

MINİMAL İNVAZİV JİNEKOLOJİK ENDOSKOPI PLATFORMU



7. MINİMAL İNVAZİV JİNEKOLOJİK CERRAHİ KONGRESİ

11-14 Eylül 2024

Acıbadem Üniversitesi Kongre Merkezi,
Ataşehir - İSTANBUL



KONGRE BİLİMSEL PROGRAMI VE BİLDİRİ ÖZETLERİ

www.minimalinvazivjinekolojikcerrahi.org

MİNİMAL İNVAZİV JİNEKOLOJİK ENDOSKOPI PLATFORMU



www.minimalinvazivjinekolojikcerrahi.org

ÖNSÖZ

Değerli Meslektaşlarımız,

7. Minimal İnvaziv Jinekolojik Cerrahi Kongresi 11-14 Eylül 2024 tarihleri arasında Acıbadem Üniversitesi Kongre Merkezi, Ataşehir - İSTANBUL'da gerçekleştirilecektir.

2023 yılı Haziran ayında sizlerin yoğun ilgisiyle altıncısını yaptığımız kongremizde, canlı cerrahiler ve videolar eşliğinde teorik konuların anlatıldığı Endometriyozis, Histerektomi, Histeroskopi, jinekolojik ultrasonografi kursları, wetlablarda Robotik cerrahi ve Laparoskopik cerrahi kursları, Kadavra laboratuvarında ileri düzey laparoskopik cerrahi ve Genital Estetik kursları ve kişiye özel Laparoskopik sütür kursları gerçekleştirilmiş ve büyük bir ilgi görmüştür.

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

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

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

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

Minimal İnvaziv Jinekoloji Derneği (MiJiD), Minimal İnvaziv Jinekolojik Onkoloji Derneği ve (MiJOD), Robotik Jinekolojik Cerrahi Derneği (RJCD) tarafından kurulmuş olan Minimal İnvaziv Jinekolojik Endoskopi Platformu olarak, kongre öncesi kurslar ve özgün kongre içeriği ile katkı sunmayı amaçladığımız 7. Minimal İnvaziv Jinekolojik Cerrahi Kongresi'ne sizleri davet ediyoruz.

Prof. Dr. Kemal ÖZERKAN

*Minimal İnvaziv Jinekoloji Derneği
Başkan*



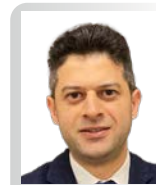
Prof. Dr. Çağatay TAŞKIRAN

*Minimal İnvaziv Jinekolojik Onkoloji Derneği
Başkan*



Prof. Dr. Salih TAŞKIN

*Robotik Jinekolojik Cerrahi Derneği
Başkan*





7. MİNİMAL İNVAZİV JİNEKOLOJİK CERRAHİ KONGRESİ

11-14 EYLÜL 2024 | ACIBADEM ÜNİVERSİTESİ KONGRE MERKEZİ, ATAŞEHİR - İSTANBUL

ONURSAL BAŞKANLAR

Dr. Bülent URMAN
Dr. Fırat ORTAÇ
Dr. Faruk KÖSE

Dr. İlkan DÜNDER
Dr. Gürkan UNCU
Dr. Mete GÜNGÖR

KONGRE BAŞKANLARI

Dr. Kemal ÖZERKAN

Dr. Çağatay TAŞKIRAN

Dr. Salih TAŞKIN

BİLİMSEL SEKRETERYA

Dr. Erhan ŞİMŞEK

Dr. Ercan BAŞTU

Dr. Nasuh Utku DOĞAN

Dr. Levent KESKİN

Dr. Murat GÜLTEKİN

Dr. Yavuz Emre ŞÜKÜR

Dr. Doğan VATANSEVER

Dr. Hamdullah SÖZEN

Dr. Serdar AYDIN

Dr. İbrahim YALÇIN

Dr. Özgüç TAKMAZ

Dr. Ayşe SEYHAN

Dr. Hüseyin AKILLI

Dr. Derman BAŞARAN

Dr. Zeliha FIRAT CÜYLAN



7. MİNİMAL İNVAZİV JİNEKOLOJİK CERRAHİ KONGRESİ

11-14 EYLÜL 2024 | ACIBADEM ÜNİVERSİTESİ KONGRE MERKEZİ, ATAŞEHİR - İSTANBUL

YÖNETİM KURULLARI



Başkan

Dr. Kemal ÖZERKAN

Başkan Yardımcısı

Dr. Ercan BAŞTU

Genel Sekreter

Dr. Erhan ŞİMŞEK

Sayman

Dr. Üzeyir KALKAN

Üyeler

Dr. Evrim ERDEMOĞLU

Dr. Hüseyin AKILLI

Dr. Kemal GÜNGÖRDÜK

Dr. Kiper ASLAN

Dr. Mete GÜNGÖR

Dr. Nasuh Utku DOĞAN

Dr. Özgüç TAKMAZ

Dr. Serdar AYDIN

Dr. Yavuz Emre ŞÜKÜR



Başkan

Dr. Çağatay TAŞKIRAN

Başkan Yardımcısı

Dr. İlkan DÜNDER

Genel Sekreter

Dr. Hamdullah SÖZEN

Sayman

Dr. Serdar AÇIKGÖZ

Üyeler

Dr. Ahmet Barış GÜZEL

Dr. Hüsnü ÇELİK

Dr. İbrahim YALÇIN

Dr. Macit ARVAS

Dr. Mehmet Ali NARİN

Dr. Murat GÜLTEKİN

Dr. Yakup KUMTEPE

Dr. Yakup YALÇIN

Dr. Zeliha FIRAT CÜYLAN



Başkan

Dr. Salih TAŞKIN

Başkan Yardımcısı

Dr. Mehmet Faruk KÖSE

Genel Sekreter

Dr. Doğan VATANSEVER

Sayman

Dr. Faruk Suat DEDE

Üyeler

Dr. Ahmet GÖÇMEN

Dr. Derman BAŞARAN

Dr. İlkan DÜNDER

Dr. Mete GÜNGÖR

Dr. Vakkas KORKMAZ

12 EYLÜL 2024, PERŞEMBE

SALON A KONFERANS SALONU

09:30
11:00

(SALON A)
SAHNEDE KADAVRA - PELVİSİN ANATOMİSİ
Moderatör: **METE GÜNGÖR**
Cerrahlar: **ÇAĞATAY TAŞKIRAN, KEMAL ÖZERKAN**

OLYMPUS®

11:00
11:15

KAHVE MOLASI

11:15
12:00

(SALON A)
UYDU SEMPOZYUMU
Moderatör: **METE GÜNGÖR**

HPV Kaynaklı Düşük Dereceli Premalign Lezyonların İnvazif Olmayan Tedavi Seçenekleri

SALİH TAŞKIN

Vulvovajinal Atrofide Nonhormonal Seçenekler
YAPRAK ÜSTÜN

((o)) Online



12:00
13:00

(SALON A)
PROF. DR. ALİ AYHAN ÖZEL OTURUMU VE AÇILIŞ TÖRENİ
MJJİD Başkanı **KEMAL ÖZERKAN**
MJJOD Başkanı **ÇAĞATAY TAŞKIRAN**
RJCD Başkanı **SALİH TAŞKIN**

EN İYİ BİLDİRİ SUNUMLARI

13:00
14:00

ÖĞLE YEMEĞİ

14:00
15:15

(SALON A)
CANLI CERRAHİ - LAPAROSKOPİK VE ROBOTİK HİSTEREKTOMİ
MASLAK ACIBADEM HASTANESİ'NDEN
Moderatör: **SALİH TAŞKIN**

LIVE

CANLI CERRAHİ
Laparoskopik Histerektomi
HÜSNÜ ÇELİK

Medtronic

CANLI CERRAHİ
Robotik Histerektomi
METE GÜNGÖR



15:15
15:45

KAHVE MOLASI ve STAND SUNUMLARI

OLYMPUS® standında

LAPAROSKOPİK HİSTEREKTOMİ

ÇAĞATAY TAŞKIRAN

12 EYLÜL 2024, PERŞEMBE

SALON A KONFERANS SALONU		SALON B SALON CASE (-1 KAT)	SALON C A-203 (2. KAT)	SALON D A-204 (2. KAT)
15:45 17:00	HİSTEREKTOMİ PANELİ: GÜVENLİ TEKNİK MODERATÖR: İLKKAN DÜNDER	İNFERTİLİTE VE MINİMAL İNVAZİV CERRAHİ OTURUM BAŞKANLARI: RUŞEN AYTAÇ, GÜRKAN BOZDAĞ Fertilite Artırıcı Tubal Cerrahi CİHAT ÜNLÜ Fertil Çağda Endometriyomaya Yaklaşım: Skleroterapi Cerrahinin Sonunu Getirir mi? YAVUZ EMRE ŞÜKÜR Adenomyozis'de Cerrahinin Yeri Var mı? ((o))Online BARİŞ ATA Laparoskopik Abdominal Serklaj Kime? Ne Zaman? ERHAN ŞİMŞEK İnfertil Hastada Myomektomi Sınırlarımız Belli mi? NURAY BOZKURT	VIDEO-SÖZLÜ BİLDİRİ OTURUMU OTURUM BAŞKANLARI: MESUT ÖNAL, LEVENT AKMAN, SİNEM ERTAŞ SB-001 Ureteric Dissection: Parametrium, Vessels and Nerves İlker Selçuk SB-002 Lateral Spaces of Pelvis: Anatomical Landmarks and What every Pelvic Surgeon Need to Know? İlker Selçuk SB-003 Diagnostic Explorative Laparoscopy, Cukurova Score Calculation In Advanced Ovarian Cancer Case Aslı Sena Alagoz SB-004 Cookbook for the Davydov Procedure Hasan Onur Topçu SB-005 Laparoscopic pectopexy without mesh Selcuk Erkilinc SB-006 Trokarla Gastrik Yaralanma ve Robotik Cerrahi ile Onarımı Murat Cengiz SB-007 Laparoskopik ekstraperitoneal burch kolposüspansiyonu Ecenur Çelikoğlu SB-008 Derin myometrial invazyon ve periaortik şüpheli lenf nodu tutulumu olan endometrium kanseri olgusunda laparoskopik pelvik ve paraaortik lenf nodu diseksiyonu Banu Atay SB-009 What to use as a uterine manipulator for laparoscopic multiple myomectomy in the virgin patient and how to remove the surgical specimen from the abdomen?: Uterine manipulation with hysteroscope and tissue extraction through the umbilical port Sertaç Ayçiçek	VIDEO-SÖZLÜ BİLDİRİ OTURUMU OTURUM BAŞKANLARI: İBRAHİM YALÇIN, EMRAH TÖZ, EMİN ERHAN DÖNMEZ SB-010 Excision of an Deep Infiltrating Endometriosis Nodule of Rectum Niyazi Emre Turgut SB-011 Derin Endometriozisi Olan Hastada Laparoskopik Histerektomi Necati Berk Kaplan SB-012 Laparoscopic total infralevatory pelvic exenteration and Singapore flap reconstruction for recurrent vulvar cancer Elif İltar SB-013 vNOTES retroperitoneal yaklaşımla adneksiyel kitle eksizyonu Tural İsmayilov SB-014 Laparoskopik abdominal serklaj Sudaba Garibova SB-015 A new technique in pelvic organ prolapse: V-Notes Sacrocolpopexy Eralp Bulutlar SB-016 Spontaneous rupture of a leiomyoma vessel causing intra-abdominal bleeding: A case report Yakup Bayram SB-017 Özel hastane kadın doğum kliniğinde 2021-2023 yılları arasında yapılan laparoskopik operasyonların değerlendirilmesi Ramazan Bayırlı SB-018 Büyük Uterusta Minimal İnvaziv Cerrahi Yaklaşımla Histerektomi Mert Güngör

17:00 17:15	KAHVE MOLASI			
----------------	--------------	--	--	--

SALON A KONFERANS SALONU		SALON B SALON CASE (-1 KAT)	SALON C A-203 (2. KAT)	SALON D A-204 (2. KAT)
17:15 19:00	ŞÜPHELİ ADNEKSİYAL KİTLELER PANELİ MODERATÖR: U. FIRAT ORTAÇ	GENİTAL ESTETİK OTURUMU OTURUM BAŞKANLARI: SÜLEYMAN ENGİN AKHAN, TUYAN İLHAN Başarılı Vajinoplastinin Püf Noktaları SÜLEYMAN ESERDAĞ Labium Majus Plastisi OZAN DOĞAN Labioplasti Teknikleri: Preop Değerlendirme ve Postop Bakım ÖZGÜÇ TAKMAZ Vulva'da Minimal İnvaziv Kozmetik Jinekolojik Uygulamalar: Lazer ve İp Aski Uygulamaları EBRU ALPER	CERRAHİ VIDEO YARIŞMASI - 1 JÜRİ: GÜRKAN KIRAN, SERVET HACİVELİOĞLU, MURAT DEDE, AHMET DEMİR SB-019 Vaginally assisted laparoscopic radical hysterectomy: Vaginal manchette technique to cover the tumor Fatma Ceren Güner SB-021 Development of a Decision Support System to Predict the Success of Medical Treatment in Ectopic Pregnancy Ozan Odabaş SB-023 Steps of laparoscopic extraperitoneal para-aortic lymphadenectomy in an endometrial cancer patient with morbid obesity Selcuk Erkilinc SB-024 Three Gause Trick in Laparoscopic Paraaortic Lymph Node Dissection in Restaging Case of Ovarian Cancer Murat Varli SB-025 Lateral süspansiyon (Salman-Ketenci Gencer tekniği) İrem Yenicihan SB-026 Robotik Sakrohisteropeksi Hatice Tukenmez SB-092 Dangerous triangle: A deep endometriotic nodule involving the ureter, common iliac vein, and common iliac artery, resulting in stage 4 hydronephrosis Merve Didem Eşkin Tanrıverdi	VIDEO-SÖZLÜ BİLDİRİ OTURUMU OTURUM BAŞKANLARI: SEDA ŞİMŞEK, SULTAN SEREN KARAKUŞ SB-027 Operative hysteroscopy to remove retained products of conception Ezgi Aydın Aytemiz SB-028 Dev Servikal Myomlu Evre 1A2 Endometrium Kanserli Olgusunun Laparoskopik Yönetimi Neslihan Öztürk SB-029 PID sekeli olan hastada laparoskopik miyomektomi Murat Öz SB-030 Aberran Damarların Neden Olduğu İntrapelvik Siyatik Sinir Sıkışma Sendromu Gözde Karacan Duman SB-031 Borderline Over Tümöründe Laparoskopik Pelvik Peritonektomi Ayşe Rumeysa Aydoğan Demir SB-032 Indications and techniques for laparoscopic sentinel lymph node mapping and para-aortic lymphadenectomy in gynecologic oncology Fidan Novruzova SB-033 Laparoskopik Derin Paravezikal Boşluk Diseksiyonu Güliden Turan SB-034 Margin positivity following surgical excision of cervical intraepithelial neoplasia: A retrospective study on risk factors and clinical implications Deniz Genç SB-035 Endometrial Polip Olgularında Histeroskopik Cerrahi Öncesi ve Sonrası Sistemik İmmün-Inflamasyon İndeksi(SII), Sistemik İnflamatuvar Cevap İndeksi(SIRI), Pan-immün İnflamasyon Değeri(PIV) Değişimleri Muhammed Said Rüzgar

13 EYLÜL 2024, CUMA

SALON A KONFERANS SALONU

08:15
09:45

(SALON A)
CANLI CERRAHİ - LAPAROSKOPİK MYOMEKTOMİ
Moderatör: **METE GÜNGÖR**

Cerrah: **RAJESH MODI (HİNDİSTAN)**  'DAN CANLI YAYIN

09:45
11:15

(SALON A)
CANLI CERRAHİ - ROBOTİK ENDOMETRİOZİS CERRAHİSİ
Moderatörler: **BÜLENT URMAN, BARIŞ ATA**

Cerrah: **HORACE ROMAN (FRANSA)**  'DAN CANLI YAYIN

11:15
11:45

KAHVE MOLASI ve STAND SUNUMLARI

OLYMPUS standında

LAPAROSKOPİK HİSTEREKTOMİ

METE GÜNGÖR

11:45
13:15

(SALON A)
CANLI CERRAHİ - LAPAROSKOPİK ENDOMETRİOZİS CERRAHİSİ
Moderatörler: **GÜRKAN UNCU, ERCAN BAŞTU**

Cerrah: **MARIO MALZONI (İTALYA)**  'DAN CANLI YAYIN

13:15
13:45

ÖĞLE YEMEĞİ

13:45
14:45

(SALON A)
CANLI CERRAHİ - FLORESAN GÖRÜNTÜLEME - SENTİNEL LENF NODU BİYOPSİSİ
Moderatör: **M. FARUK KÖSE**

Cerrahlar: **HAMDULLAH SÖZEN, DOĞAN VATANSEVER** **KOÇ ÜNİVERSİTESİ HASTANESİ'NDEN CANLI YAYIN**

stryker

14:45
15:30

(SALON A)
UYDU SEMPOZYUMU

HPV, İlişkili Hastalıklar ve Kanseler, HPV Aşılarında Güncel Durum
MURAT GÜLTEKİN

 **MSD**

13 EYLÜL 2024, CUMA

SALON A KONFERANS SALONU	SALON B SALON CASE (-1 KAT)	SALON C A-203 (2. KAT)	SALON D A-204 (2. KAT)
15:30 17:00 ENDOMETRİOZİS OTURUMU OTURUM BAŞKANLARI: GÜRKAN UNCU, DAVUT GÜVEN Endometriozis ve Benign Jinekolojide ICG Kullanımı ANDREW KENT Derin İnfiltran Endometriozisin Medikal Tedavisi ERTAN SARIDOĞAN Derin İnfiltran Endometriozis Cerrahisi BÜLENT URMAN Rektosigmoid Rezeksiyon ve Anastomoz Nasıl Yapılmalı? CEM DEMİREL Endometrioziste Ultrasonografi AYŞE SEYHAN	V-NOTES VIDEO OTURUMU OTURUM BAŞKANLARI: COŞAN TEREK, YAVUZ TOKGÖZ V-NOTES Enstrüman ve Kurulum AYŞE ZEHRA ÖZDEMİR V-NOTES Histerektomi GÖKSEL KANMAZ V-NOTES Adneksiyel Cerrahi YAŞAM KEMAL AKPAK V-NOTES Lateral Süspansiyon SÜLEYMAN SALMAN V- NOTES Sakrouterin Plikasyon BULUT VARLI V-NOTES Sentinel Biyopsi SELÇUK ERKİLİNC	VIDEO-SÖZLÜ BİLDİRİ OTURUMU OTURUM BAŞKANLARI: KEMAL GÜNGÖRDÜK, İSMET ALKIŞ SB-036 Total laparoscopic radical parametrectomy, upper vaginectomy, and lymphadenectomy for early-stage cervical stump cancer following a subtotal hysterectomy Gökçen Ege SB-037 Vajinal trakelektomi v-NOTES sağ unilateral salpingooferektomi Oğuzhan Kayım SB-038 Laparoskopik Paraaortik Lenfadenektomi Sırasında Olusan Sağ Üreter Hasarının Yönetimi Candost Hanedan SB-039 Medikal Tedaviye Dirençli Derin İnfiltratif Endometriozis Olgularına Cerrahi Yaklaşım Musa Dogru SB-040 Minimally Invasive Anesthesia for Laparoscopic Hysterectomy Candost Hanedan SB-041 Navigating anatomical challenges: Total laparoscopic hysterectomy and bilateral salpingo-oophorectomy for large cervical myoma Muhterem Melis Cantürk SB-042 Serviks kanseri olgusunda laparoskopik pelvik bulky lenf nodu ve paraaortik lenf nodu direksiyonu ve overyan transpozisyon Şahin Kaan Baydemir SB-043 Endometriozis ve overyan remnant sendromuna bağlı kronik pelvik ağrının laparoskopik yönetimi Murat Öz SB-044 Laparoskopik transabdominal serklaj: Daha önce geçirilmiş başarısız transservikal serklajı olan 9 haftalık IVF gebe hastanın vaka sunumu Barışcan Aldanmaz SB-045 Recurrent ovarian cystic teratoma with disseminated peritoneal lesions: A case report Serhat Yüksel SB-046 Türkiye Üretimi Port ile V-NOTES Tubal Sterilizasyon ve Sakrouterin Plikasyon İbrahim Buğra Bahadır	UTERİN MANİPÜLATÖR UYGULAMASI VE HİSTEREKTOMİ SİMÜLASYONU EĞİTİCİLER: ERCAN BAŞTU, YAŞAM KEMAL AKPAK, GÖKSEL KANMAZ, ZELİHA FIRAT CÜVLAN  
17:00 17:15 KAHVE MOLASI			

SALON A KONFERANS SALONU	SALON B SALON CASE (-1 KAT)	SALON C A-203 (2. KAT)	SALON D A-204 (2. KAT)
17:15 18:45 SAHNEDE KADAVRA - KOMPLİKASYONLAR MODERATÖRLER: KEMAL ÖZERKAN, M. MURAT NAKİ CERRAHLAR: M. FARUK KÖSE (BARSAK) NASUH UTKU DOĞAN (ÜRİNER) 	OLGULARLA TARTIŞMA OTURUM BAŞKANLARI: ÇETİN ÇELİK, TURGUT AYDIN, ALEV ESERCAN Olgularla Mirena Kullanımı NAFİYE YILMAZ Olgularla Kontrasepsiyon Yöntemi Seçimi RAZİYE NARİN Endometrial Ablasyon GÜLŞEN DOĞAN Servikal Patolojilerde Alternatif Tedavi Yöntemleri SERDAR AÇIKGÖZ Genitoüriner Atrofi Tedavi GÜLİN FEYKAN YEĞİN Myomlarda Cerrahi Dışı Alternatif Tedaviler ALEV ÖZER	CERRAHİ VIDEO YARIŞMASI - 2 JÜRİ: ONUR KARABACAK, TAYUP ŞİMŞEK, LEVENT KESKİN, GHANİM KHATİP, İSMAİL BİYİK, KADİR BAKAY SB-059 Laparoscopic management of retroperitoneal angioleiomyoma Esra Bağcıoğlu SB-060 Laparoscopic Transperitoneal Approach to Supramesenteric Lateral Aortic Lymph Nodes İlker Selçuk SB-061 Nerve-sparing deep endometriosis surgery with rectal shaving Orhan Şahin SB-062 Laparoskopik Vecchietti Maide Selin Çakır SB-063 Laparoscopic bladder and bowel endometriosis surgery Merve Didem Ekin Tanrıverdi SB-064 Leiomyoma of broad ligament mimicking ovarian malignancy managed using Vaginal Natural Orifice Transluminal Endoscopic Surgery (vNOTES) technique Berican Şahin Uyar SB-065 Laparoscopic extraperitoneal para-aortic lymphadenectomy in an endometrial cancer patient with double inferior vena cava anomaly Selçuk Erkilinc SB-066 Excision of Two Sperate Bowel Endometriosis Nodules in One Session Ercan Bastu SB-067 Vajinal Yardımlı Laparoskopik Sakrohisteropeksi (VALUES) Ezgi Aydın Aytemiz	VIDEO-SÖZLÜ BİLDİRİ OTURUMU OTURUM BAŞKANLARI: SİBEL EJDER TEKGÜNDÜZ, FATİH KILIÇ SB-047 Laparoskopik Davidov Teknik Neovajen Operasyonu Koray Kaya SB-048 IVF Hazırlığı Amacıyla Transvajinal Ethanol Skleroterapi Prosedürü Batuhan Aslan SB-049 Uterin Prolapsus Cerrahisinde Uterus Koruyucu Meshsiz Laparoskopik Sakrokolpopeksi Fatih İrice SB-050 Abdominal Ektopik Gebeliğin Laparoskopik Yönetimi Murat Öz SB-051 Vulvar otolog yağ grefti: video sunum Hamza Yıldız SB-052 İnferior Hastada Laparoskopik Derin Endometriozis Cerrahisi Necati Berk Kaplan SB-053 Robotik Tip II Wertheim Histerektomi ve Bilateral Sentinel Lenf Nodu Diseksiyonu: Bir Olgusu Eyüp Gökhan Turmuş SB-054 Application of minimally invasive surgery on the bulky metastatic obturator lymph nodes Aygun Hasanova SB-055 Robotic isthmus myomectomy techniques Elif İltar SB-056 Nadir bir olgu: (juvenil kistik adenomyozis) laparoskopik tedavi Hanne Bulat SB-057 Kornual ektopik gebeliğinde tedavisinde laparoskopik yaklaşım: İki vaka sunumu Sefa Metehan Ceylan

14 EYLÜL 2024, CUMARTESİ

SALON A KONFERANS SALONU

08:15
10:00

SAHNEDE KADAVRA: Ürojenekolojik Anatomi
MODERATÖRLER: VEDAT ATAY, ÇETİN KILIÇI

CERRAHLAR:
FUAT DEMİRCİ, SERDAR AYDIN

OLYMPUS®

SALON B SALON CASE (-1 KAT)

ONKOLOJİ OTURUMU
OTURUM BAŞKANLARI: ALİ AYHAN, ANIL ONAN,
MUTLU MEYDANLI

Serviks Kanserinde Minimal İnvaziv Cerrahi Yapılabilir
SAMET TOPUZ

Serviks Kanserinde Minimal İnvaziv Cerrahi
Yapılmamalıdır
MEHMET COŞKUN SALMAN

Yüksek Riskli Endometrium Kanserinde Sentinel Biyopsi
Sağkalımı Olumsuz Yönde Etkilemez
TUGAN BEŞE

Yüksek Riskli Endometrium Kanserinde SistematiK
Lenfadenektomi Yapılmalıdır
NEJAT ÖZGÜL

İntraoperatif Kist Ruptürü Sağkalımı Kötüleştirir mi?
MEHMET ALİ NARİN

İleri Evre Over Kanserinde Minimal İnvaziv Cerrahi
BARIŞ GÜZEL

SALON C A-203 (2. KAT)

VIDEO-SÖZLÜ BİLDİRİ OTURUMU
OTURUM BAŞKANLARI: PINAR ÇAĞLAR AYTAÇ,
MURAT GÖZÜKÜÇÜK

SB-068 Robotic-assisted Interval Cyto-reductive Surgery for
Ovarian Cancer
Hasan Volkan Ege

SB-069 Endometrial Kanserli Hastada Laparoskopik Komplet
Obturator Lenfadenektomi
Ali Kasapoglu

SB-070 Laparoskopik lateral süspansiyon ile birlikte uterosakral
pilikasyon
Mehmet Eta Yazmacı

SB-071 Uterus Koruyucu Laparoskopik Derin İnfiltratif
Endometriozis Cerrahisi
Aybüke Bulut

SB-072 Laparoskopik Histerektomi: Dev Myoma Uteri
Sezgi Güllü Erciyeştepe

SB-073 Management of bladder injury repair in laparoscopic
hysterectomy
Sertaç Ayçiçek

SB-074 Uterus didelfis ve vajinal septum olgusunda vajinal
septum rezeksiyonu ve total laparoskopik histerektomi
Sezin Bayar Tunc

SB-075 Mayer-Rokitansky-Küster-Hauser Sendromu'nda Robotik
Destekli Davydov Yöntemi ile Neovajen Oluşturulması
Haticegül Tuncer

SB-076 Is single-port laparoscopy or vaginal natural orifice
transluminal endoscopic surgery (vNOTES) the better
option for salpingo-oophorectomy?
Kemal Güngördük

SB-077 Multipl Büyük myomlu dev uterusu Laparoskopik
histerektomi
Ramazan Bayırlı

SB-078 Tuboovaryan Apseye Laparoskopik Yaklaşım
Esra Beydemir

SB-079 Laparoscopy-assisted Tension-Free Vaginal Tape in stress
incontinence and extracorporeal knotting to close
Retzius space
Sertaç Ayçiçek

SALON D A-204 (2. KAT)

VIDEO-SÖZLÜ BİLDİRİ OTURUMU
OTURUM BAŞKANLARI: AHKAM GÖKSEL KANMAZ,
ONUR KARA ASLAN

SB-080 Uterin Didelfis Olgularına Laparoskopik Yaklaşım
Esra Beydemir

SB-081 Uterine Cancer With Solitary Metastasis to the Appendix
Fidan Novruzova

SB-082 Lokalizasyon farklılıklarına göre Endometrioma tanılı
hastaların klinik verilerinin karşılaştırılması
Tuğba Ağbal

SB-083 A case of spontaneous uterine fundus rupture in term
pregnancy: As a risk factor of septum resection
operation?
Ayşe Gizem Yıldız

SB-084 Dev over kisti (müsinöz kistadenom) laparoskopik olarak
eksizyonu ve overin pelvik yan duvara fiksasyonu
Merve Uğur

SB-085 Surgical and oncological outcomes in women with
endometrial cancer treated by minimally invasive
surgery: A Retrospective Study in Baku, Azerbaijan
Aygun Hasanova

SB-086 Adnexal Torsion in a 6-Week and 2-Day IVF Pregnancy
Gözdem Durak

SB-087 A RARE CASE: A unilateral twin ectopic pregnancy in the
fallopian tube after embryo transfer
Müge Selçuk

SB-088 Laparoscopic Wertheim Operation, Sentinel Lymph
Node Dissection, and Laparoscopic Pelvic
Lymphadenectomy
Hande Esra Koca Yıldırım

SB-089 Nadir bir diskezi olgusu
Alpay Uzun

SB-090 Müllerian Anomalisi olan Hastada ICG-Green ile Üriner
Sistem Görüntüleme ve Robotik Total Histerektomi
(Komplet Septat Uterus, Duplike Serviks ve Longitudinal
Vajinal Septum)
Mustafa Melih Erkan

SB-091 Sigmoid kolon mezosuna implante kronik pelvik ağrı ile
bulgu veren batın içi kayıp RIA'nın laparoskopik olarak
çıkarılması, video sunum
Mürşide Çevikoğlu Kılı

10:00
10:15

KAHVE MOLASI

10:15
11:00

(SALON A) UYDU SEMPOZYUMU

Modern Cerrahi Teknolojisi Ligasure XP ile Frozen Pelvise Yaklaşım ve Histerektomi

Moderatör: KEMAL ÖZERKAN
Konuşmacı: ÇAĞATAY TAŞKIRAN

Medtronic

14 EYLÜL 2024, CUMARTESİ

	SALON A KONFERANS SALONU	SALON B SALON CASE (-1 KAT)	SALON C A-203 (2. KAT)	SALON D A-204 (2. KAT)
11:00 12:30	HİSTEROSKOPİ VIDEO OTURUMU OTURUM BAŞKANLARI: ERHAN ŞİMŞEK, LEVENT KESKİN Ofis Histeroskopi İŞİL KASAPOĞLU Submukoz Myom ve Poliplerde Histeroskopi ELİF AYLIN TAŞKIN İntra Uterin Sineşilerde Histeroskopik Cerrahi ERBİL DOĞAN Histeroskopik İstmoseal Cerrahisi AHMET ZEKİ İŞİK Endometrial Malignitelerde Histeroskopik Yapılmalı mıdır? İBRAHİM YALÇIN Trans-Servikal Embriyoskopi: Embriyonun Histeroskopik Gözlemi PINAR TOKDEMİR ÇALIŞ Uterin Anomalilerde Histeroskopik Cerrahi (○) Online SEZCAN MÜMÜŞOĞLU	NÖROPELVİYOLOJİ OTURUMU OTURUM BAŞKANLARI: ÇAĞATAY TAŞKIRAN, YAKUP YALÇIN, ORHAN ORHAN Nöropeleviyoloji Nedir? Pelvik Sinir Anatomisi: Hangi Sinir, Nerede Ne Taşıyor? ERCAN BAŞTU SB-020 Dissection of the Pararectal Space: How to identify the Hypogastric Nerve Plate, Pelvic Splanchnic Nerves and Inferior Hypogastric Plexus İLKER SELÇUK Pelvik Nöropatik Ağrı Sendromları ve Etiyolojisi; Her Ağrı Aynı mı? KİPER ASLAN Pelvik Ağrının Medikal ve Cerrahi Tedavisi, Tünelin Sonunda Işık Var mı? ONUR TOPÇU SB-022 Excision of Sciatic Nerve Endometriosis ERCAN BAŞTU Kronik Pelvik Ağrıda Pelvik Somatik Sinirlere Laparoskopik Yaklaşım ÜZEYİR KALKAN SB-058 Minimal Invasive Approach for Resistant Pudendal Neuralgia ŞEYMA HASKÖYLÜ ŞAHİN	VIDEO-SÖZLÜ BİLDİRİ OTURUMU OTURUM BAŞKANLARI: VELİ MİHMANLI, SADIK ŞAHİN SB-093 Laparoscopic recurrence surgery in serous endometrial cancer with isolated paraaortic lymph node recurrence Hande Nur Öncü SB-094 Endometrioma Yönetiminde Laparoskopik Ethanol Skleroterapi Batuhan Aslan SB-095 V-NOTES Sacrocolpexy- A Video Case Report Duygu Lafcı SB-096 Laparoscopic excision of non-communicating rudimentary horn İsmail Bıyık SB-097 Laparoskopik Burch Kolposüspansiyonu: Video sunumu Hamza Yıldız SB-098 Myoma Uteri ve Tedaviye Dirençli Anormal Uterin Kanama Tanısı Alan, Dens Adezyonları Olan Hastada Yapılan Laparoskopik Histerektomi Operasyonu Yağmur Acıyıcı SB-099 Laparoscopic Excision Of Rectovaginal Endometriotic Nodule And Adhesiolysis Mehmet Efe Namli SB-100 Endometriozisli İnferil Hastalarda Laparoskopik Kombine Cerrahi Yaklaşım Necati Berk Kaplan SB-101 Endometrium kanserinde robotik sentinel lenf nodu diseksiyonu: Olgu sunumu eşliğinde güncel literatür Ayşe Hazırulan SB-102 Subtotal histerektomize olguda servikal stumpetomi ve bilateral salpingooforektomi Şahin Kaan Baydemir SB-168 Erken Evre Serviks Kanserinde Laparoskopik Trakelektomi Eyüp Gökhan Turmuş SB-169 Laparoskopik Histerektomi Sırasında İndidental Serviks Kanser Tanısı Sonrası Parametektomi ve Üst Vajenektomi Baran Yesil	VIDEO-SÖZLÜ BİLDİRİ OTURUMU OTURUM BAŞKANLARI: HÜSEYİN AKILLI, ÇAĞATAYHAN ÖZTÜRK SB-103 Pnömoeritonum Sırasında Oluşan Mide Perforasyonun Laparoskopik Yönetimi Candost Hanedan SB-104 Laparoscopic lateral suspension in young patients with advanced pelvic organ prolapse: a more applicable surgical method than laparoscopic sacrohysteropexy Omer Faruk Öz SB-105 İnferilitte tanıli adenomyozis/endometriozis hastalarında 4 farklı endikasyon ile cerrahi Gonca Çoban Şerbetçioğlu SB-106 Laparoskopik myomektomi + torba içerisinde morselasyon Mehmet Öztürk SB-107 Rudimenter Horn Anomalisine Minimal İnvasif Yaklaşım Adil Abdulhayoğlu SB-108 İleri Yaş Komplike Tubaovaryan Abse Olgusunda Laparoskopik Yaklaşım Dilara Sarıkaya Kurt SB-109 Bilateral distal segmental Fallopien tube agenesis presenting with primary infertility: a case report Onur Numan SB-110 Retroperitoneal yerleşimli sol ovarian endometriomaya Laparoskopik yaklaşım Ramazan Bayırlı SB-111 Laparoskopik Cerrahi Hande Esra Koca Yıldırım SB-112 Minimal İnvasif Yöntemle Rudimenter Horn Eksizyonu: Olgu Sunumu Esra Uğan SB-170 Dilataşyon küretaj sırasında perfore olan uterus duvarına trofoblastik doku invazyonu Alev Özer
12:30 13:30	ÖĞLE YEMEĞİ			
	SALON A KONFERANS SALONU	SALON B SALON CASE (-1 KAT)	SALON C A-203 (2. KAT)	SALON D A-204 (2. KAT)
13:30 15:00	CANLI CERRAHİ - LAPAROSKOPİK HİSTEREKTOMİ - İNDOSİYANİN YEŞİLİ İLE SENTİNEL BİYOPSİ KOÇ ÜNİVERSİTESİ HASTANESİ'NDEN MODERATÖR: İLKKAN DÜNDER CERRAH: SALİH TAŞKIN 	SEÇİLMİŞ OLGULARDA CERRAHİ YÖNETİM OTURUMU OTURUM BAŞKANLARI: SEFA KURT, FARUK BUYRU RAMAZAN ERDA PAY Uterus Transplantasyonu NASUH UTKU DOĞAN Gebelikte Adneksiyel Kitlelere Laparoskopik Yaklaşım SEDA ŞAHİN AKER Tuba Ovarian Apse Cerrahisi ŞEVKİ GÖKSUN GÖKULU Laparoskopik İstmoseal Cerrahisi MURAT APİ Ektopik Gebeliklere Laparoskopik Yaklaşım HÜSEYİN AKILLI Tubal Anastomoz MUSTAFA GAZİ UÇAR	VIDEO-SÖZLÜ BİLDİRİ OTURUMU OTURUM BAŞKANLARI: GONCA ÇOBAN, DEHA DENİZHAN KEŞKİN SB-113 Laparoskopik 14cm adneksiyel kitle Fatma Elif Işık Eryılmaz SB-114 Komplet Uterovajinal Septum Rezeksiyonu Elif Aylin Taşkın SB-115 Cornual Ectopic Pregnancy Esra Beydemir SB-116 Laparoskopik 7cm myomektomi Fatma Elif Işık Eryılmaz SB-117 Laparoskopik endometrioma kist ekstirpasyonu, yaygın ekstragenital endometriozis cerrahisi ve myomektomi: Olgu sunumu Hanife Selvi SB-118 Batın içi kayıp ince bağırsak mezosuna implante RIA'nın yönetimi; laparoskopik olarak çıkarılması Mürşide Çevikoğlu Kılı SB-119 A case of hymenal polyp detected in a 22-year-old virgo patient Çağla Ezgi Uğuz Candemir SB-120 Total Laparoskopik Histerektomide Termal Hasara Bağlı Üreter Yaralanması: Olgu Sunumu Cengiz Şanlı SB-121 Dev Over Kisti Emrah Önder SB-122 Matür Kistik Teratom'da Laparoskopik Yaklaşım Gözde Unsal	MİJİD SERTİFİKASYON OTURUMU JÜRİ: KEMAL ÖZERKAN, ERHAN ŞİMŞEK, ERCAN BAŞTU, ÜZEYİR KALKAN SERTİFİKA ADAYLARI: (7 DK SUNUMLAR) TANSU BAHAİR GÜRBÜZ EZGİ CEREN DALLI ÖZDEN VAROL
15:00 15:15	KAHVE MOLASI			

14 EYLÜL 2024, CUMARTESİ

SALON A KONFERANS SALONU		SALON B SALON CASE (-1 KAT)		SALON C A-203 (2. KAT)		SALON D A-204 (2. KAT)	
15:15 16:30	PROLAPSUS VE ÜRİNER İNKONTİNANS CERRAHİSİ PANELİ MODERATÖRLER: FUAT DEMİRCİ, ÖMER LÜTFİ TAPISIZ	ROBOTİK CERRAHİ OTURUMU OTURUM BAŞKANLARI: MÜFİT YENEN, MURAT ÖZ		VIDEO-SÖZLÜ BİLDİRİ OTURUMU OTURUM BAŞKANLARI: AKIN USTA, CANER ÇAKIR		VIDEO-SÖZLÜ BİLDİRİ OTURUMU OTURUM BAŞKANLARI: SELÇUK AYAS, HALE GÖKSEVER ÇELİK	
	PANELİSTLER: FUNDA GÜNGÖR UĞURLUCAN MURAT SEVAL CENK YAŞA SERDAR AYDIN ADNAN ORHAN ULAŞ ÇOBAN	Robotik Endometriozis M. MURAT NAKİ Robotik Myomektomi SUAT DEDE Robotik Histerektomi DERMAN BAŞARAN Robotik Sentinel Lenf Nod Uygulaması VAKKAS KORKMAZ Robotik Radikal Histerektomi DOĞAN VATANSEVER Robotik Pelvik Paraaortik Lenfadenektomi AHMET GÖÇMEN		SB-123 Investigation Of The Effect Of Uterosacral Ligament Plication In Preventing Cuff Prolapse Belma Gözde Özdemir SB-124 Otuz altı yaşında primer over endometroid kanseri ve primer serviks skuamöz hücreli karsinom birlikteliği: olgu sunumu Eyüp Gökhan Turmuş SB-125 Comparison of hysterectomies performed using vNOTES versus single-port laparoscopic surgery Kemal Güngördük SB-126 Endometrium Kanserisi Tanısı Alan Hastada Uterin Manipülator Kullanılmadan Yapılan Laparoskopik Histerektomi ve Pelvik Lenf Nodu Örneklemesi Operasyonu Hayat Terkan SB-127 Virgo Hastada Laparoskopik Bilateral Dermoid Kistektomi Gökberk Dündar SB-128 Derin İnfiltratif Endometrioma Cerrahisi Hande Esra Koca Yıldırım SB-129 Dirençli Servikal Yetmezliği Olan Hastada Prekonsepsiyonel Laparoskopik Servikal Serklaj Çağlanur Yıldız SB-130 Batın içi kayıp Mirena RIA'nın laparoskopik çıkarılması Ramazan Bayırılı SB-131 Sentinel lymph node biopsy in early-stage endometrial cancer treated with robotic surgery: Efficacy and clinical implications Gökçen Ege		SB-132 Nadir bir ektopik gebelik olgusu; üriner sistem anomalisi ile birlikteliği Tuğba Ağbal SB-133 Tek umbilikal insizyon ile laparoskopik tubal ligasyonu Haydar Sipahioğlu SB-134 Daha önce uterin arter embolizasyonu yapılmış, geçirilmiş 2 sezaryeni olan hastada laparoskopik miyomektomi ve kolpotomi ile myomların çıkarılması Esra Nazlı Döktür Efeoğlu SB-135 Steps of Laparoscopic Myomectomy for Beginners: Clinical Analysis of 3 Cases Tural İsmayilov SB-136 V-Notes Histerektomi Helin Rojda Peköz SB-137 Laparoskopik 10cm kist eksizyonu Fatma Elif Işık Eryılmaz SB-138 Kutanöz Endometriozisin Bir Formu Umbilikal Endometriozis Olgu Sunumu Büşra Ofiaz Demirtaş SB-139 Laparoskopik Adezyolizis Esra Beydemir SB-140 A Rare Case: Variant Of Monomorphic Undifferentiated Carcinoma of the Uterus With Estrogen/Progesterone Receptor Positivity Gözde Belma Özdemir	

16:30 16:45	KAHVE MOLASI					
----------------	--------------	--	--	--	--	--

SALON A KONFERANS SALONU		SALON B SALON CASE (-1 KAT)		SALON C A-203 (2. KAT)		SALON D A-204 (2. KAT)	
16:45 18:00		VIDEO-SÖZLÜ BİLDİRİ OTURUMU OTURUM BAŞKANLARI: EMİNE KARABÜK, NEFİSE NAZLI YENİGÜL		VIDEO-SÖZLÜ BİLDİRİ OTURUMU OTURUM BAŞKANLARI: ORHAN ŞAHİN, VEYSEL ŞAL		VIDEO-SÖZLÜ BİLDİRİ OTURUMU OTURUM BAŞKANLARI: BURAK GÜLTEKİN, BURAK GİRAY	
		SB-141 Obstetrik Rektal Buttonhole Yırtığına Transvajinal Kolostomizis Yaklaşım Ufuk Kurt SB-142 Laparoscopic Usta-knot Technique for Short Remaining Suture Duygu Lafcı SB-143 Tuboovaryen Abse Cerrahisinde Laparoskopik İlk Tercih Olmalı mı? İki Olgunun Analizi Tural İsmayilov SB-144 Büyük uteruslu hastada laparoskopik histerektomi: video sunumu Ronak Mohamad SB-145 Laparoscopic adnexal mass removal via transumbilical and transvaginal methods Kemal Güngördük SB-146 Malign potansiyeli olan adneksiyel kitlelere laparoskopik yaklaşım: video sunumu Hatice Nur Özdemir SB-147 Modifiye Mesh ile Lateral Süspansiyon İbrahim Buğra Bahadır SB-148 V-Notes Set-up Yusuf Ziya Kızıldemir SB-149 Kliniğimizde Yapılan Abdominal ve Laparoskopik Histerektomilerin Değerlendirilmesi Hamza Yıldız		SB-150 Etlik Şehir Hastanesi Jinekolojik Onkoloji Kliniğinde Endometrium Karsinomu Hastalarına Uygulanan Laparoskopik Paraaortik Lenf Nodu Disseksiyonu İşleminin Retrospektif Değerlendirilmesi Oğuz Kaan Köksal SB-151 Unusual locations of metastases from gynecologic cancer: Unexpected clinical cases Aygun Hasanova SB-152 Total laparoskopik histerektomi sırasında mesane tam kat yaralanması ve onarımı Gökhan Köybaşı SB-153 Beş Sezaryen Öykülü Hastada V-NOTES Avantajı Yusuf Ziya Kızıldemir SB-154 Pelvik Organ prolapsusu hastalarında laparoskopik lateral süspansiyon (LLS) cerrahisinin etkinliği Ramazan Erda Pay SB-155 Laparoskopik ve Açık Histerektominin Cerrahi Alan Enfeksiyonları Yönünden Karşılaştırılması Sezin Ateş SB-156 Hematoşalpenks vakasında gelişen akut üriner retansiyonun laparoskopik yönetimi: Olgu sunumu Gamze Kırpınar SB-157 Analysis of clinical and survival outcomes between minimally invasive and open surgery in uterine cancer: A single center, population-based study Fidan Novruzova SB-158 Laparoskopik Histerektomide Postoperatif Üreter Yaralanmasının Yönetimi Meryem Nurbanu Bayrak		SB-159 İleri yaş ve komorbiditesi olan Uterin Prolapsuslu hastada Le-Forte kolpoeklezi operasyonu Ayşe Demirdöken Tezcan SB-160 Serviks kaynaklı Müllerian tip adenosarkomun histeroskopik rezeksiyonu Harika Yumlu Çeliksoy SB-161 Rest plasentadan uterin arteriyoovenöz malformasyona: Başarılı minimal invaziv yaklaşım Kutay Güven SB-162 Laparoscopic sentinel lymph node mapping with indocyanine green in early-stage endometrial cancer Tuğçe Sırma SB-163 Laparoskopik cerrahide umbilikal trokar girişi için güvenli bir teknik Aydın Kilinc SB-164 Breakdown of Loop Electrode of Bipolar TCR Due to Unexpected Contact with Return-Electrode in Fibroid Resection Evrin Cavildak SB-165 Masif adneksiyal kitleye minimal invaziv cerrahi yöntemle yaklaşım: Olgu sunumu Eyüp Gökhan Turmuş SB-166 Bozok Üniversitesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalında histeroskopik girişim bulgularımız Mustafa Bakırcı SB-167 Endometrium Kanserisi Tanısı Alan Hastada Uterin Manipülator Kullanılmadan Yapılan Laparoskopik Histerektomi ve Pelvik Lenf Modu Örneklemesi Operasyonu Hayat Terkan	

MINİMAL İNVAZİV JİNEKOLOJİK ENDOSKOPI PLATFORMU



SÖZLÜ BİLDİRİLER



www.minimalinvazivjinekolojikcerrahi.org

SB-001

Ureteric Dissection: Parametrium, Vessels and Nerves

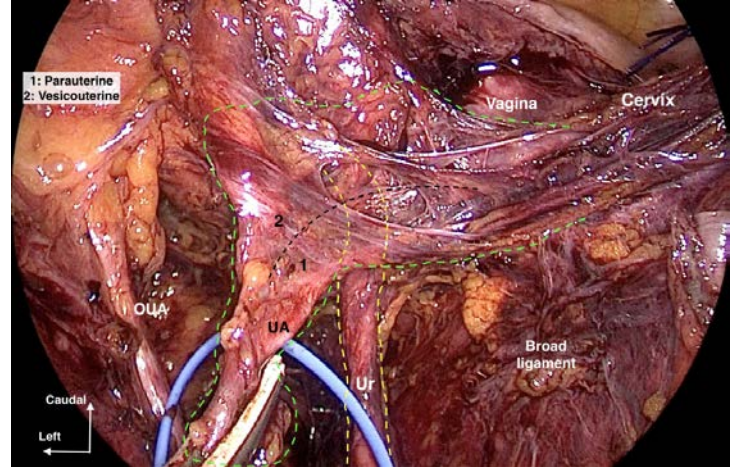
İlker Selçuk, Meltem Yucesoy, Zeliha Firat Cuyan,
Hakan Rasit Yalcin

Ankara Bilkent City Hospital, Department of Gynecologic
Oncology

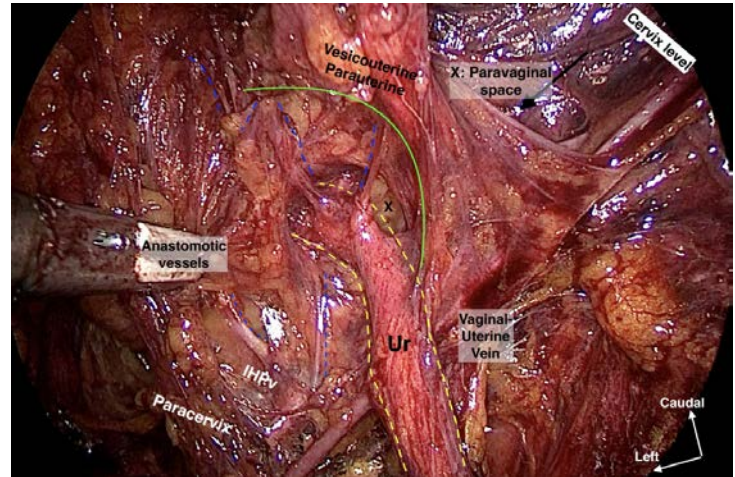
1. Develop the paravesical space, medial and lateral
2. Develop the pararectal space
3. Develop the vesicovaginal septum (vesicovaginal space in classical terminology)
4. Identify the lateral parametrium between the pararectal and medial paravesical space, the parauterine tissue anterior (superior in surgical supine position) to the ureter and the paracervix posterior (inferior in surgical supine position) to the ureter
5. Dissect the uterine artery and parauterine tissue, ligate the uterine artery at the lateral part of the ureteric line (or at the internal iliac artery level)
6. Dissect the ureter from the posterior leaf of the broad ligament and develop the medial pararectal space to the rectouterine fossa level
7. Find the hypogastric nerve posterior to the ureter, attached to the mesorectal tissue plane, posterior to the level of the uterine (vaginal) vein
8. Dissect the ureter towards the posterolateral plane of the parauterine tissue (at this step the medial paracervical tissue lying anterior to the uterine vein can be dissected towards the uterus or more radical lateral parametrial dissection can be applied)
9. Once the parauterine tissue is dissected from the anterior part of the ureter, pull it craniomedially and separate the parauterine and vesicouterine tissue partially
10. Develop the medial (proximal) paravaginal space partially (Yabuki space)
11. Dissect the vesicouterine ligament from the anterior part of the distal ureter
12. Deepen down the dissection of the paravaginal space, therefore the ureteric attachments to the paracolpium can be cleared
13. The ureter is completely dissected to the level of the bladder, so the surgical approach can be performed, be careful about the bladder branches of the inferior hypogastric plexus which are lying between the vesicovaginal ligament and paracolpium, posterior to the distal ureter

Keywords: ureteric dissection, radical hysterectomy, nerve-sparing, parametrium, hypogastric nerve

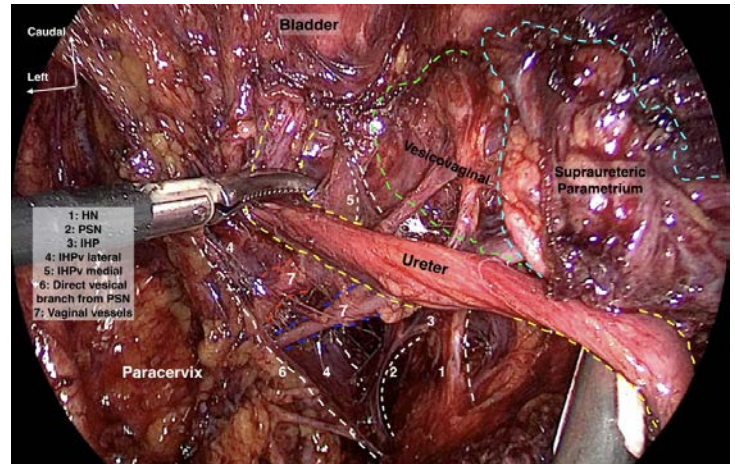
Distal ureter, vesicouterine and parauterine ligament



Distal ureteric dissection, vesicouterine and parauterine ligament



Ureter and Pelvic autonomic nerves



SB-002

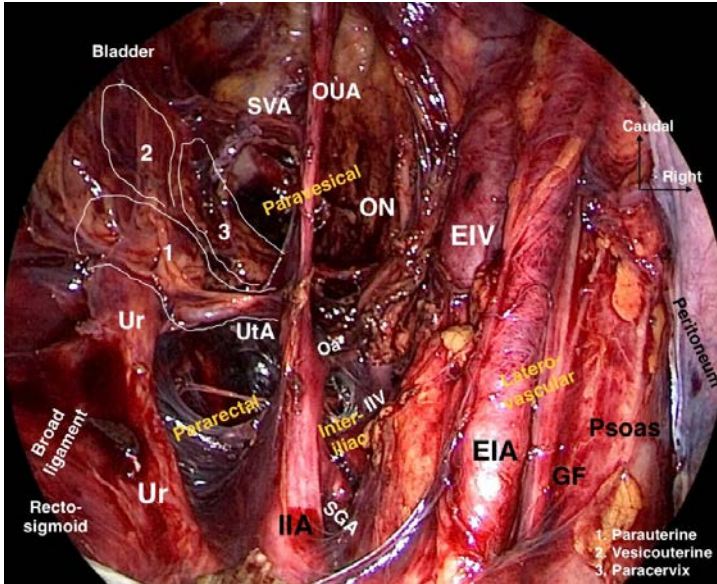
Lateral Spaces of Pelvis: Anatomical Landmarks and What every Pelvic Surgeon Need to Know?

İlker Selçuk, Zeliha Firat Cuyulan, Meltem Yucesoy, Eda Evin Kayali, Ozgun Ceylan, Hakan Rasit Yalcin
Ankara Bilkent City Hospital, Department of Gynecologic Oncology

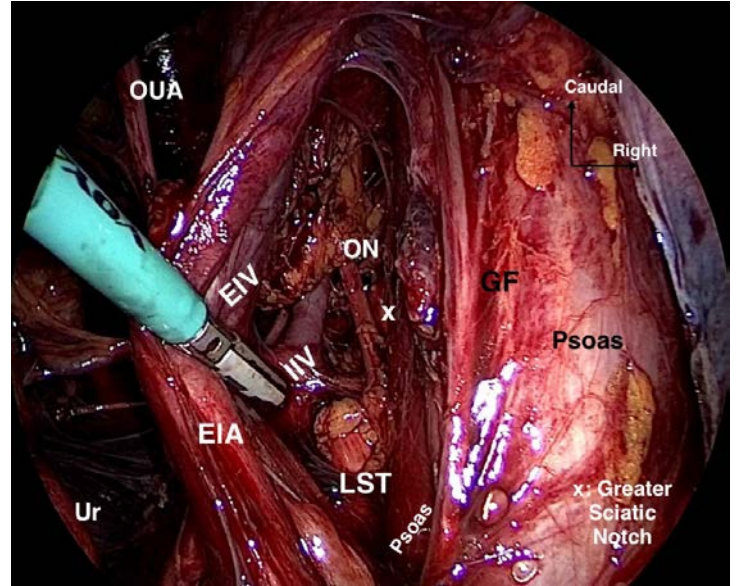
This video demonstrates the retroperitoneal anatomical landmarks by developing the paravesical and pararectal space with the inter-iliac and laterovascular plane dissection. The ureter, visceral and parietal branches of the internal iliac artery, topographic anatomy of the hypogastric nerve, pelvic splanchnic nerves and inferior hypogastric plexus with the lumbosacral trunk, obturator and genitofemoral nerve are shown.

Keywords: paravesical, pararectal, ureter, hypogastric nerve, lumbosacral trunk, endometriosis

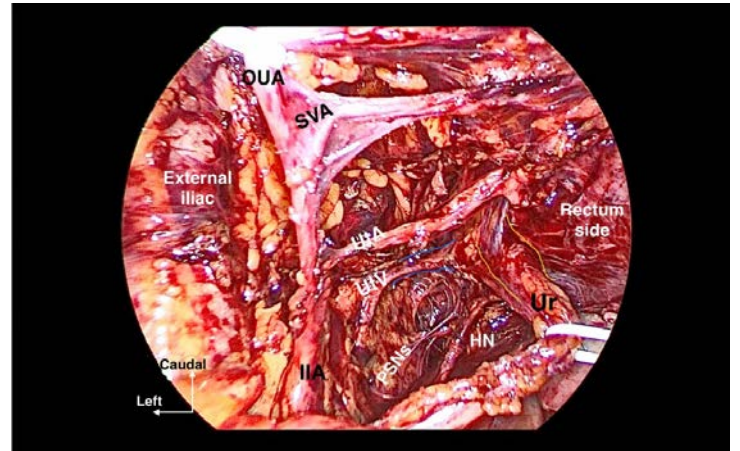
lateral pelvic spaces



lumbosacral trunk and contribution to proximal sciatic nerve at the medial psoas space- laterovascular plane



ureter, hypogastric vessels and nerves



SB-003

Diagnostic Explorative Laparoscopy, Cukurova Score Calculation In Advanced Ovarian Cancer Case

Ghanim Khatib, Emine Gulen KUCUKBINGOZ,
Aslı Sena Alagoz

Gynecology and Obstetrics, Çukurova University, Adana,
Turkey

It is the explanation of Cukurova score with video presentation. It includes the scoring performed on our ovarian cancer patient. Existing parameters points are summed and multiplied by the ecog score, In case of ecog 0 only summing process is done. Score ≤ 12 Primary debunking surgery, ≥ 12 neoadjuvnt chemotherapy.

Keywords: Çukurova Score, Diagnostic Explorative Laparoscopy, Neoadjuvan, Overian Cancer

SB-004

Cookbook for the Davydov Procedure

Emre Kar¹, Ercan Bastu², Serkan Kahyaoglu³,
Hasan Onur Topçu⁴

¹Department of Obstetrics & Gynecology, Başakşehir Çam
and Sakura City Hospital, Başakşehir, İstanbul, Turkey

²IVF and Endometriosis Center, Nesta Clinic, Şişli, İstanbul,
Turkey

³Department of Obstetrics & Gynecology, Bilkent City
Hospital, Ankara, Turkey

⁴IVF and Endometriosis Center, Nesta Clinic, Çankaya,
Ankara, Turkey

Background

When our patient presented to us, she was 40 years old and had been married for 10 years. She was aware of her condition, and there had been attempts of intercourse. Nevertheless, during our examination, she had a vaginal depth of 1.5 cm after the introitus. Additionally, multiple myomas were observed on the left side during the ultrasound examination.

METHODS: A classic Davydov procedure with anatomical markings and narration was performed.

RESULTS: On the second postoperative day, we change the mold placed at the end of the surgery. During the initial examination, a vagina depth of 15 cm is observed. We recommend the placement of the mold for at least 10 days and abstaining from intercourse until the next examination. Long term follow-up results will be shared live.

CONCLUSIONS: the Davydov procedure is the most common technique for neovagina creation. This video presents a good guidebook for it.

Keywords: Davydov Procedure, Müllerian Agenesis, Neovagina Creation

SB-005

Laparoscopic pectopexy without mesh

Selcuk Erkilinc¹, Ilker Cakır¹, Ayse Betul Ozturk², Sena Ozcan³

¹Buca Seyfi Demirsoy Training And Research Hospital,
Izmir Democracy University, Izmir, Turkey

²T.R. Ministry of Health Mus State Hospital, Mus, Turkey

³T.R. Ministry of Health Sarigol State Hospital, Manisa,
Turkey

INTRODUCTION: Vaginal vault prolapse is a common complication in women undergoing hysterectomy because hysterectomy can worsen pelvic floor dysfunction. Surgical treatment options for vaginal vault prolapse include vaginal, abdominal, laparoscopic and robotic approaches to move the vaginal vault into the anatomically correct position, providing support using natural tissue or, in some cases, synthetic mesh. The importance of minimally invasive surgery in the treatment of vaginal vault prolapse has increased due to the potential benefits of the laparoscopic procedure. Pectopexy is a current, easy-to-perform operation that has been used in the treatment of prolapse, allowing a laparoscopic approach and preserving the woman's normal anatomy.

METHODOLOGY: The 66-year-old patient, who has a history of four vaginal births, a BMI of 26 and comorbidities such as diabetes mellitus and hypertension, underwent vaginal hysterectomy and sacrospinous fixation two years ago due to the indication of pelvic organ prolapse. Using a laparoscopic approach, the anterior wall of the vaginal cuff was dissected, the bladder was rejected and the location of the left iliopectineal ligament was determined. Using a hammock-like technique, the anterior wall of the vaginal vault was suspended to the lateral side of the left ileopectineal ligament (Cooper's ligament) without tension, with a size 0 non-absorbable suture that we passed under the lateral umbilical ligament. The prolene node was covered with peritoneum. The operation time was 40 minutes and the patient was discharged without complications on the 2nd postoperative day. In the current video, we present laparoscopic pectopexy without mesh for vaginal vault prolapse after hysterectomy.

RESULTS: Laparoscopic pectopexy without mesh offers several advantages over traditional open surgery, such as shorter recovery time, less amount of bleeding and less postoperative pain. This technique also eliminates the use of synthetic mesh, reducing the risk of complications associated with mesh implants such as erosion, infection and pain.

CONCLUSION: In conclusion, laparoscopic pectopexy is an effective and safe surgical procedure for the management of vaginal vault prolapse. By utilizing the patient's own tissues, it provides durable support while minimizing the risks associated with synthetic mesh implants.

Keywords: Cooper's ligament, Laparoscopy, Mesh, Pectopexy, Vaginal cuff prolapse

SB-006

Trokarla Gastrik Yaralanma ve Robotik Cerrahi ile Onarımı

MURAT CENGİZ¹, Derman Basaran¹, Hasan Volkan Ege¹,
Utku Akgor¹, Nejat Ozgul¹, Murat Gultekin¹,
Nezih Akkapulu²

¹Hacettepe University, Department of Gynecologic
Oncology

²Hacettepe University, Department of General Surgery

GİRİŞ: Jinekolojik cerrahide son yıllarda endoskopik cerrahilerin yeri giderek artmaktadır. Buna bağlı olarak endoskopik cerrahilerde daha fazla komplikasyon görülmektedir. Laparoskopik cerrahilerde komplikasyonların büyük çoğunluğu batına giriş esnasında olmaktadır. Komplikasyonun fark edilip yönetilmesi, morbidite ve mortalite açısından ciddi önem taşımaktadır. Sunduğumuz vakada da robotik histerektomi planladığımız hastanın, Veress iğnesi ile Palmer noktasından batına giriş esnasında gastrik yaralanma gerçekleşti. Gastrik yaralanma intraoperatif olarak fark edilip robotik olarak onarıldı.

YÖNTEM: 44 yaşında, kronik pelvik ağrısı ve büyüyen paraservikal myomu olan hastaya histerektomi planı için ameliyata alındı. Hastaya dorsolitotomi pozisyonu verildi. Robotik histerektomi için batına trokarlarla girilmeden önce, Palmer noktasında Veress iğnesi ile girilerek batın içi distansiyonu oluşturulması amaçlandı. Veress ile batına girildiğinde gaz insüflasyonu sırasında, ilk basınç 4 mmHg iken hızlı bir şekilde basınç 15 mmHg'ye ulaştı. Batın distansiyonu asimetrik bir şekilde olduğu gözlemlendi. Ardından supraumbilikal trokar girilerek batın içi gözlemlendi. Midenin distansiyonunun olduğu gözlemlendi ve midenin büyük kurvaturunda Veress iğnesi ile yaralanma olduğu anlaşıldı. Robotik kollar yerleştirildikten sonra hastanın histerektomisi tamamlandı. Sonrasında robotun kolları üst batında çalışacak şekilde çevrildi. Endoskopi ve laparoskopi eş zamanlı yapılarak zedelenen alan tam olarak lokalize edildi. Robotik olarak, midede hasarlanan alan çift kat sütüre edilerek onarıldı. İntraoperatif kontrol endoskopi-sinde defektif bir alan gözlenmedi.

BULGULAR: Literatüre baktığımızda laparoskopik olarak batına giriş esnasında oldukça az sayıda gastrik yaralanma olduğu gözlemlendi. 2022 yılında yayınlanan literatür taramasında 6294 makale taranıp, içlerinden 28 makale seçilmiş. Bu makalelerde toplam 42 hastada laparoskopi esnasında gastrik yaralanma olduğu gözlemlenmiş. Bu makalelerde 18 hastanın batına giriş yeri tarif edilmiş olup, 14'ünde periumbilikal

giriş, 2'sinde Palmer noktasından giriş olduğu belirtilmiş. 14 hastada gastrik yaralanmanın sebeplerine yönelik inceleme yapılmış. 9 vakada anesteziye bağlı, başarısız entübasyon denemeleri ve yeterli gastrik dekompresyon yapılamaması olarak kaydedilmiş. Diğer 5 vakada da midenin anatomik olarak yer değiştirmesinden kaynaklandığı gözlemlenmiş. 42 hastanın 32'sinde komplikasyonun nasıl yönetildiğinden bahsedilmiş. 32 hastanın 11'inde nazogastrik tüp, proton pompa inhibitörü, antibiyotik ve oral kapalı olacak şekilde konservatif olarak tedavi edilmiş. 13 hastada laparotomiye geçilerek primer onarım yapılmış. 8 hastada da laparoskopik olarak onarım yapılmış. Bu literatür bilgisi ile vakamızı değerlendirdiğimizde, gastrik yaralanmanın sebebi midenin yeterince dekompresyon yapılamamasından kaynaklı olduğu gözlemlendi. Gastrik yaralanmanın robotik cerrahi ile onarılmasını tarfiledik.

SONUÇ: Hastayı postoperatif birinci günde taburcu ettik. Postoperatif dönemdeki takiplerinde herhangi bir morbidite gözlenmedi.

Anahtar Kelimeler: Visseral yaralanma, Jinekolojik Robotik Cerrahi, Gastrik yaralanma,

SB-007

Laparoskopik ekstraperitoneal burch kolposüspansiyonu

Ecenur Çelikoğlu, Elif Yıldız, Havva Betül Bacak, Tevfik Kaçar, Süleyman Salman
Gaziosmanpaşa Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği, İstanbul

GİRİŞ: Stres üriner inkontinans (SUI); egzersiz, hapşırma, öksürme veya gülme gibi aktiviteler sonucu istemsiz idrar kaçırma olarak tanımlanır. Stres üriner inkontinans yaşamın 5. dekadında pik yapar ve en sık görülen inkontinans tipidir. Stres üriner inkontinansın (SUI) tedavi seçeneklerinden biri olan burch kolposüspansiyonu laparotomik, laparoskopik veya robotik olarak gerçekleştirilen etkili bir cerrahi tedavi yöntemidir. Bu çalışmamızda stres inkontinansı olan hastamıza uyguladığımız laparoskopik ekstraperitoneal burch kolposüspansiyonunu sunmayı amaçladık.

YÖNTEM: 36 yaşında hasta 1 yıldır olan stres üriner inkontinans nedeni ile tarafımıza başvurdu. Hastanın ortalama vücut kitle indeksi (BMI) 27.55 kg/m², paritesi 3 normal spontan doğum öyküsü mevcuttur. Bilinen hastalığı, geçirilmiş operasyon öyküsü yoktur. Hastanın yapılan muayenesinde, spekulum: collum doğal transvaginal ultrasonda: uterus antevert endometrium trilaminer bilateral overler doğal izlendi. Vajinal muayene: stres test pozitif izlendi, POP-Q sınıflaması: evre 0 idi. Hastaya laparoskopik ekstraperitoneal burch kolposüspansiyonu kararı verildi. Operasyona geçildi: Genel anestezi altında dorsal litotomi pozisyonunda ameliyata başlandı. Batın, vulva ve vajen bati-konajını takiben steril örtüler örtüldü. Mesaneye steril sonda takıldı. Umblikusun hemen altından açık teknik ile yaklaşık 2cm vertikal kesi ile fasia diseke edilerek ekstraperitonea 10luk trokar ile girildi. Ekstraperiton yaklaşık 3lt CO₂ gazı ile batın şişirildikten sonra sol crista iliaca anterior superiorun yaklaşık 2-3 cm medialinden ve teleskopun 4 cm sol infero-lateralinden 5 lik trokar ile ekstraperitonea girildi. Ekstraperiton disektör ile künt olarak diseke edilerek her iki paraüretal alan ve Cooper ligamenti visualize edildi. Her iki paraüretal dokudan 1 nolu ethibond suture ile geçilen suturler, cooper ligamanından da geçilerek doku Cooper ligamanına airdrop tekniği ile yaklaştırıldı. Kanama kontrolü yapıldı. Hemşirenin batın karegaz alet sayımı tam ifadesini takiben 10 luk trokar insizyon fasyası 1 nolu vicryl ile kapatıldı. Cilt insizyonları 2.0 rapid vicryl ile suture edildi.

BULGULAR: Ortalama ameliyat süresi 30 dakika idi. Hastada intraoperatif komplikasyon gelişmedi. Postoperatif 1. Gününde mesane sondası çekildi, spontan idrar çıkışı izlendi. Sistoskopi yapıldı, doğal izlendi. Rezidü idrar 70 cc olarak ölçüldü. Hasta postoperatif 2. gününde iyilik hali ile taburcu edildi. Postoperatif 10. Gün ve 6. Ayında takibe çağırıldı. Takiplerinde aktif şikayet yoktu. Valsava manevrası ile inkontinans değerlendirildi, inkontinans izlenmedi.

SONUÇ: Laparoskopik ekstraperitoneal burch kolposüspansiyonu, SUI olan hastalar için intraoperatif komplikasyon oranının az olması, hastanede kalış süresinin az olması, yüksek başarı oranı olması ve mesh kullanımının kontrendike olduğu hastalarda uygun bir cerrahi tedavi yöntemidir.

Anahtar Kelimeler: :stres inkontinans, ekstraperitoneal burch, laparoskopi

SB-008

Derin myometrial invazyon ve periaortik şüpheli lenf nodu tutulumu olan endometrium kanseri olgusunda laparoskopik pelvik ve paraaortik lenf nodu diseksiyonu

Banu Atay¹, Banu Atay², Banu Atay³

¹Mersin üniversitesi Tıp Fakültesi

²Kadın Hastalıkları ve Doğum ABD

³Mersin

Ayla Kilisli

61Y P2 ND

ÖG: HT, İnsülin direnci

OP: Yok

PC: Endometrial karsinom, grade 2

PET

1) Uterus sol superior kesim lateralinde primer malignite ile uyumlu 25x29mm hipermetabolik kitlesel kalınlaşma.(SUVmax= 20.13)

2) Aort bifürkasyonu çevresinde paraaortik-parailiak alanlarda hipermetabolik milimetrik lenfadenopatiler (SUVmax= 5.68)

Derin myometrial invazyon, grade 2 histoloji ve PET raporunda bilateral paraaortik ve parailiak ln tutulumu olması nedeniyle pelvik ve paraaortik ln diseksiyonu yapıldı. 26.02.24 TLH + BSO+ BPPLND +BYS +Frozen Frozen:Grade1 End Ca %50'den fazla myometrial invazyon Tm çapı:3 cm

Pelvik ln diseksiyonu: Lig rotundum koagüle edilir ve kesilir. Broad lig iki yaprağı ayrılır.

Tubaya paralel olacak şekilde periton açılarak retroperitona girilir. IP lig disseke edilir. IP lig kesilerek histerektomi işlemine devam edilir. Vezikouterin ve rektouterin boşluklar oluşturulur. Ureter trasesi broad lig medial yaprağında izlenir. Eksternal iliak a ln ları disseke edilir. Obturator fossa ln ları obturator sinire kadar çıkarılır.

Medialde oblitere umbilikal a, lateralde psoas ve eksternal iliak a, proksimalde common iliak arter, distalde deep circumflex iliak ven tanımlanır.

Aortik ln diseksiyonu:

Bağırsaklar uzaklaştırılarak posterior parietal periton açılır. Bifurcatio ln ları toplanır.

Aorta üzerinde craniale doğru peri ve parovarian ln ları toplanır. IMA L3 seviyesinde görülür. Renal ven seviyesine kadar sağ ve sol paraaortik ln ları disseke edilerek toplanır.

Patoloji

1- Endometrium: ENDOMETRİÖİD KARSİNOM, GRADE 1

-Tümör myometriuma invazyon göstermemektedir. Tümör en derin yerinde 1.5 cm myometrial invazyon göstermekte olup buradaki myometrium kalınlığı 2.4 cm'dir. (Myometrial invazyon: %60)

-Serozal tutulum: yok

-Servikal invazyon: var

-Endoservikal gland tutulumu: var

-Stromal tutulum: var

-Lenfovasküler invazyon: yok

-Perinöral invazyon: yok

-Tümör dışı endometrium: ATROFİ Myometrium: DÜZENLİ YAPI

Sağ over: KORPUS ALBİKANSLAR Sağ tuba: TUBAL MUKOZADA FİBRÖZ KALINLAŞMA

Sol over: KORPUS ALBİKANSLAR Sol tuba: TUBAL PLİ-KALARDA FİBRÖZ KALINLAŞMA TAH+BSO

2- REAKTİF LENF NODLARI, 5 adet Sağ pelvik lenf nodu.

3- REAKSİYONEL LENF NODLARI, 5 adet Sol pelvik lenf nodu

4- REAKSİYONEL LENF NODLARI, 5 adet Sağ paraaortik lenf nodu.

5- REAKSİYONEL LENF NODLARI, 5 adet Sol paraaortik lenf nodu.

BYS- Benign sitoloji

Anahtar Kelimeler: Endometrium, kanseri, pelvik, paraaortik, ln, diseksiyonu

SB-009

What to use as a uterine manipulator for laparoscopic multiple myomectomy in the virgin patient and how to remove the surgical specimen from the abdomen?: Uterine manipulation with hysteroscope and tissue extraction through the umbilical port

Sertaç Ayçiçek, Veysi Balcı

Clinic of Gynecology and Obstetrics, Health Sciences
University Gazi Yaşargil EAH, Diyarbakır

Uterine leiomyomas are the most common benign tumors of the uterus of smooth muscle origin. The most common findings are abnormal uterine bleeding and pelvic pain. Laparoscopic and hysteroscopic myomectomy are minimally invasive surgical procedures that can be used depending on the type of leiomyoma. There are various instruments used vaginally for uterine manipulation, which facilitates laparoscopic surgery.

Our aim in our case was to surgically treat multiple fibroids with minimally invasive methods with intact hymen and uterus sparing. Since the patient was virgo, we aimed to provide manipulation with a diagnostic hysteroscope to provide manipulation during laparoscopy without touching the hymen manually and to excise the fibroids with operative hysteroscopy in the same way. Another aim is to remove the fibroids in the abdomen with the help of an endobag from the umbilicus with a single-port logic because the use of morcellators is inconvenient and the tissues cannot be removed from the vagina.

CASE: Our patient was 41 years old and virgo. She complained of abnormal uterine bleeding and pelvic pain. Transabdominal sonography and pelvic MRI with contrast showed multiple M (0-7) type fibroids in the uterus according to PALM-COEIN classification. Under general anesthesia, first the vagina and then the cervix were entered with a diagnostic hysteroscope using the non-touch technique. The endometrial cavity was then entered and the hysteroscope was left in place to be used as a uterine manipulator. Laparoscopy was started and multiple large and small fibroids were observed in the uterus. Glypressin 0.2 mg was diluted to 100 cc 0.9% and injected into the myometrium layer of the uterus and under the capsule of the fibroids with a Veres needle. Then, incisions were made on the fibroid surfaces with a monopolar energy device and seven large and small fibroids were removed.

Myoma beds were sutured at least 2 layers with 2.0 V-Lac and number 1 Vicryl. After the bleeding was controlled, the excised

fibroid specimens were taken into the Endbag and removed from the abdomen with a number 7 Gel-Point (Applied, USA) system placed in the umbilicus. Trocar sites and the incision in the umbilicus were closed. Then, operative hysteroscopy was performed and approximately 3 fibroids in the uterine cavity were excised and aspirated with a Truclear morcellator (Medtronic, USA) using non-touch technique. The operation was terminated after bleeding control. The operation time was noted to be approximately 150 minutes, bleeding loss was approximately 300 cc and no complications developed. The patient was discharged on the 2nd postoperative day.

Keywords: Hysteroscopic myomectomy, Laparoscopic myomectomy, Single-port umbilical system, Tissue remove, Uterin manipulation

Hysteroscopic myomectomy surgical specimen



Approximately 3 Type (0-2) fibroids and polyps were excised with the Truclear morcellator system and the image of the tissues in the aspirator in the pathology container.

Laparoscopic myomectomy surgical specimen

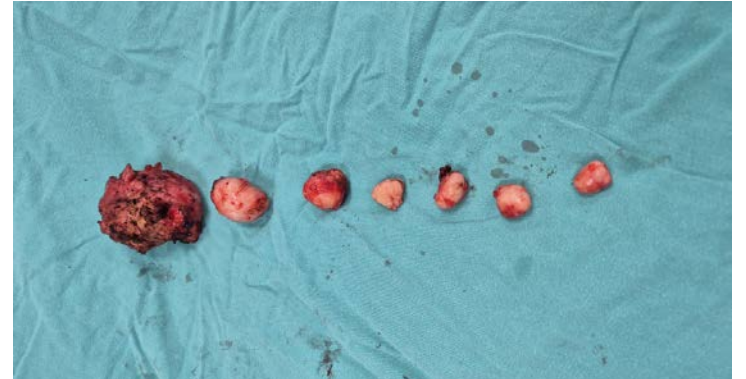


Image of approximately 7 large and small Type (2-7) fibroids after laparoscopic excision.

SB-010

Excision of an Deep Infiltrating Endometriosis Nodule of Rectum

Emre Kar¹, İbrahim Polat¹, Hasan Onur Topçu², Ercan Bastu³

¹Department of Obstetrics and Gynecology, Basaksehir Çam and Sakura City Hospital, Istanbul, Turkey

²Endometriosis and IVF Center, Nesta Clinic, Ankara, Turkey

³Endometriosis and IVF Center, Nesta Clinic, Istanbul, Turkey

Background

The patient had previously undergone a diagnostic laparotomy at a different center for similar symptoms, which led to abscess formation and multiple drainage procedures. Upon examination, a rectal nodule, 2 cm in length, was identified. A hysterectomy followed by excision of the rectal nodule was planned for a definitive solution.

METHODS: Numerous abdominal adhesions were identified and retroperitoneal access was achieved bilaterally. Adhesions between the rectum and the uterus were separated to free the rectum. During adhesiolysis, an abscess formation was encountered and drained, followed by excision of the abscess with surrounding tissues. A routine hysterectomy was performed, followed by rectal nodule excision using the shaving technique. Due to a full-thickness opening of the mucosa during shaving, a three-layer bowel repair was performed.

RESULTS: The postoperative course was uneventful with no complications observed. Long-term results will be shared live.

CONCLUSIONS: No matter how thorough the preoperative preparation, intraoperative changes can always occur, and the surgeon must have contingency plans ready in such situations.

Keywords: pelvic pain, deep infiltrating endometriosis, abscess

SB-011

Derin Endometriozisi Olan Hastada Laparoskopik Histerektomi

Necati Berk Kaplan¹, batuhan aslan², Yavuz Emre Şükür¹

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

²Ankara Üniversitesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Ana Bilim Dalı, Ankara; Etlik Zübeyde Hanım Kadın Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, Ankara

GİRİŞ: Endometriozis, endometrial dokunun uterus dışında bulunması ile karakterize kronik pelvik ağrı, infertilite, dismenore gibi şikayetlere yol açan jinekolojik bir problemdir. Kronik pelvik ağrı, endometriozis olgularında en sık görülen belirtilerdendir. Derin infiltratif endometriozisi olan kadınlarda ağrının şiddeti genellikle hastalığın derinliği ve hacmi ile korele olmaktadır. Medikal tedaviden fayda görmeyen hastalarda cerrahi tedavi ön plana gelmektedir. Cerrahi tedavinin amacı normal anatomik ilişkileri düzeltmek, tüm görünür ve derin hastalıklı dokuları ortadan kaldırmak ve adezyonları önlemektir.

Total histerektomi, endometriozisin ağrı semptomları için etkili bir tedavidir. Histerektomi, endometrioziste özellikle kronik pelvik ağrı gibi persiste eden semptomların varlığında, fertilite isteğini tamamlamış hastalarda ve medikal tedaviye dirençli olgularda uygun bir seçenek olarak görülmektedir. Ayrıca histerektomi için ek endikasyonları (myom, prolapsus vb.) olan hastalarda birinci seçenek olarak düşünülebilir. Total histerektomide pelvik ağrının tekrarlaması çalışmalarda düşük olarak bildirilirken, supraservikal histerektomilerde rekürrens oranı daha yüksektir. Ağrı tedavisi için, ooferektomi yapılması, endometriozisle ilişkili semptomları azaltmada yumurtalıkların korunmasından daha etkili görünmektedir, ancak bu konu literatürde tartışmalıdır. Son yayınlarda ooferektomi yaygın adneksiyel hastalığı olanlar ve reoperasyon riskleri erken menapoz risklerinden daha ağır basan hastalar için önerilmektedir. Bizler de kronik pelvik ağrı şikayetiyle başvuran hastada uyguladığımız laparoskopik histerektomi ameliyatını sunmayı amaçladık.

VAKA: 49 yaşında (G2 P2) kronik pelvik ağrı şikayetiyle kliniğimize başvuran hastada endometriosis tanısı sonrası medikal tedaviye başlanmış olup yanıt alınamayınca cerrahi tedavi planlanmıştır. Preop değerlendirmede hormon değerleri premenapozal dönemle uyumlu gelen hastada laparoskopik

olarak histerektomi ve bilateral salpingooferektomi yapıldı. Takiplerinde hastanın VAS skorlarında gerileme izlendi.

SONUÇ: Fertilite isteğini tamamlamış derin endometriozisli hastalarda laparoskopik total histerektomi ağrı semptomunu gidermede oldukça etkilidir. Hastanın yaşına ve klinik durumuna göre bilateral salpingooferektomi de eklenebilir. Ooferektomi yapılan hastalarda rekürrens riski daha düşük olabilir.

Anahtar Kelimeler: endometriosis, hysterectomy, pelvic pain

SB-012

Laparoscopic total infralevatory pelvic exenteration and Singapore flap reconstruction for recurrent vulvar cancer

Elif İltar¹, Selen Doğan¹, Fatma Ceren Güner¹, Ahmet Ender Caylan², Özlenen Özkan³, Ömer Özkan³, Nasuh Utku Doğan¹

¹Akdeniz University Department of Gynecology

²Akdeniz University Department of Urology

³Akdeniz University Department of Plastic Surgery

AIM: Step by step video presentation of Laparoscopic total infralevatory pelvic exenteration and Singapore flap reconstruction for a patient with recurrent vulvar cancer

METHODS: Video presentation of a case performed in tertiary hospital setting

RESULTS: The patient was 66-year-old woman with a previous radical wide deep local excision and inguino femoral lymphadenectomy for primary vulvar squamous carcinoma. She experienced two local recurrences which all was handled with local excision and then with chemoradiotherapy. The patient admitted to our clinic with pain and foul smelling vaginal discharge. She had 3 cm local recurrence unresponsive to chemoradiotherapy without any evidence of distant metastasis. Pelvic exenteration was recommended in multidisciplinary tumor board. The operation consisted of four phases: 1)Laparoscopic phase: preparation of pelvic organs, 2)Vaginal phase: resection of vulvar tumor along with pelvic organs 3)formation of ileal conduit and end colostomy 4) reconstruction of vulvar defect with Singapore Flap. Total operation time was 480 minutes with 100cc blood loss mainly in vaginal phase. Patient was discharged 32 days after the surgery. It has been 5 months since the operation without any evidence of the disease.

Keywords: Vulvar cancer, laparoscopic exenteration, infralevatory exenteration, Singapore Flap

SB-013

vNOTES retroperitoneal yaklaşımla adneksiyel kitle eksizyonu

Tural İsmayilov

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

Bizim olgumuzda olduğu gibi, fertilitatesini tamamlamamış kadınlarda yakın takip, fertilitate isteği olmayan hastalarda ise tamamlayıcı cerrahi ön planda düşünülmelidir.

Anahtar Kelimeler: vNOTES, adneksiyel kitle, retroperitoneal yaklaşım, over tümörleri, BOT

39 y, G2P2, aniden başlayan, özellikle sol alt kadrana yayılan pelvik ağrı nedeniyle başvuran hastanın değerlendirilmesi sonucu, hasta bilgilendirildi, vNOTES yöntemi ile sol USO, sağ salpenjektomi kararlaştırıldı. Özgeçmişinde 2 kez geçirilmiş C/s ve vertigo, VKI: 26.57, sigara(+), alkol(+) kullanımı öyküsü vardı. 04/2024 Pap smear: negatif, 05/2024 CA 125:8, CA 19-9:29 (hafif ↑) mIU/L, 05/2024 ivkm sonrası pelvik MRG’de “sol over lojunda orta hatta doğru gelmiş, en geniş yerinde 110x92 mm boyutlu, postkontrast görüntülerde ince septasyonları ve bu alanlarda kontrastlanması olan komplike kistik görünüm”, tuşede uterus AVF, NC, sol adneks dolgun, mobil kitle, sağ adneks olağan, TVUS’de uterus AVF, sol adneksiyel alanda 85x100 mm çapında, hiperekoik, heterojen görünümde kistik lezyon tespit edilen hastaya vNOTES retroperitoneal yaklaşımla sol USO, sağ salpenjektomi uygulandı. Peroperatif uterusun ön yüzde mesane ile iltisaklı olduğu, posteriorda Douglas obliterasyonu izlendi. Postoperatif 6. saatte Foley sonda çıkarıldı. Orali açıldı. Preop/Postop Hb değerleri: 13.8/11.7 (g/dL) şeklinde idi. Ertesi gün taburcu edildi. Patoloji sonucunda müsinöz borderline alanlar içeren sol over kisti, bilateral tubalarda patoloji tespit edilmedi. Hastaya tamamlayıcı cerrahi açısından Jinekolojik Onkoloji konsültasyonu istendi. Histerektomi, sağ ooforektomi, appendektomi ve omentektomi hakkında bilgilendirildi. Fertilitate isteği nedeniyle reoperasyonu istemediğini beyan eden hasta yakın takibe alındı.

Borderline over tümörleri (BOT), tüm epitelyal over kanserlerinin yaklaşık %10-20’sini oluşturur. Prognostik faktörler arasında Uluslararası Jinekoloji ve Obstetrik Federasyonu (FIGO) evresi, peritoneal implantların varlığı, mikropapiller patern (seröz histoloji için), mikroinvazyon ve intraepitelyal karsinom (müsinöz histoloji için) bulunur. 1971 FIGO sınıflamasına göre BOT’lar düşük malign potansiyelli tümörler olarak kabul edilirken, en son WHO sınıflaması onları atipik proliferatif tümörler olarak tanımlar. Klinik olarak, BOT’lar diğer adneksiyel kitlelere benzer şekilde, sıklıkla transvajinal ultrasonda IOTA kriterlerine göre tipik özellikler gösterir. Serum CA 125, preoperatif ve takip sürecinde önerilir, ancak BOT’lu tüm kadınların preoperatif olarak serum seviyeleri yüksek değildir.

SB-014

Laparoskopik abdominal serklaj

Sudaba Garibova¹, Şeyma İlayda Paltacı²

¹Afyonkarahisar Özel Fuar Hastanesi

²Afyonkarahisar Bolvadin Dr. Halil İbrahim Özsoy Devlet Hastanesi

Preterm doğum, neonatal morbidite ve mortalitenin önde gelen nedenlerinden biridir. Servikal yetmezlik, sıklıkla serviksin gebeliği sürdürme başarısızlığı olarak tanımlanır ve erken doğumun önemli bir sebebidir. Servikal yetmezlik, gebeliklerin %0,05 ila %1'ini komplike eder ve tipik olarak ikinci trimesterin ortasında, erken doğuma yol açan ağrısız servikal dilatasyon ile karakterizedir. Servikal yetmezliğin fizyolojisi tam olarak anlaşılamamıştır. Servikal yetmezlik için doğuştan risk faktörü olabilecek durumlar; Müllerian anomaliler ve Ehlers-Danlos Sendromu gibi anormal kollajen hastalıklarıdır. Ek olarak, bazı kazanılmış risk faktörleri; servikal travma, uzamış ikinci evre, tekrarlanan mekanik dilatasyon ve LEEP veya soğuk konizasyon prosedürleridir. Servikal yetmezlik tanısı, doğum eylemi veya dekolman olmaksızın ağrısız servikal dilatasyondan sonra bir veya daha fazla ikinci trimester kayıp öyküsüne dayanır. Serklaj, servikal yetmezlik tedavisinin temelidir. Transabdominal serklaj(TAC), transvajinal serklaja göre avantajlara sahip olmakla beraber, TAS artmış morbidite ve sezaryen doğum ihtiyacı ile ilişkilidir. Benson ve Durfee bu tekniği ilk olarak 1965'te tanımladılar. Son 10-15 yılda, transabdominal serklaj için minimal invaziv cerrahi yaklaşım geliştirilmiştir ve kullanılabilirliği ile popülaritesi giderek artmaktadır. Daha önce başarısız vajinal serklaj öyküsü olan hastalara abdominal serklaj önerilmektedir. anatomik nedenlerle önerilebileceği bir kaç durum vardır. Bunlar arasında, tekrarlayan LEEP prosedürleri veya trakelektomi nedenleriyle transvajinal serklaj için yeterli serviksi olmayan hastalar ve doğuştan aşırı kısa serviksi olan hastalar yer alır. Bu işlem 11-12.gebelik haftasında ya da konsepsiyondan önce yapılabilir

Operasyon:

Laparotomi

Laparoskopi

Robotik olarak yapılabilir

Sezaryen yapılması gerekir ve eğer fertilité arzusu devam ediyorsa, sütür yerinde bırakılması öneriliyor

Midtrimestrde doğum gerektiren bir komplikasyon olursa,

posterior kolpotomi ile sütürü kesilmesi ya da laparotomi ve histerotomi yapılarak sütürün bırakılması öneriliyor

Olgumuz 29 yaşlı, G3 C/S1 A2 Y1

Anamnezinde 2 defa başarısız vajinal serklaj öyküsü.

Yapılan transabdominal ultrasonda uterus antevert anteflex end 5 mm bilateral overler normofoliküler şeklinde izlendi.

Bilinen hastalık: yok

Hastaya laparoskopik abdominal serklaj operasyonu planlandı

Anahtar Kelimeler: laparoskopi, abdominal serklaj, gebelik

SB-015

A new technique in pelvic organ prolapse: V-Notes Sacrocolpopexy

Eralp Bulutlar, Çetin Kılıççı
Zeynep Kamil Kadın Hastalıkları ve Çocuk EAH, Kadın
Hastalıkları ve Doğum Servisi

was achieved using two different suture materials, one on the right and one on the left side. After fixation, both sutures were brought outwards from the vaginal cuff.

Keywords: Sacrocolpopexy, V-Notes Surgery, Pelvic Organ Prolapse

Surgical Technique

The patients underwent V-NOTES hysterectomies while in the lithotomy and Trendelenburg positions. Following hysterectomy, the specimen was removed by extracting the gell part of the Gell-Point without removing the manipulator and taken out of the abdomen. Subsequently, in preparation for sacrocolpopexy, the Gell port was repositioned. A 10 mm trocar was inserted for the placement of the optical camera at the top of the Gell port, while two 5 mm trocars were inserted at the bottom. These trocars were the same ones used for the hysterectomy.

The patient was positioned in a slight left lateral Trendelenburg position to facilitate the gathering of the intestines on the left side.

After visualizing the sacral promontory, sharp and blunt dissections were performed to reach the sacral promontory without causing damage to the surrounding tissues. Once the area for suturing for suspension at the sacral promontory was thoroughly observed, the distance between the promontory and the vaginal cuff was measured using graspers. A mesh previously prepared and sterilized was cut to fit this length accordingly. The mesh was then introduced into the abdomen through the Gell-Point. One end of the mesh was sutured to the sacral promontory twice using 1.0 Prolene sutures. This suturing was performed using trocars within the Gell-Point. Following the suturing of the mesh, the right ureter was lateralized, and a retroperitoneal tunnel was created on the right side of the vaginal cuff using laparoscopic portegues. This tunnel was advanced up to the level of the sacral promontory. At this level, a portion of the mesh, which had been previously fixed, was pulled towards the vaginal cuff through the retroperitoneal tunnel, after puncturing the peritoneum with a peritoneal portegue. Subsequently, the peritoneum in front of the dissected sacral promontory was closed using 2.0 V-Lock sutures.

The mesh, which had been pulled up to the level of the vaginal cuff, was sutured to the upper part of the vaginal cuff according to the previously calculated length. Fixation

SB-016

Spontaneous rupture of a leiomyoma vessel causing intra-abdominal bleeding: A case report

Gorkem Ulger, Yakup Bayram

Department of Obstetrics and Gynecology, Mersin University, Mersin, Turkey

INTRODUCTION: Uterine fibroids are prevalent benign lesions in women. The clinical signs are widely recognized and understood. Instances of immediate surgical intervention due to acute complications are infrequent.

CASE: We present the case of a 53-year-old woman who presented to the emergency department with acute onset of severe abdominal pain. For imaging, contrast-enhanced computed tomography (CT) was performed in the emergency room. In the CT scan interpretation, a 130x117x131 millimeter giant mass lesion with a slightly heterogeneous internal structure and soft tissue density was observed in the anterior part of the uterus. There was advanced free fluid in the abdomen, and irregular hyperdense linear areas suggestive of contrast extravasation were detected distal to the uterine artery at the level of the uterine fundus on the left. The vital signs were indicative of hypovolemic shock. On examination, we found signs of acute abdomen. The patient underwent a laparoscopy. The surgical procedure revealed a 1500 mL hemoperitoneum and a 10-centimeter uterine fibroid that was actively bleeding. The bleeding was controlled by intervening the bleeding vessel with the help of bipolar, and then the blood in the abdomen was cleaned with an aspirator. Subsequently, total abdominal hysterectomy and bilateral salpingectomy were performed, considering sarcoma suspicion due to atypical vascularization on the fibroid. The frozen result was compatible with myoma. The patient was given four units of erythrocyte suspension perioperatively and postoperatively. There were no complications in postoperative follow-up. The final pathology result was also compatible with myoma.

CONCLUSION: Spontaneous rupture of uterine fibroid arteries is uncommon. However, it is crucial to recognize this severe consequence promptly to manage it effectively through surgical intervention, which might save lives.

Keywords: Hemoperitoneum, leiomyoma, laparoscopy

SB-017

Özel hastane kadın doğum kliniğinde 2021-2023 yılları arasında yapılan laparoskopik operasyonların değerlendirilmesi

Ramazan Bayırlı

Özel Gürlife Hospital Hastanesi, Eskişehir

AMAÇ: Özel hastane kadın doğum kliniğinde 2021-2023 yılları arasında gerçekleştirdiğimiz 201 laparoskopik operasyonunu beceri düzeyi, endikasyon ve komplikasyon oranını retrospektif değerlendirmek.

GİRİŞ: Tıp tarihinde olgunun hastalığı için vücudun içine bakma hikayesi Hipokrat'la M.Ö 460-375 yıllarında rektumun bir spekulum incelemesi ile başlamış; vajenin ilk kez ışık kaynağı ile gözlenmesi bir ayna aracılığıyla M.S 912-1013 tarihlerinde Abdülkasım adlı Arabistanlı bir hekim tarafından yapılmıştır. Modern tıp tarihinde 1900 lü yılların başında diagnostik laparoskopik ile bu adımlar ileri taşınmıştır. Tıbbi cihaz ve ekipmanının teknoloji ile beraber gelişmesi operatif laparoskopinin gelişimini hızlandırmıştır. Laparoskopik prosedürlerin endikasyonlarının genişlemesi hekimlerin daha komplike cerrahileri yapmasını sağlamıştır. Artmış performans ve maliyet analizleri laparoskopiyi daha popüler hale getirmiştir. Operatif laparoskopik operasyonlarının artışı işleme bağlı komplikasyonların artışı beraberinde getirmiş ve bu komplikasyonları azaltmak içinde hekimlerin laparoskopik cerrahi tekniklerini geliştirmesini hızlandırmıştır.

BULGULAR: Laparoskopik cerrahi becerilere göre operasyon sayıları sırasıyla minör 31(%15.9), majör 162(%80.6) ve ileri 7 (%3.5) olarak sınıflandırıldı.. Laparoskopik endikasyonları sırasıyla: Tüp ligasyon 19(%9.5), ektopik gebelik 9 (%4.4), miyoma uteri 98(%48.7), adneksiyel kitle 47(%23.4), endometrioma 16(%8), adenomyozis 7 (%3.5), kompleks endometrial hiperplazi 3 (%1.5) ve BRCA 1 taşıyıcılığı 2(%1) oldu. Laparoskopik komplikasyonlar batin içi giriş, cerrahi işlem ve postoperatif olanlar olarak 3 e ayrıldı. Batin içi girişte 2 (%1), cerrahi işlem sırasında 4(%2) postoperatif 2(%1) olguda komplikasyon gözlemlendi.

SONUÇ: Laparoskopik cerrahi becerimizin gelişimi endikasyonlarımızı genişletmiş, majör ve ileri cerrahi gerektiren operasyonların artışı ise komplikasyonlarımızı arttırmıştır.

Anahtar Kelimeler: Laparoskopik, Cerrahi beceri, Komplikasyon

SB-018

Büyük Uterusta Minimal İnvaziv Cerrahi Yaklaşım ile Histerektomi

Mert Güngör, Burak Ersak

Etlik Şehir Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği,
Jinekolojik Onkoloji Servisi, Ankara

47 yaşında, multipar kadın hasta, kliniğimize sık idrara çıkma, pelvik ağrı, ara kanama ve kabızlık şikayetleri ile başvurdu. Fizik muayenede uterus yaklaşık 20 hafta cesamette idi. Hastamıza yapılan görüntülemelerde uterus anteriorunda 8 cm myom saptandı. Uterus boyutları global olarak artmıştı. Ayrıca sağ adneks kaynaklı yaklaşık 6 cm'lik endometrioma ile uyumlu kistik oluşum mevcuttu.

Tanı: Hastanın öyküsü, fizik muayene, ultrason, bilgisayarlı tomografi sonuçları değerlendirildiğinde hastanın pelvik kitle+endometrioma? tanısı ile operasyonuna karar verildi.

Tedavi: Hastaya genel anestezi altında laparoskopik histerektomi yapıldı. Batın içi yapışıklıklar, kitle etkisi ve büyük uterus nedeniyle anatomi detaylı bir şekilde ortaya kondu. Uterus ligamanları serbestleştirildi, üreter lateralize edildi ve uterin arter ligate edildi. Materyal vajinal yolla çıkartıldı. Cuff laparoskopik sütüre edildi. Hastanın gönderilen patoloji sonucu malignite negatif olarak raporlandı. Hastada erken ve geç dönemde herhangi bir komplikasyon izlenmedi.

Tartışma: Laparoskopik histerektomi, uterusun (rahmin) cerrahi olarak çıkarıldığı minimal invaziv bir işlemdir. Bu prosedür, genellikle rahim fibroidleri, endometriozis, kronik pelvik ağrı, anormal uterin kanama ve bazı jinekolojik kanserler gibi durumların tedavisinde kullanılır. Laparoskopik histerektomi, açık cerrahiden daha az invazivdir ve bu nedenle daha kısa iyileşme süresi, daha az ağrı ve daha küçük izler sunar.

Sonuç: Bu olgu sunumunda, 20 hafta cesamette bir uterusu sahip olan hastada laparoskopik histerektomi sunulmuştur. Laparoskopi, büyük uteruslarda güvenli, etkili ve minimal invaziv bir yöntem olarak seçilebilir.

Anahtar Kelimeler: Büyük uterus, laparoskopik histerektomi, pelvik kitle

SB-019

Vaginally assisted laparoscopic radical hysterectomy: Vaginal manchette technique to cover the tumor

Fatma Ceren Güner, Sefa Metehan Ceylan, Selen Doğan,
Nasuh Utku Doğan

Akdeniz University Department of Gynecology

After LACC trial total laparoscopic radical hysterectomy is abandoned related to concerns about spillage of tumor into the abdominal cavity. Vaginally assisted laparoscopic radical hysterectomy is a safe way to overcome the disadvantages of total laparoscopic route.

In this technique uterine manipulator is not used. Vaginal manchette is formed to close the tumor completely and to tailor the vaginal length precisely. In this video the technique of vaginally assisted laparoscopic radical hysterectomy, particularly vaginal route is presented in a case of cervical tumor smaller than 2 cm. In this technique, as anterior and posterior colpotomy is performed previously, only latereal parametrium is resected and lateral vaginal wall is resected after the total dissection of ureter up to the bladder. As a conclusion, vaginally assisted laparoscopic radical hysterectomy is a safe way to overcome the disadvantages of total laparoscopic route. Long term oncologic outcomes are comparable to open approach. Long learning curve of vaginal approach is the major disadvantage

Keywords: Cervical cancer, vaginally assisted laparoscopic radical hysterectomy, vaginal manchette formation

SB-020

Dissection of the Pararectal Space: How to identify the Hypogastric Nerve Plate, Pelvic Splanchnic Nerves and Inferior Hypogastric Plexus

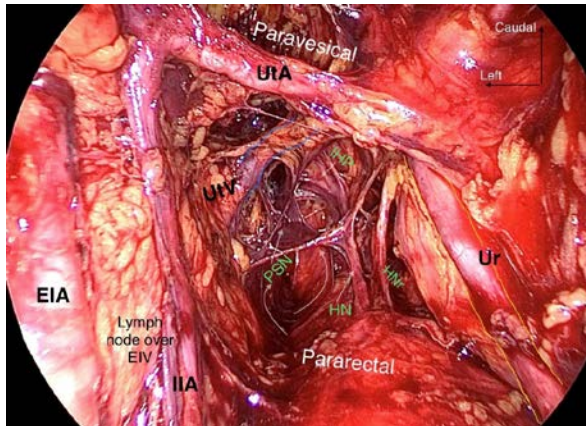
İlker Selçuk, Zeliha Firat Cuyan, Meltem Yucesoy, Ozgun Ceylan, Hakan Rasit Yalcin
Ankara Bilkent City Hospital, Department of Gynecologic Oncology

Key Approach to Nerve-Sparing Pelvic Surgery

1. Medial traction to the posterior leaf of the broad ligament to identify the ureter
2. Find the internal iliac artery, caudolateral to the ureter
3. Follow the internal iliac artery and find the uterine artery origin
4. Follow the ureter and identify the hypogastric nerve approximately 2cm posterior to the ureter
5. Dissect the paracervix and find the uterine (vaginal) vein posterior to the uterine artery and also the ureter
6. Selectively dissect the PSNs from the dorsolateral pararectal space medial to the internal iliac vein
7. Follow the PSNs posterior to the uterine (vaginal) vein
8. Follow the PSNs and HN to find the IHP
9. Tailor the radicality by following the hypogastric nerve plate (Anatomic orientation according to the supine position, in surgical supine position 'posterior defines inferior for deep parametrial space')

Keywords: pararectal space, nerve-sparing, radical pelvic surgery, hypogastric nerve, pelvic splanchnic nerves

Pararectal space and Hypogastric nerve plate



SB-021

Development of a Decision Support System to Predict the Success of Medical Treatment in Ectopic Pregnancy

Ozan Odabas¹, Aybüke Keçeci Kanmaz², Emrah Töz¹,
Abdurrahman Hamdi İnan³, Yaşam Kemal Akpak¹, Ahkam Göksel Kanmaz¹

¹İzmir Şehir Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği, İzmir

²Yaşar Üniversitesi, Bilgisayar Mühendisliği, İzmir

³Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği, İzmir

Objective: This research aims to develop a computer-aided decision support system to predict the success of single-dose methotrexate treatment used in the medical treatment of ectopic pregnancy. In this way, it is aimed to prevent delays in the treatment of patients by detecting early treatment failure.

Materials and Methods: Patients who received medical treatment with a diagnosis of ectopic pregnancy at the Ministry of Health University Tepecik Training and Research Hospital Gynecology and Obstetrics Clinic between January 2013 and January 2023 were included in the study. The age, gravida, parity, laboratory findings, USG findings, physical examination findings, treatment protocols, and surgical status of the patients were retrospectively examined through the hospital information system, and the relevant data were used to create a dataset. This dataset was used in the PRoMETHouS (Prediction of Methotrexate Success) Program to create a computer-aided decision support system.

RESULTS: After the inclusion and exclusion criteria, 634 patients were included in the study. While the data of 80% of the 634 patients included in the study were used in the coding of the decision support system, the data of 20% were used for validation/evaluation of the system. Variations of the data set were created for use in creating a deep learning tree with these variables, which are effective in our clinical decision-making. 27 variables were used in the created data set. While developing this clinical decision support system, different data sets of 27 parameters used in 15 different algorithms were combined. As a result, it is aimed to achieve the highest success and accuracy rates and the most reliable decision support system. Although the highest accuracy rate that could be achieved with the ClassificationViaRegression algorithm was initially found to be 81.92%, the accuracy rate

was increased to 93.86% with Bagging and J48 algorithms as a result of updates to the data sets and many trials in the algorithms.

Discussion: Treatment for ectopic pregnancy includes medical treatment options such as methotrexate for certain patients. It is critical to identify patients suitable for medical treatment. The early predictability of medical treatment success will make it easier for physicians to choose treatment (medical/surgical treatment) and the application of this treatment will be beneficial in preventing possible complications.

CONCLUSION: Many complications and economic losses can be prevented with appropriate early treatment of ectopic pregnancy. Nowadays, there is a need for medical use of artificial intelligence-based decision support systems that can help physicians make decisions.

Keywords: Decision Support System, Ectopic Pregnancy, Methotrexate

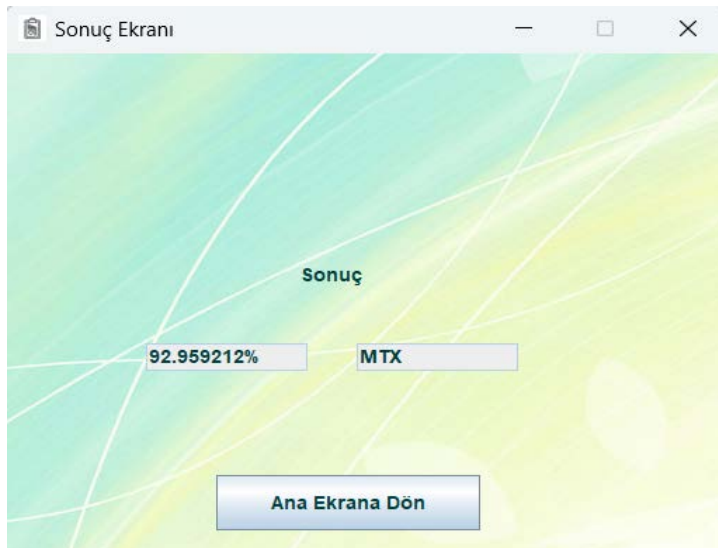
ProMETHouS



PRoMETHouS

99%

ProMETHouS-Result



SB-022

Excision of Sciatic Nerve Endometriosis

Ercan Bastu¹, Emre Kar², Hasan Onur Topçu³

¹IVF and Endometriosis Center, Nesta Clinic, Şişli, İstanbul

²Department of Obstetrics & Gynecology, Başakşehir Çam and Sakura City Hospital, Başakşehir, İstanbul, Turkey

³IVF and Endometriosis Center, Nesta Clinic, Çankaya, Ankara

Background: A 43-year-old patient presented to us with complaints of limping and pain while walking. There are no other notable features in her history. Physical examination revealed a retracted area and nodularity in the right posterior region. On MRI, we noticed a large nodule along the course of the sciatic nerve traversing from this area. Our primary goal is to achieve decompression of the nerve.

METHODS: We started by entering the right retroperitoneum. We carefully performed ureterolysis and then proceeded to medialize the ureter to deepen further. After localization of obturator nerve, artery and vein we identified an aberrant venous plexus. Fibrotic tissues also began to increase at this level. This plexus likely provided vascularization to the nodule as well. After clipping this plexus, we retracted it out of our way to reach the sciatic nerve underneath. The nodule was identified and resected with dissections from multiple angles. After most of the nodule was removed, we continued with our resection. However, our main goal here was not just to leave zero disease, but actually to decompress the nerve. Because while trying to leave the nerve disease-free, we did not want to damage it. Finally, by removing the lesion on the sacrouterine ligament, we complete the surgery without complications.

RESULTS: In short-term follow-ups, the patient does not report any complaints, and improvement in walking is observed. Long-term outcomes will be presented live.

CONCLUSIONS: The cause of unexplained pain and loss of muscle function may be nerve involvement due to endometriosis. Imaging methods may be helpful but not conclusive in this regard, and in unresolved cases, diagnostic surgery should be the last resort.

Keywords: Endometriosis, Sciatic Neuropathy, Laparoscopy

SB-023

Steps of laparoscopic extraperitoneal para-aortic lymphadenectomy in an endometrial cancer patient with morbid obesity

Selcuk Erkilinc¹, Ilker Cakir¹, Ayse Betul Ozturk², Sena Ozcan³

¹Buca Seyfi Demirsoy Training And Research Hospital, Izmir Democracy University, Izmir, Turkey

²T.R. Ministry of Health Mus State Hospital, Mus, Turkey

³T.R. Ministry of Health Sarıgöl State Hospital, Manisa, Turkey

INTRODUCTION: Staging surgery is critical in the treatment of endometrial cancer. Minimally invasive approaches can provide great advantages in surgical interventions that become difficult due to obesity. The extraperitoneal approach is a convenient and safe alternative to laparoscopic para-aortic lymphadenectomy. This video demonstrates the steps of extraperitoneal para-aortic lymphadenectomy in an endometrial cancer patient with morbid obesity.

METHODOLOGY: A 53-year-old female patient with a body mass index of 37.2 kg/m² applied with the complaint of postmenopausal bleeding. After the patient's gynecological examination, a diagnostic endometrial biopsy was performed. Since the result was grade 2 endometrial adenocarcinoma, the patient underwent pelvic MRI, upper abdominal and thoracic CT evaluation before surgery. MRI showed a mass measuring 35*25*22 mm with deep myometrial invasion. No pathological lymph nodes were observed. Additionally, there was no pathological evidence of lymph node or lung metastasis on CT. Preoperative CA125 value was 21. Based on these findings, staging surgery was planned for the patient. Laparoscopic extraperitoneal pelvic lymphadenectomy, para-aortic lymphadenectomy, laparoscopic hysterectomy without the use of manipulators, and bilateral salpingo-oophorectomy operations were performed. No evidence of extra-uterine macroscopic disease was seen at the time of surgery.

RESULTS: The operation time was 289 minutes and the patient was discharged without complications on the 3rd postoperative day. Surgical pathology was reported as grade 2 endometrial carcinoma with less than 50% myometrial invasion without serosal invasion. Pelvic lymphadenectomy revealed 16 nodes without neoplastic infiltration. A total of 24 para-aortic nodes were removed and there was no neoplastic infiltration.

CONCLUSION: Obesity reveals the necessity of special approaches and techniques in gynecological oncology surgical procedures. The extraperitoneal approach facilitates surgery by creating a surgical field independent of the intestine and can provide more effective removal of lymphatic metastases thanks to direct access to para-aortic lymph nodes. Choosing a minimally invasive approach in gynecological oncological surgery, especially in obese patients, can minimize the risk of wound infection, accelerate the patient's recovery process, and allow early initiation of adjuvant treatment.

Keywords: Endometrial cancer, Laparoscopic extraperitoneal lymphadenectomy, Morbid obesity

SB-024

Three Gause Trick in Laparoscopic Paraaortic Lymph Node Dissection in Restaging Case of Ovarian Cancer

Murat Varli¹, Ghanim Khatib², EMINE GULEN KUCUKBINGOZ², MAHMUT BAYKAL², Hilal Ceren Doğan¹

¹Çukurova Üniversitesi, Kadın Has. ve Doğum Ana Bilim Dalı, Adana

²Çukurova Üniversitesi, Jinekolojik Onkoloji Ana Bilim Dalı, Adana

US National Cancer Database Surveillance, Epidemiology, and End Results (SEER) datanın verilerine göre ırksal farklılıklar arz etmekle beraber yıllık over kanseri insidansı 10/100000 olarak verilmiştir. Over kanseri yönetiminde cerrahi tedavinin önemli bir parçasıdır. Onkolojik sonuçlar temelde tedavi uygulamalarının önemli bir komponentidir. Bu vakada over kanseri cerrahisinde önem arz eden pelvik paraaortik lenf nodu diseksiyonuna farklı bir bakış açısı sunmaya çalıştık. Laparotomik cerrahiden, minimal invaziv cerrahiye geçişin en önemli adımı olan laparoskopik cerrahi yöntemiyle yapılan bu vakada; üç gazlı bez tekniği, operasyon sahasının daha iyi vizüalizasyonu ve operasyon sahasındaki yakın doku ve organların daha etkin uzaklaştırılmasında kolaylık sağladı. Bu tip riskli alan cerrahilerinde daha net bir görüş alanı ve konforlu çalışma imkanı sağlaması açısından kolaylaştırıcı bir yöntem olarak kullanılabilir. Mortalite ve morbiditesi yüksek olan onkolojik cerrahilerde minimal invaziv cerrahinin daha yaygın kullanımı bu yaklaşıma daha önemli bir yer kazandıracaktır.

Anahtar Kelimeler: minimal invaziv cerrahi, onkolojik cerrahi, over kanseri, üç gazlı bez tekniği,

SB-025

Lateral süspansiyon (Salman-Ketenci Gencer tekniği)

İrem Yeniçikan, Yağmur Acıyiyen, Ecenur Çelikoğlu, Havva Betül Bacak, Tevfik Kaçar, Fatma Ketenci Gencer, Süleyman Salman

Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Gaziosmanpaşa Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum kliniği anabilim dalı

Pelvik organ prolapsusu (pop)rektum mesane ve uterusun vajinaya doğru fıtıklaşması yaygın bir problem olup bu durumdan müzdarip hastaların %10-20'si düzeltici ameliyatlara ihtiyaç duyulmaktadır. Pop hastaların hayat kalitesini olumsuz etkilemektedir.

Cinsel disfonksiyon miksiyon güçlüğü, konstipasyon ve ele gelen kitle şikayetleri başlıca poptan müzdarip hastaların polikliniğe başvuru sebepleridir.

Bu hastalar için sakrokolpopeksi veya sakrohisteropeksi prosedürleri tatmin edici sonuçlar vermesine rağmen hala uygulama açısından minimal invaziv metodlar açık ara öne çıkmaktadır. Bizim yaptığımız Salman, Ketenci-Gencer teknik ile lateral süspansiyon ise kozmetik sonuçları iyi olması, operasyon ve postoperatif süreçlerin kısa olması, hastanın günlük yaşantısına hızlı dönmesi ve ameliyatın ister organ koruyucu ister histerektomiye sekonder yapılması ve bunların hepsinin v-notes denilen doğal ofisten laparoskopik yöntemle yapılmasıyla diğer metodlara üstünlük sağlamaktadır. Tekniğimizin kozmetik sonuçlarının yanısıra iyi fonksiyonel sonuçları da mevcuttur. Daha düşük komplikasyon ve daha iyi seksüel sonuçlar tekniğimizin ikincil kazançlarındandır. Grade 4 desensus uterisi olan 54 yaşındaki hastamıza vajinal histerektomisi tamamlanarak Salman, Ketenci-Gencer teknik ile lateral süspansiyon uyguladık.

Anahtar Kelimeler: Lateral süspansiyon, pelvik organ prolapsusu, v-notes, desensus uteri

SB-026

Robotik Sakrohisteropeksi

Hatice Tukenmez, Maide Selin Çakır, Yaren Çapaş Erdoğan,
Gizem Çetinkaya Şendur, Salih Taşkın
Ankara Üniversitesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Ana Bilim Dalı, İstanbul

Pelvik organ prolapsusu güncel literatürde önemli bir sorundur. Kadınların yaşamları boyunca %30-40'ında pelvik organ prolapsusu gelişir. Tedavi yıllar içinde önemli ölçüde gelişmiştir. Uterus koruyucu prosedürler, alt uterus veya serviksin sakral promontoriumun hemen altındaki anterior longitudinal sakral ligamante cerrahi meş yoluyla sabitlenmesiyle gerçekleştirilir. Genel olarak uterus koruyucu cerrahilerin, histerektomi ile yapılanlarla karşılaştırıldığında benzer başarı oranlarına ve daha kısa cerrahi süreye sahip olduğu görülmektedir. Ek olarak uterusun korunması daha az kan kaybıyla ilişkilidir.

Laparotomik sakrohisteropeksi, etkinliği ve uzun süreli dayanıklılığı nedeniyle hala altın standart olarak kabul edilmektedir. Ancak optimal yöntem tartışılmakta ve giderek minimal invaziv prosedürlere yönelim izlenmektedir. Bu teknikler, açık yaklaşımla ilişkili morbiditeyi azaltır ve böylece hasta iyileşmesini kolaylaştırır. Çalışmalar geleneksel yöntemlere göre, robot destekli yaklaşımların; daha kısa yatış, daha hızlı iyileşme süresi, daha az kanama ve ameliyat sonrası daha az ağrı ile sonuçlandığını göstermektedir.

Klasik laparoskopinin dezavantajları, nispeten uzun öğrenme eğrisi ve düğüm becerileri gibi teknik zorluklardır. Da Vinci cerrahi sistemi, bu teknik zorlukların bir kısmının üstesinden gelmek ve laparoskopik cerrahi ile ilgili öğrenme eğrisini iyileştirmek için geliştirilmiştir. Robotik sakrohisteropeksinin yaygın olarak belirtilen sorunu yüksek maliyetlerdir. Ancak robotik sistemin satın alma ve bakım maliyetleri dışlandığında müdahale başına maliyetler altı haftalık takiplere kadar benzerdir. Yayınlanan çalışmalarda laparoskopik sakrohisteropeksi ve robotik sakrohisteropeksinin sonuçları benzerdir ve açık yaklaşıma etkili bir alternatif olarak görülmektedir.

72 yaşında hasta vajende ele gelen kitle şikayetiyle başvurdu. Yapılan jinekolojik ultrason postmenopozal dönemle uyumlu ve doğal izlendi. Evre 4 total prolapsusu mevcut olan hastaya robotik sakrohisteropeksi yapıldı. Y-şekilli poliprolen meş aracılığıyla uteroservikal bileşkenin posterior ve anterioru sakral promontoriumun alt seviyesine 2-0 emilmeyen polyester sutur ile fiks edilerek postoperatif sistosel nüksünün azaltılması hedeflenmiştir. Postoperatif 3 aylık takibinde prolapsus nüksü ve meş erozyonu izlenmeyen hastanın takibine devam edilmektedir.

Anahtar Kelimeler: robotik, sakrohisteropeksi, minimal invaziv

SB-027

Operative hysteroscopy to remove retained products of conception

Ezgi Aydın Aytemiz, Yavuz Emre Şükür
Department of Obstetrics and Gynecology, Ankara University, Ankara, Turkey

Retained products of conception (RPOC) describes fetal and/or placental tissue that persists in the uterus following spontaneous abortion, induced abortion, or delivery. It complicates approximately %1 of all pregnancies and is most common after pregnancy termination (both spontaneous and induced), although it may also occur after spontaneous vaginal delivery and cesarean delivery. Traditionally, dilatation and curettage (D&C) has been the method of choice for the management of RPOC. Hysteroscopic resection of RPOC is an alternative to nonselective, blind curettage and allows highly selective removal that is limited to the RPOC without affecting the adjacent endometrium. A cohort study in 2011 compared the reproductive outcome of patients who underwent ultrasound-guided curettage (n=42) with those who underwent hysteroscopic resection (n=53) of RPOC. A statistically significant higher conception rate was found in the patients who underwent hysteroscopy than in those who had curettage. Furthermore, patients who underwent hysteroscopy had a significantly shorter time to conception. We utilize hysteroscopy for the management of retained pregnancy products following abortion. After vacuum aspiration, the presence of residual pregnancy material in the cornual area of the uterus is a rare but possible occurrence. Residual material can lead to issues such as infertility, pain, bleeding, and infection risks. In this case, hysteroscopic treatment may be a suitable and effective option for the removal of residual material. Hysteroscopy is a type of minimally invasive surgical procedure used to visualize the inside of the uterus and perform surgical interventions. By ensuring complete removal of residual material in the cornual region, it can reduce the risk of complications. Additionally, hysteroscopy can be useful for evaluating uterine structure and checking for the presence of any other pathology. Retrospective studies suggest that, compared with vacuum aspiration, hysteroscopy is associated with a %13 risk of postoperative intrauterine adhesions and better subsequent fertility with a shorter meantime of conception, with up to 70% of treated individuals becoming pregnant again within 2 years of the initial intervention.

Keywords: D&C, hysteroscopy, RPOC

SB-028

Dev Servikal Myomlu Evre 1A2 Endometrium Kanseri Olgusunun Laparoskopik Yönetimi

Neslihan Öztürk, Candost Hanedan, Vakkas Korkmaz
Ankara Etlik Şehir Hastanesi

GİRİŞ: Uterin leiomyomaları kadınlarda en sık görülen pelvik neoplazmdır. Servikal leiomyomalar %0,6 sıklıkta çok nadir görülür. Endometrial kanserin cerrahi tedavisinin amacı primer tümörü çıkarmak ve adjuvan tedavinin gerekli olup olmadığını değerlendirmek için prognostik faktörleri belirlemektir. Cerrahi evreleme tipik olarak total histerektomi, bilateral salpingo-ooforektomi (BSO), lenf nodu değerlendirmesi ve ekstrauterin hastalığın değerlendirilmesini içerir. Bu, çoğu durumda minimal invaziv yöntem (geleneksel laparoskopi veya robotik cerrahi) olan ve uzun vadeli sağkalımı tehlikeye atmayan, mümkün olan en az cerrahi morbiditeye sahip yaklaşım kullanılarak yapılabilmektedir. Bu olguda servikal myomlu endometrium kanserinin laparoskopik teknikle yönetimini sunmayı amaçladık.

OLGU: 54 yaşında postmenopazal kanama nedeniyle başvuran hastaya yapılan endometrial biyopsi sonucunda grade 1 endometrium kanseri saptandı. (CA125: 20). Yapılan preoperatif bt ve mr ında myometrial invazyon > ½ ve serviksinde 90x73 mm boyutlarında myom ile uyumlu görünüm rapor edildi. Hastaya total laparoskopik histerektomi+ bilateral salpingooforektomi+ bilateral pelvik lenf nodu diseksiyonu yapıldı. Piyes yayılımı önlemek amacıyla endobag içerisine alınarak çıkarıldı. Hastanın nihai patalojisiinde evre 1A2; tümör çapı 2.5 cm, lenfovasküler alan invazyonu negatif, p53 wild tip, yüzeysel myometrial invazyon, servikal tutulum izlenmedi, tümör negatif lenf nodu olarak raporlandı. Hasta post operatif 1. gününde taburcu edildi.

SONUÇ: Hastanın yaşına ve fertilitite durumuna göre histerektomi veya miyomektomi servikal leiomyomların tedavisinde öncelikli olarak tercih edilebilmektedir. Ameliyat olası risklerinden dolayı deneyimli cerrahlar tarafından yapılmalıdır. Bizim olgumuzda da olduğu gibi erken evre endometrium kanserinde uygun vakalarda minimal invaziv yaklaşım sağkalımı etkilemeden düşük morbidite ile güvenle uygulanabilir.

Anahtar Kelimeler: endometrial kanser, servikal myom, laparoskopik cerrahi

SB-029

PID sekeli olan hastada laparoskopik miyomektomi

Murat Öz
Memorial Ankara Hastanesi, Ankara

38Y, G0

Şikayet: Pelvik baskı hissi

Öykü:

Hikayesinde geçirilmiş PID?

MR:

Uterus korpus sağ posterolateralden köken alan 65mm egzofitik subseröz miyom

Plan:

Laparoskopik miyomektomi

Post Op:

1. Gün komplikasyonsuz taburcu

Anahtar Kelimeler: Laparoskopik miyomektomi, PID, laparoskopi

SB-030**Aberran Damarların Neden Olduğu İntrapelvik
Siyatik Sinir Sıkışma Sendromu**Gözde Karacan Duman¹, Hasan Onur Topçu²¹Bitlis Tatvan Devlet Hastanesi²Nesta Klinik

Bacağın duyu ve motor fonksiyonların düzenlenmesini sağlayan siyatik sinir, L4-S3 sinir köklerinden başlar ve siyatik çentikten geçerek pelvisten çıkar. Genellikle tek taraflı olan ağrı, genç erişkinlerde, ağır iş yapanlarda ve egzersiz yapmayan kişilerde daha sık görülür. Bacakta ağrı hissi, güç ve his kaybıyla karakterizedir. Etiyolojide kompresyon, endometriozis, kalça cerrahileri, uterin kompresyon gibi faktörler yer almaktadır.

Anahtar Kelimeler: Siyatik sinir, Pelvik Ağrı, Aberran Damarlar

SB-031**Borderline Over Tümöründe Laparoskopik
Pelvik Peritonektomi**Ayşe Rumeysa Aydoğan Demir¹, İbrahim Yalçın²¹Samsun Eğitim Araştırma Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Ana Bilim Dalı, Samsun²Dokuz Eylül Üniversitesi, Jinekolojik Onkoloji Ana Bilim Dalı, İzmir

AMAÇ: Düşük malignite potansiyelli over tümörü olarak bilinen borderline over tümörü (BOT), tüm over malignitelerinin %10 - 20'si kadardır. BOT'un en sık görülen histolojik tipleri sırasıyla seröz (%53,3) ve müsinöz (%42,5) tiplerdir, daha nadir endometrioid, şeffaf hücreli, transisyonel ve miks tipler görülür. Hastalar sıklıkla daha genç yaşlarda tanı alırlar, bu yüzden hastalığın klinik yönetiminde, fertilite koruyucu ve postoperatif morbiditeyi azaltıcı konservatif laparoskopik yöntemlerin kullanımına dikkat çekmeyi amaçladık.

GİRİŞ: BOT orta derecede nükleer atipi, hafif artmış mitotik aktivite ile karakterizedir, fakat stromal invazyon veya hızlı infiltratif büyüme sergilemezler. BOT'da over dışı tutulumun en sık görülen şekli, peritonda bulunan implantlardır. Peritoneal tutulum olarak sunulan over dışı dağılım sıklıkla seröz BOT'ta (%25) görülür. İmplantların 3/4'ü non invaziv, 1/4'ü invaziv patern gösterir. Müsinöz BOT'da over dışı dağılım %4 oranında görülür (16). Müsinöz BOT varlığında bağırsaklar dikkatli incelenmelidir, gastrointestinal sisteme yayılım daha sıktır, bu tümör varlığında apendektomi yapılması önerilir.

YÖNTEM: Konservatif laparoskopik cerrahi, uterus ve bir over korunarak yapıldı. Seröz BOT'lu hastaların %35'inde peritoneal yayılım görülür. Bu nedenle laparoskopik pelvik peritonektomi yapıldı. Uterus ve bağırsak mezosu üzerindeki implantlar eksize edildi.

BULGULAR: Seröz BOT hastalarının % 6-18'inde mikropapiller patern görülmüştür. Mikropapiller seröz karsinomun invaziv formu, düşük dereceli seröz karsinom tanımı yerine kullanılabilir. Cerrahi işlem sırasında implantların tamamının çıkartılmasının, potansiyel olarak tedavi edici etkisi olduğu gösterilmiştir.

SONUÇ: BOT tanısı olan hastaların büyük bölümü reproduktif çağda olduğu için, bu hastalarda fertilite koruyucu konservatif cerrahi önem arz eder. BOT nedeniyle yapılan cerrahide laparoskopinin rolü, kistin rüptüre olma riski, periton içerisine hücre dökülmesi, trokar insizyonuna metastazı ve rekürrensi nedeniyle önemlidir. Cerrahi tecrübeye göre BOT cerrahisinde minimal invaziv laparoskopik yaklaşım önerilmektedir.

Anahtar Kelimeler: borderline over tümörü, laparoskopi, pelvik peritonektomi

SB-032

Indications and techniques for laparoscopic sentinel lymph node mapping and para-aortic lymphadenectomy in gynecologic oncology

Fidan Novruzova, Akbar Ibrahimov, Aygun Hasanova
Department of Gynecologic Oncology, Azerbaijan Medical University, Baku

OBJECTIVE: Sentinel lymph node dissection is one of the most important surgical procedures in gynecologic oncology practice. Early-stage uterine cancer is managed via laparoscopic total hysterectomy, bilateral salpingo-oophorectomy, and pelvic lymphadenectomy. The incidence of metastatic nodes is rare, and systematic lymphadenectomy may lead to some complications. Sentinel lymph node dissection can prevent a complete dissection. Herein, this surgical video aims to demonstrate sentinel lymph node dissection using indocyanine green.

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

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

CONCLUSION: Based on the results of our practice, SLND was considered an informative and useful procedure for endometrial carcinomas detected at an early stage. Also, SLD reduces the risk of reoperation and plays an important role in the early onset of adjuvant treatment. Currently, we routinely perform laparoscopic sentinel lymph dissection in selected patients.

Keywords: endometrial carcinoma, sentinel lymph dissection, para-aortic lymphadenectomy

SB-033

Laparoskopik Derin Paravezikal Boşluk Diseksiyonu

Güliden Turan, Alpaslan Kaban, Alp Koray Kinter, Ali Murat Kasapoglu, Emine Ufuk Büyükkaya, Aydın Kilinc
T.C. İstanbul Prof. Dr. Cemil Taşcıoğlu Şehir Hastanesi, Jinekolojik Onkoloji Cerrahi Ana Bilim Dalı, İstanbul

Paravezikal boşluk, mesanenin lateralinde; pararektal alanın anterior ve süperiorunda bulunan retroperitoneal avasküler boşluktur.

Paravezikal boşluk sınırları:

*ventral-superior: ileumun arkuat kenarı, süperior pubik ramus

*dorsal: parametrium (üreterin üzerinde) ve paraserviks (üreterin altında), uterin arter ve uterin ven. Kardinal ligament pararektal ve paravesikal boşlukları birbirinden ayırır.

*medial: mesane pilileri ve vezikouterin ligamentin kaudal kısmı

*lateral: pelvik duvar, obturator internus ve levator ani kasları, iliak arter/ven

Paravezikal boşluk oblitere umbilikal arter vasıtasıyla lateral paravezikal boşluk ve medial paravezikal boşluk olarak ikiye ayrılır.

Jinekolojik onkolojide, tüm radikal histerektomi vakalarında anatomik yapıların en iyi şekilde tanımlanabilmesi için paravesikal boşluk açılır. Lateral paravesikal boşluk pelvik lenf nodlarının diseksiyonu; medial paravesikal boşluk uterovesikal katlantının adheze olduğu durumlarda mesane diseksiyonu ve pelvik egzentasyon sırasında mesane mobilizasyonu veya üreterik reanastomoz için açılır.

Anahtar Kelimeler: laparoskopi, paravezikal boşluk, radikal histerektomi, pelvik lenf nodu diseksiyonu

SB-034

Margin positivity following surgical excision of cervical intraepithelial neoplasia: A retrospective study on risk factors and clinical implications

deniz genç¹, Abdulkadir Turgut², Özgür Aydın Tosun²

¹Acibadem Mehmet Aydınlar University, Acibadem Maslak Hospital, Department of Gynecology and Obstetrics, Istanbul, Turke

²Istanbul Medeniyet University, Göztepe Research and Training Hospital, Department of Gynecology and Obstetrics, Istanbul, Turkey

OBJECTIVE: Cervical intraepithelial neoplasia encompasses a spectrum of premalignant. Diagnostic excisional biopsy procedures such as loop electrosurgical excision procedure (LEEP) or cold knife conization are recommended for suspected high-grade lesions. Despite interventions, a subset of patients experiences surgical margin positivity that might have clinical consequences. This study aimed to investigate risk factors associated with positive resection margins post-LEEP/conization and identify high-risk patients.

METHODS: A retrospective study was conducted in a tertiary referral center from January 2017 to February 2022. All consecutive adult patients who underwent LEEP or conization for diagnostic or therapeutic purposes, regardless of cervical smear findings, were included. Group PM included patients with high-grade squamous intraepithelial lesion (HSIL) or malignancy in cervical resection margins of LEEP or conization. Patients with negative margins comprised Group NM. The primary and secondary outcomes were the margin positivity rate after LEEP/conization and identifying factors predicting margin positivity.

RESULTS: Of 307 women, 26.4% had positive margins (Group PM). Group PM included patients who were significantly older, more likely to be smokers, and in postmenopausal status than Group NM ($p=0.002$, $p=0.036$, and $p=0.006$, respectively). Independent predictors of margin positivity were HSIL or malignant diagnoses via endocervical curettage at colposcopy ($p=0.019$) and during conization/LEEP ($p<0.001$).

CONCLUSION: Findings highlighted HSIL or malignancy diagnoses via endocervical curettage at colposcopy or during conization/LEEP as independent predictors of margin positivity,

emphasizing the need for meticulous patient management. Synopsis: HSIL or malignancy diagnoses via endocervical curettage at colposcopy or during LEEP/conization are independent predictors of positive surgical margins.

Keywords: Conization, Endocervical curettage, High-grade squamous intraepithelial lesions, LEEP, Positive surgical margins, Risk factors

SB-035

Endometrial Polip Olgularında Histereskopik Cerrahi Öncesi ve Sonrası Sistemik İmmün-Inflamasyon İndeksi(SII), Sistemik İnflamatuar Cevap İndeksi(SIRI), Pan-immün İnflamasyon Değeri(PIV) Değişimleri

Mehmet Alican Sapmaz, Murat Polat, Sait Erbey, Muhammed Said Rüzgar

Ankara Etlik Şehir Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği, Ankara

AMAC: Anormal uterin kanamaya neden olan ve sıkça görülen endometrial poliplerin patogenezi net olarak bilinmemektedir. Endometrial poliplerin olası patogenezi hormonal, inflammatuar, genetik ve bazen iyatrojenik faktörler olarak düşünülmektedir. Çalışmamızın amacı, endometrial polip patogenezinde inflammatuar süreçlerin rol alıp almadığını araştırmaktır. Bu amaç doğrultusunda kliniğimizde endometrial polip nedeniyle histereskopik cerrahi öncesi ve sonrası hastaların, inflammatuar parametreler olan sistemik inflammatuar indeks (SII) değerlerini, sistemik inflammatuar cevap indeksi (SIRI) değerlerini ve pan-immun inflamasyon değerlerini (PIV) karşılaştırdık.

MATERYAL METOD: Çalışmamıza Ankara Etlik Şehir Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği'nde, Ocak 2024 – Haziran 2024 tarihleri arasında endometrial polip nedeniyle histereskopik cerrahi uygulanan ve kesin patoloji sonucu da endometrial polip gelen 40 hasta dahil edilmiştir. Hastaların dosyalarından retrospektif olarak operasyon öncesi ve operasyon sonrası 1. ay sonundaki sistemik inflammatuar indeks (SII) değerleri, sistemik inflammatuar cevap indeksi (SIRI) değerleri ve pan-immun inflamasyon değerleri (PIV) kaydedildi. Hastaların operasyon öncesi ve sonrası inflammatuar değerlerinin karşılaştırılmasında bağımlı T-Test kullanıldı.

BULGULAR: Hastaların yaş ortalaması 51.17 ± 11.84 idi. Hastaların operasyon öncesi sistemik inflammatuar indeks (SII) değerleri ortalaması 621.37 ± 298.09 , operasyon sonrası 1. ayda 711.84 ± 511.62 olup aralarında anlamlı fark yoktu ($p=0.288$). Hastaların operasyon öncesi sistemik inflammatuar cevap indeksi (SIRI) değerleri ortalaması 1.44 ± 0.92 , operasyon sonrası 1. ayda 1.72 ± 1.57 olup aralarında anlamlı fark izlenmedi ($p=0.320$).

Hastaların operasyon öncesi pan-immun inflamasyon değerleri (PIV) ortalaması 417.88 ± 289.36 , operasyon sonrası 1.

ayda 469.44 ± 443.60 olup aralarında anlamlı fark izlenmedi ($p=0.483$).

SONUÇ: Çalışmamızın sonucunda endometrial polip patogenezinde inflammatuar süreçlerin etkin olmadığı çıkarımında bulunduk. Genetik, hormonal veya iatrojenik gibi olası diğer sebepler endometrial polip patogenezinde daha etkili olduğu düşünülmüştür. Çalışmanın retrospektif tarzda oluşu, veri toplama ve hasta seçimi ile ilgili doğal önyargılara açık olmasına sebep olabilir. Nispeten küçük örneklem büyüklüğü de bulguların genellenebilirliğini sınırlayabilir. Bu bulgular, tanımlanan ilişkileri doğrulamak ve altta yatan mekanizmaları aydınlatmak için daha büyük prospektif çalışmalara ihtiyaç olduğu düşüncesindeyiz.

Anahtar Kelimeler: Endometrial polip, sistemik inflammatuar cevap indeksi, sistemik inflammatuar indeks, pan-immun inflamasyon değeri

İnflamatuar Belirteç Düzeyleri

	ORTALAMA		ORTALAMA	P DEĞERİ
PRE-SII	621.37 ± 298.09	POST-SII	711.84 ± 511.62	0.288
PRE-SIRI	1.44 ± 0.92	POST-SIRI	1.72 ± 1.57	0.320
PRE-PIV	417.88 ± 289.36	POST-PIV	469.44 ± 443.60	0.483

SB-036

Total laparoscopic radical parametrectomy, upper vaginectomy, and lymphadenectomy for early-stage cervical stump cancer following a subtotal hysterectomy

Gökçen Ege, Candost Hanedan, Vakkas Korkmaz

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

INTRODUCTION: Cervical stump cancer refers to primary cervical cancer that develops from the remaining stump following a subtotal hysterectomy of the uterus. This disease has become increasingly rare due to the increasing preference for total hysterectomy. As a result, there is no standardized treatment. Surgery is planned similarly to patients without subtotal hysterectomy in the early stages. There are cases in the literature treated with laparoscopic trachelectomy or parametrectomy, and these methods are reported to be effective and safe (1). In this presentation, we aim to present a case from our clinic where we performed radical parametrectomy and bilateral pelvic lymphadenectomy using a total laparoscopic approach.

CASE: Our patient is a 63-year-old woman with a history of a subtotal hysterectomy performed ten years ago due to myoma uteri. She presented to our clinic with postmenopausal bleeding. On examination, a vegetative lesion approximately 1 cm in diameter with punctate bleeding was observed. Punch biopsy and endocervical curettage revealed squamous cell carcinoma associated with HPV. Bimanual examination showed no vaginal or parametrial invasion. Pelvic MRI and PET/CT imaging showed no pathological lymph nodes or metastasis, and the tumor diameter was less than 2 cm, leading to the decision to proceed with surgery. The patient underwent total laparoscopic radical parametrectomy and pelvic lymphadenectomy. The vagina was closed using a stapler device (EndoGIA®) as described in the literature (2), and the material was removed vaginally without contacting the abdominal cavity. The patient was discharged on the 7th day post-operation after spontaneous diuresis. No recurrence and complication were detected in the postoperative 3rd and 6th-month follow-ups.

CONCLUSION: In early-stage cervical stump cancer, the laparoscopic approach can be a feasible and safe method when applied in selected cases and by experienced hands.

1. Lu Z, Guo C, Wang T, Qiu J, Hua K. Characteristics, complications, and outcomes of early-stage cervical stump carcinoma: laparoscopy versus laparotomy. *Journal of International Medical Research*. 2021;49(2):0300060521992247.

2. Boyraz G, Karalok A, Basaran D, Turan T. Vaginal closure with EndoGIA to prevent tumor spillage in laparoscopic radical hysterectomy for cervical cancer. *Journal of Minimally Invasive Gynecology*. 2019;26(4):602.

Keywords: cervical cancer surgery, cervical stump cancer, parametrectomy, radical trachelectomy, subtotal hysterectomy

SB-037

Vajinal trakelektomi v-NOTES sağ unilateral salpingooferektomi

Ghanim Khatib¹, Oğuzhan Kayım¹, Yasemin Aydın Velipaşaoğlu², Elif Feyizoğlu Nergiz²

¹Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, Jinekolojik Onkoloji Cerrahisi Bilim Dalı, Adana

²Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, Adana

Jinekolojik cerrahide minimal invaziv işlemler arasında vajinal doğal orifis translüminal endoskopik cerrahi (vNOTES), gerek postop morbiditeyi azaltması, gerekse kozmetik sonuçlarının iyi olması nedeniyle günümüzde sıklıkla tercih edilmeye başlanmıştır.

Dış merkezde adneksiyal kitle saptanan 52 yaşındaki hasta polikliniğimize yönlendirildi. Bir gebeliği ve bir yaşayan çocuğu olan hastanın, 30 yıl önceki doğumu sırasında atoni kanaması sebebiyle subtotal histerektomi yapıldığı hastadan öğrenildi. Poliklinikte yapılan muayenesinde spekulum os multipar doğal, transvajinal ultrasonografide uterus operasyonu yokluğunda, sağ overde yaklaşık 7*8 cm boyutlarında hiperekoik alanlar içeren yoğun içerikli dermoid olduğu düşünülen kistik lezyon izlendi. Batın içerisinde serbest sıvı izlenmedi. Tümör belirteçleri normal olan hastanın smear sonucu normal olarak raporlandı.

Hastaya vajinal trakelektomi ile beraber vNOTES sağ unilateral salpingooferektomi yapıldı.

Anahtar Kelimeler: dermoid kist, minimal invaziv cerrahi, vajinal trakelektomi, vNOTES

SB-038

Laparoskopik Paraaortik Lenfadenektomi Sırasında Oluşan Sağ Üreter Hasarının Yönetimi

Candost Hanedan, Tuba Zengin Aksel, Vakkas Korkmaz
Etlik Şehir Hastanesi, Jinekolojik Onkoloji BD, ANKARA

Jinekolojik nedenlerle yapılan laparoskopik operasyonlarda üreter yaralanması olasılığı % 0,2 ile % 6,0 arasında değişmektedir. Nadir görülmesi ve korkulan bir komplikasyon olması nedeni ile onarımı için sıklıkla laparotomiye ihtiyaç duyulur. Endometrial kanserler için laparoskopik para-aortik lenfadenektomi, transperitoneal yaklaşım veya ekstraperitoneal yaklaşım kullanılarak gerçekleştirilebilir ve bu yaklaşımların güvenilirliği ile ilgili çeşitli çalışmalar vardır. Transperitoneal yaklaşımda ise önce uterusun çıkarılma avantajı vardır, bu da intraoperatif olarak hızlı patolojik incelemeye izin verir, ancak sorun bağırsakların görüş alanından nasıl çıkarılacağıdır. Bu olguda transperitoneal yaklaşım ile para-aortik lenfadenektomi sırasında sol üreter hasarının intraoperatif Laparoskopik olarak yönetimini sunduk.

OLGU SUNUMU: 56 yaşında G3P2 (BMİ: 36 kg/m²) kadın hasta postmenapozal kanama nedeni ile başvurduğu jinekolojik onkoloji polikliniğinde yapılan preoperatif biopsi sonucu endometrioid tip endometrial edenokanser grade 2 olarak rapor edilmiştir. Hastanın özgeçmişinde ek özellik saptanmadı. Hastaya yapılan preoperatif görüntülemelerde tümörün invazyon derinliği ½ ‘ yi aşmış olup, pelvik ve paraaortik alanda en büyüğü 1.5 cm olan şüpheli lenf nodları olduğu rapor edilmiştir (ca125: 32 meq). Hastanın laparoskopik yöntemle manipülatörsüz olarak histerektomisi tamamlandıktan sonra intra operatif frozen incelenmeye gönderildi. Frozen incelenme sonucu myometrial invazyon derinliği ½ den fazla, tümör çapı 8&4 cm olarak bildirilmesi üzerine olguda sistemik pelvik ve paraaortik lenfadenektomi yapılmasına karar verildi. Öncelikle laparoskopik olarak çift taraflı pelvik lenfadenektomi kaudal sınır olan deep cx iliak vene kadar tamamlandı. Takiben paraaortik lenfadenektomi için yardımcı ek portlar girilerek paraaortik lenfadenektomi için cerrahi alan hazırlığı yapıldı. Sağ paraaortik lenfadenektomi için sırasıyla CIA seviyesinde sağ üreter tespit edildikten sonra aortun üzerindeki periton duedouma kadar diseke edildi ve sol renal ven bulundu. Bu sırada primer cerrahın yanındaki asistan portla peritonu lateralize edilerek sağ üreter lateralize edildi ve sağ caval-aortacaval-aortik lenf nodlarının diseksiyonuna başlandı. Lenfadenektomi sırasında intraoperatif sağ üreter hasarı gözlenmesi üzerine öncelikle flexible üretere-

noskopi sonrasında çift taraflı J katater yardımı ile sağ üreter uçları karşılıklı olacak duruma getirildi. Ardından infrarenal paraaortik saha yardımcı port kullanılarak bağırsaklar ve sağ böbrek alandan uzaklaştırıldı. Sonrasında laparoskopik olarak 3/0 vicryl ile gerilimsiz olarak sağ üretero-üreterostomi yapıldı. Operasyon sonrası hasta 6. günde komplikasyonsuz olarak taburcu edildi. Hasta 6 aydır komplikasyonsuz olarak takip edilmektedir.

SONUÇ: Laparoskopik lenfadenektomi sırasında üreter hasarı çok nadir olarak gözlenmektedir. Yapılan çalışmalarda da görüldüğü gibi üreter hasarının intraoperatif olarak tespit edilmesi ve yönetilmesi klinik bulguların postoperatif dönemde geç bulgu vermesinden dolayı önem arz etmektedir. Bu olguda Minimal invazif cerrahide tecrübesi olan bir jinekoloğun hasarlanan üreterleri başarılı bir şekilde laparoskopik olarak yönetimini göstermeyi amaçladık.

Anahtar Kelimeler: üreter hasarı, paraaortik lenfadenektomi, laparoskopi

SB-039

Medikal Tedaviye Dirençli Derin İnfiltratif Endometriozis Olgularına Cerrahi Yaklaşım

Musa Dogru, Ahmet Enes Durak, Ümmühan Atilla, Ali Gokce, Salih Taşkın
Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, Ankara

AMAÇ: Endometriozis endometrial dokunun uterus dışında bulunması ile karakterize kronik pelvik ağrı, infertilite, dismenore gibi şikayetlere yol açan jinekolojik bir problemdir. Derin infiltratif endometriozis peritoneal yüzeylere 5 mm den daha fazla derine ulaşan endometriozis olarak tanımlanır ve barsakların da dahil olduğu rektovajinal lezyonlar (%3-37), üriner yol (%52) ve uterosakral ligamentleri (%60-90) tutmaktadır. Ağrı, endometriozis olgularında en sık görülen belirtilerendir. Derin infiltratif endometriozisi olan kadınlarda ağrının şiddeti genellikle hastalığın derinliği ve hacmi ile korele olmaktadır. Medikal tedavi yetersiz olduğu zaman cerrahi yöntemlere başvurulur. Cerrahi tedavinin amacı normal anatomik ilişkileri düzeltmek tüm görünür ve derin hastalıklı dokuları ortadan kaldırmak ve adezyonları önlemektir. Laparoskopi standart cerrahi yaklaşım olarak kabul edilir. Laparotomiye kıyasla daha az doku travması daha hızlı iyileşme ve daha az postoperatif adezyon imkanı sunar.

Derin infiltratif endometriozisi ve medikal tedaviye yanıt vermeyen kronik pelvik ağrısı olan hastada, laparoskopik derin infiltratif endometriozis cerrahisini sunmayı amaçladık.

VAKA: Kronik pelvik ağrı şikayetleri olan medikal tedaviye yanıt vermeyen 44 yaşındaki hastada derin infiltratif endometriozis ve sağ over endometrioma tanısı konulduktan sonra laparoskopik cerrahi tedavi planlandı. Batına girildiğinde uterus ve overler douglaşa yapışık douglas oblitere izlendi. Overler ve uterus keskin ve künt diseksiyonlar ile birbirinden ve douglas boşluğundan ayrıştırılarak serbestleştirildi sağ overdeki endometriomanın içeriği aspire edildikten sonra kist duvarı bipolar yardımıyla yakıldı. Bilateral üreterolizis uygulandı ve bilateral üreterler görüntülendikten sonra. Rektosigmoid kolon uterosakral ligament uterustan serbestleştirildi. Sonra uterosakral ligament üzerindeki endometriotik nodüller eksize edildi. Bilateral infundibulopelvik ligamentler rektum distali serviks posterior arasındaki periton eşlik eden nodüller ile birlikte keskin ve künt diseksiyonlar ile ayrılarak total eksize edildi. Hemostaz sağlandıktan sonra douglas boşluğuna adezyon önleyici jel verildi. Preoperatif VAS (Visual analogue

scale) skoru 8 olan hastanın postoperatif kontrolünde VAS skorunun 2 ye gerilediği görülmüştür.

SONUÇ: Medikal tedaviye yanıt vermeyen derin infiltratif endometriosis olgularında laparoskopik cerrahi tedavi göz önünde bulundurulmalı ve optimal cerrahi yaklaşım dikkatli bir preoperatif planlama gerektirir. Cerrahi tedavi normal pelvik anatominin restorasyonunu sağlamaya yönelik olmalıdır

Anahtar Kelimeler: Endometriosis, laparoscopy, pain

SB-040

Minimally Invasive Anesthesia for Laparoscopic Hysterectomy

Candost Hanedan

Department of Gynaecological Oncology, Ankara Etlik City Hospital, Ankara, Türkiye

AIM: The goal of this study, we summarize the results of total laparoscopic hysterectomy(TLH) and bilateral salpingo-oophorectomy (BSO) surgery performed under spinal anesthesia in our hospital.

MATERIAL-METHODS: Eleven patients who underwent TLH and BSO operation under spinal anesthesia for different indications in our hospital between November 2022 and August 2024 were included in this study. Exclusion criteria were endometriosis, previous abdominal surgery and inflammatory pelvic disease history. Demographic information of the patients, surgical complications, operation time and hospital stay were recorded. Postoperative pain was assessed in detail using the extended visual analog scale at hours 0,1 and 4.

RESULTS: Mean ages for the group 59,8+9,57 (table 1). Mean BMI was found to be 31,72+8.4 kg/m2. The mean operation time was calculated as 32.27 minutes (26-45 min). The mean postoperative hospital stay after TLH with BSO is 1.15 day to 2.3 days. Only one patient were converted to general anesthesia due to pelvic lymphadenectomy. In the perioperative period, hypotension requiring intravenous ephedrine injection was observed in two patients(18%). Atropine injection was required in only one patient (13.3%). Three patients (27%) developed perioperative shoulder pain and all of these patients' shoulder pain was controlled with sedoanalgesia with none requiring conversion to general anesthesia. Postoperative visual analog scale(VAS) scores were assessed at the 0th, 1st, and 4th hours. The mean VAS scores at the 0th, 1st, and 4th hours were found to be 2.6, 3.4 and 4.3 respectively and no additional analgesia was required.

DISCUSSION: Laparoscopic surgery has become the standard technique in the surgical treatment of many benign gynecological conditions, such as endometriosis, leiomyoma and adhesions because it is "minimally invasive" thanks to the reduced surgical trauma, pain and hospitalization interval.(1) Laparoscopic surgeries are typically performed under general anesthesia with endotracheal intubation to prevent aspiration and respiratory distress due to pneumoperitoneum induction. This approach also helps alleviate discomfort

from diaphragmatic stretching and shoulder pain in awake patients during the procedure. Regional anesthesia (RA) use in laparoscopic surgery has traditionally been limited to patients at high risk for general anesthesia (GA) due to severe lung, heart, or other conditions(2). However, recent evidence highlights the significant role of regional anesthesia in the care of laparoscopic patients. There are numerous published reports on laparoscopic cholecystectomy (LC) and inguinal hernia repair under spinal and epidural anesthesia.(4-5-6)

CONCLUSION: According to our results,TLH with BSO under spinal anesthesia is an effective method to minimize post-operative pain and analgesic requirements.

Keywords: Laparoscopic,surgery,Spinal,anesthesia

TABLE 1: Detailed information of patients.

Case	Age	İndication	Operation time (min)	Bmı (kg/m ²)	Final pathology
1	76	a.mass	39	33	bening
2	55	a.mass	31	27	bening
3	53	ein	26	36	endometrium cancer
4	61	a.mass	34	23	bening
5	58	a.mass	28	28	bening
6	68	a.mass	35	41	bening
7	71	a.mass	29	34	bening
8	58	a.mass	43	30	bening
9	59	a.mass	27	31	bening
10	51	myom uteri	28	30	bening
11	49	a.mass	45	36	bening

SB-041

Navigating anatomical challenges: Total laparoscopic hysterectomy and bilateral salpingo-oophorectomy for large cervical myoma

Muhterem Melis Cantürk¹, Oytun Türkkan¹, Burak Giray¹,
Dogan Vatansever¹, Cagatay Taskiran²

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

²VKV American Hospital, Istanbul, Turkey.

INTRODUCTION: This surgical video aims to demonstrate the definitive treatment of a 67-year-old patient with large cervical myoma. She experienced symptoms of abdominal bloating, pain, and a sensation of vaginal bulging. Imaging and clinical evaluation identified a 9 cm cervical myoma (Figo Type 8) and increased endometrial thickness. Multiple attempts at endometrial biopsy and diagnostic hysteroscopy were unsuccessful due to heavily distorted uterine anatomy.

METHODS: Given the symptomatic nature of the myoma a decision was made to proceed with a total laparoscopic hysterectomy, bilateral salpingo-oophorectomy and intraoperative Frozen evaluation. Preoperative MRI confirmed the size and location of the cervical myoma, highlighting potential anatomical distortions.

FINDINGS: Laparoscopic hysterectomy with bilateral salpingectomy was planned. Ipsilateral ancillary trocars were placed on the right side. During the surgery, the anatomy was distorted due to the large cervical myoma and past abdominal surgery. The uterine manipulator can only be positioned during colpotomy. Adhesiolysis was performed, and pararectal spaces were developed. The ureters and uterine arteries were visualized on both sides. Sharp and blunt dissection were performed to enucleate the cervical myoma. The fibroid was resected from the uterus to facilitate the removal of the surgical pieces from the abdomen. A total laparoscopic hysterectomy with bilateral salpingo-oophorectomy was performed. The bulging symptoms were resolved following the surgery, and no additional procedures were necessary for prolapse.

CONCLUSION: This case underscores the importance of thorough preoperative planning and anatomical restoration in patients with large cervical myomas. Distorted pelvic anatomy poses significant challenges, necessitating careful identification of vital structures, particularly the ureters, to avoid complications. The successful outcome in this patient

demonstrates that with meticulous surgical technique, even complex cases can be managed effectively using a minimally invasive approach.

Keywords: laparoscopic hysterectomy, cervical myoma, fibroid, minimal invasive surgery.

SB-042

Serviks kanseri olgusunda laparoskopik pelvik bulky lenf nodu ve paraaortik lenf nodu direksiyonu ve ovaryan transpozisyon

Şahin Kaan Baydemir, Dilek Yüksel, Caner Çakır
Etlik Şehir Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum
Hastanesi Jinekolojik Onkoloji Kliniği

AMAÇ: 31 yaşında radyolojik evresi 3C1r olan servikal skuamöz hücreli kanser olgusunda laparoskopik yaklaşımla pelvik bulky lenf nodu eksizyonu, overlerin pelvik bölge dışına transpozisyonu ve paraaortik lenf nodu diseksiyonu

OLGU: 31 yaşında servikal biyopsi sonucu skuamöz hücreli kanser olan hastanın yapılan pelvik muayenesinde ve pelvik MR görüntülemesinde parametrium tutulumu izlenmiştir. Sağ pelvik bölgede internal iliak arter komşuluğunda 4 cm bulky lenf nodu izlenmiştir. Radyolojik evresi 3C1r olan hastanın kemo-radyoterapi alması planlanmıştır. Hastanın pelvik alanındaki bulky lenf nodunun eksizyonu, bilateral overlerin pelvik bölge dışına transpozisyonu ve paraaortik lenf nodu diseksiyonu planlanmış ve laparoskopik yaklaşımla cerrahi yapılmıştır. Patoloji sonucuna göre bulky lenf nodu materyalinde tümöral infiltrasyon izlenirken, para-aortik lenf nodlarında tümör görülmemiştir. Hastaya kemoterapi ve pelvik radyoterapi uygulanmıştır. Hastanın takiplerinde 1. yıl kontrolünde patolojik bulgu saptanmamıştır.

TARTIŞMA: Parametrium tutulumunun saptandığı servikal kanser olguları en az evre 2B olarak değerlendirilmektedir ve tedavi yaklaşımı olarak primer kemo-radyoterapi önerilmektedir. Lenf nodlarının değerlendirilmesinde ve primer kemoradyoterapi planlanan hastaların radyoterapi sahasının belirlenmesinde PET ve bilgisayarlı tomografi kullanılmaktadır. Servikal kanser evrelemesinde evre 3C'yi belirlemek için radyolojik değerlendirme kullanılabilir. Radyolojik olarak tutulum saptanan olgularda evrenin yazılmasından sonra 'r' harfi ile evrelemenin radyolojik olarak yapıldığı belirtilmelidir. Serviks kanserli olgularda pelvik bulky lenf nodlarının tespit edilmesi durumunda bu lenf nodlarının eksizyonu ve paraaortik lenf nodu diseksiyonu önerilmektedir (1). Primer kemoradyoterapi planlanan hastalarda da paraaortik bölgenin radyoterapi alanına dahil edilmesinin değerlendirilmesi açısından laparoskopik ya da ekstraperitoneal yaklaşım ile paraaortik lenf nodu diseksiyonu önerilmektedir. Bizim olgumuzda da hastamıza laparoskopik yaklaşımla paraaortik lenf nodu diseksiyonu da yapılmış ve tümöral infiltrasyon iz-

lenmemesi sonucunda pelvik radyoterapi planlanmıştır. Overlerin pelvik bölge dışına transpozisyonu ile overler radyoterapi alanının dışına taşınmıştır.

REFERANS: 1- Weiser EB, Bundy BN, Hoskins WJ, Heller PB, Whittington RR, DiSaia PJ, Curry SL, Schlaerth J, Thigpen JT. Extraperitoneal versus transperitoneal selective para-aortic lymphadenectomy in the pretreatment surgical staging of advanced cervical carcinoma (a Gynecologic Oncology Group study). Gynecol Oncol. 1989 Jun;33(3):283-9. doi: 10.1016/0090-8258(89)90513-1. PMID: 2722050.

Anahtar Kelimeler: bulky lenf nodu, laparoskopik lenf nodu direksiyonu, minimal invaziv cerrahi, serviks kanseri

SB-043

Endometriozis ve ovaryan remnant sendromuna bağlı kronik pelvik ağrının laparoskopik yönetimi

Murat Öz
Memorial Ankara Hastanesi

50Y, G6P5Y5A1

Şikayet: 2 yıldır giderek şiddetlenen kronik pelvik ağrı

Öykü:

2008: LT ile endometrioma kist eksizyonu

2009: Abdominal histerektomi. Patoloji: AEH + Endometriozis

2009: Relaparotomi barsak perforasyonu, İleus

2011: Brid ileus nedeniyle LS

2022: Kronik pelvik ağrı nedeniyle Sağ USO. Patoloji: Endometriozis

BT ve MR:

Umbilikal herni, kolelithiazis, sağ ovaryan remnant, sol ovaryan kistik kitle ve hidrosalpenks

Laboratuvar:

Özellik yok

Ön tanı:

Sağ ovaryan remnant, sol ovaryan kistik kitle, sol hidrosalpenks, umbilikal herni, kolelithiazis

Plan:

Laparoskopi

Post Op:

3. Gün komplikasyonsuz taburcu

Anahtar Kelimeler: endometriozis, kronik pelvik ağrı, ovaryan remnant

SB-044

Laparoskopik transabdominal serklaj: Daha önce geçirilmiş başarısız transservikal serklajı olan 9 haftalık IVF gebe hastanın vaka sunumu

Barışcan Aldanmaz, Nihal Çallıoğlu, Gökberk Dünder, Yağmur Acıyiyen, Fatih İrice, Süleyman Salman
Sağlık Bilimleri Üniversitesi İstanbul Gaziosmanpaşa Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği, İstanbul

Abdominal serklaj; genellikle servikal yetmezlik tanısına dayalı olarak serklaj önerilen ancak anatomik kısıtlamalar nedeniyle yerleştirilememiş ya da ikinci trimester gebelik kaybıyla sonuçlanmış başarısız transvajinal servikal serklaj prosedürleri durumunda olan hastalar için ayrılmıştır.

GİRİŞ: Dokuz haftalık gebeliği olan hastaya laparoskopik transabdominal serklaj uygulamasının video ile demonstre edilmesi.

YÖNTEM: 30 yaşında G3P2Y0(IVF), 24.haftadan önce iki erken doğum öyküsü olan ve ikinci gebeliğinde 12.haftada transservikal serklaj uygulamasına rağmen 23.gebelik haftasında erken doğum yapan hasta, üçüncü gebeliğinde servikal yetmezliğe dair kuvvetli bulgularla hastanemize sevk edildi. Hastaya laparoskopik abdominal servikal serklaj kararı alındı. Hastanın bu esnada Vücut Kütle Endeksi 41,4kg/m² idi.

BULGULAR: Hastanın yapılan ultrason muayenesinde, intrauterin tek gebelik doğrulandı ve fetus boyutu 9w+3d ile tutarlı izlendi ve serviks fonksiyonel uzunluğu 25mm ölçüldü. Fizik muayenede serviks kapalı görünümde idi. Laparoskopik ya da laparotomi yoluyla gerçekleştirilen prosedürün riskleri ve faydaları hakkında hastaya kapsamlı danışmanlık verildi. Hasta 9. gebelik haftasında laparoskopik servikal serklaja alındı.

Genel anestezi altında dorsal litotomi pozisyonunda ameliyata başlandı. Mesane peritonu keskin künt diseksiyonlarla indirildi. Bilateral uterin arterler vizüelize edildi. 5mm mersilen tape, sol taraflı uterin damarların medialinde yerleştirildi. Ligatür posterior servikal istmusa sıkıca çekildi. Benzer şekilde, iğne sağ uterin damarların medialinde yerleştirildi. Ligatür posterior servikal istmusa sıkıca çekildi ve ligatür uçları intrakorporeal düğümle posteriordan birbirine bağlandı. Reperitonizasyon yapılmadı. Perioperatif antibiyoterapi uygulandı. Kanama kontrolü yapıldı operasyona son verildi. Operasyon 72 dakika sürdü ve başarılı oldu. Tahmini kan kay-

bı 80mL idi. İşlemden önce ve sonra fetal kardiyak aktivite teyitlendi. Operasyon öncesi ve sonrası indometazin tedavisi verildi. Hasta postoperatif 36 saatlik gözlemden sonra sağlık ile taburcu edilip kontrole çağırıldı.

Hastanın videonun yükleme tarihinde son adet tarihine göre 33w3d ile uyumlu gebeliği mevcut olup hastaya gebeliğinin 20.haftasında Gestasyonel Diabetes Mellitus(GDM) tanısı konmuş ve insülin tedavisi başlanmıştır. Hamileliğin geri kalanında kayda değer ek bir bulgu saptanmadı.

Hastaya 37.gebelik haftasında sezaryen ile doğum planlanmaktadır.

TARTIŞMA VE SONUÇ: Bu vaka sunumu, ağrısız ikinci trimester düşük sonrasındaki gebeliğinde başarısız servikal serklaj ile terme ilerlemeyen gebeliği olan hastaya üçüncü gebeliğinin dokuzuncu haftasında yapılan abdominal serklajın hastanın gebeliğinin devamında etkili rol aldığını göstermektedir. Biz bu vakamızda servikal serklaj başarısızlığı olan hastamıza ilk trimester sonunda abdominal serklaj yapılabileceğini göstermek istedik. Ancak burada, cerrahi ekibin deneyimi, hasta seçimi, hastanın olası olumsuz sonuçlar hakkında detaylıca bilgilendirilmesi ve komplikasyonların yönetimi gibi faktörlerin titizlikle değerlendirilmesi gereklidir.

Anahtar Kelimeler: ağrısız gebelik kaybı, başarısız serklaj, erken gebelik kaybı, laparoskopi, serklaj, transabdominal serklaj

SB-045

Recurrent ovarian cystic teratoma with disseminated peritoneal lesions: A case report

Serhat Yüksel, Nico Lübbling, Philipp Soergel
Ruhr University Hospital, Department of Obstetrics and Gynaecology, Minden, Germany

During a routine gynecological examination, the 28-year-old patient was found to have mature teratomas of both ovaries, measuring 13 and 6 cm. The patient underwent surgery for bilateral Cystectomy. During a routine follow-up visit three years later, the patient complained of persistent abdominal pain, dyspareunia, and primary infertility. Clinical Findings On examination, the patient had lower abdominal tenderness and discomfort upon palpation. Imaging studies revealed the presence of hydrosalpinx and adhesions in this area. No cysts or endometriosis were found in the pelvis.

The patient underwent a hysteroscopy, laparoscopy, and chromopertubation to investigate her symptoms and infertility. During the laparoscopy, we found multiple nodular lesions in the peritoneal cavity ranging from 4 mm to 5 cm in size. We also encountered adhesions and hydrosalpinx on both sides. Both tubes were impermeable. All of the nodular lesions and left tube were removed for examination. Informed consent was not obtained for the removal of the right fallopian tube, therefore no salpingectomy was performed. The histological results confirmed that these lesions derived from previously diagnosed mature teratomas. The patient was discharged after a two-day hospital stay and has been referred to a fertility center.

Recurrent ovarian teratoma with nodular lesions in the peritoneal cavity is rare. This case emphasizes the need for careful postoperative monitoring in patients with a history of mature teratomas. The possibility of recurrence and spread, though rare, highlights the importance of diligent observation and timely action if needed. Additionally, the presence of hydrosalpinx and adhesions in the lower abdomen raises concerns about tubal patency and potential fertility issues. Furthermore, the psychological impact of recurrent disease on the patient should not be overlooked. The recurrence of a benign tumor can still cause significant distress and anxiety for the individual. A comprehensive approach to care should address both physical and emotional well-being. In conclusion, this case highlights the possibility of mature

ovarian cystic teratoma recurrence and spread, underscoring the significance of comprehensive follow-up and monitoring for patients with a prior history. More research and clinical understanding are necessary to improve management strategies for recurrent mature ovarian cystic teratoma with disseminated nodular lesions. This case also demonstrates that diagnostic laparoscopy can be intricate and unpredictable.

Keywords: Debulking, Laparoscopy, Recurrence, Infertility, Teratom

SB-046

Türkiye Üretimi Port ile V-NOTES Tubal Sterilizasyon ve Sakrouterin Plikasyon

İbrahim Buğra Bahadır, Taylan Onat
Ankara Sincan Eğitim ve Araştırma Hastanesi

AMAÇ: Pelvik organ prolapsusu (POP), vajinal doğum sonrası travmalara bağlı olarak sık görülen bir morbiditedir ve hastaların %10-20'sinin cerrahi olarak düzeltilmesi gerekir. Sakrokolpopeksi, sakrohisteropeksi ve lateral mesh prosedürleri tatmin edicidir ancak uygulanması ileri düzeyde tecrübe gerektirir ve zordur. Güvenli ve basit bir teknikle tariflediğimiz sakrouterin plikasyon, özellikle uterus prolapsusunda eşlik ettiği durumlarda tercih edilebilir. Vajinal doğal orifis translüminal endoskopik cerrahi (V-NOTES) ise yeni bir yöntemdir. Tubal sterilizasyon isteyen hastalarda V-NOTES yöntemi ile operasyon yapıldıktan sonra, aynı açıklıktan sakrouterin plikasyon basitçe yapılabilir ve POP hastaları integral teoriye uygun şekilde tedavi edilebilir.

YÖNTEM: Bu cerrahi teknikte minimal invaziv olarak vajinal yaklaşım kullanılarak vajinal salpenjektomi-tüp ligasyonu ve uterus prolapsusunun onarılması sağlanır. Posterior kolpotomiden sonra posterior periton 1/0 vicryl stüru ile batına kaçmaması için vajinal mukozaya stürize edilmiştir. Daha sonra, her iki sakrouterin ligamenti Allis klemp aracılığıyla tutulup arkasından geçilip 1/0 vicryl ile bağlandı ve ipler vajenden dışarı sarkıtıldı. Douglas kesesine bir Alexis ekartörü yerleştirildi ve üzerine Türkiye üretimi olan 1 kamera, üç trocar ve 2 gaz deliği sabitlenmiş özel bir platform yerleştirildi. Daha sonra pnömoperitoneum sağlandı. Sağ tarafa demonstrasyon açısından önce ligasyon yapıldı, ardından salpenjektomi gerçekleştirildi; sol tarafa ise kullanım kolaylığı açısından 270° eklemlı bipolar kesici mühürleyici ile ligasyon yapıldı. Batın kontrol edildi, kanama ve ya komplikasyon gözlemlenmedi. V-NOTES aplikatörleri çıkartıldı. Daha önce tutulmuş olan sakrouterin ligamentleri kontrol edildi. Ardından, sağ sakrouterin ligament arkasından başlayıp servikse kadar minimal invaziv bir yaklaşım olarak bu prosedür stürizasyon ile devam edilip, sol sakrouterinin tutulan yerinin arkasına kadar 1/0 prolens suture ile stürize edildi ve prolens uçlar birbirine bağlanarak plikasyon tamamlandı. Kolpotomi kapatılmadan önce sakrouterinlerin arkasındaki vicryl suturelar birbirine bağlandı ve kolpotomi kapatıldı. 2 cm'lik bir kesi ile hem hastanın sterilizasyon isteği hem de apikal prolapsus basitçe onarılabilir. Postoperatif ağrı olarak laparoskopiyeye oranla hastaların şikayetleri oldukça az olmuştur. 6 aylık takiplerde POP

izlenmemiştir.

SONUÇ: Minimal invaziv olarak 2 cm kolpotomi kesisi ile batında kesi olmadan ve laparoskopinin batına giriş aşamasındaki komplikasyon riskleri olmadan tubal salpenjektomi-sterilizasyon ve apikal prolapsus onarımı basit bir şekilde yapılabilmektedir. Yüksek hasta kabulüne sahip olup, olumlu klinik sonuçları iyileştirdiği görülmektedir.

Anahtar Kelimeler: Sakrouterin plikasyon, Tubal Sterilizasyon, V-NOTES

SB-047

Laparoskopik Davidov Teknik Neovajen Operasyonu

Koray Kaya, Seda Şahin

Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Kayseri Şehir Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Ana Bilim Dalı, Kayseri

28 yaş amenore şikayeti ile başvuran hastanın dış genital organları normal görünümde olup vajen 3-4 cm açıklık sağlamaktaydı. Uterus agenezik olarak izlenen hastaya Mayer Rokitansky Küster Hauser sendromu tanısı ile L/S neovajen ameliyatı planladık. Preop görüntülemelerinde uterus sağ over ve sağ böbrek görüntülenemedi. Sol renal doku hipertrofik olarak görüntülenen hasta sağ böbrek agenezisi olarak değerlendirildi bu sebeple üreterin cerrahi güvenliği adına intraoperatif sistoskopi ile üretere ICG uygulandı. Ardından uterin remmand doku peritonu serbestleştirildi. vajinal açıklık sağlanıp vajinal doku peritonize edildikten sonra uterin remmand doku rektum peritonu üzerine sirküler sütüre edilerek peritonize bir vajen elde edildi. Vajen yeterliliği kontrol edildi. Eksplozasyonda yukarı yerleşimli batın sağ yan duvara yapışık olarak görülen over dokusu görüntülemelerde tespit edilememesi sebebiyle klips ile işaretlendi. Kanama kontrolünü takiben işleme son verildi.

Anahtar Kelimeler: Laparoskopik, Müllerian agenezi, Neovajen

SB-048

IVF Hazırlığı Amacıyla Transvajinal Ethanol Skleroterapi Prosedürü

Batuhan Aslan¹, Yavuz Emre Şükür²

¹Etlik Zübeyde Hanım Kadın Sağlığı Eğitim ve Araştırma Hastanesi

²Ankara Üniversitesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı

AMAÇ: Endometriozis, üreme çağındaki kadınların %6-10'unu etkileyen yaygın bir jinekolojik rahatsızlıktır. Endometriozisli hastaların %17-44'ünde endometrioma görülür ve bu hastalar genellikle pelvik ağrı veya infertilite şikayeti ile başvururlar. Ovaryen endometriomalarının geleneksel tedavisi cerrahidir ve en yaygın cerrahi yöntem laparoskopik kistektomidir. Cerrahi, endometrioma nüksünün ve ağrı semptomlarının azalmasıyla ilişkilidir. Ancak, over rezervi zarar görebilir. Over rezervini korumak için endometriomalı hastalara etanol skleroterapi önerilebilir.

Skleroterapi, drenajdan sonra kist boşluğuna etanol gibi bir sklerozan ajan enjekte edilmesini içerir. Endometriomaların skleroterapisi için bildirilen diğer sklerozan ajanlar arasında metotreksat, tetrasiklin ve etanol bulunur ve en yaygın olarak etanol kullanılır. Etanol skleroterapisi, kontrollü bir inflamatuvar yanıt üreterek fibroblast proliferasyonuna, hücresel dehidratasyona ve nihayetinde kist duvarının fibrinoid nekrozuna yol açar. Önerilen avantajları arasında, over travmasını en aza indirmek ve sağlıklı korteks dokusu ve foliküllerinin korunması yer alır.

YÖNTEMLER: Endometrioma için etanol skleroterapisi ofis içi prosedürü 5 adımı izleyerek gerçekleştirildi. 1. Adım vajinal hazırlık ve lokal anestezi uygulamasıdır. 2. Adım kistin transvajinal ponksiyonu ve aspirasyonundan oluşur. 3. Adım kisti tuzlu suyla yıkamaktan oluşur. 4. Adım %96 etanolün enjeksiyonu ve maruziyet için 10 dakika beklenmesi; ardından 5. Adımda içeriğinin aspirasyonudur. Bir video, bir endometriomanın ofis prosedürü olarak skleroterapisinin gerçekleştirilmesi için 5 adımı anlatmaktadır.

Endometrioma için transvajinal skleroterapi hızlı ve erişilebilir bir yöntemdir. Bu tekniğin bu 5 adımlı video ile standardizasyonu, jinekologların bunu over rezervini korumak için kistektomiye bir alternatif olarak değerlendirmelerine olanak sağlamalıdır.

Anahtar Kelimeler: endometrioma, etanol skleroterapi, over rezervi, infertilite

SB-049

Uterin Prolapsus Cerrahisinde Uterus Koruyucu Meshsiz Laparoskopik Sakrokolpopeksi

Fatih İrice, Hayat Terkan, Ecenur Çelikoğlu, Havva Betül Bacak, Tevfik Kaçar, Süleyman Salman
Gaziosmanpaşa Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği, İstanbul

AMAÇ: Grade 3 desensus uteri vakasının uterus koruyucu meshsiz laparoskopik sakrokolpopeksi ameliyatının video ile gösterilmesi.

VAKA: 44 yaşında daha önce üç normal doğumu olan hasta vajende ele gelen kitle ve yürümede zorluk şikayeti ile başvurdu. Hastaya yapılan fizik muayenede litotomi masasında nötral pozisyonunda spontan dışarda serviks hymen hattından 0.7 cm daha dışarda izlendi. serviks sürekli dışarıda olmaya bağlı minimal erozyone görünümde idi. İkındırmakla serviks hymen hattından dışarı 1 cm den daha fazla dışarı prolabe olmaktadır. Ancak uterus total dışarda değildi. Pop q evre 3 desensus uteri olarak değerlendirildi. Hastanın genç olması ve uterusunu korumak istemesi nedeniyle organ koruyucu ve minimal invaziv cerrahi prosedürleri tercih edilmesine karar verildi. Bu nedenle hastaya histerektomi yapılmadan laparoskopik meshsiz sakrokolpopeksi ameliyatı planlandı. Genel anestezi altında dorsal litotomi pozisyonunda ameliyata başlandı. Servikse rubin kanül yerleştirildi. Umblikustan 10' luk trokar, sol ve sağ crista iliaca anterior superior'un yaklaşık 2-3 cm posterolateralinden 5' lik trokarlar ve sol paraumbilikal bölgeden 5' lik trokar ile batına girildi. Promontorium üstü diseke edildikten sonra 1 nolu prolen ile sütur konuldu. Prolen sütur serviks posterior hizasına kadar sakrouterin ligaman hattında kontinü ilerletildi. Sütur serviks ve sakrouterin ligamandan geçilip promontoriuma tekrar gelinerek promontoriuma fikse edildi. Operasyon salonunda yapılan değerlendirmede desensu uteri tamamen gerilemiş ve anatomik tam düzelme sağlanmıştı. Postoperatif birinci gün kontrolünde erken komplikasyon gözlenmeyen hasta taburcu edildi. Postoperatif birince ve altıncı aylarında hastanın kontrol muayenelerinde desensus uterusinin tamamen iyileşmiş olduğu gözlemlendi.

SONUÇ: Uterusun korunduğu meshsiz laparoskopik sakrokolpopeksi operasyonu hem hastaya minimal invaziv olması hem de organ koruyucu olması ve mesh gibi uzun dönem komplikasyonlara açık yabancı bir cismin kullanılmamış olması sayesinde prolapsus cerrahisinde öne çıkmaktadır.

Anahtar Kelimeler: Minimal invaziv cerrahi, Pelvik organ prolapsusu, Sakrokolpopeksi

SB-050

Abdominal Ektopik Gebeliğin Laparoskopik Yönetimi

Murat Öz
Memorial Ankara Hastanesi, Ankara

37 Y, G1P1Y1 5 yaş, NDK ile doğum

Şikayet: Karın ağrısı

Öykü:

6 gündür karın ağrısı yakınması mevcut, bu sabah senkop geçirmiş.

SAT: 6 hafta önce

Fizik muayene:

Genel durumu iyi-orta, cilt soluk, taşikardik (115 atım/dk)

Batında yaygın hassasiyet, defans yok, rebound yok.

USG:

Pelviste orta hatta yaklaşık 8 cm organize hematoma alanı izlendi. Pelviste ve batında yaygın serbest mayi mevcut

Laboratuvar:

Hb: 7,1 g/dl, Htc: %21, B-hCG: 13400

Ön tanı:

Rüptüre Ektopik gebelik

Plan:

Laparoskopi

Anahtar Kelimeler: Ektopik gebelik, abdominal ektopik gebelik, laparoskopi

SB-051

Vulvar otolog yağ grefti: video sunum

Hamza Yıldız¹, Görkem Ülger¹, Kasım Akay², Ali Yıdızbakan¹, Tolgay Tuyan İlhan¹

¹Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Ana Bilim Dalı, Mersin

²Mersin Toros Devlet Hastanesi

Kadınların vulvovajinal cerrahi taleplerinin altında yatan nedenlerin hem fonksiyonel hem de estetik kaygıları içerdiği göz önünde bulundurulmalıdır. Bu talepler; cinsel fonksiyonların iyileştirilmesi, vulvovajinal estetiğin güzelleştirilmesi ve cinsel özgüvenin artırılması gibi farklı alanlarda olabilir. Plastik cerrahide, liposuction sonrası otolog yağ grefti ile yumuşak doku büyütme, köklü bir yöntem olarak kabul görmektedir. Kliniğimizde gerçekleştirilen bir otolog yağ grefti ameliyatının video sunumunu amaçladık.

Manuel liposuction ile yaklaşık 150 ml yağ süspansiyonu elde edildikten sonra, süspansiyon filtrelenerek mikronizasyon yapılmıştır. Elde edilen yağ materyali vulvaya enjekte edilmiştir.

Anahtar Kelimeler: yağ grefti, liposuction, kozmetik jinekoloji

SB-052

İnfertil Hastada Laparoskopik Derin Endometriozis Cerrahisi

Necati Berk Kaplan¹, batuhan aslan², Yavuz Emre Şükür¹

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

²Ankara Üniversitesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Ana Bilim Dalı, Ankara; Etlik Zübeyde Hanım Kadın Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, Ankara

GİRİŞ: Endometriozis dünya çapında yaklaşık olarak 176 milyon kadını etkilediği tahmin edilmektedir. Endometriozis asemptomatik olabileceği gibi kronik pelvik ağrı, infertilite, dismenore, dispareni gibi semptomlarla seyredabilen kronik bir hastalıktır. Prevalansı tam olarak belirlenemese de infertil kadınların %25-50'sinde endometriozis olduğunu ileri süren çalışmalar literatürde mevcuttur. Endometriozis ile ilişkili infertilite yönetiminde tedavi seçimi literatürde tartışmalıdır. Cerrahi tedavi özellikle kronik pelvik ağrısı ve infertilitesi olan hastalar için iyi bir seçenek olarak gözükmektedir.

AMAÇ: Endometriozis cerrahisinde standart bir prosedür bulunmamaktadır. Laparoskopik cerrahi hastanede daha az kalış süresi, derin pelvise daha rahat ulaşım, daha iyi görüş açısı sağlaması açısından derin endometriozis için laparotomiye göre daha ön plana çıkmıştır. Literatürdeki son öneriler doğrultusunda işleme başlarken Trandelenburg pozisyonuna geçmeden üst batin inspeksiyonu yapılmalı ve endometriozis olup olmadığı belirlenmelidir. Sonrasında en kolay adımdan en kompleks adıma doğru ilerlenmeli bu doğrultuda adezyon varsa, sigmoid kolon ve overler serbestleştirilmelidir.

Takiben ureter pelvik brim girişinden itibaren vizualize edilmeli ve burdan yola çıkarak medial pararektal alan ve lateral pararektal alan keskin ve künt darbelerle diseksiyonu yapılmalıdır. Endometriozis olgularında distorsiyon ve adezyona bağlı olarak anatomi planını belirlemek zorlaşmakta olup bu alanların diseksiyonu bize rehberlik etmektedir.

Bu sayede rektosigmoid kolon ve sakrouterin ligamanlar belirlenebilir. Sakrouterin ligamanda nodül varlığında eksizyonu önerilmektedir. Biz de hastanemizde bu öneriler doğrultusunda yaptığımız laparoskopik derin endometriozis video sunumunu hazırladık.

VAKA: 38 yaşında sekonder infertilite (G1 P1) ve kronik pelvik ağrı şikayetiyle kliniğimize başvuran hastaya derin endo-

metriozis tanısı konuldu. Yardımcı üreme tekniklerini düşünmeyen ve spontan gebelik istemi olan hastaya laparoskopik derin endometriozis ameliyatı gerçekleştirildi. Post operatif 3. Gününde taburcu olan hastanın 3. Ay kontrolünde ağrıları gerilemiş olduğu görüldü. Spontan gebelik elde edememesi durumunda 6 ay sonra kontrol önerildi.

SONUÇ: İnfertil endometriozis olgularında kronik pelvik ağrı gibi başka şikayetlerin de bulunduğu durumlarda cerrahi tedavi semptomatik iyileşme açısından iyi bir seçenek olarak düşünülebilir.

Anahtar Kelimeler: endometriosis, infertility, pain

SB-053

Robotik Tip II Wertheim Histerektomi ve Bilateral Sentinel Lenf Nodu Diseksiyonu: Bir Olgu Sunumu

Eyüp Gökhan Turmuş, Burak Ersak, Caner Çakır
Ankara Etlik Şehir Hastanesi, Jinekoloji Onkoloji Bilim Dalı, Ankara

GİRİŞ: Serviks kanseri kadınlarda en sık görülen 4. kanser türüdür. HPV, serviks kanseri gelişimindeki en önemli etyolojik faktördür. Serviks kanserinde ölümlerin en çok olduğu ülkeler düşük ve orta gelirli ülkelerdir. Erken evre serviks kanserinde laparotomik histerektominin morbiditesinden kaçınmak ve hastanın yaşam kalitesini arttırmak için minimal invaziv cerrahi yöntemler tercih edilebilir.

YÖNTEM: Dış merkezde probe-c ve endoservikal küretaj sonucu HPV ilişkili usual tip endoservikal adenokarsinom gelen hasta tarafımıza yönlendirildi. Hasta elli beş yaşında gravide 1, sezaryen 1, vücut kitle indeksi 39 idi. Hastanın geçirilmiş operasyonları; sezaryen, laparoskopik endometriyoma, konizasyondu. Konizasyon materyali tümör derinliği en derin yerinde 3 mm, yatay çapı en büyük 1,3 cm, lenfovasküler invazyon ve cerrahi sınırdaki tümör yoktur şeklinde raporlandı. Çekilen PET' inde servikal yerleşimli ve uterus sağında heterojen metabolik aktivite görüldü ve primer jinekolojik malignite lehine değerlendirildi. Uzak metastaz düşündürülen patolojik aktivite izlenmedi. Parametrial muayene serbest izlendi. Hastaya endoservikal adenokarsinom evre IA2 ön tanısıyla robotik histerektomi planlandı.

BULGULAR: Hasta serviks adenokanseri olduğu için işlem sırasında manipulator kullanılmadı. Hastaya manipulatorsüz robotik tip II histerektomi + bilateral salpingooferektomi + sağ ve sol sentinal lenf nodu diseksiyonu + batın sitolojisi örnekleme yapıldı. Operasyon sırasında gerekli alanlar ve planlar açıldı. Önde mesane arkada rektum usulüne uygun reddedildi. Bilateral anterior, posterior ve lateral parametriumlar spesimende kalacak şekilde tip 2 histerektomi sınırlarına uygun olarak sınırlar belirlendi. Wertheim operasyonuna uygun olacak şekilde mühürlendi ve kesildi. İntraoperatif ve postoperatif komplikasyon izlenmedi.

SONUÇ: Robotik işlem olması avantajı olarak daha erken mobilizasyon, daha az kanama, daha az kesi yeri ve daha az morbidite ile şifa sağlanabildi. Postoperatif 5. gün spontan diürez sonrası hasta şifa ile taburcu edildi.

Anahtar Kelimeler: Robotik histerektomi, sentinal lenf nodu diseksiyonu, tip II Wertheim histerektomi

SB-054

Application of minimally invasive surgery on the bulky metastatic obturator lymph nodes

Aygun Hasanova, Akbar Ibrahimov, Fidan Novruzova
Department of Oncology, Azerbaijan Medical University,
Baku, Azerbaijan

OBJECTIVE: To demonstrate laparoscopic resection of bulky obturator lymph node metastasis detected during laparoscopic staging surgery for uterine cancer. Knowledge of the anatomy of the retroperitoneum and develop potential spaces facilitates retroperitoneal lymph node dissection. Therefore, the aim of this surgical video is to demonstrate anatomic landmarks of laparoscopic lymphadenectomy.

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

RESULTS: This is the case of a 49-year-old woman presented with postmenopausal bleeding. Endometrial biopsy was performed and pathology revealed FIGO grade 2 endometrioid endometrial adenocarcinoma. Pelvic magnetic resonance imaging also confirmed 37*29 mm endometrial mass. There was no suspicious lesion for distant metastasis and laparoscopic staging surgery was planned. Laparoscopic hysterectomy, bilateral salpingooferection and bilateral pelvic and periaortic lymph node dissection were carried out in the unit of Oncology, Azerbaijan Medical University. Anatomic landmarks for laparoscopic lymphadenectomy were reviewed in this surgical video.

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

Keywords: laparoscopy, metastasis, obturator lymph nodes

SB-055

Robotic isthmic myomectomy techniques

Elif İltar, Fatma Ceren Güner, Burhan Ögüt, Nasuh Utku Doğan, Selen Doğan
Department of Obstetrics and Gynecology, Akdeniz University, Antalya, Turkey

INTRODUCTION: Uterine leiomyomas or fibroids are the most common benign tumors of the female reproductive tract. They are monoclonal tumors arising from the smooth muscle cells and fibroblasts of the myometrium. Uterine fibroids are described according to their location in the uterus and many fibroids have more than one location designation. (FIGO) classification system is used for leiomyoma location.

CASE: A 43-year-old patient with 3 previous cesarean sections was admitted to our outpatient clinic with the complaint of abnormal uterine bleeding. Levonorgestrel intrauterine system (LNG-IUS) was used by our patient before and the IUD had fallen out after 6 months using. The ultrasound examination found an enlarged uterus an isthmic, intracavitary, type 1-8, five centimeters leiomyoma at the level of the internal os. No free fluid in the pouch of Douglas and no adnexial mass was found. Her endometrial biopsy and Pap smear were benign.

TECHNIQUE: The operation was performed with robotic surging system. Myomectomy was performed because the patient did not prefer hysterectomy in the first place. Intraoperative finding was cervical intracavitary leiomyoma across the isthmus. We accessed through a vertical incision to the uterus. The bottom of the leiomyoma was coagulated with bipolar Maryland forceps. The defect was closed using 2.0 V-lock suture. After myomectomy, one of the trocar sites was expanded to 2 centimeters and we do cold knife morcellation in the endobag. Total operation time was 120 minutes, total blood loss was 50 cc, robotic myomectomy completed successfully with no intraoperative and postoperative complications. The patient was discharged on the 2nd post-operative day without any problem.

CONCLUSION: Despite evidence that minimally invasive surgery is preferable to laparotomy but most myomectomies are still performed by laparotomy. Robotic surgery was introduced to overcome some of the difficulties associated with laparoscopic surgery. With robotic surgery, the operation time is decreased and the patient is recovered faster. The robot provides a relatively short learning curve for intracorporeal suturing. Robotic surgery may be an advantage for leiomyomas in difficult localizations.

Keywords: cold knife morcellation, leiomyoma, minimally invasive surgery

SB-056

Nadir bir olgu: *juvenil kistik adenomyozisin laparoskopiyle yönetimi*

Hanne Bulat¹, Özgür Aydın Tosun²

¹Kartal Dr.Lütfi Kırdar Şehir Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Ana Bilim Dalı, İstanbul

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

Bu olgu, şiddetli dismenoresi olan genç hastaların yönetiminde doğru tanı ve tedavinin önemini vurgulamaktadır. 23 yaşında virgo hasta şiddetli dismenore ile başvurdu. Hastadan alınan anamnezde ilk menarşın 13 yaşında başladığı ve son beş yıldır menseslerde analjeziye cevap vermeyen pelvik ağrılarının olduğu bilgisi alındı. Hastanın bilinen bir hastalığı ve cerrahi özgeçmişi bulunmamaktaydı. Bu şikayetler sebebiyle geçmişte uzun zaman oral kontraseptif kullandığı öğrenildi. Transabdominal 2D ultrasonografi ve manyetik rezonans görüntüleme sağ kornual bölgede, round ligamentin altında yaklaşık 4cm boyutlarında myometriyum ile eş kontrastlanma gösteren endometriyal kavite ile bağlantısız adenomyom görüldü. Ekstra üriner sistem anomalisi gözlenmedi. Takeuchi ve ark. tarafından önerilen önerilen tanı kriterleri: yaş ≤ 30 , çapı ≥ 1 cm olan ve uterin kaviteden bağımsız miyometriyal doku ile çevrili kistik bir lezyonun varlığı ve dismenore kullanılarak hastaya juvenil kistik adenomyom teşhisi konuldu. Laparoskopide sağ kornual bölgede round ligamanın antero inferioründe 4 cm $\times$ 3 cm boyutlarında juvenil kistik adenomyom tespit edildi. Bilateral tüpler ve overler normal olarak gözlemlendi. Lezyonun laparoskopik rezeksiyonu yapıldı ve histopatolojisi adenomyozis özelliklerindeydi. Hasta bir sonraki menses döngüsünden itibaren semptomatik olarak tamamen rahatladı ve 6 boyunca takipleri sorunsuz olarak devam etti. Juvenil kistik adenomyozis nadir görülen anomaliler arasındadır ve diğer Müllerian anomalilerle ayırıcı tanısı yapılmalıdır. Şiddetli dismenoresi olan genç kızlarda juvenil kistik adenomyozis ayırıcı tanı olarak akılda tutulmalıdır. Ameliyat öncesi tanı koymak için bu konuyla ilgili yüksek bir şüphe indeksine sahip olunmalıdır. Bu hasta grubunda minimal invaziv cerrahi kullanarak lezyonun tam olarak eksize edilmesi hastanın semptomlarının giderilmesi ve reproduktif fonksiyonlarının korunması açısından önemlidir. Juvenil kistik adenomyozis gibi nadir patolojilerin teşhisi ve tedavisi için etkili bir protokol geliştirmek amacıyla daha fazla vakanın araştırılması gerekmektedir.

Anahtar Kelimeler: Juvenil Kistik Adenomyozis, dismenore, Müllerian anomali, laparoskopi

SB-057

Kornual ektopik gebeliğinde tedavisinde laparoskopik yaklaşım: İki vaka sunumu

Sefa Metehan Ceylan, Mustafa Özer, Selen Doğan, Nasuh Utku Doğan

Akdeniz Üniversitesi Kadın Hastalıkları ve Doğum AD

Ektopik gebelik en sık ampullada yer almasına rağmen, kornual bölgede ya da istmus gibi daha nadir yerlerde de görülebilir. Bu gibi gebeliklerde rüptür daha sık olmakta ve mortalite daha yüksek olmaktadır. Genelde bu tür vakalarda kanama problemleri nedeniyle laparotomi tercih edilmekle birlikte bu konuda tecrübeli merkezlerde minimal invaziv girişimler ön plana çıkmaktadır. Bu iki vaka sunumunda kornual ektopik gebelik nedeniyle laparoskopik cerrahi uygulanan iki hasta sunulmaktadır. Laparoskopik yaklaşım bu vakalar gibi nadir ve ekstrem durumlarda bile uygulanabilmekte ve laparotomi gereksinimi olmadan erken taburculuk ve hayata geri dönüşü sağlamaktadır.

Anahtar Kelimeler: Ektopik gebelik, kornual ektopik, laparoskopik yaklaşım

SB-058

Minimal Invasive Approach for Resistant Pudendal Neuralgia

Şeyma Hasköylü Şahin¹, Ceren Ünal², Üzeyir Kalkan¹

¹Department of Obstetrics and Gynecology, Koc University, Istanbul, Turkey

²Department of Obstetrics and Gynecology, Koc University Hospital, Istanbul, Turkey

INTRODUCTION: Chronic pelvic pain (CPP) is defined as pain originating from the pelvic area and lasting more than six months, often resulting in negative social, sexual, and emotional consequences[1]. The situation affects 26% of the women and leads poor quality of life [2]. Pudendal neuralgia is identified in 4% of the women with CPP[3]. Pudendal neuralgia is a clinical diagnosis which is defined by Nantes criteria[4]; (a)Pain in the anatomical territory of the pudendal nerve. (b)Worsened by sitting. (c)The patient is not woken at night by the pain. (d)No objective sensory loss on clinical examination. (e)Positive anesthetic pudendal nerve block. Childbirth, pelvic surgery, intense cycling, age-related sacroiliac deformations are risk factors for pudendal neuralgia[3] As treatment models physiotherapy, analgesics, nerve block are common, for resistant cases laparoscopic pudendal nerve decompression should be considered.

METHODS: 44-year-old nulligravida woman admitted to our department for vulvar pain lasting for more than 10 years. Visual analogue scale(VAS) was used for pain evaluation. She underlines that the pain worsens with sitting and gets better when she stands up. She had a history of diagnostic laparoscopy, which revealed stage 2 endometriosis. She does intense cycling and has performance loss. She has had physiotherapy and analgesics, yet the pain did not respond. Minimal invasive surgical approach was planned and laparoscopic pudendal nerve decompression was performed. Informed consent form was obtained from the patient.

RESULTS: By the time of the operation the VAS score of the patient was 8/10. First two-week evaluation showed 3-4/10 pain score. After the pudendal nerve decompression operation, the healing process and the pain relief could take months, especially after two weeks, the pain usually augments. However, we haven't observed the augmentation in our case. Our patient still experienced numbness around vulva and perineum but it's a side effect which was expected beforehand and may last around 3 to 6 months.

CONCLUSIONS: Resistant vulvodynia to physiotherapy, analgesics and or nerve block, can be treated with advance minimal invasive surgical approach by liberating the pudendal nerves bilateral. For a better VAS score, the nerves shouldn't be pulled for traction carelessly, the aim should be to always maintain the integrity of the nerves.

1. Chronic Pelvic Pain:ACOG Practice Bulletin,Number 218. Obstet Gynecol, 2020.135(3):p.e98-e109.
2. Lamvu, G.,et al.,Chronic Pelvic Pain in Women:A Review. Jama,2021.325(23):p.2381-2391.
3. Pérez-López, F.R. and F. Hita-Contreras,Management of pudendal neuralgia. Climacteric,2014. 17(6):p.654-6.
4. Labat, J.J.,et al., Diagnostic criteria for pudendal neuralgia by pudendal nerve entrapment(Nantes criteria). Neurol Urodyn,2008. 27(4):p.306-10.

Keywords: pudendal nerve, chronic pelvic pain, neuropelveology, minimal invasive surgery, laparoscopy

SB-059

Laparoscopic management of retroperitoneal angioleiipoma

Esra Bağcıoğlu, Sefa Metehan Ceylan, Fatma Ceran Güner,
Selen Doğan, Nasuh Utku Doğan
Akdeniz University Department of Gynecology

65 year old woman presented to our clinic with lower quadrant pain. In pelvic MRI retroperitoneal 11 cm measuring mass (lipoleimyoma?) was revealed. Laparoscopic exploration was decided. In laparoscopy benign looking mass located in paravesical space was revealed. Complete ureteral dissection was carried out. Hysterectomy along with BSO was performed. Pelvic mass was attached to uterus and was not related to ovaries. The mass was dissected intact and after hysterectomy bso, the pelvic mass and hysterectomy specimen was put into endobag and taken out in endobag vaginally. As the patient had grade II uterine prolapsus, sacrouterine ligament plication was also carried out. The patient was discharged on post-operative second day and pathology report revealed angiolipoleiomyoma with dystrophic calcification. Pelvic masses located retroperitoneally deep in pelvis can be resected by laparoscopic approach. These masses should be resected intact without dividing into pieces and should be taken out in endobag.

Keywords: Angioleiipoma, laparoscopy, retroperitoneal mass

SB-060

Laparoscopic Transperitoneal Approach to Supramesenteric Lateral Aortic Lymph Nodes

İlker Selçuk, Tufan Arslanca, Zeliha Firat Cuyan, Hakan
Rasit Yalcin
Ankara Bilkent City Hospital, Department of Gynecologic
Oncology

The data which represents the surgico-anatomical results of 100 systematic paraaortic lymphadenectomy, open or laparoscopic, performed by the same methodology (mentorship by Dr. IS) showed that the prevalence of renovascular variations is 28% (28/100).

The most common site of renovascular variations was supramesenteric lateral aortic area 17% (17/100).

Nine of them were detected both at the inter-aortocaval area and supramesenteric lateral aortic area.

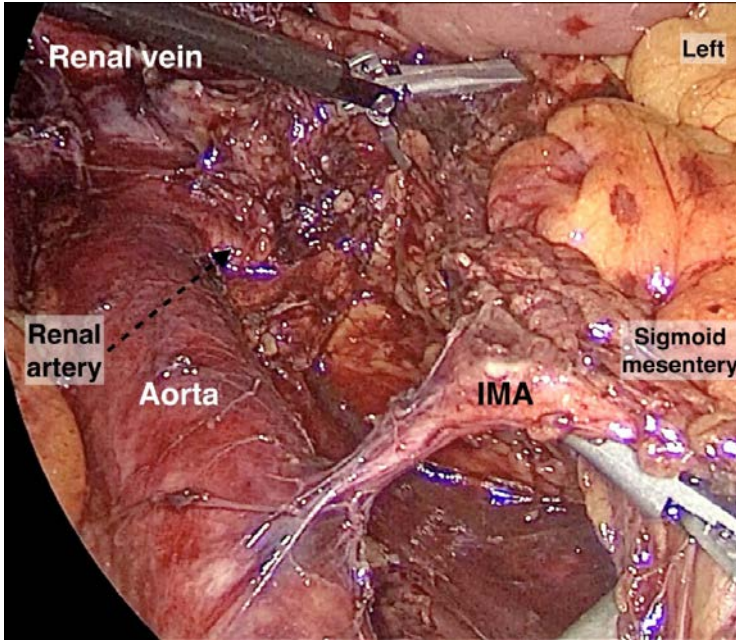
Eight of them were detected only at the supramesenteric lateral aortic area.

(This study was the result of a thesis study and presented at the ESGO 2024 Congress, Barcelona, Abstract number 1314)

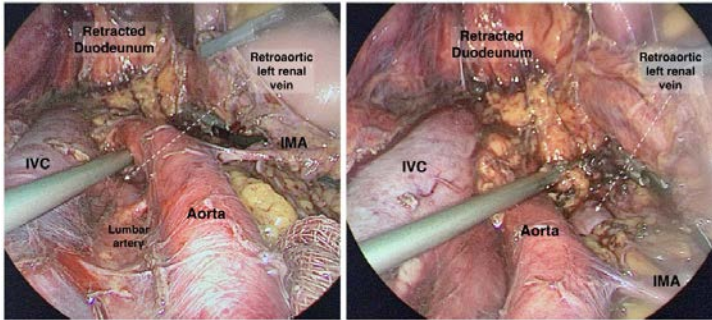
Following these results, we wanted to demonstrate the safe surgical laparoscopic approach to supramesenteric lateral aortic area.

Keywords: laparoscopic paraaortic lymphadenectomy, variations, renovascular, complications, lymph node

caudally originated left renal artery



retroaortic left renal vein



SB-061

Nerve-sparing deep endometriosis surgery with rectal shaving

Orhan Sahin

Department of Obstetrics and Gynecology, Sisli Etfal Training and Research Hospital, Istanbul, Turkey

OBJECTIVE: To show technical highlights of a nerve-sparing laparoscopic eradication of deep infiltrating endometriosis on rectum by resection with shaving technic.

DESIGN: Stepwise demonstration of the technique and pathological process with narrated video footage.

SETTING: Tertiary care endometriosis unit.

CASE: Her overall physical and systemic examinations were normal, with a per vaginum examination indicating a uterus with associated tenderness on uterus and especially in both sarcouterine regions. No palpable nodular lesion was detected on bimanual examination. Pouch of Douglas (POD) fullness was tenderness with deep motion. Her preliminary tests revealed that she had a low ovarian reserve (AMH: 0.02ng/dL). An abdominal magnetic resonance imaging (MRI) revealed retroverted uterus with with a focal adenomyotic uterus (4*4*6cm) (focal asymmetrical thickening of the junctional zone with multiple ill-defined areas of low signal intensity), and bilateral endometrioma (LO:2cm RO:1,5cm) (hyperintensity on T1aFSE and low signal intensity on T2aFSE) Ultrasound showed a retroverted uterus, a hypoechoic, irregular nodular lesion measuring approximately 1.6 cm in diameter invading the muscular layer on the rectum, at the level of the uterine torus, and peritoneal swinging filmy adhesions and peritoneal pockets, as demonstrated by incomplete septations and “entrapped” fluid on POD were observed. She underwent laparoscopic endometriotic lesions excision with her agreement. The decision to shave or segmentally resect the lesion on the rectum was left to the intraoperative decision. The lesion on the rectum was reached after the necessary peritoneal dissection. Bilateral hypogastric nerve dissection was performed. The rectum was completely freed. It was observed that the lesion on the rectum extended to the right rectal pillar. The decision for rectal shaving was made afterwards. It was observed that the nodule on the rectum was completely removed and it was supported by tactile sensation. After the lesion on the rectum was removed, it was revealed that there was a serosal and muscular defect, which was an expected situation, and the rectum was closed

continuously with 2.0 polyglactin. The postoperative phase was uncomplicated, and the patient was discharged on POD.

DISCUSSION: Deep endometriosis (DE) is considered to be one of the most challenging conditions to manage, especially when it invades surrounding organs like the rectum. Surgical excision of deep rectovaginal endometriosis is required when lesions are symptomatic. Bowel endometriosis accounts for approximately 12% of total endometriosis cases and insufficient anatomic surgical experience may lead to severe damage to pelvic innervation. Nerve-sparing techniques have been described to have lower postoperative bladder, rectal, and sexual dysfunctions than classical approaches.

Keywords: endometriosis, deep endometriosis, bowel endometriosis, pelvic pain

Rectal nodule ultrasonography



SB-062

Laparoskopik Vecchietti

MAİDE SELİN ÇAKIR, MERVE AYDIN, Fevzi Onur Eren, Yavuz Emre Şükür
Ankara Üniversitesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Ana Bilim Dalı, Ankara

AMAÇ: Vajinal agenezili bir hastada neovajen elde etmek için uygulanan laparoskopik Vecchietti operasyonunun anlatılması.

GİRİŞ: Vajinal agenezi nadir bir hastalık olup insidansı 1/5000 'dir. Laparoskopik Vecchietti vajinal agenezisi olan hastalarda neovajen oluşturmak için uygulanan bir ameliyattır. Diğer operasyonlardan farklı olarak herhangi bir flep veya greft kullanımı gerektirmez.

YÖNTEM: Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum ABD'da gerçekleştirilen laparoskopik Vecchietti operasyonu sunulmuştur. Operasyon, mevcut kör vajeni 'zeytin' olarak isimlendirilen bir dilatör ve umblikus hizasına yerleştirilen bir traksiyon aleti yardımı ile sürekli gerime maruz bırakarak ideal vajinal uzunluğa ulaşmayı hedefler. Dilatör ve fraksiyon aleti birbirine, laparoskopik olarak parietal peritonun altından ilerletilen süturlar yardımı ile bağlanır. Operasyon sonrasında 24 saat aralıklarla, yaylı sistemden oluşan traksiyon aleti sedasyon altında kurulum ve yaklaşık 8-10 cm'lik bir vajina elde edilene dek işleme devam edilir.

VAKA: 20 yaşında Mayer Rokitansky Küster Hauser Sendromu olan hastada neovajen oluşturmak için laparoskopik Vecchietti operasyonu gerçekleştirildi. Hastanın uterus ve vajina agenezisi dışında sağ renal agenezisi mevcuttu. Operasyon komplikasyonsuz bir şekilde gerçekleştirildi. Postop dönemde bir haftalık traksiyonu takiben yine sedasyon altında dilatör ve traksiyon aleti çıkarıldı. Kısalma veya stenoza önlemek için taburculukta hastaya düzenli olarak vajinal dilatasyona devam etmesi önerildi.

SONUÇ: Laparoskopik Vecchietti, neovajen oluşturmak için tercih edilebilecek kolay ve efektif bir cerrahi tedavidir.

Anahtar Kelimeler: neo-vagina, vaginal agenesis, Vecchietti

SB-063

Laparoscopic bladder and bowel endometriosis surgery

Merve Didem Eşkin Tanrıverdi¹, Hasan Onur Topçu²

¹Department of Obstetrics and Gynecology, Ankara Bilkent City Hospital, Ankara, Turkey

²Obstetrics and Gynecology, Nesta Clinic, Ankara, Turkey

INTRODUCTION: Endometriosis can be categorized as either genital or extragenital. Bowel endometriosis is among the most frequently occurring sites for extragenital endometriosis, diagnosed in 3.8%–37% of patients with known endometriosis. The urinary tract experiences involvement in 0.3% to 12.0% of women diagnosed with endometriosis, and in 19.0% to 53.0% of those with deep infiltrating endometriosis.

The bladder stands as the most frequently affected organ within the urinary tract, exhibiting a prevalence of up to 80%. The coexistence of bladder and bowel endometriosis, although rare, and negatively affects quality of life by causing advanced morbidity.

CASE: A 35-year-old patient with a history of laparoscopic bilateral endometrioma excision presented with complaints of dysmenorrhea, pelvic pain, dyspareunia, constipation, and dysuria. On ultrasound, a 130 mm endometrioma was observed in the right ovary. Additionally, suspected endometriotic foci were noted in the bowel and bladder. These findings were confirmed by magnetic resonance imaging. In the bowel, a 20*9 mm endometriotic focus was observed approximately 8 cm above the anal verge, and in the bladder, a 16*28 mm endometriotic focus was observed posteriorly. The patient was scheduled for laparoscopy, and initially, the excision of the endometrioma was performed. Segmental bowel resection was performed, followed by end-to-end anastomosis. Following a retrocervical nodule excision was performed. The uterovesical pouch was dissected, allowing visualization of the nodule in the bladder. Due to the observed mucosal involvement, a partial cystectomy was performed, and the ureters, ureteral orifices and the distance between the resection edges were evaluated. Finally, the bladder was sutured. During the patient's follow-up appointments, a decrease in symptoms and an improvement in quality of life were observed.

CONCLUSIONS: Bladder endometriosis, though rare, warrants consideration in patients presenting with bladder symptoms, particularly in the absence of urinary tract infection.

In patients with unexplained constipation, bowel endometriosis should also be considered as one of the differential diagnoses. The coexistence of both types of endometriosis is a rare occurrence, but as in our case, having involvement in both the bowel and bladder is even rarer and presents a challenging situation to manage. The management of such cases of endometriosis requires a well-equipped surgical center with experienced and skilled surgical teams. Furthermore, to enhance the likelihood of the patient's recovery without complications, the importance of excellent postoperative care and follow-up should not be disregarded. Thus, it should also be remembered that improving the patient's quality of life is achievable through these means.

Keywords: endometriosis, laparoscopic surgery, bladder endometriosis, bowel endometriosis

SB-064**Leiomyoma of broad ligament mimicking ovarian malignancy managed using Vaginal Natural Orifice Transluminal Endoscopic Surgery (vNOTES) technique****Berican Şahin Uyar**

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

Tumors occurring in the broad ligament are infrequent.

The most commonly encountered solid tumor in this area is leiomyoma, which also happens to be the most prevalent neoplasm affecting the female reproductive system.

While leiomyomas affect around 30% of women of reproductive age, the incidence of leiomyoma in the broad ligament is less than 1%. Typically, these benign tumors do not display any symptoms.

A 56-year-old woman presented with a gradual swelling in the abdominal region, which was initially suspected to be ovarian malignancy based on clinical and radiological findings. Upon examination of the abdomen and bimanual palpation, a soft cystic mass was discovered in the right pelvic region.

Although the CA 125 marker was mildly elevated, the levels of CEA and CA 19.9 were within the normal range.

Both ultrasonographic and contrast-enhanced computed tomographic analyses pointed toward characteristics typically associated with ovarian neoplasms. The differential diagnosis mentioned the rare possibility of a giant fibroid with cystic degeneration.

The patient underwent VNOTES- excision of the broad ligament fibroid with hysterectomy, and bilateral salpingo-oophorectomy.

Keywords: Leiomyoma of broad ligament, ovarian malignancy, Vaginal Natural Orifice Transluminal Endoscopic Surgery

SB-065**Laparoscopic extraperitoneal para-aortic lymphadenectomy in an endometrial cancer patient with double inferior vena cava anomaly****Selcuk Erkilinc¹, Ilker Cakır¹, Ayse Betul Ozturk², Sena Ozcan³**

¹Buca Seyfi Demirsoy Training And Research Hospital, Izmir Democracy University, Izmir, Turkey

²T.R. Ministry of Health Mus State Hospital, Mus, Turkey

³T.R. Ministry of Health Sarıgöl State Hospital, Manisa, Turkey

INTRODUCTION: Endometrial cancer is the most common malignancy in women. In the surgical treatment of endometrial cancer, pelvic/para-aortic lymphadenectomy is recommended to determine the stage of the disease and provide treatment. Compared to traditional open surgery, laparoscopy has become the standard approach for lymphadenectomy due to its advantages such as minimally invasive nature, faster recovery time, shorter hospital stay, and less postoperative pain. In extraperitoneal laparoscopic para-aortic lymphadenectomy, access to para-aortic lymph nodes is provided by creating a working area outside the peritoneum, covering the abdominal cavity where organs such as the intestine are located, but in front of large vessels such as the abdominal aorta and inferior vena cava. The inferior vena cava develops between the sixth and eighth weeks of pregnancy by anastomosis formation and posterior regression of the subcardinal, supracardinal, and postcardinal vein. There are numerous anatomical variations of the inferior vena cava due to complex embryogenesis. These are retroaortic left renal vein, left inferior vena cava, double inferior vena cava, circumaortic left renal vein, etc. Double inferior vena cava results from persistence of both left and right supracardinal veins and its prevalence is 0.2%-3% worldwide.

METHODOLOGY: A 63-year-old female patient with a history of two previous vaginal births applied with the complaint of postmenopausal bleeding. Staging surgery was planned because FIGO grade 2 endometrioid adenocarcinoma showed mucinous differentiation in endometrial sampling. No distant metastases were detected on PET-CT imaging. Laparoscopic hysterectomy, bilateral salpingo-oophorectomy without the use of manipulators, pelvic lymphadenectomy and extraperitoneal para-aortic lymphadenectomy were performed. During the operation, double inferior vena cava

abnormality was noticed. In this video, we present the double inferior vena cava anomaly detected during laparoscopic extraperitoneal para-aortic lymphadenectomy in a patient diagnosed with endometrial cancer.

RESULTS: The patient with the rare double inferior vena cava anomaly was discharged without complications on the 4th postoperative day. There was no need for blood transfusion.

CONCLUSION: Careful evaluation during preoperative imaging studies in patients planned for para-aortic lymphadenectomy may allow preoperative detection of anomalies such as vena cava anomalies. By identifying these abnormalities in advance, the risk of major vascular injury complications can be reduced. Conversely, cases where abnormalities are not previously identified require careful intraoperative monitoring to prevent complications.

Keywords: Endometrial cancer, Extraperitoneal para-aortic lymphadenectomy, Inferior vena cava anomaly, Laparoscopy

SB-066

Excision of Two Seperate Bowel Endometriosis Nodules in One Session

Emre Kar¹, Cevahir Tekcan², Sinan Binboga³, Hasan Onur Topçu⁴, Ercan Bastu⁵

¹Çam and Sakura City Hospital, Istanbul, Turkey

²Obstetrics and Gynecology, Private Practice, Istanbul, Turkey

³Department of General Surgery, Medicana Atakoy Hospital, Istanbul, Turkey

⁴Endometriosis and IVF Center, Nesta Clinic, Ankara, Turkey

⁵Endometriosis and IVF Center, Nesta Clinic, Istanbul, Turkey

BACKGROUND: Our patient presented with complaints of dysmenorrhea, dyspareunia, and dyschezia. She has no history of major surgery other than appendectomy and cystectomy. During physical examination, upon vaginal examination, a nodularity was palpated at the level of the right sacrouterine ligament, fixing the rectum as well. On ultrasound examination, it was observed that both ovaries were adherent to each other at the posterior aspect, and there was a 4 cm intramural spread in the rectum suspected to be endometriotic. When we performed an MRI, we were able to identify an additional nodule at the junction of the sigmoid colon and rectum, which was not visible on ultrasound.

METHODS: Upon our initial assessment, we observed that the nodule identified on MRI and the complete fixation of the Douglas pouch. Procedure: After bilateral ureterolysis, medial pararectal spaces are developed. Then mobilization of the anterior side of rectum is dissected from uterus to achieve partial mobilization. After complete mobilization of the Douglas pouch, a low anterior resection was performed. An external reanastomosis was performed and no leakage was seen in bubble test.

RESULTS: No complications occurred. All complaints were resolved significantly in short-term. Long-term results will be shared live.

CONCLUSIONS: A patient may have two unrelated endometriotic nodules in the intestines simultaneously, and these two can be operated on with different techniques during the same session.

Keywords: Deep Infiltrating Endometriosis, Laparoscopy, Low Anterior Resection

SB-067

Vajinal Yardımlı Laparoskopik Sakrohisteropeksi (VALUES)

Ezgi Aydın Aytemiz, Necati Berk Kaplan, Yavuz Emre Şükür
Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kadın Hastalıkları ve
Doğum Anabilim Dalı, Ankara

GİRİŞ: Pelvik organ prolapsusu (POP) normal işlevlerde bozukluğa ve yaşam kalitesinde bozulmaya yol açan yaygın bir durumdur. Belirtiler; anterior vajinal duvar(sistosel), posterior vajinal duvar(rektosel) ve vajinal apeks (uterus, serviks, vajen kubbesi) prolapsusuyla oluşur.

Pelvik organ prolapsusu derecelendirme (POP-Q) sistemi kullanılarak derecelendirmesi yapılır. POP-Q'ya göre jinekolojik muayenesi yapılan kadınların %30-65'inde en az evre 2 prolapsus bulunmaktadır.

POP, idrar kaçırma, mesanenin tam olarak boşaltılamaması hissi, dışkılamada zorluk ve mesanenin veya rektumun boşaltılmasını kolaylaştırmak için vajinal bombeye baskı uygulama ihtiyacı gibi semptomlarla ilişkilidir.

YÖNTEM: 2020'de, Amerikan Ürojinekoloji Derneği (AUGS) ve Uluslararası Ürojinekoloji Derneği (IUGA) tarafından POP ameliyatları rekonstrüktif veya obliteratif olarak kategorize edildi.

Rekonstrüktif cerrahi prosedürler arasında yer alan laparoskopik sakrohisteropeksi(SHP) %78 ile %100 arasında değişen başarı oranları ile apikal prolapsus için altın standart tedavi olarak tanımlanır. İleri evre POP'u olan ya da servikal elongasyonu olan hastalarda cerrahi prosedür zorlaşır. Çünkü servikse erişilmesi zorlaşır ve bu da efektif bir süspansiyon cerrahisi uygulanmasını önler. Bu durumda bazı merkezler kombine vajinal ve laparoskopik yaklaşımı kullanarak uterus koruyucu prolapsus cerrahisinde bir modifikasyon geliştirmiştir (Vajinal Yardımlı Laparoskopik Sakrohisteropeksi (VALUES)).

Biz de posterior kolpotomi ile retroperitoneal tünel oluşturduktan sonra "I" şeklinde hazırladığımız monofilaman poliprolen meşi laparoskopik eşliğinde posterior kolpotomiden sakrumun promontoriumuna kadar açtığımız retroperitoneal tünelden ilerlettik, meşin tabanını serviksin posterioruna fikse ettikten sonra meşi serviks sakrospinöz çıkıntılarının hizasına gelene kadar çektik ve meşin diğer ucunu promontoriumun önünde anterior longitudinal ligamente fikse ettik.

BULGULAR VE SONUÇ: SHP sırasında posterior kolpo-

tomi ile oluşturulan retroperitoneal tünel ameliyat süresini kısaltmakta ve cerrahi prosedürü kolaylaştırmaktadır. Ayrıca ileri evre prolapsuslarda ve elonge serviks varlığında meş desteği en distalden sağlanmış olur bu da ameliyat başarısını artırabilir ve rekürrens riskini azaltabilir. Teorik olarak, meşin vajinal yolla yerleştirilmesi, enfeksiyon ve meş erozyonları oranında artışa neden olabilir gibi görünse de biz bu prosedürle yaptığımız 2 vakada postoperatif 6. aya ulaştığımız takiplerde herhangi bir meş erozyonu ya da enfeksiyonu ile karşılaşmadık.

Anahtar Kelimeler: POP, Sakrohisteropeksi, Uterin Prolapsus

SB-068

Robotic-assisted Interval Cytoreductive Surgery for Ovarian Cancer

Hasan Volkan Ege, Murat Cengiz, Utku Akgor, Zafer Selcuk Tuncer, Murat Gultekin, Nejat Ozgul, Derman Basaran
Department of Obstetrics and Gynecology, Division of
Gynecologic Oncology, Hacettepe University, Ankara,
Turkey

The primary treatment for ovarian cancer is surgery. Additionally, the majority of patients receive chemotherapy. The aim of surgery should be the excision of all tumoral tissues. In cases in which complete tumor excision is not feasible at diagnosis, or the patient is not suitable for surgical treatment, neoadjuvant chemotherapy (NACT) followed by interval cytoreductive surgery (ICS) can be considered. ICS can be performed via laparotomy, laparoscopy, or, as presented in our video, robotically.

A 71-year-old patient was diagnosed with high-grade tuboovarian serous carcinoma, and NACT was planned due to the extent of the disease. After three cycles of treatment, a radiological evaluation showed that the disease responded to chemotherapy, and surgical treatment could be performed. Robotic-assisted ICS was planned for the patient.

The operation was started in the lithotomy position. After pneumoperitoneum, an 8 mm trocar was inserted through the umbilicus, and a visual examination was performed. Following the decision to proceed with robotic surgery, a total of 5 trocars were placed approximately 10 cm apart from each other, starting at the umbilical level. The operation started with an omentectomy. With robotic unipolar scissors and the vessel-sealing device, the omentum was released from hepatic flexure, transverse colon, and splenic flexure. Finally, the omentum was released from the stomach, and a total omentectomy was completed.

After a 180-degree boom rotation, pelvic surgery was started. It was observed that the right ovary was adherent to the sigmoid colon. The adhesions on the left pelvic wall were removed, and the left ovary, external iliac artery, and ureter were visualized. Pararectal and recto-vaginal areas were opened. After the left infundibulopelvic ligament (IP) was cut, the adhesions between the right ovary and sigmoid were separated with the help of unipolar scissors, and the sigmoid colon was mobilized. Before the right IP ligament was cut, the right ureter was visualized. The implants on the sigmoid

colon and rectum were excised with unipolar scissors. Peritonectomy was performed for the implants in the right pelvic peritoneum. After implant excision above the bladder, a hysterectomy including Douglas peritoneum- was completed by preserving both ureters. After the materials were removed from the abdomen vaginally, the cuff was closed.

No intraoperative or postoperative complications developed, and the patient was discharged on the fourth day. The final pathology revealed high-grade serous tuboovarian carcinoma, and the chemotherapy response score was reported as 3.

Keywords: Interval cytoreductive surgery, Neoadjuvant chemotherapy, Omentectomy, Ovarian cancer, Robotic surgery,

SB-069

Endometrial Kanseri Hastada Laparoskopik Komplet Obturator Lenfadenektomi

Ali Kasapoglu, Alp Koray Kinter, Gülден Turan, EMİNE UFUK BÜYÜKKAYA, Aydın Kilinc, Alpaslan Kaban
Prof. Dr. Cemil Taşcıoğlu Şehir Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Ana Bilim Dalı, Jinekolojik Onkoloji Cerrahisi, İstanbul

Obturator bölgedeki lenf nodları pelvik organ maligniteleri için sık bir metastaz sahasıdır. Ulaşılması önemli damar yapılarının diseksiyonu sonrası mümkün olabildiğinden, bu bölgenin lenfadenektomisi için anatominin iyi bilinmesi ve tecrübe önemli olmaktadır. Bu video sunumunda endometrium kanserli bir hastada obturator saha lenfadenektomisi ve dikkat edilmesi gereken noktalar vurgulanmıştır.

PARAVEZİKAL BOŞLUK: Paravezikal boşluk medialde mesane, lateralde pelvik duvar ve anteriorda pubis ile çevrilidir. Arka sınır, aynı zamanda pararektal boşluk anterior sınırı olan servikal parametriumdur. Oblitere umbilikal arter, bu boşluğu medial ve lateral kısma ayırır. Lateral kısım jinekolojik malignitelerde sıklıkla lenfadenektomi için disseke edilir (1). Obturator lenfadenektomi sırasında, önce paravezikal boşluğun açılması gerekir. Obturator boşlukta obturator sinir, obturator arter/ven ve internal iliak damar yapıları, lenfatik doku ve yağ dokusu içindedir (2).

Komplet Obturator lenfadenektomi için adımlar

1. Paravezikal lateral boşluğun belirlenmesi sonrasında, eksternal iliak arter ve ileopsoas kası arasından diseksiyona başlanır. Diseksiyona lateralde obturator internus kası görülene kadar devam edilir. Diseksiyonun ön sınırı pubis kemiği, arka sınırı iliak damar bifurkasyonudur.
2. Eksternal iliak ven distalinden lenfoadipoz doku anterior-posterior hat boyunca dikkatlice diseke edilir. Diseke edilmiş olan lenfoadipoz kitlenin mediale doğru traksiyonu ile obturator damar sinir paketi genelde kabarık olarak kendini gösterir. Cerrahi bakişla proksimalden distale doğru obturator sinir-arter-ven sırasıyla seyretmektedir (3).
3. Damar sinir yapılarının lenfoadipoz doku içinden çıkarılması ve vizüalizasyonu, olası kanama ve obturator sinir yaralanmalarının önlenmesi açısından önemlidir. Diseksiyonun kalan aşamalarında obturator sinirin sürekli visibl olmasına dikkat edilmelidir.
4. Lenfoadipoz doku uygun açıyla traksiyone edilerek levator kası üstünden tamamen diseke edilebilir.

Anahtar Kelimeler: Lenfadenektomi, laparoskopi, obturator fossa, pelvik anatomi

SB-070

Laparoskopik lateral süspansiyon ile birlikte uterosakral pilikasyon

Mehmet Eta Yazmacı¹, Görkem Ülger¹, Kasım Akay², Hamza Yıldız¹, Şevki Göksun Gökulu¹

¹Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Ana Bilim Dalı, Mersin
²Mersin Toros Devlet Hastanesi

AMAÇ: 33 yaşında grade3 uterin desensusu olan hastanın uterus koruyucu cerrahi ile laparoskopik lateral süspansiyon ve uterosakral pilikasyon operasyonunun video sunumu.

YÖNTEM: 33 yaşında daha önce 3 normal doğumu olan hasta tarafımıza vajende ele gelen kitle şikayeti ile başvurdu. Hastaya yapılan muayenede grade 3 uterin prolapsus tespit edildi. Bu nedenle hastaya histerektomi yapılmaksızın laparoskopik lateral süspansiyon + uterosakral pilikasyon ameliyatı planlandı.

Operasyonda mesane peritonu ligasure yardımıyla keskin künt diseke edildi. uterus isthmus hizası açıldı. İnsizyon hattı her iki paraservikal alanda yaklaşık 2-3 cm kadar genişletildi. Ardından yine uterus isthmus seviyesinde posteriorda periton diseke edildi. Ardında sakrouterin ligamentler keskin ve künt diseksiyonlarla ureterden uzaklaştırıldı ve uterosakral ligamentler pilike edildi. Sonrasında prolen mesh, ortasından serviks prolen sütür ile suture edildi. Disektör sağ ve sol periton altından, açılmış insizyon hattına doğru ligamentum rotundum altından geçecek şekilde ilerletildi. Mesh ucu her iki yandan batın dışına alındı. Açılan uterus üzeri periton laparoskopik olarak onarıldı. Batın dışındaki her iki mesh ucundaki fazlalık kesildi. Operasyona son verildi.

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

SONUÇ: Uterusun korunduğu lateral süspansiyon ve sakrouterin pilikasyon operasyonu bu 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: laparoskopi, pilikasyon, süspansiyon

SB-071

Uterus Koruyucu Laparoskopik Derin İnfiltratif Endometriozis Cerrahisi

Aybüke Bulut, Süleyman Salman

Sağlık Bilimleri Üniversitesi Gaziosmanpaşa Eğitim ve Araştırma Hastanesi

AMAÇ: Uterus koruyucu cerrahi ile laparoskopik üreter ve sakrouterin nodül eksizyonu yapılan Derin İnfiltratif Endometriozis vakası video sunumu

YÖNTEM: 35 yaşında, daha önce 1 C/S ve 1 kez de Endometrioma cerrahisi öyküsü bulunan hasta tarafımıza pelvik ağrı, dizüri ve dispareni şikayeti ile başvurdu. Yapılan spekulum muayenesinde herhangi spesifik bir bulguya rastlanmadı. inspeksiyonda servikal nodül izlenmedi.

Ultrason muayenesinde uterus antevort pozisyonunda, bilateral overler doğal, yaş ile uyumlu görünümde izlendi. Sağ sakrouterin seviyesinde yaklaşık 20mm nodül benzeri görünüm olan hastanın sağda prob hassasiyeti de mevcuttu. Bilateral hidronefroz izlenmedi.

Hastaya pelvik MR çekildi. MR görüntülerinde hastanın sağ sakrouterin ve sağ üreter üzerinde boyutları yaklaşık 20mm olan Endometriozis nodüllerine rastlandı.

Tedavi planlanırken hastanın genç olması ve tek çocuğunun olması da göz önünde bulundurularak organ koruyucu prosedür uygulandı. Bu nedenle hastaya histerektomi yapılmadan DİE cerrahisi 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 5lik trokar ve sol paraumblikal bölgeden 5lik trokar ve ile batına girildi. Adhezyonlar keskin künt diseksiyonlarla indirildi. Her iki üreter mesane girişine kadar diske edildi. Sağ üreter üzerindeki nodül eksize edildi. Bilateral üreter geçişi görüldü. Sağ sakrouterin üzerindeki Endometriozis nodülü ligasure ile tutuldu, yakıldı, kesildi. Materyaller 5lik trokar girişinden alınarak patoloji için saklandı. Rektovajinal alan ve Douglas serbestleştirildi. Rektal prob ile rektum vizualize edildi. Kanama kontrolü ve hava sıvı testi yapılarak operasyona son verildi.

BULGULAR: Servis takipleri sonrası üriner ultrasonu temiz olan hasta postop 2.gününde externe edildi. Postop 1. hafta, 1.ay ve 6.ay kontrollerine çağırıldı. Pelvik ağrı şikayeti büyük ölçüde azalmış olan hastanın ek olarak cinsel fonksiyonları

düzelmiş ve yaşam kalitesi skorlarında anlamlı artış olduğu gözlemlendi.

SONUÇ: Ameliyat materyallerinin patolojik incelenmesi endometriotik nodül ve endometriozis odağı olarak raporlandı. Die vakalarındaki asıl hedef minimal invaziv yöntemlerle farklı lokasyonlardaki endometriotik odakların tamamen ortadan kaldırılmasıdır. Laparoskopik olarak yapılan uterus koruyucu derin infiltratif endometriozis cerrahisi ile iyi anatomik sonuçların yanında iyi fonksiyonel sonuçlar da elde edilmektedir.

Anahtar Kelimeler: #laparoscopy, #endometriosis, #deepinfiltratingendometriosis, #pelvicpain #dysuria, #dysmenorrhea

SB-072

Laparoskopik Histerektomi: Dev Myoma Uteri

Sezgi Güllü Erciyeştepe, Baki Erdem

Acıbadem Üniversitesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Ana
Bilim Dalı, İstanbul

Reprodüktif çağda myometrium kaynaklı benign kitlelere myoma uteri denilmekte olup görülme sıklığı %20-40'tır. Dev myom tanımı 10 cm ve üzeri myomlarda konulan bir tanı olup; myom boyutlarına göre tedavi seçenekleri değişiklik göstermektedir. Literatür taramaları cerrahın deneyimine bağlı olarak dev myomlarda dahi laparoskopik operasyonun tercih edilebileceğini göstermektedir. Komplikasyon oranları değerlendirildiğinde laparoskopinin dev uterus ve myom varlığında daha doğru bir seçenek olduğunu savunan yayınlar mevcuttur. Vakamız tıbbi tedaviye dirençli kanama ile tarafımıza başvuran 2 sezaryan doğum dışında abdominal ameliyatı olmayan bir hastadır. Yapılan muayenede uterus umbilikusa kadar uzanmaktaydı ve 20-22 hafta cesamet ile uyumlu izlendi. Intramural myom ultrasonografi ile 14 cm çapında ölçülerek laparoskopik histerektomi kararı alındı. Operasyon sırasında cuff kesildikten sonra myomektomi gerçekleştirilmiş olup hem myom hem uterus vajinal yolla çıkarılmıştır. Vaka 63 dakika sürmüş olup kanama miktarı 350 cc idi. Perioperatif ya da postoperatif herhangi bir komplikasyon yaşanmamıştır. Operasyon ardından uterus ağırlığı 1010 gram olarak değerlendirilmiştir. Dev myom ve/veya dev uterus varlığında laparoskopi operasyon süresinin kısalığı ve postoperatif iyileşme döneminin rahat olması nedeniyle tercih edilebilir. Burada laparoskopistin ameliyat tekniği komplikasyon riskini en aza indirebilmek adına son derece mühim olup; sunumumuzda vaka videomuz eşliğinde ameliyat tekniğimizi de paylaşıyor olacağız.

Anahtar Kelimeler: laparoskopi, laparoskopik histerektomi, histerektomi, dev myoma uteri

SB-073

Management of bladder injury repair in laparoscopic hysterectomy

Sertaç Ayçiçek

Clinic of Gynecology and Obstetrics, Health Sciences
University Gazi Yaşargil EAH, Diyarbakır

Laparoscopy associated damage to the bladder or ureter may occur secondary to mechanical or thermal trauma. Vesical injury is often secondary to a trocar entering the undrained bladder, but may also occur during dissection of the bladder, either from other adhered structures or from the anterior aspect of the uterus. The proliferation of laparoscopically directed retropubic suspension for urinary incontinence will likely be associated with bladder injury.

The aim of this study is to identify bladder injury, which is one of the common complications that may occur in difficult hysterectomies, and to approach to repair it laparoscopically.

Our patient is 47 years old and has 5 living children. She had 3 previous caesarean sections. The patient complained of abnormal uterine bleeding and sonography showed myomatosis of the uterus. Endometrial and cervical sampling pathologies were benign. Despite Mirena treatment, the patient's complaints persisted and hysterectomy was decided. During the operation, it was observed that the bladder was severely adherent to the uterus. When the hysterectomy was finished and the vaginal cuff was sutured, a 2 cm perforation was observed on the bladder ceiling and intracorporeal repair was performed with two layers of 2.0 Vicryl suture. The bladder catheter was left in place for ten days post-op.

Keywords: Bladder injury, difficult hysterectomy, laparoscopic hysterectomy,

SB-074

Uterus didelfis ve vajinal septum olgusunda vajinal septum rezeksiyonu ve total laparoskopik histerektomi

sezin bayar tunc, Berna Aslan Çetin

Başakşehir Çam Sakura Şehir Hastanesi, Kadın Hastalıkları
ve Doğum Ana Bilim Dalı, İstanbul

GİRİŞ: uterus didelfis, müllerian kanal anomalilerinden olup genel popülasyonda % 0.3 sıklıkta gözlenmektedir. Uterin didelfis durumunda, uterusun her biri kendi serviksine bağlanan iki ayrı kornu mevcuttur. Bu hastalarda üriner anomaliler de eşlik edebilmektedir. Ayrıca bu hastalarda yapılan laparoskopik histerektomiler, cerrahi ve manipülatör kullanımı açısından çeşitli zorluklara sahiptir.

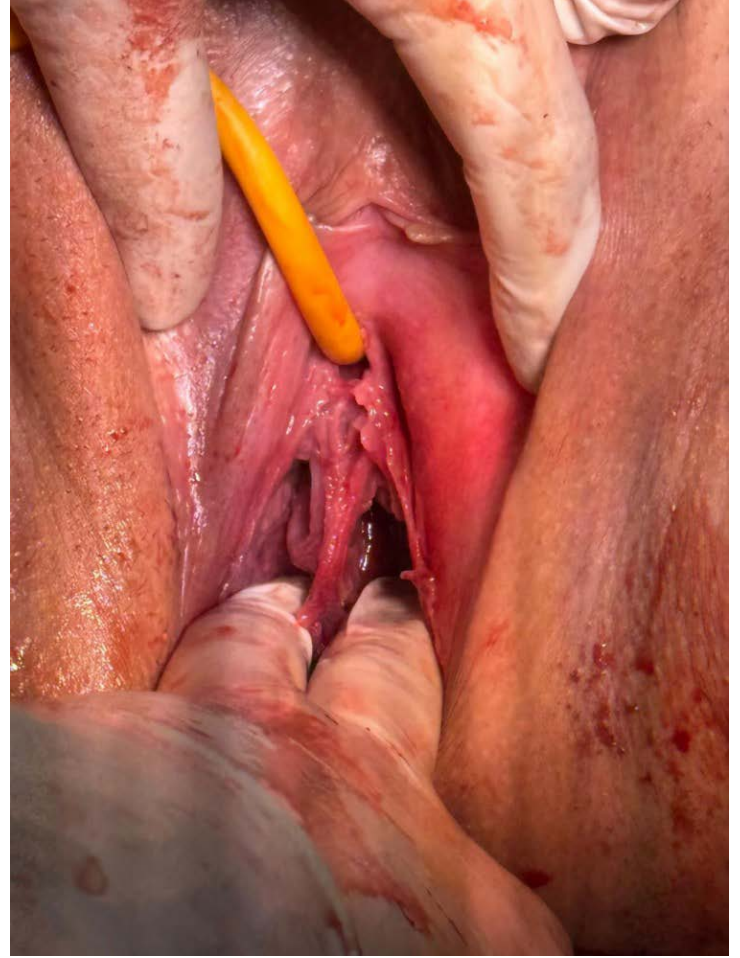
YÖNTEM: hasson tekniği ile batına giriş

BULGULAR: olgumuzda, hastamız anormal uterin kanama şikayetiyle başvurdu. Hasta 41 yaşında, 2 kez sezaryen ile doğum yapmış ve kalp kapak hastalığı nedeniyle antikoagulan kullanımı mevcuttu. Hastanın yapılan spekulum muayenesinde vajinal tam septum ve çift servix izlenmiş olup, ultrasonografide de çift uterus izlenmiştir. Hastanın ultrasonografi ile yapılan renal değerlendirmesinde her iki böbrek de doğal izlenmiştir. Hastanın yapılan smear ve probe küretaj patolojilerinde anormal bir sonuç izlenmemiştir. Sonrasında gerekli anestezi hazırlıkları sonrasında hastaya Total Laparoskopik Histerektomi kararı alınmıştır. operasyon sırasında öncelikle vajinal septum rezeke edilmiştir. Vaka sırasında önce sağ sonra sol kaviteye v-care manipülatör yerleştirilerek uterus bağlarından serbestleştirilmiş ve her iki serviks açığa çıkarılmıştır. Vajinal manipülatör ile her iki serviks kavranamadığı için cuff aşamasında persankör ve spanç ile manipülasyon sağlanmıştır. Operasyon sırasında bir komplikasyon gelişmemiştir. Operasyon sonrasında hastamız 2 gün hastanede yatış sonrası şifa ile taburcu edildi.

SONUÇ: uterin anomaliler manipülasyon ve cerrahi açısından zorlayıcı olsa da minimal invaziv yöntemler ile operasyon mümkündür.

Anahtar Kelimeler: uterus didelfis, laparoskopi, histerektomi, uterin anomali, vajinal septum

vajinal septum



uterus didelfis vajinal septum

SB-075

Mayer-Rokitansky-Küster-Hauser Sendromu'nda Robotik Destekli Davydov Yöntemi ile Neovajen Oluşturulması

Haticegül Tuncer¹, H. Volkan Ege², Utku Akgör², Murat Gültekin², Z. Selçuk Tuncer², Nejat Özgül², Derman Başaran²

¹Hacettepe Üniversitesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum ABD, Ankara, Türkiye.

²Hacettepe Üniversitesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum ABD, Jinekolojik Onkoloji, Ankara, Türkiye.

GİRİŞ: Mayer-Rokitansky-Küster-Hauser (MRKH) Sendromu, embriyogenez sırasında Müllerian kanal anomalilerine bağlı olarak uterus ve vajenin üst kısmının doğuştan yokluğuyla karakterizedir. Bu durum vajinal agenezisin başlıca nedenidir. Bireyler genellikle normal dişi karyotipi(46XX) ve fenotipine sahiptir. Davydov prosedürü, multidisipliner destekle gerçekleştirilen kendi kendine dilatasyon girişimleri başarısız olduğunda vajinal agenezis tedavisinde neovajen oluşturmak için cerrahi bir alternatif olarak kullanılmaktadır. Bu video, Mayer-Rokitansky-Küster-Hauser Sendromu'nda neovajen oluşturmak için Robotik Destekli Davydov tekniğinin kapsamlı ve adım adım gösterimini sunmaktadır.

VAKA: 27 yaşında kadın hasta, primer amenore ve bilateral kasık ağrısı şikayetiyle kliniğimize başvurdu. Yapılan pelvik muayene, ultrasonografi ve manyetik rezonans görüntülemeyle 46XX karyotipli Mayer-Rokitansky-Küster-Hauser Sendromu tanısı doğrulandı. Pelvik muayenede derinliği 1cm'den az olan vajinal çukur saptandı.

YÖNTEM: Hastaya pozisyon verilerek robotik kolların optimal açıda kullanımına uygun şekilde port girişleri planlanarak işleme başlandı. Hastanın uterusu yoktu, bilateral rudimenter kornualar, tüpler ve yumurtalıklar gözlendi. Anatomi yapıların tanımlanmasının ardından, rektovajinal ve vezikovajinal boşluklar diseke edilerek neovajinal kanal için yeterli alan açıldı, anterior ve posterior periton flepleri oluşturuldu. Diseksiyon derinliği yüzeyelden derine kademeli şekilde ve introitusla birleşmek için gerekli olan derinlik kontrol edilerek yapıldı. Bilateral salpenjektomi yapıldı. Rektum, posterior peritondan tamamen diseke edildikten sonra vajinal kalıntı kör uçlu küret sapı yardımıyla dışarıdan perineal bası uygulanarak diseke edildi ve yeterli diseksiyon sağlandıktan sonra açılarak introitusla birleştirildi. Oluşturulan anterior ve posterior flepler açılan bu alandan introitusa çekildi ve tek

tek atılan sütürlerle sirküler şekilde neovajinal giriş oluşturuldu. Vajinal giriş oluşturulduktan sonra, robotik olarak anterior vajinal duvarı oluşturmak için uterus artıkları devamlı sütürlerle birleştirildi. Son basamakta neovajen kubbesini oluşturmak için diseke edilen ve introitustan dışarı çekilen peritoneal fleplerin içte kalan anterior kısımlarından, rektum serozasından ve rudimenter uterin yapılardan devamlı şekilde geçildi, sonra sütür hattı birleştirilerek sirküler neovajen kubbesi oluşturuldu.

BULGULAR: Hasta ameliyattan sonraki 1.günde vajina içinde yumuşak bir kalıp ile taburcu edildi. Yumuşak kalıp, ameliyattan sonraki 3.günde orta boy sert bir kalıp ile değiştirildi ve hasta ameliyattan sonraki 6.günde tam boy sert bir kalıp takabildi. Hastanın 3.ay kontrolünde 10cm derinliğinde ve 4cm çapında neovajinal kavitesi mevcuttu, hasta rahatlıkla tam penetrasyon sağlanılarak cinsel aktivitesini gerçekleştirebiliyordu. Postoperatif dönemde herhangi bir komplikasyon izlenmedi.

SONUÇ: Robotik Destekli Davydov tekniği Mayer-Rokitansky-Küster-Hauser Sendromu'nda neovajen oluşturmak için potansiyel olarak uygulanabilir, etkili ve güvenli bir yöntemdir. Robotik desteğin kullanılması, periton fleplerin mobilizasyon kolaylığını, derin pelvik transpozisyonunu ve sütürasyonunu kolaylaştırarak bağırsakla ilgili komplikasyon riskini azaltır ve iyileşme süresini hızlandırır. Robotik teknolojinin perineal yaklaşımlarla entegrasyonu, neovajinal kavitinin daha güvenli diseksiyonunu sağlama ve periton fleplerin hassas bir şekilde sütürasyonunu garanti ederek cerrahi sonuçları optimize eder.

Anahtar Kelimeler: Mayer-Rokitansky-Küster-Hauser Sendromu, Müllerian Kanal Anomalileri, Neovajen Oluşturulması, Peritoneal Flep, Robotik Destekli Davydov Tekniği, Vajinal Agenezis

SB-076

Is single-port laparoscopy or vaginal natural orifice transluminal endoscopic surgery (vNOTES) the better option for salpingo-oophorectomy?

Kemal Güngördük¹, Varol Gülseren², Berican Şahin Uyar¹,
Berke Nur Ergü¹, İsa Aykut Özcan³

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

²Division of Gynecologic Oncology, Department of Obstetrics and Gynecology, Faculty of Medicine, Erciyes University, Kayseri, Turkey.

³Division of Gynecologic Oncology, Department of Obstetrics and Gynecology, Faculty of Medicine, Medipol University, Istanbul, Turkey.

AIM: To compare postoperative pain and recovery in patients undergoing oophorectomy with single-port laparoscopic surgery (SPLS) versus vaginal natural orifice transluminal endoscopic surgery (vNOTES).

METHOD: Patients who underwent salpingo-oophorectomy with SPLS or vNOTES between 2016 and 2023 were analyzed retrospectively. Oophorectomy was performed based on the presence of an adnexal mass or BRCA mutation.

RESULTS: Fifty-two patients underwent oophorectomy with SPLS and 35 underwent vNOTES. Although the mean mass size was slightly larger in the SPLS group than in the vNOTES group (8.0 ± 4.1 vs. 6.8 ± 3.3 cm), the difference was not significant ($P = 0.161$). There was no difference in operating times between SPLS and vNOTES. The mean Visual Analog Scale (VAS) and Faces Pain Scale (FPS) scores 2 and 6 hours postoperatively were lower in the vNOTES group. The mean Quality of Recovery-40 (QoR-40) score was higher in the vNOTES group (156 ± 14 vs. 148 ± 11 ; $P = 0.009$). This analysis identified vNOTES as an independent predictor of a high QoR-40 score.

CONCLUSION: The vNOTES group experienced less pain during the early postoperative period than the SPLS group. Although the operating and removal times were similar, the port setup time was longer for the vNOTES group.

Keywords: Single-port laparoscopic surgery, Vaginal natural orifice transluminal endoscopic surgery, Laparoscopy, Minimally invasive surgery, Adnexal mass

SB-077

Multipl Büyük myomlu dev uterusu Laparoskopik histerektomi

Ramazan Bayırlı

Özel Gürlife Hospital Hastanesi, Eskişehir

Multipl büyük myomlu dev uterusu olan olgunun laparoskopik ile tedavisinde özel hastane kadın doğum kliniğinin cerrahi deneyimini sunmak. Olgumuz 50 yaşında G:1 P:1 Y:1, 1.8.2023 tarihinde bir yıldır devam eden aşırı adet kanaması ile baş vurdu (3 günlük adet süresinde günlük 3 adet çocuk bezi). Öz geçmişinde sezeryanla doğum öyküsü vardı. Laboratuvar değerlendirmesinde Hb:9.5 olarak ölçüldü. Pelvik muayenede uterus 5 aylık cesamette ve pelvik kaviteyi dolduruyordu. Parametrial alanlar serbest idi. Yapılan pelvik ultrasonografisinde en büyüğü 14×12 cm fundal yerleşimli posteriora uzanan multipl myomlar izlendi. Renkli doppler incelemesinde büyük myom periferik kanlanma gösteriyordu, santral kanlanma izlenmedi. Pelvik MR değerlendirmesinde en büyük myom boyutu 14×14 cm olarak ölçüldü. Myom içinde nekroz bulgusu yoktu. Periferde ve myom içinde minimal radyoopak tutulumu vardı. 8.8.2023 tarihinde laparoskopik histerektomi ve bileteral salpingooferektomi uygulandı. Operasyon süresi 3.5 saat, kan kaybı yaklaşık 700 ml olarak hesaplandı. Postoperatif makroskopik patolojik incelemede uterus 2200 gr ağırlığında, en büyüğü $14 \times 9 \times 9$ cm en küçüğü $3 \times 2 \times 1$ cm ölçülerinde; topluca $30 \times 27 \times 9$ cm bütünlüğü bozulmuş uterus ve myomlar olarak bildirildi. Mikroskopik patolojik incelemede myomauteri ve adenomyozis olarak raporlandı. Myomlarda atipi, nekroz ve mitotik aktivite artışı gözlenmedi.

Anahtar Kelimeler: Leiomyoma, Laparoskopi, Histerektomi

SB-078

Tuboovaryan Apseye Laparoskopik Yaklaşım

Esra Beydemir, Erhan Demirdağ

Gazi üniversitesi kadın hastalıkları ve doğum, ankara

agnostik laparoskopi ile tanıyı kesinleştirmiş olduk. Postoperatif dönemde parenteral 10 gün boyunca antibiyoterpi alan hasta; 4 hafta antibiyoterpi planı ile taburcu edilmiştir.

Anahtar Kelimeler: tuboovaryan apse, drenaj, laparoskopik salpenjektomi

GİRİŞ: Tuboovaryan apse (TOA), fallop tüpleri ve overi içeren enfeksiyon sonucu oluşan bir apsedir. Risk faktörleri; pelvik inflammatuar hastalık (PID), cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlar, birden fazla cinsel partner, geçirilmiş tuboovaryan abse veya PID, intrauterin araç kullanımı, jinekolojik cerrahi müdahaleler, postpartum veya postabortal enfeksiyonlar, immünyetmezlik ve sigara kullanımıdır. PID geçiren kadınların %15-20'sinde TOA gelişebilir. PID yaygınlığına bağlı olarak, üreme çağındaki kadınlar arasında TOA oluşma olasılığı %2-10 arasında değişebilir. Semptomları; alt kadran ağrısı, ateş titreme, adet düzensizliği, dizüri ve vajinal akıntı olarak sıralayabiliriz. Hastamızda 17 yıldır intrauterin araç kullanım öyküsü mevcut.

OLGU: Hastamızın ana şikayeti; bilinen ek hastalığı olmamakla beraber, yaygın karın ağrısı ile beraber ara ara ateş yükseklikleridir. Yaklaşık 2 hafta önce başlayan yaygın karın ağrısı son 2 gündür sol alt kadrana lokalize olup ara ara tekrarlayan 39 derece ateş yüksekliği olmuş. Hasta tarafımıza acil servisten çekilen tomografide sol adneksiyel lojda yaklaşık 10 cm bilobule kalın cidarlı kistik yapı görülmesi üzerine danışılıyor. Tarafımızca yatışı yapılarak tuboovaryan apse ön tanısı ile antibiyoterapisi başlanan hasta 2 gün sonra diagnostik laparoskopi amacıyla opere edildi. Eksplozasyonda bağırsaklar karın ön duvarına adheze görünümde izlendi, uterus ve bilateral adneksler bağırsaklara adheze şekilde konglomere kitle yapıda idi. Sol adneksiyel alanda apse formasyonu ile uyumlu görünüm izlenmiş olup adhezyonlar künt ve keskin diseksiyonlarla diseksiyonlar sonucunda uterus ve bilateral adnekslere ulaşıldı, uterus ve adnekslerin konglomere kitle halinde birbirine ve douglasa yapışık olduğu görüldü. Pü drene edilip apse kültürü için örnek alındı. Apse içeriği aspire edildikten sonra apseye ait dokular endobag yardımıyla dışarı çıkarıldı.

SONUÇ: Olguda risk faktörü olarak 17 yıldır intrauterin araç kullanım öyküsü mevcut olduğuna dikkat çekmek istiyoruz. Semptomlar non spesifik olmakla beraber yapılan ultrasonik görüntüleme internal ekolar içeren kompleks, yoğun içerikli ve düzgün sınırlı kistik yapı dikkatimizi çekmiştir. Enfeksiyona sekonder reaktif trombositoz, lökositoz ve akut faz reaktan yüksekliği de olunca ön tanımız tuboovaryan apse olup di-

SB-079

Laparoscopy-assisted Tension-Free Vaginal Tape in stress incontinence and extracorporeal knotting to close Retzius space

Sertaç Ayçiçek, Pelin Değirmenci Ayçiçek

Clinic of Gynecology and Obstetrics, Health Sciences
University Gazi Yaşargil EAH, Diyarbakır

Stress incontinence, also known as stress urinary incontinence (SUI) or effort incontinence is a form of urinary incontinence. It is due to inadequate closure of the bladder outlet by the urethral sphincter.

Tension-free vaginal tape (TVT) sling, bandın yerleştirilmesi ve konumlandırılması için üç küçük kesi gerektiren minimal invaziv bir operasyondur. Bandın yerleştirilebilmesi için alt karın bölgesinin (karın) her iki tarafında 1 cm'lik bir kesik ile vajinada 3 cm'lik bir kesi yapılır.

The retropubic space (also known as the prevesical space, cave of Retzius or cavum Retzii) is an extraperitoneal space located posterior to the pubic symphysis and anterior to the urinary bladder. It is separated from the anterior abdominal wall by the transversalis fascia and extends to the level of the umbilicus.

The aim of our study was to show the anatomical structures through which the mesh applied via TVT by laparoscopic opening of the retinal cavity passes. Also to demonstrate the extracorporeal knot technique while reclosing the peritoneum.

Our patient is 39 years old and has 2 children. She complained of urinary incontinence manifested by coughing, straining and sneezing. Urinary incontinence was visibly detected in the examination. With laparoscopy performed under general anesthesia, the Retriuz gap was opened and then incision was made vaginally. The TVT needle was inserted 1 cm lateral to the symphysis pubis and the mesh was withdrawn from the vagina. After bleeding control, the peritoneum was closed by extracorporeal knotting with number 1 Vicryl.

Keywords: Retzius space, Stress Urinary İncontinence, Tension-free Vaginal Type

SB-080

Uterin Didelfis Olgularına Laparoskopik Yaklaşım

Esra Beydemir¹, Gizem Işık Solmaz², M. Funda Cevher Akdulum¹, Nuray Bozkurt¹

¹Gazi üniversitesi Kadın Hastalıkları ve Doğum, Ankara
²Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Ankara

GİRİŞ: Mülleryan kanal anomalileri %0,1- 3,5 sıklıkla görülmektedir. Uterus didelfis, Müller kanallarının füzyonundaki anormallik veya septum abzorpsiyonundaki yetersizlik sonucu oluşan konjenital anomalilerin oluşturduğu heterojen bir gruptur. Mülleryan kanal füzyon defekti olan hastaların fertilitate ve gebelik sonuçlarının iyi olmadığı bilinmektedir; gebelik oluşmuş ise, gebelik döneminde perinatal morbidite-mortalite, prematürite, erken membran rüptürü, anormal fetal prezentasyon ve spontan abortus insidansı artmıştır. Fakat diğer uterin anomalilere göre uterin didelfisi olan hastalarda sonuçlar biraz daha iyidir. Ayrıca mülleryan kanal malformasyonlarına eşlik eden renal anomali insidansı %20 olarak bildirilmektedir. Bizim olgumuzda ise ek bir ürogenital sistem anomalisine rastlanmadı. Biz bu olguda laparoskopik olarak uterin didelfis vakalarına yaklaşımı ele aldık

OLGU: 43 yaşında olan hastanın bilinen ek hastalığı bulunmamaktadır. Term gebelik öyküsü olan hastanın sezaryen ile 1 doğumu mevcuttur, abortus öyküsü bulunmamaktadır. Hasta anormal uterin kanama nedeni ile kliniğimize başvurmuştur. Yapılan jinekolojik muayenede; longitudinal vaginal septum ve iki adet servikal açıklık gözlemlendi. Yapılan ultrason görüntülemesinde didelfis uterus izlenmiş olup büyük izlenen kavitede polip görüldü. Jinekolojik muayene ve transvaginal ultrasonografi sonrasında uterus didelfisten şüphelenildikten sonra histerosalpingografiyle tanı doğrulanmıştır. Ardından histerektomi ile polip çıkarılmıştır. Patoloji sonucu polip zemininde basit atipisiz hiperplazi olarak raporlanmıştır. Hastaya 6 ay tarlusal kullanımının ardından vajinal kanaması durmayınca yine polip çıkarılan kaviteye mirena uygulanmıştır. Mirena kullanımına rağmen vajinal kanaması devam eden hastaya laparoskopik histerektomi ve unilateral salpingoofektomi kararı alınmıştır. hastanın operasyonu sırasında didelfis uterus bütün olarak çıkarılmış olup, bilateral üreterler kontrol edilmiş komplikasyon olmamıştır.

SONUÇ: Mülleryan kanal anomalileri infertilite nedenleri arasında yer almakta ve obstetrik komplikasyon oranlarını artırmaktadır. Bunun yanı sıra müllerian kanal anomalilerinin

de anormal uterin kanama yönetimi daha zor olmaktadır. iki kavite varlığında AUK kontrolü oldukça zordur ve cerrahi gerektirir. Mülleryan kanal anomalileri olan hastalarda genellikle eşlik eden üriner sistem anomalileri de mevcuttur. Hastamızda yapılan preop görüntülemeye üriner sistem anomalisi olmadığı görülmektedir. AUK ilaca dirençli olduğu için minimal invaziv yöntem ile histerektomi yapılması gerekmiştir.

Anahtar Kelimeler: uterin didelfis, anormal uterin kanama, laparoskopik histerektomi

SB-081

Uterine Cancer With Solitary Metastasis to the Appendix

Fidan Novruzova, Akbar Ibrahimov, Aygun Hasanova
Department of Gynecologic Oncology, Azerbaijan Medical University, Baku

OBJECTIVE: Metastatic tumors of the appendix are rare. Endometrial cancer tends to metastasize by directly invading close structures; the lung, liver, bones, and brain are common sites of distant metastasis.

Therefore, the aim of this surgical video is to demonstrate uncommon spread pattern of the endometrial cancer.

METHODS: A step-by-step explanation of the procedure which was performed on the patient using a video. **RESULTS:** The article provides information about the authors' clinical observation of a 69-year-old patient with uterine cancer metastasized to the appendix. The patient underwent complex clinical, laboratory and instrumental examinations, and during the pelvic MRI examination, a 22x14 mm tumor was found in the endometrial cavity. Abdomen CT scan with oral and intravenous contrast revealed a pathological mass of 22x14 mm in the uterine cavity, as well as a 50x40 mm tumor in the appendix. The right hemicolectomy + total abdominal hysterectomy + bilateral salpingo-oophorectomy + total omentectomy + ileotransvers anastomosis were carried out in the department of Gynecological Oncology, Azerbaijan Medical University. Pathological examination of the material revealed endometrial carcinoma in the uterine body, the appendix with endometrioid carcinoma infiltration (metastasis) in the wall. Metastasis was found in 5 of the lymph nodes. The postoperative period was uneventful.

CONCLUSION: This case demonstrates that metastatic tumors can naturally fuse with the tissue at the site of metastasis. A correct diagnosis should be made by combining the patient's medical history with morphologic and immunohistochemical test results. The differentiation between primary and metastatic tumors is important for staging the tumor, choosing appropriate treatment, and estimating prognosis.

Keywords: Endometrium, Appendix, Adenocarcinoma, Metastasis

SB-082

Lokalizasyon farklılıklarına göre Endometrioma tanılı hastaların klinik verilerinin karşılaştırılması

Ramazan Erda Pay, Tuğba Ağbal, Aysu Yeşim Tezcan, Sezin
Ertürk Aksakal, Hüseyin Levent Keskin
Etlik Şehir Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Servisi

AMAÇ: Endometriomalar, endometrioizisten kaynaklanan ve overlerde bulunan kistik lezyonlardır. Endometrioma, endometrioizis öyküsü olan kadınların %17-44'ünde tespit edilir ve benign over kistlerinin yaklaşık üçte birini oluşturur. Endometrioizis, bazı kadınların ağırlı semptomlar bildirmesi veya infertilite gibi ilişkili komplikasyonlara neden olması, bazılarının ise asemptomatik olması nedeniyle klinik yönetimde büyük bir zorluk teşkil eder. Endometrioizisin karmaşık patogenezi ve klinik yönetimi tartışmalı olmaya devam etmektedir. Bu çalışmadaki amacımız endometrioma yönetiminde endometrioma Lokalizasyon farklılıklarına göre sonuçlarının incelemektir.

YÖNTEM: Etlik Şehir Hastanesi Jinekoloji Servisinde Ocak 2023 - Ocak 2024 aralığında Endometrioma tanısı ile hastaneye yatışı gerçekleştirilen hastaların verileri retrospektif olarak incelendi. Hastaların demografik ve klinik verileri incelendi. Hastaların Endometrioma tanısı aldığında yapılan USG ile görüntülemesine göre Unilateral ve Bilateral olarak gruplara ayrıldı.

BULGULAR: Çalışmaya dahil edilen hastadan 42'si (%72,4) Unilateral Grup 1, 16'sı (%27,6) Bilateral Grup 2'deydi. Gruplar arasında Yaş (p=0,69), BMI (p=0,47) Doğum Şekli (x2,0,70), Ek Komorbid Hastalık (x2,0,12), Geçirilmiş cerrahi öyküsü (x2,0,74), Endometrioma maksimum boyutu (p=0,42), Operasyon tipi (p=0,70) Hastanede yatış süresi (p=0,55), Dren kalma süresi (p=0,53), SII (p=0,75) ve SIRI (p=0,97) CA125 (p=0,60) CA19-9 (p=0,84) değerleri açısından gruplar arasında anlamlı farklılık izlenmedi.

SONUÇ: Çalışma sonucunda unilateral ve bilateral lokalizasyonu olan Endometrioma açısından gruplar arasında bakılan parametreler açısından farklılık izlenmiştir. Bilateral yerleşimli endometriomaların fertilite ve hasta semptomlarına olan etkilerinin daha komplikatif olduğunu gösteren çalışmalar olmakla birlikte çalışmamızın daha çok merkezli ve daha çok hasta sayılı çalışmalarıyla desteklenmesi gerektiğini düşünüyoruz.

Anahtar Kelimeler: Endometrioma, endometrioizis, Laparoskopi,

SB-083

A case of spontaneous uterine fundus rupture in term pregnancy: as a risk factor of septum resection operation?

Ayşe Gizem Yıldız, Elif Ece Özen Öztürk,
Yaprak Engin Üstün, Mesut Şimşek
Ankara Etlik Zübeyde Hanım Gynecology Training and
Research Hospital, Gynecology and Obstetrics Department

INTRODUCTION: The uterine septum represents the most common Müllerian anomaly and is linked with recurrent pregnancy loss and infertility. Uterine rupture after hysteroscopic septum resection is a rare complication, with a reported incidence of approximately 1-2.7%. Uterine rupture is a life-threatening pregnancy complication. Hysteroscopic surgeries such as septum resection are known risk factors for uterine rupture in pregnancy following the operation.

CASE: A 31-year-old patient applied to us in June, 2024 with a complaint of rupture of membranes. She was 37 weeks pregnant. Her past obstetric history included a cesarean section at 32 weeks in 2015. In 2021, patient applies to an external center due to secondary infertility. Diagnostic laparoscopy and hysteroscopy was planned in the same session. We do not know if there are complications during hysteroscopy. Preoperative hysterosalpingography image is available. (figure- 1) 2 years after the patient became spontaneously pregnant. The patient came to the emergency department with a complaint of amnion retention. Emergency cesarean section was planned. By applying spinal anesthesia, the abdomen was entered through a pfannenstiel incision. The uterus was entered through a lower segment transverse incision and a single live fetus weighing 2805 grams was delivered. When the uterus was taken out of the abdomen, complete ruptured area of approximately three centimeters originating from the fundus was observed. (figure-2) The lower segmental incision was quickly closed with a single layer locked and the fundal perforated area was closed with a double layer without skipping. (figure-3) However, the uterus was atonic, but there is no response to medical treatment. Compression sutures were not tried because of the fundus was extremely fragile. Therefore, intrauterine tamponade was applied. There were no post operative problems. No intensive care hospitalization for the baby. Patient was externed on post operative day three.

DISCUSSION: A review of the literature indicates that cases of uterine rupture following hysteroscopic septum

resection are solely documented in case reports. Significant factor is the frequency and intensity of uterine contractions during pregnancy. Our case presented with premature rupture of membranes. Also uterine contractions were present and cervical dilatation progressed rapidly on vaginal examination. All this shows that our patient was at high risk for uterine rupture. There is no consensus on the safe interval period between hysteroscopic septum resection and a subsequent pregnancy. Management is controversial. Until more reliable methods are available, it is important to inform patients about the potential symptoms of uterine rupture, and physicians should remain vigilant regarding the well-being of both the fetus and the mother.

Keywords: uterin rupture, hysteroscopy, septum resection

figure 2



Figure 2: Image of the rupture area before repair

figure 3

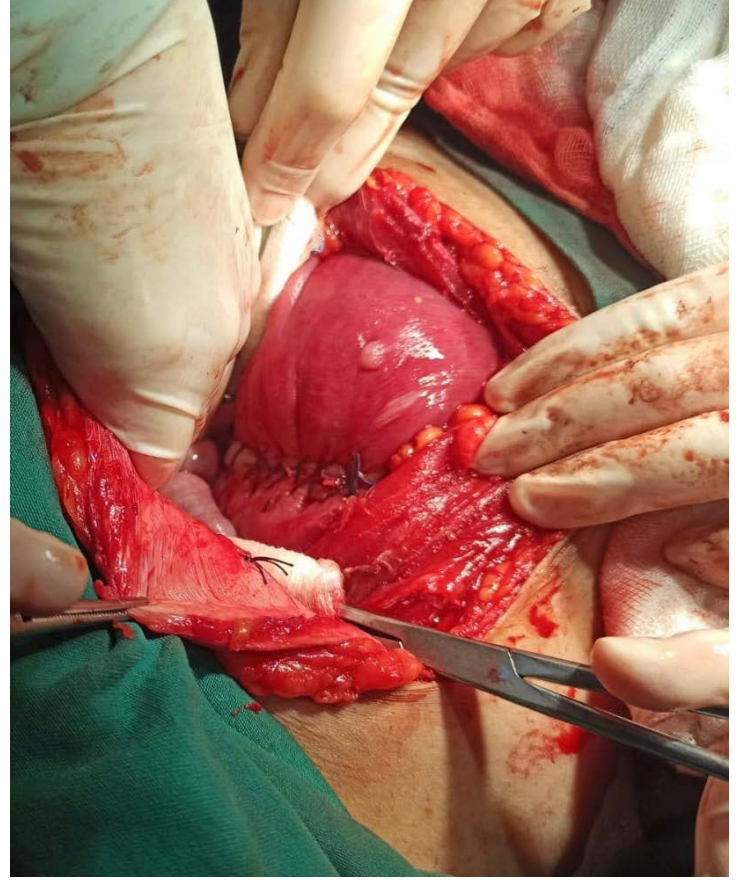


Figure 3: Image of the ruptured area after repair

figure-1



Preoperative hysterosalpingography image

SB-084

Dev over kisti (müsinöz kistadenom) laparoskopik olarak eksizyonu ve overin pelvik yan duvara fiksasyonu

Merve Ugur, Fatma Elif Işık Eryılmaz

Antalya Şehir Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Ana
Bilim Dalı, Antalya

GİRİŞ: Overin benign müsinöz kistadenomu büyük boyutlara ulaşabilir. Gelişimi esnasında karın içi organlara bası yaparak semptomatik hale gelebilir. Benign müsinöz kistadenom tüm over malignitelerinin %15'ini oluşturmaktadır. Küçük boyutlardaki kistadenomlar genellikle rastlantısal olarak tespit edilir. Tanı ve tedavisi geciken abdominal kistler ağrı, kanama, perforasyon, intestinal obstrüksiyona neden olabilir.

Primer over müsinöz tümörleri tipik olarak düzgün bir dış yüzeye ve müsinöz içeriğe sahip büyük tek taraflı multiloküle lezyonlar olarak gözlenir. MRG bulguları bu makroskopik özellikleri yansıtır. Papiller çıkıntıların bulunması, olası bir sınırda malignite veya kistadenokarsinom şüphesi uyandırır.

Ameliyat öncesi serum CA 125, karsinoembriyonik antijen (CEA) ve CA 19-9 düzeylerini analiz etmek ve takipte bu belirteçlerin rutin olarak değerlendirilmesi over kanserlerinin tanısında değerlidir.

OLGU: 22 yaşında şiddetli karın ağrısı ve baskı hissi şikayetleri ile polikliniğimize başvuran ve yapılan değerlendirmede dev over kisti saptanan hastamıza LS over kist kapsül eksizyonu ve takiben torsiyon gelişme riskine karşı önlem amaçlı over dokusunun pelvik yan duvara fiksasyonu işlemleri yapıldı.

FM: umblikus seviyesinin 4-5 cm üstüne kadar elle muayene edilebiliyor;

USG: fundus seviyesinden başlayıp supraumblikal seviyelere kadar uzanan, ince cidarlı içerisinde septasyonlar- papiller çıkıntılar bulundurmayan, uniloküle görünümde sol over kaynaklı olduğu düşünülen basit görünümlü over kisti,

MR: 25cm x19cm x8 cm boyutlarında homojen içerikli difüzyon kısıtlaması göstermeyen mural komponent ya da septa izlenmeyen over kisti, iliac zincirlerde LAP saptanmadı.

Ca tm marker: negatif

Post operatif patoloji sonucu: Müsinöz kistadenom olarak raporlandı.

Hastamızda preop değerlendirmesinde müsinöz kistadenom olarak değerlendirildi. Hastamızın yaşı, fertilite istemi oluşu ve preop değerlendirmede kist özelliklerinin benign olması nedenleriyle laparoskopik kist kapsül eksizyonu yapılması planlandı. Vaka LS olarak tamamlandı. Kist kapsülü endobag içinde batın dışına alındı. Kist kapsülünü çevreleyen over dokusu kanama kontrolünü takiben korunarak suture edildi. Geriye kalan dokunun büyük olması sebebiyle torsiyon gelişebileceği düşünülerek pelvik yan duvara absorbable sutur ile fiks edildi.

SONUÇ: Operasyon sonrası kısa hospitalizasyon süresi ve normal aktiviteye dönüşün hızlı olması, kozmetik sonuçlar gibi avantajları nedeniyle cerrahinin laparoskopik olarak yapılması laparotomik yöntemlere göre daha avantajlıdır. Benign özellikleri baskın olan müsinöz kistadenom gibi overyan kistler dev boyutlara ulaşsalar bile batın içerisine yayılım olmadan, kist kapsülü büsbütün halde laparoskopik olarak eksize edilebilir.

Anahtar Kelimeler: laparoskopi, over kist, müsinöz kistadenom

SB-085

Surgical and oncological outcomes in women with endometrial cancer treated by minimally invasive surgery. A Retrospective Study in Baku, Azerbaijan

Aygun Hasanova, Akbar Ibrahimov, Fidan Novruzova
Department of Oncology, Azerbaijan Medical University,
Baku, Azerbaijan

INTRODUCTION: This single-center study's main objectives were to analyze the perioperative complications following minimally invasive surgery (MIS) for endometrial cancer in a group of 95 women, as well as the overall survival and recurrence rate.

MATERIALS AND METHODS: A retrospective review of the records of 117 patients with endometrial cancer who had surgery between 2018 and 2024 was conducted at the Department of Oncology at Azerbaijan Medical University. The research's inclusion criteria included cases with both endometrioid and non-endometrioid histological types of cancer, patients with histological grades I-III, and patients having their pelvic and periaortic lymph nodes assessed. 117 patients in all had laparoscopic (LPS) and laparotomic (LPT) procedures performed. Preoperatively, the doctor or the patient made the decision between LPS and LPT approaches based on the patient's parameters and preferences. There were 95 (n=95) endometrial cancer patients who had pelvic lymph node dissection and LPS hysterectomy. The study excluded 22 women (n=22) who had undergone LPT hysterectomy with dissection of the pelvic and aortic lymph nodes. A gynecologic oncology expert performed the entire surgical operation. Each and every person received TH and BSO. Moreover, 92 patients had PLND procedures. PLND involves the removal of lymphatic tissues around external and common iliac vessels and from the obturator fossa. The updated FIGO staging systems from 2009 and 2023 were used to classify patients with EC. Evaluations were conducted on the patients' clinical and pathological features, age, histological type, grade, myometrial invasion status, tumor size, LVSI, involvement of the ovaries and cervix, and existence of lymphatic metastases.

RESULTS: The most common performed surgical procedure was laparoscopic hysterectomy+BSO+BPLND in ninety-two (96.9%) patients. The number of premenopausal and postmenopausal women were 11 (11,6%) and 84 (88,4%), respectively. 69 (72.6%) of the patients had a BMI>30. There

was no convert from laparoscopy to laparotomy during the surgical process.

Duration of procedure more than 120 minutes in laparoscopy was 65 (68.4%). Additionally, shorter hospital stay (≤ 4 days) was 74 (77.9%). In the study population, the longest observation duration was 77 months. The recurrence was recorded in twelve patients (12.6%). During the follow-up period, survival data were gathered, and they revealed 83 (87,4%) patients alive.

CONCLUSION: Laparoscopic surgery may be conducted with a comparable level of lymph node dissection to laparotomy, a shorter hospital stay, and fewer postoperative infections. MIS should be encouraged in the treatment of endometrial cancer nowadays in all low-income countries.

Keywords: laparoscopic surgery, endometrial cancer, laparotomy

SB-086

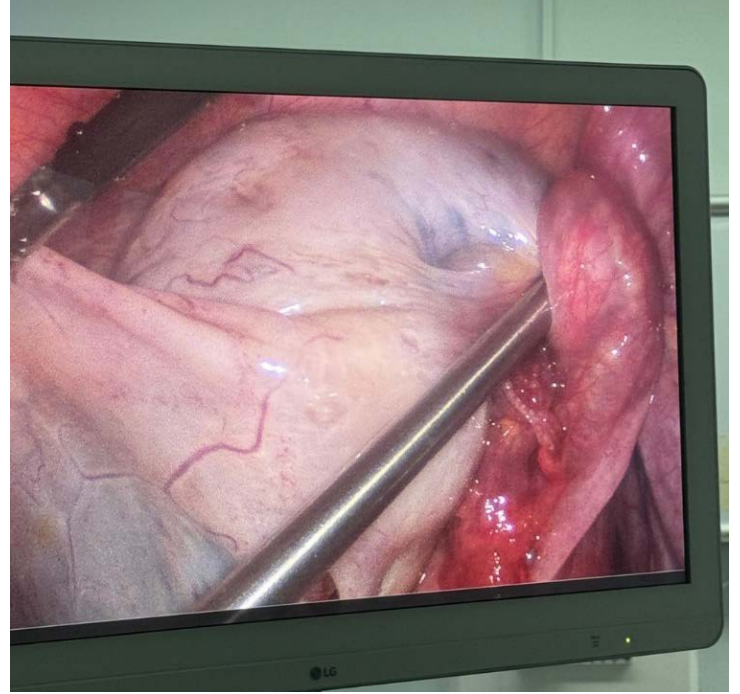
Adnexal Torsion in a 6-Week and 2-Day IVF Pregnancy

Ayça Küçükyurt, Gözdem Durak, Ebru Güner, Nil Atakul
Department of Obstetrics and Gynecology, Istanbul Training and Research Hospital, Istanbul, Turkey

Ovarian torsion can occur in women of all reproductive ages. Although AT during pregnancy is rare. Ovarian stimulation treatments increase the size and number of follicular cysts, which in turn raises the risk of ovarian torsion. The right ovary is more likely to experience torsion. This may be due to the longer length of the right utero-ovarian ligament compared to the left or the presence of the sigmoid colon, which may limit the mobility of the left ovary and help prevent torsion. In this case report, we presented a 25-year-old woman who has gravida 2, parity 1, a normal vaginal delivery with an adnexal torsion at 6 weeks and 2 days of pregnancy, achieved through in vitro fertilization (IVF). She had severe pelvic pain, nausea, and vomiting. An ultrasound examination (USG) revealed a positive fetal heartbeat (FHB) in an embryo consistent with 6 weeks and 2 days of intrauterine pregnancy. Additionally, a thick-walled cyst measuring approximately 12 cm was observed in the right adnexal area, along with a 4 cm thin-walled cyst in the left ovary. In physical examination revealed tenderness in the right lower quadrant. A pre-operative general surgery evaluation was also conducted and the diagnostic laparoscopy was performed with suspected ovarian torsion and appendicitis. During exploration, a mass measuring approximately 12x10 cm was found in the right adnexal area, twisted with the fallopian tubes (Picture 1, Picture 2). The cyst in the left ovary had ruptured. Minimal hemorrhagic fluid was in the Douglas. The cyst was first aspirated, and the ovarian tissue was visualized as the size decreased. The cyst content was serous. Detorsion of the right ovarian cyst wall (corpus luteum) with the fallopian tubes revealed a four-turn twist. The ovary regained its color. No abnormalities were found regarding the appendix. The patient was discharged with a positive FHB in USG. The diagnostic challenges of acute abdominal conditions in early pregnancy and to examine the differences in acute abdominal presentations in patients with IVF pregnancy history compared to those with normal pregnancies. In IVF pregnancies, the increase in ovarian size due to stimulation treatment, enlargement of follicular cysts, corpus luteum, the possibility of ovarian hyperstimulation, and the resulting increased risk of adnexal torsion are emphasized.

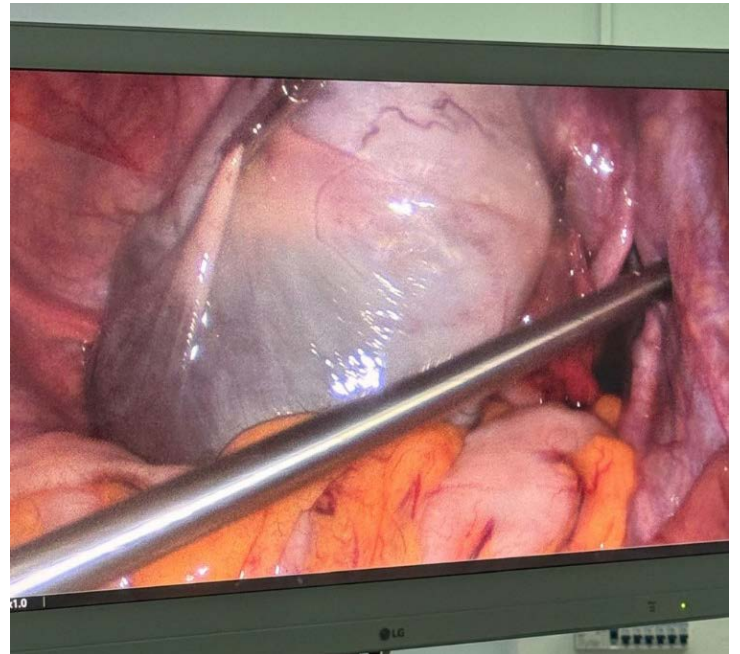
Keywords: IVF pregnancy, ovarian torsion, acute abdomen

Picture 1



Picture 1 (in the operation)

Picture 2



Picture 2 (in the operation)

SB-087

A RARE CASE: A unilateral twin ectopic pregnancy in the fallopian tube after embryo transfer

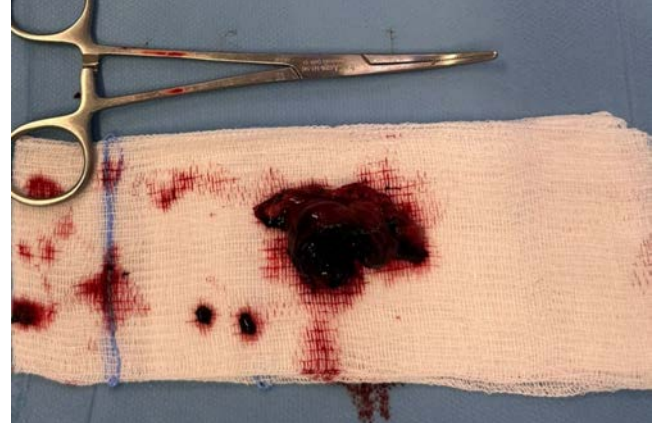
Müge Selçuk, Yaşam Kemal Akpak, Selviye Halksever
Özvatan

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

In-vitro fertilization-embryo transfer (IVF-ET) is an important component of assisted fertility technology, and ectopic pregnancy (EP) is one of the common complications of IVF-ET. The incidence of ectopic pregnancy in ART cycle is 1% ~ 5%, which is more than 2 times higher than that in natural cycle. A 42-year-old woman (gravida 4 abort 2 ectopic pregnancy 1) was presented to gynecologic emergency department with lower abdominal pain for three hours. She had no other complaint and her vital signs were stable. On her obstetric history she had had the ivf treatment at her all three previous pregnancies which resulted as early pregnancy loss and one ectopic pregnancy. Her previous ectopic pregnancy had been treated by methotrexate 1 year ago. Her ivf treatment had been conducted with meriofert 300IU, and after ivf treatment she had had 6 embryos and gone through PGD (pre-implantation genetic diagnosis). In this case frozen-thawed embryo transfer was one of the selected as healthy by PGD. By the time she applied to our clinic she had already treated by methotrexate 80 mg for her current ectopic pregnancy 4 days ago at another clinic. On Abdominal examination; the abdomen was flat, moving with respiration, soft and non-tender. Transvaginal ultrasound were performed showing an empty uterus, with 11 mm thickness. On the left side of the adnexa there was a gestational sac and two embryos within. There wasn't intertwin membrane and no cardiac activity was seen on Doppler. In light of all the findings, the patient was diagnosed with left unilateral twin tubal pregnancy. We performed laparoscopic unilateral left salpingectomy under general anesthesia. Our surgical findings detected a 4 cm ectopic mass in the ampulla region. The postoperative period passed without complications. Most cases of ectopic pregnancy are single pregnancies, but in rare cases, it can be a twin pregnancy. Ectopic pregnancy, especially twin ectopic, requires prompt identification and therapy in order to reduce morbidity and mortality.

Keywords: embryo transfer, ivf, twin ectopic pregnancy

ectopic twin pregnancy



macroscopic view of the ectopic pregnancy material

ectopic twin pregnancy



perioperative image

ectopic twin pregnancy



ultrasound image

SB-088

Laparoscopic Wertheim Operation, Sentinel Lymph Node Dissection, and Laparoscopic Pelvic Lymphadenectomy

Hande Esra Koca Yıldırım, Baran Yeşil, Burak Ersak,
Caner Çakır

Ankara Etlik City Hospital, Department of Gynecological
Oncology Surgery

The staging of cervical cancer is based on clinical, radiological and surgical findings. Screening for lymph node metastases is extremely important in determining the prognosis and treatment plan and is now part of the International Federation of Gynecology and Obstetrics staging. Therefore, dissection of the pelvic and/or para-aortic lymph nodes is part of the surgery for patients with early stage and locally advanced disease. In early-stage cervical cancer, information about lymph node involvement depends on whether the primary treatment will be surgery or chemoradiotherapy and whether adjuvant chemoradiotherapy will be given. They help to decide whether it should be administered or not. A sentinel lymph node (SLN) is defined as a lymph node that is directly connected to the primary tumor via a lymphatic channel and represents the lymph node(s) most likely to receive first metastases from the primary tumor. SLN detection is increasingly used in the treatment of endometrial and cervical cancer and is endorsed in the guidelines of the Society for Gynecologic Oncology and the National Comprehensive Cancer Network. This video presents the surgery we performed on a case diagnosed with adenocarcinoma of the cervix.

Keywords: Laparoscopic Wertheim Operation, Sentinel Lymph Node, Laparoscopic Lymphadenectomy

SB-089

Nadir bir diskezi olgusu

Ali Rıza Doğan¹, Tuğba Kınay², Alpay Uzun¹

¹Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Ankara Etlik Zübeyde Hanım
Kadın Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Ankara

²Ankara Etlik Şehir Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum,
Ankara

GİRİŞ: Diskezi, zor veya ağrılı dışkılama olarak tanımlanır ve yetişkin nüfusta %6.7 ile %24.5 arasında görülür. Genellikle anal fissürler ve kolorektal kanserler gibi gastrointestinal hastalıklarla ilişkilidir. Nörolojik, metabolik ve bazı jinekolojik hastalıklar da diskezinin nedenleri arasında yer alabilir, en yaygın jinekolojik neden endometriozistir. Transvers vajinal septum nadir görülen bir doğumsal anomali olup, komplet veya inkomplet olabilir. Komplet septum vakalarında primer amenore ve siklik pelvik ağrı sık görülürken, inkomplet septum vakalarında disparoni, tampon kullanmada zorluk, dismenore ve infertilite görülebilir. Bu olgu sunumunda, diskeziye neden olan inkomplet transvers vajinal septum vakası ve posterolateral kolpotomi ile tedavisi detaylandırılmaktadır.

YÖNTEMLER: 42 yaşında, nullipar kadın hasta, 20 yıldır devam eden diskezi şikayetiyle başvurdu. Kabızlık veya ishal dönemlerinde şikayetleri devam ediyordu. Adetleri düzenliydi ve cinsel olarak aktif değildi. Geniş kapsamlı görüntüleme (abdominal bilgisayar tomografisi, manyetik rezonans görüntüleme, fleksibl sigmoidoskopi ve kolonoskopi) yapılarak intra-abdominal veya barsak patolojisi saptanmadı. Vajinal muayenede, vajinanın orta seviyesinde fibrotik halka şeklinde inkomplet transvers vajinal septum tespit edildi ve palpasyon sırasında yoğun ağrıya neden oldu. Başka bir patoloji saptanmadığı için cerrahi müdahale kararı alındı. Tıbbi kayıtların ve görüntülerin kullanılmasına yönelik bilgilendirilmiş onam alındı. Genel anestezi altında posterolateral kolpotomi gerçekleştirildi. Saat 4 ve 8 pozisyonlarında vajinal eksene paralel ve septuma dik olarak 2 cm'lik bilateral kolpotomi yapıldı ve vajinal aksa dik olarak sütürize edildi. Septum seviyesinde vajende 4cm genişlik elde edildi. Serviks işlem sonrasında vizüalize edildi.

BULGULAR: İşlem yaklaşık 20 dakika sürdü. Ameliyat sonrası hastanın diskezi şikayeti hemen ve tamamen düzeldi. Ameliyat sonrası 12 gün boyunca vajinal mold kullanıldı. Ameliyattan 2 ay sonra yapılan takip ziyaretinde vajinal mukozanın tam epitelizeasyonu gözlemlendi ve darlık oluşumu görülmedi.

SONUÇ: Bu vaka, transvers vajinal septumun diskeziye neden olabileceğini göstermektedir. Diskezi vakalarında gastrointestinal patoloji bulunamadığında vajinal muayenenin etiyojolojiyi ortaya çıkarabileceği unutulmamalıdır.

Posterolateral kolpotomi tekniği, inkomplet transvers vajinal septumun tedavisinde etkili olup ameliyat sonrası vajinal striktür oluşumunu önlemiştir. Vajinal duvarı çevreleyen sürekli bir sütur hattı olmaması nedeniyle bu teknik, diğer yöntemlere göre daha düşük vajinal striktür oluşum riski taşıyabilir. Bu cerrahi yöntemin uzun dönem sonuçlarını değerlendirmek için daha geniş vaka serileri ile çalışmalar gerekmektedir.

Anahtar Kelimeler: diskezi, transvers vajinal septum, posterolateral kolpotomi, ağırlı defekasyon, vajinal striktür, cerrahi

SB-090

Müllerian Anomalisi olan Hastada ICG-Green ile Üriner Sistem Görüntüleme ve Robotik Total Histerektomi *Komplet Septat Uterus, Duplike Serviks ve Longitudinal Vajinal Septum*

Mustafa Melih Erkan

Medicana International İzmir Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum, İzmir

Kadın genital sisteminin yapısal anomalileri yani Müllerian anomaliler sıklıkla diğer organlarda da eşlik eden bazı yapısal değişikliklerle karşımıza çıkar. Bunlardan en sık birlik-telik göstereni üriner sistem anomalileridir. Özellikle renal, üreteral ve mesane ile ilgili anomaliler bu hastalarda sıklıkla karşılaştığımız durumlardır. Bizim bu olgumuzda servikal intraepitelial neoplazi nedenli histerektomi planlanmış bir Müllerian anomali hastası ele alınmıştır. Komple septa uterus, duplike serviks ve longitudinal vajinal septumu planlanan hastanın HPV tip16-18 pozitifliği nedenli her iki serviksine de kolposkopi yapılmış, CIN II ve CIN III lezyonlar saptanmış, hastaya robotik total Histerektomi ve vajinal septumun eksizyonu planlanmıştır. Ancak eşlik edebilecek uriner sistem anomalilerine karşın ureter kateterizasyonu planlanmış ve operasyon boyunca ICG-Green ile ureter haritalandırması yapılmıştır. Bu olguda operasyon yöntemi, operasyon öncesi hazırlıklar ve operasyon sonrasında gelişen komplikasyonlar anlatılmıştır.

Anahtar Kelimeler: ICG-green, Müllerian Anomali, Robotik Histerektomi

SB-091

Sigmoid kolon mezosuna implante kronik pelvik ağrı ile bulgu veren batın içi kayıp RIA'nın laparoskopik olarak çıkarılması, video sunum

Hasan Turan¹, Mürside Çevikoğlu Kılıç²

¹Mersin Şehir Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Mersin

²Mersin Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi, Mersin

Rahim içi araç (RIA) etkili, geri dönüşümü hızlı ve toplumda yaygın olarak kullanılan bir doğum kontrol yöntemidir. RIA uygulama esnasında uterin perforasyon veya uygulamadan bağımsız sonrasında batın içine, pelvise, mesaneye, rektum ve kolona nadir de olsa migrasyon ile komplike olabilir ve saptanması hayati öneme sahip olabilmektedir. 38 yaşında, 3 spontan vajinal doğumu olan hasta yaklaşık bir buçuk yıl önce dış merkezde RIA yerleştirme öyküsü olup, iki aydır süren karın ağrısı yakınması ile polikliniğimize başvurdu. Akut batın bulgusu olmayan hastada yapılan muayene ve tetkiklerle RIA'nın uterin kavite dışında saptanması üzerine tanısal laparoskopi planlandı. Eksplorasyonda sigmoid kolon duvarı intakt ancak mezokolona migrasyon gösteren, kendini sınırlamaya başlamış ancak tamamen abseleşmemiş bir RIA saptandı. RIA, dikkatli künt ve keskin adezyolizis, sigmoid kolon ve mezokolon disseksiyonu ile çıkartıldı (disseksiyon ile ilgili teknik detaylar video bildiride mevcuttur). Kanama kontrolü, barsak bütünlüğü kontrolleri ve hava kaçak testi sonrası bir adet nelaton dren yerleştirildi. Hasta postoperatif 5. günde sorunsuz taburcu edildi. Rahim içi cihazların sigmoid kolon mezosuna migrasyonu nadir bir durumdur. RIA öyküsü olan hastalarda akut batın,abse formasyonu, bağırsak alışkanlıklarında değişiklik, kronik pelvik ağrı semptomları RIA'nın kolon göçünün bir işareti olabileceğini olarak akılda tutmalıdır.

Anahtar Kelimeler: batın içi kayıp RIA, pelvik ağrı, laparoskopik eksplorasyon, sigmoid mezokolon, uterin perforasyon

SB-092

Dangerous triangle: A deep endometriotic nodule involving the ureter, common iliac vein, and common iliac artery, resulting in stage 4 hydronephrosis

Merve Didem Eşkin Tanrıverdi¹, Hasan Onur Topçu²

¹Department of Obstetrics and Gynecology, Ankara Bilkent City Hospital, Ankara, Turkey

²Obstetrics and Gynecology, Nesta Clinic, Ankara, Turkey

INTRODUCTION: Ureteral endometriosis(UE) is an exceptionally rare yet severe manifestation of infiltrating endometriosis, as it poses the risk of urinary tract obstruction and subsequent impairment of renal function. UE often manifests with nonspecific symptoms and can lead to significant morbidity. While not always achievable, clinical, and radiologic assessments may aid in obtaining a preoperative diagnosis.

CASE: A 42-year-old female patient presented with pelvic-pain, dyspareunia, and left-flank-pain. On ultrasound examination, grade-4 hydronephrosis was detected in the left kidney, and the Douglas pouch was closed with a negative sliding sign observed. On magnetic resonance imaging, a deep endometriotic focus measuring 36*44 mm invading the parametrial fat tissue, colon, and both ovaries were identified in the posterior uterine corpus. Additionally, while the left ureter was dilated, measuring 18 mm, superior to the point where it crosses over the left common iliac vessels (CIVs), this dilation abruptly ceased at the location where the ureter immediately crosses over the CIVs. At the location where the ureteral dilation ceased, a lesion consistent with deep endometriosis measuring 11*8 mm was observed. Thus, laparoscopy was planned for the patient. First, double-J catheter was inserted to the left ureter and subsequently the laparoscopy was performed. The patient, whose Douglas pouch appeared obliterated, underwent careful dissection to release the colon and both ovaries, thereby opening the Douglas pouch. Thus, hysterectomy and bilateral salpingectomy were performed. Subsequently, retroperitoneal access was obtained, and the left ureter was freed from the point where it crosses over the CIVs, followed by excision of the endometriotic focus on it. During the patient's follow-up appointments, improvement as observed in both symptoms and hydronephrosis.

CONCLUSIONS: Ureteral involvement in endometriosis is rare (10% of cases) but should be considered in the

differential diagnosis for women experiencing ureteral obstruction of unknown origin. Early diagnosis and prompt relief of obstruction are crucial for achieving a successful outcome. Surgery remains the optimal therapeutic approach. However, it is important not to overlook the significance of careful dissection and the surgical team's experience in order to avoid vascular injuries that may occur, especially when the endometriotic focus, as in our case, is located at the point where the ureter crosses over the CIVs. Depending on the size of the nodule and the degree of fibrosis, such injuries could lead to high mortality rates. Greater awareness is essential for early diagnosis and management, as both are pivotal for improving outcomes.

Keywords: endometriosis, laparoscopic deep endometriosis surgery, ureter endometriosis

SB-093

Laparoscopic recurrence surgery in serous endometrial cancer with isolated paraaortic lymph node recurrence

Hande Nur Öncü, Candost Hanedan, Vakkas Korkmaz
Etlik City Hospital, Ankara

AIM: Serous endometrial cancer is a rare subtype, accounting for 5-10% of endometrial cancer cases. Approximately 50% experience recurrence within the first 2-3 years after diagnosis. Studies on laparoscopic surgery in recurrent endometrial cancer have shown that this method provides similar oncological outcomes, lower complication rates, and faster recovery compared to open surgery. We aim to present the laparoscopic recurrence surgery performed on a patient with serous endometrial cancer presenting with isolated paraaortic lymph node recurrence.

METHOD: A 50-year-old patient diagnosed with serous endometrial cancer underwent laparotomic staging surgery in December 2021 and was evaluated as stage 3c2, followed by chemotherapy. A control PET-CT in March 2024 showed a suspected isolated paraaortic lymph node recurrence measuring 15x11 mm with SUVmax:8.59 (figure 1). The patient underwent laparoscopic paraaortic lymph node excision.

RESULT: The laparoscopic dissection revealed a lymph node approximately 20 mm in size located below the left renal vein and above the inferior mesenteric artery. Pathology reported the 20 mm lymph node as consistent with metastatic serous carcinoma. The patient was discharged on the 3rd postoperative day without any complications.

CONCLUSIONS: There are several advantages to choosing laparoscopic surgery for recurrent endometrial cancer. In addition to the general benefits of minimally invasive surgery (MIS), the minimally invasive approach is less traumatic due to previous surgeries or radiotherapy. MIS offers less blood loss and faster recovery, which allows patients to return to everyday life and potential additional treatments more quickly. The laparoscopic approach, which provides fewer postoperative complications and advanced surgical techniques for the surgeon, can be considered the first option in suitable recurrent endometrial cancer patients.

1- Merritt MA, Cramer DW. Molecular pathogenesis of endometrial and ovarian cancer. Cancer Biomark. 2010;9(1-

6):287-305. doi:10.3233/CBM-2011-0167

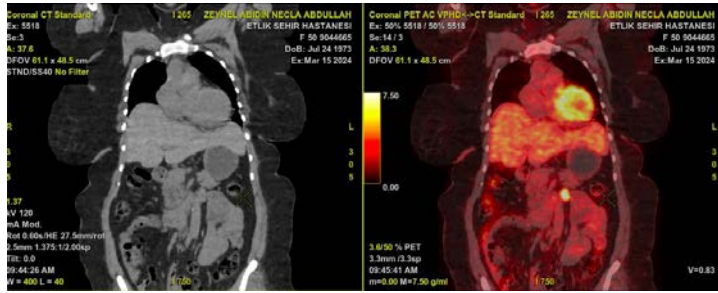
2- Hamilton CA, Cheung MK, Osann K, et al. Uterine papillary serous and clear cell carcinomas predict for poorer survival compared to grade 3 endometrioid corpus cancers. Br J Cancer. 2006;94(5):642-646. doi:10.1038/sj.bjc.6603012

3- Mourits MJ, Bijen CB, Arts HJ, et al. Safety of laparoscopy versus laparotomy in early stage endometrial cancer: a randomised trial. Lancet Oncol. 2010;11(8):763-771.

4- Uccella S, Zorzato PC, Gisone B, et al. Laparoscopy for recurrent endometrial cancer: a retrospective cohort study. Int J Gynecol Cancer. 2016;26(1):112-117.

Keywords: Isolated paraaortic Lymph node recurrence, laparoscopic paraaortic lymph node dissection, recurrent endometrial cancer

figure 1



Preoperative PET-CT coronal image

SB-094

Endometrioma Yönetiminde Laparoskopik Ethanol Skleroterapi

batuhan aslan¹, Necati Berk Kaplan², Yavuz Emre Şükür²

¹Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, Ankara; Etlik Zübeyde Hanım Kadın Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, Ankara

²Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, Ankara

AMAÇ: Overyan endometrioma, retrograd menstruasyon kaynaklı olduğu düşünülen sıvı içerikli endometrial doku ile kaplı kistik kitlelerdir. Endometriomalar, endometriozisli hastaların %17-44'ünde bulunur ve pelvik ağrı, dismenore, disfonksiyonel uterin kanama ve infertilite gibi klinik bulgularla birlikte görülür. İnfertilite sorunu yaşayan kadınların %68'i kadarında endometriozis varlığı bilinmektedir. Cerrahi ekizyon, overyan endometriomalar için standart tedavi olarak kabul edilir ve en yaygın yöntem laparoskopik kistektomidir. Ancak, kistektomi sonrası over rezervinde bozulma, endometriomanın bitişiğindeki normal over dokusunun çıkarılması ve hemostaz için aşırı elektrokoagülasyon olasılığı nedeniyle kaçınılmazdır. Bu nedenle son dönemde endometriomanın skleroterapisi yaygın kullanılan bir teknik haline gelmiştir. Bizler de endometriomanın laparoskopik skleroterapisi için standardize edilmiş ve tekrarlanabilir cerrahi adımları anlatmayı amaçladık.

METHOD: Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı'nda endometrioma >40 mm, infertil hastalarda IVF öncesi skleroterapi ethanol skleroterapi çok merkezli randomize kontrollü bir çalışmanın parçası olarak yapılmaktadır.

MÜDAHALE: Endometrioma için etanol skleroterapisinde ilk adım ameliyattan önce gerçekleşir ve kötü huylu tümörleri ortadan kaldırmak için hastanın titiz bir şekilde seçilmesinden oluşur. Bu kısımda IOTA Adnex model ile değerlendirme yapılır. İşlem, kistin doğrudan 5 mm trokar yoluyla delinmesidir; ardından içeriğinin aspirasyonu gerçekleştirilir. İçerik aspirasyonu sonrası kist salin ile yıkanır. Takiben 14 f foley kist içerisine yerleştirilir ve balonu 5 cc şişirilir. Böylece içeriğin batın içerisine kaçacağı önlenmiş olur. Kist kavitesi %96'lık etil alkol ile doldurur. Cerrah ameliyata devam ederken, kist içerisindeki alkol 10 dk bekletilir. Tüm alkol aspire edilir ve kist içeriği vizüalize edilir. Son olarak histolojik bir tanı elde

etmek için alkole maruz kalmayan alan çıkarılır ve diatermi ile kanama kontrolü gerçekleştirilir.

SONUÇ: Endometrioma için laparoskopik skleroterapi hızlı ve erişilebilir bir yöntemdir. Bu tekniğin standardize edilmesi, cerrahın over rezervini korumak için kistektomiye bir alternatif olarak görmesi ile IVF öncesi hastalarda uygun yaklaşım olabilir.

Anahtar Kelimeler: endometrioma, ethanol sclerotherapy, ovarian reserve, 5 steps

SB-095

V-NOTES Sacrocolpopexy- A Video Case Report

Akın Usta, Duygu Lafcı
Department of Gynecology and Obstetrics, Balıkesir University, Balıkesir, Türkiye

STUDY OBJECTIVE: The goal of this research was to demonstrate the feasibility, safety and successful use of transvaginal natural orifice transluminal endoscopic surgery (NOTES) for performing sacrocolpopexy.

PATIENT: A 73-year-old, history of gravida 5, para 2 woman with 2 spontaneous vaginal deliveries, vaginal hysterectomy and she has stage III cuff prolapse.

INTERVENTION: We demonstrate useful techniques for V-NOTES sacrocolpopexy including dissection, retroperitoneal tunneling, and hand suturing of the mesh and vaginal cuff.

MEASUREMENTS AND MAIN RESULTS: The procedure was successfully performed in approximately 60 minutes. Following the procedure, the pelvic organ prolapse was classified as Stage 0 in the postoperative assessment.

Conclusion The transvaginal NOTES approach is an effective option for procedures such as sacrocolpopexy, offering excellent cosmetic results for those seeking a minimally invasive method.

Keywords: pelvic organ prolapse, Sacrocolpopexy, V-NOTES

SB-096**Laparoscopic excision of non-communicating rudimentary horn**İsmail BıyıkKütahya Health Sciences University, School of Medicine,
Department of Obstetrics and Gynecology

INTRODUCTION: Unicornuate uteri account for 4-10% of uterine anomalies (1). Noncommunicating rudimentary horns are present in 20%–25% of women with a unicornuate uterus (2). Noncommunicating rudimentary horns may be associated with dysmenorrhea, pelvic pain, and infertility. Women with a unicornuate uterus are more likely to have endometriosis (1). Laparoscopic excision of rudimentary horns can be challenging (3). There are limited data in the literature regarding noncommunicating rudimentary horn excision.

CASE: A 36-year-old patient, gravida 3 para 2 live 2, suffered from dysmenorrhea (VAS 10/10) that had continued since menarche. In the anamnesis, it was learned that the patient became pregnant twice with IVF and gave birth by cesarean section. In the transvaginal ultrasound, the uterus was deviated to the right, and a 5-cm mass filled with hyperechoic content (non-communicating rudimentary horn) was observed adjacent to the uterus on the left (Figure 1). Contrast-enhanced abdominal CT revealed that there was an absent kidney and ureter on the left, and the right kidney was hypertrophic (Figure 2). During laparoscopic observation, it was observed that the left tube had the appearance of a hematosalpinx and the left ovary was adherent to the colon and rudimentary horn due to endometriosis (Figure 3). The patient underwent laparoscopic rudimentary horn excision (Video 1). The mass was removed from the abdomen in a bag using posterior colpotomy. The patient was discharged without any problems on the first postoperative day. The patient's dysmenorrhea complaint improved during follow-up.

DISCUSSION: A noncommunicating rudimentary horn can be safely excised laparoscopically. However, in these cases, there may be intestinal adhesions due to concurrent endometriosis (1). Therefore, care should be taken regarding the management of adhesions during surgery. Posterior colpotomy is a logical option for removing the excised mass outside the abdomen (2).

REFERENCES: 1. Tellum T, Bracco B, De Braud LV, Knez J, Ashton-Barnett R, Amin T, Chaggar P, Jurkovic D. Reproductive outcome in 326 women with unicornuate

uterus. *Ultrasound Obstet Gynecol.* 2023;61(1):99-108.

2. Fedele L, Bianchi S, Zanconato G, Berlanda N, Bergamini V. Laparoscopic removal of the cavitated noncommunicating rudimentary uterine horn: surgical aspects in 10 cases. *Fertil Steril.* 2005;83(2):432-6.

3. Faller E, Baldauf JJ, Becmeur F, Lehn A, Akladios CY, Lecointre L. Laparoscopic Management of a Rudimentary Uterine Horn. *J Minim Invasive Gynecol.* 2018;25(5):769-770.

Keywords: Unicornuate uterus, noncommunicating rudimentary horn, laparoscopic excision, posterior colpotomy, endometriosis, dysmenorrhea

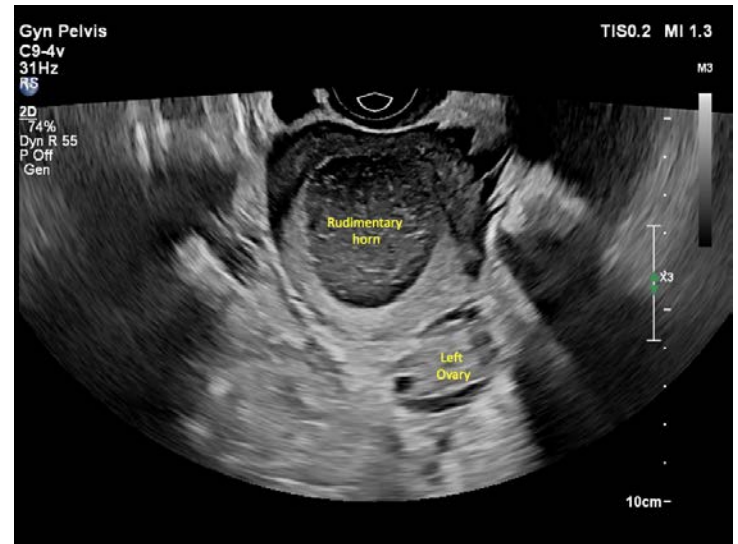
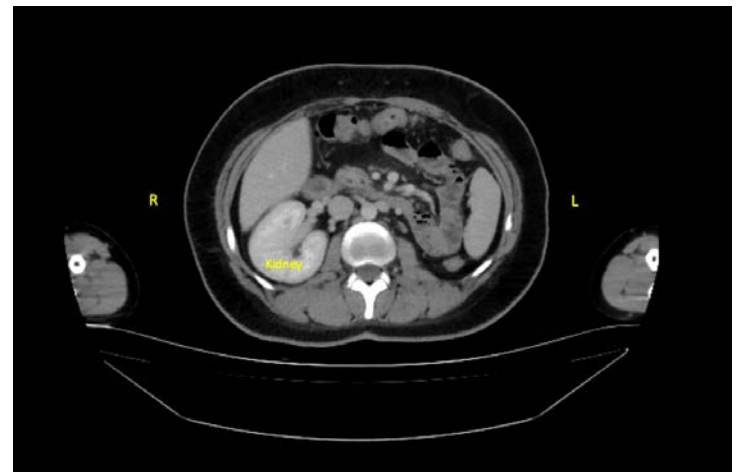
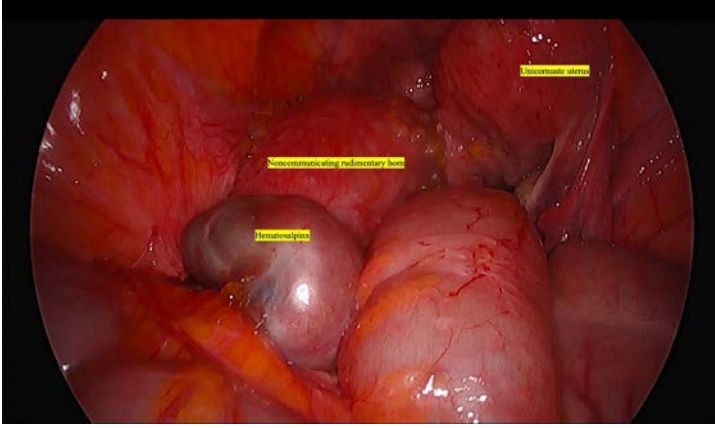
Figure 1**Figure 2**

Figure 3



SB-097

Laparoskopik Burch Kolposüspansiyonu: Video sunumu

Kasım Akay¹, Görkem Ülger², Hamza Yıldız², Tolgay Tuyan İlhan²

¹Mersin Toros Devlet Hastanesi

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

GİRİŞ: Stres üriner inkontinans (SUI) görülme sıklığı %5-25 arasında değişmektedir. Yaşam beklentisinin artmasıyla birlikte, beş kadından birinin yaşamları boyunca SUI ve pelvik organ prolapsusu (POP) nedeniyle en az bir cerrahi prosedür geçireceği tahmin edilmektedir. Ulusal Sağlık ve Bakım Mükemmelliği Enstitüsü kılavuzu, SUI ameliyatı planlanan hastalara öncelikli olarak açık veya laparoskopik Burch kolposüspansiyonunun sunulması gerektiğini önermektedir. Kliniğimizde vajinal sentetik mesh kullanılmaması ve minimal invaziv bir yaklaşım olması avantajlarından dolayı SUI tedavisinde laparoskopik Burch ameliyatı yaygın olarak kullanılmaktadır.

AMAÇ: Kliniğimizde yapılan Burch kolposüspansiyon operasyonunun video sunumunu yapmayı amaçladık.

OLGU: 67 yaşında G4P4Y4(ND) hasta, anormal uterus kanama ve medikal tedaviye dirençli stres üriner inkontinans nedeniyle ameliyat edildi. Laparoskopik histerektomi ve eş zamanlı laparoskopik Burch kolposüspansiyonu uygulandı. Postoperatif komplikasyon gelişmeyen hasta taburcu edildi ve miksiyon sonrası kalan idrar miktarı 50cc idi. Ameliyat sonrası kontrolde hastanın idrar kaçırma şikayetlerinin gerilediği görüldü.

SONUÇ: İdrar kaçırma dünya çapında milyonlarca insanın yaşam kalitesini olumsuz etkileyen yaygın bir semptomdur. Kadınlarda idrar kaçırmanın tedavisi için birçok prosedür tanımlanmıştır. Burch kolposüspansiyonu retropubik girişimler arasında kanıtlanmış bir yöntemdir.

Anahtar Kelimeler: Burch, laparoskopi, süspansiyon

SB-098

Myoma Uteri ve Tedaviye Dirençli Anormal Uterin Kanama Tanısı Alan, Dens Adezyonları Olan Hastada Yapılan Laparoskopik Histerektomi Operasyonu

Fatma Ketenci Gencer¹, Yağmur Acıyiyen², Barışcan Aldanmaz³, Hayat Terkan⁴, İrem Yeniçikan⁵, Süleyman Salman⁶

¹Fatma Ketenci Gencer, Sağlık Bakanlığı Üniversitesi, Gaziosmanpaşa Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği, İstanbul

²Yağmur Acıyiyen, Sağlık Bakanlığı Üniversitesi, Gaziosmanpaşa Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği, İstanbul

³Barışcan Aldanmaz, Sağlık Bakanlığı Üniversitesi, Gaziosmanpaşa Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği, İstanbul

⁴Hayat Terkan, Sağlık Bakanlığı Üniversitesi, Gaziosmanpaşa Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği, İstanbul

⁵İrem Yeniçikan, Sağlık Bakanlığı Üniversitesi, Gaziosmanpaşa Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği, İstanbul

⁶Süleyman Salman, Sağlık Bakanlığı Üniversitesi, Gaziosmanpaşa Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği, İstanbul

Laparoskopik histerektomi, abdominal histerektomiye kıyasla daha az hastanede kalış süresi, daha az kan kaybı, daha az postop ağrı ve daha az yara yeri enfeksiyonu riskine sahip olan minimal invazif cerrahi bir işlemdir. Bu prosedürü zorlaştıracak bazı faktörler mevcuttur. Geçirilmiş operasyonlara bağlı oluşan adezyonlar anatomiye değiştirerek cerrahın çalışma alanını kısıtlayıp komplikasyon riskini artırabilir. Biz bu vakamızda daha önce laparotomi ile myomektomi geçiren, dens adezyonları olan zor bir vakada laparoskopik olarak yapılan histerektomiden bahsedeceğiz

Anahtar Kelimeler: laparoskopik histerektomi, myomektomi, adezyon

SB-099

Laparoscopic Excision Of Rectovaginal Endometriotic Nodule And Adhesiolysis

Mehmet Efe Namli¹, Huseyin Akilli², Tugba Tekelioglu²

¹Department of Gynecology and Obstetrics, Kırıkkale Yüksek İhtisas Hospital, Kırıkkale, Turkey

²Department of Gynecology and Obstetrics, Baskent University, Ankara, Turkey

The surgical management of rectovaginal endometriosis, characterized by the presence of endometriotic nodules and extensive adhesions in the rectovaginal septum, remains a significant challenge in gynecologic surgery. Laparoscopic excision and adhesiolysis have emerged as effective treatment options, offering substantial benefits over traditional open surgery, including reduced postoperative pain, quicker recovery, and improved cosmetic results.

This video presents a comprehensive review of the laparoscopic approach to excising rectovaginal endometriotic nodules and performing adhesiolysis. The surgical technique is meticulously detailed, highlighting critical steps such as identifying and preserving key anatomical structures, employing advanced dissection methods, and ensuring complete removal of endometriotic tissue to minimize recurrence.

Outcomes of laparoscopic surgery for rectovaginal endometriosis are examined, with a focus on pain relief, fertility improvement, and overall patient satisfaction. Emerging trends and innovations in laparoscopic technology and surgical training are discussed, underscoring their role in enhancing surgical precision and outcomes.

In conclusion, laparoscopic excision of rectovaginal endometriotic nodules and adhesiolysis is a pivotal procedure in the management of deep infiltrating endometriosis. The technique's efficacy in alleviating symptoms and improving quality of life is well-supported, making it a cornerstone in the treatment of this debilitating condition.

Keywords: Adhesiolysis, Deep infiltrating endometriosis, Endometriosis, Laparoscopic surgery, Minimally invasive surgery, Rectovaginal nodule

SB-100

Endometriozisli İnfertil Hastalarda Laparoskopik Kombine Cerrahi Yaklaşım

Necati Berk Kaplan¹, batuhan aslan², Yavuz Emre Şükür¹

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

²Ankara Üniversitesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Ana Bilim Dalı, Ankara; Etlik Zübeyde Hanım Kadın Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, Ankara

AMAÇ: Endometriozis reproduktif yaş aralığındaki kadınların yaklaşık %10'unu etkilemektedir. Asemptomatik olabileceği gibi kronik pelvik ağrı, infertilite, dismenore gibi şikayetlere de sebep olabilmektedir. Yüzeysel, overyan kaynaklı (endometrioma) veya derin infiltratif endometriozis olmak üzere 3 subtipi ayrılmaktadır. Medikal tedavi yetersiz olduğu zaman cerrahi yöntemlere başvurulur. Endometriomalarda cerrahi kist eksizyon en yaygın yöntem olmakla beraber cerrahi sonrası over rezervinin azalması özellikle infertilite nedeniyle başvuran hastalarda sorun teşkil etmektedir. Bu sebeple endometriomanın skleroterapisi endometrioma cerrahisi için ön planda düşünülebilir.

Derin infiltratif endometriozisi ve bilateral endometrioması olan hastada skleroterapi ve derin infiltratif endometriozis cerrahisinin birlikte nasıl yapılabilceğini anlatmayı amaçladık.

VAKA: Kronik pelvik ağrı ve gebelik isteği olan 31 yaşındaki hastada bilateral endometrioma ve derin infiltratif endometriozis tanısı konulduktan sonra laparoskopik cerrahi tedavi planlandı. Sol taraftaki 5 cm'lik endometriomaya laparoskopi altında etanol skleroterapi uygulandı. Bu işlem sırasında önce endometrioma içeriği aspire edildi ve ardından kist içine %96 etanol enjekte edildi. 10 dakikalık bekleme süresinden sonra tüm etanol aspire edildi. Ardından derin infiltratif endometriozis cerrahisine geçildi. Bilateral üreterolizis ve overolizis uygulandı ve bilateral üreterler görüntülendikten sonra medial pararektal boşluk diseke edildi. Rektosigmoid kolon uterusakral ligament ve uterusan serbestleştirildikten sonra uterusakral ligament üzerindeki bilateral endometriotik nodüller eksize edildi. Sağ overdeki endometrioma adezyolizis sırasında rüptüre olduğu için bipolar koter ile diatermi uygulandı.

SONUÇ: Endometrioması olan infertil hastalarda skleroterapi over rezervini azaltmadığı için öncelikle tercih edilebilir. Derin infiltratif endometriozis nedeniyle adezyolizis sırasında

rüptüre olan endometriomalarda diatermi alternatif bir seçenek olabilir. Derin infiltratif endometriozis cerrahisi ile birlikte endometriomalarda bu yaklaşım over rezervini koruyucu etkisi nedeniyle kist eksizyonundan öncelikli olarak düşünülebilir.

Anahtar Kelimeler: endometriosis, ethanol sclerotherapy, ovarian reserve

SB-101

Endometrium kanserinde robotik sentinel lenf nodu diseksiyonu: olgu sunumu eşliğinde güncel literatür

Ayşe Hazırbulan, İsmet Alkış

Başakşehir Çam ve Sakura Şehir Hastanesi, Jinekolojik Onkoloji Cerrahisi, İstanbul

AMAÇ: Robotik cerrahi minimal invaziv cerrahide geline son noktadır.Sentinel lenf nodu biopsisi endometrial kanserde total lenfadenektomiye alternatiftir.Bu yöntemin avantajları lenfödem ve intraoperatif komplikasyon riskinin azalması,ultrastaging sayesinde pozitif lenf nodu saptama oranının artmasıdır.Endometrium kanseri nedeniyle robotik sentinel lenf nodu diseksiyonu yaptığımız hastamızı güncel literatür eşliğinde sunmayı amaçladık.

OLGU: 65 yaşındaki hastamızın, postmenapozal kanama nedeniyle yapılan endometrial örnekleme sonucu endometrial karsinom olarak raporlandı.Manyetik rezonans görüntülemeye; uterus ve over boyutları azalmıştır.Pozitron emisyon tomografisinde; uterin fundus-korpus düzeylerinde patolojik FDG (flüorodeoksiglukoz) tutulumu mevcuttur(maksimum standardize uptake değeri: 9.0).

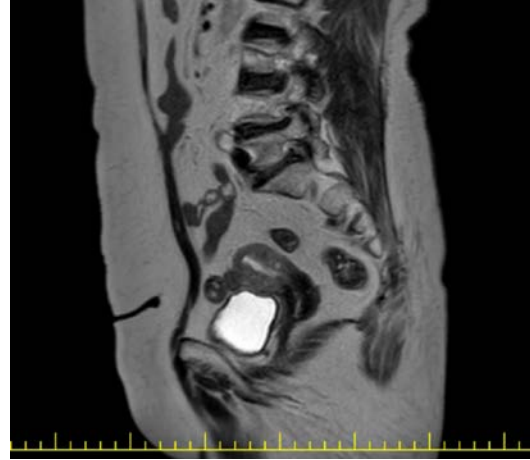
Bilateral parailiak alanda belirgin patolojik FDG tutulumu göstermeyen birkaç adet lenf bezi seçilmiştir.Hastaya robotik histerektomi, bilateral salpingooferektomi, bilateral sentinel lenf nodu diseksiyonu yapıldı.Sentinel lenf nodu diseksiyonu için indosiyanin yeşili kullanıldı.Derin ve yüzeysel olmak üzere serviks saat 3 ve 9 hizasına her bir tarafa 2 ml olacak şekilde uygulandı.Patolojisinde tümör çapı 4 cm, endometrium yerleşimli endometrioid karsinom, Figo grade 2, myometrial invazyon oranı >%50, seroza tutulumu yok, alt uterin segment tutulumu yok, servikal stromal tutulum yok, lenfovasküler invazyon pozitifdi.Sağ ve sol sentinel lenf noduna uygulanan sentinel lenf nodu protokolünde; sağda 5 adet lenf düğümünde reaktif hiperplazi, solda 1 adet lenf düğümünde reaktif hiperplazi görüldü.

SONUÇ: Ignatov ve arkadaşları'nın 2023'de 419 endometrial kanserli olan hastada yapılan retrospektif çalışmasında, robotik asiste ve laparoskopik sentinel lenf nodu biyopsisinin onkolojik sonucunu değerlendirmişlerdir.419 hastadan 337'si analiz için uygun bulunmuş olup,150'sine sentinel lenf nodu biopsisi ve 187'sine lenf nodu diseksiyonu uygulanmıştır.Sentinel lenf nodu biopsisi için indosiyanin yeşili kullanılmıştır.Sentinel lenf nodu biopsisi yapılan 150 kişiden 27'sine (%24,7) ve lenf nodu diseksiyonu yapılan 187 kişiden 54'üne (%28,9) rekürren hastalık tanısı konulmuştur(p=0,459).Tahmini 5 yıllık hastalıksız sağka-

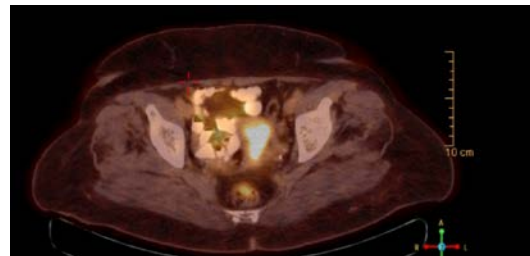
lim oranı, sentinel lenf nodu biopsisi ve lenf nodu diseksiyonu grubundaki hastalar için sırasıyla %76,7 ve %72,2 (p = 0,419) olarak bulunmuştur.5 yıllık genel sağkalım oranları sentinel lenf nodu biopsisi ve lenf nodu diseksiyonu grubunda sırasıyla %80,7 ve %77,0 (p = 0,895) olarak bulunmuştur.Hayatta kalma oranları, lenf nodu durumundan bağımsız olarak her iki grupta da benzer olup, evreleme yaklaşımının onkolojik sonuçlarla ilişkili olmadığı doğrulanmıştır.Raffone ve arkadaşları 2023'de endometrium kanser hastalarında sentinel lenf nodu biyopsisi için laparoskopik ve robotik yaklaşımları karşılaştırmak amacıyla sistematik bir derleme ve meta-analiz yapmışlardır.Endometrium kanseri hastalarında sentinel lenf nodu biyopsisi için laparoskopik ve robotik yaklaşımlar; sentinel lenf nodu tespiti, intraoperatif ve postoperatif komplikasyonlar, laparotomiye geçiş, disseke sentinel lenf nodu sayısı, sentinel lenf nodu tanımlama ve diseksiyon süresi açısından farklılık göstermemiştir.2020 ESGO(Avrupa Jinekolojik Onkoloji Derneği)/ESTRO(Avrupa Radyoterapi ve Onkoloji Derneği)kılavuzları, ilişkili morbiditeyi önlemek için sistematik lenfadenektomiye alternatif olarak sentinel lenf nodu biyopsisini desteklemektedir.

Anahtar Kelimeler: Robotik cerrahi, endometrium kanseri, sentinel lenf nodu diseksiyonu

Manyetik Rezonans Görüntüleme



Pozitron Emisyon Tomografisi



Hastalıksız sağkalım ve genel sağkalımın çok değişkenli analizi

	Lenf nodu negatif olan hastalar		Lenf nodu negatif olan hastalar		Lenf nodu pozitif olan hastalar		Lenf nodu pozitif olan hastalar	
Değişken	hastalıksız sağ kalım		genel sağkalım		hastalıksız sağ kalım		genel sağkalım	
	HR, (CI 95%)	p değeri	HR, (CI 95%)	p değeri	HR, (CI 95%)	p değeri	HR, (CI 95%)	p değeri
yaklaşım sentinel lenf nodu biopsisi	Referans	0.172	Referans	0.058	Referans	0.257	Referans	0.496
lenf nodu diseksiyonu	1.75 (0.79–3.90)		2.47 (0.97–6.30)		1.16 (0.71–3.68)		1.39 (0.54–3.56)	
Yaş	0.97 (0.94–1.01)	0.142	0.99 (0.96–1.04)	0.868	0.97 (0.93–1.00)	0.052	0.99 (0.96–1.02)	0.544
Histoloji								
tip I	Referans	0.008	Referans	0.031	Referans	0.327	Referans	0.902
tip II	2.70 (1.30–5.61)		2.11 (1.07–4.15)		1.35 (0.74–2.49)		0.95 (0.45–2.00)	
Stage FIGO								
I/II	Referans	0.004	Referans	0.041	Referans	0.002	Referans	0.016
FIGO III	4.56 (1.64–12.64)		3.07 (1.04–9.02)		3.80 (1.61–8.95)		3.01 (1.23–7.32)	
Grade düşük	Referans	0.093	Referans	0.47	Referans	0.65	Referans	0.739
yüksek	0.39 (0.13–1.17)		0.69 (0.25–1.90)		0.77 (0.24–2.41)		0.83 (0.27–2.56)	
LVSİ negatif	Referans	0.528	Referans	0.382	Referans	0.774	Referans	0.807
pozitif	0.72 (0.26–1.98)		1.53 (0.59–3.94)		1.17 (0.40–3.41)		0.88 (0.30–2.56)	
adjuvan tedavi								
hiçbiri	Referans	0.103	Referans	0.631	Referans	0.006	Referans	0.003
Radyoterapi	2.06 (0.96–3.41)		0.86 (0.32–2.27)		0.44 (0.10–2.26)		0.42 (0.10–1.69)	
Radyoterapi+ kemoterapi	2.28 (0.85–6.16)		1.28 (0.46–3.56)		0.22 (0.07–0.64)		0.18 (0.06–0.55)	

Klinik ve patolojik parametreler

	sentinel lenf nodu biopsi	lenf nodu diseksiyonu	p değeri
total	150 (44.5%)	187 (55.5%)	
yaş, ortalama	67 (42–86)	67 (33–81)	0.804
Stage I	114 (76.0%)	127 (67.9%)	0.217
II	15 (10.0%)	29 (15.5%)	
III	21 (14.0%)	31 (16.6%)	
Grade düşük	102 (68.9%)	89 (47.6%)	<0.001
yüksek	46 (31.1%)	98 (52.4%)	
Myometrium invazyon <50%	70 (49%)	49 (27.5%)	<0.001
>50%	73 (51.0%)	129 (72.5%)	
LVSİ negatif	110 (73.8%)	39 (26.2%)	0.393
pozitif	125 (69.1%)	56 (30.9%)	
çıkarılmış lenf nodu, ortalama	3 (2–27)	42 (6–88)	<0.001
lenf nodu durumu negatif	123 (82.0%)	156 (83.4%)	0.772
pozitif	27 (18.0%)	31 (16.6%)	
Adjuvan tedavi	86 (57.3%)	96 (51.3%)	0.748
Radyoterapi	17 (11.3%)	25 (13.4%)	
Kemoterapi	10 (6.7%)	14 (7.5%)	
radyoterapi ve kemoterapi	37 (24.7%)	52 (27.8%)	

Rekürrens durumu

	sentinel lenf nodu biopsisi	lenf nodu diseksiyonu	p değeri
Total	37 (24.7%)	54 (59.3%)	0.459
Lokal	14 (9.3%)	12 (6.4%)	0.412
Rejyonel lenf nodları	5 (3.3%)	11 (5.9%)	0.313
Paraaortik/uzak lenf nodları	4 (2.7%)	7 (3.7%)	0.760
Abdominal	8 (5.3%)	9 (4.8%)	1.000
Uzak	12 (8%)	25 (13.4%)	0.160

SB-102

Subtotal histerektomize olguda servikal stumpektomi ve bilateral salpingooforektomi

Şahin Kaan Baydemir, Candost Hanedan, Vakkas Korkmaz
Ankara Etlik Şehir Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum
Jinekolojik Onkoloji Cerrahisi Kliniği

AMAC: Subtotal histerektomize olguda servikal stumpektomi ve bilateral salpingooforektomi

OLGU: 15 yıl önce postpartum subtotal histerektomi yapılan 51 yaşındaki hasta spotting ile başvurmuştur. Hastanın özgeçmişinde 3 yıldır persiste eden servikal displazi mevcuttur. Tarafımızca yapılan servikal kanser taraması ve kolposkopik muayene sonucunda servikal displazinin (CIN I) sebat ettiği saptanmıştır. Hormon profili değerlendirmesinde estradiol (E2) < 20 pg/ml ve folikül stimulan hormon (FSH) 48 mIU/ml olarak görülmüştür. Hastaya 'servikal stumpektomi ve bilateral salpingooforektomi' planlanmış ve cerrahi laparoskopik olarak gerçekleştirilmiştir.

TARTIŞMA: Sekonder stump eksizyonu (stumpektomi) subtotal histerektomi (SH) vakalarından sonra uygulanan nadir bir cerrahidir. Literatürde stumpektomi cerrahisi için bir sıklık tanımlanmamıştır. Minimal invaziv yaklaşım uygulanabilir. Sekonder servikal stump eksizyonun 3 temel endikasyonu; prolapsus (%31,4), spotting (%19,0) ve servikal displazidir (%18,2) (1). Total laparoskopik histerektomi (TLH) ile laparoskopik asiste subtotal histerektomi (LASH) arasındaki başlıca farklar 5 yıllık takiplerde persiste eden vajinal kanama (%11-19), de novo üriner inkontinans (RR=1.37) ve servikal displazi ve servikal kanser riskidir (1,2). Ancak LASH olgularında günlük aktivitelere dönüş daha hızlı olmaktadır ve subtotal histerektomize kadınların cinsel fonksiyonları daha iyi olmaktadır. SH ile sekonder stumpektomi arasındaki süre 34 ile 113 ay arasında gösterilmiştir ve bu süre stumpektomi endikasyonuna bağlıdır. %1-3 oranında da servikal stump kanseri bildirilmiştir (3). **SONUÇ:** SH planlanan hastalarda spotting, servikal displazi ve kanser riskleri hasta ile paylaşılmalıdır. Bu durum SH oranlarını azaltabilir. Yüksek riskli HPV varlığı gibi servikal displazi ve kanser riski olan olgularda SH uygulanmamalıdır. Stumpektominin komplikasyon oranı vajinal ve laparoskopik histerektomiyle karşılaştırılabilir düzeydedir. SH'ye uygun hastanın iyi taranması ve SH sırasında tesadüfen malign veya premalign bir hastalık tespit edilme riski konusunda kapsamlı bilgilendirilmesi gerekmektedir.

REFERANSLAR:

- 1- Andersen LL, Zolbe V, Ottesen B, Gluud C, Tabor A, Gimbel H (2015) Five-year follow up of a randomised controlled trial comparing subtotal with total abdominal hysterectomy. BJOG Int J Obstet Gynaecol 122(6):851–857. <https://doi.org/10.1111/1471-0528.12914>
- 2- Borendal Wodlin N (2017) Intraoperative cervical treatment does not affect the prevalence of vaginal bleeding 1 year postoperatively after subtotal hysterectomy. A register study from the Swedish National Register for Gynecological Surgery. Acta Obstet Gynecol Scand 96(12):1430–1437. <https://doi.org/10.1111/aogs.13229>
- 3- Wang, J., Zeng, X., Min, L., & Li, L. (2024). Cervical Stump Cancer after Subtotal Hysterectomy: A Retrospective Research of 127 Cases from China and Literature Review. Clinical and Experimental Obstetrics & Gynecology, 51(1), 11.

Anahtar Kelimeler: minimal invaziv cerrahi, servikal stumpektomi, servikal displazi, spotting

SB-103

Pnömooperitoneum Sırasında Oluşan Mide Perforasyonun Laparoskopik Yönetimi

Candost Hanedan, Oğuz Kaan Köksal, Gökçen Ege, Hande Nur Öncü, Neslihan Öztürk, Vakkas Korkmaz
Etlik Şehir Hastanesi, Jinekolojik Onkoloji Bilim Dalı, Ankara

GİRİŞ: Mide yaralanması jinekolojik nedenle yapılan laparoskopik operasyonlar sırasında karşılaşılan çok nadir bir komplikasyondur. Literatür değerlendirildiğinde insidansı 2/100000'dir. Bu vakada adneksiyel kitle nedeniyle diagnostik laparoskopi yapılması planlanan kadın hastada direkt giriş sırasında gerçekleşen mide hasarının laparoskopik yönetimini sunmayı amaçladık.

OLGU SUNUMU: 85 yaşında kadın hasta dış merkezden adneksiyel kitle nedeniyle kliniğimize refere edilmiştir. Yapılan transvaginal ultrasonografik incelemede sol adneksiyel alanda 100x85 mm boyutlarında over kaynaklı semisolid kitle saptanmıştır (Ca 125: 35). Özgeçmişinde hipertansiyon tanısı olan ve kolon ca nedeniyle 8 yıl önce gam-güm kesi ile low anterior rezeksiyon yapılmıştır. Hastanın BMI değeri 23,2, preoperatif hemoglobin değeri 11,3 gr/dl ve hematokrit değeri %34,3 olarak saptanmıştı.

TEKNİK: Hasta genel anestezi altında, umblikus 4 cm üzerinden direkt giriş tekniği ile batına girişi yapıldığında, optik bakıda orogastrik dren farkedilmiştir. Ardından trokar oynatılmadan palmer noktasından 5 mm'lik trokar batın içerisine yerleştirilerek ve buradan optik sistem batın içerisine alınmıştır. Yapılan gözlemede mide ön duvarına penetre 10 mm'lik trokar girişi gözlenmiştir. Mide posterior duvarına temas olmadığından emin olmak için gastrokolik ligament kesilerek bursa omentalis'e ulaşıldı. Mide posterior duvar ve pancreasda hasar olmadığı gözlemlendi. Takiben mide anterior duvardaki 10 mm'lik trokar kontrollü olarak çekildikten sonra mide ön duvarındaki 2 cm'lik defekt 3-0 kendinden dikenli dikiş materyalinin (V-Loc, Covidien, Mansfield, MA, USA) ile tam kat sütüre edilmiştir. Ardından laparoskopik salpingooferektomi ve frozen işlemi yapılarak operasyona son verilmiştir. Operasyon toplam olarak 1 saat 20 dakika sürmüş ve intraoperatif kan kaybı yaklaşık 150 cc olarak ölçülmüştür. Hasta operasyondan 6 gün sonra şifa ile taburcu edilmiştir. Laparoskopik yöntemle yapılan jinekolojik operasyonlar sırasında gerçekleşen mide yaralanmalarının incelendiği sistematik bir derlemede 42 olgu retrospektif olarak değeri-

lendirilmiştir. Yaralanmaların %93'ü (39/42) laparoskopik giriş sırasında oluşmuş, bu vakaların %79'unda (31/39) Veress giriş tekniği kullanılmıştır. On sekiz vakanın, %77'si (14/18) periumblikal giriş noktasında ve %11'i (2/18) Palmer noktasında meydana gelen bir komplikasyon olarak bildirilmiştir. Mide yaralanmasının en yaygın bölgeleri ise mide ön duvarı (n = 13) ve büyük kurvatur (n = 5) rapor edilmiştir. Tedavisi bildirilen hastalar arasında (32/42), laparotomi (13) veya laparoskopi (8) ile onarımla karşılaştırıldığında benzer bir oran konservatif olarak tedavi edilmiştir. Tüm yaralanmalar intraoperatif olarak tespit edilmiş ve erken komplikasyon bildirilmemiştir. İntraoperatif tespit edildiğinde, uygun hastalarda konservatif tedavi, laparoskopik veya açık onarım post operatif sekel olmadan gerçekleştirilebilir.

SONUÇ: Seçilecek cerrahi yöntemde cerrahın deneyimi doğrultusunda karar verilmesi gerektiğini düşünmekteyiz. Geçirilmiş operasyonlar (üst batin operasyonları) gibi risk faktörlerinin belirlenmesi, operasyona başlamadan önce mide dilatasyonunu önlemek için orogastrik tüp kullanılması ve uygun cerrahi giriş tekniğinin kullanılması (palmer noktası) bu tür yaralanmaları en aza indirebilir.

Anahtar Kelimeler: gastrik perforasyon, laparoskopi, pnömooperitoneum, direkt giriş

SB-104

Laparoscopic lateral suspension in young patients with advanced pelvic organ prolapse: a more applicable surgical method than laparoscopic sacrohysteropexy

Omer Faruk Oz

Tatvan Devlet Hastanesi

Laparoscopic sacrohysteropexy (SHP) has long been the gold standard in the treatment of pelvic organ prolapse. However, surgical difficulties with promontorium dissection have prompted consideration of alternative surgical techniques. Laparoscopic lateral suspension (LLS) is an easier option with satisfactory results. LLS performed using mesh, the lateral long arms of the T-shaped mesh are terminated on the crista iliaca by creating a subperitoneal tunnel along the lateral abdominal peritoneum. This technique reduces the risk of vascular-nerve and intestinal injury. It provides symmetrical lateral tension-free suspension in the anatomical vaginal axis. LLS is indicated in anterior and apical compartment prolapses. In cases where access to the promontorium is difficult; in the presence of severe adhesions, sigmoid megacolon, or low-positioned left common iliac vein close to the promontorium, LLS may be planned. LLS is also a practical alternative technique for surgeons with moderate to little experience in promontorium dissection. In LLS, the complication rate is lower than in SHP.

Keywords: Laparoscopy, Lateral suspension, Pelvic organ prolapse

SB-105

İnfertilite tanılı adenomyozis/endometriozis hastalarında 4 farklı endikasyon ile cerrahi

Gonca Çoban Şerbetçioğlu, Eser Çolak, Ahmet Zeki Işık
Muayenehane

Endometriozis infertil hastaların %25-50 kadarını etkiler. Endometriozis tanılı 3 hastadan birinde adenomyozis saptanmaktadır. Endometriozis hastalarında medikal tedaviye yanıt vermeyen ağrı en önemli cerrahi endikasyonudur. Bunun yanında endometriomada şüpheli malignite durumu ve fertilitiyi artırmak için uygulanabilir. Anatomi restorasyonunun gerek spontan gerek ART (asiste reproduktif teknik) gebelik şansını artırabileceğine dair kanıtlar net değildir. Infertil hastada operasyon kararı verilirken yaşam kalitesini artırmak, over rezervinin korunması, fertilitiyi artırmak hedeflenmektedir. Anatomi restorasyon aynı zamanda ART hastasında OPU(oosit pick-up)'daki oosite erişim güçlüğünü de ortadan kaldırmayı sağlayabilmektedir. Endometrioziste lezyon ve semptom arasında korelasyon olmadığından; zorlu bir vaka hazırlığı ve bilincine sahip deneyimli pelvik cerrahlar yönetmelidir.

Anahtar Kelimeler: endometriozis, adenomyozis, infertilite, laparoskopik cerrahi

SB-106

Laparoskopik myomektomi + torba içerisinde morselasyon

Mehmet Öztürk

Kayseri Şehir Hastanesi, Kadın hastalıkları ve doğum ana bilim dalı, Kayseri

33 yaş G0P0 ek hastalığı olmayan pelvik ağrı şikayeti ile kliniğimize başvuran virjin hastanın yapılan görüntülemesinde fundus kaynaklı 103x73mm myom nüvesi izlendi. operasyon önerildi. operasyon şekli postoperatif avantajları nedeniyle laparoskopi olarak belirlendi. operasyon laparoskopik myomektomi ve torba eşliğinde morselasyon olarak tamamlandı. düşükte olsa sarkom riskine karşılık batın içi bulaşsız tamamlanması nedeniyle morselasyon torba içerisinde yapıldı.

Anahtar Kelimeler: laparoskopi, morselasyon, myomektomi

SB-107

Rudimenter Horn Anomalisine Minimal İnvazif Yaklaşım

Adil Abdulhayoğlu, Ramazan Erda Pay, Hüseyin Levent Keskin

Etlik Şehir Hastanesi, Kadın hastalıkları ve Doğum Kliniği, Jinekoloji Servisi, Ankara

19 yaşında, menarş yaşı 14 olan nullipar kadın, karın ağrısı ve dismenore şikayetiyle polikliniğimize başvurdu. Fizik muayenede uterus sağa protrüze ve ağrılıydı. Transvajinal ultrasonografide sağ uterin korpusta patolojik bir görünüm izlendi. MRG ile uterusun sağ korpusunda 5 cm çapında, myometriyumla bağlantılı bir yapı tespit edildi ve rudimenter horn tanısı konuldu.

TANI: Hastanın öyküsü, fizik muayene bulguları, ultrasonografi ve MRG sonuçları değerlendirildiğinde rudimenter horn tanısı kesinleştirildi.

TEDAVİ: Hasta genel anestezi altında laparoskopik cerrahiye alındı. Karın içi incelemede sağ uterin korpusta 5 cm çapında, myometriyumla bağlantılı bir yapı saptandı. Rudimenter horn laparoskopik olarak uterusdan ayrıldı ve patoloji incelemesi için gönderildi. Ardından uterin kavite ile bağlantısı bulunmayan sağ salpenks sağ salpenjektomi yapılarak çıkarıldı. Postoperatif dönemde hasta komplikasyonsuz taburcu edildi. Patoloji sonucunda ek malignite ile uyumlu bulgu izlenmedi.

BULGULAR: Hastanın postoperatif dönemde ağrısı geriledi, hasta günlük fiziki aktivitelerinde ağrı şikayeti yaşamadığını beyan etti. Kontrol muayenesinde herhangi bir komplikasyon saptanmadı.

TARTIŞMA: Erken embriyonik dönemde müllerian kanalın anormal füzyonu veya septum absorpsiyonunun yetersizliği, kadın genital sisteminin anatomik malformasyonu ile sonuçlanmaktadır. Bu malformasyonlar infertilite, habitüel abortus, malprezentasyon ve prematür eylem gibi obstetrik sorunlarla kendini göstermektedir. Unikornuat uterus, müllerian kanallardan birinin parsiyel ya da tam olarak gelişmemesi sonucu oluşur. Mülleryen kanallardan birinin tam gelişmemesi izole hemiuterusa neden olurken, parsiyel gelişmesi o tarafta rudimenter horn oluşumuna yol açar. Çoğu zaman asemptomatiktir ancak pelvik ağrı, dismenore, adet düzensizlikleri ve infertilite gibi şikayetlere neden olabilir. Tanı, hastanın öyküsü, fizik muayene bulguları ve görüntüleme yöntemleriyle konur.

SONUÇ: Bu olgu sunumunda, laparoskopik yöntemle rudimenter horn eksizyonu yapılan 19 yaşında bir kadının vakası sunulmuştur. Laparoskopinin, rudimenter horn gibi nadir görülen durumların tedavisinde güvenli, etkili ve minimal invaziv bir yöntem olarak seçilebilir.

Anahtar Kelimeler: Mullerian anomali, Rudimenter horn, Laparoskopi

SB-108

İleri Yaş Komplike Tubaovaryan Abse Olgusunda Laparoskopik Yaklaşım

Dilara Sarıkaya Kurt

Etlik Şehir Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği, Ankara

GİRİŞ: Tubaovaryan abse (TOA), pelvik inflamatuvar hastalığın (PID) bir komplikasyonu olarak üst genital trakt ve çevresindeki dokuların asendan bir enfeksiyonla tutulması sonucu ortaya çıkabilen ciddi bir enfeksiyondur. Sıklıkla reproduktif çağıdaki kadınlarda PID sonrası görülen pelvik inflamatuvar kitle ile karakterizedir. TOA nadiren ileri yaş grubunda da immün yetmezlik, diyabet veya pelvik cerrahi geçmişi gibi faktörlerle görülebilir. Bu vaka sunumunda, ileri yaşta komplike bir TOA olgusunda başarılı bir laparoskopik cerrahi yaklaşım video sunumu eşliğinde tartışılacaktır.

YÖNTEM: 61 yaş G2P2Y2 hastanın 1 aydır devam eden pelvik ağrı şikayeti ile başvuran hastanın ultrasonografik değerlendirilmesinde adneksiyal kitle görülmesi ve akut faz reaktanlarında yükseklik nedeniyle hospitalize edildi.

BULGULAR: Batın alt kadrantlarında hassasiyeti olan, vajinal muayanesinde PID bulguları saptanmayan, Tümör markerları negatif, CRP:115 WBC:20bin hastanın Bilgisayar Tomografi görüntülemesinin “Sol adneksiyal lojda 92x45 mm boyutlarında solid ağırlıklı ancak içerisinde kistik-nekrotik alanlar barındıran, heterojen kontrastlanma gösteren tübüler kitle lezyonu izlenmiştir. (tubal malign neoplaziler?) Tarifli lezyon inferiorunda uterusu bası etkisi izlenen yaklaşık 74x43 mm boyutlarında tübülökistik görünüm izlenmiştir. (kitle komponenti? stenoza sekonder hidro-pyosalpinks ?). Uterus ile tarifli lezyonların sınırları net seçilememektedir.” şeklinde sonuçlanması üzerine operasyon kararı verildi.

Laparoskopik yöntemle batına girilerek gözlemde 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, over ve uterus çıkarılarak işlem komplikasyonsuz olarak sonlandırıldı. Ameliyat sonrası erken dönemde pelvik ağrıda belirgin azalma ve akut faz reaktanlarında gerileme görüldü.

SONUÇ: TOA’da cerrahi tedavi medikal tedaviyi destekleyici olarak ya da primer tedavi yöntemi olarak kullanılmaktadır. Laparoskopik yaklaşım TOA için avantajlı bir tedavi seçeneği haline gelmiştir. Özellikle ileri yaş, komorbiditeleri bulunan

hasta grubunda postoperatif dönem avantajları da düşünülerek minimal invaziv cerrahi yöntem tercih edilmelidir. Ayrıca ameliyat sırasında anatomik planların ortaya çıkarılması, herhangi bir yaralanma olasılığını ortadan kaldıracaktır.

Anahtar Kelimeler: Laparoskopi, Tubaovaryan abse (TOA), Pelvik inflamatuvar hastalığın (PID)

SB-109

Bilateral distal segmental Fallopian tube agenesis presenting with primary infertility: a case report

Onur Numan, Elif Aylin Taşkın, Yaprak Engin-Ustun
Ankara Etlik Zübeyde Hanım Women's Health, Training and Research Hospital, Ankara, Türkiye

INTRODUCTION: Congenital abnormalities of the female reproductive tract often present as uterine anomalies, but structural issues involving the fallopian tubes are exceptionally rare. Typically, partial or complete absence of one or both fallopian tubes might present as completely asymptomatic and can manifest with abdominal pain and infertility and may only be identified during diagnostic procedures such as hysterosalpingography or laparoscopy, particularly when investigating infertility.

CASE REPORT: A 21-year-old woman presented to our infertility clinic with a complaint of inability to conceive despite 4 years of unprotected regular intercourse. She reported having regular menstrual cycles with bleeding every 28 days for 5 days, and did not describe menorrhagia. The patient had no history of abdomino-pelvic surgery or previous pelvic pain and inflammation. Hysterosalpingography images taken previously showed a normal uterine cavity, but no passage or abdominal spread of radiopaque material through the distal segments of the bilateral fallopian tubes. A decision was made to perform diagnostic laparoscopy. During laparoscopy, the uterus and bilateral ovaries appeared normal. However, the bilateral fallopian tubes were not observed beyond their proximal segments. Dissection of the medial part of the broad ligament revealed congenital absence of the distal segments of the bilateral fallopian tubes and the bilateral fimbriae. Subsequently, methylene blue was injected into the uterine cavity via the cervical canal for chromopertubation, but no passage through the bilateral tubes was observed. The bilateral ureters and bladder were observed to be normal and within their natural course.

DISCUSSION: Our case contributes to the understanding of isolated fallopian tube anomalies by presenting a unique instance of bilateral distal segmental absence without associated genitourinary abnormalities.

Several theories exist about the etiology of these anomalies. The absence of the fallopian tubes and adjacent ovary could result from torsion of the adnexa, which might occur even

during fetal development, though our patient lacked any acute abdominal pain that could have indicated such an event. Another potential cause is a vascular accident leading to ischemia and subsequent maldevelopment of the Müllerian or mesonephric ducts. The management of such rare conditions remains challenging due to the limited number of cases and the absence of standardized treatment protocols. These conditions are often differentiated through imaging techniques like hysterosalpingography or laparoscopy, which provide valuable insights into the tubal anatomy and patency. However, the true impact of unilateral absence of the fallopian tube and ovary on fertility is still debated.

Keywords: segmental tubal agenesis, infertility, fallopian tubal anomalies, laparoscopy

Figure - 1



Tubal obstruction figured out with hysterosalpingography.

Figure - 2

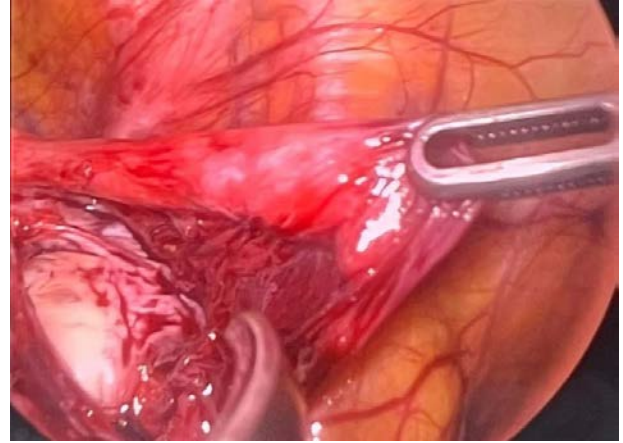
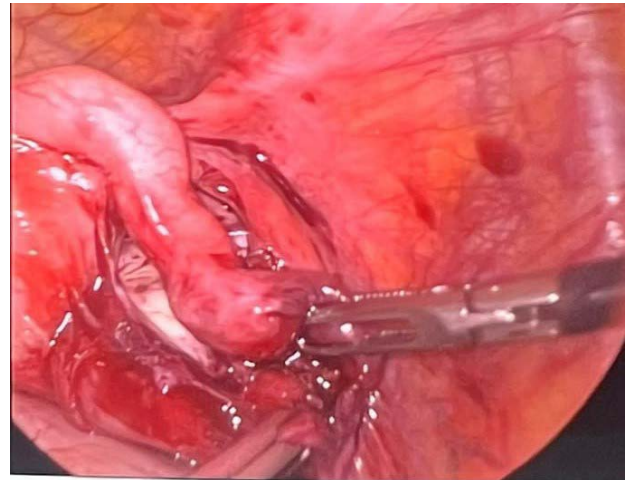


Figure - 3



Figure - 4



Distal segmental agenesis of the right Fallopian tube figured out clearly after dissection.

SB-110

Retroperitoneal yerleşimli sol ovarian endometriomaya Laparoskopik yaklaşım

Ramazan Bayırlı

Özel Gürlife Hospital Hastanesi, Eskişehir

Tekrar eden endometrioma tanı ve tedavisinde özel hastane kadın doğum kliniğinin cerrahi deneyimini sunmak. Olgumuz 37 yaşında G:2 P:2 Y:2 idi. 20.08.2023 te kliniğimize 15 gündür devam eden ve ağrı kesicilere yanıt vermeyen kasık ağrısı mevcuttu. Öz geçmişinde bir yıl önce sağ endometrioma nedeniyle laparoskopik sağ salpingooforektomi ve sol salpenjektomi öyküsü vardı. Pelvik muayenesinde sol adneksiyel alanda yaklaşık 10cm boyutunda lastik kıvamında, sol lateral forniks silinmiş ve kist etraf dokudan ayırt edilemiyordu. Yapılan pelvik ultrasonografisinde 9*8*9cm düzgün kenarlı kist içeriği izoekoik(buzlu cam), sliding bulgusu negatifti.. Kist cidarının vasküler grade i 1 olarak değerlendirildi (O-RADS 2). Kontrastlı pelvik MR incelemesinde: Kistin medialde rektosigmoid mezoyla arasındaki bağlantı net olarak gözlenemedi. Lateralde eksternal iliak arter ve ven üzerine doğru uzanım gösteriyordu. Kistin kapsülü ile sol pelvik periton arasındaki ilişki net izlenemedi. 25.08.2023 te laparoskopik sol ooforektomi uygulandı. Operasyon süresi 2 saat 15 dk sürdü ve olgumuz postoperatif 24. saatinde taburcu edildi.

Anahtar Kelimeler: Laparoskopi, endometrioma, pelvik adezyon

SB-111

Laparoskopik Cerrahi

Hande Esra Koca Yıldırım, Eyüp Gokhan Turmuş, Caner Çakır, Dilek Yüksel

Ankara Etlik Şehir Hastanesi, Jinekolojik Onkoloji Cerrahisi Kliniği, Ankara

Laparoskopik, abdominal yaklaşıma kıyasla daha az morbidite, daha kısa hastanede kalış süresi ve normal aktivitelere daha hızlı dönüş ile sonuçlanmasıyla cerrahide tercih sebebi olmaya devam etmektedir. Bu video sunumu ile laparoskopik cerrahide dikkat edilmesi gereken noktaları vakalar eşliğinde sunulacaktır.

Anahtar Kelimeler: Laparoskopi, Laparoskopik Histerektomi, Laparoskopik cerrahi

SB-112

Minimal İnvaziv Yöntemle Rudimenter Horn Eksizyonu: Olgu Sunumu

Esra Ugan

Ankara Etlik Şehir Hastanesi

GİRİŞ: Rudimenter hornlu unicornuat uterus kadın genital sisteminin nadir anomalilerinden biridir. Görülme sıklığı 1/100.000 oranında olmakla birlikte ektopik gebelik, malprezentasyon, habitüel abortus, prematürite gibi obstetrik komplikasyonlara yol açması sebebiyle tedavide kullanılan en sık yaklaşımlardan biri minimal invaziv yöntemle horn eksizyonu yapılmasıdır.

YÖNTEM: 24 yaş, non-virgin, bilinen ek hastalığı ve geçirilmiş cerrahisi olmayan; son 2 yıldır adet kanama miktarında artma, bulantı, kusma şikayetleri ile hastaneye başvuran hasta değerlendirildi. Laboratuvar incelemelerinde özellik saptanmayan hastanın transvajinal yolla gerçekleştirilen ultrasonografisinde sağ tarafta rudimenter horn saptanması üzerine manyetik rezonans ile ileri tetkiki gerçekleştirildi. Anormal uterin kanama şikayeti ile başvuran hastaya öncelikle siproteron asetat+etinilestradiol ile medikal tedavi verildi. Şikayetleri gerilemeyen hastaya laparoskopik rudimenter horn eksizyonu planlandı.

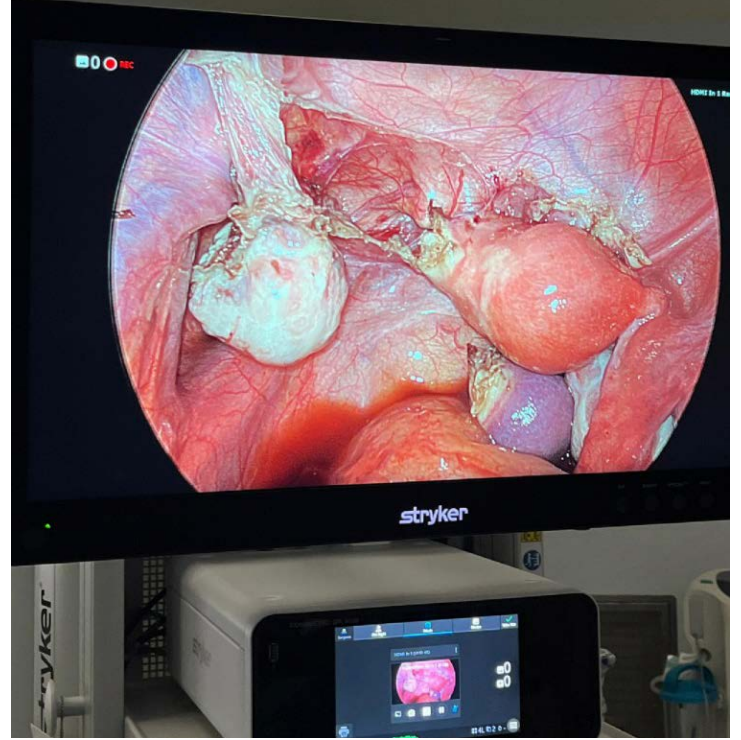
BULGULAR: Preoperatif dönemde yapılan transvajinal ultrasonografide sağdaki unicornuat uterusla muskuler tabakada teması izlenen yaklaşık 33x27mm boyutlarında rudimenter horn izlendi. Sağdaki kavite içerisinde 9mm kalınlığında endometrium izlenmiş olup sol taraftaki rudimenter hornun serviks ve vajinal kanal ile ilişkisi izlenmedi. Soldaki tuba dilate görünümdeydi ve içerisinde retrograd hemorajiye sekonder olduğu düşünülen yaklaşık 2 cm boyutlarında hematoma alanı izlendi. Her iki over ise doğal görünümdeydi. Hastadan istenen manyetik rezonans tetkikinde yine benzer bulgular olduğu raporlandı.

SONUÇ: Hastaya laparoskopik yöntemle rudimenter horn eksizyonu, sol salpenjektomi ve endometriyal örnekleme amacıyla probe küretaj uygulandı. Postoperatif dönemde uterin kavite transvajinal ultrasonografi ile değerlendirildi ve yeterli görüldü. Patoloji sonuçları benign olarak raporlandı. Mevcut durumda şikayetleri gerileyen hastanın gebelik planı mevcut olup, gebelik sonuçları takip edilmektedir.

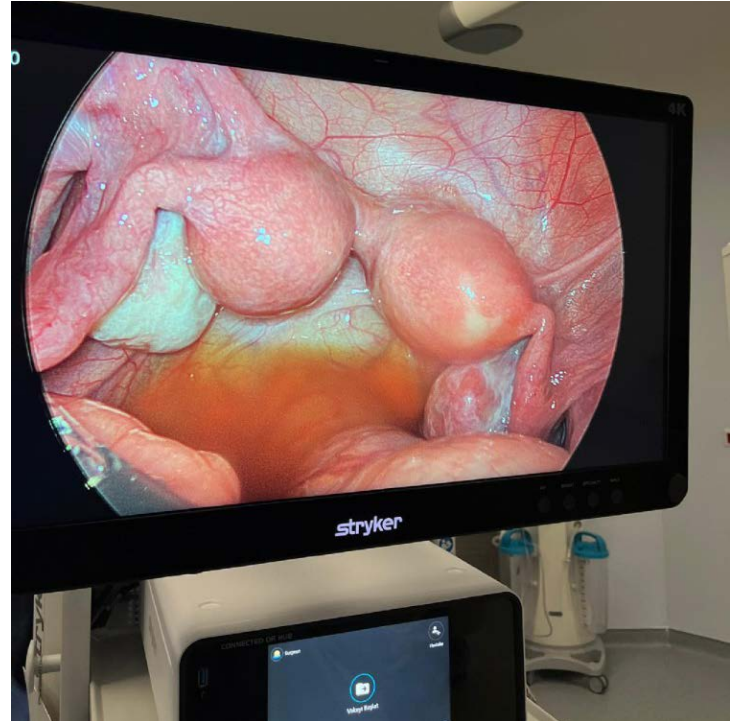
Anahtar Kelimeler: infertilite, laparoskopi, minimal invaziv

cerrahi

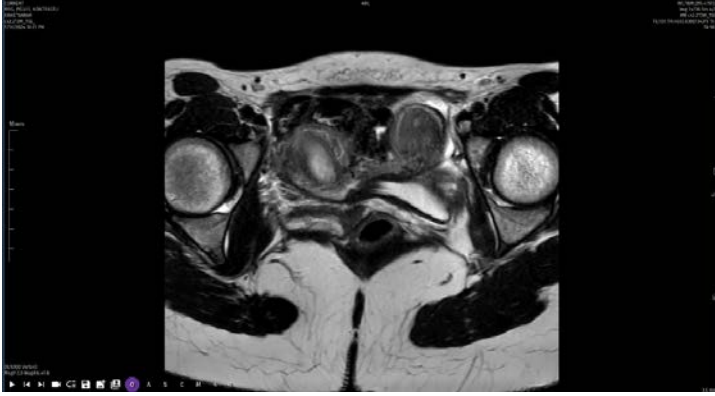
İNTRAOPERATİF-1



İNTRAOPERATİF-1



preoperatif MR-1



preoperatif ultrasonografi-1



SB-113

Laparoskopik 14cm adneksiyel kitle

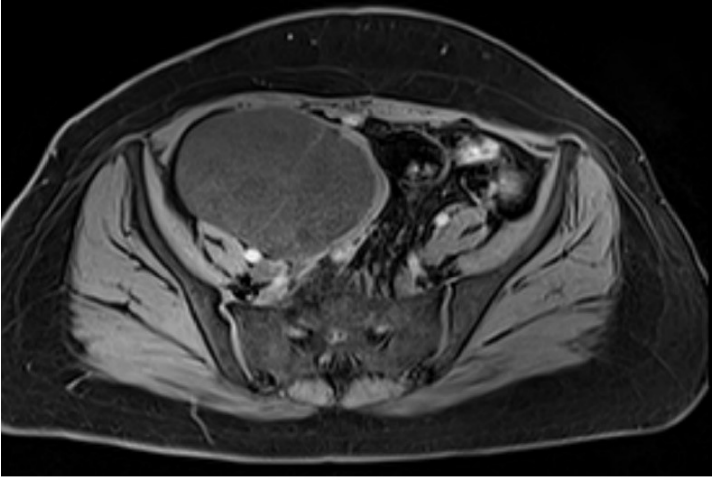
Fatma Elif Işık Eryılmaz

Antalya Şehir Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum
Bölümü, Antalya

Adneksiyel kitleler genellikle yumurtalık kaynaklı olup premenapozal kadınların yaklaşık %8-35'ini görülmektedir ve en yaygın semptomu pelvik ağrıdır. Adneksiyel kitlelerde görüntüleme ve muayene, olası tanıda ve malignite riskini belirlemede yardımcı olsa da kesin tanı için patolojik inceleme gereklidir. Malignite riskini belirlemek için evrensel bir sınıflama olmamakla birlikte sıklıkla kullanılan sınıflamalardan biri o-rads olup 0-rads4 10cm üzeri multiloküle anekoik kist ile %10-50 malignite riskini gösterir. Video sunumundaki hasta, 36 yaş kadın hasta olup kasık ağrısı şikayeti ile başvurdu. Dört sezaryen öyküsü olan hastanın transvajinal ultrasonda sağ adneksiyel alanda en geniş yerinde 14cm ölçülen multiseptalı anekoik kist izlendi. Tumor markerları ve kontrastlı alt batin mr istendi. tm markerları normal ve mr sonucu sağ over lojunda 14x12x8cm lobile konturlu, ince duvarlı, içerisinde kalın ve ince düzensiz septasyonlar barındıran, belirgin solid komponent ya da mural nodül bulunmayan, periferik ve septal kontrastlanan pür kistik kitlesel lezyon olarak raporlandı. Sonuçların yüksek oranda benign düşündürmesi üzerine hastaya laparoskopik sağ salpingooferektomi ve frozen planlandı. Vaka başında sitoloji alındı. Kist çevre dokulardan büyük oranda diseke edildikten sonra patlamaması ve batına yayılmaması için trokar deliğinden verres iğnesi ile direk kist içerisine girilerek boşaltıldı ve sonrasında verres deliği tutulup batına sızma önlenerek diseksiyon tamamlanıp endobag ile batın dışına alındı. Frozen sonucu fokal proliferatif seröz kistadenom olarak geldi. Onkolog ile görüşüldü. Omentum ve periton biyopsi alındı. Kanama kontrolü ve batın temizliği yapılarak batın içerisine 1 adet diren koyuldu postoperatif kontrolünde ek komplikasyon gelişmedi. Hasta ertesi sabah direninden gelen sıvama tarzı olması üzerine direni çekilip akşamında taburcu edildi. Takiplerinde komplikasyon gelişmedi nihai patoloji benign olarak sonuçlandı.

Anahtar Kelimeler: adneksiyel, endobag, kitle, laparoskopik, verres

14cm adneksiyel kitle mr görüntüsü



14cm laparoskopik adneksiye kitle video sunumunun mr görüntüsü

14cm laparoskopik adneksiye kitle



14cm laparoskopik adneksiye kitle video sunumunun mr görüntüsü-2

SB-114

Komplet Uterovajinal Septum Rezeksiyonu

Elif Aylin Taşkın, Khurşud Hacıyeva, Yaprak Engin Üstün
İnfertilite Kliniği, Etlik ZÜbeyde Hanım EAH, Ankara

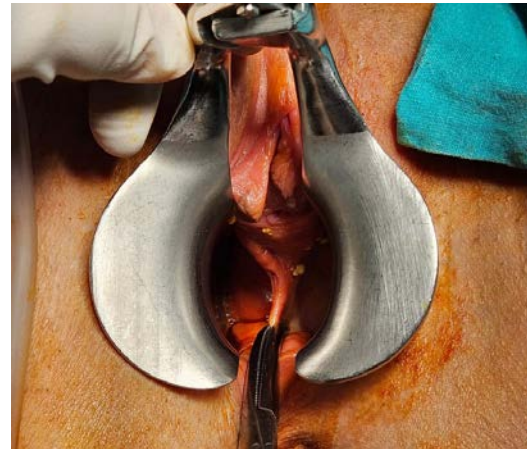
Primer infertilite ve dispareni nedeniyle kliniğimize başvuran hastada fizik muayene ve 4D Transvajinal ultrasonografi ile komplet uterin septum + komplet longitudinal vajinal septum tespit edilmiştir. Menstruasyon için engelleyici olmadığından çoğu zaman bu konjenital anomalinin tanısı puberte ile konmaz, aktif cinsel yaşamın ve fertilite arzusunun başladığı yıllara kadar gecikebilir.

Bu hastamızda reyonel anestezi altında laparoskopik mühürleme-kesme aletini kullanarak vajinal septumu sonuna kadar kestik. Serviks görünür hale gelince uterus sağ kaviteye Foley sonda koyarak balonu şişirdik. Sol servikal açıklığı dilate ederek rezektoskop ile sol uterin yarı-kaviteye girdik. Sol tubal orifisi görüntüleyerek oriyantasyon sağladık. Foley sonda balonunun da iterek belirginleştirdiği uterin septum üzerine monopolar L elektrod ile kesi yaparak sağ yarı kaviteye girdik. Septumu servikse doğru kesmeye devam ettik ancak septumun servikal kısmını ileride servikal yetmezliğe sebep olmamak amacıyla kesmedik. Sonra kesiyi fundusa doğru uzatarak her 2 tubal orifisi aynı düzlemde görünür kılan kadar kestik ve işlemi bu şekilde sonlandırdık. Sonda balonunu 5 gün kavitede şişik bıraktık. Hormonal tedavi veya adezyon bariyeri kullanmadık.

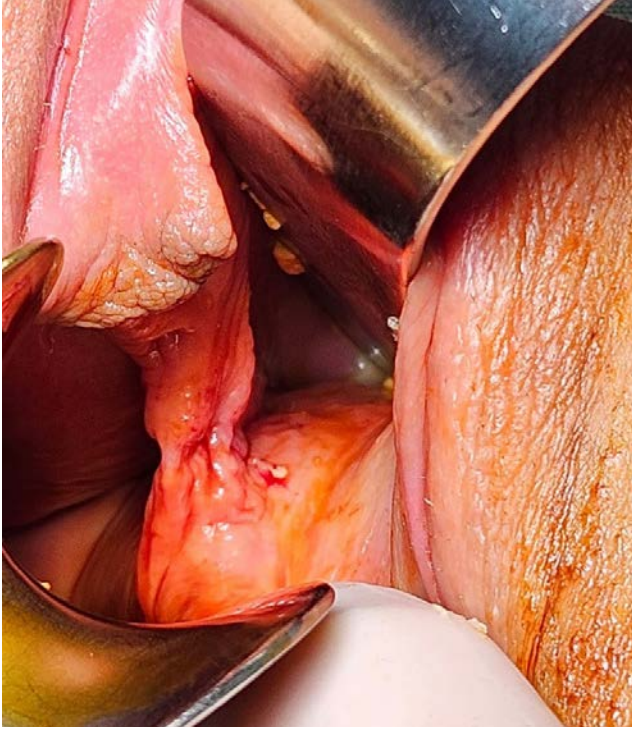
Postoperatif dönemde vajinal muayene spekulumla, uterin kavite değerlendirmesi 4D Transvajinal USG ile yapıldı ve sorunsuz iyileşme görüldü.

Anahtar Kelimeler: komplet uterin septum, komplet longitudinal vajinal septum, septum rezeksiyonu, histeroskopi

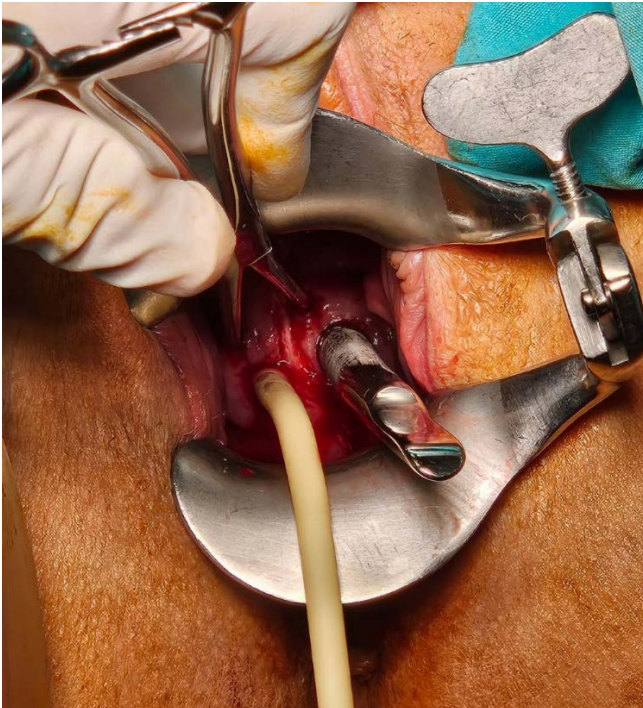
Longitudinal vaginal septum



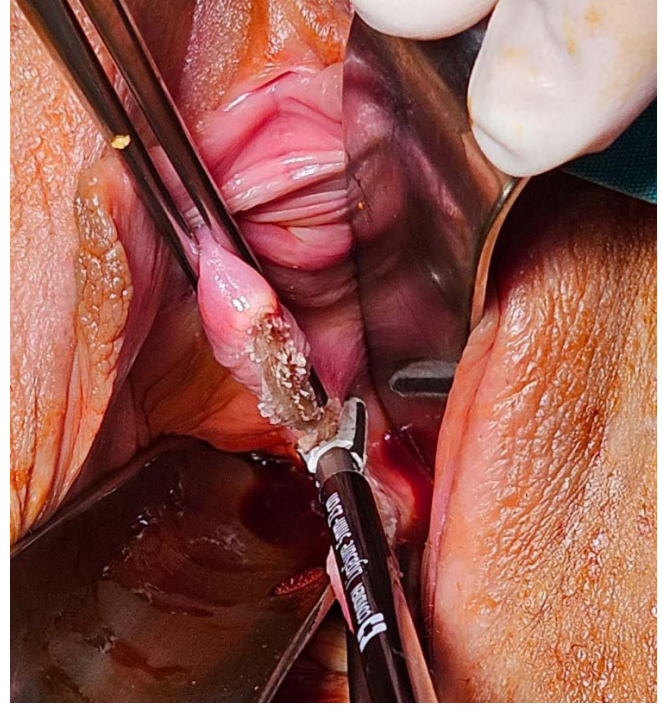
Longitudinal vaginal septum 2



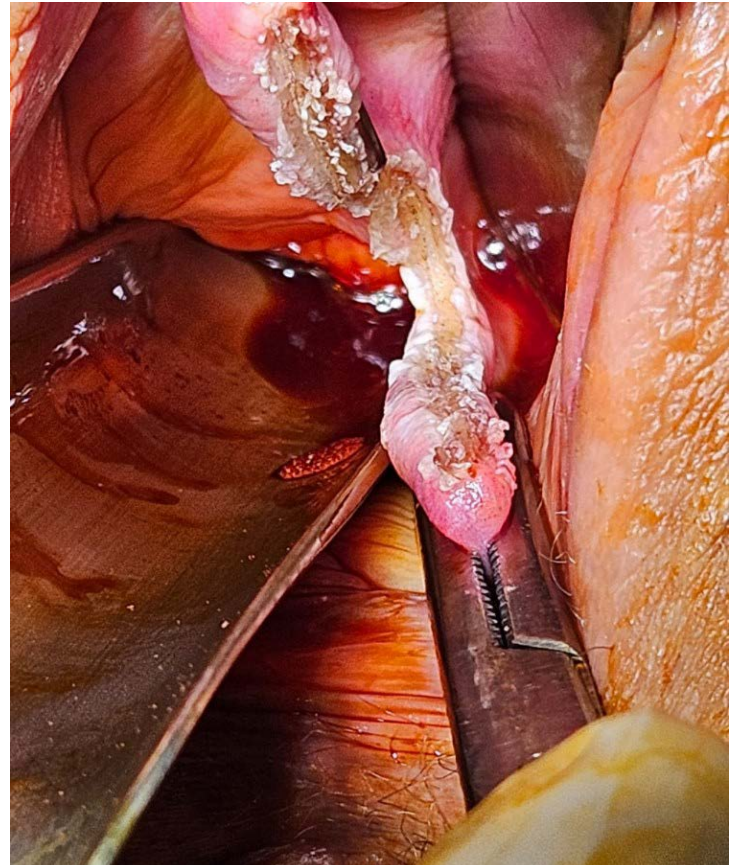
serviks



vajinal septum rezeksiyonu



vajinal septum rezeksiyonu 2



SB-115

Cornual Ectopic Pregnancy

Esra Beydemir, Erhan Demirdag, Nuray Bozkurt
Gazi üniversitesi kadın hastalıkları ve doğum, ankara

ectopic pregnancy occurred again in the same region due to the distortion of tubal anatomy.

Anahtar Kelimeler: Cornual, ectopic pregnancy, resection

The most important risk factor is a history of previous ectopic pregnancy, while the primary etiological factor is the distortion of tubal anatomy. In recent years, due to an increase in assisted reproductive techniques and sexually transmitted diseases, as well as earlier and more definite diagnosis, there has been an increase in the number of ectopic pregnancies. In patients presenting with pain, vaginal bleeding

CASE: Our patient, with no significant medical history, presented to our center due to thickening of the voice, especially in the jaw area, increased hair growth, thickening, and darkening of hair on the face, genital area, arms, and legs, along with amenorrhea for three months, approximately 10 years ago. During laparoscopic examination, when it was understood that the majority of the 6-7 cm cyst was a solid mass with small cystic areas, the patient underwent laparotomy, and the pathology result revealed a sex cord stromal tumor, for which right salpingo-oophorectomy was performed. The patient underwent postoperative follow-up.

On February 16, 2024, the patient presented to an external center with nausea, groin pain, and dizziness, with a beta-hCG level of 651, and was scheduled for a follow-up appointment one week later. On February 22, 2024, the patient returned to the external center with a beta-hCG level of 3984, and a 7.5 mm ectopic focus near the right cornual region was observed, with no gestational sac or yolk sac visible. The patient was referred to our center on the same day and received Rh immunoglobulin and 84 mg of methotrexate due to blood incompatibility. On February 24, 2024, the beta-hCG level was 3871, and on February 25, 2024, it was 5776. Another 84 mg dose of methotrexate was administered on February 26, 2024. On February 28, 2024, the patient's beta-hCG level was 9300, and an ultrasound showed a 11.7 mm gestational sac in the right cornual region, with a 5.6 mm yolk sac and a 2.1 mm crown-rump length (fetal heart rate absent). On February 29, 2024, a laparoscopic right cornual excision and curettage of the cavity with a Karman cannula were performed. On the first postoperative day, the patient's beta-hCG level was 4129, and she was discharged with a follow-up appointment scheduled for one week later.

CONCLUSION: In this case, we want to emphasize that the

SB-116

Laparoskopik 7cm myomektomi

Fatma Elif Işık Eryılmaz

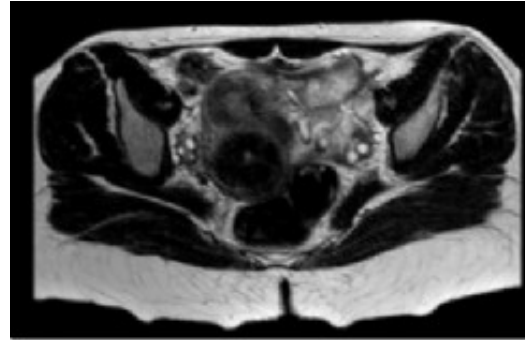
Antalya Şehir Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum
Bölümü, Antalya

İyi huylu uterin miyom (leiomyom) kadınlarda en sık görülen pelvik neoplazmdır (yaşam boyu risk %70 ila %80). Uterin sarkom nadirdir (yaklaşık 100.000’de 3 ila 7). Rahim içi kitlesi olan ve bazılarında rahim sarkomu için risk faktörleri bulunan bir hasta popülasyonunda sarkom bulma olasılığı yaklaşık %0,05 ila %0,28’dir. Klinik bulgular, leiomyomlar ile uterus sarkomları arasında ayırım yapmakta faydalı değildir, çünkü her ikisi de tipik olarak anormal uterus kanaması, pelvik ağrı/basınç ve pelvik kitle bası semptomları ile ortaya çıkabilir. Hızla büyüyen bir uterin kitle, premenopozal hastalarda uterin sarkomunun güvenilir bir işareti değildir. Çoğu çalışmada, büyük uterus boyutunun (20 gebelik haftasından fazla) uterus sarkomu riskini artırdığı gösterilmemiştir. Endometrial örnekleme bazı hastalarda uterin sarkomu tespit edebilir. İyi huylu leiomyomlar ile uterin sarkomlar arasında güvenilir bir şekilde ayırım yapabilen bir pelvik görüntüleme modalitesi yoktur. godolinyumlu mr kullanılabilmele birlikte sarkomlardan kesin ayırımı için patoloji gereklidir. Hastamız 26 yaş virgo, dismenore sık idrara çıkma ve kabızlık şikayetleri mevcuttu. Dış merkezde 2023 aralıkta çekilen mr sonucu; uterus korpus sağ yarımında en geniş yerinde 6cm ölçülen intamural myom olarak gelen hastanın kontrol abdominal ultrasonunda myom çapı en geniş yerinde 7cm olarak izlendi. Hastaya riskler hakkında bilgi verilerek, morselator kullanımı anlatılarak laparoskopik myomektomi kararlaştırıldı. Şubatta operasyona alınan hastanın preop kanamayı azaltmak için 2 dilaltı, 1 rektal cytotec ve 1gr transamin yapıldı. Laparoskopik görüntüsünde sağ posteriorda myom izlendi yapışıklıklar manipülasyon ve barsakları uzaklaştırabilmek için diseke edildikten sonra sağ alttan da trokar girildi. Uterin manipülasyon, hasta virgo olduğu için laparoskopik aletlerle yapıldı. Uterus posteriordan antevort pozisyonuna getirilerek üst posteriordan ultrasonik mühürleme cihazı ile subvertikal yaklaşık 4cm kesi ile myom kapsülü soyuldu myom tenakulum ile traksiyona alınarak damarlar mühürlenerek ilerlendi ve tamamen çıkarıldı. Myom batın içerisinde bekletilerek önce uterus v-loc ile baseball sütüre edildi. Myom morselatör ile tamamen batın dışına alındı. Batın temizliği ve kanama kontrolü sonrası 1 adet diren yerleştirildi. Kanama ve adezyonları önleme amaçlı sütür üzerine surgical serilerek vakaya

son verildi. Po1 de direnden gelen sıvama tarzı olması üzerine çekildi ve akşam hasta taburcu edildi. Kontrollerde ek sıkıntı gelişmedi. Hastanın şikayetleri geriledi. Patoloji leiomyoma olarak sonuçlandı. Hastaya sarkom ihtimali ve morselatör kullanımı anlatılarak myom vakaları çoğunlukla laparoskopik tamamlanabilir.

Anahtar Kelimeler: laparoskopi, leiomyom, morselator, virgo

myom mr görüntüsü



myom mr görüntüsü-2



SB-117

Laparoskopik endometrioma kist ekstirpasyonu, yaygın ekstrasjenital endometriozis cerrahisi ve myomektomi: Olgu sunumu

Hanife Selvi

Sağlık Bilimler Üniversitesi, Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Bursa

GİRİŞ: Endometriozis, endometrial gland ve stromanın uterin kavite dışında olmasıdır. En sık yerleşim yerleri pelvik organlar ve peritondur. Hastalar ileri evrelerde bile asemptomatik olabilirler. Ancak semptomlar da çok çeşitlidir. Kronik pelvik ağrı, sekonder dismenore, dispareni ve infertilite problemi olan reproduktif yaş grubundaki hastalarda endometriozis akla gelmelidir. Ekstrapelvik endometrioziste semptomatik olanlarda siklik patern önemlidir. Kolorektal tutulumu olan olgularda gastrointestinal semptomlar (bulantı, kusma, distansiyon) ortaya çıkabilir. Akciğer tutulumu sonucu menstürasyon dönemlerinde hemoptizi görülebilir. Diyafram tutulumu nedeniyle omuz ağrısı görülebilir. SSS tutulumu sonucu menstruel nöbetler gelişebilir. Ureteral tutulumlarda disuri ve hematuri olabilmektedir.

YÖNTEM: Bu olgu; 39 yaş gravida 1, parite 1 (IVF) olan hasta dismenore, dispareni ve siklik gastrointestinal semptomlar şikayetleri ile başvurdu. Bilinen bir hastalığı yok, kullandığı ilaç visanne, allerji öyküsü yok, geçirilmiş operasyon 2013'te L/S endometrioma kist ekstirpasyonu. Hasta 9 yıldır şiddetli dismenore, dispareni, menstruel dönemde olan bulantı kusma distansiyon ve omuz ağrılarına ek 3 yıldır menoraji şikayetlerinde olması üzerine başvurdu. Ayrıca hastanın gebelik istemi mevcut. Hastaya yapılan ultrasonda sol overde 4cm endometrioma ile uyumlu kistik yapı ve intramural 4cm myoma uteri izlendi. Hastaya visanne başlandı. Şikayetleri bir miktar geriledi fakat hala devam eden hastaya laparoskopi planlandı.

BULGULAR: Hastanın eksplorasyonda omentum, ince ve kalın bağırsak, peritoneal yüzeylerde ve diyafragmada yaygın endometriozis odakları izlendi. Uterus fundusta yaklaşık 4cm intramural myoma uteri ve sol overde 4cm endometrioma ile uyumlu kist izlendi. Öncelikle sol endometrioma ekstripe edildi. Yaygın endometriotik odakları bipolar koter yardımıyla koterize edildi. Ardından harmonik yardımıyla myoma uteri hattı üzerine 4cm vertikal insizyon açıldı, disektor ve grasper yardımıyla myoma uteri tutuldu ve harmonik yardımıyla eksize edildi. Kalan dokular V-loc sütür ile birleştirildi. Myoma uteri endobag içerisinde 3 parçaya bölünerek çıkarıldı.

SONUÇ: Endometriozis tedavi seçimi hastanın yaşına, fertilitate isteğine, lezyonun lokalizasyonuna ve yaygınlığına, semptomların şiddetine ve eşlik eden pelvik patolojiye göre yapılır. Medikal tedavi sonrası ilk 1 yılda rekürens oranı %5-15,5 yılda artış oranı %40-50 'dir. Cerrahi tedavi konservatif (endometrial implantların rezeksiyonu, adezyonların açılması, pelvik anatomisinin restorasyonu) ve definitif (bilateral oofektomi, histerektomi ve görünür odakların eksizyonu) olmak üzere ikiye ayrılır. Önerilen cerrahi tedavi yöntemi L/S' dir. Lazer ablasyon, klasik elektro-cerrahi ablasyon ve eksizyon yapılabilir. İnfertilitede cerrahi minimal ve hafif endometrioziste cerrahinin fertilitate üzerine etkisi tartışmalıdır. Ancak orta ve şiddetli endometrioziste operatif L/S tercih edilmelidir. Amaç adezyonları açmak, implantların destrüksiyonu ve adezyonların açılmasıdır. Ekstagenital endometriozis tedavisi ise obstruktif semptomlar yok ise hormonal tedavi düşünülmelidir. Ancak gastrointestinal endometriozis genellikle medikal tedaviye cevap vermemektedir. Cerrahi tedavi lezyonun yerine ve büyüklüğüne bağlıdır. Mümkünse komplet eksizyon yapılmalıdır, yapılamıyorsa uzun süreli medikal tedavi yapılmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Laparoskopi, Endometriozis, İnfertilite, Myoma uteri

SB-118

Batın içi kayıp ince bağırsak mezosuna implante RIA'nın yönetimi; laparoskopik olarak çıkarılması

Mürşide Çevikoğlu Kılıç, Ali Yıldızbakan

Mersin Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi,
Mersin

Başarılı ve uzun süreli koruma, geri dönüşü kolay olması ve az sistemik etkisi nedeniyle sık tercih edilen rahim içi araç (RIA) en yaygın korunma yöntemlerindendir. Uterin perforasyon ve 0,87/1000 oranda abdominopelvik migrasyon RIA'nın komplikasyonlarıdır. Nadir de olsa RIA'nın batın içinde bulunması adhezyon, ileus, visseral perforasyon, abse ve enfeksiyonlara neden olabilmektedir. Sonografik bakıda uterin kavitede olmayan RIA için klinik şüphe halinde ilk tercih edilen görüntüleme tetkiki ayakta direk batın grafisidir. Ancak her RIA yapısı gereği grafi ve ultrasonda net olarak izlenemeyebilir. Batın boşluğundaki RIA'nın yönetimi laparoskopi veya laparotomi ile acilen batın dışına çıkarılmasıdır. Laparoskopi, cerrahın deneyimi ile tanı ve tedavide kayıp RIA için altın standart yöntemdir.

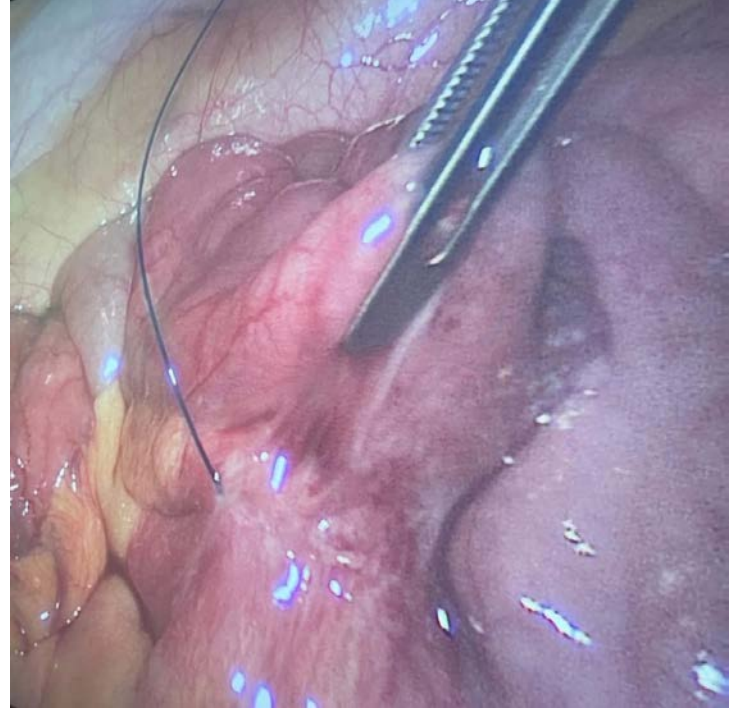
OLGU: 33 yaşında, 2 spontan vajinal doğumu olan hasta yaklaşık sekiz ay önce dış merkezde doğum sonrası hemen RIA yerleştirme öyküsü olup, karın ağrısı nedeniyle gittiği dış merkezde ipi kayıp RIA nedeniyle tarafımıza redere edilmiş, akut batın bulgusu olmayan hastanın yapılan muayenesinde uterin kavitede RIA izlenmemesi ve direk grafide batın içinde tesbit edilmesi üzerine tanısal laparoskopi planlandı. Eksplozasyonda uterin seroza intakt görünümde, ince barsak ansları arasında RIA ipi izlendi ve kontrollü disseksiyon sonrası bütünüyle barsak mezosuna implante RIA saptandı. RIA, dikkatli künt ve keskin disseksiyon ile barsak bütünlüğü bozulmadan gömülü olduğu mezodan çıkartıldı. Kanama ve barsak bütünlüğü kontrolleri sonrası bir adet nelaton dren yerleştirildi. Hasta postoperatif 1. günde sorunsuz taburcu edildi.

RIA öyküsü olan hastalarda kronik pelvik ağrı semptomları RIA'nın ekstrauterin migrasyonunun bir işareti olabileceği akılda tutmalıdır. Grafide gösterilemeyen RIA için standart öncelikli yöntem laparoskopi olup, mutlaka barsak ansları arası kontrol edilmelidir. Doğumdan hemen sonra involüsyonu gerçekleşmemiş genital yapılara RIA uygulamasının güvenilirliği konusunda olgumuz dikkat çekicidir. Laparoskopi minimal invaziv olup; batın içi RIA'nın tanı ve tedavisinde günümüzde ilk tercih yöntemdir. Ayrıca iç organ perforasyo-

nunda ve intrakorporeal sutureasyonda avantajlı tekniktir.

Anahtar Kelimeler: batın içi kayıp RIA, ince barsak mezosu, laparoskopi

Resim 1



SB-119**A case of hymenal polyp detected in a 22-year-old virgo patient**

Mehmet Emin Güneş¹, Yaşam Kemal Akpak², Mücahit Furkan Balcı¹, Çağla Ezgi Uğuz Candemir¹

¹Izmir City Hospital, Department of Gynecology and Obstetrics, Izmir

²University of Health Sciences, Department of Gynecology and Obstetrics, Izmir

INTRODUCTION: Hymen is a thin connective tissue membrane located at the distal end of the vagina and partially covering the vaginal entrance. It exists until the first sexual intercourse, after which only remnants remain. Hymenal pathologies are quite rare in daily clinical practice, but when encountered by physicians they are usually in the form of hymenal polyp or imperforate hymen, one of the two most common forms. In this case, we aimed to contribute to the literature with a rare case of hymenal polyp that caused dysuria and bleeding complaints in a virgo woman.

CASE: A 22-year-old virgo patient applied to our clinic due to discomfort, bleeding and irritation due to the contact of the tissue piece extending from the vagina with her underwear. During the examination of the external genital organs, the labia majora, labia minora and perineum were observed to have a normal appearance. A pinkish-brown colored polypoid structure with dimensions of 7 × 14 × 5 mm, extending outwards, was observed at the 5 o'clock position of the hymenal ring (Figures 1). The protruding structure was painless and mobile on palpation. It was observed that the hymenal ring was intact. There was no evidence of contact, bleeding or inflammation. Internal genital examination could not be performed because the patient was virgo. In the pelvic ultrasound, the uterus and ovaries were observed to have a normal appearance consistent with age. Excision was planned after explaining the situation to the patient and obtaining permission. The polypoid structure was excised under general anesthesia. Preservation of the hymenal ring was emphasized. (Figure 2) Histopathological examination of the tissue was evaluated as a squamous papilloma. After a short observation after the procedure, the patient did not have any complaints and she was discharged.

DISCUSSION: Hymenal polyps are not uncommon in the neonatal period and early childhood. Most of them disappear by age 3. Very rarely, they can be permanent

and can become larger or even polypoid. In our patient's case, the polyp likely started growing after menarche. This late-onset growth may be physiologically explained by increased estrogen levels at the onset of puberty. Because of hymenal polyps are rare in adult virgo women, in such cases these structures should be removed, the tissue confirmed histopathologically, and the possibility of malignant proliferation arising from intravaginal tissue should be excluded. Excision should be performed with care taken to preserve the hymenal ring.

Keywords: hymen, virgo, polyp

1

Macroscopic appearance of hymenal polyp

2

Appearance of intact hymenal ring after excision procedure

SB-120

Total Laparoskopik Histerektomide Termal Hasara Bağlı Üreter Yaralanması: Olgu Sunumu

cengiz şanlı¹, RAMAZAN ERDA PAY²

¹Sağlık Bilimleri Üniversitesi Fethi Sekin Şehir SUAM, Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği Elazığ

²Etlik Şehir Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği, Ankara

Laparoskopik operasyonların sayıca artmasıyla beraber komplikasyon sayılarında da artış görülmeye başlanmıştır. Üreter hasarı bildirilen vakaların yaklaşık yüzde 75'i jinekolojik operasyonlarda meydana gelmektedir. Açık cerrahiye göre laparoskopik vakalarda üreter hasarı daha sık bildirilmiştir. Hastaların çoğunda predispozan risk faktörü olmadan üreter hasarı görülebilmektedir. Hasarın erken tanısı ve onarımı daha sonraki komplikasyonları azaltacaktır ancak termal hasara bağlı yaralanma genelde postoperatif dönemde, geç tanı koyulan bir durumdur. Biz bu çalışmamızda; kliniğimizde total laparoskopik histerektomi esnasında meydana gelen, termal hasara bağlı üreter yaralanması gördüğümüz vakamızı sunuyoruz. Hastamızda bilateral yaralanma görülmüş olup bu vakada nefrostomi sonrası üreter anastomozu yapıldı. Jinekolojik ameliyatlarda nadir görülen termal hasara bağlı üreter yaralanmasının değerlendirilmesinde literatüre katkı sağlayacağımızı düşünüyoruz.

Anahtar Kelimeler: laparoskopi, histerektomi, üreter hasarı

SB-121

Dev Over Kisti

Fatma Özmen¹, Deha Denizhan Keskin², Emrah Önder³
¹Ordu Üniversitesi Eğitim Araştırma Hastanesi, Jinekolojik Onkoloji, Ordu

²Ordu Üniversitesi Eğitim Araştırma Hastanesi, Kadın Doğum, Ordu

³Ordu Üniversitesi Eğitim Araştırma Hastanesi, Kadın Doğum, Ordu

AMAÇ: Günümüzde tıbbi görüntüleme teknolojilerindeki ilerlemeler, patolojik kitlelerin daha erken tespit edilmesini mümkün kılmıştır. Bu yöntemlerin sensitivitesi ve spesifite-sindeki artış, erken evre over kanserleri ve overyan kitlele-lerin saptanmasında devrim yaratmıştır. Klinik olarak sessiz seyreden ancak anormal boyutlara ulaştığında bası bulguları ile kendini gösteren kitleler, semptomatik hale gelmektedir. En yaygın başvuru semptomları abdominal distansiyon, dis-peptik yan etkiler, basıya sekonder üriner ve gastrointestinal sistem semptomları ile dispne şeklinde sıralanabilir.

YÖNTEM: Semptom vermeden 56 cm, 19,4 kg ağırlığa ulaşan dev over kistinin dispeptik yakınmalar nedeni tanı olarak cerrahi yönetiminden bahsettik. Over kaynaklı kitle sonucu meydana gelen abdominal strialar ve hastadaki akut kilo de-ğişiminden bahsettik.

SONUÇ: Matür kistik teratomların çok büyük bir kısmı 10 cm'den küçük iken, bizim vakamızda 56 cm büyüklüğe ulaşabildiğini ve ayırıcı tanıda düşünülmesi gereken seçeneklerden biri olduğunu vurgulamak istedik.

Anahtar Kelimeler: dev over kisti, 19,4kg, 56cm ovarian mass, matür kistik teratom

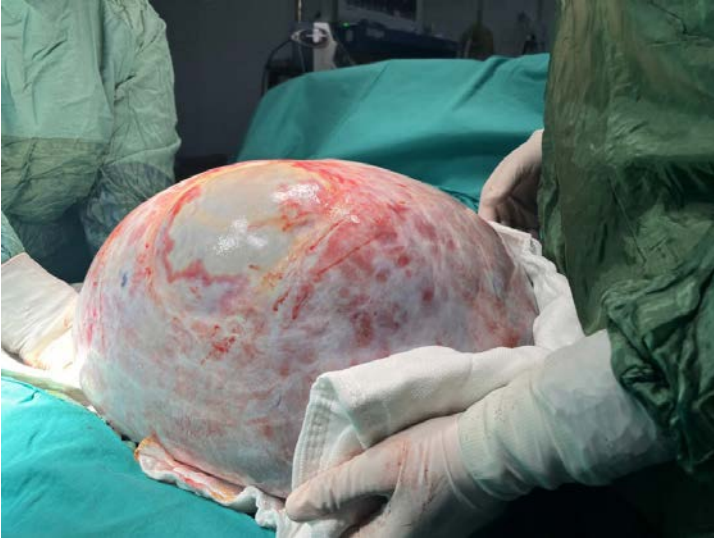
dev kitle



postoperatif görüntü



intraoperatif görüntü



preoperatif abdominal görüntü ve strialar



SB-122

Matür Kistik Teratom'da Laparoskopik Yaklaşım

Gozde Unsal, Ozguc Takmaz, Mete GUNGOR
Acibadem MAA Üniversitesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum
Ana Bilim Dalı, İstanbul

AMAÇ: Unilateral kisti olan vakada matür kistik teratoma laparoskopik yaklaşımı göstermek

METOD: Matür kistik teratoma laparoskopik yaklaşımın video sunumu

BULGULAR: Insidental kist saptanan 26 yaşındaki hastada sol overde yaklaşık 9 cmlik yoğun içerikli kist tespit edildi. Laparoskopik olarak kist eksize edildi. Kist içeriği dermoid ile uyumlu görüldü. Ameliyat 50 dk sürdü.

SONUÇ: Matür kistik teratom doğurganlık çağında sık görülen yağ doku, diş, kemik gibi yapılar içeren benign karakterli bir tümördür. Laparoskopik yaklaşımla kist tamamen eksize edilebilir.

Anahtar Kelimeler: matür kistik teratom, dermoid, Laparoskopi, minimal invazif cerrahi

SB-123

Investigation Of The Effect Of Uterosacral Ligament Plication In Preventing Cuff Prolapse

Belma Gözde Özdemir¹, Meltem Aydoğdu², Leyla Hüseyinli¹,
Günay Safarova¹, Ahmet Bilgi¹, Mustafa Gazi Uçar¹, Çetin Çelik¹

¹Selçuk University Faculty Of Medicine, Obstetrics And Gynecology Department, Konya, Turkey

²Yalova University Faculty Of Medicine, Obstetrics And Gynecology Department, Yalova, Turkey

BACKGROUND-AIM: The incidence of cuff prolapse after hysterectomy is 3.2%, while this rate is 2% in women without hysterectomy. Because they are the major elements that hold the uterine ligaments in place. While the weakening of collagen tissue and the change in extracellular matrix and metalloproteinase activity with age disrupt the ligament structure, an anatomical loss of support structure occurs after hysterectomy. Stabilizing sutures to the cuff of the uterosacral ligament may be a preventative measure for later scar tissue and apical prolapse. Stabilizing sutures to the cuff of the uterosacral ligament may be a preventative measure for later scar tissue and apical prolapse. We aimed to emphasize the importance of surgical techniques 'Uterosakral Ligament Plication' (USLP) in preventing cuff prolapse after hysterectomy.

MATERIAL /METHODS: A retrospective study, all cases that underwent total abdominal hysterectomy for benign or malignant reasons between 2010 and 2024 were evaluated. Among these, patients who developed cuff prolapse and underwent surgery for this reason were identified. Patients who underwent USLP and those who did not were categorized.

RESULTS: The total number of patients who underwent hysterectomy was 2033, the number of patients who underwent USLP was 832, and the cuff was closed with continuous locking in 1201 patients. In the study, it was observed that 59.1 percent of women who underwent hysterectomy did not undergo USLP and 40.9 percent underwent USLP. When looking at the status of vaginal cuff prolapse, it was seen that 99.2 percent of women did not have prolapse, and only 0.8 percent had prolapse. When USLP was performed in hysterectomy, vaginal cuff prolapse was not observed in 99.8% of the operations, while prolapse was detected in only 0.2% (2 of 832). In operations without USLP, prolapse was not observed in 98.8% of the cases, while prolapse occurred

in 1.2% of the patients (15 of 1201). According to these data, there was a statistically significant difference in the rates of vaginal cuff prolapse between the two groups ($p<0.05$). The incidence of cuff prolapse is higher when the USLP technique is not added.

CONCLUSION: In order to prevent cuff prolapse, the techniques used when closing the cuff are important. A practical and easily applicable technique. Preventive techniques should be evaluated in terms of patients' quality of life and additional morbidities, especially in the long term.

Keywords: cuff prolapse, hysterectomy, uterosacral ligament, technical

SB-124

Otuz altı yaşında primer over endometroid kanseri ve primer serviks skuamöz hücreli karsinom birlikteliği: olgu sunumu

Eyüp Gökhan Turmuş, Dilek Yüksel, Caner Çakır
Ankara Etlik Şehir Hastanesi, Jinekolojik Onkoloji Bilim
Dalı, Ankara

GİRİŞ: Over endometrioid karsinomu, tüm over karsinomlarının yaklaşık yüzde 10'unu oluşturur ve görülme sıklığı 40 yaşından sonra artmaktadır. Serviks kanseri de kadınlarda en sık görülen jinekolojik kanserdir. Bu olgu sunumundaki amacımız genç yaşta bir vakada bu iki kanser türünün senkron olarak görülmesinin hem tanı hem de tedavi sürecinde çeşitli zorluklara neden olabileceğine dikkat çekmektir.

YÖNTEM: Otuz altı yaşında kadın hasta dış merkeze bir aydır süren vajinal kanama nedeniyle başvurdu. Özgeçmişinde özellik olmayan hasta, yapılan operatif histereskopi ve serviks biyopsi sonucunda iyi diferansiye HPV ilişkisiz tip skuamöz hücreli karsinom (SCC) saptanması nedeniyle kliniğimize yönlendirildi. Hastanın bimanuel vajinal muayenesinde 5 cm servikal kitle palpe edildi. Transvajinal ultrasonda endometriyum kalınlığı 3,5 mm izlendi. Sağ over lojunda 6x7 cm boyutunda solid komponentli kistik oluşum, sol over lojunda 7x8 cm boyutunda kistik lezyon izlendi. Bunun üzerine hastanın çekilen pelvik MR'ında serviks anterior duvarından kaynaklanan 50x32 mm boyutunda serviks kanseri ile uyumlu lezyon izlendi. Sol adneksde 67x52 mm boyutunda, sağ adneksde 45x35 mm boyutunda malign karakterde kistik kitle izlendi. Her iki iliak vasküler yapılar komşuluğunda da en büyüğü sağda 40x21 mm boyutunda ölçülen birkaç adet kistik nekrotik lenfadenopati izlendi. Servikal yapı sağda silinmiş şekilde izlendi. Bimanuel muayenede ise parametriumların serbest olması nedeniyle lezyonun parametriuma invaze olmadığı düşünüldü. PET- CT'de serviksteki kitlede ve pelvik lenf nodlarında artmış metabolik aktivite izlendi.

BULGULAR: Yapılan diagnostik laparoskopide sol adneksde 6 cm boyutunda solid komponentli atipik damarlanma içeren kitle izlendi. Sol salpingooferektomi yapıldı. Retroperitona girilerek bilateral pelvik bulky lenf nodları eksize edildi. Patolojik mikroskopik incelemede lenf nodu materyalinden hazırlanan kesitlerde, endometrioid tip adenokarsinom tümör infiltrasyonu görüldü. Overde endometrioid adenokarsinom, grade 1 infiltrasyonu izlendi. Patolojide bulky lenf nodunun over kanserinin metastazı olduğu düşünülmesi üzerine has-

taya over kanseri evreleme cerrahisi ve serviks kanseri tip 3 histerektomi yapıldı.

SONUÇ: Epitelyal tip over kanserinin tedavisinde standart evreleme cerrahisi önerilir. Erken evre serviks kanserinde ise primer tedavi olarak cerrahi seçeneği önerilir. Lokal ileri evre serviks kanseri olan tüm hastalarda lenf nodu değerlendirmesi gerekir. Çünkü lenf nodu tutulumu evreyi, tedaviyi ve sürveyi değiştirmektedir. Dolayısıyla bu hasta için lenf nodu tutulumunun over kaynaklı ya da servikal kaynaklı olması evreyi ve primer tedavi yaklaşımını değiştireceği için lenf nodu diseksiyonu yapıldı. Lenf nodu patolojik değerlendirme sonucunun epitelyal over kanseri metastazı gelmesi nedeniyle de primer over endometroid kanseri ve primer SCC birlikteliği olarak tanı aldı. Hastaya tedavi olarak over karsinomu için primer debulking, serviks kanseri için de tip 3 histerektomi yapıldı.

Anahtar Kelimeler: Lenf nodu diseksiyonu, operatif laparoskopi, over kanseri, serviks kanseri,

SB-125

Comparison of hysterectomies performed using vNOTES versus single-port laparoscopic surgery

Berican Şahin Uyar¹, Varol Gülseren², Kemal Güngördük¹

¹Muğla Sıtkı Koçman University, Muğla, Turkey

²Erciyes University, Faculty of Medicine, Department of Obstetrics and Gynecology, Division of gynecologic oncology, Kayseri, Turkey

AIM: The aim of the study is to compare hysterectomies performed using single-port laparoscopic surgery (SPLS) versus vaginal natural orifice transluminal endoscopic surgery (vNOTES).

METHOD: Patients who underwent hysterectomy with SPLS or vNOTES between 2020 and 2024 were analyzed retrospectively.

RESULTS: Twenty three patients underwent hysterectomy with SPLS and nineteen underwent vNOTES. The mean age of patients who underwent SPLS was 50.3 ± 8.5 years, and the mean age of those who underwent vNOTES was 52.8 ± 11.1 ($P = 0.408$). The rates of patients who underwent SPLS and vNOTES being in the postmenopausal period were calculated as 60.9% and 57.9%, respectively ($P = 0.547$). It was shown that there was no difference in mean body mass index between the two groups (29.4 ± 5.8 vs 30.5 ± 3.4 ; $P = 0.474$). The average port installation time was calculated as 3.3 ± 0.4 and 8.8 ± 0.9 minutes in the SPLS and vNOTES groups, respectively ($P < 0.001$). The operation time was 71.9 ± 8.2 minutes in SPLS patients and 79.5 ± 10.8 minutes in vNOTES patients ($P = 0.014$). Specimen removal time had similar mean values between groups (4.4 ± 1.8 vs 4.7 ± 1.6 ; $P = 0.573$). In the SPLS group, 39.1% patients underwent hysterectomy and 60.9% patients underwent hysterectomy + oophorectomy. In the vNOTES group, hysterectomy and hysterectomy + oophorectomy rates were calculated as 36.8% and 63.2%, respectively. There was no difference between the groups in terms of surgery performed ($P = 0.567$). None of the patients converted to laparotomy and there were no intraoperative complications. The length of hospital stay was analyzed as 1.9 ± 0.9 days in the SPLS group and 1.7 ± 0.7 days in the vNOTES group ($P = 0.497$).

CONCLUSION: vNOTES is a surgical procedure with a rapid learning curve and no surgical scar in the abdomen. The duration of surgery decreases rapidly as the number of

surgeries performed by the surgeon increases. In our pilot study, hysterectomy with vNOTES yielded results comparable to SPLS. As the number of patients increases, our study will be published with the results of the satisfaction surveys.

Keywords: Single-port laparoscopic surgery, Vaginal natural orifice transluminal endoscopic surgery, Laparoscopy, Minimally invasive surgery

SB-126

Endometrium Kanseri Tanısı Alan Hastada Uterin Manipülatör Kullanılmadan Yapılan Laparoskopik Histerektomi Ve Pelvik Lenf Nodu Örnekleme Operasyonu

Hayat Terkan, Yağmur Acıyiyen, Gökberk Dünder, Havva Betül Bacak, Süleyman Salman
Sağlık Bakanlığı Üniversitesi, Gaziosmanpaşa Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği, İstanbul

Endometrial kanser (EK), gelişmiş ülkelerde en yaygın jinekolojik malignitedir ve küresel olarak artan bir insidansla karşı karşıyadır. Hormonal dengesizlikler, obezite ve genetik yatkınlıklar gibi birçok risk faktörü tarafından şekillenen bu karmaşık hastalık için erken teşhis ve yetkin yönetim, hasta sonuçlarını iyileştirmek için son derece önemlidir.

AMAÇ: Endometrioid Adenokarsinom vakasının laparoskopik olarak manipülatör kullanılmadan video ile demonstre edilmesi

YÖNTEM: 60 yaşında hiç doğumu olmayan 10 yıldır menapozda olan dış merkeze rutin kontrol amacıyla gittiği muayene esnasında endometrial kalınlık artışı görülerek probe küretaj yapılan hastanın patoloji sonucu endometrioid adenokarsinom olarak sonuçlandı. Hasta dış merkezden tarafımıza yönlendirildi. Hastaya laparoskopik total histerektomi, bilateral salpingooferektomi, bilateral pelvik lenf nodu diseksiyonu ve frozen planlandı. Genel anestezi altında dorsal litotomi pozisyonunda ameliyata başlandı. Batın vulva vajen batikonajını takiben steril örtüler örtüldü. Mesaneye steril ureter kateteri takıldı. Umbilikustan 10 luk trokar ile batına girildi. Yaklaşık 3 lt CO2 ile batın şişirildi. Tüm batın teleskopla gözlemlendi. Uterus fundusta yaklaşık 5 cm myom nüvesi izlendi. Bilateral adneksler doğal idi. Hasta trendelenburg pozisyonuna alındı. Sol ve sağ crista iliaca anterior superiorun 2-3 cm medialinden ve sol paraumbilikal alandan 5 lik trokar ile batına girildi. Uterin manipülatör kullanmadan spanç ve over pensi ile oluşturulmuş itici yapı ile manipülasyon yapıldı. Bilateral round ligamanlar voyant ile tutuldu, yakıldı, kesildi. Bilateral infundibulopelvik ligamanlar voyant ile tutuldu, yakıldı, kesildi. Mesane peritonu keskin ve künt diseksiyonlarla serviksten ayrıştırıldı. Dokular ayrıldıktan sonra harmonic ile serviks çepeçevre kesildi. Materyaller (uterus ve adneksler) cufftan batın dışına frozen için gönderildi. Frozen sonucu myometrial invazyon izlenmedi kesin sonuç parafin blokta olarak bildirildi.

Ardından bilateral pelvik lenf nodu örneklemesine geçildi. Bilateral eksternal iliak damarların etrafındaki lenf nodlarından örnekleme yapıldı. Lenf nodları cufftan dışarıya alınarak patoloji için saklandı. Vajinal cuff laparoskopik olarak 1 nolu vicryl ile sütüre edildi. Her iki üreter peristaltismi vizualize edildi. Batın bol serum fizyolojik ile yıkandı. Kanama kontrolü yapıldı. Operasyona son verildi.

SONUÇ: Uterin manipülatörler, uterusun mobilizasyonunu sağlayarak cerraha kolaylık sağlar. Uterin manipülatörlerin temel hareketleri arasında anteversiyon/retroversiyon, lateral hareketler ve elevasyon bulunur. Bu hareketler, uterusun pozisyonunu değiştirerek cerraha daha iyi görüş sağlar. Çevre doku yaralanmalarını azaltır. Ancak Uterin manipülatörler myometriumu iyatrojenik olarak zedeleyebilir ve tümör hücrelerinin yayılmasını sağlayabileceğinden ötürü jinekolojik onkolojide kullanılması tartışmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Endometrium Kanseri, Manipülatör, Laparoskopik Histerektomi

SB-127

Virgo Hastada Laparoskopik Bilateral Dermoid Kistektomi

Gökberk Dündar, Hayat Terkan, Yağmur Acıyiyen, Tevfik Kaçar, Süleyman Salman

Sağlık Bakanlığı Üniversitesi, Gaziosmanpaşa Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği, İstanbul

GİRİŞ: Dermoid kistler, kadınlarda en sık hayatın 2. ve 3. dekadında görülen matür teratom olarak bilinen Ovarian Tümörlerdir. %15i bilateral olmakla beraber içlerinde saç, yağ ve kemik bulundurabilirler. Çoğu asemptomatiktir. Semptomatik olgular kütlelerin boyutuna bağlı sebeplerdendir: Ağrı, torsiyon ve rüptür gibi. Neredeyse tamamı benidir. %0,2-2 arasında maligne dönebilirler. Tanı USG, MRG ve Tümör markerlar ile birlikte değerlendirilerek konulabilir. Tedavisi cerrahi eksizyondur. Bu çalışmamızda hastamızın tedavisi laparoskopik bilateral dermoid kistektomi olarak yapılmıştır.

YÖNTEM: 23 yaşında virgo hasta karın ağrısı ve ishal ile yetişkin acile başvurmuş, orada yapılan Tüm Batın USG’de bilateral over kaynaklı kistler izlenmesi üzerine enterit tedavisi sonrası Kadın Hastalıkları ve Doğum Polikliniğine yönlendirilmiştir. Hastanın yapılan muayenesinde solda 11cm bilobule, sağda 5cm dermoid kist izlenmiştir. Çekilen MRG’de sol adneksiyel lojda 123*56*66mm boyutlarında ve sağ adneksiyel lojda 52*39mm boyutlarında matür kistik teratom lehine değerlendirilen kütleler izlenmiştir. Tümör markerlar negatif izlenmiştir. Hasta için Laparoskopik bilateral dermoid kistektomi kararı verilmiştir. Genel anestezi altında dorsal litotomi pozisyonunda ameliyata başlandı. Umblikustan 10luk trokar ile batına girildi. Eksplozasyonda uterus doğal izlendi. Sol overde yaklaşık 10cm bilobule dermoid kist izlendi. Sağ overde yaklaşık 5cm dermoid kist izlendi. Sol overde izlenen kistler, keskin ve aqua diseksiyonlar ile overden disseke edildi. Bütün halde douglaşa alındı. Sol SİAS 2-3cm medialindeki trokar 10luğa çevirilerek batın içerisine endobag gönderildi. Dermoid kistler endobag içine alındı. Torba dışarıya ağızlaştırılarak kistler torba içerisinde rüptüre edildi, yağlı ve saçlı içerik aspire edildi ve kist torba ile dışarıya alındı. Ardından sağ overde izlenen kist keskin ve aqua diseksiyonlarla overden disseke edildi. Bütün halde douglaşa alındı. Batın içine endobag gönderildi. Kist endobag içerisinde rüptüre edildi, yağlı ve saçlı içerik aspire edildi ve kist torba ile dışarıya alındı. Materyaller patoloji için saklandı. Kanama kontrolünü takiben 10luk trokar giriş fasyaları 1

nolu vicryl ile onarıldı. Cilt insizyonları 3/0 rapid vicryl ile onarıldı.

BULGULAR: Ortalama ameliyat süresi 60dk idi. İntraoperatif komplikasyon izlenmedi. Hastanın serviste takipleri ve genel durumunun iyi olması üzerine post-op 2. günde taburcu edildi. Patoloji sonucu Matür Kistik Teratom olarak bildirildi.

SONUÇ: Dermoid kistlerin cerrahi eksizyonunda post-op hastane yatış süresinin daha kısa olması, hastanın daha hızlı iyileşmesi ve antibiyotik kullanım oranını azalttığı için Laparoskopik cerrahi tercih edildi.

Anahtar Kelimeler: Laparoskopi, Kistektomi, Dermoid

SB-128

Derin İnfiltratif Endometrioma Cerrahisi

Hande Esra Koca Yıldırım, Baran Yeşil, Dilek Yüksel,
Caner Çakır

Ankara Etlik Şehir Hastanesi, Jinekolojik Onkoloji Cerrahisi
Kliniği, Ankara

Endometriozis, üreme çağındaki kadınların yaklaşık %10 'nu etkileyen östrojen bağımlı, kronik, inflamatuvar bir hastalıktır. Temel olarak; yüzeysel endometriozis, ovaryan endometrioma ve derin endometriozis olmak üzere 3 alt fenotipe ayrılmaktadır. Bu videoda 40 yaşında derin infiltratif endometriozis, sağ ovaryan endometrioma ve barsak adezyonu olan vaka sunulacaktır.

Anahtar Kelimeler: derin endometriozis, infiltratif, endometrioma

SB-129**Dirençli Servikal Yetmezliği Olan Hastada
Prekonsepsiyonel Laparoskopik Servikal
Serklej**Çağlanur Yıldız

Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi

VIDEO SUNUM: Transabdominal yolun endikasyonları başarısız transvajinal serklej, trakelektomi veya vajinal serviksin olmamasıdır. Son yıllarda minimal invaziv cerrahinin gelişmesiyle birlikte transabdominal servikal serklej için laparoskopik yaklaşım önerilmiştir. Giderek artan bir şekilde transabdominal servikal serklej, genellikle gebe kalmadan önce profilaktik bir ameliyat olarak laparoskopik olarak gerçekleştirilmektedir. Minimal invaziv cerrahinin avantajlarını sunan laparoskopi ile hem açık hem de laparoskopik yaklaşımlarda erken doğumun önlenmesinde yüksek başarı oranları bildirilmektedir.

Servikal serklej uzun süredir servikal yetmezliğin tedavisinde kullanılmasına rağmen halen endikasyonları, zamanlaması ve teknik detayları ile ilgili net bir uzlaşma elde edilememiştir. Servikal serklej işleminin servikal yetmezlikteki başarı yüzdeleri ve bu başarıyı etkileyen faktörler kesin olarak tespit edilememiş ve halen tartışmalıdır, bu işlemi aydınlatmak için çalışmalar tıp literatüründe halen devam etmektedir. Bizde merkezimizde dirençli servikal yetmezliği olan bir hastaya uyguladığımız laparoskopik transabdominal servikal serklej operasyonunu video sunum şeklinde sunarak; kliniğimizin deneyimini sunmayı amaçladık.

Anahtar Kelimeler: laparoskopik servikal serklej, servikal yetmezlik, minimal invaziv cerrahi

SB-130**Batın içi kayıp Mirena RİA'nın laparoskopik
çıkartılması**Ramazan Bayırlı

Özel Gürlife Hospital Hastanesi, Eskişehir

AMAÇ: Batın içine ilerlemiş levonorgestrel içeren rahim içi aracın (RİA) laparoskopik yöntemle çıkarılmasının özel hastane kadın doğum kliniği deneyimini sunmak. Olgumuz 32 yaşında G:1 P:1 Y:1. Kliniğimize bir yıl önce adet sancısı ve aşırı yoğun adet kanaması ile başvurdu. Laboratuvar değerlendirmesinde Hb:9.7gr/dl idi. Pelvik ultrasonografisinde fundal ön duvarda 3-5mm kistik 6-7 adet adenomiyotik odak tespit edildi. Semptomları kontrol etmek için Levonorgestrel içeren RİA önerildi ve olgunun onayı alınarak RİA sı uygulandı. Birinci yıl RİA kontrolünde yapılan ultrasonografi değerlendirmesinde RİA'nın uterin kavite içinde olmadığı izlendi. Daha sonra çekilen direkt pelvik grafisinde RİA'nın promontoryum hizasında pelvik girime doğru uzandığı görüntülendi. Laparoskopi ile %70 i uterus dışında olan rektosigmoid mezoya dens adezyonlarla yapışmış pelvik kaviteye doğru uzanan RİA maryland ligasure kullanılarak çıkartıldı. Operasyon süresi 30dk, kan kaybı ölçülebilecek miktarda olmadı. Olgumuz 24. saatte taburcu edildi.

Anahtar Kelimeler: Rahim içi araç, Laparoskopi, Adenomyozis

SB-131

Sentinel lymph node biopsy in early-stage endometrial cancer treated with robotic surgery: Efficacy and clinical implications

Gökçen Ege, Neslihan Öztürk, Hande Nur Öncü, Burak Ersak, Caner Çakır, Vakkas Korkmaz, Candost Hanedan

Department of Obstetrics and Gynecology, Division of Gynecologic Oncology, Etlik City Hospital, Ankara, Turkey

Endometrial cancer (EC) is the sixth most commonly diagnosed cancer among females. Most EC cases are identified at an early-stage, exhibiting a favorable prognosis with a 5-year overall survival ranging from 74% to 91%. Standard treatment includes hysterectomy with bilateral salpingo-oophorectomy, with the necessity for lymph node dissection determined by various histological factors. However, routine lymphadenectomy often proves unnecessary in low-risk cases, prompting exploration of minimally invasive alternatives such as robotic surgery and sentinel lymph node (SLN) biopsy. This study evaluates the outcomes of robotic hysterectomy combined with SLN biopsy in 52 patients with early-stage endometrioid EC. The protocol utilized the da Vinci X surgical system and Indocyanine green (ICG) for SLN mapping. Results indicate an 88.5% overall SLN detection rate, with bilateral detection in 80.8% of cases. Pathological analysis revealed lymphatic metastasis in 3.8% of patients, underscoring SLN biopsy's efficacy in identifying nodal involvement without the morbidity associated with traditional lymphadenectomy. The discussion focuses on the potential of SLN biopsy as a diagnostic tool for EC staging, highlighting its role in sparing patients unnecessary surgical interventions while guiding adjuvant therapy decisions. Robotic surgery emerges as a safe and efficient approach, offering advantages over conventional surgical precision and postoperative recovery. In conclusion, our data, based on an unselected cohort of patients with early-stage endometrial cancer, suggest that SLN biopsy by use of ICG could be an alternative to systematic lymphadenectomy in patients with low-risk and intermediate-risk endometrial cancer. Robotic surgery is safe in the management of endometrial cancer, with fewer complication rates and detection rates.

Keywords: endometrial cancer, indocyanine green, robotic surgery, sentinel lymph node biopsy

Figure 1



Figure 1. Sentinel lymph nodes. ICG was injected, and SLNs were identified in the left iliac regions before excision (a). Left obturator lymph node (SLN) fluorescence detection (b) after excision. The picture shows a metastatic bulky left obturator lymph node (c) after excision.

Figure 2

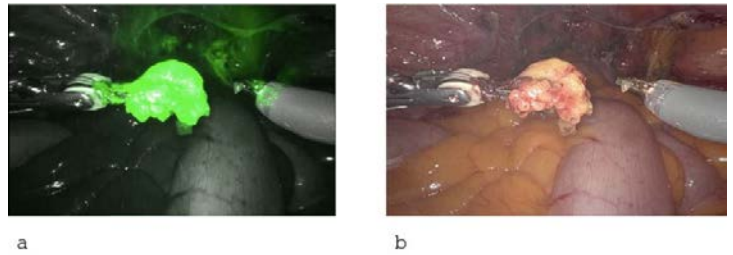


Figure 2. Right external sentinel lymph node (SLN) fluorescence detection (a) and the picture shows non-metastatic lymph node (b) after excision.

Table 1

Characteristics	n
No of SLNs removed per patient (median (range))	3 (1-8)
No of metastatic SLN (%)	2 (3.8)
Bilateral (%)	42 (80.8)
Unilateral (%)	4 (7.7)
None (%)	6 (11.5)

Features of sentinel lymph node algorithm

SB-132

Nadir bir ektopik gebelik olgusu; üriner sistem anomalisi ile birlikteliği

Tuğba Ağbal, Sümeyye Aslan Mermi

Ankara Etlik Şehir Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve doğum bilim dalı, Ankara

İnmemiş over, adneksin common iliak damarların üzerinde bulunmasıyla karakterize edilen nadir görülen doğuştan gelen bir durumdur ve tahmini insidansı %0.3–2’dir. Hem genital hem de üriner sistemin ortak embriyolojik kökeni nedeniyle, inmemiş over sıklıkla müllerian ve böbrek malformasyonları ile birlikte görülür. Hastaların çoğu asemptomatiktir bu nedenle zor tanı alırlar. Genelde infertilite nedenlerinin araştırılması ya da başka nedenlerle yapılan cerrahiler sırasında insidental olarak saptanırlar. Biz bu sunumumuzda daha öncesinde bilinen ektopik pelvik böbreği olan hastada gelişen rüptüre ektopik gebelik sonrası insidental olarak saptanan inmemiş over ve cerrahisini sunacağız.

OLGU SUNUMU: 19 Yaş, gravide 2 ve bir küretajı olan hasta kasık ağrısı ve gebelik şüphesi ile Ankara Etlik Şehir Hastanesi Jinekoloji polikliniğine başvurmuştur. Yaklaşık 18 aydır evli olan hastanın alınan anamnezinde; son adet tarihi 11/4/2024, sağ ektopik pelvik böbreğinin mevcut olduğu, bunun dışında bilinen ek hastalığı ve geçirilmiş operasyon öyküsü olmadığı, doğum kontrol yöntemi kullanmadığı öğrenilmiştir. Hastanın şikayetleri sorgulandığında kasık ağrısının gittikçe arttığını; ancak buna eşlik eden mide bulantısı, kusma ya da kanama gibi şikayetlerinin olmadığını belirtmiştir.

β- hCG Değerleri: 480 (19/5/2024) -- 976 (23/5/2024) Başvuru esnasında yapılan(23/5/2024) spekulum muayenesinde serviks nullipar vasıfta, temiz; abdominal muayende batında minimal hassasiyet, defans-rebound yok. Tv usg: Endometrium 13 mm trilaminar, intrauterin gebelik kesesi izlenmedi. Sağ over net izlenemedi. Sağ adneksiyal alanda 76x30 mm serbest mayi ve douglasta 53x13 mm serbest mayi izlendi. Sağ pelvik böbrek izlendi. Sol over doğal. Hasta ektopik gebelik tanısı ile servise yatışı yapıldı. Klinik seyrinde hastanın akut batın semptomlarının gelişmesi ve yapılan usg de serbest mayi miktarında artış izlenmesi üzerine op l/s yapılması kararı alındı. op l/s -> ektopik odak eksizyonu yapıldı. Hastanın postoperatif takiplerinde herhangi bir komplikasyon gelişmedi. Dren postoperatif 1. günde çekildi.

Hb : 13.6-12,4-12,7-10,6

Bhcg : 480-975-395(postoperatif 1.gün)

Hasta postoperatif 2. Günde taburcu edildi. Beta hcg değeri sıfırlanana kadar takiplerine devam edildi.

SONUÇ: İnmemiş over, ilk kez 1926 yılında Evans ve Cade tarafından “Ektopik over” adıyla tanımlanmıştır. Tahmini insidansı %0.3-2’dir. Çok nadir olan bu vakalarda cerrahi yaklaşımda net bir konsensus yoktur. Daha çok olgu ve çalışma gerekmektedir. Ancak bilinen genital/ üriner sistem anomalisi olan hastalarda iki sistemin yakın ilişkisi akılda bulunulmalı ve hastalar ayrıntılı olarak taranmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Ektopik gebelik, müllerian agenezi, inmemiş over, ektopik pelvik böbrek

SB-133

Tek umbilikal insizyon ile laparoskopik tubal ligasyon

Haydar Sipahioğlu, sezin ateş tatar

Alanya Alaaddin Keykubat Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı

Amacımız, özellikle olası pelvik adezyon ve kozmetik kaygılar gibi endikasyonu olan kadınlarda, tek insizyondan trokar girişi ile laparoskopik tubal ligasyonun (1. yöntem) uygulanabilirliğini göstermek, bu yöntemi umbilikal ve suprapubik trokar kullanılan yöntemle (2. yöntem) karşılaştırmaktır. Prosedür, umbilikal 1 cm insizyondan yerleştirilen iki adet 5 mm trokar yardımıyla; 4 mm ya da 5 mm, 30° optik ve Ligasure kullanılarak gerçekleştirilmiştir. Operasyon, 18 kadının 17'sinde başarı ile uygulanmış, bir vakada, fasya insizyonundan gaz kaçıışı engellenemediğinden ikinci trokar suprapubik yerleştirilerek işlem sonlandırılmıştır. Değerlendirdiğimiz 17 olguya uygulanan 1. yöntem ile 102 olguya uygulanan 2. yöntem karşılaştırıldığında, 1. yöntemde kozmetik sonuçların daha iyi olduğu gözlemlenmiştir. Ancak, 1. yöntemde ortalama cerrahi süresi 24 dakika iken 2. yöntemde 11 dakika olup, 1. yöntemde daha uzundur. Işık şiddetinin azlığı ve perspektifin dar olması nedeniyle düşük görüntü kalitesi ve manipülasyon kısıtlılığı 1. yöntemin, 2. yöntemde göre cerrahi açıdan daha zor olmasına sebep olmuştur. Her iki yöntemde de, benzer olarak, intraoperatif ve postoperatif erken dönemde komplikasyon izlenmemiştir. Her ne kadar uzun dönem sonuçlar henüz incelenmemiş olsa da, 10 mm umbilikal trokar kullanılarak uygulanan 2. yöntemde göre, 1. yöntem sonrası umbilikal herni riskinin daha az olacağı öngörülmektedir. Tek umbilikal insizyonla tubal ligasyon yönteminin, klasik yöntemde göre dezavantajları olmasına rağmen, özellikle omental pelvik adezyon şüphesi olan ve kozmetik kaygıları bulunan kadınlarda, tek insizyon port taşıyıcılı sisteme göre daha düşük maliyetle ve ulaşılabilir bir alternatif olarak uygulanabileceğini düşünüyoruz.

Anahtar Kelimeler: Laparoskopi, tek insizyon, tubal ligasyon

SB-134

Daha önce uterin arter embolizasyonu yapılmış, geçirilmiş 2 sezaryeni olan hastada laparoskopik miyomektomi ve kolpotomi ile myomların çıkarılması

Fatma Ketenci Gencer, Esra Nazlı Döktür Efeoğlu, Gökberk Dündar, Deniz Ersoy

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

GİRİŞ: Uterin miyomlar rahimde sık görülen iyi huylu tümörlerdir. En sık 40 ila 50 yaş arası kadınlarda görülür. Klinik olarak anormal rahim kanaması ve karın kitleleri olarak prezente olurlar. Minimal invaziv teknolojinin geliştirilmesi ile, laparoskopik myomektomi artık günümüzde uygulanan cerrahi bir seçenek haline gelmiştir.

VAKA: 39 yaşında, kasık ağrısı ve defekasyon sırasında ağrı ve zor çıkma nedeni ile polikliniğimize başvuran, 2 c/s ameliyatı olan ve öncesinde uterin arter embolizasyonu geçen fakat şikayetler, nükseden hastanın yapılan muayenesinde, tv usg'de posterior 6 cmlik rektuma bası yapan myom izledik. aynı zamanda sterilizasyon istemi de olan hastaya laparoskopik myomektomi ve bilateral salpenjektomi ameliyatı planlandı. Trokar girişleri sağlandıktan sonra myomlar üzerine harmonic ile myometrium sınırından başlanarak vertikal insizyon açıldı. 6cm lik, 2 cm lik ve 1 cm lik myomlar klivajına uygun olarak eksize edildi. Kanayan alanlar bipolar koter ile koagüle edildi, hemostaz sağlandı. Myomektomi hattında 1 nolu pds ile süturler atıldı. Myomektomi hattının en üst tabakasına 1 nolu vycril ile kontinu sütür atıldı. Batın içi bol serum fizyolojik ile yıkandı, hemoraji ve yıkama sıvısı aspire edildi. kanama izlenmedi. laparoskopik olarak posterior kolpotomi yapıldı ve myomlar kolpotomi hattından batın dışına alınarak patoloji için saklandı. ardından kolpotomi hattı laparoskopik olarak 1 nolu vycril ile onarıldı. kanama kontrolü yapıldı. ardından bilateral tubalar voyant ile tutuldu, yakıldı, kesildi. materyaller (sol ve sağ tuba) sol sias'ın medialindeki 5lik trokardan batın dışına alındı ve patoloji için saklandı. Trokar girişleri usulüne uygun kapatıldı. servisteki takiplerinde genel durumu iyi, vitaller stabil. olan hasta postop 1. gününde gaz pozitif oldu. postop 3. günde 10 günlük düşük molekül ağırlıklı heparin tedavisi ile hasta şifa ile taburcu edildi.

SONUÇ: Laparoskopik myomektomi ve kolpotomi ile myomun çıkarılması uygun hasta seçildiğinde güvenle uygulanabilir bir yöntemdir. Hasta ile olası riskler tartışılmalıdır. Uygun hastada bu cerrahi prosedür minimal invaziv olarak uygulanabilmektedir.

Anahtar Kelimeler: laparoskopi, myoma uteri, myomektomi

SB-135

Steps of Laparoscopic Myomectomy for Beginners: Clinical Analysis of 3 Cases

Tural Ismayilov, Cansel Tanrikulu, Zeynep Yavas Yucel,
Emine Gul Yaka, İlay Atalay, Miraç Baydar

Department of Obstetrics and Gynecology, Istanbul Training
and Research Hospital, University of Health Sciences,
Istanbul, Türkiye

A myomectomy is a surgical procedure designed to remove uterine fibroids while preserving the uterus. It is a preferred option for women who wish to maintain fertility. The procedure can be performed through various techniques, including abdominal, laparoscopic, robotic and hysteroscopic methods, depending on the size, number, and location of the fibroids. In certain cases, myomectomy can be performed through the vaginal route or using the vNOTES (vaginal natural orifice transluminal endoscopic surgery) technique.

Myomectomy offers significant benefits, such as relief from symptoms like heavy menstrual bleeding, pelvic pain, and pressure.

In laparoscopic myomectomy, materials are often removed from the abdomen using morcellation within an endobag. This method involves cutting the fibroids into smaller pieces within a contained bag to minimize the risk of spreading tissue, particularly important in cases of unsuspected malignancy. An alternative option is to extract the fibroids through a posterior colpotomy. Posterior colpotomy can be advantageous as it avoids the need for morcellation and provides a natural orifice route for extraction. Both methods aim to ensure the safe and efficient removal of fibroid tissue while minimizing complications and preserving the integrity of the abdominal wall. The choice of technique depends on the individual patient's condition, surgeon's expertise, and the specific surgical scenario.

This video presentation aims to demonstrate the steps of laparoscopic myomectomy for beginners, emphasizing techniques without morcellation and using posterior colpotomy for tissue extraction. The procedure begins with the patient under general anesthesia, positioned in a lithotomy position. Initial steps include creating pneumoperitoneum and inserting laparoscopic trocars. The surgeon identifies and isolates the fibroids, using a combination of laparoscopic instruments to carefully dissect and remove the fibroids from the uterine wall. Hemostasis is

achieved using bipolar cautery or other hemostatic agents to control bleeding. The uterine defect is then meticulously sutured to restore the uterine integrity.

Instead of morcellation, the fibroid tissue is removed via a posterior colpotomy. This involves making a small incision in the posterior vaginal wall, providing a natural orifice route for extraction. The fibroid is carefully pulled through this incision, ensuring minimal trauma to surrounding tissues.

This approach minimizes the risk associated with morcellation and offers an effective alternative for fibroid removal, particularly beneficial for patients with a higher risk of occult malignancy. The video highlights each step clearly, providing a comprehensive guide for beginners to master laparoscopic myomectomy using posterior colpotomy.

Keywords: laparoscopic myomectomy, uterine fibroids, posterior colpotomy, extraction without morcellation

SB-136

V-Notes Histerektomi

Helin Rojda Peköz, Havva Betül Bacak, Süleyman Salman
Gaziosmanpaşa Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Kadın
Hastalıkları ve Doğum Kliniği, İstanbul

GİRİŞ: Anormal uterin kanama(AUK)Alışılmış olan mens paterninden herhangi bir sapma anormal uterin kanama olarak kabul edilmektedir.Anormal uterin kanama nedenleri yapısal ve yapısal olmayan olarak 2 grupta sınıflandırılır.Yapısal nedenler;polip,adenomyozis,leiomyom ve malignite yi içerirken yapısal olmayan nedenler;koagülopati,ovulatuvar disfonksiyon,endometrial nedenler,iatrojenik ve henüz sınıflandırılmayan olarak gruplandırılır.Bu çalışmamızda myoma uteri sebebi ile anormal uterin kanaması olan hastamıza uyguladığımız v-notes histerektomi operasyonunu sunmayı amaçladık

YÖNTEM: 45 yaşında hasta 6 yıldır en az 20 gün süren vajinal kanama şikayeti ile tarafımıza başvurdu. Hastanın ortalama vücut kitle indeksi(BMI) 27.50 kg paritesi 3; 1 normal spontan doğum 2 sezaryen ile doğum öyküsü mevcuttur.Hastanın bilinen HT si olup 2009 yılında geçirdiği laparotomik myomektomi operasyon öyküsü mevcuttur.Hastanın yapılan muayenesinde; spekulum: collum doğal minimal lekelenme,transvaginal ultrasonda:uterus antevert endometrium ince düzenli fundusta 5cm myom nüvesi izlenmiştir.

Hastanın şikayeti, geçirilmiş sezaryen ile doğum ve myomektomi öyküsü,muayene bulguları, yaşı ve paritesi değerlendirilip hastaya histerektomi kararı verildi.

OPERASYONA GEÇİLDİ: Genel anestezi altında dorsal litotomi pozisyonunda ameliyata başlandı. Batın, vulva ve vajen batikonajını takiben steril örtüler örtüldü. Mesaneye steril sonda takıldı.

Serviks valfler yardımıyla visualize edildi. Serviks tek dişli ile tutuldu, serviks anterior ve posteriordan insizyon yapıldı. Vajinal mukozaya önde ve arkada keskin ve künt diseksiyon yapıldı. Vagene vajinal port yerleştirildi. Voyant yardımı ile mesane serviksten uzaklaştırıldı. Voyant yardımıyla serviks anterior ve posterior alandan batına girildi. Her iki sakroute-rin ligamentler voyant yardımıyla tutuldu yakıldı kesildi. Her iki kardinal ligamentler voyant yardımıyla tutuldu yakıldı kesildi. Her iki uterin arterler voyant yardımıyla tutuldu yakıldı kesildi. Her iki ovarii proprium ligamentler voyant yardımıyla tutuldu yakıldı kesildi. Uterus vajenden batın dışına alındı. Materyal (uterus) patoloji için saklandı. Kanama kontrolü yapıldı. Bilateral salpenksler voyant yardımıyla tutuldu ya-

kıldı kesildi. Bilateral tubalar batın dışına alındı. Materyaller (bilateral tubalar) patoloji için saklandı. kanama kontrolü yapıldı. hastaya v-notes histerektomi ve bilateral salpenjektomi yapıldı. cuff 1 nolu vicryl ile onarıldı. kanama kontrolü sağlandı. hemşire tarafından batın karegaz alet sayımı tam ifade-sinin ardından operasyona son verildi.

BULGULAR: Ortalama ameliyat süresi 1 saat idi.Hastada intraoperatif komplikasyon gelişmedi.Postoperatif 6.saatte mesane sondası çekildi,spontan idrar çıkışı izlendi.Hasta postoperatif 2.gününde iyilik hali ile taburcu edildi.Postoperatif 10.gün ve 6.ayında takibe çağrıldı.Takiplerinde aktif şikayeti yoktu.

SONUÇ: V-notes histerektomi myoma uteri nedeni ile anormal uterin kanaması olan histerektomi planlanmış hastalar için uygun bir vajinal laparoskopik cerrahi tedavi yöntemidir.

Anahtar Kelimeler: Anormal uterin kanama,myoma uteri,V-notes histerektomi

SB-137

Laparoskopik 10cm kist eksizyonu

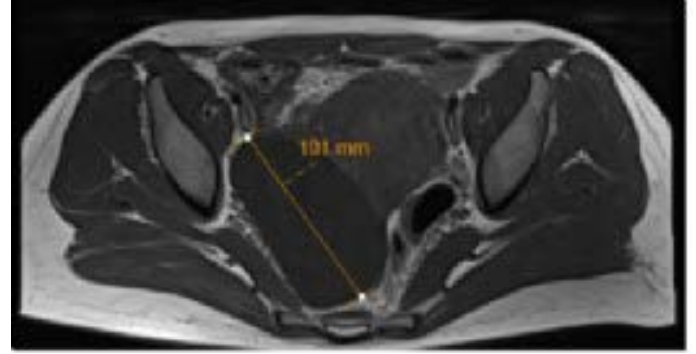
Fatma Elif Işık Eryılmaz, Merve Uğur
Antalya Şehir Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum
Bölümü, Antalya

Yumurtalık/tüp neoplazmaları, tipik olarak yüzey epiteli, fallop tüpü epiteli, germ hücreleri veya seks kord-stromal hücrelerini oluşturan kök hücrelerden kaynaklanabilir. Seröz ve müsinöz kistadenomlar en sık görülen iyi huylu over neoplazmaları arasındadır. İnce duvarlıdır, tek veya çok gözlüdürler ve boyutları 5 ila <20 cm arasındadır. Kesin tanı, kistleri kaplayan hücre tipini belirlemek için patolojik değerlendirmeye bağlıdır. Seröz astar, fallop tüpü astarına benzer. Fallop tüpünden veya geniş ligamentten kaynaklanan neoplazmalar nadirdir, ancak artık adnekslerdeki yüksek dereceli seröz karsinomların çoğunun fallop tüplerinde ortaya çıktığına inanılmaktadır. Tüpler ve geniş ligamentler genellikle ultrason muayenesinde görüntülenemediği için, bu tümörlerin kaynağı hatalı olarak neoplazmalar için daha yaygın yerler olan over veya uterusu atfedilebilir. Hastamız 46 yaşında kadın, kasık ağrısı ve kist öyküsü ile başvurdu. Transvajinal ultrasonda sağ overde 10 cm anekoik kist izlendi. Kontrastlı pelvik mr sonucu>>sağ overde en geniş yerinde 10cm ölçülen basit kist olarak raporlandı. Tm markerlar normal. 2 vajinal doğum öyküsü mevcut. Hastaya laparoskopik sağ salpingooferektomi ve frozen planlandı. Mart'ta opere edilen hastanın intraoperatif değerlendirmesinde sağ over yanında tubal kaynaklı olabilecek 10cm düzgün sınırlı kist izlendi uterus doğal görünümde, sol over doğal görünümde sol tubada 1 kaç adet küçük paratubal kist izlendi. Tuba ile birlikte over komşuluğunda, sağ kist eksizyonu yapılarak batin içerisinde patlatılmadan endobag olmadığından eldiven içerisine koyularak batin dışına alındı ve frozen gönderildi. 10cm kisti patlatmadan eldiven içerisine koymakta zorlanıldığından lastik kısmı kesilerek 2 uçtan iplerle sütüre edildi ve ipler trokardan geçirilip dışarda sabitlendi. Böylece 2 aletle eldiven uçları tutularak diğer aletle kist eldiven içerisine itildi. Eldiven uçları batin dışında iken verres ile aspire edilerek kist eldiven ile çıkarıldı. Çocuk istemi olmayan hastanın frozen sonucu beklenirken diğer tuba eksizyonu da yapıldı. Kanama kontrolü ve batin temizliği yapıldı. Frozen sonucu tubal kaynaklı olduğu düşünülen benign kist olarak geldiğinden over bırakıldı. Vakaya son verildi polgd iyi olan hasta taburcu edildi takiplerde ek sıkıntı gelişmedi nihai patoloji seröz kistadenom olarak geldi. Benign malign ayrımında patoloji gereklidir. Büyük kitleler rüptür riskine

karşı semptom göstermese de alınmalıdır. Batin içerisine yayılmadan laparoskopik olarak vaka tamamlanabilir.

Anahtar Kelimeler: benign, eldiven, kistadenom, laparoskopik, paratubal, seröz

10cm kistadenom



10cm kistadenom-2



SB-138

Kutanöz Endometriozisin Bir Formu Umblikal Endometriozis Olgu Sunumu

Büşra Oflaz Demirtaş, Ahkam Göksel Kanmaz, Yaşam Kemal Akpak, Emrah Töz

İzmir Şehir Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Ana Bilim Dalı, İzmir

GİRİŞ VE AMAÇ: Endometriozis, fonksiyonel endometrial glandların uterus kavitesi dışarısında bulunması olarak tanımlanır. Yaygın klinik bulgular arasında pelvik ağrı, dismenore ve infertilite olup ilerleyici bir hastalıktır. Endometriozisin tanımı; fiziksel değerlendirme, detaylı jinekolojik öykü, muayene, görüntüleme yöntemleri ve tanısal laparoskopi ile yapılmaktadır. Anatomik olarak pelvik ve ekstrapelvik endometriozis şeklinde sınıflandırılabilir. Ekstrapelvik endometriozisin kutanöz formu olan umblikal endometriozis diğer kutanöz endometriozislerden ayrı olarak cerrahi ile ilişkisi olmadığı düşünülmektedir. Sunacağımız olguda 49 yaşında son 1 yıldır adet döngüleri sırasında umblikusta yüzeysel kabarıklık, kanlı akıntı ve ağrı şikayeti ile başvuran hastada ön planda kutanöz endometriozis düşünülerek tanı ve tedavi yaklaşımı tartışılacaktır.

VAKA SUNUMU: 49 yaş kadın hasta; son 1 yıldır adet döneminde umblikusta akıntı, kanama, ağrı ve ele gelen şişlik şikayeti mevcuttu. Bilinen abdominal cerrahi öyküsü 15 yıl öncesine ait geçirilmiş sezaryendi. Yapılan fiziki bakıda umblikusta 12x10 mm boyutunda yoğun içerikli kistik yapı olduğu ve pubisin üzerinde geçirilen sezaryene bağlı skar dokusu izlendi. Yapılan ultrasonda uterusu büyüğü 5 cm boyutunda çok sayıda intramural ve subseröz yerleşimli myom nodülleri izlendi. Adneksler olağan görünümde batında yer kaplayan patolojik oluşum izlenmedi ve sliding sign bulgusu değerlendirildi. Sliding sign pozitif izlendi ön planda pelvik endometriozis düşünülmedi. Hastadan umblikal kistik lezyonun boyutu ve çevre yapılarla komşuluklarını değerlendirmek için kontrastlı tüm abdomen manyetik rezonans görüntüleme istendi ve raporu uterus myomatöz ve umblikal düzeyde 12x11 mm boyutunda cilt altı yerleşimli yoğun içerikli kistik lezyon mevcut olduğu şeklindeydi. Yoğun menstrüel kanama, kronik pelvik ve umblikal ağrı şikayeti olan hastaya laparoskopik total histerektomi bilateral salpingooferektomi ve umblikus eksizyonu yapıldı. Periumblikal eksizyon yerindeki periton ve fasya cilt kapatılmadan önce no:1 emilebilir sutur ile onarıldı. Hastanın post operatif takipleri sorunsuzdu ve 48. saat hasta taburcu edildi. Histopatolojik değerlendirme sonucu benign

histerektomi materyali ve umblikal endometriozis şeklinde raporlandı.

SONUÇ: Umblikal endometriozis, endometriozisin ekstrapelvik alanda görülen kutanöz formudur. Genellikle cerrahi operasyonlarla ilişkili değildir. Göbek deliğinde sıklıkla ağrı, kanama şikayeti ile gelen hastalarda ön planda umblikal endometriozis akla gelmelidir. Tedavide medikal seçenekler yer alsa da kesin tedavi cerrahi eksizyon şeklinde olmalıdır. Lokal nüksleri de önlemek amacıyla olgumuzda histerektomi ooferektomiye sekonder periton ve fasyayı da içeren umblikus eksizyonu yaptık. Post operatif 15. günündeki hastanın takipleri sorunsuz şekilde devam etmektedir.

Anahtar Kelimeler: endometriozis, histerektomi, umblikal endometriozis

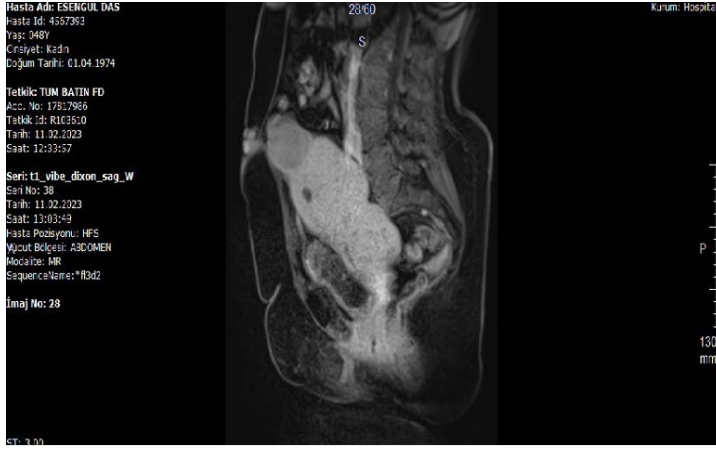
pre-op umblikus görüntüsü



umblikusa ait lezyon görünümü



Umblikusun abdominal MR görüntüsü



umblikusun kontrastlı abdominal MR görünümü sagittal kesit

Umblikusun abdominal MR görüntüsü



umblikusun kontrastlı abdominal MR görünümü transvers kesit

SB-139

Laparoskopik Adezyolizis

Esra Beydemir¹, Gizem Işık Solmaz², M. Funda Cevher Akdulum¹, Nuray Bozkurt¹

¹Gazi üniversitesi Kadın Hastalıkları ve Doğum, Ankara

²Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Ankara

GİRİŞ: İnflamatuvar bir olaya ikincil olarak serozal yüzeyler arasında meydana gelen anormal birleşmeleri adezyon olarak tanımlayabiliriz. serozal yüzeylerde herhangi bir travma, cerrahi veya inflamatuvar olay sonucunda kollajen depolanması ile birlikte vasküler proliferasyon ve fibröz adezyonlar oluşur. Risk faktörleri arasında pelvik inflamatuvar hastalık, geçirilmiş cerrahi, endometriozis ve inflamatuvar barsak hastalıkları sayılabilir. İskemi, uzamış ameliyat süresi, seröz ve peritoneal yüzeylerin kuruması, peritona ve visseral organlara travma, enfeksiyon ve gereksiz sütür kullanımı adezyon oluşumunda rol oynar.

Laparoskopik adezyolizis komplikasyonları literatürde %0.1- %10 oranında belirtilmiştir. cerrahi işlemin zorluk derecesi de komplikasyon oranında rol oynar. 1/3 ü laparoskopik kurulum ve giriş aşamasında olurken 1/4 ü operasyon esnasında tanınmaz. yaygın adezyolizisi olan vakalarda veres iğnesi ve trokar girişi esnasında barsak ve major damar yaralanmaları olabilir.

OLGU: Biz bu sunumda kliniğimize başvuran hastalar içerisinde laparoskopik girişim esnasında varolan adezyonlara yaklaşımı ele aldık.

İlk hasta 50 yaşında medikal tedaviye dirençli uterin kanama nedeni ile kliniğimize başvurdu. hastanın daha önce geçirilmiş 2 sezaryeni ve apendektomi öyküsü bulunmaktadır. yaklaşık 10 yıldır rahim içi araç öyküsü bulunmaktadır. eksplorasyonda batin içi yaygın adezyonlar görülmekte olup bu adezyonlara daha az doku hasarı ve minimal invaziv cerrahi girişim açısından dokunulmadan laparoskopik histerektomi tamamlanmıştır. 2. hastamız 55 yaşında endometrial intraepitelyal neoplazi nedeni ile opere ettiğimiz hastadır. eksplorasyonda trokar giriş yerine ve fundusa nispeten daha yakın görüş alanını kapatan adezyonlar izlenmiştir. adezyolizis işlemi yapıldıktan sonra laparoskopik histerektomi tamamlanmıştır. 3. hasta 45 yaşında ve 2 tane normal doğum öyküsü bulunmaktadır. medikal tedaviye dirençli uterin kanama öyküsü bulunan hastanın ise posteriordan batin ön duvarına minimal adezyonu var idi. 2. ve 3. vakada adezyolizis yaparken diğer vakada minimal invaziv cerrahi ve daha az doku travması adı altında adezyonlara müdahale etmeden vakaya devam edildi. Her üç vakada

da komplikasyon olmadan laparoskopik histerektomiye başarılı bir şekilde tamamlandı.

SONUÇ: Minimal invaziv cerrahi ve adezyon gelişimini önleme açısından laparoskopi laparotomiye göre belirgin üstündür. laparoskopik adezyoliziste en iyi sonuçlar doku travmasıının az olması, mikrocerrahi prensibin uygulanması, hemostazın güzel sağlanması ve batın içinin iyi yıkanmasına bağlıdır. diseksiyon künt ve keskin olabileceği gibi elektrocerrahi veya lazer yöntem kullanılabilir.

Anahtar Kelimeler: laparoskopik adezyolizis, komplikasyon, yaralanma

SB-140

A Rare Case: Variant Of Monomorphic Undifferentiated Carcinoma Of The Uterus With Estrogen/Progesterone Receptor Positivity

Gözde Belma Özdemir, Kübra Sevinç, Ahmet Bilgi, Çetin Çelik

Selçuk University Faculty Of Medicine, Gynecology And Obstetrics Department, Konya, Turkey

BACKGROUND-AIM: Endometrial cancer is the most common gynecological cancer in developed countries and has two types. Grade 3 endometrioid, serous, mucinous, clear cell, squamous, transitional, mesonephric and undifferentiated cancers are included in type 2 cancers. The rate of undifferentiated carcinoma is between 1% and 9%. Our aim is to present a rare malignancy of the uterus, which was detected in a 66-year-old woman after she applied with the complaint of postmenopausal bleeding; We present a very rare estrogen/progesterone receptor positive variant of undifferentiated carcinoma.

CASE: A 66-year-old female patient applied to the clinic with a complaint of postmenopausal bleeding. During vaginal examination; Approximately 1.5 cm papillary lesions were observed on the anterior vaginal wall and 0.5 cm on the anterior lip of the cervix. In transvaginal ultrasonography evaluation; There was increased thickness in the endometrial cavity. The result of endometrial biopsy; It was reported as “High-grade endometrial adenocarcinoma (Estrogen receptor positive, progesterone receptor positive, vimentin positive)”. As a result of Magnetic Resonance imaging, “The uterus is of normal size. In the proximal part of the endometrial cavity, a lesion with a size of 16x6 mm was observed on T2A images, which was hypointense compared to the endometrium and showed less contrast enhancement compared to the myometrium after IVCN injection. In diffusion-weighted images, there is diffusion restriction in the lesion in favor of malignancy. The patient was planned for total abdominal hysterectomy and bilateral salpingo-oophorectomy along with lymph node sampling and omentectomy. Final postoperative pathology result; “Endometrial monomorphic undifferentiated carcinoma. Myometrial invasion less than 50%, no lymphovascular invasion, no cervical invasion. Immunohistochemically, tumor cells are LMWCK (diffuse), Vimentin, CD56 (focal-weak), Estrogen Receptor (focal), Progesterone

Receptor (focal), p53 (mutant), Ki-67 (increased)

immunopositive, p40, CK5/6, SMA., Desmin, CD10, INSM-1, Synaptophysin are immunonegative. Lymph nodes; non-metastatic lymph nodes. Omentum; adipose tissue. Intra-abdominal aspiration fluid; benign.” It was reported as. The patient was evaluated with medical oncology and radiation oncology. Chemotherapy and radiotherapy were planned.

CONCLUSION: There are conflicting data in the literature suggesting that undifferentiated carcinoma of the endometrium is actually more common than thought due to its confusion with grade 3 endometrioid adenocarcinoma. However, these two carcinomas can actually be distinguished by their different histological features, and this distinction is important due to the worse prognosis associated with undifferentiated carcinoma. It is important to be informed about such rare tumors and to help decide on treatment modality and predict prognosis.

Keywords: oncological gynecology, hysterectomy, Monomorphic Undifferentiated Carcinoma,

SB-141

Obstetrik Rektal Buttonhole Yırtığına Transvajinal Kolostomisiz Yaklaşım

Ufuk Kurt

İzmir Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi

38.2 gh ivf primigravid gebe, 3200 gr ağırlığında spontan vajinal doğum sonrası rektal buttonhole yırtığı olduğu izlendi. Genel Cerrahi ile birlikte kolostomi açılmadan vajinal olarak: rektum ve fascia onarıldı. Epizyotomi onarıldı. Postop 1. gün rejim 1, postop 2. gün rejim 2 uygulandı. Postop 3. gün laksatif ile taburcu edildi. 1 hafta sonra poliklinik kontrolünde rejim 3 e geçildi. 1 ay sonra poliklinik kontrolünde muayenede tam iyileşme görüldü.

Anahtar Kelimeler: Rektal Buttonhole Yırtığı, Vajinal Doğum, Rektum

SB-142

Laparoscopic Usta-knot Technique for Short Remaining Suture

Duygu Lafcı, Akın Usta, Ceyda Sancaklı Usta
Department of Gynecology and Obstetrics, Balıkesir
University, Balıkesir, Türkiye

Laparoscopic surgery is known to have many benefits compared to open surgery. However, unlike open surgery, laparoscopic suturing and knot tying in minimally invasive surgery requires advanced skill and good hand-eye coordination. The Usta knot technique we describe is an innovative approach to address the challenge of tying knots at the end of a continuous suture when both suture ends are too short to use conventional knot-tying techniques and to complete the procedure without the need for additional instrumentation. Using this Usta-knot technique, where we tie without changing the needle or needing a new suture, we can easily tie knots even with short threads. Therefore, we think that our new method facilitates laparoscopic knot tying when the thread is short and reduces the stress in laparoscopic knot tying techniques.

Keywords: knot technique, short suture, laparoscopy

SB-143

Tubeovaryen Abse Cerrahisinde Laparoskopik İlk Tercih Olmalı mı? İki Olgunun Analizi

Tural İsmayilov, Mehmet Murat Çakır, Merve Menteşe,
Selma Atiye Kolcu, İde Bayır
Department of Obstetrics and Gynecology, Istanbul Training
and Research Hospital, University of Health Sciences,
Istanbul, Türkiye

GİRİŞ: Pelvik inflamatuvar hastalıkların en ağır formları arasında en sık tubeovaryen abse (TOA) ile karşılaşılmaktadır. TOA yönetiminde farklı klinik deneyim ve tecrübeler söz konusu olabilmektedir. Amacımız TOA nedeniyle cerrahi planlanan hastalarda öncelikli olarak minimal invaziv yöntem olarak laparoskopinin (L/s) avantajlarına dikkat çekmektir.

YÖNTEM: TOA nedeniyle opere edilen iki olgunun karşılaştırılması, verilerin retrospektif olarak hastane veritabanından alınmasına dayanmaktadır.

BULGULAR: 1.olguda 43 yaş, SAT:10 gün önce, G3P3, VKİ:37.11, 1 aydır devam eden abdominopelvik ağrıya, son 3 günde eklenen yüksek ateş (39.5°C), bulantı-kusma eşlik etmesi üzerine acile başvuran kadın hastanın yapılan değerlendirme sonrası, lökore, kollum hareketleri ağrılı, vaginada ısı artışı, özellikle sol alt kadranda olmakla, batında yaygın hassasiyet, defans mevcuttu. Transvaginal ultrasonografide sol adneksiyel alanda 65x78 mm TOA ile uyumlu lezyon tespit edildi. Akut faz reaktanları (AFR) (lökosit $18 \times 10^9/L$ ve C-reaktif protein (CRP) 260) artmış olarak tespit edildi. Özgeçmişinde KAH, HT, asetilsalisilik asit 100 mg (en son 24 saat önce aldığı öğrenildi), geçirilmiş 3 sezaryen (C/s) ve L/s kolesistektomi, 20 paket/yıl sigara kullanımı öyküsü mevcuttu. TOA'ya sekonder akut batın nedeniyle diagnostik L/s kararı alındı. Sol adneksiyel alanda rüptüre TOA, sigmoid kolon ve batın sol yan duvar ile iltisaklar oluşturduğu görüldü. Sol unilateral salpingooforektomi (USO)+sağ salpenjektomi uygulandı. Postoperatif (PO) 24. saatte YBÜ'de takip edilen hastada "sağ ana pulmoner arterde emboli" gelişmesi üzerine, warfarin 5 mg başlandı. PO 3. günde servis takibine alınan hasta, PO 7. günde (WBC: $7.7 \times 10^9/L$, CRP 28.8) antibiyoterapi 14 güne tamamlanacak şekilde taburcu edildi.

2.vaka ise 42 yaş, SAT:7 gün önce, G8P4A4, VKİ:27.68, 5 gün önce başlayan pelvik ağrı nedeniyle yapılan muayenede kollum lökoreik, bakırlı RİA ipi izlendi. TVUS'de sağ overde 53x60 mm heterojen yapıda, TOA ile uyumlu olabilecek kistik kitle, AFR (WBC: $16 \times 10^9/L$, CRP:140.7 mg/L), CA-

125:59.1 U/mL, ateş 36.2°C şeklinde idi.Özgeçmişinde kardiyak ritm bozukluğu, geçirilmiş 4 C/s, 10 paket/yıl sigara kullanımı öyküsü mevcuttu. Antibiyoterapinin 24.saatinde ani başlayan bulantı-kusma, batında defans ve rebound pozitifliği olması nedeniyle çekilen iv kontrastlı batın BT’de, ”ince barsak segmentlerinde 31 mm dilatasyon,lümen içerisinde hava sıvı seviyelenmesi (ileus),sağ adneksiyel alanda rüptüre TOA ile uyumlu görünüm” tespit edildi. Acil laparotomi kararı alındı. Göbekaltı ve göbeküstü median insizyonla batına girildi. Sağ adneksiyel alanda 10 cm çapında TOA, pelviste ve üst batında yaygın pürülan mayi, bağırsak ansları arasında enfekte membranöz yapılar izlendi.Subtotal histerektomi+B-SO uygulandı. PO 8.günde taburcu edilen hasta PO 21.günde yara evantrasyonu nedeniyle başvurdu.Genel Cerrahi tarafından sekonder iyileşmeye bırakılarak primer cilt onarımı gerçekleştirildi. PO 28.günde AFR negatif olan hasta taburcu edildi.

SONUÇ: TOA nedeniyle girişimsel radyolojiden destek alınabilir.14-21 günlük antibiyoterapi rejimleri uygulanmaktadır.Akut batın tablosu şeklinde başvuran rüptüre TOA olguları ile nadiren karşılaşılmaktadır.İlk vaka multipl komorbiditesine,kısıtlı Trendelenburg ve 7-9 mmHg basıncın üzerine çıkılamamasına rağmen laparoskopik yolla tamamlanmış,PO cerrahiye bağlı primer komplikasyon görülmemiştir.Hemodinamisi stabil tüm jinekolojik vakalarda minimal invaziv yöntemler tercih edilebilir.

Anahtar Kelimeler: tuboovaryen abse, rüptüre TOA, minimal invaziv yaklaşım, laparoskopik cerrahi, pelvik inflamatuvar hastalıklar

Resim 1



Olgu 2. Batın BT görüntülemesinde sağ adneksiyel alanda yerleşmiş TOA

Resim 2



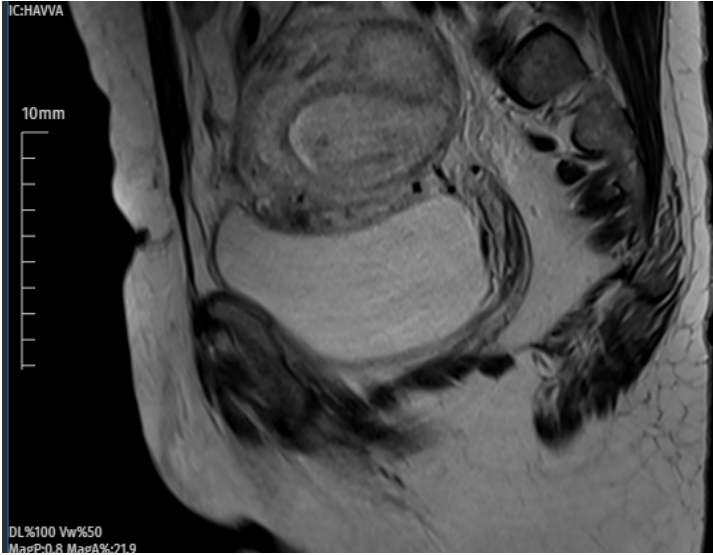
Olgu 2. Batın BT uterus ve RİA kesiti

Resim 3



Olgu 3. Batın BT ileus ve distandü ileal anslar. Kolonik anslar arasında pürülan membranlar.

Resim 4



TOA MR görüntüleme. Olgu 2'ye aittir.

SB-144

Büyük uteruslu hastada laparoskopik histerektomi: video sunumu

Görkem Ülger¹, Ronak Mohamad¹, Kasım Akay², Mürşide Çevikoğlu Kılıç¹, Hamza Yıldız¹, Şevki Göksun Gökulu¹

¹Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Ana Bilim Dalı, Mersin

²Mersin Toros Devlet Hastanesi

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

YÖNTEM: Polikliniğimize menometroraji nedeniyle başvuran 48 yaşında 4 normal doğumu bulunan hastaya yapılan USG görüntülemesinde yaklaşık 11 cm intramural myom izlendi. Hastaya tedavi seçenekleri sunuldu ve total laparoskopik histerektomi+ bilateral salpenjektomi kararı alındı. Batına girildiğinde uterusun global olarak büyüdüğü ve yaklaşık 15 cm boyutunda olduğu izlendi. Ligasure yardımıyla bilateral salpenjektomi yapıldıktan sonra ligamentum rotundumlar tutulup kesildi. Mesane üstü periton dişek edildi ve ardından retroperitona girilerek uterin arter ligate edildi. Sonrasında uterin arterler yakıldı ve kesildi. Her iki kardinal ligament ve sakrouterin ligamentler kesildikten sonra kolpotomi yapıldı ve sonra vajenden çıkarıldı. Cuff suture edildi ve operasyona son verildi.

BULGULAR: İntraoperatif herhangi bir komplikasyon görülmedi. Postop görülen hemogram değerlerinde düşme olmayan, vitalleri stabil seyreden hasta postop 1. gün 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: laparoskopi, histerektomi, uterin arter

SB-145

Laparoscopic adnexal mass removal via transumbilical and transvaginal methods

Kemal Güngördük¹, Varol Gülseren², Berican Şahin Uyar¹,
Berke Nur Ergü¹, Emre Biton¹, İsa Aykut Özdemir³

¹Sıtkı Koçman University, Faculty of Medicine, Department
of Obstetrics and Gynecology, Division of gynecologic
oncology, Muğla, Turkey

²Erciyes University, Faculty of Medicine, Department
of Obstetrics and Gynecology, Division of gynecologic
oncology, Kayseri, Turkey

³Sadi Konuk Education and Research Hospital, Department
of Obstetrics and Gynecology, Division of gynecologic
oncology, İstanbul, Turkey

OBJECTIVE: Adnexal masses represent a prevalent issue in the field of gynecology. The utilization of minimally invasive surgery (MIS) for addressing ovarian pathologies has become widespread. This research aimed to compare the efficacy of the transumbilical (TU) and transvaginal (TV) approaches in removing adnexal masses from the abdominal cavity.

MATERIALS-METHODS: Retrospective analysis was conducted on data from 131 female patients who underwent laparoscopic surgery for the excision of benign adnexal masses at three medical facilities from January 2016 to December 2023. Among these patients, 82 underwent mass removal through the TU route, while 49 opted for the TV route.

RESULTS: Parameters such as age, BMI, parity, size of the ovarian mass, menopausal status, sampling duration, operation time, and procedural type exhibited no significant variations between the TU and TV groups. The mean specimen retrieval times were 9.0 ± 2.2 minutes for the TU group and 9.8 ± 2.5 minutes for the TV group ($P = 0.052$). Cystectomy was performed in 85.4% of cases in the TU group and 75.5% in the TV group. Furthermore, Visual Analog Scale (VAS) scores at 1., 3., and 24. hours post-surgery were lower in the TV group compared to the TU group.

CONCLUSION: In summary, the transvaginal approach for specimen retrieval during laparoscopic surgery may lead to reduced pain in the early postoperative phase and decreased dyspareunia in the later period, all while maintaining the vaginal length.

Keywords: Adnexal mass, Laparoscopy, transvaginal removal methods

SB-146

Malign potansiyeli olan adneksiyel kitlelere laparoskopik yaklaşım; video sunumu

Kasım Akay¹, Hatice Nur Özdemir², Görkem Ülger², Hamza Yıldız², Şevki Gökşun Gökulu²

¹Mersin Toros Devlet Hastanesi

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

55 yaşında, 7 yıldır menopozda olan ve başka bir merkezde yapılan ultrasonografi ile sağ overde 5 cm'lik bir kitle tespit edilen hasta, merkezimizde yapılan MR görüntülemesi sonucu 57 mm'lik kitlenin teratom olduğunun değerlendirilmesi üzerine total laparoskopik histerektomi (TLH) ve bilateral salpingooferektomi ameliyatı planlandı. Ameliyat öncesi CA 19.9 tümör markeri 454 olarak yüksek bulundu, diğer tümör markerleri ise negatifti. Hastanın doğum öyküsü yoktu ve eşlik eden başka bir hastalığı bulunmamaktaydı.

Ameliyat sırasında öncelikle sağ salpingooferektomi uygulandı, ardından histerektomi ve sol salpingooferektomi yapıldı. Öncelikle uterus ve sol adneks vajinal yoldan çıkarıldı. Sonrasında sağ over ve kist bütünlüğü korunarak 10mm bir trokar ve endobag yardımıyla; batın kist içeriği ile kontamine edilmeyerek vajinal yoldan çıkarıldı. Materyalin frozen patoloji inceleme sonucu müsinöz adenokarsinom olarak değerlendirildi.

Anahtar Kelimeler: laparoskopi, salpingooferektomi, over kanseri

SB-147

Modifiye Mesh ile Lateral Süspansiyon

İbrahim Buğra Bahadır, Taylan Onat
Ankara Sincan Eğitim ve Araştırma Hastanesi

GİRİŞ: Pelvik organ prolapsusu (POP) yaygın benign bir durumdur. Uterusun, vajinal cuffin anterior veya posterior kompartmanın prolapsusuyla karakterizedir. Apikal pelvik organ prolapsusunun tedavisinde sakrokolpopeksi altın standarttır. Ancak promontoryum seviyesinde diseksiyon özellikle obez hastalarda veya anatomik varyasyon olduğunda zorlayıcıdır. Günümüzde POP tedavisinde çeşitli ağ bazlı cerrahi teknikler kanıtlanmıştır.

YÖNTEM: Son yıllarda cinsellik ve doğurganlık kaygılarındaki değişiklikler nedeniyle POP'u tedavi etmek için rahim koruyucu cerrahiye talep artmıştır. Lateral mesh süspansiyonunun POP'un etkili tedavi seçeneği olduğu belirlenmiştir. Ancak bu işlemler uzun operasyon süresi ve uzman laparoskopik beceri gerektirmektedir, ayrıca teknikte kullanılan yamanın net tarif edilmemiş olması ve hekimlerin kendi tecrübelerine göre prolen yamadan keserek yamayı oluşturması sebebiyle farklı yamalar kullanılmaktadır. Biz çalışmamızda uterus prolapsusu ve sistoselin birlikte eşlik ettiği olgularda yamayı keserek yapmak yerine, halihazırda bulunan 2 adet yamayı birbirine prolen ip aracılığıyla ekleyerek, bir köprünün kollarının eşit yükü taşıması gibi mukavemeti güçlendirerek daha az kuvvetle maksimum direnç ve çekim sağlamayı amaçladık. Bu ameliyatta postoperatif ağrının en sık sebebi içerdeki yamanın çekilme hissi olduğu düşünülmektedir. Yamamız 45cm TOT(transobturator tape) yaması üzerinde orta noktasından 6x11 cm olan yamayı 1 cm kendi üzerinde katlayarak arasına sabitlenmesi şeklinde az kuvvet ve gerilim ile maksimum kaldırma gücü sağlamaktır. Videoda teknik net bir şekilde anlatılmıştır. Olgu 1 vajinal 2 sezaryen doğum yapmış 37 yaşındaki hasta, Ankara'da Sincan Eğitim ve Araştırma Hastanesinin kadın doğum kliniğine vajinal sarkma kitle şikayetiyle başvurdu. Hastanın yapılan vajinal muayenesi POPQ sınıflamasına göre Aa+2Ba+2C+2,5Gh3,Pb3,0Tv18,0Ap-2,0Bp-2,0d-8,0 olarak şablonda da belirtilmiştir. Teknik: 1 umbilikal 10mmlik, 2 ipsilateral ve 1 kontralateral 5mmlik olmak üzere toplam 4 adet trokar kullanılarak operasyon yapılmıştır. Crista iliaca anterior süperiorun 3-4cm yukarısında 5mm port yerleri açılmıştır. Uterovezikal boşluğun diseksiyonu yapıldıktan sonra prolen mesh batın içine atıldı. Uterovezikal boşluğun diseksiyonu yapılarak isthmus ortaya çıkarıldı. Yama her iki uç noktasından 2 adet prolen süturla uterusu tutturulduktan sonra absorbable

tackerla uterusu sabitlendi. Daha sonra lateral port yerlerinden 2cm daha lateralden portegü girilerek, pariyetal periton üzerinde round ligament hizasına kadar ilerletildi, batına girildi ve açılan uterovezikal-isthmik alan üzerine ulaşıldı. Mesh uçları, portegüyle tutularak, tünelden geri çekilerek, dışarıya alındı. Mesh kolları bilateral çekilip gerginlik sağlanarak lateral süspansiyon elde edildi. TOT yaması olduğundan geri kayma özelliği yoktur, bırakıldığı yerde sabit kalmaktadır. Her iki uçtan çekilen aynı yama olduğu için aynı düzlemde eşit yükü çekim sağlanmaktadır. Mesane üzerine sabitlenen kısım da direkt yukardan çekildiği için sistoseli gelebileceği maksimum seviyeye minimum kuvvetle çıkarmaktadır.

SONUÇ: 6*11 ve 45*1cm prolen TOT yaması birleştirilerek modifiye edilmiş, daha az kuvvetle doğru açıda ve eşit süspansiyona sahip daha az gerilim ve ağrı oluşturmaktadır, daha ucuz olma potansiyeline sahiptir. Açıklanan yöntemlerle karşılaştırıldığında POP tedavisi açısından daha verimli, daha az postoperatif ağrı ve daha güvenlidir.

Anahtar Kelimeler: laparoskopik lateral süspansiyon, mesh, pelvik organ prolapsusu

SB-148

V-Notes Set-up

Alev Esercan, YUSUF ZİYA KIZILDEMİR

Şanlıurfa Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum, Şanlıurfa

GİRİŞ-AMAÇ: V-NOTES cerrahisindeki NOTES kelimesi; vücuttaki doğal açıklıklardan yapılan izsiz cerrahiyi, V ise vajinayı ifade etmektedir. Sizlere videomuzda 43 yaşında 5 sezaryen öyküsü olan tüp ligasyonu isteyen hastanın ameliyatının V-NOTES cerrahisiyle yapılırken vajinal yoldan giriş tekniğinden bahsedeceğiz.

METOD: Rejyonel (spinal) anestezi ile steril şartlar altında hasta litotomi pozisyonuna alındıktan sonra yeterli temizlik ve örtünmeyi takiben Foley idrar sondası takıldı. Simon vajinal ekartörlerle vajina ön ve arka duvarı açılarak serviks ortaya kondu. Saat 11 hizasından Braun uterin tenekulum ile tutuldu çekildi. Serviks arka vajinal bileşkesinden bir cm aşağısından birer cm aralıkla arka vajinal duvar Allis klempleriyle vertikal olarak tutuldu. Tutulan doku inceltirilerek koter ile transvers olarak kesildi. Metzenbaum makas ile kesilen alan genişletilerek posterior cul-de -sac'a ulaşıldı. V-NOTES'un uygun boyutta yara koruyucusu posterior cul-de-sac'tan itildi, vajen dışında kalan yuvarlak halka içe doğru kıvrılarak vajen çıkımına tam olarak oturtuldu. Üstüne V-NOTES kapağı takıldı. Karbondioksit insüflasyonu yapılmaya başlandı. Planlanan cerrahi sonrasında kapak ve yara koruyucu çıkartıldı. Kanama kontrolü yapılarak posterior cul-de-sac'a ulaşan insizyon üst ve alt ucundan Allis klemplerle tutularak periton da içine alınacak şekilde vertikal olarak 1-0 polyglactin 910 sütürle kapatıldı.

SONUÇ: V-NOTES yöntemi kuldotomi yapılabildiği sürece izsiz, basit ve komplikasyonu diğer cerrahi yollara göre daha az olan cerrahi bir tekniktir.

Anahtar Kelimeler: Cul-de-sac, kuldotomi, V-NOTES,

SB-149

Kliniğimizde Yapılan Abdominal ve Laparoskopik Histerektomilerin Değerlendirilmesi

Görkem Ülger¹, Hamza Yıldız¹, Kasım Akay², Mürşide Çevikoğlu Kılılı¹, Ali Yıldızbakan¹, Şevki Göksun Gökulu¹

¹Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Ana Bilim Dalı, Mersin

²Mersin Toros Devlet Hastanesi

GİRİŞ: Histerektomi jinekolojik uygulamada en yaygın prosedürlerden biridir. Vajinal, açık abdominal veya endoskopik yöntem farketmeksizin kendi başına cerrahi bir zorluktur. İşlem yüksek oranda hasta memnuniyeti ve yaşam kalitesinde iyileşme ile ilişkilidir ancak ciddi komplikasyonlar ortaya çıkabilir. Laparoskopinin ortaya çıkmasıyla, son zamanlardaki gelişimi ve jinekolojide minimal invaziv cerrahilerin yaygın uygulanması, laparoskopik histerektomi; abdominal ve vajinal yönetime kıyasla daha avantajlı hale geldi.

MATERYAL-METOD: Çalışmamız Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniğinde Ocak 2023- Ocak 2024 tarihleri arasında benign nedenlerle abdominal veya laparoskopik histerektomi yapılmış olan aralık 295 hastayı içermektedir. Patoloji sonucu malign gelen hastalar çalışma dışı bırakılmıştır. Hastaların dosyaları geriye dönük taranarak veriler elde edilmiştir. Çalışmaya dahil edilen hasta grubu abdominal ve laparoskopik olarak ikiye ayrılmış olup her hasta için hemogram değerindeki azalma, postop yatış süresi, nihai patoloji sonucu ve patoloji materyellerinin ağırlığı kayıt edilmiştir.

BULGULAR: Hastaların 186'sına abdominal histerektomi (TAH), 109'una laparoskopik histerektomi (TLH) yapıldı. 23 hastaya histerektomi ile beraber bilateral salpenjektomi(%7.8), 272 hastayada histerektomi ile beraber unilateral veya bilateral salpingooferektomi yapıldı(%92.2). Nihai patolojilerin 150 tanesinin myoma uteri (%50.8), 45 tanesinin endometrial polip(%15.3), 28 tanesinin benign kist (%9.5), 72 tanesinin diğer benign sebepler (%24.4) olduğu izlendi. TLH'de postop yatış süresinin TAH'a göre anlamlı olarak daha kısa olduğu izlendi. Her 2 grup içinde hemogram değerlerindeki düşüşte anlamlı farklılık saptanmadı. Patoloji materyallerinin ağırlığı değerlendirildiğinde TAH materyallerinin ortalama ağırlığının TLH materyallerine göre anlamlı olarak daha yüksek olduğu saptandı.

SONUÇ: Laparoskopik histerektomi seçilmiş hastalar için

güvenli ve uygun bir prosedürdür. Hastalara daha az perioperatif morbidite, daha iyi yaşam kalitesi, daha kısa hastanede kalış süresi ve aktiviteye daha hızlı dönüş gibi avantajlar sağlar. Fakat laparoskopik histerektomi sırasında üriner sistem komplikasyonlarının daha fazla görüleceği literatürde belirtilmiştir. Hastaya yapılacak olan cerrahi girişimin hastanın özellikleri temel alınarak yapılması gerektiğini, histerektomi yapılacaksa laparoskopik yöntemlerin daha ön planda olması gerektiğini düşünmekteyiz.

Anahtar Kelimeler: abdominal histerektomi, laparoskopik histerektomi, morbidite

Tablo 1

	L/T (n=186)	L/S (n=109)	p
YAŞ	51.0 (23-92)	50.0 (27-82)	0.497
Preop Hb	12.65 (8.5-15.5)	12.8 (9.1-16.4)	0.356
Preop Htc	37.5 (29-48)	38.0 (29-48)	0.294
Postop Hb	11.0 ± 1.48	11.1 ± 1.42	0.570
Postop Htc	33.0 (21-42)	33.0 (23-43)	0.906
Hb Farkı	1.4 (-1.0-4.0)	1.7 (-0.2-3.8)	0.180
Htc Farkı	4.0 (-1.0-12.0)	5.0 (-3.0-12.0)	0.061
Patoloji Materyalinin Ağırlığı	170.0 (29-3400)	109.0 (23-690)	<0.01
Postop Yatış Süresi	3.0 (1-5)	1.0 (1-3)	<0.01

SB-150

Etlik Şehir Hastanesi Jinekolojik Onkoloji Kliniğinde Endometrium Karsinomu Hastalarına Uygulanan Laparoskopik Paraaortik Lenf Nodu Disseksiyonu İşleminin Retrospektif Değerlendirilmesi

Oğuz Kaan Köksal, Handenur Öncü, Vakkas Korkmaz, Candost Hanedan

Etlik Şehir Hastanesi, Jinekolojik Onkoloji Bilim Dalı

GİRİŞ-AMAÇ: Kliniğimiz etlik şehir hastanesi jinekolojik onkoloji kliniğinde endometrium karsinomunun cerrahi tedavisinde öncelikli minimal invaziv yöntemler tercih edilmektedir. Bu çalışmadaki amacımız da tercih ettiğimiz minimal invaziv yöntemlerden bir tanesi olan laparoskopik paraaortik lenf nodu disseksiyonu işleminin verilerini değerlendirmektir.

YÖNTEM: Çalışmamız Ocak 2023 – Temmuz 2024 tarihleri arasında kliniğimizde endometrium karsinomu hastalarına gerçekleştirilen laparoskopik paraaortik lenf nodu disseksiyonu işlemlerini değerlendirdiğimiz retrospektif bir çalışmadır. Belirtilen tarihler arasında 49 hastaya endometrium karsinomu sebebiyle laparoskopik paraaortik lenf disseksiyonu işlemi uygulanmıştır.

Laparoskopik lenf nodu disseksiyonu işlemi yapılan 49 hastanın tümör boyutu, histolojik tipi, miyometrial invazyon durumu, LVSI durumu, evresi, intraoperatif komplikasyon durumu, çıkarılan pelvik lenf nodu sayısı, patolojik tutulum gösteren pelvik lenf nodu sayısı, çıkarılan paraaortik lenf nodu sayısı, patolojik tutulum gösteren paraaortik lenf nodu sayısı verileri retrospektif olarak değerlendirildi.

BULGULAR: Toplam 49 hastaya laparoskopik paraaortik lenf nodu disseksiyonu uygulanmıştır. Median değerler yaş:60(34-79), vücut kitle indeksi:32(21-40), ca125:16(5-329), tümör boyutu:5cm(0,5-17), çıkarılan lenf nodu sayısı:26(14-72), çıkarılan paraaortik lenf nodu sayısı:9(5-22), çıkarılan pelvik lenf nodu sayısı:17(7-56) şeklinde bulundu.

Hastaların %12,2(6/49)sinde lenf nodu metastazı varlığı, %4,1(2/49)inde paraaortik lenf nodu metastazı varlığı,%10,2(5/49)sinde pelvik lenf nodu metastazı varlığı, %2(1/49)sinde peritoneal sitoloji pozitifliği, %2(1/49)sinde omental tutulum,%16,3(8/49) servikal stromal invazyon,%40,8(20/49)inde yarıdan az myometrial invazyon, %55,1(27/49)inde yarıdan fazla myometrial invazyon, %14,3(7/49) ünde yaygın lenfovasküler alan invazyonu

tespit edildi. Hastaların %81,6(40/49)sında endometroid, %14,3(7/49)ünde seröz, %2(1/49)sinde müsinöz, %2(1/49) sinde mix tip adenokarsinom tespit edildi.

Operasyonlar sırasında %4,1(2/49) oranında intraoperatif komplikasyon gelişti. Herhangi bir komplikasyon nedeniyle laparotomiye geçiş yapılmadı.

Takip süresi boyunca nüks veya ölüm saptanmadı.

SONUÇ: Endometrium karsinomunun cerrahi tedavisinde laparoskopik yaklaşımların daha az kan kaybı, daha az ciddi postoperatif yan etki, daha az post-op ağrı, iyileşme süresi boyunca normal aktivitelere daha erken dönme gibi birçok konuda laparotomiye kıyasla daha üstün olduğu birçok çalışmayla gösterilmiştir(1, 2). Daha önceleri endometrium karsinomunun cerrahi tedavisinde paraaortik lenf nodu disseksyonu gerekliliği doğması halinde laparotomi ön planda tercih edilmekteydi. Mevcut gelişmelerle beraber bu durum laparoskopi lehine değişmektedir. Çalışmamızın kanıt göstermek için yeterli hasta sayısına sahip olmadığının farkında olmakla beraber gerek intra operatif komplikasyon oranları, gerek laparotomiye geçiş oranları ile yöntemin daha sık ve daha fazla kişi tarafından tercih edileceği konusunda ümit vermiştir.

Anahtar Kelimeler: Endometrial Karsinom, Laparoskopi, Paraaortik Lenf Nodu Disseksiyonu

SB-151

Unusual locations of metastases from gynecologic cancer: unexpected clinical cases

Aygun Hasanova, Akbar Ibrahimov, Fidan Novruzova
Department of Oncology, Azerbaijan Medical University,
Baku, Azerbaijan

OBJECTIVE: The purpose of this article is to illustrate the serious atypical metastatic sites associated with gynecologic cancer. Atypical sites include extra-abdominal lymph nodes, liver, adrenals, brain, bones, and soft tissue. Gynecologists need to recognize the typical and atypical sites of metastases in patients with gynecologic cancer to facilitate earlier diagnosis and treatment. Therefore, these surgical videos aim to demonstrate uncommon metastasis in four patients diagnosed with gynecological cancer.

METHODS: An explanation of the surgical procedures that were performed on the patients with atypical metastatic sites using these videos.

RESULTS: The article provides information about the authors' clinical observation of four patients diagnosed with uncommon metastasis from gynecological cancer. One of them is the case of a 64 -year-old woman who has high hypermetabolic malignant tumor of the anterior abdominal wall after laparoscopic surgery. Port-site metastasectomy and hernioplasty with mesh were carried out in the Department of Oncology, Azerbaijan Medical University. Pathological examination of the material revealed a high-grade malign tumor with a negative surgical margin. The postoperative period was uneventful. Detailed information about the second, third, and fourth patients will be explained during the conference.

CONCLUSION: First case demonstrates that PSM is an uncommon complication of laparoscopy in gynecologic oncology. PSM is associated with wound events and a poor prognosis. PSM prevention plays a crucial part in the overall care of patients with gynecologic malignancies who undergo laparoscopic procedures.

Keywords: Atypical metastasis, Port-site Metastasis, Cancer

SB-152

Total laparoskopik histerektomi sırasında mesane tam kat yaralanması ve onarımı

Gökhan Köybaşı, sevda bas, seda Yuksel Simsek
Adana Şehir Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Laparoskopik histerektomi sırasında mesane ve üreter yaralanması üriner sistem komplikasyonlarının önemli bir kısmını oluşturmaktadır. Literatürde laparoskopik jinekolojik cerrahilerde mesane yaralanma oranı % 2-3 lerde bildirilmektedir. Komplikasyonların erken tanınması ve erken müdahale ile başarılı sonuç şansı artmaktadır. Video sunumda, 46 yaşında, daha önce servikal intraepitelyal neoplazi nedeniyle iki kez konizasyon geçirmiş bir olgunun laparoskopik histerektomisi sunulmaktadır. Mesane diseksiyonu sırasında oluşan mesane tam kat defekti laparoskopik sütüre edilerek onarılmıştır.

Anahtar Kelimeler: laparoskopi, laparoskopik histerektomi,üriner komplikasyon

SB-153

Beş Sezaryen Öykülü Hastada V-NOTES Avantajı

Alev Esercan, Yusuf Ziya Kızıldemir
Şanlıurfa Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum, Şanlıurfa

GİRİŞ: V-NOTES; vajinal doğal açıklıktan yapılan izsiz cerrahiler olup, günümüzde kozmetik açıdan başarılı ve komplikasyon açısından avantajlı bir tekniktir. Bu videomuzda 43 yaşında beş sezaryen öyküsü olan ve tüp ligasyonu istemi ile gelen hastayı paylaşacağız.

METOD: 43 yaşında, bilinen bir hastalığı olmayan ve daha önce beş sezaryen operasyonu olan hasta tarafımıza tüp ligasyonu istemi ile başvurmuş olup, zaten pfannenstiel kesilerden rahatsız olan hasta kapalı yöntem istemektedir. Kendisiyle laparoskopinin geçirilmiş beş sezaryenle ilgili olası komplikasyonları anlatılarak, V-NOTES yöntemi denenmesi planlanmıştır.

SONUÇ: Spinal anestezi altında, hasta litotomiye alınarak uygun boyama ve örtünmenin ardından posterior kuldrotomi kontrollü bir şekilde yapılmıştır. Douglasın serbest olduğu görüldükten sonra V-NOTES ekipmanı yerleştirilmiştir. Görünürde her iki tubaya da kolaylıkla erişilmiştir. Bilateral tubal ligasyon damar mühürleme cihazıyla yapılmıştır. Batın ön duvarında görüldüğü kadarıyla omentum batın ön duvarıyla brid oluşturmuştur. Ulaşılabildiği için usule uygun olarak omentum batın ön duvarından ayrılmıştır. Kanama kontrolünü takiben işleme son verilmiştir. Sonrasında postoperatif 6.saatinde hasta mobilize edilmiş, idrar sondası çekilmiş ve sorunsuz olan hasta taburcu edilmiştir. V-NOTES işlemi tüp ligasyonu gibi basit fakat sezaryen sayısı yüksek olan hastalarda laparoskopiyeye göre daha da avantajlı minimal invazif bir tekniktir.

Anahtar Kelimeler: Sezaryen, Tüp ligasyonu, V-NOTES

SB-154

Pelvik Organ prolapsusu hastalarında laparoskopik lateral süspansiyon (LLS) cerrahisinin etkinliği

Ramazan Erda Pay, Tuğba Kolomuç Gayretli, Gülin Feykan Yeğın, Hüseyin Levent Keskin
Etlik Şehir Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Servisi

AMAÇ: Pelvik organ prolapsusu (POP), Uluslararası Üroji-nekoloji Birliği (IUGA) ve Uluslararası Kontinans Derneği (ICS) tarafından anterior vajinal duvar, posterior vajinal duvar, uterus (serviks) ya da vajinal apekten biri veya birden fazlasının aşağıya doğru sarkması olarak tanımlanmaktadır. POP'un etiyolojisi çok faktörlüdür, ancak gebelik, vajinal doğum ve doğrudan pelvik taban kası ve bağ dokusu yaralanmasına yol açabilen artmış abdominal gerginlikle ilişkili durumlarla yüksek bir korelasyon vardır. POP Cerrahisinde Laparoskopik yola olan ilginin artması, cerrahi sırasında enfeksiyon ve kan kaybı riskini azaltan ve geleneksel laparotomiye göre daha hızlı iyileşme sağlayan minimal invaziv bir teknik olmasıdır. Dubuisson ve arkadaşları tarafından açıklanan laparoskopik lateral süspansiyon (LLS) prosedürü, promontoryum veya sakral bölge seviyesinde diseksiyon gerektirmediği için daha düşük ciddi komplikasyon riski ile ilişkilidir. LLS, sentetik T şeklinde bir ağ greft kullanır ve histerektomili veya histerektomisi kadınlarda gerçekleştirilebilir. LLS'nin ön ve apikal kompartımanlarda objektif başarı oranı 1 yıl sonra >%90'dır. Bu çalışmanın amacı, LLS uygulanan ön ve apikal prolapsusu olan semptomatik hastaların klinik verilerinin değerlendirilmesi amacıyla yapılmıştır.

YÖNTEM: Etlik Şehir Hastanesi Üroji-nekoloji polikliniğine Ocak 2023-Mayıs 2024 tarihleri arasındaki başvurularında, POP tanısı almış ve LLS cerrahisi olmuş 41 hasta çalışmaya dahil edilmiştir. Hastaların demografik verileri ve obstetrik hikayeleri kaydedildikten sonra temel klinik değerlendirmede anamnez, fizik ve pelvik muayeneleri yapılmıştır. Veriler tanımlayıcı istatistik yöntemleri ile incelendi.

BULGULAR: Demografik verilerden yaş ortalaması 53,62±13,89 VKI ortalaması 28,39±5,06 parite ortalaması 2,75±1,15, doğum şekli en sık 38 (%92) hastada vajinal doğum şeklinde idi. Hastaların 38 (%92) menopoz dönemdeki hastalardı. Hastaların 10 (%24,3) sigara kullanımı vardı. Hastaların geçirilmiş cerrahi öykülerinde en sık 14 (% 34,1) hasta vajinal cerrahi izlendi. Hastaların en sık başvuru sebebi 30 (%71,3) ele gelen kitle şikayeti idi. Hastaların apikal

prolapsusları değerlendirildiğinde en sık grade 3 prolapsus 16 (%39,1) hastada izlendi. Hastaların preop – postop Hb değerleri arası (Delta Hb) ortalaması 1,25±0,63 idi. Ortalama operasyon süresi 58,19 ± 11,55 idi. Hastaların sadece 2 (%4,8) mesane komplikasyonu izlendi.

SONUÇ: Yapılan çalışmalarda, LLS'nin iyi laparoskopik sütür deneyimi olan yetenekli operatörler tarafından yapıldığında başarı oranının %90'ın üzerinde olduğunu ve yeniden ameliyat oranlarının yaklaşık %2 olduğu gösterilmiştir. LLS'nin ayrıca %5,2'lik nispeten düşük bir cerrahi komplikasyon oranıyla güvenli bir prosedür olduğu gösterilmiştir. POP kadının fiziksel, psikososyal ve cinsel sağlığı ile yakından ilişkili genel bir sağlık sorunudur. POP cerrahisinde LLS tercih edilen bir yöntem olmaya başlamıştır.

Anahtar Kelimeler: Pelvik organ prolapsusu, Apikal prolapsus, Laparoskopik lateral süspansiyon (LLS)

SB-155

Laparoskopik ve Açık Histerektominin Cerrahi Alan Enfeksiyonları Yönünden Karşılaştırılması

Sezin Ateş, Haydar Sipahioğlu

Alanya Alaaddin Keykubat Üniversitesi Alanya Eğitim ve Araştırma Hastanesi

deniyle öncelikli tercih edilmesi gereken yöntem olduğu açık bir şekilde ortaya konulmuştur.

Anahtar Kelimeler: Laparoskopik histerektomi, Açık histerektomi, Enfeksiyon, Antibiyoterapi, profilaksi,

GİRİŞ: Histerektomi ameliyatı kadın doğum kliniklerinde en sık yapılan ameliyatlardandır. Cerrahi alan enfeksiyonları, diğer tüm cerrahi girişimlerde olduğu gibi histerektomi ameliyatlarında da önemli komplikasyonlar arasındadır. Histerektomi sonrası sıklıkla görülen cerrahi alan enfeksiyonları yara yeri enfeksiyonu, üriner trakt enfeksiyonu, vajinal cuff enfeksiyonu, pelvik enfeksiyon ve postoperatif ateş olarak sıralanabilir.

YÖNTEM: Çalışma Ocak 2021 – Mayıs 2024 tarihleri arasında Alanya Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kadın hastalıkları ve Doğum kliniğinde benign patolojiler nedeniyle laparoskopik (TLH) ve açık histerektomi (TAH) yapılan hastalar üzerinde yapıldı. Hastalara ait veriler retrospektif olarak incelendi..

BULGULAR: Çalışma toplam 111 hasta üzerinde yapıldı. Ameliyat süresi, rehospitalizasyon, oral antibiyotik kullanımı oranları TAH grubunda TLH grubuna göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek bulundu. ($p<0.05$) Yara yeri enfeksiyonu TLH grubunda 1. hastada ve %1.7. oranında, TAH grubunda ise 10 hastada ve %18.9. oranında görüldü ve TAH grubunda istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek bulundu. ($p<0.05$). Enfeksiyon gelişen hastalarda BMI, diyabet, ameliyat süresi, hastanede yatış süresi, rehospitalizasyon ve oral antibiyotik kullanımı oranlarının, istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu tespit edildi. ($p<0.05$)

TARTIŞMA: Histerektomi ameliyatlarında laparoskopik ve açık cerrahinin, postoperatif cerrahi alan enfeksiyonları yönünden birbiriyle kıyasladığımız çalışmamız sonucunda; obezite, diyabet, ameliyat süresi uzamasının ve uzun süreli hastanede yatışın enfektif komplikasyonlar için önemli risk faktörleri olduğu tespit edilmiştir. Ayrıca laparoskopik histerektominin ameliyat süresinin ve postoperatif enfektif komplikasyon oranlarının daha düşük olduğu, buna bağlı olarak daha az postoperatif antibiyotik kullanımı, daha kısa süreli hastanede yatış gibi önemli avantajlar sağladığı, bu avantajlarına bağlı olarak daha düşük antibiyotiğe bağlı direnç gelişimi, daha düşük nazokomiyal enfeksiyon gelişim riski ve özellikle hasta tedavi maliyetlerinin daha düşük olması ne-

SB-156

Hematosalpenks vakasında gelişen akut üriner retansiyonun laparoskopik yönetimi: olgu sunumu

GAMZE KIRPINAR

Marmara Üniversitesi Pendik Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Akut üriner retansiyon(AUR), istemli olan idrar çıkışının ani şekilde kaybolması durumudur. En sık görülen ürolojik acildir. Genellikle erkeklerde görülmektedir ve çoğunlukla benign prostat hiperplazisine (BPH) sekonderdir; ancak AUR kadınlarda oldukça nadir görülmektedir. Yılda 100.000 kadın başına üç AUR vakası olduğu tahmin edilmektedir (1).

AUR etiyolojisinde rol oynayan pek çok faktör tanımlanmıştır. En yaygın görülenler; çıkış yolu obstrüksiyonu, nörolojik hastalıklar ve detrusor kasında kontraktilete kaybıdır. Diğer nedenler arasında ilaçlar, enfeksiyon ve travma gibi faktörler bulunmaktadır. Bunlar içinde de en sık olan obstrüksiyonlardır ve obstrüksiyonlar da en sık pelvik organ prolapsusu, pelvik kitleler ve konstipasyona bağlı distorsiyona sekonder olarak ya da daha nadiren üretral divertiküle bağlı görülmektedir (2-5). AUR, mesanenin boşalmasını sağlayan bir idrar sondasının yerleştirilmesiyle acil olarak tedavi edilir. Bir AUR olayının potansiyel komplikasyonları ağrı, mesane kasılabilirliğinin kaybı, idrar yolu enfeksiyonları, böbrek hasarı, idrar kaçırma, ürosepsis, başka bir AUR atağı riskinin artması ve psikolojik problemlerdir. Klinik olarak, tek bir epizod bile uzun süreli patolojik etki ve semptomlarla birlikte mesanede kalıcı hasara neden olabilmektedir.

Bu vaka ile kasık ağrısı ile acil serviste değerlendirdiğimiz ve hematosalpenks/ pyosalpenks? saptadığımız ve akut üriner retansiyon gelişmiş olan bir vakanın yönetimini literatür eşliğinde sunmayı amaçladık.

28 yaş kadın hasta, G1POA1 karın ağrısı ve idrar boşaltamama şikayetleri ile acil servisimize başvurdu. 2 hafta önce erken gebelik spontan düşük gerçekleştiği öğrenildi. Yapılan muayenesinde sağ adneksiyel alanda 105x67 mm hemorajik içerikli olduğu düşünülen kistik kitle izlendi. Spontan idrarını boşaltamayan hastaya mesane sondası takıldı. Yapılan MR görüntülemesinde sağ adnekte endometrioma?/ hematosalpenks? ile uyumlu 11x6 cmlik kistik yapı olduğu yorumu alındı. CRP:106 wbc: 9,5 hgb:9,6 olan hastaya seftriakson+ doksisisiklin+ metroinidazol tedavisi başlandı. Yapılan üriner USGde bilateral grade 1 pelviyektazi saptandı. Sonda çekilerek mesane dolumu sağlanıp yapılan üroflowmetride hastanın

idrar yapamadığı görüldü. Rezidü:300cc olarak kaydedildi. Hastaya tekrar sonda takılarak takibi, gelişen akut üriner retansiyonun pelvik kitle etkisi ile olduğu öngörüldüğünden 48 saat IV antibiyotik sonrası Laparoskopi planı yapıldı. Hastaya yapılan laparoskopik cerrahide sağda 10 cmlik hematosalpenks ile uyumlu yapı ve pelvik adezyonlar izlendi. Yapışıklıklar açılarak sağ salpenjektomi yapılarak over korundu hasta postop takibe alındı. 1.gününde mesane jimnastiği sonrası sonda çekildi. Hastanın sıkışıklığı sonrası spontan miksiyon yapması istendi ve rezidü bakılması planlandı. Hasta idrarını rahat boşaltabildiğini ifade etti ve USGde rezidü saptanmadı. Antibiyoterapi tamamlanmasının ardından hasta taburcu edildi. Patoloji sonucu: endometriozis kronik salpenjit ile uyumlu olarak sonuçlandı.

Anahtar Kelimeler: akut üriner retansiyon, hematosalpenks, salpenjit, endometriozis

SB-157

Analysis of clinical and survival outcomes between minimally invasive and open surgery in uterine cancer: A single center, population-based study

Fidan Novruzova, Akbar Ibrahimov, Aygun Hasanova
Department of Gynecologic Oncology, Azerbaijan Medical University, Baku

OBJECTIVE: The current study aims to compare the experience of a single facility using laparoscopic and laparotomy techniques to treat endometrioid EC in the early stages in a low-income country.

MATERIALS-METHODS: This retrospective study was realized at Azerbaijan Medical University, Department of Oncology. The files of 117 endometrial cancer patients who underwent surgical treatment between 2018 and 2024 were retrospectively evaluated. The whole surgical procedure was carried out by an expert in gynecologic oncology. TH and BSO were administered to all individuals. Moreover, PLND and PALND were performed on 114 and 4 patients respectively.

RESULTS: One hundred and seventeen patients were treated and observed for endometrial cancer as long as the study period lasted. Twenty-two patients (18.8%) had a laparotomy, and 95 patients (81.2%) had laparoscopic surgery. The most common performed surgical procedure was hysterectomy+BSO+BPLND in eighty-eight (75.2%) patients. The number of premenopausal and postmenopausal women were 15 (%12,8) and 102 (%87,2), respectively. 79 (67.5%) of the patients had a BMI>30. Of the patients, 105 (89.7%) had FIGO stage I tumors, and 70 (59.8%) had tumors larger than 2 cm. Of the patients, myometrial invasion $\leq$ 50% in 46 (39.3%), myometrial invasion >50% in 58 (49.6%), and only 13 (11.1%) did not have myometrial invasion. Nine patients (7.7%) had lymph node metastases, 77 patients (65.8%) had LVSI, 3 patients (2.6%) had adnexal involvement, 4 patients (3.4%) had cervical involvement. There was no convert from laparoscopy to laparotomy during the surgical process. There was a significant difference in the operation time between the laparotomy and laparoscopy groups. In the both groups the longest observation duration was 77 months. Twelve patients (12.6%) experienced recurrence in the laparoscopy group, compared with 3 patients (14.3%) in the laparotomy group. During the follow-up period,

survival data were gathered, and they revealed no significant differences (87,4% versus 85.7%).

CONCLUSION: According to our study, laparoscopy plays an important role in the treatment of uterine-confined endometrial carcinoma for surgeons who have experience with commencing gynecologic cancer surgery. In these cases, laparoscopic surgery may be conducted with a comparable level of lymph node dissection to laparotomy, a shorter hospital stay, and fewer postoperative infections. MIS should be encouraged in the treatment of endometrial cancer nowadays in all low-income countries.

Keywords: endometrial carcinoma, laparoscopic surgery, laparotomy

SB-158

Laparoskopik Histerektomide Postoperatif Üreter Yaralanmasının Yönetimi

Meryem Nurbanu Bayrak¹, Özgür Aydın Tosun²

¹İstanbul Medeniyet Üniversitesi Göztepe Süleyman Yalçın Şehir Hastanesi, Kadın hastalıkları ve Doğum Ana Bilim Dalı, İstanbul

²İstanbul Medeniyet Üniversitesi Göztepe Süleyman Yalçın Şehir Hastanesi, Jinekolojik Onkoloji Ana Bilim Dalı, İstanbul

Bu olgu, laparoskopik cerrahi sonrası üreter yaralanmalarının geç tanı ve tedavisinin bile uygun yaklaşımlar ile etkin bir şekilde yönetilebileceğini göstermektedir.

Anahtar Kelimeler: laparoskopi, üreter yaralanması, histerektomi, komplikasyon

GİRİŞ: Üreter yaralanmaların %75'i iatrojenik nedenlerle oluşmaktadır. İatrojenik yaralanmalar açık cerrahiler ve minimal invaziv işlemler esnasında oluşur ve insidans %0,5-10 arasında bildirilmektedir. İatrojenik üreter yaralanmalarının %55'i jinekolojik, %25'i ürolojik, %15'i kolorektal ve %5'i vasküler operasyonlarda oluşmaktadır. Laparoskopik cerrahide üreteral yaralanma insidansı %0,54-0,8 iken açık cerrahide %0,66 olarak saptanmıştır. Bu bağlamda üreterin anatomik olarak kadın genital organlara yakın olması rol oynamaktadır. Üreter yaralanmaları, infundibulopelvik ligament civarında, infundibulopelvik ligament ve uterin damarlar arasında veya uterin damarların altında gerçekleşebilir.

OLGU: Bu videoda 49 yaşında kadın hasta atipisiz endometrial hiperplazi nedeniyle laparoskopik histerektomi yapılması sonrasında sağ üreter yaralanması tespit edilmesi ve sağ üretere dj stent yerleştirilmesi sunulmaktadır. Hasta acilimize operasyon sonrası 20. gününde sağ yan ağrısı, ateş, vajenden sürekli akıntı şikayeti ile başvurdu, tetkiklerinde akut faz reaktan yüksekliği ve ultrasonda batın içi asit mevcuttu. Üreter hasarı şüphesi üzerine hastaya kontrastlı BT ürografi çekildi. Sağ üreterde kaçak izlenmesi üzerine hastaya tanısız sistoskopi ve üreteroskopi yapıldı. Sağ üreterde komplet yırtık izlendi. Hasarın üreterovezikal bileşkenin son 2 cm'lik bölümünde olması nedeniyle hastaya dj stent takılması sonrasında 6 hafta sonra üreteroneostomi işlemi yapıldı. Kalıcı bir böbrek fonksiyon kaybı olmadı.

SONUÇ: Laparoskopik histerektomi sonrası ortaya çıkabilecek üreter yaralanmalarının ilk 72 saatte erken tanısı ve tedavisi komplikasyonların önlenmesinde kritik öneme sahiptir. Genel yaklaşım postoperatif ilk 72 saat içerisinde fark edilen iatrojenik yaralanmalara acil müdahale, 72 saatten daha geç saptanan üreter yaralanmalarında ise idrarın stent, nefrostomi veya her ikisi ile drenajının sağlanmasının ardından müdahalenin en az 6 hafta sonraya ertelenmesi önerilmektedir.

SB-159

İleri yaş ve komorbiditesi olan Uterin Prolapsuslu hastada Le-Forte kolpoklezi operasyonu

Ayşe Demirdöken Tezcan
Balıkesir Edremit Devlet Hastanesi

GİRİŞ: Uterin prolapsus şikayeti ile gelen ileri yaş ve komorbiditesi olan hastalarda operasyon süresinin kısalığı, uygulanabilirliğinin kolay olması ve nüks oranlarının az olması gibi avantajları sebebiyle Le-forte (parsiyel kolpoklezi) operasyonu için farkındalık oluşturmak amaçlanmıştır.

YÖNTEM: Ocak 2024 yılında kliniğimize POP(pelvik organ prolapsusu) ile başvuran 78 yaşındaki hastaya Tvusg, spekulum ve vajinal tuşe ile muayene yapıldı. Üriner inkontinans şikayetleri olmayan hastaya stress test ve tamponlu okkült stress test uygulandı. POP-Q evreleme sistemi kullanıldı. POP-Q evreleme sistem kriterlerine göre Evre 4 POP teşhisi konuldu. İleri yaş ve nörolojik problemler nedeniyle anestezi yüksek risk ile operasyon olabilir şeklinde operasyona onay verdi. Operasyona trendelenburg pozisyonunda başlandı. Collum saat 6 ve 12 hizasından çift tenekulum ile tutuldu. Ardından ön ve arka vajinal duvarlar lateralde 2 cm lik mukoza bırakılacak şekilde, altındaki fibromusküler dokudan dikdörtgen şeklinde diseke edildi. Lateralde her iki yanda servikal akıntı için drenaj olukları oluşturularak ön ve arkada fibromusküler doku kompartmanları geç emilebilen sütürlerle tek tek dikildi. Kanama kontrolü yapıldı vajene 1 adet furacinli tampon yerleştirildi. Komplikasyon izlenmeyen hasta serviste takibe alındı.

BULGULAR: Operasyon spinal anestezi altında yapıldı ve yaklaşık 25 dakika sürdü. Postop 1 gün hasta takip edildi ve taburcu edildi. Hastanın lekelenme tarzı kanaması ertesi gün bitti. Operasyon öncesi 10 gün ve sonrası 3 hafta süre ile vajinal östrojen içeren krem tedavisi verildi. Hastanın operasyon öncesi ve sonrası 10. gün 1. ay ve 3. ay ultrason ve vajinal muayeneleri kayıt altına alındı. Hastanın uzun dönem sonuçları takip amacıyla kontrolleri devam etmektedir.

SONUÇ: Kolpoklezi pelvik organ prolapsusu cerrahisinde cinsel yaşamını tamamlamış hastalarda avantajları nedeniyle tercih edilen bir yöntemdir.

Anahtar Kelimeler: ileri yaş, kolpoklezi, komorbidite, uterin prolapsus

SB-160

Serviks kaynaklı Müllerian tip adenosarkomun histeroskopik rezeksiyonu

Harika Yumru Çeliksoy
Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi

GİRİŞ: Müllerian adenosarkom jinekolojik sistemin nadir görülen bir mezenkimal tümörü olup, %10 kadarı serviksten köken almaktadır. Çoğu vaka düşük gradlıdır. Uterin korpus-tan kaynaklanan tipi genellikle postmenopozal hastaları etkilerken, servikal kaynaklı olan tümörler genç yaşlarda izlenmektedir.

OLGU: Anormal uterin kanama şikayeti ile başvuran 19 yaşındaki virgo hastaya yapılan incelemelerde (ultrasonografi (USG) ve manyetik rezonans görüntüleme (MRG)) serviks kanseri ön tanısı konularak, hasta jinekolojik onkoloji kliniğine konsülte edilmiştir. Vajinal muayene edilemeyen hastaya yapılan transrektal USG’de servikte en geniş yerinde 5 cm olan düzensiz kitle izlenmiştir. Genel anestezi altında biyopsi planlanan hastada diagnostik histeroskopi ile endoserviksten kaynaklı vajinaya doğmuş kitle izlenmiştir. Histeroskopik rezeksiyon yapılan hastanın patoloji raporunun endometriozis olarak gelmesi üzerine, klinik şüphe nedeniyle deneyimli jinekopatoloji olan merkezden lam konsültasyonu istenmiştir. Tekrar bakılan patoloji sonucunun Müllerian tipte düşük gradlı adenosarkom olarak gelmesi üzerine, multidisipliner tümör konseyinde değerlendirilen hasta için postoperatif dönemde rezidü tümör varlığının araştırılması amacıyla tekrar edilen MRG’de patoloji izlenmemesi üzerine takip kararı verilmiştir. En son yapılan postoperatif 9. ay kontrolünde nüks ile uyumlu lezyon izlenmemiştir.

SONUÇ: Endoserviksin Müllerian tip düşük gradlı adenosarkomu için literatür incelendiğinde, uterusun adenosarkomlarına göre daha iyi prognoz bildirilmiştir ve tanımlanmış kötü prognostik faktörlerin olmaması durumunda fertilitate koruyucu yaklaşım uygulanabilmektedir. Literatür ile uyumlu bir şekilde bizim olgumuzun da genç yaşta olması ve kötü prognostik faktörleri bulunmaması nedeniyle takip kararı verilmiştir.

Anahtar Kelimeler: fertilitate koruyucu cerrahi, histeroskopi, Müllerian adenosarkom

1-Preoperatif MRG 1



MRG incelemesinde sagittal kesitte izlenen servikal kitle

2-Preoperatif MRG 2



MRG incelemesinde aksiyel kesitte izlenen servikal kitle

3-Peroperatif servikal kitle imajı



Peroperatif spekulum muayenesinde vajene doğmuş kitle

4-Postoperatif MRG 1



MRG incelemesinde rezidü tümör değerlendirilmesi

5-Postoperatif MRG 2



MRG incelemesinde rezidü tümör değerlendirmesi

SB-161

Rest plasentadan uterin arteriyovenöz malformasyona: Başarılı minimal invaziv yaklaşım

Kutay Güven¹, Murat İbrahim Toplu¹, Neslihan Bademler¹, Tanju Kısabet¹, Veli Mihmanlı²

¹Prof. Dr. Cemil Taşcıoğlu Şehir Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği, İstanbul

²Prof. Dr. Cemil Taşcıoğlu Şehir Hastanesi, Girişimsel Radyoloji Kliniği, İstanbul

GİRİŞ: Uterin Arteriyovenöz Malformasyon(u-AVM), uterin arterler ve venler arasında anormal bağlantılar oluşturan nadir ve ciddi bir durumdur. Bu malformasyonlar, konjenital veya uterin cerrahiler, travma, enfeksiyon, gestasyonel trofoblastik hastalık gibi faktörlere bağlı edinsel olarak gelişebilir. Görüntüleme tekniklerinin gelişmesi ve ulaşımının kolay olması sayesinde tanı koymak daha kolay hale gelmiştir. Klinik olarak, genellikle doğum veya düşük sonrası hayatı tehdit eden anormal uterin kanama ile kendini gösterebilir. Tanı, uterin arterde düşük direnç gösteren doppler ultrason ve daha iyi doku kontrastı sağlayan Manyetik Rezonans görüntüleme(MRG) gibi non-invaziv yöntemlerle yapılır. Bilgisayarlı Tomografik Anjiyografi(BTA) tanı için altın standart olarak kabul edilir. Tedavi, hastanın stabilitesine ve fertilitate isteğine bağlı olarak değişir; medikal tedavi ve transkateter embolizasyon doğurganlığı korumak için tercih edilen yöntemlerdendir. Daha şiddetli vakalarda veya tedavinin başarısız olduğu durumlarda histerektomi gerekebilir. Erken teşhis ve multidisipliner yaklaşım, bu vakaların etkin yönetimi için hayati önem taşır.

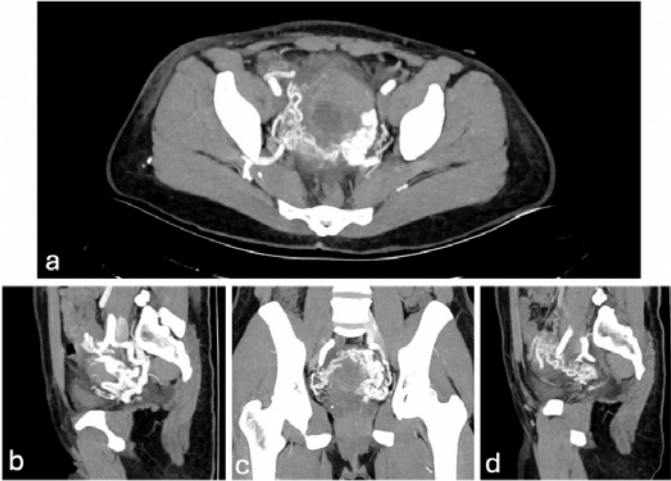
OLGU SUNUMU: 38 yaşında, 1 hafta önce abortus sonrası küretaj yapılan hasta, şiddetli vajinal kanama ile acil servise başvurdu. Yapılan transvajinal ultrasonografide kavite içerisinde hiperekojen düzensiz rest plasenta lehine değerlendirilen yaklaşık 32*25mm alan ve anekoik koleksiyon görüldü. Hastanın vital bulgularında hipotansiyon ve taşikardi izlenmesi, güncel Hb değerinin eski Hb değerleriyle karşılaştırıldığında 5 birimlik düşüş olması üzerine revizyon küretaj kararı alındı. Küretaja ve medikal tedaviye rağmen aktif kanamanın devam etmesi üzerine uterusu foley kateter yerleştirildi. Hasta entübe edilerek yoğun bakıma alındı. Toplamda 5 ünite eritrosit süspansiyonu, 4 ünite taze donmuş plazma transfüzyonu yapıldı. 1.gün foley katater kademeli olarak boşaltıldı, spekulum muayenesinde vajinal kanama izlenmedi, ultrasonografide heterojen görünüm izlenmesi üzerine u-AVM şüphesiyle BTA çekildi. Girişimsel radyoloji konsültasyonu

embolizasyon uygulandı. Anjiyografide u-AVM'nin tama yakın embolize olduğu gözlemlendi. İşlem sonrası kontrol ultrasonografisinde lezyon boyutunda regresyon izlendi ve hasta taburcu edildi. Hasta, taburculuk sonrası birinci hafta kontrolüne geldiğinde yapılan transabdominal ultrasonografide lezyon boyutlarında regresyonun devam ettiği gözlemlendi. Patoloji sonucunda koryonik villus benzeri yapılar olarak raporlandı.

SONUÇ: u-AVM tanısı zor olup, tarihsel olarak histerektomi sonrası histopatolojiyle konulmuştur. Günümüzde klinik olarak şüphelenildiğinde doğru görüntüleme tekniklerinin yardımıyla erken tanı konulabilir. Fertilite koruyucu tedaviler arasında olan transkateter embolizasyon işleminin başarı oranı birinci embolizasyondan sonra %61, tekrarlayan embolizasyondan sonra ise %91'dir. Son zamanlarda embolizasyonun nadir ve ağır komplikasyonlarından kaçınmak için histeroskopik rezeksiyon işlemi minimal invaziv seçenek olarak sunulmaktadır. Bu nadir durumun farkında olunması, doğru tanı ve uygun tedavi ile gereksiz cerrahi müdahalelerin önüne geçebilir. Erken teşhis ve etkin yönetim, hastaların yaşam kalitesini artırır ve komplikasyonları azaltır.

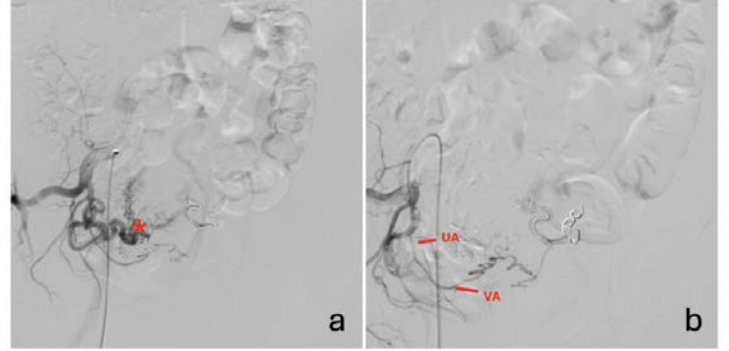
Anahtar Kelimeler: arteriyo-venöz malformasyon, uterin kanama, küretaj, transkateter embolizasyon

BTA görüntüleri



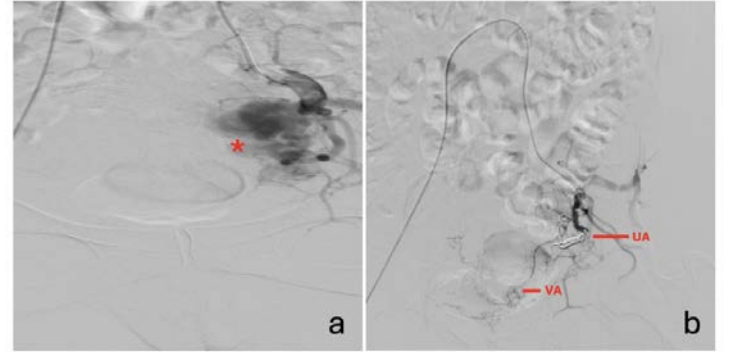
(a) horizontal kesitte solda daha belirgin olmak üzere her iki uterin-parametrial alanda vasküler yapılar belirginleşme ve dilate venöz yapı devamlılıkları izlendi. (b) sagittal kesitte sol uterin-parametrial alanda vasküler yapılar belirginleşme. (c) koronal kesitte solda daha belirgin olan vasküler yapılar (d) sagittal kesitte sağ uterin-parametrial alanda vasküler yapılar belirginleşme. u-AVM: uterin arteriovenöz malformasyon BTA: bilgisayarlı tomografi

Embolizasyon işlemi



(a) embolizasyon öncesi sağ internal iliak arterden alınan DSA görüntüsünde sola kıyasla daha az kompleks u-AVM izlenmekte (*) (b) servikal ve vajinal dallar korunarak yapılan embolizasyon işlemi sonrası u-AVM'de regresyon izlenmekte. UA: uterin arter, VA: vajinal arter, u-AVM: uterin arteriomalformasyon

Embolizasyon işlemi



(a) embolizasyon öncesi sol internal iliak arterden alınan DSA görüntüsünde kompleks u-AVM izlenmekte (*) (b) servikal ve vajinal dallar korunarak yapılan embolizasyon işlemi sonrası u-AVM'de regresyon izlenmekte. UA: uterin arter, VA: vajinal arter, u-AVM: uterin arteriomalformasyon

SB-162

Laparoscopic sentinel lymph node mapping with indocyanine green in early-stage endometrial cancer

Tuğçe Sırma¹, Yunus İlhan¹, Nuri Yıldırım¹, Levent Akman¹,
Gürdeniz Serin², Mustafa Coşan Terek¹

¹Department of Gynecological Oncology, Ege University,
İzmir, Turkey

²Department of Clinical Pathology, Ege University, İzmir,
Turkey

Endometrial cancer (EC) is the most common gynecologic malignancy in high-income countries. Surgery is an essential component in the treatment of endometrial cancer. Hysterectomy, usually with bilateral salpingo-oophorectomy, is the mainstay of management. However, the approach to lymph node staging remains controversial. In early-stage endometrial cancer, systematic pelvic and para-aortic lymphadenectomy does not affect oncologic outcomes, including overall survival and disease-free survival, but increases perioperative morbidity, operative time, and costs. Sentinel lymph node (SLN) mapping is a proposed alternative to assess lymph node status. The concept of SLNs allows more thorough histological lymph node evaluation, while omitting systemic pelvic lymphonodectomy and its associated complications.

OBJECTIVE: Near Infrared (NIR)/Indocyanine green (ICG) integrated laparoscopic systems may provide wide spread use of SLN mapping. In this presentation we aimed to evaluate feasibility of laparoscopy for SLN mapping in patients with clinically early-stage endometrial cancer.

METHOD: A 49-year-old female patient is admitted with the complaint of menorrhagia. Fractionated curettage is performed and the result is endometrioid type adenocarcinoma grade 2 on the basis of complex endometrial hyperplasia (atypical). Body mass index is 28. PET/CT reports that, in the uterine cavity, there was an irregularly enhanced pathological FDG uptake consistent with a primary malignancy reaching approximately 4x2 cm in the widest part of the uterine cavity. There were no hypermetabolic pathological findings in other areas of the body that could be compatible with metastasis. Hysterectomy and bilateral salpingo-oophorectomy, omental biopsy, abdominal washing sampling and bilateral SLN biopsy were performed laparoscopically. Before occurring paravesical spaces, one 25-mg vial of ICG was reconstituted in 10 mL of

sterile water (2.5mg/mL) and drawn into a insulin needle. The cervix was injected at the 3- and 9-o'clock positions with 0.5 mL of ICG superficially (at 2-mm depth) and 0.5 mL of ICG deep (at 10 to 20 mm depth) for a total dose of 1 mL of ICG.

FINDINGS: The operation lasted 120 minutes and the estimated blood loss was minimal. No intraoperative complications developed. Patient was discharged 48 hours later. Final pathology reported as one micrometastasis in the left 3 SLNs and one isolated tumour cell in the right SLN. It was decided to give chemotherapy first and then external beam radiotherapy.

CONCLUSION: SLN mapping can easily be performed with high accuracy by using NIR/ICG integrated conventional laparoscopic system in endometrial cancer and almost all lymphatic spread can be detected.

Keywords: Endometrial cancer, laparoscopy, sentinel lymph node

SB-163

Laparoskopik cerrahide umbilikal trokar girişi için güvenli bir teknik;

Aydin Kilinc¹, Alpaslan Kaban¹, Alp Koray Kinter¹, Gülден Turan¹, Emine Ufuk Büyükkaya¹, Ali Murat Kasapoğlu¹, Neslihan Bademler²

¹Prof dr Cemil Taşçıoğlu Şehir Hastanesi Jinekolojik Onkoloji Kliniği İstanbul

²Prof dr Cemil Taşçıoğlu Şehir Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği İstanbul

Laparoskopi,günümüzde cerrahi girişimlerde oldukça yaygın olarak kullanılır hale gelmiştir.Laparoskopik cerrahi,batına çoğunlukla umbilicusdan yapılan ilk giriş ile başlar.Birçok yayında laparoskopik cerrahi esnasındaki komplikasyonların önemli bir bölümünün ilk giriş esnasında olduğu belirtilmektedir.

Bu video sunumunda kliniğimizde rutin olarak uyguladığımız, veres iğnesi ve trokar bıçağı kullanmadan yaptığımız umbilicusdan batına giriş yöntemi sunulmaktadır.

Anahtar Kelimeler: Bıçaksız,güvenli,umbilikus

SB-164

Breakdown of Loop Electrode of Bipolar TCR Due to Unexpected Contact with Return-Electrode in Fibroid Resection

Evrin Cavıldak, Ahkam Göksel Kanmaz, Emrah Töz, Yaşam Kemal Akpak, Sezin Çömez
İzmir City Hospital,İzmir,Turkey

INTRADUCTION: Bipolar TCR is preferred to monopolar TCR (transcervical resection) in relatively low risk complications. Bipolar energy is much more suitable for hysteroscopy and also recommended by the ESGE (European Society for Gynaecological Endoscopy) guideline.

CASE REPORT: 41-year-old patient applied for examination our hospital with the complaint of abnormal uterine bleeding. As a result of ultrasound, it was seen that the patient had a submucous myoma of 4 cm in size and decided to undergo myomectomy with operative hysteroscopy. During the course of fibroid resection by using bipolar TCR, a spark with explosion was observed and loop electrode was broken. Afterward the cables was checked and resectoscope taken out. Another bipolar TCR changed and tried outside of the uterine cavity and then relocated to the uterine cavity. The broken pieces were taken with loop. After all the pieces were taken outside the cavity the process continued and myomectomy done. Post operational course was uneventful and patient discharged on the day after surgery.

CONCLUSIONS: Our hypothesis is that direct contact of loop electrode and return-electrode results in electric discharge by making a short circuit. Bipolar TCR for fibroid resection should be used with a control check list. In the video presentation, we wanted to show the exact time of complication that occurs during fibroid tissue excision of bipolar TCR.

Keywords: Bipolar TCR, Unexpected Contact,Complications

SB-165

Masif adneksiyal kitleye minimal invaziv cerrahi yöntemle yaklaşım: olgu sunumu

Eyüp Gökhan Turmuş, Hande Esra Koca Yıldırım, Oğuz Kaan Köksal, Burak Ersak, Caner Çakır, Dilek Yüksel
Ankara Etlik Şehir Hastanesi, Jinekolojik Onkoloji Bilim Dalı, Ankara

GİRİŞ: Adneksiyal kitleler yaygın bir jinekolojik sorundur. Adneksiyal kitleler her yaştan kadında bulunabilir ve etiolojisinde birçok neden rol oynamaktadır. Adneksiyal bir kitlenin değerlendirilmesinin temel hedefleri, kitlenin benign ya da malign olup olmadığını ve cerrahi tedavi gerektiren acil bir durum olup olmadığını belirlemektir. Adneksiyal kitlelerde masif yapılanma olması malignite ihtimalini arttırmaktadır. Dolayısıyla kesin tanı için cerrahi ekzizyon gerekmektedir. Bu olgu sunumdaki amacımız adneksiyal kitleler masif olsa bile girişimsel olarak minimal invaziv yöntemlerin öncelikli olarak tercih edilmesini vurgulamaktır.

YÖNTEM: Elli bir yaşında hastanın dış merkezde yapılan rutin izleminde adneksiyal kitle saptanması nedeniyle kliniğimize başvurdu. Özgeçmişinde myom nedeniyle 2012 yılında myomektomi, 2019 yılında histerektomi operasyonu yapıldığı öğrenildi. Patoloji sonuçları malignite negatif olarak raporlandığı görüldü. Kliniğimizde yapılan jinekolojik muayenesinde vajinal cuff doğal olarak izlendi. Cuff smearı malignite negatif olarak raporlandı. Pelvik Manyetik Rezonans görüntülemesinde mesane sol posterior süperior komşuluğunda yaklaşık 13x11x10 cm ince cidarlı, heterojen, septasyon içeren kistik görünüm izlendi. Bilgisayarlı Tomografi incelemesinde sol adneksiyal lojdan presakral alana ve douglasa doğru uzanım gösteren, eksternal iliak ve internal iliak vasküler yapılar ve sol üreter ile yakın komşuluğu bulunan, septasyon içeren kalsifiye kistik yapı izlendi. Ara yağ planlarının yer yer silindiği raporlandı. Tümör belirteçlerinde CA125: 5,3 U/mL; CA15-3: 12.6 U/mL; CA 19-9: 59.2 U/MI, CEA: 0,7µg/L; AFP:2 µg/L olarak görüldü. CA 19-9 sınırda yüksekliği için genel cerrahiye konsülte edilen hastaya, mamografi ve kolonoskopi yapıldı. Mamografide BIRADS-2, kolonoskopide ise normal bulgular izlenmesi üzerine genel cerrahi tarafından takip önerildi.

BULGULAR: Hastaya bu bulgularla adneksiyal kitle nedeniyle operatif laparoskopi yapıldı. Batın sitolojisi alındı, retroperitoneal kitle eksizyonu, ureterolizis ve adezyolizis yapıldı. Frozen sonucu malignite negatif olarak belirtildi. Patoloji so-

nucunda, batın sitolojisi ve bilateral overler malignite negatif olarak raporlandı. Postoperatif komplikasyon izlenmeyen hasta 2. günde şifa ile taburcu edildi.

SONUÇ: Adneksiyal kitlelerde masif de olsa tanı ve tedavide minimal invaziv yöntemler öncelikli olarak tercih edilmelidir.

Anahtar Kelimeler: Adneksiyal kitleler, minimal invaziv cerrahi, operatif laparoskopi

SB-166

Bozok Üniversitesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalında histeroskopik girişim bulgularımız

Mustafa Bakırcı, Ethem Serdar Yalvaç, Melek Bilge
Bozok Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Ana Bilim Dalı, Yozgat

AMAÇ: Bu çalışmada bir üniversite hastanesinde son 4 yılda yapılmış histeroskopik girişimlerin değerlendirilmesi amaçlandı.

METOD: Çalışmaya Ocak 2020 - Temmuz 2024 tarihleri arasında histeroskopi yapılan hastalar dahil edilmiştir. Hastalara ait veriler retrospektif olarak tarandı. Hastaların demografik verileri ve histeroskopi endikasyonları kaydedilmiştir. Hastaların sosyodemografik özellikleri, operasyon endikasyonu, histeroskopi bulguları ve komplikasyonlar değerlendirildi.

BULGULAR: Çalışmaya toplam 140 hasta dahil edilmiştir. Hastaların yaş ortalaması 40,66 olup 19 ile 69 arasında değişmekteydi. Histeroskopi girişimlerinin 128 (%91,42) hastada operatif, 12(%8,57) hastada diagnostik olarak gerçekleştirildiği görüldü. Histeroskopi endikasyonlarının 79 (%56,42)' unu endometrial polip, 11(%7,85) submuköz myom, 13 (%9,28) RİA nedenli olgular (rezidü, ipsiz, kayıp), 24 (%17,14) infertilite (normal, endometrial polip, septum asherman), 5 (%3,57) istmosel, 8 (%5,71)' ini de diğer (tekrarlayan abort, endometrial patolojiler, izole asherman vb.) nedenler oluşturmaktaydı. Histeroskopik yapılan işlemler olarak 83 (%59,28) polip rezeksiyonu, 13 (%9,28) septum rezeksiyonu, 12 (%8,57) myomektomi, 8 (%5,71) scratching, 7 (%5) ria çıkarılması, 5 (%3,57) istmosel operasyonu, yapıldı. Sadece 1 (%0,71) hastada servikal laserasyon olarak komplikasyon gelişmiştir ve suture edilerek onarılmıştır.

SONUÇ: Kliniğimizde en sık endometrial polip, infertilite ve leiomyoma nedenli histeroskopik girişim yapılmıştır. Komplikasyon oranlarımız ise oldukça düşük olarak izlenmiştir.

Anahtar Kelimeler: Histeroskopi, endometrial polip, leiomyoma, uterin septum

SB-167

Endometrium Kanseri Tanısı Alan Hastada Uterin Manipülatör Kullanılmadan Yapılan Laparoskopik Histerektomi ve Pelvik Lenf Modu Örnekleme Operasyonu

Hayat Terkan, Yağmur Acıyiyen, Gökberk Dünder, Havva Betül Bacak, Süleyman Salman
Sağlık Bakanlığı Üniversitesi, Gaziosmanpaşa Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği, İstanbul

Endometrial kanser (EK), gelişmiş ülkelerde en yaygın jinekolojik malignitedir ve küresel olarak artan bir insidansla karşı karşıyadır. Hormonal dengesizlikler, obezite ve genetik yatkınlıklar gibi birçok risk faktörü tarafından şekillenen bu karmaşık hastalık için erken teşhis ve yetkin yönetim, hasta sonuçlarını iyileştirmek için son derece önemlidir. Biz bu olguda 60 yaşında hiç doğumu olmayan 10 yıldır menapozda olan dış merkeze rutin kontrol amacıyla gittiği muayene esnasında endometrial kalınlık artışı görülerek probe küretaj yapılan hastanın patoloji sonucunun endometrioid adenokarsinom olarak sonuçlanması üzerine planladığımız uterin manipülatör kullanılmadan yaptığımız laparoskopik total histerektomi, bilateral salpingooforektomi, bilateral pelvik lenf nodu diseksiyonu ve frozen operasyonunuzu sunmayı planladık. Uterin manipülatörler, uterusun mobilizasyonunu sağlayarak cerraha kolaylık sağlar. Uterin manipülatörlerin temel hareketleri arasında anteverسیون/retroversion, lateral hareketler ve elevasyon bulunur. Bu hareketler, uterusun pozisyonunu değiştirerek cerraha daha iyi görüş sağlar. Çevre doku yaralanmalarını azaltır. Ancak Uterin manipülatörler myometriumu iyatrojenik olarak zedeleyebilir ve tümör hücrelerinin yayılmasını sağlayabileceğinden ötürü jinekolojik onkolojide kullanılması tartışmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Endometrium Kanseri, Manipülatör, Histerektomi

SS-168

Erken Evre Serviks Kanserinde Laparoskopik Trakelektomi

Eyüp Gökhan Turmuş, Baran Yeşil, Dilek Yüksel, Burak Ersak, Caner Çakır
Etlik Şehir Hastanesi Jinekolojik Onkoloji Bilim Dalı

AMAÇ: Sunum için erken evre serviks kanseri olan hastanın ameliyatı hazırlandı. Hastaya detaylı bilgi verilerek bütün tedavi seçenekleri ve riskleri anlatıldı. Hasta, tedavi seçeneği olarak minimal invaziv yöntemlerden biri olan laparoskopik trakelektomiye tercih etti.

BULGULAR: Otuz üç yaşında hasta, gravide sıfır idi. Hasta dış merkezde vajene doğmuş miyom olarak operatif histerektomi ve kolposkopi yapılmış. kolposkopi sonucu HSIL gelen hastaya konizasyon yapıldı. Konizasyon sonucu, HPV ilişkili skuamoz hücreli karsinom olarak geldi. Tümör horizontal çapı 10 mm, invazyon derinliği 2,1 mm, en geniş çapı 16 mm olarak raporlandı. Raporda ayrıca fokal alanlarda HSIL yer almakla birlikte, cerrahi sınır negatif, lenfovasküler invazyon pozitif ve benign endoservikal hücreler olarak raporlanmıştır. Görüntülemeye, MR bulguları normal, PET-CT sonucu ise servikal yerleşimli metabolik aktivite artışı izlenmiş olup inflamatuvar prosesler? Malignite? olarak raporlanmıştır

YÖNTEM: Erken evre serviks kanseri izlenen hastanın gravidesi sıfır olması nedeni laparoskopik trakelektomi tercih planlandı. İntraoperatif gözlemlerde uterus, overler, tubalar, pelvik yapılar doğal izlendi. parametrial dokular normal izlendi. Öncelikle usulüne uygun round ligamanlar korunarak retroperitona girildi. Uterin arterler, ureterler, hipogastrik arterler, oblitere umbilikal arterler infundubulopelvik ligamanlar korunarak planlar açıldı. Usulüne uygun mesane, ureter girişlerine kadar reddedildi. Arkada douglasa girilerek rektum reddedildi. Ardından uygun hattın arterler ureterler korunarak vajenden ve istmik seviyeden kesildi. Spesmen çıkarılması sonrası istmik seviyeden serklaj sütürü açıldı. Devamında ise uterus vajene primer kontinue olarak sütüre edildi.

SONUÇ: Erken evre infertilitesi korunmaya çalışılan hastaya mümkün olan minimal invaziv işlem uygulandı. Hem laparoskopik olması hem de trakelektomi olması bakımından postoperatif iyileşme süreci hızlı ve morbiditesi minimal izlendi. İntraoperatif ve postoperatif komplikasyon izlenmedi. Hasta şifa ile taburcu edildi.

Anahtar Kelimeler: Erken evre serviks kanseri, Laparoskopik trakelektomi, minimal invaziv cerrahi

SS-169

Laparoskopik Histerektomi Sırasında İnsidental Serviks Kanseri Tanısı Sonrası Parametrektomi ve Üst Vajenektomi

Baran Yeşil, Burak Ersak, Caner Çakır
Etlik Şehir Hastanesi, Jinekolojik Onkoloji, Ankara

Preoperatif alınan smear ve probe küretaj sonuçları normal olan hastanın total laparoskopik histerektomisi sırasında frozen sonucu serviksin skuamoz hücreli karsinomu çıkması üzerine hastaya yapılan parametrektomi ve üst vajenektomi videosu sunulmuştur.

Anahtar Kelimeler: Laparoskopik histerektomi, Parametrektomi, Serviks kanseri, Üst vajenektomi

SS-170

Dilatasyon küretaj sırasında perfore olan uterus duvarına trofoblastik doku invazyonu

Erkan Mavigök, Kemal Hansu, Alev Ozer
Kahramanmaraş sütçü imam üniversitesi

GİRİŞ: Uterus perforasyonu önemli morbidite ve bazen de mortalite ile ilişkilidir. Servikal dilatasyon ve küretaj (D&C), invaziv olmasına rağmen sık uygulanan işlemdir (1). Uterin perforasyonu, servikal dilatasyon ve uterus küretajının en yaygın komplikasyonlarından biridir. Rüptüre alanda trofoblastik dokuların olması literatürde az rastlanan bir klinik durumdur.

OLGU: G2P0A2 26 yaşındaki hasta karın ağrısı ile başvurdu. Anamnezinde, 4 hafta önce bozulmuş gestasyonel ke-se-missed abort nedeniyle dilatasyon/ küretaj geçiren hastada ek hastalık saptanmamıştır. Batın hassas ve rebaund(+) defans (-), vajinal muayenesinde lökore, serviks hassas izlendi. Tomografisinde (BT), uterus etrafında hafif heterojen hipodens görünüm ve pelvik alanda minimal serbest mayi izlenmiştir. Uterin kavitede minimal mayi izlenmiştir. Ultrasonda (USG), endometrium ince düzenli, uterus etrafında apseyi düşündüren alan izlendi. Bilateral overler doğal douglasta yaklaşık 2 cm serbest mayi izlenmiştir. D/C işleminden 1 ay geçmesine rağmen BhCG değeri 436 olan hasta yatırılarak antibiyoterapi ve iv sıvı tedavisi başlandı, takiplerinde batın içi sıvı artışı, hemodinamisinin bozulması üzerine operasyona alındı (yatış değerleri: Hb: 8.2, beta hCG:436). Batında 1000–1200 cc koagüle ve taze kan gözlemlendi, uterusun önceki D/C esnasında sol posterior duvarında 4 yerden perfore olduğu bu alanlara plesantal ve gebelik dokularının implante olduğu ve perfore iki yerden aktif kanama izlendi. Her iki tuba ve overin normal herhangi bir ektopik gebelik materyalinin olmadığı izlendi. Bu alanlar koter yardımıyla rezeke edildi ve kanamalı alan sütüre edilerek kanama kontrol altına alındı. Batın içi, fallopian tüp ve overlerde farklı bir ektopik odağın olmadığı izlendi. (Resim 1 – 2). Post-operatif birinci gün Hb:8.9 beta hCG:181 olan, iki ve üçüncü gün vitalleri normal olan hasta taburcu edildi.

TARTIŞMA: Missed abort insidansının %5,5-17 olduğu, uterus perforasyon insidansının daha düşük olduğu, yaklaşık 0.8–6.4/1000 bildirilmektedir(5). Bu nedenle, perforasyon sıklıkla yanlış teşhis edilebilir veya gözden kaçabilir (3, 4). Ektopik bir odağı olmayan fakat D/C sonrası rüptüre alanlarda trofoblastik yapıların olması çok nadir görülmekte olup,

Bhcg’ nin plato çizdiği ve herhangi bir ektopik odağın olmadığı durumlarda unutulmamalıdır.

Anahtar Kelimeler: Dilatasyon küretaj, trofoblastik invazyon, BhCG

resim 1



perfore olan yerler

resim 2



perfore-implante olan trofoblastik alanlar

MINİMAL İNVAZİV JİNEKOLOJİK ENDOSKOPI 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.minimalinvazivjinekolojikcerrahi.org