite sergileyen (33x26x25 mm boyutlarında, (suvmax:14,34)) kitlesel lezyon izlendi. Genel anestezi altında yapılan muayene ve biyopsi sonrası HPV ilişkili skuamöz hücreli karsinom tanısı doğrulandı. Multidisipliner tümör konseyinde izole santral nüks lehine karar verilerek laparoskopik anterior infralevator pelvik ekzenterasyon ve parsiyel vulvektomi (labium majus ve minus) planlandı. Cerrahi; pelvik yan duvar diseksiyonu, infralevator düzeyde tümör ve parsiyel vulva rezeksiyonu, en blok organ çıkarımı ve göbek altı median laparotomi insizyonu ile ileal konduit oluşturulmasını içerecek şekilde gerçekleştirildi.

BULGULAR: Cerrahi sırasında mesane invazyonu gösteren ve sağ pelvik yan duvara uzanan nüks kitle tamamen rezeke edildi. Postoperatif histopatolojik incelemede skuamöz hücreli karsinom infiltrasyonu saptanırken, üreterler, vajen, sağ parametrium ve pelvik yan duvar dahil tüm cerrahi sınırlar negatif olarak değerlendirildi. Postoperatif 18. gün sağ feeding sonda çekildi. Kontrol BT’de rektum 5. cm de fistül izlendi. Yapılan kolonoskopide, rektum 5. cm de, abdomene veya vaginaya ilerleyen alanda frajil dokuda perforasyon olduğu düşünüldü, klips uygulanamadı, cerrahi

önerildi, şeklinde raporlandı. Postoperatif 21. günde rektal fistül tanısıyla, kolostomi açıldı. Postoperatif 2. Günde drenaj gelen 1000 cc olması üzerine batın drenajından üre/kreatin gönderildi. Sonucun 433/36 olması nedeniyle kontrol BT çekildi. Sağ böbrekte grade 2 hidronefroz izlendi. Sağ perkütan nefrostomi uygulandı. Üroloji konseyinde değerlendirilen hastaya, sağ feeding sonda çekilip Double J kateter takılması planlandı. Ama girişimsel radyolojide değerlendirilen konduit bağlantılarında inkomplet kaçak tespit edilmesi nedeniyle sol nefrostomi de takıldı. Üroloji konseyinde, revizyon için 3 ay sonra kontrol önerildi. Drenajlardan aktif gelen olmadı. Komplikasyonlar multidisipliner yaklaşımla başarıyla yönetildi.

SONUÇ: Minimal invaziv yaklaşımla uygulanan infralevator anterior pelvik ekzenterasyon, izole santral nüks serviks kanseri olgularında uygun hasta seçimi ve deneyimli ekip ile uygulanabilir bir cerrahi seçenektir. Video sunum, bu nadir ve kompleks cerrahinin teknik basamaklarını, anatomik zorluklarını ve komplikasyon yönetimini ayrıntılı olarak ortaya koymaktadır.

Anahtar Kelimeler: Jinekolojik onkoloji cerrahisi, Laparoskopik cerrahi teknik, Minimal invaziv cerrahi, Pelvik ekzenterasyon, Serviks kanseri nüksü

MİNİMAL İNVAZİV
JİNEKOLOJİ DERNEĞİMİNİMAL İNVAZİV
JİNEKOLOJİK ONKOLOJİ DERNEĞİROBOTİK JİNEKOLOJİK
CERRAHİ DERNEĞİ

8. MİNİMAL İNVAZİV JİNEKOLOJİK CERRAHİ KONGRESİ

12-14 Şubat 2026 / Wyndham Grand İstanbul Levent Hotel & Conference Center

SB-127

Evre 1A2 serviks kanserinde laparoskopik tip 2 radikal histerektomi sentinel lenf nodu diseksiyonu bilateral pelvik lenf nodu diseksiyonu video olgu sunumu

Nigar Mammadova, Burak Ersak, Caner Çakır
Etlik Şehir Hastanesi Jinekoloji onkoloji bölümü

AMAÇ: Erken evre serviks kanseri tanısı alan hastada, laparoskopik yaklaşım ile uterin manipülatör kullanılmadan uygulanan sentinel lenf nodu haritalaması eşliğinde WERTHEİM radikal histerektomi ve pelvik lenf nodu diseksiyonu sunmak amaçlandı.

YÖNTEM: 45 yaşında kolposkopik biyopsi sonucu: hsıl cın2 ecc: hsıl olması nedeniyle konizasyon yapılan hastada patoloji sonucu:SKUAMÖZ HÜCRELİ KARSİNOM. Tümörün invazyon derinliği (stromal invazyon) 3,5 mm, horizontal kalınlığı 5 mm'dir. Lenfovasküler invazyon izlenmedi. Adenokarsinoma in situ ile uyumlu bulgular, saat 11-3 hizası.

Cerrahi sınırdaki tümör izlenmedi.Hasta preop PET CT ve MRI ile değerlendirildikten sonra evre 1 a2 kabul edilip operasyon kararı alınmıştır.Ameliyat laparoskopik yöntem ile gerçekleştirilmiş olup histerektomi öncesinde ICG serviks 3 ve 9 hizasında yüzeysel ve derin olmakla 1 cc uygulanmış histerektomi öncesinden sentinel lenf nodu başarıyla yapılmıştır.uterin arter ureteri çarpazladığı hizasında bağlanmış,uterosakral ligaman ve kardinal ligamanların yarısı çıkarılmıştır.Ameliyat uterin manipulator kullanılmadan vajen 1-2 cm çıkarılarak yapılmıştır.Bilateral pelvik lenf nodu diseksiyonu yapılmıştır.

BULGULAR: Ameliyat başarıyla tamamlanmış, nihai patoloji sonucumuzda - Adenokarsinoma insutuya ait lezyon 1 adet örnekte saat 12 hizasında izlenmiştir (S1 kodlu). Lezyon 5.2 mm boyutunda olup 1 mm derinliktedir. Lezyonun olduğu alanda yüzey epiteli erozyone ve ülserle görünümündedir. Serviksin tamamı örneklenmiş ve çok sayıda seri kesitlerle incelenmiştir. Rezidü skuamöz hücreli karsinom ve skuamöz intraepitelyal lezyon izlenmemiştir.

Sağ/sol parametriumun tamamı örneklenmiş olup tümör infiltrasyonu görülmemiştir.Hastamız 3 aylık intervallerle takip kararı alınmıştır.18 aydır hastalıksız takipleri devam etmektedir.

SONUÇ: Konizasyon materyalinde invazyon derinliği 3.5 mm,LVSI negatif,cerrahi sınır negatif olan Evre IA2 ser-

viks kanseri tanılı hastada laparoskopik uterin manipülatör kullanılmadan tip 2 radikal histerektomi ve ICG kullanılarak yapılan sentinel lenf nodu örnekleme başarıyla uygulanmıştır. Nihai patolojide rezidü invaziv karsinom izlenmemiş, cerrahi sınırlar ve parametriumlar tümör açısından negatif bulunmuştur. Sentinel lenf nodlarında ve bilateral pelvik lenf nodlarında metastaz saptanmamış olup hastaya adjuvan tedavi verilmemiştir. On sekiz aylık hastalıksız takip süreci, uygun hasta seçimi ile minimal invaziv cerrahi ve sentinel lenf nodu yaklaşımının erken evre serviks kanserinde güvenli ve etkin bir tedavi seçeneği olduğunu desteklemektedir.

Anahtar Kelimeler: erken evre serviks kanseri,laparoskopik wertheim histerektomi,sentinel lenf nodu diseksiyonu

MİNİMAL İNVAZİV
JİNEKOLOJİ DERNEĞİMİNİMAL İNVAZİV
JİNEKOLOJİK ONKOLOJİ DERNEĞİROBOTİK JİNEKOLOJİK
CERRAHİ DERNEĞİ

8. MİNİMAL İNVAZİV JİNEKOLOJİK CERRAHİ KONGRESİ

12-14 Şubat 2026 / Wyndham Grand İstanbul Levent Hotel & Conference Center

SB-128

İnsidental Spigel Herni - Dens Barsak Adezyonlarında Güvenli Laparoskopik Adezyolizis Tekniği

Murat Tandoğan, Burak Ersak, Caner Çakır
Etlik Şehir Hastanesi, Jinekolojik Onkoloji Kliniği, Ankara

GİRİŞ: Karın ön duvarındaki yarık benzeri defektlerden kaynaklanan Spigel herni, “spontan lateral ventral fıtık” veya “yarım ay çizgisi fıtığı” olarak da adlandırılmaktadır. Tüm karın duvarı fıtıklarının yalnızca %0,12’sini oluşturan bu durum oldukça nadir görülür. Spigel fıtıklarının büyük çoğunluğu, arka kılıfın (posterior rektus kılıfı) anatomik olarak daha zayıf olduğu alt karın bölgesinde gelişir. Bu fıtıkların oluşumu genellikle obezite, çoğul gebelikler ve geçirilmiş cerrahi operasyonlar, karın içi enfeksiyonlar gibi karın duvarındaki gerilmeyi artıran veya duvar direncini azaltan faktörlerle ilişkilidir.

Spigel fıtıkları çoğu zaman semptom vermez ve genellikle farklı bir nedenle yapılan operasyonlar sırasında rastlantısal (insidental) olarak tespit edilir. Ancak, bağırsak segmentlerinin fıtık kesesi içinde sıkışması (inkarsere olması) durumunda hasta, akut karın ağrısı tablosuyla da başvurabilmektedir.

BULGULAR VE YÖNTEM: 62 yaşında, 20 yıldır menapozda olan hastanın hikayesinde geçirilmiş batın cerrahisi, bilinen bir karın içi enfeksiyon öyküsü yoktur. Hastanın kilo:90kg boy:160cm Bmi:35 Hastanın uzun süredir tedaviye dirençli kronik karın ağrısı ve hazımsızlık şikayetleri mevcuttur.

Hasta kliniğimize postmenapozal kanama şikayetiyle başvurdu. Hastaya TLH + BSO + Frozen planlandı. Hastanın gözlemde omentum ve barsaklar karın ön duvarına dens yapıştı. Keskin ve künt diseksiyon ile adezyolizis yapıldı. Barsak ve omentum diseke edildikten sonra, gözlemde diseksiyon sonrası batın ön duvarında defekt olduğu görüldü. İntraoperatif Genel Cerrahi görüşü alındı, defekt için müdehale düşünmedi. Hastaya postoperatif 1.ayda poliklinik kontrol önerdi.

Operasyon tamamlandıktan sonra, tüm cerrahi sahada omentum ve barsak ansları yaralanma ve aktif kanama açısından dikkatlice explore edildi.

Hastanın postoperatif 1. ve 3. Ay kontrollerinde, hasta anamnezde karın ağrısı ve hazımsızlık şikayetlerinin büyük oranda azaldığını bildirdi.

SONUÇ: Spigel herni teşhis edildiğinde, komplikasyon riskleri nedeniyle cerrahi tedavi önerilmelidir. Tedavide uygulanan temel yöntemler şunlardır:

- Geleneksel (Açık) YÖNTEM: Fıtık defekti, preperitoneal boşluğa veya fasya üzerine yerleştirilen dikişler ya da yama (mesh) yardımıyla kapatılır.
- Endoskopik Yöntem: Kapalı teknikle yama (mesh) kullanılarak defekt onarılır.
- Transabdominal Preperitoneal (TAPP) Onarım: Karın içisinden girilerek yine yama (mesh) ile fıtık defekti kapatılır.

Anahtar Kelimeler: spigel herni, laparoskopi, adezyon

MİNİMAL İNVAZİV
JİNEKOLOJİ DERNEĞİMİNİMAL İNVAZİV
JİNEKOLOJİK ONKOLOJİ DERNEĞİROBOTİK JİNEKOLOJİK
CERRAHİ DERNEĞİ

8. MİNİMAL İNVAZİV JİNEKOLOJİK CERRAHİ KONGRESİ

12-14 Şubat 2026 / Wyndham Grand İstanbul Levent Hotel & Conference Center

SB-129

Technique of Vaginal Assisted Laparoscopic Radical Trachelectomy for cervical cancer patient with a history of subtotal hysterectomy for placenta percreta

Can Dinç¹, Selen Doğan², Nasuh Utku Doğan³¹Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Jinekoloji Kliniği²Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Jinekoloji Onkoloji Kliniği³Doğan Jinekoloji Kliniği

Laparoscopic surgery is still option in cervical cancer patients when a number of preventive measures are performed. However, application of minimal invasive surgery becomes challenging in patients with altered pelvic anatomy due to previous surgeries, such as subtotal hysterectomy for placenta percreta. In this report, we present a case of vaginal-assisted laparoscopic radical trachelectomy (VALRT) in a cervical cancer patient with a history of subtotal hysterectomy and previous bladder injury, highlighting key technical steps and oncologic considerations. A 31-year-old multiparous woman presented with persistent vaginal spotting. She had a history of two cesarean deliveries, and during her second delivery, three years ago, she underwent a subtotal hysterectomy for placenta percreta, complicated by intraoperative bladder perforation. Vaginal examination revealed a 3 × 1 cm polypoid mass at the cervical stump. Histopathological evaluation of the polyp demonstrated undifferentiated carcinoma of cervical origin.

Pelvic MRI and PET-CT showed no evidence of extrauterine or residual disease. LEEP and endocervical curettage confirmed the absence of residual tumor. The case was evaluated in multidisciplinary tumor board, and vaginal-assisted laparoscopic radical trachelectomy with bilateral pelvic lymphadenectomy and bilateral salpingo-oophorectomy was planned.

A prophylactic double-J ureteral stent was inserted preoperatively. The laparoscopic procedure was performed without the use of a uterine manipulator. A vaginal manchette was created to prevent tumor spillage during colpotomy. Radical excision of the cervical stump, pelvic lymph node dissection, and salpingo-oophorectomy were completed laparoscopically. The total operation time was 330 minutes, and the estimated blood loss was 10 cc. No intraoperative or postoperative complications were observed. The patient had an uneventful recovery and was discharged on the second postoperative day. Final pathology revealed no residual

tumor in the trachelectomy specimen, and all dissected pelvic lymph nodes showed only reactive changes without evidence of metastasis. Adjuvant concurrent chemoradiotherapy was initiated during the first postoperative week. At 12-month follow-up, the patient developed pulmonary metastases and was subsequently treated with systemic chemotherapy. As of the most recent evaluation, the disease remains stable under systemic treatment.

Laparoscopic is a feasible and oncologically appropriate option in selected cervical cancer patients with complex surgical histories, such as prior subtotal hysterectomy for placenta percreta. Strict adherence to oncologic principles—including omission of intrauterine manipulators, avoidance of tumor manipulation, and use of a protective vaginal manchette—are essential to ensure safety and efficacy. Minimally invasive surgery can still play a role in challenging cases when applied with proper surgical technique and multidisciplinary planning.

Keywords: cervical cancer, radical trachelectomy, vaginally assisted surgery

MİNİMAL İNVAZİV
JİNEKOLOJİ DERNEĞİMİNİMAL İNVAZİV
JİNEKOLOJİK ONKOLOJİ DERNEĞİROBOTİK JİNEKOLOJİK
CERRAHİ DERNEĞİ

8. MİNİMAL İNVAZİV JİNEKOLOJİK CERRAHİ KONGRESİ

12-14 Şubat 2026 / Wyndham Grand İstanbul Levent Hotel & Conference Center

SB-130

Serviks Kanseri Laparoskopik Karaciğer Metastatik İmplant Rezeksiyonu

Kadir Can Gündoğan, Mustafa Kemal Köksal,
İbrahim Yalcın
Dokuz Eylül Üniversitesi, Kadın Hastalıkları Ve Doğum
Ana Bilim Dalı, İzmir

AMAÇ: Serviks adenokarsinomu nedeniyle cerrahi ve adjuvan tedavi almış hastalarda izole karaciğer metastazları nadir görülmekle birlikte, seçilmiş olgularda cerrahi rezeksiyon küratif potansiyel taşıyabilmektedir. Bu video bildiride, karaciğer segment VII'de yerleşimli soliter metastaza laparoskopik yaklaşımla uygulanan cerrahi rezeksiyon tekniğinin sunulması amaçlanmıştır.

GEREÇ-YÖNTEM: Kırk yaşında, G2P2, yaklaşık iki yıldır postmenopozal, VKİ ≈35 olan kadın hasta; opere serviks adenokarsinomu (nüks) ve romatoid artrit öyküsü mevcuttu. Takip sırasında karaciğer segment VII'de progresyon gösteren soliter metastaz saptandı. Lezyon manyetik rezonans görüntüleme ve PET-BT ile doğrulandı. Multidisipliner onkoloji konseyi kararıyla cerrahi rezeksiyon planlandı. Segment VII'nin posterior yerleşimi nedeniyle cerrahi erişimin zor olduğu göz önünde bulundurularak laparoskopik yaklaşım tercih edildi. Hasta lateral dekubit pozisyonunda opere edildi ve laparoskopik büyütmenin sağladığı anatomik avantajlar kullanılarak rezeksiyon gerçekleştirildi. Kanama kontrolü laparoskopik olarak sağlandı.

BULGULAR: Laparoskopik cerrahi başarıyla tamamlandı. İntraoperatif komplikasyon izlenmedi ve açık cerrahiye geçiş gereksinimi olmadı. Postoperatif dönemde komplikasyon gelişmedi. Patolojik incelemede endoservikal adenokarsinom metastazı saptandı (PAX8 (+), p16 (+)) ve R0 rezeksiyon sağlandığı doğrulandı.

SONUÇ: Seçilmiş olgularda, karaciğer segment VII gibi teknik olarak zor lokalizasyonlarda dahi laparoskopik karaciğer metastaz rezeksiyonu güvenle uygulanabilir. Minimal invaziv cerrahi, uygun hasta seçimi ve deneyimli ekip eşliğinde onkolojik prensiplere uygundur. Multidisipliner yaklaşım tedavi başarısında temel unsurdur.

Anahtar Kelimeler: Serviks adenokarsinomu, Laparoskopik cerrahi, Minimal invaziv cerrahi, Soliter karaciğer metastazı, Laparoskopik metastaz rezeksiyonu, Multidisipliner yaklaşım

SB-131

Borderline Tümör Şüphesi Taşıyan Kompleks Over Kistinin Laparoskopik Yönetimi: Olgu Sunumu

Muhammed Eren Aksun, İbrahim Yalcın
Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi

GİRİŞ: Borderline over tümörleri, epitelyal over neoplazilerinin stromal invazyon göstermeyen ancak atipik epitelyal proliferasyon içeren özel bir alt grubunu oluşturur. Minimal invaziv cerrahi, seçilmiş adneksiyel kitlelerde daha düşük morbidite ve üstün postoperatif iyileşme nedeniyle giderek daha fazla tercih edilmektedir. Bu bildiride, malignite açısından yüksek şüpheli radyolojik özelliklere sahip kompleks bir over kitlesinin Alexis yardımıyla laparoskopik ile yönetildiği bir olgu sunulmaktadır.

OLGU: 37 yaşında, gebe kalmamış (G0P0) kadın hasta, yapılan rutin değerlendirmede sağ overde kompleks bir kitle saptanması üzerine jinekolojik onkoloji kliniğimize yönlendirildi. Pelvik MRG'de 71×66 mm boyutunda, papiller çıkıntılar ve patolojik kontrastlanma gösteren, malignite açısından yüksek şüpheli kompleks bir kistik lezyon izlendi. Aynı bölgede 40×27 mm hemorajik kist mevcuttu. Sol overde ise endometrioma ile uyumlu iki lezyon görüldü. Douglas bosunda minimal serbest sıvı izlendi ve patolojik lenfadenopati saptanmadı. Hastanın önemli bir ek hastalığı yoktu; sadece rinoplasti öyküsü mevcuttu. Endometrium kalınlığı 7.5 mm olarak ölçüldü ve görüntülemeye bikornuat uterus dikkati çekti.

CERRAHİ İŞLEM: 18.12.2025 tarihinde hastaya Alexis yardımıyla laparoskopik eşliğinde sağ over kist eksizyonu, bilateral pelvik periton biyopsileri ve omentum biyopsisi uygulandı. İntraoperatif bulgular, peritoneal yayılım göstermeyen kompleks sağ over kitlesi ile uyumluydu. Alınan örnekler frozen incelemeye gönderildi.

PATOLOJİ SONUÇLARI: Frozen incelemede sağ overde seröz tip borderline tümör saptandı. Sağ ve sol pelvik periton biyopsileri, omentum örneği ve peritoneal lavajda tümör tutulumu izlenmedi. Lenfovasküler invazyon yoktu. Kist içi sıvı sitolojisi ve abdominal lavaj sitolojisi benigni. Tümör FIGO Evre I (pT1) olarak sınıflandırıldı.

TARTIŞMA: Bu olgu, borderline tümör şüphesi taşıyan kompleks adneksiyel kitlelerin yönetiminde minimal invaziv cerrahinin rolünü ortaya koymaktadır. Preoperatif görüntülemenin dikkatli değerlendirilmesi, kontrollü kist eksizyonu ve intraoperatif yayılım açısından kapsamlı değerlendirme; tümör rüptürünü önlemek ve doğru evreleme

MİNİMAL İNVAZİV
JİNEKOLOJİ DERNEĞİMİNİMAL İNVAZİV
JİNEKOLOJİK ONKOLOJİ DERNEĞİROBOTİK JİNEKOLOJİK
CERRAHİ DERNEĞİ

8. MİNİMAL İNVAZİV JİNEKOLOJİK CERRAHİ KONGRESİ

12-14 Şubat 2026 / Wyndham Grand İstanbul Levent Hotel & Conference Center

yapmak için kritik öneme sahiptir. Alexis yardımlı laparoskopisi, kist içeriğinin taşmasını önlemede avantaj sağlayarak güvenli örnek çıkarımına olanak tanır.

SONUÇ: Borderline patoloji şüphesi bulunan seçilmiş over kitlelerinde deneyimli cerrahlar tarafından uygulandığında minimal invaziv cerrahi güvenli ve etkili bir seçenektir. Doğru evreleme ve uygun örnekleme teknikleri, postoperatif yönetimin belirlenmesi açısından esastır.

Anahtar Kelimeler: Borderline over tümörü, Minimal invaziv cerrahi, Alexis retraktör

SB-132

Extraperitoneal Laparoscopic Paraaortic Lymphadenectomy in Endometrial Cancer Staging: An Effective and Safe Technique to Facilitate Extraperitoneal Access

Selçuk Erkılcı¹, İlker Çakır¹, Sena Özcan², Ayşe Öztürk³

¹Izmir Democracy University, Buca Seyfi Demirsoy Education and Research Hospital

²Republic of Turkey Ministry of Health Sarıgöl State Hospital

³Republic of Turkey Ministry of Health Mus State Hospital

Surgical staging is a fundamental component in the management of endometrial cancer, enabling accurate evaluation of disease extent and guiding adjuvant treatment decisions. Extraperitoneal laparoscopic paraaortic lymphadenectomy provides distinct advantages by offering a stable operative field while avoiding bowel manipulation. Despite these benefits, the most technically demanding step of this approach remains the initial access to the extraperitoneal space. Unintended peritoneal perforation during this phase may result in CO₂ leakage, loss of working space, and impaired visualization, potentially compromising the procedure.

This video presentation illustrates a grasper- and CO₂-assisted technique designed to facilitate rapid, controlled, and safe creation of the extraperitoneal space, thereby optimizing the entry phase of the procedure.

A 61-year-old woman presented with postmenopausal bleeding and was diagnosed with grade 2 endometrial adenocarcinoma on endometrial biopsy. Preoperative pelvic magnetic resonance imaging demonstrated a 38 × 32 × 39 mm uterine mass with myometrial invasion, without evidence of pathological lymph nodes or distant metastases. The serum CA-125 level was 18 U/mL. Surgical staging was planned, including laparoscopic extraperitoneal pelvic and paraaortic lymphadenectomy.

The procedure began with the establishment of pneumoperitoneum via a 10-mm umbilical trocar. A 5-mm trocar was subsequently placed in the left lower quadrant, and the extraperitoneal tissues were gently and atraumatically dissected using a grasper, allowing precise separation of tissue planes while maintaining peritoneal integrity. After complete evacuation of intraperitoneal CO₂, insufflation of the extraperitoneal space was initiated. By exploiting the dissectional effect of CO₂, a stable and

MİNİMAL İNVAZİV
JİNEKOLOJİ DERNEĞİMİNİMAL İNVAZİV
JİNEKOLOJİK ONKOLOJİ DERNEĞİROBOTİK JİNEKOLOJİK
CERRAHİ DERNEĞİ

8. MİNİMAL İNVAZİV JİNEKOLOJİK CERRAHİ KONGRESİ

12-14 Şubat 2026 / Wyndham Grand İstanbul Levent Hotel & Conference Center

well-defined extraperitoneal working space was rapidly achieved. The 5-mm trocar was then exchanged for a 10-mm trocar, and the laparoscopic camera was advanced into the extraperitoneal compartment.

The total operative time was 190 minutes. No intraoperative or postoperative complications occurred, and the patient was discharged uneventfully on postoperative day three. Final histopathological examination confirmed grade 2 endometrial carcinoma with less than 50% myometrial invasion and no serosal involvement. A total of 28 pelvic and 30 paraaortic lymph nodes were retrieved, all of which were negative for metastatic disease.

In conclusion, the entry phase remains the principal technical limitation of the extraperitoneal laparoscopic approach. Grasper-assisted controlled dissection combined with effective CO₂ insufflation significantly reduces the risk of peritoneal perforation and loss of visualization. This technique enables faster, safer, and more predictable establishment of the extraperitoneal space, facilitating paraaortic lymphadenectomy and supporting the routine use of the extraperitoneal approach in endometrial cancer staging.

Keywords: Endometrial cancer, Extraperitoneal laparoscopic paraaortic lymphadenectomy, Minimally invasive surgical staging

SB-133

Seröz over kanseri tanılı hastada laparoskopik internal sitoredüktif cerrahi ile birlikte HIPEC

Alparslan Celik, Oguzhan Kayım, Mustafa Ogunlu, Ghanim Khatip
Cukurova Universitesi

AMAÇ: Bu video bildirinin amacı malign epitelyal tümör şikayetiyle merkezimize yönlendirilen 75 yaşındaki hastaya konsey sonucu HIPEC planlanan hastanın operasyonunu göstermektir

OLGU: 75 yaşındaki kadın hasta, dış merkezden tarafımıza malign epitelyal tümör nedeniyle gönderilmiş. Hastanın patoloji sonucu High Grade Seröz Over olarak gelmesi üzerine hastaya konsey sonucu LAPARASKOPİK İNTERVAL SİTOREDÜKTİF CERRAHİ İLE BİRLİKTE HIPEC planı yapıldı. Hasta sonrasında 3 küt Adjuvan KT aldı. KT sonrası Tm markaları normal düzeyde izlendi

BULGULAR/CERRAHİ TEKNİK: TVUSG de Uterus atrofik adnekslerde kitle izlenmedi. Batında yaygın asit izlendi.

Laparoskopik yaklaşım ile histerektomi ve salpingooferektomi tamamlandı. Gastroepiploik ark korunarak total omentektomi yapıldı. Gözle görülür tümör saptamayınca ameliyatın devamına karar verildi. Sağ subdiafragmatik sol lateral perisplenik sol alt Douglas ve sağ alt lateral pelvik hat boyunca 4 adet silikon HIPEC kateterleri kondu. 75 mg/m² dozda 42 derecede 1 saat hipec işlemi uygulandı.

SONUÇ: Minimal invaziv cerrahi tekniklerin jinekolojik onkolojideki rolü halen aktif olarak araştırılmakta olmakla birlikte, uygun hasta seçimi yapıldığında perioperatif morbiditenin azaltılması, iyileşme süresinin kısaltılması ve yaşam kalitesinin artırılması açısından güvenli ve etkili bir cerrahi yaklaşım olarak değerlendirilebilir.

Anahtar Kelimeler: HIPEC, laparaskopi, seröz, over, epitelyal, tümör

MİNİMAL İNVAZİV
JİNEKOLOJİ DERNEĞİMİNİMAL İNVAZİV
JİNEKOLOJİK ONKOLOJİ DERNEĞİROBOTİK JİNEKOLOJİK
CERRAHİ DERNEĞİ

8. MİNİMAL İNVAZİV JİNEKOLOJİK CERRAHİ KONGRESİ

12-14 Şubat 2026 / Wyndham Grand İstanbul Levent Hotel & Conference Center

SB-134

Dev adneksiyel kitlede laparoskopik bilateral salpingo-ooferektomi: matür kistik teratom olgusu

Elif Aleyna Küçük, Oğuz Arslan, Sefa Kurt, İbrahim Yalcın
Dokuz Eylül Üniversitesi Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı

AMAC: Görüntülemeye kompleks özellikler gösteren büyük adneksiyel kitlelerde minimal invaziv cerrahinin uygulanabilirliğini ve intraoperatif karar verme süreci vurgulanmaktadır.

OLGU: 49 yaşında, G1P1, geçirilmiş sezaryen öyküsü olan; karın ağrısı ile başvuran hastada görüntülemelerinde pelvisi dolduran Mesanenin superior-anterior komşuluğunda 145×85 mm kistik lezyon ve kistin duvarda en büyüğü 15×6 mm multipl polipoid solid komponentler izlendi.

YÖNTEM: 1 adet 10 mm'lik umbilikal trokar, 2 adet ipsilateral 5 mm'lik trokar yerleştirildi. laparoskopik eksplozasyonda uterus normal, sol adneksen kaynaklanan 15 cm ince kapsüllü düzgün sınırlı kitle ve sağ overde düzensiz büyüme izlendi. Kitle içeriği veres iğnesi ile kontrollü olarak boşaltılıp aspire edildi. sol salpingo-ooferektomi yapıldı. Materyal endobag içerisinde kontrollü olarak batın dışına alındı ve frozen incelemeye gönderildi. Ardından sağ salpenjektomi yapıldı. Sağ ve sol pelvik periton ve omentumdan biyopsi alındı. Batın yıkama sıvısı alındı. Ardından sağ ooferektomi yapıldı. İntraoperatif kanama veya komplikasyon izlenmedi.

BULGULAR: Frozen sonucu benign (ön planda ovarian stroma lehine) bildirildi. Definitif histopatolojide; sol over: matür kistik teratom, sağ over: korpus albicans/korpus luteum/folikül kisti; bilateral tuba: paratubal kist; omentum ve periton biyopsileri: benign fibroadipöz doku; batın sıvısı: benign sitoloji olarak raporlandı.

SONUÇ: Büyük ve kompleks görümlü adneksiyel kitlelerde uygun hasta seçimi ve dikkatli doku/örnek yönetimi ile minimal invaziv yaklaşım tanısal ve tedavi edici olarak güvenle uygulanabilir; frozen eşliğinde cerrahi strateji kişiselleştirilebilir.

Anahtar Kelimeler: adneksiyel kitle, bilateral salpingo-ooferektomi, frozen, laparoskopi, matür kistik teratom, veres iğnesi

SB-135

Vajinal intraepitelyal neoplazi (VAIN) nedenli laparoskopik parsiyel vajenektomi: olgu sunumu

sevtap seyfettinoglu, Büşra Asena Torun, Sibel Öncel Yavuz, Oğuz Uyar
Adana Şehir Eğitim ve Araştırma Hastanesi Jinekolojik Onkoloji Kliniği

GİRİŞ: Vajinal intraepitelyal neoplazi (VAIN), çoğunlukla yüksek riskli HPV enfeksiyonu ile ilişkili, vajina epitelinde gelişen premalign lezyonlardır. Özellikle servikal intraepitelyal neoplazi (CIN) nedeniyle histerektomi öyküsü bulunan hastalarda VAIN gelişme riski artmakta; multifokalite, nüks ve izlem gereksinimi klinik açıdan önem taşımaktadır. Tedavide lezyonun yaygınlığı, lokalizasyonu ve invazyon şüphesi doğrultusunda ablasyon, eksizyon veya vajenektomi seçenekleri değerlendirilmektedir.

OLGU: Altmış iki yaşında kadın hasta, daha önce CIN nedeniyle total histerektomi öyküsü ile rutin kontroller sırasında vajinal sitolojide anormallik saptanması üzerine kliniğimize yönlendirildi. Yapılan kolposkopik değerlendirmede vajen kubbesinde belirgin asetobeyaz alanlar izlendi ve hedefe yönelik biyopsiler alındı. Histopatolojik incelemede yüksek dereceli vajinal intraepitelyal lezyon (VAIN 2-3) ile uyumlu bulgular saptandı. Lezyonun vajen kubbesinde sınırlı ancak eksizyon gerektirecek lokalizasyonda olması ve invazyonun dışlanması amacıyla cerrahi tedavi planlandı. Hastaya parsiyel vajenektomi uygulandı. Postoperatif dönem sorunsuz seyretti. Rezeksiyon materyalinin patolojik değerlendirmesinde yüksek dereceli VAIN ile uyumlu bulgular izlendi ve cerrahi sınırlar negatif olarak raporlandı. Hasta düzenli HPV/sitoloji ve kolposkopi ile izleme alındı.

SONUÇ: CIN nedeniyle histerektomi öyküsü bulunan hastalarda VAIN gelişimi açısından uzun dönem takip önemlidir. Vajen kubbesine sınırlı yüksek dereceli VAIN olgularında parsiyel vajenektomi, invazyonun dışlanması ve negatif cerrahi sınır sağlanması açısından etkili bir tedavi seçeneğidir. Bu olgu, posthisterektomi dönemde gelişen VAIN'ın tanı ve tedavisinde multidisipliner yaklaşım ve düzenli izlemin önemini vurgulamaktadır.

Anahtar Kelimeler: Vajinal intraepitelyal neoplazi, VAIN, parsiyel vajenektomi, CIN, histerektomi, HPV

MİNİMAL İNVAZİV
JİNEKOLOJİ DERNEĞİMİNİMAL İNVAZİV
JİNEKOLOJİK ONKOLOJİ DERNEĞİROBOTİK JİNEKOLOJİK
CERRAHİ DERNEĞİ

8. MİNİMAL İNVAZİV JİNEKOLOJİK CERRAHİ KONGRESİ

12-14 Şubat 2026 / Wyndham Grand İstanbul Levent Hotel & Conference Center

SB-138

Çoklu Batın Cerrahisi Öyküsü Olan Postmenopozal Hastada V-NOTES Histerektomi ve Bilateral Salpingooferektomi: Frozen Section Eşliğinde Video Olgu Sunumu

Sinan Abeş, İsmet Turgut Ozbay, Fatma Ketenci Gencer,
Havva Betül Bacak, Suleyman Salman
Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Gaziosmanpaşa Eğitim
Araştırma Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum,
İstanbul

Postmenopozal dönemde, üç kez sezaryen ve laparotomi ile kolesistektomi öyküsü bulunan, eşlik eden hipertansiyon ve fibromiyalji tanıları olan 65 yaşındaki hastada, sağ overde saptanan multilobüle, anekoik kistik lezyon nedeniyle cerrahi tedavi planlandı. Hastanın batın ön duvarında üst orta hat laparotomi ve Pfannenstiel insizyonlarına ait belirgin skar dokusu mevcuttu ve geçirilmiş çoklu cerrahiler nedeniyle intraabdominal adezyon olasılığı yüksek olarak değerlendirildi. Preoperatif pelvik manyetik rezonans görüntüleme, sağ over lojunda solid komponent içermeyen, benign özellikli septalı kistik lezyon izlenmiş olup malignite lehine belirgin bulgu saptanmadı. Bu nedenle cerrahi yaklaşım olarak, batın duvarında ek kesi gerektirmemesi ve adezyonlara bağlı komplikasyon riskini azaltması nedeniyle minimal invaziv yöntem olan V-NOTES histerektomi ve bilateral salpingooferektomi tercih edildi. Vajinal doğal açıklık yoluyla batın ve pelvise güvenli erişim sağlanarak cerrahiye başlandı; anatomik landmarklar dikkatle tanımlanarak uterus ve bilateral adnexlerin disseksiyonu, dokuya saygılı teknikler ve kontrollü vasküler ligasyon eşliğinde gerçekleştirildi. Uterosakral, kardinal ve uterin vasküler yapılar güvenli şekilde kontrol altına alındıktan sonra specimenler vajinal yoldan çıkarıldı. Cerrahi sırasında bilateral adnexlerden alınan örneklerle intraoperatif donuk kesit incelemesi uygulandı ve malignite saptanmaması üzerine cerrahi işlem onkolojik açıdan genişletilmeksizin, planlandığı şekilde sonlandırıldı. Nihai histopatolojik incelemede sağ overde seröz kistadenofibroma saptanmış olup donuk kesit ve final patoloji bulgularının birbiriyle uyumlu olduğu görüldü. Operasyon minimal kan kaybı ile ve intraoperatif komplikasyon gelişmeksizin tamamlandı. Postoperatif dönemde hasta erken mobilize edildi, belirgin ağrı şikâyeti olmadı, analjezik ihtiyacı minimal düzeydeydi ve postoperatif 1. günde sorunsuz şekilde taburcu edildi. Bu video olgu sunumu, ileri yaşta, çoklu geçirilmiş batın cerrahisi ve eşlik eden komorbiditeleri bulunan hastalarda dahi V-NOTES yaklaşımının güvenli, etkin ve hızlı iyileşme sağlayan güçlü

bir minimal invaziv cerrahi alternatif olduğunu göstermeyi amaçlamaktadır.

Anahtar Kelimeler: v-notes, histerektomi, postmenopozal kist, minimal invaziv cerrahi

MİNİMAL İNVAZİV
JİNEKOLOJİ DERNEĞİMİNİMAL İNVAZİV
JİNEKOLOJİK ONKOLOJİ DERNEĞİROBOTİK JİNEKOLOJİK
CERRAHİ DERNEĞİ

8. MİNİMAL İNVAZİV JİNEKOLOJİK CERRAHİ KONGRESİ

12-14 Şubat 2026 / Wyndham Grand İstanbul Levent Hotel & Conference Center

SB-139

Feasibility and Safety of V-NOTES in a Patient with Prior Bowel Surgery

Yagmur Solak, Emin Erhan Donmez, Fatma Dündar,
Ilımsu Yaren Ozdemir
Istanbul Training and Research Hospital, Istanbul, Türkiye

Hysterectomy in patients with a history of abdominal surgery can be technically challenging due to adhesions and the increased risk of intraoperative complications, such as bowel injury. Bowel injury occurs in approximately 1 in 769 gynecologic laparoscopic procedures [1]. Minimally invasive approaches such as vaginal natural orifice transluminal endoscopic surgery (V-NOTES) have been developed to overcome these limitations. Recent studies have shown that V-NOTES can be a feasible and effective alternative to conventional laparoscopy in selected cases [2,3]. This case aims to demonstrate the feasibility and safety of performing V-NOTES hysterectomy in a patient with a prior history of bowel surgery. Setting: An urban tertiary care teaching hospital. Stepwise demonstration of the surgical procedure with intraoperative observations.

Participants: A 63-year-old postmenopausal woman was admitted with a 6 cm right adnexal mass detected on preoperative imaging. She had a history of previous midline abdominal surgery for intestinal pathology. Pelvic imaging showed dense adhesions between the anterior abdominal wall and intestinal loops, likely secondary to the prior surgery. Written informed consent was obtained from the patient for the use of clinical data and intraoperative images.

Interventions: V-NOTES hysterectomy was performed. The key steps of the procedure and intraoperative findings are demonstrated in Video 1. During the procedure, extensive adhesions were noted between the bowel and the anterior abdominal wall. Careful adhesiolysis provided sufficient access to the pelvic cavity. A frozen section of the right adnexal mass revealed an ovarian fibroma. Considering the patient's age and intraoperative findings, the planned V-NOTES hysterectomy was completed successfully without complications.

CONCLUSION: This case demonstrates that pure V-NOTES hysterectomy can be safely performed even in patients with prior abdominal surgery and extensive adhesions. By avoiding transabdominal entry, V-NOTES may reduce the risk of bowel injury and promote faster postoperative recovery. V-NOTES appears to be a valuable minimally invasive alternative to conventional laparoscopy

in appropriately selected complex gynecologic cases.

Keywords: V-NOTES, hysterectomy, bowel adhesions, minimally invasive surgery, gynecologic laparoscopy

References: Llarena NC, Shah AB, Milad MP. Bowel injury in gynecologic laparoscopy: a systematic review. *Obstet Gynecol.* 2020;135(1):113–123.

Dönmez EE, Elci E, Elci G. Total V-NOTES hysterectomy versus conventional total laparoscopic hysterectomy in virgin transgender men. [Publication details—journal, year, and volume to be completed according to source].

Wang CJ, Huang HY, Huang CY, et al. Comparison of vNOTES and laparoscopic hysterectomy: a meta-analysis. *Int J Gynaecol Obstet.* 2022;157(1):1–10.

Keywords: V-NOTES, Adnexial mass, laparoscopy, gynecology

MİNİMAL İNVAZİV
JİNEKOLOJİ DERNEĞİMİNİMAL İNVAZİV
JİNEKOLOJİK ONKOLOJİ DERNEĞİROBOTİK JİNEKOLOJİK
CERRAHİ DERNEĞİ

8. MİNİMAL İNVAZİV JİNEKOLOJİK CERRAHİ KONGRESİ

12-14 Şubat 2026 / Wyndham Grand İstanbul Levent Hotel & Conference Center

SB-140

Abdominal Incision-Free Specimen Removal in Robotic-Assisted Surgery: Tailored Vaginal Approaches

Haticegul Tuncer¹, Utku Akgor², Murat Gultekin², Z. Selcuk Tuncer², Derman Basaran²

¹Hacettepe University, Department of Obstetrics and Gynecology, Ankara, Turkey.

²Hacettepe University, Department of Obstetrics and Gynecology, Division of Gynecologic Oncology, Ankara, Turkey.

OBJECTIVES: To evaluate the clinical and oncological outcomes of two tailored vaginal specimen retrieval methods during robotic-assisted surgery: posterior colpotomy with endoscopic retrieval bags in uterine-preserving cases and direct vaginal extraction without retrieval bags in hysterectomy cases. We also aimed to assess whether these minimally invasive approaches provide advantages over traditional abdominal specimen retrieval techniques reported in the literature.

METHODS: We report a series of six robotic-assisted pelvic surgeries categorized according to specimen retrieval technique. In uterine-preserving procedures, specimens were enclosed in an endoscopic retrieval bag and extracted via posterior colpotomy. In hysterectomy cases, specimens were removed directly through the vaginal vault without a retrieval bag. Included cases were: (1) combined hysterectomy and sleeve gastrectomy in a morbidly obese patient (BMI 62.4 kg/m²) with Endometrial Intraepithelial Neoplasia, (2) pelvic schwannoma excision, (3) concurrent cystectomy and myomectomy, (4) unilateral salpingo-oophorectomy for an ovarian mass, (5) neurofibroma resection, and (6) hysterectomy with bilateral salpingo-oophorectomy for a borderline ovarian tumor. Clinical outcomes including surgical spillage, postoperative pain, complications, cosmetic results, and length of hospital stay were evaluated.

RESULTS: All specimens were successfully retrieved vaginally without the need for additional abdominal incisions. The use of endoscopic retrieval bags in uterine-preserving surgeries effectively prevented spillage and maintained oncological safety. In hysterectomy cases, direct vaginal extraction was equally safe and feasible. No intraoperative complications occurred. Patients experienced minimal postoperative pain, rapid recovery, excellent cosmetic outcomes, and uneventful discharges. Follow-up

revealed no retrieval-related adverse outcomes.

CONCLUSIONS: Posterior colpotomy, tailored according to uterine preservation status, represents a safe, efficient, and minimally invasive alternative to abdominal specimen retrieval in robotic surgery. This approach minimizes abdominal wall trauma, reduces postoperative pain, enhances recovery, optimizes cosmetic outcomes, and preserves oncological integrity. Its adaptability across diverse pelvic pathologies supports broader implementation in minimally invasive gynecologic surgery.

Keywords: Robotic-Assisted Minimally Invasive Surgery, Abdominal Incision-Free Vaginal Specimen Retrieval, Posterior Colpotomy

MİNİMAL İNVAZİV
JİNEKOLOJİ DERNEĞİMİNİMAL İNVAZİV
JİNEKOLOJİK ONKOLOJİ DERNEĞİROBOTİK JİNEKOLOJİK
CERRAHİ DERNEĞİ

8. MİNİMAL İNVAZİV JİNEKOLOJİK CERRAHİ KONGRESİ

12-14 Şubat 2026 / Wyndham Grand İstanbul Levent Hotel & Conference Center

SB-141

vNOTES bilateral kistektomi

Deniz Ersoy, Süleyman Salman, Fatma Ketenci Gencer
Gaziosmanpaşa Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Bilateral over kisti saptanan, 25 yaşında ve bir kez sezaryen öyküsü bulunan hastaya vNOTES yöntemi ile bilateral kistektomi uygulandı. Cerrahi yaklaşım tercihinde hastanın fertilité beklentisi, genç yaşı ve geçirilmiş abdominal cerrahiye bağlı potansiyel adezyon riski dikkate alındı. vNOTES yaklaşımı, abdominal duvar insizyonu gerektirmemesi sayesinde adezyon ilişkili komplikasyon riskini azaltmakta ve kozmetik açıdan üstün sonuçlar sunmaktadır. Transvajinal erişim yoluyla pelvisin yakın görüş altında değerlendirilmesi, over dokusunun korunmasına yönelik hassas diseksiyona olanak sağlamaktadır. Bu teknik ayrıca postoperatif ağrı skorlarının düşük olması, erken mobilizasyon ve kısa hastanede kalış süresi gibi iyileşme sürecini olumlu etkileyen avantajlara sahiptir. Operasyon sırasında sağ hemorajik kist ve sol dermoid kisti başarıyla eksize edilmiş, sağlam over dokusu maksimal düzeyde korunmuştur. İntraoperatif ve postoperatif dönemde komplikasyon izlenmemiştir. Bu olgu, uygun hasta seçimi yapıldığında vNOTES yaklaşımının benign over cerrahisinde güvenli, etkin bir cerrahi seçenek olduğunu desteklemektedir.

Anahtar Kelimeler: vNOTES, bilateral over kisti, kistektomi, minimal invaziv cerrahi, dermoid kist

SB-142

v-NOTES Meshsiz Sakrokolpopeksi ve Yüksek Uterosakral Ligament Plikasyonu: Salman-Ketenci Gencer Modifikasyonu

Rana Güven, Süleyman Salman, Fatma Ketenci Gencer,
Havva Betül Bacak
Gaziosmanpaşa Eğitim ve Araştırma hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum, İstanbul

Pelvik organ prolapsusu (POP), kadınların yaklaşık %50'sini etkileyen ve önemli bir kısmında cerrahi tedavi gerektiren yaygın bir klinik sorundur. Sakrokolpopeksi, uzun dönem anatomik başarısı nedeniyle apikal prolapsus tedavisinde altın standart olarak kabul edilmekle birlikte, ileri laparoskopik deneyim gerektirmesi, kapsamlı retroperitoneal diseksiyon ihtiyacı ve meş kullanımına bağlı komplikasyon riskleri nedeniyle sınırlı uygulanabilirliğe sahiptir. Son yıllarda vajinal doğal orifis translüminal endoskopik cerrahi (vNOTES), daha az invaziv bir yaklaşım sunarak postoperatif morbiditeyi azaltırken laparoskopik cerrahiye benzer anatomik sonuçlar sağlamasıyla öne çıkmaktadır. Bu video bildiride, vNOTES yaklaşımı ile uygulanan mesh-free sakrokolpopeksi ve yüksek uterosakral ligament plikasyonunu birleştiren, Salman-Ketenci-Gencer Modifikasyonu olarak tanımlanan yenilikçi cerrahi teknik sunulmaktadır. Grade 3 uterin prolapsusu olan bir olguda vajinal histerektomi sonrası vNOTES aparatı yerleştirildi ve pnömoperitoneum oluşturuldu. Sağ üreterin net olarak tanımlanması ve S1-S2 düzeyinde sınırlı presakral periton diseksiyonu yapılarak anterior longitudinal ligament ortaya kondu. Derin retroperitoneal diseksiyondan kaçınılarak No.1 monofilament polipropilen sütür ile ligamentten geçilerek askı sütürü yerleştirildi. Ardından uterosakral ligamentler boyunca dairesel ve kontinü plikasyon sütürleri uygulanarak vajinal cuff a kadar uzatıldı ve apikal destek güçlendirildi. Vajinal cuff mukozası penetre edilmeden submukozal olarak fiks edildi ve cuff iskiyal spine seviyesine elevasyon sağlanacak şekilde kapatıldı. Postoperatif dönemde hastada hemoglobin düşüşü, enfeksiyon veya pelvik ağrı izlenmedi; hasta ikinci postoperatif günde sorunsuz taburcu edildi. Üçüncü ay POP-Q değerlendirmesinde anatomik düzelmenin korunduğu ve hastanın asemptomatik olduğu gözlemlendi. Bu teknik, klasik sakrokolpopeksinin biyomekanik avantajlarını uterosakral ligamentlerin doğal destek gücüyle birleştirirken meş kullanımından kaçınılmasını ve minimal retroperitoneal diseksiyonu mümkün kılmaktadır. Salman-Ketenci-Gencer Modifikasyonu, vNOTES yaklaşımı sayesinde üreterlerin doğrudan vizualizasyonunu artı-

MİNİMAL İNVAZİV
JİNEKOLOJİ DERNEĞİMİNİMAL İNVAZİV
JİNEKOLOJİK ONKOLOJİ DERNEĞİROBOTİK JİNEKOLOJİK
CERRAHİ DERNEĞİ

8. MİNİMAL İNVAZİV JİNEKOLOJİK CERRAHİ KONGRESİ

12-14 Şubat 2026 / Wyndham Grand İstanbul Levent Hotel & Conference Center

arak cerrahi güvenliği destekleyen, erişilebilir ve minimal invaziv bir alternatif olarak pelvik organ prolapsusu cerrahisinde umut vadeden bir seçenek sunmaktadır

Anahtar Kelimeler: Pelvik organ prolapsusu, Sakrokolpopaksi, vNOTES

SB-143

Şüpheli adneksiyel kitleli 65 yaş hastada vnotes histerektomi ve bilateral salpingooferektomi ile intraoperatif frozen değerlendirmesi: olgu videosu

Şevval Nur Ünlü, Havva Betül Bacak, Enes Serhat Coşkun, Süleyman Salman
Sbü Gaziosmanpaşa Fizik Tedavi Eğitim Ve Araştırma Hastanesi/İSTANBUL

AMAÇ: Menopoz sonrası dönemde saptanan adneksiyel kitleler, malignite olasılığı nedeniyle dikkatli değerlendirme ve uygun cerrahi yaklaşım gerektirir. Bu sunumda, şüpheli adneksiyel kitle saptanan 65 yaşındaki bir hastada uygulanan vnotes histerektomi ve bilateral salpingooferektomi ile intraoperatif frozen değerlendirmesi minimal invaziv cerrahi bağlamında sunulmaktadır.

OLGU: Hastamız 15 yıldır menopozda olup özgeçmişinde hipertansiyon, diyabet ve guatr mevcut olup; koroner anjiyografi, hemoroid ve tiroid cerrahisi öyküsü mevcuttu. Düzenli olarak coraspirin, triplexam ve glukobay kullanmaktaydı. Kasık ağrısı şikâyeti ile başvurdu. Ultrasonografide uterus AVF pozisyonunda, fundus anterior yerleşimli yaklaşık 5 cm miyom ve sol adneksiyel alanda 8 cm ince cidarlı kistik lezyon izlendi. Tümör belirteçleri negatif bulundu. Manyetik rezonans görüntülemeye sol over lojunda yaklaşık 9×5 cm boyutlu, internal septasyonlar içeren, T2 hiperintens-T1 hipointens, belirgin kontrast tutulumu olmayan kistik lezyon ve kitle etkisine bağlı uterusu bası saptandı.

CERRAHİ YAKLAŞIM VE BULGULAR: Malignite olasılığı dışlanamayan olgu, multidisipliner değerlendirme sonrası vnotes histerektomi + bilateral salpingooferektomi ve intraoperatif frozen ile opere edildi. Operasyon süresi yaklaşık 90 dakika olup belirgin kan kaybı izlenmedi. İntraoperatif ve postoperatif dönemde komplikasyon gelişmedi. Frozen değerlendirmede benign özellikler raporlandı. Kesin patoloji sonucunda atrofik endometrium, selüler leiomyom, adenomyozis, düzenli sağ ve sol tuba yapıları ile sol overde seröz kistadenoma saptandı. Postoperatif üçüncü gün yapılan üriner ultrason incelemesi normal değerlendirildi ve hasta stabil klinik seyrir ile taburcu edildi.

SONUÇ: Bu olgu, ileri yaş ve komorbiditeleri bulunan bir hastada şüpheli adneksiyel kitle yönetiminde vnotes yaklaşımının uygun olgu seçimi ile güvenli ve etkili bir minimal invaziv cerrahi seçenek olabileceğini göstermektedir. Düşük morbidite, hızlı iyileşme ve kozmetik kazanımların yanı sıra intraoperatif frozen değerlendirme, cerrahi karar

MİNİMAL İNVAZİV
JİNEKOLOJİ DERNEĞİMİNİMAL İNVAZİV
JİNEKOLOJİK ONKOLOJİ DERNEĞİROBOTİK JİNEKOLOJİK
CERRAHİ DERNEĞİ

8. MİNİMAL İNVAZİV JİNEKOLOJİK CERRAHİ KONGRESİ

12-14 Şubat 2026 / Wyndham Grand İstanbul Levent Hotel & Conference Center

sürecine anlamlı katkı sağlamaktadır.

Anahtar Kelimeler: adneksiyel kitle, bilateral salpingo-o-ferektomi, histerektomi, minimal invaziv cerrahi, vnotes

SB-144

***V-NOTES* hysterectomy with bilateral salpingo-oophorectomy for a giant adnexal cyst guided by intraoperative frozen section**

İbrahim Duran Cengiz, Süleyman Salman, Fatih Fatih Irice
Gaziosmanpaşa Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği, İstanbul

OBJECTIVE: To present a minimally invasive transvaginal approach for the management of a giant adnexal cyst using *V-NOTES* hysterectomy with bilateral salpingo-oophorectomy (BSO) guided by intraoperative frozen section.

Design: Step-by-step surgical video demonstration of the technique.

Setting: Tertiary referral center for minimally invasive gynecologic surgery.

Patient: A 65-year-old postmenopausal woman with a giant adnexal cyst measuring approximately 30 cm.

Intervention: A planned *V-NOTES* hysterectomy with BSO and intraoperative frozen section was performed. After removal of the uterus, the cyst was incised transvaginally and approximately 2 liters of fluid were aspirated intraoperatively to facilitate extraction. The cyst together with the adnexa was then removed intact through the vagina. Frozen section analysis revealed no evidence of malignancy; therefore, no further surgical staging was undertaken and the procedure was concluded.

Main Outcome Measures: Feasibility of *V-NOTES* approach, safe removal of a giant cyst, avoidance of laparotomy, and role of frozen section in intraoperative decision-making.

RESULTS: The procedure was successfully completed via *V-NOTES* without the need for abdominal incisions or conversion to laparotomy. The cyst was removed intact after controlled aspiration. No intraoperative complications occurred.

CONCLUSION: *V-NOTES* hysterectomy with BSO is a feasible and safe minimally invasive option for selected patients with giant adnexal cysts. Intraoperative frozen section plays a critical role in guiding the extent of surgery and avoiding unnecessary staging procedures.

Keywords: frozen section, giant adnexal cyst, hysterectomy with bilateral salpingo-oophorectomy, minimally invasive surgery, transvaginal surgery, V-NOTES.

MİNİMAL İNVAZİV
JİNEKOLOJİ DERNEĞİMİNİMAL İNVAZİV
JİNEKOLOJİK ONKOLOJİ DERNEĞİROBOTİK JİNEKOLOJİK
CERRAHİ DERNEĞİ

8. MİNİMAL İNVAZİV JİNEKOLOJİK CERRAHİ KONGRESİ

12-14 Şubat 2026 / Wyndham Grand İstanbul Levent Hotel & Conference Center

SB-145

Total Uterin Prolapsus Sistosel

Evrin Kardelen

İzmir Çiğli Eğitim ve Araştırma Hastanesi

63 yaş hasta, total uterin prolapsus ve sistoseli bulunmakta, koit yok, beş normal doğumu mevcut. Vaginal histerektomi sonrası V-notes ile batin içine girildiğinde barsakların görüntülemeyi engellemesi ve operasyonu riskli hale getirmesi nedeniyle abdominal laparoskopi planlandı. Veres iğnesi ile umblikustan batin içine girildi. Beşlik kamera kullanıldı. Işık kablosu bozuk olması nedeniyle görüntü bir miktar karanlık olduğu görüldü. Laparoskopik bilateral salpingo-ooferektomi yapıldı. Over ve tubalar vagenden dışarı alındı. Over pensi ile vagenden 1 nolu vicryl iğne ucu kapatılarak batin içine alındı. Ardından her iki taraf ayrı olarak sırayla arka periton, arka vagen cuff köşesi, round ligaman, ön vagen cuff köşesi, ön periton 1 nolu vicryl ile birbirine asılarak suture edildi. Cuff ortasına 1 nolu vicryl ile bir sutur konuldu. Kanama kontrolü yapılarak operasyona sonlandırıldı.

Bu vakada V-notes salpingo-ooferektomi yapılabilseydi ardından vaginal yoldan vaginal histerektomi sırasında asılan kardinal ligamentler round ligamandan geçirilebilir vagen cuff vagenden kapatılıp sonrasında total kolpoplekzis operasyonu yapılabilirdi. V-notes sırasında barsakların görüntülemeyi ve operasyonu önlenmemesi için anestezinin uygun anestezisi desteği yapması önemlidir.

Operasyon 7 Ocak 2026 tarihinde yapılmış olup hastanın mevcut prolapsusu düzelmiştir. Operasyondan sonraki kontrolünde bir problem bulunmamaktadır. Sonraki yıllarda rekürrens olup olmayacağı takip edilerek izlenecektir.

Anahtar Kelimeler: total uterin prolapsus, sistosel, laparoskopi

SB-146

Malignite Şüpheli Adneksiyel Kitlede V-NOTES; Laparotomi ve Laparoskopiye Bir Alternatif Olur mu?

SEVİM SEDA GULKURUSU, Meral Aban, Atinç Özer, Ahmet Kale
Sancaktepe Şehit Prof. Dr. İlhan Varank Eğitim Araştırma Hastanesi

Malignite şüpheli adneksiyel kitlede V-Notes; laparotomi ve laparoskopiye bir alternatif olur mu?

63 yaş, G1P1 eski CS, 13 yıldır menapoz hasta karın ağrısı şikayetiyle başvurdu. Ultrasonda Uterus Atrofik, EL: 10 mm düzensiz, sağ adneksiyel lojda karışık ekolu Hipo-Hiperkojenik alanlar içeren 8*6 cm boyutunda kitle tespit edildi. Kontrastlı Pelvik MR: Batin sağ alt kadranda yaklaşık 85*44 mm boyutunda T1A Hipointens T2A içerisinde solid alanlar içeren Hipo-Hiperintens düzgün konturlu kitle IVKM enjeksiyonu ile lezyonda heterojen tutulum izlendi. Batında serbest sıvı yok. Bu görüntülerle Benign/Malign ayrımı yapılamadı. Tetkiklerinde Smear: Normal/HPV: Negatif, PC: Endometrial Polip, ECC: Kronik Endoservisit, skuamöz metaplazi gelen hastanın tümör marker sonuçları CA-125:25,60, CA-19-9:11,20 CA15-3:17,6 olarak tespit edildi. Kütlenin boyutu nedeniyle V-Notes cerrahi prosedürün laparoskopik cerrahiye göre kitlenin batin dışına çıkarılmasında minimal invaziv olabileceği düşünülerek hastanın operasyonu V-Notes olarak planlandı. Vakanın frozen sonucuborderline müsinöz TM, sexkord stromal tümör ayrımı yapılamadı. Malign düşünülmedi olarak öğrenildi. Operasyona son verildi. Vakanın nihai patoloji sonucu olarak hücreli borderline tümör ve endometrioid adenofibrom geldi.

V-Notes, adneksiyel kitleler ve risk azaltıcı jinekolojik cerrahilerde onkolojik prensipler korunarak uygulanabilen, laparoskopi ve laparotomiye potansiyel bir minimal invaziv alternatif olarak değerlendirilmektedir.

Seçilmiş hasta gruplarında düşük postoperatif ağrı, hızlı iyileşme, yüksek hasta memnuniyeti ve kozmetik avantajlar sunmaktadır. Deneyimli jinekolojik endoskopik cerrahlar için öğrenme eğrisinin sınırlı sayıda vaka ile aşılabilmesi yöntemin uygulanabilirliğini desteklerken, hasta seçimi ve üst abdomen erişimine ilişkin kısıtlılıklar göz önünde bulundurulmalıdır. Yöntemin cerrahi algoritmadaki yerinin netleştirilmesi için standartlaştırılmış protokoller ve uzun dönem onkolojik sonuçlara yönelik ileri çalışmalara ihtiyaç vardır.

MİNİMAL İNVAZİV
JİNEKOLOJİ DERNEĞİMİNİMAL İNVAZİV
JİNEKOLOJİK ONKOLOJİ DERNEĞİROBOTİK JİNEKOLOJİK
CERRAHİ DERNEĞİ

8. MİNİMAL İNVAZİV JİNEKOLOJİK CERRAHİ KONGRESİ

12-14 Şubat 2026 / Wyndham Grand İstanbul Levent Hotel & Conference Center

Malignite şüpheli adneksiyel kitlelerde onkolojik prensiplerden ödün vermeden kitleyi dışarı çıkarmak için minimal invaziv bir yöntem olarak; V-Notes

Anahtar Kelimeler: Adneksiyel Kitle, Malignite Şüphesi, Minimal İnvaziv, V-Notes

SB-150

Giant uterine mass managed by robotic total hysterectomy: A case report

Simge Berrak Beyoğlu Oruç, Fatma Başak Sargın, Salih Taşkın

Department of Obstetrics and Gynecology, Memorial Göztepe Hospital, İstanbul, Türkiye

INTRODUCTION: Uterine masses have a broad differential diagnosis, including leiomyomas, adenomyosis-related lesions, and rarer pathologies. In particular, in cases of large uterine masses, distinguishing benign from malignant conditions on preoperative imaging, selecting the appropriate surgical approach, and managing the risk of complications are of critical importance. Robotic surgery may be an effective option in selected cases by offering the advantages of minimally invasive access, improved ergonomics, and controlled dissection, especially in patients with an enlarged uterus and complex pelvic pathology. This case report aims to emphasize the role of minimally invasive approaches such as robotic hysterectomy in the clinical management of suspected giant uterine masses, particularly in technically challenging surgical cases.

CASE PRESENTATION: A 47-year-old woman with a history of two previous cesarean deliveries was evaluated for a palpable enlarged uterine mass and abnormal uterine bleeding. Preoperative pelvic magnetic resonance imaging (MRI) demonstrated a linear endometrium and a junctional zone measuring approximately 13 mm, with areas of asymmetrical thickening and irregular appearance. In addition, a mass lesion measuring approximately 134 × 125 mm, extending toward the right superolateral aspect of the uterus and appearing to originate from the uterine cavity, was identified; the lesion contained myometrial components and cystic degenerative changes (Figures 1A and 1B). Based on the MRI sequences, malignancy was considered unlikely, and the lesion was reported as consistent with a leiomyoma.

An 8-mm robotic trocar was inserted through the supraumbilical epigastric region to access the abdominal cavity. Intraoperative exploration revealed a 12.5 cm giant uterine mass originating from the uterine fundus and occupying the upper abdomen. Robotic total hysterectomy with bilateral salpingectomy was completed using bipolar forceps and monopolar scissors. The specimen was carefully fragmented in a controlled manner using a cold-knife technique and extracted vaginally; power morcellation was not performed. The colpotomy was closed with a 2-0 V-Loc suture. Intraoperative frozen-section analysis demonstrated

MİNİMAL İNVAZİV
JİNEKOLOJİ DERNEĞİMİNİMAL İNVAZİV
JİNEKOLOJİK ONKOLOJİ DERNEĞİROBOTİK JİNEKOLOJİK
CERRAHİ DERNEĞİ

8. MİNİMAL İNVAZİV JİNEKOLOJİK CERRAHİ KONGRESİ

12-14 Şubat 2026 / Wyndham Grand İstanbul Levent Hotel & Conference Center

findings consistent with a leiomyoma.

CONCLUSION: With appropriate patient selection, robotic surgery can provide the advantages of a minimally invasive approach in the management of large uterine masses. With appropriate patient selection, robotic surgery can provide the advantages of a minimally invasive approach in the management of large uterine masses. In our case, robotic hysterectomy was successfully performed with safe dissection and vaginal specimen extraction, demonstrating the feasibility of this approach even in a giant fundal mass extending into the upper abdomen.

Keywords: Robotic hysterectomy, leiomyoma, minimally invasive surgery

SB-151

Single-session hysteroscopic myomectomy in the treatment of FIGO type 2 submucosal myoma: A case report

Simge Berrak Beyoğlu Oruç, Salih Taşkın
Department of Obstetrics and Gynecology, Memorial
Göztepe Hospital, İstanbul, Türkiye

INTRODUCTION: Among uterine fibroids, submucosal myomas are particularly important as they directly affect the uterine cavity and represent one of the leading causes of abnormal uterine bleeding. Hysteroscopic myomectomy is widely accepted as a minimally invasive, effective, and uterus-preserving surgical technique for the management of submucosal myomas.

In particular, in FIGO type 2 submucosal myomas, when the diameter exceeds 3 cm, the likelihood of achieving complete resection in a single session decreases, and the need for multiple surgical procedures increases significantly. In general, submucosal myomas measuring ≤ 3 cm can be successfully removed in a single hysteroscopic session in most cases, with higher success rates especially in type 0 and type 1 lesions. For myomas measuring 3-4 cm, single-session resection may still be feasible; however, the probability of requiring a second-stage procedure increases, particularly in type 2 myomas with a substantial intramural component. The aim of this case report is to demonstrate that, with appropriate patient selection and the correct surgical technique, submucosal myomas considered challenging in the literature can be treated safely and effectively in a single hysteroscopic session.

CASE PRESENTATION: A 49-year-old multiparous perimenopausal woman presented to our clinic with persistent abnormal uterine bleeding despite the use of a levonorgestrel-releasing intrauterine system (LNG-IUS). Transvaginal ultrasonography revealed a FIGO type 2 submucosal myoma protruding into the uterine cavity, measuring approximately 3.5 cm in diameter. Based on the clinical findings and imaging results, hysteroscopic myomectomy was planned.

During the procedure, the myoma nucleus was successfully excised hysteroscopically in a single session using a bipolar loop electrosurgical resection system. A total of 12,000 mL of isotonic balanced distension medium was used to maintain uterine cavity distension, with no fluid deficit. No intraoperative or postoperative complications were observed. Histopathological examination was consistent with a benign leiomyoma.

MİNİMAL İNVAZİV
JİNEKOLOJİ DERNEĞİMİNİMAL İNVAZİV
JİNEKOLOJİK ONKOLOJİ DERNEĞİROBOTİK JİNEKOLOJİK
CERRAHİ DERNEĞİ

8. MİNİMAL İNVAZİV JİNEKOLOJİK CERRAHİ KONGRESİ

12-14 Şubat 2026 / Wyndham Grand İstanbul Levent Hotel & Conference Center

CONCLUSION: Submucosal myomas may require surgical intervention, particularly in cases of abnormal uterine bleeding refractory to medical treatment. The literature suggests that for submucosal myomas larger than 3 cm, especially FIGO type 2 lesions, the rate of complete single-session resection may be lower; therefore, staged surgery or preoperative treatment options may need to be considered in surgical planning. Nevertheless, hysteroscopic myomectomy, when performed with appropriate patient selection, remains a safe, effective, and minimally invasive treatment option in perimenopausal patients.

Figure 1: On transvaginal ultrasonography, the endometrium was linear and measured 4 mm. A 3.5-cm, cavity-related type 2 submucosal fibroid nodule was identified adjacent to the endometrium.

Keywords: Hysteroscopic myomectomy, minimally invasive surgery, type 2 submucosal myoma

SB-152

TLH Sonrası Spesimen Çıkarımında Bivalking ve Enkoring Tekniklerinin Kombine Uygulanması

Fatma Sağlam Karaoğlu, Mehtap Akın Efe
Beylikdüzü Devlet Hastanesi

AMAÇ: Total laparoskopik histerektomi (TLH) sonrası büyük uterin spesimenlerin vajinal yoldan çıkarımı sırasında vajinal cuff laserasyonu önemli bir komplikasyon olarak karşımıza çıkabilmektedir. Önceki olgularımızda bu komplikasyonun izlenmesi üzerine, spesimen çıkarımını daha kontrollü ve güvenli hale getirmek amacıyla bivalking ve enkoring tekniklerinin kombine kullanımı tercih edilmiştir. Bu video sunumda söz konusu yaklaşımın uygulanışı gösterilmektedir.

YÖNTEM: Benign endikasyonla TLH uygulanan hastada, vajinal cuff bütünlüğünü korumak amacıyla spesimen çıkarımı sırasında önce bivalking tekniği ile uterin hacim azaltılmış, ardından enkoring tekniği ile kontrollü ve yönlendirilmiş traksiyon sağlanmıştır. Tüm cerrahi aşamalar video kaydı ile sunulmuştur.

BULGULAR: Kombine teknik ile spesimen çıkarımı sorunsuz şekilde tamamlanmış, işlem sırasında vajinal cuff laserasyonu veya ek cerrahi komplikasyon izlenmemiştir. Ek ekipman gereksinimi olmadan güvenli bir cerrahi akış sağlanmıştır.

SONUÇ: Önceki deneyimlerde izlenen vajinal cuff laserasyonu riskini azaltmak amacıyla uygulanan bivalking ve enkoring tekniklerinin kombine kullanımı, TLH sonrası spesimen çıkarımında güvenli ve uygulanabilir bir yöntemdir. Özellikle büyük uterusu olan olgularda komplikasyon riskini azaltabilecek etkili bir alternatif olarak değerlendirilebilir.

Anahtar Kelimeler: Total laparoskopik histerektomi, vajinal cuff laserasyonu, spesimen çıkarımı, bivalking, enkoring

MİNİMAL İNVAZİV
JİNEKOLOJİ DERNEĞİMİNİMAL İNVAZİV
JİNEKOLOJİK ONKOLOJİ DERNEĞİROBOTİK JİNEKOLOJİK
CERRAHİ DERNEĞİ

8. MİNİMAL İNVAZİV JİNEKOLOJİK CERRAHİ KONGRESİ

12-14 Şubat 2026 / Wyndham Grand İstanbul Levent Hotel & Conference Center

SB-153

Postmenopozal Kanama Nedeniyle Laparoskopik Histerektomi Planlanan Hastada Beklenmeyen İleri Evre Endometriozis: Zor Histerektomi Vaka Sunumu

Ezgi Aygün, Duygu Lafcı

Beylikdüzü Devlet Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve
Doğum Kliniği, İstanbul

GİRİŞ: Postmenopozal kanama nedeniyle histerektomi planlanan hastalarda, preoperatif değerlendirmelerin benign olması her zaman cerrahi sürecin kolay olacağını göstermeyebilir. Beklenmeyen pelvik patolojiler, laparoskopik cerrahiye ileri düzey deneyim gerektiren bir girişime dönüşürebilir.

OLGU: Elli dört yaşında, tekrarlayan postmenopozal kanama öyküsü bulunan hastaya daha önce iki kez endometrial örneklem yapılmış ve her iki işlemde de endometrial polip saptanmıştır. Kanamanın devam etmesi üzerine laparoskopik histerektomi planlanmıştır. Preoperatif görüntülemelerde uterus doğal boyutlarda izlenmiş, bilateral adneksiyel alanda yaklaşık 2 cm'lik basit kistik oluşumlar saptanmış, Bimanuel muayenede arka fornikte hafif çekilme hissedilmiş olmakla birlikte hasta asemptomatiktir ve pelvik ağrı tariflememektedir. Tümör belirteçleri normal bulunmuştur.

Cerrahi sırasında douglas boşluğunda obliterasyon, hidropik tüpler ve “kissing over” görünümü saptanmış olup, ileri evre pelvik endometriozis ile uyumlu bulgular izlenmiştir. Yoğun adezyonlara rağmen dikkatli ve sistematik diseksiyon ile laparoskopik histerektomi başarıyla tamamlanmıştır. İntraoperatif veya postoperatif komplikasyon gelişmemiştir.

SONUÇ: Bu olgu, asemptomatik postmenopozal hastalarda dahi ileri evre endometriozisin cerrahi sırasında beklenmedik şekilde saptanabileceğini göstermektedir. Video sunumu, zor laparoskopik histerektomi olgularının uygun cerrahi teknik ve deneyimle ikinci basamak merkezlerde güvenle yönetilebileceğini vurgulamaktadır.

Anahtar Kelimeler: Endometriozis, Histerektomi, Laparoskopi

SB-154

Zor Mesane Diseksiyonu olan Total Laparoskopik Histerektomide Güvenli Cerrahi Yaklaşım: Video Sunumu

Mert Derviş Arda Mert, Mehtap Akin Efe, Duygu Lafcı
Beylikdüzü Devlet Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve
Doğum Kliniği, İstanbul

Total laparoskopik histerektomi (TLH), jinekolojik cerrahide minimal invaziv yaklaşımın standart yöntemlerinden biridir. Ancak özellikle geçirilmiş sezaryen veya pelvik cerrahi öyküsü olan hastalarda mesanenin uterusu yapışık olması, cerrahiye teknik olarak zorlaştırmakta ve mesane yaralanması riskini artırmaktadır. Bu video sunumunda, mesanenin uterusu ileri derecede yapışık olduğu bir olguda uygulanan güvenli cerrahi diseksiyon teknikleri sunulmaktadır. Video kapsamında, total laparoskopik histerektomi sırasında anatomik planların doğru şekilde tanımlanması, keskin ve küt diseksiyonun dengeli kullanımı, traksiyon-kontraksiyon prensipleri ve enerji cihazlarının güvenli sınırlar içinde uygulanması aşamalı olarak gösterilmektedir. Cerrahi işlem sırasında mesane diseksiyonu kontrollü ve güvenli bir şekilde tamamlanmış, mesane veya üriner sistem yaralanması izlenmemiştir. Operasyon minimal kan kaybı ile sorunsuz olarak tamamlanmıştır. Bu video sunumunun, zor mesane diseksiyonu gerektiren olgularda total laparoskopik histerektominin güvenli şekilde uygulanabileceğini göstermesi ve benzer vakalarla karşılaşan cerrahlar için pratik ve eğitici katkı sağlaması amaçlanmaktadır.

Anahtar Kelimeler: mesane diseksiyonu, minimal invaziv cerrahi, pelvik adezyon, total laparoskopik histerektomi

MİNİMAL İNVAZİV
JİNEKOLOJİ DERNEĞİMİNİMAL İNVAZİV
JİNEKOLOJİK ONKOLOJİ DERNEĞİROBOTİK JİNEKOLOJİK
CERRAHİ DERNEĞİ

8. MİNİMAL İNVAZİV JİNEKOLOJİK CERRAHİ KONGRESİ

12-14 Şubat 2026 / Wyndham Grand İstanbul Levent Hotel & Conference Center

SB-155

Tip 5 Dev Uterin Myom: TLH BS

Elif Çetinkaya, İbrahim Yalçın, Oğuz Arslan, Sefa Kurt
Dokuz Eylül Üniversitesi Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve
Doğum, İzmir

GİRİŞ: Uterin leiomyomlar üreme çağındaki kadınlarda en sık görülen benign jinekolojik tümörlerdir. Semptomatik ve büyük boyutlu myomlarda cerrahi tedavi sıklıkla gereklidir. Minimal invaziv cerrahi, uygun olgularda daha kısa hastanede kalış süresi, daha az postoperatif ağrı ve hızlı iyileşme sağlaması nedeniyle tercih edilmektedir.

AMAÇ: Yaklaşık 12 cm boyutunda tip 5 uterin leiomyomu bulunan hastada laparoskopik total histerektomi operasyonunun güvenli ve etkin şekilde uygulanabildiğini video eşliğinde sunmak.

YÖNTEM: Umbilikal yerleşimli 10 mm kamera portu ile pnömoperitonyum sağlandı ve 30° optik kullanıldı. Sol alt, sol üst ve sağ alt kadranslara 5 mm trokarlar yerleştirildi. Batın eksplorasyonunda uterus posteriora yaklaşık 9 cm çapında tip 5 leiomyom izlendi, adneksler olağan görünümdeydi. Overii proprium ve parametrial dokular kontrollü şekilde koagüle edilerek kesildi. Uterin arterler güvenli diseksiyon sonrası koagüle edilip kesildi. Ön ve arka kolpotomi tamamlanarak cerrahi materyal vajinal yoldan çıkarıldı.

BULGULAR: Operasyon sırasında majör komplikasyon izlenmedi. Postoperatif dönemde komplikasyon gelişmedi. Patolojik incelemede leiomyom saptandı.

SONUÇ: Büyük ve posterior yerleşimli tip 5 leiomyom varlığında dahi, uygun hasta seçimi ve deneyimli cerrahi ekip ile laparoskopik histerektomi güvenli şekilde uygulanabilir. Minimal invaziv yaklaşım, benign uterin patolojilerde etkin ve hasta konforunu artıran bir cerrahi seçenektir.

Anahtar Kelimeler: histerektomi, laparoskopi, leiomyom, minimal invaziv cerrahi

SB-156

Laparoskopik Histerektomi ile Büyük Multiple Myomlu Uterusun Yönetimi: Video Olgu Sunumu

Beyza Mutlu, Oğuz Arslan, Sefa Kurt, İbrahim Yalçın
Dokuz Eylül Üniversitesi Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve
Doğum, İzmir

GİRİŞ: Cerrahi deneyim, teknolojik gelişmeler ve uygun hasta seçimi ile birlikte, büyük multiple myomlu uteruslarda da laparoskopik histerektominin güvenle uygulanabileceği gösterilmektedir. Bu video sunumda, büyük boyutlu multiple myomlu uterusun laparoskopik histerektomi ile başarılı şekilde çıkarılması ve cerrahi teknik ayrıntıların paylaşılması amaçlanmıştır.

YÖNTEMLER: Menometroraji nedeniyle kliniğimize başvuran 51 yaşındaki hastanın yapılan klinik değerlendirme ve görüntüleme yöntemlerinde uterus posteriora 6 cm, anteriora 3 cm myomlar saptandı. Hastaya total laparoskopik histerektomi planlandı. Büyük uterus varlığı nedeniyle cerrahi alanın optimize edilmesi amacıyla uygun port yerleşimi ve uterus manipülasyonu sağlandı. Uterin vasküler pediküller sistematik olarak kontrol altına alındı ve anatomik yapılar dikkatle korunarak diseksiyon ilerletildi. Kolpotomi yapılmasını takiben uterus uygun teknikle batın dışına alındı. Video kaydı cerrahinin kritik aşamalarını içermektedir.

BULGULAR: Uterusun myomlara bağlı büyük boyutta olması nedeniyle, vajenin posterior duvarına yaklaşık 2 cm'lik sagittal insizyon uygulanarak uterus batın dışına sorunsuz şekilde çıkarıldı. Operasyon intraoperatif komplikasyon izlenmeksizin başarıyla tamamlandı. Postoperatif dönemde ek bir komplikasyon izlenmedi. Patolojik inceleme sonucunda leiomyoma doğrulandı.

SONUÇ: Büyük boyutlu multiple myomlu uteruslar, deneyimli cerrahlar tarafından uygun teknikle laparoskopik histerektomi ile güvenle çıkarılabilir. Sunulan video olgu, büyük uterus varlığının laparoskopik yaklaşım için mutlak bir kontrendikasyon olmadığını göstermektedir.

Anahtar Kelimeler: laparoskopik histerektomi, multiple myom, cerrahi yönetim

MİNİMAL İNVAZİV
JİNEKOLOJİ DERNEĞİMİNİMAL İNVAZİV
JİNEKOLOJİK ONKOLOJİ DERNEĞİROBOTİK JİNEKOLOJİK
CERRAHİ DERNEĞİ

8. MİNİMAL İNVAZİV JİNEKOLOJİK CERRAHİ KONGRESİ

12-14 Şubat 2026 / Wyndham Grand İstanbul Levent Hotel & Conference Center

SB-157

Büyük Hacimli Multiple Myomlarda Laparoskopik Cerrahi ve Güvenli Morselasyon: Vaka Sunumu

İşıl Işık Okuyan, Salih Taşkın, Aygül Aliyeva Önen
Memorial Göztepe

AMAÇ: Büyük hacimli ve multiple uterin myomların cerrahi yönetimi, artmış kanama riski, operasyon süresinin uzaması ve spesmen çıkarımı sırasında karşılaşılan zorluklar nedeniyle tartışmalıdır. Bu vaka sunumunun amacı, seçilmiş bir olguda laparoskopik cerrahinin uygulanabilirliğini ve kapalı sistem (in-bag) morselasyonun güvenliğini video eşliğinde değerlendirmektir.

OLGU: Kırk üç yaşında, semptomatik multiple uterin myomları bulunan hasta; artan pelvik bası semptomları nedeniyle kliniğimize başvurdu. Preoperatif görüntülemelerde uterusun ileri derecede büyüdüğü, posterior duvarda birbirine komşu olan total uzun çapı 14 cm'e ulaşan 2 adet myom saptandı. Hastaya laparoskopik myomektomi planlandı.

Cerrahi Teknik: Operasyon laparoskopik yaklaşımla gerçekleştirildi. Myom enükleasyonları kontrollü hemostaz sağlanarak yapıldı ve uterus katlı sütürlerle onarıldı. Spesmen çıkarımı, doku yayılım riskini en aza indirmek amacıyla kapalı sistem (in-bag) morselasyon tekniği kullanılarak gerçekleştirildi. Operasyon süresi, kan kaybı ve perioperatif komplikasyonlar değerlendirildi.

BULGULAR: Cerrahi işlem komplikasyonsuz tamamlandı. İntraoperatif kanama minimal düzeydeydi ve ek cerrahi girişime ihtiyaç duyulmadı. Postoperatif dönemde hasta hızlı mobilize edildi ve komplikasyon gelişmeden taburcu edildi. Histopatolojik inceleme benign leiomyom ile uyumlu bulundu.

SONUÇ: Uygun hasta seçimi yapıldığında, büyük hacimli multiple myomlarda laparoskopik cerrahi güvenli ve etkili bir yöntemdir. Kapalı sistem morselasyon, doku yayılımı riskini azaltarak minimal invaziv cerrahinin avantajlarının korunmasına katkı sağlar. Video sunum, cerrahi tekniğin kritik basamaklarını ve güvenli morselasyonun pratik uygulamasını göstermesi açısından eğitici.

Anahtar Kelimeler: morselasyon, myom, laparoskopi

SB-158

Açıklanamayan infertilitede endometriyal kaviteye müdahale etmeden laparoskopik myomektomi operasyonu

Gülün Işık, Çağan Emre Şen, Fulya Deniz Geçer, Mehmet Erdem, Ahmet Erdem, Nuray Bozkurt, Erhan Demirdag
Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Ankara

GİRİŞ: Uterin myomlar, üreme çağındaki kadınlarda en sık görülen benign tümörler olup infertilite ile ilişkileri uzun süredir tartışılmaktadır. Özellikle intramural ve submukozal yerleşimli myomların endometrial kaviteyi bozarak uterin kontraktiletiyi değiştirdiği, endometriyal reseptiviteyi azalttığı, uteroplasental kan akımını olumsuz etkilediği ve inflamatuvar yanıtı artırarak embriyo implantasyonunu engelleyebildiği gösterilmiştir. Yardımcı üreme teknikleri uygulanan hastalarda, kaviteyi direkt olarak bozmasa bile 4 cm'den büyük intramural myomların implantasyon, klinik gebelik ve canlı doğum oranlarını düşürdüğüne dair artan kanıtlar bulunmaktadır. Bu nedenle infertilite değerlendirmesinde uterin faktörlerin ayrıntılı olarak ele alınması ve endikasyon görülürse doğru cerrahi ile opere edilmesi büyük önem taşımaktadır.

OLGU: 34 yaşında, G0P0, yoğun adet kanamaları olan hasta üç yıldır düzenli korunmasız ilişkiye rağmen gebelik elde edememişti. Anti-Müllerian Hormon (AMH) düzeyi 0,8 ng/mL idi. Daha önce iki siklus ovulasyon indüksiyonu ve intrauterin inseminasyon (OI+IUI) uygulanmış, gebelik elde edilememiştir. Takiben gerçekleştirilen ilk oosit pick-up (OPU) işleminde iki embriyo elde edilmiş ve taze embriyo transferi yapılmış, ancak gebelik oluşmamıştır. İkinci OPU siklusunda bir embriyo elde edilmiş ve total dondurma uygulanmıştır. Transvajinal ultrasonografide uterus posterior duvarda yerleşimli, 6 cm çapında FIGO tip 5 endometiumu yaylandıran intramural miyom saptanmıştır. Hastaya laparoskopik myomektomi operasyonu tek seansta morselatör ve endobag kullanılarak yapılmıştır. Toplam operasyon süresi 65 dk olup perioperatif komplikasyon gelişmemiştir, endometrial kaviteye girilmemiştir. Operasyonda myom çıkarıldıktan, myom yatağı 1 numara vicryl ile sütüre edilmiş, kanama kontrolü için enerji kullanımı minimize edilmiştir. Myometriyum ve seroza V-lock sütür ile iki kat dikilmiş, ileride gebelik olması halinde iyileşmenin en iyi olması ve rüptür riskinin azaltılması hedeflenmiştir.

SONUÇ: Hastanın post operatif takiplerinde adetleri düzenli ve adet kanaması normal sınırlara gelmiştir. Postoperatif 6. aydan sonra embriyo transferi planlanmıştır. Düşük

MİNİMAL İNVAZİV
JİNEKOLOJİ DERNEĞİMİNİMAL İNVAZİV
JİNEKOLOJİK ONKOLOJİ DERNEĞİROBOTİK JİNEKOLOJİK
CERRAHİ DERNEĞİ

8. MİNİMAL İNVAZİV JİNEKOLOJİK CERRAHİ KONGRESİ

12-14 Şubat 2026 / Wyndham Grand İstanbul Levent Hotel & Conference Center

over rezervi olan ve tekrarlayan yardımcı üreme tekniği başarısızlığı bulunan hastalarda, özellikle büyük intramural myomların fertilite ve implantasyon üzerindeki olası olumsuz etkileri mutlaka göz önünde bulundurulmalıdır. Bu olgu, embriyo transferi öncesinde uterin patolojilerin değerlendirilmesinin ve gerekirse cerrahi tedavi seçeneklerinin tartışılmasının tedavi başarısını artırabileceğini göstermektedir.

Anahtar Kelimeler: Açıklanamayan infertilite, implantasyon, intramural myom, IVF, laparoskopi, düşük over rezervi

SB-171

The Forgotten Power of Minimally Invasive Surgery: Hand-Assisted Laparoscopic Hysterectomy for a Giant Uterus

Özgün Ceylan, Tuba Zengin Aksel

Department of Gynecologic Oncology, Etlik City Hospital, Ankara, Turkey

OBJECTIVE: To demonstrate the feasibility and advantages of hand-assisted laparoscopic hysterectomy (HALH) in managing a significantly enlarged uterus due to multiple myomas.

METHODS: A 49-year-old premenopausal, multiparous woman with a history of previous cesarean section presented with menorrhagia, pelvic pain, and constipation. Preoperative imaging revealed a markedly enlarged uterus with multiple myomas without any signs of malignancy. Endometrial biopsy confirmed benign histology. The patient expressed a strong preference for ovarian preservation. HALH with right salpingo-oophorectomy and left salpingectomy was performed without the use of a vaginal manipulator. The right ovary was removed due to dense adhesions to the uterus, while the left ovary was preserved as it was free of adhesions.

RESULTS: The procedure was completed successfully without conversion to laparotomy. The hand-assist technique provided direct tactile feedback and facilitated safe manipulation of the bulky uterus, enabling adequate visualization and precise dissection, particularly during adhesiolysis at the previous cesarean scar site. The specimen weighed 1,259 grams, well exceeding the commonly accepted threshold for a giant uterus (>500 grams or >12 gestational weeks in size). Intraoperative blood loss was minimal, and no complications occurred. The patient had an uneventful postoperative course with early ambulation and was discharged on postoperative day 2.

CONCLUSION: HALH represents a valuable yet underutilized technique in the minimally invasive surgical armamentarium. For patients with a grossly enlarged uterus where conventional laparoscopic manipulation is challenging, the hand-assisted approach enables completion of the surgery without resorting to open laparotomy. This technique preserves the benefits of minimally invasive surgery, including reduced postoperative pain, faster return to daily activities, and superior cosmetic outcomes compared to traditional abdominal hysterectomy.

Keywords: Hand-assisted laparoscopic surgery, hysterectomy, giant uterus, uterine myoma, minimally invasive surgery

MİNİMAL İNVAZİV
JİNEKOLOJİ DERNEĞİMİNİMAL İNVAZİV
JİNEKOLOJİK ONKOLOJİ DERNEĞİROBOTİK JİNEKOLOJİK
CERRAHİ DERNEĞİ

8. MİNİMAL İNVAZİV JİNEKOLOJİK CERRAHİ KONGRESİ

12-14 Şubat 2026 / Wyndham Grand İstanbul Levent Hotel & Conference Center

SB-174

Büyük uteruslarda total laparoskopik histerektomi: uterin arter ligasyonu

Hatice Banu Atay, Mürşide Çevikoğlu Kılıç,
Sevki Goksun Gokulu
Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi

GİRİŞ: Minimal invaziv cerrahinin gelişmesiyle birlikte Total Laparoskopik Histerektomi (TLH), günümüzde giderek daha fazla tercih edilen bir yöntem haline gelmiştir. Ancak büyük uterus olguları, cerrah için teknik açıdan önemli zorluklar barındırmaktadır. Uterusun boyut ve morfolojisi, cerrahi yaklaşımı doğrudan etkilemekte; transvers çapı artmış myomlarda kanama riski yükselirken, longitudinal aksta büyüyen myomlarda vasküler yapılara bası daha sınırlı kalabilmektedir. Bu nedenle, cerrahin olguya özgü strateji geliştirmesi ve uygun diseksiyon tekniklerini uygulaması morbiditeyi azaltmada kritik rol oynamaktadır.

AMAÇ: Bu çalışmada, büyük uterus olgularında uygulanan TLH cerrahisine ilişkin üç vaka deneyimimizi video sunumları eşliğinde paylaşmayı amaçladık. Özellikle uterus morfolojisinin cerrahi stratejiye etkisini ve vajinal morselasyon ile spesmenin çıkarılmasının güvenli cerrahiye katkısını vurgulamayı hedefledik.

YÖNTEM: Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum ABD’de gerçekleştirilen üç büyük uterus olgusu değerlendirildi. İlk vakada uterus longitudinal aksta büyüdüğünden, uterin arter trasesi daha rahat değerlendirebilmiştir. Bu nedenle uterin arter ligasyonu yapılmasına gerek kalmadan cerrahi güvenli şekilde kanama olmadan tamamlanabilmiştir. Diğer iki vakada uterus transvers çapı yaklaşık 10 cm olarak ölçülmüş, myomların geniş bulky yapısı nedeniyle istmus seviyesinde uterin arter vizualizasyonu zor olabileceğinden bu olgulara retroperitoneal alana girilerek internal iliak arter seviyesinden bilateral uterin arter ligasyonu yapılmıştır, bu şekilde minimal kanama ile cerrahi tamamlanabilmiştir. Her 3 vakada da uterus spesmeni vajinal cuff açıklığından bistüri ile morsele edilerek çıkarılmıştır. Hastaların hiçbirinde kan transfüzyonu ihtiyacı olmamış, pre ve postopretif hemogloblin düzeyleri 10 üzerinde seyretmiştir. Uygulanan standart cerrahi prosedürler (uterin mobilizasyon, retroperitoneal alana giriş, uterin arter ligasyonu vb) operasyon sırasında ayrıntılı olarak kaydedilmiş ve video sunumları hazırlanmıştır.

SONUÇ: Büyük uterus olgularında TLH cerrahisi, dikkatli planlama ve titiz cerrahi yönetim ile morbiditeyi artırmadan güvenli uygulanabilmektedir. Longitudinal aksta büyümüş

uteruslarda uterin arter ligasyonu opsiyonel olarak yapılmayabilir. Fakat transvers çapı büyük tümörlerde, cerrahi görüş alanının dar olması nedeniyle uterus seviyesinde uterin arter ligasyonunun daha zor olabileceği akılda tutulmalıdır. Bu nedenle internal iliak seviyesinden uterin arter ligasyonu kanama riski daha az bir cerrahi yönetim sağlayacaktır. Specimenin çıkarılmasında vajinal cuff açıklığından bistüri ile manuel morselasyon güvenli bir yöntem olarak öne çıkmaktadır. Deneyimlerimiz, büyük uterusların laparoskopik yöntemle tedavi edilebileceğini ve minimal invaziv cerrahinin bu hasta grubunda da güvenli uygulanabileceğini göstermektedir.

Anahtar Kelimeler: Büyük uterus, Laparoskopik histerektomi, Myom, Uterin arter ligasyonu, Vajinal morselasyon

MİNİMAL İNVAZİV
JİNEKOLOJİ DERNEĞİMİNİMAL İNVAZİV
JİNEKOLOJİK ONKOLOJİ DERNEĞİROBOTİK JİNEKOLOJİK
CERRAHİ DERNEĞİ

8. MİNİMAL İNVAZİV JİNEKOLOJİK CERRAHİ KONGRESİ

12-14 Şubat 2026 / Wyndham Grand İstanbul Levent Hotel & Conference Center

SB-176

ACUM'da yenilikçi yaklaşım: transvajinal skleroterapi

Zeynep Umay Gurbuz¹, Defne Ceylin Gürbüz²,
Ali Sami Gürbüz³

¹Koç Üniversitesi Tıp Fakültesi İstanbul

²İstinye Üniversitesi Tıp Fakültesi İstanbul

³Novafertil Tüp Bebek Merkezi Konya

GİRİŞ: Accessory cavitated uterine mass (ACUM), oldukça nadir görülen ve tanısı güç olabilen bir uterin malformasyondur. Fonksiyonel endometriyum içeren nonkomünikan bir kitle şeklinde ortaya çıkar ve diğer Müllerian anomalilerden farklı olarak uterin kavite genellikle normaldir. Lezyon içerisindeki endometriyal dokunun siklik dökülmesine rağmen drenaj kanalının bulunmaması, belirgin dismenore ve pelvik ağrıya yol açar. Geleneksel yaklaşım genellikle laparoskopi veya laparotomi ile lezyonun eksizyonudur; ancak bu girişimler, gebelikte veya doğum sırasında uterin rüptür riskini az da olsa artırabilir. Son yıllarda özellikle over endometriomalarının tedavisinde skleroterapinin etkili olduğunun gösterilmesi, ACUM için cerrahi dışı minimal invaziv tedavi seçeneklerini gündeme getirmiştir. Bu sunumda skleroterapi uygulanan ACUM olgusunu video eşliğinde paylaşmaktayız.

YÖNTEM-BULGULAR: Yirmi dört yaşında, G0P0A0 olan hasta çocuk isteği ve şiddetli dismenore yakınmalarıyla başvurdu. Yapılan ultrasonografide uterusun sağ yan duvarında, içinde 10 mm'lik anekoik alan bulunan 20 mm çapında bir kitle izlendi ve ACUM olarak değerlendirildi. İşlem transvajinal yolla OPU iğnesi kullanılarak gerçekleştirildi. Öncelikle kavite içine iki kez serum fizyolojik verilerle flushing yapıldı; ardından %96'lık etanol enjekte edilip 10 dakika bekletildi ve aspire edildi. Hastanın bir sonraki menstrüasyonunda dismenore saptanmadı. Kontrol ultrasonografisinde kitlenin içindeki anekoik alanın tamamen kaybolduğu görüldü ve eşlik eden male faktör nedeniyle tüpbebek tedavisine başlandı.

SONUÇ: Ultrason eşliğinde transvajinal aspirasyon ve skleroterapi, ACUM'un etkili ve minimal invaziv bir şekilde tedavi edilmesini sağlarken, uterin duvar bütünlüğünü koruduğu için ilerleyen gebeliklerde uterin rüptür riskini azaltma potansiyeline sahiptir.

Anahtar Kelimeler: ACUM, skleroterapi, transvajinal ultrasonografi

SB-177

Laparoscopic Management of a Unicornuate Uterus With A Remnant Uterus

Leyla Merda Ekmen Aykut¹, Helin Elçi², İlknur Zeynep Demir¹, Çağrı Ateş², Erbil Karaman², Onur Karaaslan²

¹Van Training and Research Hospital, Department of Obstetrics and Gynecology; Van Yuzuncu Yıl University, Department of Obstetrics and Gynecology

²Van Yuzuncu Yıl University, Department of Obstetrics and Gynecology

INTRODUCTION: Müllerian duct anomalies—such as septate, bicornuate, didelphic, and unicornuate uteri—arise from abnormal development, fusion, or resorption of the Müllerian ducts. These congenital malformations may coexist with cervical or vaginal anomalies and are often associated with other systemic abnormalities, including renal, skeletal, cardiac, and abdominal wall defects. Clinically, patients may present with pelvic pain, abnormal uterine bleeding, recurrent pregnancy loss, or symptoms of preterm labor. In the present case, a 14-year-old female patient underwent clinical evaluation and imaging studies due to irregular menstruation and cyclic pelvic pain. Based on the findings, Herlyn-Werner-Wunderlich (HWW) syndrome was initially suspected. During the planned surgical procedure, the patient was diagnosed with a unicornuate uterus with a rudimentary (remnant) uterine horn, and appropriate treatment was administered.

METHOD: A 14-year-old virgin girl presented with complaints of cyclic pelvic pain occurring monthly since menarche. Her menarche had occurred at the age of 11, and her menstrual cycles had been irregular since then. Magnetic resonance imaging (MRI) of the upper and lower abdomen revealed a unicornuate uterus, a rudimentary (remnant) uterine structure, and a single kidney. Diagnostic hysteroscopy and laparoscopy were subsequently planned to further evaluate the uterine anatomy and confirm the diagnosis.

FINDINGS: Diagnostic hysteroscopy demonstrated a single cervix, a hemiuterine cavity, and a single tubal ostium. Laparoscopic examination revealed a functional right-sided hemiuterus with a cervix and a functional left-sided rudimentary uterus without a cervix. Surgical management included left salpingectomy and excision (hysterectomy) of the rudimentary uterus.

CONCLUSION: Müllerian duct anomalies present in multiple subtypes with varying anatomical and clinical

MİNİMAL İNVAZİV
JİNEKOLOJİ DERNEĞİMİNİMAL İNVAZİV
JİNEKOLOJİK ONKOLOJİ DERNEĞİROBOTİK JİNEKOLOJİK
CERRAHİ DERNEĞİ

8. MİNİMAL İNVAZİV JİNEKOLOJİK CERRAHİ KONGRESİ

12-14 Şubat 2026 / Wyndham Grand İstanbul Levent Hotel & Conference Center

features. Diagnosis can be achieved through a combination of transvaginal ultrasonography (TVUS), magnetic resonance imaging (MRI), and diagnostic hysteroscopy and laparoscopy. The optimal treatment approach should be guided by the functionality and communication status of the rudimentary uterine structure.

Keywords: Herlyn-Werner-Wunderlich syndrome, Laparoscopy, Müllerian duct anomalies, Unicornuate uterus

SB-178

Endometrium kanseri cerrahisinde sentinel lenf nodu haritalamasında ezber bozan lokasyonlar

Süleyman Tunç, İlkbal Temel Yüksel
Başakşehir Çam ve Sakura Şehir Hastanesi

AMAÇ: Sentinel lenf nodu (SLN) haritalaması, endometrium kanserinin cerrahi evrelemesinde doğru nodal değerlendirme sağlarken sistematik lenfadenektomiye bağlı morbiditeyi azaltan temel bir yaklaşımdır. Bununla birlikte SLN'lerin anatomik dağılımı değişkenlik gösterebilir ve özellikle robotik cerrahide nadir lokalizasyonlar gözden kaçabilir. Bu video sunumunun amacı, robotik cerrahi ile evrelenen endometrium kanserli hastalarda sık ve nadir görülen SLN yerleşimlerini vurgulamaktır.

YÖNTEMLER: Standart servikal enjeksiyon tekniği ile SLN haritalaması yapılan ve robotik cerrahi uygulanan hastalara ait üç intraoperatif video sunulmaktadır.

Video 1: Sık karşılaşılan obturator bölgedeki SLN lokalizasyonunu göstermektedir.

Video 2: Yaklaşık %8 sıklıkla görülen common iliak bölgedeki SLN yerleşimini içermektedir.

Video 3: Yaklaşık %3 oranında saptanan presakral SLN lokalizasyonunu sunmaktadır.

BULGULAR: Obturator bölgenin SLN açısından sık tutulan alan olduğu ve genellikle eksternal iliak venin inferiorunda, obturator sinirin medialinde yerleştiği izlendi. Common iliak SLN'lerin sıklıkla common iliak damar bifurkasyonu düzeyinde bulunduğu ve bu bölgede vasküler yapıların dikkatli mobilizasyonunun gerekli olduğu gözlemlendi. Presakral SLN'ler ise sakral promontoryum anteriorunda, derin ve dar bir anatomik alanda yer almakta olup, bu bölgedeki diseksiyonun teknik olarak daha zor ve komplikasyon riski açısından dikkat gerektirdiği görüldü.

SONUÇ: Robotik cerrahi sırasında sentinel lenf nodları sadece sık görülen lokasyonlar olan eksternal iliak ve obturator bölgede değil, daha nadir olarak common iliak ve presakral gibi ezber bozan lokasyonlarda da saptanabilmektedir. Bu video sunumu, cerrahların bu atipik yerleşimler konusunda farkındalığını artırarak SLN haritalamasının başarısını ve cerrahi güvenliğini desteklemeyi amaçlamaktadır.

Anahtar Kelimeler: endometrium, robotik, sentinel

MİNİMAL İNVAZİV
JİNEKOLOJİ DERNEĞİMİNİMAL İNVAZİV
JİNEKOLOJİK ONKOLOJİ DERNEĞİROBOTİK JİNEKOLOJİK
CERRAHİ DERNEĞİ

8. MİNİMAL İNVAZİV JİNEKOLOJİK CERRAHİ KONGRESİ

12-14 Şubat 2026 / Wyndham Grand İstanbul Levent Hotel & Conference Center

SB-179

İstmopiyosel Onarımında Laparoskopik Minimal İnvaziv Girişim: Video Sunumu

Dilek Tektaş¹, Emir Efe Cevahir¹, Nura Fitnat Topbaş Selçuki¹, Hüseyin Kıyak²

¹Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Ana Bilim Dalı, İstanbul

²Kanuni Sultan Süleyman Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Ana Bilim Dalı, İstanbul

İstmopiyosel, sezaryen skar defektine sekonder gelişen ve enfekte içerik barındırabilen nadir bir klinik tablodur. Bu çalışmada, piyosel içeren bir istmopiyosel olgusunda uygulanan laparoskopik cerrahi yaklaşımı sunmayı amaçladık.

36 yaşında metroraji şikayetiyle polikliniğimize başvuran hastanın geçirilmiş iki sezaryen öyküsü mevcuttur. Yapılan muayenede vajinal ultrasonografi ile uterus anteriorda eski sezaryen hattında 2.5 santimetrelik istmosel tespit edilmiştir.

Sezaryen öyküsü olan, pelvik ağrı ve postmenstrüel lekelenme bulunan bir hastada laparoskopik istmopiyosel onarımı gerçekleştirildi. Preoperatif görüntülemelerde uterin alt segmentte pürülan içerik ile uyumlu sıvı koleksiyonu saptandı. Cerrahi sırasında defekt açılarak piyosel boşaltıldı, kavite irrigasyon ile temizlendi ve fibrotik doku eksize edilerek defekt iki katlı sütür ile onarıldı.

Cerrahi işlem komplikasyonsuz tamamlandı. Postoperatif dönemde hastanın semptomları tamamen geriledi. Kontrol görüntülemelerinde uterin duvar bütünlüğünün yeniden sağlandığı izlendi.

Laparoskopik yaklaşım, istmopiyosel olgularında enfekte içeriğin etkin drenajına ve uterin anatomik restorasyona olanak tanıyan güvenli ve etkili bir yöntemdir. Deneyimli ellerde uygulandığında fertilitate koruyucu bir seçenek sunmaktadır.

Anahtar Kelimeler: İstmopiyosel, piyosel, sezaryen skar defekti, laparoskopi

SB-180

Vajinal histerektomi+bilateral salpingooferektomi+V-NOTES lateral süspansiyon (*Salman Ketenci Gencer* tekniği ile)

Fatma Ketenci Gencer, Süleyman Salman, Havva Betül Bacak, Enes Serhat Coşkun, Şevval Nur Ünlü
Gaziosmanpaşa Fizik Tedavi Eğitim Araştırma Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum, İstanbul

50 yaşında hasta, vajende ele gelen kitle ve kasık ağrısı şikâyetleri ile başvurdu.

Yapılan jinekolojik muayene ve ultrasonografide uterus doğal, endometrium kalınlığı 12 mm olup ek patolojik bulgu izlenmedi. Pelvik muayenede VM evre 4 desensus uteri ve serviks hipertrofisi saptandı. Hastadan gerekli preoperatif tetkikler istendi. Sitolojik değerlendirmede smear sonucu negatif olarak raporlandı. Probe küretaj materyalinin patolojik incelemesinde kavum uteri kaynaklı yüzeysel endometrial doku fragmanları ve endoservikal epitel örnekleri izlendi.

Mevcut klinik bulgular doğrultusunda hastaya vajinal histerektomi, bilateral salpingooferektomi, ve V-NOTES lateral süspansiyon (*Salman Ketenci Gencer* tekniği ile) uygulandı. Cerrahi işlem sorunsuz şekilde tamamlandı. Postoperatif dönemde hastanın hemodinamik durumu stabil seyretti, genel durumu iyi idi ve üriner ultrasonografide patolojik bulgu saptanmadı. Bu bulgular üzerine hasta uygun önerilerle taburcu edildi.

Cerrahi materyalin patolojik incelemesinde servikte yüzeysel ve glandüler epitelde saat 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 9, 10 ve 11 hizalarında yüksek dereceli skuamöz intraepitelyal lezyon (CIN 2-3, orta-ağır displazi) tespit edildi. Ektoservikal cerrahi sınırdaki lezyon izlenmedi. Patoloji sonuçları doğrultusunda hastaya 6 ayda bir vajinal cufftan smear ile takip önerildi ve hasta yakın izleme alındı.

Anahtar Kelimeler: Desensus uteri, lateral süspansiyon, {Salman Ketenci Gencer} tekniği, vajinal histerektomi, {V-NOTES}

MİNİMAL İNVAZİV
JİNEKOLOJİ DERNEĞİMİNİMAL İNVAZİV
JİNEKOLOJİK ONKOLOJİ DERNEĞİROBOTİK JİNEKOLOJİK
CERRAHİ DERNEĞİ

8. MİNİMAL İNVAZİV JİNEKOLOJİK CERRAHİ KONGRESİ

12-14 Şubat 2026 / Wyndham Grand İstanbul Levent Hotel & Conference Center

SB-181

Endometrium Kanserinde Robotik Sentinel Lenf Nodu Haritalamasında Cloquet Nodu: Nadir Bir Drenaj Paterni

Yiğit Mert Bayrak, İlkbal Temel Yuksel
Başakşehir Çam ve Sakura Şehir Hastanesi Jinekolojik
Onkoloji Cerrahisi

GİRİŞ: Endometrium kanserinde SLN haritalamasında tipik drenaj pelvik istasyonlardır. Bu videoda, ICG ile yapılan robotik SLN haritalamada Cloquet nodun sentinel olarak saptanması ve robotik eksizyon tekniği adım adım gösterilmektedir.

YÖNTEM: Robotik Histerektomi+BSO+ Sentinel Lenf Nodu Haritalaması

BULGULAR: 51 yaş, [histoloji sonucu endometrioid G2 / endometrioid tip adenokarsinom], Planlanan cerrahi: [Robotik -Histerektomi +BSO Sentinel lenf nodu haritalaması]. ICG servikal enjeksiyon sonrası NIR görüntüleme ile SLN haritalaması yapıldı.

Videoda, servikse ICG enjeksiyonunu takiben NIR görüntüleme aktive edilerek sentinel lenf nodu haritalaması yapılmaktadır. İlk aşamada standart pelvik değerlendirme gerçekleştirilir; boyanan nodlar (ör. obturator ve/veya external iliak istasyonlar) identifiye edilerek kayıt altına alınır. Ardından, videoda inguinal kanalın en üstündeki lenf nodu olan Cloquet nodunda ICG tutulumu izlenmiştir. Beklenen aksine atipik bir drenaj paternidir. Boyanan nod, çevre dokulardan dikkatle ayrılarak robotik olarak eksize edilir; hemostaz sağlanır ve spesimen anatomik lokalizasyonu ile uyumlu şekilde etiketlenir. Son olarak, çıkarılan nodlar taraf ve istasyon bazında ayrı ayrı paketlenerek patolojiye gönderilir.

SONUÇ: Bu video, endometrium kanserinde robotik SLN haritalamasında Cloquet nodunun sentinel olarak saptanabileceğini ve bu nadir drenaj paterninde nodun güvenli robotik eksizyonunun uygulanabilir olduğunu göstermektedir.

Anahtar Kelimeler: Endometrium kanseri, Sentinel lenf, Cloquet nodu

SB-182

Endometrium kanserinde robotik sentinel lenf nodu diseksiyonu: Video sunumu

Yasmin Aboalhasan Yoldas, İlkbal Temel Yuksel
Başakşehir Çam ve Sakura Şehir Hastanesi

AMAÇ: Sentinel lenf nodu (SLN) diseksiyonu, endometrium kanserinin cerrahi evrelemesinde doğru nodal değerlendirme sağlarken, sistematik lenfadenektomiye bağlı morbiditeyi azaltan güvenilir bir yöntemdir. Minimal invaziv yaklaşımlar içinde robotik cerrahi, üstün görüntüleme ve hassas diseksiyon olanakları sayesinde SLN haritalamasında önemli avantajlar sunmaktadır. Bu video sunumunun amacı, endometrium kanseri tanılı bir hastada robotik sentinel lenf nodu diseksiyonunun cerrahi aşamalarını ve temel anatomik landmarkları ayrıntılı olarak göstermektir.

YÖNTEMLER: Endometrium kanseri tanısı ile cerrahi evreleme planlanan bir hastada, standart servikal enjeksiyon tekniği ile sentinel lenf nodu haritalaması yapılmış ve robotik cerrahi yaklaşım tercih edilmiştir. Video sunumunda, floresan görüntüleme eşliğinde sentinel lenf nodlarının tespiti, ilgili pelvik anatomik yapıların tanımlanması ve SLN'lerin güvenli şekilde diseksiyonu adım adım gösterilmiştir. Diseksiyon sırasında obturator sinir, iliak damarlar ve ureter gibi kritik yapıların korunmasına özellikle dikkat edilmiştir.

BULGULAR: Floresan rehberli görüntüleme ile sentinel lenf nodları başarılı şekilde saptanmış ve robotik cerrahinin sağladığı üç boyutlu görüntüleme ve artiküle enstrümanlar sayesinde hassas diseksiyon gerçekleştirilmiştir. SLN diseksiyonu sırasında kanama, sinir hasarı veya vasküler yaralanma gibi intraoperatif komplikasyonlar izlenmemiştir. Video, robotik yaklaşımın pelvik lenfatik anatomisinin net şekilde ortaya konulmasına ve güvenli SLN eksizyonuna olan katkısını açıkça göstermektedir.

SONUÇ: Robotik sentinel lenf nodu diseksiyonu, endometrium kanserinin cerrahi evrelemesinde güvenli, etkin ve uygulanabilir bir yöntemdir. Bu video sunumu, SLN diseksiyonunun temel cerrahi basamaklarını ve kritik anatomik noktalarını görsel olarak ortaya koyarak, robotik cerrahi ile ilgilenen jinekolojik onkologlar için eğitici bir kaynak olmayı amaçlamaktadır.

Anahtar Kelimeler: endometrium, robotik, sentinel

MİNİMAL İNVAZİV
JİNEKOLOJİ DERNEĞİMİNİMAL İNVAZİV
JİNEKOLOJİK ONKOLOJİ DERNEĞİROBOTİK JİNEKOLOJİK
CERRAHİ DERNEĞİ

8. MİNİMAL İNVAZİV JİNEKOLOJİK CERRAHİ KONGRESİ

12-14 Şubat 2026 / Wyndham Grand İstanbul Levent Hotel & Conference Center

SB-183

Geçirilmiş abdominal cerrahiler sonrası batın ön duvarına dens adheze uterus ve subseröz myomda laparoskopik cerrahi yönetim

Osman Selim Dalkılıç, Filiz Kınık Doğan, Eda Güner Özen, Ahkam Göksel Kanmaz, Yaşam Kemal Akpak
Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, İzmir Şehir Hastanesi, İzmir, Türkiye

GİRİŞ: Myoma uteri, kadınlarda sık görülen jinekolojik benign bir patoloji olup kronik pelvik ağrı, bası semptomları ve yaşam kalitesinde azalmaya neden olabilmektedir. Günümüzde total laparoskopik histerektomi, uygun hastalarda güvenli ve etkin bir tedavi seçeneği olarak kabul edilmektedir. Bununla birlikte, geçirilmiş abdominal cerrahiler ve özellikle sezaryen öyküsü, pelvik adezyon riskini artırarak cerrahi zorluklara yol açabilmektedir. Bu bildiride, uterus korpus anteriorunda subseröz myomu olan ve uterusun myom ile batın ön duvarına dens adheze izlenen bir olguda laparoskopik cerrahi yaklaşım ve intraoperatif yönetim sunulmaktadır.

YÖNTEM: Kırk altı yaşında, ek hastalığı bulunmayan hastanın obstetrik öyküsünde iki sezaryen, cerrahi öyküsünde laparotomik appendektomi mevcuttu. Hasta, myoma uteri ve kronik pelvik ağrı ve bası semptomları endikasyonu ile operasyon planlandı. Preoperatif ultrasonografide uterus korpusun anteriorunda, mesaneye bası yapan yaklaşık 7 cm çapında subseröz myom nüvesi saptandı. Cerrahi işlem total laparoskopik histerektomi ve bilateral salpenjektomi olarak planlandı. Olası adezyonlar göz önünde bulundurularak laparoskopik giriş dikkatli şekilde gerçekleştirildi.

BULGULAR: İntraoperatif değerlendirmede uterusun fundustan istmusa kadar uzanan anterior yüzünün batın ön duvarına yoğun ve dens şekilde adheze olduğu izlendi. Mesane ile uterus arasındaki anatomik planların belirgin olarak silindiği gözlemlendi. Ön duvar diseksiyonu sırasında öncelikle uterus batın ön duvarından keskin ve künt diseksiyonlar ile myomektomi de yapılarak adezyolizis ile serbestlendi. Uterus serbestlendikten sonra batın ön duvarında adheze olan subseröz myom, batın ön duvarından keskin ve kontrollü diseksiyon ile eksizye edildi. Ardından total laparoskopik histerektomi ve bilateral salpenjektomi işlemleri standart cerrahi adımlar izlenerek tamamlandı. Operasyon sırasında majör vasküler, üriner veya gastrointestinal komplikasyon izlenmedi. Postoperatif dönemi sorunsuz seyreden hasta, postoperatif ikinci günde taburcu edildi.

SONUÇ: Geçirilmiş sezaryen ve abdominal cerrahiler, anterior uterin adezyonlar ve batın ön duvarına yerleşimli myomlarla birlikte laparoskopik cerrahiye teknik olarak zorlaştırabilmektedir. Ancak uygun cerrahi strateji ile önce uterusun serbestlenmesi ve ardından myom eksizyonunun gerçekleştirilmesi, güvenli bir cerrahi alan sağlamaktadır. Bu olgu, ileri derecede anterior adezyon ve subseröz myom varlığında dahi total laparoskopik histerektominin deneyimli cerrahlar tarafından güvenle uygulanabileceğini göstermektedir.

Anahtar Kelimeler: Laparoskopik histerektomi, Anterior uterin adezyon, Subseröz uterin myom



MİNİMAL İNVAZİV
JİNEKOLOJİ DERNEĞİ



MİNİMAL İNVAZİV
JİNEKOLOJİK ONKOLOJİ DERNEĞİ



ROBOTİK JİNEKOLOJİK
CERRAHİ DERNEĞİ

8. MİNİMAL İNVAZİV JİNEKOLOJİK CERRAHİ KONGRESİ

12-14 Şubat 2026 / Wyndham Grand İstanbul Levent Hotel & Conference Center

POSTER BİLDİRİLER

MİNİMAL İNVAZİV
JİNEKOLOJİ DERNEĞİMİNİMAL İNVAZİV
JİNEKOLOJİK ONKOLOJİ DERNEĞİROBOTİK JİNEKOLOJİK
CERRAHİ DERNEĞİ

8. MİNİMAL İNVAZİV JİNEKOLOJİK CERRAHİ KONGRESİ

12-14 Şubat 2026 / Wyndham Grand İstanbul Levent Hotel & Conference Center

PS-01

Sezaryen Sonrası Subfasyal Organize Hematom: Görüntüleme ile Yanıltıcı Yerleşim ve Tanısal Laparoskopinin Ayırıcı Tanıdaki Rolü

Sultan Canan¹, Fırat Can Söğüt¹, Selçuk Özden²¹Sakarya Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği²Sakarya Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı

AMAC: Sezaryen sonrası nadir görülen subfasyal hematomların tanı sürecinde yaşanan zorlukları ve tanısal laparoskopinin bu tür olgularda nasıl kritik bir rol oynayabildiğini ortaya koymak.

OLGU: 38 yaşında, gravida 2, parite 2 olan kadın hasta, 50 gün önce geçirdiği ikinci sezaryen sonrası, ameliyatın 10. gününden itibaren devam eden alt karın ağrısı şikâyetiyle başvurdu. Sistemik enfeksiyon bulgusu ve laboratuvar testlerinde CRP yüksekliği saptanmadı. Yapılan transabdominal ve transvajinal ultrasonografide batın ön duvarına komşu, düzensiz sınırlı ve heterojen hiperekojen özellikte bir kitle saptandı. Takipte lezyonda gerileme olmaması üzerine intraperitoneal yerleşimli kitle ön tanısıyla tanısal laparoskopi planlandı. Laparoskopide peritonla örtülü ancak periton dışı yerleşimli, yaklaşık 6–7 cm çapında, kapsüllü ve organize bir hematom tespit edildi. Median insizyon ile gerçekleştirilen cerrahi eksplorasyonda hematom eksize edildi. Fasyal düzeyde belirgin bir defekt gözlenmemekle birlikte, hematomun yerleşimi iyileşme sürecinde oluşmuş olası minimal bir fasyal açıklığa işaret ediyordu. Cerrahi sonrası hasta sorunsuz izlendi.

TARTIŞMA: Subfasyal hematomlar sezaryen sonrası oldukça nadir görülür. Özellikle kapsül formasyonu gelişmiş organize hematomlar, ultrasonografi gibi görüntüleme yöntemlerinde intraperitoneal lezyonlarla karıştırılabilir. Görüntüleme yöntemlerinin anatomik geçişlerdeki sınırlılıkları bu tip yanıltıcı lokalizasyonlara yol açabilir. Literatürde, yanlış lokalize edilen hematomların neoplazi ile karıştırılarak gereksiz cerrahi işlemlere neden olduğu bildirilmektedir. Bu olguda tanısal laparoskopi, lezyonun lokalizasyonunu netleştirerek cerrahinin yönünü minimal invaziv şekilde değiştirmiştir.

SONUÇ: Görüntüleme yöntemlerinin yetersiz kaldığı, lokalizasyonu belirsiz postoperatif kitlelerde tanısal laparoskopi; doğru tanı, etkin tedavi ve morbiditenin azaltılması açısından büyük avantaj sağlar. Bu vaka, laparoskopinin

sezaryen sonrası nadir komplikasyonlarda bile yönlendirici olabileceğini göstermektedir.

KAYNAKÇA

1. Thanasa A, et al. (2023). Large post-cesarean hematoma in the Retzius space. *Cureus*, 15(2), e35077.
2. Rodgers SK, et al. (2012). Imaging after cesarean delivery. *Radiographics*, 32(5), 1449–1468.
3. Pirri C, et al. (2025). Ultrasonography of the fasciae and related pathologies. *Diagnostics*, 15(2), 312.
4. Barrios-López M, et al. (2025). Postpartum obstetric complications: diagnostic imaging review. *Abdominal Radiology*, 50(3), 712–721.
5. Singh A, et al. (2020). Role of diagnostic laparoscopy in undiagnosed abdominal masses. *Int J Surg Case Rep*, 70, 155–159.
6. El-Khawam H, et al. (2021). Postoperative abdominal wall hematomas: Clinical challenges in diagnosis. *JSLS*, 25(1).
7. Varlas VN, et al. (2023). Gossypiboma mimicking pelvic mass after cesarean hysterectomy. *J Clin Med*, 12(1), 104.
8. Gandhi K, et al. (2019). A rare abdominal wall mass after cesarean section: chronic hematoma. *BMJ Case Rep*, 12(3), e227703.

Anahtar Kelimeler: Sezaryen, Hematom, Tanısal Laparoskopi

MİNİMAL İNVAZİV
JİNEKOLOJİ DERNEĞİMİNİMAL İNVAZİV
JİNEKOLOJİK ONKOLOJİ DERNEĞİROBOTİK JİNEKOLOJİK
CERRAHİ DERNEĞİ

8. MİNİMAL İNVAZİV JİNEKOLOJİK CERRAHİ KONGRESİ

12-14 Şubat 2026 / Wyndham Grand İstanbul Levent Hotel & Conference Center

Resim 1: Kitlenin transabdominal ve transvajinal ultrasonografi görüntüsü



Kitlenin transabdominal ve transvajinal ultrasonografi görüntüsü

Resim 2: Kitlenin laparoskopik görüntüsü



Kitlenin laparoskopik görüntüsü

Resim 3: Kitlenin laparoskopik görüntüsü



Kitlenin laparoskopik görüntüsü

PS-02

A Myoma-Like Uterine Mass Revealed as Gossypiboma During Cesarean Section

Zercan Kalı

Gözde Hastanesi, Kadın Doğum Bölümü, Malatya

Gossypiboma is a rare but entirely preventable complication resulting from a fibroinflammatory reaction surrounding a forgotten gauze during surgery. Because it can remain asymptomatic for a long time, diagnosis is often delayed. Uterine growth and anatomical changes during pregnancy reduce the sensitivity of imaging methods, making diagnosis even more difficult.

A 38-year-old patient, G2P1, with a four-year history of cesarean section, underwent elective cesarean section at 38+4 weeks of gestation due to intrauterine growth restriction and the previous cesarean. Repeated ultrasonographic examinations during pregnancy did not detect any uterine mass. During exploration after uterine closure at cesarean section, a capsulated mass approximately 5 cm in diameter, located subserous-intramural on the anterior uterine wall, above the bladder peritoneum, suggestive of a degenerated uterine myoma, was observed. However, due to the soft and compressible nature of the mass, further intraoperative evaluation was performed. Upon opening the capsule, a forgotten surgical gauze surrounded by dense fibrotic tissue was found. The mass was completely excised. The postoperative course for both the mother and the newborn was uneventful.

This case demonstrates that gossypiboma can remain asymptomatic during pregnancy and mimic uterine myoma. In patients with a history of previous surgery, gossypiboma should always be considered in the differential diagnosis of atypical uterine masses.

Anahtar Kelimeler: Gossypiboma, Uterine Myoma, Cesarean

8. MİNİMAL İNVAZİV JİNEKOLOJİK CERRAHİ KONGRESİ

12-14 Şubat 2026 / Wyndham Grand İstanbul Levent Hotel & Conference Center

figur2



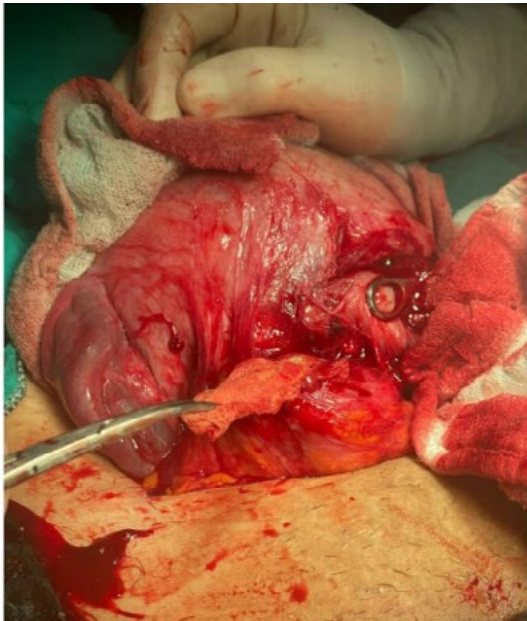
Intraoperative opening of the fibrotic capsule revealing retained surgical sponge material.

figür3



Retained surgical gauze

figure1



Intraoperative view of an encapsulated uterine mass located on the anterior uterine wall.

PS-03

Endometriyal Poliplerin Tanısında Transvajinal Ultrasonografinin Tanısal Değeri:

Zercan Kalı

Gözde Hastanesi, Kadın Doğum Bölümü, Malatya

AMAÇ: Endometriyal polipler, jinekolojik pratiğin sık karşılaşılan intrauterin patolojilerindendir. Transvajinal ultrasonografi (TVUS), endometriyal poliplerin değerlendirilmesinde yaygın olarak kullanılan ilk basamak tanı yöntemidir; ancak tanısal doğruluğu özellikle lezyon boyutuna bağlı olarak değişkenlik gösterebilir. Bu çalışmada, TVUS ile endometriyal polip ön tanısı konulan hastalarda ultrasonografik bulguların histopatolojik sonuçlarla uyumu ve lezyon boyutuna göre pozitif prediktif değeri (PPV) değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

GEREÇ-YÖNTEM: Bu tek merkezli retrospektif çalışmaya, TVUS’de endometriyal polip düşünülen ve operatif histeroskopi uygulanan toplam 32 hasta dahil edilmiştir. Tüm hastalarda histeroskopi sırasında eksize edilen materyaller histopatolojik incelemeye gönderilmiştir. Histopatolojik sonuçlar referans standart olarak kabul edilmiştir. Ultrasonografik olarak saptanan lezyonlar, boyutlarına göre <10 mm ve ≥ 10 mm olmak üzere iki grupta değerlendirilmiştir.

BULGULAR: TVUS’de endometriyal polip ön tanısı konulan 32 hastanın 23’ünde (%71,9) histopatolojik olarak endometriyal polip doğrulanmıştır. Lezyon boyutuna göre değerlendirildiğinde, <10 mm olarak ölçülen lezyonlarda histopatolojik doğrulama oranı %58,8 iken, ≥ 10 mm olan lezyonlarda bu oran %86,7 olarak saptanmıştır. Transvajinal ultrasonografinin pozitif prediktif değeri (PPV), tüm çalışma grubu için %71,9 olarak hesaplanmıştır. PPV’nin lezyon boyutu ≥ 10 mm olan hastalarda belirgin olarak daha yüksek olduğu görülmüştür.

SONUÇ: Transvajinal ultrasonografi, endometriyal poliplerin değerlendirilmesinde yararlı bir tarama yöntemidir; ancak tanısal doğruluğu lezyon boyutuna bağlıdır. Özellikle ≥ 10 mm olan lezyonlarda TVUS’nin pozitif prediktif değeri yüksektir. Küçük lezyonlarda ise kesin tanı için histeroskopi ve histopatolojik doğrulama gereklidir.

Anahtar Kelimeler: Endometrial polip, Transvajinal ultrasonografi, Histeroskopi

MİNİMAL İNVAZİV
JİNEKOLOJİ DERNEĞİMİNİMAL İNVAZİV
JİNEKOLOJİK ONKOLOJİ DERNEĞİROBOTİK JİNEKOLOJİK
CERRAHİ DERNEĞİ

8. MİNİMAL İNVAZİV JİNEKOLOJİK CERRAHİ KONGRESİ

12-14 Şubat 2026 / Wyndham Grand İstanbul Levent Hotel & Conference Center

Çalışma Grubunun Demografik ve Klinik Özellikleri

Değişken	Değer
Hasta sayısı (n)	32
Premenopoz	23 (71,9%)
Postmenopoz	9 (28,1%)
Başvuru nedeni	
İnfertilite	18 (56,3%)
Anormal uterin kanama	14 (43,7%)

Transvajinal Ultrasonografide Endometriyal Polip Şüphesi Olan Hastaların Lezyon Boyutuna Göre Histopatolojik Sonuçları

TVUS Bulgusu	Hasta Sayısı (32)	Histopatolojik Polip (+) n(23)	Histopatolojik Polip (-) n(9)	Doğrulama Oranı (%) (71.9)
<10 mm	17	10	7	58.8
≥10 mm	15	13	2	86.7

PS-04

Nadir Bir Jinekolojik Acil: İzole Tuba Torsiyonu

Sultan Canan¹, Osman Köse², Selçuk Özden²¹Sakarya Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Kadın

Hastalıkları ve Doğum Kliniği

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

GİRİŞ: İzole tuba torsiyonu, yalnızca fallop tüpünün kendi etrafında dönmesiyle oluşan, overin etkilenmediği nadir bir jinekolojik acildir. Klinik bulguların non-spesifik olması ve görüntüleme yöntemlerinin sınırlı duyarlılığı, tanıda gecikmelere yol açabilir. Genellikle akut batınla prezente olsa da bazı olgularda kronik pelvik ağrı ile de ortaya çıkabilir. Bu çalışmada, yanlış ön tanımlarla izlenmiş bir hastada tanının ancak laparoskopi ile konulabildiği bir olgu sunulmaktadır.

OLGU: Gravida 3, parite 3, tüm doğumları vajinal olan 43 yaşındaki kadın hastanın yaklaşık 9 aydır süregelen alt karın ağrısı ve zaman zaman eşlik eden bulantı şikâyeti mevcuttu. Bu süreçte yedi kez farklı sağlık kuruluşlarında acil servis, kadın hastalıkları ve doğum polikliniği ile genel cerrahi polikliniğine başvurmuştu. İlk başvurularında yapılan pelvik ultrasonografi ve bilgisayarlı tomografi (BT) incelemelerinde Resim 1) over kaynaklı kistik lezyon izlenmiş ve over kisti ön tanısı ile opioid analjezik tedavi sonrası taburcu edilmişti.

Ancak sonraki başvurularında yapılan görüntülemelerde overlerin normal sınırlarda izlendiği, mevcut lezyonun over ile ilişkili olmadığı düşünülmesi raporlanmıştı. Bu bulgu doğrultusunda hasta, mezenterik kist ön tanısıyla genel cerrahi kliniği tarafından elektif cerrahi planlanmıştı. Hasta, planlanan ameliyattan iki gün önce merkezimize başvurdu. Fizik muayenesinde sağ alt kadranda belirgin hassasiyet, defans ve rebound mevcuttu. Akut batın nedeniyle tarafımızca acil laparoskopi kararı alındı. Laparoskopide, sağ tuba uterinanın yaklaşık altı tur kendi etrafında torsiyone olduğu, distal ucunda yaklaşık 6 cm çapında kistik lezyon izlendiği saptandı. Kistin torsiyona sekonder ödemik genişleme mi, yoksa preksiste bir lezyon mu olduğu net olarak ayırt edilemedi. Torsiyon hattından itibaren tubanın distal segmenti hemorajik ve nekrotik görünümdeydi. (Resim 2, 3)

Hastanın fertilesini tamamlamış olması ve tubanın vitalitesinin kaybolmuş olması nedeniyle sağ salpenjektomi uygulandı. Postoperatif dönemi sorunsuz seyreden hasta, ertesi gün şifa ile taburcu edildi. Histopatolojik incelemede

MİNİMAL İNVAZİV
JİNEKOLOJİ DERNEĞİMİNİMAL İNVAZİV
JİNEKOLOJİK ONKOLOJİ DERNEĞİROBOTİK JİNEKOLOJİK
CERRAHİ DERNEĞİ

8. MİNİMAL İNVAZİV JİNEKOLOJİK CERRAHİ KONGRESİ

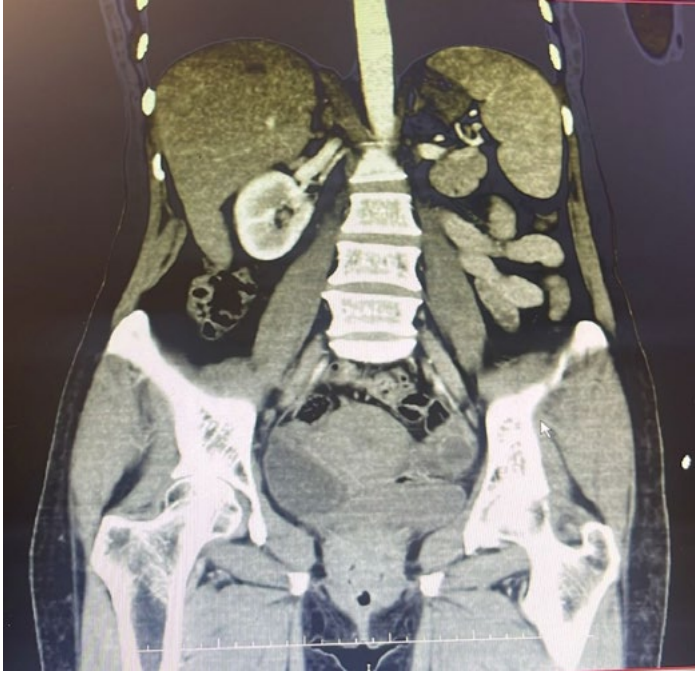
12-14 Şubat 2026 / Wyndham Grand İstanbul Levent Hotel & Conference Center

tubal duvar yapılarının izlendiği ve izole tubal torsiyon ile uyumlu bulgular raporlandı. Herhangi bir tubal kist izlenmediği belirtildi.

TARTIŞMA: İzole tuba torsiyonu, nadir ve ayırıcı tanıda kolayca gözden kaçabilecek bir patolojidir. Bu olgu, subakut ve süregelen pelvik ağrının altında böyle bir torsiyonun yatabileceğini göstermektedir. Tanı, ancak cerrahi eksplorasyonla konulabilmektedir. Bu bağlamda minimal invaziv cerrahi, hem tanısasal hem de terapötik açıdan büyük avantaj sağlar. Laparoskopi, özellikle görüntüleme yöntemlerinin yetersiz kaldığı ve klinik tablonun belirsiz olduğu olgularda vazgeçilmez bir yaklaşımdır. Ayrıca, daha kısa hastanede kalış süresi ve düşük morbidite ile hastaya önemli konfor sağlar. Bu nedenle, açıklanamayan pelvik ağrı olgularında laparoskopi erken dönemde düşünülmelidir.

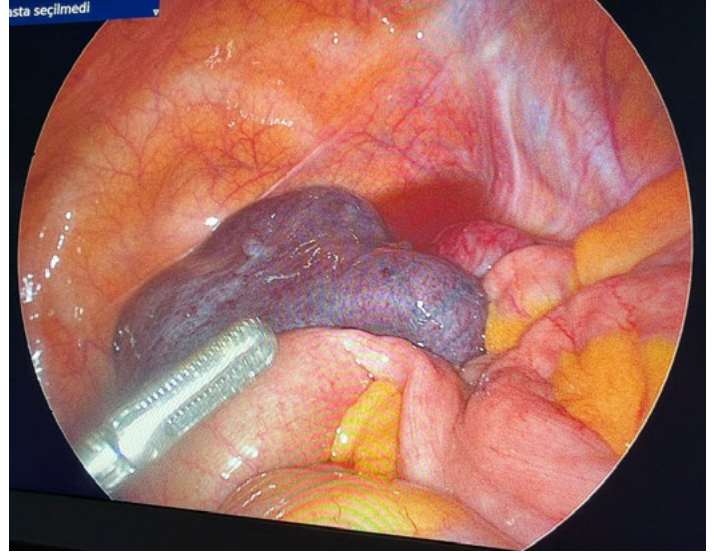
Anahtar Kelimeler: laparoskopi, tubal torsiyon, mezenterik kist, akut batin

Resim 1: BT'de kistik görüntüsü



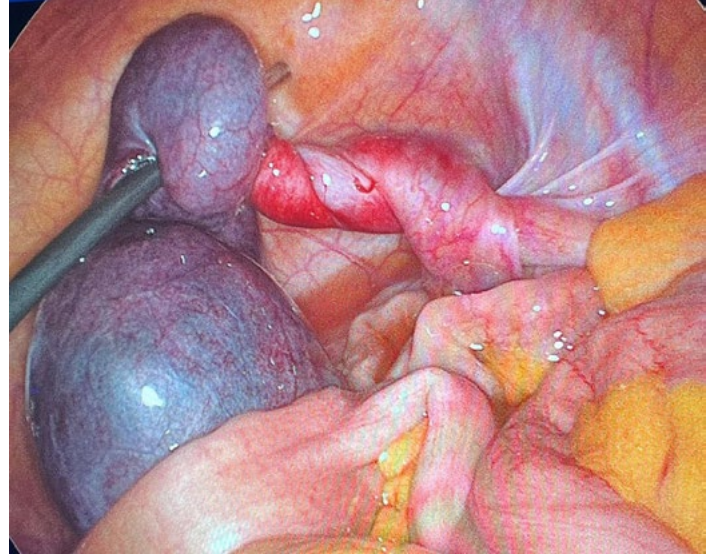
BT'de over kaynaklı olduğu düşünülen kist görünümü

Resim 2: Laparoskopide batına girildiği zamanki eksplorasyon



Bağırsaklara benzer görünümde nekroze tübüler yapı izlenmektedir

Resim 3: Laparoskopide izlenen izole tuba torsiyonu görüntüsü



Sağ tubanın torsiyone olduğu, distal uçta nekroze, kistik oluşum olduğu izlenmektedir.

MİNİMAL İNVAZİV
JİNEKOLOJİ DERNEĞİMİNİMAL İNVAZİV
JİNEKOLOJİK ONKOLOJİ DERNEĞİROBOTİK JİNEKOLOJİK
CERRAHİ DERNEĞİ

8. MİNİMAL İNVAZİV JİNEKOLOJİK CERRAHİ KONGRESİ

12-14 Şubat 2026 / Wyndham Grand İstanbul Levent Hotel & Conference Center

PS-05

İnce Endometriyumda Histeroskopik Yönetim Sonrası Endometriyal Kalınlık Yanıtı

Zercan Kalı¹, Uğraş Uçar²¹Gözde Hastanesi, Kadın Doğum Bölümü, Malatya²Doğu Fertil IVF Ünitesi, Malatya

AMAÇ: İnce endometriyuma sahip hastalarda histeroskopik yönetim sonrası endometriyal kalınlıktaki değişimi değerlendirmektir.

YÖNTEM: Bu retrospektif, eşleştirilmiş analizde ince endometriyum tanısı alan 19 hasta değerlendirildi. Dört hastada (%21,1) intrauterin adezyon saptanarak histeroskopik adezyolizis uygulandı. Uterin kavitesi normal olan 15 hastaya (%78,9) endometriyal scratching yapıldı. Endometriyal kalınlık tedavi öncesi ve sonrası transvajinal ultrasonografi ile ölçüldü ve eşleştirilmiş t-testi ile karşılaştırıldı.

BULGULAR: Tedavi öncesi ortalama endometriyal kalınlık $5,68 \pm 0,64$ mm, tedavi sonrası ise $6,41 \pm 0,73$ mm olarak ölçüldü. Tedavi sonrası endometriyal kalınlıkta, tedavi öncesine kıyasla istatistiksel olarak anlamlı ancak sınırlı düzeyde bir artış izlendi ($p = 0,032$). Tedavi sonrası gebelik yalnızca adezyolizis uygulanan bir hastada (%5,3) gözlenirken, yalnızca endometriyal scratching uygulanan hastalarda gebelik izlenmedi.

SONUÇ: Histeroskopik yönetim, ince endometriyuma sahip hastalarda endometriyal kalınlıkta yaklaşık 0,7 mm'lik bir artış ile ilişkili bulunmuştur. Gebelik sonuçları sınırlı olup, bu bulguların klinik yansımalarının daha geniş örneklemli çalışmalarla değerlendirilmesi gerekmektedir.

Anahtar Kelimeler: İnce endometriyum, Histeroskopi, Adezyolizis

Tablo 1. Çalışma popülasyonunun klinik ve demografik özellikleri

Özellikler(n=19)	Değer
Yaş (yıl), ortalama $\pm$ SS	32 ± 2.6
İnfertilite süresi (yıl), ortalama $\pm$ SS	4.8 ± 4.1
Primer infertilite, n (%)	17 (89.5)
Sekonder infertilite, n (%)	5 (26.3)
Intrauterin adezyon varlığı, n (%)	4 (21.1)
Normal uterin kavite, n (%)	15 (78.9)
Uygulanan işlem	
Endometriyal scratching, n (%)	15 (78.9)
Histeroskopik adezyolizis, n (%)	4 (21.1)
Tedavi sonrası gebelik, n (%)	1 (5.3)

PS-06

Comparison of Rectal Indomethacin and Intravenous NSAIDs for Postoperative Pain Control After Operative Hysteroscopy

Zercan Kalı¹, Engin Yıldırım²¹Department of Obstetrics and Gynecology, Gözde Hospital, Malatya, Turkey²Department of Obstetrics and Gynecology, Malatya Turgut Özal University, Malatya, Turkey

OBJECTIVE: The aim of this study was to compare the effectiveness of rectal indomethacin (Endol) and intravenous nonsteroidal anti-inflammatory drugs (NSAIDs) for postoperative pain control following operative hysteroscopy.

MATERIALS AND METHODS: This single-center retrospective study included 39 patients who underwent operative hysteroscopy. All patients were operated under sedation anesthesia in order to ensure standardization of intraoperative conditions.

To minimize the potential effects of operation duration and surgical trauma on postoperative pain, only patients who underwent operative hysteroscopy for endometrial polyps were included. Patients who underwent hysteroscopic myomectomy, hysteroscopic septum resection (metroplasty) were excluded due to the significantly longer operation time associated with these procedures.

Patients were divided into two groups according to the postoperative analgesic protocol: the Endol group ($n = 21$) and the intravenous NSAID group ($n = 18$).

Postoperative pain severity was assessed using the Visual Analog Scale (VAS), defined as a scale ranging from 0 (no pain) to 10 (worst imaginable pain), at the 1st and 6th postoperative hours. Additional analgesic requirements were recorded. Continuous variables were compared using the Mann–Whitney U test, and categorical variables were analyzed using the Fisher exact test.

RESULTS: There was no statistically significant difference between the groups in terms of operation duration (Endol: 14 ± 4 minutes, IV NSAID: 17 ± 5 minutes; $p > 0.05$).

The 1st-hour VAS score was significantly lower in the Endol group compared with the intravenous NSAID group (6.27 ± 0.99 vs 7.75 ± 1.04 ; $p = 0.012$).

Similarly, the 6th-hour VAS scores were also significantly lower in the Endol group (3.18 ± 1.17 vs 4.50 ± 1.00 ; $p = 0.018$).



MİNİMAL İNVAZİV
JİNEKOLOJİ DERNEĞİ



MİNİMAL İNVAZİV
JİNEKOLOJİK ONKOLOJİ DERNEĞİ



ROBOTİK JİNEKOLOJİK
CERRAHİ DERNEĞİ

8. MİNİMAL İNVAZİV JİNEKOLOJİK CERRAHİ KONGRESİ

12-14 Şubat 2026 / Wyndham Grand İstanbul Levent Hotel & Conference Center

Additional analgesic requirement was observed in 3 patients (14.3%) in the Endol group and 7 patients (38.9%) in the intravenous NSAID group; however, this difference did not reach statistical significance ($p = 0.096$). No serious adverse events were observed in either group.

CONCLUSION: Rectal indomethacin provides more effective postoperative pain control than intravenous NSAIDs in both the early and late postoperative periods following operative hysteroscopy. The similarity between groups in terms of operation duration and surgical indication suggests that the observed difference in pain scores is attributable to the analgesic effect of the treatment. Rectal indomethacin may be considered a safe and effective analgesic option for postoperative pain management after operative hysteroscopy.

Keywords: Hysteroscopy, Postoperative pain, Indomethacin, NSAIDs

Figure 1. Comparison of postoperative VAS scores between groups.

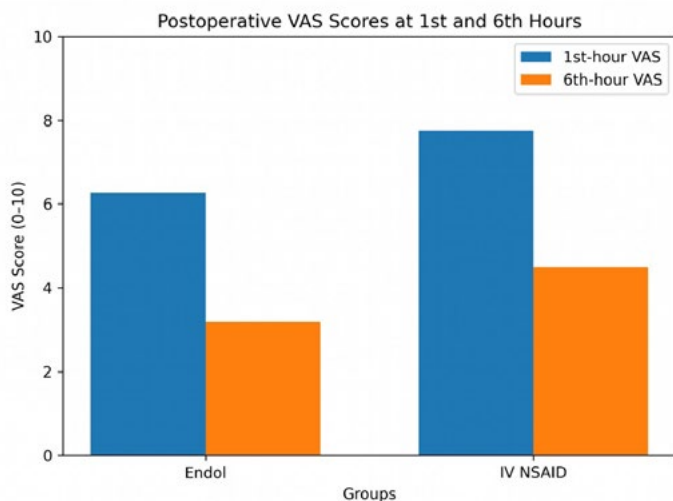


Figure 2. Comparison of additional analgesic requirement between groups.

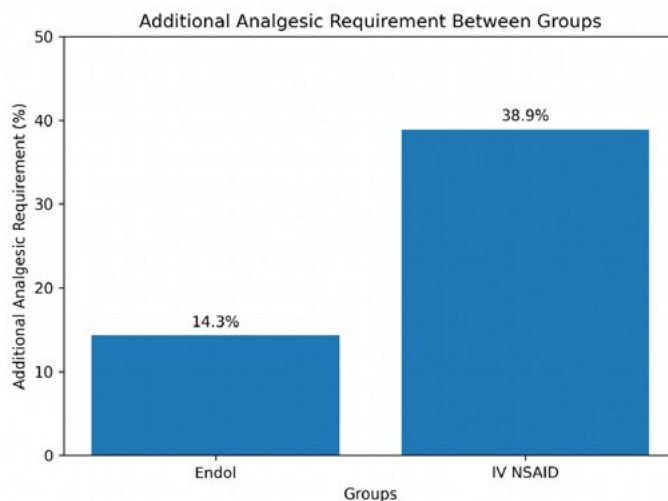


Table 1. Comparison of postoperative pain scores, operation time, and analgesic requirement between groups

Variable	Group (n = 21) Endol	Group (n = 18) IV NSAID	p value
Operation time (min)	14 ± 4	17 ± 5	NS
VAS score at 1st hour	6.27 ± 0.99	7.75 ± 1.04	0.012*
VAS score at 6th hour	3.18 ± 1.17	4.50 ± 1.00	0.018*
VAS change (1st → 6th hour)	-3.09	-3.25	NS
Additional analgesic requirement, n (%)	3 (14.3%)	7 (38.9%)	0.096†

MİNİMAL İNVAZİV
JİNEKOLOJİ DERNEĞİMİNİMAL İNVAZİV
JİNEKOLOJİK ONKOLOJİ DERNEĞİROBOTİK JİNEKOLOJİK
CERRAHİ DERNEĞİ

8. MİNİMAL İNVAZİV JİNEKOLOJİK CERRAHİ KONGRESİ

12-14 Şubat 2026 / Wyndham Grand İstanbul Levent Hotel & Conference Center

PS-07

Evaluation of Systemic Tranexamic Acid Use During Hysteroscopic Myomectomy

Zercan Kalı¹, Tuba Memur²¹Department of Obstetrics and Gynecology, Gözde Hospital, Malatya, Turkey²Department of Obstetrics and Gynecology, Private Park Hospital, Malatya, Türkiye

OBJECTIVE: This study aimed to evaluate the effect of tranexamic acid (TXA) administration on operative time, intraoperative fluid deficit, hemoglobin decrease, and transfusion requirement in patients undergoing hysteroscopic myomectomy.

MATERIALS AND METHODS: This retrospective study represents a three-year single-center experience and included a total of 38 patients who underwent hysteroscopic myomectomy for submucosal fibroids. Patients were divided into two groups according to TXA use: the TXA (+) group (n = 16) and the TXA (–) group (n = 22).

In the TXA (+) group, tranexamic acid (active ingredient: tranexamic acid) was administered intravenously at a dose of 1 g as a single bolus 10–15 minutes before the procedure (commercially available as Cyklokapron®). Patients in the TXA (–) group did not receive TXA.

Demographic characteristics, body mass index, FIGO classification, myoma diameter, operative time, intraoperative fluid deficit, preoperative and postoperative hemoglobin levels, and transfusion requirements were recorded. Continuous variables were expressed as mean ± standard deviation and compared using the Mann–Whitney U test. Categorical variables were analyzed using Fisher's exact test. A p value below 0.05 was considered statistically significant.

RESULTS: The TXA (+) group demonstrated a significantly shorter operative time and a significantly lower intraoperative fluid deficit compared with the TXA (–) group (p < 0.05 for both). No significant differences were observed between groups regarding hemoglobin decrease or transfusion requirement. No TXA-related complications were recorded.

CONCLUSION: The use of tranexamic acid during hysteroscopic myomectomy is associated with improved surgical efficiency, reflected by reduced operative time and lower intraoperative fluid deficit. These effects are thought to be related to reduced intraoperative bleeding, resulting in clearer and more stable surgical visualization. Based on our three-year experience, TXA appears to be a safe and effective adjunct in hysteroscopic myomectomy without increasing transfusion requirements or complications.

effectiveness of systemic tranexamic acid in hysteroscopic myomectomy and to define its optimal role in routine clinical practice.

Keywords: Hysteroscopy, myomectomy, Tranexamic acid

Table 1. Comparison of TXA (+) and TXA (–) Groups in Hysteroscopic Myomectomy

Variable	TXA (+) (n = 16) Mean ± SD	TXA (–) (n = 22) Mean ± SD	p value
Age (years)	36.4 ± 11.6	42.5 ± 11.6	0.417
BMI (kg/m ²)	22.1 ± 3.7	21.8 ± 3.1	0.748
Myoma diameter (cm)	2.1 ± 0.9	3.2 ± 1.2	0.367
Operation time (min)	36.3 ± 10.2	53.9 ± 13.2	0.016
Intraoperative fluid deficit (mL)	694 ± 222	950 ± 139	0.001
Hemoglobin decrease (g/dL)	1.42 ± 0.90	1.50 ± 0.96	0.951
Erythrocyte transfusion (%)	16.7	33.3	0.64

MİNİMAL İNVAZİV
JİNEKOLOJİ DERNEĞİMİNİMAL İNVAZİV
JİNEKOLOJİK ONKOLOJİ DERNEĞİROBOTİK JİNEKOLOJİK
CERRAHİ DERNEĞİ

8. MİNİMAL İNVAZİV JİNEKOLOJİK CERRAHİ KONGRESİ

12-14 Şubat 2026 / Wyndham Grand İstanbul Levent Hotel & Conference Center

PS-08

Hysteroscopic Removal of a Forgotten Inert Intrauterine Device Retained for 43 Years in a Postmenopausal Woman

Zercan Kalı

Department of Obstetrics and Gynecology, Gözde Hospital, Malatya, Turkey

BACKGROUND: Postmenopausal pelvic pain accompanied by abnormal uterine imaging findings is a clinically important condition that requires careful evaluation, particularly to exclude malignancy. Long-term use of intrauterine devices (IUDs) and forgotten IUDs are rare in postmenopausal women but may lead to diagnostic challenges.

CASE PRESENTATION: A 76-year-old postmenopausal woman presented with chronic pelvic pain. Transvaginal ultrasonography revealed a hyperechogenic appearance within the endometrial cavity. On vaginal examination, cervical stenosis was present, and no IUD strings were visible. According to the patient's medical history, an intrauterine device had been inserted approximately 43 years earlier and had not been removed.

Given the patient's advanced age, persistent symptoms, and the need to exclude malignancy, operative hysteroscopy was performed. Hysteroscopic evaluation demonstrated an inert-type intrauterine device, a model no longer in clinical use, located within the endometrial cavity. The device was successfully removed hysteroscopically. The macroscopic appearance of the removed device, including surface discoloration and preserved structural integrity, supported prolonged intrauterine retention and was consistent with an inert-type intrauterine device used several decades ago. No additional intrauterine pathology was identified. The patient's pelvic pain resolved in the postoperative period.

CONCLUSION: Forgotten intrauterine devices should be considered in the differential diagnosis of postmenopausal pelvic pain and hyperechogenic endometrial cavity findings. Operative hysteroscopy is a safe and effective diagnostic and therapeutic approach in such cases. This report highlights a rare case of an inert intrauterine device retained for approximately 43 years, emphasizing the importance of considering uncommon etiologies in postmenopausal pelvic pain.

Keywords: Forgotten intrauterine device, Operative hysteroscopy, Hyperechogenic endometrium

Figure 1. Inert intrauterine device



MİNİMAL İNVAZİV
JİNEKOLOJİ DERNEĞİMİNİMAL İNVAZİV
JİNEKOLOJİK ONKOLOJİ DERNEĞİROBOTİK JİNEKOLOJİK
CERRAHİ DERNEĞİ

8. MİNİMAL İNVAZİV JİNEKOLOJİK CERRAHİ KONGRESİ

12-14 Şubat 2026 / Wyndham Grand İstanbul Levent Hotel & Conference Center

PS-09

Odağı belirlenemeyen gebelik vakası

Ömer Faruk Kandilcik¹, Yunus Emre Maraşlıoğlu¹,
Güven Arslan², Alev Özer³

¹Kahramanmaraş Necip Fazıl Devlet Hastanesi

²Kahramanmaraş Devlet Hastanesi

³Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi

Ektopik gebelik, ilk trimesterde anne morbidite ve mortalitesinin önemli nedenlerinden biri olup erken tanı ve uygun yönetim gerektirir. Ancak bazı olgularda gebeliğin lokalizasyonu belirlenememekte ve bu durum odağı belirlenemeyen gebelik (Pregnancy of Unknown Location, PUL) olarak tanımlanmaktadır. PUL olguları tanı ve tedavi açısından klinik zorluklar içermektedir.

Yirmi sekiz yaşında, gravida 1 olan hasta; ek hastalık, düzenli ilaç kullanımı ve geçirilmiş cerrahi öyküsü olmaksızın karın ağrısı şikâyetiyle acil servise başvurdu. Hastanın adet rötari mevcut olup yaklaşık bir ay önce ovülasyon indüksiyonu amacıyla klomifen sitrat kullanımı öyküsü vardı. Başvuru sırasında serum β -hCG düzeyi 3972 mIU/mL olarak saptandı. Transvajinal ultrasonografide endometrium kalınlığı 11 mm olup uterin kavitede gebelik kesesi izlenmedi. Adneksiyel alanlarda ektopik gebelik odağı saptanmadı. Sol over doğal görünümdeyken, sağ over 6×4 cm boyutlarında, hacmi artmış ve hiperstimüle görünümde izlendi. Douglas boşluğunda yaklaşık 2,5 cm serbest mayi mevcuttu.

Bu bulgularla ektopik gebelik, ovaryan hiperstimülasyon sendromu (OHSS) ve intrauterin sağlıklı gebelik ön tanıları düşünüldü. Vital bulguları stabil olan hastada seri β -hCG ve tam kan sayımı takibi planlandı. Takip sırasında hemoglobinin değerinde düşüş ve senkop gelişmesi üzerine acil cerrahi girişim kararı alındı. Yapılan laparotomide batında seröz içerikli sıvı izlendi; uterus, her iki tuba ve sol over doğal görünümdeydi. Sağ over multifoliküler ve hacmi artmıştı. Batın içinde aktif kanama veya ektopik gebelik odağı saptanmadı. Hemostaz sağlanarak operasyon sonlandırıldı.

Postoperatif dönemde β -hCG düzeylerinde belirgin düşüş izlenmesine rağmen, taburculuktan 10 gün sonra hastanın β -hCG değerinin tekrar yükseldiği saptandı. Ultrasonografide intrauterin gebelik izlenmemesi üzerine PUL tanısı güçlendi ve hastaya metotreksat (1 mg/kg) tedavisi uygulandı. Takiplerde β -hCG düzeylerinin düzenli olarak azaldığı ve negatifleştiği gözlemlendi.

Sonuç olarak, ovülasyon indüksiyonu öyküsü bulunan hastalarda PUL tanısı ve yönetimi daha karmaşık hale gelebilmektedir. Bu olgular, seri β -hCG ölçümleri ve dikkatli kli-

nik değerlendirme ile izlenmeli; hemodinamik olarak stabil hastalarda medikal tedavi öncelikli olarak düşünülmelidir.

Anahtar Kelimeler: odağı belirlenemeyen gebelik, ektopik gebelik, ovaryan hiperstimülasyon sendromu

d/c patoloji raporu

İNCELEMESİ SONUCU	
MİKROSKOPİ	
UYGULANAN ÖZEL YÖNTEMLER (Özel boyalar, H&E, moleküler yöntemler, EM) - Özel histokimyasal boyalar - İmmünohistokimyasal inceleme - Moleküler inceleme - Elektron mikroskopik inceleme	
TANI	1- SEKRETUAR ENDOMETRİYUM, DESİDUALİZASYON, KORYONİK VİLLUS YOKTUR, endometrium, küretaj materyali.

ilk değerlendirmedeki usg raporu

İt ile Koruma Altına Alınmıştır!
Rapor Karşılıklı Bilgi - Rapor Çekim Tarih:
Anaiz
Uterus orta hattadadır. Boyutları normal, konturu düzgündür. Suprapubik yaklaşımla izlenebildiği kadıyla
Uterus korpus anterior duvarda 12 mm çaplı hipoeoik nodüler lezyon mevcuttur(myom?). Uterin kavitede keseye ait olabilecek görünüm izlenmedi.
Endometrium konturu düzgün, ekosu normal olup kalınlığı normal sınırlardadır.
Sağ over vizualize edilemedi.
Sol over boyutları 67x56x60 mm ölçülmüş olup boyutları artmıştır.
Sol overde büyüğü 22 mm çaplı birkaç adet kist mevcuttur.
Douglasa minimal serbest sıvı izlenmiştir. OHSS açısından klinik kolerasyonu önerilir.
Yazdır
Şablonlar
Elektronik Olarak İmza...
Elektronik Olarak Kullanıcı A

8. MİNİMAL İNVAZİV JİNEKOLOJİK CERRAHİ KONGRESİ

12-14 Şubat 2026 / Wyndham Grand İstanbul Levent Hotel & Conference Center

in op sağ overin görüntüsü



BHCG TAKİP TABLOSU

GÜN	B-HCG DEĞERİ	AÇIKLAMA
Başvuru	3972	D/C + Laparotomi
Post-op 8.saat	1246	Hızlı düşüş
Post-op 24.saat	816	Taburculuk
11.gün (Re-admisyon)	4989	Yükseliş (Persistan doku)
12.gün	4989	Mtx uygulaması
19.gün	2101	Kademeli düşüş
45.gün	<5	Kür

MİNİMAL İNVAZİV JİNEKOLOJİK ENDOSKOPI PLATFORMU



MİNİMAL İNVAZİV
JİNEKOLOJİ DERNEĞİ



MİNİMAL İNVAZİV
JİNEKOLOJİK ONKOLOJİ DERNEĞİ



ROBOTİK JİNEKOLOJİK
CERRAHİ DERNEĞİ



ORGANİZASYON SEKRETERYASI

FİĞÜR KONGRE ORGANİZASYON SERVİSLERİ TİC. A.S.

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: minimalinvaziv@figur.net

www.minimalinvazivjinekolojikkerrahi.org

