



**TÜRK JİNEKOLOJİK ENDOSKOPI PLATFORMU**

# 2. MİNİMAL İNVAZİV JİNEKOLOJİK CERRAHI KONGRESİ

**13 - 16 Şubat 2019**

**Wyndham Grand İstanbul - Levent**



*Bilimsel Program  
Sözlü Bildiriler  
Video Bildiriler  
Poster Bildiriler*

[www.minimalinvazivjinekolojikkerrahi.org](http://www.minimalinvazivjinekolojikkerrahi.org)



# 2. MİNİMAL İNVAZİV JİNEKOLOJİK CERRAHİ KONGRESİ

13 - 16 Şubat 2019  
Wyndham Grand İstanbul - Levent



## ÖNSÖZ

Değerli meslektaşlarımız,

13-16 Şubat 2019'da İstanbul'da gerçekleştirilecek olan "2. Minimal İnvaziv Jinekolojik Cerrahi Kongresi"ne sizleri davet etmekten onur duymaktayız.

Birincisini 2018 yılı Şubat ayında sizlerin yoğun ilgisiyle gerçekleştirdiğimiz kongremizde, bu yıl da yine en temelden en ileri düzeye minimal invaziv yaklaşımlar, fark yaratacak bir konsept ile, konusunda yetkin ulusal ve uluslararası konuşmacılar tarafından sunulacaktır. Bu bağlamda kongre programı, kongreye katılacak her meslektaşımızın mesleki uygulamalarını geliştirecek konular ve uygulamalardan oluşturulmuştur.

İlgi duyan her meslektaşımızın teorik, belki de daha da önemlisi pratik uygulama anlamında kendisine faydalı olacak ve jinekolojide ki tüm uygulamaları kapsayan kongre öncesi kurs düzenlenecektir. Kurslarda meslektaşlarımızın pratik uygulama yapma imkanları olacak ve canlı cerrahiler yapılacaktır. Yine önceki kongrede büyük beğeni toplayan ve çok olumlu geri bildirimler aldığımız "kişiye özel sütür kursu" ve "uzmanla buluşma" toplantıları kongre kapsamında gerçekleştirilecektir.

Meslektaşlarımızın temel cerrahi anatomi bilgilerini tazelemek üzere kongrenin ilk gününde kadavra disseksiyonu kongre salonuna canlı yayında iletilecektir. Ayrıca kongre süresince robotik/laparoskopik histerektomi, myomektomi ve derin infiltratif endometriozis için canlı cerrahiler yapılacaktır.

Minimal İnvaziv Jinekoloji Derneği (MİJİD), Minimal İnvaziv Jinekolojik Onkoloji Derneği ve (MİJOD) Robotik Jinekolojik Cerrahi Derneği (RJCD) olarak, kongre öncesi kurslar, uzmanla buluşma toplantıları ve özgün kongre içeriği ile tüm meslektaşlarımıza katkı sunmayı amaçladığımız "2. Minimal İnvaziv Jinekolojik Cerrahi Kongresi"ne tüm meslektaşlarımızı davet ediyoruz.

Saygılarımızla,

Prof. Dr. Gürkan UNCU  
Minimal İnvaziv Jinekoloji  
Derneği Başkanı



Prof. Dr. Mete GÜNGÖR  
Minimal İnvaziv Jinekolojik  
Onkoloji Derneği Başkanı



Prof. Dr. İlkan DÜNDER  
Robotik Jinekolojik Cerrahi  
Derneği Başkanı



Prof. Dr. Bülent URMAN  
Minimal İnvaziv Jinekoloji Derneği  
Gelecek Dönem Başkanı



# 2. MINİMAL İNVAZİV JİNEKOLOJİK CERRAHİ KONGRESİ

13 - 16 Şubat 2019

Wyndham Grand İstanbul - Levent



## ORGANİZASYON ve BİLİMSEL KOMİTE

Dr. Faruk ABİKE  
Dr. Süleyman AKHAN  
Dr. Ebru ALPER  
Dr. Şadiman ALTINBAŞ  
Dr. Murat APİ  
Dr. Dağistan Tolga ARIÖZ  
Dr. Macit ARVAS  
Dr. Barış ATA  
Dr. Ayşe SEYHAN ATA  
Dr. Cem ATABEKOĞLU  
Dr. Vedat ATAY  
Dr. Erkut ATTAR  
Dr. Selçuk AYAS  
Dr. Turgut AYDIN  
Dr. Ali AYHAN  
Dr. Ruşen AYTAÇ  
Dr. Hakan AYTAZ  
Dr. Abdülkadir BAKAY  
Dr. Özcan BALAT  
Dr. Tugan BEŞE  
Dr. Nurettin BORAN  
Dr. Ayşen BOZA  
Dr. Gürkan BOZDAĞ  
Dr. Nuray BOZKURT  
Dr. Faruk BUYRU  
Dr. Emel CANAZ  
Dr. Mehmet Ufuk CERAN  
Dr. Arif Serhan CEVRIÖĞLU  
Dr. Zeliha FIRAT CÜYLAN  
Dr. Mete ÇAĞLAR  
Dr. Çetin ÇELİK  
Dr. Hüsnü ÇELİK  
Dr. Gonca ÇOBAN  
Dr. Ebru ÇÖGENDEZ  
Dr. Murat DEDE  
Dr. Suat DEDE  
Dr. Fuat DEMİRCİ  
Dr. Cem DEMİREL  
Dr. Fuat DEMİRKIRAN

Dr. Özgür DEREN  
Dr. Erbil DOĞAN  
Dr. Kenan DOLAPÇIOĞLU  
Dr. Fulya DÖKMECİ  
Dr. Polat DURSUN  
Dr. Murat EMANETOĞLU  
Dr. Evrim ERDEMOĞLU  
Dr. Tamer EREL  
Dr. Serkan ERKANLI  
Dr. Ahmet ESER  
Dr. Semra KAYATAŞ ESER  
Dr. Süleyman ESERDAĞ  
Dr. Özlem EVLİYAĞÖZ  
Dr. Ahmet GÖÇMEN  
Dr. Mehmet GÖKÇÜ  
Dr. Pınar ÇİLESİZ GÖKSEDEF  
Dr. Şevki Gökşun GÖKULU  
Dr. Mert GÖL  
Dr. Hüsnü GÖRGEN  
Dr. Hüseyin GÖRKEMLİ  
Dr. Fatih GÜÇER  
Dr. Ahmet GÜL  
Dr. Ümrân KÜÇÜKGÖZ GÜLEÇ  
Dr. Murat GÜLTEKİN  
Dr. İsmet GÜN  
Dr. Davut GÜVEN  
Dr. Tefvik GÜVENAL  
Dr. Ahmet Barış GÜZEL  
Dr. Kadir GÜZİN  
Dr. Müge HARMA  
Dr. Recep HAS  
Dr. Ahmet Zeki İŞİK  
Dr. Cem İYİBOZKURT  
Dr. Serkan KAHYAĞÖZ  
Dr. İbrahim KALELIOĞLU  
Dr. Üzeyir KALKAN  
Dr. Onur KARABAÇAK  
Dr. Emine KARABÜK  
Dr. Burak KARADAĞ

Dr. Alper KARALÖK  
Dr. Erbil KARAMAN  
Dr. Yücel KARAMAN  
Dr. Cavit KART  
Dr. İslıl KASAPOĞLU  
Dr. Fulya KAYIKÇIOĞLU  
Dr. Ghanim KHATIB  
Dr. Esra BULGAN KILIÇDAĞ  
Dr. Gürkan KIRAN  
Dr. Hüseyin KIYAK  
Dr. Yalçın KİMYA  
Dr. Ali KOLUSARI  
Dr. M. Faruk KÖSE  
Dr. Mesut KÖSE  
Dr. Yakup KUMTEPE  
Dr. Tansu KÜÇÜK  
Dr. Ramazan MERCAN  
Dr. M. Mutlu MEYDANLI  
Dr. Veli MIHMANLI  
Dr. M. Murat NAKİ  
Dr. Mehmet Ali NARİN  
Dr. Şafak OLGAN  
Dr. Amil ONAL  
Dr. Özyay ORAL  
Dr. Adnan ORHAN  
Dr. U. Fırat ORTAÇ  
Dr. Tufan ÖGE  
Dr. Demir ÖZBAŞAR  
Dr. Esra ÖZBAŞLI  
Dr. Bülent ÖZÇELİK  
Dr. İsmail ÖZDEMİR  
Dr. Nejat ÖZGÜL  
Dr. Bahadır SAATLİ  
Dr. Mehmet SAKINCI  
Dr. Coşkun SALMAN  
Dr. Muzaffer SANCI  
Dr. M. Erkan SARI  
Dr. Doğa SEÇKİN  
Dr. Serdar SERİN

Dr. Murat SEVAL  
Dr. Akın SIVASLIOĞLU  
Dr. Hamdullah SÖZEN  
Dr. Hanım GÜLER ŞAHİN  
Dr. Hanifi ŞAHİN  
Dr. İzzet ŞAHİN  
Dr. Fatih ŞANLIKAN  
Dr. İlhan ŞANVERDİ  
Dr. Tayup ŞİMŞEK  
Dr. Özgüç TATMAZ  
Dr. Ömer Lütfi TAPISIZ  
Dr. Tolga TAŞCI  
Dr. Mine İSLAMİYE TAŞKIN  
Dr. Özlem MORALIOĞLU TEKİN  
Dr. Yeşim BAYOĞLU TEKİN  
Dr. Coşan TEREK  
Dr. Tayfun TOPTAŞ  
Dr. Samet TOPUZ  
Dr. Funda GÜNGÖR UÇURLUCAN  
Dr. Semih Zeki ULUDAĞ  
Dr. Volkan ÜLKER  
Dr. Orhan ÜNAL  
Dr. Cihat ÜNLÜ  
Dr. İşin ÜREYEN  
Dr. Yaprak ÜSTÜN  
Dr. Yusuf ÜSTÜN  
Dr. Mehmet Ali VARDAR  
Dr. Doğan VATANSEVER  
Dr. Ömer Tarık YALÇIN  
Dr. Yakup YALÇIN  
Dr. Ali YANIK  
Dr. Cenk YAŞA  
Dr. Müfit C. YENEN  
Dr. Hüseyin YEŞİLYURT  
Dr. Mehmet YILMAZER  
Dr. Tefvik YOLDEMİR  
Dr. Kunter YÜCE

\* Soyad alfabetik olarak sıralanmıştır.

## BİLİMSEL SEKRETERYA

Prof. Dr. Çağatay TAŞKIRAN

Tel: 0532 301 46 32

E-posta: cagataytaskiran@yahoo.com

Doç. Dr. Kemal ÖZERKAN

Tel: 0532 435 89 43

E-posta: doctorkemal@yahoo.com

Doç. Dr. H. Onur TOPÇU

Tel: 0532 635 95 38

E-posta: dronurtopcu@gmail.com

Doç. Dr. Salih TAŞKIN

Tel: 0532 392 51 95

E-posta: salihtaskin@yahoo.com

Doç. Dr. Ercan BAŞTU

Tel: 0532 413 41 95

E-posta: dr.ercanbastu@yahoo.com

Doç. Dr. Nasuh Utku DOĞAN

Tel: 0532 622 42 56

E-posta: nasuhutkudogan@yahoo.com

Doç. Dr. Erhan ŞİMŞEK

Tel: 0533 414 6299

E-posta: drsimsekerhan@gmail.com



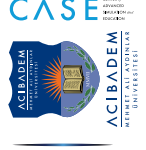
# PROGRAM ÖZETİ



# Kongre Öncesi Kurs Özeti

## 13 Şubat 2019, Çarşamba

08:20	<b>TEMEL LAPAROSKOPIK CERRAHI KURSU</b> "Hayvan Laboratuvarı"	<b>Kursun Amaç ve Tanıtımı</b>	<b>ÜROJINEKOLOJİK CERRAHI KURSU</b>	<b>ENDOSKOPİDE PRE ve INTRAOPERATİF ULTRASON KURSU</b>	<b>DERİN PELVİK ENDOMETRİOZİS KURSU</b> "Yüzeyden Derine"	<b>JİNEKOLOJİK ESTETİK CERRAHI ve LAZER KURSU</b>
08:45		<b>Kursun Amaç ve Tanıtımı</b>	<b>Oturum -1</b>	<b>Oturum-1</b>	<b>Kursun Amaç ve Tanıtımı</b>	<b>Kursun Amaç ve Tanıtımı</b>
09:00		<b>Oturum</b>	<b>TOT (CANLI CERRAHI) TYT (CANLI CERRAHI)</b>	<b>Kahve Arası</b>	<b>Oturum -1</b>	<b>Oturum -1</b>
09:15		<b>Tartışma</b>	<b>Kahve Arası</b>	<b>Oturum-2</b>	<b>Kahve Arası</b>	<b>Kahve Arası</b>
09:30		<b>Hayvan Laboratuvarında Teorik ve Pratik Oturum</b>	<b>Maket ve Simülatör Üzerinde Çalışma</b>	<b>Oturum-2</b>	<b>Oturum-2</b>	<b>Derin Pelvik Endometriyozis - Fransa dan CANLI CERRAHI</b>
09:45		<b>Hayvan Laboratuvarında Teorik ve Pratik Oturum</b>	<b>Yemek Arası</b>	<b>Yemek Arası</b>	<b>Oturum -2</b>	<b>Oturum -2</b>
10:00		<b>Yemek Arası</b>	<b>Yemek Arası</b>	<b>Oturum-3</b>	<b>Oturum-3</b>	<b>Oturum -2</b>
10:15		<b>Yemek Arası</b>	<b>Hasta Hazırlığı, Alet Seçimi, Pozisyon Verme ve CANLI CERRAHI</b>	<b>Oturum-3</b>	<b>Kahve Arası</b>	<b>Kahve Arası</b>
10:30		<b>Yemek Arası</b>	<b>Oturum -2</b>	<b>Kahve Arası</b>	<b>Oturum-4</b>	<b>Oturum -2</b>
10:45		<b>Yemek Arası</b>	<b>CANLI CERRAHI: Robotik Histerektomi</b>	<b>Oturum-3</b>	<b>Tartışma ve Kapanış</b>	<b>Tartışma ve Kapanış</b>
11:00		<b>Yemek Arası</b>	<b>CANLI CERRAHI: Laparoskopik Histerektomi</b>	<b>Oturum-3</b>	<b>Tartışma ve Kapanış</b>	<b>Tartışma ve Kapanış</b>
11:15		<b>Yemek Arası</b>	<b>Yemek Arası</b>	<b>Oturum-3</b>	<b>Tartışma ve Kapanış</b>	<b>Tartışma ve Kapanış</b>
11:30		<b>Yemek Arası</b>	<b>Yemek Arası</b>	<b>Oturum-3</b>	<b>Tartışma ve Kapanış</b>	<b>Tartışma ve Kapanış</b>
11:45		<b>Yemek Arası</b>	<b>Yemek Arası</b>	<b>Oturum-3</b>	<b>Tartışma ve Kapanış</b>	<b>Tartışma ve Kapanış</b>
12:00		<b>Yemek Arası</b>	<b>Yemek Arası</b>	<b>Oturum-3</b>	<b>Tartışma ve Kapanış</b>	<b>Tartışma ve Kapanış</b>
12:15		<b>Yemek Arası</b>	<b>Yemek Arası</b>	<b>Oturum-3</b>	<b>Tartışma ve Kapanış</b>	<b>Tartışma ve Kapanış</b>
12:30		<b>Yemek Arası</b>	<b>Yemek Arası</b>	<b>Oturum-3</b>	<b>Tartışma ve Kapanış</b>	<b>Tartışma ve Kapanış</b>
12:45		<b>Yemek Arası</b>	<b>Yemek Arası</b>	<b>Oturum-3</b>	<b>Tartışma ve Kapanış</b>	<b>Tartışma ve Kapanış</b>
13:00		<b>Yemek Arası</b>	<b>Yemek Arası</b>	<b>Oturum-3</b>	<b>Tartışma ve Kapanış</b>	<b>Tartışma ve Kapanış</b>
13:15		<b>Yemek Arası</b>	<b>Yemek Arası</b>	<b>Oturum-3</b>	<b>Tartışma ve Kapanış</b>	<b>Tartışma ve Kapanış</b>
13:30		<b>Yemek Arası</b>	<b>Yemek Arası</b>	<b>Oturum-3</b>	<b>Tartışma ve Kapanış</b>	<b>Tartışma ve Kapanış</b>
13:45		<b>Yemek Arası</b>	<b>Yemek Arası</b>	<b>Oturum-3</b>	<b>Tartışma ve Kapanış</b>	<b>Tartışma ve Kapanış</b>
14:00		<b>Yemek Arası</b>	<b>Yemek Arası</b>	<b>Oturum-3</b>	<b>Tartışma ve Kapanış</b>	<b>Tartışma ve Kapanış</b>
14:15		<b>Yemek Arası</b>	<b>Yemek Arası</b>	<b>Oturum-3</b>	<b>Tartışma ve Kapanış</b>	<b>Tartışma ve Kapanış</b>
14:30		<b>Yemek Arası</b>	<b>Yemek Arası</b>	<b>Oturum-3</b>	<b>Tartışma ve Kapanış</b>	<b>Tartışma ve Kapanış</b>
14:45		<b>Yemek Arası</b>	<b>Yemek Arası</b>	<b>Oturum-3</b>	<b>Tartışma ve Kapanış</b>	<b>Tartışma ve Kapanış</b>
15:00		<b>Yemek Arası</b>	<b>Yemek Arası</b>	<b>Oturum-3</b>	<b>Tartışma ve Kapanış</b>	<b>Tartışma ve Kapanış</b>
15:15		<b>Yemek Arası</b>	<b>Yemek Arası</b>	<b>Oturum-3</b>	<b>Tartışma ve Kapanış</b>	<b>Tartışma ve Kapanış</b>
15:30		<b>Yemek Arası</b>	<b>Yemek Arası</b>	<b>Oturum-3</b>	<b>Tartışma ve Kapanış</b>	<b>Tartışma ve Kapanış</b>
15:45		<b>Yemek Arası</b>	<b>Yemek Arası</b>	<b>Oturum-3</b>	<b>Tartışma ve Kapanış</b>	<b>Tartışma ve Kapanış</b>
16:00		<b>Yemek Arası</b>	<b>Yemek Arası</b>	<b>Oturum-3</b>	<b>Tartışma ve Kapanış</b>	<b>Tartışma ve Kapanış</b>
16:15		<b>Yemek Arası</b>	<b>Yemek Arası</b>	<b>Oturum-3</b>	<b>Tartışma ve Kapanış</b>	<b>Tartışma ve Kapanış</b>
16:30		<b>Yemek Arası</b>	<b>Yemek Arası</b>	<b>Oturum-3</b>	<b>Tartışma ve Kapanış</b>	<b>Tartışma ve Kapanış</b>
16:45		<b>Yemek Arası</b>	<b>Yemek Arası</b>	<b>Oturum-3</b>	<b>Tartışma ve Kapanış</b>	<b>Tartışma ve Kapanış</b>
17:00		<b>Yemek Arası</b>	<b>Yemek Arası</b>	<b>Oturum-3</b>	<b>Tartışma ve Kapanış</b>	<b>Tartışma ve Kapanış</b>
17:15		<b>Yemek Arası</b>	<b>Yemek Arası</b>	<b>Oturum-3</b>	<b>Tartışma ve Kapanış</b>	<b>Tartışma ve Kapanış</b>



# PROGRAM ÖZETİ

## 14 - 15 - 16 Şubat 2019

### 16 Şubat 2019, Cumartesi

Salon A	Salon B	Salon C	Salon D
CANLI CERRAHI			
Kahve Arası ☞			
Myomektomi Oturumu	Genel Jinekolojik Laparoskopi Oturumu	Benim Tekniğim Video Oturumu	Benim Tekniğim Video Oturumu
Keynote Lecture			
Öğle Yemeği ☺			
Komplikasyonlar Oturumu	Ürojenekoloji Oturumu (2)	Benim Tekniğim Video Oturumu	Benim Tekniğim Video Oturumu
Kahve Arası ☞			
Robotik Cerrahi Oturumu	Genel Endoskopi Oturumu	Benim Tekniğim Video Oturumu	Benim Tekniğim Video Oturumu

### 15 Şubat 2019, Cuma

Salon A	Salon B	Salon C	Salon D
Uzmanla Buluşma			
Keynote Lecture			
Kahve Arası ☞			
CANLI CERRAHI			
Öğle Yemeği ☺			
Endometriyazis Paneli	Ürojenekoloji Oturumu	Obstetrik Kanamalar Oturumu	Benim Tekniğim Video Oturumu
Keynote Lecture			
Kahve Arası ☞			
Onkoloji Oturumu-2	Endometriyazis Oturumu	Jinekolojik Estetik Cerrahi ve Lazer Oturumu (2)	Sözlü Bildiri Oturumu
	CANLI CERRAHI		
Konser			

### 14 Şubat 2019, Perşembe

Salon A	Salon B	Salon C	Salon D
Özel Oturum Keynote Lecture			
Kahve Arası ☞			
SAHNEDE KADAVRA			
Açılış Konuşmaları			
Öğle Yemeği Paneli ☺			
CANLI CERRAHI			
Histerektomi Oturumu	Histeroskopi Oturumu	Jinekolojide Genital Estetik ve Lazer Oturumu	Benim Tekniğim Video Oturumu
Kahve Arası ☞			
Onkoloji Oturumu	Laparoskopide Yeni Teknolojiler Oturumu	Komplikasyonlar Oturumu	Sözlü Bildiri Oturumu
CANLI CERRAHI			

08:30
09:00
09:15
09:30
09:45
10:00
10:15
10:30
10:45
11:00
11:15
11:30
11:45
12:00
12:15
12:30
12:45
13:00
13:15
13:30
13:45
14:00
14:15
14:30
14:45
15:00
15:15
15:30
15:45
16:00
16:15
16:30
16:45
17:00
17:15
17:30
17:45
18:00
18:15
18:30
19:00
20:00



# KONGRE ÖNCESİ KURSLAR







# MINIMAL İNVAZİV JİNEKOLOJİK CERRAHİ KONGRESİ

13 - 16 Şubat 2019  
Wyndham Grand İstanbul Levent • İstanbul

## TEMEL LAPAROSKOPİK CERRAHİ KURSU “HAYVAN LABORATUVARI”

### 13 Şubat 2019

#### KURS DİREKTÖRLERİ

Dr. Yakup KUMTEPE - Dr. Hüsnü ÇELİK  
Dr. Hüsnü GÖRGEN - Dr. Serkan ERKANLI - Dr. M. Murat NAKI

#### Eğitmenler

Abdülkadir Bakay  
Alper Karalök  
Coşan Terek  
Doğa Seçkin  
Emel Canaz  
Erbil Karaman  
Esra Özbaşlı  
Hamdullah Sözen  
Hanifi Şahin  
Hüseyin Kıyak  
Işın Üreyen  
Kemal Güngördük  
Mehmet Ali Narin  
Mine İslimiye Taşkın  
Ömer Lütfü Tapısız  
Pınar Çilesiz Göksedef  
Şafak Olgan  
Şevki Göksun Gökulu  
Tolga Taşçı  
Tufan Öge  
Zeliha Fırat Cüylan

#### 09:00 - 10:00 TEORİK OTURUM

*Oturum Başkanları: Dr. Yakup Kumtepe, Dr. Hüsnü Çelik*

Laparoskopik anatomi

Batına giriş teknikleri (Multiport ve Single-port)

Enerji modaliteleri

Laparoskopik sütür teknikleri

10:00 - 10:30 Tartışma

#### 10:30 - 12:30 HAYVAN LABORATUVARINDA PRATİK

Trokar girişleri ( Multiport ve Single-port )

Sütür çalışması

12:30 - 13:30 Yemek Arası

#### 13:30 - 17:00 HAYVAN LABORATUVARINDA PRATİK

Retroperitoneal diseksiyonu ve üreterolizis

Enerji cihazlarının kullanılması

Temel cerrahi uygulamalar

*Dr. M. Murat Naki*

*Dr. Hüsnü Görgen*

*Dr. Coşan Terek*

*Dr. Serkan Erkanlı*



Medtronic Innovation Center (MIC)



# MINİMAL İNVAZİV JİNEKOLOJİK CERRAHİ KONGRESİ

13 - 16 Şubat 2019  
Wyndham Grand İstanbul Levent • İstanbul

## ROBOTİK CERRAHİ KURSU “Hayvan Laboratuvarı”

13 Şubat 2019

### KURS DİREKTÖRLERİ

Dr. İlkkın DÜNDER - Dr. M. Faruk KÖSE - Dr. Ahmet GÖÇMEN - Dr. Fatih GÜÇER

09:00 - 12:30 HAYVAN LABORATUVARINDA TEORİK VE PRATİK OTURUM

Robotun özelliklerinin öğrenilmesi  
Trokarların yerleştirilmesi  
Docking ve undocking teknikleri  
Enstrümanların takılıp çıkartılması

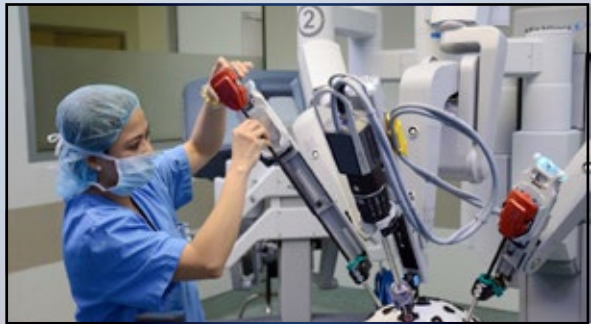
12:30 - 13:30 Yemek Arası

13:30 - 17:00 HAYVAN LABORATUVARINDA TEORİK VE PRATİK OTURUM

Acil durumlarda ve malfunction esnasında yapılması gerekenler  
Canlı hayvan üzerinde konsolda çalışma  
Robotik simulatörler üzerinde sütür çalışması

### Eğitmenler:

İlkkın DÜNDER  
M. Faruk KÖSE  
Ahmet GÖÇMEN  
Fatih GÜÇER  
Orhan ÜNAL  
Gürkan KIRAN  
Mehmet GÖKÇÜ  
Özgüç TAKMAZ  
Emine KARABÜK  
Pelin ÇELİKBİLEK ERKASAP  
Emre BAYRAK



\*Bu Kurs Acıbadem Mehmet Ali Aydınlar Üniversitesi "CASE" de yapılacaktır.



ACIBADEM  
MEHMET ALI AYDINLAR  
ÜNİVERSİTESİ

CASE  
CENTER of  
ADVANCED  
SIMULATION and  
EDUCATION

Acıbadem Mehmet Ali Aydınlar Üniversitesi  
Kerem Aydınlar Kampüsü Kayışdağı Caddesi No:32 Ataşehir/İSTANBUL

[www.minimalinvazivjinekolojikcerrahi.org](http://www.minimalinvazivjinekolojikcerrahi.org)



# MINİMAL İNVAZİV JİNEKOLOJİK CERRAHİ KONGRESİ

13 - 16 Şubat 2019  
Wyndham Grand İstanbul Levent • İstanbul

## HİSTEROSKOPIK CERRAHİ KURSU

Academy of Interventional Medicine, Education and Simulation (AIMES)

### 13 Şubat 2019

#### KURS DİREKTÖRLERİ

**Dr. Bülent URMAN - Dr. L. Cem DEMİREL - Dr. Barış ATA - Dr. Şadımın K. ALTINBAŞ**

09:00 - 09:15	Kursun amacı ve tanıtımı	Dr. Bülent Uрман
	<b>Oturum Başkanları:</b>	<b>Dr. Cihat Ünlü, Dr. Cem Atabekeođlu</b>
09:15 - 09:35	Instrumentasyon ve teknik	Dr. Özay Oral
09:35 - 09:55	Mullerian anomalilerin histeroskopik tedavisi	Dr. Mete Çağlar
09:55 - 10:15	Histeroskopik myomektomi-elektrocerrahi vs mekanik morselasyon	Dr. Barış Ata
10:15 - 10:35	Tartışma	
<b>10:35 - 10:55</b>	<b>Kahve Arası</b>	
<b>10:55 - 12:00</b>	<b>Maket ve simülatör üzerinde çalışma</b>	
	<b>Eğitmenler:</b> Dr. Bülent Uрман, Dr. L. Cem Demirel, Dr. Barış Ata, Dr. Şadımın K. Altınbaş	
<b>12:00 - 13:00</b>	<b>Öğle yemeği</b>	
	<b>Moderatörler:</b>	<b>Dr. L. Cem Demirel, Dr. Barış Ata</b>
<b>13:00 - 15:00</b>	<b>Hasta hazırlığı, alet seçimi, pozisyon verme, ve CANLI CERRAHİ</b>	<b>Dr. Bülent Uрман</b>
	<b>Kursiyerler dönüşümlü olarak ameliyathaneye alınacaktır.</b>	
	<b>Oturum Başkanları:</b>	<b>Dr. Yücel Karaman, Dr. Serhan Cevriođlu</b>
15:00 - 15:20	Intrauterin sineler: Prognostik sınıflama ve histeroskopik tedavi	Dr. Esra Bulgan Kılıçdağ
15:20 - 15:40	Dismorfik uterus-cerrahi endikasyonlar, teknik ve üreme sonuçları	Dr. L. Cem Demirel
15:40 - 16:00	Histeroskopik İstmosel cerrahisi	Dr. Ahmet Zeki Işık
16:00 - 16:10	Tartışma	
<b>16:10 - 16:20</b>	<b>Kahve Molası</b>	
	<b>Oturum Başkanları:</b>	<b>Dr. Faruk Buyru, Dr. Yeşim Bayoğlu Tekin</b>
16:20 - 16:40	Zor olgulara baş etme-Zor serviks, komplet kavite obliterasyonu, büyük myom vs	Dr. Gürkan Bozdağ
16:40 - 17:00	Anormal uteril kanamalarda histeroskopi?	Dr. Şadımın K. Altınbaş
17:00 - 17:20	Histeroskopi komplikasyonları	Dr. Erhan Şimşek
17:20 - 17:30	Tartışma ve kapanış	



KOÇ ÜNİVERSİTESİ  
HASTANESİ



# MINİMAL İNVAZİV JİNEKOLOJİK CERRAHİ KONGRESİ

13 - 16 Şubat 2019  
Wyndham Grand İstanbul Levent • İstanbul

## HİSTEREKTOMİ KURSU

Acıbadem Maslak Hastanesi Konferans Salonu

13 Şubat 2019

### KURS DİREKTÖRLERİ

Dr. Mete GÜNGÖR - Dr. Çağatay TAŞKIRAN - Dr. Kemal ÖZERKAN - Dr. Salih TAŞKIN

09:00 - 09:10 Kursun amacı ve tanıtımı *Dr. Mete Güngör*

Oturum Başkanları: *Dr. Samet Topuz, Dr. Kemal Özerkan*

09:10 - 09:30 Vajinal Histerektomi Tekniği (Basamak Basamak) *Dr. U. Fırat Ortaç*

09:30 - 09:50 Laparoskopik Histerektomi tekniği (Basamak Basamak) *Dr. Ahmet Barış Güzel*

09:50 - 10:10 Radikal Laparoskopik Histerektomi (Basamak Basamak) *Dr. Ali Küçükmetin*

10:10 - 10:30 Tartışma

**10:30 - 12:00 CANLI CERRAHİ: LAPAROSKOPIK HİSTEREKTOMİ** *Dr. Salih Taşkın*

Moderatör: *Dr. U. Fırat Ortaç*

**12:00 - 13:00 Yemek Arası**

Oturum Başkanları: *Dr. Tugan Beşe, Dr. Muzaffer Sancı*

13:00 - 13:20 Robotik Histerektomi (Basamak Basamak) *Dr. Murat Dede*

13:20 - 13:40 Radikal Robotik Histerektomi *Dr. Fuat Demirkıran*

13:40 - 14:00 Tartışma

**14:00 - 15:30 CANLI CERRAHİ: ROBOTİK HİSTEREKTOMİ** *Dr. Mete Güngör*

Moderatör: *Dr. Tayyup Şimşek*

**15:30 - 16:00 Kahve Molası**

Oturum Başkanları: *Dr. Mehmet Ali Vardar, Dr. İzzet Şahin*

16:00 - 16:20 Histerektomide zor vakalar *Dr. Muhammed Achour*

16:20 - 16:40 Histerektomi sonrası vajen kaf dehisens ve prolapsusunu önleyici teknikler *Dr. Hakan Aytan*

16:40 - 17:00 Histerektomilerde komplikasyonlar ( VIDEO ) *Dr. Çağatay Taşkıran*

17:00 - 17:20 Tartışma ve kapanış

ACIBADEM  
MASLAK

[www.minimalinvazivjinekolojikcerrahi.org](http://www.minimalinvazivjinekolojikcerrahi.org)



# MINİMAL İNVAZİV JİNEKOLOJİK CERRAHİ KONGRESİ

13 - 16 Şubat 2019  
Wyndham Grand İstanbul Levent • İstanbul

## ÜROJİNEKOLOJİK CERRAHİ KURSU

İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi (Çapa) Konferans Salonu

### 13 Şubat 2019

#### KURS DİREKTÖRLERİ

Dr. Vedat ATAY - Dr. Fuat DEMİRCİ - Dr. Funda GÜNGÖR UĞURLUCAN - Dr. Cenk YAŞA

08:20 - 08:30 Kursun amacı ve tanıtımı *Dr. Vedat Atay, Dr. Funda Güngör Uğurlucan*

Oturum Başkanları: *Dr. Fuat Demirci, Dr. İsmet Gün*

08:30 - 08:50 Stres inkontinans cerrahisi *Dr. Funda Güngör Uğurlucan*

08:50 - 10:30 TOT (CANLI CERRAHİ) *Dr. Ömer Tarık Yalçın*

TVT (CANLI CERRAHİ) *Dr. Fulya Dökmeci*

10:30 - 11:00 Kahve Molası

Oturum Başkanları: *Dr. Fulya Dökmeci, Dr. Süleyman Akhan*

11:00 - 11:20 POP Cerrahi Seçimi *Dr. Selçuk Ayas*

11:20 - 13:00 Vajinal histerektomi ve sakrospinöz fiksasyon (CANLI CERRAHİ) *Dr. Fuat Demirci*

13:00 - 14:00 Yemek Arası

Oturum Başkanları: *Dr. Ömer Tarık Yalçın, Dr. Yusuf Üstün*

14:00 - 14:45 Kolpoplekzis (CANLI CERRAHİ) *Dr. Funda Güngör Uğurlucan*

14:45 - 15:00 AAM'de Botoks kullanımı *Dr. Cenk Yaşa*

15:00 - 15:30 Botoks uygulaması (CANLI CERRAHİ) *Dr. Cenk Yaşa*

15:30 - 16:00 Ürojinekolojide lazer uygulamaları (CANLI CERRAHİ) *Dr. Adrian Gaspar*

\*Tartışmalar interaktif olacaktır



İstanbul Üniversitesi  
İstanbul Tıp Fakültesi (Çapa)



# MINİMAL İNVAZİV JİNEKOLOJİK CERRAHİ KONGRESİ

13 - 16 Şubat 2019  
Wyndham Grand İstanbul Levent • İstanbul

## ENDOSKOPİDE PRE ve İNTRAOPERATİF ULTRASON KURSU

*Amerikan Hastanesi Toplantı Salonu*

### 13 Şubat 2019

#### KURS DİREKTÖRLERİ

**Dr. Ayşe Seyhan ATA - Dr. Işıl KASAPOĞLU - Dr. Ayşen BOZA**

09:00 - 09:15	Kursun amacı ve tanıtımı	Dr. Ayşe Seyhan Ata
<b>Infertilite ve uterus anomalilerinde ultrason</b>		
<b>Oturum Başkanı:</b> Dr. Turgut Aydın		
09:15 - 09:45	İnfertil hastanın tek basamakta USG ile değerlendirilmesi	Dr. Arthur Ludwin
09:45 - 10:15	Konjenital uterine anomalilerin US ile tanısı	Dr. Arthur Ludwin
<b>10:15 - 10:30 Kahve Arası</b>		
<b>Endometriozisde görüntüleme</b>		
<b>Oturum Başkanı:</b> Dr. Veli Mihmanlı		
10:30 - 11:00	Endometriozisde ultrason ve MR görüntüleme	Dr. Ayşe Seyhan Ata
11:15 - 11:45	Adenomyozisin tanısında hangi görüntüleme yöntemi: 2D, 3D, MR?	Dr. Ayşen Boza
11:45 - 12:00	Tartışma	
<b>12:00 - 14:00 Olgular Üzerinde Canlı Yayın - Lunch Box Eşliğinde</b>		
<b>Adneksiyal kitleler ve over kanseri</b>		
<b>Oturum Başkanı:</b> Dr. Bülent Özçelik		
14:00 - 14:30	Adneksiyal kitlelerin tanı ve takibinde ultrason-IOTA terminolojisi	Dr. Işıl Kasapoğlu
14:30 - 15:00	Over kanserinin ultrason belirteçleri ve intraabdominal yayılımın ultrason ile değerlendirilmesi	Dr. Filip Fruhauf
<b>15:00 - 15:15 Kahve Arası</b>		
<b>Endometrium ve serviks kanseri</b>		
<b>Oturum Başkanı:</b> Dr. Ümran Küçükgöz Güleş		
15:15 - 15:45	Endometrial kanserin ve uterin sarkomun ultrason belirteçleri	Dr. Filip Fruhauf
15:45 - 16:15	Servikal kanserin ultrason belirteçleri	Dr. Filip Fruhauf
16:15 - 16:30	Tartışma ve Kapanış	





# MINİMAL İNVAZİV JİNEKOLOJİK CERRAHİ KONGRESİ

13 - 16 Şubat 2019  
Wyndham Grand İstanbul Levent • İstanbul

## DERİN PELVİK ENDOMETRİOZİS KURSU “YÜZEYDEN DERİNE”

ZEYNEP KAMİL KADIN VE ÇOCUK HASTALIKLARI EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ (Konferans Salonu)

### 13 Şubat 2019

#### KURS DİREKTÖRLERİ

**Dr. Gürkan UNCU - Dr. Semra KAYATAŞ ESER - Dr. Ercan BAŞTU - Dr. H. Onur TOPÇU**

09:00 - 09:15 Kursun amacı ve tanıtımı *Dr. Gürkan Uncu, Dr. Semra Kayataş Eser*

#### Oturum Başkanları:

*Dr. Semra Kayataş Eser, Dr. Sadiye Eren*

09:15 - 09:40 Pelvik Anatomi *Dr. Ebru Çöğendez*

09:40 - 10:10 Endometriozis tanısında ultrason ve MR *Dr. Mihriban Alkan*

10:10 - 10:40 Frozen pelviste diseksiyon stratejileri *Dr. Ercan Baştu*

#### 10:40 - 11:00 Kahve Molası

11:00 - 13:00 **Moderatör: Gürkan Uncu**

Derin Pelvik Endometriozis - Fransa'dan Canlı Cerrahi Yayını

*Horace Roman M.D.*

#### Oturum Başkanları:

*Dr. Ercan Baştu, Dr. Ahmet Eser*

13:30 - 13:50 Endometrioma: Nasıl tedavi edelim? *Massimo Candiani M.D.*

13:50 - 14:10 Adenomyozis ve derin endometriozis ilişkisi ve tedavi modaliteleri *Dr. Onur Topçu*

14:10 - 14:30 Bağırsak diseksiyonu nasıl yapılmalı? Bağırsak endometriozisi tedavisinde güncel cerrahi teknikler *Dr. Ersin Öztürk*

14:30 - 14:50 Uriner sistem enfeksiyonları *Dr. Murat Binbay*

14:50 - 15:20 Endometriozisin tedavisini planlamak için güncel ve gelecek stratejiler *Ludovico Muzii M.D.*

#### 15:20 - 15:40 Kahve Molası

15:40 - 16:40 **Oturum Başkanları:**

*Dr. Gürkan Uncu, Dr. Adnan Orhan*

Tüm konuşmacıların video sunumları ve üzerinde tartışmalar

16:40 - 17:00 Tartışma ve kapanış



T.C. Sağlık Bakanlığı  
İstanbul Sağlık Müdürlüğü  
Sağlık Bilimleri Üniversitesi  
ZEYNEP KAMİL KADIN VE ÇOCUK HASTALIKLARI  
EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ

**ZEYNEP KAMİL KADIN VE ÇOCUK HASTALIKLARI  
EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ**

[www.minimalinvazivjinekolojikcerrahi.org](http://www.minimalinvazivjinekolojikcerrahi.org)



# MINIMAL İNVAZİV JİNEKOLOJİK CERRAHİ KONGRESİ

13 - 16 Şubat 2019  
Wyndham Grand İstanbul Levent • İstanbul

## JİNEKOLOJİK ESTETİK CERRAHİ VE LAZER KURSU

13 Şubat 2019

### KURS DİREKTÖRLERİ

Dr. Suat DEDE - Dr. Akın SIVASLIOĞLU - Dr. Murat APİ - Dr. Ebru ALPER - Dr. Murat EMANETOĞLU -  
Pablo GONZALEZ M.D.

Workshop Mona Lisa Touch and other Co2 Laser applications in aesthetic and functional gynecology

### 09:00 - 16:00 Theory- Video Demonstrations :

- Genito urinary syndrome of Menopause
- Vaginal Atrophy during breast feeding period
- Urinary incontinence
- Chronic vulvovaginal infections( vaginal microbiota photobiomodulation )
- Vaginal Laxity
- Sclerosous Lichen
- Chronic vulvar fissures
- Coadjuvant treatment in urogynecological surgeries with mesh insertion
- Vulvar Hyperpigmentation
- Vulvar Laxity
- Benign vulvar and vaginal lesions ablation
- Multipulse CO2 laser labioplasty

### Cadaver Hands-On

**CASE** CENTER of  
ADVANCED  
SIMULATION and  
EDUCATION



**ACIBADEM**  
MEHMET ALİ AYDINLAR  
ÜNİVERSİTESİ





# MINIMAL İNVAZİV JİNEKOLOJİK CERRAHİ KONGRESİ

13 - 16 Şubat 2019  
Wyndham Grand İstanbul Levent • İstanbul

## KİŞİYE ÖZEL LAPAROSKOPIK SÜTUR KURSU

14/15/16 Şubat 2019

### KURS DİREKTÖRLERİ:

Dr. Onur KARABACAK - Dr. Coşan TEREK - Dr. Ömer Lütfi TAPISIZ

- \* Sütür kursu kongre süresince 6 istasyonda yapılacaktır.
- \* Kursiyer ve eğitmen her bir istasyonda 2 saat bire bir çalışma yapacaktır.
- \* Her bir kursiyer çalışmak istediği eğitmenin saati için kayıt yaptırmalıdır.
- \* 2 saatlik çalışma boyunca tüm görüntü kaydı cd halinde kurs sonrası kursiyere verilecektir.



İğneyi tutma teknikleri

Doku yaklaştırma

Sütür atma teknikleri (Intrakorporeal - Ekstrakorporeal)

Barbed sütürler ve diğer sütüring teknolojileri

### Eğitmenler

Dr. Faruk ABİKE

Dr. Şadım K. ALTINBAŞ

Dr. Murat APİ

Dr. Selçuk AYAS

Dr. Abdülkadir BAKAY

Dr. Ercan BAŞTU

Dr. Hüsnü ÇELİK

Dr. Suat DEDE

Dr. Cem DEMİREL

Dr. Nasuh Utku DOĞAN

Dr. Evrim ERDEMOĞLU

Dr. Serkan ERKANLI

Dr. Şevki Göksun GÖKULU

Dr. Mert GÖL

Dr. Hüsnü GÖRGEN

Dr. Tefvik GÜVENAL

Dr. Ahmet Barış GÜZEL

Dr. Onur KARABACAK

Dr. Burak KARADAĞ

Dr. Gürkan KIRAN

Dr. Ömer Lütfi TAPISIZ

Dr. Tufan ÖGE

Dr. Kemal ÖZERKAN

Dr. Doğa SEÇKİN

Dr. İlhan ŞANVERDİ

Dr. Erhan ŞİMŞEK

Dr. Salih TAŞKIN

Dr. Coşan TEREK

Dr. H.Onur TOPÇU

Dr. Tefvik YOLDEMİR

## KONGRE MERKEZİ SÜTUR SALONU

\* KATILIM 30 KİŞİ İLE SINIRLIDIR

\* Kayıt; [minimalinvaziv@figur.net](mailto:minimalinvaziv@figur.net)



# MINİMAL İNVAZİV JİNEKOLOJİK CERRAHİ KONGRESİ

13 - 16 Şubat 2019  
Wyndham Grand İstanbul Levent • İstanbul

## KİŞİYE ÖZEL LAPAROSKOPIK SÜTUR KURSU

14/15/16 Şubat 2019

### KURS DİREKTÖRLERİ:

Dr. Onur KARABACAK - Dr. Coşan TEREK - Dr. Ömer Lütfi TAPISIZ

	İstasyon-1	İstasyon-2	İstasyon-3	İstasyon-4	İstasyon-5	İstasyon-6
14 Şubat Perşembe	14:45 - 15:00 Video Teorik Eğitim Tüm Kursiyerlere Dr. Onur Karabacak					
	15:00 Hüsni ÇELİK	Şadıman K. ALTINTAŞ	Onur KARABACAK	Tevfik YOLDEMİR	Suat DEDE	Serkan ERKANLI
	17:00					
15 Şubat Cuma	İstasyon-1	İstasyon-2	İstasyon-3	İstasyon-4	İstasyon-5	İstasyon-6
	09:45 - 10:00 Video Teorik Eğitim Tüm Kursiyerlere Dr. Coşan Terek					
	10:00 Abdülkadir BAKAY	Coşan TEREK	Faruk ABİKE	Ahmet Barış GÜZEL	Evrin ERDEMOĞLU	Mert GÖL
	12:00 Cem DEMİREL	Tufan ÖGE	Murat API	Kemal ÖZERKAN	Hüsni GÖRGEN	Nasuh Utku DOĞAN
	15:00					
17:00						
16 Şubat Cumartesi	İstasyon-1	İstasyon-2	İstasyon-3	İstasyon-4	İstasyon-5	İstasyon-6
	09:45 - 10:00 Video Teorik Eğitim Tüm Kursiyerlere Dr. Ömer Lütfi Tapısız					
	10:00 Ercan BAŞTU	Selçuk AYAS	Şevki Gökşun GÖKÜLU	Salih TAŞKIN	Gürkan KIRAN	İlhan ŞANVERDİ
	12:00 Doğa SEÇKİN	H. Onur TOPÇU	Burak KARADAĞ	Tevfik GÜVENAL	Erhan ŞİMŞEK	Ömer Lütfi TAPISIZ
	15:00					
17:00						

## KONGRE MERKEZİ SÜTUR SALONU

\* KATILIM 30 KİŞİ İLE SINIRLIDIR

\* Kayıt; [minimalinvaziv@figur.net](mailto:minimalinvaziv@figur.net)

[www.minimalinvazivjinekolojikcerrahi.org](http://www.minimalinvazivjinekolojikcerrahi.org)



# MINIMAL İNVAZİV JİNEKOLOJİK CERRAHİ KONGRESİ

13 - 16 Şubat 2019  
Wyndham Grand İstanbul Levent • İstanbul

## UZMANLA BULUŞMA (Yuvarlak Masa Kahvaltı Oturumu) 15 Şubat 2019

### KONULAR

- Masa 1- Ofis histeroskopide bilinmesi gereken ayrıntılar
- Masa 2- Güvenli morsellasyon ve doku çıkartma teknikleri
- Masa 3- Pelvik organ prolapsuslarında laparoskopik cerrahi teknikler
- Masa 4- ICG ve sentinel lenf nodu uygulamalarında yenilikler
- Masa 5- Jinekolojik robotik cerrahide bilinmesi gerekenler
- Masa 6- İsthmosel tanısı ve tedavi yöntemleri
- Masa 7- Laparoskopik histerektomiye nasıl kolaylaştırırız?
- Masa 8- Laparoskopik histerektomide komplikasyonları önlemenin yolları
- Masa 9- Vajinal histerektomiye cerrahi pratiğime nasıl eklerim?
- Masa 10- Kronik pelvik ağrı yönetimi
- Masa 11- Myomektomi; kime, hangi myomlar, hangi yöntemler?
- Masa 12- Jinekolojik onkolojide açık cerrahi mi minimal invaziv cerrahi mi?
- Masa 13- Endometrioziste güncel medikal tedaviler
- Masa 14- Laparoskopide hangi enerji yöntemlerini kullanalım?
- Masa 15- Minimal invaziv fetal cerrahi
- Masa 16- Adneksiyel kitlelerde ve over kanserinde minimal invaziv cerrahinin yeri
- Masa 17- Endometrioziste cerrahi tedavinin yeri var mı?
- Masa 18- Jinekolojik kozmetik cerrahide yenilikler
- Masa 19- Endometriozis infertilite ilişkisi

*Cihat ÜNLÜ  
Barış ATA  
Fatih GÜÇER  
M. Murat NAKİ  
Fuat DEMİRCİ  
Yakup KUMTEPE  
U. Fırat ORTAÇ  
M. Faruk KÖŞE  
İlkan DÜNDER  
Tayyap ŞİMŞEK  
Ahmet Zeki İŞİK  
Murat API  
Kemal ÖZERKAN  
Salih TAŞKIN  
Çağatay TAŞKIRAN  
Nasuh Utku DOĞAN  
Ali AYHAN  
Mehmet SAKINCI  
Yücel KARAMAN  
Onur TOPÇU  
L. Cem DEMİREL  
Ercan BAŞTU  
Macit ARVAS  
Mehmet Ali VARDAR  
Faruk BUYRU  
Temel CEYHAN  
Suat DEDE  
Serkan ERKANLI  
Recep HAS  
Aytaç YÜKSEL  
Mete GÜNGÖR  
Hüsnü ÇELİK  
Bülent URMAN  
Hakan YARALI  
Akın SIVASLIOĞLU  
Murat EMANETOĞLU  
Gürkan UNCU  
Erbil DOĞAN*

**\* KATILIM 152 KİŞİ İLE SINIRLIDIR**

**\* Kayıt; [minimalinvaziv@figur.net](mailto:minimalinvaziv@figur.net)**

[www.minimalinvazivjinekolojikkerrahi.org](http://www.minimalinvazivjinekolojikkerrahi.org)



# MINİMAL İNVAZİV JİNEKOLOJİK CERRAHİ KONGRESİ

13 - 16 Şubat 2019  
Wyndham Grand İstanbul Levent • İstanbul

# BENİM TEKNİĞİM



**1.lik Ödülü**

**ESGE 2019**

Selanik, Yunanistan

**2.lik Ödülü**

**Obstetrik ve Jinekoloji  
Zirvesi**

"Tartışmalı Konular"  
2019, Antalya - Türkiye

**3.lük Ödülü**

**TAJEV 2020**



## Video Oturumları

*Video sunumlar 30 kişilik jüri üyeleri tarafından değerlendirilecektir.*

*En iyi 103 video bildiri kongre programında yer almaya hak kazanacaktır.*

### BAŞVURU KOŞULLARI

- \* Bildiriler online bildiri özet sistemi ile toplanacaktır.
- \* Online bildiri özet sistemine gönderilecek videolar 5 dakikadan kısa 7 dakikadan uzun olmamalıdır.
- \* Ödül kazanan videolar kongre kapanış töreninde açıklanacaktır.
- \* Ödülü, sunumu yapacak olan genç meslektaşlarımız almaya hak kazanacaktır.

## BAŞVURU

[www.minimalinvazivjinekolojicerrahi.org](http://www.minimalinvazivjinekolojicerrahi.org)



# KONGRE BİLİMSEL PROGRAMI



[www.minimalinvazivjinekolojicerrahi.org](http://www.minimalinvazivjinekolojicerrahi.org)

# 2. MİNİMAL İNVAZİV JİNEKOLOJİK CERRAHİ KONGRESİ

13 - 16 Şubat 2019

Wyndham Grand İstanbul - Levent



14 Şubat 2019, Perşembe

## SALON A

09:00 - 10:00 **Özel Oturum**

*Moderatörler: Bülent Urman, Mete Güngör*

### Keynote Lecture

Diagnosis and overdiagnosis of congenital uterine anomalies *Arthur Ludwin*  
Individualized treatment for ovarian cancer *Giovanni Scambia*

10:00 - 10:30 **Kahve Arası**10:30 - 11:30 **SAHNEDE KADAVRA:**

**Her Yönüyle Laparoskopik Pelvik Anatomi**

*Moderatör : Mete Güngör*

*Cerrahler: Çağatay Taşkıran, Kemal Özerkan*

*(Acıbadem Case'den Canlı Yayın)*

11:30 - 12:00 **Açılış Konuşmaları**

RJCD Başkanı

MİJOD Başkanı

MİJİD Gelecek Dönem Başkanı

MİJİD Başkanı

*İlkan Dünder*

*Mete Güngör*

*Bülent Urman*

*Gürkan Uncu*

12:00 - 12:15 **Öğle Yemeği Paketi**12:15 - 13:30 **CANLI CERRAHİ:**

**Radikal Histerektomi / Robotik Histerektomi / Laparoskopik Histerektomi**

*Moderatörler: İlkan Dünder, M.Faruk Köse*

**Cerrahler:**

**Zelal Muallem**

**(Radikal)**

**Mete Güngör**

**(Robotik)**

**M. Murat Naki**

**(Laparoskopik)**

*(Almanya'dan Canlı Yayın) (Acıbadem Maslak'tan Canlı Yayın) (Acıbadem Altunizade'den Canlı Yayın)*

13:30 - 15:30 **Histerektomi Oturumu**

**Oturum Başkanları: Gürkan Uncu, Bülent Urman**

13:30 - 13:50 Laparoscopic hysterectomy - safety basics whatever the challenge

*Mohamed Achour*

**Pro-con**

*Bülent Urman*

13:50 - 14:05 Retroperitona girilsin

*Hüsnü Çelik*

14:05 - 14:20 Retroperitona girmeye gerek yok

*Vedat Atay*

14:20 - 14:40 Tartışma

**Pro-con**

*Gürkan Uncu*

14:40 - 14:55 Laparoskopik Histerektomi

*Çağatay Taşkıran*

14:55 - 15:10 Robotik Histerektomi

*İlkan Dünder*

15:10 - 15:30 Tartışma

# 2. MİNİMAL İNVAZİV JİNEKOLOJİK CERRAHİ KONGRESİ

13 - 16 Şubat 2019

Wyndham Grand İstanbul - Levent



## 14 Şubat 2019, Perşembe

15:30 - 16:00 **Kahve Arası**

16:00 - 18:00 **Onkoloji Oturumu**

**Oturum Başkanları: Mete Güngör, Tugan Beşe**

- 16:00 - 16:20 Conservative treatment of endometrial cancer by hysteroscopy *Attilio Sardo*  
16:20 - 16:40 Step by step nerve sparing laparoscopic radical hysterectomy *Ali Küçükmetin*  
16:40 - 17:00 Endometrial kanserlerde sentinel lenf nodu (SLN) uygulamasının yeri *Salih Taşkın*  
17:00 - 17:20 Role of SLN in early stage ovarian cancer *Anna Fagotti*  
17:20 - 17:40 Endoscopic exenteration *Giovanni Scambia*  
17:40 - 18:00 Tartışma

18:00 - 19:00 **CANLI CERRAHİ: Histeroskopik Cerrahi (Septum, Myom, Dismorfik uterus)**

**Moderatörler: Ahmet Zeki Işık, Suat Dede**

**Cerrahlar: Bülent Urman, Attilio Sardo, Barış Ata** (Koç Üniversitesi Hastanesi'nden Canlı Yayın)

## SALON B

13:30 - 15:30 **Histeroskopi Oturumu**

**Oturum Başkanları: Cihat Ünlü, Ahmet Zeki Işık, Semra Kayataş Eser**

- 13:30 - 13:50 Septum neden, ne zaman ve nasıl kesilmeli? *Erbil Doğan*  
13:45 - 14:10 Long term reproductive outcomes after treatment of dysmorphic uteri *Attilio Sardo*  
14:10 - 14:30 Histeroskopik myomektomi *Erhan Şimşek*  
14:30 - 14:50 Intrauterin sineşiler-Prognostik sınıflama ve histeroskopik tedavinin sonuçları *Barış Ata*  
14:50 - 15:10 Ultrasonography for uterine anomalies *Arthur Ludwin*  
15:10 - 15:30 Tartışma

15:30 - 16:00 **Kahve Arası**

16:00 - 18:00 **Laparoskopide Yeni Teknolojiler Oturumu**

**Oturum Başkanları: Özcan Balat, Tefvik Güvenal, Volkan Ülker**

- 16:00 - 16:20 Enerji modalitelerini anlayalım *Tefvik Yoldemir*  
16:20 - 16:40 Single-port ve doğal orifis cerrahisinin jinekolojideki yeri *Polat Dursun*  
16:40 - 17:00 Mini-mikro laparoskopi *Doğan Vatanserer*  
17:00 - 17:20 3-D laparoskopi *Evrin Erdemoğlu*  
17:20 - 17:40 Adezyon formasyonunun anlaşılması ve adezyonların önlenmesi *Tufan Öge*  
17:40 - 18:00 Tartışma

# 2. MİNİMAL İNVAZİV JİNEKOLOJİK CERRAHİ KONGRESİ

13 - 16 Şubat 2019

Wyndham Grand İstanbul - Levent



14 Şubat 2019, Perşembe

## SALON C

### 13:30 - 15:30 Jinekolojide Genital Estetik ve Lazer Oturumu

**Oturum Başkanları: Tansu Küçük, Pınar Göksedef, Esra Özbaşı**

- |               |  |                  |
|---------------|--|------------------|
| 13:30 - 13:50 | Treatment of genitourinary syndrome due to menopause with CO2 laser        | Pablo Gonzalez   |
| 13:45 - 14:10 | Labioplasti, hudoplasti ve himenoplasti teknikleri                         | Akın Sivaslıoğlu |
| 14:10 - 14:30 | Place of CO2 lasers in pelvic relaxation and stress incontinence treatment | Pablo Gonzalez   |
| 14:30 - 14:50 | Genital estetik operasyonları ve seksualite                                | Süleyman Eserdağ |
| 14:50 - 15:10 | Aesthetic applications and cosmetic laser applications in gynecology       | Pablo Gonzalez   |
| 15:10 - 15:30 | Tartışma   |                  |

### 15:30 - 16:00 Kahve Arası

### 16:00 - 18:00 Komplikasyonlar Oturumu

**Oturum Başkanları: Onur Karabacak, Ramazan Mercan, Serkan Kahyaoğlu**

- |               |   |                   |
|---------------|---|-------------------|
| 16:00 - 16:20 | Batına girişte komplikasyonları nasıl önleriz?  | Anıl Onan         |
| 16:20 - 16:40 | Operasyon sırasında üreter, mesane ve barsak komplikasyonlarını nasıl önleyelim?          | Nasuh Utku Doğan  |
| 16:40 - 17:00 | İntraoperatif ve postoperatif dönemde barsak, mesane ve üreter komplikasyonlarının tanısı | Erkan Sarı        |
| 17:00 - 17:20 | Obez, çok ince ve cerrahi geçirmiş hastalarda laparoskopi                                 | Üzeyir Kalkan     |
| 17:20 - 17:40 | ERAS ve günübürlük histerektomi   | M. Mutlu Meydanlı |
| 17:40 - 18:00 | Tartışma  |                   |





14 Şubat 2019, Perşembe

## SALON D

13:30 - 15:30 Benim Tekniğim Video Oturumu (1) (15 Adet)

## Oturum Başkanları: Kadir Güzin, Cavit Kart

VP-1	Uterine artery dissection and ligation in laparoscopic hysterectomy	Seda Yüksel Şimşek
VP-2	Cinsiyet değişikliği olgusunda laparoskopik histerektomi, salpingoofektomi ve total vajinektomi	Sevtap Seyfettinoğlu
VP-3	Uterus didelfis olgusunda total laparoskopik histerektomi	Tuncer Kumcular
VP-4	8 cm çaplı intramural myomlu hastada, myomektomi sonrası total laparoskopik histerektomi ve bilateral salpingoofektomi operasyonu	Evren Akmut
VP-5	Robotic assisted laparoscopic hysterectomy of a huge uterus	Savaş Gündoğan
VP-6	Modified Bakay technique in laparoscopic hysterectomy	Kadir Bakay
VP-7	Laparoscopic lateral hysterospension with mesh using a special device via retroperitoneal tunneling	Ömer Lütfi Tapısız
VP-8	Laparoskopik paravajinal onarım ve burch kolposuspansiyonu	Yakup Yalçın
VP-9	Laparoskopik sakrokolposeksi: Altı nokta tekniği	Yağmur Minareci
VP-10	Laparoskopik lateral süspansiyon	Güray Tuna
VP-11	Laparoskopik pektepeksi: Olgu sunumu	Ahmet Eser
VP-12	Laparoskopik lliopektineal ligamentopeksi	Süleyman Salman
VP-13	Laparoscopic sacrocolpexy in vaginal vault prolapse	Seda Yüksel Şimşek
VP-14	Uterin ve vajinal kaf prolapsusu tedavisinde laparoskopik cerrahi	Ganim Khatib
VP-92	Ovarian cystectomy in a safe bag	Seda Yüksel Şimşek

15:30 - 16:00 Kahve Arası

16:00 - 18:00 Sözlü Bildiri Oturumu (1) (14 Adet)

## Oturum Başkanları: Davut Güven, Fatih Şanlıkan

OP-1	Efficacy of rectal misoprostol and rectal Hyoscine-N-Butyl-Bromide administration in reducing postoperative pain after hysteroscopy: A Randomized Double-blind Placebo-controlled Trial	Ayşe Filiz Gökmen Karasu
OP-2	Laparoskopik ovaryan kistektomide, spesmenin çıkarılma süresini etkileyen faktörler	Varol Gülseren
OP-3	Laparoskopik endometrioma kist eksizyonu yapılan hastalarda cerrahi sonrası AMH değişiminde serum Ca-125 düzeylerinin etkisi	İşıl Kasapoğlu
OP-4	Evre 1B endometrium kanseri nedeni ile yapılan laparoskopik histerektomi, pelvik ve paraaortik lenfadenektomi sonrası gelişen port yeri metastazı	Muzaffer Sancı
OP-5	The spontan heterotopic pregnancy applying with acute abdomen and treated with notes: A case report	Keziban Doğan
OP-6	"Fertilite koruyucu tedavi sonrası embryo freezing yapılan rekküren adult granuloza hücreli tümör vakası"	Ferah Kazancı
OP-7	Jinekoloji ve genel cerrahi kliniklerinin abdominal duvar endometriozis olgularına yaklaşımlarının karşılaştırılması	İbrahim Karaca
OP-8	Adneksiyal torsiyonlarda minimal invaziv yaklaşım: Tersiye bir merkezin 3 yıllık sonuçları	F. Aslıhan Dumlu
OP-9	Mikst tip üriner inkontinans olgularında transobturator tape operasyonu sonuçları	Mahmut K. Kocanalı
OP-10	Ürolog veya jinekolog tarafından yapılması kadınlarda laparoskopik sakrokolopopeksi sonuçlarını etkiler mi?	Çetin Demirdağ
OP-11	Abdominal skarda endometriozis-ilişkili Berrak hücreli karsinom: Vaka sunumu	Mine Dağgeç Keleşoğlu
OP-12	Pelvik böbreği bulunan prolapsus uteri olgusunda, modifiye (port girişleri=mesh çıkışıları) laparoskopik lateral süspansiyon operasyonu	Şerif Aksin
OP-13	Unusual usage of thoraco-abdominal stapler in gynecologic oncology: method for diaphragm full thickness implant resection without entrance to pleural space	Günsu Kimyon Cömert
OP-27	Percutaneous transcatheter ethanol sclerotherapy and catheter drainage of a postoperative giant pelvic lymphocele after gynecological operation	Oğuzhan Kuru

# 2. MİNİMAL İNVAZİV JİNEKOLOJİK CERRAHİ KONGRESİ

13 - 16 Şubat 2019

Wyndham Grand İstanbul - Levent



15 Şubat 2019, Cuma

## UZMANLA BULUŞMA SALONU

08:30 - 09:30 **UZMANLA BULUŞMA (Kahvaltı Eşliğinde)**

Murat API, Macit ARVAS, Barış ATA, Ali AYHAN, Ercan BAŞTU, Faruk BUYRU, Temel CEYHAN, Hüsnü ÇELİK, Suat DEDE, Fuat DEMİRCİ, L.Cem DEMİREL, Nasuh Utku DOĞAN, Erbil DOĞAN, İlkan DÜNDER, Murat EMANETOĞLU, Serkan ERKANLI, Fatih GÜÇER, Mete GÜNGÖR, Recep HAS, Ahmet Zeki İŞİK, Yücel KARAMAN, M. Faruk KÖSE, Yakup KUMTEPE, M. Murat NAKI, U. Fırat ORTAÇ, Kemal ÖZERKAN, Mehmet SAKINCI, Akın SIVASLIOĞLU, Tayyip ŞİMŞEK, Salih TAŞKIN, Çağatay TAŞKIRAN, Onur TOPÇU, Gürkan UNCÜ, Bülent URMAN, Cihat ÜNLÜ, Mehmet Ali VARDAR, Hakan YARALI, Aytaç YÜKSEL

### SALON A

09:30 - 10:30 **Özel Oturum:**

**Oturum Başkanları: U. Fırat Ortaç, Onur Topçu**  
Keynote Lecture

Endometriozis kanser ilişkisi

Ali Ayhan

Deep infiltrative endometriozis - diagnosis, treatment, follow-up Horace Roman

10:30 - 10:45 **Kahve Arası**10:45 - 12:15 **CANLI CERRAHİ****Derin İnfiltratif Endometriozis Cerrahisi****Moderatörler: Gürkan Uncu, Ercan Baştu****Cerrah: Mario Malzoni**

(İtalya'dan Canlı Yayın)

12:15 - 13:00 **Öğle Yemeği**

13:00 - 14:00 **Endometriozis Paneli - Hastalığın Tedavisi ile Fonksiyonun Gözeltmesi Arasındaki Hassas Denge Nasıl Sağlanır?**

**Moderatör: Bülent Urman****Panelistler : Gürkan Uncu, Ludovico Muzii, George Pados, Mustafa Bahçeci, Hakan Yaralı, Yücel Karaman, Ercan Baştu**14:00 - 14:30 **Özel Oturum**

**Oturum Başkanları: Gürkan Uncu, Nasuh Utku Doğan**  
Keynote Lecture

Laparoscopic Uterine Transplantation

Sandesh Kade

14:30 - 15:00 **Kahve Arası**15:00 - 17:00 **Onkoloji Oturumu 2****Oturum Başkanları: Ali Ayhan, Macit Arvas**

15:00 - 15:20 Adneksiyal kitlelere laparoskopik yaklaşım

Samet Topuz

15:20 - 15:40 Over kanserlerinde VATS

Nejat Özgül

15:40 - 16:00 Ultrasonography for malignant gynecologic tumors

Filip Fruhauf

16:00 - 16:20 Jinekolojik kanserlerde fertilitte koruyucu cerrahi

Mehmet Ali Vardar

16:20 - 16:40 Serviks kanserinin tedavisinde minimal invaziv cerrahi güvenli mi?

U. Fırat Ortaç

16:40 - 17:00 LACC çalışmasının sonuçları

Tartışma



15 Şubat 2019, Cuma

## SALON B

### 13:00 - 14:30 Ürojinekoloji Oturumu-1

**Oturum Başkanları: Vedat Atay, Ömer Tarık Yalçın, Doğa Seçkin**

- |               |  |                    |
|---------------|--|--------------------|
| 13:00 - 13:15 | Apikal prolapsusta vajinal cerrahi                                       | Fuat Demirci       |
| 13:15 - 13:30 | Prolapsus cerrahisinde histerektominin yeri                              | Fulya Dökmeci      |
| 13:30 - 13:45 | Prolapsus cerrahisinde inkontinans cerrahisi eklenmeli midir?            | Funda G. Uğurlucan |
| 13:45 - 14:00 | Laparoscopic sacrocolpopexy  | Bruno Deval        |
| 14:00 - 14:15 | Apikal prolapsus tedavisinde sakrokolpopexsi dışı laparoskopik yöntemler | Yakup Kumtepe      |
| 14:15 - 14:30 | Tartışma   |                    |

### 14:30 - 15:00 Kahve Arası

### 15:00 - 17:00 Endometriozis Oturumu

**Oturum Başkanları: Hüseyin Görkemli, Özlem Moraloğlu Tekin, Mine İslimiye Taşkın**

- |               |   |                    |
|---------------|---|--------------------|
| 15:00 - 15:20 | Endometriozis ve adenomyozis ultrasonu  | Ayşe Seyhan        |
| 15:20 - 15:40 | Endometriomalara laparoskopik yaklaşım-teknik ve sonuçlar   | Onur Topçu         |
| 15:40 - 16:00 | Endometrioma and diminished ovarian reserve-how strong is the evidence and should it dictate a change in current management | Ludovico Muzii     |
| 16:00 - 16:20 | Does performing laparoscopy prior to ART effect the outcome in minimal and mild endometriosis?                              | Angelos Daniilidis |
| 16:20 - 16:40 | İnfertil hastalarda DIE tedavisi  | L. Cem Demirel     |
| 16:40 - 17:00 | Tartışma  |                    |

### 17:00 - 18:30 CANLI CERRAHİ

**Laparoskopik Sakrokolpopexsi**

**Moderatörler: Yakup Kumtepe, Vedat Atay**

**Cerrah: Bruno Deval**

(Koç Üniversitesi Hastanesi'nden Canlı Yayın)

# 2. MİNİMAL İNVAZİV JİNEKOLOJİK CERRAHİ KONGRESİ

13 - 16 Şubat 2019

Wyndham Grand İstanbul - Levent



15 Şubat 2019, Cuma

## SALON C

13:00 - 14:30 **Obstetrik Kanamalar Oturumu****Oturum Başkanları: Yalçın Kimya, Yaprak Üstün**

13:00 - 13:15	Postpartum kanamayı önleyici yaklaşımlar	Recep Has
13:15 - 13:30	Postpartum kanamada aarter ligasyonu, kompresyon sütürleri, balon ve tampon uygulamaları	İsmail Özdemir
13:30 - 13:45	Plasenta akreata spektrumunun tanısı ve perioperatif risk değerlendirmesi	İbrahim Kalelioğlu
13:45 - 14:00	Plasenta akreata da sezaryen histerektomi: hazırlık, teknik, riskler ve dikkat edilmesi gereken noktalar	Özgür Deren
14:00 - 14:15	Plasenta akreata da uterus koruyucu yaklaşımlar	Ahmet Gül
14:15 - 14:30	Tartışma	

14:30 - 15:00 **Kahve Arası**15:00 - 17:00 **Jinekolojik Estetik Cerrahi ve Lazer Oturumu (2)****Oturum Başkanları: Murat Emanetoğlu, Murat Seval, Özgüç Takmaz**

15:00 - 15:20	Vaginal erbium laser for the management of genitourinary syndrome of menopause	Adrian Gaspar
15:20 - 15:40	Vaginal fonksiyonun restorasyonunda lazer tedavileri; Hasta seçimi, etik ve kanıt	Ebru Alper
15:40 - 16:00	5 years of experiences in use of intra-ürethra laser for various urinary indications	Adrian Gaspar
16:00 - 16:20	Genital hastalıklarda (vulvodini, liken, kondilom vs) lazer uygulamaları	Tamer Erel
16:20 - 16:40	The use of laser light in cosmetogynecology	Adrian Gaspar
16:40 - 17:00	Tartışma	

# 2. MİNİMAL İNVAZİV JİNEKOLOJİK CERRAHİ KONGRESİ

13 - 16 Şubat 2019

Wyndham Grand İstanbul - Levent



15 Şubat 2019, Cuma

## SALON D

13:00 - 14:30 **Benim Tekniğim Video Oturumu (2) (11 Adet)**

**Oturum Başkanları: Ali Yanık, Ghanim Khatib, Melih Gündüz**

VP-15	Total laparoscopic radical trachelectomy with dissection and preservation of the hypogastric nerve	Ulkar Heydarova
VP-80	Geçirilmiş neovajen operasyonları sonrası laparoskopik sigmoid kolon vajinoplasti	Serhan Can İşcan
VP-17	Vulvo-vajinal malign melanomda laparoskopik total kolpektomi	Savaş Gündoğan
VP-18	Lokal ileri evre serviks kanserinde laparoskopik ekstraperitoneal para-aortik lenf nodu diseksiyonu	Jalal Raoufi
VP-19	Büyük intraligamenter myomu olan hastada vaginal morselasyon ile laparoskopik histerektomi	Melih Bestel
VP-20	Dev uterin myomda laparoskopik histerektomi yönetimi	Jalal Raoufi
VP-21	Derin disparoniden muzdarip derin infiltran endometriozis hastasında logic 4K görüntüleme yöntemi kullanılarak yapılan büyük sakrouterin nodül eksiyonu	Tolga Karacan
VP-22	Derin infiltratif endometriozis vakasında, laparoskopik adenomyomektomi	Ilknur Saide Kingir
VP-23	Laparoskopik derin infiltran endometriozis eksiyonu	Ali Selçuk Yenioçak
VP-72	Evre 1B1 serviks kanserli olguda manipülatörsüz laparoskopik radikal histerektomi	Candost Hanedan
VP-25	Laparoscopic ovarian cyst excision	Songül Alemdaroğlu

14:30 - 15:00 **Kahve Arası**

15:00 - 17:00 **Sözlü Bildiri Oturumu (2) (12 Adet)**

**Oturum Başkanları: Semih Zeki Uludağ, Işıl Kasapoğlu**

OP-14	Modifiye laparoskopik pektepeksi sonrası gelişen 3ayrı gebelik olgusu	İhsan Bağlı
OP-16	Endometrial hiperplazilerin cerrahi tedavisinde laparoskopik histerektomi:5 yıllık deneyimimiz	Yusuf Çakmak
OP-17	Pelvik organ prolapsusu yönetiminde minimal invaziv cerrahi yaklaşım: Etilik Zübeyde Hanım Algoritması	Ömer Lütfi Tapırsız
OP-18	Sezaryan skar gebeliğinde laparoskopik eksiyon ve isthmosel onarımı: Bir olgu sunumu	Kübra Bağcı Çakmak
OP-19	Barsağa invaze rahim içi aracın izlendiği nadir bir olguda minimal invaziv yönetim	Sezin Aksakal
OP-20	Vaginally assisted laparoscopic sacrocolpopexy: Minimally invasive sacrocolpopexy modification for beginners	Serdar Aydın
OP-21	Retrospective analysis of 635 laparoscopic hysterectomy cases	Seda Yüksel
OP-22	Laparoskopik cerrahinin endometrioid tip endometrium kanserinin sağ kalımına etkisi	Engin Çelik
OP-23	konvansiyonel laparoskopik ve mini laparoskopik histerektomi: Peri ve post-operatif sonuçların karşılaştırılması	Yağmur Minareci
OP-24	Stres üriner inkontinansın cerrahi tedavisinde uygulanan TOT operasyonunun kadın cinselliği üzerine etkisi	Necati Hançerlioğulları
OP-25	Video Assisted Thoracic Surgery (VATS) for advanced ovarian cancer: A tertiary clinic experience	Utku Akgör
OP-26	The effects of fascial closure techniques on Post-Operative pain in gynecologic laparoscopic surgery	Hasan Onur Topçu
OP-28	A rare presentation of peritoneal strumosis	Anil Ertürk

# 2. MİNİMAL İNVAZİV JİNEKOLOJİK CERRAHİ KONGRESİ

13 - 16 Şubat 2019

Wyndham Grand İstanbul - Levent



16 Şubat 2019, Cumartesi

## SALON A

08:30 - 10:00

### CANLI CERRAHİ

*Moderatör: Barış Ata*

**Cerrahlar:**

**Laparoskopik Myomektomi / Robotik Myomektomi**

*L.Cem Demirel*

*Mete Güngör*

(Acıbadem Maslak'tan Canlı Yayın)

10:00 - 10:30

### Kahve Arası

10:30 - 12:00

### Myomektomi Oturumu

**Oturum Başkanları: L. Cem Demirel, Kenan Dolapçioğlu, Yeşim Bayoğlu Tekin**

10:30 - 10:45

Laparoskopik myomektominin sınırları: Sayılar ve boyutlar?

*Işıl Kasapoğlu*

10:45 - 11:00

Laparoskopik myomektomi step by step

*Suat Dede*

11:00 - 11:15

Myomu karın dışına nasıl çıkaralım? - Açık morselasyon, torba içinde morselasyon, kolpotomi

*Nuray Bozkurt*

11:15 - 11:30

Power morcellation should not be discouraged in reproductive aged women

*George Pados*

11:30 - 11:45

Vajinal morselasyon endikasyonları ve teknikleri

*Fatih Güçer*

11:45 - 12:00

Tartışma

12:00 - 13:00

### Özel Oturum

**Oturum Başkanları: Bülent Urman, L. Cem Demirel**

**Keynote Lectures**

Tubal factor infertility in the era of ART

*Grigoris Grimbizis*

Management of Fibroids prior to IVF/ICSI

*Ertan Saridoğan*

13:00 - 14:00

### Öğle Yemeği

14:00 - 15:30

**Komplikasyonlar Oturumu-Bu Benim Komplikasyonum Değil (Video Oturumu)**

**Oturum Başkanları: Demir Özbaşar, Fuat Demirkıran, Serkan Erkanlı**

14:00 - 14:10

*Fatih Güçer*

14:10 - 14:20

*İlkan Dünder*

14:20 - 14:30

*Tayup Şimşek*

14:30 - 14:40

*Murat Api*

14:40 - 14:50

*Mert Göl*

14:50 - 15:00

*Hüsnü Çelik*

15:00 - 15:30

Tartışma

15:30 - 16:00

### Kahve Arası

# 2. MİNİMAL İNVAZİV JİNEKOLOJİK CERRAHİ KONGRESİ

13 - 16 Şubat 2019

Wyndham Grand İstanbul - Levent



## 16 Şubat 2019, Cumartesi

### 16:00 - 18:00 Robotik Cerrahi Oturumu

#### Oturum Başkanları: İlkan Dünder, Murat Dede

16:00 - 16:20	Robotik myomektomi	Gürkan Kıran
16:20 - 16:40	Robotik histerektomi	Orhan Ünal
16:40 - 17:00	Robotik derin endometriozis cerrahisi	Ahmet Göçmen
17:00 - 17:20	Robotik pelvik ve paraaortik transperitoneal ve extraperitoneal lenfadenektomi	M. Faruk Köse
17:20 - 17:40	Robotik operasyonlarda komplikasyonlar	Cem İyibozkurt
17:40 - 18:00	Tartışma	

## SALON B

### 10:30 - 12:00 Genel Jinekolojik Laparoskopi Oturumu

#### Oturum Başkanları: Ruşen Aytaç, Mehmet Yılmaz, Şadım K. Altınbaş

10:30 - 10:45	Pelvik abselerde laparoskopik yaklaşım	Ömer Lütfi Tapısız
10:45 - 11:00	Laparoskopik serklaj	İlhan Şanverdi
11:00 - 11:15	İstmosel tamiri laparoskopi ve histeroskopi	Murat Api
11:15 - 11:30	Neovajen teknikleri	Kemal Özerkan
11:30 - 11:45	Jinekolojik cerrahide vajinal endoskopinin yeri	Cihan Kaya
11:45 - 12:00	Tartışma	

### 14:00 - 15:30 Ürojinekoloji Oturumu (2)

#### Oturum Başkanları: Hanım Güler Şahin, Hakan Aytaç, Mesut Köse

14:00 - 14:15	Stress inkontinansda güncel cerrahi tedavi	Yusuf Üstün
14:15 - 14:30	SUI tedavisinde meş dışı cerrahi tedavi seçenekleri	Selçuk Ayas
14:30 - 14:45	Sacrocolpopexia-tips and tricks to make it simple	Mohamed Achour
14:45 - 15:00	Laparoskopik ve vajinal prolapsus cerrahisinde meş komplikasyonları	Adnan Orhan
15:00 - 15:15	Aşırı aktif mesanede botoks uygulamaları	Cenk Yaşa
15:15 - 15:30	Tartışma	

### 16:00 - 18:00 Genel Endoskopi Oturumu

#### Oturum Başkanları: Serdar Serin, Mehmet Harma, Erkan Sarı

16:00 - 16:20	Gebelikte laparoskopik cerrahide bilinmesi gerekenler	Gonca Çoban
16:20 - 16:40	Laparoskopik ektopik gebelik cerrahisi nasıl olmalıdır?	Ali Kulusarı
16:40 - 17:00	Over torsiyonlarına konservatif laparoskopik yaklaşım	Özlem Evliyaoğlu
17:00 - 17:20	Dermoid kistlerin laparoskopik tedavisi	Çetin Çelik
17:20 - 17:40	Laparoskopik tubal re-anastomoz	Burak Karadağ
17:40 - 18:00	Tartışma	

# 2. MİNİMAL İNVAZİV JİNEKOLOJİK CERRAHİ KONGRESİ

13 - 16 Şubat 2019

Wyndham Grand İstanbul - Levent



16 Şubat 2019, Cumartesi

## SALON C

10:30 - 12:00 **Benim Tekniğim Video Oturumu (3) (11 Adet)**

**Oturum Başkanları: Fulya Kayıkçıoğlu, Tayfun Toptaş, Mehmet Ufuk Ceran**

- |       |   |                         |
|-------|---|-------------------------|
| VP-26 | Büyük submüköz myomlarda kolaylık sağlayan cerrahi yöntem: Myosure morselarator   | Emsal P. Topdağı Yılmaz |
| VP-27 | Uterin Septum Tedavisinde Ofis Histeroskopi ile Bipolar Rezeksiyonun Kullanımı ve Derin Aberan Arter Varlığında Yönetim | Savaş Gündoğan          |
| VP-28 | Komplet uterin septumlarda (U2bC1V0-V1) histeroskopik metroplasti tekniği ve cerrahi sonuçları: olgu serisi             | Buket Çetintaş          |
| VP-29 | Histeroskopik halogic morselatör ile myomektomi   | Bengü Mutlu Sütçüoğlu   |
| VP-30 | Kornual gebelikte ofis histeroskopik yaklaşım: vaka sunumu  | Şafak Yılmaz Baran      |
| VP-31 | Posterior kolpotomi esnasında iatrojenik kolon perforasyonu, intraoperatif tamiri                                       | Evren Akmut             |
| VP-32 | Laparoskopik uteropoksi cerrahisi conrası mesh komplikasyonu  | Nefise Tanrıdan Okcu    |
| VP-40 | Robotic myomectomy of a large leiomyoma within a contained bag  | Esra Özbaşlı            |
| VP-34 | Diagnostik laparoskopi esnasında mide perforasyonu ve komplikasyona yaklaşım  | Cengiz Andan            |
| VP-35 | Jinekolojide Laparoskopik Cerrahi Komplikasyonları  | Ismail Alay             |
| VP-36 | The technique of transvaginal extraction of surgical specimens through the posterior colpotomy incision                 | Mehmet Ceyhan           |

14:00 - 15:30 **Benim Tekniğim Video Oturumu (5) (11 Adet)**

**Oturum Başkanları: Murat Gültekin, Dağistan Tolga Arıöz, Hamdullah Sözen**

- |       |  |                          |
|-------|--|--------------------------|
| VP-48 | Obez hastada total laparoskopik histerektomi: Güvenli batına giriş ve etapların gösterilmesi                   | Mustafa Coşan Terek      |
| VP-49 | Comparison of commonly used uterine manipulators in the same operation: A video presentation                   | Aysel Nalçakan           |
| VP-50 | Kliniğimizde uygulanan retroperiton vizüalizasyonu ile seyreden laparoskopik histerektomi vakası; Video sunumu | Bilge Pınar Keskinoğlu   |
| VP-51 | A new, modified Hasson laparoscopic entry technique: Can it be that easier?                                    | Şadımın Kıyıkça Altınbaş |
| VP-52 | Laparoskopik histerektomide üreter diseksiyonu ne zaman yapılmalıdır?  | Duygu Altın              |
| VP-53 | Postmenapozal retroperitoneal pelvik kitleye minimal invaziv yaklaşım  | Tuncer Kumcular          |
| VP-54 | Vulva kanserinde sentinel lenf nodu biyopsisi  | Abdül Hamid Güler        |
| VP-55 | Endometrium kanserinde indosiyani yeşili/near infrared görüntüleme ile sentinel lenf nodu algoritması          | Duygu Altın              |
| VP-56 | Laparoskopik paraaortik lenfadenektomi   | Semra Yüksel             |
| VP-57 | Laparoskopik paraaortik lenf nodu diseksiyonu  | Diğer Yıldırım           |
| VP-58 | Laparoskopik vezikovajinal fistül (VVF) onarımı: Extravezikal yaklaşım ve omental damarlı flep interpozisyonu  | Ahmet Rıza Esmer         |

15:30 - 16:00 **Kahve Arası**





16 Şubat 2019, Cumartesi

SALON C

16:00 - 18:00 Benim Tekniğim Video Oturumu (7) (14 Adet)

**Oturum Başkanları: Coşkun Salman, Derya Kılıç, Ceyhan Baran**

VP-69	Laparoskopik paraaortik lenfadenektomi sonrası gelişen semptomatik lenfoselini re-laparoskopi ile drene edilmesi	Nasuh Utku Doğan
VP-70	Cisterna Chyli; Laparoskopik Paraaortik lenfadenektomide önemli bir anatomik Landmark	Nasuh Utku Doğan
VP-71	Laparoskopik histerektomi ve vajenektomi ile VAIN 2 yönetimi	Şevki Gökşun Gökulu
VP-73	Laparoskopik tip c1 radikal histerektomi	Yakup Yalçın
VP-74	Laparoskopik uterin arter diseksiyonu ve ligasyonu	Gülşen Doğan Durdağ
VP-75	Single-site laparoscopy assisted vaginal hysterectomy is a feasible option for benign gynecological surgery	Özgür Koçak
VP-76	Ovarian tissue preservation for malignant diseases	Faruk Öz
VP-77	Laparoskopik tubal reanastomoz: Önemli noktalar	Işıl Kasapoğlu
VP-78	Laparoskopik tubal reanastomoz için kolaylaştırılmış bir teknik: Barbed sütür kullanımı	Ceyda Karadağ
VP-79	Laparoscopic orthotopic autologous ovarian transplantation in a peritoneal pouch beneath the fallopian tube	Eşengül Türkyılmaz
VP-16	Minilaparoscopic paraaortic lymph node dissection, pelvic and paraaortic sentinel lymph node biopsy & bilateral ovarian transposition	Doğan Vatanserver
VP-24	Laparoscopic management of deep infiltrative endometriosis with ureter dissection and low anterior resection anastomosis	Ulkar Heydarova
VP-81	Laparoscopic management of Deep Infiltrating Endometriosis which nodule caused limping; Mimicing disease	Yücel Koçyiğit
VP-82	Tracing the ureters in patients with deep endometriotic nodules	Ulkar Heydarova

SALON D

10:30 - 12:00 Benim Tekniğim Video Oturumu (4) (11 Adet)

**Oturum Başkanları: Ebru Dikensoy, Faruk Abike**

VP-37	Excizion of deep endometriosis of the Cul de Sac infiltrating the levator ani muscle	Mehmet Ceyhan
VP-38	Treatment of atypical cesarean scar defect using MyoSure	Mehmet Ceyhan
VP-39	Laparoskopik myomektomide bulldog klemp kullanımının intraoperatif kanama üzerine etkisi	Emin E. Dönmez
VP-33	Robotik miyomektomi sonrası insizyonel herni ve ileus	Ebru Dikensoy
VP-41	Doğal açıklıkların laparoskopik myomektomide spesmen çıkarılmasındaki yeri	Sinem Ertaş Kaya
VP-42	15 haftalık gebelikte laparoskopik serklaj	Tuba Kotancı
VP-43	Overyan torsiyon laparoskopik ooforopeksi; hotdog in a double bun tekniği	Evren Akmut
VP-44	Sezeryan sonrası görülebilen bir komplikasyon; İstmosel ve laparoskopik eksizyonu	Elif Hizal
VP-45	Laparoscopic cornual resection of interstitial ectopic pregnancy in four steps	Adnan Orhan
VP-46	Pelvik absenin laparoskopik yönetimi	Hüseyin Kıyak
VP-47	Dev kistik kitlenin laparoskopik transpariyetal eksizyonu	Sevtap Seyfettinoğlu

# 2. MİNİMAL İNVAZİV JİNEKOLOJİK CERRAHİ KONGRESİ

13 - 16 Şubat 2019

Wyndham Grand İstanbul - Levent



16 Şubat 2019, Cumartesi

## SALON D

14:00 - 15:30 Benim Tekniğim Video Oturumu (6) (12 Adet)

## Oturum Başkanları: Müge Harma, Yakup Yalçın

VP-59	Laparoskopik kistektomi, endometriotik nodül eksizyonu	Emre Volkan Kasımoğulları
VP-60	Laparoscopic management of deep infiltrating endometriosis: A case study	Selin Özalın
VP-61	Contained Power Morcellation, description of the contained fibroid morcellation technique	Özgüç Takmaz
VP-62	İnfertil hastada 15 cm laparoskopik myomektomi	Erkan Aslan
VP-63	Laparoskopik multipl myomektomide, multipl myomların birbirine bağlanarak kolpotomi ile dışarı çıkarılması	Erdal Şeker
VP-64	Laparoskopik Myomektomi; kapalı kompartman tekniği ile morselasyon	Gülşen Durdağ
VP-65	Anterior kolpotomi ile laparoskopik myomektomi video sunum	Taha Takmaz
VP-66	Genç hastalarda uterine prolapsus cerrahisinde yeni bir teknik: Laparoskopik pekteopeksi ve sakrouterine ligament plikasyonu	Gamze Nur Cimilli Şenocak
VP-67	Total laparoskopik histerektomi sonrası lateral kolposüspanسیون uygulamasında yeni bir teknik	Doğan Vatanserver
VP-68	Stres üriner inkontinans laparoskopik burch tekniği	Hasan Süt
VP-97	Laparoskopik pelvik lenfadenektomi sırasında iatrojenik obturator sinir kesilmesi ve onarımı	Resul Karakuş
VP-98	Laparoskopik over transpozisyonu	Resul Karakuş

15:30 - 16:00 Kahve Arası

16:00 - 17:30 Benim Tekniğim Video Oturumu (8) (12 Adet)

## Oturum Başkanları: Emine Karabük, Hanifi Şahin

VP-83	Vajinal asiste laparoskopik sakrokolpopeksi (VALS): Yeni başlayanlar için minimal invaziv sakrokolpopeksi	Serdar Aydın
VP-84	Laparoscopic pectopexy and paravaginal repair after failed recurrent pelvic organ prolapse surgery	Ali Emre Tahaoglu
VP-85	Laparoskopik sakrokolpopeksi	Yakup Yalçın
VP-86	Vajinal subtotal histerektomi ve laparoskopik sakroservikopeksi video sunum	Taha Takmaz
VP-87	Modifiye manchester & fothergill prosedürü ve vajinal asiste laparoskopik sakrohisteropeksi	Pınar Kadıroğulları
VP-88	Gebelikte ve tekrarlayan ovarian torsiyon vakası	Pınar Çağlar Aytaç
VP-90	Tubaovarian abseye laparoskopik yaklaşım: Video sunumu	Sezin Ertürk Aksakal
VP-91	İki farklı ektopik gebelik olgusu	Günel Ziyadova
VP-93	Dördüncü kez nüks bilateral dermoid kist olgusunun laparoskopik yönetimi video sunum	Taha Takmaz
VP-94	Bilateral multiple matür kistik teratomlu hastaya laparoskopik yaklaşım	Ayşenur Kaya
VP-95	Uterine sound retroperitoneal tunneling for laparoscopic sacrocolpopexy	Serdar Aydın
VP-96	Tamamlayıcı laparoskopik endometrium kanseri cerrahisinde sigmoid kolon onarımı	Cihan Karadağ



# BİLDİRİ ÖZETLERİ





# Sözlü Bildiriler



# 2. MİNİMAL İNVAZİV JİNEKOLOJİK CERRAHİ KONGRESİ

13 - 16 Şubat 2019

Wyndham Grand İstanbul - Levent



## OP-1

### Efficacy of Rectal Misoprostol and Rectal Hyoscine-N-Butyl-Bromide Administration in Reducing Postoperative Pain After Hysteroscopy: A Randomized Double-blind Placebo-controlled Trial

*Ayşe Filiz Gokmen Karasu, Serdar Aydın*

*Bezmialem Vakıf University. Department of Obstetrics and Gynecology*

**OBJECTIVE:** Postoperative pain after hysteroscopy is generally minimal however some patients need analgesics. Our objective was to compare the efficacy of rectal misoprostol versus hyoscine-n-butyl bromide in patients undergoing operative hysteroscopy.

**MATERIAL-METHODS:** The study was a randomized, double blind controlled trial registered at Clinicaltrials.gov (NCT03359655). One-hundred and twenty patients were divided randomly into 3 groups ( n=30 in each group). Group 1 received no treatment. Group 2 received rectal 200 mcg misoprostol. Group 3 received rectal 20 mg hyoscine-n-butyl bromide 1 hour before the procedure. The primary outcome was postoperative self-related pain using the 10-point visual analog scale and need for analgesics. The secondary outcomes included cervical dilatation time, procedural time, ease of procedure using a 5 point likert scale, operative complications and adverse effect of medications.

**RESULTS:** Mean postoperative pain scores were lower in the hyoscine-n-butyl bromide and misoprostol group compared to the sham treatment group. ( p=0.06). Thirteen patients (43%) in the sham treatment group, 11 patients ( 36.7%) in the misoprostol group and 4 patients (13.3) in the hyoscine-n-butyl bromide group needed analgesics postoperatively ( p=0.03). There was no statistical difference regarding other parameters.

**CONCLUSION:** Preoperative administration of rectal misoprostol and hyoscine-n-butyl bromide decreased postoperative pain after hysteroscopy. The need for analgesics was the least in the hyoscine-n-butyl bromide group. Hyoscine-n-butyl bromide may be an effective treatment to decrease postprocedural pain.

**Keywords:** randomized controlled trial, hysteroscopy, pain, hyoscine-n-butyl bromide, misoprostol



## OP-2

### Laparoskopik ovaryan kistektomide, spesmenin çıkarılma süresini etkileyen faktörler

*Varol Gülseren*

*Mersin State Hospital, Department of Obstetrics and Gynecology, Mersin, Turkey.*

**AMAÇ:** Benign ovaryan kisti olan hastalarda, laparoskopik kistektomi ameliyatında, spesmen çıkarılma süresini (SÇS) etkileyen faktörlerin incelenmesidir.

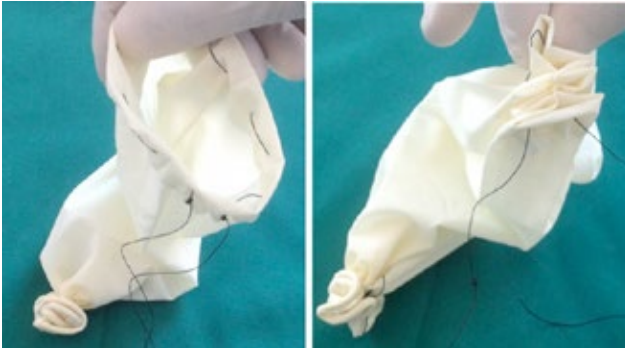
**MATERYAL-METOD:** Benign ovaryan kist nedeni ile, 2015-2017 yılları arasında laparoskopik kistektomi yapılan 84 hastanın kayıtları retrospektif olarak incelendi. 42 hastanın kitlesi lateral transabdominal yolla endobag kullanılarak çıkarılırken, diğer 42 hastanın kitlesi transumbilikal yolla eldivenden yapılmış torbalar kullanılarak çıkarıldı. Vücut kitle indeksi (VKİ), parite, ovaryan kitle boyutu, yaş, geçirilmiş abdominal cerrahi, operasyon süresi, SÇS, menapoz durumu ve spesmen çıkarılma yolları dosyalardan incelendi. Hastanemizde rutin olarak laparoskopik prosedürler litotomi pozisyonunda hastalar ile genel endotrakeal anestezi altında yapıldı. Pelvik organların manuplasyonu için uterin manipatör yerleştirildi. Umbilikus düzeyinde 1.2 cm'lik bir dikey insizyon açıldı ve 10-12 mm'lik trokar ile girildi. Ardından 10 mm'lik 0° kamera laparoskopdan geçirildi. Alt abdominal kadranda (rektus kaslarının lateralinde) ve midklalikal hatta umblikus seviyesinde üç adet ek 5 mm'lik trokar yerleştirildi. SÇS, torba açılma anından, tamamen abdomenden çıkarılmasına kadar geçen süre olarak tanımlandı.

**BULGULAR:** Hastaların klinik özellikleri tablo 1'de verilmektedir. SÇS ortalama  $9,3 \pm 2,6$  dakika ve ortalama ameliyat süresi  $77,3 \pm 16,6$  dakika olarak saptandı. SÇS 10 dakika ve üzerinde olan hastaları saptayabilmek için kullanılacak risk faktörleri regresyon analizi ile incelendi (tablo 2). Analiz edilen risk faktörleri şunlardı;  $\geq 50$  yaşında olması (%23,8),  $\geq 26$  VKİ (%73,8), pelvik operasyon geçirmiş olmak (%20,2), postmenopozal dönem (%16,7), nulliparite (%17,9),  $\geq 10$  cm kist olması (%36,9) ve çıkarılma yolu. Bu faktörlerden sadece kist boyutunun büyük olması regresyon analizine göre SÇS üzerine anlamlı etki gösterdiği bulundu.

**SONUÇ:** Benign over kisti olan hastalarda, büyük kist olmasının SÇS'ne etki ettiği gösterildi.

**Anahtar Kelimeler:** Benign over kisti, Laparoskopi, Spesmen çıkarılması

### Cerrahi eldiven torbası





Tablo 1. Hastaların klinik özellikleri ve demografik verileri

	Hastalar (n = 84)
Yaş (yıl); ort ± SS	41,2 ± 10,9
VKİ (kg/cm <sup>2</sup> ); ort ± SS	29,8 ± 4,5
Parite; ort ± SS	1,1 ± 0,7
Nullipar; n (%)	15 (17,9)
Kitle boyutu (cm); ort ± SS	8,9 ± 2,5
Hematokrit'de azalma; ort ± SS	10,9 ± 4,7
Operasyon süresi; ort ± SS	77,3 ± 16,6
Spesmen çıkarılma süresi; ort ± SS	9,3 ± 2,6
Geçirilmiş abdominal cerrahi; n (%)	17 (20,2)
Postmenopoz; n (%)	14 (16,7)
Cerrahi; n (%)	
-Trans umbilikal	42 (50)
-Lateral transabdominal	42 (50)
Postoperatif ateş; n (%)	2 (2,4)

VKİ= Vücut kitle indeksi, ort ± SS= Ortalama ± Standart sapma

Tablo 2. Kitle çıkarılma süresine etki edebilecek faktörlerin incelenmesi; regresyon analizi

	Univaryant			Multivaryant		
	OR	95% CI	P	OR	95% CI	P
Yaş (≥50)	1,0	0,3-2,8	0,922	0,9	0,2-3,8	0,901
VKİ (≥26)	2,6	0,9-7,7	0,070	5,5	1,4-21,5	0,013
Pelvik ameliyat hikayesi	0,4	0,1-1,4	0,180	0,4	0,1-1,4	0,165
Postmenopoz	0,9	0,2-3,0	0,922	0,8	0,1-4,6	0,866
Nulliparite	2,1	0,7-6,8	0,176	3,4	0,7-15,1	0,105
Büyük kist (≥10 cm)	3,0	1,2-7,7	0,017	3,5	1,2-10,1	0,019
Transumbilikal porttan çıkarmak	1,1	0,4-2,6	0,826	1,2	0,4-3,3	0,714

VKİ= Vücut kitle indeksi

# 2. MİNİMAL İNVAZİV JİNEKOLOJİK CERRAHİ KONGRESİ

13 - 16 Şubat 2019

Wyndham Grand İstanbul - Levent



## OP-3

### Laparoskopik Endometrioma Kist Eksizyonu Yapılan Hastalarda Cerrahi Sonrası AMH Değişiminde Serum Ca-125 Düzeylerinin Etkisi

*Işıl Kasapoğlu*

*Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Ana Bilim Dalı, BURSA*

**Amaç:** Endometriozis pelvik kavitenin kronik, enflamatuar bir hastalığıdır. Endometriozis ile ilişkili infertilitenin altta yatan temel mekanizması halen açıklığa kavuşmamıştır. Endometriomaların over rezervi üzerine olumsuz etkisinin enflamasyona sekonder geliştiğini gösteren histo-patoloji çalışmaları mevcuttur. Çalışmamızın amacı; enflamatuar belirteç olarak kabul edilen serum Ca-125 düzeylerinin, laparoskopik endometrioma eksizyonu uygulanan hastalarda pre-postoperatif serum Anti-müllerian hormon (AMH) düzeylerinin değişimi üzerine etkisinin değerlendirilmesidir.

**Yöntem:** 18-40 yaşları arasında, ultrasonografi ile > 4 cm endometrioma kisti tanısı alan ve laparoskopik endometrioma kist eksizyonu uygulanan 35 hasta dahil edildi. Hastaların preoperatif ve postoperatif 3. ayda folliküler faz serum AMH değerleri karşılaştırıldı. AMH daki yüzde değişim ( preop AMH- POSTOP amh / preop AMH ) hesaplanarak, yüzde değişime preoperatif serum Ca-125 seviyelerinin etkisi değerlendirildi.

**Sonuçlar:** Hastaların ortalama yaşları 34.5 (20:40), BMI 24.3 (19.1:36.4) ve bazal AMH değerleri 1,64 (0.04:6.6) idi. Ortalama toplam kist çapı 10 ( 5:21 ) cm olarak hesaplandı. Ortalama AMH yüzde değişim %36 (5:90) idi. Preoperatif serum Ca-125 düzeyleri ile AMH yüzde değişimleri arasında anlamlı korelasyon bulundu ( $r=0,6$ ,  $p<0,001$ ). Kist boyutu, bilateralite, BMI ve yaş ile birlikte çoklu değişkenli regresyon analizi yapıldığında, mevcut faktörlerden serum Ca-125 düzeyi AMH yüzde değişim ile korelasyon gösterdi ( $b=0,44$ ,  $p=0,006$ ).

**Tartışma:** Endometriomaların kendisinin over rezervi üzerine olumsuz etkilerinin kist içeriği ve kist çevre dokosundaki inflamasyondan kaynaklığını gösteren histopatoloji çalışmaları mevcuttur. Endometrioma eksizyonunun over rezervi üzerine etkileri ile ilgili çalışma sonuçları çelişkili iken, hangi hastaların eksizyondan zarar göreceğini öngörebilmek üzere enflamatuar belirteç olarak kabul edilen serum Ca-125 seviyelerinin klinik kullanımı değerlendirilebilir.

**Anahtar Kelimeler:** Endometrioma, Laparoskopi, Kist eksizyonu, Over rezervi



# 2. MİNİMAL İNVAZİV JİNEKOLOJİK CERRAHİ KONGRESİ

13 - 16 Şubat 2019  
Wyndham Grand İstanbul - Levent



## 1

Yaş (yıl)	34.5 ( 20:40)
BMI (kg/m <sup>2</sup> )	24.3 (17.5:36.4)
Bazal AMH (ng/ml)	1.64( 0.04: 6.61)
Postoperatif AMH (ng/ml)	1.3(0.01:5.2)
AMH % değişim	%36 (5: 90)
Ca-125 (U/mL)	116( 19: 432)
Toplam kist çapı (cm)	10 (5:21)

## 2

	Beta	p değeri
Yaş (yıl)	0.183	0.22
BMI(kg/m <sup>2</sup> )	0.275	0.71
OMA Çap (cm)	0.139	0.37
Bilateralite	0.085	0.59
Ca-125 (U/ml)	0.44	0.006*

% AMH değişim ile korelasyon

# 2. MİNİMAL İNVAZİV JİNEKOLOJİK CERRAHİ KONGRESİ

13 - 16 Şubat 2019

Wyndham Grand İstanbul - Levent



## OP-4

### Evre 1B endometrium kanseri nedeni ile yapılan laparoskopik histerektomi, pelvik ve paraaortik lenfadenektomi sonrası gelişen port yeri metastazı

Volkan Karataşlı, Muzaffer Sancı

Sağlık Bilimleri Üniversitesi Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Jinekolojik Onkoloji Kliniği, İzmir, Türkiye

**Giriş:** Port yeri metastazı, jinekolojik kanserler nedeni ile yapılan laparoskopik cerrahi sonrası nadir görülen bir durumdur. Literatürde erken evre endometrioid tip endometrial karsinom nedeni ile laparoskopik histerektomi ve pelvik,paraaortik lenfadenektomi sonrası peritoneal karsinomatoz bulguları olmadan ortaya çıkmış port yeri metastazı çok azdır.

**Olgu:** 56 yaşında olgu (G3P3,Vücut Kitle İndeksi:40 kg/m2) postmenopozal kanama nedeni ile yapılan endometrial biyopsi sonucu endometrioid tip endometrial kanser,histolojik derece2 saptanması üzerine başvurdu. Hastaya kliniğimizde laparoskopik histerektomi ve pelvik,paraaortik lenfadenektomi uygulandı. Operasyonda intrauterin manipülatör kullanıldı,uterin rüptür ve herhangi bir komplikasyon gerçekleşmedi. Onluk port giriş alanlarında fascia suture edilerek operasyon sonlandırıldı. Tümör endometrioid tipte ve boyutu 5 cm,histolojik derece2 olarak saptandı. Lenfovasküler invazyon mevcuttu.Lenf nodları reaktifti. Hasta FIGO 2009 Evre IB olarak evrelendirildi.Rekürrens için yüksek-orta riskte olan olguya pelvik eksternal radyoterapi (IMRT) uygulandı.Klinik takiplerinde operasyon sonrası 12.ayda tümör belirteçlerinde yükseklik saptanması üzerine çekilen pozitron emisyon tomografisinde pelvik bölge girim düzeyinde solda karın ön duvarı komşuluğunda cilt altı yağlı dokuda 1.0 cm nodüler lezyon,her iki akciğerde en büyüğü 4.5 cm olmak üzere multipl lezyonlar,mediastende multipl lenf nodları saptandı.Akciğerden ve sol alt kadran karın ön duvarındaki nodüler lezyondan alınan biyopsi sonucu endometrium adenokarsinomu metastazı olarak raporlandı.Hastanın sistemik kemoterapisine (paklitaksel ve karboplatin) başlandı.

**Sonuç:** Port yeri metastazı endometrial kanser nedeni ile laparoskopik evreleme cerrahisi sonrası görülen çok nadir bir durumdur.Bu nedenle klinik ve prognostik önemi net tanımlanmamıştır.Ancak erken evre kanserlerde bile port yeri metastazı gelişebilmektedir.Bu nedenle oluşumunu önlemeye yönelik tedbirler araştırılmalıdır.

**Anahtar Kelimeler:** endometrial kanser, port yeri metastazı, laparoskopi



## OP-05

### The Spontan Heterotopic Pregnancy Applying With Acute Abdomen And Treated With NOTES: A Case Report

*Keziban Doğan, Cihan Kaya, Derya Ece Ilıman, Ibrahim Karaca, Hüseyin Cengiz*

*1Department of Obstetrics and Gynecology, University of Health Sciences,*

*Bakırköy Dr. Sadi Konuk Teaching and Research Hospital Istanbul, Turkey*

Heterotopic pregnancy defined as the coexistence of an ectopic pregnancy and an intrauterine pregnancy. It occurs in 1 out of 30000 pregnancies of natural conception. Transvaginal natural orifice transluminal endoscopic surgery (NOTES) is that abdominal cavity is reached through a port placed in posterior fornix. This report presents a 29-year-old G1P0 patient presented with a severe abdominal pain with signs of acute abdomen. A transvaginal ultrasound was performed and revealed a 7weeks 2 days estimated gestational age intrauterine pregnancy with fetal cardiac activity and an ectopic pregnancy were positioned on left side and estimated gestational age 7 weeks 1day with a cardiac activity. Blood products and abdominal free fluid were also detected. After giving consent to the recommended surgery the patient was taken to the operating room. Posterior colpotomy was used to enter the abdomen on lithotomy position under general anesthesia. Approximately 200 cc blood containing clot was drained.. Left tube visualized with approximately 5 cm ectopic mass with an active bleeding. Salpingectomy was performed on the left tube using ligasure. Colpotomy was sutured with vicryl suture number 0. There were no complications. Intrauterine pregnancy was detected viable at postoperative 9th hour. On postoperative day #1 patient's clinical condition and hemoglobine levels was stable and discharged. Even though it is rarely seen in spontaneous pregnancies, physicians should consider heterotopic pregnancy and evaluate the patient in this respect. Recently, transvaginal NOTES has been performed in cholecystectomy, appendectomy, nephrectomy and gynecologic diseases. After correctly diagnosing heterotopic or ectopic pregnancy with an accurate clinical sense, NOTES procedure can be performed as we did in this case. Although heterotopic pregnancy is quite rare, it should always be in the differential diagnosis of acute abdomen of the pregnant women.

**Keywords:** Heterotopic Pregnancy, Acute Abdomen, NOTES

# 2. MİNİMAL İNVAZİV JİNEKOLOJİK CERRAHİ KONGRESİ

13 - 16 Şubat 2019

Wyndham Grand İstanbul - Levent



## OP-06

### "Fertilite koruyucu tedavi sonrası embryo freezing yapılan rekküren adult granuloza hücreli tümör vakası"

*Ferah Kazancı, Mehmet Anıl Onan*

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

Genellikle iyi prognozla seyreden fakat geç dönem rekkürens eğilimli olan granuloza hücreli tümörler overin en sık görülen sex-cord stromal tümörleridir. Tüm over kanserlerinin ise %2-5'ini oluştururlar(1,2). En sık orta yaşlı ve postmenopozal dönemde izlense de, pik insidansını 50-55 yaşları arasında yapar (3). Tümörün başlangıç yaşı ve histolojik özelliklerine göre adult ve juvenil olarak iki tipe ayrılır ve %95'i adult tiptedir (4). Birçok vaka yavaş seyirlidir ve tanı anında tek overde sınırlı olup genellikle evre1'de tanı alırlar.(5)Adult granuloza hücreli tümörün(AGHT) tedavisi hastanın yaşına ve evresine bağlı olup çoğunlukla primer tedavi cerrahidir ve sadece %2'si bilateral olduğu için reproduktif dönemde tercih edilen cerrahi şekli unilateral salpingoofektomi iken, üreme çağı dışındaki hastalarda transabdominal histerektomi ve bilateral salpingoofektomidir. (6).

**Olgu:** 22 yaşında, bekar, G:0 olan hastamız kasık ağrısı ve adet düzensizliği nedeniyle başvurmuş. Ultrasonografide sol overde 62\*67mm septalı multilokule kistik yapı ve ca-125:34.5IU/ml, ca-19-9:51.18 IU/ml saptanmıştı. 10/05/2010 'de yapılan laporoskopide intraoperatif sol overde yaklaşık 5cm kist izlenmiş, kistin frozen incelenmesinde AGHT ve sitolojide atipi izlenmeyen hastaya sol salpingoofektomi yapılmıştı. Nihai raporunda AGHT ve eş zamanlı yapılan endometrial biyopsi sonucu; endometrial polip, basit atipisiz endometrial hiperplazi olarak raporlanmıştı. Takipleri sırasında 8 yıl sonra nüks izlenen hastamızda ultrasonografide sağ overde 30\*26 mm multiseptalı kistik yapı, sol adnekte 13\*26mm remnant doku? metastatik kitle? ve tetiklerinde ca-125: 125IU/ml, ca19-9: 37.4 yüksekliği saptanmıştı. Hastamızın çocuk isteği olması üzerine fertilite koruyucu cerrahi planlandı. Hastaya laporoskopik yaklaşımla, intraoperatif omentumda 3cm, mesane ön yüzünde 3cm, sigmoid kolon üzerinde 2cm ve batin yan duvarında 5cm kitle eksize edildi ve adezyonlar açıldı. İntaoperatif alınan sitolojinin frozen ve nihai incelenmesinde AGHT ile uyumlu batin yıkama sıvısı ve kitlelerin sonucu AGHT, immunohistokimyasal boyamada inhibin pozitif, EMA negatif ve gümüş retikulin lif kaybı ve alınan endometrial biyopsi sonucu benign olarak raporlandı. Çocuk isteği olan hastamıza 13.08.2018 tarihinde ivf kliniğimizde tedaviye alındı. Hastaya letrozol + gonadotropin+ GnRH-antagonist protokolu uygulandı. Hastamızdan 5 tane M2 oosit elde edildi ve ICSI sonucu 5 tane embryo total freezing yapıldı.Hastamız medikal onkoloji bölümünce konsulte edildi kemoterapisi yapılmaktadır.

## 2. MİNİMAL İNVAZİV JİNEKOLOJİK CERRAHİ KONGRESİ

13 - 16 Şubat 2019

Wyndham Grand İstanbul - Levent



**TARTIŞMA:** AGHT gerek tek taraflı büyük kitleler ile gerekse de salgıladıkları hormonlarla aktif olduklarından genellikle erken tanı alırlar. En sık başvuru şikayetleri, puberte öncesi dönemde izoseksüel pseudoprekoksitate iken, pubertede artmış inhibin düzeyinden dolayı amenore, reproduktif dönemde menstrual düzensizlikler, postmenopozal hastalarda ise anormal uterin kanama sık görülür. Vakaların %5 kadarında endometrial kanser, %25-50'sinde endometrial hiperplazi izlenir (7). İlk tanıdan sonra ortalama rekürrens süresi 4 ile 6 yıl arasında olup 30 yıl sonrasında da rekkürensler olabilir. Rekkürensler bizim vakadaki gibi pelvisde sık izlense de üs tabdomende de izlenebilir (8). AGHT'de selüler atipi, mitotik hız, call-exner cisimciklerin varlığı ile başlangıç evresi, tümör çapı, primer cerrahi sonrası residue hastalık bulunması rekkürensi artıran faktörlerdir (9,10). Nüks tedavisinde standart bir yaklaşım olmayıp, hastalığın yeri ve miktarına bağlı olarak, kemoterapi, hormonal ajanlar, cerrahi ve kombinasyon stratejileri şeklinde olabilir (10).

**SONUÇ:** AGHT düşük gradeli malignensilerdir, sıklıkla genç yaşta, erken evrelerde saptanmaları, iyi prognozlu, geç rekkürenslerle seyretmesi, unilateral ve overde sınırlı olmasından dolayı fertilitte koruyucu cerrahi ile tedavi edilebilirler(11).

**Anahtar Kelimeler:** Adult granülosa hücreli tümör, rekkürens, fertilitte koruyucu cerrahi

**AuthorToEditor:** Adult granülosa hücreli tümör geç rekkürenslerle seyretmesi ve epitelyal over tümörlerine göre prognozu iyi seyretmesi nedeniyle reproduktif çağda fertilitte arzusu olan hastalarda fertilitte koruyucu cerrahi ile tedavi ve takibi yapılabilir. Biz de kliniğimizde fertilitte arzusu olan rekkürens adult granülosa hücreli tümör vakasını sunduk. Saygılarımla.

# 2. MİNİMAL İNVAZİV JİNEKOLOJİK CERRAHİ KONGRESİ

13 - 16 Şubat 2019

Wyndham Grand İstanbul - Levent



## OP-07

### Jinekoloji ve Genel Cerrahi Kliniklerinin Abdominal Duvar Endometriozis Olgularına Yaklaşımlarının Karşılaştırılması

*Ibrahim Karaca*

*Bakırköy Dr. Sadi Konuk E.A.H*

**AMAÇ:** Bu retrospektif çalışmamızda jinekoloji ve genel cerrahi kliniklerinde opere olan patoloji onaylı 69 abdominal duvar endometriozis (ADE) vakasının verilerini değerlendirdik ve farklı departmanların cerrahi yaklaşımlarını karşılaştırdık

**METOD:** Retrospektif gözlemsel çalışmamız Ocak 2007 ile Nisan 2017 tarihleri arasında kurumumuzda batın ön duvarda kitle nedeniyle jinekoloji ve genel cerrahi departmanlarında opere olan ve cerrahi eksizyon sonrası histopatolojik sonucu "endometriosis" saptanan hastalardan oluşmaktadır.

Toplada 69 hasta çalışmaya dahil edildi. Bu hastaların %44,9'u(n:31 hasta) jinekoloji, %55,1'i(n:38) genel cerrahi kliniğinde opere edilmiştir. Hastaların demografik özellikleri, semptomları, semptomların görülme süresi, uygulanan görüntüleme yöntemleri eksize edilen endometriotik dokunun büyüklüğü, batın duvarındaki lokalizasyonu bilgisayar tabanlı hastane kayıtlarından elde edilmiştir.

**BULGULAR:** Hastaların demografik özellikleri tablo 1'de gösterilmiştir. Jinekoloji grubunda sezeryan oranı %87,1 (n:27), genel cerrahi grubunda ise %84,2 (n:32) dir (p:1.00). Sezeryan doğum öyküsü olmayan kadınlardaki ADE kitlelerinin tamamı genel cerrahi kliniği tarafından opere edilmiştir. İstenilen preoperatif tanısal testler açısından iki grup arasında istatistiksel fark saptamadık. Ortalama semptom süreleri her iki grupta benzerdir (p:0,766). Her iki grup semptomların görülme sıklığı açısından karşılaştırıldığında gruplar arasında anlamlı fark saptanmadı. (Tablo 2). Eksize edilen endometriosis dokusunun ortalama büyüklüğü gruplar arasında karşılaştırıldığında; genel cerrahlar tarafından çıkarılan kitlelerin ( $3.6 \pm 1.4$  cm) jinekologlar tarafından çıkarılan kitlelerden ( $2.8 \pm 1.6$  cm) daha büyük olduğu saptanmıştır. (p:0,043) (Tablo 3). Jinekoloji departmanında eksize edilen endometriosis dokusunun tamamı transvers insizyon hattındadır. Cerrahi grubunda, daha derin yerleşimli olan rektus kası kılıf lokasyonundaki endometriozis olguları (14 patients 36.8%) jinekoloji grubuna (3 patients, 9.7%) oranla daha fazladır (p:0,009). Çalışma süresi boyunca 3 hastada endometriosis tekrarlamıştır.

**SONUÇ:** ADE genel popülasyonda oldukça az rastlanılan, uygun eksizyonla kalıcı olarak tedavi edilebilen bir hastalıktır. Gerek jinekologlar gerekse genel cerrahlar etkin cerrahi procedürü uygulamaktadırlar. Her iki cerrahi departman arasındaki en önemli fark genel cerrahların klinik presentasyonu atipik olan ADE olgularının tedavisinde daha etkin görev almalarıdır. ADE lezyonlarının çoğunluğunun sezeryan skarıyla ilişkili olması, bu hastaların çok azına mesh gereksinimi duyulması ve nüksün az olması, bu hastaların cerrahi yönetiminin jinekologlar tarafından rahatlıkla yapılabileceğini göstermektedir.

**Anahtar Kelimeler:** Abdominal duvar endometriozis, skar endometriozis, insizyonel endometriozis



## Hastaların demografik özellikleri

	AWE Operated by gynecologist (n: 71)	AWE Operated by general surgeon (n: 31)	p value
Age of diagnosis	32.1 ± 5.8 19.0 [14.0, 36.0]	31.7 ± 6.1 30.7 [24.3, 37.0]	0.402 <sup>a</sup>
BMI, kg/m <sup>2</sup>	26.4 ± 3.6 21.0 [14.0, 28.0]	25.3 ± 4.1 26.8 [24.0, 28.0]	0.300 <sup>a</sup>
Gravidy	Parity/gravida or Nulliparous	30 (71.8%) 12 (28.2%)	0.007 <sup>b</sup>
	Parity/gravida or Nulliparous	30 (71.8%) 12 (28.2%)	
Interval from the index surgery to the onset of symptoms (years)	2.9 ± 1.2 1.0 [0.0, 4.0]	3.2 ± 1.4 1.7 [0.0, 4.0]	0.300 <sup>a</sup>
Preoperative need for additional imaging (CT/MRI)	4 (10.4%)	10 (26.3%)	0.250 <sup>a</sup>
Five needs operation cytology	7 (21.4%)	3 (7.7%)	0.100 <sup>a</sup>
Craniocentesis	27 (87.1%)	32 (84.2%)	1.000 <sup>a</sup>
	27 (87.1%)	32 (84.2%)	
Surgical History	Laparoscopy	4 (10.3%)	0.027 <sup>b</sup>
	Laparotomy	1 (2.3%)	
	No surgery surgery	0 (0.0%)	
Use of pain medication	12 (30.7%)	27 (69.3%)	0.020 <sup>b</sup>

Data are presented as mean ± SD, median [interquartile range] or number (percentage).  
<sup>a</sup>Independent sample t-test, <sup>b</sup>Fisher's Exact Test, <sup>c</sup>Mann-Whitney U-Test, <sup>d</sup>Nominal Chi-Square Test, statistically significant  
 comparisons are marked with \*.  
 Note: Patients may have more than one symptom. Data includes 0-91 CT or 0-91 MRI at preoperative visit (before surgery).

## Hastaların semptomları

	AWE Operated by gynecologist (n: 31)	AWE Operated by general surgeon (n: 33)	p value
Mean duration of symptoms (years)	1.7 ± 0.9 1.0 [1.0; 2.0]	1.7 ± 0.7 2.0 [1.0; 2.0]	0.766 <sup>a</sup>
<b>Symptoms</b>			
Cyclic pain	24 (77.4%)	29 (76.3%)	0.914 <sup>b</sup>
Acyclic pain	5 (16.1%)	5 (13.2%)	0.745 <sup>c</sup>
Swelling	21 (67.7%)	33 (86.8%)	0.050 <sup>b</sup>
Abdominal Pain	10 (32.3%)	6 (15.8%)	0.107 <sup>b</sup>
Pelvic Pain	9 (29.0%)	12 (31.6%)	0.819 <sup>b</sup>
Dysmenorrhea	6 (19.4%)	8 (21.1%)	0.862 <sup>b</sup>
Dyspareunia	10 (32.3%)	11 (28.9%)	0.766 <sup>b</sup>
Bowel symptoms	5 (16.1%)	7 (18.4%)	0.803 <sup>b</sup>
Bleeding	0 (0.0%)	2 (5.3%)	0.498 <sup>c</sup>

Data are presented as mean ± SD, median [interquartile range] or number (percentage).  
<sup>a</sup>Mann-Whitney U-Test, <sup>b</sup>Chi-Square Test, <sup>c</sup>Fisher's Exact Test, statistically significant  
 comparisons are marked with \*.  
 Note: Patients might have more than one symptom.



## Endometriotik lezyonun batın duvarındaki lokalizasyonu

	AWE Operated by gynecologist (n: 31)	AWE Operated by general surgeon (n:38)	p value
Mean size of endometriosis tissue (cm)	2.8 ± 1.6 3.0 [1.5; 4.0]	3.6 ± 1.4 4.0 [2.5; 4.6]	0.043 <sup>a+</sup>
<b>Location of excised endometriosis tissue</b>			
Umbilicus	0 (0.0%)	3 (7.9%)	0.247 <sup>b</sup>
Groin	1 (3.2%)	6 (15.8%)	0.119 <sup>b</sup>
Transverse incision	31 (100.0%)	27 (71.1%)	0.001 <sup>b+</sup>
Trocar port	0 (0.0%)	3 (7.9%)	0.247 <sup>b</sup>
<b>Location in abdominal layers</b>			
Skin	3 (9.7%)	5 (13.2%)	0.722 <sup>b</sup>
Subcutaneous tissue and fascia	27 (87.1%)	27 (71.1%)	0.108 <sup>c</sup>
Rectus sheath	3 (9.7%)	14 (36.8%)	0.009 <sup>c+</sup>
Rectus muscle	2 (6.5%)	2 (5.3%)	1.000 <sup>b</sup>

Data are presented as mean ± SD, median [interquartile range] or number (percentage)

<sup>a</sup>Independent samples t-test; <sup>b</sup>Fisher's Exact Test; <sup>c</sup>Pearson Chi-Square Test; statistically significant comparisons are marked with \*.

Note: Patients might have lesions on more than one site.



# 2. MİNİMAL İNVAZİV JİNEKOLOJİK CERRAHİ KONGRESİ

13 - 16 Şubat 2019

Wyndham Grand İstanbul - Levent



## OP-08

### Adneksiyal Torsiyonlarda Minimal İnvaziv Yaklaşım: Tersiyer Bir Merkezin 3 Yıllık Sonuçları

*Fatma Aslıhan Dumlu, Yetkin Karasu, Mustafa Erkan Sarı, Yusuf Ergün, Yusuf Üstün*

*Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği*

**AMAÇ:** Minimal invaziv cerrahi uygulanmış adneksiyal torsiyon olgularının tanı ve tedavi sonuçlarını değerlendirmek

**MATERYAL-METOD:** Ocak 2016-Aralık 2018 tarihleri arasında tersiyer bir merkezde adneksiyal torsiyon tanısı almış ve laparoskopik cerrahi (L/S) uygulanmış olguların demografik özellikleri, klinik ve radyolojik bulguları, tedavi yaklaşımları ve histopatolojik sonuçları retrospektif olarak incelenmiştir.

**SONUÇLAR:** Totalde laparoskopik cerrahi uygulanmış 23 hasta değerlendirildi. Olgularda median yaş 30 (15-49) iken 6 (23%) olgu nullipar, 17 (77%) olgu multipar idi. İzlenen en sık klinik semptom ağrı idi. Olguların 13 (56.5%) ünde adneksiyal kitle tespit edildi. Doppler ultrasonografide olguların 14 (60.8%) inde kan akımı izlenmezken 9 olguda normal veya azalmış kan akımı mevcut idi. Beş (21.7%) olguya single port L/S uygulandı. İntraoperatif adneksiyal kitle izlenmeyen 10 olguya detorsiyon işlemi uygulanırken, 10 olguya kistektomi ve detorsiyon, 3 olguya unilateral salpingoofektomi işlemleri gerçekleştirildi. Detorsiyon uygulanan olguların birinde 10 hafta intrauterine gebelik mevcut idi. Nihai patolojide 6 olguda basit seröz kist, 3 olguda matür kistik teratom, 1 olguda müsinöz kistadenom izlendi. 23 operasyonda intraoperatif, postoperatif komplikasyon izlenmedi.

**TARTIŞMA:** Adneksiyal torsiyon şüpheli olgularda mümkünse minimal invaziv yaklaşım öncelikli tanı ve tedavi yöntemi olarak düşünülmelidir. Bu olgularda klinik ve ultrasonografik değerlendirmelerin hızlı ve doğru yapılması, minimal invaziv yaklaşımla organ koruyucu cerrahi uygulanabilmesi için büyük önem taşımaktadır. Konservatif yaklaşımda detorsiyon etkin bir yöntem olarak görülmektedir.

**Anahtar Kelimeler:** Adneks, torsiyon, laparoskopi

# 2. MİNİMAL İNVAZİV JİNEKOLOJİK CERRAHİ KONGRESİ

13 - 16 Şubat 2019

Wyndham Grand İstanbul - Levent



## OP-09

### Mikst tip üriner inkontinans olgularında Transobturator tape operasyonu sonuçları

*Mahmut Kuntay Kokanalı, Demet Kokanalı*

*Zekai Tahir Burak Kadın Sağlığı Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Ankara, Türkiye*

**AMAÇ:** Mikst tip üriner inkontinans olgularında uygulanan Transobturator tape (TOT) operasyonunun kısa dönem sonuçlarını değerlendirmek

**YÖNTEM:** Bu retrospektif çalışmaya, Ocak 2014-Aralık 2017 tarihleri arasında hastanemiz ürojinekoloji bölümünde muayene olup mikst üriner inkontinans tanısı konan ve tedavisinde TOT operasyonu uygulanan kadın hastalar dahil edildi. Mikst tip üriner inkontinans, ICS (Uluslararası Kontinans Birliği) tanımına göre ani ve şiddetli idrar yapma isteği (urgency) ve fiziksel eforla veya hapşırma veya öksürme sırasında istemsiz idrar kaçırma varlığı olarak tanımlandı. Urgency semptomları ağır basan, geçirilmiş pelvik organ prolapsusu ve üriner inkontinans cerrahisi olan, ilave ek sistemik hastalığı (diabet, nörolojik hastalık gibi) olan, muayenesinde  $\geq 2$ . derece pelvik organ prolapsusu tespit edilen ve yetersiz kayıtları olan hastalar çalışma dışı bırakıldı. Hastalara ait tüm bilgilere hastane kayıtlarından ulaşıldı. TOT operasyonu sonuçlarını değerlendirmek için preoperatif ve postoperatif 6. ay ve 1.yıl takiplerine ait muayene bulguları ve yaşam kalite formları (Türkçe validasyonu yapılmış UDI-6: Urogenital Distress Inventory-6) sonuçları geriye dönük olarak incelendi. Hastalara ait objektif sonuçları değerlendirmek için muayene (öksürük stres test) bulguları, subjektif sonuçları değerlendirmek için yaşam kalite formlarının sonuçları kullanıldı.

**BULGULAR:** Dışlama kriterleri sonrasında 43 hasta çalışma grubunu oluşturdu. Hastaların demografik özellikleri Tablo 1'de özetlenmiştir. Hastalarda intraoperatif herhangi bir komplikasyon gerçekleşmemiştir. Postoperatif erken dönemde 1 hastada işeme disfonksiyonu gelişmiş ve meş materyali cerrahi olarak gevşetilmiştir. 2 hastada, postoperatif 6. ayda vajen mukozası ön-orta hatta erezyon izlenmiş ve meş materyali eksize edilmiştir. Postoperatif 6. ayda 37 (86.0%) hastada, 1. yılda ise 36 (83.7%) hastada öksürük stres test sonucu negatif (objektif kür) olarak bildirilmiştir. Hastaların postoperatif 6. ay ve 1. yıldaki total UDI-6 skorları preoperatif döneme göre anlamlı derecede iyileşmiştir (subjektif kür) (Tablo 2). Postoperatif 6. ayda depolama semptomlarından dolayı 18 (41.9%) hastaya antimuskarinik tedavi başlanmış, 1. yılda ilave 7 hastaya daha antimuskarinik tedavi başlanmıştır.

**SONUÇ:** Stres ağırlıklı mikst tip üriner inkontinans olgularında uygulanan TOT operasyonu kısa dönemde hasta yaşam kalitesini anlamlı derecede arttırmaktadır. Bunu yaparken özellikle stres tip idrar kaçırma semptomlarının düzeltilmesinde oldukça etkindir. Beraberinde idrar depolama kabiliyeti ile ilişkili şikayetlerin düzeltilmesinde de etkin olabilirler; ancak bu etkinlik zaman içerisinde azalmaktadır. Tüm bu olumlu etkileri yanında düşük intraoperatif ve postoperatif komplikasyon oranına sahip olduğu için de güvenilir bir cerrahi tedavi seçeneğidir.

**Anahtar Kelimeler:** inkontinans, mikst tip,transobturator tape



Tablo 1. Hastaların demografik özellikleri

Değişkenler	N=43
Yaş (yıl)	54.9+ 6.1
VKİ (kg/m <sup>2</sup> )	31.6±6.7
Vajinal doğum sayısı	3 (0-8)
Menapoz varlığı	30 (69.8)
VKİ: Vücut kitle indeksi Veriler ortalama±standart sapma; ortanca(minimum-maksimum değer); sayı (%) olarak gösterilmiştir	

Tablo 2. Hastaların preoperatif ve postoperatif 6. ay ve 1. yıl sonuçları

	Preop. (I)	Postop 6.Ay (II)	Postop 1.yıl (III)	P	P1 (I-II)	P2 (I-III)	P3 (II-III)
ÖST pozitifliği	43 (100.0)	6 (14.0)	7 (16.3)	<0.001	<0.001	<0.001	>0.05
UDI-6 puanı	14 (4-18)	3 (1-8)	3 (1-12)	<0.001	<0.001	<0.001	>0.05
ÖST: öksürük stres test; UDI: Ürogenital distres envanteri Veriler sayı (%) ve or- tanca (mini- mum-mak- simum değer) olarak veril- miştir p<0.05 istatistiksel olarak an- lamli kabul edilmiştir							

# 2. MİNİMAL İNVAZİV JİNEKOLOJİK CERRAHİ KONGRESİ

13 - 16 Şubat 2019

Wyndham Grand İstanbul - Levent



## OP-10

### Ürolog veya jinekolog tarafından yapılması kadınlarda laparoskopik sakrokolpopeksi sonuçlarını etkiler mi?

Çetin Demirdağ<sup>1</sup>, Sinharib Çitgez<sup>1</sup>, Mahmut Öncü<sup>2</sup>

<sup>1</sup>İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Üroloji Anabilim Dalı, İstanbul

<sup>2</sup>İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Kadın Doğum Anabilim Dalı, İstanbul

**AMAÇ:** Ürolog ve jinekolog tarafından laparoskopik sakrokolpopeksi (LSK) uygulanan kadınların operasyon sonuçlarını karşılaştırma amaçlandı.

**METOD:** Toplamda 37'si ürolog (Grup 1) ve 33'ü jinekolog (Grup 2) tarafından uygulanan, toplamda 70 kadına LSK yapıldı. Hastaların tümü semptomatik pelvik organ prolapsusu (POP) ile başvurmuştu. Hastaların tümünde Baden-Walker sınıflamasına göre 3 veya 4. Derecede POP mevcuttu. İstatistiksel analizler Mann-Whitney U testi ve Fisher'in kesinlik testi kullanılarak SPSS versiyon 20.0 ile yapıldı.

**BULGULAR:** Ortalama takip süresi Grup 1 ve Grup 2 için sırasıyla 27,3 (12-48) ve 26,8 (12-48) ay olarak tespit edildi ( $p=0.59$ ). Ortalama tahmini kan kaybı ve hastanede kalış süresi her iki grupta da benzerdi. Grup 1 ve 2 için sırasıyla 5 ve 4 hastaya eş zamanlı anti-inkontinans cerrahisi uygulandı ( $p = 0.78$ ). Grup 1 ve Grup 2'de sırasıyla 3 ve 2 hastada uterus korumalı LSK yapıldı. Başarı oranları; Grup 1 için %94,6 ve Grup 2 için %93,9 ( $p=0.86$ ). Komplikasyon oranları bakımından her iki grup arasında anlamlı istatistiksel fark saptanmadı ( $p > 0.05$ ).

**SONUÇ:** Jinekolog veya ürolog tarafından yapılması, LSK ameliyatının sonuçlarını etkilememektedir. Çalışmamızda, her iki grupta da benzer başarı ve komplikasyon oranları tespit edildi.

**Anahtar Kelimeler:** Sakrokolpopeksi, laparoskopi, pelvik organ prolapsusu

# 2. MİNİMAL İNVAZİV JİNEKOLOJİK CERRAHİ KONGRESİ

13 - 16 Şubat 2019

Wyndham Grand İstanbul - Levent



## OP-11

### Abdominal Skarda Endometriozis-ilişkili Berrak Hücreli Karsinom: Vaka Sunumu

*Mine Daggez Kelesoglu<sup>1</sup>, Serdar Serin<sup>1</sup>, Bülent Özçelik<sup>1</sup>, Mehmet Dolanbay<sup>1</sup>, Mustafa Gök<sup>2</sup>*

*<sup>1</sup>Erciyes Üniversitesi, Jinekolojik Onkoloji Bilim Dalı, Kayseri*

*<sup>2</sup>Erciyes Üniversitesi, Genel Cerrahi Anabilim Dalı, Kayseri*

**Amaç:** Endometriozis reproduktif yaşta sık görülen bir tablodur. Benign bir tablo olmakla birlikte, malign transformasyonu da pek çok çalışmada dökümente edilmiştir. Endometriozis -ilişkili malignitelerin %80'i overlerde izleniyor olmakla beraber, ekstragonadal sahalarda da olabilmektedir ve cerrahi skar bunlar içinde en nadir görülenlerdendir. Hastalar insizyon hattında siklik olabilen şiddetli ağrı şikayeti ile başvurmaktadır. Tanıda lezyona yönelik görüntüleme faydalı olmakla beraber, kesin tanı cerrahi eksplorasyon sonrası konabilmektedir. Bu vakada biz, endometriozis-ilişkili semptomları bulunan hastada abdominal skarda saptanmış berrak hücreli karsinom vakasını sunmaktayız.

**Vaka sunumu:** 43 yaşındaki hastanın, 15 yıl önce sezaryen öyküsü bulunmakta ve sonrasında insizyon hattında, şiddeti siklik olarak artan ağrı tariflemektedir. Hastanın 3 yıl önce adetleri kesilmiş ve sonrasında skardaki ağrısı da hafiflemiş. Son 6 ay içerisinde ağrının tekrarlaması ve skar hattında sertlik olması üzerine başvurmuş. Muayenesinde cilt insizyonunda orta hatta yaklaşık 7 cm çapında solid, fikse bir kitle saptanması üzerine yapılan yüzeysel ultrasonografisinde skar hattında 70x45x40mm. çapında solid,heterojen görünümlü bir kitle izlendi. BT'de lobüle konturlu heterojen intensitedeki yer yer hemoraji alanları içeren 68x41x38mm çapındaki kitlenin abdominal kasları tuttuğu ve fasyaya kadar uzandığı izlenmiş ve post-kontrast serilerde yoğun hematojen kontrastlanma gösterdiği saptanmış ve endometriozis lehine değerlendirilmiştir. Uterus, mesane ve bilateral adneksler normal görünümündedir. Hastanın yapılan vajinal ultrasonografisi normal, bimanuel muayenede uterus ve bilateral adneksler ve Douglas hareketle serbestti. Cerrahi öncesi CA125 düzeyi 6.76, CA19-9 düzeyi 16.3 CEA düzeyi 1.56 idi. Laboratuvar tetkiklerinde anormallik saptanmadı. Hastaya, skar endometriozisi ön tanısı ile tanısal laparoskopi ve geniş rezeksiyon planlandı. Laparoskopide uterus, bilateral tubalar, overler ve pelvik periton ve Douglas boşluğu doğal olarak izlendi. Kitle iç taraftan omentuma yapışık. Kitle ve ilişkili omental alan sağlam cerrahi sınırlar korunarak çıkarıldı, multipl periton biyopsileri alındı ve karın ön duvarı meş gereksinimi olmadan onarıldı. Patolojide kitle berrak hücreli karsinom ile uyumlu olarak raporlandı ve yapılan immunhistokimyasal çalışmalarda CK7,EMA,MÜSİN, P53%30 ve Ki67%60 POZİTİF; VİMENTİN,CK20,CDX2, Estrojen, progesteron, PLAP,Wt-1, İNHİBİN, S-100 NEGATİF olması nedeniyle ön planda kadın genital sistem kaynaklı berrak hücreli karsinomla uyumlu olarak raporlandı. Ancak kesitlerde sahada endometriozis alanları izlenmedi. Multipl periton biyopsileri endometriozisle uyumlu, omental alan normal olarak değerlendirildi. Hasta abdominal skarda endometriozis- ilişkili malign transformasyon(EAMTAS) lehine değerlendirildi ve medikal onkolojiye danışılarak 6 kür platin bazlı kemoterapi başlanması uygun görüldü. Yapılan PET-CT sinde ek tutulum alanı izlenmedi.

## 2. MİNİMAL İNVAZİV JİNEKOLOJİK CERRAHİ KONGRESİ

13 - 16 Şubat 2019

Wyndham Grand İstanbul - Levent



**Tartışma:** EAMTAS nadir görülen fakat agresif seyredabilen bir hastalıktır. Genellikle sezaryen skarlarında görülmekte ve cerrahiden uzun yıllar sonra tanı alabilmektedir. 1925'te Sampson tarafından tanımlanmış ve 1953'te Scott tarafından revize edilmiş kriterlere göre tümör sahasında benign ve neoplastik endometrial dokular izlenmeli, başka sahada primer tümör saptanmamalı ve malign doku ile devamlılık gösteren benign endometriozis dokusu da kesitlerde izlenmelidir. Sunmuş olduğumuz vakanın kesitlerinde, berrak hücreli karsinom sahasına komşu normal endometriozis alanları izlenmemiş olmakla beraber, olgunun hikayesi ve periton biyopsi sonuçları ile birleştirildiğinde ön planda EAMTAS olarak düşünülmektedir. Bu vakalarda en sık berrak hücreli, 2. Sıklıkta da endometrioid histoloji izlenmekte olup, berrak hücreli tipler çok daha agresif seyretmektedir. Tedavide ön planda ekstensif cerrahi ve kemo/radyoterapi önerilmektedir ve erken tanı için en önemli husus klinisyenin şüphesidir.

**Anahtar Kelimeler:** Endometriozis,abdominal skarda endometriozis-ilişkili malign transformasyon(EAMTAS), berrak hücreli karsinom



## OP-12

### Pelvik böbreği bulunan prolapsus uteri olgusunda, modifiye(port girişleri=mesh çıkışları) laparoskopik lateral süspansiyon operasyonu

*Şerif Aksin, Cengiz Andan, Hasip Karabat*

*Diyanbakır Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi*

**GİRİŞ:**Uterin prolapsusu, histerektomi yapılan hastaların% 1'ini etkiler.Pelvik organ prolapsusu tedavisinde sakrokolopopeksi altın standart olarak kabul edilir. Bununla birlikte, promontoryumdaki diseksiyon, özellikle obez hastalarda veya anatomik bir varyasyon olduğunda zor olabilir. Bu, nadir görülen ancak ciddi nörolojik veya üreteral morbiditenin yanı sıra hayatı tehlike arz eden vasküler yaralanma ile ilişkilendirilebilir. Modifiye(port=mesh yerleri) LLS, promontoryumdaki diseksiyonu önleyerek alternatif bir prosedürü temsil eder

**OLGU:** Hastamız, g4y4, 62 yaşında POP-Q evrelemesine göre stage 3 kategorisinde,doğuştan tek böbrekli,bu böbreği pelvik bölgede sağ adnexial alana yakın, prolapsus uteri olgusu

**YÖNTEM:** Mesh kullanarak yapılan laparoskopik lateral süspansiyon, POP'u etkili bir şekilde tedavi eden minimal invaziv bir tekniktir.

Port Yerleri ile mesh yerleri için Lateral de aynı insizyonu kullanmaktayız. Trokar yerleri ve aynı zamanda mesh giriş-çıkış yerleri olan ve crista iliaca anterior süperiorun 4 cm yukarısında 5 mm port yerleri açılmaktadır.

Uterovesikal boşluğun diseksiyonu yapıldıktan sonra, batına daha önce hazırlanmış,V şeklinde 2 cm genişliğinde ve kol uzunluğu 25 cm uzunluğunda prolene mesh batın içine atılır. Uterovesikal boşluğun diseksiyonu yapılarak, isthmus ortaya çıkarılır.. Mesh in 2\*2 cm lik merkezi isthmusa sabitlenir.Daha sonra Lateral port yerlerinden portegü girilerek, portegü, en alt peritona girilerek,eğik bir rotada ilerletilir, round ligament yukarı doğru kaldırılır ve açılan uterovesikal -isthmik alan üzerine ulaşılır.Daha sonra mesh uçları, portegü tarafından tutularak, aynı tünelden geri çekilerek, port yerlerinden dışarıya alınır.Mesh kolları bilateral çekilerek, istenen seviyede gerginlik sağlanarak lateral süspansiyonu elde edilir.

**SONUÇ:** Port- mesh yerleri birleştirilerek modifiye edilmiş, modifiye laparoskopik daha kolay, daha kısa ve daha ucuz olma potansiyeline sahiptir. Daha önce açıklanan yöntemlerle karşılaştırıldığında verimli, daha az invaziv ve daha güvenlidir.

**Anahtar Kelimeler:** laparoskopik lateral süspansiyon, prolapsus uteri, mesh,pelvik böbrek

**AuthorToEditor:** Merhabalar, sözel sunum yaparak anlatmak istiyorum;saygılarımla.



## OP-13

**Unusual usage of thoraco-abdominal stapler in gynecological oncology: method for diaphragm full thickness implant resection without entrance to pleural space**

*Gunsu Kimyon Comert<sup>1</sup>, Taner Turan<sup>2</sup>*

<sup>1</sup>Department of Gynecological Oncology, Van Training and Research Hospital, University of Health Sciences, Van, Turkey

<sup>2</sup>Department of Gynecological Oncology, Etlik Zubeyde Hanim Women's Health Training and Research Hospital, University of Health Sciences, Ankara, Turkey

**AIM:** To describe a technique for resection of diaphragm full thickness implants which is the major barrier that leads to suboptimal cytoreduction.

**METHOD:** Steps of the technique are as follows; (1) after identification of the full thickness implant (FTi) borderlines; sutures placed to medial edge, middle and lateral edge of the FTi to perform traction easier (2) thoraco-abdominal stapler (TAs; DST series) is placed under the hauled FTi transversally to diaphragm with consideration of phrenic nerves' protection and locks up the stapler, (3) after checking around of the stapler to avoid involving adjacent tissues, it is locked up secondly to place the sutures automatically (4) resection of the FTi from above the TAs via bisturi and opening of the stapler (5) control the air leakage via the bubble test.

**RESULTS:** A 51 years old patient presented with abdominal distention. Peritoneal carcinomatosis and ascites were determined in computed tomography. Intraoperative exploration revealed the peritoneal cancer index as 20. Hysterectomy, bilateral salpingo-oophorectomy, recto-sigmoid low anterior resection, retroperitoneal lymphadenectomy up to renal vein, splenectomy, total omentectomy, appendectomy and peritonectomy was performed. Addition to miliary involvement, 3 cm FTi was determined on right diaphragma. After the striping of the diaphragma, the FTi was resected using TAs via abovementioned technique without entrance to pleural space. At the end of the operation, complete cytoreduction was achieved to R0. There were no pleural effusion, pneumothorax and also need for thoracentesis at postoperative period. Pathology of the resected specimen was reported as diaphragmatic muscle invasion of the high grade serous ovarian carcinoma.

**CONCLUSION:** Diaphragmatic FTi resection with TAs hold promise on increase rate of achieving complete cytoreduction. This technique has an important advantage to minimize the need for thoracentesis which is significant to decrease the morbidity.

**Keywords:** Diaphragma striping, full thickness resection, ovarian cancer, cytoreduction

**AuthorToEditor:** Highlights • Diaphragm full thickness implant resection (FTiR) with thoraco-abdominal stapler (TAs) is safe, practical and an easy to learn surgical technique. • Diaphragm FTiR with TAs may decrease the need for thoracentesis. • This technique provides improvement on achieving to complete (residue zero) cytoreduction in advanced ovarian cancer.



# 2. MİNİMAL İNVAZİV JİNEKOLOJİK CERRAHİ KONGRESİ

13 - 16 Şubat 2019

Wyndham Grand İstanbul - Levent



## OP-14

### Modifiye laparoskopik pektepeksi sonrası gelişen 3 ayı gebelik olgusu

*İhsan Bağlı<sup>1</sup>, Mehmet Sait Bakır<sup>2</sup>, Ali Emre Tahaoğlu<sup>3</sup>, Yunus Çavuş<sup>3</sup>*

*<sup>1</sup>Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Gazi Yaşargil Eğitim Araştırma Hastanesi, Diyarbakır*

*<sup>2</sup>Antalya Üniversitesi Jinekolojik Onkoloji Bilim Dalı, Antalya*

*<sup>3</sup>Özel Memorial Dicle Hastanesi, Diyarbakır*

**AMAÇ:** yeni bir pelvik organ prolapsusu (POP) cerrahisi olan modifiye laparoskopik pektepeksi ameliyatının gebelik ve gebelik sonrası POP açısından sonuçlarının değerlendirilmesidir.

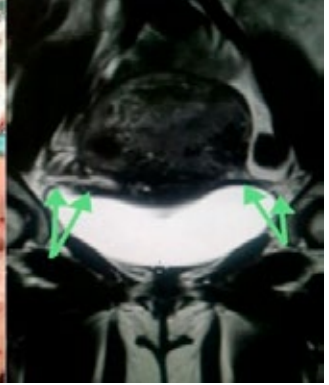
**MATERYAL-METOD:** Modifiye laparoskopik pektepeksi yaptığımız 3 hastanın gebelik ve sonrası POP rekürresi açısından durumunu sunuyoruz; iki hastaya miadında sezaryen doğum yaptırıldı, bu hastalardan biri pektepeksi sonrası ikinci kez gebe ve takip edilmektedir ve diğer hasta şu an 27 hafta gebe olarak takip edilmektedir.. Sırasıyla bir hasta 34 yaşında G2P2 (SVD), diğeri 38 yaşında G3P3 (SVD) ve diğer hasta G6P4 olup POP-Q sistemine göre evre 3 uterin desensüs saptadı. Hastalardan gerekli onamlar alındıktan sonra fertilitte koruyucu bir cerrahi olan modifiye laparoskopik pectopexy ameliyatı planladı. Ameliyattan sonra en az bir yıl kontrasepsiyon önerdiğimiz halde her iki hasta da pektepeksiden sonraki 6. ay ve 13. ayda gebelik saptandı, Sorunsuz gebelik takiplerinden sonra, sezaryen ile her iki hasta doğurtuldu; maternal ve fetal herhangi bir komplikasyon izlenmedi.. Sezaryen sonrası 6 ayda her iki hastamızda prolapsus açısından asemptomatikti. 27 hafta gebe olarak takip edilen hasta da gebelik sırasında ki muayenelerinde şimdiye kadar herhangi bir bölgenin evre 2 üstü prolapsus saptanmadı.

**SONUÇLAR:** Hastaların pelvik muayeneleri, bir hastada 37. haftada ve bir hastamızda sezaryen sonrası 7. günde yapılan pelvik MR görüntülerinde kullanılan polipropilen mesh yerleşiminde değişiklik olmadığı görüldü.. Ayrıca her iki hastanın sezaryen ameliyatında herhangi bir yapışıklık, mesh erozyonu saptanmadı. Uterus koruyucu çeşitli laparoskopik pelvik organ prolapsusu cerrahileri tanımlanmıştır. Bu cerrahilerden sonra meydana gelecek bir gebelik ve gebeliğin doğum şekli genelde tartışmalı olmaktadır. Pektopeksi sonrası gebe kalan hastalarımızın kısa dönem sonuçlarına bakıldığında gebeliğin ve doğumun rekürrense neden olmadığı görüldü. Gebeliğin ve doğumun pektepeksi ameliyatına olan etkisini ortaya koymak için daha fazla çalışmaya ihtiyaç vardır.

**Anahtar Kelimeler:** Pektopeksi, pelvik organ prolapsusu, gebelik, laparoskopik



## Gebelik ve pektepeksi



# 2. MİNİMAL İNVAZİV JİNEKOLOJİK CERRAHİ KONGRESİ

13 - 16 Şubat 2019

Wyndham Grand İstanbul - Levent



## OP-16

### Endometrial hiperplazilerin cerrahi tedavisinde laparoskopik histerektomi:5 yıllık deneyimimiz

Yusuf Çakmak<sup>1</sup>, Özgür Aydın Tosun<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Kadın Hastalıkları Vedogum Anabilimdalı

<sup>2</sup>İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları Ve Dogum Anabilim

**AMAÇ:** Endometrial hiperplazi tanısı konmuş hastalarda histerektomi deneyimlerimizi paylaşmak

**GEREÇ VE YÖNTEMLER:** 2014 -2019 yılları arasında Eskişehir Osmangazi üniversitesi tıp fakültesi kadın doğum kliniğinde endometrial örnekleme yöntemiyle endometrial hiperplazi tanısı konmuş ve laparoskopik histerektomi tedavisi uyulanmış 92 hastanın retrospektif olarak dosyaları incelenmiştir.Hastaların demografik verileri ile klinikopatolojik özellikleri değerlendirilmiştir.

**BULGULAR:** Endometrial hiperplazili hastaların %76 sı premenopozal dönemde olup ortalama görülme yaşı 47 dir. Kompleks atipili hiperplazi ve kompleks atipisiz hiperplazi oranları eşit olup %34,7 ile 32 hastadan oluşmaktadır.Basit endometrial hiperplazi 6 hastayla oranı %6,5 iken,22 hastayla basit atipili hiperplazi oranı %23,9 olarak bulunmuştur. Preoperatif endometrial hiperplazi tanısı konmuş olup nihayi histerektomi spesmenlerinin incelenmesi sonucu hiperplazi saptanmayan hasta oranı 32 hastayla %34,7 olarak bulunmuştur. Buna karşılık 12 hastada ise ilk preoperatif patolojisinden daha ileri patoloji tespit edilmiş olup oranı %13 olarak bulunmuştur. Bu çalışmada hiperplazilerle eşzamanlı endometrial kanser görülme oranı %4 olarak tespit edilmiştir.

**SONUÇ:** Endometrial hiperplazili hastaların yönetiminde cerrahi tedavi uygulanması planlanıyorsa laparoskopik histerektomi uygulamaları minimal invazif olması nedeniyle tercih edilebilir.

**Anahtar Kelimeler:** Endometrial hiperplazi,laparoskopik histerektomi,endometrial hiperplazi yönetimi

## Tablo1

Ortalama yaş	47(36-62)
Ortalama Gravida	3,04
Ortalama parite	2,1
Ortalama yaşayan	2,04
Premenopoz	n:70 (%76)
Postmenopoz	N:22(%23.9)

Hastaların demografik özellikleri

# 2. MİNERAL İNVAZİV JİNEKOLOJİK CERRAHİ KONGRESİ

13 - 16 Şubat 2019

Wyndham Grand İstanbul - Levent

**Tablo2**

Basit hiperplazi	6(%6,5)
Basit atipili	22(%23,9)
Kompleks hiperplazi	32(%34,7)
Kompleks atipili hiperplazi	32(%34,7)

*Hiperplazi**oranları***Tablo3**

2 hasta kompleks hiperplazi	Evre1AG1
1 hasta atipili kompleks hiperplazi	Evre1AG2
1 hasta atipili kompleks hiperplazi	Evre1BG1
TOPLAM:4 HASTA	%4,3

*Endometrial**kanserler*

# 2. MİNİMAL İNVAZİV JİNEKOLOJİK CERRAHİ KONGRESİ

13 - 16 Şubat 2019

Wyndham Grand İstanbul - Levent



## OP-17

### Pelvik Organ Prolapsusu Yönetiminde Minimal İnvaziv Cerrahi Yaklaşım: Etlik Zübeyde Hanım Algoritması

*Ömer Lütfi Tapısız, Ali Rıza Doğan, Şadımın Kıykaç Altınbaş, Alaeddin Tulgay, Fulya Kayıkçıoğlu, Özlem Moraloğlu Tekin Ürojinekoloji Kliniği, Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Etlik Zübeyde Hanım Kadın Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Ankara, Türkiye*

Doğum yapmış kadınların %50'sinde pelvik taban desteğinde azalma ve dereceden bağımsız pelvik organ prolapsusu (POP) görülebilmektedir. Ürojinekoloji Kliniği'ne refere edilen hastaların %23'ünde ileri evre POP saptanmakta ve kadınların 1/9'u hayatları boyunca POP nedeni ile cerrahiye ihtiyaç duymaktadır. Hayat kalitesini ciddi bir şekilde etkileyen POP yönetiminde abdominal veya vajinal yolla uygulanan birçok cerrahi prosedür bulunmaktadır. Minimal invaziv cerrahi yaklaşımlarda son iki dekattaki ilerlemeler neticesinde POP cerrahisinde de birincil yaklaşım minimal invaziv cerrahi yönünde olmaktadır. Bu sunumda POP cerrahisinde referans merkezlerden biri olan kliniğimizin deneyimlerinden faydalanılarak hazırlanan POP'lu hastaların cerrahi yönetiminde uygulanan minimal invaziv cerrahi (MİC) yönetim algoritmamızın (Şekil 1) sizlerle paylaşılması hedeflendi.

Hastalara, hastalıkları ve uygulanabilecek cerrahi prosedürler ile ilgili detaylı bilgi verildikten sonra yaşa göre aşağıda belirtilen minimal invaziv cerrahi yaklaşımlar birincil olarak uygulanmaktadır. Ancak hastaların kondüsyonu ve istemlerine bağlı olarak bu yaklaşımlar bireyselleştirilmekte ve bazı farklılıklar gösterebilmektedir. POP etiyolojisinde pelvik destekte bir bütün halinde bozulma olduğundan (apikal, ön/arka duvar defektlerinin birlikteliği) sıklıkla hastalarda aşağıda sıraladığımız prosedürlerin kombinasyonları uygulanmakta ve pelvik destek açısından anahtar bir role sahip olan serviks ve bağlarının normal anatomik yapısına döndürülmesi hedeflenmektedir.

**Uterin Prolapsus Olgularında;** - Yaş >45-50: Hastaların uterusun kalması ile ilgili özel bir istekleri yoksa, bu yaş grubunda birincil yaklaşımımız vajinal histerektomi (VH) + McCall Kuldoplasti'dir. - Yaş <45-50: Bu hastalarda uterus koruyucu yaklaşımlar tercih edilmektedir. Sıklıkla birincil olarak 2016 yılında tarif ettiğimiz MİC yöntemle Vajinal Asiste Laparoskopik Sakrohisteropeksi (VALSH) (Şekil 2) prosedürü uygulanmaktadır. Bunun yanında bazı hastalarda yine MİC bir yöntem olan 2018 yılında tarif ettiğimiz Laparoskopik Lateral Histerosüspansiyon prosedürü de tercih edilebilmektedir. Bu grupta elangasyo kollinin belirgin olduğu uterin prolapsusun 1-2. derece olduğu olgularda Manchester-Fothergill prosedürü birincil olarak uygulanmaktadır.

**Cuff Prolapsusu Olgularında;** - Yaş >60: Daha önceden histerektomi geçirmiş, cinsel olarak nispeten inaktif olan bu yaş grubu hastalarda birincil olarak vajinal yaklaşım ile sakrospinöz ligamentopeksi (SSLP) prosedürü tercih edilmektedir. - Yaş <60: Bu yaş grubu hastalarda cinsel açıdan aktif olacakları da göz önünde bulundurularak birincil olarak Laparoskopik Lateral Cuff Süspansiyonu (L/S Lateral

# 2. MİNİMAL İNVAZİV JİNEKOLOJİK CERRAHİ KONGRESİ

13 - 16 Şubat 2019

Wyndham Grand İstanbul - Levent



Süsp.) (Şekil 3) operasyonu tercih edilmektedir. Bunun yanında bazı hastalarda yine Vajinal Asiste Laparoskopik Sakrokolpopeksi (VALSC) prosedürü de uygulanabilmektedir.

**Ön Duvar Prolapsusu Olgularında:**-Bu olgularda birincil olarak vajinal yol tercih edilmekte ve kolporafi anterior ile ön duvar prolapsusu revize edilmektedir. Eğer hastada paravajinal bir defekt mevcutsa paravajinal onarım da aynı seansta tercihen vajinal yolla yapılmaktadır. Eğer hastada sadece paravajinal defekt mevcutsa, bu olgularda laparoskopik yol ile paravajinal defekt onarımı da uygulanabilmektedir.

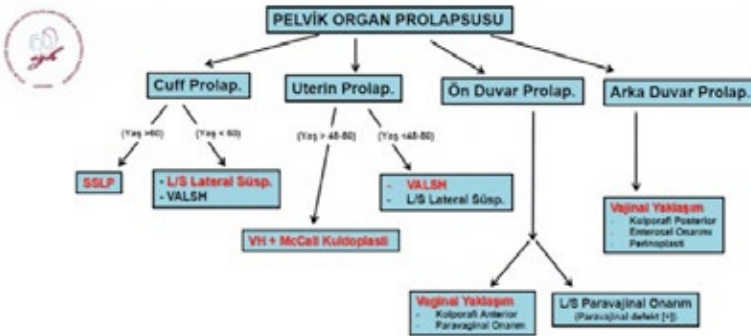
Arka Duvar Prolapsusu Olgularında

- Bu olguların hepsinde vajinal yol ile onarım tercih edilmektedir. Rektoseli olan olgularda kolporafi posterior yapılmakta ve eğer olgularda enterosel eşlik ediyorsa vajinal yol ile mutlaka enterosel onarımı uygulanmaktadır. Yine tüm olgulara perineal cisimciğin revize edilmesi kaydıyla perinoplasti yapılmaktadır.

Sonuçta, POP'u olan olgularda günümüzde gerek abdominal, gerekse de vajinal yolla primer olarak MİC yöntemler tercih edilmelidir. Cerrahi yaklaşım açısından çeşitliliğin bol olduğu POP olgularının yönetiminde, belli bir algoritmaya göre hareket etmenin cerrahin işini kolaylaştırabileceği ve belli bir standardizasyonu sağlayabileceği bilinmelidir. POP cerrahisinde referans bir merkez olan hastanemiz Ürojinekoloji Kliniği'nin oluşturduğu POP/MİC algoritmasının POP'lu hastaların yönetiminde başarı ile uygulanabileceği akılda tutulmalıdır.

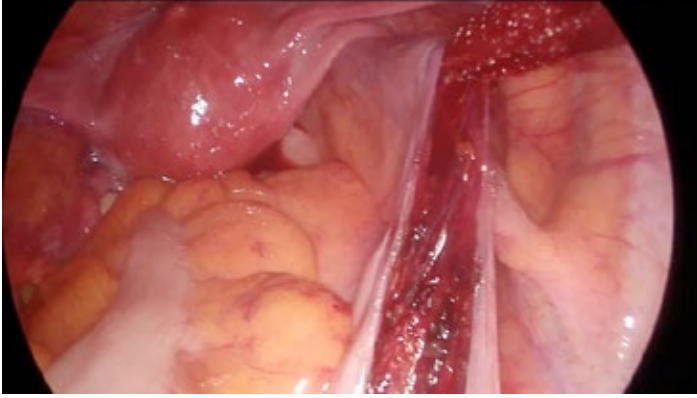
**Anahtar Kelimeler:** Pelvik Organ Prolapsusu, Minimal İnvaziv Cerrahi, Algoritma,

**Şekil 1. Etlik Zübeyde Hanım Kadın Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi POP/MİC Algoritması/2018**





Şekil 2. VALSH prosedüründe meshin retroperitoneal tünel yöntemi ile sakruma transferi



Şekil 3. Laparoskopik Lateral Süspansiyon prosedüründe meshin retroperitoneal tünel yöntemi ile transferi



**AuthorToEditor:** Sayın Bilimsel Komite Üyeleri, Pelvik organ prolapsusu (POP) bilindiği üzere birçok kadının hayat kalitesini ciddi ölçüde bozan önemli bir durumdur. POP'un cerrahi yönetiminde bilindiği üzere abdominal veya vajinal yolla uygulanan birçok prosedür mevcuttur. Minimal invaziv cerrahi yaklaşımlarda son iki dekattaki ilerlemeler neticesinde POP cerrahisinde de birincil yaklaşım minimal invaziv cerrahi yönünde olmaktadır. Bu sunumda POP cerrahisinde referans merkezlerden biri olan kliniğimizin deneyimlerinden faydalanılarak hazırlanan POP'lu hastaların cerrahi yönetiminde uygulanan minimal invaziv cerrahi yönetim algoritmamızın sizlerle paylaşılması hedeflendi. Saygılarımızla, Doç. Dr. Ömer Lütfü Tapısız

# 2. MİNİMAL İNVAZİV JİNEKOLOJİK CERRAHİ KONGRESİ

13 - 16 Şubat 2019

Wyndham Grand İstanbul - Levent



## OP-18

### Sezaryen skar gebeliğinde laparoskopik eksizyon ve isthmosel onarımı: bir olgu sunumu

*Kübra Bağcı Çakmak, Nura Fitnat Topbaş Selçuki, Pınar Kadiroğulları, Hüseyin Kıyak, Kerem Doğa Seçkin Sağlık Bilimleri Üniversitesi Kanuni Sultan Süleyman Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum, İstanbul, Türkiye*

**Giriş:** Sezaryen skar gebeliği, önceki sezaryen doğuma bağlı oluşan skar yerindeki miyometriyum dokusuna yerleşmiş nadir görülen ektopik gebeliktir. İlk olarak 1978'de İngiltere'den bildirilmiştir. Tüm ektopik gebeliklerin %6.1'ini oluştururken, tüm gebelikler için insidansı 1:1800-1:2216 ve daha önce sezaryen olmuş kadınların %0.15'inde görülmektedir. Ortalama tanı haftası  $7.5 \pm 2.5$ 'dir, geçirilen son sezaryen ile skar ektopik gebeliğin oluşması arasında 6 ay ile 12 yıl vardır. İki çeşit skar ektopik gebelik tanımlanmıştır: tip1 (endojen) ve tip2 (eksojen). Tip 1'de gebelik servikoisthmik boşlukta veya uterin kaviteye doğru, tip 2'de ise mesane veya abdominal kaviteye doğru büyür. Ciddi komplikasyon gelişimini önlemek için erken tanı ve tedavi gerekir. Sistemik veya lokal metotreksat tedavisi, dilatasyon & küretaj ile trofoblastik dokuların uzaklaştırılması, selektif bilateral uterin arter embolizasyonu, bilateral hipogastrik arter ligasyonu, histereoskopik, laparotomik ve laparoskopik sezaryen skar gebeliğin eksizyonu tedavi seçenekleridir. Biz de yaptığımız olgu sunumu ile sezaryen skar gebeliğin tedavisinde laparoskopik yaklaşımında güvenli bir şekilde uygulanabileceğini göstermeyi amaçladık.

**Olgu :** Ekim 2018'de dış merkezden skar gebelik şüphesiyle yönlendirilen, hastanemiz acil kadın doğum polikliniğine başvuran 34 yaşında gravida 5, parite 2, küretaj 2 olan hastanın öyküsünde geçirilmiş iki sezaryen dışında özelliği yoktu. Transvajinal ultrasonografisinde (TVUSG) uterus ön duvarda eski sezaryen skar bölgesine yerleşmiş CRL 5 hafta 6 gün ve fetal kalp atımı net değerlendirilemeyen tek gebelik izlendi. Hasta servise yatırılarak operasyon için hazırlandı. Yapılan laparoskopide uterus ön duvarda isthmus seviyesinde kitle imajı oluşturan skar gebelik izlendi. Mesane keskin diseksiyonlarla reddedildi. Skar gebelik materyali ve isthmosel alanı rezeke edildi, hemostazı takiben 1-0 vicryl ile uterus sütüre edildi, kanama izlenmedi. Batına bir adet silikon dren yerleştirildi. Postoperatif 1.günde dren gelen olmadı ve dren çekildi. Postoperatif 2.gününde yapılan TVUSG'de endometriyum ince düzenli, bilateral adneksler doğal, douglasta mayi izlenmedi ve hasta şifa ile taburcu edildi. Ameliyat sonrası 1.hafta ve 1.ayda takip ultrasonografisinde rezidüel skar defekti gözlenmedi. Bhcg değerleri normale döndü.

**Tartışma:** Sezaryen skar gebeliği, konsepsiyon ürünlerinin uterus skarına yerleşmesi sonucunda ortaya çıkar. Sezaryen oranlarının artmasıyla tüm dünyada insidans giderek artmaktadır. Yu ve arkadaşlarının 2011'de skar ektopik gebeliği olan 100 hastayla yaptığı çalışmada %45 hastanın asemptomatik, %55 hastada vajinal kanama, %7 hastada ise batın alt kadranda ağrısı şikayetinin olduğu gösterilmiştir. Bizim olgumuzda rutin kontrol sırasında sezaryen skar gebeliğinden şüphelenilmiş olup merkezimize yönlendirilmişti. Hasta bize başvurduğunda herhangi bir semptomu yoktu. Sezaryen skar gebeliği için tanı kriterleri; boş uterin kavite ve servikal kanal, uterus anterior





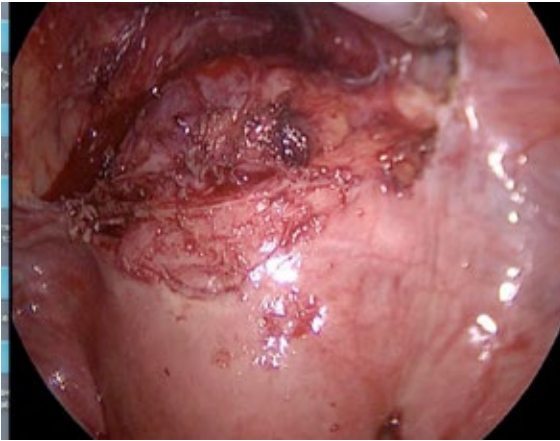
duvarda istmus seviyesinde yerleşmiş gestasyonel kese, mesane ile gebelik kesesi arasında azalmış miyometrial tabaka olarak tanımlanmıştır. Olgumuzda da uterusun alt segment yerleşimli mesane ile gebelik kesesi arasında miyometriyum dokusu olmayan 5 hafta 6 günlük fetal kalp atımı net olmayan gebelik izlendi.

Sezaryen skar gebeliği nadir görülen bir ektopik gebelik olduğundan literatürde olgu sunumları şeklindedir ve ilk seçilecek tedavide görüş birliği yoktur. Öncelikli amaç, fertilitenin korunması ve rekürrenslerin önlenmesidir. Gebelik kesesinin rezeksiyonunun öncelikli olarak tercih edilmesi gerektiğini bildiren çalışmalar mevcuttur. Biz de olgumuzda gebelik kesesini çıkartarak, rekürrensi önlemek amacıyla isthmosel onarımını yaptık.

Sonuç olarak, sezaryen skar gebeliğinin laparoskopik tedavisinde kanama miktarı az olması, operasyon süresi kısa ve hastanın postoperatif iyileşme süreci hızlıdır. Skar gebeliğinin laparoskopik tedavisi ve isthmosel onarımı etkili ve güvenli tedavi yöntemleridir.

**Anahtar Kelimeler:** sezaryen skar gebelik, skar ektopik gebelik, laparoskopi

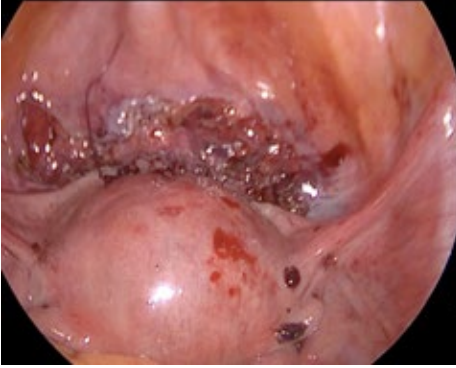
1



*laparoskopi sırasında uterus ön duvarda isthmus seviyesinde kitle imajı oluşturan skar gebelik*



2



skar gebelik materyali ve isthmosel onarımı yapılmış uterus sütürüze hali

3



operasyon sonrası 1 haftada yapılan TVUSG görüntüsü

## 2. MİNİMAL İNVAZİV JİNEKOLOJİK CERRAHİ KONGRESİ

13 - 16 Şubat 2019

Wyndham Grand İstanbul - Levent



### OP-19

#### Barsağa İnvaze Rahim İçi Aracın İzlendiği Nadir Bir Olguda Minimal İnvaziv Yönetim

*Sezin Aksakal, Yıldız Akdaş Reis, Ayşe Çiğdem Bayrak, Şadımın Kıykaç Altınbaş, Özlem Moraloğlu Tekin, Ömer Lütfi Tapısız*

*Jinekoloji Kliniği, Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Etlik Zübeyde Hanım Kadın Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Ankara, Türkiye*

**GİRİŞ:** Sık kullanılan doğum kontrol yöntemlerinden biri olan rahim içi araç (RİA) çoğunlukla kolay uygulanmasına rağmen, uygulama sırasında veya sonrasında RİA'ya bağlı komplikasyonlar görülebilmektedir. Bu komplikasyonlar şöyle sıralanabilir: ekpulsiyon (%3-6), pelvik inflamatuvar hastalık (ilk 20 gün %1, ilk 3-6 ay %0.5), başarısız kontrasepsiyon (ilk yıl %0.2), perforasyon (%0.01). Perforasyonların çoğu takılma işlemi sırasında gerçekleşmekle birlikte, bazen inkomplet perforasyonlar, zaman içinde uterin kontraksiyonlar ile komplet perforasyonlara dönüşebilmek ve komşu organ yaralanmaları görülebilmektedir. Bu yazıda, 5 yıl önce takılmış, myometriyuma invaze bir RİA'nın tespit edilmesi üzerine opere edilen ve laparoskopik gözlemede uterusu perforere ederek rektosigmoid kolona invaze olmuş RİA'nın minimal invaziv yöntemler ile yönetildiği nadir bir olguyu sunmayı amaçladık.

**OLGU SUNUMU :** Otuz dokuz yaşında, üç vajinal doğumu olan hasta, 1 haftadır devam eden kasık ağrısı şikâyetiyle jinekoloji polikliniğine başvurdu. Hikâyesinden dış merkezde 5 yıl önce Cooper-T RİA uygulandığı öğrenildi. Hastanın pelvik ve spekulum muayenesinde minimal lökore dışında ek özelliği yoktu. Spekulum muayenesinde RİA ipleri izlenmedi. Transvajinal ultrasonografi değerlendirmesinde RİA'nın yan kolunun fundus sağdan uterusu rüptüre ettiği ve rüptür yerine yapışık RİA parçası ile konglomere barsak anasının olduğu izlendi. Hastanın myometriyuma invaze RİA tanısıyla kliniğimize yatışı yapıldı. Hastanın diagnostik histeroskopi ve laparoskopi için preoperatif hazırlığı yapıldı. Öncelikle yapılan diagnostik histeroskopide RİA'nın sadece gövdesinin uç kısmının kavitede olduğunun gözlenmesi üzerine laparoskopiye geçildi. Gözlemede rektosigmoid kolonun omentum ile konglomerat oluşturarak sağ kornual alana ve uterus arkasına dens şekilde yapışık olduğu görüldü. Yapışıklıklar ayrılıp barsaklar serbestleştirildikten sonra RİA'nın gövdesinin myometriyuma gömülü, T kollarının ise rektosigmoid kolonun lümeninde olduğu görüldü. RİA çıkarıldıktan sonra barsakta yaklaşık 5 mm'lik mukozal defekt izlenmesi üzerine pelvik kavite sıvı ile doldurularak hava/su testi yapıldı. Hava/su testi ile teyit edilen rektosigmoid bölgedeki defekt laparoskopik olarak iki kat sütüre edildi (sepere sütürler ile 1. Kat 3/0 vikril ile, 2. kat 2/0 prolen ile) (Resim 1). Ardından yapılan hava/su testinde defektin bütünü ile kapandığı gözlemlendi. Postoperatif dönemde parenteral siprofloksasin ve ornidazol antibiyotik tedavisi on güne tamamlanan hasta, oral antibiyotik tedavisi ile şifa ile taburcu edildi. Postoperatif 1. ve 6 ay kontrolünde herhangi bir patolojik bulgu saptanmadı.



**SONUÇ :** Sunumu yapılan olguda minimal invaziv yaklaşım ön planda tutularak önce histeroskopi uygulanmış, histeroskopide RİA'nın myometriuma invaze olduğunun gözlenmesi üzerine laparoskopiyeye geçilmiştir. Laparoskopik gözlemlerde RİA'nın T kolunun sigmoid kolona penetre olduğu görülmüş, RİA çıkarıldıktan sonra barsakta oluşan defekt laparoskopik olarak primer suture edilmiştir. Sonuç olarak RİA'ların izlem periyodunda, uygulama sonrası 5-10 yıl gibi uzun bir dönemde uterin perforasyonun asemptomatik olarak gerçekleşebileceği akılda tutulmalı ve RİA'sı olan olgular belirli periyodlar ile mutlaka kontrol edilmelidir. Uterusu perfore ederek myometriuma invaze olan RİA olgularında, perforasyonun uterin serozayı aşabileceği ve penetre olan RİA'nın barsak, omentum gibi organlara invaze olabileceği unutulmamalıdır. Bu şekilde RİA+myometriyal penetrasyon ile uterin perforasyon endişemizin olduğu olgularda minimal invaziv olarak diagnostik histeroskopi ve laparoskopik kombinasyonun uygun bir yaklaşım olacağı bilinmelidir. Barsağa penetrasyon tespit edilirse, nazik bir diseksiyon ile RİA barsak bölgesinden serbestleştirilmeli ve bu alanda abse formasyonu oluşmamış ise barsakta saptanan defektin laparoskopik olarak onarımının başarı ile yapılabileceği akılda tutulmalıdır.

**Anahtar Kelimeler:** RİA, tuba-ovarian abse, perforasyon

Rektosigmoid

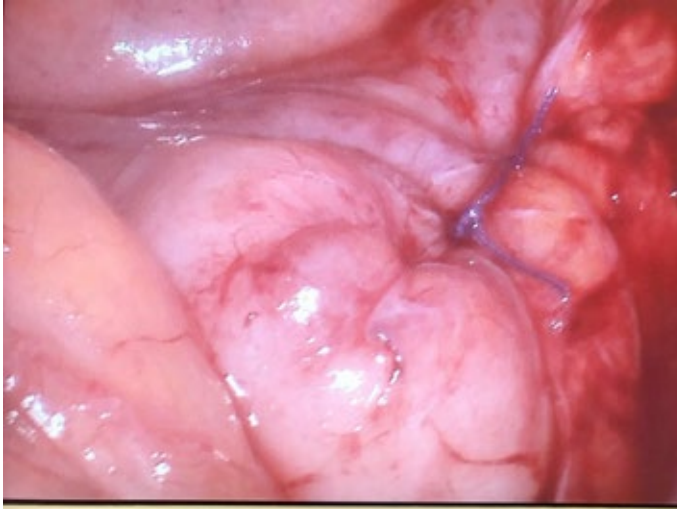
kolonun

laparoskopik

sütürasyon

sonrası

görüntüsü



**AuthorToEditor:** Sayın Bilimsel Komite, Uterusu perfore ederek rektosigmoid kolona invaze olmuş RİA'nın minimal invaziv yöntemler ile yönetildiği nadir bir olguyu saygın kongrenizde sunmayı amaçladık. Saygılarımızla

# 2. MİNİMAL İNVAZİV JİNEKOLOJİK CERRAHİ KONGRESİ

13 - 16 Şubat 2019

Wyndham Grand İstanbul - Levent



## OP-20

### Vaginally Assisted Laparoscopic Sacrocolpopexy: Minimally Invasive Sacrocolpopexy Modification for Beginners

*Serdar Aydın, Mustafa Maraşlı, Seda Ateş, Mehriban Aliyeva*

*Department of Obstetric and Gynecology, Bezmialem Vakif University, İstanbul Turkey*

**INTRODUCTION AND AIM OF THE STUDY:** The sacrocolpopexy has been performed for many years with several modifications. Ongoing innovations and developments in minimally invasive surgery led to the introduction of laparoscopic and later robotic-assisted laparoscopic approaches to abdominal sacrocolpopexy. The laparoscopic approach has potential advantages in terms of reduced morbidity, shorter hospital stay and convalescence. Laparoscopic sacrocolpopexy requires extensive tissue dissections, manipulations and suturing, laparoscopic surgery skills. Surgeons with less experience in laparoscopic pelvic surgery and suturing can result in suboptimal, time consuming and difficult operations susceptible to complications. Vaginally assisted laparoscopic sacrocolpopexy (VALS) is a combined surgical approach where a vaginal hysterectomy is initially performed, followed by a transvaginal placement of a synthetic mesh and is concluded with a laparoscopic suspension of the vaginal vault on the sacral promontory. The objective of this study was to compare the short-term anatomic outcomes, complication rates, and operative times of patients with uterovaginal prolapse undergoing VALS with those of patients undergoing abdominal sacrocolpopexy

**MATERIALS AND METHODS :** This is a prospective cohort study comparing VALS method to abdominal sacrocolpopexy with concurrent hysterectomy in patients advanced symptomatic utero vaginal prolapse stage 3 or 4. We recorded operation times, anesthesia time, estimated blood loss, outcomes, perioperative and postoperative complications. First, vaginal hysterectomy performed, anterior vaginal wall dissected up to bladder neck starting from initial vaginal incision, posterior vaginal wall dissected from rectum. Two 15 cm long, 3 cm wide type 1 polypropylene meshes transfixed to anterior and posterior vaginal wall with 4-6 polyglactin suture to each wall. Laparoscopy was performed with one intraumbilical (10 mm), 3 lateral abdominal (5 mm) trocars. Two meshes fixated to anterior longitudinal ligament of the sacrum with with two separate 3/0 polypropylene sutures without tension. The mesh was then reperitonealized with absorbable interrupted extracorporeal sutures. Abdominal sacrocolpopexy was performed via Pfannenstiel incision after total or subtotal abdominal hysterectomy. Sacrocolpopexy was performed similar to laparoscopic sacrocolpopexy.

# 2. MİNİMAL İNVAZİV JİNEKOLOJİK CERRAHİ KONGRESİ

13 - 16 Şubat 2019

Wyndham Grand İstanbul - Levent



**RESULTS :** Twenty one women underwent VALS, and 24 women underwent abdominal sacrocolpopexy. The mean follow up was 22 months for AS group and 13 months for VALS group. Hospitalization duration was shorter for the VALS group (median 2 (1-3)days ) than AS group (median 3 (2-8) days) ( $p<0.0001$ ). There was no significant difference in perioperative complication rates omplication rates (12.5% vs none,  $p=0.09$ ), blood loss (mean hemoglobin loss in VALS 1.7 g/dl, AS 1.6g/dl,  $p=0.7$ ) postoperative complication rates (20.8% vs 4.8%,  $P = 0.1$ ), mesh extrusion rates (12.5% vs 4.8%, $p=0.3$ ), and recurrence (%4.2 vs none,  $p=0.3$ ). The mean total operative time and anesthesia time were similiar (operation times; VALS group  $134.8 \pm 45.4$ , AS group minutes  $151.2 \pm 40.1$ , anesthesia time; VALS group  $181.3 \pm 45.4$ , As group  $183.9 \pm 44.3$  ( $p=0.8$ )).

**CONCLUSIONS:** There was no significant difference in short-term anatomic outcomes or complication rates between VALS and conventional abdominal sacrocolpopexy. VALS was associated with significantly shorter hospitalization than conventional abdominal sacrocolpopexy concomitant with hysterectomy. VALS can be a promising modification minimally invasive technique for sacrocolpopexy especially for inexperienced in laparoscopic sacrocolpopoexy, urogynecology fellows and residences.

**Keywords:** uterovaginal prolapse, sacrocolpopexy, vaginal hysterectomy, laparoscopy

**Table 1**

	VALS (n=21)	AS (n=24)	p
Age, mean $\pm$ SD *, years	59.3 $\pm$ 10.7	61.3 $\pm$ 11.9	0.5
Gravidy, median (range) †	4 (2-11)	3 (1-13)	0.4
Parity, median (range) †	3 (2-9)	3 (1-7)	0.6
Menopause Status, n (%)‡	15 (71.4)	19 (79.2)	0.5
Comorbidity, n (%)‡	9 (42.9)	8 (33.3)	0.5
POP-Q Stage 3 Prolapse, n (%)‡	10 (47.6)	10 (41.7)	0.6
POP-Q Stage 3 Prolapse, n (%)‡	11 (52.4)	14 (58.3)	0.6

*Baseline demographic data of women undergoing VALS. VALS indicates Vaginally assisted vaginal hysterectomy; AS, Abdominal sacrocolpopexy; \*Student t test, †Mann-Whitney U test, ‡Fisher exact test.*

2. MİNİMAL İNVAZİV JİNEKOLOJİK  
CERRAHİ KONGRESİ

13 - 16 Şubat 2019

Wyndham Grand İstanbul - Levent



Table 2

	VALS (n=21)	AS (n=24)	p
Operation time, mean± SD *, minutes	134.8 ±45.4	151.2 ±40.1	0.2
Anesthesia time, mean± SD *, minutes	181.3 ±45.4	183.9 ±44.3	0.8
Concomitant procedures	4 (16.7)	2 (9.6)	0.6
MUS	1 (4.2)	1 (4.8)	
Perineoplasty	3 (12.5)	1 (4.8)	
Subtotal Hysterectomy	5 (20.8)	0	
Hospitalisation time, median (range) †, days	2 (1-3)	3 (2-8)	<0.0001
Early Complications, n (%)‡	0	3 (12.5)	0.09
Late Complications, n (%)‡	1 (4.8)	5 (20.8)	0.1
Blood transfusion, n (%)‡	1 (4.8)	0	0.2
Mesh extrusion, n (%)‡	1 (4.8)	3 (12.5)	0.3
De Novo urinary incontinence, n (%)‡	5 (23.8)	3 (12.5)	0.3
Drop in hemoglobin, mean± SD *, g/dl	1.7 ±0.8	1.6 ±1	0.7
Drop in hemotocrit, mean± SD *	6 ±2.7	5.4 ±2.9	0.5
Recurrence, n (%)‡	0	1 (4.2)	0.3
Anatomic failure, n (%)‡	0	2 (8.3)	0.1
Subjective failure, n (%)‡	0	2 (8.3)	0.1

Perioperative and postoperative outcomes. VALS indicates Vaginally assisted vaginal hysterectomy; AS, Abdominal sacrocolpopexy; MUS, Mid urethral sling. \*Student t test, †Mann-Whitney U test, ‡Fisher exact test. Bolding indicates statistically significance

# 2. MİNİMAL İNVAZİV JİNEKOLOJİK CERRAHİ KONGRESİ

13 - 16 Şubat 2019

Wyndham Grand İstanbul - Levent



## OP-21

### Retrospective analysis of 635 laparoscopic hysterectomy cases

*Seda Yüksel<sup>1</sup>, Songul Alemdaroglu<sup>1</sup>, Erhan Simsek<sup>1</sup>, Gonca Serbetcioglu<sup>2</sup>, Gulsen Dogan Durdag<sup>1</sup>, Selcuk Yetkinel<sup>1</sup>, Husnu Celik<sup>1</sup>*

<sup>1</sup>Baskent Üniversitesi Dr. Turgut Noyan Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Bölümü

<sup>2</sup>Baskent Üniversitesi Zübeyde Hanım Uygulamalı Araştırma Merkezi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Bölümü

**AIM:** Aim of this retrospective observational study is to analyse laparoscopic hysterectomy cases; and to investigate if there is different outcomes in the case of benign and malign gynecological diseases. Also patients' body mass index (BMI) values are evaluated to see if it had any effect on complication rate, transfusion rate and hospitalization and operation time.

**METHODS-MATERIALS:** Laparoscopic hysterectomy operations that had been conducted between September 2012 and December 2017 in Baskent University Adana Hospital are included. Patients' operation notes and details; medical histories; pathology reports are investigated from medical records. SPSS 17.0 database had been used in data analysis. Student-t test had been used in binary comparisons and in categorical variables chi-square test had been used.

**RESULTS:** Between September 2012-December 2017 635 patients had laparoscopic hysterectomy. Mean age of study group was 52±9.6 years; mean BMI was 30,1±6,5; mean operation time was 141±64 min; mean hospitalization time was 2.3±1.3 days and in blood transfused group mean quantity of transfused blood was 2.3±1.2 units. Patients sociodemographic properties and operation details have been shown in table 1 and table 2. In postoperative period % 5 of patients had postoperative complication overall. Vaginal cuff bleeding was the leading postoperative complication. Complication types, transfusion rate, hospitalization and operation time of study group is given in table 4. When we compare the complication rates, transfusion need, operation and hospitalization time between benign and malign gynecologic diseases; operation time and hospitalization time was longer in malign group and significance was p:0.001; other outcomes' difference was not significant. When patients were classified according to BMI; hospitalization and operation time were found to be longer in higher BMI group and significance was p:0.0001; again other outcomes were not different between different BMI groups.

**DISCUSSION:** Complication rates and transfusion demand in laparoscopic hysterectomy operations are not different between malign and benign gynecologic conditions whereas hospitalization and operation time is longer. Higher BMI values may cause prolongation of operation and hospitalization time.

**Keywords:** laparoscopic hysterectomy, laparoscopic surgery complications, hospitalization time, operation time





Table 2. Operation details and indications

	Mean±SD	Number of patients
Operation time	141±64 min	602 n/a:33 pts
Operation Type		
LS Hysterectomy		8
LS Hysterectomy+ BS		173
LS Hysterectomy+BSO		241
LS Hysterectomy+Sacrocolp- pexy		84
LS Hysterectomy+USO		19
LS Hysterectomy+BSO+Lymph node dissection+Omentec- tomy		100
LS Hysterectomy+Ovarian Cystectomy		10
TOTAL		635
Operation Indications		
Abnormal Uterine Bleeding		126
Chronic Pelvic Pain		27
Uterine Prolapse		49
Uterine Fibroid		88
Adnexial Mass		83
Uterine fibroid+Adnexial mass		17
Endometrial Hyperplasia		72
Endometrial Cancer		133
Urinary Incontinance +Uterine Prolapse		14
Cervical Dysplasia		21
TOTAL		635

LS: Laparoscopy; BS: Bilateral Salpingectomy; BSO:Bilateral Salpingoophorectomy;USO:unilateral salpingoophorectomy

**Table 3. Postoperative complications, transfusion need, hospitalization and operation time**

	No of patients
Postoperative Complications	
None	603
Vaginal cuff bleeding	8
Vaginal Cuff Dehiscence	1
Intraabdominal abscess	6
Postoperative fever	5
Pulmonary Thromboembolism	3
Incision site infection	3
Ileus	2
Intraabdominal Hemorrhage	1
Globe vesicale	1
Ureterovaginal Fistula	1
Uretery stricture	1
TOTAL	635
Blood Transfusion	
None	531
Preoperative	12
Intraoperative	15
Postoperative	64
Pre and Intraoperative	3
Intra and Postoperative	7
Pre and Postoperative	3
Total	635
Hospitalization time	2.3±1.3 day
Operation time	141±64.1 min.



**Table 4. Transfusion need; operation and hospitalization time and postoperative complications according to type of pathology**

	BENIGN	MALIGN	Significance
Transfusion need	%15.7	%18.6	p:0.443
Postoperative Complication	%5.3	%4.1	P:0.670
Operation Time(minutes)	124±48.3	199±77.0	P:0.0001
Hospitalization Time(days)	2.0±1.0	3.4±1.3	P:0.0001

**Table 5. Transfusion need; operation hospitalization time and postoperative complications according to BMI**

	<19	19-25	25-30	30<	Significance
Transfusion Need	%0	%12.6	%18.2	%15.7	P:0.468
Postoperative Complication	%0	%4.7	%5.5	%3.7	P:0.813
Operation Time(minutes)	135±71.4	130.6±61.3	129.7±58.6	159.4±68.7	P:0.0001
Hospitalization Time(days)	2.2±1.2	2.0±1.1	2.1±1.2	2.5±1.2	P:0.0001

# 2. MİNAL İNVAZİV JİNEKOLOJİK CERRAHİ KONGRESİ

13 - 16 Şubat 2019

Wyndham Grand İstanbul - Levent



**Table 1. Sociodemographic features of patients**

	Mean±SD	Number (N) of patients
Age	52.4±9.6 years	N:635
Body Mass Index ( BMI )	30.1±6.5	N:528 n/a:107
Comorbidities		
None		332
Hypertension ( HT )		113
Diabetes Mellitus (DM)		26
HT+DM		65
HT+Goiter		7
HT+Asthma		3
DM+Asthma		1
Goiter		28
Asthma		10
Cardiac Disease		8
Hyperlipidemia		2
Thalasemia Trait		2
2< Chronic diseases		38
Total		635

# 2. MİNİMAL İNVAZİV JİNEKOLOJİK CERRAHİ KONGRESİ

13 - 16 Şubat 2019

Wyndham Grand İstanbul - Levent



## OP-22

### Laparoskopik cerrahinin endometrioid tip endometrium kanserinin sağ kalımına etkisi

*Engin Çelik, Hamdullah Sözen, Samet Topuz*  
İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Ana Bilim Dalı Jinekolojik Onkoloji, İstanbul

**GİRİŞ:** Endometrium kanseri gelişmiş ülkelerde ve Türkiye’de görülen en sık jinekolojik kanserdir. Endometrium kanseri postmenopozal dönemde ve obez kadınlarda sıklıkla görülmektedir. Evreleme cerrahisi için daha az yara yeri enfeksiyonu, daha kısa hastanede yatış süresi nedeniyle günümüzde minimal invaziv cerrahi daha sıklıkla kullanılmaktadır. Çalışmadaki amacımız endometrioid tip endometrium kanserli hastalarda laparoskopik cerrahi yöntemin hastalısız sağ kalım ve genel sağ kalıma etkisi olup olmadığının değerlendirilmesidir.

**MATERYAL-METOD:** Çalışmamıza İstanbul Tıp Fakültesi Jinekolojik Onkoloji bölümü tarafından Ocak 2008 ile Aralık 2016 tarihleri arasında laparoskopik cerrahi yapılan endometrioid tip endometrium kanserli olgular ile aynı süre zarfında benzer yaş ve cerrahi evrede olup laparotomi yoluyla cerrahi evreleme yapılan hastalar dahil edilmiştir. Hastalar demografik ve klinik karakteristik özellikleri bakımından bağımsız grup t testi ve ki-kare testi ile karşılaştırılıp hastalısız sağ kalım ve genel sağ kalım Kaplan-Meier metodu ile değerlendirildi.

**BULGULAR:** Çalışmaya laparoskopik yöntemle cerrahi uygulanan 68 hasta (% 21), median insizyonla laparotomi uygulanan 152 hasta (% 46,9), pfannensteil insizyonla laparotomi uygulanan 100 hasta (% 30,9), laparotomi ile başlanan fakat laparotomiye geçilen 4 hasta (% 1.2) olmak üzere toplam 324 hasta dahil edildi. Hastaların ortalama yaşı 58 ve ortalama vücut kütle indeksi (VKİ) 33.8 kg/m<sup>2</sup> idi. Hastaların % 87.7’si multipar ve % 78.7’si postmenopozal dönemde olduğu görüldü. Laparotomi ve laparotomi uygulanan iki grup arasında yaş, cerrahi evre, grad ve komorbiditeler açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı. Operasyon süresi, VKİ, pelvik lenfadenektomi yapılması, çıkarılan paraaortik lenf nodu sayısı ve adjuvan tedavi açısından iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptandı. Cerrahi yaklaşım Kaplan-Meier metodu ile değerlendirildiğinde hastalısız sağ kalım ve genel sağ kalım açısından iki grup arasında anlamlı fark saptanmadı ( p=0,168, p=0,326).

**SONUÇ:** Endometrioid tip endometrium kanserli hastalarda laparoskopik cerrahi hastalısız ve genel sağ kalım açısından olumsuz etkilememektedir.

**Anahtar Kelimeler:** Endometrium kanseri, Laparotomi, Endometrioid adenokanser

# 2. MİNİMAL İNVAZİV JİNEKOLOJİK CERRAHİ KONGRESİ

13 - 16 Şubat 2019

Wyndham Grand İstanbul - Levent

**Tablo.1**

	Ortalama ± standart deviasyon
Yaş (yıl)	58 ± 10
Vücut kitle indeksi (kg/m2)	33,8 ± 6,96
Menopoz süresi (yıl)	9,8 ± 9,7
Hasta takip süresi (ay)	78 ± 32

*Hastaların karakteristik özellikleri***Tablo.2**

	Sayı ( yüzde )
Grade	
1	223 (68.8)
2	96 (29.6)
3	5 (1.5)
Pelvik lenfadenektomi	
Yapıldı	265 (81.8)
Yapılmadı	59 (18.2)
Paraaortik lenfadenektomi	
Yapıldı	33 (10.2)
Yapılmadı	291 (89.8)
FIGO evre	
1a	224 (69.1)
1b	74 (22.8)
2	18 (5.6)
3c1	8 (2.5)
Operasyon yöntemi	
Laparoskopi	68 (21)
Medyan laparotomi	152 (46.9)
Pfannensteil laparotomi	100 (30.9)
Laparoskopiden laparotomiye geçiş	4 (1.2)
Menopoz	
Var	255 (78.7)
Yok	69 (21.3)
Parite	
Nullipar	40 (12.3)
Multipar	284 (87.7)

*Hastaların karakteristik özellikleri*



Tablo.3

	Laparoskopi	Laparotomi	p
Yaş	56.2±10.6	58.6±10.2	0.086
Vücut kitle indeksi	31.3±5.3	34.5±7.2	<0.001
Menopoz durumu			
Var	47 (69.1)	208 (81.3)	0.030
Yok	21 (30.9)	48 (18.8)	
Parite			
0	9 (13.2)	31 (12.1)	0.802
≥1	59 (86.8)	225 (87.9)	
Grad			
1	52 (76.5)	171 (66.8)	0.301
2	15 (22.1)	81 (31.6)	
3	1 (1.5)	4 (1.6)	

*Laparoskopi ile laparatominin karşılaştırılması*

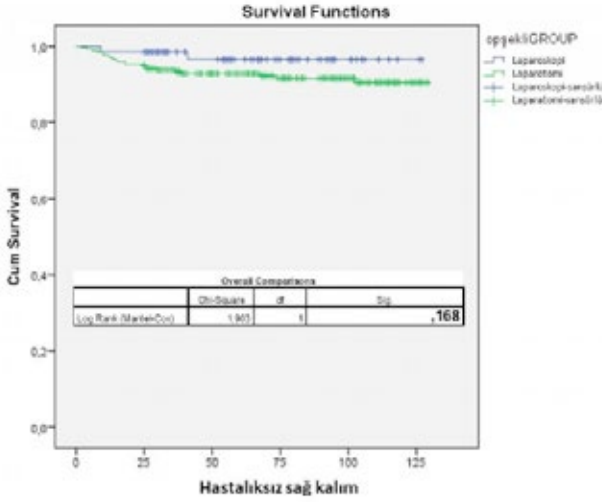
Tablo.4

	Laparoskopi	Laparotomi	P
Pelvik lenfadenektomi			
Yapılmadı	5 (%7,4)	54 (%21,1)	0,009
Yapıldı	63 (%92,6)	202 (%78,9)	
Çıkarılan pelvik lenf nodu	12.3±6.1	13.2±8.0	0,310
Paraaortik lenfadenektomi			
Yapılmadı	63 (92.6)	228 (89.1)	0.009
Yapıldı	5 (7.4)	28 (10.9)	
Çıkarılan Paraaortik lenf nodu sayısı	4.0±2.4	8.0±4.4	0.016
Evre			
1a	50 (73.5)	174 (68)	0,403
1b	15 (22.1)	59 (23)	
2	1 (1.5)	17 (6.6)	
3c1	2 (2.9)	6 (2.3)	
Adjuvan tedavi			
Takip	55 (80.9)	149 (58.2)	0,008
Brakiterapi	10 (14.7)	73 (28.5)	
Pelvik radyoterapi	1 (1.5)	27 (10.5)	
Brakiterapi + Kemoterapi	0	3 (1.2)	
Kemoradyoterapi	2 (2.9)	3 (1.2)	
Kemoterapi	0	1 (0.4)	
Nüks	2 (2.9)	21 (8.2)	0,133
Ölüm	3 (4.4)	25 (9.8)	0,163

*Laparoskopi ile laparatominin karşılaştırılması*

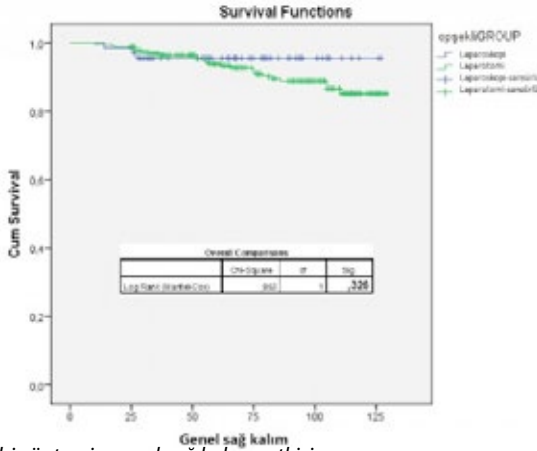


Figür.1



Cerrahi yöntemin hastaliksız sağ kalıma etkisi

Figür.2



Cerrahi yöntemin genel sağ kalıma etkisi



## 2. MİNİMAL İNVAZİV JİNEKOLOJİK CERRAHİ KONGRESİ

13 - 16 Şubat 2019

Wyndham Grand İstanbul - Levent



### OP-23

#### Konvansiyonel laparoskopik ve mini laparoskopik histerektomi: Peri ve post-operatif sonuçların karşılaştırılması

*Yagmur Minareci*

*İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum ABD, Jinekolojik Onkoloji BD*

**Amaç:** Minimal invaziv yaklaşımın iyi bilinen avantajları; daha az ağrı, hastanede daha kısa kalış süresi, daha iyi kozmetik sonuçlar olarak sıralanabilir. Temelde, bu avantajlar abdominal duvar travmasının azaltılmasından ve daha az doku manipülasyonundan kaynaklanmaktadır. Minimal invaziv cerrahideki güncel cerrahi yenilikler; temelde port sayısı veya cerrahi alet boyutunun azaltılması üzerine kurulu olup, konvansiyonel laparoskopi'nin (KLS) cerrahi teknikleri üzerinden uygulanır ve benzer etkinlik ile güvenlik sınırlarına sahiptir. Üç mm'lik laparoskopik aletler ile yapılan mini laparoskopik (MLS) cerrahi son yılların temel yeniliklerindedir. Bu çalışmanın amacı, mini laparoskopik histerektomi, konvansiyonel laparoskopik histerektomi ile sonuçlar ve komplikasyonları üzerinden karşılaştırmaktır.

**Materyal & Metod:** Bu çalışma, prospektif bir kohort çalışması olarak tasarlanmış ve ocak 2013 – haziran 2015 arasında Manisa/Salihli'deki Medigüven Hastanesi Jinekoloji Kliniğinde gerçekleştirilmiştir. Çalışmanın kurgusu doğrultusunda, KLS ve MLS teknikleri kullanılarak postmenopozal hasta grubundan kırk hastaya, total laparoskopik histerektomi uygulanmış olup, hastalar KLS ve MLS grubu olmak üzere yirmi hastalık iki gruba ayrılmıştır. Çalışmaya dahil edilme endikasyonları; benign jinekolojik hadiseler olarak kabul edilmiş, ancak 5 cm'den büyük myomu olan veya uterusu 10 haftalık cesametten büyük olan hastalar, jineko-onkoloji hastaları ve herhangi bir medikal nedenden ötürü anestezi alması uygun görülmeyen hastalar çalışma dışı bırakılmıştır. Preoperatif dönemde hastalar bimanuel pelvik muayene ve transvaginal USG ile değerlendirilmiştir. Tüm histerektomiler, aynı cerrah tarafından gerçekleştirilmiş, operasyon süresi, ağrı, ileus, taburculuk süresi ve erken komplikasyonları içeren postoperatif parametreler incelenmiştir.

**Sonuçlar:** Her iki grup; ortalanca yaş, vücut kitle indeksi, parite, cerrahi öyküsü ve ameliyat endikasyonu açısından karşılaştırılabilir bulunmuş ve tablo 1'de açıklandığı gibi her iki grup arasında istatistiksel olarak fark izlenmemiştir. Peri-postoperatif sonuçlar tablo 2'de gösterilmiştir. Medyan operasyon süresi (OS), MLS'de anlamlı olarak daha uzun (KLS'de 74 dk [55-96], MLS'de 91 dk [68-118],  $p = 0.001$ ) iken; tahmini kan kaybı, laparotomiye dönüşüm, intraoperatif komplikasyonlar, ileus, taburculuk süresi ve postoperatif ağrı ile herni gelişimi açısından iki grup arasında anlamlı fark izlenmemiştir. KLS grubunda 5 mm'lik trokar kesileri 3/0 sütür ile, MLS grubunda 3 mm'lik trokar kesileri strip band ile kapatılmış; vaginal güdüğün sütürasyonu, KLS grubunda 2/0 vicryl, MLS grubunda 3/0 vicryl ile yapılmıştır. Her iki grupta da, On mm'lik optik teleskop kullanılmıştır. Kozmetik açıdan değerlendirildiğinde, operasyonu gerçekleştiren cerrah tarafından postoperatif ikinci ayda verilen değerlendirme puanı; MLS grubunda ortalama 9/10 iken, KLS grubunda ortalama 8/10 olarak saptanmıştır.

# 2. MİNİMAL İNVAZİV JİNEKOLOJİK CERRAHİ KONGRESİ

13 - 16 Şubat 2019

Wyndham Grand İstanbul - Levent



**Tartışma:** Gelişen minimal invaziv cerrahide eğilim; aşamalı olarak invazivliği aza indirgerken, cerrahi etkinlik ve güvenlik koruyarak cerrahi sonuçları en iyi noktaya taşımak, komplikasyonlardan daha da uzaklaşmak ve kozmetik sonuçları mükemmele çıkarmaktır. Bu çalışmada, benign nedenli uterin hastalıklar için total histerektomi uygulanan postmenopozal hastalarda iki farklı laparoskopi tekniğini analiz ettik. İnsizyon boyutunun küçültülmesinin yalnız postoperatif ağrıda değil; intraoperatif komplikasyonlar, ileus ve taburculuk süresi açısından da anlamlı bir azalmaya yol açmadığını gözlemlendi. Bu bulgular, KLS'de uygulanan cerrahi tekniğin aynısının MLS'ye aktarılmasına bağlandı, bununla birlikte; KLS grubuna göre MLS grubunda daha uzun medyan OS kaydedildi. OS'nin MLS'de daha uzun izlenmesi, üç mm cerrahi aletlerin, konvansiyonel aletlere göre fiziksel olarak küçük ve kısa uçlu olmalarına bağlandı. Bu çalışma, mini laparoskopik teknik ile yapılan total histerektomi'nin; daha minimal invaziv cerrahiyle, konvansiyonel tekniğin güvenlik ve etkinlik sınırları içerisinde bir araya getirildiğini ortaya koymaktadır.

**Anahtar Kelimeler:** mini laparoskopi, total laparoskopik histerektomi, daha az minimal invazif cerrahi

**Tablo 1: Hastaların temel özellikleri ve cerrahi endikasyonlar**

KLİNİK ÖZELLİKLER	KLS (n=20)	MLS (n=20)	p değeri
Medyan yaş (yaş aralığı)	63 (45-72)	61 (47-69)	0.91
Medyan vücut kitle indeksi	25 (19-33)	26 (22-32)	0.87
Nulliparite n (%)	2 (10)	3 (15)	0.73
Primiparite n (%)	4 (20)	2 (10)	0.55
Multiparite n (%)	14 (70)	16 (75)	0.83
Önceki sezaryen öyküsü	4	5	0.84
Önceki abdominal cerrahi öyküsü †	7	4	0.55
Cerrahi endikasyon			
Myom n (%)	4 (20)	5 (25)	0.91
Polip n (%)	2 (10)	2 (10)	0.99
Kanama n (%)	7 (35)	9 (45)	0.79
Hiperplazi n (%)	2 (10)	2 (10)	0.99
Diğer <sup>‡</sup> n (%)	5 (25)	2 (10)	0.51

Önceki abdominal cerrahiler; appendektomi, kolesistektomi, herni onarımı, salpenjektomi, oofektomi ve splenektomidir. Diğer sebepler; servikal displazi varlığı, persiste over kisti, geçirilmiş meme kanseri öyküsü'dür

## 2. MİNİMAL İNVAZİV JİNEKOLOJİK CERRAHİ KONGRESİ

13 - 16 Şubat 2019

Wyndham Grand İstanbul - Levent



Tablo 2: Cerrahi işlemler ve perioperatif sonuçlar ile post-operatif komplikasyonlar.

DEĞİŞKENLER	KLS	MLS	p değeri
Medyan operasyon süresi (aralık değerleri)	74 dk (55–96)	91 dk(68–118)	0.001*
Vaginal güdüğün medyan sütrasyon süresi (aralık değerleri)	6 dk (4–10)	11 dk (9–17)	0.01*
Trokarların medyan yerleştirilme süresi (aralık değerleri)	2 dk (2-4)	2 dk (2-4)	0.93
Peri-operatif tahmini medyan kan kaybı (aralık değerleri)	40 cc (20-200)	50 cc (2-200)	0.41
Peri-operatif komplikasyon	2	1	0.57
Laparotomiye dönüş	0	0	0.99
Postoperatif ateş	1	2	0.83
ileus	0	0	0.99
Postoperatif 2. saat medyan ağrı skoru <sup>®</sup> (aralık değerleri)	4 (4-5)	3.5 (3-5)	0.83
Postoperatif 1. gün gün medyan ağrı skoru <sup>®</sup> (aralık değerleri)	2 (2-3)	2.5 (2-3)	0.78
Cerrahi sonrası medyan taburculuk süresi (gün)	1 (1-2)	1 (1-2)	0.91
Medyan kozmetik değerlendirme skoru <sup>®</sup>	8/10	9/10	0.73
Trokar giriş yerlerinde herni gelişimi	0	0	0.99

Kozmetik değerlendirme skoru, operasyonu gerçekleştiren cerrah tarafından postoperatif altıncı haftada yapılan kontrol esnasında verilen subjektif bir skor olup, en iyi kozmetik sonuç 10, en kötü sonuç 0 olarak değerlendirilmiştir. Ağrı skoru, vizüel analog skala kullanılarak ölçülmüş ve hastalar tarafından ağrılık=0, inanılmaz derecede ağrı=10 olarak derecelendirilmiştir. \*İstatistiksel olarak anlamlı olarak kabul edilmiştir.

# 2. MİNİMAL İNVAZİV JİNEKOLOJİK CERRAHİ KONGRESİ

13 - 16 Şubat 2019

Wyndham Grand İstanbul - Levent



## OP-24

### Stres üriner inkontinansın cerrahi tedavisinde uygulanan TOT operasyonunun kadın cinselliği üzerine etkisi

*Necati Hançerlioğulları*

*Zekai Tahir Burak Kadın Sağlığı Eğitim Ve Araştırma Hastanesi, Ankara*

**GİRİŞ-AMAÇ:** Saf stres üriner inkontinansın cerrahi tedavisinde uygulanan TOT operasyonunun kadın cinsel fonksiyonu üzerine etkisini değerlendirmek.

**YÖNTEM:** Bu kesitsel çalışmaya Ocak 2016-Ocak 2018 yılları arasında üriner inkontinans nedeniyle TOT operasyonu uygulanan cinsel aktif kadınlar dahil edilmiştir. Hastalara ait tüm veriler hastane kayıtlarından elde edilmiştir. Hastaların demografik özellikleri, preoperatif ürojinekolojik muayeneleri, intraoperatif bulguları ve postoperatif takip sonuçları incelenmiştir. Preoperatif sistemik ve nörolojik hastalığı, ileri evre (grade 2 ve üstü) pelvik organ prolapsusu, karışık tip inkontinans, geçirilmiş inkontinans/prolapsus cerrahisi, TOT operasyonuna eşlik eden prolapsus cerrahisi ve yetersiz kayıtları olan hastalar çalışma dışı bırakılmıştır. Tüm hastaların preoperatif ve postoperatif 6. Aydaki cinsel fonksiyonlarını değerlendiren Pelvik organ prolapsusu/ıdrar incontinans cinsel fonksiyon sorgulaması formu-12 (PISQ-12) sonuçları kaydedilmiştir. Ayrıca bu formdaki 6. Soru olan 'Cinsel ilişki sırasında ağrı hisseder misiniz?' sorusuna verdikleri cevap preoperatif ve postoperatif disparoni varlığı için kullanılmıştır. Bu soruya 'asla' cevabı dışında verilen cevaplar disparoni varlığı olarak kabul edilmiştir.

**BULGULAR:** Çalışma süresinde 124 tane hastaya TOT operasyonu uygulandı. Dışlama kriterleri sonrasında 41 hasta çalışma grubunu oluşturdu. Bu hastaların demografik özelliklerine baktığımızda ortalama yaş  $48.21 \pm 5.21$  yıldır. Hastaların ortalama vücut kitle indeksleri ve vajinal doğum sayıları sırasıyla  $29.94 \pm 4.22$  kg/m<sup>2</sup> ve  $3.96 \pm 1.42$  idi. 12 hastada menapoz mevcuttu. Hastaların preoperatif ve postoperatif 6. Aydaki yaşam kalitelerini değerlendirmek için kullanılan total Ürogenital distress envanteri-6 (UDI-6) skorlarında anlamlı derecede düzelmeler tespit edildi [[14(3-18) ve 3 (0-12), sırasıyla]. Aynı şekilde preoperatif ( $28.41 \pm 5.28$ ) ve postoperatif ( $31.29 \pm 4.32$ ) döneme ait cinsel fonksiyonun değerlendirilmesinde kullanılan total PISQ-12 sonuçlarında da anlamlı düzelmeler mevcuttu. Buna karşın disparoni sıklığı postoperatif 6. Ayda (10/41; %24.4) preoperatif (4/41; %9.8) döneme göre anlamlı derece de artmıştı. Postoperatif total UDI-6 ve PISQ-12 arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki tespit edilmedi ( $r = -0.452$ ;  $p = 0.189$ ).

**SONUÇ:** Stres üriner inkontinansın cerrahi tedavisinde uygulanan TOT operasyonu her ne kadar postoperatif disparoni riskini arttırsa da genel anlamda kişinin yaşam kalitesi ve cinsel fonksiyonu üzerine olumlu etki göstermektedir. Bu olumlu etkileri birbirinden bağımsızdır.

**Anahtar Kelimeler:** TOT, cinsellik, inkontinans



## OP-25

### Video Assisted Thoracic Surgery (VATS) for advanced ovarian cancer: a tertiary clinic experience

*Utku Akgör, Nejat Özgül*

<sup>1</sup> Division of Gynecologic Oncology, Department of Obstetrics and Gynecology, Faculty of Medicine, Hacettepe University, Ankara, Turkey

**AIM:** The main prognostic factor in epithelial ovarian cancer is ability make optimal debulking surgery. Patients with pleural effusions or pleural disease have poorer prognosis. VATS has diagnostic and therapeutic role in advanced ovarian cancer.

**MATERIALS-METHODS:** 3 patients who had performed VATS were included in this retrospective study.

**RESULTS:** The study included 3 patients between 2015 and 2018. There was a patient that have pleural effusion and peritoneal carcinomatosis, in this case VATS performed via transthoracic approach, no tumor was seen unlike torax tomography, isolated pleural effusion observed and drained. Maximal cytoreductive surgery was performed in this patient and the final pathology was malignant mesothelioma. The survival time from the time of operation was 3 months. In second case the patient with advanced epithelial ovarian cancer have paracardiac lymph node and peritoneal carcinomatosis. After transdiaphragmatic approach the paracardiac lymph node was resection, optimal cytoreduction was performed. Last case was the struma ovari with peritoneal strumosis had pleural effusion. VATS performed via transthoracic approach and than total abdominal hysterectomy with salpingo-oophorectomy and omentectomy was performed. A pneumothorax occurred associated with the VATS procedure. The second and third cases has followed with no evidence of disease.

**CONCLUSION:** VATS can be useful to identify which patients are appropriate for surgical cytoreduction and evaluation of intrathoracic disease.

**Keywords:** Ovarian cancer, VATS, optimal debulking.

# 2. MİNİMAL İNVAZİV JİNEKOLOJİK CERRAHİ KONGRESİ

13 - 16 Şubat 2019

Wyndham Grand İstanbul - Levent



## OP-26

### The Effects of Fascial Closure Techniques on Post-Operative Pain in Gynecologic Laparoscopic Surgery

*Hasan Onur Topçu, Özlem Evliyaoğlu, Burcu Erol, Yaprak Üstün*

*Department of Obstetrics and Gynecology, University of Health Sciences, Zekai Tahir Burak Women Health Education and Training Hospital*

**Study OBJECTIVE:** To compare the postoperative incisional pain between traditional fascial closure (TFC) technique with fascia closure device (FCD) technique in gynecologic laparoscopic surgery.

**Design:** Randomized controlled trial (Canadian Task Force classification I).

**Setting:** University affiliated tertiary referral teaching hospital.

**Patients:** Seventy-five patients who had undergone laparoscopic surgery for benign indications between October 2017 and June 2018.

**Intervention:** Patients were randomized to close the 10 mm port site defect either TFC or FCD technique. There were 38 patients in the TFC technique group and 37 patients in FCD technique group. Post-operative incisional pain scale on postoperative days 1 and 7 by Visual Analog Scala (VAS), the operation and fascia closure times, incisional hernia incidence were recorded.

**Measurements and Main RESULT:** There were no significant differences among the groups in terms of mean ages, body mass index, gravidity, parity and mean operation time. The fascia closure time was found to be longer ( $112.6 \pm 52.2$  seconds) in TFC group than in FCD group ( $90.2 \pm 46.7$  seconds), however it did not reach a statistically significant value ( $p=0.054$ ). There were statistically differences between VAS scores both Day 1 and 7 between groups. The VAS scores on Day 1 were 3 (0-7) in TFC group and 6 (3-10) in FCD group ( $p < 0.001$ ). The VAS scores on Day 7 were 0 (0-3) in TFC group and 2 (0-4) in FCD group ( $p < 0.001$ ).

**CONCLUSION:** TFC technique in laparoscopic surgery was associated with less incisional pain scores with tolerable fascia closure time. Clinicians should avoid from routine use of FCD which may increase postoperative incisional pain.

Trial was registered at [clinicaltrials.gov](https://clinicaltrials.gov) (NCT03254056).

Study start date: October 3, 2017

Study completion date: June 1, 2018.

**Keywords:** laparoscopy, pain, incisional pain, fascia, fascia closure

**Table 1. Comparison of the sociodemographic characteristics of the patients**

Variables	Traditional (n=38)	Device (n=37)	P value
Age (years)	42.7±7.0	39.8±8.0	0.105
Body Weight (kg)	72.4±9.3	71.1±8.5	0.552
Height (cm)	161.3±5.6	162.4±3.5	0.316
BMI (kg/m <sup>2</sup> )	27.9±4.2	27.0±3.4	0.299
Gravidity	2 (0-7)	2 (0-4)	0.103
Parity	2 (0-7)	2 (0-3)	0.201

Variables are given as;  $n \pm SD$  (mean  $\pm$  standard deviation ) or  $n$  (min-max) median (minimum-maximum)  $p < 0.05$  is significant.

**Comparison of the clinical characteristics of the patients according to the fascia closure types**

Variables	TFC Technique (n=38)	FCD Technique (n=37)	P value
Operation time (minutes)	88.9±35.1	95.7±44.4	0.464
Fascia closure time (seconds)	112.6±52.2	90.2±46.7	0.054
VAS (24th hour)	3 (0-7)	6 (3-10)	< 0.001
	3.2±1.7	6.2±2.3	
VAS (at first week)	0 (0-3)	2 (0-4)	< 0.001
	0.6±0.9	2.2±1.3	
Incisional hernia	0 (0)	0 (0)	1

VAS: visual analog scale, Variables are given as;  $n \pm SD$  (mean  $\pm$  standard deviation ),  $n$  (min-max) median (minimum-maximum) and  $n$  (%) number (percentile),  $p < 0.05$  is significant.

**Logistic regression analysis of FCD Technique affecting postoperative incisional pain**

	Odds ratio	95 % CI	P values
VAS (24th hour)	3.1	2.2-4.0	<0.001
VAS (at first week)	1.6	1.1-2.1	<0.001

VAS: visual analog scale, CI=confidence interval

**OP-27****Percutaneous Transcatheter Ethanol Sclerotherapy And Catheter Drainage Of A Postoperative Giant Pelvic Lymphocele After Gyne-Oncological Operation**

Oguzhan Kuru

Department of Obstetrics and Gynecology, Division of Gynecologic Oncology, Tepecik Research and Education Hospital, Izmir, Turkey

**Introduction**

Pelvic lymphocele is a well-known complication of a radical gynecologic surgery.

The initial management is mostly expectant since the lymphatic fluid is usually gradually resorbed over a period of time. But the development of major problems such as obstructive uropathy, bowel obstruction, and infection appear indications for the needed intervention. Treatment alternatives under these circumstances include single or multiple aspiration, external drainage, and surgery.

The purpose of the current presentation is to describe the successful use of a percutaneous indwelling catheter drainage with the multiple session ethanol application in the treatment of a pelvic lymphocele which was the largest of the literature ever reported.

**Case report**

A 44-year-old woman was admitted with a diagnosis of advanced ovarian cancer. Preoperative imaging of computed tomography (CT) showed bilateral adnexal mass and the findings of peritoneal carcinomatosis. The tumor markers were CA125:3335 units/ml, CA15-3:73 units/ml (others were normal). A midline laparotomy was performed and a maximal cytoreduction was achieved by the operation of total colectomy, diaphragm stripping, total peritonectomy, splenectomy and total omentectomy. After the final pathological diagnosis of Stage IIIC high grade serous ovarian cancer, 6 cycles taxol and carboplatine regimen was started. After 2 cycles of chemotherapy, CA125 returned normal range. Before the start of 3rd cycle, patient complained of abdominal pain and the symptoms of sub-ileus. The ultrasonography showed a giant anechoic mass occupying nearly the whole abdomen. The CT urography excluded the urinoma and showed a giant lymphocele (Figure 1). To relieve the patients, 3 liters external drainage of the cyst was performed and the liquid was sent for analysis (cytology, cell count and culture). The cytology was negative for malignancy; culture was sterile. And the cell count showed %100 lymphocyte dominance. The ultimate diagnosis was giant lymphocele. With the help of radiology, lymphocele was catheterized by ultrasonography and fluoroscopy guidance using the Seldinger technique. Patient was treated by multiple-session ethanol sclerotherapy. The catheterization duration was 60 days. The treatment was successful in a follow-up time of 8 months with the CT imaging after the treatment showed no evidence of malignancy and lymphocele formation. Only catheter infection that required hospitalization 2 times occurred during the follow-up as the minor complication of the procedure..

**Conclusion**

Percutaneous transcatheter ethanol sclerotherapy is an effective and reliable method for the treatment of postoperative lymphoceles.

Keywords: Lymphocele, percutaneous, ethanol treatment





## OP-28

### A Rare Presentation Of Peritoneal Strumosis

*Anil Erturk<sup>1</sup>, Olcay Kurtulan<sup>3</sup>, Gokhan Boyraz<sup>2</sup>, Oguzhan Kuru<sup>2</sup>, Nejat Ozgul<sup>2</sup>, Alp Usubütün<sup>3</sup>*

*1Hacettepe University, Faculty of Medicine, Department of Obstetrics and Gynecology, Ankara, Turkey*

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

*3Hacettepe University, Department of Pathology, Ankara, Turkey*

**Background:** Struma ovarii is a rare, monodermal teratoma consisting of mature thyroid follicular cells. This is %1 of ovarian neoplasms. Mainly symptoms are pelvic mass and pain. Ascites could be seen in some cases. In some cases benign tumors can seed of the peritoneum, called strumosis.

**Case:** 75-year-old woman presented with abdominal pain as an outpatient. At ultrasonography and thoracoabdominal CT; adnexial mass, ascite, and also pleural effusion, cardiomegaly, right pleural effusion, right lung basal lob collapse Left ovarian 11x7 cm mass (Over carcinoma?), omental cake, massive ascite. Pleural effusion cytology was performed by draining 1200cc fluid. The result of the cytology was mesothelial cells. CA125 level is 1127 mg/dL,

Total abdominal hysterectomy, bilateral salphingoophorectomy, infracolic omentectomy, video-assisted thoracoscopic surgery (VATS) was performed. As intraoperative findings, omentum was placed inside a hernia pouch, there were 2000 cc ascite and 8-9 cm adnexial mass originating from left ovary. Right ovary and uterus were normal. In addition, there were no macroscopically seen tumors at mesothelium, upper abdomen, and retro-peritoneum and omentum. First, case was consulted to CTS(cardio-thoraci surgery) for VATS, pleural effusion was aspirated and no other mass was seen. After this procedure abdominal surgery was performed. Left ovary was sent to intraoperative pathology consultation. It was reported as "mature cystic teratoma". Histopathological result is documented as left ovarian struma ovarii, peritoneal strumosis (low grade follicular neoplasia not excluded) at omentum. Case was presented in gynecological-oncology council. It was concluded as 2-3 monthly follow-up by thyroid functional test which was normal at the time of surgery.

**Discussion:** Struma ovarii is a specialized or monodermal teratoma predominantly composed of mature thyroid tissue. Depending on the histologic features, struma ovarii can be classified as benign or malignant. Women with struma ovarii usually present with pain and/or a pelvic mass and less frequently with ascites. In our case there was not only abdominal ascite and pelvic mass but also pleural effusion. Clinical and biochemical features of hyperthyroidism are uncommon in women with struma ovarii, occurring in less than 5 to 8 percent of cases. There wasn't hyperthyroidism in our case. The treatment of benign struma ovarii is surgical resection of the ovarian tumor, typically unilateral oophorectomy. In the ultimate hystopathological result was reported that low grade follicular neoplasia not excluded at omentum. There is no consensus on the optimal treatment of women with malignant struma ovarii. Treatment recommendations are based upon reports of single cases or case series. Patients with malignant struma ovarii may need therapy in addition to oophorectomy, such as radioactive Iodine. Women with malignant struma ovarii confined to the ovary typically do not require radioiodine therapy after oophorectomy. We didn't recommend our patient any therapy after operation. It is suggested that suppressing TSH to the lower limit or just



## TÜRK JİNEKOLOJİK ENDOSKOPI PLATFORMU 2. MİNİMAL İNVAZİV JİNEKOLOJİK CERRAHİ KONGRESİ

13 - 16 Şubat 2019  
Wyndham Grand İstanbul - Levent

below normal. We discussed the patient in gynecology-oncology council, and it is decided to follow the patient by thyroid functional tests.

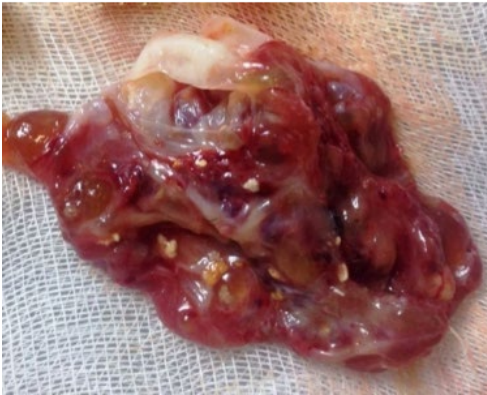
Keywords: peritoneal strumosis, ovarian cancer, video-assisted thoracoscopy, struma ovarii

peritoneal strumosis hernia



*The mass which was excised from hernie sac had a membranous capsule, and brown gelatinous appearance at cut surface*

peritoneal strumosis left ovary



*Left ovarian mass was composed of solid and cystic areas; solid component had gelatinous glossy yellow appearance.*

TÜRK JİNEKOLOJİK ENDOSKOPİ PLATFORMU

# 2. MİNİMAL İNVAZİV JİNEKOLOJİK CERRAHİ KONGRESİ

13 - 16 Şubat 2019  
Wyndham Grand İstanbul - Levent





# Video Bildiriler



# 2. MİNİMAL İNVAZİV JİNEKOLOJİK CERRAHİ KONGRESİ

13 - 16 Şubat 2019

Wyndham Grand İstanbul - Levent



## VP-01

### Uterine artery dissection and ligation in laparoscopic hysterectomy

*Seda Yüksel Şimşek, Songul Alemdaroglu, Erhan Şimşek, Husnu Celik*

*Baskent Üniversitesi Dr. Turgut Noyan Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Bölümü*

This video present two cases of uterine artery dissection and ligation.

**Keywords:** laparoscopic uterine artery ligation, uterine artery dissection and ligation, laparoscopic hysterectomy

## VP-02

### Cinsiyet değişikliği olgusunda laparoskopik histerektomi, salpingooferektomi ve total vajinektomi

*Sevtap Seyfettinoğlu, Ganim Khatib, Ümran Küçüköz Güleç, Ahmet Barış Güzel, Mehmet Ali Vardar*  
*Cukurova Üniversitesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Ana Bilim Dalı, Adana*

**Transseksüalite;** bireyin anatomik cinsiyetini reddetmesi ve karşı cinsin birincil (kızlarda vajina, erkeklerde penis, vb) ve ikincil (ses kalınlaşması, tüylenme, meme ve kalçanın oluşumu vb.) cinsiyet özelliklerine sahip olmak istemesi ve kişinin hissettiği cinsel kimlik ile biyolojik cinsiyeti arasındaki çatışma olarak tanımlanan cinsel kimlik bozukluğudur.

Transseksüel ve sınırları belirsiz bir gruba ait olan ve “cinsel kimlik disfori sendromu” olarak tanımlanan hastalar, sıklıkla cinsiyet değiştirme ameliyatlarını talep eden gruplardır. Kadından erkeğe cinsiyet değişikliği talebi olan hastalarda ilgili takipler yapılmalı, sağlık kurulu ve hukuki merciler tarafından onaylandığında öncelikle histerektomi, ooferektomi ve bunlara ek olarak vajinektomi ameliyatları planlanmalıdır.

Minimal invaziv cerrahi bu hastalarda özellikle psikolojik olarak ve skar yeri açısından sağladığı avantajlar nedeniyle tercih edilen bir cerrahi yöntemdir. Biz burada cinsiyet değişikliği talebi olan ve ilgili kurullarca kararı onanmış olan hastamızda uyguladığımız total laparoskopik histerektomi, bilateral salpingooferektomi, total vajinektomi olgumuzu sunmayı amaçladık.

**Anahtar Kelimeler:** cinsiyet değişikliği, laparoskopi, transseksüalite

# 2. MİNİMAL İNVAZİV JİNEKOLOJİK CERRAHİ KONGRESİ

13 - 16 Şubat 2019

Wyndham Grand İstanbul - Levent



## VP-03

### Uterus didelfis olgusunda total laparoskopik histerektomi

*Tuncer Kumcular<sup>1</sup>, Tonguç Arslan<sup>1</sup>, Ulkar Heydarova<sup>2</sup>, Dogan Vatansver<sup>2</sup>, Sema Koca<sup>1</sup>, Bülent Urman<sup>2</sup>, Cağatay Taskiran<sup>2</sup>*

<sup>1</sup>Amerikan Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği, İstanbul

<sup>2</sup>Koç Üniversitesi Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Ana Bilim Dalı, İstanbul

Müllerian kanal anomalilerinin görülme sıklığı değişik oranlarda (%0.1-3.8) bildirilmekle birlikte, bu anomaliler arasında uterus didelfis (UD) sıklığı %5 olarak tahmin edilmektedir. Uterin anomaliye sahip hastalara yapılan cerrahi müdahalelerde olası genital sistem anomalilerinin de eşlik etmesinden dolayı daha dikkatli olunmalıdır. Video sunumda nadir bir durum olan uterus didelfis anomalisi olan bir vakada total laparoskopik histerektomi gösterilmektedir. Ameliyat sonrası dönemde 3. veya 4. derece kopmlikasyon ile karşılaşmadık.

**Anahtar Kelimeler:** Histerektomi, laparoskopji, müllerian anomali, uterin didelfis

## VP-04

### 8 cm çaplı intramural myomlu hastada, myomektomi sonrası total laparoskopik histerektomi ve bilateral salpingooferektomi operasyonu

*Evren Akmut, Hanife Birben*

*Rize Devlet Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Servisi*

Fundusa lokalize 8 cm çaplı intramural myomlu hastada, bilateral üreterler retroperitoneal alanda traseleri boyunca disseke edildikten sonra, bilateral uterin arter ligasyonu yapıldı. Mesane flebi oluşturulmasını takiben, monopolar makasla myomektomi sonrası, medtronic maryland ligasure kullanarak hastaya total laparoskopik histerektomi ve bilateral salpingooferektomi operasyonu gerçekleştirildi. Piyes vajinal yolla çıkartıldı. Cuff 0 numara v-lock ile kapatıldı. Herhangi bir komplikasyon gelişmeden operasyon başarıyla sonlandırıldı.

**Anahtar Kelimeler:** myomektomi, histerektomi, salpingooferektomi, laparoskopji

**AuthorToEditor:** Amacım benim gibi genç endoskopist arkadaşlara, olanakların yeterli olmadığı, poliklinik baskısının hat safhada olduğu, 2.basamak sağlık hizmeti sunucularında bile olsak bu işe gönül verdiğimizde birşeyler başarabileceğimizi göstermektir. Bu tarz platformlarda sınırlı imkanlara ve süreye rağmen, bizlerinde var olduğunu gösterebilmektir.



## VP-05

### Robotic Assisted Laparoscopic Hysterectomy of A Huge Uterus

*Savas Gundogan, Ozguc Takmaz, Esra Ozbasli, Mete Gungor*

*Department of Obstetrics and Gynecology, Acibadem MAA University, Istanbul, Turkey*

Robotic Assisted Laparoscopic Hysterectomy of a Huge Uterus

**Design:** Video presentation of a robotic assisted laparoscopic hysterectomy of a huge uterus

**Setting:** University Affiliated Tertiary Private Hospital

**Patient:** A 52 years old gravida 1 woman with a 12cm intramural fibroid admitted to our clinic with a request of endoscopic removal of her uterus. After detailed information, it was decided to perform hysterectomy operation via robotic platform.

**Intervention:** The operation was performed with da Vinci Xi platform (Intuitive Surgical, Inc., Sunnyvale, C), side docking was applied for patient card, three robotic arms and an assistant port with smoke evacuator (AirsealR SurgiQuest, Inc., CT, USA) were used. The uterus removed via contained morcellation bag.

**RESULTS:** Operation time (skin to skin) was 190 min, docking time was 5 min, 2.0 barbed suture was used for vaginal closure. Estimated blood loss (calculated with the difference between irrigation and suction) was 100cc, first gas discharge was at 13th hours after the surgery, the patient was discharged the day after surgery. No complication had been occurred peri-operatively, the uterine weight was 1102gr.

**Keywords:** huge uterus, robotic hysterectomy, contained morcellation of uterus

# 2. MİNİMAL İNVAZİV JİNEKOLOJİK CERRAHİ KONGRESİ

13 - 16 Şubat 2019

Wyndham Grand İstanbul - Levent



## VP-06

### Modified Bakay technique in laparoscopic hysterectomy

*Kadir Bakay<sup>1</sup>, Üzeyir Kalkan<sup>2</sup>*

<sup>1</sup>Department of Gynecology and Obstetrics, Ondokuz Mayıs University, Samsun, Turkey

<sup>2</sup>Department of Gynecology and Obstetrics, Egemed Hospitals, Soke, Turkey

The last step of laparoscopic hysterectomy when the surgeon attempts to remove the uterus and close the vaginal cuff (colpotomy and cuff closure) is considered the most challenging part of the operation, and the procedure involves a steep learning curve for surgeons. Although various methods have been described and reviewed on vaginal cuff closure in laparoscopic hysterectomy, this is the first to describe placing a single continuous running purse-string suture using the uterine manipulator to maintain a safe distance between adjacent structures while facilitating the closure before colpotomy. The modification to this technique is by plicating the right uterosacral ligament in the beginning and ending in the left thus enhancing the apex by pexy of both ligaments while using cold scissors for colpotomy instead of energy.

**Keywords:** Laparoscopic colpotomy, Laparoscopic cuff closure, Laparoscopic suturing, Laparoscopic Hysterectomy

## VP-07

### Laparoscopic lateral hysterosuspension with mesh using a special device via retroperitoneal tunneling

*Ali Rıza Dogan, Ömer Lütfi Tapisiz, Derya Akdag Cirik, Sadıman Kiykac Altınbaş*

*Department of Gynecology, University of Health Sciences, Etlik Zubeyde Hanım Women's Health Training and Research Hospital, Ankara, TURKEY.*

Because of the changes in sexuality and fertility concerns over the last decade, there is a growing demand for uterine sparing surgery to treat uterine prolapse. Both laparoscopic sacral hysteropexy and lateral hysterosuspension were identified as effective treatment options for uterine prolapse. However, these procedures required long operation time and expert laparoscopic skills. Therefore, there is a need for a short-time, minimal invasive procedure. For this purpose, a new procedure has been designed and presented.

A 34-year-old patient, with three previous vaginal births, was admitted to the gynecology clinic of a tertiary research and education hospital in Ankara, with a bulging vaginal mass. In the preoperative examination, using the Pelvic Organ Prolapse Quantification System, stage 3 descensus uteri, stage 3 cystocele and low rectocele were identified. The procedure was performed via laparoscopy using one umbilical and three lateral ports. At the



## 2. MİNİMAL İNVAZİV JİNEKOLOJİK CERRAHİ KONGRESİ

13 - 16 Şubat 2019

Wyndham Grand İstanbul - Levent



beginning of the operation, two-Y-shaped polypropylene, monofilament, macroporous meshes (Paha®, CE 1014, © 2011, Altaylar Medical, LTD. Sti, Ankara, Turkey) with two short central (2x4 cm) and one long arm (2x20 cm) were prepared. The operation was designed in three steps.

In the first step; a manipulator was applied into the uterus, the cup surrounded the cervix, and the uterus was elevated. Later, each mesh helded by a special device, having a suitable concavity to the abdominal side wall towards the uterine cervix, was introduced from the lateral incisions bilaterally via retroperitoneal tunneling.

In the second step; in order to skeletonize the cervix, vesicovaginal and rectovaginal spaces were dissected in the fascial plane to mobilize the bladder and the cervical wall by non-absorbable, synthetic, braided polyester surgical sutures (Multicron®, Orhan Boz AS, Ankara, Turkey). Posterior arms were introduced to the posterior cervical wall via the tunnels formed in the broad ligament, and stitched with 2 knots by the same sutures.

In the third step; the long arms of the meshes were fixed to the transversus fascia with two sutures laparoscopically (Supplementary).

The operation was performed using conventional trocar sites and lasted in 80 minutes. After the completion of this procedure, rectocele and cystocele were also repaired. At the 9th-month follow-up, no remarkable symptoms or any adverse events were observed.

This procedure, using a device convenient to the abdominal wall concavity, might be considered as an alternative, easy and effective option to treat sexually active women with uterine prolapse and a desire of uterine preservation.

**Keywords:** Laparoscopy, Lateral Hysterosuspension, Retroperitoneal tunnelling, Mesh

**AuthorToEditor:** We would like to present our new technique «Laparoscopic lateral hysterosuspension with mesh using a special device via retroperitoneal tunneling» with video. This technique, using a device convenient to the abdominal wall concavity, might be considered as an alternative, easy and effective option to treat sexually active women with uterine prolapse and a desire of uterine preservation. With our kind regards, Omer Lutfi Tapisiz, MD, PhD

# 2. MİNİMAL İNVAZİV JİNEKOLOJİK CERRAHİ KONGRESİ

13 - 16 Şubat 2019

Wyndham Grand İstanbul - Levent



VP-08

## Laparoskopik paravajinal onarım ve burch kolposusansasyonu

*Yakup Yalcin, Selcuk Erkilinc*

*Isparta Sehir Hastanesi, Jinekolojik Onkoloji Klinigi, Isparta*

Hasta 65 yasinda, idrar torbasi sarkmasi ve oksururken, gulerken idrar kacirma sikayeti ile poliklinige basvurdu. Hasta 20 yil once myoma uteri nedeniyle abdominal histerektomi ve bilateral salpingo-ooferektomi operasyonu gecirmisti. Jinekolojik muayenede grade 3 sistosel ve paravajinal defekt izlendi, santral defekti yoktu. Apikal ve posterior defekt izlenmedi. Ayrica hastaya yapilan urodinami test sonucu stres inkontinans ile uyumluydu. Hastaya laparoskopik paravajinal onarım ve burch operasyonu planlandı. Umblikus icinden 10 luk trokar ile girildi, sag ve sol sias'ın 2 cm uzerinden ve suprapubik bolgede pubisten 5 cm yukarida olmak uzere 3 adet 5 lik trokar girildi. Batin on duvar peritonu mesane sınırı görulerek yaklasik 3 cm uzerinden ligasure ile kesildi ve retropubik bosluga girildi, kesi umblikal ligamentler arasinda genisletildi. Paravezikal yag dokular diseke edilerek arkus tendinous fasya pelvis (atfp) ligamentine ulasildi. Vajendeki el yardimiyla atfp ile vajen uzerindeki puboservikal fasya 2/0 polipropilen sutur kullanilarak yaklastirildi. 2 sag ve 2 sol tarafa olmak uzere 4 adet sutur atildi. Ardindan pubik kemik uzeri diseke edilerek cooper ligamenti bulundu, miduretra yanindaki paravajinal fasya sag ve solda cooper ligamentine 2/0 polipropilen sutur ile gergisiz olacak sekilde asildi. Batin on duvar peritonu 2/0 vicryl sutur ile kapatildi. Mesane ve ureter yaralanmasini dislamak amaciyla sistoskopi yapildi. Peroperatif ve postoperatif komplikasyon olusmadi. Sonda postop 1. gun cekildi ve ayni gun aksami hasta taburcu edildi.

**Anahtar Kelimeler:** burch, stres inkontinans, paravajinal defekt, sistosel



## VP-09

### Laparoskopik Sakrokolpopeksi: Altı nokta tekniği

*Yağmur Minareci*

*İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum ABD, Jinekolojik Onkoloji BD*

**Giriş:** Pelvik organ prolapsusu, vaginal kubbeye komşu olan yapıların aşağıya doğru yer değiştirmesidir. Etiyolojisinde bir çok sebep yer alır, yaşın ilerlemesiyle birlikte pelvik taban kas ve dokuları zayıflar. Sakral kolpopeksi vajinal apeksin sakrum anterior longitudinal ligamentine mesh ile yükseltilmesi şeklinde tanımlamakta ve pelvik organ prolapsusu için altın standart tedavi yöntemi olarak bildirilmektedir. Apikal prolapsus için laparoskopik sakrokolpopeksi ilk kez 1994 te bildirilmiş ve laparoskopi morbidite, kan kaybı ve hastanede kalış süresinde azalma gibi major avantajları nedeni ile tercih edilen yöntem olmuştur.

**Vaka:** 63 yaşında, postmenopozal 3. derece desensus uteri, 3. derece sistosel, 2. derece rektosel ve idrar yapmada güçlü şikayetleriyle gelen hasta, Manisa/ Salihli'deki Medigüven Hastanesi Jinekoloji Kliniğinde Mayıs 2015'te değerlendirilmiş, ve hastaya laparoskopik sakrokolpopeksi operasyonu uygulanmıştır. Vaka postoperatif dönemde komplikasyonsuz olarak seyretmiştir.

**Tartışma:** Pelvik organ prolapsusu, kadınların yaşam kalitesini bozan, üriner inkontinans ve hatta fekal inkontinans ile birliktelik gösterebilen bir bozukluk olup, tedavisi hemen daima cerrahi olarak yapılmaktadır. Cerrahi seçenekler içerisinde sakrokolpopeksi operatif sonuçlar açısından (apikal prolapsus varlığında) altın standart yöntem olarak kabul edilmektedir. Bu sunumda, hastamız uygulanan cerrahi sonrasında komplikasyonsuz şekilde iyileşmiş ve postoperatif ikinci günde sorunsuz şekilde taburcu edilmiştir. Sonuç olarak, laparoskopik sakrokolpopeksi operasyonu etkin ve hasta konforunun en üst seviyede olduğu bir operasyondur.

**Anahtar Kelimeler:** laparoskopi, sakrokolpopeksi, minimal invaziv cerrahi

**AuthorToEditor:** video:yu yükleyemedim ancak video sunumunun kabul edilmesini rica ediyorum

# 2. MİNİMAL İNVAZİV JİNEKOLOJİK CERRAHİ KONGRESİ

13 - 16 Şubat 2019

Wyndham Grand İstanbul - Levent



## VP-10

### Laparoskopik lateral süspansiyon

*Güray Tuna, Elif Uçar, Süleyman Salman*

*İstanbul Gaziosmanpaşa Taksim Eğitim ve Araştırma Hastanesi*

Desensus uteri kadınların doktora şikayet olarak belirtmekten çekindiği, kadının vücut algısı ve seksüel yaşamı üzerine kötü etkisi olan, sonuçta hastanın günlük aktivitelerini kısıtlamasına yol açan önemli bir sorundur. Obezite ve yaşam süresinin uzaması gibi risk faktörlerinin artmasıyla daha çok kadını etkilemesi beklenmektedir. Desensus uteri vakalarında uterus koruyucu cerrahi olarak laparoskopik sakrohisteropeksi yerine laparoskopik lateral süspansiyon uygulanabilir. Lateral süspansiyon tekniğinde promontorium diseksiyonu olmadığından rektum ve üreter yaralanması, sakral arter ve presakral ven yaralanması gibi komplikasyonlar daha az görülmekte ve postop hastada sırt ağrısı olmamaktadır. Operasyon süresi laparoskopik sakrohisteropeksiye göre daha kısadır ve operasyon tekniğini öğrenmek de daha kolaydır. Videosunu sunduğumuz olgu 47 yaşında, histerektomi olmak istemeyen, evre 3 uterin prolapsusu olan hastaydı. Operasyon hastaya ayrıntılı olarak anlatılıp onamı alındıktan sonra laparoskopik lateral süspansiyon yapmaya karar verdik. Laparoskopik olarak batına girdikten sonra mesane serviksten diseke edildi. Broad ligamentin ön yaprağı ligamentum rotundumun önünden laterale doğru açıldı. Ligamentum rotundum ile oblitere umbilikal arter arasında diseksiyon yapılarak eksternal iliak venin yaklaşık 2cm medialinde olan Cooper ligament visualize edildi. Daha önce hazırlanan mikropor meşin orta kısmı serviks, diğer uçları bilateral diseke edilen Cooper ligamentlerine prolen ile suture edildi. Diseke edilen periton vicril sutur ile kapatıldı. İntraoperatif ve postoperatif komplikasyon izlenmeyen hasta bir gün sonra taburcu edildi. Posoperatif ikinci ay kontrol edilen hastanın şikayeti yoktu ve yapılan vajinal muayenesinde desensus izlenmedi.

**Anahtar Kelimeler:** Laparoskopi, lateral süspansiyon, desensus uteri, pop



## VP-11

### **laparoskopik pektepeksi: olgu sunumu**

*Ahmet Eser*

*Zeynep Kamil Eğitim ve Araştırma Hastanesi*

**GİRİŞ:** Pelvik organ prolapsusu, kadın popülasyonda oldukça sık görülür ve çoğunlukla cerrahi tedavi gerektirir. Cerrahi tedavide minimal invazif yöntemlerin yaygınlaşmasıyla birlikte robotik ve laparoskopik yöntemler ön plana çıkmıştır.

**OLGU:** Bizim olgumuz 47 yaşında, G4P4Y4 POPQ evre 3 uterin prolapsus ve sistoseli mevcuttu. Daha önce geçirilmiş pelvik cerrahisi yoktu. Hastaya laparoskopik pektepeksi yöntemi uygulandı.

**SONUÇ:** Pektepeksi operasyonu, uterus ve ya vajinanın her iki pektineal ligamente asılarak apikal desteğin sağlandığı bir cerrahi yöntemdir. Halen laparoskopik sakrokolpeksi yönteminin uzun dönemde iyi anatomik ve fonksiyonel sonuçları nedeniyle en çok uygulanan yöntem olmasına rağmen, laparoskopik pektepeksi daha güvenli ve kolay uygulanabilen alternatif cerrahi bir yöntemdir.

**Anahtar Kelimeler:** pelvik organ prolapsusu, laparaskopi, pektepeksi

## VP-12

### **Laparoskopik İliopektineal Ligamentopeksi**

*Süleyman Salman, Bülent Babaoğlu, Erkan Aslan, Serkan Kumbasar*

*İstanbul Gaziosmanpaşa Taksim Eğitim ve Araştırma Hastanesi*

Desensus uteri vakalarında laparoskopik olarak yapılan iliopektineal ligamentopeksi, laparoskopik histeropeksi yerine kullanılmaya başlanan nispeten yeni bir yöntemdir. Laparoskopik sakropeksiye göre üstünlüğü rektum ve üreter yaralanma riskinin daha az olması, hastada sırt ağrısı yapmaması ve daha az komplikasyon riski taşımasıdır. Operasyon süresi laparoskopik sakropeksiye göre daha kısadır. Operasyon tekniğinde laparoskopik sakropeksiye göre nispeten daha kolaydır. Videosunu sunduğumuz olgu 40 yaşında grade 3 uterin prolapsusu olan histerektomi istemeyen hasta idi. Operasyon tekniği hastaya anlatılıp onamı alındıktan sonra laparoskopik iliopektineal ligamentopeksi yapmaya karar verdik. Laparoskopik olarak batına girildikten sonra mesane serviksten diseke edildi, broad ligamentin ön yaprağı ligamentum rotundumun önünden laterale doğru açıldı, ligamentum rotundum ile oblitere umbilikal arter arasından diseksiyon yapılarak eksternal iliak damarların medialinde ve altında yaklaşık 2 cm lik uzaklıkta olan iliopektineal ligamente ulaşıldı. Daha önceden hazırlanan meşin orta kısmı serviks prolen ile sütüre edildi. Meşin diğer uçları iliopektineal ligamente prolen ile sütüre edildi. Diseke edilen periton vikril sütür ile kapatıldı. Postoperatif komplikasyon izlenmeyen hasta 1 gün sonra taburcu edildi. Postoperatif 3. Ayında kontrol edilen hastanın yapılan vaginal muayenede decensusu izlenmedi. Hastanın şikayeti yo

**Anahtar Kelimeler:** Laparaskopi, İliopektineal Ligamentopeksi, Prolapsus



### VP-13

#### Laparoscopic sacrocolpopexy in vaginal vault prolapse

*Seda Yüksel Şimşek, Songul Alemdaroglu, Gülsen Dogan Durdag, Husnu Celik Baskent Üniversitesi Dr. Turgut Noyan Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Bölümü*

A 65 years old patient admitted with the complaint of vaginal mass and urinary incontinence. Patient had hysterectomy 10 years ago with the indication of uterine fibroids. Laparoscopic sacrocolpopexy of vaginal vault and BURCH procedures have been performed. This video presents the basic steps of sacrocolpopexy in a hysterectomized patient.

**Keywords:** laparoscopic sacrocolpopexy, vaginal vault prolapse, hysterectomized patient

### VP-14

#### Uterin ve vajinal kaf prolapsusu tedavisinde laparoskopik cerrahi

*Ganim Khatib, Sevtap Seyfettinoğlu, Ahmet Barış Güzel, Ümrân Küçükgöz Güleç, Mehmet Ali Vardar Cukurova üniversitesi tıp fakültesi kadın hastalıkları ve doğum ana bilim dalı*

Laparoskopik cerrahi uterin ve vajinal kaf prolapsusu cerrahisinde bir çok avantaj sağlamaktadır. Dokuların daha yakından vizüalize edilebilmesi, daha yakın hemostaz, kısa süreli hastanede yatış, postop ağrı da azalma ve estetik avantajlar bunlardan bir kaçıdır. Hem histerektomi sonrası kaf prolapsusunda özellikle obez hastalarda, hem de uterusun varlığında genç hastalarda öncelikle laparoskopik yöntem tercih edilmesi önerilebilir. Biz bu sunumda Laparoskopik cerrahi ile Sakroservikopeksi ve sakrokolpopeksi uyguladığımız iki hastamızı sunmayı amaçladık

**Anahtar Kelimeler:** laparoskopi, prolapsus, sakrokolpopeksi, sakroservikopeksi



## VP-15

### Total laparoscopic radical trachelectomy with dissection and preservation of the hypogastric nerve

Selim Misirlioglu<sup>1</sup>, Dogan Vatansever<sup>1</sup>, Burak Giray<sup>2</sup>, Ulkar Heydarova<sup>1</sup>, Tuncer Kumcular<sup>3</sup>, Macit Arvas<sup>4</sup>, Cağatay Taskiran<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Department of Obstetrics and Gynaecology, VKF Koc University School of Medicine, Istanbul, Turkey

<sup>2</sup>Department of Obstetrics and Gynaecology, Zeynep Kamil Training and Research Hospital, Istanbul, Turkey

<sup>3</sup>Department of Obstetrics and Gynaecology, VKF American Hospital, Istanbul, Turkey

<sup>4</sup>Department of Obstetrics and Gynaecology, Istanbul University Cerrahpasa Faculty of Medicine, Istanbul, Turkey

**OBJECTIVE:** Fertility sparing surgery (FSS) has gained popularity in last three decades for the treatment of cervical cancer. Nearly after four decades several different procedures described including conization or a simple trachelectomy, an abdominal radical trachelectomy, a pure laparoscopic or a robot-assisted laparoscopic radical trachelectomy. The aim of this video is to present a total laparoscopic radical trachelectomy demonstrating pelvic anatomical structures.

**METHODS:** A 38 years-old woman referred to our clinic with a diagnosis of squamous cell carcinoma of the cervix. She has undergone a Loop Electrosurgical Excision Procedure (LEEP) at another center. The pathological review, clinical examination and imaging modalities revealed a stage IB1 cervical carcinoma less than 2cm in the greatest diameter. A nerve sparing laparoscopic radical trachelectomy, bilateral pelvic sentinel lymph node mapping and systematic lymphadenectomy was performed with meticulous dissection of pelvic anatomical structures including hypogastric nerves.

**RESULTS:** She stayed at the intensive care unit for one day and discharged on post-operative day 4 without any adverse event in post-operative period.

**CONCLUSION:** In selected patients with cervical cancer laparoscopic radical trachelectomy is safe and effective procedure.

**Keywords:** cervical cancer, fertility sparing surgery, hypogastric nerve, laparoscopic radical trachelectomy, nerve sparing surgery

# 2. MİNİMAL İNVAZİV JİNEKOLOJİK CERRAHİ KONGRESİ

13 - 16 Şubat 2019

Wyndham Grand İstanbul - Levent



## VP-16

### Minilaparoscopic paraaortic lymph node dissection, pelvic and paraaortic sentinel lymph node biopsy & bilateral ovarian transposition

*Doğan Vatansever<sup>1</sup>, Burak Giray<sup>2</sup>, Tuncer Kumcular<sup>3</sup>, Ulkar Heydarova<sup>1</sup>, Macit Arvas<sup>4</sup>, Cagatay Taskiran<sup>1</sup>*

*<sup>1</sup>Department of Obstetrics and Gynaecology, VKF Koc University School of Medicine, İstanbul, Turkey*

*<sup>2</sup>Department of Obstetrics and Gynaecology, Zeynep Kamil Training and Research Hospital, İstanbul, Turkey*

*<sup>3</sup>Department of Obstetrics and Gynaecology, VKF American Hospital, İstanbul, Turkey*

*<sup>4</sup>Department of Obstetrics and Gynaecology, İstanbul*

*University Cerrahpaşa Faculty of Medicine, İstanbul, Turkey*

**OBJECTIVE:** Paraaortic lymphadenectomy (PAL) is a crucial part of surgical treatment of many gynecological cancers. In locally advanced stage cervical cancer, PAL is performed in order to tailor the adjuvant therapy. In all of these settings PAL can be performed with minimally invasive surgery. The benefits of minimal invasive surgery are less wound related problems, increased patients comfort, better visualization, less blood loss, shorter recovery time, decreased analgesic requirements, shorter hospital stay and earlier recovery, in comparison to conventional approach. The aim of this video is to present a simple description of laparoscopic PAL performed using a minilaparoscopy setting.

**METHODS:** The patient was 35 years old, nulliparous woman with a stage IIB cervical adenocarcinoma. We performed the laparoscopic PAL transperitoneally to tailor the adjuvant therapy by following steps; peritoneal dissection starting over common iliac artery to pre-aortic region, preparation of paraaortic spaces to the level of inferior mesenteric artery, creation of a window under the sigmoid mesocolon, retraction of sigmoid and descending colon along with left ureter, preparation of paracaval, precaval and inter-aortocaval paraaortic spaces, preparation of left paraaortic spaces cranial to the IMA up to the level of left renal vein, left sided paraaortic lymph node dissection, preaortic, inter-aortocaval, precaval and paracaval lymph node dissection. In addition to that bilateral ovarian transposition was also performed in order to transport the ovaries out of radiotherapy field.

**RESULTS:** PAL was performed using a minilaparoscopy setting without any adverse event in peri-operative or post-operative period.

**CONCLUSION:** Minilaparoscopic PAL can be a feasible option for selected patients with cervical cancer.

**Keywords:** cervical cancer, minilaparoscopy, ovarian transposition, paraaortic lymph node dissection





## VP-17

### Vulvo-Vajinal Malign Melanomda Laparoskopik Total Kolpektomi

*Emine Karabük, Savaş Gündoğan, Mehmet Murak Naki, Mehmet Faruk Köse  
Acıbadem Üniversitesi Kadın Hastalıkları ve Doğuma Anabilim Dalı, İstanbul*

Amelanotic malignant melanoma is the the rare form of all malign melanomas. %2-3 of all malign melanomas develop from ectodermal originated genital tract surfaces. There are three main malign melanoma types. Superficial spreading type is the most common type of malign melanomas (%70) but it is unlikely to occur in female genital tract. In the female genital tract lentigious melanoma is the most common one (%52). Nodular melanoma has the worst prognosis than other types and its insidance rate is %20. Female genital tract malign melanomas have poor prognosis. 5 years of survival rate differ according to the place where malign melanoma is. Even vulvar melanoma's 5-year relative survive rate is %47. Vaginal melanoma's rate is %18. Our patient SA(68) admitted to our clinic with her diagnosed vaginal lesions as amelanotic malign melanoma. In our physical examination there were multiple dark pigmented areas in the vulvar area. Around the inferior border of external orifis of the uretra has 1 cm dark pigmented mucosa. We performed MRI imaging and PET CT vaginoscopy and colposcopy. There were multiple dark lesions inside the vagina. On the right lateral vaginal surface had spread dark lesions. In general malign melanoma of female genital tract is occurs %34 in the labium majus, %29 in labium minus and %24 in clitoral area and %13 midline structures like periureral area, introitus and posterior fourchette. We performed two biopsies. One was from vaginal wall of right lateral fornix and the other was from periuretral area. The pathology confirm the diagnosis of malign melanoma. In the pathological diagnosis immunohistochemistry is generally used. HMB-45, Vimentin, S-100, Melan A is the main possitive proteins that distinguish malign melanoma from other malignencies.

In PET CT, 1 cm lesion, which is SUVmax 7,9, in the left side of vulva and 15x12 mm metastatic lesion, which is SUVmax 7.3, in the left inguinal region was diagnosed.

Our clinical consensus was extracting the whole tumoral areas. Laparoscopic hysterectomy, bilateral salphingo-ooferectomy, total colpectomy, total vulvectomy and bilateral inguinal lymphadenectomy were performed.

Operation time was 5 hours and the patient was discharged after the 4th day of the surgery. We followed the ERAS procedures before and after the surgery.

**Anahtar Kelimeler:** amelanotic, malign, melanoma, colectomy, laparoscopy,

# 2. MİNİMAL İNVAZİV JİNEKOLOJİK CERRAHİ KONGRESİ

13 - 16 Şubat 2019

Wyndham Grand İstanbul - Levent



VP-18

## Lokal İleri Evre Serviks Kanserinde Laparoskopik Ekstraperitoneal Para-aortik Lenf Nodu Diseksiyonu

Jalal Raoufi<sup>1</sup>, Candost Hanedan<sup>1</sup>, Serhan Can Işcan<sup>1</sup>, Ebru Erdemoglu<sup>2</sup>, Evrim Erdemoglu<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Süleyman Demirel Üniversitesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Ana Bilim Dalı, Jinekolojik Onkoloji Bilim Dalı, Isparta

<sup>2</sup>Isparta Şehir Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Departmanı, Isparta

**Amaç:** Lokal ileri evre serviks kanserinin (evre IB3 – IVA) takip ve tedavisi için eksternal beam radyoterapi (EBRT), brakiterapi (BRT) ve eş zamanlı olarak kemoterpi (KT) kullanılmaktadır. eksternal beam radyoterapi (EBRT) planlanması için para-aortik bölgenin tutulu olup olmadığını bilmek lazım, görüntüleme yöntemleri yardımcı olsa da kesin bilgi patolojik inceleme ile elde edilir, dolayısı ile minimal invaziv yöntemle özellikle periton ve batin içerisine girmeden para-aortik lenf nodu diseksiyonu yapılmasının daha uygun olduğu için merkezimizde tüm bu hastalara laparoskopik ekstraperitoneal para-aortik lenf nodu diseksiyonu yapılmaktadır. Bu videoda laparoskopik ekstraperitoneal para-aortik lenf nodu diseksiyonu yapılan hastalarda bu yöntemle yeterli para-aortik lenf nodu diseksiyonunun yapıldığını göstermek ve anlatmak amaçlanmıştır.

**Gereç ve Yöntem:** Merkezimizde tüm lokal ileri evre serviks kanseri (evre IB3 – IVA) tanısı konulan ve kemeradioterpi (KRT) kararı alınan hastalarda tedavi öncesi laparoskopik ekstraperitoneal para-aortik lenf nodu diseksiyonu yapılmaktadır. Bu hastalarda önce göbek altı kesiden batin içi Co2 (Carbon Dioxide) ile şişirildikten sonra 10'luk trokar ve optik yerleştirilip batin içi eksplorasyonu yapılır daha sonra sol alt kadranda SIAS'ın (Spina Iliaca Anterior Superior) yaklaşık iki cm medioproksimalinden iki cm'lik cilt ve ciltaltı kesisi oluşturulup açık yöntem ile peritona dek diseksiyon yapılır, periton rüptüre olmadan parmak ile retroperiton alan açılır, 10'luk trokar yerleştirilip Co2 (Carbon Dioxide) gazı ile şişirilir, gaz ve optik yardımı ile retroperiton alan daha fazla genişletilir, daha sonra sol midaksiller hattın medialinden böbrek altı ile ilk trokar arasındaki mesafeden bir adet 10'luk ve bir adet 5'lik trokar girilip para-aortik, interaortokaval ve parakaval lenf nodu diseksiyonu yapılır.

## 2. MİNİMAL İNVAZİV JİNEKOLOJİK CERRAHİ KONGRESİ

13 - 16 Şubat 2019

Wyndham Grand İstanbul - Levent



**Tartışma ve Sonuç:** Lokal ileri evre (evre IB3-IVA) serviks kanserinde EBRT (eksternal beam radyoterapi), BRT (brakiterapi) ve eşzamanlı KT (kemoterpi) ilk tedavi seçeneğidir, eksternal beam radyoterapi (EBRT) sırasında pelvik alana ve para-aortik tutulum mevcut ise para-aortik alana tedavi planlanmaktadır, Para-aortik bölgenin değerlendirilmesi için görüntüleme yöntemleri veya patolojik değerlendirilme seçeneği mevcuttur. Görüntüleme yöntemi olarak PET-BT (Pozitron Emisyon Tomografi- Bilgisayarlı Tomografi), BT (Bilgisayarlı Tomografi) veya MRG (Manyetik Rezonans Görüntüleme) kullanılmaktadır, yapılan çalışmalarda metastatik lenf nodunu tespit etme konusunda PET-BT yönteminde duyarlılık % 82 ve özgüllük % 95 bulunmuşken sırasıyla BT için duyarlılık %50, özgüllük %92 ve MRG için duyarlılık %56, özgüllük %91 olarak bildirilmiştir. Yapılan başka bir çalışmaya göre, görüntüleme yönteminde lenf nodu tutulumu negative bildirilen hastaların %8'inde para-aortik lenf nodu metastazı saptanmıştır, bu hastalarda 2 yıllık sağkalım (overall survival - OS) belirgin olarak etkilenmiş bulunmaktadır (2 yıllık OS: %40), bu hastalarda para-aortik bölgeye de (genişletilmiş radyoterapi) uygulanması terapötik fayda sağlayabilir, dolayısıyla cerrahi yöntemler ile para-aortik bölgenin değerlendirilmesi uygun görülmektedir. Cerrahi yöntemlerde ekstraperitoneal para-aortik lenf nodu diseksiyonu, daha az morbiditeye sahip olduğu için çoğu cerrahlar tarafından tercih edilmektedir. Sonuç olarak local ileri evre serviks ca hastalarında, tedavi planlanması için minimal invaziv yöntemler ve bu yöntemlerden de laparoskopik ekstraperitoneal para-aortik lenf nodu diseksiyonu önerilmektedir.

**Anahtar Kelimeler:** Ekstraperitoneal, Para-aortik lenf nodu, İleri evre serviks kanseri.



## VP-19

**Büyük Intraligamenter Myomu Olan Hastada Vaginal Morselasyon ile Laparoskopik Histerektomi**

*Melih Bestel<sup>1</sup>, Bülent Babaoğlu<sup>1</sup>, Süleyman Salman<sup>1</sup>, Onur Karaaslan<sup>2</sup>, Elif Uçar<sup>1</sup>, Ayşegül Bestel<sup>3</sup>*

*<sup>1</sup>Sağlık Bilimleri Üniversitesi Gaziosmanpaşa Taksim Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği, İstanbul*

*<sup>2</sup>Hakkari Devlet Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği, Hakkari*

*<sup>3</sup>Tekirdağ Devlet Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği, Tekirdağ*

**AMAÇ:** 50 yaşında karın ağrısı şikayeti ile kliniğimize başvuran hastada yapılan ultrasonografide sol batın yan duvarı ile uterus arasında yaklaşık 18-20 cm boyutunda myom ile uyumlu görünüm tespit edildi. MR görüntüleme adneksiyal kite ve myoma uteri ayırt edilemedi. Diabetes mellitus, hipertansiyon hastalıkları olan vücut kitle indeksi 48 olan hastaya laparoskopik histerektomi uygulandı.

**METHOD:** Li-Huang noktasından 1 adet 10'luk trochar, iki taraflı inguinal ve suprapubik 5'lik trochar kullanıldı. Myom vaginal morselasyon tekniği ile çıkarıldı.

**SONUÇ:** Sonuçta 825 gr ağırlığında intraligamenter myom vaginal morselasyon yardımıyla çıkarıldı. Hasta postoperatif 2. gün taburcu edildi.

**TARTIŞMA:** Özellikle komorbid hastalığı olan, vücut kitle indeksi yüksek olan hastalarda laparoskopik cerrahi ilk sırada düşünülmelidir. Ayrıca büyük kitle varlığı laparoskopik cerrahiye engel değildir. Bunun yanında teknik imkansızlıklar da(morselatör olmaması) laproskopik cerrahi seçimi için engel değildir.

**Anahtar Kelimeler:** intraligamenter myom, vaginal morselasyon, laparoskopi

**AuthorToEditor:** Sayın bilimsel komite üyeleri, Sözlü sunumunu yapmak istediğim «Büyük Intraligamenter Myomu Olan Hastada Vaginal Morselasyon ile Laparoskopik Histerektomi» isimli videom, 7-10 Ekim 2018 tarihleri arasında 27.ESGE kongresinde «Free Communications» oturumunda uluslararası platformda sunulmuştur. Aynı sunumu ulusal platformda ülkemizdeki meslektaşlarımla da paylaşmak isterim. Saygılarımla

# 2. MİNİMAL İNVAZİV JİNEKOLOJİK CERRAHİ KONGRESİ

13 - 16 Şubat 2019

Wyndham Grand İstanbul - Levent



## VP-20

### Dev Uterin Myomda Laparoskopik Histerektomi Yönetim

Evrım Erdemoglu<sup>1</sup>, Jalal Raoufi<sup>1</sup>, Serhan Can Işcan<sup>1</sup>, Candost Hanedan<sup>1</sup>, Ebru Erdemoglu<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Süleyman Demirel Üniversitesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Ana Bilim Dalı, Jinekolojik Onkoloji Bilim Dalı, Isparta

<sup>2</sup>Isparta Şehir Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Departmanı, Isparta

**Amaç:** Myom uteri olguları için tedavi seçenekleri takip, medikal tedavi, uterin arter embolizasyonu ve cerrahi tedavidir. Ancak dev boyutlara ulaşmış myomlarda cerrahi tedavi yapılmalıdır. Bu video sunumunda dev uterusun morselatör kullanmadan laparoskopi yardımıyla vajinal yoldan çıkarılması amaçlanmıştır.

**Gereç ve Yöntem:** Multiple myoma uterisi ve uterus boyutu 18 cm olan 62 yaşında bir hastada morselatör kullanmadan laparoskopik histerektomi planlandı. Optik ile batin gözleminde multiple myom içeren uterus boyutu yaklaşık 18 cm ve appendiks sağ overe yapışık izlendi, laparoskopik appendektomi yapıldı, bilateral olarak batin yan duvardan infundibulopelvik ligamanlara paralel retroperiton açılarak psosas kasi, ureterler ve eksternal iliak arterler gözlemlendi ve ureterler diseke edilerek sahadan uzaklaştırıldı, pararektal ve paravezikal boşluklar oluşturuldu, bilateral olarak uterin arterler ve umbilikal arterler belirlendi, bilateral uterin arterler çıkış noktasına yakın yakılıp kapatıldı, önde uterovezikal periton kesilerek mesane diseke edilerek uzaklaştırıldı, laparoskopik histerektomi ve salpingo-oferektomi tamamlandı parça vajen cuff girişine yaklaştırıldı vajinal yoldan tutuldu vajene giren kısım makas yardımı ile vajinal morselasyon yapılarak ve parçalanarak çıkarılması neticesinde uterus, bilateral overler ve tubalar, ve appendiks vajinal yolundan çıkarıldı, cuff vajinal yoldan sütüre edildi.

**Tartışma ve Sonuç:** Myoma Uteri ön tanısıyla morselasyon içeren minimal invaziv cerrahi yöntemlerin tercih edildiği hastalar ile ilgili yapılan çalışmalarda sarkom prevalansı 1/ 500 (% 0,2) olarak rapor edilmiştir. Bu tür olgularda tümörün batin içerisine yayılmasından dolayı hastalısız sağ kalım oranları daha düşüktür. A.B.D. de (Amerika Birleşik Devletleri) minimal invaziv yöntem ile histerektomi yapılan 232.882 kadının histerektomi raporları incelendiğinde, morselasyonun %15,7 kadında kullanıldığı rapor edilmiştir. Morselatör kullanılan hastalarda %0.34 hastada sarkom saptanmıştır. 40 yaş altında sarkom prevalansı 1/1500 iken 60 yaş üstünde 1/31 olarak rapor edilmiştir. Bazı çalışmalarda morselasyon uygulanmasının uterus sarkomu olan hastalarda en kötü prognostic faktör olduğu rapor edilmiştir. Dört gözlemsel çalışmanın metaanalizinde morselatör uygulanan hastalarda rekurrens %61 iken, morselatör uygulanmayan hastalarda bu oran %39 dur. yine başka bir çalışmada morselasyonun 40 yaş altında kullanılabileceği daha yaşlı hastalarda seçilmemesi gerektiği rapor edilmiştir. Bu literatörler ışığında bu olgumuzda hastanın obez ve dev myomu olması nedeniyle laparoskopik yöntemle histerektomisi tamamlandıktan sonra uterusun morselatör kullanmadan vajinal yoldan çıkarılması tercih edildi. Sonuç olarak dev uterusu olan obez olgularda minimal invaziv cerrahi bir yöntem tercih edilmeyecekse 40 yaş üstü olgularda morselasyon kullanmadan uterusun vajinal yoldan laparoskopi yardımıyla çıkarılması uygun bir yöntem olarak önerilebilir.

**Anahtar Kelimeler:** Dev myom, Morselatör, Laparoskopik histerektomi.

# 2. MİNİMAL İNVAZİV JİNEKOLOJİK CERRAHİ KONGRESİ

13 - 16 Şubat 2019

Wyndham Grand İstanbul - Levent



## VP-21

### Derin dispanoniden muzdarip derin infiltran endometriozis hastasında logic 4K görüntüleme yöntemi kullanılarak yapılan büyük sakrouterin nodül eksizyonu

*Tolga Karacan, Volkan Kasimoğulları, Hakan Güraslan, Eser Özyürek*

*Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Bağcılar Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği, İstanbul*

**AMAÇ:** Derin dispanoniden muzdarip derin infiltran endometriozise sahip genç hastada 4K görüntüleme sistemi kullanılarak yapılan sakrouterin nodül eksizyonu

**OLGU:** 28 yaşında 2 yıllık evli güncel çocuk istemi olmayan hasta dismenore, kronik pelvik ağrı ve aşırı derecede olan dispanoni nedeniyle tarafımıza başvurdu. Daha önce çeşitli kliniklerde ağrısı ve kisti için medikal tedavi başlanan hastanın ağrıları minimal hafiflediğini söylese de ilişkiye giremediğini ifade etmekteydi. Ağrı skorları (VAS) kronik pelvik ağrı için 6/10, dismenore için 6/10 ve dispanoni için 10/10'du. Yapılan klinik muayenede spekulum muayenesi normal ve bimanuel muayenede ele gelen aşırı ağrılı sakrouterin nodül vardı. Transvajinal ultrasonografide sağda 5-6 cm'lik endometrioma kisti vardı. Sliding sign kısmi olarak negatifti. Magnetik rezonans (MR) ve kolonoskopi sonucundan diğer ürogenital organlarda herhangi bir odağa saptanmadı. Renal USG normaldi. Hastaya laparoskopik nodül eksizyonu ve kistektomi planlandı.

**Girişim:** Hastaya 4K kamere sistemi ile laparoskopiyeye başlandı. İncelemede klinik muayene ile uyumlu olarak sağda 5-6 cm'lik endometrioma mevcuttu. Douglas kısmi olarak kapalı idi. Operasyona sol üreter diseksiyonu ile başlandı. Üreter normal boyutlarda ve uterin artere kadar olan trasesi normaldi. Üreter sol sakrouterin nodülden güvenli mesafeye kadar diseke edildi. Ardından rektovajinal alan diseke edildi. Ultrasonoik enerji ve soğuk makasla nodül eksize edildi. Sağ endometrioma kistektomi yapıldı. Kanama kontrolünün ardından işleme son verildi.

**SONUÇ:** Hasta postoperatif 2. günde taburcu edildi. Postoperatif 1. aydaki ağrı tamamen kaybolmuştu. Ovarian endometriomanın derin infiltran endometriozis varlığı ve şiddeti için bir marker olduğu gösterilmiştir (1). Ağrısı olan ve klinik muayene sonucunda endometriomaya sahip hastalarda mutlaka derin infiltran endometriozis açısından ek görüntüleme yöntemleri (Magnetik rezonans ve konoskopi) istenmelidir. Ek olarak anatomik diseksiyon açısından bu zorlayıcı vakada 4K görüntüleme yöntemi cerraha daha net doku ayrımı imkanı sunabilir.

1.Chapron C ve ark. Associated ovarian endometrioma is a marker for greater severity of deeply infiltrating endometriosis. Fertil Steril. 2009;92(2):453-7.

**Anahtar Kelimeler:** Endometrioma, derin infiltran endometriozis, sakrouterin endometriotik odak



## VP-22

### *Derin infiltratif endometriozis vakasında, laparoskopik adenomyomektomi*

*İlknur Saide Kingir<sup>1</sup>, Işıl Kasapoğlu<sup>2</sup>, Gürkan Uncu<sup>3</sup>*

*<sup>1</sup>İlknur Saide Kingir, Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Ana Bilim Dalı, BURSA*

*<sup>2</sup>Işıl Kasapoğlu, Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Ana Bilim Dalı, BURSA*

*<sup>3</sup>Gürkan Uncu, Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Ana Bilim Dalı, BURSA*

Adenomyozis myometrium içinde endometrial doku varlığı olarak tanımlanır. Adenomyozis reproduktif çağıdaki kadınların %1-20'sinde görülmektedir. Derin endometriozis olgularının %50'sinde adenomyozisin eşlik ettiği gösterilmiştir. Fertilitisini korumak isteyen semptomatik kadınlarda adenomyozisin tedavisi bireyselleştirilmelidir. Adenomyomektomi, fertilitiyi korurken adenomyozisi tedavi etmek için konservatif bir cerrahi seçenektir. Bu video sunumunda fertilitate isteği devam eden bir hastaya bir minimal invaziv yöntem olarak laparoskopik adenomyomektomi ve die cerrahisi uygulandı.

**OLGU:** 32 yaşında, fertilitate istemi olan hastanın 1 yıl önce LT endometriozis cerrahisi öyküsü mevcut olup 3 aydır devam eden anal bölgeye vuran pelvik ağrı ve menoreji şikayetleri ile tarafımıza başvurdu. Pelvik muayenede özellikle douglasda belirgin hassasiyet mevcuttu. Tv-usb'de uterus normalden iri, myometrium heterojen ve korpus posterior da kistik yapılar içeren lezyon izlendi. Pelvik MR'da; uterus ta global büyüme, myometrium da heterojenite, özellikle fundus da subendometrial ve myometrial kistik lezyonlar; adenomyozis açısından anlamlı olarak değerlendirildi. Hastaya operasyon planlandı. Umblikus, sol alt kadranda, sol lumbur bölge ve sağ alt kadranda girilen 4 trokar ile operasyon yapıldı. Rektosigmoid barsak serozası ile uterus posterioru arasında adezyonlar mevcuttu, douglas oblitere görünümde idi. Disektör aracılığı ile adezyonlar giderildi. Sonrasında suprapubik bölgeden girilen tirbuşon ile uterus asılarak çevre dokudan diseksiyon sağlandı, douglastaki oblitere giderildi. Takiben harmonic scalpel aracılığı ile korpus posterior da yer alan fokal adenomyomlar uygun klivaj sağlanarak eksize edildi. Adenomyom loju 1 numara vicryl ile çift kat suture edildi. Morselator aracılığıyla adenomyom morsele edilerek batın dışına alındı. Hastanın postoperatif klinik izlemi sorunsuz seyretti. Poliklinik izlemde dismenore ve pelvik ağrı ameliyattan bir hafta sonra kayboldu ve 1.ayda değerlendirilen hastanın tv-usb'sinde operasyon alanındaki dokunun normal anatomisini kazandığı izlendi. Adenomyozis de uterusu koruma cerrahisinin amacı, görünür adenomyotik dokuyu mümkün olduğunca çıkarmak ve fonksiyonel myometriyumu korumaktır. Deneyimli cerrahların uygulayacağı laparoskopik adenomyomektomi ile uterus duvarı, yeniden yapılandırılabilir ve başarılı sonuçlar sağlanabilir.

**Anahtar Kelimeler:** Adenomyosis, Treatment, Adenomyectomy, Surgery, Laparoscopy

# 2. MİNİMAL İNVAZİV JİNEKOLOJİK CERRAHİ KONGRESİ

13 - 16 Şubat 2019

Wyndham Grand İstanbul - Levent



## VP-23

### Laparoskopik derin infiltran endometriozis eksizyonu

*Ali Selçuk Yenioçak, Serkan Kumbasar, Havva Betül Bacak, Süleyman Salman Gaziosmanpaşa Taksim Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği, İstanbul*

Derin infiltran endometriozis(DIE), retroperitoneal boşluk veya pelvik organ duvarlarına 5mm'den fazla penetre olan endometrioid lezyonlar olarak tanımlanır. Preoperatif değerlendirmede hikaye, rektovajinal jinekolojik muayene, transvajinal ultrasonografi (TVUSG )ve MR kullanılabilir. Rektovajinal endometriozis posterior vajinal fornikte ve rektovajinal septumda palpasyon ile ele gelen nodülle tanı alır. Adezyon oluşumuna ek olarak komşu intestinal ve sakrouterin bağların infiltrasyonu, Douglas'ın kısmi veya tam obliterasyonuna yol açabilir ve infertiliteye neden olabilir. Pelvik ağrı genellikle şiddetlidir; gastrointestinal (GİS) semptomlar çoğunlukla mevcuttur ve libido kaybına yol açan dispareni tipiktir. Endometriozis, değişken klinik seyre sahip,kronik, hormon bağımlı bir hastalıktır. Laparoskopi, tedavide altın standarttır ve amaç tüm odakların çıkarılmasıdır. Semptomatik rektovajinal endometriozis için cerrahi,bizim vakamızda olduğu gibi ön planda tercih edilir. İnfiltrate rektum ve sigmoid kolon patolojik adezyonlardan uzaklaşarak mobilize edilmeli gerekirse rektosigmoid rezeksiyonu, oblitere cul de sac mobilize edilmeli, üreterler diseke edilmelidir. Konservatif cerrahilerde morbidite daha az görülürken,radikal cerrahilerde GİS komplikasyonlarının sıklığı artar. Rekürrens açısından her iki teknik arasında anlamlı fark yoktur. Hasta, işlemden önce prosedür hakkında bilgilendirilmelidir. Dolayısıyla DIE'li kadınlar günümüzde donanımlı,uzmanlaşmış bir merkezde tedavi edilmelidir. Video sunumumuzda,29 yaşında bilinen ek kronik hastalığı olmayan,G1P1,1 normal spontan doğumu olan, geçirilmiş ek cerrahisi olmayan,yaklaşık 10 yıldır dispareni şikayeti ile tarafımıza başvuran,rektovajinal tuşede sakrouterin ligamentlerin hassas,posterior cul-de-sac'ta ele gelen nodülü olan hastanın,TVUSG incelemede negatif sliding sign'ı mevcuttu. MR'da 1cm boyutlarında posterior cul-de-sac'ta DIE ile uyumlu lezyonu olması üzerine laparoskopik DIE eksizyonu endikasyonu konuldu.

**Anahtar Kelimeler:** endometriozis, laparoskopi, derin, infiltran





## VP-24

### Laparoscopic management of deep infiltrative endometriosis with ureter dissection and low anterior resection anastomosis

*Dogan Vatansver, Ulkar Heydarova, Alper Eraslan, Tuncer Kumcular, Ayşe Seyhan, Senayi Aksoy, Bulent Urman, Cagatay Taskiran*

*VKF Koc University School of Medicine*

**OBJECTIVE:** Endometriosis can invade organs that are near the uterus which can include the bowel and the ureter. Laparoscopic surgery is highly successful in most patients with DIE leading to relief of symptoms. Our aim in this video is to take attention to the aspects of laparoscopic ureter dissection and low anterior resection anastomosis in patients with deep infiltrating endometriosis.

**Keywords:** deep infiltrative endometriosis, laparoscopic surgery, ureter dissection, low anterior resection

## VP-25

### Laparoscopic Ovarian Cyst Excision

*Songül Alemdaroğlu, Seda Yüksel Şimşek, Şafak Baran, Hüsnü Çelik*

*Başkent Üniversitesi Adana Dr Turgut Noyan Uygulama ve Araştırma Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum ABD, Adana*

An adnexal mass (mass of the ovary, fallopian tube, or surrounding connective tissues) is a common gynecologic problem. It is estimated that there is a 5 to 10 percent lifetime risk for women undergoing surgery for a suspected ovarian neoplasm. The principal goals of the evaluation are to address acute conditions (eg, ectopic pregnancy) and to determine whether a mass is malignant. Cysts in the postmenarcheal adolescent may be asymptomatic (and found incidentally), but can cause menstrual irregularities, pelvic pain, or, if large, urinary frequency, constipation, or pelvic heaviness. Our case was an adolescent at the age of 14 years with a 10 cm complicated cystic structure in the right ovary who was diagnosed following the admission to the pediatric surgery clinic due to abdominal pain. The patient referred to the gynecology clinic. After the evaluation laparoscopic cyst excision was decided. If there is a low or moderate suspicion of malignancy, a laparoscopic approach is typically used. We routinely use the safe compartment technique in laparoscopic surgery of the suspected adnexal mass in our clinic. Laparoscopy is associated with a shorter recovery and decreased perioperative morbidity compared with laparotomy.

**Keywords:** ovarian cyst, safe compartment, laparoscopic surgery

# 2. MİNİMAL İNVAZİV JİNEKOLOJİK CERRAHİ KONGRESİ

13 - 16 Şubat 2019

Wyndham Grand İstanbul - Levent



## VP-26

### Büyük Submüköz Myomlarda Kolaylık Sağlayan Cerrahi Yöntem: Myosure Morselarötör

*Emsal Pınar Topdağı Yılmaz, Gamze Nur Cimilli Şenocak, Yakup Kumtepe, Deniz Zor Aksakallı Atatürk Üniversitesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilimdalı*

**GİRİŞ:** Histeroskopi uterin patolojilerin değerlendirilmesinde oldukça etkin bir tanı ve tedavi yöntemidir. Minimal invaziv bir girişim olması yanında uterin koruyucu bir cerrahi teknik olması en önemli avantajıdır. Submüköz myomlar uterin kaviteye bası yaparken lokalizasyonu nedeniyle anormal uterin kanamaya sebep olabilir. Tedavisinde histeroskopik prosedürler önemli bir yer tutar. Anormal uterin kanama, tekrarlayan gebelik kaybı ve myoma bağlı infertilite submüköz myomların histeroskopik olarak çıkarılmasının endike olduğu durumlardır. Biz burada 4,5 cm çapındaki bir submüköz myomun intrauterin histeroskopik morselasyon tekniği ile kolayca çıkarılmasını ve işlemin etkinliğini sunmayı amaçladık.

**Anahtar Kelimeler:** submüköz myom, myosure morselator, anormal uterine kanama

## VP-27

### Uterin Septum Tedavisinde Ofis Histeroskopi ile Bipolar Rezeksiyonun Kullanımı ve Derin Aberan Arter Varlığında Yönetim

*Turgut Aydın<sup>1</sup>, Savaş Gündoğan<sup>2</sup>*

*<sup>1</sup>Atakent Acıbadem Hastanesi Tüp Bebek Kliniği*

*<sup>2</sup>Acıbadem Mehmet Ali Aydınlar Üniversitesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı*

Bu bildiride kliniğimizde yaygın olarak kullanılan bipolar elektrokoterin ofis histeroskop ile kullanıldığı iki vakanın histeroskopik yönetimi taktim edilmiştir. İlk vakamızda uzun bir septum bipolar ile rezeke edilirken; ikinci vakamızda derin tabanlı uterus septumu aynı şekilde yönetilmiştir. Uterus Bu operasyonlar planlanırken operasyon öncesinde uterus gelişim anormalliğinin ultrasonografi (USG) veya manyetik rezonans görüntüleme (MRI) ile iyi bir şekilde ayrırt edilmesi gerekmekte ve tedavi yöntemi buna göre belirlenmelidir. Operasyon öncesi değerlendirmede septum içinde anormal bir damarlanmanın olup olmadığı doppler USG ile araştırılmalıdır. 2. vakamızda aberan arter görülmüş ve intraoperatif olarak bipolar koterizasyon ile yönetilmiştir.

**Anahtar Kelimeler:** Bipolar, Septum Rezeksiyonu, Aberan Arter,

# 2. MİNİMAL İNVAZİV JİNEKOLOJİK CERRAHİ KONGRESİ

13 - 16 Şubat 2019

Wyndham Grand İstanbul - Levent



VP-28

## Komplet uterin septumlarda (U2bC1V0-V1) histeroskopik metroplasti tekniği ve cerrahi sonuçları: olgu serisi

Buket

Çetintaş,

Erbil

Doğan

Dokuz Eylül Üniversitesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, İzmir

**AMAÇ:** Primer / sekonder infertilite, tekrarlayan gebelik kaybı ve diğer sebepler ile kliniğimize başvuran ve komplet uteroservikovajinal/ uteroservikal septum tespit edilen olgularda, histeroskopik uterin septum rezeksiyonu sonrası postoperatif sonuçlar ve rezidü septum nedeniyle ikincil cerrahi gerekliliğini değerlendirdik.

**MATERYAL-METOD:** Kliniğimize başvuran ve konjenital uterin anomali saptanan hastalardan komplet utero-servikal septumu olanlar ESHRE/ESGE sınıflamasına göre çalışmaya dahil edildi. Buna göre 7 hasta U2bC1V1, 2 hasta ise U2bC1V0 olarak değerlendirildi. Preoperatif tanı, histerosalpingografi (HSG), üç boyutlu transvajinal ultrason (3D TVUSG) ve/veya manyetik rezonans (MR) görüntüleme ile doğrulandı. U2bC1V0 olgulara (n=2) sadece histeroskopik septum rezeksiyonu, U2bC1V1 olgulara (n=7) ise ek olarak vajinal septum eksizyonu uygulandı. Servikal septum olası servikal yetmezlik riskini önlemek amacıyla korundu. Postoperatif 6-8. haftadan sonra hastalarda HSG veya 3D TVUSG ile rezidüel septum varlığı araştırıldı. Cerrahi teknik: Operasyonlar erken folliküler fazda litotomi pozisyonunda yapıldı. Vajinal septum, ligasure ile anterior ve posterior vajen duvarından horizontal olarak eksize edilerek ve 2/0 vicryl ile primer onararak yapıldı. Ardından pediatrik foley kateter, uterin kavitelere birine yerleştirildi ve balonu şişirildi. Diğer servikal kanal dilate edilerek histeroskopi ile girildi. Alt korporal septum internal servikal os hizasından başlanarak diğer kavitedeki foley kateter görülüne dek kanca elektrotuyla rezeke edilerek karşı kaviteye geçildi. Ardından her iki tubal ostiumun panoramik görülebildiği noktaya kadar septum rezeksiyonuna devam edildi. Yeterli kavite oluştuğu düşünüldüğünde işlem tamamlandı. Servikal septum eksternal ostiuma yakın bölgede korundu. Postoperatif hiçbir hastada majör komplikasyon olmadı. Hastalar postoperatif 6. haftadan sonra rezidüel septum için değerlendirildi.

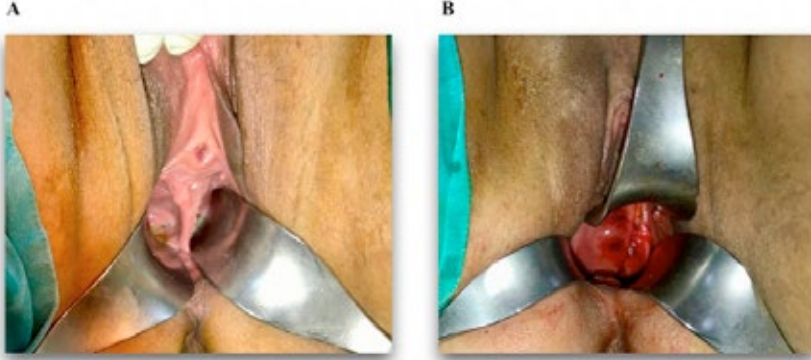
**BULGULAR:** Hastaların ortalama yaşı  $28.33 \pm 5.83$  (19-38), ortalama infertilite süresi  $6.37 \pm 8.08$  yıl (2-13, n=8), ortalama postoperatif takip süresi  $19.78 \pm 19.15$  ay (1-60 ay) idi. Hastaların postop değerlendirilmesinde ESHRE/ESGE sınıflandırmasına göre 7 hastada (%77.8) normal kavite, 2 hastada (%22.2) rezidüel septum saptandı ve ikincil cerrahi uygulandı. **TARTIŞMA:** Komplet uterin septum-servikal septum-longitudinal vajinal septum birlikteliği nadir görülen bir müllerian anomalidir. Günümüzde histeroskopik septum rezeksiyonu tercih edilen cerrahi yöntemdir. Biz olgularımızda komplet septum rezeke ederken servikal septumu intakt bırakarak olası servikal yetmezlik riskini önlemeyi amaçladık. Literatürde bu yönde çalışmalar olduğu gibi, servikal septum rezeksiyonu yapılmasının daha kısa operasyon süresi ve daha az komplikasyon ile ilişkili olduğu bildirilmektedir. Reprodüktif sonuçlar açısından ise anlamlı bir farka yol açmadığı düşünülmektedir. Histeroskopik metroplasti sırasında olası uterin rüptür riskini



önlemek, ilişkili pelvik patolojileri gözlemlemek ve komplet septum - bikorporeal septat uterus ayırımına varabilmek amacıyla eş zamanlı laparoskopi yapılabilir. Ancak günümüzde üç boyutlu transvajinal ultrason ve manyetik rezonans görüntüleme sayesinde hem tanı hem de tedavide laparoskopiye ihtiyaç azalmaktadır. Bizim olgularımızda saptadığımız rezidüel septum nedeniyle ikincil cerrahi oranı %22.2 olup, bu oran yeterli septum rezeksiyonu cerrahisi açısından literatür ile uyumludur. Literatür verilerine göre özellikle açıklanamayan infertil hasta gruplarında komplet uterin septum rezeksiyonunun reproduktif sonuçları iyileştirici etkisi gözle görülür olmakla birlikte, bizim olgu serimizde hasta sayısının az olması, postoperatif takip süresinin kısa olması ve hastaların ek patolojilerinin (endometriozis, anovuluar PKOS, kronik böbrek yetmezliği- renal transplant öyküsü gibi) olması nedeniyle reproduktif sonuçları değerlendirme dışı bıraktık.

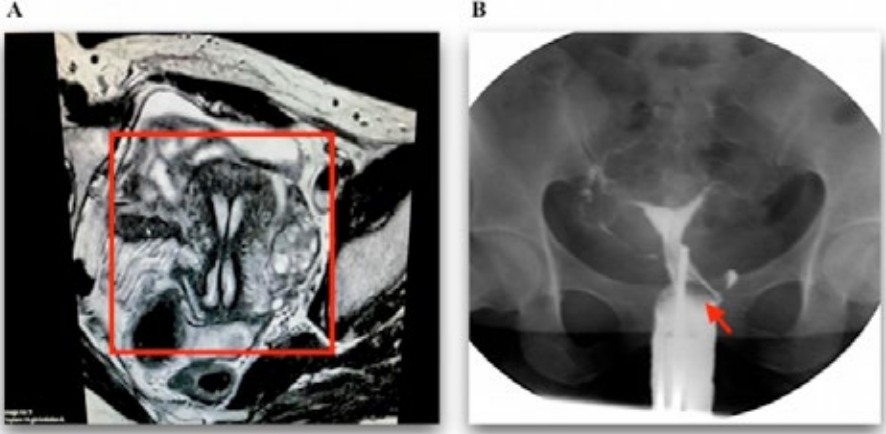
**Anahtar Kelimeler:** komplet uterin septum, histeroskopi, operatif

#### Şekil 1.



Vajinal septum rezeksiyonu. (A) Preop (B) Postop

Şekil 2.



Olgu. (A) Komplet uteroservikal septum preoperatif MR görüntüsü (B) Histeroskopik septum rezeksiyonu sonrası postoperatif 6. hafta HSG görüntüsü, servikal septum intakt (Kırmızı ok)

# 2. MİNİMAL İNVAZİV JİNEKOLOJİK CERRAHİ KONGRESİ

13 - 16 Şubat 2019

Wyndham Grand İstanbul - Levent



VP-29

## Histeroskopik Hologic Morselatör ile Myomektomi

*Erhan Demirdağ, Bengü Mutlu Sütcüoğlu, Ayşe Duygu Tufan, Recep Onur Karabacak  
Gazi Üniversitesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, Ankara*

Spesifik bir histeroskopik enstrüman seçimi lezyonun orijinine, lokasyonuna ve ayrıca intrauterin lezyonun boyutuna bağlıdır. İntrauterin morselasyon; gerçek zamanlı olarak doku fragmanlarının uzaklaştırma ve eşzamanlı görüntüleme eşliğinde uterus patolojisini ortadan kaldıran, operatif histeroskopide yeni bir tekniktir. Morselasyon aletleri, dokuyu kesmek için dönen bir bıçak kullanır ve kesintisiz yıkama ve vakum aspirasyonu ile rezeke edilmiş parçaları aynı anda çıkarır. Bu yaklaşım uterus içerisine elektrik akımı vermez ve sağlıklı endometriyum için olası termal hasar riski yoktur. Histeroskopik morselatör tümörü küçük parçalara indirger ve bu doku parçalarını aspirasyon yoluyla uterin kaviteden uzaklaştırır. Böylece bir vakada daha az sayıda histeroskopik girişim; dolayısıyla daha az servikal hasar ve uterin rüptür riski mevcuttur. Distansiyon amacıyla salin kullanılır ve bu sayede hiponatremi gibi komplikasyonlar azaltılmış olur. Dolayısıyla en önemli kazançlarından biri operasyon süresinin kısılmasıdır. Hem deneyimli hem de deneyimsiz ellerde geleneksel rezektoskopiye güvenli ve etkili bir alternatif olarak kullanılabilir.

**Anahtar Kelimeler:** histeroskopik myomektomi, histeroskopik morselatör, hologic morselatör

## 2. MİNİMAL İNVAZİV JİNEKOLOJİK CERRAHİ KONGRESİ

13 - 16 Şubat 2019  
Wyndham Grand İstanbul - Levent



### VP-30

#### Kornual gebelikte ofis histeroskopik yaklaşım: vaka sunumu

Selçuk Yetkinel, Tayfun Çok, Pınar Çağlar Aytaç, Şafak Yılmaz Baran, Esra Bulgan Kılıçdağ  
Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi Adana Uygulama ve Araştırma Merkezi, Kadın Hastalıkları ve  
Doğum Bilim Dalı, Adana

**Giriş:** Kornual gebelik tüm ektopik gebeliklerin %2-4 oranında izlenir ve maternal mortalite oranları diğer ektopik gebeliklere göre daha yüksektir. Tedavisinde lokal ya da sistemik metotreksat ile veya laparatomik/laparoskopik kornual wedge rezeksiyon uygulanmaktadır. Ayrıca literatürde vaka sunumları halinde laparoskopik yardımıyla operatif histeroskopi ile tedaviler denenmiştir.

Biz de vakamızda ofis histeroskopik ile destrükte ederek tedavi ettiğimiz kornual gebelik vakasını sunacağız.

**Vaka:** 39 yaşında son adet tarihine göre 5 gestasyonel hafta g2p1 gebe hasta, karın ağrısı ve vajinal kanaması olması üzerine hastanemiz aciline başvurdu. Hastanın tansiyonu 110/80 mmHg ve nabızı 85 atım/dk olarak ölçüldü. Muayenesinde alt kadranslarda batın hassas. Defans ve rebound pozitif. Laboratuvar değerlerinde  $\beta$ hcg 6800 mIU/mL, hgb 12,2 g/dL, diğer değerlerinde anormallik izlenmedi. Yapılan transvajinal ultrasonografide sol adnekte daha belirgin olmak üzere batında 3 cm serbest sıvı, uterus sol kornuda gestasyonel sac izlendi. Sağ adneks normal izlendi. Hastaya akut batın nedeniyle cerrahi planlandı. Ofis histeroskopik (Bettochi 4 mm histeroskopik seti, Karl Storz, Almanya) ile servikal ostan kaviteye girildi. Kavite normal izlendi. Sol tubal ostiumdan geçilerek sol kornual gebeliğe girildi. Punch ile kornual gebelik dokusu destrükte edildi ve operasyona son verildi (video 1). Hastaya ertesi gün bakılan  $\beta$ hcg değeri 4176 mIU/mL'ye düşmüştü. Post op 4.günde bakılan  $\beta$ hcg değeri 1889 mIU/mL'ye düşmüştü. Sol kornual ektopik gebelik alanı 3.19x2.32 cm olarak ölçüldü (Figür1).

Post op 11.günde yapılan kontrollerinde  $\beta$ hcg değeri 479 mIU/mL saptandı. Yapılan transvajinal ultrasonografide sol kornu 2.83x2.66 cm olarak ölçüldü (Figür2). Post op 5.haftada  $\beta$ hcg değeri sıfırlanmıştı. Post op 8.haftada yapılan kontrollerinde transvajinal ultrasonografide 19.9x14.9 mm ölçüldü (Figür3). Hastaya aynı gün histerosalpingografi (HSG) de yapıldı. HSG de uterusun şekli normal izlendi. Sol kornunun şeklinin normal olduğu, her iki tubanın açık olduğu izlendi (Figür4).

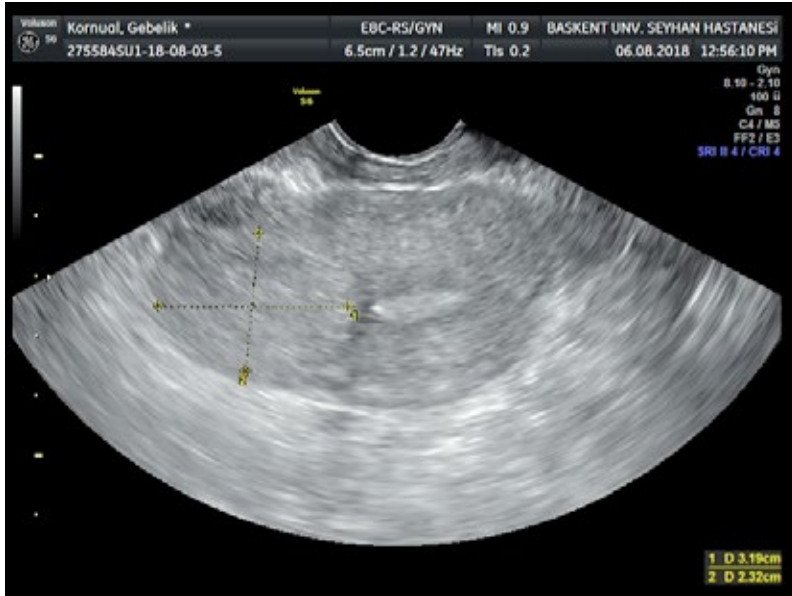
**Sonuç:** Bir çeşit ektopik gebelik olan kornual gebelik, tüm ektopik gebeliklerin %2-4'lük kısmını oluşturur. Kornual ektopik gebelikler de diğer ektopik gebelikler gibi tedavi edilmelidir. Medikal tedavi yanısıra rüptüre kornual ektopik gebelik durumunda ya da sistemik metotreksat tedavisine kontrendike bir durum varlığında ise laparoskopik ya da laparatomik kornual wedge rezeksiyon uygulanmaktadır. Literatürde kornual gebeliklere histeroskopik yaklaşım denemeleri bildirilmiştir. Laus ve arkadaşlarının bildirdiği iki vakalık bir seride genel anestezi altında laparoskopik rehberliğinde operatif histeroskopik Myosure® isimli bir cihazla kornual ektopik gebelik dokuları eksizye edilmiştir.



Mollo ve arkadaşlarının bildirdiği diğer bir vakada laparoskopi eşliğinde histeroskopi ile önce bipolar koterle koterize edilmiş, ardından punch ile ektopik gebelik dokusu rezeke edilmiştir. Biz hastamızda akut batın nedeniyle medikal tedavi yerine cerrahi tedaviyi tercih ettik. Hastamızın vital bulgularının stabil olması üzerine hastamıza laparotomi veya laparoskopi yerine histeroskopik yaklaşım tercih ettik. Genel anestezi yerine sedoanaljezi ile hastamızın anestezisini sağladık. Laparoskopik rehberliğe gerek duymadan ve operatif histeroskopi yerine 4 mm ofis histeroskopi kullanarak kornual ektopik gebeliğe ulaştık. Ardından punch ile kornual gebeliği destrükte ettik. Hastamızın post operatif takiplerinde  $\beta$ hcg değeri sürekli düşerek 5.haftada sıfırlandı. 8.haftada yapılan kontrollerinde destrükte edilen kornual ektopikal alanın neredeyse yarı yarıya küçüldüğü izlendi. Histeroskopik yaklaşım ile hastamız sistemik mtx tedavisi ve olası yan etkilerinden etkilenmemiş oldu. Ayrıca hem genel anestezi yerine sedoanaljezi altında opere edildi, hem de batın cerrahisi yerine histeroskopi ile olası morbiditelerden kaçınılmış olundu. Sonraki zamanlarda vaka sayımızı arttırarak tedavi etkinliğimizi literatüre eklemeyi planlamaktayız.

**Anahtar Kelimeler:** ofis histeroskopi, kornual gebelik, ektopik

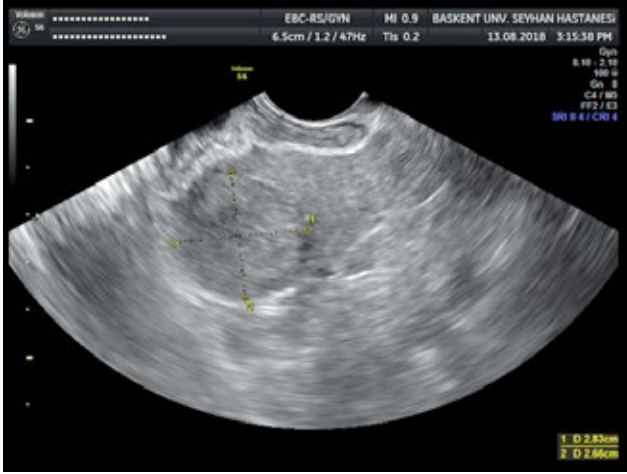
**figür1**



Post op 4.günde transvajinal ultrasonografide kornu görünümü



figür2



Post operatif 11.günde transvajinal ultrasonografide kornu ve endometrium görünümü.

figür3



Post op 8.haftada transvajinal ultrasonografide sol kornu görünümü



figür4



Post op 8.haftada uygulanan histerosalpingografi görüntüsü



## VP-31

### Posterior kolpotomi esnasında iatrojenik kolon perforasyonu, intraoperatif tamiri

*Evren Akmut, Sibel Doğan Polat*

*Kadın Hastalıkları ve Doğum Servisi, Rize Devlet Hastanesi, Rize*

Laparoskopik histerektomi kolpotomi posterior prosedürü esnasında, 5mm pencerele atravmatik barsak tutucu forceps ile kolon traksiyonu ve ekartasyonu sırasında iatrojenik barsak perforasyonu oluştu. Komplikasyon intraoperatif fark edilip, barsak mukozası 2.0 vicryl ile devamlı, seroza ise 2.0 ipek ile separe suture edildi. Batın içi 2000 cc sf ile yıkanıp, histerektomi operasyonu tamamlandı. Postop 4. günde rejim 1 başlanan hastamız, postop 5. günde taburcu edildi.

**Anahtar Kelimeler:** laparoskopik histerektomi, kolon, perforasyon, barsak yaralanması

**AuthorToEditor:** (Not: Abstract 0103 numaralı video sunum ile bire bir aynı ancak video süresi kısa olduğundan süreyi uzatıp tekrar upload ettim.) Kullandığımız cihazın atravmatik yada barsak tutucu forceps olması, yanlış kullanımda komplikasyona yol açmayacağı anlamına gelmiyor. Doğru traksiyon ve ekartasyon, laparoskopik histerektomi prosedürünü kolaylaştırdığı gibi bizi komplikasyonlardanda uzaklaştıracaktır. Bu video üzerinden özellikle genç endoskopist arkadaşlara, doğru barsak ekartasyonu ve traksiyonu ne olmalı, ekartasyonu esnasında neye dikkat etmemiz gerektiği hakkında faydalı bilgiler vermeyi düşünüyorum.

# 2. MİNİMAL İNVAZİV JİNEKOLOJİK CERRAHİ KONGRESİ

13 - 16 Şubat 2019

Wyndham Grand İstanbul - Levent



## VP-32

### Laparoskopik uteropeksi cerrahisi sonrası mesh komplikasyonu

*Nefise Tanrıdan Okcu, Hakan Nazik*

*Sağlık Bilimleri Üniversitesi Adana Şehir Eğitim ve Araştırma Hastanesi*

**GİRİŞ:** Laparoskopik (L/S) uteropeksi cerrahisi uterusunu korumak isteyen kadınlarda polipropilen mesh kullanılarak yapılabilmektedir. Biz "Kravat" tekniğiyle yaptığımız L/S uteropeksi cerrahisi sonrası oluşan mesh komplikasyonunu sunmayı amaçladık.

**OLGU:** 31 yaş, G4P4Y4 hasta tarafımıza vajende ele gelen kitle, idrar kaçırma şikayeti ile başvurdu. Pelvik muayenede grade 3 apikal prolapsusu ve sistorektoseli mevcuttu. Hastaya "Kravat" tekniği ile L/S uteropeksi yapıldı. Eş seanslı kolporafi anterior, kolporafi posterior ve stres inkontinasına yönelik transobturator tape uygulandı. Hastanın cerrahi sonrası bulantı şikayetinin yoğun bir şekilde postop 1. ayda da devam etmesi üzerine postop 1. ayda diagnostik L/S yapıldı. L/S sırasında meshin tamamen peritonize olduğu, ince barsak mezusu ile mesh arasında peritoneal bant geliştiği gözlemlendi. İnce barsak mezusu serbestleştirildi. Postoperatif takipte hastanın bulantı şikayetinin dramatik düzeldiği görüldü.

**SONUÇ:** Tip -1 propilen mesh çalışmalarda en az erozyon ve ret ile uyumlu bulunsa da retroperitoneal uygulanmadığı durumlarda nadiren de olsa (%1.8) barsak yapışıklığı ve buna bağlı komplikasyonlar oluşurabilir.

**Referanslar:** 1. Jefferis H,Price N,Jackson S.Laparoscopic hysteropexy: 10 years' experience. Int Urogynecol J. 2017;28:1241-1248.  
2. Price N,Slack A,Jackson SR.Laparoscopic hysteropexy: the initial results of a uterine suspension procedure for uterovaginal prolapse.BJOG.2010;117:62-8.  
3. Api M,Kayatas S,Boza A,Nazik H,Aytan H. Laparoscopic sacral uteropexy with cravat technique--experience and results. Int Braz J Urol.2014;40:526-32.

**Anahtar Kelimeler:** Laparaskopi, Polipropilen mesh, Uteropeksi

**AuthorToEditor:**

Bilimsel

Komiteye

Saygılarımızı

Sunuyoruz.



## VP-33

### Robotik miyomektomi sonrası insizyonel herni ve ileus

Ilkkan Dünder<sup>1</sup>, Ebru Dikensoy<sup>1</sup>, Hakan Savaş<sup>1</sup>, Düzgün Yıldırım<sup>2</sup>, Tamer Karşıdağ<sup>3</sup>

<sup>1</sup>ACIBADEM TAKSİM HASTANESİ, Kadın Hastalıkları ve Doğum, İstanbul

<sup>2</sup>Acibadem Taksim Hastanesi, Radyoloji, İstanbul

<sup>3</sup>Acibadem Taksim Hastanesi, Genel Cerrahi, İstanbul

45 yaşında olan hastamız; en büyüğü 7 cm toplam 6 adet intramural miyomu olan hastaya menoraji nedeniyle robotik histerektomi yapıldı. Operasyonun hemen ardından hastanın sol göz kapağı ve yüzünün sol yarısında şişlik meydana geldi. Boyunda krepitasyon alındı. Postop 1. günde kusmaları başladı, gaz çıkışı oluyordu. Yüzündeki şişlik 2. gün aaldı ancak postop 5. güne kadar hastanın kusmaları düzelmedi. Yapılan ultrasonografik incelemede, 10 mm lik asistan trokarı giriş yerinde cilt altında barsak ansı olduğu, proksimalindeki barsak segmentinin dilate hareketsiz olduğu izlendi. Abdominal BT 'de yine aynı lokalizasyonda barsak segmenti herniasyonu görüldü. Hastaya yapılan laparoskopide; ileumun trokar yerinden hernie olduğu izlendi, ileum barsak klempisi ile tutulup normal lokalizasyonuna indirildi. Peristaltizminin normal olduğu görüldü. 10 mm asistan trokarı yerinde 2 adet fascia defekti (trokar girişi) olduğu görüldü ve vicrille tek tek onarılarak işleme son verildi. Hasta postop 2. günde taburcu edildi.

**Anahtar Kelimeler:** Robotik miyomektomi, insizyonel herni, ileus

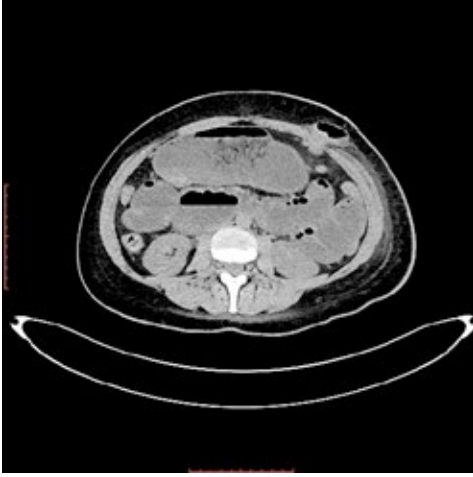
### Abdominal CT, insizyonel herni



ileum trokar yerinden cilt altına herniye olmuş



## robotik histerektomi sonrası insizyonel herni abdominal CT



*ileum seviyesinde trokar yerinden ileum herniasyonu*



## VP-34

### Diagnostik laparoskopi esnasında mide perforasyonu ve komplikasyona yaklaşım

*Cengiz Andan*

*Diyarbakır Kadın Doğum Ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi*

Diagnostik laparoskopi esnasında mide perforasyonu ve komplikasyona yaklaşım

Cengiz Andan<sup>1</sup>, Şerif Aksin<sup>1</sup>, Hasip Karabat

1. Sağlık Bilimleri Üniversitesi Gazi Yaşargil EAH Kadın Doğum kliniği

Diagnostik laparoskopi esnasında umbilikustan 10 luk trokar ile mide injürisi gelişen hastaya aynı seansta laparoskopik perforasyon onarımı yapıldı.

**Amaç:** Laparoskopi esnasında trokarla mide perforasyonu gelişen olgumuzda hatalarımızı, risk faktörlerini, bundan nasıl kaçınılabileceğini, ne dersler çıkarılabileceğini tartışmak. Komplikasyona yaklaşım deneyimimizi paylaşmak.

**Yöntem:** Umbilikus altından direk trokarla batına girildi. Gazla batın şişirildi, kamerayla girdiğimizde midenin içinde olduğumuzu ve midenin gazla tamamen şiş olduğunu farkettilik. Nazogastrik sonda olmadığını anladık. Gazı boşaltıp trokarı çektik. Nazogastrik sonda taktıktan sonra yeniden daha yatay şekilde trokarı girdik. 3 adet 5 lik trokarla batına dahil olduk. Tubaları metilen mavisıyla değerlendirdikten sonra perfore alanı bulup 2/0 vicryl ile seroza ve musküler tabakayı alacak şekilde tek kat zed sütür atarak onardık. Batın içine dren koyarak operasyona son verdik.

**Bulgular:** 28 yaşında Y2 olan 1 L/S ektopik operasyonu öyküsü bulunan 5 yıldır sekonder infertil hasta. Yaklaşık 45 kilogram ve karın bölgesi küçük bir hastaydı. Operasyon sonrası 3 gün NG sonda bırakıldı, oral alım 5 gün kapalı tutuldu, batın içi dren 7 gün tutuldu. Ateş, CRP normal seyretti. Drenden ve NG den kayda değer gelen olmadı. Hastaya postop 1 hafta boyunca ikili antibiyotik ve proton pompa inhibitörü verildi. Postop 7. gün hasta taburcu edildi.

**Sonuç:** Laparoskopi vakalarında mide perforasyonundan kaçınmak için NG sonda her defasında kontrol edilmeli, özellikle kaşektik hastalarda daha dikkatli olunmalı, cerrahın sürekli alışık olduğu giriş yöntemini değiştirmesi riski arttırabilir. Bunlara rağmen komplikasyon olduğunda bunun laparoskopik olarak tamiri mümkün görünmektedir.

**Anahtar Kelimeler:** set up,perforasyon,drek trokar girişi

**AuthorToEditor:** Diagnostik laparoskopi esnasında umbilikustan 10 luk trokar ile mide injürisi gelişen hastaya aynı seansta laparoskopik perforasyon

# 2. MİNİMAL İNVAZİV JİNEKOLOJİK CERRAHİ KONGRESİ

13 - 16 Şubat 2019

Wyndham Grand İstanbul - Levent



## VP-35

### Jinekolojide Laparoskopik Cerrahi Komplikasyonları

*Ismail Alay, Cihan Kaya*

*University of Health Sciences, Bakirkoy Dr. Sadi Konuk Training and Research Hospital*

**GİRİŞ:** Günümüzde jinekolojik operasyonların çoğu laparoskopik yöntemle yapılabilmektedir. Laparoskopi alanında cerrahların tecrübesi artmaya devam etse de zaman zaman komplikasyonlarla karşılaşabilmektedir. Laparoskopik yaklaşıma bağlı ciddi komplikasyon oranı genel olarak düşüktür. Komplikasyonlar trokar girişi sırasında, batın insuflasyonu sırasında, doku diseksiyonu esnasında, hemostaz sırasında oluşabilmektedir. Batın ön duvar damarlarında yaralanma, büyük damar yaralanması, mesane, barsak yaralanması karşılaşılan başlıca komplikasyonlardır. Geçirilmiş batın cerrahisi, tuboovaryan abse, obezite, büyük pelvik ve batın içi kitleler laparoskopik komplikasyonlar için risk faktörleridir. Sunumumuzda laparoskopi esnasında karşılaştığımız komplikasyon olgu videolarını sunacağız.

**OLGU:** Olgu 1: 26 yaşında laparoskopik appendektomi sonrasında gelişen, medikal tedaviye yanıt vermeyen tuboovaryan abse nedeniyle laparoskopi yapılan hastada sakrouterin ligaman lateralinden abse drenajı esnasında mesane hasarı olgusu ve yönetimi.

Olgu 2: 46 yaşında tedaviye dirençli kanama ve adenomyozis nedeniyle total laparoskopik histerektomi yapılan hastada manipulatorün retroperitoneal alana yerleştirilmesi.

Olgu 3: 70 yaşında probe küretaj sonrasında gelişen tuboovaryan absede girişimsel radyolojide yerleştirilen drenaj kataterinin barsaktan geçişinin laparoskopide saptanması ve yönetimi

Olgu 4: 40 yaşında tuboovaryan abse nedeniyle laparoskopi yapılan hastada barsak seroza hasarı ve laparoskopik olarak onarımı

**SONUÇ:** Laparoskopik cerrahi de başarılı operasyonların ve yeni yöntemlerin sunumu kuşkusuz önemlidir. Ancak karşılaşılan komplikasyonların paylaşılması da bu durumların tekrarının önlenmesi ve ders alınması açısından önemlidir. Komplikasyon açısından risk faktörü olan hastaların laparoskopik cerrahisinde daha çok dikkat gerekmektedir ve gerektiğinde vakalara multidisipliner olarak yaklaşılmalıdır.

**Anahtar Kelimeler:** cerrahi, komplikasyon, laparoskopi, tuboovaryan abse





## VP-36

### The Technique Of Transvaginal Extraction Of Surgical Specimens Through A Posterior Colpotomy Incision

*Mehmet Ceyhan<sup>1</sup>, Ece Aksakal<sup>1</sup>, Aysen Boza<sup>1</sup>, Bulent Urman<sup>1,2</sup>*

<sup>1</sup>Women Health Centre and Assited Reproduction Unit, American Hospital, Istanbul, Turkey

<sup>2</sup>Department of OBGYN, Koc University School of Medicine, Istanbul, Turkey

**Objectives :** Specimen removal is one of the most important and controversial aspects of gynecological endoscopic surgery. The ideal route of removal has not been established. The route and method of specimen removal should be easy, minimally time consuming, safe and should ensure the preservation of the integrity of the tissue to prevent spillage and dissemination. The objective of this video is to show a systematic step by step a surgical approach to extraction of surgical specimens through the natural orifice of posterior colpotomy using different techniques.

**Video presentation:** The video shows different techniques used for specimen removal through postrior colpotomy. While most commonly used to remove fibroids from the abdominal cavity the technique is easily applicable to removal of large specimens of all kinds (cyst walls, adnexae, uterus, appendix etc). the procedure is facilitated with a reusable vaginal probe having a distal ball that accentuates the posterior vaginal fornix and prevents the escape of air while specimen removal. When necessary, the excised tissue (fibroid, uterus or other) is divided into smaller parts using a reusable laparoscopic scalpel (Chardonney, Storz). The vaginal probe is then introduced into the posterior vaginal fornix and opened with a laparoscopic uniopolar cutting current. The excised tissue is then grasped with a tenaculum and removed through the vagina. In women with multiple small fibroids, endometriosis, infected adnexae, or excised appendix the tissues can be removed in an endobag. After specimen removal, the colpotomy incision was closed laparoscopically with a 00 V-Loc suture.

**Conclusions :** Removal of excised specimens through a posterior colpotomy incision is a viable surgical option that can be applied to almost all patients.

# 2. MİNİMAL İNVAZİV JİNEKOLOJİK CERRAHİ KONGRESİ

13 - 16 Şubat 2019

Wyndham Grand İstanbul - Levent



VP-37

## Excision Of Deep Endometriosis Of The Cul De Sac Infiltrating The Levator Ani Muscle

Ece Aksakal<sup>1</sup>, Engin Turkgeldi<sup>2</sup>, Dogan Vatansver<sup>1</sup>, Mehmet Ceyhan<sup>1</sup>, Aysen Boza<sup>1</sup>, Bulent Urman<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Women Health Centre and Assisted Reproduction Unit, American Hospital, Istanbul, Turkey

<sup>2</sup>Department of OBGYN, Koc University School of Medicine, Istanbul, Turkey

**Objective:** The Objective of this video is to show a systematic step by step a surgical approach to the excision of deeply infiltrative endometriosis of the cul-de-sac up to the level of the levator ani muscles. We will highlight the relevant anatomy of the involved spaces and organs.

**Case presentation:** The patient is a 31-year-old G1 P1 woman presenting with severe right adnexal pain, radiating to the rectum at the time of menses and severe dyspareunia. 3d USG and vaginal speculum inspection, a 3x2 cm endometriotic nodule was evident in the posterior fornix and was very painful with palpation. MRI showed the extent of the nodule as being left lateral to the cervix without any rectal involvement. A laparoscopy was performed. The patient had a uterus didelphys. The uterosacral ligament on the left side was thick and nodular to palpation. The nodule extended deeply into the pararectal space. A complete dissection of the left ureter and the pararectal spaces was performed and the nodule isolated in its entirety. Ligasure energy device was used to excise the nodule that extended to the levator plate. The ureter was lateralized away from the fibrotic endometriotic nodule. The space between the rectum and uterosacral ligaments was dissected bilaterally to the levator plate, and eventually to the rectovaginal space below the point of obliteration. Then, the rectum was totally dissected away from the uterus, cul de sac was totally freed and the rectovaginal space was opened. The nodule and the left uterosacral ligament was then excised and removed from the abdomen.

**Conclusion :** Severe pelvic endometriosis can be treated with the proper systematic, step by step surgery. Rectovaginal nodules extending deep into the pelvis can be excised after the dissection and clearing of the rectovaginal space and lateralizing the ureters by laparoscopy thus protecting the bowel and ureter from inadvertent injury.



## VP-38

### Treatment Of Atypical Cesarean Scar Defect Using Myosure

Sinem Ertas<sup>1</sup>, Mehmet Ceyhan<sup>1</sup>, Ece Aksakal<sup>1</sup>, Aysen Boza<sup>1</sup>, Bulent Urman<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Women Health Centre and Assisted Reproduction Unit, American Hospital, Istanbul, Turkey

<sup>2</sup>Department of OBGYN, Koc University School of Medicine, Istanbul, Turkey

**Background:** Cesarean scar syndrome results from a postoperative defect of the uterine isthmus, also known as an isthmocele. Some women are asymptomatic, but others may have gynecologic symptoms, such as postmenstrual spotting, prolonged menstruation, continuous brown discharge, chronic pelvic pain and secondary infertility. Resection of these niches is thought to reduce spotting, menstrual pain and subfertility. Resection of the niche can be performed by hysteroscopy or laparoscopy. Hysteroscopic approach involves the resection of the lower lip of the isthmocele thus enabling a free flow of the accumulated blood and debris.

**Case presentation:** A 43-year-old G2P1 woman with atypical cesarean scar syndrome had a 3-year history of secondary infertility and postmenstrual brown discharge. Ultrasonography and hysteroscopic exploration revealed a cesarean scar defect connected to a small cavity in the myometrium. This video demonstrates the hysteroscopic resection of the isthmocele by using a hysteroscopic mechanical morcellator (MyoSure, Hologic). After excision of the cavity the brown discharge resolved and there was a reduction in the volume of the isthmocele.

**Conclusion:** Consensus is still lacking regarding the most appropriate treatment of a cesarean scar defect. Hysteroscopic mechanical morcellators can be used to shave the lower lip of the isthmocele thus offering symptom relief and anatomical improvement.

# 2. MİNİMAL İNVAZİV JİNEKOLOJİK CERRAHİ KONGRESİ

13 - 16 Şubat 2019

Wyndham Grand İstanbul - Levent



## VP-39

### Laparoskopik myomektomide bulldog klemp kullanımının intraoperatif kanama üzerine etkisi

*Emin Erhan Dönmez, Hasan Süt, Fisun Vural*

*Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kadın Doğum Kliniği, İstanbul*

**AMAÇ:** Laparoskopik myomektomide internal iliak arterlerin bulldog klemler ile geçici olarak klemplenerek intraoperatif kanama miktarının azaltılabileceğini video eşliğinde sunmayı amaçladık.

**OLGU:** 34 yaşında anormal uterin kanama ve pelvik ağrı şikayetleriyle kliniğimize başvuran hastanın yapılan muayenesinde uterus korpus sol anteriorda 6\*6 cm endometriyumu yaylandıran figo 2-5 myom saptandı ve laparoskopik myomektomi endikasyonu verildi. Laparoskopik batına giriş sonrası round ligament orta hattan infundibulopelvik ligament lateraline doğru eksternal iliak arter üzerindeki periton harmonik ile açılarak retroperitona girildi. Retroperitondaki avasküler alanlar diskek edilerek üreterler visualize edildi. Üreter lateralinde kalan oblitere umbilikal arter tespit edilerek uterin arterlere ulaşıldı. İnternal iliak arterlerden uterin arterlerin dallandığı seviyenin yaklaşık 1-2 cm proksimaline bulldog klemler yerleştirildi ve myomektomiye geçildi. Myom üzeri monopolar hook yardımıyla çizilerek myom kapsülüne ulaşıldı. Harmonik ile myomu besleyen damarlar mühürlenerek myom kapsülünden enükle edildi. Myom yatağı no:1 vicryl sütün ile kontinüe suture edildi. Sonrasında bulldog klemler internal iliak arterlerden çıkartıldı. Vajen posterior forniksye yerleştirilen tampon yardımıyla rektouterin alandan monopolar hook yardımıyla kolpotomi yapıldı. Vajenden batına endobag yerleştirilerek myom endobag içinde batın dışına alındı. Kolpotomi alanı no:2.0 vikryl ile suture edildi. toplam kanama miktarı 50 cc olarak kaydedildi. Batın içi yıkanarak operasyona son verildi.

**TARTIŞMA:** Leiomyoma ( fibroid) uterusun en sık benign lezyonudur ve 30 yaş üzeri kadınlarda görülme oranı %20-30 'dur. Histerektomi geçiren hastaların örneklerinin incelenmesinde myom görülme sıklığı %70'lere kadar yükselmektedir. En sık yerleşim yeri intramural bölgedir. Submukozal, subseröz ve daha az sıklıkla intraligamenter lokalizasyona rastlanabilir. Anormal uterin kanama, dizüri, pollaküri, konstipasyon, ağrı ve infertilite gibi çok farklı bulgulara yol açabilir. Myom tedavisinde çeşitli alternatifler vardır. Medikal tedavi olarak GnRH analogu, cerrahi tedavi olarak laparatomik, laparoskopik, robotik myomektomi- histerektomi, histeroskopik myomektomi, girişimsel yöntemlerden uterin arter embolizasyonu tercih edilen yöntemlerdendir. Myomlar birçok arter ve ven bağlantısı nedeniyle myomektomi esnasında önemli ölçüde intraoperatif hemorajiye yol açabilirler. Laparatomik myomektomide ortalama kan kaybı 200 ila 800 mL iken laparoskopik myomektomide 80 ila 250 mL arasındadır. Cerrahi kanama miktarı farmakolojik ve mekanik methodlar ile azaltılabilir. Her insizyon öncesi myometrium içine vazopressin veya diğer vazokonstrüktör ajan enjeksiyonu, traneksamik asit infüzyonu, periservikal turnike yöntemi, uterin arter klemplenmesi veya koagülasyonu intraoperatif kanama miktarını azaltmak için kullanılan yöntemlerdir.

**SONUÇ:** Laparoskopik myomektomi esnasında internal iliak arterlerin bulldog klemler ile geçici olarak klemplenmesi intraoperatif kanamalara bağlı oluşabilecek morbiditeleri azaltmak için tercih edilebilir.

**Anahtar Kelimeler:** bulldog klemp, laparoskopi, myomektomi

**AuthorToEditor:** Bu değerli kongrede emeği geçen bilimsel komiteye teşekkürlerimi sunarım.



## VP-40

### Robotic myomectomy of a large leiomyoma within a contained bag

Mete Gungor, *Esra Ozbasli*, Ozguc Takmaz

Department of Obstetrics and Gynecology, Acibadem MAA University, Istanbul, Turkey

**AIM:** To demonstrate that robot assisted laparoscopic excision of large and suspicious leiomyomas within a contained bag is a feasible and safe method that could prevent dissemination and upstaging of a leiomyosarcoma and seeding of parasitic fibroids.

**METHODS-MATERIALS:** Step by step video demonstration of a case of robot assisted laparoscopic myomectomy within a contained bag applied to a 40-year old patient with 10 cm suspicious leiomyoma.

**RESULTS:** The operation time was 120 minutes. The bleeding was 100 cc. No intraoperative and postoperative complications were observed. The patient was discharged on postoperative day 2 with no problems. Pathology result was benign leiomyoma.

**CONCLUSION:** Robot assisted laparoscopic myomectomy is a safe, minimally invasive method that makes it possible to remove all sizes of fibroids with the help of power morcellation. Spillage of malignant cells and seeding of parasitic fibroids can be prevented by the usage of a contained bag as an enclosed method.

**Keywords:** Robotic myomectomy, power morcellation, contained morcellation, in-bag morsellation

# 2. MİNİMAL İNVAZİV JİNEKOLOJİK CERRAHİ KONGRESİ

13 - 16 Şubat 2019

Wyndham Grand İstanbul - Levent



## VP-41

### Doğal Açıklıkların Laparoskopik Myomektomide Spesmen Çıkarılmasındaki Yeri

*Sinem Ertuş Kaya, Cumhur Bülent Urman*

*Amerikan Hastanesi Tüp Bebek Kliniği*

**Amaç:** Laparoskopik myomektomilerde posterior kolpotominin spesmen çıkarılmasındaki yerinin gösterilmesi. Laparoskopik myomektomilerde operasyon materyalinin çıkarılması için morselasyon, torba içerisinde çıkarma ve mini laparotomi ile gibi yöntemler kullanılmaktadır. Ancak son yıllarda myom morselasyonu sonrası sarkom vakalarını bildirmiştir. FDA bu nedenle laparoskopik myomektomilerde morselasyonu önermemektedir. Bu durum klinisyenler için spesmenin batın dışına çıkarılmasında yeni yöntem arayışları doğurmuştur.

**Olgu:** 26 yaşında, G1 A1, düzensiz menstrüel kanama ve kasık ağrısı şikayetleri olan hastanın yapılan ultrasonografisinde fundusta 65x65mm (Tip 4) ve ön duvarda 39x34 mm (Tip 6) iki adet myom olduğu görüldü. Hastaya gerekli bilgilendirme yapıldıktan sonra laparoskopik myomektomi operasyonu planlandı. Umblikustan 0 optik trokar girildikten sonra yapılan gözlemde uterus myomlara sekonder 12 haftalık gebelik cesametinde, bilateral tubalar ve overler doğal görünümde idi. Aksiller trokarlar girildikten sonra fundustan Desmopressin enjeksiyonu yapıldı. İleri mühürleme cihazı ile fundusa yeterli kesi açılıp myom nüvesi enükle edildi. Kalan alan çift kat 2/0 V-Lock sütür ile sütüre edildi. Aynı işlem ön duvardaki myom için de uygulandı. Materyel batın içerisinde laparoskopik bistüri yardımı ile ikiye ayrıldıktan sonra posterior kolpotomi açılarak batın dışına total olarak alındı. Kolpotomi defekti 2/0 V Lock sütür ile kapatıldı. Hasta postoperatif 1. Gününde komplikasyonsuz taburcu edildi. Sonuç patoloji raporunun 'Leiomyom' ile uyumlu olduğu bildirildi.

**Sonuç:** Posterior kolpotomi ile doku çıkarılması morselasyon ve diğer doku çıkarma yöntemlerine alternatif olabilecek, güvenilir bir yöntemdir.

**Anahtar Kelimeler:** Kolpotomi, Laparoskopi, Myomektomi

# 2. MİNİMAL İNVAZİV JİNEKOLOJİK CERRAHİ KONGRESİ

13 - 16 Şubat 2019

Wyndham Grand İstanbul - Levent



VP-42

## 15 haftalık gebelikte laparoskopik serklaj

*Tuba Kotancı, Bülent Babaoğlu, Dilek Ceyhan, Süleyman Salman*

*Gaziosmanpaşa-Taksim Eğitim Araştırma Hastanesi*

İkinci trimesterde klinik kasılmaların belirtisi ve bulgusu yokluğunda serviksin gebeliği koruyamaması servikal yetmezlik olarak adlandırılır.

Servikal yetmezlik patofizyolojisi hala tam olarak anlaşılamamıştır. Servikal yetmezlik riskini arttıran faktörler, bu ilişkileri doğrulayan veriler tutarsız olsa da, konizasyona bağlı cerrahi travma, loop elektrocerrahi eksizyon işlemleri, gebelik sonlandırma esnasında serviksin mekanik dilatasyonu veya obstetrik laserasyonu içerir. Diğer önerilen etiolojik faktörler müllerian anomaliler, servikal kolajen ve elastin eksiklikleri ve in utero dietilstilbestrol maruziyetidir.

Tarihsel olarak, çeşitli cerrahi olan ve olmayan yöntemler servikal yetmezlik tedavisi için önerilmiştir. Bazı cerrahi olmayan yaklaşımların -hareket kısıtlama, yatak istirahati ve pelvik dinlenme- servikal yetmezlik tedavisinde etkili olduğu kanıtlanmamıştır ve kullanımı önerilmez. Cerrahi yaklaşımlar transvajinal ve transabdominal servikal serklaj içerir. Şu anda kullanılan standart transvajinal serklaj yöntemleri McDonald ve Shirodkar teknikleri ve modifikasyonlarını içerir. Öykü endikasyonlu serklaj (ayrıca profilaktik serklaj olarak da bilinir) için hasta seçimi klasik servikal yetmezlik öyküsüne dayanır Öykü endikasyonlu serklaj travay veya plasenta dekolmanı yokluğunda açıklanamayan ikinci üçü doğum öyküsü olan hastada gözönüne alınabilir. Travay veya plasenta dekolmanı yokluğunda ilerlemiş servikal dilatasyonla başvuran kadınlar tarihsel olarak, muayeneye dayalı serklaj ( acil veya kurtarma serklajı olarak da bilinir) için adaydır.

Transabdominal serviko-istmik serklaj genellikle servikal yetmezlik tansına dayalı olarak serklaj önerilen ancak anatomik sınırlamalar nedeni (örneğin;trakelektomi sonrası) ile yerleştirilememiş veya ikinci üç ay gebelik kaybıyla sonuçlanmış başarısız transvajinal servikal serklaj prosedürleri durumunda olan hastalar için ayrılmıştır.

Video sunumunda olan hasta 28 yaşında g2p1(sca) bilinen hastalığı olmayan, sezeryan ve serklaj dışında gerçekleştirilmiş operasyonu bulunmayan hastanın bir önceki gebeliğinde dış merkezde 18. Haftada acil kurtarma serklajı yapılmıştır. 32. Haftada travaya girmesi nedeni ile gebeliği sonlandırılmıştır.Hastanın kliniğimize ilk başvurusu 14. Haftada olmuştur ve bir önceki gebeliğinde vajinal serklaja rağmen preterm doğum öyküsü olması üzerine laparoskopik serklaj planlanmıştır.

**Anahtar Kelimeler:** #serklaj, #laparoskopi,#gebe, #servikalyetmezlik

# 2. MİNİMAL İNVAZİV JİNEKOLOJİK CERRAHİ KONGRESİ

13 - 16 Şubat 2019

Wyndham Grand İstanbul - Levent



## VP-43

### Overyan torsiyon laparoskopik ooforopeksi; hotdog in a double bun tekniği

*Evren Akmut, Cansu Başaran*

*Kadın Hastalıkları ve Doğum Servisi, Rize Devlet Hastanesi, Rize*

Over kisti nedeniyle daha önce sağ kistektomi yapılmış 29 yaşında bayan hastaya, sol over torsiyonu şüpesiyle laparoskopi yapıldı. Sol adneksi sol infundibulopelvik ligament üzerinde tek tur dönen hastada, sol over ve sol tuba uterina detorsiyone edildikten sonra, 1.0 numara vicryl ile sırasıyla round ligamenti-mezosalphenks-uteroovarian ligament -uteroovarian ligament-mezosalphenks-round ligamenti olacak şekilde 5 adet intrakorporal U sütür atılarak ooforopeksi yapıldı. Falloptüpleri sandivicin önünde bir sosisliyi andırdığı için, tekniğin adına hotdog in a double bun ismi verilmiştir. Beraberinde uteroovarian ligament kısaltılabilir yada kısaltılmadan da uygulanabilececek hızlı güvenli bir tekniktir.

**Anahtar Kelimeler:** hotdog in a bun, overyan torsiyon, laparoskopi, ooforopeksi

## VP-44

### Sezeryan Sonrası Görülebilen Bir Komplikasyon; İstmosel ve Laparoskopik Eksizyonu

*Yakup Kumtepe, Gamze Nur Cimilli Şenocak, Emsal Pınar Topdağı Yılmaz, Elif Hızal, Deniz Zor Aksakallı Atatürk Üniversitesi Kadın hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı*

**GİRİŞ-AMAÇ:** İstmosel, art arda yapılan uterin kesilere bağlı olarak uterin skar oluşumu ve bu bölge dokusundaki güçsüzlük nedeniyle ortaya çıkmaktadır. Sezeryanlı olgularda görülme sıklığının yaklaşık %20 civarı olduğu bilinmektedir. Biz burada istmoseli olan bir hastaya laparoskopik teknikle yaptığımız istmosel tamirini sunacağız.

**Anahtar Kelimeler:** istmosel, sezaryen, laparoskopi





## VP-45

### Laparoscopic cornual resection of interstitial ectopic pregnancy in four steps

*Adnan Orhan*

*Uludağ University Hospital, Department of Obstetrics and Gynecology, Endoscopy and Minimally Invasive Gynecology Unit, Bursa, TURKEY.*

**Study OBJECTIVE:** Although interstitial ectopic pregnancy is a rare type of ectopic pregnancy, laparoscopic surgery is essential because of the risk of uterine rupture.

**Design:** A Case report (Canadian Task Force classification III)

**Setting:** Tertiary referral center in Bursa, Turkey.

**Patient:** Woman aged 27 years old.

**Intervention:** Laparoscopic left cornual resection operation in four steps explained. The local institutional review board approved the video.

**Measurements and Main RESULTS:** A twenty-seven-year-old patient was admitted to our emergency department with pelvic pain and first trimester vaginal bleeding. Physical examination of the patient was normal, and B-HCG levels were 7450 mIU/mL (milli-international units/mL). A left interstitial ectopic pregnancy (3 cm in diameter), which protruded into the abdominal cavity was detected on transvaginal ultrasonography. We explained laparoscopic cornual resection operation in four steps. First, situs; Second, resection; Third, suture and fourth, extraction. The surgery lasted 45 minutes.

**CONCLUSION:** Laparoscopy is the gold standard surgical procedure for ectopic pregnancy. Laparoscopic cornual resection is safe and effective when done carefully and step by step.

**Keywords:** Laparoscopic cornual resection, Interstitial ectopic pregnancy, Laparoscopy

# 2. MİNİMAL İNVAZİV JİNEKOLOJİK CERRAHİ KONGRESİ

13 - 16 Şubat 2019

Wyndham Grand İstanbul - Levent



VP-46

## Pelvik Absenin Laparoskopik Yönetimi

*Hüseyin Kıyak, Pınar Kadiroğulları, Kerem Doğa Seçkin*

*Sağlık Bilimleri Üniversitesi, İstanbul Kanuni Sultan Süleyman Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği*

Pelvik Absenin Laparoskopik Yönetimi

**AMAÇ:** Genital sistem kaynaklı pelvik absenin, laparoskopik yönetiminin anlatılması

**Design:** Pelvik absenin laparoskopik tedavisinin, adım adım video ile anlatılması (Eğitici Video)

**Materyal&METHOD:** Tubo-ovaryan abseye (TOA), üreme çağında sıklıkla karşılaşılmaktadır. TOA'nın primer sebebi, sıklıkla alt genital sistem kaynaklı patojen mikroorganizmaların assendan yolla, üst genital sistemi enfekte etmesi sonucu oluşan akut veya kronik pelvik inflamatuvar hastalıklardır. PID tanısı ile hospitalize edilen hastaların yaklaşık üçte birinde tubo-ovaryan abse saptanmaktadır.

Önceki yıllarda TOA tedavisinde, parenteral antibiyoterapiye yanıt vermeyen hastalarda, laparotomi yapılmaktaydı, çoğunlukla fertilitatesini tamamlamış hastalarda uterus ve adneksler alınmaktaydı. Günümüzde TOA tedavisinde laparoskopi altın standarttır. Künt adezyolisis, adezyonların hidrodiseksiyonu, abse kavitesinin drenajı, pelvisdeki pürülan sıvının aspirasyonu, nekrotik dokuların alınması ve pelvik kavitenin irrigasyonu önemlidir.

38 yaşında sezaryen ile iki doğum yapmış hasta, kasık ağrısı ve ateş ile acil servise başvurdu. Batın yaygın hassas, umblikus seviyesinde ele gelen kitle mevcut, vücut ısısı 37,8 C saptandı. C-Reaktif Protein(CRP): 289, gebelik testi negatif, prokalsitonin: 5 ölçüldü. Ullrasonografide tubo-ovaryan abseyi düşündüren görüntüler sonucunda hasta tubo-ovaryan abse tanılı hospitalize edildi. Parenteral, Genta, Clin, Ampisilin başlandı. Takiplerinde 3. Günde CRP 325 den 204 de kadar azaldı, 4. Gün tekrar 239 a yükselmesi sonucunda laparoskopi ile absenin drenajı kararı alındı ve antibiotikler Tazocin ve Cipro olarak değiştirildi.

**Girişim:**Laparoskopi ile pelvik absenin drenajı, bilateral salfenjektomi ve kistektomi

**SONUÇLAR:** Laparoskopi sonrası, postoperatif 5. Günde hasta taburcu edildi, komplikasyon gelişmedi, CRP değerleri progresif olarak azaldı ve hastanın ateşi olmadı.

**TARTIŞMA:** Tubo-ovaryan abse sonrası gelişmiş pelvik absenin erken dönem laparoskopi ile drenajı, hastanın iyileşme süresini kısaltabilmektedir. Pelvik abselerin tedavisinde laparoskopi etkili ve güvenli bir yöntemdir.

**Anahtar Kelimeler:** Tubo-ovaryan abse, pelvik abse, laparoskopik abse tedavisi, salfenjektomi

# 2. MİNİMAL İNVAZİV JİNEKOLOJİK CERRAHİ KONGRESİ

13 - 16 Şubat 2019

Wyndham Grand İstanbul - Levent



## VP-47

### Dev kistik kitlenin laparoskopik transpariyetal eksizyonu

*Sevtap Seyfettinoğlu, Ganim Khatib, Ahmet Barış Güzel, Mehmet Ali Vardar  
cukurova universitesi*

Laparoskopik cerrahi sağladığı avantajlar ile jinekolojik cerrahide tercih edilen bir yöntemdir. Adneksiyal kitlelerde benign olduğu düşünülen olgularda minimal invaziv cerrahi hasta ve cerrah konforu için değerli bir yaklaşımdır. Yaş, aile öyküsü, muayene bulguları tümör markerları, asit eşlik edip etmemesi gibi parametreler değerlendirilerek yüksek olasılıkla benign olduğu düşünülen kitlelerde laparoskopi tercih edilebilir. Ultrasonografi bulguları ile değerlendirilen morfolojik indeks ve HE4, ROMA testleri de % 80 spesifite ve sensitivite oranları ile bu konuda yol göstericidir.

Biz burada tüm batını dolduran, morfolojik indeksleri ve diğer parametreleri ile benign olduğunu düşündüğümüz ve adneksiyal lojdan kaynaklanan kitleye laparoskopik transpariyetal yöntem ile uyguladığımız cerrahi sunmayı amaçladık.

**Anahtar Kelimeler:** laparoskopi, over kisti, minimal invaziv cerrahi

## VP-48

### Obez hastada total laparoskopik histerektomi: Güvenli batına giriş ve etapların gösterilmesi

*Levent Akman, Nuri Yıldırım, Mustafa Coşan Terek  
Ege Üniversitesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum AD, İzmir*

Laparoskopik histerektomi, günümüzde daha hızlı iyileşme süreci, daha az kan kaybı, daha az kesi yeri enfeksiyonu riski ve daha az hastanede yatış süresi gibi avantajları nedeniyle sıklıkla tercih edilmektedir. İyileşme süreci ve yara yeri enfeksiyonlarındaki avantajları özellikle obez hastalarda ön plana çıkmaktadır. Obez hastalarda batına açık teknik ile giriş, veress ile başarısız giriş ve damar yaralanma riskini azaltmakla beraber; operasyon sonrasında fasianın güvenli olarak kapatılıp trokar yeri herniasyon riskini de azaltmaktadır. Histerektomi etaplarında da; gelişmiş damar kapama sistemlerine ulaşılamadığında yada kanama kontrolü sağlanamadığında laparoskopik sütür güvenli kullanılabilir.

**Anahtar Kelimeler:** Obezite, total laparoskopik histerektomi, batına giriş



## VP-49

### Comparison of commonly used uterine manipulators in the same operation: A video presentation

Ömer Lütfi Tapısız, Sadıman Kiykac Altınbaş, Aysel Nalcakan, Fulya Kayıkçıoğlu, Özlem Moraloglu Tekin  
Department of Gynecology, University of Health Sciences, Etlik Zubeyde Hanim Women's Health Training and Research Hospital, Ankara, TURKEY.

An essential but often overlooked component of a successful minimally invasive gynecologic procedure is uterine manipulation. Regardless of whether conservative or extirpative surgery is being performed, the ability to optimally position the uterus within the pelvis is critical to safe and efficient surgical dissection. Various instruments and auxiliary devices may be used for mobilizing or stabilizing the uterus and adnexae during both diagnostic and operative laparoscopic surgery.

A uterine manipulator is used in the majority of advanced laparoscopic-assisted gynecological procedures, be it for diagnostic assessment or surgical interventions. It ensures the mobilization of the uterus making it possible for operator to access anatomical structures to be treated during surgery (vascular pedicle, ligament, vaginal wall, etc.). Uterine manipulator is useful and indispensable for all hysterectomies especially in dept widened hysterectomies, myomectomies, the surgery of pelvic endometriosis, the surgery for the restoration of pelvic parts and infertility surgery.

The ideal uterine manipulator should be;

1. Be completely safe at all times as well as convenient and quick to use
2. Provide at least 45° of lateral movement
3. Allow the surgeon to stand in a normal upright working position at the abdomen of the patient
4. Stand securely with respect to the uterus and vaginal wall without the need for an assistant
5. Provide at least 90° of anterior and 40° of posterior movement
6. Include a passive locking system to prevent unintentional uterine movement
7. Be sized for the vast majority of patient body sizes
8. Incorporate an ergonomic handle
9. Allow for the attachment of multiple cup sizes
10. Allow for injection of dyes into the uterus via disposable tubes
11. Be inexpensive and competitive on the price market whether the device is disposable or reusable

While many devices have been commercially developed, there is still no uterine manipulator that satisfies all of these requirements. Most representative uterine manipulators types on the market and their characteristics are presented in Table.

In conclusion, uterine manipulators are very useful instruments that help to expose the anatomy during surgical procedures such as hysterectomies, myomectomies, the surgery of pelvic endometriosis, the surgery for the restoration of pelvic parts and infertility surgery.



The individualization of uterine manipulator according to the best meets the requirements for type of surgery to be performed and ease of use of the surgeon predominates the choice.

In this video presentation, we compared the efficiencies of the manipulators used in our clinic in the same operation.

**Keywords:** Uterine manipulators, Efficiency, Comparison

### Uterine manipulators and their characteristics

	Range of motion			Characteristics						Use		
	Ant Post	Lat	Ele	Type	Trau matic	Resisti *	Delimitati on	Premonoparti onation	Handling	Assembly	Suitable	Less Suitable
Hohl	120	+++	++	Scars	Yes	Yes	++	++	+++	-	(TJM) Endometriosis in the cul-de-sac	
Clement Forward	140	+++	+++	Scars	Yes	Yes	+++	+++	+++	-	(TJM) Endometriosis cul-de-sac	Cervical preservation, due to distance to Hegar ex. 9
Clearview	210	+++	++	Balloon	Yes	No	-	-	+++	+++	All procedures except (TJM) including cholecystectomy	(TJM)
RUMI System	140	+++	+	Balloon	Yes	Partly	+++	+++	++	-	Almost (TJM)	Endometriosis in the cul-de-sac, narrow vagina
RUMI II System	140	+++	?	Balloon	Yes	Partly	Yes	Yes	++	++	Inefficient information	
Vicar	90	++	++	Balloon	?	No	+++	+++	+++	+++	(TJM) almost	Large heavy stones
Dr. Mangeshkar	130	+++	+++	Tenaculum	Yes	Yes	+++	+++	+++	+++	(TJM) endometriosis of cul-de-sac	
Victec	Na	?	?	Suction/ screw	No	No	Yes	Yes	?	?	Inefficient information	
McCarthy Taha	-	-	-	-	No	No	+++	++	+++	Na	(TJM)	Other Gyn Procedures
Vakobev	133	?	?	Tenaculum	Yes	Yes	Yes	Yes	+++	+++	Almost	

+++; good, ++, moderate, +, poor, -, does not support, Na, not applicable, ?, not found.

# 2. MİNİMAL İNVAZİV JİNEKOLOJİK CERRAHİ KONGRESİ

13 - 16 Şubat 2019

Wyndham Grand İstanbul - Levent



## VP-50

### Kliniğimizde uygulanan retroperiton vizüalizasyonu ile seyreden laparoskopik histerektomi vakası; Video Sunumu

*Bilge Pınar Keskinsoy, Ayşe Duygu Tufan, Erhan Demirdağ  
Bilge Pınar Keskinsoy, Gazi Üniversitesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, Ankara*

Histerektomi yönteminin seçilmesi hastanın patolojisi, cerrahın tecrübesi ve tercihinin bağlı olmasına karşın, histerektominin tedavi edici etkisi hangi yöntem kullanılırsa kullanılsın ayırdır. 3600 hastayı içeren 27 randomize çalışmanın bulunduğu Cochrane derlemesinde; laparoskopik histerektominin abdominal histerektomiye göre daha az kan kaybı, daha az yara enfeksiyonu, daha az ağrı, kısa hospitalizasyon süresi ve hızlı iyileşme süresi gibi avantajları olduğu gösterilmiştir. Ancak laparoskopide daha uzun operasyon süresi ve daha fazla üreter sistem yaralanması olduğu belirlenmiştir. Tüm dünyada laparotomik histerektomi oranları giderek azalırken, laparoskopik histerektomi oranları artmaktadır. Laparoskopik histerektomi ilk olarak Harry Reich tarafından 1989'da tariflenmiş ve 1990'lardaki %0.5'lik oranlardan günümüzde yaklaşık %15 lere yükselmiştir. Hasta, beklenen sonuçlar, potansiyel komplikasyonlar, preoperatif hazırlık, postoperatif bakım ile ilgili iyice bilgilendirilmelidir. Tüm hastalardan ayrıntılı bilgilendirilmiş onam alınmalıdır. Komorbiditelerin işlem öncesi optimizasyonu için ön hazırlıklar yapılmalı, anestezi ekibiyle bu durumlar paylaşılmalıdır. İşlemin ergonomisini iyileştirmek ve komplikasyonları azaltmak için uygun uterin manipülatör ve uygun akım modaliteleri kullanılmalıdır. Anatomiye saygı duyulmalıdır. Üreterler, mesane ve diğer anatomik işaret noktaları tanımlanmalıdır. Laparoskopik histerektomi sırasında mümkün olduğunca kanamaya engel olunmalıdır. Daha hızlı iyileşme, erken mobilizasyon, hastanede kalış süresinin az olması, daha az postoperatif ağrı, azalmış yara yeri komplikasyonları nedeniyle uygun vakalarda laparoskopik histerektomi iyi bir seçenektir. Mesane ve üreter komplikasyonlarından kaçınmak için vakamızda üreter, uterin arter ve komşulukları iyi bir şekilde diseke edilip, vizüalize edilmiştir. Operasyona hastaya dorsal litotomi pozisyonu verilmesinin, kolların yanlarda sabitlenmesinin, ameliyat masasının nötr ve alt pozisyonda olmasının, idrar sondası ve nazogastrik sonda uygulanmasının ve profilaktik doz antibiyoterapinin uygulanmasının ardından başlanmıştır. Keckstein uterin manipülatör kullanılmıştır. Umblikustan veres iğnesi ile batına girilmesinin ardından, yeterli CO2 insüflasyonunu takiben 10mm lik trokar ile batına girilip, sol rektus abdominis kası lateralinde SİAS 2 cm süperior ve medialine bir adet 5 mm lik trokar ve bunun yaklaşık 8 cm üzerine bir adet daha 5 mm lik trokar girilip hazırlıklar tamamlanmıştır. Eksplorasyonunun ardından lateral yaklaşımla retroperitona girilip, uterin arter, üreterler, komşu damar sinir yapıları bilateral olarak vizüalize edilmiştir. Uterin arterler ligasure yardımıyla koagüle edildikten sonra rutin histerektomi prosedürüne devam edilmiştir. Uterus vajenden çıkartılıp, vajen cuff v-loc ile continue suture edilmiştir. Ardından trokar yerleri uygun absorbable suturelerle suture edilmiştir. Yapılan retroperiton diseksiyonu komşu üriner sistem yaralanmalarında azalmaya ve peroperatif kanama miktarında azalmaya yol açtığı için tercih edilmektedir. Dezavantajı operasyon süresindeki uzama olabilir.

**Anahtar Kelimeler:** total laparoskopik histerektomi, retroperiton diseksiyonu, üreter diseksiyonu

# 2. MİNİMAL İNVAZİV JİNEKOLOJİK CERRAHİ KONGRESİ

13 - 16 Şubat 2019

Wyndham Grand İstanbul - Levent



## VP-51

### A new, modified Hasson laparoscopic entry technique: Can it be that easier?

*Şadıman Kıykaç Altınbaş, Ömer Lütfi Tapısız*

*Department of Obstetrics and Gynecology, University of Health Sciences, Etlik*

*Zübeyde Hanim Women's Health Training and Research Hospital, Ankara, Turkey*

Laparoscopic surgery is a safe and feasible option for many gynecological conditions, and has been improving in recent years. Half of the complications occur during the initial laparoscopic entrance either by Veress needle, direct trocar or any other approaches. As no surgeon wants to start the surgery with a disappointing onset, different modifications of laparoscopic entry techniques have been defined over the years. We aimed to present our method of open abdominal entrance allowing direct visualization via a-1 cm incision using standard surgical materials with the advantage of no gas leakage (Modified Hasson-Şad Technique). Here, a step-by-step video explanation of the technique is presented.

**Keywords:** Laparoscopy, Laparoscopic entry, Surgical technique

**AuthorToEditor:** Sayın Başkan ve Bilimsel Kurul Üyeleri, Laparoskopide batına giriş tekniğini konu alan, video sunumu ile tanımladığımız modifiye Hasson tekniğini burada sunmayı amaçladık. Saygılarımızla, Doç. Dr. Şadıman Kıykaç Altınbaş & Doç. Dr. Ömer Lütfi Tapısız

# 2. MİNİMAL İNVAZİV JİNEKOLOJİK CERRAHİ KONGRESİ

13 - 16 Şubat 2019

Wyndham Grand İstanbul - Levent



VP-52

## Laparoskopik Histerektomide Üreter Diseksiyonu Ne Zaman Yapılmalıdır?

*Duygu Altın, Bulut Varlı, Salih Taşkın, Fırat Ortaç*

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

Laparoskopik pelvik operasyonlarda üreter yaralanma sıklığı %2'nin altındadır. Jinekolojik, ürolojik veya rektum ameliyatlarında diseksiyon sırasında oluşabileceği gibi enerji aletlerinin aşırı kullanılmasına bağlı termal hasar da meydana gelebilmektedir. Operasyon sırasında ya da sonrasında fark edilen üreter hasarının sepsis, böbrek yetmezliği ve üriner trakt fistülleri gibi ciddi morbiditeleri mevcuttur. Endometriozis, serviks ve broad ligamanda yerleşimli myomlar, büyük pelvik kitle, büyük uterus (>250 g), geçirilmiş pelvik cerrahi, pelvik radyoterapi öyküsü, üriner sistem anomalileri, obezite, malignite cerrahileri, laparoskopik ve robotik histerektomi üriner sistem yaralanmaları için risk faktörleridir. Enerji modalitelerine bağlı termal hasar üreter yaralanmalarının en sık sebebidir. Bu cihazlara bağlı çevre dokulara ısı yayılımı 2-22 mm arasında değişmektedir. Bunun haricinde klemple ezilme, dikiş geçme, dikişe bağlı kink oluşumu, denervasyon ve devaskülarizasyon, keskin ve künt diseksiyona bağlı yaralanmalar da görülebilir. Histerektomi esnasında üreterler en sık ovaryen ve uterin arterlerin ligasyonu ile vajen kubbesinin köşelerinin kapatıldığı zamanlarda hasar görmektedir. Üreter yaralanmasına bağlı hidronefroz ve böbrek yetmezliği, genitoüriner fistüller ve ürinoma sonucu sepsis ve ölüm görülebilmektedir. Üreter yaralanmalarında kaçınmanın en temel yolu cerrahi sırasında üreterleri ayırt etmektir. Eğer yaralanma oluştuysa bunu olabilecek en erken dönemde (intraoperatif) tespit etmek ve hasarı onarmak morbiditeleri en aza indirecektir. Preoperatif dönemde tam bir anamnez almak gereklidir ve şüpheli durumlarda görüntüleme yöntemlerine başvurulmalıdır. Üreter hasarından korunmak için rutin olarak üreter kataterizasyonu önerilmez. Ancak ciddi endometriozis, servikal myom ve radyoterapi öyküsü olanlarda cerrahi öncesi ya da cerrahi sırasında üreter kataterizasyonu yaralanmaları minimuma indirir. Profilaktik katatere rağmen üreter yaralanması meydana gelebilir. Bu nedenle üreter vizualize edilip peristaltizmi mutlaka gözlenmelidir. Üreterler pelvik yan duvarda transperitoneal olarak görülebilir. Eğer üreterler bu şekilde vizualize edilemediyse pelvik brimde infindibulopelvik ligamana paralel şekilde periton açılıp retroperitona girilmeli ve gereklilik halinde iskiyal spinelara kadar üreterler diseke edilmelidir. Denervasyon ve devaskülarizasyona bağlı üreter hasarı da gelişebileceği için diseksiyon esnasında üreter etrafındaki tüm dokular eksize edilmemelidir. Laparoskopik histerektomi sırasında uterin manipülatörün yukarı ve karşı tarafa itilmesi ile mesane ve üreterler uterustan uzaklaştırılır. Uterin arterlerin ligate edilmeden önce skeletonize edilmesi de üreter hasarını azaltır. Üretere yakın alanlarda cerrahi yapıldıysa operasyona son vermeden mutlaka üreterlerin sağlam olduğu kontrol edilmelidir. Videoda broad ligaman yerleşimli nihai patoloji sonucu malignite potansiyeli belirsiz düz kas tümörü gelen hastada total laparoskopik histerektomi sırasında üreter diseksiyonu takdim edilmiştir.

**Anahtar Kelimeler:** histerektomi, laparoskopi, üreter diseksiyonu, üreter hasarı



# 2. MİNİMAL İNVAZİV JİNEKOLOJİK CERRAHİ KONGRESİ

13 - 16 Şubat 2019

Wyndham Grand İstanbul - Levent



## VP-53

### Postmenopozal retroperitoneal pelvik kitleye minimal invaziv yaklaşım

Dogan Vatansever<sup>1</sup>, Tuncer Kumcular<sup>2</sup>, Burak Giray<sup>3</sup>,

Sema Koca<sup>2</sup>, Barış Ata<sup>1</sup>, Bülent Urman<sup>1</sup>, Cagatay Taskiran<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Koç Üniversitesi Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Ana Bilim Dalı, İstanbul

<sup>2</sup>Amerikan Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği, İstanbul

<sup>3</sup>Zeynep Kamil Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği, İstanbul

**AMAÇ:** Retroperitoneal pelvik kitleler pelvik damarlar ve üreterlere yakın yerleşimi nedeniyle önem arz etmektedir. Video sunumda güvenli retroperitoneal diseksiyonun gösterilmesi amaçlanmıştır.

**YÖNTEM:** Postmenopozal pelvik retroperitoneal kitlesi olan hasta laparoskopik retroperitoneal kitle eksizyonu ile birlikte histerektomi ve bilateral salpingoofektomi yapıldı

**BULGULAR:** Ameliyat sırasında ve sonrası dönemde 3. veya 4. derece komplikasyon ile karşılaşmadık.

**SONUÇLAR:** Retroperitoneal pelvik kitleler komşuluğundaki anatomik yapılarda distorsiyon oluşturabilir ve komşu birçok pelvik yapıya etki edebilir. Diseksiyon alanının dikkatlice genişletilerek kitlenin etraf dokudan dikkatlice ayrılması ile üreter ve pelvik damarların hasar görmesi engellenmelidir.

**Anahtar Kelimeler:** Laparoskopi, leiomyom, retroperiton

# 2. MİNİMAL İNVAZİV JİNEKOLOJİK CERRAHİ KONGRESİ

13 - 16 Şubat 2019

Wyndham Grand İstanbul - Levent



## VP-54 [Accepted:Video Presentation] [Diğer]

### Vulva Kanserinde Sentinel Lenf Nodu Biyopsisi

*Abdül Hamid Güler, Gözde Şahin, Denizhan Bayramoğlu, Serra Akar, Çetin Çelik Selçuk Üniversitesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Ana Bilim Dalı, Konya*

**GİRİŞ:** Sentinel Lenf Nodu (SLN); tümörün bulunduğu organın,dokunun ilk drene olduğu lenf nodunu veya bir grup lenfoid dokuyu tarif etmektedir. SLN biyopsisi de tümörün drene olduğu ilk lenf nodunun eksizyonunu tanımlamaktadır. Sistemik lenfadenektomi yerine SLN biyopsisi yapılması cerrahi prosedürün zorluğunu azaltması yanında morbiditeyi de azaltarak birçok cerrahin tercihi olarak son dönemlerde öne çıkmaktadır.

Vulva kanseri nadir görülen jinekolojik maligniteler arasında yer almaktadır. En sık karşılaşılan histolojik alt tipi skuamoz hücreli karsinom olup, bu karsinomun insidansı yüzbinde 2-3 arasında değişmektedir. Bölgesel lenf nodlarının durumu prognostik açıdan önemlidir. Beş yıllık sağkalım nod negatif hastalarda %94,7 iken, bu oran nodların pozitif olduğu hastalarda %62'dir. Inguinal lenf nodu metastazı sıklığı ve reartışı ile artmakla beraber kenevrevulva kanserinde metastaz sıklığı %35 lerdedir. Vulva kanserinde cerrahi, radikal vulvektomi veya geniş lokal eksizyon sonrasında ipsilateral veya bilateral inguinofemoral lenfadenektomiyi içermektedir. Literatürde inguinal diseksiyon yapılan hastalarda inguinal insizyonda enfeksiyon ve ayrışma oranı %20-30, bacadaki lenfödem görülme sıklığı da %30-70 arası verilmiştir.

**OLGU:** 40 yaşında multipar hasta vulvada kaşıntı şikayeti ile kliniğimize başvurdu. Yapılan muayenesinde sağ labium majusta 2x2 cm lik lezyon izlendi. Alınan biyopsi sonucu yassı epitel hücreli karsinom olarak raporlandı. Hastaya operasyon planlandı. Operasyon başında hastamıza peritümöral ICG(Indocyanine green) (Akorn inc. West field Court, Suite 300 Lake Forest, IL 60045) injekte edildi. Görüntüleme sistemi için SPY fluorescence imaging (Novadaq Technologies; Toronto, ON, Canada) kullanıldı. Hastamıza sentinel lenf nodu biyopsisi ve vulvektomi yapıldı.

**Anahtar Kelimeler:** Vulva kanseri, sentinel lenf nodu, indosiyanın yeşili

# 2. MİNİMAL İNVAZİV JİNEKOLOJİK CERRAHİ KONGRESİ

13 - 16 Şubat 2019

Wyndham Grand İstanbul - Levent



VP-55

## Endometrium Kanserinde İndosiyenin Yeşili/Near Infrared Görüntüleme ile Sentinel Lenf Nodu Algoritması

*Duygu Altın, Salih Taşkın, Fırat Ortaç*

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

Sentinel lenf nodu (SLN) primer tümörle lenfatik bağlantısı olan ve metastaz olacak ilk lenf nodudur. SLN konsepti hastayı sistematik lenfadenektominin damar-sinir yaralanması, lenfösel, lenfödem oluşumu gibi morbiditelerinden kurtaran ve metastazı yüksek doğrulukla saptayabilen bir yöntemdir. Dolayısıyla endometrium kanserinde SLN uygulaması giderek yaygınlaşmaktadır. Endometrium kanserinde sentinel lenf nodunun metastaz saptama başarısı yüksek, yanlış negatiflik oranı düşüktür. Sistematik lenfadenektomiyle karşılaştırmasının yapıldığı randomize kontrollü çalışmalar yeterli sayıda olmasa da NCCN ve SGO SLN algoritmasının lenf nodlarının değerlendirilmesinde kullanılabileceğini belirtmektedir. Atipik yerleşimli lenf nodlarını saptayabilmesi ve ultrastaging ile rutin hematoksilen&ezoin (H&E) boyamada saptanamayan nodal metastazları saptaması da SLN uygulamasının diğer avantajlarıdır. Sentinel lenf nodunun tespitinde kullanılan boyalar mavi boya (ör. izosülfan mavisi), indosiyenin yeşili (ICG) ve teknesyum-99'dur. Mavi boyanın SLN'nusaptama başarısı tek başına ICG'den düşük, teknesyum-99'la kombine kullanımı ise ICG'ye benzerdir. Hangi boya kullanılırsa kullanılsın operasyondan hemen önce serviksın saat 3 ve 9 hizasına 1 ml derin (1 cm) ve 1 ml yüzeysel (2 mm) olacak şekilde enjekte edilir. Fundal ya da histeroskopik uygulamanın SLN yakalama başarısı servikal enjeksiyonla benzerdir. Servikal enjeksiyonun ardından 15-60 dakika içerisinde SLN görünür hale gelmektedir. Başarılı haritalamadan söz edebilmek için lenf kanalı serviksten hedef noda kadar takip edilmelidir. Eğer varsa kommon iliak ve paraaortik sentinel lenf nodları da eksize edilmelidir. Eğer bir tarafta SLN saptanamazsa o tarafa komplet lenfadenektomi yapılmalıdır. Sentinel lenf nodu algoritmasının SLN'nu bilateral yakalama başarısı %81, unilateral yakalama başarısı %12'dir. %6 hastada bilateral boyanma olmazken %10'dan daha az hastada sistematik lenfadenektomi yapmak gerekir. Sentinel lenf nodlarında rutin H&E boyamada metastaz saptanamazsa bu nodlara ultrastaging yapılmaktadır. Sentinel lenf nodları, kliniklere göre değişiklik göstermekle birlikte 50-200 µm aralıklarla kesilir ve kesitin bir yüzü H&E ile, diğeryüzü sitokeratin (AE1 ve AE3) ile immünohistokimyasal olarak boyanır. 2 mm'den büyük metastazlar makrometastaz, 0,2-2 mm metastazlar mikrometastaz ve <0,2 mm metastazlar izoletümör hücreleri olarak adlandırılır. 2 mm'den küçük metastazlara yaklaşım tartışmalıdır. Bu videoda endometrium kanseri nedeniyle laparoskopik ve robotik cerrahi geçiren iki hastada ICG ile sentinel lenf nodu uygulamamız sunulmuştur.

**Anahtar Kelimeler:** endometrial neoplazi, indosiyenin yeşili, sentinel lenf nodu biyopsisi

# 2. MİNİMAL İNVAZİV JİNEKOLOJİK CERRAHİ KONGRESİ

13 - 16 Şubat 2019

Wyndham Grand İstanbul - Levent



VP-56

## Laparoskopik paraaortik lenfadenektomi

*Semra Yuksele, Zeynep Akcig, Suleyman Salman*

*GOP Taksim Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum, İstanbul, Türkiye*

Endometrium kanseri en sık görülen jinekolojik malignansidir. Günümüzde özellikle uterus sınırlı endometrium kanserinde minimal invaziv cerrahi (laparoskopik veya robotik cerrahi) önerilmektedir. Endometrium kanserinde pelvik ve paraaortik lenfadenektomi hastalığın prognozu ve tedavi planlarının belirlenmesine katkı sağlamamakla birlikte, tedaviye etkisi olabilmektedir. Laparoskopinin etkinliği ve güvenliğini değerlendiren birçok çalışma yayınlanmıştır. Laparoskopik lenfadenektomi kan kaybı miktarı, yara yeri komplikasyonları ve hastanede kalış süresi açısından azalmaya yol açmış ve günlük yaşama dönüş süresini de kısaltmıştır. Bunun yanında temel dezavantajı cerrahin tecrübesi ve cerrahi merkezi ile hastanın durumuna bağlı olarak uzun operasyon zamanıdır.

69 yaşında postmenopozal kanama şikayeti ile başvuran hastanın yapılan endometrial örnekleme sonucu endometrioid tip grade 2 adenokarsinom olarak gelmesi üzerine operasyon planlandı. Total laparoskopik histerektomi sonrasında uterus frozena gönderildi. Frozen sonucu %50'den fazla gelmesi üzerine pelvik ve obturator lenf nodu diseksiyonu yapıldı. Sonrasında laparoskopik paraaortik lenf nodu diseksiyonuna geçildi. Suprapubik alandan 10'luk trokar ile batına girildi. Monitor hastanın sol omuz hizasına alındı. Operatör hastanın sağ tarafına geçti. Kamera suprapubik trokarından yerleştirildi. Sağ ipsilateral paraumbilikal hizadan 5 lik trokar yerleştirildi. Sağ common iliak üzerinden başlanarak abdominal aorta üzerinden periton diseke edildi. Sağ üreter diseke edilip laterale alındı. Aort üzerinden periton diseksiyonu duodenuma kadar yapıldı. Aorta, vena cava, inferior mesenterik arter visualize edilerek harmonik kullanılarak keskin ve künt diseksiyonlarla lenfadenektomi tamamlandı. Kesin patoloji sonucumuz endometrioid adenokarsinom FIGO Grade 2, tümör boyutu 7x6x1,4 cm, posterior duvar korpus-fundus yerleşimli >%50 invazyon (1,4/7) olarak rapor edildi. Pelvik ve paraaortik lenf nodlarında invazyon izlenmedi.

**Anahtar Kelimeler:** endometrium kanseri, laparoskopik lenfadenektomi, lenfadenektomi

# 2. MİNİMAL İNVAZİV JİNEKOLOJİK CERRAHİ KONGRESİ

13 - 16 Şubat 2019

Wyndham Grand İstanbul - Levent



## VP-57

### Laparoskopik paraaortik lenf nodu diseksiyonu

*Diñçer Yıldırım, Sertaç Ayçiçek*

*Diyarbakır Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi*

28 yaşında olgu sol alt kadranda ağrı şikayeti ile başvurdu. Ultrasonografi ve MRI görüntülemeye sol overde 10x8 cm boyutunda, internal papiller çıkıntıları olan solid-kistik kitle mevcuttu. Over kisti dışında görüntülemeye batında patoloji izlenmedi. Tümör markerları normaldi. Hastaya laparoskopik sol USO yapıldı ve frozena gönderildi. Frozen sonucu malign epitelyal tümör olarak bildirildi. Bunun üzerine evreleme cerrahisi ve bilateral pelvik-paraaortik lenf nodu diseksiyonu yapıldı.

**Anahtar Kelimeler:** laparoskopi, paraaortik lenf nodu diseksiyonu, over kanseri

## VP-58

### Laparoskopik vezikovaginal fistül (VVF) onarımı: Extravezikal yaklaşım ve omental damarlı flep interpozisyonu

*Ahmet Rıza Esmer<sup>1</sup>, Mine Kabakaş<sup>1</sup>, Ümmügülüm Kuyucu<sup>1</sup>, Gülhan Yılmaz<sup>2</sup>*

*<sup>1</sup>MedicalPark Gebze Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Bölümü*

*<sup>2</sup>MedicalPark Gebze Hastanesi, Üroloji Bölümü.*

Together with becoming laparoscopy widespread, performing some difficult operations by L/S has become widespread as well. We want to show that, a VVF case, developed after total laparoscopic hysterectomy (TLH), by means of L/S through extravesical approach realizing together with omentoplasty will be a less traumatic way in experienced hands. Because of the fact that the fistula is located in proximal vagina and since the vaginal route will be more difficult, besides foreseeing that the laparotomy will be even more traumatic, we preferred the L/S way. After the operation, first day we have discharged the patient from the hospital with bladder catheter and two weeks later we have pulled it. We haven't come across with any problem within 9 months of monitoring period.

**Anahtar Kelimeler:** vesicovaginal fistula, laparoscopy, repair, extravesical

**AuthorToEditor:** Extravezikal operasyon ve omental flep interpozisyonu olmasının yanısıra jinekolojik uygulamalarda ülkemiz için nadir bir operasyon olması nedeniyle video sunum yapılabileceğini düşündüm.

# 2. MİNİMAL İNVAZİV JİNEKOLOJİK CERRAHİ KONGRESİ

13 - 16 Şubat 2019

Wyndham Grand İstanbul - Levent



VP-59

## Laparoskopik kistektomi, endometriotik nodül eksizyonu

*Emre Volkan Kasimoğulları, Tolga Karacan, Eser Özyürek, Berkay Yüksel*

*Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Bağırcılar Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum, İstanbul*

Endometriozis, fonksiyonel endometrial stroma ve glandların uterus dışında yerleşmesi olarak tanımlanır. Daha çok overi ve visseral peritonu etkilemektedir. Over ve visseral peritonu tuttuğunda sıklıkla ya da sürekli abdominal ağrı, disparoni, infertilite ve palpabl kitle olarak presente olabilir. Tanı koymak için ultrason ve MRI dan yararlanılabilir. Tedavi olarak medikal tedavi (kombine östrojen-progestin, sadece progestin ya da GNRH agonistleri kullanılabilir.) ya da cerrahi tedavi seçenekleri mevcuttur. 28 yaşında GÖPÖ hastamız dismenore ve disparoni şikayeti ile bize başvurdu. MRI da sol overde yaklaşık 4 cm. lik endometrioma mevcuttu. Bunun dışında solda sakrouterin ligamente daha yakın olmakla beraber uterus sol posteriorunda yaklaşık 4 cm lik endometriozis nodülü (DIE) mevcuttu. Uterus ön yüzde yaklaşık 1 cm lik ikinci bir endometrioma nodülü görüldü. Laparoskopik kararı verildi. Solda infundibulopelvik ligament altından serbest periton tutularak bipolar enerji ve makas yardımıyla retroperitona girildi. Üreter trasesi izlendi. Pararektal boşluklar traction-counter traction tekniği ile açıldı. Solda kist içerisine girilerek kist içeriği aspire edildi. Kist cidarı bipolar enerji kullanılarak makas yardımıyla açıldı. Kistektomi için uygun disseksiyon alanı oluşturuldu. Kistektomi yapıldı. Daha sonra douglas boşluğu nodül nedeniyle oblitere olduğu için sağ infundibulopelvik ligamentin altından serbest periton tutularak bipolar enerji ve makas ile sağdan da retroperitona girilerek üreter trasesi izlendi. Bilateral pararektal boşluklar traction ve counter traction tekniği ile güvenli cerrahi için oluşturuldu. Bipolar enerji ve makas yardımıyla nodülü çevreleyen dokular anatomik yapılarla dikkat edilerek serbestleştirildi. Monopolar enerji kullanılarak nodul uterus duvarından tamamen disseke edildi. Kanama kontrolü sağlandı. Uterus ön duvarda visseral periton üzerindeki yaklaşık 1 cm lik diğer nodul de eksize edildi. Yapışıkları önlemek amaçlı adezyon bariyeri kullanıldı. Nodül ve kist cidarı endobag kullanılarak dışarı alındı. Özet olarak; özellikle rektovajinal bölgede ve uterus posterior ve sakrouterin ligamentlere yakın nodül yerleşimlerinde douglas boşluğu tamamen kapalı olabilir. Bu nodüller ciddi abdominopelvik ağrı ve disparoniye neden olabilir. Bu nodüllerin eksizyonu bozulmuş anatomi ve nodülün diğer organlara yakınlığı nedeniyle zor olabilir. Traction counter traction tekniği kullanılarak diğer organlara zarar vermeden güvenli pelvik boşluklar oluşturmak ve yeterli görüntü alanını korumak gibi basit cerrahi prensipler uygulanarak güvenli nodül eksizyonu yapılabilir.

**Anahtar Kelimeler:** endometriozis, endometriotik nodül, endometrioma



## VP-60

### Laparoscopic Management of Deep Infiltrating Endometriosis: A Case Study

*Selin Ozaltın, Ercan Bastu, Husnu Gorgen, Yucel Kocyigit*

*Acibadem University School of Medicine*

**Study OBJECTIVE:** To demonstrate the laparoscopic management technique of a patient with deep infiltrating endometriosis.

**Design:** Stepwise demonstration of a surgical technique and tissue adhesions open with video footage

**Setting:** Acibadem University Hospital, İstanbul, Turkey

**Patient:** 31 year-old woman with deep infiltrating endometriosis

**Intervention:** Our patient had severe dysmenorrhea and dyspareunia complaints. In the digital vaginal examination there was pain on the posterior aspect of cervix, uterus was retroverted and fixated. In the transvaginal ultrasound, the uterus was retroverted, endometrium was trilaminar and there was a 6 cm endometrioma in the right ovary and a 3 cm endometrioma in the left ovary.

**CONCLUSION:** The laparoscopic procedure for deep endometriosis increases patient comfort as long as it is done with proper care regarding certain vital organs including but not limited to colon, small intestines, ureters and hypogastric nerves. Compared to the open technique, pain relief and fertility rates are higher in the laparoscopic method.

**Keywords:** deep infiltrating endometriosis, laparoscopic management, endometriotic nodul

# 2. MİNERAL İNVAZİV JİNEKOLOJİK CERRAHİ KONGRESİ

13 - 16 Şubat 2019

Wyndham Grand İstanbul - Levent



## VP-61

### Contained Power Morcellation, description of the contained fibroid morcellation technique

*Ozguc Takmaz<sup>1</sup>, Esra Ozbasli<sup>1</sup>, Emine Karabuk<sup>2</sup>, Mete Gungor<sup>1</sup>*

<sup>1</sup>Department of Obstetrics and Gynecology, Acibadem MAA University, Istanbul, Turkey

<sup>2</sup>Department of Obstetrics and Gynecology, Acibadem Atakent Hospital, Istanbul, Turkey

After the USA Food and Drug Administration released in 2014 that “the power morcellation is contraindicated in peri- or postmenopausal women or women who are candidates for en bloc specimen removal” statement. Practice of the laparoscopic tissue removal has been changed and various types of contained tissue morcellation systems have been developed. In this video presentation, step by step contained fibroid power morcellation is described.

**Keywords:** power morcellation, myomectomy, contained morcellation



## 2. MİNİMAL İNVAZİV JİNEKOLOJİK CERRAHİ KONGRESİ

13 - 16 Şubat 2019

Wyndham Grand İstanbul - Levent



### VP-62

#### “ İnfertil Hastada 15 cm Laparoskopik Myomektomi ”

*Erkan Aslan, Süleyman Salman, Bülent Babaoğlu*

*Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Gop Taksim Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği, İstanbul*

Uterus leiomyomları üreme çağındaki kadınların yaklaşık %30'unda görülmektedir. Myoma uteri, anormal kanamalara, infertiliteye, baskın semptomlarına yol açarak klinik oluşturabilir. Tarihsel olarak abdominal myomektomi, semptomatik olup fertilitate isteyen uterus koruyucu cerrahi planlanan hastalarda uygun yaklaşım olmuştur ancak son 20 yılda bu yöntem yerini daha az invaziv yöntemlere kaydırmıştır. Laparoskopik myomektomi, bu hastalarda değerli minimal invaziv bir cerrahi yöntemdir. Bu yöntem ile daha düşük morbidite, daha az postoperatif ağrı, daha kısa hastanede kalış sağlanmaktadır. İnfertil kadınların en az %10'unda myom mevcuttur. Çalışmalarda infertil submüköz yerleşimli myomlu hastalarda operasyon sonrası gebelik oranlarında iyileşme tespit edilmiştir. Power morselasyon ve hand morselasyon gibi bazı uygulamalar ile myom spesmeni batından çıkarılabilir, bu yöntemler perioperatif morbiditeyi azaltmada etkilidir. 2014 yılında FDA, power morselasyon uygulaması sonrası okült malignansilerde ve parasitik leiomyomlarda artış olması nedeniyle sınırlamalar getirmiştir. Koruyucu sistemler kullanılarak uterus dokusunun intraperitoneal yayılımı kısıtlanabilir. Power morselasyon, bilinen bir uterus malignitesi olan ya da şüphelenilen hastalarda, perimenapozal ve postmenapozal dönemdeki hastalarda, vajinal operasyona uygun ya da 5cm mini-laparotomi ile spesmenin çıkarılabileceği hastalarda önerilmemekte olup koruyucu sistemler kullanılarak ya da kullanılmayarak uygulanabilir. Vakamız ise 35 yaş, primer infertil, submüköz komponenti de bulunan fundal 15cm dev leiomyom vakası idi. Daha önce herhangi bir operasyon öyküsü bulunmayan hastamızda Laparoskopik myomektomiye power morselasyon kullanarak tercih ettik. Postoperatif 2.gününde taburcu edilen hastamızın patoloji sonucu benign geldi. Operasyon sonrası 13. ayda gebe kalan hastamız tarafımızca takip edilerek 36. gebelik haftasında sancıları başlaması üzerine sezaryene alındı. Canlı bir erkek bebeğe sahip oldu.

**Anahtar Kelimeler:** myomektomi, laparoskopi, laparoskopik myomektomi, infertilite, power morselasyon

**AuthorToEditor:** ◊ İnfertil Hastada 15 cm Laparoskopik Myomektomi ◊



## VP-63

### Laparoskopik multipl myomektomide, multipl myomların birbirine bağlanarak kolpotomi ile dışarı çıkarılması

*Erdal Şeker, Mehmet Obut*

*Kadın doğum ve çocuk hastalıkları hastanesi, Diyarbakır*

**Başlık:** Laparoskopik myomektomide, multipl myomların birbirine bağlanarak kolpotomi ile dışarı alınması

**AMAÇ:** Minimal invaziv cerrahi sırasında, myomektomi yaparken zorlanılmaktadır. Özellikle morselatörün kullanılmadığı veya kullanılmadığı durumlarda kolpotomi hem estetik avantajlı hem de myom parçalanmadığından güvenli olmaktadır. Ancak multipl myomektomi, kolpotomi ile dışarı alınma sırasında hem gaz kaçağı hem de myom kayganlığından dolayı işlem zorlaşmaktadır. Bu esnada myomların birbirine bağlanması operasyona avantaj sağlamaktadır. Bu yöntemi uyguladığımız bir vakamızı sunduk.

**SONUÇ:** Myomların birbirine bağlanarak kolpotomi ile dışarı çıkarılması pratik olmaktadır

**Anahtar Kelimeler:** laparoskopi, myomektomi, kolpotomi

## VP-64

### Laparoskopik Myomektomi; kapalı kompartman tekniği ile morselasyon

*Gülşen Durdağ, Şafak Yılmaz Baran, Erhan Şimşek, Seda Yüksel*

*BASKENT ÜNİVERSİTESİ ADANA T NOYAN ARASTIRMA HASTANESİ*

bu video presentasyonumuzda;

8 cm intramural myomu olan hastamıza laparoskopik myomektomi sonrası leiomyosarkom riski nedeniyle kapalı kompartman tekniği ile myom morselasyonu gerçekleştirdiğimiz bir hastanın ameliyat videosunu sunuyoruz.

**Anahtar Kelimeler:** laparoskopi, myomektomi, kapalı kompartman tekniği

# 2. MİNİMAL İNVAZİV JİNEKOLOJİK CERRAHİ KONGRESİ

13 - 16 Şubat 2019

Wyndham Grand İstanbul - Levent



VP-65

## Anterior kolpotomi ile laparoskopik myomektomi video sunum

Osman Şevket, Pınar Özcan, Taha Takmaz

Bezmialem Vakıf Üniversitesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Ana Bilim Dalı, İstanbul

**GİRİŞ:** Leiomyom olarak da adlandırılan uterin fibroidler, reproduktif dönemdeki kadınların yaklaşık %20-40'ını etkileyen, hormona duyarlı benign myometriyum tümörleridir. Düzensiz adet kanaması, kanama ile ilişkili anemi, dismenore ve özellikle dev myomlarda çevre organlara baskıya bağlı gelişebilecek klinik semptomlarla ilişkili olabilirler. Ayrıca lokalizasyonlarına göre infertilite ve tekrarlayan gebelik kayıplarının etyolojilerinde de yer alabilmektedirler. Myomların çoğu küçük ve asemptomatik olsada birçok kadının yaşamı myom nedeniyle olumsuz etkilenmektedir ve semptomlar tedavi gerektirir. Bu semptomlar boyut, sayı ve lokalizasyon ile ilişkilidir. Leiomyom tanısı fizik muayene ve görüntüleme yöntemleri [endovajinal veya transabdominal ultrasonografi (USG), bilgisayarlı tomografi (BT), manyetik rezonans görüntüleme (MRG), histerosalpingografi (HSG)] ile konulabilir. Laparoskopik myomektomi subserozal ya da intramural myomlarda uygulanabilir ancak özellikle intramural myomların çıkarılmasında cerrahın tecrübesi çok önemlidir.

Teknik olarak laparotomiye göre daha zordur. Laparotomiye göre daha az adhezyon riski vardır ve iyileşme daha hızlıdır. Seracchioli ve ark. tarafından yapılan prospektif bir çalışmada 65 laparatomik myomektomi ile 66 laparoskopik myomektomi karşılaştırılmış ve sonuçta gebelik ve doğum oranları ile gebelik komplikasyonları açısından iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır. The US Food and Drug Administration (FDA)'nın uterin leiomyosarkom riski nedeni ile power morsaletör kullanımı hakkında güvenlik uyarısı sonrasında uterin fibroidin batın dışına alınmasıyla ilgili farklı teknikler gündeme gelmiştir. Anterior kolpotomi de bu tekniklerden biridir.

**VAKA:** 42 yaşında kadın hasta (Gravida 0) kliniğimize adet düzensizliği, bel ağrısı ve çocuk istemi şikayetleri ile başvurdu. Hastanın 2. evliliği ve 2 yıllık evliliği mevcut. İlk evliliği 4 yıl sürmüş ve gebelik öyküsü yok. Smear 6 ay önce benign. Spekulum muayenesinde 0.5 cm servikal polip izlendi. Transvajinal ultrasonda uterus posterior da 48\*47 mm subseröz, intramural myom, anterior sağ yan duvarda 17\*22 mm intramural myom tespit edildi. Bilateral overler doğal idi.

**OPERASYON:** Genel anestezi altında litotomi pozisyonunda hasta hazırlandı. Spekulum ile 0.5 cm servikal polip ekstripe edildi sonrasında uterin manipulatör yerleştirildi. Batın içi gözlemlerde bilateral over ve tubalar normal izlendi. Uterus orta hatta, posterior da 6-7cm çapında subseröz myom ve corpus anterior da yaklaşık 3 cm çapında intramural myom izlendi. Posterior duvarda myom üzerine transvers insizyon yapılarak klivaj bulundu. Keskin ve künt disseksiyonlarla myom çıkarıldı. Defekt V-loc sütür ile kontinyu suture edildi. Korpus anterior da myom üzerine transvers insizyon yapılarak klivaj bulundu. Keskin ve künt disseksiyonlarla myom çıkarıldı. Defekt V-loc sütür ile kontinyu suture edildi. Yaklaşık 4 cm anterior kolpotomi yapıldı. Myomlar buradan vajen dışına alındı. Batın temizliği ve kanama kontrolü sonrası operasyona son verildi.

**Anahtar Kelimeler:** myomektomi, anterior kolpotomi, laparoskopi, morselasyon, leiomyom

# 2. MİNİMAL İNVAZİV JİNEKOLOJİK CERRAHİ KONGRESİ

13 - 16 Şubat 2019

Wyndham Grand İstanbul - Levent



## VP-66

### Genç Hastalarda Uterine Prolapsus Cerrahisinde Yeni Bir Teknik: Laparoskopik Pektopeksi ve Sakrouterine Ligament Plikasyonu

*Gamze Nur Cimilli Şenocak, Emsal Pınar Topdağ, Yılmaz, Yakup Kumtepe, Elif Hizal Atatürk Üniversitesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı*

**GİRİŞ-AMAÇ:** Uterine prolapsus, özellikle 45 yaş üzerinde sık görülen ve fiziksel, psikolojik ya da seksüel disfonksiyon yaparak kadınların hayat kalitesini bozan bir sağlık sorunudur. Pektopeksi ve sakrouterine plikasyon ameliyatı da uterin prolapsus tedavisinde kullanılmaya başlanan güncel, uygulaması kolay, laparoskopik yaklaşıma izin veren ve kadının normal anatomisini koruyucu bir operasyondur ve tüm dünyada yaygınlaşmaya başlamış yeni bir prosedür olarak önem kazanmaktadır. Özellikle genç ve uterin preservasyonu istenen hastalarda sakrohisteropeksiye alternatif, hatta daha öncelikli bir yöntem olarak uygulanabilmektedir. Pektopeksi ve sakrouterine plikasyonu yaklaşık 2 yıldır kliniğimizde de rutin cerrahi prosedür olarak uygulanmaktadır. Biz de bu sunumda kliniğimizde gerçekleştirdiğimiz bir laparoskopik pektopeksi ve sakrouterin ligament plikasyon ameliyatını sizlere sunacağız.

**Anahtar Kelimeler:** pektopeksi, uterine prolapsus, sakrouterine plikasyonu

## VP-67

### Total laparoskopik histerektomi sonrası lateral kolposüspansiyon uygulamasında yeni bir teknik

*Dogan Vatansever<sup>1</sup>, Burak Giray<sup>2</sup>, Tuncer Kumcular<sup>3</sup>, Ulkar Heydarova<sup>1</sup>, Sara Abboud<sup>4</sup>, Ozgur Oktem<sup>1</sup>, Bulent Urman<sup>1</sup>, Cagatay Taskiran<sup>1</sup>, Kevser Yılmaz Çapraz<sup>1</sup>, Sema Koca<sup>3</sup>*

<sup>1</sup>Department of Obstetrics and Gynaecology, VKF Koc University School of Medicine, Istanbul, Turkey

<sup>2</sup>Department of Obstetrics and Gynaecology, Zeynep Kamil Training and Research Hospital, Istanbul, Turkey

<sup>3</sup>Department of Obstetrics and Gynaecology, VKF American Hospital, Istanbul, Turkey

<sup>4</sup>Department of Obstetrics and Gynaecology, Hôtel-Dieu De France Hospital, Beirut, Lebanon

Kadınların % 10'undan fazlası yaşamlarının bir kısmında pelvik organ prolapsusu ve/veya inkontinans problemleri için cerrahi operasyon geçirmektedir. Total uterin prolapsus şikayeti ile başvuran, inkontinans şikayeti olmayan 65 yaşındaki hastaya laparoskopik total histerektomi ile beraber bilateral salpingooferektomi uygulandı. Vajinal cuff suture edildikten sonra iki kollu meşin genişçe olan orta kısmı vajinal cuff'a suture edildi. Meşin kolları peritonun altından geçirilerek bilateral laparoskopik portların girdiği alt abdominal bölgedeki yerlerden dışarıya kadar çekildi ve periton altına tüm periton meşle beraber primer suture edilip kapatıldı. Cilde yakın yerden meş kesildi. Trokar giriş yerlerindeki cilt primer kapatıldı. Operasyona son verildi. Komplikasyon gelişmedi.

**Anahtar Kelimeler:** kolposüspansiyon, laparoskopi, histerektomi

# 2. MİNİMAL İNVAZİV JİNEKOLOJİK CERRAHİ KONGRESİ

13 - 16 Şubat 2019

Wyndham Grand İstanbul - Levent



VP-68

## Stres üriner inkontinanstalaparoskopik burch tekniği

*Hasan Süt, Emin Erhan Dönmez, Fisun Vural*

*Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kadın Doğum Kliniği İstanbul*

**AMAÇ:** Bu çalışma ile stres üriner inkontinans (SUİ) tedavisinde laparoskopik burch tekniğini video sunum eşliğinde sunmayı amaçladık.

**OLGU:** 48 yaşında tedaviye dirençli anormal uterin kanama ve üriner inkontinans şikayetleri ile kliniğimize başvuran hastanın yapılan muayenesinde uterus fundus anterior da 7\*5 cm endometriuma bası yapan intramural myom saptandı. Bimanuel muayenede uterus 12-14 hafta cesamette izlendi. Stres test pozitif q tip 50 derece olması üzerine anormal uterin kanama ve sui endikasyonları ile total laparoskopik histerektomi bilateral salpenjektomi ve burch operasyonu planlandı. Batına giriş sonrası histerektomi ve bilateral salpenjektomi yapılarak piyes total olarak çıkarıldı vajen cuffi suture edildikten sonra burch operasyonuna geçildi. Mesane 200 cc serum fizyolojik ile şişirilerek mesane sınırları belirlendi. Mesane üst sınırındaki periton harmonik yardımıyla yaklaşık 5-6 cm açıldı. Avasküler alan diseke edilerek retzius boşluğuna girildi. Bilateral cooper ligamenti vizualize edildi. Mesane boşaltıldı. Vajinal asistans yardımıyla bilateral paraüretal dokular eleve edildi. Retzius boşluğunda diseksiyona devam edilerek paraüretal dokuya ulaşıldı. No:1 prolen sütün ile bilateral paraüretal dokudan ve cooper ligamentinden geçilerek kolposüspansiyon yapıldı. Mesane 200 cc metilen mavisi ile doldurularak kaçak olup olmadığı kontrol edildi. Periton no:2.0 vikryl ile kontinue suture edildi. Operasyona son verildi.

**TARTIŞMA:** Üriner inkontinansın birçok tipi olmakla beraber en sık görülen artan intraabdominal basınca bağlı oluşan stres inkontinanstır. Patofizyolojide üretrayı bir hamak gibi destekleyen konnektif doku yapının bozulması ve mesane boynundaki hipermobilité suçlanmaktadır. Çalışmalarda bir kadının hayatı boyunca prolapsus veya inkontinans nedeniyle cerrahi geçirme riski %11-19 arasında bulunmuştur. Stres üriner inkontinansın tedavi seçenekleri arasında medikal tedavi, laparatomik veya laparoskopik burch ve pubovajinal slingler en çok tercih edilen yöntemlerdir. Yapılan çalışmalarda Burch kolposüspansiyonu ile tedavinin ilk yılı sonunda hastaların %85-90'nin, beş yıl sonunda ise %70'nin kontinans olduğu belirtilmiştir. Laparoskopik Burch kolposüspansiyon prosedürü ilk olarak 1991 yılında tanımlandı. Retzius aralığına kolay ulaşım, minimal intraoperatif kan kaybı, minimal postoperatif analjezi gereksinimi, hastanede kalış süresinin daha kısa olması ve hastanın normal işlevlerine daha kısa sürede tekrar başlayabilmesi laparoskopik yöntemin avantajları olarak saptanmıştır. Yapılan bir çalışmada 26 laparoskopik Burch olgusunun sonuçlarını 26 laparotomi ile yapılan hastayla karşılaştırdıklarında başarı ve komplikasyon oranlarının değişmediği gösterilmiştir.

**SONUÇ:** Stres üriner inkontinansın cerrahi tedavisinde laparoskopik burch başka laparoskopik endikasyonları eşliğinde tercih edilebilir.

**Anahtar Kelimeler:** burch, stres üriner inkontinans, laparoskopik

**AuthorToEditor:** MİJİD 2019 bilimsel komitesine bizlere bu kongrede bulunma şansı tanıdığı için teşekkür ederiz.



VP-69

**Laparoskopik paraaortik lenfadenektomi sonrası gelişen semptomatik lenfoselin re-laparoskopi ile drene edilmesi***Nasuh Utku Doğan<sup>1</sup>, Selen Doğan<sup>2</sup>, Merve Erol<sup>1</sup>, Aysel Üren<sup>1</sup>**<sup>1</sup>akdeniz üniversitesi kadın hastalıkları ve doğum ad, Antalya**<sup>2</sup>sbü, antalya eğitim araştırma hastanesi, Antalya*

**GİRİŞ:** Lenfadenektomi sonrası asemptomatik lenfösel oranı sıktır fakat bir kısım hastada girişim gerektirebilecek şekilde lenfösel formasyonu görülebilir.

**VAKA:** 51 yaşında postmenopozal hastadan vajinal kanama şikayeti nedeniyle alınan biyopside grade3 endometrioid tip endometrial adenokanser gelmesi nedeniyle laparoskopik total histerektomi pelvik paraaortik lenfadenektomi yapıldı. İntraoperatif olarak sisterna şilide yaralanma meydana geldi ve intraoperatif olarak injury alanı mühürlenerek kapatıldı. Postoperatif 2. günde taburcu edilen hasta kliniğimize taburculuk sonrası 3. günde sağ yan ağrısı şikayetiyle tekrar başvurdu. Yapılan ultrasonografide sağ böbrekte grade2-3 hidroüreteronefroz saptanması üzerine yapılan tüm abdomen tomografi tetkikinde aortik bifürkasyonun hemen üzerinde paraaortik bölgede 5 cmlik üreter basısına neden olan paraaortik lenfösel saptandı. Hastanın semptomatik olması ve sağ böbrekte HUN saptanması nedeniyle hastaya tekrar laparoskopi planlandı. Laparoskopik olarak paraaortik bölgedeki lenfösel boşaltıldı. Postoperatif dönemde ileus tablosu gelişen hasta konservatif olarak izlendi. Postoperatif 4. günde hasta taburcu edildi. 1. haftada yapılan ultrason tetkikinde sağ taraflı HUN'un tamamen kaybolduğu izlendi ve hasta brakiterapi için yönlendirildi

**SONUÇ:** semptomatik lenfadenektomi nadir görülmekle beraber yönetiminde laparoskopik yaklaşım uygun hastalarda güvenli bir yaklaşımdır. Minimal invaziv yöntemlerle iyileşme hızlı olmakta ve tedavi gecikmelerinin önüne geçilmektedir.

**Anahtar Kelimeler:** Endometrium kanseri, laparsokopik paraaortik lenfadenektomi, lenfösel, laparoskopik derenaj

# 2. MİNİMAL İNVAZİV JİNEKOLOJİK CERRAHİ KONGRESİ

13 - 16 Şubat 2019  
Wyndham Grand İstanbul - Levent



## VP-70

### Cisterna Chyli; Laparoskopik Paraaortik lenfadenektomide önemli bir anatomik Landmark

*Nasuh Utku Doğan<sup>1</sup>, Selen Doğan<sup>2</sup>, Merve Erol<sup>1</sup>, Burcu Taş Uzun<sup>1</sup>*

*<sup>1</sup>akdeniz üniversitesi kadın hastalıkları ve doğum ad, Antalya*

*<sup>2</sup>sbü, antalya eğitim araştırma hastanesi, Antalya*

**GİRİŞ:** Cisterna Chyli genelde L1-L2 hizasında aort arkasında bulunan ve barsaklar ve alt vücut yapılarının lenfatik direnajını alan lenf bezlerinin sonladığı elonge lenfatik yapıdır. Boyut, yerleşim ve şekli kişiden kişiye değişmektedir ve bazı otopsi serilerinde vakaların % 50 kadarında bu yapının bulunmadığı raporlanmıştır. Paraaortik lenfadenektomi sırasında genelde renal ven altında bulunan cisterna chlii nin tanınmadan eksizyonu ya da yaralanması durumunda tedaviye refrakter şilöz asit meydana gelebilmektedir.

**OLGU:** ilk vaka 51 yaşında grade3 endometrium adenokanseri nedeniyle evreleme cerrahisi yapılan hastada laparoskopik olarak Cisterna Chyli'nin bir kısmının farkedilmeden eksizyonu sonu gelişen şilöz asit ve sonrasında lenfösel gelişimine ait video prezente edilmektedir. Videoda sunulan ikinci olguda klinik evre 2b berrak hücreli serviks adenokanseri nedeniye evreleme cerrahisi kapsamında laparoskopik paraaortik lenfadenektomi yapılan hastada bir önceki sunulan hastaya benzer lokalizasyonda, renal ven altında Cisterna Chyli gözlenmiş, bu yapı korunarak renal ven seviyesine kadar solunusuz laparoskopik paraaortik lenfadenektomi yapılmıştır.

**SONUÇ:** laparoskopik paraaortik lenfadenektomide damar varyasyonları olabileceği gibi lenfatik sistem için de değişik lokalizasyonlarda anormaller ve varyasyonlar izlenebilir. Bu nedenle laparoskopik paraaortik lenfadenektomi sırasında renal ven altında Cisterna Chyli varlığı akılda tutulmalı ve bu yapı korunmalıdır. Bu anatomik yapının iatrojenik yaralanmaları sonucu refrakter şilöz asitler olabilmektedir

**Anahtar Kelimeler:** Cisterna Chyli, Laparoskopik Paraaortik lenfadenektomi, şilöz asit



## VP-71

## Laparoskopik Histerektomi ve Vajenektomi ile VAIN 2 Yönetimi

*Şevki Göksun Gökulu, Mehmet Ali Narin, Sevda Baş, Emine Gülen Küçükbingöz, Halil Özkaya Adana Şehir Hastanesi*

56 yaşında postmenopozal olgu, HPV16, 35, 56 pozitifliği, postkoital kanama şikayeti ile başvurdu. Kolposkopide serviks ve posterior forniksi tutan yoğun beyaz epitel izlendi, biopsi VAIN 2 ve CIN 2 gelen olguya Laparoskopik Histerektomi + üst vajenektomi planlandı. Asetik asit ile cerrahi sınırları belirlenen lezyon sonlandığı alandan 1 cm distali sütür ile işaretlendi. Cerrahi sınır negatif olarak uterus vajen dokusu ile beraber çıkarıldı. Postoperatif 5. günde sağlıkla taburcu edildi. Postmenopozal hastalarda;High Grade servikal displazilerin eşlik ettiği üst vajen yerleşimli, büyük boyuttaki High grade VAIN lezyonlarının laparoskopik cerrahi ile tedavisi düşünülmelidir.

**Anahtar Kelimeler:** VAIN, laparoskopik vajenektomi, postmenapozal displazi

## VP-72

## Evre 1B1 Serviks Kanserli Olguda Manipülatsız Laparoskopik Radikal Histerektomi

*Candost Hanedan<sup>1</sup>, Serhan Can Işcan<sup>1</sup>, Jalal Raoufi<sup>1</sup>, Ebru Erdemoğlu<sup>2</sup>, Evrim Erdemoğlu<sup>1</sup>*

*<sup>1</sup>Süleyman Demirel Üniversitesi, Jinekolojik Onkoloji B.D., Isparta*

*<sup>2</sup>Isparta Şehir Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Departmanı, Isparta*

**Giriş:** Erken evre serviks kanserli olgularda hastanın genel durumu, fertilitate arzusu ve tümöre ait faktörler (invazyon derinliği, tümör büyüklüğü ve lenfovasküler alan invazyonu) tedavi şeklini belirlemektedir. Cerrahi tedavi seçenekleri arasında konizasyon, trakelektomi, basit yada radikal histerektomi (konvensiyonel, laparoskopik ya da robotik) tercih edilebilir. Bu vaka sunumunda 3 (üç) kez sezeryan nedeniyle laparotomi yapılmış serviks kanserli olguda manipülasyon kullanmadan uygulanan laparoskopik radikal histerektomi vakası sunulmuştur.

**Materyal-Method:** 49 yaşındaki G3P3 (3 sezeryan) olan hastanın yapılan tarama testlerinde smear sonucu ASC- H ve hpv tarama testinde 16,52 pozitif saptanmıştır. Yapılan kolposkopi sonucunda alınan biopside skuamöz hücreli karsinom saptanmıştır. Hastaya yapılan konizasyon sonucu ise skuamöz hücreli karsinom; vertikal invazyon derinliği 5.5 mm olup lenfo vasküler alan invazyonu negatif olarak rapor edilmiştir. Bu sonucuna göre olgu erken evre serviks kanseri olarak kabul edilerek pre operatif görüntüleme yöntemi olarak M.R ve Pet C/T istenildi. Görüntüleme yöntemlerinde tümör boyutu 2 cm den küçük olup şüpheli lenf nodu saptanmadı. 2018'de FIGO nun değiştirilen serviks kanser evreleme sistemine göre olgu Evre 1B1 düşük riskli olarak kabul edilerek hastaya laparoskopik radikal histerektomi planlandı



# 2. MİNİMAL İNVAZİV JİNEKOLOJİK CERRAHİ KONGRESİ

13 - 16 Şubat 2019

Wyndham Grand İstanbul - Levent



Laparoskopik radikal histerektomiye umblikulusdan 1 adet 10 luk trakor; sağ, sol ve supra pubik 5 lik trokarlar girilerek operasyona başlandı.Trokar grişleri yapıldıktan sonra tüm batin içi organlar gözlemlendi.Operasyonda ilk önce bilateral infindipulopelvik ligamentlere paralel insizyonlar yapıldı ve retroperitoneal alanlara girildi.Bilateral üreter ve iliak damarlar açığa çıkarıldıktan sonra pararectal ve paravesical alanlar oluşturuldu.Parametrium üreter seviyesinde bipolar disektör yardımıyla diseke edilerek histerektomi mataryeline dahil edildi.Bilateral ip. Ligamentler mühürlüyci cihazlarla mühürlendi ve kesildi. Uterosacral ve vesicouterin ligamentler parsiyel rezeke edildi. Üreterler parametriumdan diseke edilerek ayrıldı. Daha sonra vajena yerleştirilen vajinal plug yardımıyla vajen insizyon hattı belirginleştirildi.Unipolar Hookla vajen insizie edilerek materyal çıkarıldı. Kanama kontrolü sonrası prosedür tamamlandı.

**Sonuç-Tartışma:** Erken evre serviks kanserli olgularda tedavi planı multidisipliner olarak yapılmalı; cerrahi tedavinin sağlayacağı onkolojik sonuç hastanın morbidite ve hayat kalitesi için en iyi prediktif faktör olmalıdır.Servikal kanser tedavisinde 2004 de %11 LRH yapılırken 2010 yılında bu oran %38'e çıkmıştır. ESGO-ESTRO-ESP rehberlerine göre evre 1B1 LVS negatif olgular düşük riskli kategoriye girmekte olup QUERLEU-MORROW sınıflandırmasına göre tip B1 radikal histerektomi önerilmektedir. Günümüzde erken evre serviks kanserlerinin cerrahi tedavisinde laparoskopik radikal histerektomi (LRH) açık radikal histerektomiye (ALH) alternatif cerrahi yöntemdir.

Hernekadar güncel çalışmalarda minimal invaziv tekniklerde uterin manipülatör kullanımı nedeniyle invazyon derinliği, lenfovaskuler alan ya da parametrial alan tutulumu gibi patolojik değişkenler arasında açık cerrahiyle fark saptanmasada manipülatör kullanımının bu değişkenler üzerinde farklılık oluşturabileceği tam netlik kazanmamasından dolayı bu olguda manipülatör kullanılmamıştır. Erken evre serviks kanserli olgularda laparoskopik ve abdominal radikal histerektomiye karşılaştırıldığı çalışmalarda; Laparoskopinin operasyon süresi daha uzun ama hastanede kalış süresi daha kısa ve ameliyata bağlı kan kaybı daha az bulunmuştur.

Erken evre serviks kanserli hastaların cerrahi tedavisinde manipülatör tercih edilmediği olgularda vajinal plug (topuz) yardımcı enstruman olarak akılda tutulmalıdır. Bu sayede tercih edilen minimal invaziv yöntemler özellikle laparotomi gibi konvansiyonel yöntemler kadar etkili olmaktadır. Ayrıca vajinal plug (topuz) kullanılması patolojik evrelemede oluşabilecek yanlıgıların önüne geçerek post operatif adjuvan tedavide belirleyici bir rol alabilir.

**Anahtar Kelimeler:** Erken Evre Serviks kanseri, laparoskopik radikal histerektomi, vajinal plug

# 2. MİNİMAL İNVAZİV JİNEKOLOJİK CERRAHİ KONGRESİ

13 - 16 Şubat 2019

Wyndham Grand İstanbul - Levent



## VP-73

### Laparoskopik tip c1 radikal histerektomi

*Yakup Yalcin, Selcuk Erkilinc*

*Isparta Sehir Hastanesi, Jinekolojik Onkoloji Klinigi*

Hasta 42 yasinda, 5 yil once servikal biyopsi sonucu CIN 3 olarak gelmis. Ancak hasta bu arada takiplere gelmemis. Hastanin yapilan muayenesinde servikte yaklasik 1-1,5 cm servikal kitle mevcuttu, vajen ve parametrium tutulumu yoktu. Kolposkopi muayenesinde servikal kanser ile uyumlu bulgular mevcuttu. Servikal biyopsi alindi ve sonucu non keratinize skuamoz hcli karsinom olarak geldi. Pelvik MRI ve PET/CT istendi. MRI sonucunda, 1,5 cm servikal tumor mevcuttu ve parametrium tutulumu izlenmedi. PET/CT de metastatik lenf nodu izlenmedi. Hastaya laparoskopik tip c1 radikal histerektomi, bilateral pelvik lenf nodu diseksiyonu, over transpozisyonu planlandi. Umblikus icinden 10 luk trokar ile girildi, sag ve sol sias'ın 2 cm uzerinden, sag pelvik trokarin 10 cm uzerinden ve suprapubik bolgede pubisten 2 cm yukarida olmak uzere 4 adet 5 mm lik trokar girildi. Servikal tumor parcalanmasi olmasin diye uterin manuplator kullanilmadi. Paravesical, pararektal, rektovaginal, vezikovaginal bosluklar olusturularak ameliyata baslandi. Ardindan harmonik scalpel kullanilarak bilateral pelvik lenf nodu tamamlandi. Radikal histerektomiye gecildi, uterin arterler internal iliac arterden cikis noktasindan muhurlenip kesildi, ureter mezosu korunarak parametriumlar serbestlestirildi, saktouterin ligamentler rektum seviyesinden serbestlestirildi, vezikouterin ligament mesane seviyesinden serbestlestirildi, vajen proksimalinden 2 cm asagidan kesilerek uterus ve 2 cm lik vajen dokusu cikarildi. Perioperatif ve postoperatif komplikasyon olusmadi, postoperatif 1. gun sondasi cekildi ve hasta postop 3. gunde taburcu edildi.

**Anahtar Kelimeler:** serviks kanseri, laparoskopi, radikal histerektomi

## VP-74

### Laparoskopik uterin arter diseksiyonu ve ligasyonu

*Selçuk Yetkinel, Gülşen Doğan Durdağ, Şafak Yılmaz Baran, Erhan Şimşek*

*Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi Adana Uygulama ve Araştırma Merkezi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Bilim Dalı, Adana*

Laparoskopik histerektomi sırasında işlem basamaklarında uterin arter iskeletinizasyonu ve cuff seviyesinde uterin arter kesisi, kanamaların an çok olduğu basamaktır. Bu sırada oluşan kanama hem kanama miktarında fazladan artışa neden olmakla birlikte, kanama durdurma çalışmaları nedeniyle fazladan zaman kaybına da neden olmaktadır. Bu kanamaların durdurulması sırasında bipolar koterizasyon işlemi de, hemen yakından geçen üreterin termal ya da direk hasar endişesine neden olur. Bu nedenle biz merkezimizde histerektomiye başlamadan önce bilateral pelvik retroperitona girip üreter diseksiyonu ve uterin arter diseksiyonu yapmaktayız. Üreterler güvenli bir şekilde diseke edildikten sonra uterin arterler bipolar ile koterize edilmektedir. Video sunumuzda laparoskopik uterin arter diseksiyonu ve ligasyonu göstermekteyiz.

**Anahtar Kelimeler:** laparoskopi, üreter, uterin arter

## 2. MİNİMAL İNVAZİV JİNEKOLOJİK CERRAHİ KONGRESİ

13 - 16 Şubat 2019

Wyndham Grand İstanbul - Levent



### VP-75

#### Single-site laparoscopy assisted vaginal hysterectomy is a feasible option for benign gynecological surgery

Özgür Koçak, Özgür Kan

Hitit Üniversitesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı

**AIM:** Total laparoscopic hysterectomy (TLH) is a proven surgical method with clear benefits for both the patients and the surgeons. Lately, instead of using more than one trocar, a single port can be used to complete the operation, resulting in significant cosmetic results and shortened hospital stay. In this study, we present our experience with single-site laparoscopic hysterectomy with only 20 mm incision from infra-umbilical region.

**CASE:** Patient was 52 years-old with abnormal uterine bleeding. Preoperative pipelle biopsy was resulted as atrophic endometrium. A 2-cm transverse transumbilical incision was made and the subcutaneous fat opened. Modified Hasson technique is used to reach abdominal cavity. A 11-mm trocar for optic and a 5-mm trocar for a device with grasping, coagulating and cutting functions inserted via incision. Laparoscopic hysterectomy steps were followed appropriately. Lastly, vaginal cuff closure was performed with continuous suturing using 1-0 Vicryl sutures that were applied transvaginally. The fascia and skin were sutured separately. Excised uterin weight was 213 grams. Total duration of operation from incision to closure of umbilical port site was 96 minutes. Mean intraoperative blood loss was approximately 300 mL. Hemoglobin difference was 1.3 g/dL. There were no infections or other intraoperative or postoperative complications.

**CONCLUSION:** Single-site laparoscopic hysterectomy is a feasible and safe option for benign hysterectomy indications. Umbilical incision for both camera and a surgical instrument is enough for laparoscopy assisted vaginal hysterectomy in low-resource settings.

**KEYWORDS:** laparoscopic single-site surgery, total hysterectomy, minimal invasive surgery, vaginal cuff closure

**Anahtar Kelimeler:** laparoskopik tek port cerrahi, total histerektomi, minimal invazif cerrahi, vajen cuff kapatılması

# 2. MİNİMAL İNVAZİV JİNEKOLOJİK CERRAHİ KONGRESİ

13 - 16 Şubat 2019

Wyndham Grand İstanbul - Levent



VP-76

## Ovarian tissue preservation for malign diseases

*Faruk Oz, Bulut Varli, Sinan Ozkavukcu, Rusen Aytac*

*Department Of Obstetrics and Gynecology, Ankara University, Ankara, Turkey*

Ovarian tissue cryopreservation is a way of fertility preservation which is accepted as an experimental procedure. Outcome of the procedure is not known very well but many centers around the world including Turkey have adopted the similar procedures. Ovarian tissue must be obtained with an operational intervention which is implemented by a gynecologist. Rest of the procedure is conducted by an experienced embryologist on tissue cryopreservation. Main advantage of ovarian tissues freezing is large number of oocytes can be preserved and procedure does not require hormonal stimulation. Procedure also have disadvantages; first it is an invasive procedure and recovery of cryopreserved tissue after transplantation is not certain. Our center is the very first clinic in Turkey that preserves the ovary for patients with malign diseases. Since '90s around 200 patients have been subjected to this method. 4 patients had undergone orthotopic transplantation of cryopreserved tissue. Transplantation was unsuccessful in 1 patient. After orthotopic transplantation, we started ovarian stimulation in one patient and we have one frozen embryo from an oocyte from orthotopic tissue but we cancelled transfer due to social issues. Last transplantation were performed on December 2018 and surgical procedure will be also presented in this congress. 16 ovaries were extracted out of the preservation and destroyed by the ministry of health due to the related deaths. Outcome data of procedure seems unsatisfying, however as the number of transplantations rises and the techniques improves there would probably be better results than we have now. In the first step, ovarian tissue is obtained in a laparoscopic way. Then the tissue is taken to laboratory within the cold chain for protection. After that, ovarian cortex is separated from rest of the tissue and cut into smaller pieces, then those small pieces in specific transparent tubes are put into cryoprotective agents and taken to the shaker for the cryoprotectant to penetrate the tissue. Which takes around 15 minutes. Later samples on the tubes are frozen to -140 °C for habituating the tissue for lesser degrees. This phase last around 2 hours. In the last step, tubes are put into the nitrogen tanks where they are cooled to the -196 °C and remain there until transplantation day.

**Keywords:** Ovary, Preservation, Malignancy, Fertility, Infertility

# 2. MİNİMAL İNVAZİV JİNEKOLOJİK CERRAHİ KONGRESİ

13 - 16 Şubat 2019  
Wyndham Grand İstanbul - Levent



VP-77

## Laparoskopik Tubal Reanastomoz: Önemli Noktalar

*İşıl Kasapoğlu*

*Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum AD*

**AMAÇ:** Tubal sterilizasyon sonrasında spontan gebe kalma isteği ile başvuran hasta sayısı oldukça fazladır. Bu durumda gebelik eldesi için hastalara invitro fertilizasyon (IVF) dışında sunulabilecek ikinci tedavi seçeneği tubal reanastomoz yapılmasıdır. Tubal reanastomoz operasyonları laparoskopik veya robotik cerrahi ile başarılı bir şekilde yapılabilmektedir. Ancak cerrahinin başarısını etkileyen çeşitli faktörler vardır. Hastanın cerrahiden fayda görebilmesi için eşlik eden ek infertilite nedeni olmamalı ve cerrahi öncesi mutlaka histerosalpingografi (HSG) ile reanastomoz yapılacak olan rezidü proksimal ve distal tubal uzunlukları değerlendirilmeli.

**YÖNTEM:** 32 yaşında, iki yaşayanı olan hasta, tubal reanastomoz istemi ile başvurdu. Beş yıl önce sezeryan doğum sırasında pomeroy usulü tubal ligasyon öyküsü olan hastanın HSG sonucu bilateral tubal ligasyon ile uyumlu bulundu. Hastaya laparoskopik tubal reanastomoz planlandı. Umblikustan 10luk trokarla batın içi visualize edildikten sonra 3 adet 5 lik trokarla batına girildi. Situsta; geçirilmiş cerrahiye sekonder bilateral tuba uterinalar ligate izlendi. Her iki tubanın ligate kısımları makasla açılarak, serbestleştirildikten sonra metilen mavisi ile proksimal uçların açıklığı kontrol edildi. Takiben fogarty kateter ile fimbrial uçtan geçirilerek proksimal ve distal tubal segmenti de kapsayacak şekilde ilerletildi. Takiben 3/0 vicryl ile altışar tek tek sütür atılarak bilateral tubal reanastomoz sağlandı. Tubal reanastomoz, bilateral distal tubal metilen mavisi geçişi ile verifiye edildi. Komplikasyon gelişmeyen hasta postop 1. Günde taburcu edildi. Postoperatif 2. Ayda çekilen kontrol HSG de bilateral tubal geçiş izlendi.

**SONUÇ:** Laparoskopik tubal reanastomoz düşük komplikasyon oranı, daha az süre hastanede kalış süresi ve kısa iyileşme süresi gibi avantajlar ile tubal sterilizasyon sonrası gebelik isteyen seçilmiş hastalarda tubal pasajın sağlanmasında tercih edilen yöntem olabilir.

**Anahtar Kelimeler:** Tubal reanastomoz, infertilite, laparoskopi, histerosalpingografi

# 2. MİNİMAL İNVAZİV JİNEKOLOJİK CERRAHİ KONGRESİ

13 - 16 Şubat 2019

Wyndham Grand İstanbul - Levent



VP-78

## Laparoskopik Tubal Reanostomoz İçin Kolaylaştırılmış Bir Teknik: Barbed Sütür Kullanımı

*Ceyda Karadağ**Antalya Atatürk Devlet Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği*

**GİRİŞ:** Tubal sterilizasyon dünyada en sık kullanılan kontraseptif yöntemlerden biridir. Sterilizasyon işlemi yaptırmış olan çiftlerin %1-5' i, çocuk ölümü, eş değişikliği ve sosyoekonomik düzeyin değişmesine bağlı sebeplerle tekrar gebelik istemektedir. Tubal reanostomoz, bir tubal ligasyon prosedürü sonrası Fallop tüpünün mikrocerrahi yöntemlerle tekrar kanalize edilmesidir. Tubal reanostomoz cerrahisi, laparotomi, laparoskopik veya robotik cerrahi ile yapılabilir.

Laparoskopik cerrahi laparotomiye göre daha hızlı iyileşme süresi, daha kısa hastanede kalış, daha erken günlük aktivitelere dönüş gibi önemli avantajlara sahiptir. Fakat laparoskopik tubal reanostomoz teknik olarak zor bir prosedürdür. Uzun bir öğrenme eğrisi isteyen ve ileri intrakorporeal sütür tekniği isteyen bir cerrahidir. Yaklaşık 3 mm çapındaki tubal lümenleri dokudan uzak bir mesafede ince hareketlerle anastomoz etmek oldukça zor ve yorucu olup ileri düzey laparoskopik cerrahi becerisi gerektirir.

Bu video sunumunda barbed sutur yardımı ile yapılan bir laparoskopik tubal reanostomoz olgusu sunulmaktadır.

**MATERYAL-METOD:**32yaşındagravida2parite2olan hastaya...yılıöncesezaryensirasındatüpligasyonu işlemi yapılmıştı. Kliniğimize tekrar gebelik istemi nedeniyle başvuran hastaya laparoskopik tubal reanostomoz önerildi. Hastaya operasyon öncesi histerosalpingografi (HSG) yapılarak ligasyon seviyesi belirlendi. Eşinden sperm analizi istendi. Preoperatif tetkikleri normal olan hasta operasyona alındı. Operasyonda direkt umbilikal trokar girişini ve pnömoperitoneumu takiben lateral trokarlar girildi. Gözlemlerde bilateral tubalar istmik-ampuller bölgeden ligate idi. Öncelikle makas yardımıyla tüplerin proksimal ve distal lümenleri görünür hale getirildi. Kanama kontrolünü takiben 4-0 barbed sütür (STRATAFIX™ Spiral Knotless Tissue Control Device, Ethicon Inc.) ile lümenin saat 6 hizasından başlanacak şekilde öncelikle dış iç ardından iç dış geçildi. Sırasıyla saat 3,9, ve 12 hizasından sürtürler geçildikten sonra ipler alet yardımı ile tutulup çekilerek proksimal ve distal tüp kısımları bir araya getirildi. İntrakaviter verilen metilen mavisinin tüplerin fimbrial ucundan geçtiği görüldü ve operasyona son verildi. Post operatif komplikasyon gelişmeyen hasta post op 1. Günde taburcu edildi.

**SONUÇ:** Sunulan yöntemde intrakorporeal sutur atma gereksinimi ortadan kalkmakla birlikte teknik olarak zor olan bir prosedür oldukça pratik hale gelmektedir.

**Anahtar Kelimeler:** Barbed sütür, Laparoskopi, Tubal reanostomoz



## VP-79

### Laparoscopic orthotopical autologous ovarian transplantation in a peritoneal pouch beneath the fallopian tube

*Esengül Turkyilmaz<sup>1</sup>, Bulut Varlı<sup>2</sup>, Murat Sonmezer<sup>2</sup>, Sinan Ozkavukcu<sup>3</sup>*

<sup>1</sup>Atatürk Training and Research Hospital, Department of Gynecology and Obstetrics

<sup>2</sup>Ankara University Faculty of Medicine, Department of Gynecology and Obstetrics

<sup>3</sup>Ankara University Faculty of Medicine, Department of Histology and Embriology

**INTRODUCTION:** Surviving patients after cancer treatment are increasing. These patients suffer from side effects of gonadotoxic therapy. Laparoscopic ovarian removal before oncologic therapy and transplantation it laparoscopically afterwards is one of the option to preserve fertility and restore ovarian function of cancer patients. Ovarian tissue may be transplanted as heterotopically (to other sites like abdominal wall) or orthotopically. In orthotopical transplantation, graft might be patched into the ovary or inside the peritoneal pocket. Attached video presents a laparoscopic orthotopical autologous ovarian transplantation operation of the patient with breast cancer history.

**CASE:** Patient was diagnosed with breast cancer when she was 43 years old. Pathological evaluation was reported as infiltrative ductal carcinoma. Antimüllerian hormone (Amh) value of the patient was 1,5 ng/ml at that time. Her ovarian tissue was removed laparoscopically. Then tissue had been cryopreserved until her therapy was completed. Six years later, before grafting, Amh, Fsh, Lh, Estradiol (E2) values were 0.01, 125, 69 and <20 respectively. To perform ovarian transplantation, nearly 2x2 cm pouch was formed by blunt peritoneal dissection near the right ovary and beneath the fallopian tube. All of the five thawed ovarian tissues were inserted in the pouch. Then peritoneal tissue surrounding this pocket was closed with suture above the ovarian tissues. No early complication was detected during or after surgery. Fsh, Lh, Amh, E2 values and follicle evaluation planned for nearly 9 weeks later after transplantation.

**DISCUSSION:** Autologous ovarian transplantation may be considered to preserve fertility and restore ovarian function for cancer patients after therapy. Especially prepubertal girls are allowed to have fertility chance in future without delaying cancer treatment thanks to this procedure. Complication risk of the procedure is very low according to literature.

**Keywords:** Ovarian transplantation, autologous, orthotopical

**AuthorToEditor:** Dear committee, We think that this video presentation may be important in terms of the minimal invazive surgery applications. We extract some part of the original video not to pass suggested time. Best regards Dr Esengül

# 2. MİNİMAL İNVAZİV JİNEKOLOJİK CERRAHİ KONGRESİ

13 - 16 Şubat 2019

Wyndham Grand İstanbul - Levent



## VP-80

### Geçirilmiş neovajen operasyonları sonrası laparoskopik sigmoid kolon vajinoplasti

*Serhan Can Işcan<sup>1</sup>, Ebru Erdemoğlu<sup>2</sup>, Zafer Sabuncuoğlu<sup>3</sup>, Jalal Raoufi<sup>1</sup>, Candost Hanedan<sup>1</sup>, Evrim Erdemoğlu<sup>1</sup>*

<sup>1</sup>Jinekolojik Onkoloji Bilim Dalı, Süleyman Demirel Üniversitesi, Türkiye

<sup>2</sup>Kadın Hastalıkları ve Doğum Bölümü, Isparta Şehir Hastanesi

<sup>3</sup>Genel Cerrahi Anabilim Dalı, Süleyman Demirel Üniversitesi, Türkiye

**GİRİŞ:** Vajinal agenezi genellikle Müllerian kanal defekti olan Mayer-Rokitansky-Kuster-Hauser (MRKH) sendromunda görülmektedir. 4000 ile 10000 doğumda bir görülmektedir. Hemen hemen her zaman adölesan dönemde amenore ile karşımıza çıkmaktadır. Neovajen operasyonların çoğu MRKH sendromları için gerçekleştirilirken diğer endikasyonlar ekstrofi kloaka, interseks rahatsızlıkları veya pelvik egzenstasyon sonrası vajina kaybı sonrası rekonstrüksiyon gereksinimidir. Neovajen ya da vajinoplasti operasyonları için vajinoplasti sonrası dilatasyon, penil inversiyon vajinoplasti, bukkal mukoza vajinoplastisi, McIndoe vajinoplasti, peritoneal vajinoplasti, Vecchietti prosedürü, Davydov Prosedürü ve bu çalışmada sunulacak sigmoid kolon vajinoplasti gibi birçok teknik tariflenmiştir. Sigmoid kolon vajinoplasti primer olarak uygulanabildiği gibi rekürren vakalarda sık dilatasyona ihtiyaç duyulmaması, doğal olarak lubrikasyonu sağlaması gibi avantajlardan dolayı tercih edilebilecek metod olarak göze çarpmaktadır. Bu vaka sunumunda daha önce 2 kez Davydov Prosedürü uygulanan fakat operasyonlardan sonra sineşi gelişerek cinsel ilişkiye engel teşkil etmesi nedeniyle sigmoid kolon vajinoplastisi uygulanan vaka sunulmuştur.

**Mateyal-METOD:** 29 yaşında MRKH sendromu olan kadın hasta daha önce 2 kez neovajen operasyonu olduğunu fakat her iki operasyondan sonra vajenin tekrar kapandığını belirterek polikliniğe başvurdu. Yapılan vajinal muayenede vajende sineşi olduğu ve yaklaşık 3cm derinliğinde vajinal derinlik bulunduğu gözlemlendi. Hastaya laparoskopik sigmoid kolon vajinoplasti planlandı. Operasyona ilk önce sigmoid kolon ile sol batin yan duvar peritonu arasındaki adezyonlar açılarak başlandı. Sigmoid kolon batin yan duvarından serbestleştirildikten ve sol tarafa ait retroperitoneal yapılar ortaya konulduktan sonra inen kolon ve sigmoid kolon mezenter disseke edilerek vajen olarak kullanılacak 15 cm cm'lik segment belirlendi. Daha sonra vajena yerleştirilen vajinal plug ile intrapelvik vajinal güdük belirginleştirildi ve vesicovajinal aralık keskin disseksiyonlar ile açılarak vajen kubbesi insize edildi. Belirlenen sigmoid kolon segmenti vajinal insizyona yaklaştırılarak kontrolü yapıldıktan ve mezenterinde pencere hazırlandıktan sonra sonra laparoskopik lineer stapler ile vajinal anastomoz tarafı ve uç uca barsak anastomozu tarafı laparoskopik lineer stapler ile bölündü. Sirküler stapler ile barsak uç uca anastomoz gerçekleştirildi. Vajinoplasti için hazırlanan sigmoid kolon segmentinin vajinal ucu vajinal insizyondan dışarı alınarak vajinal yol ile anastomozu gerçekleştirildi. Anastomozların kontrolü sonrası prosedür tamamlandı. Hastanın 1 yıllık takibinde yapılan vajinal muayenelerde vajenin açık olduğu, herhangi bir sineşinin olmadığı izlendi. Cerrahinin laparoskopik olarak yapılması neticesinde cerrahisizlik ve kozmetik sorunların yaşanmadığı hasta tarafından ifade edildi. Yine vajinal muayenede vajinal operatif skar saptanmadı. Hastanın cinsel ilişki yönündeki anamnezinde herhangi bir problem yaşanmadığı kaydedildi.



TÜRK JİNEKOLOJİK ENDOSKOPI PLATFORMU

## 2. MİNİMAL İNVAZİV JİNEKOLOJİK CERRAHİ KONGRESİ

13 - 16 Şubat 2019

Wyndham Grand İstanbul - Levent



**Sonuç-TARTIŞMA:** Neovajen operasyonlarında minimal invazif olması, operasyon sürelerinin kısa olması, gibi faktörler nedeniyle en çok tercih edilen yöntemler pelvik peritonun kullanıldığı operasyonlardır. Fakat bu tür operasyonlar sonrası sık dilatasyon gerekmesi, buna rağmen darlık ve sineşi gelişmesi hatta kapanmanın söz konusu olması sık rastlanan bir durumdur. Neovajen operasyonlarında başarı için önemli diğer bir faktörde operasyon sonrası oluşan vajenin uzuluğudur. Vajen uzunluğu ile disparoni arasındaki ilişki bir çok çalışmada vurgulanmıştır. Bu nedenlerden dolayı sigmoid kolon vajinoplasti gerek vajina açıklılığının devamının sağlanması gerek vajinal uzunluk açısından avantajlarından dolayı tercih edilebilir yöntemdir. Bu prosedürün laparoskopik olarak gerçekleştirilmesi kozmetik yönde avantajlar sunmakta, hastane kalış süresi ve yara yeri komplikasyon oranını azaltmaktadır. Bunlarla birlikte kolonun kullanılması neticesinde ülseratif kolit, herediter polipozis sendromları gibi kolonu etkileyen hastalıklar yönünde dikkatli olunmalıdır.

**Anahtar Kelimeler:** Neovajen, laparoskopik cerrahi, sigmoid kolon vajinoplasti

# 2. MİNİMAL İNVAZİV JİNEKOLOJİK CERRAHİ KONGRESİ

13 - 16 Şubat 2019

Wyndham Grand İstanbul - Levent



## VP-81

### Laparoscopic management of Deep Infiltrating Endometriosis which nodule caused limping; Mimicing disease

*Yucel Kocycigit, Ercan Bastu, Husnu Gorgen*

*Acibadem University School of Medicine*

**Study OBJECTIVE:** To demonstrate laparoscopic management technique of a patient with deep infiltrating endometriosis nodüle which cause limping.

**Design:** Stepwise demonstration of a surgical technique and tissue adhesions removed with video footage. \*\*Institutional review board; it was decided that there was no need for an ethical committee due to the fact that the case report

**Setting:** Acibadem University Hospital, İstanbul, Turkey

**Patient:** 36 year-old woman who has symptoms of limping for nearly 20 years with deep infiltrating endometriosis

**Intervention:** Our patient presented with increased pelvic pain, changes in bowel function during menstruasyon, at the same time severe dispauseunia and limping due to pain for more than 10 years. Although orthopedic examination, lumbal spinal MRI, EMG was performed, the results were normal and physical therapy could not be an effective benefit. In the physical examination, we detected a 3-4 cm nodule, which is painful on vaginal examination at left pelvic side wall and in the left posterior fornix. Pelvic MRI revealed a nodule posterior to uterus in relation with intestine.

**Measurements and Main RESULTS:** The patient was free of pain and limping in the postoperative period from the first week. In the 6th month, deep dispauseunia, menstrual pain, non-cyclical pelvic pain were severely decreased. It increased from 30% to 90% in the EQUVAS score. In the EQ5D scoring, the usual activity and mobility questions were marked with no problems.

**CONCLUSION:** Even though surgical intervention should be avoided as much as possible in endometriosis, in cases of deep infiltrative endometriosis that may cause limping which can be misdiagnosed. Also it can cause lowesurgery should be considered. When surgical intervention is decided upon, in order to reach the maximal benefit, the disease-involving regions should be evaluated as a team and should be completely resected.

**Keywords:** Deep infiltrating endometriosis, limping, colon resection



## VP-82

### Tracing the ureters in patients with deep endometriotic nodules

Tonguc Arslan, Dogan Vatanseven, Ulkar Heydarova, Sarah Abboud, Tuncer Kumcular, Bulent Urman, Cagatay Taskiran

VKF Koc University School of Medicine

**OBJECTIVE:** Deep endometriotic nodules effecting posterior compartment of pelvis usually distort ureters' course. Ureterolysis is difficult step in DIE and in sometimes associated with severe complications. The aim of this video is to demonstrate the aspects of laparoscopic ureter dissection in patients with deep infiltrating endometriosis

**Keywords:** deep infiltrative endometriosis, laparoscopic surgery, ureter dissection

## VP-83

### Vajinal Asiste Laparoskopik Sakrokolpopeksi (VALS): Yeni Başlayanlar için Minimal İnvazif Sakrokolpopeksi

Serdar Aydın, Belfin Nur Alıcı Halıcı, Mehrian Aliyeva

Bezmailem Vakıf Üniversitesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Ana Bilim Dalı, İstanbul, Türkiye

Histerektomi ile birlikte abdominal sakrokolpopeksi, ileri derecede utero vajinal prolapsus için altın standart tedavi olarak kabul edilir. Sakrokolpopeksi, birçok modifikasyonla uzun yıllardır yapılmaktadır. Minimal invaziv cerrahide devam eden yenilikler ve gelişmeler, laparoskopik ve daha sonra robotik yardımcı laparoskopik yaklaşımların abdominal sakrokolpopeksi'ye tercih edilmesi neden olmuştur. Laparoskopik yaklaşım, morbidite azalması, hastanede kalış süresi kısalması ve iyileşme açısından potansiyel avantajlara sahiptir. Laparoskopik sakrokolpopeksi, geniş doku diseksiyonu, manipülasyon ve dikiş, laparoskopik cerrahi becerileri gerektirir. Cerrahlar laparoskopik pelvik cerrahide daha az deneyime sahiptir ve sütür atılmasının zorluğu suboptimal, zaman alıcı ve ve komplikasyonlara açık zor operasyonlarla sonuçlanabilir.

Bu videonun amacı etkili ve kolay öğrenilebilir bir teknik olan VALS modifikasyonun cerrahi aşamalarının gösterilmesidir.

**Vaka sunumu ve Video:** VALS prosedürü iki aşmaktan oluşur. Vajinal cerrahi, ardından laparoskopik kısımdan oluşur. Vajinal cerrahi vajinal histerektomi ve meşin vajinal olarak yerleştirilmesini içerir. Gerekli görüldüğü takdirde mid üretral sling ve perinoplasti gibi diğer vajinal cerrahi prosedürler de yapılabilir. Laparoskopik kısımda ise vajinal olarak yerleştirilen meş sakrumun önündeki anterior longitudinal ligamana tespit edilir ve peritonizasyon yapılır. Operasyon genel anestezi altında, steril batın ve perine temizliğinin ardından litotomi pozisyonunda, kollarhastanınikiyanındatespitedilmişolarakuyapılır.Hastayalıtotomipozisyonuvermek için bacaklarını

# 2. MİNİMAL İNVAZİV JİNEKOLOJİK CERRAHİ KONGRESİ

13 - 16 Şubat 2019

Wyndham Grand İstanbul - Levent



bası altında kalmayacağı ve rahat pozisyon verilebilecek hidrolik sistemli bacaklıklar kullanılır. Vajinal Histerektomi: (15 dk) Serviks tekdişlitenakülüm ile tutularak traksiyon yapılır.

Vajinal mukoza servikovajinal bileşke hizasında sirküler olarak insize edilir. Önde mesane arkada rektum künt veya keskin diseksiyon ile uzaklaştırılır, önde ve arkada peritona girilir. Etap etap pediküller bağlanarak rutin vajinal histerektomi yapılır.

Ön ve arka vajina mukozasının diseksiyonu: (10 dk) Ön vajinal duvar mukozası ilk vajinal insizyondan başlayarak mesane boynuna kadar diseke edilir. Puboservikal fasyanın kalın olmasına dikkat edilir. Arka vajinal duvar, ilk vajinal insizyondan başlayarak arka vajinal duvarın distal üçüne kadar rektumdan diseke edilir.

**Meşin Vajina Mukozasına tespiti:** ( 10 dk ) İki adet 15 cm uzunluğunda, 3 cm genişliğinde, tip 1 polipropilen meş, her duvara 4-6 poliglaktin sütür ile ön ve arka vajinal duvara tespit edilir. Meşlerin distal uçları ön vajina duvarında mesane boynuna kadar, arka vajen duvarında ise gerekli ise perineal cisimciğe kadar uzatılır.

Vajina güdüğünün kapatılması (5 dk) Meşlerin proksimal uçları batın boşluğuna gönderilir. Vajen güdüğü no:1 polyglaktin sütür ile kontinü teknik ile kapatılır. Gerekli görülür ise mid-üretal sling cerrahisi ve/veya perinoplasti yapılır.

**Laparoskopi:** (30 dk) eldivenler değiştirilerek laparoskopiyeye geçilir. 1 adet 11 mm umbilikal trokar, 2 adet sağ lateral ve bir adet sol lateral trokar kullanılır. Sigmoid kolon sol lateralize edilir. Sakral promontoryum önündeki periton rektumun sağ lateralinden sağ üreter ve sakrouterin ligamanın medialinden douglasa kadar diseke edilir. Meş anterior longitudinal ligamana 2 adet no 1 polipropilen sütür ile tespit edilir. Ekstrakorporal teknik ile peritonilazasyon yapılır.

**SONUÇ:** Bu tekniğin avantajları; kısa cerrahi süresi, az komplikasyon oranı, özellikle asistan eğitimi için vajinal histerektomi deneyiminin artırılması, meşin daha emin olarak vajina duvarına tespit edilmesi, daha iyi cerrahi desekisyon ile tam bir pelvik taban desteği oluşturulması ve düşük maliyettir. Tekniğin özellikle laparoskopik sakrokolpopeksi deneyimi olmayan ürojinekologlar ve asistanlar için uygun olduğunu düşünmekteyiz.

**Anahtar Kelimeler:** Vajinal histerektomi, laparoskopi, sakrokolpopeksi, uterovajinal prolapsus.



## VP-84

### Laparoscopic pectopexy and paravaginal repair after failed recurrent pelvic organ prolapse surgery

*Ali Emre Tahaoglu<sup>1</sup>, Mehmet Sait Bakır<sup>2</sup>, Ihsan Bağlı<sup>2</sup>, Yunus Çavuş<sup>1</sup>*

<sup>1</sup>memorial dicle hastanesi

<sup>2</sup>Diyarbakır kadın doğum ve çocuk hastalıkları hastanesi

**AMAÇ:** Daha önce iki kez pelvik organ prolapsusuna (POP) bağlı uterus koruyucu cerrahi yapılan genç hastaya yapılan modifiye laparoscopic pektepeksi operasyonunu ve sonuçlarını sunmaktır.

**VAKA:** 36 yaşında gravida 3 paritesi 3 olan hastaya apikal ve anterior prolapsus nedeniyle önce sakrospinöz ligament fiksasyonu daha sonra ise abdominal sakro-histeropeksi+colporafi anterior yapılmıştı. son operasyonundan yaklaşık 1 yıl sonra evre 3 apikal ve anterior prolapsus relapsı olan hastaya modifiye laparoskopik pektepeksi ve paravajinal onarım yapıldı.

**SONUÇ:** hasta operasyon sonrası 1, 6 ve 12. ay POP-Q sistemine göre evrelendi ve prolapsusun tekrar etmediği izlendi.

**TARTIŞMA:** pektepeksi operasyonu özellikle rekürren vakalarda alternatif bir cerrahi yöntem olarak uygulanabilen ve ümit vaad eden bir cerrahi yöntemdir..

**Anahtar Kelimeler:** laparoscopy, pectopexy, paravaginal repair

**AuthorToEditor:**videokalitesi için üzgünüm fakat devlet hastanesi şartlarında ancak bu kadar oluyor....

# 2. MİNİMAL İNVAZİV JİNEKOLOJİK CERRAHİ KONGRESİ

13 - 16 Şubat 2019

Wyndham Grand İstanbul - Levent



## VP-85

### Laparoskopik sakrokolpopeksi

*Yakup Yalcin, Selcuk Erkilinc*

*Isparta Sehir Hastanesi, Jinekolojik Onkoloji Klinigi*

Hasta 74 yasinda. Vajinal sarkma sikayeti ile geldi. Hasta 25 yil once myom nedeniyle abdominal histerektomi ve bilateral salıpingo-ooferektomi ameliyati gecirmisti. Jinekolojik muayenede evre 4 apikal vajinal kaf prolapsusu izlendi. Anterior ve posterior kompartman defekti izlenmedi. Hastaya laparoskopik sakrokolpopeksi operasyonu planlandı. Umblikus icinden 10 luk trokar ile girildi, sag ve sol sias'ın 2 cm uzerinden ve suprapubik bolgede pubisten 2 cm yukarida olmak uzere 3 adet 5 lik trokar girildi. Sigmoid kolon, apendix epiploikalardan T-lift ile asilarak pelvik saha acildi. Vajinal kaf, vajenden konulan tampon ile belirlendi ve uzerindeki periton makas ile kesilerek diseksiyon yapildi. Kaf ortaya cikarildi. Ardindan promontorium uzeri periton kesilerek kunt diseksiyonla anterior longitudinal ligamente ulasildi. Rektumun sagindan ve uterusakral ligamentin medialinde kalacak sekilde promontoryum ile kaf arasindaki periton kesilerek retroperitoneal saha acildi. 10x3 cm boyutunda polipropilen mes bir ucu vajinal kafa diger ucu anterior longitudinal ligamente olacak sekilde 2/0 polipropilen (prolen) sutur kullanilarak tespit edildi. Periton 2/0 poliglactin 910 (vicryl) sutur ile kapatildi. Perioperatif ve postoperatif komplikasyon olmadı. Hasta postopertaif 1. gunde taburcu edildi.

**Anahtar Kelimeler:** laparoskopi, sakrokolpopeksi, prolapsus

# 2. MİNİMAL İNVAZİV JİNEKOLOJİK CERRAHİ KONGRESİ

13 - 16 Şubat 2019

Wyndham Grand İstanbul - Levent



VP-86

## Vajinal subtotal histerektomi ve laparoskopik sakroservikopeksi video sunum

*Osman Şevket, Pınar Özcan, Taha Takmaz*

*Bezmialem Vakıf Üniversitesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Ana Bilim Dalı, İstanbul*

**GİRİŞ:** Apikal pelvik organ prolapsusu (POP); uterusu destekleyen uterosakral-kardinal ligamen kompleksinin zayıflaması sonucu vajinal apekse komşu olan yapıların aşağıya doğru yer değiştirmesidir. POP kimi zaman rutin jinekoloji muayenesinde saptanan bir bulgu olup bu hastalar sıklıkla asemptomatik olmakla birlikte ağrı, basınç hissi, konstipasyon, sık idrara çıkma, idrar inkontinansı gibi şikayetler ile de doktora başvurabilirler. POP özellikle kırklı yaşlardan sonra ortaya çıkar ve klimakterik dönemde önemli bir problem haline alır. Uterin prolapsus onarımında vajinal apikal desteğin restore edilmesi amacıyla vajinal ve abdominal yaklaşımlar tarif edilmekle birlikte hangi tekniğin daha üstün olduğu konusunda görüş birliği yoktur. Sakrospinöz fiksasyon ve sakrokolpopeksi operasyonları literatürde bildirilen yüksek başarı oranları sebebiyle sık uygulanan cerrahi prosedürlerdir.

**VAKA:** 56 yaşında kadın hasta (Gravida 3, Parite 2, Abortus 1) kliniğimize vajende ele gelen kitle şikayeti ile başvurdu. 3 yıldır menopozda olan hastanın bilinen ilaçla regüle hipertansiyonu mevcut. Hastanın daha önce geçirilmiş sağ median kesi ile appendektomi operasyonu ve sonrasında aynı noktadan iki defa insizyonel herni operasyonu öyküsü mevcut. Smear testi 1 yıl önce benign olarak rapor edilmiş. Yapılan jinekolojik muayenede 3.derece sistosel ve desensus uteri izlendi. Transvajinal ultrasonda endometriyum 1 mm, overler atrofik, fundusta 12 mm subseröz myom görüldü. Hastaya vajinal subtotal histerektomi ve laparoskopik sakroservikopeksi operasyonu planlandı.

**OPERASYON:** Genel anestezi altında litotomi pozisyonunda hasta hazırlanarak uterin manipülatör yerleştirildi. Batın içi gözlemlerde uterus orta hatta, normal cesamette izlendi. Bilateral over ve tubalar normal izlendi. Önceki geçirilmiş operasyona bağlı olarak barsak ansları ve omentum batın ön ve sağ yan duvara yapışık izlendi. Sağ taraf omentum ve barsak ansları ile batın yan duvar arasındaki yapışıklıklar disseke edilerek sağ 5'lik trokar için güvenli alan oluşturuldu. Bilateral round ligamentler ligasure ile mühürlenerek kesildi. Ön ve arka yapraklar açıldı. Bilateral salpenksler serbestleştirildikten sonra bilateral infundibulopelvik ligamentler ligasure ile mühürlenerek kesildi. Önde mesane arkada rektum peritonu keskin ve künt disseksiyonlar ile reddedildi. Bilateral uterin arterler ve kardinal ligamentler tutuldu, yakıldı, kesildi. Önde mesane reddedildikten sonra anterior kolpotomi yapıldı ve sol adneks anterior kolpotomidan vajinaya itildi. Daha sonra vajinal işleme geçildi. Uterin manipülatör çıkarıldıktan sonra vajene doğmuş olan adneksen tutularak uterusu takla atırıldı. Monopolar koter ile istmik bölgeden subtotal histerektomi yapıldı. Serviksin istmus tarafında kalan anterior ve posterior dudakları tutuldu, önceden hazırlanmış olan mesh anterior ve posterior duvara fikse edildi. Kolpotomi bölgesinden mesh batın içerisine gönderildi. Sistosel ve rektosel onarımı yapıldı. Laparoskopik plana geri dönülerek promontoryum hizasından periton disseke edilerek anterior longitudinal ligament vizualize edildi. Periton douglasa kadar disseke edildi. Meshin serbest olan ucu anterior longitudinal ligamente No:1 prolene ile fikse edildi. Ardından 2.0 vicryl ile periton kontinyu kapatıldı.

**Anahtar Kelimeler:** sakroservikopeksi, uterin prolapsus, subtotal histerektomi, laparoskopi, sistosel, rektosel

# 2. MİNİMAL İNVAZİV JİNEKOLOJİK CERRAHİ KONGRESİ

13 - 16 Şubat 2019

Wyndham Grand İstanbul - Levent



## VP-87

### Modifiye Manchester& Fothergill prosedürü ve Vajinal asiste Laparoskopik Sakrohisteropeksi

*Pınar Kadiroğulları, Hüseyin Kırak, Kerem Doğa Seçkin*

*Sağlık Bilimleri Üniversitesi, İstanbul Kanuni Sultan Süleyman Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği*

Modifiye Manchester& Fothergill prosedürü ve Vajinal asiste Laparoskopik Sakrohisteropeksi

**AMAÇ:** Desensus uteri ve elongasyo colli tanılı hastaya yapılan, modifiye Manchester& Fothergill ve vajinal asiste laparoskopik sakrohisteropeksi ameliyatının sunulması

**Design:** Modifiye Manchester& Fothergill ve Laparoskopik sakrohisteropeksinin adım adım anlatılması (Eğitici Video)

**Materyal& METHOD:** Evre 3 ve üstü desensus uterilere, uterin serviksin uzamasıyla karakterize elongasyo Colli eşlik edebilmektedir. Ayrıca elongasyo collinin, uterusun korunduğu prolapsus cerrahileri sonrasında geliştiği gözlenmektedir.

40 yaşında üç normal doğum yapmış hasta ele gelen kitle şikâyeti ile kliniğe başvurdu, desensus uteri ve elongasyo colli tanısı aldı. Elongasyo colli ve desensus uteri için Manchester& Fothergill ve laparoskopik sakrohisteropeksi ameliyatı planlandı.

**Girişim:** Modifiye Manchester& Fothergill prosedürü ve Laparoskopik sakrohisteropeksi

**SONUÇLAR:** Hastanın operasyon süresi klasik laparoskopik sakrohisteropeksi göre daha kısadır. Hasta postoperatif 24. Saatinde komplikasyon gelişmeden taburcu edilmiştir. Postoperatif 6. Ay kontrolünde ek sorunla karşılaşılmadı.

**TARTIŞMA:** Elongasyo collinin eşlik ettiği desensus uterili hastalarda modifiye teknik, işlemi kolaylaştırmakta ve ameliyat süresini kısaltabilmektedir.

**Anahtar Kelimeler:** elongasyo colli, desensus uteri, Manchester- Fothergill, laparoskopik Sakrohisteropeksi



# 2. MİNİMAL İNVAZİV JİNEKOLOJİK CERRAHİ KONGRESİ

13 - 16 Şubat 2019

Wyndham Grand İstanbul - Levent



## VP-88

### Gebelikte ve tekrarlayan ovarian torsiyon vakası

*Pınar Çağlar Aytaç, Selçuk Yetkinel, Esra Bulgan Kılıçdağ*

*Başkent Üniversitesi, Adana Dr Turgut Noyan Uygulama ve Araştırma Hastanesi, Reprodüktif Infertilite ve Tüp bebek Merkezi*

Merkezimize akut batın şikayeti ile başvuran 1. trimester gebe hastanın 3. kez ovarian torsiyon nedeniyle ve üçüncüsü gebelikte oluşan vakanın prezentasyonu

**Anahtar Kelimeler:** ovarian torsiyon, gebelik, laparaskopi

## VP-90

### Tubaovarian abseye laparoskopik yaklaşım: Video sunumu

*Ömer Lütfi Tapısız, Şadıman Kıykaç Altınbaş, Sezin Ertürk Aksakal*

*Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Etlik Zübeyde Hanım Sağlık Uygulama ve Araştırma Hastanesi, Ankara, Türkiye*

Tubaovarian abse (TOA), pelvik inflamatuvar hastalığın komplikasyonu olarak yaklaşık %10-15 oranında görülmektedir. Cerrahi planlanan hastalarda geçmiş dönemde laparotomi uygulanmakta iken, günümüzde minimal invaziv yaklaşımlar başlığı altında laparoskopik cerrahi deneyimli ellerde açık batın cerrahisinin önüne geçme yolundadır. Laparoskopik yaklaşım TOA cerrahisinde, tanı koyma, pürülan materyal drenajının sağlanması, fertilitenin korunması, hızlı iyileşme süreci, magnifikasyon özelliği ile daha iyi görüntü sağlanarak açık cerrahiye kıyasla daha düşük komplikasyon oranları gibi birçok avantajı beraberinde getirmektedir. TOA cerrahisinde referans bir merkez olan Etlik Zübeyde Hanım Jinekoloji Kliniğinde TOA'ya yaklaşım algoritmamız doğrultusunda, cerrahi planlanan hastalarda minimal invaziv yaklaşım ön planda tutularak laparoskopik cerrahi uygulanmaktadır. Bu sunumda fertilitte istemi bulunmayan bir TOA olgusunda laparoskopik abse drenajı, bilateral salpenjektomi, sol parsiyel ooforektomi uygulamalarını içeren videonun sunulması amaçlandı.

**Anahtar Kelimeler:** Tubaovarian abse, pelvik abse, laparaskopi

**AuthorToEditor:** Sayın Bilimsel Kurul Üyeleri, Hocalarım, Kliniğimizde opere edilen, fertilitte istemi bulunmayan tubaovaryan abse olgusunda laparoskopik abse drenajı, bilateral salpenjektomi, sol parsiyel ooforektomi uygulamalarını içeren videoyu kongremizde sunmayı hedefledik. Saygılarımızla, Dr. Sezin Ertürk Aksakal

# 2. MİNİMAL İNVAZİV JİNEKOLOJİK CERRAHİ KONGRESİ

13 - 16 Şubat 2019

Wyndham Grand İstanbul - Levent



## VP-91

### İki farklı ektopik gebelik olgusu

*Gunel Ziyadova, Zafer Selçuk Tuncer*

*Hacettepe Üniversitesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, Ankara, Türkiye*

Ektopik gebelikler tüm gebeliklerin %2 ni kapsar ve erken gebelik döneminde maternal mortalite ve morbiditenin önde gelen nedenlerindedir. Ektopik gebelik insidansında son zamanlarda artış görülmektedir, bunun sebebi olarak da yardımcı üreme tekniklerinin kullanımındaki artış, daha yüksek duyarlılıktaki yöntemlerin kullanılması ile tanı imkanlarının genişlemesi, cinsel yolla bulaşan hastalıkların yüksek prevalansı, rahim içi araç kullanımı ve tubal sterilizasyon oranlarındaki artış ve bunların başarısızlıkları gösterilmektedir. Ektopik gebelik en sık tubada izlenmektedir (%95-96) ve tuba dışında en sık görülen lokalizasyonlar sıra ile over (% 3), sonrasında servikal (%1), abdominal (%1), sezeryan skarında (%1) olarak sıralanır. Tubada görülen en nadir ektopik gebelikler ise interstisyel (kornual) bölgede izlenir. Ovarian ektopik gebelik risk faktörleri arasında rahim içi araç (RIA) kullanımı ve yardımcı üreme teknikleri ile elde edilen gebelikler ön plandadır. Spielberg tarafından tanımlanmış 4 kriterin varlığı ovarian gebelik tanısını destekler. Kornual gebelikler, tubal gebeliklere göre daha geç bulgu vermeleri nedeniyle daha mortal seyretmektedirler, mortalite riski %2-2,5 dur. Risk faktörleri diğer ektopik gebeliklerle benzer olsada aynı tarafta geçirilmiş salpenjektomi ve önceden geçirilmiş ektopik gebelik öyküsü bu gebelik için özellikli risk faktörleridir.

## Olgu 1

31 yaşında, öncesinde bir tane geçirilmiş sezaryen operasyonu bulunan ve bakırlı RIA ile korunan hastada 7 günlük adet rötarı olması nedeniyle serumda beta-human koryonik gonadotropin ( $\beta$ -hCG) testi yapılmış, değer 11185 mIU/ml olarak gelmesi üzerine hasta gebeliğini sonlandırmak için bir gün içerisinde toplamda 1500 gram aspirin kullanmış ve sonrasında ağrılarının artması üzerine kliniğimize başvurmuştu. Akut batın bulguları ve transvajinal ultrasonografisinde ektopik gebelik şüphesi olan hastaya acil şartlarda laparoskopi planlandı. Operasyon sırasında batın içinde minimal hemorrajik sıvı izlendi, uterus, sol over ve bilateral tüpler normal görünümdeydi, sağ overde yaklaşık 3-4 cm ektopik odak görüldü, hastanın bir gün önce yüksek doz aspirin kullanması göz önünde bulundurularak wedge rezeksiyon yapılmadı, hastaya sağ salpingooferektomi işlemi yapıldı, kanama komplikasyonu olmadı. VIDEO 1



## Olgu 2

32 yaşında daha önce bir kez sol tubal ektopik gebelik nedeniyle iki doz metotreksat tedavisi uygulanan hasta yaklaşık 1 yıl sonra adet rötarı ve serum  $\beta$ -hCG pozitifliği (430 mIU/ml) ile kliniğimize başvurdu. Hastanın 4 gün sonra bakılan serum beta Hcg değeri 3145 mIU/ml ölçülmüştür. Daha sonrasında karın ağrısı şikayetiyle başvuran hastaya yapılan transvajinal ultrasonografide sol tubal ektopik gebelikten şüphelenildi ve hastanın akut batın bulguları olması üzerine acil laparoskopik cerrahi planlandı. Ameliyat sırasında batın içinde az miktar hemorrajik sıvı izlendi, sol kornual alanda 3,5-4cmlik ektopik gebelikle uyumlu odak görüldü, monopolar ile 1.5 cmlik kesi yapılarak hidrodisseksiyonla ektopik odak eksize edildi, ardından kanama kontrolü yapıldıktan sonra kesi yeri 2.0 vicril ile suture edildi. VİDEO 2

**Sonuç:** Tuba dışı yerleşimleri olan ve çok sık görülmeyen ektopik gebeliklerde laparoskopik cerrahi ilk tedavi seçenekleri arasında bulundurulmalıdır. Bu iki olguda yapmış olduğumuz laparoskopik cerrahileri video sunum olarak paylaşmak istedik.

**Anahtar Kelimeler:** ektopik gebelik,ovarian gebelik,interstisiyel gebelik

**AuthorToEditor:** umarım faydalı bir sunum olur,sevgilerle...

## VP-92

### Ovarian cystectomy in a safe bag

*Seda Yüksel Şimşek, Songul Alemdaroglu, Şafak Yılmaz Baran, Husnu Celik Baskent Üniversitesi Dr. Turgut Noyan Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Bolumu*

In the course of laparoscopic excision of complex adnexial masses; there are risks of intraoperative rupture and spillage of cyst content to abdomen furthermore spillage of tumor cells in the case of undiagnosed malignancy. In a recent prospective study it was found that rupture of cyst risk is about % 30 in laparoscopy; whereas intraabdominal spillage is even less at about % 7 as long as safe compartment technique is used.

This video presents the excision of a complex ovarian cyst in a safe bag.

**Keywords:** ovarian cystectomy, laparoscopic cystectomy, laparoscopic safebag technique



## VP-93

**Dördüncü kez nüks bilateral dermoid kist olgusunun laparoskopik yönetimi video sunum**

Gürkan Kıran<sup>1</sup>, Hakan Kıran<sup>2</sup>, Taha Takmaz<sup>1</sup>, İrana Gorchiyeva<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Bezmialem Vakıf Üniversitesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Ana Bilim Dalı, İstanbul

<sup>2</sup>Özel Umay Tüp Bebek Merkezi, Gaziantep

**GİRİŞ:** Dermoid kist veya matür kistik teratom, overyan neoplazmaların sık görülen bir tipi olup sıklıkla reproduktif çağda tespit edilir ve bu gruptaki over tümörlerinin ortalama %5-25'ini oluşturur. Genelde tek overde görülür. Teratomların %99'u benign karakterdedir ve reproduktif çağda özellikle 30-40 yaş arasında pik yapar. Neoplastik transformasyonu çok nadirdir. Dermoid kistin kliniğine baktığımızda; çoğu asemptomatik olabildiği gibi, torsiyon ve overyan infarkt veya spontan rüptür, infeksiyon, çevre abdominal organlara fistül sonucu oluşan semptomlar veya irregüler menstrüasyon ve pelvik ağrı şikayetleri ile karşımıza çıkabilir. Dermoid kistlerin teşhisi, klinik muayene, ultrasonografi ve diğer radyolojik incelemelerle (BT, MRI) konur. Standart tedavisi laparotomi veya laparoskopik yöntemlerle overyan dermoid kistektomi veya premenopozal ve postmenopozal kadınlarda uygulanan ooforektomi ve salpenjektomidir. Günümüzde daha az invaziv bir teknik olarak laparoskopik öne çıkmıştır ve bugün dermoid kist cerrahisinde en sık kullanılan tekniktir.

**VAKA:** 35 yaşında (G1A1) hasta kliniğimize nüks dermoid kist olarak refere edildi. Hastadan alınan anamnezde 20 yaşında laparoskopik sol dermoid kistektomi, 2008 ve 2011'de laparotomik sol dermoid kistektomi operasyonu geçirdiği öğrenildi.

Hastanın başka bir geçirilmiş operasyonu veya kronik hastalığı mevcut değildi.

Jinekolojik değerlendirmede inspeksiyon ve spekulum muayenesi doğal izlendi. Bimanuel muayenede defans nedeniyle overler ve uterus değerlendirilemedi. Transvajinal ultrasonda sağ overde 56\*36 mm solid kitle, sol overde 24\*24 mm solid kitle izlendi. Pelvik MR sağ tarafta 56\*44 mm, sol tarafta 49\*48 mm dermoid kist düşündürülen lezyon olarak raporlandı. Hastanın tümör belirteçleri negatif idi. Fertilité arzusu olan hasta 3 ay önce embriyo dondurmak amacı ile dış merkeze başvurmuştu. Toplanan 33 yumurtadan 6 adet 5.gün embriyosu elde edilmiş ve dondurulmuştu. Hastaya laparoskopik bilateral kistektomi operasyonu planlandı.

## 2. MİNİMAL İNVAZİV JİNEKOLOJİK CERRAHİ KONGRESİ

13 - 16 Şubat 2019

Wyndham Grand İstanbul - Levent



**OPERASYON:** Lee-Huang noktasından yapılan insizyonla fasya tespit edilerek Veress iğnesi ile batına girildi. İnsüflasyon ve kamera trokarının yerleştirilmesi sonrası kamerayla yapılan gözlemede sağ over 7\*8 cm; sol over 4\*5 cm kistik olarak izlendi. Her iki overle rektum ve pelvik periton arasında yaygın adezyonlar gözlemlendi. Adezyolizis yapılarak normal pelvik anatomi tesis edildi. Sol overde hilusa 1-2 cm mesafeden utricision forseps yardımı ile korteks insizyonu yapıldı ve kist duvarına ulaşıldı. İnsizyon hilusa paralel olarak çepeçevre genişletildi. Kistik kitle over stromasından künt ve keskin disseksiyonlarla tamamen ayrıldı ve serbestleştirildi. 10'luk endobagla batın içine girilerek kistik kitle içeriği aspire edildi ve kist duvarı bulaş olmaksızın batın dışına alındı. Kist içeriğinin yoğun sebasö materyal halinde olduğu görüldü. Sol tarafta yaklaşık 2\*4cm rezidü over dokusu kaldığı görüldü. Sağ tarafta kistik kitleye komşu rezidü dermoid kist dokusu olduğu düşünülen 1\*1cm solid kitle serbestleştirildi. Sağ ovaryen kitle ile üreter yakın komşuluk halinde idi. Pelvik girimden parametrial alana kadar üreter serbestleştirildi. Ovaryen hilusa yakın insizyonla kist duvarına ulaşıldı. Kistik kitle az miktarda kalan rezidü over dokusundan ve pelvik retroperitoneal yapılardan disseke edildi. Aynı şekilde endobag ile bulaş olmaksızın batın dışına alındı. Rubin kanülden verilen metilen mavisinin her iki tubadan serbestçe batın boşluğuna geçtiği görüldü. Pelvik irrigasyon aspirasyonu ve kanama kontrolü sonrası Douglas'a JP dren yerleştirilerek operasyon tamamlandı.

**Anahtar Kelimeler:** dermoid kist, laparoskopi, kistektomi, nüks, adneksiyal kitle, infertilite

# 2. MİNİMAL İNVAZİV JİNEKOLOJİK CERRAHİ KONGRESİ

13 - 16 Şubat 2019

Wyndham Grand İstanbul - Levent



VP-94

## Bilateral multiple matür kistik teratomlu hastaya laparoskopik yaklaşım

*Ayşenur Kaya, Adnan Orhan, Sevgi Baştürk, Kemal Özerkan*

*Uludağ Üniversitesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, Bursa*

Germ hücreli tümörler, benign over tümörlerinin % 20-25'ini, over malignitelerinin ise %5'ini oluşturmaktadır (1). İkinci ve üçüncü dekatta kadınlarda saptanan over neoplazilerinin % 70'i germ hücreli tümörlerdir.(2). Teratomlar, germ hücreli tümörlerin en yaygın şeklidir. Teratomların çoğunluğu benign karakterde olup somatik hücre popülasyonunun farklılaşmasından kaynaklanırlar. Matur kistik teratomların hemen hepsi benign karakterdedir(3). Dermoidlerin %25'i, rutin jinekolojik muayene veya batin görüntülemesinde insidental olarak saptanabilmektedir (4). Bazı vakalarda peritoneal implantlar tanımlanmış olmasına rağmen çoğu matür teratom, unilateral ve benign karakterdedir. Yapıları nadiren üç hücre katmanından kaynaklanan dokuları içeren sadece solid yapıdan oluşmaktadır. Genel olarak, bu neoplazmaları immatür solid teratomlardan ayırmak zor olmaktadır. Bu nedenle eksize edilerek birden fazla alandan patolojik örnekleme yapılması gerekmektedir. Bu video sunumda, insidental olarak saptanan 'Bilateral dermoid kist' endikasyonu ile laparoskopik olarak opere edilen ve totalde yedi dermoid nüvesinin eksize edilişi gösterilmiştir.

**OLGU:** 30 yaşında, iki gebeliğinden iki yaşayanı düzenli menstrüel siklusları olan hastanın rutin bir poliklinik kontrolünde muayenede insidental olarak saptanan bilateral oveyan kitle saptandı. Transvajinal usg değerlendirmesinde endometriumu düzenli, myometriumu homojen izlendi. Sağ overde 47x40 mm, sol overde ise 95x55 mm boyutunda matür kistik teratom ile uyumlu olabilecek görünüm izlendi. Hastanın yapılan laboratuvar tetkiklerinde CEA, Ca 125, Ca19-9 ve Ca15-3 değerleri normal sınırlarda idi.

Umblikus, sol alt kadran ve sol lumbur bölgeden girilen 3 trokar ile operasyona başlandı. Situsta; uterus normal cesamette idi ve geçirilmiş sezeryanlara sekonder batin ön duvarı ile arasında adezyonlar mevcuttu. Sol overden kaynaklanan yaklaşık 9x5 cm boyutunda ve yine sağ overden kaynaklanan yaklaşık 5x4 cm byutunda overyan kitleler izlendi. Bilateral tuba uterinolar doğal izlendi. Douglas doğal görünüyordu. Öncelikle sol overden kaynaklanan kitle için over dokusuna uygun monopolar koter yardımı ile insizyon oluşturuldu. Künt diseksiyonlar ile sağlıklı over dokusu korunarak totalde sol overden 4 adet demoid nüvesi eksize edildi. Takiben sağ overden kaynaklanan kitle için over dokusuna insizyon oluşturularak totalde 3 adet dermoid nüvesi eksize edildi. Takiben uterus ve batin ön duvarı arasındaki adezyonlar giderildi. Eksizyon alanlarındaki over dokusunda kanama kontrolü sağlanarak No:1 poliglaktin 910 sütün ile sütüre edildi. Ardından batin içerisine steril eldiven atılarak dermoid nüveleri sırasıyla eldiven içerisine alınarak eldiven cilde ağzlaştırıldı. Kist içerikleri aspire edilerek boyutları küçültüldü ve batin dışarısında alındı.

TÜRK JİNEKOLOJİK ENDOSKOPI PLATFORMU

## 2. MİNİMAL İNVAZİV JİNEKOLOJİK CERRAHİ KONGRESİ

13 - 16 Şubat 2019

Wyndham Grand İstanbul - Levent



Hastanın postoperatif klinik izlemi sorunsuz seyretti ve operasyon sonrası genel durumu iyi, vital bulguları stabil, barsak fonksiyonları geri dönmüş olan hasta birinci gün taburcu edildi. Patolojisi; matür kistik teratom ile uyumlu olarak sonuçlandı.

Dermoidler, vakaların %10 ila %17 sinde bilateral olarak izlenmektedirler(5). Patoloji incelemelerinde ise yaklaşık %9 oranla ipsilateral tarafta multiple nüve içeriği saptanmaktadır. Matür kistik teratomların genç popülasyonda görülme oranları göz önüne alındığında uygulanacak operasyonlar fertilitenin korunması açısından reproduktif dönemdeki kadınlarda endişe oluşturmaktadır. Bu nedenle cerrahi tedavide over dokusunun korunması ve batin içi adezyonların minimize edilebilmesi için laparoskopiyeye odaklanmalıdır(6). Dermoid kistlerin boyutu ve çokluğu laparotomi olasılığını arttırmaktadır. Minimal invaziv girişimler ile bu tür olgularda dahi optimal eksizyon ve hızlı postoperatif iyileşme sağlanabilir.

**Anahtar Kelimeler:** overyan kitle, germ hücreli tümör, matür kistik teratom



### VP-95

#### Uterine Sound Retroperitoneal Tunneling for Laparoscopic Sacrocolpopexy

*Serdar Aydın, Hande Nur Kayahan*

*Department of Obstetrics and Gynecology, Bezmialem Vakif Univeristy, İstanbul, Turkey*

Sacrocolpopexy is often considered gold standard treatment for utero vaginal prolapse<sup>1</sup>. The sacrocolpopexy has been performed for many years with several modifications. Ongoing innovations and developments in minimally invasive surgery led to the introduction of laparoscopic sacrocolpopexy. and later robotic-assisted laparoscopic approaches to abdominal sacrocolpopexy. The laparoscopic approach has potential advantages in terms of reduced morbidity, shorter hospital stay and convalescence. Laparoscopic sacrocolpopexy requires extensive tissue dissections, manipulations and suturing, laparoscopic surgery skills. The difficulty in manipulations and suturing causes the more usage of robotic surgery. The aim of this video is the demonstration of retroperitoneal tunneling with uterine sound device in laparoscopic sacrocolpopexy for simplifying of operation and shortening of operation time.

**Operation :** After fixation of two 15 cm long, 3 cm wide type 1 polypropylene meshes to anterior and posterior vaginal wall with 4-6 polyglactin suture to each wall, meshes are placed inside the pelvic cavity and the vaginal vault is closed with absorbable polyglactin suture. Laparoscopy was performed with one intraumbilical (10 mm), 3 lateral abdominal (5 mm) trocars.

1. The sacral promontory is identified and the overlying peritoneum is opened up to vaginal cuff laterally to the rectum and medially to the right uterosacral ligament.
2. Right lateral trocar is removed and reshaped and angulated uterine sound with blunt tip introduced. Starting from sacral promontorium a retroperitoneal tunnel is formed to the vaginal cuff with the aid of uterine sound.
3. Tunnel is enlarged by grasper introduced via left upper medial trocar.
4. Proximal ends of meshes caught with grasper
5. Meshes passed through tunnel
6. Fixation of mesh to anterior longitudinal ligament over sacral promontorium.
7. Excision of excess meshes.
8. Peritonisation over sacral promontorium.

**Advantages:** This technique lower operation times, need of suturing skills, accessory trocars with low cost and easy to find equipment.

**Keywords:** Uterine sound, sacrocolpopexy, laparoscopy, retroperitoneal tunnel



# 2. MİNİMAL İNVAZİV JİNEKOLOJİK CERRAHİ KONGRESİ

13 - 16 Şubat 2019

Wyndham Grand İstanbul - Levent



VP-96

## Tamamlayıcı Laparoskopik Endometrium Kanseri Cerrahisinde Sigmoid Kolon Onarımı

*Cihan Karadağ, Selçuk Ayas*

*okan Üniversitesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Ana Bilim Dalı, İstanbul*

**AMAÇ:** Laparoskopik (L/S) jinekolojik malignite cerrahisi esnasında bağırsak yaralanmalarının tespit edilmesi ve onarılmasını göstermek. **VAKA:** 51 yaşında hasta dış bir merkezde anormal uterin kanama nedeniyle sadece abdominal histerektomi yapıldıktan sonra nihai patoloji sonucu Grade 1 Endometriyal Karsinom olarak gelmiş ve tümoral miyometrial invazyon 1/2 den az olarak ifade edilmiştir. Bu patoloji raporu ile tarafımıza başvuran hastaya L/S tamamlayıcı cerrahi planlaması yapıldı. L/S olarak batına girildiğinde batında yaygın yapışıklıklar tespit edildi. Özellikle sigmoid kolon ile vajinal cuff ve sol adneksiyal yapılar arasında yapışıklıklar izlenmiş olup ilk olarak bu yapışıklıklar ligasure yardımıyla açıldı. Daha sonra sırasıyla sol salpingooferektomi ve sol pelvik lenf nodu diseksiyonu yapıldı ve sağ salpingooferektomi sağ pelvik lenf nodu diseksiyonu yapıldı. Kanama kontrolü yapıldıktan sonra batin yıkandı ve bağırsak yaralanması kontrolü amaçlı batin sıvı ile dolduruldu ve 50 lik enjektöre hava çekilip rektumdan içeri verilerek sıvı yüzeyine bağırsaktan gaz çıkışı olup olmadığı kontrol edildi. İşlem esnasında sigmoid üzerinde yaklaşık 0.5\*1 cm ilk bir defekt tespit edildi. Bunun üzerine 3.0 vicryl yardımı ile L/S olarak sigmoid kolon önce muskularis tabakası ve daha sonra defekti tamamen kapatacak şekilde siroza tabakası sütüre edildi. Kontrolde gaz kaçağı olmadığı görüldükten sonra operasyona son verildi. **SONUÇ:** Daha önce batin cerrahisi geçirmiş ve yaygın yapışıklıkları olan hastalarda L/S ile yapışıklıklar açıldıktan sonra mutlaka kolon yaralanması ihtimali düşünülmeli ve cerrahi esnasında bunun tespiti amaçlı gerekli testler yapılmalıdır. L/S olarak varsa defektler çift kat sütüre edilebilir ve kontrolde gaz kaçağı olmayan hastalar antibiyoterapi ile yakından takip edilmelidir.

**Anahtar Kelimeler:** Laparoskopi, Endometrial Karsinom, Sigmoid Kolon Onarımı

# 2. MİNİMAL İNVAZİV JİNEKOLOJİK CERRAHİ KONGRESİ

13 - 16 Şubat 2019

Wyndham Grand İstanbul - Levent



## VP-97

### Laparoskopik pelvik lenfadenektomi sırasında iatrojenik obturator sinir kesilmesi ve onarımı *Resul Karakuş*

T.C. Sağlık Bilimleri Üniversitesi Zeynep Kamil Kadın ve Çocuk Hastalıkları E.A.H -Kadın Hastalıkları ve Doğum Bölümü,İstanbul

**OLGU:** 60 yaşında postmenopozal kanama nedeniyle başvuran hastaya endometrial örnekleme yapıldı.Patoloji sonucu Endometrial Edometrioid Adenokarsinom, FIGO grade 2 gelmesi üzerine hastaya laparoskopik evreleme yapıldı. Laparoskopik evrelemede öncelikle batın yıkama sıvı örneği alındı, histerektomi+bilateral salpingooferektomi yapıldı.Piyes intraoperatif frozena gönderildi.Frozen sonucu 2,5 cm çapında yüzeyel invazyon gösteren,endometrial endometrioid adenokarsinom gelmesi üzerine hastaya pelvik-paraaortik lenfadenektomi+omentektomi yapıldı. Sağ pelvik lenfadenektomi yapılırken sağda obturator sinirin tam kat kesildiği fark edildi. Obturator sinirin distal ve proksimal uçları serbestleştirildikten sonra 4.0 prolene ile intraoperatif laparoskopik olarak onarımı yapıldı. Postop 3. günde şifa ile taburcu edilen hastanın erken ve geç dönem (4.ayda) yapılan nörolojik muayenesinde obturator sinire ait motor fonksiyonlarında kayıp izlenmedi.

**SONUÇ:** Pelvik lenfadenektomi sırasında nadir olarak oluşan obturator sinir kesileri intraoperatif olarak güvenli bir şekilde primer onarılabilir.

**Anahtar Kelimeler:** laparoskopi,obturator sinir hasarı, endometrium kanseri,lenfadenektomi

## VP-98

### Laparoskopik over transpozisyonu

*Resul Karakuş*

T.C. Sağlık Bilimleri Üniversitesi Zeynep Kamil Kadın ve Çocuk Hastalıkları E.A.H -Kadın Hastalıkları ve Doğum Bölümü,İstanbul

**OLGU:** 37, yaşında G5P2Y2A3, C/S2, postkoital kanama şikayeti nedeniyle yapılan jinekolojik muayenesinde servikte yaklaşık 2 cm lik kitle izlendi. Servikal biyopsi sonucu, skuamöz hücreli karsinom geldi. Pelvik muayene ve yapılan MR,PET-CT görüntülemelerinde Klinik Evre 1b1 (2 cm tümör) olarak tespit edildi. PET-CT ve MR tekisinde şüpheli lenf nodu olmayan hastaya laparoskopik radikal histerektomi planlandı. Intraoperatif sağ obturator fossada bulky lenf nodu izlendi. Bulky lenf nodu çıkarılarak intraoperatif frozena yollandı. Frozen sonucu metastaz olarak rapor edilmesi üzerine hasta inop serviks kanseri olarak kabul edildi. Adjuvan kemoradyoterapi tedavisi alacak olan 37 yaşındaki hastanın overlerini radyoterapiden korumak için over transpozisyonu laparoskopik olarak yapıldı.

**SONUÇ:** Klinik olarak erken evre serviks kanseri hastalarında görüntülemelerinde tespit edilemeyen bulky lenf nodları intraoperatif olarak özellikle laparoskopik cerrahide tespit edilebilir. İnop. kabul edilen genç yaştaki serviks kanseri hastalarında yapılan over transpozisyonu overleri radyoterapinin yıkıcı etkisinden korumaktadır

**Anahtar Kelimeler:** Laparoskopi, over transpozisyonu, serviks kanseri



# Poster Bildiriler



# 2. MİNİMAL İNVAZİV JİNEKOLOJİK CERRAHİ KONGRESİ

13 - 16 Şubat 2019

Wyndham Grand İstanbul - Levent



## PP-01

### “Nadir bir olgu sunumu: izole tubal torsiyon”

*Onur Karaaslan<sup>1</sup>, Dođukan Yıldırım<sup>2</sup>, Erkan Kalafat<sup>3</sup>*

*<sup>1</sup>Van Yüzüncü Yıl Üniversitesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Ana Bilim Dalı, Van*

*<sup>2</sup>Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği, Jinekolojik Onkoloji Bölümü, İstanbul*

*<sup>3</sup>Hakkari Devlet Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Bölümü, Hakkari*

Oldukça nadir bir jinekolojik acil sebebi olan tubal torsiyon, yaklaşık 1/1.500.000 oranında gözlenir. Olguların çoğunluğunu reproduktif dönemdeki kadınlar oluşturmaktadır. 32 yaşında 2 normal doğumu ve bir abortusu olan hasta, ani başlayan ve 6 saattir süren karın ağrısı ve bulantı, kusma eşlik etmesi nedeniyle hastanemize başvurdu. Hastanın muayenesinde sağ alt kadranda defans ve rebound mevcuttu. Vital bulguları normal olan hastanın, laboratuvar tetkikleri beyaz küre:16,000 dışında normaldi. Transvajinal usg de sağ adneksiyal alanda yaklaşık 6 cm boyutunda aneokik kistik kitle ve bilateral overler normal izlendi. Doppler usg de kistik kitle etrafından akım alınırken kitle içerisinde akım alınamadı. Hastaya akut batın ve adneksiyal torsiyon ön tanılarıyla tanısız ve operatif laparaskopi planlandı. Operasyonda sağ tubanın kendi etrafında 2 kez dönerek torsiyone olduğu ve yaklaşık 6-7 cm boyutunda nekrotik kitle izlendi. Öncelikle tuba detorsiyone edildi ve tekrar arterial akımın gelmesi beklendi, nekrotik görünümün değişmemesi üzerine sağ salpenjektomi yapıldı. İzole tubal torsiyonun spesifik bir klinik, laboratuvar ve görüntüleme bulgusu yoktur. Usg ayırıcı tanı da çok yardımcı olmamakla birlikte, renkli doppler usg incelemesinde, etkilenmiş tubada, diyastolik ters akım ve yüksek empedanslı dalga formu görülmesinin tanı koydurucu olduğu bildirilmektedir. Bu nedenle erken tanı önemlidir. Detorsiyone edilen olguların sonrasında tubal fonksiyon ve fertilitte üzerine etkisiyle ilgili yeterli bilgi bulunmamaktadır. Mevcut bilgilerle geç kalınmış gangrenöz değişikliklerin bulunduğu olgularda salpenjektomi önerilirken, gangrenöz değişikliklerin olmadığı vakalarda detorsiyon önerilir. Bu nedenle özellikle üreme çağındaki kadınlarda tubanın korunması için erken tanı ve tedavi önem arz etmektedir. Oldukça nadir görülen bir durum olmasına karşın akut başlangıçlı karın ağrılarında, izole tubal torsiyon jinekolojik acillerde ayırıcı tanıda göz önünde bulundurulmalıdır.

**Anahtar Kelimeler:** torsiyon, fertilitte, laparaskopi

**AuthorToEditor:** Tubanın izole torsiyonu oldukça nadir görülse de, özellikle geç tanı konulan olgularda fertilitte problemine yol açması nedeniyle karın ağrısıyla başvuran tanı konulamayan hastalarda akla getirilmelidir

PP-02

**Laparoscopic Management of a 27-year-old multiparous woman with Non-communicating Rudimentary Horn**

*Erdal Yücel, Selma Ermin, Murat Ekmez, Ayşenur Bağdatlı, Behiye Pınar Göksedef  
Gynaecology and Obstetrics Department, Haseki Teaching and Research Hospital, İstanbul, Turkey*

Non-communicating accessory uterine horns with an endometrial cavity are the most common and clinically significant unicornuate subtype of Müllerian duct abnormality. They are generally associated with symptoms of dysmenorrhea, pelvic pain, subfertility and poor obstetric outcomes. Currently, laparoscopic resection is the recommended first choice treatment. Here we describe a case of laparoscopic coring-type resection of a non-communicating functional rudimentary horn firmly attached to the unicornuate uterus in a 27-year-old multiparous refugee woman previously undiagnosed, by using hysteroscopic assistance.

**Keywords:** Unicornuate uterus, Laparoscopy, Rudimentary horn

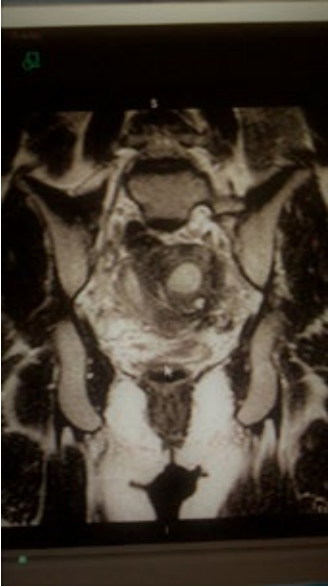
**figure one**



*Laparoscopic appearance*

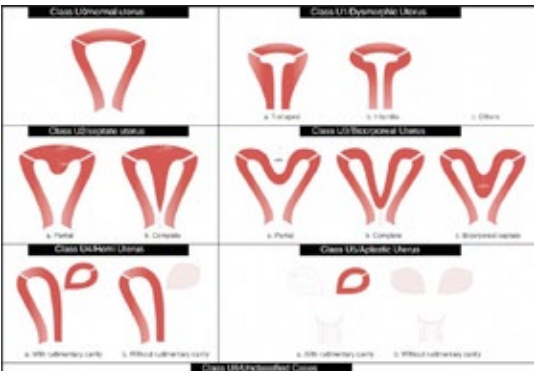


FIGURE THREE



MR Imagination

FIGURE TWO



Müllerian anomaly classification diagram

PP-03

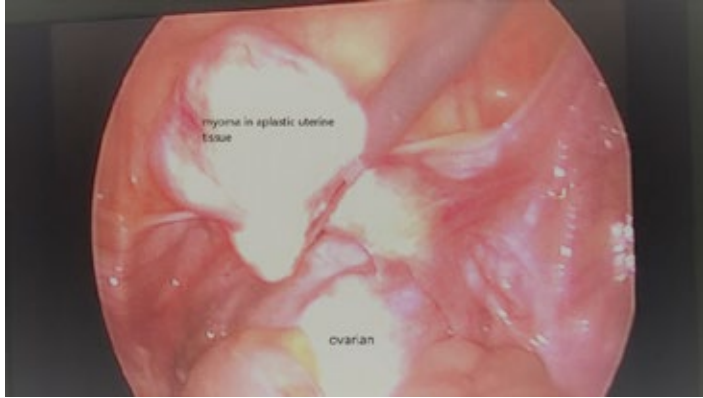
Unusual pelvic mass cause in a woman with Mayer-Rokitansky-Kuster-Hauser syndrome

Erdal Yücel, Selma Ermin, Murat Ekmez, Sinan Güleç, Behiye Pınar Göksedef  
Gynaecology and Obstetrics Department, Haseki Training and Research Hospital, İstanbul, Turkey

Mayer-Rokitansky-Küster-Hauser (MRKH) syndrome is characterised by congenital aplasia of the uterus and upper part of the vagina in women with normal external genitalia and a 46, XX karyotype. The prevalence of MRKH syndrome has been estimated as 1 in 4000 – 5000 live female births (Varner et al. 1985). In this case report, we presented management of a 42-year-old woman who was diagnosed with MRKH, and myoma in aplastic uterine tissue which was mimicking ovarian mass.

**Keywords:** Mayer-Rokitansky-Kuester syndrome, Laparoscopy, Adnexial mass

figure one



Myoma in aplastic uterine tissue which was mimicking ovarian mass appearance



## PP-04

### Laparoscopic Isthmocele Repair

*Ozlem Ece Basaran, Sener Taflan, Cavit Kart*

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

**INTRODUCTION:** An isthmocele appears as a fluid pouch like defect in the anterior uterine wall at the site of a prior cesarean section. We want to demonstrate our experience in the laparoscopic repair of an isthmocele.

**CASE1:** 35-year-old patient with a history of three previous cesarean deliveries. She complained of persistent postmenstrual spotting and chronic pelvic pain. At transvaginal ultrasound examination, a cesarean scar defect was identified. Pelvic magnetic resonance image (MRI) showed 17\* 12 mm cesarean scar defect with a residual myometrial thickness over the defect of 2.1 mm (picture1). Given her symptomatic isthmocele with thin residual myometrium and desire for childbearing, laparoscopic repair was offered. The scar was opened from one end to the other, and fibrotic tissue was excised from the edges of the defect to access the healthy myometrium. At 2 months after surgery, sonography and MRI confirmed restoration with a myometrium thickness of 15 mm (picture2) and the patient was asymptomatic.

**CASE2:** 37-year-old patient with a history of three previous cesarean deliveries. She complained of persistent postmenstrual spotting. Sonography revealed a 20×14-mm isthmocele with 1.6mm residual myometrium thickness. Isthmocele excision and myometrial repair was performed laparoscopically. At 2 months after surgery, transvaginal ultrasonography and MRI showed complete anatomic repair of the uterine defect and the patient reported resolution of postmenstrual spotting.

**CASE3:** 33-year-old patient with a history of previous cesarean delivery. She complained of persistent postmenstrual spotting. Sonography revealed a 15×13-mm isthmocele with 1.4 mm residual myometrium thickness. Isthmocele excision and myometrial repair was performed laparoscopically. At 2 months postoperative follow-up, transvaginal ultrasonography showed complete anatomic repair of the uterine defect and the patient was asymptomatic.

**DISCUSSION:** An isthmocele, also called a niche, cesarean scar defect, or cesarean scar dehiscence, is a pouch like defect of the anterior uterine isthmus at the site of a prior cesarean section and it has become more common due to a rising cesarean delivery rate. An isthmocele is diagnosed on transvaginal sonography and appears as a wedge-shaped anechoic area at the cesarean section scar site. MRI is useful to evaluate the thickness of the lower uterine segment, the depth of the isthmocele, and the content of the endometrial and niche cavity.

Treatment of isthmocele can be medical or surgical. Medical treatment by using oral contraceptives is a good option for women who do not want to become pregnant. Surgical treatment by using laparoscopy, hysteroscopy or vaginal surgery to treat isthmoceles should be offered to symptomatic women who

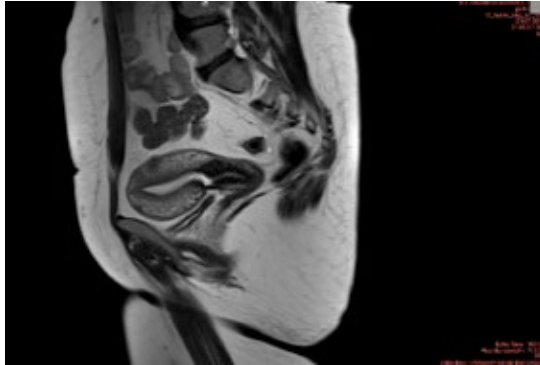




want to preserve the uterus and possibly to asymptomatic women who are planning a future pregnancy. Laparoscopic or vaginal treatments could be better with a isthmocele with less than 2.5–3.0 mm residual myometrium because of the uterine perforation risk during hysteroscopy. Therefore we chose the laparoscopic approach to our cases. Clinical symptoms are improved, and the thickness of the myometrium is also increased after surgery. Laparoscopic approach might be considered to be the procedure of choice for the repair of a large uterine isthmocele with extreme thinning of the residual myometrium.

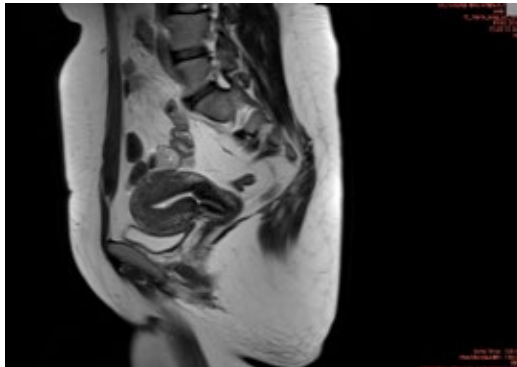
**Keywords:** isthmocele, laparoscopy, postmenstrual spotting

**picture1**



*Preoperative pelvic magnetic resonance image*

**picture2**



*Postoperative pelvic magnetic resonance image*

# 2. MİNİMAL İNVAZİV JİNEKOLOJİK CERRAHİ KONGRESİ

13 - 16 Şubat 2019

Wyndham Grand İstanbul - Levent



## PP-05

### Laparoskopik tubal reanastomoz sonrası gebelik oranlarımız

Mehmet Adıyeke<sup>1</sup>, İbrahim Karaca<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Buca Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi

<sup>2</sup>Bakırköy Dr. Sadi Konuk Eğitim Araştırma Hastanesi

**AMAÇ:** Tubal sterilizasyon dünya genelinde yaygın kullanılan kontraseptif yöntemler arasındadır. Tubal sterilizasyon sonrası pişmanlık oranları %2-13 olarak bildirilmiştir. Tubal sterilizasyon sonrası reanastomoz isteği %14,3 olup, hastaların sadece %1,1'i reanastomoz operasyonu geçirmektedir. Amacımız kliniğimizde tubal reanastomoz olgularında gebelik oranlarını ve operasyon sonuçlarını değerlendirmektir.

**GEREÇ-YÖNTEM:** Kesitsel retrospektif çalışmamızda, Ocak 2014 ile Mart 2018 tarihleri arasında Buca Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi'nde tubal reanastomoz yapılan 24 hasta değerlendirildi. Gebelik sonuçları, tıbbi kayıtların gözden geçirilmesi veya hastalarla telefon ile iletişime geçilerek elde edildi.

**BULGULAR:** Çalışmadaki olguların yaşları 26-41 arasında olup ortalama 33,4 idi. Sterilizasyondan reanastomoz anına kadar geçen süre en kısa 14 ay, en uzun 86 ay, ortalama 26,4 ay idi. İki taraflı tubal geçiş 15 hastada (%62,5) sağlandı. Toplam 24 vakanın reanastomoz sonrası 9'ünde (%37,5) gebelik, 3'ünde (%12,6) canlı doğum, 2'sinde (%8) ektopik gebelik, 4'ünde (%16,6) abortus oranları tespit edildi.

**Tartışma ve SONUÇ:** Reanastomoz sonrası gebelik oranları literatürde çok değişken aralıklarda bildirilmesine rağmen çoğu çalışmada %55-80 arasındadır. Çalışmamızdaki gebelik oranları literatürle karşılaştırıldığında daha azdır. Bunun nedeni reanastomoz yapılan hastaların yaklaşık %30'unun henüz bir yıllık takip süresini tamamlamamış olmasıdır. Tüp ligasyonu işlemi yapılan hastalarda tubal reanastomoz fertilitenin sağlanması için kullanılacak yöntemlerden biridir.

**Anahtar Kelimeler:** Tubal reanastomoz, Tubal sterilizasyon, Gebelik

# 2. MİNİMAL İNVAZİV JİNEKOLOJİK CERRAHİ KONGRESİ

13 - 16 Şubat 2019

Wyndham Grand İstanbul - Levent



## PP-06

### Nadir görülen serviks kanseri camsı hücreli karsinom: olgu sunumu

*Elif Uçar, Melih Bestel, Hatice Argun Atalmış, Neslihan Kobaner, Süleyman Salman Gaziosmanpaşa Taksim Eğitim Araştırması Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği İSTANBUL /TÜRKİYE*

### NADİR GÖRÜLEN SERVİKS KANSERİ CAMSI HÜCRELİ KARSİNOM: OLGU SUNUMU

Camsı hücreli karsinom(GCC) nadir görülen,serviks kanserleri içinde erken yaş gruplarında karşımıza çıkan, hızlı büyüme ve erken metastaz yapma eğiliminde olan agresif karakterli,kötü prognozlu bir kanserdir. Tüm serviks kanserlerinin %1-2 sini kapsar. Yapılan araştırmalarda GCC ve HPV'nin yüksek riskli türleri arasında özellikle HPV 16,18,32 arasında kuvvetli bir birliktelik saptanmıştır.

GCC skuamokolumnar bileşke ya da endoservikal kanal içinde vajina ve parametriuma doğru yayılım gösterir. Yüksek oranda pelvis dışına(AC,KC,dalak,kemikler )metastaz yapma eğilimindedir. Lokal rekürrens genelde vajen,parametrium ve paraaortik lenf nodlarıdır. Genellikle tedaviden iki yıl sonra ilk rekürrens görülmektedir.

Biz bu olgu sunumumuzda kliniğimize başvuran camsı hücreli karsinomu ele alacağız

**OLGU SUNUMU:** 24 yaşında nullipar hasta, 4 aydır ayda 4-5 kez olan 1-2 gün süren kanamasının olması üzerine kliniğimize başvurdu. Yapılan ilk muayenesinde spekulumda servikste yaklaşık 4x3 cm'lik kanamalı kitle olduğu gözlenmiştir.Kitleden biyopsi alındı. Yapılan ultrasonunda uterus ve her iki over doğal olarak gözlendi.Hastadan alınan biyopsi sonucu "az diferansiye karsinom, tümör dokusu yer yer papiller yapılar ve müsün içeren adeno yapıları oluşturmakta,yer yer berrak hücre yanı sıra geniş eozinofilik sitoplazmalı morfoloji sergilemekte yer yer ise solid ve sitoplazmik sınırları daha belirgin olan squamöz diferansiyasyon göstermekte" şeklinde raporlandı. Manyetik rezonans (MR)görüntüleme servikal kanal içerisinden vajen proksimaline uzanım gösteren 62x58x35 mm boyutunda lobule konturlu,servikal stromayı invaze eden solid kitle izlendi. Parametriumda belirgin invazyon bulgusu ve uzak metastaz izlenmedi. MRve biyopsi sonuçlarına göre operasyon planlanan hastaya anemisi nedeniyle eritrositsüspansiyonu verildi. Operasyonda uterus normal görünümde, sol over ve tuba normal görünümde sağ over normalden büyüklendi. Serviksarka kısmından başlayıp vajene doğru uzanan yaklaşık 6x5 cm'lik kitle izlendi. Batınıç i organlarda özellik izlenmedi. Hastaya Tıp3 Histerektomi(wherteim) operasyonu yapıldı. Postop takiplerinde herhangi bir problem olmayan hasta postop 5.gün taburcu edildi.Patoloji raporu camsı hücreli karsinom gelen hastada tümör boyutu 5.5x5.4 cm,servis duvarını invaze etmiş,vasküler boşluk invazyonu,perinöral invazyon,uterus ve sağ parametrial invazyon görüldü. Hastaya konye kararı ile radyoterapi(RT) uygulandı. 1 ay sonra tekrar değerlendirilen hastada pelviste herhangi bir patoloji izlenmemiştir. Operasyondan sonraki 3 yıl içerisinde 6 ay aralıklarla yapılan kontrollerinde nüks izlenmedi.



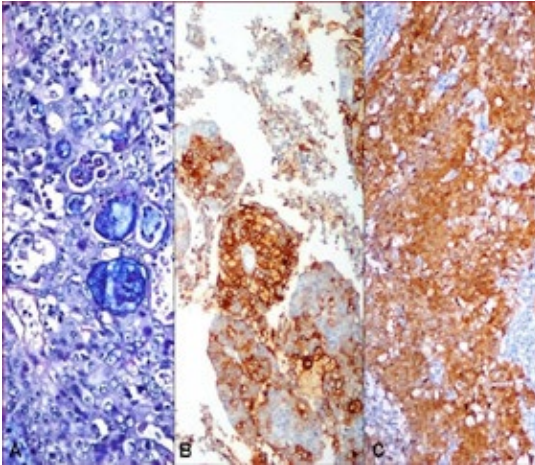
**SONUÇ :** GCC'nin tedavi modalitesi RT ve cerrahidir. Erken evre GCC'nin tedavisinde histerektomi, pelvik lenf nodu diseksiyonu ve adjuvan RKT ya da KTDdir. Bunlara rağmen GCC agresif bir tümördür ve hızlı yayılıp büyüdüğü için ve de pelvik dışı metastazı sık görüldüğü için prognozu kötüdür.

**TARTIŞMA :** Camsı hücreli karsinom, genç yaşta ara kanama şikayetleri ile kendini gösteren agresif bir serviks tümörüdür. Erken tanı ve doğru tedavi ile mortaliteyi azaltmak mümkündür. Bu vakada görüldüğü gibi ara kanama şikayeti ile başvuran tüm yaş gruplarında servikal muayenenin yapılması erken tanı ve tedavi için çok önemlidir.

Yapılan çalışmalarda çoğu rekürrens olgusu ilk iki senede, extrapelvik metastaz ilk 30 ay içerisinde izlenmiştir. Kliniğimizde tedavisi tamamlanan, 42 aydır takip ettiğimiz hastamızda herhangi bir pelvik /extrapelvik nüks, rezidü tümör dokusu izlenmemiştir.

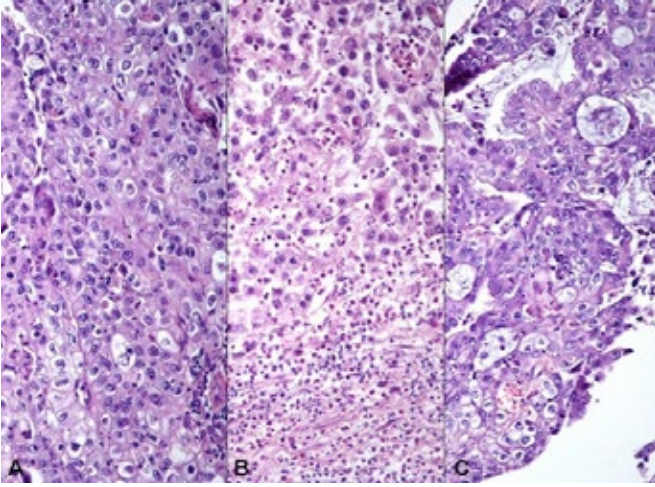
**Anahtar Kelimeler:** BERRAK, CAMSI HÜCRELİ, SERVİKS KANSERİ

**nadir görülen serviks kanseri camsı hücreli karsinom**



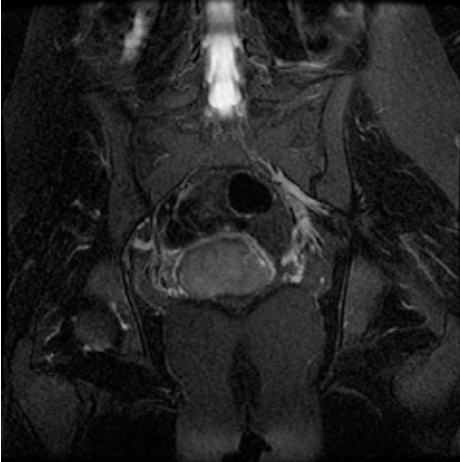
*camsı hücreli serviks ca patoloji görüntüleri*

**nadir görülen serviks kanseri camsı hücreli karsinom**



*camsı hücreli serviks ca patoloji görüntüleri*

**nadir görülen serviks kanseri camsı hücreli karsinom**



*camsı hücreli serviks ca mri görüntüsü*



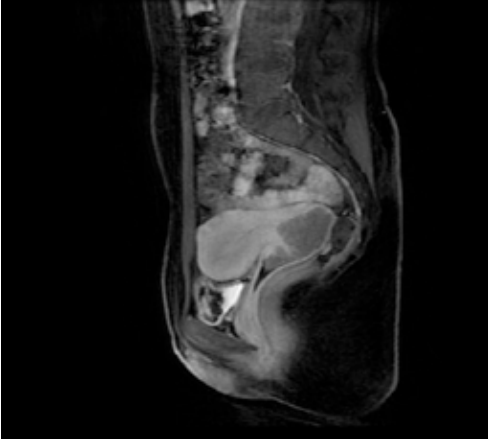
TÜRK JİNEKOLOJİK ENDOSKOPİ PLATFORMU

## 2. MİNİMAL İNVAZİV JİNEKOLOJİK CERRAHİ KONGRESİ

13 - 16 Şubat 2019

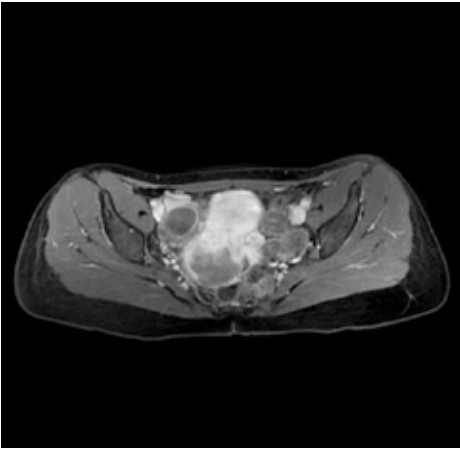
Wyndham Grand İstanbul - Levent

### nadir görülen serviks kanseri camısı hücreli karsinom



*camısı hücreli serviks ca mri görüntüsü*

### nadir görülen serviks kanseri camısı hücreli karsinom



*camısı hücreli serviks ca mri görüntüsü*

**AuthorToEditor:** sayın editor kelime sınırından ötürü kaynakçalar  
eklenememiştir, isteğiniz doğrultusunda kaynakça kısmını gönderebiliriz



## PP-07

### Gebelikte Over Torsiyonunun Tek İnsizyon- Gazsız Laparaskopi İle Yönetimi

*Ibrahim Karaca<sup>1</sup>, Mustafa Öztürk<sup>2</sup>*

<sup>1</sup>Bakırköy Dr. Sadi Konuk E.A.H, Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği

<sup>2</sup>Gülhane Askeri Tıp Fakültesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği

**GİRİŞ:** Gebelik sırasında adneksiyal torsiyon nadir görülür ve görülme sıklığı yüzbinde 1-5 arasında olduğu bildirilmektedir. Torsiyonda over pedikülünün kendi etrafında dönmesi ile venöz dönüş engellenir, over ödemlenerek büyür daha sonra doku beslenmesi bozulacağından nekroz gelişir. Torsiyon tanısı konulduktan kısa süre içerisinde cerrahi olarak müdahale edilmelidir. Adneksiyal torsiyonun tedavisinde; adneksiyal detorsiyon, adneksiyal detorsiyon ve kistektomi, salpingo-ooforektomi uygulanabilir.

**OLGU:** 32 yaşında BMI' i 33 olan 15 haftalık IVF gebe hasta acil servisimize yaklaşık bir gündür devam eden sol kasık ağrısı ve bulantı şikayeti ile başvurdu. Yapılan batın muayenesinde hastanın sol alt kadranda hassasiyeti ve defansı mevcuttu. Hastanın vital bulguları ve laboratuvar değerleri normaldi. Yapılan transvajinal ultrasonografide, ölçümleri 15 hafta ile uyumlu, fetal kalp atışları pozitif, tek canlı fetüs izlendi. Sağ over normal görünümde izlendi. Ancak sol adneksiyal alanda uterus posterioruna doğru uzanan yaklaşık 11\*6\*7 cm boyutlarında multikistik görünümde içerisinde hemorajik alanlar içeren kitle ve etrafında minimal-orta derecede serbest mayi mevcuttu. Doppler ultrasonografide sol overyan kitlede kan akımı saptanmadı. Bunun üzerine over torsiyonu düşünülerek operasyon kararı alındı. Kliniğimizde over torsiyonunda laparoskopik operasyonları tercih etmekteyiz. Ancak hastanın entübasyonunun zor olacağı bu nedenle hastaya genel anestezi yerine spinal anestezi uygulanacağı belirtildi. Hastaya cerrahi yöntem olarak gazsız laparaskopi ve laparotomi seçenekleri önerildi. Hasta, kendisine ve yakınlarına bilgi verildikten sonra gazsız laparaskopi işlemini onayladı ve gerekli onamlar alındı.

Hastaya spinal anestezi altında umblikustan aşağı doğru 2 cmlik kesi yapılarak batına girildi. Ekartör yardımı ile batın ön duvarı kaldırıldı ve ekartör masaya fiske edildi. Kamera batına inserte edildi. Sol over ve tuba kendi etrafında 3 defa torsiyone olmuştu. Detorsiyone edilen overde renk değişikliği gözlemlendi. Kanama kontrolünü takiben işleme son verildi. Operasyon süresi 40 dakikaydı. Operasyon sonrası herhangi bir komplikasyon olmayan hasta post op 2. gününde taburcu edildi.

Hastanın 2 hafta sonraki ultrasonografisinde her iki over boyutuda aynıydı. Gebeliğin 39. haftasında normal doğum ile 3100 gr bebek doğurdu.

**SONUÇ:** Gazsız laparaskopi yöntemi ile genel anestezi ve CO<sub>2</sub>'nin anne ve fetüs üzerine oluşturabileceği riskler engellenebilir.



# TÜRK JİNEKOLOJİK ENDOSKOPİ PLATFORMU 2. MINİMAL İNVAZİV JİNEKOLOJİK CERRAHİ KONGRESİ

13 - 16 Şubat 2019  
Wyndham Grand İstanbul - Levent

**Anahtar Kelimeler:** Gazsız laparaskopi, Torsiyon, Gebelik

## Batına giriş



## Uterus ve torsiyone sol over





# 2. MİNİMAL İNVAZİV JİNEKOLOJİK CERRAHİ KONGRESİ

13 - 16 Şubat 2019

Wyndham Grand İstanbul - Levent



PP-08

## Over kanserinde sekonder sitoredüksiyon kapsamında laparoskopik sol sürrenal adenektomi ve second look laparoskopi. Vaka sunumu

*Nasuh Utku Doğan, Merve Erol, Aysel Üren*

*Akdeniz üniversitesi kadın hastalıkları ve doğum ad, Antalya*

**GİRİŞ:** Over kanserinde nüks olgularda seçilmiş vakalarda laparoskopik cerrahi yapılabilmektedir. Yayınlanan vaka serilerinde uzun dönemli takiplerde laparotomiye göre onkolojik sonuçlar farklılık göstermemektedir. Minimal invaziv cerrahi sonrası hastanın iyileşme süreci hızlanmakta, gerekli hastalarda kemoterapi başlangıç süresi kısalmaktadır. Bu olgu sunumunda debulking cerrahi sonrası PET CT de takiplerde sol sürrenal bezde şüpheli lezyonu olan hastanın laparoskopik olarak yönetimi sunulmuştur.

**OLGU:** 43 yaşında 2 çocuklu hasta karında şişlik ve overde kitle nedeniyle kliniğimize başvurdu. Yapılan tetkiklerde ileri evre over kanseri nedeniyle laparotomi ile modifiye radikal histerektomi + total pelvik peritonektomi, debulking cerrahisi yapılan hasta FIGO EVRE 3C olarak kabul edilerek 6 kür Taksol karboplatin tedavisi aldı. Takiplerinde 13. ayda PET CT de sol sürrenal bezde patolojik tutulum (SUV MAX 16) izlenen hastaya tanısız laparoskopi + sol sürrenal adenektomi planlandı. Laparoskopi sırasında sol sürrenal bezde yaklaşık 3 cmlik solid şüpheli metastatik alan izlendi ve sol sürrenal adrenelektomi yapıldı. Sürrenal adrenelektomi sonrasında batın laparoskopik olarak değerlendirildi. Eski insizyon hattına adeze ince barsak segmentleri uzaklaştırıldı. İncelemede pelviste ve üst batında Gros rezidü tümör izlenmedi. Multipl biyopsiler ve sitoloji alındı. Üst batın diyafram periton biyopsisi alınırken diyaframda tam kat perforasyon alanı meydana geldi, alan primer olarak onarıldı, profilaktik sol tarafa göğüs tüpü takıldı. İntraoperatif kan kaybı 50 cc idi. Postoperatif 3.günde göğüs tüpü çekilerek dördüncü günde hasta taburcu edildi. Nihai patoloji Sürrenal korteks adenomu, onkositik varyant olarak rapor edildi. Fakat alınan sol pelvik yan duvar adezyon alanlarından alınan biyopsinin malign olarak rapor edilmesi üzerine hastaya second line kemoterapiye geçildi.

**SONUÇ:** Sekonder sitoredüksiyon kapsamında laparoskopik yaklaşım seçilmiş hastalarda onkolojik sonuçları değiştirmeden uygulanabilir. Laparotomiye göre erken iyileşme ve kemoterapinin gecikmemesi gibi avantajları mevcuttur.

**Anahtar Kelimeler:** Over kanseri, sekonder sitoredüksiyon, laparoskopi, sürrenaladenektomi

# 2. MİNİMAL İNVAZİV JİNEKOLOJİK CERRAHİ KONGRESİ

13 - 16 Şubat 2019

Wyndham Grand İstanbul - Levent



PP-09

## Vajinal Doğum Sonrası Görülen Spontan Mesane Rüptürü Olgusu

*Hale Çetin Arslan, Suna Yıldırım Karaca<sup>2</sup>, Kerem Doğa Seçkin<sup>3</sup>, Alev Atış Aydın<sup>4</sup>  
Kanuni Sultan Süleyman Eğitim Araştırma Hastanesi Kadın Doğum Bölümü*

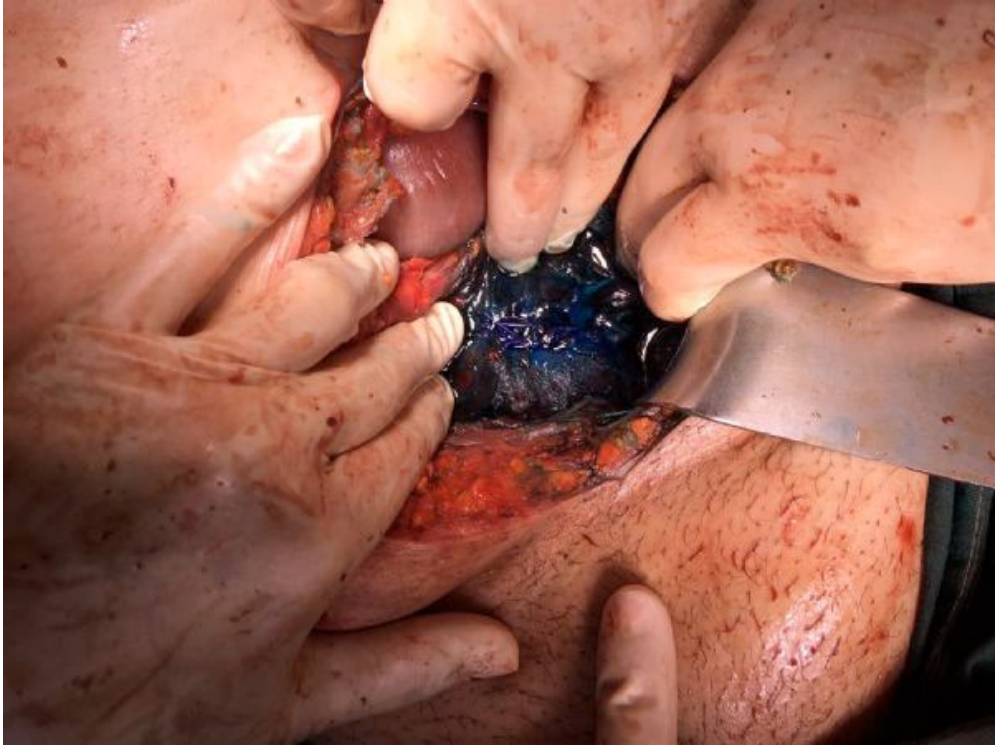
**GİRİŞ:** Genitoüriner organ yaralanmaları, obstetri komplikasyonları arasında oldukça sık görülmesine rağmen; vajinal doğum sonrası spontan mesane rüptürü oldukça nadir görülen bir durumdur. Buna, sıklıkla doğumun ikinci evresinden önce mesanenin kataterle boşaltılmamasının yol açtığı düşünülmü. Polikliniğine başvuran 41 yaşında, primipar, ovum donasyonu gebe kalan olgu; gebelik kolestazi ve preeklampsi ön tanılıyla takip amaçlı perinatoloji servisine yatırıldı. Laboratuvarında Hb:10.9 Hct:33.4 Plt:178 bin Üre:22 Kre:0,78 AST:226 ALT:168 LDH:262 d.bil:0,97 i.bil:0,01 açlık safra asidi:82,24 sa idrarda protein 476mg/dl idi. Yatışının 14. Gününde, 35. Hafta da hastanın sancılı hissetmesi üzerine yapılan vajinal muayenede 3 cm % 70 efasman izlendi ve takip amaçlı doğumhaneye yatırıldı. Monitorize edilen gebenin tansiyon seyirleri 170/100 seyrinde olması üzerine, konvülsiyon profilaksisi amaçlı MgSO<sub>4</sub> infüzyonuna başlandı. Doğum indüksiyonu önerildi. Tetkiklerinde Hb:9,8 Hct:29 Plt:127 bin Üre:28 Kre:0,89 AST:97 ALT:70 LDH:196 olması üzerine ön planda HELLP sendromu düşünüldü. Yatışının 4. Saatinde tam açık olan hasta doğum masasına alındı. Epizyotomi ile canlı bir kız bebek, 2370 gr ağırlıkta, 7/9 APGAR ile doğurtuldu. Epizyotomisi onarıldı. Kontrol USG de endometrial kavite ince ve düzenli, batında mayii izlenmedi. Tansiyon seyirleri 75/50 ve uyarılara yanıtız olması üzerine hipovolemik şok? uterin rüptür? ön tanılıyla acil diagnostik laparotomi amaçlı operasyona alındı. GAM insizyonla batına girildiğinde batında serohemorajik vasıfta minimal mayii izlendi. Rüptür veya kanama alanı izlenmedi. Vajinal muayenede collum, epizyo hattı intakt izlendi. Uterusun atonik izlenmesi üzerine 2 adet hayman süturu konularak batın kapatıldı. PO1 de 2 saat diürez olmaması üzerine alınan kontrol hemogramında Hb:7.4 Hct:20.5 Plt:114 bin izlendi, ES replasmanı yapıldı. Takiplerinde diürez 24 cc/h, TA:120/80 Nabız:89, kontrol Hb: 5.9 Hct:17 Plt:33 bin albumin 1.6 gelmesi üzerine 2 ü ES + 2 ü TDP + 2\*100 alb takıldı. Kontrol Hb 6.9 Hct:19.6 gelmesi üzerine ES deplasmanı yapıldı. Takiplerinde diürez 30 cc/h Hb:5.4 Hct:14.9 Plt:33 bin üre:41 kre:1.2 yapılan usg de sol alt kadranda organize yaklaşık 10 cm lik hematoma izlendi. Batın içi serbest mayii izlenmedi. Çekilen tüm batın usg ve kontrastsız batın BT de uterus sağa deviye, uterus komşuluğunda sağ alt kadranda 130\*83 mm lik hematoma doğrulanması üzerine, PO2. gününde batın içi hematoma boşaltılması ve eksplorasyon amaçlı laparotomiye alındı. Batına girildiğinde uterovesikal fasyanın altından retziusa uzanan yaklaşık 15 cm' lik hematoma alanı boşaltıldı. Retzius tabanında kanama alanları suture edildi. Mesane perforasyonu şüphesiyle metilen mavisi verildi. Kaçak izlenmesi üzerine yapılan eksplorasyonda mesane rüptür alanları izlendi. Onarım yapıldı. (Resim 1) Batına dren konularak ES replasmanına devam edildi. Takip amaçlı ybü e devredildi. PO3. gününde GD orta, extube edilen hastanın TA:150/80 Nabız: 85 diürez 200 cc/h, laboratuvarında Hb:10 Hct:30 Plt:93 bin BK Normal izlendi. PO4. gününde hasta servise devredildi. GD iyi, şikayeti yok. Hb:12 Hct:33 Plt:117 bin apt 26.1 pt:12.5 INR:1.06 CRP:100 PROC:0.572, diürez 50 cc/h TA:150/90 Nabız:110; alfamet 4\*1 adalat 30 mg 2\*1 meronem 2\*1 olarak tedavisi düzenlendi.

**SONUÇ:** Mesane rüptürü sıklıkla, sezaryen doğum sonrası normal doğum yapan vakalarda oluşan uterus rüptürleriyle beraber görülür. Spontan mesane rüptürleri ise nadirdir. Literatürde sunulan

vakaların hepsi bizim vakamızda olduğu üzere primipar hastalardır. Genellikle postpartum 3-6 günler arasında semptomlar ortaya çıkar. İntraabdominal idrar birikiminin yol açtığı sepsise bağlı karın ağrısı, abdominal distansiyon, anüri, hematüri, bulantı ve kusma görülür. Laboratuarda kan üre ve kreatinin aşırı yüksekliği görülmektedir. Laparotomi yapıldığında ise rüptür sıklıkla mesane kubbesi ya da posterior duvarında saptanmıştır. Bizim vakamızda ise mesane rüptürü doğum travmasına bağlı olarak kontüzyon şekline izlenmiş olup, sondanın 20 gün kalması planlanarak taburcu edildi.

**Anahtar Kelimeler:** vajinal doğum, mesane rüptürü, mesane onarımı

## Resim 1



*Mesaneye metilen mavisi verildikten sonraki görünümü*

# 2. MİNİMAL İNVAZİV JİNEKOLOJİK CERRAHİ KONGRESİ

13 - 16 Şubat 2019

Wyndham Grand İstanbul - Levent



## PP-10

### Molar Pregnancy in Cesarean Section Scar: A Case Report and Literature Review

*Mine Dagez Kelesoglu, Serdar Serin, Bülent Özçelik, Mehmet Dolanbay, Serhan Kütük*  
Department of Gynaecologic Oncology, Erciyes University, Kayseri, Turkey

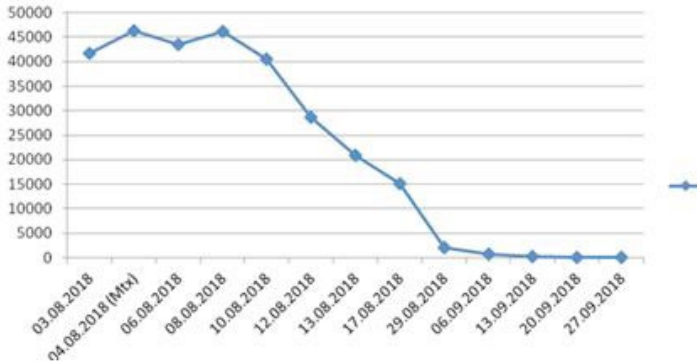
**Introduction :** Cesarean scar pregnancy (CSP) is a rather rare form of ectopic Pregnancies (EP). Hydatidiform mole (HM) is a subtype of gestational trophoblastic diseases. According to the rarity of these two cases, the molar CSP is seen exceedingly rare and the literature is lacking about the evidence on the optimal diagnostic tools and the optimal management of these cases. In this report we aimed to describe the diagnosis and treatment of molar CSP.

**Case report:** A 25-year-old woman (gravida 2 parity 1) with a history of cesarean delivery a year ago referred to our clinic with a diagnosis of CSP. She had complaints of mild abdominal pain and vaginal bleeding for 3 days. She had amenorrhea for 40 days. In pelvic examination she had no uterine tenderness and the size of the uterus was normal. Transvaginal ultrasound revealed a complex mass in the anterior wall of the uterine corpus, implanted near the cesarean scar, with dimensions of 23\*25 mm. It was bulging toward the serosa with undistinguishable borders with myometrium; which made a suspect of myometrial invasion. In Doppler-Ultrasonography, an excess blood perfusion all around the mass was viewed, which was compatible with the diagnostic 'ring of fire' sign of ectopic pregnancy (Figure 1A/B). Her hemoglobin and serum human chorionic gonadotropin (hCG) levels were 12,3 g/dl and 41.616 Unit/Liter, respectively. Pelvic magnetic resonance imaging (MRI) showed a mass in the cervico-uterin junction, approximately 3\*2 cm, including cystic components with high signals on T2-weighted images (T2WI) (Figure 1/C). The lesion was bulging toward the uterine cavity, and the myometrium was not continuous in anterior wall of the uterus by the invading compartments of the lesion but the serosa was intact and no invasion to the bladder was noted. Our initial diagnose, according to the cystic-mixed environment of the lesion, was molar CSP. Appropriate treatment options were presented to the patient. The medical approach was chosen because of the fertility preservation desire of the patient. Folinic acid rescue after high-dose MTX protocol started with 46.235 U/L hCG serum level. 1 mg/kg intramuscular MTX was given on day 1,3,5,7 and 0.1mg/kg folinic acid on day 2,4,6,8. On folinic acid days we calculated the serum hCG levels. The hCG levels during the treatment is shown in figure 2. On weekly follow-ups, the levels of hCG fell down gradually. The level of hCG was 677 U/L at the first post-treatment month and negative at the 7th week.

**Discussion:** The molar CSP is rare and there is no optimal approach in the literature. But the clinicians must be aware of CSP, due to the increase of cesarean sections in the last decades. The reasons of suspicion for molar CSP can be like the absence of a gestational sac, the appearance of a complex mass with cystic spaces and increased vascularity around the cesarean scar and the discordant values of hCG with the gestational week calculated. The management of molar CSP can be as challenging as the diagnose. The reported cases in literature are listed below (Table 1)

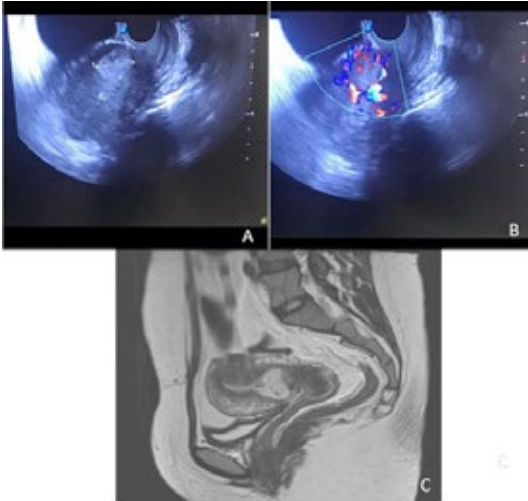
**Keywords:** Ectopic pregnancy, Caesarean scar pregnancy(CSP), Hydatidiform mole, Molar CSP

**Figure 2.**



*The hCG levels during the treatment*

**Figure 1A-B/C**



A-B.Ultrasound findings of the CSP and HM C.T2W Images in MRI

# 2. MİNİMAL İNVAZİV JİNEKOLOJİK CERRAHİ KONGRESİ

13 - 16 Şubat 2019

Wyndham Grand İstanbul - Levent



Table 1

Case	Patient age (y)	No. of previous CS	Presentation	Diagnosis method	Treatment	b-hcg resolution (wk)
Wu et al, 2006	31	1	Persistent symptoms after D/C for partial mole suspect	USG, pathology	D/C	Not mentioned
Michener and Dickson, 2009	33	2	Vaginal bleeding (delayed by 10 mo)	Emergency hysterectomy	Intrauterine sac MTX injection	Not mentioned
Ko et al, 2011	34	2	Persistent symptoms after medical termination	USG, pathology	Suction curettage	7
Dagdeviren et al, 2017	34	1	No symptoms, menstrual delay 1 week	USG, pathology	Wedge resection	4
Ling et al, 2018	28	1	Vaginal bleeding and abdominal pain	USG, MRI and pathology	Suction curettage under uterine arterial embolization	9
Present Case	25	1	Vaginal bleeding and abdominal pain	USG, MRI	Systemic MTX injection	7

. A summary of the reported cases of molar CSP

# 2. MİNİMAL İNVAZİV JİNEKOLOJİK CERRAHİ KONGRESİ

13 - 16 Şubat 2019

Wyndham Grand İstanbul - Levent



## PP-11

### Manchester-Fothergill operasyonu: Uterus koruyucu cerrahide tek merkez deneyimi

*Sezin Ertürk Aksakal, Yeşim Aydın, Ali Rıza Doğan, Şadıman Kıykaç Altınbaş, Fulya Kayıkçıoğlu, Ömer Lütfi Tapısız, Özlem Moraloğlu Tekin Jinekoloji Kliniği, Etlik Zübeyde Hanım Kadın Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Ankara, Türkiye*

**GİRİŞ:** Pelvik organ prolapsusu kas ve bağ doku desteğinin azalması nedeni ile meydana gelen ve sistosel, rektosel ve/veya uterin prolapsus şeklinde karşımıza çıkan bir durumdur. Uterin prolapsus cerrahisinde altın standart bir yöntem bulunmamakla birlikte histerektomi ya da uterus koruyucu yaklaşımlar uygulanmaktadır. Manchester operasyonu ilk kez 1881 yılında İngiltere de Archibald Donald tarafından tanımlanmış, 1921 yılında William Edward Fothergill'in kalan serviks dokusunun kardinal ligamanını sütüre etmesiyle geliştirilmiştir. Manchester-Fothergill operasyonunun kür oranı %92-95 olarak rapor edilmiş ve vajinal histerektomiye kıyasla daha az komplikasyon oranına sahip olduğu bildirilmiştir. Çalışmamızda, 2012-2018 yılları arasında minimal invaziv yaklaşım ve uterus koruyucu cerrahi ön planda tutularak Manchester-Fothergill operasyonu yapılan hastaların retrospektif analizini literatüre kazandırmak amaçlanmıştır.

**MATERYAL & METOD:** Çalışmaya hastanemiz Jinekoloji Kliniği'nde 2012-2018 yılları arasında uterin prolapsus/elongasyo kolli nedeniyle Manchester-Fothergill operasyonu yapılan toplam 48 hasta dahil edildi. Evre 2-4 uterin prolapsusu olup histerektomi istemi olan (>45 yaş), evre 3-4 uterin prolapsusu olup uterusun korunmasını isteyen hastalar (bu hastalara kliniğimizde laparoskopik sakrohisteropeksi uygulanmaktadır), anormal servikal smear veya uterin malignite saptanan hastalar çalışma dışında bırakıldı. Pelvik organ prolapsusu, Pelvic Organ Prolapse Quantification System (POP-Q) ile evrelendirildi. Üriner semptomlar the International Continence Society (ICS) kriterlerine göre belirlendi. Preoperatif tüm hastalardan servikal smear ve endometrial örnekleme yapıldı. Hastaların demografik özellikleri olarak yaş, gravida, parite, vücut kitle indeksi (VKİ), sistemik hastalık varlığı, menopoz statüsü ve geçirilmiş operasyon öyküsü araştırıldı. Hastaların uterin prolapsus derecesi, eşlik eden rektosel, sistosel, inkontinans varlığı değerlendirildi. Operasyon süresi, eşlik eden operasyon, preoperatif-postoperatif hemoglobin seviyeleri, postoperatif gaz çıkışı, hastanede kalış süresi, intraoperatif ve postoperatif komplikasyon varlığı kaydedildi.

**BULGULAR:** Hastaların ortalama yaşı  $39.4 \pm 7.8$ , gravida  $3.9 \pm 2.1$ , parite  $3.0 \pm 1.6$ , VKİ  $27.9 \pm 3.0$  kg/m<sup>2</sup> olarak saptandı. Sistemik hastalık 13 hastada belirlendi (Tablo 1). Daha önce 16 hasta, en sık sezaryen sekiyo olmak üzere batin cerrahisi geçirmişti. Hastaların sadece %6.4'ü postmenopozal dönemde idi. Hastaları %70.8'inde evre 3, %29.2'sinde evre 2 elangasyo kolli'nin eşlik ettiği uterin prolapsus saptandı (uterin korpus prolapsusu evre 1-2). Altı hastada rektosel, 6 hastada sistosel, 7 hastada konkomitant stress inkontinans, 2 hastada urge inkontinans mevcuttu (Tablo 1). Operasyon süresi ortalama  $88.9 \pm 39.2$  dakika idi. Preoperatif Hgb  $12.6 \pm 1.2$  gr/dl, postoperatif Hgb  $10.6 \pm 1.0$  gr/dl olarak saptandı. Ortalama hastanede kalış süresi 2.2 gün, postoperatif gaz çıkışı ortalama 1.3 gün idi. Eşlik eden hastalıklar nedeniyle Manchester-Fothergill operasyonuna ek olarak 13 hastaya kolporafi

# 2. MİNİMAL İNVAZİV JİNEKOLOJİK CERRAHİ KONGRESİ

13 - 16 Şubat 2019

Wyndham Grand İstanbul - Levent



anterior/posterior, 6 hastaya transvajinal tape (TVT), 1 hastaya da konkomitant laparoskopik sakrohisteropeksi uygulandı (Tablo 2). Komplikasyon açısından değerlendirildiğinde intraoperatif komplikasyon gözlenmedi. Postoperatif mesane atonisi gelişen 1 hasta (%2.0) mesaneye sonda uygulaması ve mesane jimnastiği sonrası sorunsuz olarak taburcu edildi (Tablo 2). Postoperatif 1. ay kontrolünde hiçbir hastada herhangi bir patoloji saptanmadı.

**SONUÇ:** Uterusun korunacağı elangasyo kollinin eşlik ettiği 1-2. derece uterin desensusu olan hastalarda minimal invaziv bir yaklaşım olan Manchester-Fothergill operasyonunun etkin bir şekilde uygulanabileceği akılda tutulmalıdır. Düşük komplikasyon oranları, erken iyileşme süreci ve başarılı sonuçları ile tercih edilebilir bir yöntem olduğu bilinmelidir.

**Anahtar Kelimeler:** uterin prolapsus, Manchester-Fothergill operasyonu, uterus koruyucu cerrahi

## Manchester-Fothergill operasyonu yapılan hastaların demografik özellikleri ve preoperatif muayene bulguları

Parametre	Değer
Yaş (yıl) [ort. ± SD (min-max)]	39,4±7,8 (27-76)
Gravida [ort. ± SD (min-max)]	3,9± 2,1 (1-12)
Parite [ort. ± SD (min-max)]	3,0±1,6 (1-10)
VKI (kg/m <sup>2</sup> ) [ort. ± SD]	27,9±3,0
Sistemik hastalık	
DM (n)	1
HT (n)	4
Hipotroidi (n)	5
Astım (n)	3
Operasyon öyküsü	
C/S (n)	12
Kolesistektomi (n)	3
Apendektomi (n)	1
Menopoz durumu	
Postmenopoz n (%)	3 (%6.4)
Premenopozal n (%)	45(%93.6)
Uterin prolapsus/elongasyo kolli	
1 n (%)	1(2.1)
2 n (%)	13(%27.1)
3 n (%)	34 (%70.8)
Rektosel 0 n(%)	10 (20.8)
1 n(%)	9 (%18.8)
2 n(%)	25 (%52.1)
3 n(%)	4 (%8.3)
Sistosel 0 n(%)	8 (%16.7)
1 n(%)	8 (%16.7)
2 n(%)	19 (%39.6)
3 n(%)	13 (%27.1)
Inkontinans	
Stres	7 (%14.5)
Urge	2 (%4.2)

VKI: Vücut kitle indexi, DM: Diabetes Mellitus, HT: Hipertansiyon, Cs: sezaryen seksiyi





## Manchester-Fothergill operasyonu yapılan hastaların operasyonel özellikleri

Parametre	Ort ±SD
Operasyon	28
-Manchester-Fothergill (n)	13
-Manchester -Fothergill+CA ve veya CP (n)	
-Manchester-Fothergill+TVT (n)	6
-Manchester- Fothergill+ sakrohisteropeksi (n)	1
Operasyon süresi (dk)	88.9±39.2
Preoperatif Hgb (gr/dl)	12.6±1.2
Postoperatif Hgb (gr/dl)	10.6±1.0
Postoperatif gaz çıkışı (gün)	1.3
Hastanede kalış süresi (gün)	2.2
İntraoperatif komplikasyon	0
Postoperatif komplikasyon Mesane atonisi	1(%2.0)
Postoperatif 1. Ay kontrol	0

Hgb: hemoglobin CAP: kolporafi anteroposterior, TVT: Transvajinal tape, CA: Kolporafi anterior, CP: Kolporafi posterior

**AuthorToEditor:** Sayın Bilimsel Komite, Minimal invaziv yaklaşım ön planda tutularak, uterus koruyucu cerrahi bir operasyon olan Manchester-Fothergill operasyonunu ile ilgili deneyimlerimizi tersiyer merkez olarak saygın kongremizde paylaşmak istedik. Saygılarımızla.



## PP-12

**Laparoscopic box training with four different modules in a tertiary education and research hospital, Ankara, Turkey**

*Ömer Lütfi Tapısız, Sadıman Kiykac Altınbaş, Özlem Moraloglu Tekin*

*Department of Gynecology, University of Health Sciences, Etlik Zubeyde Hanim Women's Health Training and Research Hospital, Ankara, Turkey*

Laparoscopic surgery (LS) has had a fundamental role in gynecology over the past 2 decades. Because laparoscopic surgery is now widely accepted, training the residents to perform laparoscopic procedures is essential. Therefore, simultaneously, the interest for training programs to teach technical skills is gaining ground rapidly. LS has obtained a major position within surgical specialties. For LS, additional psychomotor and hand-eye coordination skills are needed. To learn these skills, effective preclinical simple box trainers have been developed. In the light of these data, we created a well-designed LS training room (Figure 1), and arranged four different modules. Here, we would like to present our hospitals' LS training room and box trainers, and also indicate the importance of these training activities in residents' education.

In Figure 2; Training Module (TM) 1 is presented. In this TM; the surgeon should attach the rings to the nails with paying attention to their colors and sizes. In this process, the surgeon should also change the rings between the right and left hands. In Figure 3; TM 2 is presented. In this TM; the surgeon should place the pins in wooden hollows with paying attention to their colors. In this process, the surgeon should firstly pick the pins up from their color parts, then change them between the right and left hands via holding the needle part. In Figure 4; TM 3 is presented. In this TM; the surgeon should attach the small plastic pipes to the nails with paying attention to their colors. In Figure 5; TM 4 is presented. In this TM; the surgeon should pass the rope through the metal rings with the help of both hands. The direction should be from left to right and down/up to up/down.

In our opinion, for developing the effective and complete laparoscopic training programs, these integrated modules can be a practical answer. All these training modules improve the laparoscopic skills, and training with a virtual reality simulator or box trainer should be considered before actual laparoscopic procedures are carried out. Therefore, it should be kept in mind that, laparoscopic training hospitals should coordinate a laparoscopic training room that includes a traditional box trainer or both with box trainers and a virtual reality simulator.

**Keywords:** Laparoscopy, Training, Box, Module, Skill



Figure 1. View of the training room

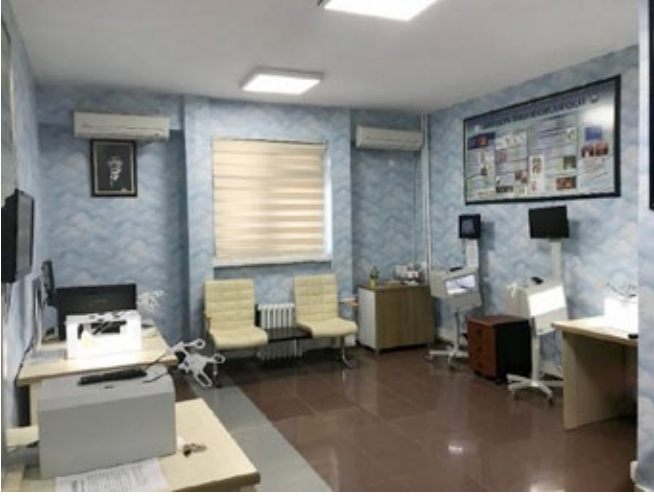


Figure 2. Training module 1





TÜRK JİNEKOLOJİK ENDOSKOPİ PLATFORMU

## 2. MINİMAL İNVAZİV JİNEKOLOJİK CERRAHİ KONGRESİ

13 - 16 Şubat 2019

Wyndham Grand İstanbul - Levent

Figure 3. Training module 2



Figure 4. Training module 3

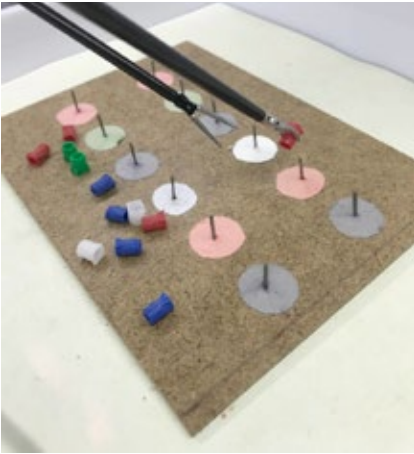




Figure 5. Training module 4



**AuthorToEditor:** Laparoscopic surgery (LS) has had a fundamental role in gynecology over the past 2 decades. Because laparoscopic surgery is now widely accepted, training the residents to perform laparoscopic procedures is essential. Here, we would like to present our hospitals' LS training room and box trainers, and also indicate the importance of these training activities in residents' education. With our regards, Omer Lutfi Tapisiz, MD, PhD

# 2. MİNİMAL İNVAZİV JİNEKOLOJİK CERRAHİ KONGRESİ

13 - 16 Şubat 2019

Wyndham Grand İstanbul - Levent



## PP-13

### Sezaryen Doğum Sonrası Endomyometrit ve Batın İçi Apsenin Açık Batın ile Yönetimi

*Şeyma Yesirialoğlu, Tolga Karacan, Şefik Eser Özyürek, Hakan Güraslan*

*Sağlık Bilimleri Üniversitesi Bağcılar Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Ana Bilim Dalı, İstanbul*

**Giriş:** Tüm dünyada sepsisin anne ölümlerinin %15'inin nedeni olduğu tahmin edilmektedir. Modern antibiyotiklerin kullanılmasıyla beraber sezaryen ve vajinal doğum sonrası apseler nadir görülmeye başlamıştır. Müdahaleli doğum, uzamış membran rüptürü, kötü prenatal bakım, travayın 2. evresinin uzaması, intrauterin monitorizasyon, sık vajinal muayene asendan jinekolojik enfeksiyonlara yol açmaktadır. Olgu sunumumuzda, sezaryen doğum sonrası preop antibiyotik profilaksisine rağmen gelişen yaygın intraabdominal enfeksiyonun Vacuum-Assisted Closure (VAC) ile tedavi yöntemi tartışılmıştır.

**Olgu:** 32 yaşında gravida 3, parite 2, geçirilmiş 2 tane sezaryen doğumu olan hasta 38. gebelik haftasında acil polikliniğe karın ağrısı şikayeti ile başvurdu. Bimanual muayenede, servikal 7-8 cm dilatasyonu ve % 70 efasmanı olan hastanın su gelişi yoktu. Acil olarak sezaryene alınan hastada intraoperatif herhangi bir komplikasyon meydana gelmedi. Postop 2. gününde laboratuvar parametreleri normal olan, yara yeri temiz olan hasta, günde iki kez oral 500 mg cefuroxime aksetil (Cefaks®) tedavisi ile taburcu edildi. Bir hafta sonra acil polikliniğine yara yerinde akıntı şikayeti ile başvurdu. İnsizyon hattında yaklaşık 1 cm'lik açıklıktan kötü kokulu, pürülan karakterde akıntı gelmekteydi. Transvaginal ultrasonografide uterus beklenen postpartum dönem ile uyumlu ve intrauterin restizlenmedi. Adneksler doğal idi. Douglasta 70x35 mm'lik serbest sıvı izlendi. Laboratuvar incelemesinde CRP:308.13 mg/dl, Wbc:18.69 10<sup>3</sup>/uL, Hb:9.3 g/dl, Htc:%30.2 geldi. Yatış önerisini kabul etmeyen hasta, 3 gün sonra polikliniğe başvurduğunda insizyon hattında 3 cm'lik açıklıktan pürülan ve kötü kokulu akıntı gelmekteydi. Transabdominal ultrasonografide uterus etrafında ve karaciğer altına kadar uzanan yaygın koagülüm ve/veya apse görünümü mevcuttu. Laboratuvar incelemesinde CRP:266.6 mg/dl, Wbc:28.14 10<sup>3</sup>/uL, Hb:9 g/dl, Htc:%29,9 idi. Bilgisayarlı tomografide (BT) apse formasyonu ekarte edilemedi ve batında yaygın yüksek dansiteli sıvı koleksiyonu izlenmesi üzerine hasta acil laparotomiye alındı. Eksplozasyonda batında yaygın enfeksiyon, uterus komşuluğundan karaciğer ve dalak altına uzanan apse formasyonu ve membranlar izlendi (Resim1). Apse içeriği aspire edilerek yaklaşık 2-3 litre püvy boşaltıldı. Endomyometrit nedeni ile histerektomi ve bilateral salpenjektomi yapıldı. Genel cerrahi uzmanının da önerisi ile açık batın kararı alınan hastaya VAC (Vacuum-assisted closure) uygulandı. Postop yoğun bakım ünitesine alınan hasta günde 3 defa 4,5 g intravenöz piperasilin tazobaktam (Tazocin®) ve günde 2 defa intravenöz 1 g meropenem (Meronem®) tedavileri verildi. Toplamda 7 kez laparotomi yapılarak, batın içi bol steril izotonik serum fizyolojik ile yıkandı. Postop 14. günde klinik tablonun düzelmesi ve batın içinde apse lokülasyonu görülmemesi üzerine batın kapatıldı. Antibiyotik tedavisine devam edildi. Batın kapatıldıktan 8 gün sonra laboratuvar parametreleri normal gelen, genel durumu stabil, insizyon hattı temiz olan hasta taburcu edildi.



**Tartışma ve Sonuç:** Günümüzde en çok tercih edilen majör batin operasyonlarından olan sezaryen ile doğum puerperal maternal enfeksiyonlar için en büyük risk faktörüdür. Acil olarak sezaryene alınan olgularda risk artmaktadır. Sezaryen doğum sonrası batin içi apse nadir görülmekte olup 10 cm ve üzerindeki apselerde rüptür riski fazladır. Son zamanlarda gastrointestinal cerrahilerde ve açık batin yaralarında kullanılan VAC, yara içerisine yerleştirilen bir köpük yardımıyla kontrollü negatif basınç uygulayarak yara granülasyonunu artırır. Olgumuzda son derece yüksek mortalite ve morbiditeye sahip yaygın batin içi apsenin tedavisinde VAC uygulaması, batin içi debritleme ve uygun geniş spektrumlu antibiyotik tedavilerinin başarılı kombinasyonu tartışılmıştır.

**Anahtar Kelimeler:** intraabdominal apse, sezaryen doğum, vacuum assisted closure

Resim 1



VAC uygulaması öncesi görünüm

Resim 2



VAC uygulaması sonrası görünüm

# 2. MİNİMAL İNVAZİV JİNEKOLOJİK CERRAHİ KONGRESİ

13 - 16 Şubat 2019

Wyndham Grand İstanbul - Levent



## PP-14

### İlk Trimester Gebelikte Adneksiyal Torsiyonun Minimal İnvaziv Yönetimi: Olgu Sunumu

*Fatma Aslıhan Dumlu, Gülay Taktakoğlu*

*Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği*

**GİRİŞ:** Adneksiyal torsiyon en sık görülen jinekolojik acillerden biridir ve her yaş grubunda görülebilir. Cerrahi yönetiminde, eğer tubal ya da ovaryan malignite şüphesi yoksa, laparoskopik yaklaşım tercih edilir. Gebelikte laparoskopik cerrahi için en ideal dönem geç ikinci trimester olmakla birlikte her trimesterde güvenle uygulanabilir. Aşağıda kliniğimizde adneksiyal torsiyon nedeniyle laparoskopik olarak tedavi edilmiş gebelik olgusu sunulmaktadır.

**OLGU:** 21 yaş Gravida 1 Para 0 hasta ani başlayan sağ alt kadranda ağrısı nedeniyle başvurdu. Muayenede sağ alt kadranda hassasiyet mevcuttu. USG'de 9 hafta 5 gün ile uyumlu canlı gebelik, sağ overde 3 cm'lik corpus luteumla uyumlu kistik yapı, over boyutlarında artış ve stromal ödem izlendi. Doppler incelemede kanlanma net izlenemedi. Tam kan sayımı, biyokimya ve idrar sonuçları doğaldı. Laparoskopi kararı alındı. Eksplorasyonda sağ adneks 2 tur torsiyone idi. Laparoskopik detorsiyon işlemi uygulandı. Postoperatif komplikasyon izlenmedi. Hasta postoperatif 2. gün taburcu edildi.

**TARTIŞMA:** Gebelikte akut başlangıçlı pelvik ağrı varlığında, özellikle adneksiyal torsiyon riskinin artmış olduğu akılda tutulmalı, uterus ve adneksleri içeren kapsamlı bir değerlendirme yapılmalıdır. Laparoskopik cerrahi gebeliğin her trimesterinde güvenle uygulanabilir ve laparotomiye göre daha güvenli görünmektedir.

**Anahtar Kelimeler:** Adneks, torsiyon, gebelik, laparoskopi



# 2. MİNİMAL İNVAZİV JİNEKOLOJİK CERRAHİ KONGRESİ

13 - 16 Şubat 2019

Wyndham Grand İstanbul - Levent



## PP-15

### Female-Male transseksüalizmde total laparoskopik histerektomi: Nelere dikkat edelim?

Ömer Lütfi Tapısız, Fulya Kayıçioğlu, Şadıman Kıykaç Altınbaş

Jinekoloji Bölümü, Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Etlik Zübeyde Hanım Kadın Sağlığı Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Ankara, Türkiye

Kişinin kendisini karşı cinsiyette algılaması, biyolojik cinsiyeti ile ilişkili özelliklerden aşırı rahatsızlık duyması, bunları gizleme çabası içerisinde olması ve karşı cinsin birincil ve ikincil cinsiyet özelliklerine sahip olmak istemesi ile karakterize cinsel kimlik sapması transseksüalizm olarak isimlendirilmektedir. Bu durum male-female veya female-male (FTM) şeklinde karşımıza çıkabilmektedir. Cinsiyet değişimine karar veren bir birey profesyonel psikolojik danışmanlık sonrasında tanı fazını tamamladıktan sonra hormonal terapi almakta ve karşı cins olarak hayatı deneyimlemektedir. Hukuki boyut sonrası süreç devam ederse, son olarak cinsiyet değişimine yönelik operasyonlar planlanmaktadır. FTM transseksüalizm cerrahisinde en önemli basamaklardan biri de iç genitalyanın alınmasıdır. Bu amaçla yapılan total histerektomi+bilateral salpingooferektomi (TH+BSO) operasyonunda minimal invaziv yol birincil olarak tercih edilmektedir. Bu hastaların sıklıkla virjin ve nullipar olmaları, uzun yıllar testosteron kullanım öyküsüne bağlı dar ve atrofik bir vajene sahip olmaları sebepleri ile, planlanan histerektomi operasyonu için vajinal yaklaşım pek uygun olamamaktadır. Bu nedenle bu hastalarda sıklıkla total laparoskopik histerektomi (TLH) tercih edilmektedir. Bu sunumda konuyla ilgili en önemli referans merkezlerden biri olan hastanemizin deneyimlerinden faydalanılarak, FTM transseksüalizm cerrahisinde yapılan TLH+BSO prosedüründeki farklılıklara değinilmesi ve cerrahi sırasında dikkat edilmesi gereken noktaların vurgulanması amaçlandı.

FTM transseksüalizm TLH+BSO cerrahisinde;

- 1) Olgular sıklıkla virjin, nullipar olduğundan ve uzun süre testosteron kullanım öyküleri neticesinde dar ve atrofik bir vajene sahip olduklarından, uterin manipülatör (UM)'ün takılması aşamasında ciddi zorlukla karşılaşılabılır. Olabildiğince küçük servikal kapa sahip, yapısal olarak nispeten küçük UM'ün seçilmesi daha uygun bir yaklaşım olacaktır.
- 2) UM takılırken sıklıkla himenal kanama oluşmaktadır. Bu oluşabilecek kanamalar cerrahiye geçilmeden önce dikkatlice kontrol edilmeli, hemostaz uygun şekilde sağlanmalıdır. Kontrol edilmemesi ve hemostaz sağlanmaması durumunda operasyon boyunca kanamanın devam edebileceği ve ciddi kan kaybına sebep olabileceği unutulmamalıdır.
- 3) Uzun yıllar testosteron kullanımına bağlı karın kasları ve abdominal fasiada oluşabilecek sertleşme ve değişikliklere bağlı umbilikustan ilk giriş esnasında (gerek Veress iğnesi, gerekse trokar ile) zorluk yaşanabilir. Rutinde hissettiğimiz çift klik sesi bu olgularda alınmayabilir. İlk girişte azami kontrol ve dikkatli giriş sağlanmalıdır.
- 4) Testosteron kullanımına bağlı uterusu çevreleyen ve tutan tüm fascia ve bağlarda sertleşme ve kalınlaşma görülebilmektedir. Buna bağlı;
  - a) Mesanenin düşülmesi sırasında vezikouterin fascia diseksiyonunda zorluk gözlenebilir.
  - b) Kardinal ligaman ve uterosakral ligamanların diseksiyonunda zorlukla karşılaşılabılır ve beklenenden daha fazla kanama görülebilir. Bu duruma uygun şekilde hareket edilmesi ve hemostaza dikkat edilmesi önemlidir.

## 2. MİNİMAL İNVAZİV JİNEKOLOJİK CERRAHİ KONGRESİ

13 - 16 Şubat 2019

Wyndham Grand İstanbul - Levent



5) Testosteron kullanımına bağlı vajen çok atrofik ve ince olduğundan normalden daha düşük bir enerji ile (30-40 W) kolpotominin tamamlanabileceği bilinmelidir.

6) Bu olgularda vajenin atrofik ve ince olması sebebiyle vajen cuff kapatılırken gereğinden fazla traksiyon uygulanması vajinal dokuda yırtılmalara neden olabilir. Bu aşamada sütürlerin kalın ve transvers alınması ve traksiyonun kontrollü bir şekilde yapılması bu sorunu ortadan kaldıracaktır.

7) Olguların büyük çoğunluğu her ne kadar <30 yaş olsa da, psikolojik nedenlere bağlı çoğunda sigara bağımlılığının olabileceği unutulmamalıdır. Bu nedenle postoperatif bir hafta boyunca düşük molekül ağırlıklı heparin ile profaksi bu hastalarda uygun bir yaklaşım olacaktır.

Sonuçta; FTM transseksüalizm cerrahisinin en önemli komponentlerinden biri olan TLH+BSO prosedüründe yukarıda sıralanan farklılıkların olabileceği akılda tutulmalı ve operasyon sırasında bu noktalara azami özen gösterilerek hareket edilmelidir.

**Anahtar Kelimeler:** Female-Male, Transseksüalizm, Total Laparoskopik Histerektomi, Farklılıklar

**AuthorToEditor:** Sayın Başkan ve Bilimsel Komitenin değerli üyeleri, Female-Male transseksüalizm cerrahisinde (TLH+BSO) en önemli referans merkezlerden biri olan hastanemizin deneyimlerinden faydalanılarak, FTM transseksüalizm cerrahisinde yapılan TLH+BSO prosedüründeki farklılıklara değinilmesi ve cerrahi sırasında dikkat edilmesi gereken noktaların vurgulanması bu sunumda amaçlandı. Saygılarımızla, Doç. Dr. Ömer Lütfi Tapısız

# 2. MİNİMAL İNVAZİV JİNEKOLOJİK CERRAHİ KONGRESİ

13 - 16 Şubat 2019

Wyndham Grand İstanbul - Levent



## PP-16

### Asemptomatik postmenopozal endometrial kalınlık artışının değerlendirilmesinde histeroskopinin rolü

Vehbi Yavuz Tokgöz, Tufan Öge

Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, Eskişehir

**AMAÇ:** Asemptomatik postmenopozal endometrial kalınlık artışı olan olgularda histeroskopinin etkinliğinin ve histopatolojik bulgular ile ilişkisinin belirlenmesi

**MATERYAL-METOD:** Retrospektif olarak planlanan çalışmamız, kliniğimizde gerçekleştirilen işlemlerin 2 yıllık verileri arasında transvajinal ultrasonografide(TVUS) endometrium kalınlığı >5 mm olan asemptomatik postmenopozal kadınların analizi ile gerçekleştirilmiştir. TVUS'de endometrium kalınlığı >5 mm olan hastalara ofis koşullarında histeroskopi ve endometrial biyopsi örnekleme uygulanmıştır. Histeroskopi bulguları normal görünümde endometrial kavite, hiperplazik görünüm, endometrial polip görünümü, submuköz myom görünümü ve tümör/karsinom görünümü olarak belirlenmiştir. Histopatolojik değerlendirmeler; normal veya atrofik bulgular, endometrial polip, leiomyoma uteri, basit endometrial hiperplazi, atipili/kompleks endometrial hiperplazi, endometrial karsinom ve yetersiz materyal olarak sınıflandırılmıştır. Yapılan ofis histeroskopi ve histopatolojik inceleme sonuçları karşılaştırmalı olarak analiz edilmiş, histeroskopinin predikte edici etkisi sensitivite, spesifisite, pozitif ve negatif prediktif değerlerine göre değerlendirilmiştir.

**BULGULAR:** Retrospektif analizde 168 hasta değerlendirilmiş, eksik verileri olan ve histopatolojik inceleme sonuçlarına ulaşamayan 62 hasta çalışma dışı bırakılmıştır. Toplamda 106 hasta çalışma grubu olarak belirlenerek analizler gerçekleştirilmiştir. Hastaların ortalama yaşları(yıl), menopoz yaşları(yıl) ve endometrium kalınlıkları(mm) sırasıyla;  $55.3 \pm 8.5$ ,  $47.8 \pm 5.4$  ve  $9.5 \pm 4.2$  olarak tespit edilmiştir. Histopatolojik bulguların dağılımına bakıldığında normal veya atrofik bulgular, endometrial polip, leiomyoma uteri, basit endometrial hiperplazi, atipili/kompleks endometrial hiperplazi, endometrial karsinom ve yetersiz materyal oranları sırasıyla 9(%8.5), 61(%57.5), 6(%5.7), 16(%15.1), 5(%4.7), 1(%0.9) ve 8(%7.5) olarak saptanmıştır(Tablo 1). Yapılan analizde 8 hastanın patoloji sonucu yetersiz materyal olarak gelmiştir, bu hastaların 5'inde histeroskopi bulgusu olarak normal bulgular tespit edilmiştir. Histeroskopi bulguları değerlendirildiğinde ise normal görünüm, hiperplazik görünüm, endometrial polip, submuköz myom ve tümör/karsinom görünümü olarak sırasıyla 30(%28.3), 16(15.1), 53(%50), 6(%5.7) ve 1(%0.9) olguda tespit edilmiştir. Histeroskopi incelemesinin nihai tanı yöntemi olan histopatolojik sonuçlarını öngörme durumunu değerlendirmek için yapılan ve her bulgu için ayrı ayrı gerçekleştirilen analizde histeroskopinin en duyarlı olduğu normal veya atrofi bulguları olan ve ikinci sırada en duyarlı olduğu ise endometrial polip saptanan olgular olarak belirlenmiştir(Tablo 2). Duyarlılığının en düşük olduğu lezyon ise endometrial hiperplazi olguları olmuştur.

# 2. MİNİMAL İNVAZİV JİNEKOLOJİK CERRAHİ KONGRESİ

13 - 16 Şubat 2019

Wyndham Grand İstanbul - Levent



**SONUÇ:** Histeroskopi, ayaktan poliklinik koşullarında kolay bir şekilde uygulanabilecek bir işlemdir. Asemptomatik postmenopozal hastalarda histeroskopi uygulanarak ön tanının belirlenmesi ve buna göre yaklaşımda bulunulması önemlidir. Kesin tanı histopatoloji olsa da histeroskopi ile özellikle uterin kavitede yer kaplayan oluşumlar(endometrial polip ve submuköz myom gibi) tespit edilebilmekte ve gerekirse ileri cerrahi yöntemlere geçilebilmektedir. İnsidental saptanan postmenopozal endometrial kalınlık artışı olgularında histeroskopinin yeri özellikle benign patolojilerde direkt görüntüleme sağlaması ve şüpheli durumlarda biyopsi imkanı sağlaması açısından daha da önemli hale gelmektedir.

**Anahtar Kelimeler:** postmenopoz, endometrial kalınlık artışı, histeroskopi

**Tablo 1. Histeroskopi ve Histopatoloji sonuçlarının karşılaştırılması**

Histeroskopi	Histopatoloji							Toplam(%)
	Normal/Atrofi	Endometrial polip	Leiomyoma uteri	Basit Hiperplazi	Atipili/Kompleks Hiperplazi	Karsinom	Yetersiz	
Normal/Atrofi	7	11	1	5	1	0	5	30(28.3)
Hiperplazi	1	4	0	7	4	0	0	16(15.1)
Polip	1	46	1	3	0	0	2	53(50)
Submuköz myom	0	0	4	1	0	0	1	6(5.7)
Tümör/Karsinom	0	0	0	0	0	1	0	1(0.9)
Toplam	9	61	6	16	5	1	8	106(100)

**Tablo 2. Histeroskopinin sensitivite, spesifisite, pozitif prediktif ve negatif prediktif değerleri**

	Sensitivite	Spesifisite	PPD	NPD
Normal/Atrofi	77.8	79.8	28.0	97.2
Hiperplazi	52.4	93.5	68.7	87.8
Polip	75.4	81.0	86.8	66.7
Submuköz Myom	66.7	98.9	80.0	97.8
Tümör/Karsinom	100	100	100	100

PPD, pozitif prediktif değer NPD, negatif prediktif değer

# 2. MİNİMAL İNVAZİV JİNEKOLOJİK CERRAHİ KONGRESİ

13 - 16 Şubat 2019

Wyndham Grand İstanbul - Levent



## PP-17

### Submuköz Myomların Histeroskopik Yönetimi: Kısa Dönem Sonuçlar

*Şadımın Kıykaç Altınbaş, Erdiç Karakaş, Ömer Lütfi Tapısız, Fulya Kayıkçıoğlu, Özlem Moraloğlu Tekin Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Etlik Zübeyde Hanım Kadın Sağlığı Uygulama ve Araştırma Hastanesi, Ankara*

**AMAÇ:** Semptomatik submuköz myom olgularında histeroskopik myomektomi sonuçlarının değerlendirilmesi

**MATERYAL-METOD:** Ocak 2016-Ekim 2018 tarihleri arasında Etlik Zübeyde Hanım SUAM Jinekoloji Kliniği'nde histeroskopik myomektomi yapılmış olan semptomatik submuköz myom olguları retrospektif olarak değerlendirildi. Hastaların demografik özellikleri, intraoperatif ve postoperatif bulguları, komplikasyon, re-operasyon bulguları not edildi. Postoperatif dönem hasta memnuniyet ve menstrual siklus değerlendirmeleri oluşturulan anket formuyla sorgulanarak kaydedildi.

**BULGULAR:** Hastaların yaş, gravida, vücut kitle indeksleri sırasıyla  $43.8 \pm 5.96$  yıl, 3 (0-10),  $29.3 \pm 5.22$  kg/m<sup>2</sup> idi. Tamamı semptomatik olan hasta popülasyonunda en sık semptomun anormal uterin kanama paterni (%85.8) olduğu kaydedildi (Tablo I). Opere edilen myomların %22.4'ü (n=19) Tip 0, %67.1'i (n=57) Tip I, %10.5'u (n=9) Tip II myom şeklinde olup (FIGO Klasifikasyon sistemi), olguların %71.7'sini 2-4 cm arası myomlar oluşturmaktaydı. Sekiz olguda (%9.4) rezidü myom tanısıyla histeroskopik rezeksiyon tekrar uygulandı. Bu olguların tamamında myom boyutu 3.1-4 cm boyutunda, %75'i (n=6) Tip I myom vasfındaydı (Tablo II). Dört hastada (%4.7) histeroskopi sırasında sıvı defisiti gelişmesi, 2 hastada medikal tedaviye yanıtı kanama komplikasyonları dışında komplikasyon kaydedilmedi. Postoperatif semptom ve uygulanan operasyonla ilişkili memnuniyet değerlendirmesi yapılan hastaların %9.4'üne (n=8) telefonla ulaşılamadı, ulaşılan hastaların %81.8'i (n=63) memnuniyet bildirdi (Tablo III). Sekiz hastanın tekrar opere edildiği (histeroskopik myomektomi), 1 hastanın postoperatif 12. ayda histerektomi operasyonu geçirdiği kaydedildi. Şikayetlerinin devam ettiğini belirten hastaların (yaş=  $43.9 \pm 5.35$ ) siklus sorgulamasında 13 hastada intermenstruel kanama paterni saptanırken (rezidü myom dokusu yok), 1 hastada aşırı menstruel kanama şikayetine devam ettiği not edildi.

**SONUÇ:** Histeroskopik myom rezeksiyonu operasyonları güvenli, efektif ve sonuçları yüz güldürücüdür. Minimal invaziv bir yöntem oluşu, diğer yöntemlerle karşılaştırıldığında düşük maliyetli, düşük riskli olması ve deneyimli ellerde semptomlarda sağladığı dramatik düzelleme sebepleriyle seçilmiş uygun hasta gruplarında ön plana çıkmaktadır. Özellikle boyutu büyük Tip I-II myom olgularında total myom rezeksiyonu ve tam küre ulaşabilmek adına 2. seans histeroskopi gerekebileceği konusunda detaylı hasta bilgilendirmesi yapılmalıdır.

**Anahtar Kelimeler:** Histeroskopi, submuköz myom, rezeksiyon

**AuthorToEditor:** Sayın Bilimsel Kurul Üyeleri, Hocalarım, Kliniğimizde submuköz myom tanısıyla histeroskopik myom rezeksiyonu uyguladığımız hastalarımızın kısa dönem sonuçlarını derlediğimiz sunumumuzu kongremizde sunmayı hedefledik. Saygılarımızla, Doç. Dr. Şadımın Kıykaç Altınbaş

# 2. MİNİMAL İNVAZİV JİNEKOLOJİK CERRAHİ KONGRESİ

13 - 16 Şubat 2019

Wyndham Grand İstanbul - Levent



PP-18

## Anormal Uterin Kanama-Polip: Histeroskopi Sonuçlarımız

*Şadımın Kıykaç Altınbaş, Neslihan Öztürk, Ömer Lütfi Tapısız,*

*Sezin Ertürk Aksakal, Fulya Kayıkçıoğlu, Özlem Moraloğlu Tekin*

*Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Etlik Zübeyde Hanım Sağlık Uygulama ve Araştırma Hastanesi, Ankara*

**AMAÇ:** Preoperatif endometriyal polip ön tanısıyla histeroskopik girişim yapılan semptomatik hastaların değerlendirilmesi

**MATERYAL-METOD:** Ocak 2016-Ocak 2017 tarihleri arasında Etlik Zübeyde Hanım SUAM Jinekoloji Kliniği'nde endometriyal polip öntanısıyla histeroskopik girişim yapılan hastalar retrospektif olarak değerlendirildi. Preoperatif tanı ultrasonografi (USG), salin infüzyon sonografi ya da ofis histeroskopi ile konuldu. Hastaların demografik özellikleri ile birlikte preoperatif, intraoperatif ve postoperatif bulguları, işlem komplikasyonları ve özellikli durumları kaydedildi.

**BULGULAR:** 217 hastanın dahil edildiği çalışmada hastaların %40.1'ini postmenopozal dönem hastaları oluşturmaktaydı. Reprodüktif dönem ve postmenopozal dönem hastaların yaş, gravida, parite değerleri sırasıyla  $41.66 \pm 5.67$  vs  $56.42 \pm 6.5$ , 3 (0-9) vs 3 (0-12), 2 (0-8) vs 3 (0-9) idi (Tablo 1). Reprodüktif dönemin en sık semptomu anormal uterin kanama paterni iken, postmenopozal hasta popülasyonunda postmenopozal kanama en sık karşılaşılan semptomdu. Preoperatif USG ile teyit edilmiş endometriyal kalınlıkta gruplar arasında farklılık tespit edilmedi ( $10.72 \pm 5.1$  vs  $9.9 \pm 5.6$ , NS). İntraoperatif bulguların değerlendirmesinde reprodüktif dönemde saptanan poliplerin %82.3'ünün 2cm ve altı boyutta olduğu, bu oranın postmenopozal dönemde %59.7 olduğu görüldü. Postmenopozal hastalarda 2.1 cm ve üstü poliplerin daha sık saptandığı tespit edildi (%40.1 vs %17.6,  $P < 0.05$ ). Postoperatif histopatolojik değerlendirmelerde reprodüktif dönem 2 hastada endometriyal intraepitelyal neoplazi, 1 hastada skuamöz hücreli karsinom tespit edilirken, polip ön tanısı olan %15.4 hastada endometriyal doku rapor edildiği tespit edildi (Tablo 2), bu oran postmenopozal hasta grubunda %8 olarak kaydedildi.

**SONUÇ:** Anormal uterin kanama etyolojisinde önemli bir yere sahip olan endometriyal polip değerlendirmeleri yapılırken hasta değerlendirilme süreçleri bireyselleştirilmelidir. Özellikle reprodüktif dönem hasta grubunda endometriyal polip görüntüsü endometriyal katlantılarla karışabileceğinden, hasta değerlendirmeleri erken proliferatif dönemde yapılmalıdır. Postmenopozal hasta gruplarında düzenli kontrollerin yapılma gerekliliği hastalarla paylaşılmalı, USG ile kavite değerlendirilmesi ve endometriyal kalınlık ölçümleri titizlikle yapılmalıdır.

**Anahtar Kelimeler:** Endometriyal polip, histeroskopi, ultrasonografi, anormal uterin kanama

**AuthorToEditor:** Değerli Bilimsel Kurul Üyeleri, sayın Hocalarım, Endometriyal polip tanısıyla histeroskopi uygulanan hastaların sonuçlarını derlediğimiz çalışmayı kongremizde sunmayı amaçladık. Saygılarımla, Doç. Dr. Şadımın Kıykaç Altınbaş



## PP-19

### Yaşlı hastada pelvik organ prolapsusuna sekonder gelişen bilateral hidroüreteronefroz tedavisinde bilateral sakrospinöz ligament fiksasyonu

Demet Kokanalı<sup>1</sup>, Mahmut Kuntay Kokanalı<sup>1</sup>, Bekir Sert<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Zekai Tahir Burak Kadın Sağlığı Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Ankara, Türkiye

<sup>2</sup>Karaman Devlet Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum, Karaman, Türkiye

**AMAÇ:** Yaşlı hastada ileri evre pelvik organ prolapsusuna bağlı gelişen bilateral hidroüreteronefroz vakasının tedavisinde sakrospinöz ligament fiksasyonu uygulanabilirliğini sunmak

**OLGU:** 69 yaşında vajinal yolla 3 doğum yapmış hasta kliniğimize idrar yapamama ve bacaklarının arasında aşağıya doğru sarkan kitle şikayetiyle başvurdu. Anamnezinde diabet nedeniyle oral antidiyabetik tedavi kullandığı belirlenen hastanın şikayetlerinin özellikle son 3 ay içerisinde arttığı anlaşıldı. Yapılan muayenesinde kan basıncı 130/90 mmHg; nabız: 84 atım/dk idi. Laboratuvar bulguları; kan üre azotu 59 mg/dl, kreatinin 1.26 mg/dl idi İdrar tahlilinde pH 6.8, dansite 1015 protein (-) olarak saptandı. Pelvik muayenede Baden-Walker Halfway Sistemi'ne göre 4. derece uterin prolapsus ve beraberinde 3. derece sistorektosel tespit edildi (Resim 1). Yapılan abdominal ultrasonografide bilateral grade 3 hidroureteronefroz rapor edildi. Hastaya rejyonel anestezi eşliğinde vajinal histerektomi+ ön-arka kolporafi ve apikal prolapsus tedavisi için bilateral sakrospinöz ligament fiksasyonu uygulandı (Resim 2). Postoperatif 1. Günde üriner kateter çıkartıldı. Sonrasında renal fonksiyon testleri normalleşen hasta idrarını rahat yapmaya başladı. Aktif şikayeti olmayan hasta postoperatif 3. Günde taburcu edildi. Postoperatif 1. Ayda yapılan kontrolünde hastanın herhangi bir şikayeti yoktu ve ultrasonografik değerlendirmede bilateral üreteronefrozda gerileme tespit edildi.

**SONUÇ:** Prolapsus olgularında hidroureteronefroz %7-17 arasında değişen oranlarda rapor edilmiştir ve bu sıklık ve şiddet prolapsus şiddeti ile artmaktadır. Kardinal ligamentler uteroservikal bileşkede ureterlerin üzerinde bir hat oluşturmaktadır. Uterin desensus olgularında uterusun aşağıya doğru yer değiştirmesi sonucunda kardinal ligamentler üreterleri aşağıya doğru iterek kinkleşmeye yol açar ve geçişe mani olabilirler. Bu mekanizma uterin prolapsus olgularında gelişen hidroureteronefrozun sebebi olarak ileri sürülmüştür. Dolayısıyla prolabe olan dokuların süspansiyonu bu durumu düzeltmede etkin olabilmektedir. Apikal prolapsus olgularında vajinal yolla uygulanan sakrospinöz ligament fiksasyonu genel ya da rejyonel anestezi eşliğinde yapılabilen, doğal dokuların kullanıldığı, kısa operasyon süresine sahip etkin bir cerrahi yöntemdir. Postoperatif dönemde hızlı mobilizasyon ve iyileşme imkanı sağlamaktadır. Bu tür avantajlarından dolayı özellikle yaşlı hastalarda apikal prolapsusun cerrahi tedavisinde kullanılacak bir yöntemdir. Prolapsusa sekonder gelişen hidroureteronefrozun düzeltilmesinde de faydalı olabilmektedir.

**Anahtar Kelimeler:** uterin prolapsus, sakrospinöz ligament fiksasyonu, hidroüreteronefroz



TÜRK JİNEKOLOJİK ENDOSKOPI PLATFORMU

## 2. MİNİMAL İNVAZİV JİNEKOLOJİK CERRAHİ KONGRESİ

13 - 16 Şubat 2019

Wyndham Grand İstanbul - Levent

**Resim 1. Preoperatif görünüm**



**Resim 2. Postoperatif görünüm**





# 2. MİNİMAL İNVAZİV JİNEKOLOJİK CERRAHİ KONGRESİ

13 - 16 Şubat 2019

Wyndham Grand İstanbul - Levent



## PP-20

**Bağlı teknik; sadece iki trokarın kullanıldığı (5 mm ve 10 mm) Laparoskopik ooforektomi tekniği**

***Ihsan Bağlı***

*gazi yaşargil eğitim araştırma hastanesi diyarbakır*

vaka taktimi; 49 yaşında soy geçmişinde özellik olmayan öz geçmişinde sağ nefrektomi ve sezaryen öyküleri olan bayan hastaya sol overyan 6 cm dermoid kist ön tanısı ile laparoskopik ooforektomi planlandı. Gerekli onamlar ve hazırlıklar tamamlandıktan sonra; Genel anestezi altında litotomi pozisyonunda steril şartlar sağlandı. Umbilikustan 10 mm lik bir kesi oluşturuldu veres ile batına girildi, batın içi 14 mmhg basınç altında 10 mm lik trocar umbilikal kesiden batına yerleştirildi ve 10 mm lik optik ile batın içi gözlemlendi. sağ alt abdominal kadranda spina iliaca anterior superiorun 3 cm yukarısından 5 mm lik trocar yerleştirildi ve ardından ligasure ile 6 cm dermoid kist rüptüre edilmeden salpingooforektomi yapılarak serbestleştirildi ve uterus ve mesane arasına koyuldu. Ardından ligasure 5 mm lik torcardan çıkarıldı ve 10 mm lik optik kameradan çıkarıldı ve 5 mm lik optik takılarak 5 mm lik trocardan abdominal kavite gözlemi yapıldı. Daha sonra umbilikustaki 10 mm lik trocardan 10 mm lik endobag abdominal kaviteye yönlendirildi ve intakt sol over kisti ile beraber herhangi bir yardımcı laparoskopik alet kullanılmadan endobage kürekleme yöntemi ile yerleştirildi ve umbilikustaki kesiden endobag torbası ağızlaştırılıp kist ekstrakorporal olarak bistüri ile rüptüre edildi kist içeriği dermoid ile uyumlu idi ve kist küçültülerek tüm overyan doku ile birlikte batın dışına çıkarıldı. Batın içine herhangi bir bulaş olmadan ve kanama kontrolü sağlanmış olarak operasyona son verildi. hasta 1 gün sonra sadece umbilikal ve sağ alt abdominal iki küçük suture kesi ile taburcu edildi.

**Anahtar Kelimeler:** minimal invaziv cerrahi, laparoskopik ooforektomi,

**AuthorToEditor:** Bağlı teknik; Sadece iki trokarın kullanıldığı (5 mm ve 10 mm) Laparoskopik ooforektomi tekniği



## PP-21

**Demonstration of splenectomy and resection of pancreatic tail during cytoreductive surgery in ovarian cancer**

*Burak Ozkose<sup>1</sup>, Ali Kucukmetin<sup>2</sup>*

<sup>1</sup>Department of gynaecology and obstetrics, Beylikduzu Government Hospital, Istanbul, Turkey

<sup>2</sup>Department of gynaecology, Northern Gynaecological Oncology Centre, Gateshead, United Kingdom

Demonstration of splenectomy and resection of pancreatic tail during cytoreductive surgery in ovarian cancer Epithelial ovarian cancer is an aggressive gynecologic neoplasm which often metastasizes to the peritoneum, lung or liver through dissemination or lymphatic and hematogenous route. Although metastases to the pancreas and spleen are not a rare occurrence, in this case, patient had no ascites or other peritoneal spread apart from the splenic and pancreatic metastases. We herein present a case of 63 year-old woman with high grade serous ovarian cancer and multiple organ metastases. In the past medical history, she was diagnosed with grade 2 ductal carcinoma of right breast and underwent mastectomy. The BRCA-2 mutation was positive and CA125 level was 149. She was admitted to hospital due to complain of vaginal bleeding. Magnetic resonance imaging report is 9.5cm complex bilocular mass filling posterior fornix.

She underwent cytoreductive surgery with laparotomy total abdominal hysterectomy, posterior vaginectomy, bilateral pelvic lymph node dissection, en-bloc resection omentum spleen and pancreatic tail in 2012.

Histology shows high grade papillary serous ovarian cancer invading posterior wall of the vagina. Both ovaries, 2/6 left pelvic nodes, 2/8 right pelvic lymph nodes, omentum and pancreatic lymph nodes contained the same tumor.(Figo stage 3c) Then she received six cycles of standard three weekly treatment with carboplatin and paclitaxel. She had no serious postoperative complication. She is still alive and well with no recurrence. In conclusion, we would like to present the surgical technique of splenectomy and distal pancreatic resection as part of ovarian cancer cytoreductive surgery on a well selected patient with excellent outcome and high quality of life.

**Keywords:** cytoreductive, splenectomy, ovarian cancer



## PP-22

### A technique for vaginal cuff closure in total laparoscopic hysterectomy

Gülsüm Uysal, Cevdet Adıgüzel, Şevki Gökşun Gökulu, Hakan Nazik  
Department of Obstetrics and Gynecology, Adana City Education and Research Hospital, Adana, Turkey

**BACKGROUND:** Colpotomy and cuff closure in total laparoscopic hysterectomy (TLH) is particularly considered the most technically challenging part for the surgeon. The altered pelvic anatomy after colpotomy makes it difficult to see the margins of the adjacent organs especially in angular parts.

**OBJECTIVE:** To describe a technique for the vaginal cuff closure in TLH. We aimed to perform easier and strong knots in angular sites of the vaginal cuff in a safer way.

**METHODS:** In this video, we describe our technique for the vaginal cuff closure in TLH. We present the case of a 52 year old (gravida 5 para 5005) women with abnormal bleeding resistant to treatment. The result of endometrial sampling was focal hyperplasia without atypia. She had one previous cesarean section with postpartum tubal ligation. Standard trocar placement (one 10mm umbilical port for camera and three 5 mm operative ports for instrumentation) was used. The uterus was manipulated using a Karl Storz Clermont-Ferrand uterine manipulator. All vascular pedicles were secured by bipolar coagulation. Monopolar coagulation was used during colpotomy. All phases of the TLH were performed according to standart protocol up to colpotomy. Two symmetrical angular sutures including uterosacral ligaments were placed before colpotomy. The suturing technique was performed from posterior to anterior on the line between cervicovaginal junction at 3 and 9 o'clock using uterine manipulator. Therefore, these procedure allows a safe distance from the ureter with the help of the uterine manipulator. Both needles of the sutures were removed to avoid injuries. After colpotomy above the suture lines the detached uterus were removed vaginally and both angular sutures were knotted intra-corporeally. After bleeding control a single layer running suturing metod was used for the vaginal cuff closure. The hemoglobin values were 10.2mg/dl; 9.1mg/dl, preoperative and postoperative; respectively. There were neither intraoperative nor postoperative complications. The patient was discharged on Day 2.

**CONCLUSION:** Placing sutures in both angular parts before colpotomy is an easy and effective procedure for TLH. This suturing can help prevent ureter injury and futuring vaginal cuff prolapse. Moreover it allows a potent and safe suturing.

**Keywords:** Laparoscopic vaginal cuff closure, Laparoscopic suturing, Total laparoscopic hysterectomy

**AuthorToEditor:** Dear Editor, This will be my first video presentation if it is accepted and will remind me Minimally Invasive Gynaecological Surgery Congress 2019 after many years. Yours Sincerely, Gülsüm Uysal

**PP-23****Histeroskopik polipektomi: olgu sunumu***Fazıl Avcı**Akşehir Devlet Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği, Konya*

**Amaç:** Histeroskopik prosedürler endometrial kavitenin değerlendirilmesinde ve tedavisinde altın standarttır. Ayrıca kısa süreli ve minimal bir invaziv gibi avantajlı olmalarından dolayı sıklıkla kullanılmaktadır. Hasta seçimleri genellikle ultrasonografi sonuçlarına göre yapılmaktadır(1). Endometrial polip, myom ve septum rezeksiyonu, rest plasentanın çıkarılması ve de sineşi gibi operasyonlar yapılabilir(2). Biz de kliniğimizdeki histeroskopik rezeksiyonla saptanan endometrial polip olgusunu sunmayı amaçladık.

**Yöntem :** Kliniğimizdeki adet düzensizliği, adet döneminde ağrı şikayeti olan olgumuzun değerlendirilmesidir.

**Olgu:** Olgumuz 40 yaşında, G2P2, adet düzensizliği, adet döneminde ağrı ve kanama miktarının az olması nedeni ile polikliniğimize başvurdu. Jinekolojik değerlendirilmesinde bilateral överler normal görünümde ve endometrial kalınlık 20 mm ve içinde 23x14 mm kitle polip? olarak değerlendirildi. Labaoratuvar değerlendirilmesinde bir özellik yoktu. Operatif histeroskopi yapılan olgumuzun patoloji raporu endometrial polip olarak rapor edildi. Stabil olması üzerine 4 saat sonra taburcu edildi.

**Sonuçlar:** Histeroskopi uterin kavitenin değerlendirilmesinde etkili, güvenli ve minimal bir invaziv prosedürdür.

**Anahtar Kelimeler:** endometrial polip, histeroskopi, ultrason

**Endometrial polip**

uterin kavite içinde 23x13 mm ebatında polip

# 2. MİNİMAL İNVAZİV JİNEKOLOJİK CERRAHİ KONGRESİ

13 - 16 Şubat 2019

Wyndham Grand İstanbul - Levent



PP-24

## Servikal yetmezlik ve serklaj

*Dilruba Karaca, Hatice Argun Atalmış, Süleyman Salman, Bülent Babaoğlu*

*Sağlık Bilimleri Üniversitesi Gaziosmanpaşa Taksim Eğitim Araştırma Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği, İstanbul*

2.Trimesterden itibaren doğum belirtileri,sancı olmaksızın serviksin açılması ve akabinde gebeliğin atılması durumudur.1/200 ile 1/2000 doğumda görülmektedir. tanısı anamnez ve klinik değerlendirme ile konmaktadır.günümüzde servikal uzunluğun ultrasonografik olarak ölçümü yapılmaktadır.tedavisinde cerrahi olmayan yöntemler.aktivite kısıtlaması,yatak istirahati,koitten kaçınma,progesteron uygulamaları,pesser şeklinde sıralanabilir.cerrahi olarak transvajinal ya da abdominal yolla servikse sütür konmasıdır.servikal sütürün ilk trimester sonrası konması profilaktik serklaj,servikal değişikliklerin izlenmesinden sonra konması terapotik serklaj olarak adlandırılmaktadır.terapotik serklajın membran rüptürü sonrası konması ise tersiyer serklaj olarak tanımlanmaktadır.şu anda kullanılan standart transvajinal serklaj yöntemleri McDonald ve Shirodkar teknikleri ve modifikasyonlarını içerir.Transabdominal serviko-istmik serklaj genellikle servikal yetmezlik tanısına dayalı olarak serklaj önerilen ancak anatomik sınırlamalar nedeniyle yerleştirilememiş,2.trimester gebelik kaybıyla sonuçlanmış başarısız transvaginal servikal serklaj prosedürleri durumunda olan hastalar için ayrılmıştır.transabdominal serklaj hekim tecrübesi ya da hasta tercihine bağlı olarak laparotomi veya laparoskopisi ile yapılabilir. abdominal serklaj prosedürleri genellikle geç ilk üçay veya erken ikinci üçay (gebeliğin 10-14 haftası) ya da gebe olmayan dönemde yapılmaktadır.transabdominal serklajda sütür serviko-isthmik bölgeye konur. bu teknik ile yerleştirilen sütürün hareket ederek kayma riski azalır.vajinal serklajda olan ve vajinal enfeksiyon riskini artıran vajendeki yabancı cisim görevi üstlenen sütür materyali de ayrıca bu tür serklajda olmamaktadır. Sütür gebelikler arasında sonraki sezaryana kadar yerinde bırakılabilir. video olgusu:33 yaş g2p2a0y0nsd 1.gebelik 21.hafta erken doğum 2.gebelik servikal yetmezlik tanısı sonrası transvajinal serklaja rağmen 20.haftada erken doğum tvusg:cx:24cm

**Anahtar Kelimeler:** servikal yetmezlik,serklaj,laparoskopisi

PP-25

## Ofis Histeroskopi ile komplet vajinal ve uterin septum rezeksiyonu

*Şafak Yılmaz Baran, Seda Yüksel, Songul Alemdaroğlu,*

*Gülşen Dogan Durdag, Esra Bulgan Kılıçdağ, Erhan Şimşek*

*Baskent University Dr. Turgut Noyan Teaching Hospital, Gynecology and Obstetrics Department, Adana*

histeroskopik komplet vajinal ve uterin septum rezeksiyonu burada komplet uterin septum vakası sunuyoruz bu vakanın aynı zamanda vajinal introitusa kadar uzanan vajinal septumu mevcuttu Ofis histeroskopi ve bipolar versapoint sistem ile septum rezeksiyonuna ait video presentasyonu sunulmaktadır.

**Anahtar Kelimeler:** uterin septum, ofis histeroskopi, vajinal septum, septoplasti

# 2. MİNİMAL İNVAZİV JİNEKOLOJİK CERRAHİ KONGRESİ

13 - 16 Şubat 2019

Wyndham Grand İstanbul - Levent



PP-26

## Maritus flebi ile kronik 4. derece vajinal deşürü tamiri ve anal sfinkterin end to end anastomozu

*Çetin Kılıççı<sup>1</sup>, Sultan Seren Karakuş<sup>2</sup>*

<sup>1</sup>Çetin Kılıççı <sup>2</sup>Sultan Seren Karakuş

Doğum sırasında anal sfinkter hasarı ve rektum deşürü sü sonrası anal inkontinans ve perine estetiği bozulabilir. Bu sorun nedeni ile hastanın yaşam kalitesi olumsuz etkilenebilir ve sosyal ortama girmekte problem yaşayabilirler.

Video sunumumuzda 35 yaşında G5P5 olan bir hastanın 5 yıldır anal sfinkter hasarı nedeni ile devam eden anal inkontinas ve 4. derece perine deşürüsü nedeniyle vajinal ve rektumun birleşmesi ile oluşan koital problemleri nedeni ile "Maritus" usulu flep kaldırarak tedavi ettiğimiz bir olguyu sunmayı amaçladık.

**Anahtar Kelimeler:** Maritus, 4. deşürü, anal inkontinas

**AuthorToEditor:** Video sunumu sonrası genel cerahide sfinkter tamiri için yapılan cerahi ile karşılaştırmada bu yöntemin ne kadar minimal invaziv bir yöntem olduğu vurgulanacaktır.

PP-27

## Laparoskopik lenfadenektomide vasküler komplikasyonların yönetim: 4 kısa vaka sunumu

*Nasuh Utku Doğan<sup>1</sup>, Selen Doğan<sup>2</sup>, Esra Uysal<sup>1</sup>, Aysel Üren<sup>1</sup>*

<sup>1</sup>akdeniz üniversitesi kadın hastalıkları ve doğum ad, antalya

<sup>2</sup>sbü, antalya eğitim araştırma hastanesi, antalya

**GİRİŞ:** Pelvik ve paraaortik retroperitoneal alan vasküler malformasyon ve anomalilerin sık görüldüğü bölgelerdir. Minimal invaziv cerrahinin jinekolojik onkoloji pratiğinde yaygınlaşmasıyla bu bölgelerde yapılan işlemlerde vasküler komplikasyonlar nadir olsa da görülebilmektedir. Morbidite ve mortalite olasılığı yüksek olan vasküler komplikasyonlara bu alanda çalışan cerrahlar hazırlıklı olmalıdır.

**OLGU:** Bu video sunumunda ilk iki olguda laparoskopik pelvik lenfadenektomi sırasında obturator ve vesikal arter yaralanmalarına bağlı kanamanın yönetimi sunulmuştur. Üçüncü videoda laparoskopik paraaortik lenfadenektomi sırasında renal ven altı bölgede anterior vertebral ligament önündeki plexus kanaması presente edilmiştir. Dördüncü olguda laparoskopik paraaortik lenfadenektomi sırasında farkedilip korunan IMA altındaki aksesuar ovaryen arter presente edilmiştir.

**SONUÇ:** Laparoskopik pelvik ve paraaortik lenfadenektomi sırasında damar anomali ve varyasyonları, cerrahi alanın suboptimal vizüalizasyonu, hastaya bağlı obezite gibi nedenlerle damar yaralanmaları ve buna bağlı masif kanama riski az da olsa mevcuttur. Laparoskopik cerrah bu gibi durumlara hazırlıklı olmalı ve vasküler kanamayı morbiditeyi en az indirecek şekilde yönetebilmesi gerekmektedir.

**Anahtar Kelimeler:** Laparoskopik pelvik lenfadenektomi, paraaortik lenfadenektomi, komplikasyon, vasküler yaralanmalar

## 2. MİNİMAL İNVAZİV JİNEKOLOJİK CERRAHİ KONGRESİ

13 - 16 Şubat 2019  
Wyndham Grand İstanbul - Levent

## PP-28

**Endometrial polip rezeksiyonunda histeroskopik morselatör; kullanımı kolay, hızlı ve doku travması minimal bir yöntemdir. İşlem sonrası vajinal kanamanın minimalizasyonunda oldukça etkindir**

*Ebru Dikensoy, İlkan Dünder  
Taksim Acıbadem Hastanesi*

Histeroskopik Morselatör Submüköz Miyomektomi Ve Endometrial Polipektomi İşlemleri İçin Oldukça Pratikdir. Histeroskopik Rezektoskopi ile Yapılan İşlemlere Göre Morselatör Kullanılan Hastalarda Çevre Dokuya Travma Riski Minimal Olduğu İçin Postop Ağrı Ve Kanama Da Minimale İnmektedir. Kliniğimizde Son 6 Ayda Histeroskopik Morselatörle 10 Hastaya Endometrial Polipektomi, 5 Hastaya İse Submüköz Miyomektomi Yapılmış Ve Bu Hastalar Aynı İşlemlerin Histeroskopik Rezekteskopi ile Yapıldığı (18 Polipektomi, 7 Submüköz Miyomektomi) Hastalarla Karşılaştırılmıştır. Histeroskopik Morselatörde İşlem Süresi Kısdır. Postop Kanama Daha Kısa Sürmekte Ve Analjezik İhtiyacı Daha Az Olmaktadır.

**Anahtar Kelimeler:** ENDOMETRİAL POLİP, SUBMÜKÖZ MİYOMEKTOMİ, HİSTERESKOPIK MORSELATÖR

## HİSTERESKOPIK MORSELASYON VE REZEKTESKOP HASTALARI

	Histeroskopik morselatör (15 hasta)				Histeroskopik rezektoskop (25 hasta)			
	Polipektomi		Myomektomi		Polipektomi		Myomektomi	
	Tek	multiple	tek	multiple	tek	multiple	tek	multiple
Hasta sayısı	8	2	4	1	10	8	5	2
Operasyon süresi (dak)	5	7	18	33	14	22	36	43
Postop analjezik sayısı (ilk 24 saatte)	1	1	1	2	2	2	2	4
Postop vajinal kanama (cc)	15	20	15	20	20	25	25	30
Çıkarılan doku miktarı (gr)	5	8	15	18	3	8	10	16

# 2. MİNİMAL İNVAZİV JİNEKOLOJİK CERRAHİ KONGRESİ

13 - 16 Şubat 2019

Wyndham Grand İstanbul - Levent



## PP-29

### Laparoskopik yöntem ile mükerrer sezaryen operasyonu geçiren olguda sezaryen skar gebeliğinin tedavisi

*Serhat Ege*

*Sağlık Bilimleri Üniversitesi Tıp Fakültesi, Diyarbakır Gazi Yaşargil Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, Diyarbakır, Türkiye*

**AMAÇ:** Laparoskopik yöntem ile sezaryen skar gebeliğinin tedavisi.

**OLGU:** 35 yaş G: 6 P:3 A:2 gebe olgu 2 günden beri olan karın ağrısı şikayeti ile kliniğimize başvurdu. Ayrıca ara ara lekelenme şeklinde vajinal kanaması mevcuttu. Özgeçmişinde 2 defa sezaryen operasyonu olduğu ve son sezaryen operasyonunun 3 yıl önce olduğu öğrenildi. Hastanın yapılan batin muayenesinde derin palpasyon ile suprapubik bölgede hassasiyet tespit edildi. Defans ve rebaund yoktu. Vajinal tuşede bilateral adnexlerde özellik saptanmadı. Yapılan ultrasonografide uterin kavitede 8 hafta ile uyumlu fetal kalp atımı olan fetüs izlendi. Gebelik kesesinin uterin skar bölgesinde olduğu görüldü. Batında serbest sıvı izlenmedi. Hasta kliniğine yatırılarak cerrahi tedavi için hazırlandı. Laparoskopi ile batına kontrolü sırasında pelvik bölgedeki yapışıklıklar disseke edildi, bilateral ureterler görüldü. Skar bölgesinde olabilecek uterin kanamaları minimuma için bilateral uterin arterler emilebilir 1 no poliglaktin ile ligate edildi. Laparoskopik olarak uterin insizyon bölgesindeki skar gebeliği eksize edildi. Eksize edilen uterus bölgesindeki myometrium tabakası iki kat sürekli sütürlü ile kapatıldı.

**SONUÇ:** Sezaryen operasyonunun bir komplikasyonu olarak sık görülmeye başlanan skar gebeliği tedavisinde medikal (methotrexate vb.) ve cerrahi tedaviler (D/C+ balon tamponad, laparotomi veya laparoskopi ile eksizyon) uygulanabilmektedir. Skar gebelik tedavisinde kanama annenin morbidite ve mortalitesine yol açacak şekilde ciddi olabilmektedir. Laparoskopi skar gebelik tedavisinde hastanın genel durumu, kliniği ve gestasyonel yaşa göre uygun cerrahi prosedürlerden biridir.

**Anahtar Kelimeler:** Laparoskopi, skar gebelik, uterin arter sütürasyonu, mükerrer sezaryen

**AuthorToEditor:** Laparoskopik olarak tedavi edilen skar gebelik olgusunu kongrenizde sunmak istiyorum. Saygılarımla





## PP-30

### Laparoscopic approach to ovarian cyst

*Ali Buhur*

*Serik State Hospital, Antalya Turkey*

*Laparoscopic approach to ovarian cyst*

*Ali Buhur \**

*Antalya Serik Devlet Hastanesi*

**AIM:** Ovarian cysts are more frequently diagnosed in reproductive period. They are mostly asymptomatic during this period, but loss of the organ can occur in case of torsion or intracystic bleeding. The aim of this study was to investigate the effect of laparoscopic surgical treatment of reproductive ovarian cysts on preservation of ovaries.

**MATERIAL-METHODS:** The Whole Cystectomy: In this method First made an anti hiler incision and try to find an appopriate clivage between the cyst capsule and ovary cortex and dissectate the cyst and put it in a bag and remove it from the operation field. If there isa bleeding bipolar cotary should be used. In This study ovarian cyst larger than 5 cm was treated with laparoscopically.,The nature of cyst,length of operation time,length of the hospital stay and outcomes of the follow-up were evaluated.

**RESULTS:** the patient was 35 years old and the cyst was reported as simple ultrasonographically. The operative time was four minutes. The postoperative course was uneventful and the time of hospitalization was One day Histopathological examinations of the specimen was reported as ovarian corpus luteum cyst.

**CONCLUSION:** In conclusion, Reproductive ovarian cysts larger than 5 cm at diagnosis should be treated laparoscopically with the aim to preserve the ovarian tissue; immediate intervention should be done in case of torsion or intracystic bleeding.Or cystic rupture. Laparoscopic surgery can be preferred due to the safe, short and easy intervention opportunities.

**Keywords:** ovary, cyst, laparoscopy

# 2. MİNİMAL İNVAZİV JİNEKOLOJİK CERRAHİ KONGRESİ

13 - 16 Şubat 2019

Wyndham Grand İstanbul - Levent



## PP-31

### 20 Hafta İrilikte Uterus; Total Laparoskopik Histerektomi Olgu Sunumu

Recep Erin, *Yeşim Bayoğlu Tekin*

*Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Trabzon Kanuni Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği*

**GİRİŞ-AMAÇ:** Histerektomi, dünya genelinde en yaygın uygulanan jinekolojik operasyonların başında gelmektedir. Abdominal, vajinal, laparoskopik ve robotik uygulanabilmektedir. Son dekatlarda gelişen laparoskopi ekipmanları ve cerrahi tecrübe ile birlikte laparoskopik histerektomi oranlarında artış olmuştur. Laparoskopik histerektominin açık cerrahiye göre daha az hastanede kalış süresi, daha az ağrı, daha hızlı derlenme gibi avantajları vardır. Video bildiri amacımız çok büyük irilikte olan uterusu yaptığımız total laparoskopik histerektomi tecrübemizi paylaşmaktır.

**METOD:** 49 yaşında, G4P2 olan olgumuzun, özgeçmişinde özellik yoktu, karında dolgunluk, ele gelen kitle ve ağrı şikayeti olan olgumuzun ultrasonografik değerlendirmesinde uterus aşırı derecede iri, myomate paterndeydi. Smear ve endometrial biyopsi sonucu benign olarak raporlandı. Mevcut şikayetleri ile total laparoskopik histerektomi onamı alınarak operasyona karar verildi. Hasta dorsolitotomi pozisyonunda hazırlandı. Clermont uterin manipülatör servikse yerleştirildi. Uterusun iriliğinden dolayı göbeğin 3 cm üstünden direk trokar giriş yöntemi ile batına girildi ve görüntü sağlandı. Ardından sağ yandan 10, sol alt kadrandan 5 mm ve sol yandan 10 mm olmak üzere toplam 4 trokar yerleştirildi. Uterus göbek hizasına kadar uzanım göstermekteydi. 10 mm ligasure ile bilateral round, infundibulopelvik ligaman ligate edildi. İyi görüntü sağlamak için salpingooferektomi yapıldı. Ardından Mesane peritonu sıyrıldı ve her iki uterin arter, kardinal ve sakrouterin ligamanlar ligate edildi. Manipulatör başlığı takip edilerek cuff hook ile kesildi, uterus dışarı alınmadan önce hem batın içerisinde hook ile hem de vajinadan bistüri ile dışarı çıkarımı kolaylaştırmak için kesildi. Cuff 1 numara vicryl ile intrakorporal kontinu suture edildi. Komplikasyon olmadı. Postoperatif 2. günde hasta taburcu edildi.

**TARTIŞMA:** 12 hafta üstünde olan uterus boyutları iri uterus olarak bildirilmektedir. İri uterusun total laparoskopik histerektomi esnasında sınırlı cerrahi, görme, hareket alanı ve spesmenin dışarı alınması gibi zorluklar yaşanmaktadır. Bu durum operasyon süresini ve kanama kaybını artırmakta ve dolayısıyla da komplikasyon oranı artmaktadır. İri uteruslarda güvenli cerrahi için kamera portunun göbek üstünden açılması, yardımcı portların konsansiyonel yerlere göre üstten açılması histerektomiyi kolaylaştırmaktadır. Spesmenin dışarı alınmasında abdominal ve vajinal morsellesyon yapılabilir. Ancak malignite olasılığı unutulmamalıdır. Uterusun direnci monopolar hook ya da ultrasonik makaslarla kesilerek kırılabilir ve aşırı morsela etmeden dışarı alınabilir. Endoskopik olarak yeterli tecrübe ile iri uteruslara kolaylıkla total laparoskopik histerektomi uygulanabilir.

**Anahtar Kelimeler:** Total laparoskopik histerektomi, iri uterus, morsellesyon

TÜRK JİNEKOLOJİK ENDOSKOPI PLATFORMU

# 2. MİNİMAL İNVAZİV JİNEKOLOJİK CERRAHİ KONGRESİ

13 - 16 Şubat 2019  
Wyndham Grand İstanbul - Levent



Resim 1



*parcalanarak disari alınan uterus*



## PP-32

**Conservative laparoscopic treatment of incidentally diagnosed tubo-ovarian abscess during surgery for endometriosis***Hikmet Tunç Timur, Emre Bayram, Ömer Erbil Doğan**Department of Obstetrics and Gynecology, Dokuz Eylul University School of Medicine, Izmir, Turkey*

We present a case of tubo-ovarian abscess, treated with conservative laparoscopic surgery. The patient was a 30-year-old woman, presenting with one year of infertility and dysmenorrhea. She had a history of pelvic inflammatory disease that was treated 3 months before admission. She had bilateral distal tubal occlusion and hydrosalpinges on hysterosalpingography and also bilateral endometrioma was detected on transvaginal ultrasonography. The ovarian reserve of the patient was not poor (Anti-Müllerian Hormone [AMH]: 2.65 ng/mL preoperatively) and therefore surgical treatment was chosen as a suitable approach. Laparoscopic surgery for endometriosis and a possible salpingectomy was planned. On laparoscopic inspection, bilateral adnexal masses were adherent to posterior side of the uterus with intestinal adhesions obliterating the pouch of Douglas. During the dissection of the adnexal cystic masses, purulent discharge was observed and the diagnosis according to per-operative observation was bilateral tubo-ovarian abscess. Both of the fimbrial ends of the salpinges were occluded with prominent hydrosalpinx. The operation was concluded with bilateral salpingectomy and drainage of bilateral abscesses. Intestinal adhesions were also dissected off the surrounding tissues. Our diagnosis was confirmed as tubo-ovarian abscess with the pathology report. The pathology report also stated the presence of endometriosis. Endometriosis is a common disease among patients suffering from infertility. With the contribution of adhesions due to endometriosis, tubo-ovarian infections may develop into abscesses. Tubo-ovarian abscess may require total hysterectomy and salpingo oophorectomy. It is a procedure that should be avoided for women expecting treatment for infertility. Conservative approaches include antibiotherapy, imaging assisted drainage, operative drainage and removal of affected adnexal structures. At the beginning our patient did not present with fever or other findings for infection. The abscesses happened to be limited by surrounding tissues and systemic inflammation was not present. After the operation, the patient received systemic antibiotics (ceftriaxone and metronidazole). Post-operative recovery was uneventful and the patient was discharged without any complications. She continued oral antibiotherapy afterwards. Our conservative approach could spare both ovaries and the uterus and therefore she is a suitable candidate for in vitro fertilization therapy. On this case report, we discussed the laparoscopic conservative approach for endometrioma complicated with tubo-ovarian abscess related with the existing literature.

**Keywords:** tubo-ovarian abscess, endometriosis, hydrosalpinx, infertility, laparoscopy

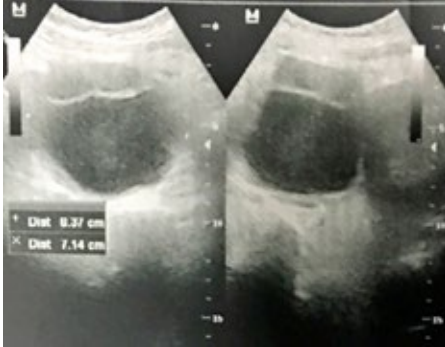


HSG



*Hysterosalpingography*

USG1



*Ultrasound image*

USG2



*Ultrasound image*

# 2. MİNİMAL İNVAZİV JİNEKOLOJİK CERRAHİ KONGRESİ

13 - 16 Şubat 2019

Wyndham Grand İstanbul - Levent



## PP-33

### Laparoskopik Histerektomi Sonrası Endometrial Stromal Sarkom Tanısı Alan Hastada Laparoskopik Bilateral Ooferektomi ve Pelvik Lenfadenektominin Güvenli Teknikle Yapılması

*Osman Aşıcıoğlu, Baki Erdem*

*İstanbul Kanuni Sultan Süleyman Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Jinekolojik Onkoloji Cerrahisi Kliniği, İstanbul*

Endometrial Stromal Sarkom(ESS), uterin sarkomlar içinde nadir görülen jinekolojik kanserdir. Olguların çoğu 42-53 yaş arasındadır. Evre 1 premenopozal hastada overlerin korunması kabul edilebilir seçenek olsada genellikle bu hastalarda ER ve PR(+) olmasından dolayı adjuvan progesteron tedavisi planlanabileceği için ooferektomi yapılması gerekebilir. Bizim olgumuzda 46 yaşında uterin kitle nedeniyle total laparoskopik histerektomi ve bilateral salpenjektomi yaptığımız frozen sonucu benign mezenkimal tumorle uyumlu gelip daha sonra parafin sonucunda ESS gelip tarama amaçlı çekilen MR sonucunda da bilateral obturator alanda lenfadenomegali saptanan hastamızda üreteri diseke ederek güvenli teknikle bilateral oferektomi ve pelvik lenfadenektomi yapılması sunuldu.

**Anahtar Kelimeler:** Endometrial Stromal Sarkom, Lenfadenektomi, Ooferektomi



## PP-34

### Laparoskopik Tubal Reanastomoz Olgu Sunumu

*Erhan Demirdağ, Sultan Çanan, Bilge Pınar Keskinsoy, Ahmet Erdem  
Gazi Üniversitesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Ana Bilim Dalı, Ankara*

**GİRİŞ:** Tubal reanastomoz; fertilitate isteği, patolojiye sekonder midtubal blok, tubal oklüzyon ve salpingitis isthmica nodosa nedeniyle yapılır. En sık yapılmı endikasyonu sterilizasyon operasyonları sonrası fertilitate isteğidir. Sterilizasyon sonrası tubal reanastomoz yapılan kadınlarda gebelik oranları %46 ila %73 arasında değişmektedir. olarak tespit edilmiştir. Tubal reanastomoz sonrası çoğunlukla ilk 2 yıl içerisinde gebelik elde edilir. Tubal reanastomoz, her zaman başarılı olmamasına rağmen, fertilitenin geri dönüşü için en etkili prosedürdür. Operasyonun başarısını etkileyen faktörler; hasta yaşı, kalan tubal uzunluk, sterilizasyon tekniği ve sterilizasyon zamanıdır.

**VAKA:** 38 yaşında, gravida 3, parite 3, sezaryen ile 3 adet yaşayan çocuğu olan hasta gebelik istemi ile tarafımıza başvurdu. Hastanın 6 yıl önce sezaryen sırasında sterilizasyon istemi ile nedeniyle Pomeroy yöntemi ile yapılmış bilateral tubal ligasyon işlemi mevcuttu. Hastaya laparoskopik tubal reanastomoz planlandı. Operasyonda bilateral overler ve uterus doğal görünümde, tubalar ampullar bölgeden ligate olarak izlendi. Sağ tuba pelvik yan duvara adeze izlendi. Öncelikle sağ tuba etrafındaki adezyonlar keskin diseksiyonlarla açıldı. Ardından tubaların proksimal ve distal uçları makas ile kesilerek tubal ostiumlar vizualize edildi ve metilen mavisini verilerek bilateral proksimal uçlardan geçiş olduğu görüldü. Tubal uçlar primer sütürasyon ile karşı karşıya getirildi. Hastanın spontan gebeliği beklenmektedir.

**SONUÇ:** Tubal reanastomoz; kalan tuba uzunluğu 4 cm'den uzun olan, önceki sterilizasyon işlemi clip ya da halka ile yapılan ve sterilizasyon işleminden sonra uzun süre geçmeyen genç hastalarda düşünülebilir. Laparoskopik konusunda deneyimli cerrah varlığında laparoskopik iyi bir seçenek olarak düşünülmelidir. Başarı oranını etkileyen olumsuz faktörler varlığında, sterilizasyon sonrası gebelik elde etmek için, cerrahi prosedürdense in vitro fertilizasyon öncelikle düşünülmelidir.

**Anahtar Kelimeler:** Laparoskopik, Tubal Reanastomoz, Fertilitate

## PP-35

### Laparoskopik Adezyolizis + Myomektomi

*Ersin Çintesan*

*Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı*

Dış merkezde 1.5 sene önce myomektomi olan 39 yaşındaki hastaya IVF öncesi myomektomi planlanmış ve tarafımıza uygulanmıştır. Hastanın daha önce geçirdiği operasyonda kullanılan sütürlerin kuvvetle muhtemel prolen karakterde olduğu ve emilmediği gözlemlendi. Hastaya myomektomi ve adezyoliz uygulandı ve hasta postoperatif 48. saatte şifa ile taburcu edildi.

**Anahtar Kelimeler:** Laparoskopik, myomektomi, adezyon, adezyolizis

**AuthorToEditor:** Bu vakada daha önce kullanılan sutürlerin second-look görünümü ve yoğun adezyonların mevcudiyeti ile izleyiciler için demonstratif olacağını düşünüyorum. Saygılarımla...

# 2. MİNİMAL İNVAZİV JİNEKOLOJİK CERRAHİ KONGRESİ

13 - 16 Şubat 2019

Wyndham Grand İstanbul - Levent



## PP-36

### Vajinal Histerektomide Vajinal Cuff' in Kolaylıkla Asılabileceği Uterosakral Ligamanlar: Pratik Bir Yöntem

Ilker Gülbaşaran

*Salihli Devlet Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum, Manisa*

**GİRİŞ:** Histerektomi jinekoloji pratiğinde en yaygın kullanılan majör cerrahi prosedürlerden birisidir (1). Laparatomik, vajinal veya laparoskopik yaklaşımların tercihinde hastanın anatomisinin yanı sıra cerrahin deneyimi de önem kazanmaktadır. Prolapsus vakalarında en sık tercih edilen yöntem vajinal histerektomidir. Enfeksiyon riskinin daha az olması, daha az ağrı, daha az hastanede kalış süresi, ameliyat süresinin daha kısa olması, komplikasyonların daha az görülmesi ve kozmetik üstünlüğü vajinal histerektominin avantajlarıdır. Vajinal histerektomide en önemli prosedürlerden birisi de vajinal cuff in asılması işlemidir. Vakamızda komplikasyon oranları diğer askı yöntemlerine göre çok daha az olan ve ekstra diseksiyona ihtiyaç duyulmadan cuff köşelerinin uterosakral ligamanlara kolaylıkla asılabileceğini göstermeyi amaçladık.

**OLGU:** Sarkma ve idrar yaparken zorlanma şikayetiyle polikliniğe başvuran 57 yaşındaki kadın hastanın ( gravida:3, parite:3, abortus:0 ) yapılan vajinal muayenesinde grade 2 desensus, grade 3-4 sistosel, grade 3 rektosel izlenmesi üzerine hasta operasyon için hazırlandı. Transvajinal ultrasonografisinde uterus atrofik, endometrial kalınlık 3 mm olarak ölçülürken herhangi bir adneksiyel patoloji saptanmadı. Hastaya spinal anestezi altında vajinal histerektomi, kolporafi anterior, kolporafi posterior ve cuff in uterosakral ligamanlara fikse edilmesi operasyonları uygulandı. Operasyon sonrası vajinal tampon ve mesaneye sonda yerleştirildi. Postoperatif 1. gün sondası ve vajinal tamponu çıkarıldı. Spontan idrar çıkışı olan, hemoglobin değerleri stabil seyreden ve kanaması olmayan hasta postoperatif 2. gün şifa ile taburcu edildi.

**CERRAHİ TEKNİK:** Kardinal ligaman ve uterin arter-ven bağlandıktan sonra uterus arka duvarında uterosakral ligamanların palpe edilerek tutulması, kesilmesi ve bağlanmasının ardından cuff köşelerine fikse edilmesi

**TARTIŞMA:** Vajinal histerektomi, kolporafi olsun ya da olmasın semptomatik pelvik organ prolapsusu tedavisinde en sık uygulanan cerrahi prosedürlerden biridir (2). Vajinal histerektomide en önemli noktalardan birisi de vajinal cuff in asılması işlemidir. Literatürde vajinal histerektomi sonrası prolapsusun önlenmesi amacıyla peritonizasyon ( McCall Tipi, Moschowitz Tipi), round ligaman ve adneks köklerine fiksasyon, sakrospinöz ligaman fiksasyonu, yüksek sakrouterin ligaman süspansiyonu, iliokoksigeal süspansiyon, sakrotuberöz ligaman süspansiyonu ve yeni vajinal teknikler (IVS, mesh) tanımlanmaktadır (3). Biz hastanemizde benign nedenlerle yaptığımız vajinal histerektomilerde prolapsus derecesine göre grade 1-2 desensusta uterosakral ligamanlara fiksasyon, grade 3-4 desensusta sakrospinöz ligamantopeksi yapmaktayız. 3 yıllık periyotta yaptığımız 97 vajinal histerektomi vakasında cuff prolapsusu gelişen vakamız henüz olmadı. Tek komplikasyon olarak sadece 1 hastamızda sonda çıkarılması





sonrası idrar retansiyonu gelişti. Literatürde %6-29 arasında görüldüğü bildirilen vajinal histerektomi sonrası idrar retansiyonu insidansını (4) kendi serimizde 1/97 olarak tespit ettik.

**REFERANSLAR:** 1. Leung PL, Tsang SW, Yuen PM. An audit on hysterectomy for benign diseases in public hospitals in Hong Kong. Hong Kong Med J. 2007 Jun;13(3):187-93. 2. Chong C, Kim HS, Suh DH, Jee BC. Risk factors for urinary retention after vaginal hysterectomy for pelvic organ prolapse. Obstet Gynecol Sci. 2016 Mar;59(2):137-43. 3. Colombo M1, Milani R. Sacrospinous ligament fixation and modified McCall culdoplasty during vaginal hysterectomy for advanced uterovaginal prolapse. Am J Obstet Gynecol. 1998 Jul;179(1):13-20. 4. Fernandez RS, Griffiths RD. Duration of short-term indwelling catheters: a systematic review of the evidence. J Wound Ostomy Continence Nurs. 2006; 33:145-153.

**Anahtar Kelimeler:** cuff prolapsusu, uterosakral ligaman, vajinal histerektomi,

**AuthorToEditor:** Özellikle vajinal histerektomi yapmaya yeni başlamış genç uzman arkadaşlarımız için cuff prolapsusu profilaksisi amacıyla kolaylıkla uygulanabilecek bir yöntem olduğunu düşünüyorum. Ekstra diseksiyon gerektirmeyen, komplikasyon oranları diğer profilaktik fiksasyon yöntemlerine göre çok daha az olan, son derece kolay uygulanabilir ve efektif olduğunu düşündüğüm bir yöntem...3 yıllık dönemde henüz cuff prolapsusu gelişen vakamız olmadı.

## PP-37

### Bloodless and Simple Hysterectomy for Beginner Laparoscopist

Keziban Doğan, *Aysun Fendal Tunca*, Şakir Volkan Erdoğan

Bakırköy Dr. Sadi Konuk Eğitim Araştırma Hastanesi

Hysterectomy was first successfully performed in the 19th century using vaginal way or abdominal incisions. Innovations in technology led to the performance of the first laparoscopic hysterectomy in 1989. By the help of these innovations and using laparoscopy at hysterectomy results in decreased morbidity, shorter hospital stay, and faster return to normal activities compared with an abdominal approach. Patients may have a laparoscopic hysterectomy and be discharged home on the same day or stay in the hospital overnight, typically for one night.

Here we are presenting total laparoscopic hysterectomy and bilateral salpingo-oophorectomy by the reason of atypic endometrial hyperplasia at 49 years old perimenopausal woman.

**Keywords:** Laparoscopy, Hysterectomy, Endometrial Hyperplasia



PP-38

**Laparoskopik Histerektomi Video Sunumu***Metin Senturk**Amasya Üniversitesi Sabuncuoğlu Şerefeddin Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, Amasya***AMAÇ:** Bu videonun amacı, kliniğimizde son dönemde yapılmaya başlanan total laparoskopik histerektomi (TLH) olgusunun gösterimi.**GEREÇ-YÖNTEM:** Kompleks atipisiz hiperplazi nedeniyle TLH yapılan olgunun videosunumu Apple Movie Maker kullanarak düzeltilmiştir.**SONUÇ:** Total laparoskopik histerektomi jinekolojik hastalıklar için güvenli ve uygun bir yöntemdir. Total laparoskopik histerektomi yeterli eğitimin ardından hastalar için birçok açıdan güvenli ve etkin olarak görünmektedir.**Anahtar Kelimeler:** Laparoskopi, Laparoskopi Histerektomi, Hiperplazi, Amasya

PP-39

**Perimenopozal bir hastada mevcut olan sol ovaryan fibromanın tekrarlayan endometrial polip nedeni ile yapılan total laparoskopik histerektomi esnasında vajinal yoldan intakt şekilde ekstraksiyonu: Video prezentasyon***Serkan Kahyaoğlu, Özge Gurbuz, Sebnem Ozyer, Hasan Onur Topcu, Yaprak Üstün**Department of Obstetrics and Gynecology, Ankara Dr. Zekai Tahir Burak Women's Health, Health Application and Research Center, University of Health Sciences, Ankara, Turkey***GİRİŞ:** Ovaryan fibromalar özellikle postmenopozal kadınlarda görülen, overin sex kord stromal tümörlerinin en sık görülen tipidir. Kliniğimizde total laparoskopik histerektomi yapılan perimenopozal bir hastada sol overdeki fibromanın vajinal yolla intakt bir şekilde ekstraksiyonunu bu olgu sunumuzda video görüntüleri ile demonstre ettik.**OLGU:** Hastanemiz jinekoloji polikliniğine başvuran G2 P2 Y2 olan 50 yaşındaki bayan hastanın tekrarlayan endometrial polip oluşumuna bağlı perimenopozal lekelenme tarzında anormal uterin kanaması (AUB-P) mevcuttu. Hastanın öyküsünde ek bir sistemik hastalığı yoktu ve endometrial polip nedeni ile daha önce 3 kez histeroskopik polip rezeksiyonu yapılıyordu. Hastanın yapılan muayene ve ofis histeroskopisi sonucunda intrauterin 27\*9.5 milimetre endometrial polip izlendi. Ayrıca hastanın transvajinal ultrasonografisinde sol over boyutları artmış ve sol overde yaklaşık 5\*3 santimetre boyutunda ovarian fibroma mevcuttu. Serumda bakılan tümör belirteçlerinin tamamı normal sınırlarda idi. Hastaya total laparoskopik histerektomi ve bilateral salpingooforektomi operasyonu yapıldı. Operasyon başlangıcında sol salpingooforektomi yapılarak ovaryan kitle uzaklaştırıldı. Takiben total laparoskopik histerektomi ve sağ salpingooforektomi yapılarak vajinal

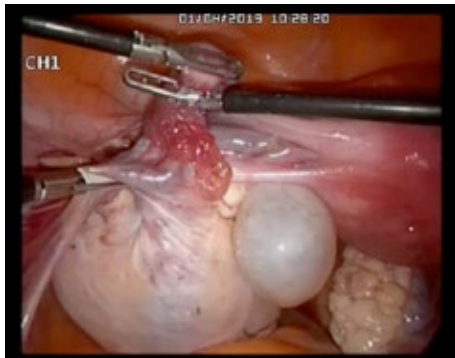


kaftan vajen dışına çıkartıldı. Vajinal kaf ön duvarına laparoskopik gözlem altında Briesky Nevratil ekartörü yerleştirilerek daha önce eksize edilmiş olan sol over-tuba materyali tubadan tutularak ovaryan kitle intakt bir şekilde vajen dışına çıkartıldı. İntraoperatif yapılan frozen incelemede sol overdeki kitle fibrom olarak rapor edildi. Postoperatif dönemde hastanın takibi sorunsuz seyretti ve postoperatif 1. günde hasta taburcu edildi. Final patoloji sonucu henüz rapor edilmedi.

**SONUÇ:** Genellikle postmenopozal kadınlarda görülen, hormonal aktif olmayan solid neoplazmlardır. Malign formu olan fibrosarkomalar çok nadirdir. Fibroma vakalarının %10'unda assid, %1'inde pleval effüzyon da eşlik edebilir. Tedavide genellikle unilateral salpingooforektomi yeterli olur. Fertilitte isteği olan kadınlarda komplet eksizyon ile ovaryan kistektomi yapılması da bir seçenektir. Ovaryan fibromaların histolojik incelenmesinde hafif nükleer atipi, artmış selüler dansite 10 büyük büyüme alanının  $\leq 3$  alanında mitotik atipik figürler izlenir. Mitotik aktivitenin  $\geq 4$  olduğu durumda nadir görülen fibrosarkoma ile de karşılaşılabılır. Ovaryan fibromaların nadiren malign olabilmelerinden dolayı laparoskopik cerrahi ile ooforektomi yapıldığında intakt olarak batın dışına çıkartılması önem taşır. Genellikle benign olmalarına rağmen bazı fibroma vakalarında serum CA-125 düzeyi yükselebilmekte, bu nedenle endometriozis ve malign over tümörleri ile karışabilmektedir. Ultrasonografik görüntüsü solid ve diffüz bir patern içerdiğinden leiomyomlarla karışabilmektedir. Ovaryan fibroma, batında assid ve pleval effüzyon birlikte olduğu klinik antiteye Meigs sendromu denir. Olgu sunumumuzda assid veya pleval effüzyon mevcut değildi. Sol over ve tuba uterinayı laparoskopik olaral operasyonun başında uterustan ayırdıktan sonra total laparoskopik histerektomi ve sağ salpingooforektomi yapılmasını takiben sol over ve tuba en blok ve intakt olarak vajinal yoldan ekartör yardımı ile vajen dışına çıkartıldı. Ovaryan fibroma vakalarında total laparoskopik histerektomi de uygulanacaksa tümörün vajen kafından çıkartılması uygun bir seçenek olabilir. Histerektomi yapılmayan vakalarda posterior kolpotomi veya minilaparotomi cerrahi spesimeni batın dışına çıkartma amacıyla uygulanabilir.

**Anahtar Kelimeler:** Over, fibroma, salpingooforektomi, laparoskopi

## Sekil 1



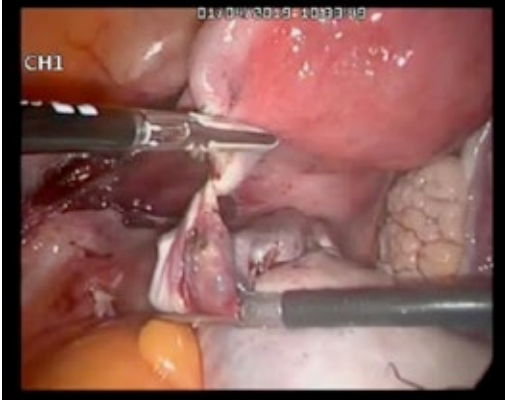
*Sol ovarian fibroma*



## TÜRK JİNEKOLOJİK ENDOSKOPİ PLATFORMU 2. MİNİMAL İNVAZİV JİNEKOLOJİK CERRAHİ KONGRESİ

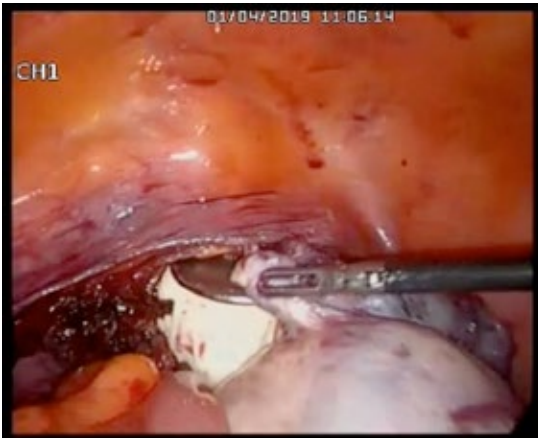
13 - 16 Şubat 2019  
Wyndham Grand İstanbul - Levent

**Sekil 2**



*Sol overdeki fibromanin unilateral salpingooforektomi ile rezeksiyonu*

**Sekil 3**



*Sol ovarian fibromannin vajen kafandan Briesky Navratil ekartoru yardimi ile intakt ekstraksiyonu*

# 2. MİNİMAL İNVAZİV JİNEKOLOJİK CERRAHİ KONGRESİ

13 - 16 Şubat 2019

Wyndham Grand İstanbul - Levent



## PP-40

### Vaka sunumu:total laparoskopik histerektomi+bilateral salpingooferektomi

*Irem Guler Ozgur, Nagihan Ozcan Cengaver*

*Özel Akay Lokman Hekim Hastanesi, Ankara*

**GİRİŞ:** Teknolojide yaşanan gelişmeler sayesinde laparoskopik histerektomi, son yıllarda histerektomi için en sık tercih edilen metod olmaya başlamıştır. En sık laparoskopi endikasyonu uterin leiomyomlardır. Bu vakamızda myoma uteri endikasyonu ile yapılan total laparoskopik histerektomiyi sunduk.

**MATERYAL-METOD:** 51 yaşında G3P2Y2A1 2 normal doğumu olan kadın hasta şiddetli pelvik ağrı şikayeti ile kliniğimize başvurdu. Yapılan ultrasonografide uterus arka duvardan köken alan 8 santimetrelük subseröz myom, uterus ön duvarda 3 cm intramural myom ve servikal bölgede 3 cm servikal myom izlendi. Hastanın geçirilmiş operasyonunun olması nedeniyle total laparoskopik histerektomi önerildi. Preoperatif hazırlıkları yapıldı. Hastanın smear testi normal olarak geldi. Hastaya 15.01.19 tarihinde usulüne uygun total laparoskopik histerektomi ve bilateral salpingooferektomi yapıldı. Komplikasyon gelişmeyen hasta postoperatif 2. gününde taburcu edildi.

**SONUÇ:** Laparoskopik histerektomi; hastanın hastanede kalış süresini kısaltması, günlük yaşamına daha erken dönmesini sağlaması ve morbiditeyi azaltması ile laparotomiye tercih edilmektedir. Fakat cerrahın deneyimine bağlı olarak üriner trakt yaralanmaları, bağırsak yaralanmaları, kanama, vajinal cuff prolapsusu laparotomiye göre daha fazla oranda görülmektedir. Komplikasyonlar cerrahi deneyim arttıkça azalacaktır. Laparoskopik histerektomi, uygun hasta grubunda tercih edilmelidir.

**Anahtar Kelimeler:** total laparoskopik histerektomi,bilateral salpingooferektomi, tlh



## PP-41

**Bilateral Matür Kistik Teratom: Laparoskopik Yaklaşım**

*Abdul Hamid Güler, Gözde Şahin, Denizhan Bayramoğlu, Mete Can Ateş, Çetin Çelik Selçuk Üniversitesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Ana Bilim Dalı, Konya*

**GİRİŞ:** Matür kistik teratom, genellikle dermoid kist olarak adlandırılır. Premenapozal kadınlarda en sık görülen benign tümördür ve çoğunlukla 2. ve 3. dekatta görülür. Over teratomları %8 - %15 arasında bilateral görülür.

Bu kistlerin çoğu ektodermal(deri,saç), mezodermal(kas), endodermal doku (akciğer, gastrointestinal sistem) içerir.

Genellikle asemptomatiktir ancak adneksial torsiyon, rüptür, malign transformasyon veya enfeksiyon gibi komplikasyonlar görülebilir. Spontan rüptür nadir bir komplikasyondur ve tahmini görülme sıklığı %0.3 - %2.5 arasındadır. Yağ içeriğinin karın boşluğuna boşaltılması peritonu tahriş eder ve vakaların %1'inden daha azında ortaya çıkan aseptik peritonite yol açabilir. Malignite meydana gelmesi tahmini olarak %0.2 - %2 arasındadır. Özellikle 45 yaş üzerindeki hastalarda, hızlı büyüyen ve 10 cm den daha büyük kistlerde görülür. Tipik radyolojik bulgu intratümöral yağdır(Vakaların %90'ından fazlasında). En yaygın ultrason bulgusu, kistik lümeneye yansıyan yoğun ekojenik bir çıkıntıya (Rokitansky nodülü olarak bilinir) sahip kistik bir kitledir. Bu nodül sıklıkla diş, saç, kemik yapılar veya bileşenlerini içerir. Bilgisayarlı tomografi (BT) ve Manyetik Rezonans görüntüleme (MR) mükemmel duyarlılık ve özgünlüğe sahiptir. BT özellikle küçük kalsifikasyonları ortaya çıkarmada yardımcı olur. Tedavi, kistin tercihen laparoskopik bir yaklaşımla cerrahi olarak çıkarılmasından oluşur.

**OLGU:** 69 yaşında multipar hasta insitendal olarak adneksial kitle saptanması üzerine kliniğimize başvurdu. Yapılan ultrasonografide uterus posteriorunda 14x10 cm ve 8x6 cm lik heterojen görünümlü kistik kitle izlendi. Kronik hastalık olarak Diabetes mellitus ve Hipertansiyon mevcuttu. Bilgisayarlı Tomografi sonucunda sağ adneksial lojda 13x9 cm ve 7x6 cm boyutlarında yağ dancitesi içeren 2 adet düzgün konturlu izodens solid lezyonlar izlendi. Tümör markerları normaldi. Hastamıza mevcut muayene bulguları altında laparoskopik cerrahi planlandı. İntraoperatif gözlemdesol over kaynaklı yaklaşık 14 cm ve sağ over kaynaklı yaklaşık 8 cm lik iki adet dermoid kist ile uyumlu kitle izlendi. Laparoskopik histerektomi ve bilateral salpingooferektomi yapıldı. Kistik kitleler vajinal yaklaşımla, batın bulaşı olmadan aspire edilerek çıkartıldı ve operasyon tamamlandı.

**SONUÇ:** Dermoid kist için uygulanan operasyonlarda, rüptüre bağlı aseptik tümör içeriği peritoneal serozayı tahriş edebilir ve kimyasal peritonite neden olabilir. Bu yüzden cerrahi sırasında iatrojenik rüptür açısından dikkatli olunmalıdır.

**Anahtar Kelimeler:** Dermoid kist, kimyasal peritonit, matur kistik teratom

TÜRK JİNEKOLOJİK ENDOSKOPI PLATFORMU

# 2. MİNİMAL İNVAZİV JİNEKOLOJİK CERRAHİ KONGRESİ

13 - 16 Şubat 2019

Wyndham Grand İstanbul - Levent



## Bilateral Matur Kistik Teratom: Laparoskopik Yaklaşım









## Organizasyon Sekreteryası



### FIGÜR KONGRE ORGANİZASYONLARI VE TİC. A.Ş.

19 Mayıs Mah. 19 Mayıs Cad. Nova Baran Center No: 4, 34360 Şişli / İstanbul

Tel: 0 212 381 46 00 / Faks: 0 212 258 60 78

E-posta: minimalinvaziv@figur.net