

JİNEKOLOJİK ENDOSKOPI PLATFORMU



3. MINIMAL İNVAZİV JİNEKOLOJİK CERRAHİ KONGRESİ

19 - 22 Şubat 2020

Wyndham Grand Levent Hotel, İstanbul



www.minimalinvazivjinekolojikcerrahi.org

Bilimsel Program - Sözlü Bildiriler
Video Bildiriler - Poster Bildiriler



Wyndham Grand Levent Hotel, Istanbul

3. MINİMAL İNVAZİV JİNEKOLOJİK CERRAHİ KONGRESİ

19 - 22 Şubat 2020

Wyndham Grand Levent Hotel, İstanbul



ÖNSÖZ

Değerli Meslektaşlarımız,

3. Minimal İnvaziv Jinekolojik Cerrahi Kongresi 19-22 Şubat 2020 tarihleri arasında İstanbul Wyndham Grand Otelinde gerçekleştirilecektir.

İkincisini 2019 yılı Şubat ayında sizlerin yoğun ilgisiyle gerçekleştirdiğimiz kongremizde, bu yıl da yine en temelden en ileri düzeye laparoskopik ve histeroskopik uygulamalar, fark yaratacak bir konsept ile, konusunda yetkin ulusal ve uluslararası konuşmacılar tarafından sunulacaktır. Bu amaca yönelik olarak kongre programı her beceri düzeyindeki meslektaşımızın günlük cerrahi pratiğini geliştirecek konular ve uygulamalardan oluşturulmuştur.

Kongre öncesinde teorik bilgilerin video sunumları, hayvan laboratuvarları ve canlı cerrahiler ile zenginleştirildiği kurslarda tüm konular derinlemesine işlenecektir ve meslektaşlarımızın pratik uygulama yapma ve canlı cerrahilerin seyretme ve asiste etme olanakları olacaktır. Bunların yanı sıra “kişiye özel sütür kursu” gerçekleştirilecektir.

Temel cerrahi anatomi bilgilerinin tazelenmesi amacı ile kongrenin üç gününde de canlı yayında kadavra disseksiyonu yapılacaktır. Ayrıca kongre süresince robotik/laparoskopik histerektomi, myomektomi ve derin endometriozis cerrahileri canlı yayınla kongre salonlarına aktarılacaktır.

Minimal İnvaziv Jinekoloji Derneği (MiJiD), Minimal İnvaziv Jinekolojik Onkoloji Derneği ve (MiJOD) Robotik Jinekolojik Cerrahi Derneği (RJCD) olarak, kongre öncesi kurslar ve özgün kongre içeriği ile katkı sunmayı amaçladığımız 3. Minimal İnvaziv Jinekolojik Cerrahi Kongresi’ne tüm meslektaşlarımızı davet ediyoruz. Jinekolojik endoskopi konusunda yapılan en kapsamlı kongrede buluşmak üzere.

Saygılarımızla,



Prof. Dr. Bülent URMAN
Minimal İnvaziv Jinekolojik Cerrahi Derneği
Başkan



Prof. Dr. İlkan DÜNDER
Robotik Jinekolojik Cerrahi Derneği
Başkan



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



3. MINİMAL İNVAZİV JİNEKOLOJİK CERRAHİ KONGRESİ

19 - 22 Şubat 2020
Wyndham Grand Levent Hotel, İstanbul

YÖNETİM KURULLARI



Başkan

Dr. Bülent Urman

Başkan Yardımcısı

Dr. Gürkan Uncu

Genel Sekreter

Dr. Kemal Özerkan

Sayman

Dr. Ercan Baştu

Üyeler

Dr. Murat Api

Dr. Vedat Atay

Dr. Gonca Çoban Şerbetçioğlu

Dr. L. Cem Demirel

Dr. Mete Güngör

Dr. Üzeyir Kalkan

Dr. Yakup Kumtepe

Dr. Erhan Şimşek

Dr. H. Onur Topçu



Başkan

Dr. İlkan Dünder

2. Başkan

Dr. M. Faruk Köse

Genel Sekreter

Dr. Fatih Güçer

Sayman

Dr. F. Suat Dede

Üyeler

Dr. Fuat Demirci

Dr. Mete Güngör

Dr. Ahmet Göçmen

Dr. Gürkan Kıran

Dr. Orhan Ünal



Başkan

Dr. Mete Güngör

Başkan Yardımcısı

Dr. U. Fırat Ortaç

Genel Sekreter

Dr. Çağatay Taşkiran

Sayman

Dr. M. Murat Naki

Üyeler

Dr. Tugan Beşe

Dr. Hüsnü Çelik

Dr. Çetin Çelik

Dr. Serkan Erkanlı

Dr. Yakup Kumtepe

Dr. Erkan Sarı

Dr. Tayup Şimşek

Dr. Salih Taşkın

Dr. Samet Topuz

BİLİMSEL SEKRETERYA

Dr. Çağatay TAŞKIRAN

Dr. Kemal ÖZERKAN

Dr. H. Onur TOPÇU

Dr. Salih TAŞKIN

Dr. Ercan BAŞTU

Dr. Nasuh Utku DOĞAN

Dr. Erhan ŞİMŞEK

Dr. Selçuk AYAS

Dr. Ömer Lütfi TAPISIZ

Dr. Cenk YAŞA

Dr. Abdulkadir BAKAY

Dr. Bahadır SAATLİ

3. MİNİMAL İNVAZİV JİNEKOLOJİK CERRAHİ KONGRESİ

19 - 22 Şubat 2020

Wyndham Grand Levent Hotel, İstanbul



ORGANİZASYON ve BİLİMSEL KOMİTE

Dr. Faruk ABIKE
Dr. Süleyman AKHAN
Dr. Ebru ALPER
Dr. Şadım ALTINBAŞ
Dr. Murat API
Dr. Dağıstan Tolga ARIÖZ
Dr. Macit ARVAS
Dr. Barış ATA
Dr. Ayşe SEYHAN
Dr. Cem ATABEKOĞLU
Dr. Vedat ATAY
Dr. Erkut ATTAR
Dr. Selçuk AYAS
Dr. Turgut AYDIN
Dr. Ali AYHAN
Dr. Ruşen AYTAÇ
Dr. Hakan AYTAN
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 CEVRİOĞLU
Dr. Zeliha FIRAT CÜYLAN
Dr. Mete ÇAĞLAR
Dr. Çetin ÇELİK
Dr. Hüsnü ÇELİK
Dr. Gonca ÇOBAN SERBETÇİOĞLU
Dr. Ebru ÇÖĞENDEZ
Dr. Murat DEDE
Dr. Suat DEDE
Dr. Fuat DEMİRCİ
Dr. Cem DEMİREL
Dr. Fuat DEMİRKIRAN

Dr. Özgür DEREN
Dr. Ebru DİKENSÖY
Dr. Erbil DOĞAN
Dr. Kenan DOLAPÇIOĞLU
Dr. Fulya DÖKMEÇİ
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 EVLİYAĞLU
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. Ümrani KÜÇÜKGÖZ GÜLEÇ
Dr. Murat GÜLTEKİN
Dr. İsmet GÜN
Dr. Davut GÜVEN
Dr. Tevfik GÜVENAL
Dr. Ahmet Barış GÜZEL
Dr. Kadir GÜZİN
Dr. Müge HARMA
Dr. Recep HAS
Dr. Ahmet Zeki IŞIK
Dr. Cem İYİBOZKURT
Dr. Serkan KAHYAOĞLU
Dr. İbrahim KALELIOĞLU
Dr. Üzeyir KALKAN
Dr. Onur KARABACAK
Dr. Emine KARABÜK

Dr. Burak KARADAĞ
Dr. Alper KARALÖK
Dr. Erbil KARAMAN
Dr. Yücel KARAMAN
Dr. Cavit KART
Dr. Işıl KASAPÖĞLU
Dr. Fulya KAYIKÇIOĞLU
Dr. Ghanim KHATİB
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 MİHMANLI
Dr. M. Murat NAKİ
Dr. Mehmet Ali NARİN
Dr. Şafak OLGAN
Dr. Anıl ONAN
Dr. Özyaz 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 SANCİ
Dr. M. Erkan SARI
Dr. Doğa SEÇKİN

Dr. Serdar SERİN
Dr. Murat SEVAL
Dr. Akın SİVASLIOĞLU
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 TAŞÇI
Dr. Mine İSLAMİYE TAŞKIN
Dr. Özlem MORALIOĞLU TEKİN
Dr. Yeşim BAYOĞLU TEKİN
Dr. Coşan TEREK
Dr. Tayfun TOPTAŞ
Dr. Samet TOPUZ
Dr. Funda GÜNGÖR UĞURLUCAN
Dr. Semih Zeki ULUDAĞ
Dr. Gürkan UNCÜ
Dr. Volkan ÜLKER
Dr. Orhan ÜNAL
Dr. Cihat ÜNLÜ
Dr. Işın 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. Tevfik YOLDEMİR
Dr. Kunter YÜCE

* Soyadına göre alfabetik olarak sıralanmıştır.

PROGRAM ÖZETİ

[illegible]

3. MİNİMAL İNVAZİV JİNEKOLOJİK CERRAHİ KONGRESİ

19 - 22 Şubat 2020

Wyndham Grand Levent Hotel, İstanbul



20 Şubat 2020, Perşembe

Salon - A

09:00-10:30 **SAHNEDE KADAVRA: HER YÖNÜYLE LAPAROSKOPIK PELVİK ANATOMİ**

Moderatör: Mete Güngör

Panaromik anatomi, pararektal, medial paravezikal boşluklar, üreter, uterin arter

Kemal Özerkan

Presakral, retrorektal, rektovajinal, lateral paravezikal ve vezikovajinal boşluklar

Çağatay Taşkıran

Pelvik nöroanatomi

Vito Chiantera

10:30-11:15 **AÇILIŞ KONUŞMALARI**

MİJİD Başkanı

Bülent Urman

RJCD Başkanı

İlkkın Dunder

MİJOD Başkanı

Mete Güngör

Hayat boyu başarı ödülü - Prof. Dr. Ali Ayhan

Bize neler öğretti?

Çağatay Taşkıran

Keynote Lecture

Ali Ayhan

11:15 - 11:30 *Kahve arası*

11:30-12:30 **KEYNOTE LECTURES**



Oturum Başkanları: U. Fırat Ortaç, Gürkan Uncu

İyi endoskopik cerrah nasıl olunur?

Giovanni Scambia

Nöropelvioloji

Vito Chiantera

12:30-13:00 **KEYNOTE LECTURE
ANORMAL UTERİN KANAMA NE ZAMAN MEDİKAL,
NE ZAMAN CERRAHİ?**

Oturum Başkanı: İlkkın Dunder

Anormal uterin kanama

Fatih Durmuşoğlu

13:00 - 14:00 *Öğle Yemeği*

20 Şubat 2020, Perşembe

Salon - A

14:00-15:00 **CANLI CERRAHİLER:**

Laparoskopik Histerektomi

@operSurgical

OLYMPUS®

Robotik histerektomi

da Vinci Surgery

@operSurgical

Moderatörler: İlkkan Dünder, Bülent Urman

Cerrahlar: Mete Güngör, M. Murat Naki

15:00-16:30 **ONKOLOJİ OTURUMU-1**



Oturum Başkanları: Ali Ayhan, Macit Arvas

15:00-15:20

Jinekolojik kanserlerde SLN uygulama tekniği ve Türkiye verisi

Salih Taşkın

15:20-15:40

Endometrium kanserlerinde laparoskopik cerrahi ve SLN konsepti

Uğur Fırat Ortaç

15:40-16:00

Serviks kanserinde endoskopik cerrahi bitiyormu?

Giovanni Scambia

16:00-16:20

Over kanserlerinde laparoskopik cerrahi

Anna Fagotti

16:20-16:30

Tartışma

16:30-17:00

Kahve arası

16:30-17:00

Laparoskopik histerektomi - **Medtronic standında**

Çağatay Taşkiran

17:00-18:30

HİSTEREKTOMİ OTURUMU: Dr. Salih Sadık Anısına



Oturum Başkanları: Tugan Beşe, Tayup Şimşek

17:00-17:15

Endoskopi ile geçen bir ömür: Dr. Salih Sadık

Mustafa Bahçeci

17:15-17:30

Güvenlikten ödün vermeden laparoskopik histerektominin sınırları nasıl zorlanır?

Mohamed Achour

17:30-17:45

Her histerektomide retroperitona girilmelimidir?

Mehmet Ali Vardar

17:45-18:00

Büyük uterus ve komplike olgularda histerektomi tekniği

Hüsnü Çelik

18:00-18:15

Laparoskopik histerektomide dehisens ve kaf prolapsusu nasıl önlenir?

Nasuh Utku Doğan

18:15-18:30

Tartışma

3. MİNİMAL İNVAZİV JİNEKOLOJİK CERRAHİ KONGRESİ

19 - 22 Şubat 2020

Wyndham Grand Levent Hotel, İstanbul



20 Şubat 2020, Perşembe

Salon - B

15:00-16:30 HİSTEROSKOPİ OTURUMU

Oturum Başkanları: Ahmet Zeki Işık, Semra Kayataş Eser

15:00-15:15	Intrauterin adezyonların histeroskopik tedavisi-zor olgular nasıl yönetilmeli?	Özlem Dural
15:15-15:30	Histeroskopik miyomektomi-bipolar enerji ve mekanik morselatörler	Erhan Şimşek
15:30-15:45	Adenomyozisin histeroskopik bulguları ve hasta yönetimindeki önemi	Gürkan Bozdağ
15:45-16:00	Septum ne zaman düzeltilmeli?	Erbil Doğan
16:00-16:15	Histeroskopi komplikasyonları ve yönetimi	M. Cihat Ünlü
16:15-16:30	Tartışma	

16:30-17:00 Kahve arası

16:30-17:00 Laparoskopik histerektomi - **Medtronic standında** **Çağatay Taşkıran**

17:00-18:30 HİSTEROSKOPİ VIDEO OTURUMU



Oturum Başkanları: Özyay Oral, Hüseyin Görkemli

17:00-17:15	Ofis histeroskopi-set-up ve orientasyon	Tayfun Bağış
17:15-17:30	Histeroskopik septum cerrahisi-ofis, makas, rezektoskop	Esra Bulgan Kılıçdağ
17:30-17:45	Histeroskopik miyom eksizyonu: Evre 1, 2 ve 3 miyomlar	Nafiye K. Yılmaz
17:45-18:00	Histeroskopik sineşi cerrahisi-kolay ve zor olgular	Tansu Küçük
18:00-18:15	Histeroskopik istmosel cerrahisi	Funda Göde
18:15-18:30	Histeroskopik dismorfik uterus cerrahisi	İşıl Kasapoğlu

20 Şubat 2020, Perşembe

Salon - C

08:45- 09:00 **KAYIT - HEMŞİRELİK OTURUMU**

09:10-09:20 **HEMŞİRELİK OTURUMU - AÇILIŞ KONUŞMALARİ**

Nevin Şahin, Serpil İsabetli, Mete Güngör

09:20-11:00 **HEMŞİRELİK OTURUMU-1**

Oturum Başkanları: Nevin Şahin, Merve Kaniğ

09:20-09:40 Jinekolojik operasyonlarda minimal invaziv cerrahinin yeri ve tarihçesi

Özgüç Takmaz

09:40-10:00 Jinekolojik operasyonlarda kanıta dayalı uygulamalar ve hemşirelik yaklaşımı

Zehra Kaya Acar

10:00-10:20 Kozmetik jinekolojide bakım yaklaşımı

Özen İnam

10:20-10:40 Jinekolojik sağlık sorunlarında psikososyal bakım ve destek

Meltem Mecdi Kaydırak

10:40-11:00 Tartışma

11:00-11:30 *Kahve arası*

11:30-13:00 **HEMŞİRELİK OTURUMU-2**

Oturum Başkanları: Özgüç Takmaz, Zübeyde Ekşi Güloğlu

11:30-11:50 Jinekolojik kanserlerde bakım

Merve Kaniğ

11:50-12:10 Jinekolojik kanserlerde semptom yönetimi

Esra Yurtsev

12:10-12:30 Jinekolojik kanserlerde tamamlayıcı ve alternatif tıp uygulamaları

Özlem Altıntaş

12:30-12:50 Minimal invaziv cerrahide hemşirelik bakımı olgu sunumu

12:50-13:00 Tartışma

3. MINİMAL İNVAZİV JİNEKOLOJİK CERRAHİ KONGRESİ

19 - 22 Şubat 2020

Wyndham Grand Levent Hotel, İstanbul



20 Şubat 2020, Perşembe

Salon - C

15.00-16.30 ESTETİK JİNEKOLOJİK CERRAHİ OTURUMU

Oturum Başkanları: Cem Keçe, Ebru Dikensoy

15:00-15:15	Vajinismus ve dispareni tedavileri için minimal invaziv operasyonlar	Süleyman Eserdağ
15:15-15:30	Labioplasti ve vulvalift uygulamaları; Operatif ve non-operatif metodlar	A. Akın Sivaslıoğlu
15:30-15:45	Doğum sonrası için kozmetik jinekolojik uygulamalar	Murat Emanetoğlu
15:45-16:00	Menopozun genitoüriner sendromunda vajinal rejuvenasyon (nanofat, hyalüronik asit, PRP enjeksiyonları, lazer uygulamaları)	Ebru Alper
16:00-16:15	Kozmetik jinekolojiye jineksolojik bakış açısı; Kadınlar neden yaptırmak istiyorlar?	Selcen Bahadır
16:15-16:30	Tartışma	

16:30-17:00 Kahve arası

16:30-17:00 Laparoskopik histerektomi - **Medtronic standında** **Çağatay Taşkiran**

17:00-18:30 O VIDEO TÜRKİYE OTURUMU-ONKOLOJİ

Juriler: Ali Ayhan, İlkan Dünder, Mete Güngör, Cem İyibozkurt

VS-41	Robotik radikal trakelektomi ve sentinel lenfadenektomi	Bulut Varlı
VS-42	Lokal ileri evre servikal kanser vakasında Bulky paraaortik lenf nodlarının laparoskopik eksizyonu ve ovaryen transpozisyon	Nasuh Utku Doğan
VS-43	Laparoskopik asiste vajinal radikal trakelektomi: Serviks kanserinde fertilitte koruyucu minimal invaziv yaklaşım	Nasuh Utku Doğan
VS-44	10 basamakta laparoskopik paraaortik lenfadenektomi	Gülşen Doğan Durdağ
VS-45	Laparoskopik radikal parametrektomi	Kemal Güngördük
VS-46	Laparoskopik pelvik lenf nodu diseksiyonu, cerrahi anatomi ve önemli anatomik noktaların tanımlanması	Akbar İbrahimov
VS-47	Endometrium kanserinde laparoskopik paraaortik lenfadenektomi	Sevtap Seyfettinoğlu
VS-48	Laparoskopik Wertheim operasyonu	Erkan Aslan
VS-49	Minilaparoskopik para-aortik lenf diseksiyonu ve eksternal iliak damar yaralanması	Burcu Yılmaz Hanege
VS-50	Laparoskopik paraaortik lenfadenektomi sırasında üreter yaralanması ve intraoperatif onarımı	Resul Karakuş

20 Şubat 2020, Perşembe

Salon - D

15:00-16:30 SERBEST BİLDİRİ OTURUMU 1

Oturum Başkanları: Ali Yanık, Müge Harma

VS-01	Laparoskopik burch prosedürü	Gonca Çoban Şerbetçioğlu
VS-02	Pop olgularında laparoskopik pektepeksi ve lateral süspansiyon	Yavuz Emre Şükür
VS-03	Küçük meş sling ve tekrar kullanılabilir tünel aracı ile laparoskopik sakrohisteropeksi	Kazibe Koyucu
VS-04	Uterin prolapsusun eşlik ettiği pelvik organ prolapsusu cerrahisinde izole serviksin korunduğu ultrayeni bir yaklaşım: TAP-GAN tekniği	Ömer Lütfü Tapısız
VS-05	Laparoskopik lateral meş süspansiyonu	Hüseyin Levent Keskin
VS-06	Laparoskopik sakrohisteropeksi	Yakup Yalçın
VS-07	Yine, yeni, yeniden burch kolposüspansiyon: Video eşliğinde laparoskopik yaklaşım	Sezin Cansın Perçin Kafaoğlu
VS-08	Stres üriner inkontinans tedavisinde vajinal meşsiz üretropeksi tekniği	Emin Erhan Dönmez
VS-09	Pelvik organ prolapsusunda laparoskopik lateral süspansiyon tekniği	Songül Alemdaroğlu
VS-10	Laparoskopik apikal prolapsus cerrahiye takiben iatrojenik endometriozis	Kazibe Koyucu

16:30-17:00 Kahve arası

16:30-17:00 Laparoskopik histerektomi - Medtronic standında

Çağatay Taşkıran

17:00 - 18.30 SERBEST BİLDİRİ OTURUMU 3

Oturum Başkanları: Kadir Güzin, Tufan Öge

VS-21	Laparoskopik over kistektomi	Emre Erdem Taş
VS-22	Çocukluk döneminde geçirilmiş cerrahi sebepli ileri adezyonu olan hastada bilateral dermoid kist eksizyonu	Gülümser Ece Aksakal
VS-23	Laparoskopik modifiye Gilliam Dolores operasyonu	Resul Karakuş
VS-24	Yaygın ve şiddetli barsak adezyonlarında laparoskopik adezyolizis: İp uçları ve püf noktaları	Hüseyin Kırıyak
VS-25	IVF tedavisi ve OHSS sonrası erken gebelikte tekrarlayan over torsiyonu	Gülşen Doğan Durdağ
VS-26	Plasental site trofolblastik tümörün histeroskopik rezeksiyonu	Gülümser Ece Aksakal
VS-27	Histeroskopik morselatör ile miyomektomi	Damla Sönmez
VS-28	Laparoskopik sakroservikopeksi olgu sunumu	Oğuzhan Karakoç
VS-29	Geniş erozyonlu dev uterovajinal prolapsusta total kolpoplekizis	Serdar Aydın
VS-30	Total laparoskopik histerektomide vajinal cuff kapatılmasında yeni sütür tekniği	Sabri Çolak

3. MİNİMAL İNVAZİV JİNEKOLOJİK CERRAHİ KONGRESİ

19 - 22 Şubat 2020

Wyndham Grand Levent Hotel, İstanbul



20 Şubat 2020, Perşembe

Salon - E

15:00-16:30 SERBEST BİLDİRİ OTURUMU 2

Oturum Başkanları: Bülent Urman, Y. Emre Şükür

VS-11	22 Hafta gebe bir hastada torsiye dermoid kistin laparoskopik yönetimi	Ersin Çintesun
VS-12	Tubooveryan abse olgusunun laparoskopik yönetimi	Hazal Kutlucan
VS-13	Pelvik anatomi eşliğinde laparoskopik histerektomi: Video sunumu	Mustafa Akşar
VS-14	Geçirilmiş sezaryen operasyonlarına bağlı uterusun batın ön duvarına veya mesaneye yapışık olduğu vakalarda total laparoskopik histerektomi: Güvenli cerrahi basamaklar	Osman Onur Özkavak
VS-15	Her vakada üreteri görmek için retroperitona girmek gereklidir?	Nasuh Utku Doğan
VS-16	Mükerrer sezaryen hikayesi olan hastada laparoskopik histerektomi sırasında aşırı yapışık mesane diseksiyonu	Jalal Raoufi
VS-17	Büyük uterus olgusunda, total laparoskopik histerektomi sırasında uterin artere hemoklip uygulaması	Evrin Ebru Kovalak
VS-18	Yaygın batın içi adezyonu olan laparoskopik TAH+BSO olgu sunumu	Ceren Yıldız Eren
VS-19	Zor bir histerektomi öncesi miyomektomi uygulaması	Sebile Güler Çekiç
VS-20	Sadece harmonik enerji ile yapılan histerektomide, kanayan uterin arter sütürasyonu	Mevlüt Bucak

16:30-17:00 Kahve arası

16:30-17:00 Laparoskopik histerektomi - **Medtronic standında** **Çağatay Taşkıran**

17:00 - 18.30 SERBEST BİLDİRİ OTURUMU 4

Oturum Başkanları: Salih Taşkın, Erkan Sarı

VS-31	İnterstisyel gebeliğin laparoskopik tedavisi	Erdal Şeker
VS-32	Uterus miyometriumuna gömülmüş rahim içi aracın laparoskopik eksizyonu	Ersin Çintesun
VS-33	Laparoskopik retroperitoneal miyom eksizyonu	Ülker Heydarova
VS-34	Laparoskopik morsellasyon sonrası torsiye parazitik miyoma bağlı bir akut batın vakası	Hasan Onur Topçu
VS-35	Laparoskopik miyomektomi ve kolpotomi posterior	Ersin Çintesun
VS-36	Adneksiyal miyomu taklit eden ince barsak orijinli gastrointestinal stromal tümör: Nadir bir vaka	Kübra Özkan Karacaer
VS-37	Uydu trokar insizyonundan laparoskopik miyomektomi ile örnek çıkarılması	Mustafa Serdar Yaşartekin
VS-38	Laparoskopik miyomektomi	Elif Uçar
VS-39	Laparoskopide miyomektomi spesmeninin posterior kolpotomi ile batın dışına alınması	Zeliha Fırat Cüylan
VS-40	Laparoskopik miyomektomi vaka sunumu	Elif Uçar

21 Şubat 2020, Cuma

Salon - A

08:30-09:30 **SAHNEDE KADAVRA: KOMPLİKASYONLAR VE YÖNETİMİ**

Moderatör: Bülent Urman

Gastrointestinal sistem yaralanmaları

Emre Balık

Üriner sistem yaralanmaları

Yakup Kordan

09:30- 09:45 *Kahve arası*

09:45-12:00 **CANLI CERRAHİ: Endometriozis**



Moderatörler: Ercan Baştu, Ayşe Seyhan

Preoperatif ultrasonografik haritalandırma

Alessandra Di Giovanni

Derin infiltratif endometriozis cerrahisi

Mario Malzoni

12:00-12:30 **EN İYİ BİLDİRİ ve VİDEO SUNUMU - ÖDÜL TÖRENİ**

VS-53 Yeni 30 dakikada histeropeksi tekniği: Sakro Uterin Teyp Simulasyonu (SUTS)

Serdar Aydın

VS-51 Ekstrakorporeal vajinal myomektomi: Spillage'a engel olabilir mi?

Hanifi Şahin

VS-52 Transvajinal Doğal Ağız Transluminal Endoskopik Cerrahinin Kullanılması (vNOTES) sakrokolpopeksi ve uterosakral bağ süspansiyonu için

Sema Baghaki

12:30 - 13:30 *Öğle Yemeği*

13:30-14:30 **UYDU SEMPOZYUMU-ROCHE**



Oturum Başkanı: Bülent Urman

13:30-14:00 Endometriomanın cerrahi tedavisi sonrası over rezervi

Massimo Candiani

14:00-14:30 İnfertil çiftin yönetiminde AMH

Hakan Yaralı

3. MİNİMAL İNVAZİV JİNEKOLOJİK CERRAHİ KONGRESİ

19 - 22 Şubat 2020

Wyndham Grand Levent Hotel, İstanbul



21 Şubat 2020, Cuma

Salon - A

14:30-16:00 **ENDOMETRİOZİS VE TUBAL FAKTÖR**



Oturum Başkanları: Yücel Karaman, Hakan Yaralı

14:30-14:45 Laparoskopik endometriozis cerrahisinde diod lazer kullanımı

Stefano Angioni

14:45-15:00 Endometriomalara nasıl yaklaşalım: İnfertil hasta, ağrılı hasta ve asemptomatik hasta

Gürkan Uncu

15:00-15:15 ART döneminde tubal faktör infertilitesine yaklaşım: Neden, nasıl ve ne zaman?

Angelos Daniilidis

15:15-15:30 Derin infiltran endometriozis-sinir koruyucu yaklaşımlar



Horace Roman

15:30-15:45 Derin endometriozis için rektal cerrahi, komplikasyonlar ve olası kısa ve uzun vadeli etkiler

Gernot Hudelist

15:45-16:00 Tartışma

16:00-16:30 *Kahve arası*

16:00-16:30 Endometriozis - **Medtronic standında**

Ercan Baştu

16:30 - 18.30 **ÜROJİNEKOLOJİ OTURUMU-STRES İNKONTİNANS**

Oturum Başkanları: Orhan Ünal, Adnan Orhan

16:30-16:50 Üriner inkontinans olgularında cerrahi tedavi için hasta seçim kriterleri

Serdar Aydın

16:50-17:10 Stres inkontinans olgularında TOT vs. TVT

Fulya Dökmeci

17:10-17:30 Laparoskopik burch: İpuçları ve tüyolar

Ömer Lütfi Tapısız

17:30-17:50 Aşırı aktif mesane tedavisinde botoks kullanımı

Cenk Yaşa

17:50-18:10 SUI cerrahisinde komplikasyon ve başarısızlık yönetimi

Funda Güngör

Uğurlucan

18:10-18:30 Tartışma

3. MINİMAL İNVAZİV JİNEKOLOJİK CERRAHİ KONGRESİ

19 - 22 Şubat 2020
Wyndham Grand Levent Hotel, İstanbul

21 Şubat 2020, Cuma

Salon - B

14:30-16:00 ONKOLOJİ-VIDEO OTURUMU

Oturum Başkanları: Nejat Özgül, M. Mutlu Meydanlı

14:30-14:45	Laparoskopik radikal trakelektomi	<i>Fuat Demirkıran</i>
14:45-15:00	Laparoskopik radikal histerektomi	<i>Ali Küçükmetin</i>
15:00-15:15	Laparoskopik pelvik lenfadenektomi	<i>Ahmet Barış Güzel</i>
15:15-15:30	Laparoskopik paraaortik lenfadenektomi	<i>M. Murat Naki</i>
15:30-15:45	Laparoskopik ekstraperitoneal lenfadenektomi	<i>Müfit C. Yenen</i>
15:45-16:00	Tartışma	

16:00-16:30 Kahve arası

16:00-16:30	Endometriyozis - Medtronic standında	<i>Ercan Baştu</i>
-------------	---	--------------------

16:30 - 18.30 ENDOMETRİYOZİS OTURUMU



Oturum Başkanları: M. Cihat Ünlü, Engin Oral

16:30-16:50	Derin endometriyozisin preoperative evrelendirilmesinde transvajinal ultrason-bulgular cerrahiyi nasıl etkiler?	<i>Gernot Hudelist</i>
16:50-17:10	Endometriyozisin sınıflandırılması değişimlimi? Tanı ve tedavideki etkisi	<i>Anis Feki</i>
17:10-17:30	Endometriyozis ve over rezervi	<i>H. Onur Topçu</i>
17:30-17:50	Endometriyozisli hastada doğurganlığı arttırma ve korumanın yöntemleri	<i>Ertan Sarıdoğan</i>
17:50-18:10	ERAS	<i>Özgüç Takmaz</i>
18:10-18:30	Tartışma	

3. MİNİMAL İNVAZİV JİNEKOLOJİK CERRAHİ KONGRESİ

19 - 22 Şubat 2020

Wyndham Grand Levent Hotel, İstanbul



21 Şubat 2020, Cuma

Salon - C

14:30-16:00 3D OTURUMU

Oturum Başkanları: Onur Karabacak, Senai Aksoy

14:30-14:45 Miyomektomi

Nuray Bozkurt

14:45-15:00 Endometriozis

Murat Api

15:00-15:15 Histerektomi

Mert Göl

15:15-15:30 Lenfadenektomi

Evrin Erdemoğlu

15:30-16:00 Tartışma

16:00-16:30 Kahve arası

16:00-16:30 Endometriozis - **Medtronic standında**

Ercan Baştu

16:30 - 18.30 GENÇ ENDOSKOPIK CERRAHLAR VİDEO OTURUMU

Oturum Başkanları: M. Faruk Köse, Samet Topuz, Kenan Dolapçıoğlu

16:30-16:40 Laparoskopik paraaortik lenfadenektomi

Hamdullah Sözen

16:40-16:50 Laparoskopik uterin ve rektal prolapsus onarımı

Hanifi Şahin

16:50-17:00 Üreter komplikasyonunun laparoskopik olarak tamir edilmesi

Süleyman Salman

17:00-17:10 Laparoskopik burch operasyonu

Mehmet Ali Narin

17:10-17:20 Üreteral kitle eksizyonu ve pelvik yan duvar anatomisi

Mehmet Gökçü

17:20-17:30 Laparoskopik sinir dekompresyonuyla birlikte Cul de Sac'tan nodül eksizyonu

Esra Özbaşlı

17:30-17:40 Laparoskopik radikal histerektomi, pelvik lenf nodu diseksiyonu ve ovaryan transpozisyon

Erkan Sarı

17:40-17:50 vNOTES histerektomi ve adnektomi

Cihan Kaya

17:50-18:00 Laparoskopik intraligamenter miyomektomi, culdesac diseksiyon, rectosigmoid nodul eksizyonu

Ayşen Boza

18:00-18:10 Hipogastrik sinir anatomisi ve diseksiyonu

Doğan Vatansever

18:10-18:20 Bartholin bezi kanserinde robot eşliğinde histerektomi, bilateral salpenjektomi, bilateral ovaryan transpozisyon ve radikal kolpektomi

Emine Karabük

18:20-18:30 Tartışma

21 Şubat 2020, Cuma

Salon - D

14:30-16:00 SERBEST BİLDİRİ OTURUMU 5

Oturum Başkanları: Serdar Serin, Volkan Ülker

VS-54	Derin infiltratif endometrioziste laparoskopik yaklaşım	Seda Şahin Aker
VS-55	Over kanserinde operabilite için laparoskopik skrolama ve değerlendirme	Seda Şahin Aker
VS-56	Total laparoskopik histerektomide hasarlanan üreterin laparoskopik olarak tamiri	Neslihan Kobaner Canköy
VS-57	Total laparoskopik histerektomi sonrası oluşan vezikovajinal fistülün laparoskopik yaklaşım ile tamininin video sunumu	Şadımın Kıykaç Altınbaş
VS-58	Uterin perforasyon gelişen küretaj olgusunda laparoskopik ve histeroskopik yaklaşım	Ünzile Korkmaz
VS-59	Total laparoskopik histerektomide mesane travması ve onarımı	Alev Esercan
VS-60	Laparoskopik burch kolposüspanسیون: Bir olgu sunumu	Ersin Çintesun
VS-61	Laparoskopik supraservikal histerektomi+ 'Re-Usable Tunneling Device' yardımlı sakroservikopeksi	Kazibe Koyucu
VS-62	Laparoskopik sakrohisteropeksi kravat tekniği	Fehime Yavuzel Gür
VS-63	Mid üretral sling cerrahisi ile birlikte tek insizyon total kolpektomi	Serdar Aydın

16:00-16:30 Kahve arası

16:00-16:30 Endometriozis - **Medtronic standında**

Ercan Baştu

16:30 - 18.30 SERBEST BİLDİRİ OTURUMU 7

Oturum Başkanları: Tefik Güvenal, Mehmet Harna

VS-73	Laparoskopik serklaj olgu sunumu	Ayşe Demirdöken
VS-74	Laparoskopik isthmosel onarımı	Pınar Kadiroğulları
VS-75	Ligamentum rotundum etrafına torsiyone adneksin detorsiyonu ve kistektomi	Özlem Karabay Akgül
VS-76	Laparoskopik dermoid kistektomi: İatrojenik kist rüptürü ve yönetimi	Serap Mutlu Özçelik Otcu
VS-77	Laparoskopik abdominal serklaj, tek merkez 21 vaka analizi	Tayfun Çok
VS-78	Lokal anestezi altında uygulanan tek insizyonla kendi hazırladığı orta üreter sling prosedürü	Fatma Uyar
VS-79	Pelvik radyoterapi alan stres üriner inkontinans olgusunda TVT operasyonu	Eda Adeviye Şahin
VS-80	Histerektomi yapılan bir olguda uterosakral ligament plikasyonu	Barış Çıplak
VS-81	Fibroepitelyal polip ve labial hipertrofi / asimetri olan olguda labioplasti	Hülya Aladağ
VS-82	Apikal prolapsus için minilaparoskopik pektepeksi	Burcu Yılmaz Hanege

3. MİNİMAL İNVAZİV JİNEKOLOJİK CERRAHİ KONGRESİ

19 - 22 Şubat 2020

Wyndham Grand Levent Hotel, İstanbul



21 Şubat 2020, Cuma

Salon - E

14:30-16:00 SERBEST BİLDİRİ OTURUMU 6

Oturum Başkanları: Mete Güngör, İbrahim Yalçın

VS-64	Pelvik radyoterapi öncesi over transpozisyonu	Ayşe Filiz Gökmen Karasu
VS-65	Laparoskopik serklaj: Olgu sunumu	İlgı Esen
VS-66	İstmosel; histeroskopik değerlendirme sonrası laparoskopik onarım	Sultan Seren Karakuş
VS-67	Seröz borderline paratubal tümör: Nadir bir vaka	Osman Onur Özkavak
VS-68	Primeri belli olmayan metastatik hastada diagnostik paraaortik lenfadenektomi	Baki Erdem
VS-69	İleri evre over kanserinde rezektabilitenin belirlenmesinde VATS ve laparoskopinin rolü	Ganim Khatib
VS-70	Laparoskopik pelvik lenfadenektomi esnasında oluşan eksternal iliyak ven hasarı ve onarımı	İbrahim Yalçın
VS-71	Laparoskopik paraaortik sentinel lenfadenektomi esnasında fark edilen sağ renal polar arter	Serkan Akış
VS-72	Adım adım laparoskopik pelvik lenfadenektomi	Şafak Yılmaz Baran

16:00-16:30 Kahve arası

16:00-16:30 Endometriozis - Medtronic standında

Ercan Baştu

16:30 - 18.30 SERBEST BİLDİRİ OTURUMU 8

Oturum Başkanları: Çağatay Taşkıran, Nasuh Utku Doğan

VS-83	Laparoskopik histerektomi yapılan olguda yüksek uterosakral plikasyon (üreter disseksiyonu yapılmadan)	Tekin Ekinci
VS-84	FIGO tip 3 fibroid için Myosure kullanımı	Ceren Ünal
VS-85	Submukoz miyomlarda histerektomi şart mı?	Tuğçe Demir
VS-86	4. Evre intrauterin adezyonları olan hastada kavite oluşturma için yeni teknik	Gülümser Ece Aksakal
VS-87	Ohvira sendromu: Nadir bir vaka sunumu	Didem Alkaş Yağınç
VS-88	Sezaryen nişin histeroskopik yönetimi	Sebile Güler Çekiç

22 Şubat 2020, Cumartesi

Salon - A

08:30-09:30 **SAHNEDE KADAVRA: ÜROJİNEKOLOJİK ANATOMİ**



Moderatör: Fuat Demirci

Cerrahlar: Yakup Kumtepe, Nikolas Veit-Rubin

Presakral anatomi: Sakrokolpopeksi-CASA-VESA

Paravajinal anatomi: Paravajinal defekt-ATFP-ATLA

Askı operasyonları için ligamentlerin anatomisi

Retzius-vezikovajinal-rektovajinal boşluklar

09:30-10:00 *Kahve arası*

10:00-11:30 **UTERİN PROLAPSUS OTURUMU**



Oturum Başkanları: Fuat Demirci, Süleyman Engin Akhan

10:00-10:15 Pelvik organ prolapsusunda hasta değerlendirmesi ve cerrahi tedavi seçimi

Hakan Aytan

10:15-10:30 Laparoskopik pekteopeksi

Fuat Demirci

10:30-10:45 Pelvik organ prolapsusu cerrahisinde meş kullanımında güncel durum

Vedat Atay

10:45-11:00 Laparoskopik lateral histero/kolpo süspansiyon

Nikolas Veit-Rubin

11:00-11:15 Pelvik organ prolapsusu cerrahisinde uterusu koruyalım vs. korumayalım?

Selçuk Ayas

11:15-11:30 Tartışma

11:30-12:00 **ASTELLAS UYDU SEMPOZYUMU**

Oturum Başkanı: Fuat Demirci

Aşırı aktif mesane tedavisinde Betmiga

Funda Güngör Uğurlucan

12:00 - 13:00 *Öğle Yemeği*

3. MİNİMAL İNVAZİV JİNEKOLOJİK CERRAHİ KONGRESİ

19 - 22 Şubat 2020

Wyndham Grand Levent Hotel, İstanbul



22 Şubat 2020, Cumartesi

Salon - A

13:00-14:30 **CANLI CERRAHİ: Laparoskopik pektepeksi**



OLYMPUS®

Moderatörler: Vedat Atay, Selçuk Ayas

Cerrah: Yakup Kumtepe

14:30-16:00 **ROBOTİK CERRAHİ OTURUMU**



Oturum Başkanları: İlkan Dündar, Murat Dede

14:30-14:45 Robotik miyomektomi

Gürkan Kıran

14:45-15:00 Robotik histerektomi

İlkan Dündar

15:00-15:15 Robotik tubal anastomoz

Serhan Cevrioğlu

15:15-15:30 Robotik lenfadenektomi

M. Faruk Köse

15:30-15:45 Robotik cerrahide komplikasyonlar

Slavcho Tomov

15:45-16:00 Tartışma

16:00-16:30 *Kahve arası*

16:00-16:30 Mekanik histeroskopi - **Medtronic standında**

Mustafa Bahçeci

16:30-18:00 **CANLI CERRAHİ: Laparoskopik ve robotik miyomektomi**



Moderatörler: Gürkan Uncu, L. Cem Demirel



Cerrahlar: Bülent Urman, Ahmet Göçmen

22 Şubat 2020, Cumartesi

Salon - B

10:00-11:30 ADENOMYOZİS OTURUMU



Oturum Başkanları: Faruk Buyru, Özlem Moraloğlu Tekin

10:00-10:15	Adeomyozisin vajinal ultrason ile tanısı: MR'a gerek varmı?	Thierry P.P. van den Bosch
10:15-10:30	Endometriozis ve adenomyozis birlikteliği	Engin Oral
10:30-10:45	Adenomyozisin doğurganlığa etkisi	Ercan Baştu
10:45-11:00	Kanamalı ve pelvik ağrısı olan hastalarda adenomyozisin tedavisi	Anis Feki
11:00-11:15	Laparoskopik adenomyozis cerrahisi	L. Cem Demirel
11:15-11:30	Tartışma	

12:00 - 13:00 Öğle Yemeği

13:00-14:30 CANLI CERRAHİ: Endometriozis

Moderatörler: Ertan Sarıdoğan, Kemal Özerkan

Cerrah: Gernot Hudelist



14:30-16:00 MİYOMEKTOMİ OTURUMU



Oturum Başkanları: Yaprak Üstün, Davut Güven

14:30-14:45	Miyom sarkom ayrımı	Thierry P.P. van den Bosch
14:45-15:00	Laparoskopik miyomektomi; Basamak basamak	Suat Dede
15:00-15:15	Miyomun karın boşluğu dışına çıkarılması. Açık - kapalı morselasyon, culdotomi	Hüsnü Görgeç
15:15-15:30	IVF öncesi fibroidlerin yönetimi. Pragmatik bir yaklaşım: Fibroidler çıkarılmalı mı? Çıkarılmamalı mı?	Ertan Sarıdoğan
15:30-15:45	Miyomun cerrahi dışı tedavileri	Üzeyir Kalkan
15:45-16:00	Tartışma	

16:00-16:30 Kahve arası

16:00-16:30 Mekanik histeroskopi - **Medtronic standında**

Mustafa Bahçeci

3. MİNİMAL İNVAZİV JİNEKOLOJİK CERRAHİ KONGRESİ

19 - 22 Şubat 2020

Wyndham Grand Levent Hotel, İstanbul



22 Şubat 2020, Cumartesi

Salon - C

10:00-11:30 SIK GÖRÜLEN JİNEKOLOJİK PATOLOJİLER VİDEO OTURUMU

Oturum Başkanları: Çetin Çelik, Yusuf Üstün

10:00-10:15	Ektopik gebelik	Özlem Evliyaoğlu Bozkurt
10:15-10:30	Dermoid kistler	Serkan Erkanlı
10:30-10:45	Over ve adneks torsiyonları	Abdulkadir Bakay
10:45-11:00	Tubo-ovaryan abse	Şadıman Kırıkaç Altınbaş
11:00-11:15	Laparoskopik istmosel cerrahisi	İlhan Şanverdi
11:15-11:30	Şüpheli adneksiyel kitleye laparoskopik yaklaşım	M. Anıl Onan

12:00 - 13:00 Öğle Yemeği

14:30-16:00 O VİDEO TÜRKİYE-ENDOMETRİOZİS

Jüriler: Yücel Karaman, Ruşen Aytaç, Tefik Yoldemir, H. Onur Topçu

VS-89	Endo-fasial fistül kaynaklı fasial endometriotik nodül	Zivar Eldarova
VS-90	Over endometrioma ve pelvik peritonel endometriotik implant eksizyonu	Mustafa Serdar Yaşartekin
VS-91	Laparoskopik endometrioma ve pelvik endometriozis eksizyonu	Edip Alptuğ Kır
VS-92	Derin infiltratif endometriozisde minilaparoskopik histerektomi	Burcu Yılmaz Hanege
VS-93	Bağırsak tırama ile retroservikal derin infiltratif endometriozisin laparoskopik eksizyonu	Sebile Güler Çekiç
VS-94	Derin infiltratif endometriozis ile 'cocoon' benzeri sendrom	Mehmet Ceyhan
VS-95	Üreter ve bağırsağa adeze sol sakrauterin endometriotik nodül eksizyonu	Cihan Karadağ
VS-96	Adenomyozis sebepli oluşan uterin kavitenin dismorfik görüntüsünün ve intrauterin adezyonların histeroskopik tedavisi	Sinem Ertaş

16:00-16:30 Kahve arası

16:00-16:30 Mekanik histeroskopi - **Medtronic standında** **Mustafa Bahçeci**

22 Şubat 2020, Cumartesi

Salon - D

10:00-11:30 SERBEST BİLDİRİ OTURUMU 9

Oturum Başkanları: Coşkun Salman, Cavit Kart

SS-01	Total desensus uteri ve sisteroektoselli olgunun laparoskopik eşliğinde yönetimi	Hazal Kutlucan
SS-02	Jinekolojik vajinal cerrahilerde "rescue prosedür": v-NOTES	Aysun Fendal Tunca
SS-03	Ultrason yardımı ile veress iğnesinin laparoskopik girişi	Mevlüt Bucak
SS-04	Laparoskopik jinekolojik cerrahi sonrası bağırsak fonksiyonu kazanımı amaçlı kahve tüketimi: randomize kontrollü çalışma	Kemal Güngördük
SS-05	Herkes biliyor, çok az kişi konuşuyor: Az kaynağı olan ortamlarda laparoskopik ekipmanlar	Murat Api
SS-06	Tip 3 'e yakın miyomlarda histeroskopik miyomektomi: Klasik ve cold loop tekniğinin kombinasyonu, ipuçları ve püf noktalar	Ömer Ünal
SS-07	İstmosel tedavisinde histeroskopi ve laparoskopinin kombine edilmesi	Bulut Varlı
SS-08	Epitelyal over kanserinde neoadjuvan kemoterapinin tümör yayılımı üzerine etkisi	Hasan Hüseyin Uçkan
SS-09	Karında kaybedilen intrauterin araç: Bu vakaları nasıl yönetmeliyiz?	Ülkü Ayşe Türker
SS-10	Nasıl tanımlamalıyız? Sezaryen skar gebeliği? İstmosel? Niş? veya sadece uteroplental fistül?	Adnan Orhan

12:00 - 13:00 Öğle Yemeği

14:30-16:00 SERBEST BİLDİRİ OTURUMU 11

Oturum Başkanları: Faruk Abike, Bahadır Saatli

SS-21	İzole tubal torsiyon olan iki olgunun sunumu	Erkan Elçi
SS-22	Swyer sendromu, olgu sunumu	Selçuk Yetkinel
SS-23	Miyometriyal penetrasyon gösteren rahim içi araç olgularında histeroskopianın rolü	Ülkü Ayşe Türker
SS-24	Patoloji sonucu endometriyal polip gelen hastalarda tanı yöntemlerinin incelenmesi	Ülkü Ayşe Türker
SS-25	Histeroskopik istmosel onarımı; olgu sunumu	Münire Funda Cevher
SS-26	Klinik ve sonografik bulguların histopatolojik sonucu öngörmesi	Akdülum
SS-27	Tension-free vajinal tape sonrası sekonder laparotomi gerektiren retzius hematomu olgusu: Nadir bir antite, meşi ne yapalım?	Deniz Oluklu
SS-28	Elangasyo kollinin ön planda olduğu uterin prolapsus olgusunda uterus koruyucu Manchester-Fothergill ve eş zamanlı miyomektomi operasyonu	Sezin Ertürk Aksakal
SS-29	Periütretral apseye neden olan üretral divertikülit olgusunun tanı ve minimal invaziv tedavisi	Tuğba Kınay
SS-30	Laparoskopik gonadektomi: Testiküler feminizasyon sendromu	Batuhan Turgay
SS-31	Total laparoskopik histerektomi ve vajinal histerektomi olgularının demografik verilerinin karşılaştırılması	Denizhan Bayramoğlu

16:00-16:30 Kahve arası

16:00-16:30 Mekanik histeroskopi - Medtronic standında

Mustafa Bahçeci

16:30-16:45 Akılcı ilaç sunumu

Cem Kızılaslan

3. MİNİMAL İNVAZİV JİNEKOLOJİK CERRAHİ KONGRESİ

19 - 22 Şubat 2020

Wyndham Grand Levent Hotel, İstanbul



22 Şubat 2020, Cumartesi

Salon - E

10:00-11:30 SERBEST BİLDİRİ OTURUMU 10

Oturum Başkanları: Ömer Lütfi Tapısız, Şadım K. Altınbaş

SS-11	Tuba-ovaryan absenin nadir bir nedeni: Salin infüzyon sonohisterografiye sekonder gelişen abse olgusu	Sezin Ertürk Aksakal
SS-12	Diren yerinden fallop tüpü herniasyonu	Ezgi Ceren Dalı Alper
SS-13	Postmenopozal endometrioid tip endometrium kanserli olgularda perioperatif parametreler açısından laparoskopi, laparotomiye karşı	Ülkü Ayşe Türker
SS-14	Kliniğimizde yapılan vajinal, abdominal ve laparoskopik histerektomilerin değerlendirilmesi	Ülkü Ayşe Türker
SS-15	Minisling cerrahisinden 10 yıl sonra gelişen vulvar apse	Ömer Demir
SS-16	Vajen kaf prolapsusu tedavisinde 'Re-Usable Suturing Device' yardımcı sakrospinöz ligaman fiksasyon tekniği ile 'Re-Usable Tunneling Device' yardımcı laparoskopik sakrokolpopeksi sonuçlarının karşılaştırılması	Kazibe Koyucu
SS-17	Female-male transseksüalizm olgularında total laparoskopik histerektomi: EZH deneyimleri	Tuğba Kınay
SS-18	Morbid obez hastada 3-mm'lik laparoskopik mini trokar girişi ile total laparoskopik histerektomi	Merve Özkan
SS-19	Premenopoz bir hastada hematosalfenks ile akut izole tubal torsiyonda 'Whirlpool' işaretinin önemi	Mustafa Melih Erkan
SS-20	İki abdominal insizyondan (5mm ve 10mm) serbest benign adneksal kitlenin laparoskopik yönetimi	İhsan Bağlı

12:00 - 13:00 Öğle Yemeği

14:30-16:00 SERBEST BİLDİRİ OTURUMU 12

Oturum Başkanları: Erhan Şimşek, H. Onur Topçu

SS-32	Histeroskopik septoplasti yöntemlerinin karşılaştırılması	Pınar Kırıcı
SS-33	Histeroskopik endometrial polipektomi yapılan 40 yaş ve üstü hastalarda demografik özellikler ve premalign lezyon sıklığının araştırılması	Selçuk Kaplan
SS-34	Transvers vajinal septum ve uterin septum rezeksiyonu: Olgu sunumu	Anıl Doğukan Tural
SS-35	Endometriyal patolojilerin saptanmasında transvajinal ultrasonografi, salin infüzyon sonografi ve ofis histeroskopi sonuçlarının karşılaştırılması	Ülkü Ayşe Türker
SS-36	Sonohisterografi ile tanısı konulan endometriyal poliplerde histeroskopik rezeksiyon deneyimlerimiz	Ayşe Dişli Gürler
SS-37	Sezaryen skar sendromu sebepli oluşan istmoselin histeroskopik tedavisinin etkinliği	Suat Süphan Erşahin
SS-38	Histeroskopik septum rezeksiyonu, açıklanamayan infertilitesi olan kadınlarda gebelik oranlarını arttırmı?	Bulat Aytek Şık
SS-39	Borderline seröz over tümörünün diaagnozundan 17 yıl sonra port bölgesinde metastazi	Sinem Ayşe Duru Çöteli
SS-40	Dermoid kistlerde beş yıllık tek merkez cerrahi deneyimi	Tuğçe Demir
SS-41	HE4 ile endometriozis'in bir ilişkisi varmı?	Cihan Karadağ
SS-42	Nadir bir splenik endometriozis vakası	Eren Kaya

16:00-16:30 Kahve arası

16:00-16:30 Mekanik histeroskopi - Medtronic standında

Mustafa Bahçeci

SÖZLÜ BİLDİRİLER



SS-01**Total desensus uteri ve sistorektoselli olgunun laparoskopik eşliğinde yönetimi**

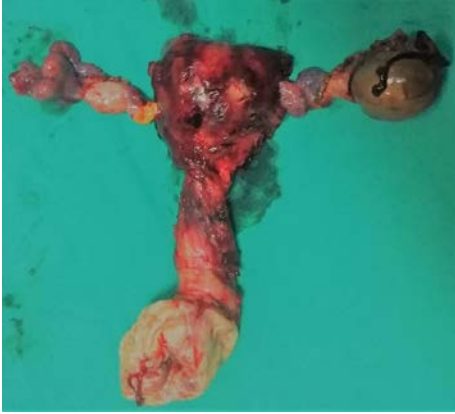
Hazal Kutluca, Yağmur Soykan, Nuray Bozkurt

Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilimdalı, Ankara

Histerektomi, jinekolojik cerrahinin en sık ve farklı yöntemlerle uygulanabilen cerrahilerinden biri olup cerrahın tecrübesine ve hastanın klinik durumuna göre yöntem belirlenir. 19. yüzyılda ilk olarak abdominal ve vajinal yollar ile yapılmakta olup ilk olarak 1989 yılında teknolojinin gelişimiyle laparoskopik histerektomi yapılmıştır. Günümüzde laparoskopik histerektomi geleneksel yöntemlerle birleştirilerek yapılabildiği gibi robotik yöntemlerle de yapılabilmektedir. Hasta ve operasyon yöntemi seçmede gösterilen dikkatle operasyon bireyselleştirilip seyri değiştirilebilir. Vajinal histerektomi iyi bir ekartasyonla her hastaya uygulanabilir, hasta konforu ve minimal invazivlik açısından ilk seçenek olarak düşünülmelidir. Laparoskopik teknikler uterusu tümüyle çıkarmak veya vaginal histerektomiye kolaylaştırmak amacıyla kullanılabilir. Histerektomiye hem laparoskopik hem de vaginal yollar ile yardım edilmesine laparoskopik yardımcı vaginal histerektomi denir. Bu yöntemde deneyime bağlı olması sebebiyle farklı operasyon süreleri bildirilmiştir. Laparoskopik yöntem vaginal yol için kontraendikasyon oluşturan durumları ortadan kaldırmak için alternatif olabilecek yardımcı bir yöntemdir. İşlemin en kritik basamağı olan uterin damarların korunması olup bunu vajinal yol ile emin bir şekilde yapmak operasyonun daha rahat geçmesine olanak sağlar. Deneyimin artmasıyla daha büyük uteruslarda da bu yöntem kullanılabilir. Olgumuz 69 yaşında iki adet normal vajinal yolla doğumu olup bize genital bölgede oturamayacak düzeyde olan ağrı şikayetiyle başvurdu. Hasta 18 yıl önce menopoza girmiş olup dokuz yıl önce perineal bölgede yaygın ağrı nedeniyle üroloji bölümüne başvurduğu, hastada sistosel tespit edildiği ve robotik yöntemle sistosel onarımı yapıldığı bilgisi alındı. Sonrasında ağrı şikayeti devam eden hastaya dış merkezde botox uygulanması, iki kez pudental sinir blokajı yapılmış olup hastanın perineal ağrı şikayetinin devam etmesi ve sistosel, rektosel ve uterin prolapsusun artması üzerine hasta tarafımıza başvurdu. Muayenesinde total desensus uteri ve sistorektoseli mevcut olan hastaya öncelikle diagnostik laparoskopi yapılması planlandı. Eksplorasyonda uterus ve bilateral adneksler doğal görünümde, sigmoid kolon uterus arka duvarına yapışık olarak izlendi. Öncelikle yapışıklıklar keskin ve künt disseksiyonlarla açılarak vajinal histerektomi için uygun bir eksplorasyon alanı oluşturuldu. Fibrotik bant görünümünde olan önceki robotik operasyonda konulmuş olan mesh yapısı disseksiyonlar esnasında kesildi. Sonrasında vajinal sahaya geçildi, serviksin tenekulumla tutulmasını takiben serviks ve mesane birleşim yerinden sirküler insizyonla diseke edildi. Ardından sakrouterin, kardinal ligamanlar tutuldu ve kesildi. Bilateral uterin arterler de vajinal yoldan kesildi ve bağlandı. Laparoskopik yolla serbestleştirilen meshin kalan kısmı vajinal yolla palpe edildi ve kesilerek çıkartıldı. Sonrasında tekrar laparoskopik sahaya geçildi. İnfundibulopelvik ve round ligamanlar tutuldu, koagüle edilip kesildi. Ardından uterus ve bilateral adneksler vajinal yolla çıkartıldı ve vajen cuff'ı vajinal yoldan sütüre edildi. Vajen cuff'ı sakrouterin ligamanlara yüksek ligasyonla asıldı. Sonrasında sistorektosel onarımı yapılarak operasyona son verildi. Abdominal histerektomiye göre daha hızlı taburculuk süresi, iyileşme olanakları ve daha az postoperatif ağrı sağlayan bu yöntemle hastamız postoperatif ikinci gününde, hemoglobinin değerinde düşüş saptanmadan ve herhangi bir komplikasyon görülmeden taburcu edildi.

Anahtar Kelimeler: Laparoskopi, Histerektomi, Desensus Uteri, Vajinal, LYVH, Sistorektosel

Histerektomi ve salpingoofektomi materyali



Uterus ve sigmoid kolon arasındaki yaygın yapışıklıklar



SS-02

Jinekolojik vaginal cerrahilerde “rescue prosedür”: v-NOTESAysun Fendal Tunca, Cihan Kaya

Bakırköy Dr Sadi Konuk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Bölümü, İstanbul

GİRİŞ: Histerektomi jinekoloji pratiğinde sık uygulanan cerrahilerden birisidir ancak hangi yolla uygulanacağı konusu hala önemini korumaktadır. Bilinen en eski yol olan vajinal yol, teknolojiye göre gelişmelere rağmen hala en minimal invazif yoldur ancak oranındaki azalmadan anlaşılabileceği gibi uygulamada zorluklar içermektedir. Günümüzde vajinal yol tekrar önem kazanmış, ilk tercih olarak önerilmiş ve uygulanabilirliğini arttırmak adına kanıta dayalı tavsiyeler oluşturulmuştur. Ancak prolabe olmayan veya büyük uteruslarda, sınırlı çalışma alanı ve batin içi yapıların yetersiz eksplorasyonu, bu nedenle adneksiyel yapıların gerekli vakalarda çıkarılamayacak oluşu histerektomi için vajinal yolun seçiminde en büyük kaygı olup, cerrahi vajinal histerektomiden uzaklaştırmaktadır. Ayrıca, endometriozisin insidental olarak saptanması, geçirilmiş cerrahilere bağlı adhezyonlar, geçirilmiş PID ve obezite vajinal prosedürü zorlaştırmaktadır. Doğal boşluklardan transluminal endoskopik cerrahi (Natural Orifice Transluminal Endoscopic Surgery-NOTES), abdominal duvarda insizyon olmaksızın giriş noktası olarak vajinayı kullanarak peritoneal kaviteye ulaşmayı sağlayan ve gelişmekte olan minimal invazif cerrahi tekniktir (v-NOTES). Bu bağlamda; v-NOTES histerektomi, laparoskopik aletlerin kullanıldığı modifiye vajinal histerektomi olarak değerlendirilebilir.

YÖNTEM: Desensusu olmayan uteruslarda kılavuz önerileri ışığında vajinal histerektomi uygulamayı tercih etmekteyiz. Vajinal olarak başlayan 64 hastadan 10 tanesi; myomu olan büyük uterus, geçirilmiş sezaryen skarına bağlı ön peritona girilemeyenlerde, ön duvar yerleşimli myomlarda, pubik açısı dar olan olgularda ve ek olarak BSO gerektirenlerde v-NOTES tekniği sayesinde ek bir abdominal kesiye gerek kalmadan veya laparoskopiye geçiş olmadan vajinal yolla tamamlanmıştır. Bu 10 olgunun 3 tanesi geçirilmiş sezaryen skarı nedeni ile ön peritona giriş zorluğu yaşanan, 7 tanesi de 500 gramdan büyük uterusu olan olgulardır. Ayrıca postmenopozal, serviksi silinmiş, ekartasyonun zor olduğu, manipülatörün takılmadığı, doğum yapmamış 4 olguda da işleme pnömovajina oluşturularak başlanmış, anterior ve posterior kolpotomi endoskopik olarak yapılmıştır. Böylece vakalar minimal invazif yöntemle tamamlanmıştır.

Bunun dışında evre 2 prolapsus + adneksiyel kitle nedeniyle vajinal histerektomi ve ooforektomi kararı verilen 6 hasta da v-NOTES sayesinde operasyonun vaginal yolla tamamlanması mümkün olmuştur.

BULGULAR: Vajinal yoldan tamamlanan 14 olguda yatış süresi ortalama 1,5 gün, ortalama Hg düşüşü 1,1 g/dL ve operasyon süresi ortalama 95 dakika olarak saptanmıştır.

SONUÇ: NOTES’in konvansiyonel multiport laparoskopiye oranla jinekolojik cerrahideki avantajları, herhangi bir cilt insizyonu olmaması, karın duvarında herniye neden olmaması, post operatif ağrının az olması ve kısa iyileşme süresi yanında optik sistem sayesinde pelvik yapıların daha iyi görünmesine olanak sağlayarak cerrahi konforu da arttırmıştır. Büyük uteruslarda manipülasyon kısıtlılığı nedeni ile cerrahi işlemin uygulandığı alan daraldığı için komplikasyon olasılığı ve operasyon süresi artmakla birlikte cerrahi deneyime bağlı olarak 1000 gramin üzerindeki uteruslarda da v-NOTES histerektomi başarı ile uygulanabilir. Ayrıca büyük uterus varlığında, cerrahi yöntem seçiminde vajinal yolun geleneksel laparoskopik yöntemle göre operasyon zamanını ve maliyeti azalttığı gösterilmiştir. Geleneksel vajinal histerektomide olduğu gibi cerrahinin başında istmik seviyede uterin arterlerin ligasyonu



sayesinde azalan uterin perfüzyon vajinal olmayan yöntemlere kıyasla intraoperatif kan kaybını azaltmaktadır. v-NOTES, pelvik yapıların gözlenmesini sağlarken diğer pelvik prosedürlerin de abdominal insizyona gerek kalmaksızın vajinal olarak bitirilmesini mümkün kılar. Bu bağlamda NOTES “rescue” yaklaşım olarak kabul edilmelidir ve jinekolojik cerrahi için önemli bir yardımcı araçtır.

Anahtar Kelimeler: vajinal histerektomi, vajinal cerrahi, NOTES histerektomi

SS-03**Laparoscopic entry with ultrasound guided veress needle**Mevlüt Bucak, Serhan Can Işcan, Evrim Erdemoğlu

Department of obstetrics and gynaecology, Süleyman Demirel University, Isparta, Turkey

Introduction: The veress needle technique is most used technique by majority of gynecologists. At least 50% of all complications that occur during laparoscopic surgery are related to the abdominal entry phase. Complication rate associated with laparoscopic entry vary between 0.1% and 1.3%. There is no consensus that the any technique is superior to or inferior to the other entry techniques. The aim of our study is to determine utility and feasibility of ultrasound during veress needle insert to prevent complications.

Materials and Methods: Comperative randomized prospective study was designed and we compared ultrasound guided veress needle insertion and veress needle insertion. One hundred patients that were divided into two groups equally, were included the study. Veress needle was inserted after umbilicus was incised and the abdominal wall is elevated in the veress needle group. Veress needle was inserted with ultrasound guide after umbilicus was incised in the ultrasound guided veress needle group. Comparison between the two groups was performed using the Mann-Whitney U test as appropriate.

Results: General characteristics of two groups, shown in Table 1. Eight patients had laparoscopic surgery and 17 patients had only pelvic surgery, 3 patients only upper abdomen surgery, 3 patients had both pelvic and upper abdomen surgery in ultrasound guided veress needle group. Four patients had laparoscopic surgery and 25 patients had only pelvic surgery, 1 patients only upper abdomen surgery in veress needle group. There were no significant differences between the two groups in previous laparoscopic surgery ($p=0,221$), in pelvic surgery ($p=0,317$), upper abdomen surgery ($p=0,051$). 16 patients in ultrasound guided veress needle group and 22 patients in veress needle group had transvers abdominal incision ($p=0,219$) and 2 patients in ultrasound guided veress needle group and 1 patient in veress needle group had vertical abdominal incision ($p=0,56$).

There were no no significant differences between the two groups in number of entry attempt and complications rate (Table 2). We investigated complications included vessel injury, bowel injury, stomach injury and omental injury. There were no vessel injury, bowel injury, stomach injury in two groups. Two patients had omental injury in veress needle group and three patients had omental injury in ultrasound guided veress needle group.

Conclusions: Ultrasound is a device that is constantly used by gynecologists. Can be used to predict negativities at the entrance. One of the most important steps to perform safe laparoscopic surgery is first trocar entry. For this reason, many techniques have been described. Ultrasound guided veress needle entry technique for creating pneumoperitoneum has not been previously defined in literature. According to the our study outcome, the ultrasound guided veress needle entry technique can be safely accepted for pneumoperitoneum before trocar insertion in laparoscopic surgery. However, more study needs to be done.

Keywords: veress needle, laparoscopic entry tecnique, ultrasound guide

Table 1. General characteristics of two groups, data are expressed as mean standard deviation

	veress needle (n=50)	ultrasound guided veress needle (n=50)	p value
length (mean $\pm$ sd)	160,16 $\pm$ 6,319	161,24 $\pm$ 5,906	0,504
weight (mean $\pm$ sd)	69,46 $\pm$ 16,088	70,68 $\pm$ 13,487	0,381
bmi (mean $\pm$ sd)	27,19 $\pm$ 6,591	27,24 $\pm$ 5,326	0,639
age (mean $\pm$ sd)	36,92 $\pm$ 10,307	41,82 $\pm$ 11,933	0,045

Table 2. Number of entry attempt and complications rate

	veress needle (n=50)	ultrasound guided veress needle (n=50)	p value
number of entry attempt (mean $\pm$ sd)	1,24 $\pm$ 0,517	1,20 $\pm$ 0,404	0,921
complication rate (mean $\pm$ sd)	0,06 $\pm$ 0,240	0,04 $\pm$ 0,198	0,648

SS-04**Coffee Consumption for intestinal function recovery after laparoscopic gynecologic surgery: a randomized controlled trial**Kemal Gungorduk¹, Ezgi Karakaş Paskal¹, Gokhan Demirayak², Aykut Özdemir²¹Mugla Sıtkı Kocman University Training and Research Hospital, Gynecologic Oncology Unit, Muğla, Turkey²Bakirkoy Dr Sadi Konuk Training and Research Hospital, Gynecologic Oncology, University of Health Sciences, İstanbul, Turkey.**OBJECTIVE:** To investigate the effect of postoperative coffee consumption on bowel motility after laparoscopic gynecologic surgery.**METHODS:** In this randomized controlled trial, patients were allocated to postoperative of either 3 cups coffee consumption or warm water on the 6th, 12th and 18th hours after the operation. All patients were asked to drink the entire 150-mL amounts within 20 minutes under the supervision of a nurse or doctor. Total hysterectomy and bilateral salpingectomy were performed on all patients. In addition, salpingo-oophorectomy, systematic pelvic with/without para-aortic lymphadenectomy (up to left renal vein) were performed according to clinical indications. The study's primary endpoint was the time to the first passage of flatus after surgery. Secondary endpoints were time to first defecation, postoperative ileus (POI) rate and time to toleration of a solid diet. The study was registered with clinicaltrials.gov (NCT03963180).**RESULTS:** A total of 96 patients were enrolled: 49 patients were assigned to the coffee group and 47 to the control group (warm water). There were no significant differences in demographics between the groups. The mean time to flatus (21.2 ± 6.7 vs 26.4 ± 6.2 hours; $P < .001$), mean time to defecation (31.9 ± 6.9 vs 41.4 ± 9.7 hours; $P < .001$), and mean time to the ability to tolerate food (2.5 ± 0.9 vs 3.2 ± 1.4 days; $P = .007$) were reduced significantly in patients who consumed coffee compared with control subjects. POI was observed in 7 patients (14.9%) in the control group compared with 1 patient (2.0%) in the coffee group ($P = .02$). Coffee consumption was well-tolerated and well-accepted by patients, and no intervention-related side-effects were observed.**CONCLUSION:** Postoperative consumption of coffee after laparoscopic gynecologic surgery hastened the recovery of gastrointestinal function by reducing the time to first passage of flatus, time to the first defecation, and time to toleration of a solid diet. This simple, cheap, and well-tolerated treatment should be recommended to patients after gynecologic laparoscopic surgery.**Keywords:** laparoscopic surgery, gynecologic surgery, coffee consumption

**SS-05****Everybody knows, very few speaks; laparoscopic equipment under low resources**

Murat Api, Serkan Akış, Yunus Emre Purut, Esra Keleş Peker, Şefik Eser Özyürek, Uğur Kemal Öztürk

University of Health Sciences, Zeynep Kamil Women and Children Diseases Education and Research Hospital, Department of Gynecologic Oncology Clinic, Istanbul, Turkey

In last decades, laparoscopy became gold standard in most of the surgical procedures. The clinical benefits are well-documented and include reduced blood loss, lower infection rates, shorter hospital stay, faster return to normal activity, improved cosmetics, and less pain and medication use compared to laparotomy. Surgical tools in laparoscopy have evolved into very technological instruments. However, laparoscopy education and implementation are complex and require significant initial and sustained investment including high levels of human capital, technical equipment, and costs. Consequently, while high-income countries (HICs) take the advantages of laparoscopy, it remains unavailable for the majority of the world's population who live in low- and middle-income countries (LMICs). The objective of this paper is to explore some considerations for low resources to develop sustainable laparoscopy education and implementation, optimizing the performance of surgeons without endangering safety in surgical procedures.

Keywords: Laparoscopic equipment, education, technology

SS-06**Tip 3'e yakın myomlarda histeroskopik myomektomi: klasik ve cold loop tekniğinin kombinasyonu, ipuçları ve püf noktalar**

Huseyin Kiyak, Kerem Doga Seckin, Omer Unal
Kanuni Sultan Süleyman Eğitim ve Araştırma Hastanesi

GİRİŞ: Submükoz miyomlar, uterine kaviteye baskı etkisi yaparak kanama ve subfertiliteye sebep olabilir. Tip 0,1,2 miyomlar histeroskopi ile etkili bir şekilde tedavi edilebilmektedir. Tip 2 miyomlarda, miyomun miyometriyum içerisindeki yüzdesi arttıkça histeroskopik cerrahi teknik olarak zor olmakta, tek seansta cerrahi tamamlanamamakta ve komplikasyon riski artmaktadır. Klasik slicing tekniğinin yanında enerji kullanılmadan yapılan cold loop histeroskopik myomektomi, miyomun sınırının belirlenmesine, tam olarak çıkartılmasına yardımcı olabilir. Tip 3 miyomlardaki kanama düzensizliği Levonorgestrelli-RIA ile çözülebilse de, çocuk isteyen hastalarda tip 3 miyomun rezeksiyonu, yine benzer şekilde tip 3 lokasyonunda fokal kistik adenomyosisin histeroskopik rezeksiyonu teknik zorluklar içermektedir.

% 90 dan fazlası miyometriyum içerisinde olan Tip 3'e yakın miyomu olan hastanın histeroskopik myomektomisindeki zorluklar, teknik ipuçları ve püf noktalar anlatıldı.

YÖNTEM: 39 yaşında infertil hastanın fundus posteriorunda 34×37 mm kaviteye komşu tip 2 olduğu düşünülen miyomu gözlemlendi.

Miyom ofis histeroskopisinde fundus arka duvarda, uterin kavite protrüzyonu minimal izlenen yaklaşık % 90 nı miyometriyum içerisinde gözlemlendi. Çocuk isteği olduğu için myomektomi kararı verildi.

Genel anestezi altında, servikal dilatasyon sonrası, 8.3 mm histeroskop ve 12 derece optikle uterine kaviteye girildi. Yapılan gözlemlerde miyom arka duvarda ve kaviteye protrüzyonu minimal olduğu gözlemlendi. Bipolar resektoskop kullanılarak myomektomiye başlandı. Rezeksiyonun belirli bir aşamasında optik değiştirildi ve 30 derecelik optik kullanıldı, bu değişiklikle daha iyi görüş açısı sağlandı. Klasik slicing tekniğinde miyomun arkasında görerek ve kendimize doğru keserek yapılması gereken myomektomide, bazen histeroskopa yakın noktalar daha zor görüldüğü için, kontrollü önden arkaya doğru kesiler uygulandı. Miyom sınırları, resektoskop değiştirilmeden ve enerji kullanılmadan cold loop tekniğine benzer şekilde miyom ile normal miyometriyum sınırı ayrıldı ve psodokapsul korunmaya çalışılarak miyom rezeksiyonuna devam edildi. Miyom tam olarak, herhangi bir komplikasyon gelişmeden rezeksiyon edilebildi. Operasyon esnasında ultrason ile miyomun tam olarak alındığı kontrol edildi.

BULGULAR: Postoperatif dönemde komplikasyon gözlenmeyen hasta postop 12 saatte taburcu edildi. Postop 6 ay ile düşük over rezervi endikasyonu ile İVF ile gebe kaldı ve 39. Hastada komplikasyonsuz normal doğum yaptı ve sağlıklı bebek sahibi oldu.

SONUÇ: Tip 3 lokasyonlu miyom veya miyomun tamamına yakınının miyometriyum içerisinde olduğu tip 2 miyomlarda histeroskopik myomektomi zorluklar içerse de klasik slicing teknik ve cold loop tekniğinin birlikte kullanımı ile başarılı bir şekilde yapılabilir. Cold Loop tekniğin kapsulun korunmasını sağlamaktadır, bunun sonucunda postop intrauterine adezyon daha az olmaktadır, bu çocuk isteği olan hastalar için önemlidir. Operasyon esnasında optiğin değiştirilmesi, operasyonun yapılabilmesini kolaylaştırmaktadır. Tıbbi cihaz üreten endüstrinin operatif histeroskopiye uygun 45 derece gibi daha yüksek açılı optikler, tip 3 lokasyondaki myomların ve/veya fokal kistik adenomyosislerin yapılabilmesini kolaylaştırabilir.

Anahtar Kelimeler: histeroskopi, myomektomi, cold loop, tip 3 miyom

**SS-07****İstmosel Tedavisinde Histeroskopi ve Laparoskopinin Kombine Edilmesi**

Bulut Varlı, Mehmet Murat Seval

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

İstmosel, genellikle uterus ön duvarında önceki sezaryen bölgesinde sıvı kesesi benzeri bir kusur olarak ortaya çıkar ve günümüzde artan sezaryen oranlarına bağlı olarak çeşitli yayınlarda değişkenlik göstermekle birlikte %19-84 sıklıkta görülebilir. Hastalar her zaman semptomatik değildir, ancak semptomlar tipik olarak aralıklı anormal kanama, ağrı ve infertilite şeklinde olmaktadır. Ektopik gebelik, implantasyon oranlarında azalma ve uterus rüptürü istmosele rağmen gebe kalabilen hastalarda görülen gebelik komplikasyonları arasında ön plana çıkmaktadır. Manyetik rezonans görüntüleme ve transvajinal ultrasonografi tanı için altın standart görüntüleme teknikleridir. İstmoselin cerrahi tedavisi hala tartışmalı bir konudur, ancak semptomatik kadınlara veya gebelik planı asemptomatik hastalara tedavi önerilmelidir. Cerrahi tedavi planlandığında, tek başına histeroskopi, histeroskopi rehberliğinde laparoskopi veya vajinal onarım istmoselin özelliklerine ve cerrahın deneyimine bağlı olarak en iyi tedavi seçenekleridir. Biz de burada güncel literatür eşliğinde istmosele yaklaşımı histeroskopi eşliğinde laparoskopik cerrahi tedavi uyguladığımız hastanın görüntüleri eşliğinde derlemeyi amaçladık.

Anahtar Kelimeler: İstmosel; Laparoskopi, Histeroskopi, Sezaryen skar defekti

SS-08**Epitelyal Over Kanseriinde Neoadjuvan Kemoterapinin Tümör Yayılımı Üzerine Etkisi**Hasan Hüseyin Uçkan¹, Kunter Yüce², Mehmet Coşkun Salman²¹Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Bölümü²Hacettepe Üniversitesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Ana Bilim Dalı, Ankara

AMAÇ: Over kanseri jinekolojik maligniteler içinde en sık ölüme sebep olan hastalıktır. %90 gibi büyük bir kısmını epitelyal over kanserleri oluşturur. Buj maligniteye erken dönemde tanı koymamızı sağlayacak etkin bir tarama testi maalesef yoktur. Bu nedenle tanı konulan hastalar genellikle ileri evre hastalığa sahiptir.

Primer tedavi şekli cerrahi sitoredüksiyon olan over kanserlerinde hastalığın ileri yaşlarda görülmesi nedeniyle hasta performansının düşük olabilmesi ve tanı anında çoğunlukla ileri evre hastalık bulunması nedenleriyle, tam bir cerrahi tedavi her zaman sağlanamamaktadır. Bu nedenle neoadjuvan kemoterapi (NACT) bazı hastalar için ilk tercih tedavi yöntemi olabilmektedir. Literatürdeki NACT ile ilgili çalışmalar sağ kalım ve kemoterapi sonrası cerrahide komplikasyonların durumuna yönelmiştir. Yaptığımız çalışmada ise NACT verilen hastalarda tümör yayılımı değerlendirilmiştir.

MATERYAL-METOD: Çalışma 2009 ve 2017 yılları arasında epitelyal over kanseri nedeniyle Hacettepe Üniversitesi Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı Jinekolojik Onkoloji Ünitesinde tedavi gören hastaların kayıtları retrospektif olarak taranarak yapılmıştır. Çalışmaya primer epitelyal over kanseri nedeniyle neoadjuvan kemoterapi verilen ve sonrasında cerrahi sitoredüksiyon yapılan, kesin patolojik tanısı epitelyal over kanseri olan hastalar dahil edilmiştir. Primer tanısı epitelyal over kanseri olmayan, NACT sonrası sitoredüksiyonda inkomplet cerrahi yapılan hastalar çalışma dışında bırakılmıştır. Belirtilen tarihler arasında yukarıdaki şartlara uyan toplam 36 adet epitelyal over kanserli hastanın kayıtları operasyon, patoloji ve laboratuvar sonuçları değerlendirilmiştir.

BULGULAR: Çalışma sonucunda değerlendirilen, NACT verilerek sonrasında cerrahi sitoredüksiyon yapılan 36 hastanın verileri kontrol grubuyla karşılaştırıldığında CA 125 düzeylerinde kontrol grubuna göre anlamlı düşük değerler saptandı. NACT alan grupta tanı anında CA 125 ortanca değeri 1387 U/ml NACT sonrası 33,5 U/ml olarak saptandı. Primer sitoredüksiyon grubunda ise tanı anında CA 125 ortanca değeri 301,5 U/ml olarak saptandı.

xi

Tanı anında CA 125 değeri NACT alan grupta primer sitoredüksiyon grubuna göre daha yüksek, NACT sonrası ise daha düşük saptandı. ($p<0,001$) Ayrıca over tutulumu NACT alan grupta anlamlı olarak daha düşük bulundu. NACT alan grupta sitoredüksiyon sonucunda over tutulumu %55,6, primer sitoredüksiyon yapılan grupta ise %92,5 olarak saptandı. ($p<0,001$) Periton, omentum ve retroperitoneal lenf nodu tutulumu ise iki grup arasında benzer bulundu.

SONUÇ: Elde ettiğimiz sonuçlar, verilen kemoterapinin etki ettiği alanları göstermektedir. NACT, kanlanmanın iyi olduğu alanlarda etkin doza ulaşabildiğinden bu alanlarda tedaviye yanıtın iyi olduğu düşünülmüştür.

Ayrıca, kanlanması kötü olan alanlarla beraber büyük tümöral kitlelerin de NACT ile yeterince tedavi edilemediği düşünülmüştür. Gelecekte doğru planlanacak çalışmalarla kemoterapinin etkinliğini belirleyen faktörlerin ortaya konulması, over kanserli kadınların daha uzun ve kaliteli yaşam sürebilmesi için geliştirilecek tedavilere yol gösterici olacaktır.

Anahtar Kelimeler: epitelyal over kanseri, neoadjuvan kemoterapi, over kanseri

SS-09**Lost Intrauterine Device (IUD) in abdomen?: How can we manage these cases?**

Begum Uzsezer, Elif Canseven, Ulku Ayse Turker, Sonay Oztas, Esra Kartal, Gulbahar Kurtulus, Burcu Dincgez Cakmak
University of Health Sciences, Bursa Yuksek Ihtisas Research and Training Hospital,
Department of Obstetrics and Gynecology, Bursa, Turkey

BACKGROUND: Intrauterine device, which has long contraceptive feature with less systemic side effect, is one of the most common contraceptive method among worldwide. Uterine wall perforation is a rare complication of IUD insertion with an incidence of 0.87/1000 that can cause the migration of IUD to the abdomen. Migration of IUD through abdominal cavity can results with peritoneal adhesions, bowel strangulation and obstruction, visceral perforation and infections. Abdominal x-ray is the first step diagnostic tool in patients with lost IUD in the absence of sonographic appearance in uterine cavity. The accepted management of lost IUD is its urgent removal by laparoscopy or laparotomy. Nowadays laparoscopy has become the gold standart method in both diagnosis and treatment of lost IUD in abdomen.

Material- METHODS: We searched for lost IUD cases between June 2018 and December 2019 retrospectively in a high volume university affiliated research and training hospital obstetrics and gynecology department. A total of 21 cases with empty intrauterine cavity was found. According to abdominal X-ray examination, 16 IUD was in myometrium or serosa of uterus whereas 5 IUD was detected in abdominal cavity. Abdominal IUD cases were analysed.

RESULTS: Mean age of the patients was 29.8 (minimum 19- maximum 37) years. Median of the parity was 2 (minimum 1- maksimum5). In all cases, diagnosis was established by the absence of IUD in uterine cavity by ultrasonography and after that abdominal IUD was confirmed by abdominal X-ray examination. In 3 patients, IUDs were found to be embedded in omentum. In one cases, it was found to be embedded in the serosal surface of bladder and in one cases it was found in the serosa of rectum. All IUDs were extracted from these areas without any difficulty with laparoscopy and laparotomy was not needed in any cases. No visceral organ perforation was detected. No complication was occurred in perioperative period and patients were discharged on postoperative first day.

CONCLUSION: Laparoscopy is the first step tool with its minimally invasive feautres in the management of lost IUD in abdomen. Considering the recommendation of world health organization, IUD in abdomen should always be removed urgently, laparoscopy could be a safety procedure for these patients. Moreover it has several advantages such as intracorporeal suturation in for visceral organ perforaion. Therefore, we suggest that laparoscopy must be performed and omentum must be the first place to look in cases with abdominal IUD.

Keywords: abdominal, bowel, laparoscopy, lost intrauterine device, omentum

SS-10**What shall we say? Cesarean scar Pregnancy? Isthmocele? Niche? or just uteroplacental fistula?**Adnan Orhan

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

INTRODUCTION: Cesarean scar pregnancy is a type of ectopic pregnancy where the fertilized egg is implanted in the muscle or fibrous tissue of the scar after a previous cesarean section. This scar after a cesarean section or any other uterine surgery such as myomectomy is called with different names in the medical literature. These names are cesarean scar, scar pouch, cesarean scar defect, isthmocele, uterine niche, or uteroperitoneal fistula. Lots of risk factors and different theories have been published about pathophysiology. However, there is no accurate description or any guideline for the expressions for the definition of the cesarean scar defect in the whole Obstetrics and Gynecology society in the world. This study aims to evaluate the names of this situation to present a clear and definite description.

MATERIAL-METHODS: We searched Pubmed central for the possible cesarean scar terms from 2000 to 2020 in our observational study. Each medical explanation for the cesarean scar was evaluated for the final statistical analysis. All types of studies about cesarean scar defect with any other names were included in the study. Double checked studies were excluded from the study.

RESULTS: We found 322 results for "cesarean scar defect", 71 results for "isthmocele", 197 results for "uterine niche", 6613 results for "scar defect", and 629 results for "uterine pouch". 786 studies were selected after the double checked studies excluded from the final analysis. The scar pregnancy was defined as "cesarean scar defect" in 328 (41.7%) studies, "isthmocele" in 181 (23.1%) studies, "niche or uterine niche" 122 (15.5) studies and "pouch" in 18 (2.3) studies. 137 (17.4) studies have a hybrid or combined name for the definition.

CONCLUSION: A cesarean scar defect is a thinning and indentation of the myometrium that results from inadequate healing of the myometrium or cesarean scar. It has been called by various terms, including niche, isthmocele, and uteroperitoneal fistula, according to the medical literature. In this study, most of the definitions are in "cesarean scar defect." However, the other definitions are still in active use. We think that there is an urgent need for an international definition guideline of "cesarean scar defect" definition.

Keywords: Cesarean scar defect, Isthmocele, uterine niche, uteroperitoneal fistula

SS-11**Tuba-ovaryan absenin nadir bir nedeni: Salin İnfüzyon Sonohisterografiye Sekonder Gelişen Abse Olgusu**

Sezin Ertürk Aksakal, Gözde Büyüksahin, Esra Özyörük, Cemre Öztürk, Şadıman Kıykaç Altınbaş, Ömer Lütfi Tapısız

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

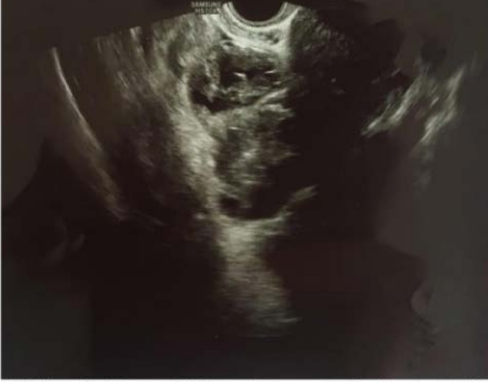
GİRİŞ: Salin infüzyon sonohisterografisi (SİS), ultrasonografi eşliğinde servikal yoldan endometriyal kaviteye serum fizyolojik verilerek endometriyum ve kavitedeki patolojilerin değerlendirilmesi tekniğidir. Salin infüzyon sonohisterografisi (SİS) pelvik ağrı (%7), vagal semptomlar (%3,5), ateş (%0,8) ve nadir olarak pelvik enfeksiyona (%1-2) neden olabilir. Pelvik enfeksiyon riski histeroskopi ve histerosalpingografi ile aynı orandadır. SİS sonrası rutin profilaktik antibiyotik tedavisi önerilmemektedir. Ancak disüri, multiple partner, cinsel yolla bulaşan hastalık öyküsü ve pelvik enfeksiyon gibi risk faktörleri durumlarında klinisyenin tercihinə göre antibiyotik verilebilmektedir. Bu olgu sunumunda bilateral hidrosalpenksi olan bir hastada SİS uygulanması sonrası günler içerisinde tuba-ovarian abse (TOA) gelişmesi ve antibiyoterapi altında rüptür olarak akut batına sebebiyet veren TOA'nın minimal invaziv laparoskopik yaklaşım ile tedavi edilmesi sizlerle paylaşıldı.

OLGU: 47 yaşında, G3P2A1Y2 hasta 3 yıldır süregelen anormal uterin kanama şikayetiyle jinekoloji polikliniğine başvurdu. Vajinal muayesi doğal, ultrasonografisinde bilateral yaklaşık 4 cm'lik hidrosalpenks izlendi. Anormal uterin kanamaya yönelik endometrial örnekleme sonucu endometrial polip olarak rapor edildi. SİS ile endometrial kavitede patoloji izlenmedi. SİS'ten 1 gün sonra şiddetli karın ağrısı şikayeti ile başvuran hastada batında hassasiyet, minimal lökore, kollar hareketlerinde hafif ağrı saptandı. Transvajinal ultrasonografide (TVUSG) sağ adnexe 7x5 cm'lik abse (Şekil 1) ve laboratuvar değerlerinde Hb:15,5gr/dl, WBC:18110/μl ve CRP:60mg/L olarak saptandı. Hasta TOA ön tanısı ile parenteral antibiyoterapi başlanmak üzere hastaneye yatırıldı. Yatışının 4. gününde WBC:12590/μl ve CRP:270mg/L olan hastanın kliniğinde düzelme olmaması, hastada defans ve rebound bulgularının pozitifleşmesi ve TVUSG'de barsak ansları arasında ve abse loju çevresinde sıvama tarzı mayi görülmesi (Şekil 2) üzerine hasta akut batın, rüptüre TOA ön tanıları ile operasyona alındı. Laparoskopik gözlemlerde batında sıvama tarzı yaklaşık 300 ml pürülan mayi izlendi. Frozen için örnek alınarak patolojiye gönderildi. Takiben abse drenajı, sol parsiyel ooforektomi, sol salpenjektomi, sağ unilateral salpingo-ooforektomi yapıldı. Frozen section sonucu malignite negatif olarak raporlandı. Dren konularak işleme son verildi. Postoperatif 4. günde dreni çekildi. Hasta postoperatif 9. günde oral antibiyoterapi tedavisi planlanarak şifa taburcu edildi.

SONUÇ: TOA, sıklıkla pelvik inflamatuvar hastalığın (PİD) bir komplikasyonudur ancak nadiren de olsa PİD dışında apandisit, divertikülit veya cerrahi girişimlere bağlı olarak da gelişebilir. Endometrial kaviteyi görüntülemek için yapılacak işlemler (SİS, histerosalpingografi, ofis histeroskopi gibi) öncesi hasta, özellikle pelvik inflamatuvar hastalık açısından detaylı bir şekilde değerlendirilmeli ve PİD bulgusu veya şüphesi varsa yapılacak işlem ertelenmelidir. Bizim hastamızda olduğu gibi hidrosalpenks öyküsü olan hastalarda, SİS gibi tubalardaki basıncı arttıracak girişimlerin mikroorganizmaların batın içine yayılımını kolaylaştırabileceği ve hastada bu yolla pelvik enfeksiyon ve TOA tablosunun gelişebileceği akılda tutulmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Salin İnfüzyon Sonohisterografi, Tuba-ovaryan abse, pelvik enfeksiyon, komplikasyon

Şekil 1



Şekil 1: Transvajinal ultrasonografide izlenen sağ paraovaryan 70x52 mm heterojen kitle, Tuba ovarian abse

Transvajinal ultrasonografide izlenen sağ paraovaryan 70x52 mm heterojen kitle, Tuba ovarian abse

Şekil 2



Şekil 2: Sağ tuba posteriorunda ve sağ tuba içindeki, barsak ansları arasında uterusu çevreleyen sıvama tarzı mayi

Sağ tuba posteriorunda ve sağ tuba içindeki, barsak ansları arasında uterusu çevreleyen sıvama tarzı mayi

SS-12**Diren yerinden fallop tüpü herniasyonu**Ezgi Ceren Dalı Alper, Osman Gökçe, Erkan Elçi

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

Giriş: Abdominal operasyonlar sonrası; intra-abdominal sıvı, kanama kontrolü için intra-peritoneal drenaj eksiden beri kullanılan bir yöntemdir. Bu yöntem hem tedavi hem de profilaktik amaçlı kullanılmaktadır. Fakat lümen içinde biriken fibrinler, direnin tıkanmasına ve fonksiyonelliğini kaybetmelerine sebep olurlar. Kliniğimize gelerek acil sezaryen ve over detorsiyonu (33 hafta gebe) operasyonları yapılan, riskli olmalarından dolayı intra-abdominal sıvı drenajı amacıyla 20 fr pezzer diren konulmuş 2 hastanın takibinde diren yerinden tubal herniasyon tespit edilmiş ve genel anestezi altında tuba yerine konulmuştur. Vaka-1; 26 yaşında, 39 hafta, 2. gebelik, makat geliş, makrozomisi olan ve aktif travayda olan hasta acil sezaryana alınmış ve sezaryanda sol uterin arter hizasından başlayan eni 4 cm ve boyu 5 cm olacak şekilde yaygın hematoma izlenmiş ve sol uterin arter ligasyonu yapılmış ve hematoma sınırlandırılmıştır. Hematom yerinden sızıntı olduğu izlenmiş ve bunun üzerine vaka sonunda kanama kontrolü ve takip amaçlı 20 fr pezzer diren konulmuştur. Post-op 2. gün diren çekilmiş, diren yerinin doğal olduğu gözlenmiş, pansumanı yapılmış ve hasta önerilerle taburcu edilmiştir. 1. hafta kontrolünde diren yerinde patoloji izlenmemiş ve sütürleri alınmıştır. 1 ay sonra hasta diren yerinden akıntı şikâyeti ile başvurmuş ve yapılan muayenede diren yerinde fimbriyaya benzeyen bir yapının olduğu izlenmiştir. Hasta genel anestezi altında opere edilmiş, diren yeri insizyonu 3 cm kadar genişletilerek bakılmış ve yapının tuba olduğu izlenmiş, nekroz ve kanama izlenmemiş, tuba yerine konulmuş ve batin katları anatomiye uygun kapatılmıştır. Takipte komplikasyon ve patoloji gözlenmemiştir. Vaka-2; 29 yaşında, 33 hafta gebe, gravida 1, parite 0 olan hasta sağ alt kadranda karın ağrısı şikâyeti başvurmıştır. Yapılan muayenesinde torsiyon düşünüldüğü üzerine diagnostik laparoskopi yapılmış ve sağ overde torsiyon olduğu izlenmiş, detorsiyone edilmiş, sağ lateraldeki 5'lik trokar yerinden 20 fr pezzer diren yerleştirilmiştir. Post-op 2. gün diren çekilmiş, patoloji izlenmemiş ve hasta taburcu edilmiştir. Post-op 4. gün diren yerinde cilt altında şişlik izlenmiş ve hastada ağrı şikâyeti olmuştur. Yapılan muayenede, sağ tarafta diren yerinin altında 2 cm şişlik ve kızarıklık mevcut olduğu tespit edilmiştir. Yapılan ultrasonda tubal herniasyondan şüphelenilmiş ve genel anestezi altında diren yerine minilaparotomi yapılmış, tubal herniasyon olduğu izlenmiş, nekroz gözlenmemiş, tuba yerine koyularak, batin katları anatomiye uygun kapatılmıştır. Ameliyat sonrası 1. hafta kontrolünde patoloji izlenmemiş ve sütürleri alınmıştır. Sonuç olarak; gerek görülmedikçe diren konulmaması, gereklilik düşünülüyorsa da ince diren konulması önerilmektedir. Fertilitede önemli organlardan biri olan tubaya farketmeden zarar verilebilmektedir. Temel amaç; bunu en aza indirmek ve reprodüktif organların korunarak, fertilitenin korunmasını sağlamaktır.

Anahtar Kelimeler: tubal herniasyon, diren yeri herniasyonu, pezzer diren, infertilite

tubal herniasyon



SS-13**Postmenopozal Endometrioid Tip Endometrium Kanseri Olgularda Perioperatif Parametreler Açısından Laparoskopi Laparotomiye Karşı**

Esra Kartal, Gülbahar Kurtuluş, Ülkü Ayşe Türker, Sonay Öztaş, Burcu Dinçgez Çakmak, Elif Canseven, Begüm Uzsezer

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

GİRİŞ: Endometrium kanseri cerrahi olarak evrelenen ve jinekolojik kanserlerin önemli bir bölümünü oluşturan bir malignitedir. Evreleme, peritoneal yapıların eksplorasyonunu, batın sıvı örneklemesini, histerektomi ve bilateral salpingo-ooforektomi içerir. Seçili olgularda pelvik ve paraaortik lenf nodu disseksiyonu da eklenmektedir. Laparoskopi zaman içinde jinekolojik onkoloji cerrahisinde de önemli bir konuma ulaşmıştır. Laparoskopi uygulanan hastaların ilk 6 hafta boyunca daha iyi yaşam kalitesi gösterdiği, daha kısa operasyon süresi, daha az kan kaybı ve daha az ciddi postoperatif komplikasyona sahip olduğu gösterilmiştir. Biz de bu çalışmada kliniğimizde postmenopozal dönemde endometrioid tip endometrium kanseri nedeniyle opere edilen olgularda laparoskopik cerrahi ile laparotomi yapılmış hastaların perioperatif sonuçlarını karşılaştırmayı amaçladık.

YÖNTEM: Çalışmamızda Sağlık Bilimleri Üniversitesi Bursa Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniğinde Kasım 2018- Kasım 2019 tarihleri arasında endometrioid tip endometrium kanseri nedeniyle laparoskopik veya laparotomi ile evreleme cerrahisi yapılmış postmenopozal hastalar değerlendirilmeye alındı. Toplam 30 hasta (laparotomi grubu için n=18, laparoskopi grubu için n=12) ile çalışmaya devam edildi. Retrospektif olarak hastaların dosyaları taranarak yaş, gravida, parite, evre, tümör boyutu, transfüzyon ihtiyacı, tam kan sayımı parametreleri, hastanede kalış süresi ve postoperatif komplikasyonlar kaydedildi.

BULGULAR: Hastaların laparoskopi grubu için 2'si ileri evre, 10'u erken evre iken; laparotomi grubu için 4'ü ileri evre iken 14'ü erken evre idi. Çalışmaya alınan hastaların yaş ortalaması laparoskopi grubunda 61.4 ±7.04 yıl, laparotomi grubunda 63.85 ±11.7 yıl olup iki grup arasında anlamlı fark mevcut değildi (p=0.876). Hastaların gravida ve parite değerleri açısından iki grup arasında anlamlı fark yoktu. Ortalama hastanede kalış süresi laparoskopi için 7.7 (4–15) gün, laparotomi için 7.8 (5–12) gün olup benzerdi. Tümör boyutu ilk grup için 39.5 (15–70) mm, ikinci grup için 49 (25–80) mm idi (p=0.56). Perioperatif hemoglobin düşüşü değerlendirildiğinde laparoskopi için 0.97±0.36, laparotomi için 1.82±0.66 bulunmuş olup bu fark istatistiksel olarak anlamlı idi (p=0.012). Laparotomi yapılan 2 hastaya transfüzyon uygulanmış olup, bu hastada operasyona laparoskopi ile başlanmıştır. Postoperatif yara yeri enfeksiyonu 2 hastada saptanmış olup bu hastalar da laparotomi grubunda idi. Laparoskopi grubunda 1 hastada barsak seroza hasarı oluşurken, laparotomi grubunda 2 hastada damar yaralanması gelişti.

SONUÇ: Çalışmamızda postmenopozal endometrioid tip endometrium kanserinde laparoskopinin laparotomiye göre perioperatif sonuçlarının daha iyi olduğu saptandı. Hastaların uzun dönem sonuçlarının incelenmemesi, hasta sayısı azlığı ve çalışmanın tek merkezli oluşu çalışmamızın zayıf yönü olmakla birlikte, konuyla ilgili daha fazla çalışmaya ihtiyaç olduğu kanatındeyiz.

Anahtar Kelimeler: endometrium kanseri, evreleme, laparotomi, laparoskopi

SS-14**Kliniğimizde Yapılan Vajinal, Abdominal ve Laparoskopik Histerektomilerin Değerlendirilmesi**

Ülkü Ayşe Türker¹, Burcu Dinçgez Çakmak², Esra Kartal², Sonay Öztaş², Elif Canseven², Begüm Uzezer², Gülbahar Kurtuluş²

¹Kars Harakani Devlet Hastanesi

²Bursa Yüksek İhtisas Eğitim Araştırma Hastanesi

GİRİŞ: Histerektomi dünya genelinde en yaygın yapılan jinekolojik ameliyatlarda yer almaktadır. Vajinal, abdominal ve laparoskopik yollarla uygulanan histerektomi yöntemlerinin birilerine göre hem avantajları hem de dezavantajları bulunmaktadır. Ayrıca laparaskopi için deneyim ve tecrübe gerekmede öğrenme eğrisi daha uzun sürmektedir. Çalışmamızdaki amacımız histerektomi için kullanılan her 3 yöntemin per-operatif ve post-operatif olarak karşılaştırılmasıdır.

MATERYAL-METOD: Çalışmamız Sağlık Bilimleri Üniversitesi Bursa Yüksek İhtisas Eğitim Araştırma Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniğinde benign nedenlerle histerektomi yapılmış olan 150 hastayı içermektedir. Mart 2019 - Temmuz 2019 tarihleri arasında histerektomi yapılmış olan hastaların dosyaları geriye dönük taranarak veriler elde edilmiştir. Çalışmaya dahil edilen hasta grubu vajinal abdominal ve laparoskopik olarak 3'e ayrılmış olup her hasta için ameliyat süresi, hemogram (HB) değerindeki azalma, hastanede kalma süresi ve komplikasyon olup olmadığı kayıt edilmiştir.

BULGULAR: Çalışmaya dahil edilen hastaların sosyodemografik özellikleri arasında anlamlı farklılık saptanmamıştır. Hastaların sosyodemografik özellikleri tablo 1 de gösterilmiştir. Hastaların 53'üne vajinal histerektomi (VAH), 57'sine laparoskopik histerektomi (TLH), 40'ına abdominal histerektomi (TAH) yapıldı. Hastanede kalma süreleri değerlendirildiğinde TLH'nın daha kısa sürede taburcu olduğu gözlemlendi. Fakat operasyon zamanının ise diğerlerine göre daha uzun sürdüğü gözlemlendi. Her 3 grup içinde hemogram değerlerindeki düşüşte anlamlı farklılık saptanmadı. VAH grubunda 1 hastada mesane yaralanması, 1 hastada ise cuff hemotomu gözlemlendi. TLH grubunda 1 hastada barsak zedelenmesi gözlemlendi fakat primer onarım ile tamir edildi, 2 hasta başarısız giriş sebebi ile abdominal histerektomiye döndü. TAH grubunda ise 3 hastada yaygın batin içi yapışıklık sebebi ile genel cerrahi ile birlikte adezyolizis yapıldı. 1 hastada barsak zedelenmesi yine 1 hastada da mesane zedelenmesi oldu.

SONUÇ: 2015 Cochrane derlemesi vajinal histerektominin daha avantajlı olduğunu belirtmiş olmakla birlikte abdominal yöntem tercih edilmesi gerekiyorsa da bunun laparaskopi olması gerektiğini belirtmiştir. Fakat laparoskopik histerektomi sırasında üriner sistem komplikasyonlarının daha fazla görüleceği belirtilmiştir. Hastaya yapılacak olan cerrahi girişimin hastanın özellikleri temel alınarak yapılması gerektiğini düşünmekteyiz. Histerektomi yapılacaksa eğer öncelikli olarak vajinal histerektominin tercih edilmesi gerektiğini düşünmekteyiz. Fakat eğer yapılamayacaksa laparoskopik yöntemlerin daha ön planda olması gerektiğini düşünmekteyiz.

Anahtar Kelimeler: vajinal histerektomi, abdominal histerektomi, laparoskopik histerektomi

Tablo 1

	VAH	TLH	TAH	P
Hasta sayısı	53(n)	57(n)	40(n)	
Yaş	43,1±2,27	43,7±2,37	42,3±3,1	0,631
Gravida	3,6±1,2	4,1±1,4	3,9±1,7	0,742
Parite	2,9±1,1	3,1±1,3	3,1±1,9	0,642
Vucut kitle indeksi	32,1±4,6	34,1±3,1	33,2±3,9	0,548

Histerektomi yapılan hastaların sosyodemografik özellikleri

Tablo 2

	VAH	TLH	TAH	P
Operasyon zamanı (dk)	86,3±20,3	113,6±27,2	88,2±27,2	0.001
Hastanede kalma zamanı (gün)	2,3±1,1	2,1±0,7	2,4±0,9	0,301
HB değerinde azalma(mg/dl)	1,3±0,8	1,1±0,7	1,4±0,8	0,563
Yara yeri enfeksiyonu	0,19±0,02	0,18±0,02	0,36±0,05	0,491

Vajinal, abdominal ve laparoskopik histerektomi özelliklerinin karşılaştırılması

SS-15**Minisling Cerrahisinden 10 Yıl Sonra Gelişen Vulvar Apse**Ömer Demir, Miraç Özalp

Karadeniz Teknik Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı

Giriş: Günümüzde stres üriner inkontinansın cerrahi tedavisi ile ilgili yaygın tartışmalar sürerken ve eskiye dönüş yani eski cerrahiler yeniden gündeme gelmişken minisling cerrahisinden yaklaşık 10 yıl sonra vulvar apse gelişmiş olan bir olgu sunmak istedik.

Olgu Sunumu: 45 yaşında kadın hasta fakültemiz genel cerrahi polikliniğinde sol vulvar bölgede şişlik olması sebebi ile değerlendirilmesinin ardından polikliniğimize yönlendirilmiş ve ürojinekolojik operasyon öyküsü olması sebebi ile ürojinekoloji polikliniğinde değerlendirilmiştir. Hastadan alınan medikal öyküde 10 yıl önce minisling cerrahisi geçirmiş olduğu öğrenildi. Stres üriner inkontinans sebebi ile geçirmiş olduğu cerrahiden sonra herhangi bir şikayeti olmayan ve idrar kaçırmaları geçen hastanın tarafımıza yönlendirilmesinden yaklaşık 2 ay önce sol vulvar bölgesinde şişlik olduğu ve bacak ağrısı olduğu öğrenildi. Perineal ultrasonografide sol vulvar bölgede şişliğin olduğu lojda yaklaşık 2.2*2.1 cm lik koleksiyon alanı olduğu ve bu alanın içerisinde minislingin kolu olduğu düşünülen yabancı cisim görüntüsü izlendi. Mevcut bölgeden geçecek kesitleri de içine alan Magnetik Rezonans incelemesinde de aynı lokalizasyonda cilt altı yağ dokusu içerisinde 17*21 mm boyutunda periferik kontrastlanan apse ile uyumlu lezyon ve vajen sol lateral komşuluğuna uzanan ancak vajene açılmamış olan fistül traktı izlendi. Tarafımıza başvurusu öncesi antibiyotik tedavisi verilmiş olan ancak lezyon boyutunda regresyon izlenmemiş olan hastaya bacak ağrısı da olması sebebi ile operasyon planlandı. İntraoperatif şişliğin olduğu bölgenin üzerine bistüri ile insizyon açıldı ve şişlik olan bölgenin etrafı künt ve keskin diseksiyonlarla serbestleştirildi ve koleksiyon alanındaki pürülan mayı boşaltıldı. Ardından minislingin kolu görüldüğü yerden eksize edildi ve içerisinde normalde olmaması gereken plastik yabancı cisme rastlandı ve çıkartıldı. Ardından defektif alan usulünce repare edildi. Postpartum herhangi bir üriner inkontinans problemi yaşamayan hastanın kontrollerinde ürojinekoloji polikliniğinde devam edilmektedir.

Sonuç: Minisling cerrahisi stres üriner inkontinans için ofis koşullarında yapılan bir prosedürdür. İşlemin hastanın morbiditesini arttırmaması ve cerrahinin kolay uygulanabilirliği bazı klinisyenleri bu cerrahiye seğmeye itmektedir ancak kolay bir cerrahi olmasına rağmen her cerrahi işlem gibi atlanmaması gereken basamaklara dikkat edilmeli ve yabancı cisim konusunda dikkatli olunmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Minisling, inkontinans, enfeksiyon

Cerrahi sırasında çıkarılan minisling kolu ve plastik parçası



Cerrahi sırasında çıkarılan minislingin 2 cm lik kolu



Ultrasonografik görüntü



SS-16**Vajen kaf prolapsusu tedavisinde 'Re-Usable Suturing Device' yardımcı sakrospinöz ligaman fiksasyon tekniği ile 'Re-Usable Tunneling Device' yardımcı laparoskopik sakrokolpopeksi sonuçlarının karşılaştırılması**

Alkan Çubuk¹, Kazibe Koyucu², Ahmet Sahan¹, Orkunt Ozkaptan¹

¹Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Kartal Dr. Lutfi Kırdar EAH. Üroloji Kliniği, İstanbul

²Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Kartal Dr. Lutfi Kırdar EAH..Kadın Doğum Kliniği, İstanbul

GİRİŞ ve AMAÇ: Vajen kaf prolapsusu tedavisinde en sık uygulanan metodlar laparoskopik sakrokolpopeksi (LSK) ve sakrospinöz ligaman fiksasyonu (SSF). Her iki metodu da kolaylaştırmak için çeşitli modifikasyonlar ve yardımcı aletler literatürde tanımlanmıştır. Re-usable suturing device (RSD), SSF için minimal diseksiyonla yüksek ve medial fiksasyon imkanı veren ve tekrar kullanılabilen bir sütür atıcıdır. Re-usable tunneling device (RTD) ise laparoskopik sakropeksi sırasında periton insizyonu yapmadan meş yerleştirme imkanı sağlamaktadır. Kliniğimizde son bir yıldır her iki aleti de rutin olarak kullanmaktayız. Bu çalışmada son 1 yıl içinde yapılan vajinal kaf prolapsusu cerrahilerinin sonuçları tartışılmıştır.

MATERYAL METOD: Sempromatik ve Baden Walker'a göre en az grade 3 apikal POP saptanan 18 hasta çalışmaya dahil edildi. Peroperatif süre, ve komplikasyon verileri (Clavien Dindo sistemine göre) kaydedildi.

Postoperatif dönemde bütün hastalar subjektif kür değerlendirmesi için Türkçe 'patient global impression of improvement PGI-I' formu ile, objektif kür değerlendirmesi için ise fizik muayene ile değerlendirildi.

Özetle Cerrahi Teknikler:

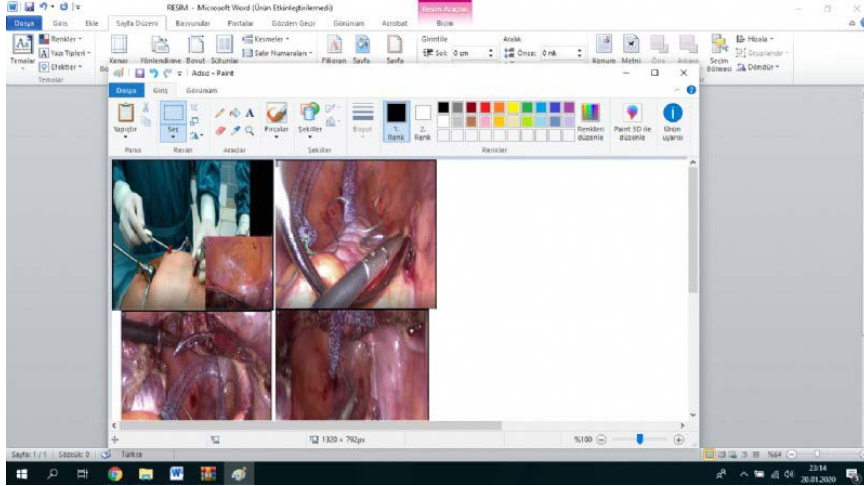
LSK: Üç laparoskopik port yerleştirilip vajen kafı hazırlandıktan sonar parietal peritona promontoryum üzerinden 1*0.5 cm insizyon yapıldı. RTD sağ el port yerinden batına ilerletildi ve subperitoneal olarak promontoryumdan kafa kadar direk görüş altında ilerletildi. Önceden batına bırakılan sling meşi RTD aracılığıyla kaftan promontoryuma kadar transfer edildi ve RTD dışarı alındı. Meş kafa ve promontoryum düzeyinde anterior longitudinal ligamana tespit edildi. Kaf ve promontoryum üzerindeki küçük insizyonlar kapatılıp işlem sonlandırıldı. **SSF:** Abartılı litotomi pozisyonunda vajen apekse 2 cm insizyon yapıldı. Pararektal alan künt diseke edildi ve sakrospinöz ligaman palpe edildi. Parmak kılavuzluğunda RSD yardımıyla ligamana prolent sütür geçildi ve o sütür aracılığıyla 2 non-absorbable 1 de absorbable sütür ligamana kalıcı olarak yerleştirildi. Sütürler vajen mukozasına içten geçirilip düğüm oturtuldu. Mukoza kapatılıp işlem sonlandırıldı.

BULGULAR: Hastaların yaş ortalamaları 56 ±12, vücut kitle endeksleri 30±6 dir. SSF yapılan 9 hastanın operasyon süresi 60±20 dakika, LSK yapılanlarda ise 65±15 dakikadır. Her iki grupta da Clavien sınıflamasına göre >grade 2 komplikasyon izlenmemiştir. LSK yapılan bir hastada transfüzyon gerektirmeyen kanama izlenmiştir. Hastaların hiç birinde postop birinci aylarında prolapsusa bağlı semptom izlenmemiştir ve muayenelerinde >grade 1 prolapsus izlenmemiştir. SSF yapılan bir hastada de-novo SUI izlenmiştir. PGI-I skorları heriki grupta da en <2 olarak ölçülmüştür. SSF yapılanlarda ortalama 6±1 gün süren pelvik ağrı olurken LSK yapılanlarda 3±1 gün süren sırt ağrısı olmuştur ve VAS skorları SSF yapılan grupta daha yüksektir. SSF yapılan dokuz hastanın altısına eş zamanlı anterior kolporafi ameliyatı da eklenmiştir.

SONUÇ: Vajen kaf prolapsusu tedavisinde RTD ile LSK ve RSD ile SSF benzer etkinlikte metodlardır. Ayrıca her iki metod için operasyon süreleri klasik metodlara göre belirgin daha kısadır. Eşlik eden anterior prolapsuslarında SSF daha çok tercih edilen metod olmuştur.

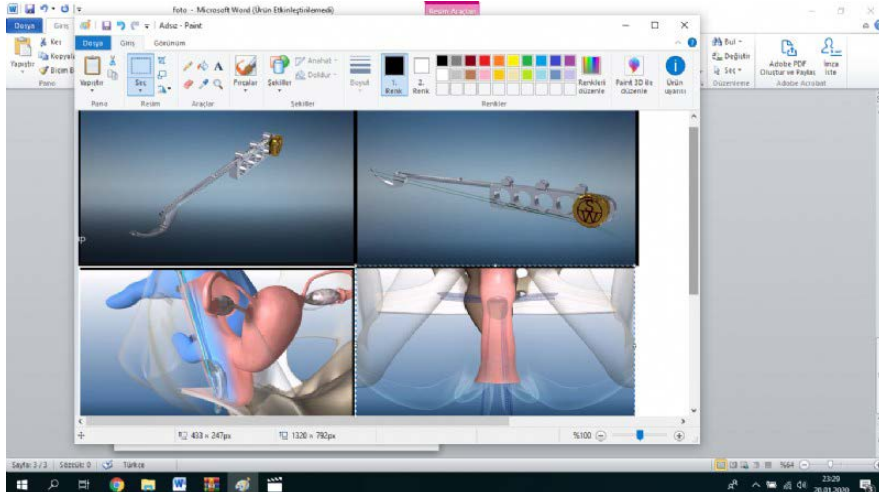
Anahtar Kelimeler: Apikal prolapsus, sakrospinöz fiksasyon, sakrokolpopeksi, objektif kür

Resim 1



RTD ile LSK

resim 2



RSD ile SSF

SS-17**Female-Male Transseksüalizm Olgularında Total Laparoskopik Histerektomi: EZH Deneyimleri**

Fulya Kayıkcıoğlu, Tuğba Kınay, Şadıman Kıykaç Altınbaş, Ömer Lütfi Tapısız, Yaprak Üstün
Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Etlik Zübeyde Hanım Kadın Sağlığı Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Ankara

Amaç: Female-Male (F-M) transseksüalizm endikasyonu ile total laparoskopik histerektomi ve bilateral salpingooferektomi yapılan olguların klinik özelliklerinin ve cerrahi sonuçlarının incelenmesi

Yöntem: Ocak 2015- Aralık 2019 tarihleri arasında Sağlık Bilimleri Üniversitesi Etlik Zübeyde Hanım Kadın Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesinde F-M transseksüalizm nedeni ile total laparoskopik histerektomi ve bilateral salpingooferektomi yapılan olgular retrospektif çalışmaya dahil edildi. Olguların medikal kayıtlarından elde edilen demografik, klinik özellikleri, cerrahi sonuçları ve postoperatif histopatolojik bulguları analiz edildi.

Bulgular: Çalışmaya toplam 54 olgu dahil edildi. Olguların demografik ve klinik özellikleri tabloda görüldüğü gibiydi. Olguların ortalama yaşı $26,9 \pm 5,5$ yıl idi. Olguların tümünün medeni durumu bekarı ve hepsi gravida 0 idi. Olguların %100'ünde ekzojen testosteron kullanımı öyküsü mevcuttu ve %55,6'sı amenoreikti. Ortalama testosteron kullanımı süresi $16,7 \pm 11,8$ ay iken ortalama amenore süresi $15,2 \pm 9,6$ ay idi. Olguların %48,1'ine daha önceden bilateral mastektomi operasyonu uygulanmıştı. Operasyon sonrasında olguların ortalama hastanede kalış süresi $1,3 \pm 0,9$ gün idi. Ortalama preoperatif hemoglobin değeri $14,9 \pm 1,4$ gr/dl iken postoperatif hemoglobin değeri $12,7 \pm 1,5$ idi. Üç (%5,7) olguda intraoperatif/postoperatif komplikasyon gelişti. Bir olguda (%1,9) intraoperatif fark edilen üreter yaralanması oldu. Operasyonda laparotomiye dönüldü ve üreteroüreterostomi ile üreter hasarı onarıldı. Olgu postop 4. günde şifa ile taburcu edildi. Postoperatif komplikasyon gelişen 2 hastanın birinde üriner enfeksiyon (%1,9), diğerinde diyare (%1,9) mevcuttu. Bu olgular medikal tedavi sonrası sırasıyla postop 6. ve 5. günlerde taburcu edildiler. Spesmenlerin histopatolojik incelemesi sonucunda olguların %51,9'sinde inaktif endometrium, % 35,1 'inde proliferatif endometrium, %13'ünde sekteruar endometrium saptandı. Olguların %16,8'inde jinekolojik patoloji mevcuttu. Beş olguda (%9,3) endometrial polip, 3 olguda (%5,6) büyüklüğü 0,5-1,5 cm arasında değişen leiomyoma ve 1 olguda(%1,9) da 5 cm büyüklüğünde matur kistik teratom saptandı.

Sonuç: Psikososyal olarak zor bir süreçten geçen F-M transeksüel bireylerde cinsiyet değişimi operasyonu sonrası sürecin bir an önce geçmesi ve normal hayatlarına dönüşün hızlanması önem arz etmektedir. Yeni bir cinsiyet ve yeni bir hayata başlayan bu bireylerde eski kimliklerini hatırlatan operasyon skarının minimal olması ve yine kozmetik açıdan yeni hayatlarında operasyon izinin olmaması da önemlidir. Minimal komplikasyon oranları, ortalama 1-1.5 gün postoperatif hastanede kalış süresi ve iyi yara iyileşme süreci ile etkili bir tedavi yöntemi olan total laparoskopik histerektomi psikososyal açıdan zor bir süreç geçiren bu olgularda birinci tercih operasyon olarak düşünülmelidir.

Anahtar Kelimeler: Total laparoskopik histerektomi, female-male transseksüalizm, minimal invaziv cerrahi

Olguların klinik ve histopatolojik bulguları

Yaş, yıl	26,9 ± 5,5
Medeni durum	
- Bekar (n,%)	54 (%100)
- Evli (n,%)	0 (%0)
Gravida (n,%)	0
Amenore (n,%)	30 (% 55,6)
Amenore süresi, ay	15,2 ± 9,6
Testosteron kullanım öyküsü (n,%)	54 (% 100)
Testosteron kullanım süresi, ay	16,7 ± 11,8
Mastektomi öyküsü (n,%)	26 (% 48,1)
Preop Hb, gr/dl	14,9 ± 1,4
Postop Hb, gr/dl	12,7 ± 1,5
Postop hastanede yatış süresi, gün	1,3 ± 0,9
Postop patoloji	
- Endometrium	
İnaktif endometrium (n,%)	28 (% 51,9)
Proliferatif endometrium (n,%)	19 (% 35,1)
Sekretuar endometrium (n,%)	7 (% 13,0)
- Ek patoloji (n,%)	8 (%16,8)
Leiomyoma (n,%)	3 (%5,6)
Endometrial polip (n,%)	5 (%9,3)
Matur kistik teratom (n,%)	1 (%1,9)
İntraop/postop komplikasyon (n,%)	3 (%5,7)
- Üreter yaralanması (n,%)	1 (%1,9)
- Üriner enfeksiyon (n,%)	1 (%1,9)
- Diyare (n,%)	1 (%1,9)

SS-18**Morbid Obez Hastada 3-mm’lik Laparoskopik Mini Trokar Girişi ile Total Laparoskopik Histerektomi**

Merve Özkan, Sezin Ertürk Aksakal, Doğukan Özkan, Şadıman Kıykaç Altınbaş, Ömer Lütfi Tapısız, Yaprak Üstün

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

Giriş: Obez hastalarda laparoskopik histerektominin (LH) açık cerrahiye göre daha az yara yeri enfeksiyonu ve açılması ve daha kısa hastanede kalış süreleri ile ilişkili olduğu bilinmektedir. LH’de standart portlarla (5mm/10mm) yapılan prosedürün yanı sıra mini laparoskopi (3mm’lik port), single port, perkütan enstrümanlarla yapılan teknikler de mevcuttur. İnsizyonel herni sıklıkla ≥ 10 mm trokar giriş yerlerinde görülür. Laparoskopik cerrahide insizyonel herni riskini arttıran en önemli faktörler obezite, ileri yaş ve single port laparoskopik cerrahidir. Bu olgu sunumunda morbid obezitesi olan, 48 yaşındaki hastada 3mm’lik mini portlar kullanılarak yapılan LH, bilateral salpenjektomi/unilateral ooforektomi operasyonunun sunumu ve 3mm port uygulamasının sunduğu avantaj ve dezavantajların değerlendirilmesi amaçlandı.

Olgu: 48y, G8P5Y5A3 hasta, tedaviye dirençli kanama tanısıyla LH operasyonu yapılması planlanarak kliniğimize yatırıldı. Hipertansiyon ve hipotroidi, ve özgeçmişinde 7 yıl önce bacakta geçirilmiş DVT öyküsünün olduğu öğrenildi. Hastanın preoperatif pelvik muayenesi doğal, ultrasonografide yaygın adenomyozis alanları izlendi. Hastanın vücut kitle indeksi (VKİ) 47kg/m² (Şekil 1), preoperatif hemoglobin değeri 11.9gr/dl idi. Veress iğnesi ile pnömoperitoneum oluşturulduktan sonra umbilikustan 10mm trokar ile optik girişi, batin sol yan duvardan ipsilateral 2 adet 3mm ve sağ yan duvardan 1 adet 5mm trokar girişleri yapıldı (Şekil 2). Gözlemden ureterlerin her iki yanda çift olduğu görüldü ve bilateral retroperitoneumda seyirleri takip edilerek (Şekil 3) standart LH basamakları sırasıyla uygulandı. Sol uterin arter ve kardinal ligament düzeyindeki kanamalar bipolar koagülasyonun yetersiz kalması sebebiyle sağ yan duvar yerleşimli 5mm’lik port girişinden ileri bipolar enerji uygulaması ile kontrol altına alındı. Operasyon intra/perioperatif herhangi bir komplikasyon olmaksızın 100 dakikada tamamlandı. Postoperatif 2. gününde taburcu edilen hastanın patoloji sonucu adenomyozis, inaktif endometriyum olarak raporlandı.

Sonuç: Mini laparoskopi tekniği ile LH, obez/morbid obez hastalarda güvenilir ve uygulanabilir bir yöntemdir. Literatüre bakıldığında mini laparoskopi tekniği, konvansiyonel laparoskopi ile karşılaştırıldığında operasyon süresi, preoperatif ve postoperatif komplikasyon oranları ve kan kaybı açısından farklılık göstermemiş, ayrıca mini laparoskopi tekniğinin daha iyi kozmetik sonuç, daha az postoperatif ağrı ve daha az insizyonel herni ile ilişkili olduğu gösterilmiştir. Mini laparoskopik tekniği uygulanırken, 3mm trokarlarda kullanılan laparoskopik alet boyalarının diğerlerine kıyasla daha kısa olduğu göz önünde bulundurulmalıdır. Nitekim bu vakada, 3mm’lik trokar yerinden uygulanan monopolar makas ile vajen kaf kesilmesi sırasında enstrüman kısalığı nedeni ile zorluk yaşanmıştır. Hastaların VKİ’i göz önünde bulundurularak port giriş yerlerinin seçimi bu sebeple önemlidir. Mini laparoskopik tekniğinde dikkat edilmesi gereken diğer bir nokta ise ileri bipolar enerji modalitelerinin kullanılamıyor olmasıdır. Bu durum özellikle damar koagülasyonunda yetersiz kalan durumlar için sorun teşkil edebilir. Sunulan vakada bir adet 5mm’lik trokar yerleştirilerek bipolar enerji ile kontrol edilememiş kanamalara müdahale ileri bipolar enerji modalitesi ile başarı ile gerçekleştirilmiştir. Özellikle cilt-fasya mesafesi fazla obez hastalarda 5mm ve üzeri

trokarlarda operasyon sırasındaki mükerrer port dislokasyonlarına bağlı fasya defektlerinde genişlemeler postoperatif herni riskini arttırabilmektedir. Üç mm'lik trokar yerinde fasya defekti daha küçük olduğundan, port dislokasyon-insersiyon sayısı fazla olabilmesine rağmen fasya defekti 5 mm'yi geçmemekte, dolayısıyla herni riskinde artış görülmemektedir. Sonuçta; obez hastalarda 3mm trokar kullanımının herni riskini azaltabileceği, fasyanın sutureasyonu gerekmediğinden postoperatif ağrının daha az olabileceği ve kozmetik açıdan hasta memnuniyetinin artabileceği, buna karşın kullanılan laparoskopik enstrüman boylarının daha kısa olması sebebiyle port yerleşimlerinde dikkatli olunması gerekliliği akılda tutulmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Laparoskopi; histerektomi, mini port, 3mm, morbid obezite

Şekil 1



Şekil 1: BMI değeri 47 kg/m² olan hastanın Trendelenburg pozisyonunda görüntüsü

BMI değeri 47 kg/m² olan hastanın Trendelenburg pozisyonunda görüntüsü

Şekil 2



Şekil 2. Morbid obez hastada 10mm'lik umbilikal, 2 sol yan 3 mm'lik ve 1 sağ yan 5 mm'lik trokar girişlerinin görüntüsü

Morbid obez hastada 10mm'lik umbilikal, 2 sol yan 3 mm'lik ve 1 sağ yan 5 mm'lik trokar girişlerinin görüntüsü

Şekil 3



Şekil 3. Pelvis sağ yan duvarda çift üreterin laparoskopik görüntüsü

Pelvis sağ yan duvarda çift üreterin laparoskopik görüntüsü

SS-19**Acute isolated tubal torsion with hematosalpinx in a premenopausal woman, the importance of whirlpool sign**Mehmet Tunç Canda¹, Mustafa Melih Erkan¹, Namık Demir¹, Dilşat Camlı²¹Department of Obstetrics and Gynecology, Kent Health Group Kent Hospital, İzmir, Turkey²Department of Radiology, Kent Health Group Kent Hospital, İzmir, Turkey

Introduction: Isolated tubal torsion is a rare event with an incidence of 1 in 1 500 000 women. It can be seen through different stages of the reproductive period such as adolescence, pregnancy, and perimenopausal and menopausal stages. Predisposing factors attributed to isolated tubal torsion include intrinsic (Morgagni hydatids, tubal ligation, hydrosalpinx, pyosalpinx, adhesions, abnormal peristalsis, long tube, or mesosalpinx) and extrinsic (ovarian cysts, tumors, previous pelvic surgery, hyperstimulated ovaries, pregnancy, venous congestion, and trauma) causes. In the preoperative diagnosis of the isolated tubal torsion, a normal ovary image and a dilated tube with a coiling view of the tube indicating a whirlpool sign is of paramount importance.

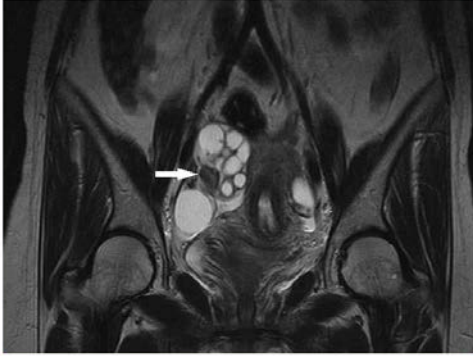
Case Presentation: A 41-year-old nullipara woman, complaining of a right pelvic pain for 2 days, was admitted to the emergency unit. Her vitals were normal, without any nausea or vomiting, and her pain resolved with painkillers for about 2 to 3 hours. Abdominal examination showed lower-right quadrant deep tenderness without rebound. Her white blood cell count was 14 140 103/mm³, hemoglobin level was 10.5 g/dL, hematocrit was 33.6%, and C-reactive protein was 291 mg/dL. Ultrasound examination and magnetic resonance imaging (MRI) showed a normal right ovary and a hydrosalpinx with a Whirlpool sign, suggestive of possible right tubal torsion. Possible preoperative differential diagnoses were adnexal torsion, isolated tubal torsion, and ovarian cyst rupture. Laparoscopy showed a huge right necrotic distal hematosalpinx and a twice-twisted tube. Confirming the Whirlpool sign defined on the ultrasound and MRI examination. After untwisting the tube, the hemorrhagic and necrotic distal part did not perfuse well, and a right salpingectomy was performed. However, tubal (and ovarian) reperfusion may take some time, and patience and taking the time to observe for signs of vascular return may be well warranted.

Conclusion: Although common in the adolescence, diagnosis of isolated tubal torsion is even more challenging in a premenopausal state. Our case confirms the importance of the Whirlpool sign on ultrasound or MRI images, which gives both the surgeon and the patient knowledge and information about the operation (detorsion of the tube or salpingectomy when necessary but most probably preserving the ovary) before the surgery.

Keywords: tubal torsion, whirlpool sign, pelvic pain**Adnexal Torsion MRI-Whirlpool Sign**

Fig. 4

Coronal T2-weighted image showing a hydrosalpinx and a Whirlpool sign (white arrow).

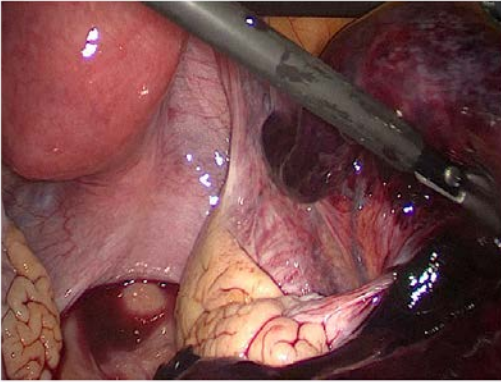


Coronal T2-weighted image showing a hydrosalpinx and a Whirlpool sign (white arrow).

Laparoscopic view after detorsion

Fig. 6

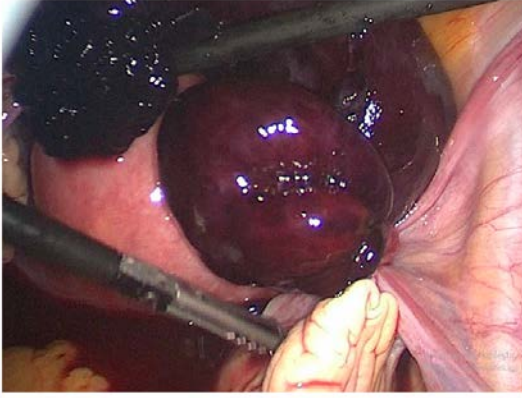
Laparoscopic view of the right adnexa after detorsion of the tube.



Laparoscopic view of the right adnexa after detorsion of the tube.

Torsioned right tube**Fig. 5**

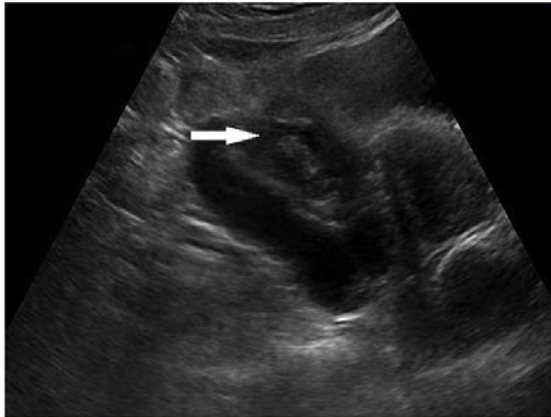
Isolated twisted necrotic right tube with hematosalpinx, hemorrhagic ascites in the pouch of Douglas, and a normal ovary.



Isolated twisted necrotic right tube with Hematosalpinx, hemorrhagic ascites in the pouch of Douglas, and a normal ovary.

Whirlpool Sign**Fig. 1**

Ultrasound image showing the dilated right tube and the Whirlpool sign (white arrow).



Ultrasound image showing the dilated right tube and the Whirlpool sign (white arrow).

SS-20**Laparoscopic Management of a Free Benign Adnexal Mass Through Two Abdominal Incisions (5 mm and 10 mm)**Ihsan Bağlı

Gazi Yaşargi Eğitim Araştırma Hastanesi, Diyarbakır, Türkiye

CASE: A 54-yearold patient admitted to our hospital with pelvic pain. The patient's MRI revealed a 8x6 cm left ovarian dermoid cyst. Tumour markers were seen within a normal range. The patient's body mass index was 32 kg/m2. The patient had a medical history including two time caesarean section and right nephrectomy. We planned to do either a laparoscopic oophorectomy for patient upon obtaining informed consent.

METHOD: The basic instruments used in the excisional procedure include two trocars (5 mm and 10 mm), two optics (5 mm and 10 mm), one 10 mm specimen retrieval bag, and one 5 mm bipolar energy device. Two incisions are made, including a 10 mm incision in the umbilicus, and a 5 mm incision in the left lower quadrant of the abdomen (Figure 1). The present management can be abstracted at four points:

1. The oophorectomy/salpingectomy is completed using a 5 mm bipolar energy device (ligasureTM; Covidien, Boulder, CO, USA) at a 5 mm trocar without any auxiliary device under inspection with 10 mm optic at the umbilicus.
2. The 10 mm optics are replaced with 5 mm optics, and 5 mm optic from a 5 mm trocar is inserted into in the left lower quadrant of the abdomen.
3. Under inspection of 5 mm optic, and without any accessories device, the specimen retrieval bag that inserted at the umbilical 10 mm trocar is used as a scoop in order to catch the specimen and put it into the bag.
4. Without any spilling of the materiel, the specimen is removed from the umbilicus in the bag using a manuel morcellation and aspiration outside of the abdomen.

RESULT: The time of operation took about 43 minutes, and the frozen result was revealed to be benign. The patients were discharged within 24 hours after the procedure.

CONCLUSION: Some benign adnexal masses for example dermoid cyst or tubal ectopic pregnancy, can be managed with abovementioned method when they have no adhesions with pelvic organs or adnexal surfaces

Keywords: benign adnexal mass, dermoid cyst, laparoscopy

a patient diagnosed with dermoid cyst treated via laparoscopic oophorectomy



SS-21**İzole Tubal Torsiyon Olan İki Olgunun Sunumu**Erkan Elçi¹, Gülhan Güneş Elçi², Emin Erhan Dönmez³¹University of Healty Umraniye Traning and Research Hospital Department of Obstetrics and Gynecology,²University of Healty Sancaktepe Traning and Research Hospital Department of Obstetrics and Gynecology,³University of Healty Haydarpasa Numune Traning and Research Hospital Department of Obstetrics and Gynecology,

AMAÇ: Nadir olarak görülen izole tubal torsiyon oluşan iki olgunun sunumu

Olgu-1: 48 yaşında, evli, G2P2, daha önce tubal ligsasyon olmuş. İki gündür önce kolik sonra sürekli hale gelen sağ alt kadranda ağrısı şikayeti ile acil servise başvurmuş. Yapılan muayanesinde defans ve rebound pozitif. Transvajinal ultrasonografisinde sağ adnexlerde 5*4cm hemorajik görüntüsü olan doppler akımı olmayan kistik kitle, sol over doğal olarak değerlendirildi. Hastanın ağrılarının sürekli olması üzerine diagnostik laparaskopi yapıldı. Yapılan laparaskopide sağ tuba tam torsiyone ve gangrenöz izlendi (Şekil-1a,1b). Sağ salpenjektomi yapıldı.

Olgu-2: 28 yaşında, evli, G0, olan hasta daha önce geçirilmiş cerrahisi yok 2 gündür sol alt kadranda kolik tarzda ağrısı mevcut.

Hastanın yapılan batin muayanesinde defans ve rebound negative sonrasında yapılan transvajinal ultrasonografide sol over etrafında sıvı doppler akımı normal, sağ over doğal olarak değerlendirildi. BHCG ve Crp negative. Hastanın ağrılarının sıklaşması üzerine diagnostik laparaskopi yapıldı. Laparaskopide sol tuba KİSMİ torsiyone izlendi (Şekil-2). Tuba detorsiyone edilerek işleme son verildi.

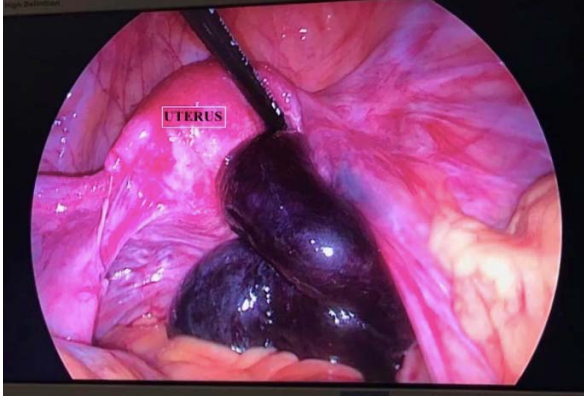
TARTIŞMA: izole tubal torsiyon insidance 1/500000-1000000 olarak bildirilmiştir (1). Akut batinın nadir sebeplerinden olmasına rağmen fertliliteyi etkilemesinden dolayı önem teşkil etmektedir. Genelde tubal torsiyon için predispozan faktörler (kist, tubal uzunluk v.b) olmasına rağmen sebebi tam olarak bilinmemektedir(2). Litaratürde tuba torsiyonu ağrısı için genellikle alt batına vulvaya doğru yayılan ve önce kolik tarzda başlayan ağrı sonrasında sürekli hale geldiği rapore edilmiştir(3). Tuba torsiyonunda patognomonik bir görüntüleme yöntemi, spesifik semptomları ve karakteristik laboratuvar bulgusu olmadığından preoperatif tanısı zordur (4). **SONUÇ:** izole tuba torsiyonu nadirdir.Reprudiktif çağda fertliliteyi etkilediğinden akut batin olarak gelen hastalarda akılda tutulması gerekmektedir.

Kaynaklar:

1. Lo LM, Chang SD, Lee CL, Liang CC. Clinical manifestations in women with isolated fallopian tubal torsion; a rare but important entity. Aust N Z J Obstet Gynaecol 2011;51(3):244-7.
2. Varras M, Tsikini A, Polyzos D, Samara Ch, Hadjopoulos G, Akrivis Ch. Uterine adnexal torsion: pathologic and gray-scale ultrasonographic findings. Clin Exp Obstet Gynecol 2004;31(1):34-8.
3. Huchon C, Fauconnier A. Adnexal torsion: a literature review. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol 2010;150(1):8-12.
4. Chang HC, Bhatt S, Dogra VS. Pearls and pitfalls in diagnosis of ovarian torsion. Radiographics 2008;28(5):1355-68.

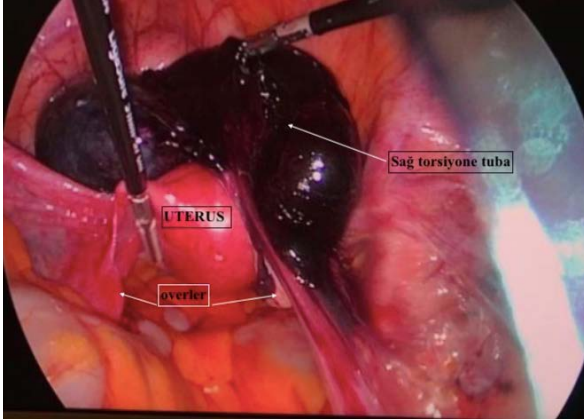
Anahtar Kelimeler: tubal torsiyon, akut batin, fertlilite ve tuba

Şekil-1a



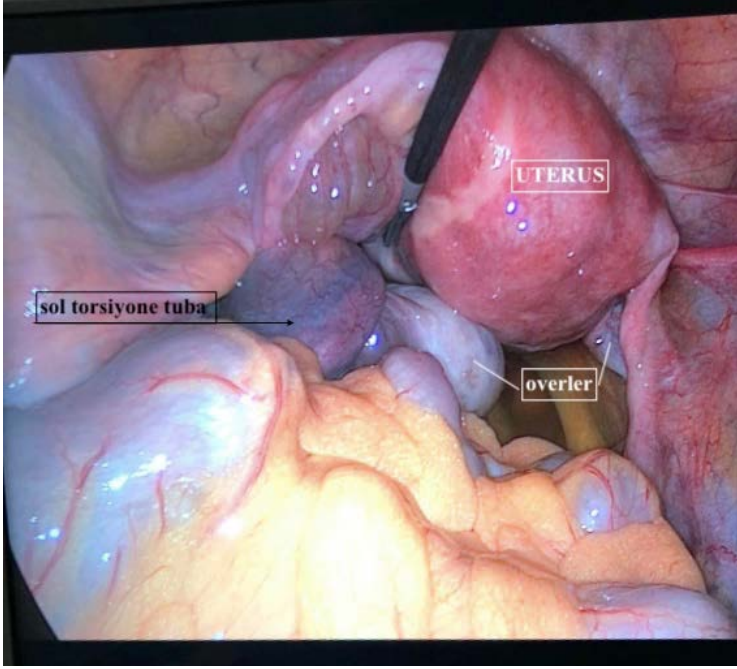
torsiyone sağ tuba

şekil-1b



torsiyone sağ tuba ve bilateral doğal overlerin laparaskobik görünümü

Şekil-2



sol tuba kısmı torsiyonu

SS-22

Swyer Sendromu, Olgu Sunumu

Selçuk Yetkinel, Didem Alkaş Yağınç, Pinar Çağlar Aytaç, Esra Bulgan Kılıçdağ
Başkent Üniversitesi, Adana Dr. Turgut Noyan Uygulama ve Araştırma Merkezi, Kadın
Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, Adana

Swyer sendromu, olgu sunumu: Swyer sendromu, 1955 yılında Swyer tarafından meme gelişimi olmayan, az-normal pubik kıllanma gösterebilen, dişi external genitalyaya sahip, kısmen hipoöstrojenize de olsa vajen yapısı izlenen, küçük bir uterus saptanan ve normal bir adneks dokusu olmayan hastalar olarak tanımlanmıştır (1). Kromozom analiz sonuçları 46, xy karyotip olarak saptanır. Swyer tarafından tanımlanmasının ardından da disgenetik gonadlarla ilişkili olduğu saptanmıştır (2).

Bu olgu sunumunda primer amenore şikayeti ile başvuran hastanın swyer sendrom tanısı, cerrahisi ve takibi anlatılacaktır.

Olgu: 16 yaşında primer amenore nedeniyle başvuran hastanın muayenesinde meme gelişimi olmadığı, pubik ve aksiller kıllanmanın olmadığı görüldü (Görüntü 1).

Görüntü 1.

Dış genital organları kız görünümündeydi (Görüntü 2).

Yapılan laboratuvar tetkiklerinde FSH ve LH yüksek saptandı. Batın ultrasonografisinde uterus atrofik izlendi. Her iki adneks net olarak izlenemedi. Hastanın kromozom analizinde 46, XY saptandı. Pelvik MR sonucunda Uterus bant şeklinde izlendi. Her iki adneksiyal alanda ovarian doku olduğu düşünülen alanlar izlendi. Hastaya Swyer sendromu tanısı konuldu ve olası gonadal maligniteler nedeniyle salpingooferektomi önerildi (Video 1).

Hastanın cerrahi sonrası patolojisinde sağ overde gonodablastom, sol overde gonodablastom ve disgerminom saptandı. Hastaya meme, uterus ve vajen gelişiminin devamı için hormon replasman tedavisi başlandı.

Tartışma: Swyer sendromu 80.000 doğumda bir görülen, ilk kez 1955 yılında Swyer tarafından tanımlanmış bir seksüel gelişim bozukluğudur (1). SRY geni ya da diğer testis belirleyici genlerde oluşan mutasyonlar sonucu gonadlar testise farklılaşamaz, AMH üretilmez ve tuba, uterus ve üst 2/3 vajen dokusu gibi mülleriye dokular persiste eder. Tanı fizik muayene, laboratuvar tetkikleri, görüntüleme sonuçları ve karyotip analizi ile konulur. 46, XY tanısı sonrası, germ hücre neoplazi riski nedeniyle en yakın zamanda gonadektomi yapılmalıdır. Gonodablastomlar benign tümörlerdir ancak disgerminom, teratom, embriyonel karsinom ve endodermal sinüs tümörleri prekürsörü olabilir. Disgerminom %22-66 oranla bu tümörlerin en sık görülenidir (1).

Hastamıza da 46, XY gonadal disgenezi sonrası en yakın zamanda gonadektomi uygulanmış olup, patoloji sonucunda gonodablastom ve disgerminom saptanmıştır. Hastaya sekonder seks karakterlerinin gelişimi için hormon tedavisi başlandı.

1. Hughes IA, Houk C, Ahmed SF, et al. Consensus statement on management of intersex disorders. Arch Dis Child 2006; 91:554-563.
2. Michala L, Goswami D, Creighton SM, Conway GS. Swyer syndrome: presentation and outcomes. BJOG 2008; 115:737-741.

Anahtar Kelimeler: swyer sendromu, gonodblastom, gonadal disgenezi

Görüntü 1. Hastanın meme gelişimi



Görüntü 2. Hastanın dış genital görüntüsü



SS-23**Myometriyal Penetrasyon Gösteren Rahim İçi Araç Olgularında Histeroskopinin Rolü**

Sonay Öztaş, Begüm Uzsezer, Burcu Dinçgez Çakmak, Ülkü Ayşe Türker, Esra Kartal, Gülbahar Kurtuluş, Elif Canseven

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

AMAÇ: Rahim içi araç, istenmeyen gebelik oranlarını azaltan etkili ve uzun ömürlü bir kontrasepsiyon yöntemidir. Rahim içi aracın çıkarılmak istendiği olgularda rahim içi aracın ipleri servikte her zaman görünmeyebilir. Bu olgularda ilk yapılması gereken rahim içi aracın yerinin belirlenmesidir. Pelvik ultrasonografi ve abdomen x-ray grafisi bu amaçla yapılacak ilk tetkikler olup, bunlarla tanı koyulamayan olgularda histeroskopi bir alternatif olabilir. Myometriumu penetre eden olgularda ise histeroskopinin önemi daha da artmaktadır. Günümüzde uterusu tamamen perfore etmemiş, batına geçişi olmayan rahim içi araç olgularında histeroskopi en kabul edilebilir tedavi haline gelmiştir. Biz de burada, myometriyal penetrasyonu olan olgularda rahim içi araç çıkarılmasındaki histeroskopik yaklaşımımızı sunmayı amaçladık.

MATERYAL-METOD: Çalışmaya Sağlık Bilimleri Üniversitesi Bursa Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği'ne Ocak 2019- Aralık 2019 tarihleri arasında rahim içi aracını çıkartma isteği ile başvuran ve servikte rahim içi aracın ipi görülmeyen 38 olgu dahil edildi. Pelvik sonografi ve abdomen x-ray ile intrauterin kavitede saptanıp, herhangi bir dislokasyon düşünülmeyen 26 hasta ile batında rahim içi araç saptanan 6 hasta dışlandı ve yalnızca myometriyal penetrasyonu olan 6 olgu değerlendirildi.

BULGULAR: Çalışmaya alınan 6 olgunun yaş ortalaması 42,6 (min 28- max 45) yıl, ortalama gravida 2 (min 1- max 4), parite 2 (min 1- max 4) idi. Hastaların %33,3' ü premenapozal dönemde idi. Hastaların %33,3' ünde geçirilmiş uterus cerrahisi öyküsü mevcuttu. Genel anestezi altında tüm hastalara operatif histeroskopi ile rahim içi araç çıkarılması uygulandı. Çıkarılan rahim içi araçların hepsi TCu380A olup hiçbirisi levonorgestrelli rahim içi araç değildi. Hiçbir hastada komplikasyon gelişmedi ve tüm hastalar aynı gün taburcu edildi.

SONUÇ: Rahim içi aracın transvajinal ultrasonografide intrauterin kavitede izlenmediği olgularda myometriyal penetrasyon akılda tutulmalıdır. Uterin perforasyon ile batin ve komşu organlara migrasyon gösteren olgularda laparoskopi veya laparotomi ilk seçenek iken, yalnızca myometriyal penetrasyonu olan olgularda histeroskopi kolay uygulanabilir ve güvenli bir prosedürdür. Biz de myometrial penetrasyonu olan rahim içi araç olgularımız için uyguladığımız bu prosedürün çalışmamızdaki %100 işlem başarısı ile ilk seçenek yöntem olması gerektiğini savunmaktayız.

Anahtar Kelimeler: histeroskopi, myometriyal penetrasyon, rahim içi araç

SS-24**Patoloji sonucu endometriyal polip gelen hastalarda tanı yöntemlerinin incelenmesi**Ülkü Ayşe Türker¹, Ahmet Demirci², Tayfur Çift²¹Kars Harakani Devlet Hastanesi²Bursa Yüksek İhtisas Eğitim Araştırma Hastanesi

GİRİŞ: Jinekoloji polikliniklerine %33 kadar hasta anormal uterin kanama (AUK) sebebi ile başvurmaktadır. Anovulasyon, hormonal bozukluklar ve anatomik sebepler bu duruma sebep olabilir. Uterin kaviteyi ilgilendiren patolojilerde karşımıza daha sıklıkla endometriyal polip çıkmaktadır. Tanısında ise patoloji gold standart yöntemdir. AUK şikayeti ile başvuran hastalarda altta yatan nedeni saptamak için transvajinal ultrasonografi (TVUSG), salin infüzyon sonografi (SİS), histeroskopi (H/S) kullanılan yöntemler arasındadır. Çalışmamızda ki amacımız TVUSG, SİS, H/S'nin endometriyal poliplerin tanısını koymadaki başarısını karşılaştırmaktır.

MATERYAL-METOD: Eylül 2018 – Eylül 2019 tarihleri arasında Bursa Yüksek İhtisas Eğitim Araştırma Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği'nde retrospektif olarak yapılmış olup hasta dosyaları ve bilgisayar sisteminden veriler kayıt edilmiştir. Histopatoloji sonucu endometriyal polip gelen 204 hastanın dosyaları geriye dönük olarak taranmış olup hastalara yapılan TVUSG, SİS ve ofis H/S sonuçları karşılaştırılmıştır.

SONUÇLAR: Çalışma 18-49 yaş aralığında reproduktif dönemde AUK ile kliniğimize başvuru histopatoloji sonucu endometriyal polip gelen hastaları içermektedir. Hastaların ortalama yaş aralığı 40,27±6,13 olarak saptandı. Doğum sayısı 0 ile 13 arasındaydı, ortalaması ise 3,23±1,93 olarak görüldü. Olguların 4 tanesi daha önce hiç doğum yapmamışken 72'si ise en az bir kez sezeryan (C/S) ile doğum yapmıştı. Tablo 1'de hastaların TVUSG, SİS ve ofis H/S bulguları yer almıştır.

TARTIŞMA: Günümüzde endometriyal patolojilerin saptanmasında TV-USG, SİS, ofis H/S kullanılan yöntemler arasında yer almaktadır. TV-USG endometriyal patolojilerin saptanmasında kolay ucuz poliklinik şartlarında hızlıca yapılabilen bir yöntemdir. SİS de aynı şekilde endometriyal patolojilerin saptanmasında klinikte uygulanabilen non-invaziv yöntemler arasında yer almaktadır. H/S ise hem ameliyathane şartlarında hem de anestezi olmadan poliklinik şartlarında yapılabilen; hem endometriyal kavitenin değerlendirilmesinde hem de servikal patolojilerin değerlendirilmesinde kullanılan bir yöntemdir. Çalışmamızın bulguları sonucunda TV-USG'nin tek başına tanı koydurmada yeterli olmadığı SİS ya da ofis H/S gibi diğer yöntemlerin tanı koymaya daha fazla yardımcı olduğu literatür ile uyumlu olarak tespit edilmiştir.

Anahtar Kelimeler: Endometriyal polip, ofis histeroskopi, anormal uterin kanama

**Tablo 1**

Bulgular	TV-USG	SİS	Ofis H/S
Normal	112 (%55)	61(%30)	43(%21)
Polip	48(%24)	61(%30)	79(%39)
Myom	9 (%4)	7 (%3)	7 (%3)
Endometriyal Kalınlık Artışı	35(%17)	75(%37)	75(%37)

Patoloji Sonucu Endometriyal Polip Gelen Hastaların TV-USG, SİS, ofis H/S bulguları

SS-25**Histereskopik İstmosel Onarımı; Olgu sunumu**Münire Funda Cevher Akdulum, Esin Şahin

Gazi Üniversitesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, Ankara

Giriş: İstmosel geçirilmiş sezaryen işlemine sekonder gelişebilen uterin insizyon yerinde cep şeklinde skar defektidir(1). Tanıda transvajinal ultrasonografi, salin infizyon sonografi, histereskopi ve manyetik rezonans görüntüleme kullanılabilir. Transvajinal ultrasonografi de tespit edilme sıklığı %24-69 arasında değişmektedir(2). Hastalarda en sık görülen şikayet postmenstrual lekelenme şeklinde kanama ve sekonder infertilitedir. Dismenore, kronik pelvik ağrı ve disparoni diğer sık şikayet nedenleridir(3). Sezaryen sayısı arttıkça görülme sıklığı artmaktadır. Bir kez sezaryen ile doğum yapanlarda %14 oranında görülürken iki kez sezaryen ile doğum yapanlarda %23, üç kez sezaryen ile doğum yapanlarda %45 oranında görülmektedir(4). Semptomatik olan hastalara tedavi önerilmektedir. Cerrahi ve medikal tedavi uygulanabilir. Cerrahi tedavisi histereskopik, laparoskopik ve vajinal yolla yapılabilir.

Olgu: Hasta 45 yaşında, gravida 2, parite 2, yaşayan 2 olan hastanın ilk gebeliği makrozomi endikasyonu ile 39 hafta sezaryenle doğum ile sonuçlanmış, ikinci doğumu da sezaryen ile olmuştur. Tarafımıza mensturasyon sonrası lekelenme tarzında ara kanama şikayeti ile başvurdu. Yapılan jinekolojik muayenede uterus antevert, bilateral adneksler doğal olarak izlendi. Endometrium düzensiz, sezaryana bağlı uterin insizyon ile uyumlu bölgede de hipoeoik görünüm olduğu ve rezidu myometrial kalınlığında 3.2mm olduğu tespit edildi. Hastaya genel anestezi altında histereskopik istmosel onarımı ve endometrial polipektomi işlemi yapıldı. Serviks tenekulum ile tutulmasını takiben 8 nolu hegar bujisine kadar dilate edildi. Dilate edilen açıklıktan operatif histereskop ile kaviteye girildi. Ön duvarda multiple milimetrik boyutlarda polipoid yapılar olduğu ve sezaryen insizyon alanı ile uyumlu alanda da yaklaşık 2 cm boyutlarında defekt olduğu izlendi. İstmosel ile uyumlu alan rezektoskop ile servikal kanala ağızlaştırıldı ve polipoid yapılar rezeke edildi. İşlem sonrası menstrasyonu takiben yapılan ultrasonografide istmosele ait hipoeoik alanın kaybolduğu ve endometriumun düzenli olduğu görüldü. Postoperatif altıncı ayda şikayetleri sorgulanan hastanın şikayetinin kesildiği tespit edildi.

Sonuç: Histereskopik istmoplasti kısa süren, pratik ve komplikasyon riski düşük bir cerrahi olması nedeniyle semptomatik olan hastalara tedavi için uygulanabilir. Jinekolojik semptomları düzeltmede oldukça etkin bir yaklaşım olarak görülmektedir. Uygulanan işlemin uzun dönem sonuçlarını ortaya çıkaracak geniş çaplı çalışmalara ihtiyaç vardır.

Anahtar Kelimeler: istmosel, histereskopik onarım, postmenstrual lekelenme

SS-26

Klinik ve Sonografik Bulguların Histopatolojik Sonucu Öngörmesi

Deniz Oluklu, Yusuf Üstün, Hasan Hüseyin Uçkan, Ayşe Hazırbulan, Osman Aydın
Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği

Endometrium kanseri için pratikte uygulanabilen bir tarama programı olmadığı için şikayeti olmayan endometrium kanseri olan hastalarda tanı ve tedavi gecikmektedir. Günümüzde endometrial patolojilere tanı koymada en güvenilir ve yaygın olarak kullanılan tanı yöntemi endometrial biyopsidir (2). Cerrahi bir işlem olduğu için; endometrial premalign ve malign vakaları taramak ve daha geniş kitlelere yayabilmek mümkün olmadığından daha az invaziv ve daha kolay uygulanabilir yöntem olan transvajinal ultrasonografi kullanılmaktadır (3). Transvajinal ultrasonografi, postmenopozal kanamanın değerlendirilmesinde ilk yaklaşım olarak endometrial örneklemeye uygun bir alternatiftir. Ancak asemptomatik hastalar transvajinal usg ile yapılan değerlendirme sonrasında ileri değerlendirme gerekliliği için belirlenmiş bri sınır endometrial kalınlık değeri yoktur. Çalışmamızda postmenopozal kanama ve asemptomatik endometrial kalınlık artışı nedeniyle endometrial biyopsi alınan hastaların patoloji sonuçları ile ultrasonografik bulgular arasındaki ilişkinin incelenmesi amaçlanmıştır.

YÖNTEM: Bu çalışma Ocak 2017- Aralık 2018 tarihleri arasında Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesine postmenopozal dönemde, hormon replasman tedavisi almayan, kanser öyküsü olmayan, endometrial ablasyon geçirmeyen, meme kanseri nedeniyle hormonal tedavi kullanmayan endometrial biyopsi yapılan olguları kapsamaktadır. Hastane kayıtları ve gerekirse hastalara telefonla ulaşılarak alınan bilgiler doğrultusunda; hastanın başvuru anındaki şikayeti, yaşı, menopoz yaşı, sonografik bulguları(endometrial kalınlık, kaviter fokal lezyon ve ya mayı varlığı, over kisti, uterin fibroidin varlığı) ve patolojik tanıları değerlendirildi.

BULGULAR: Çalışmaya alınan 761 hastanın ortalama yaşı 57.1 +/- 7,2 yıl, ortalama postmenopoz süresi 6,6 +/-7,6 yıldır. Komorbiditesi olmayan hastaların sayısı 658 idi. Başvuru anında 428 hasta kanama şikayeti ile başvurdu.

Çalışmanın amacı sonografik bulgular ile histopatolojik sonuçların korelasyonu olduğu için histopatolojik tanısı yetersiz materyal olan (338 hasta) ve ACOG 2018 e göre endometial kalınlık ölçümü 4 mm den daha az ve semptomu olmayan (24 hasta) endometrial kanser için negatif prediktif değer % 99 olduğundan bu hastaları değerlendirmeye dahil etmedik. Dahil olma kriterini karşılayan 399 hastanın değerlendirmesini yaptık.

Yaş, postmenopozal süre ve endometrial kalınlığın histopatolojik tanı açısından risk faktörü olup olmadığını belirlemek için multivaryant analiz uyguladık. Analiz sonucunda yaş ve postmenopozal sürenin risk faktörü olmadığı (sırasıyla $p=0,232$, $p=0,757$), endometrial kalınlığın ise bağımsız bir risk faktörü olduğunu bulduk ($p=0,024$, $RR=1,063$ (1,008-1,121))

SONUÇ: Çalışmamızın kısıtlılıklarından biri, endometrial premalign ve malign nedenlerinin analizini sınırlandıran retrospektif tasarım olmasıdır. Bu nedenle, daha büyük prospektif çalışmalar gereklidir ve özellikle asemptomatik postmenopozal kadınlarda endometrial patoloji riskini arttıracak faktörlerin analizine dayalı bireysel bir değerlendirme yapılmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Menopoz, postmenopozal kanama, ultrasonografi, endometrial biyopsi, endometrium kanseri

SS-27**Tension-Free Vajinal Tape Sonrası Sekonder Laparotomi Gerektiren Retzius Hematomu Olgusu: Nadir Bir Antite, Meshi Ne Yapalım?**

Esra Özyörük, Ali Rıza Doğan, Sezin Ertürk Aksakal, Merve Cesur, Şadımın Kıykaç Altınbaş, Ömer Lütfi Tapısız

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

GİRİŞ: Stres üriner inkontinans tedavisinde başarı oranı %85 olarak bildirilen Tension-free vajinal tape (TVT) operasyonunun en ciddi komplikasyonları trokar insersiyonu sırasında ortaya çıkmaktadır. Literatürde TVT'ye bağlı hematom oluşumu %1.9 olarak bildirilmiştir. Bildirilen retropubik hematomlar genellikle kendini sınırlamakta, yakından takip edilebilmektedir. Ancak nadiren de olsa, hayatı tehdit eden şiddetli kanamalar görülebilmektedir. Bu olgu sunumunda TVT'ye sekonder acil laparotomik müdahale gerektirecek boyutta Retzius alanında kanama saptanan, bu komplikasyona ve meshin serbestleşmesine karşın işlemin iptal edilmediği, meshin yerinde sabitlendiği, postoperatif takiplerinde inkontinans şikâyeti olmadığı gözlenen bir hastanın sunumu amaçlandı.

OLGU: Komorbiditesi olmayan, G3P3Y3, 41 yaşında olan hasta, 3 yıldır süregelen stres üriner inkontinans şikayetiyle başvurdu. Muayenesinde pelvik organ prolapsusu saptanmayan hastanın Q tip testi 30 derecenin üzerinde, stres testi müsbetti. Laboratuvar tetkikleri normal, tam idrar tetkikinde patolojik bulgu saptanmadı. Ürodinami testinde 50 mL'den itibaren öksürtmekle idrar kaçakları izlenen hastaya TVT operasyonu yapılması planlandı. 1996 yılında Ulmsten tarafından tariflenen şekilde TVT operasyonu yapıldı. Sistoskopi ile üretra ve mesane intakt izlendi. Mesaneye Foley kateter yerleştirilerek insizyonlar kapatıldı. Postoperatif 3. saat takibinde taşikardi ve hipotansiyon ile hemodinamik instabilite gelişen hastaya yapılan transabdominal ve yüzeysel ultrasonografide cilt altı ve rektus kası altında 10x4 cm boyutlarında hematom tespit edildi (Şekil 1). Hastanın hemodinamisinin bozulması sebebiyle acil şartlarda; subrapubik mini laparotomi ile Retzius aralığına girilerek sağda lokalize 10 cm boyutunda, yaklaşık 500 cc koagülüm boşaltıldı. Çevre dokulardan sızıntı şeklindeki kanama alanlarında hemostaz sağlandı. Sağa yerleştirilen meshin hematom içinde Retzius aralığında serbest kaldığı, ilk yerleştirildiği alandan ayrılarak yer değiştirdiği görüldü. İntraoperatif mesh gerginliğinin değişmemesine özen gösterilerek boşta kalan mesh retropubik bölge serbest yumuşak dokusuna 2/0 poliglaktin sütür ile sabitlendi. Hematom alanına dren, üretraya Foley kateter yerleştirilerek operasyon sonlandırıldı. Hastanın postoperatif takibinde üç ünite eritrosit süspansiyonu, bir ünite taze donmuş plazma replasmanı yapıldı. Postoperatif 2. günde Retzius aralığında yerleşik dren ve Foley kateter çekildi. Preoperatif işeme sonu kalan idrar miktarı 50 mL olan hastanın, postoperatif 1. günde ikinci ve üçüncü saat işeme sonu kalan idrar miktarı 30 mL ve 15 mL olarak ölçüldü. Postoperatif 3. günde sorun olmaksızın taburcu edilen hastanın postoperatif dördüncü ay kontrolünde üriner inkontinansa yönelik şikâyeti olmadığı saptandı.

SONUÇ: TVT operasyonlarında kanama komplikasyonları nadir görülmekte olup (<%3), reoperasyon ya da laparotomi/laparoskopiye konversiyon ihtiyacı %0.8 civarındadır. Vakaların

büyük kısmında konservatif yaklaşım yeterli olabilmektedir. Operasyon sırasında veya erken dönemde acil gelişen hematomların arterial orijinli olduğu, geç bildirilen hematom olgularının venöz kanamaya sekonder geliştiği bildirilmiştir. Farklı vaka bildirimlerinde 10 cm hematoma sahip olguların postoperatif 6 aylık izlemde spontan rezolüsyonu bildirilmiştir. Ancak bu olguların takibinde en elzem nokta hastanın hemodinamik durumudur. Bizim olgumuzda olduğu gibi hemodinamiyi bozan hematom varlığında hematomun boşaltılması, koagülasyonun sağlanması önemlidir. Reoperasyon seçenekleri laparoskopi/laparotomi olabilmekle birlikte önemli olan, reoperasyon kararının ve müdahalenin geciktirilmemesidir. Bu esnada bizim olgumuzda olduğu gibi meshin durumu değerlendirilerek, kanama komplikasyonunun kontrol altına alınmasını takiben mesh gerginliği gözetilerek stabilizasyonu sağlanabilir. Sonuçta; TVT operasyonu sonrası hemodinamik instabiliteye neden olabilecek ciddi Retzius hematomlarının oluşabileceği bilinmeli, postoperatif dönemde bu hastalar yakın takip edilmeli ve gerekiyorsa acil sekonder operasyon planlanmalıdır. Sekonder operasyon sırasında meshin gerginliğinin değişmemesine azami özen göstererek, meshin sabitlenmesi sureti ile TVT operasyonunun iptalinin gerekmebileceği akılda tutulmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Tension-free vajinal tape, Retzius hematomu, komplikasyon, mesh

Şekil 1.



1. TVT sonrası Retzius boşluğunda hematom gelişen hastanın ultrasonografik görüntüsü

TVT sonrası Retzius boşluğunda hematom gelişen hastanın ultrasonografik görüntüsü

**SS-28**

Elangasyo Kollinin Ön Planda Olduğu Uterin Prolapsus Olgusunda Uterus Koruyucu Manchester-Fothergill ve Eş Zamanlı Myomektomi Operasyonu

Sezin Ertürk Aksakal, Esra Özyörük, Alaeddin Tulgay, Şadıman Kıykaç Altınbaş, Ömer Lütü Tapisız, Yaprak Üstün

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

GİRİŞ: Uterin prolapsus cerrahisinde altın standart yöntem bulunmamakla birlikte histerektomi ya da özellikle genç hastalarda uterus koruyucu yöntemler uygulanabilmektedir. Uterus koruyucu yöntemler vajinal (Manchester, Sakrospinöz histeropeksi, transvajinal mesh cerrahisi, vb.) ve abdominal (Açık sakrohisteropeksi, Laparoskopik/robotik sakrohisteropeksi, lateral süspansiyon, vb.) yaklaşımlarla uygulanabilmektedir. Uterus koruyucu vajinal yaklaşımlardan Manchester-Fothergill operasyonu %92-95 kür ve vajinal histerektomiye oranla daha az komplikasyon oranlarına sahiptir. Bu olgu sunumunda; genç, uterusunun korunmasını isteyen, elangasyo kollinin ön planda olduğu uterin prolapsus ve myoma uteri nedeniyle eş zamanlı uterus koruyucu Manchester-Fothergill ve myomektomi operasyonu uygulanan hastayı sizlerle paylaşmayı amaçladık.

OLGU: Komorditesi olmayan, 36 yaşında G6P2Y2D/C4 (vajinal doğum x2) olan hasta 3 yıldır karın şişliği ve vajende ele gelen kitle şikayetleri ile kliniğimize başvurdu. Hastanın muayenesinde; elangasyo kollinin ön planda olduğu 3o uterin prolapsus, 3o sistosel, 2-3o rektoenterosel ve servikte 3 cm'lik emmet yırtığı (Şekil 1) saptandı. Uterus 12 hafta cesamette myomatö, adneksler serbestti. Transvajinal ultrasonografide (TVUSG) uterin korpus ön duvar kaynaklı 100x80 mm boyutlarında myom tespit edildi. Hastanın Hb:13,7 gr/dl, postvoiding rezidüsü:70 ml idi. Sterilizasyon istemi de olan hastaya laparatomik myomektomi, bilateral salpenjektomi, Manchester-Fothergill operasyonu, vajinal yoldan enterosel onarımı, kolpografi anterior-posterior ve perineoplasti ameliyatı planlandı. Operasyonda önce dorsal litotomi pozisyonunda pfannenstiel insizyonla batına girildi, uterus sol ön duvarda yaklaşık 10x10 cm boyutlarında intramural myom izlendi (Şekil 2). Usulüne uygun myomektomi (Şekil 3) ve bilateral salpenjektomi yapıp batin kapatılarak vajinal yaklaşıma geçildi. Servikse yapılan sirküler insizyonu takiben sakrouterin ve kısmen kardinal ligamanlar kesildi. Sonrasında bu seviyeye kadar serviks uteri ampute edildi. Kardinal ligamanlar serviks anterioruna sıkıca çapraz şekilde fiks edildi ve uterus anatomik pozisyonunda sabitlendi. Takiben servikal ostian 8 numaralı Hegar bujisi geçecek şekilde Stumdorf sütürlarıyla yeni portio oluşturuldu (Şekil 4). Kolporafi anterior-posterior, enterosel onarımı ve perineoplastiyi takiben işleme son verildi (Şekil 5). Postoperatif birinci gününde Hb:11,8gr/dl, işeme sonrası 1. ve 3. saat rezidüleri sırasıyla 30ml ve 20ml olarak ölçüldü. Hasta postoperatif 2. gününde şifa ile taburcu edildi. Hastanın postopertaif 1. ay kontrolünde pelvik herhangi bir patolojik bulgu saptanmadı.

SONUÇ: Pelvik organ prolapsusu sıklıkla multipar, kronik olarak yüksek intraabdominal basınca maruz kalan (obezite, kronik öksürük, ağır yük kaldırma, kronik konstipasyon vb.) daha çok ileri yaştaki hastaları etkiliyor gibi görünse de 30-40 yaş aralığındaki genç hastalarda da %30 oranında görülebilmektedir. Kliniğimizde genç, fertilitate arzusu olan hastalarda elangasyo kollinin ön planda olduğu uterin prolapsus saptandığında Manchester-Fothergill operasyonu primer yaklaşım olarak uygulanmaktadır.

Semptomatik myoma uterisi olan 45 yaş üzeri kadınların cerrahi yönetiminde histerektomi seçeneği ön planda olmakla birlikte fertilite arzusu ve/veya uterusunun korunması istemi olan hastalarda myomektomi ilk tercih olarak seçilmektedir. Sunulan olguda her iki yaklaşıma neden olan endikasyonlar tek tek ele alındığında her ikisinin de histerektomiyi hak edebilecek patolojiler olduğu görülmektedir. Hastamızın genç ve uterusun korunma arzusunun olması göz önünde bulundurulmuş ve hastaya uterus koruyucu yaklaşım yapılmasına karar verilmiştir. Her iki majör cerrahi prosedür de eş zamanlı başarı ile uygulanmıştır. Sonuçta; elangasyo kollinin ön planda olduğu uterin prolapsusu ve aynı anda cerrahi gerektiren myoma uterisi olan genç, uterusun korunma arzusu olan nadir bir olgunun yönetimi burada sizlerle paylaşılmış ve bu tür olgularda eş zamanlı iki cerrahi yaklaşımın başarı ile uygulanabileceğinin altı çizilmiştir.

Anahtar Kelimeler: Manchester-Fothergill, myomektomi, genç, elangasyo kolli, eş zamanlı

Şekil 1



Şekil 1. Vajinal muayenede saptanan; elangasyo kollinin ön planda olduğu 3° uterin prolapsus, 3° sistosel, 2-3° rektoenterosel ve servikte 3 cm'lik emmet yırtığının görünümü

Vajinal muayenede saptanan; elangasyo kollinin ön planda olduğu 3o uterin prolapsus, 3o sistosel, 2-3o rektoenterosel ve servikte 3 cm'lik emmet yırtığının görünümü

Şekil 2



Şekil 2. İntraoperatif gözlemde uterin korpusun sol ön duvarından kaynaklanan 10x10 cm'lik myoma uteri görüntüsü

İntraoperatif gözlemde uterin korpusun sol ön duvarından kaynaklanan 10x10 cm'lik myoma uteri görüntüsü

Şekil 3



Şekil 3. Myomektomi sonrası uterusun intraoperatif görüntüsü

Myomektomi sonrası uterusun intraoperatif görüntüsü

Şekil 4



4. Manchester-Fothergill operasyonu sonrası vajinal görünüm

Manchester-Fothergill operasyonu sonrası vajinal görünüm

Şekil 5



Şekil 5. Hastanın perinesinin operasyon sonu görünümü

Hastanın perinesinin operasyon sonu görünümü

SS-29

Periüretal Apseye Neden Olan Üretral Divertikülit Olgusunun Tanı ve Minimal İnvaziv Tedavisi

Sefanur Gamze Karaca¹, Tuğba Kınay¹, Ali Rıza Doğan¹, Tufan Çiçek², Şadıman Kıykaç Altınbaş¹, Ömer Lütfi Tapısız¹

¹Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Etlik Zübeyde Hanım Kadın Sağlığı Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Jinekoloji/Ürojinekoloji Kliniği, Ankara

²Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Etlik Zübeyde Hanım Kadın Sağlığı Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Üroloji Kliniği, Ankara

Giriş: Üretral divertikül periüretal bezlerden gelişen ve üretral kanalla bağlantılı bir kesedir. Genel olarak insidansı %1-5 arasındadır. Sık idrar yolu enfeksiyonu ile ilişkilidir ve divertikül kesesi içinde enfekte idrarın stazı periüretal apse gelişimine zemin hazırlar. Burada periüretal apseye neden olan ve cerrahi tedaviye gerek kalmadan yönetilen bir üretral divertikül olgusunun klinik özelliklerini sunmayı amaçladı.

Olgu: 32 yaşında, gravida 0 kadın hasta üçüncü basamak bir merkezin ürojinekoloji kliniğine dizüri, piyüri, vajinal akıntı ve pelvik ağrı semptomları ile başvurdu. Vajinal muayenede vajina ile üretra arasında yaklaşık 2 cm boyutunda ağrılı kitle tespit edildi. Kitlenin palpasyonu sırasında üretral meatustan püy geldiği izlendi. Ultrasonografik muayenede, vajen ön duvarında üretraya bitişik iç ekolu 2 cm boyutunda kistik oluşum izlendi. Üroloji konsültasyonu istendi ve periüretal abse ön tanısı ile olguya antibiyotik tedavisi başlandı. Sistoüretroskopik muayenede distal üretral meatusun yaklaşık 1 cm proksimalinde üretral divertikül tespit edildi. Enfekte divertikül kesesi sistoüretroskopi ile drene edildi ve püy içeriği kesilene kadar salin ve rifampisin içeren solüsyon ile mükerrer kereler yıkandı. Seftriakson+Metronidazol 14 gün IV ve sonrasında Doksisiklin + Metranidazol 14 gün oral antibiyotik tedavisi verildi. İkinci ve 3. ay kontrollerinde hastanın semptomları tamamen kaybolmuştu ve ultrasonografik incelemede periüretal patolojik ekojenite ve kistik oluşum gözlenmedi. Bunun üzerine hastaya cerrahi tedavi uygulamasından vazgeçildi ve hasta takibe alındı.

Tartışma ve Sonuç: Divertikülektomi ve rekonstrüksiyon üretral divertikül tedavisinde yaygın kullanılan bir yöntemdir. Üretral divertikülektomi başarılı bir tedavi yöntemi olmakla birlikte işlem sonrasında tekrarlayan alt üriner sistem enfeksiyonları, üretrovajinal fistül, dirençli veya tekrarlayan divertikül formasyonu, stres inkontinans gibi komplikasyonların görülme oranı %17 düzeyindedir. Alternatif tedavi seçeneklerinin bulunması divertikülektomiye bağlı gelişebilecek bu komplikasyonların önlenmesi açısından önemlidir. Sunulan olgu minimal invaziv yöntemle tedavi edildi. Sistoüretroskopi eşliğinde apse drenajı ve antibiyoterapi ile tam tedavi sağlandı. Her ne kadar üretral divertikül tedavisi için sıklıkla cerrahi girişim gerekli olsa da, bu patolojinin tedavisinde minimal invaziv yönetim de akılda tutulmalıdır. Bununla birlikte, bu tedavinin uzun dönem sonuçları ve rekürrens riskini netleştirmek için daha uzun takip süresine sahip daha büyük vaka serilerine ihtiyaç duyulmaktadır.

Anahtar Kelimeler: Periüretal apse, üretral divertikül, sistoüretroskopi, minimal invaziv yönetim

SS-30**Laparoscopic gonadectomy: Testicular feminization syndrome**

Batuhan Turgay¹, Hüseyin Yeşilyurt²

¹Ankara State Hospital Department of Obstetrics and Gynecology, Ankara Yıldırım Beyazıt University, Ankara, Turkey

²Ankara State Hospital Department of Obstetrics and Gynecology, University of Health Sciences, Ankara, Turkey

INTRODUCTION: Testicular feminization syndrome (complete androgen insensitivity syndrome) is the one of the cause of primary amenorrhea and the incidence is 1 in 20 000. Herein, we present a laparoscopic gonadectomy operation for this syndrome.

CASE: A 16 year-old virgin girl with primary amenorrhea was referred to our clinic. In the physical examination, pubarche and telarche (Tanner 4) was normal and there was not any pathologic findings. Uterus and ovaries were not detected in the pelvic ultrasonographic examination. She has been undergone inguinal hernia repair operation eight years ago. Laboratory findings revealed higher FSH (21,3 IU/mL), LH (24,7 U/mL) and testosterone (695,9 ng/dL) levels. MRI scan stated that uterus and vagina were not shown and ovaries with multiple cysts were located deep laterally in the pelvis and ovarian parenchymas were not determined. Genetic analysis revealed a normal karyotype (46 XY). So our final diagnosis was testicular feminization syndrome. In this cases, gonads may be located in the abdomen, in the inguinal canal or the labia majora. According to our physical and radiological examination, we decided to perform a laparoscopic operation. Then we underwent laparoscopic bilateral gonadectomy (Figure 1,2). Our final pathology was testes with no malignancy (Figure 3).

CONCLUSION: Because of the possibility of malignancy transformation, gonadectomy should be performed in the postpubertal period in this syndromes. The surgical technique have to be decided according to detailed preoperative physical and radiological examination. Also possible concomitant urinary tract anomalies should be considered during surgery.

Keywords: Laparoscopy, gonadectomy, testicular feminization syndrome

Figure 1: Uterine agenesis and pelvic gonads

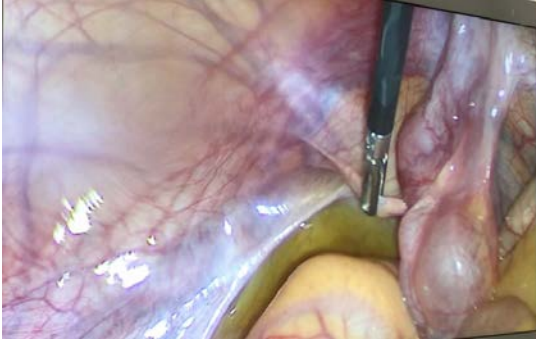


Figure 2: Laparoscopic bilateral gonadectomy



Figure 3: Postoperative material



Gonads (postoperative)

SS-31**Total Laparoskopik Histerektomi ve Vajinal Histerektomi Olgularının Demografik Verilerinin Karşılaştırılması**Denizhan Bayramoğlu¹, Mehmet Murat Naki², Abdullah Taner Usta², Erdal Kaya³¹Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Ana Bilim Dalı, Konya²Acıbadem Sağlık Grubu Altunizade Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği, İstanbul³Sağlık Bilimleri Üniversitesi Ümraniye Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Ana Bilim Dalı, İstanbul

GİRİŞ: Çalışmanın amacı benign endikasyonlarla opere edilen vakalarda Total Laparoskopik Histerektominin (TLH), Vajinal Histerektomiye (VH) alternatif bir yöntem olup olamayacağını araştırmaktır.

MATERYAL-METOD: 2010-2012 yılları arasında benign endikasyonlarla opere edilen 109 TLH ve 99 VH yapılan hasta retrospektif olarak değerlendirildi. Hastaların yaşları, parite sayıları, histerektomi endikasyonları, pre-postoperatif hemoglobin/hematokrit (Hb / Hct) değerleri, operasyon süreleri, uterus hacimleri, hastanede yatış süreleri, intra-postoperatif komplikasyonlar ve post-operatif patoloji sonuçları kaydedildi.

BULGULAR: TLH ve VH gruplarındaki hastaların sırasıyla yaş ortalamaları; 51,7 (± 7,9) / 59,8 (±10,7), parite sayıları; 3,8 (±2,1) / 4,2 (±2,3), operasyon süreleri; 113,6 dk (±39,5) / 71,2 dk (±14,0), uterus hacimleri; 364,6 cm³ (±255,6) / 166,3 cm³ (±119,8), yatış süreleri; 2,69 gün (±1,4) / 2,74 gün (±1,0), post-op Hb / Hct düşüşleri; 1,76 gr/dl (±1,1) / % 4,9 (±3,4) / 1,88 gr/dl (±1,1) / % 5,3 (±2,9), intra-postoperatif komplikasyon oranları; % 6,4 (n:7) / % 8,1 (n:8) olarak hesaplandı.

Hasta grupları parite sayıları, post-op Hb/Hct düşüşleri, hastanede yatış süreleri ve intra-postoperatif komplikasyonlar açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark göstermezken (p>0,05); yaş, operasyon süreleri ve uterus hacimleri açısından anlamlı farklılık olduğu görüldü (p<0,05).

TLH grubundaki hastaların yaşlarının VH grubundaki hastalara göre daha genç, uterus hacimlerinin daha büyük ve operasyon sürelerinin ise daha uzun olduğu belirlendi.

TLH grubunda en sık histerektomi endikasyonları myoma uteri (% 24,8 / n:27) ve anormal uterin kanama (% 23,9 / n:26) olurken, VH grubunda en sık endikasyonlar desensüs (% 67,7 / n:67) ve total prolapsus (% 25,3 / n:25) olarak saptandı. Post-operatif patoloji sonuçlarına göre vakalar incelendiğinde hem TLH, hem de VH grubunda en sık raporlanan patolojik tanı myoma uteri olarak belirlendi. (TLH; % 36,9 / n:40 ve VH; % 26,2 / n:26).

TLH grubunda en sık görülen komplikasyon üreter yaralanması (% 2,8 / n:3) olurken, VH grubundaki en sık komplikasyon cuff hematomu (% 6,1 / n:6) olarak kaydedildi.

SONUÇ: Laparoskopik yöntem deneyimli cerrahlar tarafından gerçekleştirildiği takdirde güvenli ve etkili bir yöntemdir. TLH için ortaya çıkan operasyon sonuçları Total Abdominal Histerektomi (TAH) ve VH prosedürleriyle karşılaştırılabilir seviyede olmasına rağmen, VH prosedürü halen benign nedenli histerektomi operasyonları için altın standart yöntem olarak yerini korumaktadır.

TLH ve VH olguları olguları operasyon süreleri açısından kıyaslandığında; TLH olgularının



operasyon sürelerinin istatistiksel olarak anlamlı derecede daha uzun olduğu görüldü. Bunun yanında gelişen komplikasyon oranları, post-operatif Hb/Hct düşüşleri ve hastanede yatış süreleri açısından her ne kadar istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamış olsa da TLH olgularında komplikasyon oranlarının, post-operatif Hb/Hct düşüşlerinin ve hastanede yatış sürelerinin sayısal olarak daha az olduğu görüldü.

İlk planda bakıldığı zaman laparoskopik yöntem diğer prosedürlere nazaran daha maliyetli gibi görülmekte; hem hasta hem de cerrah açısından tüm faydaları ve avantajları göz önüne alındığında laparoskopik yöntemin tercih edilebilir bir seçenek olduğu açıktır.

Son yıllarda TLH vakalarının sayısı her geçen gün artış göstermektedir. Bu durum bize benign nedenli yapılan histerektomi operasyonlarında, TLH'nın ilerleyen zamanlarda laparoskopinin daha da yaygınlaşması ve bu paralel olarak cerrah deneyimlerinin de artmasıyla birlikte VH'ye alternatif hatta onun yerini alabilecek bir prosedür olabileceğini gösterdi.

Anahtar Kelimeler: Total Laparoskopik Histerektomi, Vajinal Histerektomi, Benign Histerektomi

SS-32

Histeroskopik septoplasti yöntemlerinin karşılaştırılmasıPınar Kırıcı¹, Hatice Merve Baktıroğlu²¹Adıyaman Üniversitesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, Adıyaman.²İstanbul Üniversitesi, Jinekolojik Onkoloji Bilim Dalı, İstanbul

Amaç: Uterus septus tanılı hastalarda, histeroskopik septoplastide kullanılan elektrokoter ve soğuk makas yöntemlerinin preop, intraop ve postop sonuçlarını sunmak.

Yöntem: Çalışma Ocak 2015 - Kasım 2019 tarihleri arasında Adıyaman Üniversitesi Kadın Hastalıkları ve Doğum kliniğinde septoplasti yapılmış hastaların dosyaları incelenerek yapıldı.

Tüm hastaların tanıları histerosalpingografi (HSG) ile konuldu. Her iki cerrahi yöntemde, hastalara cerrahi öncesi servikal olgunlaştırma amacıyla vajinal mizoprostol (cytotec 200 µg) 400 µg kullanıldı. Tüm hastalarda serviks 9 nolu hegar bujisi boyutuna kadar dilate edildi. Uterus septum vizualizasyonu sonrası her iki tubal ostium hizasına kadar septoplasti yapıldı. Üçgen uterin kavite oluşturulduktan sonra operasyon sonlandırıldı. Elektrokoter yönteminde monopolar koter cut modda ve 60 watt enerji gücünde kullanıldı. Soğuk makas yönteminde 2 mm çapındaki histeroskopik makas septumun en ince yerinden başlayarak kesildi.

Bulgular: Elektrokoter grubunda 21 hasta, soğuk makas grubunda 8 hasta vardı. Her iki grup hastaların demografik verilerinde istatistiki açıdan fark yoktu. HSG ile yapılan görüntülemelerde Elektrokoter grubunda 19 hastada septum (%90.5), 2 hastada septum ile birlikte T-Shape(TS) uterus (%9.5) mevcuttu. Soğuk makas grubunda tüm hastalarda sadece septum mevcuttu. İki grup tanıları arasındaki bu fark, istatistiki olarak anlamlı değildi. Elektrokoter grubunda iki hastada uterus perferasyonu izlendi. Soğuk makas grubunda komplikasyon izlenmedi. İki grup kanama miktarı, komplikasyon ve cerrahi seans sayısı açısından karşılaştırdığımızda istatistiki olarak fark saptanmadı. Cerrahi süre elektrokoter grubunda ortalama 21.9 ± 5.1 dakika, soğuk makas grubunda ortalama 29.1 ± 3.2 dakika idi. Bu süre farkı istatistiksel olarak anlamlı idi ($p < 0.001$). Hastaların demografik verileri ve cerrahi sonuçları Tablo 1 de özetlenmiştir.

Sonuç: Elektrokoter kullanımı sırasında oluşabilecek olası uterin perferasyonda, komşu organ ve batin içi organ yarananma riski soğuk makasa göre daha yüksektir. Bu sebeple iki cerrahi yöntem arasındaki süre farkının göz ardı edilebileceği kanaatindeyiz.

Anahtar Kelimeler: uterin septum, histereskopi, elektrokoter, makas, septoplasti

Hastaların demografik verileri ve cerrahi sonuçları

		Elektrokoter n:21	Soğuk makas n:8	p
Yaş		26,2 ± 3,9	25,1 ± 2,9	0,466
Gravida		1,1 ± 1,2	0,5 ± 0,8	0,198
Parite		0,2 ± 0,4	0,1 ± 0,4	0,519
Htc (%)		36.3 ± 3.1	37.5 ± 2.5	0.785
Süre (dk)		21,9 ± 5,1	29,1 ± 3,2	0,001
HSG	septum	19 (90,5)	8 (100)	0,932
HSG	septum + T shape	2 (9,5)	0 (0)	0,932
Kanama (ml)		0 (0)	0 (0)	
Koplikasyon		2 (9,5)	0 (0)	0,932
Seans sayısı	tek sefer	21 (100)	8 (100)	

HSG: Histerosalpingografi, TS:T-Shape

SS-33**Histeroskopik endometrial polipektomi yapılan 40 yaş ve üstü hastalarda demografik özellikler ve premalign lezyon sıklığının araştırılması**Selçuk Kaplan

Selçuk Kaplan

GİRİŞ-AMAÇ: Menometroraji şikayeti ile başvuran endometriyal polip ön tanısı ile histeroskopi yapılan 40 yaş ve üstü hastalarda, polip zemininde gelişen veya eş zamanlı bulunan premalign (basit atipisiz ve atipili, kompleks atipisiz ve atipili hiperplazi) hastalık sıklığını tespit etmek ve hastaların demografik ve klinik özellikleri ile malignite arasındaki ilişkiyi araştırmaktır.

YÖNTEM: Çalışmamızda, 2017 ile 2019 Eylül tarihleri arasında transvajinal ultrasonografi ve sonohisterografi ile değerlendirme sonucu ile endometriyal polip ön tanısı konulan ve histeroskopik yaklaşım ve terapötik küretaj ile doku örneği alınan 142 olgu retrospektif olarak değerlendirildi. Patolojik tanısı benign olarak doğrulanan endometriyal patolojiler (polip, polipe eşlik eden sekretuar endometrium, proliferatif endometrium, disordered proliferatif endometrium) ile histopatolojik tanısı premalign (basit atipisiz ve atipi hiperplazi, kompleks atipisiz ve atipili hiperplazi) olarak raporlanan hastaların demografik ve klinik verileri değerlendirildi.

BULGULAR: Endometriyal polip ön tanısı ile histeroskopi yapılan, nihai patoloji sonucu benign olan 99 (%60,8) hasta ile patoloji sonucu premalign olarak gelen 43(%30,2) hastanın bulguları incelendiğinde; 82 (%57,7) hastada endometriyal polip, 17 (%12) hastada disordered proliferatif endometrium/proliferatif endometrium/sekretuar endometrium, 29 (%20,4) hastada basit atipisiz/atipili hiperplazi ve 14 (%9,8) hastada kompleks atipisiz/atipili hiperplazi tespit edildi. Endometriyal polipe eşlik eden premalign hastalık oranı %30,2 olarak bulundu.

SONUÇ: Endometriyal polipler menometroraji ön tanısı ile gelen hastalarda yaygın görülen lezyonlardır. Sıklıkla malignite öncüsü olarak değerlendirilmeyen ancak ileri yaşlarda malignitelerle birlikteliği görülebilen lezyonlardır. Endometriyal polip tanısı alan olguların yönetimi ve takibi hastanın yaşı, menopoz durumu ve klinik risk faktörleri dikkate alınarak planlanmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Endometriyal polip, endometriyal karsinom, histeroskopi

Hastaların Demografik Özellikleri ve Nihai Patolojik Sonuçların Değerlendirmesi**Tablo 1. Hastaların Demografik Özellikleri ve Nihai Patolojik Sonuçların Değerlendirmesi**

Menapoz durumu	Hasta Sayısı	%
Premenazopal	85	59,9
Postmenapoz	57	40,1
Terapotik Küretaj Sonucu		
Basit Atipisiz Endometiral Hiperplazi	21	14,8
Basit Atipili Endometiral Hiperplazi	8	5,6
Kompleks Atipisiz Endometiral Hiperplazi	8	5,6
Kompleks Atipili Endometiral Hiperplazi	6	4,2
Negatif(Sadece Polip)	82	57,7
Negatif Sekretuar, Proliferatif, Disordered Proliferatif Endometirum	17	12
Ek Patolojiler		
DM	13	9,2
HT	10	7,0
Tamoksifen kullanımı	13	9,2
Yok	106	74,6
Polip boyutu		
< 1 cm	12	8,5
1-2 cm	99	69,7
>2 cm	31	21,8
Polip yerleşimi		
İstmus	33	23,2
Korpus	51	35,9
Fundus	58	40,8
Toplam	142	100,0

**SS-34****Transvers Vajinal Septum ve Uterin Septum Rezeksiyonu: Olgu Sunumu**

Erhan Demirdağ, Sultan Canan, Anıl Doğukan Tural, Ahmet Erdem
Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı

GİRİŞ: Kadın genital sisteminin gelişimi, hücresel farklılaşma, göç, füzyon ve kanalizasyon içeren bir dizi olaya bağlıdır. Bu işlemlerin başarısızlığı konjenital anomaliyle sonuçlanır.

Transvers vajinal septum; ürogenital sinüs ve Müllerian kanallarının füzyon ve/veya kanalizasyonunda başarısızlık sonucu meydana gelir. 1/80000-1/30000 oranında görülmektedir. Septat uterus en yaygın görülen konjenital uterin anomali olup, uterin malformasyonların %35-90'ını oluşturur.

Transvers vajinal septum ve uterin septum birlikteliği nadir görülmekte olup doğru teknikle tedavi edildiğinde, amenore, dismenore, hematokolpos, infertilite gibi şikayetlerde azalma beklenir.

VAKA: 33 yaşında primer infertil olgu hipomenore, pelvik ağrı şikayetiyle başvurdu. 15 yaşında primer amenore, pelvik ağrı şikayetiyle başka merkeze başvuran ve vajinal septum rezeksiyonu yapıp başarısız olunan hasta, ardından 3 kez daha vajinal septum nedeniyle opere edilmiş. 3 yıldır korunmasız cinsel ilişkiye rağmen gebelik elde edemeyen hastaya son septum operasyonunun ardından histerosalpingografi (HSG) çekilmiş, ancak optimal görüntü elde edilememiş.

Tarafımıza primer infertilite, hipomenore ve pelvik ağrı şikayetiyle başvurduğunda yapılan muayenesinde transvers vajinal septum, transvajinal ultrasonografide de uterin septum? saptanması üzerine operasyon planlandı. Transabdominal ultrason eşliğinde yapılan operasyonda öncelikle izlenen transvers vajinal septumda yaklaşık 3 mm'lik, septumun proksimalindeki vajen ile bağlantı kuran ostium olduğu izlendi. İzlenen bu ostium, Hegar bujiler ile 6 mm'ye kadar dilate edildi. Ardından ofis histeroskop ile vajinal septum üzerindeki ostiumdan geçildiğinde izlenen septum yapısının proksimalinde yaklaşık 2 cm'lik vajina mevcut olduğu izlendi. Serviks 1 adet izlendi ve servikal kanaldan içeri girildiğinde internal servikal os'a kadar uzanan uterin septum olduğu görüldü. Uterin septum makasla kesildikten sonra histeroskopik işleme son verildi ve vajendeki transvers septuma, merkez dilate edilen alan olacak şekilde, artı şeklinde insizyon uygulandı. Septumun proksimalindeki mukoza, distalindeki mukozaya tek tek suture edildi. Ardından oluşturulan vajene dilatatör fonksiyonu görmek üzere 10 cc'lik enjektör fikse edildi ve operasyona son verildi. Fikse edilen dilatatör 3 gün sonra çıkarıldı ve hasta lokal estrogen ile taburcu edildi. Operasyondan sonraki ilk adetinde kontrole gelen hastanın pelvik ağrı ve oligomenore şikayetinin olmadığı izlendi.

TARTIŞMA: Vajinanın konjenital anomalileri uterin anomalilere göre nadir izlenir. Transvers vajinal septum genellikle vajinanın orta ve üst 1/3 kısmında olmakla beraber vajinanın tüm alanlarında izlenebilir.

Müllerian anomaliler tüm kadınlarda %3-5 oranında görülmektedir. İnfertil kadınlarda ve tekrarlayan gebelik kaybı olan kadınlarda bu oran çok daha fazladır. Bu anomalilerin ise çoğunu uterin septum oluşturmaktadır.

İnce, aşağı yerleşimli vajinal septumların onarımı yukarı yerleşimlilere göre daha kolaydır. Cerrahideki temel prensip, yeterli açıklığı sağlamak ve septumun her iki tarafındaki mukozayı birbirine suture etmektir.

Uterin septumların histeroskopik onarımı daha az operasyon süresi, daha az invaziv olmasının

yanı sıra myometrial insizyon olmaması nedeniyle operasyon sonrası oluşan gebelikte daha az komplikasyon riski taşır. Septum rezeksiyonu uterin rüptür riski nedeniyle laparoskopi eşliğinde yapılabilir. Tecrübeye dayalı olarak laparoskopi kullanmadan, histeroskopik rezeksiyon mümkün olup fibröz band histeroskopik makas veya rezektoskop ile kesilebilir.

SONUÇ: Primer amenore şikayetiyle gelen her hastaya detaylı bir fizik muayene yapılmalı ve görüntüleme yöntemleri ile internal genital organlar tetkik edilmelidir. Doğru cerrahi teknik ile onarım hem ağrı ve amenore şikayetlerini düzeltir, hem de fertilitate katkı sunar.

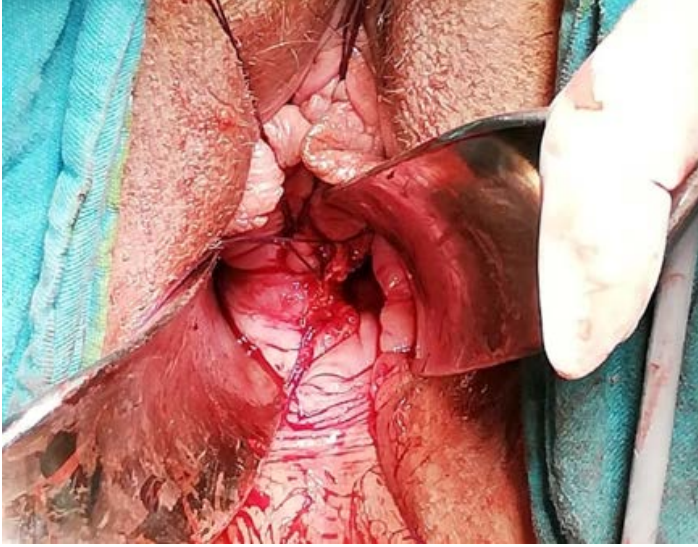
Anahtar Kelimeler: histeroskopi, vajinal septum, transvers vajinal septum, uterin septum, septat uterus, rezeksiyon

histerosalpingografi



infertilite nedeniyle hastaya çekilen histerosalpingografi

transvers vajinal septum operasyonu



transvers vajinal septum operasyonu sonu



SS-35**Endometriyal Patolojilerin Saptanmasında Transvajinal Ultrasonografi, Salin İnfüzyon Sonografi ve Ofis Histeroskopi Sonuçlarının Karşılaştırılması**

Ülkü Ayşe Türker¹, Burcu Dinçgez Çakmak², Sonay Öztaş², Esra Kartal², Gülbahar Kurtuluş², Elif Canseven², Begüm Uzsezer²

¹kars harakani devlet hastanesi

²Bursa Yüksek İhtisas Eğitim Araştırma Hastanesi

GİRİŞ: Klinik pratiğimizde endometrial patolojiler sıklıkla karşımıza çıkmaktadır. Endometrial patolojilerin kesin tanısı histopatoloji ile konulmakla birlikte, transvajinal ultrasonografi (TV-USG), salin infüzyon sonografi (SİS), ofis H/S yöntemleri de tanı yöntemleri olarak kullanılmaktadır.

YÖNTEM: Çalışmamız Bursa Yüksek İhtisas Eğitim Araştırma Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniğinde retrospektif olarak yapılmıştır. Çalışmaya Mart 2019 – Haziran 2019 tarihleri arasındaki anormal uterin kanama sebebi ile kliniğimize başvuran 18 yaş üzeri ve TV-USG, SİS, ofis H/S yapılmış olan ve patoloji için endometrial örnek alınan 86 hasta dahil edildi. Olguların sosyodemografik verileri kayıt edildi. Hasta dosyalarından TV-USG, SİS, ofis H/S sonuçları ve nihai patoloji sonuçları kayıt edildi.

BULGULAR: Çalışmaya dahiledilen hastaların yaş ortalaması $44,2 \pm 8.92$ idi. Gravida ortalaması $3.9 \pm 2,17$, parite ortalaması $3,86 \pm 2,27$ olarak saptandı. TV-USG’de endometriyal kalınlık artışı dahasık saptanırken. SİS ve ofis H/S’de endometriyal polip daha sık gözlenmiştir. TV-USG, SİS, ofis H/S bulgularının patoloji sonuçları ile olan karşılaştırılması Tablo 1’de gösterilmiştir. Patoloji sonucu endometrial polip gelen 54 hastanın histeroskopide 48’i, endometrial hiperplazi tanısı olan 15 olgunun histeroskopide 3’ü, submüköz myom tanısı alan 5 olgunun 4’ü histeroskopide aynı şekilde tanı almıştır. Patoloji sonucu endometrial polip gelen 54 hastanın SİS’de 46’sı, endometrial hiperplazi tanısı olan 15 olgunun SİS’de 4’ü, submüköz myom tanısı alan 5 olgunun 4’ü SİS’de aynı şekilde tanı almıştır. TV-USG’de ise endometrial polip gelen 54 hastanın 22’si, endometrial hiperplazi tanısı alan 15 olgunun 4’ü, submüköz myom tanısı alan 5 olgunun 3’ü aynı şekilde tanı almıştır. Tablo 2’de patoloji sonuçlarına göre TV-USG, SİS ve ofis H/S bulgularının değerlendirilmesi yer almaktadır.

SONUÇ: Çalışmamız literatür ile doğru orantılı olarak ofis H/S’nin endometriyal patolojilerin incelenmesinde en değerli tanı yöntemi olduğu sonucuna ulaşmıştır. Fakat TV-USG’nin daha kolay, çabuk ulaşılabilir, uygulanabilir ve ucuz olması ile ön plana çıktığı görülmektedir. Kliniğimizdeki tercihimiz ve önerimiz hastalara öncelikli olarak TV-USG yapılması ardından şüphe duyulan durumlarda histeroskopik inceleme yapılmasıdır.

Anahtar Kelimeler: histeroskopi, endometrial patoloji, endometriyal kavite değerlendirilmesi

Tablo 1

	TV-USG	SİS	Ofis H/S	Patoloji Sonuçları
Polip	30 (%35)	51(%59)	55(%64)	54(%63)
Endometriyal Hiperplazi	41 (%48)	6(%7)	14(%17)	15(%17)
Submüköz Myom	4(%5)	6(%7)	6(%7)	5(%6)
Normal	11(%12)	8(%10)	11(%12)	12(%13)
Endometriyal Kanser	0(%0)	0(%0)	0(%0)	1(%1)

TV-USG, SİS, ofis H/S bulgularının patoloji sonuçları ile olan karşılaştırılması

Tablo 2

Patoloji	TV-USG	SİS	Ofis H/S
Duyarlılık	91,27	90,20	95,20
Özgüllük	17,20	23,73	26,30
Pozitif prediktif değer	90,13	91,11	92,27
Negatif prediktif değer	20,10	22,16	25,00

Patoloji sonuçlarına göre TV-USG, SİS ve ofis H/S bulgularının değerlendirilmesi

SS-36**Sonohisterografi ile Tanısı Konulan Endometriyal Poliplerde Histeroskopik Rezeksiyon Deneyimlerimiz**Mehmet Dolanbay, Ayşe Dişli Gürler

Erciyes Üniversitesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, Kayseri

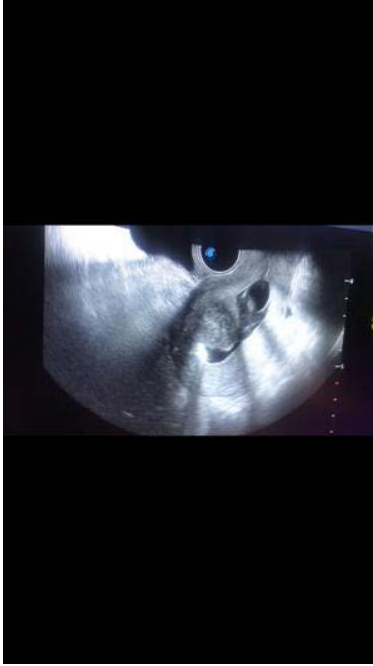
GİRİŞ: Endometriyal polipler, sık görülen intrakaviter patolojilerdir. Fokal olarak aşırı çoğalmış, içerisinde gland, stroma ve damarlar içeren, üzeri epitelle örtülü endometriyal oluşumlardır. Tanısında sonohisterografi etkin bir yöntemdir. Bu çalışmada sonohisterografi ile tanısını koyduğumuz endometrial poliplerde histeroskopik rezeksiyon deneyimlerimizi paylaşmayı amaçladık.

YÖNTEM: Çalışmaya Mayıs 2018-Aralık 2019 tarihleri arasında sonohisterografi ile endometrial polip tanısı konulan ve histeroskopik olarak rezekte edilmiş 45 hasta dahil edildi. Hastaların yaşı, premenopozal/postmenopozal dağılımları, sigara kullanımı, beden kitle indeksi, tanı sırasında başvuru sebebi ile polip boyutu arasındaki ilişki araştırıldı.

BULGULAR: Hastaların ortalama yaşı 48,3 idi. 25(%56) hasta premenopozal; 20 hasta postmenopozal idi. Premenopozal hastaların 14(%56)'ü anormal uterin kanamalı, 11'i rutin kontrollerde endometrial hiperplazi tespit edilen hastalar idi. Postmenopozal hastaların 15(%75)'i postmenopozal kanamalı, 5'i rutin taramalarda endometrial hiperplazi tespit edilen hastalar idi. Ortalama polip çapı; premenopozal hastalarda 1,72 cm, postmenopozal hastalarda 2,5 cm bulundu. Semptomatik başvuran hastalarda ortalama polip çapı 2,29 cm iken, asemptomatik hastalarda tespit edilen ortalama polip çapı 1,66 cm tespit edilmiştir. Sigara kullanan hastalarda ortalama polip çapı 2,15 cm, sigara kullanmayan hastalarda ortalama polip çapı 2 cm bulunmuştur. Ortalama polip çapı beden kitle indeksi 25'in altında olan hastalarda 1,3 cm; 25-28 arasında olan hastalarda 1,83 cm; 28'in üzerinde olan hastalarda 2,62 cm tespit edilmiştir (Tablo 1).

SONUÇ: Endometrial polipler, premenopozal ve postmenopozal hastalarda benzer sıklıkta olmakla birlikte polip çapları postmenopozal hastalarda daha büyük tespit edilmiştir. Semptomatik başvuran hastalardaki ortalama polip çapının daha büyük olduğu görülmüştür. Ayrıca ortalama polip çaplarının beden kitle indeksiyle korele şekilde arttığı da gözlenmiştir.

Anahtar Kelimeler: Histerokopi, histeroskopik polip, histerosonografi

Resim 1*Histerosonografik polip görüntüsü***table1**

Değişkenler	Ortalama Polip Çapı(cm)	Ortalama Polip Çapı(cm)
	Premenopozal(n=25)	Postmenopozal(n=20)
	1,72	2,50
Anormal uterin kanama	1,96	0
Postmenopozal kanama	0	2,60
Rutin kontrol	1,41	2,20
Smoker	1,89	2,75
Nonsmoker	1,50	2,39
Beden kitle indexi(20-25)	1,12	2,00
Beden kitle indexi(25-30)	1,50	2,75
Beden kitle indexi(>30)	3,25	2,42

Değişkenlere göre ortalama polip çapları

SS-37**Efficacy of hysteroscopic surgery for isthmocele associated with cesarean scar syndrome**

Suat Süphan Erşahin

obstetric and gynecology, Altınbaş University, İstanbul, Turkey

INTRODUCTION: An isthmocele, a cesarean scar defect is any indentation representing myometrial discontinuity or a triangular anechoic defect in the anterior uterine wall, with the base communicating to the uterine cavity, at the site of a previous cesarean section scar.

Cesarean scar syndrome (CSS) is characterized by increased risk of postmenstrual abnormal uterine bleeding, dysmenorrhea, pelvic pain and infertility, due to a post-cesarean scar defect known as an isthmocele.

The risk factors of isthmocele proven to date include retroflexed uterus and multiple cesarean sections. Nevertheless, factors such as a lower position of cesarean section, incomplete closure of the hysterotomy, early adhesions of the uterine wall and a genetic predisposition may also contribute to the development of a isthmocele.

METHODS: Twelve women with cesarean-induced isthmocele underwent operative hysteroscopy between May 2017 and December 2019. All patients presented postmenstrual abnormal uterine bleeding, 50 % experienced pelvic pain and 25% had secondary infertility. US evaluation of isthmoceles was performed using 2D ultrasound.

RESULTS: The residual myometrial thickness (RMT) above the isthmocele was measured in women who expected future pregnancy; if it was <2.5 mm the patient was not included in the study because the correction was performed laparoscopically. Follow-up was performed one and two months after the surgery. In all cases, pelvic pain was resolved one month after the surgery. AUB disappeared within the second month in all of patients. In all secondary infertile patients, pregnancy was achieved between three and six months after surgical treatment.

CONCLUSION: Hysteroscopic correction of symptomatic isthmoceles may constitute a safe and effective technique for symptomatic patients.

Keywords: Hysteroscopy, İsthmocele, Caesarean Section

SS-38**Histeroskopik Septum Rezeksiyonu, Açıklanamayan İnfertilitesi Olan Kadınlarda Gebelik Oranlarını Arttırır mı?**Bulat Aytek Şık

Tüp Bebek ve İnfertilite Bölümü, Sisli Kolan International Hospital, İstanbul, Türkiye

AMAÇ: Açıklanamayan infertilitesi olan kadınlarda uterus septumunun, histeroskopik olarak rezeksiyonu ve sonrasında bir yıllık takiplerinde spontan gebelik oranlarına etkisini saptamayı amaçladık.

GEREÇ-YÖNTEM: Araştırma, 2015-2018 tarihleri arasında Şişli Kolan International Hospital Tüp Bebek Ünitesinde yürütülmüştür. Araştırma Tüp Bebek Ünitesine tedavi amacıyla başvuran açıklanamayan infertilite tanısı almış, 25-35 yaş arasında, BMI 18-26 kg/m2 olan, herhangi bir zihinsel veya fiziksel başka bir hastalığı olmayan, 44 infertil hasta oluşmaktadır. Çalışma Grubu (Grup A) açıklanamayan infertilitesi ve septat uterusu olan 11 hastadan oluşmakta, Kontrol Grubu (Grup B) ise açıklanamayan infertilitesi olan ve septat uterus veya başka uterus anomali bulunmayan 33 hastadan oluşmaktadır.

Çalışmaya katılan bütün hastalar endokrin bozukluklar, kronik enflamatuvar, bulaşıcı hastalıklar açısından incelendi. Endokrin bozukluğu olan hastalar, kronik ve enflamatuvar bozukluğu olan hastalar çalışmadan çıkarıldı. Erkek hastalarda sadece sperm parametreleri normal olan hastalar çalışmaya dahil edildi. Çalışmaya katılan her hastada histerosalpingografi (HSG) istendi. Çalışma grubunda septum haricinde tubal veya uterin anomali varsa çalışmadan çıkarıldı. Kontrol grubunda HSG' de uterin veya tubal anomali olan hastalar çalışmadan çıkarıldı.

Çalışma grubunda histeroskopik septum rezeksiyonu ameliyatından 1 ay sonra transvaginal ultrasonografi (TVUSG) uterus kavitesi kontrol edildi. Ultrasonografi sonrası kavitesi yeterli olan hastalar çalışmaya dahil edilirken, TVUSG sonrası kavitede rezidü septum saptanıp tekrar histeroskopi gerektiren hastalar çalışmadan çıkarıldı. Histeroskopik septum rezeksiyonu işlemi uygulanan hastalar 1 yıl spontan takip edilerek gebelik oranları saptandı ve kontrol grubu ile karşılaştırıldı. hCG pozitifliği gebelik olarak kabul edildi. 22 haftanın altı doğumlar abort olarak kabul edildi. 22 hafta ve üzeri doğumlar canlı doğum kabul edildi.

BULGULAR: Çalışmaya katılan 44 hastaya ait demografik özellikler tablo 1.' de verilmiştir. Yaş, infertilite süresi, BMI belirteçleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark izlenmedi.

Tablo 1. Hastalara ait demografik özellikler

Histeroskopi sonrasında TVUSG de yeterli kavite saptanan hastalar, 1 yıl boyunca spontan takip edilerek gebelik sonuçları kontrol grubu ile karşılaştırıldı. Tablo 2.' de gebelik oranları çalışma grubunda %36.36, kontrol grubunda %18.18 ($p < 0.5$), canlı doğum çalışma grubunda 11 hastadan 4'ünde, kontrol grubunda ise 33 hastadan 5'inde ($p < 0.5$) görüldü. Çalışma grubunda abort izlenmez iken kontrol grubunda 1 hastada abort izlendi.

Tablo 2. Gebelik Oranları

SONUÇ: Çalışmamızın ön verilerini sunduğumuz, bu bildiride; açıklanamayan infertilitesi olan kadınlarda septumun histeroskopik olarak rezeksiyonu canlı doğum oranlarını arttırmaktadır.

Anahtar Kelimeler: Uterin Septum, Histeroskopi, İnfertilite

Tablo 1. Hastalara ait demografik özellikler

	Grup A	Grup B
Hasta,n	11	33
Yaş	29.2 ± 2.7	30.2±3.2
İnfertilite süresi, yıl	2.2 ± 0.6	2.4±0.5
BMI kg/m2	22.7 ± 2.7	23.1 ± 2.4

Tablo 2. Gebelik Oranları

	Grup A	Grup B	p
Hasta,n	11	33	-
Gebelik	4 (%36,36)	6 (%18,18)	< 0.5
Abort	0	1	NS
Ektopik Gebelik	0	0	NS
Canlı Doğum	4 (%36,36)	5 (%15,15)	< 0.5

SS-39**Port-site metastases seen after 17 years of initial diagnosis in a borderline serous ovarian tumor**

Sinem Ayşe Duru Çötelî¹, Esra Işçi Bostancı¹, Yasin Durmuş², Fulya Kayıkçıoğlu¹, Nurettin Boran¹

¹Etlik Zübeyde Hanım Women's Health Teaching and Research Hospital, Ankara

²Mersin State Teaching and Research Hospital, Mersin

INTRODUCTION: Use of laparoscopic techniques in gynecological malignancies has increased over the years. Although, these techniques are for the benefit of the patients, port-site metastasis (PSM) are still a very big concern. True incidence is not known but 1-16% has been reported in the literature for ovarian malignancies. Here we present a rare PSM of a borderline serous tumor after 17 years from the initial diagnosis.

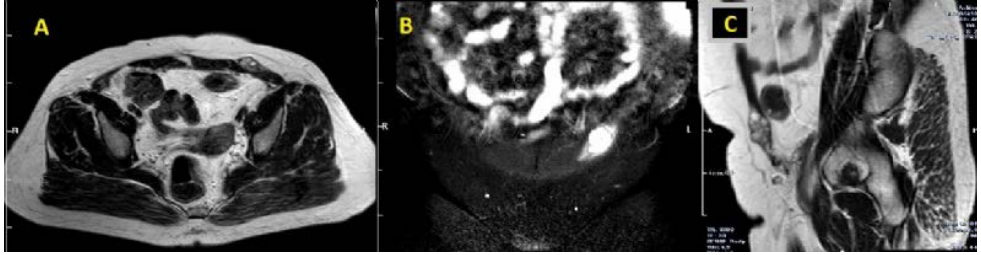
CASE: 45 year old women, whom has been followed since 2002 in our institution for FIGO stage 3C borderline serous ovarian cancer, presented with a palpable mass in the left lower quadrant of her abdomen.

In her medical records; a laparoscopic cystectomy was performed at the year 2000 in another hospital, and it was reported as a papillary serous cystadenoma. After two years of this cystectomy she was referred to our clinic with massive ascites and bilateral adnexal mass, and her Ca125 level was 666 U/mL. She underwent a laparotomy and bilateral oophorectomy, bilateral pelvic and paraaortic lymphadenectomy, infracolic omentectomy were done. Hysterectomy was not performed for future pregnancies. The pathology was reported as; borderline serous carcinoma, stage 3C. She received six cycles of taxol and carboplatin. She has been followed since then in our clinic for a disease free survival of 192 months. On her control in 2019, she had a palpable, painful mass in the left lower quadrant of her abdomen, just under the lateral port site. A whole abdomen magnetic resonance imaging (MRI) was made and her serum Ca125 level was reported as 45 U/mL. The MRI revealed a 30*22 mm solid mass, above the left rectus abdominis muscle and no other abnormal findings were defined (Figure 1A, B, C). An excisional procedure was performed. The pathology specimen was reported as low grade serous carcinoma with immune histochemical staining ER, PR, WT1 positivity. It was accepted as a PSM. The patient is now under letrozole treatment.

DISCUSSION: The advantages of minimally invasive oncologic surgery are; shorter recovery time, and as a result a shorter time to start the adjuvant treatment. And in oncologic procedures the complications can be listed as bowel and vessel injuries and PSM. The true incidence of PSM is not known and generally early metastasis are seen in ovarian cancer patients (35 days to 3 years has been reported). However, as presented above late PSM should also be kept in mind. It is recommended that when there is a suspicion of malignancy, specimens should be taken out in bags, trocar site irrigations should be done, early start of adjuvant treatment should be considered and the closure of all the layers of abdomen should be done.

RESULTS: PSM should be kept in mind when minimally invasive oncologic surgery is performed. PSM can be seen in all types of ovarian tumors with late metastasis.

Keywords: port site metastases, ovarian cancer,

Figure 1 A,B,C

*30*22 mm solid mass with contrast enhancement detected in MRI; sagittal, coronal and axial views respectively*

SS-40**Dermoid Kistlerde Beş Yıllık Tek Merkez Cerrahi Deneyimi**Mehmet Dolanbay, Tuğçe Demir

Erciyes Üniversitesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı Kayseri

AMAC: Ovaryen dermoid kist nedeniyle cerrahi yapılan hastaların laparoskopi ve laparotomi tekniklerine göre hastanede kalış süresi, postoperatif komplikasyonlar, hastaların yaşı, intraoperatif replasman ihtiyacı açısından retrospektif karşılaştırılması yapılmıştır.

METOD: 2014-2019 yılları arasında EÜTF Jinekoloji kliniğinde cerrahi uygulanan 147 dermoid kisti olan hasta retrospektif olarak incelendi ve cerrahi tekniğine göre iki gruba ayrıldı. Birinci grupta laparoskopi ile tedavi edilen 92 hasta; ikinci grupta ise laparotomi ile tedavi edilen 54 hasta mevcuttu. Gruplar arasında operasyon tekniği, hastaların yaşı, hastanede kalış süresi, postoperatif komplikasyonlar, intraoperatif replasman ihtiyacı açısından karşılaştırılması yapılmıştır.

SONUÇ: Minimal invaziv yöntemlerin dermoid kist cerrahisinde kullanımı günümüzde laparotominin yerini almış durumdadır. Laparotomi ile karşılaştırıldığında, minimal invaziv cerrahi intraoperatif ve potoperatif komplikasyonların azlığı, hastane de kalış süresinin kısalığı, daha az adezyon gelişimi nedeniyle daha sık kullanılmaktadır.

Çalışmamızda 2014-2019 yılları arasındaki Erciyes Üniversitesi Hastanelerindeki dermoid kistlere laparoskopik ve laparatomik yapılan cerrahiler retrospektif olarak incelendi.

Hastaların ortalama hastanede yatış süreleri, postoperatif yara yeri enfeksiyonları, ortalama kist çapları, hastaların ortalama yaşları açısından laparoskopik ve laparatomik cerrahi farklılıkları kıyaslandı.

Toplam 147 hastaya dermoid kist nedeniyle cerrahi uygulanmış. Toplam 92(%62,58) hastaya laparoskopik cerrahi(uso, kistektomi), 35(24%) hastaya laparatomik(uso, kistektomi), 19(%12,92) hastaya ise tah+bso cerrahisi uygulandı.

Laparoskopik cerrahi başlanan 1 hasta da ise pnömoperitoneum nedeniyle laparatomik cerrahiye geçiş olmuştur.

Laparoskopi cerrahisi yapılan hastaların 74'ine (%50) kistektomi, 18'ine(%12) uso yapılmış. Laparatomik cerrahi yapılan hastaların 16'sına(11%) kistektomi, 18'ine(13%) uso, 1'i (0,68%)bso ve 19 hastaya TAH+BSO(13%) cerrahisi yapılmış.

Laparotomi yapılan cerrahilerin 6 tanesi göbek altı midline insizyon, 1 tanesi göbek üstü midline insizyon diğerleri ise phannelstiel insizyon ile gerçekleştirilmiş.

Laparoskopi cerrahisi yapılan 2 hastanın intraoperatif replasman ihtiyacı olmuştur.

Bunlardan bir hastanın İTP'si mevcuttu. Laparoskopik cerrahi uygulananlarda ortalama yaş 34,7 ±12,85 (17-77 yaş), laparatomik cerrahi uygulananlarda 39,1±12,17(21-67 yaş) ve tah+bso uygulananlarda 58,39(46-80 yaş) olarak saptanmıştır. Laparoskopiden laparotomiye dönen hastanın yaşı ise 23 olarak belirlendi.

Laparoskopi yapılan hastaların ortalama hastanede yatış süresi 2,5 gün, laparotomi yapılan hastaların ortalama hastanede yatış süresi 2,7 gün, TAH+BSO yapılan hastaların ortalama hastanede yatış süresi 3,89 gün olarak belirlendi.

Laparotomi cerrahisi yapılan 1 hastanın intraoperatif replasman ihtiyacı oldu.

Dermoid kist nedeniyle cerrahi uygulanan hastaların 11'i torsiye olarak izlendi. Cerrahi yapılan kistlerin ortalama çapı 7,53 olarak belirlendi.

TAH+BSO yapılan bir hastanın (%0,68) gönderilen frozen malignite şüphesi gelmesi üzerine Lenf nodu diseksiyonu, omentektomi ve periton örneklemesi cerrahisi de yapıldı. Nihai

sonuç ise MatürKistikteratomdan gelişen Skuamöz Hücreli Karsinom olarak raporlandı. TAH+BSO yapılan bir hastanın intraoperatif adezyonları diseke edilirken rektum mukozası ve mesane üzerindeki injuri onarıldı.

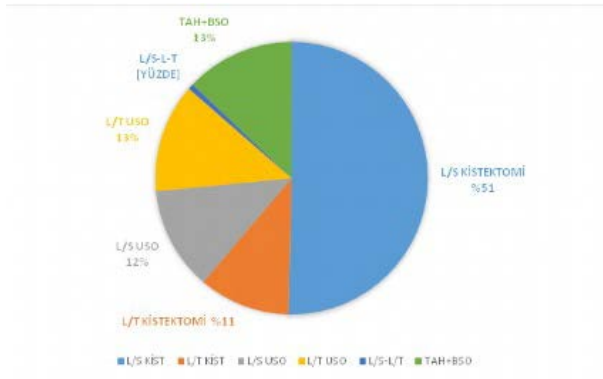
Hastanın postoperatif dönemde yara yeri enfeksiyonu gerçekleşmesi üzerine antibiyoterapi tedavisi aldı.

Mesane ve rektum üzerindeki anastomoz kaçaqları nedeniyle relaparotomiler gerçekleştirildi. Hasta VAC ile takip edildi. Hasta toplamda 75 gün postoperatif dönemde yara yeri enfeksiyonu, mesane ve rektum injurisi nedeniyle takip edildi.

Hastaların ortalama hastanede yatış süreleri ve komplikasyonlar ile birlikte değerlendirildiğinde dermoid kist cerrahisinde de laparoskopik cerrahinin laparotomik cerrahiye göre hastalar için çok daha uygun olduğu gösterildi.

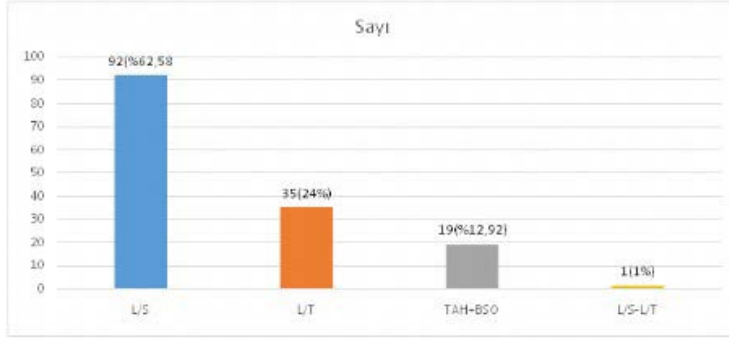
Anahtar Kelimeler: Laparoskopi,Dermoid,Minimal İnvaziv

Resim 1



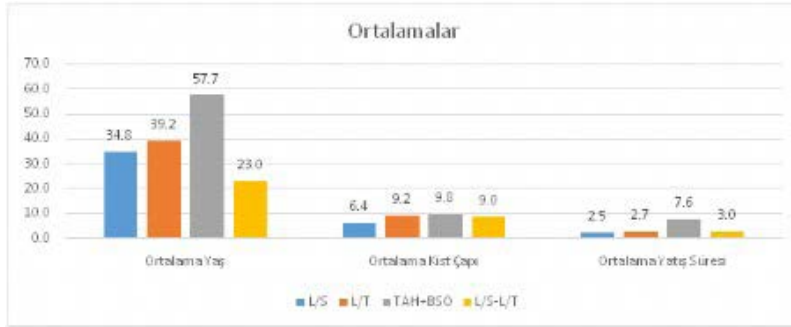
Dermoid kist nedeniyle cerrahi uygulanan hastaların cerrahi tekniğe göre grafisi

Resim 2



Dermoid kist nedeniyle cerrahi uygulanan hastaların cerrahi tekniğe göre grafisi

Resim 3



Dermoid kist nedeniyle cerrahi uygulanan hastaların cerrahi prosedürüne göre ortalama yaş, kist çapı ve yatış süresi grafikleri

SS-41**Is there any relation between HE4 and endometriosis?**Cihan Karadağ

Department of Obstetrics and Gynecology, Okan University, İstanbul, Turkey
Is there any relation between HE-4 and endometriosis?

INTRODUCTION: Endometriosis is defined as the presence of endometrial glands and stroma outside the uterus and it affects 3% to 10% women. Endometriomas are present in nearly 40% of women with endometriosis. Many markers such as cancer antigen 125 (CA 125), have been studied for diagnosis of endometriosis, but no specific serum marker is detected yet. Human epididymal secretory protein E4 (HE4) is a new tumor marker, more sensitive than CA 125 in the diagnosis of early ovarian cancer, especially in young women. The purpose of this study is to evaluate the relation between HE4 and CA-125 before and after laparoscopic endometriosis surgery.

MATERIALS-METHODS: The study was conducted at General Gynecology outpatient clinics of Okan University Hospital. Endometriosis was diagnosed according to symptoms of patients (dysmenorrhea, dyspareunia, chronic pelvic pain), clinical examination (existence of pelvic tenderness, existence of sacrouterine nodule e.g), transvaginal ultrasonography and if needed Magnetic resonance (MR). 23 patients diagnosed with endometriosis. 20 of them were diagnosed with endometrioma via ultrasonography. All patients underwent laparoscopic endometriosis surgery and ovarian cystectomy due to pain or subfertility. Before surgery all patients gave blood samples to determine HE4 and CA-125 levels. After 2 months from surgery all patients again gave blood samples for HE4 and CA-125. The difference in HE4 and CA-125 levels were compared.

RESULTS: The mean age of the participants was 32.3 ± 4.3 years. The mean size of endometrioma size was 5.3 ± 2.4 cm. Before surgery the median level of HE4 was 38.4 pmol/L and the median level of CA-125 was 73.4 KU/L. After surgery the median level of HE4 was found 40.1 pmol/L and CA-125 was found 51.8 KU/L. There was no significant difference in HE4 levels before and after surgery ($p=0.342$). There was a significant decrease in CA-125 levels after surgery ($p=0.002$).

CONCLUSION: There hasn' been any relation between endometriosis and HE4 levels. CA-125 may be used for recurrence of endometriosis. Further studies should be done to show appropriate marker for endometriosis.

Keywords: Endometriosis, HE-4, CA-125, Endometrioma, Laparoscopic surgery

**Laboratory results before and after surgery**

N=23	Before surgery	After surgery	p
HE4 (pmol/L)	38.4	40.1	0.342
CA-125 (KU/L)	73.4	51.8	0.002

SS-42**A Very Rare Case Report of Splenic Endometriosis**

Eren Kaya¹, İsmail Ahmet Bilgin², Özgür Takmaz²

¹Department of Obstetrics & Gynecology, Acibadem University, İstanbul, Turkey

²Department of General Surgery, Acibadem University, İstanbul, Turkey

Endometriosis is a benign disease which is estrogen dependent and generally affects women at childbearing age. Despite its high incidence, pathogenesis of endometriosis is poorly clarified. There are several theories explaining mechanism of disease such as retrograde menstruation, implantation of endometrial stem cells, Mullerian remnant abnormalities and Coelomic metaplasia. While endometriosis has been described in many intra and extra abdominal organs including the ovary, colon, liver and brain, this is the first case reporting endometrial foci in spleen.

Introduction: Endometriosis is a common gynecological disorder defined as the presence of endometrial tissue outside the uterine cavity. The prevalence of endometriosis among reproductive women is 6-10%. Common implantation sites for endometrial tissue are pelvic structures such as the ovaries, ligaments of the uterus and the peritoneum. Rarely, endometrial tissue may spread to distant organs beyond pelvis including the skin, vertebrae, lungs, liver, skeletal muscle and even to brain. Exceptionally, spleen is the only organ mentioned to be refractory to development of endometriosis. Currently, according to our knowledge, there is no data on the splenic involvement of endometriosis in literature. This is the first report of an endometrioid cyst in the spleen.

Case: A 31-year-old primigravida female patient presented with abdominal distension and intermittent abdominal pain in the right lower quadrant for two months. Previously, she had underwent cyst resection from the right ovary during a C-section surgery four years ago. The histopathological examination of the mass was 22x15 cm in size, and histopathology revealed a mucinous cystadenoma. On physical examination, the right lower quadrant was tender and a palpable mass was found in the right lower quadrant located superior of the Phannenstiell incision. Ultrasonography and Magnetic resonance imaging (MRI) were planned for further evaluation. According to physical examination and radiological assessment, laparoscopy was offered to diagnose and treat the disorder. The aim of this report is to present the first case of endometriosis of the spleen. The informed consent was obtained from the patient.

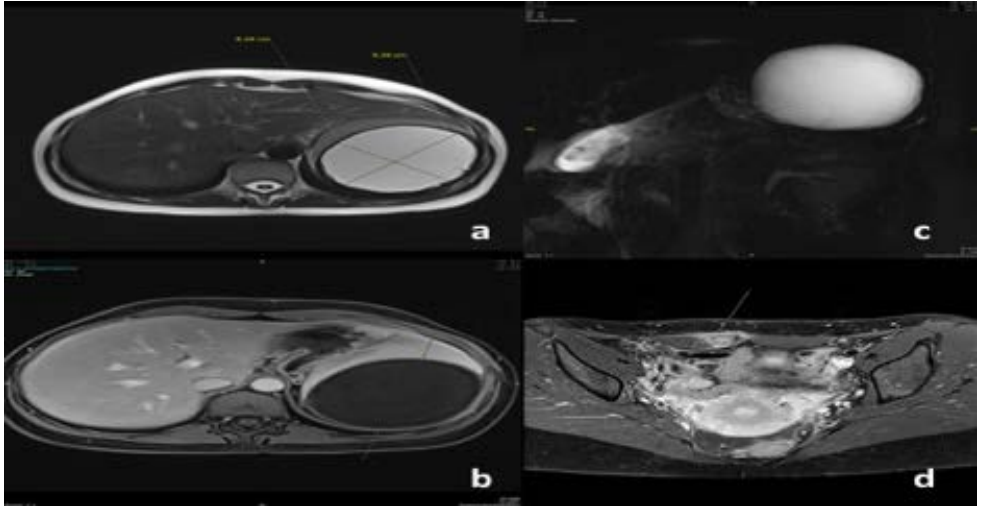
Results: Preoperative ultrasonography demonstrated a hypoechoic lesion 22x38x11 mm in size at the level of right rectus muscle and a cystic mass 90x85 mm in size in the superior pole of spleen. MRI revealed 93x85 mm septate cystic lesion with at the superior pole of spleen and a heterogenic mass on the medial side of the right rectus muscle (Figure 1). Surgery was scheduled and laparoscopic splenectomy and excision of the mass from the anterior abdominal wall were performed. No perioperative complications occurred, and the patient was discharged on postoperative day three. Final histopathologic examination revealed endometriosis located at the anterior abdominal wall and a splenic cyst filled with yellow colored fluid including dystrophic calcifications on its wall and foci of endometriosis (Figs. 2 and 3).

Conclusion: Endometriosis can be in all intra-abdominal organs including the spleen. In women who have left upper quadrant pain and/or cyst, splenic endometriosis should be in

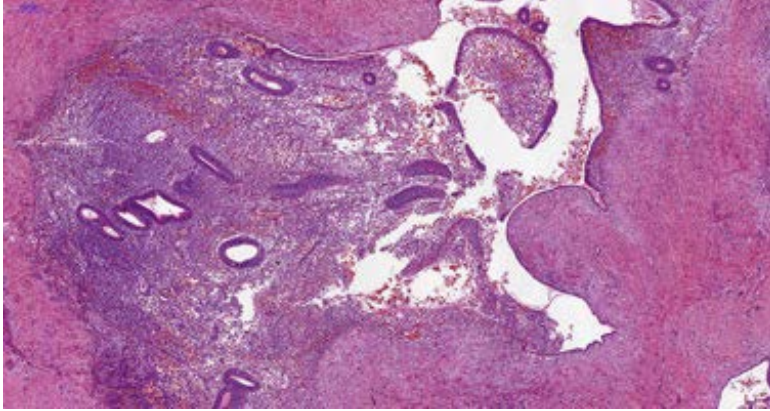
differential diagnosis.

Keywords: endometriosis, spleen, laparoscopy

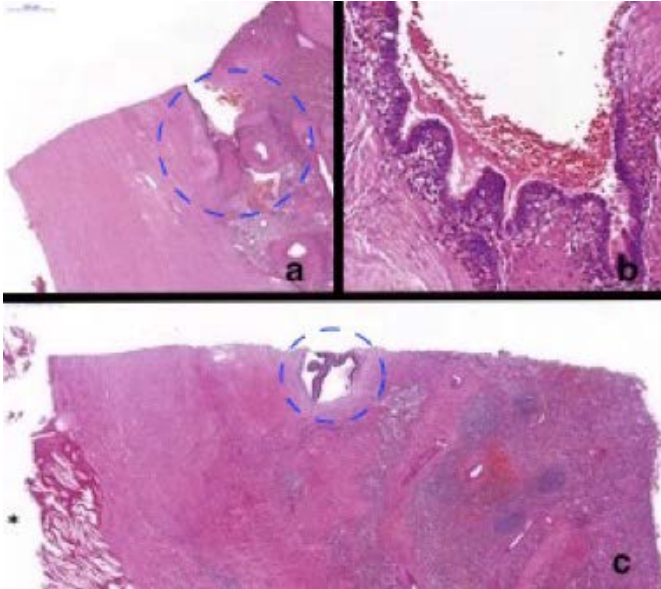
Figure 1



MRI: An 8.44 × 9.26 cm lesion with sharp borders within the splenic parenchyme which appears hyperintense in axial T1 sequence (a) and hypointense in axial T2 sequence (b). T2 sequence revealed minimal border irregularity on the inner side of the cyst. MRI cystographic investigation revealed a cystic lesion in the spleen parenchyme(c). Post-contrast axial fat-suppressed T1 investigation revealed a heterogenous lesion medial to the right rectus muscle(d).

Figure 2

Histopathology of specimen from abdominal wall-(Endometriosis)

Figure 3

Endometrial glands in the cyst wall near the splenic parenchyma(a); same glands with stroma in higher magnification(b). Second focus of endometriosis, Asterisk denotes the lumen of the cyst(c). (H&E Stain)

VIDEO BİLDİRİLER



VS-01**Laparoskopik Burch Prosedürü**Gonca Çoban Şerbetçioğlu

Baskent Üniversitesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum ABD, İzmir

Amaç; Laparoskopik Burch prosedürünü adım adım tanımlamaktır.

İlk kez 1961 yılında stress inkontinansın cerrahisinde tanımlanan Burch prosedürü sonrasında Sivaslıoğlu ve arkadaşları tarafından %84 kür oranı ile abdominal olarak uygulanmış ve benzer kür oranları ile laparoskopik olarak 1991 yılında Prezioso tarafından gerçekleştirilmiştir. Çalışmalarda farklı teknikler kullanılmış olup mesane boynu süspansiyonu için kullanılan sütür sayısı varyasyonlar göstermektedir.

METHOD: Kliniğimizde uyguladığımız rutin laparoskopik burch prosedüründe; umbilikal porta ek olarak sol pararektal 2 adet 5 mmlik port kullanılmaktadır. Öncelikle mesane yaklaşık 2500 cc serum fizyolojik ile doldurularak mesane üst sınırı belirlenir. 2 cm superiorundan sağ ve sol paravajinal alanlara ulaşarak mesane boynu ortaya konur. Her iki Cooper ligament açığa çıkarılır. Bilateral 1 cm aralıklı 2 adet No2 polyester (Ti-Cron) sütür ile üretra yanındaki her iki paravajinal fasya Cooper ligamentlere asılır. Parietal periton no 2 vicryl ile kontinü suture edilerek işleme son verilir. Operasyon süresi ortalama 45 dakika olup ortalama kan kaybı 20 cc dir. Hastalar 8-12 saatlik mesane kataterizasyonu takiben miksiyon sağlandıktan sonra ortalama 12-24 saatte taburcu edilir. **SONUÇ:** Laparoskopik cerrahinin daha az hastanede kalış süresi, kan kaybı, analjezik ihtiyacı ve kısa iyileşme süresi konusundaki üstünlükleri tartışmasızdır. Sütürasyondaki laparoskopik deneyim operasyonun süresini oldukça değiştirmektedir. Laparoskopik burch prosedüründe tek sütür ile çift sütür tekniğini karşılaştıran çalışmada %68- %87 gibi anlamlı kür oranı farkı mevcuttur. Biz de kliniğimizde laparoskopik burch prosedürünü çift fiksasyon ile gerçekleştirmekteyiz.

Ref:

1-Souza RJ ve ark., Rev Col Bras Cir. 2017 Nov-Dec;44(6):649-654

2-Sivaslıoğlu ve ark. Arch Gynecol Obstet. 2011;283(4):787-90

3-Prezioso ve ark. BMC Surg. 2013;13 Suppl 2:S38

Anahtar Kelimeler: laparoskopi, burch, stres inkontinans

VS-02**Pop olgularında laparoskopik pektopeksi ve lateral süspansiyon**Şahin Kaan Baydemir, Yavuz Emre Şükür, Salih Taşkın

Ankara Üniversitesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, Ankara

Pelvik organ prolapsusu olan hastalarda altın standart cerrahi yöntem laparoskopik sakrohisteropeksi ya da sakrokolpopektisidir. Ancak teknik olarak zorlukları mevcuttur. Özellikle presakral alanın diseksiyonu sırasında kanama komplikasyonları görülebilmektedir. Bu alanda hem daha kolay hem de daha kısa cerrahi süresi olan yeni teknikler geliştirilmiştir. Özellikle ön prolapsusun eşlik ettiği vakalarda lateral süspansiyon ve pektopeksi de bir alternatif olabilir.

Barber, M. D., and C. Maher. "Apical prolapse. Int Urogynecol J. 2013; 24: 1815–33. Veit-Rubin, Nikolaus, et al. "Uterus preservation is superior to hysterectomy when performing laparoscopic lateral suspension with mesh." International urogynecology journal 30.4 (2019): 557-564.

Noé, Karl-Günter, et al. "Laparoscopic pectopexy: a prospective, randomized, comparative clinical trial of standard laparoscopic sacral colpocervicopexy with the new laparoscopic pectopexy—Postoperative results and intermediate-term follow-up in a pilot study." Journal of endourology 29.2 (2015): 210-215.

Anahtar Kelimeler: Pelvik organ prolapsusu, minimal invaziv cerrahi, laparaskopi, lateral süspansiyon, pektopeksi

VS-03**Laparoscopic sacrohysteropexy with a small mesh sling and a reusable tunneling device**

Alkan Çubuk¹, Kazibe Koyucu², Ahmet Sahan¹, Orkunt Ozkaptan¹, Oktay Akca¹, Joerg Neymeyer³

¹Department of Urology, Kartal Dr. Lütfi Kırdar Training and Research Hospital, İstanbul

²Department of Gynecology, Kartal Dr. Lütfi Kırdar Training and Research Hospital, İstanbul

³Department of Urology, Charite University Hospital, Berlin

Surgical treatments of pelvic organ prolapses underwent significant changes in recent years.

Transabdominal procedures gained repopularity after FDA warnings regarding safety of transvaginal mesh surgeries. Laparoscopic sacrohysteropexy (LSH) is one of these abdominal procedures especially for the patient wishing to preserve uterus. The most challenging part of his procedure is creating a subperitoneal tunnel. Herein we present our LSH technique with reusable tunneling device (RTD-Ney) and miniaturized non-absorbable, self-needled and MRI visible mesh sling Slimsling®.

CASE and SURGICAL TECHNIQUE: A 50 years old lady with symptomatic grade 3 apical prolapse was admitted to our clinic. She had difficulty on voiding and sexual intercourse. She was desire for surgical treatment. A LSH was preferred to her.

After pneumoperitoneum and port placement two small 1 cm peritoneal incisions were performed; on promontory and on right broad ligament at the level of cervicouterine junction. RTD-Ney was introduced via right side port incision and subperitoneal tunnel was created. Slimsling was positioned under peritoneum, sutured to cervix and anterior longitudinal ligament with its own needle with the proper tension.

The incisions were closed and procedure was finished without any complication.

RESULT: She had not any symptomatic prolapse, mesh related complication and de-novo incontinence after surgery.

CONCLUSION: LSH with Slimsling and RTD-Ney is safe a minimal invasive uterus preserving method with reduced surgical time, short learning curve, reduced amount of mesh and suture for prolapse surgery.

Keywords: pelvic organ prolapse, laparoscopy, sacrohysterectomy

VS-04
Uterin prolapsusun eşlik ettiği pelvik organ prolapsusu cerrahisinde izole serviksin korunduğu ultrayeni bir yaklaşım: TAP-GAN tekniği

Ömer Lütfü Tapısız, Ali Rıza Doğan, Şadıman Kıykaç Altınbaş

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) görülmektedir. Hayatları boyunca dokuz kadından bir tanesi POP nedeni ile cerrahiye ihtiyaç duymaktadır. Klasik olarak prolapsusa uterus eşlik ediyorsa cerrahi tedavide vajinal histerektomi ve prolabe olan kompartmanların revizyonu uygulanmaktadır. Son yıllarda pelvis desteğinde bir çatı organ olan uterus ve bağlarının önemi üzerinde durulmuş ve POP cerrahisinde uterus koruyucu yaklaşımlar uygulanmaya başlanmıştır. Bu görüş ve yaklaşımın temelinde, kardinal ve sakrouterin ligamanların sonlandığı, pelvik destek yapısında kilit organ konumunda bulunan uterus serviks ve bağlarının korunmasının olduğu bilinmektedir. Uterin prolapsus olgularının cerrahisinde vajinal histerektomi uygulanınca maalesef serviks ve bağlarının destek sağlayıcı fonksiyonu da ortadan kalkmaktadır. Biz de bu bilgilerin ışığı altında literatürde ilk kez tanımlanacak olan; uterus prolapsusun eşlik ettiği POP olgusunda, pelvik destek açısından çatı görevi gören kilit organ serviksin izole korunduğu ve prolabe uterusun alınarak tüm pelvik kompartmanların revizyonunun yapıldığı ultrayeni TAP-GAN POP cerrahi tekniğimizi video eşliğinde sizlerle paylaşmayı hedefledik.

Anahtar Kelimeler: Pelvik organ prolapsusu, Serviks, Korumak, Yeni teknik, Vajinal histerektomi

**VS-05****Laparoskopik Lateral Meş Süspansiyonu**

Hüseyin Levent Keskin¹, Şebnem Özzer¹, Emre Erdem Taş², Gülin Feykan Yeğin³

¹Sağlık Bilimleri Üniversitesi Ankara Şehir Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum

²Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Ankara Şehir Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum

³Ankara Şehir Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum

Bu videoda 38 yaşında, multipar, apikal kompartman defekti olan (POP-Q evre II) bir hastada Laparoskopik Lateral Meş Süspansiyonu operasyonunun uygulanışı gösterilmektedir.

Anahtar Kelimeler: Laparoskopi, pelvik organ prolapsusu, POP-Q, lateral meş süspansiyonu

VS-06**Laparoskopik sakrohisteropeksi**Yakup Yalçın, Yaprak Kandemir Deniz

Antalya Medicalpark Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği

GİRİŞ: Uterin desensus, kadınlarda fiziksel, psikolojik veya seksüel disfonksiyon yaparak yaşam kalitesini bozan önemli bir sağlık sorunudur ve tedavisinde en etkin yöntem cerrahidir. Sakrohisteropeksi ve sakrospinöz fiksasyon operasyonları yüksek başarı oranları sebebiyle sık uygulanan cerrahi prosedürlerdir. Sakrohisteropeksi operasyonu, serviksin sakrum anterior longitudinal ligamentine mesh ile tespit edilmesi şeklinde tanımlanmaktadır. Cerrahi tedavide minimal invaziv yöntemlerin yaygınlaşmasıyla birlikte robotik ve laparoskopik yaklaşımlar ön plana çıkmıştır.

VAKA: 43 yaşında hasta, G2P2Y2 (2 NSVD), vajende ele gelen kitle nedeni ile polikliniğe başvurdu. Hastanın özgeçmişinde özellik yoktu. Jinekolojik muayenede grade 3 uterin desensus izlendi, anterior ve posterior kompartman defekti izlenmedi. Hastaya laparoskopik sakrohisteropeksi yapıldı. Perioperatif ve postoperatif komplikasyon olmadı. Hasta postoperatif 1. günde taburcu edildi.

SONUÇ: Apikal prolapsus varlığında sakrohisteropeksi başarılı uzun dönem sonuçları nedeniyle altın standart yöntem olarak kabul edilmektedir. Laparoskopik sakrohisteropeksi operasyonu hasta konforunun üst seviyede olduğu etkin ve güvenli bir operasyondur.

Anahtar Kelimeler: Laparoskopi, sakrohisteropeksi, uterin desensus.

VS-07**Yine, Yeni, Yeniden Burch Kolposüspansiyon: Video Eşliğinde Laparoskopik Yaklaşım**

Sezin Cansın Perçin Kafaoğlu, Yasemin Kızılkaya, Dilşen Karadeniz Kavuz, Alaeddin Tulgay, Şadımın Kıykaç Altınbaş, Ömer Lütfi Tapısız, Yaprak Üstün
SBÜ Etlik Zübeyde Hanım Kadın Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Jinekoloji/
Ürojinekoloji Kliniği, Ankara

Stres üriner inkontinans (SUİ) insidansı %4-35 arasında değişmektedir.

Beklenen yaşam süresinin uzaması ile birlikte, her beş kadından birinin, hayatları boyunca, SUİ ve pelvik organ prolapsusu (POP) nedeniyle en az bir kez cerrahi işlem geçireceği öngörülmektedir.

2011 yılında FDA tarafından vajinal sentetik meshlerin kullanımı ile ilişkili komplikasyonların sık görülmesi ve hasta memnuniyetsizliği hakkında bir bildiri yayınlanmış ve bu bildiri cerrahları, sentetik materyallerin vajinal girişimlerde kullanımı konusunda daha dikkatli olmaya itmiştir. İngiltere başta olmak üzere birçok ülkede POP cerrahisinde mesh kullanımı yasaklanmıştır. Günümüzde, aynı durum SUİ'ye bağlı vajinal mesh kullanımı açısından da kaygı uyandırmaktadır. İngiltere'de yayınlanan, Nisan 2019 tarihli NICE (National Institute for Health and Care Excellence) kılavuzu, SUİ cerrahisi planlanan hastalara, öncelikli olarak açık veya laparoskopik Burch kolposüspansiyon ya da otolog rektus fasyasının kullanıldığı askı operasyonu seçeneklerinin sunulmasını önermektedir.

Bu bilgiler ışığında; 1961 yılında Dr. John C. Burch tarafından tariflenen, SUİ cerrahisinin altın standardı olarak kabul gören ve mesh kullanılmayan bir yöntem olan Burch operasyonu tekrar gündeme gelmiştir. Günümüzde minimal invaziv cerrahinin bütün kliniklerde öncelikli tercih haline gelmesi göz önünde bulundurulduğunda laparoskopik Burch operasyonu önem kazanmıştır.

Kliniğimizde, hem vajinal sentetik mesh kullanılmamasının, hem de minimal invaziv bir yaklaşım olmasının avantajları nedeniyle laparoskopik Burch operasyonu SUİ tedavisinde yaygın olarak kullanılmaktadır. Son kanıtlar ve kılavuzlar dahilinde tüm dünyada uygulaması yaygınlık kazanan laparoskopik Burch operasyonun önemini hatırlatmak ve bu prosedürün kliniğimizde uygulanış tekniğini sizlerle paylaşmak amacıyla laparoskopik Burch kolposüspansiyon ameliyatı uyguladığımız iki hastamızın videosunu sunmayı hedefledik.

Anahtar Kelimeler: Burch, Laparoskopi, Kolposüspansiyon

**VS-08****Stres üriner inkontinans tedavisinde vajinal meşsiz üretropeksi tekniği**

Emin Erhan Dönmez, Fisun Vural

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

AMAC: Vajinal meşsiz üretropeksi tekniği ile vajinal sling yöntemlerinde kullanılan sentetik meş komplikasyonlarının önlenilebileceğini video eşliğinde sunmayı amaçladık.

OLGU: Kırk üç yaşında son 9 aydır idrar kaçırmaya şikayeti ile kliniğimize başvuran hastanın anamnezinde öksürme, hapşırma, ağırlık kaldırma ile idrar kaçırmaya yakınmaları mevcuttu. Yapılan fizik muayenede stress test pozitif, Q tip: 40 derece, transperineal ultrasonografi ile ölçülen simfizis pubis üretra arası açısı (alfa) istirahat 65 derece, valsalva 90 derece ($\Delta \alpha$ valsalva- istirahat 25 derece), posterior üretrovezikal açı (beta) istirahat 110 derece, valsalva 125 derece ($\Delta \beta$ valsalva- istirahat 15 derece) olarak saptandı. İdrar analizleri normal, postvoiding rezidü 10cc olan hastaya stres üriner inkontinans tanısı ile üretropeksi endikasyonu verildi. Genel anestezi altında litotomi pozisyonunda midüretrel alanda vajinal mukoza üzerinde 1 cm² lik ada oluşturuldu ve monopolar koter ile vajinal mukoza deepitelize edildi. İki adet polipropilen no:1 sütür, oluşturulan adanın lateral kısımlarındaki paraüretrel dokulardan U ve ters U şeklinde birbirlerine örülerek geçildi. Her iki tarafta bırakılan iplerin birer ucu bilateral olarak guideler aracılığı ile retropubik alandan geçilerek pubis üzerinde orta hattın 2.5 cm lateralinde batin dışına alındı. Yine guide yardımı ile cilt altına yaklaşık 5 cm lik meş yerleştirilerek ipler meşin uç kısımlarına hemoclips yardımıyla gergisiz olarak tespit edildi. İnsizyonlar kapatılarak operasyona son verildi.

TARTIŞMA: Üriner inkontinans kadınlar arasında oldukça yaygın bir hastalıktır ve yapılan çalışmalarda bir kadının yaşamı boyunca prolapsus veya inkontinans nedeni ile cerrahi geçirme riski %11-19 arasında bulunmuştur. Kadınlarda üriner inkontinansın en sık görülen tipi; karın içi basıncını artıran durumlar sırasında oluşan stres üriner inkontinanstır (SUI). Stres üriner inkontinans, Uluslararası İnternasyonal Kontinans Birliği (ICS) tarafından detrusor aktivite artışı olmaksızın, intravezikal basıncın üretra basıncını aşmasıyla ortaya çıkan idrar kaçırmaya şekli olarak tanımlanır. SUI tedavisinde konservatif (fizyoterapi teknikleri ve medikal tedaviler) ve cerrahi yöntemler kullanılmaktadır.

Pelvik taban (Kegel) egzersizleri, biofeedback ve elektriksel stimülasyon tercih edilen konservatif yöntemlerdir. Medikal tedavi olarak alfa adrenerejik stimulanlar, östrojen tedavisi ve pessier SUI tedavisinde kullanılan modaliteleridir. Cerrahi teknik olarak ise Burch kolposuspansiyon (açık / laparoskopik), Marshall- Marchetti- Krantz, İğne süspansiyonu, periüretal enjeksiyonlar, askı (sling) operasyonları (tension-free vaginal tape (TVT), transobturator tape (TOT), minisling vb.) kullanılır. Cerrahi yöntemlerden en yaygın olarak kullanılan vajinal sling ameliyatlardır. Yapılan çalışmalarda TOT sonrası %4.7, TVT sonrası %3.5 oranında meş erozyonu bildirilmiştir. Disparoni, ağrı, inatçı enfeksiyon ve işeme disfonksiyonu sentetik slinglerin meş eksizeyonu gerektirecek olası komplikasyonlarıdır.

SONUÇ: Vajinal meşsiz üretropeksi tekniği ile sentetik meşlerin ciddi ve ikinci bir operasyon gereksinimi olan komplikasyonları önlenilebilmektedir. Vajinal askı operasyonlarına alternatif olarak tercih edilebilir.

Anahtar Kelimeler: Üretropeksi, stress üriner inkontinans, donmez uretropeksi

VS-09**Pelvik Organ Prolapsusunda Laparoskopik Lateral Süspansiyon Tekniği**

Songül Alemdaroğlu, Şafak Yılmaz Baran, Gülşen Durdağ, Seda Yüksel Şimşek, Hüsnü Çelik
Başkent Üniversitesi Adana Dr. Turgut Noyan Araştırma ve Eğitim Merkezi

GİRİŞ: Pelvik organ prolapsusu (POP); bir kadının yaşam kalitesini önemli ölçüde etkileyebilir. Semptomlarla tanımlandığında %3-6, vajinal muayeneyle tanımlandığında ise kadınların %50'ye yakınında izlenebilir. Her ne kadar cerrahi seçeneği, genellikle konservatif tedavilerin başarısızlığından sonra ileri evrede rahatsız edici prolapsus semptomları olan hastalar için ayrılrsa da, bir kadının yaşam boyu POP ameliyatı riski %12-19'dur. Laparoskopik lateral süspansiyon (LLS); sakral bölgedeki potansiyel ciddi nörolojik ve hayatı tehdit eden vasküler yaralanma veya üreteral morbidite gibi risklerinin olduğu sakrokolpopeksi prosedürüne alternatif olarak uygulanabilmektedir.

YÖNTEM: Trokar alanları umbilikal 10 mmlik, sol ve sağ da anterior superior iliak spina'den 2 cm yukarı ve 4 cm lateral olarak 2 adet 5 mm'lik trokar yerleştirilir.

Cerrahin sağ ve solu kullanmasına bağlı olarak 3. bir 5 mmlik trokar üst pararektal olarak yerleştirilir. Eğer hastaya eş zamanlı histerektomi de yapıldı ise; vajen cuffin kapatılmasından sonraki ilk basamak, var olan sistosel ve rektosel derecesine göre mesane ve rektumun vajinal apeksden uzaklaştırılmasıdır. Bu aşama da vajene yerleştirilen uygun bir ekartör ile doku planlarının daha net izlenmesi sağlanır. Mesh batin dışında ön ve arka kompartmanda diseke edilen alana göre hazırlanarak ardından 3-6 sütür ile fiks edilir. Ardından sağ ve sol 5 mmlik trokarlar retroperitoneal alana çekilerek, forcepsler round ligament kenarından cuffa doğru ilerletilerek mesh kollarını tutulur ve her iki taraf simetrik olarak istenilen seviyede asılır. Meshin uçları ameliyat sonuna kadar istenilen seviyede tutularak, tüm mesh yüzeyi peritonize edilerek, cilt insizyonun 2 cm altında kalacak şekilde kesilir.

BULGULAR: 2. derece uterin prolapsus, 3 derece sistosel tespit edilen hastaya menometroraji nedeniyle laparoskopik histerektomi arkasından yapılan LLS ameliyatının prosedürü sunulmuştur.

SONUÇ: LLS POP cerrahisinde güvenli ve etkili bir şekilde uygulanabilen minimal invaziv bir tekniktir.

Anahtar Kelimeler: Pelvik organ prolapsusu, laparoskopik lateral süspansiyon, sistosel

VS-10**Iatrogenic endometriosis following laparoscopic apical prolapse surgery**

Alkan Çubuk¹, Kazibe Koyucu², Ahmet Sahan¹, Orkunt Ozkaptan¹, Oktay Akca¹, Joerg Neymeyer³

¹Department of Urology, Kartal Dr. Lütfi Kırdar Training and Research Hospital, İstanbul

²Department of Gynecology, Kartal Dr. Lütfi Kırdar Training and Research Hospital, İstanbul

³Department of Urology, Charite University Hospital, Berlin

Background: Iatrogenic endometriosis (IE) is the presence of endometrial glands and stroma out of the uterus following certain surgical interventions. The rate of IE after gynecologic surgeries due to benign uterine disease is %1-2. Laparoscopic supracervical hysterectomy is also a part of frequently used surgical treatment of apical pelvic organ prolapse which is followed by sacrocervicopexy. However, there is no data about IE after apical prolapse surgery in the current literature. Herein, we present a case report of a patient who diagnosed with de-novo endometriosis one year after the laparoscopic supracervical hysterectomy and sacrocervicopexy (LASH).

Case Presentation: A 46-year-old parous female patient who underwent LASH secondary to grade 3 symptomatic apical prolapse one year ago was admitted to the same clinic with pelvic pain which started six months following surgery. Deep vaginal palpation was painful. Transvaginal ultrasonography revealed an area with hypervascularization on the sacral promontory. She was scheduled for diagnostic laparoscopy. A 2x2 cm solid, wine-colored hypervascular hemorrhagic lesion was seen on sacral promontory. The lesion and the peritoneal layer behind it were totally excised. The patient was discharged on the first postoperative day, without any complications.

Pathologic examination revealed foci of endometriosis comprising endometrial glands and stroma within the connective tissue, along with hemosiderin-laden macrophages. The symptoms of the patient resolved after the surgery and further no adjuvant treatment was needed.

Conclusion: Although the rate of IE is low after LASH surgery, the possibility for the occurrence of IE should be discussed with patients who are diagnosed with apical prolapse to determine the type of surgical intervention. IE should be kept in mind for differential diagnosis, in case of pain after LASH surgery.

Keywords: endometriosis, pelvic organ prolapse, laparoscopy, hysterectomy

VS-11**22 Hafta gebe bir hastada torsiyone dermoid kistin laparoskopik yönetimi**Ersin Çintesun

Selçuk Üniversitesi,Kadın Hastalıkları ve Doğum Ana Bilim Dalı, Konya

24 yaşında,G3 P2 ve yapılan ultrasonografide 22 hafta 3 gün fetal kalp atımları pozitif olan gebe hasta ani başlayan ve ara ra şiddetlenen sağ alt kadranda ağrısı ile kliniğimize kabul edildi. Yapılan batin ultrasonografisinde: " sağ adneksial lojda yaklaşık 98*57mm ebatında içerisinde 28mm capa ulanan iç yoğunluğu kıvamlı tubüler yapılar içeren lezyon olarak izlendi " şeklinde raporlanması ve hastanın ağrılarının devam etmesi üzerine hastaya laparoskopik cerrahi planlandı. Laparoskopik giriş umblikusun 5 cm yukarısından direkt trokar girişi tekniği ile yapıldı. Yapılan laparoskopik gözlemlerde sağda 9*5 cm 2 defa torsiyone olmuş dermoid kist izlendi. Laparoskopik detorsiyon ve sonrasında dermoid kist ekstirpasyonu yapılarak işleme son verildi. Postoperatif takiplerinde fetal kalp atımları devam eden hasta şifa ile taburcu edildi.

Anahtar Kelimeler: laparoskopi, dermoid kist, over torsiyonu, ikinci trimester, gebe

VS-12**Tubeoveryan abse olgusunun laparoskopik yönetimi**

Erhan Demirdağ, Hazal Kutluçan, Bengü Mutlu Sütcüoğlu, Recep Onur Karabacak
Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı,
Ankara

Pelvik inflamatuvar hastalık(PIH) uterus, overler ve tubaların hepsini ya da bir bölümünü içine alabilen sıklıkla komşu pelvik organların da dahil olduğu reproduktif yaş kadınlarda daha çok görülen üst genital yolak enfeksiyonudur. Endometrit, salpinjit, ooforit, peritonit, perihepatit ve TOA (Tubeoveryan abse)'nın biri veya birkaçının birlikte olmasıyla karşımıza çıkabilir. Postmenopozal hastalarda genelde altta yatan bir maligniteyle birlikte görülebilir. TOA tipik olarak PIH komplikasyonu olarak gelişir. Tuba, over ve bazen de barsak, mesane gibi komşu organları tutan inflamatuvar kitle yapısı mevcuttur. Ciddi, hayatı tehdit eden bir durum olup agresif medikal, cerrahi tedavi gerektirir. %15 hastada rüptür görülebilirken % 10-20 hastada sepsis gelişebilir. Tedavisiz mortalite oranı %50'lere kadar çıkabilir. 7 cm'den küçük abselerde hasta hemodinamik olarak stabilse, rüptür bulgusu yoksa çoğunlukla TOA'nın başlıca tedavisi olan antibiyotiklerle çözülür. Yeni başlangıçlı ya da persistan ateş, abdominal gerginlik, büyüyen pelvik kitle, lökositozun devamı ya da artması, sepsis şüphesi durumunda cerrahi düşünülmelidir. Cerrahide laparoskopik veya laparotomik yöntem büyük ölçüde cerrahin yeteneğine bağlıdır.

Olgumuz 43 yaşında, iki normal vajinal yolla doğumu olup 17 yıldır RIA (rahimiçi araç) öyküsü mevcuttu ve acil servise 3 haftadır devam eden kasık ağrısı şikâyetiyle başvurmuştu. Acil serviste çekilen bilgisayarlı tomografisinde sol adneksiyel lojda 10*7 cm boyutlarında belirgin duvarlı kistik lezyon, sağ adneksiyel lojda 8*3 cm boyutlarında hafif belirgin duvarlı kitle lezyonu belirlendi.

Morison poşunda 3 cm olarak ölçülen hafif belirgin duvarlı lokule sıvı izlendi. Maksimum 38.5 derece olan ateş yükseklikleri ile hospitalize edildi. Vajende ısı artışı ve servikal hassasiyeti yoktu. Hastaya Seftriakson 1*2 gr, Metronidazol 3*500 mg ve Doksisiklin 2*100 mg başlandı. Yatışında lökosit 23×10^3 ve CRP(C-reaktif protein):227 olan hastanın takiplerde lökosit 28×10^3 ve CRP:289 değerlerine yükseldi. Abdominal gerginlik ve ateş yüksekliği de gelişmesi sonrasında operasyon kararı alındı. Laparoskopik planlanan operasyonda barsaklar karın ön duvarına adheze olup uterus ve adneksler konglomere kitle halinde birbirine ve Douglas boşluğuna yapışık olarak izlendi. Karın ön duvarında ve barsaklar üzerinde çok sayıda püy odakları mevcuttu. Adhezyonlar künt ve keskin diseksiyonlarla açıldı, abse odaklarından drene olan püy içerikleri aspire edildi, uterus ve bilateral adnekslere ulaşıldı. Ardından sol salpingooferektomi ve sağ salpenjektomi işlemleri uygulandı. Eksize edilen dokular endobag yardımıyla çıkartıldı. Barsak adhezyonları için genel cerrahi konsulte edildi ancak ek önerileri olmadı. Batın içi yaklaşık 2000 cc sıvıyı yıkarak temizlendi, bilateral üreterler tam ve bütün olarak vizüalize edildi ve dren konularak işleme son verildi. Hastanın postoperatif dönemde antibiotik tedavisine devam edildi. Takiplerde ateş yüksekliği olmayan ve akut faz reaktanlarında gerilemesi mevcut olan hasta oral dört haftalık antibiyotik tedavisiyle eksterne edildi.

Anahtar Kelimeler: Laparoskopi, Tubeoveryan, Abse, Diseksiyon

**VS-13****Pelvik Anatomi Eşliğinde Laparoskopik Histerektomi: Video Sunumu**

Mustafa Akşar, Büşra Kanyıldız, Şadıman Kıykaç Altınbaş, Ömer Lütfi Tapısız, Yaprak Üstün Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Etlik Zübeyde Hanım Kadın Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Jinekoloji/Ürojinekoloji Kliniği, Ankara

Laparoskopik cerrahide anatomi ve cerrahi disseksiyon, doku planlarının değerlendirilmesi, zor vakaların ele alınması ya da vaka zor olarak değerlendirilmese dahi herhangi bir problemlili durum geliştiğinde vakanın değerlendirilip müdahale edilmesi noktalarında önem arz etmektedir. Komplikasyon yönetiminde hasta morbiditesini azaltmak ve problemi çözmek hususlarında topografik anatomi bilgisi, eğitim ve tecrübe ile doğru teknikleri uygulama adımları önemlidir. Bu video sunumunda laparoskopik histerektomi yapılan bir olguda histerektomi basamakları ile temel pelvik anatomik yapıların video sunumu üzerinden değerlendirilmesi planlandı.

Anahtar Kelimeler: pelvik anatomi, laparoskopik histerektomi, üreter, hipogastrik arter

**VS-14****Geçirilmiş sezaryen operasyonlarına bağlı uterusun batin ön duvarına veya mesaneye yapışık olduğu vakalarda total laparoskopik histerektomi: güvenli cerrahi basamaklar**

Osman Onur Özkavak, Servet Hacıvelioğlu

Çanakkale 18 Mart Üniversitesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Ana Bilim Dalı, Çanakkale

GİRİŞ: Geçirilmiş sezaryen operasyonlarına bağlı hastalarda uterus ile batin ön duvarı veya mesane arasında dens adhezyonlar izlenebilmektedir. Bu olgularda anatominin değişmesi ile diseksiyon sırasında doğru doku planlarını bulmada zorluk; mesane hasarı, uterin arter veya adheze dokulardan kaynaklı kanamalar gibi komplikasyonlara neden olmaktadır. Biz bu sunumumuzda daha önce sezaryen operasyonları geçirmiş hastalarda uygulanabilecek güvenli ve her hastada tekrarlanabilir cerrahi basamakları sunmayı hedefledik.

VAKA: 46 yaşında gravida 2 ve parite 2 olan hastanın yaklaşık 2 yıldır mevcut olan medikal tedaviye dirençli anormal uterin kanamaları mevcuttu. Hastanın özgeçmişinde iki kez sezaryen ile doğum ve bir kez over kisti nedeniyle laparotomi ile sağ unilateral salpingooferektomi(USO) öyküsü mevcuttu. Yapılan jinekolojik muayenede uterus mobilitésinin azalmış olduğu palpe edildi. Transvaginal ultrasonografide uterus normal konum ve cesamette, sol over normal izlendi ve sağ over izlenmedi. Endometrial örneklemesi ve servikal yayması normal rapor edilen hastada total laparoskopik histerektomi ve sol USO planlandı. İntraoperatif uterusun batin ön duvarına ve mesaneye ileri derecede yapışık olduğu izlendi.

Histerektominin cerrahi basamakları olarak her iki kornual damarlar (ligamentum ovari proprium/infundibulopelvik ligament) ve posterior yaklaşımla asendan uterin arterler koagüle edilerek uterus devaskülarize edildi. Ardından foley sondaya retrograd olarak yaklaşık 200 ml salin verilerek mesane konturları belirlendi. Mesanenin uterusu yapışık olduğu alan ortaya kondu. Yapışık bölgenin lateralinden mediyale ve inferiorundan süperiora doğru mesane uterusu keskin diseksiyonlarla (soğuk makasla keserek) ayrıldı. Ardından tekrar mesaneye foley yardımı ile salin verilerek mesanede perforasyon olup olmadığı test edildi. Operasyon esnasında komplikasyon olmadı. Hasta postoperatif 1. gününde taburcu edildi. Post operatif takiplerinde geç komplikasyon gelişmedi.

TARTIŞMA: Geçirilmiş sezaryen operasyonlarına bağlı uterusun batin ön duvarına veya mesaneye yapışması sık görülmektedir. Bu durum laparoskopik histerektomi operasyonlarını hem zorlaştırmakta hem de mesane hasarı ve kanama gibi komplikasyonlarda artışa neden olmaktadır.

Bu tür vakalarda kornual pediküllerin (ligamentum ovari proprium veya infundibulopelvik ligamentin) ve posterior yaklaşımla uterin arterlerin asendan dallarının ligasyonu yapılmalıdır. Bu sayede uterusun kanlanması en aza indirilir. Posterior yaklaşımla asendan uterin arterlerin bağlanmadığı durumlarda uterin arterlerin internal iliak arterlerden çıktıkları yerden ligasyonu da diğer bir seçenektir. Ayrıca adhezyonun inferiorundan süperioruna ve lateralinden medialine gelmek doğru diseksiyon hattının bulunmasını kolaylaştıracaktır. Bu yöntemle mesane ile uterus arasındaki adezyonlar diseke edilirken daha az kanama olacak ve diseksiyon hattı daha net görülecektir. Bununla birlikte kanama az olacağından uterus aleyhine diseksiyon yaparak mesane diseksiyonu daha güvenli ve kolay olacak ve mesane hasarı riski azalacaktır.

Anahtar Kelimeler: Total laparoskopik histerektomi, zor histerektomi, yapışık mesane, geçirilmiş sezaryen

VS-15**Her vakada üreteri görmek için retroperitona girmek gerekli midir?**

Nasuh Utku Doğan, Selen Doğan, Ünzile Korkmaz, Emine Şen Bıçak
akdeniz üniversitesi kadın hastalıkları ve doğum ad, Antalya

Benign jinekolojik laparoskopide retroperitona giriş ve üreteri görerek diğer basamaklara geçişin gerekliliği tartışma konusu olmuştur. Dört kısa videoda retroperitoneal yaklaşımla üreterin görüldüğü vakalar gösterilmiştir. İlk videoda rutin histerektomi sırasında retroperitoneal giriş ve üreterin görülerek uterin arterin hipogastrik arterden çıktığı yeri koagülsayonu gösterilmiştir. İkinci videoda büyük uteruslu olguda, retroperitoneal yaklaşımla uterin arterin koagüle edilmesine rağmen uterin arterin uterusu girdiği yerden kanadığı bir vaka sunulmuştur. Üreterin daha önce olduğu yerin retroperitoneal görülmesi, uterin arterin güvenli bir şekilde koagüle edilmesini sağlamıştır. Üçüncü vakada tuboovaryen abse nedeniyle USO yapılan hastada retroperitona giriş ve üreter trasesinin açıkça görülmesi üreterin çok yakın komşuluğu dolayısıyla yüksek oranda görülebilecek bir üreter hasarını engellemiştir. Son videoda ise daha önce laparoskopik pelvik paraaortik evreleme cerrahisi sonrası kemoradyoterapi alan ve mikroskopik rezidü tümör nedeniyle laparoskopik histerektomi yapılan evre 1B3 serviks kanseri vakası sunulmuştur. İşlem öncesi Dobuble J kateter takılması işlemi kolaylaştırmıştır ve retroperitoneal olarak üreterin güvenli bir şekilde tanınmasını sağlamıştır. Sonuç olarak güvenli cerrahi için retroperitoneal hakimiyet, üreterin retroperitonda saptanması özellikle komplike benign vakaları oldukça kolaylaştıracaktır.

Anahtar Kelimeler: laparoskopik histerektomi, retroperitoneal yaklaşım, üreter

VS-16**Mükerrer sezaryen hikayesi olan hastada laparoskopik histerektomi sırasında aşırı yapışık mesane diseksiyonu**Jalal Raoufi

Özel Başarı Hastanesi - Kadın Hatalıkları ve Doğum Departmanı - İstanbul

Giriş: Günümüzde histerektomi için minimal invaziv (laparoskopik veya robotik) cerrahi yöntemi giderek artmaktadır, özellikle laparoskopik histerektomi yöntemi yaygın olarak kullanılmaktadır, laparoskopik histerektomide mesane diseksiyonu önem taşımaktadır, mükerrer sezaryen hikayesi olan bazı vakalarda mesane uterusu sert yapışık olması halde açık histerektomiye geçilebilir veya bu yapışıklık ihtimalini ön görerek ilk baştan laparotomi ile histerektomi planlanması yapılabilir, fakat usulüne uygun diseksiyon yapıldığında bu hastaların büyük bir kısmında laparoskopik devam etmek mümkündür. Bu videoda mükerrer sezaryen hikayesi olan hastada laparoskopik histerektomi ve mesane diseksiyonu yönteminin sunulması amaçlanmıştır.

Yöntem: mükerrer sezaryen hikayesi olan 45 yaşında hasta, menometroraji nedeniyle yapılan endometrial biyopsiye atipisiz endometrial hiperplazi tanısı konuldu; cerrahi tedavi seçeneğini isteyen hastaya laparoskopik histerektomi ve bilateral salpingo-ooferektomi planlandı. Hipertansiyon ve derin ven trombozu hikayesi nedeniyle asetilsalisilik asit (ASA) kullanan hastada bir hafta önceden ASA kesilip düşük molekülü heparin başlandı. Hasta genel anestezi altında hazırlandı, göbekaltı kesiden batın Co2 ile şişirildi, kamera ile batına girildi, suprapubik bölgede bilateral Spina Iliaca Anterior Superiorun (SIAS) yaklaşık iki santimetre medioproksimalinden iki adet beşlik trokar ve orta hatta eski sezaryen skarı bölgesinden bir adet onluk trokar batına girildi. Bipolar grasper, makas ve ligasure yardımı ile bilateral olarak retroperitoneal alana girildi, infundibulopelvik ligamente (IP) paralel olarak diseksiyona devam edildi, bilateral üreterler izlendi ameliyat sahasından uzaklaştırıldı, bilateral IP ligamentler altından pencere açıldıktan sonra ligasure ile tutuldu yakıldı kesildi, round ligamentler kesildi, bilateral olarak round ligamentin kesildiği bölgeden mesane diseksiyonuna başlandı, bipolar grasper ve makas yardımı ile mesane diseksiyonu tamamlandı, ameliyat devam etti, en son vajinal cuff hook koter ile kesilerek histerektomi işlemi tamamlandı, cuff vajen yolundan sütüre edildi, kanama kontrolü takiben operasyona son verildi.

Bulgular: Laparoskopik histerektomi sırasında uterus, bilateral overler ve tubalar makroskopik olarak normal izlendi, fakat mesane uterusun ön duvarına oblitere izlendi,

Tartışma ve sonuç: Histerektomi genelde leiomyom, pelvik organ prolapsusu ve medikal tedaviye cevap vermeyen menometroraji gibi benign nedenlerden dolayı yapılmaktadır. Bu hastalarda minimal invaziv (laparoskopik veya robotik) ve açık cerrahi (total abdominal histerektomi) seçenekleri mevcuttur. Literatüre göre laparoskopik histerektomi ile total abdominal histerektomi karşılaştırıldığında, kan kaybı, hastanede yatış süresi, yara yeri enfeksiyonu ve erken normal aktiviteye dönmek açısından laparoskopik histerektomi daha avantajlı iken alt üriner sistem (mesane ve üreter) hasarı laparoskopik histerektomide daha fazla bulunmaktadır. alt üriner sisteme hasar oranı tüm jinekolojik cerrahilerde yaklaşık %0.33, laparoskopik histerektomide yaklaşık %1.3 (bazı çalışmalarda %2 -3) olarak bildirilmiştir. Bu çalışmalara göre mesane hasarı en fazla vesikouterin diseksiyonu sırasında meydana gelmektedir. Daha önce pelvik cerrahisi (özellikle



mükerrer sezaryen) geçiren veya endometriozis hastalığı olan hastalarda mesanenin uterusu oblitere olması nedeniyle mesane yaralanması daha fazla izlenmektedir. Mesane hasarı genellikle operasyon sırasında fark edilirken üreter hasarı post operatif dönemde tanı konulmaktadır.

Özellikle alt üriner sistemi yaralanma riskini taşıyan hastalarda, bu riski minimize etmek için operasyon sırasında retroperitoneal alanlar açılıp üreterlerin ameliyat sahasından uzaklaştırılması, ve mesane diseksiyonunun daha kontrollü ve doğru klevajdan yapılması önerilmektedir.

Anahtar Kelimeler: Laparoskopik histerektomi, mükerrer sezaryen, mesane diseksiyonu

VS-17**Büyük uterus olgusunda, total laparoskopik histerektomi sırasında uterin artere hemoklip uygulaması**

Evrin Ebru Kovalak, Özlem Karabay Akgül, Emre Volkan Kasımoğulları, Tolga Karacan, Hakan Güraslan
Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Bağcılar Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Bölümü, İstanbul

Minimal invaziv cerrahi yöntemler geliştikçe histerektomilerin laparoskopik olarak yapılması, son yıllarda hızla artarak, abdominal histerektominin önüne geçmiştir. Cerrahi tecrübe arttıkça büyük uteruslara da çeşitli yöntemler geliştirilerek laparoskopik histerektomi yapılabilir hale gelmiştir. Malignite şüphesinin olmadığı durumlarda, büyük ve myomlu uteruslar morselasyon ile çıkarılabilmektedir. Bu tarz olgularda histerektominin başında, retroperitoneal alana geçilerek üreter trasesi vizualize edildiğinde, uterin arterlere hemoklip konulması, ameliyat sırasında hem hastanın kan kaybını azaltmakta, hem de cerrahın operasyonu daha konforlu yapmasını sağlayabilmektedir.

Biz de kliniğimizde uygun vakalarda hemoklip uygulaması yapmaktayız.

50 yaşında, primer infertil, kasık ağrısı ve adet düzensizliği şikayeti ile kliniğimize başvuran hastanın vajinal muayenesinde, uterus büyüklüğü yaklaşık 4 aylık gebelik cesametindeydi. Yapılan transvajinal ultrasonda uterus boyutları 130*100*98 mm, en büyüğü fundus solda 8*7 cm intramural-subseröz, sağda 7,5*6 cm ve 3*2 cm çok sayıda intramural-submuköz myom nüveleri izlendi.

Endometrium düzenli 5 mm, overler doğal, douglas temizdi. Hastamıza uygun hazırlık sonrasında total laparoskopik histerektomi planladık. Göbeğin yaklaşık 8 cm üzerinden kamera portu girildi. Sol, sağ ve suprapubik trokar girişlerinin ardından, round ligament kesilerek anterior yaklaşımla, retroperitoneal diseksiyonla üreterler explore edildi. Anteriordan oblitere umbilikal arter yardımıyla hipogastrik arter trasesi belirlendi ve uterin artere ulaşıldı. Sonrasında uterin arterlerin, hipogastrik arterin anterior dalından hemen ayrıldığı bölgeye hemoklip uyguladık. Takiben histerektomi ve bilateral salpingoofektomiyi gerçekleştirdik.

Ortalama 50 cc'den az kanamamız oldu Uterusu, suprapubik trokar giriş yerinden gönderdiğimiz laparoskopik bisturi ile longitudinal keserek çıkardık. Cuff barbed sütür ile dikildi. Kanama kontrolünü takiben işleme son verildi. Uterusun ağırlığı 700 gr olarak ölçüldü. Hasta postoperatif 2. gün sorunsuz taburcu edildi.

Sonuç olarak büyük uterusu olan zor vakalarda uterin arterlere hemoklip koyulması sonrasında yapılan cerrahi kanama miktarını azaltarak, operasyonu kolaylaştırmaktadır.

Anahtar Kelimeler: Laparoskopi, histerektomi, minimal invaziv cerrahi

VS-18**Yaygın Batın İçi Adezyonu Olan Laparoskopik TAH+BSO Olgusun Sunumu**Ceren Yıldız Eren, Ramazan Bayırlı

Özel Eskişehir Acıbadem Hastanesi Kadın Doğum Bölümü

GİRİŞ: Histerektomi en yaygın yapılan jinekolojik cerrahidir. Tüm dünyada günümüzde de en sık laparotomi yöntemi kullanılmasına rağmen, son yıllarda laparoskopik histerektomi giderek artmaktadır. Laparoskopik cerrahinin laparotomiye göre olan avantajlarının farkedilmesi ve abdominal cerrahide laparoskopik cerrahinin önemini arttırmıştır. Özellikle de çoklu geçirilmiş cerrahisi olan olgularda abdominal giriş tekniklerinin geliştirilmesi ile laparoskopik cerrahi güvenli bir şekilde yapılmaya başlamıştır. Laparoskopinin yaygın adezyonlu olgularda yapılabilirliği çalışmalarla desteklenmiş ve bu olgular rölatif kontendikasyon grubundan çıkarılmıştır. **OLGU:** 49 yaşında gravidası 2 paritesi 2 olunan olgu. Karın, kasık ağrısı ve ilişkide ağrı şikayeti ile baş vurdu. Öz geçmişinde HPV 18 + olduğu için yapılan kolposkopik biyopside patoloji sonucu CIN III raporlanan olgu. İki adet C/S abdominalis, ikinci gebelik total plasenta previa operasyon sırasında mesane rüptürü ve bir yıl sonra laparotomi ile sağ ovarian kistektomi tüm kesiler pfannenstiel uygulanmış. Pelvik ultrasonografide sağ ovarian 6 cm anekoik kistik kitle gözlemlendi doppler incelemesinde vasküler akım gözlenmedi. Tümör belirteçlerinde bir özellik yoktu.

Anahtar Kelimeler: Total Laparoskopik histerektomi, pelvik adezyon,

VS-19**Performing myomectomy prior to a challenging hysterectomy**

Sebile Güler Çekic¹, Bahar Shakerian¹, Barış Ata²

¹Koç University Hospital

²Koç University Medical School

Total laparoscopic hysterectomy (TLH) in patients with enlarged adenomyotic uterus is a demanding and technically challenging procedure. Knowledge of the retroperitoneal anatomy and extensive laparoscopic experience are of paramount importance to avoid serious complications. Performing myomectomy prior to the hysterectomy could help to achieve this challenge and ease extracting the materials.

We will present a 44 years old patient who presented with groin pain. She had been followed for 12 cm myoma. She had laparoscopic myomectomy 6 years before. Her examination revealed an enlarged uterus up to the umbilicus. Her MRI showed an enlarged uterus with multiple fibroids, among them one had a 12 cm diameter.

Entry was through Palmer's point due to large size of the uterus and suspected adhesions. Four ports were used. First the biggest fibroid was excised. After myomectomy it was observed that uterus was reduced to a 16 weeks gravid uterus. Lateral retroperitoneal spaces were dissected and both ureters were dissected to the point where they cross with uterine arteries. Uterine arteries were clamped. Adhesions on the right side were dissected. Bilateral salpingectomy was performed and hysterectomy was completed. The materials were extracted through the vagina after being morcelated with cold knife. The pelvic anatomy was remarkable.

Although the operation lasted for 5 hours the patient was discharged in 2 days. There were no complications during and after surgery. Postoperative recovery was uneventful.

Although laparoscopic approach to enlarged uterus lasts longer than laparotomy, the patient recovery is so remarkable that these patients should have the chance for laparoscopy. Knowledge of the retroperitoneal anatomy and extensive laparoscopic experience are of paramount importance to avoid serious complications.

Keywords: myomectomy, laparoscopic hysterectomy, enlarged uterus



VS-20

Sadece Harmonik Enerji İle Yapılan Histerektomide, Kanayan Uterin Arter Sütürasyonu

Mevlüt Bucak¹, Fatih Akkuş²

¹Süleyman Demirel Üniversitesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Ana Bilim Dalı, Isparta, Türkiye

²Afyonkarahisar Devlet Hastanesi, Afyon, Türkiye

Video prezentasyon gerçekleştirildi.

Anahtar Kelimeler: harmonik, sütürasyon, laparoskopi

**VS-21****Laparoscopic Ovarian Cystectomy**

Emre Erdem Tas¹, Betül Erdemli³, Hüseyin Levent Keskin², Elçin İşlek Seçen³

¹Ankara Yıldırım Beyazıt University, Department of Obstetric and Gynecology, Ankara City Hospital

²University of Health Science, Department of Obstetric and Gynecology, Ankara City Hospital

³Ankara City Hospital, Department of Obstetric and Gynecology

In this video, we will present a benign ovarian cyst, which is excised via laparoscopy. The characteristics of patients are as below;

- 43 age, multiparous woman;
- Persistent 7 cm ovarian cyst for 6 months,
- Benign ovarian cyst characteristics (i.e. unilateral, unilocular, no assit or papillary projection),
- Tm markers were in normal range.

Keywords: Laparoscopy, ovarian cyst, cystectomy

VS-22**Excision of bilateral dermoid cysts in a patients with severe adhesions due to childhood surgery**

Gülümser Ece Aksakal, Mehmet Ceyhan, Cengiz Alataş, Bülent Urman
Amerikan Hastanesi, Kadın Hastalıkları Anabilim Dalı, İstanbul

Spina bifida hastalarında görülen nörojen mesane, posterior üretral valv ve ekstrofi vezika gibi hastalıklar mesane kapasitesinin düşüklüğüne ve mesane fonksiyon bozukluğuna sebep olmaktadır. Bu olgularda, mesane augmentasyonu, mesane kapasitesini artırmak ve mesane fonksiyon bozukluğunun sebep olduğu ikincil sorunları tedavi etmek amacıyla tercih edilen multidisipliner bir yöntemdir ve kliniğimizde değerlendirdiğimiz 33 yaşındaki olguya çocukluk çağında ileum segmenti kullanılarak mesane augmentasyonu operasyonu yapılmış. Hastanın yapılan incelemelerinde bilateral dermoid kisti olması ve takiplerinde kist boyutlarında büyüme izlenmesi üzerine operasyonu planlandı. Çocukluk çağında geçirilen operasyonların ciddi adezyonlara sebep olduğunu değerlendirdiğimiz olguda adezyolizis teknikleri ve komplike anatominin değerlendirilmesinde dikkat edilecek hususlar amaçlanmıştır. Olgudan 6 adet dermoid kist eksize edildi ve komplikasyonsuz operasyon sonlandı. Operasyon sonrası over rezervi değerlendirildiğinde antral folikül sayılarının preoperatif dönemle korele olduğu ve operasyonun over rezervini olumsuz etkilemediği bilgisinin sonucunda benign sebepli fertilite koruyucu cerrahinin infertilite ile ilgilenen cerrahlar tarafından uygulanmasının giderek yaygınlaşması gerektiğini düşünmekteyiz.

Anahtar Kelimeler: fertilite, dermoid kist, ekstrofi vezika, çocukluk çağı cerrahileri

VS-23**Laparoskopik Modifiye Gilliam Dolores Operasyonu**

Resul Karakuş, Sultan Seren Karakuş

T.C Sağlık Bilimleri Üniversitesi Zeynep Kamil Kadın ve Çocuk Hastalıkları Eğitim Araştırma Hastanesi,Kadın Hastalıkları ve Doğum,İstanbul

OLGU: 23 yaşında; G2P2 geçirilmiş iki sezaryen öyküsü olan hasta, 3 yıldır var olan son bir yıldır şiddeti artan adet döngüsünden bağımsız pelvik ağrı,disparoni şikayetleri ile başvurdu. Yapılan değerlendirmede vajinal muayenede servikal ve uterin hareketlerde hassasiyet mevcut idi.Yapılan ultrason değerlendirmesinde uterus retrovert, retrofleks her iki over doğal izlendi. Anamnezde medikal tedaviden yanıt alınmadığı öğrenildi. Medikal tedaviye yanıtız kronik pelvik ağrı nedeniyle tanısal laparoskopi operasyonuna karar verildi.

OPERASYON TEKNİĞİ: Yapılan laparoskopik eksplorasyonda uterus retrovert izlendi. Uterin venlerde sağda daha belirgin olmak üzere dilatasyon izlendi Retrovert uterus ve konjesyona bağlı ağrı ön planda düşünüldü. Retroversiyonu düzeltmek ve uterovajinal açılanmayı nötralize ederek venöz göllenmeyi önlemek amacı ile hastaya Gilliam Dolares operasyonu modifiye edilerek gerçekleştirildi. Bilateral sakrouterin ligamentler serbesleştirildi.Latum yapraklarından pencere açılarak round ligamanlar her iki tarafta uterusun posterioruna çekilip; sakrouterin ligamanlar ile birlikte posteriora fiks edildi.

Round ve sakrouterin ligamanlardan posteriordan uterusu kaldıracak bir hamak sistemi oluşturuldu. Postop 1.gününde taburcu olan hastada erken dönem komplikasyon olmadı. Posoperatif 3, 6, 12. ay kontrolünde pelvik ağrı şikayetinin gerilediği; ultrasounografik değerlendirmede retroversiyonun düzeldiği gözlemlendi.

SONUÇ: Uterusun aşırı retroversiyonu kronik pelvik ağrı, pelvik konjesyon ve disparoni şikayetlerine yol açabilmektedir. Gilliam Dolares operasyonu round ligamanların kısaltıldığı, rahmin retroversiyonunu düzeltmek için yapılan bir operasyondur. Bu olguda round ligament ve sakrouterin ligamanlar uterusu posteriordan bir hamak gibi destekleyecek şekilde birleştirilerek retroversiyon düzeltilmiştir. Postoperatif 12 aylık gözlemlerde olumlu sonuçlarla birlikte; yöntemin yararını belirlemek için daha çok sayıda olguya ve uzun dönem takibe ihtiyaç vardır.

Anahtar Kelimeler: sakrouterin,retrovert,laparoskopi,disparoni

VS-24**Yaygın ve şiddetli barsak adezyonlarında laparoskopik adezyolizis: ip uçları ve püf noktaları**

Huseyin Kiyak, Kerem Doga Seckin, Omer Sunal
kanuni Sultan Suleyman Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Giriş: Barsak yapışıklıkları, sıklıkla inflamatuvar barsak hastalığı, geçirilmiş cerrahi, geçirilmiş enfeksiyonlar ve endometriosis ile ilişkilidir. Oluşturduğu kronik ağrı hayat kalitesini azaltabilir. Jinekolojik laparoskopide pelvis ve iç genital organlara ulaşmak, uygun operatif alan oluşturmak amaçlı barsak adezyolizisi yapmak kaçınılmaz olmaktadır.

Adezyon olasılığı yüksek hastalarda cerrah operasyon öncesi ultrason ile batin ön duvarı adezyonlarını araştırabilir. Batına girişte açık laparoskopi tekniği daha çok tercih edilmektedir. Laparoskopik adezyolizis altın standarttır ve adezyona bağlı şikâyetleri belirgin azaltır.

Yöntem: 26 yaşında gravida 0 parite 0 olan ve 3 yıldır çocuk isteyen hastanın histerosalpingografisinde sol tubada hisrosalfinks ve sağ tubada ise peritona dağılım net izlenememesi üzerine laparoskopi planlandı. Hastanın tıbbi hikayesinde 8 yıl önce karın ağrısı ve batında yaygın serbest sıvı sebebiyle laparotomi yapıldı.

Serbest sıvı PCR da tüberküloz tanısı aldı ve 6 aylık tedavi sonrası kür sağlandı. Yüksek batin içi adezyon şüphesi ile laparoskopide veres iğnesi ile Palmer noktasından batına girildi, < 500 ml den az CO2 gitmesine rağmen batin içi basınç 20 mmhg leri geçti, adezyon olarak yorumlandı ve açık laparoskopi tekniği ile batına girildi. Yaygın ve şiddetli barsak adezyonları izlendi. Kameranın dışında lateral portların girilebileceği bütün alanlarda barsak yapışıklığı izlendi. Yapışıklığın olmadığı ve manipülasyon açısına uygun öncelikle tek port açıldı.

Soğuk makas ile barsak ve batin ön duvarı yapışıklıkları dikkatli bir şekilde ayrıldı. Batin içindeki CO2 gazın diseksiyon ve oluşturduğu kabarcıklıklar takip edilerek diseksiyon genişletildi. Yapışıklık açılıp alan oluşturuldu. 2.

Ve 3. Lateral portlar uygulanabildi ve çift el çalışılarak adezyolizis yapıldı. Uterus ve tubalara ulaşıldığında sağ tubada hidrosalfins olduğu ayrıca kalın barsakla yaygın ve dens yapışıklık olduğu gözlemlendi. Sağ tubaya proksimal tubal okluziyon yapıldı. Metilen mavisinin sol tubadan geçişi izlendi. Sigmoidin sol tuba ile olan yapışıklıkları ayrıldı ve dren konularak operasyona son verildi.

Bulgular: Hasta postoperatif 48. Saatte komplikasyonsuz taburcu edildi. Postoperatif 2. Ayda hasta operasyon öncesi gaz, batin distansiyonu ve ağrı şikâyetlerinde belirgin azalma olduğunu ifade etti.

Sonuç: Laparoskopi adezyolizis cerrahisinde altın standarttır. Soğuk makas ve etkili hemostaz cerrahinin temel prensipleridir. Enfeksiyon sebebiyle adezyon riski yüksek olduğunu öngördüğümüz hasta serimizde batına giriş tekniği olarak açık laparoskopinin daha yararlı olduğunu düşünmekteyiz.

Anahtar Kelimeler: laparoskopi, adezyon, tüberküloz

VS-25**Recurrent ovarian torsion in early pregnancy following in vitro fertilization treatment and ovarian hyperstimulation syndrome**

Gülşen Doğan Durdağ, Erhan Şimşek, Hakan Kalaycı, Şafak Yılmaz Baran, Esra Bulgan Kılıçdağ

Department of Gynecology and Obstetrics, Başkent University, Adana, Turkey

OBJECTIVE: Ovarian torsion is a rare condition in pregnancy. However, at in vitro fertilization (IVF) pregnancies and ovarian hyperstimulation syndrome (OHSS), increased size of ovaries due to stimulation and presence of ascites facilitate ovarian mobilization and occurrence of torsion. A patient with recurrent ovarian torsion in early pregnancy following in vitro fertilization treatment and ovarian hyperstimulation syndrome is presented.

CASE: A 35-year-old woman, gravida 3, para 0, 5 weeks 2 days pregnant after IVF treatment, was admitted by severe lower abdominal pain.

Ultrasound examination revealed bilateral enlarged ovaries and ascites and an intrauterine gestational sac. The patient was hospitalized and while her pain increased at follow up, she underwent laparoscopy 4 days later. Her left ovary was measured 12 cm and it was found to be twisted 1,5 times around the ovarian pedicle. Detorsion was performed. She was followed for 5 days postoperatively, and was discharged at 6 weeks and 4 days. She appealed to the hospital by the same complaints one week later, and laparoscopy was performed again to unwind the left ovary, which was twisted for two rounds. Oophoropexy was not performed as the ovarian tissue was congestive and fragile. The patient was discharged at postoperative day 2, however, she was admitted to the hospital a few hours later by severe abdominal pain. She was 8 weeks pregnant, she had abdominal tenderness, and ultrasound examination showed 9 cm left ovary with a viable singleton intrauterine pregnancy. As her complaints worsened, she underwent laparoscopy for the third time and left ovary was unwinded. A 5 cm subserous leiomyoma was located at the posterior left side of the uterus, and this was noticed to prevent the ovary from staying at the anatomical position. Therefore, hyperstimulated and grossly enlarged ovarian follicles were aspirated in order to reduce the size of the ovary. To prevent future torsion left utero-ovarian ligament was shortened. Progesterone supplementation was administered postoperatively.

The patient was followed for a week and was discharged uneventfully. Aspiration of multiple corpora lutea at 8th week pregnancy did not cause abortion in our case, and she is still being followed up at her 16th gestational week.

CONCLUSION: Ovarian torsion is an acute condition in which the treatment should not be delayed. Laparoscopy can be performed safely in early pregnancy and detorsion of the ovary is the preferred procedure. However, in recurrent torsions, fixation of the ovary to avoid further recurrence is recommended. Oophoropexy which is fixation of the ovary to pelvic side walls or lateral round ligaments or uterosacral ligament, and shortening the utero-ovarian ligament by plication are the most commonly performed techniques for this purpose. Furthermore, successful results are achieved by reducing ovarian volume via aspiration of follicles, in case sufficient progesterone supplementation is provided postoperatively.

Keywords: in vitro fertilization, laparoscopy, ovarian torsion, ovarian hyperstimulation syndrome, pregnancy

VS-26**Hysteroscopic resection of placental site trophoblastic tumor**

Gülümser Ece Aksakal, Ayşen Boza, Mehmet Ceyhan, Bülent Urman
Amerikan Hastanesi, Kadın Hastalıkları Anabilim Dalı, İstanbul

Plasental site trofoblastik tümör (PSTT) gestasyonel trofoblastik hastalıkların (GTH) nadir görülen bir varyantı olup implantasyon bölgesindeki intermediate trophoblastlardan köken almaktadır. Bu olgu sunumunda 30 yaşında PSTT lü bir vaka sunulmuştur. Olgunun kliniğimize başvuru şikayeti missed abortus öyküsünü takiben 3 ay boyunca persiste eden BetaHCG değerleridir. Hastanın ilk geliş Bhcg değeri 490 mIU/mL idi. Yapılan transvajinal ultrason ve pelvic magnetik rezonans görüntüleme teknikleri ile uterus anterior ve fundusa yerleşik heterojen ve hipervaskülerite gösteren eko izlenmekte olup ön tanı olarak GTH düşünülmüştür. Hastanın fertilitate isteği mevcut olması üzerine ultrason değerlendirmesi eşliğinde histeroskopik rezeksiyon gerçekleştirildi. Postoperatif değerlendirmede Bhcg değeri 7,72 mIU/mL olup Akciğer grafisinde lezyon görülmedi. Hastanın takipleri devam etmekte olup herhangi bir nüks bulgusuna saptanmamıştır. Bu fertilitate koruyucu yaklaşımın lokalize olduğu tespit edilen düşük riskli GTH tedavisinde yeni bir tedavi yöntemi olması için daha yüksek sayıda vaka serilerine ihtiyaç duyulmaktadır.

Anahtar Kelimeler: histeroskopi, plasental site trofoblastik tümör, fertilitate, gestasyonel trofoblastik hastalık

VS-27**Histeroskopik morselatör ile myomektomi**

Erhan Demirdağ, Damla Sonmez, Bengü Mutlu Sütcüoğlu, Ayşe Duygu Tufan, Recep Onur Karabacak

Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı

Semptomatik leiomyoma ve endometrial poliplerde histeroskopik enstrüman seçimi lezyonun orijinine, lokalizasyonuna ve ayrıca intrauterin lezyonun boyutuna bağlıdır. İntrauterin morselasyon; eşzamanlı görüntüleme eşliğinde doku fragmanlarını uzaklaştıran ve uterus patolojisini ortadan kaldıran, operatif histeroskopide yeni bir tekniktir. Sıklıkla tip 0, tip 1 myomlarda ve endometrial poliplerde kullanılmaktadır. Morselasyon aletleri, dokuyu kesmek için dönen veya ileri geri hareket eden bir bıçak kullanır. Kesintisiz yıkama ile birlikte vakum aspirasyonu rezeke edilmiş parçalarını aynı anda kaviteden uzaklaştırır. Bu yaklaşım uterus içerisine elektrik akımı vermez ve sağlıklı endometriyum için olası termal hasar riski yoktur. Histeroskopik morselatör mevcut patolojiyi küçük parçalara indirger ve bu doku parçaları aspirasyon yoluyla ve histereskopu uterin kaviteden çıkarmadan uzaklaştırır. Böylece bir vakada daha az sayıda histeroskopik girişim; dolayısıyla daha az servikal hasar ve uterin rüptür riski mevcuttur. Bu yöntemde uterin distansiyon amacıyla salin kullanılır. Sisteme ait sıvı izleme pompası aracılığıyla kaviteye verilen sıvının miktarı kontrol altına alınır. Bu sayede post operatif hiponatremi gibi komplikasyonlar azaltılmış olur. Dolayısıyla en önemli kazançlarından biri operasyon süresinin ve perioperatif morbiditenin azalmasıdır. Ayrıca histeroskopik morselasyon ile olası malignitenin yayılımıyla ilgili yeterli veri olmamakla birlikte laparoskopik morselasyona kıyasla daha az olduğu düşünülmektedir. Hem deneyimli hem de deneyimsiz ellerde geleneksel rezektoskop yöntemine göre daha güvenli ve etkili bir alternatif olarak kullanılabilir.

Anahtar Kelimeler: histeroskopi, histeroskopik morselatör, submüköz myoma uteri

**VS-28****Laparoskopik sakroservikopeksi olgu sunumu**

Oguzhan Karakoç, Ayse Demirdoken, Elif Uçar, Süleyman Salman
Gaziosmanpaşa Taksim Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum
Kliniği, İstanbul

Reprodüktif çağıdaki kadınlarda bağ dokusu zayıflığına, zor doğumlara ya da karın içi basıncını artıran tıkayıcı kronik akciğer hastalıklarına bağlı olarak uterusun dışarı çıkması ve ele gelen kitle olarak hissedilmesi mümkündür. Bu durumda laparoskopik sakrokolpopeksiye benzer bir teknikle 2x10 cm boyutlarında hazırlanan prolen mesh ile serviksin posterior duvarını promontoriuma sabitleyerek laparoskopik sakroservikopeksi uygulanır. uterusu destekleyen yeni bir bağ dokusu oluşumu sağlanır.

45y gravite 4 parite 4 normal spontan doğumu olan hasta sarkma şikayetiyle tarafımıza başvurdu. yapılan muayenede evre 3 uterin prolapsus tespit edilen hastaya sakroservikopeksi operasyonu yapıldı.

Anahtar Kelimeler: Laparoskopi, sakroservikopeksi, prolapsus

VS-29**Geniş erozyonlu dev uterovajinal prolapsusta total kolpokleizis**Serdar Aydın, Irane Gorchieva

Bezmialem Vakıf Üniversitesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Ana Bilim Dalı, İstanbul

GİRİŞ: Çok büyük, ihmal edilmiş, erozyone total uterovajinal prolapsusun tedavisinde total kolpokleizis tekniğinin aşamalarını gösteren bir video sunuyoruz.

METOD: 79 yaşında bakımsız bir kadın, son 3 yıldır ülserleşmiş, dışarı doğru sarkış şişkinlik ve kötüleşen pelvik baskı şikayeti ile başvurdu. Prolapsusun kötüleşmesi günlük aktivitelerini, yürüyüş ve kişisel bakımını kısıtlamıştı. Daha önce pesser kullanılmaya çalışılmış, ancak prolapsus boyutunda peserin orantısızlığı nedeniyle başarısız olmuş.

Cinsel olarak aktif değildi ve gelecekte cinsel olarak aktif olma planları yoktu. Karaciğer yetmezliği ve hipertansiyon öyküsü vardı. Karaciğer fonksiyon testleri, böbrek fonksiyon testleri, karaciğer enzimleri ve tam kan sayımı normal sınırdıydı. Daha önce eşlik eden hastalıklar nedeniyle cerrahi seçenek önerilmemiş veya hasta kabul etmemişti. Servikal smearin normal olduğunu ve postmenopozal kanama şikayeti olmadığını bildirdi. Ülser, ödemli, büyük, redükte edilemeyen prolapsus ve idrara çıkma güçlüğü ile başvurdu. Vajinal mukoza, vajinal epitelin yaklaşık % 80'inde erozyon mevcuttu. Rezidü idrar miktarı hacim 400 ml idi. Ultrasonda uterus atrofik endometriyum ince idi. Ateş veya titreme olmadığını bildirdi. Hasta ülser ve ödem tedavisi için hastaneye yatırıldı. İdrar sondası yerleştirildi. Islak pansuman ve manitol ile 20 dakikalık hiperosmotik pansuman planlandı. Kısa sürede geniş vajinal epitel erozyonların iyileşmesi muhtemel olmadığı için obliteratif kolpokleizis cerrahisi sunduk. Hasta ve yakınları cerrahi ve video kaydı için bilgilendirilmiş onam verdiler.

Bu operasyon larengal maske hava yolu ile derin intravenöz sedasyon altında gerçekleştirdi. Bu prosedür için, dorsal lithotomi pozisyonu için YelloFin bacaklıklarını iyi bir mobilizasyon sağlamak için kullanmayı tercih ediyoruz. Diseksiyon hattının tanımlanmasının bir parçası olarak, eksternal üretral orifisten 3 cm distal seviyede dairesel çizgi çizildi. İnce diseksiyon yapmak ve iyi bir hemostaz sağlamak için %1 lidokain ve epinefrin ile erozyone oluşturma vajina epiteline hidrodiseksiyon uygulandı. Makas ile keskin diseksiyon ve bisturinin keskin kenarını sürterek deepitelizasyon yapıldı. Tüm vajinanın de-epitizasyonundan sonra, emilebilen poliglaktin 910 sütürlerle, hemostaz dikkatle dikkatlice prolapsuyu tamamen azaltmak için pursu sütürleri atıldı. Potansiyel boşlukların engellemek için sık purse sütürleri atıldı. Proksimal dairesel insizyon, tek tek, no: 1 poliglaktin 910 sütür ile enine olarak kapatıldı. İntroitusu daraltmak için anterior ve posterior vajinalde iki ayna görüntüsü üçgen diseke edildi. Anterior üçgenin apeksi üretral açıklığının 1 cm proksimalinde, taban enine vajinal sütür hattında ve arka üçgenin apeks noktası fourchette ve tabanı enine vajinal sütür hattındaydı. Yeni perineal cisimcik oluşturulmasından sonra, önu üçgenin apeksinden başlayarak dikey üçgenin apeksine kadar vertikal olarak suture edildi.

SONUÇLAR: Videoda vurgulanan teknik hususlar şunları içerir:

(1) Sadece erozyone olmayan alanlara epinefrinli lidokain ile hidrodiseksiyon, (2) Erozyonlu alanların dokuların birbiri ile karşı karşıya gelip yapışması için kullanılması, (3) Sık purse sütürler ile potansiyel boşluk lamayacak şekilde hemostaz, (4) Anterio ve posterior üçgenleri çıkartılması ve vertikal olarak suture edilmesi nedeniyle vajina girişinin daraltılması (5) Uterus alınmadan total kolpokleizis yapılması.

Postoperatif 1 ay kontrolünde cerrahi komplikasyon görülmüdi.

Sonuç Sunduğumuz teknik ile özellikle mukozadaki ülserlerin iyileşmesinin mümkün olmadığı, geniş erozyonu olan hastalarda, uterus bırakılarak morbiditesi az, kısa süreli operasyonlar gerçekleştirilebilir.

Anahtar Kelimeler: Kolpokleizis, Prolapsus, Erozyon

VS-30**Total Laparoskopik Histerektomide Vajinal Cuff Kapatılmasında Yeni Sütür Tekniği**

Sabri Çolak, Beril Gürlek, Bülent Yılmaz

Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, Rize

GİRİŞ: Minimal İnvaziv Cerrahi ve Total Laparoskopik Histerektomi son yıllarda en çok tercih edilen yöntemdir. Açık cerrahiye göre önde gelen avantajları nedeniyle uygun hastalarda ilk tercih kabul edilmektedir. Amacımız Total Laparoskopik Histerektomide vajinal cuff kapatılmasında daha güvenli ve daha kısa sürede uygulanacak etkin sütürasyon yöntemini bulmaktır.

MATERYAL-METOD: Günümüzde yapılan Laparoskopik Histerektomilerde vajinal cuff kapatılmasında intracorporeal sütürasyon en çok tercih edilen yöntemdir. Vajinal cuff sütürasyonu için geçen süre, operasyon süresini belirlemede en önemli aşamalarından biridir. Sıklıkla kullanılan sütür materyalleri vicrly ve barbed sütürdür.

Ancak sütür materyallerinden barbed sütüründaha çok tercih edilme sebebi de daha kısa sürede ve daha güvenli vajinal cuff kapatılması olarak belirtilmektedir. Biz de bu nedenden dolayı daha maliyeti düşük olan vicrly sütürün modifikasyonu ile vajinal cuff kapatılmasını daha kısa sürede ve daha etkin bir şekilde gerçekleştirebilir miyiz?

Seçilmiş uygun hastalarda Total Laparoskopik Histerektomide vajinal cuff kapatılmasına kadar tüm cerrahi aşamalar tamamlandıktan sonra no:0-1 ve 35-40mm iğneli vicrly ekstrakorporeal olarak modifiye edildikten sonra (video1) vajinal cuff continue kapatılırken cuffin ortasında modifiye sütürasyon (video2) vajinal cuff bitiminde tekrar modifiye sütürasyon ile (video3) vajinal cuffi kapatmaktayız. Bu yöntemle daha kısa sürede daha etkin ve maliyeti düşük bir şekilde cuff sütürasyonu gerçekleştirilmiş olmaktadır.

SONUÇ: Total Laparoskopik Histerektomide vajinal cuff kapatılmasında bu yeni sütürasyon yöntemi ile kısa vadede bir komplikasyon gerçekleşmemiştir ama uzun dönem randomize kontrollü sonuçlara ihtiyaç vardır.

Anahtar Kelimeler: laparoskopi, histerektomi, vajinal cuff, sütürasyon, modifiye sütür

VS-31**İnterstisyel Gebeliğin Laparoskopik Tedavisi**Erdal Seker

sağlık bilimleri üniversitesi gazi yaşargil eah kadın doğum ek bina diyarbakır

AMAÇ: İnterstisyel gebeliğin laparoskopik rezeksiyon ile nasıl güvenli bir şekilde idare edilebileceğini göstermek.

Tasarım: Tekniğin video ile gösterilmesi.

İnterstisyel gebelik, ektopik gebeliğin en nadir görülen formlarından biridir. Tüm ektopiklerin sadece% 2-4'ünü temsil ediyor. Hasta kliniğimize vajinal kanama ile başvurdu. Hastanın uterus interstisyel bölgesinde 7 haftalık bir hamilelik vardı.

Bu interstisyel hamilelik laparoskopik olarak güvenli bir şekilde yönetilebildi.

Girişimler: Kan kaybını en aza indirmek için birkaç kilit stratejiyle ileri interstisyel gebeliğe laparoskopik yaklaşım:

1. İnterstisyel gebelik ve uterus kavşağının koteterizasyonu
2. Gebelik kesesinin enükleasyonu
3. Uterin katmanları vicryl ile suturasyonu
4. Spesmeni bir eldiven torbasıyla optik trokardan çıkarmak

SONUÇ: inteyisyal gebelikler laparotomi ile tedavi edilmiştir. En düşük cihaz kullanımı ve düşük maliyetle interstisyel gebeliğin güvenli laparoskopik ameliyatını gösterdik.

Anahtar Kelimeler: ektopik gebelik, interstisyel gebelik, laparoskopi

VS-32**Uterus myometriumuna gömülmüş rahim içi aracın laparoskopik eksizyonu**Ersin Çintesun¹, Feyza Nur Incesu Çintesun²¹Selçuk Üniversitesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Ana Bilim Dalı, Konya²Konya Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği, Konya

AMAÇ: Uterus posterior myometriumuna gömülmüş rahim içi araç (RİA) parçasının laparoskopik olarak eksizyonunun sunulması amaçlanmıştır.

OLGU: 34 yaşında, gravida 3 parite 3 olan hasta 1,5 sene önce rahim içi araç taktırmış. Ancak daha sonra kasık ağrıları olması üzerine RİA'nın çıkarılması için dış merkeze başvurmuş ve araç kısmen çıkarılabilmiş. Geriye kalan kısmının myometriumuna gömülü olduğu saptanması üzerine kliniğimize yönlendirilmiş (Şekil 1 ve 2). Hastaya laparoskopi ile eş zamanlı transvajinal ultrasonografi yapılarak RİA çıkarıldı. Alan intrakorporal kontinü suture ile kapatılarak işleme son verildi. Hasta şifa ile taburcu edildi.

TARTIŞMA: Rahim içi araç kontrasepsiyon amaçlı oldukça yaygın kullanılan bir yöntemdir. invaziv bir işlem olmasına bağlı RİA ların batin içi organlara hasar vermesine kadar literatürde çok sayıda olgu bildirimi mevcuttur. İşlem sonrası periyodik takiplerin yapılması önemlidir.

Anahtar Kelimeler: rahim içi araç; laparoskopi, endoskopi, minimal invaziv cerrahi

**VS-33****Laparoskopik retroperitoneal myom eksizyonu**

Ülker Heydarova¹, Doğan Vatansever¹, Bülent Urman², Çağatay Taşkiran²

¹Koç Üniversitesi Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Ana Bilim Dalı, İstanbul

²Koç Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Ana Bilim Dalı, İstanbul

Uterin leiomyomlar en sık görülen benign uterin düz kas tümörleridir. Subserozal, intramural, submukozal, servikal, intraligamental yerleşimli olabilirler. Biz bu olguda nadir görülen retroperitoneal yerleşimli leiomyomlarda laparoskopik cerrahi tekniğini sunmaktayız

Anahtar Kelimeler: uterin leiomyoma, retroperitoneal leiomyoma, laparoskopik cerrahi

VS-34**Laparoskopik Morsellasyon Sonrası Torsiyone Parazitik Myoma Bağlı Bir Akut Batın Vakası**İgbal Osmanov¹, Hasan Onur Topçu², Erhan Reis¹¹Department of General Surgery, Ankara Memorial Hospital, Ankara, Turkey²Department of Obstetrics and Gynecology, Ankara Memorial Hospital, Ankara, Turkey

33 yaşında kadın hasta akut batın tablosuyla acil servise başvurdu. Batın muayenesinde ciddi defans, rebound bulguları mevcuttu. Yapılan abdomen ultrasonografide batın orta hatta, umblikus alt seviyesinde yaklaşık 8x7 cm çapında kitle saptandı. Tomografi ile konfirme edildi. Ardından laparoskopi planlandı. Laparoskopi sırasında sigmoid kolondan beslenmesi olan, yaklaşık 8 cm çapındaki torsiyone paraziter myom ve uterus anterior duvarı ile mesane arasında daha küçük boyutlarda paraziter myomlar izlendi. Stapler kullanılarak paraziter myom ile sigmoid kolon arasındaki bağlantı ayrıldı. Daha küçük boyuttaki paraziter myomlarda eksize edilerek, torba içinde yaklaşık 4 cm transvers kesi ile materyaller çıkarıldı. SONUÇ: Laparoskopik morsellasyon sadece kanser disseminasyonu açısından değil, paraziter myoma da neden olabileceğinden, torba içerisinde yapılması uygun bir yaklaşım olarak düşünülmelidir.

Keywords: laparoskopi, myom, morsellasyon, paraziter myom

**VS-35****Laparoskopik myomektomi ve kolpotomi posterior**Ersin Cintesun

Selçuk Üniversitesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Ana Bilim Dalı, Konya

32 yaşında, nulligravid hasta ara kanama, pelvik ağrı ve karında ele gelen kitle hissi şikayet ile tarafımıza başvurmuşdu. Yapılan ultrasonografide kaviteye yaylandıran, uterus anteriorda 6 cm ve posteriorda 5 cm myom izlendi. Hastaya laparoskopik myomektomi yapıldı. Myomlar kolpotomi posterior ile çıkarıldı. Myomektomi hattı ve kolpotomi alanı intrakorporal sütür ile tamir edildi. Hastada poroperatif herhangi bir komplikasyon gelişmemesi üzerine hasta şifa ile taburcu edildi. Postoperatif takiplerinde de herhangi bir problem yaşanmadı.

Anahtar Kelimeler: laparoskopi, myomektomi, kolpotomi

VS-36**Adneksiyal myomu taklit eden ince barsak orijinli gastrointestinal stromal tümör: nadir bir vaka**Kubra Ozkan Karacaer¹, Oruç Numan Gökçe², Servet Hacivelioğlu¹¹Çanakkale 18 Mart Üniversitesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Ana Bilim Dalı, Çanakkale²Çanakkale 18 Mart Üniversitesi, Genel Cerrahi Ana Bilim Dalı, Çanakkale

GİRİŞ VE AMAÇLAR: Gastrointestinal stromal tümörler(GİST) tüm gastrointestinal sistem (GİS) tümörleri içinde oldukça nadirdir. Bununla birlikte GİS'in mezenkimal tümörleri arasında en yaygın görülen türdür. GİST'ler çoğunlukla asemptomatiktir. En sık yerleşim yerleri mide ve ince barsaklar olmakla birlikte tüm GİS'e yerleşebilmektedir. Biz adneksiyal myom ön tanısı ile opere ettiğimiz vakada nadir görülen GİST'in ayırıcı tanındaki yerini sunmayı amaçladık.

VAKA: 42 yaşında hasta kliniğimize anemi etiyolojisi araştırılması amaçlı başvurdu. Daha önce 2 vajinal doğum öyküsü olduğu ve myoma uteri nedeni ile takipli olduğu bilinen hastanın yapılan transvajinal ultrasonografide sağ over ve uterus arasında 74x60mm'lik dejenerer myom ile uyumlu kitle tespit edildi. Her iki over ve uterus normal görünümde izlendi. Pelvik manyetik rezonans görüntülemesinde sağ overyan loj yerleşimli transvers çapları 75x74mm olan ve homojen kontrastlanan kitlesel lezyon (over ca?) izlendi. CA-125 düzeyi normal saptandı ve hastaya tanısız laparoskopi yapıldı. Operasyonda bir adet 10mm umbilikustan ana trokar ve iki adet 5mm yardımcı trokarlar olmak üzere 3 adet trokar ile batına girildi. Batın gözleminde sağ adneksiyal alanda uterus arkasında ve mesane peritonundan parazitik olarak beslenen ilk etapta parazitik myom izlenimi veren yaklaşık 8cm'lik mobil kitle izlendi. Ayrıca 5-6cm ileum segmentinin kitleye yapışık olduğu izlendi. Yapışık izlenimi veren barsak segmenti kitleden keskin ve künt diseksiyonlarla ayrılmaya çalışılırken kitlenin barsak duvarına tamamen penetre olduğu ve barsak duvarından köken aldığı izlendi. Diseksiyon esnasında yaklaşık 2cm'lik barsak bölgesinde barsak lümenine girildiği görüldü. Kitle barsaktan ayrıldıktan sonra spesimen çıkarma torbası ile batın dışına alındı. Ardından ince barsak onarımı için mini laparotomi kararı verildi ve yaklaşık 6-7 cm'lik ince barsak segmenti rezeke edilerek primer uç uca anastomoz yapıldı. Hasta postoperatif 6. gününde taburcu edildi. Hastanın final patoloji sonucu GİST ve cerrahi sınırlar temiz olarak raporlandı. Tümörün Dünya Sağlık Örgütü 2019 Armed Forces Institute of Pathology (AFIP) verilerine göre 3a kategorisinde, histolojik derecesinin 2 ve hafif atipili bir karakterde olduğu raporlandı. Hastaya Medikal Onkoloji tarafından İmatinib tedavisi başlandı.

TARTIŞMA: Adneksiyal kitlelerin non-jinekolojik nedenleri arasında GİST'ler oldukça nadirdir. Jinekoloji literatüründeki vaka raporlarında en sık ince bağırsak ve mideden kaynaklandığı bildirilmiştir. Literatürdeki olguların neredeyse tamamında preoperatif tanı leiomyoma veya adneksiyal kitledir. Bunun nedeni, GİST'in miksoid dejenerasyonuna bağlı spesifik olmayan görünümüdür (1). Bizim olgumuzun transvajinal ultrasonografisi parazitik leiomyoma ile uyumlu idi.

GİST'ler çoğunlukla benign karakterli olup primer tedavi cerrahi rezeksizyondur. AFİP; GİST'leri prognozu etkileyen faktörlerden tümörün boyutu ve mitotik aktivitesi değişkenleri ile gruplandırması ve bu grupların yerleşim yerine göre malignite potansiyeli ve ilerleyici hastalık riski açısından oranlamıştır. Vakamız tümör çapının 5-10cm arasında olması, mitotik aktivitesinin 5'ten az olması sebebiyle 3a kategorisindedir ve literatürde bu kategorideki ince barsak yerleşimli vakalarda ilerleyici hastalık gelişme ihtimali %24 olarak



belirtilmektedir (2).

SONUÇ: GİST'ler özellikle ince barsak yerleşimli olduğunda adneksiyal kitle belirti ve bulgularıyla karşımıza çıkabilmektedir. Bu nedenle adneksiyal kitlelerin preoperatif değerlendirmesinde GİS'e ait patolojiler yönünden değerlendirilmelidir.

KAYNAKLAR

- 1.Pinto, V., Ingravallo, G., Cicinelli, E., Pintucci, A., Sambati, G. S., Marinaccio, M., & D'Addario, V. (2007). GISTs mimicking gynecological masses on ultrasound: A report of two cases. *Ultrasound Obstet Gynecol*, 30(3), 359-361.
- 2.GISTs: pathology and prognosis at different sites. AU Miettinen M, Lasota J SO Semin Diagn Pathol. 2006;23(2):70.

Anahtar Kelimeler: Laparoskopi, gastrointestinal stromal tümör, adneksiyal kitleler

VS-37**Laparoscopic myomectomy specimen retrieval through the satellite trocar incision**

Mustafa Serdar Yaşartekin¹, Ceren Ünal¹, Ulkar Heydarova¹, Barış Ata²

¹Department of Obstetrics and Gynecology, Koç University Hospital, İstanbul, Turkey

²Department of Obstetrics and Gynecology, Koç University Medical Faculty, İstanbul, Turkey

Laparoscopic myomectomy specimen retrieval through the satellite trocar incision

BACKGROUND: Laparoscopic excision procedures require different removal techniques due to the tissue formation. Myomectomy specimens are usually in a dense form and round shape. Posterior colpotomy and or morcellation are options for tissue removal. As a more convenient method, the trocar incision can also be used by giving a linear shape to the specimen. A 39 year old woman admitted to our hospital with the complaint of heavy menstrual bleeding. The pelvic examination and transvaginal ultrasound showed a 4 cm diameter intramural myoma in the posterior uterine wall.

METHODS: Laparoscopic myomectomy was performed with the help of one main and three satellite trocars. Main port was planned to be umbilical and 10 mm diameter. Energy source was Harmonic technology.

RESULTS: Laparoscopic myomectomy was scheduled. An incision was performed on the posterior serosal surface in order to explore the myoma. The myoma was enucleated with the help of traction and counter traction. Uterine defect was sutured, there was no bleeding. The myoma was held counter traction with teneculum from satellite trocar and Kocher's forceps from the other trocar. A vertical incision followed by a horizontal incision was performed by the help of Harmonic technology. Thus, a linear form was provided rather than round shape, leading a convenient removal procedure from the satellite trocar.

CONCLUSIONS: Tissue removal from the operation site is one of the most time consuming steps of laparoscopic surgery. Providing a linear shape to the myoma makes retrieval of the specimen possible through the trocar incision without requiring posterior colpotomy.

Keywords: laparoscopic myomectomy, morcellation, trocar incision

VS-38**Laparoskopik Myomektomi**

Elif Uçar, Ayşe Demirdöken, Oğuzhan Karakoç, Süleyman Salman
Gaziosmanpaşa Taksim Eğitim Araştırma Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Ana
Bilim Dalı, İstanbul

Uterin leiomyomlar kadınlarda en sık görülen pelvik bölge kaynaklı tümördür. Myometriumun düz kas hücrelerinden ve fibroblastlarından kaynaklanan benign tümörlerdir. Üreme çağındaki kadınlarda ortaya çıkmakla birlikte semptomatik ya da asemptomatik olabilmektedirler. En sık semptomları anormal uterin kanama, pelvik ağrı ve karında şişkinlik hissi dir. Submüköz myomlar infertiliteye neden olabileceği gibi olumsuz gebelik sonuçları da doğurabilmektedirler. Miyomektomi seçilmiş hastalarda laparoskopik olarak yapılabilir. Yapılan çalışmalara göre laparoskopik myomektomi azalmış morbidite, kanama miktarının daha az olması, hastanede kalış süresinin az olması, özellikle doğurganlığı etkileyebilecek daha az adneksiyal adezyon olması gibi nedenlerle abdominal myomektomiye kıyasla çeşitli avantajlar sunmakla birlikte cerrahi uzmanlığa ve deneyime bağlı olması işlemi sınırlamaktadır. Videosunu sunduğumuz 36 yaşında gravida 1 parite 1 normal spontan yolla doğumu mevcut olan menoraji şikayeti mevcut olup 1 yıl levonorgestrelli rahim içi araç kullanımına rağmen kanamaları düzene girmemiş hastamızda transvajinal ultrasonda uterus posteriorda yaklaşık 4 cm intramural myom izlendi. Operasyon hastaya detaylı olarak anlatılıp onamı alındıktan sonra laparoskopik myomektomi yapmaya karar verildi. Laparoskopik olarak batına girdikten sonra myom üzerinde harmonic yardımıyla insizyon açılarak myom klivajına uygun olarak çıkarıldı. Myometrium ve seroza laparoskopik olarak 1 nolu V-loc sütür ile onarıldı. Ardından 10 luk trokar giriş yerinden batin içine yerleştirilen bir endobag içerisinden morselatör yardımıyla myom morselize edildi. İntraoperatif ve postoperatif komplikasyon izlenmeyen hasta 2 gün sonra taburcu edildi. Postoperatif ikinci ay kontrol edilen hastanın şikayeti yoktu.

Anahtar Kelimeler: laparoskopi, myomektomi, menoraji

**VS-39****Laparoskopide myomektomi spesmeninin posterior kolpotomi ile batin dışına alınması**

Murat Öz, Zeliha Fırat Cüylan, Burak Ersak, Mehmet Mutlu Meydanlı
Ankara City Hospital, Department of Gynecologic Oncology

36 Y G2P2Y2 USG: Sağ adneksiyal alanda 55x45 mm boyutlarında solid komponent ağırlıklı kitle lezyonu izlendi. MR tetkiki önerilir.

MRI: Sağ adneksiyal alanda muhtemelen sağ over kaynaklı 62x51mm boyutlarında solid komponenti baskın, heterojen kontrast tutulumu izlenen kitle lezyonu izlendi.

Klinik Değerlendirme: Sağ adneksiyal alanda overden ayrı olarak izlenen 55x50 mm boyutlarında intraligamenter dejenere myom olarak değerlendirildi.

Laparoskopik myomektomi sonrası spesmenin posterior kolpotomi yapılarak batin dışına alınmasını sunmaktayız.

Anahtar Kelimeler: laparoskopik myomektomi, kolpotomi, posterior kolpotomi

VS-40**Laparoskopik myomektomi vaka sunumu**

Elif Uçar, Hatice Argun Atalmış, Neslihan Kobaner, Süleyman Salman
Sağlık Bilimleri Üniversitesi GOP Taksim Eğitim Araştırma Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği, İstanbul

37 yaşında kronik pelvik ağrı şikayeti olan hasta kliniğimize ağrılarında artma ve menoraji şikayeti ile kliniğimize başvurmuştur. Alınan anamnezinde 1 adet normal vajinal yolla doğumu olan hastanın çocuk istemi mevcuttur. 2 senedir korunmasız ilişkiye rağmen gebe kalamadığını ifade eden hasta son 3 aydır şikayetlerine menorajinin de eklendiğini ifade etti. Yapılan ultrasonografisinde uterus fundus posteriorda 8 cm myom nüvesi izlenmiştir. Hastanın talebi üzerine myomektomi operasyonunun laparoskopik yolla yapılmasına karar verildi. Operasyonda esnasında eksplorasyonda uterus fundus posteriorda yaklaşık 8cm intramural myom izlendi. Her iki adneks normaldi. Gözlenen diğer batin içi organlar doğal izlendi. Harmonic ile tubalardan uzak fundustan yaklaşık 4cm lik insizyon açıldı. Myom kapsülüne ulaşıldı. Myom laporoskopik tek dişliyle traksiyone edildi. ve çevre myometrial dokulardan ayrıştırıldı. myom kökü Oharmonic ile mühürlenerek çıkarıldı. oluşan ölü boşluk V-lock sutur ile kapatılarak kanama kontrol altına alındı. Myom morsalatör ile batin dışına çıkarıldı. Hastada perop ve postop herhangi bir komplikasyon izlenmedi.

Anahtar Kelimeler: laparoscopi, myomektomi,infertilite,ağrı



VS-41

Robotik radikal trakelektomi ve sentinel lenfadenektomi

Can Benlioglu, Bulut Varli, Duygu Altin, Salih Taskin, Ugur Firat Ortac
Ankara Üniversitesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, Ankara

38 yaşında Adenokarsinoma-in-situ tanılı serviks kanseri olgusunda robotik radikal trakelektomi ve sentinel lenfadenektomi vakası.

Anahtar Kelimeler: robototik cerrahi, serviks kanseri, jinekolojik onkoloji

VS-42**Lokal ileri evre servikal kanser vakasında bulky paraaortik lenf nodlarının laparoskopik eksizyonu ve ovaryen transpozisyon**

Nasuh Utku Doğan, Selen Doğan, Ünzile Korkmaz, Emine Bıçak Şen
Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum AD

Lokal ileri evre servis kanserinde laparoskopik sistemik pelvik ve paraaortik lenfadenektomi radyolojik evrelemeye göre kanser spesifik sağ kalımı arttırmaktadır. PET-CT, MRI ya da diğer radyolojik yöntemlerle ancak metastatik lenf nodlarının % 60'ı saptanmakta ve hastaların neredeyse üçte ikisi cerrahi evreleme sonrası up-stage olmaktadır. 29 yaşında kadın 6 cm servikal kitle (klinik evre IIB) ile kliniğimize başvurdu. Alınan biyopsi sonucu servikal adenokanser olarak raporlandı. Çekilen PET-CT sonucunda pelvik bölgede SUV-max tutulumu yüksek metastatik lenf nodları tespit edildi. Hastaya laparoskopik sistematik pelvik ve paraaortik lenfadenektomi ve yaşı gereği bilateral ovaryen transpozisyon yapıldı. İntraoperatif olarak obturator, presakral bölgede, interaortikokaval ve renal ven altı bölgede bulky lenf nodları eksize edildi. İntraoperatif herhangi bir komplikasyon gelişmedi. Post-operatif 3.günde hasta taburcu edildi. Nihai patoloji sonucu 10 adet paraaortik, 5 adet pelvik lenf nodunda metastaz saptandı. Hasta extended field konkomitan kemoradyoterapi için bir hafta sonra radyasyon onkolojisi bölümüne refere edildi. Post-opereatif 13. ayda hastanın son kontrolünde herhangi bir problem saptanmadı. Sonuç olarak laparoskopik evreleme cerrahisi lokal ileri evre servis kanserinde radyoterapi sahasını belirlemede ve kanser spesifik sağ kalımı artırmada faydalı bir yöntemdir.

Anahtar Kelimeler: servikal kanser, metastatik lenf nodları, laparoskopik evreleme

VS-43**Laparoskopik asiste vajinal radikal trakelektomi: Serviks kanserinde fertilite koruyucu minimal invaziv yaklaşım**

Nasuh Utku Doğan, Selen Doğan, Mert Cenker Güney, Can Dinç
Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum AD

Erken evre serviks kanserinde radikal histerektomiye alternatif olarak radikal trakelektomi operasyonu ile fertilite korunabilmektedir. Onkolojik sonuçlar radikal histerektomiye benzerdir. Uzun dönemde de her ne kadar preterm eylem ve ve PPRM gibi komplikasyonlar daha sık görülse de hastaların % 80'i çocuk sahibi olabilmektedir. 30 yaşında nullipar hasta servikal biyopside HSIL rapor edilmesi nedeniyle yapılan konizasyonda adenokanser gelmesi üzerine kliniğimize refere edildi. Tümör boyutu 7 mm, invazyon derinliği 5 mm olarak rapor edilmisti ve konizasyon sınırında tümör devam etmekteydi. Tüm abdomen BT ve toraks BT'si normal olan hastanın çekilen pelvik MR'da gros tümör izlenmedi. Hastaya laparoskopik asiste vajinal radikal trakelektomi ve pelvik lenfadenektomi yapıldı. Intraoperatif olarak geçirilmiş konizasyon işlemine bağlı olduğu düşünülen mesane ve vajen ön duvar arası adezyonları mevcuttu. Diseksiyon sırasında mesane perforasyonu gerçekleşti. Mesane defekti 2 kat kontinüü olarak kapatıldı. Total kan kaybı 50 cc idi. Toplam ameliyat süresi 370 dakika idi. Post-operatif herhangi bir problemi olmayan hastanın dreni post-op 2.günde çekildi. Hasta post-op 4.gün taburcu edildi. Mesane sondası 10 gün sonra çekildi. Nihai patolojide 23 adet reaktif pelvik lenf nodu, kronik servisit olarak rapor edildi, endoservikal kanal biyopsisi ve endoservikal küretaj materyalinde herhangi bir patoloji izlenmedi, LVSI negatif idi. Hastanın birinci ay takibinde herhangi bir problem saptanmadı, hasta post-op adet kanamasının normal olduğunu ifade etti. Sonuç olarak laparoskopik asiste radikal vajinal trakelektomi fertilitenin korunduğu minimal invaziv bir cerrahi yaklaşımdır. Abdominal yola göre hastada iyileşme daha çabuk olmakta ve hayat kalitesi korunabilmektedir

Anahtar Kelimeler: Servikal kanser, fertilite koruyucu cerrahi, laparoskopik asiste radikal vajinal trakelektomi

VS-44**Laparoscopic Para-Aortic Lymphadenectomy in 10 Steps**

Gülşen Doğan Durdağ, Songül Alemdaroğlu, Seda Yüksel Şimşek, Şafak Yılmaz Baran, Hüsnü Çelik

Department of Gynecology and Obstetrics, Başkent University, Adana, Turkey

OBJECTIVE: To show details of para-aortic lymphadenectomy step-by-step.

METHOD: Laparoscopic para-aortic lymphadenectomy is demonstrated in this video presentation.

RESULTS: Para-aortic lymph node dissection is started with incision of peritoneum over right common iliac artery up to aortic bifurcation. Elevation of peritoneum provides a better view of surgical field. After all field is visualized, para-aortic lymphadenectomy is started from the region where ureter crosses the common iliac artery at both sides, and dissection is continued in the cranial direction.

Right ureter, left ureter and hypogastric nerve is identified, and inferior mesenteric artery is also identified. Para-aortic lymphadenectomy is performed in three parts. Lymph nodes at anterior aorta and intercava-aortic region, paracaval and retrocaval region and left lateral part of aorta are dissected respectively. Perforating veins are coagulated during dissection. Right ovarian vein is identified, ligated with a clip and cut if needed. Upper limit of lymphadenectomy at the level of left renal vein is also lymphatic channels coagulated and cut with a clip to prevent chylorrhea. When dissection of the lymph nodes is completed, the lymph nodes are put in an endobag and taken outside the abdomen.

CONCLUSION: Although laparoscopic lymphadenectomy has some technical difficulties, minimal invasive procedure is safe and feasible in gynecologic oncological surgery.

Keywords: Laparoscopy, Gynecologic Oncology, Paraaortic Lymphadenectomy

VS-45**Laparoskopik Radikal Parametrektomi**Kemal Gungorduk

Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Jinekoloji Onkoloji Cerrahisi, Muğla

56 yaşında (gravida 2, parite 2) jinekoloji onkoloji kliniğine smear sonucu atipik glandüler hücreler olması nedeniyle refere edilen hastanın yapılan kolposkopi ve servikal biyopsi sonucu adenokarsinoma-insitu (AIS) olarak raporlandı. Endometrial örneklemede patoloji saptanmadı. Transvajinal ultrasonografide ayrıca 7,5 cm'lik sol pelvik alana yerleşmiş intraligamental myom nüvesi tespit edildi. Hastaya loop elektrocerrahi eksizyonel prosedür (LEEP) ve endoservikal küretaj yapıldı. LEEP patolojisi AIS olarak rapor edilen hastaya total laparoskopik tip A histerektomi + bilateral salpingooforektomi uygulandı. Patoloji sonucu 1.9 cm'lik adenokanser ve lenfovasküler alan invazyonu negatif olarak raporlandı. PET-CT'de uzak metastaz ve lenf nodu tutulumu saptanmadı. Multidisipliner tümör konseyinde tartışılan hastaya radikal parametrektomi + vajenektomi yapılması planlandı. Laparoskopik olarak yapılan cerrahi işlem sonrası komplikasyon gelişmeyen hasta postoperatif 4. gün taburcu edildi. On sekiz aydır düzenli takipleri yapılan hastada nüks gelişmedi.

Anahtar Kelimeler: parametrektomi, laparoskopi, serviks adenokanseri

VS-46**Laparoscopic Pelvic Lymph Node Dissection; Surgical Anatomy and the Definition of Anatomic Landmarks**

Akbar Ibrahimov

Department of Gynecologic Oncology, Azerbaijan Medical University, Baku, Azerbaijan

OBJECTIVE: Pelvic lymph node dissection is one of the important surgical procedures in gynecologic oncology practice. Knowledge of the anatomy of the retroperitoneum and development of potential spaces facilitates pelvic lymph node dissection. Therefore, the aim of this surgical video is to demonstrate anatomic landmarks of laparoscopic pelvic lymphadenectomy.

METHODS: A step-by-step explanation of the procedure using a video.

RESULTS: This is the case of a 55-year-old woman presented with postmenopausal bleeding. Endometrial biopsy was performed and pathology revealed FIGO grade 1 endometrioid endometrial adenocarcinoma. Pelvic magnetic resonance imaging also confirmed 34*24 mm endometrial mass. There was no suspicious lesion for metastasis and laparoscopic staging surgery was planned. Laparoscopic hysterectomy, bilateral salpingo-oophorectomy and bilateral pelvic lymph node dissection were carried out in the unit of Gynecological Oncology, Azerbaijan Medical University. Anatomic landmarks for laparoscopic pelvic lymphadenectomy were reviewed in this surgical video.

CONCLUSION: The key to safe, efficient, and effective laparoscopic surgery is a comprehensive knowledge of anatomy. Therefore, understanding of the detailed pelvic anatomy is essential for performing laparoscopic pelvic lymphadenectomy.

Keywords: Laparoscopy, lymph node dissection, pelvic

VS-47**Endometrium kanserinde laparoskopik paraaortik lenfadenektomi**

Sevtap Seyfettinoglu, Ganim Khatib

cukurova üniversitesi tıp fakültesi kadın hastalıkları ve doğum anabilim dalı, jinekolojik onkoloji bilim dalı

Endometrium kanseri gelişmiş ülkelerde en sık görülen jinekolojik malignitedir. Laparoskopik lenfadenektomi, lenf nodu diseksiyonu gerektiren jinekolojik maligniteler için teknik olarak geçerli ve güvenli bir yöntem olarak görünmektedir Laparoskopik paraaortik lenfadenektomi endometrium kanseri cerrahisinde minimal invaziv cerrahinin faydalarını hasta ve hekime sunmayı sağlar. Postoperatif hastanede yatış süresi, kozmetik avantajları ve iyileşme sürecine olumlu etkileri mevcuttur. Laparotomiye göre laparoskopide daha az morbidite, daha az hastanede kalış süresi ve günlük aktiviteye daha çabuk dönüşün olduğu bildirilmiştir.

OLGU: 54 yaşında postmenapozal dönemde vajinal kanama şikayeti bulunan ve yapılan endometriyum biyopsi sonucu endometrial adenokarsinom olan hasta preoperatif konseyimizde değerlendirildi. Hastaya laparoskopik cerrahi planlandı. Total laparoskopik histerektom, bilateral salpingooforektomi, pelvik paraaortik lenfadenektomi uygulandı. Peroperatif ve postoperatif herhangi bir komplikasyon gelişmedi.

SONUÇ: Minimal invaziv cerrahi endometrium kanseri hastalarımızda sağladığı avantajlar ile tercih edilmesi gereken cerrahi yöntemdir. Literatürde laparatomik cerrahi ile kıyaslandığında daha iyi toplam sağkalım süreleri bildiren çalışmalar mevcuttur. Endometrium kanseri için laparoskopik cerrahi evreleme operasyonları klasik laparatomik yaklaşımlarla karşılaştırıldığında etkili ve güvenilir bir cerrahi alternatiftir.

Anahtar Kelimeler: laparoskopi, paraaortik lenfadenektomi, endometrial kanser

**VS-48****Laparoskopik Wertheim Operasyonu**

Erkan Aslan, Süleyman Salman

Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Gop Taksim Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği, İstanbul

Serviks kanseri, dünya genelinde en sık görülen jinekolojik kanserdir ve tanı yaşı ortalama 48'dir. Tanı servikal biyopsi ile konmakta ve en sık skuamöz hücreli karsinom alt tipi görülmektedir. Serviks kanserinin primer tedavisi radyoterapidir ancak cerrahi de bazı durumlarda primer olarak kullanılabilir. Cerrahi yöntem seçiminde ise güncel literatürde çapı >2cm tümörlerde minimal invaziv yöntem yerine laparotomi önerilmektedir. Vakamız 28 yaş, G4P4, servikal biyopside skuamöz hücreli karsinom FIGO Evre 1b2, tümör çapı 3 cm, MR'da lenf nodu tutulumu yok, bimanuel muayenede parametrium serbest idi. Hastanın bilgilendirilmiş onamı alınarak Laparoskopik Wertheim operasyonu + Pelvik LND + Paraaortik LND yapıldı (2.5 yıl önce). Postoperatif patoloji sonuçlarında FIGO Evre 1b2 doğrulandı, sol obturatuvar lenf nodu pozitif gelen hasta kemoradyoterapiye yönlendirildi.

Anahtar Kelimeler: laparoskopi, wertheim, radikal histerektomi

VS-49**Minilaparoscopic Paraaortic Lymph Node Dissection and Repair of External Iliac Vein Injury**

Dogan Vatansever¹, Burcu Yilmaz Hanege¹, Tuncer Kumcular³, Macit Arvas³, Cagatay Taskiran²

¹Department of ObGyn, Koc University Hospital, Istanbul, Turkey

²Department of ObGyn, Division of Gynecologic Oncology, Koc University Faculty of Medicine, Istanbul, Turkey

³Department of ObGyn, American Hospital, Istanbul, Turkey

Background: Paraaortic lymph node dissection (PALND) is a crucial part in surgical treatment of various gynecological cancers. This procedure is being widely performed as a part of surgical staging for ovarian cancer and endometrial cancer, and additionally to tailor adjuvant therapy in locally advanced stage cervical cancer as well. In all of these settings it is reasonable to perform PALND using minimally invasive surgery due to the well-known advantages. Minilaparoscopy is also a feasible option in order to further minimize the procedure. Here in this video we would like to present a minilaparoscopic PALND in a patient with locally advanced cervical cancer. In addition, laparoscopic repair of external iliac vein injury occurred during the procedure has also been demonstrated.

Materials and Methods: The patient was a 52-year-old, nulliparous woman with stage IIB cervical adenocarcinoma. A transperitoneal laparoscopic paraaortic lymph node dissection is performed with the intention of tailoring the adjuvant therapy. We performed the laparoscopic transperitoneal PALND via the following steps:

1. Peritoneal dissection starting over common iliac artery and proceeding to preaortic region;
2. Preparation of paraaortic spaces to the level of IMA;
3. Creation of a window under the sigmoid mesocolon;
4. Retraction of sigmoid and descending colon along with left ureter using a vessel tape;
5. Further preparation of paracaval, precaval and inter-aortocaval paraaortic spaces;
6. Preparation of left paraaortic spaces cranial to the IMA up to the level of left renal vein;
7. Preaortic, inter-aortocaval, precaval and paracaval lymph node dissection.
8. Left sided paraaortic lymph node dissection;

Results: As demonstrated in the current video an external iliac vein injury occurred during the procedure. Nevertheless, patient had an unremarkable postoperative period and she was discharged from the hospital on postoperative day 4. She received definitive concomitant radio-chemo therapy and being followed up for 3 months free of the disease.

Conclusions: Minilaparoscopic transperitoneal paraaortic lymphadenectomy is a feasible, ultraminimal and safe option for selected group of patients with gynecological cancer. Caution should be taken when using sharp instruments during laparoscopy to prevent any unnecessary injury.

Keywords: cervical cancer, pelvic lymphadenectomy, paraaortic lymphadenectomy, vessel injury

**VS-50****Laparoskopik Paraaortik Lenfadenektomi Sırasında Üreter Yaralanması ve İntraoperatif Onarımı**Resul Karakuş

T.C Sağlık Bilimleri Üniversitesi Zeynep Kamil Kadın ve Çocuk Hastalıkları Eğitim Araştırma Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum, İstanbul

OLGU: 65 yaşında postmenopozal kanama şikayeti nedeniyle yapılan endometrial örnekleme sonucu endometrium endometroid adenokarsinom Figo grade 1 gelmesi üzerine hastaya laparoskopik evreleme cerrahisi yapıldı. Evreleme cerrahisinde öncelikle batin yıkma sıvı örneği alındı, ardından laparoskopik histerektomi-bilateral salpingooferektomi yapılarak spesmen patolojiye frozena yollandı. Frozen sonucu endometrium adenokarsinomu iyi diferansiye, 4 cm tümör boyutu, miyometrial invazyon 1/2 den fazla gelmesi üzerine evreleme cerrahisi yapıldı. Paraaortik lenfadenektomi sırasında inferior mezenterik arterin alt kısmında, aortik bifurkasyonun yaklaşık 2 cm üzerindeki mesafede sol üreterde parsiyel yaralanma gelişti. Bunun üzerine ürolojinin intraoperatif olarak üretere sistoskopi eşliğinde double-J yerleştirmesini takiben üreterdeki hasarlı bölge 4.0 vikril ile sütüre edilerek üreter tamiri yapıldı. Daha sonra lenfadenektomisi tamamlanan hastanın operasyonu tamamlandı.

Postoperatif takiplerinde bir sorun olmayan hastanın, üreterinde 3 ay double-J ile kalmak sureti ile postoperatif 4. gününde hastaneden taburcusu yapıldı. Postoperatif 3. ayında double-J si çekilen hastanın sonraki 6. ve 12. aydaki takiplerinde; muayenesinde ve üriner sistem ultrasonunda bir sorun tespit edilmedi.

SONUÇ: Laparoskopik lenfadenektomi sırasında nadir olarak üreter yaralanması gelişebilmektedir. Bu komplikasyonun intraoperatif olarak tespit edilip onarılması önemli olup, ileride oluşabilecek daha ciddi komplikasyonların önüne geçmesini sağlamaktadır. Laparoskopik üreter onarımı güvenli ve etkili bir şekilde yapılabilir.

Anahtar Kelimeler: laparoskopi, lenfadenektomi, üreter, double-J

VS-51**Ekstrakorporeal Vajinal Myomektomi: Spillage'a engel olabilir mi?**

Hanifi Şahin¹, Eda Adeviye Şahin², Kadir Bakay³

¹Department of Gynecologic Oncology, Faculty of Medicine Istinye University
Gaziospanspa Medical Park Hospital, İstanbul, Turkey.

²Department of Obstetrics and Gynecology, Malatya Education and Research Hospital,
Malatya, Turkey

³Department of Gynecology and Obstetrics, Faculty of Medicine, Samsun Ondokuz Mayıs
University, Samsun, Turkey.

AMAÇ: Laparoskopik/Robotik miyomektomiye alternatif olarak transvajinal doğal orifis cerrahisi ile ekstrakorporeal miyomektomi yapmak için yeni bir yaklaşım göstermek.

Hastalar: Bu teknik Malatya Eğitim ve Araştırma hastanesinde 33 hasta üzerinde uygulanmıştır. Tüm hastalar bu teknik ile başarılı olarak tedavi edilmiş ve hiçbir hastada komplikasyon meydana gelmemiştir.

Cerrahi Teknik: Genel anestezi altında 2,5 cm kesi ile posterior kolpotomiye takiben vajinal ekartörler yerleştirildi. Tek dişli forsepslerle uterus posteriordan 2-3 adımda tutularak vajinal yoldan dışarı alındı. Uterusun anterior, posterior ve fundustan kaynaklı myomları serozası koter ile kesilerek rezeke edildi. Hemostaz sağlandıktan sonra uterus skarı standart bir emilebilir sütür veya otomatik kilitlenen sütür kullanılarak iki kat halinde dikildi. Kolpotomi kesisi emilebilir bir sütür kullanılarak dikildi.

SONUÇ: Vajinal cerrahi tartışmasız en öncelikli olarak tercih edilmesi gereken minimal invaziv yaklaşımdır. Tip 0-2 miyomlar histeroskopik olarak rezeke edilebilir. Myoma tip 3-7 olan hastalar geleneksel olarak laparotomi, laparoskopi veya robotik cerrahi ile rezeke edilebilir. Ekstrakorporeal vajinal myomektomi bunlara alternatif olarak daha iyi kozmetik sonuçlar ve daha iyi hasta konforu ile ilişkili olabilir. Bir diğer önemli sonuç ise morselasyon veya transabdominal girişimlerdeki spillage riskini önleyebilir.

Anahtar Kelimeler: Vajinal Myomektomi, Morselasyon, Ekstrakorporeal

VS-52**A novel, minimally invasive approach to Pelvic Organ Prolapsus surgeries: Using Transvaginal Natural Orifice Transluminal Endoscopic Surgery (vNOTES) for sacrocolpopexy and uterosacral ligament suspension**

Sema Baghaki, Cihan Kaya, Aysun Fendal Tunca, Sukru Yıldız

Department of Obstetrics and Gynecology, University of Health Sciences, Istanbul Bakirkoy Sadi Konuk Research and Training Hospital

INTRODUCTION: Transvaginal Natural Orifice Transluminal Endoscopic Surgery (vNOTES) is a novel, minimally invasive procedure that enables surgeon to perform surgeries through vagina. However, there is a lack of experience regarding prolapse surgery through NOTES. In those video presentations, we aimed to show important points and steps that should be more cautious when performing NOTES sacrocolpopexy and NOTES uterosacral ligament suspension.

Patients: Our first patient was a 58 years old, G4 P4 (normal spontaneous labor) woman who had stage 3 prolapsed uterus. Total vaginal length and vaginal hiatus were 7 and 8 cm respectively. Vaginal hysterectomy and NOTES Sacrocolpopexy were planned.

The second patient was a 45 years old G6P6(normal spontaneous labor) lady who also complained for stage 3 prolapsed uterus. Total vaginal length and vaginal hiatus were 6 and 10 cm respectively. Vaginal hysterectomy with concomitant NOTES High Uterosacral Ligament Suspension was planned.

METHODS: After performing vaginal hysterectomies in both cases, we inserted a self-constructed glove port with a small-sized Alexis Wound Retractor through the colpotomy openings. Then bowels were pushed towards abdomen for a better visualization of sacral area. In the first patient, after dissecting the peritoneum over the promontorium, we anchored the long arm of Y shaped mesh with Tacker and sutures to the sacrum. Then we sutured the peritoneum over mesh in order to prevent possible adhesion risk of bowels to the mesh. After that we ended NOTES part of the surgery and sutured the short arms of mesh to the cuff conventionally. In our second patient, we sutured the uterosacral ligament to a higher and more medial level than normally done in conventional uterosacral ligament suspension. Since there is a higher risk of ureteral injury or kinking in this approach, we performed cystoscopy after completion of NOTES.

Main RESULTS: In our first patient, the total duration of operation was 140 minutes and the total blood loss was 50 ml. In the second patient, the total duration of operation was 120 minutes and the total blood loss was 80 ml. Postoperative POPQ staging showed that there was no prolapsus in the first, sixth months and 1. year follow-ups of both patients.

CONCLUSION: Using vNOTES in Pelvic Organ Prolapsus surgeries is a feasible, novel minimally-invasive approach with good long-term outcomes. It can be a reasonable option for patients who concerns about cosmetic results.

Keywords: urogynecology, sacrocolpopexy, vNOTES, uterosacral ligament suspension

VS-53**Yeni 30 dakikada histeropeksi tekniği: Sakro Uterin Teyp Simulasyonu (SUTS)**Serdar Aydın

Bezmialem Vakıf Üniversitesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Ana Bilim Dalı, İstanbul

GİRİŞ: Abdominal veya minimal invazif sakro-histeropeksi apikal veya multikompartman prolapsusu için standart referans operasyon olarak kabul edilir. Bu ameliyat gelişmiş dikiş atabilme becerisi, gelişmiş diseksiyon becerisi gerektirir ve meş erozyonu, disparoni, ileus de novo bağırsak disfonksiyonu, intraoperatif mesane ve gastrointestinal yaralanma komplikasyonları ile ilişkilidir. Sunduğum bu kolay, uygulanabilir ve minimal invazif teknik apikal defekti veya apikal defekt ile birlikte anterior / posterior vajinal duvar defektini asgari meş yükü, kısa operasyon süresi ve normal destek yapıların takliti ile sağlanan en iyi anatomik sonuç avantajlar ile düzeltir.

Teknik: operasyon iki aşamadan oluşur: ilk olarak vajinal cerrahi, sonrasında laparoskopik aşama. Anteriorda mesaen arkada rektum reddedilir. Kolpotomi posterior ile peritona girilir.

Mid üretral sling meşi solda saat 2-4 hizasında, sağda 8-10 hizasında serviks dokusunun içinden geçirilir. Meş anterior sevikal dokuya tespit edilir. Meş bantın serbest uçları peritona gönderilir ve vajinal insizyonlar kapatılır. Sonrasında laparoskopik işlemine geçilir. Sağda ve solda meşin serbest uçları yarım daire şeklinde eğilmiş laparoskopik grasper yardımı ile sakrouterine ligamanın uzanımı taklit edilerek periton altı tünelden geçer. Meşin uçları bilateral olarak promontoryuma hafif tansiyon ile fiks edilir. Periton insizyonları kapatılır.

Deneyim: Bu histeropeksi tekniğini, intraoperatif ve erken postoperatif dönem komplikasyonu olmadan, esas olarak apikal uterin prolapsusu olan 10 hastada kullandım. İhtiyaç halinde ön kolporafi, posterior kolporafi ve perinoplasti uygulandı. Bant 10-20 dakikada servik içinde yerleştirilmiş ve laparoskopik işlemi 20-30 dakika içinde tamamlanmıştır.

SONUÇ: Yeni histeropeksi tekniği asgari meş yükü, kısa ameliyat süresi ve normal sakrouterin ligamanı taklit eden destek avantajlarıyla ile öncelikli olarak apikal veya çok kompartman defekti düzeltmek için kolay, uygulanabilir ve minimal invaziv bir yoldur.

Anahtar Kelimeler: Histeropeksi, sakrokolpopoksi, Minimal invazif, meş, apikal prolapsus

VS-54**Derin infiltratif endometrioizde laparoskopik yaklaşım**Seda Şahin Aker, Salih Taşkın

Ankara Üniversitesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Ana Bilim Dalı, Ankara

Endometriozis endometrial gland ve stromanın uterus dışında bulunmasıdır..Derin infiltratif endometriosis(DİE) posterior kul de sac, barsak ve üreterlerde bulunması olarak tanımlanmaktadır.DİE tanımı endometriotik odağın peritonun 5 mm derininde bulunmasıdır. DİE semptomları dismenore,şiddetli disparoni,diskezi, ağrılı defekasyon, rektal kanamadır. Muayene bulguları ise spekulumda vaginal nodüller, bimanuel muayenede ele gelen kitle, fikse uterus, deviye serviks,fibrotik uterosakral ligamentlerdir.Semptomatik DİE’te tedavi cerrahidir ve laparoskopik tercih edilir. Sunumuzda 38 yaşında G:2 P:2 kadın hasta şiddetli dismenore, disparoni şikayeti ile başvurdu. Muayenede cul de sacda nodularite 4 cm boyutlarında,posteriordan fikse uterus, sol overde 4 cmlik endometrioma vagen arka duvarda 4 cmlik nodularite mevcuttu. Laparoskopik yaklaşımla özellikle üretere bitişik lezyonlar üreter diseksiyonu sağlanarak opere edilmiştir.Operasyon sonucunda hastanın disparoni şikayetleri gerilemiş ve FSFI (female sexual function index) skorlarında belirgin iyileşme gözlenmiştir. DİE hayat kalitesini ciddi anlamda bozabilmektedir dolayısıyla semptomatik hastalarda cerrahi yaklaşım özellikle laparoskopi hasta konforu ve cerrahi alana hakimiyet açısından önemlidir.

Anahtar Kelimeler: endometriozis,laparoskopi,derin infiltratif endometriozis

VS-55**Over kanserinde operabilite için laparoskopik skrlama ve değerlendirme**

Seda Şahin Aker, Fırat Ortaç

Ankara Üniversitesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Ana Bilim Dalı, Ankara

Over kanseri çoğu ileri evrede saptanan jinekolojik malignitelerdendir. Postoperatif en önemli prognostik faktör rezidü hastalık olup olmadığıdır. Hangi hastanın neoadjuvan kemoterapiye hangi hastanın sitoredüktif cerrahiye uygun olduğunu belirlemek önemlidir. Sitoredüksiyona uygunluk açısından belirlenen preoperatif cerrahi skrlama sistemleri mevcuttur. Biz de kliniğimizde laparoskopik skrlama sistemlerini kullanarak komplet sitoredüktif cerrahi mümkün mü değil mi tespit ediyoruz. Fagotti skrlama sistemi kullanılarak omental kek,peritoneal karsinamatozis,diyafragmatik tutulum,mezenterik retraksiyon,mide infiltrasyonu,karaciğer metastazı açısından değerlendirilip her bir parametre 0-2 arası puanlandırılıp ≥ 8 ise sitoredüksiyon yerine neoadjuvan kemoterapiye hastalar yönlendirilmektedir. Sunumumuzda kliniğimizde preoperatif skrlama ile değerlendirdiğimiz over kanseri nedeniyle laparoskopik ile değerlendirdiğimiz vakalar sunulmaktadır.

Anahtar Kelimeler: laparoskopik skrlama, over kanseri, fagotti skrlaması

VS-56**Total laparoskopik histerektomide hasarlanan üreterin laparoskopik olarak tamiri**

Neslihan Kobaner Canköy, Hatice Argun Atalmış, Elif Uçar, Süleyman Salman
Gaziosmanpaşa Taksim Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum
Kliniği, İstanbul

Laparoskopik üreter komplikasyonu ve tedavisi

49 yaşında Gravida 4 parite 2 yaşayan 2 abort 2, 2 adet normal spontan doğumu olan hasta kliniğimize Medikal tedaviye dirençli Anormal uterine kanama şikayeti ile başvurdu. Yapılan muayenesinde uterus myomatöze izlendi. Histerektomi kararı alındı.

Operasyon sırasında yapılan eksplorasyonda uterus myomatöze, isthmus posteriorda sol tarafta 4 cm intraligamenter myom nüvesi izlendi.

Ligasure kullanılarak total laparoskopik histerektomi, sağ salpingooferektomi, sol salpenjektomi yapıldı. Perop yapılan kontrol sırasında sağ uterin arter komşuluğunda sağ üreterin tam kat kesilmiş olduğu izlendi. Bunun üzerine Üroloji Doktoru operasyona dahil oldu. Per op sistoskopi yapıldı. Sol üreter salim izlendi.

Sağ üretere guide yardımı ile kesinin proksimal ve distal parçalarına laparoskopik asiste olarak double j katater takıldı ve laparoskopik 4.0 vicryl ile onarıldı.

Oluşan hasar per op fark edilip, laparotomiye dönmeden ve ek trokar girişi yapılmadan onarıldı. Mesane sondası post op 7. günde çekildi ve hasta taburcu edildi. Post op 1 ay sonra yapılan üroloji kontrolüne çağrıldı ve yapılan muayenesinde herhangi bir problem izlenmedi

Anahtar Kelimeler: laparoskopi, üreter, sistoskopi, histerektomi

**VS-57****Video presentation of a laparoscopic approach for repair of a vesicovaginal fistula after total laparoscopic hysterectomy**

Şadıman Kıykaç Altınbaş, Ömer Lütfi Tapısız, Sezin Ertürk Aksakal, Tufan Çiçek

1Department of Obstetrics and Gynecology, University of Health Sciences, Etlik Zübeyde Hanım Women's Health Training and Research Hospital, Ankara, Turkey

A vesicovaginal fistula (VVF) is seen after vaginal delivery in undeveloped countries and after hysterectomy in developed countries. A 68-year-old patient, who had been in menopause for 13 years and underwent total laparoscopic hysterectomy and bilateral salpingo-oophorectomy at an outer center 2 weeks ago, complained of recurrent urinary leakage via the vagina. Cystoscopy revealed a 1 cm fistula opening on the left part of the urinary bladder at the junction of the base, and 3-4 mm close to the left ureteral orifice on the posterior wall of the bladder. In this video presentation, it was aimed to present a patient who underwent laparoscopic repair for a VVF that developed after total laparoscopic hysterectomy. In these cases, it should be kept in mind that the laparoscopic approach of a VVF highly depends on the surgeon's experience, the fistula formation, location, size, conditions that may affect tension-free closure of the tissue.

Keywords: Vesicovaginal fistula, total laparoscopic hysterectomy, laparoscopic approach, repair

VS-58**Uterin perforasyon gelişen küretaj olgusunda Laparoskopik ve Histeroskopik yaklaşım**

Aygün Hamidova, Mete Çağlar, Nuriye Esra Uysal, Ünzile Korkmaz, Hasan Doğukan Çopur
Akdeniz Üniversitesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Ana Bilim Dalı, Antalya

İlk trimestr’de cerrahi abortus yapmak amaçlı bir çok klinikte Novak küret kullanılmaktadır. Bu işlem sırasında uterusun perforasyon riski %0,63’tür. İşlem sırasında oluşan perforasyon nadiren ciddi komplikasyonlara yolaçarsa da, enfeksiyon ve kanama görülebilen komplikasyonlardır. 35 yaşında (g2p1) yoğun vajinal kanama nedenli kliniğimize başvuran hastanın anamnezinde 20 gün önce missed abortus nedeniyle küretaj olduğu öğrenilmiştir. Hasta uterusunda yapısal bir anomali olduğunu belirtmesine rağmen yeterli bilgiyi sağlayacak dokumentasyon sağlayamamıştır. Hastanın muayenesinde endometrial kavite düzensiz ve kalın saptanmış, bakılan hemogram değeri 5,0 gr/DL ölçülmüştür. Hastaya 2 ünite kan takıldıktan sonra revizyon küretaj yapılmıştır. Postoperatif 1 ci gün kontrol USG’de kavitede rest plasenta olduğu görülmüş ve uterusun fundus kısmında hiperekoik yağ dansitesinde bulanıklaşma tesbit edilmiştir. Vajinal kanaması devam eden hastaya tekrar küretaj kararı verilmiştir. İşlem sırasında Novak Kürete yağ dokusu gelmesi üzerine intraoperatif Laparoskopik girişim kararı verilmiştir. Laparoskopi sırasında uterus fundusta 1 cm lik perforasyon alanı izlenmiştir.

Omentum perforasyon sahasına plastrone olduğu görülmüştür. Uterus laparoskopik suture edildikten sonra histeroskopi ile kavite içerisinde rest plasenta dokuları histeroskopi ile temizlenmiştir. Hasta postoperatif 2 ci gün taburcu olmuştur. Bu olgu endoskopinin komplikasyon olgularında güvenle kullanılabileceğini göstermeyi amaçlamıştır

Anahtar Kelimeler: Laparoskopi, Histeroskopi, Komplikasyon

**VS-59****Total laparoskopik histerektomide mesane travması ve onarımı**

Alev Esercan, Ibrahim Yalcın

Şanlıurfa Education and Training Hospital, Obstetrics and Gynaecology
Department, Şanlıurfa

41 yaşında, bilinen bir hastalığı ve ilaç kullanımı olmayan, geçirilmiş myomektomisi ve 4 sezaryeni olan hasta, menometroraji şikayetiyle polikliniğimize başvurdu. Suprapubik ultrasonunda en büyüğü 9x6x6 cm olmak üzere multipl myomları olan ve endometrial örneklemesi benign olan hastaya medikal tedaviye yanıtız anormal uterin kanama +pelvik kitle endikasyonuıla total laparoskopik histerektomi kararı alındı.

Operasyon sırasında mesane yaranması fark edildi ve primer onarıldı. Sonrasında metilen mavisi verilerek kontrol edildi, batına geğış izlenmedi.

Anahtar Kelimeler: total abdominal histerektomi, mesane onarımı, mesane travması, myoma uteri

VS-60**Laparoskopik Burch Kolposüspansiyon: Bir olgu sunumu**Ersin Çintesun

Selçuk Üniversitesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Ana Bilim Dalı, Konya

AMAÇ: Kliniğimizde uygulanmış bir Burch kolposüspansiyon ameliyatının video sunumunun yapılması amaçlanmıştır.

OLGU: 52 yaşında, G2P2 olan hastaya medikal tedaviye dirençli anormal uterine kanama ve stres üriner inkontinans sebebi ile operasyon kararı alındı. Hastaya laparoskopik histerektomi ve eş zamanlı laparoskoik Burch kolposüspansiyon ameliyatı uygulandı. İşlem sonrası komplikasyon gelişmeyen ve post miksiyonel rezidü idrar miktarı 100 cc'den az olan hasta şifa ile taburcu edildi. Postoperatif takiplerinde de hastanın inkontinans şikayetlerinin gerilediği saptandı.

TARTIŞMA: Üriner inkontinans, dünya çapında milyonlarca insanın hayat kalitesini kötü yönde etkileyen ve sık rastlanan bir semptomdur. Kadınlardaki idrar inkontinans'ının tedavisi için pek çok işlem tanımlanmıştır. Özellikle stres üriner inkontinansı olan hastalar cerrahiden fayda görmektedir. Burch kolposüspansiyon, retropubik girişimler içerisinde etkinliğini kanıtlamış bir yöntemdir.

Anahtar Kelimeler: Burch kolposüspansiyon, inkontinans, ürojinekoloji, laparoskopi

VS-61**Laparoskopik supraservikal histerektomi+' Re-Usable Tunneling Device' yardımcı sakroservikopeksi**

Alkan Çubuk¹, Kazibe Koyucu², Ahmet Sahan¹, Orkunt Ozkaptan¹, Oktay Akca¹

¹Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Kartal Dr. Lütfi Kırdar EAH. Üroloji Kliniği, İstanbul, Türkiye

²Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Kartal Dr. Lütfi Kırdar EAH..Kadın Doğum Kliniği, İstanbul

Giriş: FDA uyarıları sonrası prolapsus cerrahilerinde transabdominal yol daha fazla tercih edilir hale gelmiştir. Ayrıca transabdominal yoldan yapılan apikal prolapsus onarımlarının transvajinal yola göre daha yüksek başarı ve daha düşük re-operasyon oranları içerdiğini de bilmekteyiz. Laparoskopik apikal prolapsus cerrahileri apikal prolapsus tedavisi için bir seçenektir ancak literatürde 240 dakikaya kadar varabilen operasyon süreleri ve ileri laparoskopik tecrübe gerekliliği yöntemin dezavantajıdır. Sentetik meşi retroperitoneal alanda bırakabilmek için periton insizyonu ve tekrar sütürasyonu ameliyatın en çok zorlayıcı ve vakit alan kısmıdır. Bu videoda re-Usable Tunneling Device (RTD) yardımcı laparoskopik supraservikal histerektomi +sakroservikopeksi (LASH) tekniği ve avantajları sunulmuştur.

Olgu ve Cerrahi Teknik: 54 yaşında, 4 normal vajinal doğum öyküsü olan vajende şişkinlik şikayeti olan kadın hasta. Üriner inkontinansın eşlik etmediği total uterin prolapsus tespit edildi. Özgeçmişinde batin cerrahi öyküsü yok.

Hastaya genel anestezi altında trendelenburg pozisyonunda önce laparoskopik supraservikal histerektomi yapıldı, takiben RTD ile subperitoneal alanda ilerletilen prolen meş bir ucuyla servikal güdüğe diğer ucuyla promontoryum düzeyinde anterior longitudinal ligamana tespit edildi. Uterus morselatör yardımıyla dışarı alındı işlem sonlandırıldı.

Bulgular: Operasyon süresi 60 dakika, kan kaybı ve komplikasyon yok. Postop 1. gün hasta taburcu edildi. Postop altıncı ayda nüks, de-novo prolapsus ve SUI saptanmadı.

Sonuç: RTD yardımcı LASH apikal prolapsus tedavisi için hızlı, güvenli, minimal invaziv, öğrenilebilir ve öğretilebilir bir metoddur.

Anahtar Kelimeler: Prolapsus, Laparoskopi, Morselatör, Minimal invaziv

VS-62**Laparoskopik sakrohisteropeksi kravat tekniği**

Fehime Yavuzel Gür, Ali Selçuk Yeniocak, Dilruba Karaca, Erkan Aslan, Süleyman Salman
Gop Taksim Eğitim Ve Araştırma Hastanesi

Pelvik organ prolapsusu (POP), pelvik organların bir veya daha fazlasının vajinaya inisi olarak tanımlanır. Vajinanın herhangi bir bölümünü etkileyebilir: ön (mesane), posterior (bağırsak) veya apikal (hastanın zaten histerektomi geçirmişse uterus / serviks veya tonoz). Çocuk sahibi kadınların üçte birinde semptomatik prolapsus gelişir; yaşam boyu prolapsus için ameliyat gerektirme riski kadınlar için% 11 civarındadır. Vajinal ve abdominal yaklaşımlar (açık, laparoskopik veya robotik) dahil olmak üzere ve greft materyali olan ve olmayan birçok prolapsus cerrahisi vardır.

Sakrokolpopeksi yapma tekniği laparotomi, laparoskopi veya robotik yardımcı laparoskopi ile yapılabilir.

Sakrohisteropeksi; meş ile serviksin sakruma asılması operasyonudur.

Abdominal sakrohisteropekside iki meş ön ve arka vajinal duvarı sakruma sabitleyerek uterus ve mesaneyi asar.

Farklı bağlantı yapıları da tanımlanmış olup, en sık bağlantı noktası sakral promontoryum olarak bildirilmiştir.

Olgumuz; 35 yaşında Gravida 3 parite 2 abort 1, 2 adet normal doğumu olan hasta kliniğimize vajende ele gelen kitle, vajende doluluk hissi şikayetiyle başvurdu. Yapılan muayenesinde evre 3 desensus uteri izlendi. Laparoskopik sakrohisteropeksi kararı alındı. Hastanın jinekoloji servis takiplerinde genel durumu iyi, ek şikayetinin olmaması üzerine postop 2. günde taburcu edildi.

Operasyon sonrası 3. Ay 6. Ay ve 12. Ay kontrollerinde nüks prolapsus veya herhangi bir komplikasyon saptanmadı.

Anahtar Kelimeler: laparoskopik, sakrohisteropeksi, kravat tekniği

VS-63**Mid Üretral Sling Cerrahisi ile Birlikte Tek İnsizyon Total Kolpektomi**

Serdar Aydın, Hande Kayahan

Bezmialem Vakıf Üniversitesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Ana Bilim Dalı, İstanbul

GİRİŞ: Çok büyük, ihmal edilmiş, erozyone total uterovajinal prolapsusun tedavisinde total kolpokleizis tekniğinin aşamalarını gösteren bir video sunuyoruz.

METOD: 78 yaşında hasta ele gelen kitle ve sarkma şikayeti ile başvurdu. Daha önce pessser kullanılması önerilmiş ancak hasta kullanmamış. Cinsel olarak aktif değildi ve gelecekte cinsel olarak aktif olma planları yoktu. 5 yıl önce pelvik organ prolapsusu nedeniyle vajinal histerektomi öyküsü mevcuttu. 5 yıl önce öksürünce hapsurunca idrar kaçırma şikayetinin son iki yıldır olmadığını bildirdi. Koroner arter hastalığı, hipertansiyon ve diabetes mellitus öyküsü vardı. Muayenesinde Evre 4 POPQ apikal prolapsus tespit edildi. Redüksiyon öksürük stres testte inkontinans tespit edildi. Hastaya obliteratif total kolpokleizis ve trans obturator tape operasyonu seçenekleri sunuldu. Hasta ve yakınları cerrahi ve video kaydı için bilgilendirilmiş onam verdiler.

Bu operasyon larengal maske hava yolu ile derin intravenöz sedasyon altında gerçekleştirdi. Bu prosedür için, dorsal lithotomi pozisyonu için YelloFin bacaklıklarını iyi bir mobilizasyon sağlamak için kullanmayı tercih ediyoruz. Diseksiyon hattının tanımlanmasının bir parçası olarak, eksternal üretral orifisten 1 cm altından başlayan 2 cm vertikal insizyon dairesel olarak vajina ile birleştirdi posteriorda apeksi posterior vajinal duvar olan eşkenar dörtgen şeklinde perineoplasti insizyonu ile devam ettirildi. İnce diseksiyon yapmak ve iyi bir hemostaz sağlamak için %1 lidokain ve epinefrin ile hidrodiseksiyon uygulandı. Makas ile keskin diseksiyon yapılarak ön ve arka vajen duvarındaki tüm vajinal mukoza çıkartıldı.

Pubik ramuslara kadar diseksiyon yapıldı. Posteriorda eşkenar şeklinde vajen mukozası çıkartıldı. Dıştan içe teknik ile transobturator mesh obturator membrandan geçilerek mid üretra altına gergisiz olarak yerleştirildi. Tüm vajina mukozasının çıkartılmasının ardından hemostaz ve prolapsusun redüksiyonu için purse sık sutureleri atıldı. Vertikal insizyon no 2/0 poliglactin ile sütüre edildi. Sirküler vajinal insizyon tek tek no 1 poliglaktin suture ile kapatıldı. Yeni perineal cisimcik oluşturulmasından sonra, proksimalden başlanarak posterior vajina mukozası vertikal olarak suture edilerek perine yükseltilerek daraltıldı.

BULGULAR: Videoda vurgulanan teknik hususlar şunları içerir:

(1) Tek insizyon ile kolpektomi, mid üretral sling ve perineoplasti operasyonlarının uygulanması, (2) Sık purse sutureleri ile potansiyel boşluk lamayacak şekilde hemostaz, (3) gizli stres inkontinans nedeniyle beraberinde mid üretral sling uygulanması, (4) posteriorda eşkenar dörtgen şeklinde vajen mukozasının çıkartılması ve perineal cisimcik oluşturulması ile vajina girişinin daraltılması (5) Uterus alınmadan total kolpokleizis yapılması.

Postoperatif 1 ay kontrolünde cerrahi komplikasyon ve stres inkontinans görülmedi. Sonuç Sunduğumuz mid üretral sling cerrahisinin eşlik ettiği total kolpektomi tekniği mükemmel kişiselleştirilmiş ve anatomik sonuç sağlar. Hedefimiz, hasta sonuçlarını optimize etmek için ilgili teknik hususları vurgulamaktır.

Anahtar Kelimeler: Total prolapsus, mid üretral sling, kolpokleizis, kolpektomi, obliteratif cerrahi

VS-64**Pelvik Radyoterapi Öncesi Over Transpozisyonu**

Ayşe Filiz Gökmen Karasu, Gürkan Kıran

Bezmialem Vakıf Üniversitesi. Kadın Hastalıkları ve Doğum ABD

Pelvik radyoterapi gonadoksiktir. Matematiksel bir modele göre;20 yaşında 16 Gy,45 yaşında ise 10 Gy'lık radyasyon prematür over yetmezliğine yol açabilmektedir. Genç yaşta kanser tanısı alan ve adjuvan tedavi olarak radyoterapi planlanan hastalarda gerek over rezervini korumak gerekse ileride spontan gebelik için bir şans vermek üzere overler radyasyon sahasının dışına cerrahi olarak alınabilir. Bu işleme uygun vakalarda eş zamanlı olarak kriyoprezervasyon eklenebilir.Cerrahide amaç; vasküler pedikülü koruyarak overleri radyasyon sahasından dışarı lateralize etmektir.Hasta seçimini etkileyen faktörler arasında hastanın yaşı,over rezervi, gebelik istemi ve hastalığın prognozu yer alır. Overe metastaz yapma ihtimali de jinekolojik olmayan kanserler için değerlendirilmesi gereken bir faktördür.

Hastamız 31 yaşında G0P0 Evre 2B serviks kanseri teşhisi alan bir hastaydı. PET'te şüpheli pelvik lenf nodu tutulumu mevcuttu. Biz bu vakada pelvik radyoterapi planlanan hastamızda pelvik lenfadenektomi yaptıktan sonra over gonadotoksitesini önlemek amaçlı bilateral olarak overleri tubalar ile beraber radyasyon sahasından dışarı pelvis yan duvara sabitledik. Lenfadenektomi sırasında bilateral retroperitoniyal alanları disseke edilerek üreterleri tanımladık. Ardından bilateral ligamentum ovari-propriumlar ligsure yardımıyla elektrokoagule edilerek kesildi. Yine elektrokoagülasyon kullanılarak mesoovarium kesildi ve overler ve tubalar infundibulopelvik ligaman bağlantıları haricinde serbestleştirildiler. İfundibulopelvik ligaman içerisindeki damarlar titizlikle disseke edililerek bilateral overler ve tubalar vasküler pedikülleri gerilmeden ve torsiyon oluşturulmadan anteriyosuperiyor iliak krestin yukarısına ve laterale peritona fiks edildi. Radyasyon sahasını belirleyebilmek için hemoklip yerleştirildi.

Anahtar Kelimeler: Ooferopeksi, over transpozisyonu, laparoskopi

VS-65**Laparoskopik Serklaj: Olgu Sunumu**

İlgi Esen¹, Fatih Şanlıkan², Gürkan Kıran³

¹Ümraniye Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Ana Bilim Dalı, İstanbul

²Memorial Şişli Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Ana Bilim Dalı, İstanbul

³Bezmialem Vakıf Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Ana Bilim Dalı, İstanbul

Servikal yetmezlik ikinci trimesterde herhangi bir patoloji (örneğin; kanama, enfeksiyon, rüptüre membranlar) olmadan gebeliğin sonlanmasıyla sonuçlanan ağrısız servikal dilatasyon olarak tanımlanmakta, %0,5-1 oranında gebelikleri komplike etmekte ve gebelik kayıplarına yol açmaktadır. Biz bu olgu sunumumuzda 5 kez ikinci trimester kaybı olan, tek yaşayan çocuğunu da yine ikinci trimesterde doğurmuş ve 2 kez başarısız vajinal serklaj deneyimi olan 34 yaşındaki hastaya, gebe olmadığı dönemde uyguladığımız laparoskopik serklaj yöntemini göstermeyi amaçladık. Laparoskopik serklaj açık yöntemle kıyasla postoperatif daha az komplikasyonlar görülmesi, daha az kanama olması, ameliyat sonrası derlenme süresinin daha kısa olması gibi sebeplerle son dönemde tercih edilen bir yöntem olarak klinik pratikte yerini almıştır.

Anahtar Kelimeler: servikal yetmezlik, laparoskopik serklaj, erken doğum

VS-66**İstmosel; histeroskopik değerlendirme sonrası laparoskopik onarım**Sultan Seren Karakuş

T.C.Sağlık Bakanlığı Sağlık Bilimleri Üniversitesi Zeynep Kamil Kadın ve Çocuk Hastalıkları ve Eğitim ve Araştırma Hastanesi

OLGU: 33 yaşında geçirilmiş 3 sezaryeni olan ve ara kanama şikayeti ile başvuran hastanın alınan hikayesinde adetlerinin 6 gün sürdüğü adet sonrası 4-5 gün lekelenme tarzında kanaması oluyormuş. Bu şikayetinin 3. sezaryen operasyonundan 6 ay sonra başladığı; 2 yıldır devam ettiği öğrenildi. Çocuk istemi olduğu kaydedildi.

Yapılan transvajinal ultrasonografi değerlendirmesinde uterus istmik seviyede eski insizyon hattında endometrial kavite ile bağlantılı 10*20 mm lik hipoeoik görünüm izlendi(istmosel cebi). Bu cebin üzerinde myometrial kalınlık 3 mm ölçüldü. İstmosel cebi eski insizyon hattının ortası ve sol yanında belirgin izlendi.

Semptomatik istmosel kesesi endikasyonu ile hastaya operasyon kararı verildi. Öncelikle tanısız histeroskopi yapıldı. İstmosel cebi belirgin izlendi. Çocuk istemi olan ve geniş istmosel cebi izlenen hastaya intraoperatif laparoskopik tamir kararı alındı. Ardından laparoskopik olarak öncelikle mesane uterin alt segmentten diseke edilerek uzaklaştırıldı. İstmosel cebine ulaşıldı. İstmosel cebini oluşturan tüm fibrotik dokular, normal miyometrial dokuya ulaşmaya kadar makas ile kesilerek çıkarıldı. Ardından luşan defekt 0 no lu V-lock suture ile çift kat dikilerek kapatıldı. Üzerine peritonizasyon yapılarak operasyona son verildi. Hasta postoperatif 1. Günde şifa ile taburcu edildi. Erken dönem postoperaif komplikasyon olmadı. Postoperatif 4. ayda yapılan transvajinal ultrasonografi değerlendirmesinde insizyon hattı intakt, insizyon hattının önünde myometrial kalınlık 14 mm izlendi. Şikayetlerinin tamamen gerilediği öğrenildi.

SONUÇ: Geçirilmiş sezaryen öyküsü olan ve ara kanama tarifleyen hastalarda istmosel tanısı ön planda düşünülmeli. Alınan öykü ve yapılan ultrasonografik değerlendirme ile istmosel tanısı kolaylıkla konulabilir. Histeroskopik olarak tanısı ve tedavisi mümkün olmak ile birlikte belli endikasyonlarda laparoskopik tamiri güvenle ve etkili bir şekilde yapılabilir.

Anahtar Kelimeler: laparoskopi, istmosel, histeroskopi, v-lock suture

VS-67**Seröz borderline paratubal tümör: Nadir bir vaka**Osman Onur Özkavak¹, Hatice Betül Altınışık², Servet Hacivelioğlu¹¹Çanakkale 18 Mart Üniversitesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Ana Bilim Dalı, Çanakkale²Çanakkale 18 Mart Üniversitesi, Anesteziyoloji ve Reanimasyon Ana Bilim Dalı, Çanakkale**GİRİŞ:** Paratubal kistler; adneksiyal kistlerin küçük bir kısmını oluşturmaktadır.

Genelde asemptomatik olan bu kistlerde değişik oranlarda neoplazi gelişimi bildirilmiştir. Bu sunumumuzda torsiyon nedeni ile opere ettiğimiz bir hastada oldukça nadir görülen seröz borderline paratubal tümör vakasını sunmayı amaçladık.

VAKA: 28 yaşında virgin hasta 1 haftadır artan karın ağrısı şikayetiyle kliniğimize başvurdu. Ultrasonografide sağ adneksiyal alandan başlayan ve umbilikusun yukarısına kadar uzanan yaklaşık 20x10cm boyutlarında uniloküle, pür anekoik kistik lezyon izlendi. CA-125 düzeyi normal saptandı. Hastaya laparoskopi ile kistektomi planlandı. Batın gözleminde sağ adneksiyal alandan köken alan, umbilikusun superioruna kadar uzanan ve 3 tur torsiyone olmuş paratubal kist izlendi. Her iki over, uterus ve diğer pelvik ve üst batin organlar normal izlendi. Kist duvarına yapılan yaklaşık 5mm insizyondan kist içeriği batına sızıntı olmadan aspire edildi. Ardından kistektomi yapılarak materyal spesimen çıkarma torbası ile batin dışına alındı. Postoperatif komplikasyon gelişmeyen hasta postoperatif 1.günde taburcu edildi. Patoloji sonucu seröz borderline paratubal tümör olarak rapor edilen hastaya evreleme cerrahisi hakkında ayrıntılı bilgi verildi, hasta istemediği için evreleme cerrahisi yapılmadı.

TARTIŞMA: Paratubal kistler tüm adneksiyal kitlelerin %10-20lik bir kısmını oluşturlar. Bu kistlerde %1.7den %25e varan oranlarda neoplazi izlenmektedir. Borderline patoloji ise oldukça nadir görülmektedir. Olgumuz, İngilizce literatür tarandığında bulabildiğimiz 12. paratubal borderline tümör vakasıdır.

Görüntüleme yöntemleri adneksiyal kistlerin preoperatif değerlendirmesinde bize oldukça yardımcı olmaktadır. Borderline vakalarda görüntüleme bulgusu olarak kist içerisinde papiller yapılar dışında bulgu tanımlanmamıştır. Vakamızda yapılan transabdominal ultrasonografide literatür ile uyumlu olarak uniloküle, pür kistik lezyon saptanmıştır. Bu nedenle adneksiyal kistik kitlesi olan hastalarda olası borderline ya da malign lezyonları ortaya koymak adına dikkatli preoperatif görüntüleme yapılmalıdır. Laparoskopi adneksiyal kitlelerin teşhis ve tedavisinde sıkça kullanılan bir cerrahi yöntemdir. Ancak adneksiyal kistler için opere edilen hastalarda kist içeriğinin batına ve trokar yerlerine bulaşından kaçınılması önemlidir. Bu prensibe uygun olarak hastamızda kist içeriği dikkatli biçimde aspire edildi, kist duvarındaki defekt sütüre edilerek kistektomiye devam edildi ve kist içeriğinin batına yayılımı önlendi. Ayrıca kist materyali spesimen çıkarma torbası ile batin dışına alındı. Paratubal kistler genelde benign lezyonlar olarak görülsede bu kistler için yapılan operasyonlarda neoplazi ihtimali akılda tutulmalı, kist içeriğinin sızdırılmamasına özen gösterilmelidir. Cerrahi tekniklere tam olarak uyulduğunda laparoskopi bu hastalarda tercih edilebilir bir yöntemdir. İntraoperatif malignite bulgusu saptanmayan vakalarda intraoperatif frozen incelemesi tartışmalı bir konudur ve genelde önerilmemektedir. Biz vakamızda herhangi bir malignite düşündüren bulgu saptamadığımızdan frozen inceleme yapmadık. Bununla birlikte literatürde evreleme cerrahisi yapılan hastalarda metastaz bildirilmemiştir. Görüntüleme yöntemleriyle veya intraoperatif incelemede şüpheli izlenen olgularda



frozen inceleme yapılması faydalı olacaktır. Ancak evreleme cerrahisi kararı tartışmalıdır. Literatürde borderline paratubal tümör vakalarında nüks bildirilmemiştir. Bizim vakamızda da 3 aylık takipte nüks bulgusu yoktu. Ancak bu vakalar nadir görüldüğü için, uzun dönem takiplerin sonuçlarının paylaşılması tedavi algoritmalarının geliştirilmesine katkıda bulunacaktır. Sonuç olarak; borderline paratubal tümörler nadir görülürler. Preoperatif görüntülemelerde genelde basit kistik lezyonlar olarak izlenirler ve kist duvarında mikropapiller projeksiyonlar dışında bulgu tanımlanmamıştır. Bu hastalarda laparoskopik cerrahi gerekli tekniklere uyulduğunda uygun bir yöntemdir. Preoperatif görüntülemelerde veya intraoperatif incelemede şüpheli görülen vakalarda frozen inceleme yapılması faydalı olacaktır. Evreleme cerrahisi yapılması konusunda yeterli veri yoktur ve nadir görülen bu tümörlerde uzun dönem sonuçların paylaşılması yönetimin belirlenmesinde faydalı olacaktır.

Anahtar Kelimeler: Laparoskopi, borderline paratubal tümör, paratubal kist

VS-68**primeri belli olmayan metastatik hastada diagnostik paraaortik lenfadenektomi**

Baki Erdem, Osman Aşıcıoğlu

s.b.ü kanuni sultan süleyman eğitim ve araştırma hastanesi, jinekolojik onkoloji kliniği, istanbul

paraaortik lenf nodları jinekolojik tümörler başta olmak üzere bir çok kanserde tutulan bölgedir. bu videoda izole paraaortik lenf nodu tutulumu olan hastada teşhis amaçlı laparoskopik paraaortik lenfadenektomi videosunu sunmayı amaçladık.

Karın ağrısı nedeniyle dış merkeze başvuran 45 yaşındaki hastanın yapılan mr görüntülemesinde; renal arter ve renal ven arasına yerleşmiş, yoğun kontrast tutan 5 cmlik paraaortik lenf nodu saptanmış. pet ct de suv max:30 olan malignite açısından yüksek şüpheli izole paraaortik lenfadenopati izlenmiş. girişimsel radyolojinin tümörün lokalizasyonu nedeniyle biyopsiyi, riskli bulması üzerine hasta kliniğimize başvuruyor. tümör konseyinde değerlendirilen ve hastanemizdeki girişimsel radyoloji tarafından da biyopsi için riskli bulunması üzerine laparoskopik paraaortik lenfadenektomi kararı aldık. operasyon sırasında kitlenin oldukça vasküler olduğu ve renal arter ve renal ven arasında yerleştiği görüldü hastaya diagnostik paraaortik lenfadenektomi yapıldı. operasyon komplikasyonsuz sona erdi. kesin patoloji non-hogdin lenfoma olarak raporlandı.

Anahtar Kelimeler: lenf adenopati, laparoskopik paraaortik lenfadenektomi, metastaz

VS-69**İleri evre over kanserinde rezektabilitenin belirlenmesinde VATS ve laparoskopinin rolü**Ganim Khatib

cukurova Üniversitesi tıp fakültesi kadın hastalıkları ve doğum anabilim dalı, jinekolojik onkoloji bilim dalı

GİRİŞ-AMAÇ: Epitelyal over kanseri mortalitesi en yüksek jinekolojik kanserdir. Hastalar çoğunlukla ileri evrelerde tanılırlar. İleri evre over kanserinde standart tedavi debulking cerrahi ve kemoterapi kombinasyonudur. Primer debulking cerrahiye alternatif olarak neoadjuvan kemoterapi (NAKT) uygulanabilir. Hastalığın yaygınlığını belirlemede ve primer cerrahiden fayda görüp görmeyecek hasta seçiminde minimal invaziv cerrahi kullanılabilir. Diagnostik laparoskopik cerrahi rezektabiliteyi belirlemede laparotomiye göre daha az invaziv bir seçenektir. Video yardımlı torakoskopik cerrahi ileri evre over kanserinde plevral tutulumu belirlemede tercih edilebilecek bir yöntemdir. Böylece minimal invaziv bir yöntem ile hem tanı, hem de plevral kavitenin drenajı sağlanabilmektedir.

Biz burada ileri evre over kanseri mevcut olan hastamızda rezektabilitenin belirlenmesinde minimal invaziv cerrahinin önemini sunmayı amaçladık.

OLGU: Kliniğimize dış merkezden refere edilen 38 yaşında adneksiyal kitle tanılı belirgin asit ve plevral efüzyonu bulunan hasta over ca ön tanısı ile preoperatif konseyimizde değerlendirildi. Fizik muayene, CA125 değerleri ve görüntüleme yöntemleri doğrultusunda hastaya VATS ve tanısal laparoskopi uygulanması ve rezektabilite durumuna göre debulking cerrahi ile devam edilmesi kararlaştırıldı.

SONUÇ: Minimal invaziv cerrahi ileri evre over kanserinde bir triaj testi vazifesi görebilir. 1 cm den fazla rezidü kalıp kalmayacağının doğru öngörüsünü sağlar. Sağkalım üzerine olumsuz herhangi bir etkisi olmamakla beraber gereksiz laparotominin komplikasyonlarından kaçınmamıza yardımcı olur.

Anahtar Kelimeler: over kanseri, laparoskopi, VATS, debulking

VS-70**Laparoskopik pelvik lenfadenektomi esnasında oluşan eksternal iliyak ven hasarı ve onarımı**Ibrahim Yalçın

Şanlıurfa Eğitim ve Araştırma Hastanesi

GİRİŞ: Laparoskopik pelvik lenfadenektomi prosedürü sırasında oluşan iliyak ven yaralanmasının onarımı video aracılığıyla sunulacaktır.

YÖNTEM: 57 yaş kadın hasta dış merkezde histerektomi operasyonu geçirmiş ve patoloji sonucu endometrium kanseri gelmesi üzerine merkezimize refere edilmiş. Final patolojisinde endometrioid karsinom 8 cm tümör, grade2 ve myometrial invazyon %50'den fazla bildirilmesi üzerine pre-operatif görüntüleme tetkikleri yapılarak laparoskopik tamamlayıcı cerrahi planlandı.

BULGULAR: Batın yıkama sıvısı alındı ve omentektomi, pelvik ve paraaortik lenf nodu eksizyonu yapıldı. Sağ eksternal iliyak ven yüzeyinde 4 mm termal hasar izlendi. Venin distali pencereleli grasper ile klempe edilerek oluşan hasar 4-0 polipropilen sütür ile onarıldı.

SONUÇ: Bu hastada laparoskopik kullanarak eksternal iliyak ven yaralanmasının onarımı başarılı ve güvenli bir şekilde gerçekleştirildi. Büyük damar yaralanmaları önemli ölçüde yüksek mortalite oranı ile ilişkili olduğu için yalnızca tecrübeli laparoskopik cerrahlar tarafından denenmelidir.

Anahtar Kelimeler: Laparoskopik, damar yaralanması, endometrium kanseri

**VS-71****Right renal polar artery detected incidentally during laparoscopic paraaortic sentinel lymphadenectomy**

Murat Api, Serkan Akış, Uğur Kemal Öztürk, Şefik Eser Özyürek, Esra Keleş Peker
University of Health Sciences, Zeynep Kamil Women and Children Diseases Education and Research Hospital, Department of Gynecologic Oncology Clinic, Istanbul, Turkey

INTRODUCTION: Laparoscopy is a minimally invasive surgical technique that is increasingly used in gynecological oncology surgery. Pelvic and paraaortic lymph node dissection is an important branch of gynecological oncology surgery. The frequency of using sentinel lymph node sampling in endometrial cancer is gradually increasing, as it may decrease morbidity and complication rates. Another important cause of morbidity and complications are variations in vascular structures in the retroperitoneal region, but they are usually asymptomatic and undergo intraoperative diagnosis. Extra renal arteries, one of these variations; accessory hilar and polar arteries are divided into two, and polar arteries enter the kidney directly from the capsule. In case of multiple renal arteries, it is necessary to avoid injuries of these arteries as much as possible, since each artery feeds a different area and there is no anastomosis between them. In this video presentation, it is aimed to present laparoscopic paraaortic sentinel lymph node sampling and incidentally detected right renal polar artery in endometrial cancer. **CASE:** A 48-year-old patient was admitted with irregular menstrual bleeding. A mass lesion of about 3 cm in diameter was observed in the uterine cavity in the ultrasonographic examination of the patient with menometrorrhage. After the probe curettage, endometrioid type adenocarcinoma was reported as histological grade 1, nuclear grade 1, FIGO grade 1. Laparoscopic staging surgery was planned and patient consent was obtained. Laparoscopic pelvic and paraaortic sentinel lymph node sampling was performed using ICG (indocyanine green). Then laparoscopic hysterectomy and bilateral salpingo-oophorectomy were performed. Then, systematic pelvic and paraaortic lymph dissection was initiated and omentectomy was performed. During the operation, the incidental right renal polar artery was monitored and protected. No complications were encountered during the intraoperative and early postoperative period, and the patient was discharged on the 3rd postop day. **CONCLUSION:** As the vascular structures in the pelvic and paraaortic regions undergo a highly complex embryogenesis process, a wide variety of venous and arterial variations can be seen. However, these variations are often asymptomatic and undergo perioperative diagnosis. For this reason, it is extremely important to be very careful in gynecological oncology surgery, especially in retroperitoneal lymph dissection, in terms of possible vascular variations to avoid serious morbidity and complications.

Keywords: Endometrium cancer, sentinel lymph node sampling, renal polar artery

VS-72**Adım adım laparoskopik pelvik lenfadenektomi**

Şafak Yılmaz Baran, Songül Alemdaroğlu, Gülşen Doğan Durdağ, Seda Yüksel Şimşek, Hüsnü Çelik

Kadın Hastalıkları ve Doğum Bilim Dalı, Başkent Üniversitesi, Adana, Türkiye

GİRİŞ: Pelvik ve paraaortik lenf nodu değerlendirmesi, endometrial ve over karsinomu da dahil olmak üzere çeşitli jinekolojik maligniteler için cerrahi evreleme prosedürünün ana bileşenidir. Laparoskopik lenfadenektominin jinekolojik kanserlerde ilk defa 1989'da uygulanmasından bu yana gelişen minimal invaziv cerrahininin daha az miktarda komplikasyon oranları ile uygulanabildiği gösterilmiştir.

YÖNTEM: Pelvik lenf nodları, proksimalde kommon iliak arterleri üreterin çaprazlaştığı nokta, distalde sirkümfleks venin external iliak arteri çaprazlaştığı, lateralde psoas kası, posteriorde obturator fossa, medialde üreter arasında kalan retroperitoneal alandaki lenf nodlarıdır. Pelvik lenfadenektomi bu alandaki lenf nodlarının çıkarılmasıdır.

Prosedüre tıpkı açık cerrahide olduğu gibi, değişik enerji modaliteleri kullanılarak, round ligamentin süperiorundaki psoas kası üzeri peritonun infundibülopelvik ligamente paralel yapılan kesi ile retroperitona girilir. Bu sırada genitofemoral sinirin korunmasına önem verilir. Açık cerrahiden farkı beraberinde histerektomi yapılacak olsa bile başlangıçta round ligamentlerin kesilmemesidir. Bu traksiyon için önemli bir anatomik landmark sağlar. Prosedürün devamında üreter kommon iliak arter seviyesinde görüldükten sonra eksternal ve internal iliak damarlar etrafındaki, obturator bölge ve kommon iliak bölgelerdeki lenf nodları ve gerekirse prosedürün genişliğine bağlı olarak presakral lenf nodları disseke edilir. Çıkarılan lenf nodları operasyonun sonunda çıkarılmak üzere bir endobag içerisine alınır ve uygun bir yerde bekletilir. Enerji modalitesi olarak bu prosedür için bipolar koter yeterli olmakla birlikte diğerleri de kullanılabilir.

BULGULAR: Laparoskopik histerektomi, pelvik-paraaortik lenfadenektomi yapılmış olan 50 yaşındaki, postoperatif cerrahi evrelemesi evre 1b endometrioid tip endometrium kanseri olarak belirlenen olgunun operasyonu üzerinden basamak basamak pelvik lenfadenektomi prosedürü sunulmuştur.

SONUÇ: Açık cerrahi ile karşılaştırıldığında, daha az kan kaybı, postoperatif ağrı, adezyon, daha düşük morbidite ve daha kısa hastanede kalma süresi bakımından oldukça avantajlıdır. Bununla birlikte intraoperatif gelişebilecek komplikasyonları yönetmedeki zorluklar, cerrahi süresinin ve öğrenme eğrisinin uzun olması minimal invaziv cerrahinin dezavantajlarıdır. Bu nedenle; bu ve benzeri eğitim amaçlı farklı video sunumlarının oluşturulmasının yararlı olacağı görülmektedir.

**VS-73****Laparoskopik serklaj olgu sunumu**

Ayşe Demirdöken, Oğuzhan Karakoç, Elif Uçar, Süleyman Salman
Gaziosmanpaşa Taksim Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum
Kliniği, İstanbul

Servikal serklaj işlemi gebelikte serviksi kapalı tutmak için uygulanan dikiş işlemidir. Servikal yetmezlik gebeliğin ikinci trimesterinde ağrısız servikal dilatasyon ve silinme ile karakterize bir durumdur. Bu nedenle, erken doğum ile sonuçlanan gebelik kaybı görülür. Cerrahi olarak transvajinal,abdominal ve laparoskopik yaklaşımla serklaj işlemi uygulanabilir. Bu olgu sunumunda. 28 yaşında gravida 2 parite 2, yaşayanı olmayan 26 ve 28 inci haftalarda preterm doğum öyküsü olan ve çocuk istemi olan hastamıza yaptığımız laparoskopik serklaj operasyonunu sunmak istedik

Anahtar Kelimeler: Laparoscopi,serklaj,gebe

VS-74**Laparoskopik isthmosel onarımı**

Pınar Kadiroğulları

Acıbadem University Atakent Hospital, Department of Obstetrics and Gynecology, Istanbul/TURKEY

Giriş: Sezaryen dünya çapında yapılan en yaygın cerrahi operasyonlardan biridir. Sezaryen insizyonları genellikle sorunsuz iyileşir, ancak her zaman komplikasyon olasılığı vardır. Yara iyileşme sürecinde gelişen defektif durumlarda, kalıcı uterus duvar hasarı riski vardır. Son zamanlarda, artan sezaryen oranları, sezaryen skar defekti ve buna bağlı kısa ve uzun dönem morbiditesine olan ilgiyi artırmıştır. İsthmosel alt uterin segmentin miyometriyumunda hipokoik bir alan olarak tanımlanabilir ve geçirilmiş sezaryene bağlı uterus skarı bölgesinde miyometriyumun defektini yansıtır. Sezaryen defektleri asemptomatik olabilir. Bununla birlikte, birçok durumda, anormal uterin kanama, dismenore, kronik pelvik ağrı, disparoni ve infertilite gibi bir dizi jinekolojik semptomlara yol açabilirler. Ayrıca ektopik gebelik, uterus rüptürü ve plasental anomaliler (plasenta akreta vs) gibi gelecekteki obstetrik komplikasyonlardan da sorumlu olabilirler. İsthmoselin bu kadar artan oranlarda görülmesiyle birlikte, bir isthmosel vakasında; isthmosel eksizyonu ve onarımına minimal invaziv yaklaşımı göstermeyi amaçladık.

Yöntem: İsthmoselin cerrahi tedavisi hala tartışmalı bir konudur, ancak semptomatik kadınlara veya gelecekte hamilelik planlayan asemptomatik hastalara önerilmelidir. Çalışmamızda 34 yaşında, geçirilmiş 3 sezaryeni olan ve semptomatik olan hastada, isthmosel tedavisi konusundaki minimal invaziv cerrahi yaklaşım deneyimimizi sunmaktayız.

Bulgular: Ele aldığımız bu vakada tanısız süreç şemamızı, düzeltici cerrahi yöntemimizi ve ana terapötik sonuçlarımızı değerlendirdik. İsthmosel vakasına minimal invaziv yaklaşım, laparoskopik yönetim hakkında deneyimimizi basamak basamak video ile aktarmaya çalıştık.

Sonuç: Uterus skar defekti genellikle asemptomatiktir veya menstrüasyon sonrası koyu kırmızı veya kahverengi akıntı, lekelenme şeklinde devam eden adet kanaması, dismenore, disparuni, kronik pelvik ağrı ve infertilite ile ilgilidir. Aşağı uterus insizyonu, uterus insizyonunun yetersiz suturasyonu ve yara iyileşmesini bozan veya enfeksiyon veya adezyon oluşumunu arttıran hasta ile ilişkili faktörler gibi isthmosel gelişiminde çeşitli faktörler rol oynayabilir. Sezaryen skar defekti rekonstrüktif tedavileri olarak laparoskopik veya robot destekli laparoskopik eksizyon, vajinal onarım veya histeroskopik tedavi gibi farklı teknikler kullanılır. Tüm bu prosedürler semptomları hafifletmek için nişi oluşturan fibrotik dokuyu çıkarmayı amaçlar. Minimal invaziv yaklaşımın semptomları azaltmada ve doğurganlığı iyileştirmede güvenli ve etkili bir seçenek olduğu kanıtlanmıştır. Bizim görüşümüze göre, laparoskopik tedavi şu anda isthmosel tedavisinde en etkili yöntemlerden biri gibi görünmektedir. Ameliyat endikasyonlarını, uygun tedavi stratejilerini ve uygun bakımı belirlemek için daha fazla araştırma yapılması gerekmektedir.

Anahtar Kelimeler: Laparoskopi, İsthmosel, Sezaryen Skarı

VS-75**Ligamentum rotundum etrafına torsiyone adneksin detorsiyonu ve kistektomi**

Özlem Karabay Akgül¹, Evrim Ebru Kovalak Ebru Kovalak², Emre Volkan Kasımoğulları³, Tolga Karacan⁴, Hakan Güraslan⁵

¹Özlem Karabay Akgül, S.B.Ü., Bağcılar Eğitim Araştırma Hastanesi, İstanbul

²Evrime Ebru Kovalak, S.B.Ü., Bağcılar Eğitim Araştırma Hastanesi, İstanbul

³Emre Volkan Kasımoğulları, S.B.Ü., Bağcılar Eğitim Araştırma Hastanesi, İstanbul

⁴Tolga Karacan, S.B.Ü., Bağcılar Eğitim Araştırma Hastanesi, İstanbul

⁵Hakan Güraslan, S.B.Ü., Bağcılar Eğitim Araştırma Hastanesi, İstanbul

27 yaşında, evli, 1 SCA öyküsü olan kadın hasta 2 gündür devam eden ağrı, bulantı nedeniyle başvurdu. Yapılan muayenede sol adneks doğal iken sağda 89x87x68 mm solid görünümlü heterojen ekolu kist izlendi. Sol adneks muayene ve ultrason incelemesinde doğaldı. Sağ adneksiyel alanda heterojen ekolu, dopplerde akım izlenmeyen solid kitle izlendi. Muayenede sağda ağrı vardı. Biyokimyasal parametreler normaldi. Genel anestezi altında laparoskopik olarak batına girildi. Sol adneks doğal, uterus doğal izlendi. Ligamentum rotundum uterusdan batin ön duvarına uzanıyor ve sağ adneks bant şeklindeki ligamentin etrafında torsiyone olmuştu. Detorsiyone edilmeye çalışıldı. Detorsiyon olmayınca öncelikle batin duvarına adheze tuba ayrıldı, sağ overdeki kist cidarı sağlam olarak çıkarıldı. Kalan dokuda bipolar elektrokoter ve sütür ile koagülasyon sağlandı. Hasta postoperatif 2. günde sorunsuz taburcu oldu. Patoloji sonucu matür kistik teratom olarak geldi.

Anahtar Kelimeler: torsiyon, matür kistik teratom, adhezyon

VS-76**Laparoskopik Dermoid Kistektomi:İatrojenik Kist Rüptürü ve Yönetimi**Serap Mutlu Özçelik Otcu

S.B.Ü Diyarbakır Gazi Yaşargil Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum

AMAÇ: Laparoskopik yöntemle dermoid kist eksizyonu sırasında iatrojenik rüptür durumunda batına yayılımı en aza indirerek kimyasal peritonit riskini azaltacak püf noktalarını vurgulamak.

MATERYAL-METOD: Dermoid kist tanısı alan olgumuzda genel anestezi altında litotomi pozisyonun da laparoskopik dermoid kist eksizyonu uygulandı.Kist eksizyonuna başlamadan önce olası rüptür durumunda kist materyalinin batından ziyade douglasta doğru akması için kist eksizyonuna douglasta yakın bir alanda başlandı. Douglastan dissektörler yardımı ile barsaklar uzaklaştırıldı. Kist kapsülüne birbirine yakın düşük ısıda koagülasyon modu kullanılarak küçük insizyonlar yapıldı.İnsizyonlar birleştirilerek klivaj oluşturuldu.Kist kapsülünü over stromasından ayırıştırırken rüptür olması üzerine kist içeriğini hızla aspire edebilmek için operasyon sahasında hazır bulunan aspiratör yardımıyla batına yayılım olmadan gelen materyal aspire edildi.Dissektör ile rüptür ağzı büzülerek materyalin batına yayılımını önlemek için disseksiyona pelvis yan duvarında devam edildi.Batına yayılım olmadan kist eksizyonunu tamamlandı.Kist endobag içerisinde batın dışına alındı.Kanama kontrolünü takiben douglas,pelvis yan duvarları izotonikle yıkandıktan sonra bir adet dren yerleştirilerek operasyona son verildi.

BULGULAR: 30 yaş G2P2A0Y2 olan ve rutin pelvik muayeneye polikliniğimize başvuran olgumuz da transvajinal ultrasonografi de sağ over kaynaklı yaklaşık 50*50 mm dermoid kist ile uyumlu görünüm izlendi.Tümör markerları normaldi.
SONUÇ: Fertilite arzusu olan genç hastalarda ilk tercih laparoskopik yöntem olmalı. Laparoskopik yöntem sırasında iatrojenik rüptür durumunda hızlı ve doğru yaklaşımla batına yayılımın önlenebileceğini düşünmekteyiz.

Anahtar Kelimeler: Anahtar Kelimer: Dermoid, kist,rüptür,

VS-77**Laparoskopik abdominal serklaj, tek merkez 21 vaka analizi**

Tayfun Çok, Selçuk Yetkinel, Pınar Çağlar Aytaç, Hakan Kalaycı, Esra Bulgan Kılıçdağ, Hüsnü Çelik

Başkent Üniversitesi, Adana Dr. Turgut Noyan Uygulama ve Araştırma Merkezi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, Adana

Laparoskopik abdominal serklaj, tek merkez 21 vaka analizi

Giriş: Servikal disfonksiyonlarla gebelik kayıpları ilk kez 1658 yılında Riverius tarafından ilişkilendirilmiş, o zamandan bu zamana servikal yetmezlik nedeniyle türlü tedavi yöntemleri denenmiştir (1). Medikal tedaviler, vajinal pesser uygulamaları, vajinal servikal serklaj ve abdominal servikal serklaj uzun zamandır uygulanan tedavi yöntemleridir.

Abdominal serklaj ise ilk basamak tedavide yeri olmasa da diğer tedavi yöntemlerinin başarısız olduğu durumlarda oldukça yararlı etkileri olabilen bir yöntemdir. Endikasyonları konjenital serviks yokluğu ya da kısalığı, serviksin ampüte edildiği durumlar, servikal defektler ve öndeki başarısız vajinal serklaj uygulamalarıdır. Abdominal serklaj uygulamalarının başarısı %81-100 arasındır (2).

Operasyon videosu eşliğinde merkezimizde uygulanan 21 vaka analizi yapılacaktır.

Vakalar: Mayıs 2017'den Aralık 2019 ' a kadar Başkent Üniversitesi Adana Dr. Turgut Noyan Uygulama ve Araştırma Merkezinde 21 hastamıza laparoskopik abdominal serklaj uygulanmıştır. Hastalarımızın yaşı 25-41 yaş arasında değişmektedir. Bir hastaya konizasyon sonrası vajinal serklaj uygulamaya uygun servikal doku kalmadığından, diğer tüm hastalara ise en az 1 kez başarısız vajinal serklaj uygulaması olması nedeniyle abdominal serklaj planlanmıştır. 21 hastanın 14'ü takiplerinde gebe kaldı. Gebe kalan 14 hastanın 2'i spontan abort sonrası dilatasyon küretaj işlemine alındı. 1 hasta 21.gebelik haftasında erken membran rüptürü ve sonrası enfeksiyon parametrelerinin yükselmesi üzerine koryoamniyot ön tanısı ile gebelik terminasyonu kararı alındı. Laparoskopik olarak serklaj süturu alındı ve gebelik vajinal yoldan termine ettirildi. 4 hasta 38,2-39,2 gebelik haftaları arasında elektif sezaryen ile, 1 hasta ise 32.gebelik haftasında erken membran rüptürü ve sonrasında hastanın eyleme girmesi üzerine acil sezaryen ile doğurtuldu. 6 hastanın ise gebelik takipleri devam etmektedir.

Operasyon videosu sunulacaktır (Video1).

Video

Sonuç: Abdominal serklaj, başarısız vajinal serklaj veya vajinal serklajın uygulanamayacağı durumlarda oldukça başarılı sonuçlara ulaşabilen bir yöntemdir. Hastalarımızın takipleri devam etmektedir. Yeterli hasta sayısı sonrası sonuçlarımız makale şeklinde yayınlanacaktır.

1. Riverius L, Culpeper N, Cole A. On Barrenness, in the Practice of Physick. London: Peter Cole; 1658.
2. Olga A Tusheva, Sarah L Cohen, Thomas F McElrath, Jon I Einarsson Rev Obstet Gynecol. 2012; 5(3-4): e158-e165. PMCID: PMC3594860

Anahtar Kelimeler: Laparoskopik, abdominal, serklaj, servikal yetmezlik

VS-78**Self-prepared single incision midurethral sling procedure performed under local anesthesia**

Ismail Burak Gultekin, Fatma Uyar, Ayşe Acikel, Tuncay Kucukozkan
Dr. Sami Ulus Maternity and Women's Health Hospital

Stress urinary incontinence (SUI) is the most common type of urinary incontinence in women, and roughly 200 different surgical methods were described. The sling procedures for the treatment of SUI vary by the location and the material of the sling. Collectively, these slings are referred to as suburethral slings. It inserted through a small vaginal incision and attached to a structure in the pelvis for the purpose of supporting the urethra. Single incision midurethral slings (eg, MiniArc, Solyx, Ajust, TVT-Secur) (also referred to as mini-slings or mini-tapes) differ from full-length retropubic and transobturator slings in two ways: they are shorter (approximately 8 cm rather than 40 cm) and they require only a vaginal incision, and not an abdominal incision. Different types of these slings may be placed in a retropubic (anchored to the urogenital diaphragm) or transobturator fashion (anchored to the obturator internus muscle). We present a case of day-surgery of SUI being performed a single incision midurethral sling operation. The sling mesh was self-prepared using a standart sheet of polypropylene mesh with dimensions of 12mm x 80mm. The mesh was placed via the transobturator route with the patient under local anesthesia. What we present here is neither a new surgical technique nor new surgical materials. However, using a self-prepared mesh and performing the operation with local anesthesia (making the procedure a day-surgery) are highly cost-effective. We want to remind this technique to our colleagues for selected patients and especially in nonaffordable working conditions.

Keywords: mini-sling, self-prepared, stress urinary incontinance, midurethral, local anesthesia

**VS-79****Pelvik Radyoterapi Alan Stres Üriner İnkontinans Olgusunda TVT Operasyonu**

Eda Adeviye Şahin¹, Hanifi Şahin²

¹Department of Obstetrics and Gynecology, Malatya Education and Research Hospital, Malatya, Turkey

²Department of Gynecologic Oncology, İstinye üniverstiy Gaziosmanpasa Medical park Hospital, İstanbul, Turkey.

AMAÇ: Pelvik radyoterapi alan stres üriner İnkontinans olgusunda TVT operasyonu video eşliğinde tartışmak.

Hasta: 45 yaşında G2P2(CS)Y2 rektum ca nedeni ile pelvik RT almış. Öksürürken, hapşırırken idrar kaçırma şikayeti mevcut.

Pelvik muayenesi normal. Stres test pozitif. Genel anestezi ile TVT operasyonu yapıldı. Komplikasyon olmadı. Üç ay sonraki kontrolünde stres test negatif.

Anahtar Kelimeler: TVT, İnkontinans, Radyoterapi

**VS-80****Histerektomi yapılan bir olguda uterosakral ligament plikasyonu**

Barış Cıplak¹, Hanifi Şahin²

¹Department of Obstetrics and Gynecology, Malatya Education and Research Hospital, Malatya, Turkey

²Department of Gynecologic Oncology, İstinye üniverstiy Gaziospanpa Medical park Hospital, İstanbul, Turkey.

AMAÇ: Histerektomi yapılan bir olguda uterosakral ligament plikasyonunu video eşliğinde göstermek.

Hasta: 49 yaşında G3P3 pelvik ağrı, kanama ve POPQ-2 desensus şikayetleri mevcut. Daha önce geçirilmiş endometriozis cerrahisi var. TVUSG: en büyüğü 5 cm olan intramural, subseröz myomları mevcut. TAH+BSO + Uterosakral Ligament Plikasyonu yapıldı.

Anahtar Kelimeler: Histerektomi, Desensus, Uterosakral plikasyon



VS-81

Fibroepitelyal polip ve labial hipertrofi/asimetri olan olguda labioplasti

Hülya Aladağ¹, Hanifi Şahin²

¹Department of Obstetrics and Gynecology, Malatya Education and Research Hospital, Malatya, Turkey

²Department of Gynecologic Oncology, İstinye Üniversitesi Gaziosmanpaşa Medical park Hospital, İstanbul, Turkey.

Fibroepitelyal polip ve labial hipertrofi/asimetri olan olguda labioplasti

Hasta: 32 yaşında G3P3

Anahtar Kelimeler: Labioplasti, polip, hipertrofi

VS-82**Minilaparoscopic Pectopexy for Apical Prolapse**

Dogan Vatansever¹, Burcu Yılmaz Hanege¹, Tuncer Kumcular³, Mustafa Serdar Yasartekin¹, Cagatay Taskiran²

¹Department of ObGyn, Koc University Hospital, Istanbul, Turkey

²Department of ObGyn, Division of Gynecologic Oncology, Koc University Faculty of Medicine, Istanbul, Turkey

³Department of ObGyn, American Hospital, Istanbul, Turkey

Background: Pelvic organ prolapse (POP) is an increasingly common condition affecting nearly half of the parous women over 50 years of age. The etiology is multifactorial which all contributes to the loss of pelvic support due to weakening connective tissue and muscles along with nerve damage. Although mild to moderate asymptomatic POP can be treated by conservative measures such as pelvic floor muscle training, electrical stimulation and biofeedback, for severe symptomatic cases surgical treatment is almost always the most effective treatment strategy. Multiple reconstructive surgical procedures either using native tissue or mesh has been previously described. Pectopexy is one of these procedures where a monofilament mesh is attached to the iliopectineal ligaments on each side of the pelvis and vaginal apex or cervical stump to reconstruct the apical support. The aim of this video is to present a case of total vaginal prolapse treated with minilaparoscopic pectopexy.

Materials and Methods: The patient was a multiparous woman with total vaginal prolapse with predominantly isolated apical prolapse. We performed a minilaparoscopic mesh pectopexy to reconstruct the POP. The mesh is completely covered by peritoneum so that no mesh is visible at the end of the procedure.

Results: Intraoperative and postoperative period was uneventful. She stayed for 2 days at the hospital and discharged on postoperative day three without any complication.

Conclusions: Minilaparoscopic mesh pectopexy may offer an alternative to laparoscopic sacropexy for patients with apical POP. Minilaparoscopy is a nearly scar free surgical option which can be as effective as conventional laparoscopy for the treatment of POP in hands of experienced laparoscopic surgeons.

Keywords: pectopexy, apical prolapse, minilaparoscopy

**VS-83****Laparoskopik Histerektomi Yapılan Olguda Yüksek Uterosakral Plikasyon(üreter disseksiyonu yapılmadan)**

Tekin Ekinci¹, Hanifi Şahin²

¹Department of Obstetrics and Gynecology, Malatya Education and Research Hospital, Malatya, Turkey

²Department of Gynecologic Oncology, İstinye Üniverstiy Gaziospanpasa Medical park Hospital, İstanbul, Turkey.

Laparoskopik Histerektomi Yapılan Olguda Yüksek Uterosakral Plikasyon(üreter disseksiyonu yapılmadan)

AMAC: Desensus uteri olgularında laparoskopik histerektomi yapılan olgularda üreter disseksiyonu yapmadan yüksek uterosakral plikasyonu video eşliğinde sunmak.

Hasta: 51 yaşında G3P3, Kaviteye bası yapan 6 cm myom, POPQ2 desensus

Anahtar Kelimeler: Uterin Desensus, Uterosakral Plikasyon, Üreter

VS-84**Myosure use for FIGO type 3 fibroid**

Ceren Unal¹, Ulkar Heydarova¹, Cumhur Bülent Urman²

¹Department of Obstetrics and Gynecology, Koç University Hospital, Istanbul, Turkey

²Department of Obstetrics and Gynecology, Koç University Medical Faculty, Istanbul, Turkey

Background: Abnormal uterine bleeding affects %10 - %35 of women in reproductive period. Fibroids are benign pelvic tumors and one of the most common reason of abnormal uterine bleeding. The patients presenting with the symptom of heavy menstrual bleeding (menorrhagia) are more likely to have submucosal fibroids. The exact mechanism whereby fibroids cause menorrhagia is poorly understood however, it has been postulated that fibroids located beneath the endometrium might increase the amount of blood shed through the menstrual cycle due to the increased the endometrial surface area as well as abnormalities of local venous drainage and abnormalities in prostaglandin production. Here in this case we would like to present a forty year old female patient with heavy menstrual bleeding persisting for six months. She has fertility desire and no history of previous pregnancy. Physical and pelvic examination revealed a nulliparous cervix and heavy uterine bleeding. A 15x14 mm submucous fibroid on the right lateral uterine wall detected during transvaginal ultrasonography. During the 3D ultrasonography the fibroid was observed to distort the uterine cavity. Hysteroscopic myomectomy procedure planned.

Materials and Methods: The procedure started with a diagnostic hysteroscopy which identified the myoma and followed by operative hysteroscopy. Hysteroscopic myomectomy was performed using MyoSure Hysteroscopic Tissue Removal System.

Results: The uterine cavity was observed to be normal at first glance. As operator demonstrated the topography of the fibroid by ultrasound, a scissor was used to perform an endometrial incision in order to expose the fibroid. After dilatation of the cervix, MyoSure was applied. Morcellation process started from the endometrial interface. Subsequently MyoSure was inserted to the intramural interface in order to stabilize the fibroid providing a more convenient way for morcellation. No bleeding was detected at the end of the procedure. Postoperative period was uneventful.

Conclusions: Operative hysteroscopy and hysteroscopic morcellation procedures should be the first choice for the management of FIGO type 0-2 fibroids. Management of symptomatic FIGO type 3 fibroids causing heavy menstrual bleeding may require advanced minimal invasive surgical expertise.

Keywords: Hysteroscopic myomectomy, hysteroscopic morcellation, submucous fibroid

VS-85**Submukoz Myomlarda Histerektomi Şart mı ?**

Mehmet Dolanbay, Tuğçe Demir

Erciyes Üniversitesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı Kayseri

OLGU SUNUMU

- Y.Y
- 25 yaşında, G(1) P(1) A(0) Y(1) NSVY doğumu mevcut. Hastanın geçirilmiş jinekoloji cerrahi öyküsü yok.
- Yaklaşık 5 aydır hasta pıhtılı ve fazla süren adet kanamaları nedeniyle dış merkezde jinekoloji polikliniğine başvuruyor.
- Dış merkez ultrasonunda ön duvarda subendometrial yerleşimli 39*34 mm ölçüsünde endometriumda hafif yaylanmaya neden olan myom ile uyumlu görünüm izlendi olarak raporlanmış.
- Hastaya dış merkezde ilk 2 ay Mirena takılmış. Sonrasında hastanın kanaması devam etmesi üzerine ek olarak Primolut-N 2X1ve aralıklı Transamin tablet tedavisi verilmiş. Kanaması azalsa da devam etmesi üzerine hasta tarafımıza başvurdu.

ÖZGEÇMİŞ

- Ek dahili: FMF, Romatoid Artrit, Hepatik Adenom
- Operasyon Öyküsü: L/S Hepatik Adenektomi
- Kullandığı ilaç: Yok

BAŞVURU MUAYENESİ

- TVUSG: Endometrium 7 mm.Uterus 57*64 mm. Sağ ön duvardan kaynaklı intramuralkomponent ?içeren 4 cm çapında submukozmyom ile uyumlu olabilecek görünüm izlendi.
 - Laboratuvar Bulguları: Hb: 7,8 aptt:23,4 ınr:0,98 pt:10,9 total hcg(-)
 - Hastaya yapılan SalinİnfüzyonSonografi'deendometrialkaviteyi dolduran yaklaşık 39 mm ölçüsünde submukozmyom nodülü izlendi.
- Hastaya histereskopik myomektomi, İV ferinject 1x2 planlandı.
- Hastanın tvusg,sono ve 3d görüntüleri

Anahtar Kelimeler: submukoz myom,Histereskopi,Minimal invaziv

VS-86**A new technique for cavity reconstruction in a patient with Grade IV intrauterine adhesions**

Gülümser Ece Aksakal, Mehmet Ceyhan, Ayşen Boza, Sinem Ertaş, Bülent Urman
Amerikan Hastanesi, Kadın Hastalıkları Anabilim Dalı, İstanbul

Asherman sendromu geçirilmiş intrauterin cerrahilere sekonder gelişmekte olup kliniğimize başvuran 40 yaşındaki hastanın primer semptomu amenore idi. Olgumuzun yapılan ilk ultrason ve histerosalpingografi değerlendirmesinde kavite güdük şeklinde izlenmekte olup endometrium tamamen oblitere idi. Bu olguda uygulanan teknikte tubal ostium hizasına kadar abdominal ultrason eşliğinde histeroskop ile ilerleyerek kavite sınırları belirlendi. Ardından fundal kesilerle kavite anatomik hale getirildi. Akabinde bariyer jel kaviteye uygulandı ve hastaya postoperatif östrojen tedavisi verildi. Bu tekniğin yaygın olarak ehil ellerde kullanılması ile operasyon sırasında karşılaşılabilecek rüptür gibi komplikasyonlar en aza indirilmiş olmakla birlikte mükerrer histeroskopilerle kavite oluşturulan tedavi yönteminin de maliyet etkin olmaması nedeni ile giderek azalacağını öngörmekteyiz.

Anahtar Kelimeler: histeroskopi, asherman sendromu, intrauterin sineşi,

**VS-87****OHVIRA syndrome: A rare case report**

Didem Alkaş Yağınç, Selçuk Yetkinel, Pınar Çağlar Aytaç, Esra Bulgan Kılıçdağ

Department of Gynecology and Obstetrics, Başkent University Faculty of Medicine Adana Application and Research Hospital, Adana, Turkey

AIM: Herlyn-Werner-Wunderlich syndrome is a rare congenital anomaly of the female genitourinary system. It is associated with obstructed hemivagina and ipsilateral renal anomaly (OHVIRA) with uterine didelfis. It usually presents with pelvic pain, pelvic mass and dysmenorrhea, which starts shortly after menarche. In case of clinical suspicion, the diagnosis is made by ultrasonography (USG) and magnetic resonance imaging (MRI). The main treatment method is surgical removing the vaginal septum. In this case, hysteroscopic surgery of a patient with OHVIRA syndrome who had undergone two operations outside our center before will be presented.

METHOD: In this case, hysteroscopic surgery of a patient with OHVIRA syndrome is presented.

RESULT: A 13-year-old patient who was diagnosed a year ago and operated twice outside our center presented with pelvic pain and without menstruation. In the MR examination, uterine didelfis was present; right uterus was normal and left uterine cavity was associated with hematoma. No left kidney was observed. Operative hysteroscopy was performed under sedoanalgesia. The right uterine cavity was normal in the surgery. Tubal ostium was the only one on the right. Obliterated left vagina was enlarged from the right lateral wall. After an intense hematoma emptying, the left cervix was observed. Entered the cavity on the left. The left endometrium was hypertrophic and the left tubal ostium was normal. The vaginal septum was cut with LOOP hysteroscopy under the guidance of ultrasonography. Foley catheter 22 was inserted into the opening after resection of the vaginal septum and inflated with 40 cc saline. The patient had two menstrual periods after the operation. Control hysteroscopy is planned.

DISCUSSION: OHVIRA is a rare congenital genitourinary system anomaly. In the presence of clinical suspicion, USG and MRI are correctly diagnosed. Vaginal septum resection is performed by hysteroscopy and the patient is relieved of the complaints of pelvic pain and bloating due to hematocolpos.

Keywords: Herlyn-Werner-Wunderlich syndrome, OHVIRA, mullerian anomaly, hematocolpos

VS-88**Hysteroscopic management of cesarean niche**

Sebile Güler Çekic¹, Simge Pesen¹, Barış Ata²

¹Koç University Hospital

²Koç University Medical School

Cesarean scar defect, also called isthmocele or niche, is a hypoechoic area within the myometrium of the lower uterine segment at the site of the uterine scar of a previous cesarean section. Cesarean section defects can be asymptomatic but in many cases, can lead to gynecological symptoms such as abnormal uterine bleeding and infertility. They may also be responsible for future obstetrical complications, such as ectopic pregnancy, uterine rupture and placental anomalies. Isthmocele may be managed by hysteroscopy or laparoscopy. Resectoscopic treatment can be considered effective in small size defects.

We report a case of a patient with a history of secondary infertility. She also had uterine bleeding like spotting. Her US revealed cesarean scar defect. Hysteroscopic repairing of the niche was planned before embryo transfer. The distal part of the niche was resected and the area around the defect was coagulated. The base of the niche was also coagulated. Coagulation enhances the inflammation and with the increased fibrosis the defect shrinks. The patient had an uneventful recovery after a month.

Conclusions: Hysteroscopy can be a simple effective method for repair of isthmoceles in chosen patients.

Keywords: cesarean niche, hysteroscopy, isthmocele

**VS-89****Endo-fasial fistül kaynaklı fasial endometriotik nodül**

Nuriye Esra Uysal, Mete Çağlar, Aygün Hamidova, Merve Erol Deniz, Zivar Eldarova, Selin Güney

Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Ana bilim Dalı, Antalya

39 yaşında 2 gebeliği, 2 sezaryen doğumu olan, sezaryenden başka cerrahi operasyon öyküsü olmayan hastanın her adet başlangıcıyla birliktelik gösteren batin sağ alt kadranda ağrısı olmaktadır. Ultrasonografide batin ön duvara adeze uterus, uterus fundus-corporis anterior kesiminde endometrial kaviteden başlayıp myometriumu transvers olarak kat ederek karın ön duvarına uzanan sezaryen skarından bağımsız ikinci bir trakt gözlenmiştir. Bu trakt devamında sağ rektus kası içinde sagittal planda yaklaşık 1.5 cm boyutunda endometriotik nodül gözlenmiştir. Hastaya laparoskopik cerrahi yapılarak batin ön duvarı ve uterus arasındaki adezyonlar açılmıştır. Uterustan rektus fasiasına uzanan fistül traktı çıkarılmış ve laparotomi ile rektus fasiasındaki nodül eksize edilmiştir.

Anahtar Kelimeler: endometriotik nodül, endometriosis, laparoskopi

VS-90**Ovarian Endometrioma and Pelvic Peritoneal Endometriotic Implant Excision**

Mustafa Serdar Yaşartekin¹, Ceren Ünal¹, Burcu Yılmaz Hanege¹, Ulkar Heydarova¹, Bülent Urman²

¹Department of Obstetrics and Gynecology, Koç University Hospital, Istanbul, Turkey

²Department of Obstetrics and Gynecology, Koç University Medical Faculty, Istanbul, Turkey

Ovarian Endometrioma and Pelvic Peritoneal Endometriotic Implant Excision

BACKGROUND: Endometriosis is a common cause of dysmenorrhea, chronic pelvic pain, infertility, menstrual dysfunction, and gastrointestinal complaints.

This video represents a 31 year old woman suffering from dysmenorrhea and infertility. Ultrasound revealed an 8 cm endometrioma in the left ovary. Pelvic peritoneal nodules were palpated by the bimanual examination.

METHODS: Laparoscopic endometrioma and pelvic peritoneal endometriotic implant excision were performed in order to restore the pelvic anatomy.

Port Set up: 10 mm umbilical main trocar, three 5 mm satellite trocars

Energy Source: Maryland Ligasure

RESULTS: Laparoscopic exploration showed an 8 cm left ovarian endometrioma, and pelvic peritoneal endometriotic implants. Endometrioma excision was performed as the first step, then the ovary was sutured providing hemostasis. The left ovary was fixated to the abdominal wall by the help of a T lift. After the exposure of the left ureter by sharp and blunt dissection, excision of peritoneal endometriotic implants over the ureter peritoneum, was performed. No complications were observed. The postoperative period was uneventful.

CONCLUSIONS: Abdominal and pelvic anatomy must be observed attentively for endometriotic implants. Excision of the ovarian endometriomas to relieve pelvic pain, may not be sufficient. Removal of the pelvic peritoneal implants, and adhesiolysis lead to a successful surgery and pain relief.

Keywords: endometriosis, laparoscopic endometrioma excision, pelvic pain

**VS-91****Laparoskopik Endometrioma ve Pelvik Endometriozis Eksizyonu**

Emre Erdem Tas¹, Edip Alptug Kir¹, Gulin Feykan Yegin², Huseyin Levent Keskin³

¹Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Ana Bilim Dalı, Ankara Şehir Hastanesi

²Ankara Şehir Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum

³Sağlık Bilimleri Üniversitesi Ankara Şehir Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum

Bu videoda 27 yaşında nulligravid ve pelvik ağrı (disparoni ve dismenore) şikayeti ile başvuran, ultrasonografide sağ adnekte 7 cm çaplı endometrioma ile uyumlu kist görülen ve serum CA 125 değeri 75 IU/ml tespit edilen bir hastada laparoskopik yolla endometrioma kist eksizyonu ile pelvik endometriotik odakların eksize edilmesi gösterilmektedir.

Anahtar Kelimeler: Laparoskopi, endometrioma, endometriozis

VS-92**Mini-Laparoscopic Hysterectomy in Deep Infiltrating Endometriosis**

Dogan Vatansever¹, Burcu Yilmaz Hanege¹, Tuncer Kumcular³, Emre Balık², Bulent Urman², Cagatay Taskiran²

¹Department of ObGyn, Koc University Hospital, Istanbul, Turkey

²Department of ObGyn, Division of Gynecologic Oncology, Koc University Faculty of Medicine, Istanbul, Turkey

³Department of ObGyn, American Hospital, Istanbul, Turkey

BACKGROUND: Among young women suffering from chronic pelvic pain unresponsive to medical treatment the prevalency of endometriosis is approximately 70%. Some women could experience constant pain that interferes with their daily lives. Endometriosis patients could also experience dyspareunia, dysmenorrhea, dyschezia, dysuria, gastrointestinal complaints, rectal bleeding with significant bowel involvement, menstrual dysfunction such as oligomenorrhea or hypermenorrhea, low back pain and infertility. This video presents a 41 y/o female suffering from severe chronic pelvic pain. History of several previous surgeries for various reasons at different times (laparoscopic and laparatomic, endometriosis or diagnostic surgeries), no previous pregnancy and no fertility desire. USG scan revealed deep infiltrating endometriosis with a 4 cm unilateral endometrioma, endometriotic implants in the left sacrouterine ligament and hypogastric nerve tract. Rectovaginal endometriosis nodules could not be palpated by bimanual pelvic examination. **METHODS:** Laparoscopic deep infiltrating endometriosis surgery (laparoscopic hysterectomy and bilateral salpingo-oophorectomy and vaginal endometriotic nodul excision) and low anterior colon resection were performed. Port setup: umbilical 5mm port, and additional 5mm and 3mm trocars over right and one 3mm over left lower quadrant. Energy source: Olympus PK, and Maryland Ligasure. **RESULTS:** Due to severity of the disease, dense pelvic adhesions surrounding the douglas poche were explored upon entry to the abdominal cavity. All of the adhesions were liberated by careful dissection of the retroperitoneal structures. Endometriotic adhesions were observed around the left ureter and the ureter tract was liberated. Total laparoscopic hysterectomy and bilateral salpingo-oophorectomy and resection of deep infiltrating endometriotic nodules were successfully performed. The general surgery team were invited peroperatively to perform the low anterior colon resection. Pelvic anatomy was restored and left vaginal endometriotic lesions were precisely excised from the pelvic floor. **CONCLUSIONS:** Laparoscopic deep infiltrating endometriosis surgery requires advanced surgical expertise. When performed proficiently, patients could relieve from pelvic pain that is a major setback for these patients' life quality.

Keywords: deep infiltrating endometriosis, pelvic pain, rectosigmoid resection, endometriotic nodules

VS-93**Laparoscopic excision of retrocervical deep infiltrative endometriosis with bowel shaving**Sebile Güler Çekic¹, Üzeyir Kalkan¹, Barış Ata²¹Department of Obstetrics and gynecology, Koç University Hospital, İstanbul, Turkey²Department of Obstetrics and gynecology, Egemed Hospital, Aydın, Turkey³Department of Obstetrics and gynecology, Koç University Medical School, İstanbul, Turkey

This is the case of a 46 years old patient who presents with dysmenorrhoea and groin pain. Transvaginal US showed a 5 cm endometrioma on the left ovary and a nodule on the left uterosacral ligament was palpated. This video presentation outlines the surgical steps of laparoscopic excision in a systematic approach.

Methods: Laparoscopy demonstrated deep infiltrating endometriosis (DIE) involving the left sacrouterine ligament, retrocervix and upper rectum.

A standard 4 port laparoscopy is undertaken and a systematic approach is followed. Surgery begins with division of the physiological sigmoid colon adhesions. The left ureter is visualised and dissected at the pelvic brim. The adhesions between the uterus, left adnexa and left ovary were dissected. Left salpingo-oophorectomy was performed. The left pararectal space is opened medial to the left sacrouterine ligament and then the right pararectal space and the right ureter are dissected. The nodule on the left sacrouterine ligament is dissected. The nodule on the rectum which lies to the rectovaginal septum was carefully shaved off until normal tissue below the nodule is reached. The nodule is shaved from the rectum with cold scissors and short bursts of monopolar energy to avoid thermal injury to the bowel. Vaginal and rectal examination during the dissection assists in identifying the correct plane. The nodule is excised en bloc. The serosa of the rectum was sutured accordingly. At the end of the operation the bowel integrity is checked with an under water leak test which was negative.

Results: The patient made an uncomplicated recovery and was discharged on day 1 post operatively. Endometriosis was confirmed on histology.

Conclusions: A systematic approach for the surgical excision of DIE is followed in this video. Careful dissection and identification of the anatomical landmarks in the pelvis is necessary to allow complete excision of DIE. Shaving gives a lower risk of immediate complications than resection, with better functional bowel outcomes and should be considered first line treatment for non-infiltrating rectal/recto-sigmoid colon nodules. The nodule characteristics (size, depth of invasion into the bowel muscularis, distance from the anal verge) are key factors in determining surgical strategy.

Keywords: nodule shaving, deep infiltrating endometriosis, retrocervical nodule

VS-94**Cocoon like syndrome with deep infiltrating endometriosis**

Gülümser Ece Aksakal¹, Simge Pesen², Mehmet Ceyhan¹, Doğan Vatansever², Ayşen Boza¹, Bülent Urman¹

¹Amerikan Hastanesi, Kadın Hastalıkları Anabilim Dalı, İstanbul

²Koç Üniversitesi Hastanesi, Kadın Hastalıkları Anabilim Dalı, İstanbul

Abdominal koza, primer ya da sekonder olarak bağırsak anslarının bir kısmının veya tamamının fibrokollajenöz bir membranla sarılması sonucu akut veya subakut intestinal obstruksiyon bulguları ile karşımıza çıkan ender bir ileus nedenidir. İleus olmaksızın da literatürde tanımlanmış koza sendromları mevcut olup geçirilmiş abdominal operasyon öyküsü ve endometriozis de abdominal koza oluşumu için nedensel faktörler arasında belirtilmiştir. Bu olgunun batına giriş ve adhezyonların açılma teknikleri açısından literatüre katkıda bulunması amaçlanmıştır. 30 yaşında fertlitesini tamamlamış ve derin infiltratif endometriozis tanısı ile iki defa laparoskopik operasyon geçiren hasta ele alınmıştır. Hastanın yapılan ikinci cerrahi operasyonunda batına girilememiş ve ağrıları (VAS 8-9) devam etmesi üzerine laparoskopik operasyonu planlandı. İlk olarak palmar noktasından batına girildi ancak batın ön duvarının tamamen fibröz bantlarla kaplı izlenmesi üzerine ve bu bantların laparoskopik olarak kademe kademe açılması üzerine abdominal koza benzeri sendrom olarak tarafımızdan adlandırıldı. Olgunun preoperatif değerlendirmesinde uterus etrafında yaygın adezyonların olduğu ve retroservikal nodül varlığı belirlenmişti. Total laparoskopik histerektomi, bilateral salphingooforektomi ve apendektomi operasyonu gerçekleştirildi. Ooforektomi hastanın yoğun isteği üzerine gerçekleştirildi ve operasyon sonrası oral kontraseptif ile tedavisi düzenlendi. Hastanın takiplerinde ağrı skoru VAS 0 olarak değerlendirildi.

Anahtar Kelimeler: derin infiltratif endometriozis, total laparoskopik histerektomi, koza sendromu

VS-95**Üreter ve bağırsağa adeze sol sakrouterin endometriotik nodül eksizyonu**Cihan Karadağ

Okan Üniversitesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Ana Bilim Dalı, İstanbul

33 yaşında Gravida 0 hastanın son 3 yıldır artan dismenore ve ileri düzeyde özellikle sol tarafta ağırlıklı hissedilen disparonisi olan hastanın yapılan bimanual muayenesinde sol sakrouterin bölgede hassasiyet artışı ve ele gelen yaklaşık 3*4 cm ilk modül palpe edildi. Hastaya yapılan tranvajinal usg de bilateral overlerin ve uterusun doğal olduğu izlendi. Hastaya Laparoskopi planlandı. Umblicustan 1 adet 10 lüks sol lateralden 2 adet 5 lik sağ lateralden 1 adet 5 lik trokar ile girişi yapıldı. Explorasyonda bağırsak ve sol retroperitoneal alanın sol adneksial yapılar, sol rotundum ve sakrouterin bölgeye tamamen yapışık olduğu izlendi. Yapışıklıklar açıldı. Bağırsak serbestleştirildi. Sol retroperitoneal alan açıldı. Üreter serbestleştirildi. Sol sakrouterin nodül eksize edildi. Hemostaz sağlandı. Operasyon esnasında yapılan vajinal muayenede daha önce tespit edilmiş nodülün olmadığı tespit edildi. Operasyona son verildi. PO1. günde hasta önerilerle taburcu edildi. 1. hafta ve 1. ayda yapılan kontrol muayenelerinde sol sakrouterin bölgede hassasiyet olmadığı görüldü. İlerleyen kontrol muayenelerde disparoni şikayetinin geçtiği hasta tarafından bildirildi.

Anahtar Kelimeler: Endometriozis, sakrouterin nodül, Laparoskopi, disparoni

VS-96**Adenomyosis resulting in dysmorphic appearance of the uterine cavity and intrauterine adhesions-hysteroscopic findings and treatment**

Sinem Ertaş, Mehmet Ceyhan, Gülümser Ece Aksakal, Ayşen Boza, Bülent Urman
Women Health Centre and Assisted Reproduction Unit, American Hospital, İstanbul, Turkey

BACKGROUND: Uterine adenomyosis is a common gynecologic disorder in women of reproductive age, characterized by the presence of ectopic endometrial glands and stroma within the myometrium. Dysmenorrhea, abnormal uterine bleeding, chronic pelvic pain, and deep dyspareunia are common symptoms of this pathological condition. However, adenomyosis is often an incidental finding in specimens obtained from hysterectomy or uterine biopsies. The recent evolution of diagnostic imaging techniques, such as transvaginal sonography, hysterosalpingography, and magnetic resonance imaging, has contributed to improving accuracy in the identification of this pathology.

Case presentations: The patients presented herein were evaluated for infertility and recurrent failure of IVF cycles. Gray and 3D ultrasound scans and hysterosalpingography showed a contracted uterus mimicking dysmorphism with poorly defined endometrial myometrial interface, and thickening of the subendometrial halo. The endometrium was irregular in appearance, junctional zone was disrupted and there were cystic and hyperechogenic lesions in the myometrium. These videos demonstrate hysteroscopic incision of intrauterine adhesions and correction of the dysmorphic uterine cavity, and cauterization of adenomyotic cystic glands. After hysteroscopy embryo transfer was performed subsequent to GnRH downregulation in one patient who conceived. Embryo transfer is planned in the second patient.

CONCLUSION: In women with signs and symptoms of adenomyosis one should consider that the cavity may be severely affected. Dysmorphic appearance of the cavity together with intrauterine adhesions and cystic adenomyotic lesions should be evaluated and treated surgically via hysteroscopy. Effectiveness of such an approach should be evaluated in large scale trials where hysteroscopy is performed in all patients presenting with symptomatic adenomyosis and infertility.

Keywords: Adenomyosis, Hysteroscopy, Assisted Reproduction

POSTER BİLDİRİLER



EP-01**Extraction of dislocated intraabdominal intrauterine device**Ismail Yılmaz

Düzce Atatürk Devlet Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Bölümü, Düzce
 I present a case of intraabdominal intrauterine device try to extracted by laparoscopy but end with laparotomy because of intraabdominal adhesions. IUD in the uterus was not observed in the examination of the patient who applied to the outpatient clinic with the complaint of abdominal pain. A 28-year-old patient had 3 abdominal operations (2 cesarean section, 1 appendectomy). A direct abdominal X-ray revealed a hyperechogenic mass at right lateral of abdomen, suggesting the dislocated intrauterine device. Report of abdominal CT was: Uterus dimensions are normal and environmental oil plans are dirty. Metallic density of IUD is observed in the uterus anterosuperior. The defined density is localized outside the uterus in the parametrial fatty tissue. In the surrounding mesentery, fatty tissue is observed dirty. The lost intraabdominal intrauterine device was trying to remove with laparoscopy but because of intraabdominal adhesions the operation was terminated laparotomy. The uterus and bowels were completely adherent at the localization of IUD. The general surgeon was invited to the operation. And with common decision the surgery performed laparotomy. Adhesions have been removed and IUD was removed. Laparoscopic extraction is first choice for this cases, but attention should be paid to previous abdominal surgery and laparotomy decision should be taken if necessary.

Keywords: Lost intraabdominal IUD, laparoscopy, adhesion, previous abdominal surgeries

Appearance of IUD on CT*Appearance of IUD on CT*

Appearance of IUD on x-ray anteroposterior



Appearance of IUD on x-ray anteroposterior

Appearance of IUD on x-ray lateral



Appearance of IUD on x-ray lateral



EP-02

Rektal ve uterin prolapsus olan olguda mesh ile laparoskopik onarım

Hanifi Şahin¹, Eda Adeviye Şahin²

¹Department of Gynecologic Oncology, Istinye üniversty Gaziospanpasa Medical park Hospital, İstanbul, Turkey.

²Department of Obstetrics and Gynecology, Malatya Education and Research Hospital, Malatya, Turkey

Rektal ve uterin prolapsus olan olguda mesh ile laparoskopik onarım

Hasta: 46 yaşında G4P4

Anahtar Kelimeler: Rektal prolapsus, uterin Prolapsus,Laporoskopi

EP-03**De novo enterocele after laparoscopic lateral uterine suspension**Adeviye Elçi Atılğan

İstanbul Medipol University, Department of Gynecology and Obstetrics, İstanbul, Turkey

INTRODUCTION: Laparoscopic Lateral Suspension (LLS) is an effective and minimal invasive technique for the correction of apical and anterior pelvic organ prolapse. We present a 34 years old patient performed LLS for stage 3 uterine prolapse and Laparoscopic bilateral paravaginal repair for stage 3 cystocele with paravaginal defect. 4 months later, patient complained of de novo vaginal bulging. Here we present management of de novo enterocele after LLS.

MATERIAL-METHODS: A 34 years old patient came us for vaginal bulging, voiding dysfunction and nocturia. She had 2 normal vaginal delivery, 3300gr and 3400 gr. On physical examination according to Pelvic Organ Prolapse Quantification (POP-Q) system, stage 3 cystocele with paravaginal defect and stage 3 uterine prolapse was detected. Posterior vaginal wall was well sported and there was no perineal descent. We planned to perform Laparoscopic bilateral paravaginal repair and Laparoscopic Lateral Uterine Suspension at same session. The technique consists of a T-shaped synthetic mesh graft placed in the vesicovaginal septum and suspended bilaterally to the abdominal wall, posterior to the anterior superior iliac spine. A deep dissection of the vesicovaginal space until reaching the pelvic floor muscles enables concomitant treatment of a potential recurrence of cystocele. Then laparoscopic pubocervical fascia attached to the arcus tendineus fascia pelvis with 0 prolene sutures and bilateral paravaginal repair was completed at same session. Anatomical cure was defined separately for the apical and anterior compartments as a Pelvic Organ Prolapse Quantification (POP-Q) score of less than -1 cm for each compartment. Subjective cure was defined as the absence of bulge symptoms. Patient satisfaction, prolapse-related quality of life, voiding dysfunction and nocturia were assessed.

RESULTS: A significant improvement was seen with anterior and apical compartments. Voiding dysfunction and nocturia problems were disappeared. Systematic postoperative clinical examinations were performed after 1 week, 4 weeks, at 6 months and at 12 months. 4 months later she came vaginal bulging again. Clinical evaluation of pelvic organ support was assessed again by Pelvic Organ Prolapse Quantification grading system (POP-Q): Ba: -1 Bp: +3, D: +1 other compartments were normal. De novo enterocele was detected and patient was additionally treated with vaginal excision of enterocele sac and Laparoscopic a polypropylene mesh placed between upper 1/3 part of vagina and rectovaginal septum. Postoperative 2nd day patient was discharged and after 1 weeks, 4 weeks and 6 months control examinations were normal.

CONCLUSIONS: Uterus-preserving LLS was an effective technique for correction of apical and anterior wall prolapse. However de novo posterior wall prolapse can occur at any time after LLS. So patients should be informed about this problem before surgery and informed consent must be obtained.

Keywords: enterocele, pelvic organ prolapse, lateral suspension

EP-04**Akut Batın Kliniği İle Gelen Hastada Laparoskopik Gastrointestinal Stromal Tümör Eksizyonu**Mehmet Dolanbay, Ayşe Dişli Gürler

Erciyes Üniversitesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı Kayseri

Giriş: Gastrointestinal Stromal Tümör en sık midede görülmekle birlikte mezenkimal orjinli GIS'in nadir görülen yumuşak doku sarkomudur. Tüm GIS tümörlerinin yaklaşık olarak % 1'ini oluşturur. GIS dışında en sık omentum, mezenter, retroperiton ve intraabdominal yerleşimlidir. Genellikle asemptomatiktir. Karın ağrısı, GIS kanama ve batında ele gelen kitle şeklinde de görülebilir.

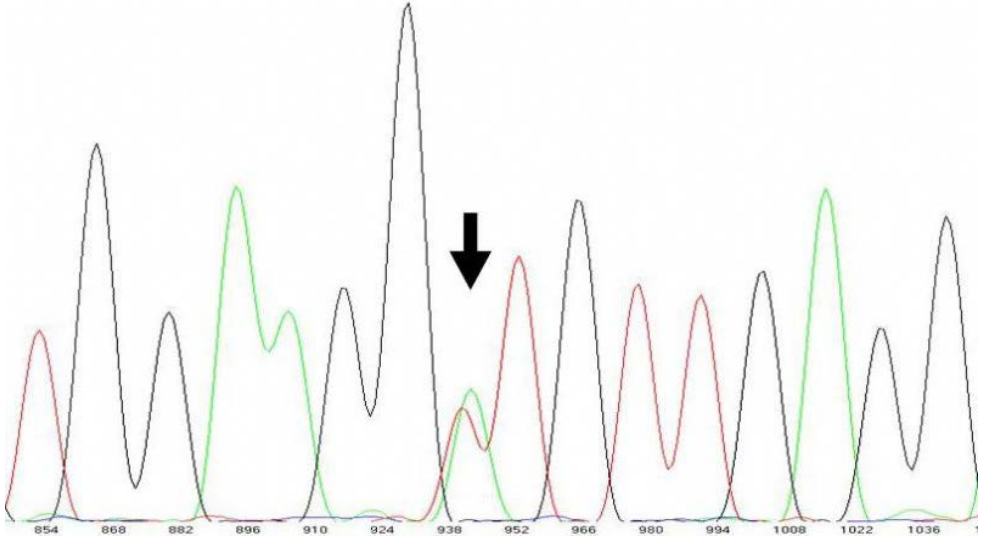
Olgu: 39 yaşında, acil servise karın ağrısı şikayetiyle başvuran hasta tarafımıza yönlendirildi. Özgeçmiş ve soygeçmişinde özelliği olmayan hasta ani başlayan karın ağrısı, bulantı ve kusma tarifledi. Ateş: 37,10C idi. Batın muayenesinde defans ve rebound pozitif olarak izlendi. Hastanın yapılan transvajinal USG'sinde sol adneksial alanda yaklaşık 6x8 cm boyutunda solid dansiteli kitle izlendi. Uterus ve sağ adneksial alan normal olarak izlendi. Laboratuvar analizlerine Hgb:10,5g/dL Lökosit:12,93x103/mmol AST:15u/L ALT:7u/L GGT:15u/L CRP:91,28mg/L Amilaz:52U/L Lipaz:20U/L olarak tespit edildi. Hasta pelvik kitle?+torsiyon? ön tanılarıyla laparoskopik olarak acil cerrahiye alındı. Sol paratubal alanda USG bulgularıyla uyumlu olarak yaklaşık 6x8 cm boyutlarında solid görünümlü kitle kendi etrafında 4 tam tur dönmüş olarak izlendi. Detorsiyone edilen solid kitle keskin diseksiyon ile çevre dokulardan eksize edililip endobag kullanılarak batın dışına çıkarıldı. Kanama kontrolünü takiben dougla 1 adet dren yerleştirildi. Postoperatif dönemde dren takiplerinde drenaj olmaması sonucu 2. gün dren çıkarıldı.

Takiplerinde vitalleri stabil seyreden hasta taburcu edildi. Histopatolojik inceleme sonucu kitle Gastrointestinal Stromal Tümör, Miks İğsi ve Epiteloid tip şeklinde rapor edildi. Yapılan immünohistokimyasal incelemede DOG1, Vimentin ve CD117 ile pozitif boyama, SMA, S100, Desmin, Pankeratin, İnhibin, EMA, CD10, CK7, Kalretinin, CD34 ve STAT6 ile negatif boyama elde edildi. Ki67 % 10-20 tespit edildi. C-KİT EKZON11'de c.1676>A P.V559D mutasyonu ve PDGFR-A EKZON12 EKZON14 EKZON18 mutasyonu bulundu. Ayrıca PDGFRA EKZON12'de homozigot C.1701 A>G(P.PRO567PRO) mutasyonu saptandı. Hasta onkoloji bölümüne yönlendirildi.

Sonuç: Gastrointestinal Stromal Tümörler GIS'in 3. sıklıkta görülen nadir tümörleridir. GIS dışında çok nadirde olsa görülmektedir. Tanıda histopatolojik ve immünohistokimyasal inceleme şarttır. Genellikle asemptomatik seyretmekle birlikte bizim olgumuzda torsiyona bağlı olarak akut batın tablosuyla prezente olmuştur. Pelvik kitlelere yaklaşım sırasında çok nadirde görölse Ektragastrintestinal Stromal Tümörler akılda tutulmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Laparoskopi, Ektragastrintestinal tümör, Onkolojik cerrahi

Resim 4



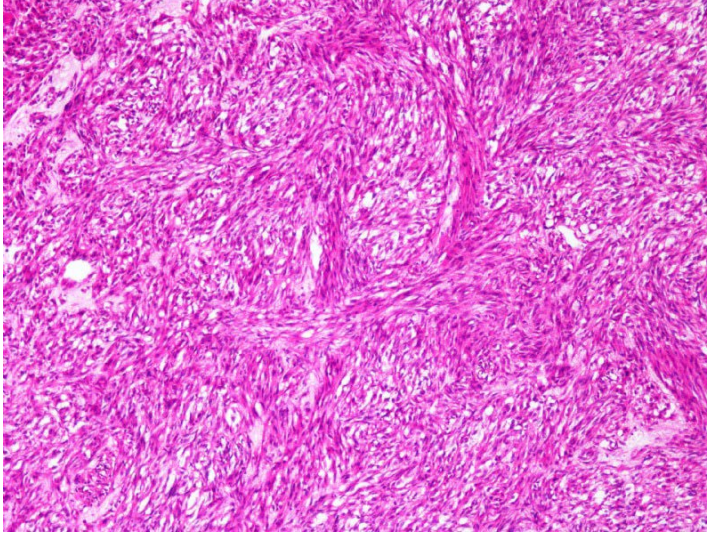
Sanger sekanslarında CkitEkzon11 1676 T>A nokta mutasyonu

Resim 1



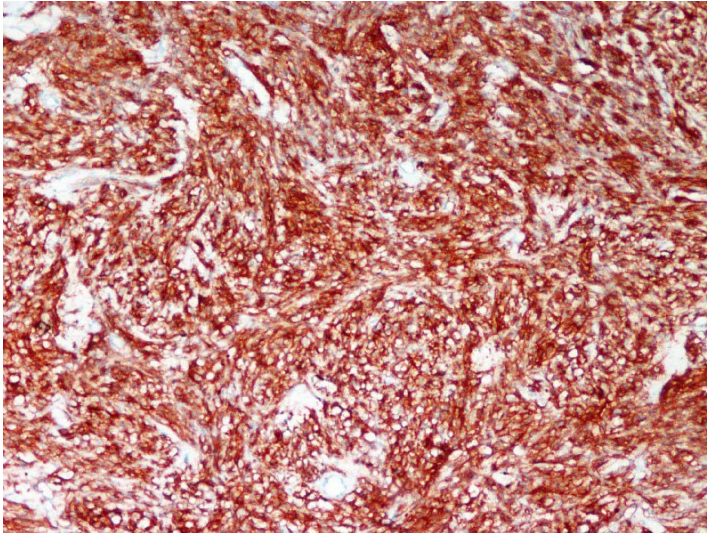
Sol paratubal alandaki kitlenin laparoskopik görüntüsü

Resim 2



HEx100 Uniform İğsi Hücreli Proliferasyon

Resim 3



Ckitx100 Neoplastik hücrelerde CD117(Ckit)pozitifliği

EP-05**Repair of a ruptured c-section scar defect with davinci xi robot**Adeviye Elçi Atılğan

İstanbul Medipol University, Department of Gynecology and Obstetry, İstanbul, Turkey

OBJECTIVE: We present here a case with a robot-assisted repair of ruptured cesarean scar defect (isthmocele) after an abortion

MATERIAL-METHODS: A 38-year-old woman came to our tertiary centre reporting a 9-week gestational loss after with spontaneous abortion and therapeutic curettage 2 days before, followed by abdominal distension, tachycardia, and pelvic pain. She already had a previously C-section 1 year ago. She had complained of postmenstrual spotting and doctor had said she had got an isthmocele after cesarian sectio. Emergency abdominal ultrasonography evaluation showed a defect in the uterine wall with hemorrhagic foci inside and periuterine hematoma sized 23x43x32 mm. We used 3 robotic 8-mm ports and one laparoscopic 5-mm port and right-sided docking. An uterine manipulator was inserted to uterine cavity. Hematoma was suctioned with saline solution and ruptured cesarian scar size was visualized exactly. We performed ruptured uterine scar excision with cold scissors and repaired two layer separately with 0-polyglactine suture. One layer stitch for endometrial line approximation, second layer for myometrial full thickness approximation. Intraoperative no complication was observed.

RESULTS: In post surgery, the patient had a good evolution, with hospital discharge 2 days after the procedure. Robotic port sizes were also good healed. She started to take iron for anemia. In the follow-up, she had fast improvement of post menstrual bleeding per cycle.

CONCLUSION: The prevalence of isthmocele ranges increases as a direct relation to the increase in C-sections in the world. Dissection, resection and suturing such these cases may be difficult for surgeons. The robotic-assisted 3-D high resolution view and the free movements of joint make the dissection and suturing easily. Postoperative pain and blood loss also much more low according to open surgeries.

Keywords: isthmocele, cesarian scar defect, da vinci xi robot

EP-06**Akut Batın Kliniği İle Prezente Olan Hastada İzole Tubal Torsiyon**Mehmet Dolanbay, Ayşe Dişli Gürler

Erciyes Üniversitesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı Kayseri

Giriş: İzole tubal torsiyon yaklaşık 1/1 500 000 sıklıkta görülmektedir. Daha çok adolesan, gebelik ve postmenopozal dönemlerde karşımıza çıkan bu klinik tablonun oluşmasına hematosalpinks, hidrosalpinks, tubal ligasyon, pelvik inflamatuvar hastalık neden olabilmektedir. Vakaların çoğunda sağ tüpte torsiyon görülmektedir. Akut batın ile gelen hastalarda akut apandisit ve over torsiyonu ayırıcı tanıda ilk akla gelmesi gereken hastalıklardır.

Olgu: 55 yaşında bir gün önce başlayan alt karın ağrısı şikayeti ile başvuran hastanın muayenesinde defans ve rebound pozitif olarak izlendi. Özgeçmiş özelliği bulunmayan hastanın yapılan transvajinal USG'sinde uterus normal, sol over normal olarak izlenmekle birlikte, sağ tubal alanda torsiyon ile uyumlu yaklaşık 4-5 cm çapında kistik görünüm mevcuttu. Vital bulguları stabil olan hastanın labaratuvarında; Hgb:13,2g/dL WBC:6,12x10³/mmol idi. Hasta tubal torsiyon ön tanısıyla acil cerrahiye alındı. Mini laparotomi yapılan hastanın eksplorasyonda izole sağ tubal torsiyon izlendi. Sağ salpenjektomi yapılarak cerrahi tamamlandı. Takiplerinde vitalleri stabil seyreden hasta posoperatif 2.günde taburcu edildi.

Sonuç: İzole tubal torsiyon nadir görülen bir durumdur. Over torsiyonunda görülen açılıp kapanan ağrı, bulantı kusma gibi şikayetler ile gelebileceği gibi tubanın erken dönemde hızlı nekroza gitmesi nedeniyle sürekli devam eden ağrı ve akut batın kliniği oluşabilir. Özellikle üreme çağındaki kadınlarda fertilitenin korunması amacıyla salpenjektomiden kaçınabilmek için bu hastaların erken tanı ile cerrahi planlamasının yapılması ve detorsiyon seçeneğinin uygulanması en önemli klinik yaklaşım olacaktır.

Anahtar Kelimeler: İzole Tubal Torsiyon, Akut Batın, Jinekolojik Cerrahi

Resim 1



İzole Sağ Tubal Torsiyon

EP-07

Epitelyal Over Kanserlerinin Agresifliği İle İntraperitoneal Sitokin Seviyeleri Arasındaki İlişkinin İncelendiği Prospektif Klinik Çalışma

Hasan Hüseyin Uçkan¹, Kunter Yüce², Mehmet Coşkun Salman²

¹Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Bölümü

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

Over kanseri jinekolojik maligniteler içinde en sık ölüme sebep olan hastalıktır. %90 gibi büyük bir kısmını epitelyal over kanserleri oluşturur. Bu hastalıkta tanı genellikle ileri evrede konulmakta ve tanı anında yaygın peritoneal yayılım olmaktadır.

Literatürdeki çalışmalarda peritoneal kanseri olan hastalarda intraperitoneal sitokin düzeylerinde değişiklikler saptanmıştır.

Amacımız intraperitoneal metastastazı bulunan epitelyal over kanserli hastalar ile benign hastalar arasında intraperitoneal sitokin düzeyleri karşılaştırmak ve PCI skoru ile sitokin düzeyleri arasındaki ilişkiyi ortaya koymaktır.

22 epitelyal over kanserli hastanın değerlendirildiği çalışmamızda IL-2 ve IL-12 düzeyleri benign kontrol grubuna göre epitelyal over kanserli hastalarda daha düşük, IL6, IL-10 ve VEGF ise kontrol grubuna göre daha yüksek saptanmıştır. PCI indeksine göre yaygın intraperitoneal tutulumu olan hastalar ile yaygın olmayan intraperitoneal yayılımı olan hastalar arasında asit sıvısındaki sitokin düzeylerinde anlamlı fark saptanmamıştır.

Anahtar Kelimeler: epitelyal over kanseri, over kanseri, sitokin

Tablo 1

grup		Statistic							
		Mean	Median	Variance	Std. Deviation	Minimum	Maximum	Range	Interquartile Range
il6	hasta	3317.6814	1584.6500	13307187.098	3647.90174	.11	11765.00	11764.89	6020.45
	kontrol	470.6552	66.7600	2006512.388	1416.51417	.11	6515.00	6514.89	135.07
il2	hasta	16.4082	.0100	1207.342	34.74682	.01	144.10	144.09	17.53
	kontrol	14.7114	12.0300	239.288	15.46892	.01	54.86	54.85	23.95
il10	hasta	73.0114	30.9650	7778.849	88.19778	4.91	332.97	328.06	113.55
	kontrol	8.6595	7.9800	24.579	4.95777	1.45	21.46	20.01	6.52
il12	hasta	5.1800	1.9550	75.520	8.69021	.01	37.94	37.93	6.11
	kontrol	6.6658	4.7200	34.079	5.83775	.01	24.67	24.66	5.01
vegf	hasta	1093.9750	457.9650	2104694.795	1450.75663	85.88	5960.00	5874.12	1153.96
	kontrol	166.0595	162.1200	5446.379	73.79959	76.35	368.70	292.35	81.02

Tablo 2

	pci2	Statistic												Std. Error			
		Mean	95% Confidence Interval for Mean		5% Trimmed Mean	Median	Variance	Std. Deviation	Minimum	Maximum	Range	Interquartile Range	Skewness	Kurtosis	Mean	Skewness	Kurtosis
			Lower Bound	Upper Bound													
il6	yaygin	3165.8	1046.930	5284.854	3007.985	2710.5	1112226	3335.005	.11	9174.	9173.	5972.13	.553	-	962.733	.637	1.232
	olmayan	925	9	1	6	000	3.309	74		00	89			1.136	23		
	yaygin	3499.8	516.8118	6482.844	3218.326	1426.6	1738864	4169.969	301.6	11765	11463	6448.25	1.286	.252	1318.66	.687	1.334
il8	yaygin	280			2	7	500	2.265	10	8	00	32			001		
	olmayan	25.936	-2.2445	54.1179	20.8124	.0100	1967.277	44.35400	.01	144.1	144.0	54.22	1.990	4.135	12.8039	.637	1.232
	yaygin	7								0	9				0		
il10	yaygin	4.9740	-3.6803	13.6283	3.4111	.0100	146.358	12.09784	.01	38.07	38.06	3.34	2.786	7.942	3.82567	.687	1.334
	olmayan	60.405	9.5050	111.3050	53.0367	14.965	6417.750	80.11086	7.65	245.7	238.1	103.39	1.517	1.364	23.1260	.637	1.232
	yaygin	0				0				9	4				1		
il12	yaygin	88.139	17.1759	159.1021	79.1611	51.400	9840.564	99.19962	4.91	332.9	328.0	118.55	1.906	4.059	31.3696	.687	1.334
	olmayan	0				0				7	6				7		
	yaygin	3.4217	1.3581	5.4852	3.2196	2.7250	10.548	3.24778	.01	10.47	10.46	5.48	.848	.308	.93755	.637	1.232
il12	yaygin	7.2900	-1.5946	16.1746	5.9917	.9150	154.251	12.41980	.01	37.94	37.93	11.28	2.065	4.092	3.92749	.687	1.334
	olmayan	1201.3	104.8019	2297.829	994.1509	438.83	2578347.	1725.788	171.6	5960.	5788.	1930.98	2.240	5.284	498.192	.637	1.232
	yaygin	158		8		50	212	67	0	00	40				33		
vag	olmayan																
	yaygin	965.16	169.5571	1760.774	860.4522	744.71	1236954.	1112.184	85.88	3729.	3643.	1189.69	1.920	4.305	351.703	.687	1.334
f	olmayan	60		8		50	348	49		30	42				62		

EP-08**Serviks uteride oldukça nadir görülen heterolog komponentli karsinosarkom olgusu**Ceyda Karadag, Tayup Şimşek

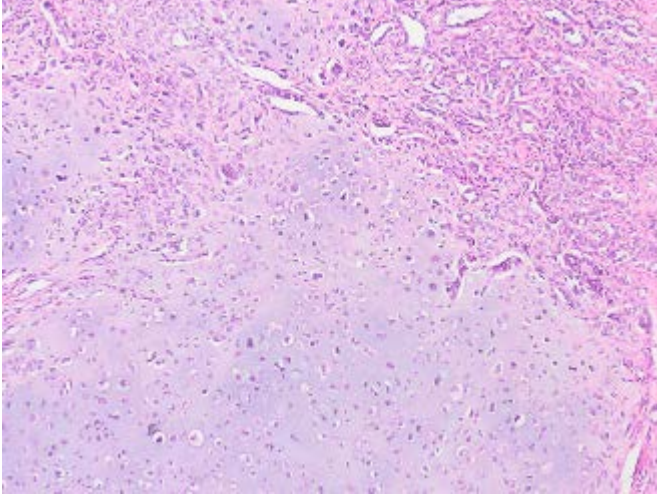
Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kadın Hastalıkları Ve Doğum Anabilim Dalı, Jinekolojik Onkoloji Bölümü, Antalya

GİRİŞ: Karsinosarkom, kadın üreme sisteminde, karsinomatoz ve sarkomatöz bileşenden oluşan nadir bir malignitedir. Servikal karsinosarkomlar ise daha nadirdir ve İngiliz literatüründe 70'ten az vaka bildirilmektedir. Servikal karsinosarkomların çoğu homolog mezenkimal komponente sahipken; heterolog mezenkimal komponent bulunduran olgu literatürde on vaka ile sınırlıdır. Biz de kliniğimizde opere olan ve halen takip ettiğimiz on birinci heterolog komponentli servikal karsinosarkom olgusunu sunacağız. **OLGU:** 58 yaşında postmenapozal kadın olgu, dış merkeze yaklaşık bir yıldır devam eden pelvik ağrı ve son bir aydır varolan vajinal kanama şikayetiyle başvurmuş. Hastanın yapılan tetkiklerinden serviks biyopsisi karsinosarkom (heterolog komponentli,epitelyal kısmı seröz karsinom, mezenkimal kısmı kondrosarkom) olarak raporlanmıştı. Preoperatif değerlendirmelerin ardından hastaya tip 2 radikal histerektomi, bilateral salpingooferektomi, bilateral pelvik ve paraaortik lenf nodu diseksiyonu, omentum biyopsileri yapılarak operasyon tamamlandı. Olgunun nihai patoloji raporunda serviks kaynaklı, epitelyal kısmı seröz karsinom, mezenkimal kısmı kondrosarkom ve osterosarkom içeren heterolog komponentli karsinosarkom olarak raporlandı (resim1).

TARTIŞMA: Servikal karsinosarkom nadirdir ve çoğunlukla postmenapozal dönemde görülmektedir. En sık semptom vajinal kanama ve en sık bulgu servikal kitledir. Bizim vakamızda da hastanın ilk başvuru şikayeti vajinal kanama idi. Servikal biyopsilerle tanı koymak oldukça güçtür. Servikal karsinosarkomların çoğu homolog mezenkimal komponente sahipken; heterolog mezenkimal komponent bulunduran olgu literatürde on vaka ile sınırlıdır. Bizim vakamız halen takip ettiğimiz on birinci heterolog komponentli servikal karsinosarkom olgusudur.

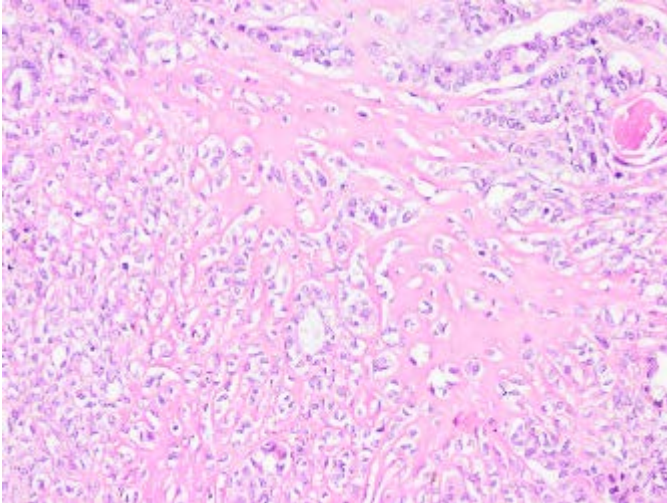
Anahtar Kelimeler: karsinosarkom, malign mikst müllerien tümör, servikal karsinosarkom

RESİM 1



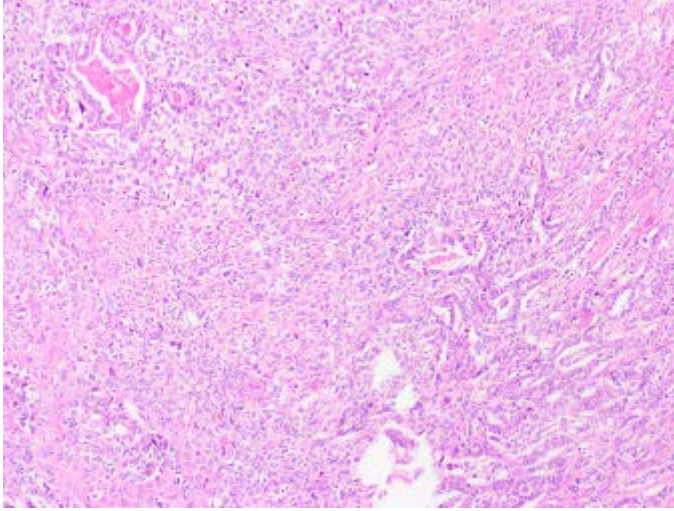
Heterolog sarkomatöz alanlar (kondrosarkom alanı) (H&E X100)

RESİM 2



Heterolog sarkomatöz alanlar (osteosarkom alanı) (H&E X200)

RESİM 3



Karsinom komponenti (seröz karsinom) (H&E X 100)

EP-09**Kadın genital sistem malignitelerini taklit eden lignöz servikovajiniti**

Özer Birge, Tayup Şimşek

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

GİRİŞ: Lignöz hastalık, nadiren kronik, enfeksiyöz olmayan, çoğunlukla konjonktiva olmak üzere çeşitli anatomik bölgelerde geniş subepitelyal fibrin birikimi ile karakterize psödomembranöz inflamasyon şeklindedir. Lignöz servikovajiniti plazminojen eksikliği nedeniyle subepitelyal fibrin birikimi ile karakterize nadir kronik bir hastalıktır. Plazminojen eksikliğinin fibrin parçalanmasına ve fibrin birikmesine neden olduğu düşünülmektedir. biz de kliniğimizde tanı alan iki linyöz servikovajinit olgusu olgusunu sunmak istedik.

OLGU: Olgu 1: 41 yaşında olgunun jinekolojik muayenesinde serviks sağ yarısında 2 cm boyutunda flat görünümde kitle vardı (resim1). Transvajinal ultrasonbulgusu olarak yine servikte kalsifik nodüler lezyonlar bulunmaktaydı. Malignite şüphesi nedeniyle serviks sağ yarısından çoklu biyopsiler alındı. Biyopsi fibrin, lignöz servikovajinit olarak raporlandı (resim2). Olgu 2: 31 yaşında olgu kliniğimize vajinal kitle nedeniyle kliniğimize refere edilmiş. Dış merkezde lezyondan alınan biyopsi sonucu vajinal adenokarsinom olarak raporlanmıştı. Hastanın spekulum muayenesinde servikovajinal bölgede yaklaşık 2 cm kitle görülmekteydi (resim 3). dış merkez preparatları hastanemiz patoloji laboratuvarında tekrar incelenmiş olup, lignöz servikovajiniti olarak raporlandı (resim 4). Her iki hastamıza da laboratuvar incelemeleri sonucu plazminojen eksikliği tanısı kondu.

TARTIŞMA: Plazminojenin fibrinolizde önemli bir rol oynadığı ve plazminojen eksikliğinin fibrinin parçalanmasındaki bozulmaya yol açarak fibrin birikimine yol açtığı düşünülmektedir. Patolojik herhangi durum; yaralanma veya iltihaplanma durumunda mukoza zarında hücre dışı fibrin birikintileri çözülemez. Mukoza zarlarında " ahşap " plaklar olarak adlandırılan iltihaplı fibrinler birikmektedir. Muayenede serviks ya da vajen kaynaklı malignensilerle karışabilmektedir. Multiple biyopsilerle tanı konmaktadır. Literatürde belirlenmiş kesin bir tedavi şekli bulunmamaktadır. Lokal eksizyon, oral steroid veya vajinal steroidli kremler, taze donmuş plazma gibi lokal ve sistemik ajanlar kullanılabilir. Ayrıca oral kontraseptifler de plazminojen seviyesinin artmasına yol açtığı için kullanılabilir. Sonuç olarak, lignöz servikovajiniti olan hastalarda konjonktiva, orta kulak, ağız boşluğu, vokal kordlar, vajina veya serviks gibi çoklu sistemik problemler olabilir. Kitleler malignite gibi görünür ve çoklu biyopsiler tanı için esastır. Tanı karakteristik histopatolojik özelliklerin tanımlanmasıyla doğrulanır.

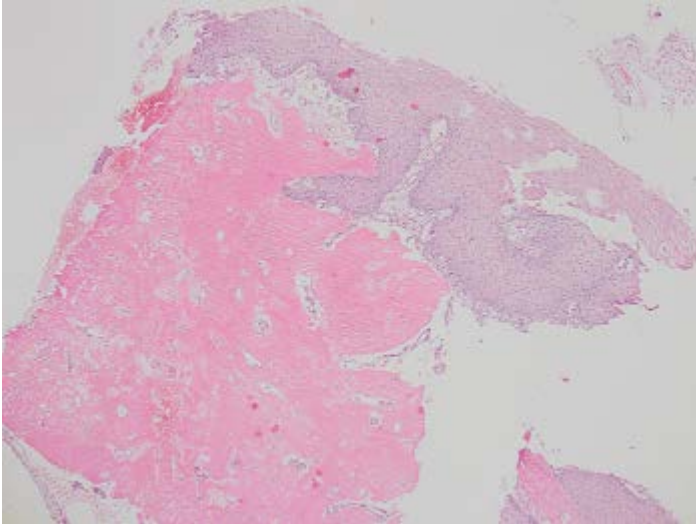
Anahtar Kelimeler: Lignöz servisit, Lignöz servikovajiniti, Plazminojen eksikliği

RESİM 1



Olgu 1: spekulum muayenesi

RESİM 2



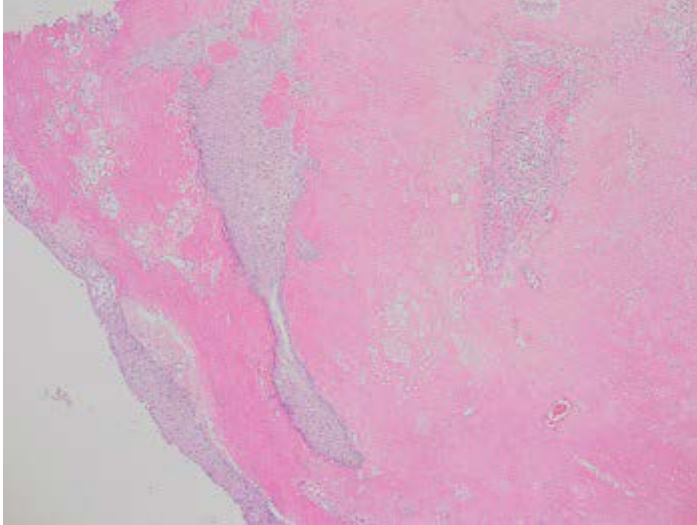
Olgu 1: Ektoserviks'e ait çok katlı yassı epitel altında eozinofilik, amorf madde birikimi (H&E X 40)

RESİM 3



Olgu 2: spekulum muayenesi

RESİM 4



Olgu 2: Ekzoservikse ait çok katlı yassı epitel altında eozinofilik, amorf madde birikimi (H&E X 40)

EP-10**Vulvar nodül, Hidradenoma Papilliferum**

Mehmet Sait Bakır, Ceyda Karadağ, Aykut Tuncer

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

GİRİŞ: Hidradenoma papilliferum nadir, neredeyse tamamen orta yaş kadınların anogenital bölgesinde ortaya çıkan iyi huylu apokrin bir tümördür; genellikle soliter, asemptomatik, iyi sınırlı, ten rengi ya da kırmızı renkte, boyutları 0,5 cm ile 1 cm arasında değişen nodüler görünümde bir lezyondur.

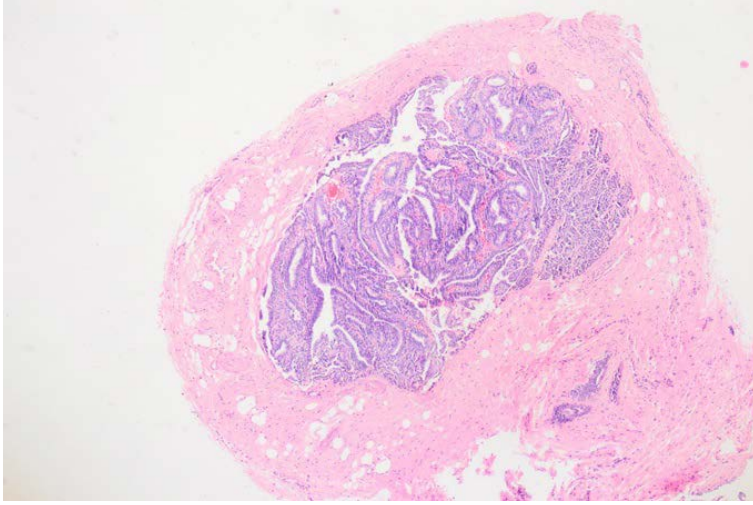
OLGU: 38 yaşında, gravida 0, ek hastalığı olmayan kadın olgu kliniğimize yaklaşık bir aydır devam eden vulvar ağrı nedeniyle başvurdu. Spekulum muayenesinde serviks nullipar vasıfta, vajen normal izlendi. Posterior forsette yaklaşık 1cm'lik muayenede ağrılı nodül izlendi. Transvajinal ultrasonda; endometrium 10 mm düzenli, uterus korpus posteriorda 42*36 mm boyutunda tip 6 myom izlendi. Overler normal görünümdeydi. Posteri forsette bulunan nodul eksize edildi. Materyalin patolojik inceleme sonucu hidradenoma papilliferum olarak raporlandı. Hastanın histopatolojik preparatları resim1 ve resim 2 de görülmektedir.

TARTIŞMA: Hidradenoma papilliferum ilk olarak Worth tarafından 1878'de tanımlanmıştır, genellikle 30-49 yaşları arasında orta yaşlı kadınlarda apokrin bezlerden kaynaklanan nodüler, benign bir neoplazmdır. Nadiren ektopik hidradenoma papilliferum olarak adlandırılan saçlı deri, boyun, meme gibi modifiye apokrin bezleri içeren bölgelerde, ayrıca dış kulak yolu ve gözkapağında da tanımlanmıştır.

Birkaç çalışma hidradenoma papilliferum dokusunda human papilloma virüs tip 16, 31, 33, 53 ve 56 DNA' sı tanımlamışlardır. Ancak bu çalışmalarda HPV' nin hidradenoma papilliferum etyolojisinde rol aldığı ispatlanamamıştır. Malign dönüşüm oldukça nadir olmakla birlikte bildirilmiş iki invaziv vaka bulunmaktadır (malign perianal papiller hidradenom ve vulvar adenoskuamöz karsinom). Sonuç olarak özellikle orta yaşta kadın hastalar nodüler genital lezyonla başvurdıklarında cinsel yolla bulaşan hastalıklar ve maligniteler dışında hidradenoma papilliferum da akılda tutulmalıdır.

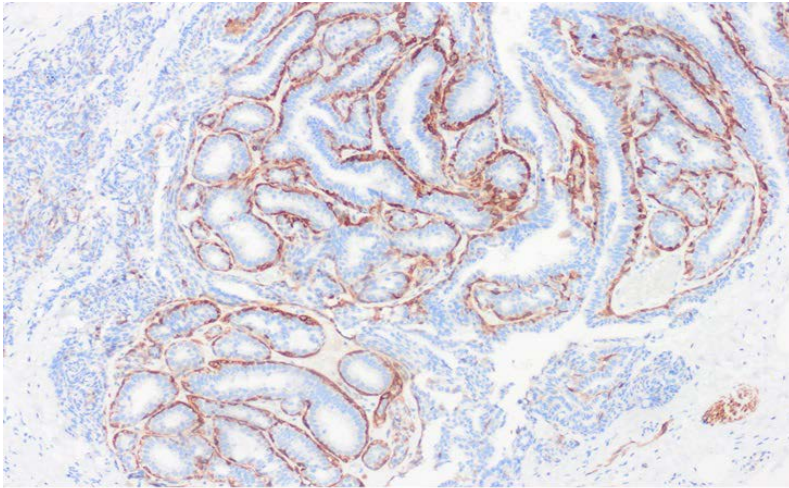
Anahtar Kelimeler: Hidradenoma papilliferum, Nodül, Vulvar nodül

RESİM 1



Hidradenoma papilliferum: İki hücre tabakasından oluşur: lüminal kolumnar sekretuar hücreler ve soluk sitoplazmalı bazal myoepitelyal hücreler. (H&E X 200)

RESİM 2



İmmunohistokimyasal yöntemle uygulanan kalponin boyası ile myoepitel hücre tabakasında pozitif boyanma (Kalponin x 100)

EP-11**Rekküren granüloza hücreli tümörü olan 11 vakanın retrospektif analizi**Ferah Kazancı¹, Mehmet Anıl Onan¹, Özlem Erdem²¹Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, Ankara²Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Tıbbi Patoloji Anabilim Dalı, Ankara

GİRİŞ: Granüloza hücreli tümörler(GHT), seks kord stromal tümörler grubunda olup over malignitelerin yaklaşık %5-8'ini oluşturur (1,2). GHT'ler gerek tek taraflı büyük kitleler ile gerekse de salgıladıkları östrojen ve progesteron ile hormon aktif olduklarından genellikle erken tanı alırlar ve düşük grade'li malignensilerdir(3). İyi prognoz göstermesine rağmen geç rekkürenslerle seyredebilir.

MATERYAL-METOD: 2008- 2019 tarihleri arasında Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum kliniğinde opere edilen seks-kord stromal hücreli tümör tanısı alıp, tedavi ve takibi yapılan toplam 41 hasta arasından rekkürens gösteren 11 vakanın bulguları retrospektif olarak değerlendirilmiştir. Hastaların yaş, gebelik, parite sayıları gibi demografik özelliklerinin yanında, tümör boyutu, preoperatif tümör belirteçleri, cerrahi yöntemi, nüks yılları ve uygulanan medikal ve tekrarlayan cerrahi tedavileri, eşlik eden endometrial patolojileri açısından değerlendirilmiştir. Veriler, hastaların arşivdeki patoloji raporlarından ve elektronik dosyalarından alınmıştır. Araştırma verilerinin istatistiksel analizleri için SPSS 22.0 istatistik paket programı kullanılmıştır. Bu çalışmada p değerinin 0,05'in altında olduğu durumlar istatistik anlamlı kabul edilmiştir. Bu çalışmanın etik kurul onayı fakültemizdeki etik kurulu komitesinden alınmıştır.

BULGULAR: Çalışmamızdaki vakalar; en küçük 22, en büyük 69 yaşında olup, yaş ortalaması 46.8'dir. Olguların %18.2'ni nullipar, %9.1'ü primipar ve %72.7'si de multipar idi. Tümör çapı ortalama 10cm olup, en küçük 4cm ve en büyük 25cm izlenmiştir. Nüks izlenen vakalarda 5'(%45.5)'ine evreleme cerrahisi yapılmıştır. Nüks yılları ortalama 9 yıl 5 ay olup en erken nüks 2 yıl 2 ay içerisinde iken, en geç nüks 26 yıl sonra izlenmiştir. Hastaların %83.3'ü adjuvan tedavi almıştır. En sık pelvik bölgede nüks izlense de, karın ön duvarı, kolonda, rektumda, paraaortik ve subdiyafragmatik bölgelerde de izlenmiştir. Vakaların 4'ünde 2. kez nüks izlenirken 1'inde ise 2.nüksünden 1yıl 2ay sonra vajen kuff bölgesine nüks ile yine opere edilmiş ve takibinde radyoterapi ve kemoterapi almıştır. Nüks olan ve olmayanlar, yaş parite, tümör çapı, mitoz sayısı ve evre açısından karşılaştırdığında istatiki açıdan farklılık saptanmamıştır.

TARTIŞMA: GHT'de prognoz cerrahi evreye bağlıdır (4). Birçok vaka yavaş seyirlidir ve tanı anında tek overde sınırlı olup genellikle evre1'de tanı alırlar, iyi prognoz gösterirler(5). Buna rağmen, tümör hematogen olarak yayılabilir ve akciğer, karaciğer ve beyinde yıllar sonra metastaz çıkabilir. İnhibin ve antimüllerian hormon (AMH), tanı ve takipte kullanılan tümör markerleridir(6). GHT'nin tedavisi hastanın yaşına ve hastalığın evresine bağlı olup çoğunlukla primer tedavide cerrahi yeterlidir. GHT'lerinin sadece %2'si bilateral olduğu için üreme çağındaki hastalarda tercih edilen cerrahi şekli unilateral salpingooferektomi iken, üreme çağı dışındaki hastalarda transabdominal histerektomi ve bilateral salpingooferektomidir(TAH-BSO) (7). Evre 1 hastalık ve tümör çapının 10cm< olması en iyi prognostik faktörlerdir, lenf adenektomi tartışmalıdır ve çalışmalarda lenf nodu pozitif tutulum oranı %3.1'dir. Kemoterapi ve radyoterapi tekrarlayan veya metastatik hastalıkta

kullanılır (3). İlk tanıdan sonra ortalama rekürrens süresi 4 ile 6 yıl arasında olup 30 yıl sonrasında da olabilir. Rekkürens pelvisde sık izlense de üs tabdomende de izlenebilir (8). Selüler atipi, mitotic hız, call-exner cisimciklerin varlığı erken rekkürensini prediktörleridir (9). Başlangıç evresi, tümör çapı, primer cerrahi sonrası residue hastalık bulunması rekkürensi artıran faktörlerdir (10). Relaps hastalığı tedavi etmek için standart bir yaklaşım yoktur(10).

SONUÇ: Erken ve geç dönemde tekrarlayan nükslerle seyredabilen GHT vakalarında tedavi, kemoterapi, hormonoterapi, cerrahi ve bazı kombinasyon stratejileri şeklinde olabilir.

Anahtar Kelimeler: granülosa hücreli tümör, rekkürens, mitotik aktivite, adjuvan tedavi

Hastaların demografik özellikleri

Demografik özellikleri	n,%	min-max
Yaş ortalaması	46.8	Min22y-max69y
Nullipar	2(%18.2)	
Primipar	1(%9.1)	
Multipar	8(%72.7)	
Kist çapı ortalama	9.2cm	min4-max25cm
Başvuru şikayetleri		
Rutin kontrol	4(%36.3)	
Adet düzensizliği	2(%18.2)	
Kasık ağrısı	4(%36.3)	
Akut batin(kist rüptürü)	1(%9.1)	
Endometrial patoloji		
Biyopsi sonucu yok	4(%36.3)	
Endometrial polip	1(%9.1)	
Basit atipili endometrial hiperplazi	5(%45.4)	
Kompleks atipili endometrial hiperplazi	1(%9.1)	
Toplam	11	

Hastaların demografik özellikleri

Rekkürens izlenen vakaların dağılımı

Hasta	Yaş	Gravida	Operasyon	Nüks yılı	Adj. Ted.
1AÇ	38	Nullipar	USO+PPLND+App.+Omen.	4y6ay	Taxol+Karbo.
2YT	39	Nullipar	USO+PPLND+App.+Omen.	9y5ay	
3HÖ	45	Multipar	TAH+BSO	3y	
4BK	22	Nullipar	L/S USO	8y2ay	Taxol+Karbo.
5EC	52	Multipar	TAH+BSO+PPLND+App.+Omen	5y2ay	Taxol+Karbo.
6NG	41	Multipar	TAH+BSO	25y	Taxol+Karbo.
7Aİ	60	Multipar	TAH+BSO	9y5ay	BEP+RT
8ZS	40	Multipar	TAH+BSO	26y	Taxol+Karbo.
9HZ	69	Multipar	TAH+BSO+PPLND+App.+Omen	2y2ay	Taxol+Karbo.
10ŞÇ	51	Primipar	TAH+BSO+PPLND+App.+Omen	7y	Taxol+Karbo.
11HA	55	Multipar	sTAH+BSO	4y	BEP
Toplam	11				

*Rekkürens izlenen vakaların dağılımı***Tekrarlayan nüks izlenen vakalar ve operasyonları**

Hasta	1.bölge	Operasyon	2.nüks yıl	2.bölge	Operasyon
1NG	Karın ön duvarı	Metastazektomi	1y8ay	Retroperiton	Metastazektomi
2EC	Pelvik bölge	Metastazektomi			
3HZ	Kolon serozası	Metastazektomi			
4Aİ	Kolon,Karaciğer,- Rektum	Metastazektomi	1y4ay	Kolon	Metastazektomi
5ZS	Pelvik bölge	Omentektomi+PP- LND	4y	Pelvis,Kolon	Metastazektomi
6AÇ	Pelvis, Kolon	Metastazektomi	4y2ay	Pelvis,İleum	Metastazektomi+- TAH+USO
7HÖ	Paraaortik	Omentektomi+PP- LND			
8YT	Pelvik bölge	Metastazektomi			
9BK	Pelvis,Karın ön duvarı	Metastazektomi			
10ŞÇ	Pelvis,Karın ön duvarı	Metastazektomi			
11HA	Pelvis®	Metastazektomi+PP- LND			
Toplam	11				

Tekrarlayan nüks izlenen vakalar ve operasyonları

Nüks olan ve olmayan vakaların karşılaştırılması(Mann-Whitney U test)

Parametreler	Nüks (-) Vakalar (median ve min-max)	Nüks(+) vakalar (median ve min-max)	p
Yaş	48.5±15.6(16-75)	41±12.8(22-69)	0.632
Parite	2±2.6(0-10)	2.1±1.9(0-5)	0.495
Tümör çapı	7±5.1(4-20cm)	8±7.5(4-25cm)	1.000
Mitoz	10±1.1(8-11)	14.5±20.7(2-50)	0.199
Tümör belirteç yüksekliği	3(%10)	2(%18.2)	0.598
Evreleme			
Evre1	10(%24.3)	9(%21.9)	
Evre2	2(%4.8)	0	0.237
Evreleme yapılmayan	18(43.9)	2(%4.8)	
Toplam	30(%73.1)	11(%26.8)	

Nüks olan ve olmayan vakaların karşılaştırılması(Mann-Whitney U test)

EP-12**Are multiple human papillomavirus (HPV) infections associated with an increase in the number of colposcopic cervical biopsies?**Serkan Akış

University of Health Sciences, Zeynep Kamil Women and Children Diseases Education and Research Hospital, Department of Gynecologic Oncology Clinic, İstanbul, Turkey

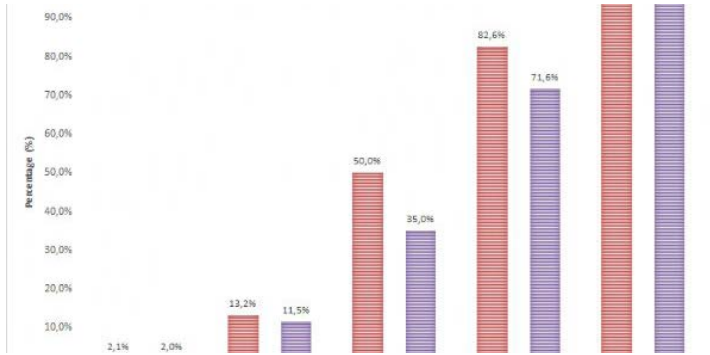
INTRODUCTION: Human papillomavirus (HPV) is the most common sexually transmitted viral infection worldwide and the clinical outcome of this infection varies according to the HPV subtype(s). Single or multiple HPV infections can be seen in our patients whom ranging from asymptomatic infection to cervical cancer. Although the patients are managed according to HPV types and cervical cytology results, recently, the relationship of single and multiple HPV groups with high-grade lesions has been questioned and controversial results have been obtained. However, the number of cervical biopsies performed during colposcopy between these groups is almost never compared. We have been affected by this idea and we have examined our patients. Purpose of this study to answer the question "in which group (single or multiple HPV group) do we perform more (liberal) colposcopic cervical biopsy? In other words, in which group do we manage colposcopy more minimally invasive?"

METHOD: Patients who underwent colposcopic examination and excisional procedure between 2016-2018 were evaluated retrospectively. Patients with negative HPV results or patients with unknown HPV type(s) were not considered. IBM SPSS version 20 program was used for statistical analysis.

RESULTS: HPV infection was present in all 493 patients evaluated and the mean age of the patients was 41 years. Patients were divided into 5 groups according to HPV infection types and group type 1; HPV 16 infection only, type 2; HPV 18 infection only, type 3; HPV 16 and 18 infection, type 4; other high risk HPV positivity, type 5 consists of HPV 16 and/or 18 as well as other high risk HPV positivity patients. In addition, these groups constitutes 48.7%, 3.9%, 1.3%, 23.1%, 22.9% of the entire population respectively. Single and multiple infection rates in HPV samples were calculated as 70.8% and 29.2% respectively. In the multi-HPV group, five biopsy was performed in 2.08%, at least 4 in 13.19%, at least 3 in 50%, at least 2 in 82.63% and at least 1 in 98.61% of patients. In the single HPV group, these rates were calculated as 2%, 11.46%, 34.95%, 71.63%, 99.14% respectively. In statistical analysis, a significant relationship was found between single or multiple HPV types and the number of cervical biopsies. In addition, when the relationship between smear results and biopsy number was evaluated, the average number of cervical biopsies taken was statistically significantly higher in those with cytology HSIL. However, no statistical relationship was found between smear type and single or multiple HPV types. In the evaluation, it was observed that there was no difference in terms of age distribution between single and multiple HPV groups.

CONCLUSION: More colposcopic biopsy in multiple HPV group than single HPV group; It may be the result of multiple HPV infection leading the clinician to perform more biopsies, or it may be possible by the multiple HPV type causing more abnormal colposcopic findings in the cervix. Prospective studies will shed light on a better understanding of the subject.

Keywords: HPV, minimally invasive, biopsy count

Figure: Biopsy Rates According to Single or Multiple HPV Groups

m-HPV: multiple HPV, s-HPV:single HPV

Table: Number of Biopsies According to Single or Multiple HPV Groups

Number of Biopsies	s-HPV (n:349)	m-HPV (n:144)	P value
Five	7	3	$P=1^{**}$
At least four	40	19	$P=0.590^*$
At least three	122	72	$P=0.002^*$
At least two	250	119	$P=0.010^*$
At least one	346	142	$P=632^{**}$
Mean Number of Biopsies	2.19	2.47	$P=0.007^{***}$

s-HPV: Single HPV, m-HPV: Multiple HPV, *:Pearson Chi-square Test, **: Fisher's Exact Test, ***: Independent-Samples T Test

JİNEKOLOJİK ENDOSKOPI PLATFORMU



3. MINİMAL İNVAZİV JİNEKOLOJİK CERRAHİ KONGRESİ

19 - 22 Şubat 2020

Wyndham Grand Levent Hotel, İstanbul

Organizasyon
Sekreteryası



FIGÜR
KONGRE & ORGANİZASYON

Figür Kongre Organizasyonları ve Tic. A.Ş.

19 Mayıs Mah. 19 Mayıs Cad. Nova Baran Center

No: 4, 34360 Şişli / İstanbul

Tel: 0 212 381 46 00 Faks: 0 212 258 60 78

E-posta: minimalinvaziv@figur.net

Dr. Bülent URMAN

Minimal İnvaziv Jinekoloji Derneği Başkanı

Dr. İlkan DÜNDER

Robotik Jinekolojik Cerrahi Derneği Başkanı

Dr. Mete GÜNGÖR

Minimal İnvaziv Jinekolojik Onkoloji Derneği Başkanı

Bilimsel Sekreteryası

Dr. Çağatay TAŞKIRAN

Dr. Kemal ÖZERKAN

Dr. H. Onur TOPÇU
Dr. Selçuk AYAS

Dr. Salih TAŞKIN
Dr. Ömer Lütfi TAPISIZ

Dr. Ercan BAŞTU
Dr. Cenk YAŞA

Dr. Nasuh Utku DOĞAN
Dr. Abdulkadir BAKAY

Dr. Erhan ŞİMŞEK
Dr. Bahadır SAATLİ