

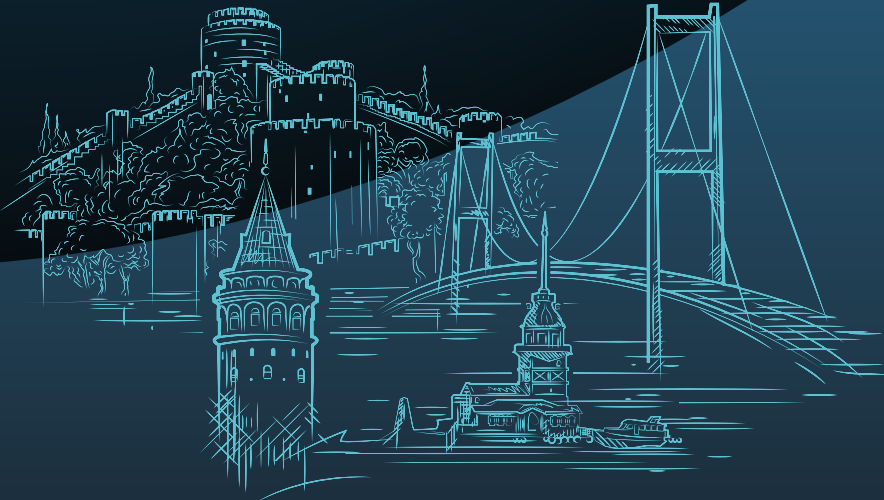
JİNEKOLOJİK ENDOSKOPİ PLATFORMU



5. MİNİMAL İNVAZİF JİNEKOLOJİK CERRAHİ KONGRESİ

23-26 Şubat 2022

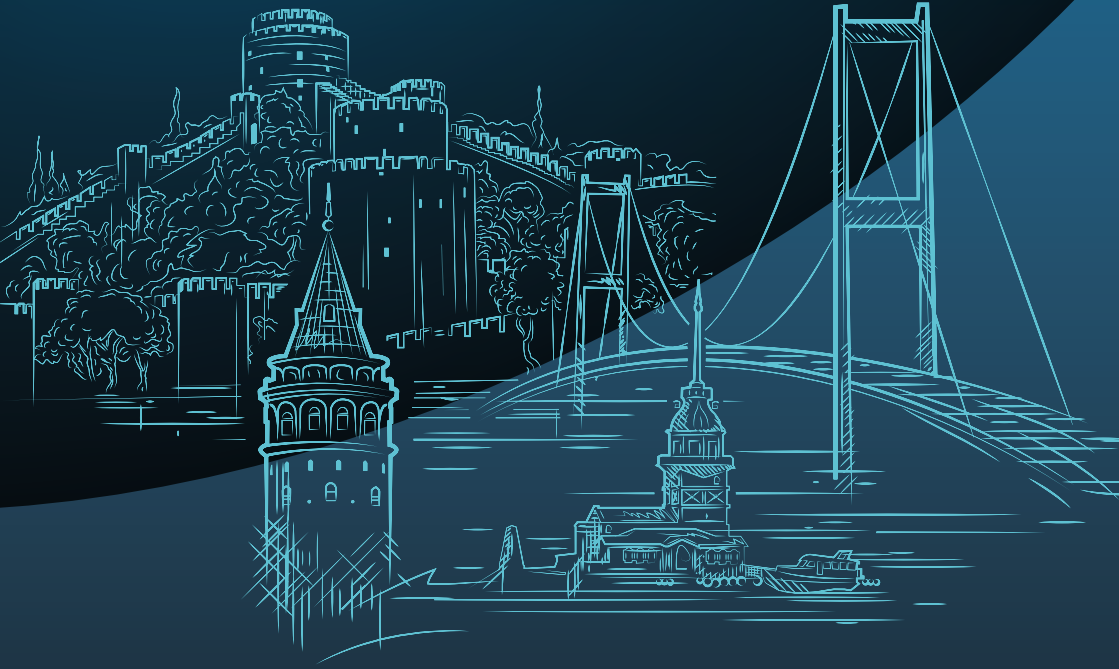
Wyndham Grand Levent Hotel, İstanbul



www.minimalinvazivjinekolojikcerrahi.org

KONGRE BİLİMSEL PROGRAMI VE BİLDİRİ ÖZETLERİ

JİNEKOLOJİK ENDOSKOPİ PLATFORMU



www.minimalinvazivjinekolojikcerrahi.org



5. MINİMAL İNVAZİV JİNEKOLOJİK CERRAHİ KONGRESİ

23-26 Şubat 2022 | Wyndham Grand Levent Hotel, İstanbul

ÖNSÖZ

Değerli Meslektaşlarımız,

5. Minimal İnvaziv Jinekolojik Cerrahi Kongresi 23-26 şubat 2022 tarihleri arasında İstanbul Wyndham Grand Otelinde gerçekleştirilecektir.

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 “kişiyi 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 5. Minimal İnvaziv Jinekolojik Cerrahi Kongresi’ne tüm meslektaşlarımızı davet ediyoruz. Jinekolojik endoskopi konusunda yapılan en kapsamlı kongrede buluşmak üzere.

Saygılarımızla,

Prof. Dr. Mete GÜNGÖR

*Minimal İnvaziv
Jinekoloji Derneği
Başkan*



Prof. Dr. İlkan DÜNDER

*Minimal İnvaziv
Jinekolojik Onkoloji Derneği
Başkan*



Prof. Dr. M. Faruk KÖSE

*Robotik Jinekolojik
Cerrahi Derneği
Başkan*





5. MINİMAL İNVAZİV JİNEKOLOJİK CERRAHİ KONGRESİ

23-26 Şubat 2022 | Wyndham Grand Levent Hotel, İstanbul

YÖNETİM KURULLARI



Başkan

Dr. Mete GÜNGÖR

Başkan Yardımcısı

Dr. Kemal ÖZERKAN

Genel Sekreter

Dr. Gonca Çoban ŞERBETÇİOĞLU

Sayman

Dr. Üzeyir KALKAN

Üyeler

Dr. Vedat ATAY

Dr. Ercan BAŞTU

Dr. Mete ÇAĞLAR

Dr. L. Cem DEMİREL

Dr. Erhan ŞİMŞEK

Dr. Yeşim Bayoğlu TEKİN

Dr. H. Onur TOPÇU

Dr. Gürkan UNCU

Dr. Bülent URMAN



Başkan

Dr. İlkan DÜNDER

2. Başkan

Dr. Mete GÜNGÖR

Genel Sekreter

Dr. Çağatay TAŞKIRAN

Sayman

Dr. Hüsnü ÇELİK

Üyeler

Dr. Nasuh UTKU DOĞAN

Dr. Evrim ERDEMOĞLU

Dr. Yakup KUMTEPE

Dr. Murat ÖZ

Dr. Nejat ÖZGÜL

Dr. Hamdullah SÖZEN

Dr. Seda ŞİMŞEK

Dr. Mehmet Ali VARDAR

Dr. İbrahim YALÇIN



Başkan

Dr. M. Faruk KÖSE

Başkan Yardımcısı

Dr. İlkan DÜNDER

Genel Sekreter

Dr. Salih TAŞKIN

Sayman

Dr. Suat DEDE

Üyeler

Dr. Gülşen DOĞAN

Dr. Esra İZMİTLİ

Dr. Mete GÜNGÖR

Dr. Yakup KUMTEPE

Dr. Orhan ÜNAL

BİLİMSEL SEKRETERYA

Dr. Çağatay TAŞKIRAN

Dr. Kemal ÖZERKAN

Dr. Salih TAŞKIN

Dr. Ercan BAŞTU

Dr. Gülşen DOĞAN

Dr. Nasuh Utku DOĞAN

Dr. Üzeyir KALKAN

Dr. Hamdullah SÖZEN

Dr. Gonca Çoban ŞERBETÇİOĞLU

Dr. Erhan ŞİMŞEK

Dr. H. Onur TOPÇU

Dr. İbrahim YALÇIN

ORGANİZASYON SEKRETERYASI



FIGÜR
KONGRE & ORGANİZASYON

FIGÜR KONGRE ORGANİZASYONLARI VE TİC. A.Ş.

19 Mayıs Mah. 19 Mayıs Cad. Nova Baran Center, No: 4, 34360 Şişli / İstanbul

Tel : 0 212 381 46 00

Faks : 0 212 258 60 78

E-posta : minimalinvaziv@figur.net



5. MİNİMAL İNVAZİV JİNEKOLOJİK CERRAHİ KONGRESİ

23-26 Şubat 2022 | Wyndham Grand Levent Hotel, İstanbul

PROGRAM ÖZETİ

24 ŞUBAT 2022 - PERŞEMBE				25 ŞUBAT 2022 - CUMA				26 ŞUBAT 2022 - CUMARTESİ			
SALON A	SALON B	SALON C	SALON D	SALON A	SALON B	SALON C	SALON D	SALON A	SALON B	SALON C	SALON D
09:00 11:00 SAHNEDE KADAVRA: Her Yöniyle Laparoskopik Pelvik Anatomi	09:00 - 11:30 HENŞİREK' OTURUMU			09:00 10:30 SAHNEDE KADAVRA: Kompilasyonlar				09:30 11:00 SAHNEDE KADAVRA: Ürjinekolojik Anatomi			
11:00 11:30 AÇILIŞ KONUŞMALAR VE EN İYİ BİLDİRİLER				10:30 10:45 ONKOLOJİ OTURUMU	10:45 12:15 BİLDİRİ OTURUMU - 5	10:30 10:45 KAHVE ARASI	11:15 13:00 BİLDİRİ OTURUMU - 6	11:00 11:15 MYOMEKTOMİ OTURUMU	11:15 13:00 NADIRYAPILAN CERRAHİLER OTURUMU		BİLDİRİ OTURUMU - 9
11:30 11:45	KAHVE ARASI			12:15 13:00 UYDU SEMPOZYUMU				13:00 13:30 UYDU SEMPOZYUMU			
11:45 12:30	UYDU SEMPOZYUMU			13:00 13:30 YEMEK ARASI				13:00 13:30 YEMEK ARASI			
12:30 13:30	YEMEK ARASI			13:30 15:30 İSGE OTURUMU	13:30 15:30 CERRAHİ VIDEO VARIŞMASI	13:30 15:30 TEKNOLOJİDE YENİLİKLER OTURUMU	KİŞİYE ÖZEL LAPAROSKOPİK SÜDÜR KURSU	13:30 14:15 ONKOLOJİ OTURUMU	14:15 15:15 REPRODUKTİF MİNİMAL İNVAZİV CERRAHİ		BİLDİRİ OTURUMU - 10
13:30 15:30	HİSTEREKTOMİ OTURUMU	14:30-15:30 BİLDİRİ OTURUMU - 1	14:30-15:30 BİLDİRİ OTURUMU - 2	15:30 16:00 KAHVE ARASI ve STAND SUNUMLARI	16:00 18:00 GENÇ ENDOSKOPİK CERRAHİLER VIDEO OTURUMU	16:00 18:00 BİLDİRİ OTURUMU - 7	BİLDİRİ OTURUMU - 8	14:15 16:15 İBİNEKOLOJİ OTURUMU			
15:30 16:00	KAHVE ARASI ve STAND SUNUMLARI			16:00 18:00 ENDOMETRİTİZ & ADENOMİYOTİZ PANELİ				16:15 16:30 KAPANIŞ			
16:00 17:30	HİSTEROSKOPİ OTURUMU	ENDOMETRİTİZ CANLI CERRAHİ VARIŞMASI	BİLDİRİ OTURUMU - 4								



5. MİNİMAL İNVAZİV JİNEKOLOJİK CERRAHİ KONGRESİ

23-26 Şubat 2022 | Wyndham Grand Levent Hotel, İstanbul

24 ŞUBAT 2022 - PERŞEMBE

Salon - A

09:00-11:00 **SAHNEDE KADAVRA: Her Yönüyle Laparoskopik Pelvik Anatomi**

Moderatör: Mete Güngör

Cerrahlar: Çağatay Taşkıran, Kemal Özerkan

OLYMPUS

11:00-11:30 **AÇILIŞ KONUŞMALARI VE EN İYİ BİLDİRİLER**

MİJİD Başkanı

MİJOD Başkanı

RJCD Başkanı

En İyi Bildiri Sunumları

Mete Güngör

İlkan Dunder

M. Faruk Köse

11:30-11:45 **KAHVE ARASI**

11:45-12:30 **UYDU SEMPOZYUMU**

Moderatör: İlkan Dunder

HPV ve HPV Aşılı



M. Faruk Köse

12:30-13:30 **YEMEK ARASI**

13:30-15:30 **HİSTEREKTOMİ OTURUMU**

Moderatörler: U. Fırat Ortaç, Müfit C. Yenen

CANLI CERRAHİ

Laparoskopik Histerektomi

Cerrahlar: Mete Güngör, Salih Taşkın

LIVE



DAVINCI

Robotik Histerektomi

Cerrahlar: M. Faruk Köse, İlkan Dunder, Mete Güngör, Fuat Demirkıran

PANEL

Panelistler: Ahmet Göçmen, Yakup Kumtepe, Çağatay Taşkıran, Kemal Özerkan, Mohamed Achour

- Ameliyathane odası, hasta pozisyonu ve uterus manipülasyonu nasıl olmalıdır?
- Batına giriş ve trokar yerleşim yerleri
- Adım adım histerektomi
- Vajen kaf kapatılması: Dehisens ve prolapsusu engellemek için öneriler
- Komplikasyondan nasıl kaçınabiliriz? Üreter gözlemi/diseksiyonu



5. MİNİMAL İNVAZİV JİNEKOLOJİK CERRAHİ KONGRESİ

23-26 Şubat 2022 | Wyndham Grand Levent Hotel, İstanbul

24 ŞUBAT 2022 - PERŞEMBE

Salon - A

15.30-16.00

KAHVE ARASI ve STAND SUNUMLARI

Medtronic standında

Laparoskopik histerektomi

Çağatay Taşkıran

16.00-17.30

HİSTEROSKOPİ OTURUMU



Moderatörler: Cihat Ünlü, Ahmet Zeki Işık

CANLI CERRAHİ

Histeroskopik Septum Rezeksiyonu, Myomektomi, Polipektomi, Sineşi Açılması

Cerrah: Bülent Urman

PANEL

Panelistler: Barış Ata, Erbil Doğan, Erhan Şimşek, Yeşim Bayoğlu Tekin, Turgut Aydın

- Septum rezeksiyonu; Endikasyonu var mı?
- Menopozal dönemde H/S; endikasyonlar & zorluklar
- Anormal uterin kanamada H/S'nin yeri ne olmalı?
- H/S myomektominin sınırları nedir?
- H/S adezyolizis, hasta seçimi, cerrahideki püf noktaları



5. MINİMAL İNVAZİV JİNEKOLOJİK CERRAHİ KONGRESİ

23-26 Şubat 2022 | Wyndham Grand Levent Hotel, İstanbul

24 ŞUBAT 2022 - PERŞEMBE

Salon - B

14.30-15.30 BİLDİRİ OTURUMU - 1

Moderatörler: Orhan Ünal, Zeliha Fırat Cuyulan

VS - 02	A Duplex Villa With a Pool in Front (Laparoscopic Suspension of Sigmoid Neovagina Prolapse in Patient with Mayer Rokitansky Küster Hauser Syndrome: Combination of Uncu and Ozerkan modifications)	Adnan Orhan
VS - 03	Laparoskopik Jineko-Onkolojik Cerrahide; Üreter, Bağırsak ve Büyük Damar Yaralanması ile Peroperatif Yönetimi	Yağmur Minareci
VS - 04	Laparoskopik Nüks Pelvik Organ Prolapsusu Cerrahisi: Re-lateral Süspansiyon	Sertaç Ayçiçek
VS - 11	Histeroskopik İstmoplasti Cerrahisinde Rüptür Yönetimi	Tuba Memur
VS - 15	Laparoskopik Karın Ön Duvarı Endometriozisi Cerrahisi	Sertaç Ayçiçek
VS - 07	Ovarian Abscess and Pelvioperitonitis in Patient With Big Endometrioma	Arzu Khanlar Polukhova
VS - 08	Yaygın Yapışıklığı Olan Morbid Obez Bir Histerektomi Vakasıyla Laparoskopik Olarak Başetmek	Cengiz Andan
SS - 01	Tension-Free Vaginal Tape: Gergisiz Vajinal Askı (TVT) Komplikasyonları: Vaka Serileri	Yıldız Akdaş Reis
SS - 02	Primary Results of Own Experience With Promontofixation	Raxshanda Aliyeva
SS - 03	Sezaryen Sonrası İyatrojenik Inferior Epigastrik Arter Yaralanması ve Yönetimi: Selektif Embolizasyon	Süheyla Erbaşaran Aydın
SS - 04	Endometrial Biyopside Ağrı Kesici Olarak Paraservikal Jetokain ve Oral Diklofenak Kullanımının Karşılaştırılması	Elif Keyif
VS-136	Endometrioid Endometrium Kanseri Laparoskopik Paraaortik Lenf Nodu Diseksiyonu: Renal Ven Zedelenmesi	Gazi Güner

16.00-17.30 ENDOMETRİOZİS CANLI CERRAHİ

Moderatörler: L. Cem Demirel, Ercan Baştu

Panelist: Horace Roman

Cerrah: Mario Malzoni





5. MİNİMAL İNVAZİV JİNEKOLOJİK CERRAHİ KONGRESİ

23-26 Şubat 2022 | Wyndham Grand Levent Hotel, İstanbul

24 ŞUBAT 2022 - PERŞEMBE

Salon - C

HEMŞİRELİK OTURUMU



08.30-08.50

KAYIT

08.50-09.00

AÇILIŞ KONUŞMALARİ

09.00-10.40

1. OTURUM

Moderatörler: Nevin Şahin, Mete Güngör

09.00-09.20

Jinekolojik operasyonlarda robotik cerrahinin yeri

Esra Özbaşlı

09.20-09: 40

Jinekolojik robotik ve laparoskopik cerrahide ameliyat ortamı ve hasta hazırlığı

Seher Şahan Ceylan

09:40-10.00

Jinekolojik robotik ve laparoskopik cerrahide ameliyat öncesi ve sonrası hasta bakımı

Öykü Kara

10.00-10.20

Robotik ve laparoskopik cerrahi süreçlerinde ekip içi iletişim / etkileşim

Özge Sükut

10.20-10.40

Tartışma

10.40-11.30

2. OTURUM

Moderatörler: Merve Kaniğ, Esra Özbaşlı

10.40-11.00

Endometriozisli olgularda farkındalık ve bakım

Ayşe Gül Bursa

11.00-11:20

Over kanserinde farkındalık ve bakım

Hilal Evgin

11:20-11.30

Tartışma



5. MINİMAL İNVAZİV JİNEKOLOJİK CERRAHİ KONGRESİ

23-26 Şubat 2022 | Wyndham Grand Levent Hotel, İstanbul

24 ŞUBAT 2022 - PERŞEMBE

Salon - C

14.30-15.30 BİLDİRİ OTURUMU - 2

Moderatörler: Ömer Lütfi Tapısız, Şevki Gökşun Gökulu

VS - 09	Robotic Surgical Radical Cystectomy (Anterior Exenteration) Treatment of Invasive Bladder Cancer with Vaginal Reconstruction	İnci Öz
VS - 10	Vajen Kafının İntraoperatif Optimal Vizualizasyonunda Yeni Bir Teknik: Hüsnü Çelik'in Umbiliko-Vajinal Manevrası	Gülşen Doğan Durdağ
VS - 05	Morbid Obez Hastalarda Hüsnü Çelik'in Düşük Intraabdominal Basınçla Optimal Vizualizasyon Tekniği	Gülşen Doğan Durdağ
VS - 12	Laparoskopik Derin İnfiltratif Endometriozis Cerrahisi	Ufuk Kurt
VS - 13	Hüsnü Çelik'in Mesane Peritonu Eleasyonu ile Optimal Kaf Vizualizasyon Tekniği	Gülşen Doğan Durdağ
SS - 05	Geçirilmiş SARS-CoV-2 Enfeksiyonunun Jinekolojik Cerrahiye Etkisi: Tersiyer Merkez Deneyimleri	Ramazan Erda Pay
SS - 06	Nadir Bir Ektopik Gebelik Olan Heterotropik Gebelik ve Laparoskopik Cerrahi ile Tedavisi	Burak Demirdelen
SS - 07	Obturator Nerve Injury and Repair During Laparoscopic Pelvic Lymphadenectomy. A Report of Two Cases	Kemal Güngördük
SS - 08	Ovarian Dermoid Kistlerinin Laparoskopik Tedavisi: Tek Cerrahin 4,5 Yıllık Tecrübesi	Özgür Koçak
VS - 112	Big postmenopausal adnexal mass: Total laparoscopic hysterectomy-bilateral salpingo-oophorectomy (TLH-BSO)	Batuhan Turgay

16.00-17.30 CERRAHİ VIDEO YARIŞMASI

Jüri: Gürkan Uncu, Tansu Küçük, Serkan Erkanlı, Davut Güven

VS - 19	Derin İnfiltratif Endometriozis Nedeniyle Laparoskopik Üreterolizis ve Segmenter Kolon Rezeksiyonu	Atahan Toyran
VS - 20	Bladder Endometriosis; A Case Report and Review of the Literature	Savcı Bekir Telek
VS - 21	Transvajinal Doğal Boşluklardan Yapılan Endoskopik Cerrahi ile Total Vajinal Histerektomi	Gülhan Güneş Elçi
VS - 22	vNOTES Sentinel Lymph Node Dissection: Tips and Tricks	Cihan Comba
VS - 23	Vajinal Asiste Laparoskopik Radikal Histerektomi: Uterin Manipülatörün Kullanılmadığı ve Tümörün Vajinal Yoldan Kapatıldığı Cerrahi Yöntem	Selen Doğan
VS - 24	Ileal Perforation by an Intrauterin Device	Ömer Faruk Öz
VS - 25	Laparoskopik Radikal Histerektomi ve Total Vajinektomi	Ganim Khatib
VS - 26	Obez Endometrium Kanseri Laparoskopik Ekstraperitoneal Paraaortik Lenfadenektomi Tekniği	Mesut Mısırlıoğlu
VS - 27	Histerektomize Olgularda Laparoskopik Total Vajinektomi	Ganim Khatib
VS - 28	Vajen Kanseri Nedeniyle Yapılan Laparoskopik Radikal Histerektomi + Üst 2/3 Radikal Vajinektomi + Pelvik Lenfadenektomi	Selen Doğan



5. MİNİMAL İNVAZİV JİNEKOLOJİK CERRAHİ KONGRESİ

23-26 Şubat 2022 | Wyndham Grand Levent Hotel, İstanbul

24 ŞUBAT 2022 - PERŞEMBE

Salon - D

14.30-15.30 BİLDİRİ OTURUMU - 3

Moderatörler: Ahmet Barış Güzel, Yakup Yalçın

VS - 14	İkinci Trimesterde Adneksiyal Kitleye Laparoskopik Yaklaşım	Mehtap Kirtzali
VS - 06	Laparoskopik Lateral Uterin Süspansiyon	Ezgi Oktay
VS - 16	Bir Kornual Gebelik Vakasında Laparoskopik Kornual Rezeksiyon	Deha Denizhan Keskin
VS - 17	Bladder Dissection in Type I(A) Hysterectomy, So-called "Simple" Hysterectomy	Eren Kaya
VS - 18	Uterin Myomların Tedavisinde Transservikal Radyofrekans Myom Ablasyonu	Arif Serhan Cevrioğlu
SS - 09	Pelvic Tuberculosis Masquerading Advanced-Stage Ovarian Cancer and its Possible Grey Zone Relation With COVID-19	Uğur Kemal Öztürk
SS - 10	Aksesuar Kavitesi Uterin Kitle (ACUM) - Olgu Sunumu	Mehtap Akin Efe
SS - 11	Floresan Görüntüleme Yöntemi ile Sentinel Lenf Nodu Uygulanan Dört Vulva Kanserli Olgunun Sunumu	Fazıl Avcı

16.00-17.30 BİLDİRİ OTURUMU - 4

Moderatörler: Demir Özbaşar, Esra Özbaşlı

VS-135	Unexpected Complicated Case Report: Ectopic Pregnancy	Nazlı Aylin Vural
VS - 29	Servikal Yetmezlik, Serklaj, Laparoskopik Abdominal Serklaj, Servikoistmik Serklaj	Muhterem Melis Cantürk
VS - 30	Bladder Endometriosis and Cystoscopic Resection	Seda Şahin Aker
VS - 31	Laparoscopic Sentinel Lymph Node Mapping with Indocyanine Green	Seda Şahin Aker
VS - 32	Laparoskopik Tuba Overyan Abse Cerrahisinde İndosiyenin Yeşili Kullanımı Avantaj Sağlar mı?	Ali Gemici
VS - 33	Zor Total Laparoskopik Histerektomi	Taha Takmaz
VS - 13	Asistan Eğitiminde Total Laparoskopik Histerektomi (TLH) Eğitim Materyallerimiz Neler Olmalı ?	Ramazan Erda Pay
SS - 14	Covid - 19 Pandemi Total Laparoskopik Histerektomi Pratiğimizi Değiştirdi mi ? : Tersiye Merkez Deneyimleri	Ramazan Erda Pay
SS - 15	Culdotomy in Laparoscopic Myomectomy and its Limits	Cengiz Andan
SS - 16	Single Port Laparoscopic Surgery of Large Adnexal Masses (12 cm >): A Retrospective Analysis of 17 Cases	Kemal Güngördük
SS - 17	Effects of Biological Materials on Pelvic Adhesion and Fertility on a Rat Model	Elif Ganime Aygün
SS - 18	Comparison of Laparoscopic Adnexal Mass Extraction Via the Transumbilical and Transvaginal Routes	Varol Gülsiren
SS - 36	Laparoskopik Yaklaşımla Risk Azaltıcı Cerrahi Uygulanan Patojenik RAD51 Gen Mutasyonu olan 2 Nadir Meme Kanseri Olgusu	Mehmet Anıl Onan
SS - 20	Risk Factors for Regional Lymph Node Metastasis in Endometrial Cancer	Akbar İbrahimov
SS - 21	Sezaryen Skar Gebelikte Lokal ve Sistemik Metotreksat Tedavisinin Karşılaştırılması	Serhan Kütük
SS - 22	Primary Results of Retropubic Slings Placed Under Endovisual Control	Arzu Khanlar Polukhova



5. MİNİMAL İNVAZİV JİNEKOLOJİK CERRAHİ KONGRESİ

23-26 Şubat 2022 | Wyndham Grand Levent Hotel, İstanbul

25 ŞUBAT 2022 - CUMA

Salon - A

09:00-10:30 **SAHNEDE KADAVRA: Komplikasyonlar**

Moderatör: U. Fırat Ortaç

Cerrahlar: Tayfun Karahasanoğlu, Ali Tekin

OLYMPUS

10:30-10:45 **KAHVE ARASI**

10:45-12:15 **ONKOLOJİ OTURUMU**

Moderatörler: M. Mutlu Meydanlı, Çağatay Taşkıran

CANLI CERRAHİ

Cerrahlar: Giovanni Scambia, Anna Fagotti

LIVE



ESGO
European Society of
Gynaecological Oncology



PANEL

Panelistler: Mehmet Ali Vardar, Tugan Beşe, Ali Küçükmetin, Salih Taşkın, İbrahim Yalçın

- Endometrium kanseri cerrahisi
- Sentinel lenf nodu uygulaması
- ICG

12:15-13:00 **UYDU SEMPOZYUMU**

Moderatör: Bülent Urman

Roche

Over rezervine reproduktif cerrahinin etkisi ve belirteçleri

Over Rezervinin değerlendirilmesinde AMH'nin yeri SWOT analizi



Antonio La Marca

Gürkan Bozdağ

13:00-13:30 **YEMEK ARASI**

13:30-15:30 **ISGE OTURUMU**

Moderatörler: Gunter Noe, Gürkan Uncu



Preoperative Evaluation of the Endometriotic Patients

Combining US and #ENZIAN

Office hysteroscopic myomectomy, where, when and with whom?

Evidence-based facts to consider for an optimal practice of hysteroscopy in symptomatic patients

Strategies in laparoscopic surgeries to enhance fertility

Tips and Tricks in approach to different ovarian cysts

Laparoscopic Colposuspension

Dusan Djokovic

Adel Sedrati

Amal Drizi

Meenu Agarwal

Amenah Haghighoo

Michael Anapolski



5. MINİMAL İNVAZİV JİNEKOLOJİK CERRAHİ KONGRESİ

23-26 Şubat 2022 | Wyndham Grand Levent Hotel, İstanbul

25 ŞUBAT 2022 - CUMA

Salon - A

15.30-16.00

KAHVE ARASI ve STAND SUNUMLARI

Endometriozis

Medtronic standında

Bülent Urman

16.00-18.00

ENDOMETRİOZİS & ADENOMYOZİS PANELİ



Moderatörler: Bülent Urman, Ercan Baştu

Panelistler: Ludovico Muzii, Stefano Angioni, Angelos Daniilidis, Onur Topçu

- Endometriozisli hastalarda over rezervi: Hastalık ve cerrahinin etkisi ne kadar?
- Over endometriomalarında cerrahi endikasyonlar ve zamanlama
- Endometriomaların laparoskopik cerrahisinde travmanın minimize edilmesi ve cerrahi tedavi tekniği
- Derin endometriozisin kanıta dayalı cerrahi tedavisi
- Adenomyozis tedavisinde minimal invaziv yaklaşım olanakları



5. MINİMAL İNVAZİV JİNEKOLOJİK CERRAHİ KONGRESİ

23-26 Şubat 2022 | Wyndham Grand Levent Hotel, İstanbul

25 ŞUBAT 2022 - CUMA

Salon - B

10.45-12.15 BİLDİRİ OTURUMU - 5

Moderatörler: Üzeyir Kalkan, Yavuz Emre Şükür

VS - 34	İntrauterin Manipulator Kullanmadan Laparoskopik Endometriyum Kanseri Evreleme Cerrahisi	Kasım Akay
VS - 35	Lokal İleri Serviks Kanserinde Laparoskopik Sistemik Pelvik ve Paraaortik Lenfadenektomi	Kasım Akay
VS - 36	Kronik Myom Basisına Bağlı Megasistis Gelişen Hastada Laparoskopik Histerektomi Sırasında Suprapubik Trokar ile Farkedilmeyen Tam Kat Mesane Perforasyonu Yönetimi	Nasuh Utku Doğan
VS - 37	Derin Pelvik Endometriozis	Çağlar Çetin
VS - 38	Ohvira Sendromu'na Vajinoskopik Jinekolojik Yaklaşım	Elif Yavuz
VS - 39	komünikan Rudimenter Horn Gebelik	Hatice Yaşat Nacar
VS - 40	Seçilmiş Bir Olguda Laparoskopik Abdominal Serklaj Uygulaması	Pınar Türk
VS - 41	{Surgical Treatment in the Patient With Total Uterine Prolapse: A New Cystocele Repair Technique}	Didem Alkaş Yağınç
VS - 44	Derin İnfiltratif Endometriozis Olgusunda Retroperitoneal Yaklaşım ile Total Laparoskopik Histerektomi Cerrahi Tekniği	Pınar Türk
VS - 43	Laparoscopic Anterior Sacrocolpopexy With Subtotal Hysterectomy	Akbar Ibrahimov

13.30-15.30 CERRAHİ VIDEO YARIŞMASI

Jüri: İlkan Dünder, Mete Güngör, Evrim Erdemoğlu, Kemal Özerkan

VS - 54	Sentinel Lymph Node Mapping in Endometrial Cancer	Zeliha Fırat Cuyulan
VS - 55	Nadir Bir Olgu; Neovajinal Cuff Üstünde Myom	İbrahim Halil Durak
VS - 56	Seçilmiş Bir Olguda Eldivenden Yapılan Endobag İçinde Morselasyon Tekniği Kullanımı ile Yapılan Laparoskopik Myomektomi	Pınar Türk
VS - 57	Laparoscopic Management for Complications of Cesarean Scar Pregnancy	Emine Dinçer
VS - 58	Laparoskopik Ekstraperitoneal Paraaortik Lenfadenektomi Giriş ve Landmarklar	Emine Gülen Küçükbingöz
VS - 59	Pet Görüntüleme ve Laparoskopik Cerrahinin Lokal İleri Serviks Kanserinin Tedavi Planlamasındaki Yeri	Çağatayhan Öztürk
VS - 60	Retroperitoneal Pelvik Non-Hodgkin (Foliküler) Lenfoma: Laparoskopik Bulky Lenf Nodu Rezeksiyon Tekniği	Batuhan Aslan
VS - 61	Derin İnfiltratif Endometriozis Cerrahisi	Selin Özaltn
VS - 63	Prolapsus Cerrahisinde Laparoskopik Sakrospinöz Ligament-Sakrouterin Ligament Fiksasyonu	Zehra Deniz Zor Aksakal



5. MINİMAL İNVAZİV JİNEKOLOJİK CERRAHİ KONGRESİ

23-26 Şubat 2022 | Wyndham Grand Levent Hotel, İstanbul

25 ŞUBAT 2022 - CUMA

Salon - B

16.00-18.00 GENÇ ENDOSKOPİK CERRAHLAR VİDEO OTURUMU

Moderatörler: Doğan Vatansever, Özgüç Takmaz

VS - 64	Derin İnfiltratif Endometrioziste Siyatik Sinir Diseksiyonu	Atahan Toyran
VS - 65	Endoskopik Cerrahide Transvajinal Ekstraksiyon Teknikleri	Faruk Öz
VS - 66	Lokal İleri Serviks Kanseri Tanılı Hastada Bulky İnteraortikokaval ve Renal Ven Altı Bulky Lenf Nodlarının Laparoskopik Olarak Eksizyonu	Nasuh Utku Doğan
VS - 67	Endometriyum Kanseri Laparoskopik Para Aortik Lenf Nodu Diseksiyonu	Özgün Ceylan
VS - 94	Sezaryen Sonrası İntraabdominal Enfeksiyona Sekonder Adezyon ve Laparoskopik Tedavi	Faruk Öz
VS - 69	Robotic Surgical Treatment For Bilateral Ureteral Obstruction by Deep Infiltrating Endometriosis	Inci Öz
VS - 85	Minimally Invasive Robotic Sacrocolpopexy and Burch Operation in the Treatment of Pelvic Organ Prolapse and Stress Incontinence	Inci Öz
VS - 71	Pinpoint Eşliğinde Sentinel Lenf Nodu Biyopsisi	Mustafa Deveci
VS - 72	Laparoscopic Repair of Cesarean Scar Defect "Isthmocele" a Rare Approach: Uterin Artery Clamping	Cem Dagdelen
VS - 73	Laparoskopik İstmosel Onarımı	Mehmet Fatih Kaya
VS - 74	Rekürren İntravasküler Leiomyomatozis	Taha Takmaz
VS - 75	Let's Dock The Robot Vaginally!	Tuğba Akçaoğlu
VS - 76	Laparoscopic Treatment of Cesarean Scar Pregnancy, a Case Report	Hicran San
VS - 77	Transvajinal Yaklaşım ile İstmosel Onarımı	Şirin Aydın
VS - 78	Olgu Sunumu: Üriner Stres İnkontinansı ile Birlikte Sağ Lateral Vajinal Defekt ve Apikal Prolapsusu Olan Hastaya Laparoskopik Burch, Sakrouterin Plikasyon ve Sağ Paravajinal Defekt Onarımı Yapılması	Aysun Tavacı
VS - 79	Laparoskopik Myomektomi; Morselasyon Tüm Vakalar İçin Uygun mu?	Çağatayhan Öztürk



5. MINİMAL İNVAZİV JİNEKOLOJİK CERRAHİ KONGRESİ

23-26 Şubat 2022 | Wyndham Grand Levent Hotel, İstanbul

25 ŞUBAT 2022 - CUMA

Salon - C

10.45-12.15 MİJİD SERTİFİKASYON OTURUMU

Moderatörler: Bülent Urman, Gürkan Uncu, Mete Güngör, Kemal Özerkan

Kursiyerler: Bahadır Koşan, Nazlı Aylin Vural, Özge Albayrak, Deha Denizhan Keskin

13.30-15.30 TEKNOLOJİDE YENİLİKLER OTURUMU

Moderatörler: Nejat Özgül, Murat Öz

VNote histerektomi

Histeroskopik mekanik morselasyon

Serviks kanserinin medikal ve minimal invaziv tedavisi

Adenomyozis ve myomlarda radyofrekans ve mikrodalga ablasyon

Cilt altı kontrasepsiyon uygulamaları

Jinekolojide yapay zeka uygulamaları

Salih Taşkın

Erhan Şimşek

Mehmet Ali Narin

Esra Özbaşlı

Emine Karabük

Burak Gültekin

16.00-18.00 BİLDİRİ OTURUMU - 7

Moderatörler: Mehmet Ali Narin, Emine Karabük

VS - 80 Total Komplet Septumun Histeroskopik Rezeksiyonu

Melih Bestel

VS - 81 Böbrek Yetmezliği ile Seyreden Tuboovaryan Abse Olgusuna Laparoskopik Yaklaşım: Histerektomi ve Nefrektomi

Anıl Ertürk

VS - 82 Gebe Olguda Laparoskopi: Batına Açık Giriş Tekniği

Zehra Doğru

VS - 83 Nekrotik Adneksiyal Kitlenin Laparoskopik Yönetimi

Nazlı Aylin Vural

VS - 70 Laparoskopik Sakrokolpopeksi Operasyonu

Zehra Deniz Zor Aksakal

VS - 87 Complicated Case of Huge Submucous Myom Combined With Deep Infiltrating Endometriosis -Importance of Endovisual Assistance.

Raxshanda Aliyeva

VS - 88 Laparoskopik Bilateral Over Kist Eksizyonu + Bilateral Over Transpozisyonu

Sevgi Nur Topuz

VS - 89 Laparoskopik Servikosakropeksi Operasyonu

Fatma Uyar

VS - 90 Myom ve Uterin Prolapsus Vakasında Total Laparoskopik Histerektomi-Bilateral Salpingooferektomi-Sakrouterin Ligament Plikasyonu, Viideo Sunum

Neşe Hayırlıoğlu

VS - 91 İlk Laparoskopik Histerektomi Deneyimim ve Hatırlarım

Murat Deniz Çelenk

VS - 92 Single Port Asiste, Dev Adneksiyel Kitle Eksizyonu

Ulaş Çoban

VS - 93 Adölesanda İzole Tubal Torsiyon; Tuba Detorsiyonu ve Paratubal kist Eksizyonu

Neşe Hayırlıoğlu

SS - 23 Komplet Androjen İnsensitivite Sendromunda (Testiküler Feminizasyon) Laparoskopik Gonadektomi: Olgu Sunumu

Onur Can Zaim

SS - 24 Ohvira (Herlyn – Werner – Wunderlich) Sendromunda Histeroskopi: Olgu Sunumu

Onur Can Zaim

SS - 25 İnteristiyel (Kornual) Ektopik Gebelik, Vaka Sunumu ve Literatür Taraması

Bengü Mutlu Sütçüoğlu

SS - 27 A Rare Cause of Pelvic Pain: Isolated Tubal Torsion

Merve Cesur

SS - 28 Hysterectomy and Salpingo-Oophorectomy by Transvaginal Natural Orifice Transluminal Endoscopic Surgery(VNOTES): Elderly, High Body Mass Index and Breast Cancer Patient

Gülçin Çetin Uysal



5. MİNİMAL İNVAZİV JİNEKOLOJİK CERRAHİ KONGRESİ

23-26 Şubat 2022 | Wyndham Grand Levent Hotel, İstanbul

25 ŞUBAT 2022 - CUMA

Salon - D

10.45-12.15 BİLDİRİ OTURUMU - 6

Moderatörler: Erhan Şimşek, Kemal Güngördük

- VS - 42 Pelvic Lymph Node Dissection With Laparoscopic Approach in Endometrial Cancer
- VS - 45 Dev Tip 0 ve Tip 2 Myomlu Hastada Histeroskopik Myomektomi: Olgu Sunumu
- VS - 46 Laparoscopic Ovarian Transposition
- VS - 47 Laparoskopik Pektopeksi
- VS - 48 Sezaryen Skarı Yerleşimli Gebeliğin Laparoskopik Yönetimi: Olgu Sunumu
- VS - 49 Stress Üriner İnkontinans Hastalarında Laparoskopik Burch Prosedürünün Kullanımı: Prosedürün Temel Öğeleri
- VS - 50 Simplification of Difficult Total Laparoscopic Hysterectomy for Large Uterus of 1800,0
- VS - 51 Komplike Bir Endometrium Kanseri Vakasında Laparoskopik Sentinel Lenf Nodu Diseksiyonu ve Mesane Hasarı Onarımı
- VS - 52 Histerektomili Hastada Vain 3 Yönetiminde Laparoskopik Üst Vajinektomi
- VS - 53 20 Haftalık Cesametteki Uterusun Total Laparoskopik Histerektomi Operasyonu

Tuğçe Sırma
Nurşen Kurtoğlu Aksoy
Mustafa Şahin
Gizem Nur Çakmak
Gamze Taşkiran
Emre Baran Danış

Nargiz Vaqif Naghiyeva
Gözde Şahin

Şahin Yüksek
Nurşen Kurtoğlu Aksoy

13.30-15.30 KİŞİYE ÖZEL LAPAROSKOPİK SÜTÜR KURSU

Medtronic



5. MİNİMAL İNVAZİV JİNEKOLOJİK CERRAHİ KONGRESİ

23-26 Şubat 2022 | Wyndham Grand Levent Hotel, İstanbul

25 ŞUBAT 2022 - CUMA

Salon - D

16.00-18.00 BİLDİRİ OTURUMU - 8

Moderatörler: Hamdullah Sözen, Süleyman Salman

VS - 68	Nadir Bir Olgu Sunumu: Sezaryen Sonrası Gelişen Uterokutanöz Fistülün Laparoskopik Yönetimi	Aysun Tavacı
VS - 95	Derin Uterin Septum Rezeksiyonu	Zeynep Küçükolcaç
VS - 96	Seçilmiş Bir Olguda Laparoskopik Multipl Myomektomi Tekniği: Ek Kanama Kontrol Tekniği Olmaksızın Monopolar ve Bipolar Enstürmanlar ile Cerrahi	Pınar Türk
VS - 98	Postmenopausal Adnexal Mass: v-NOTES Hysterectomy-Bilateral Salpingo-Oophorectomy	Batuhan Turgay
VS - 99	Mesane Komplikasyonlu Laparoskopik Lateral Süspansiyon	Esra Nazlı Döktür
VS-101	Laparoscopic Hysterectomy With Bilateral Salpingo-Oophorectomy, Using Ligasure Maryland Device and Harmonic Scalpel Combination	Pınar Türk
VS-103	İntraligamenter Myomları Olan Morbid Obez Hastada Laparoskopik Histerektomi	Nesime Damla İplik
VS-104	Laparoskopik Burch - Kolposüspansiyon	Berkan Berk
VS-105	Ultrasonik Enerji Modalitesi ile Total Laparoskopik Histerektomi	Merve Vay Bedir
VS-106	Derin İnfiltratif Endometriozis Olgusunda Total Laparoskopik Histerektomi	Ulaş Çoban
VS-107	Tip 2 Myoma Uteri Kaynaklı Ağır Menstrüel Kanamada Histeroskopik Yönetim: Olgu Sunumu	Gamze Taşkiran
SS - 29	Temporarily Round Ligaments Dissection in Gynecologic surgery	Nargiz Vaqif Naghiyeva
SS - 30	Hysteroscopic Reversible Long Acting Reproductive Control (ReLARC) Intrauterine Device Insertion With: 4 Case Reports	Hazal Kutlucan
SS - 31	Wide Range Opportunity for advanced Gynecological Surgical Activity at the Large Multidisciplinary Centers	Novruz Hadzhiyev
SS - 33	Ürojenekolojik ve Onkolojik Yaklaşım ile Laparoskopik Cerrahi: Bir Olgu Sunumu	Elifnur Biçer
SS - 34	Stres Üriner İnkontinans Cerrahisinde Minimal İnvaziv Yaklaşım: Laparoskopik Burch Kolposüspansiyonu	Ömer Faruk Toto
SS - 35	Hysteroscopic Resection of Complete Uterine Septum Using Bipolar Energy	Eren Kaya



5. MİNİMAL İNVAZİV JİNEKOLOJİK CERRAHİ KONGRESİ

23-26 Şubat 2022 | Wyndham Grand Levent Hotel, İstanbul

26 ŞUBAT 2022 - CUMARTESİ

Salon - A

09.30-11.00 **SAHNEDE KADAVRA: Ürojinekolojik Anatomi**

Moderatör: Fuat Demirci

Cerrahlar: Yakup Kumtepe, Cenk Yaşa

ETHICON
surgical products made in germany

11.00-11.15 **KAHVE ARASI**

11.15-13.00 **MİYOMEKTOMİ OTURUMU**

Moderatörler: Yaprak Üstün, F. Suat Dede

CANLI CERRAHİ

Cerrah: Rajesh Modi

PANEL

Panelistler: İlhan Şanverdi, Nuray Bozkurt, M. Murat Naki, Mete Çağlar, Faruk Abike, Özgüç Takmaz

- Laparoskopik miyomektomi tekniği
- Laparoskopik miyomektominin sınırları
- Miyom çıkarma teknikleri
- Kan kaybını en aza indigeme
- Sarkom açısından preop ve intraop değerlendirme

LIVE



13.00-13.30 **UYDU SEMPOZYUMU**

Moderatör: Mete Güngör

VNOTE CERRAHİSİ

Applied
Medical

Jan Baekelandt

13.30-14.15 **YEMEK ARASI**

14.15-16.15 **ÜROJİNEKOLOJİ OTURUMU**

Moderatörler: Vedat Atay, Üzeyir Kalkan

CANLI CERRAHİ

Cerrah: Gunter Noe

PANEL

Panelistler: Murat Api, Yusuf Üstün, Selçuk Ayas, Ö. Lütfi Tapısız, Serdar Aydın, Alpaslan Akyol

- Vajinal histerektomide modern cerrahi teknikler
- Apikal prolapsus onarımında histerektomi yapalım mı?
- Prolapsus onarımında vajinal Meş'in güncel durumu
- Laparoskopik sakrokolpopeksi, lateral suspansiyon ve pektepeksi
- Laparoskopik Meşsiz prolapsus cerrahileri

LIVE



16.15-16.30 **KAPANİŞ**



5. MİNİMAL İNVAZİV JİNEKOLOJİK CERRAHİ KONGRESİ

23-26 Şubat 2022 | Wyndham Grand Levent Hotel, İstanbul

26 ŞUBAT 2022 - CUMARTESİ

Salon - B

11.15-13.00 NADİR YAPILAN CERRAHİLER OTURUMU

Moderatörler: Mehmet Ali Vardar, Kadir Bakay

Uterus transplantasyonu

Cinsiyet cerrahisinde total vajenektomi

Vajinal agenezis cerrahisi

Gebelikte şüpheli adneksiyel kitlere yaklaşım

Gebelikte minimal invaziv servikal serklaj

TARTIŞMA

Nasuh Utku Doğan

A. Barış Güzel

Işıl Kasapoğlu

Çetin Çelik

L. Cem Demirel

14.15-16.15 ONKOLOJİ OTURUMU

Moderatörler: Ali Ayhan, Mete Güngör

CANLI CERRAHİ

Şüpheli Adneksiyel Kitleler

Cerrahlar: Giovanni Scambia, Anna Fagotti



PANEL

Panelistler: Macit Arvas, Fuat Demirkıran, Samet Topuz, Nejat Özgül

- Preoperatif değerlendirme
- İntraoperatif değerlendirme
- Laparoskopi-laparotomi
- Kistektomi-ooforektomi
- Minimal invaziv evreleme cerrahisi



5. MİNİMAL İNVAZİV JİNEKOLOJİK CERRAHİ KONGRESİ

23-26 Şubat 2022 | Wyndham Grand Levent Hotel, İstanbul

26 ŞUBAT 2022 - CUMARTESİ

Salon - C

12.00-13.00 OVER STİMÜLASYONUNUN PÜF NOKTALARI

Moderatör: Bülent Urman

Stimülasyon öncesinde kohort senkronizasyonun önemi
Stimülasyonun izlemi-ultrason ve hormonlar-Neye ne kadar bakmak yeterli?

Şule Yıldız

Sezcan Mümüşoğlu

Ovulasyon tetiklenmesinin optimal zamanı ve şekli

Nafiye Yılmaz

14.15-15.15 REPRODÜKTİF MİNİMAL İNVAZİV CERRAHİ

Moderatör: Gürkan Uncu

Her hidrosalpinkse yaklaşım aynı mı olmalı?

Eksizyon vs rekonstrüksiyon

Derin endometriosis cerrahisi spontan ve ART sonrası gebelik oranlarını artırır mı?

Ultrason eşliğinde myomektomi-Tip III myomların çıkarılmasında en ideal yöntem olabilir mi?

Angelos Daniilidis

Stephano Angioni

Bülent Urman





5. MİNİMAL İNVAZİV JİNEKOLOJİK CERRAHİ KONGRESİ

23-26 Şubat 2022 | Wyndham Grand Levent Hotel, İstanbul

26 ŞUBAT 2022 - CUMARTESİ

Salon - D

11.15-13.00 BİLDİRİ OTURUMU - 9

Moderatörler: Davut Güven, Ayşe Zehra Özdemir

VS-108	Öncesinde Myom Embolizasyonu Yapılan Hastada Laparoskopik Myomektomi	Muhammet Serhat Yıldız
VS-109	Laparoscopic Total Hysterectomy and Bilateral Salpingo-Oophorectomy in Patients With BRCA Mutation	Tuğçe Sırma
VS-110	Robotic Hysterectomy in a Patient With a History of 4 Cesarean Sectio	İzel Gürlek
VS-111	Komplike Pelvik İnflamatuvar Hastalığa Sekonder İnfertil Olguda Laparoskopik Yaklaşımla Fertilite Restorasyonu	Kasım Akay
VS-113	Left Isolated Fallopian Tube Torsion Associated With Hydrosalpinx Managed With Laparoscopic Salpingectomy	Gizem Nur Koyan Karadeniz
VS-114	10 cm Vajene Doğan Myoma Minimal İnvaziv Yaklaşım: Retroperitoneal TLH	Anıl Ertürk
VS-115	Disparoniye Sebep Olan Rektovajinal Derin Endometriozis Nodülünün Laparoskopik Eksizyonu	Zeynep Kübra Usta Kurt
VS-116	Laparoskopik Myomektomide Bipolar Damar Kapama Sisteminin (Ligasüre Maryland) Etkinliği ve Güvenilirliği	Pınar Türk
VS-117	T Shaped Uterusta Histeroskopik Metroplasti	Ezgi Oktay
VS-118	Laparoscopic Approach to Ectopic Pregnancy With Ruptured Ovary	Goncha Kamallı
VS-119	Laparoscopic Approach to Suspicious Adnexal Mass	Tuğçe Sırma
SS - 19	Laparoskopik Asiste Vajinal Radikal Trakelektomi: Dört Vakanın Uzun Dönem Takipleri	Selen Doğan
SS - 37	Over Kanseri Endikasyonu ile Evreleme Cerrahisi Yapılan Hastada Uterusun Saplı Myomunda İzlenen Metastatik Karsinom Odağı Olgu Sunumu	Pelin Höbek
SS - 38	Endometrium Kanseri Fertilite Koruyucu Yaklaşımda Histeroskopinin Yeri	Mine Dağgez
SS - 32	Treatment of Unilateral Dermoid Cyst and Endometrioma Which Mimics Ovarian Cancer With Laparoscopic Entry	Murat Bulank



5. MİNİMAL İNVAZİV JİNEKOLOJİK CERRAHİ KONGRESİ

23-26 Şubat 2022 | Wyndham Grand Levent Hotel, İstanbul

26 ŞUBAT 2022 - CUMARTESİ

Salon - D

14.15-16.15 BİLDİRİ OTURUMU - 10

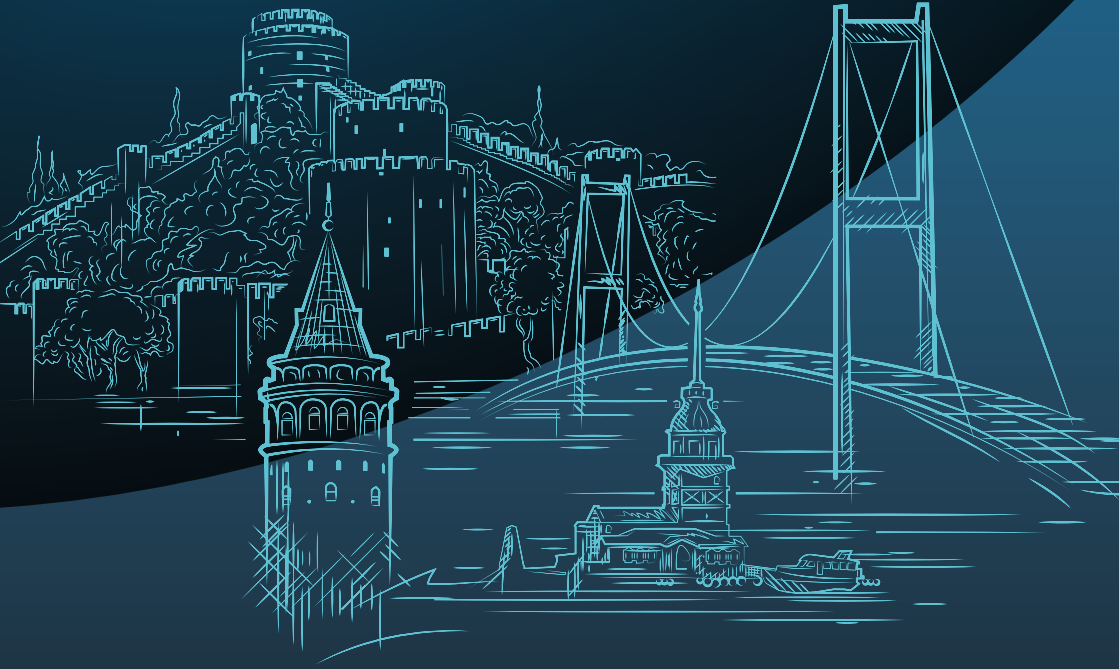
Moderatörler: Hüsnü Görgen, Ebru Dikensoy

VS-120	Laparoscopic Excision of an Extra-peritoneally Located Leiomyoma	Eren Kaya
VS-121	Büyük Uterusta Laparoskopik Histerektomi ve Materyalin Vajinal Yoldan Çıkarılış Tekniği	Tuğba Karakaş
VS-122	IVF Sonrası Rüptüre Tubal Heterotopik Gebelik	Rümeysa Belen
SS - 39	Geçirilmiş Abdominal Cerrahisi Olan Olgularda Laparoskopik Alternatif Birincil Giriş Yeri Olarak Lee - Huang Noktasının Güvenle Kullanımı	Ali Buhur
VS-123	Histeroskopik Myomektomi	Elif Uçar
VS-124	Laparoskopik Cerrahide Trokar Giriş Yerlerinin Öneminin Box Trainerda Gösterilmesi	Fatma Nur Ceylan
VS-125	Techniques of Hysteroscopic Resection of Type 2 Uterine Leiomyoma; a Case Report	Gözde Ünsal
VS-126	Use of Catheter for Hysteroscopic Treatment of Total Uterine Septum	Raxshanda Aliyeva
VS-127	Nullipar Hastada Laparoskopik Myomektomi	Yunus Katırcı
VS-128	Laparoskopik Retroperitoneal Tünel Yöntemi ile Saktouteropeksi	Nefise Tanrıdan Okcu
VS-130	Spontaneous Healing of a Rectovaginal Fistula Developing After Ultra Low Anterior Bowel Resection For High - Grade Endometrial Cancer	Uğur Kemal Öztürk
VS-132	Yüksek Riskli HPV Kolposkopisi	Emine Karabük
VS-134	Six cm Wide Submucous Myomectomy in One Session	Şule Yıldız

JİNEKOLOJİK ENDOSKOPİ PLATFORMU



SÖZLÜ BİLDİRİLER



www.minimalinvazivjinekolojikcerrahi.org



SS-01 [Komplikasyonlar]

Tension-free vaginal tape: gergisiz vajinal askı (TVT) komplikasyonları: vaka serileriYıldız Akdaş Reis¹, Fahri Burçin Fırıtlıgil², Vakkas Korkmaz¹, Şadımın Kırykaç Altınbaş³, Ömer Lütfi Tapısız³¹Etilik Zübeyde Hanım Kadın Hastalıkları EAH, Jinekoloji Servisi, Ankara²Etilik Zübeyde Hanım Kadın Hastalıkları EAH, Perinatoloji Bilim Dalı, Ankara³Özel Güven Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Ana Bilim Dalı, Ankara

GİRİŞ: Stres üriner inkontinans (SUI), kadınların %4-35'inde görülen intraabdominal basıncın üretranın kapanma basıncını aştığı durumlarda ortaya çıkan idrar kaçırma durumu olarak tanımlanabilir. TVT uygulaması günümüzde SUI tedavisinde kullanılan en yaygın ve etkili tedavidir. Ancak, buna rağmen, birçok komplikasyona neden olabilmektedir. Ciddi vasküler yaralanma, barsak yaralanması ve mesane perforasyonu gibi majör komplikasyonların yanında; hematoma, miksiyon disfonksiyonu gibi minor komplikasyonlarda görülebilmektedir. Hastanemizde, Ocak 2019 ve Aralık 2021 tarihleri arasında 110 SUI hastasına TVT operasyonu yapılmış ve dört olguda komplikasyon gelişmiştir. **YÖNTEM-BULGULAR:** TVT operasyonu uyguladığımız dört hastada postoperatif komplikasyon gelişmiştir. Birinci olguda postoperatif birinci günde dizürü ve hematurü gelişti. Yapılan sistoskopiye mesane sağ supraposteriorunda mesh geçişi tespit edilmesi üzerine mesh tamamen çıkarıldı. Hastanın idrar kaçırma şikâyetlerinin devam etmesi üzerine postoperatif 4ncü ayda transobturator tape (TOT) operasyonu uygulandı. İkinci olguda postoperatif birinci günde yaygın vulvar ödem, ağrı ve ısı artışı tespit edilmesi üzerine yapılan sistoskopiye bilateral mesane perforasyonu tespit edildi. Bunun üzerine mesh çıkarıldı; ardından mesane ve üretra tamamen reddedilerek, vajenden pubik kemik alt ucuna doğru endopelvik fasyaya kadar yeni diseksiyon hatları oluşturularak yeni mesh applike edildi. Üçüncü olguda perioperatif uygulanan sistoskopiye, meshin sağ kolunun yüzeysel olarak mesane mukozasından geçtiği belirlendi. mesh çıkarıldı; ardından mesane ve üretra tamamen reddedilerek, vajenden pubik kemik alt ucuna doğru endopelvik fasyaya kadar yeni diseksiyon hatları oluşturularak yeni mesh applike edildi. Dördüncü olguda, postoperatif birinci günde rezidü idrarlarının 70 cc, 128 cc ve 700 cc olması üzerine hastaya foley sonda takılmasına ve 3 gün sonra mesane jimnastiği yapılarak sondanın çekilmesine karar verildi. Foley sonda çekimi sonrası ultrasonografide rezidü idrarın 26 cc olması üzerine hastanın taburcuğuna karar verildi. Taburculuk sonrası birinci günde idrar yapamama şikâyeti ile başvuran hastaya reoperasyon kararı alındı. Mesh orta hattan kesilerek serbestleştirildi. Postoperatif birinci gün sonrası rezidü idrarı 46 cc saptandı. Tüm hastalar reoperasyonları sonrası birinci günde şifa ile taburcu edildi. Postoperatif birinci ayda yapılan kontrol muayenelerinde hastaların herhangi bir şikâyeti bulunmamaktaydı. **SONUÇ:** Mesane perforasyonu tespit edildiğinde; genel yaklaşım meshin çıkarılması ve mesane kataterizasyonu yönündedir. Ancak biz bunun yerine; iki hastamızda, mesane ve üretra tamamen reddederek, vajenden pubik kemik alt ucuna doğru endopelvik fasyaya kadar yeni diseksiyon hatları oluşturduk. Ardından yeni meshi applike ettik. Diğer bir mesane perforasyonu olgumuza, postoperatif 4ncü ayda TOT operasyonu uyguladık. Retansiyon olgumuzda ise, mesh orta hattan keserek olduğu gibi aplikasyon hattımızda bıraktık. Sonuç olarak her ne kadar komplikasyonlara açık olsa da, TVT uygulama kolaylığı ve başarılı sonuçları ile SUI tedavisinde tercih edilen minimal invaziv bir prosedürdür.

Anahtar Kelimeler: stress inkontinans, vajinal askı, komplikasyon

**SS-02 [Ürojinekoloji]****Primary results of own experience with promontofixation**

Raxshanda Aliyeva¹, Arzu Polukhova², Nargis Nagiyeva², Islam Magalov¹

¹Obstetrics and Gynecology Department, I.M Sechenov University branch, Baku, Azerbaijan; Department of Woman Health, Baku Health Center

²Department of Woman Health, Baku Health Center, Baku, Azerbaijan

ADVANTAGES LAPAROSCOPIC APROACH IN PELVIC FLOOR SURGERY

Application of basic surgery principles (exposition, dissection, preventive hemostasis)

Full visual control of all anatomic structures

Possibility to correct all defects without change of the route

Preferable for combined defects

Cystocele+apical defect

Combined enterocele

Variants with mesh fixation

Save alternative for «mesh – native tissue» selection

Our experience with laparoscopic promontofixation

2012 – till present

From 1 to 2 meshes

From combined route to full laparoscopic

From surface to deep dissection

From tacking to suturing to promontorium

Anterior arm longer than posterior for “Y” shape

Both distal arms of the same length

Depth of anterior distal arm down to bladder neck

Suturing of the distal posterior arm to lower vaginal wall (not to the muscles)

And results

Number of cases: 93 vs 67 (total 160)

Former variants vs latter variant

Better results with latter variant

Apical recurrence 6,5% vs 0%

Repeated surgery 3,2 % v 1,5 %

De novo urge incontinence 10,8 % vs 4,5 %

Cystocele as recurrence:

15,4 % vs 10,1 %

Mesh detachment: 3 cases

No mesh related erosion, infection or exposition

Pain only in 3 cases – managed conservatively

Intraoperative change to pectopexy 5 cases (+)

Keywords: promontofixation, sacropexy, prolapse



SS-03 [Komplikasyonlar]

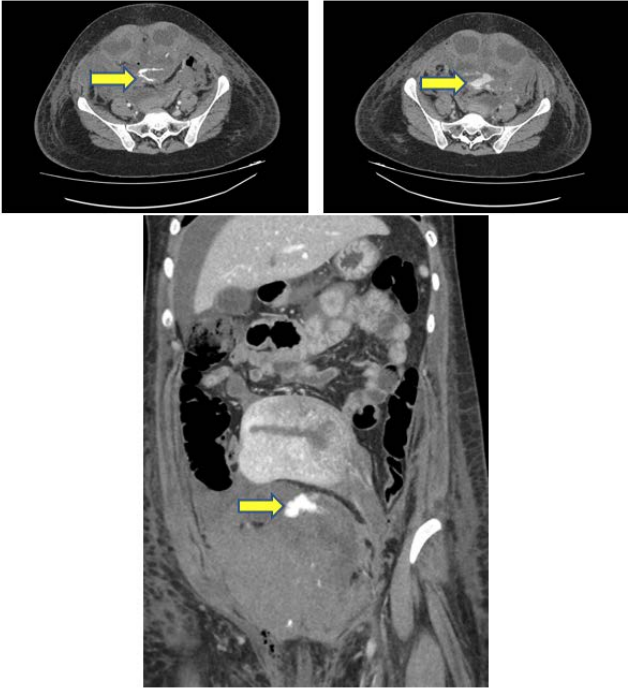
Sezaryen Sonrası İyatrojenik İnferior Epigastrik Arter Yaralanması ve Yönetimi: Selektif EmbolizasyonSüheyla Erbaşaran Aydın¹, Meltem Turna¹, Ömer Demir¹, Hasan Dinç², Cavit Kart¹¹Karadeniz Teknik Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, Trabzon²Karadeniz Teknik Üniversitesi Tıp Fakültesi, Radyoloji Anabilim Dalı, Trabzon

Giriş: Spontan inferior epigastrik arter (İEA) kanaması nadir görülen bir klinik durumdur. Ancak abdominopelvik operasyonlardan sonra İEA'nın yaralanması seyrek olarak izlenebilir. Kanama rektus kılıfında hematoma oluşumdan hipovolemik şoka kadar gidebilecek klinik tablo oluşturabilir. İEA yaralanması cerrahi olarak tedavi edilebileceği gibi daha az invaziv bir yöntem olan intraarteryel embolizasyon ile de tedavi edilebilir. Bu sunumda sezaryen sonrasında masif İEA kanamasına bağlı şok tablosu gelişen ve yoğun kan transfüzyonuna rağmen stabilenemeyen hastaya acil koşullarda yapılan minimal invaziv inferior epigastrik arter embolizasyon tedavisinin sunulması amaçlanmıştır.

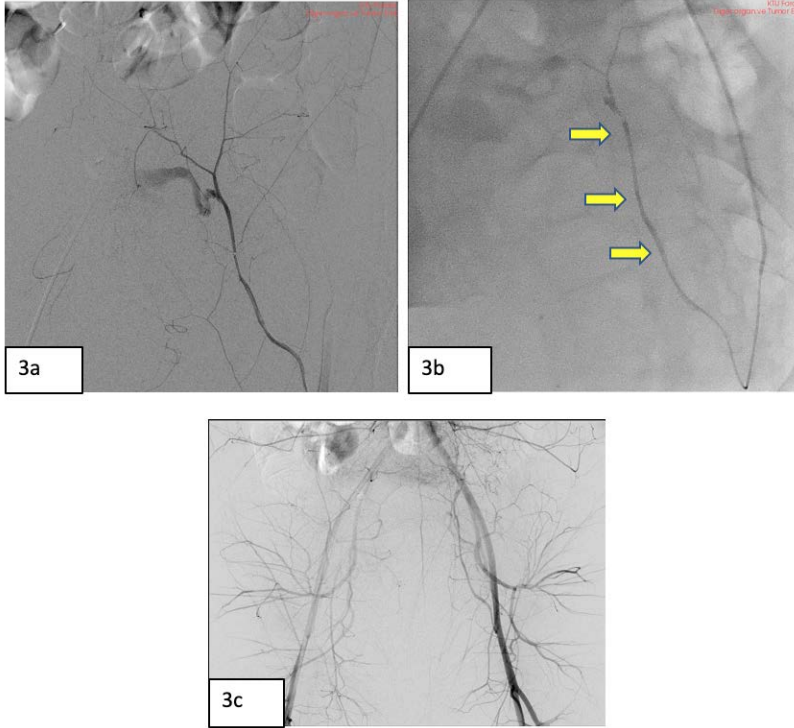
Olgu: 26 yaşındaki nullipar, tıbbi özgeçmişinde herhangi bir özellik bulunmayan dış merkez takipli ve gebeliğin 31. haftasında düşük molekül ağırlıklı heparin (DMAH) başlanan hastanın tetkiklerinde trombosit değerinin 141.000 olması üzerine hasta hematoloji tarafından değerlendirilmiş ve DMAH kullanımına sekonder bir trombositopeni olduğu düşünülmüş ve izlem planlanmıştır. Ancak ardından vizüel semptomları (görme bulanıklığı) olan hasta hospitalize edilmiş ve kontrol tetkiklerinde trombosit değeri 57.000 olarak görülünce hasta acil sezaryenle doğurtulmuş. Postoperatif takipleri sırasında vital bulguların stabil seyretmemesi üzerine hastaya 6 ünite eritrosit süspansiyonu, 6 ünite taze donmuş plazma, 1 ünite trombosit replasmanı yapılmış. Hemodinamik instabilitesi devam eden hasta 112 aracılığıyla fakültemize sevk edildi. Acil serviste değerlendirilen hastanın genel durumu orta-kötü, bilinç açık ve oryante /koopere idi. Ciltte yaygın ekimozlar izlendi (Resim 1) Hastanın tarafımızca acil servisteki ilk değerlendirilmesi sırasındaki tetkiklerinde; Hemoglobin: 9.9, Trombosit sayısı: 47.000, koagülasyon parametreleri normal, kan gazı normal, spot idrarda pro/cre: 1.1 idi. Ultrasonografik bakıda abdomen duvarında kaslar arasında 19x10 cm hematoma uyumlu görünüm izlendi. Operasyona sekonder kanama olabileceği düşünülerek hastaya acil kanama protokolünde tomografi planlandı. Çekilen tomografisinde sol İEA' de aktif kontrast madde ekstrasvazasyonu izlendi (Resim 2). Hastanın hemodinamik olarak stabil olmaması ve trombositopenisi nedeniyle laparatomiden uzaklaşılarak İEA embolizasyonu için girişimsel radyoloji konsültasyonu istendi. Yapılan pelvik ve selektif anjiyografilerde sol İEA' de aktif kanama ile uyumlu kontrast madde ekstrasvazasyonu tespit edildi. Daha sonra sol İEA e mikrokater ile girilerek % 40 glue + lipiodol kombinasyonu ile embolizasyon işlemi yapıldı (Resim 3). Hasta postoperatif 2 gün boyunca yoğun bakım ünitesinde takip edildi. 2 ünite eritrosit süspansiyonu, 2 ünite taze donmuş plazma replasmanı yapıldı. Takibinde periferik yaymada trombosit değerlerinin 90 bin civarında olduğu ve artış eğiliminde olduğu izlendi. Hasta 2 günlük yoğun bakım ünitesi takibinin ardından genel durumunun iyi olması, hemoglobin düşüklüğünün olmaması ve hiçbir vazopresör desteği almaması üzerine servismize devralındı. 3 günlük servis izlemi sonrası hasta taburcu edildi. Hastanın tekrarlayan ultrasonografik görüntülerde ise rektus hematomunun küçülmeekte olduğu görüldü.

Sonuç: Postpartum iyatrojenik İEA yaralanması nadir olarak görülse de postpartum masif hemorajilerde akılda tutulması gerekir. Masif kanamalı olgularda açık cerrahi yüksek morbidite ve mortalite riski taşır. Cerrahi sonrası gelişen vasküler yaralanmaya bağlı aktif kanamaların tedavisinde intraarteryel embolizasyon cerrahiye alternatif minimal invaziv güvenilir ve etkin bir yöntemdir.

Anahtar Kelimeler: Sezaryen, Inferior Epigastrik Arter, Embolizasyon

Resim 1*Ciltte yaygın ekimoz ve peteşi***Resim 2***Aksiyal (a,b) ve koronal (c) BTA görüntülerinde aktif kanamayla uyumlu kontrast madde ekstravazasyonu izlenmektedir.*

Resim 3



Mikrokater ile İnferior Epigastrik Artere embolizasyon yapıp kanama kontrolünün sağlanması (3a. Sol IEA den yapılan selektif mikrokater enjeksiyonunda aktif kanamayla uyumlu kontrast ekstravazasyonu izlenmektedir. 3b. Mikrokaterden aktif kanamayı embolize etmek için yapılan glue enjeksiyonu görülmektedir. 3c. Embolizasyon sonrasında yapılan pelvik anjiyografide aktif ekstravazasyonun tamamen kesildiği embolize edildiği görüldü)

**SS-04 [Benign jinekolojik operasyonlar (dermoid, apse, endometrioma, ektopik gebelik, vb..)]****Endometrial biyopsi de ağrı kesici olarak paraservikal jetokain ve oral diklofenak kullanımının karşılaştırılması**Elif Keyif¹, Betül Keyif²¹Tokat Devlet Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği, Tokat²Düzce Üniversitesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Ana Bilim Dalı, Düzce

AMAÇ: Endometrial biyopsi, beklenmedik veya düzensiz kanamaları olan kadınlarda kanama nedenini ortaya çıkarabilmek için kullanılmakta olup postmenapozal kanama, uterin yapı anomalisi, anormal uterin kanama gibi durumların değerlendirilmesinde tanı yöntemi olarak yardımcı olmaktadır. Poliklinik ve ofis şartlarında yapılan bu işlem esnasında hastalar ağrı hissedebilmektedirler.

Bu yüzden biyopsi yapılan hastalarda ağrı kontrolü için bazı yöntemler uygulanmaktadır. Bunlardan başlıca olanları ise paraservikal ve uterus kavitesine anestezi ve oral veya intramusküler nonsteroid ilaçlardır. Biz çalışmamızda endometrial biyopsi yapılan hastalarda ağrı kontrolündeki etkisi için paraservikal jetokain ve oral diklofenak kullanımını değerlendirmeyi amaçladık.

YÖNTEM: Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi ve Tokat Devlet Hastanesi'nin kadın hastalıkları ve doğum kliniklerinde Ocak 2021 ile Ocak 2022 tarihleri arasında jinekolojik sebeplerle küretaj yapılmış 240 hasta çalışmaya dahil edildi. Yapılmış olan anestezi şekillerine göre hastalar iki grupta incelendi. Paraservikal jetokain: 128 hasta ve Oral diklofenak: 112 hasta. Hastalara küretaj işlemi sonrası 0. dk ve 30. dk olmak üzere VAS (görsel ağrı skalası) skoru bakıldı ve bu iki grup arasındaki ağrı düzeyleri karşılaştırıldı. Hissettikleri ağrı işlemin hemen sonrası VAS 0 ve işlemden 30 dakika sonrası VAS 30 olarak değerlendirildi.

BULGULAR: Çalışmadaki hastaların yaş ortalaması paraservikal jetokain grubunda 46.3 iken oral diklofenak grubunda 45.7 idi. İki grup arasında istatistiksel olarak yaş açısından anlamlı fark görülmedi. İki çalışma grubuna doğum şekli açısından bakıldığında ise hastaların %62'sinde daha önceden en az bir defa vajinal doğum olduğu, %18'inde ise herhangi bir neden ile küretaj olma hikayesi vardı. Bu iki grup doğum şekli açısından değerlendirildiğinde ise yine anlamlı fark saptanmadı ($p>0.05$). VAS skorları gruplar arasında karşılaştırıldığında; VAS 0 skoru, oral diklofenak grubunda anlamlı olarak düşük iken ($p<0.05$), paraservikal jetokain grubunda anlamlı fark izlenmedi. VAS 30 skoru açısından değerlendirildiğinde ise her iki grupta da anlamlı fark izlenmedi.

SONUÇ: Yaptığımız çalışmada, endometrial biyopsi yapılan hastalarda ağrı kesici olarak kullandığımız oral diklofenak'ın paraservikal jetokain'e göre daha etkin olduğu bulundu. Oral diklofenak kullanımı non invaziv, ucuz, uygulamanın kolay olması ve VAS skorunu da fark edilir şekilde düşürmesi nedeni ile endometrial örneklemede ağrı kesici olarak kullanılabileceğini düşünüyoruz.

Anahtar Kelimeler: Diklofenak, Endometrial biyopsi, Paraservikal jetokain



SS-05 [Benign jinekolojik operasyonlar (dermoid, apse, endometrioma, ektopik gebelik, vb..)]

Geçirilmiş SARS-CoV-2 enfeksiyonun jinekolojik cerrahiye etkisi: Tersiyer Merkez Deneyimleri

Sezin Ertürk Aksakal, Ramazan Erda Pay, Arife Akay, Vakkas Korkmaz, Yaprak Engin Üstün
Sağlık Bilimleri Üniversitesi Etlik Zübeyde Hanım Kadın Hastalıkları Eğitim Ve Araştırma Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Servisi

AMAC: COVID-19 hastalığı (SARS-CoV-2 Hastalığı) Mart 2020’de Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından pandemi olarak ilan edilmiş ve yine aynı dönemde ülkemizde hızla görülmeye başlanmıştır. Hastalık asemptomatik taşıyıcılıktan mortalite ile sonuçlanan ağır pnömoniye kadar geniş bir yelpazede görüldüğünden elektif tüm cerrahi girişimlerin ertelenmesi gerekmektedir. Bu çalışmadaki amacımız jinekolojik nedenlerle ameliyat edilen hastalarda COVID-19 geçirmiş olmanın intraoperatif ve postoperatif komplikasyonlar üzerine etkisinin olup olmadığını araştırmaktır.

YÖNTEM: Etlik Zübeyde Hanım Kadın Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi Jinekoloji Servisinde Temmuz 2020–Temmuz 2021 aralığında yatışı yapılan 925 hastanın verileri retrospektif olarak incelendi. Çalışmaya jinekoloji kliniğinde belirlenen tarih aralığında çeşitli endikasyonlarla laparotomik, laparoskopik, ürojinekolojik ve onkolojik cerrahi operasyonu gerçekleştirilen hastalar dahil edildi. Verilerine tam olarak ulaşılan 632 hasta çalışmaya dahil edildi. Medikal tedavi olarak taburcu edilen 127 hasta ile küçük girişimsel işlem yapılan 161 hasta olmak üzere toplam 293 hasta çalışmadan çıkarıldı. Ayrıca 5 hastanın verileri eksik olduğu için çalışmaya dahil edilmedi. Dahil edilen hastalara ait demografik veriler; yaş, gravide, parite, BMI, sigara kullanımı, komorbid hastalıklar olarak kaydedildi. Hastaların yapılan operasyon, operasyonlarda uygulanan anestezi şekli, kan transfüzyon uygulama durumu, operasyon ve hospitalizasyon süreleri, intraoperatif, postoperatif komplikasyonları kaydedildi. Tüm çalışma grubuna ait veriler preoperatif herhangi bir zamanda yapılan SARS-CoV-2 RT-PCR (Realtime Polymerase Chain Reaction) test sonucu pozitif ve negatif olarak iki gruba ayrılarak karşılaştırıldı.

BULGULAR: Çalışmaya dahil edilen 632 hastadan 35(%5,5)’inin preoperatif dönemde SARS-CoV-2 RT-PCR test sonucu pozitif (grup1) iken, geri kalan 597(%94,5) hastanın preoperatif SARS-CoV-2 RT-PCR test sonucu negatif (grup2) idi. 35 hastanın preoperatif dönemde SARS-CoV-2 RT-PCR test pozitif sonuçlandıktan en az 22 en çok 330 gün sonra ameliyat olduğu saptandı (Median 134). Birinci grupta en sık gerçekleştirilen ameliyat Total Abdominal Histerektomi (TAH) olan 8(%22,8) hasta, diğer grupta en sık gerçekleştirilen ameliyat Total Abdominal Histerektomi ve Bilateral Salpingooferektomi olan 132(%22,1) hasta olup, yapılan ameliyatlara açısından gruplar arasında anlamlı fark saptanmadı ($p=0,89$). Birinci grupta ameliyat ve sonrası dönemde kan ürünleri transfüzyon yapılmamış, diğer grupta 55(%9,2) hastada kan ürünleri transfüzyon yapılmış olup, kan ürünleri transfüzyon gereksinimi açısından gruplar arasında anlamlı fark saptandı ($p=0,05$). İki grup arasında ortalama hospitalizasyon süresi $[2,66(\pm 1,11)$ gün vs $2,95(\pm 2,14)$ gün ($p=0,42$)], ortalama ameliyat süresi $[1,92(\pm 0,58)$ saat vs $1,86(\pm 0,63)$ saat ($p=0,56$)], intraoperatif-postoperatif komplikasyon gelişen hasta sayısı $[1 \text{ hasta}(\%2,9), \text{ vs } 52 \text{ hasta}(\%8,3) (\mathbf{p=0,24})]$ açısından gruplar arası anlamlı fark saptanmadı. Birinci grupta 1 hastada postoperatif takipte hematoma izlenmiş olup hastaya ek cerrahi müdahalede bulunulmamıştır. Diğer grupta en sık izlenen komplikasyon ateş olup $14(\%2,3)$ hastada izlenmiştir. Bu hastalar Enfeksiyon hastalıklarına konsülte edilmiş olup, alınan SARS-CoV-2 RT-PCR örnekleri negatif olması üzerine uygun takip ve tedavi planlanmıştır.

SONUÇ: SARS-CoV-2 enfeksiyonu geçirmiş olmanın jinekolojik cerrahiler üzerine komplikasyon açısından önemli etki yaratmadığı ve önümüzdeki yıllarda da etkisi devam edeceği göz önüne alındığında elektif jinekolojik cerrahi operasyonların geciktirilmemesi gerektiği söylenebilir.

Anahtar Kelimeler: COVID-19 (SARS-CoV-2), Jinekolojik cerrahi, Preoperatif dönem, Postoperatif dönem



Tablo 1. Hastaların demografik verileri

Özellikler	Toplam (n= 632)	GRUP 1 Preoperatif RT PCR pozitif (n= 35)	GRUP 2 Preoperatif RT PCR negatif (n= 597)	p
Yaş (ort±std) (yıl)	48,31 ± 9,48	50,26 ± 8,27	48,19 ± 9,54	0,21*
BMI (ort± std) (kg/m2)	28,13 ± 4,48	28,23 ± 3,49	28,12 ± 4,53	0,89*
Gravida (ort ±std)	3,03 ± 1,77	3,40 ± 1,57	3,01 ± 1,78	0,20*
Parite (ort ±std)	2,43 ± 1,26	2,77 ± 1,33	2,41 ± 1,26	0,10*
Sigara (sayı, %)	567 (89,7)	30 (85,8)	537 (90)	0,42**
Yok	65 (10,3)	5 (14,2)	60 (10)	
Ek Hastalık (sayı, %)	468 (74,1)	25 (71,4)	443 (74,8)	0,71**
Yok	12 (1,8)	-	12 (2,0)	
Astım	16 (2,5)	2 (5,7)	14 (2,3)	
DM	29 (4,6)	1 (2,8)	28 (4,7)	
DM+ HT	1 (0,1)	-	1 (0,1)	
Epilepsi	2 (0,3)	-	2 (0,3)	
Fibromyalji	2 (0,3)	-	2 (0,3)	
Hipotroidi	86 (13,6)	6 (17,3)	80 (13,4)	
HT	3 (0,4)	-	3 (0,5)	
KAH	2 (0,3)	-	2 (0,3)	
Kolelithiasis	1 (0,1)	-	1 (0,1)	
Meme Ca	2 (0,3)	-	2 (0,3)	
Migren	1 (0,1)	-	1 (0,1)	
MS	1 (0,1)	-	1 (0,1)	
Panik Atak	2 (0,3)	1 (2,8)	1 (0,1)	
Psoriasis	2 (0,3)	-	2 (0,3)	
RA	2 (0,3)	-	2 (0,3)	
Vertigo	2 (0,3)	-	2 (0,3)	

DM; Diyabet, HT; Hipertansiyon, DM HT; Diyabet ve Hipertansiyon, KAH; Koroner Arter Hastalığı, MS; Multiple Skleroz, RA; Romatoid Artrit Ort± std; ortalama ±std sapma * Student's t-test ** Ki Kare testi

Tablo 2. Hastaların intraoperatif ve postoperatif döneme ait verileri

Özellikler	Toplam (n= 632)	GRUP 1 Preoperatif RT PCR pozitif (n= 35)	GRUP 2 Preoperatif RT PCR negatif (n= 597)	p
Yapılan Ameliyatın Tipi, sayı, %				
Myomektomi	37 (5,9)	-	37 (6,2)	0,89*
Tubaovaryen Abse Ameliyatı /Laparoskopi	6 (0,9)	-	6 (1)	
Tubaovaryen Abse Ameliyatı/Laparotomi	5 (0,8)	-	5 (0,8)	
Unilateral Salpingooforektomi/Laparotomi	29 (4,6)	3 (8,6)	26 (4,4)	
Over detorsiyonu/Laparotomi	3 (0,5)	-	3 (0,5)	
Sakrohisteropeksi	3 (0,5)	1 (2,9)	2 (0,3)	
Ön-arka onarım+perineoplasti	30 (4,7)	2 (5,7)	28 (4,7)	
Total Abdominal Histerektomi (TAH)	124	8 (22,8)	116 (19,4)	
TAH+Bilateral Salpingooforektomi	(19,7)	7 (20)	132 (22,1)	
Vajinal Histerektomi	139 (22)	2 (5,7)	57 (9,5)	
Total Laparoskopik Histerektomi	59 (9,3)	6 (17,1)	66 (11,1)	
Unilateral Salpingooforektomi/ Laparoskopi	72 (11,4)	-	35 (5,9)	
Ovaryen kistektomi/Laparoskopi	35 (5,5)	1 (2,9)	22 (3,7)	
Trans-vajinal-tape operasyonu	23 (3,6)	3 (8,6)	23 (3,9)	
Evreleme cerrahisi	26 (4,1)	2 (5,7)	32 (5,4)	
Bartholin Kist Eksizyonu	34 (5,4)	-	7 (1,1)	
Anestezi (sayı, %)	529			0,88**
Genel	(83,7)	29 (82,9)	500 (83,8)	
Spinal	103	6 (17,1)	97 (16,2)	
Transfüzyon (sayı, %)	577			0,05**
Yok	(91,2)	35 (100)	542 (90,8)	
Var	55 (8,8)	-	55 (9,2)	
Hospitalizasyon süresi (gün) (ort ±std)	2,93 (±2,10)	2,66 (±1,11)	2,95 (±2,14)	0,42*
Operasyon süresi (saat) (ort ±std)	1,86 (±0,63)	1,92 (±0,58)	1,86 (±0,63)	0,56*
Komplikasyon (sayı, %)	581			0,24**
Yok	(91,9)	34 (97,1)	547 (91,7)	
Postoperatif komplikasyon				
Ateş	14 (2,2)	-	14 (2,3)	
Dispne	12 (1,9)	-	12 (2)	
Cuff hematomu	4 (0,7)	-	4 (0,7)	
Hematom	2 (0,3)	1 (2,9)	2 (0,3)	
Yara yeri enfeksiyonu	10 (1,6)	-	9 (1,5)	
İleus	3 (0,5)	-	3 (0,5)	
İntraoperatif komplikasyon				
Mesane Yaralanması	6 (0,9)	-	6 (1)	

Ort± std; ortalama ±std sapma * Student's t-test ** Ki Kare testi



SS-06 [Benign jinekolojik operasyonlar (dermoid, apse, endometrioma, ektopik gebelik, vb..)]

Nadir bir ektopik gebelik olan heterotopik gebelik ve laparoskopik cerrahi ile tedavisi

Burak Demirdelen, Ayşegül Bestel, Şadiye Hande Soyer

Department of Obstetrics and Gynecology, Istanbul Kanuni Sultan Suleyman Health Training and Research Medical Center, Hamidiye Medical School, University of Health Sciences, Istanbul, Turkey

GİRİŞ: Ektopik gebelik kadında doğum pratiğinde yaygın bir morbidite ve mortalite sebeplerinden biridir. Heterotopik gebelik spontan gebeliklerde 1/30.000’den daha az sıklıkla görülmektedir. Genel gebeliklerin %0.08’ini oluşturmaktadır. Gelişen görüntüleme yöntemleri, hassas serum insan gonadotropin (bHCG) ölçümleri ile tanısallaparatomi veya tanısallaparoskopi ihtiyaçları bu sebepten azalmıştır.

Ektopik gebelik semptomlarında klasik olarak adet rötarı, vajinal kanama, abdominal ağrı triadı vardır. Ancak bazı hastalarda bunlardan hiçbiri bulunmayacağı gibi sadece abdominal ağrı ile de tanı alan ektopik gebelikler vardır. Gelişen görüntüleme yöntemleri, hassas serum insan gonadotropin (bHCG) ölçümleri ile tanısallaparatomi veya tanısallaparoskopi ihtiyaçları bu sebepten azalmıştır.

Optimum tedavi rejimi belirsizliği literatürde de halen vurgulanmaktadır. Ancak tedavi seçiminde hasta kliniği en önemli yönlendirici faktördür. Medikal tedavi akut batın düşündüren hastalarda önerilmemektedir. Laparotomi veya laparoskopi tercihi ise hastanın hemodinamik durumu ve cerrahın laparoskopi tecrübesi ile ilişkilendirilebilir.

OLGU: 28 yaş, G4 P2(C / S) A1, son adet tarihi 9 hafta önce, bilinen bir hastalığı yok, sürekli kullandığı bir ilaç yok, allerji öyküsü yok, sezeryanları ve 10 yıl önce otit sonrası miringoplasti dışında operasyon geçmişi yok. Kasık ve karın ağrısı şikayeti ile Sağlık Bilimleri Üniversitesi Hamidiye Tıp Fakültesi İstanbul Kanuni Sultan Süleyman Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği Acil Kadın Doğum Kliniği’ne başvurdu. Burada yapılan muayenesinde genel durumu orta, batında yaygın hassasiyet ve yaygın defans izlendi. Vajinal kanama izlenmedi. Transvaginal ultrason ile yapılan görüntülemesinde intrakaviter CRL: 8w4d (21.4mm) fetal kalp atımı pozitif gebelik, sol adneksiyal alanda CRL: 7w4d (13.5mm) fetal kalp atımı pozitif ektopik gebelik izlendi. Yine sol adneksiyal alanda yaklaşık 8cm çapında konglomere koagulumlu mayı izlendi. Nabız 115/dk, tansiyon arterial 80/50 mmhg, saturasyon oda havasında %99’du. Batın muayenesinde yaygın hassasiyet görülmesi üzerine heterotopik gebelik endikasyonu ile hastaya acil operasyon kararı verildi.

Laparoskopik üç port batına girildi. Batın içinde 8-9 cm koagulum izlendi. Douglası dolduran kanama ve koagulumlarla birlikte yaklaşık 2 litre kan aspire edildi. Sol tuba kaynaklı ektopik odak izlendi. Ruptüre olduğu not edildi ve salpinjektomi kararı alındı. Sol salpinjektomi yapıldı. Batına bir adet silikon dren konularak işleme son verildi. Post operatif ilk gününde kontrol hemogramı normal, genel durumu iyi olan hastanın yapılan ultrasonunda intrauterin fetal kalp atımı pozitif gebeliği izlendi. Genel durumunun iyi olması nedeniyle öneriler ile taburcu edildi. Devam eden intrauterin gebeliği için takibe alındı.

SONUÇ: Her ektopik gebelik gibi heterotopik gebelikte anne hayatını etkileyebilecek bir durumdur. Heterotopik gebe hastalar tanı almakta gecikilebilir. Normal yerleşimli her gebelikte heterotopik gebelik oluşabileceği akıldan çıkarılmamalıdır.

Anahtar Kelimeler: ektopik gebelik, heterotopik gebelik, laparoskopik ektopik gebelik cerrahisi

resim 1



ultrasonografi görüntüsü

resim 2



operasyon sırasındaki görüntüsü

**SS-07 [Komplikasyonlar]****Obturator nerve injury and repair during laparoscopic pelvic lymphadenectomy. A report of two cases**

Kemal Güngördük

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

OBJECTIVE: Obturator nerve injury (ONI) is a rare complication during pelvic lymph node dissection, in extra-peritoneal laparoscopic oncological surgery (LOS). According to the shape and location of the injury, tingling and loss of sensation may develop on the inner surface of the leg, together with loss of motor function of the adductor muscles

METHODS: The data were retrospectively reviewed of 647 patients who underwent between May 2016 and December 2021 LOS. Motor and sensory functions of both lower limbs were evaluated. **RESULTS:** A total of 2 obturator nerve injuries occurred during pelvic lymphadenectomy (0.3%). Nerve repair was made intraoperatively in all cases. Postoperatively, all patients did not exhibit any clinically apparent loss of adductor function or any other neurologic deficiency at the neurosurgeon examination. Therefore, no further neurologic examination, electromyography or specific physical therapy was advised at that time. Neurologic examination at the three-month follow-up revealed no motor deficit of adduction of the leg, and no evidence of a sensory deficit of the obturator nerve area.

CONCLUSION: ONI is a rare but important complication which may be seen during pelvic lymphadenectomy. Immediate laparoscopic repair is feasible and safe. It can facilitate earlier motor recovery and prevent the need for laparotomy. Surgical experience, and meticulous attention to anatomic details are essential to prevent this injury

Keywords: Obturator nerve, pelvic lymph node dissection, laparoscopic repair



SS-08 [Benign jinekolojik operasyonlar (dermoid, apse, endometrioma, ektopik gebelik, vb..)]

Ovarian Dermoid Kistlerinin Laparoskopik Tedavisi: Tek Cerrahin 4,5 Yıllık Tecrübesi

Özgür Koçak, Deniz Taşkıran, Sabina Koçak

Hitit University, Faculty of Medicine, Obstetrics and Gynecology, Çorum

AMAÇ: 4,5 Yıllık sürede yapmış olduğumuz laparoskopik dermoid kist cerrahileri retrospektif değerlendirerek over dermoid kistlerinde laparoskopik tedavinin etkinli ve güvenliğini saptamak.

YÖNTEMLER: Temmuz 2017'den itibaren Hitit Üniversitesi Tıp Fakültesine başvuran dermoid kist ön tanısı ile laparoskopik olarak opere edilen 31 hastanın dosyaları retrospektif olarak incelendi.

BULGULAR: 31 hastadan ortalama çapı 4.8 cm olan 34 dermoid kist çıkarıldı. Kullanılan cerrahi teknikler 23 kist için kistektomi, 5'i için bilateral salpingoofektomi ve histerektomi, 6'sı için salpingo-oofektomi idi. 23 kistektomi ve 6 salpingo-oofektomi yapılan vakaların tamamında endobag kullanılmıştır. Beşi histerektomiye takiben kolpotomi ile çıkarıldı. Toplam 9'unda kist patlamış ve batına sızmıştır. Rüptür oranları tekniğe göre değişmektedir. Rüptür olguların 8'i kistektomi yapılan olgularda izlenirken birisi histerektomi yapılan kistin bütünlüğüne bağlı olarak meydana gelmiştir. Ortalama hastanede kalış süresi ameliyat sonrası 1.12 gündü ve intra-operatif komplikasyon olmadı. Bir vakada, sol alt bir insizyon bölgesinde enfeksiyonun belirtileri izlendi. Kısa süreli antibiyoterapi ile tedavi edildi.

Anahtar Kelimeler: Dermoid kist, laparoskopi, rüptür

SS-09 [Jinekolojik onkoloji]

Pelvic Tuberculosis Masquerading Advanced-Stage Ovarian Cancer and its possible grey zone relation with COVID-19

Ugur Kemal Ozturk, Canan Kabaca Kocakusak

Gynecological oncology, Zeynep Kamil Women's and Children's Disease Training and Research Hospital, Istanbul, Turkey

Pelvic tuberculosis cases are confused with ovarian malignancies due to the presence of intraabdominal ascites, adnexal mass, and CA-125 elevation. Therefore, it causes patients to be exposed to unnecessary surgical interventions. Operations that should be carried out or postponed during the COVID-19 pandemic period are controversial. This situation increases the importance of differential diagnosis even more. We aimed to discuss the diagnosis and treatment method of a pelvic tuberculosis case mimicking advanced-stage ovarian cancer during the COVID-19 pandemic.

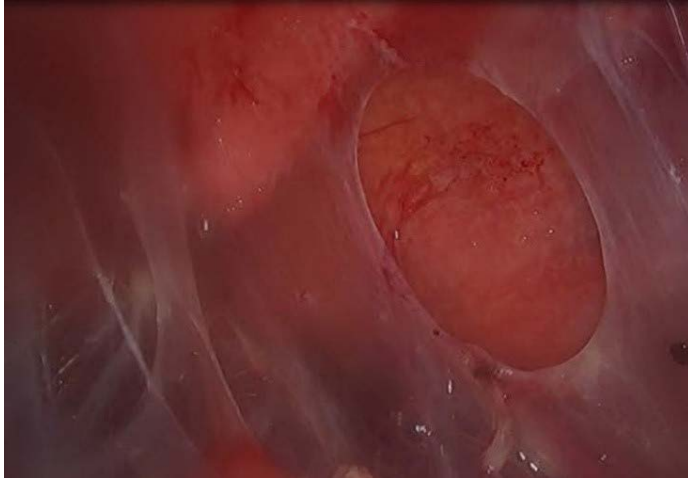
Keywords: Pelvic tuberculosis, COVID-19, Ovarian cancer, Gynecological surgery**Figure 1 Common bridges inside the abdomen**

Figure 2 Intra-abdominal miliary appearance



Figure 3 Biopsy taken from the pelvic right sidewall



**SS-10 [Benign jinekolojik operasyonlar (dermoid, apse, endometrioma, ektopik gebelik, vb..)]****Aksesuar kaviteli uterin kitle (ACUM) – Olgu sunumu**

Mehtap Akin Efe, Ozlem Dural, Muge Ates Tikiz, Muhterem Melis Canturk, Cenk Yasa, Funda Gungor Ugurlucan

İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, İstanbul

GİRİŞ: Dismenore, ergenler ve genç kadınlarda sık görülen bir patoloji olup, genellikle medikal tedaviye iyi yanıt verir (1). Nonsteroid antiinflatuar ilaçlara ve kombine oral kontraseptiflere dirençli ciddi dismenore olgularında altta yatan sekonder bir neden her zaman akılda bulundurulmalıdır. Özellikle taraf gösteren ve menarştan itibaren gittikçe şiddetlenerek devam eden dismenore olgularında obstrüktif müllerian anomaliler araştırılmalıdır. Aksesuar kaviteli uterin kitle (ACUM); son yıllarda tanımlanmış, ön planda gubernakulum disfonksiyonu olduğu düşünülen, adolesan ve genç popülasyonda tedaviye dirençli ciddi dismenore nedeni olabilen, yeni bir müllerian anomali olarak karşımıza çıkmaktadır (2). Biz de kliniğimizde ön tanı olarak obstrüktif rudimenter horn düşünülen 23 yaşında bir hastada aksesuar kaviteli uterin kitle (ACUM) saptanarak laparoskopik rezeksiyon ile tedavi edilen olguyu sunmayı hedefledik.

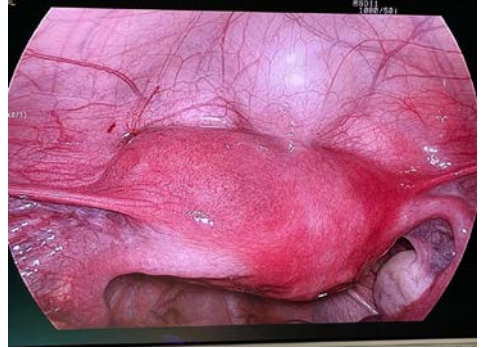
OLGU: Tedaviye dirençli ciddi dismenore şikayeti olan ve değerlendirmede myom düşünülerek tarafımıza refere edilen hastanın transabdominal ultrasonda ilk değerlendirilmesinde uterus sol kornual bölgede içerisinde aksesuar bir endometrial kavite olduğu düşünülen ve sirküler olarak myometrial doku ile çevrili hipoekoik kistik kitle saptanması üzerine ön planda fonksiyonel endometrium içeren rudimenter horn düşünülerek müllerian anomali tanısında altın standart olarak kabul edilen pelvik manyetik rezonans (MR) görüntüleme istendi. MR görüntülerinde koronal kesitte üçgen şeklinde doğal bir endometrial kavite ve hemen sol yanında aksesuar endometrial kavite izlenmesi üzerine rudimenter horn tanısından uzaklaşılarak ACUM şüphesi oluşan hastaya laparoskopik olarak kitlenin eksizyonu planlandı. Peroperatif histereskopi yapıldı. Histereskopide ana kaviteye her iki tubal ostiumun açıldığı gösterilerek ACUM tanısı doğrulandı. Ardından laparoskopik olarak sol round ligamentin hemen altından başlayan 2cmlik vertikal bir insizyonla ACUM enükle edildi. İçeriğinin hematometra ile uyumlu, çikolata-kahve renkli, yoğun kıvamda olduğu izlendi. Kitlenin çıkarıldığı myometrium yatağı no:1 vicryl ile iki kat olarak kapatıldı. Kitlenin histopatolojik incelemesinde; sirküler organizasyon gösteren bir myometrium dokusu ile çevrelenmiş, iç yüzeyi endometrial bez ve stromadan oluşan ektopik endometrium ile döşeli aksesuar kaviteli uterin kitle (ACUM) olduğu doğrulandı. Laparoskopik olarak kitlenin çıkarılmasını takiben hastanın postoperatif dönemi sorunsuz geçmiş olup takip sürecindeki 3 menstrüel periyotta dismenore şikayeti olmamıştır.

SONUÇ: ACUM genç kadınlarda tedaviye dirençli ciddi dismenore nedeni olabilen, son yıllarda konjenital müllerian anomali olarak kabul edilen yeni tanımlanmış bir klinik antitedir. Özellikle ergenlerde ve genç kadınlarda obstrüktif müllerian anomalilerin ayırıcı tanısında akla gelmesi gereken bir patoloji olmalıdır (3). Kesin tanıda pelvik ultrasonografi ve MR görüntüleme oldukça yararlı olmakla birlikte peroperatif diagnostik histereskopi ile rudimenter horn dan ayırıcı tanısı yapılabilmektedir. Ancak kesin tanı için histopatolojik doğrulama gereklidir. Tedavisinde laparoskopik eksizyon ile kalıcı semptomatik iyileşme sağlanabilmekle birlikte cerrahi tedavinin hemen uygulanamayacağı olgularda hormonal menstrüel supresyon ile geçici semptomatik iyileşme sağlanabilmektedir.

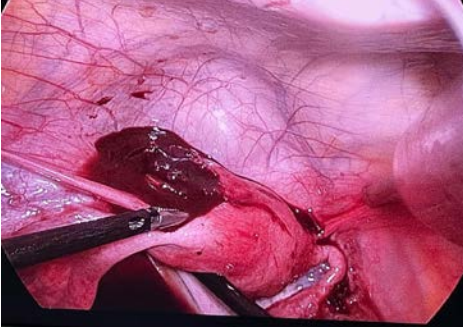
Anahtar Kelimeler: Dismenore, aksesuar kaviteli uterin kitle (ACUM), rudimenter horn, müllerian anomali

İntraoperatif aksesuar uterin kitle eksizyonu

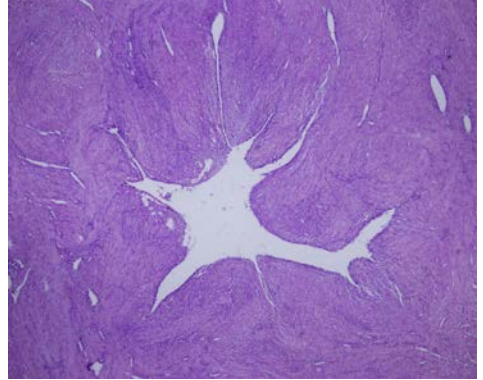
Kitlenin uygun klivaj bulunarak sonic beat yardımı ile uterusun eksizyonu sonrası uterusun görünümü

İntraoperatif aksesuar uterin kitle görünümü

Sol round ligamentin uterus ön yüzüne yapışma yerindeki ACUM görünümü

İntraoperatif aksesuar uterin kitle görünümü

Uterin kitle içeriğinin çikolata-kahve rengi hematometra benzer görünümü

Mikroskopik görünüm

Myometrium dokusu ile çevrelenmiş, iç yüzeyi ektopik endometrium ile döşeli aksesuar kaviteli uterin kitle



SS-11 [Jinekolojik onkoloji]

Floresan görüntüleme yöntemi ile sentinel lenf nodu uygulanan dört vulva kanserli olgunun sunumu

Fazıl Avcı, Mete Can Ateş, Abdül Hamid Güler, Muhammed Mert, Ahmet Bilgi, Çetin Çelik
Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi Jinekolojik Onkoloji Bölümü, Konya

AMAÇ: Vulva kanseri, tüm jinekolojik kanserlerin %4'ünü oluşturmaktadır. En yaygın histolojik tipi skuamöz hücreli karsinomdur ve bu karsinomun insidansı yüz binde 2-3 arasındadır (1-2). Bu olgularda en önemli prognostik faktör inguinal lenf nodunun durumudur. Inguinofemoral lenf nodlarını değerlendirmede tam inguinofemoral lenfadenektomi yerine sentinel lenf nodu uygulaması güncel bir konudur (3-5). Bu vaka serisinde sentinel lenfadenektomi uygulanan dört vulva kanserli olgunun sonuçları sunuldu.

YÖNTEM: Selçuk üniversitesi tıp fakültesi jinekolojik onkoloji bölümünde 2018-2021 yıllarında, çapı $\leq 3,5$ cm olan vulva kanseri tanılı 4 olgu değerlendirildi. SLNÖ (Sentinel lenf nodu örnekleme) kitle çevresine 0,5 mg/cc den indosiyenin green (Dongindang, Korea) enjeksiyonu uygulaması sonrası SPY (Novadaq, USA) taşınabilir floresan görüntüleme cihazı ile SLN değerlendirildi. SLN'nda makrometastaz olmayan olgulara sitokeratin boyama ile mikrometastaz değerlendirildi. Olgularımızın yaş, parite, sigara kullanımı, operasyon şekli, indosiyenin boyanma durumu, operasyon, patoloji sonuçları ve tedavi şekilleri kaydedildi.

BULGULAR: Olguların ortalama yaşları 57,5 yıldır. Olguların şikayeti %25 kaşıntı, %50 genital kitle, %25 genital kitle ve kaşıntıdır. Tümör çapları ortalaması 3 cm olarak ölçüldü. Indosiyenin green ile dört olguda da, tümör ile aynı taraf SLN boyanırken sadece iki olguda karşı taraf SLN saptandı. Dört olgunun üçünde lenf nodu metastazı saptandı. Lenf nodu pozitif olan olguların üçünde de aynı taraf SLN'ları da pozitif olarak (%100) saptandı. Hiç bir olguda karşı taraf lenf nodlarında pozitiflik saptanmadı. SLN saptamada duyarlılık %100, pozitif prediktif değer %75 olarak hesaplandı. Tüm olgularda patolojik cerrahi sınır negatifti. Tüm olguların patolojik sonuçları keratinize squamöz hücreli kanser olarak raporlandı. Üç olgunun evresi 3c ve bir olgunun evresi 1b olarak değerlendirildi. Olguların üçüne kemoradyoterapi tedavisi verilirken diğer olgu erken evre olmasından dolayı takibe alındı. Olguların genel sağ kalım süreleri ortalama 16,75 ay ve hastalıksız sağ kalım süreleri sırasıyla 28, 24, 2 ve 1 ay olarak hesaplandı. Olguların özellikleri tablo 1'de verildi.

SONUÇ: Tümör çapı 3 cm altında olan vulva kanseri olgularında sentinel lenf uygulaması güvenli ve etkili bir yöntemdir.

Anahtar Kelimeler: indosiyenin yeşili, sentinel lenf nodu, vulva kanseri



Tablo1: Vulva kanser tanılı dört olgunun karakteristik özellikleri

	Olgu 1	Olgu 2	Olgu 3	Olgu 4
Yaş, yıl	43	63	70	54
Şikayet	Kaşıntı	Genital kitle	Genital kitle	Genital kitle kaşıntı
Parite	2	6	6	6
Sigara kullanımı	Hayır	Hayır	Hayır	Hayır
Operasyon	Radikal Vulvektomi+Bilateral İngüinal Lnd	Radikal Vulvektomi+Bilateral İngüinal Lnd+1/3 Vajinektomi	Radikal Vulvektomi+Bilateral İngüinal Lnd	Radikal Vulvektomi+Bilateral İngüinal Lnd
İndosiyenin boyanması	Evet	Evet	Evet	Evet
Patolojik cerrahi sınır, mm	0	0	8	0
Cerrahi sınır	Temiz	Temiz	Temiz	Temiz
Tümör boyutu, cm	2,5	3	3,5	3
Tümör lokalizasyonu	Sağ Labium Minus Ve Majusta Santralize	Sol Labium Minus	Sol Labium Majus	Sol Labium Majus Minus
Histolojik tipi	keratinize squamöz hücreli kanser	keratinize squamöz hücreli kanser	keratinize squamöz hücreli kanser	keratinize squamöz hücreli kanser
Evresi	3c	1b	3c	3c
Takip süresi, ay	28	24	2	13
Nüks	Hayır	Hayır	Hayır	Evet (12 ay sonra)
Sağ sentinal lenf sayısı non metastatik	0	0	0	5
Sol sentinel lenf nonmetastatik	0	1	0	5
Sağ sentinal lenf sayısı metastatik	1	0	0	0
Sol sentinel lenf metastatik	0	0	1	1
Sağ ingüinofemoral lenf sayısı	7	2	5	12
Sol ingüinofemoral lenf sayısı	12	3	6	11
Sağ ingüinofemoral lenf tutulumu nonsentinel	1	0	0	0
Sol ingüinofemoral lenf tutulumu nonsentinel	0	0	3	1
Ekstrakapsüler tutulum	Evet	Hayır	Evet	Evet
Kemoradyoterapi	Evet	Hayır	Evet	Evet



SS-13 [Yeni teknik ve enstrümanlar]

Asistan Eğitiminde Total Laparoskopik Histerektomi (TLH) eğitim materyallerimiz neler olmalı ?

Ramazan Erda Pay, Sezin Ertürk Aksakal, Gülen Erturun, Vakkas Korkmaz, Yaprak Engin Üstün
Sağlık Bilimleri Üniversitesi Etik Zübeyde Hanım Kadın Hastalıkları Eğitim Ve Araştırma Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Servisi

AMAC: Histerektomi operasyonu Jinekoloji servislerinde en sık yapılan operasyonlardan biri olmakla beraber günümüzde gelişen tıbbi teknoloji sayesinde endikasyon uygunluğu olan hastalarda daha çok minimal invaziv yöntemler ile yapılmaktadır. Geleceğin uzman doktorları, bugünün asistan doktorlarına minimal invaziv yaklaşımlar hasta yararı da göz önünde bulundurularak öğretilmeye çalışılmaktadır. Bu çalışmanın amacı, laparoskopik histerektomi gerçekleştiren asistanların eğitim modellerinin cerrahi sonuçlar üzerindeki etkisini değerlendirmektir.

YÖNTEM: Etik Zübeyde Hanım Kadın Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi (EZH-EAH) Jinekoloji Servisinde 2020–2022 eğitim döneminde 42–48 ay arası, aynı öğretim üyesi gözetiminde minimum 4 TLH operasyonunu gerçekleştirmiş, 8 asistan değerlendirmeye alındı. Asistanların eğitim modelinde teorik eğitim olarak cerrahi atlas, video eğitim olarak Youtube videosu, simülasyon eğitimi olarak EZH-EAH eğitim odasında Trainer Box, kaynaklarından 2 sini ve 3 ünü kullananlar olarak 4’er asistan olacak şekilde 2 grup oluşturuldu. Çalışmaya benign patoloji sonucu raporlanmış, verilerine tam olarak ulaşılan, Covid – 19 geçirme öyküsü olmayan, 32 (8X4) TLH operasyonu geçiren hasta dahil edildi. Hastalara ait demografik veriler; yaş, gravide, parite, VKİ, komorbid hastalıklar ve geçirilmiş cerrahiler olarak kaydedildi. Hastaların yapılan operasyon, kan transfüzyon uygulanma durumu, operasyon ve hospitalizasyon süreleri, intraoperatif, postoperatif komplikasyonları kaydedildi. Gruplardaki asistanlara operasyonu yaptıran öğretim üyesi tarafından, Teknik Becerilerin Objektif Yapılandırılmış Değerlendirmesi (Objective Structured Assessment of Technical Skills) (OSATS) formuna uygun 0-35 puan aralığında puanlama yapıldı.

BULGULAR: Asistanlar arasında 2 kaynaktan eğitim alan 4 asistan grup 1, 3 kaynaktan eğitim alan 4 asistan grup 2 şeklinde gruplandı. Grupların TLH operasyonu yaptıkları hastalar arasında, yaş, gravide, parite, VKİ parametreleri arasında anlamlı farklılık izlenmedi ($p>0,05$) (Tablo1). Komorbid hastalık ve geçirilmiş batin cerrahisi yönünden farklılık izlenmedi. ($p>0,05$) (Tablo1). Gruplar arasında yapılan operasyonlar açısından ve operasyon endikasyonu açısından anlamlı fark olmamakla birlikte ($p>0,05$) her iki grupta da en sık operasyon TLH+B-SO (%81,2 vs %62,5) en sık endikasyon tedavi dirençli kanama (TDK) idi. (%56,3 vs %56,3) Gruplar arasında preoperatif, postoperatif Hb ve bunlar arası fark (Δ Hb) açısından anlamlı fark olmamakla birlikte ($p>0,05$), grup 2 de 1 hastaya postoperatif dönemde eritrosit transfüzyonu gerçekleştirildi. (Tablo2) İki grup arasında ortalama hospitalizasyon süresi ve ortalama ameliyat süresi açısından anlamlı farklılık izlenmemekle beraber grup 2 de ortalama operasyon süresi daha az bulundu ($p>0,05$) Intraoperatif ve postoperatif komplikasyon gelişen hasta izlenmedi. OSATS puanlamasında, gruplar arasında anlamlı farklılık izlenmekle beraber, grup 2 dahil olan asistanların puan ortalaması daha yüksek izlendi. ($p<0,05$) (29 vs 31,75) Kaynak sayısı ile OSATS puanları arasında kaynak sayısı arttıkça OSATS puan artışı gösterir şekilde, pozitif korelasyon izlendi. (0,05 anlamlılık düzeyinde)

SONUÇ: Gruplar arası parametreler istatistiksel olarak benzer olsa da sayısal farklılıkların olması bu farklılıklara paralel OSATS puan farklılığının oluşu çalışmamızın ve eğitmeni gözlemlerinin güçlü olduğunu göstermektedir. Geleceğin uzmanlarının eğitiminin ülkemiz tıbbının gelişmesine olan katkısı göz önünde bulundurulduğunda, asistan eğitiminin önemli olduğunu, eğitim materyallerinin artırılması gerektiğini hatta kadavra eğitiminin de eklenmesi gerektiğini düşünüyoruz.

Anahtar Kelimeler: Total Laparoskopik Histerektomi (TLH), Objective Structured Assessment of Technical Skills (OSATS), Asistan Eğitimi

**Form 1 - TLH prosedürü için OSATS
LH-OSATS**

Patient _____ Score _____ / 35

Assessor _____

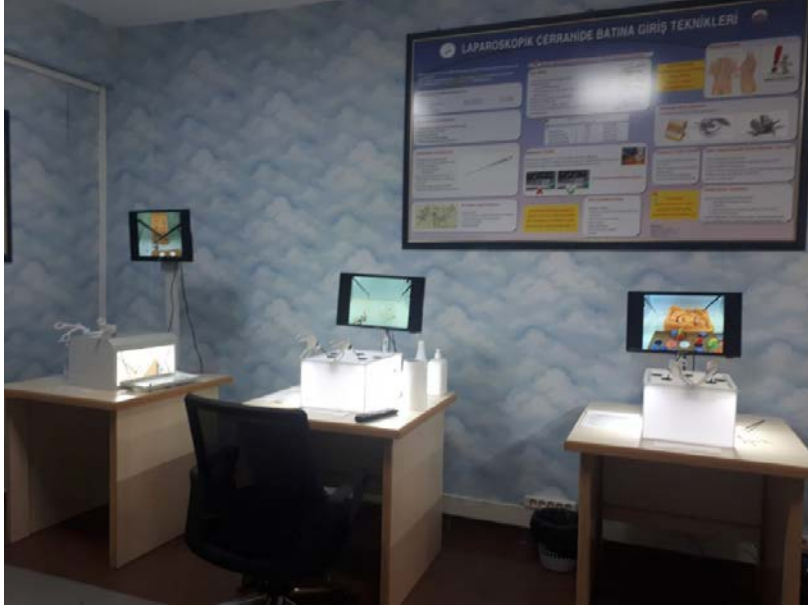
1.Exposure	1	2	3	4	5
Overall pelvic anatomical evaluation	Not done		Done incompletely		Done adequately
2.Division of adnexa	1	2	3	4	5
a) the infundibulopelvic ligaments (salpingo-oophorectomy)	Ureters were not adequately identified	Ureters were adequately identified in selecting the division site	Some bleeding with extra coagulation	No bleeding	Division in adequate site and way, identifying the ureters
	Before division, coagulation was insufficient leading to repeated re-coagulation				
	Extra tissue trauma	Some extra tissue trauma		No extra tissue trauma	
b) the utero-ovarian ligaments and fallopian tubes (no salpingo-oophorectomy)	Utero-ovarian ligaments were divided either too near to the cornua or too near to the ovaries	The utero-ovarian ligaments and the fallopian tubes were divided in proper sites, but the coagulation was insufficient	Some bleeding with extra coagulation	No bleeding	The utero-ovarian ligaments and the fallopian tubes were divided in proper sites
	Significant bleeding	Some bleeding with extra coagulation			
	Significant tissue trauma on ovaries and/or infundibulopelvic ligaments	Some extra tissue trauma		No extra tissue trauma	
c) the utero-ovarian ligaments and fallopian tubes (salpingotomy, no oophorectomy)	The fallopian tubes were dissected incompletely and/or inadequately	The fallopian tubes were dissected almost completely, some of the fimbriae left behind	Some bleeding with extra coagulation	No bleeding	The fallopian tubes were dissected completely and carefully
	Significant bleeding	Some bleeding with extra coagulation			
	Significant tissue trauma on ovaries or ovarian arteries	Some extra tissue trauma		No extra tissue trauma	
3.Division of the round ligaments	1	2	3	4	5
	Division of the ligaments too close to uterus	Division in adequate site			Division in adequate site
	Division was incomplete	Division was complete			Division was complete
	Significant bleeding	Some bleeding			No bleeding
	Extra tissue trauma	Some extra tissue trauma			No extra tissue trauma

Form 2 - TLH prosedürü için OSATS

4.Opening of the vesico-uterine and vesico-vaginal space	1	2	3	4	5
	Opening of the vesico-uterine peritoneum was careless, and not in optimal site	Opening of the vesico-uterine peritoneum was done with suboptimal care in optimal site	Opening of the vesico-uterine peritoneum was careful in optimal site		Opening of the vesico-uterine peritoneum was careful in optimal site
	The bladder was not adequately identified	The bladder was identified adequately			The bladder was identified adequately
	Vesico-vaginal space was not opened adequately	Vesico-vaginal space was opened with suboptimal care			Vesico-vaginal space was opened adequately
	Significant bleeding	Some bleeding			No bleeding
	Extra tissue trauma	Some extra tissue trauma			No extra tissue trauma
5.Division of the utero-sacral ligaments and posterior leaflets of the broad ligaments	1	2	3	4	5
	Opening of the posterior leaflets of the broad ligaments was careless and incomplete	The posterior leaflets of the broad ligaments were opened with some bleeding			The posterior leaflets of the broad ligaments were opened carefully
	Dissection of the utero-sacral ligaments was careless	The utero-sacral ligaments were identified and dissected in adequate site with some bleeding			The utero-sacral ligaments were identified and dissected in adequate site
	Significant bleeding	Some bleeding			No bleeding
	Extra tissue trauma	Some extra tissue trauma			No extra tissue trauma
6.Dissection of the uterine pedicles	1	2	3	4	5
	The pedicle was poorly identified	The pedicle was identified adequately			The pedicle was identified carefully
	Dissection was clumsy and incomplete	Dissection was partly incomplete and unprecise			Coagulation and division was precise and careful
	Significant bleeding	Some bleeding			No bleeding
	Extra tissue trauma	Some extra tissue trauma			No extra tissue trauma
7.Hemostasis and final inspection	1	2	3	4	5
	The abdomen was poorly irrigated leaving big hematomas behind	The abdomen was irrigated, but some hematomas are left behind			The abdomen was irrigated carefully and all hematomas were removed
	Profuse bleeding was left uncoagulated or coagulation was done with damage to surrounding tissue	Bleeding areas were coagulated with some damage to surrounding tissue			Bleeding areas were coagulated precisely with no damage to surrounding tissue



Resim 1 Etlik Zübeyde Hanım Kadın Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Laparoskopi Eğitim Odası





SS-14 [Histerektomi]

Covid - 19 pandemisi Total Laparoskopik Histerektomi pratiğimizi değiştirdi mi ? : Tersiyer Merkez Dene-yimleri

Ramazan Erda Pay, Sezin Ertürk Aksakal, Ceren Kamacı, Vakkas Korkmaz, Yaprak Engin Üstün
Sağlık Bilimleri Üniversitesi Etilik Zübeyde Hanım Kadın Hastalıkları Eğitim Ve Araştırma Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Servisi

AMAÇ: COVID-19 hastalığı (SARS-CoV-2 Hastalığı) Mart 2020 itibariyle, ülkemizde de görülmeye başlamıştır. Hastalık asemptomatik taşıyıcılıktan mortalite ile sonuçlanan klinik sergilemiş, elektif tüm cerrahi girişimlerin ertelenmesi gerekmiştir. Özellikle endoskopik jinekolojik cerrahiler viral partikül yayılım riski nedeniyle pandemi döneminde en az yapılan cerrahiler olmuştur. Bu çalışmadaki amacımız kliniğimizde sık yaptığımız endoskopik jinekolojik cerrahilerden biri olan Total Laparoskopik Histerektomi'de (TLH) pandemi öncesi ve sonrası dönemde, ameliyat edilen hastaların intraoperatif ve postoperatif parametreler arası farklarını araştırmaktır.

YÖNTEM: Etilik Zübeyde Hanım Kadın Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi Jinekoloji Servisinde Mart 2019-Mart 2021 aralığında TLH operasyonu gerçekleştirilen 100 hastanın verileri retrospektif olarak incelendi. Çalışmaya menoraji tanısı almış, operasyonu laparoskopik olarak tamamlanmış, benign patoloji sonucu raporlanmış, verilerine tam olarak ulaşılan, Covid-19 geçirme öyküsü olmayan, yatışı sonrasında operasyon öncesi 48 saat içinde alınan SARS-CoV-2 RT-PCR test sonucu negatif olan 74 hasta dahil edilmiştir. Çalışmaya dahil edilme kriterini sağlayan hastalardan, 38 tanesi 2019 Mart–2020 Mart (Ülkemizde ilk vakanın bildirildiği tarih), 36 tanesi 2020 Mart–2021 Mart tarihleri arası opere olan 2 grup oluşturuldu. Dahil edilen hastalara ait demografik veriler; yaş, gravide, parite, VKİ, sigara kullanımı, komorbid hastalıklar ve geçirilmiş cerrahiler olarak kaydedildi. Hastaların yapılan operasyon, kan transfüzyon uygulanma durumu, operasyon ve hospitalizasyon süreleri, intraoperatif, postoperatif komplikasyonları kaydedildi.

BULGULAR: Çalışmaya dahil edilen 74 hastadan 38'i (%51,4) 2019 Mart–2020 Mart tarihleri (Grup 1) 36'sı (%48,6) 2020 Mart–2021 Mart tarihleri (Grup 2) arasında opere olmuşlardı. Gruplar arasında Yaş, Gravide, Parite, VKİ parametreleri arasında anlamlı farklılık izlenmedi ($p>0,05$) (Tablo1). Gruplar arasında sigara kullanımı, komorbid hastalık ve geçirilmiş batin cerrahisi yönünden farklılık izlenmedi. ($p>0,05$) (Tablo1). Gruplar arasında yapılan operasyonlar açısından anlamlı fark olmamakla birlikte ($p>0,05$) her iki grupta da en sık operasyon TLH+BSO idi. (%73,7 vs %69,4) (Tablo2) Gruplar arasında preoperatif, postoperatif ve bunlar arası fark (Δ Hb) açısından anlamlı fark olmamakla birlikte ($p>0,05$), grup 1 de 1 hastaya postoperatif dönemde eritrosit transfüzyonu gerçekleştirildi. (Tablo2) İki grup arasında ortalama hospitalizasyon süresi ve ortalama ameliyat süresi açısından anlamlı farklılık izlendi. ($p<0,05$) Hospitalizasyon süresi ve ortalama ameliyat süresi grup 2 de daha kısa süreli izlendi. (Tablo2) İntraoperatif komplikasyon gelişen hasta olmamakla birlikte postoperatif grup 1' de 1 hastada (%2,6) yara yeri enfeksiyonu grup 2' de 3 hastada (%8,3) cuff hematomu izlendi, hastalar yatışları yapıp ek cerrahi gerektirmeyen şekilde tedavileri planlandı.

SONUÇ: Pandemi öncesi ve sonrası dönem yapılan TLH operasyonlarında birçok parametre arasında anlamlı farklılık izlenmemekle beraber, hospitalizasyon süresi arası fark güncel rehberlere uygun olacak şekilde, olası hastane bulaş riskini azaltmak amaçlı erken taburculuk kararı nedeni olduğunu düşünüyoruz. Operasyon süresi arası farkın ise, cerrahi ekibin hastanın pandemi sürecinde daha az anestezi maruziyetinde kalmasını sağlamaya çalışmasından dolayı olduğunu düşünüyoruz.

Anahtar Kelimeler: Covid - 19 (SARS-Cov2), Total Laparoskopik Histerektomi, Preoperatif dönem, Postoperatif dönem



Tablo 1. Hastaların demografik verileri

Özellikler	Toplam (n= 74)	GRUP 1 2019 Mart – 2020 Mart (n= 38)	GRUP 2 2020 Mart – 2021 Mart (n= 36)	p
Yaş (ort±std) (yıl)	49,18 ± 5,06	48,97 ±5,12	49,42 ±5,13	0,71*
BMI (ort± std) (kg/m2)	30,74 ±2,10	30,68 ±1,87	30,81 ±2,37	0,80*
Gravida (min – max)	1-10	1-8	1-10	0,23*
Parite (min – max)	1-8	1-5	1-8	0,13*
Sigara (sayı, %)	52 (70,3)	23 (60,5)	29 (80,6)	0,06**
Yok	22 (29,7)	15 (39,5)	7 (19,4)	
Var				
Ek Hastalık (sayı, %)	44 (59,5)	20 (52,6)	24 (66,6)	0,10**
Yok	19 (25,6)	11 (28,9)	8 (22,2)	
HT	4 (5,4)	2 (5,3)	2 (5,6)	
DM	5 (6,8)	5 (13,2)	-	
TROID	2 (2,7)	-	2 (5,6)	
ASTIM				
Geçirilmiş Batın Cerrahisi (sayı, %)	41 (55,4)	19 (50)	22 (61,1)	0,33**
Yok	33 (44,6)	19 (50)	14 (38,9)	
Var				

DM; Diyabet, HT; Hipertansiyon, TROID; Hipo / Hipertroidi, ASTIM; Bronşial Astım Ort± std; ortalama ±std sapma * Student's t-test ** Ki Kare testi

Tablo 2. Hastaların intraoperatif ve postoperatif döneme ait verileri

Özellikler	Toplam (n= 74)	GRUP 1 2019 Mart – 2020 Mart (n= 38)	GRUP 2 2020 Mart – 2021 Mart (n= 36)	p
Yapılan Ameliyatın Tipi, sayı, %				0,68**
TLH + Bil Salp	21 (28,3)	10 (26,3)	11 (30,6)	
TLH + BSO	53 (71,7)	28 (73,7)	25 (69,4)	
Hb değerleri (g/dl)				0,23*
Preoperatif	12,18 (±1,77)	11,93 (±1,63)	12,43 (±1,91)	
Postoperatif	10,37 (±1,34)	10,28 (±1,33)	10,48 (±1,37)	
Δ Hb	1,80 (±1,02)	1,65 (±0,92)	1,95 (±1,10)	0,20*
Transfüzyon (sayı, %)	73 (98,6)	37 (97,4)	36 (100)	0,32**
Yok	1 (1,4)	1 (2,6)	-	
Var				
Hospitalizasyon süresi (gün) (ort ±std)	2,95 (±0,57)	3,11 (±0,61)	2,78 (±0,49)	0,01*
Operasyon süresi (dakika) (ort ±std)	115,81 (±17,48)	124,74 (±14,14)	106,39 (±16,02)	0,00*
Postoperatif komplikasyon (sayı, %)	70 (94,5)	37 (97,4)	33 (91,7)	0,27**
Yok	3 (4,1)	-	3 (8,3)	
Cuff hematomu	1 (1,4)	1 (2,6)	-	
Yara yeri enfeksiyonu				

Ort± std; ortalama ±std sapma * Student's t-test ** Ki Kare testi



SS-15 [Myomektomi]

Culdotomy in laparoscopic myomectomy and its limits

Cengiz Andan, Şerif Aksin, Hasip Karabat

TC Ministry of Health, Health Sciences University Gazi Yasargil Diyarbakır Training and Research Hospital, Obstetrics and Gynecology, Diyarbakir, Turkey

OBJECTIVE: To examine the results and limits of culdotomy method for removal of myoma from the abdomen while preserving its integrity in laparoscopic myomectomy. To determine if this is a good option for tissue extraction. **Design:** Retrospective analysis of data collected prospectively.

Setting: Diyarbakır Gazi Yasargil training and research hospital.

Patients: A total of 102 patients who underwent laparoscopic myomectomy with culdotomy for tissue extraction.

RESULTS: A total of 102 patients underwent laparoscopic myomectomy between September 2017 and April 2019, and tissues were taken from the abdomen by culdotomy. The mean myoma diameter was 7.7 ± 2.4 cm (4-15 cm) and the mean weight was 161 ± 120 g (20–602 g). The mean duration of surgery was 95 ± 41 minutes (36–214 min). All myomas were extracted with preservation of their integrity, except in 2 patients. In 87 patients, the myoma was less than 10 cm, and all myomas in this group could be easily extracted from the vagina. The myoma was between 11 and 13 cm in 13 patients. Of these, 8 were extracted without difficulty, 5 could barely be extracted, and superficial vaginal lacerations occurred in 4 of these patients. Due to the inability to extract myomas intact in 2 patients (14 and 15 cm), vaginal mechanical morcellation was performed. In terms of vaginal births, 34 patients (33.3%) had never had vaginal births, and 68 patients (66.7%) had a history of vaginal birth. The largest myoma extracted from a woman who had not given birth was 12 cm (345 g). The largest myoma extracted from a woman who had given birth was 13 cm (490 g). None had major complications. No signs of infection were detected on the 7th and 30th postoperative days, and no operative dyspareunia was detected at 6-month follow-up.

CONCLUSION: In the present study, it was seen that myomas up to 13 cm (490 g) in multiparous and 12 cm (350 g) in nulliparous could be removed from the culdotomy while maintaining their integrity. Culdotomy is a safe, inexpensive and effective method for myoma extraction.

Keywords: Laparoscopic myomectomy, myoma extraction, culdotomy, morcellation, tissue extraction

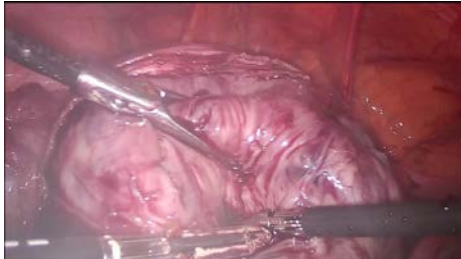
Operational information

Operasyon time(min)	95±41 (36-214)
Estimated blood loss(ml)	150±96 (30-1500)
Preoperative hemoglobin	12.9±4.8
Postoperative hemoglobin	10.9±3.7
Hospital stay(day)	1.6±0.7
Preoperative blood transfusion(U)	7
Postoperative blood transfusion(U)	2
Fibroid enucleation time(min)	20.4±15.1
Uterine incision suturing time(min)	23.9±12.8
Culdotomy time(min)	8.8

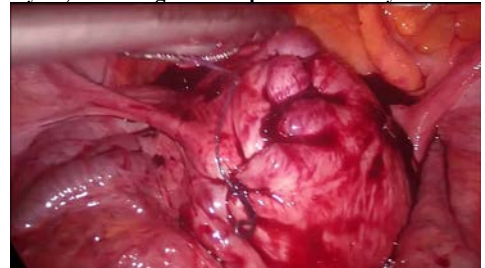
Management of the 15 patients with myoma lengths above 10 cm is listed

Fibroid diameter(cm)	Weight (g)	Vaginal delivery	Couldotomy time (min)	Removal	Vaginal laceration
11	320	0	21	easy	no
11	300	7	16	easy	no
11	270	0	22	easy	no
12	422	5	16	easy	no
13	460	3	9	easy	no
13	490	4	13	easy	no
12.5	440	2	10	easy	no
13	490	6	23	easy	no
11	274	0	14	difficult	no
11	265	1	28	difficult	yes
11	350	4	12	difficult	yes
12	345	0	19	difficult	yes
12	340	7	26	difficult	yes
14	570	2	42	impossible	-
15	602	0	55	impossible	-

The myoma was withdrawn from the capsule using blunt dissection (with forceps or an irrigator) using traction and contrast forces



The defect was sutured in a single layer or two layers, according to the depth of the cavity formed

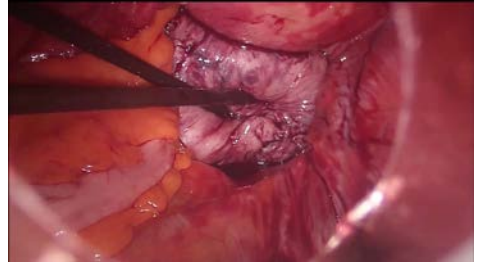


Complications

Complications	Number
Endometrial injury	6
Hematoma in the fibroid suture zone	6
Vaginal laceration	4
Blood loss requiring transfusion	2
Rectal suture during couldotomy repair	1
Opening of the couldotomy suture	1
Infection Opening of the couldotomy suture	0
Impairment of sexual functions	0
Major visceral injury (vascular, ureter, bladder, bowel)	0
Conversion to laparotomy	0
Need for recurrent operation	0
Malignancy	0

culdotomy incision

the fibroid was taken from the abdomen and placed on the Douglas pouch with a short axis



The culdotomy incision was accessed from the vaginal route, and myomas were grasped directly with 2 tenaculum





SS-16 [Yeni teknik ve enstrümanlar]

Single Port Laparoscopic surgery of large adnexal masses (12 cm >): A retrospective analysis of 17 casesKemal Güngördük¹, Ferdi Kınıcı²¹Division of Gynecologic Oncology, Department of Obstetrics and Gynecology, Faculty of Medicine, Muğla Sıtkı Kocman University, Muğla, Turkey²Department of Obstetrics and Gynecology, Faculty of Medicine, Muğla Sıtkı Kocman University, Muğla, Turkey

Introduction: Laparoscopic approaches are the gold standard surgical treatment for adnexal masses. However, there are several challenges associated with handling large adnexal masses. Although laparoscopic surgery has been used predominantly, the single-port laparoscopy (SPL) approach is becoming more common to improve cosmetic results and reduce morbidity.

Method: A total of 17 women with huge adnexal masses (> 12 cm) were operated on between August 2016 and May 2021 at Muğla University Education and Research Hospital, using the Octoport™ and SILS® port. The demographic information and preoperative CA-125 levels, cyst sizes, operating times, estimated blood loss, transfusion, postoperative length of hospital stay, postoperative pain score at 1, 4, 12, and 24 hours, analgesic requirement, perioperative complications, and follow-up times of the patients were recorded. From the present analysis, patients with preoperative imaging/workup suspicious for advanced malignant disease were excluded, based on the Risk of Malignancy Index (RMI), and the International Ovarian Tumor Analysis (IOTA) simple rules.

Results: The mean patient age was 54.65 ± 13.18 (range: 35–79) years. The mean largest cyst diameter was 18.71 ± 5.36 (range: 12–29) cm. The mean total surgery time was 42.41 ± 3.91 (range: 36–50) min. The mean blood loss was 9.59 ± 3.74 (range: 5–16) ml. No case with an intraoperative or postoperative need for a blood transfusion was encountered. The mean postoperative hospital stay was 33.35 ± 17.26 (range: 20–55) hours. No intraoperative or postoperative complications occurred in any patient. The visual analog scale pain scores were 6.47 ± 2.00 at hour 1, 3.76 ± 1.79 at hour 4, 1.41 ± 0.87 at hour 12, and 0.59 ± 0.62 at hour 24 (Table 2).

Conclusions: The results suggest that the SPL approach has advantages over conventional laparoscopy in terms of the operation time, blood loss, hospitalization time, and postoperative pain. SPL is a safe method that can be used as an alternative to conventional laparoscopy for managing large adnexal masses.

Keywords: Single Port, Laparoscopy, Adnexal mass

SS-17 [Komplikasyonlar]

Effects of biological materials on pelvic adhesion and fertility on a rat model

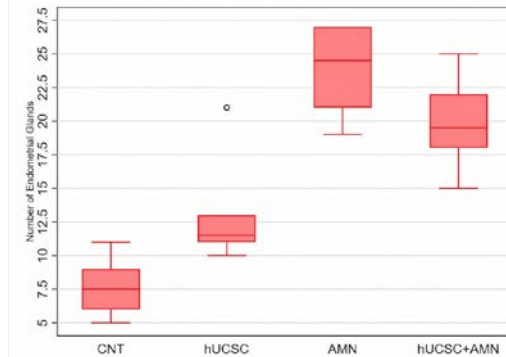
Elif Ganime Aygün

Elif Ganime Aygün

INTRODUCTION: It was aimed to compare the effects of human umbilical cord mesenchymal stem cells (hUCMSCs), amniotic fluid (AF), and a combination of both on the uterus and ovaries in a rat model with abdominal adhesions. **METHODS:** This study was designed as a controlled study. Four groups, each consisting of six rats, were randomly formed. One group was designated as the control [CNT]. hUCMSCs-applied [hUCSC], AF-applied [AMN], and a combination of both [hUCSC+AMN] were appointed as the exposures. All rats were given intraperitoneal talk powder to create adhesions. 21 days following this, the rats were treated with the exposures except CNT. **RESULTS:** There was a statistically significant difference in primordial follicle count, endometrial gland number, and endometrial blood vessel count ($p < 0.05$). AMN provided the best results in the endometrial vessel and primordial follicle count. The average endometrial gland count in AMN and hUCSC+AMN was similarly higher than CNT and hUCSC. **CONCLUSIONS:** The increase in uterus connective tissue, endometrial glands, and improved vasculature; increase in the number of primordial and preantral follicles in ovaries support the regenerative effects of hUCMSCs and AF. All intervention groups provided significant results in endometrial glands, endometrial blood vessels, and primordial follicles. AMN was the best in the endometrial vessel and primordial follicle count. The regenerative characteristics of hUCMSCs and AF play a significant role in treating and preventing adhesions.

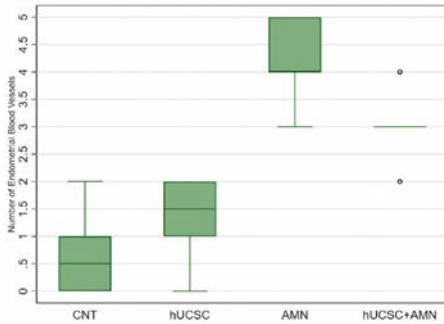
Keywords: amniotic fluid, stem cells, surgical adhesions, rats, infertility

figure 1



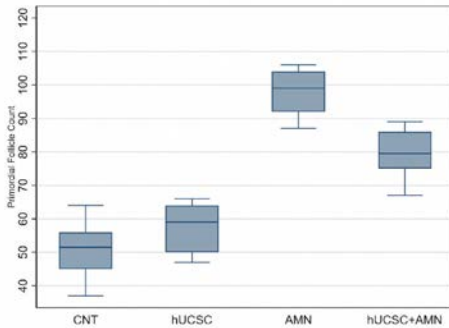
number of endometrial glands between groups

figure 2



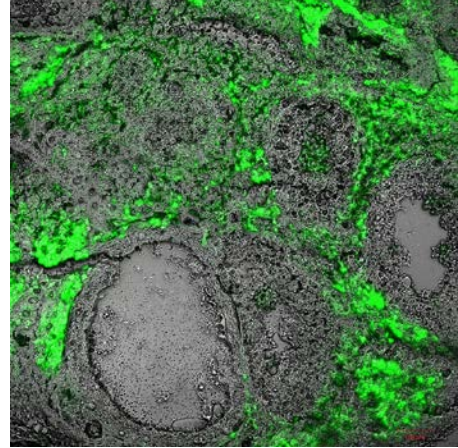
number of endometrial blood vessels between groups

figure 3



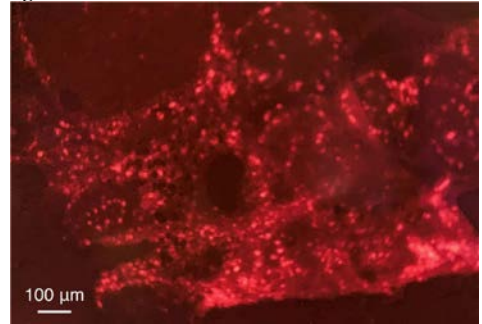
primordial follicle count between groups

figure 4



ovarian tissue imaging after gfp marked human umbilical stem cell

figure 5



ovarian tissue imaging after qdat marked human umbilical stem cell

**SS-18 [Benign jinekolojik operasyonlar (dermoid, apse, endometrioma, ektopik gebelik, vb..)]****Comparison of laparoscopic adnexal mass extraction via the transumbilical and transvaginal routes**Kemal Güngördük¹, Varol Gülseren²¹Division of Gynecologic Oncology, Department of Obstetrics and Gynecology, Faculty of Medicine, Muğla Sıtkı Kocman University, Muğla, Turkey²Erciyes University, Faculty of Medicine, Department of Obstetrics and Gynecology, Division of gynecologic oncology, Kayseri, Turkey

This study was performed to compare the transumbilical (TU) and transvaginal (TV) routes for adnexal mass removal from the abdominal cavity. Data from 93 women who underwent laparoscopic surgery for the removal of benign adnexal masses at three centers between January 2016 and December 2020 were examined retrospectively. The specimen retrieval times in the TU and TV groups were 9.0 ± 2.0 and 9.8 ± 2.5 min, respectively ($P = 0.373$)

Additional analgesic was required in 13.8% and 14.3% of cases in the TU and TV groups, respectively. The mean 3-month(2–4 months) postoperative visual analog scale (VAS) score was lower in the TV group than in the TU group. The postoperative vaginal length did not differ between the TU and TV groups [8.9 (8.7–9.1) vs. 8.7 (8.4–9.1) cm; $P = 0.465$]. Oophorectomy and the TU route were found to be independent risk factors for the worsening of the VAS score. Sexual function index scores were similar in the two groups. The TV method for specimen removal in laparoscopic surgery may cause less pain in the early postoperative period and less dyspareunia in the later period without shortening the length of the vagina.

Keywords: Laparoscopic surgery, Adnexal mass, Transvaginal route

SS-19 [Jinekolojik onkoloji]

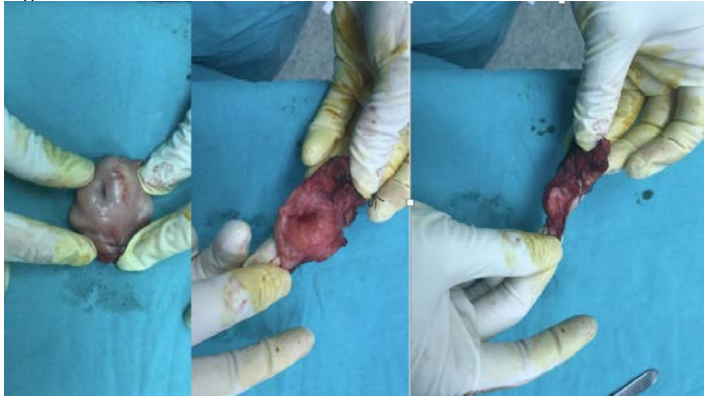
Laparoskopik asiste vajinal radikal trakelektomi: Dört vakanın uzun dönem takipleri

Selen Doğan, Hasan Doğukan Çopur, Ünzüle Korkmaz, Sefa Metehan Ceylan, Nasuh Utku Doğan
Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum AD

LARVT erken evre serviks kanseri tanısı almış ve gebelik istemi olan çocuksuz hastalarda fertilitenin korunduğu cerrahi bir yöntemdir. Vajinal yaklaşım 2 cm altında tümörler için, onkolojik sonuçlar radikal histerektomiye benzerdir. Bununla beraber vajinal trakelektominin gebelik sonuçları abdominal yola göre daha iyi olmaktadır.

Kliniğimizde 2017 ocak- 2022 ocak tarihleri arasında dört hastaya LAVRT operasyonu uygulanmıştır. İlk hasta 35 yaşında CIN III cerrahi sınır pozitifliği nedeniyle iki kere LEEP geçirmiş, son LEEP materyalinde 7 mm adenokanser tanısı olan hastamızdı. Mayıs 2019 yılında opere edildi. İkinci hasta dış merkezde konizasyon sonrası 2 cm tümörü olan (adenokanser) hastamızdı, Haziran 2019 yılında opere oldu. Üçüncü hasta 3 kere yapılan LEEP operasyon sonrası endoservikal kanalda rezidü CIN III olan ve böbrek transplantasyonu hikayesi mevcut olan hastamızdı. Hastaya ekim 2020 tarihinde basit trakelektomi operasyonu yapıldı. Diğer hasta LEEP sonrası 1 cm tümörü olan (skaumöz hücreli kanser) ve aralık 2019 tarihinde LAVRT olan hastamızdı. Dört hastanın ortanca ameliyat süresi 280 dakika idi. İntraop bir hastada mesane perforasyonu gelişti ve intraoperatif mesane perforasyonu onarıldı. Hastalara herhangi bir kan transfüzyonu yapılmadı. Tüm hastalarda post-operatif herhangi bir komplikasyon gelişmedi. Dört hastadan sadece biri gebelik planlandı. Bu hastada serklaj sütürü ekspoze olması nedeniyle laparoskopik abdominal serklaj operasyonu yapıldı. İşlem sonrasında 12. ayda gebe kalan hastamız termde 3100 gr bebek dünyaya getirdi. Bir hastada smear takiplerinde HSIL gelmesi nedeniyle LEEP işlemi yapıldı. Takiplerde son biyopsi de LSIL devam etmekteydi. 3 yıllık izlemde (17-30 ay) herhangi bir nüks, metastaz saptanmadı. Sonuç olarak LAVRT onkolojik sonuçları radikal histerektomiye benzer olan fertilitate koruyucu bir cerrahi yaklaşımdır.

Anahtar Kelimeler: Laparoskopik asiste vajinal radikal trakelektomi, erken evre serviks kanseri, fertilitate koruyucu cerrahi

Figür 1*trakelektomi spesmen fotoğrafları*

Figür2



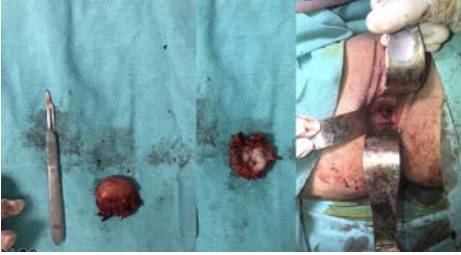
Trakelektomi sonrası rezidüel neo-serviks görünümü

Figür4



Trakelektomi spesmen fotoğrafları

Figür3



Trakelektomi spesmen fotoğrafları

Figür5



Basit trakelektomi spesmen fotoğrafları



SS-20 [Jinekolojik onkoloji]

Risk factors for regional lymph node metastasis in endometrial cancerAkbar Ibrahimov

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

OBJECTIVE: Determination of isolated paraaortic lymph node metastasis frequency and risk factors is essential for conservative approaches. If not performed paraaortic lymph node dissection patients with negative pelvic lymph node, or negative sentinel lymph nodes have isolated paraaortic lymph node metastasis, Stage III C2 disease are actually considered to be in the low stage, the adjuvant treatment is inadequate, and so the prognosis is adversely affected. It was aimed to determine the frequency of isolated paraaortic lymph node metastasis in endometrioid type endometrium cancer patients who underwent staging surgery, questioning the necessity and anatomical level of lymphadenectomy in this study.

METHODS: Between 2000-2015, there were 835 endometrium cancer cases to whom surgical treatment was applied, and among these cases, 417 patients with isolated paraaortic lymph node metastasis were followed. Histologic grade I-III, pelvic and paraaortic lymph node dissection cases with endometrioid histologic type tumor were included in the study. Patients were staged according to the FIGO 2009 criteria. The research was planned retrospectively. Survival and recurrence-related factors were determined by univariate Cox regression analysis, significant factors were included in the multivariate Cox regression model, and independent predictors were found.

RESULTS: The article provides information about the authors' clinical observation of 417 patients with uterine cancer, some of them isolated metastasized to the paraaortic lymph node. The overall frequency of isolated paraaortic lymph node metastases was 1.19% in this population. A significant difference was not found in the risk of developing recurrence when patients with isolated paraaortic lymph node metastasis were compared to patients without isolated paraaortic lymph node metastasis. In all patients with isolated paraaortic LNM, tumor size was 2 cm, and more than 40% of them had grade III tumor. Besides, lymphovascular invasion and cervical-glandular involvement were found as common independent predictors of retroperitoneal LNM and paraaortic LNM.

CONCLUSION: Lymphovascular invasion and cervical glandular involvement were determined as common independent markers for retroperitoneal LNM and paraaortic LNM in our study. These independent predictors are important because they directly or indirectly cause risk for survive and recurrence depending on the relationship of histological factors to each other. In addition, in patients with isolated paraaortic LNM, a large tumor size and low survival may be considered as an indication of the necessity of lymphadenectomy in these patients.

Key Words: Endometrial cancer, isolated paraaortic lymph node involvement, lymph node metastasis.

Anahtar Kelimeler: Endometrial cancer, isolated paraaortic lymph node involvement, lymph node metastasis.



SS-21 [Benign jinekolojik operasyonlar (dermoid, apse, endometrioma, ektopik gebelik, vb..)]

Sezaryen skar gebelikte lokal ve sistemik metotreksat tedavisinin karşılaştırılması

Serhan Kütük, Varol Gülseren, Fulya Çağlı

Erciyes Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, Kayseri

AMAÇ: Bu çalışmanın amacı nadir görülen bir ektopik gebelik olan sezaryen skar gebeliğin (SSG) tedavisinde sistemik ve lokal metotreksat kullanımını karşılaştırmaktır.

MATERYAL-METOD: Bu retrospektif çalışma 2013-2022 yılları arasında Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesinde SSG olan 113 hasta ile yapıldı. Hastalar tedavi şekline göre lokal intrakaviter metotreksat enjeksiyonu (grup 1, n=57) ve sistemik metotreksat (grup 2, n=56) alan hastalar olarak iki gruba ayrıldı. Gruplar demografik veriler, iyileşme süresi ve tedavi maliyeti açısından karşılaştırıldı. Hastaların boy, kiloları, gravide, parite, abort sayısı, daha önce ektopik gebelik varlığı, sezaryen sayısı, son adet tarihine göre gebelik haftaları, gastasyonel sac boyutu, fetusun baş-popo mesafe ölçümü, fetus kalp atışı varlığı, Beta Human Corionik Gonadotropin seviyeleri not edildi.

BULGULAR: Lokal tedavi alan grup 57, sistemik metotreksat tedavisi alan grup 56 hastadan oluşmaktadır. Lokal tedavi grubunda ortalama yaş 33.9 ± 5.2 iken, sistemik tedavi alan grupta 33.2 ± 4.6 olarak saptandı ($P=0.482$). Gruplar arasında geçirilmiş sezaryen sayısı arasında anlamlı farklılık saptanmadı (Grup 1 için 2.0 ± 0.6 , Grup 2 için 1.9 ± 0.8 ; $P=0.374$). Son adet tarihine göre gebelik haftası ortalama 1. grupta 7.0 ± 1.7 iken, 2. grupta 6.7 ± 1.6 olarak hesaplandı ($P=.565$). Ortalama remisyon süreleri lokal metotreksat tedavisi alan grupta 41.8 ± 33.0 gün, sistemik metotreksat tedavisi alan grupta 38.4 ± 33.9 gün olarak analiz edildi ($P=0.647$). Hospitalizasyon süreleri sistemik metotreksat tedavisi alan grupta anlamlı olarak fazla saptandı (Grup 1 için 3.6 ± 4.1 gün, Grup 2 için 8.5 ± 3.8 gün; $P=0.001$).

SONUÇ: Tedavi başarısı ve ortalama remisyon süreleri lokal ve sistemik metotreksat tedavisi alan gruplarda benzer bulundu.

Anahtar Kelimeler: Sezaryen skarlı gebelik, Ektopik gebelik, Lokal metotreksat, Sistemik metotreksat

SS-22 [Ürojenekoloji]

Primary results of retropubar slings placed under endovisual control

Arzu Khanlar Polukhova¹, Rakhshanda Mazahir Aliyeva², Nargiz Vagif Nagiyeva¹, Islam Sharif Magalov²

¹Department of Obstetrics and Gynecology, Baku Health Center, Baku, Azerbaijan;

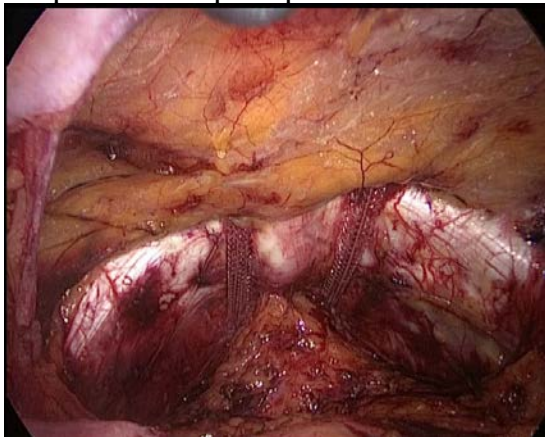
²Department of Obstetric and Gynecology, Baku Branch of Sechenov Moscow State Medical University, Baku, Azerbaijan;

INTRODUCTION: Stress urinary incontinence occurs in 5-30% of women, for example one in five women suffers from stress urinary incontinence. TVT placement is the gold standard for the treatment of stress urinary incontinence. Despite that this techniques are not free of complications.

MATERIALS-METHODS: In our department, we conducted a study of patients who underwent surgery for stress urinary incontinence in 2013-2021. The study included 179 patients, 11 of whom (7%) placed only TVT, and another 168 (93%) patient underwent other gynecological operations. All patients were assessed before and after surgery with a standard quality of life assessment protocol (ICIQ-UI short form, ICIQ-LUTSgol), gynecological examination, transperineal ultrasonography and simple cystometry. Complications of TVT in our practice: exposition- 3 (1.7%), erosion- 1 (0.56%), pain-1 (0.56%), hematomas-14 (7.8%), loss of sense: 4 (2.23%), hypercorrection: 1 (0.56%). The majority of concomitant operations are performed with a laparoscopic approach. From 2019, we started to place TVT sling with laparoscopic control in order to reduce complications. In 29 patients who underwent concomitant laparoscopic surgery, we performed retropubar sling placement under laparoscopic control, which manifested itself in a decrease in the incidence of some complications.

CONCLUSION: Laparoscopic approach to pelvic floor surgery allows full visual control of all anatomical structures, safe placement of the sling and possibility to remove the mesh completely.

Keywords: retropubar sling, TVT, stress urinary incontinence, laparoscopic surgery

TVT placement with laparoscopic control

Retzius space-laparoscopic view of retropubar sling



SS-23 [Benign jinekolojik operasyonlar (dermoid, apse, endometrioma, ektopik gebelik, vb..)]

Komplet Androjen İnsensitivite Sendromunda (Testiküler Feminizasyon) Laparoskopik Gonadektomi:**Olgu Sunumu**

Onur Can Zaim, Rüya Tez, Haldun Murat Erden, Sezcan Mümmüşoğlu
Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, Ankara, Türkiye

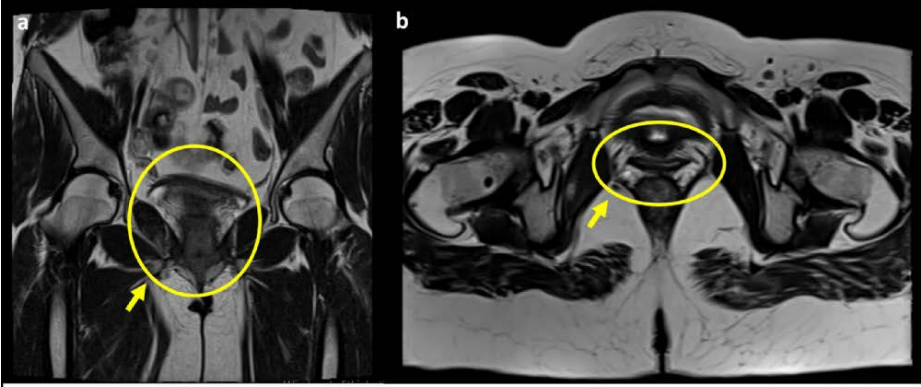
GİRİŞ: Komplet androjen insensitivite sendromu (testiküler feminizasyon); 46,XY kromozomlu bireylerde, androjen reseptör (AR) proteinlerinin mutasyonları nedeniyle androjenlere karşı direnç gelişmesi ve kadın fenotipinin görülmesi ile karakterize bir sendromdur. Nadir görüldüğü için bu vaka sunumunda, androjen insensitivite sendromlu bir hastada güncel literatür doğrultusunda gerçekleştirilen medikal ve cerrahi yönetimin tartışması amaçlanmıştır.

OLGU: 16 yaşından itibaren karyotip analizi yapılmadan fizik muayene ve görüntüleme bulguları ile Rokitansky-Küster-Hauser-Mayer (RKH) sendromu olarak (Fig.1a,1b) takip edilmiş ve muayene için şehir dışından başvuran 31 yaşındaki hastaya, dış merkezde ultrasonografide overlerin, olması gerektiği yerde yani fossa ovarikada olmaması nedeniyle manyetik rezonans görüntüleme (MRG) ve karyotip analizi istenmesine karar verildi. MRG’de pelviste bilateral testislerle uyumlu olabilecek görünüm (Fig.2a,2b) saptandı. Karyotip analizi sonucunda, 46,XY saptanan hastaya, gerçek tanısının testiküler feminizasyon olduğu bilgisi verilerek malignite riski nedeniyle gonadektomi önerildi. Önemli bir not olarak hastanın preop dönemde ölçülen Anti-Müllerian Hormon (AMH) değeri 407,29 ve testosteron değeri de 638,57 olarak saptandı. Merkezimizde Şubat 2021’de laparoskopik bilateral gonadektomi yapılan hastanın patoloji sonucunda incelenen dokunun histolojik olarak testis olduğu ve dokuda herhangi bir malignite saptanmadığı belirtildi. Cerrahi sonrası hasta, estradiol 3,9mg/12cm2 yama ile 3 aylık kullanım süresi sonrası kontrole çağrıldı.

SONUÇ: Androjen insensitivite sendromu (AIS), X’e bağlı kalıtım gösteren, AR genindeki mutasyonlara bağlı gelişen nadir bir seksüel gelişim hastalığıdır. Yaklaşık 100.000’de 2-5 prevalansa sahip olan AIS, fenotip olarak komplet AIS, parsiyel AIS ve hafif AIS olmak üzere üç ana grupta incelenmektedir. Özellikle komplet androjen insensitivitesine sahip bireyler normal bir meme ve eksternal genitalya gelişimi ile RKH hastaları ile fenotipik olarak karıştırılabilmektedirler. Tanıda karyotip analizi esastır; ancak eğer karyotip analizi imkânı yoksa AMH ve testosteron düzeyleri de ayırıcı tanıda yol gösterebilmektedir. Ayırıcı tanının net olarak yapılması, komplet androjen insensitivite sendromu bulunan hastalarda özellikle puberteden sonra %3,6 ile %33 arasında artan malignite riski nedeniyle önem arz etmektedir. Her ne kadar vakamızda bir malignite saptanmamış olup bu istatistiğin dışında kalınmış olursa da olası bir malignite riski açısından gonadektomi önerilmelidir. Ancak gonadektominin yanısıra çeşitli fiziksel ve psikososyal nedenler açısından gonad prezervasyonu da güncel yaklaşımlar içerisinde bulunmaktadır. Özellikle yapılan çalışmalarda gonadektomi sonrası kemik mineral dansitesinde azalma gösterilmiş olup %2 ile 27 arasında fraktür gerçekleştiği belirtilmiştir. Dolayısıyla bu hastalarda osteoporoz profilaksisi için tek başına en az transdermal estradiol 0.1mg/gün verilmesi gereklidir. Hastamızda olduğu gibi vajen kısa olsa da bu grup hastaların önemli bir kısmı cinsel ilişkide sorun yaşamamaktadır, az bir kısmında vajen dilatasyonu gerekmektedir. Ayrıca yapılan bir çalışmada bu hastalarda 5 kat artmış psikiyatrik hastalık riski olduğu da vurgulanmıştır.

Anahtar Kelimeler: Androjen insensitivite sendromu, Gonadektomi, Laparoskopi

Figür 1

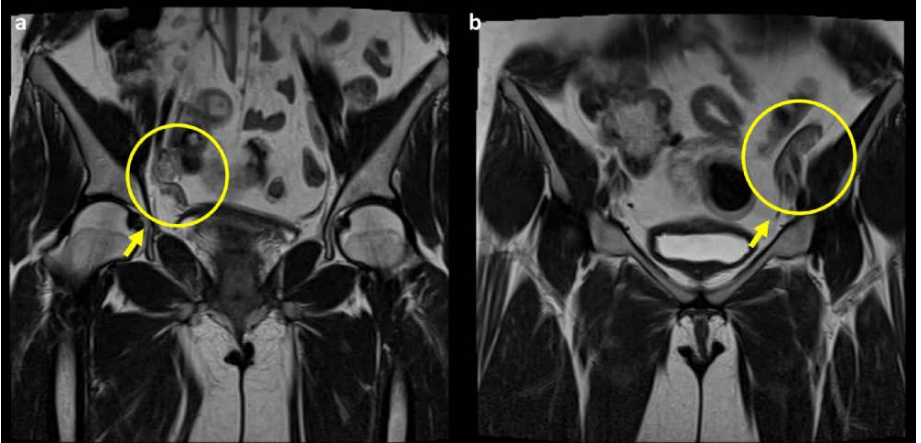


Figür 1a. Uterus ve tuba uterinaller agenetik.

Figür 1b. Kõr vajen

Müllerian agenezi ve kõr vajen MRG

Figür 2



Figür 2a. Sağ pelvik gonad

Figür 2b. Sol pelvik gonad

Bilateral pelvik gonadlar



SS-24 [Histeroskopi]

Ohvira (Herlyn – Werner – Wunderlich) Sendromunda Histeroskopi: Olgu Sunumu

Onur Can Zaim, Özlem Çelik, Bilal Esat Temiz, Sezcan Mümüşoğlu

Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, Ankara, Türkiye

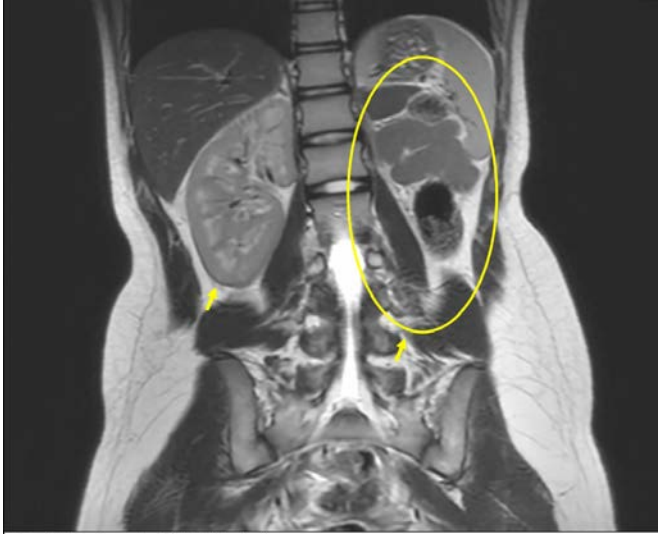
GİRİŞ: Herlyn – Werner – Wunderlich, diğer adıyla OHVIRA (Obstructed Hemi – Vagina with Ipsilateral Renal Agenesis) Sendromu; kadınlarda nadir görülen konjenital bir genitoüriner sistemi hastalığıdır. Hastalık, didelfis uterus ve tek taraflı obstrüksiyon yaratan vajinal septum ve aynı taraflı renal agenezi ile karakterize bir hastalıktır. Genellikle menarş öncesi fark edilmemekle birlikte menarş sonrası hematokolpos veya hematometra ile kendini göstermektedir. Bu vakada, hematokolpos ve pelvik ağrı ile tarafımıza başvurmuş olan bir hastanın tanı süreci ve diagnostik histeroskopi görüntülerine yer verilmiştir.

OLGU: 13 yaşında, Ocak 2021’de menarş olan hasta Nisan 2021’den beri düzensiz kanaması ve şiddetli karın ağrısı olması nedeniyle tarafımıza başvurdu. Yapılan pelvik ultrasonografik değerlendirmelerde hastada çift uterus, sol hematokolpos ve sol ovaryen kist saptandı. Bu değerlendirmeler sonucunda abdominal manyetik rezonans görüntüleme (MRG) uygulandı ve hastanın sol renal agenezisi (Fig. 1) ve uterus didelfisi (Fig. 2) olduğu saptanarak hastaya OHVIRA sendromu tanısı konuldu. Hastaya Ocak 2022’de tarafımızca diagnostik histeroskopi uygulandı. İntraop uygulanan ultrasonografide, MRG ile uyumlu olarak iki ayrı kavite ve lateral duvara yapışık ayrı sol kavite fark edildi. Sol endoservikal kanal içerisinde 6,4mm boyutunda hematokolpos ile uyumlu alan izlendi. Sonrasındaki histeroskopik değerlendirmede sağ servikal açıklıktan endoservikal kanala ulaşılarak sağ hemiuterin kaviteye girildi ve normal olarak izlendi. Ancak sol hemiuterin kaviteye ait servikal os izlenmedi. Hem hymen bütünlüğünün korunmasının amaçlanması hem de sol uterin kavite ile anatomik olarak yeterli bulging oluşmaması nedeniyle 15F rezektoskop ile işlemin yapılması uygun görüldü. Hastaya birkaç siklus ardından yeterli anatomik bulging oluşması sonrası vajinal septum rezeksiyonu yapılması planlandı.

SONUÇ: OHVIRA sendromu; çeşitli anatomik varyasyonlar gösterilse de temelde üç anomalinin (triad: uterus didelfis, obstrükte hemivajen ve ipsilateral renal agenezi) eş zamanlı bulunduğu bir konjenital malformasyondur. Yapılan araştırmalarda OHVIRA sendromunun insidansı %0,1 ve 3,8 olarak bildirilmiştir. Genellikle hastalar, bu vakada da olduğu gibi, hematokolpos/hematometra nedeniyle ortaya çıkan pelvik ağrı ile kliniğe başvurmaktadır. Bazı OHVIRA sendromuna sahip vakalarda vajinal septumda açıklık bulunabilmekte ve bu hastalar ara kanama şikâyetiyle de kliniğe başvurabilmektedirler. Hastalara, gelişmiş görüntüleme yöntemleri ile tanı konabilmekte ve hastaların semptomları minimal invaziv yöntemler ile giderilebilmektedir. Ancak özellikle adolesan çağda hematokolpos/hematometra spontan rezolüsyona uğrayabilmektedir. Her ne kadar hymen bütünlüğünün korunmasının amaçlanması ve hematokolposun, spontan rezolüsyona bağlı olduğu düşünülen, işlem için yeterli düzeyde olmaması nedeniyle; vakamızda herhangi bir girişim yapılamamış olsa da güncel yaklaşımda; endometriozis, infertilite, enfeksiyon vb. nedenlerden dolayı tanı konulmasından sonraki en kısa süre içerisinde girişim önerilmektedir.

Anahtar Kelimeler: OHVIRA, Uterus didelfis, Obstrükte hemivajen, Renal agenezi, Hematokolpos, Histeroskopi

Figür 1



Figür 1. Sol renal agenezi, sağ böbrek hipertrofik

Sol renal agenezi, MRG

Figür 2



Figür 2. Uterus Didelfis (Hematokolpos ok ile gösterilmiştir.)

Uterus didelphis ve hematokolpos, MRG



SS-25 [Benign jinekolojik operasyonlar (dermoid, apse, endometrioma, ektopik gebelik, vb..)]

İnterstisyel (Kornual) Ektopik Gebelik, Vaka Sunumu ve Literatür Taraması

Bengü Mutlu Sütcüoğlu¹, Canan Tapkan¹, Melike Kaya Güler²¹Ankara Atatürk Sanatoryum Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum, Ankara²Lokman Hekim Üniversitesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum, Ankara

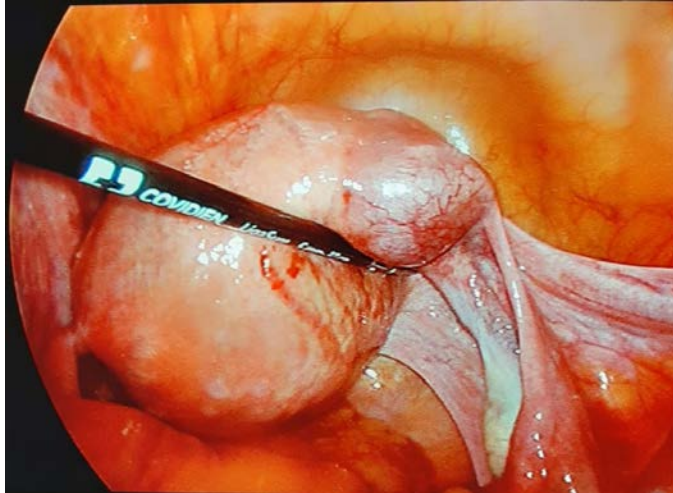
GİRİŞ: Ektopik gebeliklerin % 90'ı fallop tüplerinde yerleşim göstermektedir. İnterstisyel yerleşim tubal gebeliklerin en nadir izleneni olup, tüm ektopik gebeliklerin %2-4'ünü oluşturmaktadır. Kornual, angular ve interstisyel gebelik tanımları klinisyenler tarafından sinonim olarak kullanılan ancak esasen birbirinden farklı klinik durumlardır. İnterstisyel gebeliklerin; yaklaşık %2-2,5 maternal mortalite oranına sahip olduğu ve ektopik gebeliğe bağlı ölümlerin %20'sini oluşturduğu göz önüne alınırsa, tanı ve erken tedavinin önemi anlaşılabılır.

VAKA: Bu vaka sunumunda; 35 yaş (gravida 4, parite 3), daha önce 2 sezaryen doğum öyküsü olan, ek hastalığı olmayan ve nadir görülen interstisyel ektopik gebelik tanısı konulan hastayı sunacağız. Hasta polikliniğimize son menstruel periyodunun üzerinden 6 hafta geçmişken irregüler vajinal kanama şikayeti ile başvurdu. Bakılan b-hCG düzeyi 5253 mUI/mL idi. Transvajinal sonografik değerlendirmede endometriyal kalınlık 9mm ölçüldü, sağ kornual ektopik gebelik tespit edildi (Resim 1). Kese içerisinde kalp atımı olan CRL 3mm embriyo izlendi (Video 1). Hastanın hemogloblin, trombosit ve beyaz küre değerleri 14 g/dL, 330 X 103µL, 13.5 X 103µL ve koagülasyon markerları normal olarak saptandı. Hastaya tedavi seçenekleri anlatıldı, laparoskopi planlandı. Laparoskopik gözlemde sağ kornual ektopik gebelik tanısı doğrulandı (Resim 2). Sağ kornual kitleye insizyon uygulandı, gebelik materyali çıkarıldı, kanama alanları bipolar koter yardımıyla durduruldu ve sağ salpenjektomi yapıldı. Operasyon yaklaşık 30 dakika sürdü. Operasyon sonrası hastanın Hb 12 g/dL olarak tespit edildi. Hasta postoperatif 2. gününde taburcu edildi ve b-hCG düzeyi 5 mUI/mL'nin altına düşene kadar takip edildi.

TARTIŞMA: Literatürde kornual gebelik tanısıyla cerrahi tedavi uygulanan vakalar retrospektif olarak taranmıştır. PubMed, Web of Science ve Cochrane veritabanları üzerinden Ocak 2022 tarihine kadar İngilizce olarak yayınlanmış makaleler taranmıştır. Sonuçta toplam 107 çalışma dahil edilmiştir. 737 hastaya laparoskopi ve 135 hastaya laparotomi uygulandığı saptanmıştır. 6 vakaya intraoperatif uterin arter blokajı ve 1 hastaya preoperatif uterin arter embolizasyonu işlemi uygulanmıştır. 2021 yılında yayınlanan bir metanalizde laparoskopik ve laparatomik yöntemler karşılaştırılmış; laparoskopik gruplarda daha kısa operasyon süresi, hastanede yatış süresi ve daha az kanama miktarı olduğu tespit edilmiştir ($p < 0,001$). Majör komplikasyonlar nadir olarak bildirilmiştir. Hematom ve pelvik enfeksiyon insidansı laparoskopik gruplarda, ektopik gebelik rüptürü ise laparatomik gruplarda daha yüksek saptanmıştır ($p < 0,001$).

Sonuçta interstisyel ektopik gebelik tedavisinde optimal yönetimi belirlemek için daha fazla çalışmaya ihtiyaç vardır. Ancak mevcut verilerimize göre laparoskopik yaklaşım ilk basamak cerrahi tedavi seçeneği olarak güvenilir görünmektedir. Vakamızın başarılı yönetimi de laparoskopik yaklaşımın başarılı sonucunun bir örneği olarak literatüre katkı sağlayacaktır.

Anahtar Kelimeler: İnterstisyel gebelik, Kornual gebelik, Laparoskopik Kornuostomi, Kornual Eksizyon, Kornual Rezeksiyon

Resim 1: Sağ kornual ektopik gebelik, “interstitial line sign”**Resim 2: Laparoskopik görünüm, sağ kornual ektopik gebelik**



SS-27 [Benign jinekolojik operasyonlar (dermoid, apse, endometrioma, ektopik gebelik, vb..)]

A rare cause of pelvic pain: Isolated tubal torsion

Merve Cesur, Caner Köse

jinekoloji Kliniği, Etlik Zübeyde Hanım Kadın Hastalıkları ve Eğitim Araştırma Hastanesi, Ankara, Türkiye

Isolated torsion of fallopian tube is a rare but potentially serious cause of acute pelvic pain in women. Isolated torsion of fallopian tube is a rare but potentially serious cause of acute pelvic pain in women. We present a case of 28 year old multiparous woman consulted to emergency department with acute lower abdominal pain. On the physical examination at the admission, abdominal pain and tenderness due to palpable cyst located left iliac fossa noted. There was no defense and rebound on the physical examination. Transvaginal usg revealed a 49*47 mm unilocular cyst possibly hydrosalpinx located left side of the uterus. According to patients stabilized vital statues and abnormal crp levels, first intravenous antibiotic treatment was planned for hydrosalphenx. Despite of the antybiotic regime, there was no usg and labrotoary improvement seen in the patients condition. Therefore diagnostic and operative laparoscopy was planned for the patient. Isolated fallopian tube torsion was diagnosed and successfully treated by laparoscopy. Isolated torsion of fallopian tube is a rare cause of acute abdominal pain in any age of woman. The diagnosis is mostly challenging without surgery.

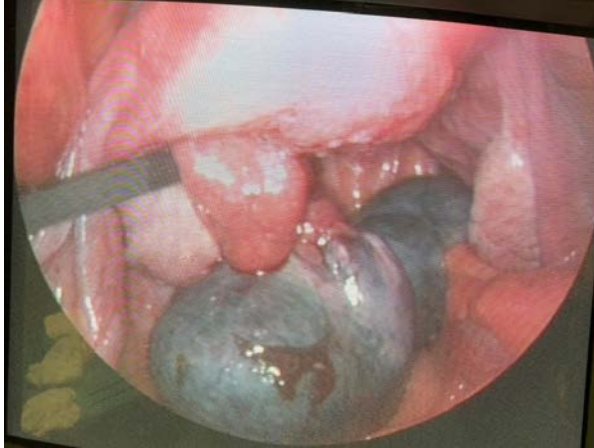
Keywords: fallopian tube, torsion, ultrasound, laparoscopy, pelvic pain

dilated left tuba with anechoic fluid



ultrasound image of left tuba dilated with anechoic fluid

laparoscopic view of left fallopian tube



left fallopian tube can be seen two times twisted around its long axis with normal left ovary



SS-28 [Histerektomi]

Hysterectomy and Salpingo-oophorectomy by Transvaginal Natural Orifice Transluminal Endoscopic**Surgery(VNOTES): Elderly, High Body Mass Index and Breast Cancer Patient**

Gülçin Çetin Uysal

Department of Gynecology, Tınaztepe University, Turkey

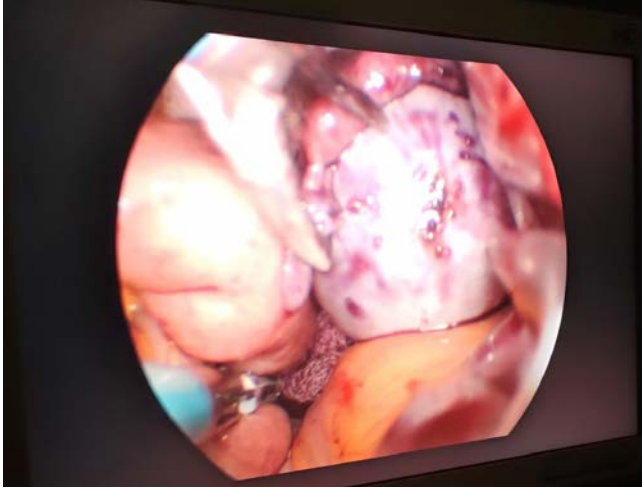
This current case report describes elderly, having high body mass index and under treatment for breast cancer underwent transvaginal natural orifice transluminal endoscopic surgery (VNOTES),total hysterectomy and bilateral salpingo-oophorectomy.

CASE REPORT: A 60-years-old, postmenopausal female P2G2 descensus uteri, subtotal uterine prolapse.Using tamoxifen because of breast cancer for ten years and continuous treatment. Repeated endometrial sampling for endometrial hyperplasia reported as disordered endometrial hyperplasia and oncogenic HPV surrogacy diagnosed with cervical sampling (ASCUS). Body mass index calculated as 40.The patient was consulted to medical oncology and approval received for gynecologic operation. The patient was scared because of especially about postoperative pain and long recovery time.VNOTES hysterectomy and salpingo-oophorectomy was good option for this patients with all aspects.

VNOTES HYSTERECTOMY: The patient was prepared in the dorsal lithotomy position. Surgical field sterilized and draped. A Foley catheter was inserted for urinary drainage. Vaginal retractors placed and cervix grasped with tenaculum. For hydro dissection 20 cc saline solution was injected. The circular incision of the vaginal mucosa around the cervix was performed by a scalpel. Colpotomies were performed anterior and posterior. Bilateral sacrouterin ligaments were grasped and cut as in the standard procedure of vaginal hysterectomy. Gelpoint V-Path was inserted (Applied Medical, Rancho Santo Margarita, CA) was inserted through the anterior and posterior colpotomy spaces and reached the pelvic cavity. After the vaginal procedure, laparoscopic approach with 10 mm Hg CO2 insufflation for providing pneumoperitoneum. And rigid zero-degree telescope was inserted for optical imaging (Karl Storz visualization system; Karl Storz Tuulingen, Germany). Using disposable laparoscopic grasping forceps and laparoscopic bipolar 5 mm sealing electrosurgical device, Voyant (VT) (Applied Medical, Rancho Santa Margarita, CA, USA) during the procedure. The uterine vessels, ovarian ligaments, adnexal structures, and Fallopian tubes were removed bilaterally caudally to cranially. After the resection of the uterus, ovaries, and tubes, all structures are removed through the vaginal opening. And vaginal vault was sutured continuous with a Vicryl 1-0 suture (Ethicon, Piscataway, NJ, USA). The patient's pain was minimal, mobilized 6 hours after surgery. The patient was discharged 2 days after surgery. Laparoscopic hysterectomy (LH) and vaginal hysterectomy (VH) are minimally-invasive hysterectomy procedures. Both of them associated with less pain, less visible scar formation,postoperative early mobilization and less recovery duration. vNOTES approach avoids port site complications like scars, and wound infection and incisional herniation.Natural orifice transluminal endoscopic surgery (NOTES) is a significant innovation in the field of minimally invasive surgery

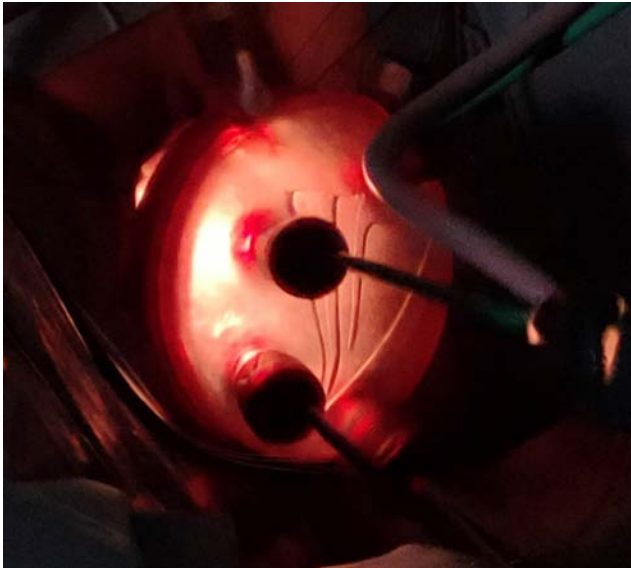
Anahtar Kelimeler: VNOTES Histerektomi, Minimal İnvaziv, Endoskopik Cerrahi

VNOTES



VNOTES FIGUTE 2

VNOTES



VNOTES



SS-30 [Histeroskopi]

Hysteroscopic reversible long acting reproductive control (ReLARC) intrauterine device insertion with: 4 case reportsHazal Kutlucan¹, Recep Onur Karabacak², Thomas Hasskamp³¹Gaziantep Dr. Ersin Arslan Education and Research Hospital, Department of Obstetrics and Gynecology, Gaziantep, Turkey²Gazi University Medicine Faculty, Department of Obstetrics and Gynecology, Ankara, Turkey³Gymnünster Operative Gynäkologie, Münster, Germany

INTRODUCTION: Long-acting reversible contraceptive methods including intrauterine devices(IUDs) are commonly advocated. However, conventional IUDs have some disadvantages about harmony to different uterus shapes and abnormalities. The possibility to visualize the cavity beforehand, to assure a precise device placement is an important aspect of hysteroscopic insertion. ReLARC (Reversible Long Acting Reproductive Control) is the first reversible hysteroscopically inserted frameless IUD technique that can rival sterilization. The uterine cavity can be explored thoroughly by hysteroscopy and the device is placed under vision.

METHODS: The copper tubes of ReLARC are threaded on a length of polypropylene suture and crimped onto the suture thread to avoid sliding off. A KARL STORZ HOPKINS® Wide Angle Straight Forward Telescope 6°, art. no. 26208AMA in combination with the irrigation pump Endomat® select was used for the insertion. The depth of insertion was visually controlled by hysteroscopy as well as through the use of ultrasound assuring the precise placement. The fundal thickness was measured with ultrasound prior insertion and after procedure. The patients were followed-up at 4-8 weeks after insertion. In the Gymnünster and Gynvellen clinic, 550 insertions has been performed, more trials have been ongoing and planned. Four case reports registered in December 2019 will be summarized in this abstract.

RESULTS: Patient 1(MH) age 22 diagnosed with uterus subseptus, FV Leiden thrombophilia and with a history of dislocated IUD and pregnancy with conventional Cu-IUD. Patient 2(AK) age 22 diagnosed with uterus arcuatus with cat eye phenomenon and FV Leiden thrombophilia. Patient 3(GL) age 27 diagnosed with uterus arcuatus, FV Leiden thrombophilia, a history of leg vein thrombosis under taking oral contraceptive pills and abortion in early pregnancy with a dislocated IUD. Patient 4(RK) age 21 diagnosed with uterus arcuatus and migraine. Three insertions were done under anesthesia. All the patients were nulliparous. No insertion complications and displacements occurred at control. The measured Knot-Penetration depth (KP) was 5-8mm as optimal value (below 3,5mm intraoperatively needs a new insertion).

CONCLUSION: Hysteroscopy has an an increasing impact on gynecology practice. It provides diagnosing and also treating uterine abnormalities as allowing direct visualization of uterine cavity and precise device insertion. ReLARC is an one-time minimally invasive IUD insertion procedure with or without anesthesia, taking 15 minutes following required training. The method can offer a safe, long-acting and reversible contraception opportunity, is easy to learn, and can rival sterilization methods to hysteroscopists even in nulliparous women, with thrombophilia and uterine abnormalities.

Keywords: hysteroscopy, intrauterine device(IUD), insertion, contraception

Figure 1



Hysteroscopic insertion of ReLARC

Figure 2



Demonstration of copper tubes after insertion

Figure 3



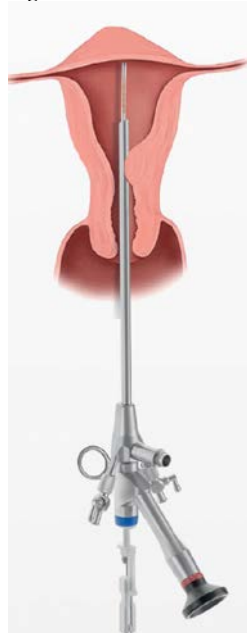
ReLARC with endoscopic equipment

Figure 4



ReLARC with demonstration of copper tubes

Figure 5



The demonstration of ReLARC hysteroscopic insertion with endoscopic equipment



SS-31 [Yeni teknik ve enstrümanlar]

Wide Range Opportunity for advanced Gynecological Surgical Activity at the Large Multidisciplinary

Centers

Novruz Hadzhiyev¹, Asiman Hasanov², Kamil Hadzhiyev², Islam Magalov¹

¹Baku Branch of Sechenov Moscow State Medical University, Baku, Azerbaijan;

²Baku Health Center, Baku, Azerbaijan

Multidisciplinary large centers including different departments allow implementing complex surgical interventions in gynecologic practice. Within subsequent 2,5 years surgical team of the Baku Health Medical Center continuously supports advanced minimally invasive gynecology group.

Joint approach was performed in 3 main groups of patients: a) with associated pathology (hernia and cholecystitis) – 1, 4% of all operated sample, b) advanced gynecologic pathology (deep infiltrating bowel endometriosis and severe intraabdominal adhesions) – 3,7% and 5,5% and c) 1 case of iatrogenic uterine and small bowel trauma (uterine perforation with small bowel injury occurred at the other institution during intrauterine manipulation). Intraoperative surgical assistance consisted of simultaneous cholecystectomy, mesh hernia reparation, bowel suturing, anastomosis, and counseling. Combined surgeries were done both endoscopically or with the change of access (from endoscopic or vaginal to open). All cases required additional operational time, no complication was noted and successful outcomes were registered at all.

Thus, such an opportunity improves medical services and extends the limits of gynecologic surgical activity.

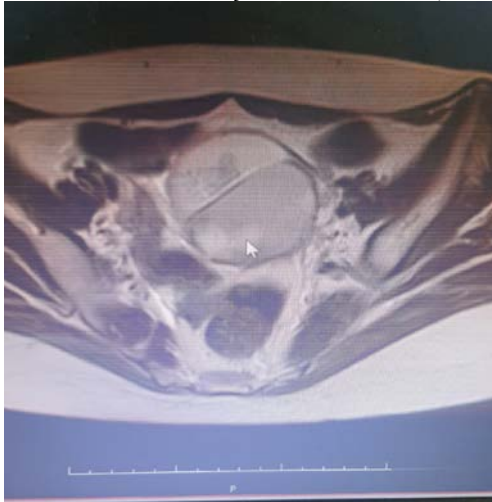
Keywords: Multidisciplinary center, combined surgery

SS-32 [Benign jinekolojik operasyonlar (dermoid, apse, endometrioma, ektopik gebelik, vb..)]

Treatment of unilateral dermoid cyst and endometrioma which mimics ovarian cancer with laparoscopic entryMurat Bulanık

1: Beykoz University, İstanbul, Turkey; 2: Level Hospital, Zonguldak, Turkey

Endometriosis is one of the displeasing gynecological disease characterized by the presence of uterine tissue and glands outside of uterine cavity. The most common clinical form of endometriosis, endometrioma is seems in or on the ovary. Dermoid cyst is a teratoma which contains solid tissues. Although dermoid cyst and endometrioma are nearly always benign, they can be considered as an ovary cancer when they are observed in the same ovary. The ultrasound findings like solid mass, irregular cyst wall, papillary projections are similar in both endometrioma and ovarian cancer. The treatment of benign ovarian masses requires more conservative approach or laparoscopic surgery whereas ovarian tumors need systematic oncologic consultation with midline laparotomy at a tertiary center. In this case, the treatment with simple laparoscopic surgery of a patient who was referred to a tertiary center with the suspicion of ovarian cancer due to the coexistence of endometrioma and dermoid cyst, is presented.

Keywords: endometrioma, dermoid cyst, laparoscopy, ovarian cancer**Coexistence of dermoid cyst and endometrioma, MRI image**

Coexistence of dermoid cyst and endometrioma, MRI image



Pathologic material of complex cyst after surgery



Coexistence of dermoid cyst and endometrioma, MRI image





SS-33 [Ürojinekoloji]

Ürojinekolojik ve Onkolojik Yaklaşım ile Laparoskopik Cerrahi: Bir Olgu Sunumu

Elifnur Biçer, Oğuzhan Kuru

İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Ana Bilim Dalı

GİRİŞ: Minimal invaziv cerrahi girişimler, açık batin operasyonlarına kıyasla daha kısa hastanede kalış süresi, daha düşük intraoperatif kan kaybı, daha düşük postoperatif ağrı, daha hızlı iyileşme ve daha düşük enfeksiyon oranları gibi morbiditeyi anlamlı ölçüde azaltan sonuçları ile günümüzde oldukça sık tercih edilmektedir. Bu olguda ileri yaşta büyük adneksiyal kitlesi olan bir hastanın, eşlik eden inkontinans şikayeti ve uterin prolapsusu için laparoskopik girişim uygulandı.

OLGU: 55 yaşında kadın hasta, son 3 aydır mevcut olan karında şişlik, öksürmekle idrar kaçırma ve vajende ele gelen kitle şikayetleri ile hastaneye başvurdu. Yapılan muayenede stres inkontinans, grade 3 sistosel, total uterin prolapsus ve umbilikusa dek uzanan, içerisinde solid alanlar içeren, en geniş yerinde 164 mm çaplı olarak ölçülen sağ adneksiyal kitle saptandı. Laboratuvar sonuçlarında tümör belirteçleri negatif saptandı. Bu bulgularla hasta için operasyon kararı verildi. Hastaya laparoskopik sağ salpingooferektomi yapıldı, kitle endobag yardımı ile çıkarılarak hızlı patolojiye gönderildi. Hızlı patoloji sonucunun benign gelmesi üzerine sol salpingooferektomi ve histerektomi yapıldı, ardından mesh ile sakrokolpopeksi yapıldı. Bu aşamanın da ardından inkontinans için Burch prosedürü de yapılarak operasyona son verildi. Hasta postoperatif 2. gün erken dönem komplikasyon izlenmeden analjezik tedavi ile taburcu edildi. Postoperatif 4. ayında aktif şikayeti olmayan hastanın yapılan muayenesinde de jinekolojik patoloji izlenmedi. Desensus saptanmadı.

SONUÇ: Minimal invaziv cerrahide tek seansta farklı prosedürler uygulanabilmektedir. Bu olguda minimal invaziv girişimlerin avantajları göz önüne alınarak, adneksiyal kitle için açık abdominal cerrahi, ardından vajinal inkontinans cerrahisi gibi farklı kesiler yerine tek bir yolla operasyon tamamlandı. Her ne kadar batin içi dev kitlelerde laparoskopik cerrahi zor olsa dahi, inkontinans olan, eşlik eden tümör şüpheli adneksiyal kitlesi olan komplike vakalarda bile deneyimli ellerde uygulanabilen yöntem olarak öne çıkması önerilir.

Anahtar Kelimeler: laparoskopi, adneksiyal, prolapsus, sakrokolpopeksi, burch, histerektomi



SS-34 [Ürojinekoloji]

Stres üriner inkontinans cerrahisinde minimal invaziv yaklaşım: laparoskopik Burch kolposüspansiyonu

Burak Demirdelen¹, Ömer Faruk Toto², Fitnat Nura Topbaş Selçuki³, Pınar Yalçın Bahat⁴

¹Burak Demirdelen

²Ömer Faruk Toto

³Fitnat Nura Topbaş

⁴Pınar Yalçın Bahat

GİRİŞ: Stres üriner inkontinans %17-45 prevalans ile kadın popülasyonunun önemli ve sık görülen bir sağlık sorunudur (1). Amerika Birleşik Devletleri'nde her yıl 200.000'e yakın kadın stres üriner inkontinans nedeni ile cerrahi tedavi almaktadır (2). Hastalığın anatomik mekanizması ele alındığında, özellikle cerrahi tedaviye yanıt açısından üretra hipermobilitesi varlığı ve bunun sonucunda meydana gelen üretral destek kusurunun temel patolojiyi oluşturduğu görülmektedir. Burch kolposüspansiyonu bu anatomik mekanizma üzerine kurulu bir cerrahi işlemdir. Cerrahinin amacı retropubik kolposüspansiyon ve üretropeksi yaparak periüretral dokuları yükseltmek ve güçlendirmek beraberinde üretra hipermobilitasını ortadan kaldırmaktır. Yaklaşık 30 yıldır laparoskopik olarak da gerçekleştirilen Burch kolposüspansiyonunu biz de kliniğimizde hem laparoskopik hem açık cerrahi ile uygulamaktayız.

OLGU: Hastanemizin jinekoloji polikliniğine anormal uterin kanama ve idrar kaçırma şikayetleri ile başvuran 52 yaşındaki hasta; ultrasonografik muayenede endometrial kalınlığın 20 mm ve düzensiz olduğunun görülmesi üzerine yapılan endometriyal biopsi sonucunda basit atipisiz endometriyal hiperplazi tespit edildi. Meme kanseri nedeni ile 4 yıl önce opere olmuş, sonrasında tamoksifen kullanım öyküsü olan hasta için laparoskopik histerektomi operasyonu planlandı. Aynı zamanda stres tipinde üriner inkontinansı da olan hastamıza laparoskopik histerektomi ve laparoskopik Burch kolposüspansiyonu yapıldı.

Post operatif birinci gününde bakılan rezidüel idrar volümünün 80 cc gelmesi üzerine mesane sondası çekildi.

Spontan diürezinin normal olduğu görüldü. Ameliyat sonrası erken dönem takiplerinde herhangi bir komplikasyon gelişmeyen hasta, post operatif ikinci gününde taburcu edildi. Hastanın ilk ay kontrollerinde, operasyon öncesindeki inkontinans şikayetlerinde gerileme olduğunu ifade etti. Kısa ve uzun dönem sonuçları için hasta takibimizdedir.

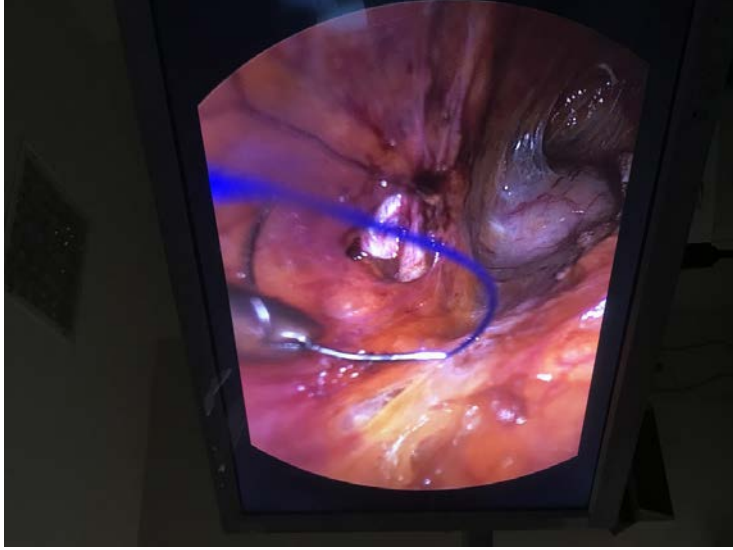
SONUÇ: Literatürde stres üriner inkontinansın cerrahi tedavisinde uygulanan farklı prosedürlerin benzer etkinliğe sahip olduğu görülmüştür. Sadece bazı cerrahi tekniklerin diğerlerine nazaran konforlu, ağrısız, kolay uygulanabilir, minimal invaziv olduğu söylenebilir. Burch kolposüspansiyonunun laparoskopik olarak uygulanması minimal invaziv cerrahi yaklaşımımız ve hasta memnuniyeti öncelikli yaklaşımımız nedenlidir.

1. Jolleys JV: Reported prevalence of urinary incontinance in women in a general practice. BMJ 1988; 296: 1300-1302.

2. Wu JM, Matthews CA, Conover MM, et al. Lifetime risk if stress urinary incontinance or pelvic organ prolapse surgery. Obstet Gynecol 2014; 123(6): 1201-6.

Anahtar Kelimeler: Burch kolposüspansiyonu, stres üriner inkontinans, laparoskopik inkontinans cerrahisi

Intraoperatif burch sütürü



Diseke edilmiş Cooper ligamanti, mesane boynu ve paraüretral alan, 2/0 Prolen sütün



SS-35 [Histeroskopi]

Hysteroscopic Resection of Complete Uterine Septum Using Bipolar EnergyEren Kaya¹, Nadiye Koroglu², Turgut Aydın¹¹Department of Obstetrics & Gynecology, Acibadem Mehmet Ali Aydınlar University, Istanbul, Turkey²Department of Obstetrics & Gynecology, Acibadem University Atakent Hospital, Istanbul, Turkey

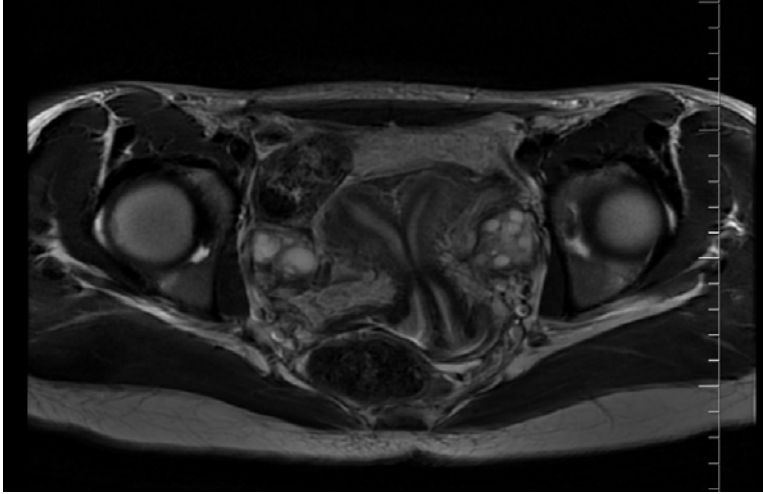
Introduction: Mullerian duct anomaly incidence in general population is estimated to be at 0.001-10%. These anomalies are associated with early pregnancy loss, preterm delivery, malpresentation and increased risk of infertility. Treatment options depend on the extend of the anomaly and include laparotomy and minimally invasive interventions such as laparoscopy and hysteroscopy.

Case: Our patient is 22-year-old female who has history of two early pregnancy abortus and one preterm delivery at 27 weeks resulting in fetal demise. In physical examination we observed a longitudinal vaginal septum along with cervical duplication. Ultrasonographic imaging demonstrated complete uterine septum and MRI imaging was performed to confirm the diagnosis and to exclude additional renal anomalies.

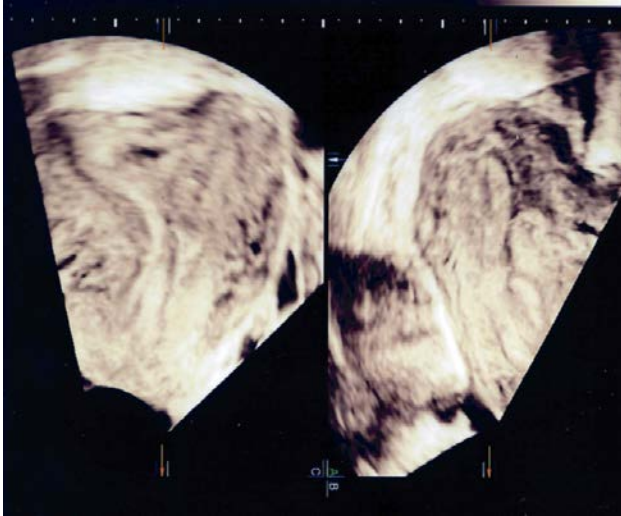
Results: The patient underwent an operation for the correction of vaginal septum and hysteroscopic resection of uterine septum. Vaginal septum was cut and ligated with Vicryl sutures and uterine cavity was observed from two different cervical openings. Uterine septum was excised entirely until the level of tubal orifices and cervical septum was preserved in order to prevent possible cervical insufficiency for future pregnancies

Discussion: Complete uterovaginal septum cases must be carefully assessed to exclude uterus didelphys and further renal anomalies. Hysteroscopic treatment in arcuate uterus and uterus didelphys may result in uterine perforation and further morbidity Hysterosalpingography, 3-D Ultrasound and MRI are helpful to distinguish between uterine anomalies. In this patient we achieved full correction of uterine cavity and the patient was discharged in the same day without complications.

Keywords: uterine septum, hysteroscopy, uterine anomaly, infertility

Complete uterovaginal septum MRI view

Complete uterovaginal septum with duplication of cervix is seen in axial view of MRI

Post operative uterine cavity

Patient was examined in post operative 7th day with 3-D ultrasound. We can observe the septum is corrected until the level of fundus



SS-36 [Jinekolojik onkoloji]

Laparoskopik yaklaşımla risk azaltıcı cerrahi uygulanan patojenik RAD51 gen mutasyonu olan 2 nadir meme kanseri olgusu

Ferah Kazancı, Gülşan Karabay, Mehmet Anıl Onan

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

GİRİŞ: Kanser, fonksiyonu hücre büyümesi ve DNA'nın bütünlüğünü koruma olan genlerdeki mutasyonlar sonucu gelişir. Mutasyonlar, germ hücrelerinde(germline mutasyon) ve diğer hücrelerde (somatik mutasyon) olabilir. Over ve meme kanserlerinin yaklaşık %10-30'u ailesel kümelenme göstermekle birlikte vakaların sadece %5-10'u kalıtsaldır. Özellikle, kalıtsal over kanserlerinin yaklaşık %65-85'ini DNA onarım kusurlarına neden olan BRCA1/2 genlerindeki ve ayrıca homolog rekombinasyon yolu DNA tamirinde rol oynayan RAD51C, RAD51D ve BRIP1 genlerindeki patojenik mutasyonlar rol oynamaktadır. Risk altındaki bireylerin belirlenmesi hem tarama hem klinik yönetim açısından önem taşımaktadır.

Olgu1: Vakamız 45 yaşında, G:3, P:2, A:1 2019'da meme kanseri nedeniyle sırasıyla sol mastektomi ve aksiller lenfadenektomi yapılmış, sonrasında 12 kür kemoterapi ve radyoterapi almıştı. Hastanın özgeçmişinde hipotiroidi ve anormal uterin kanama nedeni ile histerektomi ve bilateral salpenjektomi öyküsü varken, soygeçmişinde malignite öyküsü ve herhangi bir özellik yok idi. Erken yaş meme kanseri nedeni ile genetik test önerilen hastada RAD51D geninde patojenik mutasyon saptanması üzerine 2021 L/S ile ooforektomi yapıldı. Patoloji sonucu benign olarak rapor edildi.

Olgu2: Vakamız, 48yaşında, G:5, P:2, A:3. 10 yıl önce meme kanseri nedeni ile sol mastektomi ve sonrasında KT ve hormonoterapi alan hastamıza RAD51 D geninde'de patojenik mutasyonu olması nedeniyle L/S yaklaşımla profilaktik bilateral salpingooforektomi(RRSO) yapıldı. Preoperatif ultrason bulguları ve tümör belirteçleri normal idi. Patoloji raporu benign raporlandı. Hastamız aile öyküsünde de kuzenin de RAD51D gen mutasyonu ve meme kanseri öyküsü mevcuttu.

TARTIŞMA: RAD51 gen ailesi homolog rekombinasyon (HR) yoluyla çift iplikli hasarlı DNA'ların onarımında yer alan bir proteini kodlar. Over kanserinde RAD51B, RAD51C ve RAD51D, meme kanserinde RAD51, RAD51B ve XRCC2 genlerinin patojenik mutasyonu izlenmiştir. Bununla birlikte, RAD51C ve RAD51D kanser riski ile ilişkili olduğu en fazla bilinen iki gendir. RAD51C ve RAD51D'nin patojenik mutasyon taşıyıcıları için yaşam boyu over kanseri riski sırasıyla %7 ve %15 civarında olup, meme kanseri riski üzerindeki etkileri tartışmalıdır. RAD51C ve RAD51D genlerinin patojenik mutasyon taşıyıcılarında NCCN kriterlerine göre, RRSO 45-50 yaşlarında ve eğer aile hikayesi varsa daha erken yaşlarda önerilmektedir.

SONUÇ: Erken dönemde GLM'ların tesbit edilmesi; risk altındaki bireylerin belirlenmesi, takibinin yapılması ve risk azaltıcı koruyucu stratejilerin geliştirilmesi açısından önemlidir. Ayrıca son zamanlarda tümör dokusunda SM'ların tesbiti, hedefe yönelik ve adjuvan tedaviyi düzenlemede rehber olmaktadır. Ayrıca RRSO, kansere özgü genel mortaliteyi azaltmaya ve over kanserini önlemede en etkili seçenek olarak kabul edilmektedir.

Anahtar Kelimeler: RAD51D gen, patojenik mutasyon, risk azaltıcı salpingooforektomi, homolog rekombinasyon

L/S sırasında Sağ Over Görüntüsü



2. vakanın L/Sile Risk azaltıcı salpingoooferektomi operasyonundan sağ overin görüntüsü

L/S sırasında Sol Over Görüntüsü



2. vakanın L/Sile Risk azaltıcı salpingoooferektomi operasyonundan sol overin görüntüsü

L/S sırasında Sağ Over Görüntüsü



1. vakanın L/Sile Risk azaltıcı ooferektomi operasyonundan sağ overin görüntüsü

L/S sırasında Sol Over Görüntüsü



1. vakanın L/Sile Risk azaltıcı ooferektomi operasyonundan sol overin görüntüsü



SS-37 [Jinekolojik onkoloji]

Over kanseri endikasyonu ile evreleme cerrahisi yapılan hastada uterusun saplı myomunda izlenen metastatik karsinom odağı olgu sunumu

Pelın Höbek

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

Over kanseri kadın genital sistem kanserlerinin %30'unu oluşturmaktadır olup mortalitesi yüksek jinekolojik malignitelerdir. Evreleme cerrahisi yapılmalı ve sitoreduktif cerrahi sonrası evreye göre adjuvan tedavi verilmelidir. Over kanseri endikasyonu ile evreleme cerrahisi yapılan hastalarda pelvik periton, uterus, rektosigmoid kolon gibi komşu organlara transperitoneal yayılım izlenmektedir. Uterus seroza tutulumu evre 2a olup hastalar sıklıkla daha ileri evrelerde tanı almaktadır. Bu olguda hastanın mevcut saplı subseröz myomlarından birinin serozal yüzeyinde seröz karsinom odağı görülmüştür, bunun dışında hastanın histerektomi materyalinde karsinom odağına rastlanmamıştır. 75 yaşında karın şişliği ile başvuran kadın hastaya yapılan ultrasonografik görüntüleme sonucu sağ adneksiyel alanda 145*105 mm boyutunda ve sol adneksiyel alanda 63*60 mm boyutlarında solid komponentleri ve papiller projeksiyon alanları bulunduran bilateral kompleks solid kitle izlenmesi üzerine hastadan tümör belirteçleri istendi. Aynı zamanda batında yaygın asit mayi ve uterusu yaklaşık 4,5 cm ve 4 cm boyutlarında subseröz myomlar mevcuttu. Ca125 değeri 8859 olup ultrasonografik görüntülemenin desteklediği üzere hasta over kanseri endikasyonu ile opere edildi. Total abdominal histerektomi, bilateral salpingoofektomi, lenf nodu diseksiyonu, omentektomi ve periton üstündeki implantların rezeksiyonu yapıldı. Patoloji sonucu her iki salpingoofektomi materyali yüksek dereceli seröz karsinom şeklinde raporlandı. Omentumda yüksek dereceli seröz karsinom infiltrasyonu mevcuttu ve saplı subserözal myomlardan birinin serozal yüzeyinde karsinom odağı izlendi. Asit mayinin patoloji sonucu ise malign hücreler mevcuttur olarak raporlandı. Hasta cerrahi tedavi sonrası adjuvan tedavi almak üzere medikal onkolojiye konsulte edildi.

Over kanserinin uterus ve tubaya yayılımı sık görülmekle birlikte bu vakada saplı myomun serozası dışında uterusun serozal yüzeyinde herhangi bir tümör dokusuna rastlanmamıştır.

Epitelyal over kanserlerinin en sık görüleni seröz karsinomlar olup (%75) bilateralite gösteren tümörlerdir. Ultrasonografik olarak pelvik kitle saptandıktan sonra malignite düşünülen hastalarda sitoreduksiyon yapılmalıdır. Uterus serozasına yayılım sıklıkla hastalar ileri evrelerde tanı almaktadır. Bu olguda uterus serozasındaki saplı myomun yüzeyinde karsinom infiltrasyonu izlenmiştir.

Anahtar Kelimeler: over kanseri, metastaz, leiomyoma



SS-38 [Histeroskopi]

ENDOMETRİUM KANSERİNE FERTİLİTE KORUYUCU YAKLAŞIMDA HİSTEROSKOPİNİN YERİ

Mine Daggez

Tekirdağ City Hospital

Giriş: Endometrium kanseri gelişmiş ülkelerde en sık görülen jinekolojik malignitedir ve gün geçtikçe daha genç ve nullipar hastalarda insidansı artmaktadır. Bu epidemiyolojik değişimde gecikmiş çocuk doğurma yaşı ve artan obezite oranının payı büyüktür. Total histerektomi, bilateral salpingo-ooforektomi ve pelvik/paraaortik lenf nodu değerlendirmesinden oluşan standart cerrahinin mümkün olduğunca geciktirilmesi, fertilesini korumak isteyen bu hasta grubu için son derece önemli ve değerlidir.

Materyal- metod: Son 10 yıllık literatürün taranması

Bulgular: Fertilite koruyucu yaklaşıma uygun olan hastaların seçilmesi son derece önemlidir. National Comprehensive Cancer Network (NCCN) Kılavuzları bu yaklaşımın patoloji ile kanıtlanmış grade 1, evre 1A endometroid adenokarsinom veya atipili endometrial hiperplazi grubuna uygulanabileceğini belirtmektedir. Bunun için gerekli şart görüntüleme, genellikle transvaginal ultrasonografi ve manyetik rezonans imaging (MRI), ile myometrium invazyonu ve olası uzak yayılımların dışlanmasıdır. Ancak endometrium kanserinin fertilite koruyucu tedavinin temel taşı olan progestin bazlı hormonoterapinin başlanması öncesinde atılabilecek bu adımlar, yüksek riskli hastalığın tam olarak saptanması noktasında eksik kalabilir. Tanıda temel yöntemler olan ve birbirine üstün olmadığı gösterilmiş olan endometrial biyopsi (EMB) ve dilatasyon küretaj (DC) işlemleri ile ilgili endişe ise, her iki işlemin de körlemesine olması ve kanser alanının tamamını örnekleyememe riskidir. Bu noktada ofis histeroskopinin önemli, ancak tartışmalı, rolü gündeme gelmektedir. Değeri “targeted” yani hedefe yönelik biyopsi şansı sunması ve lezyonun bütün sınırları ile çıkarılabilme imkanı sunmasından gelmektedir. Ancak bu konuda hala bir konsensüs oluşmamıştır. Cerrahi tedavi sonrası hormonoterapinin tedaviye eklenmesi konusundaki metaanalizler, kombine tedavide regresyon oranlarının daha yüksek olduğunu göstermektedir.

Tartışma: Yakın zamanlı literatür, doğru seçilmiş endometrium kanseri ve atipili hiperplazi hastalarında histeroskopinin tanıda ve konservatif tedavide güvenli ve etkili bir yöntem olduğunu söylemektedir. Ofis histeroskopinin hormonoterapiyle kombine edildiği seçenekler ise yüksek yanıt oranları ve daha iyi obstetrik sonuçlar ile birliktelik göstermektedir.

Anahtar Kelimeler: endometrium kanseri, histeroskopi, fertilite koruyucu yaklaşım

**SS-39 [Benign jinekolojik operasyonlar (dermoid, apse, endometrioma, ektopik gebelik, vb..)]****Geçirilmiş Abdominal Cerrahisi Olan Olgularda Laparoskopik Alternatif Birincil Giriş Yeri Olarak Lee -Huang Noktasının Güvenle Kullanımı**Ali Buhur

İstanbul Kanuni Sultan Süleyman Eğitim Ve Araştırma Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği

GİRİŞ: Rutin olarak ilk trokar göbek hizasına yerleştirilir ancak daha önce geçirilmiş abdominal cerrahi öyküsü olan vakalarda ilk trokarın göbekten yerleştirilmesi göbek çevresi olası yapışıklıklardan dolayı tehlikeli olabilir. Batına girişe bağlı komplikasyonların sıklığının azaltılması amacıyla birçok farklı giriş tekniği ve giriş yeri geliştirilmiştir umbilikal hernisi varsa veya umblikustan üç kez insuflasyon denemesine rağmen başarılı olunamıyorsa, orta üst abdomen(Lee- Huang Noktası),açık giriş tekniği (-Hasson tekniği), sol üst medio klavikular kadrandan (Palmer noktası), veya sol paraumbilikal (Jain noktası)giriş olarak düşünülmelidir.

Bu çalışmada Laparoskopik alternatif bir primer giriş yeri olarak Lee-Huang noktasının geçirilmiş abdominal cerrahisi olan olgularda güvenle kullanımının sunulması amaçlandı.

Material METHOD: Temmuz 2015 ile Ekim 2020 tarihleri arasında benign endikasyonlarla laparoskopi yapılan toplam 630 olgu arasından, en az bir laparotomi veya laparoskopik geçirilmiş abdominal cerrahi öyküsü olan 118 hasta retrospektif olarak değerlendirildi. Ameliyatlardan önce yapılan pelvik muayene, ve tetkikler sonucu, Malignite tespit edilenler, hepatomegali tespit edilenler ve göbek üstü medline insizyonu olan hastalar çalışmaya dahil edilmemiştir Cerrahi Teknik: Çalışmaya dahil olan abdominal cerrahi öyküsü olan 118 hasta genel anestezi altında ve nötral litotomi pozisyonunda hazırlandı. Mesane kateterize edildi. Tüm hastalara nazogastrik tüp uygulandı. Pnömo-peritoneum umblikus ile ksifoid in orta noktasında linea alba üzerinde Lee –Huang Noktasından uygulanan Verres iğnesi veya direkt trokar girişi ile sağlandı. Takiben yerleştirilen trokar kılıfından 10 mm teleskop yerleştirildi. Diğer 5mm lik trokarlar usulüne uygun olarak her iki iliak çıkıntının 3cm medialinden batına yerleştirildi. Gerektiğinde symfisiz pubisin 6 cm üstünden orta hatta ilave trokar yerleştirildi.Hastanın yaş, parite, Vücut kitle indeksi, geçirdiği laparotomik veya laparoskopik operasyonlar ve giriş esnasında oluşan komplikasyonlar kayıt edildi.

BULGULAR: Çalışmaya dahil olan abdominal cerrahi öyküsü olan 118 hastanın birincil laparoskopik giriş yeri Lee –Huang noktasından yapılmıştır. yaş ortalaması,32,1 (min18-max60) parite.ortalaması 1.2 (min 0 max 7) Vücut kitle indeksi 24.48 kg/m2 (18.4-42.6 kgm2) idi Çalışmaya katılan hastaların (78/118) %66.10 ü geçirilmiş en az bir laparotomik batın cerrahisi vardı. Hastaların 40/118 sinin(%33.90 nın geçirilmiş laparoskopik cerrahi öyküsü vardı. Karın ameliyatı geçirmiş 94 (%79.6) hastada karın içi yapışıklık, 55 (%46.6) hastada göbek çevresi yapışıklık tespit edildi. En yoğun yapışıklıklar geçirilmiş sezaryen ve endometrioma hastalarında idi. Lee- Huang noktasından İlk trokar girişi ile ilgili intraopertif veya postoperatif komplikasyon olmadı.

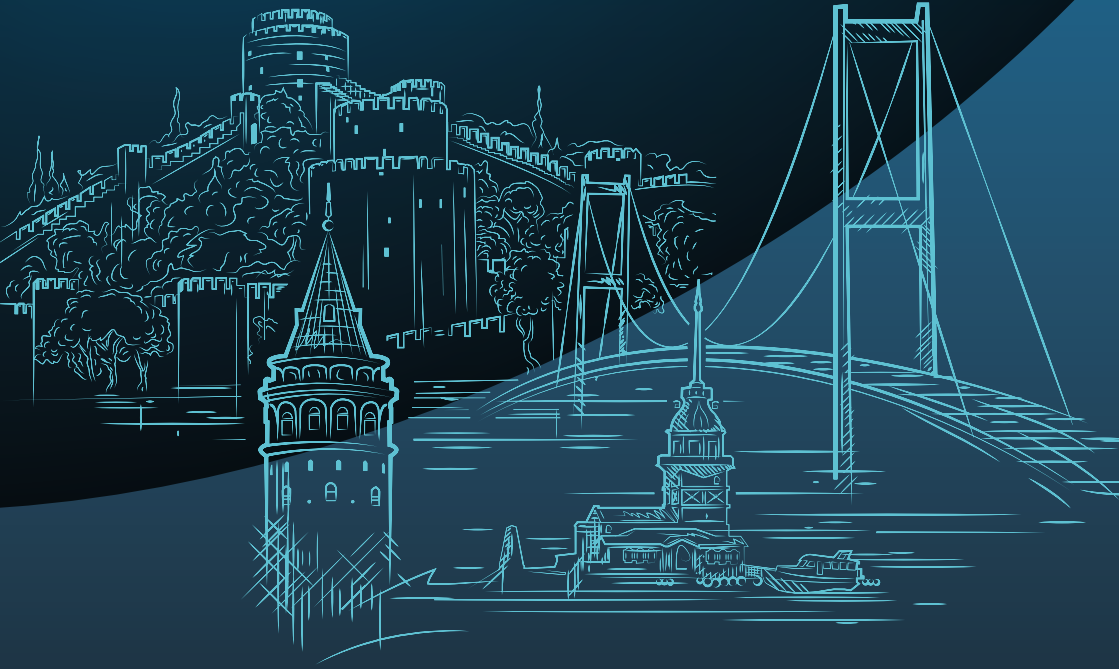
SONUÇ: Birincil trokarın yerleştirilmesi, laparoskopik cerrahide kritik bir adımdır, çünkü bağırsak ve damar yaralanmalarının çoğu bu zamanda meydana gelir alternatif bir primer giriş yeri olarak Lee-Huang noktası geçirilmiş abdominal cerrahisi olan olgularda güvenle kullanılabilir

Anahtar Kelimeler: Lee-Huang,Laparoskopi, Alternatif Giriş yeri.

JİNEKOLOJİK ENDOSKOPİ PLATFORMU



VIDEO BİLDİRİLER



www.minimalinvazivjinekolojikcerrahi.org

**VS-001 [Jinekolojik onkoloji]****Lokal ileri evre serviks kanserinde renal ven düzeyine kadar ekstrapéritoneal paraaortik lenf nodu diseksiyonu**

Erdener Karacan, Volkan Öztürk, Ilyas Turan, Evrim Erdemoğlu

Süleyman Demirel Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, Isparta

Ekstrapéritoneal paraaortik lenf nodu diseksiyonu son birkaç dekattır jinekolojik onkoloji pratiğinde özellikler serviks kanseri endikasyonunda uygulanmaktadır. Laparoskopik robotik veya konvansiyonel yöntemler ile yapılabilir. Ekstrapéritoneal yaklaşımın transperitoneal yaklaşıma göre belirgin üstünlüğü gastrointestinal mobilizasyon gerekliliğinin olmamasıdır. NCCN dahil güncel kılavuzlarda ekstrapéritoneal lenf nodu diseksiyonlarında sınır İMA olarak belirtilse de literatürü incelediğimizde paraaortik lenf nodu tutulumu olan hastalarda azımsanmayacak kadar infrarenal metastaz oranları mevcuttur. Yine analizlerinde de çıkarılan lenf nodu arasında ilişki olduğunu gösteren bilimsel veriler mevcuttur. Bizde bu amaçla renal ven düzeyine kadar operasyonunu tamamladığımız bir hastayı sizler ile paylaşmaktayız.

Anahtar Kelimeler: serviks kanseri, laparaskopi, ekstrapéritoneal, renal ven, lokal ileri evre



VS-002 [Ürojinekoloji]

A DUPLEX VILLA WITH A POOL IN FRONT (Laparoscopic Suspension of Sigmoid Neovagina Prolapse in Patient with Mayer Rokitansky Küster Hauser Syndrome: Combination of Uncu and Ozerkan modifications)Kemal Özerkan, Adnan Orhan, Kiper Aslan, Gurkan Uncu

Bursa Uludag University, Department of Obstetrics and Gynecology, Division of Minimally Invasive Gynecology, BURSA, TURKEY

OBJECTIVE: To present the technique of laparoscopic suspension of sigmoid neovagina prolapse in a patient with Mayer Rokitansky Küster Hauser Syndrome (MRKH).**Design:** Demonstration video of the laparoscopic suspension of a sigmoid neovagina prolapse**Setting:** Pelvic organ prolapse of a neovagina is a rare and challenging medical condition in MRKH patients. There are few reports in the literature about this subject [1]. The main reason for prolapse is probably the operation technique of the neovagina. While the peritoneal creation of the vagina supplies more apical support, insertion of various materials like the sigmoid colon may not supply enough support. The reported incidence of sigmoid prolapse is about 8.1%, while the overall neovagina prolapse rate is 2.3% [2-3].**Intervention:** We report a case of 31 years old – a married woman with MRKH syndrome who underwent neovagina operation by using sigmoid graft with midline laparotomy in 2009. She was admitted to our center with a complaint of grade-4 neovagina prolapse. After a detailed evaluation of the patient, we performed a laparoscopic suspension operation with a new technique. Our operation involves the steps which are detailed below;

- 1- Laparoscopic view of the pelvis of (Figure-1A-B)
- 2- Isolation of the vaginal dome with the dissection of the peritoneum near the bladder and rectum. (Figure-1C)
- 3- Double-layer suturing the vaginal dome with Mersilene 5mm tape to the bilateral uterine remnants located in lateral pelvic walls near both ovaries. (Figure-1D-G)
- 4- Development of the peritoneum of the bladder by dissection of the Retzius Space (Figure- 1H)
- 5- Suturing the prepared peritoneum of the bladder over the Mersilene tape to avoid intestinal complications like strangulation. (Figure-1J)

CONCLUSION: This new technique including Ozerkan and Uncu modifications can be safe and practical in challenging cases such as sigmoid neovagina prolapse.**References:**

1. Faehnle-Schiegg I, Christmann-Schmid C. Surgical Techniques for the Prolapse of Neovagina in Women: Case Report and Review of Literature. Int J Womens Health. 2021 Jan 13;13:81-86.
2. Djordjevic ML, Stanojevic DS, Bizic MR. Rectosigmoid vaginoplasty: clinical experience and outcomes in 86 cases. J Sex Med. 2011;8(12):3487–3494.
3. Kondo W, Ribeiro R, Tsumanuma FK, Zomer MT. Laparoscopic promontofixation for the treatment of recurrent sigmoid neovaginal prolapse: case report and systematic review of the literature. J Minim Invasive Gynecol. 2012;19(2):176–182.

Keywords: Neovagina, Mayer-Rokitansky Küster Hauser Syndrome, Neovagina Prolapse, Laparoscopic Suspension Operation

**VS-003 [Komplikasyonlar]****Laparoskopik jineko-onkolojik cerrahide; üreter, bağırsak ve büyük damar yaralanması ile peroperatif yönetimi**

Yağmur Minareci¹, Hamdullah Sözen², Ramazan Murdan², Samet Topuz², M. Yavuz Salıhoğlu²

¹Eskişehir Şehir Hastanesi, Jinekolojik Onkoloji Kliniği

²İstanbul Üniversitesi, İstanbul Tıp Fakültesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, Jinekolojik Onkoloji Bilim Dalı

Günümüzde laparoskopik cerrahi, jinekolojik onkoloji’de geniş bir kullanım alanına erişmiştir. Böylelikle, bir çok onkolojik cerrahi komplikasyonu da laparoskopik olarak karşımıza çıkar olmuştur. Video’da; laparoskopik jineko-onkolojik cerrahi esnasında meydana gelen ince bağırsak tam kat yaralanması, termal üreter yaralanması ve büyük damar (Vena Cava Inferior) yaralanması yer almakta olup, her bir komplikasyon laparoskopik olarak yönetilmiş ve sorun çözüldükten sonra cerrahiye kaldığı yerden devam edilmiştir.

Anahtar Kelimeler: laparoskopik cerrahi, komplikasyon, üreter yaralanması, ince bağırsak yaralanması, vena cava inferior yaralanması



VS-004 [Ürojinekoloji]

Laparoskopik nüks pelvik organ prolapsusu cerrahisi: Re-lateral süspansiyonSertaç Ayçiçek¹, Pelin Değirmenci Ayçiçek²¹Department of Obstetrics and Gynaecology, Diyarbakır S.B.Ü Gazi Yaşargil E.A.H, Diyarbakır, Turkey²Department of Obstetrics and Gynecology, Diyarbakır Bismil State Hospital, Diyarbakır, Turkey

GİRİŞ: Laparoskopik lateral süspansiyon operasyonu özellikle apikal pelvik organ prolapsusu (POP) nda kullanılan yeni bir cerrahi tekniktir. POP cerrahisinde kabul edilen altın standart cerrahi yöntem ise sacrohysteropexy ameliyatıdır. Video vaka sunumumuzdaki amaç daha önce lateral süspansiyon operasyonu olan hastada nüks POP gelişmesi üzerine tekrar laparoskopik olarak revizyon yapıldığının gösterilmesidir.

VAKA: 37 yaşında 4 yaşayanı olan hasta yaklaşık 2 yıl önce organ sarkması olduğu için ameliyat olduğunu söyledi. Bunun üzerine hastaya geçmişe yönelik bakılan ameliyat notlarında laparoskopik lateral süspansiyon ameliyatı yapıldığı anlaşıldı. Hasta kliniğimize nüks apikal POP ön tanısıyla başvurdu ve hastaya genel anestezi altında laparoskopi yapıldı. Batın içi gözlemde uterus anterior kısmındaki sütürlerin kopmuş olduğu ve peritonla beraber meshin batın içinde serbest olduğu gözlemlendi. Lateraldeki serbest periton meshinin sağlam olduğu ve skarlaşma olduğu gözlemlendi. Bunun üzerine servikal bölgedeki mesh tekrar fiks edildi ve sütürler sağlamlaştırıldı. Hastanın post-op 3 aylık kontrollerinde nüks izlenmedi.

SONUÇ: Laparoskopik lateral süspansiyon POP cerrahisinde yerini hızlı bir şekilde almaktadır. Özellikle apikal prolapsusu olan ve operasyon süresinin kısa olması gereken ko-morbid hastalarda kullanılabilecek cerrahi bir prosedürdür.

Anahtar Kelimeler: Pelvik organ prolapsusu, Minimal invaziv cerrahi, laparoskopik lateral süspansiyon



VS-005 [Yeni teknik ve enstrümanlar]

Morbid Obez Hastalarda Hüsni Çelik'in Düşük Intraabdominal Basıncı Optimal Vizualizasyon Tekniği

Gülşen Doğan Durdağ, Didem Alkaş Yağınç, Hüsni Çelik
Başkent Üniversitesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Ana Bilim Dalı, Adana

GİRİŞ: Jinekolojik cerrahide benign vakalarda ve çoğu malign vakada daha az kanama, daha az ağrı olması, postoperatif iyileşme sürecinin hızlanması, hastanede kalış süresinin azalması, kesi yeri komplikasyonlarının azalması gibi nedenlerle laparoskopi tercih edilmektedir. Obez hastalarda ise cerrahi süresinin uzayacağı, kan kaybının artacağı, komplikasyonların, laparotomi ihtiyacının ya da tekrar cerrahi ihtiyacının artacağı endişesi laparoskopik işlemler kısıtlanmaktadır. Vücut kitle endeksi (BMI) > 40 olan hasta sayısının giderek artması, endometrium kanseri riskinde artışı da beraberinde getirmektedir.

Yüksek BMI olan hastalarda sistemik komorbidite oranı da yüksektir. BMI > 40 olan hastalarda cerrahinin teknik olarak zorlayıcı olması hem cilt altı yağ dokusunun kalınlığına bağlı olarak trokar giriş yerlerindeki problemlere, hem de yüksek intraabdominal basıncın neden olduğu hiperkarbi gibi sistemik komplikasyonlara bağlıdır. Abdominal duvar kalınlığı, preperitoneal ve mezenterik yağ dokusu AC ventilasyonunu zorlaştırmaktadır. Respiratuar kompiyans azalır, buna bağlı olarak havayolu basıncı artar ve takiben kardiyak fonksiyon bozulur. Bununla birlikte, birçok çalışmada laparoskopinin obez hastalarda da avantajlı olduğu gösterilmiştir.

YÖNTEM: Sunum içerisinde, 69 yaşında, BMI: 65.6 (1.45 m, 138 kg) olan ve endometrium kanseri nedeni ile laparoskopik histerektomi-bilateral salpingooferektomi-lenf nodu diseksiyonu yapılan bir olguda trokar girişini sağlayabilmek ve intraabdominal basıncı düşürebilmek için kullanılan teknik gösterilmiştir.

BULGULAR: Bu hastanın cerrahisi etkin bir şekilde tamamlanmış ve hasta komplikasyonsuz taburcu edilmiştir.

SONUÇ: Hastanın preoperatif hazırlığı, pozisyonu, anestezi ile uyumlu çalışma, cerrahinin etkin ve komplikasyonsuz tamamlanabilmesi için önemli faktörlerdir.

Anahtar Kelimeler: laparoskopi, histerektomi, morbid obezide, minimal invaziv cerrahi



VS-006 [Ürojinekoloji]

Laparoskopik Lateral Uterin Süspansiyon

Ezgi Oktay, Hakan Aytan

Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, MERSİN

Laparoskopik Lateral Uterin Süspansiyon

Ezgi Oktay¹, Hakan Aytan¹¹Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, Mersin

AMAÇ: Pelvik organ prolapsus (POP) cerrahi tedavisinde altın standart olarak kabul edilen sakrokolpopeksi operasyonuna alternatif olabilecek, daha az morbidite ve yüksek başarı oranları ile ilişkili laparoskopik uterin süspansiyon tekniğinin uygun vakalarda tercih edilebileceğini, video eşliğinde sunmayı amaçladık.

OLGU: Vulvada ele gelen kitle şikayeti ile başvuran premenopozal, 48 yaşındaki olgunun yapılan jinekolojik muayenesinde; evre 3 uterin prolapsus, evre 2 ön kompartman defekti ve evre 1-2 arka kompartman defekti tespit edildi. Sitolojik inceleme için smear örneği alındı. Üriner inkontinans değerlendirmesi için yapılan stress test negatifti. Yapılan ultrasonografik incelemede uterus, endometrium ve adnekslere ait patoloji izlenmedi. Servikal smear sonucu intraepitelyal lezyon veya malignite açısından negatif olarak raporlandı. Lateral uterin süspansiyon operasyonu planlandı. Operasyonda; ultrasonografik enerji ile vezikovajinal alan oluşturuldu. Ardından; santrali yaklaşık 4-5 cm, kolları 12'şer cm olacak şekilde hazırlanmış olan poliprolen mesh, puboservikal fasya, serviks ve istmusa sütüre edildi. Bilateral olarak iliak krestlerinin yaklaşık 2 santimetre (cm) üzerinden; spina iliaka anterior süperiorların (SIAS) 4 cm posteriorundan cilt insizyonu açılıp 5'er milimetrelik trokarlarla subperitoneal alandan grasper ile ilerlenerek vezikovajinal aralıkta, round ligament seviyesinde batuna girildi. Meshin 12'şer cm'lik bacakları grasper ile tutularak, oluşturulmuş olan subperitoneal tünelden çekildi. Mesh kolları gergisiz olarak cilt altlarına tespit edildi. Postoperatif 1. günde hasta sağlıklı taburcu edildi. Postoperatif 36. ay muayenesinde evre 1 uterin desensus, evre 1 sistorektosel görüldü. Hastanın cinsel fonksiyonlara dair şikayeti olmadığı öğrenildi.

TARTIŞMA: Pelvik organ prolapsusu, pelvik organların pelvisteki anatomik konumlarından anormal olarak alçalması veya fitiklaşması olarak tanımlanmaktadır. Semptomatik hastalarda altın standart cerrahi laparoskopik sakrokolpopeksi olarak sunulmaktadır ancak özellikle obez ve anatomik varyasyonları olan hastalarda ciddi nörolojik hasarlara veya hayatı tehdit edebilecek vasküler hasara sebep olabileceği bilinmektedir. Lateral cuff süspansiyon sonuçları açısından 30 çalışmanın sistematik incelemesinde anatomik başarı oranları apikal prolapsus için %90'ın, ön kompartman defektleri için %88'in üzerinde olarak bildirilmiştir. Hasta şikayetlerinde gerileme oranları %78 ile %100 aralığında saptanmıştır. Vasküler ve nöronal komplikasyonlar açısından daha güvenli olabilecek, daha kısa vaka süresi gerektiren ve daha kolay uygulanabilir; etkili ve minimal invaziv bir prosedür olan lateral süspansiyon, POP'ta alternatif cerrahi olarak uygulanabilir.

SONUÇ: İleri yaş, yüksek morbiditesi olan veya uterus koruyucu cerrahi ve cinsel fonksiyonların devamını isteyen hastalarda lateral süspansiyon alternatif bir cerrahi olarak uygulanabilir.

Anahtar Kelimeler: süspansiyon, prolapsus, uterus

**VS-007 [Benign jinekolojik operasyonlar (dermoid, apse, endometrioma, ektopik gebelik, vb..)]****Ovarian abscess and pelvioperitonitis in patient with big endometrioma**Arzu Khanlar Polukhova¹, Rakhshanda Mazahir Aliyeva², Nargiz Vagif Nagiyeva¹, Islam Sharif Magalov²¹Department of Obstetrics and Gynecology, Baku Health Center, Baku, Azerbaijan; ²Department of Obstetric and Gynecology, Baku Branch of Sechenov Moscow State Medical University, Baku, Azerbaijan;²Department of Obstetrics and Gynecology, Baku Branch of Sechenov Moscow State Medical University, Baku, Azerbaijan;

A 34-year-old woman was admitted to the Baku Health Center with a complaint of severe pain in the lower abdomen. Transvaginal ultrasound showed a mass of 7-8 cm in the right ovary and a large amount of fluid in the Douglas. A3P2G5. She underwent left salpingoophorectomy for left ovarian cyst 10 years ago and laparotomy for internal bleeding due to trauma 3 years ago. Recently on control ultrasound 3x4 cm endometrioma was found. As a treatment, Mirena - an intrauterine hormonal device was inserted. After 1 month, severe abdominal pain started in bilateral groin area. In spite of 4 days of antibiotic therapy, the pain in lower abdomen started to be unbearable, and the signs of peritoneal irritation increased. Also the leukocytosis and C-reactive protein levels increased, the size of right adnexal mass in the transvaginal ultrasound examination was increased up to 10 cm. We decided to perform diagnostic laparoscopy. We removed the intrauterine device. Big infected right ovarian endometrioma, right ovarian abscess and pelvioperitonitis were detected. We emptied the purulent contents, performed right-sided ovarian cystectomy, right-sided salpingectomy. After the operation, we continued antibacterial treatment. Endometrial cyst, tuboovarian abscess and salpingitis were pathohistologically confirmed.

Keywords: endometrioma, ovarian abscess, pelvioperitonitis, ovarian cystectomy, salpingectomy,

**VS-008 [Histerektomi]****Yaygın yapışıklığı olan morbid obez bir histerektomi vakasıyla laparoskopik olarak başetmek**Cengiz Andan

Sağlık Bilimleri Üniversitesi Gazi Yaşargil EAH Kadın Doğum Kliniği, Diyarbakır

Amaç: BMİ 44 olan ve omentumun batin ön duvarına tamamen yapıştığı zor bir histerektomi vakasının laparoskopisi ile yapılabileceğini göstermek ve avantajlarına vurgu yapmak.

Yöntemi: Umbilikustan 10 luk trokarla ve 3 adet 5 lik trokarla batına girildi. Omentumun altına girdiğimizden gazın etkisiyle alanımız gittikçe daraldı. Durumu ilk başta anlayamadık. Kamerayla omentumu delip üstüne geçtiğimizde batin içi anatomiye hakim olabildik. Omentum batin ön duvarına, mesaneye, uterusu ve yan duvarlara yaygın olarak yapışık haldeydi. Omentumu buralardan tamamen ayırdıktan sonra histerektomiye tamamladık.

Bulgular: 56 yaşında G8Y8 1 kez sezeryan ve 1 kez perfore apandisit nedeniyle opere olmuş hasta. Ht ve hipotiroidisi mevcut. 120 kg ve 1.65 boyunda olan hastamızın 2 yıldır menometrorajisi vardı. 2 kez P/C yapılmış birçok kez medikal tedavi verilmiş ancak fayda görmemiş. Preoperatif değerlendirmede uterus normalden iri adenomiyotik görünümdeydi. Postoperatif 2. Günde hasta şifa ile taburcu edildi. Hgb değeri 10 dan 9 a gerilemişti. postop 1 hafta sonraki kontrolünde trokar yerlerinin 2 sinde enfeksiyon gelişti. Ayaktan tedavi edildi.

Sonuç: Laparoskopisi ile böylesine obez ve yapışık vakaların tedavisi mümkün görünmektedir. Üstelik erken mobilizasyon, hastanede kalış süresi, yara yeri enfeksiyonu, pulmoner emboli riski gibi birçok açıdan büyük avantaj sağlamaktadır.

Anahtar Kelimeler: laparoskopik histerektomi,adhezyolizis,obezlerde cerrahi,komorbidite



VS-009 [Robotik cerrahi]

Robotic Surgical Radical Cystectomy (Anterior Exenteration) Treatment of Invasive Bladder Cancer with Vaginal Reconstruction

İnci Öz, Volkan Tuğcu

Liv Hospital Vadi İstanbul Turkey

OBJECTIVE: The treatment of a patient who had invasive bladder cancer radical cystectomy (anterior exenteration) with vaginal reconstruction by robotic surgery as a minimally invasive surgical option with a video presentation. **MATERIAL-METHODS:** Robotic radical cystectomy (anterior exenteration) with vaginal reconstruction by robotic surgery as a minimally invasive treatment method in operation to the patient who applied to Liv Vadi Hospital

RESULTS: The treated patient was 64 years old. She had a history of pregnancy g2p2y2c/s and had invasive bladder cancer to anterior vaginal wall robotic radical cystectomy (anterior exenteration) with vaginal reconstruction was performed as a minimally invasive treatment method in operation.

CONCLUSION: Robotic-assisted surgery is a revolutionary step in surgical innovation with its features of 3D panoramic vision, joint-wristed instrumentation, tremor filtration, and motion scaling. In the past, radical cystectomy via open surgery has been considered the gold-standard treatment for muscle invasive bladder cancer. However, in recent years there has been a progressive increase in the use of robot-assisted laparoscopic radical cystectomy, which is a challenging procedure suitable for both older and younger patients that can be improved with specific training and a skilled robotic team. A recent review suggested that there are several advantages to the robot-assisted technique, such as lower blood loss and transfusion rate during surgery, and possibly faster gastrointestinal recovery, and a shorter length of hospital stay. Robotic treatments have higher success rates than open surgery treatments or laparoscopic approaches. Radical cystectomy operation can be performed by open surgery, laparoscopic or robotic surgery method. Open surgery is invasive for the patient, laparoscopic approaches are commonly seen as more invasive in cases with adhesions, due to limited mobility and long suture times. Minimally invasive Robotic surgery can be recommended as the first choice in suitable patients, due to the short duration of the robotic operation, superior vision and high surgical motion capacity, long-term studies with a high number of cases will be guiding.

Keywords: robotic, radical cystectomy, anterior exenteration, vaginal reconstruction, bladder cancer

**VS-010 [Yeni teknik ve enstrümanlar]****Vajen kafının intraoperatif optimal vizualizasyonunda yeni bir teknik: Hüsnü Çelik'in umbiliko-vajinal manevrası**

Gülşen Doğan Durdağ, Didem Alkaş Yağınç, Şirin Aydın, Hüsnü Çelik
Başkent Üniversitesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Ana Bilim Dalı, Adana

GİRİŞ: Laparoskopik histerektomi sonrasında vajenin, kaf bütünlüğü veya özellikle büyük uterusun çıkarılması sırasında oluşabilecek olası lasereasyonlar açısından kontrol edilmesi önemlidir. Bu aşamada kafın zorlanması ilave lasereasyonlara sebep olabilir.

YÖNTEM: Karın ön duvarında anatomik olarak tanıdığımız median, medial ve lateral umbilikal ligamentlerin umbilikal taraftan elevasyonu ile vajen kafının kolaylıkla görünür hale getirilebildiği tekniğimizi kısa bir video eşliğinde sunmak istedik.

BULGULAR: Bu yöntemle vajen kafının optimal vizualizasyonu sağlanabilmektedir.

SONUÇ: Vajen kaf bütünlüğünün ve lasereasyonların optimal vizualizasyonu komplikasyonları azaltacaktır.

Anahtar Kelimeler: umbilikal ligamanlar, histerektomi, vajen kafi, vajinal lasereasyonlar

**VS-011 [Histeroskopi]****histeroskopik istmoplasti cerrahisinde rüptür yönetimi**

Tuba Memur¹, Hasan Onur Topçu²

¹Özel Aktif hastanesi, Yalova

²serbest hekim, Ankara

hastamız adet bitimi lekelenme şikayetlerinin devam etmesi üzerine başvurdu. yapılan muayene de istmosel tespiti üzerine onarım planlandı.histeroskopik işlem sırasında istmosel hattında tüptür olması üzerine l/s geçilerek onarım yapıldı.

Anahtar Kelimeler: histeroskopi, istmosel, laparoskopi

**VS-012 |Derin infiltratif endometriozis|****Laparoskopik derin infiltratif endometriozis cerrahisi**Ufuk Kurt, Şevki Göksun Gökulu

Mersin Üniversitesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, Mersin

GİRİŞ: Endometriozis, endometrial gland ve stromanın uterin kavite dışında olmasıdır. Derin infiltran endometriozis (DİE) ise peritonu 5 mm den fazla infiltre eden endometriozis olarak tanımlanmaktadır, vesikovajinal boşluk, rektovajinal boşluk, sakrouterin ligament ve üreter trasesi boyunca tutulum olabilir. Medikal tedavi ektopik endometrial dokuda atrofik değişikliklere neden olur; ancak rekürrens oranı yüksektir, medikal tedaviden fayda göremeyen hastalarda laparoskopik cerrahi tedavi uygulanabilir.

YÖNTEM-BULGULAR: Dismenore ve disparoni şikayeti ile başvuran 33 yaşındaki hastanın yapılan muayesinde rektovajinal bileşke ve her iki sakrouterin ligament seviyesinde hassasiyet mevcuttu, ultrasonografik ve manyetik rezonans görüntülemelerde bu alanlarda nodüler yapı tespit edilemedi. Medikal tedaviden (dienogest) fayda görmeyen hastaya laparoskopik derin infiltratif endometriozis operasyonu yapıldı. Bilateral sakrouterin seviyede ve uterus posterior rektovajinal bileşkede orta hatta yaygın endometriotik odaklar izlendi. Bilateral sakrouterin trasesi seviyesinde retroperitoneal alana girilerek üreterler diseke edildi, bilateral sakrouterin ve rektovajinal bileşke üstündeki nodüller eksize edildi. İntraoperatif komplikasyon olmadı. Postop dönemde löprolid asetat tedavisi verildi.

SONUÇ: Hastanın postop dönemde üriner, intestinal ve nöronal sempomları olmadı. Kronik pelvik ağrısında tama yakın gerileme oldu.

Anahtar Kelimeler: Derin İnfiltratif Endometriozis, Laparoskopi, Adezyon

**VS-013 [Yeni teknik ve enstrümanlar]****Hüsnü Çelik'in Mesane Peritonu Elevasyonu ile Optimal Kaf Vizualizasyon Tekniği**

Gülşen Doğan Durdağ, Songül Alemdaroğlu, Selçuk Yetkinel, Hüsnü Çelik
Başkent Üniversitesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Ana Bilim Dalı, Adana

GİRİŞ: Laparoskopik histerektominin son basamağını oluşturan uterusun çıkarılması ve vajinal kafın kapatılması operasyonun öğrenme eğrisi uzun olan ve teknik olarak en zorlayıcı kısmı olarak düşünülmektedir. Kolpotomi sonrasında pelvik anatominin değişmesi, vajen duvarlarının retraksiyonu, mesane ve barsakların bu alana yaklaşması endoskopik vizualizasyonu ve bu yapıları güvenli bir uzaklık bırakarak vajen kafını kapatmayı zorlaştırabilmektedir. Cerrahi beceriler ve deneyim önemlidir. Farklı kurumlarda ve cerrahlar arasında farklı teknikler ve sutür materyalleri kullanılabilir.

YÖNTEM: Bu videoda, özellikle mesanenin vajen kafına yaklaşarak vizualizasyonu bozmasını ve operasyon süresini uzatmasını engelleyebilmek için kullandığımız tekniği sunmak istedik.

BULGULAR: Bu teknikle cerrahi süresi kısalmış ve operasyon komplikasyonsuz olarak tamamlanmıştır.

SONUÇ: Mesane peritonunun etkin elevasyonu, vajen kafının optimal şekilde vizualize edilebilmesini sağlamaktadır.

Anahtar Kelimeler: laparoskopi, histerektomi, kaf kapatılması, minimal invaziv cerrahi

**VS-014 [Benign jinekolojik operasyonlar (dermoid, apse, endometrioma, ektopik gebelik, vb..)]****ikinci trimesterde adneksiyal kitleye laparoskopik yaklaşım**

Mehtap Kirtzali, Emre Baran Danış, Alev Atış Aydın, Hüseyin Kıyak
SARIYER HAMİDİYE ETFAL EĞİTİM ARAŞTIRMA HASTANESİ

Giriş: Matür kistik teratom, tüm over teratomlarının yüzde 95'inden fazlasını oluşturur, çoğunlukla beningdir [1]. Teratom solid, ancak benign görünen heterojen doku koleksiyonlarından ve germ tabakasının hepsinden türetilen organize yapılardır [2]. Matür kistik teratomlar ektodermal, mezodermal ve endodermal orijinli olgunlaşmış doku içerir [2]. Dermoid kisti olan kadınların çoğu asemptomatiktir. Semptomlar kitlenin boyutuna bağlıdır. Dermoid kistlerin rüptürü nadiren meydana gelebilir. Genellikle karakteristik ultrason görünümüne sahiptir böylece invaziv yöntemler kullanılmadan ön tanı konulabilir [3]. Kesin tanı cerrahi eksizyonla konur. Fetüsün değerlendirilmesi için prenatal ultrasonun kullanımının sıklıklaşması, asemptomatik adneksiyal kitlelerin saptanmasını kolaylaştırmıştır. 5 cm veya daha büyük çapta kalıcı adneksiyal kitlelerin çoğu matür teratomlardır [5]. Overyan kistektomisi; kesin tanı, overdokusunu koruma ve torsiyon, rüptür veya malign komponent gelişimi gibi problemlerden kaçınmak için önerilmektedir. Doğurganlığı tamamlamış kadınlar için salpingo-oofektomi de önerilebilir. Dermoid kistler cerrahi olarak çıkarılırsa tekrarlamaz.

Olgu: Adet gecikmesi sonrası nedeniyle hastaneye başvuran, 30 yaşında primipar olan hastanın, yapılan ultrasonografisinde, fetal biyometri ölçümleri 8 hafta ile uyumlu intrauterin tekil gebelik tespit edildi. Ultrasonografi bulgularında ek olarak sağ adneksiyel alanda 11 cm kompakt yapıda, homojen, düzgün sınırlı kistik oluşum izlendi. Kistik yapı rüptür riskine karşı 17. haftada laparoskopik sağ ovarian kistektomi olarak planlandı. Hastanın 15. gebelik haftasında rutin ultrasonografide kist 14 cm olarak ölçüldü. MR sonucu ve ultrasonografi bulguları ile yaklaşık 20 cm çapında dermoid kist olarak raporlandı. Hastanın tüm batinını kaplayan 20 cm lik kistin öncelikle aspire edilip küçültülüp daha sonra minilaparotomi ile çıkarılması planlandı. Umblikus altından trokar yardımıyla batına girildi. Batın içi basınç 12 mm/Hg olana kadar şişirildi. Karaciğer altından 5 cm'lik uzaklıkta 5'lik trochar ve mevcut girişin 3 cm lateralinden 5'lik trochar, umblikus 5 cm sağ lateralinden bir adet 10'luk trochar yerleştirildi. Sağ ovarian alandan kaynaklanan karaciğer altına kadar uzanan 20 cm'lik dermoid kist izlendi. 10'luk aspiratörle kist aspire edildi. Lokal saçılım aspire edildi. Laparoskopik olarak kist cidarı tabana kadar soyuldu. Kist içeriğindeki solid yapılar (saç ve kıvrımdak doku) nedeniyle kist soyulamadığı noktada 3-4 cmlik minilaparotomiye geçildi. Batın yıkandı, aspire edildi. Kanama kontrolünü takiben dren yerleştirildi. Batın katları anatomisine uygun olarak kapatılarak operasyona son verildi. Postop takiplerinde komplikasyon görülmeyen hasta fetal biyometri ölçümleri 18 hafta ile uyumlu fka pozitif olarak taburcu edildi. Hastanın takipleri devam etmektedir.

Tartışma: Gebe hastalarda adneksiyal kitlelerin genellikle benign, asemptomatik ve obstetrik ultrason muayenesinde veya sezaryen doğumda tesadüfen keşfedilir. Kesin tanı ancak over tümörünün patolojik inceleme için rezeke edilmesiyle konulabilir. Bununla birlikte, foliküler veya korpusluteal kistler, endometriomalar ve matür teratomlar (dermoid) dahil olmak üzere bazı benign overyan kitleleri, karakteristik sonografik özelliklere sahiptir ve tanı cerrahi olarak konur. Sonografik özelliklere dayanarak tanı koyulduysa, gebelik sırasında asemptomatik korpusluteal kistlerin, endometriomaların ve matür teratomların (dermoid) tedavi için beklenmesi önerilmektedir.

Anahtar Kelimeler: Gebelik, Dermoid Kist, İkinci Trimester, Laparoskopi

**VS-015 [Benign jinekolojik operasyonlar (dermoid, apse, endometrioma, ektopik gebelik, vb..)]****Laparoskopik karın ön duvarı endometriozi cerrahisi**

Sertaç Ayçiçek, Nizametin Bozbaş

Department of Obstetrics and Gynaecology, Diyarbakır S.B.Ü Gazi Yaşargil E.A.H, Diyarbakır, Turkey

GİRİŞ: Ekstrauterin endometrial bez ve stromanın bulunmasına "endometriozis" denir. Endometriozis en sık pelviste bulunur. Pelvis dışında endometriozis nadir görülmele beraber hemen hemen her organda görülür. Rektus abdominis kası da bu nadir görülen yerlerden biridir.

Bu video vaka sunumumuzdaki amaç nadir görülen ekstrapelvik endometrioze laparoskopik minimal invaziv olarak eksizyonunun yapılabilceğini göstermektir.

OLGU: 32 yaşında 2 yaşıyanı ve 2 defa sezaryan ameliyatı öyküsü olan hasta karın ön duvarı sağ tarafta ağrı ve zaman zaman şişlik şikayeti ile dış merkeze başvurmış. Yapılan fizik muayenede sağ rectus abdominis kası üzerinde batin alt kadranda yaklaşık 3-3,5 cm lik sert kitle imajı palpe edildi. Hastanın jinekolojik muayenesinde herhangi bir anormalliğe rastlanılmadı. Hastaya bakılan abdomen ultrasonografisinde sağ rectus abdominis kası içinde yaklaşık 35 mm lik heterojen düzgün olmayan sınırlarla kitle izlendi. Hastaya radyoloji tarafından pelvik manyetik rezonans istendi ve sonuç olarak USG yi doğrulayan kitle imajı görüldü ve endometriozis ön tanısıyla hastaya ince iğne biyopsisi yapıldı ve sonuç endometriozis olarak izlendi. Hastaya genel anestezi altında umbilicusttan yapılan kesiden 10 luk trochar direkt girildi ve sonra 3 adet yardımcı 5 lik trochar girilerek laparoskopi ile rectus abdoministeki endometriozis odağı boşaltıldı ve eksize edildi. Post-operatif hastanın 2. Ay sonunda semptomları kalmadı ve USG de odak izlenmedi.

TARTIŞMA: Uterus dışında en sık endometriozis overlerde görülür. Ekstragenital endometriozis ise eksternal endometriozislerin % 6 sını oluşturur (1,2,3). Karın duvarındaki endometriozis ise eksternal endometriozisli hastaların % 1 de gözlenir (4,5). Eksternal endometriozis en sık da karın duvarı kısmında sezaryan skar hattında görülür. Bizim olgumuzda endometriozis odağı sezaryan skar hattında değil de daha üst kısımlarda görülmüştür. Endometrioze preoperatif tanısı zordur. Ultrasonografi, bilgisayarlı tomografi, manyetik rezonans görüntüleme endometrioze tanısında daha az değerlidir. Kesin tanı biyopsi veya eksizyon sonrası patolojik inceleme ile konulabilir. Olgumuza ultrasonografi eşliğinde ince iğne aspirasyon biyopsisi ile tanı konuldu. Sitolojik bulgular sunulmamasına rağmen, önceki raporlar eksizyonel biyopsi bulgularını belirtmişti.

SONUÇ: reme çağındaki kadınlarda karın duvarı lezyonlarının ayırıcı tanısında şikayetleri tekrarlayıcı ve adet döngüsü ile ilgili ise ultrason eşliğinde biyopsi yapılmalıdır. Görüntüleme teknikleri spesifik değildir ve tanı iğne biyopsisi ile doğrulanabilir. İğne biyopsisi hem tanı koymada hem de ameliyat sırasında cerraha rehberlik etmede yardımcıdır. Sonuç endometriozis olarak rapor edilirse eksize edilmelidir.

Anahtar Kelimeler: Endometriozis eksterna, rectus abdominis, minimal invaziv cerrahi

**VS-016 [Benign jinekolojik operasyonlar (dermoid, apse, endometrioma, ektopik gebelik, vb..)]****Bir Kornual Gebelik Vakasında Laparoskopik Kornual Rezeksiyon**Duygu Altın¹, Deha Denizhan Keskin²¹Özel ASV. Yaşam Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum, Antalya, Türkiye²Ordu Üniversitesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Ana Bilim Dalı, Ordu, Türkiye

GİRİŞ: Ektopik gebeliğin görülme sıklığı yaşla birlikte artmakla birlikte genel olarak %0.6-2 civarındadır. En önemli risk faktörü geçirilmiş ektopik gebelik hikayesidir. Bunun dışında özellikle tubal cerrahi başta olmak üzere geçirilmiş cerrahiler, yardımcı üreme teknikleri ve pelvik inflamatuvar hastalık (PID), endometriozis ve sigara içiciliği de ektopik gebelik riskini artırır. Ancak hikayede çoğunlukla bunların hiçbirisine rastlanmamaktadır. Amenore, ağrı ve vajinal kanama klasik olarak ektopik gebelik tiradı olarak bilinir, ancak semptomlar geniş bir spektruma sahiptir. Hastalar asemptomatik olabileceği gibi rüptüre bağlı akut batın ve hemorajik şok ile de prezente olabilir. Ektopik gebeliklerin %93'ü Fallop tüplerinde görülür. Geri kalan kısmı ise servikal, ovarian, intraabdominal veya heterotopik gebelik şeklindedir. Ektopik gebelik en sık Fallop tüpünün ampulla kısmında gelişir. Kornual (interstisyel) gebelikler ise ektopik gebeliklerin %2.4'ünü oluşturur. Kornual gebelikler, tüpün bu kısmı göreceli olarak kalın duvarlı olduğu ve kornunun genişleme kabiliyeti yüksek olduğu için genelde 7-16. gebelik haftasına kadar bulgu vermezken, erken dönemde tanı konmazsa ilerleyen haftalarda rüptür neticesinde ciddi hipovolemiye neden olabilir. Bu hastalarda tedavide erken dönemde metotreksat kullanılabilmekle birlikte genellikle laparotomi ile kornual rezeksiyon yapılmaktadır.

YÖNTEM: Bu vaka takdiminde kornual gebeliği olan bir hastanın laparoskopik yöntemle tedavisi sunulacaktır.

SONUÇLAR: 33 yaşında G3P2Y2(C/Sx2) SAT'a göre 7 hafta 2 günlük gebe hasta kasık ağrısı şikayeti ile polikliniğe başvurdu. Yapılan ultrasonografisinde intrauterin gebelik kesesi izlenmedi. Ölçülen β -HCG değeri 14758 mIU/ml, Hb: 12.6 g/dl idi. Hastaya TV-USG yapıldı ve sağ kornuda 25x23 mm ektopik gebelik kesesi ile uyumlu görünüm izlendi. Hastanın rüptür bulgusu yoktu ve hemodinamisi stabildi. Hastaya laparoskopik kornual rezeksiyon yapılarak şifa ile taburcu edildi.

TARTIŞMA: Kornual gebeliklerde cerrahide genellikle laparotomi tercih edilmektedir. Ancak minimal invaziv cerrahi (laparoskopi) de cerrahin tecrübesine bağlı olarak kullanılabilecek bir yaklaşım şeklidir.

Anahtar Kelimeler: kornual gebelik, laparoskopi, cerrahi



VS-017 [Histerektomi]

Bladder Dissection in Type I(A) Hysterectomy, So-called “Simple” HysterectomyEren Kaya¹, Emine Karabuk¹, Mehmet Faruk Kose²¹Department of Obstetrics & Gynecology, Acibadem Mehmet Ali Aydınlar University, Istanbul, Turkey²Department of Obstetrics & Gynecology, Branch of Gynecologic Oncology, Acibadem University Atakent Hospital, Istanbul, Turkey

Hysterectomy is performed as the definitive treatment for many benign as well as malignant conditions of female genital tract. Currently, widely used techniques include conventional open surgery as well as minimally invasive approaches such as vaginal hysterectomy, laparoscopic and robotic hysterectomies. Major factor for the decision of open surgery remains to be pelvic adhesions resulting from previous surgeries. In this video, we present laparoscopic hysterectomy of a patient with the history of two cesarean deliveries and dense uterovesical adhesions.

The patient is 42-year-old female who is diagnosed with endometrial hyperplasia without atypia, refused medical treatment and follow-up. Therefore we planned laparoscopic hysterectomy and bilateral salpingectomy. We placed Rumi-II uterine manipulator and placed two 5-mm ports at left-lower quadrant and one 5-mm port at right-lower-quadrant. During intraoperative exploration, we observed dense uterovesical adhesions and we performed thorough dissection to liberate uterine cervix. We performed total hysterectomy and bilateral salpingectomy and preserved both ovaries. The patient was discharged without any complications in post operative day-1.

Hysterectomy for benign conditions is traditionally called “simple” hysterectomy. However, in some patients, previous surgeries or accompanying conditions such as endometriosis may result in a surgery not so simple. Therefore gynecologists must enhance the knowledge on pelvic anatomy and various dissection techniques for challenging cases.

Keywords: hysterectomy, minimally invasive, laparoscopy, pelvic adhesions

**VS-018 [Yeni teknik ve enstrümanlar]****Uterin myomların tedavisinde transservikal radyofrekans myom ablasyonu**

Arif Serhan Cevrioğlu¹, Mehmet Musa Aslan², Emrullah Sezer²

¹Sakarya Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, Sakarya, Türkiye

²Sakarya Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği, Sakarya, Türkiye

GİRİŞ: Uterin myomların minimal invazif yöntemlerle tedavisinde uterin arter embolizasyonu, USG guided High intensity focused myoma ablation, Magnetic resonance guided high-intensity focused myoma ablation yöntemlerinin yanı sıra, son yıllarda transservikal radyofrekans myom ablasyonu güncel inovatif yöntemler arasına katılmıştır. Çalışmamızda transservikal radyofrekans myom ablasyonu (TSRMA)' uygulamasının güvenliğini, etkinliğini incelemeyi amaçladık.

YÖNTEM: Semptomatik myomu olan 10 kadına yüzeysel anestezi altında, gününbirlik cerrahi işlem olarak TSRMA uygulandı. İşlem sonrası yapılan takiplerde hastaların anormal uterin kanama (AUK) semptomları sorgulanıp, USG ile myom boyutları ölçülerek, uygulama öncesi ve sonrasında saptanan değerler kaydedildi.

BULGULAR: Hastaların yaş ortalaması 39,2 idi. Bazal USG değerlendirmesinde ölçülen ortalama dominant myom hacmi 36,8 cm³ iken, bu değer 3. ay kontrolünde 11,7 cm³, 12. ay kontrolünde 6,9 cm³' e düştüğü saptandı (p: 0.001). Takibe alınan bütün hastaların AUK semptomlarının 3. aydan itibaren gerilediği belirlendi. İnfertil hastalardan birinde 3. ay kontrolünde %45 oranında küçüldüğü saptanan myom hacminin, 12. ay kontrolünde, 3. ay kontrolüne göre kısmen büyüdüğü (%20) saptanınca, hasta isteği üzerine laparoskopik myomektomi uygulandı. İnfertilite semptomu olan diğer bir hastada işlemden sonra 4. ayda spontan gebelik gelişti. Ancak sonradan bu gebeliğin ektopik olduğu tesbit edilerek, tek doz metotreksat uygulandı. Myoliz işlemleri sırasında ve sonrası takiplerde işleme bağlı herhangi bir komplikasyon tesbit edilmedi.

SONUÇ: Transservikal radyofrekans myom ablasyonu uterin myomların minimal invazif tedavisinde, diğer cerrahi yöntemlere göre daha güvenli, kolay ve maliyet etkin bir yöntem olarak uygulanabilir.

Anahtar Kelimeler: Transservikal radyofrekans myom ablasyonu, myoliz, myom

**VS-019 [Derin infiltratif endometriozis]****Derin infiltratif endometriozis nedeniyle laparoskopik üreterolizis ve segmenter kolon rezeksiyonu**

Atahan Toyran¹, Onur Topçu²

¹ATAHAN TOYRAN POLATLI DEVLET HASTANESİ

²ONUR TOPÇU SERBEST HEKİM

Kırk yedi yaşında hasta, preoperatif muayenesinde disparonia 9, diskezi 8, dizüri 5. Kronik kasık ağrısı mevcut. 10 yıl önce benign nedenlerden dolayı laparotomi ile histerektomi hikayesi mevcut. Yapılan muayenede retroservikal nodül, cuff komşuluğunda yaklaşık 6 cm lik segmentte, 9 mm invazyon gösteren ve sol over komşuluğunda 9 mm invazyon gösteren ikinci bir nodül izlendi. Sol böbrek toplayıcı sistemde grade 2 hidronefroz izlendi. Hastaya laparoskopik sol üreter adezyolizisi, segmental kolon rezeksiyonu, bilateral salpingoofektomi ameliyatı planlandı. Preoperatif sol üretere dens adezyonlar nedeniyle jj stent takılamadı. İntraoperatif jj stenti ancak sol üreterin dens adezyonları açıldıktan sonra yerleştirilebildi. Preop ve postop komplikasyon gerçekleşmedi. Üçüncü ay kontrolünde, sol üreter jj stenti çıkarıldı, sol böbrek normal görünümde izlendi.

Anahtar Kelimeler: endometriozis, üreterendometriozisi, bağırsakendometriozisi, hidronefroz



VS-020 [Derin infiltratif endometriozis]

BLADDER ENDOMETRIOSIS; A CASE REPORT and REVIEW OF THE LITERATURE

Funda Gungor Ugurlucan¹, Cenk Yasa¹, Savci Bekir Telek¹, Aysel Bayram², Mehtap Akin¹Department of Obstetrics and Gynecology, Faculty of Medicine, Istanbul University, Istanbul, Turkey²Department of Medical Pathology, Faculty of Medicine, Istanbul University, Istanbul, Turkey

Background: Deep infiltrating endometriosis(DIE) is the most severe form endometriosis effecting approximately 1% of reproductive-aged women. Urinary tract is involved in 20-50% of patients with DIE. Almost 80% of women with urinary tract endometriosis have bladder endometriosis(BE).

Case History: A 40 year-old woman presented to our gynecology outpatient clinic with abdominal bloating and lower urinary tract symptoms(LUTS) such as dysuria, pollakiuria and occasional hematuria. She had a history of one vaginal delivery and family history of ovarian cancer. Transvaginal ultrasound(TVUSG) revealed an adenomyotic uterus, conjoined ovaries at the pouch of Douglas, and irregularity of the bladder mucosa and the bladder wall. Magnetic resonance imaging revealed a 3 cm bladder lesion protruding into the bladder mucosa attached to the uterine serosa posteriorly. Cystoscopy was planned in order to biopsy and localize the lesion. On cystoscopy, a 3 cm diameter protruding lesion with high vascularity on the dome of the bladder was seen and biopsies were compatible with endosalpingiosis showing focal mucinous metaplasia. Treatment options were discussed with the patient and excision of the lesion was planned. Cystoscopy with bilateral mono-J catheter placement, laparoscopic cystotomy and excision of the lesion, and primary repair of the bladder wall was performed. Polypoid endometriosis was the eventual pathology seen in the specimen. Dienogest 4mg/day was prescribed after the operation. On 6 months follow-up, the patient had no LUTS and no visible bladder lesion seen on TVUSG.

Discussion: BE commonly manifests with dysuria, frequency and bladder pain. Less commonly hematuria, urgency and urinary incontinence could be seen. Differential diagnoses include chronic cystitis, bladder carcinoma and bladder pain syndrome. Detailed history, gynecologic examination and TVUSG are the main steps for diagnosis.

Medical treatment with combined oral contraceptives or progestins are effective first-line treatment options. There is limited data for the use of GnRH agonist/antagonists and aromatase inhibitors for bladder endometriosis. Among surgical treatment options, cumulative recurrence rates were reported to be significantly higher with transurethral resection compared with partial cystectomy at the first year after surgery. With complete resection, recurrence rate is very low. Ureteroneocystostomy and ureterectomy should be reserved for patients with debilitating symptoms.

Conclusion: Patients who do not respond to conservative treatment or having severe symptoms could require surgery due to BE. Partial cystectomy with complete resection of the lesion is the first line surgical treatment option due to the low recurrence rates.

Keywords: deep infiltrating endometriosis, bladder endometriosis, laparoscopy, cystoscopy, laparoscopic endometriosis surgery, lower urinary tract symptoms



VS-021 [Histerektomi]

Transvajinal Doğal Boşluklardan Yapılan Endoskopik Cerrahi ile Total Vajinal Histerektomi

Gülhan Güneş Elçi¹, Emin Erhan Dönmez²

¹Sancaktepe Eğitim Araştırma Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Departmanı

²Koç Üniversitesi Tıp Fakültesi, Jinekolojik Onkoloji Departmanı

GİRİŞ: Histerektomi en sık uygulanan jinekoloji cerrahilerden biridir ve bilinen en eski ve en minimal invaziv yöntem vajinal histerektomidir. Ancak vajinal histerektomi tüm hastalara uygulanmasında güçlük çekilmektedir. Desensusu olmayan, dar vajenlerde ve hatta atrofik overlerin alınması vajinal histerektomi ile alınmasında güçlük çekilmektedir. Doğal boşluklardan transluminal endoskopik cerrahi (Natural Orifice Transluminal Endoscopic Surgery-NOTES) abdominal insizyonu yapılmadan vajinal prosedürlerinin yapılmasında güçlük çekilen vakalarda Total vajinal NOTES histerektomi (TVNH) prosedürünü uygulanabilir

MATERYAL-METOD: Vajinal NOTES için hazırlanan birer adet cerrahi eldiven, halka pesser ve 3 adet trokal ile eldiven-port (gloveport) hazırlandı. Vajinal doğumu olmayan, iki sezaryan doğumu olan ve desensusu olmayan hasta TVNH ile histerektomi için hazırlandı. Vajen girimine Gloveport yerleştirildi. Pnömovajen oluşturulduktan sonra laparoskopik enstrümanlar yardımı ile işleme devam edilir. 10° luk, 0°/30° luk optik yardımıyla görüntü sağlandıktan sonra, Hook yardımıyla serviks forniksi çizilir. Ligasure yardımıyla posterior kolpotomi ve sonrasında anterior kolpotomi yapıldı. Sonrasında bilateral uterin arterler ligate edildi. İşleme bilateral broad lig, round lig ve ovari proprium lğasyonu yapıldı kesildi. Histerektomi sonrası bilateral salpenjektomi yapıldı. Batın insizyonu gerekmeden. İşleme son verildi.

SONUÇ: Vajinal histerektomi ya da vajinal kolpotomi yapılması gereken Vajinal asiste NOTES ten farklı olarak desensusu olmayan dar vajeni olan hastalarda TVNH, Konvansiyonel laparaskopiden önce düşünülebilir. Vajinal kolpotomiler TVNH ile yapılabileceği akıldta tutulmalıdır.

Anahtar Kelimeler: NOTES, vNOTES, TVNH

**VS-022 [Jinekolojik onkoloji]****vNOTES Sentinel Lymph Node Dissection: Tips and Tricks**

Cihan Comba

Department of Gynecologic Oncology, Istanbul Aydın University, Istanbul, Turkey

In this video presentation, I will show some videos to perform Transvaginal natural orifice transluminal endoscopic surgery (vNOTES) sentinel lymph node dissection. I will present some tips and tricks for vNOTES sentinel lymph node dissection and hysterectomy.

1. to make incision to vagina
2. injection of ICG
2. to install trans vaginal access platform
3. to develop retroperitoneal space
4. detection of the sentinel lymph node
5. Remove of the sentinel lymph node
6. vNOTES hysterectomy
7. Closure of the incisions

Keywords: vNOTES, Sentinel lymph node dissection, ICG, Hysterectomy

**VS-023 [Jinekolojik onkoloji]****Vajinal asiste laparoskopik radikal histerektomi: Uterin manipülatörün kullanılmadığı ve tümörün vajinal yoldan kapatıldığı cerrahi yöntem**

Nasuh Utku Doğan, Selen Doğan, Mert Cenker Güney, Burcu Yağmur, Mustafa Özer
Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum AD

LACC çalışması sonrasında minimal invaziv yöntemle yapılan radikal histerektomilerde sağ kalım oranları açık cerrahiye göre daha düşük ve nüks oranları daha olarak bulunmuştur. Fakat bu konuda referans olan tek merkezli çalışmalarda uterin manipülatörün kullanılmadığı ve tümörün vakanın başında vajinal yoldan kapatıldığı serilerde sağ kalım ve nüks oranları LACC çalışmasının açık kolu ile benzerdir. Bu vaka sunumunda önceden LEEP yapılmış evre IB2 (25 mm) serviks adenokanserli vakada vajinal asiste laparoskopik radikal histerektomi + pelvik lenfadenektomi videosu prezente edilmektedir.

Anahtar Kelimeler: vajinal asiste laparoskopik radikal histerektomi, serviks kanseri, minimal invaziv cerrahi



VS-024 [Komplikasyonlar]

Ileal perforation by an intrauterin device

Ömer Faruk Öz¹, Bulut Varlı¹, Mehmet Ali Koç², Cem Somer Atabekoğlu¹

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

²Department of General Surgery, Ankara University, Ankara, Turkey

IUDs are widely used for long term reversible contraception. As a complication, migration of the IUD is experienced frequently. Consequences and the management of the migration depend on the location where the IUD is transferred to. The range of the complications may vary from expulsion to perforation. While expulsion only requires replacement of a new IUD to have a contraceptive effect, perforation necessitate surgical management. Bowel perforation due to the migration of IUDs is a quite rare and dangerous circumstance that is need to be handled surgically. In our case, the patient was a 34-year-old health worker who had been inserted IUD two times. The first one was said to be expelled which led the patient to get another IUD inserted. After the second insertion, she got a pelvic radiograph and observed two IUDs which of them in the uterus and another in the peritoneal cavity. After informing the patient about the surgery and the probable outcomes, we decided to adopt a laparoscopic way. At first sight, we do not observe any uterine defect that requires repair. Using careful sharp and blunt dissection of the inflammatory mass adjacent to the right ovary we uncover that the IUD has perforated ileum. After relieving and removing the IUD from ileum, we sutured the defected area. After going through of the abdomen and the pelvis we did not observe any other defected area. At the end of the surgery, a drain was placed and finished.

Keywords: intrauterin device, migration, perforation, laparoscopy, hysteroscopy

**VS-025 [Jinekolojik onkoloji]****Laparoskopik radikal histerektomi ve total vajinektomi**

Mehmet Ali Vardar, Ganim Khatib, Ahmet Barış Güzel, Ümran Küçüköz Güleç, Mesut Mısırlıoğlu
Çukurova Üniversitesi tıp Fakültesi Jinekolojik Onkoloji Bilim Dalı

Bu video sunumunda vajinada multipl odaklarda bulunan ve servikte bir odakta metastaz yapmış olan malign melanom olgusuna yapılan laparoskopik radikal histerektomi ve total vajinektomi operasyonu anlatılmıştır.

Anahtar Kelimeler: laparoskopik histerektomi, radikal histerektomi, vajinektomi



VS-026 [Jinekolojik onkoloji]

Obez endometrium kanserinde laparoskopik ekstraperitoneal paraaortik lenfadenektomi tekniği

Mehmet Ali Vardar, Ahmet Barış Güzel, Ümran Kucukgoz Güleş, Ghanim Khatib, Mesut Mısırlıoğlu
Çukurova University

Obez hastalarda endometrium kanserinin riski artmıştır. Vakaların %80'i endometroid histolojiye sahip olup obezite bu hastaların karakteristik özelliklerindendir. Endometrium kanserinde bazı histopatolojik kriterlerin varlığında evreleme amaçlı pelvik ve paraaortik lenfadenektomi uygulanmaktadır. Morbid obez hastalarda klasik transperitoneal laparoskopik lenfadenektomi zorlaşmaktadır. Yine de pelvik lenfadenektomi çoğu vakada yapılabilmeyle beraber paraaortik bölgenin diseksiyonu güç kalmaktadır. Bu morbid obez endometrium kanseri hastaları için laparoskopik ekstraperitoneal paraaortik lenfadenektomi iyi bir alternatif olabilmektedir. Bu video sunumunda laparoskopik ekstraperitoneal paraaortik lenfadenektomi tekniğini göstermeyi amaçladık.

Anahtar Kelimeler: Morbid obez, Endometrium kanseri, Ekstraperitoneal laparoskopi



VS-027 [Benign jinekolojik operasyonlar (dermoid, apse, endometrioma, ektopik gebelik, vb..)]

Histerektomize olgularda laparoskopik total vajinektomi

Mehmet Ali Vardar, Ahmet Barış Güzel, Ümran Küçükgöz Güleş, Ganim Khatib
Çukurova Üniversitesi tıp Fakültesi Jinekolojik Onkoloji Bilim Dalı

Bu video prezentasyonda daha önce histerektomi yapılmış olgularda cinsiyet değişimi operasyonlarının bir parçası olarak yapılan laparoskopik total vajinektomi operasyonu sunulmuştur. Operasyon tekniği anlatılmıştır.

Anahtar Kelimeler: laparoskopi, vajinektomi, laparoskopik cerrahi



VS-028 [Jinekolojik onkoloji]

Vajen kanseri nedeniyle yapılan laparoskopik radikal histerektomi + üst 2/3 radikal vajenektomi + pelvik lenfadenektomi

Nasuh Utku Doğan¹, Selen Doğan¹, Ömer Tolga Güler², Saniye Merve Gül¹, Aytaç Mehdiyeva¹

¹Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum AD

²Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum AD

Vajen kanserleri en nadir görülen genital tümörlerdir. 59 yaşında hasta postmenopozal kanama nedeniyle alınan vajen biyopside vajinal endometrioid tip vajen adenokanseri gelmesi üzerine merkezimize refere edildi. Serviks biyopsi, endometrial biyopsisi normaldi. Vajen üst 1/3 ön duvarda yaklaşık 3 cm lezyon izlendi. PET-CTde lokal lezyon dışında ek patoloji yoktu. Hastaya erken evre vajen kanseri nedeniyle laparoskopik radikal histerektomi + BSO + üst 2/3 radikal vajenektomi + pelvik lenfadenektomi işlemi uygulandı. İşlem sırasında uterin manipulator kullanılmadı. Ameliyatın son aşamasında vajinal yola geçildi. Kolpotomi yapılarak spesmen en blok vajinal yoldan çıkarıldı, batın içerisinde herhangi bir kolpotomi yapılmadı. Operasyon süresi 270 dakika idi, total kan kaybı 30 cc idi. Post-operatif 3.günde hasta taburcu edildi. Perop ve erken dönemde herhangi bir komplikasyon izlenmedi.

Anahtar Kelimeler: vajen kanseri, radikal vajenektomi, laparoskopi

**VS-029 [Benign jinekolojik operasyonlar (dermoid, apse, endometrioma, ektopik gebelik, vb..)]****Refrakter servikal yetmezlik olgusunda laparoskopik abdominal serklaj**

Muhterem Melis Cantürk, Özlem Dural, Funda Güngör Uğurlucan, Cenk Yaşa
İstanbul Üniversitesi, İstanbul Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, İstanbul

GİRİŞ: Abdominal serklaj, daha önce vaginal serklaj denenmiş refrakter servikal yetmezlik olgularında oldukça etkin bir yöntemdir. Vaginal serklaja göre daha yüksek seviyeye; internal servikal os hizasına; yerleştirilebilmesi ve vagen içinde asendan enfeksiyona yol açabilecek yabancı isim olmaması bu cerrahi uygulamanın avantajıdır. (1) Vaginal serklaja göre üstünlüğü randomize kontrollü çalışmalarda gösterilmiş olan bu yöntem laparoskopinin getirdiği avantajlar ile birleştiğinde refrakter servikal yetmezlik olgularında ilk tercih olarak görülmektedir. (2) Biz de daha önce başarısız vajinal serklaj uygulaması bulunan hastamızda gerçekleştirdiğimiz laparoskopik servikoistmik serklaj cerrahisini sunmayı planladık.

OLGU: 25 yaşında G:4 P:1 A:2 olan hastanın daha önce 16. ve 20. gebelik haftalarında fetal kayıp öyküleri mevcut. Bilinen 2. trimester kayıpları sebebi ile 2017 yılında 14. gebelik haftasında vaginal serklaj operasyonu geçiren hasta devam eden süreçte 25. haftada erken membran rüptürü sonrasında vaginal doğum gerçekleştirmiş ve bebek neonatal 3. günde kaybedilmiş. Mevcut öykü sebebi ile tarafımıza başvuran hasta değerlendirildi. Hastanın muayene bulgularında özellik görülmedi. Tarafımızca hastaya 12.12.2018’de laparoskopik servikoistmik serklaj planlandı. Operasyon esnasında mesane peritonu açıldı. Mesane reddedildi, serklaj sütürleri batına alınarak sakrouterin ligamanların üzerinden, internal servikal os hizasında, uterin damarlar ve servikal stroma arasında kalacak şekilde arkadan öne geçildi. Ardından histeroskopiye geçildi. Serviksin doğal izlenmesi ve kavite içinde sütür izlenmemesi üzerine tekrar laparoskopik yaklaşıma geçilerek 5 mm’lik Mersilen sütür serviks önünde servikoistmik düzeyde oturtuldu. Periton repare edildi. Sorunsuz geçen operasyon sonrası 15. ayda spontan gebe kalan hasta 26. gebelik haftasında tarafımıza başvurdu. Antenatal takipleri kliniğimizce sürdürülen hasta 36. gebelik haftasında “Ağrılı Eski 1 Sezaryen” endikasyonu ile sezaryen ile doğurtuldu. Operasyon esnasında hastanın fertilitte beklentisi doğrultusunda serklaj sütürü yerinde bırakıldı.

TARTIŞMA: Güncel kanıtlar ışığında refrakter servikal yetmezlik olgularında abdominal ve laparoskopik servikoistmik serklaj uygulamalarının preterm doğumu önleme ve ikinci trimester fetal kayıplarını azaltmada üstün olduğu bilinmektedir. Bu durumda minimal invaziv cerrahinin avantajlarını ön plana çıkaran laparoskopik servikoistmik serklaj refrakter servikal yetmezlik olgularında ilk basamak tedavi olarak seçilmesi uygundur. Bu yöntemin gebelik öncesinde denenmesi hem cerraha teknik açıdan avantaj sağlayacak hem de gebeliğe sekonder doğabilecek komplikasyonları önlemede yardımcı olacaktır.

Anahtar Kelimeler: Servikal yetmezlik, serklaj, laparoskopik abdominal serklaj, servikoistmik serklaj.

**VS-030 [Histeroskopi]****Bladder endometriosis and cystoscopic resection**Seda Şahin Aker

Department of Gynecologic Oncology, Kayseri City Hospital, Turkey

Urinary tract endometriosis is a rare condition and the prevalence is 1% of the women with endometriosis. The most common affected area is bladder occurring in 70-85% of the urinary tract endometriosis. Bladder endometriosis is defined as the presence of endometrial glands and stroma in the detrusor muscle. The most affected area is the dome and the base of the bladder. Bladder endometriosis can be primary or secondary (iatrogenic). We present a case with bladder endometriosis. A 26 year old woman suffering of infertility and dysuria. transvaginal ultrasonography revealed 3 cm hypoechoic nodule at the dome of bladder and bilateral ovaries are normal follicular appearance. Patient has a oocyte pick up history four months ago. We performed diagnostic laparoscopy and cystoscopy. Laparoscopic appearance is normal ovaries, normal peritoneal surfaces and normal bladder surface. At cystoscopy, a 3 cm bladder endometriosis seen at the dome of the bladder and resected by cystoscopy. After cystoscopic resection, urinary catheter revealed for 3 days and any complication didn't occur.

Keywords: bladder endometriosis, laparoscopy, cystoscopy

**VS-031 [Jinekolojik onkoloji]****Laparoscopic sentinel lymph node mapping with indocyanine green**Seda Şahin Aker

Department of Gynecologic Oncology, Kayseri City Hospital, Turkey

Sentinel lymph node mapping is a new method and getting a standard method used in endometrial cancer. It is also included in the NCCN guideline. A 62-year-old patient with grade 2 endometrioid endometrium cancer, with a height of 150 cm and a weight of 110 kg admitted to gynecologic oncology clinic. Pet-Ct showed only uterus involvement. In video presentation, 2 ml ICG injected from 3-9 clock level and we showed right sentinel lymph node mapping and dissection. As a result, the patient's right sentinel first lymph node was negative and the second lymph node was positive. As a result sentinel lymph node mapping is a reliable application with a low complication rate in obese patients.

Keywords: endometrium carsinom, sentinel lymph node mapping, indocyanine green



VS-032 [Yeni teknik ve enstrümanlar]

Laparoskopik tuba overyan abse cerrahisinde indosiyenin yeşili kullanımı avantaj sağlar mı?

Ali Gemicı, Sadıman Kıyıkac Altınbas, Ömer Lütfi Tapısız
Güven Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Ana Bilim Dalı

AMAÇ: İntra-operatif indosiyenin green (ICG) endoskopik cerrahide doku perfüzyonunun değerlendirilmesi, kanseri tanımlama/lokalize etme, lenfatik sistemlerin haritalanması ve anatomiye görselleştirmek için kullanılmaktadır. Bu noktada fertilitate arzusu olan, tuba-overyan abse olgularının laparoskopik cerrahisinde intraoperatif indosiyenin uygulamasının doku perfüzyonu ve anatomiye görselleştirerek optimal cerrahi sınırı belirlemede yol gösterici olup olamayacağını öğrenmeyi amaçladık.

OLGU: 32 yaşında kadın hasta yüksek ateş ve şiddetli pelvik ağrı nedeniyle yatırılarak izleme alındı. Yapılan görüntülemelerde sol adneksiyel alanda yaklaşık 67x65mm'lik tubaoveryan abse görünümü ile uyumlu konglomere ve yer yer vejetatif alanlar içeren oluşum izlendi. Antibiyotik tedavisine ikincil cerrahi planlandı. Cerrahi: Umbilikustan yapılan insizyon ve verres iğnesi ile yapılan insüflasyon sonrasında 30 derecelik teleskop kullanılarak batin içeresine girildi. Uterusa manipulator uygulandı. Operasyonda her iki uterin kornudan 2.5 mg (ICG) enjekte edildi. Takiben floresan ışıma yapmayan alanlar takip edilerek hem cerrahi rezeksiyon sınırı hem de diseksiyon için güvenli planlar belirlenmeye çalışıldı.

BULGULAR: Cerrahi süresi 116 dakika olarak belirlendi. İntra-operatif kan kaybı yaklaşık 50cc olarak belirlendi. Herhangi bir komplikasyon izlenmedi. Uygun debridman sağlanarak fertilitate korundu.

SONUÇ: Etkili ve güvenli, tamamen laparoskopik bir debridman gerçekleştirmek için ileri cerrahi becerilere ihtiyaç vardır. Bu videoda görüntülenen ameliyat tekniği, bu tür cerrahi prosedürlerin standardizasyonuna katkıda bulunabilir.

Anahtar Kelimeler: Tubaoveryan abse, indosiyenin green, Laparaskopi



VS-033 [Histerektomi]

Zor Total Laparoskopik HisterektomiTaha Takmaz, Çağlar Çetin

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

GİRİŞ: Laparoskopik histerektomi, abdominal histerektomiye kıyasla kan kaybının azalması, hastanede kalış süresinin kısalması, normal aktivitelere daha hızlı dönüş, daha az postoperatif ağrı ve daha az yara yeri enfeksiyonu riskine sahiptir. Laparoskopik histerektomide prosedürü zorlaştırabilecek bazı faktörler mevcuttur. Bunlar arasında obezite, büyük uterus, geçirilmiş operasyonlara bağlı adezyonlar, dar vajina, pelvik varisler, derin infiltratif endometriozis sayılabilir. Sonuç olarak anatomideki değişiklikler; eksplorasyonu ve çalışma alanını kısıtlayarak komplikasyon riskini artırır. Bu video sunumunda daha önce endometriozis cerrahisi geçiren olgunun histerektomi sırasındaki cerrahi aşamaları paylaşılmıştır.

VAKA: 56 yaşında, 10 yıldır menopozda kadın hasta (Gravida 0) kliniğimize kasık ağrısı şikayetiyle başvurdu. Manyetik rezonans görüntüleme (MRI) sağ adnanda 68*74*73 mm lobüle konturlu yoğun içerikli kistik yapı, içerisinde 13*7 mm papiller oluşum mevcuttu. Hastanın 2 yıl önceki MRI'ı ile kıyaslandığında kitle boyutları benzer izlendi. Tümör belirteçleri negatifti. Hastaya laparoskopik histerektomi ve bilateral salpingoofektomi operasyonu planlandı. Operasyon: Genel anestezi altında litotomi pozisyonunda hasta hazırlanarak V-Care (ConMed Endo- surgery, Utica, NY) uterin manipülatör uterusu yerleştirildi. Veress iğnesi ile insüflasyon sağlandıktan sonra umblikustan 10 mm trokar yerleştirildi, sonrasında direk gözlem altında üç adet 5 mm trokar daha yerleştirildi. Batın içi gözlemde sağ overden kaynaklanan yaklaşık 7 cm kitle izlendi. Mesane, uterus, sağ over, sigmoid kolon ve rektum dens adeze, douglas oblitere idi. Frozen pelvis görüntüsü mevcuttu. Pelviste çeşitli yerlerde endometriotik odaklar vardı. Sağ round ligament LigaSure (Covidien, Mansfield, MA, USA) ile kesildikten sonra insizyon broad ligamentin posterir yaprağı üzerinde infundibulopelvik (IP) ligamente paralel olarak uzatıldı. Retroperitona alanda sağ üreter, uterin arter ve internal iliak arter visualize edildi. Sağ uterin arter internal iliak arterden çıkış noktasından mühürlendi. Ardından sol round ligament kesilerek sol taraftan da retroperitona girildi. Sol üreter visualize edildikten sonra sol IP ligament LigaSure ile mühürlenerek kesildi. Vezikouterin periton lateralden mediale doğru disseke edilerek mesane reddedildi. Sol uterin arter LigaSure ile mühürlenerek kesildi. Uterus posteriorundaki adezyonların bir kısmı künt disseksiyonlar ile açıldı. Sağ over kaynaklı kitle ile sigmoid kolon arasındaki adezyonlar soğuk makasla keskin olarak açıldı. Sağ over mobilize edildikten sonra IP ligamentin kesilmesi sırasında kitle rüptüre oldu. Rektouterin alandaki diğer adezyonlar keskin ve künt disseksiyonlar ile açılarak douglas oluşturuldu ve histerektomi tamamlandı. Kolon yaralanması hava testi ile değerlendirildi. Vajen cuff sütüre edildi. Douglassa dren yerleştirilerek operasyona son verildi.

Anahtar Kelimeler: laparoskopik histerektomi, derin pelvik endometriozis, frozen pelvis



VS-034 [Jinekolojik onkoloji]

İntrauterin Manipulatör Kullanmadan Laparoskopik Endometriyum Kanseri Evreleme Cerrahisi

Kasım Akay, Şevki Gökşun Gökulu

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

GİRİŞ: Endometriyum kanseri; Türkiye, Amerika ve Avrupa’da kadınlarda en sık görülen jinekolojik malignensidir. Genel olarak kadınlar yaşamları boyunca endometriyum kanserine yakalanma riski %3-4’tür. Endometriyum kanserinin tedavisi ve evrelemesi cerrahi olarak yapılmaktadır.

Erken evre endometriyal kanser için birincil tedavi cerrahidir, total histerektomi ve endike ise bilateralsalpingo-ooferektomi ile evreleme cerrahi yapılır. The National Comprehensive Cancer Network ve the European Society of Gynaecological Oncology randomize prospektif çalışmalardan bildirilen kanıtlara göre uterusla sınırlı hastalığı olan hastalarda minimal invaziv yaklaşımlar (laparoskopik/robotik) önermektedir. Bu yaklaşım, onkolojik sonuçlardan ödün vermeden açık cerrahiye göre daha düşük operatif morbidite ve daha kısa hastanede kalış süresi sağlar.

Uterin manipulatör, benign hastalık için minimal invaziv jinekolojik histerektomide yaygın olarak kullanılan bir cihazdır. Vajinal olarak servikal kanaldan endometriyal boşluğa yerleştirilir. Ameliyat sırasında uterusun mobilizasyonunu kolaylaştırır, cerrahi alan maruziyetini iyileştirmek ve kolpotomi için bir uterusun ligamentleri ve damarları üzerinde gerilim oluşturur.

İserte ve ark. 2021 de yayımlanan retrospektif çalışmasında uterusa sınırlı endometriyal kanserli hastalarda ameliyat sırasında uterin manipulatör kullanımının daha kötü onkolojik sonuçlara neden olduğu bildirilmiştir. Bu alanda randomize prospektif çalışmalara ihtiyaç duyulmaktadır. Mevcut çalışmalar göz önüne alınarak endometriyal örneklemesi Grade II Endometriyum kanseri olan 59 yaşındaki hastanın kavite içine manipulatör kullanmaksızın manipulatörünün yalnızca porselen çanak kısmı kullanarak gerçekleştirdiğimiz TLH + BSO + Metilen Mavisi ile Sentinel Lenf Nodu Boyama + BilateralPelvik LND operasyonu sunmayı planladık.

OPERASYON: Serviks saat 3 ve 9 hizalarından 1’er cc metilen mavisi enjekte edildi. Bilateral paravezikal ve pararektal boşluklar oluşturuldu, metilen mavisi ile boyanma izlenmedi. Bilateral infundibulo-pelvik ligamentler ileri bipolar alet ile ligate edilip kesildi. Mesane peritonu diseke edilerek vajen ön forniks bileşkesine kadar ilerlendi. Her iki round ligamentten uterus abdominal duvara doğru traksiyona alındı, sol üreter mezosu korunarak sol uterin arter ve kardinal ligamentten uzaklaştırıldı, bilateral uterin arter, sakrouterin ve kardinal ligamentler bipolar aletle ligate edildi. Ultrasonografik cihaz ile kolpotomi tamamlandı. Materyal frozena gönderildi. Bilateral pelvik lenfadenektomi yapıldı. Frozen patoloji sonucu Grade 2 Endometriyum kanseri, <%50 invazyon gelmesi üzerine vajen tepesi suture edilerek operasyona son verildi.

Anahtar Kelimeler: uterin manipulatör, endometriyum kanseri, laparoskopik evreleme cerrahisi



VS-035 [Jinekolojik onkoloji]

Lokal İleri Serviks Kanserinde Laparoskopik Sistematik Pelvik Ve Paraaortik LenfadenektomiKasım Akay, Tolgay Tuyan İlhan

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

GİRİŞ: Serviks kanseri, gelişmekte olan ülkelerde en sık görülen jinekolojik kanser olup, her yıl 444.500 yeni vaka tespit edilmektedir. Gelişmiş ülkelerde servikal kanser tarama programları hastalığın insidansını belirgin olarak azaltmış olmakla birlikte, serviks kanseri tüm jinekolojik kanser ölümleri içinde, dünya çapında halen ilk sırada yer almaktadır.

Serviks kanseri tedavisinde minimal invaziv yöntemle radikal histerektomi sıklığı LACC çalışmasından sonra azalmıştır. Lokal ileri serviks kanseri hastalarında adjuvan tedavinin planlanması için sistematik pelvik ve paraaortik lenf nodlarının çıkarılması için laparoskopik cerrahi halen kullanılmaktadır.

OLGU: Endoservikal kanal adenokarsinom tanılı 58 yaşında G2P2, 3 yıldır menapozda olan hastanın pelvik MR görüntülemesinde 35 mm genişliğinde kanal kaynaklı tümör ve parametrial invazyon, sağ obturator bölgede 30x10 mm, sol obturator bölgede 18x6 mm boyutlu lenf nodu saptandı. PET BT sinde ise Servikte sağda primer malignite ile uyumlu hipermetabolik kitlesel lezyon (SUVmax=34.5) ve perikaval (SUVmax=3) ve sağ pelvik (-SUVmax= 9.9) hipermetabolik lenfadenopatiler saptandı.

Operasyonda sağ retroperitoneal alanlara girildi, pararektal ve paravezikal boşluklar oluşturuldu. Sağ eksternal iliak ve sağ obturator lenf nodları eksize edildi. Symfizispupis üzerinden bir adet 10 luk trokar girilerek lenf nodları frozen inceleme için patolojiye yollandı. Sağ ve sol pelvik lenfadenektomi tamamlandı. Sağ üreter gonadal ven seviyesine kadar lateralize edilerek inferior mezenterik arter altı paraaortik lenfadenektomi tamamlandı. Pelvik lenf nodları frozen sonuçlarında malignite izlenmedi.

Nihai patoloji:

- 1- İma altı lenf nodları: REAKSİYONEL LENF NODLARI, 12 adet
- 2- Sol pelvik lenf nodları: REAKSİYONEL LENF NODLARI, 10 adet
- 3- Sol pelvik lenf nodları: REAKSİYONEL LENF NODLARI, 10 adet

Pelvik ve Paraaortik lenf nodları bening olan hastanın kemoradyoterapi sonrası klinik takibi devam etmektedir.

SONUÇ: Lokal ileri serviks kanseri tanılı hastalarda radyoterapi sınırlarının planlanması için sistematik lenfadenektomi yapılmalıdır.

Anahtar Kelimeler: serviks kanseri, laparoskopik evreleme, sistematik lenfadenektomi

**VS-036 [Komplikasyonlar]****Kronik myom basısına bağlı megasistis gelişen hastada laparoskopik histerektomi sırasında suprapubik trokar ile farkedilmeyen tam kat mesane perforasyonunun yönetimi**

Nasuh Utku Doğan, Selen Doğan, Gizem Seçkin, Ünzüle Korkmaz, Hasan Doğukan Çopur
Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum AD

51 yaşında hasta dış merkezden pelvik kitle ve myoma uteri nedeniyle merkezimize refere edildi. Pelvik kitlenin myom basısına bağlı aralıklarla gelişen glob vezikale olduğu anlaşıldı. Transvajinal ultrasonda en büyüğü 9 cm olan multipl myomlar mevcuttu. Hastaya laparoskopik histerektomi planlandı. Histerektomi seyri sırasında batin ön duvarda, umbilikus altında peritondan kabaran kitle farkedildi. Bu kitlenin megasistis olduğu intraoperative olarak fark edildi. Sonda takılı olmasına rağmen kronik basıya sekonder geliştiği düşünülen megasistis görünümü izlendi. Suprapubik trokarın mesaneyi ön ve arka duvarından tam kat perfore ettiği sistoskopi ile gözlemlendi. Sistoskopi eşliğinde trokar çekildi, trokar giriş yerinden sistofiks gönderildi. Histerektomiye devam edildi. Uterus umbilikal trokardan ekstrakte edildi. Vaka sonunda post mesane duvarına 2 kat sütür konuldu. Hasta post-op ikinci günde taburcu edildi ve sistofiks 10. günde çekildi. Takiplerde glob vezikale görünümü izlenmedi, herhangi bir komplikasyon gelişmedi.

Anahtar Kelimeler: Komplikasyon, megasistis, mesane perforasyonu, laparoskopik histerektomi



VS-037 [Derin infiltratif endometriozis]

Derin Pelvik Endometriozis

Çağlar Çetin, Taha Takmaz, Pınar Özcan

Bezmialem Vakıf Üniversitesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum AD, İstanbul

GİRİŞ: Endometriozis kadınlarda sık görülen cerrahi ve medikal olarak tedavi edilebilen bir hastalıktır. Derin infiltratif endometriozisin iki ana semptomu ağrı ve infertilitedir. Derin pelvik endometriozis klasik olarak bağırsak, üreter, mesane ve vajina gibi yapılara 5 mm’den fazla infiltre olan hastalık olarak tanımlanır. Cerrahi dernekleri hastalığın tedavisinde üçüncü basamak sağlık kuruluşlarında multidisipliner bir yönetim önermektedir. DİE için en iyi tedavi seçimi konusunda tartışmalar halen devam etmektedir. Tedaviler; oral progestinler veya kombine kontraseptiflerle medikal tedaviyi ve DİE nodüllerinin rezeksiyonu için cerrahiyi içerir. Bu video sunumunda daha önce 2 kez endometrioma cerrahisi geçirmiş bir hastanın histerektomisi, derin rektovajinal nodül eksizyonu ve üreterolizis aşamaları paylaşılmıştır.

VAKA: 40 yaşında G:1 P:1 (SCA) olan hasta kliniğimize şiddetli kasık ağrısı, ilişki sırasında ağrı, şiddetli adet sancıları, ağırlı ve zor dışkılama şikayetleri ile başvurdu. Daha önce 2 kez endometrioma cerrahisi geçiren hastanın tvusg: sağ overde endometrioma, rektovajinal nodül ve sağda grade 2 hidronefroz saptandı. Manyetik rezonans görüntüleme (MRI) sağ adneksiyel lojda 82x77 mm endometrioma ile uyumlu lezyon mevcuttu. Sağ toplayıcı sistem grade 2 dilate izlendi. Uterus normalden iri adenomyozis ile uyumlu, douglasta 40x20 mm boyutlarında rektovajinal nodül izlendi. Kolonoskopisinde herhangi bir özellik saptanmadı. Hastaya laparoskopik histerektomi bilateral salpenjektomi, sağ ooferektomi ve rektovajinal nodül eksizyonu planlandı.

OPERASYON: Genel anestezi altında litotomi pozisyonunda hasta hazırlandı. V-Care uterin manipulatorün yerleştirilmesinden sonra umblikusdan yaklaşık 1 cm lik insizyon yapılarak 10 luk trokar ile batına girildi. Batına 2 adet soldan 1 sağdan 5’lik trokar daha girildi. Uterus orta hatta normalden iri, sol over douglasa yapışık douglas oblitere ve sağ over net izlenemedi. Sağ üreter endometrioma basısına bağlı dilate izlendi. Bilateral lig. rotundum ligasure ile ligate edildi kesildi. Bilateral salpenksler serbestleştirildikten sonra bilateral ligamentum ovarii propium ligasure ile ligate edildi kesildi. Önde mesane arkada rektum peritonu monopolar ile açılarak reddedildi. Bilateral a.uterinalar internal iliak arter çıkış yerlerinden ligasure yardımıyla mühürlendi. Lig.cardinale Lig. sakrouterina ligasure ile ligate edilerek kesildi. Vajinal cuff monopolar hook yardımıyla kesildi. Uterus vajenden dışarı alındı. Her iki üreter mesane girişine kadar diseke edilerek serbestleştirildi. Sağ üreterdeki dilatasyon nedeniyle double j katater takıldı. Rektovajinal nodül keskin künt diseksiyonlarla eksize edildi. Rektum arka yüzdeki endometriozis odaklarına shaving yapıldı. Vajinal cuff tek kat kontinü kapatıldı. Batın temizliği ve kanama kontrolü yapıldı. Batına dren konularak operasyona son verildi.

Anahtar Kelimeler: Derin pelvik endometriozis, hidronefroz, Laparoskopik histerektomi

Anahtar Kelimeler: Derin pelvik endometriozis, hidronefroz, Laparoskopik histerektomi



VS-038 [Histeroskopi]

Ohvira sendromu'na vajinoskopik jinekolojik yaklaşım

Elif Yavuz, Kübra Bağdatlıoğlu², Emre Baran Daniş², Alev Atış Aydın⁴, Hüseyin Kıyak³, Ahmet Alp⁵
Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi

OHVIRA sendromu yani obstrükte hemivagina ve ipsilateral renal anomali veya Herlyn-Werner-Wunderlich sendromu; tek taraflı obstrükte hemivagina ve ipsilateral renal agenezi ile birlikte görülen uterus didelfis 'i tanımlar, bu nadir görülen bir müllerian kanal anomalisidir. Nadiren de olsa ipsilateral renal displazi ve vajene acılan üreter vakaları da bildirilmiştir. Bu anomaliye sahip hastaların klinik prezantasyonu; pelvik ağrı ve /veya kitle, dismenore ve daha sonraki yıllarda nadiren primer infertilite olarak karşımıza çıkmaktadır. Teşhis için klinik şüphe ve konjenital anomalilere dair klinik altyapı gereklidir. Bu olguda amaç pelvik ağrı gibi sık karşılaşılan şikayetlerin persiste etmesi halinde akıllara OHVIRA sendromu'nu da getirebilmek adına farkındalık yaratmaktır. Üroloji ve çocuk cerrahisi tarafından veziköüretal reflü ve antenatal dönemden beri unilateral renal agenezi tanılarıyla takipli 12 yaşında hasta, üroloji tarafından çift vajen ve çift uterus şüphesiyle tarafımıza danışıldı. Kasık ağrısı şikayetiyle değerlendirilen hastanın menarşının 1 yıl önce olduğunu öğrenildi. Muayenesinde batını rahat olan hastada ele gelen kitle saptanmadı. Hastaya sistoskopi ve vajinoskopi yapıldı; hastanın iki uterusu, iki serviksi, tek vajeni olduğu görüldü, sol serviks atrofik izlendi, hymen anüler olarak görüldü. Manyetik Rezonans (MRI) görüntüsü uterus didelfis ile uyumlu değerlendirildi. MR yorumunda sağ uterus 36x18 mm sol uterus 31x18 mm ölçüldü. İki adet serviks ve iki adet vajen izlendi. Vajen sol yarımında hemorajik karakterde sıvı kolleksiyonu görüldü. Hematokolpos ile uyumlu olabileceği düşünüldü. Diğer vajen yarımı tabii değerlendirildi. En büyüğü sol overde 14 mm çapında olmak üzere her iki overde folikül kistleri izlendi. Yapılan yüzeyel ve pelvik ultrasonografi'de Manyetik rezonans görüntüsünde bulguları tariflenen hastada sol kör sıvı dolu vajen labiumu altta, cilde uzaklığı 1 cm, bu mesafeden sağ uterus serviks de alt uca 6 cm mesafede izlendi. Sağ uterus serviks alt ucunun vajen septumuna dayalı olduğu görüldü. Hastaya OHVIRA-HWW sendromu tanısı konuldu. Histeroskopi ile volüm distandü vajinoskopik septum rezeksiyonu yapıldı. Usg eşliğinde yapılan histeroskopi esnasında sol vajene açılan, sonrasında displastik böbreğe ait olduğu değerlendirilen üreteral ostium izlendi. Pelvik ağrı şikayetiyle başvuran ön planda dismenore düşünülen hastalarda ayırıcı tanıda OHVIRA Sendromu da düşünülmelidir. Nadir görülmekle birlikte hastadan alınan detaylı anamnez, klinik altyapıyla tanıya gidilmesi; yardımcı görüntüleme tekniklerinin gelişmesi ve klinisyenleri karakteristik özelliklere götürmesiyle daha kolaylaşmıştır. Bu vakada görüldüğü üzere vajinoskopik yaklaşımın; daha iyi görüntüleme imkanı sağlama, sosyo-demografik altyapıda genç hastalarda hymen bütünlüğünü koruma ve kompleks olgularda anomalilerin tanınmasında kolaylık sağlamada üstünlük kazandığı görülmüştür. Devamında hastanın displastik böbrek ve vajene acılan ureter yapıları için takibi planlandı. Bu tip olgularda farklı vakalarda da bildirildiği üzere hasta, ilerleyen yaşlarında vajinal akıntı veya aktif cinsel hayatla tekrarlayan enfeksiyonlarda displastik böbrek-üreterin alınması değerlendirilebilir. Bu olguların tanı-tedavisinde gecikme yaşandığında hastanın ileriki yaşamında tubo-ovaryan apse ve/veya endometriozis hastalıklarıyla karşılaşmasına neden olabilir.

Anahtar Kelimeler: vajinoskopi, histeroskopi OHVIRA, pelvik ağrı, renal anomali, müllerian anomali

**VS-039 [Benign jinekolojik operasyonlar (dermoid, apse, endometrioma, ektopik gebelik, vb..)]****komünikan rudimenter horn gebelik**Hatice Yaşat Nacar

sağlık bakanlığı üniversitesi Gaziosmanpaşa eğitim araştırma hastanesi,kadın hastalıkları ve doğum,istanbul

nadir görülen uterin anomalilerden olan komünikan rudimenter horn, içerisinde gebelik oluşması durumunda rüptür riski yüksek olması nedeniyle olumsuz sonuçlar oluşturabilmektedir. kliniğimize şiddetli karın ağrısı ve adet rötarı ile başvuran hastada ultrason muayenesinde rudimenter komünikan horn gebelikten şüphelenilmiş diagnostik laparaskopi kararı alınmıştır. operasyon sırasında uterin korpusun sağında,isthmik bölgeden uterusu bağlanan, içerisinde gebelik materyalinin bulunduğu, fragil görünümde rudimenter komünikan horn izlenmiştir. içerisinde gebelik materyali bulunan horn laparoskopik olarak eksize edilmiş,laparoskopik olarak douglastan yapılan kesi ile batın dışına alınmıştır.komünikan uterin horn gebeliği erken tanı ve tedavide geç kalınması durumunda maternal mortalite ve morbiditeyi arttırabilir,kötü sonuçlara yol açabilir.

Anahtar Kelimeler: gebelik, komünikan horn,rudimenter horn,

**VS-040 [Yeni teknik ve enstrümanlar]****Seçilmiş bir olguda laparoskopik abdominal serklaj uygulaması**Pınar Türk, Okan Özden

Medicana Bursa Hastanesi, Kadın Hastalıkları Doğum Bölümü, Bursa

Giriş: Servikal yetmezlik gebeliğin ikinci trimesterinde ağrısız servikal dilatasyon sonucu düşük/erken doğumla sonuçlanan klinik tablodur. Tanısı çoğu zaman maalesef ki ilk gebelikteki kayıptan sonra konulabilmektedir. Serklaj işlemi mevcut klinik tabloda serviksi kapalı tutmak için uygulanan bir sütürasyon işlemidir. Cerrahi yaklaşımlar transvajinal ve transabdominal servikal serklaj içerir. Bu tabloda genellikle tercih edilen ilk yöntem vajinal yoldan serklaj uygulanmasıdır. Tanısı bilinen vakalarda öncelikle gebeliğin 13.-14. Haftalarında henüz servikal dilatasyon başlamadan işlemin uygulanmasıdır.

Method: Bu vakada servikal yetmezlik tanısı konup başarısız servikal serklaj ve preterm doğum öyküsü mevcut olan bir hastada prekonsepsiyonel laparoskopik serklaj uygulamasının cerrahi basamaklarını demonstre etmeyi amaçladık. 25 Yaşında prekonsepsiyonel değerlendirme için polikliniğimize başvuran hastanın Yapılan pelvik muayenesinde servikal uzunluk 5,5 cm ancak 7 nolu hegar buji uygulaması ile serviks dirençsiz spontan dilate idi. 22. Ve 13. Gebelik haftasında acil ve elektif koşullarda uygulanan ancak başarılı olan transvajinal serklaj uygulaması öyküsü olması üzerine laparoskopik abdominal servikal serklaj planlandı. Serviko-istmik bölgedeki ön periton Maryland Ligasure ve grasper yardımı ile disseke edildi. 5 mm mersilen tape uterosakral ligamentlerin 1,5 cm superior ve 1 cm lateralinden, uterin damar ve ureterin medialinden uterus posteriorundan anterioruna myometriumdan geçildi ve serviokistik bölgede 6 düğüm atılarak bağlandı. Takiben uteroözikal periton kapatıldı. İntraoperatif hemoraji minimal seviyede idi ve hasta postoperatif 1. Gün taburcu edildi.

Sonuç: Serviks istmus düzeyinde bir serklajın transabdominal yerleşimi servikal yetmezlikli seçilmiş olgularda spontan gebelik kaybı insidansını azaltmak için güvenli ve etkin bir yöntem gibi görünmektedir.

Tartışma: Transabdominal serklajın transvajinal serklaja göre potensiyel avantajları, süturun internal osa daha yakın yerleştirilebilmesi ile daha üst seviyede efektif bir servikal uzunluk elde edilmesi, vajinada enfeksiyona teşvik edebilecek yabancı bir cisim bulunmaması, gebelik olmayan dönemde uygulanması, sütünün sonraki gebeliklerde de servikal yetmezliği önleme imkanı sunmasıdır. Dezavantajı transabdominal serklaj transvajinal serklajdan daha morbid bir prosedürdür. Bu sebeplerden dolayı çoğu uzman iki veya daha fazla transvajinal serklajı başarısız olan veya serviksin aşırı derecede kısa olması, servikal laserasyon veya skarın olması nedeniyle transvajinal serklajın teknik açıdan gerçekleştirilemediği servikal yetmezliği olan olgularda transabdominal yaklaşımı önermektedir. Transabdominal serklaj hekimin tecrübesi ya da hastanın tercihiyle bağlı olarak açık laparotomi veya laparoskopi ile yapılabilir. Laparoskopik serklaj her ne kadar umut veren bir cerrahi yöntem olsa da bu süreçteki kesin rolünü ortaya koymak için geniş sayıda hasta içeren çok sayıda çalışmaya ihtiyaç vardır.

Anahtar Kelimeler: laparoskopik serklaj, servikal yetmezlik, abdominal serklaj

**VS-041 [Yeni teknik ve enstrümanlar]*****Surgical treatment in the patient with total uterine prolapse: a new cystocele repair technique***

Didem Alkaş Yağınç, Selçuk Yetkinel, Gülşen Doğan Durdağ, Hüsnü Çelik
Department of Obstetrics and Gynecology, Baskent University, Adana, Turkey

Pelvic organ prolapse is common, especially in multiparous women. The rate of pelvic organ prolapse surgery in a woman's lifetime is approximately 10%. The most common of these surgeries is cystocele repair. Cystocele is sagging of the anterior vaginal wall with herniation of the bladder. The pubo-cervical fascia between the bladder and the vagina is weakened either centrally or laterally. In cystocele repair, weak tissues are strengthened by vaginal approach, plication of the lateral tissues and bringing them to the midline. The bladder is returned to its normal position. In our case, a patient with total uterine prolapse underwent laparoscopic hysterectomy, sacrocolpopexy and cystocele repair with laparoscopic technique. A 62-year-old patient presented with the complaint of postmenopausal bleeding. There was also the complaint of uterine prolapse. The patient was urinating intermittently and urinating 4 times a night. On examination, there was a near-total uterine prolapse, and there was cystocele. In the surgery, hysterectomy and bilateral salpingo oophorectomy were performed first with the laparoscopic method. The bladder was refixed and the anterior vaginal wall was opened. The ureteral neck was palpated. A plication was made to the anterior vaginal wall. 2 sutures were placed and no 1 vicryl suture material was used. Cystocele repair was performed. Then, the promontorium was reached from the right ureter medial and the mesh was fixed to the vaginal cuff and promontorium. The peritoneum was closed. The patient did not have any urinary complaints on the postoperative 10th day examination.

Keywords: cystocele, uterine prolapsus, laparoscopic



VS-042 [Jinekolojik onkoloji]

Pelvic lymph node dissection with laparoscopic approach in endometrial cancer

Tuğçe Sırma, Mert Açar, Nuri Yıldırım

Department of Gynecologic Oncology Surgery, Ege University, İzmir, Turkey

INTRODUCTION: Endometrial cancer is the most common gynecologic malignancy in developed nations, with growing incidence. Endometrioid adenocarcinoma is the most common histologic type. The mean age of patients with endometrial cancer is 63 years, and 70% of them are confined to the corpus at the time of diagnosis. The most common clinical presentation is postmenopausal bleeding. Endocervical curettage and endometrial biopsy should be performed in all patients with suspected endometrial carcinoma. Staging of endometrial cancer is done surgically. Surgical staging is made according to the histopathological examination before the operation, the macroscopic examination of the tissue removed during the operation, or the intraoperative frozen examination. Main treatment is hysterectomy, bilateral salpingo-oophorectomy, peritoneal cytology and surgical staging. Comparing laparoscopy and laparotomy, similar intraoperative injury rates, number of lymph nodes and estimated blood loss, fewer moderate and severe complications, shorter hospital stay, and better postoperative period were detected. However, the operation time is longer, overall survival and recurrence rates are similar.

METHOD: A 52-year-old female patient is admitted with the complaint of postmenopausal bleeding. Fractionated curettage is performed and the result is endometrioid type adenocarcinoma grade 2. Body mass index is 29. Hysterectomy and bilateral salpingo-oophorectomy, omental biopsy, abdominal washing sampling and bilateral pelvic lymph node dissection were performed laparoscopically. The frozen result was reported as 1/2 internal myometrial invasion and the tumor size was 2.3 cm.

FINDINGS: The operation lasted 120 minutes and the estimated blood loss was minimal. No intraoperative complications developed. Lymph nodes were negative in final pathology. Patient was discharged 48 hours later. The patient was not given adjuvant treatment.

RESULT: Laparoscopic approach can be performed successfully and reliably in endometrial cancer surgery. The decision for selective lymphadenectomy is determined by the histological type of endometrial cancer, the grade and diameter of the tumor, the depth of myometrial invasion at the time of surgery, and the presence of extrauterine disease.

Keywords: endometrial cancer, laparoscopy, pelvic lymph node dissection



VS-043 [Ürojinekoloji]

Laparoscopic anterior sacrocolpopexy with subtotal hysterectomyAkbar Ibrahimov

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

OBJECTIVE: Laparoscopic sacrocolpopexy is one of the important surgical procedure in gynecologic practice. Knowledge of the anatomy of the female pelvis and develop potential spaces facilitates laparoscopic sacrocolpopexy. Therefore, the aim of this surgical video is to demonstrate anatomic landmarks and steps of laparoscopic sacrocolpopexy.

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

RESULTS: This educational video, author present the standard steps for the surgical management of pelvic organ prolapse (POP). **CASE:** We report the case of a 50-year-old woman with a previous history of 3 vaginal birth. The clinical examination showed a grade 3 hysterocele. Due to the failure of conservative management with a pessary, we performed a laparoscopic pelvic floor repair including a subtotal hysterectomy and anterior sacrocolpopexy. The recovery period was uneventful. The 12-month clinical follow-up showed good anatomical results and the patient did not suffer from any other symptoms. Laparoscopic anterior sacrocolpopexy with subtotal hysterectomy were carried out in the unit of Gynecological Oncology, Azerbaijan Medical University. Anatomic landmarks for laparoscopic sacrocolpopexy were reviewed in this surgical video.

CONCLUSION: In our experience, the first-line surgical treatment for recurrent POP should be a laparoscopic sacrocolpopexy.

Anahtar Kelimeler: laparoscopy, sacrocolpopexy, prolapse



VS-044 |Derin infiltratif endometriozis|

Derin infiltratif endometriozis olgusunda retroperitoneal yaklaşım ile total laparoskopik histerektomi cerrahi tekniği

Okan Ozden, Pinar Turk
Özel Medicana Bursa Hastanesi

Bu video ile derin infiltratif endometriozis tanıılı hastada retroperitoneal yaklaşım ile avasküler boşlukların açılıp pelvik anatomik yapıların tanımlanarak uyguladığımız total laparoskopik histerektomi cerrahi tekniğimizi sunmayı amaçladık.

Hastamız 47 yaşında kronik pelvik ağrı, yoğun ve ağrılı adet kanaması şikayeti ile polikliniğimize başvurdu. Medikal hikayesinde 2 sezaryen doğum ve bir laparotomik ektopik gebelik cerrahisi mevcut idi. Yapılan fizik muayene, ultrasonografik değerlendirme ve mr görüntülemeleri sonucunda sol adneksiyal alanda 10x6x4 cm ebatlarında endometrioma ile uyumlu görünüm ve uterus myomatozus hali saptandı. Total laparoskopik histerektomi ve bilateral salpingoofektomi planlandı.

Hasta genel anestezi altında litotomi pozisyonunda hazırlandı. Pelvik izlemde sol over kaynaklı sigmoid kolona adeze 10x6 cm ebatlarında endometrioma izlendi. Omentum; endometrioma ve uterusu adeze görünümde idi ve uterus anterior yüzü ile batin ön duvar arasında yaygın adezyonlar mevcut idi. Uterus multiple myomlu yapıda ve sağ over normal olarak izlendi. Omental adezyonlar ligasure yardımı ile giderildi. Sonrasında lateral yaklaşımla periton açılarak ureter, uterin arter ve oblitere umbilikal arter tanımlandı. Uterus ön yüzü ile batin ön duvarı arasındaki adezyonlar giderilerek benzer retroperitoneal yaklaşım ile sağ ureter ve uterin arter tanımlanarak uterin arterlerin ligasyonu tamamlandı. Pelvik anatomi restore edildikten sonra öncelikle endometrioma adezyonlar giderilerek serbestleştirildi ve eksizyonu tamamlandı. Piyes ve spanch eldiven içine alınarak diyafram altına bırakıldı. Takiben histerektomi ve bilateral salpingoofektomi tamamlandı. Vajinal cuff 1/0 vicryl ile intrakorporeal suture edildi. Hasta postoperatif birinci günde taburcu edildi, takiplerinde bir problem belirtilmedi. Pelvik avasküler boşlukları açılması, laparoskopik cerrahi tercih edilen özellikli vakalarda uygulanılabilecek önemli bir cerrahi tekniktir. Buradaki amaç ureter ve uterin arter gibi yapıların retroperitoneal alanda tanımlanarak cerrahi prosedürün minimal morbidite ile tamamlanmasını sağlamaktır.

Anahtar Kelimeler: avascular spaces, deep infiltrating endometriosis, total laparoscopic hysterectomy

**VS-045 [Histeroskopi]****Dev tip 0 ve tip 2 myomlu hastada histeroskopik myomektomi: olgu sunumu**

Evrin Ebru Kovalak, Nurşen Kurtoğlu Aksoy, Özlem Karabay Akgül, Neşe Hayırlıoğlu, Gamze Taşkıran, Hakan Güraslan

University of Health Sciences, Bağcılar Training and Research Hospital, Department of Obstetrics and Gynecology, İstanbul

44 yaşında, bir geçirilmiş sezaryen doğumu olan kadın hasta, uzamış ve düzensiz adet kanaması şikayeti ile hastanemiz jinekoloji polikliniğine başvurdu. Yapılan jinekolojik muayene ve transvajinal ultrasonografide, tüm kaviteyi dolduran 57x55 mm Tip 0 ve uterus posteriorunda 22*24 mm Tip 2 myom izlendi. Hastanın kan parametrelerinde anemi (Hb: 9.4 g/dL, Hct: 35.3, Plt: 395000/mL) dışında herhangi bir patoloji izlenmedi. Öncelikle hastaya ofis histeroskopi yapılarak myomların tipi doğrulandı. Sonrasında hastaya genel anestezi altında elektif şartlarda operatif histeroskopi planlandı. Operasyon 10 mm'lik bipolar rezektoskop (Karl Storz, Tuttlingen, Almanya) kullanılarak yapıldı. Dorsolitotomi pozisyonunda, spekulum yardımıyla serviks ve vajen povidon iyot solüsyonu ile temizlendi. Serviks saat 11 hizasından tek dişli ile tutuldu, 9 numaraya kadar hegar dilatatörler ile dilate edildi. Rezektoskop ile uterin kaviteye girildi. Tüm kaviteyi dolduran yaklaşık 6 cm'lik Tip 0 myom ve arka duvar kaynaklı yaklaşık 2.5 cm'lik Tip 2 myom bipolar loop elektrod kullanılarak rezeke edildi. Distansiyon sıvısı olarak normal salin kullanıldı. İşlem yaklaşık 50 dakika sürdü. Erken dönem komplikasyon izlenmedi. Çıkarılan tüm materyaller histopatolojik incelemeye gönderildi. Hasta postoperatif 1. günde, kan elektrolit kontrolleri de yapılarak sorunsuz şekilde taburcu edildi. Postoperatif patoloji sonucu myomatöz dokular ve sekretuar endometrium olarak rapor edildi. Sonuç olarak operatif histeroskopi, dev intrakaviter submuköz ve intramural komponenti de olan tip 2 myomlarda oldukça etkili bir yöntemdir.

Anahtar Kelimeler: Histeroskopi, myomektomi, submuköz myom

**VS-046 [Jinekolojik onkoloji]****Laparoscopic Ovarian Transposition**

Mustafa Şahin, Murat Öz

Ankara City Hospital Department of Gynecologic Oncology

19 YO Female

Diagnosis: Recurrent Rhabdomyosarcoma of Pelvic Floor

Plan: Bilateral ovarian transposition prior to EBRT

Keywords: Ovarian transposition, Fertility sparing, Radiotherapy



VS-047 [Ürojinekoloji]

Laparoskopik pektepeksi

Gizem Nur Çakmak, Süleyman Salman, Serkan Kumbasar, Fatma Ketenci Gencer
Gaziosmanpaşa Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, İstanbul

Pelvik organ prolapsusu, kadınlarda sık görülen ve çoğunlukla cerrahi tedavi gerektiren durumdur. Cerrahi tedavide minimal invaziv yöntemlerin yaygınlaşmasıyla birlikte robotik ve laparoskopik yöntemler ön plana çıkmıştır. Hastamız 56 yaşında, G3P3Y3, POPQ evre 3 uterin prolapsusu var, geçirilmiş abdominal cerrahisi yok. Uterusunun korunmasını istiyor. Halen L/S sakrokolpopeksi yönteminin uzun dönemde iyi anatomik ve fonksiyonel sonuçları nedeniyle en çok uygulanan yöntem olmasına rağmen L/S pektepeksi ile kıyaslandığında rektum ve üreter yaranama ihtimalinin daha yüksek olması, hastada sırt ağrısı yapabilme ve daha fazla komplikasyon riski taşıması cerrahi teknik olarak nispeten daha zor olması bizi sakrokolpopeksiden uzaklaştırdı. Hastamıza L/S pektepeksi planladık ve kendisine cerrahiye ayrıntılı olarak anlatıp onamılarını aldık. Operasyon sırasında batına laparoskopik olarak girildi. Mesane serviksten diseke edildi, broad ligamentin ön yaprağı ligamentum rotundumun önünden laterale doğru açıldı, ligamentum rotundum ile oblitere umbilikal arter arasından diseksiyon yapılarak eksternal iliak damarların medialinde ve altında yaklaşık 2 cm lik uzaklıkta olan iliopektineal ligamente ulaşıldı. Daha önceden hazırlanan meşin orta kısmı servikse prolen ile sütüre edildi. Meşin diğer uçları iliopektineal ligamente prolen ile sütüre edildi. Diseke edilen periton vikril sütür ile kapatıldı. Postoperatif komplikasyon izlenmeyen hasta 1 gün sonra taburcu edildi. Postoperatif 3. ayında kontrol edilen hastanın yapılan vaginal muayenede decensusu izlenmedi. Hastanın şikayeti yoktu.

Anahtar Kelimeler: Laparoskopi, İliopektineal Ligamentopeksi, Prolapsus

**VS-048 [Benign jinekolojik operasyonlar (dermoid, apse, endometrioma, ektopik gebelik, vb..)]****Sezaryen skarı yerleşimli gebeliğin laparoskopik yönetimi: olgu sunumu**Hakan Güraslan, Gamze Taşkiran

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

GİRİŞ: Sezaryen skar gebelik nadir rastlanan, eski sezaryen skarına gestasyonel kesenin yerleştiği bir ektopik gebelik türüdür. Prevelansı 1/ 1800 - 1/2500 aralığındadır, geçirilmiş sezaryen öyküsü bulunan kadınlarda görülen ektopik gebeliklerin %6.1'ini oluşturur. Artan sezaryen oranları ile beraber görülme sıklığı zaman içerisinde artış göstermiştir. Erken tanı ve tedavi sağlanmaması durumunda hayati risk oluşturabilecek masif kanamalara yol açabildiğinden önemli bir morbidite ve mortalite nedenidir. Çeşitli takip, medikal tedavi, cerrahi tedavi yöntemleri tanımlanmış olsa da bu yöntemlerin herhangi birinin diğerine üstünlüğü henüz tanımlanmamıştır. Ultrason yardımcı vakum küretaj, histeroskopi ve laparoskopik sezaryen skar gebeliğin minimal invaziv cerrahi yönetim çeşitlerindendir. Laparoskopik onarım operasyonu yüksek başarı oranları, hospitalizasyon süresinde kısalma, hızlı iyileşme, bHCG değerinin hızlı düşüşü, lokal kitle etkisinin hızlı ortadan kaldırılması ve hastanın fertilité şansının hızlıca normale dönmesi gibi avantajları bünyesinde barındırır.

OLGU: 31 yaş, G6 P2 NSD1CS1 RC3 öykülü, bilinen ek hastalık veya sezaryen, dilatasyon küretaj işlemleri harici geçirilmiş operasyonu bulunmayan, son adet tarihinde göre 6 gebelik haftasında olduğu hesaplanan, ultrasonda 6 hafta 1 günlük fetal kardiyak aktivite izlenen embriyo görünümü olan gebe hastaya yapılan transvajinal ultrasonda eski sezaryen skar hattında yerleşim gösteren gestasyonel kese izlendi. Endometriyal hat ile gestasyonel kese ayırımı ultrasonografik olarak izlenmekteydi. Skar hattında mesane arkası myometrial doku 2 mm kalınlıkta ölçüldü. Fertilité isteği bulunan, fetal kardiyak aktivite izlenen, bHCG seviyesi 11000 olarak saptanan hastaya mevcut tedavi seçenekleri, olası riskler ve sonuçlar anlatılarak laparoskopik skar gebelik operasyonu uygulandı. Kanama kontrolü amaçlı uterin arterlerin geçici oklüzyonu ile yapılan operasyonda skar yerleşimli gebelik ürününün çıkarılması sonrası skar restorasyonu ile operasyon tamamlandı. Takiplerinde klinik ve laboratuvar bulgularında patolojiye rastlanmayan hasta operasyon sonrası 24.saatinde taburcu edildi. 15 gün sonra kontrol muayenede bHCG değeri 107 olarak görüldü.

SONUÇ: Artan sezaryen oranları ile birlikte sezaryen skar gebeliği eskiye oranla daha sık rastlanan, gelecekte de daha sık rastlanacağı öngörülen bir ektopik gebelik çeşidi olarak klinisyenler için bilgi, tecrübe ve tedavi modalitelerine hakimiyet gerektiren patolojiler arasında yerini almıştır. Gelişen teknoloji ve operasyonel çeşitliliklerle bu ve benzeri durumların yönetimi için organ koruyucu birçok minimal invaziv yolla uygulanabilecek operasyon seçeneği bulunmaktadır. Hasta odaklı yaklaşımla karar verilmesi gereken, henüz çok merkezli ve örneklem sayılarının yeterli olduğu çalışmaların mevcut olmadığı sezaryen skar gebelikler için laparoskopik yaklaşım, efektif ve komplikasyon riski en az olan metotlardan biridir.

Anahtar Kelimeler: skar gebelik, ektopik gebelik, laparoskopik cerrahi



VS-049 [Ürojinekoloji]

Stress Üriner İnkontinans Hastalarında Laparoskopik Burch Prosedürünün Kullanımı: Prosedürün Temel Öğeleri

Emre Baran Danış, Sümeyye Gürbüz, Alev Atış Aydın, Hüseyin Kırıyak, Meriç Kabakçı
Sarıyer Hamidiye Etfal Eğitim Araştırma Hastanesi

Laparoskopi yıllar içinde benign jinekolojik ameliyatlarda laparotominin yerini almıştır. Kolposüspanسیون için de laparoskopik yaklaşım mümkündür. Stres üriner inkontinans (SUİ) %4-35 prevalansa sahiptir. SUİ, laparoskopik histerektomi geçiren hastaların yaklaşık %20 sine eşlik eder. Bu çalışmadaki amaç diğer jinekolojik endikasyonlarla laparoskopik cerrahi geçiren hastalarda laparoskopik burch prosedürü uygulanmasına teşvik etmek ve laparoskopik burch prosedürüne 6 basit adımla yaklaşım sunmaktır.

49 yaşında kadın hasta, üçüncü basamak kadın hastalıkları kliniğimize uterin fibroidlerine bağlı anormal uterin kanama ve stres üriner inkontinans şikayeti ile başvurdu. Hastaya laparoskopik histerektomi ve takibinde burch kolposüspanسیونu uygulandı.

Laparoskopik burch kolposüspanسیونdaki 6 basit adım videoda sunulmaktadır. 6 basit adım şu şekildedir; 1) peritoneal insizyon, 2) yağ doku disseke edilir, pubik kemik vizualize edilir, beyaz çizgi ve paraütöretal vajinaya ulaşılır, 3) ekstrakorporeal suture atılır, 4)mesane kontrol edilir, 5) peritoneal insizyon kapatılır. Laparoskopik burch kolposüspanسیون, laparoskopik histerektomi ile laparoskopik girişten uygulanabilir. Böylelikle, vajinal girişime gereklilik duyulmaz. Ayrıca bu ameliyat yöntemi mesh erezyonu gibi komplikasyonlara yol açabilecek mesh implantı olmaksızın tedavinin yapılabilmesini sağlamaktadır.

Anahtar Kelimeler: laparoskopi, burch kolposüspanسیون, stress üriner inkontinans

**VS-050 [Histerektomi]****Simplification of difficult Total Laparoscopic Hysterectomy for large uterus of 1800,0**

Nargiz Vaqif Naghiyeva¹, Arzu Khanlar Polukhova¹, Rakhshanda Mazahir Aliyeva², Islam Sharif Magalov²

¹Baku Health Center, Baki, Azerbaijan

²Sechenov First State Moscow Medical University Baku Branch (SFSMMUBB), Baki, Azerbaijan

Background: Total laparoscopic hysterectomy (TLH) has demonstrated to be feasible and safe in the presence of very large uteri. However, it is currently difficult to establish the upper uterine weight limit for successful performance of a laparoscopic hysterectomy.

Case presentation: Here we report the case of a TLH performed for a very large fibromatous uteri weighing 1800 g in a 54-year-old Caucasian woman. The surgery had no complications with an operating time of approximately 146 min. The patient was discharged from the hospital on postoperative day 3 in very good condition.

Conclusions: Our case demonstrates that uterine size is not a determinant for a final surgical decision to use open surgery. Therefore, if not contraindicated by the patient's comorbidities or peculiar anatomical conditions, we believe that laparoscopic hysterectomy could be performed in the presence of large uterus without weight limits.

Keywords: laparoscopy, hysterectomy, large uterus, difficult



VS-051 [Jinekolojik onkoloji]

Komplike bir endometrium kanser vakasında laparoskopik sentinel lenf nodu diseksiyonu ve mesane hasarı onarımı

Gözde Şahin¹, İbrahim Yalçın²

¹BAŞAKŞEHİR ÇAM VE SAKURA ŞEHİR HASTANESİ, JİNEKOLOJİK ONKOLOJİ CERRAHİ KLİNİĞİ

²ONDOKUZ MAYIS ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ, JİNEKOLOJİK ONKOLOJİ CERRAHİ ANA BİLİM DALI

Endometrium kanseri kadın genital yollarının en sık görülen kötü huylu tümörüdür. Endometrium kanseri belirgin semptomları nedeniyle erken evrede saptanır ancak %15 hasta grubunda nodal metastaz izlenebilir. Hastalarda morbiditenin azaltılması için sentinel lenf nodu diseksiyonu yaygın olarak kullanılmaktadır. Laparoskopik operasyonlarda mesane komplikasyon oranı %0.02-%8 arasında değişmektedir. Anatomi bütünlüğün olmadığı adezyonların olduğu vakalarda mesane ve diğer üriner sistem yaralanmaları artmaktadır. Bizim olgumuzda önceki operasyonlara sekonder yoğun adezyonlar nedeniyle komplike bir erken evre endometrium kanserinde ICG ile sentinel lenf nodu diseksiyonu ve mesane hasarı sonrası Laparoskopik mesane onarımı yaptığımız hastamızı sunmaktayız.

Anahtar Kelimeler: Endometrium kanseri, sentinel lenf nodu, mesane hasarı onarımı

**VS-052 [Jinekolojik onkoloji]****Histerektomili hastada vain 3 yönetiminde laparoskopik üst vajinektomi**Şahin Yüksek, Sevtap Seyfettinoglu, Sevda Baş, Mehmet Ali Narin

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

Vajinal intraepitelyal neoplazi (VaIN), alt genital sistemin nadir görülen bir hastalığıdır ve HPV enfeksiyonu ile güçlü bir şekilde ilişkilidir ve vajinal karsinomaya ilerleyebilir. Özellikle servikal intraepitelyal lezyon nedeni ile histerektomi yapılmış olgularda VAİN oluşumu açısından takip önemlidir. Bu olgularda tedavi yaklaşımları lokal eksizyon, CO2 lazer ablasyon, CO2 skinning kolpektomi ve laparoskopik üst vajinektomi içerir. Bu olgu sunumunda amacımız CIN3 tanısı ile histerektomi geçmiş olan ve laparoskopik üst vajinektomi uyguladığımız VAİN3 tanılı olguyu sunmaktır.

OLGU: 49 yaşında olguda 2018 yılında HPV 39 pozitifliği sonrası yapılan kolposkopik biyopsi CIN2 saptanmıştır. Yapılan konizasyon sonrası CIN 3 tespit edilen ve belirgin menometrorajisi de bulunan olguya 2018 yılında total laparoskopik histerektomi bilateral salpingooferektomi uygulandı. Kontrollerinde 2021 yılında vajen kaf hizasında süpheli alandan alınan biyopsi sonucu VAİN 3 tespit edilen olguya laparoskopik üst vajinektomi uygulanmıştır. Patoloji sonucu cerrahi sınır intakt saptanmış ve hasta takibe alınmıştır.

SONUÇ: Minimal invaziv cerrahi vajinal lezyonlarda da hastalarımızda sağladığı avantajlar ile tercih edilmesi gereken cerrahi yöntemdir. Literatürde laparoskopik yaklaşımın anatomik planları belirlemede üstünlüğüne dair olgu sunumları mevcuttur. Laparoskopik vajinektomi operasyonları klasik laparatomik yaklaşımlarla karşılaştırıldığında etkili ve güvenilir bir cerrahi alternatiftir.

Anahtar Kelimeler: VAİN, CIN3, laparoskopik vajinektomi, HPV



VS-053 [Histerektomi]

20 Haftalık cesametteki uterusun total laparoskopik histerektomi operasyonu

Nürsen Kurtoğlu Aksoy, Hakan Güraslan, Neşe Hayırlıoğlu, Evrim Ebru Kovalak, Özlem Karabay Akgül
Sağlık Bilimleri Üniversitesi Bağcılar Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Ana Bilim
Dalı, İstanbul

Daha önceki yayınlarda 12 hafta cesamet üzerindeki uteruslar büyük uterus olarak nitelendiriliyordu ve bu uterusların operasyonlarındaki zorluklar nedeniyle histerektomilerinde laparotomi uygun görülüyordu. Büyük uterusların laparoskopik histerektomilerinde bir çok cerrahi zorluk mevcuttur:

Sınırlı operatif alan, Cerrahi aletlerin kısıtlı hareketleri, Uterusun dışarı çıkarılma zorlukları, Uterus damarlarına erişim ve gözlem kısıtlılığı bu zorluklardan bazılarıdır.

Büyük uterus vakaları ayrıca daha yüksek komplikasyon ve morbidite oranı taşır. Operasyon süresinin uzunluğu, kanama; bağırsak, mesane, üreter hasarı riskleri ve uterusun çıkarılma zorlukları mevcuttur.

Ancak günümüzde laparoskopik cerrahi tekniklerin, aletlerin gelişmesi ile laparoskopik büyük uterus histerektomileri gittikçe daha güvenli ve etkili olmaktadır.

Total laparoskopik histerektomi yapılırken uterus vajinal yoldan veya morsele edilerek trokar yoluyla çıkarılabilir. Vajinal yoldan çıkarılırken segmental rezeksiyon, split half rezeksiyon veya piecemeal rezeksiyon gibi metodlar kullanılabilir. Morselasyon küçük bir insizyondan dokuların uzaklaştırılmasını sağlar. Ancak potansiyel riskler de taşımaktadır. Okült kanserli dokuların yayılmasına ve hastanın prognozunun kötüleşmesine neden olabilir.

OLGU: Video sunumu yapacağımız vaka 42 yaşında, sık idrara çıkma ve karın ağrısı şikayeti ile başvurdu. Partus 2 NSD, geçirilmiş operasyonu yok. Papsmear ve endometriyal örneklemede özellik yok. Yapılan jinekolojik muayenesinde uterus 20 haftalık cesamette, umblikusa kadar uzanıyor. Ultrason ve MRI görüntülemesinde uterus korpus anteriorunda intramural yerleşim gösterip subserozal ve submukozal uzanımı 153x113x130 mm myoma uteri ile uyumlu lezyon izlendi. Üriner sistem ultrasonu doğal. Hastaya total laparoskopik histerektomi yapılması planlandı. 3 saat süren operasyonda uterus intraabdominal olarak parçalara kesilerek vajinal yoldan çıkarılmaya uygun hale getirildi. Uterus vajinal yoldan çıkarıldı(video). Uterusun ağırlığı 975 gr olarak ölçüldü. Operasyon komplikasyonsuz tamamlandı. Operasyon öncesi hemoglobin: 13, post op hb: 12. Hasta postop 2. gününde iyi halde taburcu edildi.

SONUÇ: Laparoskopideki cerrahi tekniklerin gelişmesi, sık uygulama ve eğitimlerle tecrübenin ve bilginin artması, aletlerdeki gelişmeler ile büyük uteruslarda da total laparoskopik histerektomi uygulamaları artmaktadır.

Anahtar Kelimeler: laparoskopi, histerektomi, büyük uterus,

**VS-054 [Jinekolojik onkoloji]****Sentinel lymph node mapping in endometrial cancer**

Zeliha Firat Cuyan

Department of Gynecologic Oncology, Ankara City Hospital, Ankara, Turkey

56 Y

Complaint: Postmenopausal Bleeding

Endometrial biopsy: Endometrioid Endometrial Cancer Grade-1

Sonography: Uterus had normal size, endometrial thickness was 15mm. Adnexal structures were normal

Plan: Laparoscopic Sentinel Lymph Node Mapping and hysterectomy with BSO

Keywords: endometrial cancer, sentinel lymph node mapping, laparoscopy



VS-055 [Myomektomi]

Nadir Bir Olgu; Neovajinal Cuff üstünde Myom

Ibrahim Halil Durak, Kiper Aslan, Işıl Kasapoğlu, Gürkan Uncu
bursa, uludağ üniversitesi kadın hastalıkları ve doğum anabilimdalı

Giriş: Mayer-Rokitansky-Küster-Hauser (MRKH) Sendromu toplumda oldukça nadir (1/3500-5000) gözlenen bir konjenital müllerian anomalidir. Normal karyotipe sahip olan kadınlarda gözlenen bu sendrom Uterus ve vajina üst 2/3 kısmı yokluğu ile karakterizedir. Kadınlar sıklıkla adölesan dönemde primer Amenore ve ilerleyen yaşlarda Koital Disfonksiyon ile başvururlar. Tedavide cinsel fonksiyonların düzelmesi için öncelikle self-dilatasyon yöntemi önerilmekle birlikte, farklı cerrahi tedavi seçenekleri de mevcuttur. Laparoskopik Uncu modifikasyonu da bu seçeneklerden biridir. Bu yöntemde laparoskopik olarak diseke edilen pelvik periton kullanılarak neovajina oluşturulurken, bilateral uterin remnantlar orta hatta yaklaştırılarak cuff desteğini sağlamaktadır. Sunmuş olduğumuz bu olgu; MRKH nedeni ile laparoskopik Uncu Neovajinoplasti operasyonu geçiren ve postoperatif 7. Yılında disparoni şikayeti ile başvuran hastada tespit edilen myom ve laparoskopik tedavisini içermektedir.

Olgu: 34 yaşında daha öncesinde bilinen sistemik hastalığı olmayan ve 26 yaşında koital disfonksiyon nedeni ile yapılan tetkiklerinde MRKH sendromu olduğu saptanan hasta, 2014 yılında laparoskopik Uncu Neovajinoplasti cerrahisi geçirmiş ve postoperatif ilk yıl kontrollerinde herhangi komplikasyon gözlenmemiştir. Birinci yıl kontrolünde fizik muayenede vajina uzunluğu 8-9 cm olarak gözlenmiş ve yapılan FSFI (female sexual function index) anketinde 34 puanla cinsel açıdan yeterli puan almıştır. Hasta postoperatif 7. Yılında yeni başlangıçlı disparoni, postkoital lekelenme gibi şikayetler ile kliniğimize başvurmuş olup, yapılan fizik muayenesinde vajina kubbesinde ele gelen ağrılı sert kitle saptanmış ve yapılan görüntülemelerde 4 cm boyutunda vajina ile yakın komşuluk gösteren solid homojen kitle izlenmiştir. Kitle ön planda myom olarak düşünülüp hastaya laparoskopik myomektomi cerrahisi uygulanmıştır. Cerrahi basamaklar cerrahi videoda detaylı olarak gösterilmiş olup, hastanın postoperatif tüm şikayetleri gerilemiştir.

Sonuç: MRKH sendromu olgularında myom oldukça nadir gözlenen bir patolojidir. Literatürde MRKH olgularında, myom varlığı olgu sunumlarında nadiren raporlanmış olup toplam sayıları 100'den azdır. Myomun uterin remnant dokudan geliştiği düşünülmektedir. Yeni gelişen semptom varlığında akılda bulundurulmalıdır. Tedavisi laparoskopik etkin yöntemdir.

Anahtar Kelimeler: mullerian agenezi, laparoskopi, neovajina, myom, myomektomi



VS-056 [Myomektomi]

Seçilmiş bir olguda eldivenden yapılan endobag içinde morselasyon tekniği kullanımı ile yapılan laparoskopik myomektomi

Pınar Türk, Okan Özden

Medicana Bursa Hastanesi, Kadın Hastalıkları Doğum Bölümü, Bursa

Giriş: Myoma uteri, uterusun en sık görülen benign düz kas tümörü olup genel toplumda görülme sıklığı %20 -%25 iken yine infertil hastaların % 5-10'unda mevcuttur. İnertilitenin tek nedeni olarak myomun görüldüğü olgu sıklığı ise %1-2'dir. Özellikle submüköz ve intramural myomların tedavisi sonrası yardımcı üreme yöntemlerinin başarı oranının arttığı bilinmektedir.

Bu vakada 40 yaşında sekonder infertilite nedeni ile dışımerkezde yapılan ivf sikluslarında 2 donmuş embriyo-su bulunan, embriyo transferi öncesi myomektomi planlanan hastanın tedavisinin cerrahi yönetimini sunmayı amaçladık. G1A1 spontan düşük öyküsü olan hastanın geçirilmiş abdominal cerrahi ve komorbiditesi yoktu. Yapılan ultrasonografi ve MR görüntülemelerinde uterus posterior duvarı kaynaklı endometriumu hafif deplase eden en büyüğü 7 cm intramural ve sağ alt komşuluğunda 3 cm subseröz olmak üzere iki adet myomu izlendi. Minimal invaziv yaklaşımı ve postop iyileşme sürecindeki avantajları nedeni ile sıklıkla tercih edilen laparoskopik myomektomi cerrahilerinin en sık tartışılan aşaması eksize edilen myom nüvesinin batin dışına alınırken uygulanan morselasyon teknikleridir. Bu vakada standart myomektomi tekniğimize uygun olarak uyguladığımız laparoskopik myomektomi cerrahisi sonrası morselasyon aşamasında eldivenden elde ettiğimiz endobag içerisinde yapılan myom morselasyonunun tekniğini sunmayı amaçladık. Myomektomi için laparoskopik portegü aksına paralel insizyon yapılarak myom nüvesine ulaştık. standart tekniğimize uygun olarak ligasure ile myom nüvesini yatağından eksize ettik. Bu vakamızda V-loc suture kullanarak çok katlı sutureasyon uyguladık. Takiben 8,5 numaralı bir cerrahi eldivenin ilk ve son parmağını kamera ve morselatör portu için ayırarak diğer parmakları bağladık ve bir endobag elde ettik. Eksize edilen iki myom nüvesini mevcut bag içerisine koyarak her parmak uçlarını trokar alanlarından batin dışına ağızlaştırıp cerrahi enstürmanları içine uyguladık. Takiben co2 insuflasyonu ile elde ettiğimiz endobag içerisinde uygun görüntüyü elde ettik. batin içinden tamamen izole ettiğimiz myom nüvelerini bu torba içinde usule uygun morsele ettik. İşlem sonrası açık eldiven parmak uçları yine trokar alanlarında suture ile bağlandı böylece işlem sonrasında batin içi kontaminasyon önlenmiş oldu. Morselasyon için Storz power morselasyon cihazı kullandık.

Sonuç: Ultrasonografi ve MRI değerlendirmeye kriterleri yüksek risk oluşturmada yaş faktör ve myom dejenerasyon düzeyi gözetildiğinde sarkomatöz dejenerasyon riski ekarte edilemeyen myomları olan bir infertilite olgusunda embriyo transferi öncesi minimal invaziv teknikle myomektomi uygulanmıştır. Mevcut sarkomatöz dejenerasyon riskinin olası getirilerini en aza indirmek adına eldeki tekniklerle yapılan torba içinde morselasyon uygulanan myomektomi vakası sunulmuştur.

Tartışma: Myoma uteri cerrahi tedavi prosedürleri arasında laparoskopik teknikler halen önemli bir yer tutmaktadır. Morselasyon tekniklerinde hastanın karşılaçağı riskleri en aza indirerek söz konusu cerrahi prosedürden maksimum fayda sağlaması için yöntemler geliştirilmeye devam etmektedir. Bu açıdan daha çok randemize kontrollü çalışmalara ihtiyaç vardır.

Anahtar Kelimeler: laparoskopik myomektomi, myom morselasyon teknikleri, torba içi morselasyon

**VS-057 [Benign jinekolojik operasyonlar (dermoid, apse, endometrioma, ektopik gebelik, vb..)]****Laparoscopic Management for Complications of Cesarean Scar Pregnancy**Emine Dinçer, Elif Külahçı Aslan, Adnan Orhan, Gürkan Uncu

Bursa Uludağ University Faculty of Medicine, Dept. of Obstetrics and Gynecology

INTRODUCTION: Cesarean section rate is non-stop increasing worldwide. The increased CS rate results in numerous complications. One of the most severe complications is cesarean scar pregnancy (CSP). There are numerous treatment options for CSP. However, the most effective treatment approach is yet to be determined. In this report, we described laparoscopic management of uterine dehiscence due to cesarean scar pregnancy.

CASE: A 32-year-old woman with a previous two cesarean section was admitted to a private clinic for her first pregnancy control at eight weeks of gestation. After a missed abortus was diagnosed, the patient underwent dilatation curettage in general anesthesia. There was no pathologic finding in the postoperative ultrasound scan. However, after one-week of discharge, she re-admitted to the private clinic with vaginal bleeding and abdominal pain. There was a hematoma in the cesarean scar with an 8 cm diameter. The patient was referred to our clinic for surgical treatment. We decided to perform laparoscopic excision of the residual tissue & hematoma and repair the cesarean scar.

INTERVENTİON: After routine laparoscopic setup, the peritoneum was carefully dissected over the bulging site. After peritoneal dissection, the bladder was grasped, and the vesico-cervical space was dissected down to the cervico-vaginal junction. The cesarean scar region (isthmocele) was cleaned from decidual tissue & hematoma. Both upper and lower necrotic edges of the cesarean scar were cut and excised by laparoscopic scissors to avoid insufficient tissue healing. The curette was observed through the cervical canal after excision of necrotic tissue. The second part of the operation was the suture after visualizing the healthy cervical tissue. Firstly, the upper and lower parts of the incision were sutured with No:1 polyglactin sutures but not tied until the last suture. The whole myometrium layer was sutured to avoid isthmocele formation. Then all the sutures were knotted. After closure, the peritoneum was closed with No:2.0 polyglactin suture. The patient was discharged the next morning. A transvaginal ultrasound scan performed before discharge for any other isthmocele formation. There were no complaints such as abnormal bleeding, spotting, or pain at the postoperative first-month check-up.

CONCLUSION: We showed that laparoscopic management of complete uterine dehiscence due to CSP or late complication after curettage of CSP. There are different treatment modalities of CSP. The most efficient and also safe treatment modality is yet to be determined. We suggest laparoscopy as an optimal choice for specific patients, especially patients with uterine dehiscence.

Keywords: Laparoscopy, cesarean scar pregnancy, isthmocele, uterine dehiscence,



VS-058 [Benign jinekolojik operasyonlar (dermoid, apse, endometrioma, ektopik gebelik, vb..)]

Laparoskopik ekstraperitoneal paraaortik lenfadenektomi giriş ve landmarklar

Ahmet Baris Guzel, Mehmet Ali Vardar, Ümran Küçükgöz Güleç, Ghanim Khatib, Emine Gülen Küçükbingöz
Çukurova University

Bu video sunumunda laparoskopik ekstraperitoneal lenfadenektomide kullanılan giriş teknikleri ve landmarklar anlatılacaktır.

Anahtar Kelimeler: Ekstraperitoneal teknik, paraaortik lenfadenektomi, laparoskopi



VS-059 [Jinekolojik onkoloji]

Pet görüntüleme ve laparoskopik cerrahinin lokal ileri serviks kanserinin tedavi planlamasındaki yeri

Çağatayhan Öztürk, Faruk Öz, Salih Taşkın, Fırat Ortaç
Ankara Üniversitesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Ana Bilim Dalı, Ankara

Lokal ileri serviks kanseri (evre IB3-IVA) olan kadınlar, erken evre hastalığı olanlara (evre IA-IB2) göre daha yüksek nüks ve daha kötü sağkalım oranına sahiptir. Sadece ameliyattan sonra, nüks oranı en az yüzde 30'dur ve beş yıllık sağkalım oranları, evre IB hastalığı için yüzde 80'den evre III hastalık için yüzde 30'a kadar değişir. Her ne kadar tedavinin faydaları erken evrede ileri evreye kıyasla daha fazla olsa da lokal ileri serviks kanserinde primer kemoradyasyon tedavisi uygulanır. Serviks kanseri olan tüm kadınlara, evre ve tedaviyi etkileyen bir lenf nodu değerlendirmesi uygulanmalıdır. Primer kemoradyasyonun planlandığı lokal ileri hastalığı olan kadınlara yönelik, radyasyon alanlarını tasarlamak ve bilgi sağlamak için lenf nodu metastazlarına özellikle dikkat ederek, hastalığın yaygınlığını değerlendirme amacıyla tedaviden önce bir pozitron emisyon tomografisi PET/BT taraması önerilmektedir. PET sonucunda pelvik lenf nodları pozitif ve paraaortik lenf nodları negatif olan hastaların %12 ila 20'sinde paraaortik nodlarda metastaz olabilmektedir. Bu hastalara laparoskopik evreleme ile tanı konularak doğru adjuvan tedavi planlaması yapılabilir. Ek olarak, bulky lenf nodlarının eksizyonu tedavinin etkinliğini artırabilir.

Anahtar Kelimeler: Lokal, ileri, serviks, kanser, PET, laparoskopi



VS-060 [Jinekolojik onkoloji]

Retroperitoneal pelvik non-Hodgkin (Foliküler) lenfoma: Laparoskopik Bulky lenf nodu rezeksiyon tekniği

Batuhan Aslan, Bulut Varlı, Salih Taşkın

Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı

Giriş: Primer pelvik lenfoma nadir görülen bir tümördür. İzole bir adneksiyal veya pelvik kitle nadiren lenfoma şüphesini uyandırır. Over, endometrium, serviks kanserlerini veya sarkomları taklit edebilir. Yönetim tamamen değiştiği için tanı çok önemlidir.

Lenfoma, genellikle lenf düğümlerinden ve diğer lenfoid dokulardan kaynaklanır. Bununla birlikte, vakaların %10-35'i ektranodal bölgelerden kaynaklanır ve genellikle Non-Hodgkin(NHL) tiptedir. Nadiren kadın genital sistemi kaynaklı olarak karşımıza çıkar(<1%)(1). Pelviste retroperiton, over, uterus, serviks, vajen, vulva ve ileumdan kaynaklandığı bildirilmiştir(2).

Retroperitoneal NHL, tanısal bir zorluk teşkil eden bir pelvik kitle olarak ortaya çıkabilir. Çoğu hasta, yorgunluk, ateş, gece terlemesi ve kilo kaybı gibi lenfoma ile ilişkili “B-hücre” semptomlarından yoksundur. Yüksek CA-125 yaygın bir bulgudur ve ilerlemiş hastalık ve daha kötü prognoz ile ilişkilidir(1). NHL kemoterapiye iyi yanıt verir, cerrahi evreleme ve sitoreduksiyon endikasyonu yoktur. Adneksiyal kitle gibi görünen ve tanıda ikilem oluşturan nadir bir pelvik NHL olgusunu sunuyoruz. Yöntem: 42 yaşında gravida 2 parite 2, 1 yıldır postmenapozal kadın hasta, pelvik ağrı ile başvurdu. Hastanın kilo kaybı, ateş, gece terlemesi, yorgunluk, vajinal kanaması yoktu. Fizik muayenede sağ adnekte ele gelen 6×5 cm kitle saptandı. Transvajinal ultrasonografide, sağ overde komşuluğunda hipoekoik 5.5 × 6.2 × 3.2 cm'lik bir kitle gözlemlendi. Pelvik MR görüntülemesinde sağ pelvik yan duvarda, sağ over ve tuba ile yakın komşulukta hipervasküler solid lezyon izlendi. Preoperatif CA-125, 29.5 U/ml idi. Tanı laparoskopik eksizyon ve intraoperatif frozen inceleme(hemolenfoid) ile konuldu. Hastanın nihai patolojisi EBER negatif grade 3A foliküler lenfoma olarak tanımlandı. Hasta R-CHOP protokolü ile mevcut tedavisine devam etmektedir.

Bulgular: Uygun tanı, bu hastalığın çeşitli klinik sunumları ve laboratuvar bulguları göz önüne alındığında son derece zordur. İnsizyonel veya eksizyonel biyopsi yapıldıktan ve non-Hodgkin lenfoma doku tanısı doğrulandıktan sonra evreleme çalışması başlatılmalıdır(3).

Ayrıca, ameliyat öncesi tanısal görüntüleme ve ameliyat sırasında donmuş kesit her zaman kesin değildir. Deneyimlerimize göre, birkaç yumuşak doku veya vasküler yapıyı saran yaygın bir retroperitoneal yumuşak doku kitlesi muhtemelen bir lenfoma olabilir.

Sonuç: B-Hücreli semptomlarının yokluğunda, anormal vajinal kanama, pelvik ağrı, kitle ve CA-125 yüksekliği jinekolojik maligniteyi düşündürülebilir. Ayrıca tanıda NHL'da akla gelmelidir.

1. Kendrick IV JE, Straughn Jr JM. Two cases of non-Hodgkin's lymphoma presenting as primary gynecologic malignancies. Gynecologic oncology. 2005;98(3):490-2.
2. Vijayakumar S, Serur E, Bybordi B, Lakhi N. Primary gynecological non-Hodgkin's lymphoma: A differential diagnosis of a pelvic mass. Gynecologic oncology reports. 2016;18:29-31.
3. Chen R, Yu Z, Zhang H, Ding J, Chen B. Primary malignant lymphoma of the uterus and broad ligament: a case report and review of literature. OncoTargets and therapy. 2015;8:265.

Anahtar Kelimeler: Bulky lenf nodu direksiyonu, retroperiton, Non-Hodgkin lenfoma

**VS-061 [Derin infiltratif endometriozis]****derin infiltratif endometriozis cerrahisi**Selin Özaltın

selin özaltın

38 yaşında hasta ilişki sırasında ilişkiyi durdurmasına sebep olacak kadar ağrı ve ağrı kesicilere cevap vermeyen adet dönemi ağrısı şikayetleriyle başvurdu. Hasta adet dönemi dışında da zaman zaman batıcı tarzda kasık ağrısı şikayeti ve ayrıca ağrılı dışkılama ve kabızlık şikayetleri olduğunu da belirtti. Hastanın yapılan fizik muayenesinde vajinal tuşesi çok ağrılı idi. Vajinal tuşe ile posterior fornikste yaklaşık 1.5 cm lik palpabl nodul saptandı. Yapılan transvajinal ultrasonografide uterus normal boyutlarda ve görünümde idi, endometrial kalınlık 8 mm olarak ölçüldü. Tubal patoloji izlenmedi. Sol overde 2 cm lik basit görünümlü kist ve sağ overde 3 cm lik endometrioma saptandı. Hasta hastalığı ve tedavisi hakkında bilgilendirilerek cerrahi kararı verildi.

Anahtar Kelimeler: endometriozis, die, laparoskopi



VS-063 [Ürojinekoloji]

Prolapsus cerrahisinde laparoskopik sakrospinöz ligament-sakrouterin ligament fiksasyonu

Zehra Deniz Zor Aksakal, Ayşenur Yapar, Aysun Tavacı, Yakup Kumtepe
Atatürk Üniversitesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Ana Bilim Dalı, Erzurum

Giriş: Pelvik organ prolapsusu (POP), hastaların yaşam kalitesini önemli ölçüde bozan oldukça yaygın bir durumdur. POP cerrahisinde en çok kullanılan yöntemlerden biri de sakrospinöz ligament fiksasyonudur (SSLF). Vajinal SSLF en sık kullanılan yöntemdir. Ancak ligamenti açığa çıkarmak ve emniyetli alandan geçiş bazen zordur ve bu durum yöntemin başarısız olma nedenlerinden biridir. Günümüzde laparoskopik cerrahi deneyimin artması, laparoskopik SSLF cerrahisinin daha uygulanabilir olmasını sağlamıştır.

Literatürde laparoskopik SSLF cerrahisi çok nadir bildirilse de sakrospinöz ligamentin (SSL) sakrouterin ligament (SUL) ile birlikte fiksasyonu, bizim literatür araştırmalarımıza göre uygulanmış bir yöntem değildir. Biz de kliniğimizde şu ana kadar uyguladığımız ve prelinimer sonuçlarını yakında açıklayacağımız 11 SSL-SUL plikasyon ameliyatından bir tanesinin video sunusunu göstermek istedik. Bu yöntemle, SSLF operasyonuna SUL plikasyonunun da eklenmesiyle birlikte, fiksasyon sonrası oluşabilecek arka kompartman defektlerinin de azaltılması sağlanmış olacaktır. Ayrıca az kanama riski, az morbidite, hızlı iyileşme süreleri ile laparoskopik yaklaşımlar POP cerrahisinde her zaman tercih sebebi olmaya devam edecektir.

Olgu: 46 yaşında, iki vajinal doğumu olan, bilinen ek hastalığı ve operasyon öyküsü olmayan hasta kliniğimize rahim sarkması şikayeti ile başvurdu. Hastanın POP-Q muayenesinde C: +5 cm olduğu görüldü. Hasta operasyon için kliniğimize yatırıldı.

Yöntem: Hastaya genel anestezi ile indüksiyon altında sağ uterin serviks promontorium arası hayali çizgisinin ortasında SUL, ureter ve pelvik vasküler yapı lateralde kalacak şekilde periton insizyonu ile pelvik tabana ve sakrospinöz (SS) çıkıntıya ulaşıldı. Koksigeus kası ve SSL kompleksi açığa çıkarıldı. SS çıkıntının 2 cm medialinden ligamentin yaklaşık %50 sini kapsayacak şekilde non absorbabl suture geçildi. Suture daha sonra SUL den 1 cm aralıklarla, servikal SUL ve kardinal ligament kompleksinden geçilerek bütünlük sağlandı ve suture edildi. Ardından sağ ve sol SUL'un olabildiğince gevşek olduğunun izlenmesi üzerine, sağ ve sol SUL non absorbabl suture ile helikal tarzda boydan boya suture edilerek, kısaltıldı.

Bulgular: Cerrahi operasyonun toplam süresi 40 dakika kadar sürdü. Operasyon sırasında ve postoperatif takiplerinde herhangi bir komplikasyon olmadı. Operasyon sonrası ilk muayenesinde C: -5 cm olduğu görüldü. Hasta postop 20. saatinde taburcu edildi.

3 ay sonraki kontrolünde fizik muayenesinde C:-5 cm olarak bulundu ve hastanın operasyona dair herhangi bir şikayeti olmadığı görüldü. Hasta 12. Ayda tekrar kontrole çağırıldı.

Sonuç: Meş erozyonları ve yüksek meş maliyetleri, ameliyat süresi, kanama miktarı, hasta memnuniyeti gibi faktörler göz önüne alındığında laparoskopik SSLF ile birlikte SUL plikasyonu operasyonu; hasta için kendi dokuları kullanılarak, az maliyetli, pratik ve etkin bir operasyon seçeneği olabilir.

Anahtar Kelimeler: Sakrouterin ligament, Sakrospinöz ligament, Uterin prolapsus

**VS-064 [Derin infiltratif endometriozis]****Derin İnfiltratif Endometrioziste Siyatik Sinir Diseksiyonu**

Atahan Toyran, Hasan Onur Topçu

T.C. Sağlık Bakanlığı, Polatlı Duatepe Devlet Hastanesi

42 yaşında, derin infiltratif endometriozis nedeniyle dismenore, disparoni, ağrılı dışkılama, disüri ve sol bacak ağrısı olan hastaya sakrouterin nodül diseksiyonu, kolon rezeksiyonu ve sol siyatik sinir diseksiyonu operasyonu uygulandı. Siyatik sinir diseksiyonu sonucu herhangi bir endometriotik nodül saptanmadı. Postop 3. ayda hastanın ağrılarında %90-95 oranında azalma gerçekleşti.

Anahtar Kelimeler: derin infiltratif endometriozis, siyatik sinir diseksiyonu, laparoskopi

**VS-065 [Yeni teknik ve enstrümanlar]****Endoskopik cerrahide transvajinal ekstraksiyon teknikleri**

Faruk Öz, Çağatayhan Öztürk, Salih Taşkın

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

Minimal invaziv operasyonlarda cerrahi numune ekstraksiyonunun şekli son derece önemlidir. Laparoskopik cerrahinin çok sayıda avantajına rağmen cerrahi spesmenin karın dışında çıkarılması için yapılan abdominal insizyon, hastalar için bir morbidite faktörü olabilmektedir. Abdominal insizyondan kaçınmak için laparoskopik cerrahi sonrası transvajinal örnek ekstraksiyon işlemini içeren 3 video göstereceğiz.

Anahtar Kelimeler: transvaginal, laparoscopy, hysterectomy, colpotomy, endobag

**VS-066 [Jinekolojik onkoloji]****Lokal ileri serviks kanseri tanılı hastada bulky interaortikokaval ve renal ven altı bulky lenf nodlarının laparoskopik olarak eksizyonu**Selen Doğan, Can Dinç, Selin Er, Nasuh Utku Doğan

Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum AD

Lokal ileri serviks kanserli hastalarda klinik evrelemeye göre cerrahi (lenf nodu) evrelemesi kansere bağlı spesifik sağkalımı arttırmaktadır. Aynı zamanda hastalığın evresi % 33 upstage olmakta ve bu sonuçlara göre radyoterapi alanı da genişlemektedir. Bu vaka sunumunda PET-CT de bulky metastatik lenf nodları olan 57 yaşındaki lokal ileri evre serviks tanılı hastaya laparoskopik yolla bulky paraaortik lenf nodları eksizyonu uygulanmıştır. Toplam ameliyat süresi 190 dakika, total kan kaybı 15 cc idi. Post-operatif 2. günde hasta taburu edilerek, kemoradyoterapiye yönlendirildi.

Anahtar Kelimeler: lokal ileri serviks kanseri, metastatik lenf nodu, laparoskopik paraaortik lenfadenektomi



VS-067 [Jinekolojik onkoloji]

Endometriyum kanserinde laparoskopik para aortik lenf nodu diseksiyonu

Zeliha Firat Cuyulan, Özgün Ceylan, Murat Öz
Ankara City Hospital Department of Gynecologic Oncology

Hasta: E.Ç. 66y, G3P3Y3

Şikayet: PMK

Probe/C: Endometrioid karsinom grade 2

Plan: Laparoskopik histerektomi + BSO + Frozen

Frozen: Endometrioid karsinom Grade 2, Tümör çapı: 5 cm, MI>1/2, alt uterin segment tutulumu

Operasyon: TLH-BSO- Bilateral pelvik-para aortik LND

Parafin: Endometrioid karsinom, Grade 2, MI>1/2, servikal stromal invazyon (+), LVSI (+), LN negatif →Evre II

Adjuvan Tedavi: EBRT

Anahtar Kelimeler: Endometriyum kanseri, laparoskopi, lenf nodu diseksiyonu

**VS-068 [Benign jinekolojik operasyonlar (dermoid, apse, endometrioma, ektopik gebelik, vb..)]****Nadir Bir Olgı Sunumu: Sezaryen Sonrası Gelişen Uterokutanöz Fistülün Laparoskopik Yönetimi**

Aysun Tavacı¹, Tuğba Şahin Yılmaz¹, Esin Kara¹, Emsal Pınar Topdağ¹, Yakup Kumtepe¹, Hasan Yılmaz Akın²

¹Atatürk Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, ERZURUM

²Ardağan Devlet Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği, ARDAHAN

GLRİŞ: Fistül, iki epitel yüzeyi arasında iletişim kuran anormal bir yol olarak tanımlanır. Genital fistüllerin en yaygın türleri vezikovajinal ve uterovajinal fistüller olmakla birlikte uteroenterik ve transuterin fistüllerin gelişimi de bildirilmiştir. Ancak uterokutanöz fistül, sezaryen ve diğer pelvik operasyonları takiben ortaya çıkan oldukça nadir bir postoperatif komplikasyondur. Uterokutanöz fistülün etiyolojisi çoğunlukla iyatrojeniktir. Tek patognomonik semptom abdominal skar yoluyla olan akıntı ve menstrual kanamadır.

YÖNTEM: 34 yaşında, G4P3Y3A0 olan daha önce üç kez sezaryen ile doğum yapmış hasta dış merkezde 29/10/2021 tarihinde sezaryen olduktan sonra 13/12/2021 tarihinde aynı merkeze sezaryen sonrası karın alt bölgesinde akıntılı lezyon ve karın ağrısı nedeniyle başvuruyor. Hastanın ilk muayenesinde kesi yeri ile ilintisi olmayan batin ön duvarı infraumbilikal bölgede şüpheli fistüle görünüm ve loşi benzeri akıntı izlendi. Palpasyonla batında hassasiyeti mevcut idi. Yaklaşık iki haftadır antibiyoterapi uygulanan hastanın laboratuvar bulguları HGB: 12,1 gr/dl, WBC: 7970/μl ve CRP: 10 mg/l olarak saptandı. Steril şartlarda USG eşliğinde fistül traktundan kateter ilerletildi. Kateterin uterin kaviteye ulaştığı gözlemlendi (Video). Hastaya alt batin difüzyon MR çekildi. Alınan MR yorumu, “Uterus anterior duvarda, myometriumda vertikal uzunluğu 17 mm’ye varan defektif görünüm izlendi. Endometrial kaviteden cilt altı dokuya uzanım gösteren 62×39 mm ebatlarında cildarsal kontrastlanan loküle mayi mevcuttur.” şeklinde idi. Tüm bulgular dikkate alındığında hastada sezaryen sonrası uterokutanöz fistül gelişmiş olduğu, batin içinde ileri derecede adezyon olduğu ve fistül traktı içinde barsak anısı olabileceği düşünülerek hastaya laparoskopik yaklaşımın uygun olacağı düşünüldü. Öncelikle batin ön duvarındaki barsak segmenti dikkatlice diseke edildi. Batin ön duvarına yapışık olan sol tuba ve sol over serbestleştirildi. Batin ön duvarına yapışık olan barsak segmentinin serbestleştirilmesi esnasında meydana gelen barsak seroza defekti tamir edildi. Histerektomi ve bilateral salpenjektomiye geçildi. Ardından umblikusun yaklaşık 5 cm altından yapılan vertikal insizyon takip edilerek fistül traktı eksize edildi. Batına ve cilt altına birer adet dren konularak operasyona son verildi.

BULGULAR: Hastanın operasyon sonrası laboratuvar bulguları; HGB:10,4 gr/dl, WBC: 4590/μl ve CRP: 21 mg/l idi. Batin muayenesi normal olarak değerlendirildi. Post-op 5.günde drenler çekildi. 05/01/2022 tarihinde klinik durumu iyi ve laboratuvar bulguları normal olan hasta taburcu edildi.

SONUÇ: Uterokutanöz fistül sezaryen veya diğer herhangi bir pelvik cerrahiye takiben ortaya çıkan nadir bir klinik tablodur. Literatür kayıtlarına bakıldığında zaman günümüze kadar yapılmış az sayıda vaka bildirimi bulunmaktadır. Genel tedavi yaklaşımı histerektomi ve bilateral salpenjektomi yapılmasıdır. Biz de hastamıza uterusun fundusunu kaplayan abse nedeniyle laparoskopik olarak histerektomi+bilateral salpenjektomi ve fistül traktının serbestleştirilip çıkarılması ameliyatını uyguladık. Postoperatif sekizinci gününde şifa ile taburcu ettik.

Anahtar Kelimeler: Uterokutanöz fistül, Laparoskopi, Apsse

**VS-069 [Derin infiltratif endometriozis]****Robotic Surgical Treatment For Bilateral Ureteral Obstruction by Deep Infiltrating Endometriosis**Inci Öz, Volkan Tuğcu

Liv Hospital Vadi İstanbul Turkey

OBJECTIVE: The treatment of a patient who had bilateral ureteral obstruction and hydro ureteronephros by deep infiltrating endometriosis underwent robotic operation as a minimally invasive surgical option in the treatment of bilateral ureteral obstruction with a video presentation.

MATERIAL-METHODS: Robotic bilateral ureteroneocystostomies was performed and endometrioma was excised as a minimally invasive treatment method in operation to the patient who applied to Liv Vadi Hospital.

RESULTS: The treated patient was 34 years old. She had a history of pregnancy glp1ylc/s and had bilateral ureteral obstruction and hydro ureteronephros by deep infiltrating endometriosis robotic bilateral ureteroneocystostomies was performed and endometrioma was excised as a minimally invasive treatment method in operation. After operation pathology results confirm ureteral endometriosis infiltration.

CONCLUSION: Endometriosis has been estimated to effect approximately 10%–20% of reproductive-aged women. The incidence of urinary tract endometriosis is 1% to 12% with bladder lesion in 70%–85%, the ureter in 9%–23%, the kidney in 4%, and the urethra in 2% of patients. The average age range for ureteral endometriosis involvement is between the ages of 30 and 35 years, and mostly unilateral, affecting the distal-third segment of the ureter. Bilateral ureteral endometriosis has been described in 10%–42% of cases. It can coincide with a spectrum of diseases, such as endometriomas in 52%–68% of cases, rectovaginal lesions in up to 56%, uterosacral ligament disease in up to 50%, and bowel involvement in up to 39%. Bilateral ureteral obstruction and hydro ureteronephros by deep infiltrating endometriosis very rare in the literature. Robotic treatments have higher success rates than open surgery treatments or laparoscopic approaches. Endometriosis operation can be performed by open surgery, laparoscopic or robotic surgery method. Open surgery is invasive for the patient, laparoscopic approaches are commonly seen as more invasive in cases with adhesions, due to limited mobility and long suture times. Minimally invasive Robotic surgery can be recommended as the first choice in suitable patients, due to the short duration of the robotic endometriosis operation, superior vision and high surgical motion capacity, long-term studies with a high number of cases will be guiding.

Keywords: deep endometriosis,robotic,bilateral ureteral obstruction,

**VS-070 [Benign jinekolojik operasyonlar (dermoid, apse, endometrioma, ektopik gebelik, vb..)]****Laparoskopik sakrokolpopeksi operasyonu**

Gamze Nur Cimilli Şenocak, Zehra Deniz Zor Aksakal
Atatürk Üniversitesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği, Erzurum

GİRİŞ: Pek çok randomize çalışma sakrokolpopeksi operasyonunun diğer prolapsus cerrahisi yöntemlerine göre daha düşük nüks oranları sunduğunu ve üstünlüğünü gösterdiğinden; sakrokolpopeksi prolapsus cerrahisinde hala yerini korumaktadır. Özellikle laparoskopik yolla uygulandığında çok daha konforlu ve postoperatif bakım sürecinde hasta için çok daha avantajlı hale geldiği görülmektedir.

OLGU: 10 yıl önce histerektomi operasyonu öyküsü olan 55 yaşındaki hasta, uzun süredir vajen kafında sarkma olması nedeniyle kliniğimize başvurdu. Bilinen diyabet ve hipertansiyon hastalığı olan, oral antidiyabetik tedavi kullanan hastanın 3 vajinal doğum ve 1 sezaryan öyküsü mevcuttu. Hastanın muayenesinde prolapsus derecesi POP-Q evrelemesine göre C:+7cm Aa:0cm Ba:0cm olarak değerlendirildi.

YÖNTEM: Laparoskopik girişler yapıldı. Mesane peritonu, vajen kafından mesane tabanına ulaşmaya kadar diseke edildi. Kafın posterior kısmından rektovajinal boşluğa girilerek rektum iyice düşürüldü. Ardından retroperitona girilerek S2 vertebra düzeyinde anterior longitudinal ligament ortaya çıkarıldı. Dynamesh onarım yapılacak bölgenin anatomisi ve boyutları gözetilerek Y mesh haline getirildi. Y meshin her bir kolu önce puboservikal fascia ve anterior vajen kafına, sonra arka kolu rektovajinal fascia ve posterior vajen kafına ethibond sütürlerle suture edildi. Gövdesi S2 vertebra anterior longitudinal ligamente ethibond sütürlerle gergisiz asıldı. Periton kapatılarak komplikasyonsuz şekilde operasyona son verildi.

BULGULAR: Operasyonun toplam cerrahi süresi 45 dakika kadar sürdü. Operasyon sonrası vajen kafı POP-Q evrelemesine göre C:-6 cm Aa:-2cm Ba:-2cm olarak belirlendi. Postoperatif dönemde hiçbir komplikasyon gelişmeyen hasta, operasyon sonrası 1. günde taburcu edildi.

SONUÇ: Laparoskopik sakrokolpopeksi operasyonu cerrahi işlem süresi kısa, hasta için konforlu ve hastanede kalış süresi kısa bir işlem olmanın yanı sıra; hala en temel prolapsus cerrahisi olma özelliğini sürdürmektedir. Özellikle tecrübeli kişilerce yapılan laparoskopik sakrokolpopeksi operasyonları oldukça etkili olmanın yanı sıra, çok düşük nüks oranları ve yüksek hasta memnuniyeti sayesinde sıkça tercih edilmekte ve güncel bir ameliyat olma özelliğini korumaktadır.

Anahtar Kelimeler: Laparoskopi, Sakrokolpopeksi, Uterin prolapsus

**VS-071 [Jinekolojik onkoloji]****Pinpoint eşliğinde sentinel lenf nodu biyopsisi**

Mehmet Faruk Köse, Mustafa Deveci, Edis Kahraman

Department of Obstetrics and Gynecology, Acibadem University Atakent Hospital, Istanbul, Turkey

Sentinel pelvik lenf nodu, erken evre endometrium kanserlerinde sıklıkla uygulanan bir cerrahi yöntemdir. Sentinel lenf nodu, muhtemel tümörün drene olduğu ilk lenf nodu olup, pozitifliği bize hastalığın evresi ve prognozu konusunda fikir vermekte ve tedavi şemamızı belirlememize destek olmaktadır. Kliniğimizde, operasyona başlarken serviks saat 3 ve 9 hizasından, önceden hazırladığımız ICG (indocyanine green) solusyonunu serviks yüzeyinin 1 cm ve 5mm derinine 0,5cc olmak üzere enjekte edilerek uygulanmaktadır. Operasyon başlangıcında histerektomi öncesi pelvik periton açılıp paravesikal alanlar oluşturulmakta ve sentinel lenf nodu tespit edilmektedir. Tamamen intakt, parçalamadan ve bütün olarak diseke edilen lenf nodumuz, anatomik (inguinal, obturator, internal iliak vs) lokasyonu da belirtilerek patolojiye gönderilmektedir. Video sunumumuzda, erken evre endometrium kanseri tespit edilen hastamızda Pinpoint kullanılarak sentinel lenf nodu diseksiyonunu göstermeyi amaçladık.

Anahtar Kelimeler: Sentinel Lenf Nodu, Endometrium, Pinpoint



VS-072 [Benign jinekolojik operasyonlar (dermoid, apse, endometrioma, ektopik gebelik, vb..)]

Laparoscopic Repair of Cesarean Scar Defect “Isthmocele” a rare approach: uterin artery clamping

Cem Dagdelen¹, Ilyas Turan², Volkan Öztürk², Evrim Erdemoğlu²

¹Sandıklı Devlet Hastanesi, Kadın Hastalık ve Doğum, Afyonkarahisar

²Süleyman Demirel Üniversitesi, Jinekolojik Onkoloji Bilim Dalı, Isparta

Introduction: Cesarean birth rate has been increasing worldwide in recent years. Along with the increased cesarean delivery rate, short-term and long-term complications of cesarean delivery are also more common. One of the long-term complications of cesarean section is scar cesarean scar defect (CSD) after cesarean section, which affect the patient's comfort in life and the desire for fertility. These defects are defined as uterine niche, isthmocele, utero-peritoneal fistula. High body mass index, gestational diabetes mellitus, and history of previous cesarean section may be considered as independent risk factors for developing of CSD, and the incidence of CSD increases after cesarean section due to prolonged act of birth. Fortunately, in most cases CSDs are asymptomatic, but when symptomatic, they can lower the quality of life and cause a secondary infertility. The main reasons for consulting a doctor in women with cesarean scar defects are intermenstrual bleeding, dysmenorrhea, pelvic pain, dyspareunia, and infertility. TVUS has been recognised as an accurate method for detecting CSD. Various surgical techniques are used to treat CSD, including laparoscopic excision, hysteroscopic excision, and vaginal approach.

Method and Finding: A 32-year-old female patient, pregnancy 2, parity 2, underwent a cesarean section 1 year ago, complaints of intermenstrual bleeding that started in the 6th month after cesarean delivery. During the gynecological examination of the patient, carried out in the first year after the cesarean section, in the uterus isthmus with TVUS/ hysterosalpingography(HSG), a cystic mass of about 2x3 cm was found, compatible with a possible CSD. The patient was provided with detailed information about the CSD and treatment options. As a result, the decision was made to treat the CSD by laparoscopic access.

After dissection of the bilateral retroperitoneum(uterin artery, ureter), bladder During observation of the abdomen in laparoscopy, a 2x3 cm visceral subperitoneal CSD was observed in the uterine isthmus which appeared due to a CSD. Before the CSD was removed, bilateral uterine arteries were clamped to minimize bleeding.

Later, an accumulation of fibrotic tissue was removed along with the CSD.

The remaining uterine defect was repaired with 1 vicryl.

Conclusion: During the follow-up examination with TVUS/HSG 3 months after the operation, it was noted that the patient's pre-operative complaints and findings were normalised.

Keywords: Isthmocele, Laparoscopy, rare approach, uterin artery clamping

**VS-073 [Benign jinekolojik operasyonlar (dermoid, apse, endometrioma, ektopik gebelik, vb..)]****Laparoskopik İstmosel Onarımı**

Mehmet Fatih Kaya, Hasan Onur Topçu
Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Ankara Şehir Hastanesi

38 yaşında, geçirilmiş 2 sezaryen operasyonu olan hastanın son ameliyatından 1 yıl sonra başlayan, menstruasyon sonrası kötü kokulu lekelenme tarzı kanama şikayeti olması üzerine yapılan muayenesinde transvajinal ultrasonografi aracılığı ile rezidüel myometrial kalınlığı 3 mm'nin altında olan istmosel kesesi görülmüş olup laparoskopik yolla istmosel onarımı gerçekleştirilmiştir. Hastanın operasyon sonrası üçüncü ay kontrollerinde menstruasyon sonrası lekelenme tarzı kanama şikayeti gerilemiştir.

Anahtar Kelimeler: istmosel, laparoskopi, onarım



VS-074 [Myomektomi]

Rekürren İntravasküler Leiomyomatozis

Taha Takmaz, Gürkan Kıran, Ümmügülüm Koç

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

GİRİŞ: İntravasküler leiomyomatozis (IVL), damarlar içinde büyüyen düz kas hücrelerinin nodüler kitleleri ile karakterize benign bir uterin neoplazmdır. Nadir görülmektedir, literatürde rapor edilen 300 civarında olgu bulunmaktadır. Kesin tanısı histopatolojik olarak konmaktadır. Bu video sunumda daha önce sıradışı büyüme paterni gösteren diffüz leiomyomatozis nedeniyle opere olan olgunun rekürrens sonrası cerrahi yönetimi sunulmaktadır.

VAKA: 33 yaşında G2P2 hastaya 2019 yılında pelvik kitle nedeniyle total abdominal histerektomi ve sol salpingooforektomi yapılmıştır. Operasyon sırasında vasküler yapılardan aberan lipoid yapıların prolabe olduğu gözlenmiştir. Patoloji sıradışı büyüme paterni gösteren diffüz leiomyomatozis ve intravasküler leiomyomatozis olarak yorumlanmıştır. Aralık 2021’de karında şişlik şikayetliyle başvuran hastanın manyetik rezonans görüntülemesinde (MRI) sağ pelvik yan lateral duvar komşuluğunda, obturator forameninden uyluk proksimal kesimine doğru uzanım gösteren, homojen kontrastlanan düzgün sınırlı solid kitle izlenmiştir. kitlenin pelvik komponenti 76x37x61 mm, uyluk proksimal kesimdeki komponenti 74x31x60 mm boyutlarında ölçülmüştür. Hastaya sağ pelvik leiomyomatozis çıkarılması ve sağ ooforektomi planlanmıştır.

OPERASYON: Genel anestezi altında litotomi pozisyonunda hasta hazırlanarak Palmar noktasından veress iğnesi ile insüflasyon sağlandıktan sonra 10 mm trokar ile batına girildi, sonrasında direk gözlem altında umblikustan 1 adet 10mm, batın alt kadrantlardan toplam üç adet 5 mm trokar daha yerleştirildi. Gözlemden sağ pelvik yan peritonda mesane ile eksternal iliak ven arasından başlayarak obturator fossaya ve daha derinde pelvik tabana doğru uzanan yaklaşık 8x10 cm çapında solid kitle mevcuttu. Sağ over normal boyutlardaydı. Sağ infundibulopelvik (IP) ligamenda vasküler yapılar dilate görünümündeydi. Sağda distal üreter seviyesinde pelvik yan peritona komşu multilobüle 2x3 cm ayrı bir solid yapı mevcuttu. Sağ pelvik yan periton açılarak retroperitoneal alana girildi. eksternal iliak ven, obturator sinir, oblitere umbilikal arter ve sağ üreter ortaya çıkarıldı. küt disseksiyonla kitle çevre yapılardan disseke edildi. multilobüle kitlenin femoral kanala uzanan kısmı dışında kitle serbestleştirildikten sonra 10 luk endobag içerisine alındı. Distaldeki 1 cm’lik odak ayrıca serbestleştirildi ve endobag içerisine alındı. Sağ IP ligament mühürlenerek kesildi ve sağ adneksiyal yapılar endobag içerisine alındı. Sağ üreter lateral parametrium seviyesine kadar serbestleştirildikten sonra pelvik peritonu komşu kitle çevre yapılardan disseke edilerek serbestleştirildi, derin uterin venle beraber çıkarılarak endobag içerisine alındı. Posterior fornixse yapılan transvers insizyon ile endobag batın dışarısına alındı. Douglassa dren yerleştirilerek operasyona son verildi.

Anahtar Kelimeler: retroperitoneal leiomyomatozis, intravasküler leiomyomatozis, leiomyom, rekürrens

**VS-075 [Robotik cerrahi]****Let's Dock The Robot Vaginally!**

Tuğba Akçaoğlu, Adeviye Elçi Atılgan, Zeynep Aybikem Sağlam, Izel Gürlek

Department of Obstetrics & Gynecology, Istanbul Medipol University, Istanbul, Turkey

Hysterectomy is the most common gynecologic surgery performed in the world, with over 600 000 surgeries carried out annually.

For benign indications, vaginal hysterectomy has been recommended by the American College of Obstetricians and Gynecologists as the preferred approach, when feasible, because of its proven advantages, including low complication rates, short surgical time, fast recovery, reduced postoperative pain, and low costs. Despite most hysterectomies are still performed abdominally.

Robotic technology possesses several potential benefits over the existing methods, such as offering three-dimensional visualization, elimination of the surgeon's hand tremor, instruments' greater range of motion, precision, scaling, enhanced stability of the operative image and instrumentation, and better ergonomics.

In this video, we aimed to present step by step Robotic vNOTES Hysterectomy.

We think that most of hysterectomy can be performed vaginally with robot. However, surgeon should pay attention to the exclusion criterias.

Keywords: hysterectomy, robotic, surgery

**VS-076 [Benign jinekolojik operasyonlar (dermoid, apse, endometrioma, ektopik gebelik, vb..)]****Laparoscopic treatment of cesarean scar pregnancy, a case report**Utku Akgor, Hicran San

Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum ABD, Jinekolojik Onkoloji Cerrahisi

Cesarean scar pregnancy is a rare form of ectopic pregnancy, laparoscopic approach can be preferred to manage this type of pregnancy. We present a case of a 37-year-old with the finding of a live 8-week pregnancy in the cesarean section scar, and laparoscopic bilateral uterine artery ligation and after removal of the gestational products was performed.

Keywords: Cesarean Scar Pregnancy, Ectopic Pregnancy, Laparoscopy

**VS-077 [Benign jinekolojik operasyonlar (dermoid, apse, endometrioma, ektopik gebelik, vb..)]****Transvajinal Yaklaşım ile İstmosel Onarımı**

Songül Alemdaroğlu¹, Şirin Aydın², Gülşen Doğan Durdağ³, Hüsnü Çelik⁴

¹Songül Alemdaroğlu

²Şirin Aydın

³Gülşen Doğan Durdağ

⁴Hüsnü Çelik

AMAÇ: İstmoselin vajinal yaklaşım ile tamiri için tekniğimizi tanımlamak

GEREÇ-YÖNTEM: 27 yaşında daha önce 2 kez sezeryan olan hastaya dış merkezde ivf planlanmıştı. Hastanın öyküsünde anormak uterin kanama şikayetlerinin olması ve embriyo transferi öncesi intrakaviter sıvı tespit edilmesi üzerine yapılan tetkiklerde istmosel tespit edilmiş ve istmosel onarımı yapılmak merkezimize refere edilmişti. Hastaya genel anestezi altında transvajinal yaklaşım ile istmosel onarımı planlandı.

BULGULAR: Preoperatif değerlendirmede transvajinal ultrasonografide tam kat myometrial defekt tespit edildi. Transvajinal yaklaşım ile istmosel onarımı yapılan hastanın 1. ay poliklinik kontrolünde transvajinal ultrasonografide istmosel izlenmedi.

TARTIŞMA: Sezeryan oranları tüm dünyada giderek artmaktadır(1). Sezaryenin en yaygın jinekolojik sekellerinden biri, istmosel veya uterin niş olarak da bilinen myometrial defektir(2). İstmoselin en sık izlenen semptomu anormal uterin kanamadır. Diğer semptomlar arasında dismenore, kronik pelvik ağrı, dispareni ve subfertilite/infertilite yer alır. İstmoselin infertiliteye katkısı üzerine veriler kısıtlıdır. Spermin kapasitasyonu sırasında sperm rezervuarı olarak istmoselin infertiliteye katkıda bulunabileceği ayrıca ovulasyon induksiyonu sırasında intrakaviter biriken sıvının implantasyonu olumsuz etkileyebileceği bildirilmiştir(3). Semptomatik istmosel, klinik bulgulara ve cerrahın tercihinine bağlı olarak histeroskopik, laparoskopik veya vajinal yaklaşımla cerrahi olarak tedavi edilebilir(4).

SONUÇ: Transvajinal yaklaşım, uterus defektini onarmak ve miyometriumun orijinal kalınlığını eski haline getirmek için kolaylıkla uygulanabilir, etkili ve güvenli bir yöntem gibi görünmektedir. Minimal invaziv, skarsız ve düşük maliyetli bir işlemdir.

Anahtar Kelimeler: İstmosel, infertilite, transvajinal onarım



VS-078 [Ürojinekoloji]

Olgu Sunumu: Üriner Stres İnkontinansı ile Birlikte Sağ Lateral Vajinal Defekt ve Apikal Prolapsusu**Olan Hastaya Laparoskopik Burch, Sakrouterin Plikasyon ve Sağ Paravajinal Defekt Onarımı Yapılması**

Aysun Tavacı, Tuğba Şahin Yılmaz, Gülşah Kacıroğlu, Yakup Kumtepe

1Atatürk Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, ERZURUM

GİRİŞ: Stres üriner inkontinans en sık rastlanan inkontinans tipidir. Abdominal basıncın mesaneye anormal şekilde iletilmesiyle meydana gelir. Karın içi basıncı normalde idrar kaçırma engelleyecek şekilde proksimal üretra ve mesaneye eşit olarak iletilir. Anterior prolapsus varlığında anatomik yapılarındaki ve destek dokudaki değişiklikler eşit olmayan bir basınç-iletim oranına yol açıp mesaneye üretradan daha fazla basınç iletilmesine neden olur ve bu durumda anatomik stres inkontinans meydana gelir. Üriner inkontinansı olan hastalara çeşitli cerrahi yaklaşımlar yapılmaktadır. Son zamanlarda laparoskopik Burch operasyonu öne çıkmaya başlamıştır. Stres inkontinansı olup cerrahi müdahale gereken hastalarda inkontinansa ek olarak pelvik organ relaksasyonları sıklıkla eşlik etmektedir. Bu sunudaki amaç, pelvik organ prolapsusuna eşlik eden stres inkontinans olgusuna natürel dokular kullanılarak yaptığımız laparoskopik yaklaşımımızı ve sonucunu paylaşmaktır.

YÖNTEM: Bilateral sakrouterin ligamentin 2/3 distal kısmı helikal tarzda süturla geçilerek kısaltıldı. Mesane kubbesi tespit edildi. Simfizis pubisin yaklaşık 2 cm üzerinden peritoneal insizyon yapıldı. İnsizyon bilateral medial umbilikal ligamente kadar uzatıldı. Bilateral ileopektineal ligament açığa çıkarıldı. Bilateral obturator bundle gözlemlendi. Mesane boynu ve üretra açığa çıkarıldı. Puboservikal fasya ve ATRP gözlemlendi. Önce sol tarafa nondominant el vajende kalacak şekilde mid üretraya ve mesane boynuna yakın, üretranın yaklaşık 1,5 cm lateralinden vajinal mukozayı içine almayacak şekilde 2 adet sütür geçildi. Süturlar simfizis pubisin 3-4 cm lateraline denk gelecek şekilde pektineal ligamente asıldı. Aynı işlem 1,5-2 cm boşluk kuralı dikkate alınarak sağ tarafa da yapıldı. Sağ paravajinal defekt tamir edildi. Periton kapatıldı. Sistoskopi ile mesane mukozası ve bilateral ureterler kontrol edildi (video).

BULGULAR: Operasyon öncesi vajinal muayenede sağ tarafa 2. derece lateral vajinal defekt ve 3. derece apikal uterin prolapsus (C: +4 cm) izlendi. Laparoskopik bakıda uterus, bilateral overler ve tubalar normal olarak izlendi. Bilateral sakrouterin ligamentlerin normalden gevşek olduğu izlendi. Operasyon bitiminde yapılan sistoskopiye ureter orifisleri ve mesane mukozası normal olarak değerlendirildi.

SONUÇ: Elli dokuz yaşında dört vajinal doğum öyküsü olan hastanın, idrar kaçırma ve rahminin dışarı sarkması şikâyetleri mevcut idi. Hastaya laparoskopik Burch operasyonu ile eş zamanlı sakrouterin plikasyon ve sağ paravajinal defekt onarımı yapıldı. Hasta postop 24. saatte kontinant ve C noktası -5 cm olarak taburcu edildi.

Anahtar Kelimeler: Burch, Laparoskopi, Stres inkontinans, Paravajinal defekt, Sakrouterin ligament plikasyonu



VS-079 [Jinekolojik onkoloji]

Laparoskopik myomektomi; morselasyon tüm vakalar için uygun mu?Çağatayhan Öztürk¹, Batuhan Aslan¹, Didem Kuru Öz², Salih Taşkın¹¹Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı²Ankara Üniversitesi tıp Fakültesi Radyoloji Anabilim Dalı

Leiomyomlar için histerektomi veya myomektomi geçiren hastalarda yapılan çalışmalarda ve sistematik incelemelerde sarkom prevalansı yaklaşık yüzde 0,20'dir (500'de 1) ve prevalans tahminleri 0,05 (2000'de 1) arasında değişmektedir (1,2). Endoskopik cerrahide ekstraksiyon tekniklerinde biri de morselasyondur. Fakat morselasyonun bazı riskleri mevcuttur. Bunlardan en önemlisi doku yayılımıdır. Malignite şüphesi varlığında morsele uterusun sarkom hücrelerinin dökülmesine ve yayılmasına neden olabilir, bu da ileri bir evreye ve potansiyel olarak kötüleşen prognoza neden olabilir. Bu, elektromekanik morselatörler için özellikle önemlidir, çünkü cihazların kullanımı çoklu doku parçalarına neden olur ve cihazın dönme kuvveti parçaları periton boşluğuna dağıtabilir (3). Morselasyon uygulanan hastalarda karın içi nüks oranı diğer hastalara göre anlamlı derecede yüksek iken, morselasyon uygulanmayan hastalarda ekstraabdominal nüks oranı daha yüksek olma eğilimi göstermektedir(4). Uterus sarkomuna ek olarak, malignite potansiyeli belirsiz (STUMP) uterus düz kas tümörlerinin morselasyonu ve sıradan leiomyoma implantlarının yaygın büyümesi hakkında endişeler de vardır (5,6). STUMP'lu, morselasyon uygulanan ve ardından cerrahi olarak yeniden eksplorasyon yapılan hastalarla ilgili diğer birkaç çalışma, çoğu hastanın düz kas peritoneal implantları olduğunu bildirmektedir (7). Görüntüleme yöntemleri LMS ile myom arasında ayırım yapamamaktadır(8). Laparoskopik myomektomide perimenopozal dönemde mümkünse histerektomi yapılması önerilir. Hasta histerektomiye reddediyorsa lezyonun intact olarak çıkarılması veya morsele edilecek ise torba içerisinde morselasyon tercih edilmelidir.

1. Takamizawa S, Minakami H, Usui R, et al. Risk of complications and uterine malignancies in women undergoing hysterectomy for presumed benign leiomyomas. *Gynecol Obstet Invest* 1999; 48:193.
2. Leibsohn S, d'Ablaing G, Mishell DR Jr, Schlaerth JB. Leiomyosarcoma in a series of hysterectomies performed for presumed uterine leiomyomas. *Am J Obstet Gynecol* 1990; 162:968.
3. Hagemann IS, Hagemann AR, LiVolsi VA, et al. Risk of occult malignancy in morcellated hysterectomy: a case series. *Int J Gynecol Pathol* 2011; 30:476.
4. Bogani G, Cliby WA, Aletti GD. Impact of morcellation on survival outcomes of patients with unexpected uterine leiomyosarcoma: a systematic review and meta-analysis. *Gynecol Oncol* 2015; 137:167.
5. Milad MP, Milad EA. Laparoscopic morcellator-related complications. *J Minim Invasive Gynecol* 2014; 21:486.
6. Lu B, Xu J, Pan Z. Iatrogenic parasitic leiomyoma and leiomyomatosis peritonealis disseminata following uterine morcellation. *J Obstet Gynaecol Res* 2016; 42:990.
7. Mowers EL, Skinner B, McLean K, Reynolds RK. Effects of morcellation of uterine smooth muscle tumor of uncertain malignant potential and endometrial stromal sarcoma: case series and recommendations for clinical practice. *J Minim Invasive Gynecol* 2015; 22:601.
8. Amant F, Coosemans A, Debiec-Rychter M, et al. Clinical management of uterine sarcomas. *Lancet Oncol* 2009; 10:1188.

Anahtar Kelimeler: Myomektomi, STUMP, Laparaskopi, morselator

**VS-080 [Histeroskopi]****TOTAL KOMPLET SEPTUMUN HİSTEROSKOPİK REZEKSİYONU**Melih Bestel

İstanbul Esenyurt Üniversitesi Özel Esencan Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Bölümü, İstanbul

34 yaşındaki hastada yapılan muayene sonrası total vajinal septum ve iki servikal os izlenmesi üzerine histerosalpingografi(HSG) ve manyetik rezonans görüntüleme (MRI) yapıldı. Yapılan HSG ve MRI sonrası komplet vaginal ve uterin septum (ESHRE/ESGE Class U-2b +C1+V1) tespit edilmesi üzerine “no touch” teknik ile başlanarak histeroskopi işlemi uygulandı.

Anahtar Kelimeler: histeroskopi, total uterin septum, total vaginal septum

**VS-081 [Benign jinekolojik operasyonlar (dermoid, apse, endometrioma, ektopik gebelik, vb..)]****Böbrek yetmezliği ile seyreden tuboovaryan abse olgusuna laparoskopik yaklaşım: histerektomi ve nefrektomi**Nergis Kender Ertürk¹, Nefise Nazlı Yenigül¹, Anıl Ertürk²¹Bursa Yüksek İhtisas EAH, Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği, Bursa²Gemlik Devlet Hastanesi Bursa

46 yaş üç çocuklu hasta, postrenal böbrek yetmezliği tanısı ve sağ yan ağrısı şikayeti ile üroloji tarafından jinekoloji kliniğine yönlendirildi. Hastanın muayenesinde uterus ve adneksler immobil, douglasta palpasyon ile hassas heterojen yaklaşık 10 cm boyutunda kitle tespit edildi. USGde endometrium düzenli, adneksler uterus posterioruna yapışık ve douglasa yerleşimli heterojen vasıfta ön planda abseyi düşündüren kitle lezyonu saptandı. Hastanın hikayesinde Mart ayında tuboovaryan abse (TOA) tanısı ile dış merkezde antibiyotik tedavisi aldığı öğrenildi. MRGde sağ böbrekte belirgin parankim kaybı, sağ adnekte 55x44 mm solda 70x65 mm TOA ile uyumlu görünüm saptandı. Laboratuvar tetkiklerinde bir özellik olmayan hastanın tümör belirteçleri normal ve CRP 23 idi. Hastaya TOA ve böbrek yetmezliği tanılarıyla laparoskopik histerektomi ve bilateral salpingooforektomi (TLH-BSO) ve üroloji tarafından eş zamanlı sağ nefrektomi planlandı. Operasyonun hemen öncesinde sol üretere double-J stent takıldı, sonrasında üroloji tarafından laparoskopik sağ nefrektomi ve tarafımızca TLH + BSO komplikasyonsuz gerçekleştirildi. Postoperatif dönemde ikili antibiyotik tedavisi alan hasta ameliyat sonrası üçüncü günde taburcu edildi. Patoloji sonucu abse ile uyumlu idi, DJS postoperatif 1. ayda çekildi, 3. Ay kontrol poliklinik muayenesinde ek şikayeti yoktu.

Anahtar Kelimeler: Tuboovaryan abse, böbrek yetmezliği, laparoskopi

**VS-082 [Benign jinekolojik operasyonlar (dermoid, apse, endometrioma, ektopik gebelik, vb..)]****Gebe olguda laparoskopi: Batına açık giriş tekniği**Zehra Doğru, Sevtap Seyfettinoglu, Sevda Baş, Mehmet Ali Narin

Adana City Training and Research Hospital, Gynecologic Oncology Department, Adana

Laparoskopik cerrahi hastanede yatış süresini kısaltıp, hastanın daha erken günlük yaşama dönmesini sağlamaktadır. Bu faydalar gebelik sürecinde yapılacak müdahaleler için de geçerlidir. Laparoskopik cerrahinin en önemli aşamalarından biri ilk trokarın yerleştirilmesidir. Bu aşamada özellikle veress iğnesi veya trokar kör yerleştirildiğinde, birtakım komplikasyonlara neden olabilir. Geçmişten günümüze batına girişle ilgili yaralanmaları en aza indirmek için çeşitli teknikler tanımlanmıştır. Bunlar arasında Veress pnömoperitoneum, “klasik” veya kapalı giriş, açık (Hasson) teknik, önceden pnömoperiton olmadan doğrudan trokar yerleştirme, korumalı tek kullanımlık trokarların kullanımı, 13–15 optik Veress iğnesi, optik trokarlar ve radyal olarak genişleyen trokarlar bulunur. Biz gebelikte saptanan pelvik kitle nedeni ile laparoskopik cerrahi uyguladığımız olgumuzu sunmayı amaçladık. OLGU: 24 yaşında, G2P1, 20 hafta gebe olgu sağ adneksial lojda şüpheli kitle ve kasık ağrısı ile başvurdu. Olguya açık giriş tekniği kullanılarak batına güvenle girilip sağda round ligaman alt kısmında bulunan kistik kitle tespit edildi. Postoperatif maternal ve fetal herhangi bir komplikasyon gelişmedi. SONUÇ: Minimal invaziv cerrahi, gebeler dahil uygun olan her hastada tercih edilmelidir. Literatürde umbilikustan veres iğnesinin istenmeden uterusu yerleştirildiği durumlar tarif edilmiştir. Bu gibi komplikasyonları en aza indirmek için umblikusun yaklaşık 5 cm üst kısmından trokar yerleştirme yaygın bir uygulamadır. Tüm bu önlemler ile gebelerde güvenli cerrahi yaklaşım olarak açık giriş tekniği tercih edilebilir.

Anahtar Kelimeler: laparoskopi, gebe, pelvik kitle, açık giriş

**VS-083 [Benign jinekolojik operasyonlar (dermoid, apse, endometrioma, ektopik gebelik, vb..)]****Nekrotik Adneksiyal Kitlenin Laparoskopik Yönetimi**

Merve Aldıkaçtıoğlu Talmaç, Nazlı Aylin Vural, Nilüfer Çetinkaya Kocadal
Başakşehir Çam ve Sakura Şehir Hastanesi, Jinekolojik Onkoloji Cerrahisi Kliniği

Giriş: Adneksiyal torsiyon, birkaç jinekolojik cerrahi acilden biridir. Adneksiyal kitlenin torsiyonu, geleneksel olarak, yakın zamana kadar radikal bir yaklaşım gerektiren cerrahi bir antite olmuştur. Geçmişte çoğunlukla etkilenen adneksin salpingo-ooforektomisi ile sonuçlanmıştır. Ancak son yıllarda, kitle iskemik görünse bile torsiyone adneksiyal kitlelerin tedavisinde laparoskopik detorsiyon önerilmektedir. Yanlış teşhis ya da tedavide gecikme gelecekteki fertilitenin etkilenmesi, peritonit, apse, bir overin kaybı ve hatta ölüme bile varabilir. (1)

Olgu: 42 yaşında pelvik ağrı, yüksek ateş şikayetleri ve akut faz reaktanlarında yükselme ile başvuran hasta da çekilen görüntülemelerde sol adneksiyal alandan kaynaklandığı düşünülen yaklaşık 7-8 cm çapta heterojen, içerisinde seviye veren hemorajik materyal izlenen, multiloküle ve solid alanları net seçilemeyen kistik kitle izlenmiştir. Ayrıca sol tuba geniş, tortioze ve hafif torsiyone izlenmiştir. İlk planda O-RADS skoru 3 olarak değerlendirilmiştir. Hastanın CA-125 ve CA-19-9 değerleri normal sınırlar içerisinde. Hastanın antibiyoterapisi başlanarak kliniğimizde operasyonu planlanmıştır. Laparoskopik yapılan operasyonda sol adneksen kaynaklanan torsiyone over-tuba-kitle kompleksi izlenmiştir. Kitle nekrotik görünmekte ve oldukça fragil olduğu izlenmektedir. Kitle operasyon sırasında mümkün olduğu kadar civar dokulardan künt diseksiyonlar ile diske edilerek sol salpingoofektomi yapılarak endobag yardımı ile batin dışarısına alınmıştır. Patolojisi yaygın hemorajik nekroz olarak değerlendirilmiştir. Akut faz reaktanları düşen hastanın postoperatif 2.gününde herhangi bir komplikasyon gelişmeden taburculuğu yapılmıştır.

Tartışma: Adneksiyal torsiyon acilde nadir görülen bir durum değildir; ancak doğru ve etkin bir şekilde teşhis edilebilmesi için abdomen veya pelvik ağrısı olan tüm kadın hastalarda ayırıcı tanıda düşünülmelidir. Literatürdeki mevcut kanıtlara dayanarak, laparotomi yerine laparoskopik bir yaklaşım önerilir. Genellikle detorsiyon yeterlidir. Vakamızda olduğu gibi tümüyle nekroze giden torsiyon vakalarında salpingoofektomi tercih edilebilir. (2)

1. Sasaki KJ, Miller CE. Adnexal torsion: review of the literature. J Minim Invasive Gynecol. 2014;21(2):196-202.
2. Huang C, Hong MK, Ding DC. A review of ovary torsion. Ci Ji Yi Xue Za Zhi. 2017;29(3):143-7.

Anahtar Kelimeler: Adneksiyal Torsiyon, Laparoskopi, Nekroz



VS-085 [Robotik cerrahi]

Minimally Invasive Robotic Sacrocolpopexy and Burch Operation in the Treatment of Pelvic Organ Prolapse and Stress Incontinence

İnci Öz

Liv Hospital Vadi İstanbul Turkey

OBJECTIVE: The treatment of a patient with pelvic organ prolapse and stress incontinence who underwent robotic sacrocolpopexy and burch operation as a minimally invasive surgical option in the treatment of Pelvic Organ Prolapse and stress incontinence is summarized with a video presentation.

MATERIAL-METHODS: Robotic sacrocolpopexy and Burch operation was performed as a minimally invasive treatment method in abdominal sacrocolpopexy and burch operation to the patient with vaginal uterine prolapse and stress incontinence who applied to Liv Vadi Hospital.

RESULTS: The treated patient was 49 years old. She had a history of pregnancy g8p8y8n/d and had uterine prolapse and stress incontinence.

CONCLUSION: Abdominal sacrocolpopexy and burch operation is the gold standard in the treatment of POP and stress incontinence in the literature. Abdominal treatments have higher success rates than vaginal treatments. Abdominal sacrocolpopexy and burch operation can be performed by open surgery, laparoscopic or robotic method. Open surgery is invasive for the patient, laparoscopic approaches are commonly seen as more invasive in cases with adhesions, due to limited mobility and long suture times. Minimally invasive Robotic sacrocolpopexy and burch operation can be recommended as the first choice in suitable patients, due to the short duration of the robotic sacrocolpopexy and burch operation, superior vision and high surgical motion capacity, long-term studies with a high number of cases will be guiding.

Keywords: robotic,sacrocolpopexy,burch,stress incontinence,prolapse



VS-087 [Myomektomi]

Complicated case of huge submucous myom combined with deep infiltrating endometriosis -importance of endovisual assistanceRaxshanda Aliyeva¹, Arzu Polukhova², Nargis Nagiyeva³, Islam Magalov⁴¹Affiliation 1-Obstetrics and Gynecology Department,I.M Sechenov University branch,Baku,Azerbaijan,Afillia-
tion 2department of Woman Health,Baku Health Center,Aliyeva Raxshanda²Affiliation 2 department of Woman Health,Baku Health Center,Arzu Polukhova³Affiliation 2 department of Woman Health,Baku Health Center,NArgis Nagiyeva⁴Affiliation 1 Obstetrics and Gynecology Department,I.M Sechenov University branch,Baku,AZERBAIJAN,Af-
filiation 2 department of Woman Health,Baku Health Center,prof Islam Magalov

Surgery was started via laparoscopy, but because of huge size of myom and inability to mobilize the uterus by laparoscopic instruments, surgery was continued by transverse laparotomy. After incision it was found out that myom was sub mucous (FIGO 2) and its size was approximately 15 sm. In order to remove myom, endometrial cavity was opened. After, hysteroscopy was performed in order to identify the correct place of endometrial cavity. Sutures was placed. to restore the cavity by laparotomy, cavity was restored. 3 layers of sutures was put on myometrium and serosall layer of uterus. After myom removal, mobility of uterus was achieved. At the time of inspection of retrocervical space, deep infiltrating endometriosis was found with involvement of bilateral ureters and rectum. In order to keep safe and precise dissection, abdominal incision was closed and surgery continued by laparoscopy. At the end of surgery (patient is virgo) intrauterine device was placed by assistance of vaginoscopy and hysteroscopy.

Keywords: deep infiltrating endometriosis, myom, laparoscopy

**VS-088 [Benign jinekolojik operasyonlar (dermoid, apse, endometrioma, ektopik gebelik, vb..)]****Laparoskopik bilateral over kist eksizyonu + bilateral over transpozisyonu**

Sevgi Nur Topuz, Durkadin Elif Yıldız, Süleyman Salman

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

GİRİŞ: Radyoterapinin jinekolojik, ürolojik, kolorektal, hematolojik malignensi tedavilerinde önemli bir yeri vardır. Bunun yanında; overlerin radyasyon etkisine duyarlı olmaları nedeniyle fertilitenin devamlılığı için over rezervini korumak önemlidir. Pelvik radyasyon alması planlanan reproduktif çağıdaki kadınlarda over transpozisyonu, operasyon yardımı ile overlerin radyoterapi hedef sahasından uzaklaştırılması amacını taşır. Over rezervini korumak adına yapılan bu operasyon büyük önem taşır.

OLGU: Videosunu sunduğumuz olgu 29 yaşında, kolon adenokanseri nedeniyle radyoterapi alması planlanan bir hasta. Onkologu tarafından over koruyucu cerrahi için tarafımıza yönlendirilmiş.

Hastanın operasyon öncesi muayenesinde sağ adnekte endometrioma ile uyumlu endometrioma ile uyumlu 6,5*4cm kist izlenmiş.

YÖNTEM: Laparoskopik olarak batına girildikten sonra ekplorasyonda sol overde 2 adet 3 cm, sağ overde 1 adet 4 cm endometrioma ile uyumlu kistler izlendi. Overler douglasa, sigmoid kolona ve birbirine; her iki tuba overler üzerine adheze idi. Frozen pelvis görünümü mevcut idi. Bilateral endometrioma kist içerikleri aspire edildikten sonra kist cidarları trokar yerinden batin dışına alındı, patoloji için saklandı. Over douglas ve sigmoid kolon arasındaki adhezyonlar diske edildi, bilateral tubalar ve overler arasındaki adhezyonlar ayrıştırıldı. Overler serbestleştirildi. Sonrasında overler her iki batin yan duvarına 1 nolu polen ile suture edildi.

Anahtar Kelimeler: over transpozisyonu, laparoskopi, fertilitite



VS-089 [Ürojinekoloji]

Laparoskopik servikosakropeksi operasyonuFatma Uyar, Osman Aşıcıoğlu

Dr. Sami Ulus Kadın Doğum, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Ana Bilim Dalı, Ankara

GİRİŞ: Apikal prolapsus kavramı uterus, serviks veya vajinal cuff desensüsünü içerir. Apikal prolapsusun vajende ele gelen kitle, idrar yapmada zorluk ve kabızlık gibi belirtileri olabilir. Belirtileri kronikleşmiş ve idame tedaviden (egzersiz, pessier, medikal tedavi vb) fayda görmeyen hastalar cerrahiye adaydır. Abdominal sakrokolpopeksi, vajinal POP düzeltme operasyonlarına göre daha başarılı bulunmuştur. Laparoskopik sakrokolpopekside açık ameliyata göre kan kaybı daha azdır ve hastanede kalış süresi ciddi oranda azalmıştır. Transvajinal onarım seçenekleri, sakrospinoz ligament fiksasyonu ve uterosakral ligament fiksasyonu, sonuçlar benzer olsa da çeşitli komplikasyonlarla ilişkilidir. Çok genç yaş, obezite, evre 3-4 POP, başarısız POP onarım operasyon öyküsü, immüsupresyon, mesh ile ilgili komplikasyon yaşayan hastalar ve sigara öyküsü olanlarda laparoskopik onarım tercih edilmemelidir, vajinal onarım ilk seçenek olmalıdır. Abdominal sakrokolpopeksi yapılırken “ultra-lightweight synthetic polypropylene mesh” kullanılması önerilir, bu mesh in kullanımıyla rekurren prolapsus riski çok aza indirgenir. Mesh ile ilişkili süreçler ve komplikasyonlar dünya çapında tatışılmaya devam etse de operasyonlar yaygın bir şekilde uygulanmaktadır. Vajinal operasyon esnasında inkontinans cerrahisi için de mesh içeren ek prosedürler ameliyata eklenebilir. Laparoskopik onarımda inkontinans cerrahisi için BURCH eklenmesi önerilir.

OLGU: 39 yaş, Şikayeti: Sarkma, ilişki esnasında ağrı, sık vajinal enfeksiyon öyküsü, G5p3 ndx3 dcx2, Ek hastalık: Hipotiroidi, ilaç: Euthrox 50 mcg, Geçirilmiş operasyon yok, BKİ: 25

Muayene bulguları: USG: Doğal, Collum: Multipar vasıfta, muayenede orta hatta, grade 3 desensus, Grade 1-2 sistosel, Üriner inkontinans yok

Yapılan operasyon: Laparoskopik Servikosakropeksi, 4 trokar girişi, Operasyon süresi: 85 dk., Erken mobilizasyon, Post operatif 2. gün sorunsuz taburculuk Hasta şuan post operatif 20. ayında, izlemde aktif şikayeti ve ek sıkıntı yok.

Anahtar Kelimeler: laparoskopi, mesh, prolapsus



VS-090 [Ürojinekoloji]

Myom ve uterin prolapsus vakasında total laparoskopik histerektomi-bilateral salpingooferektomi-sakrouterin ligament plikasyonu,video sunum

Özlem Karabay Akgül, Neşe Hayırlıoğlu, Evrim Ebru Kovalak, Nurşen Kurtuluş, Hakan Güraslan
Bağcılar Eğitim Araştırma Hastanesi Kadın hastalıkları ve Doğum Kliniği, İstanbul

52 yaşında, G2 P2NSD,düzensiz kanama ve perinede eline gelen kitle ile başvurdu. Yapılan muayenede Stage II uterin prolapsus, ssistosel, myoma uteri saptandı. Endometrial örnekleme ve PAPS sonuçları temiz geldi.

Total laparoskopik histerektomi, bilateral salpingooferektomi yapıldı, kolporafi anterior ve takibinde cuff kapatıldı. Her iki sakrouterin ligamente plikasyon yapıldı. Postoperatif sorun yaşanmadı, patoloji myoma uteri geldi.

Abdominal yolla yapılan, komplikasyon oranı düşük, yapılması güvenli bir yöntem olarak cuff asmak için iki taraflı sakrouterin ligamanlara plikasyon yapılabilir. Postoperatif ağrı, dispareni, nüks prolapsus olasılığı düşük ve üreterlere dikkat edilmesi halinde komplikasyon oranı ve kanama ihtimali az bir ameliyattır.

Anahtar Kelimeler: sarouterin ligament plikasyonu, prolapsus uteri, laparoskopi



VS-091 [Histerektomi]

İlk laparoskopik histerektomi deneyimim ve hatalarım

Murat Deniz Çelenk, Kiper Aslan, Adnan Orhan, Gürkan Uncu

Bursa Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, Bursa

Histerektomi en yaygın yapılan jinekolojik cerrahidir. Artan minimal invaziv jinekolojik yaklaşım ile laparoskopik cerrahi jinekolojik cerrahinin en önemli bileşenidir. Olası katastrofik sonuçları ve öğrenme eğrisi dikkate alındığında doğru, hatasız ve faydalı bir laparoskopik histerektomi iyi bir cerrahinin temel taşlarından dır. Bu video olgu sunumu ilk laparoskopik histerektomimi ve hatalarımı göstermek için dizayn edilmiştir.

OLGU: 51 yaşında 2 gravidası ve 2 paritesi olan; menometroraji yakınması ile başvuran hastanın endometrial örnekleme benign olarak sonuçlandı. Özgeçmişinde bilinen hipotiroidisi ve laparoskopik kolesistektomi öyküsü olan hastanın yapılan ultrasonografisinde uterus adenomyotik, kavitede koagülüm ile uyumlu görünüm ve bilateral overler doğal izlendi. LNG-RIA'dan fayda görmeyen hastaya, tedaviye dirençli menometroraji endikasyonu ile TLH + BSO planlandı.

Anahtar Kelimeler: total laparoskopik histerektomi, ilk minimal invaziv cerrahi, öğrenme eğrisi

**VS-092 [Benign jinekolojik operasyonlar (dermoid, apse, endometrioma, ektopik gebelik, vb..)]****Single Port Asiste, Dev Adneksiyel Kitle Eksizyonu**Ulaş Çoban, İbrahim Yalçın

Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum AD., Samsun

Dış merkezden tarafımıza trombositopeni nedeniyle yüksek riskli olarak değerlendirilmiş sol overyen yaklaşık 20 cm boyutlarında kist tanısı ile yönlendirilen hasta 34 yaşında. G3P3 (3 eski C/S+BTL). 2003 yılından beri DM, 2007 yılından beri trombositopeni ile takip ediliyormuş. Yapılan muayenesinde Cx doğal izlendi. Bimanuel muayenede batını dolduran, umbilicus hizasına kadar hissedilen kitle mevcut.

TVUSG: Sağ over doğal EK: 6mm. Sol adneksiyel alanda yaklaşık 19 cm'lik kistik lezyon izlendi. Tümör markerları ve batin MRG istendi. Tümör markerları normal sınırlarda geldi.

MRG: Pelviste sol adneksiyell alandan başlayıp batin içerisine doğru büyüyen 200X135X202 mm boyutlarında, septalı, homojen kistik lezyon sol over kaynaklı seröz kist adenom düşündürmektedir. Malignite açısından solid komponent, implant, asit yoktur.

Hastaya bu bilgiler doğrultusunda laparoskopik salpingoofektomi planlandı. Pre-operatif hazırlıklar çerçevesinde rutin tetkikleri ve gerekli konsültasyonları istendi.

Hasta başvurduğunda Hgb: 12,2g/dL Htc:36% Plt:69000bin/uL değerlerindeydi. Kanama riskini azaltmak için hastaya single port laparoskopi ile ligasure kullanılarak salpingoofektomi yapıldı ve kist bütün olarak çıkarıldı.

Batin içi 1 adet silikon dren kondu. Post-operatif kontrolde Hgb: 11,3g/dL Htc:33,9% Plt:63000bin/uL değerlerindedi. Post-operatif 2. Gün gaz gayta deşarjı olan, vital bulguları stabil olan hastanın dreni çekildikten sonra şifa ile taburcu edildi.

Anahtar Kelimeler: Single Port, laparoskopi, minimal invaziv jinekoloji, salpingoofektomi, trombositopeni

**VS-093 [Benign jinekolojik operasyonlar (dermoid, apse, endometrioma, ektopik gebelik, vb..)]****Adölesanda İzole Tubal Torsiyon;Tuba Detorsiyonu ve Paratubal kist eksizyonu**

Neşe Hayırlıoğlu, Özlem Karabay Aygül, Nurşen Kurtoglu, Evrim Ebru Kovalak, Hakan Güraslan
Bağcılar Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği, İstanbul

GİRİŞ:Tubal torsiyon genellikle over ve tubayı etkileyen adneksiyal torsiyonun bir parçası olarak ortaya çıkar; ancak izole tubal torsiyon oldukça nadir görülen bir durumdur. Akut batın şeklinde karşımıza çıktığı gibi hafif intermittan pelvik ağrı ile de seyredebilir. Genellikle ameliyat sırasında teşhis edilir.

OLGU: 16 yaş. Virgo hasta. Yaklaşık 30 saat önce karın ağrısı şikayeti ile acil servisten tarafımıza gönderildi. Fizik muayenede ilk gelişinde akut batın bulguları belirgin olmadığı için müşahedeye alındı. Sonrasında defans ve rebound olması üzerine opere edilmek için yatırıldı.

Ultrasonografi:Bilateral adneksiyal bölgede solda 41 mm yoğun içerikli, sağda 60 mm ince cidarlı kistik kitle izlendi. Douglasda 4 cm serbest mai izlendi. Sağ over doğal,sol over kiste sekonder vizualize edilemedi.

Lab: 15300 uL lökosit

Operasyon: Hastaya laparoskopi uygulandı.Uterus ve her iki overin normal olduğu izlendi. Solda tubanın yaklaşık 4 cm çapında paratubal kist ile birlikte 4 tur torsiyone olduğu, sağda ise 6 cm paratubal kist olduğu gözlemlendi. Sol tuba detorsiyone edilerek bilateral paratubal kist eksizyonu yapıldı.

Postoperatif dönem olağan geçti ve hasta sorunsuz taburcu edildi.

Histopatolojik Tanı: sağ paratubal kist Sol paratubal tubal kist:iç yüzeyde küçük bir alanda benin seröz epiteli seçilebilen duvarın tamamına yakını kanamalı benign kistik doku parçaları

SONUÇ: Preoperatif izole tubal torsiyon tanısı konmasa bile, akut batın varlığında diagnostik laparoskopi ile tubal torsiyonu izleyerek gerekli cerrahi işlem yapılabilir.

Karın ağrısı olan adölesanlarda over kan akımı normal olsa bile izole tubal torsiyon olabileceği ve acil müdahale gerektirebileceği akılda tutulmalıdır.

Anahtar Kelimeler: adölesan,akut batın,tubal torsiyon,laparoskopi



VS-094 [Komplikasyonlar]

Sezaryen sonrası intraabdominal enfeksiyona sekonder adezyon ve laparoskopik tedavisi

Faruk Öz, Mustafa Koçar, Erdal Şeker

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

Sezaryen, obstetrikte en sık yapılan majör operasyondur. Küresel olarak, sezaryen prevalansı yaklaşık %18,6 olup; %6 ile %27,2 arasında değişmektedir. Sezaryen, doğum sonrası maternal enfeksiyon için en önemli risk faktörü olarak kabul edilir ve sezaryen geçiren kadınların enfeksiyon riski vajinal yolla doğum yapanlara göre 5 ila 20 kat daha fazladır. Enfeksiyonlar batin içi organlarda (İAE), pelvis içinde veya cerrahi bölgenin çevresinde olabilir. Buna bağlı gelişen enfeksiyonlar maternal morbidite ve mortaliteyi, tıbbi maliyetleri artırabilir; hastaların hastanede kalış sürelerini uzatabilir. Sezaryen sonrası yara enfeksiyonu oranının %3 ila %16 arasında değiştiği bildirilmiştir. Genel olarak, İAE'ler sık karşılaşılan cerrahi acil durumlardır ve özellikle iyi yönetilmezlerse mortalite oranlarını artırır. Sezaryen öncesi doğum süresi, erken membran rüptürü (PROM), koryoamniyonit, cilt altı hematoma, sınırlı antenatal bakım ziyaretleri, acil endikasyona bağlı geçirilmiş sezaryenler, aşırı kan kaybı ve postoperatif anemi, uzun ameliyat süresi dahil olmak üzere sezaryen sonrası enfeksiyon için risk faktörleri olarak rapor edilmiştir. Bununla birlikte, diabetes mellitus (DM), obezite, cerrah deneyimi ve anne yaşı (> 35 yıl) sorumlu tutulan diğer faktörlerdir. Bu olgumuzda CS sonrası İAE geçiren ve post-op 40. güne kadar karın ağrısı geçmeyen hastaya diagnostik laparoskopik yaptık ve geçirilmiş sezaryene bağlı adezyonları gözlemledik. Adezyolizis sonrası şikâyetleri tamamen gerileyen hasta post-op 4. gün şifa ile taburcu edildi.

Anahtar Kelimeler: sezaryen, intraabdominal enfeksiyon, doğum, komplikasyon, adezyon



VS-095 [Histeroskopi]

Derin Uterin Septum Rezeksiyonu

Zeynep Küçükolcay, Faik Gürkan Yazıcı

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

GİRİŞ: İnfertilite reprodüktif çağıdaki 35 yaş altı kadınlarda 12 ay, 35 yaş üstü kadınlarda 6 ay korunmasız ilişkiye rağmen gebelik elde edilememesi olarak tanımlanmaktadır. İnfertilitenin kadın kaynaklı sebepler %38 olmakla birlikte bu sebepleri 5 ana başlıkta toplayabiliriz: over kaynaklı, tuba kaynaklı, uterus kaynaklı, immün ve genetik kaynaklı sebepler.

Uterin anomaliler normal implantasyonu bozarak fertliliteyi olumsuz etkiler. Uterin septum en sık görülen uterin malformasyondur. Uterin septum, uterin anomaliler içindeki sıklığı %35-90 arasında değişkenlik gösterir. Uterus septum anomalisi insidansı ise % 0.1-1.5 arasında olduğu tahmin edilmektedir. Uterin anomalilerin çoğu asemptomatiktir. Ancak %20-25'inde infertilite, gebelik kayıpları, preterm doğum eylemi, prezantasyon anomalileri gibi semptomlar ortaya çıkmaktadır. Uterin septumun histeroskopik rezeksiyonu gebelik sonuçlarını olumlu yönde etkileyebilir.

Histeroskop, endometrial kavite ve endometriyumun görüntülenmesini sağlayan modifiye bir sistoskoptur. İnfertilite ve tekrarlayan gebelik kayıpları olan hastalarda histeroskopi, hem tanı amacıyla kullanılmakta hem de septanın patolojilerin bir kısmının düzeltilmesini sağlayabilmektedir. Histeroskopi ve histerosalpingografi, birbirlerini tamamlayan teknikler olarak düşünülmeli, histerosalpingografide bir patoloji saptandığında histeroskopi mutlaka uygulanmalıdır. Literatürde Jones ve Jones ile Thompkins, abdominal metroplasti sonrası gebelik oranı %71.5, terme ulaşan gebelik oranı ise % 64-90 olarak bildirilmektedir. Histeroskopik metroplasti yapılanlarda ise gebelik oranı % 98.7, bunların terme ulaşanları ise % 85-90 arasında bulunmuştur.

OLGU: 27 yaşında 2 aylık evli, çocuk istemi nedeniyle başvurup hormon profili ve eşinin spermiyogramı normal olan hastaya hsg planlanmıştır. Hsg raporu na göre septat uterus veya bikornuat konfigürasyonda doluş gösteren hastanın ayırıcı tanısı için MR çekilmiştir. MR'da septat uterus görünümü elde edilen hastaya hsg septum rezeksiyonu uygulanmıştır. Ameliyat sırasında uterin kavitede geniş tabanlı septum izlenmiştir. Rezektoskop ile septum rezeksiyonu yapılmıştır. Hastanın ameliyat sonrası 2. ayda çekilen kontrol hsg'sinden normal sınırlarda histerosalpingografi olarak raporlanmıştır. **SONUÇ:** Hasta hsg septum rezeksiyonu sonucunda 2 ay içinde gebe kalmıştır.

Anahtar Kelimeler: histeroskopi, uterin septum, infertilite



VS-096 [Myomektomi]

Seçilmiş bir olguda laparoskopik multipl myomektomi tekniği: Ek kanama kontrol tekniği olmaksızın**monopolar ve bipolar enstürmanlar ile cerrahi**

Pınar Türk, Okan Özden

Medicana Bursa Hastanesi, Kadın Hastalıkları Doğum Bölümü, Bursa

Giriş: Myoma uteri, 35 yaşın üstündeki kadınlarda en sık görülen benign jinekolojik pelvis tümörüdür (%20-%25) Literatürde değişik adlarla tanımlanırlar: Leiomyoma, fibromyoma, myoma, leiomyofibroma, fibroleiomyoma ve fibroid. Siyah ırkta beyaz ırka göre yaklaşık 3-9 kat daha sık görülür. Anormal uterin kanama sebepleri arasında önemli bir yer teşkil eder.

Metot: Bu vakada 40 yaşında anormal uterin kanama (menometroraji) şikayeti ile başvuran bir hastanın cerrahi tedavisinin laparoskopik cerrahi tekniği ile yönetimini sunmayı amaçladık. G3P3 spontan vajinal doğum öyküsü olan hastanın geçirilmiş abdominal cerrahi ve ek komorbiditesi yoktu. Yapılan ultrasonografi ve MR görüntülemelerinde en büyüğü 10 cm intramural olmak üzere farklı boyutlarda multipl myomlar izlendi. Hastanın preoperatif hemoglobin değeri 12,2 g/dl iken postoperatif değer 11,2 olarak saptandı. Nihai patoloji sonucu ise myom olarak raporlandı.

Her ne kadar vazopressin uygulaması, uterin ve ovaryan arterlerin klemplenmesi gibi farklı hemostaz teknikleri olsa da doğru cerrahi planda kalındığı takdirde bu uygulamalara gerek kalmadan da minimal düzeyde hemoraji ile vakaların sonlandırılabilceğini düşünmekteyiz.

Myomektomi için laparoskopik portegü aksına paralel insizyon yapılarak myom nüvesine ulaştık. Sonrasında traksiyon için tenakulum kullandık. Tenakulum ile uygulanan traksiyon hemostaza yardım etmekle birlikte, Maryland ligasure ile myom kapsülünün disseke edilmesinde de etkin rol üstlenmektedir. Bu esnada cerrahi plan korunduğu ve acele etmekten kaçınıldığı süreçte myometriyumda koagülasyon ihtiyacı ve dolayısı ile sonrasında dehisens riski çok daha az olacaktır.

Myometriyumun kapatılmasındaki temel husus ölü boşluk bırakmaktan kaçınmak olmalıdır. Bu vakamızda V-loc sütür kullanarak çok katlı sütürasyon uyguladık. Yüzeyel tabaka sütürasyonunda ise beyzbol tekniği kullanarak myomektomi tamamladık.

Multipl myomektomi uygulanmasına rağmen toplam cerrahi süresi 120 dakikanın altında idi.

Morselasyon için Storz power morselasyon cihazı kullandık.

Sonuç: Medikal ya da girişimsel farklı tedavi modaliteleri üzerinde çalışmalar devam etsede günümüzde myomların en etkin tedavisi hala cerrahi tedavi prosedürleridir. Bu vakadada optimal cerrahi süresinde uygun cerrahi sütürasyon teknikleri ile minimal kanama ile gerçekleştirilen multipl myomektomi vakası sunulmuştur.

Tartışma: Myoma uteri cerrahi tedavi prosedürleri arasında laparoskopik teknikler halen önemli bir yer tutmaktadır. Morselasyon prosedürlerinin getirisi tartışmalar devam etmekle beraber yaygın olarak kullanılan bu tekniğin tartışılan diğer dezavantajları çoklu myom varlığında uzamış cerrahi süresi, anestezi komplikasyonları ve dehisens riskidir. Ancak tecrübeli laparoskopik cerrahi uygulanan kliniklerde çoklu myom sayısına rağmen optimal cerrahi süresinde etkin cerrahi tekniklerle bu komplikasyonlar minimize edilebilir. Bu açıdan farklı cerrahi tekniklerin kıyaslandığı daha çok randomize kontrollü çalışmalara ihtiyaç olduğu aşikardır.

Anahtar Kelimeler: laparoskopik myomektomi, multipl myomektomi, anormal uterin kanama, myomatozis uteri

**VS-098 [Histerektomi]****Postmenopausal adnexal mass: v-NOTES hysterectomy-bilateral salpingo-oophorectomy**

Mahmut Kuntay Kokanali¹, Batuhan Turgay²

¹Department of Obstetrics and Gynecology, University of Health Science, Ankara, Turkey

²Department of Obstetrics and Gynecology, Ankara Yıldırım Beyazıt University, Ankara, Turkey

INTRODUCTION: A patient with postmenopausal adnexal mass undergone v-NOTES hysterectomy-bilateral salpingo-oophorectomy (BSO)

METHOD: 67 years old woman (BMI: 30.1 kg/m²) with diabetes mellitus and chronic obstructive lung disease was referred to our clinic because of have postmenopausal adnexal mass. Grade 1 uterine prolapsus was detected on pelvic examination. Ultrasonographic examination revealed a 6 cm bilobular right adnexal mass. CA-125: 65 U/mL and there was no other pathologic finding.

CASE: v-NOTES hysterectomy-BSO was decided in the gynecology council because of the patient's lung capacity. First, the operation was started firstly with anterior and posterior colpotomy after the insertion of urethral catheter. Than, bilateral sacrouterine ligaments were cut and ligated. After, the Alexis® wound protector (Applied Medical, Rancho Santa Margarita, CA, USA) were placed and pneumoperitoneum was achieved with 13 mmHg of carbon dioxide. Three ports were inserted for this procedure; a 10 mm rigid zero-degree telescope a 5 mm grasping forceps and a 5-mm LigaSure vessel sealer device (BluntTip; Covidien, Dublin, Ireland) were used. First, bilateral uterine artery were ligated than bilateral infundibulopelvic ligaments were selaed. There was no any other pathologic finding during the examination of the pelvis and the abdomen. The specimen was taken out of the pelvis without the rupture of mass. Total operation time was 65 minutes and postoperative hemoglobin difference was 1.0 g/dl.

CONCLUSION: v-NOTES surgery can be a good alternative for postmenopausal adnexal mass.

Keywords: v-NOTES surgery, hysterectomy, postmenopausal adnexal mass

**VS-099 [Komplikasyonlar]****Mesane Komplikasyonlu Laparoskopik Lateral Süspansiyon**

Esra Nazlı Döktür, Serkan Kumbasar, Fatma Ketenci Gencer, Süleyman Salman
Gaziosmanpaşa Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği, İstanbul

Cuff Prolapsus'u kadınların doktora şikayet olarak belirtmekten çekindiği, kadının vücut algısı ve seksüel yaşamı üzerine kötü etkisi olan, sonuçta hastanın günlük aktivitelerini kısıtlamasına yol açan önemli bir sorundur. Bu hastada altın standart yöntem günümüzde sakrokolpopeksi kabul ediliyor, ancak promontorium diseksiyonu hem ameliyat süresini uzatıyor hem de middle sakral arterlerin, hipogastrik sinirin, üreterin, barsak yaralanması gibi komplikasyonlara yol açabiliyor. Lateral süspansiyon ile bu komplikasyonlardan kaçınılmış oluyoruz, ayrıca cuff'ı ya da uterus'u daha doğala yakın bir pozisyona çekmiş oluyoruz. Hem de özellikle yaşlı hastada, ameliyat süresinin kısa olması, ameliyatın daha az invaziv olması, daha az komplike olması önemli bir avantaj. Olgu 60 yaş, daha önce histerektomize olmuş cuff prolapsusu olan hastamıza, lateral süspansiyon yapıldı. Bu ameliyatı yaparken mesane komplikasyonu oldu. Komplikasyonlar nasıl olur ve yönetilir; bunu göstermek için bu videoyu burada sunduk. Önce Cuff'dan mesaneyi ve rektumu diseke edildi. Önceden dışarda hazırlanan 30 cm uzunluğundaki mesh'in orta kısmındaki Prolen suture'u cuff'a suture edildi. Crista iliaca anterior superior'un yaklaşık 3-4 cm posterolateralinden yaptığımız insizyondan disektörü periton tüneline cuff'a doğru ilerletildi. Bilateral Retro-peritoneal tünelden disektör ile batın boşluğuna çıkıldı, daha sonra mesh'in ucunu tutup cilde kadar çekildi. Daha sonra idrar torbasının gaz ile şiştiğini görünce mesane perforasyonundan şüphelenip mesaneyi sıvıyla şişirildi, mesaneden kaçak olduğu görüldü. Mesane komplikasyonu olduğu için mesh çıkarıldı. Mesane'yi tekrar suture edilmedi. Postop 10 gün boyunca idrar sondası ile takip edilen Hasta iyileşti ve şikayeti olmadı.

Anahtar Kelimeler: Laparoskopi, Lateral süspansiyon, cuff prolapsusu

**VS-101 [Histerektomi]****Laparoscopic hysterectomy with bilateral salpingo-oophorectomy, using Ligasure Maryland device and Harmonic scalpel combination**

Okan Ozden, Pinar Turk

Özel Medicana Bursa Hastanesi

Background: We presented a laparoscopic hysterectomy with bilateral adnexectomy, using a combination of Ligasure Maryland device (LMD) and Harmonic scalpel (HS). And aimed to assess dissection and coagulation ability of both devices.

Methods: Our case is a 49 years old patient, presented with irregular vaginal bleeding. She had two vaginal deliveries, and no major medical co-morbidities or other abdominal surgery. Sonographic findings revealed multiple large leiomyomas. We decided to perform a laparoscopic hysterectomy with bilateral salpingo-oophorectomy as the patient didn't have a desire of conception. We performed the operation, using both LMD for sealing the vessels and HS for dissections, by identifying anatomical landmarks. Retroperitoneal dissection was performed using HS in order to isolate the uterine artery, and reduce the incidence of potential injury to ureter. The peritoneum was incised medially and parallel to the IP ligament. The ureter was identified on the medial leaf of the peritoneum. The uterine artery was isolated and dissected from the ureter and ligated by LMD. We continued with coagulating and cutting the left round ligament. Then we moved towards the anterior leaf of the broad ligament up to the vesicouterine space and dissected the bladder using HS. We also used gauze to clear the surgical area. As we aim to remove the ovaries, assistant grasped the tube and we coagulated and cut the infundibulopelvic ligament. We exactly did the same things on the right side. We used a Rumi-II uterine manipulator and HS to perform colpotomy. We made sure that we preserved sacrouterine ligaments. After the vagina was totally open we removed the specimen through the vagina. Using an absorbable multifilament no:1/0 suture, we closed the vagina laparoscopically.

Results: Retroperitoneal and bladder dissection are performed more safely and easily by using HS as we could save surgical planes in this energy modality. On the other hand LMD seemed more effective for sealing uterine arteries as we had no major bleeding. Also colpotomy was safer with HS than using monopolar cotery as it has less thermal spreading levels.

Conclusions: In our clinical experience; HS decreased the operational time as it seems superior to LMD for retroperitoneal dissection but on the other hand LMD seems more secure for sealing vessels. And both devices are safer than monopolar cotery as lowest thermal spreading degrees. With a proper knowledge, and surgical experience; combining these devices may result in shorter operative times, and less complication rates.

Keywords: ligasure, harmonic scalpel, hysterectomy, retroperitoneal dissection

**VS-103 [Histerektomi]****İntraligamentar myomları olan morbid obez hastada laparoskopik histerektomi**

Nesime Damla Iplik, Serkan Kumbasar
Gaziosmanpaşa Eğitim Ve Araştırma Hastanesi

AMAÇ: 48 yaşında yoğun kanama ve kasık ağrısı şikayeti ile kliniğimize başvuran hastada yapılan ultrasonografide subserozal ve intramural birden fazla myom ile uyumlu görüntü tespit edilmiştir. Hipertansiyonu ve diabetes mellitusu olan vücut kitle indeksi 45 olan hastaya laparoskopik histerektomi uygulanmıştır.

METHOD: Lee-Huang noktasından bir adet 10' luk trochar, iki taraflı inguinal ve suprapubic 5lik trochar kullanıldı. **SONUÇ:** 800 gr ağırlığındaki myomlu uterus vajinal morselasyon yardımıyla çıkartıldı. Hasta post-operative 2.gün taburcu edildi.

TARTIŞMA: Ek hastalığı olan ve morbid obez hastalarda laparoskopik cerrahi ilk sırada düşünülmelidir. Teknik imkansızlıklar (morselatör olmaması) laparoskopik cerrahi seçeneği için engel değildir.

Anahtar Kelimeler: myom, morselasyon, laparoskopi



VS-104 [Ürojinekoloji]

Laparoskopik burch - kolposüspansiyon

Berkan Berk, Sevda Baş, Sevtap Seyfettinoglu, Mehmet Ali Narin

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

Kadınlarda stres üriner inkontinansın cerrahi tedavisinde çok sayıda teknik tanımlanmıştır. Anti-inkontinans uygulamaları stres üriner inkontinansı (SÜİ) vajina ön duvarı ve üetrovezikal bileşkeyi retropubik alanda sağlamlaştırarak onarmaya çalışır. Burch uygulaması ön vajen duvarını sağlamlaştırmak için iliopektineal bağın gücünü kullanır ve duvarı, pelvisin kas iskelet sistemine bağlar. Laparoskopik girişimlerin klinik pratiğe girmesiyle laparoskopik kolposüspansiyon girişimler de artmıştır. Laparoskopik Burch operasyonu 1991 yılında tanımlandığından beri başarılı sonuçlar bildirilmiştir.

OLGU: Menometroraji ve endometrial hiperplazi nedeniyle tarafımıza refere edilen 52 yaşında olgunun anamnez ve muayene sonucunda stres üriner inkontinans saptanması üzerine laparoskopik histerektomi, bilateral salpingo-ooferektomi ve Burch kolposüspansiyon ameliyatı kararı alındı. Cerrahi işlem öncesi vagina antisepsisi yapıldıktan sonra mesaneye 24 French sonda balonu 20 cc şişirildi. Ardından umbilikal 1 adet 10 'luk, batın sağ alt bir adet ve sol alt ve üst 2 adet olmak üzere toplam 3 adet 5 mm'lik trokarlar ile batına girildi. Orta hat urachustan anterior abdominal peritonu simfizis pubisten 3 cm üstünden transvers olarak ultrasonik enerji ile diseke edilip oblitere umbilikal ligamentlere kadar açıldı. Retzius boşluğu diseke edildi. Vagene sokulan iki parmak ile uretranın iki yanından vagen mukozası kaldırılarak, hem disseksiyona hem de üetrovesikal bileşkeyi belirleyerek suturlerin yerlerini saptamaya yardımcı olundu. Mesane lateralden ortaya doğru vagendeki parmakların da yardımıyla diseke edilip, paraüretal duvar ortaya kondu. Bilateral iliopektineal ligamanlar ortaya çıkarıldı. Üretra ve mesaneyi yeterince serbestleştirdikten sonra kalıcı sutur materyali ile Cooper ligamente paralel sutur kondu. Vagendeki parmakların kontrolünde sutur, uretranın 1-2 cm yan tarafına uretra ve mesane uzaklaştırılarak kondu. Bilateral suturayon sırasında işleme verildi. Hasta postoperatif dönemde sorunsuz taburcu edildi.

SONUÇ: Laparoskopik cerrahi üriner inkontinans hastalarında sağladığı avantajlar nedeni ile tercih edilebilir bir yöntemdir. Özellikle jinekolojik nedeni cerrahi planlanan hastalarda anamnez ve muayene ile inkontinansın ortaya konması, eş zamanlı inkontinans cerrahisi avantajını hastaya sunabilir. Burch kolposüspansiyon başarı oranı yüksek ve komplikasyon oranı az bir seçenek olarak uygulanabilmektedir.

Anahtar Kelimeler: Burch, kolpo-süspansiyon, laparoskopi, üriner inkontinans



VS-105 [Histerektomi]

Ultrasonik Enerji Modalitesi ile Total Laparoskopik Histerektomi

Merve Vay Bedir, Sevda Baş, Mehmet Ali Narin, Sevtap Seyfettinoğlu, Raziye Narin
Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Adana Tıp Fakültesi, Kadın Doğum Kliniği, Adana

Laparoskopik cerrahinin başlıca avantajları hastanın daha erken günlük yaşama dönmesi, hastanede yatış süresinin kısalması ve daha az komplikasyon oluşmasıdır. En önemli aşamalardan biri ana trokarın girişi olup, umblikustan direkt giriş tekniğini kullanılmaktadır. Ana trokar girişini takiben sola 2 adet, sağa 1 adet yardımcı 5 mm lik trokarlar yerleştirildi. Takiben ultrasonik enerji modalitesi olan Harmonic Scalpel® (Ultracision, Ethicon Endo Surgery Inc., Cincinnati, OH, USA) ile Tip 1 histerektomi + bilateral salpingoofektomi yaptığımız hastayı sunmayı planladık. Harmonik scalpelda dokular ultrasonik enerji ile kesilir, diseke edilir ve damarlar mühürlenir. 3 mm çapa kadar damarları mühürlemede FDA onayı vardır. Maksimum doku ısısı elektrokoterde 200-300 C° iken ultrasonik kesme işleminde bu ısı 60-100 C°'ye ulaşmaktadır. Ultrasonik enerji standart elektrocerrahiden daha düşük bir sıcaklıkta koagülasyon sağlar ve böylece çevre dokuda termal yaralanma riskini azaltır.

OLGU: 55 yaşında, 7 yıldır menopozda olan ve postmenopozal kanama nedeniyle yapılan ultrasonografisinde endometriyum çift duvar kalınlığı 11 mm ölçülen hastanın endometriyal biyopsi sonucu basit atipisiz hiperplazi çıkması üzerine cerrahi kararı alındı. Total Laparoskopik histerektomi + bilateral salpingoofektomi yapıldı. Cerrahiye takiben komplikasyon gelişmeyen olgu postop 2. gününde taburcu edildi.

SONUÇ: Minimal invaziv cerrahi prensipleri ile gelişmiş enerji modaliteleri kullanılarak yapılan laparoskopik cerrahiler hastanede kalış sürecini kısaltma, postoperatif ağrıyı azaltma ve kozmetik sonuçları iyileştirme gibi özellikle hasta açısından ciddi avantajlar sağlamaktadır. Operasyon esnasında kullanılan enerji modaliteleri teknolojinin gelişmesiyle birlikte farklılık gösterebilmektedir. Kliniğimizde ultrasonografik enerji modalitesini özellikle laparoskopik kanser cerrahisinde kullanmakla birlikte, basit histerektomide de güvenle kullanılmaktadır.

Anahtar Kelimeler: Ultrasonik enerji modalitesi, laparoskopik histerektomi, harmonic scalpel

**VS-106 [Derin infiltratif endometriozis]****Derin İnfiltratif Endometriozis Olgusunda Total Laparoskopik Histerektomi**Ulaş Çoban, İbrahim Yalçın, Kadir Bakay

Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum AD

Endometriosis, endometriyal dokunun endometrium tabakası dışında ektopik olarak bulunması olup doğurgan yaşında kadınların yaklaşık %10'unu etkiler. Ana semptom ağrı olarak baş gösteren endometriotik lezyonlar pelvis içinde veya dışında gözlenebilir. Endometriozisin cerrahi tedavi yaklaşımı; hasta yaşı, paritesi, fertilité isteği ve yaşam kalitesi gibi faktörler değerlendirilerek yapılır (1). Derin infiltratif endometriozis histolojik olarak benign olsa da komşu organlara invaze olarak malign yayılım gösterip ağır semptomlarla yaşam kalitesini bozabilen bir hastalıktır. Endometriosis tedavisindeki başarı hedefi, rekürrens riskini azaltmak, yaşam kalitesini artırmaya yöneliktir (2).

YÖNTEM-BULGULAR: Dismenore ve dispareni şikayeti ile başvuran 46 yaşındaki hastanın yapılan muayenesinde rektovajinal bileşke ve sol sakrouterin ligament seviyesinde hassasiyet mevcuttu.

Ultrasonografide bilateral sağda 4 cm solda 3 cm olmak üzere endometriomaları vardı. Ca125: 87, alt batin MR görüntüsünde malignite lehine bulgu yoktu.

Hastaya laparoskopik total histerektomi ve sol üreter üstü endometriotik nodül eksizyonu yapıldı. İntraoperatif komplikasyon olmadı.

SONUÇ: Hasta post-operatif dönemde şifa ile taburcu edildi. Postoperatif birinci ayında herhangi bir ağrı şikayeti yoktu.

Anahtar Kelimeler: Endometriosisiz, Derin İnfiltratif Endometriozis, Laparoskopi



VS-107 [Histeroskopi]

Tip 2 myoma uteri kaynaklı ağır menstrüel kanamada histeroskopik yönetim: olgu sunumu

Gamze Taşkıran, Hakan Güraslan

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

GİRİŞ: Uterin fibroidler, kadınlarda en sık rastlanan pelvik kitlelerdir ve sıklıkla ağır menstrüel kanamaya neden olurlar. Yerleşim, boyut, neden olduğu semptom gibi parametrelere göre uterin fibroidlerin yönetimi farklılık gösterir. Konservatif, medikal ve cerrahi yönetim seçenekleri mevcuttur. Endometrium ile ilişkisi bulunan tip 0,1 ve 2 uterin fibroidlerin eksizyonunda histeroskopik yaklaşımdan yararlanılabilmektedir. Bu olgu sunumunda myom tedavisinde hızlı, minimal invaziv ve hasta konforunu üst düzeyde tutan bir tedavi seçeneği olarak histeroskopik myomektominin üstünlüklerinin vurgulanması hedeflenmiştir.

OLGU: G2 P2 NSD1 CS1 öykülü, bilinen ek hastalık öyküsü veya sezaryen dışında geçirilmiş operasyonu bulunmayan 46 yaş kadın hasta adetlerinin 10 güne uzaması şikayetiyle polikliniğe başvurdu. Yapılan transvajinal ultrasonografide endometriumu yaylandıran, uterus korpus posterior duvar kaynaklı yaklaşık 23x18 milimetrelilik (mm) tip 2 myoma uteri ile uyumlu kitle görünümü izlendi. Kitlenin serozaya uzaklığı 7 mm olarak ölçüldü. Endometrial örnekleme sonrası ofis histeroskopi ile görüntüleme yapıldı. Endometrial kavitede istmus düzeyinde kaviteyi yaylandıran tip 2 myom görünümü haricinde yer kaplayan lezyon izlenmedi. Operatif histeroskopi planlandı. Spinal anestezi altında bipolar rezektoskop ve izotonik mai kullanılarak rezeksiyona başlandı. Posterior duvar kaynaklı bilobüle, 4 santimetrelilik(cm) myom nüvesi izlendi. Rezektoskop ile myometrial doku görünümüne tüm yüzeylerde ulaşılan kadar myom rezeke edildi. Ardından keskin küret ile full küretaj işlemi yapıldı. İşlem sonu verilen sıvı 9000 mililitre(ml), çıkan sıvı 8000 ml olarak hesaplandı.

SONUÇ: Bu olguda 4 cmlik tip 2 myoma uteri lezyonunun tek seansta bipolar rezektoskop ile tedavisine yer verilmiştir. Histeroskopik myomektomi çoğu submukozal, kimi zaman da intramural yerleşimli myomların tedavisinde günümüzde sıklıkla kullanılan bir minimal invaziv cerrahi tedavi yöntemidir. Genellikle Tip 0,1 ve 2 myomlarda tercih edilir. Tip 2 myomlarda tam rezeksiyon oranı %61 ile %83 arasında değişmektedir. Myom boyutu ve kullanılan cihaz farklılıkları operasyon sayısını etkileyebilir. Büyük myomlarda operasyon süresi ve sayısı cerrahin deneyimine bağlı olsa da 3 santimetreden büyük myomlar için iki seans tedaviye gereksinim duyulabilir. Anormal uterin kanama, rekürren gebelik kayıpları, infertilite gibi patolojilerde hızlı iyileşme ve minimal skar dokusu bırakması nedeniyle histeroskopik myomektomi genellikle tercih sebebidir. Gelişen teknoloji ile birlikte myoma uteri yönetiminde histeroskopik yönteminin kullanım sıklığı ve çeşitliliği artmaktadır.

Anahtar Kelimeler: histeroskopi, myomektomi, tip 2 myoma uteri



VS-108 [Myomektomi]

Öncesinde myom embolizasyonu yapılan hastada laparoskopik myomektomiMuhammet Serhat Yıldız¹, Büşra Yıldız²¹Alanya Özel anadolu hastanesi, kadın hastalıkları ve doğum kliniği, antalya²alaaddin keykubat üniversitesi alanya eğitim ve araştırma hastanesi, kadın hastalıkları ve doğum kliniği, antalya

GİRİŞ: Uterin leiomyomlar kadınlarda en sık görülen pelvik tümördür. Üreme çağındaki kadınlarda bildirilen insidans %20-25. Asemptomatik leiomyomlar takip edilebilir, semptomatik olduklarında hastanın yaşı, çocuk istemi, myomun büyüklüğü, myomun bulunduğu yer, hastanın semptomlarının ciddiyetine bakılarak tedavi yöntemi belirlenir. Laparotomik myomektomi, Laparoskopik Myomektomi, Myom embolizasyonu hastaya göre seçilebilecek tedavi yöntemleri arasında bulunur. 30 yaşında, 5 yıldır evli, öncesinde herhangi bir kontrasepsiyon yöntemi kullanmayan primer infertilite şikayeti nedeniyle 2 yıl önce myom embolizasyonu yapılan hasta çocuk istemi nedeniyle tarafımıza başvurdu. Yapılan değerlendirmede hastanın uterusu 6 adet farklı lokalizasyonlarda, 2 tanesi endometrial kaviteyle ilişkili myom izlendi. Hastanın 3 ay önce yapılan Histerosalpingografisinde Fundal alanda dolma defekti izlenmiş ve myom lehine yorumlanmıştı. Hastaya Laparoskopik myomektomi planlayarak fertilizasyonu kazandırmayı amaçladık.

YÖNTEM: Alçak litotomi pozisyonunda gerekli ameliyat hazırlıkları yapılarak veres umblikustan yerleştirildi. Batın içi 18 mm-Hg kadar şişirildi. Optik umblikustan batın içine yerleştirildi. Palmar ve sol sakroiliak anteriorun 2 cm süperomedialinden 10 luk trochar yerleştirildi. sağ sakroiliak anteriorun 2 cm süperomedialinden 5 lik trochar yerleştirildi. Fundal yerleşimli 5 cm intramural, anterior yerleşimli 3 cm subseröz, anterior yerleşimli 2 adet 2 cm intramural, posterior yerleşimli 4 cm intramural myomlar, monopolar yardımıyla myom üstündeki uterus katmanı açılarak myom 10 luk teneculum ile tutuldu. Dissektör ve harmonic yardımıyla myom nüvesi uterusdan ayrıldı. Uterus posteriorda istmus hizasında 3 cm lik myom açılarak koagülasyon nekrozu içeriği boşaltıldı. Psö-dokapsül uterusdan ayrıldı. Myom çıkarılan alanlar 0 numara yuvarlak v-lock suture ile kapatıldı. Batın içine alınan myomlar morselasyon yöntemi ile batın dışına alındı.

BULGULAR: 2 yıl önce 3 adet myom için embolizasyon işlemi uygulanan hastada 6 adet myom çıkarıldı. myomların 3 tanesi (Fundal 5 cm, posterior istmik 3 cm, anterior 3 cm) öncesinde embolizasyon yapılan myomlardı. Bu myomlardan istmus posteriordaki koagüle nekroza bağlı hemorajik içeriğe sahipti ve içerik aspire edilerek psödo-kapsül uterusdan ayrıldı. Diğer iki embolize olan myom nüveleri kalsifik dış kapsüle sahipti ve yapı olarak normal myom dokusuna göre daha yumuşaktı. Embolize olmayan myomlar normal myom dokusuna sahip olarak izlendi.

TARTIŞMA: Yapılan myomektomi işlemi sırasında embolizasyon yapılanlar ile yapılmayan myomların çıkarılmasında herhangi bir fark izlenmedi. İstmik posteriordaki myom, koagülasyon nekrozuna bağlı hemorajik içeriğe sahipti ve beklenen myom dokusuna rastlanmadı. Myom kapsülü uterus dokusundan net olarak ayırt edilemedi. Yapılan operasyon sonucunda myomektomi öncesi embolizasyon yapılan ve yapılmayan myomlar arasında dis-seksiyon kolaylığı ve hemostazın sağlanması açısından anlamlı bir fark saptanmadı.

Anahtar Kelimeler: myomektomi, laparoskopi, embolizasyon



VS-109 [Jinekolojik onkoloji]

Laparoscopic total hysterectomy and bilateral salpingo-oophorectomy in patients with BRCA mutation

Tuğçe Sırma, Mert Açar, Nuri Yıldırım

Department of Gynecologic Oncology Surgery, Ege University, İzmir, Turkey

INTRODUCTION: Most epithelial ovarian cancers are sporadic and hereditary ovarian cancers constitute a group of 10-30%. Hereditary ovarian cancers occur 10 years earlier than non-hereditary ones. More than 90% of hereditary ovarian cancers are associated with BRCA-1 and BRCA-2 mutations. While the lifetime risk of ovarian cancer is 44% in women with BRCA-1 mutations, the risk is 17% in women with BRCA-2 mutations. In BRCA-1, while ovarian cancer is seen around the age of 40, that is, premenopausal; In BRCA-2, ovarian cancer occurs mostly in the postmenopausal period. generally prophylactic bilateral salpingo-oophorectomy; it is the recommended treatment for BRCA-1 carriers between the ages of 35 and 40, and for carriers of BRCA-2 between the ages of 40 and 45. The patient's fertility desire should be questioned. All ovarian tissue and tubes should be removed, peritoneal surfaces should be checked, a pelvic wash sample should be taken for cytology, and all sections should be examined microscopically for occult cancer.

METHOD: 46-year-old patient had 2 cesarean deliveries and has BRCA-2 mutation. She was operated on for breast cancer 6 years ago and is using tamoxifen. Bilateral salpingo-oophorectomy, hysterectomy, abdominal washing sampling and peritoneal biopsy were performed laparoscopically.

FINDINGS: No intraoperative complications developed. The operation time was 60 minutes. The patient was discharged 24 hours after the operation. Final pathology was benign.

RESULT: Performing prophylactic bilateral salpingo-oophorectomy reduces cancer risk by 96%, but does not completely eliminate it. The patient should be informed that the risk of developing cancer from other parts of the peritoneum, albeit slightly, has not completely disappeared. The procedure can be performed laparoscopically.

Keywords: BRCA mutation, laparoscopy, prophylactic bilateral salpingo-oophorectomy

**VS-110 [Robotik cerrahi]****Robotic hysterectomy in a patient with a history of 4 ceserean sectio**

Izel Gürlek, Adeviye Elçi Atılgan, Tuğba Akçaoğlu

Department of Gynecology and Obstetrics, Medipol Mega University, İstanbul, Turkey

Hysterectomy is the most common gynecologic surgery performed in the world, with over 600 000 surgeries carried out annually.

Robotic technology possesses several potential benefits over the existing methods, such as offering three-dimensional visualization, elimination of the surgeon's hand tremor, instruments' greater range of motion, precision, scaling, enhanced stability of the operative image and instrumentation, and better ergonomics.

The prevalence of dense intra-abdominal adhesions and of bladder injury during CS was higher in women with a history of three or more previous CS than in women with one previous CS, the surgery requires more experience. The patient is 52 years old, she has complaint of menorrhagia, abnormal bleeding.

Her gravida is 5 parity is 4 and her operation history is ceserean sectio 4 times. vaginal smear was reported as negative for malignity. Probe curettage is endometrial polyp.

In this video, we aimed to present robotic hysterectomy in a patient with a history of 4 ceserean sectio, which we performed a challenging uterovesical dissection with da vinci Xi robot.

Keywords: hysterectomy, robotic, surgery

**VS-111 [Benign jinekolojik operasyonlar (dermoid, apse, endometrioma, ektopik gebelik, vb..)]****Komplikle Pelvik İnflamatuvar Hastalığa Sekonder İnfertil Olguda Laparoskopik Yaklaşımla Fertilite Restorasyonu**

Kasım Akay, Hakan Aytan

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

GİRİŞ: Pelvik inflamatuvar hastalık (PID), çoğunlukla üst genital trakt ve çevresindeki dokuların asendan bir enfeksiyonla tutulması sonucu oluşan inflamasyon, endometrit, parametrit, salpenjit ve nadiren tubooveryan abseyi de içine alabilen bir hastalığı tanımlar. Yaklaşık olarak reproduktif çağıdaki on kadından bir tanesi PID tanısı alır ve bunlardan üçte biri de tubooveryan abse nedeniyle hospitalize edilir.

İlk olarak 1920’de tanımlanan Fitz Hugh Curtis (FHC) sendromu, pelvik enfeksiyonun asenden yolla karaciğer kapsülü ve diaframa ulaşarak sağ üst kadranda ağrısına sebep olmasıyla kendini gösteren ve akut pelvik inflamatuvarlı (PID) hastalarda karşılaşılabilen bir durumdur. Tanıda kabul edilen kriterlere göre FHC sendromu insidansı değişmektedir. Hiç semptomu olmayan kadınlarda laparoskopide perihepatik adezyonlar izlenebilirken, semptom veren sağ üst kadranda ağrılı PID vakalarında laparoskopide hiçbir bulgu olmayabilir.

OLGU: 24 yaşında G2P2 hasta bilateral kasık ağrısı ve gebelik istemi şikayetleriyle polikliniğimize başvurdu. Anamnezinde adetinin 2. Gününde olduğu ve 8 ay önce 4 yıldır mevcut olan rahim içi aracını (RİA) çıkarttırdığını söyleyen hastanın yapılan usgisinde uterusun antevert mobil ve normal cesamette olduğu saptandı. Bilateral adnekslerde hidrotuba görünümü izlendi. Fizik muayenesinde bilateral alt kadrarlarda derin palpasyonda hassasiyet saptandı, defans ve rebound yoktu. Laboratuvar tetkikleri başvuruda: WBC:4890 uL, Hb:12.8 g/dl Htc: %39 Plt:278000 CRP: Negatif saptandı. Hastanın 5 ay önce çekilen HSG Raporu: “Uterin kavite kontrast madde ile normal triangular konfigürasyonda dolu göstermiştir. Bilateral fallop tüp distallerine kadar kontrast madde geçişinin olduğu saptanmış sağda tüp distalının geniş olduğu dikkati çekmiştir. Ancak bilateral peritoneal dağılım gözlenmemiştir (bilateral tubal obstrüksiyon ve sağda hidrosalfinks ile uyumludur). Ayrıca tetkik sırasında kontrast maddenin bir miktra intravazasyon gösterdiği izlenmiştir.” şeklindedir. Salpenjektomi istemeyen hastaya tanısı l/s planlandı. Fertilite isteği olan hasta salpenjektomi istemediğini bildirdi.

Operasyonda yapılan batin içi eksplorasyonda perihepatik adezyonlar izlendi. Hastaya intraop Fitz Hugh Curtis tanısı konuldu.

Hastanın operasyon sonrasındaki kontrollerinde yapılan usgisinde hidrotuba görünümü izlenmedi. Fizik muayenesi doğaldı.

OPERASYON: Yapılan eksplorasyonda uterusun normal cesamette olduğu, sağda daha belirgin olmak üzere bilateral tubaların hidropik görünümde olduğu, muhtemel geçirilmiş PID ye sekonder olarak uterusun douglassa, bilateral tuba ve overlerin fossa overicaya adheze olduğu izlendi. Adhezyonlar künt disseksiyonlar ile giderildi. Ardından kanül yardımıyla serviksten metilen mavisi verildi. Tubaların metilen mavisi ile dolduğu, ancak peritoneal geçişin olmadığı izlendi. Metilen mavisi yardımıyla fimbrial uçların overlere adheze olduğu alanlar belirlendi. Adhezyonlar giderildi. Tekrar metilen mavisi verildiğinde bilateral peritoneal geçişin olduğu izlendi. Fimbrial uçların posterior yüzü koterize edilerek evert edildi. Eksplorasyonda karaciğerin batin ön ve yan duvarına adheze olduğu izlendi.

Anahtar Kelimeler: Fitz Hugh Curtis, Hidrosalfinks, Pevik İnflamatuvar Hastalık

**VS-112 [Histerektomi]****Big postmenopausal adnexal mass: Total laparoscopic hysterectomy-bilateral salpingo-oophorectomy (TLH-BSO)**

Batuhan Turgay

Department of Obstetrics and Gynecology, Ankara Yıldırım Beyazıt University, Ankara, Turkey

INTRODUCTION: A case with a big postmenopausal adnexal mass and grade 3 uterine prolapsus.**METHOD:** 69 years old woman (BMI:32 kg/m²) with hypertension was referred to our clinic because of postmenopausal adnexal mass. Vaginal examination revealed grade 2 uterine prolapsus and grade 3 cystosele. A big left unilobular adnexal mass (almost 15 cm) was detected during ultrasonographic examination. There was no malign ultrasonographic finding except the size of the adnexal mass and CA-125: 42 U/ml. To avoid from the rupture of the adnexal mass, TLH-BSO was decided.**CASE:** Pneumoperitoneum was achieved with 15 mmHg of carbon dioxide. Four ports were inserted for this procedure; a 10- mm rigid zero-degree telescope from the umbilicus and three 5 mm port for ipsilateral approach from left side of the patient. First, left uterine artery was ligated than left infundibulopelvic ligaments was sealed and the adnexal mass was put in the Douglas pouch. Then right infundibulopelvic ligaments and right uterine artery were sealed and cut. 10 mm Endobag was used for the extraction of the adnexal mass without leakage of the cyst fluid in to the abdomen. After the colpotomy, vaginal cuff was sutured with barbed suture.**CONCLUSION:** Care should be taken to prevent the fluids of large cysts from spreading into the abdomen with the use of special laparoscopic instruments.**Keywords:** Total laparoscopic hysterectomy, big adnexal mass, endoscopy

**VS-113 [Benign jinekolojik operasyonlar (dermoid, apse, endometrioma, ektopik gebelik, vb..)]****Left isolated fallopian tube torsion associated with hydrosalpinx managed with laparoscopic salpingectomy**Nihan İlhan Oruc¹, Gizem Nur Koyan Karadeniz¹, Ozan Karadeniz²¹Cam and Sakura City Hospital²Arnavutkoy State Hospital

BACKGROUND: Isolated fallopian tube torsion (IFTT) is a rare clinical entity usually seen in adolescents causing lower abdominal pain. The diagnosis can essentially be made during surgery due to a lack of specific clinical signs, images, and laboratory data. This article presents a case of isolated torsion of the fallopian tube in a 24-year-old sexually inactive girl.

CASE: A 24-year-old girl presented with left lower abdominal pain for 3-days, ultrasonography and magnetic resonance imaging (MRI) revealed a 4.5 cm width of cystic mass adjacent to the right ovary and left hydrosalpinx. Urgent laparoscopy was performed due to the preliminary diagnosis as the torsion of the left ovarian cyst.

RESULTS: Laparoscopy enlightened isolated octuple torsion of the left fallopian tube with severe necrosis and swelling, simultaneously 2 cm and 1 cm right paratubal cysts, thus a laparoscopic left salpingectomy and right paratubal cyst excision were performed. The patient was discharged uneventfully on the second day after her surgery.

CONCLUSION: Specific signs at MRI such as “whirlpool” and “coiling up” might be beneficial for diagnosis. Prompt diagnosis and treatment are needed to preserve fertility for women especially at the reproductive period of life.

Keywords: Acute abdomen, Fallopian tube torsion, Hydrosalpinx, Salpingectomy

**VS-114 [Histerektomi]****10 cm vajene doğan myoma minimal invaziv yaklaşım: retroperitoneal TLH**Nefise Nazlı Yenigül¹, Nergis Kender Erturk¹, Anıl Erturk²¹Sağlık Bilimleri Üniversitesi Bursa Yüksek İhtisas EAH, Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği, Bursa²Gemlik Devlet Hastanesi

42 yaşında hasta anormal uterin kanama şikayetiyle kadın doğum acil polikliniğine başvurdu. Servikal muayenede vajeni tamamen dolduran serviksi tamamen dilate etmiş kalın saplı yaklaşık 10 cm'lik bir myom izlendi. Ultrasonografide posteriordan kaviteye bası yapan ve myometriumdan kaynaklı kalın saplı hipoekojen myomla uyumlu bir yapı izlendi. Çekilen MR görüntüleri de posterior myometrium kaynaklı oldukça kalın saplı vajene doğmuş myomu destekliyordu. Hastanın anemik olması sebebi ile vaka sırasındaki kanamayı azaltmak için bilateral uterin arterler çıktıkları yerden ligate edildikten sonra total laparoskopik histerektomi yapılması planlandı. Hastanın uterusuna manipülasyon amaçlı monte yerleştirildi. Ameliyat sırasında bilateral round ligamentler ligate edilip kesildikten sonra lateral yaklaşımla retroperitona girildi ve üreterler görselleştirildi. Bilateral uterin arterler çıkış yerlerinden ligate edildi. Sonrasında total laparoskopik histerektominin her aşaması üreter traseleri takip edilerek sorunsuz gerçekleştirildi ve vaka sırasında neredeyse hiç kanama olmadı. Hasta ameliyattan iki gün sonra taburcu edildi. Patolojisi leiomyoma olarak raporlanan hasta, 3 ay sonraki kontrolünde herhangi bir şikayetin olmadığını ifade etti.

Anahtar Kelimeler: vajene doğan myom, total laparoskopik histerektomi, uterin arter ligasyonu



VS-115 [Derin infiltratif endometriozis]

Disparoniye Sebep Olan Rektovajinal Derin Endometriozis Nodülünün Laparoskopik Eksizyonu

Zeynep Kübra Usta Kurt, Durkadin Elif Yıldız, Fatma Ketenci Gencer, Süleyman Salman
SBÜ Gaziosmanpaşa Eğitim Araştırma Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği, İstanbul

GİRİŞ: Derin infiltran endometriozis (DİE) retroperitoneal ve pelvik organların duvarlarında 5mm'den fazla penetrasyon oluşturmuş endometriozis odakları olarak tanımlanır. Hastaların preoperatif değerlendirmelerinde ayrıntılı jinekolojik anamnez, rektovajinal, bimanüel jinekolojik muayene ve ardından transvajinal ultrason ve manyetik rezonans (MR) kullanılır. Rektovajinal endometriozis nodülleri hastaların vajinal muayenelerinde hassasiyet oluşturan, ağrılı lezyonlar olarak palpe edilir. Vajinal tuşe ile tüm vajen duvarları ulaşılabilen derin pelvik kaslar ve ligamentler kontrol edilmeli hasta ile uyum içinde ağrılı alanlar tespit edilmelidir. Bu ağrılı endometriozis nodülleri adezyon oluşumu yanında fibrozis ve inflamatuvar süreçleri tetikleyerek komşu intestinal ve sakrouterin bağların infiltrasyonuna, douglasta kısmı ve tam obliterasyona yol açabilir ve infertilite ile sonuçlanabilir. Fibrotik nodüllere dönüşen endometriozis odakları cerrahi olarak çıkarılmadan tam iyileşme sağlanamamaktadır.

VAKA: 33 yaşında G2P2A2 normal spontan doğumu olan, geçirilmiş batin cerrahisi bulunmayan 8 yıldır artan şiddette disparoni, dismenore tarifleyen hastanın vajinal tuşede sol bacağı vuran hassasiyet sol sakrouterin ligaman hizasında nodül tuşeleniyordu. Transvajinal ultrasonda sol overde yaklaşık 4 cm endometriozis ile uyumlu radyolojik imaj ve overi doulasa adeze halde izledik. Semptomatik endometrioma ve endometriozis nodül eksizyonu amacıyla hastaya laparoskopik eksizyon planlandı. Ameliyat sırasında sol over içinde yaklaşık 4-5 cm lik endometrioma barındırdığı ve douglasa adeze olduğu izendi. Sol üreter diseke edilerek güvenli cerrahi alanı oluşturuldu. Sol over serbestleştirildi. Kist eksize edildi. Rektumdan tuşe yapılarak nodül palpe edildi ve cerrahi eksizyon boyunca yol gösterici olması sağlandı. Harmonic yardımı ile nodül eksize edildi. Post operatif komplikasyon izlenmeyen hasta 2. gününde taburcu edildi.

SONUÇ: Endometriozis değişken klinik seyre sahip inflamatuvar, hormon ilişkili, kronik bir hastalıktır. Tedavide altın standart günümüzde laparoskopidir ve amacımız tüm odakları çıkarmak olmalıdır. Hastalar işlem öncesi planlanan cerrahi ve recürrens riski açısından bilgilendirilmelidir. Dolayısıyla cerrahin tecrübesi, kliniğin teknik donanımı endometriozis cerrahisinde oldukça önemlidir. Özellikle bizim vakamızda olduğu gibi tuşede ele gelen semptomatik rektovajinal endometriozis nodülü için konservatif tedavilerden çok cerrahi ön planlarda tercih edilir. Douglas, rektum ve sigmoid kolona ait adezyonlar anatomiye uygun diseke edilmeli, üreter vizualize edilmelidir.

Anahtar Kelimeler: laparoskopi, endometriozis, nodül, eksizyon, rektovajinal, disparoni

**VS-116 [Myomektomi]****Laparoskopik myomektomide bipolar damar kapama sisteminin (Ligasure Maryland) etkinliği ve güvenilirliği**Okan Ozden, Pinar Türk

Özel Medicana Bursa Hastanesi

Bu olgumuzda 45 yaşında şiddetli kasık ağrısı ve menometroraji şikayeti ile polikliniğimize başvuran ve myoma uteri tanısı alan bir hastanın cerrahi yönetiminde elektrotermal bipolar damar kapama sistemi (Ligasure Maryland) ve laparoskopik tenakulum kullanmanın avantajlarını sunmayı amaçladık. GÖP0 bekar, virgo hastanın ek bir geçirilmiş abdominal cerrahi veya eşlik eden sistemik bir hastalığı mevcut değildi. Yapılan ultrasonografi görüntülemelerinde en büyüğü 6 cm ve bazılarının endometriumu deplase ettiği izlenen multiple myomlar saptandı. Hastanın bekar olması ve muhtemel fertilitte isteği nedeni ile laparoskopik multiple myomektomi planlandı ve uygulandı. Hastanın preoperatif hemoglobin değeri 13,4 g/dl olarak saptanırken postoperatif değer 11,8 olarak sonuçlandı. Nihai patoloji sonucu ise adenomyozis olarak raporlandı. Round ligamanları ve tüpler gibi anatomik markerların yardımı ile intramural myomların lokasyonu belirlenerek insizyon hattımızı planladık. Monoplar koter yardımı ile ideal sütür hattına paralel insizyon yaparak myom kapsülüne ulaştık. Laparoskopik tenakulum yardımı ile myoma efektif bir traksiyon uygulayarak disseksiyon hattını net olarak belirleyebildik ve ideal disseksiyon ve koagülasyon adımlarını uygulamaya çalıştık. Doku hasarı ve dehissens riskini en aza indirmek amaçlı koagülasyon kullanımını minimize etmeye özen gösterdik. Sütürasyonda myometirumu 0 numara V-lock sütür kullanarak 2 kat halinde kapattık, bu aşamada ölü boşluk bırakmamaya dikkat ettik. Tüm myomları belirtilen plana uygun eksize ettikten sonra Storz power morselatör kullanarak morselasyonu tamamladık. Hastayı postoperatif birinci günde taburcu ettik. Her ne kadar vasopressin uygulamaları, uterin arterin klemplenmesi gibi hemostazı destekleyecek teknikler mevcut olsa da, bu uygulamalarda overlerin süspansiyonu gerekebileceğinden vakanın süresinin uzaması veya klemplerin çıkarılması esnasında arter hasarı oluşması gibi riskler söz konusu olabilmektedir. Biz doğru planda kalındığında; uygun traksiyon, disseksiyon ve koagülasyon tekniklerinin uygulanması durumunda yeterli cerrahi deneyim ile vakaların minimal kan kaybı ile sonlandırılabilceğini düşünmekteyiz.

Anahtar Kelimeler: laparoskopik myomektomi, bipolar damar kapama, morselasyon



VS-117 [Histeroskopi]

T Shaped Uterusta Histeroskopik Metroplasti

Ezgi Oktay, Hüseyin Durukan

Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, MERSİN

AMAÇ: T shaped uterus, uterin kavitenin T harfine benzer yapıda olduğu dismorfik uterus tipini tanımlamaktadır. İnfertilite ve çeşitli gebelik komplikasyonlarıyla ilişkilendirilmiştir. Bu durumun düşük morbidite ve yüksek başarı oranları ile histeroskopik olarak düzeltilebilirliğini video eşliğinde sunmayı amaçladık.

OLGU: Dış merkezden histerosalpingografi raporu ile tarafımıza refere edilen 20 yaşındaki olgu değerlendirildi. Hastanın anamnezinden bir buçuk yıldır düzenli, korunmasız ilişkiye rağmen gebe kalamadığı öğrenildi. Yapılan jinekolojik muayenede alt genital sisteme ait patoloji izlenmedi. Transvajinal ultrasonografide uterus ve adneksler doğal olarak değerlendirildi. Operatif histeroskopi planlandı. Preoperatif hazırlık sonrası serviks dilate edilip endometrial kavite mannitol ile ekspanse edildi. Uterin yan duvarlara, tubal ostiumlar vizualize edilene kadar monopolar rezektoskop ile insizyon yapıldı. Kanama kontrolü sonrası operasyona son verildi. Hasta postoperatif 6. saatte sağlıklı taburcu edildi.

TARTIŞMA: T shaped uterus, endometrial kavitenin normal triangelüer konfigürasyonda olması gerekirken T harfi şeklinde olduğu morfolojik bozukluktur. Blastokist implantasyonunu engelleme ile infertiliteye sebep olabileceği gösterilmiştir. Gebelik oluşması halinde ise abortus, ektopik gebelik ve preterm doğum gibi obstetrik komplikasyon sıklığında artış bildirilmiştir. Operatif histeroskopi, uterin yan duvarlara insizyon yapılarak kavitenin morfolojisinin düzeltilmesini sağlayan cerrahi prosedürdür. Kolay uygulanabilirlik, operasyon ve hastane yatış süresinin kısa oluşu ve laparotomiye kıyasla çok daha düşük morbidite oranları açısından avantajlıdır. Histeroskopik tedavinin gebelik oranlarında artış ve obstetrik komplikasyonlarda azalma açısından da etkinliği gösterilmiştir. Literatürde, T shaped uterusda metroplastinin reproduktif sonuçları iyileştirdiği ve özellikle tekrarlayan gebelik kaybı olan hastalara mutlaka seçenek olarak sunulması gerektiği belirtilmektedir. Metroplasti sonrası termde doğum oranının yaklaşık 10 kata kadar arttığını gösteren çalışmalar mevcuttur. Dismorfik uteruslar arasında en iyi tedavi yanıtı T shaped uterusda saptanmıştır.

SONUÇ: Histeroskopik metroplasti; infertilite öyküsü veya tekrarlayan gebelik komplikasyonları olan T shaped uterus tanılı hastalar için düşük morbidite ve yüksek başarı oranlarına sahip bir tedavi yaklaşımıdır.

Anahtar Kelimeler: Dismorfik Uterus, Gebelik, Histeroskopi

**VS-118 [Benign jinekolojik operasyonlar (dermoid, apse, endometrioma, ektopik gebelik, vb..)]****Laparoscopic approach to ectopic pregnancy with ruptured ovary**

Goncha Kamallı, Tuğçe Sırma, Gülnar Hüseynova, Mert Açar
Department of Obstetrics and Gynecology, Ege University, İzmir, Turkey

INTRODUCTION: One of the Spiegelberg diagnostic criteria for ovarian ectopic pregnancy, histologically, rupture material taken from the ovary proved to be an ectopic pregnancy product. Ovarian ectopic pregnancy is seen in 3% of ectopic pregnancies. In patients with stable vital signs, ovarian wedge resection can be performed with the laparoscopic method.

METHOD: A 40-year-old female patient has a pregnancy request with the g2 p0 a1 ivf method. Transfer was applied 1 month ago. The patient presents with left groin pain and vaginal bleeding. Transvaginal ultrasonography **FINDINGS:** Endometrial thickness is 5mm. Right ovary is looking normal. There is suspicious 36x39mm ectopic focus in left adnexial area? and diffuse free fluid on the anterior and posterior surface of the uterus. Beta-hcg level: 594U/L. Laparoscopic intervention was planned because her general condition was good and her vitals were stable.

Findings:The patient is diagnosed with an ectopic pregnancy rupture. Ectopic rupture focus is originating from the left ovary and approximately 1000 cc of diffuse hemorrhagic free fluid in the abdomen were observed and the decision for left ovarian wedge resection was made.

RESULTS: Laparoscopic approach can applied in ectopic pregnancy if the patient's vital findings stable.

Keywords: wedge resection, ovarian ectopic pregnancy, rupture, laparoscopy

**VS-119 [Jinekolojik onkoloji]****Laparoscopic approach to suspicious adnexal mass**Tuğçe Sırma, Mert Açar, Nuri Yıldırım

Department of Gynecologic Oncology Surgery, Ege University, İzmir, Turkey

INTRODUCTION: The most common cause of adnexal masses is ovarian origin. When evaluating an adnexal mass, diagnostic research is required. One of the most important decisions to be made is whether there is a suspicion of malignancy. The malignancy risk of the adnexal mass is evaluated by physical examination, ultrasonography, tumor markers and other imaging methods. Borderline ovarian tumors (tumors with low malignant potential) are most common in premenopausal women, and invasive ovarian cancers occur 15 years younger than women. As conservative surgery, unilateral salpingo-oophorectomy, peritoneal washing fluid, omentectomy and multiple peritoneal biopsies are performed to borderline ovarian tumors. Borderline ovarian tumors are highly variable in diameter and do not have a preoperative pathognomonic ultrasonographic image. Measurement of CA-125 levels is non-specific.

METHOD: A 31-year-old female patient with a dense, multiseptal cystic formation with a diameter of 10 cm of right adnexal origin. CA-125 level is 50. The patient has one child. Right salpingo-oophorectomy, omental biopsy and peritoneal washing sampling were performed laparoscopically.

FINDINGS: No intraoperative complications developed. The operation time was 30 minutes. Frozen result is reported as borderline. The patient was discharged 24 hours after the operation.

RESULT: Laparoscopic surgery can be applied in adnexal masses with suspected malignancy. Adnexal mass should be sent frozen section.

Keywords: laparoscopy, adnexal mass, salpingo-oophorectomy



VS-120 [Myomektomi]

Laparoscopic Excision of an Extra-peritoneally Located Leiomyoma

Eren Kaya¹, Emine Karabuk¹, Mehmet Faruk Kose²

¹Department of Obstetrics & Gynecology, Acibadem Mehmet Ali Aydınlar University, Istanbul, Turkey

²Department of Obstetrics & Gynecology, Branch of Gynecologic Oncology, Acibadem University Atakent Hospital, Istanbul, Turkey

Uterine leiomyomas (fibroids) are one of the most common benign conditions of female genital tract with various signs and symptoms depending on their size and location. Rarely, fibroids are located outside of uterus and extra-peritoneally due to spilling from previous surgeries.

We present a 29-old-female with the history of one vaginal delivery and no history of previous surgery. During pregnancy, the patient presented with severe abdominal pain at 26th-gestational week and was admitted to in-patient clinic with the diagnosis of fibroma degeneration for pain management. The size of the fibroma was measured as 9 cm during second trimester of the pregnancy and 6 weeks following pregnancy the size of the fibroma decreased to 6 cm. One year following delivery the patient presented with dysparonia and intermittant dysuria. Therefore we planned laparoscopic excision of the fibroma.

We inserted two 5 mm ports from left-lower quadrant and one 5 mm port from right-lower quadrant and we used a special insufflation system with stable pneumoperitoneum pressure. During exploration, we observed a type-7 leiomyoma originated from the anterior wall of the uterus and located extraperitoneally at the superior of Retzius space. We carefully dissected the leiomyoma preserving the extraperitoneal vessels and we performed a posterior colpotomy to remove the tumor. The patient was discharged in post operative day-1 without any complications. The pathological examination revealed degenerated leiomyoma.

The main indications for myomectomy and hysterectomy due to leiomyoma are size, abnormal uterine bleeding and malignancy suspicion. However this patient presented with dysparonia even though the size of the leiomyoma decreased following pregnancy. Rarely, these tumors may locate extraperitoneally and primary extraperitoneal leiomyomas are even more infrequent. The symptoms of the patient and imaging may cause suspicion but the diagnosis is mostly possible intraoperatively.

Keywords: leiomyoma, laparoscopy, myomectomy



VS-121 [Histerektomi]

Büyük Uterusta Laparoskopik Histerektomi ve Materyalin Vajinal Yoldan Çıkarılış Tekniği

Tuğba Karakaş, Şevki Göksun Gökulu

Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, Mersin

Kliniğimizde total laparoskopik histerektomi (TLH); laparotomi ile histerektomiye oranla daha fazla yapılmaktadır. Laparoskopik histerektominin, hastanede kalış süresi, intraoperatif kan kaybı, postoperatif yara yeri enfeksiyonu ve normal aktiviteye dönüş açısından laparotomiye avantajları vardır. Büyük uterusların laparoskopik histerektomi sonrası morselasyon ve vajinal yoldan çıkartılma zorlukları vardır. Dış merkezden ca 125 yüksekliği ve batında kitle sebebiyle refere edilen 47 yaşında hasta. Ultrasonografik ve manyetik rezonans görüntüleme fundusta 5 cm, anterior duvarda 9 cm lik 2 adet myom ile uyumlu nodüler kitle izlendi. Endometriyal örnekleme proliferatif endometrium olarak raporlandı. Hastaya Laparoskopik histerektomi + bilateral salpinjektomi planlandı. Bilateral paravezikal ve pararektal alanlar oluşturuldu. Her iki üreter trasesi izlenerek; bilateral uterin arterler intrernal iliak arterden çıktığı seviyeden ileri bipolar aletlerle ligate edildi. Uterin arter ve kardinal liamentler bilateral ligate edilip kesildi. Ultrasonik kesici alet ile kolpotomi yapıldı, histerektomi tamamlandı. Bir adet steril idrar torbası 10 mm lik trokar yerinden batin içine yerleştirildi, sağ 5 mm lik porttan kamera ile kontrol yapıldı. Materyal torba içine alındı ve vajene ağızlaştırıldı, vajinal yoldan 20 numara bistürü ile torba korunarak uterus morsele edildi. Vajen tepesi No:1 vicryl ile laparoskopik suture edildi. Büyük uterus laparoskopik histerektomi vakalarında uterin arterlerin internal iliak arterlerden çıktığı seviyeye yakın bağlanması; operasyon sırasında daha az kanama, anatomik planların daha net izlemesi, her iki üreterin güvenliğinin sağlanması gibi avantajlar sağlar. Sunduğumuz olguda postoperative hemogram düşüşü gözlenmedi. Uterus ağırlığı 478 gram idi. Torba içinde vajinal morselasyon batin içine yayılımı ve vajinal laserasyon ihtimalini azaltmaktadır.

Anahtar Kelimeler: Büyük uterus, laparoskopik histerektomi, vajinal morselasyon

**VS-122 [Benign jinekolojik operasyonlar (dermoid, apse, endometrioma, ektopik gebelik, vb..)]****IVF Sonrası Rüptüre Tubal Heterotopik Gebelik**Rümeysa Belen, Ayşe Zehra Özdemir

Ondokuz Mayıs Üniversitesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, Samsun

GİRİŞ: IVF (İn vitro fertilizasyon) sonrası oluşan rüptüre tubal ektopik gebeliğin cerrahi olarak tedavi edildiği ve intrauterin gebeliğin sağlıklı devam ettiği bir heterotopik gebelik vakası sunulmuştur.

Olgu Özeti: 36 yaşında nullipar hasta, 2 yıldır çocuk istemi var, düşük over rezervi (AMH: 0.47 ng/ml) nedeniyle kliniğimizde yapılan 2. tüp bebek denemesi 11. gün Bhcg 163 mIU/mL ve 5. haftada yapılan transvajinal ultrason muayenesinde tek bir canlı intrauterin gebelik görüldü. Gebeliğin 8. haftasında akut alt karın ağrısı ile başvuran hasta hemodinamik olarak stabildi, batında alt kadrarlarda hassasiyet mevcuttu. Transvajinal ultrason muayenesinde canlı intrauterin gebelik ve sağ over superiorunda 28*20 mm heterojen görünümlü yoğun içerikli kistik lezyon izlendi, her iki overde stimülasyona bağlı olduğu düşünülen hemorajik foliküller ve boyut artışı izlendi. Doppler bakıda her iki overin kanlanması doğal olarak değerlendirildi. Douglasta 1.5 cm mayii izlendi. Hasta rüptüre corpus luteum kisti ön tanısıyla yatırıldı. Ayırıcı tanıda heterotopik gebelik düşünüldü. Takiplerinde hemoglobin düşüşü olmadı, vitalleri stabil seyretti ultrason muayenesinde anlamlı değişiklik izlenmemesi ve ağrıların gerilemesi üzerine hasta yatışının üçüncü günü acil durumlar anlatılarak önerilerle taburcu edildi ve üç gün sonra kontrol muayenesine çağırıldı. Hasta 2 gün sonra ağrılarının tekrar başlaması nedeniyle başvurdu vitalleri stabil, batin muayenesinde alt kadrarlarda hassasiyet, transvajinal ultrasonda douglasta 3 cm hemorajik içerikli mayii izlendi. Hastaya onamı alınarak abdominal MRG çekildi. MRG bulguları rüptüre tubal ektopik gebelik lehine yorumlandı. Heterotopik gebelik tanısıyla hasta operasyona alındı. Sağ tubada 35*20 mm rüptüre ektopik odak ve batin içinde yaklaşık 400 cc koagüle mayii izlendi. Laparoskopik sağ salpinjektomi işlemi yapıldı. Doku histopatolojik incelemeye gönderildi, tubal ektopik gebelik olarak raporlandı.

SONUÇ: Hasta gebeliğinin 25. haftasında olup kliniğimizde takip edilmektedir. Ektopik gebelik görüntüleme yöntemleri ile her zaman vizüalize edilemeyebilir, özellikle IVF ile gebelik elde edilen hastalarda heterotopik gebelik olasılığı akılda tutulmalıdır.

Anahtar Kelimeler: İn Vitro Fertilizasyon, heterotopik gebelik, rüptüre tubal gebelik

**VS-123 [Histeroskopi]****Histeroskopik myomektomi**Elif Uçar

Özel Esencan Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği, İstanbul

42 yaşında Gravida 1, Parite 1 normal doğum öyküsü olan hasta menometroraji şikayeti ile tarafımıza başvurdu. Hasta son 6 aydır şikayetlerinin artarak devam ettiğini medikal tedaviye rağmen değişiklik olmadığını ve histerektomi istediğini beyan etti. Yapılan muayenesinde uterus 3.8 cm submüköz myom izlendi. Hastaya histeroskopik myomektomi endikasyonu konuldu. Tek seansta başarılı bir şekilde myomektomi operasyonu yapıldı.

Anahtar Kelimeler: Histeroskopi, Myomektomi, Submüköz



VS-124 [Yeni teknik ve enstrümanlar]

Laparoskopik cerrahide trokar giriş yerlerinin öneminin box trainerda gösterilmesi

Fatma Nur Ceylan¹, Cengiz Ceylan²¹Malatya Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Ana Bilim Dalı, Malatya²İnönü Üniversitesi, Gastroenteroloji Cerrahisi Bilim Dalı, Malatya

Giriş Laparoskopik cerrahi, hastanede yatış süresini ve iyileşme süresini kısaltması, postoperatif ağrının ve peroperatif komplikasyonların daha az olması sebebiyle açık cerrahiye üstünlüğü gösterilmiştir. Laparoskopik cerrahide cerrahların öğrenme eğrisi ve teknik zorluklar nedeniyle operasyon süreleri uzatmaktadır. Operasyon süresini etkileyen ve laparoskopiyi sınırlayan faktörlerin başında cerrahi kabiliyet ve teknik nedenlerden de trokar giriş yerlerinin yanlış seçimi gelmektedir. Bu durum laparoskopik tüm cerrahilerde bir standardizasyonun oluşmasının önünde bir engel olarak durmaktadır. Trokar girişleri arasındaki mesafe, cerrahi yapılacak alan ve hastanın derinliği çalışma alanında cerrahın manevra kabiliyetini ve dolaylı olarak süreyi etkilemektedir. Bu standardizasyonu sağlamada klinisyenlere bir görüş oluşturmak adına laparoskopik box trainerda trokarlar arasındaki mesafenin, box trainerin derinliğinin, cerrahi alanın dominant ele yakınlığının süreye etkisini araştıran çalışmamızı planladık. Yöntem Laparoskopik box trainerda derinlik ve dominant ele yakınlık değişkenleri sabit tutularak trokarlar arası mesafe 3cm ve 6cm olarak iki grup oluşturuldu. Diğer iki değişken sabit tutularak box trainerin derinliği 5cm ve 10 cm olarak iki grup oluşturuldu. Yine diğer değişkenler sabit tutularak cerrahi yapılacak alanın dominant ele ve dominant olmayan ele göre dik açıda konumlanmasına göre 2 grup oluşturuldu. Tüm gruplarda senior cerrah tarafından intrakorporeal sütür(İKS) atıldı. Sütürler arasında 3'er dakika süre olmak şartı ile 15'er tekrar yapıldı. Intrakorporeal sütür süreleri hesaplandı. Sütür süreleri üç değişkenin olduğu gruplar arasında Shapiro Wilk W testi ile normal dağılımın olmadığı görüldü. İkişer gruba ayrılan üç değişken ayrı ayrı olarak Mann-Whitney U testi ile istatistiksel olarak karşılaştırıldı. P değeri <0.05 istatistiksel olarak anlamlı kabul edildi. Bulgular İki trokar arası mesafe 3cm olan grupta intrakorporeal sütür sürelerinin ortancası 62 sn (42-127), mesafe 6cm olan grupta intrakorporeal sütür sürelerinin ortancası 37 sn (30-80) olup iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık mevcuttu(p=0,009). Cerrahi yapılacak alanın dominant ele dik açıda olan grupta İKS sürelerinin ortancası 59 sn (42-94), dominant olmayan ele dik açıda olan grupta İKS sürelerinin ortancası 42 sn (33-66) olup iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık mevcuttu(p=0,008). Box trainerin derinliği 5cm olan grupta İKS sürelerinin ortancası 58 sn (37-88), box trainer derinliği 10 cm olan grupta İKS sürelerinin ortancası 65 sn (50-104) olup iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık mevcuttu(p=0,026). Sonuç Laparoskopik cerrahilerde derinlik ve trokar giriş yerleri arasındaki mesafe mümkünse optimal uzaklıkta olmalıdır. Ayrıca cerrahi yapılacak alanın dominant olan ele dik açıda olması cerrahın manevra kabiliyetini azaltmakta ve cerrahinin süresi uzamaktadır. Aslında bu parametrelerin tamamı cerrahın çalıştığı alandaki açısını ve dolaylı olarak cerrahi süreyi etkilemektedir.

Anahtar Kelimeler: Laparoskopik, intrakorporeal sütür, box trainer

**VS-125 [Histeroskopi]****Techniques of hysteroscopic resection of type 2 uterine leiomyoma; a case report**

Gozde Unsal, Ozguc Takmaz, Mete Gungor

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

AIM: To demonstrate that various techniques of hysteroscopic resection of type 2 uterine leiomyoma with a surgical video

METHODS-MATERIALS: Step by step video demonstration of a case of hysteroscopic resection of a 50-year-old woman with abnormal uterine bleeding

RESULTS: The operation time was 13 minutes. The bleeding was 50 cc. No intraoperative and postoperative complications were observed. The patient was discharged on operation day. Pathology results were leiomyoma fragments and fragments of endocervical polyp containing mature immature metaplasia.

CONCLUSION: Various techniques were described for hysteroscopic resection of type 2 leiomyomas. During piece-by-piece resection of type 2 leiomyoma, the part with deep myometrial invasion gradually enters the field of hysteroscopy with myometrial contraction. If necessary, resection can be completed in the second session.

Keywords: Hysteroscopic resection, type 2 leiomyoma, submucosal leiomyoma



VS-126 [Histeroskopi]

Use of catheter for hysteroscopic treatment of total uterine septum

Raxshanda Aliyeva¹, Vusala Hacıyeva², İslam Magalov¹, Arzu Polukhova², Nargis Nagiyeva¹

¹I.M. Sechenov First State Moscow Medical University Baku branch, Baku, Azerbaijan

²Department of Woman Health, Baku Health Center, Baku, Azerbaijan

Introduction: It has been reported that the incidence of uterine anomalies ranges between 0.5% and 1.9% in the general population. The diagnosis and management of patients with complete cervico-uterine septum have been a challenge when controversy arises in different areas of treatment, particularly in patients seeking fertility treatment. Should we transect the cervical septum or should we save it in order to prevent cervical insufficiency?

CASE: In our experience, we had 5 cases of total cervico-uterine septum. In this patient, we performed diagnostic laparoscopy to confirm normal uterine external fundus. After, diagnostic hysteroscopy was performed - diagnosis of total uterine septum was confirmed. After, Foley catheter was placed in to the right cervical opening. catheter was inflated and exfoliated several times. After, again hysteroscopy was performed and small defect in uterine septum was revealed. Then, 26 Fr resectoscope with bipolar hook electrode was used to transect the uterine septum. At the end of surgery, uterine septum was cut and cervical septum left intact.

CONCLUSION: The Foley catheter technique is feasible and safe for treatment of cervico-uterine total septum.

Keywords: total septum, hysteroscopy, mullerian anomalies



VS-127 [Myomektomi]

Nullipar Hastada Laparoskopik Myomektomi

İbrahim Yalçın, Yunus Katırcı, Ulaş Çoban, İdris Koçak
1Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum AD

Uterin miyomlar, üreme çağındaki kadınlarda tahmini insidansı %20-40 olan yaygın bir hastalıktır [1, 2]. Miyom teşhisi, son on yılda, esas olarak görüntüleme modalitelerinin daha yüksek duyarlılığı ve özgüllüğü nedeniyle daha fazla tanı konulmaktadır. Miyom sıklığı yaş ve muhtemelen vücut kitle indeksine göre değişir (1). Daha fazla kadının daha geç yaşta doğum istemesi, miyom varlığına bağlı infertilite sıklığını arttırmakta ve implantasyon potansiyelini azaltmaktadır. Submukoz ve intrakaviter myomlar genellikle histeroskopi ile ameliyat edilirken subseröz myomlara laparoskopi ile yaklaşılır. Buna karşılık, intramural miyomlar, boyuta (<4 cm) ve cerrahin deneyimine bağlı olarak histeroskopi veya laparoskopi ile ameliyat edilebilir. Miyomun sayısı, boyutu, yeri ve vaskülarizasyonunun yanı sıra cerrahin deneyimi, operasyonun sonucunu ve müteakip komplikasyon riskini öngörmektedir [3]. son çalışmalar, miyomektomi sonrası komplikasyonların son on yılda arttığını göstermektedir [4, 5]. infertilite sorunları ve sayıları giderek artan, miyomlar genç yaş grubunda daha yaygındır. Laparoskopik sütürleme ve elektromekanik morselasyon konusunda yeterli eğitime sahip olmayan minimal invaziv cerrahi (MIS) ile miyom eksizyonuna gerekli önemi göstermeyen cerrahlar tarafından yapılan myom cerrahisi komplikasyon sıklığını artırmaktadır. [6]. 2002’de bir meta-analiz, laparotomi veya laparoskopi ile gerçekleştirilen jinekolojik operasyondan sonra benzer sayıda intra ve postoperatif komplikasyon bildirdi.7].Laparoskopik ve açık myomektomiyi karşılaştıran 576 hasta üzerinde yapılan başka bir meta-analiz, laparoskopik myomektominin 15. güne kadar daha hızlı postoperatif iyileşme, operasyonda kan kaybını azaltma, postoperatif ağrıda azalma ve daha az genel komplikasyon ile ilişkili olduğunu göstermiştir. Yazarlar, uzman bir cerrah tarafından gerçekleştirilen laparoskopik miyomektominin açık cerrahiden daha iyi bir seçim olduğu sonucuna varmışlardır [8].

Anahtar Kelimeler: Laparoskopik Myomektomi, Laparoskopi, Nulliparite



VS-128 [Ürojinekoloji]

Laparoskopik retroperitoneal tünel yöntemi ile saktouteropeksi

Nefise Tanrıdan Okcu, Gülsüm Uysal, Cevdet Adıgüzel, Mehmet Ali Narin, Raziye Narin
SBÜ Adana Şehir Eğitim ve Araştırma Hastanesi

GİRİŞ: Vaginal apeksin desteği öncelikle uterosakral ve kardinal ligamentler devamında endopelvik fasiya ve levator ani kasiyla sağlanır. Apikal prolapsus vagina apeksinin aşağı doğru yerleşimini ifade eder. Uterusu korumayı sağlayan laparoskopik (L/S) uteropeksi cerrahisi son yıllarda giderek önem kazanmakta hastalara seçenek sunulduğunda %36-60 oranla koruyucu cerrahi isteyebilmektedirler (1). Biz retroperitoneal tünel yöntemi ile yaptığımız sakrouteropeksi cerrahisini sunmayı amaçladık.

OLGU: 38 yaş, G4P4A0Y4 hasta tarafımıza vajende ele gelen kitle şikayeti ile başvurdu. Pelvik muayenede grade 3 apikal prolapsus mevcuttu. Genel anestezi altında trandelenburg pozisyonunda uygun saha temizliğini takiben direk trokar girişi ile batına girildi ve yeterli pnömoperitoneum oluşturuldu. Ardından vajinal yoldan serviks posteriorından insize edilerek pariyetal periton bulundu. Serviks sağ lateralinden periton altından over pensi eşliğinde monitörden takip edilerek over pensi sakruma ulaştırıldı. Sakrum seviyesinde 1cm'lik alanda periton açıldı anterior ligament vizüalize edildi. Anterior ligamente trokardan gönderilen mesh suture edildi, meshin diğer ucu retroperitondan over pensi ile alınarak serviks posterioruna suture edildi. Periton kapatıldı. Komplikasyon gelişmedi.

SONUÇ: Prolapsusu bulunan koruyucu cerrahi isteyen hastalarda retroperitoneal tünel yöntemi ile yapılan sakrouteropeksi peritonun geniş açılmasını önleyip cerrahi süresinin kısalmasını sağlayarak güvenle kullanılabilir.

Kaynaklar:

1. Korbly NB, Kassiss NC, Good MM et al. Patient preferences for uterine preservation and hysterectomy in women with pelvic organ prolapse. Am J Obstet Gynecol. 2013;209(5):470.e1-6.

Anahtar Kelimeler: Laparoskopi, Polipropilen mesh, Sakrouteropeksi

**VS-130 [Komplikasyonlar]****Spontaneous Healing Of A Rectovaginal Fistula Developing After Ultra Low Anterior Bowel Resection For High-grade Endometrial Cancer**Murat Api¹, Sami Açar², Serkan Akış³, **Uğur Kemal Öztürk¹**, Esra Keleş¹, Damlanur Yücel¹, Cihat Alınca¹¹Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Zeynep Kamil Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Jinekolojik Onkoloji Departmanı, İstanbul, Türkiye²Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Zeynep Kamil Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği, İstanbul, Türkiye³Adıyaman Üniversitesi Tıp Fakültesi, Jinekolojik Onkoloji Kliniği, Adıyaman, Türkiye

BACKGROUND: Rectovaginal fistulas mostly develop due to obstetric procedures, cancer surgeries, and post-irradiation. The main treatment includes a wide range of procedures from simple interventions to major surgical operations. Also, a temporary ostomy may be required prior to surgery. Here in this case we would like to present an infrequent case of rectovaginal fistula spontaneously healed after ultra-low anterior rectosigmoid resection, with subsequent closure of ileostomy.

CASE: A 45 year old female patient with a complaint of pelvic pain. At pelvic examination, a firm 40 mm nodular mass palpable in the posterior vaginal fornix. Magnetic resonance imaging demonstrated a 4.7 cm × 3.5 cm heterogeneous mass located in Douglas pouch extending through rectum. She had elevated serum levels of cancer antigen (CA) 125 level of 65.7 U/mL. The patient underwent laparotomy related to the features of the mass, as determined from these examination results. Excised mass sent to frozen section came in accordance with adenocarcinoma with an unknown primary origin. According to the pathological results, the patient underwent comprehensive debulking surgery with ultra low anterior rectosigmoid resection and colo-anal end to end anastomosis. The final pathology resulted in high-grade endometrioid adenocarcinoma with 10-15% clear cell components arising from endometriosis. On the postoperative 14th day, the patient came back with a complaint of gas and fluid coming from the vagina. On vaginal examination, a hole in the posterior vaginal wall was detected. Following day, a temporary diverting ileostomy was constructed. After 6 months, we encountered that the rectovaginal fistula spontaneously closed after temporary ileostomy, with subsequent closure of ileostomy.

CONCLUSION: A rectovaginal fistula is an infrequent postoperative complication after major gynecologic oncological surgeries. The spontaneous healing of a rectovaginal fistula can be seen in patients who underwent Ultra-Low Anterior Bowel Resection with subsequent closure of ileostomy, in oncological surgeries.

Keywords: Gynecological oncology surgery, Ostomy, Recto-vaginal fistula, Ultra-Low Anterior Bowel Resection

**VS-132 [Jinekolojik onkoloji]****Yüksek riskli HPV kolposkopisi**Emine Karabük

Acıbadem Mehmet Ali Aydınlar Üniversitesi, Atakent Hastanesi, Kadın hastalıkları ve Doğum AD, İstanbul

Ülkemizde yıllardır başarıyla uygulanan servikal kanser taramasının en önemli parçası, HPV taramasıdır. Günümüzde yüksek riskli HPV pozitiflik oranı artmakla beraber, kolposkopi sıklığı da artış göstermiştir. Vakamızda, yüksek riskli HPV pozitifliği nedeniyle yapılan kolposkopi işleminin bulgularını paylaşmayı amaçladık.

Hastamız 28 yaşında, özgeçmişinde özellik yok, rutin yapılan smear sonucunda LSIL saptanmasını takiben yapılan HPV tiplendirmesinde HPV tip 16 pozitifliği saptanmıştır. Yapılan kolposkopik incelemede yüksek dereceli servikal lezyon bulguları saptanmış olup yapılan biyopside CIN-III lezyon saptanmıştır.

Yapılan kolposkopik incelemede asetobeyaz epitel, boarder-in-boarder bulgusu, punktuasyon ve Manşet belirtisi gibi bulgular saptanması sonrası yapılan servikal biyopsilerin sonucunda CIN-III saptandı. Yapılan kolposkopide endoservikal kanala özgü spekulomla endoservikal kanal değerlendirmesi ve endoservikal küretaj yapıldı.

Servikal tarama sonrası saptanan yüksek dereceli lezyonların tedavisi servikal kanser gelişimini engellemede en önemli lezyonlardır. Bu nedenle bu lezyonların tanınması ve HPV taramasının doğru yönlendirilmesi önem taşımaktadır. Hastamızda smear sonucu LSIL düşündürmesine rağmen HPV-16 pozitifliği saptanması nedeniyle hastaya kolposkopik değerlendirilme yapılmış ve yüksek riskli lezyonlar saptanıp uygun şekilde tedavi edilmiştir.

Anahtar Kelimeler: kolposkopi, HGSIL, HPV

**VS-134 [Histeroskopi]****Six cm wide submucous myomectomy in one session**

Sule Yildiz, Ceren Unal, Baris Ata

Department of Obstetrics and Gynecology, Koc University, Istanbul, Turkey

Uterine fibroids are the most common benign tumor of the female genital tract. Submucosal fibroids are fibroids with an intracavitary component and are candidates for hysteroscopic resection. Abnormal uterine bleeding is the most common symptom of submucosal fibroids.

European Society of Hysteroscopy describes three types of submucosal fibroids according to the extent of myometrial involvement; Type 0; completely within the endometrial cavity, Type I; extends less than 50 percent into the myometrium, Type II; extends 50 percent or more within the myometrium.

Large submucosal fibroids take longer time and are prone to perioperative complications and may require another session to be completely removed. Extensive resection in the same session increases the risk of excessive fluid absorption which might lead to hyponatremia or volume overload. In that case termination of the procedure and planning another session for further resection is the most appropriate option.

In this video presentation, we present a 36-year-old patient presented to our clinic with abnormal uterine bleeding. ultrasound examination revealed submucosal fibroid filling the intrauterine cavity which was approximately 6 cm. We successfully resected this type II submucosal fibroid in one session without causing excessive fluid absorption. We used Olympus Bipolar Resectoscope for the resection. We used saline for intracavitary distension. The total operative time was approximately one hour. At the end of the operation, the intrauterine cavity was normal. The patient was observed for a few hours and was stable with normal vital signs. The patient was successfully discharged after a few hours after the operation.

Keywords: submucosal fibroid, hysteroscopic myomectomy, abnormal uterine bleeding, fibroids, type I fibroid

**VS-135 [Benign jinekolojik operasyonlar (dermoid, apse, endometrioma, ektopik gebelik, vb..)]****Unexpected complicated case report: ectopic pregnancy**

Nazlı Aylin Vural

Department of Gynaecologic Oncology, Başakşehir Çam Sakura State Hospital, İstanbul, Turkey

A- 24 years old woman, gravida 3 para1 abort1 without previous abdominal surgery, presented to our gynecology emergency department. She has two months amenorrhea, her β -HCG value was 288 IU/L 13 days before. Her past medical and family history was no significant and had no history of diagnosed-pelvic inflammation. When abdominal pain become unbearable, she was broke to hospital. The general condition on admission was hemodynamically stabile. Her hemoglobin count measured normal, and β -HCG level was 124 IU/L.

A transvaginal ultrasonography scan showed an empty uterus with thickened endometrium with a 3 centimeters free fluid and coagulum in the pouch-of-Douglas. On patients' follow-up intraabdominal free-fluid-volume was increased progressively. And she was taken up in emergency for exploratory laparoscopy.

At start of exploration, widespread intraabdominal adhesions were seen and left ovary and tube formed a single complex formation. All adhesions were liberated and left adnexal mass dissected carefully with cold knife. Left salpingectomy was performed with bipolar sealing system.

Generally ectopic pregnancies are known as surgically uncomplicated cases. However, our patient has no risk factors as cesarean delivery, previous surgery, pelvic inflammation or inflammatory abdominal diseases, etc., she had widespread adhesions; and the surgery became complexed.

The surgeons should be always careful and be awake in all emergency surgeries although there is no risk factor for a complicated surgery.

Keywords: ectopic pregnancy, complicated case, laparoscopy

**VS-136 [Histerektomi]****Endometrioid Endometrium Kanseri Laparoskopik Paraaortik Lenf Nodu Diseksiyonu: Renal Ven Zedelenmesi**Gazi Güner, Baki Erdem

Department of Gynecologic Oncology, Başakşehir Çam ve Sakura State Hospital

Endometrioid Endometrium kanserleri, proliferatif endometrial gland hücrelerinden kaynaklanan, 6. de-katta sıklığı artan ve endometrial karsinomlar arasından en sık görülen histopatolojik tiptir(%80). Beden kitle indeksi yüksek ve nullipar kadınlarda daha sık görülür. Endometrioid adenokanserlerin çoğu low grade olarak görülmektedir(Grade1 ve 2). Grade 3 adenokanser high grade olarak kabul edilir ve myometrial invazyon %50'nin üzerindedir.

BULGULAR: Temmuz 2021'de 62 yaşında anormal uterin kanama ile kadın hastalıkları ve doğum polikliniğine başvuran hastadan endometrial biyopsi alınmış ve endometrioid adenokanser olarak raporlanmış. Hastanın beden kitle indeksi 30 idi. 1 çocuğu mevcut olup ek hastalığı yok idi. Hastanın daha önce geçirilmiş sadece 1 sezaryen operasyonu mevcuttu. Hastanın görüntüleme tetkikleri sonrası uzak metastazı olmadığı tespit edildi ve tarafımızdan operasyon kararı alındı. Hastaya Total Laparoskopik Histerektomi ve Bilateral Salpingooferektomi operasyonu yapıldı ve perop frozena gönderildi. Frozen sonucunda %50'den fazla myometrial invazyon gelmesi üzerine Bilateral pelvik-paraaortik lenf nodu diseksiyonuna geçildi. Hastanın paraaortik lenf nodu diseksiyonu renal vene kadar yapılırken renal ven zedelenmesi izlendi. Laparoskopik spanç ile kanama lojuna baskı yapıldı. Bu sırada paraaortik lenf nodu diseksiyonu tamamlandı. Spanç çekilerek kanama loju tekrar explore edildi. Kanamanın olmadığı tespit edildi. Valsalva yapılarak tansiyon yükseltildi ve kanama izlenmemesi üzerine dren konularak kapatıldı. Postop hemostaz ve takiplerinde sorun olmayan hasta şifa ile taburcu edildi.

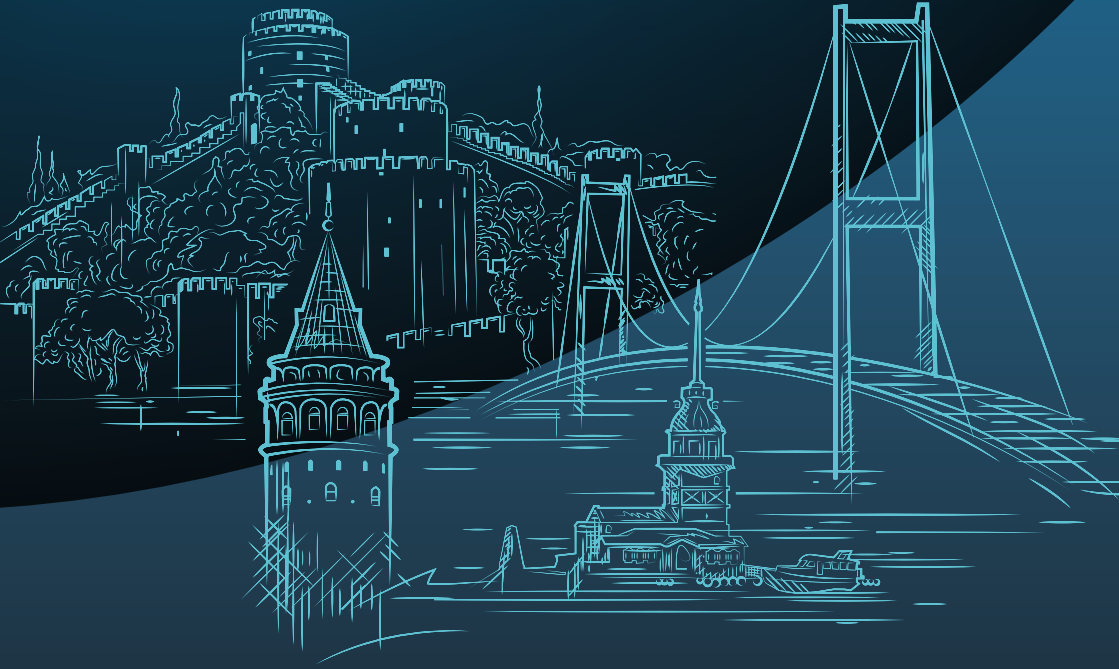
Sonuç ve Tartışma: Jinekolojik onkolojide iliak venler, vena cava ve renal venler komşuluğunda lenf nodu diseksiyonu yapılmak zorunda kalınmaktadır. Gerek laparoskopik gerekse de laparotomik operasyonlarda ven zedelenmesine bağlı kanamalara rastlanmaktadır. Uygun vakalarda ya da acil durumlarda ven basısı ile kanamanın durabildiği seçeneği unutulmamalıdır.

Keywords: Renal Ven, Paraaortik, Lenf Nodu

JİNEKOLOJİK ENDOSKOPİ PLATFORMU



TAM METİN BİLDİRİ



www.minimalinvazivjinekolojikcerrahi.org

**Preoperative Evaluation of Submucous Myomas**

Üzeyir Kalkan

Koç Üniversitesi Hastanesi

Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı

Uterine fibroids (or leiomyomas) are the most common benign gynaecological tumours, formed by smooth muscle and connective tissue. Most are asymptomatic, but sometimes may cause pain, pressure symptoms, metrorrhagia, infertility due to implantation failure, miscarriage, preterm delivery, and puerperal haemorrhage. Presenting symptoms are important for proposing the appropriate treatment.

Management strategies based on: The severity of symptoms, Size and location of the fibroid, Patient's age, Chronological proximity to menopause, Patient's desire for future fertility.

Submucous myomas are in close proximity to the endometrium. 5-10% of all myomas (probably underestimated due to diagnostic difficulties). Clinically most symptomatic (menorrhagia, infertility, pain, infection)

Myomas extending into the uterine cavity may be classified according to the depth of protrusion.

The European Society for Gynaecological Endoscopy (ESGE) Classification of submucous myomas:

Type 0: the mass is located entirely within the uterine cavity

Type I: >50% contained within the uterine cavity or <50% contained within the myometrium

Type II: <50% contained within the uterine cavity or >50% contained within the myometrium

Type III: multiple (>2) submucosal fibroids (myofibromatous uterus with submucosal fibroids and intramural fibroids) (Donnez J, Mathieu PE, Bassil S, et al. Hum Reprod 1996 Sep;11(9):1837-40.)

STEPW Parameters (modified ESGE classification for better management in subsequent hysteroscopy)

Size, Topography, Extension of the base of the myoma, Penetration of the fibroid into the myometrium, D, Celeste RK, Di Spiezio Sardo A. Fertil Steril 2011;95(6):2073-7. The use of STEPW submucosal myoma classification system is recommended to predict the complex surgeries, incomplete removal of the myoma, long operative time, fluid overload and other major complications (grade 1B).

The preoperative treatment with GnRH analogues is not routinely recommended because it has not been proved to be useful to facilitate a complete resection of submucous myomas, reduce operative time and fluid absorption, and avoid major complications (grade 2B). (A. Loddo, D. Djokovic, A. Drizi et al. European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology 268 (2022) 121-128). Also, Minimal free myometrial margin: The distance between the outer margin of the fibroid and the uterus surface. Has to be evaluated before performing hysteroscopic resection. Some studies documented the possibility to remove submucosal myoma with a minimal free margin <5 mm. Recommended margin ranges between 5-10 mm.

Submucous myoma is: Well-defined round lesion within the myometrium. Often showing shadows at the edge of the lesion and/or internal fan-shaped shadowing. The echogenicity varies and some hyperechogenicity may be present internally. Color or power Doppler imaging shows circumferential flow around the lesion (perifibroid plexus) while central flow is not very well represented. Centripetal branches reach the center of the tumor via peripheral arteries. The peripheral vascularity of fibroids is increased compared to that of normal myometrium and the center of the tumor.



Polyps are usually more echogenic and most often contain one feeding vessel when visualized using Doppler sonography. Polyps may have a Bright edge (White line) sign and rarely cystic spaces (dilated glands filled with proteinaceous fluid within the polyp).

Saline infusion sonography Indications: Submucosal myomas, polyps, iu adhesions, cesarian scar defects. Simple and well-tolerated. Saline solution as the contrast medium. Literature: same accuracy as hysteroscopy in terms of location, breadth of attachment, and extent of protrusion into the uterine cavity of submucous myomas. No anesthesia, antibiotic is needed. Timing: In the early proliferative phase (First 10 days of the cycle); also to exclude pregnancy. The incidence of false positive results is higher when done between day 17-28. Contraindication: Mucopurulent discharge, pregnancy.

Advantages of the 3D saline infusion sonohysterography : Multiplaner view (sagittal , transverse and coronal planes at the same time). Coronal plane demonstration. Shortens the exam period. Allows assessment of the images offline later. Less amount of saline injected, less pain.

JİNEKOLOJİK ENDOSKOPİ PLATFORMU



Organizasyon Sekreteryası



FIGÜR
KONGRE & ORGANİZASYON

FIGÜR KONGRE ORGANİZASYONLARI VE TİC. A.Ş.

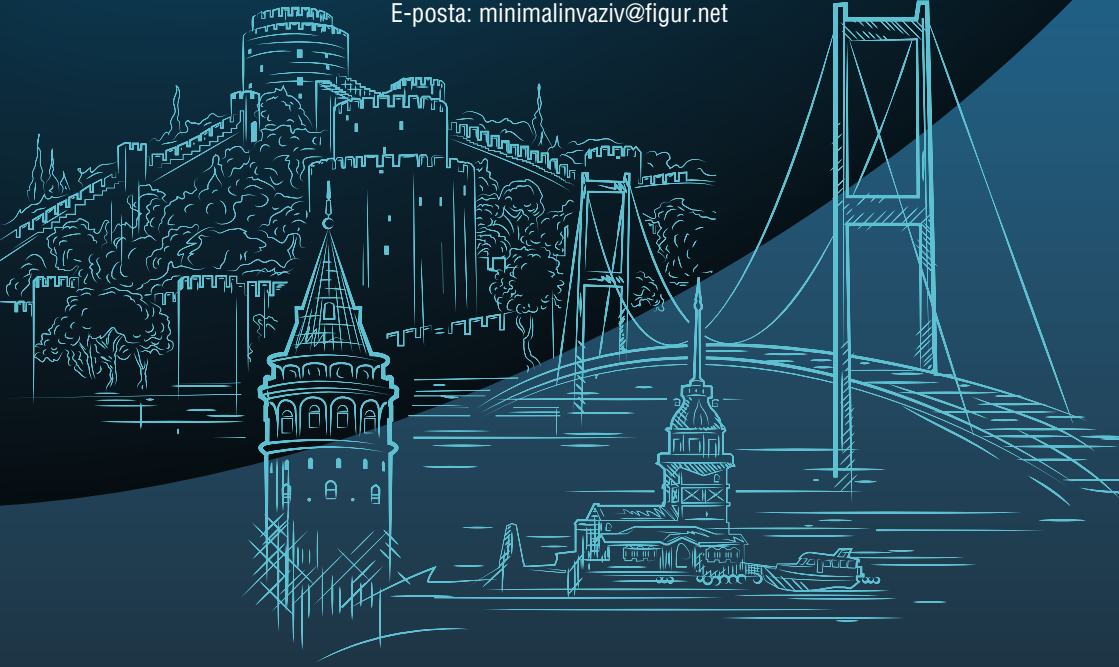
19 Mayıs Mah. 19 Mayıs Cad. Nova Baran Center,

No: 4, 34360 Şişli / İstanbul

Tel: 0 212 381 46 00

Faks: 0 212 258 60 78

E-posta: minimalinvaziv@figur.net



www.minimalinvazivjinekolojikcerrahi.org