

JİNEKOLOJİK ENDOSKOPİ PLATFORMU



6. MİNİMAL İNVAZİV JİNEKOLOJİK CERRAHİ KONGRESİ

21-24 Haziran 2023
Acıbadem Üniversitesi
Kongre Merkezi,
Ataşehir - İSTANBUL



www.minimalinvazivjinekolojikcerrahi.org

KONGRE BİLİMSEL PROGRAMI VE BİLDİRİ ÖZETLERİ

JİNEKOLOJİK ENDOSKOPİ PLATFORMU





6. MİNİMAL İNVAZİV JİNEKOLOJİK CERRAHİ KONGRESİ

21-24 HAZİRAN 2023 | ACIBADEM ÜNİVERSİTESİ KONGRE MERKEZİ, ATAŞEHİR - İSTANBUL

ÖNSÖZ

Değerli Meslektaşlarımız,

6. Minimal İnvaziv Jinekolojik Cerrahi Kongresi 21-24 Haziran 2023 tarihleri arasında Acıbadem Üniversitesi (İçerenköy, Kayışdağı Cd. No:32, 34752 Ataşehir) İstanbul'da 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, uygulamalı kadavra kursları, 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.

Temel cerrahi anatomi bilgilerinin tazelenmesi amacı ile kongrenin üç gününde de gelenekselleşen canlı yayında kadavra diseksiyonları yapılacaktır. Ayrıca, kongre süresince yurt içi ve yurt dışı farklı merkezlerden konusunda ileri düzey olan uzmanlardan robotik/ laparoskopik histerektomi, myomektomi, pelvik organ prolapsusu ve derin endometriozis cerrahileri canlı yayında kongre salonlarına aktarılacaktır. Aynı zamanda süregelen sertifikasyon programında tüm aşamaları başarıyla tamamlayan kursiyerlerimize özel oturumda sertifikaları verilecektir.

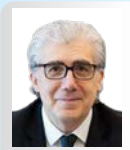
Minimal İnvaziv Jinekoloji Derneği (MiJiD), Minimal İnvaziv Jinekolojik Onkoloji Derneği ve (MiJOD) Robotik Jinekolojik Cerrahi Derneği (RJCD) olarak, kongre öncesi kurslar ve özgün kongre içeriği ile katkı sunmayı amaçladığımız **6. Minimal İnvaziv Jinekolojik Cerrahi Kongresi'**nde tüm meslektaşlarımızın güzel bir kongre geçirmesini diliyoruz.

Jinekolojik endoskopi konusunda yapılan en kapsamlı kongre'ye hoş geldiniz.

Saygılarımızla,

Prof. Dr. Mete GÜNGÖR

*Minimal İnvaziv
Jinekolojik Derneği
Başkan*



Prof. Dr. İlkkın DÜNDER

*Minimal İnvaziv
Jinekolojik Onkoloji Derneği
Başkan*



Prof. Dr. M. Faruk KÖSE

*Robotik Jinekolojik
Cerrahi Derneği
Başkan*





6. MİNİMAL İNVAZİV JİNEKOLOJİK CERRAHİ KONGRESİ

21-24 HAZİRAN 2023 | ACIBADEM ÜNİVERSİTESİ KONGRE MERKEZİ, ATAŞEHİR - 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

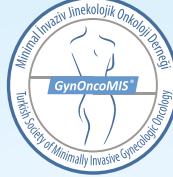
Dr. Erhan ŞİMŞEK

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 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



6. MİNİMAL İNVAZİV JİNEKOLOJİK CERRAHİ KONGRESİ

21-24 HAZİRAN 2023 | ACIBADEM ÜNİVERSİTESİ KONGRE MERKEZİ, ATAŞEHİR - İSTANBUL

PROGRAM ÖZETİ

22 HAZİRAN 2023 - PERŞEMBE						23 HAZİRAN 2023 - CUMA						24 HAZİRAN 2023 - CUMARTESİ						
	SALON A	SALON B	SALON C	SALON CASE	UYGULAMA SALONU		SALON A	SALON B	SALON C	SALON CASE	MULTİMEDYA	UYGULAMA SALONU		SALON A	SALON B	SALON C	SALON CASE	
09.30 11.00	SAHNEDE KADAVRA: Pelvisin Anatomisi					09.30 11.00	SAHNEDE KADAVRA: Komplikasyonlar		HEMŞİRELİK OTURUMU				09.30 11.00	SAHNEDE KADAVRA: Ürojinekolojik Anatomi				
11.00 11.15	KAHVE ARASI					11.00 11.15	KAHVE ARASI						11.00 11.15	KAHVE ARASI				
11.15 12.00	AÇILIŞ KONUŞMALARİ					11.15 13.00	CANLI CERRAHİ / LAPAROSKOPIK MYOMEKTOMİ			11.15-12.00 LAPAROSKOPIK ONKOLOJİK CERRAHİ			11.15 13.00	CANLI CERRAHİ/ ENDOMETRİOZİS				
12.00 13.00	UYDU SEMPOZYUMU					13.00 14.00	YEMEK ARASI						13.00 14.00	YEMEK ARASI				
13.00 14.00	YEMEK ARASI					13.00 14.00	YEMEK ARASI						13.00 14.00	YEMEK ARASI				
14.00 15.30	CANLI CERRAHİ/ LAPAROSKOPIK-ROBOTİK HİSTEREKTOMİ					14.00 15.30	CANLI CERRAHİ / ICG						14.00 15.30	CANLI CERRAHİ - HİSTEREKTOMİ / ICG - SENTİNEL				CANLI CERRAHİ / HİSTEROSKOPIK CERRAHİLER
15.30 16.00	KAHVE ARASI ve STAND SUNUMLARI					15.30 16.00	KAHVE ARASI ve STAND SUNUMLARI						15.30 16.00	KAHVE ARASI				
16.00 17.00	HİSTEREKTOMİ PANELİ	İVF ve CERRAHİ	CERRAHİ VIDEO YARIŞMASI	MİJD SERTİFİKASYON	SİMÜLATÖRDE PRATİK UYGULAMALI LEEP/LETZ KURSU	16.00 17.00	ENDOMETRİOZİS PANELİ	BİLDİRİ OTURUMU - 1	OLGULARLA TARTIŞMA OTURUMU	VIDEO BİLDİRİ OTURUMU - 3	VIDEO BİLDİRİ OTURUMU - 4	SİMÜLATÖRDE PRATİK UYGULAMALI LEEP/LETZ KURSU	16.00 17.00	LAPAROSKOPIK PROLAPSUS CERRAHİSİ PANELİ	VIDEO BİLDİRİ OTURUMU - 8	VIDEO BİLDİRİ OTURUMU - 9	HİSTEROSKOPI	
17.00 17.15	KAHVE ARASI					17.00 17.15	KAHVE ARASI						17.00 17.15	KAHVE ARASI				
17.15 18.45	ŞÜPHELİ ADNEKSİYAL KİTLELER PANELİ	GENÇ ENDOSKOPİSTLER OTURUMU (VIDEO BİLDİRİLER OTURUMU)	VIDEO BİLDİRİ OTURUMU - 1	VIDEO BİLDİRİ OTURUMU - 2		17.15 18.45	NÖROPELİYOLOJİ OTURUMU	VIDEO BİLDİRİ OTURUMU - 5	GENİTAL ESTETİK OTURUMU	VIDEO BİLDİRİ OTURUMU - 6	VIDEO BİLDİRİ OTURUMU - 7		17.15 18.45	NADİR OLGU OTURUMU	ROBOTİK CERRAHİ OTURUMU	BİLDİRİ OTURUMU - 2	BİLDİRİ OTURUMU - 3	



6. MİNİMAL İNVAZİV JİNEKOLOJİK CERRAHİ KONGRESİ

21-24 HAZİRAN 2023 | ACIBADEM ÜNİVERSİTESİ KONGRE MERKEZİ, ATAŞEHİR - İSTANBUL

22 HAZİRAN 2023 - PERŞEMBE

Salon - A

09:30-11:00 **SAHNEDE KADAVRA: Pelvisin Anatomisi**

Moderatör: Mete Güngör

Cerrahlar: Çağatay Taşkıran, Kemal Özerkan

OLYMPUS

11.00-11.15 **KAHVE ARASI**

11:15-12:00 **AÇILIŞ KONUŞMALARI**

MiJiD Başkanı

MiJOD Başkanı

RJCD Başkanı

Mete Güngör

İlkan Dunder

M. Faruk Köse

12.00-13.00 **UYDU SEMPOZYUMU**



HPV, İlişkili Hastalıklar ve Kanserler, HPV Aşılarında Güncel Durum

M. Faruk Köse

13.00-14.00 **YEMEK ARASI**

14.00-15.30 **CANLI CERRAHİ / LAPAROSKOPİK-ROBOTİK HİSTEREKTOMİ**

Moderatör: İlkan Dunder

Laparoskopik Canlı Cerrahi - Maslak Acıbadem Hastanesi'nden

Cerrah: Ercan Baştu

Robotik Canlı Cerrahi - Maslak Acıbadem Hastanesi'nden

Cerrah: M. Murat Naki

LIVE

OLYMPUS

DAVINCI

15.30-16.00 **KAHVE ARASI ve STAND SUNUMLARI**

Laparoskopik Histerektomi

OLYMPUS standında

Mete Güngör

16.00-17.00 **HİSTEREKTOMİ PANELİ**

Moderatör: Mete Güngör

Panelistler: U. Firat Ortaç, Bülent Urman, M. Faruk Köse, Nuray Bozkurt, Rajesh Modi

17.00-17.15 **KAHVE ARASI**

17.15-18.45 **ŞÜPHELİ ADNEKSİYAL KİTLELER PANELİ**

Moderatör: Çağatay Taşkıran

Panelistler: Anna Fagotti (o)Onuma, Ali Ayhan, Macit Arvas, Samet Topuz, Erhan Şimşek, Ayşe Seyhan



6. MİNİMAL İNVAZİV JİNEKOLOJİK CERRAHİ KONGRESİ

21-24 HAZİRAN 2023 | ACIBADEM ÜNİVERSİTESİ KONGRE MERKEZİ, ATAŞEHİR - İSTANBUL

22 HAZİRAN 2023 - PERŞEMBE

Salon - B

16.00-17.00

IVF ve CERRAHİ

Moderatörler: Gürkan Bozdağ, Erhan Şimşek

Pelvik Cerrahiye Karar Verirken Over Rezervinin Önemi

Kayhan Yakın

Her Hidrosalpinx Eksize Edilmeli mi; Olağan Suçlu Fallop Tüpleri

Tansu Küçük

Endometrioma ve İnfertilite: IVF Tek ve En Başarılı Seçenek midir?

Faruk Buyru

Adenomyozis ve İmplantasyon Bozukluğu; Baskı ve IVF'le Devam Et veya Cerrahi Yap ?

Ramazan Mercan

17.00-17.15

KAHVE ARASI

17.15-18.45

GENÇ ENDOSKOPİSTLER OTURUMU (VIDEO BİLDİRİLER OTURUMU)

Moderatörler: Evrim Erdemoğlu, Gonca Çoban

VS-01 Lokal İleri Serviks Kanserinde Zor Laparoskopik Paraaortik Lenfadenektomi ve Over Transpozisyonu

Fatma Ceren Güner

VS-02 Uterovajinal Anastomoz, Video Olgu Sunumu

İbrahim Halil Durak

VS-03 Laparoskopik Lateral Süspansiyon

Murat Öz

VS-08 İnvaziv Mol, Laparoskopik Wedge Rezeksiyon

Çağatayhan Öztürk

VS-09 Mini-laparoscopic Ovarian Cancer Staging and Repair of Diaphragm

Burak Giray

SS-24 Endometriumun Büyük Hücreli Nöroendokrin Tümörü, Olgu Sunumu

Çağatayhan Öztürk

VS-14 Exploring the Challenges: How Can Long Term Ureteral Complications be Addressed in Laparoscopic Deep Infiltrative Endometriosis Surgery?

Ceren Ünal

VS-15 Zor Histerektomi: Nasıl Kolay Hale Getirelim?

Fatma Ceren Güner

VS-16 Laparoskopik Omentektomi

İbrahim Yalçın

VS-17 Sakrouterin Endometriotik Nodül Yerleşimli Ektopik Gebelik

Emir Erhan Dönmez

VS-18 İki Olgu Üzerinde Kornual Gebeliklere Laparoskopik Yaklaşım

Ghanim Khatib

VS-19 Serviks Kanseri Olgusunda Retroperitoneal Dev Lenf Nodunun Laparoskopik Eksizyonu

Emine Arslan

VS-20 Vajinal Histerektomi Sırasında Oluşan Mesane Yaralanmasının Laparoskopik Onarımı, DJ Yerleştirilmesi ve Omentoplasti

Ghanim Khatib



6. MİNİMAL İNVAZİV JİNEKOLOJİK CERRAHİ KONGRESİ

21-24 HAZİRAN 2023 | ACIBADEM ÜNİVERSİTESİ KONGRE MERKEZİ, ATAŞEHİR - İSTANBUL

22 HAZİRAN 2023 - PERŞEMBE

Salon - C

16.00-17.00 CERRAHİ VİDEO YARIŞMASI

Juri Üyeleri: Mehmet Ali Vardar, Müfit Cemal Yenen, Yakup Kumtepe, Davut Güven

VS-04	Laparoscopic Resection of 'Bulky' Pelvic Lymph Node in Relapsed Cervical Cancer	Yağmur Minareci
VS-05	Laparoscopic Neovagina in Androgen Insensitivity Syndrome with Full Thickness Skin Graft	Gözde Ünsal
VS-06	Nerve-sparing Surgery for Deep Infiltrating Endometriosis with Low Anterior Resection	Burak Giray
VS-07	Distal Üriner Sistem Tutulumu olan Nüks Over Kanserinde Laparoskopik Cerrahi	Çağatayhan Öztürk
VS-11	Laparoskopi Asiste Double J Stent Konulması: Derin İnfiltratif Endometriozis Vakası	Didem Alkaş Yağınç
VS-12	Derin İnfiltran Endometrioziste Retrograd Jistirektomi: Posterior Kolpotomi Tekniği	Can Dinç
VS-13	Bikornuat Uterus Hastasında Histerektomi	Mustafa Deveci

17.00-17.15 KAHVE ARASI

17.15-18.45 VİDEO BİLDİRİ OTURUMU - 1

Moderatörler: Süleyman Salman, Seda Şahin Aker

VS-10	Simple Instruments Improved Reflected Training Laparoscopy (SİİRT-L/S)	Şerif Akşin
VS-21	Laparoskopik Transperitoneal Para-aortic Lymphadenectomy	Yağmur Minareci
VS-22	V-Notes Lateral Süspansiyon	Merve Demir Özkan
VS-23	Histeroskopik Sineşi Açılması, Rest Plasenta Eksizyonu ve Laparoskopik Multiple Myomektomi, Endometriozis Nodül Eksizyonu Operasyonları ile Tek Olguda Üreme Cerrahisi	Sinem Ertaş
VS-24	Uterus Didelfis Laparoskopik Histerektomi	Merve Aydın
VS-25	A Laparoscopic Surgery for Deep Infiltrating Ureteral Endometriosis With Hydroureteronephrosis	Kemal Güngördük
VS-26	Olgu Sunumu: Dev Myomlu Hastada Laparoskopik Histerektomi	Narin Ece Rol
VS-38	Creation of Neovagina by Laparoscopic Modified Davydov's Colpopoiesis Method	Ali Selçuk Yeniocak
VS-104	Retroperitoneal Yerleşimli Tubaovaryan Absenin Laparoskopik Olarak Drenajı	Sümeyye Gürbüz



6. MİNİMAL İNVAZİV JİNEKOLOJİK CERRAHİ KONGRESİ

21-24 HAZİRAN 2023 | ACIBADEM ÜNİVERSİTESİ KONGRE MERKEZİ, ATAŞEHİR - İSTANBUL

22 HAZİRAN 2023 - PERŞEMBE

Salon CASE

16.00-17.00 **MİJİD SERTİFİKASYON**

Oturum Başkanları: Mete Güngör, Kemal Özerkan, Salih Taşkın, Evrim Erdemoğlu

Kursiyerler: Tuğba Akkök, Sertaç Ayçiçek, Melis Cantürk, Melike Eren, Çağatay Mesut

17.00-17.15 **KAHVE ARASI**

17.15-18.45 **VİDEO BİLDİRİ OTURUMU - 2**

Moderatörler: Levent Keskin, Veli Mihmanlı

VS-27	İzole Metastatik Serviks Kanserinde Extraperitoneal Laparoskopik Bulky Lenf Nou Eksizyonu	Candost Hanedan
VS-28	Laparoskopik İstmik Gebelik Operasyonu	Murat Öz
VS-29	Hysteroscopic Placental Rest Resection in Obstetric Care	Şule Yıldız
VS-30	Batın Ön Duvarına İleri Derecede Adeze Endometriyum Kanseri Olgusunda Manipülatorsüz Total Laparoskopik Histerektomi	Ayşe Rümeyza Aydoğan Demir
VS-31	Robotik Sentinel Biyopsi Tekniği	Ebru Yücel
VS-32	Laparoskopik Single Port Lateral Süspansiyon: Tek Portla Apikal Pelvik Organ Cerrahisi	Sertaç Ayçiçek
VS-33	Zor Bir Laparoskopi Olgusu: 2 Ay İçinde 2 Cerrahi Geçiren Obez STUMP	Emine Arslan
VS-34	Adneksiyel Kitle ve Uterus Myomatozis Vakasında Simultan Çift Enerji Modalitesi Kullanılarak Minimal Kanamalı Laparoskopik Histerektomi	Zeynel Durgay
VS-35	Surgery for Hydrosalpingeas: Neosalpingostomy or Salpingectomy?	Fatih Aktöz
VS-36	Endometrium Kanserinde Sentinel Lenf Nodu Haritalama	Seda Şahin Aker
VS-37	V-notes Histerektomi ve Adnekspektomi	Hande Dönmez Köksal

22 HAZİRAN 2023 - PERŞEMBE

Uygulama Salonu

16.00-17.00 **SİMÜLATÖRDE PRATİK UYGULAMALI LEEP/LLETZ KURSU**





6. MİNİMAL İNVAZİV JİNEKOLOJİK CERRAHİ KONGRESİ

21-24 HAZİRAN 2023 | ACIBADEM ÜNİVERSİTESİ KONGRE MERKEZİ, ATAŞEHİR - İSTANBUL

23 HAZİRAN 2023 - CUMA

Salon - A

09:30-11:00 **SAHNEDE KADAVRA: Komplikasyonlar**

Moderatör: U. Fırat Ortaç

Cerrahlar: Bülent Urman, M. Faruk Köse

OLYMPUS

11.00-11.15 **KAHVE ARASI**

11.15-13.00 **CANLI CERRAHİ / LAPAROSKOPIK MYOMEKTOMİ**

Maslak Acıbadem Hastanesi'nden

LIVE

ETHICON Shaping the future of surgery

Moderatör: Mete Güngör

Cerrah: Rajesh Modi

13.00-14.00 **YEMEK ARASI**

14.00-15.30 **CANLI CERRAHİ / ICG**

Koç Üniversitesi Hastanesi'nden

LIVE

stryker

Moderatör: İlkan Dünder

Cerrah: Hüsnü Çelik

15.30-16.00 **KAHVE ARASI ve STAND SUNUMLARI**

Endometriozis

Medtronic standında

Bülent Urman

16.00-17.00 **ENDOMETRİOZİS PANELİ**

Moderatör: Bülent Urman

Panelistler: Cihat Ünlü, Gürkan Uncu, Yücel Karaman, Sinem Ertaş

17.00-17.15 **KAHVE ARASI**

17.15-18.45 **NÖROPELVİYOLOJİ OTURUMU**

Oturum Başkanı: Ercan Baştu

Nöropelviyoloji Nedir?

Pelvisin Nörofonksiyonel Anatomisi

Pelvik Nöropatik Ağrı Sendromları ve Etiyolojisi

Nöropelviyolojik Cerrahiler, LION ve Possover Prosedürleri

Ercan Baştu

Zeliha Fırat Cüylan

Kiper Aslan

(c) Online Marc Possover



6. MİNİMAL İNVAZİV JİNEKOLOJİK CERRAHİ KONGRESİ

21-24 HAZİRAN 2023 | ACIBADEM ÜNİVERSİTESİ KONGRE MERKEZİ, ATAŞEHİR - İSTANBUL

23 HAZİRAN 2023 - CUMA

Salon - B

16.00-17.00 BİLDİRİ OTURUMU - 1

Oturum Başkanları: Kenan Dolapçoğlu, Pınar Çağlar Aytaç

VS-39	Step by Step Servicopectomy	<i>Sebile Güler Çekiç</i>
VS-40	Laparoskopik Sakrokolpeksi + Pektpeksi Operasyonu	<i>Emre Baran Danış</i>
VS-41	Laparoskopik Diyafram Periton Rezeksiyonu	<i>Edis Kahraman</i>
VS-42	Sakral Sinir Endometriozisi	<i>Atahan Toyran</i>
VS-43	Step by Step Laparoskopik Pelvik Lenfadenektomi	<i>Selen Doğan</i>
VS-44	Laparoskopik İstmosel Onanımı: Video Olgu Sunumu	<i>Cansu Azman</i>
VS-45	Tip 5 Myom Vakasının Laparoskopik Posterior Kolpotomi ile Yönetimi	<i>Pelin Fulya Büyükgöz</i>

17.00-17.15 KAHVE ARASI

17.15-18.45 VİDEO BİLDİRİ OTURUMU - 5

Moderatörler: Demir Özbaşar, Veysel Şal

VS-60	Servikal Leiomyomlu Hastada Total Laparoskopik Histerektomi	<i>Aslı Tuğçe Çeken</i>
VS-61	Laparoskopik Uterosakral Piliyasyon: Video Olgu Sunumu	<i>Zeynep Küçükolcay Coşkun</i>
VS-62	Meşsiz Laparoskopik Sakrohisteropeksi Modifikasyonu Klinik Uygulaması	<i>Muhterem Melis Cantürk</i>
VS-63	Laparoscopic Hysterectomy in Deep İnfiltrative Endometriosis	<i>Sevtap Seyfettinoğlu</i>
VS-64	Mükerrer Sezaryen Hikayesi Olan Hastalarda Laparoskopik Histerektomide Yapışık Mesane Diseksiyonu	<i>Mürşide Çevikoğlu Kılı</i>
VS-65	Tip 3 Leiomyoma Uteri Vakasına Operatif Histeroskopik Yaklaşım	<i>İsmail Akif Tüfekcioğlu</i>
VS-66	Laparoskopik Pelvik Lenf Nodu Diseksiyonu	<i>Çağlanur Yıldız</i>
VS-67	Laparoscopic Total Omentectomy in Early Stage Ovarian Cancer	<i>Eren Kaya</i>
VS-68	Laparoskopik Dermoid Kist Eksizyonu	<i>Ayşe Rumeysa Aydoğan Demir</i>
VS-69	Dev Over Kisti Nedenli Yapılan Salpingooferektomi Cerrahisinde Over/Kist Bütünlüğü Korunarak Cerrahi Eksizyon Yaklaşımı	<i>Okan Özden</i>
VS-70	Vagen Cuff'ının Thunderbeat© ile Kesilip Barbed Sütür Kullanılarak Mesane Peritonunun Üzerine Kapatılmasının Postoperatif Cuff Dehissensine Etkisi	<i>Mehmet Efe Namli</i>
VS-71	Laparoscopic Revision Surgery of Vaginal Vault Prolapse, Recurrence After 10 Days Of Primary Pectopexy Suspension Surgery	<i>Savaş Gündoğan</i>



6. MİNİMAL İNVAZİV JİNEKOLOJİK CERRAHİ KONGRESİ

21-24 HAZİRAN 2023 | ACIBADEM ÜNİVERSİTESİ KONGRE MERKEZİ, ATAŞEHİR - İSTANBUL

23 HAZİRAN 2023 - CUMA

Salon - C

09.30-11.00 HEMŞİRELİK OTURUMU



I. OTURUM GENİTAL ESTETİK/KOZMETİK JİNEKOLOJİ

Oturum Başkanları: Nevin Hotun Şahin, Emine Karabük

Jinekolojik Genital Estetik Uygulamaları

Özgüç Takmaz

Jinekolojik Genital Estetik Uygulamalarında Hemşirelik Bakımı

Burcu Dişli Otkar

Estetik Cerrahide Ameliyat Öncesi Psikososyal Değerlendirmede Hemşirenin Rolü

Perihan Güner

Jinekolojik Genital Estetik Operasyonlar Geçirenlerde Bakım: Olgu Sunumu

Özlem Öner

Tartışma

II. OTURUM ENDOSKOPİK CERRAHİ

Oturum Başkanları: Yeliz Doğan Merih, Esra Özbaşı

Jinekolojik Endoskopik Cerrahide Ameliyathane Süreçleri

Seher Şahan Ceylan

Jinekolojik Endoskopik Cerrahide Pre-op ve Post-op Hasta Bakım Süreçleri

Hülya Bayat

Jinekolojik Endoskopik Cerrahide Bakım: Olgu Sunumu

Mehri Bazarova Davutoğlu

Merve Coşkun

Tartışma

16.00-17.00 OLGULARLA TARTIŞMA OTURUMU

Oturum Başkanları: Kadir Bakay, Kemal Güngördük

Olgularla Mirena Kullanımı

Nafiye Yılmaz

Olgularla Kontrasepsiyon

Yaprak Üstün

Olgularla Servikal Patolojilerde Alternatif Tedavi Yöntemleri

Emine Karabük

Olgularla Genitouriner Atrofide Tedavi

Esra Özbaşı

17.00-17.15 KAHVE ARASI

17.15-18.45 GENİTAL ESTETİK OTURUMU

Oturum Başkanları: Süleyman Engin Akhan, Cenk Yaşa

Vulva'da Minimal İnvaziv Kozmetik Jinekolojik Uygulamalar: Laser ve Ip Askı Uygulamaları

Ebru Alper

Labium Majus Plastisi

Murat Emanetoğlu

Labioplasti Teknikleri: Preop Değerlendirme ve Postop Bakım

Ozan Doğan

Başarılı Vajinoplastinin Püf Noktaları

Çetin Kılıççı



6. MİNİMAL İNVAZİV JİNEKOLOJİK CERRAHİ KONGRESİ

21-24 HAZİRAN 2023 | ACIBADEM ÜNİVERSİTESİ KONGRE MERKEZİ, ATAŞEHİR - İSTANBUL

23 HAZİRAN 2023 - CUMA

Salon CASE

11.15-12.00 LAPAROSKOPİK ONKOLOJİK CERRAHİ

Moderatör: Mete Güngör

Serviks Kanseri Cerrahisinde Sinir Koruyucu Yaklaşım

Mustafa Zelal Muallem

16.00-17.00 VİDEO BİLDİRİ OTURUMU - 3

Moderatörler: Alev Özer, İbrahim Yalçın

VS-46 Kronik Pelvik Ağrının Nadir Bir Nedeni Olan Nonkomünike Rudimenter Horn'un Laparoskopik Tedavisi

Hilal Kılınc

VS-47 Laparoskopik Burch Kolposüspansiyon

Şule Gül Aydın

VS-48 Laparoskopik Lateral Süspansiyon

Batuhan Bulut

VS-49 Derin İnfiltran Endometriozis Varlığında Laparoskopik Histerektomi, Retrograd Histerektomi Tekniği

Sinan Serdar Ay

VS-50 Morsafe ile Laparoskopik Miyomektomi

Murat Öz

VS-51 Geçirilmiş Histerektomi Sonrası Cuff Prolapsusunda Laparoskopik Sakrokolpopeksi Operasyonu

Lokman Semih Demirkaya

VS-52 Laparoscopic Management of Hydatid Cyst

Mürüvet Korkmaz

17.00-17.15 KAHVE ARASI

17.15-18.45 VİDEO BİLDİRİ OTURUMU - 6

Moderatörler: Pinar Özcan, Savaş Gündoğan

VS-72 Operatif Histeroskopi Komplikasyonlarından Uterin Rüptürün Beklenmedik Sonucu!

Ömer Ünal

VS-73 Umblikus Üzerine Ulaşan Adneksiyal Kitlenin Laparoskopik Eksizyonu: Video Olgu Sunumu

Hatun Çolak

VS-74 Histeroskopik Dev Tip 2 Myomektomi ve İpuçları

Özlem Karabay Akgül

VS-75 Morbid Obez Hastada Laparoskopik Pelvik Lenfadenektomi

Esra Nazlı Döktür Efeoğlu

VS-76 Olgu Sunumu: Bir Uterus Koruyucu Desensus Cerrahisi Seçeneği Laparoskopik Sakrohisteropeksi

Burak Çakmak

VS-77 Akut Appendisit ile Komplike Tuboovaryan Abse: Video Olgu Sunumu

Mete Can Ateş

VS-78 Sıfır Abdominal İnsizyon: vNOTES Ooferektomi

Sertaç Ayçiçek

VS-79 V-Notes Yöntemiyle Prolapsus Cerrahisine Alternatif: V-Notes Lateral Süspansiyon

Eralp Bulutlar

VS-80 Histeroskopik İstmoplasti Teknik ve Takip Sonuçları

Batuhan Aslan

VS-81 Postoperatif Mesane Perforasyonunun Laparoskopik Onarımı

Edis Kahraman

VS-82 Laparoskopik Histerektomi

Taha Kitapçı

VS-83 Lokal İleri Serviks Kanserinde Laparoskopik Sistemik Lenfadenektomi

Ali Yıldızbakan



6. MİNİMAL İNVAZİV JİNEKOLOJİK CERRAHİ KONGRESİ

21-24 HAZİRAN 2023 | ACIBADEM ÜNİVERSİTESİ KONGRE MERKEZİ, ATAŞEHİR - İSTANBUL

23 HAZİRAN 2023 - CUMA

MULTİMEDYA

16.00-17.00 VİDEO BİLDİRİ OTURUMU - 4

Moderatörler: Mete Çağlar, Ayşe Zehra Özdemir

VS-53	V-Notes Hysterectomy and Bilateral Salpingo Oophorectomy	<i>Gülşah Dilci Yıldırım</i>
VS-54	Kavitede Aynı Lokalizasyonda Septum ve Tip2 Myom Olgusu	<i>Eralp Bulutlar</i>
VS-55	İris Katater Eşliğinde Laparoskopik Cerrahi	<i>Seda Şahin Aker</i>
VS-56	Jinekolojik Cerrahi İçin Üreter Gözlemi ve Diseksiyon Tekniği	<i>Onur Alp Acun</i>
VS-57	Laparoskopik Paraaortik Lenf Nodu Diseksiyonu	<i>Mustafa Deveci</i>
VS-58	Laparoscopic Adnexal Mass Excision in a Hysterectomized Woman	<i>Özgün Ceylan</i>
VS-59	Kronik Pelvik Ağrının Eşlik Ettiği Derin İnfiltratif Endometriozis Vakasına Operatif Yaklaşım	<i>İsmail Akif Tüfekcioğlu</i>

17.00-17.15 KAHVE ARASI

17.15-18.45 VİDEO BİLDİRİ OTURUMU - 7

Moderatörler: Selen Doğan, Seda Şimşek

VS-84	Laparoskopik İstmosel Cerrahisi	<i>Sertaç Ayçiçek</i>
VS-85	Laparoskopik Myomektomide İntramural Terlipressin Kullanımı	<i>Buğra Tuuç</i>
VS-86	İnfertil Hastanın Endometrial Polip ve T Shape Uterusunun Aynı İşlemlerle Histeroskopik Yönetimi	<i>Taylan Bodur</i>
VS-87	Endometrium Kanseri Tanılı Hastada Laparoskopik Histerektomi	<i>Gülen Kübra Nakışlı</i>
VS-88	Endometrium Kanseri Tanısı Almış Hastalarda Uterin Manipülatör Kullanmadan Yapılan Laparoskopik Histerektomi ve Pelvik Lenf Nodu Diseksiyonu Video Olgu Sunumu	<i>Merve Uğur</i>
VS-89	Laparoskopik Yöntemle Total Abdominal Histerektomi Bilateral Salpingo Oferektomi Vaka Örneği	<i>Kübra Geyik Şengül</i>
VS-90	Abdominal Intracorporeal Morcellation of a Large Uterus Without Using Energy Modality in Laparoscopic Hysterectomy	<i>Emrah Dağdeviren</i>
VS-91	Overyan Ektopik Gebelik: Olgu Sunumu	<i>Sveta Aghayeva</i>
VS-92	Laparoskopik Burch Kolposüspansiyonu	<i>Engin Yunus Işık</i>
VS-93	Disloke Rahim İçi Aracın Minimal İnvaziv Cerrahiyle Yönetimi	<i>Hanne Bulat</i>
VS-94	Yeni Başlayanlar için { Robot Kullanma Kılavuzu }, Bakınız: Robotik Pektopeksi	<i>Mustafa Melih Erkan</i>
VS-95	Desensus Kolli Tanılı Genç Hastada Lateral Süspansiyon: Olgu Sunumu	<i>Ayşenur Çalış Özbayram</i>

23 HAZİRAN 2023 - CUMA

Uygulama Salonu

16.00-17.00 SİMÜLATÖRDE PRATİK UYGULAMALI LEEP/LLETZ KURSU





6. MİNİMAL İNVAZİV JİNEKOLOJİK CERRAHİ KONGRESİ

21-24 HAZİRAN 2023 | ACIBADEM ÜNİVERSİTESİ KONGRE MERKEZİ, ATAŞEHİR - İSTANBUL

24 HAZİRAN 2023 - CUMARTESİ

Salon - A

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

Moderatör: Vedat Atay

Cerrahlar: Yakup Kumtepe, Serdar Aydın

OLYMPUS

11.00-11.15 **KAHVE ARASI**

11.15-13.00 **CANLI CERRAHİ / ENDOMETRİOZİS**
Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi'nden

LIVE

ETHICON İnşaat
Prestijli
Eğilimler
Eğilimleri

Moderatör: Mete Güngör

Cerrahlar: Gürkan Uncu, Kiper Aslan

13.00-14.00 **YEMEK ARASI**

14.00-15.30 **CANLI CERRAHİ - HİSTEREKTOMİ / ICG - SENTİNEL**
Maslak Acıbadem Hastanesi'nden

GENTEK MEDİKAL VE TEKNİK CERRAHİLER

**SEÇİMLERİNİZLE
GELECEĞİ
ŞEKİLLENDİRİYORUZ**

Moderatör: U. Fırat Ortaç

Cerrah: Salih Taşkın

LIVE

15.30-16.00 **KAHVE ARASI**

16.00-17.00 **LAPAROSKOPİK PROLAPSUS CERRAHİSİ PANELİ**

Moderatör: Yakup Kumtepe

Panelistler: Fuat Demirci, Yusuf Üstün, Selçuk Ayas, Ömer Lütfi Tapısız, Cenk Yaşa

17.00-17.15 **KAHVE ARASI**

17.15-18.45 **NADİR OLGU OTURUMU**

Oturum Başkanları: Tayup Şimşek, Çetin Çelik

Uterus Transplantasyonu

Gebelikte Minimal İnvaziv Serklaj

Tuba Ovarian Apse Cerrahisi

Tubal Anastomoz

Ektopik Gebeliklere Laparoskopik Yaklaşım

V-Note Histerektomi

Gebelikte Adneksiyel Kitlelere Laparoskopik Yaklaşım

Nasuh Utku Doğan

Özlem Pata

Ömer Lütfi Tapısız

Resul Karakuş

Derman Başaran

Özgüç Takmaz

Mustafa Gazi Uçar



6. MİNİMAL İNVAZİV JİNEKOLOJİK CERRAHİ KONGRESİ

21-24 HAZİRAN 2023 | ACIBADEM ÜNİVERSİTESİ KONGRE MERKEZİ, ATAŞEHİR - İSTANBUL

24 HAZİRAN 2023 - CUMARTESİ

Salon - B

16.00-17.00 VİDEO BİLDİRİ OTURUMU - 8

Moderatörler: Serkan Erkanlı, Melih Gündüz

VS-96	Laparoscopic Management of Isolated Bulky Pelvic Lymph Node	<i>Seda Şahin Aker</i>
VS-97	Tip3 Miyomun Histeroskopik Rezeksiyonu	<i>Aysel Nalçakan</i>
VS-98	Laparoskopik Histerektomide Mesane Hasarı - Neyi Farklı Yapabilirdim?	<i>Muhterem Melis Cantürk</i>
VS-99	Laparoskopik Burch Operasyonu; Eş Zamanlı Bilateral Tubal Ligasyon	<i>Meltem Çalışkan</i>
VS-100	Olgu Sunumu: Masif Kanamalı Ovarian Kist Ruptürüne Yaklaşım	<i>Narin Ece Rol</i>
VS-101	Laparoskopik Obturator Aralık Lenf Nodu Diseksiyonu	<i>Sema Rümeyza Bilici</i>
VS-102	Laparoskopik Yaklaşım ile Gebelikte Over Torsiyonunun Yönetimi	<i>Mehmet Yılmaz</i>

17.00-17.15 KAHVE ARASI

17.15-18.45 ROBOTİK CERRAHİ OTURUMU

Oturum Başkanları: M. Faruk Köse, İlikan Dünder

Robotik Myomektomi	<i>Suat Dede</i>
Robotik Histerektomi	<i>Doğan Vatanser</i>
Robotik Endometriozis	<i>M. Murat Naki</i>
Robotik Sentinel Lenf Nod Uygulaması	<i>Salih Taşkın</i>
Robotik Pelvik Paraortik Lenfadenektomi	<i>Ahmet Göçmen</i>



6. MİNİMAL İNVAZİV JİNEKOLOJİK CERRAHİ KONGRESİ

21-24 HAZİRAN 2023 | ACIBADEM ÜNİVERSİTESİ KONGRE MERKEZİ, ATAŞEHİR - İSTANBUL

24 HAZİRAN 2023 - CUMARTESİ

Salon - C

16.00-17.00 VİDEO BİLDİRİ OTURUMU - 9

Moderatörler: Yeşim Bayoğlu Tekin, Cengiz Alataş

VS-103	İstmosel Kesesine Dens Yapışık Pelvik Kitleye Laparoskopik ve Eş Zamanlı Histeroskopik Yaklaşım: Olgu Sunumu	<i>Dilara Sarıkaya Kurt</i>
VS-105	Laparoskopik Bilateral Dermoid Kist Eksizyonu	<i>Berrin Taşkesen</i>
VS-106	Derin Pelvik Endometriozis	<i>Mehmet Ali Abasıyanık</i>
VS-107	Laparoskopik Multipl Myomektomi Olgusunda Maliyet Etkin ve Güvenli Yaklaşım, Video Sunumu	<i>İbrahim Halil Durak</i>
VS-108	Vezikovajinal Fistülü Taklit Eden Mesane ve Üreter Yaralanması	<i>Mete Can Ateş</i>
VS-109	Normal Doğum Sonrası Minimal İnvaziv Yaklaşım ile Sterilizasyon Cerrahisi	<i>Hilal Gökçen Çın Ergin</i>
VS-110	Servikosakropeksi Olgu Sunumu	<i>Gökçe Gökkyaya</i>
VS-115	Laparoskopik Endometrioma Kistektomi	<i>Ali Buhur</i>

17.00-17.15 KAHVE ARASI

17.15-18.45 BİLDİRİ OTURUMU - 2

Moderatörler: Emine Karabük, Hamdullah Sözen

SS-01	Quality of Life and Sexual Function After Abdominal Versus Laparoscopic Hysterectomy: A Prospective Study	<i>Samet Kutluay Ergorun</i>
SS-23	Temporary Occlusion of Bilateral Uterine Arteries and Infundibulopelvic Ligaments With Bulldog Clamps to Reduce Bleeding in Laparoscopic Multiple Myomectomy	<i>Fırat Tülek</i>
SS-02	Vajinal Yardımlı Doğal Orifis Transluminal Endoskopik Cerrahi (vNOTES) Deneyimimiz	<i>Esra Keleş</i>
SS-03	Total Laparoskopik Histerektomi Sonrası Cuff Kapatmada Hangi Teknik ? Vajinal mi ?, Laparoskopik mi ? Tersiyer Merkez Deneyimleri	<i>Ramazan Erda Pay</i>
SS-04	The Effect of Body Mass Index (BMI) on Sacrospinous Ligamentopexy (SSLP) Surgery	<i>Arife Akay</i>
SS-05	Histeroskopik Mekanik Doku Morselasyonunun Endometrial Polip ve Submuköz Myomlardaki Etkinliğinin Değerlendirilmesi	<i>Emine Akkuş</i>
SS-06	Stres Üriner İnkontinans Tedavisinde Trans Obturator Tape Cerrahisi: 5 Yıllık İzlem Sonuçları	<i>Cemre Batın Çelik</i>
SS-07	Laparoskopik Asiste Vajinal Radikal Trakektomi: Altı Vakanın Uzun Dönem Takipleri	<i>Hasan Doğukan Çopur</i>
SS-08	Laparoscopic Surgery of Large Adnexal Masses (> 12 cm): Single Port or Conventional?	<i>Kemal Güngördük</i>
SS-09	The Effect of Hysteroscopic Correction on Reproductive Results in Patients With Y-Shaped Uterus	<i>Batuhan Aslan</i>
SS-10	Total Laparoskopik Histerektomi Sonrası Laparoskopik Yoldan Cuff Kapatmada Hangi Sütür Materyali ? Tersiyer Merkez Deneyimleri	<i>Ramazan Erda Pay</i>



6. MİNİMAL İNVAZİV JİNEKOLOJİK CERRAHİ KONGRESİ

21-24 HAZİRAN 2023 | ACIBADEM ÜNİVERSİTESİ KONGRE MERKEZİ, ATAŞEHİR - İSTANBUL

24 HAZİRAN 2023 - CUMARTESİ

Salon CASE

14.00-15.30	CANLI CERRAHİ / HİSTEROSKOPİK CERRAHİLER Amerikan Hastanesi'nden	LIVE	Medtronic
	Moderatörler: Erhan Şimşek, Yaprak Üstün Cerrah: Bülent Urman		
14.00-14.30	Ofis histeroskopinin genişleyen endikasyonları		Erhan Şimşek
14.30-15.00	Uterin Anomaliler ve Histeroskopi Bilmeceyi Çözmek Olası mı?		Orhan Orhan
15.00-15.30	İntra Uterin Sineşilerde Histeroskopik Cerrahi		İşıl Kasapoğlu
	Editlenmemiş Videolar / Canlı Cerrahi - Sineşi		

15.30-16.00 KAHVE ARASI

16.00-17.00 HİSTEROSKOPI

	Moderatörler: Erhan Şimşek, Yaprak Üstün		
16.00-16.15	Istmosel, İnfertilite ve Histeroskopik Tedavisi	(o) OnLine	Salvatore Vitale
16.15-16.35	Histeroskopik Myomektomi - ISGE Yönergesi	(o) OnLine	Alessandro Loddo
16.35-16.45	Histeroskopik Morselasyon		Erhan Şimşek
16.45-17.00	Endometrial Malignitelere Histeroskopi Yapılmalı mıdır?		İbrahim Yalçın

17.00-17.15 KAHVE ARASI

17.15-18.45 BİLDİRİ OTURUMU - 3

	Moderatörler: Şadımın Kıykaç Altınbaş, Engin Çelik		
SS-11	Uni Veya Bilateral Hidrosalpinsin Salpenjektomi İle Uzaklaştırılması Anti-Adezif Podocalyxin Düzeylerini Azaltarak İmplantasyon Oranlarını Artırabilir		Fatma Tanılır Çağırın
SS-12	Laparoscopic Lateral Suspension of Vaginal Cuff Without Mesh use		Mehmet Tunc
SS-13	The Effects of Listening to Music Before Hysteroscopy on Pain and Anxiety		Burcu Aydın Boyama
SS-14	Tekrarlayan İmplantasyon Başarısızlığında Kontrollü Mekanik Endometrial Hasar Patolojik İnflamasyonu Regüle Ederek Klinik Gebelik Oranlarını Artırır		Zercan Kalı
SS-15	False Endometrial Thickening in Postmenopausal Patients Using Anticoagulants or Antiplatelets Agents		Abdurrahman Mert
SS-16	Tuba, Ovary and Ovarian Cyst in Inguinal Hernia Sac Accompanied by Uterine Anomaly in Adult Patient: A Case Report		İlknur Çınar Dura
SS-17	Should we Rely on Intraoperative Frozen-Section for Endometrial Intraepithelial Neoplasia (EIN)		Saliha Sağınç
VS-111	Evre-4 Endometriozis Cerrahisi: Minimal İnvaziv Cerrahi		Sertaç Ayçiçek
SS-18	Compartment Syndrome of the Hand after Laparoscopic Total Hysterectomy		Pınar Birol İter
SS-19	Laparoscopic Management of a 19-Year-Old Primiparous Patient with Procidencia: A Case Report		Bekir Kahveci
SS-20	Mental Retarde Virgin Hastada Vajinada Yabancı Cisim		Cevat Rifat Cündübey
SS-21	Küretaj Sonrası Uterusta Gelişen Arteriyö-Venöz Malformasyon (AVM): Olgu Sunumu		Enes Burak Mutlu
SS-22	Extrauterine Iud: The Importance of Surgical Approach		Bengü Mutlu Sütcüoğlu

JİNEKOLOJİK ENDOSKOPİ PLATFORMU



6. MİNİMAL İNVAZİV JİNEKOLOJİK CERRAHİ KONGRESİ

21-24 HAZİRAN 2023 | ACIBADEM ÜNİVERSİTESİ KONGRE MERKEZİ, ATAŞEHİR - İSTANBUL

SÖZLÜ BİLDİRİLER



**SS-01****Quality of life and sexual function after abdominal versus laparoscopic hysterectomy:
A prospective study**

Caner Kose, Busra Korpe, Samet Kutluay Ergorun
Ankara Etlik City Hospital

OBJECTIVE: This study aimed to evaluate the quality of life (QoL) and sexual function of women who underwent total abdominal hysterectomy (TAH) and total laparoscopic hysterectomy (TLH).

METHODS: In this prospective cohort study, a total of 121 patients who underwent TAH (n=65) and TLH (n=56) operations for benign indications were included. Sociodemographic features and obstetric history of the patients were noted. Quality of life assessments was done by the World Health Organization Quality of Life (WHOQOL)-BREF questionnaire, which has five domains: overall QoL + health, physical health, psychological health, social relationships, and environment. Sexual function was assessed by the Golombok-Rust Inventory of Sexual Satisfaction (GRISS) Scale with subscales of infrequency, non-communication, avoidance, non-sensuality, dissatisfaction, vaginismus, and anorgasmia. The patients were asked to fill both questionnaires before and 6 months after the operation.

RESULTS: Of the 121 patients, 104 of them completed postoperative surveys. In the total laparoscopic hysterectomy group, the individual improvements of the overall quality of life + health physical, and psychological health domains were statistically higher than the total abdominal hysterectomy group. In terms of sexual function, the total abdominal hysterectomy group had worse avoidance, non-sensuality, dissatisfaction, and vaginismus subscale scores and total score both in the preoperative and postoperative period compared to the total laparoscopic hysterectomy group. However, the individual differences and the number of patients exhibiting sexual dysfunction before and after surgery were not statistically significant in both groups.

CONCLUSION: Laparoscopic hysterectomy was superior to abdominal hysterectomy in improving QoL of the patients. Both abdominal and laparoscopic hysterectomies were not found to affect female sexuality.

Keywords: abdominal hysterectomy, laparoscopic hysterectomy, quality of life, sexual function.



Comparison of the demographic characteristics of the TAH and TLH groups

	TAH (n=65)	TLH (n=56)	p value
Age	49.86±3.76	48.66± 4.38	0.18
BMI	29.65±4.85	28.9±3.36	0.40
Parity	2.85±1.33	2.55±1.09	0.54
Smoking status			0.024
Yes	33 (50.8%)	17 (30.4%)	
No	32 (49.2%)	39 (69.6%)	
Previous surgery			0.20
Yes	25 (38.5%)	28 (50%)	
No	40 (61.5%)	28 (50%)	
Mode of Delivery			0.41
Vaginal	33 (58.9%)	44 (67.7%)	
C-section	12 (21.4%)	14 (21.5%)	
Both	9 (16.1%)	7 (13.2%)	
None	2 (3.6%)	-	
Menapousal status			0.12
Premenapousal	19 (29.2%)	24 (42.8%)	
Postmenapousal	46 (70.8%)	32 (57.2%)	
Hb level (mg/dl)	11.71±1.18	12.05±1.03	0.095
Uterine volume (cm3)	230.2(61.88-1230.7)	184.2(65-1293)	0.195
Preoperative indication			0.508
Leiomyoma	27(41.5%)	28(50%)	
AUB refractory treatment	24(36.9%)	20(35.7%)	
Chronic pelvic pain	14(21.5%)	8(14.3%)	
Final pathology			0.089
Leiomyoma	38(58.5%)	21(37.5%)	
Adenomyosis	18(27.7%)	21(37.5%)	
Endometrial polyp	1(1.5%)	5(8.9%)	
Normal	6(9.2%)	8(14.3%)	
Malignancy	2(3.1%)	1(1.8%)	

BMI: Body mass index, Hb: Hemoglobin, AUB: Abnormal uterine bleeding



Comparison of the preoperative and postoperative WHOQOL-BREF scores of the TAH and TLH groups (data is represented as mean \pm standard deviation)

Parameter	TAH	TLH	p value
QoL +Health			
Preoperative	42.88 \pm 18.87	26.56 \pm 20.78	<0.001
Postoperative	54.86 \pm 20.8	69.5 \pm 18.58	<0.001
p value	0.008	<0.001	
Physical health			
Preoperative	50.22 \pm 13.93	40.11 \pm 17.22	0.001
Postoperative	48.02 \pm 12.28	69.71 \pm 14.36	<0.001
p value	0.27	<0.001	
Psychological			
Preoperative	56.35 \pm 15.69	56.99 \pm 14.9	0.81
Postoperative	55.94 \pm 11.54	66.42 \pm 12.32	<0.001
p value	0.79	<0.001	
Social relationships			
Preoperative	48.85 \pm 16.12	53.13 \pm 15.69	0.14
Postoperative	50.62 \pm 16.41	58 \pm 17.16	0.03
p value	0.27	0.026	
Environment			
Preoperative	45.48 \pm 10.06	52.23 \pm 12.13	0.001
Preoperative	45.37 \pm 8.42	54.13 \pm 11.51	<0.001

Data is represented as mean \pm sd. QoL: quality of life.

The individual differences between the preoperative and postoperative WHOQOL-BREF scores of the TAH and TLH groups

	TAH	TLH	p value
QoL + Health	12.5(113)	37.5(113)	<0.001
Physical health	-5.36(79)	28.57(82)	<0.001
Psychological	0(71)	8.33(83)	0.002
Social relationships	0(92)	0(92)	0.63
Environment	-3.13(53)	0(16)	0.19

data is represented as median and interquartile range. QoL: quality of life



Comparison of the preoperative and postoperative GRISS scale scores of the TAH and TLH groups

	TAH	TLH	P value
Infrequency			
Preoperative	4(7)	5(7)	0.45
Postoperative	5(7)	5(7)	0.41
p value	0.71	0.84	
Non-communication			
Preoperative	4(7)	4(8)	0.43
Postoperative	5(7)	4(8)	0.37
p value	0.41	0.10	
Avoidance			
Preoperative	4(8)	2(5)	<0.001
Postoperative	5(8)	2(5)	<0.001
p value	0.13	0.73	
Non-sensuality			
Preoperative	4(8)	2(7)	0.001
Postoperative	5(8)	2(7)	0.001
p value	0.89	0.82	
Dissatisfaction			
Preoperative	5(8)	3(7)	0.019
Postoperative	5.5(8)	3(7)	0.003
p value	0.76	0.48	
Vaginismus			
Preoperative	4(8)	2(5)	<0.001
Postoperative	4(8)	2(7)	<0.001
p value	0.37	0.32	
Anorgasmia			
Preoperative	4(8)	4(7)	0.75
Postoperative	4(8)	4(8)	0.66
p value	0.71	0.20	

data is represented as median and interquartile range



SS-02

Vajinal yardımcı doğal orifis transluminal endoskopik cerrahi (vNOTES) deneyimimizEsra Keleş

University of Health Sciences Turkey, Kartal Lütfi Kırdar City Hospital, Department of Obstetrics and Gynecology, Istanbul, Turkey

GİRİŞ: Doğal orifis transluminal endoskopik cerrahi (NOTES), minimal invaziv cerrahideki en yeni gelişmelerden biridir ve burada karın boşluğuna erişim sağlamak için ağız, vajina, üretra ve rektum gibi doğal açıklıklar kullanılır (1).NOTES, ilk olarak Kalloo ve arkadaşları tarafından 2004 yılında bir domuz modelinde tanımlanmıştır. NOTES'in avantajları arasında; ameliyat sonrası ağrının daha az olması, daha hızlı iyileşme, yara yeri enfeksiyonlarının az görülmesi ve kozmetik sonuçlar yer alır.

2012'de Ahn ve arkadaşları ilk olarak vNOTES'un jinekolojik ameliyatlarda uygulanabilirliğini ve güvenliğini göstermesinin ardından birçok yazar bir dizi jinekolojik prosedürde vNOTES deneyimlerini yayınladı (2-3). Bu çalışmada amacımız vNOTES tekniği kullanılarak gerçekleştirilen vakalar-daki deneyimimizi sunmaktır.

YÖNTEM: Çalışma Ocak 2019-Mayıs 2022 tarihleri arasında bölümümüzde çeşitli endikasyonlarla vNOTES uygulanan 32 hastanın verileri ile gerçekleştirildi. Hastaların yaş, vücut kitle indeksi (VKİ), parite, geçirilmiş abdominal veya pelvik cerrahi verileri ile toplam operasyon süresi, preoperatif hemoglobini (Hb), postoperatif Hb, perioperatif komplikasyonlar, hastanede yatış süresi, uterus boyutu, postoperatif görsel analog skala (VAS) ağrı skorları, adneksiyal kitlenin boyutu ve patoloji tanısı retrospektif olarak değerlendirildi. Tüm hastalar genel anestezi altında dorsal litotomi pozisyonunda yatırıldı.

BULGULAR: Çalışmaya katılan hastaların yaşı: 55,42±9,1 yıl (40-77 yıl), BMI: 29,8±5,2 kg/m² (22-43 kg/m²), operasyon süresi: 118,35±41,6 dk (dağılım, 50-245 dk), Hb düşüşü: 1,4±0,8 (0,2-3,6) gr/dL ve hastanede kalış süresi: 2,2±1,1 (1,2-6,9) gün. Ameliyattan 6 saat sonra ortanca VAS ağrı skoru 5,2± 1,2(4-7 arası) ve ameliyattan 24 saat sonra 2,5±0,6 (2-4 arası) idi. 53 yaşında patoloji tanısı endometrioid tip adenokarsinom evre 3 olan vNOTES debulking yapılan bir hastada intraoperatif mesane injury komplikasyonu gelişti. Bunun dışında hiçbir hastada intraoperatif veya postoperatif komplikasyon gelişmedi. Çalışmaya dahil edilen tüm hastalarda laparoskopiyeye veya laparotomiye geçişe gerek kalmadan vNOTES tekniğiyle operasyonlar tamamlandı.

SONUÇ: vNOTES, son yıllarda gittikçe popülerlik kazanan minimal invaziv cerrahi alanında yeni bir tekniktir. Laparoskopik ve açık cerrahiye kıyasla güvenli ve izzsiz bir alternatiftir. Literatürde laparoskopik cerrahi ve vNOTES tekniğini kıyaslayan iki çalışmada vNOTES'in benign ve büyük over tümörleri için güvenli bir şekilde uygulanabileceğini ve vNOTES'in geleneksel laparoskopik tekniğe kıyasla kan kaybı, ameliyat süresi ve hastanede kalış süresinde üstün sonuçlar sunabileceğini göstermiştir. Çalışmamızdaki vNOTES sonrası VAS ağrı skorları ve Hb düşüşü önceki çalışmalara benzerdi. Operasyon süresinin literatürdeki diğer çalışmalara göre fazla olmasında hastaların birçoğunda onkolojik cerrahi uygulanmasından kaynaklanabilir. VNOTES tekniğinin güvenliğini doğrulamak ve etkinliğini belgelemek için daha yüksek kaliteli randomize kontrollü çalışmalara ihtiyaç duyulmaktadır.

Anahtar Kelimeler: Doğal orifis transluminal endoskopik cerrahi (NOTES), vajinal cerrahi, minimal invaziv cerrahi, jinekolojik cerrahi



SS-03

Total laparoskopik histerektomi sonrası cuff kapatmada hangi teknik ? Vajinal mi ?, Laparoskopik mi ? Tersiyer merkez deneyimleri

Ramazan Erda Pay¹, Merve Cesur³, Büşra Şahin¹, Aysu Yeşim Tezcan¹, Hüseyin Levent Keskin¹, Yaprak Engin Üstün²

¹Sağlık Bilimleri Üniversitesi Etlik Şehir Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Servisi

²Sağlık Bilimleri Üniversitesi Etlik Zübeyde Hanım Kadın Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Servisi

³Erzurum Hınıs Devlet Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Servisi

AMAÇ: Histerektomi, dünya çapında en sık uygulanan majör bir jinekolojik prosedürdür ve uterusun cerrahi olarak çıkarılması anlamına gelir. Geleneksel olarak uterus abdominal veya vajinal yolla çıkarılır. Vajinal histerektomilerdeki daha düşük komplikasyon oranına rağmen, abdominal histerektomi birçok ülkede kullanılan başlıca histerektomi yöntemidir. Uterusun çıkarılmasına uygun optimum cerrahi koşullar arasında, abdominal yolun bir avantajı olarak adneksal yapıların net olarak görülebilmesi ve manipülasyon kolaylığı ile vajinal yolla ilişkili büyük bir insizyonun kaçınılması gibi üç ana avantaj yer alır. TLH ise bu avantajları birleştirerek, daha kısa bir iyileşme süresi sunar. Tüm bu avantajlara rağmen, laparoskopi gerçekten deneyim, dikkat ve el becerisi gerektiren bir tekniktir. TLH'nin komplikasyonları arasında, laparoskopi ve histerektomi sırasında ayrı ayrı ortaya çıkan komplikasyonlar yer almaktadır. Başlıca komplikasyonlar arasında majör kanama, bağırsak, mesane ve üreter gibi organlarda hasar, pulmoner emboli, anestezi problemleri, vajinal kaf dehisansı yer alır. Bizde çalışmamızda çeşitli endikasyonlar ile TLH operasyonu yapılan hastalarımızın vajinal cuff kapatma tekniği açısından hastaların intraoperatif / postoperatif sonuçlarındaki farklılıkları araştırmayı amaçladık.

YÖNTEM: Etlik Zübeyde Hanım Kadın Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesinde, 2018 - 2022 aralığında TLH operasyonu gerçekleştirilen 373 hastanın verileri retrospektif olarak incelendi. Çalışmaya operasyonu laparoskopik olarak tamamlanmış, verilerine tam olarak ulaşılan, Çalışmaya dahil edilme kriterini sağlayan hastalardan, 76 tanesinde vajinal yoldan cuff kapatılmış, 297 tanesinde L/S yoldan cuff kapatılmıştır. Dahil edilen hastalara ait demografik veriler; yaş, gravide, parite, komorbid hastalıklar olarak kaydedildi. Hastaların yapılan operasyon, kan transfüzyon uygulanma durumu, int-eroperatif, postoperatif komplikasyonları kaydedildi.

BULGULAR: Çalışmaya dahil edilen 373 hastadan 76'sı (%20,4) vajinal yoldan cuff kapatılan (Grup 1) 297'si (%79,6) L/S yoldan cuff kapatılan (Grup 2) hastalardan oluşmakta idi. Gruplar arasında Yaş (p=0,72), Gravide (p=0,15), Parite (p=0,37), preoperatif Hb (p=0,43), postoperatif Hb (p=0,09), Delta Hb (p=0,84), Ek hastalık (p=0,32) Kan Transfüzyon gerekliliği (p=0,99), menopoz durumu (p=0,56) arasında fark izlenmedi, intraoperatif (p=0,00), postoperatif komplikasyon (p=0,01) ve TLH endikasyonları (p=0,02) arasında farklılık izlendi.

SONUÇ: Total laparoskopik histerektomi sonunda vajinal cuff kapatılması malign hastalıklarda daha çok laparoskopik yolla yapılmış, intaoperatif ve postoperatif komplikasyonlar vajinal yoldan kapatma da daha çok izlenmiştir.

Anahtar Kelimeler: Total Laparoskopik Histerektomi, Malignite, Cuff Dehisensi,



SS-04

The effect of body mass index (BMI) on sacrospinous ligamentopexy (SSLP) surgery

Asya Kalaycı Öncü¹, Arife Akay², Tuğçe Kaçan Tatlıcı³, Büşra Şahin¹, Yaprak Engin Üstün⁴

¹Department of Gynecology and Obstetric, Etlik City Hospital, Ankara, Turkey

²Department of Gynecology and Obstetric, Bingöl Maternity and Children's Hospital, Bingöl, Turkey

³Department of Gynecology and Obstetric, Halil Şıvgın Çubuk State Hospital, Çubuk, Turkey

⁴Department of Gynecology and Obstetric, University of Health Sciences Etlik Zübeyde Hanım Training and Research Hospital, Ankara, Turkey

AIM: Sacrospinous ligamentopexy(SSLP) is a procedure performed with the vaginal approach in apical pelvic organ prolapse(POP), concomitant to hysterectomy, or not.However, the effect of body mass index (BMI) on various surgeries has been shown in many studies,but its effect on SSLP surgery has not been studied thoroughly.This study aimed to compare the patients who underwent SSLP operation in a tertiary center according to BMI.

METHOD: In SSLP operation, after a longitudinal incision in the posterior vaginal wall, the sacrospinous ligament is reached from the rectovaginal space by dissection.The process is done unilaterally. SSLP operations performed as described (including concomitant operations in which vaginal hysterectomy,retropubic sling, and colporrhaphy anterior and/or posterior) and also in hysterectomized women with prolapse of the vaginal cuff were included in the study. Other cases in which the described operation was not applied and those whose data could not be reached were excluded.Cases of SSLP performed between 2014 and 2022 were retrospectively reviewed.All cases included in the study were divided into those with a body mass index (BMI) below 30 (group1, non-obese) and above (group2, obese).Demographic and obstetric histories,POP classification (POP-Q),surgical features, and postoperative complications were compared.

RESULTS: A total of 50 cases were divided into two groups according to BMI, with 30 cases in group 2 and 20 cases in group1. The mean age of the cases was 63.3±9.48 years and the body mass index was 30±4.27 kg/m2.The mean POP-Q stage for apical, posterior and anterior were 3.8±0.4, 1.8±1.54, and 2.4±1.51, respectively,and were similar between groups. The duration of surgery was 101.82±47.97 minutes in group1 and 127.89±50.53 minutes in group2, which was statistically similar (p>0.05).The mean hospital stay of the patients was 2.5±1.01 days and delta hemoglobin was 2.3±1.3 g/dl.Comparison of groups according to demographic, obstetric, and other characteristics are presented in Table1 and no significant difference was found between the groups (p>0.05).The 20 patients (9 cases belonging to group1 and 11 cases belonging to group2) underwent concomitant vaginal hysterectomy with SSLP for descending uteri and no significant difference was found between the groups.Postoperative complications presented in Table2, were observed in only 3 cases (an intestinal injury and two surgical site infections)and no significant difference was found between the groups (p>0.05).

CONCLUSION: SSLP is a surgical procedure that is preferred with the vaginal approach in apical prolapse and requires surgical skill, however,this study showed that it is safe to perform SSLP in obese cases as well as in non-obese cases.

Keywords: Sacrospinous ligamentopexy (SSLP), body mass index (BMI), pelvic organ prolapse (POP), surgery, POP-Q



Table 1: Comparison of groups according to demographic, obstetric, and other characteristics

Table 1	Group 1 BMI <30	Group 2 BMI ≥30	Total	P value
	N=20 %40	N=30 %60	N=50 %100	
	Mean ±Std. Deviation	Mean ±Std. Deviation	Mean ±Std. Deviation	
BMI (kg/m ²)	25.93±2.86	32.97±2.24	30.1±4.27	,000
Age	61±10	65±9	63.3±9.48	,096
Gravidity	5±2	5±2	4.7±1.85	,435
Parity	3±2	4±1	3.7±1.53	,181
Abortus	1±1	1±1	.96±1.29	,608
POP-Q stage				
Apikal	4±0	4±0	3.8±1.40	,551
Posterior	3±2	2±1	1.8±1.54	,476
Anterior	2±2	2±1	2.4±1.51	,919
The duration of surgery (min.)	101.82±47.97	127.89±50.53	118.33±50.41	,195
Hospital stay (day)	3±1	2±1	2.5±1.01	,506
Preoperative Hb (gr/dl)	13±1	13±1	13.0±.99	,216
Preoperative Hct (%)	40±3	41±3	40.2±2.95	,832
Postoperative Hb (gr/dl)	10±2	11±1	10.5±1.67	,356
Postoperative Hct (%)	34±4	33±3	32.9±3.51	,198
Delta Hb (gr/dl)	2.08±1.21	2.57±1.05	2.3±1.13	,110

*Mann Withney U test

Abv: BMI; Body mass index, POP-Q; classification of pelvic organ prolapse, Hb; hemoglobin, Hct; hematocrit, Min; Minute



Table 2: Comparison of groups according to surgical characteristics

Table 2		Group 1 BMI <30	Group 2 BMI ≥30	P value
		N=20 %40	N=30 %60	
Previous type of birth	Vaginal birth	18 90%	26 86,7%	,544
	Cesarean section	2 10%	4 13,3%	
Presence of prior hysterectomy	Not available	9 45,0%	11 36,7%	,803
	Vaginal approach	4 20,0%	8 26,7%	
	Abdominal approach	7 35,0%	11 36,7%	
Concomitant hysterectomy with vaginal approach	Not available	11 55,0%	19 63,3%	,556
	Available	9 45,0%	11 36,7%	
Complications	Not available	19 95,0%	28 93,3%	,303
	In testinal injury	1 5,0%	0 ,0%	
	Surgical site infection	0 ,0%	2 6,7%	

* Chi-Square test



SS-05

Histeroskopik mekanik doku morselasyonunun endometrial polip ve submuköz myomlardaki etkinliğinin değerlendirilmesi

Emine Akkuş, Sedat Akgöl, Süleyman Cemil Oğlak, Cihan Bademkiran, Mesut Bala, Abdullah Acar Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Gazi Yaşargil Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, Diyarbakır

GİRİŞ: Histeroskopi, intrauterin anormalliklerin saptanmasında ve birçok uterin patolojinin tedavi ve yönetiminde altın standart prosedür olarak kabul edilir. Histeroskopi tekniğindeki gelişmeler, operasyonun komplikasyonlarını azaltmayı, operasyon süresini kısaltmayı ve en önemlisi cerrahi tedavileri minimal invaziv bir prosedüre gerçekleştirmeyi amaçlamaktadır. Bu gelişmeler ışığında ‘Histeroskopik mekanik doku morselasyonu’ yakın zamanda birçok merkezde uygulanmaya başlanmıştır. Bu çalışmada anormal uterin kanama ile kliniğimize başvuran ve intrakaviter polip veya submuköz myom ön tanısı alan hastalarda ‘TruClear Histeroskopi’ tekniğinin intraoperatif sonuçlarının değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

YÖNTEM: Bu gözlemsel çalışma Gazi Yaşargil Eğitim ve Araştırma Hastanesinde 25 Kasım 2022-12 Mayıs 2023 tarihleri arasında operatif histeroskopi yapılan 62 hasta üzerinde yapıldı. Çalışma grubu intrakaviter polip tanısı alan 29 hasta ve submüköz myom tanısı alan 33 hasta olarak ikiye ayrıldı. Tüm hastalara işlemden 8 saat önce 200 mcg sublingual, 200 mcg misoprostol vaginal yoldan uygulandı. Her iki çalışma grubu operasyon süresi, intraoperatif komplikasyonlar (işlem öncesi ve işlem sırasında aşırı kanama, uterus perforasyonu, sıvı yüklenme bulguları), TruClear tekniğinin uygulanabilirliği ve uygulamada zorluk yaşanan durumlar açısından değerlendirildi.

BULGULAR: Hastaların % 47’si endometrial polip (n=29), %53’ü (n=33) submuköz myomdu. Hastaların ortalama yaşı polip grubunda 36, myom grubunda 43’tü. Çalışmada mekanik doku morselasyonu tekniği ile polip tanısı alan hastalarda ortalama operasyon süresi 12 dk, myom tanısı alan hastalarda 18 dk idi. Polip grubunda tüm işlemler başarı ile sonuçlandı. Myom grubunda başarısızlık oranı % 9 olarak saptandı. Her iki grupta da intraoperatif komplikasyona rastlanmadı.

SONUÇ: Çalışmamızın başlangıç aşamasında TruClear mekanik doku morselasyon tekniğinin myom ve polipli hastalarda cerrahinin tamamlanması açısından başarılı ve hiçbir hastada intraoperatif komplikasyon gelişmemesi nedeniyle güvenli olduğunu deneyimledik. Nispeten büyük çaplı myomlarda bile minimal invaziv cerrahiyle başarılı sonuçlar elde edildi. Hasta sayımızın azlığı çalışmamızın limitasyonu olup bu konu ile ilgili geniş serili çalışmalara ihtiyaç vardır.

Anahtar Kelimeler: Histeroskopi, mekanik doku morselasyonu, anormal uterin kanama



SS-06

Stres üriner inkontinans tedavisinde trans obturator tape cerrahisi: 5 yıllık izlem sonuçlarıArzu Bostancı Durmuş¹, Cemre Batın Çelik²¹Arzu Bostancı Durmuş²Cemre Batın Çelik

GİRİŞ: Stres üriner inkontinans (SUI) detrusor aktivite artışı olmaksızın, intravezikal basıncın üretra basıncını aşmasıyla ortaya çıkan idrar kaçırma şekli olarak tanımlanır. Biz bu çalışmada SUI olan TOT uygulanan hastalarda ortalama 5 yıllık takip sonuçlarını ortaya koymayı amaçladık.

YÖNTEM: Çalışmaya 2013 Aralık- 2017 Şubat tarihleri arasında kliniğimize başvuran, TOT operasyonu uygulanmış 160 hasta dâhil edilmiştir. Uzun dönem sonuçları, komplikasyonları ve güvenilirliği retrospektif olarak incelenmiştir. Kliniğimize idrar kaçırma şikâyeti ile başvuran hastalardan detaylı öyküleri alınarak idrar kaçırma tipi incelenmiştir. Anamnezde yaş, boy, kilo, başvuru sebepleri, doğum sayısı, doğum şekli, kullandıkları günlük ped sayısı, ailede inkontinans öyküsü, nörolojik-sistemik hastalık öyküsü, geçirilmiş ürojinekolojik operasyonları sorulmuştur. Jinekolojik muayene, Q tip test, stres test, ICIQ-SF skoru, cerrahi süresi, intraoperatif komplikasyonlar, erkenve geç komplikasyonlar kaydedilmiştir. İdrar tahlili ve kültüründe enfeksiyonu olan hastalar, infertilite tedavisi alanlar, ileri derecede sistemik hastalığı olanlar, mikst tip inkontinansı olanlar, telefon ile ulaşılamayanlar, takiplerine düzenli gelmeyenler çalışmaya dâhil edilmemiştir. Hastaların postoperatif kontrolleri, 1.,3.,6.,12. aylarda yapılmıştır. Hastalar 60. ayda telefon ile aranarak ameliyat ile ilgili görüşleri devam eden şikâyetleri sorulmuş, gerek görülenler muayeneye geri çağırılmıştır.

BULGULAR: Hastaların ortalama takip süresi 60 (46-69) ay, ortalama yaşı 43,5 (29-70) idi. Ortalama doğum sayısı 3,6 (1-10), ortalama vücut kitle indeksi 26 (21-29) idi. Hastalar daha önce antiinkontinans cerrahisi geçirmemişlerdi. Vajinal muayenede 14 hastada (%8,7) grade 1-2 sistosel, 19 hastada (%11,8) grade 2-3 sistosel mevcuttu. Grade 2-3 olan 19 hastaya ek olarak kolpografi anterior operasyonu yapıldı. Ortalama operasyon süresi 28,2 (20-45) dakika olarak belirlendi. Ortalama hastanede kalış süresi 2,5±1,5 gün olarak belirlendi. Hastaların hiçbirinde mesane, üretra, damar ve sinir yaralanması görülmedi. Toplamda 8 hastada (%5) postoperatif erken dönemde geçici üriner retansiyon gelişti. Hastalar 15 gün süre ile sondalı bırakıldı, sondası alındıktan sonra idrarlarını yapabildi ve rezidü miktarları 50 ml'nin altında idi. Geç postoperatif dönemde disparoni şikâyeti sadece 2 hastada (%1,25) mevcut idi. 60. aydaki takip sonuçlarına göre 8 hastada (%5) inkontinans şikâyeti mevcut idi. Bu hastalar muayene için çağrılmalarına rağmen muayeneye gelmemişler idi. Ameliyat öncesi 12,4 olan (8-20) ICIQ-SF skor değeri 1,28 (0-5)'e ve ameliyat öncesi değeri 2,9 (1-8) ola ped kullanımı 0,42 (0-3)'e indi. Bu değerler istatistiksel olarak anlamlı idi.

SONUÇ: İnkontinans cerrahisinin amacı minimal morbidite, yaşam kalitesinde artış ve kontinansın normale dönmesidir. Bu çalışma ile TOT'un uzun dönem sonuçları ile SUI tedavisinde etkili ve güvenilir bir yöntem olduğu, yaşam kalitesinde anlamlı düzelme sağladığı anlaşılmıştır. Ancak uzun dönem sonuçlarını bildiren ve diğer yöntemlerle karşılaştıran geniş popülasyonlu randomize prospektif çalışmalara ihtiyaç vardır.

Anahtar Kelimeler: Tot, stres inkontinans, inkontinans



SS-07

Laparoskopik asiste vajinal radikal trakelektomi: Altı vakanın uzun dönem takipleri

Nasuh Utku Doğan, Selen Doğan, Hasan Doğukan Çopur, Fatma Ceren Güner, Saliha Sağnıç, Sinan Serdar Ay
Akdeniz Üniversitesi

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. Beşinci hasta 35 yaşında çocuksuz, 2 cm tümörü olan hastamız idi, hastaya nisan 2022 tarihinde LAVRT planlandı. İntraoperatif gönderilen pelvik lenf nodlarında metastaz saptanması üzerine trakelektomiden vazgeçildi, laparoskopik paraaortik lenfadenektomi ve bilateral ovaryen transpozisyon ameliyatı yapıldı. Sonrasında hasta kemoradyoterapiye yönlendirildi. Altıncı hastamız 39 yaşında çocuksuz, hasta idi, yapılan LEEP sonucu evre 1b1 (15 mm) tümörü gelmesi üzerine LAVRT planlandı, ekim 2022 yılında opere edildi.

Altı hastanın ortanca ameliyat süresi 290 dakika idi. İntraop bir hastada mesane perforasyonu gelişti ve intaroperatif mesane perforasyonu onarıldı. Hastalara herhangi bir kan transfüzyonu yapılmadı. Tüm hastalarda post-operatif herhangi bir komplikasyon gelişmedi. Altı 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, sonrasındaki takiplerde herhangi bir patoloji izlenmedi. Dört yıllık izlemde (4-42 ay) herhangi bir nüks, metastaz saptanmadı. Sonuç olarak LAVRT onkolojik sonuçları radikal histerektomiye benzer olan fertilitite koruyucu bir cerrahi yaklaşımdır.

Anahtar Kelimeler: Laparoskopik asiste vajinal radikal trakelektomi, onkolojik sonuçlar, fertilitite koruyucu cerrahi

**SS-08****Laparoscopic surgery of large adnexal masses (> 12 cm): Single port or conventional?**

Kemal Güngördük

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

AIM: We aimed to compare single-port laparoscopic surgery (SPLS) and conventional multiport laparoscopic surgery (CMLS) for large adnexal mass (AM).

MATERIAL-METHODS: Patients undergoing laparoscopy (LS) due to huge AMs (≥ 12 cm) between 2016 and 2021 were evaluated retrospectively. The SPLS procedure was applied in 25 cases, and CMLS was performed in 32 cases. The premier result was the grade of the postoperative improvement according to the Quality of Recovery (QoR)-40 questionnaire score (24 h after the surgical procedure; postoperative day 1). Observer Scar Assessment Scale (OSAS) and Patient Observer Scar Assessment Scale (PSAS) were also evaluated.

RESULTS: A total of 57 cases undergoing SPLS ($n = 25$) or CMLS ($n = 32$) due to a large AM (≥ 12 cm) were analyzed. No meaningful distinctions in age, menopausal status, body mass index, or mass size were observed among the two cohorts. The operation time was shorter in the SPLS than CMLS cohort (42.2 ± 3.3 vs. 47.6 ± 6.2 ; $P < 0.001$). Unilateral salpingo-oophorectomy was performed in 84.0% of cases in the SPLS cohort and 90.6% of patients in the CMLS cohort ($P = 0.360$). The QoR-40 points were significantly higher in the SPLS than CMLS group (154.9 ± 12.0 vs. 146.2 ± 17.1 ; $P = 0.035$). The OSAS and PSAS scores were lower in the SPLS than CMLS group.

CONCLUSION: LS can be used for large cysts that are not considered to be at risk of malignancy. The postoperative recovery time was shorter in patients undergoing SPLS compared to CMLS.

Keywords: Laparoscopy, Large adnexal mass, Single-port laparoscopic surgery



SS-09

The effect of hysteroscopic correction on reproductive results in patients with Y-shaped uterus

Batuhan Aslan, Bulut Varlı, Yavuz Emre Şükür, Cem Somer Atabekoğlu

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

OBJECTIVE: Congenital uterine anomalies are caused by abnormal embryological development of Mullerian ducts during embryogenesis. In the recent ESHRE-ESGE classification of uterine abnormalities, the others (class u1c) section was added under the definition of the dysmorphic uterus (class u1) and minor deformities which are separated from the septate uterus were started to be categorized under this section. However, the clinical consequences of dysmorphic uteri with Y-shaped cavities need to be further investigated. In this study, we aimed to compare the effect of hysteroscopic correction on reproductive outcome in patients with a Y-shaped uterus who underwent ICSI-ET treatment.

METHODS: A retrospective cohort study was conducted in the Center for Human Reproduction and Infertility of the Ankara University School of Medicine. For the current study, 3D-TVUSG images were re-evaluated by two separate physicians (YES and BA) who were unaware of each other. Patients diagnosed with a y-shaped uteri by two independent researchers were included in the study. Patients with previous abdominal or hysteroscopic uterine surgery, known endometriosis and diminished ovarian reserve, >35 years, and non-optimal images were excluded. 40 patients who has Y-shaped uteri, evaluated for primary infertility at a tertiary hospital between January 2019 and December 2022.

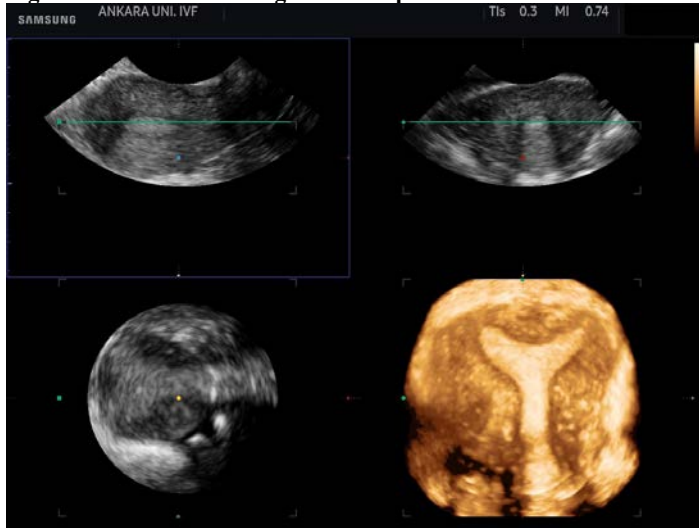
RESULTS: Demographic variables and baseline hormone levels were similar between the groups. We compared the effect of hysteroscopic correction on reproductive outcome in patients with a Y-shaped uterus who underwent ICSI-ET treatment. Among those, 22 underwent hysteroscopic metroplasty prior to ET and 18 did not. The clinical pregnancy rates were similar between patient who underwent hysteroscopic metroplasty and who did not undergo (36.4% vs. 44.4%, respectively; P=0.748).

CONCLUSION: Detailed subclassification of the dysmorphic uterine types will allow for a more specific management. Further studies are needed to examine the successful management of these patients and the effect of treatment options on reproductive results.

Keywords: Uterine abnormalities, Y-shaped uterus, Mullerian anomalies, Hysterescopy, Metroplasty

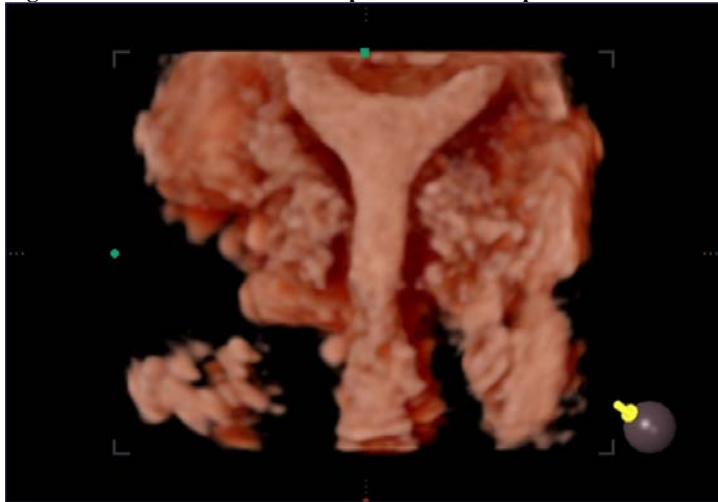


Figure 1. 3D-TV USG images of Y-shaped uterus



3D transvaginal ultrasound examination of one of the patients included in the study-Volume recording

Figure 2. Detailed and realistic expression of Y-shaped uterus



High resolution 3D anatomy with exceptional detail and realistic depth perception.



SS-10

Total laparoskopik histerektomi sonrası laparoskopik yoldan cuff kapatmada hangi sütün materyali ? Tersiyer merkez deneyimleri

Ramazan Erda Pay¹, Merve Cesur³, Büşra Şahin¹, Aysu Yeşim Tezcan¹, Hüseyin Levent Keskin¹, Yaprak Engin Üstün²

¹Sağlık Bilimleri Üniversitesi Etlik Şehir Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Servisi

²Sağlık Bilimleri Üniversitesi Etlik Zübeyde Hanım Kadın Hastalıkları Eğitim Ve Araştırma Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Servisi

³Erzurum Hınıs Devlet Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Servisi

AMAÇ: Histerektomi, dünya çapında en sık uygulanan majör bir jinekolojik prosedürdür ve uterusun cerrahi olarak çıkarılması anlamına gelir. Geleneksel olarak uterus abdominal veya vajinal yolla çıkarılır. Vajinal histerektomilerdeki daha düşük komplikasyon oranına rağmen, abdominal histerektomi birçok ülkede kullanılan başlıca histerektomi yöntemidir. Uterusun çıkarılmasına uygun optimum cerrahi koşullar arasında, abdominal yolun bir avantajı olarak adneksal yapıların net olarak görülebilmesi ve manipülasyonu kolaylığı ile vajinal yolla ilişkili büyük bir insizyonun kaçınılması gibi üç ana avantaj yer alır. TLH ise bu avantajları birleştirerek, daha kısa bir iyileşme süresi sunar. Tüm bu avantajlara rağmen, laparoskopi gerçekten deneyim, dikkat ve el becerisi gerektiren bir tekniktir. Vajinal kafın laparoskopik olarak dikilmesi ve düğümlemesi, total laparoskopik histerektominin (TLH) en zorlu adımıdır ve cerrahi beceri gerektirir. Bu çalışmanın amacı, vajinal cuffin kapatılmasında kullanılan suturlar (V-LocTM 180; Covidien ile poliglaktin 910 sütün; Vicryl; Covidien) arasında klinik sonuç farklılıklarını karşılaştırmaktır.

YÖNTEM: Etlik Zübeyde Hanım Kadın Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesinde, 2018 - 2022 aralığında TLH operasyonu gerçekleştirilen 297 hastanın verileri retrospektif olarak incelendi. Çalışmaya operasyonu laparoskopik olarak tamamlanmış, verilerine tam olarak ulaşılan, Çalışmaya dahil edilme kriterini sağlayan hastalardan, 143 tanesinde V-LocTM ile cuff kapatılmış, 154 tanesinde Vicryl ile cuff kaapılmıştır. Dahil edilen hastalara ait demografik veriler; yaş, gravide, parite, komorbid hastalıklar olarak kaydedildi. Hastaların yapılan operasyon, kan transfüzyon uygulanma durumu, intraoperatif, postoperatif komplikasyonları kaydedildi.

BULGULAR: Çalışmaya dahil edilen 297 hastadan 143 (%48,1) tanesinde V-LocTM ile cuff kapatılmış, (Grup1) 154 (%51,9) tanesinde Vicryl ile cuff kapatılmıştır. (Grup 2) Gruplar arasında Gravide (p=0,54), Parite (p=0,67), preoperatif Hb (p=0,68), postoperatif Hb (p=0,17), Delta Hb (p=0,13), Ek hastalık (p=0,67) Kan Transfüzyon gerekliliği (p=0,54), intraoperatif komplikasyon (p=0,29), postoperatif komplikasyon (p=0,67) arasında fark izlenmedi, Yaş (p=0,02) menopoz durumu (p=0,04) ve TLH endikasyonları (p=0,00) arasında farklılık izlendi.

SONUÇ: Total laparoskopik histerektomi sonunda vajinal cuff kapatılması malign hastalıklarda daha çok V-LocTM tercih edilmiş, menopoz hastalarda daha çok V-LocTM tercih edilmiş, yaşı ileri hastalarda daha çok V-LocTM tercih edildiği izlenmiştir.

Anahtar Kelimeler: Total Laparoskopik Histerektomi, V-LocTM 180 sütün, Poliglaktin 910 sütün; - Vicryl



SS-11

Uni veya bilateral hidrosalpinksin salpenjektomi ile uzaklaştırılması anti-adeziv podocalyxin düzeylerini azaltarak implantasyon oranlarını artırabilir

Fatma Tanilir Çağiran¹, Zercan Kalı²

¹Çağiran Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği, Diyarbakır

²Özel Gözde akademi Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum, Malatya

AMAÇ: İmplantasyon penceresindeki endometriumda tüm reseptivite genlerinin ekspresyonu artarken anti-adeziv podocalyxin (PODXL)'nin ekspresyonu azalır. Hidrosalpinx (HX) varlığında alkali ve toksik kimyasal tubal sıvı ostiumlar aracılığı ile endometriuma ulaşarak reseptivite genlerinin ekspresyonunu bozar. Ancak HX'in endometrial PODXL ekspresyonu üzerine etkisi bilinmemektedir. Bu çalışma HX nedeniyle salpenjektomi yapılan hastaların endometrial PODXL seviyelerini saptamak için dizayn edildi.

METOD: Ultrasonografik veya histerosalpingografik değerlendirmede unilateral veya bilateral HX tanısı konan 13 infertil hasta çalışmaya dahil edildi. Hastaların tümüne salpenjektomi kararı alındı. Tubal ligasyon için başvuran 13 hasta ise kontrol grubu olarak kabul edildi. Laparoskopik salpenjektomi öncesi hasta anestezi altında iken pipelle kanül ile endometrial örneklem yapıldı. Alınan endometrial örnekler RNA later içine konup analiz edilene kadar dondurulmuş şekilde muhafaza edildi. Tüp ligasyonu grubundaki hastalardan da ligasyon öncesi endometrial örneklem yapıldı ve dokular RNA later içinde saklandı. HX ve kontrol grubunda katılımcı sayısı tamamlandıktan sonra dondurulmuş endometrial örnekler çözüldü homojenize edilerek ELISA yöntemi ile PODXL düzeyleri ölçüldü. PODXL düzeyleri ortalama±SD ve ng/mg-doku olarak verildi.

BULGULAR: HX grubunun salpenjektomi öncesi endometrial PODXL düzeyleri 3.24±1.04 ng/mg-doku olarak saptandı. Kontrol grubunun ligasyon öncesi endometrial PODXL düzeyi ise 1.20±0.33 ng/mg-doku olarak kaydedildi. Kontrol grubu ile karşılaştırıldığında HX grubunun PODXL düzeyleri anlamlı olarak yüksek saptandı (3.24±1.04 ng/mg-doku vs. 1.20±0.33 ng/mg-doku, p<0.001). HX varlığında alkali sıvı endometrial reseptivite genlerinin ekspresyonunu azaltarak ve proinflamatuvar sitokin düzeyini artırarak implantasyon oranlarını azaltır. Salpenjektomi HX sıvısının endometrium üzerine olan olumsuz etkilerinin çoğunu nötralize eder. Bu çalışma HX varlığında endometrial PODXL düzeylerinin arttığını gösteren ilk klinik çalışmadır. HX varlığında artan PODXL ekspresyonu anti-adeziv özelliği nedeniyle embryonun adezyon ve implantasyonunu engelleyebilir. Salpenjektomi sonrası endometrial PODXL düzeylerindeki değişimi saptayacak çalışmalar HX varlığında azalmış implantasyon ve klinik gebelik oranlarında bu molekülün rolünü daha net olarak ortaya koyacaktır.

TARTIŞMA: HX sıvısı tubal ostiumlar aracılığı ile endometriuma ulaşarak anti-adeziv molekül PODXL'nin sentez ve salınımını artırmaktadır. Artan PODXL embryonun endometriuma adezyonu ve implantasyonunu engeller. Salpenjektomi ile endometrial PODXL düzeyleri azalarak implantasyon oranları ve klinik gebelik oranı artırılabilir.

Anahtar Kelimeler: Hidrosalpinks, Salpenjektomi, PODXL, İmplantasyon.

**SS-12****Laparoscopic lateral suspension of vaginal cuff without mesh use**Mehmet Tunc

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

INTRODUCTION: Pelvic organ prolapse is a condition especially affecting elderly women. Vaginal cuff prolapse is seen as a result of the failure of previous surgery. Laparoscopic lateral suspension (LLS) is an alternative treatment to suspend the vaginal apex but has a risk for mesh erosion. We aimed to show LLS of vaginal cuff with 4-0 Mersilene® double-armed as an alternative to LLS.

METHODS: The peritoneum is dissected from the vaginal apex. After suturing 4-0 Mersilene® through the vaginal apex, a retroperitoneal tunnel is made along the lateral abdominal wall by following a round ligament with an atraumatic grasper. Then the Mersilene® is suspended through the bilateral abdominal walls. After the suspension of the suture, the peritoneum is closed with continuous suture by using 3/0 Vicryl®.

RESULTS: The patient was discharged from the hospital the day after the surgery without complications. There was no sign of prolapse recurrence or complication three months after the surgery

CONCLUSION: Laparoscopic lateral suspension without any use of mesh could be a good alternative for vaginal cuff prolapse in elderly women. It provides good outcomes with fewer postoperative complications compared with mesh use.

Keywords: Vaginal prolapse, Laparoscopy, Lateral Suspension, Laparoscopic Lateral Suspension



SS-13

The effects of listening to music before hysteroscopy on pain and anxiety

Burcu Aydın Boyama, Emine Zeynep Yılmaz

Esenler Medipol Üniversitesi Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Ana Bilim Dalı, İstanbul

Histeroskopi Öncesi Müzik Dinlemenin Ağrı ve Anksiyete Üzerine Etkileri

GİRİŞ-AMAÇ: Histeroskopi, intrauterin patolojinin değerlendirilmesi ve yönetiminde oldukça yararlı olan güvenilir bir tekniktir. Bu çalışmanın amacı histeroskopi öncesi müzik dinlemenin hastaların ağrı ve anksiyetesine etkisini değerlendirmektir.

METOD: Çalışmaya Eylül 2020- Ekim 2022 tarihleri arasında histeroskopi yapılan 18 yaş üstü kadın hastalar dahil edilmiştir. Hastaların demografik verileri ve histeroskopi endikasyonları kaydedilmiştir. Çalışmaya katılan hastalar iki gruba ayrılmıştır. Birinci gruba histeroskopi öncesi yarım saat süreyle klasik müzik dinletilmiştir. Diğer grup ise müzik dinletilmeden direkt histeroskopi uygulanmıştır. Histeroskopi sedoanestezi altında tek bir cerrah tarafından uygulanmıştır. Hastaların işlem öncesi ve işlemden 1 saat sonra ağrı ve anksiyeteleri değerlendirilmiştir. Ağrı seviyeleri Vizüel Analog Skalası (VAS) ile değerlendirilirken anksiyete STAI-I ve STAI-II ile değerlendirilmiştir.

BULGULAR: Çalışmaya toplamda 216 hasta dahil edilmiştir (müzik grubu (n=112), kontrol grubu (n=104)). Hastaların işlem öncesi yaş, BMI, histeroskopi endikasyonları, ağrı ve anksiyete skorları arasında anlamlı farklılık bulunmamaktadır ($p>0,05$). Ortalama işlem süresi $15,67\pm 5,03$ dk olup gruplar arası anlamlı farklılık saptanmamaktadır. Müzik grubundaki hastalar, histeroskopi sırasında önemli ölçüde daha az ağrı yaşadılar (VAS skoru 3.62 ± 2.02 'ye karşı 6.09 ± 2.34 ; $p = 0.01$). Müzik dinleyerek işlemi gerçekleştirilen hastaların ortalama STAI-I puanı 42.67 ± 5.18 iken müzik dinlemeyen hastalarda 51.40 ± 7.78 idi ($p=0,004$).

SONUÇ: Çalışma sonunda histeroskopi öncesi klasik müzik dinletmenin, hastaların ağrı ve anksiyetelerini anlamlı ölçüde düşürdüğü saptanmıştır. Düşük maliyetli ekipman ve insan gücü ile müzik sağlamak kolaydır. Hasta bakımını iyileştirmek için histeroskopi öncesinde müziğin rutin olarak kullanılması öneriyoruz.

Anahtar Kelimeler: histeroskopi, ağrı, anksiyete, müzik



SS-14

Tekrarlayan implantasyon başarısızlığında kontrollü mekanik endometrial hasar patolojik inflamasyonu regüle ederek klinik gebelik oranlarını artırır

Zercan Kalı

Özel Gözde Akademi Hastanesi, Malatya

AMAÇ: Lokal endometrial injurinin (LEI) implantasyon başarısızlığı olan hastalarda klinik gebelik ve canlı doğum oranlarını artırdığı bilinmektedir. Ancak LEI'nin fertilité outcome'da iyileşmeye neden olan temel fizyolojik etki mekanizması bilinmemektedir. Bu çalışma tekrarlayan implantasyon başarısızlığı (TIB) olan hastalarda kontrollü/mekanik endometrial injurinin nükleer faktör kappa beta (NF-kB) ekspresyonu üzerine etkisini değerlendirmek için planlandı. NF-kB inflamasyonun sellüler markeri olup patolojik inflamasyon varlığında biyolojik sıvı ve dokularda düzeyi artar.

YÖNTEM: İki veya üzerinde başarısız IVF/ICSI hikayesi olan 15 infertil hasta TIB tanısı ile çalışmaya dahil edildi. Siklusun mid-luteal fazında LH pikinden 7-9 gün sonra TIB grubundaki hastalara histeroskopik搔抓 ile endometriyal injuri uygulandı. Rezektoskop uterin fundusa kadar ilerletilip, kavite içinde ileri geri itilerek işlem tekrarlandı. Bu esnada elde edilen dokular patolojik inceleme için alınıp endometrial doku NF-kB analizi için RNAlater içerisine konuldu. Tüp ligasyonu için başvuran hastalardan oluşan on kişilik kontrol grubunda ise aynı işlem tekrarlayarak yapılıp, takiben endometrial örnekleme yapıldı ancak injuri uygulanmadı. İnjuriden sonraki siklusun mid-luteal fazında TIB ve kontrol grubundaki hastalardan endometrial flushing ile toplanan örnekler RNAlater içine kondu. Her iki grubun injuri öncesi ve sonrası NF-kB düzeyleri ELISA yöntemi ile ölçüldü ve sonuçlar karşılaştırıldı. Sonuçlar mean±SD olarak ve ng/mg-doku olarak verildi.

SONUÇ: TIB grubunun injuri öncesi endometrial NF-kB konsantrasyonu $0.27 + 0.1$ ng/mg-doku olup injuri sonrası $0.11 + 0.3$ ng/mg-doku'ya düştü. İnjury sonrası endometrial NF-kB miktarında saptanan azalma istatistiksel olarak anlamlı idi ($0.27 + 0.1$ ng/mg-doku vs. $0.11 + 0.3$ ng/mg-doku, $p < 0.01$). Kontrol grubunda ise ligasyon öncesi endometrial NF-kB düzeyi $0.05 + 0.1$ ng/mg-doku olup ligasyon sonrası bu değer $0.06 + 0.2$ ng/mg-doku oldu. Kontrol grubunda NF-kB düzeylerindeki değişim istatistiksel anlamlılığa ulaşmadı ($0.05 + 0.1$ ng/mg-doku vs. $0.06 + 0.2$ ng/mg-doku, $p > 0.24$). TIB grubunda injuri öncesi yüksek NF-kB düzeylerinin injuriden sonra azalması TIB hastalarında patolojik endometrial inflamasyon varlığını destekler bir bulgudur. Fizyolojik miktarda inflamasyon implantasyon için gerekli iken patolojik inflamasyon implantasyonu olumsuz etkiler. İnjury sonrası yara iyileşme periyoduna giren endometrium inflamasyonunun yeniden regülasyonunu sağlayarak fizyolojik inflamasyona neden olmuştur. TIB hastalarında injury sonrası fertilité parametrelerinde saptanan artış inflamasyonun NF-kB üzerinden yeniden regülasyonuna bağlı olabilir.

TARTIŞMA: TIB hastalarında mid-luteal mekanik endometrial injuri patolojik inflamasyonu normale döndürerek implantasyon oranlarında artışa katkıda bulunabilir.

Anahtar Kelimeler: : Endometrial yaralama, NF-kB, İnflamasyon, İmplantasyon.



SS-15

False endometrial thickening in postmenopausal patients using anticoagulants or antiplatelets agentsNur Gözde Kulhan¹, Mehmet Kulhan², Abdurrahman Mert¹¹Konya City Hospital, Obstetric and Gynecology Department, Konya, Turkey²Selçuk University, Obstetric and Gynecology Department, Konya, Turkey

OBJECTIVE: There is no report that anticoagulant or antiplatelet use may lead to abnormal endometrial sonographic findings. This retrospective study reports our first results associated with endometrial sampling in asymptomatic postmenopausal women using anticoagulants or antiplatelet

MATERIAL-METHODS: A total of 268 postmenopausal patients who applied to our gynecology outpatient clinic for any reasons except postmenopausal bleeding were included in the study. Patients were divided into three groups according to using drug status: first healthy control group [HCG], second anticoagulants agents group [ACG], and third antiplatelet agents group [APG]. The effects of anticoagulant and antiplatelet agents on endometrial thickness were compared with histopathological findings

RESULTS: The mean endometrial thickness was significantly greater in group ACG [5.2 mm] and APG [4.1 m] than in group HCG [3.3 mm]. No significant differences were found in the mean endometrial thickness between groups HCG and APG. However, it is noteworthy that the average endometrial thickness in the ACG group is more than the other two groups and this is statistically significant [$p < 0.05$]. **CONCLUSION:** If the thickness of the endometrium was > 4 mm, endometrial sampling may be recommended in asymptomatic postmenopausal women using anticoagulants or antiplatelet agents.

Keywords: anticoagulants, antiplatelets, endometrial thickness, menopause

Distribution of histopathological findings of patients with endometrial thickness ≥ 5 mm before endometrial sampling.

ENDO THICKNESS ≥ 5 mm HISTOPATOLOGY	HCG n:104	APG n:72	ACG n:28	Total n:204
Atrophy	24 (%37.5)	20 (%31.3)	20 (%31.3)	64 (%51)
Endometrial hyperplasia	-	8 (%100)	-	8 (%3.9)
Endometrial cancer	4 (%33.3)	8 (%66.7)	-	12 (%5.9)
Polyp	36 (%64.3)	16 (%28.6)	4 (%7.1)	56 (%27.4)
Insufficient material	4 (%50)	4 (%50)	-	8 (%3.9)
Endometritis	36 (%64.3)	16 (%28.6)	4 (%7.1)	56 (%27.4)

HCG: Healthy control group, APC: Antiplatelet agents group, ACG: Anticoagulants agents group



The Mean Endometrial Thicknesses of the Groups

Group	Mean Endometrial Thickness	95 % CI
HCG (n= 128)	3.3	3.4-3.8 mm
ACG (n= 40)	5.2	5.1-7.4 mm
APG (n= 100)	4.1	3.1-5.3 mm

HCG versus ACG: $p < 0.05$; HCG versus APG: $p > 0.05$; ACG versus APG: $p > 0.05$
HCG: Healthy control group, APC: Antiplatelet agents group, ACG: Anticoagulants agents group, CI: Confidence interval



SS-16

Tuba, ovary and ovarian cyst in inguinal hernia sac accompanied by uterine anomaly in adult patient: A case reportMesut Önal, Günay Guliyeva, Ilknur Çınar Dura, Ayşe Zehra Özdemir

Department of Obstetrics and Gynecology, Ondokuz Mayıs University, Samsun, Turkey

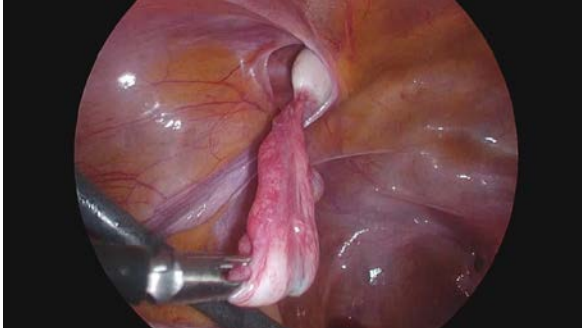
INTRODUCTON: Inguinal hernia, which includes the ovaries and tubas, is often diagnosed and treated in the pediatric age group. Most of the cases are associated with congenital abnormalities of female genital tract. These cases are very rare in the adult age group. [1-3] We present a case of 29-year-old female patient treated laparoscopically with uterine anomaly accompanied by ovaries and tubas in hernia sac.

CASE: The patient was admitted to the obstetrics and gynecology outpatient clinic after left-sided groin pain and additional child desire. She has left-sided groin pain, which has been around for about 5-6 years, and has swelling in the area she describes. She stated that she had been married for more than a year and had a history of abortion once. On transvaginal ultrasonography, left horn of the uterus and the left ovary were not visualized. On abdominal ultrasonography the uterus was deviated to the right with a single visible horn. On inguinal region evaluation with a superficial probe, lesion was in the left inguinal canal with large number of cysts up to 5 mm in diameter and had blood perfusion, may belong to the left ovarian tissue reported as continuous with a tubular structure extending into the abdomen. On the MRI, the left ovary and uterine horn were not monitored, the tissue thought to belong to left ovarian tissue was reported in the left inguinal canal. As the abdomen was laparoscopically opened, the left horn of the uterus was seen as rudimentary, uterine unikollis. Left ovary and tuba were in the inguinal hernia sac. Right ovary was normal but right tuba uterina with round ligament seemed to progress to the inguinal canal. (Figures 1 and 2). The left ovary, tuba and cyst and redacted from hernia sac, had no connection to uterus. Adhesion between the right tuba and round ligament was released. Primary suturation and peritonization were performed. The transition was monitored by giving methylene blue from the right tuba (Figure 3).

RESULTS: Inguinal hernia containing the ovaries and tubas is extremely rare in women of reproductive age. [4, 5] A high clinical suspicion is paramount to ensure fertility and diagnose potential simultaneous genital anomalies. [6] Surgeons should consider this uncommon cause of hernia for differential diagnosis of an inguinal mass in women at reproductive age. A well taken anamnesis, physical examination, ultrasonography and MR imaging are quite useful. With laparoscopic surgical treatment permanent recovery can be achieved.

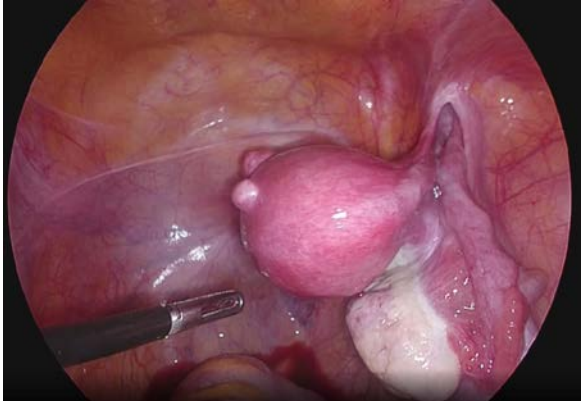
Keywords: inguinal hernia, ovarian hernia, infertility, uterus unicollis, laparoscopy

1



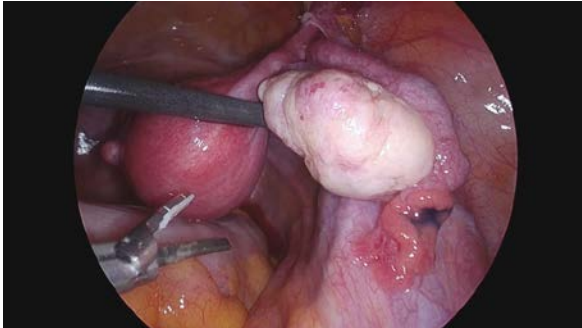
Left over and tuba inside the hernia

2



Uterus unicollis, right tuba and round

3



Methylen Blue movement at the right tuba



SS-17

Should we rely on intraoperative frozen-section for endometrial intraepithelial neoplasia (EIN)

Ceyda Karadağ, Saliha Sağnıç, Hasan Aykut Tuncer, Selen Doğan, Tayup Şimşek
Department of Gynecology and Oncology, Akdeniz University, Antalya, Turkey

We aimed to assess the results of the specimens reported as permanent paraffin section in the intraoperative frozen-section reports of the patients who were diagnosed with EIN by performing endometrial biopsy in the preoperative period. 60 patients with EIN, treated with total laparoscopic hysterectomy and intraoperative frozen-section, were included in this study. The clinical and pathologic data of patients in Akdeniz University Faculty of Medicine Hospital from 2017 to 2022 were collected. Data including age at the time of diagnosis, BMI, frozen section results, final pathological findings (histological type, histopathological grade, tumor size, surgical stage, lymphovascular space invasion) were evaluated. Mean age of the patients at the time of diagnosis was 50,2 with a range of 31 to 76 years. Mean BMI was 33,2. All patients underwent total laparoscopic hysterectomy and intraoperative frozen section procedure. The frozen section reports of 20 (%33,3) patients was benign, 15 (% 25,1) patients were malignant, and 25 (%41,6) were permanent paraffin section. After reviewing of final pathology reports of the patient, it was noticed that 29 (%47,5) patients were diagnosed with EIN, 14 (%22,9) patients were diagnosed with benign endometrial changes, and 17 (%29,6) patients were diagnosed with endometrial cancer. Final pathology revealed an endometrioid type endometrial adenocarcinoma in 14 (%23) patients, clear cell type in one patient (%1,6), mucinous type in one patient (%1,6), and dedifferentiated type in one patient (%1,6). Most of the patients were in stage 1A (%21,3). Lymphovascular space invasion was detected only in one patient; who had endometrioid type endometrial cancer in stage 1A, with nuclear grade 1 and histological grade 2. Mean tumor size of cases with endometrial cancer was 2.3 cm. No malignancy was detected in the final pathology in any of the patients, whose frozen section results were reported as benign (n=17). When the final pathology results of 25 patients, whose frozen section was reported as permanent paraffin section were reviewed, 17(%68) cases of EIN, 6 (%24) cases of benign pathological findings and 2 (%8) cases of endometrial cancer were detected. Histological subtypes of malignant cases were endometrioid and clear cell type. Intraoperative frozen examination did not miss any endometrial cancer in our study group therefore frozen-section is effective in the detection of coexistent invasive disease. Staging surgery can be ignored and the final pathology result can be awaited, since only a very small number of patients had malignancy in patients whose frozen results were permanent paraffin section.

Keywords: Endometrial intraepithelial neoplasm, Endometrial cancer, Frozen-section, Paraffin, Permanent paraffin section.

**SS-18****Compartment syndrome of the hand after laparoscopic total hysterectomy**

Pınar Birol Ilter, Esra Keleş, Rezzan Berna Temoçin, Gazi Yıldız, Emre Mat

University of Health Sciences Turkey, Kartal Lütfi Kırdar City Hospital, Department of Obstetrics and Gynecology, Istanbul, Turkey

INTRODUCTION: Compartment syndrome of the hand after surgery in the lithotomy position is a rare but severe complication requiring early diagnosis and intervention. Several circumstances predispose to this condition as a consequence of increased intra-compartmental pressure, such as positioning, a prolonged operation, external compression and vascular insults, both pre- and intra-operatively.

CASE: Acute compartment syndrome of the hand is a potentially devastating and infrequent condition observed after trauma, arterial injury, or prolonged compression of the upper limb. We present the case of a patient diagnosed with compartment syndrome of the hand after laparoscopic total hysterectomy. The patient is a 62-year-old woman who underwent laparoscopic gynecologic surgery for benign indication. In the immediate intra-operative period, she developed compartment syndrome of the left hand that required multidisciplinary management (Figure 1). The patient was discharged from the hospital three days after laparoscopic surgery to undergo rehabilitation. One month after surgery, the patient is near complete recovery of hand function.

CONCLUSION: Compartment syndrome of the hand is an uncommon event, but it can generate major functional deficits and even death if it is not diagnosed and treated in a timely manner. Strict criteria for patient positioning in laparoscopy surgery may avoid or reduce this complication.

Keywords: kompartman sendromu, laparoskopji, histerektomi



SS-19

Laparoscopic management of a 19-year-old primiparous patient with procidentia: A case report

Bekir Kahveci, Merve Özlü Ünal

Department of Obstetrics and Gynecology, Şanlıurfa Training and Research Hospital, Turkey

INTRODUCTION: The protrusion of pelvic organs and their associated vaginal segments into or through the vagina is called pelvic organ prolapse (POP). Procidentia is a severe form of POP that includes herniation of the anterior, posterior, and apical vaginal compartments through the vaginal introitus. POP can include all three compartments, such as in procidentia, or individual compartments.

CASE REPORT: 19-year-old primiparous patient with procidentia on physical examination, a Pelvic Organ Prolapse Quantification (POP-Q) stage IV prolapse was diagnosed, with marked apical, anterior and posterior compartment prolapse. Laparoscopically, we opened the retroperitoneum and placed a mesh from the promontory to the posterior cervix and closed the peritoneum on the mesh (Figure 1-2-3). No postoperative complications occurred. Over 6 weeks of post-operative follow-up, there was no pelvic pain, dysuria or dyschezia. A good anatomical result was noted without any prolapse. As a result, genetic counseling was recommended to our young patient because of the possibility of having a connective tissue disease.

DISCUSSION: Interventions included abdominal apical reconstructive repairs (sacrocolpopexy, sacrohysteropexy, or uterosacral hysteropexy) via open, laparoscopic, or robotic approaches; vaginal apical reconstructive repairs (vault suspensions or hysteropexy, sacrospinous, uterosacral, iliococcygeus, McCall's, or Manchester types); and vaginal obliterative procedures. We present here the management of a case of POP-Q stage-IV uterovaginal prolapse who underwent laparoscopic sacrohysteropexy. Laparoscopic mesh sacrohysteropexy is safe and effective techniques associated with very low morbidity. This is the gold standard technique for the correction of POP; however, laparoscopic POP suspension, based on the surgical technique of lateral suspension, is an innovative surgical method for the treatment of POP.

Keywords: Laparoscopic sacrohysteropexy, pelvic organ prolapse, procidentia

Figure 1. Pelvic Organ Prolapse Quantification (POP-Q) stage IV prolapse.



Figure 2. Placed a mesh from the promontory to the posterior cervix

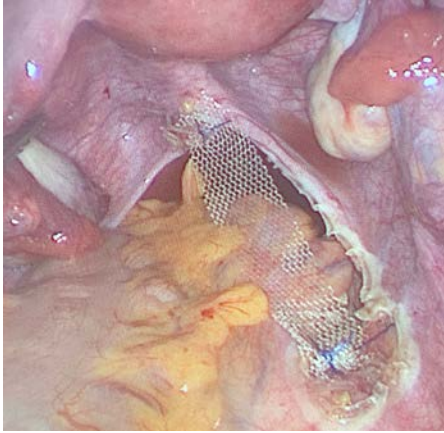


Figure 3. Image after completion of the surgical procedure.





SS-20

Mental retarde virgin hastada vajinada yabancı cisimMehmet Ak, Cevat Rifat Cündübey

Kayseri Şehir Eğitim ve Araştırma Hastanesi

GİRİŞ: Karın ağrısı kadınlarda yaygın bir semptomdur. Özellikle virgin hastalarda ilk önce başka sebepler düşünülse de yine de jinekolojik sebeplerde akılda bulundurulması gerekir. Vajinal yabancı cisimler nadir olmasına rağmen vajinal akıntıya, ağrı ve vajinal kanama gibi semptomlara neden olabilir. Vajende uzun süre duran yabancı cisim, ülserasyon, kanama gibi önemli uzun vadeli sekeller ve fistül oluşumu yapabilir ama asemptomatik olarak da görülebilir. Özellikle mental retarde kadınlarda cinsel istismar sonucu olabileceği de akılda tutulmalıdır. Karın ağrısı şikayetiyle başvuran virgin, mental retarde bir kadında vajinal yabancı cisim olgusunu sunmayı amaçladık.

OLGU SUNUMU: 32 yaşında mental retarde, virgin hasta karın ağrısı şikayetiyle acil servise başvurdu. Yapılan laboratuvar tetkiklerinde anormallik saptanmadı. Yapılan ayakta batın grafisinde pelviste halka şeklinde ve 2 adet vida görünümünde radyopak yabancı cisim mevcuttu (Resim-1). Yapılan batın tomografisinde; vajen dilate görünümde izlenmiş olup, vajen içerisinde heterojen kolleksiyon görünümü ve vajen inferior kesiminde halkasal sekilli, yaklaşık 2 cm. boyutunda yabancı cisime ait olabilecek metalik dansite izlenmekte olup, ayrıca daha küçük boyutlu birkaç adet metalik dansite daha mevcut olarak (Resim-2) raporlanması üzerine önce hasta tarafımıza konsulte edildi. Hastanın yapılan jinekolojik muayenesinde hymen intakt görünümdeydi. İzlediği kadarıyla vajende yabancı cisim ve akıntı saptanmadı. Hastanın anamnezinde ağızdan birşeyler aldığı söylenmesi üzerine genel cerrahi ile konsulte edildi. Yapılan rektal tuşede vajende ele gelen kitle saptanmış, rektoskopi yapılmış ve normal olması üzerine hasta tekrar tarafımıza danışıldı. Hastaya ofis histereskopi ile vajinoskopi yapılması planlandı. Hastanın vajeninde yüzük, kapak ve oyuncak saptandı. İlk girişte herhangi bir enfeksiyon bulgusu saptanmazken kapak ve yüzük çıkarıldıktan sonra yoğun şekilde koyu renkli, kötü kokulu abse mevcuttu. Yabancı cisimler over klempini yardımıyla çıkarıldı (Resim-3). Kırık oyuncakların keskin kenarları nedeniyle çıkarılırken hymende saat 5 yönünde laserasyon oluştu. Tüm cisimler çıkarıldıktan sonra vajen yıkanarak işleme son verildi.

TARTIŞMA SONUÇ: Vajinal yabancı cisimler meraklı orifislerini keşfetmeye çalışırken sokulabilir veya altta yatan davranış bozukluklarının bir sonucu olabilir. Ayrıca bir olay tesadüf gibi görünse de olayın cinsel istismar sonucu olma ihtimali araştırılmalıdır. İntravajinal yabancı cisimler asemptomatik olabilir veya akıntı, ağrı gibi semptomlara neden olabilir. Vajinal yabancı cisim çoğunlukla vajinal muayene yapılarak belirlenebilir. Pelvik tarama, röntgen veya MRG gibi görüntüleme, nazik genital muayene vajendeki nesneyi tanımlayamadıysa yapılabilir. Olgumuzdaki yabancı cisimler belirsiz bir süre ve önemli bir komplikasyon olmaksızın kalmıştır. Röntgen ve tomografi ile yabancı cisim tanımlandı ve ofis histereskopi ile görülerek over klempini yardımıyla çıkarıldı. Virgin hastalarda da vajinal yabancı cisimler akılda bulundurulmalı ve hymen zarar görmeden ofis histereskopi ile tanı konulabilmektedir.

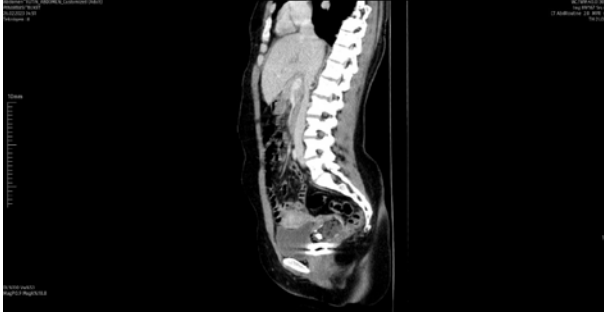
Anahtar Kelimeler: vajinal yabancı cisim, ofis histereskopi, virgin, mental retarde

Resim-1



X-ray radyoopak yabancı cisimler

Resim-2



Tomografide yabancı cisimler

Resim-3



Vajenden çıkarılan yabancı cisimler



SS-21

Küretaj sonrası uterusu gelişen arteriyo-venöz malformasyon (AVM): Olgu sunumu

Enes Burak Mutlu, Alper Türkoğlu, Gülçin Şeyda Ağsakal, Gizem Şirin Donbaloğlu
Başakşehir Çam ve Sakura Şehir Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği, İstanbul

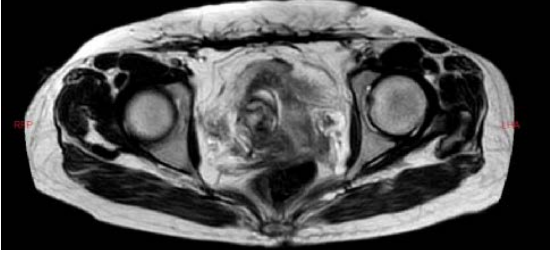
GİRİŞ: Uterin kanama küretaj sonrası gelişebilecek en sık komplikasyonlardan birisidir. Ultrason ile değerlendirme, kanama ve plasental kalıntıların görüntülemeye kullanılacak ilk yöntemdir. Genellikle intrakaviter düşük dirençli ve yüksek akımlı, belirgin damarlanma artışı arteriyo-venöz malformasyon (AVM) lehinedir. Uterin AVM oldukça nadir görülüp insidansı 1:1000'dir. Asemptomatik olabileceği gibi şiddetli uterin kanama ile görülürse mortal seyredebilir. Küretaj sonrası anormal uterin kanamalarda akılda tutulması gereken komplikasyonlardan birisidir.

OLGU: 39 yaşında olgu dış merkezde vajinal doğum sonrası anormal uterin kanama ile tarafımıza refere edilmiştir. Anamnezinde Gravida: 9 Parite: 6 Abortus:3 olduğu, doğumlarının birincisi sezaryen, sonraki doğumu vajinal ve sonrasında 3 sezaryen öyküsü olduğu ve son doğumunun vajinal doğum olduğu bilgisi alındı. Hastanın başvurusunda kanamasının fazla olması nedeniyle intrakaviter balon uygulandı. Pospartum takiplerinde hastanın balonu çekilerek ultrason ile değerlendirildi. Kavite içerisinde rest plasenta ile uyumlu görünüm izlenmesi üzerine revizyone küretaj kararı alındı. Yapılan küretaj sonrası takiplerinde ek patoloji saptanmayan hasta taburcu edildi. Taburculuk sonrası 18. günde kanama ve ağrı şikayeti ile yeniden acil servisimize başvurdu. Yapılan muayenesinde kavite içerisinde 5x6 cm koagülüm ile uyumlu olduğu düşünülen görünüm izlenmesi ve hastanın akut faz reaktanlarının yükselme olması üzerine küretaj ve tedavi amacı ile servisimize yatışı yapıldı. Revizyone küretaj sonrası antibiyoterapisi başlanan hasta takiplerinin 5. gününde yapılan ultrasonografide kavite içerisinde yüksek akımlı damarlanma artışı izlenmesi üzerine kontrastlı pelvis manyetik rezonans (MR) görüntülemesi yapıldı. MR görüntülemesinde AVM ile uyumlu görünüm olması üzerine embolizasyon için Girişimsel Radyoloji'ye danışıldı. Embolizasyon işlemi uygulanamaması üzerine hastaya histerektomi seçeneği sunuldu. Hastanın histerektomiyi kabul etmesi üzerine Total Laparoskopik Histerektomi kararı alındı. Operasyon esnasında istmus seviyesinde damarlanma artışı izlendi. Ameliyat komplikasyonsuz tamamlandı. Materyalin patolojide incelenmesi sonucu kavite içerisinde 4 cm kanamalı AVM ile uyumlu görünüm saptandı. Postoperatif takiplerinde herhangi bir bulgusu olmayan hasta şifa ile taburcu edildi.

SONUÇ: Küretaj sonrası şiddetli vajinal kanamalarda AVM akılda tutulmalıdır. Edinsel AVM'ler genellikle travmaya sekonder ortaya çıkar. Tekrarlayan sezaryen, küretaj ve intrauterin araçlar AVM için risk faktörleridir. AVM'de embolizasyon ve histerektomi tedavi seçenekleri arasındadır.

Anahtar Kelimeler: arteriyo-venöz malformasyon, uterin kanama, küretaj, histerektomi

MR görüntüsü



Usg görüntüsü





SS-22

Extrauterine IUD: The importance of surgical approach

Canan Tapkan¹, Bengü Mutlu Sütçüoğlu², Melike Güler²

¹Ankara Atatürk Sanatoryum Educational Research Hospital, Department of Obstetrics and Gynecology, Ankara, Turkey

²Lokman Hekim University Faculty of Medicine, Department of Obstetrics and Gynecology, Ankara, Turkey

INTRODUCTION: The intrauterine device (IUD) is the most widely used type of reversible contraception in the world. In Turkey, IUDs are the most popular method of contraception (15.7%), with around 1.5 million women using them.

Perforations can develop during or after insertions. The patient may experience abdominal or pelvic pain, abnormal bleeding, dysmenorrhea, unplanned pregnancy, and spontaneous abortion, particularly in the first few months after insertion. Approximately 80% of IUDs are found in the peritoneal cavity following perforation. After perforation, migration into the surrounding organs is an uncommon but serious consequence. This migration can occur in a variety of directions; it typically happens in the peritoneal cavity and infrequently in the surrounding pelvic organs, particularly the bladder, rectosigmoid, omentum, peritoneum, bladder, appendix, small intestine, adnexa, and iliac vein. Primary perforation can occur during insertion and is typically accompanied by significant abdominal pain that requires the physician's care. While secondary perforation is a late complication, caused by increased pressure and uterine wall necrosis. At the time of diagnosis, 85 percent of reported instances of perforation were asymptomatic.

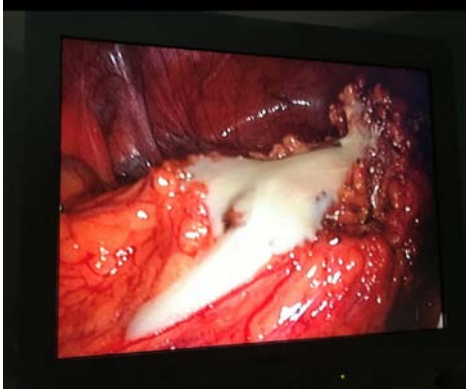
CASE: A 50-year-old woman (gravida 1, parity 1) with a three-year-old copper T-type IUD insertion requested a regular checkup. A year ago, the patient's standard gynecological exam revealed no abnormalities. She did not have a medical history. The gynecological examination indicated that the IUD string was missing from the external os. The ultrasonographic examination revealed that the IUD was positioned in the posterior bladder, outside of the uterus. magnetic resonance imaging (MRI) indicated that the IUD had migrated into the bladder (Video 1). However, laparoscopy revealed that the IUD was entrenched in the omentum with an abscess formation (Image 1,2,3). The IUD was removed after the collection was aspirated.

RESULT: Imaging is advantageous in the topographic identification of a migrated IUD. The abdominopelvic ultrasonography is recommended as the initial option. If the IUD cannot be detected by ultrasound, evaluation with computed tomography or MRI should be performed. The World Health Organization suggested that, regardless of its kind or location, a misplaced IUD should always be removed as soon as possible after the diagnosis has been made. There is an association between the kind of intraperitoneal IUD and side effects. Because a migrated IUD might create potentially lethal consequences, it must be removed quickly. Laparoscopy should be recommended for rapid diagnosis, treatment and hospital discharge.

Keywords: Laparoscopy, Intrauterine device complication, Mislocated intrauterine device

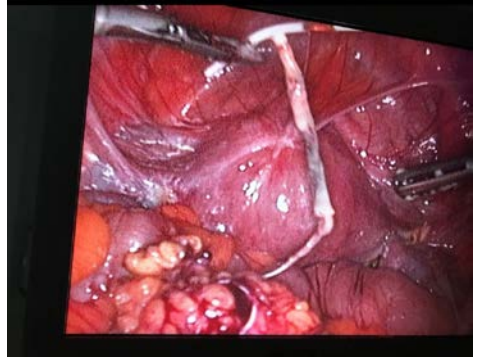


Figure 1



The IUD in omental abscess formation

Figure 3



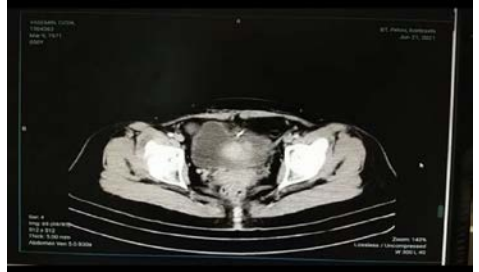
Intrauterine device removed from the abdomen

Figure 2



The intrauterine device was freed from the adhesions

Video 1



Magnetic resonance imaging



SS-23

Temporary occlusion of bilateral uterine arteries and infundibulopelvic ligaments with bulldog clamps to reduce bleeding in laparoscopic multiple myomectomyFirat Tülek¹, Alper Kahraman²¹Acibadem atasehir hospital gynecology and obstetrics²Antalya training and research hospital gynecology and obstetrics

INTRODUCTION: Reducing blood loss is challenging and critical in laparoscopic myomectomies. Even minor bleeding causes staining, hinder identification of correct cleavage planes and induce complications. Since laparoscopic myomectomies are getting widespread, here we present a novel surgical technique to minimize bleeding in laparoscopic myomectomies.

METHODS CASE: Forty-one year-old, G2P2002 patient without previous history of surgery admitted with chronic pelvic pain. Ultrasonography revealed enlarged uterus with multiple fibroids: one FIGO type-4 fibroid with 7cm diameter, located in fundus; one FIGO type-6 fibroid with 4-5cm diameter, located at right cornual region; one FIGO type-5 fibroid with 4cm diameter, located in left-posterior aspect of uterus; one FIGO type-7 fibroid with 3cm diameter, located at posterior surface of uterus. Bilateral adnexal structures were normal. Surgical technique: Bilateral uterine arteries are reached and isolated via posterior approach. Following identification and isolation, uterine arteries were occluded with bulldog clamps. Infundibulopelvic ligaments were clamped as well. After completion of myomectomy, clamps were removed.

RESULTS: Total operation-time was 65-minutes. Aspirated blood volume was 45cc. No drains were placed. Preoperative hemoglobin level was 11gr/dL. Hemoglobin level 24-hour after surgery was 10.5gr/dL. No complications observed. Patient was discharged the following day.

DISCUSSION : Uterine arteries provide 95% of uterine blood supply and ovarian arteries provide vast of the remainder. Uterine artery ligation significantly reduces bleeding in myomectomies. To further reduce bleeding in laparoscopic myomectomies, some measures including temporary utero-ovarian vessel ligation by clips or sutures and vasopressin infusion, were proposed. Temporary uterine artery ligation significantly reduces bleeding in laparoscopic myomectomies. However removal of sutures or clips might pose a technical difficulty and arterial injuries were reported. Vasopressin injection reduces blood loss however inadvertent venous injections might cause cardiovascular side-effects. Effects of vasopressin lasts 30-45 minutes. Late bleedings might occur as the effects abated which warrants drain placement. Vasopressin is ineffective in broad-ligament fibroids. Jin et al. combined temporary uterine and utero-ovarian artery occlusion. They showed that this technique significantly reduces bleeding comparing to temporary uterine artery ligation alone. To cover the branches of ovarian arteries clamps encompass salpinges besides utero-ovarian ligaments. Clamping salpinges with metal instruments raises concerns about tubal damage. In the presented technique, we use easy-to-remove bulldog clamps to temporarily occlude uterine arteries and infundibulopelvic ligaments, thus avoiding possible damage to salpinges. Although trials are required to objectively determine safety and effectiveness, this technique might be kept in mind as an option to prevent excessive bleeding in laparoscopic myomectomies.

Keywords: laparoscopy, bleeding, myomectomy



SS-24

Endometriumun büyük hücreli nöroendokrin tümörü, olgu sunumu

Çağatayhan Öztürk, Batuhan Aslan, Yavuz Emre Şükür, Salih Taşkın
ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı

GİRİŞ: Endometriumun büyük hücreli nöroendokrin karsinomu, agresif seyirli, nadir görülen bir malignitedir. Veriler vaka raporları ile sınırlı olsa da, diğer tip II rahim kanserlerine benzer şekilde prognoz kötü görünmektedir. Bugüne kadaraz sayıda uterin büyük hücreli nöroendokrin karsinom vakası literatürde bildirilmiştir.

VAKA SUNUMU: 32 yaşında kadın hasta anormal uterin kanama şikayeti ile başvurdu. Yapılan incelemelerde FİGO 1 myom ön tanısı ile histeroskopi yapıldı. Alınan örneklerde nöroendokrin diferansiasyon gösteren yüksek dereceli karsinom saptandı. Yapılan PET-BT ve MRG'de patoloji izlenmemesi ve hastanın gebelik istemi olması üzerine hastaya tekrar histeroskopi ile rezidü tümör varlığının araştırılması kararı verildi. İkinci histeroskopide alınan örneklerde tümöral dokuların izlenmesi üzerine hastaya laparoskopi planlandı. Laparoskopi sırasında peritoneal implanlatların gözlenmesi nedeniyle evreleme cerrahisi ve sentinel lenf nodu incelemesi gerçekleştirildi.

TARTIŞMA: Endometriumun büyük hücreli nöroendokrin karsinomu nadir rastlanan tümörlerdir. Literatür incelendiğinde yaklaşık 15 vaka tanılanmıştır. Bu vakalarla birlikte değerlendirildiğinde immünohistokimya tümörün tanımlanmasında önemli bir rol üstlenmektedir. Ayrıca preoperatif görüntüleme yöntemleri önemli yere sahip olsa da güvenilirliği sorgulanmalıdır. Bu hastalarda da endometrium kanserlerinde günümüzde önemli yeri olan sentinel lenf nodu yaklaşımı uygulanabilir.

Anahtar Kelimeler: Büyük hücreli Nöroendokrin tümör, Endometrial kanser, immünohistokimya

JİNEKOLOJİK ENDOSKOPİ PLATFORMU



6. MİNİMAL İNVAZİV JİNEKOLOJİK CERRAHİ KONGRESİ

21-24 HAZİRAN 2023 | ACIBADEM ÜNİVERSİTESİ KONGRE MERKEZİ, ATAŞEHİR - İSTANBUL

VİDEO BİLDİRİLER



**VS-001****Lokal ileri serviks kanserinde zor laparoskopik paraaortik lenfadenektomi ve over transpozisyonu**

Nasuh Utku Doğan, Selen Doğan, Buğra Arıkan, Tuba Metin, Fatma Ceren Güner
Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum AD

Lokal ileri serviks kanserinde cerrahi evreleme sonrasında PET CTde görülmeyen paraaortik metastazlar %30 oranında saptanmaktadır ve hastaların 1/3 ü upstage olmaktadır. Böylece radyoterapi sahası belirlenmektedir. Yapılan prospektif çalışmalarda özellikle evre IIB hastalarda survi artmaktadır. Bu video prezentasyonunda 31 yaşında, 1 çocuklu, sezaryen sonrası 8. ayda vajinal kanama nedeniyle kliniğimize başvuran evre IIB serviks skuamöz hücreli kanser tanısı alan hasta prezente edilmektedir. Tümör boyutu 6 cm ve solda parametrial invazyon mevcuttu. Çekilen PET CTde sağ pelvik alanda obturator lenf notlarında metastaz saptanmıştı. Hastaya kemoradyoterapi öncesinde laparoskopik paraaortik evreleme cerrahisi ve over transpozisyonu kararlaştırıldı. Total ameliyat süresi 185 dakika, total kan kaybı 50 cc idi, hasta post-opertif 2.günde herhangi bir problem olmadan taburcu edildi. Paraaortik bölgede 4/12 metastatik lenf notu saptandı. Hasta extended field radyoterapi ve konkomitan kemoterapi almak üzere ilgili bölümlere refere edildi. Laparoskopik paraaortik lenfadenektomi lokal ileri evre serviks kanserinde tedavi gecikmesi yaratmadan PET CTde saptanmayan metastatik lenf nodlarını göstermede uygun ve güvenilir bir yöntemdir. Evre IIB hastalıkta surviye katkı sağlamaktadır ve bu tür hastalar cerrahi olarak evrelenmelidir.

Anahtar Kelimeler: Lokal ileri serviks kanseri, cerrahi evreleme, laparoskopik paraaortik lenfadenektomi



VS-002

Uterovajinal anastomoz, video olgu sunumu

Gürkan Uncu, Ömer Çağatay Mesut, Ibrahim Halil Durak, Kiper Aslan, Işıl Kasapoğlu
Bursa Uludağ Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, Bursa

AMAÇ: Servikal agenezisi ve bununla birlikte fonksiyonel endometriumlu remnant uterusu olan olguda gerçekleştirilen laparoskopik uterovajinal anastomoz operasyonunun basamaklarını video olgu sunumu şeklinde gösterilmesi

YÖNTEM: Anlatımlı video görüntüleri ile operasyonun basamak basamak gösterimi

GİRİŞ: Müllerian anomaliler, kadın üreme sisteminin nadir görülen gelişimsel anomalileridir. Müllerian anomaliler için önerilen birçok sınıflandırma sistemi vardır. 1988'deki American Fertility Society (AFS) Sınıflandırması en çok tanınan ve kullanılan sistemdir. ASRM 2021 yılında eski sınıflandırmanın eksiklerini gidermek için yeni bir sınıflandırma yayınlamıştır. Eski sınıflandırmada vajina ve serviksle ilgili anomaliler yokken yeni sınıflandırmada bu anomaliler de dahil edilmiştir. ASRM 2021 sınıflandırmasında müllerian anomaliler 9 kategoride sınıflandırılır. Bunlar: Müllerian ageneziler, servikal ageneziler, unikornuat uterus, uterus didelfis, bicornuat uterus, septat uterus, longitudinal vajinal septum, transvers vajinal septum ve kompleks anomalilerdir. Günümüzde bu konuda tecrübenin giderek artması ile birlikte servikal, vajinal ve kompleks müllerian anomalilere daha sık tanı konulabilmektedir.

BULGULAR: Biz bu video olgu sunumunda primer amenore olan, 27 yaşında, sekonder seks karakterleri gelişmiş, kromozom analizi 46XX olan, servikal agenezili, vajinal uzunluğu 8 cm olan, iki adet multifoliküler overi olan, iki adet remnant uterusu olan ve soldaki uterusu fonksiyonel endometriumu ve retrograd mensturasyona sekonder endometriozisi olan hastamıza uterovajinal anastomoz gerçekleştirdik.

Basamaklar:

- 1-Eksplorasyon ve situsun belirlenmesi
- 2-Endometriozise sekonder sol over ve remnant uterus arasındaki adezyonların disseke edilmesi
- 3- Remnant uterustaki endometrial kaviteye ulaşılması
- 4- Vajenden mold ilerletilerek vajen kubbesinde insizyon açılması
- 5- Delikli mold içerisinden uterin kaviteye foley katater yerleştirilmesi ve sabitlenmesi
- 6- Uterovajinal anastomozun gerçekleştirilmesi

SONUÇ: Müllerian anomaliler hastalar için fiziksel ve psikolojik etkileri olabilen durumlardır. Agenezi mevcut olan durumlarda amenore ve infertilite gibi durumlar söz konusu olabilir. Bu hastalara doğru tanı konulması ve bu hastaların doğru yendirilmesi gerekmektedir. Bu hastalara operasyon yapılacak ise bunun bu konuda uzmanlaşmış ve tecrübesi olan merkezlerde yapılması gerekmektedir. Biz bu video olgu sunumunda servikal agenezisi ve fonksiyonel endometriumlu remnant uterusu olan hastamıza uterovajinal anastomoz gerçekleştirdik ve operasyonun tüm basamaklarını göstermeyi amaçladık.

Anahtar Kelimeler: Servikal agenezi, Müllerian Anomali, Primer Amenore, Uterovajinal Anastomoz

**VS-003****Laparoskopik lateral süspansiyon**Murat Öz

Yüksek İhtisas University Department of Gynecology and Obstetrics

54 y. G4P4Y4

4 tane vajinal doğumu olan hasta vajende ele gelen kitle yakınlığı ile başvurdu. Yapılan muayenede POPQ sınıflamasına göre

AA +2

BA +3

C +4

GH 3.5

PB 2

TVL 8

AP -1

BP 0

olarak saptanmış ve laparoskopik lateral süspansiyon kararı verilmiştir.

Anahtar Kelimeler: desensus uteri, sistosel, uterin prolapsus, laparoskopik lateral süspansiyon

**VS-004****Laparoscopic resection of ‘bulky’ pelvik lymph node in relapsed cervical cancer**

Yagmur Minareci, Hamdullah Sozen, Ramazan Murdan, Mustafa Albayrak, Samet Topuz
Istanbul University, Istanbul Faculty of Medicine, Department of Obstetrics and Gynecology, Division of Gynecologic Oncology

Lymph node status is the most important prognostic factor for survival in cervical cancer. Patients with positive lymph node metastasis have shorter survival than those without metastasis. In addition, those with a larger metastatic lymph nodes have a poorer prognosis. With respect to size, “bulky” indicates large for its weight, or too big to handle. Although there is no clear definition of a “bulky lymph node” for gynecologic malignancies, it generally refers to a swelling of ≥ 2 cm. Radiation therapy for cervical cancer generally involves a radiation dose of around 50 Gy, which is insufficient to control bulky lymph nodes. The effect of pretreatment debulking surgery is based on the idea that metastatic lymph nodes too large for radiation treatment should be removed first. However, resection of bulky lymph nodes is not always successful. Some authors reported that the most common reason for failure was tight adherence of the enlarged lymph nodes to the vessels and bone invasion. In our case, we shared the video of a recurrent cancer patient who was treated with concurrent chemoradiotherapy two years ago for stage 2b cervical cancer with squamous histology. During routine control, an enlarged pelvic lymph node with a diameter of 5x4 cm was detected in the left pelvic region via MRG. Thereupon, the patient underwent laparoscopic excision procedure for bulky lymph node which was strictly adherent to external iliac vein.

Keywords: Laparoscopy, bulky, pelvic lymph node, resection

**VS-005****Laparoscopic neovagina in androgen insensitivity syndrome with full thickness skin graft**

Gozde Unsal, Ozguc Takmaz, Mete GUNGOR

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

To demonstrate laparoscopic neo-vagina operation in a patient with androgen insensitivity syndrome
Step by step video demonstration of laparoscopic neo-vagina operation.

We present an 18-years old patient who was referred with a history of amenorrhea. On physical examination, external genitalia was female type. She has 1cm atrophic vaginal gap. Uterus and ovaries are not seen in ultrasonography and magnetic resonance imaging. Karyotype analysis was XY. The patient had gonadectomy one year ago for preventing germ cell line tumor.

The operation time was 90 minutes. The estimated blood loss was 50 cc. After preparation a pelvic peritoneal pouch via laparoscopic approach, full thickness graft was excised from the scarred skin of previous gonadectomy operation. The graft skin was placed on 4cm diameter glass mold. Mold with grafted skin was inserted into the peritoneal pouch through the vaginal canal. Mold was fixed by labial sutures. No intra-operative and postoperative complications were observed. Vaginal mold was removed 7 days after the operation and the patient was discharged in post operative 7 days. An 8 centimeters vagina was observed.

Minimally invasive gynecologic surgical approaches can be used for neo-vagina operations with high success and minimal morbidity.

Keywords: Laparoscopic neo-vagina operation, full thickness graft, androgen insensitivity syndrome

**VS-006****Nerve-sparing surgery for deep infiltrating endometriosis with low anterior resection**

Dogan Vatanserver¹, Burak Giray¹, Emin Erhan Donmez¹, Emre Balık², Macit Arvas³, Cagatay Taskiran¹

¹Department of Gynecologic Oncology, Koc University, Istanbul, Turkey

²Department of General Surgery, Koc University, Istanbul, Turkey

³American Hospital, Istanbul, Turkey

Study OBJECTIVE: The aim of this video is to present nerve-sparing surgery for deep infiltrating endometriosis with low anterior resection.

Design: A case report of nerve-sparing surgery for deep infiltrating endometriosis.

Setting: Laparoscopy.

Patient: A 40-year-old woman referred to our clinic with a diagnosis of myoma uteri and deep infiltrating endometriosis. She has distal vaginal and anal pain, especially during menstruation. The magnetic resonance imaging showed multiple uterine myomas and 3 cm infiltrating endometriotic nodule on the rectosigmoid colon. The patients underwent laparoscopic nerve-sparing surgery for deep infiltrating endometriosis with low anterior resection. The final pathology report revealed endometriosis in the rectosigmoid colon (involving muscularis propria and serosa), endometriotic nodule on the sacrouterine ligament and sigmoid colon.

Interventions: Nerve-sparing low anterior resection, colorectal anastomosis, and endometriotic lesion excision were performed as part of deep infiltrating endometriosis surgery.

Measurements and Main RESULTS: She discharged without any grade 3 or 4 adverse event in post-operative period.

CONCLUSION: Laparoscopic nerve-sparing surgery for deep infiltrating endometriosis is feasible in selected cases.

Keywords: deep infiltrating, endometriosis, low anterior resection

**VS-007****Distal üriner sistem tutulumu olan nüks over kanserinde laparoskopik cerrahi**Çağatayhan Öztürk, Onur Alp Acun, Salih Taşkın

Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Ana Bilim Dalı

Over kanseri nedeniyle opere edilen ve sonrasında ek tedavi alan bir hastada mesane, pelvik yan duvar ve distal üreter kompleksini invaze eden nüks kitlenin laparoskopik olarak çıkartılması

Anahtar Kelimeler: over kanseri, nüks kitle, laparoskopi, distal üreter invazyonu

**VS-008****İnvaziv mol, laparoskopik wedge rezeksiyon**

Çağatayhan Öztürk, Bulut Varlı, Ali Gökçe, Maide Selin Çakır, Atakan Bora Şen, Uğur Fırat Ortaç, Salih Taşkın

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

GİRİŞ: Gestasyonel trofoblastik neoplazi (GTN), trofoblastik dokunun anormal proliferasyonundan oluşan bir grup malign neoplazmi ifade eder ve hidatidiform mol veya nonmolar gebeliği takip edebilir.

İnvaziv mol molar gebelikten sonra gelişir ve miyometriyumu istila eden trofoblastik proliferasyon ile ödemli koryonik villusların varlığı ile karakterizedir.

Postmolar GTN, tam hidatidiform molü takiben hastaların yaklaşık yüzde 15 ila 20'sinde ve kısmi hidatidiform molü takiben hastaların yüzde 1 ila 4'ünde gelişir. Komplet molde postmolar GTN, aşağıdakiler de dahil olmak üzere bir veya daha fazla yüksek riskli özelliği olan hastalarda daha sık (yüzde 40 ila 50) görülür 2.

YÖNTEM: Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum ABD'da gerçekleştirilen invaziv mol hastasında laparoskopik uterin wedge rezeksiyon vakası sunulmuştur.

BULGULAR: 36 yaşındaki hasta inkomplet abort sonrası 3 kontrolünde bhcg değeri düşerken 4. Kontrolde yükselme olduğu görülmüş rest küretaj gerçekleştirilmiştir. Patoloji sonucu parsiyel mol olarak raporlanan hastaya gün aşırı metotreksat ve folinik asit rejimi verilmiştir. Tedavi sonrası bhcg düşüşü ardında progresyon gelişmesi ve ultrasonografide 4x3 cm kanlanan lezyon izlenmiştir. Toraks abdomen pelvik tomografi ve beyin manyetik rezonans görüntülemesi gerçekleştirilmiş olup uterus dışında lezyon izlenmeyen hasta multidisipliner onkoloji konseyinde değerlendirilmiş olup 2 haftada bir 1,25 mg/m² daptinomisin tedavisi planlanmıştır. Hasta ilk beş dozu aldıktan sonra ilacın yurtdışından gelmesi dolayısı ile ilaca ulaşmakta zorluk yaşamış devamını alamamıştır ve hcg progresyonu izlenmiştir. Görüntülemelerde boyutlarda küçülme olmaması üzerine laparoskopik wedge rezeksiyon planlanmıştır. Operasyon sonrası ikinci haftada hcg negatif olmuştur. Nihai patoloji sonucu invaziv mol olarak raporlanmıştır.

SONUÇ: Medikal tedaviye yanıtız invaziv molar neoplazide laparoskopik uterin wedge rezeksiyon da bir yöntem olarak akla gelmelidir.

Referanslar

1. Ngan S, Seckl MJ. Gestational trophoblastic neoplasia management: an update. Curr Opin Oncol. 2007;19(5):486-491. doi:10.1097/CCO.0b013e3282dc94e5
2. Berkowitz RS, Goldstein DP. Clinical practice. Molar pregnancy. N Engl J Med. 2009;360(16):1639-1645. doi:10.1056/NEJMcp0900696

Anahtar Kelimeler: invaziv mol, gestasyonel trofoblastik neoplazi, minimal invaziv cerrahi

**VS-009****Mini-laparoscopic ovarian cancer staging and repair of diaphragm**

Dogan Vatansever¹, Burak Giray¹, Emin Erhan Donmez¹, Macit Arvas², Cagatay Taskiran¹

¹Department of Gynecologic Oncology, Istanbul, Turkey

²American Hospital, Istanbul, Turkey

Study OBJECTIVE: The aim of this video is to present a staging surgery in a patient with primary fallopian tube cancer.

Design: A case report of fallopian tube cancer.

Setting: Mini-laparoscopy.

Patients or Participants: A 52 years-old woman referred to our clinic with a diagnosis of myoma uteri and abnormal uterine bleeding. The patients underwent laparoscopic hysterectomy and bilateral salpingo-oophorectomy. The final pathology report revealed a 4 mm high grade serous tubal carcinoma in the right tuba uterine. The magnetic resonance imaging showed no residual tumor after hysterectomy and bilateral salpingo-oophorectomy. She underwent mini-laparoscopic staging surgery. **Interventions:** Omentectomy, pelvic/para-aortic lymphadenectomy, right diaphragmatic lesion excision, and right diaphragm suturing by using mini-laparoscopic instruments (3-mm instruments and 5-mm optic) were performed as part of staging surgery.

Measurements and Main RESULTS: She stayed at the intensive care unit for one day and discharged without any grade 3 or 4 adverse event in post-operative period.

CONCLUSION: Mini-laparoscopic staging surgery is feasible in selected early-stage fallopian tube cancer cases.

Keywords: minilaparoscopy, ovarian cancer, repair of diaphragm, staging

**VS-010****Simple instruments improved reflected training laparoscopy (S İ İ R T-L/S)**

Şerif Aksin, Mehmet Yılmaz, Deniz Balsak

Siirt Üniversitesi Kadın hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, Siirt

AIM: Laparoscopic Training is an application where suture training is long and training systems are expensive. In this study, we aimed to present a digital, innovative intelligent training system that can be developed at home with simple tools.

MATERIAL AND METHOD: We take a box that can be used at home, we fix the three sides of the box with thick books. Then, from the open side of the box, we place the yellow-green classic dish sponge inside the box and fix it with a plaster. Then we drill a 2x2 cm diameter hole in the upper part of the box from the level of the umbilicus. Again, we drill two ipsilateral holes on the front of the box with a simple utility knife. Then, we connect to the TV with our smart phone, which has the Smart view (telephone screen to television) feature. Then, we open the flash and camera of our phone and insert it into the hole we opened from the umbilicus-like place on the top of the box, and at the same time, we access the image from the television on the opposite side. Then we send our suture inside the open side of the box and place it on the upper surface of the sponge. We take the Portequ in our right hand and the dissector in our left hand, reach our needle and start suturing the dish sponge easily.

CONNCLUSION: Intelligent digital innovative Training system developed with simple tools is a simple system that can be applied in every home

Keywords: Simple, training, laparoscopy

**VS-011****Laparoskopi asiste double J stent konulması: Derin infiltratif endometriozis vakası**

Didem Alkaş Yağınç, Şirin Aydın, Hüsnu Çelik

Başkent Üniversitesi Adana Dr Turgut Noyan Uygulama ve Araştırma Merkezi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı

AMAÇ: Derin infiltratif endometriozis mesane tutulumu ile seyredebilir. Mesane tutulumunda rezeksiyon önerilir. Trigon lezyonu var ise radikal yaklaşımlardan kaçınılmalıdır. Üreter tutulumları genelde ekstresek basi ile oluşur. Üreterohidronefroz durumunda double J stent önerilir.

YÖNTEM: 32 yaşında G0 olan hastada dismenore ve idrar yaparken makat bölgesine yansıyan ağrı şikayeti mevcuttur. Yapılan fizik muayene ve görüntüleme sol üreterohidronefroz tespit edilmiş olup yine solda endometrioitik nodül ve sağ overde endometrioma mevcuttur. Yapılan cerrahide sol üreter serbestleştirilerek, mesaneyi de içine alacak şekilde endometrioitik nodül eksize edilmiş, üretere laparoskopi asiste double J stent yerleştirilerek mesane çift kat vicryl suture ile onarılmıştır. Hastanın patoloji sonucu endometrioma ile uyumlu iken, postoperatif dönemde hastanın şikayetlerinde belirgin azalma izlenmiştir.

SONUÇ: Derin infiltratif endometriozis vakalarında hidronefroz olması halinde double J stent önerilir. Mesane rezeksiyonu yapılmış uygun hastalarda; intraoperatif, sistoskopi ile eş zamanlı laparoskopik olarak stent yerleştirilebilir.

Anahtar Kelimeler: derin infiltratif endometriozis, endometrioitik nodül, endometrioma, mesane, üreterohidronefroz

**VS-012****Derin infiltran endometrioziste retrograd histerektomi: Posterior kolpotomi tekniği**

Nasuh Utku Doğan, Selen Doğan, Can Dinç, Sinan Serdar Ay, Burcu Yağmur, Arif Can Özsipahi
Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum AD

Derin infiltran endometriozis vakalarında tamamlayıcı cerrahide nihai hedef çoklu organ rezeksiyonu ile endometriotik odakların tamamen ortadan kaldırılması, gözle görülebilir lezyonun kalmamasıdır. Barsak tutulumu olan olgularda histerektomi yapılması planlandığında önce histerektomiye başlanıp, ön kolpotomi sonrasında Douglas disseksiyonunun sona bırakılması ve Posterior kolpotomi öncesinde Douglasın disseke edilmesi vakayı kolaylaştıracaktır. Bu video prezentasyonunda daha önce 3 kere endometriozis cerrahisi geçirmiş 44 yaşında kadın hastaya laparoskopik histerektomi + bso + sakrouterin ligamnet üstü odak eksizyonu ve rektal shaving ile endometriotik odak eksizyonu yapıldı. Bu videoda bu tür vakalarda ön kolpotomi sonrası Douglas disseksiyonu prezente edilmiştir. Operasyon 195 dakika sürmüştür, total kan kaybı 75 cc idi. Hasta post-op 3.gününde şifa ile taburcu edildi.

Anahtar Kelimeler: Derin infiltran endometriozis, laparoskopik histerektomi, retrograd histerektomi, Douglas disseksiyonu



VS-013

Bikornuat uterus hastasında histerektomiMehmet Faruk Köse¹, Elif Ganime Aygün², Mustafa Deveci²¹Acıbadem Mehmet Ali Aydınlar Üniversitesi, Atakent Hastanesi, Jinekolojik Onkoloji AD, İstanbul²Acıbadem Atakent Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği, İstanbul

American Fertility Society (AFS) tarafından 1988 yılında sınıflandırılan ve yıllarca kullanılan müllerien kanal anomalileri sınıflaması, 2021 yılında ASRM tarafından en güncel hale getirilmiş ve eski sınıflandırmalarda eleştirilen noktaları düzeltmiştir. Günümüzde anatomik anomaliler, dismenore, disparoni, amenore, infertilite gibi çok geniş klinik bulgularla izlenmektedir. Benign yada malign nedenlerle opere edilmesi gereken hastalar, ayrıca cerrahi zorluklarla ve anatomik anomali nedeniyle komplikasyonlarla karşılaşabilmektedir. Vakamızda derin septumlu unicollı bikornuat uterus hastasına benign nedenlerle yaptığımız laparoskopik total histerektomini sırasında karşılaştığımız zorlukları ve dikkat edilmesi gereken püf noktaları göstermeyi amaçladık.

Anahtar Kelimeler: bikornuat uterus, müllerien anomali, uterin anomali



VS-014

Exploring the challenges: How can long term ureteral complications be addressed in laparoscopic deep infiltrative endometriosis surgery?

Ceren Ünal, Sebile Güler Çekiç, Can Benlioğlu, Üzeyir Kalkan
Koç Üniversitesi Hastanesi

Reproductive age women with deep infiltratif endometriosis may live with the burden of chronic pelvic pain. Severe pain leads to multipl surgeries and long term medical treatment. As a result of multiple surgeries, an increase in surgical complication rates becomes obvious. 44 year old woman with two previous endometriosis surgeries, admitted to our outpatient clinic with severe pelvic pain and ultrasound findings and pelvic examination showed recurrence. Lower abdomen MRI and colonoscopy were performed preoperatively. Colonoscopy found to be normal. Lower abdomen MRI showed endometriotic nodules on sigmoid colon and cul de sac. Laparoscopic total hysterectomy and endometriotic nodule excision were performed with bilateral ureter dissection. There was not any complications and the patient was discharged fifth day postoperative. 1 week later the patient was examined for routine postoperative check and she did not have any complaints and operation site, abdominal incision finding were as expected. After 20 days the patient admitted to emergency room with severe lower abdominal pain and her abdomen was distended. CT scan showed urinary extravasation on the left ureter. Urology and Interventional radiology consultants examined the patient and left double j stent and nephrostomy stent were placed. In this case, we experienced long term ureteral necrosis due to repeating surgery and dissections. Although advanced surgical expertise is known to be most important factor to prevent complications, repeating surgery and dissections may lead long term necrotic injuries. As a result, since endometriosis is a chronic and destructive condition, it is essential to have the first surgery performed by an advanced laparoscopic surgical team in order to avoid repeating surgeries.

Keywords: deep infiltrative surgery, ureter injury, laparoscopy, long term injury

**VS-015****Zor histerektomi: Nasıl kolay hale getirelim?**

Nasuh Utku Doğan, Selen Doğan, Arif Can Özsipahi, Fatma Ceren Güner, Saliha Sağnıç,
Sefa Metehan Ceylan
Akdeniz Üniversitesi

Büyük uteruslu olgularda cerrahi prensiplere uyulduğu zaman vaka laparotomiye göre daha kolay hale gelmektedir. Bunlar üreterin retroperitoneal vizüalizasyonu, uterin arterin hipogastrik arterden çıktığı yerden bağlanması gibi tetkiklerdir. 44 yaşında çocuksuz hasta umbilikusu geçen multipl myomlu uterusu bağlı ağrı şikayetiyle başvurdu, hastada en büyüğü 12 cm olan multipl myomlar mevcuttu. Muhtemelen myom basısına bağlı hastada umbilikal herni mevcuttu. Hastaya laparoskopik histerektomi + bs yapıldı. Uterus umbilikal herni insizyon hattından ekteriorize edildi, sonrasında umbilikal herni mesh ile onarıldı.. Uterus ağırlığı 1750 gram olarak ölçüldü. Operasyon 200 dakika sürdü, kan kaybı 10 cc idi. Hasta post-op 2. günde taburcu edildi. Büyük uteruslu vakalarda cerrahi prensiplere uyulduğu takdirde vaka yapılabilir hale gelmekte ve komplikasyonlar azalmaktadır.

Anahtar Kelimeler: Büyük uterus, laparoskopik histerektomi, uterin arter ligasyonu, retroperitoneal yaklaşım

**VS-016****Laparoskopik omentektomi**

Ibrahim Yalçın¹, Ayşe Rumeysa Aydoğan Demir²

¹Ondokuz Mayıs Üniversitesi, Jinekolojik Onkoloji Ana Bilim Dalı, Samsun

²Ondokuz Mayıs Üniversitesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Ana Bilim Dalı, Samsun

Granüloza hücreli over kanseri olgusunda yaptığımız laparoskopik omentektomi video sunumunu paylaştık.

Anahtar Kelimeler: over kanseri, laparoskopik omentektomi, jinekolojik onkoloji



VS-017

Sakrouterin endometriotik nodül yerleşimli ektopik gebelik

Dogan Vatanserver¹, Emin Erhan Donmez¹, Engin Turkgeldi¹, Burak Giray¹, Macit Arvas², Cagatay Taskiran¹

¹Koc Üniversitesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Ana Bilim Dalı, İstanbul

²Amerikan Hastanesi, Jinekolojik Onkoloji, İstanbul

AMAÇ: Sakrouterin ligaman üzerindeki endometriotik nodülde gelişen ektopik gebeliğin yönetimini video eşliğinde sunmayı hedefledik.

OLGU: 29 yaşında şiddetli karın ağrısı şikayeti ile kliniğimize başvuran hastanın öyküsünde adet rötarı olduğu saptandı. Yapılan transvajinal ultrasonografide endometrial kalınlık 7 mm düzenli, sağ adneks doğal, sol pelvis yerleşimli 8 hafta CRL ile uyumlu FKA + ektopik odak, pelviste serbest sıvı izlendi. Beta-hCG değeri 26395 mIU/ mL, hemoglobin değeri 10,2 g/dL olarak görüldü. Ektopik gebelik ön tanısı ile laparoskopi planlandı. Laparoskopik batına giriş sonrası douglasta yaklaşık 300 ml serbest kan izlendi ve aspire edildi. Sol sakrouterin ligaman üzerinde endometriotik nodül yerleşimli ektopik odak izlendi. Ektopik odak eksize edildi. Sağ pelvik periton açılarak retroperitoneal alana girildi, ureter diseke edildi. Sakrouterin ligaman üzerindeki endometriotik nodül eksize edilerek materyaller endobag içinde batın dışına alındı. Batın içi yıkanarak operasyona son verildi. Operasyon sonrası takipleri sorunsuz olan hasta postoperative 2. gününde taburcu edildi.

TARTIŞMA: Ektopik gebelik tüm gebeliklerin yaklaşık 1-2%' sini oluşturur ve ektopik gebeliklerin 98%' i tuba uterinada görülürken yaklaşık 1%' i abdomende görülür. En sık karşılaşılan klinik semptomlar karın ağrısı ile vajinal kanamadır ve olguların üçte biri semptom vermezken genellikle 6.-8. gebelik haftasında tanı alır. Risk faktörleri arasında geçirilmiş tubal cerrahi, ektopik gebelik öyküsü, pelvik enflematuar hastalığa neden olan genital enfeksiyonlar, sigara, intrauterine diethylstilbestrol maruziyeti yer alır. Endometriozisin ektopik gebelik için bir risk faktörü olduğunu gösteren kanıtlar da bildirilmiştir. Endometriozisin patofizyolojisi hala yeterince anlaşılammakla birlikte endometriozis ve ektopik gebelik arasındaki ilişki için birçok olası etiyolojik mekanizma düşünülmüştür. Endometrioziste peritoneal inflamasyona bağlı olarak görülen tuba anatomisindeki değişiklikler ektopik gebelik ile ilişkilendirilmiştir. Literatüre baktığımızda endometriozis ile tubal ektopik gebelik birlikteliği bildirilirken bizim olgumuzdaki sakrouterin endometriotik nodül yerleşimli ektopik gebelik olgusuna rastlanmamıştır.

SONUÇ: Abdominal gebelikler, implantasyon alanındaki vasküler yapılar göz önünde bulundurularak laparoskopik yöntemle başarılı şekilde tedavi edilebilmektedir.

Anahtar Kelimeler: Ektopik gebelik, Endometriozis, Sakrouterin Endometriotik Nodül, Laparoskopi

**VS-018****İki olgu üzerinde kornual gebeliklere laparoskopik yaklaşım****Ghanim Khatib**

Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, Jinekolojik Onkoloji Cerrahi Bilim Dalı, Çukurova Üniversitesi, Adana, Türkiye

Kornual gebelikler tüm ektopik gebeliklerin %2 sini oluşturmaktadır. Nadir görülen bir durum olmakla beraber lokalizasyon karakteristiklerinden dolayı tanı konması daha geç ve daha sık rüptüre ve fazla kanama ile seyrederek ve daha yüksek morbidite oranlarına sahiptir. Bu videomuzda kliniğimizde yapılan iki adet kornual gebelik vakasına laparoskopik yaklaşım gösterilmektedir. Uygun vakalarda kanama miktarının azaltılmasına yönelik kornual lezyon tabanına çepeçevre bipolar ile koterizasyon ve rezeksiyon öncesi hemostatik suturlerin kullanımı kliniğimizde sıklıkla uygulanmaktadır.

OLGU-1: 28 yaşında, G5P2A1E1(2 C/S), sağ salpenjektomi öyküsü olan hasta dış merkezden ektopik gebelik olarak yönlendirilmiş. Fizik muayenesinde sağ alt kadranda hassasiyeti dışında bir bulgu yoktu. Hastamızın b-hcg düzeyi: 4154 idi. Hastaya yapılan usg görüntülemelerinde CRL:6+4/7mm sağ kornual ektopik gebelik kesesi izlendi, batında minimal serbest sıvı mevcuttu. Hasta operasyona alındı. Operasyon sırasında kornual gebelik kesesi etrafında tam tur sütur atıldı. Kесе etrafı koagüle edildi. Ardından kесе, uterustan eksize edilerek batın dışına çıkarıldı.

OLGU-2: 36 yaşında, sağ kornual gebelik tanısıyla servise yatırılan hastamız toplamda 4 doz metot-reksat ve 4 doz lökovirin almasına rağmen b-hcg düzeyi yükselme eğilimindeydi. Yapılan usg görüntülemelerinde sağ kornual bölgede 43*28 mm boyunda gs izlendi. Hastaya operasyon kararı verildi. Hastaya sağ salpenjektomi ve sağ kornual gebelik eksizyonu yapıldı.

Kornual gebeliklere laparoskopik yaklaşım laparoskopinin bilenen ve kanıtlanmış morbidite avantajları sağlamaktadır. Lokalizasyona bağlı olarak kanama riskinin daha yüksek olması ve laparoskopik olarak hemostaz sağlanmasının görece zorluğu lezyon tabanının koterizasyonu ve sütürasyonu ile azaltılabilir.

Anahtar Kelimeler: laparoskopik, kornual gebelik, ektopik gebelik

**VS-019****Serviks kanseri olgusunda retroperitoneal dev lenf nodunun laparoskopik eksizyonu**

Mehmet Murat Naki¹, Emine Arslan¹, Selma Songüalp¹, Fikriye Karanfil Yaman²

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

²Konya Şehir Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Ana Bilim Dalı, Konya

39 yaşında sezaryen ile iki doğum yapmış olan hasta, 2 aydır devam eden kanaması olması nedeni başvurdu. Yapılan tetkiklerde Pap smear sonucu HSIL, serviks biopsi sonucu skuamöz hücreli karsinom olarak geldi. Hastaya genel anestezi altında yapılan rektovajinal muayenede serviksi çepeçevre saran yaklaşık 5 cm kitle tespit edildi. Bilateral parametriumlar serbestti. Hastaya laparoskopik olarak retroperitoneal lenfadenektomi, bilateral salpenjektomi, bilateral over transpozisyonu yapıldı. Bu video sunumumuzda, hastanın sağ retroperitoneal alanda eksternal-internal iliak arterler üzerine yerleşmiş, medialde üreteri içine almış, lateralda psoas kasına kadar uzanmış ve obturator siniri içine almış olan yaklaşık 7 cm. lenf nodunun laparoskopik olarak çıkarılmasını göstermeyi amaçladık.

Anahtar Kelimeler: serviks kanseri, dev lenf nodu, laparoskopi



VS-020

Vajinal histerektomi sırasında oluşan mesane yaralanmasının laparoskopik onarımı, DJ yerleştirilmesi ve omentoplasti

Ghanim Khatib¹, Mutlu Deger³, Emine Gulen Kucukbingoz¹, Mert Hamarat³, Murat Varli²

¹Jinekolojik Onkoloji Cerrahi Anabilim Dalı, Çukurova Üniversitesi, Adana, Türkiye

²Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, Çukurova Üniversitesi, Adana, Türkiye

³Üroloji Anabilim Dalı, Çukurova Üniversitesi, Adana, Türkiye

The most common perioperative and postoperative complications in patients undergoing vaginal hysterectomy are haemorrhages and infections, respectively. Urinary tract injuries were reported as the third most common complication. Bladder injury rate has been reported as 1.26-1.7% in vaginal hysterectomies. We aimed to demonstrate laparoscopic repair of bladder injury which is one of these complications. In our case, one 10 mm trocar was inserted through the umbilicus, 15 mm trocar each through the right and left ilioinguinal and 15 mm trocar through the left lateral umbilicus. Bladder injury line was visualised. Right and left ureter orifices were visualised. Double j catheters directed from the urethra were inserted laparoscopically into the orifices bilaterally. Full-thickness bladder repair was performed from posterior to anterior with 2/0 v-lock suture. The vaginal cuff was then repaired by running suture. The omentum was prepared for omentoplasty to support repaired line of the bladder. The omentum was dissected in a v-shape from the peripheral avascular area and part of it was sutured over repaired line of bladder. One drain was placed in the Douglas cavity after the hemeostasis was achieved. In this way, we aimed to emphasise feasibility of laparoscopic surgical approach to full-thickness bladder injuries encountered during vaginal hysterectomy.

Keywords: bladder injury, laparoscopy, vaginal hysterectomy, omentoplasty

**VS-021****Laparoskopik transperitoneal para-aortic lymphadenectomy**

Yagmur Minareci, Hamdullah Sozen, Ramazan Murdan, Mustafa Albayrak, Samet Topuz
Istanbul University, Istanbul Faculty of Medicine, Department of Obstetrics and Gynecology,
Division of Gynecologic Oncology

Our purpose was to present our experience and technique used in systematic transperitoneal para-aortic lymphadenectomy up to left renal vein in endometrial cancer patients. Although, the procedure of laparoscopic para-aortic lymphadenectomy is difficult to perform due to the limited surgical space and associated technical problems. We demonstrated many barriers to overcome in the surgical field and the technique in this video. We also highlighted the use of T-lift retracting system and laparoscopic liver retractor in our surgical procedure.

Keywords: Laparoscopy, Para-aortic, Lymphadenectomy

**VS-022****V-Notes Lateral süspansiyon**

Süleyman Salman, Merve Demir Özkan, Fatma Ketenci Gencer, Elif Yıldız, Havva Betül Bacak Sağlık Bakanlığı Üniversitesi, Gaziosmanpaşa Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği, İstanbul

Pelvik organ prolapsusu, rektum, mesane ve uterusun vajinaya doğru fıtıklaşması yaygın bir durumdur. Pelvik organ prolapsuslarından olan desensus uteri, cinsel disfonksiyon, miksiyon güçlüğü, konstipasyon ve ele gelen kitle gibi şikayetlerle hastaların yaşam kalitesini olumsuz etkiler. Uterin prolapsusun cerrahi tedavisi genellikle vajinal histerektomiye ek süspansiyon ameliyatları olmakla beraber, bunlar günümüzde yerini organ koruyucu cerrahiye bırakmaktadır. Kozmetik sonuçlarının iyi olması, operasyon ve postoperatif mobilizasyon süreçlerinin kısalması, hastanın günlük yaşamına daha hızlı dönmesi açısından minimal invaziv girişimler tercih edilmektedir. VNOTES tekniği ile vajenin doğal açıklığı kullanılarak yapılan organ koruyucu prolapsus ameliyatları giderek popüler hale gelmektedir. Hastamız 51 yaşında, organ koruyucu cerrahi istemekteydi. Desensus uterisi olan hastaya vNOTES lateral süspansiyon yapıldı.

Anahtar Kelimeler: vNOTES, desensus uteri, lateral süspansiyon



VS-023

Histeroskopik sineşi açılması, rest plasenta eksizyonu ve laparoskopik multiple myomektomi, endometriozis nodül eksizyonu operasyonları ile tek olguda üreme cerrahisi

Sinem Ertaş

VKV Amerikan Hastanesi, Kadın Sağlığı ve Tüp Bebek Ünitesi, İstanbul

GİRİŞ: Günümüzde yardımcı üreme tekniklerindeki hızlı gelişim ile üreme cerrahisine de bakış açısında değişimler olmuştur. Gebelik planlayan kadınların genital sistem anatomilerini koruyarak var olan patolojilerin tedavisine yönelik tüm girişimler üreme cerrahisi başlığında değerlendirilir. Bu olguda üreme cerrahisi kapsamına giren girişimlerden bazı örneklerin bir arada gösterilmesi planlanmıştır.

OLGU: 35 yaşında hasta 17 haftalık gebelik kaybı sonrasında gebelik istemi ile kliniğimize başvurdu. Gebelik kaybı sonrasında dış merkezde plasenta retansiyonu nedeniyle dilatasyon ve küretaj işlemi yapıldığını ifade eden hastanın yaklaşık bir aydır olan düzensiz kahverengi lekelenme şikayeti mevcuttu. Yapılan ultrasonografik değerlendirmesinde uterus aksiyel pozisyonda, uterin kavite ise ince ve orta-alt uterin segmentte sineşi lehine düzensizlik izlendi, ayrıca uterus posteriorunda midkaviter yerleşimli Tip 3 myom nüvesi, uterus anteriorunda 2 cm myom izlendi. Bilateral overler doğal görünümde ve antral folikül sayısı yaş ile uyumlu idi. Hastanın yapılan MR görüntülemesi ultrason bulgularını destekler şekilde izlendi. Preoperatif patolojik haritalama yapılarak operasyon planlandı.

Operasyon: Hastaya, Versapoint yardımı ile histeroskopik sineşi açılması ve rest plasenta eksizyonu yapıldı. Operasyon sırasında adenomyozis ile uyumlu intrauterin lezyonlar izlendi. Ardından laparoskopik multiple myomektomi ve sol sakrouterin ligament üzerindeki endometriozis nodül eksizyonu operasyonları yapıldı. Myom nüveleri minimal invaziv cerrahi prensibine uygun olarak posterior kolpotomi alanından batın dışına çıkarıldı. Kolpotomi hattı çift kat kapatıldı. Hastanın patolojik inceleme sonucu leiomyom ve endometriozis ile uyumlu olarak raporlandı.

Tartışma ve SONUÇ: Kadınlarda üreme çağında yapılacak olan jinekolojik girişimlerin hemen hepsinin kısa ve uzun vadeli etkileri bulunmaktadır. Olgumuzda plasenta retansiyonu sonrası yapılan dilatasyon ve küretaj işlemi sonrasında myom yerleşiminin de etkisi ile midkaviter sineşi oluşması buna örnek olarak gösterilebilir. Kadın genital sistem anatomisinin yanı sıra fizyolojisinin de iyi bilinmesi üreme cerrahilerinin primer görevleri arasındadır. Yalnızca infertil hasta popülasyonunda değil üreme çağındaki tüm kadınların gebe kalma şansını artırmak adına yapılan tüm müdahaleler üreme cerrahisi kapsamına girer. Ayrıca olgumuzda olduğu gibi daha önce tanı almamış endometriozis ve adenomyozis gibi patolojilerin diagnostik yaklaşımlar ile tanı alması hastaların takibinde ve doğru yönlendirilmesinde yol gösterici olmaktadır. Kısacası üreme cerrahisinin güncelliği devam etmektedir ve bu konuda iyi yetişmiş, dokuya saygı prensibi ile hareket eden genç cerrahların yetişmesi gerekmektedir.

Anahtar Kelimeler: Histeroskopi, Laparoskopi, Leiomyom, Uterin Sineşi, Üreme Cerrahisi, Endometriozis



VS-024

Uterus didelfis laparoskopik histerektomi

Merve Aydın, Salih Taskin

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

Uterus didelfis olan hastada yapılan total laparoskopik histerektomi videosu sunulacaktır.

Anahtar Kelimeler: uterus, didelfis, laparoskopi, histerektomi

**VS-025****A laparoscopic surgery for deep infiltrating ureteral endometriosis with hydroureteronephrosis**

Kemal Güngördük

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

The video demonstrates the case of a 39-year-old patient undergoing laparoscopic deep infiltrating endometriosis because of persistent right lumbar pain and pelvic pain. MRI showed ovarian cysts suggestive of endometrioma measuring 6x7 cm on the right and 3-4cm on the left and a lesion with a maximum diameter of 20 mm involving the right parametrium, uterine isthmus, round and uterosacral right ligaments and also the right ureter. Complete laparoscopic resection of deep endometriosis without any complications was performed.

Keywords: deep infiltrating endometriosis, laparoscopy, ureter

**VS-026****Olgu sunumu: Dev myomlu hastada laparoskopik histerektomi**

Narin Ece Rol, Cengiz Andan, Ahmet Alp, Gözde Zeynep Demir

Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Sarıyer Hamidiye Etfal Eğitim Araştırma Hastanesi, İstanbul

AMAÇ: Dev myomu bulunan hastaya uygulanan laparoskopik histerektomi vakamızı inceledik.

YÖNTEM: Polikliniğimize yoğun adet kanaması ve myom kontrolü için başvuran 51 yaşında 1 normal doğumu bulunan hastaya yapılan TVUSG de uterus antevert, endometrial kanlılık 8 mm ve fundus anteriorda yaklaşık 13 cm intramural myom izlendi. Hastaya tedavi seçenekleri sunuldu ve total laparoskopik histerektomi+ bilateral salpenjektomi kararı alındı. Batına girildiğinde fundus anterior yüzünü kaplayan 14 cm boyutunda mayom görüldü, bilateral overler ve tubalar doğal izlendi. Ligasure yardımıyla bilateral salpenjektomi yapıldıktan sonra ligamentum rotundumlar tutulup kesildi. Mesane üstü periton dişsek edildi ve ardından arteria uterinalar yakıldı ve kesildi. Her iki kardinal ligament ve sakrouterin ligamentler kesildikten sonra manipulatör Guide olarak kullanılarak hook aracılığıyla piyes eksize edildi. Sol alt trokar girişi genişletildi ve buradan laparoskopik bisturi ile batına girildi ve piyes batın içinde iki parçaya ayrıldıktan sonra vadeden çıkarıldı. Cuff suture edildi ve douglas a dren konulduktan sonra operasyona son verildi.

BULGULAR: Ameliyat yaklaşık 1 saat sürdü; bu süre içerisindeki total kan kaybı yaklaşık 400 cc olarak ölçüldü. İntraoperatif herhangi bir komplikasyon görülmeydi. Postop görülen hemogram değerlerinde düşme olmayan, vitalleri stabil seyreden hastanın, gelen mayiisi olmaması üzerine dreni çekildi ve 1 gün sonra taburcu edildi.

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

Anahtar Kelimeler: Laparoskopik histerektomi, Myom, Myomektomi



VS-027

İzole metastatik serviks kanserinde extraperitoneal laparoskopik bulky lenf nou eksizyonu

Candost Hanedan, Hande Esra Koca Yıldırım, Okan Oktar, Caner Çakır, Vakkas Korkmaz
Etlik Şehir Hastanesi, Jinekolojik Onkoloji Bilim Dalı, Ankara

Serviks kanseri, kadınlarda en sık görülen dördüncü kanserdir. Son yıllarda artan tarama programları ve aşılama nedeniyle insidansı düşen servikal kanserleri özellikle gelişmemiş ülkelerde tanı almaktadır. 5 yıllık sağkalım oranı %65 iken; %50 'si ileri evrelerde tanı almaktadır. Bu video sunumunda lenf nodu metastazı olan serviks kanseri olgusunda ekstraperitoneal laparoskopik yaklaşımın önemini vurgulamayı amaçladık.

51 yaşındaki özgeçmişinde özellik olmayan kadın hasta kliniğimize post-koital kanama şikayetiyle başvurdu. Yapılan punch biopsi sonucu keratinize tip squamoz hücreli kanser olarak rapor edildi. Takiben hastaya genel anestezi altında muayane ve sistoskopi yapılarak yaklaşık 2 cm tümörün ve parametriumların bilateral serbest olduğu saptandı. Radyolojik olarak MRI ve PET CT istenildi. MRI raporunda difüzyon kısıtlanması izlenen 12 * 22 mm servikal soliter kitle olup bilateral parametriumlar serbest olduğu belirtildi. Ancak, Pet C/T raporunda ise sağ common iliak arter etrafında en büyüğü 2,2 cm boyutunda (SUV MAXs: 8.8) lenf nodu metastazı; sağ internal iliak arter etrafında 1 cm çaplı (SUV MAXs: 5.83) lenf nodu metastazı şüphesi olarak rapor edildi. Bunun üzerine jinekolojik onkoloji konseyince lenf nodlarının metastatik olup olmadığının histolojik olarak doğrulanması kararı verildi. Daha sonra hasta preoperatif hazırlıkları takiben genel anestezi altında laparoskopik ekstraperitoneal yaklaşımla lenfadenektomi uygulandı. Yapılan intraoperatif frozen sonucu squamoz hücre metastazı olarak rapor edilmesine üzerine operasyona son verildi. Toplam ameliyat süresi yaklaşık 65 dakika, kanama miktarı 55 cc idi. Postoperatif 1. gün komplikasyonsuz taburcu edilen hastanın nihai patoloji sonucunda alınan 3 lenf nodunda squamoz hücre metastazı gelmesi üzerine hastalığın Evresi 3C2 olarak kabul edildi ve adjuvan kemoradyoterapi uygulanması kararı verildi.

2018 yılında yedi çalışmayı içeren bir meta-analizde lokal ileri serviks kanserli olgularda (n: 608) ekstraperitoneal laparoskopi (ELL) ile transperitoneal laparoskopik(TLL) yöntemleri karşılaştırılmıştır. ELL, lenfadenektomi için önemli ölçüde daha kısa ameliyat süreleri ile ilişkilendirilirken, toplam ameliyat süreleri iki grup arasında farklı değildi. TLL grubunda anlamlı derecede artmış intraoperatif komplikasyonlar bulunmuştur. Bizde bu vaka sunumunda mevcut literatür eşliğinde hastamıza ekstraperitoneal laparoskopik yöntemi uyguladık.

Sonuç olarak, laparoskopik ekstraperitoneal yaklaşım, serviks kanserli olgularda klinik muayane ve görüntüleme yöntemlerine göre net bir karara varılmadığında kesin bir evreleme olanağı sağlar; hastaları ek bir cerrahi morbiditeden koruyarak doğru bir tedavi sürecine yönlendiren etkin ve başarılı bir minimal invaziv yaklaşımdır.

Anahtar Kelimeler: Serviks kanseri, Ekstraperitoneal Laparoskopi, Metastaz, ABRAX

**VS-028****Laparoskopik istmik gebelik operasyonu**Murat Öz

Yüksek İhtisas Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum A.D.

38 y G1P0Y0

SAT: 6 2/7 hafta olan hasta kasık ağrısı ve vajinal kanama ile başvurdu. Serum B-hCG değeri 12.000 olan hastanın yapılan ultrasonografisinde sol istmik bölgede yaklaşık 4 cm ilk FKA + ektopik gebelik izlendi. Laparoskopik operasyon kararı verilen hastada kanama azaltıcı yöntem olarak dilue adrenalin ve salin solüsyonu kullanıldı. Laparoskopik sol istmik rezeksiyon yapılan hastanın video görüntülerini sunmaktayız.

Anahtar Kelimeler: ektopik gebelik, istmik gebelik, laparoskopik ektopik gebelik, istmik rezeksiyon

**VS-029****Hysteroscopic placental rest resection in obstetric care**

Sule Yıldız, Can Benlioglu, Baris Ata

Department of Obstetrics and Gynecology

Placental rest, also known as retained placenta, is a condition in which a portion of the placenta remains in the uterus after childbirth. The risk factors defined in the literature are poor uterine contraction, high parity, prolonged use of oxytocin, abnormal placentation, history of uterine surgery, IVF conception, preterm delivery, congenital uterine anomaly, and prior history of retained placenta. It can lead to complications, including heavy bleeding, infection, and even death. The management of placental rest has traditionally been surgical, involving procedures such as medical, manual removal or surgery. Studies have shown that hysteroscopic placental rest resection (HPRR) is associated with several benefits compared to traditional management of placental rest. However, despite these benefits, there are also potential risks associated with HPRR. These include bleeding, perforation of the uterus, and even a hysterectomy in case of severe complications. Therefore, careful patient selection and attention to the technical details of the procedure are crucial to the success of HPRR. Briefly, hysteroscopic placental rest resection (HPRR) is a promising, minimally invasive management of placental rest. However, it is essential to carefully select patients, as well as to pay attention to the technical details of the procedure, in order to minimize the risk of complications. Further studies are needed to understand the long-term outcomes of HPRR better and establish the most appropriate patient selection criteria.

Keywords: hysteroscopy, obstetrics, retained placenta

**VS-030****Batın ön duvarına ileri derecede adeze endometriyum kanseri olgusunda manipülatsız total laparoskopik histerektomi**

Ayşe Rumeysa Aydoğan Demir¹, İbrahim Yalçın²

¹Ondokuz Mayıs Üniversitesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Ana Bilim Dalı, Samsun

²Ondokuz Mayıs Üniversitesi, Jinekolojik Onkoloji Ana Bilim Dalı, Samsun

Geçirilmiş sezaryen operasyonlarına sekonder batın ön duvarına ileri derecede adeze endometriyum kanseri olgusunda yaptığımız manipülatsız total laparoskopik histerektomi operasyonu video sunumunu düzenledik.

Anahtar Kelimeler: endometriyum kanseri, laparoskopik histerektomi, adezyon

**VS-031****Robotik sentinel biyopsi tekniği**

Ebru Yücel, Onur Alp Acun, Salih Taşkın, Uğur Fırat Ortaç

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

GİRİŞ: Sentinel lenf nodu (SLN) tümörün bulunduğu organın, dokunun ilk drene olduğu bir grup lenfoid dokuyu tarif etmektedir. Sistemik lenfadenektomi yerine SLN biyopsisi ile oluşabilecek morbidite ve komplikasyonların olasılığı azalmaktadır.

YÖNTEM: Endometrium kanseri olan hastanın servikal stromasına sentinel lenf nodu haritalaması için saat 3-9 hizalarından 1 ml derin (1 cm) ve 1 ml yüzeysel (3-4 mm) indosiyanin yeşili (ICG) enjekte edilip takiben robotik SLN prosedürü uygulanmıştır. Öncelikle batın içi peritoneal ve serozal yüzeylerin inspeksiyonu yapıp implant varlığı kontrol edilir. Takiben retroperitona girilir ve lenfatik boyanma dikkatle değerlendirilip SLN saptanması halinde çıkartılır. Büyümüş ve/veya şüpheli görünen lenf nodları da haritalamadan bağımsız olarak çıkartılır. Pelvisin bir tarafında sentinel lenf nodu saptanamazsa (haritalama başarısızlığı), yalnızca o tarafa özgü (ipsilateral) pelvik lenfadenektomi yapılır. Para-aortik lenfadenektomi kararı ise cerrahın takdirine bırakılmıştır.

BULGULAR: Bu video, endometrium kanserinde bilateral primer pelvik SLN'leri haritalamak için robotik cerrahi zemininde ICG uygulamasını ve SLN diseksiyonunu göstermektedir. Sentinel nodların ultrastaging incelemesinde metastaz saptanmadı.

SONUÇ: SLN biyopsisi kavramı, hem komplikasyonları hem de morbiditeyi azaltmak için ortaya atılmış yenilikçi ve minimalist bir cerrahi yaklaşımdır. Endometrium kanserinde SLN haritalaması için servikal ICG enjeksiyonu, kolay ve işlevsel bir tercihtir. İlerleyen zaman içerisinde biriken tecrübe doğrultusunda SLN'nin jinekolojik malignitelerde sıklıkla kullanılacağını düşünmekteyiz.

Anahtar Kelimeler: sentinel biyopsi, robotik cerrahi, indosiyanin



VS-032

Laparoskopik single port lateral süspansiyon: Tek portla apikal pelvik organ cerrahisiSertaç Ayçiçek

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

Tek kesiden yapılan laparoskopik cerrahi popülerlik kazanıyor. Halktan daha da az invaziv prosedürlere yönelik talep, cerrahları, endüstriyi ve akademik merkezleri olasılıkları keşfetmeye ve teknolojiyi iyileştirmeye motive edecektir. Fikir oldukça çekici görünse de, gelişmiş teknoloji veya ek eğitimi henüz aşılması gereken birkaç teknolojik engel var. Güvenlik sorusu henüz yanıtlanmamıştır ve iyi tasarlanmış randomize kontrollü deneyler gerektirecektir.

Günümüzde apikal pelvik organ prolapsusu (POP) tedavisinde altın standart laparoskopik sakrokolpopeksidir (LSCP). Bununla birlikte, LSCP, nadir fakat potansiyel olarak ciddi komplikasyonlarla ilişkili zor bir prosedürdür. Promontoryum diseksiyonu, hayatı tehdit eden potansiyel intraoperatif vasküler yaralanmalara ve sakral köklere veya hipogastrik sinir hasarına maruz kalabilir. Ardışık lomber vertebra kemiği erozyonu ile birlikte birkaç spondilodiskit vaka raporu da vardır. Ağlı laparoskopik lateral süspansiyon (LLS), apikal POP onarımı için alternatif bir tekniktir. Sakral promontoryum hazırlığından kaçınarak perioperatif riskleri azaltır. Son çalışmalar, vajinal eksen daha iyi koruma avantajı ile LSCP'ye benzer anatomik ve fonksiyonel sonuçlar göstermektedir. Dahası, LLS, artan sayıda kadın POP ameliyatı sırasında uterusun korunmasını tercih ettiği için önemli olan histeropeksi için çok uygundur.

Vakamız 43 yaşında ve 3 normal yoldan vajinal doğumu olan hasta. Hastanın yapılan muayenesinde evre-3 apikal POP tespit edildi ve cerrahi kararı alındı.

Umblikustan yapılan 2 cm kesi ile Gel-Point aperiği yerleştirildi ve 2 adet 0.25 cm lik lateral kesiler yapıldı ve lateral süspansiyon ameliyatı az insizyonla ve kısa hastane yatış süresiyle tamamlandı. Post-op takiplerde ciddi bir patolojiye rastlanılmadı ve vajen uzunluğu 8 cm olarak ölçüldü. Laparoskopik lateral süspansiyon apikal pelvik organ prolapsusunda altın standart cerrahi olan sakrohysteropeksi e alternatif olarak yapılmıştır. Toplamda batında 2.5 cm lik kesi ile bu yöntem multipotlu yöntemlere göre geliştirilebilir.

Anahtar Kelimeler: Apikal pelvik organ prolapsusu, Laparoskopik lateral süspansiyon, Single port insizyon

**VS-033****Zor bir laparoskopi olgusu: 2 ay içinde 2 cerrahi geçiren obez STUMP**

Mehmet Murat Naki, Emine Arslan, Selma Songülalp

Başkent Üniversitesi Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, İstanbul

41 yaşında gravida 2 partide 2, sezaryen ile doğum yapmış, 2 ay önce anormal uterin kanama nedeni başvurduğu merkezde laparotomi ile myomektomi yapılmış olan hasta, postoperatif patoloji sonucu STUMP (Uterine smooth muscle tumors of uncertain malignant potential) olarak rapor edilmesi üzerine kliniğimize başvurdu. Vücut kitle indeksi 42 kg/m² (boy: 155 cm Ağırlık: 95 kg) olan, yoğun pelvik yapışıklıkları olan hastaya laparoskopik histerektomi, bilateral salpenjektomi yapıldı. Cerrahinin; intraabdominal yapışıklıklar, hastanın fiziksel özellikleri, yakın dönemde geçirilmiş abdominal ameliyat nedeni zor laparoskopi olması ve nadir görülen bir patolojik tanı olan STUMP hakkında bilgilendirme amaçlı bu sunumu hazırladık.

Anahtar Kelimeler: zor laparoskopi, stump, adezyon



VS-034

Adneksiyel kitle ve uterus myomatozis vakasında simültan çift enerji modalitesi kullanılarak minimal kanamalı laparoskopik histerektomi

Ghanim Khatib¹, Emine Küçükbingöz¹, Zeynel Durgay², Murat Varlı²

¹Çukurova üniversitesi jinekolojik onkolojik cerrahi anabilimdalı, Adana

²Çukurova üniversitesi, Kadın hastalıkları ve doğum anabilimdalı, Adana

Adneksiyel kitlelere laparoskopik yaklaşımın önündeki başlıca engeller; operasyon sırasında kanama miktarının fazla olması, büyük kitlelerde açık cerrahinin tercih ediliyor olması, kitlenin güvenli bir şekilde eksternasyonu ve kitle içeriğinin kazara batın içine dökülmesidir. Bu zorlukların üstesinden gelmek için birçok farklı yöntem uygulanmaktadır.

Bu vakada; çift enerji modalitesi kullanılarak ve endobag yardımıyla minimal kanama ve kitlenin batın içine dökülmeden eskterne edilmesini amaçladık. Vakada bir adet onluk trokar ve iki beşlik trokarla batın içerisine girildi. Enseal ve bipolar kullanılarak kitlenin serbestleştirilmesi amacıyla sol unilaterealsalpingooferektomi yapıldı. Ardından sırasıyla histerektomi basamaklarına geçildi. Histerektomi materyali vajinal yoldan çıkarılmasının ardından, 15 cm endobag vajinal yoldan gönderildi. Kitle endobag içine alındıktan sonra kontrollü olarak vajinal yoldan boşaltıldı.

Bu vakada uyguladığımız yöntem uygun seçilmiş hastalarda denenebilir. Bu şekilde operasyon sırasında çift enerji modalitesi kullanılarak minimal kanama ve adneksiyel kitlelerin endobag yardımıyla vajinal yoldan güvenli bir şekilde eksternasyonu hedeflenebilir.

Anahtar Kelimeler: laparoskopik histerektomi, simültan çift enerji modalitesi, endobag



VS-035

Surgery for hydrosalpinges: Neosalpingostomy or salpingectomy?Fatih Aktoz, Ayse Seyhan, Bulent Urman

Women's Health Center, American Hospital, Istanbul, Turkey

Blocked fallopian tubes pose a challenge to the reproductive surgeon as to whether a reconstructive or an extirpative procedure is more appropriate. Retaining and reconstructing the fallopian tube may be associated with recurrence of the hydrosalpinx, whereas salpingectomy will render the patient permanently infertile if assisted conception techniques are not used. Several prognostic parameters have been defined to differentiate the tube that may benefit from reconstructive surgery from the tube that needs to be removed. Tubes affected by infection, previous pelvic surgery or endometriosis may present with different forms of hydrosalpinx. Furthermore, right and left tubes may not have been affected to the same extent. In this video, laparoscopic neosalpingostomy and salpingectomy procedures performed on the same patient are presented.

Keywords: laparoscopy, tubal surgery, neosalpingostomy, salpingectomy

**VS-036****Endometrium kanserinde sentinel lenf nodu haritalama**Seda Şahin Aker

Kayseri Şehir Hastanesi, Jinekolojik Onkoloji, Kayseri

Sentinel lenf nodu haritalama yöntemi ile özellikle endometrium kanserinde teknolojinin de sağladığı avantajlarla daha kısa sürede, daha az morbidite ile operasyonları tamamlama imkanı bulunmaktadır. Bu video sunumda sentinel lenf nodu haritalama için gerekli olan basamaklar prezente edilecektir. 55 yaşında probe küretaj sonucu endometrioid endometrium kanseri grade 1 olan ve PET-BT’de sadece uterus tutulumu olan hastaya önce serviks 3-9 hizasından ICG enjeksiyonu yapıldı. takiben retroperitoneal diseksiyon ile solda 2 adet sentinel, sağda ise sentinel lenf nodu izlenmedi. Patoloji sonucu uterin invazyon yüzeysel grade 1 ve sentinel lenf nodları reaktif olarak gelen hastaya takip planlandı.

Anahtar Kelimeler: sentinel lenf nodu, laparoskopi,ICG

**VS-037****V-notes histerektomi ve adnektomi**

Onur Alp Acun, Hande Dönmez Köksal, Salih Taşkın
Ankara University School of Medicine Obstetrics and Gynecology

V-notes kullanılarak yapılan histerektomi ve adneksiyel kitlesi olan hastada benzer teknik kullanılarak yapılan adnektomiyi içeren iki farklı vaka sunumu

Anahtar Kelimeler: v-notes, histerektomi, adnektomi,



VS-038

Creation of neovagina by laparoscopic modified Davydov's colpopoiesis methodAli Selçuk Yeniocak, Can Tercan

Department of Obstetrics and Gynecology, Başakşehir Çam and Sakura City Hospital, İstanbul, Turkey

INTRODUCTION: Vaginal agenesis can be seen as an isolated congenital anomaly, a clinical component of androgen insensitivity syndrome or Meyer Rokitansky Kuster Hauser (MRKH) syndrome. MRKH syndrome precludes vaginal penetration during coital activity. Davydov's colpopoiesis is one of the methods of vaginoplasty using the patient's own peritoneum as a graft to line the neovagina. We aimed to share our experience in laparoscopic creation of neovagina with the Modified Davydov method in a patient with MRKH syndrome.

CASE-REPORT: A 26-year-old woman has presented to our gynecology-clinic with a complaint of amenorrhea and vaginal penetration failure during coital activity. A blind vagina which was 1 cm long from the hymenal ring was detected upon vaginal examination. Patient's serum follicle-stimulating hormone, luteinising hormone, estradiol, thyroid-stimulating hormone and prolactin levels were in the normal range. Normal karyotype (46,XX) has been revealed in chromosomal analysis. Magnetic resonance imaging procedure have demonstrated bilateral rudimentary uterine remnants next to normal-appearing ovaries and the absence of uterus.

TECHNIQUE: The operation was performed with a 10mm umbilical port, two 5mm inguinal ports and a 5mm left subcostal port. Uterine agenesis and laterally localised ovaries including rudimentary uterine horns and fallopian tubes have been seen on laparoscopic view. An assistant pushed the blind vagina upwards by using a vaginal probe. 3 cm transverse incision was made to vaginally elevated pelvic peritoneum and vaginal apex which was on the top of the vesicorectal space by using Thunderbeat to create an opening to the blind vagina. Anterior and posterior visceral peritoneal edges have been grasped and stitched by using 2/0 absorbable sutures to facilitate pulling downwards into the vaginal mucosal edge. These two peritoneal edges have been sutured to the vaginal mucosal edge circumferentially. Urethral dissection was performed. Continuous purse string stitch technique has been utilized which included the rudimentary uterine horns, bladder peritoneum, bilateral pelvic wall peritoneums by using 2/0 polyglactin suture to create the proximal part of the neovagina. Soft mold has been left in neovagina for 48 hours postoperatively.

CONCLUSION: The laparoscopic Davydov technique is a safe, minimal invasive, short learning curve and effective option for the surgical creation of a neovagina in women with MRKH syndrome. It's one of the simplest, safest, and quickest methods with many advantages including good-lubrication with resultant satisfactory intercourse, lack of granulation tissue, and absent scar formation. Patients comparatively have less bleeding, less postoperative pain, shorter stay, quick recovery, and satisfactory cosmetic outcome.

Keywords: Laparoscopic Davydov's Colpopoiesis, Mayer-Rokitansky-Küster-Hauser syndrome, Neovagina, Vaginal agenesis, Müllerian agenesis



VS-039

Step by step servicopectopexySebile Güler Çekic¹, Ceren Ünal¹, Serdar Aydın²¹Kadın Hastalıkları ve Doğum AbD, Koç Üniversitesi Hastanesi²Kadın Hastalıkları ve Doğum AbD, Koç Üniversitesi Tıp Fakültesi

54 year old woman admitted to our outpatient clinic with urge incontinence She had the history of two vaginal deliveries none of them were operative nor large for gestational age. She had no compounding risk factors and no history of surgery. Pelvic examination showed stage 3 cystocele and stage 2 uterine prolapsus. Laparoscopic servicopectopexy operation was planned. Firstly, bilateral space planes were dissected on the anterolateral abdominal wall by the guidance of the anatomic landmarks. Bilateral pectineal ligaments were reached with the dissection on the anterolateral wall following the bone pelvic borders. On the anterior plane, bladder was separated from anterior uterus and cervix by blunt and sharp dissection. A mesh, square in the middle with two thin rectangle arms, was prepared and fixated on the anterior lower uterine segment. The part of the mesh that connects to the uterus is fixated with 3-4 sutures and pectineal parts with 2 sutures.

The suspension of the uterus was provided with the tension of the mesh. All the sutures were extracorporeal to reduce the operation time. Then peritoneum was closed continuously. No intraoperative complications and bleeding were observed. There were no complaints in the postoperative period. Servicopectopexy as a fast operation with a low complication rate and can be an alternative for apical prolapse.

Keywords: Apical prolapsus, pectopexy, mesh



VS-040

Laparoskopik sakrokolpopeksi + pektepeksi operasyonuHüseyin Kıyak, Berkay Soyupak, Emre Baran Danış

Sağlık Bilimleri Üniversitesi Hamidiye Etfal Eğitim Araştırma Hastanesi

35 yaşında bir normal doğumu olan, kronik hastalığı bulunmayan, daha önce geçirilmiş ameliyatı olmayan idrar kaçırma şikayetiyle başvuran hastaya yapılan muayeneler sonucu stres üriner inkontinans + evre 2-3 desensus uteri+ evre 1 sistosel +evre 2 rektosel ön tanıları konuldu. Genç hastaya fertilitte ve uterusunu korumak amacıyla laparoskopik sakrohisteropeksi+pektepeksi+kolporafi posterior operasyonu planlandı. Uterus koruyucu POP cerrahilerinde Manchester Operasyonu, Uterosakral ligaman plikasyonu, Transvajinal meş cerrahisi, Sakrospinöz fiksasyon, Sakrohisteropeksi seçenekleri mevcuttur. Laparoskopik Sakrohisteropeksi POP tedavisinde oldukça etkin ve güvenli bir tedavi yöntemidir. Sakrohisteropekside sentetik mesh kullanılarak serviks sakruma fikse edilir. Bu işlemin en büyük avantajı işlemin uzun süre dayanıklılığı ile vajinal anatominin korunmasıdır. Ancak bu operasyonun uygulanabilmesi için pelvik bölge anatomisini iyi bilmek, idrar kaçırma gibi birlikte görülebileceği diğer pelvik taban hastalıkları konusunda deneyimli olmak ve laparoskopik ile ilgili temel eğitim düzeyinin üzerinde tecrübe gereklidir. Laparoskopik yöntemde hastalar daha çabuk iyileşmekte, hastanede kalış süresi kısaltmakta ve kozmetik olarak da açık cerrahiye göre daha avantajlı olmaktadır. Aynı zamanda laparoskopik yöntemde anatomik olarak hakimiyet daha iyi olmaktadır; promontoriumun iliak damar, dalları ve üretere olan komşuluğu, yine vajenin pelvik organlara komşuluğu çok daha kolay değerlendirilir. Literatürü taradığımızda laparoskopik sakrohisteropeksi başarı oranları %90-100 olarak bildirilmektedir. Hastamıza Litotomi pozisyonu verildikten sonra mesaneye foley kateter uygulandı, 10 mm umbilikal trokar ile batına girildi. Tüm batın eksplorasyonu sonrasında her iki batın alt kadran yanlarına 5 mmlik 2 adet Trokar ile umbilicus 5cm altından 5mm trokar yerleştirildi. Rektovajinal saha peritonu içinde rektum peritonu diseke edilip rektum reddedildi. Mesh, erimeyen sentetik ve gerim kuvvetini kaybetmeyen 2.0 Ethibon sutur kullanılarak ve tucker yardımıyla serviks hizasında uterus arka yüzüne fikse edildi. Serviks hizasından başlayarak anterior longitudinal ligamana kadar sağ üreter komşuluğunda Harmonic yardımıyla periton disseke edildi. Üreter, common iliak arterler ve midsakral damarlara dikkat edilerek Meshin diğer ucu 2.0 ethibon sutur yardımıyla tension free olarak anterior ligamene fikse edildi. Üreter peristaltizmi visualize edildi. Periton mesh gömülü kalacak şekilde 2.0 prolen yardımıyla devamlı suture edildi. Ardından serviks ön yüzü hizasında bilateral iliopectineal ligament hizasına kadar periton corona mortis alanına dikkat edilerek reddedildi. Mesh 2.0 ethibon sutur ve tucker yardımıyla serviks hizasında uterus ön yüzüne fikse edildi. Meshin diğer uçları tucker yardımıyla tension free pectineal ligamana fikse edildi. Periton açılan hat boyunca 2.0 prolen yardımıyla devamlı suture edildi. Kanama kontrolü yapıldı optik gözlem altında trokarlar çıkartıldı. Ardından kolporafi posterior yapıldı. kanama kontrolü yapıldı operasyona son verildi. Hasta postop 2. Hafta kontrolüne geldiğinde sarkma ve idrar kaçırma şikayetlerinin azaldığını belirtti. Prolapsus cerrahisinde uterusun korunması cerrahi sonuçlar üzerine belirgin bir değişiklik oluşturmadan operasyon süresini kısaltmakta ve mesh komplikasyonlarını azaltmaktadır.

Anahtar Kelimeler: Pelvik Organ Prolapsus Cerrahisi, Sakrokolpopeksi, Pektepeksi

**VS-041****Laparoskopik diyafram periton rezeksiyonu**

Edis Kahraman¹, Emine Karabuk¹, M. Faruk Kose², Mustafa Deveci²

¹Acıbadem Mehmet Ali Aydınlar Üniversitesi, Atakent Hastanesi, Jinekolojik Onkoloji AD, İstanbul

²Acıbadem Mehmet Ali Aydınlar Üniversitesi, Atakent Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği, İstanbul

³Acıbadem Atakent Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği, İstanbul

Jinekolojik kanserlere bağlı ölümlerin ülkemizde en önemli sebebi over kanseridir. Hastaların %75'i ileri evrede tanı konmaktadır ve peritoneal karsinomatozis tanısı almaktadır. Diafram peritonu, karın ön duvarı ve pelvik peritonu over kanserli hastalarda tanı anında sık tutulan bölgeler olmasına rağmen, hastalığın doğası gereği peritoneal kaviteye sınırlı kalma eğilimindedir. Bu hastalarda en önemli tedavi basamağı cerrahi evreleme ile maksimal sitoreduksiyondur. Genellikle laparotomi uygulanmakla beraber özel durumlarda laparoskopik de uygulanmaktadır. Biz de kliniğimizde erken over seröz over kanseri tanılı bir olgumuza laparoskopik evreleme cerrahinin Laparoskopik Peritonektomi kısmını sizlerle paylaşmayı amaçladık. Olgu; Hasta 33 yaşında, parite yok, adetleri düzenli, ek hastalık yok, dış merkezde sol overde komplike kitle tespit edilmesi üzerine tarafımıza yönlendirilmiş. Yapılan detaylı muaneyeye ve tetkik sonrası L/S Sol USO frozen sonucuna göre evreleme cerrahisi planlandı. L/S USO sonucu Borderline gelmesi üzerine nihayi patoloji sonucunu bekleme amacıyla ameliyata son verildi. Nihai patoloji sonucu; Low Grade Mikropapiller Seröz Karsinom gelmesi üzerine konsey kararı ve hasta ile detaylı konuşarak Laparoskopik TH+ sağ USO+PABPLND+ T.OMM+Diyafragma Stripping+Peritonektomi yapıldı.

Anahtar Kelimeler: Over Kanseri; Peritonektomi, Laparoskopik

**VS-042****Sakral sinir endometriozisi**

Atahan Toyran, Onur Topçu

Sağlık Bakanlığı, Polatlı Duatepe Devlet Hastanesi

Dismenore, disparoni, özellikle adet dönemlerinde artan sağ dize kadar bacağına vuran ağrı şikayeti olan 29 yaşında hastanın anamnezinden dismenore şikayetinin 14 yaşından bu yana süre geldiği öğrenilmiştir. Hastanın muayenesinde uterus antevert, endometrium kalınlığı ince, sol over retroservikal adeze, sağ over pelvik peritona adeze ve bilateral overlerde endometrioma izlenmemiştir. Kronik pelvik ağrı araştırılması için derin pelvik endometriozis ön tanısı ile laparoskopik planlanmıştır. Operasyon esnasında sağ tuba ve overin broad ligamente fiks olduğu görülmüş ve broad ligament üzerinde endometriozis odağı tespit edilmiştir. Sağ tuba ve over broad ligamentten serbestleştirildikten sonra retroperitoneal disseksiyon yapılmış ve endometriozis nodülünün ikinci sakral sinire bası yapacak şekilde retroperitoneal alana fiks olduğu gözlenmiştir. Derin infiltratif endometriozis nodülü ureter ve retroperitoneal vasküler yapılar korunarak eksize edildikten sonra operasyona son verilmiştir. Preoperatif dönemde dismenore şikayetine 9/10, disparoni şikayetine 5/10, sağ dize kadar bacağına vuran ağrısına 7/10 puan veren hastanın postoperatif birinci ay kontrolünde şikayetlerini gerilediği tespit edilmiştir. Bu vakayı sunmaktaki amacımız endometrioması olmayan hastalarda sıklıkla gözden kaçan derin infiltratif endometriozise dikkat çekmek ve ureter ve ikinci sakral sinirle infiltratif ilişkisi olan endometriozis nodülünün laparoskopik eksizyonunu demonstratif bir şekilde gösterebilmektir.

Anahtar Kelimeler: sakral, sinir, endometriozisi,

**VS-043****Step by step laparoskopik pelvik lenfadenektomi**

Selen Doğan, Nasuh Utku Doğan, Ceyda Karadağ, Saliha Sağnıç, Sinan Serdar Ay, Ceren Güner Akdeniz Üniversitesi, Kadın hastalıkları ve doğum Abd, Jinekolojik onkoloji cerrahisi, Antalya

SLNM için ICG/Mb enjeksiyonu

Pelvik avasküler alanların diseksiyonu

SLN gösterilmesi/eksizyonu

Retroperitoneal alana giriş

Oblitere umbilikal arterin gösterilmesi

pararektal fossa

paravezikal fossa

Pelvik lenf nodlarının diseksiyonu

eksternal iliak arterin yağ doku/psoas/genitofemoral sınırdan diseksiyonu

eksternal /internal iliak arter lenf nodlarının eksizyonu

obturator sinirin gösterilmesi

obturator lenf nodlarının eksizyonu

common iliak lenf nodlarının eksizyonu

Anahtar Kelimeler: sentinel lymph node, lymphadenectomy, cancer

**VS-044****Laparoskopik istmosel onarımı: Video olgu sunumu**Kasım Akay, Şevki Göksun Gökulu

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

GİRİŞ: Uterus istmus bölgesinde ön duvarda kese benzeri bir defekt olan istmosel, sezaryen ameliyatının bir komplikasyonu olarak ortaya çıkmaktadır. Tedavisinde çeşitli yöntemler önerilmektedir. Niş rezeksiyonu ve primer onarım uterusun ve fertilitenin korunmasını isteyen kadınlarda etkin tedavi yöntemidir. Biz de niş eksizyonunu histeroskopi yardımıyla laparoskopik olarak, kliniğimizde uyguladığımız istmosel tedavisini video eşliğinde sunmak istedik.

OLGU: 26 yaş G7 P3 Y2 EX1 K2 A2(3 C/S) hasta en son bir yıl önce yapılan sezaryen operasyonu sonrasında ortaya çıkan adet sancısı ve normalde beş gün süren adetlerinin öncesinde iki gün ve sonrasında 12 güne kadar uzayan lekelenme tarzında kanama şikayetiyle başvurdu. Jinekolojik muayenesi normaldi. Ultrasonografik değerlendirmede endometrium 16 mm, isthmik bölgede içeriye mens materyali ile dolu istmosel kesesi izlendi. Ultrasonografi eşliğinde kanül ile boşaltıldığında istmosel kesesinin kaybolduğu görüldü, hasta ağrısının geçtiğini ifade etti. Elektif şartlarda hasta genel anestezi altında laparoskopik yöntemle istmosel kesesi rezeke edilerek onarıldı. Postop birinci hafta kontrole çağırılarak USG görüntüleri alındı. Hastanın dismenore yakınması tamamen iyileşti ve menstrüelsiklus düzeni sezaryen operasyonu öncesine döndü.

TARTIŞMA: İstmosel sezaryen operasyonu olan kadınlarda %70'e varan oranlarda görülür ve %30 u asemptomatiktir. Semptomatik olduğunda en sık menstüel bozukluklarla birlikte, sekonder infertilite, ektopik (skar) gebelik, anormal plasental implantasyon ve uterin rüptüre sebep olabilmektedir. Risk faktörleri arasında travay süresinin 5 saatten fazla olması, uterusun kapatma teknikleri (tek kat sütürasyon, yetersiz cerrahi teknik), adezyonlar, retroflex uterus geçirilmiş sezaryen sayısıdır. Tanısı ultrasonografi, sonohisterografi, HSG ve manyetik rezonans ile konulabilmektedir. Tanı kriterleri için henüz bir fikir birliği sağlanmamıştır.

Medikal ve cerrahi tedavi sadece semptomatik kadınlara önerilmektedir. Cerrahi tedavi histeroskopik, vajinal, laparoskopik ve laparotomi ile yapılabilir. Histeroskopi semptomların giderilmesi amacıyla rezidü myometrial doku kalınlığı 3 mm ve daha fazla ise yapılır. Vajinal yoldan onarım için istmoselin aşağı yerleşimli olması ve cerrahin tecrübeli olması gerekir. Laparoskopik yöntem histeroskopi ile kombine olarak kullanılabilir. Histerektomi ise sadece fertilitisini tamamlamış hastalarda radikal bir çözüm olarak yapılabilir.

SONUÇ: Residual myometrial dokusu çok incelmış ve büyük sezaryen skar defekti olan semptomatik veya fertilitate arzusu olan olgularda skar defektinin laparoskopik olarak onarımı tercih edilecek tedavi yöntemlerinden biridir.

Anahtar Kelimeler: istmosel, sezaryen skar defekti, laparoskopi

**VS-045****Tip 5 myom vakasının laparoskopik posterior kolpotomi ile yönetimi**

Pelin Fulya Büyükgöz, Cengiz Andan, Berkay Soyupak, Zeynep Dedeli Baltık

Sağlık Bilimleri Üniversitesi Şişli Hamidiye Etfal Eğitim Araştırma Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği, İstanbul

GİRİŞ: Uterin leiomyoma kadınlarda en sık görülen pelvik neoplazmdır. Hastalar, semptomatik olduklarında, sıklıkla anormal uterin kanama ve pelvik ağrı / baskı hissi ile veya infertilite, olumsuz gebelik sonuçları gibi reproduktif semptomlarla başvururlar. Bu hastalarda semptomları gidermek için çeşitli terapötik seçenekler mevcuttur. Biz, FIGO tip 5 leiomyoma vakasının laparoskopik yönetimini ve spesmenin posterior kolpotomi ile çıkarılmasını amaçladık.

YÖNTEM: Kliniğimize 23 yaşında, G2P1A1Y0, tekrarlayan gebelik kayıplarıyla başvuran olgunun ultrasonografisinde corpus uterinin sol posterior kısmında bulunan 6 cm boyutunda intramural komponenti olan subseröz myom saptandı. Laparoskopik myomektomi planlanan hastanın yatışı yapıldı. Laparoskopik yöntemle batına girildi. Monopolar hook elektrot kullanılarak horizontal kesiyle myoma ulaşıldı, myom laparoskopik tek dişliyle tutularak tespit edildi ve künt diseksiyonla enükleasyon yapıldı. Myometrial kavite kontinü sütüre edildi. Seromüsküler tabaka beyzbol sütür tekniğiyle kapatıldı. Posterior fornixten 4-5 cmlik kolpotomi yapılarak myom batın dışına çıkarıldı.

BULGULAR: Operasyon sırasında ölçülen toplam kan kaybı 150 ml ve operasyon süresi 70 dakika idi. Hastada peoperatif komplikasyon gelişmedi. Takibinde herhangi bir sorun olmayan hasta postoperatif ikinci günde iyilik hali ile taburcu edildi. Histopatolojik incelemede dejenerale leiomyomatosis doğrulandı.

SONUÇ: Uterin leiomyomaların yönetiminde laparotomiye oranla laparoskopik myomektomi, daha az invazif ve hasta konforunun iyi olduğu bir seçenektir. Kolpotomi yoluyla cerrahi spesmenin dışarı çıkarılması morselatör kullanımına alternatif güvenli bir yöntemdir.

Anahtar Kelimeler: laparoskopi, myomektomi, kolpotomi



VS-046

Kronik pelvik ağrının nadir bir nedeni olan nonkomünike rudimenter horn'un laparoskopik tedavisiMesut Önal¹, Hilal Kılınc², Ayşe Zehra Özdemir³¹Ondokuz Mayıs Üniversitesi,Kadın Hastalıkları Ve Doğum Ana Bilim Dalı,Samsun²Ondokuz Mayıs Üniversitesi,Kadın Hastalıkları Ve Doğum Ana Bilim Dalı,Samsun³Ondokuz Mayıs Üniversitesi,Kadın Hastalıkları Ve Doğum Ana Bilim Dalı,Samsun

Rudimenter hornun eşlik ettiği unikornuat uterus, kadın genital sisteminin nadir izlenen bir gelişim anomalisidir. Genel popülasyonda insidansı 1/100.000'dir ve tüm uterin anomalilerin %5-10'unu oluşturur.Organogenez, füzyon ve septal rezorpsiyon, Müllerian kanalların fizyolojik oluşumu ve dönüşümü için gerekli adımlardır. Orta hat dokusunun rezorpsiyonu gebeliğin 20. haftasında meydana gelir ve uterus, serviks ve fallop tüplerinin gelişimini başlatır.Bu varlıkların gelişimi, yukarıda belirtilen aşamaların herhangi birinde bozulabilir. Genetik erkeklerde (46,XY) testosteron ve anti-Müllerian hormon (AMH) üretimi Müllerian kanallarının gerilemesine neden olur. Bu nedenle, genetik dişi embriyolarda (46,XX) Y kromozomlarının yokluğu, Müllerian kanalların yukarıda belirtilen organlara dönüşmesine izin verir. Müllerian kanal anomalileri yaklaşık%31 ile %100 arasında değişen renal anomaliler eşlik etmektedir.Müllerian sistem anomalileri obstrüktif olmadıkları zaman, infertilite ve gebelik komplikasyonları ile karşımıza çıkmaktadır.Parsiyel veya tam obstrüksiyon durumunda ilk menstruasyondan itibaren dismenore gibi klinik bulgular ortaya çıkabilmektedir. Uterin anomalilerden en sık olanı uterin septum, en nadir olanı da rudimenter hornlu unikornuat uterusur.Unikornuat uterus ise kendi içinde 4 subgruba ayrılarak tanımlanmıştır.

1. Uterusla bağlantılı rudimenter horn
2. Uterusla bağlantılı olmayan ve endometrial kavite içeren
3. Uterusla bağlantılı olmayan ve endometrial kavite içermeyen rudimenter horn
4. İzole unikornuatuterus

Olguların yaklaşık %75-90'ı non-komünikan tiptedir ve endometriyal kavite içerir. Kavite içeren, uterusla bağlantılı olmayan rudimenter hornnda, adet dönemlerinde meydana gelen kanama hematometraya, retrograd menstruasyona ve dolayısıyla endometriozise zemin hazırlayabilmektedir. Mülleriansisteminkonjenitalanomalilerininteşhisi zordur. Genellikleasemptomatik olmakla beraber,infertilite, adneksiyal kitle, kronik pelvik ağrı, gibi durumların araştırılması esnasında rastlanır.Özellikle üriner sistemde anomali öyküsü, kronik progresifpelvik ağrı,adneksiyal kitle ve infertilite yakınması bulunanolgularınayırıcı tanısında Mülleriananomalilerde gözönündetutulmalı, tanıL/Sile doğrulanmalıdır. Uterus ile horn arasındaki bağlantı fibroz bir doku ise eksizyon yeterlidir. Ancak bağlantı fibromuskuler ise ileride uterin rüptürden kaçınmak için bu bağlantının laparoskopik sütür ile kapatılması gerekir. Cerrahi işlem sırasında akılda tutulması gereken önemli bir nokta da, olası tubalektopik gebeliği önlemek amacıyla ipsilateral fallop tüpünün eksizyonudur.

Anahtar Kelimeler: Müllerian anomali,Rudimenter horn,Kronik pelvik ağrı,Unikornuat uterus



VS-047

Laparoskopik burch kolposüspansiyonSule Gul Aydin, Sevda Baş, Mehmet Ali Narin

Adana Şehir Hastanesi, Jinekolojik Onkoloji Kliniği, Adana

İnkontinas tedavisinde burch kolposüspansiyonu etkin bir yöntemdir. Açık yada kapalı teknik ile uygulanmaktadır. Başarı oranları her iki teknikte benzer olmasına rağmen, laparoskopik teknik küçük insizyon, kanama miktarının az olması, kısa hastanede kalış süresi ve daha iyi estetik sonuçlara neden olması sebebiyle daha çok tercih edilmektedir. Amacımız laparoskopik tekniğini tanımlamak ve uygulanabilirliğini arttırmaktır

GİRİŞ: Stres üriner inkontinas (SUI) prevalansı %20-30 iken bu oranlar yaşla birlikte artmaktadır. Tedavide midüretal sling ve kolposüspansiyon operasyonları, kür oranları yüksek uygulamalardır. Burch kolposuspanسیونu, laparotomik, laparoskopik ve robotik teknik ile uyulanabilmektedir. Kapalı teknikte postoperatif ağrı ve kanama miktarının az olması, kozmetik sonuçların iyi olması bu tekniğin daha çok tercih edilmesine sebep olmuştur. Yine tension free vajinal sling ameliyatları kür bakımından oldukça başarılı görünse de postoperatif dönemde görülen mesh erezyonları burch kolposuspanسیونunun tekrar popüler olmasına neden olmuştur.

YÖNTEM: Operatör tarafından 10 mm lik trokar ile umblikustan, 5 mm lik iki adet sol lateralden ve sağ lateralden de 5 mm lik bir adet trokar ile batına girildi. Mesaneye foley katater uygulandı. Retzius boşluğuna ligasure yardımı ile ulaşıldı. Cooper ligamenti vizüalize edildi. Mesane boynu ve paraüretal dokular yine ligasure yardımı ile diseke edildi ve anterolateral vajinal duvar açığa çıkarıldı. Tek tarafta iki adet nonabsorbable suture materyali kullanılarak paravajinal dokular cooper ligamentine asıldı. Vajinaya yerleştirilen indeks parmak eşliğinde foley sonda balonu ve uretra kontralaterale itilerek paraüretal alana sutur atıldı. Aynı işlem karşı tarafada simetrik olarak uygulandı. En proksimaldeki suturen mesane boynu ile olan uzaklığı iki cm olacak şekilde suturlar uygulandı.

BULGULAR: 61 yaşında beş normal vajinal doğum öyküsü olan hastaya, hariçte postmenapozal kanama şikayeti ile endometrial örnekleme yapılmış. Patoloji sonucu endometrium adenokarsinomu ile uyumlu gelmiş. Pelvik muayenede serviks ve vajina doğal,parametriumlar serbest olarak palpe edildi. Transvajinal ultrasonda uterus doğal endometrial kalınlık 12 mm ile uyumlu adneksler doğal izlendi. İnkontans şikayeti olan hastaya sters test uygulandı ve pozitif olarak değerlendirildi. Preoperatif ürolojiye konsülte edildi ve kolposuspanسیون için onay alındı.Geçirilmiş cerrahi öyküsü olmayan hastaya laparoskopik histerektomi ve burch operasyonu planlandı.

SONUÇ: Burch kolposuspanسیونu tecrübeli ellerde doğru teknik uygulandığında kür oranı yüksek olan tedavi şeklidir. Bu teknik özellikle vajinal uygulamanın kısıtlı olduğu, aynı seansta abdominal cerrahi planlanan ve mesh kullanımının kontrendike olduğu hasta grubunda ilk tercih olarak uygulanmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Burch, laparoskopik, inkontinans



VS-048

Laparoskopik lateral süspansiyonElif Yıldız, Batuhan bulut, Suleyman Salman

Health Sciences University, Gaziosmanpaşa Training and Research Hospital

AMAÇ: Genç Grade3 desensus uteri vakasının uterus koruyucu cerrahi ile laparoskopik lateral süspansiyon ameliyatı yapılarak tedavi edilmesinin video ile demonstre edilmesi.

YÖNTEM:35 yaşında daha önce 3 normal doğumu olan hasta tarafımıza vajende ele gelen kitle, yürümede zorluk ve kasık ağrısı şikayeti ile başvurdu.Hastaya yapılan muayenede litotomi masasında nötral pozisyonda spontan dışarda serviks hymen hattından 0.5 cm daha dışarda izlendi. Serviks doğal görünümde idi. İkındırmakla serviks hymen hattından dışarı 1 cm den daha fazla dışarı prolobe olmakta idi. Ancak uterus total dışarda değildi. Pop q evreleme sistemine göre evre 3 desensus uteri grade 1 sistosel olarak değerlendirildi.Hastanın stres inkontinans şikayeti yoktu.Hastanın tedavisi planlanırken yaşının çok genç olması nedeniyle organ koruyucu ve minimal invaziv cerrahi prosedürler daha öne çıkmakta idi. Bu nedenle hastaya histerektomi yapılmaksızın laparoskopik lateral süspansiyon ameliyatı planlandı.Genel anestezi altında dorsal litotomi pozisyonunda 10luk trokar ile umblikustan batına ve sol ve sağ crista iliaca anterior süperiorun yaklaşık 2-3 cm posterolateralinden 5 lik trokar ve sol paraumbikal bölgeden 5lik trokar ve ile batına girildi. Mesane peritonu ligasure yardımıyla keskin künt diseksi edildi. uterus isthmus hizası açıldı.İnsizyon hattı her iki paraservikal alanda yaklaşık 2-3 cm kadar genişletildi. Ardından dışarda hazırlanan ortasında prolen ile suture edilmiş haldeki mesh sol 5lik trokar yerinden batın içine alındı.Mesh, ortasından servikse 1 nolu prolen ile suture edildi. disektör sağ ve sol sias 3 cm posterolateralinden periton altından, açılmış insizyon hattına doğru ligamentum rotundum altından geçecek şekilde ilerletildi.Mesh ucu her iki yan sias 2-3 cm posterolateralinden batın dışına alındı.Açılan uterus üzeri periton 2/0 nolu vicryl ile laparoskopik olarak onarıldı.Batın dışındaki her iki mesh ucundaki fazlalık kesildi. Operasyon salonunda yapılan değerlendirmede desensus uteri tamamen gerilemiş anatomik tam düzelme sağlanmış izlendi. Operasyona son verildi.

BULGULAR: Hastanın kontrolünde desensus uterisi ve sistosel tamamen düzelmiş olup postop 1.gününde şikayeti olmaması herhangi inkontinansı olmaması ve hastanında taburcu olmak istemesi üzerine hasta externe edildi.

Postop 1. hafta 1.ay ve 6.ayında hasta kontrole çağırıldı.Desensusu tamamen iyileşmiş olan hastanın ek olarak cinsel fonksiyonları düzelmiş, tüm yaşam kalitesi skorlarında anlamlı yükselme sağlanmış olduğu gözlemlendi.

SONUÇ: Laparoskopik olarak yapılan lateral süspansiyon ameliyatı ile iyi anatomik sonuçlar yanında iyi fonksiyonel sonuçlar elde edilmektedir.Apikal prolapsus için eğer cerrahi tedavi planlanıyorsa kolposüspansiyona bağlı komplikasyon oranlarının daha yüksek olması ve servikosüspansiyondan sonra daha iyi cinsel sonuçlar nedeniyle cerrahlar uterusu korumaya odaklanabilirler. Uterusun korunduğu lateral süspansiyon operasyonu bu nedenle hem hastaya minimal invazif olması,organ koruyucu yöntemin seçilmiş olması ve postop dönemde hasta konforu ve cinsel fonksiyonlarla ilgili avantajları yüzünden prolapsus cerrahisinde öne geçmektedir.

Anahtar Kelimeler: #laparoscopic, #prolapsus, #desensus, #suspension

**VS-049****Derin infiltran endometriozis varlığında laparoskopik histerektomi, retrograd histerektomi tekniği**

Nasuh Utku Doğan, Selen Doğan, Sefa Metehan Ceylan, Esra Bağcıoğlu, Sinan Serdar Ay, Fatma Ceren Güner
Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum AD

Derin infiltran endometriozis vakalarında tamamlayıcı cerrahide nihai hedef çoklu organ rezeksiyonu ile endometriotik odakların tamamen ortadan kaldırılması, gözle görülebilir lezyonun kalmamasıdır. Barsak tutulumu olan olgularda histerektomi yapılması planlandığında önce histerkomiye başlanıp, ön kolpotomi sonrasında Douglas disseksiyonunun sona bırakılması ve Posterior kolpotomi öncesinde Douglasın disseke edilmesi vakayı kolaylaştıracaktır. Bu video prezentasyonunda daha önce 4 kere endometriozis cerrahisi geçirmiş 42 yaşında çocuksuz hastaya laparoskopik histerektomi + bso + sakrouterin ligamnet üstü odak eksizyonu ve rektal shaving ile endometriotik odak eksizyonu yapıldı. Bu videoda bu tür vakalarda ön kolpotomi sonrası Douglas disseksiyonu prezente edilmiştir. Operasyon 210 dakika sürmüştür, total kan kaybı 50 cc idi. Hasta post-op 4.gününde şifa ile taburcu edildi. Derin infiltran endometriozis cerrahisinde önceden tanımlanmış operasyon basamaklarına uyulduğunda ameliyat kolaylaşmakta ve komplikasyonlar azalmaktadır.

Anahtar Kelimeler: Derin infiltran Endometriozis, laparoskopik histerektomi, retrograd histerektomi

**VS-050****Morsafe ile laparoskopik miyomektomi**Murat Öz

Yüksek İhtisas Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum A.D.

43 yaşında G0P0Y0

Pelvik ağrı ve menometroraji yakınması ile başvuran hastanın görüntülemesinde en büyükleri 8 cm ve 5 cm olmak üzere multiple intramural miyomu olan hastanın morsafe torba içerisinde morselasyon kullanılarak laparoskopik yöntemle multiple miyomektomi operasyonunu sunmak isteriz.

Anahtar Kelimeler: laparoskopik miyomektomi, morsafe, endobag, morselasyon



VS-051

Geçirilmiş histerektomi sonrası cuff prolapsusunda laparoskopik sakrokolpopeksi operasyonuMustafa Can Sivas, Lokman Semih Demirkaya

Başakşehir Çam ve Sakura Şehir Hastanesi, Kadın hastalıkları ve doğum kliniği; İstanbul

AMAÇ: Pelvik organ prolapsusu (POP); pelvik organların normal anatomik pozisyonundan aşağı doğru yer değiştirmesi olarak tanımlanmaktadır. POP genelde pelvik taban disfonksiyonuna bağlı olarak ortaya çıkmaktadır. Pesser uygulamaları gibi cerrahi dışı uygulamaların yanısıra kesin tedavisi cerrahidir. Cerrahi teknik olarak abdominal, vajinal ve laparoskopik yaklaşımlar bulunmaktadır. Laparoskopik yaklaşımın diğerlerine göre çeşitli avantajları vardır. Bu avantajlarıyla laparoskopik yaklaşım ilk tercih olarak seçilmektedir. Bu bildirinin amacı; geçirilmiş histerektomi operasyonu sonrası meydana gelen vajen cuff prolapsusu olan hastamızda uyguladığımız laparoskopik sakrokolpopeksi operasyonumuzu video sunum olarak paylaşmaktır.

BULGULAR: Ele gelen kitle şikayetiyle hastanemize başvuran 63 yaşında, 4 vajinal doğumu olan, 13 yıl önce histerektomi, bilateral-ooferektomi yapılmış olan hastamızın jinekolojik değerlendirmesinde POPQ evreleme sistemine göre 4.evre vajinal cuff desensusu izlendi. Stress inkontinans testi negatif olan hastanın ultrasonografisinde uterus ve overler cerrahi yokluk halinde izlendi. Hastaya laparoskopik sakrokolpopeksi operasyonu planlandı. Laparoskopik olarak batına girildi. Bağırsak ansları, mezosundan 1 numara vicryl sütür ile geçilerek sol trokar girişine asıldı. Vajinal ekstör yardımıyla vajen cufftan mesane ve rektum ultrasonik enerjiyle diseke edildi. Takiben promontorium belirlendi ve üst periton cuff a kadar ultrasonik enerjiyle diseke edildi. Umbilikal trokardan prolen mesh batına sevk edildi. Mesh, vajinal cuff ön ve arka yüzüne no:2.0 ethibond sutur ile sabitlendi. Mesh devamı promontoriuma prolen sutur ve titanyum tuckerla tension-free şekilde sabitlendi. Mesh tamamen retroperitoneal alanda kalacak şekilde üzeri peritonla kapatıldı. Vajinal cuff apeksinin maksimal derecede yükseldiği vajinal muayene ile teyit edildi. Erken ya da postoperatif komplikasyon izlenmedi.

SONUÇ: Vajinal cuff prolapsusunun tedavi yöntemlerinde laparoskopik mesh askı operasyonu ile intraoperatif kanama miktarı az olmakta insizyon küçüklüğü nedeniyle postop iyileşme süresi daha hızlı olmakta ve postop komplikasyon görülme ihtimali ise azalmaktadır. Rekürrens riski minimal olmaktadır. Bu avantajları nedeniyle prolapsus hastalarında laparoskopik sakrokolpopeksi operasyonu ön planda tercih edilebilir.

Anahtar Kelimeler: prolapsus, sakrokolpopeksi, histerektomi

**VS-052****Laparoscopic management of hydatid cyst**

Mürüvet Korkmaz¹, Seda Şahin Aker²

¹Gynecology and Obstetrics, Kayseri City Education and Training Hospital, Kayseri, Turkey

²Gynecological Oncology, Kayseri City Education and Training Hospital, Kayseri, Turkey

Case Presentation: 34 year old women admitted to gynecologic oncology unit with an abdominal pain. Patient had a surgery history for liver hydatid disease 3 years ago. Transvaginal ultrasound showed a 40*44 mm diameter, round shaped, anechoic adnexial mass with internal septation at left ovarian fossa. The tumour markers were normal and laparoscopy planned with a type 3 hydatid cyst pre diagnosis. In this video presentation, we demonstrate the close relationship with ureter and hydatid cyst. During excision of the cyst, we preserve the ureter and the hypogastric nerves

Keywords: hydatid cyst, laparoscopy, minimal invasive surgery

**VS-053****V-Notes hysterectomy and bilateral salpingo oophorectomy**

Gülşah Dilci Yıldırım, Osman Talha Uğur, Seda Şahin Aker

Gynecology and Obstetrics, Kayseri City Education and Training Hospital, Kayseri, Turkey

CASE: A 53-years-old, postmenopausal female P3G3Y3(3 NVD), didn't have surgery history.

She admitted to polyclinic with a palpable mass in the vagina and difficulty urinating.

Vaginal examination revealed grade 2 uterine prolapsus.

VNOTES hysterectomy and salpingo-oophorectomy were planned for the patient.

VNOTES HYSTERECTOMY-BSO: First, the operation was started with anterior and posterior colpotomy after the insertion of urethral catheter. Then, 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. After, bilateral uterine artery were ligated than bilateral infundibulopelvic ligaments were selaed.

Keywords: : VNOTES surgery, hysterectomy, uterine prolapsus

**VS-054****Kavitede aynı lokalizasyonda septum ve tip2 myom olgusu**

Eralp Bulutlar, Gizem Boz İzceyhan

Zeynep Kamil Kadın ve Çocuk Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi

İnfertilite nedeniyle polikliniğimize müracaat eden hastamızın yapılan üç boyutlu ultrasonografisinde uterin septum ve hemen arkasında uterin septumu daha da bombeleştiiren yaklaşık 5 cm çapında «Tip2 Myoma Uteri» ile uyumlu görünüm izlendi. Bunun üzerine hasta operasyona hazırlandı. Yapılan histeroskopisinde uterin septum ile uyumlu görünüm bipolar enerji kullanılarak loop uç ile birlikte eksize edildi. Septum eksize edildikten sonra hemen arkasındaki myomun spontan olarak kaviteye doğduğu gözlemlendi. Kaviteye doğan myoma uteri de kavitede myom görünümü kalmayana dek eksize edildi. Materyaller patolojiye gönderildi. 3 menses sonrasında diagnostik histeroskopi planlanmak üzere operasyona son verildi.

Anahtar Kelimeler: Uterin Septum, İnfertilite, Myoma Uteri, Histeroskopi



VS-055

IRIS katater eşiliğinde laparoskopik cerrahiSeda Şahin Aker¹, Mürüvet Korkmaz²¹Jinekolojik onkoloji, Kayseri şehir eğitim ve araştırma hastanesi, Kayseri²Kadın hastalıkları ve doğum, Kayseri şehir eğitim ve araştırma hastanesi, Kayseri

Laparoskopik cerrahilerde ureter hasarı en önemli morbiditelerdendir. Teknolojik gelişmelerle birlikte uretere double j yerine laparoskopik cerrahilerde vizualize edebileceğimiz teknolojik kataterler takılabilmektedir. Bu video prezentasyonda, her iki uretere IRIS katater takılarak yapılan laparoskopik histerektomi ve bilateral salpingooferektomi basamaklarını izlemektesiniz

Anahtar Kelimeler: IRIS katater, laparoskopi, lighted ureteral kateter, histerektomi



VS-056

Jinekolojik cerrahi için üreter gözlemi ve diseksiyon tekniği

Onur Alp Acun, Salih Taşkın

Ankara University School of Medicine

Jinekolojik cerrahilerde üreter gözlemi ve diseksiyonu sırasında dikkat edilmesi gerekenler.

Anahtar Kelimeler: üreter diseksiyonu, jinekolojik cerrahilerde üreter gözlemi, laparoskopik üreter diseksiyonu



VS-057

Laparoskopik paraaortik lenf nodu diseksiyonu

Mehmet Faruk Köse¹, Emine Karabük², Mustafa Deveci³, Edis Kahraman³

¹Acıbadem Mehmet Ali Aydınlar Üniversitesi, Atakent Hastanesi, Jinekolojik Onkoloji AD, İstanbul

²Acıbadem Mehmet Ali Aydınlar Üniversitesi, Atakent Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği, İstanbul

³Acıbadem Atakent Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği, İstanbul

Jinekolojik kanserlere bağlı ölümlerin ülkemizde en önemli sebebi over kanserleridir. Over kanserinin tedavisinde paraaortik lenf nodu diseksiyonu her ne kadar son yıllarda tartışılan konulardan biri olsa da, genellikle ileri evrede tanı konmuş olduklarından halen günümüzde paraaortik lenf nodu diseksiyonu yaygın olarak kullanılan bir cerrahidir. İyileşme süresinin kısa olması, operasyon sonrası gerekli sistemik kemoterapinin gecikmemesi, morbiditesinin daha az olması nedeniyle yeterli klinik ve cerrahi tecrübesi olan kliniklerde de geniş sitoredüksiyon minimal invazif olarak, laparoskopik yada robotik olarak yapılabilmektedir. Sunmak istediğimiz vakamız 33 yaşında insidental saptanan heterojen papiller yapılı olan over kitlesi sonrası tanısız laparoskopide peritoneal, omental, diyafragmatik implantları tespit edilen mikroinvazyon gösteren borderline seröz over tümörlü hastamızın, minimal invazif paraaortik lenf nodu diseksiyonudur.

Anahtar Kelimeler: Paraaortik lenf nodu, Laparoskopi, Laparoskopik SRC, over kanseri

**VS-058****Laparoscopic Adnexal Mass Excision in a Hysterectomized Woman**Zeliha Fırat Cüylan, Özgün Ceylan

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

44-year-old woman presented with complaint of pelvic pain. She had three previous c-sections and due to postpartum atony during the last one, she underwent subtotal hysterectomy. A right adnexal mass approximately 15 cm in size was found during pelvic examination. Ultrasonography revealed a unilocular cyst which originated from right adnexal area and extending to umbilicus that had a size of 125x57 mm. These findings were supported by MRI, which showed a low contrast cystic mass of 12x12x9 cm in the right adnexal area. Patient, whose tumor markers were normal, underwent laparoscopic adnexial mass excision. Adnexial mass was removed from the abdomen via use of an endobag and then sent for frozen section. Result of frozen section was reported as benign. Final pathology stated a benign serous cyst.

Keywords: Adnexal mass, Laparoscopy, Ovarian Cyst



VS-059

Kronik pelvik ağrının eşlik ettiği derin infiltratif endometriozis vakasına operatif yaklaşım

Ismail Akif Tüfekcioğlu¹, Ece Ermin², Emre Baran Danış³, Alev Atış Aydın⁴, Orhan Şahin⁵

Endometriozis, endometrial stromal ve glandüler dokuların endometrium dışında yerleşimi olarak tanımlanmaktadır. Endometriozis, sadece ektopik implantlarla sınırlı olmayıp tüm reproduktif sistemi etkileyen karmaşık bir patolojiyi içermektedir. Ufak lezyonlardan, mesane, üreter ve barsakları içeren adhezyonlara, tuba ve overlerin anatomisini bozan büyük çaplı endometriomalara kadar değişik klinik yelpazede izlenmektedir. Endometriozisin evresiyle ağrı arasında iyi bir ilişki olmamakla beraber derin lezyonlarda, özellikle de rektovajinal endometrioziste ve endometrial odakların sayısı ile ağrının ciddiyeti arasında pozitif korelasyon bulunmaktadır. 49 yaşında kadın hasta gravida 4, parite 2, 2 adet abortusu ve 2 sezeryan doğumu mevcut. 15 günde bir adet görme ve adetlere eşlik eden şiddetli pelvik ağrı olması şikayetleri ile son adet tarihinin 7. gününde polikliniğimize başvurdu. Anamnezde şikayetlerinin son bir yılda başladığı öğrenildi. Ağrı şiddetine 1'den 10'a kadar bir değer vermesi istendiğinde 10 puan verdi. Yapılan jinekolojik muayenede patoloji izlenmedi. Transvajinal ultrason değerlendirmesinde endometrial kalınlık 4 mm düzenliydi. Uterus korpus posteriora 26x40 mm ebatlarında subserozal yerleşimli myom izlendi. Sağ over doğal, sol overde douglasta uzanım gösteren 17x28 mm yoğun içerikli kistik yapı izlendi. Hastada ön planda endometriozis düşünüldü. Preoperatif hazırlık yapıldı. Operasyon laparoskopik prosedür ile başlatıldı. Yapılan eksplorasyonda uterus sağ lateralinde 3 cm çapında subseroz myom, sol overde yaklaşık 3 cm endometrioma görüldü. Bilateral tuba uterina ve overler lateral pelvis duvarına ve douglasta yapıştı. Ayrıca rektum ve sigmoid kolon uterusu adezeydi. Douglasta rektovajinal fossada bir kaç adet endometriozis nodülü-derin endometriozis izlendi. Adeze olan endometriozis odakları diseke edildi. Total laparoskopik histerektomi, bilateral salpingooferektomi ve derin infiltratif endometriozis cerrahisi uygulandı. Operasyon laparoskopik olarak tamamlandı. Hastanın postoperatif takiplerinde genel durumu iyi, vitalleri stabil ve laboratuvar değerlerinde bozulma izlenmemesi üzerine postoperatif 3. günde taburcu edildi. Post operatif kontrollerinde hastanın mevcut yakınmalarının geçtiği görüldü. Operasyon sonrası 1. ay kontrolünde tekrar ağrı değerlendirmesi yapılması istendi. 1'den 10'a kadar olan skalada 2 puan olarak değerlendirildi. Ameliyat materyallerinin patolojik incelenmesi endometriotik nodül, endometriozis odağı ve leiomyoma olarak sonuçlandı.

Anahtar Kelimeler: kronik pelvik ağrı, derin infiltratif endometriozis, laparoskopi

**VS-060****Servikal leiomyomlu hastada total laparoskopik histerektomi**

Aslı Tuğçe Çeken, Süleyman Salman, Elif Yıldız, Havva Betül Bacak

SBÜ, Gaziosmanpaşa Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Ana Bilim Dalı, İstanbul

Servikal leiomyom, servikal kas dokusundan gelişen genellikle 0,5-1 cm çapında, tek, düzgün yapıda, sert, uterin miyomlara benzer, en yaygın servikal benign tümördür. Servikal fibroidler toplam fibroidlerin %1-2'sini oluşturur ve interstisyel, süpravajinal ve polipoidal olmak üzere 3 ayrı şekilde gözlenir. Süpravajinal fibroidler servikal kanalın tamamını çevreleyerek uterusu süperiyora itebilirler. Ayrıca tek taraflı ya da çift taraflı, intramural ya da subserozal olabilirler ve pelvis içine uzanabilirler. Semptomlar myomun büyüme yönüne göre farklılık gösterebilir. Büyüyen myom, komşu organlarda mekanik basıya bağlı semptomlara yol açarak, dizüri, idrar kaçırma, üreteral obstrüksiyon, dispareniye neden olabilir. Servikal myomların cerrahi tedavisinde laparoskopi daha az hastanede kalış süresi, daha az postoperatif ağrı ve daha az yara yeri enfeksiyonu nedeni ile sıkça tercih edilmektedir.

Anahtar Kelimeler: Servikal myom, leiomyom, laparoskopi



VS-061

Laparoskopik uterosakral plikasyon: Video olgu sunumuZeynep Küçükolcay Coşkun, Kasım Akay

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

36 yaşında, 3 normal doğum öyküsü olan hastanın uterin prolapsus nedeniyle kliniğimize başvurmuştu. Hastanın önceden geçirilmiş apendektomi ve uterus kitle eksizyonu mevcuttu. Menoraji nedeniyle yapılan pc sonucu proliferatif endometrium gelen hastaya laparoskopik uterin sakral plikasyon ameliyatı planlandı. Hasta genel anestezi altında ve litotomi pozisyonunda iken umbilikustan 10luk trokar ile girilerek batın yaklaşık 3 lt co2 ile şişirildi. Ardından 3 adet 5lik trokar yerleştirildi. Yapılan eksplorasyonda uterusun, bilateral tubaların ve bilateral overlerin normal olduğu izlendi. Üreter hasarını önlemek için retroperitona girilerek üreterler lateralize edildi. Uterosakral ligament kontraksiyonla gerginleştirilerek sütürün daha rahat geçişi için pozisyon verildi. Ardından non absorbable 0 ethibond sütür kullanılarak yaklaşık 1 cm aralıklarla önce sağ uterosakral ligamentten 3 kez ardından uterus posteriorundan serviks düzeyinden 2 kez geçilip sonra uterosakral ligamentten 3 kez geçilerek sütür atıldı. Douglass boşluğu kapatıldı. Kanama kontrolünü takiben manipülör ve trokarlar çıkarıldı. Komplikasyon olmadı.

Pelvik organ prolapsusu, pelvik taban yetersizliğine bağlı pelvik organların (üretra, mesane, uterus, serviks, rektum) vajene herniye olmasıdır. Pop neden olduğu semptomlar 4 gruba ayrılabilir. Birinci grup üriner şikayetlerdir (üriner inkontinans, idrar yapmayı erteleyememe, sık idrar yapma, mesaneyi boşaltamama hissi gibi). İkinci grupta defkasyonla ilgili sıkıntılar yer almaktadır (defekasyonda güçlük, gaz ve gaita inkontinansı, defakasyon için elle prolapsus redüksiyon ihtiyacı, fekal boşaltmanın tam olmaması, defakasyonu erteleyememe gibi). Üçüncü grupta ise seksüel şikayetler yer alır (koitus bulunamama, disparoni, orgazm olamama, koitus sırasında idrar kaçıрма).

Son grupta ise vajinal ağrı, vajinada basınç hissi, belde ve sakrumda ağrı olarak sıralanabilir. Pop için hem medikal hem cerrahi tedavisi olsa da cerrahiye uygun olmayan hastalara medikal tedavi uygulanmaktadır çünkü kesin tedavisi cerrahidir. Eskiden prolapsus hastalarına doğrudan histerektomi uygulanırken günümüzde uterus koruyucu cerrahiler tercih edilmektedir. Bu cerrahiler abdominal ve vajinal yoldan yapılabilir. Abdominal cerrahiler ise laparotomik ve laparoskopik olabilir. Williams tarafından 1996 yılında vajinal yoldan uterosakral ligamentler kesilip serviksin arkasına çapraz olarak ve kardinal ligamentler kesilerek serviksin önünde çaprazlanarak fiks edilmiştir. Williamsın uyguladığı bu cerrahide 19 hastanın 3 tanesinde rekürrens meydana gelmiştir.

Bu çalışmanın amacı laparoskopik ameliyat ile meş kullanmadan komplikasyon riskini en aza indirerek hastanın hayat kalitesini arttırmaya yönelik yapılan prolapsus cerrahisinin bir örneğini sunmaktır. Hastanın laparoskopik cerrahi geçirmesi nedeniyle hastanede kalış süresi kısalmış, kanam miktarı az olması nedeniyle transfüzyona ihtiyaç duyulmamış, meş konulmadığından komplikasyonlar en aza indirilmiştir. Uygun hastalarda laparoskopik sakrouterin ligament plikasyonu pop tedavisi için bir seçenek olarak sunulmalıdır.

Anahtar Kelimeler: sakrouterin plikasyon, pelvik organ prolapsusu, laparoskopik uterosakral plikasyon



VS-062

Meşsiz laparoskopik sakrohisteropeksi modifikasyonu klinik uygulamasıMuhterem Melis Cantürk

Ünye Devlet Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Departmanı, Ünye, Ordu

GİRİŞ: Uterin prolapsus için vaginal histerektomi ve apikal süspansiyon çoğu zaman tercih edilen yöntem olmakla birlikte, uterus koruyucu yaklaşımdan laparoskopik sakrohisteropeksi başarı şansı yüksek ve güvenilir bir alternatiftir. (1) Laparoskopik sakrohisteropeksi ameliyatlarında rutinde kullanılan poliprolen meş için komplikasyon risk %1-3 olarak bildirmiştir. (2) Bununla birlikte 2019 yılında FDA tarafından tüm vajinal meş cihazlarının piyasadan geri çekilmesi, NHS'in 2018'de vajinal meş kullanımını durdurması ve sonrasında yayınlanan NICE kılavuzu ile birlikte ürojinekolojik cerrahilerde meş kullanımına alternatif yol aranmaya başlanmıştır. Bu videoda 2020 yılında yayımlanan meşsiz laparoskopik sakrohisteropeksi (Ozerkan Modifikasyonu) yönteminin klinik uygulaması demonstre edilmiştir. (2)

YÖNTEM: 41 yaşında, daha önce 3 spontan vaginal doğum gerçekleştirmiş hastanın ele gelen vaginal kitle tariflemesi üzerine hasta değerlendirildi. Hastada evre 3 apikal pelvik organ prolapsus saptandı. Eşlik eden üriner inkontinans tariflemeyen hastaya tedavi seçenekleri anlatıldı. Uterus koruyucu cerrahi yöntemi tercih eden hasta için Mersilen poliester sütür kullanarak laparoskopik sakrohisteropeksi ameliyatının gerçekleştirilmesi planlandı.

BULGULAR: Prosedürün basamakları video üzerinden demonstre edildi. İşlem esnasında kalıcı kontrasepsiyon isteği de bulunan hasta için laparoskopik bilateral salpenjektomi eş zamanlı uygulandı. İşlem sonrasında post operatif 3. Ay kontrolünde hastanın muayenesinde Evre 0 pelvik organ prolapsus izlendi.

SONUÇ: Literatürde meş kullanmadan yapılan laparoskopik sakrohisteropeksi ameliyatının 3 yıllık objektif/subjektif başarı şansı %90 olarak bildirilmiştir. (2) Meş tartışmalarının devam ettiği süreçte poliester sütür güvenli bir alternatif olarak tercih edilebilir.

Kaynaklar:

Izett-Kay ML, Rahmanou P, Cartwright RJ, Price N, Jackson SR. Laparoscopic sacrohysteropexy versus vaginal hysterectomy and apical suspension: 7-year follow-up of a randomized controlled trial. Int Urogynecol J. 2022 PMID: 34424347

Orhan A, Ozerkan K, Kasapoglu I, Ocakoglu G, Aslan K, Uncu G. A Meshless Practical Laparoscopic Sacrohysteropexy Modification and Long-term Outcomes. J Minim Invasive Gynecol. 2020 PMID: 32135244.

Anahtar Kelimeler: Pelvik organ prolapsusu, Sakrohisteropeksi, Laparoskopik

**VS-063****Laparoscopic hysterectomy in deep infiltrative endometriosis**

Sevtap Seyfettinoglu, Berkan Berk, Sevda Baş, Mehmet Ali Narin

S.B.Ü. Adana Şehir Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Jinekolojik Onkoloji Kliniği

OBJECTIVE: Deep infiltrating endometriosis (DIE) is a disease that affects 6% to 12% of all women of reproductive age. Patients have widespread pain and quality of life effects, especially patients who have completed their fertility and are resistant to medical treatment. Hysterectomy and bilateral salpingo-oophorectomy can be applied as the last choice treatment. Common adhesions in cases may complicate surgery. However, laparoscopic hysterectomy is the method that should be preferred in such patients due to its advantages, such as rapid recovery. We aimed to present a case in which we underwent laparoscopic hysterectomy and bilateral salpingo-oophorectomy.

CASE: Laparoscopic hysterectomy, salpingo-oophorectomy, and deep pelvic nodule resection were performed on a 52-year-old patient who presented with chronic pelvic pain because she did not benefit from repeated medical treatment given before. Retroperitoneal dissection and ureterolysis were performed, and safe surgical limitations were determined. The case was carried out without complications.

RESULTS: Early postoperative and late follow-up revealed a significant reduction in pelvic pain.

CONCLUSION: Laparoscopic treatment has become the standard treatment for DIE. With the advantage of minimally invasive surgery, this method should be chosen for these patients. The revealing of anatomical plans during surgery eliminates the possibility of any injury.

Keywords: Laparoscopy, Deep İnfiltrative Endometriosis, Pelvic Pain

**VS-064****Mükerrer sezaryen hikayesi olan hastalarda laparoskopik histerektomide yapışık mesane diseksiyonu**Mürşide Çevikoğlu Kılıç, Tolgay Tuyan İlhan

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

GİRİŞ: Geçirilmiş cerrahisi olan hastalarda mesane yaralanmalarını önlemek için laparoskopik histerektomi sırasında mesane diseksiyonu yapmak oldukça önemlidir. Önceki sezaryenlerin neden olduğu cerrahi adezyonlar vajinal histerektomiye teknik olarak zorlaştırabilir. Uterusun anterior duvarından mesane keskin ve künt diseksiyonlarla uzaklaştırılır. Ancak uterusu skar varsa sadece uterus ile mesane arasında değil karın ön duvarında da yapışıklıklar olabilir ve bu da diseksiyonu zorlaştırabilir. Disseksiyon sırada koter kullanılmaması termal hasarı da önler.

Vakalarda laparoskopik histerektomiye başlanmadan, uterus manipülatör aracılığıyla retrovert pozisyona alınır. Gerilince uterus ve ön duvar arasındaki adezyon bandları görünür hale gelir. Uterus duvarlarındaki yapışıklıklar yukarıdan aşağıya doğru kat kat açılmaya başlanır. Klivaj açılmaya başlandığında uterusun retroversiyonuna daha da çok izin verir. Yapılan keskin ve künt diseksiyonlarla mesane üzeri yağ dokusu indirilir. Buraya supravaziküler alan(Purohit alan) ismi verilir.

OLGU 1: 40 yaş G2 P2 Y2 (2C/S) olan annede over kanseri öyküsü mevcut hasta dış merkezden adneksiyal kitle nedeniyle refere edildi. Usg de sol overde 9 cm boyutunda multilobüle papiller uzanım içeren kistik yapı izlendi. Yapılan MR görüntülemesinde solda iliak vasküler yapılar ve suprapubik bölgede sigmoid kolon segmentleri ile yakın komşuluk gösteren multiloküle görünümde içerisinde sıvı kan seviyelenmesi gösteren komponentler ve santral kesimde kalın septasyonlar, solid komponentler içeren 60x52x42 mm boyutunda kitlesel lezyon saptanmış. Hastaya L/S triyaj planlanıp TLH + Sağ USO yapıldı.

OLGU 2: 56 yaş G4 P4 Y4 (1ND, 2C/S) olan dış merkezden atipili hiperplazi nedeniyle refere edilen hasta. Usg de endometrium 7 mm ölçüldü. Hastaya TLH + BSO yapıldı.

OLGU 3: 56 yaş G9 K5 P4 Y4(2ND, 2CS) olan abdominoplasti öyküsü olan hastanın muayenesinde grade 2 uterin prolapsus ve grade 3 sistosel mevcuttu. Hastaya TLH + BSO + Kolporafi Anterior yapıldı.

Her üç vakada mesane uterus anterioruna adheze olup keskin ve künt diseksiyonlarla mesane uterus-tan uzaklaştırılmıştır

Anahtar Kelimeler: laparoskopik histerektomi, mükerrer sezaryen, mesane diseksiyonu



VS-065

Tip 3 leiomyoma uteri vakasına operatif histeroskopik yaklaşım

Ismail Akif Tüfekcioğlu¹, Ece Ermin², Emre Baran Danış³, Alev Atış Aydın⁴, Orhan Şahin⁵

Uterin leiomyomlar kadınlarda en sık görülen pelvik neoplazmlardır. Miyometriyumun düz kas hücreleri ve fibroblastlarından köken alan nonneoplastik monoklonal tümörlerdir. Üreme çağındaki kadınlarda ortaya çıkarlar ve semptomatik olduklarında tipik olarak anormal uterin kanama ve/veya pelvik ağrı/basınç semptomları gösterirler. İnfertilite ve olumsuz gebelik sonuçları gibi üreme üzerinde etkileri olabilir. FIGO sınıflandırma sistemi (PALM-COEIN) nin bir alt sınıflama sistemine göre uterustaki lokalizasyonlarına göre sınıflandırılırlar. Bu sınıflamaya göre tamamı myometrium içinde olmasına rağmen endometrium ile ilişkili olan myomlar tip 3 leiomyoma uteri olarak isimlendirilmektedir. 43 yaşında gravida 6, parite 2, 4 küretaj, 1 vavinal doğum ve 1 sezeryan doğum öyküsü olan hasta adet dönemlerinde kanama miktarının son 1 yılda artması şikayeti ile polikliniğimize başvurdu.

Anamnezde 7 ped/gün kullandığı ve adet süresinin 8 gün sürdüğü, 1 yıl öncesine göre kanama süresi ve miktarının arttığı öğrenildi. Jinekolojik muayenede patoloji saptanmadı. Yapılan transvajinal ultrasonografide uterus korpus posteriorda intramural yerleşimli endometrial kavite ile ilişkili tip 3 olduğu düşünülen leiomyom izlendi. Bilateral overler doğaldı. Histeroskopik myomektomi planlanarak preoperatif hazırlığı yapıldı. Steril şartlarda operatif histeroskopik sistem usulüne uygun şekilde uterin kavite içine uygulandı. Yapılan görüntüleme her iki ostium açıldı. Uterin corpus posterior duvarda endometrial tabakada bombe olduğu izlendi. Rezektoskop yardımıyla myom kavitesine ulaşıldı. Myometrium dokusuna gömülü olarak çapı yaklaşık 3 cm olan myom rezeke edildi. Kısmen künt diseksiyon yapıldı. Leiomyoma uterinin tip 3 ile uyumlu olduğu düşünüldü. Hastanın postoperatif takiplerinde genel durumu iyi, vitalleri stabil ve laboratuvar değerlerinde bozulma izlenmemesi üzerine postoperatif 2. günde taburcu edildi. Post operatif kontrollerinde hastanın mevcut yakınmalarının geçtiği görüldü. 1 ay sonra yapılan kontrol transvajinal ultrasonografide endometrial kavite düzenli izlendi. Patolojiye gönderilen materyal leiomyoma uteri ile uyumlu olarak sonuçlandı.

Anahtar Kelimeler: operatif histeroskopi, tip 3 leiomyoma uteri, anormal uterin kanama



VS-066

Laparoskopik pelvik lenf nodu diseksiyonu

Çağlanur Yıldız, İbrahim Yalçın

Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi

laporoskopik pelvik lenf nodu diseksiyonu

Anahtar Kelimeler: laporoskopik cerrahi, pelvik lenf nodu diseksiyonu, endometrium kanseri

**VS-067****Laparoscopic total omentectomy in early stage ovarian cancer**

Eren Kaya¹, Edis Kahraman², Mustafa Deveci², Emine Karabuk¹, M. Faruk Kose³

¹Department of Obstetrics and Gynecology, Acibadem Mehmet Ali Aydınlar University

²Department of Obstetrics and Gynecology, Acibadem University Atakent Hospital

³Department of Obstetrics and Gynecology, Branch of Gynecologic Oncology, Acibadem University Atakent Hospital

Accurate surgical staging is crucial in management of ovarian cancer. Various examples of minimally invasive approaches of laparoscopic and robotic surgery have been used in early stage ovarian cancer. The main concern in the literature about minimally invasive surgery is whether we are able to perform R0 resection for possible lymphatic or omental metastases.

We present a 33 year old patient with the diagnosis of micropapillary borderline serous ovarian tumor, previously performed laparoscopic left salpingo-oophorectomy. We performed a laparoscopic total omentectomy as well as, pelvic and para-aortic lymphadenectomy and hysterectomy. Total omentectomy was performed via advanced monopolar energy via a suprapubic trochar and three lateral trochars. The patient was discharged in post operative day 1 without any complication.

Currently, laparoscopic surgery is on debate in gynecological oncology for surgical outcomes and oncologic safety. Many studies confirm that with experienced surgeons and appropriate use of technology, minimally invasive surgery is non-inferior or accurate staging and cytoreduction for ovarian cancer as well as other gynecologic cancers.

Keywords: omentectomy, ovarian cancer, laparoscopic staging

**VS-068****Laparoskopik dermoid kist eksizyonu**Ayşe Rumeysa Aydoğan Demir¹, İbrahim Yalçın²¹Ondokuz Mayıs Üniversitesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Ana Bilim Dalı, Samsun²Ondokuz Mayıs Üniversitesi, Jinekolojik Onkoloji Ana Bilim Dalı, Samsun

Laparoskopik dermoid kist eksizyonu operasyonu yaptığımız olgunun video sunumunu paylaşmayı amaçladık.

Anahtar Kelimeler: laparoskopi, dermoid, kist eksizyonu



VS-069

Dev over kisti nedeni yapılan salpingoofektomi cerrahisinde over/kist bütünlüğü korunarak cerrahi eksizyon yaklaşımıPınar Türk, Okan Özden

Medicana Bursa Hastanesi, Kadın Hastalıkları Doğum Bölümü, Bursa

Bu olgumuzda 41 yaşında şiddetli karın ağrısı atakları şikayeti ile polikliniğimize başvuran ve sol over de 13 cm multilobüle kalın cidarlı ince septalı over kisti tanısı alan bir hastanın cerrahi yönetiminde kisti rüptür etmeden anatomik markerların sırayla serbestleştirilip explore edilerek anatomik rekonstrüksiyonun sağlamanın avantajlarını sunmayı amaçladık. G2P2 hastanın 2 kez sezaryen doğum nedeni abdominal cerrahi öyküsü varken eşlik eden sistemik bir hastalığı mevcut değildi. Yapılan ultrasonografi görüntülemelerinde sol adneksial alanda over kaynaklı olduğu düşünülen 13 cm multilobüle ince septalı kistik kitle izlendi. doplerde patolojik akım vaskularizasyonu kodlanmazken, kanda tümör belirteçleri normal idi. Hastanın preoperatif hemoglobin değeri 12,4 g/dl olarak saptanırken postoperatif değer 11,9 olarak sonuçlandı. Nihai patoloji sonucu ise müsinöz kistadenom olarak raporlandı.

Geçirilmiş batin cerrahilerine sekonder olduğu düşünülen batin içi yaygın omental yapışıklıklar ligasure yardımı ile serbestleyerek anatomik markerlar vizüalize edildi. Sağda over batin duvarına adeze idi. mesane eski sezeryan skar hattına ve uterusu adeze idi. sol over kaynaklı 13 cm 'lik kist yanda batin yan duvarına peritona adeze idi. Ligasure ile adezyonlar açıldı. Sağ over mesane uterus hattı gözlemlendikten sonra, salpingoofektomide standart yaklaşımın aksine ovari proprium seviyesinden başlandı. r ound ligaman reddedildi. piyes geriye devrilerek kistin kendi ağırlığı ile ureter ve IP ligaman yakını ilişkisi uzaklaştırılmış oldu ve ureter trasesi izlenip korunarak IP ligament klempe ligate ve eksize edilerek salpingoofektomi kolaylıkla tamamlanırken over kist bütünlüğü korunarak batin kist içeriği ile kontamine edilmemiş oldu.fasyaya adeze eski cilt skar hattına yapılan 2 cmlik bir insizyon ile kist içeriği kontrollü batin dışında drene edilerek uso materyani batin dışına alındı.Hastayı postoperatif birinci günde taburcu ettik.

Her ne kadar kist boyutu büyük olsada doğru anatomik markerların sıralı diseksiyonu ile planlanan uygun cerrahi, kolaylıkla ve güvenle laparoskopik olarak gerçekleştirilebilmektedir.

Anahtar Kelimeler: dev over kisti, salpingoofektomi, adezyolizis



VS-070

Vagen Cuff'ının Thunderbeat© ile kesilip barbed suture kullanılarak mesane peritonunun üzerine kapatılmasının postoperatif Cuff Dehissensine etkisi

Mehmet Efe Namlı, Hüseyin Akıllı, Ali Ayhan

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

Histerektomi en sık uygulanan pelvik cerrahi operasyonlardan birisidir. Abdominal, vajinal, laparoskopik ya da robotik cerrahi yöntemlerle uygulanabilir. Laparoskopik histerektomi; abdominal histerektomiye göre az hospitalizasyon süresi, daha az intraoperatif kan kaybı, daha iyi kozmetik sonuçlar gibi faktörlerle güvenli, uygulanabilir bir minimal invaziv cerrahi girişimdir. Bu sebeple giderek daha artan sıklıkla kullanılmaya başlanmıştır. Laparoskopi esnasında vagen cuff'ı kesilirken THUNDERBEAT© (ultrasonografik enerji ve bipolar enerji), HARMONIC© (ultrasonografik enerji) ve LIGASURE© (bipolar enerji) gibi enerji modaliteleri kullanılmaktadır. Ultrasonografik enerji modalitelerinin kesme hızı diğerlerine göre daha fazladır. Isı hasarı, postoperatif komplikasyon riski açısından ise bu 3 modalite arasında anlamlı bir fark izlenmemiştir. Histerektominin post operatif komplikasyonları arasında vajinal cuff dehissensiyer almaktadır. Bu oran %0,3 ile %3,1 arasında değişmektedir. Abdominal ve vaginal histerektomiye kıyasla laparoskopik histerektomi sonrası daha sıktır. Cuff dehissensiyer; en erken postoperatif 3. gün ile en geç 30 yıl kadar görülebileceği bildirilmiştir. Bir çalışmada cuff dehissensiyer ortalama süresi 6,1 hafta ile 1,6 yıl (2 hafta ila 5,4 yıl) arasında değişmektedir, ancak bu histerektominin tipine göre farklılık gösterebilir. Cuff dehissensiyer kadar geçen ortalama sürenin laparoskopi uygulanan hastalarda 7 hafta, abdominal cerrahi uygulananlarda ise 13 hafta olduğu izlenmiştir. Geliştirilen cerrahi teknikler ile bu risk daha da düşürülebilmektedir. Biz bu vakalarda vagen cuff'ını THUNDERBEAT©'in ultrasonografik enerji modalitesi ile kesip barbed suture kullanılarak cuff'ı mesane peritonu ile kapattık. 18 aylık postoperatif takipte hastalarda herhangi bir komplikasyon gelişmedi. Minimal invaziv cerrahinin önem kazandığı günümüzde bu vakanın literatüre katkıda bulunacağını umuyoruz.

Anahtar Kelimeler: thunderbeat, vagen cuff dehissensiyer, barbed suture, mesane peritonu

**VS-071****Laparoscopic revision surgery of vaginal vault prolapse, recurrence after 10 days of primary pectopexy suspension surgery**

Savas Gundogan

Laparoscopic Revision Surgery of Vaginal Vault Prolapse, Recurrence After 10 days of Primary Pectopexy Suspension Surgery.

The probable reason of recurrence is using absorbable sutures to attach the vaginal cuff to the polypropilen mesh.

First of all we planed sacro colpopexy procedure for this patient we found out that the primary mesh is still in good condition and we modified the operation and we attached the pelvic fascia to the mesh with an additional mesh and we used late absorbable sutures.

After this procedure we also fixed the posterior compartment defects of the vaginal wall with coporaphy posterior.

Keywords: Revision, Prolapse, Recurrence, Pectopexy



VS-072

Operatif histeroskopi komplikasyonlarından uterin rüptürün beklenmedik sonucu!Ömer Ünal

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

GİRİŞ: Histeroskopinin teknolojik gelişimi, uterus intrakaviter patolojilerine yaklaşımı tamamen değiştirdi ve kolaylaştırdı. Submükoz myomlar, intrakavite polipler, septum ve sineşiler gibi patolojilerin tedavisinde oldukça etkindir. Hastaların kür oranları, memnuniyet ve hastanede kalış gibi parametrelere bakıldığında çok üstün tüm jinekologların etkin bir şekilde yapması gereken cerrahi bir yöntemdir. Ancak unutulmamalıdır ki her cerrahi girişimde olduğu gibi bir takım ciddi komplikasyonlar ortaya çıkabilmektedir. En sık karşılaşılan uterus perforasyonudur. Diğer fatal ve daha hafif komplikasyonların birçoğu uterin rüptür zemininde gelişir.

YÖNTEM: 32 yaşında (gravida:1, paartus:1) 4 yıldır sekonder infertil hastanın fundus sağda yaklaşık 1x1 cmlik polipoid görüntü ofis histeroskopi esnasında tespit edilmiş ve operatif histeroskopi için yatışı yapılmıştır. Hastanın hikayesi alındığında ilk ve son gebeliğini sezaryen/ sectio ile dünyaya getirdiğini ve infertilite kliniğince iki yıl önce operatif histeroskopi ile polip eksizyonu yapıldığını anladık. Operatif histeroskopi ile ofis histeroskopide rapor edilen polipoid yapı monopolar hook ile eksise edilmiş ve patolojiye gönderilmiştir. Yaklaşık 2 hafta sonra poliklinik kontrolüne gelen hastanın patoloji raporuna bakıldığında rapor sonucu tubal doku ile uyumlu gelmesi üzerine patoloji birimi ile tekrardan görüşülmüş ve spesmen tekrar değerlendirilmiştir. İkincil bakı sonucu yine tubal histopatoloji lehine gelmesi üzerine hastaya tanısal laparoskopi ve kromopertubasyon amacı ile tekrardan operasyon planladık. Hastanın umblikus süperiordan on numaralı trokar ile batına girişi sağladıktan sonra uygun basınçta influasyon sonrası teleskop ile batına girildi ve izlemde uterus fundus sağında sağ korna yakın alanda tupanın fimbrial ucunun uterin dokuya yapışık olduğu izlendi. Bilateral alt kadrardan beş numaralı trokarlar ile ve umblikus inferiordan yaklaşık 5 cm aşağısından bir tane beş numara trokar ile batınagirildi. Hastayla daha önceden hekim hasta ilişkisi zemininde organ ampütasyonu ile ilgili bir bilgilendirmemiz olmadığı için salpinksi mümkün olduğunca korunmak istenerek serozadan harmonik ile kesik diseksiyona başlandı. Diseksiyon devam ederken tubanın myometrium dokusunu tam kat geçtiğini farkettilik. Salpenks myometrial dokudan uzaklaşılınca myometrium tam kat olarak kaviteye kadar delik olduğu anlaşıldı. Kanama olmaması üzerinde 2/0 v-lock sütür ile myometriumdaki defekt onarıldı. Komplikasyon olmadı fundal delik nedeni ile kromopertubasyon işlemi iptal edildi. Hastaya yaklaşık üç ay sonra histerosalpingografi çektığımızda bilateral salpinklerde geçiş izlendi.

SONUÇLAR: Operatif histeroskopi intrakaviter Polip, submükoz myomlar, septum ve sineşilerin tedavilerinde çok etkin bir yöntemdir. Ancak komplikasyonların farkedilmesi ve yönetimi çok önemlidir. Bu olgu, operatif histeroskopide perforasyon durumunda diagnostik amacı ile laparoskopi yapılması gerektiği ve myometriumdaki defektlerin onarılması gerektiğini düşündürmektedir.

Anahtar Kelimeler: histeroskopi, polipektomi, komplikasyon, diagnostik laparoskopi



VS-073

Umblikus üzerine ulaşan adneksiyal kitlenin laparoskopik eksizyonu: Video olgu sunumu

Hatun Çolak, Şevki Göksun Gökulu

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

Adneksiyal kitleler fonksiyonel, konjenital, inflamatuvar ve neoplastik süreçlere bağlı olarak adnekslerde ve komşu organlarda (tubalar, overler, broad ligamentler) oluşan yaygın olan jinekolojik problemdir. Kadınların yaklaşık %5-10'u adneksiyal kitle nedeniyle opere olmaktadır.

Adneksiyal kitleler genellikle over kaynaklıdır ve iyi huylu tümörlerdir. Adneksiyal kitlelerin cerrahi tedavisinde laparoskopi (LS) yaklaşımında etkin ve güvenilir bir yöntemdir. LS komplikasyonlar açısından düşük risk taşıması ve hastalar açısından minimal invaziv olması nedeniyle benign adneksiyal kitleler için tercih edilen bir yaklaşımdır. Operasyon sonrası sürenin kısa olması, daha az ağrı, daha az adhezyon oluşumu, yara iyileşme süresinde kısılma, hastanede kalma süresinde azalma ve daha az maliyet laparoskopinin avantajlarıdır. Laparoskopi bu nedenlerle ilk seçenek olarak düşünülmelidir. Bütün bunların yanında laparoskopinin tecrübeli cerrah gerektirdiği ve açık cerrahiden farklı komplikasyonların olabileceği bilinmelidir.

Biz bu vakamızda pelvisten başlayıp umblikus üzerine kadar uzanan, transvajinal ultrasonda anekoik olarak görünen, tümör markerları negatif olan, infertil hastamızın umblikustan 5 mm trokar girilerek kist içeriğinin boşaltıldığı, ardından 10 mm'lik trokara geçilerek kistektomi işleminin yapıldığı laparoskopik kistektomi vakamızı sunmayı amaçladık.

Anahtar Kelimeler: adneksiyal kitle, kistektomi, laparoskopi

**VS-074****Histeroskopik dev tip 2 myomektomi ve ipuçları**

Özlem Karabay Akgül, Hakan Guraslan

SBU Istanbul Bagcilar Training and Research Hospital, Istanbul, Turkey

M.G., 50 yaşında, G6, P6 (3 NSD, 3 SCA) ağırlı ve yoğun adet görme şikayeti ile başvurmuş. Günde 3 çocuk bezi değiştirmiş, adeti 10 gün sürüyormuş.

BTL dışında özgeçmişinde özellik yok.

Muayenede intrakaviter 3 cm myom görülerek ofis histeroskopiye yönlendirilmiş.

PC: proliferatif endometrium, PAPS: temiz 24.11.2021 tarihinde ultrasonografi ve ofis histeroskopi yapılmış olan hastada sağ yan duvar kaynaklı tip2-3 myom saptanmış. Operatif histeroskopiye yönlendirilmiş.

28.01.2022 tarihinde genel anestezi ile operatif histeroskopi yapılmış. Mannitol ile distansiyon sağlanarak yaklaşık 6 cm tip 2-3 myom rezeke edildi. Kavite temiz izlenerek işleme son verildi.

Operatif histeroskopide basıncın düşmemesi ve mannitolü fazla harcamamak için az giriş-çıkış yapılmıştır. Kanamalar koter ile durdurularak görüntünün bozulması önlenmiştir.

Hasta altına steril poşet konarak ve gider sıvı ölçü kabına alınarak hastaya verilen ve geri alınan sıvı takibi yapılmıştır. 500 cc geçmeyen fark olmuştur.

Postoperatif takipte sorunu olmayan hasta 1. gün taburcu edilmiştir. Patolojide myoma uteri tanısı konmuştur.

Anahtar Kelimeler: tip 2 myom, histeroskopi, myomektomi



VS-075

Morbid obez hastada laparoskopik pelvik lenfadenektomi

Esra Nazlı Döktür Efeoğlu, Serkan Kumbasar, Süleyman Salman

Gaziosmanpaşa Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği, İstanbul

Vajinal kanama şikayeti ile gelen 17 yıldır menopozda olan 58 yaş kadın hasta, dış merkez PC pataloji sonucunda ‘endometrioid adenokarsinom, figo grade 1, atipili hiperplazi olup, smear ve hpv patoloji sonucu negatifti. Atipili endometrial hiperplazi ve postmenopozal kanama endikasyonu ile total laparoskopik histerektomi, bilateral salpingooferektomi, frozen planlanan hastanın total laparoskopik histerektomi sonrası uterus frozen sonucunda Malign Endometrioid Adenokarsinom, myometrium invazyonu yüzde 50’yi aşmış şekilde bildirildi ve ameliyata full pelvik lenfadenektomi ile devam edildi. Sağ eksternal iliak damarların etrafındaki lenf nodları common iliak arter bifürkasyonundan derin circumflex ve inferior epigastrik damarlara kadar diseke edilerek çıkarıldıktan sonra lenf nodları vajenden batın dışına alındı. Patoloji için saklandı. Sağ obturatuar fossaya girildi. Obturatuar sinir tespit edildi ve obturatuar fossa lenf nodları diseke edilerek çıkarıldı. Lenf nodları vajenden batın dışına alınarak patoloji için saklandı. Aynı işlemler sol taraf için de uygulandı. Kanama kontrolünü takiben full laparoskopik pelvik lenfadenektomi tamamlandı. Patoloji uterus fundus ve corpus yerleşimli endometrioid tip adenokarsinom figo grade 2 olarak sonuçlandı. 4 adet sağ pelvik lenf düğümlerinde reaktif hiperplazi, metastaz görülmedi; 4 adet sağ obturatuar lenf düğümlerinde reaktif hiperplazi, metastaz görülmedi. 3 adet sol pelvik lenf düğümlerinde reaktif hiperplazi, metastaz görülmedi; 4 adet sol obturatuar lenf düğümlerinde reaktif hiperplazi, metastaz görülmedi.

Anahtar Kelimeler: pelvik lenfadenektomi, atipili endometrial hiperplazi, malign endometrioid adenokarsinom

**VS-076****Olgu sunumu: Bir uterus koruyucu desensus cerrahisi seçeneği laparoskopik sakrohisteropeksi**

Burak Cakmak, Cengiz Andan, Merve Sezer Yıldırım, Emre Eserli

Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Ana Bilim Dalı, İstanbul

AMAÇ: Uterin prolapsusu olan hastalarda uterin koruyucu cerrahilerden biri olan laparoskopik sakrohisteropeksi operasyonunu inceledik.

YÖNTEM: Polikliniğimize vajinada ele gelen kitle şikayetiyle başvuran 47 yaşında hastanın yapılan muayenesinde, total uterin prolapsus saptandı ve laparoskopik sakrohisteropeksi planlandı. Vajinal V-CARE guide olarak yerleştirilip, batına girildikten sonra prolobe olmuş uterus arkasındaki rektovajinal sahada rektum peritonu disseke edildi. Mesh, tucker ve 2.0 ethibone suture yardımıyla uterus arka yüzünün serviks hizasına fiks edildi. Serviks hizasından anterior longitudinal ligament hizasına kadar periton sağ üreter komşuluğu boyunca ligasure yardımıyla disseke edildi. Promontorium üzerindeki anterior longitudinal ligament bipolar ve ligasure yardımıyla açığa çıkarıldı. Meshin diğer ucu 2 adet 2.0 ethibone suture kullanılarak bu noktaya tension free olarak fiks edildi. Üreter peristaltizmi vizualize edildikten sonra açılan periton, mesh gömülü kalacak şekilde 2.0 vicryl ile kontinü suture edildi. Kanama kontrolünü takiben operasyona son verildi.

BULGULAR: Operasyon sırasında total kan kaybı 110 ml olarak ölçüldü ve operasyon yaklaşık 80 dk sürdü. Operasyon sırasında herhangi bir komplikasyon izlenmedi. Postoperatif takibinde vitalleri stabil seyreden, idrar çıkışı mevcut olan ve şikayetleri gerileyen hasta ertesi gün taburcu edildi.

SONUÇ: Laparoskopik sakrohisteropeksi operasyonu, prolapsusu mevcut olan hastalarda fertilitenin korunmasını sağlamanın yanında; minimal invaziv bir işlem olmasından dolayı hastaların postoperatif ağrılarının az olması ve hospitalizasyon ve yara iyileşme süresinin kısa olmaması sebebiyle sıklıkla tercih edilen bir yöntemdir.

Anahtar Kelimeler: Sakrohisteropeksi, Ürojinekoloji, Pelvik organ prolapsusu



VS-077

Akut appendisit ile komplike tuboovaryan abse: Video olgu sunumuMete Can Ateş, Melike Geyik Bayman

Sağlık Bilimleri Üniversitesi Konya Şehir Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum A.D, Konya

Tubeovaryan abse (TOA); tuba, over ve komşu organları da içine alabilen, tipik olarak akut pelvik enflamatuvar hastalığın (PEH) son noktası olmakla beraber pelvik enflamatuvar kitle ile karakterizedir. Hastaların %30-50'sinde PEH öyküsü görülmektedir. TOA gelişiminde risk faktörleri PEH ile benzerdir; nulliparite, geçirilmiş PEH öyküsü, multiple seksüel partner, rahim içi araç kullanımı (RİA) ve immünsüpresyondur. En sık olarak 3. ve 4. dekadlarda görülür. Akut appendisit ile komplike olabilmektedir. Hastaların çoğu medikal tedaviye cevap vermekle birlikte yaklaşık olarak %25 vakada cerrahi veya drenaj gereksinimi olmaktadır. Bizde akut appendisit ile komplike tuboovaryan abse vakamızı video olgu sunumu olacak şekilde prezente etmeyi amaçladık. Yirmialtı yaşında 3 normal doğum öyküsü olan kadın hasta, kadın doğum acile karın ağrısı bulantı kusma şikayeti ile başvurdu.

Hastanın klinik muayenesinde her iki alt kadranda hassasiyet, bulantı ve kusma hali mevcuttu. Hastanın Crp değeri 153 mg/l, prokalsitonin değeri normal, tümör belirteçlerinden Ca-125 değeri 563 U/ml idi. Hastanın Mr'ında bilateral septasyonlu abse görünümü izlenmesi üzerine hasta interne edilerek ikili antibiyotik tedavisi düzenlendi. Takiplerinde 2 gün sonra batın alt kadranda daha belirgin olmakla beraber defans izlenmesi üzerine hastaya operasyon kararı alındı. Laparoskopik yöntemle batına girilerek gözlemlenmiş sigmoid kolon çekum alt ucu ile beraber bilateral adnekslere ve uterusun posterioruna konglomere olarak yapışık izlendi. Yapışıklıklar disseke edildikten sonra enflame görünümlü her iki tuba ve apendiks çıkarılarak işlem komplikasyonsuz olarak sonlandırıldı. TOA'da çoğunlukla primer tedavi medikal olup gereklilik durumunda (rüptüre olması, >7cm ve girişimsel olarak boşaltılamaması, hastanın klinik durumu vs.) cerrahi tedavi medikal tedaviyi destekleyici olarak ya da primer tedavi yöntemi olarak kullanılmaktadır. Postmenopozal dönemde TOA adneksiyel neoplazilerle de ilişkili olabilmektedir.

Anahtar Kelimeler: Tubeovaryan abse, akut appendisit, tuba uterina



VS-078

Sıfır abdominal insizyon: vNOTES OoforektomiSertaç Ayçiçek, Pelin Değirmenci Ayçiçek

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

İlk kez 2004 yılında John Hopkins Üniversitesi'nde deneysel bir domuz modelinde yapılan Doğal Orifis Translüminal Endoskopik Cerrahi (NOTES) "Minimal İnvaziv Cerrahi" uygulamasını ilerletmiştir.

Teknik deneyimli cerrahlar tarafından yapıldığında uygulanabilir ve güvenli görünmektedir. Ameliyat sonrası ağrının azalması, hastanede kalış süresinin kısalması, izsiz cerrahi sayesinde iyileştirilmiş kozmetik sonuçlar ve trokar yerleştirme yerlerinde azalan yara komplikasyonları gibi olumlu sonuçlar, bu yeni cerrahi tekniğin artan kullanımını teşvik etmektedir.

Son zamanlarda, vNOTES'in klinik uygulaması jinekolojik cerrahi alanında önemli ölçüde genişlemiştir. Bu uzmanlık alanında vNOTES'in uygulanabilirliği ve güvenliği ilk olarak 2012'de gösterildi.

Bu olay, jinekolojik prosedürler için vNOTES'in evriminde önemli bir kilometre taşı temsil etti. Mevcut raporlara dayanarak, ooforektomi, salpenjektomi, adnekspektomi, histerektomi ve diğer birçok karmaşık ameliyat gibi bu prosedürlerin birçoğunun, laparoskopi yapma konusunda yeterli beceriye sahip cerrahların çoğunluğu tarafından vNOTES kullanılarak gerçekleştirilebileceğini biliyoruz.

Olgumuz 39 yaşında ve tekrarlayan sağ alt kadranda ağrısı ve menstrüel bozukluk şikayetiyle kliniğimize başvurdu. Hasta evli ve 3 yaşayanı vardı, daha önce pelvik cerrahi öyküsü de yoktu. Hastaya bakılan TA-USG ve TV-USG de sağ adneksiyal alanda yaklaşık 80 mm lik solid, dermoid kistle uyumlu görünüm izlendi. Ca-125: 126 ve diğer tetkikleri normaldi.

Hastaya genel anestezi altında posterior kolpotomi yapıldı ve 7 lik Gel Point sistemi vajene yerleştirildi. Batına girildi ve Co2 ile pnömoperitoneum yapıldı. Sonra kamera ve 2 yardımcı port single port vajenden girildi. Batın içi gözlem yapıldı ve sağ ooforektomi bipolar Ligasure sistemi ile yapıldı.

Post op ve takiplerde herhangi bir komplikasyon gelişmedi. Patoloji de matür kistik teratom olarak rapor edildi.

Literatürde daha yeni bir teknik olduğu için daha çok olgu bazında rapor edilmiştir. Bir olguda 52 yaşında BRCA1 mutasyonlu hastada Bilateral Salpingooperektomi (BSO) yapıldı. Aynı bizim kullandığımız 7 lik Gel-Point sistemi kullanıldı (1).

Hızlı taburculuk, post-op ağrı ve kozmetik kaygılarda çok iyi avantaj sağlayan vNOTES tekniği çok büyük adneksiyal kitlelerin cerrahisinde de kullanılacak minimal invaziv cerrahi bir tekniktir.

Anahtar Kelimeler: Transvajinal natural orifice transluminal endoscopic surgery, minimal invaziv cerrahi, matür kistik teratom, ooforektomi

**VS-079****V-Notes yöntemiyle prolapsus cerrahisine alternatif: V-Notes Lateral Süspansiyon**

Eralp Bulutlar, Çetin Kılıççı

Zeynep Kamil Kadın Hastalıkları ve Çocuk EAH, Kadın Hastalıkları ve Doğum Servisi

Günümüzde özellikle Evre 3 ve 4 prolapsus cerrahisinde hala optimal bir cerrahi teknik tanımlanamamıştır. Sakrokolpopeksi gibi operasyonlar hem yapılması zor hem de morbiditesi yüksek operasyonlarken McCall ve Sakrospinöz fiksasyon gibi operasyonlarda da yüksek nüks oranlarıyla karşılaşmaktadır. Hem uygulanması kolay hem de yüzgüldürücü sonuçlarıyla öne çıkan Lateral Süspansiyon, oldukça popüler hale gelmeye başlamıştır.

Bizler de doğal açıklıklardan yaptığımız V-Notes Histerektomiyle yine aynı yaklaşımla lateral süspansiyon operasyonunu kombine hale getirerek yeni bir teknik tanımlamaya çalıştık.

Anahtar Kelimeler: V-Notes, Lateral Süspansiyon, Pelvik organ prolapsusu

**VS-080****Histeroskopik istmoplasti teknik ve takip sonuçları**

Batuhan Aslan, Berk Kaplan, Yavuz Emre Şükür

Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı

AMAÇ: İstmosel, sezaryen skar defekti olarak da bilinir. Sezaryen skarında 1-2 mm'den büyük kama şeklinde defektlerdir. İnsidansı literatürde %24-70 arasında değişken oranlarda belirtilmiştir. Hastalar asemptomatik olabileceği gibi, anormal uterin kanama (intermenstruel lekelenme), pelvik ağrı, sekonder infertilite, obstetrik komplikasyonlar ile başvurabilir. Semptomatik hastalarda cerrahi tedavi yöntemleri önerilmektedir. Cerrahi seçenekler arasında histeroskopik, laparoskopik ve vajinal yaklaşımlar yer almaktadır. Histeroskopik yaklaşımda özellikle uygun hasta seçimi ön plana çıkar. Semptomatik hastalar ve rezidüel miyometriyel kalınlık >2.5-3mm olan hastalar histeroskopik yaklaşım için uygundur. Bu sunumun amacı histeroskopik istmosel onarım tekniğinin ve cerrahi sonrası takipte semptomlardaki değişikliklerin sunulmasıdır.

GEREÇ ve YÖNTEM: Anormal uterin kanama şikayeti ile başvuran ve videoda gösterildiği şekilde histeroskopik istmosel onarımı yapılan hastalar retrospektif olarak incelendi. Cerrahi sonrası en az 6 ay takip edilen hastalar çalışmaya dahil edildi. Anormal uterin kanamaya neden olabilecek herhangi bir ek patoloji saptanan hastalar çalışmadan dışlandı. Toplam 26 hasta çalışmaya dahil edildi. Hasta kontrollerinde cerrahi sonrası şikayetlerindeki değişim ve ek semptomların varlığı sorgulandı.

BULGULAR: Hastaların yaş ortalaması 38.15±4.40 olarak belirlendi. Ortalama takip süresi 9.69±2.36 ay, parite 2.38±0.64, cerrahi öncesi ortalama rezidüel miyometrial kalınlık 4.46±0.95 mm ve ortalama operasyon süresi 21.06±4.88 dakika olarak hesaplandı. Hiç bir hastada işleme bağlı komplikasyon gelişmedi. İki (%7.7) hastada postoperatif kontrollerde anormal uterin kanamanın devam ettiği, bir (%3.8) hastada anormal uterin kanama olmamasına rağmen pelvik ağrının devam ettiği tespit edildi. Histeroskopik istmosel cerrahisi yapılan 23 (%88.5) hastada başvuru şikayetlerinde tam iyileşme saptandı.

SONUÇ: Sonuçlar değerlendirildiğinde özellikle anormal uterin kanama şikayeti ile başvuran ve istmosel saptanan hastalarda histeroskopik istmosel onarımı etkin ve güvenilir bir yöntemdir.

Anahtar Kelimeler: istmosel, histeroskopi, anormal uterin kanama, sezaryen skar

**VS-081****Postoperatif mesane perforasyonunun laparoskopik onarımı**

Mehmet Faruk Köse¹, Emine Karabük¹, Edis Kahraman²

¹Acıbadem Mehmet Ali Aydınlar Üniversitesi, Atakent Hastanesi, Kadın hastalıkları ve Doğum AD, İstanbul

²Acıbadem Atakent Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum AD, İstanbul

Mesane yaralanmaları en sık künt travmalar sonucu oluşmaktadır. İatrojenik olarak jinekolojik ve kolorektal operasyonlar esnasında da yaralanmalar oluşabilmektedir. İntraperitoneal ve ekstraperitoneal olarak oluşabilmektedir. Minimal idrar ectravazasyonu varsa foley kateter ile 7-10 gün takip edilebilir. Extravazasyon çok ve rüptür intraperitoneal ise tedavi cerrahi planlanır.

Biz de kliniğimizde bir olgu sunumu ile postoperatif bir hastamızda intraperitoneal mesane yaralanmasında laparoskopik onarım yaklaşımımızı sizlerle paylaşmayı amaçladık.

Hasta 15 yaşında, adet göreme nedeniyle yurtdışından kliniğimize başvurmuş. Jinekolojik muayenesinde; meme gelişimi yok, aksiller ve pubik kıllanma yok, external genityalya female görünümünde, hymenal ring izlenmedi, vajen bir cm, rektal usg de uterus ve ekleri izlenemedi. Multidisipliner takip ve detaylı tarama sonucunda hastada saf gonadal disgenezi (Swyer sendromu) tanısı kondu.

Çocuk cerrahi önderliğinde profilaktik amacıyla diagnostic L/S ve akabinde bilateral İnguinal Orşiektomi yapıldı. Postoperatif takibinde pelvik ağrı, idrar yapamama, batına idrar ectravazasyonu ve çekilen Bt sonucunda mesanede yaralanma izlenmesi üzerine hastaya laparoskopik mesane yaralanması onarımı yapıldı.

Anahtar Kelimeler: mesane perforasyonu, mesane yaralanması, mesane onarımı

**VS-082****Laparoskopik histerektomi**

Seda Şahin Aker¹, Taha Kitapçı², Doğan Yıldırım²

¹Kayseri Şehir Hastanesi, Jinekolojik Onkoloji, Kayseri

²Kayseri Şehir Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum, Kayseri

Minimal İnvaziv Cerrahi,jinekolojide güncel olarak kullanılmaktadır.Laparoskopik Histerektomi kadın doğum pratiğinde en sık kullandıklarımızdan birisidir.Özellikle büyük uteruslu hastalarda büyük insizyonlara gerek kalmadan operasyonları gerçekleştirmemizi sağlamaktadır.Bu video prezentasyonunda 44 yaşında premenopozal hastaya yapılan Laparoskopik Histerektomiyi izleyeceksiniz.

44 yaşında premenopozal kadın

P:4 G:4 Y:4(4NVD)

Ameliyat öyküsü yok.

Progesteron tedavisine dirençli menometrorajisi mevcut olan hasta patoloji sonucu myoma uteri ile uyumlu benign lezyon şeklinde geldi.Hastanın usg sinde fundustan corpus posteriora uzanan endometriumu yaylandıran 7cm lik myom nüvesi izlendi.

Hastaya Laparoskopik Histerektomi+Bilateral salpenjektomi planlandı.

Ameliyatta batına girişe takiben uterus 12 gestasyonel haftalık cesametinde izlendi.Uterin arterler bağlandı,kardinal ligamentler bağlandı ve uterus parçalanmadan vajinal yoldan eksize edildi.Pelvis ve batin muayenesinde başka patolojik bulguya rastlanmadı.Hasta 24 saat sonra taburcu edildi.

Laparoskopi hasta konforu ve cerrahi konfor nedeniyle öncelikli olarak tercih edilmelidir.Asistan eğitiminde öğrenme amaçlı Laparoskopik Histerektomilerin rahatlıkla yapılabileceği video prezentasyonumuzda görülebilmektedir.

Anahtar Kelimeler: Laparoskopi,Histerektomi,Myom



VS-083

Lokal ileri serviks kanserinde laparoskopik sistematik lenfadenektomiAli Yıldızbakan

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

GİRİŞ: Serviks kanseri, gelişmekte olan ülkelerde en sık görülen jinekolojik kanserdir. Servikal kanser tarama programları gelişmiş ülkelerde hastalığın insidansını belirgin olarak azaltmıştır fakat serviks kanseri tüm jinekolojik kanser ölümleri içinde, dünya çapında halen ilk sırada yer almaktadır. LACC çalışması ile serviks kanseri tedavisinde minimal invaziv yöntemle radikal histerektomi sıklığı azalmıştır. Lokal ileri serviks kanseri hastalarında adjuvan tedavinin planlanması için sistematik pelvik ve paraaortik lenf nodlarının çıkarılması için laparoskopik cerrahi halen kullanılmaktadır.

OLGU: Skuamoz hücreli karsinom tanılı 41 yaşında olan hastanın pelvik MR görüntülemesinde serviks posterior kesiminde yaklaşık 30-35 mm büyüklükte servikal kanalı öne doğru ittiği seçilen serviks sınırları içinde kaldığı düşünülen belirgin uterus-vajen uzanımı göstermeyen istek lezyon saptandı. PET BT sinde ise Servikte sağda primer malignite ile uyumlu hipermetabolik kitlesel lezyon (SUVmax=16.2) ve bilateral en büyükleri sol pelvik 16 mm boyutunda lenf nodlarında (SUVmax=5.3) saptandı.

Operasyonda sağ retroperitoneal alanlara girildi, pararektal ve paravezikal boşluklar oluşturuldu. Sağ ekternal 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 ve üstü paraaortik lenfadenektomi tamamlandı. Frozen sonucu sağ pelvik lenf nodunda malignite izlendi, diğerlerinde malignite izlenmedi olarak bildirildi.

Nihai patoloji:

Sağ pelvik: 1 adet metastatik lenf nodu, 16 adet reaksiyonel lenf nodu

Sol pelvik:: 1 adet metastatik lenf nodu, 12 adet reaksiyonel lenf nodu

İma üstü: 1 adet metastatik lenf nodu, 6 adet reaksiyonel lenf nodu

İma altı: 13 adet reaksiyonel lenf nodları

Pelvik ve Paraaortik lenf nodları benign 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-084****Laparoskopik istmosel cerrahisi**

Sertaç Ayçiçek, Pelin Değirmenci Ayçiçek

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

GİRİŞ: İstmosel, sezaryen skar defekti veya niş olarak tanımlanır. Miyometrum tabakasının devamlılığının bozulmasına neden olan bu defekt, önceki sezaryen skar hattında, tabanı endometriuma dayanan anekoik görünümü olan bir girintidir.

Miyometriyal eksiklik küçük ya da büyük olabilir. Genellikle asemptomatik olarak klinik seyreder. Birincil semptomlar anormal veya post-menstrüel kanama olarak kendini gösterebildiği gibi kronik pelvik ağrıya da sebep olabilir. İstmoselin komplikasyonları ise infertilite, plasenta yerleşim ve invazyon anomalileri ile skar ayrışması, uterus rüptürü ve sezaryen skar gebeliği (dış gebelik) 'dir.

İstmosel risk faktörleri ise; retrofleksiyonlu uterus, multiple sezaryen, genetik yatkınlık ve histerotominin tam kapanmamasıdır.

Tanı yöntemi olarak transvajinal ultrasonografi (TV-USG) ve salin infüzyon sonografisi (SİS) spesifik, duyarlı ve uygun maliyetli yöntemlerdir. Tedavisi cerrahidir. Laparoskopik, robotik ve histeroskopik yöntemler gibi minimal invaziv yöntemler olduğu gibi laparotomiyle de onarım yapılabilmektedir.

OLGU: Hasta 39 yaşında ve 4 sezaryen ameliyatı öyküsü mevcut. Hasta menstrüasyon sonrası kanama ve pelvik ağrı şikayetleriyle tarafımıza başvurdu. Yapılan TV-USG ve SİS'te sezaryen skar hattında yaklaşık 2 cm lik istmosel defekti izlendi (resim-1). İstmosel defektinin tavanında myometrium kalınlığı 20 mm nin altındaydı. Hastaya Laparoskopik istmosel cerrahisi yapıldı ve post-op TV-USG ne bakıldı (resim-2). Hastanın post-op takiplerinde 3. Ayda semptomları geçti ve TV-USG de istmosel defektine rastlanılmadı (resim-3).

Anahtar Kelimeler: İstmosel, laparoskopi, anormal uterin kanama

**VS-085****laparoskopik myomektomide intramural terlipressin kullanımı**Semra Yüksel, Buğra Tunc

Başakşehir Çam ve Sakura Şehir Hastanesi

AMAÇ: Myoma uteri nedenli jinekolojik cerrahi sıklıkla tercih edilmektedir. Myomektomide en sık karşılaşılan problem kan kaybının fazla olmasıdır. Sentetik, uzun etkili vazopressin analogu olan terlipressin lokal vazokonstrüksiyona neden olmaktadır. Myomektomide kan kaybını azaltmak amacıyla intramural terlipressin kullanımıyla ilgili az sayıda çalışma mevcuttur.

OLGU: Hastamız 36 yaşında, nullipar, gebelik istemi ile tarafımıza başvurdu. Yapılan ultrasonografi-sinde fundus anteriorda 2 adet 5x4 cm ve posterior duvarda 40x35 mm vaskülarizasyon gösteren intramural myom nüveleri mevcuttu. Ek hastalığı olmayan ve geçirilmiş cerrahisi bulunmayan hastanın pre-operatif hemogloblin düzeyi 9,9 g/dl'ydi. Laparoskopik gözlemede myom nüveleri lokalizasyonları ve boyutları ultrasonografi ile uyumluuydu. 0.2 mg/ml (5 ml) terlipressin Veress iğnesi ile intramural olarak uygulandı. Enseal ile diseksiyon yapılarak myom nüveleri keskin ve künt diseksiyonlarla myometriümdan ayrıldı. Diseksiyon sırasında kanama izlenmesi üzerine 1 g traneksamik asit iv uygulandı. Myom yatağı vertikal olarak 1.0 V-Loc ile sütüre edildi. Myom nüveleri douglastan 15 mm insizyon yapılarak Endobag içinde makasla parçalara ayrılarak vajenden çıkarıldı. Kolpotomi alanı periton ve vajen mukozası onarıldı. Post-operatif hemogloblin değeri 8,4 g/dl gelen hasta post-operatif üçüncü gününde taburcu edildi.

SONUÇ: Laparoskopik cerrahi, myoma uteride kullanılan güvenli bir yöntemdir. Laparoskopik myomektomide terlipressin kullanımının kan kaybına azaltıcı etkisi olabilir ve myomektomi sonrası defekt alanı daha az kanama ile daha hızlı onarılabilir. Bu yöntemle ilgili yeni çalışmalara ihtiyaç vardır.

Anahtar Kelimeler: laparoskopi,myomektomi,terlipressin

**VS-086****İnfertil hastanın endometrial polip ve T shape uterusunun aynı işlemde histeroskopik yönetimi**Taylan Bodur

Özel Muayenehane, Muğla

Endometrial polip ve T shape uterus, her ikisi de uterin kavitede değişiklikler yaparak ve endometrial reseptiviteyi etkileyerek infertiliteye neden olabilen patolojilerdir. İzole olarak endometrial polip asemptomatik infertil hastaların % 6 - 32 arasında izlenirken, T shape uterus % 0,2 - 10 arasında izlenmektedir. Her iki patolojinin aynı anda bulunması nadir görülen bir durumdur. Bu olgumuzda 32 yaşında 4 yıllık infertilite şikayeti ile başvuran hastamızda tespit edilen endometrial polip ve T shape uterusun aynı işlemde histeroskopik yönetimini sunuyoruz.

Anahtar Kelimeler: infertilite, endometrial polip, T shape, histeroskopi



VS-087

endometrium kanseri tanılı hastada laparoskopik histerektomiGülen Kübra Nakışlı, İbrahim Yalçın

19 Mayıs Üniversitesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, Samsun

55 YAŞ-KADIN

G2P1Y1A1

SAT:4 YILDIR MENAPOZ

HASTALIK:YOK

İLAÇ:YOK

OPERASYON:C/S

PMK VE PELVİK AĞRI ŞİKAYETİ OLAN HASTA

CA125:36

END BX: Düşük dereceli endometriyal endometrioid karsinom (FIGO Grade 1)

Abdomen MRG: Uterin kavite içerisinde endometriuma göre daha düşük sinyalli kavitede sınırlı lezyon mevcuttur. Myometrial invazyon, servikal stromal tutulum, organ metastazı lehine bulgu yoktur.

Anahtar Kelimeler: endometrium kanseri, histerektomi, endometriozis



VS-088

Endometrium kanseri tanısı almış hastalarda uterin manipülâtör kullanmadan yapılan laparoskopik histerektomi ve pelvik lenf nodu diseksiyonu video olgu sunumu

Merve Ugur, Burak Ersak, Hande Esra Koca Yıldırım, Vakkas Korkmaz

¹Ankara Etlik Şehir Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Ana Bilim Dalı, Ankara

Endometrial kanser, kadın üreme sisteminde en sık görülen kanser tipidir. Dünya Sağlık Örgütü verilerine göre 2018 yılında Türkiye’de 5463 kadının endometriyum kanseri tanısı aldığı ve 1051 kadının öldüğü rapor edilmiştir.

Erken evre endometrial kanser cerrahisinde total histerektomi ve bilateral salpingooferektomi ile birlikte eğer gerekirse cerrahi evreleme yapılmalıdır. Operasyon sonrası kısa hospitalizasyon süresi ve normal aktiviteye dönüşün hızlı olması, kozmetik sonuçlar, operasyon esnasında daha düşük kan kaybının görülmesi gibi avantajları nedeniyle cerrahinin laparoskopik olarak yapılması laparotomik yöntemlere göre daha avantajlıdır.

Jinekolojik kanser ameliyatlarında laparoskopik cerrahi sırasında manipülâtörlerin kullanımı tartışmalıdır. Yapılan çalışmalarda manipülâtörlerin kullanımının nüks oranlarını artırdığı gösterilmiştir.

Olgu: 57 yaş, 4 gebelik 3 vajinal doğum ve 1 abortu olan, 16 yıldır menopozda olan hasta.

Ek hastalıkları: kardiyomegali düzenli kullandığı ilaçlar: yok geçirilmiş cerrahi operasyon: yok Abdominal usg: Endometrial kavitede 20x16 mm boyutta hiperekojen solid lezyon izlendi. Ayrıca lümede minimal sıvı mevcuttur. Bilateral overler atrofik görünümde izlendi. Douglasta serbest mayi izlenmedi.

Probe küretaj sonucu endometrioid karsinom olarak raporlanan ve ultrason incelemesinde endometrial kavitede 2 cm çapında solid yapı bulunan hasta preop anestezi ve cerrahi hazırlıkları yapılarak jinekolojik onkoloji servisine yatırıldı.

Hastaya laparoskopi sırasında uterin manipülâtör kullanmadan spanç ve over pensi ile oluşturulmuş itici yapı ile manipülasyon yapıldı. TLH+BSO tamamlandı. spesmen frozena gönderildi ve frozen sonucu; endometrial polip zemininde gelişmiş, endometriuma sınırlı 2 cm çapında endometrioid tip karsinom olarak raporlandı. Bilateral deep circumflex arter- iliac arter bifurkasyonunu kapsayacak şekilde pelvik lenf nodu diseksiyonu yapıldı ve açık olan vajen cufftan toplanan lenf materyali batın dışına alındı. Ardından vajen cuff laparoskopik olarak kapatıldı jinekolojik laparoskopik cerrahi sırasında kullanılan uterin manipülâtörler; anatomik açıdan doğru ve optimum doku gerilimini sağlayarak, cerrahin pelvik tabanda yer alan hedef dokulara daha kolay ve güvenli bir şekilde ulaşmasını, tanımlamasını ve anatomik referans noktalarını belirlemesini sağlarlar. UM’ler (uterin manipülâtörler) sayesinde traksiyon/kontraksiyon sağlanabilir. uterusun istenilen şekilde mobilizasyonuna imkan vererek, mesane ve ureter gibi bitişik organları cerrahi alandan uzaklaştırır ve yaralanma riskini azaltır. Kolpotomi yapılacak diseksiyon düzlemini belirler, sirküler koterizasyon, uterusun ampütasyonu sırasında servikovajinal bölgenin tespitini kolaylaştırır. Kolpotomi sırasında pneumoperitoneumun devamlılığını sağlarlar.



Fakat endometrial ve servikal kanserlerde tümör hücrelerinin yayılımı ve nüks riski nedeniyle tartışma konusudur. Bazı hipotezlere göre uterin manipülâtör kullanımı prognozu kötüleştirmektedir. Özellikle erken evre endometrial kanserde myometrium bir koruyucu bariyer gibi davranmaktadır ve uterin manipülâtör kullanımı ile iatrojenik olarak myometriumun hasarlanması prognozu etkilediği düşünülmektedir. Erken evre endometrium kanserinde uterin manipülâtör kullanmadan laparoskopik histerektomi ve pelvik lenf nodu diseksiyonu güvenilir merkezlerde tecrübeli cerrahlar tarafından yapılması hem cerrahi güvenlik hem de hastanın prognozu açısından avantajlıdır.

Anahtar Kelimeler: uterin manipülâtör, laparoskopik histerektomi, endometrium kanseri

**VS-089****Laparoskopik yöntemle total abdominal histerektomi bilateral salpingo oferektomi vaka örneği**Kübra Geyik Şengül¹, Ibrahim Yalçın²¹19 Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilimdalı, Samsun²19 Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Jinekolojik Onkoloji Anabilimdalı, Samsun

19 Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum kliniğimizde gerçekleştirdiğimiz laparoskopik histerektomi + bilaterla salpingo oferektomi vakamızı video sunum yoluyla paylaşmak istedik.

Anahtar Kelimeler: Laparoskopik histerektomi, minimal invaziv, cerrahi



VS-090

Abdominal intracorporeal morcellation of a large uterus without using energy modality in laparoscopic hysterectomy

Emrah Dağdeviren, Can Tercan

Department of Obstetrics and Gynecology, Başakşehir Çam and Sakura City Hospital, İstanbul, Turkey

INTRODUCTION: Electromechanical and scalpel techniques are used as morcellation methods in removing the large-volume uterus from the abdominal mini incision or colpotomy incision. Electromechanical morcellation is performed intracorporeally by a mini-incision through the abdomen. Morcellation with a scalpel may performed vaginally or abdominally. We aimed to share our experience in intracorporeal morcellation case video presentation, which we made through the abdominal route using scalpel and scissors.

CASE: 43-year-old patient with a history of 3 cesarean sections and 4 abortions was admitted with complaints of abnormal uterine bleeding and pelvic pain. In the ultrasonographic evaluation, 6 cm, 5 cm, and 3 cm fibroids were observed. Smear ASC-US, cervical biopsy was reported as benign. Endometrial biopsy was reported as benign. Total laparoscopic hysterectomy and bilateral salpingectomy planned. The operation was performed with a 10mm umbilical port, two 5mm inguinal ports and a 5mm suprapubic port. The uterus was morcellated and removed in 10 minutes by means of a scalpel inserted through the suprapubic incision, and then using laparoscopic scissors so that it could come out of the colpotomy in one piece. Uterine specimen 473 grams was sent to pathology. Pathology reported as benign. Video presentation will be made.

DISCUSSION: We observed that uterine tissue spread to the peritoneal cavity less in intracorporeal scalpel morcellation compared to the electromechanical morcellation system. Compared to the vaginal morcellation method, we observed that the risk of complications is lower in the use of scalpel and scissors, since visualization is clearly achieved with the optical system. In addition, we experienced that in case of complications during morcellation, the chance of detecting the complication during operation is higher compared to the vaginal morcellation system. Another positive aspect was that the morcellation time was shorter.

CONCLUSION: The technique of using abdominal intracorporeal scalpel and scissors in large uterus morcellation in laparoscopic hysterectomy is less risky and more comfortable for the surgeon than other morcellation methods.

Keywords: Laparoscopic hysterectomy, Large uterus, Morcellation, Scalpel morcellation



VS-091

Overyan ektopik gebelik: Olgu sunumuSveta Aghayeva

Özel Koru Ankara Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Ana Bilim Dalı, Ankara

GİRİŞ: Ovaryan gebelik gestasyonel kesenin over içinde implante olması sonucu oluşan ektopik gebelik türüdür. Ovaryan ektopik gebelik, doğal yoldan gerçekleşen dış gebeliklerin %3.6'sını ve yardımcı üreme teknikleri ile gerçekleşen gebeliklerin %6'sını oluşturur. Overyan ektopik gebelikler makroskopik olarak berrak ovum, 12 hafta altı küçük embriyoneze ovum ve hatta 12 haftadan büyük fetüs ile birlikte plesanta halinde bile tespit edilebilir. Hastaların genellikle başvuru şikayeti alt abdomen veya tek taraflı kasık ağrısı, menstrüel düzensizlik, vajinal lekelenme şeklinde olabilmektedir. Tanı ultrasonografik cihazlarla bir kısmı preoperatif tanı alabilse de çoğu zaman tubal ektopik gebelik, rüptüre hemorajik kist, korpus luteum kisti ile karışabilmektedir. Geç tanı almış hastalarda hemorajik şok ile sonuçlanabilen ciddi kanamalar gelişebilmektedir. Tedavi seçenekleri arasında laparotomi, laparoskopik over wedge rezeksiyonu, kanama durdurulamaz ise ooferektomi gerekebilmektedir. Ayrıca erken tanı alan overyan ektopik gebelik olgularında hastanın yaşı, fertilitte isteği, overyan rezervide göz önünde bulundurularak konservatif cerrahi yaklaşım şeklide bir tedavi seçeneğidir. Konservatif cerrahi tedavi sonrası trofoblastik hastalık durumunda tedavinin devamında methoteraksat medikal tedavisi uygulanmaktadır.

OLGU: 34 yaş kadın hasta 12 gün önce mens ile başlayan kasık ağrısının devam etmesi sonucu tarafımıza başvurdu. Hasta G0P0, kanamanın 3. Günü dış merkezde bakılan b-Hcg sonucu negatif olmasından dolayı gebelik şüphesi yoktu. Fizik muayenede sağ adneksiyal hassasiyet dışında patoloji izlenmedi. Yapılan ultrasonografik muayenesinde batında minimal mayii, sağ overde 2,5x1,8cm'lik gebelik kesesi şüphesi izlemi veren kistik yapı izlendi. Bunun üzerine hastaya dış gebelik ihtimali anlatılarak hastadan b-Hcg bakılması önerildi. Fakat hasta gebe olmadığını belirterek hastaneden ayrıldı. 4 saat sonra artan kasık ağrısı, mide bulantısı, titreme, soğuk terleme şikayetleri ile tekrar başvurdu. Tekrar yapılan ultrasonografide ilk muayeneye göre mayii artışı, sağ adnekte 3x4 cm hematoma görünümü izlendi. Dış gebelik riski tekrar anlatılarak bakılan b-Hcg değeri 1051mIU/ml saptandı. Hastaya ektopik gebelik ön tanısı ile laparoskopik cerrahi planlandı. Hastanın yaşı, fertilitte ile ilgili kaygıları ve hiçbir şekilde organ kaybı istememesi üzerine hastaya konservatif cerrahi yaklaşım uygulandı. Overyan dokusunda olan gestasyonel dokular temizlendikten sonra kanama alanı monopolar enerji ile koterize edildi. Trofoblastik dokuların tam çıkarılmadığı düşünüldüğü için doz methoteraksat tedavisi de eklendi. Takiplerinde komplikasyon gelişmedi.

Postoperatif 10. Günde görülen b-Hcg değeri negatif olarak izlendi. Operasyondan 2 ay sonra hasta yeni oluşan intrauterin gebelik tanısı ile tekrar takibe alındı. Canlı ve term doğum gerçekleştirildi.

SONUÇ: Fertilitte isteği olan hastalarda hemodinami stabil olduğu sürece konservatif cerrahi yaklaşım organ ve fertilitte koruyucu yaklaşım olarak mutlaka düşünülmelidir.

Anahtar Kelimeler: Ektopik gebelik, Laparoskopik Cerrahi, Minimal İnvaziv Cerrahi



VS-092

Laparoskopik burch kolposüspansiyonu

Engin Yunus Işık, Tevfik Kaçar, Serkan Kumbasar, Süleyman Salman

Gaziosmanpaşa Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği, İstanbul

GİRİŞ: Kadın stres inkontinansında günümüzde standart cerrahi tedavi yaklaşımı vajinal cerrahiler olmasına karşın, eş zamanlı başka bir nedenle laparoskopik cerrahi gereksinimi olan hastalarda laparoskopik stres inkontinans cerrahileri de uygulanabilmektedir. Çalışmamızda, sterilizasyon istemi ve de stres inkontinansı olan hastada uyguladığımız Laparoskopik Burch Kolposüspansiyonu operasyonunu sunmayı amaçladık

YÖNTEM: Hastanın ortalama vücut kütle indeksi (BMI) 25 kg/m², yaş 35, parite sayısı 4, zor doğum öyküsü mevcuttur. 3yııldan beri stress inkontinans şikayeti mevcuttur. Geçirilmiş abdominal operasyon hikayesi bulunmamaktadır. Cinsel aktif ve de çocuk istemi yoktur. Operasyona geçildi: Umblikustan 10luluk trokar ile batına girildi. Yaklaşık 3lt CO₂ gazı ile batın şişirildikten sonra teleskopla tüm batın gözlemlendi. Uterus bilateral tuba ve overler doğal izlendi. Batın içi yapışıklık görülmedi. Hasta trendelenburg pozisyonuna alındı. Sol Crista İliaca Anterior Superior'un yaklaşık 2-3 cm medialinden ve sol paraumblical bölgeden 5'lik trokarlar ile batına girildi. Bilateral salpenjektomi yapıldı. Ardından laparoskopik Burch'e geçildi: Batın ön duvarından medial umblikal ligamentlerin kesişim yerinden ligasure yardımıyla retriuz aralığına girildi. Cooper ligamanları pubis kemiği önünde açığa çıkarıldı. Mesane içerisindeki foley sonda yardımıyla vajenden manipülasyonla periüretal alan açığa çıkarıldı. Cooper ligamanlarından 1 nolu ethibond sutur geçirilerek periüretal birer adet çift taraflı sutur konuldu. İşlem sonrası sistokopi ile mesane duvarı kontrol edildi. Suture geçilmediği görüldü. Mesane duvarı normal olarak izlendi.

BULGULAR: Ortalam ameliyat süresi 40dk idi. Operasyonun sırasında komplikasyon görülmedi. Periofetatif kanama miktarı 150ml olarak ölçüldü. Postoperatif 1. günde sonda çekildi. Hastanın spontan idrar çıkışı oldu. Rezidü idrar 35ml olarak ölçüldü. Ayakta ve yatarak valsalva manevrasıyla idrar kaçıışı olup olmadığına bakıldı. İdrar kaçıışı olmadı. Postoperatif 1. gününde gaz gaita deşarjı görüldü. Postoperatif 2. Gününde hasta taburcu edildi.

SONUÇ: Operasyon bölgesinin daha net görülmesi, daha az kanama, periofetatif komplikasyon oranının daha az olması, hastanede daha az yatış süresi, sosyal ve gündelik hayata daha hızlı dönüş ve yüksek başarı oranı gibi avantajlarının olması nedeni ile bu operasyonun diğer inkontinans operasyonlarına göre daha çok tercih edileceğini düşünmekteyiz. Ancak net bir fikir söyleyebilmek için uzun süreli prospektif randomize çalışmaların yapılması gerekmektedir.

Anahtar Kelimeler: laparoskopi, burch, stres üriner inkontinans

**VS-093****Disloke rahim içi aracın minimal invaziv cerrahiyle yönetimi**

Hanne Bulat¹, Özgür Aydın Tosun², Canan Satır Özel²

¹Adıyaman Kahta Devlet Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Ana Bilim Dalı

²İstanbul Medeniyet Üniversitesi, Prof. Dr. Süleyman Yalçın Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Ana Bilim Dalı

Rahim içi araç (RIA) kullanılmaya başlandığından beri, yüksek etkinliği, düşük maliyeti nedeniyle popüler bir doğum kontrol yöntemidir. RIA düşük riskli doğum kontrol yöntemleri arasında kabul edilse de uterin-bağırsak perforasyonu, omentuma yapışma, fistül gelişimi, mesane migrasyonu, pelvik inflamatuvar hastalık ve abse oluşumu gibi nadir komplikasyonları barındırır. RIA'nın takılması ve çıkarılması sırasındaki komplikasyonların son derece nadir olduğu gösterilmiş olsa da bu kadar yüksek kullanım hacmi, komplikasyonlar ve potansiyel riskler konusunda dikkatli olmayı zorunlu kılmaktadır. Böyle nadir durumların tanısı ve laparoskopik tedavisi hakkında farkındalık oluşturmak için uterin perforasyon ve barsak diseksiyonu vaka sunumu yapmaktayız.

Anahtar Kelimeler: Ria, uterin perforasyon, bağırsak yapışması, laparoskopik diseksiyon

**VS-094****Yeni başlayanlar için robot kullanma kılavuzu, bakınız: Robotik pektepeksi**

Mustafa Melih Erkan

Medicana International İzmir Hospital

Robot yardımcı laparoskopik cerrahi yirmi yılı aşkın süredir tüm dünyada kullanılıyor. Minimal invaziv jinekolojik cerrahi girişimler için robotik sistemin kullanımı ise ülkemizde halen çok gerilerde. Robotik cerrahinin önündeki en büyük engel yüksek maliyetler olarak gösterilse de işin aslı hiç de öyle değil. Biz bu sunumda üç yıllık robotik cerrahi sürecimizi paylaşmak, sıfırdan başlayıp aktif bir cerrah olana kadar geçen zamanda karşılaştığımız zorlukları, eğitim sürecini anlatmayı amaçlıyoruz. Kısacası yeni başlayan veya başlamak isteyenler için robotun kullanım kılavuzunu paylaşmak ve bunu da yaptığımız bir robotik pektepeksi operasyonu üzerinden özetlemek istiyoruz.

Anahtar Kelimeler: robotik cerrahi, pektepeksi, robot, histerektomi, prolapsus

**VS-095****desensus kolli tanımlı genç hastada lateral süspansiyon: olgu sunumu**

Ayşenur Çalış Özbayram, Semra Yüksel

¹Çam ve Sakura Şehir Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum, İstanbul

GİRİŞ: Pelvik organ prolapsusu vajinal doğum yapmış olan hastalarda nadir olmayan bir jinekolojik durumdur. Genellikle postmenopozal hastalarda görülmekle birlikte genç kadınlarda da görülebilir. Uterus koruyucu minimal invaziv cerrahi yöntemler genç hastalarda önem kazanmaktadır. Laparoskopik lateral süspansiyon, komplikasyon riskinin düşük ve öğrenme eğrisinin kısa olması nedeniyle son yıllarda prolapsus cerrahisinde tercih edilmektedir.

VAKA: 37 yaşında, Gravide 1 Parite 1 olan hastamız vajinada ele gelen kitle şikayeti ile kliniğimize başvurdu. Muayenede desensus kolli izlenmiş olup servikal uteri erozeydi. Kollum amputasyonu ve laparoskopik lateral süspansiyon planlandı.

Rektovajinal ve vezikovajinal sulkuslar oluşturuldu ve kollum uteri amputasyonu yapıldı. Vajinal ve endoservikal mukoza sirküler şekilde yakınlştırıldı. Lateral süspansiyon ameliyatına geçildi. Mesane keskin ve künt diseksiyonlarla proximal vajinanın yaklaşık 4 cm aşağısına kadar ile uzaklaştırıldı. Hazırlanmış olan Y mesh kollum uteri üzeri ve proximal vajinaya no 1 prolens sütürlerle ile tespit edildi. Sağ ve sol iliak krestlerin 2 cm üzerinden grasper ile retroperitonda tünel oluşturularak round ligament altından mesh yerleştirildi. Mesh kollarının uçlarından tutularak gerekli tansiyon sağlandıktan fasyaya fiksasyon yapıldı.

Açılan periton alanı suture edilerek operasyona son verildi. İntraoperatif komplikasyon olmadı. Postoperatif 2. günde şikayeti olmayan hasta taburcu edildi.

SONUÇ: Prolapsus cerrahisinde uterus koruyucu cerrahi yöntemler giderek önem kazanmaktadır. Lateral süspansiyon prolapsus şikayeti olan genç hastalarda tercih edilebilir güvenli bir cerrahi yöntem olabilir. Desensus kollisi olan ve kollum uzunluğu artmış hastalarda lateral süspansiyon öncesi kollum amputasyonu yapılması gerekebilir.

Anahtar Kelimeler: desensus uteri, lateral süspansiyon, kollum amputasyonu

**VS-096****Laparoscopic management of isolated bulky pelvic lymph node**

Seda Şahin Aker

Department of Gynecologic Oncology, Kayseri City Hospital, Turkey

Nasopharyngeal carcinoma is the most commonly diagnosed head and neck cancer in Southern Asia. Lymphatic drainage of the nasopharynx is predominantly to the cervical lymph nodes. Patients are presented mostly with cervical region lymph metastasis. Radiation therapy is the main corner of the treatment. distant metastasis of nasopharyngeal carcinoma is commonly metastasis to bone, liver, lung and distant lymph nodes. In this video presentation, we present a case of isolated pelvic lymph node metastasis of nasopharyngeal carcinoma after 1-year disease-free period.

Methodology a 42 year old women diagnosed with a non-keratinizing squamous cell type of nasopharyngeal carcinoma was treated with radiotherapy admitted to gynecologic oncology unit. After 1 year disease-free period Pet-Ct showed an isolated pelvic lymph node recurrence. Laparoscopic excision of bulky lymph node was planned.

Results Step 1: Preparation of retroperitoneal spaces Step 2: Isolation of umbilical artery and n.obturatorius Step 3: Isolation of external iliac artery and vein Step 4: Excision of bulky lymph node.

Conclusion The patient was discharged 24 hours after surgery. The pathological evaluation showed metastasis of nasopharyngeal carcinoma. Patient was treated with systemical chemotherapy after surgery.

Keywords: laparoscopy, bulky lymph node, lymphadenectomy



VS-097

Tip3 miyomun histeroskopik rezeksiyonuAysel Nalçakan, Emine Karabük

Acıbadem Mehmet Ali Aydınlar Üniversitesi Atakent Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği, İstanbul

Myomlar, üreme çağındaki kadınların yaklaşık %25'inde klinik olarak ortaya çıkarlar. Anormal uterin kanama, pelvik ağrı ve/veya bası semptomları, infertilite, tekrarlayan gebelik kayıpları gibi semptomlara sebep olabilirler. FIGO (The International Federation of Gynecology and Obstetrics) sınıflamasına göre Tip 3 myomlar, endometriyum ile temas halinde intramuraldir, ancak intrakaviter uzanım göstermezler.

Semptomatik miyomların tedavisinde altın standart cerrahidir ancak tip 3 miyomda cerrahi tipi net olarak tanımlanmamıştır. Ameliyat tipi (laparotomi, laparoskopik veya histeroskopik) miyomların boyutuna, sayısına, tipine ve cerrahın becerisine, ayrıca hastanın semptomlarına, yaşına ve tercihinine de bağlıdır.

Tip 0, 1 ve 2 myomların histeroskopik rezeksiyonu güvenli, minimal invaziv ve uygun maliyetli bir yöntemdir. Tip 3 myomlar içinse bir fikir birliği olmamakla birlikte histeroskopik rezeksiyon yapılabilir.

Bizde video sunumumuzda ultrason rehberliğinde Tip 3 myomun histeroskopik rezeksiyonunu göstermeyi amaçladık.

Anahtar Kelimeler: submuköz myom, histeroskopi, rezektoskopi



VS-098

Laparoskopik histerektomide mesane hasarı- Neyi farklı yapabilirdim?Muhterem Melis Cantürk

Ünye Devlet Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Bölümü, Ünye, Ordu

GİRİŞ: Üriner trakt yaralanmaları jinekolojik cerrahinin bilinen bir komplikasyonudur. Benign sebeplerden ötürü yapılan histerektomilerde abdominal ve vaginal yola kıyasla laparoskopik yaklaşım artmış üriner trakt yaralanmaları ile ilişkilendirilmiştir (1) Bu grup içinde mesane yaralanmaları için literatürde oran %1 olarak verilmiş olup, geçirilmiş sezaryen ve laparotomi varlığı en önemli risk faktörleri arasında sayılmaktadır. (1) Mesane yaralanmasının intraoperatif tanınması, peroperatif onarıma imkan vermekle beraber post operatif sekelleri de büyük ölçüde azaltır.

Bu sunumda amaç laparoskopik histerektomi esnasında tanınan mesane hasarını demonstre ederek, peroperatif hatalı yaklaşımlara dikkat çekmek, komplikasyon gerçekleşen vakayı aynı cerrah tarafından yapılan bir başka ameliyat ile kıyaslamaktır.

YÖNTEM: Videonun 1. Kısımında Ünye Devlet Hastanesi'nde Eylül 2022 tarihinde yapılan ilk laparoskopik histerektomi ameliyatı esnasında oluşan mesane tam kat hasarı gösterilmektedir. Videonun 2. Kısımında aynı cerrah tarafından 2 ay sonra gerçekleştirilen başka bir laparoskopik histerektomi videosu gösterilip, ilk vakadaki hatalı yaklaşımlara dikkat çekilmesi planlanmaktadır.

BULGULAR: Literatürde geçirilmiş sezaryen ve laparotomi varlığı laparoskopik histerektomide mesane hasarı için en önemli risk faktörleri arasında görülmektedir. Bunun yanı sıra cerrahın tecrübesi de bu komplikasyon için önemli bir etkidir. Mevcut yayınlarda ilk 40 laparoskopik histerektomi için mesane komplikasyonu oranı %1.5-2 olarak verilmiş iken, 100 vaka ve sonrasında bu oran %0.4'e gerilemektedir.(1) (2)

SONUÇ: Benign jinekolojik nedenler sebebiyle yapılan laparoskopik histerektomi vakalarında mesane hasarı riskinin düşük olduğu ve operatörün tecrübesi ile azaldığını hatırlamak önemlidir. Ayrıca peroperatif dönemde şüphe oluşması halinde metilen mavisi ile mesane bütünlüğünü kontrol edilmelidir. Olası hasar halinde peroperatif onarımın post operatif morbiditeyi belirgin oranda azalttığı unutulmamalıdır.

Kaynaklar: Lafay Pillet MC, Leonard F, Chopin N, Chapron C. Incidence and risk factors of bladder injuries during laparoscopic hysterectomy indicated for benign uterine pathologies: a 14.5 years experience in a continuous series of 1501 procedures. Hum Reprod. 2009.PMID: 19122211.

Wattiez A et al. The learning curve of total laparoscopic hysterectomy: comparative analysis of 1647 cases. J Am Assoc Gynecol Laparosc. 2002. PMID: 12101332.

Anahtar Kelimeler: Laparoskopik histerektomi, mesane hasarı, komplikasyon



VS-099

Laparoskopik Burch operasyonu; eş zamanlı bilateral tubal ligasyonMeltem Çalışkan, Ozan Karadeniz

Anavutköy Devlet Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği, İstanbul

GİRİŞ: Üriner inkontinans kadınlar arasında sıkça görülen, kişisel ve toplumsal harcamalara neden olan bir sağlık sorunudur (1). Fiziksel efor ile birlikte istemsiz idrar kaçırma olarak tanımlanan stres üriner inkontinans ise Türkiye’deki kadınlarda % 39.8 sıklıkta görülmekte ve hayat kalitesini önemli ölçüde etkilemektedir (2). Stres üriner inkontinans cerrahisinde uygulanan Burch kolposüspansiyonunda inkontinansa neden olan üretral hipermobilitiyi düzeltmek için retropubik kolposüspansiyon ve üretropeksi yapılarak periüretal dokular yükseltilmekte ve güçlendirilmektedir.

OLGU: Kliniğimize; 42 yaşında (G4 P3 A1), sterilizasyon istemi ve stres üriner inkontinans şikayetleri ile başvuran hastanın yapılan muayenesinde stres ve q-tip test pozitif olup tranvaginal ultrasonografik görüntülenmesinde birkaç adet 1cm’lik subseröz myoma uteri dışında patolojik bulgu izlenmemesi üzerine operasyon kararı alındı. Laparoskopik bilateral tüp ligasyonu ve burch kolposüspansiyon ameliyatı uygulandı. İşlem sonrası komplikasyon izlenmedi.

Post operatif birinci günde post rezidüel idrar miktarı 50 cc olarak tespit edildi. Spontan diürezinin normal ve gaz deşarjının olması üzerine hasta şifa ile taburcu edildi. Postoperatif takiplerinde hastanın idrar kaçırma şikayetlerinin azaldığı görüldü. Operasyonun uzun dönem sonuçları açısından hastanın kliniğimizde takibi devam etmektedir.

TARTIŞMA: Laparoskopik operasyonların hastanede kalış süresi, analjezi ihtiyacı ve kan kaybı miktarının açık ameliyatlara oranla daha az olduğu açıkça kanıtlanmıştır. Stres üriner inkontinans cerrahisinde ise farklı birçok prosedür uygulanmakla birlikte etkinlikleri benzerdir. Tüp ligasyon işlemi ile birlikte farklı bir kesi yapılmadan stres üriner inkontinans cerrahisi için laparoskopik Burch kolposüspansiyon uygulanması hasta konforu için öncelikli yaklaşımmızdır.

1.Aoki Y, Brown HW, Brubaker L, Cornu JN, Cartwright R. Urinary incontinence in women. Nat Rev Dis Primers. 2017 Jul 6;3:17042. doi: 10.1038/nrdp.2017.42. Erratum in: Nat Rev Dis Primers. 2017 Nov 16;3:17097. PMID: 28681849; PMCID: PMC5878864.

2. Cetinel B, Demirkesen O, Tarcan T, Yalcin O, Kocak T, Senocak M, Itil I. Hidden female urinary incontinence in urology and obstetrics and gynecology outpatient clinics in Turkey: what are the determinants of bothersome urinary incontinence and help-seeking behavior? Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct. 2007 Jun;18(6):659-64. doi: 10.1007/s00192-006-0223-6. Epub 2006 Dec 13. PMID: 17164988.

Anahtar Kelimeler: Burch kolposüspansiyon, stres üriner inkontinans, laparoskopi

**VS-100****Olgu sunumu: Masif kanamalı ovarian kist rüptürüne yaklaşım**

Narin Ece Rol, Cengiz Andan, Izel Çalışkan

Sağlık Bilimleri Üniversitesi Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi

AMAÇ: Masif kanamalı ovarian kist rüptürü vakasına yaklaşımımızı açıkladık.

YÖNTEM: Acilimize yaklaşık 4 saatten beri devam eden sağ kasık ağrısı ve omuz ağrısı şikayetiyle başvuran 30 yaşında Gravide 1 parite 1 vajinal doğum öyküsü bulunan ve son adet tarihi 1 hafta önce olan hastaya yapılan batin muayenesinde batında defans rebound pozitif olarak izlendi. Hastaya yapılan TVUSG de endometrial kalınlık 8 mm sol over doğal, sağ overde 5*4 cm boyutlarında anekoik kist ve douglasta 2,5 cm mayii izlendi. Hastadan alınan hemogramda hemoglobün değeri: 12,3 olarak sonuçlandı. Hastanın kliniği göz önünde bulundurularak diagnostik laparoskopi kararı verildi. Operasyon sırasında batında douglasta, karaciğer ve dalak altında olmak üzere yaklaşık 2 lt kanama izlendi. Koagulumlar aspire edilip sağ overdeki 5 cm boyutundaki rüptüre ovarian kist drene edildi. Kist cidarındaki kanama alanları bipolar yardımıyla koagüle edildi. Batin içine dren konularak operasyona son verildi.

BULGULAR: Ameliyat sırasında ölçülen total kan kaybı aspire edilen mayii ile birlikte 2000 ml olarak ölçüldü. Operasyon süresi yaklaşık 25 dk sürdü, intraoperatif herhangi bir komplikasyon görülmedi. Hastaya perop 1 adet eritrosit süspansiyon replasmanı yapılmasına rağmen postoperatif 4. Saatinde alınan hemogramında hemoglobün: 8,3 olarak sonuçlandı. Vitalleri stabil seyreden, idrar çıkışı yeterli olan dreninden gelen mayiisi olmayan ve şikayetleri gerileyen hasta 1 gün sonra taburcu edildi.

SONUÇ: Masif kanamalı kist rüptürü vakalarında da, laparoskopi güvenli ve etkin bir tedavi sunmaktadır.

Anahtar Kelimeler: ovarian kist, kist rüptürü, akut batin

**VS-101****Laparoskopik obturator aralık lenf nodu diseksiyonu**

Sema Rumeysa Bilici, Elif Yıldız, Havva Betül Bacak, Tevfik Kaçar, Süleyman Salman
TC SBÜ Gaziosmanpaşa Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum, İstanbul,-
Türkiye

Anormal uterin kanama şikayetiyle tarafımıza başvuran 63 yaşındaki hastamıza yaptığımız probe küretaj sonucunda endometrioid adenokarsinoma izlenmesi üzerine yatışı yapıldı, total laparoskopik histerektomi+ bilateral salpingoofektomi+ frozen planlandı. Gönderilen frozenın: invazyon derinliği %50' den fazladır şeklinde sonuçlanması üzerine lenfadenektomiye geçildi. Eksternal ve internal iliak damarların etrafındaki lenf nodları diseke edildikten sonra obturator aralık lenf nodu diseksiyonuna geçildi: Obturatar fossaya girildi, obturatar sinir tespit edildi ve obturatar fossa lenf nodları diseke edilerek çıkarıldı, eksternal iliak damarların etrafındaki lenf nodları comon iliak arter bifurkasyonundan eksternal iliak laterale alınarak derin sirkumfleks ve inferiör epigastrik damarlara kadar diseke edilerek çıkarıldı. İnternal iliak damarlar etrafındaki lenf nodları diseke edilerek çıkarıldı. Obturatar fossaya kadar diseke edildi. Kanama kontrolünü takiben pelvik lenfadenektomi tamamlandı. Materyaller patoloji için saklandı.

Paraaortik lenf nodları diseksiyonunu takiben lenfadenektomi tamamlandı.

Perop ve erken postop komplikasyon izlenmeyen hasta serviste takibe alındı.

Postop rakiplerinde genel durumu vitalleri ve kontrol tetkikleri doğal olan hasta postop 7. Gününde iyi halde taburcu edildi. Postop 10. gün ve 1. ay kontrollerinde hastanın şikayeti yoktu ve muayenesi doğal idi.

Kati patoloji sonucu figo grade 2 endometrioid adenokarsinom olarak sonuçlanan hasta onkoloji bölümüne yönlendirildi. Radyoterapi almasına karar verildi.

Anahtar Kelimeler: Laparoskopi, Onkoloji, Endometrioid Adenokarsinoma, Obturator Aralık, Lenf Nodu Diseksiyonu

**VS-102****Laparoskopik yaklaşım ile gebelikte over torsiyonunun yönetimi**Şerif Aksin, Mehmet Yılmaz, Fatma Zehra Kurnuç

Siirt Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, Siirt

GİRİŞ-AMAÇ: Over torsiyonu jinekolojik acillerden sık rastlanan bir durumdur. Gebelik over torsiyonu ile beraber sıklığı azalır, fakat buna rağmen gebelikte over torsiyonu laparoskopik yaklaşım ile ilgili çekinceler vardır. Biz bu hastamızda kaşektik 9w'lık gebelikte eşlik eden over torsiyonu gelişen hastaya, güvenli batına giriş tekniği kullanarak laparoskopik yaklaşımı ve beraberinde literatür incelemesini sunmayı amaçladık.

YÖNTEM: Karın ağrısı şikayeti ile acile başvuran 22 yaşında BMI: 18 olan ikinci gebeliği ve bir normal doğumu olan 9 haftalık gebe hastaya ultrason yapıldı ve kavitede 9w lık fka+ olan gebelik izlendi. Hastanın aşırı ajite olup ve sol alt kadranda ağrı, hassasiyet ve defans, rebound + olduğu gözlemlendi. Hastaya Tv-usg yapıldı ve sol adneksiyel alanda 5x6 cm açıpda kistik yapı olduğu aynı zamanda da sol over boyutunun artmış olduğu gözlemlendi. Tv-usg de over boyutunun artmakla beraber kapsülün ödemli ve over kanlanması da azaldığı gözlemlendi. Hasta servise yatırıldı medikal tedavi başlandı, tedavi sonrası ağrısı geçmeyen aynı zamanda wbc artışı izlenen hastanın ağrılarının artması üzerine hastaya acil operasyon planlandı. Hastaya genel anestezi altında laparoskopik detorsiyon planlandı, umbilikal bölgeden 10'luk trokar, sağ ve sol alt kadrandan da iki adet 5'lik trokar yerleştirdi. Batın gözleminde uterus 10w'lık cesamette olup ve sol overinde 3 defa tuba ile beraber torsiyone olduğu gözlemlendi, over ve tuba detorsiyone edildi, overdeki basit kist aspire edildi. Gözlemlenilen over ve tubada renk değişimi olduğu gözlemlendi. Batına bir adet dren konularak işleme son verildi.

BULGULAR: Hasta postoperatif Usg takibi yapıldı. Progesteron tablet ve yatak istirahati önerildi. İlk 2 hafta, haftalık USG takiplerine çağrıldı. 39 w haftada normal vaginal yolla doğumu gerçekleşti.

Öneriler:

1-Birinci trimesterde yapılan cerrahi için dorsal litotomi pozisyonu ve ikinci trimesterde yapıldığında vena kava üzerindeki baskıyı azaltmak için hafif sol yanal pozisyon önerilir.

2-Uterus mobilizasyonu için serviks üzerindeki enstrümantasyondan kaçınılmalıdır.

3-Umbilikal açık mini laparotomi uterus hasarını önlemek için tercih edilen tekniktir. Büyümüş gebe uterus vakalarında, Veress iğnesi kullanılmadan göbek üstü orta hat kesisi yapılmalıdır.

4- Ameliyat süresini, uterus manipülasyonunu ve kan kaybını en aza indirmek için karın içi basıncın 12 mmHg'den az olması gerekir

SONUÇ: Daha kısa hastanede kalış süresi ve olumlu cerrahi ve gebelik sonuçları avantajları nedeniyle, Over Torsiyonu gelişen gebelerin tedavisinde laparoskopik gebeliğe uygun tekniklerle uygulanabilir.

Anahtar Kelimeler: Laparoskopik, gebelik, torsiyon, over, ağrı



VS-103

İstmosel kesesine dens yapışık pelvik kitleye laparoskopik ve eş zamanlı histeroskopik yaklaşım: Olgu sunumu

Dilara Sarıkaya Kurt, Ahmet Kurt, Tuğba Kınay, Hüseyin Levent Keskin, Çağla Çelikkın
Etlik Şehir Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum, Ankara

GİRİŞ: Sıklıkla rutin muayenelerde tespit edilen istmosel, klinik olarak asemptomatik olabildiği gibi, adet düzensizlikleri, infertilite, kronik pelvik ağrı, skar gebelikleri, skar ayrılması, uterin rüptür gibi birçok klinik durum ve komplikasyon ile karşımıza çıkabilir (1, 2). Semptomatik istmosel; klinik bulgulara ve cerrahın tercihine bağlı olarak laparoskopi, histeroskopi, laparotomi, vajinal ve robotik yaklaşımla cerrahi tedavi edilebilir. Hangi olgularda hangi cerrahi yöntemin tercih edilmesi gerektiğini ve hangi yöntemin semptomatik hastalarda iyi sonuç verdiğini gösteren evrensel bir klinik kılavuz yoktur (3).

OLGU: 34 Yaş, G3 P3 Y3 CS3 öykülü, bilinen ek hastalık veya sezaryen harici geçirilmiş operasyonu bulunmayan; Sezaryen doğum sonrası, kronik pelvik ağrı şikayetiyle başvuran hastanın düzensiz kanama şikayeti bulunmamaktadır. Hastanın ultrason görüntülemesinde endometrium 8mm, uterus normal boyutlarda bilateral overler doğal görünümde idi. Uterus ve mesane arasında sezaryen skarı hizasında skar hattıyla bütünleşik 45*18 mm heterojen yoğun içerikli kistik yapı ve altında rezidüel myometrial kalınlığı 3 mm' nin altında olan istmosel kesesi izlendi. Laparoskopik olarak kitlenin eksizyonu planlandı. Kitle laparoskopik olarak yapışık olduğu mesane, omentum, uterus ön duvarı ve istmosel kesesinden keskin ve künt disseksiyonlarla ayrıldı. Sonrasında eksize edilerek istmosel kesesi açığa çıkarıldı. Beraberinde histeroskopi eşliğinde istmosel kesesi de eksize edilerek ardından defekt laparoskopik onarıldı. Postoperatif takiplerde hastanın semptomlarının gerileyerek kaybolduğu izlendi.

SONUÇ: Minimal invaziv yaklaşım, hem pelvik kitleler hem de uterus defektini onarmak ve myometriumun orijinal kalınlığını eski haline getirmek için kolaylıkla uygulanabilir, etkili ve güvenli bir yöntemdir. Minimal invaziv girişim skarsız ve düşük maliyetli bir işlemdir.

1. Tower AM, Frishman GN. Cesarean scar defects: an underrecognized cause of abnormal uterine bleeding and other gynecologic complications. J Minim Invasive Gynecol. 2013; 20(5): 562–72.
2. Van der Voet L, Vervoort A, Veersman S, BijdeVaate A, Brolmann H, Huirne J. Minimally invasive therapy for gynaecological symptoms related to a niche in the cesarean scar: a systematic review. BJOG. 2014; (121): 145–56.
3. Selvi Demirtaş, G. Sequela of cesarean section delivery; istmocele. Kocatepe Tıp Dergisi. 2022; 23 (1), 119-124. DOI: 10.18229/kocatepetip.744836

Anahtar Kelimeler: laparoskopi, histeroskopi, istmosel, pelvik kitle

**VS-104****Retroperitoneal yerleşimli tubaovaryan absenin laparoskopik olarak drenajı**

Sümeyye Gürbüz, Cengiz Andan, Derya Çolakerol, Duygu Çoban
Sarıyer Hamidiye Etfal Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği, İstanbul

GİRİŞ-AMAÇ: Tubo-ovaryan apse (TOA), karın veya pelvik ağrı ile başvuran reproduktif çağıdaki kadınlarda düşünülmesi gereken ciddi bir tanıdır. Nadir olgularda abse retroperitoneal ilerleyebilir. Biz bu vakada retroperitoneal yerleşimli tuba ovaryan absesi olan hastanın laparoskopik olarak cerrahi tedavisini anlatmayı amaçladık

YÖNTEM: Kliniğimize 39 yaşında G2P1C1, kasık ağrısı ve ateş şikayetiyle başvuran hastanın vücut sıcaklığı 39.5 °C, crp: 315 mg/L, wbc: 15.000 mal idi, Ultrasonografisinde douglasa doğru yer değiştirmiş over kaynaklı olduğu düşünülen 12 cm yoğun içerikli kalın cidarlı kistik oluşum izlendi. Hasta servise yatırıldı, 5 gün antibiyoterapi almasının ardından operasyon kararı verildi. Laparoskopik olarak batına girildi (video görüntüsü). Sol tuba uterina hidropik, abse lojuna yapışık ve yapısında bozulma olduğu izlendi. Abse loju sigmoid kolon altında ve rektuma yapışık, retroperitoneal alanla ilişkili izlendi. Barsak ansları gözetilerek retroperitoneal alandaki abse drene edildi, ardından genel cerrahi konsültasyonu istendi, ek müdahaleye gerek görülmedi. Dren yerleştirilerek operasyona son verildi.

BULGULAR: Ameliyat süresi 55 dk idi. Hastada intraoperatif komplikasyon gelişmedi. Postoperatif 5. Gününde antibiyoterapisi tamamlanmasının ve akut faz reaktanlarının (crp: 30, wbc: 11.000) düşmesinin ardından iyilik hali ile taburcu edildi ve takipte herhangi bir sorun olmadı. Histopatolojik incelemede konjesyone ve ödemli tubal dokular, çevre yağ- bağ dokuda kronik inflamasyon, fibrozis olduğu doğrulanmıştır.

SONUÇ: Tubaovaryan abseler nadiren retroperitoneal alana ilerleyebilir. Preop değerlendirmede buna dikkat edilmeli, bu tür komplike vakalar da laparoskopik olarak güvenli bir şekilde yönetilebilir

Anahtar Kelimeler: tubaovaryen abse, laparoskopi, retroperiton

**VS-105****Laparoskopik bilateral dermoid kist eksizyonu****Berrin Taşkesen**

Sağlık Bakanlığı Üniversitesi Gaziosmanpaşa Fizik Tedavi Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Matür kistik teratomlar sıklıkla yaşamın üçüncü dekadında görülen ve çoğunlukla insidental saptanan tümörlerdir. ovaryan dermoid kistler genelde benign neoplazmlar olup nadiren malign transformasyon gösterirler.

Tümör belirteçleri bu ayrımı yapmada tam anlamıyla yeterli olmamaktadır. dermoid kist için spesifik tm belirteci bulunmamaktadır. ancak özellikle ileri yaşlarda olan hastalarda malignite yönünden risk artışı olduğundan dikkatli olunmalıdır.

Dermoid kistler reproduktif dönemde sık görülen over tümörleridir. usg ile genellikle tanı konulabilmektedir. daha çok üreme döneminde görüldüklerinden over koruyucu cerrahi yaklaşımlar tercih edilmelidir. fertilitisini tamamlamış ileri yaş hastalarda oofektomi bir seçenek olarak düşünülmelidir. matür kistik teratomlar l/s yolla çıkarıldıklarında daha az adezyon oluşumu, daha az ağrı hissi, kısa hastanede kalış süresi ve daha iyi kozmetik sonuç elde edilebilmektedir.

Genç yaşlarda organ koruyucu cerrahi uygulanmalı, perimenopozal veya postmenopozal hastalarda endobag kullanarak oofektomi yapılmalı, rüptür oluşan vakalarda içeriğin lokalize kalmasını sağlayıp karın boşluğu ısıtılmış sodyum klorürle iyice yıkanmalıdır.

Olgumuz 31 yaşında virgo hasta.

Hastanın rutin kontrollerinde çekilen pelvik ultrasonografisinde bilateral dermoid kisti + sol over endometrioma kisti görülmesi üzerine kliniğimize başvurdu.

yapılan usg muayenesinde; usg: uterus avf ek ince düzenli douglasta kissing görüntüsü veren sağ adneksiyel alanda 5 cm sol adneksiyel alanda 3,5 x 4 cm lik olmak üzere bilateral dermoid kist ile uyumlu imaj izlendi hastaya virgo olması nedeniyle spekulum muayenesi yapılamadı.

Çekilen pelvis mr sonucunda; sağ overde 30x25mm çapta ortalama 12x5mm çapta solid komponenti bulunan, hemen bu lezyonun posterior inferior komşuluğunda 34x33mm çapta, inferoposteriorunda yer yer septa ve solid komponentler içeren ince cidarsal kontrastlanmaları bulunan ve dermoid kist, sol over lojunda 50x32mm çapta içerisinde kalsifik hipodens alanlar bulunan, kontrastlı incelemelerde cidarsal hafif kontrastlaması bulunan dermoid kist izlenmiştir. lezyonun posteriorunda 35x28mm çapta yine dermoid kist ile uyumlu başka bir lezyon görülmektedir. bu lezyonların inferoposterior komşuluğunda 22x14mm çapta endometrioma lehine değerlendirilen shading bulgusu oluşturan lezyon dikkati çekmiştir.

Hastanın 14.09.22 tarihli tm belirteçleri; CA-125: 29 CA 15-3: 11,5 CA 19-9:27 CEA:1,3 hastaya l/s bilateral dermoid kist eksizyonu + sol over endometrioma kist eksizyonu kararı alındı.

Hastanın intraop batın temizliği peritonit riskinin azalması açısından önem taşımaktadır.

Hastanın jinekoloji servis takiplerinde genel durumu iyi, ek şikayetlerinin olmaması üzerine postop 2. gününde taburcu edildi.

Operasyon sonrası kontrollerinde herhangi bir komplikasyon saptanmadı.

Anahtar Kelimeler: laparoskopik, dermoid kist, tümör belirteçler, ultrasonografi

**VS-106****Derin pelvik endometriozis**

Mehmet Ali Abasıyanık, Hüseyin Akıllı

Başkent Üniversitesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum, Ankara

33 yaşında G:1 P:1 (cs, ivf gebeliği) olan hasta şiddetli dismenore, dispareni ve tenesmus şikayetleriyle kliniğimize başvurdu. Gebelik öncesinde 1 kez tanısal laparoskopi geçirmiş olan hastanın manyetik rezonans görüntülemesinde uterus posteriorunda kissing ovaries ve bilateral hidrosalpenks görünümüleri ile rektovajinal nodüller izlendi. Hastaya bilateral salpenjektomi, endometriotik odakların eksizyonu ve adezyolizis planlandı. Cerrahi esnası ve sonrasında komplikasyon gözlenmedi. Hastaya cerrahi sonrası 6 aylık Leuprolide Asetat tedavisi verilmesi planlandı.

Anahtar Kelimeler: Derin pelvik endometriozis, die, laparoskopi

**VS-107****Laparoskopik multipl myomektomi olgusunda maliyet etkin ve güvenli yaklaşım, video sunumu**

Kiper Aslan, Omer Cagatay Mesut, Ibrahim Halil Durak, Gurkan Uncu

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

AMAÇ: Laparoskopik multipl myomektomi olgusunda maliyet etkin ve güvenli yaklaşımın video olgu sunumu şeklinde gösterilmesi

Tasarım: Anlatımlı video görüntüleri ile operasyon basamaklarının gösterimi

GİRİŞ: Myomektomi jinekolojik ameliyatlarda en sık uygulanan prosedürlerden biridir. Günümüzde laparoskopik myomektomi oldukça tartışmalı bir konudur. Laparoskopik myomektomide eksise edilen myom batın dışına çıkartılırken genellikle morselasyona ihtiyaç duyulur. Morselasyon sırasında küçük fibroid parçalarının batın içerisine dağılması söz konusudur. Bu durum özellikle büyük boyutlu ve olası sarkom riski olan vakalarda kaçınılması gereken bir durumdur. Günümüzde özellikle sarkom riski taşıyan hastalarda kullanılan kapalı morselasyon yöntemi bulunmaktadır. Kapalı morselasyon için özel olarak üretilen torbalar oldukça maliyetlidir. Laparoskopik myomektomi ile ilgili bir diğer önemli konu da perop kanamadır. Laparoskopik myomektomide özellikle çok sayıda, büyük ve intramural myomlarda peroperatif kan kaybı riski daha fazladır. Çok miktarda kanama durumunda operasyon süresi uzayabilir, kan ürünü replasmanı ihtiyacı doğabilir ve eksise edilen myom yatağını en ideal şekilde suture etmek mümkün olmayabilir. Laparoskopik myomektomi ameliyatında kanama miktarını azaltmak için çeşitli yöntemler mevcuttur; uterusu vazokonstriksiyona yol açan ajanların uygulanması, uterin arterlerin geçici ligasyonu gibi. Ancak, bu yöntemler henüz rutin kullanımda olan yöntemler değildir.

Operasyonun Basamakları:

1. Retroperitona ulaşarak geçici uterin arter ligasyonu yapılması
2. Laparoskopik myomektominin gerçekleştirilmesi
3. Batın içerisine steril bir eldiven yerleştirilmesi ve eldivenin içine myomun yerleştirilmesi
4. Morselasyon için eldiven içerisinde kapalı alan oluşturulması
5. Eldiven içerisinde power morselasyon yapıldıktan sonra eldivenin güvenli bir şekilde batın dışına çıkarılması

SONUÇ: Biz bu video olgu sunumunda, morselasyonu daha güvenli hale getirmek için kolay ulaşılabilir steril bir eldiven kullandık. Her iki uterin arterin geçici olarak ligate ettik. Bu sayede cerrahinin konforunun arttığını, operasyon süresinin kısaldığını aynı zamanda hastanın kan kaybının minimuma indiğini düşündüğümüz bu operasyonun tüm basamaklarını video olgu sunumu haline getirdik.

Anahtar Kelimeler: Myomektomi, Morselasyon, Laparoskopi, Uterin Arter



VS-108

Vezikovajinal fistülü taklit eden mesane ve üreter yaralanması

Nur Gözde Kulhan¹, Mete Can Ateş¹, Mehmet Kulhan², Melike Geyik Bayman¹, Hasan Bedri Aydın¹
¹Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Konya Şehir Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Ana Bilim Dalı, Konya

²Selçuk Üniversitesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Ana Bilim Dalı, Konya

GİRİŞ: Abdominal ve vajinal yolla yapılan histerektomik tekniklere 1989 yılında laparoskopik histerektomi eklendi. Günümüzde ise robotik cerrahi yöntemler de bu aileye katıldı. Laparoskopik histerektomi endikasyonlar dahilinde yapıldığında postoperatif dönemde kısa nekahat dönemi, hızlı mobilizasyon post operatif ağrının az olması gibi pozitif yönleri olduğu gibi günümüzde komplikasyonlar konusunda alacağımız uzun bir yol görünüyor. Enfeksiyon, üriner sistem yaralanması, laparotomiye geçiş, kanama, barsak hasarı laparoskopide bildirilen komplikasyonların başında gelir. Özellikle üriner sistem yaralanmalarının tespiti için postoperatif sistoskopi rutin olarak yapılıp yapılmaması konusu hala tartışmalıdır. Bunun dışında servikal lezyonlar, endometriozis veya büyük kitlelerde preoperatif üreter trase takibi açısından üreter kateterleri önerilmektedir. Bununla birlikte intraoperatif intravezikal kontrast maddeler veya renkli boyar maddeler verilerek alt üriner sistem bütünlüğü değerlendirilebilir. Yine i.v. sdyum flouresin idrarı parlak sarı renge boyayarak üreter trasesindeki ve mesanedeki defektin yerini gösterebilir. Cerrahiden 1-2 saat önce 100-200 mg fenazopiridin cerrahi sırasında idrarı turuncu-kırmızı yapar. Cerrahi sırasında şüphe halinde retroperitoneal alanlar açılarak üreter trasesi izlenebilir veya cerrahiden önce riskli hastalarda üreterler görülebilen vakaya başlanabilir.

OLGU: Olgumuz 47 yaş bayan hasta, yaklaşık 1 yıldır devam eden konstipasyon ve ağrı şikayeti olması nedeniyle kliniğimize başvurdu. Hastanın anamnezinde G4P4Y4 (normal doğum), ek hastalık yok, geçirilmiş cerrahisi olmadığı öğrenildi. Spekulum bakısında servikal osun anteriyora doğru yer değiştirdiği izlendi. Bimanuel muayenesinde serviksi ekpanse eden mobil düzenli sınırlı kitle palpe edildi. Transvajinal ultrasonda servikal düzeyde yaklaşık 7x8 cm servikal myom izlendi. Hastaya laparoskopik histerektomi+bilateral salpenjektomi planlandı. Hastanın cerrahi sonrası takiplerinde patolojik bulgu saptanmaması üzerine post op 8. Saatte sonda çekildi ve post op 2. günde hasta eksterne edildi. 2 hafta sonra kontrole gelen hasta vajenden sıvı geldiğini ifade etti. Hastaya üriner kateter takıldıktan sonra mesane yaklaşık 250 cc metilen mavisi serum karışımı ile dolduruldu. Vajene 3 aşamalı tampon yerleştirildi. Yarım saat sonra vajendeki tamponlar çekildi. En arkadaki ve ortadaki tampon metilen mavisi ile boyalı izlendi. Hasta kalıcı üriner kateter takılarak veziko-vajinal fistül tanısıyla ürolojiye konsülte edildi. Ürolojinin önerisiyle hastaya MR ürografi çekildi. MR ürografi sonucunda retroperitoneal alanda yaklaşık 6x9 cm ürinom ile uyumlu görünüm tespit edildi. Sistoskopi planlandı. Sistoskopide mesane sol superior köşede yaklaşık 1x2 cm defekt ve defekt arkasında sütür materyali izlendi(video-1). Sol üretere girildi. Sol üreter 2 cm de darlık izlendi(video-2). Cuff köşe sütürasyonu sırasında üreter ve mesane yaralanması olduğu düşünüldü. Hastanın sol renal pelviste dilatasyon olmaması ve üreter tarafından olduğu düşünülen retroperitoneal kaçışın regrese olması nedeniyle haftalık yakın takip hastanın 2- 3 ay sonra ureteroneosistostomi ile onarımı planlandı.

Anahtar Kelimeler: laparoskopik histerektomi, mesane, üreter, injury

**VS-109****Normal Doğum Sonrası Minimal İnvaziv Yaklaşımla Sterilizasyon Cerrahisi**Kaan Eray Uzun, Hilal Gökçen Çin Ergin

Bartın Devlet Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum, Bartın

Kadınlar için kalıcı kontrasepsiyon, doğumdan hemen sonra ya da herhangi bir zamanda uygulanabilir. Doğum sonrası kalıcı kontrasepsiyon prosedürleri sezaryen doğum sırasında veya vajinal doğumdan sonra mini laparotomi yoluyla gerçekleştirilir. Diğer kalıcı kontrasepsiyon prosedürlerinin çoğu laparoskopi ile gerçekleştirilir. Vajinal doğumdan sonra kontrasepsiyon en yaygın olarak göbek altı mini laparotomi yoluyla gerçekleştirilir. Bu minimal invazivdir ve olumlu kozmetik sonuçlara yol açar. Doğumdan sonraki ilk 24-48 saat içinde, uterin involusyon olmadan, uterin fundusun göbek hizasında kolayca erişilebilir olduğu bir zamanda gerçekleştirilir. Bu sayede kozmetik açıdan avantajlı olan göbek altı kesi kullanılabilir. İşlem göbek altı kesiden uterusu erişilebilir olduğu sürece anne taburcu olmadan önce yapılabilir.

Cerrahi sırasında uterin fundus seviyesinde göbek altı 2 -3 cm'lik inine veya yarım daire biçimli bir kesi (mini-laparotomi) oluşturulur. Batına girildikten sonra uterus hafifçe itilerek adneksial alan orta hat insizyon hizasına getirilir. Küçük, dik açılı ekartörler tubaların yakalanmasında yardımcı olur.

Tüp tanımlandıktan sonra penset ya da Babcock klempiyile tutulur ve karın dışına çıkarılır. Tüp boyunca ilerleyerek doğrulama için fimbrialar görülmelidir. Rezeksiyon için planlanan alanın altındaki mezosalpenkste bir avasküler alan bulunur. Klemp yardımıyla tuba kaldırılır ve kısmi salpinjektomi yapılır.

Distal segmentlerin fimbriyaya doğru rezeksiyonu tubal rekanalizasyon riskine ve daha yüksek başarısızlık oranlarına yol açabileceğinden, orta hattaki bir segmenti çıkarılması tercih edilir. Daha sonra kontralateral tüp aynı teknik kullanılarak rezekte edilir. Çıkarılan her iki tuba parçası da patolojiye gönderilir.

Doğum sonrası laparoskopik kalıcı kontrasepsiyon bildirilmiştir; ancak, muhtemelen doğum sonrası ortamda mini laparotominin genel kolaylığı nedeniyle yaygın bir kabul görmemiştir.

Anahtar Kelimeler: normal doğum, kadın sterilizasyonu, postpartum, tüp ligasyon

**VS-110****Servikosakropeksi olgu sunumu**

Gökçe Gökkaya, Osman Aşıcıoğlu, Elif Yılmaz

Ankara Atatürk Sanatoryum Eğitim Araştırma Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Ana Bilim Dalı Ankara

AMAÇ: 33 yaş fertilesini tamamlamamış olguda uterus koruyucu yöntemle servikokolpopeksi yöntemini anlatan olgu sunumu.

BULGULAR: Vulvar bölgede ele gelen kitle şikayetiyle polikliğinimize başvuran hastanın gravide 2 ve spontan vajinal yolla 2 doğum yaptığı öğrenildi. Hastanın özgeçmişinde herhangi bir ek özelliği olmadığı öğrenildi. Yapılan muayenede grade 2 prolapsus görüldü. Hastanın fertilitate isteğini devam ettirmek istemesi üzerine laparoskopik servikosakropeksi operasyonu düşünüldü. İlk aşamada promontoryum arkasından peritona kesi atılarak promontoryum serbestleştirildi. Üreter gözetilerek açılan klivaj ilerletildi. Daha sonra vajinal yoldan serviks posterioruna mesh sabitlendi. Gözlem altında pararektal alana ulaşarak ilerlettiğimiz klivajdan over klempini ile meshin ucu promontoryuma tucker ile sabitlendi, sütürasyon ile güçlendirildi. Periton sütürasyonu ve kanama kontrolü sonrasında operasyon sonlandırıldı.

SONUÇ: Uterusunu korumak istediğimiz olgularda bu yöntem tercih edilebilir.

Anahtar Kelimeler: mesh, servikosakropeksi, ürojinekoloji

**VS-111****Evre-4 endometriozis cerrahisi: Minimal invaziv cerrahi****Sertaç Ayçiçek**

Sağlık Bilimleri Üniversitesi Gazi Yaşargil EAH, Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği, Diyarbakır

Endometriozis, pelvik ağrı, çoklu ameliyatlara ve kısırlık dahil olmak üzere önemli morbidite ile sonuçlanabilecek östrojene bağımlı bir hastalıktır. Genetik, çevrenin ve bağışıklık sisteminin olası rolleri ve etkilenen kadınların endometriyumundaki anormallikler ve endometriotik lezyonların salgılanan ürünleri hakkındaki yeni bulgular, bu bozukluğun patogeneziyle ilişkin fikir vermiştir ve yeni tedaviler için arka plan görevi görmektedir. Hastalıkla ilişkili en önemli şikayetler kronik pelvik ağrı ve infertilitedir. Etkilenen kadınlar, over kanseri geliştirme açısından genel kadın popülasyonuna göre daha yüksek risk altındadır ve ayrıca meme ve diğer kanserlerin yanı sıra otoimmün ve atopik bozukluklar açısından da yüksek risk altında olabilirler. Klinisyenler, etkilenen kadınları bu ve diğer ilişkili bozukluklar açısından değerlendirmeli ve takip etmelidir.

Endometriozis cerrahisi minimal invaziv cerrahi ile yapılabilmektedir. Bu yöntemle daha az ağrı, kısa mobilizasyon süresi ve kozmetik sorunlar giderilir.

Hastamız 39 yaşında, kronik pelvik ağrı ve primer infertilite şikayetiyle geliyor. Hastaya daha önceden 1 defa laparoskopik endometrioma boşaltımı ve bir defa başarısız IVF öyküsü mevcut. Hastanın bakılan USG ve pelvik MR'da sağ overde 6 cm ve sol overde 9 cm endometrioma kisti tespit edildi. Uterusta çok sayıda subseröz myom tespit edildi.

Hastaya laparoskopik yolla bilateral salpenjektomi, bilateral endometrioma kist eksizyonu, myomektomi ve adezyolizis yapıldı.

Postoperatif komplikasyon gelişmeyen hasta taburcu edildi.

Anahtar Kelimeler: Endometrioma, minimal invaziv cerrahi, kronik pelvik ağrı.



VS-115

Laparoskopik endometrioma kistektomi

Ali Buhur¹, Dilek Erdem²

¹İstanbul Kanuni Sultan Süleyman Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği İstanbul /Türkiye

²Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı Alaaddin Keykubat Üniversitesi Alanya, Türkiye

GİRİŞ: Endometriozis, endometrial stroma ve glandların uterus dışı organlara yerleşmesi olarak tanımlanır. Daha çok over ve visseral peritonda görülür. Görülme sıklığı tam olarak bilinmemesine rağmen %3-ile %10 arasında olduğu tahmin edilmektedir. Dönemsel ya da sürekli abdominal ağrı, disparoni, infertilite ve palpabl kitle olarak semptom ve bulgu verebilir. Tanı koymak için ultrason ve MRI' dan yararlanılabilir. Tedavi olarak medikal tedavi (kombine östrojen-progestin, sadece progestin ya da GNRH agonistleri kullanılabilir) ya da cerrahi tedavi seçenekleri mevcuttur. Endometrioma tanı ve tedavisinde altın standart laparoskopidir.

AMAÇ: Bu çalışmanın amacı güvenli kolay ve konforlu bir cerrahi olan laparoskopik yöntemle endometriomanın çıkarılmasını göstermektir.

GEREÇ-YÖNTEM: 37 yaşında parite 3 olan, çocuk istemi olmayan hasta, dismenore, disparene, ve sol pelvik bölgede aralıklı bir ağrı ile başvurdu. Ultrasonografi ile muayenesinde sol overde 70 mm endometrioma ile uyumlu kistik kitle izlendi. Tümör markerları normaldi. Laparoskopik kistektomi için yazılı onam alındı. Litotomi pozisyonunda umblikus noktasından 10 mm' lik trokar ile batına girildi. Batın içi pnomoperitoneum sağlandı. Sol ve sağ avasküler batın yan tarafından 5 mm' lik iki adet trokarlar ile batına girildi. Tüm batın içi vizualize edildi. Sol overde 70 mm çapında endometrioma gözlemlendi. Endometrioma iyatrojenik olarak perfore edildi kist içeriği aspire edildi. Over dokusuna ligasür kullanarak bir kesi yapıldı, kist kapsülü ve over korteksi arasında uygun klivaj alanı yaratıldı ve kist kapsülü, traksiyon ve kontur traksiyon ile over dokusundan ayrılması sağlandı. Kist kapsül kökü ligasür yardımı ile kesildi ve endo-bag içine konuldu ve operasyon sahasından uzaklaştırıldı. Kanama kontrolünü takiben batın içi serum fizyolojik ile yıkandı ve operasyona son verildi. Operasyon esnasında ve post operatif dönemde komplikasyon görülmedi.

BULGULAR: Ameliyat süresi 45 dakika, tahmini kan kaybı 100 ml idi. Hastanede kalma süresi iki gün idi. Histopatolojik sonuç endometrioma idi.

SONUÇ: Laparoskopik endometrioma kistektomi birçok açıdan tercih edilebilecek bir yöntemdir. Laparoskopinin laparotomiye göre daha erken taburcu olma ve rutin hayatına erken dönme ve kozmetik açıdan üstünlükleri vardır. Laparoskopi ile tüm kistin çıkarılması güvenli, kolay ve konforlu bir cerrahi işlemdir. Anahtar kelimeler: Endometriozis, endometrioma, laparoskopik endometrioma kistektomi

Anahtar Kelimeler: Endometriozis, endometrioma, laparoskopik endometrioma kistektomi

JİNEKOLOJİK ENDOSKOPİ PLATFORMU



Organizasyon Sekreteryası



FIGÜR KONGRE ORGANİZASYONLARI VE TİC. A.Ş.

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

Tel: 0 212 381 46 00 - Faks: 0 212 258 60 78

E-posta: minimalinvaziv@figur.net



www.minimalinvazivjinekolojicerrahi.org